

الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية  
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

## انعكاس الكلفة الصحية على الحق في الرعاية الصحية في لبنان

إعداد

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)  
ومعهد البحوث والاستشارات

بيروت، آذار ١٩٩٩

٣	.....مقدمة
٥	I. المؤشرات السكانية والصحية
٥	١. الخصائص السكانية
٦	٢. المؤشرات الصحية
٦	٢-١ الوفيات ومتوسط العمر المتوقع
٧	٢,٢ الإعاقة
٧	٢,٣ الصحة الإنجابية
٧	٢,٤ خصائص استعمال خدمات الرعاية الصحية
٩	II الإطار الإقتصادي الكلي
١٢	III مصادر التمويل: النفقات العامة في مجال الصحة
١٢	١. الإنفاق من خارج الأسر
١٤	٢. إنفاق الأسر (من الجيب)
١٥	٣. فاتورة الرعاية الصحية الإجمالية
١٦	٤. مؤشر الكلفة الصحية ومؤشر سعر الإستهلاك
١٨	IV. من وكلاء التمويل إلى مقدمي الخدمات
١٨	١. خطة التغطية الصحية
١٨	١,١ الضمان الإجتماعي
١٩	١,٢ التأمين الخاص
١٩	١,٣ وزارة الصحة
٢٠	٢. نظم تغطية الرعاية الصحية
٢٠	٣. كلفة الرعاية الصحية بالنسبة إلى وكيل التمويل في القطاع العام
٢١	٣,١ وزارة الصحة
٢٣	٣,٢ نظام الضمان الإجتماعي
٢٤	٣,٣ التأمين الخاص
٢٤	٣,٤ صناديق التعاضد
٢٦	V. مقدمو الخدمات ووظائفهم
٢٧	١. مراكز تقديم الخدمات الصحية
٢٨	٢. تصنيف مقدمي الخدمات
٢٨	٣. الإستعمال
٣١	IV. خلاصات وتوصيات

تعتبر المؤشرات الصحية من أبرز المقاييس المعتمدة لتقييم حالة السكان الاجتماعية والاقتصادية، ولتحديد مرتبة بلد معين في ما خصّ عمليتي التنمية والاستدامة. ومن أهمّ المعايير المتبعة في هذا الإطار، المؤشرات السكانية الصحية (كمعدل الوفيات ومعدل الإصابة بالأمراض وأنواع الأمراض). لكن ثمة عامل آخر يلعب دوراً مهماً في تقييم الحالة الصحية يتمثل باعتماد سياسات صحيحة تقوم على تقديم الخدمات الصحية بإنصاف وبكلفة معقولة تكون في متناول الجميع. وتلعب الحكومة دوراً أساسياً في هذا السياق ليس فقط كجهة تقدّم تلك الخدمات، بل أيضاً كجهة ترعاها وتروّجها وتشرف عليها. والملاحظ أنّ غالبية المجتمعات تلجأ حالياً إلى تقليص دور الحكومات كعنصر فاعل في مختلف المجالات؛ إلا أنّ الخدمات الاجتماعية لا زالت في عهدتها الحكومات، إما مباشرة من خلال تقديم خدمات الرعاية الأولية، وإما بشكل غير مباشر من خلال تأمين الجوّ المناسب لتفادي الاحتكار وضمان تغطية عادلة.

والوضع معقد نسبياً في لبنان، خاصة في ما يتعلق بتنوّع الفاعلين (الجهات الممولة ومقدّمي الخدمات وحتى الجهات الراعية) وفقدان الاتصالات في ما بينهم. وقد ساهمت الحرب الأهلية الطويلة في تفاقم مشاكل القطاع الصحيّ في لبنان واثّاعها، الأمر الذي انعكس خصوصاً من خلال "قاتورة الكلفة الصحية" الباهظة نسبياً بالمقارنة مع نسبة إجمالي الناتج المحلي الذي يترافق مع خلل واضح في قدرة مختلف المناطق والفئات الاجتماعية على الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية. وغنيّ عن القول إنّ دور القطاع الخاص اتّسع كثيراً في فترة الحرب بفعل المضيّ في اعتماد سياسات بائدة في القطاع الصحيّ. وقد عكست ذلك الاختلالات المنطقية في توزيع المستشفيات والجسم الطبي والطاقم الطبي المساعد، إضافة إلى المنحى التصاعدي لأسعار الخدمات الصحية، لا سيما تلك التي يتكبّدها المستهلك.

تستدعي هذه الاختلالات التعمّق في دراسة البنية الحالية للنظام الصحي للتوصّل إلى مخططات تربط مختلف مكونات هذا النظام ببعضها البعض، وبالتالي لصياغة مجموعة سياسات من شأنها تعزيز أداء القطاع عموماً.

وتسعى هذه الوثيقة حول السياسة الصحية إلى تسليط الضوء على كيفية انعكاس بنية النظام الصحي على فاتورة الخدمات الصحية، وبالتالي على حقّ المواطنين، في مختلف المناطق وعلى اختلاف مداخيلهم، في الاستفادة من الخدمات الصحية بالتساوي. وقد طرحت هذه المسألة نظراً إلى الوضع الحساس الذي تمرّ فيه البلاد اليوم، مع الإشارة إلى بطء معدل النمو الاقتصادي والانكماش الملحوظ، واستمرار العجز في الميزانية بمعدلات لا يمكن السيطرة عليها، وتخطّي الدين العام إجمالي الناتج المحلي. وكان من أبرز انعكاسات السياسات الضريبية والنقدية المعتمدة في السنوات القليلة الماضية، توسّع الهوة بين مختلف طبقات المجتمع، وزيادة الخلل في توزيع المداخيل، وبالتالي مضاعفة الأعباء على الفئات المتوسطة الدخل التي كانت الأكثر تضرراً خلال النزاع الأهلي، مما حدّ من استفادتها من الخدمات الاجتماعية الأساسية (الاستشفاء، التربية،).

يستعرض القسم الأوّل من الدراسة أهمّ المؤشرات السكانية والصحية المسجّلة في البلاد. أما القسم الثاني فيعالج أبرز مؤشرات الاقتصاد الكلي التي سجّلت في السنوات القليلة الماضية. ويعرض القسم الثالث لمختلف مصادر التمويل الصحي ومساهماتها في فاتورة الخدمات

الصحية الإجمالية. ويحلل القسم الرابع تدفق الأموال بين الجهات الممولة ومقدمي الخدمات الصحية. ويركز القسم الخامس على مختلف مقدمي خدمات الرعاية الصحية، ويخلص أخيراً القسم السادس إلى بعض التوصيات حول السياسة الواجب اتباعها.

## 1. المؤشرات السكانية والصحية

تقاس فعالية النظام الصحي عادة، بالإضافة طبعاً إلى القدرة على تحمّل كلفة خدمات الرعاية الصحية، من خلال وجود مؤشرات صحية مقبولة وحد أدنى من الفروقات المناطقيّة، بما يضمن تغطية متوازنة للرعاية الصحية الوقائية والعلاجية في مختلف أنحاء البلاد.

إن الخصائص السكانية والصحية لأيّ شعب كان مترابطة مع بعضها البعض. فالحاجات الصحية رهن إلى حدٍ بعيد بالبنية السكانية القائمة، بينما تعكس المؤشرات السكانية مختلف العوامل الصحية والوبائية السائدة في البلاد. ويشهد لبنان، كغيره من البلدان النامية، تغييرات في بنيته السكانية كما في خصائص إصابة السكان بالأمراض ومعدلات وفياتهم. وقد ساهم تحسّن نوعية الحياة ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة في موازنة تراجع معدلات الوفيات والخصوبة، في ارتفاع عدد المسنين ونسبتهم بين السكان. كما أنّ زيادة المداخيل واتباع أنماط حياة جديدة متصلة بالتمدّن جعل الأمراض السارية تحلّ محلها الأمراض التنكسية المزمنة كسبب أساسي من أسباب الوفيات أو الإعاقة (البنك الدولي، ١٩٨٧؛ عمّار، ١٩٩٧؛ صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٨).

### ١.١ الخصائص السكانية

أجرت وزارة الشؤون الاجتماعية في لبنان بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان مسحاً في عامي ١٩٩٥-١٩٩٦ على عيّنة تمثيلية من الأسر، تبين من خلاله أن إجمالي عدد السكان يبلغ ٣,١ مليون نسمة. ومن جهة أخرى، قدّرت دائرة الإحصاء المركزي عام ١٩٩٧ عدد السكان بنحو ٤ ملايين نسمة (٧% تقريباً منهم هم من غير اللبنانيين) مع معدل نمو سنوي قدره ٢,٤% (مقارنة مع عام ١٩٧٠ حيث كان عدد السكان ٢,١ مليون نسمة). ولا بدّ من الإشارة هنا إلى أنه رغم الفارق الكبير بين الرقمين (حيث أنّ هذا التقرير ليس في صدد شرح أسباب هذا الفارق)، فسيستعان بالدراستين على مدى التحليل، وستعتمد أهمّ الخصائص الصحية والسكانية التي قدّمتها وزارة الشؤون الاجتماعية، في حين تتركز المؤشرات المتعلقة بالبنية الانفاقية للأسر، إضافة إلى عدد السكان وتوزيعهم على المحافظات، على الأرقام التي توصلت إليها دائرة الإحصاء المركزي (الأحوال المعيشية للأسر اللبنانية في عامي ١٩٩٧، ١٩٩٨).

في ما يلي ملخص عن أبرز النتائج حول الخصائص السكانية والاجتماعية - الاقتصادية والاجتماعية - المهنية اللبنانيين<sup>١</sup>:

- ينتمي القسم الأكبر من إجمالي السكان في لبنان (٦٣,٨%) إلى فئة العاملين العمريّة أي الفئة التي تتراوح بين ١٥ و ٦٤ عاماً. بينما ١,٨% فقط من السكان هم ما دون السنة الواحدة من العمر و ١٠,٢% يبلغون ٦٠ سنة وما فوق. علماً أنّ سيطرة فئة الأطفال والمراهقين والشباب على السكان اللبنانيين جاء نتيجة لمعدلات خصوبة مرتفعة سابقاً. كما أنّ عبء الشبان التابعين اقتصادياً، على السكان العاملين (٤٦,٠%) لا زالت أعلى بكثير من عبء المسنين (١٠,٧%) عليهم. إلا أنّ العديد من البلدان النامية بما فيها لبنان تخوض حالياً مرحلة انتقال سكاني، وهي ظاهرة تؤدي إلى انخفاض معدلات الوفيات وارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة، يليهما تراجع في معدلات الخصوبة، مما يؤدي في

<sup>١</sup> قاعدة البيانات حول السكان والسكن، وزارة الشؤون الاجتماعية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٥-١٩٩٦.

نهاية المطاف إلى زيادة عدد المسنين ونسبتهم وانتشار الأمراض التنكسية المزمنة؛ وهذا يرتب ضغطاً متزايداً على نظام الرعاية الصحية (وزارة الشؤون الإجتماعية، ١٩٩٦؛ صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٨؛ عمّار، ١٩٩٧).

- يبلغ متوسط عدد أفراد الأسرة الواحدة ٤,٧، علماً أن نحو ١٨,٣٦% من إجمالي الأسر اللبنانية تتألف من ٥ أفراد و ١٨,٠٤% من ٧ أفراد أو أكثر. وهناك نحو ١٤,٢% من الأسر اللبنانية التي تكون فيها المرأة ربة الأسرة.
- تقطن غالبية الأسر اللبنانية في مناطق جبل لبنان (٣٦,٨%) وشمال لبنان (٢١,٦%) فقط ١٣,١% في محافظة بيروت التي يتركز فيها القسم الأكبر من موارد الرعاية الصحية والمادية والبشرية (وزارة الشؤون الإجتماعية، ١٩٩٦؛ نقابة المستشفيات اللبنانية، ١٩٩٧).
- تبلغ نسبة الأميين نحو ١٢,٥% من إجمالي عدد السكان، مع تسجيل نسبة أعلى بين النساء (١٦,٤%) مقارنة مع نسبة الأميين من الرجال (٨,٥%).
- ٣١,٥% تقريباً من إجمالي السكان هم أفراد ناشطون اقتصادياً، و ٢٠,٥% منهم هم من النساء.

## ٢. المؤشرات الصحية

يتم عادة التحقق من حالة السكان الصحية عبر سلسلة مؤشرات منها مؤشرات الإصابة بالأمراض والوفيات والصحة الإنجابية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٨؛ مجموعة البنك الدولي، ١٩٩٧).

### ١,٢ الوفيات ومتوسط العمر المتوقع

يبلغ معدل الوفيات الإجمالي نحو ٧,٤ لكل ألف نسمة، مع تسجيل معدل وفيات أعلى لدى الذكور (٧,٩) منه لدى الإناث (٦,٩). ويبلغ معدل وفيات الأطفال ٢٨ لكل ألف مولود حي مع تسجيل تفاوت كبير بين المناطق؛ فيبلغ ١٥,٩ في بيروت بينما يرتفع إلى ٥١,٥ في شمال لبنان و ٣٥,٩ في البقاع. ويعكس التفاوت المناطقي في هذا المؤشر الظروف الصحية المزرية في بعض المناطق اللبنانية الريفية الطابع في الأغلب (لا سيما في الشمال والبقاع والجنوب) في مقابل توفر وقاية أفضل من الأمراض السارية في المدن.

ولا بد من الإشارة هنا إلى أن معدل وفيات الأطفال في لبنان أقل بكثير من المعدل المتوسط في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا الذي يقدر بنحو ٥٤ لكل ألف مولود حي (البنك الدولي، ١٩٩٧، وزارة الشؤون الاجتماعية، ١٩٩٦).

واستناداً إلى الإحصاءات حول معدلات الوفيات الناجمة عن أسباب محددة يلاحظ أن الإصابة بالحوادث هو السبب الأول لوفيات الأطفال بعد السنة الأولى من العمر (٥٦ لكل ١٠٠.٠٠٠) والأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ سنة (٤٧ لكل ١٠٠.٠٠٠). أما من يبلغون ٦٠ سنة وما فوق، فأبرز المشاكل الصحية التي يعانون منها هي الشيخوخة وأسباب وفيات أخرى

غير واضحة (٢٨٢ ١ لكل ١٠٠٠ ٠٠٠) تليها المشاكل في الدورة الدموية (٩٣٥ لكل ١٠٠٠ ٠٠٠) والأورام السرطانية (٢٩٢ لكل ١٠٠٠ ٠٠٠).

ويبلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة ٧١,٣ مع فروقات بين الجنسين (٧٢ للإناث و٦٩ للذكور). كما يلاحظ وجود اختلافات بين المناطق حيث تسجل أعلى المعدلات في بيروت (٧٤,٥) وأدناها في الشمال (٦٨,٥).

## ٢,٢ الإعاقة

يبلغ معدل الإعاقة الإجمالي ١% للذكور والإناث، علماً أن النسبة الأكبر من الإعاقات لدى الذكور ناجمة عن الإصابات أثناء الحرب. ونذكر من أبرز أنواع الإعاقة، الاختلالات العقلية (٢٤,٢%) والشلل (٢٠,٥%) وإعاقات أخرى في الأطراف (١٢,٩%).

## ٣,٢ الصحة الإنجابية

يُناهز معدل الولادات الإجمالي في لبنان ٢٤,٦ ولادة حيّة لكل ١٠٠٠ نسمة. أما إجمالي معدلات الخصوبة فيبلغ ٣ ولادات حيّة لكل امرأة، وهو معدل منخفض نسبياً بالمقارنة مع المعدل المسجل في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا البالغ ٤,٢، ويوازي تقريباً المعدل في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط أي ٣,١. لكن إجمالي معدلات الخصوبة ونسبة وفيات الأمهات (١٠٤ لكل ١٠٠٠ ٠٠٠) هو على ما يبدو أعلى من متوسط المعدلات المسجلة في البلدان ذات الدخل المرتفع (١,٧ و ١٤ على التوالي). (P المسح الوطني لصحة الأم والفل، ١٩٩٦؛ مجموعة البنك الدولي، ١٩٩٧).

## ٤,٢ خصائص استعمال خدمات الرعاية الصحية

### الخدمات الوقائية

يمكن بالإجمال تصنيف خدمات الرعاية الصحية ضمن عدة أنواع خدمات فرعية متكاملة تشمل الخدمات الأولية (الوقاية) والثانوية (العلاج) والثالثة (إعادة التأهيل). فيمكن مثلاً الوقاية من الأمراض المعدية من خلال حملات تلقيح واسعة النطاق. كما أنّ تشخيص مشاكل الصحة الإنجابية في وقت مبكر من خلال خدمات التخطيط الأسري أكثر فعالية لتحسين حالة شريحة واسعة من النساء المتزوجات وبكلفة أدنى، بالمقارنة مع خدمات العلاج الفردية. وباختصار، فإنّ لخدمات الرعاية الصحية الوقائية هذه نتائج إيجابية كبيرة، وهي أقلّ كلفة من خدمات الرعاية الصحية الثانوية أو المتخصصة (البنك الدولي، ١٩٨٧؛ مجموعة البنك الدولي، ١٩٩٧).

وتبلغ نسبة تغطية التلقيح (ضد الخناق والشهقة والكزاز والشلل) ٩٦%. وقد شمل اللقاح ضدّ الحصبة ٨٦% والحصبة الألمانية أبو كعب ٩٤% من السكان، وهي نسبة أعلى بقليل من تلك المسجلة في البلدان ذات الدخل المرتفع (٨٣%) أو في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (وزارة الصحة العامة، اليونيسف، ١٩٩٩).

إلى ذلك، بلغت نسبة استخدام وسائل منع الحمل (إحدى أنواع خدمات التخطيط الأسري) من قبل النساء المتزوجات اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين ١٥ و ٤٩ عاماً، نحو ٦١%، بينما أشارت

٣٩% من النساء المتزوجات إلى عدم اللجوء إلى أي وسيلة لمنع الحمل، حديثة كانت أو قديمة (المسح الوطني لصحة الأم والطفل، ١٩٩٦).

#### الخدمات العلاجية

يمكن قياس مدى لجوء اللبنانيين إلى خدمات الرعاية الصحية العلاجية أو الثانوية من خلال عدد أيام المكوث في المستشفى أو معاينة الطبيب في السنة التي سبقت المسح الذي أجرته دائرة الإحصاء المركزي عام ١٩٩٧. ويفيد هذا المسح أنّ نحو ١١% من إجمالي السكان أشاروا إلى دخولهم المستشفى مرة على الأقلّ في غضون اثني عشر شهراً. كما أن نسبة أكبر من النساء (١٢,١%) مقارنة مع الرجال (٩,٩%) دخلن المستشفى في الفترة نفسها. من جهة أخرى، قامت نسبة أكبر بكثير من الأسر اللبنانية (٤٥,٤%) بزيارة الطبيب السنة الماضية، مع تسجيل نسبة أعلى لدى النساء (٤٩,٣%) مقارنة مع الرجال (٤١,٧%). بينما بلغ متوسط عدد الزيارات إلى الطبيب ٢,١ و ٢,٧ و ٢,٤ على التوالي للرجال والنساء والسكان بالإجمال، (دائرة الإحصاء المركزي، ١٩٩٧).

#### المستوصفات

تقع المستوصفات ومراكز الرعاية الأولية في المناطق الريفية خاصة، وتديرها في أكثر الأحيان منظمات غير حكومية. وهي تشكل بديلاً رخيصاً لمصادر الرعاية الصحية الأولية الأخرى كالمستشفيات والأطباء والصيدلة (فان ليربيرغ وزملاؤه، ١٩٩٧؛ عمّار، ١٩٩٧). وتلجأ نحو ٢٨,٥% من الأسر اللبنانية إلى المستوصفات، القسم الأكبر منها لاستشارة الطبيب (٣٠%) وبعضها الآخر كمصدر للأدوية (٢٤,٨%) أو التلقيح (٢٤,٣%) (دائرة الإحصاء المركزي، ١٩٩٧).

يلخص الجدول رقم ١- المؤشرات الصحية الأساسية للسكان في لبنان.



## II الإطار الاقتصادي الكلي

شهد لبنان غداة الحرب، تغييرات بنيوية على مستوى الاقتصاد الكلي، كان لها وقع بالغ على الظروف الاجتماعية والاقتصادية للسكان. والسياسات الضريبية والنقدية التي اعتمدها الحكومة في السنوات الماضية وما نجم عنها، وهي تعكس، بشكل مباشر أو غير مباشر، الخطوط الاجتماعية والاقتصادية العريضة التي تبعتها الحكومة. فبمعزل عن الإنجازات التي سُجّلت منذ انتهاء الحرب، تميّز الاقتصاد بتباطؤ عام رسّخ الاختلالات الاجتماعية والاقتصادية التي عانت منها البلاد قبل الحرب وخلالها.

- إنّ نمو إجمالي الناتج المحلي الذي سجّل ارتفاعاً كبيراً في مطلع التسعينات، بدأ يتباطأ في السنوات الثلاث الأخيرة. وقد أدت عدة عوامل إلى هذا التباطؤ، أهمها إصدار الحكومة سندات خزينة بفوائد عالية جداً لتمويل العجز في الميزانية، ما أدى إلى تدفق الرساميل إلى البلاد وتوظيف الودائع المحلية في استثمارات عالية الأرباح، منافسة بالتالي القطاع الخاص على الموارد المالية المتوفرة (مفعول الاستقطاب). كما شهدت تركيبة إجمالي الناتج المحلي جذرية بما أنّ نسبة نفقات خدمة الدين الداخلي التي تشكّل في الواقع جزءاً من مكوّن الفائدة الإجمالية إلى إجمالي الناتج المحلي ارتفعت من نحو ٤% عام ١٩٩٢ إلى نحو ١٤% عام ١٩٩٧. وقد طرأ هذا الارتفاع نظرياً على حساب مكوّنات أخرى لإجمالي الناتج المحلي هي الأجور والأرباح. إضافة إلى ذلك، شهدت الأونة الأخيرة تراجع نسبة النفقات للاستثمارات العامة في إجمالي الناتج المحلي، حيث انخفضت من ٩,٣% عام ١٩٩٤ إلى ٨,٥% عام ١٩٩٦؛ علماً أنّ هذه الأرقام أقلّ من التوقعات المبينة في خطط إعادة الاعمار والتأهيل التي قدرتها بنحو ١٥,٥% و ١٤,٦% عامي ١٩٩٥ و ١٩٩٦ على التوالي.

- أدت سياسة الاستقرار التي اتبعتها الحكومة، اعتباراً من آخر فصل في عام ١٩٩٢، إلى تحسّن معدلات سعر صرف الليرة اللبنانية مقابل الدولار الأميركي، من ١٨٣٨ ل.ل. عام ١٩٩٢ إلى حوالي ١٥٠٨ ل.ل. عام ١٩٩٨. لكن هذا التحسّن لم يحلّ دون ارتفاع مؤشر سعر الاستهلاك وإن بوتيرة أقلّ، علماً أنّ متوسط معدّل التضخم السنوي تراجع من ١٠٠% عام ١٩٩٢ إلى نسبة قياسية بلغت ٣٦% في فترة ١٩٩٥-١٩٩٨ (السنة المرجعية ١٩٩٤=١٠٠).

- تمّ إطلاق خطط إعادة الاعمار والتأهيل في مطلع سنة ١٩٩٣ مع التركيز على إعادة تأهيل البنى التحتية (الكهرباء والطرق والاتصالات) وتخصيص موارد محدودة نسبياً للقطاعات الأخرى ذات البعد الاجتماعي والاقتصادي (القطاعات الإنتاجية والعمالة). وقد بلغت الكلفة الإجمالية لخطة إعادة الاعمار (أفاق ٢٠٠٠) ١٧,٨ مليار دولار أميركي حسب آخر تحديث جرى عام ١٩٩٥، على أساس الأسعار المعتمدة عام ١٩٩٥. وإضافة إلى الاستثمار العام في إعادة تأهيل البنى التحتية، تقدّر مساهمة القطاع الخاص بضعف كلفة خطة إعادة الاعمار تقريباً.

- أما في ما يتعلق بالمالية العامة، فقد ظلّ العجز في الميزانية يسجل مستويات عالية لا يمكن السيطرة عليها. ومنذ ١٩٩٢، لم تتخفّف نسبة العجز في إجمالي الإنفاق العام إلى ما دون ٣٩% المسجّلة عام ١٩٩٣، بل بلغت أعلى مستوياتها، أي ٥٩% عام ١٩٩٧.

وأنت معدلات العجز الضخمة هذه نتيجة لتعذر إدارة الإنفاق وعدم جني المداخل، إضافة إلى نمو خدمة الدين التي استحوذت على ٤١% من إجمالي الإنفاق عام ١٩٩٨.

- ارتفع إجمالي الدين العام في الفترة الأخيرة بسرعة كبيرة من ٤٦٥٠ مليار ل.ل. في نهاية ١٩٩٢ إلى ٢٧٥٣٤ مليار ل.ل. في نهاية ١٩٩٨، أي بزيادة بلغت ستة أضعاف تقريباً وكان يمثل عام ١٩٩٨ نحو ١١١% من إجمالي الناتج المحلي. ولا بد من الإشارة هنا إلى أنّ هذا المستوى من الدين العام مخيف ويحتاج إلى حلول ملحة وفعالة. وبالفعل، باشرت الحكومة منذ ١٩٩٧ باستبدال الدين الداخلي القصير الأمد من خلال زيادة حجم الدين الخارجي البعيد الأمد الذي كان يمثل نحو ٢٣% من الدين الإجمالي في نهاية عام ١٩٩٨، بعد أن كان يتراوح بين ١٥-١٣% في الفترة ١٩٩٢-١٩٩٧.

يمثل الجدول رقم ٢- المؤشرات الاقتصادية للبنان في الفترة الممتدة من ١٩٩٢ إلى ١٩٩٨.

ويبدو أن القطاع الصحي تأثر بأداء الاقتصاد عموماً، بصفته خدمة اجتماعية أساسية. فلا يمكن اعتبار الحجم المتزايد لقاتورة الرعاية الصحية "دليل عافية"، خاصة في ظل مؤشرات اقتصادية مخيفة حول وجود خلل ضريبي ومعدلات نمو بطيئة. من الواضح إذاً أن بنية النظام الصحي عامل ساهم في ارتفاع كلفة الرعاية الصحية بفعل عدم تصحيح الاختلالات الموروثة عن الحرب ما بعد استناباب السلام، لا سيما من خلال اعتماد تنظيمات تحدد دور كل فريق في هذا القطاع وتراقب العلاقات بين مختلف المعنيين به.

وقد كان للحرب الأهلية وقع بالغ على تقدّم القطاع الصحي وتطوره في لبنان. إذ أضعفت الحرب كثيراً قدرة الحكومة المؤسساتية والتمويلية وتراجع دورها كثيراً في تقديم خدمات الرعاية الصحية.

ولا تنتقل الأموال المستثمرة في القطاع الصحي في لبنان من المصادر الأولية إلى الهدف النهائي مباشرة. بل يمرّ الكثير منها أولاً عبر وسطاء ماليين، يسمون وكلاء التمويل، يقومون بتحويل الموارد إلى مقدم الخدمات النهائي. ما يؤدي إلى الفصل بين التمويل وتأمين خدمات الرعاية الصحية. وقد تكون المصادر ووكلاء التمويل هي نفسها أحياناً، كالأسر والشركات مثلاً التي تعطي قسماً كبيراً من إنفاقها لمقدم الرعاية الأخير مباشرة.

### رسم بياني لتدفق الأموال

المصادر
وكلاء التمويل
مقدمي الرعاية الصحية

يسعى الإطار الوارد في هذا التقرير إلى إعطاء صورة شاملة عن تدفق الإنفاق بالإجمال في القطاع الصحي. يتمتع لبنان بنظام رعاية صحية تعديدي جداً يشارك فيه عدة فقاء كالحكومة ومقدمي الخدمات مجاناً ومن القطاع الخاص ووكلاء التمويل. ولا بدّ أن يبدأ تحليل تمويل

الخدمات الصحية بالعودة إلى إحصاءات موثوقة حول الإنفاق الوطني في مجال الصحة إنفاق إجمالي والمساهمة في الإنفاق من عدة مصادر والهدف الأخير لإنفاق تلك الأموال. لكن هناك عادة:

- ١- ثلاثة مصادر تمويل: الضرائب والمساهمات والإنفاق من خارج الجيب.
- ٢- أربعة أنواع وكلاء تمويل: القطاع العام، بنى الضمان الإجتماعي، المؤسسات الخاصة والأسر.
- ٣- عدة أنواع من مقدمي الخدمات: يسيطر القطاع الخاص على سوق الرعاية الصحية بينما لا تستحوذ الدولة إلا على بعض المؤسسات الصحية المحدودة.

لا يستوجب الإطار الوارد في التقرير تحليل النفقات الإجمالية فحسب، بل أيضاً فهم كيفية تدفق الأموال في نظام الرعاية الصحية. وهو يشدد على الحاجة إلى معرفة من يدفع، وكم، ولماذا، لا مجرد الفصل بين من ولماذا. ومن شأن هذا التحليل أيضاً مساعدة واضعي السياسات ومُتخذي القرارات عفي صياغة مقترحاتهم للتوصل إلى نظام رعاية صحية منصف تكون كلفته في متناول الجميع.

### III مصادر التمويل: النفقات العامة في مجال الصحة

تفرض منهجية "المصادر وأوجه الاستعمال" الواردة في هذه الدراسة انضباطية مشددة على تحليل الإنفاق الوطني على الصحة، المؤلف من تقديرات منفصلة للنفقات حسب الموارد وأنواع مقدمي الخدمات كالمستشفيات والأطباء.

ولا تتنقل الأموال الموظفة في القطاع الصحي مباشرة من المصادر الأولية إلى أوجه استعمالها النهائية. بل يمرّ الكثير منها أولاً عبر وسطاء ماليين، يسمون وكلاء التمويل، يقومون بتحويل الموارد إلى مقدم الخدمات النهائي. ما يؤدي إلى الفصل بين التمويل وتأمين خدمات الرعاية الصحية.

لكن وكما أشير سابقاً، لعلّ أبرز العراقيل التي تواجه القطاع الصحي تتمثل بحجم فاتورة الرعاية الصحية الضخم نسبياً، إذ تتعدى ١٠% حسب عدة مصادر رسمية وغير رسمية، بينما تتمّ تغطية القسم الأكبر من هذه الفاتورة بواسطة إنفاق الأسر (من مالها الخاص).

#### ١. الإنفاق من خارج الأسر

يشمل الإنفاق على الصحة من خارج الأسر الأموال التي تخصصها مختلف هيئات التمويل والصناديق ومؤسسات الرعاية الصحية وغيرها من الإدارات ذات الصلة. ونميّز هنا بين أربعة أنواع أساسية لوكلاء التمويل: القطاع العام، بنى الضمان الاجتماعي، المؤسسات الخاصة والأسر:

- يشمل الضمان الاجتماعي: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي  
تعاونية موظفي الدولة  
نظام خاص بالجيش  
نظام خاص بقوى الأمن الداخلي  
نظام خاص بالأمن العام  
نظام خاص بقوى أمن الدولة
- الحكومة: وزارة الصحة
- المؤسسات الخاصة
- الأسر: من مالها الخاص

ويتمّ تمويل هذا الإنفاق من خلال:

- الضرائب: التي تجمعها الحكومة والتي تمرّ عبر عدة وكلاء تمويل في القطاع العام وقسم من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.
- المساهمات: من المستفيدين وتمرّ عبر صناديق التعاضد وشركات التأمين الخاصة وأقسام منها عبر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الجدول ٣ -

تمويل القطاع الصحي من خارج الأسرة  
(بملايين الليرات اللبنانية)

النسبة المئوية	الإتفاق على الصحة في العام ١٩٩٧	المساهمات	الضرائب	هيئات التمويل
١٤%	٢٥٠,٧	صفر	٢٥٠,٧	وزارة الصحة العامة
٢%	٤١,٥	صفر	٤١,٥	تعاونية موظفي الدولة
٤%	٨٢,٣	صفر	٨٢,٣	الجيش
٤%	٦٩	صفر	٦٩	قوى الأمن الداخلي، الأمن العام، أمن الدولة
٢%	٢٧,٧	١٢,٥	١٥,٢	صناديق التعاضد
١١%	٢٠٠	١٤٥	٥٥	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
٢٠%	٣٥٩,٦	٣٥٩,٦	-	شركات التأمين الخاصة
٥٦%	١٠٣٠,٨	٥١٧,١	٥١٣,٧	المجموع

المصدر: المجلة الطبية اللبنانية، ١٩٩٨

تغطي بنى الضمان هذه نحو ٤٢% إلى ٤٨% من الأسر اللبنانية (إذا اعتبرنا أن في لبنان ٤ ملايين نسمة). لكن هناك فروقات شاسعة من حيث التوزيع الجغرافي للأسر المضمونة (أو أعضاء تلك الأسر). فأكثر من ٥٥% مثلاً من سكان بيروت مضمونون مقابل ٢٣,٥% فقط في جنوب لبنان. ويلاحظ أن نسبة الأسر المضمونة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بمتوسط الدخل أي أنها ترتفع لدى من لديهم مداخيل مرتفعة. مما يفسّر لماذا يزيد الإنفاق من الجيب على الخدمات الصحية لدى الأسر ذات مداخيل متدنية بالمقارنة مع الأسر ذات المداخيل المرتفعة.

ولا بد هنا من الإشارة إلى أن المناطق التي تسجّل فيها نسبة ضئيلة من المضمونين (جنوب لبنان والنبطية وشمال لبنان والبقاع) تتركز فيها عادة الأنشطة الزراعية والمؤسسات الصغيرة والأنشطة غير الرسمية والعمالة الموسمية، إلى جانب الافتقار إلى الوعي الصحي والاجتماعي وإلى مراكز للرعاية الصحية الأساسية بالمقارنة مع غيرها من المناطق اللبنانية. كما تسجّل في تلك المناطق أعلى نسبة إصابات بالأمراض المزمنة (مثلاً ١١,٦% من السكان في جنوب لبنان مقابل ٧,٨% في جبل لبنان).

أما في ما يتعلق بالتركيبة العمرية للمضمونين، فيلاحظ أن ٤٣٧,٤% فقط ممن يبلغون ٦٠ سنة وما فوق مضمونون، علماً أن هذه الفئة هي الأكثر عرضة للأمراض المزمنة وتحتاج لرعاية صحية خاصة ومكلفة أحياناً (نحو ٣٥,٣% ممن يبلغون ٦٠ سنة وما فوق مصابون بأمراض مزمنة مقابل نسبة إجمالية قدرها ٨,٨٥% من إجمالي السكان).

ولا زالت مساهمة وزارة الصحة محدودة جداً في هذا المجال كما يظهر من خلال نسبة الأسر التي تلقت مساعدة طبية من خلال وزارة الصحة حيث لم تتعدّ ١٢,٦% من إجمالي الأسر عام ١٩٩٧ (دائرة الإحصاء المركزي). لكن مساهمة وزارة الصحة ساعدت نوعاً ما على التخفيف من حدة الاختلالات في توزيع المضمونين لا سيما من الناحية الجغرافية. فقد استفادت ١٨,٥% من الأسر في جنوب لبنان من مساعدات وزارة الصحة و ١٦,٢% في النبطية، مقابل ٧,٨% من الأسر في بيروت.

<sup>٢</sup> الأوضاع المعيشية للأسر اللبنانية عام ١٩٩٧، إدارة الإحصاء المركزي، ١٩٩٨.

<sup>٣</sup> The Gazette، ٢٤/١٢/١٩٩٨.

وكنتيجة لذلك، ورغم كمية الأموال الضخمة نسبياً التي خصصتها مختلف المؤسسات شبه العامة لتمويل الخدمات الصحية، تظهر مشاكل عدم المساواة في التوزيع الجغرافي والاجتماعي الوظيفي والعمرى.

## ٢. إنفاق الأسر (من مالها الخاص)

من الصعب توقع مدى إنفاق الأسر من مالها الخاص لأسباب عدة، أهمها عدم توفر بيانات حديثة حول ميزانية مفصلة للأسر اللبنانية تبين حصّة الإنفاق على الصحة من إجمالي إنفاق الأسرة. لكنّ آخر الإحصاءات حول بنية الإنفاق الأسري تقيد أنّ نحو ٨,٦% من ميزانية الأسرة خصص للنفقات الصحية عام ١٩٩٧. وقد تشمل هذه النسبة احتساباً مزدوجاً لبعض النفقات الصحية التي تغطيها الأسر قبل أن يعيدها لهم وكلاء التمويل (مثلاً تسديد كلفة الأدوية والاستشارات الطبية المؤجلة من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي).

### الجدول ٤ -

#### تفاصيل إنفاق الأسر على الصحة من الجيب عام ١٩٩٧

نوع النفقات	معدل الفاتورة السنوية بآلاف الليرات اللبنانية	نسبة الأسر المعنية	الإنفاق الإجمالي بآلاف الليرات اللبنانية	الإنفاق الإجمالي بآلاف الدولارات الأميركية
تأمين خاص	١,٧١٩	١٤,٨%	٢١٤,١٣٢,٧٢٩	١٤٢,٧٥٥
استشفاء	١,١٦٧	٢٨,٨%	٢٨٢,٨٨٤,٢٧٣	١٨٨,٥٩٠
الفحوصات المخبرية والأشعة	٢٤٩	٤٥,٩%	٩٦,١٩٦,١٠٦	٦٤,١٣١
العلاج	٥٢٠	٧,٧%	٣٣,٧٠٠,٧٤٧	٢٢,٤٦٧
الأسنان	٧٠٥	٢٩,٧%	١٧٦,٢٣٤,٥٣٩	١١٧,٤٩٠
المجموع			١,٤١٣,٠٣٥,٩٦٥	٩٤٢,٠٢٤
المجموع دون التأمين الخاص			١,١٩٨,٩٠٣,٢٣٦	٧٩٩,٢٦٩

المصدر: الأوضاع المعيشية للأسر اللبنانية، ١٩٩٧

يتبين من خلال الجدول أنّ إجمالي إنفاق الأسر من الجيب يناهز ١ ١٩٨ مليار ل.ل. (على أساس إجمالي عدد الأسر البالغ ٦٧٧ ٨٤١ أسرة عام ١٩٩٧). لكن هذا الرقم قد يكون مبالغاً فيه بعض الشيء. وتوضيحاً لهذه الفكرة، فلنأخذ على سبيل المثال الدواء الذي تبلغ فاتورته الإجمالية التي تدفعها الأسر ٢٩٦,٧ مليون دولار أميركي ينفق منها ٢٥٩ مليون دولار أميركي تقريباً على المرضى من خارج المستشفيات و٣٧,٧ مليون دولار أميركي من ضمن فاتورة الاستشفاء (مع الإشارة إلى أنّ هذا الرقم الأخير يمثل ٢٠% من فاتورة الاستشفاء

١ الأحوال المعيشية للأسر اللبنانية عام ١٩٩٧، دائرة الإحصاء المركزي، ١٩٩٨.

الإجمالية). مما يعني أن الأسر تدفع من مالها ٨٢% من فاتورة الدواء الإجمالية (التي تقدر بنحو ٣٦٢ مليون دولار أميركي عام ١٩٩٧ على أساس السعر للعموم). إنطلاقاً من الإنفاق على الأدوية، (جدول رقم ٥ -):

تتفق مؤسسات التمويل بالتالي ما مجموعه ٩٦,٥ مليون دولار أميركي على الأدوية، أي نحو ٢٧% من فاتورة الدواء الإجمالية، ما يتعارض مع إنفاق الأسر (٨٢% من فاتورة الدواء). وهذا يعني أن هناك تضخيم بنسبة ٩% في إنفاق الأسر من مالها الخاص على الدواء. فإذا سلّمنا بصحة هذا الواقع بالنسبة إلى إجمالي الفاتورة التي تدفعها الأسر، تكون نفقات الأسر من مالها الخاص ١٠٩١ مليار ل.ل. بدل ١١٩٨ ملياراً.

### ٣. فاتورة الرعاية الصحية الإجمالية

تبلغ النفقات الوطنية الإجمالية على الصحة في لبنان ٢١٢١ مليار ل.ل. أي ٩,٢% من إجمالي الناتج المحلي (الذي بلغ ٢٣٠٣٤ مليار ل.ل. عام ١٩٩٧)، وبقي الإنفاق من المال الخاص المصدر الأساسي لتمويل خدمات الرعاية الصحية (٥٢%). مع التذكير أن هذه النسبة بلغت نحو ١٠% من إجمالي الناتج المحلي في آخر إحصاء، وهذا الفارق سببه الأساسي المبالغة في تقدير إنفاق الأسر من الجيب. لكن هذه النسبة (٩,٢% من إجمالي الناتج المحلي) لا زالت مرتفعة بالنسبة إلى بلد كـلبنان يـرزح تحت عبء العجز الضريبي وتفاقم الدين ولا يزال يسجل معدلات نمو بطيئة تترافق مع خلل في توزيع المداخيل. كما يبدو أن هذه النسبة أعلى من كل النسب تقريباً المسجلة في بلدان الشرق الأوسط. كما هو مبين في الجدول التالي:

### الجدول ٦ -

<sup>١</sup> مؤشر صحة المستهلك، معهد الإستشارة والأبحاث.

<sup>٢</sup> المكتب الإستشاري للدواء، دراسة حول سوق الدواء عام ١٩٩٧، السفير ٤/٤/١٩٩٨.

نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي في بعض بلدان الشرق الأوسط

الدولة	نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي
اليمن	٢,٦
مصر	٣,٧
المغرب	٣,٤
ايران	٤,٨
الأردن	٧,٩
الجزائر	٤,٦
تونس	٥,٩
فلسطين	٨,٤
البحرين	٥,٧
قطر	٢,٨
الإمارات العربية المتحدة	٢,٢
قبرص	٤,٦
تركيا	٤,٢

المصدر: البنك الدولي، ١٩٩٦

٤. مؤشر الكلفة الصحية ومؤشر سعر الاستهلاك

شهد الإنفاق الوطني على الصحة ارتفاعاً بالغاً في السنوات القليلة الماضية. وقد بلغ حسب تقديرات البنك الدولي ٥,٣% من إجمالي الناتج المحلي عام ١٩٩٥ مقابل ٤,٨% كمعدل متوسط في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

ولعلّ أبرز العوامل وراء هذا الارتفاع استمرار ارتفاع أسعار الاستهلاك للخدمات الصحية كما يظهر في مؤشر الكلفة الصحية الذي يبيّن وجود منحنى تصاعدي بين عامي ١٩٩٢ أو ١٩٩٨. وفي الواقع، شهدت هذه الفترة ارتفاعاً ملحوظاً في المعدلات السنوية في مختلف خدمات الرعاية الصحية والسلع الصحية تقريباً، لا سيما لجهة أكلاف الإستشفاء والطبابة كما يظهر في الرسم البياني المرفق.



وقد سجّل مؤشر الكلفة الصحية الإجمالي في الفترة الممتدة بين ١٩٩٢-١٩٩٨ معدلات سنوية أعلى من مؤشر سعر الاستهلاك.

**الجدول ٧ -**  
**تطور مؤشر الكلفة الصحية ومؤشر سعر الاستهلاك**  
**(المعدل السنوي ١٩٩٢-١٩٩٨)**  
**(١٠٠=١٩٨٨)**

١٩٩٨	١٩٩٧	١٩٩٦	١٩٩٥	١٩٩٤	١٩٩٣	١٩٩٢	
١٧٢٤	١٧٢٣	١٦٦٨	١٥٣٠	١٣٥٨	١٢٨٣	٩٦٧	مؤشر الكلفة الصحية
١٥٩٠	١٥٢١	١٤١١	١٢٩٦	١١٧٢	١٠٨٦	٨٧١	مؤشر أسعار الإستهلاك

المصدر: مؤسسة الاستشارات والأبحاث

كما أنّ تحليل المنحى الذي اتخذته كل من المؤشرين يبيّن أن معدل الزيادة السنوية في مؤشر الكلفة الصحية فاق في بعض السنوات معدل الزيادة في مؤشر سعر الاستهلاك أو المعدل السنوي لتضخم أسعار الاستهلاك. وقد سجّل متوسط معدل الزيادة السنوية في مؤشر الكلفة الصحية نسبة ٣٣% عام ١٩٩٣ مقارنة مع متوسط معدل التضخم السنوي البالغ ٢٥% في السنة نفسها. وتكررت هذه الظاهرة أيضاً عام ١٩٩٥ عندما فاق معدل زيادة مؤشر الكلفة الصحية نسبة التضخم. لكن مؤشر الكلفة الصحية مال مجدداً إلى الاستقرار في السنتين الماضيتين بينما استمرّ مؤشر سعر الاستهلاك في اتخاذ منحى تصاعدي.

إنّ المقارنة السابقة بين مؤشر الكلفة الصحية ومؤشر سعر الاستهلاك الإجمالي تعطي معلومات مهمة حول حالة نظام الرعاية الصحية في لبنان. فالزيادة في متوسط أسعار خدمات الرعاية الصحية في لبنان لا يمكن تبريرها بارتباطها بتضخم أسعار الاستهلاك فحسب. كما أنّ المنحى التصاعدي لأكلاف الرعاية الصحية كان نتيجة مباشرة لبعض الخصائص الداخلية الملازمة للقطاع الصحي في لبنان. ونذكر منها على سبيل المثال سيطرة مقدّمي الخدمات من القطاع الخاص، والافتقار إلى قيود ومراقبة حكومية، والميل كما في أي قطاع اقتصادي آخر إلى السعي وراء جني أكبر قدر ممكن من الأرباح، والاستثمارات الضخمة للمستشفيات الخاصة لاكتساب تكنولوجيا مكلفة، واحتكار القلّة لسوق الأدوية، وميل بعض مقدّمي الخدمات الصحية إلى استعمال أدوية مكلفة جداً.

IV. من وكلاء التمويل إلى مقدمي الخدمات

### ١. خطة التغطية الصحية

١,١ الضمان الاجتماعي

تختلف الفئات المستهدفة لكل من هيئات التغطية الاجتماعية العاملة في لبنان، وهي على النحو التالي:

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي: يغطي العاملين في القطاع الخاص الرسمي والمتعاقدين والمأجورين في القطاع العام إضافة إلى الطلبة في الجامعة اللبنانية.
- تعاونية موظفي الدولة: تغطي الموظفين الحكوميين (بما في ذلك الموظفين الدائمين في الإدارات الرسمية، ومعلمي المدارس الرسمية).
- نظام التغطية الطبية للعسكريين: القائم على مؤسسات مستقلة تشمل الجيش وقوى الأمن الداخلي والأمن العام وقوى أمن الدولة.

### الجدول ٨ -

#### عدد المستفيدين من هيئات التمويل العامة

الهيئة	عدد المنتسبين	عدد المستفيدين
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	٣٤١٣٣٠	١١٩٤٠٠٠
تعاونية موظفي الدولة	٦٥٠٠٠	٣٢٥٠٠٠
الجيش	٨٥٠٠٠	٣٢٥٠٠٠
قوى الأمن الداخلي	٢٣١٠٠	٧٨١٠٠
الأمن العام	٣٨٠٠	١٣٠٠٠
أمن الدولة	١٤٦٣	٣٨٧٧
المجموع	٥١٩٦٩٣	١٩٣٨٩٧٧

المصدر: الجريدة الرسمية، ١٩٩٨/١٢/٢٤

كما هو مبين أعلاه، فإن عدد المنتسبين إلى هيئات الضمان تلك لا يتعدى ٤٢% من إجمالي السكان العاملين في لبنان (المقدر عددهم بنحو ١,٢٤ مليون عامل عام ١٩٩٧) و٦٥% من المأجورين الدائمين<sup>٧</sup>، الذين يشكلون ٦٤% من إجمالي السكان العاملين. ومن الواضح أن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي يغطي أكبر نسبة من بين هيئات الضمان الاجتماعي العامة (٦٦% من إجمالي عدد المستفيدين) وتشكل ميزانيته ٥١% من نظم الضمان الاجتماعي العامة (باستثناء وزارة الصحة). لكن الأرقام الخاصة بالمستفيدين من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أعلى مما كان متوقفاً على ما يبدو، علماً أن نسبة المستفيدين/المنتسبين (٣,٥) أعلى نسبياً مما كانت عليه (تتراوح بين ٢,٨ و ٣) مما يعني أن العدد الأقصى للمستفيدين لن يفوق المليون. وثمة عامل آخر يظهر المبالغة في تقدير حجم المستفيدين من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، يتمثل بنتائج المسح الوطني حول الأحوال المعيشية للأسر اللبنانية (دائرة الإحصاء المركزي، ١٩٩٧) الذي قدر العدد الإجمالي للمستفيدين من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بنحو ١٥,٢% من السكان أي ٠٠٠ ٦٠٠ مستفيد تقريباً.

<sup>٧</sup> السكان العاملين في لبنان عام ١٩٩٧، دائرة الإحصاء المركزي، ١٩٩٨.

## ٢,١ التأمين الخاص

وقد شهد نشاط شركات التأمين في لبنان نمواً بلغ ٢٣% عام ١٩٩٧ (زخّور صفحة ٦٨-٦٩) وهي تقدّم إما تغطية شاملة أو إضافية. لكن عدد السكان الذين تغطيهم شركات التأمين الخاصة لا يتعدّى ٥٠٠.٠٠٠ (زخّور صفحة ٤٩).

من جهة أخرى، تدلّ الإحصاءات الوطنية أنّ نحو ٨,١٤% من الأسر اللبنانية تدفع مقابل الحصول على تأمين خاص، أي ما يعادل ١٢٥,٥ ألف أسرة<sup>٤</sup>. ووفق نفس الإحصاءات، يبلغ العدد الإجمالي لأفراد الأسر المستفيدين من تأمين خاص نحو ١١,٦% من اللبنانيين (٨,٧% منهم يغطيهم التأمين الخاص فقط و٢,٩% تأمين مختلط)، أي ما يعادل ٤٦٤.٠٠٠ عام ١٩٩٧. ويطابق هذا الرقم إلى حدٍ ما تقديرات شركة "ميدنيت" Mednet التي تقول إنها تغطي ٣٧% ممن يغطيهم تأمين خاص عام ١٩٩٧ (أي نحو ١١٠.٠٠٠ شخصاً).

### الجدول ٩-

#### عدد المستفيدين من التأمين الخاص

أنواع التغطية	عدد المستفيدين من تأمين شامل	عدد المستفيدين في إستكمال برامج ضمان اجتماعي	عدد المستفيدين الإجمالي
تقدير شركة ميدنيت	٣٠٠,٠٠٠	١٧٣,٠٠٠	٤٧٣,٠٠٠
تقدير شركة CAS	٣٤٨,٠٠٠	١١٦,٠٠٠	٤٦٤,٠٠٠

## ٣,١ وزارة الصحة

تستهدف خدمات وزارة الصحة فئة اللبنانيين الذين لا تغطيهم أي نظم تأمين خاص أو عام. كما هو مبين في الجدول التالي:

### الجدول ١٠-

#### عدد المستفيدين وعدد الذين يمكنهم أن يستفيدوا من مختلف نظم الضمان (١٩٩٧)

هينات التمويل	عدد المستفيدين
هينات التمويل العامة وشبه العامة (١)	١,٩٣٨,٩٧٧
التأمين الخاص (٢)	٣٤٨,٠٠٠
الذين يمكن أن يستفيدوا من وزارة الصحة العامة	١,٤٣٣,٦٦٨
المجموع (٣)	٣,٧٢٠,٦٤٥

(١) إن هذا الرقم مضخم إذ أن الضمان الاجتماعي يقدر عدد المستفيدين بشكل زائد.  
 (٢) دون احتساب ٢,٩% من السكان الذين يشملهم ضمان اجتماعي وتأمين خاص.  
 (٣) وفقاً لتقديرات دائرة الإحصاء المركزي حول عدد اللبنانيين ٢,٧٢٠,٦٤٥ (٤,٠٠٥,٠٠٠) منهم ٧% غير لبنانيين)

<sup>٤</sup> الأحوال المعيشية للأسر اللبنانية، إدارة الإحصاء المركزي، ١٩٩٨.

## ٢. نظم تغطية الرعاية الصحية

يوجد في لبنان، كما ذكر سابقاً، نظام رعاية صحية تعددي. ومن شأن تعدد هيئات التغطية أو وكلاء التمويل إضعاف النظام وتعقيده ومضاعفة الكلفة الإدارية. كما أن كل وكيل تمويل يكون تابعاً لهيئة رقابة مختلفة (الوزارة عادة)، كما يزيد الحاجة إلى مجلس وطني للصحة يراقب خطة التغطية بأكملها في لبنان ويشرف عليها.

وتوقّر وزارة الصحة شبكة الأمان بمعنى أنها تغطي كل من لا يغطيهم أي نوع ضمان آخر. لكنّ وزارة الصحة قد تتحمل، في ظل غياب الوثائق الثبوتية، أعباء من يستفيدون من نظام تأمين آخر. من هنا صعوبة التحليل نظراً إلى ازدواجية التغطية والإفتقار إلى إحصاءات موثوقة.

### الجدول ١١ -

#### الهيئات المسؤولة عن مراقبة هيئات التمويل القائمة حالياً

هيئة التمويل	الهيئة المسؤولة عن المراقبة
وزارة الصحة العامة	وزارة الصحة العامة
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	وزارة العمل
تعاونية موظفي الدولة	رئيس مجلس الوزراء
قوى الأمن الداخلي، الأمن العام، أمن الدولة	وزارة الداخلية
الجيش	وزارة الدفاع
التأمين الخاص	وزارة الاقتصاد والتجارة
صناديق التعاضد للشركات الخاصة	وزارة الإسكان والتعاونيات

## ٣. كلفة الرعاية الصحية بالنسبة إلى وكيل التمويل في القطاع العام

تستعين كل هيئات التمويل العامة بمقدمي الخدمات في القطاع الخاص. وبالكاد يتمّ تحميل أكثر من ٨٥% من الفاتورة للهيئات وتسديدها لمقدمي الخدمات مباشرة. بل يتأخر دفع الفواتير حتى سنة تقريباً. ويتمّ التسديد لمقدمي الخدمات حسب تعرفه أساسية وفق كل درجة إستشفاء. وتتضافر حالياً جهود مختلف ممولي القطاع العام للتوصل إلى جدول دفع موحد لكل الخدمات.

يبلغ متوسط فاتورة الاستشفاء ٢٥١ ٠٠٠ ل.ل. للمريض الواحد، علماً أنها تختلف كثيراً بين وكيل تمويل وآخر. فهي أعلى بالنسبة إلى الأمن العام ووزارة الصحة وأقلّ بالنسبة إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. أما في ما يخصّ الكلفة لليوم الواحد والتي تبلغ ٣١٦ ٠٠٠ ل.ل.، فهي عالية بالنسبة إلى الأمن العام. كما تتراوح فترة الإقامة بين وكيل وآخر وتبلغ كمعدل ٣,٩٦ يوماً، علماً أنّ وزارة الصحة تسجّل أعلى معدل يصل إلى ٤,٥ يوم إقامة.

تعول المستشفيات الخاصة وحسب جرجس، ١٩٩٥، على التمويل العام بشكل خاص، الذي يغطي ٦٤% من مردودها، وتغطي وزارة الصحة وحدها ٣٠% منه.

ولا تشمل معدلات دخول المستشفى المشار إليها العلاجات الطبية المكلفة، كعملية القلب المفتوح وزرع الأعضاء ومعالجة السرطان وغسل الكلى أو غيرها من العلاجات المتطورة.

### ١,٣ وزارة الصحة

يخلق نظام التمويل الحالي مناخاً مؤثراً للإفراط في اللجوء إلى الخدمات التي تقدمها المستشفيات والتي لا تشمل أتعاب الأطباء بالنسبة إلى المرضى من خارج المستشفى، هذا بالإضافة إلى تخفيض الرعاية النقالة عام ١٩٩٨. وموازاة ذلك، أدى قرار إعادة تسديد كلفة الخدمات العلاجية إلى جعل القطاع الخاص يزيد استثماراته في التكنولوجيا المكلفة. وتعتبر وزارة الصحة إحدى أبرز الجهات الممولة إذ تبلغ حصتها نحو ٣٦% من إجمالي الإنفاق على الخدمات المقدمة للمرضى داخل المستشفيات وخارجها.

تتألف ميزانية وزارة الصحة الكاملة من مخصصات أساسية تحدد في مطلع كل عام عند إقرار الحكومة للميزانية العامة، ثم يضاف إليها رصيد السنة السابقة والمخصصات الاستثنائية خلال السنة المالية الجارية. يظهر الجدول رقم ١٤ مخصصات وزارة الصحة العامة بالليرة اللبنانية.

### الجدول ١٤ -

تطور الموازنة الإجمالية بالمقارنة  
مع تطور موازنة وزارة الصحة العامة  
١٩٩٢-١٩٨٨ (بالآلاف الليرات اللبنانية)

الموازنة الإجمالية	موازنة وزارة الصحة العامة	نسبة موازنة وزارة الصحة العامة من الموازنة الإجمالية	التركمي
١,٦٥٤,٠٤٧,٧٨٧	٥,٣٠٩,٢٠٩	٤,٥٩%	١٩٩٢
٣,٣٩,٩٩٩,٩٢٩	١٠٩,٣٩٦,٦٠٥	٣,٢٢%	١٩٩٣
٤,١٠٦,١٩٩,٩٩٩	١٢٣,٦٧٦,٧٢٠	٣,٠١%	١٩٩٤
٥,٦٣٠,٠٣٥,٩٩٧	١٠٩,٣٥٠,٩١٥	٢,٨٣%	١٩٩٥
٦,٤٥٨,٠٠٠,٠٠٠	١٤٩,٧١٠,٦٦٨	٢,٣٢%	١٩٩٦
٦,٤٣٣,٠٠٠,٠٠٠	١٥٩,٦٤٦,٠٢٩	٢,٤٨%	١٩٩٧
٧,٣٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٢٧٠,١٥٤,٦٦٤	٣,٦٦%	١٩٩٨
٣٥,٠٥٦,٢٨٣,٧١٢	١,٠٤٧,٨٣٨,٨١٠	٢,٩٩%	التركمي

المصدر: وزارة المالية، قوانين الموازنة (١٩٩٨-١٩٩٢)

وخصص تقريباً ٧٥ إلى ٨٠% من ميزانية الوزارة المتكررة لإعادة تسديد كلفة الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص للمرضى غير المضمونين (البنك الدولي، ١٩٩٤). ووفقاً لوزارة الصحة العامة، فإن إجمالي الإنفاق هو على الشكل التالي:

#### الجدول ١٥ -

#### توزيع النفقات في وزارة الصحة العامة (بالآلاف الليرات اللبنانية)

نوع النفقات	١٩٩٣	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧
المستشفيات	٨٥,٣٠٠,٠٠٠	١٠٦,١٥٠,٠٠٠	١٣١,٧٠٠,٠٠٠	١٦٢,٤٠٠,٠٠٠	١٩٦,٥٥٠,٠٠٠
الأجور	٧,٧٠٠,٠٠٠	١٢,٠٠٠,٠٠٠	١٣,٠٠٠,٠٠٠	١٥,٥٠٠,٠٠٠	١٤,٠٠٠,٠٠٠
الأدوية	٤,٣٠٠,٠٠٠	٧,٥٠٠,٠٠٠	١٢,٥٠٠,٠٠٠	١٤,٧٠٠,٠٠٠	٢٠,٤٠٠,٠٠٠
غير ذلك	٤,٤٠٠,٠٠٠	١٤,٨٠٠,٠٠٠	٢٥,٠٠٠,٠٠٠	١٥,٨٠٠,٠٠٠	٢٠,٨٠٠,٠٠٠
المجموع	١٠١,٧٠٠,٠٠٠	١٤٠,٤٥٠,٠٠٠	١٨٢,٢٠٠,٠٠٠	٢١١,١٠٠,٠٠٠	٢٥١,٧٥٠,٠٠٠

المصدر: دوائر المحاسبة، وزارة الصحة العامة

ويلاحظ أنه في الفترة ١٩٩٥-١٩٩٧، فاقت نفقات وزارة الصحة نفقات الميزانية المعتمدة بأشواط. ما أدى إلى تفاقم الحالة المالية العامة لا سيما بسبب تغطية المتوجبات المتركمة لمقدمي الخدمات الصحية في القطاع الخاص.

ومنذ ١٩٩٠، وكما ورد سابقاً، وافقت وزارة الصحة على تغطية العلاجات الطبية المكلفة كعمليات القلب المفتوح وزرع الأعضاء ومعالجة السرطان، التي تخصص لها الوزارة حالياً نصف ميزانيتها تقريباً. يشير الجدول رقم ١٦- إلى توزيع تغطية العلاجات الطبية المكلفة.

#### الجدول ١٦ -

#### نسبة تغطية وزارة الصحة العامة لبعض النفقات الصحية التي يتم التعاقد عليها

نوع التغطية	النسبة المئوية
جراحة القلب المفتوح	٩,٧٢%
علاج السرطان	٢١%
غسل الكلى	٦,٩٨%
معالجة الحروق	٠,٢٢%
زرع الأعضاء	٠,٥%

وإذا استمرّ التركيز على خدمات الرعاية العلاجية، سيصعب على وزارة الصحة تحويل المخصصات لخدمات الرعاية الصحية الوقائية والأولية وزيادتها. ويلاحظ أنّ مقدمي الخدمات يتمركزون في بعض المدن بحيث يصعب على سكان المناطق الريفية النفاذ إليها بسهولة. وقد

يجعل الوضع الراهن زيادة الإنصاف الأفقي والعمودي لجهة الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية أمراً في غاية الصعوبة، وذلك رغم سعي الحكومة لبلوغ هذا الهدف.

### ٢,٣ نظام الضمان الاجتماعي

هناك ثلاثة نظم ضمان طبي في لبنان. الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وتعاونية موظفي الدولة والقوى المسلحة. ويعتبر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أكبر النظم وهو يغطي جميع العاملين في القطاع الخاص والمتقاعدين في القطاع العام وسائقي سيارات الأجرة والطلبة الذين لا يشملهم أي نظام ضمان آخر. أما تعاونية موظفي الدولة فتغطي الموظفين الحكوميين العاديين.

جميع هذه النظم تقوم على مبدأ العمالة ويدفع فيها المستخدم وربّ العمل نسبة معينة من أجره كأقساط، باستثناء تعاونية موظفي الدولة والقوى المسلحة، حيث لا تُقتطع من ربّ العمل أو المستخدم أي مساهمة.

- يساهم أرباب العمل في نظام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بنسبة أقصاها ١٢% من أجر المستخدم المعنيّ بينما يساهم المستخدم بنسبة ٣%. وللصندوق الوطني للضمان الاجتماعي طاقم خاص يجمع الأقساط من المنتسبين إلى الصندوق. ويعتمد الصندوق استراتيجيتين لاستيعاب الأكلاف: أولاً، له ممثلوه الخاصون لدى مقدمي الخدمات ومراكز توفيرها حيث يلعبون دور الحماة. ثانياً، يتم تأجيل دفع الفواتير حتى سنة تقريباً.

### الجدول ١٧ -

#### إنفاق الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الرعاية الصحية في العام ١٩٩٧

القطاع	المساهمة (بملايين الليرات اللبنانية)	عدد الحالات	الكلفة / للمريض الواحد (باليرة اللبنانية)	الكلفة / للزيارة الواحدة (بالدولار الأميركي)
الإستشفاء	٩٩,٨٠٠	١٠٥,٠٠٠	٩٥٠,٠٠٠	٦٣٥
رعاية خارج المستشفى	٧٧,٠٠٠	١,٠٠٠,٠٠٠	٧٧,٠٠٠	٥١
تعاقدات	٥,٠٠٠			
نفقات للموتى	٢٠٠			
المجموع	١٨٢,٠٠٠			

وتدفع كلفة الإستشفاء حسب جدول تعرفات خاص وبموجب عقد مع الشركات الخاصة. وتجنسي المؤسسات الكبرى الشركات المتعاقدة - مكاسب مهمة متى أرادت الإستفادة من ترتيبات خاصة للرعاية الصحية. على أن يعيد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تسديدها حسب نسبة مقطوعة لكل منتسب لتغطية الأكلاف المسبقة.

- يغطي نظام تعاونية موظفي الدولة مجموعة واسعة من الخدمات الطبية والمتعلقة بطب الأسنان. لكن من الضروري الحصول على إذن مسبق قبل دخول المستشفى. وتسدّد التعاونية الآن الأكلاف المتوجّبة لمقدمي الخدمات بوتيرة أعلى قليلاً من وتيرة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو وزارة الصحة. وقد أنفقت تعاونية موظفي الدولة، حسب إحصاءاتها، ٤٠ مليار ل.ل. على الصحة عام ١٩٩٧.
- إنّ أهمّ نظامي ضمان للقوى المسلحة هما نظام الجيش ونظام قوى الأمن الداخلي. وليس فيهما أي مدفوعات مشتركة للمرضى من داخل المستشفى أو من خارجها.

### ٣,٣ التأمين الخاص

صحيح أن سوق بوالص التأمين الخاصة صغير لكنه يشهد نمواً متزايداً. ويستفيد حالياً ٠٠٠ ٤٦٤ ألف شخص من التأمين الخاص. وهم يلجأون عادة إلى التأمين الخاص إما لاستكمال برامج ضمان اجتماعي أخرى أو كتغطية شاملة لخدمات الرعاية الصحية. وثمة طرف مدير ثالث هو شركة ميدنيث لبنان الذي يؤمن مراجعة حول الإستخدام وإدارة الحالات لسبع عشرة شركة تأمين خاصة، علماً أن دفتر أعمال ميدنيث لبنان مُعاد تأمينه لدى شركة مونيخ لإعادة التأمين. وتصنّف الأقساط حسب درجة الخطورة لجهة حالة المضمون الأساسية وسنّه. ومن الصعب أن تتوصل أسواق التأمين الصحي الخاص إلى الفعالية المطلوبة في ظلّ البيانات الحالية التي أصدرتها ميدنيث. لكنّ المنحى التصاعدي الواضح للحصة الطبية في محفظة التأمين يسلط الضوء على المخاطر العالية التي تواجهها شركات التأمين، بينما تحاول الحكومة إعادة تنظيم قطاع التأمين (من خلال سنّ القوانين ورفع رأس المال وتشجيع الإندماج) للحدّ من المخاطر المالية.

### ٤,٣ صناديق التعاضد

ظهرت صناديق التعاضد حديثاً في لبنان. وبإمكان المهنيين أو مجموعات متصلة بالمجتمع المحلي مؤلفة من خمسين شخصاً أو أكثر تأسيس صندوق تعاضد، على أن يسجّل عادة لدى وزارة الإسكان والتعاونيات التي يقتصر دورها على الترخيص لتلك الصناديق للعمل من دون أي سلطة تنظيمية أو رقابية. وصناديق التعاضد نظم ذاتية التمويل، بعضها على اتصال بشركة ميدنيث لإدارة دفتر أعمالها، أما بعضها الآخر فيقوم بإجراء الترتيبات مباشرة مع مقدمي الخدمات أو مع شركات التأمين.

وتستفيد بعض صناديق التعاضد والتجمعات المهنية، كصناديق تعاضد أعضاء البرلمان والقضاة وأساتذة الجامعة اللبنانية، من حصة تخصص لهم في ميزانية الدولة أو تموّل من بعض الضرائب.



إنّ المستشفيات الخاصة في لبنان هي مستشفيات عامة يعوزها الاختصاص، ما يطرح مشكلة عدم الفعاليّة. ويكون التخصص الوحيد المتوقع من خلال فترة المكوث فيها كما تشير إليه نقابة المستشفيات.

## ١. مراكز تقديم الخدمات الصحية

تقدّم أغلبية مراكز الرعاية الصحية خدمات علاجية، ويسجّل حالياً عرض مفرط على المستشفيات والتجهيزات المتطورة. ويقدم القطاع الخاص اليوم أكثر من ٩٠% من إجمالي عدد الأسرة. وفي ظلّ غياب الإطار التنظيمي الصحيح، نما القطاع الخاص بمعزل عن أي ضوابط في مقابل تراجع مستمرّ في مراكز الرعاية الصحية العامة، أقله حتى منتصف التسعينات.

### الجدول ٢١ -

التجهيزات الطبية الثقيلة والمراكز التي تتوفر لديها تكنولوجيا متطورة

عدد المراكز	بيروت وجبل لبنان	عدد التجهيزات لكل مليون نسمة	لبنان ككل	عدد التجهيزات لكل مليون نسمة
جراحة القلب المفتوح	٦	٢,٧	١٢	٣
تميليل القلب	١٢	٥,٥	١٩	٤,٧٥
Lithotripsy	١٤	٦,٤	٢٧	٦,٧٥
زرع الكلى	٣	١,٤	٣	٠,٧٥
غسل الكلى	١٩	٨,٦	٣٩	٩,٧٥
مراكز معالجة الحروق	٢	٠,٩	٢	٠,٥
CT Scan	٢٨	١٢,٧	٥٤	١٣,٥
MRI	٧	٣,٢	١٢	١,٣
العلاج بالأشعة	٦	٢,٧	٦	١,٥

المصدر: وزارة الصحة العامة، الخارطة الصحية، ١٩٩٧

ويتميّز سوق الصحة الآن بالعرض المفرط في المراكز المتطورة جداً، مما ينعكس تلقائياً على كلفة الخدمات. لذا لا بد من ترشيد النظام القائم من خلال إقرار وزارة الصحة الأنظمة والمعايير اللازمة ووضعها حيّز التنفيذ.

وبالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية، هناك عرض مفرط في عدد الأطباء أيضاً يوازياً نقص في الطاقم الطبي المساعد، لا سيما الممرضات. إذ يرتفع عدد الأطباء بنسبة ٨,٣% سنوياً بينما يبلغ نمو السكان ١,٧-٢% (ضاهر، صفحة ٤٦).

وفي الواقع، هناك ٨٥٠٠ طبيب منتسب إلى نقابتين للأطباء، أي ما يعادل طبيب لكل ٤٠٠٠ نسمة. بينما لا يتعدى عدد الممرضات ٤٠٠٠-٥٠٠٠ ممرضة، أي ما يعادل ممرضة واحدة لكل ١٠٠٠ نسمة (أكاتشاريان، ١٩٩٤).

## ٢. تصنيف مقدمي الخدمات

تصنّف وزارة الصحة المستشفيات حسب أدائها الطبي ومستوى الخدمات الفندقية. وهي تصنّف من "أ" إلى "و" F لقياس أدائها الطبي، وبمنحها عدداً من النجوم لقياس مستوى الضيافة. ويتم تحديد الأسعار المعتمدة في مراكز الرعاية الصحية حسب هذا التصنيف. علماً أنّ لجنة خاصة تضم ممثلين عن الممولين في القطاع العام ونقابة المستشفيات والصندوق الوطني للضمان الإجتماعي واستشاري مختصّ منتدب من كل من جامعات الطبّ في لبنان تجتمع دورياً لتحديث هذا التصنيف.

### الجدول ٢٢ -

#### توزع تصنيف المستشفيات حسب المناطق

بيروت	البقاع	الشوف وعاليه	كسروان وجبيل	المتن	الشمال	الجنوب	
١٠	٣	١	٣	٤	١	٢	الفئة "أ"
٥	٤	١	١	٩	٧	٦	الفئة "ب"
٦	٤	٤	٢	٤	٩	٥	الفئة "ج"
٧	١٢	٧	٣	٨	٤	٩	الفئة "د" وأقل
٢٨	٢٣	١٣	٩	٢٥	٢١	٢٢	المجموع

المصدر: وزارة الصحة العامة، ١٩٩٧

### ٣. الاستعمال

يبدل معدل استعمال المرضى من داخل المستشفى على نسبة السكان الذين دخلوا المستشفى. وتختلف تقديرات هذا الرقم في لبنان باختلاف المصادر، إذ تتراوح بين ٥,١٧% كحد أدنى و ١٥% كحد أقصى. كما يظهر في الجدول رقم ٢٣ -.

### الجدول ٢٣ -

#### معدل استعمال الاستشفاء من قبل السكان

مصدر المعلومات	نسبة الاستعمال
بيروت ١٩٨٤ (الجامعة الأمريكية في بيروت)	٦,٤%
دراسة السكان والمساكن ١٩٩٤	١٠,٧٨%
دراسة استعمال التجهيزات الطبية المتطورة ١٩٩٤	١٣%
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	١٥%
دراسة المقاصد	٥,١٧%
الأحوال المعيشية للأسرة اللبنانية ١٩٩٧	١١%

تختصّ المعلومات المتوفرة بمعدلات الاستعمال في المدن. بينما يعطي المسح الخاص ببيروت لعام ١٩٨٤، معلومات حول معدلات الاستعمال في بلدية بيروت. وقد أجري المسح الأسري لعام ١٩٩٤ على أساس عينة مؤلفة من ١٢٠٢ أسرة (ما مجموعه ٥٥٧٥ نسمة) في مدن جونيه وجبيل وطرابلس وصيدا وزحلة. مما يعني أنّ المسحين يرتكزان على عيّنات مأخوذة في المدن. ويظهر الجدول رقم ٢٤- عدد الزيارات لكل فرد كما يظهر من الدراسات المختلفة.

#### الجدول ٢٤ -

#### عدد الزيارات الطبية لكل فرد

عدد الزيارات لكل فرد	مصدر المعلومات
٢,٠٢	بيروت ١٩٨٤
٨,٥ (لكل مسكن)	دراسة السكان والمساكن ١٩٩٤
١,٥	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ١٩٩٥

وكما أشرنا إليه سابقاً، يعمل النظام الصحي في لبنان في سوق مفتوحة، لا فعالية فيها للتدابير التنظيمية. ولا زال القطاع الخاص ينمو بشكل عشوائي مولداً عرضاً زائداً. وفي ما يلي تقدير لعدد الأسرة الزائدة المحتسبة وفق عدد الأسرة اللازمة في كل محافظة، وذلك بالعودة إلى بعض المسلمات حول عدد السكان في كل محافظة ومعدل الإستعمال وفترة الإقامة المتوسطة ومعدل شغل الأسرة في المستشفيات.

يبلغ معدل الاستعمال الحالي للمستشفى في لبنان ١٠% على الأرجح: فمن جهة، يبلغ متوسط المعدلات التي تمّ احتسابها والمبيّنة أعلاه نحو ١٠%، ومن جهة ثانية، بلغ عدد حالات دخول المستشفى عام ١٩٩٨ كما ورد في التقرير السنوي لنقابة المستشفيات ٤١٢٠٠٠ حالة، أي ما يمثل ١٠% تقريباً من إجمالي عدد السكان حسب إحصاءات دائرة الإحصاء المركزي (١٩٩٧، والتي تمّ تحديثها عام ١٩٩٨). أما متوسط فترة الإقامة المحتسبة بالعودة إلى عدد الحالات التي أفاد عنها كل وكيل، فهي بحدود ٤ أيام لكل مريض. وتبلغ نسبة شغل الأسرة في لبنان حالياً نحو ٤٤%، وهي نسبة منخفضة جداً.

وتشير التوقعات إلى ارتفاع معدل شغل الأسرة إلى ٥٥%. كما يتوقع شغل كل سرير ٢٠٠ يوم من قبل ٥٠ مريضاً في السنة. أما المقيمين، فيمكن احتسابهم باعتماد تقديرات دائرة الإحصاء المركزي ووزارة الشؤون الاجتماعية بشأنها. يشير الجدولان ٢٥- و٢٦- إلى عدد الأسرة الضرورية لكل منطقة وكذلك عدد الأسرة الزائدة، استناداً إلى المعطيات المبيّنة أعلاه.

## الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية  
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

الجدول ٢٥ -

تقدير عدد الأسرة الزائدة (الناقصة)  
المحتسبة وفق عدد الأسرة اللازمة  
في كل محافظة

عدد الأسرة الزائدة	عدد الأسرة الموجودة	عدد الأسرة اللازمة	عدد حالات الاستشفاء	عدد السكان	
١٧١	١,٧٧٨	٨٠٧	١٠,٣٣٤	٤٠٣,٣٣٧	بيروت
١٢٨٩	٤,٣٠٤	٣,٠١٥	١٥٠,٧٥٦	١,٥٠٧,٥٥٩	جبل لبنان والضواحي
-٦١٩	٩٩٥	١,٦١٤	٨٠,٧٢٠	٨٠٧,٢٠٤	الشمال
-١٦١	١,٣٣٤	١,٤٩٥	٧٤,٧٤٨	٧٤٧,٤٧٧	الجنوب والنبطية
-١٥٢	٩٢٧	١,٠٧٩	٥٣,٩٤٥	٥٣٩,٤٤٨	البقاع
٢٣٢٨	١٠,٣٣٨	٨,٠١٠	٤٠٠,٥٠٣	٤,٠٠٥,٠٢٥	لبنان ككل

المصدر دائرة الاحصاء المركزي

الجدول ٢٦ -

تقدير عدد الأسرة الزائدة (الناقصة)  
المحتسبة وفق عدد الأسرة اللازمة  
في كل محافظة

عدد الأسرة الزائدة	عدد الأسرة الموجودة	عدد الأسرة اللازمة	عدد حالات الاستشفاء	عدد السكان	
١,٩٦٣	٢,٧٧٨	٨١٥	٤٠,٧٤٠	٤٠,٤٠٣	بيروت
٢,٠١٣	٤,٣٠٤	٢,٢٩١	١١٤,٥٤٦	١,١٤٥,٤٥٨	جبل لبنان والضواحي
-٣٤٦	٩٩٥	١,٣٤١	٦٤,٠٦١	٦٧٠,٦١٠	الشمال
٣٥٧	١,٣٣٤	٩٧٧	٤٨,٨٤٧	٤٨٨,٤٦٩	الجنوب والنبطية
١٢٧	٩٢٧	٨٠٠	٣٩,٩٨٩	٣٩٩,٨٩١	البقاع
٤,١١٤	١٠,٣٣٨	٦,٢٢٤	٣١١,١٨٣	٣,١١١,٨٣١	لبنان ككل

المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية

يبين التحليل المذكور أن نظام الرعاية الصحية في لبنان يعاني من مشاكل بنيوية تؤثر مباشرة على الكلفة وبالتالي على تأمين المساواة بين كل المواطنين للاستفادة من تلك الخدمات. ونذكر من بين أهم العوائق والقيود التي تؤدي إلى ارتفاع الكلفة وعدم تحقيق المساواة:

- عدم الإنصاف في الاستفادة من الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية بين مختلف المناطق اللبنانية، وقد ظهر ذلك جلياً من خلال الفروقات الشاسعة في المؤشرات الخاصة بصحة الطفل والصحة الإنجابية.
- إنّ الأموال الباهظة نسبياً التي تدفع من المال الخاص تعكس إلى حد بعيد القيود العديدة التي يعاني منها النظام الصحي في لبنان. ومن الواضح أنه لا يمكن السيطرة على الإنفاق على الأدوية من الجيب لسببين: أولاً، ضعف مراقبة مستوى سوق الأدوية حيث بلغ عدد السلع الصيدلانية ٥٩٦٨ سلعة عام ١٩٩٧، من بينها ٣٨٨١ غير أساسية، إضافة إلى سلع غير مسجلة أو محظورة عالمياً. ثانياً، الإفتقار إلى المراقبة اللازمة على الأطباء والصيدالدة.
- طبيعة نظام الرعاية الصحية التعددية وما ينجم عنها من تدقق غير منسق وغير متماسك للموارد المالية والأنظمة عبر سلسلة المعنيين الناشطين في النظام الصحي.
- تؤدي تعددية النظام إلى زيادة في الطاقم الإداري المسؤول عن نظام الرعاية الصحية. وتطرح المشكلة بنوع خاص مع هيئات تمويل الرعاية الصحية، حيث تخصص نسبة عالية من النفقات للإداريين والطاقم العامل.
- لم تعد سوق الرعاية الصحية، إلى حد بعيد، خدمة إجتماعية أساسية يحق لكل مواطن الاستفادة منها. لكنها عرضة حالياً لقوى العرض والطلب لا سيما لجهة تحديد أسعار الخدمات الصحية مقابل نوعيتها. وتتفاقم المشكلة بفعل الضعف النسبي للرعاية الصحية الوقائية التي تساهم في زيادة الطلب على الخدمات الصحية العلاجية، ما ينعكس بدوره على منحي أسعار تلك الخدمات.
- لم يحدد بوضوح بعد دور الحكومة في ظل هذه الأجواء المرتبكة. فمن جهة تحاول وزارة الصحة - الممثلة الوحيدة للحكومة في هذا المجال - الاستثمار في سوق الصحة من خلال تأمين أسرة في المستشفيات ومراكز صحية إضافية، في حين تشير الإحصاءات إلى أنّ السوق شبه مشبع ما خلا في بعض المناطق الجغرافية المحددة. ومن جهة أخرى، لا زال دور الحكومة التنظيمي يفتقر إلى الفعالية الكافية، لا سيما لجهة مراقبة القطاع الخاص في ما يخصّ تحديد أسعار الخدمات الصحية وتأمين فرص متساوية للاستفادة منها.

في ظلّ هذه القيود لا بدّ، من إجراء إصلاحات بنيوية ترسي الأرضية الصحيحة لنظام رعاية صحية منصف وفعال وقابل مالياً للاستمرار. على أن تعالج هذه الإصلاحات نقاط الضعف التي يعاني منها النظام الصحي في لبنان من منظارات عدّة جوانب.

## ١. اعتماد حسابات للصحة الوطنية

لا يمكن إطلاقاً اعتماد استراتيجية جديدة للصحة الوطنية ما لم تتوفر معلومات دقيقة للتحليل واتخاذ القرارات. ولقد أضعف تعقيد نظام الرعاية الصحية في لبنان، إلى جانب غياب المعلومات الموثوقة حول تركيبة هذا النظام وعمله، أداء واضعي السياسات ووكلاء التمويل. لذلك فإن من شأن اعتماد حسابات للصحة الوطنية تقييم فيها البيانات الخاصة بالإنفاق الصحي حسب مصادر الموارد وأنواع الخدمات المعنوية، المساهمة بفعالية في تحسين قدرة متخذي القرارات على تحديد المشاكل وإمكانات التغيير وصياغة استراتيجيات الإصلاح ومراقبتها.

## ٢. تنظيم القطاع الخاص

يُتقل النمو العشوائي للقطاع الخاص كاهل وزارة الصحة ويعيق عمل سوق الرعاية الصحية بشكل جيد في لبنان. لذا يوصى في هذا السياق، بأن تستعيد وزارة الصحة دورها كمنظمة لسوق الرعاية الصحية لا كوكيلة تمويل. وثمة حاجة إلى منح التراخيص في سوق الرعاية الصحية والإشراف عليها، وإلى تنظيم تقديم خدمات الرعاية الصحية ومراقبتها، وإلى تحسين نوعية الرعاية واستيعاب كلفتها وتحسين إدارة هذا القطاع.

كما يتعين على وزارة الصحة فهم حجم القطاع الخاص وتركيبته وخصائصه بشكل أفضل حتى تتجح في استيعاب الأكلاف وتوحيد الأسعار وضمان نوعية الرعاية وإقامة شراكة بين القطاعين العام والخاص (استقلالية المستشفيات العامة).

## ٣. توحيد نظم التغطية والأسعار بين مختلف وكلاء التمويل ومقدمي الخدمات

يلاحظ كما ورد سابقاً، وجود تفاوت بين نظم التغطية التي يعتمدها مختلف وكلاء التمويل من جهة، وبين مستوى الأسعار التي يطلبها مقدمو الخدمات من جهة أخرى. ولعلّ السبب الأساسي لهذه الفروقات هو تعدد الوزارات التي تشرف على سوق الرعاية الصحية. لذا يوصى الإبقاء على وكيل تمويل واحد (كالصندوق الوطني للضمان الإجتماعي مثلاً) تحت إشراف وزارة تنظيمية واحدة (كوزارة الصحة مثلاً) وتشكيل لجنة رفيعة المستوى تتولى تنسيق الجهود والإشراف عليها.

## ٤. تنظيم القطاع الصيدلي

ارتفعت فاتورة الدواء بشكل كبير في السنوات الأخيرة، حيث أصبحت تمثل نحو ٢٥,٦% من إجمالي النفقات الصحية عام ١٩٩٨، وهي نسبة عالية جداً حسب المعايير الدولية، علماً أن لبنان يستورد سنوياً نحو ٦١٥٠ نوع دواء، وهو أعلى رقم بين سائر الدول العربية. ومن شأن تكاثر أنواع الأدوية الذي يترافق مع الإفراط أو الإساءة في استعمالها، المساهمة في رفع الفاتورة الصحية السنوية في لبنان. لذا يوصى، في هذا الإطار، بإجراء بعض الإصلاحات منها:

- الحدّ من عدد الأدوية التي يمكن استيرادها من خلال وضع لائحة بالأدوية الأساسية، على غرار اللائحة التي أعدتها وزارة الصحة العامة بالتعاون مع النقابات وكليات الطب ومنظمتي الصحة العالمية واليونيسف عام ١٩٩٣ التي أوردت فيها ٢٩٠ دواء ذات الإستعمال العام، يحتاج إليها لبنان. وبالإمكان تفعيل الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي، بعد إعادة هيكلته، أو المكتب الوطني للدواء، لتولي تنظيم السوق والمشاركة في الإستيراد كطرف منافس لمستوردي الأدوية الآخرين.
- مراقبة نوعية كل الأدوية المستوردة وخصائصها وأسعارها والإشراف عليها.
- تشجيع إنتاج الأدوية محلياً ضمن إطار تنظيمي فعّال.

##### ٥. جهود وزارة الصحة لتحديد دفعات مقطوعة والتوصل إلى بروتوكولات سريرية

تتقل النفقات الصحية الباهظة كاهل وزارة الصحة. لذا يتعيّن أولاً على وزارة الصحة تسديد فائورة المستحققات للمستشفيات الخاصة. وتطرح هذه الفائورة مشكلة على الوزارة نظراً إلى تعقيدها وطريقة تسديد المتوجّبات للمستشفيات الخاصة، وتحديد التعريفات ومحاولة تحمل الكلفة. ومن الحلول الممكنة، تغيير طريقة التسديد باعتماد التسديدات المقطوعة حسب التشخيص أو الإجراءات الجراحية (حسب فئة التشخيص) بدل نظام الرسم لكل نوع من الخدمات، عملاً بالنظامين الأميركي والكندي. فمن شأن نظام التسديدات المقطوعة حلّ مشكلة وزارة الصحة لمراقبة فائورة الدواء والحد من إنفاق الأموال على الإدارة واللجوء إلى مراقبة الطبيب في المستشفى الخاص لمراقبة الفائورة. لكن هذه الإستراتيجية ستخلق مشكلة بالنسبة إلى وكلاء التمويل الآخرين الذين لا يعانون من مشكلة مراقبة الفائورة. مما يعني أن نظام فئة التشخيص لا يصلح في لبنان بل من الأنسب اعتماد البروتوكول الطبي. لكن وزارة الصحة ستواجه عندها مشكلة تطبيق وكلاء التمويل لنفس النظام. وتبرز مشكلة أخرى تتعلق بوجود تنفيذ أي قرار تتخذه وزارة الصحة على مستوى الوطن عموماً، مع الحرص على مراعاة متطلبات وكلاء التمويل الآخرين. لذا لا يكون تطبيق نظام "مستورد" ممكناً دائماً. ونذكر في هذا الخصوص ما حصل عندما حاولت وزارة الصحة ونقابة المستشفيات الخاصة تطبيق نظام "الجراحة في يوم واحد"، حيث رفضه الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بعد دراسته، على اعتبار أنّه عندما يغادر المريض المستشفى في نفس اليوم الذي خضع فيه للجراحة، وفي حال طرأت أي مضاعفات بعد ذلك، سيتعيّن على الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي تحمل كلفة زيارات المريض من خارج المستشفى، خلافاً لوزارة الصحة بما أنها لا تغطي زيارات المرضى من خارج المستشفى.

##### ٦. تصنيف المستشفيات وتحديد الأسعار

كما أشرنا إليه سابقاً، يتمّ الدفع لمقدمي الخدمات في القطاع الخاص حسب تصنيفهم. وتتولى اللجنة التصنيف الذي يُعلنه الوزير ويوقع عليه. وينعكس تلقائياً تحسين تصنيف أي مستشفى كان على الأسعار المعمول بها فيه. ففتتح وزارة الصحة هذا التصنيف الجديد بينما يلتزم وكلاء التمويل الآخرون بالتصنيف القديم (كالصندوق الوطني للضمان الإجتماعي مثلاً)، مما يؤدي إلى فروقات بين مختلف وكلاء التمويل.

من المهم أيضاً الإشارة إلى تخصص المستشفيات العامة والخاصة، ما يؤدي إلى تعدد التجهيزات التكنولوجية المكلفة. علماً أن البلدان المتقدمة تميل حالياً إلى إنشاء مراكز متخصصة لمعالجة أمراض محددة (القلب، السرطان، الخصوبة). وبالنظر إلى حجم البلاد

الجدول ١٨ -

موازنة تعاونية موظفي الدولة وصناديق التعاضد  
(بملايين الليرات اللبنانية)

المجموع	صندوق التعاضد للأساتذة الجامعيين	صندوق التعاضد للقضاة	صندوق التعاضد للعاملين في البرلمان	صندوق التعاضد للبرلمانيين	تعاونية موظفي الدولة	
١١١,٣١٥	٩,٠٠٠	١١,١٩٣	١,٦٢٢	٨,٥٠٠	٨١,٠٠٠	موازنة ١٩٩٧
١١١,٤٢٠	١٣,٠٠٠	٦,٥٠٠	١,٨٢٠	٩,١٠٠	٨١,٠٠٠	موازنة ١٩٩٨

المصدر: وزارة المالية الموازنة العامة



## ٧. مقدمو الخدمات ووظائفهم

يسيطر القطاع الخاص على سوق الرعاية الصحية في لبنان في ظل وجود عدد محدود من المراكز العامة. لكن رغم ضعف إدارة المستشفيات العامة، تنوي الحكومة بناء ١٢ مستشفى إضافياً.

وفي عام ١٩٩٧، قدّر عدد المستشفيات العاملة في لبنان بنحو ١٥٠ مستشفى فيها ما مجموعه ١٢٠٠٠ سرير. بينما أحصت الدراسة حول المستشفيات واستعمال التكنولوجيا الطبية المتطورة (الدكتور عبدو جرجس) عام ١٩٩٤، عدداً أقلّ بقليل من الأسرة. يظهر الجدول رقم ١٩- إن معدل الأسرة لكل ألف نسمة في لبنان هو ٣,٣٢، ويبلغ مستواه الأعلى في بيروت والأدنى في الشمال.

### الجدول ١٩-

#### عدد الأسرة لكل ألف نسمة

المنطقة	عدد السكان	عدد الأسرة	عدد الأسرة لكل ألف نسمة
بيروت	٤٠٧,٤٠٣	٢٧٧٨	٦,٨٢
جبل لبنان	١,١٤٥,٤٥٨	٤٣٠٤	٣,٧٦
الشمال	٦٧٠,٦١٠	٩٩٥	١,٤٨
الجنوب	٤٨٨,٤٦٩	١٣٣٤	٢,٧٣
البقاع	٣٩٩,٨٩١	٩٢٧	٢,٣٢
المجموع	٣,١١١,٨٣١	١٠,٣٣٨	٣,٣٢

المصدر: دراسة حول استعمال التجهيزات الطبية المتطورة، عبدو جرجس ١٩٩٦  
وزارة الشؤون الاجتماعية، ١٩٩٦

تتسع غالبية المستشفيات الخاصة لأقلّ من ٧٠ سريراً وفق نقابة المستشفيات الخاصة (جدول رقم ٢٠-). وتصنّف نقابة المستشفيات الخاصة في لبنان تلك المستشفيات حسب فترة المكوث فيها، أي فترة طويلة أو قصيرة.

### الجدول ٢٠-

#### تصنيف المستشفيات الخاصة حسب قدرتها الاستيعابية

عدد الأسرة في المستشفى	عدد المستشفيات ذات مدة الإقامة القصيرة	عدد المستشفيات ذات مدة الإقامة الطويلة
أقل من ٧٠ سرير	١٠٧	٨
٧٠-٢٠٠ سرير	٢٦	٦
أكثر من ٢٠٠ سرير	٥	٥

المصدر: نقابة أصحاب المستشفيات الخاصة، أيار ١٩٩٨

وحالة المواصلات فيها، من الممكن على ما يبدو إنشاء مثل هذه المراكز، فتزداد فعالية الخدمات وتتدنى كلفتها.

ويتعين على الحكومة في هذا الصدد صياغة استراتيجيات ترمي إلى توسيع مجال التغطية في المناطق المحتاجة، ووضع بروتوكولات لزيادة درجة تخصص المستشفيات الموجودة وإنشاء مراكز جديدة وتشجيع القطاع الخاص على الإستثمار للحصول على تكنولوجيات حديثة.

أخيراً، يوصى بإجراء:

١. مسح وطني شامل لمقدمي خدمات الرعاية الصحية
٢. مسح إجتماعي سكاني حول الرعاية الصحية
٣. مسح وطني شامل لأكثر من ١٠ ٠٠٠ أسرة (يستعمل لأغراض عدّة مع التركيز بنوع خاص على الحالة الصحية والإنفاق على الصحة).

## المراجع

- معهد الإستشارات والأبحاث، مؤشر الأسعار للمستهلك ومؤشر الكلفة الصحيّة
- وزارة الشؤون الإجتماعية، مسح البيانات حول السكان والسكن، ١٩٩٥-١٩٩٦
- دائرة الإحصاء المركزي، الأحوال المعيشية للأسرة اللبنانية عامي ١٩٩٧ و ١٩٩٨
- بيروت ١٩٨٤
- المسح الأسري تمويل الخدمات الصحية في لبنان
- جرجس، عبود، المستشفيات واستعمال التكنولوجيا الطبية المتطورة، آب /أغسطس ٩٤
- ميدنيث لبنان، متطلبات مقدمي الخدمات الإستشفائية، نيسان / أبريل ٩٣
- أكتشاريان، منصور، تحليل حالة الطاقم شبه الطبي في لبنان، ١٩٩٤
- إستيعاب الكلفة في وزارة الصحة، ملخص عن نفقات وزارة الصحة، ١٩٩٧
- إستيعاب الكلفة في وزارة الصحة، تحليل حسب كل حالة، ١٩٩٧
- إستيعاب الكلفة في وزارة الصحة، معلومات حول المستفيدين والنفقات، ١٩٩٧
- الصناديق الوطنية للضمان الإجتماعي، معلومات حول المستفيدين والنفقات، ١٩٩٧
- لواء من الجيش، معلومات حول المستفيدين والنفقات، ١٩٩٧
- إستيعاب الكلفة في وزارة الصحة، معلومات حول المستفيدين والنفقات، ١٩٩٧
- جرجس، ع؛ بدوره، ر؛ ديبوليه، د؛ تحقيق حول نفقات ١٢٠٠ أسرة، ١٩٩٥
- مركز الدراسات الإستشفائية، البطاقة الصحيّة، ١٩٩٧
- نقابة المستشفيات الخاصة
- ضاهر، حسيني، كسبريان، كسبريان، س، الحالة الطبيّة للسكان في لبنان، وفرة وسيطرة العنصر النسائي والشباب، ١٩٩٨.
- الوضع الصحي للأطفال في لبنان، اليونيسف ١٩٩٣.
- مؤشرات تعزيز صحة الأطفال في لبنان نقاط مضيئة وأخرى مغلقة د. علي الزين، منشورات اليونيسف ١٩٩٧.
- الحق في الصحة بين الواقع والمرتجى ، د. علي الزين ، اليونيسف آذار ١٩٩٩.
- الأدوية الأساسية في الرعاية الصحية الأولية، الجزء الأول وزارة الصحة العامة، اليونيسف ١٩٩٣.

## الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإداريّة  
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام