

Respons

Aserbajdsjan: Tilgang til helsetjenester

Problemstilling/spørsmål:

- Hvordan er kvaliteten på helsetjenester?
- Må man betale for helsetjenester?
- Blir bestemte grupper nektet behandling?

Kvaliteten på helsevesenet

Aserbajdsjan har siden midten av 1990-tallet hatt en stor økonomisk vekst, og skulle ha gode forutsetninger for et godt helsevesen. Men rikdommen er konsentrert på relativt få hender. Den internasjonale organisasjonen A (intervju i Baku, november 2009) mener at det ikke satses særlig mye på helsesektoren. Særlig blir det satset lite på forebyggende arbeid (intervju med en internasjonal organisasjon C i Baku, november 2009).¹ Ca. én prosent av BNP går til helsesektoren (Det svenske utenriksdepartementet 2008). WHO (2006) opplyser at i 2004 brukte regjeringen 2,9 % av budsjettet på helse. Aserbajdsjan er med det blant de tidligere sovjetrepublikkene som bruker minst på helse. Standarden på helsevesenet var lav så sent som på begynnelsen av 2000-tallet, og særlig var basishelsetjenesten forsømt (Landguiden u.å.). WHO (2006) hevder at primærhelsetjenesten er dårlig utbygd og at utstyr ofte er i en svært dårlig befatning. Noen steder mangler det vann og elektrisitet. Sekundærhelsetjenesten følger det sovjetiske mønsteret med et stort antall sykehus og senger. Mange mennesker blir behandlet på sykehus for sykdommer og lidelser som kunne blitt behandlet i primærhelsetjenesten. Liggetiden på sykehus er i gjennomsnitt mye lenger enn i vestlige land, og det er mange flere spesialister enn allmennpraktikere (Jakubowski & Arnaudov 2009). Den internasjonale organisasjonen B (intervju i Baku, november 2009) mener at arven fra Sovjet-tiden med å gjemme bort de syke og svake, henger igjen. Dessuten blir funksjonshemmede ofte utstøtt (intervju med internasjonal organisasjon C i Baku, november 2009).

¹ Forebygging mot HIV/AIDS har vært blant de forsømte områdene. Fremdeles er HIV/AIDS forbundet med et visst stigma, ifølge den internasjonale organisasjonen D Kunnskapen om AIDS-forebygging er lav (WHO 2006).

Flere av kildene Landinfo intervjuet i Baku i november 2009 mener helsevesenet ikke fungerer godt, og at det er særlig på landsbygda at det fungerer dårlig.

Helsevesenet er delt i to; en privat og en offentlig del. Det første private sykehuset ble åpnet i Nakitsjevan i 1998 (Landguiden u.å.). I dag er det flere store private selskaper som tilbyr diagnostisering og behandling på en rekke områder, både i og utenfor sykehus. Men staten eier fremdeles de fleste hospitaler (Jakubowski & Arnaudov 2009). Kildene Landinfo intervjuet i november 2009 var samstemte i at den beste behandlingen får man hos de privatpraktiserende. Men de er også de dyreste. Dersom man har nok av penger, går man ikke til den lokale offentlige legen, men til de private klinikkene (intervju med internasjonal organisasjon A, november 2009). De aller fleste har imidlertid ikke råd til å oppsøke de private klinikkene (Holley, Akhundov & Nolte 2004).

De internasjonale organisasjonene Landinfo intervjuet i november 2009 mener at standarden på behandlingen er rimelig god. Organisasjonen C ga imidlertid uttrykk for at selv den beste behandlingen i Aserbajdsjan ikke alltid er god nok. Mange med mye penger drar derfor utenlands, til blant annet Moskva og Iran, for å få den beste behandlingen.

Også den farmasøytiske sektoren ble etter uavhengigheten i 1991 i stor grad privatisert. I dag er de fleste apotek og farmasøytiske produksjonsbedrifter private. Det er Helsedepartementet som har det formelle styringsansvaret for sektoren. I tillegg til den regulerte statlige og private farmasøytiske virksomheten er det et stort grått eller svart marked for salg av medisiner. Det blir anslått at ca. 50 % av alle medisiner selges helt ukontrollert på dette markedet (Holley et al. 2004). Den farmasøytiske industrien er i praksis stort sett utenfor kontroll av myndighetene (WHO 2006). For øvrig er mesteparten av medisinene importerte (intervju med internasjonal organisasjon D, november 2009).

