

Raport z polskiej strefy 2003: Ochrona zdrowia w Iraku

Autor tekstu: **oprac. Jarosław Gučia**

Ministerstwo Spraw Zagranicznych

Raport — Irak

Strefa Środkowo-Południowa

Babilon — Warszawa, Lipiec 2003 r.

7.1. Problemy na dziś

Z zebranych informacji wynika, że większość irackich szpitali i przychodni funkcjonuje. Działają jednak w ograniczonym zakresie. Przyczyny:

- * brakuje w nich sprzętu medycznego oraz wyposażenia szpitalnego. Stanowi to efekt wieloletniej dewastacji oraz rabunków sprzed kilku miesięcy;

- * brakuje specjalistów. Lekarzy i wykwalifikowanego personelu medycznego jest zbyt mało w stosunku do potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Tym, którzy pracują niejednokrotnie brak wiedzy na temat najnowszych osiągnięć medycyny — to efekt izolacji, w jakiej przez lata tkwił Irak;

- * szpitalom brakuje pieniędzy, by wypłacać regularnie pensje.

Problemy z zapewnieniem opieki zdrowotnej dla mieszkańców Iraku nie zaczęły się w czasie wojny. Przez lata, pomimo że finansowanie ochrony zdrowia było częścią programu „Ropa za żywność”, poziom usług był niższy od regionalnych standardów w krajach sąsiednich. Większość, bowiem środków było przeznaczanych na kartkowy system racjonowania żywności. Ponadto Komitet Sankcji ONZ nie zatwierdzał wielu kontraktów na dostawy sprzętu i środków medycznych, obawiając się ich podwójnego wykorzystywania tj. dla potrzeb armii, czy też produkcji bojowych środków chemicznych i biologicznych.

Świadectwem skali zapóźnień są podstawowe wskaźniki: śmiertelność noworodków w Iraku wynosiła ok. 120 na 1000 (dane za rok 2001). W krajach sąsiadujących wskaźnik ten wynosił 30-40/1000 żywych urodzeń. Średnia długość życia wynosiła 50 lat, tymczasem w sąsiedniej Turcji była o 10 lat dłuższa.

W latach 90. nastąpił duży odpływ wykwalifikowanego personelu z placówek medycznych. O połowę zmniejszyła się liczba absolwentów szkół medycznych.

Problemem są nadal skutki centralistycznego zarządzania ochroną zdrowia przed operacją „Wolność dla Iraku”. W czasach dyktatury S. Husajna Ministerstwo Zdrowia bezpośrednio kierowało procesem kształcenia kadry medycznej, prowadziło szpitale państwowe, odpowiadało za pozyskiwanie i przetwarzanie krwi, jak też zakupy i dystrybucję leków i wyposażenia medycznego.

Wraz z upadkiem struktur reżimu pojawiła się konieczność zbudowania nowych struktur zarządzania ochroną zdrowia. Wyzwaniem jest również wypracowanie modelu zaopatrywania placówek medycznych w konieczny sprzęt i leki. Nie jest to łatwe zadanie zwłaszcza, że środki przeznaczane na ten cel są ograniczone.

W polskiej strefie stabilizacyjnej główną przeszkodą, uniemożliwiającą właściwe działanie szpitali, są przerwy w dostawach energii elektrycznej. Szpitale mają, co prawda formalnie zagwarantowany priorytet w zaopatrzeniu w prąd, jednak rzeczywistość jest taka, że w większości z nich prąd jest tylko przez 12 godzin dziennie. Przerwy w dostawach prądu paraliżują pracę placówki medycznej.

Kolejnym problemem jest zniszczenie budynków szpitalnych. Były one nie remontowane co najmniej przez kilkanaście lat i praktycznie wszystkie wymagają pilnych napraw. Bez ich przeprowadzenia placówki medyczne nie będą mogły funkcjonować. Problemem są braki leków i sprzętu medycznego. Szpitale muszą być chronione 24 godziny na dobę, ze względu na pojawiające się grupy rabusiów, którzy zagrażają bezpieczeństwu personelu i pacjentów.

7.2. Co robią władze i organizacje pozarządowe?

Nowe władze Iraku zaczynają porządkować różne sektory usług społecznych dla ludności, w tym również opiekę zdrowotną. W każdej prowincji zajmuje się tym administracja wojskowa, mająca wsparcie merytoryczne ze strony cywilnych ekspertów.

W polskiej strefie stabilizacyjnej w ochronie zdrowia zrealizowano projekty za 6 mln USD. Projekty opracowuje i finansuje armia, wykonywane są przy pomocy miejscowych partnerów.

Rozpoczął się też program „Adopt the hospital”, w ramach którego poszczególne organizacje i instytucje międzynarodowe obejmują całościową opieką szpitale. Opieka oznacza zapewnienie pieniędzy na całościowy remont i wyposażenie placówki.

Projekty realizowane obecnie mają na celu niedopuszczenie do załamania się opieki zdrowotnej. Poprawa stanu infrastruktury służy natomiast podniesieniu standardu świadczeń medycznych.

Równolegle do działań mających charakter bieżący rozpoczyna również pracę ABT Associates. Ta organizacja ma pomóc w stworzeniu jednolitego standardu świadczeń w irackiej ochronie zdrowia.

7.3. Usługi świadczone w Iraku przez publiczną służbę zdrowia

Przychodnie publiczne (PP) zapewniają pełne spektrum opieki ambulatoryjnej. Personel stanowią lekarze z minimum 2-letnim doświadczeniem. Centra medyczne pracujące przed południem po południu pełnią rolę przychodni publicznych. Około 324 przychodni w skali kraju.

Przychodnie Funduszu Ubezpieczeń (PFU) oferują ten sam poziom usług, co PP, jednak charakteryzuje je inna lokalizacja i personel. Pracują tu lekarze bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu, PFU zlokalizowane w terenach wiejskich. Istnieje około 308 przychodni w skali kraju.

Apteki dla przewlekle chorych (APC) zapewniają leki dla osób chorych przewlekle za okazaniem recepty wystawionej przez specjalistę lub specjalnej karty chorego, funkcjonują głównie w miastach, w lokalizacji PP jest około 254 APC w kraju.

Bilat al Shuhada Pharmades (Apteki leków rzadko używanych) sprowadza i wydaje leki rzadko używane (na żądanie) pod warunkiem, iż znajdują się na liście Ministerstwa Zdrowia. Mieszczą się zwykle w PP. Około 32 Bilat Al Shuhada w kraju.

System dystrybucji leków

Jednostka centralna (Kimadia) zajmuje się importem i dystrybucją leków oraz wyposażenia dla wszystkich jednostek ochrony zdrowia. Ponieważ zaopatruje jednocześnie apteki jednostek, szpitale prywatne, istnieje tutaj pole do znacznych nadużyć. Kimadia posiada magazyny w każdej prowincji. Brakuje jednak systemu informatycznego, pozwalającego na sprawne zarządzanie posiadanymi zasobami.

Problemy w poszczególnych prowincjach:

an-Nadżaf: Szpitale Dziecięcy i Kliniczny są objęte programem „Adopt the hospital”. Szpital Ogólny wymaga remontu całego obiektu. W chwili obecnej trwają prace renowacyjne kuchni. Konieczny jest remont bloku operacyjnego i sal intensywnej terapii. Problemem nr 1 jest zaopatrzenie w energię elektryczną. Kolejny temat to zapewnienie właściwej jakości wody oraz nieprzerwanych dostaw tlenu medycznego (w tej chwili dostarczany jest tlen techniczny). Nie działają utylizatornie odpadów medycznych.

Tereny pozamiejskie: około 30% przychodni i centrów medycznych nie nadaje się do prowadzenia leczenia. Wymagane są kompleksowe prace remontowe i wyposażenie w sprzęt.

al-Qadisija: W prowincji działają szpitale: uniwersytecki, dziecięcy, chorób płuc oraz szpitale ogólne, które łącznie mają 1480 łóżek. Braki dotyczą, podobnie jak w prowincji An Nadżaf, zaopatrzenia w energię elektryczną, tlen medyczny oraz niektóre grupy leków (przeciwnowotworowe, antybiotyki dożylnie, leki psychiatryczne. Wymagane remonty dotyczą szpitali ogólnych, zwłaszcza poza miastem Diwanija.

Babilon: W prowincji działa 8 szpitali oraz około 40 różnego rodzaju przychodni. Mają one łącznie ok. 1600 łóżek. Szpitale; kliniczny i dziecięcy są objęte programem „Adopt the hospital”. Braki, poza ogólnymi, dla wszystkich prowincji dotyczą specyficznych grup leków, tlenu medycznego, wyposażenia - zwłaszcza sprzętu ratującego życie — defibrylatorów, respiratorów. Ponadto brak jest systemu szkolenia pogotowia ratunkowego.

Karbala: Szpitale: kliniczny, ogólny, położniczy — razem ok. 800 łóżek. Brak nowoczesnego wyposażenia, zwłaszcza sal intensywnej terapii. Możliwości diagnostyczne są dobre, niemniej niewykorzystywane z powodu niestabilnych dostaw energii elektrycznej. Konieczne są remonty szpitala położniczego i ogólnego. Planowane było wybudowanie nowych pomieszczeń dla tych szpitali przez przedsiębiorstwa jordańskie i japońskie. Nie doszło to jednak do skutku, ale są opracowane plany i samorząd lokalny chce kontynuować inwestycje.

Wasit: Dyrektor Wydziału Zdrowia: Dr Falah Al-Bermani (okulista) 3 szpitale dysponują 350 łózkami. Szpital ogólny wymaga kompleksowego remontu bądź wybudowania nowych pomieszczeń. Brak odczynników diagnostycznych leków przeciwnowotworowych, antybiotyków.

Wnioski

Do priorytetów w zakresie ochrony zdrowia powinny należeć:

- * Zapewnienie właściwej jakości energii elektrycznej dla jednostek ochrony zdrowia;
- * Zapewnienie dostaw wody pitnej;
- * Zapewnienie dostaw tlenu medycznego;
- * Inwentaryzacja i wdrożenie systemu zarządzania zasobami w Kimadia (dotyczy zasobów farmaceutycznych);
- * Identyfikacja i otoczenie opieką grup szczególnie pozbawionych opieki medycznej; zwłaszcza tzw. uchodźców wewnętrznych (IDP).

Rekonstrukcja systemu ochrony zdrowia powinna opierać się na:

- * Określeniu potrzeb i przeprowadzeniu restrukturyzacji szpitali (ograniczenie ilości łóżek niektórych specjalności, poszerzenie sektorowe, np. w psychiatrii, chorobach przewlekłych;
- * Wdrożeniu systemu nadzoru epidemiologicznego;
- * Odtworzeniu bazy szpitalnej, która wymaga w pierwszym etapie pilnych inwestycji w sektorze urazowo-chirurgicznym i intensywnej terapii oraz ratownictwa medycznego (wyposażenie);
- * Wdrożeniu programu szkoleń, standaryzacji procedur medycznych, określeniu standardu świadczeń w publicznej służbie zdrowia.

Istotne jest również poszerzenie programu bezpieczeństwa, poprzez rekrutowanie ochrony cywilnej obiektów.

(Publikacja: 16-01-2005 Ostatnia zmiana: 09-01-2011)

Oryginał. (<http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,3888>)

Contents Copyright © 2000-2011 Mariusz Agnosiewicz

Programming Copyright © 2001-2011 Michał Przech

Autorem portalu Racjonalista.pl jest Michał Przech, zwany niżej Autorem.

Właścicielami portalu są Mariusz Agnosiewicz oraz Autor.

Żadna część niniejszych opracowań nie może być wykorzystywana w celach komercyjnych, bez uprzedniej pisemnej zgody Właściciela, który zastrzega sobie niniejszym wszelkie prawa, przewidziane w przepisach szczególnych, oraz zgodnie z prawem cywilnym i handlowym, w szczególności z tytułu praw autorskich, wynalazczych, znaków towarowych do tego portalu i jakiegokolwiek jego części.

Wszystkie strony tego portalu, wliczając w to strukturę katalogów, skrypty oraz inne programy komputerowe, zostały wytworzone i są administrowane przez Autora. Stanowią one wyłączną własność Właściciela. Właściciel zastrzega sobie prawo do okresowych modyfikacji zawartości tego portalu oraz opisu niniejszych Praw Autorskich bez uprzedniego powiadomienia. Jeżeli nie akceptujesz tej polityki możesz nie odwiedzać tego portalu i nie korzystać z jego zasobów.

Informacje zawarte na tym portalu przeznaczone są do użytku prywatnego osób odwiedzających te strony. Można je pobierać, drukować i przeglądać jedynie w celach informacyjnych, bez czerpania z tego tytułu korzyści finansowych lub pobierania wynagrodzenia w dowolnej formie. Modyfikacja zawartości stron oraz skryptów jest zabroniona. Niniejszym udziela się zgody na swobodne kopiowanie dokumentów portalu Racjonalista.pl tak w formie elektronicznej, jak i drukowanej, w celach innych niż handlowe, z zachowaniem tej informacji.

Plik PDF, który czytasz, może być rozpowszechniany jedynie w formie oryginalnej, w jakiej występuje na portalu. **Plik ten nie może być traktowany jako oficjalna**

lub oryginalna wersja tekstu, jaki zawiera.

Treść tego zapisu stosuje się do wersji zarówno polsko jak i angielskojęzycznych portalu pod domenami Racjonalista.pl, TheRationalist.eu.org oraz Neutrum.eu.org.

Wszelkie pytania prosimy kierować do redakcja@racjonalista.pl