

Krzysztof Korzeniewski

CHARAKTERYSTYKA ARABSKIEJ SŁUŻBY ZDROWIA NA PRZYKŁADZIE LIBANU

Wojskowy Instytut Medyczny, Zakład Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni
Kierownik: Romuald Olszański

W pracy przedstawiono charakterystykę arabskiej służby zdrowia na przykładzie Libanu, jednego z krajów Bliskiego Wschodu. Z jednej strony jest to region atrakcyjny turystycznie, z drugiej zaś mamy do czynienia z eskalacją konfliktów zbrojnych w poszczególnych krajach arabskich i muzułmańskich. W tej sytuacji informacja na temat stanu opieki zdrowotnej krajów, w których panuje niestabilna sytuacja polityczna i militarna, będących miejscem czasowego pobytu, staje się koniecznością.

Słowa kluczowe: służba zdrowia, Liban, Bliski Wschód
Key words: health service, Lebanon, the Middle East

WSTĘP – ORGANIZACJA PAŃSTWOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Państwowa służba zdrowia, która funkcjonowała zanim Liban stał się niepodległą republiką w 1943 r., uległa reorganizacji w 1953 r. Jej działalnością kieruje Ministerstwo Zdrowia Publicznego, którego polityka jest realizowana przez departamenty zajmujące się opieką zdrowotną, służbami technicznymi i administracją. Do zadań departamentów należą:

- 1) kontrola chorób związanych z migracją ludności (komunikacyjnych),
- 2) nadzorowanie opieki nad matką i dzieckiem, oświata zdrowotna, opracowanie statystyk dotyczących zapadalności, chorobowości, umieralności i śmiertelności w kraju,
- 3) nadzór nad inżynierią sanitarną,
- 4) kontrola laboratoriów i badań laboratoryjnych,
- 5) kontrola służb nadzoru sanitarnego i epidemiologicznego,
- 6) nadzór nad lokalnymi ośrodkami zdrowia, opieką pielęgniarską (środowiskową), licencjami personelu medycznego (prawo wykonywania zawodu),
- 7) nadzór nad aptekami i środkami farmaceutycznymi, w tym narkotykami (1,2,3).

Przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia Publicznego w terenie są mobilne zespoły składające się z lekarza, pielęgniarki i sanitariusza, które realizują zadania postawione przez Ministerstwo w każdym z „czasz”, czyli dystryktów, na które kraj jest podzielony. Do ich obowiązków należy przygotowywanie raportów epidemiologicznych dotyczących zachorowań i zgonów w nadzorowanej populacji. Ponadto podlegają im szczepienia, nadzór sanitarny i epidemiologiczny (badanie wody i żywności, likwidacja ognisk zakażenia), opieka

nad zdrowiem matki i dziecka. Siedziby zespołów mobilnych zlokalizowane są w Tripoli dla Libanu Północnego, w Saidzie dla Libanu Południowego, w Baabda dla Gór Libanu i w Zahle dla Doliny Bekaa. Miasto Bejrut ma miejski departament zdrowia, który nie jest podporządkowany Ministerstwu, ale działa z nim w ścisłej kooperacji (4).

Z Ministerstwem Zdrowia Publicznego ściśle współpracują różne instytucje i organizacje, które finansują funkcjonowanie publicznej służby zdrowia w Libanie, np. YMCA (Young Man Christian Association), zapewniające leki dla chorych na schorzenia przewlekłe poprzez 300 ośrodków zdrowia, UNFPA (United Nations Fund for Population Activities), dostarczające bezpłatnie środki antykoncepcyjne i materiały edukacyjne do planowania rodziny, a także UNICEF (United Nations Children's Fund), zapewniający bezpłatnie szczepionki dla dzieci (3).

PLACÓWKI SŁUŻBY ZDROWIA

Przychodnie. Podstawowa i specjalistyczna opieka zdrowotna w lecznictwie otwartym jest realizowana przez 164 przychodnie państwowe oraz 511 prywatnych przychodni i klinik. Te ostatnie prowadzone są przez ponad 250 prywatnych organizacji, z których każda funkcjonuje według własnych standardów, z niewielką kooperacją pomiędzy poszczególnymi ośrodkami zdrowia i bez jakiegokolwiek rządowej kontroli i uregulowań prawnych. Brak organizacyjnej stabilizacji jest swoistym fenomenem prywatnych klinik i przychodni, które otwierają się i zamykają każdego roku. Brak rządowych uregulowań i kontroli działalności placówek medycznych oraz istotna rola dużej liczby prywatnych organizacji działających na polu służby zdrowia, spycha państwową służbę zdrowia na margines w libańskiej podstawowej opiece zdrowotnej. Jakość usług nie jest ujednoczona we wszystkich ośrodkach zdrowia, różni się nawet pomiędzy poszczególnymi ośrodkami w tym samym regionie. Libańskie przychodnie można sklasyfikować według 3 kategorii:

1. Przychodnie, w których lekarz pracuje tylko kilka godzin w określone dni tygodnia, pomoc medyczna jest realizowana na minimalnym poziomie, bez zapewnienia opieki całodobowej.
2. Przychodnie czynne codziennie, z całodobową opieką lekarzy rodzinnych, pediatrów i przez pewną liczbę lekarzy specjalistów przyjmujących w ograniczonym zakresie.
3. Przychodnie, które zapewniają wieloprofilową opiekę specjalistyczną, na którą składa się zarówno leczenie, jak i profilaktyka (4-6).

Szpitalne. Rola sektora publicznego jest bardziej widoczna w systemie lecznictwa zamkniętego niż w lecznictwie otwartym. W Libanie jest 155-185 szpitali, w tym 37 to centra do leczenia chorób przewlekłych (m.in. 5 ośrodków specjalistycznych leczenia gruźlicy, finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego) (Tab. I). Zakres bezpłatnej pomocy medycznej oferowanej przez szpitale państwowe ogranicza się do oddziałów chorób wewnętrznych, położnictwa i „małej” chirurgii, co prowadzi do sytuacji, w której pacjenci są zmuszeni odpłatnie korzystać z prywatnego lecznictwa zamkniętego.

Na pokrycie kosztów leczenia szpitalnego pacjentów nieposiadających ubezpieczenia, leczących się w szpitalach prywatnych przeznaczony jest 80% budżetu Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Mimo rządowych dopłat większość pacjentów szpitali prywatnych musi płacić dodatkowo za gwarancję właściwego leczenia. Wysokie koszty leczenia powodują wytworzenie bariery w dostępie do świadczeń zdrowotnych uboższych grup społeczeństwa libańskiego.

Tabela I. Rozmieszczenie publicznych i prywatnych szpitali w poszczególnych regionach kraju oraz szacunkowa liczba łóżek szpitalnych

Table I. Distribution of public and private hospitals in the individual regions of the country and estimated number of hospital beds

Region (Mohafazat)	Liczba szpitali		Liczba łóżek		Całkowita liczba łóżek	Liczba ludności regionu	Liczba łóżek na 1000 osób
	publicz- nych	prywat- nych	w szpita- lach publicz- nych	w szpita- lach prywat- nych			
Bejrut	1	33	17	2348	2365	407 403	3,34
Góry Libanu	3	44	125	2401	2526	1145 458	2,11
Liban Północny	4	20	215	998	1213	670 609	1,68
Dolina Bekaa	4	20	200	838	1038	399 890	2,31
Liban Południowy	6	23	301	1274	1575	488 468	2,92
Ogółem	18	140	858	7859	8717	3 200 000	2,7

W większości szpitali publicznych jest 70-75 łóżek (40-45 na terenach wiejskich). Te małe, publiczne ośrodki leczenia zamkniętego nie spełniają funkcji leczniczej w przypadkach ostrych chorób i urazów, lecz raczej prowadzą długoterminową opiekę medyczną. Pomiędzy sektorem publicznym a prywatnym istnieje olbrzymia przepaść na korzyść tego drugiego. Lekarze pracujący na części etatu w szpitalach publicznych lub przychodniach kierują swoich pacjentów z sektora publicznego do własnych, prywatnych ośrodków celem dalszego leczenia. Grupy lekarzy i pracowników służby zdrowia sektora prywatnego posiadają swoje własne szpitale (2,3,7).

APTEKI I RYNEK LEKÓW

Wysokie ceny leków są kolejnym czynnikiem ograniczającym dostęp do opieki zdrowotnej, zwłaszcza uboższych warstw społeczeństwa. Szacuje się, że wydatki na leki stanowią ponad 40% wszystkich wydatków poniesionych na służbę zdrowia (prywatną i państwową). Badania Fundacji Narodowego Ubezpieczenia Społecznego wykazały, że 60% środków finansowych jest przeznaczanych na refundację leków wypisywanych przez lekarzy na receptach, niemających klinicznego uzasadnienia. Inne badania wykazują, że znaczna część społeczeństwa konsumuje znacznie więcej leków, niż ich potrzebuje z medycznego punktu widzenia, z kolei wielu pacjentów z uboższych warstw społeczeństwa nie może sobie pozwolić na kupno najbardziej potrzebnych środków farmaceutycznych. Utrata rządowej kontroli nad przemysłem farmaceutycznym jest spowodowana faktem, że spośród po-

nad 700 aptek funkcjonujących w Libanie, mniej niż 50% ma licencję, a wiele z nich nie zatrudnia farmaceutów. Oficjalna liczba leków zarejestrowanych w Libanie jest zdecydowanie niższa od całkowitej liczby leków stosowanych na terenie kraju (2,3,8).

RYNEK UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

Upadek państwowego systemu opieki zdrowotnej jest kolejnym czynnikiem ograniczającym dostęp do służby zdrowia. Ubezpieczenie pracowników w Libanie jest realizowane przez 4 rodzaje ubezpieczalni:

1. Fundacja Państwowego Ubezpieczenia Społecznego, która nadzoruje ubezpieczenia zdrowotne, ubezpiecza pracowników sektora prywatnego. W ramach w/w ubezpieczenia przysługuje 70% zwrotu kosztów leków i 80-100% kosztów leczenia.

2. Kooperacja Pracowników Państwowych jest przeznaczona dla pracowników sektora państwowego.

3. Służba Zdrowia Sił Zbrojnych oferuje osłonę medyczną dla personelu wojskowego i ich rodzin.

4. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Biuro Rozwoju Publicznego są odpowiedzialne za osłonę bezrobotnych, najbardziej potrzebujących mieszkańców miast i wsi.

Istnieją również prywatne ubezpieczenia przeznaczone dla tych, których stać na ich wykupienie oraz tych, którzy chcą sobie mieć dodatkowe świadczenia zdrowotne, nieujęte w koszyku świadczeń refundowanych przez ubezpieczalnie (1,3).

PERSONEL SŁUŻBY ZDROWIA

W Libanie pracuje od 8250 do 9500 lekarzy, co stanowi 2,1-2,4 na 1000 mieszkańców (wskaźnik ten jest wyższy, niż w niektórych krajach wysoko uprzemysłowionych). Rocznie przybywa 250 lekarzy, kończących studia medyczne w Libanie, ale dodatkowa imigracja z zagranicy powoduje, że ogółem rocznie przybywa około 500 nowych lekarzy. Liczba lekarzy należących do the Lebanese Order of Physicians in Beirut (do stowarzyszenia tego należy 75-80% lekarzy) wzrasta od 1993 r. o 9% rocznie, podczas kiedy wskaźnik przyrostu ludności kraju wzrasta o 1,5-2% rocznie. Około 2/3 lekarzy to specjaliści, wśród których dominują ginekolodzy położnicy (12,7%), chirurdzy ogólni (12,6%) i pediatrzy (12,0%). Spośród lekarzy ogólnych (general practitioners) tylko 60-100 jest wyspecjalizowanych w medycynie rodzinnej. Większość lekarzy ogólnych nie odbywa stażu specjalizacyjnego po ukończeniu studiów. Zupełnie inaczej przedstawia się sytuacja z zatrudnieniem personelu średniego. W Libanie pracuje około 3500 pielęgniarek i pomocy pielęgniarstwa, co stanowi wskaźnik zaledwie 1 na 1000 mieszkańców. Niedobory pielęgniarek są notowane zwłaszcza poza Bejrutem i w szpitalach publicznych (1,2,9).

STRATEGIA ROZWOJU LIBAŃSKIEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Wszyscy obywatele Libanu mają prawo do podstawowej opieki zdrowotnej, a rząd, razem z prywatnymi organizacjami charytatywnymi (w większości religijnymi), usiłuje kierować większością służb medycznych, kładąc nacisk na zapewnienie opieki medycznej Libańczykom znajdującym się w najtrudniejszej sytuacji materialnej. Wydaje się jednak, że działania rządu w tym zakresie są bardzo nieudolne. Tym bardziej cenna i ważna jest pomoc

humanitarna świadczona najbardziej potrzebującym przez różne organizacje międzynarodowe. Długofalowa pomoc humanitarna płynie ze strony Tymczasowych Sił Zbrojnych Organizacji Narodów Zjednoczonych (UNIFIL) stacjonujących na południu Libanu. Sądząc po liczbie udzielanych świadczeń przez służbę zdrowia UNIFIL, pomoc humanitarna najuboższej ludności libańskiej jest cennym uzupełnieniem działalności niewydolnej państwowej służby zdrowia.

Wojna domowa w Libanie miała istotne konsekwencje zarówno dla publicznej, jak i prywatnej służby zdrowia. Rola rządu, w tym Ministerstwa Zdrowia, znacznie się zmniejszyła a prywatny sektor stał się głównym źródłem finansowania i rozwoju służby zdrowia. Gdy w 1991 r. kończyła się wojna, sektor służby zdrowia zaczął borykać się z wieloma problemami: dezorganizacją w Ministerstwie Zdrowia, dużymi wydatkami związanymi z jego obsługą, brakiem kontroli nad rozwojem prywatnego sektora w stosunku do stagnacji w publicznej służbie zdrowia, niskim poziomem świadczeń w systemie podstawowej opieki zdrowotnej, zmianą profilu demograficznego (populacja ludności chrześcijańskiej zmniejszyła się, w związku z dużą emigracją w czasie wojny, natomiast populacja ludności muzułmańskiej, zwłaszcza odłamu szyickiego zwiększyła się znacznie, co było i jest związane z niekontrolowanym wzrostem urodzeń i brakiem systemu planowania rodziny) (8, 10, 11, 12). W odpowiedzi na te problemy, w 1993 r. rząd przygotował strategię rozwoju służby zdrowia. Najważniejszymi elementami tej strategii były: wiodąca rola Ministerstwa Zdrowia, ograniczenie wydatków administracyjnych oraz rozwój sektora publicznego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i lecznictwa zamkniętego. Po kilku latach stało się jasne, że wiele problemów nie zostało rozwiązanych. W rzeczywistości sytuacja w publicznej służbie zdrowia pogorszyła się, mimo że wydatki na ochronę zdrowia w ostatnich latach wciąż rosły. W latach 1997-1999 Liban wydał ok. 10-11% produktu krajowego brutto na służbę zdrowia. Jest to poziom porównywalny z wydatkami w krajach wysoko uprzemysłowionych. Jednakże stan opieki zdrowotnej znajduje się znacznie poniżej przeciętnej w stosunku do poniesionych kosztów, a niski poziom usług świadczonych w podstawowej opiece zdrowotnej praktycznie się nie zmienia (2, 10).

PODSUMOWANIE

1. W Libanie brak jest wiarygodnych informacji o zachorowaniach i zgonach w populacji kraju. Brak jest także rzetelnych informacji na temat infrastruktury służby zdrowia (szpitali, przychodni).

2. Brak jest w Libanie funkcjonalnego systemu państwowej opieki zdrowotnej na szczeblu podstawowym. Standard świadczonych usług medycznych często jest na bardzo niskim poziomie. Profilaktyka i promocja zdrowia w tych ośrodkach sprowadza się głównie do szczepień ochronnych niemowląt i dzieci.

3. Występuje nierównomierny rozdział środków finansowych na służbę zdrowia. Są one kierowane głównie na dotowanie leczenia w sektorze prywatnego lecznictwa zamkniętego (90% przyznanego budżetu) na czym cierpi uboga część społeczeństwa, korzystająca ze świadczeń na szczeblu podstawowym w bardzo ograniczonym zakresie.

4. Ocenia się, że ubezpieczenie zdrowotne jest dostępne dla 2/3 populacji kraju. Ubezpieczona w prywatnych ubezpieczalniach, które reprezentują bogatszą część społeczeństwa jest 10 do 15% populacji. 50% populacji jest ubezpieczona przez Social Security Fund (dla

prywatnego sektora pracowników), the Government Civil Servants Cooperation, the Army Health Insurance, the Internal Security Forces Insurance i the Beirut Municipality Insurance.

5. Pozarządowe organizacje (NGO's – Non Governmental Organizations) odgrywają ważną rolę w zapewnieniu opieki zdrowotnej dla całej populacji kraju. Większość z tych organizacji jest dotowana finansowo przez polityczne lub religijne ugrupowania, których członkowie korzystają z opieki zdrowotnej w tych ośrodkach. Ich rola sprowadza się głównie do działań profilaktycznych (szczepienia, opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą szkolną oraz oświata zdrowotna).

6. Leczenie pacjentów opiera się na pracy lekarzy specjalistów pełniących dyżury według ustalonego harmonogramu (2-3 godziny dziennie w określonych dniach tygodnia. Lekarze rodzinni nie są dostępni na zasadzie 24-godzinnych dyżurów, ale przez kilka godzin dziennie.

7. Żadne dane statystyczne nie są wysyłane do Ministerstwa Zdrowia. Miesięczne raporty składane w centralach NGO's zawierają jedynie liczbę przyjętych pacjentów, nie zawierają natomiast informacji na temat rozpoznań klinicznych chorób i urazów.

8. Nie wszystkie ośrodki zdrowia NGO's zatrudniają wśród personelu medycznego dyplomowane lub licencjonowane pielęgniarki. Często zatrudniane są osoby bez wykształcenia medycznego.

9. Opieka stomatologiczna oraz badania laboratoryjne i radiologiczne w ośrodkach NGO's realizowane są na bardzo niskim poziomie, dlatego też pacjenci, których na to stać, korzystają odpłatnie z prywatnych placówek służby zdrowia.

10. Lekarze praktykują w swoich prywatnych klinikach, w NGO's lub publicznych przychodniach, które znajdują się w większości małych miejscowości. Małe odległości pomiędzy miejscowościami powodują, że ludność libańska ma łatwy dostęp do placówek służby zdrowia. Jednak biednej części społeczeństwa, zwłaszcza na południu kraju nie stać nie tylko na płatny transport medyczny, ale również na hospitalizację i ponadstandardowe świadczenia w leczeniu otwartym, które są również płatne.

11. Wiele cech libańskiego systemu opieki zdrowotnej, jaki występuje w chwili obecnej, w znaczący sposób ogranicza dostęp Libańczyków do korzystania z opieki zdrowotnej.

K Korzeniewski

THE ARAB HEALTH SERVICE PROFILE ON LEBANON EXAMPLE

SUMMARY

The Arab health service profile on Lebanon example, one of the Middle East countries is presented in this article. Nowadays the world becomes a global village, a free flow of people appears, who travel professionally as well as touristically. In situations of health and life hazards, in cases of diseases and injuries caused by traumas arisen in foreign countries it seems to be important to get to know problems concerning a health service condition in the region of the world being a place of work or rest. For a long time region of the Middle East have been situated in the center of interests of the world public opinion. On the one hand it is an attractive place because of tourist reasons, on the other hand take place an escalation of military conflicts in individual Arab and Muslim countries. Because of this situation permanent information on the subject of health care status in the countries of temporary stay where occurs unstable political and military situation it seems to be a necessity.

PIŚMIENNICTWO

1. Ayas H.M. The Health Care System in Lebanon, Ministry of Health, 1991.
2. Health Sector in Lebanon. Issues and Prospects, The World Bank, Human Development Group, Middle East and North Africa, 2000.
3. Mroueh A., Kronfol N. Health Care in Lebanon, East Mediterranean Regional Office, World Health Organization, Lebanon, Beirut 1985.
4. Patrow F. The Primary Health Care in Lebanon, Strategy 1993-1996, Lebanon, Beirut 1993.
5. Armenian H.K. Epidemiology of Primary Health Problems in Beirut, Journal of Epidemiology – Community – Health 1989;43(4):315-318.
6. The United Nations Development Program (UNDP) Study. The Lebanese Economy, Lebanon, Beirut 1988.
7. Abdo J. Hospital and Heavy Medical Technology Utilization in Lebanon, Ministry of Health, 1994.
8. Hamdan K. Lebanon 1987 – The Rapid Deterioration of the Economic and Social Situation. Together for Man's Sake, Secours Populaire Libanais Publication, 1988;1.
9. Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000. Seventh report on the world health situation. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean Region, 1987;6.
10. Fisher W.B. Lebanon – physical and social geography, The Middle East and North Africa, London: Europa Publications Limited, 42nd edition, 1996; 660-707.
11. Kharrat N. Report of the Secretariat of Health Affairs to the Third National Conference of Secours Populaire Libanais, Beirut 1990;4-6.
12. The Ministry of Health and Social Affairs (MHSA) and UNICEF Survey. The Infant Mortality Rate (IMR) National Survey, Lebanon, Beirut 1990.

Otrzymano: 16.06.2004 r.

Adres autora:

Dr n. med. Krzysztof Korzeniewski
Wojskowy Instytut Medyczny
Zakład Medycyny Morskiej i Tropikalnej
ul. Grudzińskiego 4
81-103 Gdynia 3
tel. (58) 626 65 23
e-mail: kkorzeniewski@poczta.onet.pl