Aserbajdsjan er et gjennomkorrupt land. Det gjelder også innenfor utdanningen av helsepersonell. Det er fullt mulig å kjøpe seg en legetittel på samme måte som man kjøper seg et førerkort. De internasjonale organisasjonene Landinfo intervjuet i november 2009 er noe uenig i spørsmålet om det er mulig å kjøpe seg en legetittel uten overhodet å ha studert, eller om man i det minste må ha studert noe. Den internasjonale organisasjonen D er av dem som tviler på at det skal være mulig å kjøpe seg en legetittel dersom man ikke har noen kunnskaper og ferdigheter, men at det er mulig å kjøpe seg gode karakterer selv uten særlig medisinske kunnskaper. På den annen side mener den samme kilden at mange studenter ønsker seg kunnskap, for kunnskap er nødvendig for å kunne jobbe i det private. For øvrig hevder flere av de internasjonale organisasjonene at studentene må betale for nær sagt alt. Den internasjonale organisasjonen B kjenner til et tilfelle der en student måtte betale ca. 50 000 manat (ca. 350 000 kr.) for å få lov til å spesialisere seg. Ifølge den internasjonale organisasjonen A betaler man også for å få seg en jobb. Betalingen for å få en legejobb kan være på en årslønn.

Selv om kvaliteten i behandlingen kan variere, mener flere av de internasjonale organisasjonene Landinfo intervjuet i november 2009 at legenes kompetanse generelt sett er god. Den internasjonale organisasjonen B mener imidlertid det er et problem at flere leger har dårlige ferdigheter, og at mange pasienter ikke vet hvilken kompetanse legene egentlig har. Det er nok av leger, ifølge den internasjonale organisasjonen D. Landet eksporterer noen leger, og importerer praktisk talt ingen, ifølge samme kilde. Det skulle si noe om kvaliteten på utdanningsnivået ved det statlige universitetet. Samtidig vedgår den internasjonale

organisasjonen D at kvaliteten på utdanningen ikke er så god som i Vesten. Det svenske utenriksdepartementet (2008) på sin side mener at det er mangel på leger i landet.

Betaling for helsetjenester

Helsetjenester skal i prinsippet være tilgjengelig for alle. Det framgår også av konstitusjonens paragraf 41 (Holley et al. 2004). Men i virkelighetens verden er det stor forskjell på tilgjengeligheten avhengig av bosted (intervju med internasjonal organisasjon D, november 2009).

Fram til 1994 skulle det offentlige dekke alle former for utgifter til helsetjenester. Da ble det innført en egenandel på visse spesialisthelsetjenester. I 1998 ble ordningen utvidet til å bli en mer allmenn ordning med egenandeler, men fremdeles skal en rekke grupper være unntatt fra betaling. Dette gjelder blant andre barn, tenåringer, studenter, gravide, invalide og pensjonister. Bortsett fra for internflyktninger og flyktninger, er fattigdom i seg selv ikke et kriterium for å slippe den formelle egenbetalingen. Men det antas at folk som ikke har råd til den formelle egenandelen, slipper å betale denne. Det utelukker imidlertid ikke at de fattige i praksis kan bli avkrevd uformell betaling (Holley et al. 2004). Ifølge "Law on Protection of Health of the Population" skal det være gratis å få behandling for en rekke sykdommer, som for eksempel malaria, diabetes og tuberkulose.² Psykologisk behandling av familieproblemer skal også være gratis.³ En rekke vaksiner skal også fortsatt være gratis (Holley et al. 2004).

En av grunnene til innføringen av egenandel var å komme systemet med såkalt under-bordet-betaling til livs. For til tross for prinsippet om gratis behandling hadde folk i stor grad måttet betale for tjenester. Men systemet med formell egenbetaling førte ikke til at "under-bordet-betaling" opphørte. De internasjonale organisasjonene Landinfo intervjuet i november 2009 er enige om at i praksis må alle regne med å måtte betale for enhver form for behandling, medisiner, utstyr, osv., også i de tilfellene der det etter loven skulle være gratis. Ifølge det svenske utenriksdepartementet (2008) er det høy grad av "uformelle avgifter". Medisiner og annet som pasienten selv må betale for, er dyrt. En undersøkelse fra 2001 (Holley et al. 2004) viste at en av tre husholdninger ikke hadde benyttet seg av nødvendige helsetjenester fordi det var for dyrt. Blant de fattige var andelen 40 %. Prisnivået på den formelle egenbetalingen er slik at de aller fleste har råd til å betale. Men systemet med det lave antall allmennpraktikere gjør at folk ofte må gå til flere spesialister før man får nødvendig behandling. For hver ny konsultasjon må man regne med å måtte betale både formell og uformell egenandel, noe som igjen kan føre til økonomiske problemer.

Uformell betaling foregår i alle ledd og på alle nivåer i helsevesenet. Betalingssystemet er et system i seg selv med egen struktur og regler, og er likt for alle. De internasjonale organisasjonene Landinfo intervjuet i november 2009 er ikke helt samstemte i spørsmålet om

² Dødsraten på grunn av tuberkulose er rundt 10 ganger høyere i Aserbajdsjan enn gjennomsnittet for europeiske land (WHO 2006). Ifølge den internasjonale organisasjonen A er tuberkulose utbredt i fengsler (intervju i Baku, november 2009). U.S. Departement of State (2010) hevder at tuberkulose er den viktigste dødsårsaken blant de innsatte.

³ Hva gjelder psykisk helse opplyser kildene at det ikke lenger er tabu å snakke om psykiske sykdommer. Den internasjonale organisasjonen D (intervju i Baku, november 2009) mener imidlertid at det fremdeles er forbundet med et visst stigma, og at det er visse fordommer i samfunnet i forhold til psykiske helseproblemer.

uformell betaling er vanlig i akutte tilfeller. Organisasjonen A hevder at selv ved livstruende situasjoner må man betale for å få behandling, men er usikker på om pasienten må dokumentere betalingsevne før behandling gis i slike tilfeller. Ifølge organisasjonen B vil helsepersonalet ved akutt behandling gå til familien til pasienten for å sikre seg betaling. Organisasjonen D på sin side hevder at ved livstruende situasjoner er behandlingen gratis i statlige sykehus, med mulig unntak for rehabiliteringsfasen.

Systemet med uformell betaling gjelder uavhengig av om pasienten har frivillig helseforsikring eller ikke. I praksis er det svært få som er forsikret (intervju med den internasjonale organisasjonen D, november 2009). Muligheten til å forsikre seg ble innført i 1995. I 2004 var det bare 0,1 % av befolkningen som hadde slik forsikring. Forsikring er svært kostbart (Holley et al. 2004).

Den høye graden av uformell egenbetaling kan ha sammenheng med at lønningene i helsesektoren er lave (Utrikesdepartementet 2008; WHO 2006). Det blir derfor lett et marked for denne form for egenbetaling. Men systemet med uformell egenbetaling er noe som gjør seg gjeldende på svært mange områder i Aserbajdsjan, til dels uavhengig av lønnsnivået (U.S. Department of State 2010).

Kildene er ikke samstemte med hensyn til forholdet mellom betalingstilfellene og gratistilfellene, og med hensyn til størrelsen på betalingen. Den internasjonale organisasjonen D (intervju, november 2009) hevder at det har vært en nedgang i betalingstilfellene. Nedgangen skyldes blant annet større statlige overføringer til sykehusene. Organisasjonen C på sin side kjenner ikke til at det skulle ha vært en slik nedgang, mens organisasjonen B hevder at folk nå må betale mer enn tidligere. C er den eneste blant de internasjonale organisasjonene som vil anslå noe tall for forholdet mellom betalingstilfellene og gratistilfellene. 60 % av inntektene til de offentlige legekantorene og institusjonene kommer i form av *out of pocket*. Holley et al. (2004) hevder at summen av de formelle og uformelle betalingene står for mellom 50 og 60 % av kostnadene i det offentlige helsevesenet.

Blir bestemte grupper nektet behandling?

Ingen av de internasjonale organisasjonene Landinfo intervjuet i november 2009 kjenner til at bestemte sosiale grupper blir nektet behandling fordi myndighetene av en eller annen grunn måtte mislike dem. Kildene kjenner heller ikke til diskriminering av politisk opposisjonelle eller etniske grupper innenfor helsevesenet. Alle må i praksis regne med å måtte betale for behandling.

Det er imidlertid kjent at bloggeren Adnan Hajizade, som ble dømt til to års fengsel for hooliganisme i november 2009, ikke har fått nødvendig medisinsk behandling i fengselet (intervju med politisk analytiker i Baku, november 2009).

De internasjonale organisasjonene B og C påpeker at folk kan bli nektet behandling på grunn av manglende bostedsregistrering. Det er en stor andel uregistrerte i Baku. De uregistrerte må i prinsippet reise til hjemstedet for å få behandling.

Det var ikke kjent for noen av kildene Landinfo intervjuet at leger har mistet jobben fordi de har behandlet personer som myndighetene misliker.

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) skal som faglig uavhengig enhet innhente og analysere informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet, Utlendingsnemnda og Justis- og politidepartementet til enhver tid har behov for kunnskap om for å kunne løse sine oppgaver. Landinfos rapporter og temanotater er basert på opplysninger fra både offentlige og ikke offentlige kilder. Opplysningene er innsamlet og behandlet i henhold til kildekritiske standarder. Kilder som av ulike grunner ikke ønsker å bli offentliggjort, er ikke nevnt ved navn.

En respons er et svar på konkrete spørsmål og problemstillinger som saksbehandlere i utlendingsforvaltningen har stilt Landinfo. Responser er ikke ment å være utfyllende redegjørelser for et tema eller et spørsmål, men skal gi svar på de konkrete spørsmålene som er stilt, og ellers inneholde det som til enhver tid trengs av bakgrunnsinformasjon.

Opplysningene som blir lagt fram i responsene, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Landinfos responser er heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som responsene omhandler.

Referanser

Skriftlige kilder

- Holley, J., Akhundov, O. & Nolte, E. (2004). *Health Care Systems in Transition. Azerbaijan*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2004. Tilgjengelig fra <http://www.euro.who.int/Document/E84991.pdf> [lastet ned 22. mars 2010]
- Jakubowski, E. & Arnaudov, A. (2009). *10 Health Questions about the Caucasus and Central Asia, Azerbaijan*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Tilgjengelig fra http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090826_1 [lastet ned 18. mars 2010]
- Landguiden. *Azerbajdzjan: Sociala förhållanden*. Stockholm: Utrikespolitiska Institutet. [Elektronisk abonnementstjeneste, informasjon hentet 10. mars 2010]
Tilgjengelig i Landdatabasen under Aserbajdsjan / Bakgrunn.
- U.S. Department of State (2010). *2009 Human Rights Report: Azerbaijan*. Washington, DC: U.S. Department of State. Tilgjengelig fra <http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2009/eur/136020.htm> [lastet ned 19. mars 2010]
- Utrikesdepartementet (2008). *Mänskliga rättigheter i Azerbajdzjan 2007*. Stockholm: Utrikesdepartementet/Regeringskansliet. Tilgjengelig fra http://www.manskligarattigheter.gov.se/dynamaster/file_archive/080325/60d786a18ae5805f99c060820498cda2/Azerbajdzjan.doc [lastet ned 18. februar 2010]
- WHO, dvs. World Health Organization (2006). *Country Cooperation Strategy at a glance. Azerbaijan*. Tilgjengelig fra http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_aze_en.pdf [lastet ned 18. mars 2010]

Respons Aserbajdsjan: Tilgang til helsetjenester

Muntlige kilder

- A. Internasjonal organisasjon. Møte i Baku 18. november 2009.
- B. Internasjonal organisasjon. Møte i Baku 19. november 2009.
- C. Internasjonal organisasjon. Møte i Baku 19. november 2009.
- D. Internasjonal organisasjon. Møte i Baku 18. november 2009.
- Politisk analytiker. Møte i Baku 21. november 2009.

© Landinfo 2010

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Landinfo er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov.