

**Łucja Zaborowska**

Studentka IV roku kierunku lekarskiego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum  
Koło Naukowe Humanistyki Medycznej UJ CM

---

# Wybrane systemy ochrony zdrowia krajów Bliskiego Wschodu – komparatywny przegląd rozwiązań natury antropologicznej, organizacyjnej oraz technicznej

Selected healthcare systems of the Middle East –  
a comparative overview of cultural and technical  
approaches and their organisation

---

## STRESZCZENIE

Świat zmałał – obecnie nie można już mieć co do tego wątpliwości. Otwarte granice, mieszanie się kultur, wyznań, historii, ludzi ze skrajnie różnych populacji stało się niezaprzeczalnym faktem. Jaki wpływ będzie miało to na europejską medycynę? Czy jesteśmy w stanie podolać natłokowi różnorodności, nie tracąc przy tym humanizmu, empatii, ale i profesjonalizmu czy efektywności?

Te wyzwania nie są nowe dla państw Bliskiego Wschodu. Grupy ludności żyjącej w miastach Izraela dorównują w statystykach państwom europejskim, pustynne wioski Beduinów czy dzielnice Żydów chasydzkich zaś wciąż potrafią być w znacznym stopniu niedostępne dla zdobyczy medycyny. Surowe islamskie prawo *szariat* musiało w pewnym momencie znaleźć korzystny konsensus z najnowszymi osiągnięciami naukowymi podczas rozwoju irańskiej ochrony zdrowia.

Oferując przekrojowy opis organizacji, rozwiązań i rozwoju wybranych systemów zdrowotnych, mamy nadzieję na wypracowanie satysfakcjonującego, odmiennego podejścia do naszych własnych, rodzimych problemów i rozważań.

**Słowa kluczowe:** kultura, systemy opieki zdrowotnej, ochrona zdrowia, Bliski Wschód, Iran, Izrael, medycyna, pacjent, lekarz, religia

---

**Adres do korespondencji / Address for correspondence:** zaborowska.lucja@gmail.com.

**ORCID:** 0000-0003-3026-2629

## ABSTRACT

“Healthcare in the Middle East” is not a commonly used phrase. Seldom does it evoke trust or confidence among medical professionals. Despite this, is there anything we could possibly learn from these newly-established medical systems that were developed using approaches and culture entirely different from our own? Europe is currently facing new, complex challenges. Whether it is socioeconomic change, frequent travels, migration, new genetic or epidemiological backgrounds – these are certainly not new challenges for the Middle East; Cohorts living in cities receive healthcare comparable or superior to European, while some desert villages may be still untouched by western medicine, in respect of the requirement of a satisfactory medico-religious consensus regarding the use of the newest medical technologies.

By offering a comprehensive overview of the organization, practical solutions, and development of select Middle Eastern healthcare systems, we aim to develop an applicable institutional analysis to inform our own healthcare delivery challenges.

**Keywords:** culture, healthcare, medicine, healthcare systems, healthcare organization, Middle East, Israel, Iran, patient, physician

**Cel pracy:** przybliżenie Czytelnikowi determinant zdrowia charakterystycznych dla Bliskiego Wschodu, umożliwienie poprawnej kategoryzacji wybranych systemów zdrowia charakterystycznych dla regionu oraz zaproponowanie podejścia do pacjenta odmiennokulturowego opartego na szeroko pojętej wiedzy o kulturze judaizmu, islamu i historii Bliskiego Wschodu

### Medycyna Bliskiego Wschodu

Hasło „opieka zdrowotna na Bliskim Wschodzie” z pewnością nie budzi zaufania Europejczyków. Co mają nam do zaoferowania wybrane młodziutkie systemy medyczne powstające na skrajnie różnych założeniach i kulturach, z gruntu innych od naszej własnej? Jak podejść do pacjenta pochodzącego z tego kręgu kulturowego? Europa przechodzi obecnie zmiany uderzające w wiele determinant zdrowia: wyzwania socjalno-ekonomiczne, masowa migracja i podróże, nowe zaplecze epidemiologiczne i genetyczne napływającej ludności. Te kwestie nie są nowe dla państw Bliskiego Wschodu. Oferując przekrojowy opis organizacji, rozwiązań i rozwoju wybranych systemów zdrowotnych, mamy nadzieję na wypracowanie satysfakcjonującego podejścia, odmiennego od naszych własnych, rodzimych problemów i rozważań. Zarówno Izrael, jak i Iran budowały swoją opiekę zdrowotną

praktycznie od zera – ustanowienie państwa izraelskiego w 1948 roku oraz irańska rewolucja islamska 1979 roku stanowiły wydarzenia przełomowe w historii tych państw i zarazem punkt odcięcia dla historii medycyny na tych terenach. To właśnie godne pozazdroszczenia postępy uczynione w tak krótkim odstępie czasu oraz efektywność i innowacyjność zastosowanych rozwiązań stanowiły kryteria doboru przykładów, którymi posłużono się w tekście – przykładów, które (wbrew pozorom) nie są całkowicie odosobnione.

### Izrael – organizacja i struktury

Izraelska ochrona zdrowia funkcjonuje na styku zadziwiającej liczby kultur – w jaki sposób Izraelczykowi udaje się pogodzić rozbieżności wynikające zarówno z religii, tradycji, jak i stylu życia poszczególnych grup społecznych z nowoczesną wiedzą medyczną? Mimo że 75% ludności jest wyznania mojżeszowego, często zdarza się, że ich jedyny wspólny mianownik stanowi religia; pochodzą oni z różnych krajów i mają różne pochodzenie etniczne (Israel Central Bureau of Statistics, 2006). Pozostałe 25% obywateli to mieszanek dwóch wielkich religii świata i licznych ich odłamów – chrześcijaństwa i islamu. Społeczne determinanty zdrowia różnią się w każdej z tych populacji diametralnie. Grupy ludności żyjącej w mia-

stach dorównują w statystykach państwom europejskim, pustynne wioski Beduinów czy dzielnice ortodoksyjnych Chasydów wciąż są potrafią być w znacznym stopniu niedostępne dla zdobyczy medycyny. Zarówno w związku z historią, położeniem, jak i licznymi konfliktami na tle wiary izraelska ochrona zdrowia jako podmiot z definicji bezstronny i typowo humanitarny musiała być w stanie sprostać wyzwaniom unikalnym na skalę światową. Wykorzystane rozwiązania stanowią interesujący przykład mieszanki zastosowania istniejących, sprawdzonych metod i nieuniknionego wpływu lokalnej struktury społecznej i wierzeń.

Izraelska opieka zdrowotna powstała w ramach struktur utworzonych przez Brytyjskie Terytorium Mandatowe podczas powstania państwa Izrael w 1948 roku. System i infrastrukturę medyczną ukształtowano z czasem zarówno na rozwiązaniach zaczerpniętych rodem z USA, jak i ZSRR – opiera się głównie na publicznych ubezpieczeniach i budżecie państwa. Dostępne są cztery główne fundusze państwowe, do których dostęp jest powszechny i nieograniczony wymogami zdrowotnymi bądź formalnymi. Największy z nich Clalit posiada ponad 50% rynku – wynika to z faktu, iż był on głównym organem odpowiedzialnym za zorganizowanie opieki medycznej dla masowego napływu migrantów pod koniec 1948 roku. Te cztery opcje ubezpieczenia, dostępne powszechnie dla wszystkich obywateli, potrafią się znacznie różnić we wszystkich możliwych aspektach: dotyczy to nawet tak istotnych kwestii jak stopień odpłatności za podstawową opiekę zdrowotną. Możliwość wyboru jest dowolna, zmiany pomiędzy poszczególnymi usługodawcami można dokonać wielokrotnie, najczęściej raz w roku. Usługi spoza koszyka świadczeń publicznych są zazwyczaj finansowane z bogatej puli ubezpieczeń prywatnych, które zwyczajowo wykupuje ponad 60% obywateli (Dziubińska-Michalewicz, 2005). Ich dostępność jest ograniczona wiekiem, zasobnością portfela oraz stanem zdrowia petenta. Zarówno prywatna opieka podstawowa, jak i szpitale są niezmiernie popularne i świadczą usługi na

tak samo wysokim poziomie jak publiczne. Podobnie jak u amerykańskich protoplastów pozwy przeciwko pracownikom medycznym są częste i powszechne – znajomość prawa medycznego wśród pracowników ochrony zdrowia to absolutny priorytet. System ten swoją skuteczność opiera na innowacjach; propozycje rozszerzenia pakietu świadczeń obowiązkowych są corocznie przedstawiane przez panel ekspertów złożony z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Rady Lekarzy i poszczególnych funduszy, a dotyczą przede wszystkim dopuszczenia do obrotu nowych leków. Pozwala to na szybkie wprowadzanie do systemu najnowszych osiągnięć technicznych i farmakologicznych (Rosen, 2015).

### **Ars medica a judaizm**

Podjęcie do medycyny zmieniało się w judaizmie mocno na przestrzeni wieków. W *Torze*, świętej księdze żydów, istnieją fragmenty przez wiele lat interpretowane jako skrajnie potępiające uprawianie medycyny, która miałaby być drogą w prosty sposób odwołującą od głębokiej wiary w Boga. Dziś jednakże do moralności tej sztuki nie ma żadnych wątpliwości. Lekarz powinien być traktowany przez pobożnych żydów jako narzędzie w rękach Boga, wykonujące jego wolę – w sprawach zdrowotnych należy zgłosić się do wykwalifikowanego śmiertelnika, równocześnie nie zapominając o modlitwie i boskim wstawieństwie potrzebnym do uzdrowienia. Warto wspomnieć, iż *Talmud*, księga przykazań traktowana jako swoisty zbiór zasad, zabrania uczonym żyć w mieście, w którym nie praktykuje żaden lekarz. Dzisiejsze prawo żydowskie traktuje medycynę wręcz jako *micwę*, rzecz obowiązkową dla każdego wyznawcy w ramach przykazania o zachowaniu życia: „ktokolwiek opóźnia jej wykonanie, jest sam winny przelewu krwi” (Golinkin, 2006, s. 3).

Etyka lekarska funkcjonująca na styku skrajnie różnych poglądów filozoficznych i religijnych dotyka problemów zupełnie nieznanymi w Europie – doskonały przykład stanowi pierwsza szkoła medyczna kraju, Hadassah

Medical School, ufundowana przez całkowicie kobiecą organizację amerykańskich Żydówek. Głównym i zapalnym problemem przy jej organizacji stanowiła autopsja i związany z nią tryb nauczania patologii (Jotkowitz, 2017). Zarówno islam, jak i judaizm odnoszą się nieprzychylnie do tej procedury, co wyraża się chociażby w cytacie proroka Mahometa: „Breaking the bone of the deceased is like breaking it when he was alive” (Abu Dawood Sunan 3: Chapter 176, Hadith 3207). Zażarta dyskusja o sposób przeprowadzania i legalność procedury toczyła się więc przez dziesiątki lat głównie pomiędzy świeckimi naukowcami i głowami poszczególnych ugrupowań religijnych. Pomimo nieustających sporów porozumienie zostało finalnie osiągnięte – umożliwiło wykonywanie sekcji zwłok tylko w szczególnych przypadkach i pod konkretnymi warunkami. Dozwolona sekcja musi pozostawać jedynym możliwym rozwiązaniem problemu (wykluczone użycie biopsji gruboigłowej, MRI), musi przynieść konkretne korzyści i wiedzę, odbywać się w największym poszanowaniu zwłok ludzkich i najlepiej w obecności rabina. Dodatkowo wszystkie części ciała muszą być zachowane do wspólnego pochówku.

Rozpatrując wspólny grunt do dyskusji warto wspomnieć o powszechnym dostępie do *in vitro* i finansowaniu go przez państwo aż do pozytywnego zakończenia drugiej z kolei ciąży. Ponad 4,1% żywych urodzeń pochodzi właśnie ze sztucznych metod zapłodnienia. Ta tendencja prowadzi również do zwiększenia się prewalencji ciąż mnogich do ponad 4,5% (Haklai, 2011). Przesłanki praktyczne: zapotrzebowanie armii i chęć podniesienia konkurencyjności izraelskiej gospodarki doprowadziły do skrajnie pronatalistycznego podejścia do etyki: zalegalizowano surogactwo, równocześnie ustanawiając maksymalny dopuszczalny wiek matki na 54 lata. Izraelskie prawodawstwo cechuje też dość niecodzienne podejście do transplantologii – pacjent podpisujący zgodę na pobranie swoich narządów w wyniku nagłej śmierci może liczyć na lepsze warunki leczenia niż osoba zrzekająca się takiej możliwości (Gruenbaum, 2010). Mimo

ogólnego zaakceptowania kryteriów deklaracji z Sydney i harwardzkiej definicji śmierci mózgowej, wciąż honoruje się prawo rodziny do tradycyjnych wierzeń religijnych – może to doprowadzić do dwuznacznej sytuacji, w której pacjent oficjalnie uznany za zmarłego jest wciąż podłączony do aparatury aż do samoistnego momentu ustania krążenia (Jotkowitz, 2017). Rekompensata pieniężna za narządy pobrane do transplantacji jest w Izraelu nielegalna, jednakże część autorytetów religijnych dopuszcza taką możliwość jako etycznie uzasadnioną (Steinberg, 2002).

### Společne determinanty zdrowia

Izrael od lat zajmuje niekwestionowane pierwsze miejsce w rankingach rodności krajów rozwiniętych, wyprzedzając innych konkurentów o nawet ponad 50%. Idzie to ręką w rękę ze znacznym podwyższeniem się wieku matek, ogólnodostępną antykoncepcją i aborcją. Przeciętna Izraelska kobieta rodzi w ciągu swojego życia 3,1 dzieci (OECD, 2018) – wśród mniejszości arabskich wskaźnik ten jest jeszcze wyższy i sięga 3,5, acz wciąż wyraźne pierwszeństwo piastują ortodoksyjne Żydówki ze średnią 6,5 dziecka na kobietę (WHO, 2014). Zwiększonej rodności towarzyszyły często bieda, niedobory witamin, makro- i mikroelementów w diecie przyszłych matek, mniejsza liczba konsultacji lekarskich i zwiększona – porodów domowych. Nieodłącznym elementem takiego stanu rzeczy i główny problemem trapiącym lokalne służby medyczne przez dłuższy czas pozostawały więc podwyższone liczby porodów przedwczesnych i większa śmiertelność niemowląt (Rubin, 2017). Populacja Izraela, mimo wysokiego stopnia zróżnicowania genetycznego, ma zasobne spektrum chorób dziedzicznych – w społecznościach żydowskich na całym świecie popularną praktyką było poślubianie blisko spokrewnionych członków rodziny, co na przestrzeni wieków doprowadziło do nagromadzenia szkodliwych alleli w lokalnych wspólnotach. Wraz z nastaniem państwa Izrael i masową migracją na teren Ziemi Obiecanej stały się one endemicz-

ne dla występowania przywiezionych przez migrantów chorób genetycznych. W tym regionie nie był to jednak problem nowy – tradycyjne pustynne społeczności z racji sporadycznego kontaktu z innymi grupami również dzierżyły bardzo ograniczoną pulę genową. Jako przykład chorób charakterystycznych dla tego regionu wymienić można leukodystrofię metachromatyczną u Żydów jemeńskich, nefronofityzę u Beduinów bądź chorobę Tay Sacha u Żydów aszkenazyjskich (Shalev, 2017). Z tego też powodu badania przesiewowe należą do najbardziej kompleksowych na świecie – dobrze widzianym zwyczajem są przedmażeńskie testy wskazujące na prawdopodobieństwo poczęcia chorego dziecka. Praktyki te są najczęstsze w religijnych wspólnotach przy zaaranżowanych małżeństwach.

### Mniejszości etniczne

Najciekawsze z wyzwań izraelskiej medycyny stanowią pustynne społeczności arabskich Beduinów prowadzące koczowniczy tryb życia. Tradycyjna poligamia i wysoki odsetek małżeństw pomiędzy blisko spokrewnionymi osobami, sięgający 70% (Zlotogora, 2014), przykładają się do wysokiej śmiertelności niemowląt i częstszego występowania wad wrodzonych. Ciężarne kobiety, mimo wysokiego odsetka otyłości i nadwagi (26%), cierpią nierzadko na ciężkie niedobory witamin i mikroelementów (Abu-Saad, 2012). W związku z niskim odsetkiem osób zaszczepionych i fatalną w skutkach epidemią odry w latach 1990–91 priorytetem okazało się jednak zapobieganie chorobom zakaźnym w tamtym regionie – mimo braku znaczącego zwiększenia standardów życia i zasobów podstawowych środków higieny wyszczepialność zaledwie 10 lat później sięgnęła ponad 90% (Belmaker, 2006). Zostało to osiągnięte przez ogólnodostępne i nieodpłatne poradnie przeznaczone przede wszystkim dla kobiet ciężarnych – odnotowano spadki występowania wszystkich znaczących chorób zakaźnych z wyjątkiem krztuśca. Szczepienia są nieodpłatne, obowiązkowe i obejmują tak niecodzienne pozycje jak cykl

iniekcji skierowanych przeciwko wirusowi HPV. Programy dążące do ograniczenia rozpowszechnienia chorób w tychże populacjach wymagają skoordynowanych działań ze strony zarówno medycznych, jak i religijnych autorytetów. Zostały one zaimplementowane przez osoby pochodzące z lokalnych społeczności w ramach programów wyjazdowych. Co nieuniknione, ruch antyszczepionkowy zbiera swoje żniwo również i w tym kraju, szczególnie wśród najzamożniejszych części społeczeństwa. Nawet małe obniżenie stopnia wyszczepialności w niektórych regionach doprowadzało w przeszłości do wybuchów epidemii odry oraz świnki – endemiczne formy patogenów (w tym dzika odmiana wirusa polio, szczególnie w okolicach strefy Gazy). Duża cyrkulacja ludności i zwiększająca się liczba uchodźców o niepotwierdzonym statusie serologicznym tylko potęgują istniejące zagrożenie (Kopel, 2014).

Opisując mniejszości Izraela w aspekcie medycznym nie sposób nie wspomnieć o tradycyjnych palestyńskich uzdrowicielach, znanych pod wieloma nazwami, takimi jak *sheikah*, *darvishah* czy *hajjah*. Sama profesja powstała w odpowiedzi na potrzeby kobiet lokalnych społeczności w sytuacji ograniczonego dostępu do lekarzy i położników. Zakres ich oferty waha się od łagodzenia konfliktów małżeńskich, poprzez choroby przewlekłe, psychosomatyczne, depresję, aż po problemy natury seksualnej, niepłodność oraz dolegliwości okołoporodowe. Za przyczynę opisywanych dolegliwości znachorki te podają najczęściej przyczyny nadprzyrodzone: *jinnny*, „złe oko” bądź czary. Zwiększone zapotrzebowanie na tego typu usługi wiąże się z głębokimi przemianami socjalnymi i ekonomicznymi, mającymi miejsce w szybko rozwijającym się państwie oraz spotykaną niechęcią Palestyńczyków do izraelskich struktur państwowych, w tym ochrony zdrowia. Trzeba tutaj nadmienić, iż z biegiem czasu i postępującą emancypacją uzdrowicielki w dużych aglomeracjach zaczęły przejmować dziedziny leczenia zarezerwowane uprzednio tylko dla mężczyzn, mające ściślejszy związek z rytuałami

religijnymi. Mężczy uzdrowiciele, używający *Koranu* jako głównego środka leczniczego, byli zawsze bardziej legitymizowani przez społeczeństwo, a ich praktyki uważano za „czystsze” – kobiety parające się tą samą pracą mogły być posądzane o związek z szatanem, a ich działania zostać uznane za niebezpieczne i polegające głównie na manipulacji. Amulety zawierające zdjęcie kobiety i wersy z *Koranu* bądź z *Tory* są sprzedawane jako remedium na uroki i zawody miłosne. Mocz męża zmieszana z ziołami ma zapewnić wierność małżeńską u pijącej roztwór małżonki. Masaże wonnymi olejkami z miodem i ziołami mają za zadanie sprowadzić macicę na swoje poprawne miejsce, przywracając tym samym płodność kobiecie. Same praktyki, choć nie mające nic wspólnego z *Evidence Based Medicine*, oddziałują na psychikę osoby chorej. Same znachorki są doskonale świadome tego stanu rzeczy i zawsze twierdzą, że ich najważniejszym zadaniem jest *uspokoić* i *zrelaksować* pacjentkę. Stosują się do identycznych schematów używanych przez swoich europejskich odpowiedników – starają się wzbudzić zaufanie i pozytywne emocje u klientek, używając znanych im składników do przyrządzenia leczniczych mikstur czy przyjmując je w zaciszu swojego własnego domu (Popper-Giveon, 2009).

Jako kraj balansujący na krawędzi wojny i pokoju Izrael przeszedł ogromne zmiany w bardzo ograniczonym czasie – dobijający się do drzwi sekularyzm wytacza wciąż nowe zasady i ścieżki postępowania, jeszcze bardziej komplikując rozchwiany porządek rzeczy. Podczas gdy społeczeństwo Izraela skłania się coraz bardziej ku nowoczesnej medycynie, obywatele świata zachodniego często zdają się świadomie od niej odchodzić. Spojrzenie na wszystkie te procesy z dystansu pozwala nabrać lepszego rozeznania w mechanizmach nimi rządzących i wypracować lepsze strategie ich administrowania. Nie ulega również wątpliwości, iż skrajna różnorodność i wielokulturowość to pieśń przyszłości Europy, a teźniejszość Izraela. To właśnie te uwarunkowania, jak i fakt uplasowania się izraelskiej służby zdrowia w ścisłej światowej czołówce

mogą stanowić przykład na eleganckie wypracowanie nowych, ciekawych rozwiązań rozterek światowej medycyny.

Zgoła inne, równie ciekawe podejście do pacjenta, prezentują państwa ościenne.

### Iran – podstawy organizacji

System zdrowotny Islamskiej Republiki Iranu został oznaczony jako trzydziesty najbardziej wydajny na świecie, wyprzedzając tym samym państwa takie jak Stany Zjednoczone, Niemcy czy Belgię (Bloomberg, 2018). W 39 lat po rewolucji islamskiej i towarzyszącym jej *baby boomie* kraj ten stanowi przykład doskonałego zreorganizowania ochrony zdrowia i rozwiązań trapiących ją problemów bez żadnej pomocy z zewnątrz. Jako przykład wysokiej efektywności zaimplementowanych zmian przytoczyć można podniesienie wyszczepialności niemowląt z 33% do 90% w zaledwie trzy lata i to bez wdrożenia ogólnokrajowej komputeryzacji (Lankarani, 2013). Na czym polega sukces tych rozwiązań? Sam system opiera się na sektorze publicznym, dominującym na wszystkich stopniach opieki zdrowotnej. Dostęp do służb medycznych nie jest całkowicie darmowy nawet z ubezpieczeniem, ale wymaga dopłat od samych obywateli w wysokości 10–25% w zależności od typu usługi (WHO, 2010). Przypadki nagłe są leczone bez wcześniejszego wniesienia opłaty. Zarówno edukacja, nadzór nad dostępem do leków, ubezpieczenia, jak i opieka zdrowotna są dostarczane przez tą samą instytucję – Ministerstwo Zdrowia i Edukacji Medycznej. Pod jej jurysdykcję podpada również bezpieczeństwo irańskiej żywności. Pomocą służą organizacje poboczne, takie jak Medical Services Insurance Organizations (MSIO), wspierające system ubezpieczeń, bądź szpitale prywatne prowadzone przez organizacje dobroczynne, banki czy nawet narodowe radio i telewizję. Sam system został zdecentralizowany – dziekan uniwersytetu medycznego w każdej prowincji pełni rolę ministra zdrowia na obszarze swojej jurysdykcji. Uniwersytety jako instytucje mają całkowitą władzę zarówno nad przyznawa-

nym budżetem, jak i regulacjami zatrudnienia czy też grantami naukowymi. Istnieją dodatkowe ciała nadzorcze, takie jak Iran Medical Council, będące pozarządową instytucją regulującą kontakty państwa i profesjonalistów medycznych, pełniące również rolę związku zawodowego. Struktura irańskiego systemu zdrowia rozpoczyna się na tzw. domach zdrowia – małych ośrodkach pokrywających podstawowe potrzeby medyczne. Z racji ich dużej liczby (ponad 17 tysięcy w skali całego kraju) są w nich zatrudniani głównie lokalni mieszkańcy, tzw. *behtarze*, szkoleni w przyśpieszonym, dwuletnim trybie na wyższym szczeblu opieki zdrowotnej. Każde z takich małych centrów pomocy jest nadzorowane przez lekarza specjalistę z większego ośrodka zdrowia. W rejonach miejskich struktura wygląda podobnie, acz już na najniższym szczeblu pracownicy w większości przypadków mają standardowe wyższe wykształcenie medyczne (WHO, 2010). Różnice są drastyczne – w niektórych regionach przewidywana długość życia różni się nawet o 24 lata (Lankarani, 2014). Jedyne zbieżne wartości to procent wyszczepialności i dostęp do opieki zdrowotnej, plasujący się na poziomie 90% w skali całego kraju (WHO, 2010). Podobne wartości aplikują się do liczby mieszkańców objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, dostępnym nawet dla najuboższych obywateli oraz studentów. Cały kraj jest zaopatrywany przez 65 publicznych oraz 90 prywatnych uczelni medycznych, w których łącznie kształcą się ponad 2,5 mln przyszłych lekarzy (Gooshki, 2018), z czego aż 1/3 stanowią kobiety (Azarmina, 2002).

## Epidemiologia

Iran graniczy z 17 krajami, w 2 z nich wciąż toczy się wojna. Skutkuje to nieustannym zagrożeniem chorobami zakaźnymi na terenach przygranicznych prowincji – za przykład można uznać epidemie cholery z lat 2005 i 2007, obydwie przyniesione z terenów Pakistanu i Indii (Asgari, 2009). Gorączka krwotoczna krymsko-kongijska jest stosunkowo nowym, nienatywnym dla tego regionu patogenem,

zabierającym do 250 istnień rocznie ze śmiertelnością ok. 25% (Lankarani, 2013). W ramach postępów poczynionych od rewolucji w 2017 r. kraj ten został uznany za całkowicie wolny od polio, a malaria stanowi obecnie problem jedynie wschodnich rubieży i jest zazwyczaj chorobą nielegalnych imigrantów z krajów sąsiednich (niektóre szczepienia są już obowiązkowo wykonywane na granicach). Od 2009 r. rząd prowadził dobrowolne serie szczepień przeciwko WZW B wśród nastolatków urodzonych w latach 90., równoległe z doszczepianiem niemowląt – co ciekawe, wyższe wskaźniki wyszczepialności zawsze dotyczyły mniej rozwiniętych, wiejskich regionów.

Również i w tym przypadku choroby zakaźne powoli ustąpiły miejsca chorobom przewlekłym – różne programy screeningu (cholesterol, nadciśnienie, otyłość, cukrzyca) zostały zaaplikowane w skali całego kraju. Wszystkie te taktyki przynoszą większe sukcesy w rejonach uboższych, głównie za sprawą *behtarzy*. Równie istotnym programem ze względu na wysoką prevalencję okazało się włączenie do panelu badań podstawowych testów na  $\beta$ -talasemię, szczególnie ważnych u przyszłych małżonków w celu wykłuczenia defektu u ewentualnego potomstwa. Edukacja z zakresu planowania rodziny i darmowy do niej dostęp to priorytety irańskiego rządu – w stolicy nawet do 82% kobiet świadomie stosuje antykoncepcję (WHO, 2010). Doprowadziło to do ograniczenia *baby boomu* z lat 80.–90., prowadząc do poziomu pozwalającego na zastępowalność pokoleń.

W niektórych regionach tradycyjne metody lecznicze wciąż cieszą się pewną popularnością, jednakże szeroko zakrojone akcje informacyjne skierowane do najuboższej ludności oraz rozszerzenie dostępu do usług zdrowotnych mają za cel ukrócić te często nielegalne praktyki. Do stosowanych przez znachorów metod należały mikstury sporządzane z rozpuszczonego w wodzie miodu, służącego jako zastępcze mleko dla niemowląt oraz napary bądź okłady aplikowane wraz z modlitwą i recytowaniem *Koranu*.

## Transplantologia

W Iranie funkcjonuje unikalny w skali światowej program transplantologii, uwzględniającym honoraria dla dawców narządów. Program pozwolił na ograniczenie, a następnie wyeliminowanie listy oczekujących na transplantację nerki już w 1999 roku. Dawca, poza natychmiastową gratyfikacją pieniężną, może cieszyć się rocznym pełnym ubezpieczeniem zdrowotnym, jak i wieloma zniżkami i dodatkową pomocą nawet w wiele lat po operacji. Zarówno handel organami, jak i reklamowanie dawców jest legalne. Zapłata za pojedynczą nerkę dla żywego dawcy wynosi około \$2300–4500 (Ghahramani, 2012), koszt całego procesu transplantacji może być zaś pokrywany zarówno indywidualnie przez biorcę, jak i przez instytucje charytatywne bądź bogatszych obywateli oferujących fundusze dla jednostek dotkniętych biedą. Uregulowany rynek jest prowadzony przez organizacje pozarządowe czuwające nad przebiegiem transakcji, a każda operacja musi zostać zatwierdzona przez rząd i odbywa się w licencjonowanym, wykwalifikowanym ośrodku. Co więcej, udział w tym procesie wziąć mogą tylko rodowi Irańczycy, co ma zapobiegać rozkwitowi potencjalnej turystyki narządowej (Major, 2008).

## Religia a racja medyczna

W islamskim prawie religijnym esencjonalny jest nakaz polegający na rozdzieleniu płci w każdym możliwym aspekcie życia – dotyczy to również praktykowania medycyny. Od wielu lat w szpitalach Islamskiej Republiki Iranu implementuje się system SSHCD – *Same Sex Healthcare Delivery*, sprowadzający się do ścisłego rozdzielenia żeńskich i męskich oddziałów oraz do opieki otrzymywanej tylko od profesjonalistów tej samej płci co pacjent. Lekarz mężczyzna może zajmować się kobietą-pacjentem tylko w ostateczności, w dość rzadkiej sytuacji braku swojego żeńskiego odpowiednika. Ta zasada dotyczy nawet lekarzy patologów i wpływa na spo-

sób przeprowadzania autopsji żeńskich ciał (al-Jayzaani, 2007). Prowadzi to z jednej strony do zwiększenia roli kobiet w medycynie, zwiększonej dostępności do edukacji, karier, z drugiej ogranicza dostępność specjalistów w niektórych dziedzinach. Zmiany te zaczęły kiełkować od samego początku rewolucji islamskiej roku 1979, a rozpoczęły się od delegalizacji i zamknięcia praktyk wszystkich męskich ginekologów i położników. Rozwiązania wdrożone w życie, biorąc za przykład 100% miejsc specjalizacyjnych w szpitalach gin.-poł. zarezerwowanych dla kobiet, skutkują w niedostatecznym wykształceniu męskich studentów w tych dziedzinach. Stanowi to potencjalny problem zwłaszcza w mniej rozwiniętych, wiejskich obszarach kraju. Wszystkie zasady aplikowane w codziennym życiu szpitali i placówek medycznych opierają się głównie na *Koranie*, *sunnie* i *fatwach* publikowanych regularnie przez uczonych bądź duchownych muzułmańskich. *Fatwa*, również online, służy jako niewiążąca opinia wydawana przez biegłych w prawie islamskim *muftich* – jeżeli odpowiedź na dane pytanie jest niesatysfakcjonująca, wierny może zawsze spróbować uzyskać drugą opinię od innego *muftiego*. Religia wkracza we wszystkie aspekty życia i mocno wpływa na problemy, z którymi zgłaszają się pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej – rozpoczynając od tak powszechnych kwestii jak niedobory wit. D3 u matek mających niedostateczną ekspozycję na słońce, m.in. z powodu *hijabu*, kończąc na wielu problemach organizacyjnych związanych z postem czy przyjmowaniem danych leków. Część problemów natury etycznej związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym znajdują w islamie z góry narzucone rozwiązania: w Iranie *in vitro* jest dozwolone i popierane przez władze irańskie, pod warunkiem że nasienie użyte do inseminacji pochodzi od męża kobiety – hołduje to zasadzie, iż dzieci mają zawsze znać swojego ojca. Dzieci urodzone z nasienia pochodzącego od dawcy nie powinny dziedziczyć po mężu matki, a urodzone w ten sposób dziewczynki hipotetycznie powinny się przed nim zakrywać jak przed każdym innym obcym



mężczyzną. Mimo wszystkich pozytywnych przesłanek temat ten wciąż pozostaje tabu, szczególnie w biedniejszych regionach. Modyfikacje genetyczne zarodków są również oficjalnie uznawane, pod warunkiem że nie dotyczą komórek germinalnych i dokonane mutacje nie będą w żaden sposób dziedziczone. Z racji iż *uduchowienie* płodu zachodzi według nauk muzułmańskich dopiero w 4 miesiącu życia wewnątrzmacicznego, termin ten został wyznaczony jako linia odcięcia dla legalności aborcji w wyniku zagrożenia życia matki bądź w wyniku uszkodzenia płodu, który uniemożliwiłby matce podjęcie nad nim opieki (Zindani, 1994, Persaud, 1994). Wiek, od którego dzieci stają się dorosłymi, zyskując autonomię również w decyzjach o medycznych, zależy od dojrzałości fizycznej jednostki. Dla mężczyzn moment ten wyznaczono na pierwszą polucję nocną, u kobiet zaś *menarche*. Ciekawostką jest, iż mimo że spożywanie wieprzowiny jest w islamie surowo wzbronione, warto wiedzieć, że używanie świńskiej insuliny bądź zastawek serca jest dozwolone w przypadkach, gdzie jest to jedyne możliwe rozwiązanie, np. dla kobiet chcących zająć w ciąży (Dar al-Iftaa Al-Missriyyah, 2018). W trakcie ramadanu, świętego miesiąca muzułmanów, obowiązuje zaś post ścisły – dotyczy to również spożycia wody bądź wszelkich leków przyjmowanych doustnie (!). Z postu wykluczone są osoby chore, ciężarne, podróżujące, a także karmiące, miesiączkujące lub w połogu. Mimo iż jednostki przewlekłe chore znajdują miejsce w ramach tych zasad, wielu pobożnych pacjentów może, wbrew nakazom swoich lekarzy, kontynuować post i narażać się tym samym na poważne konsekwencje zdrowotne. Zalecane w takim przypadku rozwiązanie to (w ramach możliwości) rozłożenie dawkowania na wieczór i poranek, podczas tradycyjnych posiłków ramadanu, *iftaru* i *suhoru*, bądź użycie formuł z długim uwalnianiem. Wątpliwości natury etycznej pojawiają się często również przy użyciu środków sedatywnych bądź narkotycznych w celu uśmierzania bólu; stoją one w sprzeczności z zakazem przyjmowania przez muzułmanów

jakichkolwiek substancji obniżających bądź zaburzających świadomość. Większość lekarzy praktyków stosuje się jednak do zasady wyższej konieczności i skutecznie prowadzi terapię bólu u swoich pacjentów.

Dwa państwa, które na pozór nie łączą nic, a dzieli wszystko. Irański dochód narodowy per capita jest ponad dwukrotnie niższy od izraelskiego, jego populacja jest zaś prawie dziesięciokrotnie większa. Izraelski system skupiony na rywalizacji funduszy zdrowotnych oraz rosnącym w siłę prywatnym sektorze ma współzawodniczyć z irańską ochroną zdrowia opartą w znakomitej większości na finansowaniu publicznym. Mimo oczywistych różnic w zamożności obydwu państw przeznaczają na ochronę zdrowia podobny procent produktu krajowego brutto: 7,4% dla Izraela i 7,6% dla Iranu (WHO, 2017). Wszystkie wymienione czynniki znajdują odzworowanie w oczekiwanej długości życia, która dla przeciętnego obywatela Iranu jest krótsza o średnio 6,6 lat (5,7 lat dla kobiet oraz 7,3 dla mężczyzn) (Rosen, 2015). Dysponując skrajnie różnymi zasobami i odmiennymi strategiami państwa te dążą jednak do zbieżnego celu – powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, zażegnania konfliktu na linii tradycjamedycyna oraz zmniejszenia dysproporcji pomiędzy grupami ludności. Podobna specyfika terenu, kultura, historia i lokalizacja geopolityczna stanowią wspólny mianownik zarówno dla Iranu, jak i Izraela, ściśle wyznaczając kierunek ich działań. Mnogie schematy rozwiązań, skrojone dla różnych potrzeb, mogą i powinny stanowić użyteczną lekcję również i dla zachodnich ustawodawców.

Podążanie za najnowocześniejszymi rozwiązaniami w medycynie i ścisłymi ograniczeniami religii stanowi z pewnością jedno z największych wyzwań współczesnego lecznictwa. Mieszanie się kultur, zwiększająca się liczba podróży, nieustanne fale migracji i zwiększająca się liczba międzynarodowych małżeństw prowadzą do nieuchronnej uniwersalizacji pewnych problemów zarówno natury etycznej, jak i epidemiologicznej. Od współczesnego

lekarza powinno wymagać się więc nie tylko profesjonalnej wiedzy medycznej, ale i znajomości kontekstu kulturowego, pozwalającego na pełniejszą komunikację i lepsze zrozumienie indywidualnych problemów pacjentów.

## Bibliografia

- Abu Dawood Sunan 3: Chapter 176, Hadith 3207.
- Abu-Saad K., Shahar D.R., Fraser D. et al (2012). Adequacy of usual dietary intake and nutritional status among pregnant women in the context of nutrition transition: the DEPOSIT study. *Br J Nutr.*
- al-Jayzaani (2007). Islamic Fiqh Council in Makkah al-Mukarramah, quoting from Fiqh al-Nawaazil (4/208-209), *Islam Questions and Answers.*
- Asgari F., Aghajani H., Haghazali M., Heidarian H. (2009). Non-communicable diseases risk factors surveillance in Iran. *Iran J Public Health*; 38:119–22.
- Azarmina P. (2002). In Iran, gender segregation becoming a fact of medical life. *CMAJ*; 166(5):645.
- Belmaker I., Dukhan L., Elgrici M., Yosef Y., Shahar-Rotberg L. (2006). Reduction of vaccine-preventable communicable diseases in a Bedouin population: summary of a community-based intervention program. *Lancet*; 367: 987–991.
- Bloomberg (2018). U.S. Health-Care System Ranks as One of the Least-Efficient. 29 September, *Bloomberg's most effective healthcare system ranking 2018.*
- Dar al-Iftaa Al-Missriyyah (2018). Online fatwa – Porcine heart valves.
- Dziubińska-Michalewicz M. (2005). *System opieki zdrowotnej w Izraelu*, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz.
- Ghahramani N., Rizvi S.A., Padilla B. (2012). Paid donation: a global view. *Adv Chronic Kidney Dis.*;19(4):262–8.
- Golinkin D. Rabbi (2006). Medicine, healing and the Jewish tradition, Rabbi Mark Washofsky; What is the Jewish attitude towards medicine? *Response in a Moment: Volume 1, Issue No. 3, November.*
- Gooshki E., Pourabbasi A., Akbari H. (2018). Internationalization of medical education in Iran: A way towards implementation of the plans of development and innovation in medical education, *J Adv Med Educ Prof.*, Jan; 6(1): 43–48,3.
- Gruenbaum B.F., Jotkowitz A. (2010). The practical, moral, and ethical considerations of the new Israeli law for the allocation of donor organs. *Transplant Proc*; 42: 4475–4478.
- Haklai, Z. (2011). Division of Health Information, Ministry of Health State of Israel. *IVF treatment.* December.
- Israel Central Bureau of Statistics (2006). *Statistical Abstract of Israel 2006* (No. 57).
- Jotkowitz A.B., Agbaria R. (2017). Medical ethics in Israel – bridging religious and secular values, *Lancet.*
- Kopel E., Kaliner E., Grotto I. (2014). Lessons from a public health emergency—importation of wild poliovirus to Israel. *N Engl J Med.*
- Lankarani K.B., Alavian S.M., Peymani P. (2013). Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. *Med J Islam Repub Iran.* Feb; 27(1): 42–49.
- Major R. WL (2008). Paying kidney donors: time to follow Iran?, *Mcgill J Med*, Jan; 11(1): 67–69.
- OECD (2014). Society at a glance 2014 highlights: Israel OECD social indicators. [http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013/total-fertility-rates\\_factbook-2013-table9-en](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013/total-fertility-rates_factbook-2013-table9-en), dostęp z 20.11.2018.
- Persaud T., Ahmed M.A., Zindani A. (1994). *Human Development after the 42nd day.*
- Popper-Giveon A., Ventura J.J. (2009). Blood and ink: treatment practices of traditional Palestinian women healers. *Israel Journal of Anthropological Research*, vol. 65, no. 1, 27–49.
- Rosen B., Waitzberg R., Merkur S. (2015). Israel health system review. Health systems in transition, *EOHSP, WHO*, vol. 17 no. 6
- Rubin L., Belmaker I., (2017). Maternal and child health in Israel: building lives. *Lancet.*
- Shalev S.A., Zlotogora J., Shalata A., Levy-Lahad E., (2017). Medical genetics in Israel's diverse population, *Lancet.*
- Steinberg A. (2002). Compensation for kidney donation: a price worth paying. *Isr Med Assoc J.*; 4: 1139–1140.
- World Health Organization (2010). Country Cooperation Strategy for WHO and the Islamic Republic of Iran 2010–2014.
- World Health Organization, (2014). World Health Statistics 2014 report. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2017). Global Health Observatory Data Repository, World Health Statistics 2017, dostęp z 16.04.2019
- Zindani A.A., Ahmed M.A., Simpson J.L. (1994). *Human development during the first 40 days.*
- Zlotogora J., Shalev S.A. (2014). Marriage patterns and reproductive decision making in the inhabitants of a single Muslim village during a 50-year period. *Hum Hered.*; 77: 10–105.