

Паллиативная помощь в Азербайджане

Резюме

На середину 2026 года паллиативная помощь в Азербайджане остается **фрагментированной и слабо институционализированной**. Самый свежий страновой профиль EAPC Atlas 2025 относит страну к уровню **isolated activity**: по стране зафиксирована только **1 специализированная паллиативная служба, нет самостоятельных хосписов, нет специализированных домашних команд, нет детских специализированных команд**, а обеспеченность составляет лишь **0,01 службы на 100 000 населения** при медиане по европейскому региону **0,96**. Одновременно среднее потребление опиоидов, исключая метадон, оценено всего в **30 S-DDD на миллион жителей в день** в 2020–2022 годах при среднем по европейскому региону **4959**. [1]

При этом в стране **есть отдельные правовые опоры** для паллиативной помощи. Закон о ВИЧ/СПИДе 2010 года прямо определяет паллиативную помощь и гарантирует ее лицам на стадии СПИДа; мероприятия по ВИЧ могут финансироваться из госбюджета, грантов, средств обязательного медстрахования и пожертвований. Законодательство о здравоохранении также закрепляет государственное финансирование онкологической помощи и предусматривает государственное содержание терминальных онкологических пациентов, утративших социальные связи. Однако **единого национального плана по паллиативной помощи, ответственного подразделения в Минздраве, отдельного бюджета и включения паллиативной помощи в базовый пакет ПМСП нет**. [2]

На практике наиболее четко документированная паллиативная площадка — **стационарное отделение Республиканского центра по борьбе со СПИДом в Баку**, рассчитанное на **20 пациентов**, где паллиативная помощь описана как часть ухода и поддержки. Вне Баку официально прослеживаются в основном **оценка потребностей, пилотная подготовка кадров и просветительские мероприятия**, а не полноценно

функционирующая сеть услуг. В 2019 году Минздрав через ИСИМ проводил обучение для выбранного пилотного учреждения в Баку и для организаций в Исмаиллы, Габале и Огузе. [3]

Главные системные разрывы очевидны: **нет признанной специальности по паллиативной медицине**, учебные программы неполны, специализированных профессорских ставок нет; доступность морфина и других опиоидов на уровне первичной помощи крайне низкая; назначение контролируемых анальгетиков осложнено специальными рецептурными формами и дополнительными административными согласованиями; а общественное обсуждение смерти и ухода в конце жизни культурно затруднено. Одновременно страна имеет и точки опоры для быстрого прогресса: действующее обязательное медстрахование, сеть ПМСП, государственные законы по ВИЧ и онкологии, опыт ИСИМ, модель Центра СПИДа, мобильные цифровые инструменты и техническую поддержку ВОЗ. [4]

Нормативная база, политика и финансирование

Правовая база паллиативной помощи в Азербайджане **существует, но она фрагментарна**. Наиболее прямое определение дает закон «О борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека»: паллиативная помощь определяется как система мер по выявлению, оценке и оказанию помощи людям с неизлечимым заболеванием и их семьям. Тот же закон относит к государственным гарантиям оказание паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ, на стадии СПИДа, а также допускает финансирование мероприятий за счет госбюджета, грантов, обязательного медицинского страхования и иных не запрещенных законом источников. [5]

Для онкологии государственные гарантии сформулированы через базовый закон о здравоохранении: гражданам Азербайджана онкологическая помощь в специализированных государственных учреждениях оказывается **за счет государственного бюджета**, а терминальные онкологические пациенты, утратившие социальные связи, могут содержаться в общих лечебных учреждениях на государственном обеспечении. Это важный юридический фундамент, но он **не создает**

современной междисциплинарной паллиативной системы и не заменяет отдельного плана, тарифа и стандартов помощи. [6]

Политически паллиативная помощь была признана в стратегии по неинфекционным заболеваниям на 2015–2020 годы. Стратегия прямо ставила задачи по укреплению паллиативной помощи, созданию паллиативных и реабилитационных услуг на национальном и местном уровнях, регулярному обновлению перечня основных лекарств с включением обезболивающих и препаратов для паллиативной помощи, а также утверждению пакетов амбулаторного лекарственного обеспечения. Это был наиболее содержательный государственный документ, где паллиативная помощь фигурировала как часть интегрированного континуума НИЗ. [7]

Но к 2024–2025 годам реализация оказалась неполной. EAPC Atlas 2025 не нашел доказательств действующего национального плана по паллиативной помощи, отдельного ответственного органа в Минздраве, измеримых целевых индикаторов и включения паллиативной помощи в базовый пакет на уровне первичной помощи. Даже после расширения пакета обязательного медстрахования в 2023 году до **3344 услуг** паллиативная помощь как организованная функция ПМСП в стране не была институционализована. В стране в целом расходы на здравоохранение оценивались в **4,7% ВВП** в 2021 году, а индекс охвата услугами УНС — в **66**, но **отдельной бюджетной строки на паллиативную помощь в доступных официальных документах не прослеживается**. [8]

Доступность услуг и региональные различия

Ключевая особенность текущего положения — **очень ограниченная география услуг**. По данным EAPC 2025, в стране есть только одна специализированная паллиативная служба; отдельно стоящих хосписов и домашних специализированных команд нет, а детских специализированных команд — ноль. Атлас не называет конкретное учреждение, но единственная публично документированная действующая площадка, оказывающая паллиативную помощь как составную часть ухода, — это Республиканский центр по борьбе со СПИДом в Баку. Его стационарное отделение на **20 коек** охватывает всех госпитализированных пациентов паллиативной поддержкой,

включая симптоматическое лечение, психологическую помощь и уход. Локализация «единственной службы» в Баку поэтому выглядит наиболее вероятной, хотя верифицировать это по национальному реестру невозможно, поскольку такого реестра нет в открытом доступе. [9]

Пилотная и подготовительная активность была шире, чем реальная сеть услуг. В 2016 году ИСИМ провел оценку потребностей в восьми городах и регионах — Баку, Сумгайыте, Кубе, Шеки, Ленкорани, Гяндже, Гейчае и Ширване. В 2019 году ИСИМ провел семинары в Баку и в учреждениях, относящихся к Исмаиллы, Габале и Огузу; речь шла именно о повышении осведомленности и подготовке пилотного внедрения, а не о развёрнутой службе. [10]

Сельско-территориальный контекст делает проблему еще острее. ВОЗ отмечала, что в сельской местности первичная помощь в Азербайджане часто обеспечивается сельскими медицинскими пунктами, где работают **не врачи, а средние медработники**, обслуживающие примерно **500–1500 человек**, а удаленные сообщества испытывают трудности с доступом к помощи. Пилот ВОЗ в Шамахи улучшил потенциал **60 работников ПМСП** для населения около **106 000 человек**, а в 2023 году через Шамахинский центр обучения было проведено **348 часов** подготовки для **120 медработников**. Для паллиативной помощи это важно, потому что отсутствие домашних команд и госписов означает фактическую зависимость от качества именно ПМСП и ухода на дому. [11]

Доступ и справедливость для уязвимых групп формально поддерживаются лучше, чем фактически организованы. Закон о ВИЧ гарантирует бесплатную специализированную помощь и лекарства гражданам, постоянно проживающим лицам без гражданства и лицам, которым Азербайджан предоставил статус беженца. UNHCR также отмечает, что соискатели убежища, беженцы и лица под защитой UNHCR имеют доступ к экстренной медицинской помощи и были включены в категории, охватываемые обязательным медстрахованием без оплаты. Закон о здравоохранении дает внутренне перемещенным лицам право на бесплатное медицинское наблюдение в государственных учреждениях.

Но специальных паллиативных маршрутов для ВПЛ, беженцев и сельских пациентов не видно. [12]

Регион или группа регионов	Что документировано по паллиативной помощи	Текущий вывод
Баку	Республиканский центр по борьбе со СПИДом: стационарное отделение на 20 коек, паллиативный уход и поддержка; в 2019 году — выбранное пилотное учреждение для создания паллиативной службы. [3]	Единственный регион с публично документированной действующей площадкой; вероятный центр единственной специализированной службы страны
Исмаиллы, Габала, Огуз	В 2019 году местные учреждения включены в обучение по паллиативной помощи и этическим вопросам. [13]	Есть пилотная подготовка кадров, но нет открыто подтвержденных постоянных служб
Сумгайыт, Куба, Шеки, Ленкорань, Гянджа, Гёйчай, Ширван	Эти территории входили в национальную оценку потребностей 2016 года. [14]	Исследовательское покрытие было, но специализированные службы не подтверждены
Остальные регионы, включая Нахчыван и новые административные территории	Официальных открытых данных о хосписах, домашних командах или детских командах не найдено; ЕАРС фиксирует отсутствие географического охвата и домашних команд на национальном уровне. [15]	Существенный пробел данных и, вероятно, фактическое отсутствие организованной паллиативной сети

Кадры и образование

Общий кадровый базис здравоохранения у страны есть: на начало 2025 года в Азербайджане насчитывалось **35 233 врача** и **57 700 средних медработников**. Но паллиативная помощь **не выделена в самостоятельную кадровую вертикаль**. ЕАРС 2025 не нашел признанной специальности по паллиативной медицине, а профильная академическая база минимальна. [16]

Образовательная картина смешанная, но в целом слабая. По данным ЕАРС 2025, обязательное преподавание паллиативной помощи есть лишь в **1 из 2 медицинских школ** и **2 из 7 сестринских школ**, еще **5 из 7 сестринских школ** преподают тему лишь в составе других дисциплин; **полных профессоров** по паллиативной помощи нет. Атлас прямо отмечает нехватку комплексных программ подготовки, а оценка ИСИМ 2017 года указывала, что, кроме ограниченного числа часов в АМУ, отдельного модуля по паллиативной помощи и контролю боли фактически не было. [17]

Особенно показателен детский сегмент. В страновом профиле ADAPT для Азербайджана **82% врачей** сообщили об отсутствии доступа к паллиативной консультации в своей практике, **76%** — об отсутствии такой консультации тогда, когда она нужна детям с раком, **88%** не имели предыдущего образования по паллиативной помощи, а **94%** хотели бы получить больше обучения. Основными барьерами названы стоимость, ограниченный доступ и отсутствие помощи на дому. Это хорошо согласуется с общей картиной ЕАРС: детских специализированных команд нет. [18]

Показатель кадров и обучения	Значение	Интерпретация
Врачи в стране, 2025	35 233 [19]	Общий кадровый ресурс есть, но он не организован в паллиативную службу
Средние медработники, 2025	57 700 [19]	Потенциальная база для домашнего и первичного паллиативного ухода
Признанная специальность по паллиативной медицине	Нет [20]	Ключевой институциональный пробел

Медшколы с обязательным преподаванием	1 из 2 [21]	Недостаточно для системного покрытия
Сестринские школы с обязательным преподаванием	2 из 7 [21]	Слабая подготовка для ухода на дому
Профессора по паллиативной помощи	0 [21]	Низкая академическая устойчивость
Детские онкологи без предшествующего обучения по ПК	88% [22]	Острый пробел в постдипломной подготовке
Детские онкологи, желающие больше обучения	94% [22]	Высокая готовность системы к обучающим реформам

Лекарства, опиоиды и барьеры доступа

Именно лекарственное обеспечение остается самым узким местом. По данным EAPC 2025, среднее потребление опиоидов в Азербайджане в 2020–2022 годах составляло **30 S-DDD на миллион жителей в день**. Это выше, чем **11 S-DDD** в 2011–2013 годах по глобальному анализу Lancet, но по-прежнему на порядки ниже среднего по европейскому региону EAPC — **4959 S-DDD**. В литературе ВОЗ EMRO уровень ниже **200 S-DDD** рассматривался как признак неадекватного потребления; Азербайджан остается существенно ниже этого ориентировочного порога. [23]

Не лучше и ситуация с доступностью на первичном уровне. В визуальном профиле EAPC 2025 Азербайджан помещен в **самый низкий диапазон 0–10%** и по общей доступности лекарств от боли и паллиативной помощи, и по наличию немедленно высвобождающегося перорального морфина, и по наличию разных опиоидов в разных формах — как в городских, так и в сельских учреждениях первичной помощи. Текстовый комментарий атласа резюмирует это еще жестче: доступ к препаратам для боли и паллиативной помощи в Азербайджане ограничен, со значительными барьерами, связанными с доступностью опиоидов. [24]

Причины барьеров хорошо документированы в оценке ИСИМ 2017 года. Для назначения наркотических анальгетиков требуется **специальный рецепт**, а для стационарного применения — еще и дополнительный документ с подписью главного врача. По словам опрошенных врачей, получить специальную рецептурную форму для стационарного использования можно было только в **Центре СПИДа и Онкологическом центре**. В том же исследовании отмечалось, что инъекционный морфин доступен лишь ограниченно для онкологических пациентов; метадон в Азербайджане не используется как обезболивающее и применяется только как заместительная терапия в наркологической службе. Среди барьеров repeatedly назывались страх зависимости, проблемы импорта, слабая подготовка медработников, ограниченные финансовые возможности и жесткий контроль. [25]

Индикатор	Азербайджан	Сравнение или ориентир	Вывод
Потребление опиоидов, 2011–2013	11 S-DDD/млн/день [26]	—	Очень низкий исходный уровень
Потребление опиоидов, 2020–2022	30 S-DDD/млн/день [27]	Среднее по европейскому региону EAPC: 4959 [27]	Рост есть, но разрыв огромный
Условный порог «неадекватного» потребления в литературе ВОЗ EMRO	30 против <200 S-DDD порога [28]	<200 — признак неадекватности в региональной литературе	Азербайджан остается значительно ниже порога
Наличие немедленно высвобождающегося орального морфина на ПМСП	0–10% диапазон в городе и на селе [29]	WHO/evidence-based PC требует доступности основных препаратов на уровне ПМСП	Критически недостаточно

Назначение опиоидов	Спецрецепт и доп. санкционирование [30]	Хорошая практика — упрощенная и безопасная, а не карательно-ограничительная модель	Административный барьер
---------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

Данные, общественные установки и партнерства

Система данных по паллиативной помощи развита слабо. Закон о ВИЧ требует мониторинга и оценки по ВИЧ-сервисам, а Госкомстат регулярно публикует данные по кадрам, учреждениям и региональным показателям здравоохранения. Однако EAPC 2025 не обнаружил ни национальных индикаторов паллиативной помощи в плане/стратегии, ни национальных исследовательских конкурсов по теме, а публикационная активность описана как минимальная: за последние пять лет был найден лишь **один** рецензируемый материал с участием автора из страны. [31]

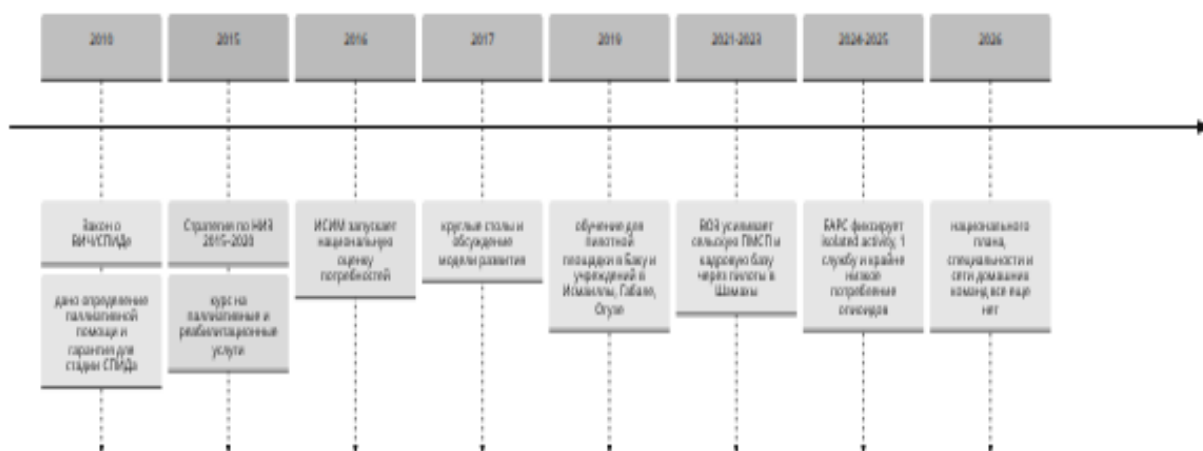
Общественные установки тоже важны. В исследовании ИСИМ 2016 года **34%** респондентов вообще не знали, что такое паллиативная помощь. Доклад отдельно подчеркивает, что в Азербайджане, как и во многих других культурах, открытое обсуждение смерти и умирания **не запрещено, но воспринимается неблагоприятно**, что может задерживать обращение за помощью. Одновременно семья остается центральным институтом ухода: **64%** опрошенных считали, что умирающему прежде всего нужны члены семьи, а **64,6%** родственников хотели бы иметь компетентного помощника для ухода дома. Духовная поддержка также рассматривается как часть модели: в составе мультидисциплинарной команды в докладе фигурируют священнослужители, а ИСИМ прямо подчеркивал значимость участия религиозных деятелей и социологов. При этом юридически документы о DNR/«не реанимировать» в стране фактически не имеют признанного статуса. [32]

Ключевой участник	Роль в паллиативной помощи	Что делает или делал
-------------------	----------------------------	----------------------

Министерство здравоохранения	Нормативное лидерство	Координировало стратегию НИЗ 2015–2020; через законы по ВИЧ и онкологии обеспечивает отдельные гарантии помощи. [33]
ИСИМ	Технико-методическая и образовательная роль	Оценка потребностей 2016–2017, круглые столы, обучение в Баку и регионах, мобильное приложение «Palliativ Yardım». [34]
Республиканский центр по борьбе со СПИДом	Практическая клиническая площадка	20-коечное стационарное отделение в Баку; паллиативная поддержка госпитализированных пациентов; сеть из 6 региональных лабораторий по ВИЧ. [35]
ВОЗ	Технический партнер	Правовая база в WHO platform; поддержка ПМСП и сельской кадровой модели, что важно для будущей домашней паллиативной помощи. [36]
UNHCR	Партнер по доступу уязвимых групп	Содействие включению беженцев в обязательное медстрахование и доступу к экстренной помощи. [37]
St. Jude Global и Eurasian Alliance in Pediatric Oncology	Академическое и адвокационное партнерство	ADAPT-оценка по детской паллиативной помощи, рекомендации по учебным программам и национальной политике. [22]
Open Society и IPCRC	Историческая международная адвокатура	Поддержка рабочей группы и разработки национальных руководств в 2009–2010 годах. [38]

Реформы, барьеры и практические рекомендации

История последних лет показывает, что Азербайджан **не начинал с нуля**, но до полноценной системы так и не дошел.



Эта траектория указывает на три главных вывода. Во-первых, у страны уже есть **политико-правовые зацепки** — ВИЧ, онкология, стратегия НИЗ, обязательное страхование, ПМСП. Во-вторых, провал находится не столько в признании проблемы, сколько в **операционализации**: нет тарифа, службы, домашней команды, назначения ответственного органа и упрощенного доступа к опиоидам. В-третьих, реформы следует строить не вокруг хосписа как единственной модели, а вокруг **домашней и первичной паллиативной помощи**, опираясь на семейных врачей, медсестер, социальную службу и цифровые инструменты. [39]

Направление	Практическая рекомендация
Политика и управление	Утвердить отдельную национальную концепцию/стратегию паллиативной помощи с индикаторами, ответственным

	подразделением в Минздраве и ежегодной отчетностью.
Финансирование	Ввести явную тарифную и бюджетную линию для паллиативной помощи в системе обязательного медстрахования: консультации, контроль боли, домашние визиты, расходные материалы, психологическая и социальная поддержка.
Модель услуг	Развернуть поэтапную сеть домашних мультидисциплинарных команд , начиная с Баку, Гянджи, Сумгайыта и по одному пилоту в каждой экономической зоне; стационарные койки использовать как поддерживающий, а не основной формат.
Лекарства	Упростить правила назначения опиоидов, расширить доступ к специальным рецептурным бланкам, гарантировать закупку и наличие немедленно высвобождающегося перорального морфина на уровне ПМСП и стационара.
Кадры	Признать паллиативную медицину как субспециальность или сертифицируемое направление; сделать обязательными модули по контролю боли, коммуникации и уходу в конце жизни для врачей и медсестер.
Дети	Создать детский паллиативный маршрут в онкологии и неврологии: консультативная команда, семейная поддержка, психолог, социальный работник, телеподдержка.
Данные	Включить в официальную статистику минимум четыре индикатора: число паллиативных пациентов, место смерти, обеспеченность опиоидами, число домашних визитов; создать реестр услуг и кадров.
Общественная осведомленность	Запустить кампанию на азербайджанском и русском языках о том, что паллиативная помощь — это не «отказ от лечения», а помощь в контроле симптомов и поддержке семьи; вовлекать религиозных деятелей и местные сообщества.

Главный риск для системы сегодня — продолжать считать паллиативную помощь «узкой» услугой для нескольких терминальных групп. На самом деле для Азербайджана она должна стать **сквозной функцией здравоохранения и социальной защиты**, особенно для онкологии, ВИЧ, неврологии, гериатрии и помощи на дому. Главный ресурс страны — уже существующие государственные структуры; главная задача — соединить их в рабочую модель. [40]

Пробелы данных и неопределенности: открытые источники не позволяют надежно установить точный адрес единственной специализированной службы, объем ее финансирования, региональное распределение паллиативных пациентов, фактические закупки морфина по годам и численность кадров, реально работающих в паллиативной помощи. Эти пробелы сами по себе являются важным выводом исследования. [41]

Литература

[1] [4] [8] [9] [15] [17] [20] [21] [23] [24] [27] [29] [41]

<https://www.unav.edu/documents/30448903/167090281/Azerbaijan.pdf/>

<https://www.unav.edu/documents/30448903/167090281/Azerbaijan.pdf/>

[2] [5] [12] [31] [36] [39] <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/law/AZE-AD-28-02-LAW-2010-aze-Law-Prevention-Treatment-HIV.pdf>

<https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/law/AZE-AD-28-02-LAW-2010-aze-Law-Prevention-Treatment-HIV.pdf>

[3] [35] <https://aids.az/2022/02/27/stasionar-mualic%C9%99-sob%C9%99si/>

<https://aids.az/2022/02/27/stasionar-mualic%C9%99-sob%C9%99si/>

[6] [40] <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/law/AZE-CC-37-02-LAW-1997-aze-Law-Protection-Public-Health.pdf>

<https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/law/AZE-CC-37-02-LAW-1997-aze-Law-Protection-Public-Health.pdf>

[7] [33] <https://sehiyye.gov.az/site/assets/files/1301/1645.pdf>

<https://sehiyye.gov.az/site/assets/files/1301/1645.pdf>

[10] [14] [25] [30] [32] [34] <https://isim.az/upload/File/docs/palliativ.pdf>

<https://isim.az/upload/File/docs/palliativ.pdf>

[11] <https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/primary-health-care-azerbaijan.eng.pdf>

<https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/primary-health-care-azerbaijan.eng.pdf>

[13] <https://isim.az/az/news-view/1273>

<https://isim.az/az/news-view/1273>

[16] [19] https://www.stat.gov.az/menu/6/statistical_yearbooks/source/healthcare_2025.pdf

https://www.stat.gov.az/menu/6/statistical_yearbooks/source/healthcare_2025.pdf

[18] [22] <https://global.stjude.org/content/dam/global/en-us/documents/adapt-reports/eurasia/en/Azerbaijan-ADAPT-Country-Report-English.pdf>

<https://global.stjude.org/content/dam/global/en-us/documents/adapt-reports/eurasia/en/Azerbaijan-ADAPT-Country-Report-English.pdf>

[26] https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2021/05/Availability_Lancet_Article_030216.pdf

https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2021/05/Availability_Lancet_Article_030216.pdf

[28] <https://www.emro.who.int/emhj-volume-28-2022/volume-28-issue-11/trends-in-pharmaceutical-opioid-consumption-in-the-who-eastern-mediterranean-region-20102019.html>

<https://www.emro.who.int/emhj-volume-28-2022/volume-28-issue-11/trends-in-pharmaceutical-opioid-consumption-in-the-who-eastern-mediterranean-region-20102019.html>

[37] <https://globalcompactrefugees.org/good-practices/mandatory-health-insurance-refugees-0>

<https://globalcompactrefugees.org/good-practices/mandatory-health-insurance-refugees-0>

[38] https://www.ipcrc.net/pdfs/Azerbaijan_OSF_Country_Visit_Report_Feb_24_10.pdf

https://www.ipcrc.net/pdfs/Azerbaijan_OSF_Country_Visit_Report_Feb_24_10.pdf