

الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

الحق في الصحة بين الواقع والمرتجى

الدكتور علي الزين

مدير البرامج في منظمة اليونيسف

آذار ١٩٩٩

الحق في الصحة بين الواقع والمرتجى

يستند حق الفرد في الصحة إلى عدد من المواثيق والاتفاقات الدولية أبرزها شرعة حقوق الإنسان (١٩٤٨) الاتفاقية الدولية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (١٩٦٧)، اتفاقية إلغاء كافة أشكال التمييز ضد المرأة (١٩٧٩) واتفاقية حقوق الطفل (١٩٨٩).

وقد شارك لبنان بفعالية في إعداد هذه الوثائق وأقرها جميعاً، وأصبح بالتالي إلزاماً على الدولة اللبنانية أن تأخذ كل الإجراءات القانونية والعملية من أجل تطبيق أحكام هذه المواثيق. وقد بادرت المنظمات الدولية إلى عقد سلسلة من المؤتمرات الدولية التي هدفت إلى تحديد واضح لمفهوم الصحة والاستراتيجيات الفادرة على جعل هذا الحق في متناول كل فرد أخذاً بعين الاعتبار إمكانيات كل بلد وخصوصياته الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.

لقد حدد مؤتمر ألماتا الذي نظّمته منظمتي الصحة العالمية واليونسف في العام ١٩٧٨ والذي شارك فيه لبنان، مفهوم الصحة للجميع على النحو التالي: "الصحة هي حال من السلامة الشخصية تمكن الفرد من أن يعيش حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً، وتعني ضمناً القضاء على سوء التغذية والجهل والإسكان غير الصحي بمثل ما تعني حل المشاكل الطبية البحتة كتنقص الأطباء والمستشفيات واللقاحات والأدوية وغيرها".

أما أهم المبادئ التي يستند إليها الحق في الصحة فهي:

- ١- احترام الكرامة الإنسانية لكل فرد بغض النظر عن وضعه الاقتصادي والاجتماعي، الديني أو العرقي.
- ٢- الحماية والوقاية من الأمراض.
- ٣- توفير الاحتياجات الصحية الأساسية وتوجيه الإنفاق باتجاه الأولويات.
- ٤- مبدأ التكافل: أي تحول الموارد إلى الفئات الأكثر حاجة (اجتماعياً ووبائياً).
- ٥- مبدأ العدالة وتعني حصول الجميع ما أمكن على نفس مستوى ونوعية الخدمات.
- ٦- التنمية الصحية جزء لا يتجزأ من التنمية البشرية الشاملة والمستدامة.

وفي لبنان وبرغم سنوات الحرب الطويلة واستمرار الاحتلال الإسرائيلي لجزء من أراضيه وما نتج عنهما من خسائر جسيمة بالأرواح وتهجير لربع السكان ودمار تجاوز تقديره ٣٠ مليار دولار، فإن المؤشرات الصحية والاجتماعية لم تتراجع خلال الحرب إلى مستويات خطيرة كما حدث في العديد من البلدان التي عانت من أوضاع مماثلة وقد اتخذت الحكومة مجموعة من الإجراءات خلال الحرب وبعدها لتأمين العناية الصحية الأساسية بالتعاون مع القطاع الأهلي والقطاع الخاص وبمساهمة من منظمات الأمم المتحدة والمجتمع الدولي عبر بناء شبكة واسعة من المراكز الصحية والمستوصفات وفرق الطوارئ، كما تعاقدت وزارة الصحة العامة مع القطاع الخاص لتأمين الاستشفاء لغير المشمولين بأي شكل من أشكال الضمان وتكفلت بتحمل كلفة علاج كل الحالات الطارئة الناتجة عن الحرب وكذلك قامت بتأمين الأدوية والعناية بالأمراض المزمنة أو ذات الكلفة العالية: سرطان، غسل وزرع كلى، قلب مفتوح، الخ... وقد شكلت هذه الإجراءات صمام أمان حقيقي ولكن للأسف بكلفة مرتفعة وتطبيق يشوبه العديد من النواقص والثغرات تتعكس سلباً على مدى استفادة المواطنين من هذه الخدمات.

ولما كان بحثنا ينحصر في دراسة مدى حصول كل فرد لبناني على حقه بالصحة أي حقه بالوصول إلى خدمة صحية ذات نوعية جيدة بكلفة تستطيع الدولة والمواطن تحمل

أعباءها، فسوف نرصد الواقع الصحي في لبنان على ضوء مؤشرين أساسيين: الأول هو كلفة الرعاية الصحية وقدرة الدولة والفرد على تحملها والثاني هو فرص الوصول إلى الرعاية الصحية لكل اللبنانيين.

حول موضوع كلفة الرعاية الصحية نسجل الملاحظات التالية:

١- إن وصول كلفة الرعاية الصحية إلى ما يقارب ١٠ بالمائة من الدخل الوطني متجاوزاً بذلك ما هو قائم في بلدان المنطقة العربية والدول المصنفة بنفس الفئة من الدخل عالمياً (رسم بياني رقم ١) وإذ تصل الكلفة في البلدان المتقدمة (أوروبا وأميركا الشمالية) والتي يقدرها البنك الدولي بـ ٩,٩% من الدخل الوطني لهذه البلدان وهنا تبرز ملاحظتان: الأولى أن الكلفة أصبحت في مستوى أعلى مما يجب أن تتحمله الدولة والمجتمع اللبناني واستمرارها بالارتفاع بوتيرة تساوي خمسة أضعاف نمو الدخل الوطني في السنتين الماضيتين. فقد بلغ إجمالي الإنفاق على الصحة ١٨٣٢ مليار و ٨٠ مليون ليرة لبنانية ون احتساب مساهمة وزارة الشؤون الاجتماعية (موازنة الوزارة بلغت ٩٥ مليار ليرة لبنانية في العام ١٩٩٧) ومجلس الجنوب*. وتتحمل الحكومة ٣٦% من مجموع هذه النفقات عبر وزارة الصحة والصناديق الضامنة (الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وتعاونية الموظفين والجيش وقوى الأمن الداخلي، المن العام، أمن الدولة وصناديق التعاضد) في حين يتحمل المواطنون ٦٤% من هذه النفقات وتعتبر هذه نسبة مرتفعة جداً (جدول رقم ١).

جدول رقم ١

إجمالي الإنفاق على الصحة ١٩٩٧

النسبة المئوية	الإنفاق على الصحة في العام ١٩٩٧ (ملايين ل.ل.)	المساهمات	الضرائب	الجهات الممولة
١٤%	٢٥٠,٧	-	٢٥٠,٧	وزارة الصحة العامة
٢%	٤١,٥	-	٤١,٥	تعاونية موظفي الدولة
٤%	٨٢,٣	-	٨٢,٣	الجيش
٤%	٦٩	-	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
؟	؟	؟	؟	وزارة الشؤون الاجتماعية
٢٠%	٣٥٩,٦.	٣٥٩,٦	-	التأمين الخاص
٥٦%	١.٠٣٠,٨	٥١٧,١	٥٢٣,٧	المجموع
النفقات الصحية التي تدفعها الأسر				
٣٠%	٥٤٤,٣٠			انفاق مباشر من قبل غير المشمولين بأي نوع من الضمان
١٤%	٢٥٧,٧			النفقات الصحية التي لا تغطيها المؤسسات الضامنة (٢٥%)
٤٤%	٨٠٢			مجموع النفقات الصحية التي تدفعها الأسرة
١٠٠%	١٨٣٢,٠٨٠			مجموع الإنفاق على الصحة

وقد أشارت دراسة الأوضاع المعيشية التي أنجزتها مديرية الإحصاء المركزي العام ١٩٩٧ أن ما يدفعه المواطنون على الأدوية وعلاج الأسنان والمعاینات الطبية توازي ثلثي ما يدفعونه من كلفة الرعاية الصحية (جدول رقم ٢).

جدول رقم ٢
معدل التكاليف الصحية التي تدفعها الأسر
حسب نوع النفقات (١٩٩٧)

نوع النفقات	النفقات الطبية التي تدفعها الأسرة في السنة (بالآلف ل.ل.)	نسبة الأسر التي تدفع هذا النوع من النفقات (نسبة مئوية)	إجمالي إنفاق الأسر (بملايين ل.ل.)
تأمين خاص	١,٧١٩	١٥	٢١٤,١٣٣
استشفاء	١,١٦٧	٢٩	٢٨٢,٨٨٤
أدوية	٥٥٦	٨٣	٢٨٨,٤١٧
استشارات طبية	٣٥٨	٧٤	٢٢١,٤٧٠
تحاليل وأشعة	٢٤٩	٤٦	٦٩,١٩٦
علاج	٥٢٠	٨	٣٣,٧٠١
علاج أسنان	٧٠٥	٣٠	١٧٦,٢٣٤
المجموع			١,٤١٣,٠٣٥

الأوضاع المعيشية للأسر/مديرية الإحصاء المركزي ١

كما أن مقارنة تطور مؤشر أسعار الخدمات الصحية بمؤشر سعر الخدمات الاستهلاكية الأساسية الذي قامت به مؤسسة البحوث والاستشارات يشير إلى ارتفاع غير مبرر للأولى بالمقارنة مع الثانية خلال السنوات السبع الماضية (جدول رقم ٣).

جدول رقم ٣
تطور مؤشر أسعار الخدمات الصحية مقارنة مع مؤشر أسعار الاستهلاك
(المعدل السنوي ١٩٩٢-١٩٩٨)
(١٠٠=١٩٨٨)

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

مؤسسة البحوث والاستشارات/اليونيسف

ولما كان جزء مهم من الفاتورة الصحية مستورد في ظل ليرة تتحسن تجاه العملات الأجنبية. كان يفترض أن ينعكس ذلك على أسعار الخدمات الصحية

٢- أما الملاحظة الثانية فهي أن المردود الصحي لهذه الكلفة متدني، إذ ندفع كلفة تساوي متوسط ما تدفعه البلدان المتقدمة ونحصل على مردود صحي يضعنا في المرتبة الدنيا للبلدان متوسطة الدخل. ومن المفيد الإشارة هنا إلى أنه منذ العام ١٩٩٥ واستناداً إلى تقرير التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، فإن لبنان لم يحرز أي تقدم يذكر في هذه المرحلة في حين استمرت الفاتورة الصحية بالارتفاع.

وننتقل الآن إلى تكافؤ الفرص في الحصول على الخدمات الصحية. هناك كم كبير من المؤشرات التي يمكن الاستدلال بواسطتها على مدى حصول كل مواطن على الخدمات الصحية ونوعيتها، إلا أننا اخترنا منها ثلاثة مؤشرات: الأول، وفيات الأطفال والرضع والذي يعبر بدقة عن المستوى الصحي الاقتصادي والاجتماعي لمجتمع أو منطقة ما (جدول رقم ٤).

جدول رقم ٤

عدم تكافؤ الفرص في الحصول على الخدمات الصحية

بيروت %	ضواحي بيروت %	جبل لبنان %	الشمال %	الجنوب %	النبطية %	البقاع %	
١٥,٩	-	٢٢,٤	٥١,٥	٣٥,٢	-	٣٥,٩	وفيات الأطفال(١)
٥٥,٣ (٢)	٥٠,٢	٥٣,٢	٣٤,٦	٢٣,٥	٣٦,٦	٣٥,٦	نسبة المشمولين بالضمان
١٤,٣ (٢)	١٢,٤	١١,٤	٢٥,٥	٣٣,٢	٢١,٥	٢٠,٥	نسبة الأسر ذوي الدخل أقل من ٥٠٠ ألف ليرة

(١) المسح الوطني لصحة الأم والطفل ١٩٩٦.

(٢) الأوضاع المعيشية للأسر/مديرية الإحصاء المركزي، ١٩٩٧.

* دراسة لمؤسسة البحوث والاستشارات ومنظمة اليونسف لم تنشر بعد.

وهذا المؤشر يدل على أن الأطفال المولودون في مناطق الشمال والجنوب والبقاع معرضون للوفاة خلال السنة الأولى من العمر مرتين إلى ثلاث مرات أكثر من أقرانهم المولودون في بيروت وجبل لبنان. أما المؤشرين الثاني والثالث فيتعلقان بحجم المنتسبين إلى إحدى مؤسسات الضمان ونسبة ذوي الدخل الأدنى (أقل من ٥٠٠ ألف ليرة لبنانية في الشهر) وكلها تشير إلى تفاوت نسب الفقر والمؤشرات الصحية بين بيروت وجبل لبنان من جهة وباقي المناطق الأخرى من جهة ثانية.

ويمكن تسجيل بعض الملاحظات حول انعكاسات هذه المؤشرات على واقع الأسر.

أولاً: إن القسم الأكبر لغير المشمولين بأحد أشكال التأمين هم ذوي الدخل المحدود أو العاطلين عن العمل أو كبار السن أي من الفئات التي يجب التوجه إليها لمساعدتها.

ثانياً: إن ثلثي الأسر ذات الدخل دون ٥٠٠ ألف ليرة لبنانية يجدون صعوبة في الحصول على الخدمات الصحية.

ثالثاً: إن ١٠ بالمائة من الأسر لديها شخص يحتاج إلى معالجة وغير قادرة على دفع كلفته.

العقبات التي تعترض النظام الصحي

١- العدد الكبير من المؤسسات العامة (سبع مؤسسات ضمان وثلاثة صناديق تعاضد) وما يزيد عن ٨٠ شركة خاصة تتعاطى أمور الضمان والتأمين لبلد لا يتجاوز سكانه أربعة ملايين نسمة نصفهم غير مضمون حتى الآن، مما ينعكس فوضي على حركة الموارد المالية والضوابط داخل النظام ويساهم في رفع الكلفة الإدارية التي تصل إلى ٥٠ بالمائة في شركات التأمين.

٢- ضعف قدرة المؤسسات الضامنة الفنية والإدارية لمراقبة فعالة لكشف الغش أو الإجراءات الطبية غير المبررة.

٣- ضعف القدرة التفاوضية مع منتجي الخدمات في القطاع الخاص.

٤- عدم وجود ضوابط لمواجهة التخمّة في التجهيزات الطبية الباهظة الكلفة وعدد أسرة الاستشفاء، إذ تشير الدراسات الى أن نسبة الإشغال تصل إلى ٥٠ بالمائة فقط، أي أن نصف أسرة الاستشفاء تبقى فارغة في حين أن الحد الأدنى المقبول للإشغال هو ٦٥ بالمائة. وهذه المسألة مرشحة للتفاقم في السنوات المقبلة لوجود حوالي ٣٥٠٠ سرير جديد (نصفها للقطاع العام) سيتم تشغيلها خلال هذه الفترة.

٥- تزايد أعداد الأطباء بوتيرة تزيد خمس مرات ونصف عن نسبة تزايد عدد السكان ونسبة الأخصائيين تناهز ٧٠ بالمائة وهي من أعلى النسب في العالم والخبراء يعرفون أن زيادة الأطباء خصوصاً الأخصائيين يساهم بزيادة الطلب على الخدمات الصحية وكلفتها في نفس الوقت.

٦- عدم تحديد واضح لدور الدولة في إطار الوضع القائم.

٧- توقف الرعاية الصحية عن كونها أحد الخدمات الاجتماعية الأساسية لكل مواطن الحق فيها وتحويلها إلى سلعة تخضع لقواعد العرض والطلب داخل السوق.

٨- عدم وجود مسح ديموغرافي شامل ولا تصاريح بالمداخيل تسمح بتحديد دقيق للفئات المحتاجة والغير متنسبة إلى أي ضمان وهي الفئات المستهدفة من قبل الدولة.

اقتراحات أولية لإصلاح النظام الصحي ليكون أكثر عدالة وأقل كلفة

تتركز الاقتراحات على مجموعتين: الأولى تهدف إلى جعل النظام الصحي أكثر فعالية وأقل كلفة والثانية تطرح مقاربات عملية لنظام صحي أكثر عدالة.

أولاً، نحو نظام صحي أكثر فعالية وأقل كلفة

١-١ استكمال إنجاز المسح الشامل لمكونات النظام الصحي على الصعيد الوطني لتمكين صانعي القرار من تحديد أنماط الإنفاق حسب المصادر ونوع الخدمات. ومن شأن هذه المعلومات أن تمكن أصحاب القرار من تحديد المشاكل وفرص التغيير ووضع خطوات الإصلاح المطلوبة.

١-٢ رفع مستوى التنسيق بين الجهات الرسمية الضامنة عبر توحيد القاعدة المعلوماتية لمنع الازدواجية، تنسيق المفاوضات حول أسعار الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص التعاون الوثيق لإنجاح تجربتي استقلالية المستشفيات العامة والمكتب الوطني للدواء كخطوة على طريق توحيد الصناديق العامة الضامنة.

٢-٢ عدم الاستعجال بإدخال خدمات جديدة إلى لائحة التقديمات المشمولة حالياً من قبل المؤسسات الضامنة خصوصاً الضمان الاجتماعي على أهميتها قبل إنجاز دراسات معمقة للكلفة وامتلاك القدرة على ضبط الكلفة لاحقاً. والاستفادة من دروس التجارب السابقة لمؤسستي الضمان ووزارة الصحة العامة.

٣- تعزيز دور القطاع التأمين الخاص عبر رعايته ومراقبته من قبل وزارة الاقتصاد والتجارة ومساعدته على تخطي المشاكل التي يتخبط بها إذ يبقى هذا القطاع محط أنظار شريحة كبيرة من اللبنانيين للتأمين الكامل أو التأمين الإضافي للمؤسسات الضامنة الرسمية.

٤- إعادة النظر بدور وزارة الصحة العامة كمسؤول أول عن ضمان حق كل مواطن في الصحة وذلك من خلال:

٤-١ لعب دور المخطط الرئيسي الذي يضع الأهداف ويشرك الأفرقاء في وضع الخطط وتحديد الأدوار

٤-٢ مسؤولية عن إقامة التوازن بين العرض والطلب داخل نظام الخدمات الصحية،

٤-٣ وضع المقاييس والمواصفات للخدمات الطبية، درس كلفتها وتحديد أسعارها.

الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

٤-٤ تنظيم القطاع الخاص حيث أن النمو بدون ضوابط لهذا القطاع يتقل كاهل الدولة والمواطن. لذلك يقضي الاقتراح بأن تلعب الدولة (وزارة الصحة تحديدا) دورا تنظيميا للرعاية الصحية بدل أن تكون الممول لهذا القطاع فقط.

٤-٥ تصويب الإنفاق نحو النشاطات الأكثر فعالية وتحديد رزمة الخدمات التي على وزارة الصحة العامة تأمينها.

٤-٦ إنجاح تجربة استقلالية المستشفيات العامة: إنتاج خدمات صحية ذات نوعية مقبولة من المواطنين تكون خيارا حقيقيا لم. والأمال معقودة على تنفيذ قانون استقلالية المستشفيات العامة التي ستشترى منها الضامنة، فيها وزارة الصحة العامة من الخدمات كما القطاع الخاص. إن الإشراف الفني والمالي من قبل الإدارة المركزية وتعزيز مشاركة المجتمع المحلي في دعم ومراقبة هذه المستشفيات وإيعادها ما أمكن عن التوظيف السياسي. كلها عناصر تساعد على إنجاح هذه التجربة التي طال انتظارها. إن نجاح التجربة سيعيد التوازن المطلوب بين القطاعين العام والخاص ويجعل الأدوار تتكامل من جهة وسيتمكن الوزارة من تحديد نوعية وكلفة الخدمات الصحية بشكل أفضل من الوضع الحالي. إن مؤسسات الضمان الرسمية كلها مدعوة إلى احتضان هذه التجربة والعمل على إنجاحها. كما أن تعزيز دور القطاع العام الاستشفائي من المتوقع أن يقترن بانسحاب تدريجي من نظام التعاقد مع المستشفيات الخاصة المعمول به حتى يحقق كامل أهدافه.

٥- إيجاد الضوابط للحد من عدد الأطباء الخريجين الجدد ودرس إمكانية جعل امتحان الكولوكيوم ملزما قبل البدء بالتخصص وإيجاد حوافز لأطباء الصحة العامة وطب العائلة للتفرغ للعمل في مجالات الرعاية الصحية الأولية والمؤسسات الإستشفائية الخاصة بالدولة ومؤسسات الضمان.

٦- إن أهم أهداف الرعاية الصحية الأولية إلى جانب دورها الأساسي المتمثل بالوقاية وتعزيز الصحة تقديم العناية الطبية الأساسية بنوعية جيدة مقبولة من الناس وبكلفة معقولة، رعاية قادرة على تقديم حل أمثل (طبيا واقتصاديا) لمعظم المشاكل الطبية وأكثرها شيوعا مشكلة بذلك مصفاة أولية للحد من الطلب المفتوح على العناية الطبية المتخصصة.

للأسف فإننا برغم تقديرينا إلى الجهود التي بذلها ولا يزال المعنيون في وزارة الصحة العامة والقطاع الأهلي وحلهم إلى جزء من المشاكل كما أشارت دراسة الوضع المعيشي للأسرة فإن الوقائع تدل أن النسبة الأكبر للنفقات التي يدفعها المواطنون من جيوبهم مباشرة هي لخدمات يمكن تأمين أكثرها عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية (الأدوية والأسنان والمعاینات الخارجية). كما أن دورها في الوقاية وتعزيز الصحة خارج نطاق برامج الطفولة المبكرة لا تزال محدودة دورا وفعالية.

ويمكن دراسة التجارب الناجحة لعدد من مراكز الرعاية الصحية الأولية المتكاملة خصوصا في القطاع الأهلي وبعض أشكال العمل التعاوني الطبي في القطاع الخاص لتشجيع مبادرات تقدم رعاية جيدة

بكلفة معقولة إلى جانب تجربة وزارة الصحة العامة في نطاق البنك الدولي.

على المؤسسات الضامنة ووزارة الصحة العامة والقطاع الأهلي ونقابة الأطباء درس اقتراحات يمكن ان تساعد على الحد من الكلفة وتوجد وضعا أكثر استقرارا لشريحة واسعة من الأطباء.

٧- اعتماد سياسة وطنية دوائية تقوم بها وزارة الصحة العامة متعاونة مع الهيئات الضامنة، المهنية والنقابية والمكتب الوطني للأدوية والجمعيات الأهلية والمنظمات الدولية نقتراح لها الأهداف التالية:

٧-١ تطوير سوق نظامي للأدوية الأساسية يقوم على:

- اعتماد لائحة للأدوية الأساسية وتوسيع سوق الأدوية واعتمادها حصرا في مرافق الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات العامة.
 - اعتماد لائحة أدوية من قبل المؤسسات الضامنة تتدرج تغطيتها حسب مقاييس علمية واقتصادية كما هو معمول به في البلدان المتقدمة. يعاد النظر بهذه اللائحة بانتظام (كل سنتين مثلا).
 - اعتماد نظام فعال للرقابة على النوعية (الجودة)
 - إنتاج بروتوكولات علاجية للأمراض الأكثر شيوعا أو ذات الكلفة الباهظة وتدريب الجسم الطبي عليها واعتمادها عمليا من قبل مؤسسات القطاع العام على الأقل.
 - وضع مقاييس علمية واقتصادية للأدوية المطلوب تسجيلها كأدوية جديدة إذ أنه تسحب من سوق الأدوية ذات الكلفة البسيطة لصالح أدوية متشابهة ولكن بكلفة أكبر.
- ٧-٢ دراسة جادة ومسؤولة لاقتراح وزارة الصحة العامة. إعادة النظر بتركيب مؤشر أسعار بما يتناسب مع ما هو معمول به في الدول المجاورة والعديد من الدول المتقدمة (المؤشر الحالي ١٦٩%).
- ٧-٣ تعزيز الرقابة على صرف الأدوية في الصيدليات لجهة التقييد بأنظمة التسعير وأصول صرف الأدوية ومكافحة الغش.

ثانياً، مقاربات عملية لنظام صحي أكثر عدالة

إن الفئات ذوي الدخل المرتفع والمتوسط الغير منتمية إلى أحد المؤسسات الضامنة تسعى عموماً إلى الإنتساب إلى شركات التأمين الخاص في حين تبقى الفئات الأقل حظاً (العاطلين عن العمل، المعوقين، فقراء المهجرين، العمال الزراعيين، صغار المزارعين، الحرفيين والكسبة...) تحاول أن تتدبر أمرها بما يتيسر لها من خدمات صحية تقدمها وزارة الصحة ومؤسسات المجتمع الأهلي ووزارة الشؤون الاجتماعية.

وفي غياب أو تعذر قيام مسح ديموغرافي شامل وتحديد معقول للدخل يتعذر تحديد الفئات المحتاجة التي تعطيها الدولة الأولوية في المساعدة وحتى يتحمل كل قادر حصته من الكلفة ضمن مبدأ التكافل والمشاركة والمسؤولية فإننا نقترح العمل على ما يلي:

١- إدخال تدريجي لكل الفئات المنتجة والتي يمكن تصنيفها إلى الضمان الاجتماعي. وفي هذا المجال نرى أهمية البت بوضع مزارعي التبغ وصيادي السمك ومجموعات أخرى تقدمت للانتساب إلى الضمان وبعضهم تمت الموافقة عليه دون تنفيذ.

٢- ضمن دائرة اهتمام وزارة الشؤون الاجتماعية صياغة استراتيجية واضحة لرعاية الفئات الضعيفة المهمشة والأقل حظاً، نقترح ما يلي:

١-٢ تحديد الفئات المستهدفة بالرعاية.

٢-٢ تشكيل لجنة وطنية لرعاية كل شريحة من الفئات المستهدفة تضم إلى جانب وزارة الشؤون الاجتماعية ممثل عن الوزارات المعنية (تربية - صحة - عمل...)، ممثلين عن المؤسسات الأهلية العاملة في حقل رعاية هذه الفئة وممثلين عن المستهدفين عبر منظماتهم الممثلة.

٢-٣ إجراء مسح شامل لهذه الفئات بما فيها معطيات أساسية تغطي الجوانب المختلفة لأوضاعها. وإعطاء بطاقة لكل فرد تخوله الاستفادة من رزمة الخدمات التي تحددها الدولة.

٢-٤ تحديد رزمة الخدمات الاجتماعية (بما فيها الصحية والتربوية والتأهيلية والرعاية).

لقد باشرت وزارة الشؤون الاجتماعية تجربة التوجه الى فئة محددة بشكل شامل من خلال تجربة اللجنة الوطنية للمعوقين مستندة على أكثر هذه الأسس ولكن التجربة لم تستكمل أبعادها بعد الا أنها يمكن أن تشكل نموذجاً يمكن درسه وتقييمه قبل تعميمه على الفئات المستهدفة.

إن أهمية هذه المقاربة تكمن في ربطها الحق بالصحة بالحق بالخدمات الاجتماعية الأساسية وكذلك بالتنمية البشرية ككل وهو أحد الأهداف الرئيسية التي تسعى الدول على تحقيقها.

وفي الختام يمكن القول أن ما يدفعه اللبنانيون (دولة ومواطنون) على صحتهم هو كبير جداً ولكن للأسف لا يحصلون على المردود الصحي المناسب للكلفة التي يتكبدها وهذا يعود إلى خلل في العديد من أوجه النظام الصحي وخضوعه شبه الكامل للعرض والطلب. وهناك مؤشرات واضحة عن عجز الدولة والمواطنين عن استمرار تحمل الكلفة المتزايدة، فحتى لا يدفع المواطنون الضريبة مرتين: تكلفة عالية للخدمات ومردود متدني نعتقد أن هناك حاجة لوضع خطة وطنية للتنمية الاجتماعية تشكل الصحة أحد مكوناتها الأساسية إذ أن الأزمة في القطاع الصحي هي أزمة بنيوية تطل كافة القطاعات الاجتماعية ولأن عدم التصدي الجدي لهذه المسألة يندر بمشاكل كبيرة تطل القطاع العام والقطاع الخاص وتنعكس

مصاعب كبيرة على المجتمع عموماً والفقراء وذوي الدخل المحدود بشكل خاص. إن الحل يجب أن ينطلق عبر إطلاق أوسع حوار علمي ومسؤول بين كل الأفرقاء بمن فيهم المواطنون أنفسهم وبرعاية مباشرة من الدولة لأن الخطة حتى تنجح تحتاج إلى إرادة سياسية وتوافق وطني وللذين يتخوفون من كلفة الخطة نقول أن الخطة مهمتها الأولى تصويب السياسة الصحية، ترشيد الإنفاق، والحد من وتيرة تصاعد الكلفة كأحد أدوات الخطة العتيدة المنتظرة.

الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام