

Системы здравоохранения: время перемен

Том 12 №3 2010

Азербайджан

Обзор системы здравоохранения

Фуад Ибрагимов • Айбаниз Ибрагимова
Дженни Кехлер • Эрика Ричардсон

Европейская

обсерватория

по системам и политике здравоохранения



Ответственными за подготовку настоящего обзора являются Эрика Ричардсон (редактор) и Мартин Мак-Ки (редактор серии)

Редакционная коллегия

Главный редактор

Элиас Моссиалос, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство

Редакторы

Райнард Буссе, Берлинский технический университет, Германия

Джозеп Фигерас, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Мартин Мак-Ки, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Ричард Солтман, Университет Эмори, США

Редакционный коллектив

Сара Аллин, Университет Торонто, Канада

Мэтью Гаскинс, Берлинский технический университет, Германия

Кристина Хернандес Кеведо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Анна Марессо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Дэвид МакДейд, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Шерри Меркур, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Филипа Младовски, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Эрика Ричардсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Сара Томсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Иваут ван Гиннекен, Берлинский технический университет, Германия

Международный консультативный комитет

Тит Альбрехт, Институт общественного здравоохранения, Словения

Карлос Альварес-Дардет Диаз, Университет Аликанте, Испания

Рифат Атун, Глобальный Фонд, Швейцария

Йохан Каллторп, Северная школа общественного здравоохранения, Швеция

Армин Фидлер, Всемирный банк

Коллин Флад, Университет Торонто, Канада

Петер Гаал, Университет Земмельвейса, Венгрия

Унто Хаккинен, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения и развития

социального обеспечения и здравоохранения (Stakes), Финляндия

Уильям Хсяо, Гарвардский университет, США

Алан Красник, Университет Копенгагена, Дания

Джозеф Кутцин, Европейское региональное бюро ВОЗ

Сунман Куон, Национальный университет Сеула, Республика Корея

Джон Лэйвис, Университет МакМастера, Канада

Вивьен Лин, Университет Ла Троб, Австралия

Грег Марчилдон, Университет Риджайны, Канада

Алан Мэйнард, Университет Йорка, Соединенное Королевство

Ната Менабде, Европейское региональное бюро ВОЗ

Эллен Нолте, Корпорация Rand, Соединенное Королевство

Чарльз Норманд, Университет Дублина, Ирландия

Робин Осборн, The Commonwealth Fund, США

Доминик Полтон, Национальная касса страхования на случай временной нетрудоспособности наемных работников (CNAMTS), Франция

София Шлетте, Health Policy Monitor, Германия

Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Россия

Питер К. Смит, Королевский колледж, Соединенное Королевство

Уайнанд П. М. М. ван де Вен, Университет Эразмус, Нидерланды

Витольд Затонски, Мемориальный онкологический центр им. Марии Складовской-Кюри, Польша

Системы здравоохранения: время перемен

Фуад Ибрагимов, *ABT Associates Inc.*

Айбаниз Ибрагимова, *ABT Associates Inc.*

Дженни Кехлер, *Европейское региональное бюро ВОЗ*

Эрика Ричардсон, *Европейская обсерватория по системам
и политике здравоохранения*

Азербайджан:

Обзор системы здравоохранения 2010



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЕ, ЗДОРОВЬЕ РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – организация и управление АЗЕРБАЙДЖАН

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.,
от имени Европейской обсерватории по системам
и политике здравоохранения.

Все права защищены. Европейская обсерватория по
системам и политике здравоохранения охотно удовле-
творяет запросы о разрешении на перепечатку или
перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять
по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию
по вопросам здравоохранения или разрешение
на цитирование или перевод можно заполнить
в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро
(<http://www.euro.who.int/en/pubrequest>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации,
и приводимые в ней материалы не отражают какого бы
то ни было мнения Европейской обсерватории по сис-
темам и политике здравоохранения относительно пра-
вового статуса той или иной страны, территории, го-
рода или района или их органов власти или относи-
тельно делимитации их границ. Пунктирные линии на
географических картах обозначают приблизительные

границы, относительно которых полного согласия пока
не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов
отдельных изготовителей не означает, что Европей-
ская обсерватория по системам и политике здраво-
охранения поддерживает или рекомендует их, отда-
вая им предпочтение по сравнению с другими компа-
ниями или продуктами аналогичного характера,
не упомянутыми в тексте. За исключением случаев,
когда имеют место ошибки и пропуски, названия
патентованных продуктов выделяются начальными
прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике
здравоохранения приняла все разумные меры предо-
сторожности для проверки информации, содержащей-
ся в настоящей публикации. Тем не менее опублико-
ванные материалы распространяются без какой-либо
явно выраженной или подразумеваемой гарантии их
правильности. Ответственность за интерпретацию и
использование материалов ложится на пользователей.
Европейская обсерватория по системам и политике
здравоохранения ни при каких обстоятельствах не не-
сет ответственности за ущерб, связанный с использо-
ванием этих материалов. Мнения, выраженные в дан-
ной публикации авторами, редакторами или группами
экспертов, необязательно отражают решения или
официальную политику Европейской обсерватории по
системам и политике здравоохранения.

Ссылка на исходный документ:

Ibragimov F., Ibragimova A., Kehler J., Richardson E. Azerbaijan:
Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010; 12 (3): 1–114.

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Список сокращений	ix
Список таблиц и рисунков	xi
Аннотация	xiii
Основные положения	xv
1. Введение	1
1.1 География и социодемография	1
1.2 Экономика	3
1.3 Политика	6
1.4 Состояние здоровья населения	7
2. Организационная структура	13
2.1 Обзор системы здравоохранения	13
2.2 Историческая справка	13
2.3 Организационная структура	16
2.4 Децентрализация и централизация	19
2.5 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения	20
3. Финансирование	21
3.1 Расходы на здравоохранение	21
3.2 Охват населения и право на медицинское обслуживание	27
3.3 Сбор и источники финансовых средств	30
3.4 Объединение финансовых ресурсов	39
3.5 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками	43
3.6 Механизмы оплаты	43

4. Планирование и регулирование	49
4.1 Регулирование	49
4.2 Планирование и управление медицинской информацией	53
5. Материальные и трудовые ресурсы	57
5.1 Материальные ресурсы	57
5.2 Трудовые ресурсы	64
6. Предоставление медицинских услуг	73
6.1 Общественное здравоохранение	73
6.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения	86
6.3 Первичная/амбулаторная медицинская помощь	88
6.4 Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь	91
6.5 Скорая и неотложная помощь	94
6.6 Фармацевтическая помощь	96
6.7 Реабилитационная и долговременная помощь	102
6.8 Паллиативная помощь	102
6.9 Охрана психического здоровья	103
6.10 Стоматологическая помощь	105
7. Основные реформы в области здравоохранения	107
7.1 Анализ последних реформ	107
7.2 Перспективы развития	118
8. Оценка системы здравоохранения	121
8.1 Задачи системы здравоохранения	121
8.2 Распределение затрат и услуг системы здравоохранения среди населения	121
8.3 Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения	123
8.4 Экономическая эффективность системы здравоохранения	124
8.5 Качество медицинской помощи	126
8.6 Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения	128
9. Заключение	129
10. Приложения	133
10.1 Библиография	133
10.2 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»	136
10.3 Проверка и рецензирование обзоров	139
10.4 Сведения об авторах	139

Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Эти обзоры составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработан единый формат обзора – подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Этот формат периодически пересматривается.

Цель обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» состоит в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения в странах Европы. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников систем здравоохранения;
- описать организационную структуру, а также процессы подготовки и реализации программ реформ здравоохранения и их содержание;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те разделы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам разных стран инструмент для распространения сведений о системах здравоохранения и обмена опытом по стратегии их реформ;
- помочь другим исследователям и разработчикам в проведении более глубокого сравнительного анализа в сфере управления здравоохранением.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и результатах их реформ относительно мало. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели приходится получать из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других источников, которые авторы посчитали релевантными. И хотя методы и определения, касающиеся сбора данных, могут несколько отличаться, в рамках каждой серии обзоров они обычно согласуются между собой.

Наряду с преимуществами составление обзоров в едином формате имеет и ряд недостатков, поскольку в разных странах системы финансирования и предоставления медицинских услуг различны. Преимущества же состоят в том, что единый формат позволяет проанализировать, как одни и те же вопросы и проблемы решаются в разных странах. Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» могут стать полезным источником информации для тех, кто разрабатывает политику и стратегию в области здравоохранения в своей стране. Кроме того, их можно использовать для сравнительного анализа систем здравоохранения. Выпуск этих обзоров продолжается, и их материалы регулярно обновляются.

Все замечания и предложения по дальнейшим разработкам в данной области, а также по усовершенствованию обзоров просьба направлять по адресу электронной почты: info@obs.euro.who.int

Обзоры и краткие справки «Системы здравоохранения: время перемен» можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: www.euro.who.int/observatory. Глоссарий терминов, используемых в обзорах, находится по адресу: www.healthobcervatory.eu

Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Азербайджану подготовили Фуад Ибрагимов, Айбаниз Ибрагимова, Дженни Кехлер и Эрика Ричардсон. Редактором обзора является Эрика Ричардсон (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), а научным руководителем, ответственным за его подготовку, – Мартин Мак-Ки. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения выражает особую благодарность Виктору Гасимову (Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики) и иностранным экспертам за рецензирование обзора и ценный вклад в его составление.

Авторы хотели бы поблагодарить всех тех, кто оказал помощь в подготовке обзора, в том числе Тахмину Таги-заде и других сотрудников бакинского офиса ВОЗ. Авторы чрезвычайно признательны также Октаю Ахундову (Управление информации и статистики Министерства здравоохранения), Хагани Рзаеву (Управление финансирования социальной сферы Министерства финансов), Алакбару Тагиеву (Отдел организации медицинской помощи Министерства здравоохранения), Султану Алиеву, Адилу Каримову и Джейхуну Маммадову (Центр общественного здравоохранения и реформ), Абульфазу Абдулла-заде (Центр аналитической экспертизы качества лекарственных средств), а также Управлению кадров, науки и образования Министерства здравоохранения. При этом никто из указанных лиц и организаций не несет ответственности за авторскую интерпретацию материала и какие бы то ни было ошибки, которые могут в нем содержаться.

Данная серия обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет

собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Коллективом Обсерватории руководят ее директор Джозеп Фигерас и содиректор Элиас Моссиалос, а также научные руководители Мартин Мак-Ки, Ричард Солтман и Райнард Буссе.

Производственный процесс и редактирование обзора выполнены под руководством Джонатана Норта при поддержке Джейн Уард, Стива Стилла (верстка) и Аки Хедиган (корректор). Административными и производственными вопросами по подготовке обзора по Азербайджану занималась Кэролайн Уайт.

Особую 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 Западной Европы, а также Всемирному банку – за предоставление информации о расходах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных.

Данный обзор «Азербайджан: обзор системы здравоохранения» из серии «Системы здравоохранения: время перемен» и приведенные в нем сведения основаны на общедоступной информации и характеризуют ситуацию, сложившуюся к октябрю 2009 года.

Список сокращений

БЦЖ	Вакцина Кальметта и Гирена
БПМУ	Базовый пакет медицинских услуг
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВТО	Всемирная торговая организация
ГНКАР	Государственная нефтяная компания Азербайджанской Республики
ГНФАР	Государственный нефтяной фонд Азербайджанской Республики
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ДОТС	Программа лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (краткий курс)
ЕС	Европейский союз
КДС	вакцина от коклюша, дифтерита, столбняка
КПК	вакцина от кори, паротита, краснухи
МВФ	Международный валютный фонд
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра (ВОЗ)
НДС	Налог на добавленную стоимость
НПО	Неправительственная организация
ОБД	Обследование бюджетов домохозяйств
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМП	Первичная медицинская помощь
ППС	Паритет покупательной способности
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
СЕ	Совет Европы
СВА	Сельская врачебная амбулатория
СНГ	Содружество Независимых Государств
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СУБ	Сельская участковая больница
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ЦАРК	Центральноазиатские республики и Казахстан
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД

Список таблиц и рисунков

Таблицы

Таблица 1.1	Демографические показатели, 1970 г. и по последние имеющиеся данные	2
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, 1998–2007 гг.	5
Таблица 1.3	Коэффициенты смертности и ожидаемая продолжительность жизни, 1990–2007 гг., выборочные годы	9
Таблица 1.4	Основные причины смерти, все население, 1990–2007 гг., выборочные годы	10
Таблица 3.1	Динамика расходов на здравоохранение в Азербайджане, 2000–2007 гг.	25
Таблица 3.2	Структура государственного бюджета здравоохранения в 2006–2008 гг.	26
Таблица 3.3	Государственная программа в области здравоохранения, 2007–2008 гг.	26
Таблица 3.4	Государственные расходы на здравоохранение с разбивкой по статьям, 2006–2009 гг.	27
Таблица 3.5	Единая тарифная сетка оплаты труда работников госсектора (вступила в силу 1 сентября 2008 г.)	46
Таблица 5.1	Численность медицинских кадров, занятых в системе Минздрава, по некоторым специальностям, 2007 г.	65
Таблица 5.2	Численность медицинских работников, на 1000 населения, 1995–2007 гг.	67
Таблица 5.3	Ежегодная численность приема студентов на факультеты Азербайджанского медицинского университета	70
Таблица 5.4	Численность приема студентов в медицинские училища в 2008 г., с разбивкой по специальностям	71
Таблица 6.1	Национальный календарь профилактических прививок, по состоянию на январь 2009 г.	78
Таблица 6.2	Специализированные и высокоспециализированные больницы, 2007 г.	93
Таблица 7.1	Основные законы и нормативно-правовые акты в области здравоохранения, 1999–2008 гг.	108
Таблица 7.2	Задачи и мероприятия Проекта реформ сектора здравоохранения, с разбивкой по функциям системы здравоохранения	111

Рисунки

Рис. 1.1	Карта Азербайджана	2
Рис. 1.2	Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ (% иммунизированного детского населения), 2008 г. или по последним имеющимся данным	12
Рис. 2.1	Организационная схема системы здравоохранения	14
Рис. 3.1	Движение финансовых потоков в системе здравоохранения Азербайджана	22
Рис. 5.1	Динамика численности больничных коек, на 1000 населения, в больницах неотложной помощи, психиатрических больницах и учреждениях долговременной помощи, 1995–2007 гг.	59

Рис. 5.2	Число госпитализаций на 100 человек населения, 1990–2007 гг.	59
Рис. 5.3	Средняя продолжительность госпитализации, все виды стационаров (в днях), 1995–2007 гг.	60
Рис. 5.4	Средний показатель занятости койки (только в больницах неотложной помощи) в процентах, 1990–2007 гг.	61
Рис. 5.5	Число врачей в Азербайджане и некоторых других странах, на 100 000 населения, 1990–2007 гг.	66
Рис. 5.6	Число медсестер (физических лиц) в Азербайджане и некоторых других странах, на 100 000 населения, 1990–2007 гг.	66
Рис. 5.7	Распределение медицинских кадров по экономическим районам, на 1000 человек населения, 2007 г.	68
Рис. 6.1	Процесс регистрации лекарственного средства	98

Аннотация

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. В этих обзорах рассматриваются различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников системы здравоохранения; кроме того, в них описываются организационная структура, процессы содержания и реализация политики и управления здравоохранением, а также освещаются наиболее важные проблемы в области здравоохранения и те элементы, которые требуют более глубокого изучения.

Азербайджан получил независимость от СССР в 1991 г. Реформы системы здравоохранения проводились в Азербайджане постепенно, поэтому в организационном отношении она по-прежнему сохраняет многие характерные особенности советской модели Семашко. Однако в связи с тем, что после обретения независимости уровень государственных расходов на здравоохранение, выраженный как доля ВВП, стал относительно низким, в 2007 г. личные расходы граждан на оплату медицинских услуг составили почти 62% общих расходов на здравоохранение в стране. Это имело серьезные последствия с точки зрения обеспечения доступа уязвимых групп населения к медицинской помощи и их финансовой защиты от рисков. Все более значимым элементом системы здравоохранения страны становится предоставление частных медицинских услуг; кроме того, определенная доля расходов на здравоохранение по-прежнему приходится на услуги ведомственных учреждений здравоохранения, принадлежащих отраслевым министерствам и государственным предприятиям.

Доходы, получаемые страной в связи с последним нефтяным бумом, используются для финансирования крупных инвестиционных проектов – в частности, для строительства новых больниц, оказывающих высокотех-

нологичные виды медицинской помощи, а также для закупок современного импортного медицинского оборудования. При этом перспективные планы развития системы здравоохранения страны предусматривают укрепление первичного звена медицинской помощи и введение системы обязательного медицинского страхования как элемента основных реформ финансирования здравоохранения.

Основные положения

Введение

Азербайджан расположен на Южном Кавказе, на западном побережье Каспийского моря. Страна разделена на две части – основную территорию Азербайджана и эксклав – Нахичеванскую автономную республику, – которые разделены между собой территорией Армении. Республика богата полезными ископаемыми, в том числе нефтью и газом. В начале XX века Азербайджан поставлял почти половину всей мировой нефти; стержнем экономики страны нефть остается и в XXI веке. В 2007 г. на долю нефтяного сектора приходилось более 50% ВВП и 80% экспорта. Политическая ситуация в Азербайджане очень стабильна. Президент страны Ильхам Алиев находится у власти с 2003 г., с тех пор как по состоянию здоровья ушел в отставку его отец Гейдар Алиев, который занимал этот пост в течение 10 лет после провозглашения страной независимости.

Главными причинами смертности взрослого населения в Азербайджане являются в основном неинфекционные болезни, среди которых преобладают болезни системы кровообращения. Тем не менее одной из серьезных проблем по-прежнему остается профилактика инфекционных болезней, в особенности туберкулеза (ТБ). Одним из ключевых приоритетов в области здравоохранения страны была признана также необходимость снижения бремени материнской и младенческой смертности.

Организационная структура

Азербайджан унаследовал от СССР крупную и жестко централизованную систему здравоохранения Семашко, многие характерные особенности которой сохраняются по сей день. Организация системы здравоохранения Азербайджана является иерархической и строго централизованной, и большинство решений по ключевым вопросам политики здравоохра-

нения принимается на общенациональном уровне. Формально полную ответственность за управление системой здравоохранения страны несет Министерство здравоохранения, но на практике его влияние на поставщиков медицинских услуг на местном уровне ограничено, поскольку в финансовом отношении они зависят от местных районных управлений здравоохранения, а в более мелких сельских населенных пунктах – от сельских администраций. Районные органы власти и администрация центральной районной больницы обладают полномочиями по непосредственному управлению поставщиками медицинских услуг на подведомственных им территориях. Кроме того, в стране действует разветвленная сеть ведомственных учреждений здравоохранения, функционирующих вне системы Минздрава, поскольку они подчиняются и финансируются другими отраслевыми министерствами или государственными предприятиями. Поставщики частных медицинских услуг работают по лицензиям Минздрава, но во всем остальном являются абсолютно независимыми, и частная медицина становится все более значимым элементом системы здравоохранения страны.

Финансирование

Несмотря на то что в последние годы государственные расходы на здравоохранение существенно возросли, этот показатель в Азербайджане по-прежнему относительно низок – и в абсолютном выражении, и как доля ВВП. Основное бремя финансирования здравоохранения лежит на потребителях медицинских услуг: в 2007 г. объем оплаты медицинских услуг за счет пациентов составил почти 62% общих расходов на здравоохранение в стране (World Health Organization, 2009). Источниками государственного финансирования здравоохранения в основном являются поступления в государственный бюджет, в том числе средства от Государственного нефтяного фонда. Официальные платежи за услуги государственных медицинских учреждений были разрешены до начала 2008 г., после чего эта практика была запрещена.

Большая часть государственных ассигнований на здравоохранение находится в ведении районных органов власти, которые финансируют сеть медицинских учреждений первичного и вторичного звеньев на подведомственных территориях. Исполнением государственного бюджета здравоохранения занимается Минздрав, который напрямую финансирует

республиканские учреждения высокоспециализированной медицинской помощи, вертикальные государственные программы в области здравоохранения (которые чаще всего представляют собой централизованные закупки медикаментов и оборудования для лечения определенных заболеваний – таких как диабет, наследственные заболевания крови, онкологические заболевания и т.д.), а также сеть органов санитарно-эпидемиологической службы. С 2007 г. финансирование всех городских медицинских учреждений Баку также производится непосредственно через Минздрав.

Подавляющее большинство медицинских учреждений принадлежит государству, хотя в последние годы в стране активно развивается частный сектор медицинских услуг, доля которого, особенно в столице, быстро растет. В основе механизмов оплаты работы государственных поставщиков медицинских услуг лежит затратный метод (т.е. объем финансирования зависит от объема коечного фонда учреждения и численности его персонала), что не способствует эффективному использованию ресурсов. Кроме того, государство через систему Министерства финансов контролирует расходование бюджетных средств медицинскими учреждениями, устанавливая строгие ограничения в соответствии со статьями бюджета, что практически лишает поставщиков медицинских услуг управленческой и финансовой самостоятельности. В целях преодоления этих трудностей Минздрав и Минфин пришли к соглашению о введении реформы финансирования системы здравоохранения, которая обеспечит централизацию средств и расширение самостоятельности поставщиков медицинских услуг, а также о введении договорной системы как основы для внедрения новых механизмов финансирования – таких как подушевая оплата в первичном звене и оплата за пролеченный случай в стационарной помощи. Все эти реформы должны послужить поддержкой для введения системы обязательного медицинского страхования.

Планирование и регулирование

Регулятивная и управленческая функции Минздрава в основном заключаются в разработке различных стандартов и нормативов, в частности национальных стандартов качества и объемов оказания медицинской помощи. В частном секторе медицинских услуг действует система лицензирования, но государственные медицинские учреждения процедурам лицензирования и аккредитации не подлежат, вне зависимости от

того, подчиняются ли они Минздраву или являются ведомственными учреждениями соответствующих отраслевых министерств или государственных предприятий. Обеспечение соблюдения норм и стандартов безопасности и инфекционный контроль находятся в ведении санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения.

Официально вопросами планирования здравоохранения занимаются Министерство здравоохранения и Министерство финансов. Помимо подготовки Национального плана оптимизации сети учреждений здравоохранения, основными вопросами в области планирования здравоохранения являются инвестиции в капитальное строительство крупных объектов – прежде всего диагностических центров и учреждений высокотехнологической медицинской помощи.

Материальные и трудовые ресурсы

Азербайджан унаследовал от СССР широкую сеть медицинских учреждений – как стационарных, так и амбулаторных, и избыток этих мощностей сохраняется до сих пор. Вместе с тем показатель госпитализированной заболеваемости в Азербайджане очень низок, что может свидетельствовать о проблемах с доступом населения к медицинской помощи. С учетом переизбытка мощностей, средний показатель занятости койки в стране крайне низок; с конца 1990-х гг. он колеблется на уровне примерно 25–30%. В последние годы государство начало выделять сектору здравоохранения все большие объемы капитальных инвестиций, которые идут на строительство и реконструкцию зданий больниц и закупки нового, дорогостоящего диагностического оборудования. В 1990-е гг. инфраструктура здравоохранения очень сильно пострадала от недостатка капитальных вложений.

Со времени провозглашения независимости число врачей на душу населения снизилось – особенно быстро этот процесс шел в конце 1990-х гг.; существенно сократилась также обеспеченность населения медсестерами. Создание оптимальной структуры численности медицинских кадров различных специальностей в государственном секторе и надлежащей структуры их территориального распределения оказалось для Министерства здравоохранения непростой задачей. Одной из давних проблем в Азербайджане является привлечение и удержание

медицинских кадров на селе. Многие опытные специалисты переходят на работу в процветающие частные медицинские учреждения, которые расположены в Баку, что, соответственно, влечет отток квалифицированных кадров из госсектора.

Предоставление медицинских услуг

В городах и районных центрах первичную медицинскую помощь населению оказывают в детских и взрослых поликлиниках, а услуги в области дородового наблюдения и охраны репродуктивного здоровья – в женских консультациях. В сельской местности первичную медицинскую помощь (ПМП) населению оказывают в фельдшерско-акушерских пунктах (ФАПах), в сельских врачебных амбулаториях (СВА) и в амбулаторных отделениях сельских участковых больниц (СУБ). В области реформирования первичного звена основные усилия были сосредоточены на развитии и институционализации семейной медицины. После реализации ряда пилотных проектов внедрение модели семейной медицины начнется с сельской местности.

В городах стационарную помощь население получает в городских больницах, которые оказывают широкий спектр услуг специализированной медицинской помощи. Во всех сельских районах стационарную помощь оказывает сеть СУБ и более крупная центральная районная больница, которая действует как специализированный медицинский центр для всего района и обеспечивает широкий спектр услуг вторичной медицинской помощи. В каждом регионе действует также сеть специализированных клиник, входящих в состав вертикально интегрированных систем, обычно действующих под руководством соответствующего профильного научно-исследовательского института третичного уровня. Все такие НИИ расположены в Баку.

Для каждого района Министерством здравоохранения были разработаны планы оптимизации сети учреждений здравоохранения, предусматривающие закрытие большинства СУБ и преобразование их в центры первичной медицинской помощи (врачебные и медицинские пункты).

В целях более эффективного распределения ресурсов многие специализированные клиники также будут объединены с центральными район-

ными больницами, в результате чего в каждом районе будут образованы единые многопрофильные стационары, оказывающие вторичную медицинскую помощь населению.

Основные реформы в области здравоохранения

В Азербайджане был взят курс на постепенное реформирование здравоохранения и сохранение тех элементов существующей системы Семашко, которые доказали свою эффективность. Политическая ситуация в стране, стремление к социальной стабильности и политическому согласию, а также отсутствие сильной оппозиции тоже не располагали к радикальным преобразованиям. Поэтому на сегодняшний день успехи достигнуты лишь в некоторых сферах, таких как установление и институционализация принципов доказательной медицины при разработке национальных клинических руководств, введение семейной медицины как отдельной медицинской специальности, усиление государственного регулирования в фармацевтическом секторе и создание формулярной системы, направленной на обеспечение рационального использования лекарств.

Политические дебаты по поводу введения более глубоких системных реформ здравоохранения возобновились в 2005 г. Одним из первых шагов на этом пути является разработка в 2006 г. новой концепции реформы здравоохранения. В 2008 г. президент страны утвердил подготовленный Минздравом проект Концепции реформы системы финансирования здравоохранения и внедрения обязательного медицинского страхования в Азербайджанской Республике, а в 2009 г. кабинет министров утвердил план мероприятий по реализации этой концепции.

Оценка системы здравоохранения

Высокий по сравнению с объемом государственных ассигнований на здравоохранение уровень личных расходов граждан на медицинскую помощь свидетельствует о том, что сбор доходов для системы здравоохранения по-прежнему носит преимущественно регрессивный характер. Из-за отсутствия покрытия рисков прямых платежей многие домохозяйства в случае серьезных заболеваний кого-либо из членов семьи

могут оказаться под угрозой катастрофических расходов на медицинские нужды. Как показывают результаты обследований домохозяйств, среди малоимущих групп населения уровень потребления медицинских услуг ниже, чем среди домохозяйств с более высоким уровнем дохода; это позволяет предположить, что уровень потребления медицинских услуг зависит от социально-экономического статуса граждан больше, чем следует.

Поскольку на долю государственного финансирования приходится примерно треть общих расходов на здравоохранение в стране, то государство имеет возможность контролировать распределение только части ресурсов, но в настоящее время предпочтение отдается стационарному, а не первичному звену здравоохранения. Как показывает международный опыт, это не самый эффективный подход к распределению ресурсов. Кроме того, принятая в качестве стандарта практика проведения дорогостоящих диагностических обследований и слабость контролирующей функции первичного звена при доступе пациентов к специализированной помощи также не обеспечивают оптимального соотношения цены и качества.

Азербайджан – богатая ресурсами страна, имеющая реальный финансовый потенциал для обеспечения своим гражданам всеобщего и равного доступа к высококачественной и эффективной медицинской помощи и защиты их от рисков катастрофических расходов на медицинские нужды. Предпринятые недавно шаги по введению более фундаментальных реформ финансирования системы здравоохранения свидетельствуют о том, что нынешние власти это хорошо понимают. Вместе с тем следует отметить, что увеличение бюджетных ассигнований на здравоохранение является необходимой, но не достаточной мерой для решения имеющихся в стране проблем. Наряду с этим система здравоохранения должна также укрепить и продемонстрировать свою способность к разумному и прозрачному использованию получаемых средств.

1. Введение

1.1 География и социодемография

Азербайджан расположен на западном побережье Каспийского моря, к югу от Кавказских гор. Граничит с Арменией, Грузией, Российской Федерацией, Турцией и Исламской Республикой Иран (см. рис. 1.1). Страна разделена на две части – основную территорию Азербайджана и эксклав – Нахичеванскую автономную республику, которые разделены между собой территорией Армении. Примерно половину территории Азербайджана занимают горы; на юге рельеф равнинный, и многие его участки находятся ниже уровня моря. Страна располагает значительными по объему природными богатствами, в том числе большими запасами нефти и природного газа. В начале XX века Азербайджан поставлял почти половину всей мировой нефти; стержнем экономики страны нефть остается и в XXI веке.

В 2007 г. численность населения Азербайджана составляла 8,58 млн человек, из них примерно половина проживала в городах (см. табл. 1.1). Большинство населения исповедует ислам, но государство является светским, и помимо ислама в Азербайджане представлены также такие конфессии, как Русская православная церковь, Армянская православная церковь. Государственный язык – азербайджанский, который лингвистически очень близок к турецкому; как наследие советской эпохи, в стране также широко распространен русский язык. По данным последней переписи, проведенной в 1999 г. (следующая перепись проведена в 2009 г.), 90,6% населения страны составляют этнические азербайджанцы, 2,2% – лезгины, 1,8% – русские, 1,5% – армяне; оставшиеся 3,9% населения приходится на этнические меньшинства, включая аварцев, талышей, турок, грузин и татар. Эти цифры не вполне точны, что связано с перемещениями населения из-за войны с Арменией. По официальным данным, в Азербайджане около миллиона беженцев и вынужденных переселенцев, которые составляют наиболее маргина-

Рис. 1.1

Карта Азербайджана



Источник: UNITED NATIONS, 2008 г.

Кастрографическая схема
Департамента полевой поддержки ООН

Таблица 1.1

Демографические показатели, 1970 г. и по последние имеющиеся данные

	1970	1980	1990	2000	2005	2007
Общая численность населения (млн человек)	5,17	6,16	7,02	8,05	8,39	8,58
% женского населения	51,5	51,3	51,2	51,1	50,8	50,7
% населения в возрасте 0–14 лет	...	...	33,2	30,3	25,0	23,5
% населения в возрасте 65 лет и старше	...	...	4,8	5,8	7,0	7,0
Среднегодовой прирост населения, %*	2,2	1,5	1,0	0,8	1,0	0,8
Плотность населения (кол-во человек на кв. км)*	...	...	87	97	102	104
Общий коэффициент фертильности (среднее число детей, рожденных одной женщиной)*	4,7	3,2	2,7	2,0	2,0	2,0
Общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения)	...	...	26,0	14,5	16,9	17,7
Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	...	...	6,1	5,8	...	5,9
Коэффициент демографической нагрузки (число лиц в возрасте 0–14 лет и в возрасте 65 лет и старше к числу лиц в возрасте 15–64 лет)	...	...	0,6	0,6	0,5	0,4
Распределение населения (% городского населения)	50,1	53,0	53,8	51,9	51,5	...
			(1989)			
Уровень грамотности (%) среди населения в возрасте старше 15 лет	...	...	97,0	97,0	98,8	...
				(1999)	(2006)	

Источник: WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009;

* World Bank, 2009

лизированный слой общества (United Nations Development Programme, 2007).

В 1922 г., после непродолжительного периода независимости, Азербайджан вошел в состав Советского Союза в качестве члена Закавказской Советской Федеративной Социалистической Республики, а после ее упразднения в 1936 г. – в качестве отдельной советской социалистической республики. Являясь частью СССР, Азербайджан, как и остальные советские республики, претерпел коренные экономические и политические изменения. Бурно развивалась промышленность, прошла коллективизация сельского хозяйства, развивались системы образования и здравоохранения. Ближе к концу советской эпохи, в конце 1980-х гг., возникли трения между армянами и азербайджанцами, прежде всего на территории Нагорного Карабаха – автономной области Азербайджана, образованной в 1923 г. В 1988 г. начался исход этнических азербайджанцев из Нагорного Карабаха; одновременно с этим многие этнические армяне покидали Азербайджан. Острота межэтнического конфликта быстро нарастала; в это же время стало усиливаться движение за независимость Азербайджана. 18 октября 1991 г. республиканские власти объявили о независимости Азербайджана. В том же году Нагорный Карабах также провозгласил свою независимость, что привело к новому обострению ситуации, переросшему в полномасштабную 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 (Holley et al., 2004). Но до конца этот конфликт так и не был урегулирован, и правительство Азербайджана до сих пор не имеет контроля над Нагорным Карабахом. 20% территории страны оккупирована армянскими вооруженными силами (Kara, 2007; United Nations Development Programme, 2007).

1.2 Экономика

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 лишали надежды на быстрое достижение эконо-

мического процветания. Тем не менее, благодаря взлету мировых цен на нефть, на рубеже столетий экономика Азербайджана переживала бурный рост.

Экспорт нефти и газа составляет стержень экономики Азербайджана, и с конца 1990-х гг. объемы их производства и экспорта резко возросли – прежде всего в результате разработки морских нефтегазовых месторождений и введения в эксплуатацию нового трубопровода Баку – Тбилиси – Джейхан, который был построен благодаря значительным инвестициям со стороны западных нефтяных компаний. В 1994 г., после более чем трех лет переговоров, между Азербайджаном и международным консорциумом, в состав которого вошли ведущие мировые нефтяные корпорации, был подписан так называемый «Контракт века» на добычу каспийской нефти. Поскольку нефть составляет около 80% всего экспорта страны, то увеличение ВВП на душу населения с конца 1990-х гг. (см. табл. 1.2) является отражением роста ценности нефти для экономики страны (O’Leary, 2007). Вместе с тем следует отметить, что, за исключением нефтегазового сектора, объем прямых иностранных инвестиций в другие отрасли экономики страны был незначительным. К таким отраслям, в частности, относятся сельское хозяйство и обрабатывающая промышленность, которые преимущественно находятся в собственности государства, поскольку попытки провести приватизацию в начале 1990-х гг., вследствие тогдашней социально-политической ситуации в стране, застопорились. В 2007 г. на долю нефтяного сектора приходилось свыше 50% ВВП страны.

В целях более эффективного управления активами, созданными в результате последнего нефтяного бума, в 1999 г. правительством Азербайджана был учрежден Государственный нефтяной фонд Азербайджанской Республики (ГНФАР). Фонд имеет возможность офшорного инвестирования, и он обеспечивает резерв безопасности для национальной валюты на случай внешних потрясений. Однако нефтегазовые доходы являются не только инструментом распределения средств: они рассматриваются также как ключевой фактор разработки стратегий развития, выдвигаемых правительством и оппозиционными партиями (Kaga, 2007). Вопрос распоряжения этими средствами очень важен, поскольку нефтяные богатства распределены по территории страны неравномерно и заработки в нефтяном секторе и сопутствующих отраслях выросли очень быстро (что способствовало инфляции), в то время как зарплаты работников социальной сферы остались относительно низкими. Об усилении неравенства в распределении доходов среди на-

Таблица 1.2

Макроэкономические показатели, 1998–2007 гг.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ВВП (млн долл. США, по текущему обменному курсу)	4446	4581	5273	5708	6236	7276	8680	13245	20982	31248
ВВП по ППС (в международных долларах, в млн долл. США)	14370	15620	17732	19952	22459	25507	28916	37731	52347	67172
ВВП на душу населения (в постоянных ценах, в единицах местной валюты)	560	596	657	716	786	868	948	1186	1578	1956
ВВП на душу населения по ППС (в международных долларах, в миллионах)	1812	1957	2203	2460	2748	3098	3481	4496	6170	7851
Среднегодовой рост ВВП (%)	10,0	7,4	11,1	9,9	10,6	11,2	10,2	26,4	34,5	25,0
Распределение доходов среди населения (коэффициент Джини)*	0,46	...	0,51	0,50	0,51	...	...	...	...	...
Добавленная стоимость в промышленности (% ВВП)	36	41	45	47	50	53	55	64	69	73
Добавленная стоимость в сельском хозяйстве (% ВВП)	19	19	17	16	15	13	12	10	8	6
Добавленная стоимость в сфере услуг (% ВВП)	45	40	38	37	35	34	33	27	24	21
Рабочая сила (всего, млн человек)	3,4	3,5	3,6	3,7	3,8	3,9	4,0	4,0	4,1	4,3
Общий уровень безработицы (% рабочей силы)				12,8	10,7					
Официальный обменный курс (азербайджанский манат к доллару США)	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9
Реальная ставка процента	...	17,0	6,4	16,8	13,8	8,9	6,8	0,8	5,9	4,1

Источник: * UNICEF Innocenti Research Centre, 2008; World Bank, 2009;

ППС – паритет покупательной способности;

Международный доллар – гипотетическая валютная единица, имеющая такую же покупательную способность, как и доллар США в Соединенных Штатах Америки в определенный момент времени.

селения свидетельствует динамика коэффициента Джини (его нулевое значение соответствует абсолютному равенству в распределении доходов, а единица – абсолютному неравенству; см. табл. 1.2); в 2002 г. он составлял 0,51. В 2007 г. 16% населения Азербайджана находилось за абсолютной чертой бедности, которая определяется как стоимость минимальной потребительской корзины и вычисляется исходя из минимальных месячных норм потребления на душу населения. Согласно официальным данным, по сравнению с 2003 г., когда этот показатель

составлял 45%, он сократился более чем наполовину и для Кавказского региона является низким (MDG Monitor, 2008).

1.3 Политика

Азербайджан является президентской республикой; Конституция страны была принята в результате референдума 12 ноября 1995 г. Исполнительную ветвь власти с 31 октября 2003 г. возглавляет президент Ильхам Алиев, сменивший на этом посту своего отца Гейдара Алиева, который был президентом страны с 1993 г. Президент выбирается всенародным голосованием на пятилетний срок; последние президентские выборы прошли 15 октября 2008 г., по результатам которых Ильхам Алиев был избран на второй срок. Главой исполнительной власти является премьер-министр (в настоящее время этот пост занимает Артур Расизаде). Премьер-министра назначает президент с согласия Национального собрания (Милли Меджлиса); то же касается и кабинета министров. В состав Национального собрания входит 125 депутатов, которые избираются на пятилетний срок; после реформы 2002 г. члены Национального собрания избираются не по принципу пропорционального представительства, а большинством голосов. Эти преобразования способствовали усилению позиций более крупных партий, и на последних парламентских выборах за 125 мест в Национальном собрании боролось 200 кандидатов от 48 партий и блоков; правящая партия «Новый Азербайджан», получив большинство мест, сохранила свой контроль над парламентом; следующую за ней крупнейшую группу депутатов составляют самовыдвиженцы – независимые кандидаты (Kara, 2007).

Законодательство в сфере здравоохранения принимается как непосредственно парламентом (первичное законодательство), так и органами законодательной власти местного значения (вторичное законодательство), однако его активное проведение в жизнь надлежащим образом не обеспечивается. Наибольшим влиянием в вопросах формирования политики здравоохранения обладает Минздрав; остальные группы заинтересованных сторон имеют существенно меньший вес. Местные органы власти несут значительную ответственность за оказание медицинской помощи населению и обладают определенными полномочиями по сбору налогов с местных предприятий, но государственная система здравоохранения является строго централизованной, и регулирование деятельности частных поставщиков медицинских

услуг производится на общенациональном уровне (см. раздел 2.1 «Обзор системы здравоохранения»).

Азербайджан является полноправным членом ряда международных организаций, имеющих отношение к здравоохранению, включая Организацию Объединенных Наций, Совет Европы (с 2001 г.), Содружество Независимых Государств (СНГ) и Организацию по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ). Кроме того, страна имеет статус наблюдателя во Всемирной торговой организации (ВТО). Азербайджан ратифицировал большинство важнейших международных документов, включая Конвенцию о правах ребенка ООН (1989) и Европейскую конвенцию о защите прав человека (апрель 2002). Кроме того, правительство приняло документ «Цели в области развития», сформулированные в «Декларации тысячелетия» ООН в качестве долгосрочных целей по сокращению бедности. В докладе организации «Transparency International» о коррупции в мире за 2008 г. Азербайджану был присвоен рейтинг 1,9 по Индексу восприятия коррупции («0» по этой шкале означает высшую степень коррупции, «10» – отсутствие коррупции). В 2007 г. этот показатель составлял 2,1, что свидетельствует о росте коррупции в стране и потому вызывает серьезную озабоченность, так как коррупция может быть одной из основных причин неэффективности и несправедливости в системе здравоохранения (Transparency International, 2008).

1.4 Состояние здоровья населения

Согласно принятому стандарту, в обзорах «Системы здравоохранения: время перемен» используются сведения из базы данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех», в которую в свою очередь поступают данные, предоставляемые во Всемирную организацию здравоохранения правительствами стран в рамках стандартизированных процедур отчетности. При наличии таких данных по Азербайджану их включали в приведенные ниже таблицы и сводки, но к данным официальной статистики Азербайджана есть некоторая настороженность, и в случае необходимости использовались также дополнительные источники. Основным источником данных о смертности является система учета естественного движения населения (записи актов гражданского состояния), содержащая сведения о рождениях и смертях в стране. Теоретически при регистрации причин смерти в качестве стандарта используется МКБ-10, но на практике с применением МКБ-10 в

полном объеме на всей территории страны есть определенные проблемы, поскольку работники медицинских учреждений и органов медицинской статистики зачастую не обладают необходимой квалификацией или соответствующими руководствами для классификации и кодирования случаев смерти (Katsaga and Kehler, 2008). Между сведениями, получаемыми через систему учета естественного движения населения (в которой регистрируется 70–89% всех случаев смертей), и данными, собираемыми через Управление по информации и статистике Министерства здравоохранения, существуют значительные расхождения, которые, в частности, касаются числа рождений и смертей в год (Katsaga and Kehler, 2008).

В 2006 г. в Азербайджане состоялся общенациональный репрезентативный опрос населения – Обследование демографических характеристик и состояния здоровья (DHS USAID), – который был проведен в соответствии с принятой в мире методикой проведения таких обследований. Данные DHS 2006 г., касающиеся младенческой смертности в Азербайджане, существенно отличались от официальных данных за тот же период. Случаи, когда данные из различных источников разнятся между собой, не являются редкостью, но степень расхождения сведений, полученных в ходе DHS, и данных, собираемых по обычным каналам отчетности, действительно ставят под сомнение достоверность официальной статистики. Есть основания полагать, что руководители медицинских учреждений испытывают давление, вынуждающее их избегать подачи «негативной» отчетности, особенно когда речь идет о детской и материнской смертности, и это может способствовать возникновению указанных расхождений (Katsaga and Kehler, 2008). Кроме того, определение понятия «живорожденный» в версии ВОЗ пока что применяется не на всей территории страны (Katsaga and Kehler, 2008). Официально показатель младенческой смертности в Азербайджане снизился с 24,3 на 1000 живорожденных в 1995 г. до 9,8 в 2007 г. (см. табл. 1.3), что относительно немного по сравнению со средним показателем по СНГ, который в 2006 г. составлял 12,8 на 1000 живорожденных (WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009). Однако в ходе проведенного в Азербайджане DHS 2006 г. было выявлено, что в соответствии с принятым международным определением понятия «живорожденный» уровень младенческой смертности в стране составляет 43 на 1000 живорожденных, а если использовать советское определение этого понятия, то 23 случая на 1000 живорожденных (State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan and Macro International, 2008).

Таблица 1.3

Коэффициенты смертности и ожидаемая продолжительность жизни, 1990–2007 гг., выборочные годы

	1990	1995	2000	2004	2007
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет)	75,3	73,4	74,4	75,1	76,3
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет)	67,1	65,4	68,7	69,9	71,3
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, общая (лет)	71,4	69,5	71,6	72,5	73,8
Коэффициент смертности, женщины (на 1000 женского населения)	7,6	8,6	8,8	8,6	8,0
Коэффициент смертности, женщины в возрасте до 65 лет (на 1000 женского населения в возрасте до 65 лет)	3,2	3,5	2,9	2,7	2,3
Коэффициент смертности, мужчины (на 1000 мужского населения)	12,9	14,4	12,7	12,0	11,0
Коэффициент смертности, мужчины в возрасте до 65 лет (на 1000 мужского населения в возрасте до 65 лет)	6,3	7,1	5,5	5,0	4,4
Коэффициент смертности, младенцы (на 1000 живорожденных)	22,9	24,3	12,8	12,0	9,8
Вероятность умереть в возрасте до 5 лет (на 1000 живорожденных)	41,1	39,6	24,4	19,6	14,5

Источник: WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г.

Задача повышения достоверности медицинских данных была признана ключевой при разработке приоритетных национальных программ в области здравоохранения (к которым, в частности, относятся программы по охране материнства и детства). В этой связи Минздрав предпринимает последовательные усилия по улучшению качества демографической статистики и данных о смертности, и задачи по исправлению этой ситуации, наряду с рядом других планируемых мероприятий, найдут свое отражение в Концепции создания Национальной интегрированной информационной системы здравоохранения, которая на момент составления данного обзора находилась в стадии разработки. Сведения, содержащиеся в базе данных «Здоровье для всех», свидетельствуют о том, что в 2007 г. тремя основными причинами смертности в Азербайджане были болезни системы кровообращения (551,6 случая на 100 000 населения), онкологические заболевания (87,4 случая на 100 000 населения) и болезни органов пищеварения (60,4 случая на 100 000 населения); что касается внешних причин, то, в отличие от остальных стран СНГ, в Азербайджане они не относятся к основным причинам смертности (см. табл. 1.4). Вместе с тем остается неясным, каким образом Азербайджану удалось достичь столь беспрецедентного сокращения смертно-

сти от дорожно-транспортного травматизма – в 2007 г. она составила всего 1,1 случая на 100 000 населения, что было самым низким показателем во всем Европейском регионе ВОЗ за этот год. В связи с этим возникают вопросы относительно качества данных о смертности в стране.

Таблица 1.4

Основные причины смерти, все население, 1990–2007 гг., выборочные годы

Основные причины смерти (по МКБ-10)	Смертность, все возрастные группы (на 100000)				
	1990	1995	2000	2004	2007
I. Инфекционные болезни:					
Инфекционные и паразитарные болезни (A00–B99)	25,0	34,2	23,3	16,4	...
Туберкулез (A17–A19)	11,7	21,4	17,9	11,8	...
II. Неинфекционные болезни:					
Болезни системы кровообращения (I00–I99)	565,6	646,5	656,3	633,8	551,6
Злокачественные новообразования (C00–C97)	120,7	106,9	105,4	115,5	87,4
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого (C33–C34)	19,1	15,5	15,7	17,5	9,8
Болезни органов дыхания (J00–J99)	88,5	106,0	79,4	61,0	...
Болезни органов пищеварения (K00–K93)	49,4	60,5	59,8	60,8	60,4
III. Внешние причины (V01–Y89):					
Транспортные несчастные случаи (V01–V99)	16,1	10,5	6,7	4,6	1,1
	(1991)				
Все внешние причины, травмы и отравления	52,5	52,8	29,7	26,1	28,6
IV. Симптомы, признаки и неточно обозначенные и неизвестные причины смерти					
	17,7	29,2	32,5	36,8	70,8

Источник: World health organization, 1992/Всемирная организация здравоохранения, 1992; WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009.

В ходе проведения в 2006 г. обследования демографических характеристик и состояния здоровья (DHS) у респондентов из репрезентативной выборки измеряли кровяное давление; в результате было выявлено, что у 16% женщин в возрасте от 15 до 49 лет и у 17% мужчин в возрасте от 15 до 49 лет давление было повышенным. Гипертониками оказались почти треть обследованных мужчин и женщин старше 40 лет, что свидетельствует о серьезности этой проблемы в Азербайджане, причем большинство респондентов с повышенным давлением не знали о том, что являются гипертониками (State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan and Macro International Inc., 2008). В том же обследовании было обнаружено, что почти половина мужчин в возрасте от 15 до 59 лет являются курильщиками; женщинам вопросы о потреблении табака не задавались.

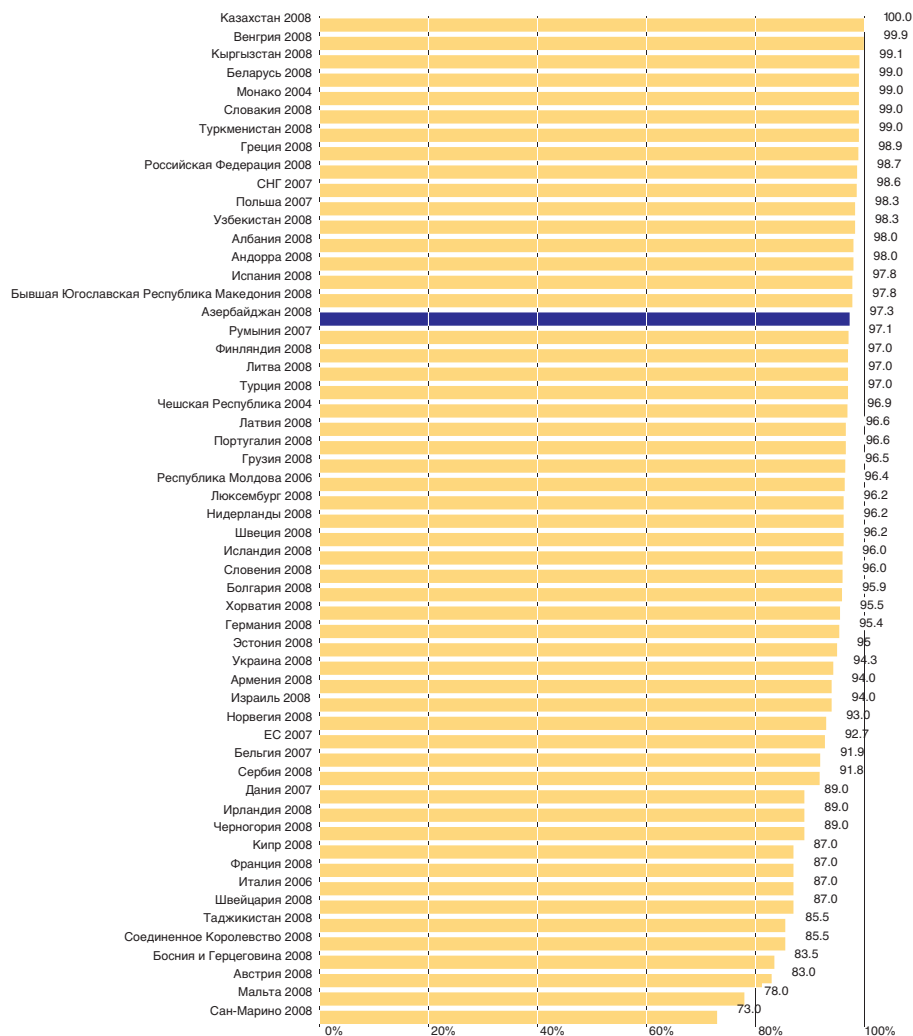
По официальным данным, в Азербайджане уровень вакцинации детей против кори сравнительно высок – 97,3% в 2008 г. (см. рис. 1.2). В 2008 г. высокими были также и уровни иммунизации против туберку-

леза (98,2%), коклюша-дифтерии-столбняка (КДС) (95%) и полиомиелита (97,5%) (WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009), но столь высокие цифры могут означать также и то, что число новорожденных в знаменателе было занижено. В проведенном в 2006 г. обследовании DHS было выявлено, что на дату проведения опроса все основные прививки, рекомендованные ВОЗ, получили лишь 60% детей в возрасте 18–29 месяцев, а 13% детей вообще не получили никаких прививок (State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan and Macro International Inc., 2008). Индексы выбывших в период между первой и третьей дозами вакцины КДС и вакцины против полиомиелита составили 10% (State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan and Macro International Inc., 2008). Полная информация о программе иммунизации содержится в разделе 6.1 «*Общественное здравоохранение*».

Несмотря на то что основными причинами смертности в стране являются преимущественно неинфекционные заболевания, важным вопросом является также профилактика инфекционных болезней, в особенности туберкулеза, поскольку в Азербайджане уровень заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) один из самых высоких в Европе (см. раздел 6.1 «*Общественное здравоохранение*»). Кроме того, Азербайджан является одной из стран, пострадавших в 2006 г. от эпидемии высокопатогенного штамма вируса гриппа птиц (H5N1), который был занесен в страну мигрирующими дикими птицами. С этой вспышкой удалось успешно справиться, однако было зарегистрировано восемь подтвержденных случаев заболевания, пять из которых привели к летальному исходу (World Health Organization, 2006).

Рис. 1.2

Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ (% иммунизированного детского населения), 2008 г. или по последним имеющимся данным



Источник: WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009.

2. Организационная структура

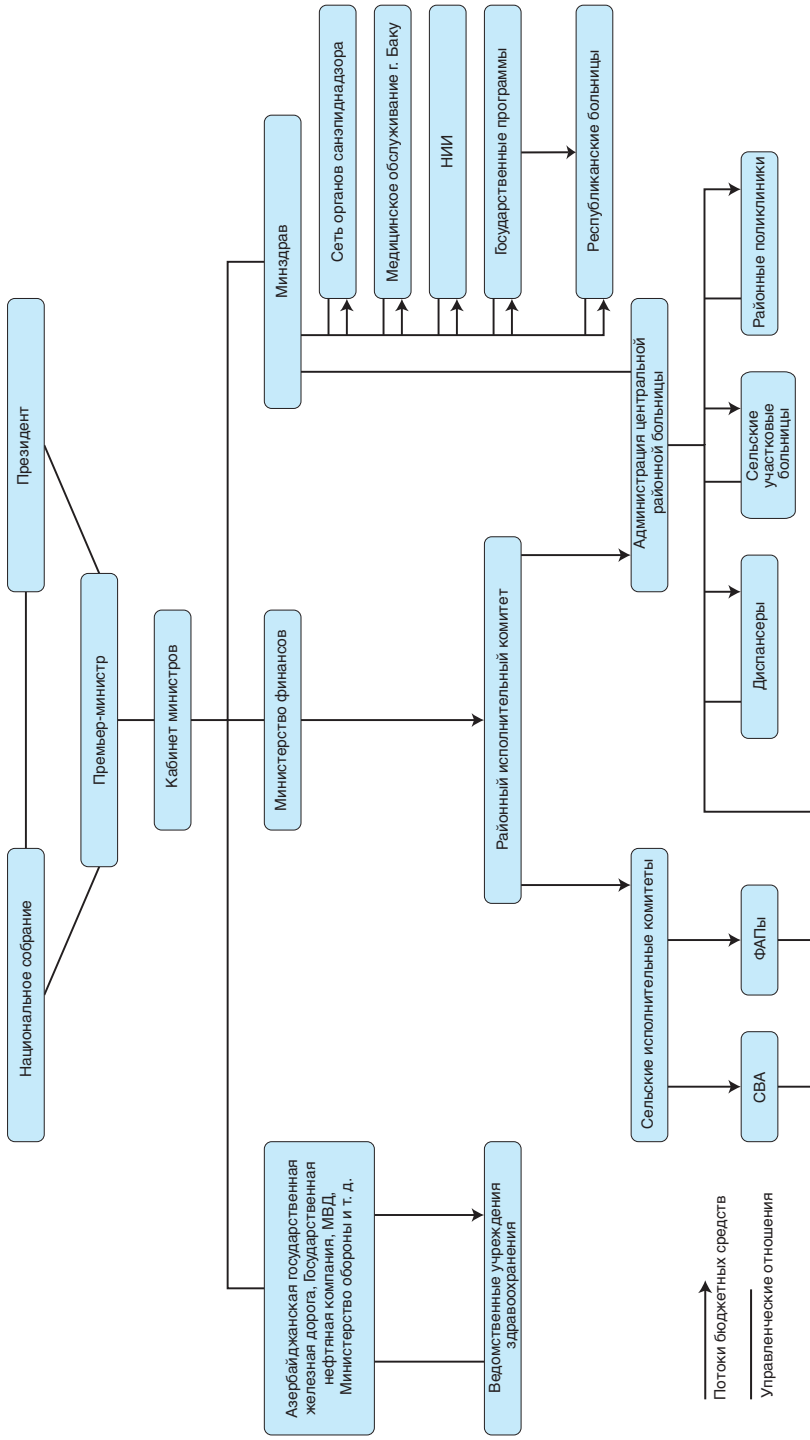
2.1 Обзор системы здравоохранения

Организация системы здравоохранения Азербайджана является иерархической и строго централизованной, и большинство решений по ключевым вопросам политики здравоохранения принимается на общенациональном уровне. Формально полную ответственность за управление системой здравоохранения страны несет Минздрав, но на практике его влияние на поставщиков медицинских услуг на местном уровне ограничено, поскольку в финансовом отношении они зависят от местных районных управлений здравоохранения или сельских администраций. Районные органы власти и администрация центральной районной больницы обладают полномочиями по непосредственному управлению поставщиками медицинских услуг на подведомственных им территориях. Кроме того, в стране действует разветвленная сеть ведомственных учреждений здравоохранения, функционирующих вне системы Минздрава, поскольку они подчиняются и финансируются другими отраслевыми министерствами или государственными предприятиями. Поставщики частных медицинских услуг работают по лицензиям Минздрава, но во всем остальном являются абсолютно независимыми, поэтому в схему на рис. 2.1, на которой изображена только структура государственной системы здравоохранения, они не включены.

2.2 Историческая справка

Поскольку ранее Азербайджан был республикой в составе СССР, то основой функционирования системы здравоохранения страны в ее нынешнем виде является советская модель Семашко. Руководящий принцип модели Семашко состоял в обеспечении всеобщего и равного

Рис. 2.1
Организационная схема системы здравоохранения



доступа населения к бесплатной медицинской помощи. Финансирование здравоохранения производилось за счет налоговых поступлений в бюджет, система планирования ресурсов и персонала была жестко централизованной и основывалась на строгой иерархии учреждений здравоохранения районного, областного, республиканского и общесоюзного уровней. Все медицинские работники были наемными государственными служащими; частная практика была запрещена. Во главе угла стояло стационарное лечение, поэтому первичное звено было развито очень слабо. Государство постоянно стремилось увеличивать численность медицинских кадров и медицинских учреждений; создавалась широкая сеть параллельных (ведомственных) учреждений здравоохранения, которые организовывались при крупных промышленных предприятиях и некоторых отраслевых министерствах. Благодаря широкому охвату и всеобщему доступу населения к бесплатному медицинскому обслуживанию, модель Семашко обеспечивала реализацию принципа социальной справедливости в здравоохранении, несмотря на имевшие место межрегиональные качественные различия в предоставлении медицинской помощи и наличие основной и параллельных систем здравоохранения. Однако эта система была экономически неэффективной и ресурсоемкой, в особенности потому, что она опиралась главным образом на стационарную помощь. Кроме того, несмотря на то, что модель Семашко показала свою эффективность в области контроля за инфекционными заболеваниями, когда эпидемиологическая картина изменилась и основное бремя стало приходиться уже на неинфекционные болезни, система оказалась недостаточно гибкой, а ее первичное звено и система первичной профилактики – слишком слабыми для того, чтобы обеспечить надлежащий контроль за неинфекционными болезнями, которые преобладали в эпидемиологической картине в конце советской эпохи (Figueras et al., 2004).

До обретения страной независимости в 1991 г. Минздрав Азербайджана, будучи элементом централизованной системы планирования и управления, построенной по иерархическому принципу, был простым исполнителем управленческих решений Москвы. После провозглашения независимости в 1991 г. система здравоохранения столкнулась с серьезными экономическими трудностями, связанными с необходимостью финансирования унаследованной от советской эпохи разветвленной сети медицинских учреждений. Качество и доступность медицинской помощи ухудшились, а отсталая и неповоротливая система управления препятствовала проведению необходимых преобразований.

В настоящее время организационная структура системы здравоохранения страны сохраняет многие ключевые особенности системы Семашко и, соответственно, испытывает те же основные проблемы, которые ей были присущи в прошлом. Основной упор по инерции делается на стационарную помощь, несмотря на намерения переориентировать систему здравоохранения на ее первичное звено. Одной из ключевых характеристик системы Семашко было обеспечение всеобщего доступа населения к медицинской помощи, но из-за сильнейшего дефицита государственного финансирования и возникшей в результате практики оплаты медицинских услуг за счет пациентов для значительной части населения доступ к медицинской помощи сократился. Усугубил ситуацию и связанный с разрушением прежних торговых связей распад унаследованных от СССР систем поставок лекарств и медицинского оборудования. Государство пыталось решить некоторые из этих проблем с помощью экспериментальных программ в области здравоохранения, нацеленных на развитие первичного звена и рациональное использование ресурсов. Обсуждается также вопрос о создании и внедрении системы обязательного социального медицинского страхования (см. главу 7 «*Основные реформы в области здравоохранения*»).

2.3 Организационная структура

Общая структура системы здравоохранения Азербайджана отражает унаследованную от советских времен модель Семашко, но, как и в других небольших бывших советских республиках, в Азербайджане между общенациональным (республиканским) и районным уровнями иерархии отсутствует «областной» уровень. Большинство услуг по-прежнему оказывают в государственных медицинских учреждениях, но при этом в стране активно растет частный сектор, и значительную часть услуг предоставляют также ведомственные медицинские учреждения, организованные при соответствующих отраслевых министерствах.

Министерство здравоохранения

Министерству здравоохранения принадлежат центральные организации здравоохранения и больницы третичного уровня (республиканские), научно-исследовательские институты и система санэпиднадзора, и по-

ступающее от Минфина финансирование деятельности всех этих учреждений производится через Минздрав. На местном уровне Минздрав представляют районные управления здравоохранения. С 2006 г. Минздрав отвечает также за непосредственное управление и финансирование медицинских организаций, расположенных в столице страны, г. Баку. Минздрав формирует программу действий. Внутри министерства каждый из руководителей соответствующих отделов разрабатывает политику в своей области в зависимости от конкретной ситуации; зачастую это принимает форму организации ответных мер.

Местные правительства и органы управления здравоохранением

Местным органам власти принадлежат районные больницы, поликлиники и специализированные клиники (диспансеры), а государственное финансирование деятельности этих учреждений поступает из бюджетов местных органов власти через районные управления здравоохранения. По вопросам политики здравоохранения районные управления здравоохранения подчиняются Минздраву, но в финансовом отношении зависят от местных органов власти (см. рис. 2.1). Районное управление здравоохранения также является административным органом для центральной районной больницы, поэтому главный врач соответствующей местной больницы отвечает за оказание всех медицинских услуг на подведомственной территории – в поликлиниках, специализированных клиниках, сельских больницах и фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП) (см. раздел 6.3 «Первичная/амбулаторная медицинская помощь»).

Министерство финансов

Министерство финансов, руководствуясь решениями президента и Национального собрания, определяет годовой бюджет сектора здравоохранения и выделяет средства Минздраву на финансирование услуг, относящихся к его ведению, и местным органам власти – на финансирование услуг, оказываемых на районном уровне.

Ведомственные учреждения здравоохранения

Свои медицинские учреждения, обслуживающие действующих и бывших сотрудников, имеют следующие министерства и ведомства: Мини-

стерство национальной безопасности, Министерство обороны, Министерство внутренних дел, Министерство юстиции, Государственный таможенный комитет, Государственная нефтяная компания, Государственное Каспийское морское пароходство и Азербайджанская государственная железная дорога. По оценкам, эти ведомственные медицинские учреждения обслуживают около 5% населения (Holley et al., 2004). Избыточный коечный фонд некоторых ведомственных больниц используется для ведения частной практики.

Частный сектор

Приватизация в системе здравоохранения носила очень ограниченный характер. В 2003 г. государство приватизировало примерно 350 учреждений здравоохранения (главным образом это были стоматологические клиники и аптеки). Однако в последнее время значительно возросло количество частных поставщиков медицинских услуг, обслуживающих тех, кто разбогател благодаря последнему нефтяному буму. В частных клиниках и больницах, большинство из которых находится в Баку, оказывают достаточно широкий спектр услуг. Помощь онкологическим больным могут оказывать только в государственных больницах, но во всех остальных отраслях медицины частные поставщики имеют право оказывать любые виды услуг, выбирая профиль своей деятельности исходя из коммерческих соображений. Кроме того, частные поставщики могут на договорной основе работать с присутствующими на территории Азербайджана транснациональными корпорациями, оказывая услуги по охране здоровья на производстве, а также предоставляя медицинское обслуживание их сотрудникам по договорам индивидуального медицинского страхования.

Международные партнеры

Деятельность международных партнеров была особенно важна с точки зрения оказания услуг большим группам лиц из числа вынужденных переселенцев, у которых в противном случае были бы проблемы с доступом к медицинской помощи. К 2008 г. практически все палаточные лагеря для вынужденных переселенцев были закрыты, а их бывшие жители переехали на новые места жительства. Международные партнеры оказали также большую помощь Минздраву в разработке и апробировании различных подходов к реформе здравоохранения.

Неправительственные организации (НПО)

Местные НПО не играют большой роли в деятельности сектора здравоохранения, но их размер и влияние растут. В стране действует ряд организаций, отстаивающих интересы определенных групп (например, Лига диабетиков), и Союз потребителей, который защищает в том числе и интересы пациентов как потребителей медицинских услуг. Есть также несколько профессиональных ассоциаций врачей (например, ассоциации пульмонологов и психиатров), но заметного влияния на политику и планирование в области здравоохранения они не оказывают. Основным внутренним источником негосударственного финансирования медицинских программ и проектов является Фонд Гейдара Алиева, названный так в честь последнего президента страны; управляет фондом супруга его сына, ныне – первая леди государства. Фонд Гейдара Алиева оказывает финансовую поддержку ряду проектов в области здравоохранения; в настоящее время одно из приоритетных направлений его деятельности связано с организацией диагностики и лечения талассемии.

2.4 Децентрализация и централизация

В системе здравоохранения в Азербайджане сохранилась советская централизованная структура, хотя большинство медицинских учреждений теперь принадлежит местным органам власти и финансируется ими же. Передача ряда административных полномочий органам местного уровня является отражением того же принципа, который действовал и при советской власти, и сколько-нибудь значимой децентрализации в системе здравоохранения пока не произошло. Возможности местных органов власти, касающиеся рационального использования средств, ограничены жесткими рамками постатейного бюджета, утверждаемого Минфином. Гибкости управления на местном уровне препятствует также и то, что все назначения руководящих кадров в районах производятся под контролем Минздрава. Передачи или делегирования полномочий органам местного уровня или неправительственным организациям произведено не было, хотя с введением системы обязательного медицинского страхования эта ситуация, вероятно, изменится. Приватизация в системе здравоохранения носила очень ограниченный характер, коснувшись главным образом мелких государственных стоматологических центров и некоторых аптек, что было скорее не инструментом децентрализации,

а больше напоминало избавление государства от балласта – старых убыточных медицинских учреждений второстепенного значения (Holley et al., 2004).

2.5 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения

Как и во многих других странах, унаследовавших систему здравоохранения Семашко, в Азербайджане усиление участия пациентов в деятельности системы здравоохранения не является в настоящее время первостепенным вопросом повестки дня реформ, и, хотя на бумаге пациентам предоставлены достаточно широкие права, осуществление этих прав сильно ограничено, особенно для пациентов с такими заболеваниями, как ВИЧ/СПИД или психические заболевания, которые сопряжены с сильной социальной стигматизацией.

В главе IV закона «Об охране здоровья населения» (1997) изложены права граждан в области здравоохранения. Некоторые из основных прав, гарантируемые этим законом, состоят в следующем:

- право на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения;
- право на обследование и лечение в условиях, отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям;
- право на конфиденциальность медицинской информации;
- право на добровольную дачу письменного или устного согласия на медицинское вмешательство;
- право на отказ от медицинского вмешательства;
- право на получение информации о состоянии своего здоровья.

Статья 57 Конституции Азербайджанской Республики гарантирует гражданам право обратиться в установленном порядке с письменной или устной жалобой в государственные органы. В законе «О порядке рассмотрения обращений граждан» (1997) описаны процедуры рассмотрения жалоб и обращений граждан. В соответствии с этим порядком, все обращения должны быть приняты, зарегистрированы и рассмотрены в течение 1 месяца.

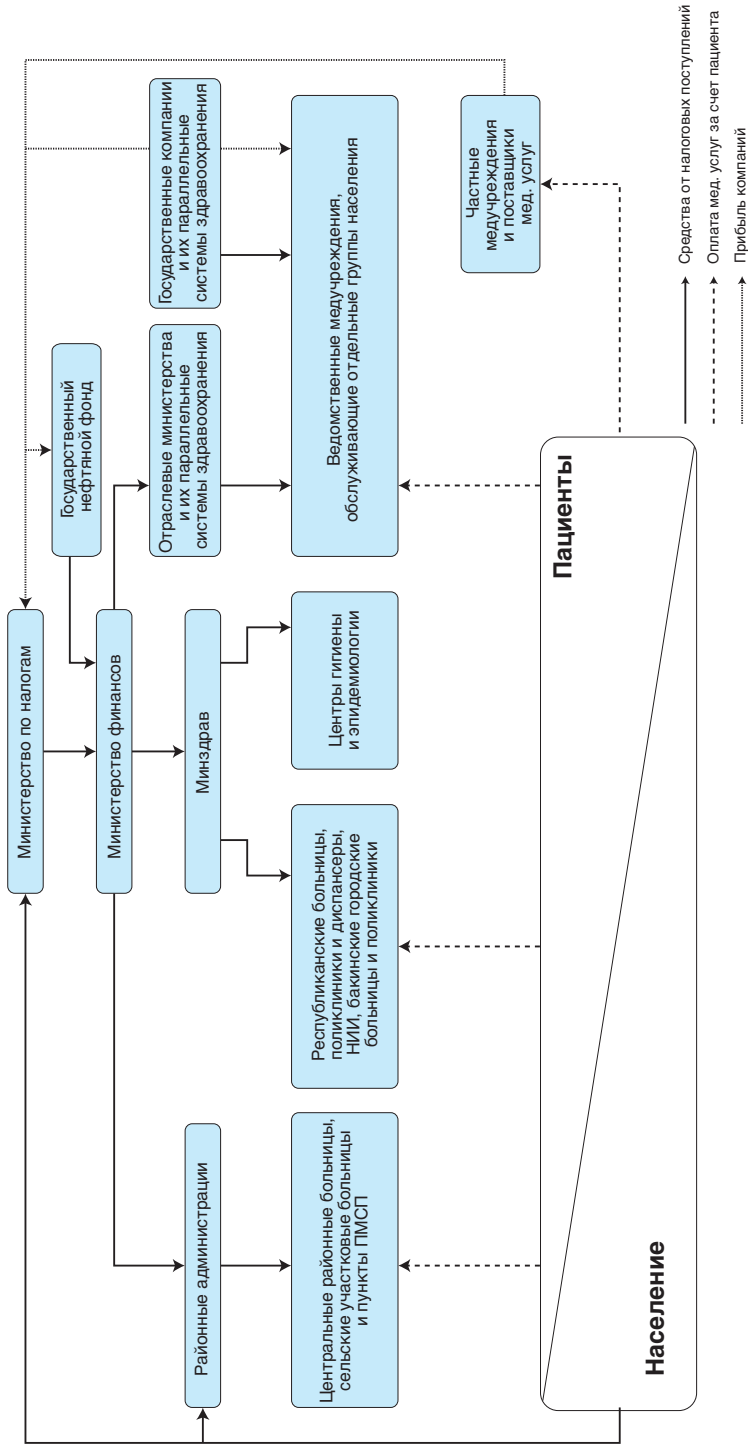
3. Финансирование

Как показано на рис. 3.1, источниками финансирования азербайджанской системы здравоохранения являются государственные доходы от налогообложения и личные средства граждан. Финансирование медицинской помощи на местном уровне поступает через бюджеты районных органов власти, а Минздрав отвечает за финансирование организаций республиканского уровня и системы санэпиднадзора. Ведомственные учреждения здравоохранения, принадлежащие отраслевым министерствам, обслуживают примерно 5% населения (см. ниже); кроме того, все более активную роль играют частные поставщики медицинских услуг. Нынешние проекты реформ направлены на создание схемы реформы финансирования государственной системы здравоохранения и апробирование новых механизмов финансирования и управления. Утвержденная Концепция реформы системы финансирования здравоохранения включает такие аспекты, как объединение финансовых ресурсов, введение новых механизмов оплаты услуг поставщиков, расширение самостоятельности медицинских организаций, введение льгот на лекарства для амбулаторного лечения, а также определение базового пакета медицинских услуг (см. главу 7 «*Основные реформы в области здравоохранения*»). В целях поддержки этих начинаний в настоящее время проводится процесс интеграции и усовершенствования информационных систем здравоохранения.

3.1 Расходы на здравоохранение

В результате экономического коллапса первой половины 1990-х гг., который был усугублен вооруженным конфликтом с Арменией, государственные расходы на здравоохранение резко сократились. Ситуация ста-

Рис. 3.1
Движение финансовых потоков в системе здравоохранения Азербайджана



ла улучшаться в начале 2000-х гг., когда страна начала получать значительные доходы от производства и добычи нефти. В абсолютном выражении государственные расходы на здравоохранение быстро возросли: если в 2000 г. они составляли примерно 6 долл. США на душу населения, то в 2008 г., по расчетам авторов обзора, основанных на материалах (Ministry of Finance, 2008; State Statistical Committee of Republic Azerbaijan, 2009), достигли более 50 долл. США. Однако примерно такой же была и динамика роста ВВП страны в этот период, поэтому бюджетные ассигнования на здравоохранение, выраженные как доля ВВП, существенно не изменились, оставаясь на уровне примерно 1%. Более того, государственные расходы на здравоохранение как доля общих государственных расходов уменьшились с 5,4% в 2000 г. до 3% (по расчетам) в 2008 г. (Ministry of Finance 2008; State Statistical Committee of Azerbaijan, 2009). Кроме того, государственный бюджет на здравоохранение никогда не исполняется в полном объеме. Так, например, в 2007 г. освоено было лишь 92,3% ассигнований (Ministry of Finance, 2008). В 1990-е гг. это было вполне объяснимо, поскольку в тот период страна испытывала постоянный бюджетный дефицит. Но в последнее время ситуация как раз обратная, поэтому причина постоянного недоосвоения бюджетных средств не ясна. Одним из возможных объяснений здесь может быть то, что в сельской местности медицинские учреждения недоукомплектованы кадрами, поэтому бюджетные средства на оплату соответствующих ставок систематически выделяются, но не используются в течение года.

Помимо средств на здравоохранение, выделяемых Минздраву и бюджетам местных администраций, государство финансирует также ведомственную медицину. Из-за отсутствия соответствующих данных расходы на здравоохранение Министерства обороны, Министерства внутренних дел, Министерства национальной безопасности, Государственной нефтяной компании (ГНКАР) и Азербайджанской государственной железной дороги оценить трудно, но они, безусловно, составляют довольно значительную часть общих государственных расходов. Более того, эта доля, по-видимому, возросла вследствие расширения сети медицинских учреждений ГНКАР, которая выделяет десятки миллионов долларов своих доходов на строительство медицинских учреждений, в частности семи новых лечебно-диагностических центров на всей территории страны. ГНКАР планирует построить еще семь таких центров, которые также войдут в состав государственной системы здравоохранения. Такие расходы отследить трудно, поскольку в государственном

бюджете они не отражаются. В этой связи доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение, по данным Госкомстата, оказывается существенно ниже, чем по оценкам ВОЗ, поскольку авторы этих оценок постарались включить в них также объемы государственного финансирования ведомственной медицины и чрезвычайные государственные расходы (см. табл. 3.1).

По данным Госкомстата, в 2007 г. доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение составила 44%, что существенно превышает аналогичный показатель 2002 г. (23,8%) (State Statistical Committee of the Republic Azerbaijan, 2009). Оценки ВОЗ свидетельствуют о гораздо менее позитивной тенденции: по мнению экспертов ВОЗ, в 2007 г. доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение составила 29,3% по сравнению с 17,1% в 2002 г. (см. табл. 3.1) (World Health Organization, 2009). Истинный уровень личных расходов граждан на здравоохранение оценить нелегко, и тому есть несколько причин. Во-первых, значительную долю личных расходов составляют неофициальные платежи, размер которых, естественно, определить очень трудно – для этого потребовалось бы проведение подробного обследования домохозяйств. Во-вторых, ввиду ненадлежащей отчетности со стороны частного сектора (частных поставщиков медицинских услуг и аптек), в полном объеме трудно оценить даже официальные платежи граждан за медицинские услуги. В-третьих, в стране до сих пор не введена система Национальных счетов здравоохранения, которая позволила бы регистрировать расходы на здравоохранение во всех подсистемах и из всех источников. Тем не менее и оценки ВОЗ, и данные официальной статистики говорят о том, что большинство расходов на здравоохранение оплачиваются за счет личных средств граждан.

Точную структуру расходов на здравоохранение в Азербайджане определить трудно. Классификация бюджетных расходов по пяти статьям (см. табл. 3.2) не отражает истинного распределения средств между различными видами медицинской помощи – например, между амбулаторной и стационарной. Отсутствует также четкое определение того, что именно включают в себя первичный, вторичный и третичный уровни медицинской помощи. Так, например, во всех сельских участковых больницах и во многих центральных районных больницах есть амбулаторные отделения, бюджет которых включен в общий бюджет больницы. Кроме того, все врачи-специалисты, работающие в больницах, оказывают также и амбулаторную помощь, и отследить это трудно, так как система выдачи направлений к специалистам разрушена. Более того, с 2006 г. значительная

Таблица 3.1

Динамика расходов на здравоохранение в Азербайджане, 2000–2007 гг.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Общие расходы на здравоохранение как % ВВП, оценка ВОЗ	4,8	4,6	4,7	4,2	4,0	4,4	4,1	4,0
Общие расходы на здравоохранение на душу населения по ППС, долл. США, оценка ВОЗ	104	112	127	129	139	197	254	320
Государственные расходы на здравоохранение как % общих расходов на здравоохранение, оценка ВОЗ	18,1	19,0	17,1	20,5	21,9	21,7	26,1	29,3
Частные расходы на здравоохранение (расходы домохозяйств) как % общих расходов на здравоохранение	64,1	63,6	66,7	64,1	62,8	67,7	63,9	61,5
Среднегодовые темпы роста ВВП, %*	11,1	9,9	10,6	11,2	10,2	26,4	34,5	25,0
Государственные расходы на здравоохранение как % общих государственных расходов*	5,4	5,2	4,8	4,5	4,9	5,5	4,3	4,2

Источники: * State Statistical Committee of the Republic Azerbaijan, 2009; World Health Organization, 2009.

Примечание: ППС – паритет покупательной способности

часть бюджета здравоохранения выделяется на финансирование целевых государственных программ. Перечень государственных программ в области здравоохранения и их бюджеты на 2008 г. приведены в табл. 3.3. Большинство этих программ направлено на борьбу с определенными заболеваниями и включают централизованные закупки необходимого оборудования и медикаментов. Вертикальный характер этих программ затрудняет оценку расходов по ним на каждом уровне оказания медицинской помощи. Общая тенденция состоит в том, что доля стационарной и специализированной помощи увеличивается вследствие проведения финансируемых государством программ капитальных вложений (см. раздел 5.1.).

Большая часть государственных расходов на здравоохранение идет на выплату зарплат сотрудникам (см. табл. 3.4). По сравнению с концом 1990-х и началом 2000-х гг., когда на зарплаты приходилось значительно меньше 50% государственных расходов на здравоохранение, этот показатель существенно увеличился. Однако зарплаты работников государственных медицинских учреждений по-прежнему очень низкие. По данным Госкомстата, в 2007 г. средняя зарплата медицинских работников составляла всего 89,9 маната, что более чем вдвое меньше средней зарплаты по стране (State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan, 2009). Таким образом, даже если весь бюджет здравоохранения целиком потратить на выплату зарплат, то они все равно будут значительно ниже среднего уровня зарплаты по стране. Кроме того, ассигнования на закупки лекарств и товаров медицинского назначения

Таблица 3.2

Структура государственного бюджета здравоохранения в 2006–2008 г.г.

	Процент от полного бюджета здравоохранения		
	2006	2007	2008 (прогноз)
Поликлиники и амбулатории	19,7%	16,7%	15,7%
Больницы	66,5%	55,3%	55,6%
Прочие услуги в области здравоохранения	7,9%	2,0%	2,0%
Научно-исследовательская деятельность в области здравоохранения	0,8%	0,8%	0,8%
Другие услуги, связанные со здравоохранением (включая государственные программы здоровья)	5,2%	25,1%	25,9%

Источник: Министерство финансов, 2009.

Примечание: ввиду ошибок округления итоговая сумма в столбцах может не равняться 100%.

Таблица 3.3

Государственные программы в области здравоохранения, 2007–2008 г.г.

Название программы	Бюджетные ассигнования (в миллионах манатов)		
	2007 (прогноз)	2008 (прогноз)	2009
Программа по хронической почечной недостаточности	13,0	14,4	20,0
Программа по диабету	12,0	13,8	17,3
Программа по гемофилии и талассемии	9,1	9,2	11,1
Программа по обеспечению онкологических больных основными противоопухолевыми препаратами	–	5,0	10,2
Программа иммунизации	1,9	1,1	5,1
Программа охраны здоровья матери и ребенка	4,8	5,2	5,2
Программа по обеспечению донорской кровью	0,7	0,8	3,0
Программа «Электронный Азербайджан»	–	2,1	–
Расходы, связанные с введением обязательного медицинского страхования	–	4,0	50,2
Программа развития кадрового потенциала в общественном здравоохранении	–	1,4	0,1
Расходы, связанные с введением «электронных карт здоровья» и «карт медосмотра»	0,4	1,6	–
Программа профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД	–	–	1,98
Общие расходы на реализацию государственных программ в области здравоохранения	42,2	58,6	124,2

Источник: по неопубликованным данным Министерства финансов, 2008 г.

увеличились с менее чем 10% общего бюджета здравоохранения в конце 1990-х до 18% в 2008 г. Доля капитальных вложений в последние годы также быстро растет – с 3% в 1999 г. до более чем 9% в 2007 г. (Holley et al., 2004; по неопубликованным данным Министерства финансов). За последние три года было построено или полностью реконструировано более 100 медицинских учреждений (по неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.).

Таблица 3.4

Государственные расходы на здравоохранение с разбивкой по статьям, 2006–2009 гг.

Статья расходов	млн манатов (%)			
	2006	2007	2008 (прогноз)	2009 (прогноз)
Зарплаты сотрудников	102,9 (63,6)	144,3 (56,2)	253,8 (63,4)	315,5 (59,7)
Закупки товаров и услуг	53,1 (32,8)	86,5 (33,7)	115,2 (28,8)	158,3 (30,0)
В том числе оплата коммунальных услуг	6,7 (4,1)	13,7 (5,4)	17,7 (4,4)	20,4 (3,9)
Прочие расходы	5,3 (3,3)	7,6 (3,0)	10,8 (2,7)	32,4 (6,1)
В том числе капитальные вложения	3,9 (2,4)	5,7 (2,2)	7,3 (1,8)	10,3 (2,0)
Закупки нефинансовых активов	0,4 (0,2)	18,4 (7,2)	20,3 (5,1)	22,1 (4,2)

Источник: по неопубликованным данным Министерства финансов, 2008 г.

3.2 Охват населения и право на медицинское обслуживание

Доступ к медицинской помощи является конституционным правом каждого гражданина Азербайджана. Согласно статье 41 Конституции, каждый обладает правом на охрану здоровья и получение медицинской помощи. Все граждане имеют право на получение медицинской помощи в соответствии с законом «Об охране здоровья населения» (1997). Концепция реформы системы финансирования здравоохранения (2008) укрепляет право всех граждан страны на получение гарантированного государством базового пакета медицинских услуг, хотя в полном объеме этот пакет будет определен только к концу 2012 г. Важно отметить, что указанные меры касаются официального определения гарантированного государством бесплатного доступа к медицинской помощи. В реальности пациентам нередко приходится за свой счет оплачивать те лекарства или услуги, которые теоретически должны им предоставляться бесплатно.

Закон «Об охране здоровья населения» (1997) предусматривает следующие права граждан; в случае болезни, потери трудоспособности и других случаях граждане имеют право на получение медико-социальной помощи:

- Медико-социальная помощь оказывается в учреждениях государственной и негосударственной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты.
- В государственных медицинских учреждениях граждане обеспечиваются медицинской помощью в соответствии с законодательством на основе обязательного медицинского страхования.

- Граждане имеют право на получение медицинской помощи, а также на обеспечение другими дополнительными медицинскими услугами на основе добровольного медицинского страхования.
- Граждане имеют право на прохождение медико-социальной экспертизы в специализированных учреждениях.
- Дети, подростки, студенты, нетрудоспособные и пенсионеры имеют право на бесплатное медицинское обследование в государственных медицинских учреждениях.

В соответствии с данным законом, лица без гражданства, постоянно проживающие на территории Азербайджана, также имеют право на доступ к медицинской помощи. Объем этих прав прописан в различных законодательных и нормативных актах. Так, в законодательстве официально предусмотрено:

- Лечение наиболее распространенных инфекционных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний.
- Проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинская профилактика социально опасных заболеваний (например, психических расстройств, наркозависимости, хронического алкоголизма, ВИЧ/СПИД, туберкулеза, сифилиса, гонореи, лепры).
- Другие меры по охране семьи, родителей и детей и оказанию медико-санитарной помощи по месту жительства.
- Скорая и неотложная медицинская помощь в случаях, требующих экстренного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления и другие состояния), а также медико-социальная помощь гражданам с социально опасными заболеваниями.
- Охрана здоровья семьи.
- Услуги в области планирования семьи.
- Медико-психологическое консультирование по вопросам брачно-семейных отношений.
- Консультирование и тестирование по вопросам наследственных заболеваний.
- Дородовое и послеродовое наблюдение и услуги по родовспоможению.
- Педиатрическая помощь.
- Медицинская помощь при диабете (Государственная программа).
- Лечение туберкулеза (закон «О контроле туберкулеза»).
- Профилактика и лечение малярии.

- Медицинская помощь при ВИЧ/СПИД (закон «О профилактике ВИЧ/СПИД»).
- Медицинская помощь при талассемии и гемофилии (Государственная программа).
- Гемодиализ (Государственная программа).
- Рутинная вакцинация детей (закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»).

В период с 1994 по 2008 г. полностью бесплатным медицинское обслуживание было только для определенных групп населения: детей, пенсионеров, студентов, военнослужащих и призывников, женщин в период беременности и послеродового декретного отпуска, инвалидов, беженцев и вынужденных переселенцев, спортсменов – членов национальных сборных команд, а также заключенных; все остальные категории граждан должны были вносить официальную оплату за определенные виды медицинской помощи (соплатежи) (Holley et al., 2004).

В Концепции реформы системы финансирования здравоохранения и внедрения обязательного медицинского страхования, утвержденной президентом в январе 2008 г., а также в Плане мероприятий по реализации Концепции, утвержденном кабинетом министров в 2008 г., определен гарантированный государством бесплатный базовый пакет медицинских услуг (БПМУ), который должен стать основой для введения системы обязательного медицинского страхования: «Базовый пакет медицинских услуг будет включать все виды первичной и профилактической медицинской помощи и услуг в области общественного здравоохранения, в том числе первичную медицинскую помощь, скорую и неотложную помощь, а также некоторые виды специализированной медицинской помощи; он будет финансироваться за счет средств государственного бюджета и взносов на обязательное медицинское страхование. Дополнительные услуги будут финансироваться за счет собственных средств граждан, добровольного медицинского страхования и различных видов финансовой помощи». В Концепции также поставлена задача четкого определения объема БПМУ после его введения в порядке эксперимента в ряде районов страны. Гарантированный государством БПМУ должен быть полностью определен и внедрен к концу 2012 г.

После принятия Концепции реформы системы финансирования здравоохранения Министерство здравоохранения отменило официальные платежи за услуги государственных медицинских учреждений. По существу это означало, что все услуги, оказываемые в государственных

медицинских учреждениях, полностью финансируются государством, хотя отмена платежей за многие виды услуг специализированной помощи создает почву для поборов с пациентов и взимания платы за лекарства, стоимость которых все еще не покрывается государством. В 2005 г. Минздравом был определен перечень из 60 наименований лекарственных препаратов, которые во всех государственных больницах должны предоставляться бесплатно. В 2008 г. этот перечень был расширен, и в него было добавлено еще 51 наименование. Некоторые лекарства для амбулаторного лечения также отпускаются бесплатно, в частности те из них, которые включены в различные государственные программы по различным заболеваниям (рак, диабет, туберкулез и т. п.). Все остальные лекарства – как для стационарного, так и для амбулаторного лечения – пациенты должны покупать за полную стоимость, хотя иногда такое бывает и в случаях, когда препарат включен в упомянутый выше перечень Минздрава.

3.3 Сбор и источники финансовых средств

Личные расходы граждан являются главным источником средств на здравоохранение в Азербайджане. Прежде всего это объясняется распадом государственной системы финансирования в первой половине 1990-х гг., но не только: возможно, причина кроется еще и в том, что практика оплаты медицинских услуг в частном порядке была принята еще в советское время, являясь одним из важных источников средств на здравоохранение. Начиная с середины 2000-х гг., с быстрым ростом государственного бюджета и государственных ассигнований на здравоохранение, ситуация стала меняться, и сейчас доля обязательных источников финансирования постепенно растет. В настоящее время главными источниками финансирования здравоохранения являются прямые платежи граждан и государственные доходы от общего налогообложения; роль добровольного медицинского страхования и донорского финансирования относительно невелика.

Обязательные платежи

В Азербайджане обязательным механизмом сбора средств на здравоохранение является формирование доходной части государственного бюджета; несмотря на то, что правовая база для организации сбора взносов

на обязательное страхование была создана еще в 1999 г. и укреплена в 2008 г., пока что система ОМС в стране не введена. В Азербайджане действуют как прямые, так и косвенные налоги; ставка подоходного налога с физических лиц составляет 14% при уровне месячного дохода не более 2000 манатов и 35%, если месячный доход превышает эту цифру. Если месячный доход не превышает 200 манатов, то налогооблагаемая база уменьшается на сумму минимального размера заработной платы (в 2008 г. она составляла 75 манатов). К государственным налогам относятся: налог на прибыль юридических лиц (22%), налог на добавленную стоимость (18%), акцизный налог, налог на имущество юридических лиц, земельный налог юридических лиц, дорожный налог, промысловый налог и налог по упрощенной системе, который взимается с предприятий малого бизнеса (Ministry of Taxes of the Republic of Azerbaijan, 2009). Помимо налогов, доходная часть бюджета Азербайджана формируется также за счет значительных поступлений от Государственного нефтяного фонда. Налогообложение доходов физических лиц производится по прогрессивной шкале, но его доля в доходах бюджета гораздо меньше, чем от регрессивных налогов на потребление, что смягчает прогрессивный характер общего налогового бремени. Согласно прогнозам экспертов, в 2008 г. основными источниками формирования доходной части бюджета должны быть налог на прибыль юридических лиц (31%), НДС (23%), трансферты от Государственного нефтяного фонда (15%), налог на доходы физических лиц (10%) и акцизные налоги (6%) (Ministry of Finance, 2008a). В 2007 г. более половины доходов консолидированного республиканского бюджета было мобилизовано за счет средств нефтяного сектора. Поэтому волатильность мировых цен на нефть может привести к значительным колебаниям размера общих доходов бюджета – как это было в 2008 г., когда нефть подешевела более чем вдвое по сравнению с уровнем 2007 г.

Сбор налогов производится в бюджеты трех уровней: центральный (республиканский), районные и муниципальные. Муниципалитеты, которые были образованы в 1999 г., занимаются сбором земельного налога и налога на имущество в рамках своих юрисдикций. Бюджеты муниципалитетов в государственном бюджете не отражаются. Вклада в расходы на здравоохранение муниципалитеты практически не вносят, хотя по закону они имеют право участвовать в делах местного здравоохранения, включая создание муниципальных учреждений здравоохранения, но пока что сведений о том, что такое право осуществляется ими на практике, не поступало. В 2008 г. совокупный размер местных бюд-

жетов городов и районов составил 909 миллионов манатов, хотя за счет местных налогов было собрано всего 254 миллиона манатов. Разница была скомпенсирована за счет трансфертов из центрального бюджета, которые составили 72% общих расходов местных бюджетов (Ministry of Finance, 2008a). Местные администрации играют ключевую роль в деятельности городских и районных систем здравоохранения, поскольку они финансируют учреждения первичного и вторичного звеньев на подведомственных территориях. В 2008 г. местные администрации контролировали около 40% общих государственных расходов на здравоохранение. В Азербайджане на здравоохранение выделяется очень малая часть общих государственных расходов; по оценкам ВОЗ, в 2005 г. она составила всего 3,8% общих государственных расходов, т. е. меньше, чем во всех остальных странах Европейского региона ВОЗ (WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009). По оценкам ВОЗ, произведенным на основании классификации национальных счетов здравоохранения, в 2006 г. государственные расходы на здравоохранение как доля общих государственных доходов составили 3,6%, что соответствует 31,3% прогнозируемых расходов на здравоохранение в 2008 г. В 2007 г. расходы на здравоохранение составили 4,2% государственного бюджета страны, а в 2008 г. должны быть менее 3,9% (Ministry of Finance 2007; Ministry of Finance, 2008a).

В январе 2008 г. Правительством Азербайджана было принято политическое решение о введении системы обязательного медицинского страхования. На момент составления данного обзора Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию было уже официально учреждено, но свою деятельность пока не начало. В соответствии с Концепцией реформы системы финансирования здравоохранения и внедрения обязательного медицинского страхования, утвержденной президентом в 2008 г., взносы на ОМС рассматриваются как дополнительный источник финансирования здравоохранения. Как показывают результаты обсуждений с разработчиками политического курса, налог на фонд заработной платы, если таковой будет введен, поначалу не превысит 4%. Кроме того, введение нового налога на заработную плату как дополнительного источника государственного финансирования очень маловероятно, поскольку правительство в целях стимулирования развития секторов экономики, не связанных с производством и добычей нефти, стремится сократить общее налоговое бремя. Скорее всего, на нужды здравоохранения будет целевым образом выделяться определенная часть действующих в настоящее время социальных отчислений. В 1999 г. став-

ка взноса по социальному страхованию составляла целых 36% фонда заработной платы, но постепенно снизилась до 25%, при этом 22% платит работодатель и 3% – работник. Учитывая средний размер оплаты труда и данные о формальной занятости в стране, можно предположить, что, если в 2009 г. будет введен 4%-ный целевой налог на фонд заработной платы, то это может обеспечить дополнительно до 200 миллионов манатов государственных средств на здравоохранение, что составляет примерно 50% той суммы, которая ежегодно выделяется на здравоохранение из средств госбюджета в настоящее время. Если размер бюджетных ассигнований на здравоохранение сохранится на нынешнем уровне, то общие государственные расходы на здравоохранение впервые за период почти в двадцать лет превысят частные.

Оплата медицинских услуг за счет пациентов

Вследствие низкого уровня государственного финансирования здравоохранения и недостаточно четкого определения гарантированного государством пакета бесплатных медицинских услуг, личные расходы пациентов на оплату медицинских услуг составили в 2007 г. около 61,5% общих расходов на здравоохранение (World Health Organization, 2009). При этом личные расходы граждан состоят из официальных платежей за медицинские услуги и лекарства, не включенные в гарантированный государством бесплатный пакет, всех платежей за услуги частного сектора и неофициальных платежей и подарков медицинским работникам. Платные медицинские услуги могут носить в высшей степени регрессивный характер, т. е. оплата за них взимается вне зависимости от финансовых возможностей людей; при этом какого бы то ни было объединения финансовых рисков с их разделением между больными и здоровыми или во временном аспекте не производится. Поэтому платные медицинские услуги накладывают финансовое бремя на пациентов и могут стать существенным препятствием для лиц из числа малоимущих слоев населения, нуждающихся в медицинской помощи.

В советское время официально платными были лекарства для амбулаторного лечения и некоторые виды медицинских услуг (например, стоматологические); существовала также негласная практика оплаты медицинских услуг «из-под полы». Сведений о масштабах оплат медицинских услуг за счет пациентов в период до провозглашения независимости почти нет, но, по всеобщему мнению, они никогда не превосходили объемов государственного финансирования здравоохранения. Ввиду

резкого сокращения объема реальных государственных расходов на здравоохранение в первые годы независимости бремя финансирования здравоохранения перешло на пациентов. В этой связи государство в 1994 г. ввело официальную оплату за определенные виды услуг специализированных медицинских учреждений. В 1998 г., в целях прекращения практики нелегальной оплаты медицинских услуг, категория платных услуг была значительно расширена; в нее вошли многие услуги в области диагностики, лабораторных исследований, а также консультации врачей-специалистов. Определенные категории населения (льготники) от оплаты за медицинские услуги были официально освобождены (см. раздел 3.2 «Охват населения и право на медицинское обслуживание»).

Однако введение платных медицинских услуг не обеспечило ни ожидаемого дополнительного официального притока средств на здравоохранение, ни легализации неофициальных платежей. Так, например, в 2002 г. поступления от официальных платежей пациентов составили всего 1,1% общих расходов на здравоохранение, в то время как на долю неофициальных платежей пришлось целых 22,4% (G&G Consulting, 2004). В 2004 г. число государственных медицинских учреждений, которым было официально разрешено оказывать платные услуги населению, было значительно сокращено, а в начале 2008 г. эта практика была законодательно прекращена повсеместно. В соответствии с Концепцией реформы системы финансирования здравоохранения гарантированный государством базовый пакет медицинских услуг должен быть определен и введен в действие к концу 2012 г., после чего официальная оплата за услуги, не включенные в этот БПМУ, может быть введена снова.

Вследствие применения различных методов и подходов, а также разного качества используемых для этого данных, единой оценки уровня личных расходов пациентов на оплату медицинских услуг в настоящее время нет. Государственный комитет по статистике Азербайджанской Республики (Госкомстат) регулярно проводит обследования бюджетов домохозяйств (ОБД), по данным которых доля оплаты медицинских услуг за счет пациентов постепенно снижалась – с 76,2% от общих расходов на здравоохранение в 2002 г. до 55,4% в 2007 г. (State Statistical Committee of Azerbaijan, 2009). Согласно результатам ОБД, средний уровень расходов на здравоохранение на душу населения в месяц увеличился с 1,8 маната в 2002 г. до 3,6 маната в 2008 г. Умножив эти цифры на 12 месяцев, получаем, что в 2008 г. годовой размер расходов на здравоохранение на душу населения можно оценить в 43,2 маната. Однако методика, используемая Госкомстатом, может не учитывать всех расхо-

дов домохозяйств на медицинские нужды. Единственное комплексное национальное репрезентативное обследование расходов домохозяйств на здравоохранение было проведено в 2004 г. в рамках первого проекта реформирования системы здравоохранения, который проводился при поддержке Всемирного банка (G&G Consulting, 2004). В результате этого обследования было выявлено, что средний размер расходов домохозяйств на здравоохранение составил 96 долларов США в год, что более чем в 4 раза превышало данные ОБД за тот же период. На основании этих данных доля личных расходов граждан на оплату медицинских услуг в общих расходах на здравоохранение была оценена в 80%. Что касается структуры личных расходов граждан на оплату медицинских услуг, то 31,4% из них приходилось на неофициальные платежи, из которых 63,1% составили наличные платежи в пользу медицинских работников. Подавляющее большинство официальных расходов было затрачено на покупку лекарств для амбулаторного лечения. Расходы на амбулаторное лечение представляли наибольшую часть всех личных расходов граждан на медицинские нужды (68,8%); затем шли расходы на оплату услуг в области профилактики и прочие услуги (20,5%) и расходы на госпитализацию (10,9%); в структуре расходов на амбулаторное лечение 70,7% пришлось на покупку лекарств и товаров медицинского назначения (G&G Consulting, 2004).

Более поздние данные об уровне оплаты медицинских услуг за счет пациентов были получены в результате сравнительного исследования в семи районах республики (пять из них было охвачено проектом реформ, а два были контрольными) в рамках второго проекта «Реформы сектора здравоохранения», который проводился при поддержке Всемирного банка в 2006 г. (Djibuti et al., 2007). В этом исследовании размер личных расходов на здравоохранение на душу населения был оценен в 54,8 маната (65 долл. США) в год, что также существенно выше цифр, полученных в ОБД за 2006 г. (31,2 маната, или 37 долл. США). В этом же исследовании доля расходов на здравоохранение в общих расходах домохозяйств в 2006 г. была оценена в 7,5% в районах, охваченных проектом реформ, и 7,0% – в двух контрольных районах. Для сравнения, по данным ОБД, этот показатель в 2006 и 2007 гг. составил 3,4% (State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan, 2009). Но вне зависимости от используемых методик все обследования домохозяйств показывают, что основным источником финансирования здравоохранения в Азербайджане так или иначе являются личные расходы граждан. Столь высокий уровень оплаты медицинских услуг за счет пациентов создает

опасность серьезных финансовых барьеров, препятствующих доступу к медицинской помощи бедных слоев населения.

Параллельные системы здравоохранения

К сожалению, точные данные о расходах на здравоохранение в параллельных (ведомственных) системах здравоохранения отсутствуют. Финансирование ведомственных медицинских учреждений производится через бюджеты соответствующих государственных корпораций (таких как Азербайджанская государственная железная дорога и Государственная нефтяная компания) и отраслевых министерств (Министерства обороны, Министерства внутренних дел и т. п.), куда средства поступают из государственного бюджета, но решения о размерах ассигнований на здравоохранение принимаются этими министерствами и корпорациями самостоятельно, и они могут расходовать на нужды здравоохранения существенно больше, чем Минздрав, в особенности потому, что государственным корпорациям разрешается инвестировать на эти цели свою прибыль. Ведомственные учреждения здравоохранения имеют возможность также платить своим сотрудникам более высокие зарплаты и больше вкладывать в подготовку кадров и в развитие технологий.

По некоторым оценкам, ведомственные учреждения здравоохранения обслуживают примерно 5% населения (Holley et al., 2004). Те, кто охвачен их услугами, имеют право также на обслуживание в учреждениях основной государственной системы здравоохранения (т. е. получают двойной охват), но вряд ли пользуются этим правом, поскольку в ведомственных учреждениях качество услуг считается заведомо более высоким, а возможность пользоваться ими считается очень большой привилегией. Кроме того, так как в обществе услуги ведомственных медицинских учреждений считаются более качественными, то и спрос на них оказывается выше, поэтому имеющиеся избыточные мощности могут использоваться для обслуживания частных пациентов. Ни сокращения сетей ведомственных учреждений, ни их интеграции в основную государственную систему здравоохранения не планируется; более того, благодаря произведенным недавно инвестициям сеть таких учреждений только расширяется. Правда, в настоящее время все такие расширения необходимо согласовывать с Минздравом (см. раздел 7.1 «Анализ последних реформ»).

Внешние источники финансирования

В 1990-х гг., когда в стране активно работало много международных неправительственных организаций, оказывающих помощь вынужденным переселенцам из Нагорного Карабаха, кредиты и гранты были одним из важнейших источников финансирования здравоохранения. В период с середины 1990-х и до начала 2000-х гг. США, Европейский союз, ООН и другие двусторонние и многосторонние донорские организации предоставляли Азербайджану гуманитарную помощь на миллионы долларов. Точный объем средств международной помощи на здравоохранение неизвестен, но, по некоторым оценкам, он составлял до 25% государственных ассигнований на первичную медицинскую помощь в стране (World Bank, 2005a). Начиная с середины 2000-х гг. основные донорские организации прекратили поставки гуманитарной помощи и переключились на стратегии оказания помощи развитию. В настоящее время в секторе здравоохранения Азербайджана работают такие международные партнеры, как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Всемирный банк, Агентство США по международному развитию (ЮСЭЙД), учреждения системы ООН (ВОЗ, ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНФПА), Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ) и другие двусторонние и многосторонние организации.

Глобальный фонд подписал с Минздравом Азербайджана четыре соглашения о выделении грантов. Первый пятилетний грант на сумму 10,3 млн долларов США предназначен для целей снижения уровня передачи и сокращения заболеваемости и смертности, связанных с ВИЧ/СПИД. Второй двухлетний грант на сумму 4,3 млн долларов США выделен Глобальным фондом на расширение и укрепление программы лечения ТБ коротким курсом и под непосредственным наблюдением медицинского персонала (ДОТС) в стране. В октябре 2008 г. Азербайджан получил также дополнительные средства на борьбу с туберкулезом, предназначенные для организации лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза, а также новый грант, выделенный для целей сокращения уровня передачи и заболеваемости малярией. Размер утвержденного двухлетнего бюджета Первого этапа работы в рамках гранта, выделенного на организацию лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза, составляет 9,2 млн долларов США. Общий утвержденный бюджет работы по программе Первого этапа борьбы с малярией составляет 3,4 млн долларов.

Всемирный банк предоставил Азербайджану кредиты на реализацию первого Проекта реформирования системы здравоохранения на общую сумму 5,5 млн долларов США; этот проект был в 2001–2005 гг. реализован Минздравом совместно с ЮНИСЕФ. Работы по второму проекту «Реформы сектора здравоохранения», рассчитанному на 6 лет, начались в 2006 г.; общий бюджет этого проекта составляет 86 млн. долларов США, из них 50 млн долларов будет предоставлено в форме займа у Всемирного банка. Главной задачей этого проекта является укрепление системы здравоохранения в целом, включая все ее основные функции: руководство здравоохранением, финансирование, оказание медицинских услуг и развитие кадрового потенциала.

ЮСЭЙД финансирует два проекта в области здравоохранения – по охране репродуктивного здоровья и по укреплению первичного звена здравоохранения – с годовым бюджетом около 2 млн долларов США. Проект в области охраны репродуктивного здоровья направлен на совершенствование услуг по планированию семьи, а целью второго проекта является организация помощи правительству в реализации реформы финансирования здравоохранения, разработке устойчивой политики в области здравоохранения, повышении качества медицинских услуг, а также расширении возможностей Минздрава в области санитарного просвещения.

Учреждения системы ООН (ЮНИСЕФ, ВОЗ, ЮНФПА и др.) оказывают Азербайджану техническую помощь в таких вопросах, как охрана здоровья матери и ребенка, иммунизация, охрана репродуктивного здоровья, решение проблем, связанных с недостаточностью питательных микроэлементов, и т. п. В соответствии с двухлетними соглашениями о сотрудничестве ВОЗ оказывает Минздраву Азербайджана все более активную помощь в разработке политики здравоохранения и проведении реформы системы здравоохранения. Оксфам и другие неправительственные организации реализуют на местах небольшие проекты в области здравоохранения, главным образом касающиеся развития первичного звена. Включая начатый в 2006 г. новый проект, реализуемый при поддержке Всемирного банка, общий объем международной помощи Азербайджану в сфере здравоохранения можно оценить в 20 млн долларов США в год, что составляет примерно 2% общих расходов на здравоохранение в стране.

Добровольное медицинское страхование

По некоторым оценкам, в 2007 г. взносы на добровольное медицинское страхование (ДМС) в Азербайджане составили 0,7% общих расходов на

здравоохранение (World Health Organization, 2009). По другим данным, эта доля возросла в 2007 г. до 2% общих расходов на здравоохранение (Zoidze, 2008).

ДМС в Азербайджане было введено в 1995 г., и его масштабы с самого начала были ограничены как с точки зрения уровня охвата населения, так и по его доле в общих расходах на здравоохранение. Оценки численности застрахованных по системе ДМС разнятся между собой, но все они показывают, что уровень охвата ДМС не превышает 1% населения (World Bank, 2005). Охват ДМС ограничивается сотрудниками крупных компаний, преимущественно из нефтяного сектора. В соответствии с законодательством о ДМС в структуре собственности страховой компании контрольный пакет должен принадлежать гражданам Азербайджана. По закону взносы на ДМС подлежат вычету из налогооблагаемой базы. В Азербайджане услуги ДМС предлагает около 12 страховых компаний, из них 3–4 являются лидерами на этом рынке. Они предлагают только коллективные договоры страхования для корпоративных клиентов, т. е. для относительно здоровых людей, поэтому индивидуальный полис ДМС получить довольно трудно. Цены полисов ДМС с достаточным покрытием сравнительно высоки, поэтому подавляющее большинство населения их себе позволить не может.

3.4 Объединение финансовых ресурсов

Под объединением финансовых ресурсов подразумевается консолидация ассигнованных средств на здравоохранение в целях покрытия финансовых рисков всего населения или его отдельных групп. Чрезмерная фрагментированность схем объединения финансовых ресурсов может стать серьезной причиной неэффективности системы здравоохранения (Kutzin, 2001).

Ведомства, занимающиеся объединением финансовых ресурсов и распределением средств

В Азербайджане основными органами, занимающимися как объединением финансовых ресурсов, так и распределением средств на здравоохранение, являются Минздрав и местные органы власти (районные администрации). Министерство финансов выделяет Минздраву средства на финансирование деятельности больниц республиканского значе-

ния, организаций высокоспециализированной (третичной) медицинской помощи, научно-исследовательских институтов, а также сети центров гигиены и эпидемиологии (бывших санэпидстанций). Кроме того, начиная с 2006 г. все государственные организации здравоохранения, деятельность которых ранее финансировалась через местные органы власти Баку, также стали получать финансирование непосредственно от Минздрава. Помимо этого, Минздрав контролирует вопросы распределения ресурсов на различные государственные программы в области здравоохранения, которые в основном заключаются в организации централизованных закупок соответствующих медикаментов, товаров медицинского назначения и оборудования (см. табл. 3.3). И наконец, Минздрав финансирует работу Азербайджанского института усовершенствования врачей, который является ведущей организацией, обеспечивающей последипломную подготовку медицинских кадров. В 2008 г. доля бюджетных ассигнований на здравоохранение, контролируемых Минздравом, составила около 63% всех расходов. Оставшиеся 37% поступило в бюджеты местных администраций, финансирующих государственные учреждения первичной и вторичной медицинской помощи в своих районах (По неопубликованным данным Министерства Финансов, 2008). Поскольку механизм перераспределения средств между районными управлениями здравоохранения отсутствует, то средства, выделяемые местным администрациям, можно рассматривать как 65 отдельных фондов, что влечет еще большую раздробленность системы финансирования здравоохранения.

Кроме этого, есть еще более мелкие фонды, представляющие собой бюджеты параллельных систем здравоохранения, управляемых соответствующими отраслевыми министерствами (обороны, внутренних дел, национальной безопасности, юстиции, Государственного таможенного комитета и т. п.) и государственными корпорациями (Азербайджанская государственная железная дорога, Государственная нефтяная компания, Государственное морское пароходство). Их размер оценивается приблизительно в 5% всех государственных расходов на здравоохранение, а обслуживают эти учреждения примерно 5% населения страны (World Bank, 2005a), хотя де-факто имеют возможность обслуживать больше, по крайней мере в частном порядке. Фонды добровольного медицинского страхования объединяют лишь около 2% частных расходов на здравоохранение. Полисы ДМС от различных страховых компаний имеет всего 15 тыс. человек, но фонды ДМС слишком малы, чтобы их можно было считать достаточными для объединения финансовых рис-

ков. Кроме того, страховое покрытие предоставляется в основном лицам из групп низкого риска, поэтому фактического перераспределения рисков здесь почти не происходит.

Механизмы распределения средств между ведомствами, занимающимися объединением финансовых ресурсов, и ведомствами-покупателями

Бюджетный процесс начинается с того, что Министерство финансов рассылает по местным администрациям запросы с требованием представить свои предложения по бюджету на следующий год. К этим запросам прилагаются инструкции, в которых установлены верхние пределы местных бюджетов. Эти верхние пределы устанавливаются на основании данных о расходах прошлых лет соответствующего города или района и прогнозируемых макроэкономических показателей (темпов роста ВВП, уровня инфляции и т. д.). Районные управления здравоохранения составляют бюджеты медицинских учреждений, расположенных на подведомственных территориях, и направляют консолидированные предложения по бюджету в районное финансовое управление, где объединяются предложения по бюджету, представленные различными секторами. На этом этапе районное финансовое управление может «урезать» исходное предложение по бюджету здравоохранения, с тем чтобы консолидированный бюджет района укладывался в границы, установленные Минфином. После этого проект бюджета района представляют на рассмотрение в Минфин. Есть основания полагать, что после начала нефтяного бума Минфин перестал сокращать предложенные районами бюджеты, как это нередко бывало в 1990-х и начале 2000-х гг. Подготовка бюджета Минздравом производится по аналогичной схеме: каждое учреждение здравоохранения, подчиняющееся непосредственно Минздраву, разрабатывает свои предложения по бюджету и направляет их в центральный аппарат министерства. Предложения по бюджетам государственных программ в области здравоохранения подготавливаются Минздравом с учетом сведений, предоставляемых местными управлениями здравоохранения. Наконец, Минздрав объединяет все предложения и представляет проект консолидированного бюджета в Минфин.

Таким образом, бюджетное планирование производится не на основе реальных потребностей населения в области здравоохранения, что приводит к значительному региональному неравенству в распределении

бюджетных средств в расчете на душу населения в год. В определенной степени такое неравенство может быть обусловлено исторически сложившейся практикой и применением затратного метода бюджетного планирования, который предполагает выделение большего объема государственных средств районам с более развитой инфраструктурой здравоохранения. Так, например, в городах больничная инфраструктура более развита, поэтому там обслуживают население в том числе из соседних районов. Тем не менее из-за географической удаленности и предоставления услуг первичной медико-санитарной помощи на местах в разных регионах возможности населения воспользоваться средствами государственного финансирования могут быть неравными. Другой причиной того, что некоторые районы получают очень малые объемы финансирования на нужды здравоохранения, является то, что эти территории находятся в оккупации (см. раздел 1.1 «*География и социодемография*») и получают бюджетные ассигнования, покрывающие почти исключительно расходы на зарплату персонала. Сведений о возможном неравенстве в доступе населения к услугам, оказываемым в рамках централизованных государственных программ в области здравоохранения, нет.

Данный механизм распределения государственных средств практически не обеспечивает стимулов для эффективного использования ресурсов, скорее наоборот – он способствует неэффективности, потому что в основе бюджетного планирования лежит принцип поддержания существующей инфраструктуры. Иными словами, метод бюджетного планирования является затратным, что делает выгодным неоправданное раздувание мощностей (увеличение коечного фонда и численности персонала) вне зависимости от их фактического использования. В этой связи правительство планирует изменить принципы распределения государственных средств, поставив во главу угла реальные потребности населения в медицинской помощи. В Концепции реформы системы финансирования здравоохранения указано, что грядущая реформа здравоохранения предусматривает введение принципа подушевого финансирования расходов на здравоохранение с учетом демографических, эпидемиологических, социально-экономических и других факторов; в формуле, лежащей в основе распределения бюджетных средств, будет также учитываться стоимость оказания услуг медицинской помощи в отдаленных районах. Эту новую формулу предполагается апробировать в нескольких пилотных районах, после чего, в период с 2009 по 2012 гг., она будет введена на всей территории страны.

3.5 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками

Во взаимоотношениях между поставщиками и покупателями медицинских услуг в азербайджанской системе здравоохранения используется интегрированная модель: все поставщики находятся в собственности плательщиков. Государственные поставщики медицинских услуг, будучи государственными организациями, обладают очень малой степенью финансовой и управленческой самостоятельности, при этом с понижением уровня иерархии в системе здравоохранения имеет место тенденция к уменьшению самостоятельности ее участников. Так, например, руководители небольших сельских амбулаторий не имеют возможности контролировать финансовые и кадровые вопросы. Зачастую руководители сельских амбулаторий и небольших больниц даже не знают, каков размер годового бюджета вверенного им учреждения. Они не могут также самостоятельно решать вопросы найма и увольнения работников. Центральные районные больницы, а также центральные медицинские учреждения, находящиеся в непосредственном подчинении Минздрава, обладают большей самостоятельностью, особенно в кадровых вопросах. У них есть свои отделы кадров, и им разрешается принимать самостоятельные кадровые решения. Однако их возможности по принятию финансовых решений ограничены инструкциями Минфина, предусматривающими очень строгие правила расходования бюджетных средств.

В рамках реформы финансирования системы здравоохранения правительство планирует разделить функции закупок медицинских услуг и их предоставления. Когда Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию начнет свою работу, оно будет действовать в качестве единого плательщика, а его отношения с поставщиками медицинских услуг будут построены на договорной основе.

3.6 Механизмы оплаты

Планируемая правительством реформа финансирования системы здравоохранения предусматривает коренные изменения действующих механизмов оплаты услуг поставщиков. Окончательное решение относительно выбора методов оплаты пока не принято, но нынешняя система признана не способствующей эффективному использованию ресурсов и поощрению тех поставщиков медицинских услуг, которые

добиваются лучших показателей. В настоящее время рассматриваются вопросы о введении системы финансирования больниц по принципу оплаты за пролеченный случай и механизма подушевого финансирования в первичном звене. Еще одной характерной особенностью механизмов финансирования в Азербайджане является то, что в государственном и частном секторах применяются различные методы финансирования.

Оплата за медицинские услуги

Государственные медицинские учреждения получают оплату за свои услуги в соответствии с фиксированными перспективными постатейными бюджетами. Все виды расходов отнесены к определенным категориям в соответствии с экономической классификацией бюджетных расходов: зарплаты персонала, закупка товаров и услуг, расходы на выплату пенсий и социальных пособий, прочие расходы и закупки нематериальных активов. Общая сумма расходов по каждой статье является фиксированной, и без предварительного согласования с Минфином ее превышение не допускается. В случае недоиспользования средств, выделенных на какую-либо статью бюджета, сэкономленные таким образом средства не могут быть перераспределены на другие статьи, где предполагается не обоснованный надлежащим образом и не утвержденный Минфином перерасход средств. На практике получить такое согласование Минфина бывает очень сложно; такая возможность появляется только к концу финансового года, когда недоиспользование полученных бюджетных средств становится уже неизбежным. Кроме того, расходы, для которых не характерны четкие сезонные колебания, необходимо равномерно распределять в течение года. Так, например, расходы на выплату зарплат в каждом месяце не должны превышать одной двенадцатой общего годового бюджета на выплату зарплат. Еще одной характерной особенностью выплат в соответствии с фиксированными постатейными бюджетами является то, что фактическая сумма выплат не зависит от итоговых показателей работы учреждения – таких как число пролеченных пациентов или объем оказанных услуг. Больница получает средства вне зависимости от занятости коечного фонда. Более того, недоиспользование выделенных бюджетных средств «наказывается» путем снижения объема ассигнований в следующем году, поскольку бюджетный процесс основывается на данных о расходах прошлых лет. Данный механизм финансирования не обеспечивает заинтересованности администраций больниц в сокращении затрат и в повышении эффективности работы, и в существующей системе оплаты

услуг нет ни механизма поощрения тех медицинских учреждений, которые добиваются более высоких показателей работы, ни элемента конкуренции за финансирование между поставщиками услуг. В целях решения этой проблемы сейчас разрабатываются планы перехода к системе финансирования по результатам деятельности – например, к системе финансирования больниц по принципу оплаты за пролеченный случай и к подушевым нормативам в первичном звене.

В частном секторе преимущественно используется принцип оплаты за предоставленные услуги. И сами пациенты, и действующие от имени застрахованных лиц компании, предоставляющие услуги медицинского страхования, платят поставщикам за те услуги, которые получают. Пациенты оплачивают оказанные услуги в соответствии с установленным соответствующим медицинским учреждением прейскурантом, а страховые компании, в зависимости от своей рыночной власти, могут получать у частных поставщиков определенные скидки. В методике ценообразования необязательно учитываются реальные затраты, связанные с оказанием тех или иных услуг, поэтому цены устанавливаются практически произвольно. Такая практика нередко приводит к тому, что в частных медицинских учреждениях пациентам оказывают избыточные (т. е. ненужные им) услуги, поскольку при такой системе ценообразования у частных поставщиков возникают вполне понятные стимулы к увеличению объема оказываемых услуг (угроза недобросовестности). Частные поставщики не обязаны соблюдать официальные государственные протоколы диагностики и лечения. Больше всего в этой ситуации страдают пациенты, которые оплачивают их услуги напрямую, поскольку у компаний, занимающихся медицинским страхованием, есть определенные механизмы контроля деятельности поставщиков (методы контроля использования услуг здравоохранения).

Оплата труда медицинских работников

Несмотря на то что действующее законодательство допускает различные варианты оплаты труда медицинских работников, в реальности почти все работники государственных медицинских учреждений являются наемными служащими на твердом окладе. Уровень заработной платы работника определяется на основании Единой тарифной сетки (ЕТС), которая применяется ко всем работникам госсектора и состоит из 19 разрядов оплаты труда, при этом наименьший разряд соответствует минимальному уровню заработной платы в стране (см. табл. 3.5).

Таблица 3.5**Единая тарифная сетка оплаты труда работников госсектора
(действует с 1 сентября 2008 г.)**

Разряд	Месячная тарифная ставка (в манатах)
1	75
2	79
3	83
4	86
5	90
6	94
7	98
8	101
9	105
10	110
11	116
12	123
13	133
14	143
15	155
16	181
17	250
18	315
19	530

Источник: Кабинет министров Республики Азербайджан (2004), Утвержденные виды и объемы выплат заработной платы для сотрудников бюджетной сферы Республики Азербайджан (в редакции поправок указа президента, принятого в августе 2008 г.).

Базовый уровень зарплаты врача в учреждениях госсектора находится в диапазоне с 9-го по 15-й разряд ЕТС, а зарплата медсестры – в диапазоне с 5-го по 9-й разряд. Базовая зарплата руководящих работников здравоохранения увеличивается на 5–15%, а работников амбулаторных учреждений – на 50%. Кроме того, предусмотрены определенные повышающие коэффициенты для следующих категорий медицинских работников:

- надбавка за тяжелые и опасные условия труда (работа с инфекционными больными, с инвалидами, анестезиология, рентгеновские кабинеты и т. п.) – 15–20% по отношению к базовому уровню;
- надбавка за работу с пациентами, больными ВИЧ/СПИД, – 60% по отношению к базовому уровню;
- надбавка за уровень специализации – 10–25% по отношению к базовому уровню;
- надбавка за непрерывный стаж работы – 10–25% по отношению к базовому уровню;
- надбавка за работу в ночное время – 35–50% по отношению к базовому уровню;

- надбавка за специфику работы (обучение персонала, работа в открытом море, работа с драгоценными металлами и т. п.) – 10–50% по отношению к базовому уровню.

Кроме того, администрация государственного медицинского учреждения может по своему усмотрению вводить некоторые стимулирующие надбавки (премии) за высокое качество и хорошие показатели работы. Однако суммы этих надбавок четко не определены и зависят от финансовых возможностей учреждения, поэтому данный механизм используется редко.

Медицинские работники традиционно относятся к наиболее низкооплачиваемой категории госслужащих, и это наследие советских времен сохраняется по сей день. В 2007 г. средний размер оплаты труда в секторе здравоохранения составлял 92,2 маната, т. е. лишь 43% среднего уровня зарплаты в стране. По сравнению с остальными работниками бюджетной сферы у медицинских работников ситуация чуть лучше (53% среднего) (State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan, 2009). Для сравнения, официально установленный размер минимальной потребительской корзины для работающих составлял в 2008 г. 79 манатов (Government of the Republic of Azerbaijan, 2007). В 2008 г. размер потребительской корзины для работающих оценивался в 110 манатов (Agaev, 2008); таким образом, официальная зарплата медицинского работника даже не дотягивает до прожиточного минимума. Столь низкий уровень зарплат приводит к повсеместно распространенной практике неофициальных поборов с пациентов. Еще одним важным источником дохода для некоторых врачей являются неофициальные «вознаграждения», которые им выплачивают фармацевтические компании за то, что они выписывают пациентам рецепты на производимые этими компаниями лекарства. Эта практика очень широко распространилась в конце 1990-х и в начале 2000-х гг. с развитием фармацевтического рынка в стране; правда, в последние годы Минздрав старается контролировать ситуацию с помощью более строгих мер регулирования (см. раздел 6.6 «*Фармацевтическая помощь*»).

В частном секторе врачи, как правило, получают определенную часть доходов, поступающих от пациентов, которых они ведут, а медсестры являются наемными служащими на твердом окладе. В этих условиях и у медицинских учреждений, и у отдельных врачей возникают серьезные стимулы к созданию искусственного спроса на свои услуги, что приводит к выдаче избыточного количества направлений – в особенности это касается ненужных анализов и диагностических процедур.

4. Планирование и регулирование

4.1 Регулирование

Регулирование и управление плательщиками третьей стороны

Во взаимоотношениях между поставщиками и покупателями медицинских услуг в азербайджанской системе здравоохранения используется так называемая интегрированная модель, т. е. для поставщиков плательщики третьей стороны являются и собственниками, и работодателями. Для учреждений высокоспециализированной помощи республиканского уровня плательщиком третьей стороны является Минздрав. Для больниц районного уровня, сельских больниц, поликлиник и диспансеров плательщиком третьей стороны является одна из 65 местных администраций. Для ФАПов и СВА плательщиками третьей стороны являются сельские советы. Минздрав получает свой бюджет непосредственно от Минфина, местные администрации получают общие бюджетные ассигнования от Минфина, а ассигнования на здравоохранение передаются районным управлениям здравоохранения или сельским советам, которые в свою очередь распоряжаются и распределяют фонды по медицинским учреждениям на подведомственных территориях. Средства на здравоохранение выделяются по методу приростного бюджетирования, т. е. на основании оценки фактических расходов в предшествующем году с поправкой на инфляцию (см. раздел 3.6 «*Оплата за медицинские услуги*»).

В отношении покупателей медицинских услуг регулятивная роль правительства довольно ограничена. Частично это обусловлено интегрированным характером взаимоотношений между покупателями и поставщиками, но не только: другой причиной является то, что наиболее приоритетные вопросы в области здравоохранения чаще всего решаются с помощью проведения вертикальных государственных программ, на-

правленных на борьбу с конкретными заболеваниями и патологическими состояниями – такими как ВИЧ/СПИД или туберкулез. Услуги, оказываемые в рамках этих программ, финансируются напрямую в объемах, утверждаемых Национальным собранием (парламентом) (хотя в основе лежит все тот же метод постатейного бюджетирования), и они не интегрированы в основную государственную систему здравоохранения. Одной из функций Минздрава является руководство политикой здравоохранения и установление стратегических направлений деятельности покупателей медицинских услуг. Формально районные управления здравоохранения подчиняются Минздраву, но, поскольку финансирование поступает преимущественно из бюджетов местных администраций, де-факто регулятивная роль местных органов власти (а также Министерства финансов) является гораздо более значимой.

Базовый пакет медицинских услуг, гарантированный государством, должен быть введен к концу 2012 г., а пока в стране действуют только некоторые установленные Минздравом нормативы, касающиеся минимальных стандартов оказания медицинской помощи.

Регулирование и управление поставщиками медицинских услуг

Медицинские услуги оказывают преимущественно государственные медицинские учреждения: на республиканском уровне это высокоспециализированные больницы (которые непосредственно подчиняются Минздраву), а на вторичном уровне – районные больницы и специализированные амбулаторные клиники (диспансеры). Первичную медико-санитарную помощь оказывает широкая сеть взрослых и детских поликлиник, сельских больниц и ФАПов (см. раздел 6 «Предоставление медицинских услуг»). Оказание как первичной, так и вторичной медицинской помощи населению находится в ведении местных органов власти, при этом поликлиники, амбулаторные клиники и сельские больницы подчиняются администрации центральной районной больницы, которой руководит главный врач района. Администрация центральной районной больницы входит в Районное управление здравоохранения и формально подчиняется Минздраву, хотя в финансовом отношении подотчетна местной администрации. Примерно так все было организовано и в советское время, и до 2008–2009 гг. каких-либо существенных шагов в направлении отказа от командно-административного стиля руководства системой здравоохранения не предпринималось.

Минздрав формально отвечает за регулирование деятельности всех поставщиков медицинских услуг в госсекторе, хотя в реальности его возможности вмешаться в процесс оказания медицинской помощи в учреждениях, которые ему не принадлежат, ограничены. В основном функции Минздрава в области регулирования и управления заключаются в разработке различных нормативов и стандартов – таких как национальные стандарты качества и объемов оказания медицинской помощи. Медицинские учреждения частного сектора обязаны проходить процедуру лицензирования, но в госсекторе ни аккредитация, ни лицензирование медицинских организаций не предусмотрены, вне зависимости от того, относятся ли они к системе Минздрава или являются ведомственными. Лицензирование и регулирование в отношении медицинского оборудования, а также регулирование рынка лекарственных средств относятся к ведению Минздрава (см. раздел 6.4 «*Фармацевтическая помощь*»). В Азербайджане нет ни центрального реестра, ни официальной процедуры лицензирования медицинских работников, но при поступлении на работу каждый новый сотрудник обязан предъявить документы, подтверждающие его квалификацию и уровень образования, в том числе свидетельство о прохождении курсов повышения квалификации; от этого зависит уровень его заработной платы (см. подразделы гл. 5.2 «*Регистрация и лицензирование*» и «*Подготовка медицинских кадров*»). Помимо прочих проектов, реформ Минздрав в качестве инструмента повышения качества оказания медицинской помощи населению планирует ввести процедуру обязательной сертификации врачей (см. раздел 7.2 «*Перспективы развития*»). Обеспечением соблюдения норм и стандартов безопасности и вопросами инфекционного контроля занимается система органов санэпиднадзора, которые имеют право проводить проверку санитарно-гигиенического состояния медицинских учреждений и в случае необходимости закрывать их на дезинфекцию. Кроме того, за несоблюдение соответствующих норм и стандартов они могут также наложить на медицинское учреждение штраф. В 2009 г. в стране разрабатывались нормативы оптимальной численности медицинских учреждений и медицинских работников на душу населения.

Регулирование и управление процессом закупок медицинских услуг

Система регулирования и управления процессом закупок медицинских услуг в Азербайджане не прозрачна, а договорные отношения пока еще

распространены не очень широко. Однако с введением системы обязательного медицинского страхования ситуация может в корне измениться, поскольку закупки медицинских услуг будут производиться как у государственных, так и у частных поставщиков на договорной основе (см. раздел 7.2 «Перспективы развития»).

Регулятивные функции централизованы на общенациональном уровне как элемент командно-административной системы, унаследованной от модели Семашко. Регулирование производится с помощью законодательных и нормативных актов, предусматривающих санкции в отношении тех поставщиков медицинских услуг, которые не соблюдают установленных минимальных стандартов оказания медицинской помощи. Однако, за исключением высокоспециализированных республиканских больниц, Минздраву очень сложно проконтролировать соблюдение этих стандартов, что обусловлено способом организации здравоохранения на местном уровне.

Управление качеством медицинской помощи

Минздрав на центральном уровне устанавливает стандарты качества медицинской помощи, которые должны соблюдаться всеми медицинскими учреждениями госсектора. Однако мониторинг и обеспечение соблюдения этих стандартов формально относятся к ведению районных управлений здравоохранения. Строго говоря, вопросам управления качеством медицинской помощи уделяется очень мало внимания, и в рамках существующей системы здравоохранения отследить и обеспечить соблюдение соответствующих правил можно лишь в ограниченном масштабе.

Никакой официальной отчетности об обеспечении качества медицинской помощи не предусмотрено, и у Минздрава крайне мало рычагов для того, чтобы обеспечить повышение качества услуг или сделать их более ориентированными на пациента. Систематический подход к оценке качества медицинских услуг отсутствует как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях (Katsaga and Kehler, 2008), и никаких механизмов мониторинга безопасности пациентов нет. Вместе с тем в целях повышения качества медицинской помощи населению в стране предпринимаются согласованные усилия по добровольному внедрению национальных клинических руководств. В настоящее время единственным официальным подходом к разработке национальных клинических руководств являются принципы доказательной медицины. К 2009 г. было разработано уже 30 клинических руководств по ведению

конкретных заболеваний, 27 из которых было утверждено Минздравом. Эти руководства касаются ведения заболеваний, в большинстве случаев предотвратимых мерами первичной медицинской помощи, а также заболеваний, оказывающих наиболее серьезное воздействие на состояние здоровья населения. В настоящее время идет процесс обучения медицинских работников применению этих клинических руководств на практике; кроме того, предпринимаются усилия по пересмотру учебных планов последиplomной подготовки медицинских кадров в целях приведения их в соответствие содержанию данных руководств и принципам доказательной медицины.

4.2 Планирование и управление медицинской информацией

Официально планированием в сфере здравоохранения занимаются Минздрав и Минфин. Однако в большинстве случаев каждое управление Минздрава готовит собственные планы работы в своей области деятельности. Помимо подготовки национального плана оптимизации сети медицинских учреждений, вопросы планирования в основном касаются инвестиций в капитальное строительство диагностических центров и учреждений высокотехнологичной медицинской помощи. Районные управления здравоохранения отвечают за планирование и оказание медицинской помощи населению на подведомственных территориях. В основе процесса расстановки приоритетов, как и в финансировании здравоохранения, в настоящее время лежит принцип инкрементализма (т. е. постепенности преобразований), хотя с введением базового пакета медицинских услуг по программе обязательного медицинского страхования ситуация, вероятно, радикально изменится. На момент составления данного обзора ключевыми вопросами планирования были развитие основных фондов и повышение эффективности системы здравоохранения, которого можно добиться путем реорганизации коечного фонда больниц.

Оценка медицинских технологий

Оценку медицинских технологий можно определить как структурированный анализ медицинских технологий (в том числе лекарственных средств, медицинских приборов и аппаратов, процедур и систем органи-

зации и поддержки оказания медицинской помощи), проводимый в целях содействия принятию стратегических решений (Mossialos et al., 2007). В этом смысле специальных органов, занимающихся оценкой медицинских технологий, в азербайджанской системе здравоохранения нет, и на процесс принятия стратегических решений проводимые оценки влияния не оказывают. Однако в стране были разработаны национальные клинические протоколы, составленные с учетом обеспечения клинической и экономической эффективности.

Информационные системы

Поскольку на районном уровне финансированием медицинских учреждений занимаются местные органы власти, а регулированием их деятельности – Минздрав, то такое разделение функций оказывает серьезное влияние на поток информации о деятельности поставщиков медицинских услуг на местах. Минздрав не получает своевременной и достаточно подробной информации от органов местного уровня, так как системы отчетности не компьютеризированы и требуют усовершенствования. Несмотря на все попытки улучшений, единой информационной системы здравоохранения, с помощью которой можно было бы проводить сбор, отчетность и анализ данных о деятельности медицинских учреждений, предоставляемых услугах и качестве медицинской помощи, пока нет. Из-за фрагментированности этой системы не происходит и обмена потенциально полезной информацией между различными участниками системы здравоохранения; кроме того, из опасений, что отдельные медицинские работники могут понести наказание, отчетность о негативных результатах предоставляется весьма неохотно. Еще одним фактором, ограничивающим возможности Минздрава в области мониторинга качества медицинской помощи и состояния здоровья населения, является степень достоверности медицинских данных (см. раздел 1.4 «Состояние здоровья населения»).

Финансирование медицинских учреждений в соответствии с поставленными бюджетами не обеспечивает их заинтересованности в сборе и анализе данных в целях улучшения планирования; поставщики медицинских услуг не понимают, какие преимущества им может дать усовершенствование информационной системы здравоохранения (Katsaga and Kehler, 2008). Кроме того, руководителям медицинских учреждений заниматься сбором данных невыгодно и в финансовом отношении: многие формы отчетности имеют индивидуальный номер, поэтому ксерокопиро-

вать их нельзя и приходится только покупать. Большие объемы информации пропадают из-за слабого контроля соблюдения процедур отчетности частными и ведомственными медицинскими учреждениями, действующими вне системы Минздрава; при этом быстрый рост частного сектора медицинских услуг и сильные позиции ведомственной медицины свидетельствуют о том, что они играют не последнюю роль в общей системе здравоохранения страны (см. подразделы в гл. 2.3 «*Организационная структура*» и гл. 3.3 «*Параллельные системы здравоохранения*»).

В целях решения более общих проблем сбора и качества данных в информационной системе в целом Минздрав активно занимается разработкой Концепции создания Интегрированной информационной системы здравоохранения. С введением новых механизмов оплаты услуг поставщиков появится возможность коренным образом улучшить и информационную систему здравоохранения.

Научно-исследовательская деятельность

В Азербайджане насчитывается одиннадцать специализированных научно-исследовательских институтов (пульмонологии, офтальмологии, онкологии, травматологии, педиатрии, акушерства и гинекологии, гематологии, профилактической медицины, кардиологии, медицинской реабилитации и хирургии), которые получают 0,8% бюджета здравоохранения. Официальные механизмы интеграции полученных этими институтами научных данных в процесс разработки политики здравоохранения или оценку медицинских технологий отсутствуют.

5. Материальные и трудовые ресурсы

5.1 Материальные ресурсы

Инфраструктура

Кабинет министров отвечает за планирование инфраструктуры и распределение капитальных вложений в государственном секторе здравоохранения. В настоящее время основным документом, в котором определены планы правительства в этой сфере, является Государственная программа социально-экономического развития регионов Азербайджана на 2009–2013 гг., утвержденная президентом страны в апреле 2009 г. Районные администрации разрабатывают свои предложения по вопросам капитальных вложений в объекты здравоохранения на подведомственных территориях и представляют их на рассмотрение в кабинет министров, который их утверждает по согласованию с Минздравом. Минздрав разрабатывает свои предложения по капитальным вложениям в те учреждения здравоохранения, которые он непосредственно финансирует. В 2009 г. была введена новая методика определения количества и видов медицинских учреждений, необходимых каждому региону с учетом численности его населения.

Ранее решения, касающиеся объектов инфраструктуры параллельных систем здравоохранения, находящихся в ведении отраслевых министерств, принимались без согласования с Минздравом, что приводило к неконтролируемому расширению, а иногда и к дублированию функций в сети медицинских учреждений. Однако в 2008 г. ситуация изменилась, и теперь отраслевые министерства согласовывают с Минздравом свои планы. Государственная нефтяная компания, в соответствии со своей программой социальных инвестиций, ведет на всей территории страны строительство нескольких лечебно-диагностических центров по оказанию как стационарной, так и специализированной амбулаторно-поликлинической помощи местному населению; но после окончания строи-

тельства, оснащения их необходимым оборудованием и соответствующей подготовки персонала эти центры станут частью основной государственной системы здравоохранения и будут действовать под эгидой Минздрава, а не параллельных структур.

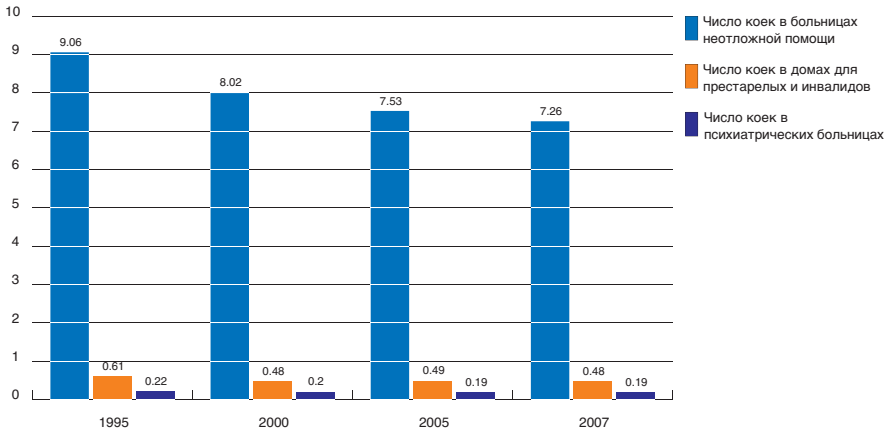
Все государственные учреждения здравоохранения представляют в Минздрав годовую отчетность о своих долгосрочных активах с указанием их балансовой стоимости. Минздрав ведет консолидированный учет товарно-материальных ценностей, находящихся на балансе всех организаций, функционирующих под его руководством. Медицинские учреждения частного сектора принимают решения, касающиеся капитальных вложений, независимо от Минздрава, руководствуясь исключительно соображениями доходности инвестиций. В последние годы рынок частных медицинских услуг существенно расширился, особенно в столице, что может свидетельствовать о прибыльности этого вида деятельности. Но несмотря на государственную поддержку частных инициатив, которая выражается в выделении льготных кредитов, сектор здравоохранения в этом смысле не считается приоритетной отраслью.

Азербайджан унаследовал от советских времен широко разветвленную сеть медицинских учреждений – как стационарных, так и амбулаторно-поликлинических. В 1995 г. в стране насчитывалось 733 больницы, при этом на 1000 населения приходилось 9,1 койки в больницах неотложной помощи, что почти вдвое превышало аналогичный средний показатель по ЕС, который составлял в том же году 4,9 койки. Этот уровень постепенно снижался, достигнув в 2007 г. 7,3 койки в больницах неотложной помощи на 1000 населения (WHO EURO, 2009/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009). Учитывая низкий уровень использования коечного фонда больниц, а также в целях повышения эффективности использования ресурсов Минздравом было принято решение о сокращении численности больничных коек до 4,5 на 1000 населения, что примерно соответствует среднему показателю по ЕС. Это решение было принято в рамках плана оптимизации сети учреждений здравоохранения.

На рис. 5.1 показана динамика численности больничных коек в больницах неотложной помощи, психиатрических больницах и учреждениях долговременной помощи в период с 1995 по 2007 г. В 1995–2005 гг. число коек в больницах неотложной помощи снижалось, а в 2005–2006 гг. стабилизировалось. В учреждениях долговременной помощи и в психиатрических больницах число коек оставалось в этот период относительно стабильным.

Рис. 5.1

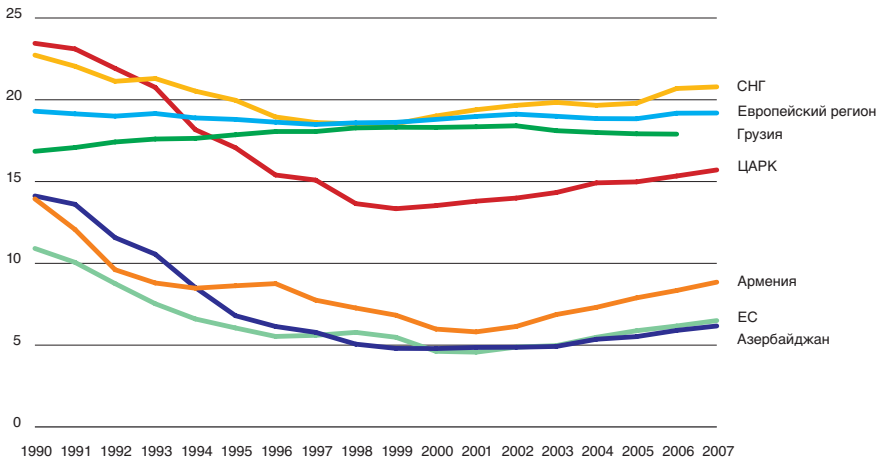
Динамика численности больничных коек, на 1000 населения, в больницах неотложной помощи, психиатрических больницах и учреждениях долговременной помощи, 1995–2007 гг.



Источник: WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009.

Рис. 5.2

Число госпитализаций на 100 человек населения, 1990–2007 гг.



Источник: WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009.

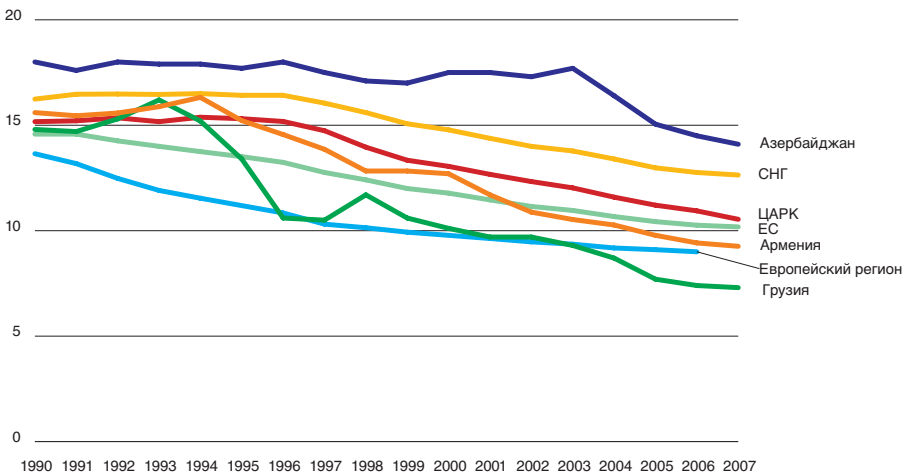
Для Азербайджана характерен очень низкий уровень госпитализированной заболеваемости, что может свидетельствовать о проблемах с доступом населения к медицинской помощи. Даже после развала экономи-

ки в первые годы независимости госпитализированная заболеваемость во второй половине 1990-х гг. продолжала снижаться, хотя и менее резко – с 6,8 на 100 человек в 1995 г. до 4,8 в 2000 г. (см. рис. 5.2). В 2000-х гг. эта тенденция была обращена вспять, и уровень госпитализаций начал повышаться, достигнув в 2007 г. отметки в 6,2 на 100 человек. Тем не менее этот показатель пока еще является самым низким во всем Европейском регионе ВОЗ и составляет менее одной трети от среднего по странам Европейского региона, который в 2007 г. равнялся 19,2 на 100 человек (WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009).

Вместе с тем в Азербайджане самая высокая в Европейском регионе ВОЗ средняя продолжительность госпитализации (см. рис. 5.3). Одной из причин этого может быть то, что объем финансирования больниц напрямую увязан с размером их коечного фонда, что создает стимулы для обеспечения его занятости: руководство больниц стремится таким образом оправдать численность коек в своем учреждении. Такая ситуация сохраняется с середины 1990-х гг. Однако, как и во всех остальных бывших советских республиках, в Азербайджане средняя продолжительность госпитализации снижается: с 17,7 дня в 1995 г. до 13,8 дня в 2007 г. (WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро

Рис. 5.3

Средняя продолжительность госпитализации, все виды стационаров (в днях), 1995–2007 гг.



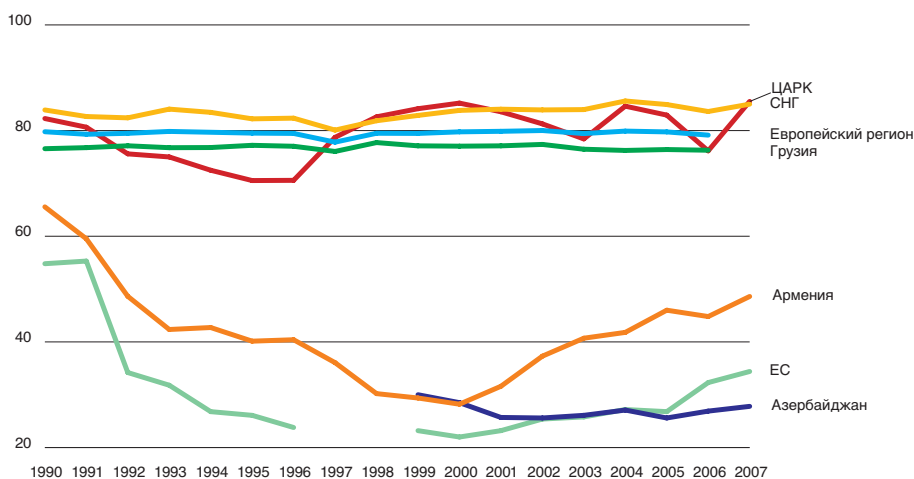
Источник: WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009

ВОЗ, 2009). В связи с планируемым введением нового механизма финансирования больниц по принципу оплаты за пролеченный случай средняя продолжительность госпитализации может в ближайшие годы сократиться еще больше, как это произошло и в других странах СНГ.

Наконец, следует отметить, что для системы здравоохранения Азербайджана характерен очень низкий средний показатель занятости койки (см. рис. 5.4). Так, в 2007 г. он был самым низким во всем Европейском регионе ВОЗ (27,8%); затем шли Грузия (34,4%) и Армения (48,6%) (WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009). Снижение этого показателя началось в начале 1990-х гг., и к середине 1990-х он упал примерно до уровня 30%, в то время как в конце 1980-х гг. он составлял 70–80% (Holley et al., 2004). К концу 1990-х гг. средний показатель занятости койки стабилизировался и с тех пор колеблется в диапазоне 25–30% (см. рис. 5.4). Однако ожидается, что в 2009 г. он должен резко возрасти, поскольку в рамках Национального плана оптимизации сети учреждений здравоохранения Минздравом было принято решение о сокращении размеров коечного фонда больниц почти наполовину в целях повышения эффективности использования ресурсов в больничном секторе (см. раздел 7.1 «Анализ последних реформ»).

Рис. 5.4

Средний показатель занятости койки (только в больницах неотложной помощи), в процентах, 1990–2007 гг.



Источник: WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009.

Основные фонды и капитальные вложения

В последние годы правительство выделяет все большие объемы капитальных вложений, предназначенных преимущественно для финансирования ремонта и строительства больниц и закупок нового дорогостоящего диагностического оборудования. Как и во многих других странах на постсоветском пространстве, в Азербайджане в 1990-е гг. инфраструктура здравоохранения очень сильно пострадала от недостатка капитальных вложений. В условиях роста нефтяных доходов правительство страны считает вопросы реконструкции медицинских учреждений и поставок нового медицинского оборудования приоритетными для сектора здравоохранения. Наряду с увеличением выделяемых Минздраву государственных бюджетных ассигнований на капитальные вложения, значительные инвестиции в материально-техническую базу здравоохранения были также произведены отраслевыми министерствами и крупными госкорпорациями, в частности ГНКАР.

Медицинское оборудование, приборы и аппараты

Закупки медицинского оборудования, приборов и аппаратов для медицинских учреждений системы Минздрава производятся централизованно; этим занимается созданный при Минздраве в 2005 г. Центр инноваций и снабжения. Все государственные учреждения здравоохранения (за исключением ведомственных) обязаны ежегодно подавать в Минздрав свои заявки, где они анализируются и утверждаются по согласованию с ведущими специалистами. После утверждения Минздравом Центр инноваций и снабжения объявляет открытый тендер на закупки. Процесс закупок в частном секторе и в ведомственных учреждениях здравоохранения Минздравом не регулируется и производится на основании решений собственников учреждений. Дорогостоящее медицинское оборудование – такое как компьютерные томографы и ЯМР-томографы – в основной государственной системе здравоохранения используется довольно редко.

Информационные технологии

Для Правительства Азербайджана вопрос развития информационных технологий (ИТ) является национальным приоритетом. В 2005 г. президентом был подписан указ «Об утверждении Государственной програм-

мы развития связи и информационных технологий в Азербайджанской Республике на 2005–2008 г. («Электронный Азербайджан»). В этой программе поставлен целый ряд масштабных целей – от улучшения доступа населения к Интернету до формирования «электронного правительства». План мероприятий по реализации этой программы включает три отдельные задачи, касающиеся сектора здравоохранения:

- создание Национального центра мониторинга здоровья населения и ряда электронных медицинских регистров;
- создание системы «электронных карт здоровья» граждан;
- разработка и внедрение модели медико-информационной системы для медицинских учреждений.

В 2006 г. кабинет министров утвердил Правила внедрения системы электронных карт здоровья. Для внедрения этой системы Минздравом была начата реализация проекта «Электронные карты здоровья», финансирование которого было организовано в соответствии со специальной государственной программой. В рамках этой программы Минздравом был создан отдельный Информационный центр, который действует как главный информационный банк данных для системы электронных карт здоровья. Планируется, что в перспективе все больницы, поликлиники, амбулатории, аптеки и другие учреждения здравоохранения будут оснащены необходимым оборудованием, позволяющим считывать информацию, содержащуюся в электронных картах здоровья, а также вводить в эти карты новые данные. Минздрав начал выдачу считывающих устройств в конце 2007 г. Электронная карта здоровья представляет собой пластиковую карточку со встроенным чипом, позволяющим вводить, сохранять и изменять информацию, в том числе сведения о личности гражданина, о состоянии его здоровья, а также данные о страховании. Внедрение электронных карт здоровья было решено начать с детского населения – сначала ими будут обеспечены все новорожденные, затем взрослое население, и постепенно охват этой системой станет всеобщим. Когда система электронных карт здоровья будет внедрена в полном объеме, это позволит создать различные электронные медицинские регистры для иммунизации, дородового наблюдения и т. д. Кроме того, это может стать основой для создания медицинской информационной системы для учреждений первичного звена. Это также существенно упростит обмен информацией между медицинскими учреждениями и станет неотъемлемым элементом системы

обязательного медицинского страхования, поскольку в электронную карту здоровья предполагается введение данных о страховании ее владельца.

На момент составления данного обзора разработка системы электронных карт здоровья только начиналась, поэтому давать оценку ее эффективности и прогрессу, достигнутому в области реализации задач сектора здравоохранения, поставленных в Государственной программе развития связи и информационных технологий, еще слишком рано.

В рамках реализации третьей задачи этой программы в Городской клинической больнице № 1 г. Баку Минздравом была создана и установлена новая электронная система ведения медицинской документации, которую впоследствии предполагается использовать как образец для других государственных больниц. В этой новой компьютерной системе используется специальное программное обеспечение, позволяющее вносить в нее сведения обо всех аспектах деятельности больницы, благодаря чему рабочее место врача превратилось в автоматизированное рабочее место; в перспективе это позволит полностью отказаться от всей бумажной работы и перевести ее в электронный формат. Как и в случае с системой электронных карт здоровья, на момент составления данного обзора эта система находилась в начальной стадии внедрения, поэтому оценивать ее эффективность пока рано. Тем не менее очевидно, что если такая система будет принята как образец для остальных медицинских учреждений, то это потребует значительных инвестиций в оборудование, а также в обучение медицинских работников, большинство из которых практически не владеет навыками компьютерной грамотности.

5.2 Трудовые ресурсы

В 2007 г. в Азербайджане насчитывалось 30,766 врачей и 61,582 медицинских работников среднего звена (фельдшеров, медсестер, акушерок и работников других специальностей). Из них 28,489 врачей и 57,028 медицинских работников среднего звена было занято в системе Минздрава (см. табл. 5.1).

Медицинские кадры: основные тенденции

В 1990 г., на момент распада СССР, в Азербайджане было 3,9 врачей на 1000 населения, что соответствовало среднему показателю обеспечен-

Таблица 5.1

Численность медицинских кадров, занятых в системе Минздрава, по некоторым специальностям, 2007 г.

Медицинский персонал	Фактическая численность, чел.
Врачи	28489
Медсестры	30041
Акушерки	9416
<i>Фельдшеры</i>	7030
Техники-лаборанты	3658
Больничной персонал	
Врачи	14984
Медсестры	15558
Акушерки	4241
<i>Фельдшеры</i>	2042
Техники-лаборанты	1011
Учреждения первичного звена, включая поликлиники	
Врачи	13505
Медсестры	14483
Акушерки	5175
<i>Фельдшеры</i>	4988
Техники-лаборанты	2647

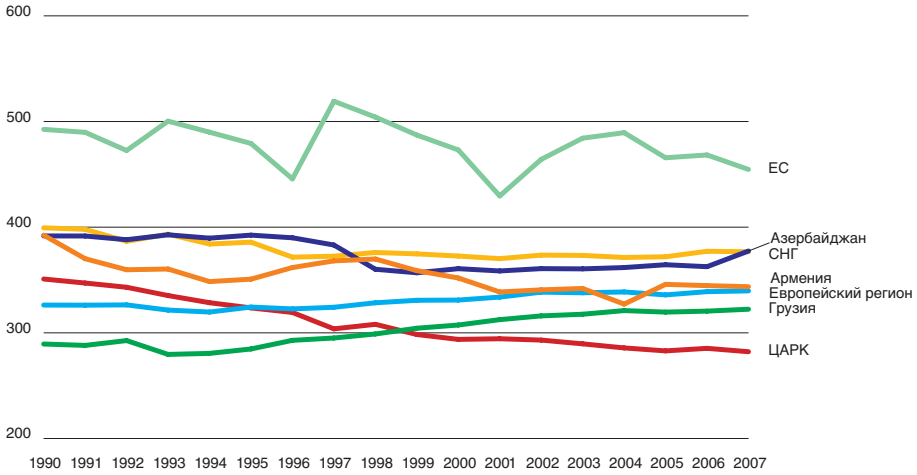
Источник: по неопубликованным данным Департамента информатизации и статистики Министерства здравоохранения, 2009 г.

ности врачами по Союзу, который равнялся тогда 4,0 (физических лиц) на 1000 населения, но было существенно выше среднего по Европейскому региону ВОЗ, который в то время составлял 3,3 на 1000 населения (см. рис. 5.5). В конце 1990-х гг. этот показатель постепенно снижался; к началу 2000-х гг. он стабилизировался на уровне 3,6 на 1000 населения, а в 2007-м достиг отметки 3,8 на 1000 (WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009). В этом отношении Азербайджан превысил средний показатель по Европейскому региону ВОЗ, который в 2007 г. составлял 3,4 врача на 1000 населения, и сравнялся со средним по СНГ, который также равнялся 3,8 на 1000 населения (WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009).

После провозглашения независимости число медсестер на душу населения в Азербайджане существенно сократилось. Как видно из рис. 5.6, в 1990 г. обеспеченность медсестрами составляла 9,7 на 1000 населения, что примерно соответствовало среднему показателю по СНГ (9,4 на 1000 населения), но значительно превышало средний показатель по Европейскому региону ВОЗ (6,8 медсестер на 1000 населения). В условиях развала экономики в 1990-х гг. зарплата медсестер в государственных медучреждениях была очень низкой, что привело к значительному оттоку сестринских кадров. Как и в случае с врачами, в начале 2000-х гг. уровень обеспеченности населения медсестрами

Рис. 5.5

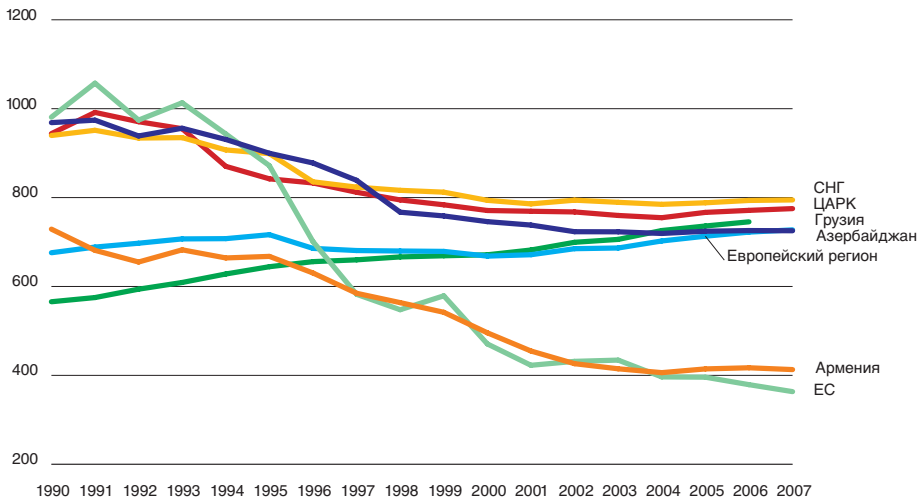
Число врачей в Азербайджане и некоторых других странах, на 100 000 населения, 1990–2007 гг.



Источник: WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г.

Рис. 5.6

Число медсестер (физических лиц) в Азербайджане и некоторых других странах, на 100 000 населения, 1990–2007 гг.



Источник: WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г.

несколько стабилизировался, составив 7,3 на 1000 населения, что соответствует среднему показателю по Европейскому региону ВОЗ, который также составлял тогда 7,3 на 1000 населения (WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009).

По сравнению с 1995 г. значительно снизилась обеспеченность населения стоматологами и особенно фармацевтами (см. таблицу 5.2). Следует подчеркнуть, однако, что эти цифры могут не отражать истинной картины, поскольку действующая в настоящее время система сбора данных может не включать сведений обо всех тех медицинских работниках, которые после обретения страной независимости перешли в частный сектор.

Таблица 5.2

Численность медицинских работников, 1995–2007 гг.

Медицинские работники	На 1000 населения								
	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Врачи (ЭПЗ)	3,85	3,56	3,53	3,53	3,50	3,48	3,4	3,74	3,31
Стоматологи (ЭПЗ)	0,22	0,20	0,20	0,19	0,19	0,19	0,18	0,18	0,17
Медсестры (ЭПЗ)	8,76	7,56	7,51	7,31	7,27	7,38	6,96	6,87	6,76
Акушерки (ЭПЗ)	-	0,58	0,59	0,56	0,56	0,55	0,54	0,54	0,53
Фармацевты (ФЛ)	0,60	0,30	0,26	0,28	0,22	0,21	0,21	0,13	0,19

Источник: WHO EURO, 2009/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009.

Примечание: ЭПЗ – эквивалент полной занятости, ФЛ – физическое лицо.

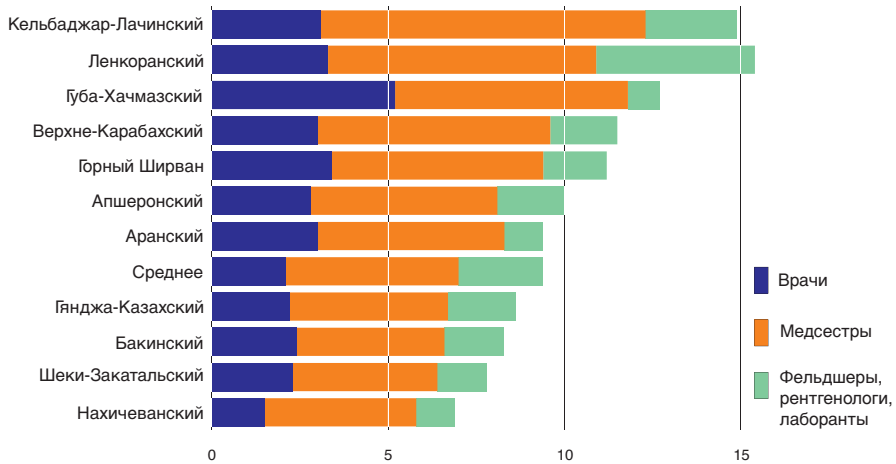
Среднее распределение медицинских кадров по территории страны не дает представления об истинных региональных различиях, поскольку в Азербайджане имеют место проблемы с привлечением и удержанием медицинских работников в сельской местности. В результате в Баку дефицита врачей нет, а другие регионы недоукомплектованы медицинскими кадрами (см. рис. 5.7). Одной из важных задач оптимизации районного здравоохранения является обеспечение географической доступности услуг первичной медицинской помощи для населения, что подразумевает оптимизацию как кадрового планирования, так и основных фондов (см. раздел 7.1 «Анализ последних реформ»).

Планирование медицинских кадров

Вопросами планирования медицинских кадров занимается Управление кадров, науки и образования Министерства здравоохранения. Это управление собирает и анализирует сведения о наличии вакансий в меди-

Рис. 5.7

Распределение медицинских кадров по экономическим районам, на 1000 населения, 2007 г.



Источник: по материалам Cochrane and Crilly, 2008 г.

цинских учреждениях госсектора. На основании полученных данных Минздрав направляет соответствующую заявку в Азербайджанский медицинский университет, который является единственным в республике высшим медицинским учебным заведением. В соответствии с этой заявкой университет распределяет выпускников для прохождения интернатуры по различным специальностям. Таким же образом происходит и процесс планирования сестринских кадров и медицинских работников среднего звена, в рамках которого Минздрав тесно сотрудничает с 8 медицинскими училищами страны. В 2009 г. был введен новый подход к кадровому планированию, целью которого является определение оптимальной численности и профессионального состава медицинских кадров в системе здравоохранения на основании демографических критериев.

Однако деятельность Минздрава в области планирования не всегда является эффективной с точки зрения обеспечения сбалансированной структуры численности кадров различных специальностей и их рационального распределения по территории страны. Тому есть несколько причин. Во-первых, в 1990-е гг. Минздрав ослабил свои функции в этой сфере, что привело к переизбытку кадров некоторых специальностей, в частности акушеров-гинекологов и хирургов. Кроме того, Минздрав прекратил применявшуюся в советское время практику обязатель-

ного трехлетнего распределения выпускников медицинских вузов на работу в сельской местности. Наконец, большое количество опытных специалистов перешло в процветающий в Баку частный сектор медицинских услуг, что, естественно, привело к оттоку кадров из медицинских учреждений госсектора. Минздрав пытается решить эту проблему путем более строгого контроля распределения новых выпускников по специализациям и восстановления системы обязательного распределения выпускников на работу в сельской местности. Но, не будучи подкрепленными достаточными экономическими и иными стимулами для молодых врачей, эти меры едва ли окажутся успешными.

Подготовка медицинских кадров

В июле 2009 г. Правительством Азербайджана был принят новый закон об образовании, и Минздраву было поручено к октябрю 2009 г. подготовить проект закона о медицинском образовании. На момент составления данного обзора планировалось, что новая концепция медицинского образования должна базироваться на европейской модели и включать такой ее элемент, как резидентура. Однако до тех пор, пока эта новая концепция не будет разработана и внедрена на всей территории страны, подготовка медицинских кадров будет производиться по той схеме, которая описана здесь. Азербайджанский медицинский университет является единственным в стране учебным заведением, где можно получить высшее медицинское образование. В конце 1990-х и в начале 2000-х гг. в Азербайджане было несколько частных медицинских учебных заведений, работавших без государственной лицензии, но к 2005 г. все они по распоряжению Министерства образования были закрыты. В настоящее время ежегодная численность приема студентов на 8 факультетов Азербайджанского медицинского университета составляет 1020 человек (см. табл. 5.3).

Как видно из табл. 5.3, продолжительность курса основного медицинского образования (преддипломной подготовки) составляет 6 лет. Поскольку в Азербайджане системы оказания медицинской помощи взрослым и детям до сих пор разделены между собой, то подготовка специалистов по каждому из этих направлений проводится независимо – на лечебно-профилактическом и педиатрическом факультетах соответственно. Программа обучения военных врачей также рассчитана на 6 лет. Преддипломная подготовка стоматологов и врачей, работающих в санитарно-эпидемиологической службе, продолжается 5 лет.

Таблица 5.3**Ежегодная численность приема студентов на факультеты
Азербайджанского медицинского университета**

Факультет	Продолжительность обучения (лет)	Численность приема (чел.)
Педиатрический	6	190
Лечебно-профилактический	6	500
Медико-биологический	5	30
Стоматологический	5	120
Фармацевтический	4 – на степень бакалавра	60
	6 – на степень магистра	
Медико-профилактический	5	50
Военно-медицинский	6	70
Всего	–	1020

Источник: по неопубликованным данным Департамента медицинских кадров, образования и науки Министерства здравоохранения Азербайджана, 2009 г.

Фармацевты обучаются 4 года для получения степени бакалавра, а те, кто хочет получить степень магистра, могут продолжить обучение еще в течение 2 лет. Продолжительность преддипломной подготовки рентгенологов, специалистов по ультразвуковой диагностике и врачей-лаборантов составляет 5 лет.

Врачи, специализирующиеся в области санитарии и эпидемиологии, проходят пятилетний курс обучения на соответствующем факультете Азербайджанского медицинского университета. Медсестер – специалистов по санитарии и эпидемиологии готовят в Бакинском медицинском колледже; курс обучения рассчитан на два с половиной года. В этом учебном заведении есть также программы последипломного образования. Кроме того, в одном из частных университетов проводится магистерская программа в области общественного здравоохранения.

Помимо преддипломной подготовки, все врачи обязаны пройти годичный курс интернатуры, в ходе которого они получают практические навыки работы под руководством более опытных врачей. На этом этапе обучения некоторые врачи могут также получить специализацию. Основная подготовка врачей по специализациям начинается на шестом году обучения, когда происходит распределение студентов на хирургические и нехирургические специальности. Обучающиеся на лечебно-профилактическом факультете могут также выбрать специализацию акушера-гинеколога. Таким образом, хирурги и акушеры-гинекологи проходят курс специальной подготовки в течение двух лет (шестой год обучения плюс год интернатуры). Подготовка медиков всех остальных специальностей производится во время прохождения интернатуры. Выпускники, не выбравшие в ходе обучения узкой специализации, стано-

вятся врачами общего профиля: окончившие педиатрический факультет – педиатрами, а выпускники лечебно-профилактического факультета – терапевтами. Но в дальнейшем, если захотят, они также могут получить узкую специализацию, пройдя соответствующие курсы при Азербайджанском институте усовершенствования врачей (АИУВ), который является головной организацией, обеспечивающей последипломную подготовку медицинских кадров.

АИУВ проводит также краткосрочные курсы повышения квалификации по различным специальностям, которые все врачи обязаны проходить каждые пять лет. В 2008 г. различные курсы повышения квалификации при АИУВ прошло свыше 2700 врачей. Помимо АИУВ, ряд учебных курсов для медицинских работников было разработано и профинансировано такими международными организациями, как ЮНИСЕФ (подготовка в области охраны здоровья матери и ребенка), ЮНФПА (вопросы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья), ВОЗ (первичная медико-санитарная помощь и общественное здравоохранение), ЮСЭЙД (первичная и неотложная медицинская помощь) и др. Как правило, эти учебные курсы проводятся силами так называемых инструкторов, которых обычно выбирают финансирующие организации по согласованию с местными партнерами, а затем обучают международные консультанты. Однако такая практика оказалась неустойчивой, поскольку этим курсам не был придан законный статус и обычно они заканчивались с прекращением финансирования.

Таблица 5.4

Численность приема студентов в медицинские училища в 2008 г., с разбивкой по специальностям

Специальность	Продолжительность обучения (месяцев)	Годовая численность приема (чел.)
Фельдшер	30	520
Медсестра	22	420
Акушерка	30	520
Техник-фармацевт	22	230
Санитарный фельдшер	30	50
Техник-лаборант	22	90
Зубной техник	22	120
Всего	–	1950

Источник: по неопубликованным данным Департамента медицинских кадров, образования и науки Министерства здравоохранения, 2009 г.

В Азербайджане насчитывается 8 медицинских училищ, два из которых находятся в столице, а остальные – в других крупных городах. Про-

должительность обучения в этих учебных заведениях зависит от выбранной специальности и составляет от 22 до 30 месяцев. Сестринское образование не считается высшим, но по окончании училища медсестры получают диплом. В 2008 г. общая численность приема во все медицинские училища страны составила 1950 человек (см. табл. 5.4). Последипломное образование медсестры могут получить в 3 медучилищах (расположенных в Баку, Гяндже и Мингечевире). В зависимости от специальности, медсестры обязаны проходить курсы повышения квалификации раз в пять лет. Продолжительность обучения на этих курсах также различна и может составлять от 5 дней до 2 месяцев. В 2008 г. курсы последипломной подготовки прошло около 2200 медсестер (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.)

Регистрация и лицензирование

В Азербайджане нет ни центрального регистра врачей, работающих на территории страны, ни специальной процедуры лицензирования индивидуально практикующих медицинских работников (см. раздел 4.1 «Регулирование и управление поставщиками медицинских услуг»).

6. Предоставление медицинских услуг

6.1 Общественное здравоохранение

Исторически сложилось так, что понятия «общественное здравоохранение» в определении ВОЗ в Азербайджане не было. Страна унаследовала советскую модель здравоохранения, в рамках которой общественное здравоохранение ограничивалось контролем за инфекционными болезнями, проводимым силами хорошо развитой сети органов санитарно-эпидемиологического надзора. Вскоре после обретения независимости в Азербайджане был принят закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии», который обеспечил нормативно-правовую базу для расширения концепции общественного здравоохранения в стране. В настоящее время ответственность за оказание санитарно-эпидемиологических услуг поделена между несколькими различными ведомствами, включая Санитарно-эпидемиологическую службу, созданный недавно при Минздраве Центр общественного здравоохранения и реформ, Национальный центр по борьбе со СПИДом и другие структуры.

Санитарно-эпидемиологическая служба выполняет следующие основные функции:

- разработку и утверждение санитарно-гигиенических норм и правил в таких областях, как коммунальная гигиена (питьевая вода, удаление сточных вод, жилые помещения и рабочие места и т. д.), гигиена питания (производство, распространение, хранение, продажа и обработка пищевых продуктов), гигиена труда и окружающей среды, радиационная гигиена;
- разработку норм и правил обращения экологически опасных веществ;
- осуществление государственного санитарного надзора и проведение эпидемиологических расследований;

- регистрацию и проведение социально-гигиенического мониторинга воздействия факторов производства и окружающей среды на здоровье населения:
 - профилактику и искоренение (элиминацию) инфекционных и паразитарных болезней и пищевых отравлений;
 - организацию и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях;
 - анализ санитарно-эпидемиологической обстановки, демографических процессов, качества окружающей среды, физического развития и заболеваемости населения и разработку программ и мероприятий по улучшению состояния здоровья населения, а также других общественных мероприятий;
 - санитарное просвещение в целях пропаганды здорового образа жизни и повышения санитарной культуры населения;
 - обеспечение санитарной охраны территории страны от проникновения и распространения карантинных инфекций, а также предотвращение импорта пищевых продуктов и потребительских товаров, опасных для здоровья.

Санитарно-эпидемиологическая служба является вертикально интегрированной системой, центральный и местный уровни которой представлены следующими структурами:

Инспекция санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения, которая подотчетна Главному государственному санитарному врачу и занимается координацией деятельности специализированных санитарно-эпидемиологических центров и обеспечивает проведение государственного санитарного надзора.

Республиканский центр гигиены и эпидемиологии, который обеспечивает организационно-методическое руководство 83 районными и городскими центрами гигиены и эпидемиологии, а также центра гигиены и эпидемиологии на водном транспорте при выполнении функций Санитарно-эпидемиологической службы.

Республиканская санитарно-карантинная инспекция, которая обеспечивает организационно-методическое руководство организациями Санитарно-эпидемиологической службы по вопросам обеспечения санитарной охраны территории страны от проникновения и распространения карантинных инфекций (перечень которых утверждается кабинетом министров) и импорта пищевых продуктов и потребительских това-

ров, опасных для здоровья. Санитарно-карантинная инспекция имеет 8 пограничных санитарно-карантинных пунктов.

Республиканская противочумная станция, которая организует и осуществляет профилактические и противоэпидемические мероприятия по предупреждению заноса и распространения особо опасных инфекций (10 заболеваний, включая чуму, холеру и сибирскую язву, поскольку в стране есть районы, эндемичные по этим заболеваниям), а также обеспечивает организационно-методическое руководство местными органами санитарного надзора. Республиканская противочумная станция имеет 5 региональных отделений. Она также занимается исследовательской деятельностью.

Дезинфекционная служба, которая осуществляет общее руководство районными и городскими отделами и станциями дезинфекции и обеспечивает организационно-методическое руководство медицинскими учреждениями по вопросам проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий. Кроме того, местные отделения службы на частной договорной основе оказывают организациям и частным домохозяйствам услуги в области дезинфекции и борьбы с вредителями.

Центры гигиены и эпидемиологии оснащены бактериологическими, паразитологическими, вирусологическими и медико-экологическими лабораториями. Однако их оборудование, особенно на районном уровне, зачастую не отвечает международным стандартам, поэтому тестирование преимущественно проводится на центральном уровне. В центрах гигиены и эпидемиологии работают санитарные врачи и врачи-эпидемиологи, получившие специализацию в соответствующих областях во время обучения в вузе, а также технический персонал, в том числе техники-лаборанты, дезинфекционисты, специалисты по борьбе с вредителями и другие сотрудники. В настоящее время в органах Санитарно-эпидемиологической службы работает около 9000 человек, в том числе 1300 врачей.

Несмотря на то что круг обязанностей Санитарно-эпидемиологической службы достаточно широк, основными направлениями ее деятельности являются надзор за инфекционными болезнями и руководство программой иммунизации. В систему первичной медико-санитарной помощи Санитарно-эпидемиологическая служба практически не интегрирована. Собственно говоря, между этими структурами имеют место даже некоторые трения, связанные с тем, что некоторые санитарные нормы и правила соблюсти очень трудно. Так, например, многие врачи

первичного звена отказываются ставить пациентам диагноз «диарея», поскольку даже в случае простой диареи они обязаны уведомить о каждом выявленном случае местный центр гигиены и эпидемиологии, направить пациента в больницу, отследить все его контакты и сообщить о них. В результате и врачи, и пациенты больше заинтересованы в сокрытии таких случаев, а последнее обследование практики выписки рецептов, проведенное Минздравом совместно с ВОЗ и ЮСЭЙД, выявило, что в амбулаторно-поликлинических учреждениях не было зафиксировано практически ни одного случая диареи (Центр аналитической экспертизы лекарственных средств, 2009). Поэтому, хотя для целей контроля более серьезных инфекций, таких как холера, столь строгие правила действительно уместны, для случаев легких инфекций их, конечно, необходимо соответствующим образом скорректировать.

Формально Санитарно-эпидемиологическая служба отвечает за пропаганду здорового образа жизни, но на практике ее роль ограничивается распространением по медучреждениям материалов наглядной агитации, посвященных вопросам иммунизации и личной гигиены.

Программа иммунизации

Нормативно-правовой основой деятельности государства в области иммунизации населения является принятый в 2000 г. закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». В 2006 г. кабинетом министров была принята Государственная программа «Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний», рассчитанная на период 2006–2010 гг. В этой программе изложены основные принципы государственной политики в области иммунизации, а именно:

- необходимость проведения вакцинации всех граждан страны;
- бесплатные мероприятия по иммунизации и вакцинации в национальных и муниципальных медицинских учреждениях;
- реализация целевых национальных и региональных программ;
- применение эффективных медицинских иммунобиологических препаратов для иммунизационных мероприятий;
- подготовка медицинских работников по вопросам иммунопрофилактики;
- обеспечение социальной защиты населения в случае неблагоприятных проявлений после иммунизации;
- совершенствование систем мониторинга данных;

- создание условий для участия гуманитарных организаций в программах иммунизации;
- развитие международного сотрудничества.

Республиканский центр гигиены и эпидемиологии осуществляет руководство организацией и проведением иммунизационных мероприятий через сеть своих городских и районных центров. Он отслеживает сбор статистических данных о распространении инфекционных заболеваний на всех уровнях, определяет целевые группы и составляет планы закупки вакцин. Кроме того, он занимается распределением вакцин в медицинские учреждения в соответствии с их планами и заявками, обеспечивает наличие и хранение в холодильнике трехмесячного запаса вакцин на местах, а также составляет заявки на закупки вакцин. Закупками всех препаратов и поставками вакцин в медицинские учреждения занимается Центр инноваций и снабжения, который также отвечает за их надлежащее хранение и распределение по конечным потребителям (см. раздел 5.1 «Медицинское оборудование, приборы и аппараты»). Непосредственным введением вакцин занимаются работники первичного звена.

В 1994 г. Минздрав Азербайджана принял рекомендации ВОЗ по детской иммунизации, в соответствии с которыми все дети должны получить вакцинацию БЦЖ против туберкулеза, четыре дозы коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины (КДС), пять доз вакцины против полиомиелита и коревую вакцину в течение первого года жизни. Начиная с 2003 г. дети получают иммунизацию против кори в возрасте 1 года в виде вакцинации тривакциной против кори, эпидемического паротита и краснухи (КПК). Кроме того, с 2001 г. Минздрав рекомендует, чтобы дети получали три дозы вакцины против гепатита В. Действующий в настоящее время календарь профилактических прививок приведен в табл. 6.1. Сейчас в Минздраве обсуждается возможность включения в обязательный календарь прививок вакцины против *Haemophilus Influenza* (HiB).

Разъяснительно-пропагандистская кампания, целью которой является формирование позитивного отношения населения к иммунизации, проводится силами местных центров гигиены и эпидемиологии, а также медучреждений первичного звена. В 2006 г. Азербайджан присоединился к инициативе «Европейская неделя иммунизации» (ЕНИ), ежегодно проводимой в апреле государствами – членами Европейского региона ВОЗ. Первую ЕНИ в Азербайджане, которая оказалась очень успешной с точки зрения мобилизации ресурсов и привлечения внима-

Таблица 6.1**Национальный календарь профилактических прививок, по состоянию на январь 2009 г.**

Возраст ребенка	Наименования вакцин
В первые 12 часов жизни	Гепатит В
4–7-й день	БЦЖ, ОПВ
2 месяца	КДС, ОПВ, Гепатит В
3 месяца	КДС, ОПВ
4 месяца	КДС, ОПВ, Гепатит В
12 месяцев	КПК
18 месяцев	КДС, ОПВ
6 лет	КПК, ДС

Примечание: БЦЖ – бацилла Кальметта – Герена (Bacillus Calmette – Guérin) – вакцина против туберкулеза; ОПВ – оральная полиомиелитная вакцина; КДС – коклюшно-дифтерийно-столбнячная сыворотка; КПК – корь-паротит-краснуха; ДС – дифтерийно-столбнячный анатоксин

ния общественности, открыла в 2007 г. первая леди страны Мехрибан Алиева. Правительство считает эту инициативу одной из наилучших возможностей достижения высокого охвата вакцинацией путем проведения информационно-разъяснительной работы с населением по вопросам иммунизации.

Программа по борьбе с ВИЧ/СПИД

Нормативно-правовая база деятельности государства по борьбе с ВИЧ/СПИД была заложена с принятием в 1996 г. закона «О предотвращении распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (AIDS)». В этом законе были изложены обязанности государства в области борьбы со СПИДом, а именно:

- принятие и реализация национальной программы по предотвращению распространения эпидемии ВИЧ/СПИД;
- предотвращение инфицирования ВИЧ путем обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов, трансплантации органов и тканей, а также различных медицинских вмешательств (хирургических и стоматологических) в лечебно-профилактических учреждениях;
- предоставление населению полной информации о способах профилактики ВИЧ/СПИД;
- первичное и последующее консультирование пациентов и медицинских работников по поводу возможности и безопасности медицинских исследований при ВИЧ-инфекции;

- оказание в установленном порядке амбулаторной и стационарной помощи и медикаментозного лечения больным ВИЧ/СПИД, являющимся гражданами Азербайджанской Республики;
- бесплатное оказание всех видов специализированной помощи больным ВИЧ/СПИДом, находящимся в учреждениях пенитенциарной системы;
- оказание в установленном порядке всех видов специализированной помощи больным ВИЧ/СПИД, являющимся гражданами иностранных государств и лицами без гражданства.

В 2002 г. был принят первый Национальный стратегический план по борьбе с ВИЧ/СПИД, реализованный в период с 2002 по 2006 г. В 2008 г. принята вторая программа по борьбе с ВИЧ/СПИД, в которой были поставлены следующие задачи:

- усиление координации мер в области борьбы с ВИЧ/СПИД, предпринимаемых различными государственными структурами и частным сектором;
- улучшение эпидемиологических показателей по ВИЧ/СПИД и ИППП, включая уровень инфицирования ВИЧ среди групп высокого риска;
- оказание медицинской помощи, лечения и социальной поддержки больным ВИЧ/СПИД;
- усиление мер профилактики среди групп высокого риска и широких слоев населения.

В 1998 г. в Азербайджане была создана специальная вертикальная инфраструктура по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая была отделена от Санитарно-эпидемиологической службы. Ее головным учреждением является Национальный центр по борьбе со СПИДом, который находится в Баку; кроме того, в структуру центра входит 12 региональных лабораторий. Центр действует как референс-лаборатория и стационар. Поскольку в Азербайджане антиретровирусное лечение требуется сравнительно небольшому числу пациентов (в 2008 г. их было менее 200 человек), то все они получают АРВ-терапию в Баку, в Национальном центре по борьбе со СПИДом. Кроме того, центр осуществляет общее руководство и координацию всей деятельности по борьбе с ВИЧ-инфекцией в стране, а также проведение всех исследований эпидемиологии ВИЧ-инфекции и СПИДа. Роль регио-

нальных лабораторий заключается в проведении анализов крови, осуществлении эпиднадзора, оказании услуг в области консультирования, а также санитарном просвещении населения по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Тестирование и консультирование проводятся бесплатно и анонимно. Со временем политика, касающаяся тестирования, изменилась: теперь оно не является обязательным, за исключением доноров крови. Однако обследование на ВИЧ беременных и военнослужащих по-прежнему является обычной практикой. Кроме того, в инструкции Минздрава для медицинских учреждений рекомендуется проведение добровольного обследования на ВИЧ/СПИД всех госпитализированных пациентов, что на практике нередко принимает форму массового тестирования без согласия пациентов.

Реализация программы по ВИЧ/СПИД проводится при поддержке международных организаций. В частности, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией выделил Азербайджану грант в размере 10 миллионов долларов на реализацию проекта по укреплению потенциала государства в области организации ответных мер в связи с эпидемией ВИЧ/СПИД и других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Этот проект был начат в 2005 г. и рассчитан на 5 лет. Как и в других проектах Глобального фонда, в целях общего руководства процессом разработки предложения и оказания помощи в реализации программы был создан Страновой координационный механизм во главе с Минздравом. Основными целевыми группами в этом проекте являются группы высокого риска, в частности потребители инъекционных наркотиков, заключенные, секс-работники, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, мигранты и молодежь. Достижение целей проекта предполагается обеспечить путем проведения аутич-мероприятий по повышению информированности среди целевых групп, программ обмена игл и шприцев и раздачи презервативов. Кроме того, проект направлен на расширение возможностей системы здравоохранения в области диагностики и лечения ВИЧ/СПИД и других ИППП путем организации обучения медицинских работников и обеспечения антиретровирусными препаратами, лабораторным оборудованием и материалами.

Программа по борьбе с малярией

После 1990 г. эпидемиологическая ситуация по малярии в Азербайджане начала резко ухудшаться. Это явилось результатом практически полного прекращения мероприятий по профилактике малярии и массовой

миграции населения из областей, затронутых нагорно-карабахским конфликтом. В 1996 г. число зарегистрированных случаев малярии в Азербайджане достигло 13135 (Ministry of Health, 2008a). Начиная с 1998 г. правительство страны принимает активные ответные меры по уменьшению бремени малярии. В этой связи в сотрудничестве с ВОЗ была разработана Национальная программа по борьбе с малярией, которая была реализована при поддержке международных партнеров. В период 1997–2006 гг., в результате широкомасштабных мероприятий по борьбе с эпидемией, ситуация по малярии в стране постоянно улучшалась, и в 2007 г. было зарегистрировано всего 110 новых случаев (Ministry of Health, 2008a). Несмотря на то что в настоящее время уровень заболеваемости малярией относительно низок (в 2007 г. он составлял менее 1 случая на 1000 населения из групп риска), восприимчивость 80% территории страны остается высокой, и сейчас активные очаги малярии существуют в 23 районах республики (Ministry of Health, 2008a).

Головной организацией Минздрава, отвечающей за вопросы планирования и реализации мер по борьбе с малярией в стране, является Республиканский центр гигиены и эпидемиологии. Диагностика и лечение малярии считаются функциями первичного звена здравоохранения, а эпиднадзором и борьбой с переносчиками малярии занимается Санитарно-эпидемиологическая служба. В настоящее время меры по борьбе с малярией в основном заключаются в ведении больных, обучении персонала, проведении эпиднадзора и борьбе с переносчиками болезни (выборочная обработка).

В декабре 2005 г. Азербайджан одобрил Ташкентскую декларацию «Вперед от борьбы к элиминации малярии в Европейском регионе ВОЗ». Целью программы, финансируемой в соответствии с этим соглашением, является снижение числа случаев передачи и заболеваемости малярией, вызываемой *P. Vivax*, а также предотвращение вспышек малярии. В 2008 г. Минздравом Азербайджана была принята Национальная стратегия по элиминации малярии и План мероприятий на период 2008–2013 гг. по реализации этой стратегии. Он включает следующие задачи:

- элиминация к 2013 г. местной передачи малярии;
- предотвращение повторных вспышек малярии на территориях, где она уже была ликвидирована;
- усиление эпиднадзора за завозной малярией.

После 2013 г., по достижении ситуации, когда передача малярии полностью прекратится, будут проводиться меры по предотвращению возобновления вспышек малярии. Там, где малярия уже элиминирована, основное внимание будет уделяться поддержанию статуса территорий, свободных от малярии.

Эта Национальная программа получила поддержку Глобального фонда, который в 2009 г. выделил грант в размере 3,4 миллиона долларов на цели укрепления организационного потенциала Республиканского центра гигиены и эпидемиологии и его региональных отделений в области эпидемиологии, ведения и профилактики малярии. Этот проект нацелен также на наращивание потенциала системы здравоохранения по проведению ранней диагностики и лечения малярии путем расширения возможностей паразитологических лабораторий и энтомологических отделов Санитарно-эпидемиологической службы, а также обучения медицинских работников методам диагностики, лечения и ведения больных малярией. Кроме того, Глобальный фонд оказывает поддержку в проведении мероприятий по совершенствованию системы санэпиднадзора и борьбе с переносчиками болезни, а также разъяснительно-пропагандистской работы с населением и научных исследований по проблемам малярии.

Программа по борьбе с туберкулезом

Принятый в 2000 г. закон «О борьбе с туберкулезом в Азербайджанской Республике» гарантирует:

- оказание неотложной помощи при туберкулезе;
- проведение тестирования на туберкулез;
- оказание социальной поддержки больным туберкулезом, в том числе предоставление отдельного жилого помещения пациентам с открытой формой туберкулеза и трудоустройство лиц, страдающих туберкулезом и его последствиями;
- проведение специфической профилактики туберкулеза, оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи в государственных противотуберкулезных амбулаторных, стационарных и санаторных учреждениях;
- оказание специализированной помощи больным туберкулезом, находящимся в учреждениях пенитенциарной системы;
- предоставление налоговых льгот организациям, обеспечивающим трудоустройство лиц, получивших инвалидность в связи с туберкулезом.

Официально в основе принятой в Азербайджане национальной программы по борьбе с туберкулезом лежит рекомендованная ВОЗ стратегия ДОТС, однако противотуберкулезная служба страны организована в виде вертикальной системы специализированных учреждений, практически не интегрированных в первичное звено здравоохранения. Головной организацией, занимающейся реализацией этой национальной программы, является Азербайджанский научно-исследовательский институт легочных заболеваний. Он руководит работой сети специализированных противотуберкулезных диспансеров, деятельность которых финансируется районными администрациями. Несмотря на то что сейчас стратегией ДОТС охвачена уже вся территория страны, ее практическая реализация вызывает много проблем, поскольку для подтверждения диагноза и получения лечения пациентов по-прежнему из учреждений первичного звена направляют к фтизиатрам. Роль первичного звена ограничивается выдачей направлений пациентам в случаях, подозрительных на туберкулез, отслеживанием их контактов и санитарным просвещением.

Противотуберкулезные препараты выдаются фтизиатрами бесплатно. В целях борьбы с ненадлежащим использованием противотуберкулезных препаратов с 2007 г. Минздравом была запрещена свободная продажа в аптеках противотуберкулезных препаратов первого ряда. Однако, учитывая сильную социальную стигматизацию в отношении больных туберкулезом, из-за которой они не хотят официально регистрироваться, обеспечить соблюдение этого запрета может оказаться нелегко. По неофициальным данным, в частных аптеках этот запрет соблюдается не очень строго, и указанные препараты по-прежнему можно найти в свободной продаже.

В 2008 г. Азербайджанский НИИ легочных заболеваний разработал проект новой национальной стратегии борьбы с туберкулезом, предусматривающей создание сети бактериологических лабораторий, которые будут проводить микроскопию мокроты во всех подозрительных случаях. Центральная лаборатория при Азербайджанском НИИ легочных заболеваний будет действовать в качестве референс-лаборатории и проводить тесты на лекарственную устойчивость во всех случаях, подозрительных на туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). Учитывая очень высокий уровень заболеваемости туберкулезом с первичной множественной лекарственной устойчивостью (в Азербайджане этот показатель один из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ), международные эксперты предложили внести

в эту стратегию изменения, предусматривающие проведение тестов на лекарственную устойчивость всех проб мокроты до начала лечения противотуберкулезными препаратами первого ряда.

Национальная программа по борьбе с туберкулезом получила поддержку со стороны таких международных донорских организаций, как Глобальный фонд, ЮСЭЙД и др. Глобальный фонд выделил финансирование на реализацию проекта по укреплению и расширению программы ДOTS в стране, а также на расширение масштабов программы по ведению лекарственно устойчивого туберкулеза. ЮСЭЙД в 2009 г. начал двухлетнюю программу по оказанию технической помощи Минздраву в области разработки и реализации государственной противотуберкулезной политики.

Укрепление здоровья населения

До создания Центра общественного здравоохранения и реформ (ЦОЗР) в учреждениях системы Минздрава сильно недооценивали важность санитарно-просветительской работы с населением. Из-за отсутствия специального органа, который бы занимался этими вопросами, и нехватки трудовых и иных ресурсов Минздрав оказался не в состоянии ни организовать собственные действенные мероприятия в этой сфере, ни скоординировать деятельность своих партнеров, в том числе международных организаций. Это привело к серьезным задержкам в разработке и утверждении необходимых материалов, их дублированию и противоречивости их содержания по некоторым вопросам, в то время как целый ряд других важных аспектов был оставлен без внимания. Благодаря созданию в 2007 г. Центра общественного здравоохранения и реформ и такого его подразделения, как Отдел информационного взаимодействия в здравоохранении и связей с общественностью (ОКСЗО), у Минздрава появилась возможность обеспечить более согласованное руководство и координацию деятельности в сфере укрепления здоровья, проводимой рядом государственных и негосударственных структур. ОКСЗО работает при активной поддержке международных организаций, которые занимаются обучением сотрудников, поездками по обмену опытом, а также оказывают техническую помощь в разработке национальной стратегии в области информационного взаимодействия в сфере охраны здоровья..

ОКСЗО занимается составлением годовых планов работы по вопросам информационного взаимодействия в сфере охраны здоровья, а также разработкой соответствующей многолетней национальной стратегии. На

момент составления данного обзора в тесном сотрудничестве с ведущими специалистами Минздрава, а также с местными и международными партнерами, специализирующимися в этой сфере, в стране проводилась активная работа по созданию первой такой стратегии. В этом документе должны быть определены национальные приоритеты в области информационного взаимодействия в сфере охраны здоровья и основные направления деятельности Минздрава по вопросам укрепления здоровья и благополучия всего населения Азербайджана. ОКСЗО является также высшей инстанцией по оценке и утверждению всех разрабатываемых в Азербайджане материалов по вопросам информационного взаимодействия в сфере охраны здоровья. ОКСЗО активно сотрудничает со средствами массовой информации, повышая уровень компетентности их сотрудников в части освещения проблем, связанных с охраной здоровья; для этого проводятся всевозможные совещания и учебные семинары. ОКСЗО также занимается согласованием размещения в СМИ различных материалов Минздрава и его партнеров в области информационного взаимодействия в сфере охраны здоровья, стараясь, чтобы такие материалы были размещены бесплатно или по льготным расценкам. Однако, несмотря на создание ОКСЗО, объем ассигнований, выделяемых государством на просветительские кампании, ограничен.

В учреждениях системы Минздрава медсестры первичного звена должны проводить просветительскую работу с населением на своих участках. Однако в большинстве случаев у них для этого нет ни специальной подготовки, ни необходимых печатных материалов.

Помимо структур Минздрава, в стране есть также много некоммерческих организаций, занимающихся вопросами укрепления здоровья населения. К таким организациям относятся, в частности, Азербайджанская ассоциация коммуникаций в здравоохранении, Лига диабетиков Азербайджана и др.

Другие программы

В Азербайджане проводится также ряд других программ в области здравоохранения, разработанных в соответствии с национальными приоритетами в сфере охраны здоровья населения. К таким программам, в частности, относится программа профилактики йододефицитных заболеваний путем йодирования соли. Учитывая высокий уровень распространенности эндемичного зоба, вызванного недостатком йода в организме, в 2002 г. правительством был принят закон «О йодировании

соли с целью массовой профилактики йододефицитных заболеваний». В соответствии с этим законом государство обязуется обеспечить доступ населения к йодированной соли путем предоставления субсидий на ее производство, содействия ее импорту и организации государственной поддержки мероприятий по информированию населения о мерах профилактики йододефицитных заболеваний.

Другой важной инициативой является витаминизация всех детей в возрасте 12 месяцев, 18 месяцев и 6 лет витамином А. Эта программа была введена в 2004 г. Обсуждается также возможность введения поддерживаемой Азиатским банком развития и другими донорами программы по фортификации муки, однако ни законодательства, ни специальной национальной программы в этой связи пока принято не было.

6.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения

Официально утвержденного маршрута пациентов в системе здравоохранения в Азербайджане нет. Из-за слабости функции контроля доступа к специализированной помощи со стороны первичного звена любой пациент, в зависимости от места жительства, личных связей и финансовых возможностей, может сразу же обратиться в учреждение любого уровня оказания медицинской помощи (первичного, вторичного или третичного). Каждый, кто имеет возможность заплатить за медицинские услуги, может также обойти официальную государственную систему здравоохранения с ее формальной функцией контроля доступа к специализированной помощи и самостоятельно обратиться в частное медицинское учреждение. И хотя официально большинство услуг должны быть бесплатными по месту их оказания, за доступ к медицинской помощи с пациентов нередко требуют плату (World Bank, 2005b).

В сельской местности, где частный сектор медицинских услуг пока развит слабо, первыми пунктами обращения пациентов за первичной медицинской помощью обычно являются фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), небольшая сельская врачебная амбулатория (СВА) или амбулаторное отделение сельской участковой больницы (СУБ). Оттуда врачи первичного звена в случае необходимости направляют пациентов в учреждение вторичного уровня – в центральную районную больницу. Кроме того, в зависимости от диагноза пациента могут также направить в один из вертикально интегрированных специализирован-

ных диспансеров (туберкулезный, психоневрологический и т. п.). В городах для получения услуг первичной медицинской помощи пациенты должны обратиться в поликлинику. Оттуда пациента могут направить либо в многопрофильную городскую больницу, либо в специализированное учреждение третичного уровня. Из-за отсутствия механизма контроля доступа и вследствие развала системы выдачи направлений пациенты могут обойти первичное звено и сразу обратиться за медицинской помощью более высокого уровня. Это крайне негативно сказывается на непрерывности медицинской помощи и возможности ее интеграции силами врачей первичного звена. Практически все лекарства для амбулаторного лечения пациенты должны покупать за свой счет. Однако лекарствами для лечения определенных заболеваний государство обеспечивает бесплатно; к таким заболеваниям относятся, в частности, диабет, туберкулез, ВИЧ/СПИД и некоторые другие.

В частных медицинских учреждениях оплата за предоставленные услуги производится либо за наличный расчет, либо по полису добровольного медицинского страхования. В крупных городах частный сектор успешно конкурирует с государственными медицинскими учреждениями; это обусловлено тем, что среди населения качество услуг частной медицины считается более высоким, а спектр диагностических и лабораторных услуг в частных медицинских учреждениях более широк. Поэтому пациенты, имеющие возможность заплатить за диагностику и лечение, как правило, предпочитают обращаться в частные медицинские учреждения, которые действуют как многопрофильные клиники, где нередко есть также хирургические стационары. За услуги таких учреждений пациенты должны платить в соответствии с действующим прейскурантом, который каждое частное медицинское учреждение составляет самостоятельно.

Таким образом, основными характеристиками маршрута пациентов в азербайджанской системе здравоохранения являются:

- отсутствие действенного механизма контроля доступа к медицинской помощи более высокого уровня со стороны первичного звена;
- связанный с этим неограниченный доступ пациентов к любому врачу-специалисту и в учреждения вторичной/третичной медицинской помощи;
- отсутствие сроков ожидания на всех уровнях оказания медицинской помощи вследствие избыточности мощностей и низкого уровня их использования;

- отсутствие с 2008 г. официальных платежей за услуги государственных медицинских учреждений;
- высокий уровень личных расходов граждан на оплату лекарств и медицинской помощи.

6.3 Первичная/амбулаторная медицинская помощь

Действующая модель оказания амбулаторной медицинской помощи в Азербайджане была унаследована от советских времен, когда амбулаторные учреждения оказывали как первичную, так и специализированную амбулаторную медицинскую помощь. Кроме того, для этой модели характерны очень существенные различия между городской и сельской медициной.

В сельской местности первичную медицинскую помощь оказывают следующие учреждения:

Фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). Обычно они представляют собой небольшой пункт первичной медицинской помощи. В его помещении всего несколько кабинетов, и он оснащен только простейшим оборудованием, а в штате работают фельдшер (помощник врача), акушерка и медсестра либо только фельдшер и медсестра. Работники ФАПа оказывают населению первую помощь, проводят родовое и послеродовое наблюдение, основные мероприятия по профилактике заболеваний, в частности иммунизацию, занимаются санитарным просвещением, а также выполняют простейшие медицинские процедуры по назначению врача (инъекции, обработка ран). Акушерки также принимают роды на дому, если женщина по каким-то причинам рождает не в родильном доме. Кроме того, они дают консультации по вопросам планирования семьи. ФАПы работают под контролем врачей ближайших медицинских учреждений. Численность обслуживаемого ФАПом контингента обычно составляет от 500 до 1500 человек. В 2007 г. в стране насчитывалось 1927 ФАПов и ФП (фельдшерских пунктов) (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.).

Сельские врачебные амбулатории (СВА). В СВА работают терапевт, педиатр, акушерка и медсестры. СВА оказывают большую часть услуг первичной медико-санитарной помощи, включая ведение большинства обычных заболеваний, родовое и послеродовое наблюдение, основные услуги в области профилактики, включая иммунизацию и укрепле-

ние здоровья населения. Врачи также посещают больных на дому, если они не могут сами прийти на прием. Однако из-за отсутствия клинической лаборатории и диагностического оборудования объем оказываемой СВА медицинской помощи ограничен. Как правило, численность обслуживаемого СВА контингента составляет 2500–4000 человек. В 2007 г. в Азербайджане насчитывалось 707 СВА (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.).

Амбулаторное отделение сельской участковой больницы (СУБ) оказывает более широкий спектр услуг: в дополнение к услугам СВА там оказывают также услуги по родовспоможению, лабораторные услуги и стоматологическую помощь. Соответственно, в штате СУБ есть акушер-гинеколог, стоматолог и лабораторный персонал. В 2007 г. в Азербайджане было 349 СУБ (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.).

Оказание высококачественной медицинской помощи на селе является одной из главных проблем азербайджанской системы здравоохранения. Среди наиболее серьезных трудностей в этой связи можно назвать дефицит врачей в сельской местности, причем эта ситуация только усугубляется: действующие кадры стареют и выходят на пенсию, а из-за низких зарплат на смену им никто не приходит (см. раздел 5.2 «Трудовые ресурсы»).

Другой серьезной проблемой является состояние материально-технической базы, которая за годы недофинансирования сильно обветшала. Как показывают результаты сравнительного обследования медицинских учреждений, проведенного в 2006 г. в 5 районах страны в рамках проекта «Реформа сектора здравоохранения», большинство зданий с момента их постройки ни разу не ремонтировалось. В результате этого обследования выяснилось также, что центральное водоснабжение есть всего в 8% учреждений первичного звена, а канализации нет практически ни в одном учреждении. В большинстве учреждений первичной медицинской помощи медицинские отходы либо сжигают, либо выбрасывают на мусорную свалку. Значительная часть медицинского оборудования либо отсутствует, либо неисправна (Project Implementation Unit, 2007).

В городах услуги первичной и специализированной амбулаторной помощи населению оказывают в поликлиниках. Как правило, городская поликлиника является достаточно крупным медицинским учреждением, в котором работают несколько врачей первичного звена и примерно 10–20 врачей-специалистов; кроме того, в поликлинике оборудованы

также диагностические кабинеты и лаборатории. В Азербайджане существует три вида поликлиник: взрослые, детские и женские консультации. Врачи-специалисты работают во взрослых и детских поликлиниках. В отличие от сельских медучреждений, городские поликлиники оснащены более специализированным оборудованием для диагностики и лечения. В соответствии с государственными нормативами участковый терапевт обслуживает 1600–1800 человек прикрепленного взрослого населения, а участковый педиатр – 600–800 детей. В 2007 г. в стране общее число взрослых и детских поликлиник составляло 141 (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.).

До середины 1990-х гг. каждый житель республики был прикреплен к конкретному участковому врачу первичного звена в поликлинике по месту жительства; возможности выбора врача у пациента не было. В случае необходимости участковый врач выдавал направления на консультацию к узким специалистам, а также на диагностические и лабораторные обследования, которые проводились в той же самой поликлинике, и контролировал, таким образом, доступ пациентов к этим услугам; права выбора врача-специалиста у пациентов не было. Однако с выходом в 1997 г. закона «Об охране здоровья населения» каждому жителю Республики Азербайджан было предоставлено право выбора врача и лечебно-профилактического учреждения. На практике, однако, население по-прежнему прикреплено государством к амбулаторным учреждениям по месту жительства. Вместе с тем многие обращаются к врачу или в медучреждение первичного звена или к врачу-специалисту по «самонаправлению», заплатив, если нужно, за эти услуги. Вероятно, самонаправление на специализированную помощь является для пациентов наиболее предпочтительным вариантом, поскольку профессиональный статус врачей первичного звена и качество услуг и материально-техническая база первичной медицинской помощи в обществе считаются низкими.

До середины 2000-х гг. объем инвестиций в материально-техническую базу учреждений первичной медицинской помощи в городах был очень незначительным, что крайне негативно сказалось на состоянии основных фондов. Затем ситуация изменилась, и в настоящее время идет процесс ремонта и переоснащения поликлиник. Однако капитальные вложения идут преимущественно в медучреждения Баку и других крупных городов, в то время как поликлиники большинства сельских районов все еще нуждаются в серьезной реконструкции.

Минздрав надеется в ближайшие годы полностью перестроить описанную выше модель оказания амбулаторной помощи населению.

Правительство считает, что развитие сектора первичной медицинской помощи должно идти в направлении создания института семейной медицины и процесс этот должен начаться с сельской местности. Темпы внедрения семейной медицины, однако, оказались ниже желаемых. Но несмотря на все трудности, на этом пути был достигнут важный рубеж, когда должность семейного врача была включена в официальную номенклатуру должностей медицинского персонала. Еще одним успехом стало официальное утверждение Национального плана оптимизации сети учреждений здравоохранения для пилотных районов; поскольку в стране была официально введена специальность семейного врача, то в этот план включили модель групповой практики семейных врачей. Были подготовлены Положение о враче общей практики/семейном враче и Положение о медицинской сестре общей практики/семейной медицинской сестре. В этих документах изложены общие условия, требования к уровню образования и квалификации, а также права и обязанности семейных врачей и семейных медицинских сестер. Был разработан учебный план профессиональной подготовки специалистов по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)», а в Турции провели курс обучения первых инструкторов, которые будут заниматься переподготовкой врачей первичного звена по специальности «семейная медицина». Новая модель организации первичной медицинской помощи будет апробирована в нескольких сельских районах, включенных в финансируемый Всемирным банком проект «Реформа сектора здравоохранения», и если эта модель окажется успешной, то она будет развернута на всей территории страны (более подробно см. главу 7 «Основные реформы в области здравоохранения»).

6.4 Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь

Как и в случае с амбулаторной помощью, организация стационарной помощи в городах и в сельской местности различна. Во всех сельских районах стационарную помощь населению оказывает сеть небольших сельских участковых больниц (СУБ), а крупная центральная районная больница действует в качестве специализированного медицинского центра для всего района. В 2007 г. в стране насчитывалось 349 СУБ в среднем на 32 койки каждая (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.). Коечный фонд СУБ поделен на терапев-

тическое отделение, педиатрическое отделение и отделение акушерства и гинекологии; численность обслуживаемого контингента СУБ обычно составляет 10–15 тыс. человек. Многие СУБ со времени провозглашения независимости не ремонтировались и не оснащались новым оборудованием. В связи с обветшанием инфраструктуры сельского здравоохранения для каждого района Минздравом были разработаны планы оптимизации, предусматривающие закрытие большинства мелких сельских больниц и преобразование их в центры по оказанию первичной медико-санитарной помощи.

Центральные районные больницы – это многопрофильные стационары, оказывающие широкий спектр услуг вторичной медицинской помощи, в том числе неотложной, общехирургической, акушерско-гинекологической, педиатрической и других видов помощи. В некоторых районных центрах есть отдельные детские больницы и родильные дома. В центральных районных больницах также проводятся некоторые виды диагностических обследований, например рентгенологических и ультразвуковых, а также лабораторные анализы (обычно это общие клинические тесты, необходимые для оказания вторичной медицинской помощи). При некоторых центральных районных больницах есть амбулаторные отделения, где населению оказывают первичную и специализированную амбулаторную помощь. В 2007 г. в стране насчитывалось 65 центральных районных больниц в среднем на 217 коек каждая (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.). До середины 2000-х гг. центральные районные больницы сильно страдали от недофинансирования в основные фонды, что сказывалось на качестве и объеме оказываемых ими услуг. Затем ситуация изменилась, и теперь многие районные больницы отремонтированы или реконструированы.

В рамках упомянутых выше планов оптимизации (см. раздел 6.3 «Первичная/амбулаторная медицинская помощь») Минздрав планирует объединить многие специализированные больницы с центральными районными больницами в целях создания в каждом районе единого многопрофильного стационара. Такое решение было обусловлено необходимостью повышения эффективности работы и более рационального использования ресурсов. Кроме того, в соответствии с Государственной программой социально-экономического развития регионов Азербайджана Государственная нефтяная компания (ГНКАР) финансирует строительство новых лечебно-диагностических центров, создание которых направлено на улучшение доступа сельского населения к услугам высокотехнологичной медико-диагностической помощи – например,

к таким, как компьютерная и магнитно-резонансная томография, – которые ранее за пределами Баку были недоступны. ГНКАР также финансирует подготовку медицинских кадров в стране и за рубежом для работы в этих учреждениях. Запланировано строительство 14 таких центров; семь из них в настоящее время уже функционируют.

В городах стационарную помощь населению оказывают в городских больницах, где можно получить широкий набор услуг специализированной помощи; эти учреждения также оснащены более современным оборудованием. Большинство городских больниц расположено в трех крупнейших городах страны (Баку, Гяндже и Сумгаите). В 2007 г. в Азербайджане насчитывалось 142 городские больницы в среднем на 113 коек каждая (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.).

Еще одной категорией стационарных учреждений являются узкоспециализированные больницы. Наиболее распространенными из них являются родильные дома и туберкулезные, кожно-венерологические, психиатрические, онкологические и эндокринологические диспансеры, которые являются элементами вертикально интегрированных государственных служб, во главе которых обычно стоят организации третичного уровня – специализированные НИИ и республиканские центры соответствующего профиля (см. табл. 6.2). Специализированные больницы есть не в каждом районе; они размещены по территориальному принципу, с тем чтобы обеспечить охват всей территории страны, а все учреж-

Таблица 6.2

Специализированные и высокоспециализированные больницы, 2007 г.

Вид учреждения	Число учреждений	Общий коечный фонд	Среднее число коек в учреждении
Родильные дома	26	3260	125
Инфекционные больницы	7	950	136
Глазные больницы	8	615	77
Психиатрические больницы			
и психоневрологические диспансеры	18	3430	191
Туберкулезные больницы и диспансеры	25	1610	64
Онкологические диспансеры	8	560	70
Кожно-венерологические диспансеры	19	900	47
Эндокринологические диспансеры	3	140	47
Наркологические диспансеры и клиники	6	455	76
Кардиологические клиники, диспансеры и санатории	4	350	88
Научно-исследовательские институты, республиканские и университетские больницы	20	4706	235

Источник: по неопубликованным данным Департамента медицинской информации и статистики Министерства здравоохранения, 2009.

дения третичного уровня находятся в Баку. Помимо научных исследований, организации третичного уровня служат также базовыми больницами для Азербайджанского медицинского университета.

6.5 Скорая и неотложная помощь

Догоспитальную неотложную помощь (скорую медицинскую помощь) оказывают 68 станций скорой медицинской помощи, которые есть в каждом районе и городе – либо в виде отдельного учреждения, либо как отделение центральной районной больницы. В соответствии с положением о скорой медицинской помощи неотложная помощь на догоспитальном этапе должна быть оказана пациенту в течение 30 минут после вызова, и на каждые 10 тысяч жителей должна приходиться одна бригада скорой помощи. Указанные нормативы служат в качестве основных параметров для планирования работы этой службы. В 2007 г. в службе скорой помощи было занято 5192 человека, в том числе 1496 врачей, что позволило сформировать 471 бригаду скорой помощи. Эти бригады круглосуточно доступны по вызову, и в их состав входят врач, фельдшер/медсестра и водитель (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.). Помимо обычных бригад, в службе скорой помощи есть также несколько специализированных (реанимационных и кардиологических).

По прибытии на вызов врач бригады скорой помощи определяет, можно ли оказать пациенту помощь на месте, не отправляя его в стационар. Если больному необходима госпитализация, то его перевозят в больницу – в сельской местности это, как правило, центральная районная больница, а в городах – городская или специализированная больница. Оказание помощи начинается в приемном отделении больницы, где дежурный врач оценивает состояние пациента и определяет, какое лечение ему необходимо. Если нужно, то для принятия решения о дальнейшем ведении пациента собирают консилиум из нескольких врачей различных отделений больницы. Следует подчеркнуть, что приемное отделение больницы и отделение неотложной помощи – это не одно и то же. Функции приемного отделения ограничиваются оценкой и первичной стабилизацией состояния пациента до его перевода в соответствующее специализированное отделение больницы для получения окончательного лечения. На практике приемное отделение зачастую обходят, сводя тем самым его роль просто к регистрации пациентов.

В целом уровень неотложной помощи – и на догоспитальном, и на госпитальном ее этапах – значительно отстает от международных стандартов с точки зрения профессиональной квалификации медицинских работников и имеющегося оборудования и материалов. В 2006 г. в трех сельских районах и в г. Гянджа, втором по величине городе Азербайджана, в рамках Инициативы по развитию экстренной медицинской помощи (EMDI), которую финансируют ЮСЭЙД и несколько транснациональных нефтяных корпораций, была проведена оценка услуг неотложной помощи, которая выявила менее чем 50%-ную доступность основного оборудования для оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах (Sule et al., 2008). Доступность важнейших процедур по оказанию экстренной медицинской помощи также оказалась на уровне всего лишь 21 и 62% на догоспитальном и госпитальном этапах соответственно. Объем запасов жизненно необходимых медикаментов для оказания экстренной помощи также был далек от уровня, позволяющего обеспечить насущные потребности в них. Наконец, норматив обеспеченности бригадами скорой помощи также не был выполнен – вместо 1 бригады на 10 000 населения этот показатель был в диапазоне от 0,68 в Гяндже до всего лишь 0,1 в Курдамирском районе (Sule et al., 2008).

Понимая необходимость совершенствования службы экстренной медицинской помощи, правительство приняло решение о выделении на это дополнительных средств. В 2007 г. президентом был издано распоряжение о мерах по усилению материально-технической базы службы скорой и неотложной медицинской помощи. В соответствии с этим распоряжением Минздраву было выделено 12 млн манатов дополнительных средств на закупки нового санитарного транспорта, оборудования связи и других необходимых материалов. В 2009 г. еще 3 млн манатов было выделено на закупки новых машин скорой помощи для сельских регионов. Базовые зарплаты медицинских работников службы скорой помощи были увеличены вдвое по сравнению с зарплатами остальных работников государственного сектора здравоохранения. Были также предприняты значительные усилия по повышению квалификации медицинских работников, занятых в службах скорой и неотложной помощи; для этого в сотрудничестве с международными партнерами был организован и проведен ряд учебных программ. Однако для того, чтобы достичь значимого повышения уровня оказания скорой и неотложной помощи в стране в целом, и особенно в сельской местности, масштаб этих мер необходимо существенно расширить.

6.6 Фармацевтическая помощь

Разработка национальной нормативно-правовой базы регулирования деятельности фармацевтического сектора страны в Азербайджане была начата вскоре после обретения независимости. Однако основная нормативно-правовая база разработана с 2006 г. Основными законодательными актами в этой сфере являются:

- Закон «О фармацевтической деятельности», 1997 г.
- Закон «Об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров», 2005 г.
- Закон «О лекарственных средствах», 2006 г.
- Требования к организации и функционированию фармацевтических учреждений, Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики, 2006 г.
- Требования к организации оптовой торговли фармацевтической продукцией, Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики, 2006 г.
- Требования к организации работы оптик, Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики, 2006 г.
- Положение о Центре аналитической экспертизы лекарственных средств, Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики, 2007 г.
- Правила государственной регистрации лекарственных средств и ведения Государственного реестра лекарственных средств, Кабинет министров Азербайджанской Республики, 2007 г.
- Перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики, 2008 г.

Ранее регистрацией и лицензированием фармацевтической продукции занимался Отдел фармацевтики и медицинской техники Минздрава, существовавший с 1996 по 2005 г. Эти две главные функции были сделаны без всякой экспертизы (все регистрации проведены одним человеком). В 2005 г. в рамках реорганизации Минздрава был создан Центр инноваций и снабжения, который выполняет три основные функции:

- контроль качества лекарственных средств;
- обеспечение медицинских учреждений лекарственными средствами;

- лицензирование фармацевтических учреждений (аптек, учреждений оптовой торговли, производителей).

Однако, во избежание служебных злоупотреблений, в 2007 г. функции регулирования и закупок были разделены Минздравом между тремя различными структурами. В результате закупками стал заниматься Центр инноваций и снабжения, вопросы лицензирования фармацевтической деятельности были отданы в ведение Управления лицензирования, а ответственность за обеспечение качества лекарственных средств передали созданному недавно Центру аналитической экспертизы лекарственных средств (ЦАЭЛС). ЦАЭЛС также занимается контролем розничного оборота наркотических и психотропных веществ и их прекурсоров. В структуру ЦАЭЛС входят следующие отделы:

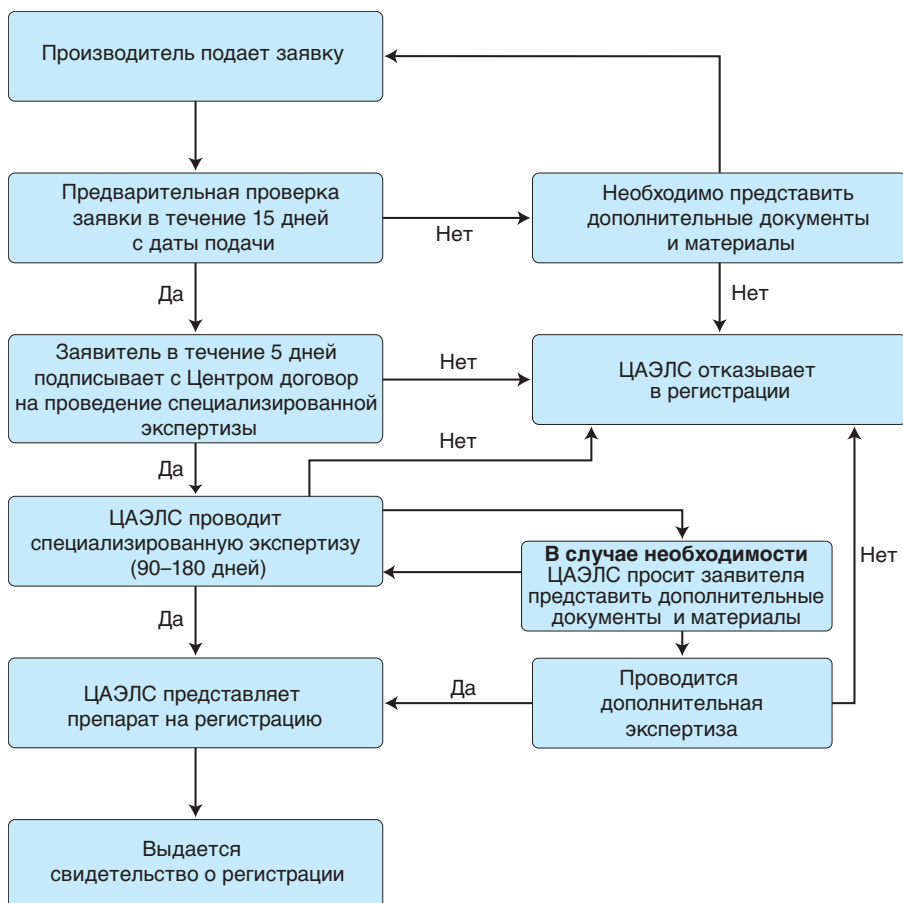
- Отдел регистрации лекарственных средств;
- Отдел аналитической экспертизы лекарственных средств (в состав которого входят лаборатория и отдел импорта);
- Отдел фармаконадзора;
- Отдел инспекции предприятий фармацевтической отрасли;
- Отдел регистрации медицинского оборудования, приборов и аппаратов;
- Отдел контроля за оборотом наркотических и психотропных веществ и их прекурсоров;
- Информационно-аналитический отдел.

Как показано на рис. 6.1, регистрация нового лекарственного средства производится в два этапа: 1) предварительная проверка наличия всех необходимых документов и 2) специализированная экспертиза, включающая лабораторные тесты, анализ клинических аспектов представленного досье-заявки, анализ инструкции к препарату, которую направляют на утверждение в Экспертный совет по фармакологии и фармакопее Минздрава. Кроме того, в рамках специализированной экспертизы утверждаются также упаковка и маркировка лекарственного средства, которые впоследствии становятся единственными официально разрешенными для его импорта и продажи на территории Азербайджана.

Контролем качества, эффективности и безопасности лекарственных средств занимается Отдел аналитической экспертизы лекарственных средств ЦАЭЛС. Этот отдел проводит анализ их фармацевтических и клинико-фармакологических свойств. Оценкой качества препаратов за-

Рис. 6.1

Процесс регистрации лекарственного средства



Источник: Центр аналитической экспертизы лекарственных средств, 2008.

нимается Центральная лаборатория по оценке качества лекарственных средств, которая является структурным подразделением Отдела аналитической экспертизы. Отдел инспекции предприятий фармацевтической отрасли ЦАЭЛС проводит выборочные проверки аптек и предприятий оптовой торговли фармацевтической продукцией на предмет соблюдения ими установленных требований к хранению лекарственных средств, к состоянию помещений и оборудования аптек, а также выборочные проверки качества некоторых видов фармацевтической продукции. Все ключевые работники ЦАЭЛС получили полное обучение этим функциям от ВОЗ в 2006 г.

На момент составления данного обзора в стране было зарегистрировано около 3200 наименований фармацевтической продукции. Общий оборот фармацевтического рынка страны в 2004 г. был оценен в 120–150 млн долларов США (World Bank, 2005a). С учетом официальных темпов инфляции сейчас этот рынок можно оценить в 240–300 млн долларов.

Контроля цен на фармацевтическую продукцию нет. Цены на лекарства являются свободными и формируются исходя из стоимости импорта, сбыта и мероприятий по стимулированию сбыта, а также с учетом той маржи прибыли, которая устанавливается различными участниками фармацевтического рынка. Затраты на стимулирование сбыта зачастую включают расходы на неофициальные «вознаграждения», которые фармацевтические компании выплачивают врачам за то, что они выписывают пациентам рецепты на производимые этими компаниями лекарства. Такая практика является незаконной, но контролируется не особенно строго.

В 2004 г. Минздрав при поддержке ВОЗ и Всемирного банка приступил к разработке национального Перечня основных лекарственных средств (ПОЛС). Из-за смен руководства и реорганизаций внутри министерства этот процесс был на долгое время отложен, но в январе 2009 г., когда в структуре Центра инноваций и снабжения был создан Отдел планирования и рационального использования лекарств, к данному вопросу вернулись снова. Этому отделу было поручено сформировать техническую рабочую группу по разработке ПОЛС. В настоящее время эта рабочая группа занимается подготовкой перечня, руководствуясь примерным перечнем ВОЗ и имеющимися в стране клиническими руководствами.

Несмотря на то что ПОЛС еще только разрабатывается, Минздравом уже подготовлены перечни медикаментов, которые считаются основными для государственных больниц и медучреждений первичного звена. Больничный перечень включает около 100 наименований, которые Минздрав закупает для государственных больниц и которыми все пациенты государственных больниц должны обеспечиваться бесплатно. Перечень для учреждений первичной медицинской помощи включает 115 наименований препаратов, которые должны предоставляться бесплатно льготным категориям населения – ветеранам войн, инвалидам, вынужденным переселенцам и некоторым другим. Кроме того, Минздрав осуществляет закупки лекарств для лечения ряда заболеваний, включенных в специальные государственные программы (полный перечень см. в табл. 3.3 «Государственные программы в области здравоохранения, 2007–2008 гг.», глава 3). Всеми закупками занимается Центр инноваций и снабжения, который получает соответствующие заявки от Минздрава. Если закупки

производятся для реализации государственных программ в области здравоохранения, то заявки формируются на основании оценок ведущих специалистов соответствующего профиля, а если для медицинских учреждений – то с учетом их заявок.

Объем местного производства лекарств очень ограничен и составляет, вероятно, менее 1% общего оборота. В стране есть один действующий завод, который в небольших количествах производит около 90 наименований дженериков и препаратов для внутривенного введения; требованиям, установленным Правилами организации производства и контроля качества лекарственных средств (GMP), этот завод не отвечает. Сектор сбыта фармацевтической продукции полностью приватизирован. Государственных аптек осталось очень мало, и в основном они работают при медицинских учреждениях. В государственных аптеках производится отпуск лекарств льготным категориям населения, проживающим в соответствующем районе охвата. В 2008 г. в стране насчитывалось 1750 розничных продавцов и 107 импортеров и оптовых продавцов фармацевтической продукции.

По данным Минздрава, в 2007 г. в государственном секторе был занят 991 фармацевт, при этом 56 их них работало в больницах; это более чем в 4 раза меньше аналогичного показателя 1997 г. (4566 фармацевтов) (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.). Столь резкое сокращение обусловлено тем, что с приватизацией фармацевтических предприятий большинство фармацевтов перешли в частный сектор. Точные данные о численности рабочей силы в частном секторе отсутствуют.

За исключением лекарств для лечения некоторых заболеваний (таких как туберкулез и диабет), все остальные лекарства для амбулаторного лечения население должно приобретать самостоятельно за полную стоимость. Как уже говорилось, некоторые категории населения, в соответствии с инструкцией Минздрава, имеют право на льготное обеспечение лекарствами. Однако нередки случаи, когда в наличии есть не все необходимые лекарства, поэтому даже льготным категориям пациентов хотя бы иногда приходится покупать лекарства за собственный счет, а это может привести к проблемам с финансовой доступностью лекарств, особенно для малоимущих слоев населения. Кроме того, в отдаленных сельских районах могут быть также проблемы с географической доступностью фармацевтической помощи, поскольку подавляющее большинство розничных аптек находится в городах и районных центрах.

Рациональное использование лекарств

За исключением двух ограниченных исследований, комплексной оценки ситуации в области рационального использования лекарств в Азербайджане не проводилось. Самое последнее исследование, проведенное в 2008 г. ЦАЭЛС при поддержке ВОЗ, выявило серьезные проблемы в этой области, в том числе неоправданно высокий уровень использования инъекций, одновременное назначение препаратов сходного терапевтического действия, нерациональное использование антибиотиков и других препаратов (Центр аналитической экспертизы лекарственных средств, 2009 г.).

В целях решения этих проблем Минздрав приступил к созданию формулярной системы, которая, при условии ее грамотной разработки и внедрения, будет способствовать обеспечению рациональной, клинически оправданной, безопасной и экономичной лекарственной терапии. Эта работа ведется под руководством ЦАЭЛС, а основное внимание в ней уделяется следующим вопросам:

- разработка Национального формуляра лекарственных средств;
- полная оценка ситуации в области рационального использования лекарств поставщиками медицинских услуг;
- разработка стратегии рационального использования антибиотиков;
- создание в структуре ЦАЭЛС специального отдела по контролю побочных действий лекарственных средств.

Наряду с этим под руководством Центра общественного здравоохранения и реформ (ЦОЗР) идет процесс разработки и внедрения клинических руководств, в основе которых лежат принципы доказательной медицины; такие руководства являются очень действенным инструментом рационализации использования лекарств в стране (см. главу 7 «Основные реформы в области здравоохранения»). Кроме того, Минздравом были приняты меры по укреплению системы выписывания и оформления рецептов на лекарственные средства, в том числе был составлен перечень из 400 наименований лекарств, которые официально отпускаются без рецепта, а также введен единый бланк рецепта. Однако для обеспечения соблюдения этих нововведений предстоит сделать еще очень много. На практике в аптеках по-прежнему продаются без рецепта те лекарства, которые официально должны отпускаться по рецептам; исключения составляют только препараты строгого учета.

6.7 Реабилитационная и долговременная помощь

Основную реабилитационную помощь оказывают работающие в поликлиниках врачи-физиотерапевты и медсестры. К услугам в области реабилитации относятся мануальная терапия, лечебная физкультура, всевозможные ванны, электромагнитоволновая терапия и т. п. Более современные процедуры медицинской реабилитации проводятся в Республиканском детском реабилитационном центре и в НИИ медицинской реабилитации; оба эти учреждения находятся в Баку. Кроме того, Минздрав руководит сетью специализированных санаториев, где проводится реабилитация пациентов, выписанных из больниц неотложной помощи. В 2007 г. в стране насчитывалось 17 таких санаториев с общим коечным фондом в 1535 коек; семь из этих санаториев являются туберкулезными, а три – для детей, страдающих неврологическими нарушениями, в том числе церебральным параличом (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.). Кроме того, в 2007 г. в Азербайджане было также 75 санаториев и домов отдыха в общей сложности на 12 140 мест, которые принадлежат Министерству труда и социальной защиты, различным государственным предприятиям и профсоюзам; в этих учреждениях также оказывают целый ряд услуг в области медицинской реабилитации (State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan, 2009).

Долговременную помощь оказывают преимущественно в больницах неотложной помощи и в семьях. Кроме того, в 2007 г. в стране насчитывалось 7 домов для престарелых и инвалидов с общим коечным фондом 1012 коек, а также два дома-интерната для детей-инвалидов в общей сложности на 605 коек (State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan, 2009).

6.8 Паллиативная помощь

Службы паллиативной помощи в стране не развиты; для этого нет ни специализированных учреждений, ни трудовых ресурсов. Инициативы международных организаций (Института «Открытое общество») по созданию хосписов так и не были реализованы – прежде всего потому, что сама идея хосписа является неприемлемой с точки зрения культурных традиций страны. В большинстве случаев за пациентами, нуждающимися в услугах паллиативной помощи, ухаживают их родственники,

и происходит это дома, поскольку в Азербайджане считается позором, если семья не заботится о таких больных. Снятием болевого синдрома у неизлечимых раковых больных занимаются либо специалисты местного онкологического диспансера, либо онкологи из поликлиники по месту жительства.

6.9 Охрана психического здоровья

Основным законодательным актом в области охраны психического здоровья в Азербайджане является закон 2001 г. «О психиатрической помощи». Кроме того, страна присоединилась ко многим международным инициативам в области охраны психического здоровья – таким как Мадридская декларация по этическим стандартам в области психиатрической практики, Европейская декларация по охране психического здоровья и Европейский план действий по охране психического здоровья. Однако в том, что касается оказания услуг по охране психического здоровья, с советских времен мало что изменилось. Основные черты советской модели сохраняются по сей день: этими вопросами в основном занимается вертикальная структура специализированных организаций по оказанию психиатрической помощи, которые практически не интегрированы в первичное звено. Основными поставщиками услуг по охране психического здоровья являются врачи-психиатры. В 2008 г. в стране насчитывалось 445 таких специалистов (State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan, 2009).

Амбулаторную психиатрическую помощь можно получить в поликлиниках, где есть кабинеты психиатра, а также в 11 психиатрических диспансерах. В Азербайджане есть также 18 психиатрических стационаров (больницы и стационарные отделения при диспансерах) с общим коечным фондом в 4135 коек (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.). Общее количество психиатрических коек соответствует среднему показателю по региону, однако в психиатрических стационарах нет разделения на палаты для ведения острых состояний и для оказания долговременной психиатрической помощи. В целом в секторе охраны психического здоровья имеет место кадровый дефицит, обусловленный тем, что молодые выпускники не хотят специализироваться в области психиатрии. В результате обеспеченность населения психиатрами в Азербайджане составляет всего 5,2 на 100 000 населения, что ниже аналогичного среднего показателя по Европейскому

региону ВОЗ (World Health Organization, 2005). Поскольку врачи первичного звена, за исключением выдачи направлений к специалистам, практически не вовлечены в систему оказания услуг по охране психического здоровья, то это приводит к серьезным проблемам с доступом.

В 2007 г. Центр общественного здравоохранения и реформ Минздрава совместно с ВОЗ провели оценку системы охраны психического здоровья в Азербайджане. В результате был разработан перечень рекомендаций по реформированию системы оказания психиатрической помощи в стране. Эти рекомендации нашли отражение в первой разработанной в 2008 г. Национальной политике по охране психического здоровья (Ministry of Health, 2008b). В соответствии с этим документом основными целями системы психиатрической помощи являются:

- охрана психического здоровья населения и профилактика психических расстройств;
- создание условий для обеспечения доступной, эффективной и комплексной помощи лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами;
- защита прав человека и интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, и борьба с их стигматизацией и дискриминацией;
- усиление социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами, и членов их семей.

В соответствии с этим документом главными задачами Национальной политики по охране психического здоровья (2008) являются:

- совершенствование системы управления и межсекторной координации в области охраны психического здоровья населения и защиты прав человека;
- развитие ресурсов системы охраны психического здоровья (трудовые ресурсы, материальные активы, финансирование);
- усиление мер по предотвращению проблем с психическим здоровьем населения;
- интеграция служб по охране психического здоровья в первичное звено здравоохранения;
- создание служб по охране психического здоровья и социального благополучия лиц с нарушениями психики.

Поскольку Национальная политика по охране психического здоровья была утверждена совсем недавно, необходимо какое-то время, чтобы оценить, насколько действенной окажется реализация предложенных в ней преобразований.

6.10 Стоматологическая помощь

По данным Госкомстата, в 2007 г. в стране насчитывалось 2522 стоматолога (State Statistical Committee of the Republic Azerbaijan, 2009). Стоматологическую помощь оказывают как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях. В 2007 г. в системе Минздрава было 37 стоматологических поликлиник, 666 индивидуальных стоматологических кабинетов и 46 зубопротезных кабинетов. В общей сложности в системе Минздрава занято 1980 стоматологов, хирургов-стоматологов и ортодонтов (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.). Кроме того, при различных отраслевых министерствах есть обслуживающие их сотрудников ведомственные стоматологические клиники, но подробная информация о них отсутствует. Частный сектор представляют около 250 учреждений, большинство из которых являются индивидуальными практиками. В общей сложности в частном секторе занято около 400 стоматологов (По неопубликованным данным Министерства здравоохранения, 2009 г.).

7. Основные реформы в области здравоохранения

7.1 Анализ последних реформ

Содержание реформ

Первые годы независимости были отмечены военным конфликтом с Арменией и его последствиями, что привело к большому количеству потерь и повышению потребностей в медицинской помощи в зонах конфликта и среди вынужденных переселенцев (число которых достигало около 10% населения страны); в частности, необходимо было вести борьбу с вспышками дифтерии, полиомиелита и малярии. В этот период основные усилия правительства и главные приоритеты международной помощи были связаны не с реформированием системы здравоохранения, а с оказанием скорой и неотложной медицинской помощи, медицинским обслуживанием беженцев и вынужденных переселенцев и борьбой с эпидемиями. В условиях развала системы государственного финансирования, который произошел в результате военного конфликта, и в связи с распадом экономических связей с другими бывшими советскими республиками государство стремилось обеспечить устойчивость важнейших функций системы здравоохранения.

Одним из главных политических изменений периода 1990-х гг. было официальное введение платных медицинских услуг. Сначала, в 1994 г., плата стала взиматься только за некоторые услуги специализированной помощи, но в 1998 г. эта система была расширена и распространилась также на многие услуги амбулаторной и стационарной медицинской помощи. Однако поступления от официальных платежей за медицинские услуги не стали значимым источником государственных доходов; вероятно, это было обусловлено сопротивлением со стороны медицинских работников, у которых не было достаточной заинтересованности

в том, чтобы отказаться от практики неофициальных поборов с пациентов, заменив ее системой официальных платежей.

Таблица 7.1

Основные законы и нормативно-правовые акты в области здравоохранения, 1999–2008 гг.

Название	Год
Закон «О медицинском страховании»	1999
Закон «О частной медицинской практике»	2000
Закон «О борьбе с туберкулезом»	2000
Закон «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний»	2000
Закон «О йодировании соли с целью массовой профилактики йододефицитных заболеваний»	2001
Закон «О государственной заботе о лицах, страдающих сахарным диабетом»	2003
Закон «О государственной заботе о лицах, страдающих наследственными заболеваниями крови – гемофилией и талассемией»	2005
Закон «О донорстве крови, ее компонентов и службе крови»	2005
Закон «Об онкологической помощи»	2006
Учреждение Государственного агентства по обязательному медицинскому страхованию (указ президента)	2007
Концепция реформы системы финансирования здравоохранения и внедрения обязательного медицинского страхования (указ президента)	2008

Еще одним нововведением, направленным на обеспечение медицинской помощи населению – по крайней мере, той его части, которая имеет возможность заплатить за эти услуги, – было создание более благоприятных условий для развития частной медицины, что соответствовало общему курсу преобразований, т. е. переходу от централизованного планирования к рыночной экономике. Поначалу регулирование деятельности частного сектора здравоохранения осуществлялось главным образом посредством издания соответствующих приказов и постановлений Минздрава, но в связи со значительным ростом этого сектора к концу 1990-х гг. возникла необходимость в разработке более строгой законодательной базы, и в 2000 г. был принят закон «О частной медицинской практике».

На политическом уровне подробные обсуждения системных реформ здравоохранения начались в 1998 г., когда правительством была создана Государственная комиссия по реформе здравоохранения, которая должна была разработать предложения и программу реформ. В 1999 г. эта комиссия под руководством Минздрава разработала первый документ, в котором были сформулированы основные направления реформ здравоохранения, включая создание новых механизмов финансирования, развитие системы медицинского страхования, реформирование сектора первичной медицинской помощи и другие аспекты медицинского об-

служивания населения (Holley et al., 2004). В соответствии с положением о Государственной комиссии по реформе здравоохранения, в ее задачи входила также разработка государственных программ по текущим вопросам в области здравоохранения и целевых программ по различным аспектам охраны здоровья населения. В этой связи Минздравом было составлено несколько предложений по приоритетным вопросам здравоохранения, на основе которых в конце 1990-х и начале 2000-х гг. Милли Меджлисом (парламентом) был принят ряд соответствующих законов (см. табл. 7.1).

Однако, несмотря на относительно развитую нормативно-правовую базу, проведение этих законов в жизнь нередко запаздывает. Так, например, закон «О медицинском страховании» (1999) обеспечивает нормативно-правовую базу для функционирования системы обязательного медицинского страхования, которая так и не была введена. Значительная часть законов и нормативно-правовых актов, принятых в 1990-х и начале 2000-х гг., не была подкреплена надлежащими механизмами для обеспечения их применения, а главное – необходимыми для этого финансовыми ресурсами. С конца 1990-х гг. деятельность Государственной комиссии по реформе здравоохранения стала менее заметной, что, вероятно, явилось отражением отсутствия у руководства Минздрава приверженности политике реформ.

Дискуссии по вопросам системных реформ здравоохранения возобновились в 2005 г., после нескольких смен руководства Минздрава. Среди первых шагов в этом направлении было создание в 2006 г. новой концепции реформ здравоохранения. В начале 2008 г. по результатам консультаций с основными заинтересованными сторонами на национальном уровне, а также с ВОЗ, Всемирным банком, ЮСЭЙД и другими международными организациями была создана новая, расширенная редакция Концепции реформы сектора здравоохранения. И хотя эта концепция пока не была принята официально, она известна как рабочий документ; кроме того, в начале 2008 г. распоряжением президента была утверждена Концепция реформы системы финансирования здравоохранения, в которой сформулированы основные направления реформ в области финансирования здравоохранения и задачи по повышению эффективности, качества и доступности медицинской помощи. В 2008 г. кабинет министров утвердил План мероприятий по реализации концепции. Кроме того, были разработаны стратегии и принципиальные положения по отдельным приоритетным вопросам здравоохранения, в которых также сформулированы основные направления преобразований системы здравоохранения.

ния – например, Стратегия в области охраны репродуктивного здоровья, Стратегия в области психического здоровья, Стратегия борьбы с туберкулезом и т. д.

В 2001 г. между Всемирным банком и Правительством Азербайджана было подписано соглашение о реализации Проекта реформирования системы здравоохранения, в соответствии с которым Всемирный банк выделил республике кредит на обучение и инновации в размере 5 млн долларов США. В проект входили в том числе такие компоненты, как наращивание потенциала в области реформирования сектора здравоохранения и развитие первичного звена здравоохранения на районном уровне. Второй, более крупный проект «Реформы сектора здравоохранения», проводимый при поддержке Всемирного банка, был начат в 2006-м и рассчитан на период до 2012 г. Этот проект предусматривает реформирование всех основных функций системы здравоохранения, включая совершенствование общего руководства и финансирования, а также расширение доступа и повышение качества основных услуг медицинской помощи в пилотных районах (Апшеронском, Агдашском, Кахском, Исмаиллинском и Шекинском) (см. табл. 7.2). Масштабность второго проекта «Реформы сектора здравоохранения», который проводился при поддержке Всемирного банка, свидетельствует о несомненной приверженности Правительства Азербайджана курсу реформ системы оказания медицинской помощи населению и финансирования здравоохранения.

Первое реальное увеличение объемов финансирования здравоохранения стало заметно в 2005 г., когда возросли нефтяные доходы государства. Это позволило новому руководству Минздрава ввести начиная с 2006 г. большое количество государственных программ в области здравоохранения, которые представляют новый механизм распределения средств на решение приоритетных задач здравоохранения. По каждой из таких государственных программ разработан соответствующий план мероприятий, с указанием четких целей и разбивкой финансирования. Однако все эти программы были приняты в период беспрецедентного экономического роста, который имел место в Азербайджане в 2005–2008 гг. Продолжится ли финансирование этих программ в необходимых объемах в период снижения темпов роста экономики и резкого падения цен на нефть, пока неясно.

Описанные в данной главе меры в основном касаются реформирования системы здравоохранения, функционирующей под руководством Минздрава. В параллельных государственных системах здравоохране-

Таблица 7.2

Задачи и мероприятия Проекта реформы сектора здравоохранения, с разбивкой по функциям системы здравоохранения

Функции системы здравоохранения	Задачи и мероприятия проекта
Руководство здравоохранением	Разработка основ политики здравоохранения и укрепление руководящей роли Минздрава в области формирования и анализа политики здравоохранения
	Разработка национальной лекарственной политики и усиление роли Отдела лекарственных средств и медицинской техники Минздрава
	Содействие разработке схемы аккредитации и лицензирования государственных и частных учреждений здравоохранения
Формирование ресурсов	Укрепление управленческого потенциала Минздрава и совершенствование систем мониторинга состояния здоровья населения и показателей работы сектора здравоохранения
	Укрепление потенциала Минздрава в области борьбы с новыми инфекционными заболеваниями, в частности с такими, как грипп птиц у человека
	Разработка стратегии в области развития кадрового потенциала сектора здравоохранения
Оказание услуг	Пересмотр системы преддипломного медицинского образования и программ последипломной подготовки медицинских кадров в целях повышения качества образования
	Строительство, ремонт и модернизация медицинских учреждений первичного звена субрайонного уровня и строительство трех новых районных больниц
	Совершенствование управленческих и клинических навыков медицинских работников
Финансирование здравоохранения	Введение новых методов и инструментов планирования и управления
	Улучшение координации и укрепление иерархических связей между первичным и вторичным звеньями здравоохранения
	Совершенствование механизмов планирования, реализации и мониторинга в целях обеспечения эффективной политики финансирования здравоохранения
	Определение финансируемого государством базового пакета медицинских услуг и разработка новых механизмов бюджетирования и финансирования медицинских учреждений по результатам деятельности на национальном и районном уровнях и на уровне отдельного учреждения
	Планирование и содействие созданию фонда здравоохранения, который будет действовать как единый источник средств для финансирования здравоохранения и единый плательщик/покупатель услуг здравоохранения

ния также произошли серьезные реформы. У некоторых отраслевых министерств, имеющих собственные ведомственные системы здравоохранения, было больше возможностей поддержать их функционирование в переходный период, поскольку они обладали сравнительно большими объемами ресурсов. Поэтому, в отличие от некоторых других стран этого региона, где ведомственные системы здравоохранения были интегрированы в структуру основной государственной системы здравоохранения, в Азербайджане эти структуры сохранили свою самостоятельность. Кроме того, возможность воспользоваться услугами ведом-

ственных систем здравоохранения считается одной из льгот работников соответствующих министерств и действует как мощный стимул для инвестиций в развитие услуг и учреждений этих структур.

Реализация реформ

Несмотря на то что первая концепция реформ была принята еще в 1999 г., каких бы то ни было принципиальных изменений в секторе здравоохранения пока не произошло, и он по-прежнему сохраняет основные организационные особенности системы Семашко. В Азербайджане был взят курс на постепенное реформирование здравоохранения и сохранение тех элементов существующей системы, которые доказали свою эффективность. Политическая ситуация в стране, стремление к социальной стабильности и политическому согласию, а также отсутствие сильной оппозиции тоже не располагали к радикальным преобразованиям. В результате реформы пока что коснулись только некоторых отраслей здравоохранения, например его первичного звена, либо проводились ограниченно в рамках эксперимента (как пилотные проекты) лишь в некоторых регионах. Кроме того, многие проекты были инициированы и реализованы силами международных организаций, практически без участия центрального правительства, что привело к неустойчивости результатов реформ после прекращения донорского финансирования. На общенациональном уровне процесс реализации реформ носит гораздо более постепенный характер и рассчитан на долгосрочную перспективу.

Реформа первичного звена

Правительство Азербайджана заявило о своей приверженности идее приоритетного развития первичного звена здравоохранения, и многие международные донорские организации поддержали усилия, направленные на укрепление сектора ПМСП как наиболее действенного и экономически эффективного инструмента оказания медицинской помощи. Так, например, в конце 1990-х гг. при поддержке ЮНИСЕФ в нескольких районах страны (Кубинском, Масаллинском, Ленкоранском, Джалилабадском и Нефтечалинском) был реализован ряд проектов по восстановлению сектора первичной медицинской помощи в целях переориентации системы здравоохранения с преимущественно стационарной на амбулаторную помощь и профилактику заболеваний, подготовки медицинских кадров в области семейной медицины, восстановления ин-

фраструктуры здравоохранения и улучшения доступа населения к лекарствам. Эти проекты были нацелены также на расширение участия общественности в оказании услуг здравоохранения и повышение уровня информированности населения в вопросах охраны здоровья, в целях повышения личной ответственности людей за состояние своего здоровья. В конце 1990-х и начале 2000-х гг. ЮСЭЙД профинансировал ряд аналогичных проектов в регионах, затронутых нагорно-карабахским конфликтом. И хотя устойчивых системных преобразований с помощью этих экспериментов достичь не удалось, они, тем не менее, способствовали организации общенационального политического диалога о перспективных направлениях реформ здравоохранения и позволили правительству лучше понять и признать необходимость серьезных реформ сектора здравоохранения.

Как уже говорилось, в период с 2001 по 2005 г. Минздравом была сделана попытка ввести в пяти районах республики (Хачмасском, Сальянском, Геокчайском, Шамкирском и Шарурском) новую модель организации первичной медицинской помощи в рамках Проекта реформирования системы здравоохранения, который проводился при финансовой поддержке Всемирного банка. Главной целью этого проекта было улучшение первичного медицинского обслуживания населения путем оптимизации сети медицинских учреждений и более рационального использования трудовых ресурсов. Для каждого района были разработаны собственные планы оптимизации, в которых основное внимание уделялось следующим вопросам:

- сокращение числа больничных коек, стационарных учреждений и медперсонала;
- создание новых служб здравоохранения там, где это необходимо;
- увеличение числа амбулаторных учреждений первичного звена;
- переориентация услуг и персонала со специализированной на первичную медико-санитарную помощь, общую врачебную практику и профилактическую медицину.

Но несмотря на то что эти планы были официально утверждены Минздравом, из-за отсутствия надлежащей координации усилий с другими государственными структурами они так и не были воплощены в жизнь в полном объеме. Так, например, из-за того, что финансирование медицинских учреждений производится районными органами власти (которые получают средства от Минфина), Минздрав, опираясь только

на собственные силы, не имел возможности оптимизировать численность и виды медицинских учреждений без потери фондов и медперсонала. Минфин не был сторонником этих планов и не дал своего согласия на пересмотр механизмов финансирования в пилотных районах. В результате районные управления здравоохранения потеряли заинтересованность в реализации планов оптимизации, а Минздрав так и не настоял на их выполнении. Минздрав, при поддержке ЮНИСЕФ, организовал также для врачей и медсестер ряд пилотных программ обучения по месту работы в целях повышения качества первичной медицинской помощи на участках проведения эксперимента. Однако этим программам не был придан законный статус, и они так и не стали элементом общенациональной системы последипломного образования медицинских работников. Отсутствие со стороны Минздрава приверженности идее замены существующей фрагментированной системы оказания первичной медицинской помощи, унаследованной с советских времен, на рекомендованную международными донорами интегрированную модель первичной медицинской помощи, основанную на общей врачебной практике и семейной медицине, было еще одной причиной того, что реформы сектора первичной медицинской помощи в стране не укоренились.

Усилия по реформированию системы первичной медицинской помощи возобновились в 2006 г., с началом второго проекта «Реформы сектора здравоохранения», который проводится при поддержке Всемирного банка. Этот проект предусматривает создание в нескольких пилотных районах (Апшеронском, Агдашском, Кахском, Исмаиллинском и Шекинском) новой, оптимизированной системы оказания медицинской помощи, основанной на принципах семейной медицины. В 2008 г. для каждого района были разработаны и утверждены планы оптимизации. В соответствии с этими планами сеть медицинских учреждений должна быть преобразована на основе принципа географической доступности, так чтобы до ближайшего учреждения первичного звена пациент мог добраться не более чем за 15 минут. Эти планы предусматривают, что во всех населенных пунктах с населением 1800–2000 человек должно быть учреждение первичной медицинской помощи, в штат которого входят семейный врач и три – пять медсестер. Населенным пунктам с населением менее 1000 человек, вообще говоря, не полагается отдельная амбулатория с врачом в штате, но может быть организован медпункт, где работают сотрудники парамедицинских специальностей (фельдшеры, медсестры и акушерки). Вместе с тем эта новая модель не предполагает каких-либо изменений в системе оказания первичной

медицинской помощи в городах, где по-прежнему сохранится сеть детских и взрослых поликлиник.

В соответствии с этими планами в номенклатуру должностей медицинского персонала Минздравом была официально введена должность семейного врача. В целях организации программы последипломной подготовки по специальности «семейная медицина» была отобрана и направлена на пятимесячные курсы обучения в Турции специальная группа медицинских работников. По окончании обучения они будут выступать в качестве инструкторов по семейной медицине для врачей и медсестер, начав обучение по месту их работы в учреждениях первичного звена в пилотных районах. Если этот эксперимент окажется успешным, то такая программа обучения будет развернута на всей территории страны. Одновременно с этим Минздравом были подготовлены проекты положений о семейном враче и семейной медицинской сестре, а также должностные инструкции для таких специалистов. После того как эти документы будут утверждены, они станут основой для разработки требований к образовательным программам по этим специальностям, к роли и обязанностям этих специалистов, а также описания тех навыков, которыми они должны обладать.

Рационализация системы оказания услуг

Параллельно с реформой первичного звена Минздравом была начата разработка планов оптимизации системы оказания услуг здравоохранения в целях приведения ее в соответствие потребностям населения и повышения эффективности использования ресурсов. При поддержке международных консультантов, привлеченных в рамках проекта «Реформа сектора здравоохранения», Минздрав разработал новые нормативы обеспеченности населения медицинским персоналом и больничными койками, которые были увязаны с демографическими критериями. Согласно этим нормативам, верхние границы обеспеченности врачами вторичного и третичного звеньев установлены на уровнях 2,09 и 0,513 на 1000 населения соответственно. Уровни обеспеченности медсестрами вторичного и третичного звеньев установлены на отметках соответственно 4,1 и 1,151 на 1000 населения. Число коек на 1000 населения – 3,7 в учреждениях вторичного звена и 0,82 в больницах третичного уровня. Но самое главное заключается в том, что в 2009 г. Минздрав по согласованию с районными управлениями здравоохранения разработал индивидуальные планы оптимизации для каждого района, которые предусматривают пре-

образование большинства (примерно 70%) больниц в учреждения первичной медицинской помощи. Местоположение оставшихся больниц будет определяться по принципу географической доступности, так чтобы до ближайшей больницы можно было добраться не более чем за 45 минут. Первичная оценка этих планов оптимизации показывает, что они должны привести к существенному сокращению (60–65%) коечного фонда больниц вторичного звена на всей территории страны. Применение новых нормативов обеспеченности населения медицинскими кадрами также приведет к сокращению, иногда весьма существенному, ставок медсестер в районах, где их число превышает новые нормативы Минздрава, в то время как в некоторых районах появятся вакантные должности медсестер. Такая ситуация обусловлена исторически сложившимся неравномерным распределением медсестер по территории страны. Принимая во внимание низкую мобильность сестринского персонала (как правило, медсестры работают в учреждениях, расположенных поблизости от их места жительства), фактическая обеспеченность населения медсестрами, если рассматривать этот показатель в общенациональном масштабе, будет даже ниже предложенного Минздравом норматива – по крайней мере, на начальном этапе.

Планы оптимизации включают также объединение многих сельских детских больниц и родильных домов с центральными районными больницами, особенно в тех случаях, когда эти учреждения находятся в ветхом состоянии и требуют значительных инвестиций в основные фонды. Специализированные клиники (туберкулезные, психоневрологические и эндокринологические) будут либо объединены с центральными районными больницами, либо преобразованы в небольшие специализированные стационары с амбулаторными отделениями. Предполагается, что все эти нововведения должны вступить в силу в январе 2010 г.

Повышение качества медицинской помощи и внедрение принципов доказательной медицины

В 2007 г. Минздрав при поддержке ЮСЭЙД приступил к процессу внедрения в Азербайджане принципов доказательной медицины. Центру общественного здравоохранения и реформ (ЦОЗР) Минздравом отведена в этой связи роль головной организации, которой поручено разработать и внедрить в практику серию клинических руководств, основанных на принципах доказательной медицины. При поддержке международных экспертов ЦОЗР организовал для местных специалистов ряд тренингов по вопросам доказательной медицины, после чего было составлено

Положение о разработке клинических руководств, основанных на принципах доказательной медицины. В 2008 г., руководствуясь данными официальной статистики, ЦОЗР выявил 32 наиболее распространенных заболевания, клинические руководства по которым необходимо было разработать в первую очередь; главным образом в эту группу вошли те заболевания, которые можно вести на уровне первичного звена здравоохранения. Для обеспечения руководства процессом создания этих клинических руководств были сформированы экспертные группы, в состав которых вошли ведущие специалисты, клинические фармакологи и сотрудники ЦОЗР. На момент составления данного обзора большая часть клинических руководств находилась на рассмотрении Ученого совета Минздрава. После их утверждения ЦОЗР планирует внедрить эти руководства посредством организации обучения медицинского персонала по месту работы и распространения соответствующих печатных материалов. В настоящее время центр предлагает соответствующим заинтересованным сторонам представить предложения для отбора следующей группы заболеваний для разработки клинических руководств.

Следует отметить, однако, что данные клинические руководства не являются обязательными и рассматриваются только как документы рекомендательного характера. Кроме того, учитывая ограниченность ресурсов ЦОЗР по распространению этих руководств посредством проведения образовательных программ и отсутствие у поставщиков медицинских услуг стимулов для следования принципам, изложенным в этих руководствах, механизмы для их успешного внедрения в практику еще только предстоит разработать.

Реформа финансирования здравоохранения

Начиная с 2006 г. в правительственных кругах Азербайджана стало расти понимание необходимости глубоких преобразований в сфере финансирования здравоохранения в целях обеспечения успешной реализации реформ этого сектора в целом. Минздрав взял на себя руководство этим процессом и при поддержке Всемирного банка, ЮСЭЙД и ВОЗ разработал Концепцию реформы системы финансирования здравоохранения и внедрения обязательного медицинского страхования в Азербайджанской республике (далее – Концепция), которая была утверждена президентом в январе 2008 г. В этой Концепции определены следующие основные цели реформы финансирования системы здравоохранения в стране (Ministry of Health, 2008c):

- создание новых экономических принципов финансирования системы здравоохранения и улучшение доступа населения к медицинской помощи;
- повышение качества медицинского обслуживания путем более эффективного использования государственных средств, выделяемых сектору здравоохранения;
- улучшение состояния здоровья и повышение средней продолжительности жизни населения.

Согласно этой Концепции, правительство берет на себя ответственность за бесплатное оказание услуг, включенных в гарантированный государством базовый пакет, а остальные услуги граждане должны оплачивать самостоятельно. Реформа предусматривает также разделение функций регулирования здравоохранения, оказания медицинских услуг и их закупок, а также создание Государственного агентства по обязательному медицинскому страхованию, которое будет действовать в качестве единого заказчика услуг здравоохранения от имени государства. На момент составления данного обзора Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию пока не начало свою работу, что привело к задержке реализации многих мероприятий, включенных в План мероприятий на 2008–2009 гг. Тем не менее Минздравом при поддержке Всемирного банка, ВОЗ и ЮСЭЙД были проведены некоторые подготовительные мероприятия, которые помогут упростить процесс реализации реформы финансирования здравоохранения. Эти мероприятия, в частности, включают разработку предложений по гарантированному государством базовому пакету медицинских услуг (включая расчет его себестоимости), совершенствование больничных информационных систем в свете грядущего введения механизмов финансирования больниц по принципу оплаты за пролеченный случай, разработку проекта устава Государственного агентства по обязательному медицинскому страхованию, а также других регулятивных документов, необходимых для реализации реформы финансирования здравоохранения.

7.2 Перспективы развития

Несмотря на то что в ближайшие годы основное внимание правительства будет уделяться дальнейшей реализации действующих проектов, в том числе описанным выше проекту «Реформа сектора здравоохране-

ния» и реформе финансирования системы здравоохранения, определенные преобразования ожидаются и в ряде других отраслей сектора здравоохранения. Так, например, Минздрав планирует ввести в качестве инструмента повышения качества медицинского обслуживания населения процедуру обязательной сертификации врачей. В настоящее время действует система добровольной аттестации, которая позволяет врачам некоторых специальностей (терапия, педиатрия, хирургия, гинекология и экстренная медицинская помощь) сдать соответствующие экзамены, чтобы подтвердить повышение уровня квалификации в своей области. Врачи, сдавшие такие экзамены, получают право на надбавку к зарплате в порядке, установленном кабинетом министров. Сейчас Минздрав разрабатывает новую систему сертификации, которая будет охватывать большую часть медицинских специальностей и сделает процедуру сертификации врачей обязательной.

После принятия Национальным собранием нового закона «Об образовании» в июле 2009 г. еще одним проектом реформ в области медицинского образования является ожидаемое введение программ резидентуры для выпускников медицинских вузов, желающих получить дополнительную специализацию. Систему преддипломного медицинского образования также ждут большие перемены, в том числе закрытие педиатрического факультета, в результате чего все студенты-медики будут обучаться по единой программе. Специализироваться в педиатрии можно будет только в рамках соответствующей программы обучения в резидентуре. Наряду с этим Азербайджанский медицинский университет планирует пересмотреть свои учебные планы в целях приведения их в соответствие современному уровню медицинских знаний в соответствующих областях. Университет собирается также перевести большинство своих кафедр в собственные базовые больницы. Азербайджанский медицинский университет планирует также организовать четыре клиники (онкологическую, стоматологическую, хирургическую и терапевтическую), две из которых уже строятся. Кроме того, при поддержке ГАВИ, который выделил грант на укрепление системы здравоохранения Азербайджана, планируется также программа по укреплению системы последипломного образования медсестер.

8. Оценка системы здравоохранения

8.1 Задачи системы здравоохранения

Конституция Азербайджана гарантирует каждому гражданину республики право на охрану здоровья и получение медицинской помощи. Главной задачей, сформулированной в законодательстве страны по вопросам здравоохранения, является улучшение состояния здоровья населения. В законе «Об охране здоровья населения» и в Концепции реформы системы финансирования здравоохранения также подчеркивается важность обеспечения доступа каждого гражданина страны к медицинской помощи. В последних проектах реформ основное внимание уделяется вопросам качества медицинского обслуживания и эффективности использования ресурсов (см. главу 7 «*Основные реформы в области здравоохранения*»).

8.2 Распределение затрат и услуг системы здравоохранения среди населения

Гарантированный государством базовый пакет медицинских услуг в настоящее время находится в стадии обсуждения и до конца 2012 г. введен не будет. Большинство лекарств и услуг пациенты оплачивают самостоятельно по месту их получения. Высокий по сравнению с объемом государственных ассигнований на здравоохранение уровень личных расходов граждан на медицинские нужды (в 2007 г. это соотношение составило 2:1) свидетельствует о том, что сбор доходов для системы здравоохранения по-прежнему носит преимущественно регрессивный характер. Из-за отсутствия покрытия рисков прямых платежей многие домохозяйства в случае серьезных заболеваний кого-либо из членов семьи могут оказаться под угрозой катастрофических расходов на медицинскую помощь. В последнее время оценок катастрофических уровней расходов на

медицинские нужды не проводилось, но, судя по результатам проведенного в Азербайджане в 1995 г. обследования условий жизни, доля домохозяйств, несущих бремя катастрофических расходов на медицинские нужды, была оценена в 5,77% (Xu et al., 2003).

Эмпирические данные по пяти районам республики показывают, что в 2006 г. домохозяйства из квинтиля наиболее обеспеченных тратили на медицинские нужды более значительную часть своих расходов (9,3%), чем домохозяйства из квинтиля наименее обеспеченных (6,7%) (Djibuti et al., 2007). Такие результаты говорят не столько о том, что за те же самые услуги с пациентов из числа малоимущих групп населения взимают более низкую плату, чем с богатых пациентов (принцип вертикальной справедливости), сколько о том (по крайней мере, частично), что менее обеспеченные домохозяйства просто реже обращаются за медицинской помощью. Собственно говоря, доля лиц с острыми заболеваниями, имеющих возможность обратиться за медицинской помощью, в беднейшем квинтиле была существенно ниже (52,4%) по сравнению с квинтилем наиболее обеспеченных (68,5%). В пяти обследованных в 2006 г. районах страны в 90,5% случаев причиной того, что пациенты, нуждающиеся в медицинской помощи, не обращались за ней, было названо отсутствие финансовых возможностей (Djibuti et al., 2007). Данные обследований домохозяйств свидетельствуют о том, что среди малоимущих групп населения уровень использования услуг здравоохранения был более низким; это позволяет предположить, что уровень потребления медицинских услуг зависит от социально-экономического статуса граждан больше, чем следует (Djibuti et al., 2007; State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan and Macro International Inc., 2008). Для Азербайджана характерен очень низкий по международным стандартам уровень госпитализированной заболеваемости, что может также свидетельствовать о проблемах с доступом населения к медицинской помощи (см. раздел 5.1 «*Инфраструктура*»).

Вообще говоря, сказать, что медицинских учреждений первичного, вторичного и третичного уровней в стране не хватает, нельзя, но определенные различия между городским и сельским здравоохранением имеют место. Размеры бюджетных ассигнований на здравоохранение в расчете на душу населения в разных районах республики сильно отличаются. Это является отражением не только различий в масштабах медицинских учреждений в разных районах, но также свидетельствует о том, что для жителей разных районов республики возможности воспользоваться выделенными государством средствами на здравоохранение тоже не равны (см. раздел 3.4, подраздел «*Механизмы распределения средств между ве-*

домствами, занимающимися объединением финансовых ресурсов, и ведомствами-покупателями»). По данным DHS 2006 г., 52% всех женщин-респондентов сообщили, что для них одной из серьезных проблем с доступом к медицинской помощи в случае болезни является отсутствие соответствующего поставщика медицинских услуг (State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan and Macro International Inc., 2008). По данным Минздрава, различия в уровнях доступа и качества предоставляемых услуг обусловлены также тем, что в сельских районах страны до 30% должностей педиатров и гинекологов являются вакантными, в то время как в крупных городах ставки врача-специалиста нередко делят между собой несколько врачей, каждый из которых работает на неполную ставку. В целях решения этой проблемы правительство рассматривает вопрос о возможности восстановления прежней системы обязательного трехлетнего распределения выпускников медицинских учебных заведений на работу в сельской местности; кроме того, разрабатываются планы по введению финансового стимулирования медицинских кадров, работающих на селе. Последняя инициатива правительства по строительству на средства ГНКАР современных лечебно-диагностических центров на всей территории страны подчеркивает приверженность государства идее преодоления географических барьеров для доступа населения страны к высококачественной медицинской помощи.

8.3 Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения

Поскольку на долю государственного финансирования приходится лишь около трети общих расходов на здравоохранение в стране, то правительство имеет возможность контролировать распределение только части ресурсов (см. раздел 3.1 «Расходы на здравоохранение»). Распределение государственного бюджета по статьям расходов на 2008 г. показывает, что больницы получили примерно в три раза больше бюджетных ассигнований, чем поликлиники (см. табл. 3.2). Одной из важных тенденций является увеличение с 5,2 до 25,9% доли, выделяемой на реализацию специальных государственных программ в области здравоохранения, в общих бюджетных ассигнованиях на здравоохранение в период с 2006 по 2008 г. Кроме того, в рамках новых программ капитальных инвестиций, часть из которых не включены в государственный бюджет здравоохранения, недавно был увеличен объем вложений в ста-

ционарные учреждения и оборудование (см. раздел 5.1, подраздел «*Основные фонды и капитальные вложения*»). Таким образом, в настоящее время при распределении ресурсов на здравоохранение предпочтение явно отдается стационарному звену и сектору специализированной помощи, а не первичному звену здравоохранения. Как показывает международный опыт, это не самый эффективный подход к распределению ресурсов. При нынешней системе финансирования здравоохранения направлять средства исходя из реальных потребностей населения – например, на ведение хронических заболеваний – довольно трудно. В стране проводится ряд вертикальных государственных программ по конкретным заболеваниям, но это не может скомпенсировать диспропорции в финансировании здравоохранения в целом.

Реформа финансирования здравоохранения, предусматривающая переход к системе единого плательщика, который будет работать по договорам с поставщиками медицинских услуг на основе принципа оплаты по результатам деятельности, должна обеспечить повышение эффективности распределения ресурсов в системе здравоохранения Азербайджана. Этому должна способствовать также планируемая оптимизация больничного сектора в большинстве районов республики, поскольку эти планы подразумевают сокращение постоянных издержек; правда, давно назревшая необходимость повышения зарплат медицинским работникам учреждений госсектора неизбежно приведет к росту издержек.

8.4 Экономическая эффективность системы здравоохранения

Данные, необходимые для объективной оценки экономической эффективности системы здравоохранения Азербайджана, отсутствуют, но, как показывает международный опыт, принятая в качестве стандарта практика проведения дорогостоящих диагностических обследований и слабость контролирующей функции первичного звена при доступе пациентов к специализированной помощи не обеспечивают оптимального соотношения цены и качества. В условиях действующей системы финансирования и оказания услуг имеют место факторы, в значительной степени препятствующие повышению эффективности работы сектора здравоохранения. Недостаточность данных и анализа экономической эффективности системы также ограничивает разработку планов более эффективного распределения ресурсов.

Азербайджан унаследовал с советских времен широко разветвленную сеть медицинских учреждений, как стационарных, так и амбулаторных. Несмотря на очень высокую среднюю продолжительность госпитализации, средний показатель занятости койки в Азербайджане в 2007 г. был самым низким в Европейском регионе ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009). В 2009 г. Минздравом была начата подготовка к оптимизации сети медицинских учреждений на всей территории страны. Одним из факторов, снижающим экономическую эффективность всех государственных вложений в сектор здравоохранения, также может быть наличие широкой сети ведомственных учреждений здравоохранения, находящихся в управлении отраслевых министерств (т. е. вне системы Минздрава), поскольку в этих условиях возникает дублирование инфраструктуры и оборудования.

Росту показателей работы системы здравоохранения препятствуют также постатейный затратный метод бюджетирования и общая фрагментированность финансирования отрасли, что не способствует процессу оптимизации системы оказания услуг в районах и интеграции вертикальных программ. Поскольку планирование бюджета производится исходя из размеров коечного фонда, а не на основе количества и качества фактически оказанных услуг (результатов деятельности), то это не способствует повышению производительности работы; напротив, руководству медучреждений может быть выгодно сохранить или даже увеличить существующие мощности (число коек и численность персонала) вне зависимости от их фактического использования. Кроме того, жесткие постатейные бюджеты и угроза лишиться недоосвоенных средств не создает у руководства больниц особой заинтересованности в сдерживании затрат. Утвержденная президентским указом 2008 г. реформа финансирования здравоохранения предусматривает, что со временем в отрасли произойдет переход к договорным отношениям и к финансированию по результатам деятельности.

Увеличение капитальных вложений, прежде всего в ремонт и строительство новых больниц, в закупки нового дорогостоящего диагностического оборудования и, в некоторой степени, в создание информационной системы здравоохранения, должно обеспечить расширение спектра и качества оказываемых населению услуг. Вместе с тем, как признают в правительственных кругах, понадобятся также значительные инвестиции в трудовые ресурсы, которые необходимы для обеспечения эффективного использования нового оборудования. В последнее десятилетие при планировании трудовых ресурсов недостаточно внимания уделя-

лось спросу на них – как с точки зрения обеспечения надлежащей профессиональной структуры занятости, так и в смысле территориального распределения кадров. Модернизация системы медицинского образования шла медленно, что негативно сказалось на уровне и объеме знаний и квалификации выпускников. В этой связи в июле 2009 г., после прохождения в парламенте закона «Об образовании», Минздраву было поручено полностью пересмотреть учебный план медицинского образования.

Цены на лекарства в настоящее время не контролируются, что свидетельствует о недостаточном использовании возможностей государственного регулирования в этой сфере в целях обеспечения снижения цен и упрощения процедуры импорта дженериков (см. раздел 6.6 «*Фармацевтическая помощь*»). Одно из последних исследований выявило значительные проблемы с рациональным использованием лекарств в стране (Центр аналитической экспертизы лекарственных средств, 2009). В целях решения этой проблемы Минздравом была начата разработка серии клинических руководств, основанных на принципах доказательной медицины, и приняты меры по укреплению системы выписки рецептов на лекарства. На практике, однако, в аптеках по-прежнему продают без рецепта те препараты, которые официально должны отпускаться по рецептам; исключение составляют только препараты строгого учета. Кроме того, поскольку значительная доля медицинских услуг оплачивается за счет пациентов, это также оказывает влияние на выбор пациентами и врачами методов диагностики и лечения, которые могут не всегда соответствовать критериям рационального использования и экономической эффективности.

8.5 Качество медицинской помощи

Строго говоря, регулированию вопросов качества медицинской помощи уделяется очень мало внимания, и в рамках существующей системы здравоохранения отследить и обеспечить соблюдение соответствующих правил можно лишь в ограниченном масштабе (см. раздел 4.1, подраздел «*Управление качеством медицинской помощи*»), поэтому представить какие-либо доказательства, касающиеся качества услуг государственных, частных или ведомственных учреждений здравоохранения, не представляется возможным. В 2007–2008 гг., в рамках проекта «Реформа сектора здравоохранения», была проведена частичная оценка качества услуг, предоставляемых в медицинских учреждениях сельской местности. По результатам этой оценки качество медицинской помощи было признано

неудовлетворительным: «Несмотря на высокие средние показатели обеспеченности населения медицинским персоналом и больничными койками, система здравоохранения Азербайджана функционирует недостаточно эффективно. Не отвечает современным требованиям и материально-техническая база ряда медицинских учреждений. Во многих учреждениях, обслуживающих меньшее количество пациентов или вообще простаивающих, качество медицинской помощи низкое. Медицинские организации располагаются в основном в перестроенных зданиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям. Уровень их оснащенности современным медицинским оборудованием и санитарным транспортом минимален» (Akgun, 2008). В городах медицинские учреждения, по-видимому, оснащены лучше, но полномасштабной оценки на этот счет не проводилось.

Качество оказываемых услуг страдает вследствие недостаточного уровня повышения квалификации медицинских работников, которое должно обеспечиваться путем организации непрерывного медицинского образования, и, в определенной степени, из-за использования некачественного оборудования и материалов. В рамках существующей системы у медицинского персонала практически отсутствуют стимулы для систематического обеспечения наилучшего возможного качества медицинской помощи. Так, например, в Стратегии охраны репродуктивного здоровья указано, что «несмотря на то, что учреждения родовспоможения переукомплектованы акушерками, качество услуг, которые они оказывают, остается неудовлетворительным» (Ministry of Health, 2008d).

По данным НИИ акушерства и гинекологии, лишь 1% патологий новорожденных диагностируется на антенатальном этапе (Ministry of Health, 2008d), что свидетельствует о проблемах с оказанием эффективной медицинской помощи беременным женщинам и об отсутствии современных комплексных клинических протоколов и стандартов. Как уже говорилось в главе 7 «*Основные реформы в области здравоохранения*», Минздрав приступил к реализации мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи, включая разработку клинических руководств, основанных на принципах доказательной медицины, и обязательную аттестацию поставщиков медицинских услуг. Вместе с тем в стране пока отсутствует нормативно-правовая база обеспечения качества в здравоохранении, и контроль качества удалось обеспечить только в некоторых отраслях. В качестве примера здесь можно привести повышение контроля качества фармацевтической продукции (см. раздел 6.6 «*Фармацевтическая помощь*»).

8.6 Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения

Разграничить влияние социально-экономических преобразований на состояние здоровья населения и вклад системы здравоохранения в его улучшение всегда бывает нелегко. В Азербайджане же это сделать особенно трудно из-за проблем с достоверностью демографических и медицинских данных (см. раздел 1.4 «Состояние здоровья населения»). Вопросы качества данных также накладывают определенные ограничения на то, в какой степени медицинское обслуживание может повлиять на общий уровень состояния здоровья населения, поскольку для выработки обоснованной политики в этой сфере ключевым фактором является возможность государства надлежащим образом измерить воздействие медико-санитарного обслуживания на результаты медицинских мероприятий.

Тем не менее есть основания полагать, что с точки зрения охвата определенных категорий пациентов система здравоохранения функционирует недостаточно эффективно. Так, например, очень высокий уровень заболеваемости туберкулезом с первичной множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) в Азербайджане свидетельствует о том, что система здравоохранения в настоящее время не обеспечивает надлежащего охвата в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом (см. раздел 6.1 «Общественное здравоохранение»). Уровень заболеваемости МЛУ ТБ является весьма полезным индикатором возможных недостатков системы здравоохранения: ведь при наличии должного регулирования и управления системой здравоохранения и при обеспечении правильной диагностики, надлежащего лечения, бесперебойных поставок лекарственных средств и тщательного диспансерного наблюдения пациентов в стране едва ли может возникнуть высокий уровень устойчивости к антибиотикам (McKee and Falkingham, 2008).

9. Заключение

После того как в 1991 г. Азербайджан вновь обрел независимость, никаких принципиальных изменений в секторе здравоохранения республики не произошло. Война с Арменией в середине девяностых, связанное с этим большое число вынужденных переселенцев, социально-экономические преобразования того времени – все это привело к тому, что реформы здравоохранения в стране были отложены. Затем проведенные в ограниченных масштабах реформы позволили добиться некоторых улучшений в основной системе здравоохранения страны, хотя значительная часть государственных инвестиций выделялась не основной, а параллельным (ведомственным) системам здравоохранения. В настоящее время в Азербайджане усиливается политическое давление, вынуждающее приступить к реформированию самих принципов организации здравоохранения. Общая политическая ситуация в стране не благоприятствует переменам, если есть риск, что они будут сопряжены с серьезной социальной напряженностью. Поэтому реализация реформ носит постепенный характер, а любые перемены планируются на долгосрочную перспективу. Помимо общего стремления к стабильности, обусловленный высокими ценами на нефть рост экономики страны обеспечил сектору здравоохранения большой приток государственного и частного финансирования. Вкупе с возможностью получить необходимую помощь в ведомственных государственных медицинских учреждениях или у частных поставщиков, наличие большого объема ресурсов, потенциально доступных для сектора здравоохранения, может создавать ложное впечатление, что системные преобразования стали менее насущными.

Приверженность правительства страны идее реформ всей системы здравоохранения в целом была вновь подтверждена в начале 2008 г., когда президентом была утверждена Концепция реформы системы финан-

сирования здравоохранения, предусматривающая создание системы единого плательщика и новых механизмов оплаты услуг поставщиков. Однако на момент составления данного обзора (весна – лето 2009 г.) к воплощению этой концепции в жизнь страна пока не приступила. Кроме того, в конце 2008 г. Минздравом был подготовлен план оптимизации сети медицинских учреждений и их мощностей во всех районах республики. Тем не менее строительство и ремонт больниц, проводимые силами Минздрава и ГНКАР, идет очень быстрыми темпами; судя по всему, политически гораздо проще построить новые учреждения, чем оптимизировать существующие основные фонды.

Больничному сектору по-прежнему отдается наибольший приоритет; это касается как объема выделяемых ресурсов, так и основных направлений реформ, в то время как первичному звену уделяется мало внимания и ассигнуется меньший объем средств. Помимо унаследованной от советских времен традиции ставить во главу угла специализированную медицинскую помощь, в эпоху экономического бума более привлекательным могло казаться осуществление крупных капитальных вложений, например в строительство новых больниц, чем более «длинные» инвестиции – скажем, в повышение уровня знаний и квалификации медицинских работников.

По региональным и международным стандартам уровень государственного финансирования здравоохранения в Азербайджане остается низким: страна тратит на здравоохранение гораздо меньше, чем может себе позволить. Очень высок уровень личных расходов граждан на медицинские нужды, есть проблемы с доступом к медицинской помощи и недостаточной защитой населения от финансовых рисков. Вместе с тем для существующей системы здравоохранения характерны недостатки, требующие коренных преобразований, причем такие преобразования необходимо осуществить еще до того, как системе будут выделены дополнительные средства для обеспечения ее эффективного функционирования. В частности, повышение зарплат медицинским работникам должно сопровождаться соответствующей рационализацией использования рабочей силы. Кроме того, существует необходимость изменения действующих нормативов, так чтобы механизмы оплаты услуг поставщиков предусматривали более высокое вознаграждение за высокие результаты работы, а не просто исходя из объема затрат, как это происходит сейчас.

Несмотря на то что в последнее время общая ситуация, вероятно, стала более благоприятной для проведения реформ, больше внимания следовало бы уделить организации процесса выработки и реализации

соответствующей политики, которая обеспечивала бы действенное преобразование существующих структур. Так, в последние годы Минздравом много было вложено в развитие потенциала своих сотрудников, и этот процесс необходимо продолжить. Кроме того, важнейшими факторами, обеспечивающими достижение широкого политического консенсуса и действенную реализацию курса реформ – т. е. переход от слов к делу, – представляются стратегии взаимодействия с другими секторами бюджетной сферы и вовлечение в этот процесс всех заинтересованных сторон. Еще одной проблемой для Минздрава является обеспечение постоянной заинтересованности правительства в создании сильной основной системы здравоохранения, оказывающей базовый пакет услуг всему населению страны, в то время как большая часть ресурсов выделяется для целей расширения спектра и повышения качества услуг параллельных (ведомственных) учреждений здравоохранения.

Планируемая реформа финансирования здравоохранения и оптимизация сети медицинских учреждений являются теми проектами, которые обещают оказать серьезное влияние на эффективность, подотчетность и доступность системы здравоохранения страны. Создание Государственного агентства по обязательному медицинскому страхованию и организация новых механизмов финансирования – дело весьма непростое, и для их эффективного функционирования нужно будет решить целый ряд вопросов. Но если организовать этот процесс грамотно, то это позволит обеспечить населению столь необходимую ему защиту от финансовых рисков и улучшить доступ к базовой медицинской помощи. В частности, очень важно сделать так, чтобы апробирование и реализация новых схем оплаты услуг и финансового стимулирования поставщиков были увязаны с реорганизацией сети медицинских учреждений, а также с соответствующими изменениями в области юридических прав и управленческих возможностей поставщиков. Преобразование механизмов финансирования является важнейшим фактором, способствующим тому, чтобы уровень государственного финансирования соответствовал результатам работы поставщиков, а следовательно, и ослаблению традиционно сильного сопротивления сокращению штатов и закрытию медицинских учреждений.

Вместе с тем наиболее насущной проблемой, которую предстоит решить, по-прежнему остается повышение качества медицинской помощи; это является отражением того факта, что вплоть до последнего времени (до июля 2009 г.) недостаточно внимания уделялось вопросам совершенствования системы пред- и последипломной подготовки медицинских кадров и планированию трудовых ресурсов. Кроме того, могут

потребуется целевые инвестиции в развитие кадрового потенциала, чтобы обеспечить возможность надлежащего использования новой инфраструктуры здравоохранения в полном объеме, взяв при этом за основу, например, опыт ведомственных больниц.

Азербайджан – богатая ресурсами страна, имеющая возможность выделить на здравоохранение значительный объем средств (о чем свидетельствует развернутая недавно программа строительства новых больниц). Это означает, что республика обладает реальным финансовым потенциалом для обеспечения своим гражданам всеобщего и равного доступа к высококачественной и эффективной медицинской помощи, защитив их от рисков катастрофических расходов на медицинские нужды. При этом следует отметить, что одного только увеличения бюджетных ассигнований на здравоохранение для решения имеющихся в стране проблем будет недостаточно. Наряду с этим система здравоохранения должна также укрепить и продемонстрировать свою способность к разумному и прозрачному использованию получаемых средств. Важным шагом на пути решения этой задачи является планируемый переход от унаследованных от советских времен методов бюджетирования к новым механизмам оплаты услуг поставщиков, предусматривающих заинтересованность последних в повышении качества и производительности своей работы. Поэтому в дальнейшем ключевыми факторами успеха будут создание технического потенциала и обеспечение широкой политической поддержки курса реформ.

10. Приложения

10.1 Библиография

- Agayev R. (2008). *Minimum etək haqqı minimum xərgələrin 50%-ni ödemir.*) [Минимум 50% минимальной заработной платы не покрывают затрат.]. Baku, Bizim Yol.
- Akgun S. (2008). *Development of quality assurance. Final report to the Ministry of Health.* Baku, Health Sector Reform Project.
- Центр аналитической экспертизы лекарственных средств (2008). Схематическая процедура регистрации лекарственного средства по состоянию на 4 июня 2009 г., Баку, ЦАЭЛС, Министерство здравоохранения Азербайджанской республики, по материалам сайта http://www.pharma.az/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=71.
- Центр аналитической экспертизы лекарственных средств (2009). *Разработка национальной формулярной системы и стратегии рационального использования лекарственных средств в Азербайджане.* Баку, ЦАЭЛС, Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики.
- Cochrane D., Crilly T. (2008). *White paper on the health sector workforce: capacity and planning implications. Interim report to the Project Implementation Unit of the Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan.* Baku, Ministry of Health.
- Council of Europe (1953). *European convention for the protection of human rights and fundamental freedoms.* Brussels, Council of Europe.
- Djibuti M. et al. (2007). *Health expenditure and utilization survey: baseline study report, Health Sector Reform Project.* Tbilisi, World Bank, USAID and Curatio International Foundation.
- Figueras J., McKee J., Lessof S. (2004). Overview. In: Figueras J et al., eds. *Health systems in transition: learning from experience.* Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies:13–32.
- G&G Consulting (2004). *Final report on health expenditure analysis component.* Turkey, G&G Consulting.
- Government of the Republic of Azerbaijan (2007). *The Law on the Living Minimum for the Republic of Azerbaijan 2008.* Baku, Government of the Republic of Azerbaijan.
- 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.

- Kara A. (2007). The parliamentary elections in Azerbaijan, November 2005 and May 2006. *Electoral Studies*, 26(3): 720–724.
- Katsaga A., Kehler J. (2008). *Report: WHO mission to evaluate the quality of data for the purpose of assessing health system performance*. Baku, WHO Regional Office for Europe.
- Kutzin J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56(3):171–204.
- McKee M., Falkingham J. (2008). The changing face of transitional societies. In: Coker R., Atun R., McKee M., eds. *Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America*. Maidenhead, Open University Press: 21–46.
- MDG Monitor (2008). *MDG profile: Azerbaijan* (http://www.mdgmonitor.org/factsheets_00.cfm?c+AZE, accessed 23 February, 2009).
- Ministry of Finance (2007). *Law on the State Budget for 2007*. Baku, Government of the Republic of Azerbaijan (<http://www.finance.gov.az/>, accessed 27 April 2009).
- Ministry of Finance (2008a). *Law on the State Budget for 2008*. Baku, Government of the Republic of Azerbaijan (http://www.finance.gov.az/index_az.jsp?mod=empty, accessed 27 April 2009).
- Ministry of Finance (2008b). *Information on budget execution in 2006–2007*. Baku, Government of the Republic of Azerbaijan (http://www.finance.gov.az/index_az.jsp?mod=empty, accessed 27 April 2009).
- Ministry of Finance (2009) [web site]. Baku, Government of the Republic of Azerbaijan (<http://www.finance.gov.az>, accessed 27 April 2009).
- Ministry of Health (2008a). *National Malaria Control Programme*. Baku, Republican Hygiene and Epidemiology Centre, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2008b). *National mental health policy*. Baku, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2008c). *Concept on Health Financing Reform and Introduction of Mandatory Health Insurance*. Baku, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2008d). *Reproductive health strategy*. Baku, Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Ministry of Health.
- Ministry of Taxes of the Republic of Azerbaijan (2009). *Information about forms of taxes*. Baku, Government of the Republic of Azerbaijan (<http://www.taxes.gov.az>, accessed 24 April 2009).
- Mossialos E., Allin S., Figueras J., eds (2007). *Health systems in transition: template for analysis*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- O’Lear S. (2007). Azerbaijan’s resource wealth: political legitimacy and public opinion. *Geographical Journal*, 173: 207–223.
- Project Implementation Unit (2007). *Health facility survey baseline study report*. Baku, Ministry of Health.
- State Statistical Committee of the Republic Azerbaijan (2009). [web site]. Baku, State Statistical Committee of Azerbaijan (<http://www.azstat.org>, accessed 27 April 2009).

- State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan and Macro International (2008). *Azerbaijan demographic and health survey 2006*. Baku, State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan, USAID and UNICEF.
- Sule H., et al. (2008). State of emergency medicine in Azerbaijan. *International Journal of Emergency Medicine*, 1(1):3–9.
- Transparency International (2008). *Global corruption report 2008: corruption in the water sector*. Cambridge, Cambridge University Press.
- UNICEF Innocenti Research Centre (2008). TransMONEE online database. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre (<http://www.unicef-irc.org/databases/transmonee/>, accessed 24 May 2010).
- United Nations (2008). *Map No. 3761 Rev. 7*. New York, United Nations (<http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/azerbaij.pdf>, accessed 20 July 2009).
- United Nations Development Programme (2007). *Gender attitudes in Azerbaijan: trends and challenges. Azerbaijan human development report 2007*. Baku, United Nations Development Programme and the State Committee for Family, Women and Children's Issues.
- United Nations General Assembly (1989). *Convention on the rights of the child* [Resolution 25 session 44]. New York, United Nations.
- WHO Regional Office for Europe (2005). *The Tashkent Declaration «The Move from Malaria Control to Elimination» in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2009). *European Health for All database*, August 2009 edition [offline database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Bank (2005a). *Azerbaijan health sector review note*, Vol. II: Background papers. Washington, DC, International Bank for Reconstruction and Development, World Bank.
- World Bank (2005b). *Azerbaijan health sector review note*, Vol. I: Main report. Washington, DC, International Bank for Reconstruction and Development, World Bank.
- World Bank (2009). *World development indicators*. Washington, DC, World Bank, (<http://go.worldbank.org/U0FSM7AQ40> accessed 19 February 2010).
- World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (2005). *Mental health atlas*. Geneva, Mental Health: Evidence and Research, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.
- World Health Organization (2006). Human avian influenza in Azerbaijan, February – March 2006. *Weekly Epidemiological Record*, 81(18):183–188.
- World Health Organization (2009). *Azerbaijan: national health accounts*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/aze.pdf>, accessed 30 April 2009).
- Xu K. et al. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 362(9378):111–117.
- Zoidze A. (2008). *Technical assistance to develop health financing policy for Azerbaijan, Final report to the Ministry of Health*. Tbilisi, Curatio International.

10.2 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Эти обзоры разрабатываются в едином формате, который периодически пересматривается. Он содержит подробные рекомендации, конкретные вопросы, определения, примеры и источники данных, необходимые для составления обзора. Формат обзора включает полный набор вопросов, но использовать его следует гибко, так чтобы авторы и редакторы обзора могли приспособить его к конкретным особенностям каждой отдельной страны. С последней версией формата можно ознакомиться по адресу в Интернете: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits>

При подготовке обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» его авторы используют самые разные источники: данные национальной статистики, региональные и национальные программные документы, книги, научные работы. Кроме того, могут использоваться также международные источники – например, базы данных Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирного банка. В базе данных ОЭСР содержится 1200 показателей по 31 стране – члену ОЭСР. Данные собирают на основании информации национальных бюро статистики и министерств здравоохранения. Всемирный банк предоставляет «Индикаторы мирового развития», которые также основаны на официальных источниках.

К информации и данным, полученным от местных экспертов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения добавляет количественные данные, которые представляют собой совокупность стандартных сравнительных показателей по каждой стране, взятых из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (HFA). В базе данных «Здоровье для всех» содержится более 600 показателей, установленных Европейским региональным бюро ВОЗ в целях мониторинга программы «Здоровье для всех» в Европе. Эта база данных обновляется дважды в год на основании сведений из различных источников – главным образом официальных данных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартные данные из базы «Здоровье для всех» официально одобрены на-

циональными правительствами. С января 2007 г. в базу данных «Здоровье для всех» включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входит 27 стран.

Авторам обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» рекомендуется подробно обсуждать содержащиеся в этом тексте сведения, в особенности в случае расхождений данных, полученных из различных источников.

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 10 глав:

1. **Введение.** Содержит описание общей ситуации в стране, включая географию и социодемографию, экономический и политический контексты, а также состояние здоровья населения.
2. **Организационная структура и управление.** Эта глава дает представление о том, как организована система здравоохранения страны, и содержит описание ее основных участников и их полномочий, касающихся принятия решений. Кроме того, в данной главе приводится историческая справка о развитии системы здравоохранения и описываются права и возможности пациентов, касающиеся получения информации, прав, выбора, процедур обжалования, безопасности и вовлеченности в деятельность системы здравоохранения.
3. **Финансирование.** Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы обеспечиваются населению, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
4. **Планирование и регулирование.** В этой главе рассматривается процесс разработки политики в области здравоохранения и установления целей и приоритетов; анализируются вопросы взаимоотношений между ведомствами, при этом особое внимание уделяется их роли в регулировании и тому, что является предметом регулирования; описывается процесс оценки медицинских технологий, а также научно-исследовательская работа.
5. **Материальные и трудовые ресурсы.** В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения инфраструктуры и фондов, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад трудовых ресурсов в систему здравоохранения,

в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.

6. **Предоставление медицинских услуг.** В этой главе основное внимание уделяется маршруту пациентов в системе здравоохранения, организации и оказанию услуг здравоохранения, аспектам общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи и вторичной медицинской помощи, скорой и неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, фармацевтической помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативной помощи, услугам по охране психического здоровья, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию отдельных групп населения.
7. **Основные реформы в области здравоохранения.** Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение.
8. **Оценка системы здравоохранения.** В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системе распределения выгод и затрат среди населения, эффективности распределения ресурсов, эффективности оказания медицинских услуг, их качества, а также вклада системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения.
9. **Заключение.** Содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
10. **Приложения.** Библиография, полезные ссылки и ссылки на законодательство.

Поскольку обзоры служат для информирования разработчиков политики и используются для метаанализа, их качеству придается приоритетное значение. Процесс написания и редактирования сопровождается многочисленными консультациями и включает в себя несколько этапов, за которыми следуют:

- Окончательная тщательная проверка (см. следующий раздел).
- Дальнейший контроль качества, при котором особое внимание уделяется техническому редактированию и корректуре.
- Распространение (в виде печатных копий, электронных изданий, переводов и проведения презентаций). На протяжении всего произ-

водственного процесса редактор тесно сотрудничает с авторами, оказывая им необходимую помощь, тем самым гарантируя эффективность процесса на всем его протяжении.

Один из авторов является также сотрудником обсерватории, в чьи обязанности входит оказание помощи другим авторам в процессе написания и подготовки обзора. Сотрудники обсерватории проводят необходимые консультации, которые обеспечивают эффективность процесса на всем его протяжении и гарантируют, что обзоры соответствуют стандартам серии и могут способствовать как принятию решений на национальном уровне, так и проведению сравнительного анализа между странами.

10.3 Проверка и рецензирование обзоров

Этот процесс включает в себя три этапа. Сначала текст обзора проверяют, оценивают и утверждают научные директора Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Затем его направляют на рецензирование двум независимым научным экспертам и, в соответствии с их поправками и замечаниями, вносят в текст необходимые изменения. После этого обзор передают в соответствующее министерство здравоохранения или другой уполномоченный орган, где ответственные лица, в рамках своих компетенций, проверяют его на предмет наличия в нем фактических ошибок.

10.4 Сведения об авторах

Фуад Ибрагимов является менеджером программы «Финансы здравоохранения», проводимой в рамках проекта «Укрепление системы первичной медицинской помощи в Азербайджане», который финансирует ЮСЭЙД и реализует американская неправительственная организация АВТ Associates Inc. Окончил Азербайджанский медицинский университет. Имеет степень магистра общественного здравоохранения, которую получил в Школе общественного здравоохранения им. Роллинса при Университете Эмори, США.

Айбаниз Ибрагимова является менеджером программы «Политика здравоохранения», проводимой в рамках проекта «Укрепление системы

первичной медицинской помощи в Азербайджане», который финансирует ЮСЭЙД и реализует американская неправительственная организация АВТ Associates Inc. Окончила Азербайджанский медицинский университет. Имеет степень магистра общественного здравоохранения, которую получила в Университете штата Юта, США.

Дженни Кехлер – экономист. Специализируется по вопросам финансирования и политики в области здравоохранения. Работает в ВОЗ в качестве консультанта и как штатный сотрудник офиса ВОЗ в Азербайджане, Европейского регионального бюро и штаб-квартиры ВОЗ в Женеве.

Эрика Ричардсон – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Специализируется по вопросам мониторинга систем здравоохранения стран СНГ. Почетный научный сотрудник Лондонской школы гигиены и тропической медицины и Центра российских и восточноевропейских исследований при Университете Бирмингема (Соединенное Королевство).

«Системы здравоохранения: время перемен»

Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Цель составления этих обзоров заключается в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения и разработки реформ в странах Европейского региона и за его пределами. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- четко описать содержание, процессы подготовки и реализации программ реформ систем здравоохранения;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам стран Европейского региона ВОЗ возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

Как получить обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте www.euro.who.int/observatory, где можно также подписаться на нашу ежемесячную рассылку новостей о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в том числе на новые обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен», издания, выпускаемые нами совместно с издательством Open University Press, краткие рекомендации по выработке политики, газету EuroObserver и журнал Eurohealth. Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу:

info@obs.euro.who.int

Публикации
Европейской
обсерватории
по системам и политике
здравоохранения
помещены на сайте
www.healthobservatory.eu



Опубликованные в настоящее время обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

- Австралия (2002, 2006)
Австрия (2001^e, 2006^e)
Азербайджан (2004^g, 2010^g)
Албания (1999, 2002^{a,g})
Андорра (2004)
Армения (2001^g, 2006)
Беларусь (2008^q)
Бельгия (2000, 2007)
Болгария (1999, 2003^b, 2007)
Босния и Герцеговина (2002^g)
Бывшая Югославская Республика
Македония (2000, 2006)
Венгрия (1999, 2004)
Германия (2000^e, 2004^{e,g})
Грузия (2002^{d,g}, 2009)
Дания (2001, 2007^q)
Израиль (2003, 2009)
Исландия (2003)
Испания (2000^h, 2006)
Ирландия (2009)
Италия (2001, 2009)
Казахстан (1999^g, 2007^q)
Канада (2005)
Кипр (2004)
Кыргызстан (2000^g, 2005^g)
Латвия (2001, 2008)
Литва (2000)
Люксембург (1999)
Мальта (1999)
Монголия (2007)
Нидерланды (2004^g, 2010)
Новая Зеландия (2001)
Норвегия (2000, 2006)
Польша (1999, 2005^k)
Португалия (1999, 2004, 2007)
Республика Корея (2009)
Республика Молдова (2002^g, 2008^q)
Российская Федерация (2003^g)
Румыния (2000^f, 2008)
Словакия (2000, 2004)
Словения (2002, 2009)
Соединенное Королевство Великобрита-
нии и Северной Ирландии (1999^g)
Таджикистан (2000, 2010^q)
Туркменистан (2000)
Турция (2002^{g,i})
Узбекистан (2001^g, 2007^q)
Украина (2004^g)
Финляндия (2002, 2008)
Франция (2004^{c,g})
Хорватия (1999, 2007)
Чешская Республика (2000, 2005^g, 2009)
Швейцария (2000)
Швеция (2001, 2005)
Эстония (2000, 2004^{g,j}, 2008)
Япония (2009)

Ключи

Все обзоры серии «Системы здравоохранения: вре-
мя перемен» доступны на английском языке.

В тех случаях, когда это указано, они доступны так-
же на других языках:

- a албанский
b болгарский
c французский
d грузинский
e немецкий
f румынский
g русский
h испанский
i турецкий
j эстонский
k польский



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономической и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен» — это всесторонние обзоры, созданные по единым стандартам и позволяющие проводить сравнения систем здравоохранения разных стран. Обзоры охватывают как современное состояние, так и начавшиеся и будущие реформы систем здравоохранения.