

الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية  
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام



برنامج الأمم المتحدة الإنمائي

مجلس النواب

# القطاع الصحي في لبنان

سلسلة الملفات القطاعية (٢)

إعداد: فاطمة فخر الدين

المديرية العامة للدراسات والمعلومات، مركز التطوير البرلماني

بيروت، أيلول ٢٠٠٠

## سلسلة الملفات القطاعية

هي سلسلة من الملفات الهادفة، يعدها مركز التطوير البرلماني، داخل مجلس النواب اللبناني، لصالح اللجان النيابية وأعضائها، واضعاً بتصرفهم ملفاً عن كل قطاع انمائي، تتولى هذه اللجنة مناقشة واقتراحات القوانين الخاصة به، مثل التريبة والصحة والزراعة والسياحة والمياه والأشغال العامة، الخ ....

ويهدف المركز، من خلال هذه السلسلة الى تزويد اللجان النيابية بالمعلومات والمعطيات الأساسية المتعلقة بالقطاع والتي تشكل إطاراً لاتخاذ القرار من شأنه تسهيل عمل اللجان في مناقشة القضايا المعروضة عليها. ويتناول كل ملف المحاور التالية: تشخيص واقع القطاع من خلال مجموعة المؤشرات والمعطيات والأبحاث المتوافرة عنه، عرض قائمة المشاريع والاعتمادات الملحوظة في الخطة الإنمائية الخماسية (٢٠٠٠-٢٠٠٤) التي أعدها مجلس الإنماء والأعمار ووافق عليها مجلس الوزراء بتاريخ ١٧/٥/٢٠٠٠، استعراض المشاكل الرئيسية التي تواجه القطاع، والاقتراحات والتوجهات العامة لتطوير القطاع ومعالجة قضاياها. وقد أعدت هذه الملفات من منظور تخطيطي لرسم السياسات القطاعية، لذلك لم تتطرق عمداً إلى العديد من التفاصيل والتحليلات والتي يمكن العودة إليها ، إذا رغبت اللجنة البرلمانية المعنية بذلك، إلى قاعدة المعلومات في مركز التطوير البرلماني.

واستند في إعداد هذه الملفات إلى الأبحاث والتقارير والإحصاءات المنشورة ، أو قيد النشر، من قبل الوزارات والإدارات المعنية ومراكز الدراسات والمنظمات الدولية العاملة في لبنان.

طبع هذا الملف بالشكل الذي قدم به ودون تحرير رسمي. والآراء الواردة فيه تعبر عن وجهة نظر من أعده

## المحتوى

الصفحة

٥	تمهيد
٦	١- واقع القطاع الصحي
	١-١- مؤشرات عامة
	١-١-١- العمر المتوقع عند الولادة
	١-١-٢- وفيات الأطفال
	١-١-٣- معدل طبيب/السكان
	١-١-٤- معدل طبيب/ممرض
٨	٢-١- المؤسسات الصحية
	١-٢-١- المستشفيات
	١-٢-٢- المراكز الصحية
	١-٢-٣- المختبرات والمستوصفات الصحية
	١-٢-٤- العيادات الخاصة
	١-٢-٥- الصيدليات
١٣	٣-١- الوقاية الصحية
	١-٣-١- تنظيم الاسرة وبرامج الصحة الإنجابية
	١-٣-٢- حملات التلقيح
	١-٣-٣- البرنامج الوطني لمكافحة السيدا
	١-٣-٤- برنامج الطب المدرسي
١٧	٢- أنظمة التأمين الصحية
	١-٢- أنظمة التأمين الصحي الخاصة
	٢-٢- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
	٣-٢- أنظمة التأمين الصحي العامة

٢٠..... ٣- الإنفاق الإجمالي على العناية الصحية

- ١-٣- مصادر الإنفاق على العناية الصحية
- ٢-٣- الإنفاق الحكومي الإجمالي على الصحة
- ٣-٣- أوجه الإنفاق الحكومي الإجمالي
- ٤-٣- الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية الأساسية
- ٥-٣- أوجه الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية الأساسية

٢٨ ..... ٤- أسباب ارتفاع الفاتورة الصحية

- ١-٤- ارتفاع كلفة الاستشفاء
- ٢-٤- صغر حجم المستشفيات وتدني في نسبة الإشغال
- ٣-٤- فائض في شراء المعدات الطبية المتقدمة
- ٤-٤- ارتفاع كلفة الدواء
- ٥-٤- عشوائية نمو الموارد البشرية في القطاع الصحي
- ٦-٤- ضعف قطاع الخدمات الصحية الحكومية
- ٧-٤- تعدد أنظمة التأمين الصحي الحكومية
- ٨-٤- نظام تغطية وزارة الصحة
- ٩-٤- الضعف الإداري في مؤسسات الضمان الحكومية
- ١٠-٤- تضخيم في الفواتير الطبية
- ١١-٤- محدودية العناية الطبية الوقائية

٣٦ ..... ٥- الخطة الإنمائية الخماسية ٢٠٠٠-٢٠٠٤

- ١-٥- المشاريع الصحية قيد الإنجاز لدى مجلس الإنماء والأعمار
- ٢-٥- المشاريع المقترحة في الخطة الإنمائية الخماسية ٢٠٠٠-٢٠٠٤

٤٠ ..... خلاصات عامة

٤٢ ..... المراجع العربية والاجنبية

## الصحة في لبنان

### تمهيد

يهدف هذا الملف عن الصحة في لبنان الى تشخيص واقع هذا القطاع وتحليل مشكلاته وقضاياها وتقديم توجيهات عامة آيلة الى معالجتها من منظور تخطيطي لرسم السياسات العامة.

كما يشكل هذا الملف إطاراً عاماً يساعد لجنة الصحة النيابية على دراسة المشاريع والقضايا الصحية التي ستعرض عليها، خلال عملها التشريعي. ويحتوي على خمسة محاور تتناول مجمل القطاع الصحي مع تركيز واضح على أهمية وضع سياسات صحية. الاول، يتناول المؤشرات الصحية الأساسية في لبنان ومقارنتها بالمؤشرات العربية والدولية، الثاني، يتناول أنظمة التأمين الصحية، يتطرق الثالث الى الإنفاق الصحي، ويستعرض الرابع أسباب ارتفاع الفاتورة الصحية، اما الخامس فيستعرض الاعتمادات والمشاريع الصحية الواردة في الخطة الإنمائية الخماسية (٢٠٠٠-٢٠٠٤)، وان كانت هذه الخطة ما زالت مشروعاً لم يدخل بعد عملياً حيز التنفيذ، وينتهي الملف بمجموعة خلاصات واقتراحات عامة يؤدي اعتمادها الى وضع المشكلات الرئيسية على طريق المعالجة.

واثبت في نهاية الملف قائمة بالمراجع التي استند إليها في إعداد هذا الملف.

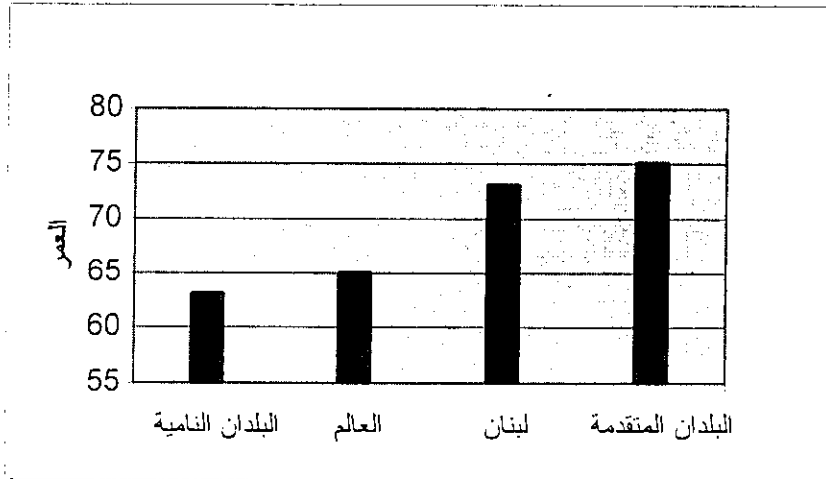
## ١- واقع القطاع الصحي

### ١-١- مؤشرات عامة

#### ١-١-١- العمر المتوقع عند الولادة

بالرغم من الحرب اللبنانية الطويلة والمدمرة، فان مؤشرات صحة السكان اللبنانيين قد تحسنت في السنوات الماضية. ان العمر المتوقع عند الولادة قد ارتفع من ٦٤ سنة في سنة ١٩٧٠ الى ٧١،٣ سنة في سنة ١٩٩٦ وهو الآن أي في سنة ٢٠٠٠ مقدر بأقل بقليل من الـ ٧٣ سنة ( ٧١،٧ سنة للرجال و ٧٣،٩ سنة للنساء) . ان المعدل الحالي للعمر المتوقع عند الولادة اعلى من معدل الدول النامية (٦٣ سنة) و المعدل العالمي (٦٥ سنة) وهو اقل بقليل من معدل الدول المتقدمة (٧٥ سنة).

رسم رقم ١: العمر المتوقع عند الولادة



المصدر: Riad Tabara, The health sector in Lebanon 2000/United Nations 1999

#### ١-١-٢- وفيات الاطفال

لقد انخفض معدل الوفيات عند الاطفال (١-٤ سنوات من العمر) وعند الرضع (الاطفال الذين لا يزيد عمرهم عن السنة الواحدة). ان معدل الوفيات عند الرضع قد انخفض من ٦٥ بالـ ١٠٠٠ في عام ١٩٧٠ الى ٢٨ بالـ ١٠٠٠ في عام ١٩٩٦. كما ان معدل الوفيات للاطفال قد انخفض من ٧ بالـ ١٠٠٠ في عام ١٩٧٠ الى ٤ بالـ ١٠٠٠ في عام ١٩٩٦.

### ١-١-٣- معدل طبيب/السكان

ان معدل طبيب/سكان في لبنان هو ١/٣٦٤ بينما هذا المعدل في فرنسا هو ١/٧٥٠. يعتبر هذا المعدل من أعلى المعدلات في البلدان النامية والمتقدمة ولكن توزع الاطباء على المحافظات غير متوازن حيث يتواجد معظمهم في منطقة بيروت وجبل لبنان (جدول رقم ١).

الجدول رقم ١: توزع الاطباء بحسب المحافظات والسكان في ١٩٩٩

المحافظات	عدد الاطباء	النسبة المئوية	عدد الاطباء/١٠٠٠ للسكان
بيروت	٣٣٠١	٣٦,٩١	١/١٢٥
جبل لبنان	٢٨٩٦	٣٢,٣٨	١/٤١٧
الشمال	١٠٦٩	١١,٩٥	١/٦٦١
الجنوب	١٠٤٣	١١,٦٦	١/٤٨٢
البقاع	٦٣٤	٧,٠٩	١/٦٦٥
المجموع	٨٩٤٣	١٠٠	١/٣٦٤

لمصدر: Riad Tabara, 2000/UNDP1998

### ١-١-٤- معدل طبيب/ممرض

يضم جهاز الممرضين والممرضات حوالي ٣٦٠٠ شخص من مختلف المستويات موزعين حسب الكفاءة على النحو التالي: ٣٣,٣% شهادة جامعية في التمريض، ٢٢,٣% دبلوم في التمريض، ٢١,٤% مساعد ممرض، ٢٣,٤% خبرة بالممارسة.

ان معدل أسرة / الممرض هو ٤,٥ سرير لكل ممرض وهي نسبة عالية مقارنة مع ١ و ٢,٥ سرير لكل ممرض في معظم بلدان أوروبا الغربية.

ان النقص في عدد الممرضين المؤهلين مع الفائض في عدد الاطباء يعطي معدلاً مميزاً لعدد الاطباء بالنسبة الى عدد الممرضين وهو ٥ اطباء لكل ممرض. بينما في بلدان العالم المتقدم، عدد الممرضين يساوي ثلاثة اضعاف عدد الاطباء. ان المعدل العالمي هو ممرض واحد لكل ٢ او ٣ اطباء. ان هذا النقص الكبير في عدد الممرضين المؤهلين ينعكس سلباً على مستوى الخدمة الصحية في المستشفيات. حيث ان معظمها تستخدم الممرضين المتدربين والممرضين المساعدين بدل الممرضين المؤهلين.

## ١-٢-١- المؤسسات الصحية

### ١-٢-١-١- المستشفيات

يسيطر القطاع الخاص على قطاع المستشفيات بحيث يشكل عدد المستشفيات الحكومية فقط ١٠% من مجموع المستشفيات واقل من ١٠% من الأسرة المخصصة للإقامة المتوسطة. كما ان توزع المستشفيات الخاصة على المحافظات غير متوازن. فهي قائمة في غالبيتها في محافظتي بيروت وجبل لبنان. وكما يشير الجدول (رقم ٢) فهناك سرير واحد لكل ١٦٦ شخصاً في محافظة بيروت مقابل سرير واحد لكل ٧٦٢ شخصاً في محافظة الشمال.

الجدول رقم ٢: عدد الاسرة للإقامة المتوسطة في المستشفيات الخاصة ونسبة الاسرة الى السكان موزعة على المحافظات ١٩٩٩

المحافظة	عدد المستشفيات	عدد الاسرة	الاسرة/المستشفى	عدد السكان ١٩٩٩	سرير/السكان
بيروت	٣١	٢٤٩٢	٨٠	٤١٣,٠٤٠	١٦٦
جبل لبنان	٤٤	٢٣٣٦	٥٣	١,٢٠٦,١٩٦	٥١٦
الشمال	٢٢	٩٢٨	٤٤	٧٠٦,٨٥٢	٧٦٢
الجنوب	٢٣	١١٣٢	٤٩	٥٠٢,٤٧٢	٤٤٤
البقاع	١٩	١٤٠٩	٧٠	٤٢١,٤٣٩	٢٩٩
المجموع	١٣٩	٨٢٩٧	٥٩	٣,٢٥٠,٠٠٠	٩٣٢

المصدر: Riad Tabara, 2000/unpublished data obtained from Beirut Order of Physicians

يوضح الجدول (رقم ٣) كيفية توزع المستشفيات الحكومية على المحافظات ويظهر عدم تواجدتها في بعض المناطق. مثلاً في بيروت لا يوجد أي مستشفى حكومي او اسرة حكومية بينما نجد معظمها في المناطق المحتاجة مثل البقاع والجنوب حيث يبقى الشمال مهملاً من قبل القطاع الخاص وايضا ونسبياً من قبل القطاع الحكومي.



الجدول رقم ٣: عدد الاسرة للاقامة المتوسطة في المستشفيات الحكومية ونسبة الاسرة الى السكان موزعة على المحافظات ١٩٩٩

المحافظة	عدد المستشفيات	عدد الاسرة القائمة	معدل سرير/ مستشفى	معدل سرير/ سكان
بيروت	--	--	--	--
جبل لبنان	٣	٢٠١	٦٧	٦٠٠١
الشمال	٢	١٩٢	٩٦	٣٦٨٢
الجنوب	٦	٢٦٨	٤٥	١٨٧٥
البقاع	٤	٢٠٩	٥٢	٢٠١٧
المجموع	١٥	٨١٠	٥٤	٤٠١٢

المصدر: Riad Tabara, 2000

كما يوجد ١٩ مستشفى خاصاً للاقامة الطويلة مع ٦٤٧٨ سريراً وذلك للاهتمام بالاشخاص المسنين والمعوقين. يصل الى هذه المستشفيات مساعدات مالية سنوية من وزارة الصحة بحسب عدد الاسرة وبحسب نوع الامراض المتواجدة لدى المرضى.

#### ١-٢-٢- المراكز الصحية

تقدم وزارة الصحة بعض الخدمات الصحية للمستشفيات الحكومية ولعدد من المراكز الصحية الحكومية. وتقدم أيضاً وزارة الشؤون الاجتماعية مساعدات صحية للمراكز الصحية الحكومية. تتضمن هذه المساعدات خدمات وقائية وعلاجية، وتطعيم، والعناية الصحية الاولية، والصحة الانجابية عند الام والطفل.

وتساعد وزارة الشؤون الاجتماعية أيضاً عدداً من المراكز الصحية غير الحكومية و بعض المراكز التي تنتمي الى مؤسسات ليس لها مردود مالي. من نشاطات هذه المراكز تأمين الخدمات الصحية. بعض هذه المراكز تعمل بشكل جيد بينما البعض الآخر يعمل بشكل غير مقبول. ليس هناك دراسات حول نوعية الخدمة التي تؤمنها هذه المراكز ولكن التذني في المساعدات الدولية اجبر بعض هذه المراكز على اتباع نفس الطريقة التي تعمل بها العيادات الخاصة وذلك من حيث التعرف. فهم يتقاضون من المريض بدل اتعاب الطبيب بالاضافة الى تكاليف المركز نفسه.

يوجد ٧٠٠ مركز صحي وعيادة في البلد. ان عدد المستفيدين من خدمات هذه المراكز يعتبر محدوداً مقارنة بما يوفره النظام الصحي الوطني. غير ان انتشارها في مناطق محرومة يساهم في أهميتها اكثر من نسبة عدد المستفيدين منها (جدول رقم ٤).

الجدول رقم ٤: توزيع المراكز الصحية على المحافظات ١٩٩٨

المحافظة	وزارة الصحة	وزارة الشؤون الاجتماعية	الصليب الاحمر	البلديات	المنظمات غير الحكومية	مقفل	مجموع المراكز العاملة
بيروت	٢	١	--	--	١٠	١	١٣
جبل لبنان	٥	٤	١	٥	١٧	٢	٣٢
الشمال	٤	٠	٠	٠	٢٠	٠	٢٤
الجنوب	٤	٠	٠	٠	١١	١	١٥
البقاع	٧	٢	١	٠	١٠	٢	٢٠
المجموع	٢٢	٧	٢	١	٧٢	٦	١٠٤

المصدر: Riad Tabara, 2000/The World Bank 1999

#### ١-٢-٣-المختبرات الصحية

وفقاً لنقابة المختبرات، يوجد في لبنان حالياً أي في العام ٢٠٠٠ حوالي ٥٥٠ مختبراً، ٢٥٠ منها غير قانوني أي غير مرخص لها. تحاول وزارة الصحة اقفال المختبرات غير القانونية ولكنها تواجه صعوبات بسبب التدخلات السياسية. وفقاً للنظام (مرسوم رقم ٧٥/٨٣ والذي ينظم القطاع المختبري) على المختبر ان يعمل مباشرة تحت اشراف طبيب او صيدلي غير ان الواقع ليس كذلك في معظم المختبرات وخصوصاً في المختبرات غير المرخصة.

#### ١-٢-٤-العيادات الخاصة

يصعب تقدير العدد الدقيق للأطباء العاملين في لبنان، لعدم وجود أدوات احصاء ومتابعة مستمرة. فالارقام المتداولة هي للأطباء المسجلين في نقابة الاطباء. فعدد الاطباء المسجلين لغاية منتصف العام ١٩٩٩ هو ٨٩٣٤ نجدهم موزعين على المحافظات كما في الجدول (رقم ١) وغالبيتهم متواجد في محافظة بيروت وجبل لبنان. اضافة الى هذا العدد ١٥٠ طبيباً يمارسون المهنة ولكنهم غير مسجلين، وايضا يجب طرح عدد الاشخاص المسجلين والمقيمين خارج البلد.

هناك عدد ضئيل جدا من العيادات الخاصة المتواجدة في القرى بالمقارنة مع عدد الاطباء الكبير. وهذا يعني ان الاطباء يفضلون استخدام مراكز المستوصفات التابعة للقطاع الاهلي والقطاع العام على تأسيس عيادات خاصة في القرى.

اما المشكلات التي تثيرها بنية الخدمات الطبية في العيادات الخاصة فهي اضافة الى التفاوت الجغرافي، تتلخص في ما يلي:

- التشتت والفردية مما يضعف امكانيات الافادة من شبكة العيادات الخاصة لمعرفة الوضع الصحي ورسم السياسات المطلوبة لمعالجته
- ارتفاع اكاليف المعاينة عموما، مع تفاوتات كبيرة بين طبيب وآخر
- التفاوت الحاصل بين التعرفات التي تضعها النقابة للمعاينة، والتعرفات التي تحددتها مؤسسات الضمان
- غياب التنسيق والتكامل بين المدارس الطبية و بين الاطباء وعدم توفر امكانية تجميع معلومات صحية لتوحيد اسس العلاج والوقاية. فهناك عدد كبير من الاطباء درس وتمرن خارج لبنان وبالتالي فالخبرة والتدريب يختلفان من طبيب الى آخر ولا يوجد برامج تدريب لتوحيد المفاهيم.

#### ١-٢-٥-الصيدليات

يوجد ١٤٠٥ صيدليات مسجلة في نقابة الصيادلة و ٢٦٠٥ صيادلة للعام ١٩٩٩. ان توزيع الصيدليات على المحافظات مقبول ومتوازن كما يظهر في الجدول (رقم ٥) ، غير ان توزيع الصيادلة غير متوازن.

الجدول رقم ٥: الصيدليات والصيدالفة حسب المحافظات، ١٩٩٩

المحافظة	عدد الصيدليات	عدد الصيدالفة	الصيدليات/الشخص	الصيدالفة/الشخص
بيروت	١٨٧	٥٦٥	٢٢٠٩	٧٣١
جبل لبنان	٦٢٧	١٠٨٨	١٩٢٤	١١٠٨
الشمال	٢٦٠	٤١٠	٢٧١٩	١٧٢٤
الجنوب	١٩٤	٤٧٧	٢٥٩٠	١٠٥٣
البقاع	١٣٧	٦٥	٣٠٧٦	٦٤٨٣
المجموع	١٤٠٥	٢٦٠٥	٢٣١٣	١٢٤٧

المصدر: Riad Tabara, 2000/Based on unpublished data from the Order of Pharmacists

ان عدد الصيدالفة المسجلين في النقابة يفوق عدد الصيدليات، وهذا لا يعني حكماً بان كل صيدالفة مسجلة تعمل تحت اشراف صيدلي وفقاً للقانون. ففي البقاع مثلاً يوجد ١٣٧ صيدالفاً مسجلاً بينما توجد ٦٥ صيدالفة. من المعروف ان عدداً لا باس به من الصيدالفة يؤجرون رخصهم الى اشخاص غير صيدالفة ليديروا الصيدالفة باسمهم. يوجد ٢٠٠ صيدالفة تعمل تحت اشراف اشخاص غير متخصصين او مسجلين كصيدالفة.

كما ان عدم وجود رقابة على بيع الادوية في الصيدليات يضع حياة الناس في خطر. فالادوية في لبنان لا تباع دائماً وفقاً لوصفات طبية. فالعديد منها يباع بدون استشارة طبيب. في معظم الاحيان يبيع الصيدلي او بائع الادوية المتواجد في الصيدالفة الدواء للمريض حسب وصف المريض لحالته المرضية. وهذا يزيد من احتمال سوء استعمال الدواء. ان وزارة الصحة قد وضعت لائحة باسماء الادوية التي يجب ان لا تباع الا بوجود وصفة طبية، غير ان هذه اللائحة لم توضع قيد التنفيذ بعد.

### ١-٣- الوقاية الصحية

ان الدور المخصص للطب الوقائي ولحملات التوعية الصحية وضمن بيئة صحية للمواطن هو ثانوي في لبنان لا بل هامشي، مقارنة بالدور الذي يحتله الطب العلاجي على كافة المستويات، بما في ذلك عمل المستوصفات والعيادات الخاصة. ان الاهتمامات البيئية - الصحية تكاد تكون مهملة تماماً، ما عدا بعض المبادرات والمطالبات التي تبقى غالباً دون فعالية، وتداوى في احسن الاحوال باجراءات ادارية او اعلامية او علاجات مؤقتة ( مشكلة النفايات السامة ، مشكلة التلوث المزمن في بعض المناطق - شكا سلععاتا-سبلين- تكرار ظاهرة تلوث مياه الشفة سنويا في اكثر من منطقة الخ...)، اما بعض الجوانب الاخرى التي تلقى الاهتمام، فهي بعض البرامج الواسعة الانتشار الممولة من قبل الوكالات الدولية، صندوق الامم المتحدة لرعاية الطفولة (UNICEF) ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، والهيئات الاهلية ، والقطاع الحكومي. وتشير النتائج المحققة على هذا الصعيد الى الفائدة المباشرة والبعيدة الامد لمثل هذه البرامج، والى الامكانيات الكبيرة التي تختزنها واثرها المباشر على معالجة المشكلات الصحية المرتبطة بالفقر والاوزاع الاقتصادية والاجتماعية المتدنية. والامثلة الابرز هي تنظيم الاسرة وبرامج الصحة الانجابية، وحملات التلقيح.

### ١-٣-١- تنظيم الاسرة وبرامج الصحة الانجابية

بدأت مؤخرا حملات لتعميم الفحوصات المخبرية للنساء. هذا بالاضافة الى التوعية الصحية فيما يتعلق بتنظيم الاسرة وصحة المرأة والطفل. وهناك برامج على هذا الصعيد لم تصل بعد الى مستوى الحملات الوطنية للتحصين الشامل.

### ١-٣-٢- حملات التلقيح

تركز بالدرجة الاولى على الشلل واللقاح الثلاثي، وقد حقق هذا البرنامج تقدماً ملموساً وبلغت نسبة تحصين الاطفال ١٠٠% للجرعتين الاولى والثانية، و ٩٧،١% للجرعة الثالثة. كمل سجل تحسن في معدل التحصين ضد الحصبة الذي بلغ ٨٥،٧%. ان الفجوات الجغرافية، ومعالجة الامراض الاكثر انتشاراً بين صفوف الاطفال (الجهاز التنفسي، السل، الاسهال) ما زالت قائمة وقد زادت في بعض المناطق.

### ١-٣- البرنامج الوطني لمكافحة السيدا

هو برنامج تابع لوزارة الصحة ويتلقى الدعم من منظمة الصحة العالمية. والبرنامج يتمتع بشبه استقلال اداري ويقوم باحصاء المصابين بالسيدا والعمل على تحسين ظروف العمل والنظافة في المختبرات والمستشفيات والتأكد من اتمام الفحوصات الروتينية للدم ومشتقاته. كما يركز البرنامج على نشر المعرفة عن سبل انتقال السيدا وسبل الوقاية. وقد دلت دراسة اجراها البرنامج مؤخراً الى ان نسبة المعرفة لسبل الانتقال والوقاية عالية بين السكان . ان مشاكل مرض السيدا في لبنان ما زالت محدودة نسبياً. وفقاً لبعض المعلومات ، فإن اول اصابة بمرض السيدا كانت في ١٩٨٤، ولكن عدد الاصابات التي اعلن عنها لتاريخ ايار ١٩٩٨ كان ٥٣٠ اصابة، اكثرها لدى المغتربين الذين جاؤوا من افريقيا.

### ١-٣-٤- برنامج الطب المدرسي

هو برنامج يجمع بين الوقاية والعلاج والتوعية والاحصاء الصحي. وقد بدأ هذا البرنامج بمبادرة من المنظمات غير الحكومية، ثم انضمت اليه الجهات الحكومية فشكلت لجنة وطنية مختلطة لبرنامج الطب المدرسي(شباط ١٩٩٣) ضمت الى جانب القطاع الاهلي ممثلين عن وزارات الصحة والتربية والشؤون الاجتماعية، بالاضافة الى المنظمات الدولية (WHO، UNICEF) وقد شمل هذا البرنامج اجراء كشف طال ١٠٨٠٠٠ تلميذا في المرحلة الابتدائية في المدارس الرسمية عام ١٩٩٣-١٩٩٤ و ١٢٠ الف تلميذ عام ١٩٩٤-١٩٩٥. وقد اشارت المعلومات المتراكمة منذ عام ١٩٨٩-١٩٩٠ الى ان حوالي ٦٠% من التلاميذ يشكون من مرض ما، وان ٩٠% منهم يشكون من تسوس الاسنان، و ٢٠% يشكون من مرضين او اكثر في الوقت نفسه. وتبين ان مستوى انتشار الامراض في البيئة المدينية الفقيرة ٧٦،٩% في بيروت، اعلى مما هو في الريف، ٤٦،٨٠% في الجنوب، كما في الجدول (رقم ٦).

الجدول رقم ٦: نسبة الاصابة بالامراض حسب نتائج حملة  
الطب المدرسي ٩٥/٩٤

المنطقة	النسبة المئوية للتلاميذ المرضى
بيروت	٧٦,٩
الجنوب	٤٦,٨٠
البقاع	٦١,٧٠
الشمال	٥٦,٠٠
جبل لبنان	٥٩,٠٠
كل لبنان	٦٠,١٠

المصدر: الاسكوا ١٩٩٩، سلسلة دراسات مكافحة الفقر (٩)

تشمل هذه العينة، من التلاميذ التي طالها الكشف، الفئات الفقيرة والمحدودة الدخل من الشعب اللبناني التي ترسل ابناؤها الى المدارس الرسمية. ونسبة المرض مرتفعة كما هو واضح. ويشار في هذا المجال الى ان وزارة التربية الوطنية ادخلت مادة التربية الصحية الى انشطتها التعليمية في النصف الثاني من عقد السبعينات.

هذا البرنامج، بحكم اتساعه واستمراره، كشف السمات الاساسية للواقع الصحي، وقاس التقدم الحاصل عبر الزمن. فقد اشارت مقارنة نتائج الكشف لعام ٩٣-٩٤ مع كشف عام ٩٠-٩١، حصول تراجع في نسبة المشاكل الصحية المسجلة بنسبة ١٤,٤ في المئة، وهو ما يؤكد ما توصلت اليه دراسات على نطاق دولي، من ان الوقاية والعلاج المبكران اقل كلفة ويحققان نتائج ملموسة في فترات زمنية قصيرة نسبياً.

اما الوجه الآخر لمثل هذا البرنامج وغيره من البرامج المشابهة فهو انه ابرز الحاجة الى تشكيل وحدات صحية في وزارة التربية ومرشدين صحيين في المدارس، بالاضافة الى بدء العمل على الزامية بطاقة صحية لكل تلميذ. وهذا بدوره يفتح امكانيات لا حدود لها لمعالجة صحيحة وعلمية للمشكلات الصحية- الاجتماعية.

الا ان برامج التوعية والتثقيف الصحي تبقى ضعيفة جداً. فاعتمادات دائرة التثقيف في وزارة الصحة العامة مثلاً ضئيلة جداً من الميزانية السنوية ولا يوجد فيها الجهاز البشري المدرب والمؤهل للقيام برصد الاولويات والتخطيط والتنفيذ للبرامج التوعوية والتثقيفية الصحية. وتقوم بمعظم الجهود في هذا المجال المؤسسات الدولية (صندوق الامم المتحدة

للسكان ( UNICEF, WHO, UNFPA ) والمؤسسات الاهلية والخاصة مما ينتج عنه التفاوت في الاولويات وغياب التنسيق وهدر الجهود.

وقد بدأ في عام ١٩٩٦ توزيع "السجل الصحي" وهو بمثابة كتيب لكل طفل يحمله من الولادة وحتى سن الـ ١٨ عاما يسجل فيه تاريخ الطفل الصحي من تلقيح وامراض معدية ومزمنة وعمليات جراحية وادوية مزمنة الخ...

ويوجد في وزارة الصحة حالياً جهاز من المهندسين الصحيين والمراقبين الصحيين ولكن الأغلبية من هؤلاء اصبحوا قريبين من سن التقاعد ومعظمهم خريجو مدرسة الهندسة الصحية التي توقفت عن العمل في منتصف السبعينات، أي ان آخر دفعة تخرجت كانت منذ ربع قرن تقريباً وهؤلاء لم يلتحقوا باية دورات تدريبية جديدة لتحديث المفاهيم والمعلومات الصحية.



## ٢- أنظمة التأمين الصحي

اعتبرت الدراسة التي اعدتها برنامج الامم المتحدة الانمائي ووزارة المالية، عن الخدمات الاجتماعية الاساسية للعام ٢٠٠٠، ان نظام العناية الصحية في لبنان يتميز بتعددتيه المفرطة وعدم تجانسه، كما يتميز بهيمنة القطاع الخاص عليه، فهناك ٩٠ جهة ضامنة، منها ٨٠ جهة، هي عبارة عن أنظمة تأمين صحي خاصة بما فيها صناديق التعاضد، وهناك جهة واحدة مختلطة بين قطاع عام وقطاع خاص وهي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والجهات الباقية هي جهات ضامنة تنتمي الى القطاع العام.

ان هذا التعدد الواسع كما تقول الدراسة لا يغطي اكثر من نصف اللبنانيين، وينفق المجتمع اللبناني نسبة مرتفعة (بالمقاييس العالمية) من ناتجه المحلي الاجمالي على العناية الصحية، والتي تتراوح ما بين ١٠ - ١١ في المئة. علما بان الاسر تتحمل اكثر من نصف هذا الانفاق، فيما تقدر حصة الانفاق الحكومي بحوالي ٢٢ في المئة منه.

### ٢-١- أنظمة التأمين الصحي الخاصة

هي شركات التأمين الخاصة التي ينتسب اليها أفراد اما مباشرة بصفتهم الشخصية عن طريق تجمعاتهم المهنية او عن طريق ارباب عملهم المشتركين او غير المشتركين بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

### ٢-٢- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

ينتسب اليه العمال والمستخدمون في القطاع الخاص النظامي، بالاضافة الى مستخدمي عدد من المصالح المستقلة في القطاع العام والمتعاقدين مع الادارات الرسمية وبعض تجمعات العمال المستقلين كسائقي سيارات الاجرة. كما انه يغطي بشكل جزئي الطلاب الجامعيين. ويقدم الصندوق ثلاثة انواع من التعويضات: تعويضات مرض وامومة، تعويضات عائلية وتعويضات نهاية الخدمة. وتساهم في تمويله ثلاث جهات رئيسية: الحكومة وارباب العمل والمستفيدون.

#### أ-تعاونية موظفي الدولة

وتسدد تكاليف الرعاية الصحية في القطاع الخاص لما يقارب ستين الف موظف مدني في الادارات الرسمية مع اسرهم. ويجري تمويل التعاونية بشكل رئيسي من موازنة رئاسة مجلس الوزراء ومساهمات المنتسبين.

#### ب- الضمان الصحي للقطاعات العسكرية

يستفيد منه عديد الجيش وقوى الامن الداخلي والاجهزة الامنية الاخرى: كالامن العام وامن الدولة، والضابطة الجمركية. وتتم التغطية الصحية لهؤلاء الذين يبلغ عددهم نحو ٧٠ الف عسكري في الخدمة او متقاعد بالاضافة الى اسرهم، اما مباشرة عن طريق المستشفى العسكري والمراكز الصحية التي يشرف على ادارتها الجيش (عموماً عن طريق الخدمات التي يقدمها اللواء الطبي في الجيش) واما عن طرق تسديد كلفة العناية الصحية لهؤلاء في القطاع الخاص. وفي هذه الحالة فان الجهات التي تقوم بالتسديد متعددة، فهي وزارة الدفاع الوطني لعديد الجيش ووزارة الداخلية لقوى الامن الداخلي والامن العام، ورئاسة مجلس الوزراء لجهاز امن الدولة، ووزارة المالية لعديد الضابطة الجمركية.

#### ت-صناديق التعاضد

هي خاصة ببعض الفئات في القطاع العام تمول من موازنات الادارات المعنية ومن مساهمات المشتركين فيها. وتشمل صندوق تعاضد النواب وصندوق تعاضد موظفي مجلس النواب اللذين تساهم في تمويلهما موازنة مجلس النواب، وصندوق تعاضد قضاة المحاكم الشرعية المذهبية الذي تساهم في تمويله موازنة رئاسة مجلس الوزراء، صندوق تعاضد القضاة وصندوق تعاضد المساعدين القضائيين اللذين تساهم في تمويلهما موازنة وزارة العدل، وصندوق تعاضد الاساتذة الجامعيين الذي تساهم في تمويله موازنة وزارة الثقافة والتعليم العالي.

## ث-وزارة الشؤون الاجتماعية

تأخذ مساهمتها في التغطية الصحية لبعض فئات المواطنين ثلاثة اشكال رئيسية: الشكل الاول عن طريق المراكز الصحية التي تشرف عليها الوزارة مباشرة. والشكل الثاني هو دعم المستوصفات والمراكز الصحية التي تشرف عليها جمعيات اهلية. اما الشكل الثالث فهو دعم المراكز التي تقدم رعاية صحية خاصة تشرف عليها ايضاً جمعيات اهلية: معوقون، ايتام، فقراء مسنون ... الخ

## ج-وزارة الصحة العامة

تساهم في التغطية الصحية للمواطنين بثلاث طرق:  
الطريقة الاولى: من خلال الخدمات الصحية المجانية التي تقدمها المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية.

الطريقة الثانية: من خلال تعاقدها مع المستشفيات الخاصة لاستقبال المرضى غير المشمولين باحد انظمة التأمين الصحي التي سبق ذكرها. على ان تقوم الوزارة بتسديد ٨٥% من كلفة المعالجة بالنسبة للأمراض العادية و ١٠٠% من كلفة المعالجة بالنسبة لبعض الامراض الخطيرة ، كأمراض السرطان وعمليات القلب المفتوح وغسل الكلى. وقد بلغت نسبة مجموع أسرة التعاقد في سنة ١٩٩٦ نحو ٢٠% من مجموع الاسرة في المستشفيات الخاصة.

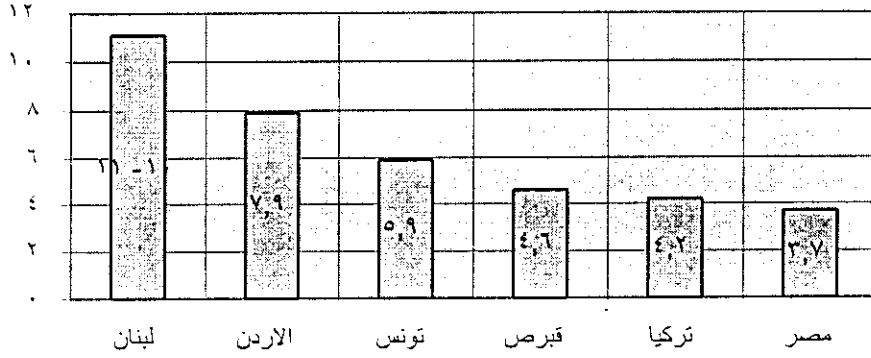
اما الطريقة الثالثة: فهي الدعم الكلي او الجزئي لعدد من الادوية المكلفة التي يستعملها ذوو الأمراض المزمنة غير المشمولين باحد انظمة التأمين الصحي التي سبق ذكرها.

ان الدولة من خلال وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية تلعب دور الممول للأشخاص غير الخاضعين لأي نظام صحي . وهذا ما يحول دورها من مراقب للقطاع الصحي الى ممول له. وبهذا فهي تدفع القسم الأكبر من كلفة الاستشفاء والتي تبلغ نسبتها ٣٦,٣% من مجموع كلفة الفاتورة الصحية. (في الخلاصات تحديد لدور وزارة الصحة).

### ٣- الانفاق الإجمالي على العناية الصحية

يعتبر مستوى الانفاق على العناية الصحية في لبنان من أعلى المستويات في العالم، فقد بلغ هذا الانفاق، حسب تقديرات خبراء البنك الدولي، ما بين ١٠-١١% من الناتج المحلي القائم في عام ١٩٩٨ وحسب دراسة سابقة ٩,٢% من الناتج المحلي القائم لعام ١٩٩٧ هذا في حين ان هذه النسبة كانت نحو ٣,٧% في مصر و ٤,٢% في تركيا و ٤,٦% في قبرص و ٥,٩ في تونس و ٧,٩ في الاردن (رسم رقم ٢).

رسم رقم ٢: نسبة الانفاق الصحي من الناتج المحلي للبنان والدول المشابهة له

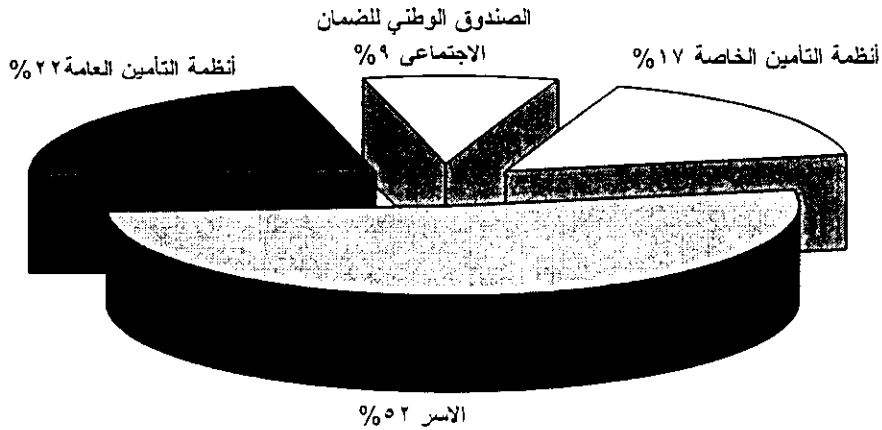


مصدر المعلومات: وزارة المالية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ٢٠٠٠ (دراسة غير منشورة)/البنك الدولي ١٩٩٨

### ٣-١- مصادر الانفاق على العناية الصحية

مصدر الانفاق الاساسي على العناية الصحية في لبنان هو الأسر التي بلغت حصتها نحو ٥٢% من اجمالي الانفاق الصحي في لبنان، مقابل ١٧% هي حصة التأمينات الخاصة، ٩% حصة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والباقي أي نحو ٢٢% هي حصة القطاع العام (رسم رقم ٣).

رسم رقم ٣: النسب المئوية لمصادر الاتفاق على الصحة في لبنان



معلومات المصدر: وزارة المالية وبرنامج الامم المتحدة الانمائي ٢٠٠٠/البنك الدولي ١٩٩٨

تتحمل الاسر مانسبته ٣٤,١% من مجموع الاتفاق على الاستشفاء مقابل ٣٦,٣% للقطاع الحكومي، و ٧٤,٧% من الاتفاق على الخدمات المخبرية مقابل ١٧,٣% للقطاع الحكومي، و ٧٦,٥% من الاتفاق على المعاينات الخارجية مقابل ١٦,٤% للقطاع الحكومي، و ٧٩,٣% من الاتفاق على الادوية مقابل ١٥% للقطاع الحكومي، و ٩٢,٣% من الاتفاق على علاج الاسنان مقابل ٤,٤% للقطاع الحكومي (الجدول رقم ٧).

الجدول رقم ٧: مقارنة انفاق الاسر والاتفاق الحكومي

نوع الخدمة	انفاق الاسر	الاتفاق الحكومي
الاستشفاء	٣٤,١	٣٦,٣
الخدمات المخبرية	٧٤,٧	١٧,٣
المعاينات الخارجية	٧٦,٥	١٦,٤
الادوية	٧٩,٣	١٥
الاسنان	٩٢,٣	٤,٤

معلومات المصدر: وزارة المالية وبرنامج الامم المتحدة الانمائي ٢٠٠٠ (UNDP, 1997)

### ٢-٣- الاتفاق الحكومي على الصحة

هنالك وزارة وحيدة معنية بشكل اساسي بالاتفاق على الصحة العامة والى جانبها عدة وزارات ومؤسسات حكومية اخرى تقوم جزئياً بالاتفاق على شؤون الصحة إما مباشرة، عن طريق تقديم مساعدات مرض وامومة واستشفاء وحتى خدمات صحية، وإما عن طريق

تحويلات الى منظمات اهلية او صناديق تعاضد للموظفين او مؤسسات رسمية مستقلة (مجلس الجنوب، مجلس الانماء والاعمار، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، تعاونية موظفي الدولة) .

ان حجم هذا الانفاق قد شهد خلال الفترة ١٩٩٣-١٩٩٨ وباستثناء عام ١٩٩٦ نمواً مطرداً سواء بشكل مطلق او بشكل نسبي. فقد ارتفع الانفاق المذكور بالاسعار الجارية من ٢٢١,٦ مليار ل.ل. في عام ١٩٩٣ الى ٥٢٧,٨ مليار ل.ل. عن عام ١٩٩٨ محققاً زيادة حقيقية اجمالية قدرها ٩٥% في حين ارتفع الناتج المحلي القائم خلال الفترة نفسها بنسبة ٤٣% فقط. وبذلك تكون نسبة الانفاق الحكومي على الصحة الى الناتج المحلي القسائم قد ارتفعت من ١,٧ في عام ١٩٩٣ الى ٢% في عام ١٩٩٥ وانخفضت الى ١,٨% في عام ١٩٩٦ لتعود وترتفع تدريجياً الى ٢,٢% في عام ١٩٩٨. اما نسبه الى مجموع الانفاق الحكومي بدون خدمة الدين، فقد تراوحت خلال الفترة المذكورة ما بين ٦,٢% و ٨,٥% وبخصوص الانفاق على الصحة من داخل الموازنة والذي يشكل ما بين ٩٠% و ٩٩% من الانفاق الحكومي الاجمالي على الصحة، فان نسبه من مجموع الانفاق في الموازنة قد تراوحت ما بين ٦,٢% و ٦,٨% باستثناء عام ١٩٩٦ حيث انخفضت الى ٥,٣% اما اذا استثنينا خدمة الدين من انفاق الموازنة، فان النسبة المذكورة تصبح متراوحة ما بين ٨,٨% و ١١,٩%.

### ٣-٣- أوجه الإنفاق الحكومي الاجمالي

يبين الجدول (رقم ٨) ان نسبة الانفاق الجاري من مجموع الانفاق على الصحة في الموازنة قد ارتفعت من ٩٥% (١٩٩٣) الى ٩٧,٣% (١٩٩٨) بعد ان شهدت انخفاضاً طفيفاً خلال الفترة ١٩٩٣-١٩٩٦. وانخفضت بالمقابل نسبة الانفاق التتموي من ٥% (١٩٩٣) الى ٢,٧% (١٩٩٨).

جدول رقم ٨: توزيع الاتفاق الحكومي على الصحة بين اتفاق جاري وانفاق تنموي (مليار ليرة)

السنة		١٩٩٣		١٩٩٥		١٩٩٦		١٩٩٨	
نوع الاتفاق		جاري	تنموي	جاري	تنموي	جاري	تنموي	جاري	تنموي
١-وزارة الصحة العامة		١٠٠	٩٠٤	١٤٨٠٣	١٧٠٢	١٣٠٠٤	١٩٠٣	٢٥٣	٨٠٣
٢-وزارات اخرى		١٠٠٠٠٦	١٠٠٠٦	١٧٨٠٢	٥٠٥	١٨٤٠٩	٦٠٥	٢٠٩٠٩	٤٠٧
أ-وزارة الشؤون الاجتماعية		٤٠٧		٨٠٤		١١		٢	
ب-تعاونية الموظفين		٢٥		٤٢		٤٦		١١٠٨	
ج-صناديق التعاضد(متفرقة)		٢٠٨		٦٠٧		٥٠٣		٤٣	
د-تقديمات مرض وامومة م.		٨٠٤		١٢٠٢		١٢٠٤		٧٠٧	
هـ- كعلاج في مستشفيات م.		٣٦٠٦		٤٨٠٩		٥٥٠٢		١٥٠٤	
و- مساهمة الدولة في الصندوق الوطني للضمان		٣٣٠٣		٦٠		٥٥		٧٢	
ز- مجلس الجنوب			١٠٦		٥٠٥		٦٠٥		٤٠٧
٣-مجموع الاتفاق من الموازنة على الصحة ٢+١		٢١٠٦	١١	٣٢٦٠٥	٢٢٠٧	٣١٥٠٣	٢٥٠٨	٤٦٢٠٩	١٣
٤- مجلس الانماء والاعمار			٠٠		١٥٠٨		٢١٠٧		٥٢
٥- مجموع الاتفاق الحكومي على الصحة ٤+٣		٢١٠٦	١١	٣٢٦٠٥	٣٨٠٥	٣١٥٠٣	٤٧٠٥	٤٦٢٠٩	٦٥
نسبة كل من الاتفاق الجاري والانفاق التنموي من الاتفاق على الصحة في الموازنة (%)		٩٥	٥	٩٣٠٥	٦٠٥	٩٢٠٤	٧٠٦	٩٧٠٣	٢٠٧
نسبة كل من الاتفاق الجاري والانفاق التنموي من مجموع الاتفاق الحكومي على الصحة (%)		٩٥	٥	٨٩٠٥	١٠٠٥	٨٦٠٩	١٣٠١	٨٧٠٧	١٢٠٣

المصدر: وزارة المالية وبرنامج الامم المتحدة الانمائي ٢٠٠٠/وزارة المالية ١٩٩٩/مجلس الجنوب

UNDP,1999 /CDR,1999

ولكن نسبة الاتفاق الجاري من الاتفاق الحكومي على الصحة انخفضت خلال الفترة ١٩٩٣-١٩٩٨ من ٩٥% الى ٨٧,٧%. وارتفعت في المقابل نسبة الاتفاق التنموي خلال الفترة نفسها من ٥% الى ١٢,٣%. وفيما يتعلق بهيكل الاتفاق الجاري تحديدا، واذا اخذنا بعين الاعتبار الاتفاق الجاري في موازنة وزارة الصحة فقط، نلاحظ من خلال الجدول (رقم ٩) ان المخصصات والرواتب والاجور شكلت خلال الفترة المعنية ما بين ٨ و ١٢% من الاتفاق الجاري في موازنة وزارة الصحة. وشكلت المواد والخدمات الاستهلاكية ما بين ١,٣ و ١٢,٥% في حين ان النسبة الاعظم ما بين ٧٩ و ٩٠% تعود للمساهمات والمساعدات

والنفقات المتفرقة والتي هي في معظمها، ان لم تكن كلها، عبارة عن تسديد فواتير استشفاء لغير المشمولين باحد انظمة التأمين الصحي. واذا ما اخذ بعين الاعتبار الانفاق الصحي الذي تقوم به وزارات ومؤسسات حكومية اخرى لارتفعت نسبة التحويلات الى ما بين ٨٩ و ٩٥ % من اجمالي الانفاق الجاري على الصحة من الموازنة العامة للدولة (الجدول نفسه).

جدول رقم ٩: هيكل الانفاق الحكومي الجاري على الصحة ١٩٩٣-١٩٩٨ بالنسبة السنوية

السنة	١٩٩٣		١٩٩٥		١٩٩٦		١٩٩٨	
	وزارة الصحة	اجمالي الانفاق من الموازنة	وزارة الصحة	اجمالي الانفاق من الموازنة	وزارة الصحة	اجمالي الانفاق من الموازنة	وزارة الصحة	اجمالي الانفاق من الموازنة
المخصصات والرواتب والاجور	١١	٥,٣	١١,٢	٥,١	١٢,٥	٥,٢	٧,٩	٤,٣
مواد وخدمات استهلاكية	١,٣	٠,٦	٣,٥	١,٦	٣,٩	١,٤	١٠,٤	٥,٧
التحويلات (مساهمات ومساعدات) ونفقات متفرقة	٨٧,٣	٩٤	٨٥,٣	٩٣,٣	٨٤,٦	٩٣,٤	٨١,٧	٩٠
المجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

المصدر: وزارة المالية وبرنامج الامم المتحدة الانماني ٢٠٠٠

### ٣-٤- الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية الأساسية

يذهب الجزء الاعظم من الانفاق الحكومي على الصحة عبر تسديد فواتير لصالح القطاع الخاص، في حين ان الانفاق على المؤسسات الحكومية الصحية يكاد لا يذكر. وهنا تكمن المشكلة الاساسية في هذا الانفاق، لا سيما ان الانفاق العام على الخدمات الصحية الاساسية لا يزال متواضعا جدا، اذ لا يتجاوز نسبة ٠,٠٣ في المئة من الناتج المحلي الاجمالي، ان الخدمات التي تعتبر اساسية هي:

أ- انفاق الحكومة من خلال وزاراتها ومؤسساتها على الخدمات الصحية غير الشخصية (او الخدمات الصحية التي تطال المواطنين ككل): وتتضمن هذه الخدمات: مكافحة الاوبئة، التخطيط الصحي، التربية والتعليم الصحيين، التدخلات الوقائية على مستوى الجماعة الخ.

ب- الخدمات الصحية الوقائية الشخصية: التحصين، تنظيم الاسرة، الصحة الانجابية، صحة الام والطفل، تغذية الاطفال ... الخ.



ت- الخدمات الصحية الشخصية الوقائية الاولية: التي تقدم في اطار المستوى (الاولي) للعناية الصحية بما فيها معالجة الامراض والاضرار العادية.

ث- النشاطات البحثية والتدخلات الداعمة لتأمين وتحسين الخدمات الصحية الاساسية.

يظهر الجدول (رقم ١٠) ان حجم الانفاق الحكومي على الخدمات الصحية الاساسية قد استمر بالنمو من الناحيتين المطلقة والنسبية خلال الفترة ١٩٩٣-١٩٩٨، فارتفع بالاسعار الجارية من ٢٣،٨ مليار ل.ل. الى ٧٢،٩ ل.ل. أي بزيادة اجمالية حقيقية قدرها ١٦٠% مقابل زيادة في الناتج المحلي الاجمالي خلال الفترة نفسها قدرها ٤٣% وبالرغم من هذا النمو فان الانفاق الحكومي على الخدمات الصحية الاساسية بقي متدنيا فهو في العام ١٩٩٨ لم يزيد عن ٠،٠٣% من الناتج المحلي القائم. اما نسبته الى مجموع الانفاق الحكومي دون خدمة الدين فقد ارتفعت خلال الفترة نفسها من ٠،٩% الى ١،١%.

## الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية  
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

الجدول رقم ١٠: الاتفاق الحكومي على الصحة الأساسية ١٩٩٣-١٩٩٨

السنة	١٩٩٣	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨
١-وزارة الصحة العامة	٨٠٥	١٥٠٤	١٨٠٢	١٩٠٦	٢٨	٣٣٠٤
٢-وزارات اخرى	١٥٠٣	١٨٠٤	٢٧٠٨	٣٠٠٩	٣٠٠٧	٣١٠٧
أ-وزارة الشؤون الاجتماعية	٤٠٧	٦٠٤	٨٠٤	١١	١١٠٨	١١٠٨
ب-تعاونية موظفي الدولة	٣٠٨	٥٠٤	٦٠٣	٦٠٩	٦	٦٠٥
ج-صناديق التعاضد	٠٠٤	٠٠٧	١	٠٠٨	١٠٢	١٠٢
د-تقديمات مرض وامومة	١٠٣	١٠٢	١٠٨	١٠٩	٢	٢٠٣
هـ- مساهمة الدولة في الصندوق الوطني للضمان	٥	٣٠٨	٩	٠٨٣	٨٠٣	٩
و- مجلس الجنوب	٠٠١	٠٠٩	١٠٣	٢	١٠٤	٠٠٩
٣-مجموع الاتفاق من الموازنة على الصحة الأساسية ٢+١	٢٣٠٨	٣٣٠٨	٤٦	٥٠٠٥	٥٨٠٧	٦٥٠١
٤- مجلس الانماء والاعمار	٠٠	٠٠٤	٢٠٤	٣٠٣	٥	٧٠٨
٥- مجموع الاتفاق الحكومي على الصحة الأساسية	٢٣٠٨	٣٤٠٢	٤٨٠٤	٥٣٠٨	٦٣٠٧	٧٢٠٩
نسبة الاتفاق من الموازنة على الصحة الأساسية من مجموع الموازنة العامة %	٠٠٧	٠٠٨	٠٠٨	٠٠٨	٠٠٩	٠٠٩
نسبة الاتفاق من الموازنة على الصحة الأساسية من مجموع الموازنة العامة باستثناء خدمة الدين %	١٠٣	١٠٢	١٠٤	١٠٣	١٠٦	١٠٦
نسبة الاتفاق من الموازنة على الصحة الأساسية من مجموع الاتفاق الحكومي %	٠٠٧	٠٠٦٧	٠٠٧٨	٠٠٦٤	٠٠٦٦	٠٠٧٣
نسبة الاتفاق من الموازنة على الصحة الأساسية من مجموع الاتفاق الحكومي باستثناء خدمة الدين %	٠٠٩١	٠٠٩٤	١٠١٢	٠٠٩٣	١	١٠١
نسبة الاتفاق من الموازنة على الصحة الأساسية الى الناتج المحلي القائم %	٠٠١٨	٠٠٢٢	٠٠٢٧	٠٠٢٦	٠٠٢٨	٠٠٣
نسبة الاتفاق من الموازنة على الصحة الأساسية من مجموع الاتفاق الحكومي على الصحة	١١	١٢٠٥	١٣٠٣	١٤٠٨	١٣٠٣	١٣٠٨

المصدر: وزارة المالية وبرنامج الامم المتحدة الانمائي ٢٠٠٠/ وزارة المالية ١٩٩٩/مجلس الجنوب/CDR,1999- UNDP,1999

إذا اخذنا بعين الاعتبار فقط الاتفاق على الخدمات الصحية الأساسية من داخل الموازنة (والذي بقي يشكل أكثر من ٩٠% من الاتفاق الحكومي على الخدمات الأساسية) نلاحظ ان نسبة هذا الاتفاق من مجموع الاتفاق داخل الموازنة العامة لم تتجاوز في احسن الاحوال ٠,٩% وإذا استثنينا خدمة الدين من الموازنة العامة تصبح هذه النسبة ١,٦%.

### ٣-٧- أوجه الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية الأساسية

ان نسبة الانفاق الجاري من الانفاق الحكومي على الخدمات الصحية الاساسية التي كانت ٩٩,٦% في عام ١٩٩٣ استمرت بالانخفاض الى ان بلغت ٨٨% في عام ١٩٩٨، ومع هذا بقيت مرتفعة، بالمقابل ارتفعت نسبة الانفاق التنموي من ٠,٤% الى ١٢% خلال الفترة نفسها. اما فيما يتعلق بهيكل الانفاق الجاري على الخدمات الصحية الاساسية فليس هنالك من معطيات متاحة حولها سوى ما امكن تقديره بهذا الخصوص من موازنة وزارة الصحة.

وكما في الجدول (رقم ١١) فان الهيكل ينسحب على انفاق وزارة الشؤون الاجتماعية على الخدمات الصحية الاساسية في حين ان الانفاق الباقي هو عبارة عن تحويلات. ويظهر من الجدول المذكور ان الرواتب والاجور شكلت خلال الفترة ١٩٩٣-١٩٩٨ ما بين ١٦,٤% و ٢٨,١% من الانفاق الجاري على الخدمات الصحية الاساسية لكل من وزارتي الصحة العامة والشؤون الاجتماعية. في حين شكل الانفاق على البرامج الخاصة، بما في ذلك الانفاق على الادوية، ما بين ٣١% و ٦٥%.

#### الجدول رقم ١١ : هيكل الانفاق الجاري على الخدمات الصحية الاساسية

(بالنسبة المئوية) ١٩٩٨-١٩٩٣

السنة	١٩٩٣	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨
الرواتب والاجور	٢٨,١	١٦,٤	٢٥,٤	٢٦,٤	١٨,٨	١٧,٦
برامج خاصة بالخدمات الصحية الاساسية	٥٥,٥	٦٥,٦	٣٩,٧	٣٠,٦	٥٠,٤	٤٤,٧
نفقات اخرى	١٦,٤	١٧,٩	٣٤,٩	٤٣	٣٠,٨	٣٧,٦
المجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

المصدر: وزارة المالية وبرنامج الامم المتحدة الانمائي ٢٠٠٠ / Karam, 1999

#### ٤- أسباب ارتفاع الفاتورة الصحية

ان نسبة كلفة الفاتورة الصحية في لبنان هي من اعلى النسب في العالم. فقد بلغت هذه النسبة ما بين ١٠-١١% من قيمة الناتج المحلي للبلد في الفترة ما بين ١٩٩٠-١٩٩٧ مقارنة بـ ٤-٦% في معظم الدول النامية. وقد تصل هذه النسبة الى ١٥% اذا اضفنا اليها الفواتير غير المسددة من قبل القطاع العام. توجد عدة عوامل ادت الى ارتفاع الفاتورة الصحية اهمها:

##### ٤-١- ارتفاع كلفة الاستشفاء

ارتفعت كلفة دخول المستشفى ليوم واحد بمعدل ١٢,٦% في السنة خلال الفترة ١٩٩٣-١٩٩٨ والعامل الرئيسي في ارتفاع كلفة الاستشفاء في لبنان هو الحجم الكبير للرساميل الموظفة في هذا القطاع ان كان لناحية الابنية ام لناحية التجهيزات. اظهرت الدراسة التي اجريت مؤخرا عن المستشفيات، ان عدد المستشفيات في لبنان يتراوح ما بين ١٥٠ و ١٦٠ مستشفى بلغ مجموع اسرتها نحو ١٢٠٠٠ سرير. مما يجعل معدل سرير/سكان ٣,٣ اسرة لكل الف نسمة. وهذا من المعدلات العالية حتى بالنسبة للبلدان الصناعية المتقدمة (٢,٣% في بريطانيا) ويجعل معدل اشغال هذه الاسرة لا يتجاوز ٥٦% في حين ان هذا المعدل يتراوح ما بين ٨٠ و ٨٥% في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي(OECD). علما ان هنالك تفاوتا كبيرا في هذه المستشفيات بين المناطق. ففي حين بلغ عدد الاسرة لكل الف نسمة ٦,٨ سرير في بيروت لم يتجاوز هذا المعدل ١,٥ سرير في محافظة لبنان الشمالي.

ومن اصل عدد المستشفيات المذكور هنالك ١٨ مستشفى حكومي. هذا وفي عام ١٩٩٨ كان القطاع الاستشفائي الخاص يخطط لزيادة طاقته الاستيعابية بنسبة ٢٠% خلال الاربعة سنوات التالية. اما خطة النهوض الاقتصادي واعادة الاعمار فقد تضمنت مشاريع لزيادة الطاقة الاستيعابية للمستشفيات الحكومية الموجودة. وسيترتب على انجاز هذا الهدف زيادة في الانفاق الجاري (لتشغيل هذه المستشفيات) قدره ٨٠ مليار ل ل في السنة. مما يشكل زيادة في موازنة وزارة الصحة قدرها ٧٠%.

#### ٤-٢- حجم المستشفيات وتدني نسبة الإشغال

ان الاكثريّة الساحقة من المستشفيات في لبنان حجمها صغير. فالمستشفيات التي يتجاوز عدد اسرة الواحد منها ٢٠٠ سرير لا يتجاوز عددها العشرة. في حين ان الثلثين لا يبلغ عدد اسرة الواحد منها ٨٠ سريراً. ولما كانت وفورات الحجم تلعب ايضاً في القطاع الاستشفائي، نلاحظ ان الاتجاه على المستوى العالمي الان هو انشاء مستشفيات يزيد عدد اسرة الواحد منها عن ١٠٠ سرير. لان المستشفى الذي يقل عدد اسرته عن هذا المستوى لا يمكن ان يعمل بكفاءة ولا ان يقدم عناية بنوعية مقبولة.

#### ٤-٣- فائض في شراء المعدات الطبية المتقدمة

والظاهرة الاخرى اللافتة التي تعمل على تضخيم كلفة الاستشفاء في لبنان هي النمو السريع الذي شهدته السنوات القليلة الماضية للمراكز الطبية الخاصة المجهزة باحدث التقنيات. يبين الجدول (رقم ١٢) مدى التضخم الحاصل في لبنان في مجال استخدام التقانات الطبية المتقدمة مقارنة ببلد كنيوزلندا عدد سكانه قريب من عدد سكان لبنان ومتوسط دخل الفرد فيه اعلى من متوسط دخل الفرد في لبنان.

الجدول رقم ١٢: استخدام التقانات الطبية المكلفة

التقانات الطبية المكلفة	لبنان	نيوزيلندا
عدد السكان	٤ ملايين	٣ ملايين
وحدات اجراء عملية القلب المفتوح open heart surgery	١٢	٥
وحدات التصوير عبر التردد المغناطيسي MRI	١٢	٦
وحدات تفتيت حصي الكلى Lithotry Psy	٢٧	٤
وحدات غسل الكلى Renal dialysis	٣٩	٦
وحدات التخصيب الاصطناعي In-Vitro Fertilization	١٢	٤

المصدر: وزارة المالية وبرنامج الامم المتحدة الاتماني ٢٠٠٠/١٩٩٨، The World Bank

اخيراً تجب الإشارة الى ضعف الرقابة على تسعير الخدمات الاستشفائية. فحسب التقرير السنوي الصادر عن تعاونية موظفي الدولة عن عام ١٩٩٤، تراوح متوسط كلفة اليوم الواحد للاستشفاء حسب المستشفى من اقل من ١٠٠ الف ليرة الى اكثر من ٥٠٠ الف ليرة.

كما تجب الإشارة الى ان اختيار المستشفى من قبل المريض لا يخضع فقط لاعتبارات كلفة الخدمة ونوعيتها وانما تتدخل في هذا الاختيار الاعتبارات المناطقيّة والطائفية.

#### ٤-٤-٤ - ارتفاع كلفة الدواء

يشكل الانفاق على الدواء في لبنان ما بين ٢٥ و ٣٠ % من مجموع الانفاق على العناية الصحية ونحو ٢٧,٤ % من مجموع انفاق الاسرة على العناية الصحية، اما الاسباب فهي عديدة اهمها:

- محدودية الانتاج المحلي للدواء و ٩٠% من الادوية التي تباع في لبنان هي مستوردة.
- استخدام الدواء غير المسجل (generic) محدود . وهو الدواء الذي يركب بواسطة الصيدلي ويباع في كمية مطلوبة يوضع في مغلف صغير وبدون شعار لاصق (Label). ان كلفة الدواء المسجل (patented) مرتفعة نظراً لوجود شعار المصنع ولكلفة التعبئة. وهي ايضا معلبة بكميات اكبر من الكمية المطلوبة بحيث لا يستفيد منها المستهلك بالكامل. بينما في الولايات المتحدة نصف الادوية التي تباع هي غير مسجلة.
- عدد كبير من الادوية غير الاساسية تستورد الى لبنان. هذه الادوية غير ضرورية طبياً ولكنها تباع تحت تأثير الاعلانات، ينتج عن هذا استخدام كبير لهذه الادوية التي تزيد من ارتفاع كلفة الدواء.
- الربح العالي الذي يتقاضاه تجار الجملة للادوية (١٠%) وتجار المفرق (٢٢,٥%). وهاتان النسبتان هما في بلد كبريطانيا ٥% و ١٥% على التوالي.

#### ٤-٥-٤ - عشوائية نمو الموارد البشرية في القطاع الصحي

تختلف التقديرات حول عدد الاطباء العاملين فعلا في لبنان ولكن من المؤكد ان نسبة السكان للطبيب الواحد في هذا البلد هي من افضل النسب في العالم بما في ذلك البلدان الاكثر تطورا في المجال الصحي. فهي تتراوح بين ٣٥٠ و ٤٢٠ نسمة للطبيب الواحد.

واللافت أيضاً ان عدد الاطباء العاملين في لبنان ينمو سنوياً بمعدل هو عدة اضعاف معدل نمو السكان. ففي حين كان هذا المعدل يتراوح ما بين ١,٥ و ٢% في السنة، كان المعدل الوسطي لنمو عدد الاطباء منذ العام ١٩٩٣ نحو ٩%. علماً ان ثلثي الاطباء العاملين في لبنان هم من الاختصاصيين، وان معظم اطباء الطب العام لم يتلقوا بعد تخرجهم أي نوع من التدريب. ولكن اللافت اكثر هو التفاوت في توزيع الاطباء على مختلف المناطق في لبنان. فحسب الدراسات المتوافرة في هذا المجال، يقدر متوسط عدد السكان للطبيب الواحد بنحو ٣٦٥ نسمة على مستوى لبنان ككل، يرتفع هذا المعدل في محافظة لبنان الشمالي الى حوالي ٧٠٠ نسمة للطبيب الواحد، ومن ناحية ثانية نلاحظ ان هذا العدد الكبير من الاطباء يقابله عدد اقل من الممرضين حين يبلغ عدد السكان لكل ممرض/ممرضة نحو ١٠٠٠ نسمة. مع العلم ان التفاوت نفسه يحكم توزيعهم على مختلف المناطق اللبنانية. اضافة ان حوالي ربع الممرضين الذين يمارسون مهنتهم لم يحصلوا على المستوى المطلوب من الاعداد النظري او التدريب العلمي.

#### ٤-٦- ضعف قطاع الخدمات الصحية الحكومية

ان عدد المستوصفات والمراكز الطبية الحكومية يشكل ٢٠% من مجموع المستوصفات والمراكز الطبية في لبنان (التي بدورها لا تستقطب الا ما بين ١٠ و ٢٠% من زيارات الاطباء في لبنان). وانها فقيرة جداً بمواردها البشرية وتجهيزاتها وأن عدد المستشفيات الحكومية لا يتجاوز ١٨ من اصل اكثر من ١٥٠ مستشفى في لبنان ولا يتجاوز عدد اسرتها نسبة ١٠% من مجموع اسرة المستشفيات. غير ان المشكلة فيما يتعلق بالقطاع الاستشفائي الحكومي لا تقتصر على الجانب الكمي فقط وانما هي ايضاً مشكلة كفاءة ونوعية الخدمة. فالمستشفى الحكومي يفتقد تماماً الى الاستقلالية في ادارته. فهو مرتبط على هذا الصعيد بالوزارة لأبسط الأمور. اضافة الى ذلك النقص الكبير في عدد الممرضين والمرضات الذي لا يتجاوز الداخلون منهم في الملاك الخمسين وذلك في كافة المستشفيات الحكومية. علماً ان اكثرهم من المسنين ويعملون بمؤهلات وبرواتب متواضعة.

ويزيد في المشكلة النظام التعاقدية لعمل الاطباء في هذه المستشفيات. فواحدهم يعمل بمعدل ١٨-٣٦ ساعة اسبوعياً براتب قدره نحو ٥٠٠ الف ليرة لبنانية فقط. مما يجعل عمله في المستشفى في اغلب الاحيان وسيلة لاستدراج المريض الى عيادته.

#### ٤-٧- تعدد أنظمة التأمين الصحي الحكومية

سبق الكلام عن القنوات التي يجري من خلالها الانفاق الحكومي على الخدمات الصحية والتي يفوق عددها العشرة: وزارة الصحة، وزارة الشؤون الاجتماعية، وزارة الدفاع، وزارة الداخلية، تعاونية موظفي الدولة، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي إضافة الى عدد من صناديق التعاضد الممولة من وزارات ومؤسسات حكومية اخرى.

هذا التشتت في قنوات الانفاق يزيد من كلفة الخدمات الصحية المقدمة. فهو أولاً يرفع التكاليف الادارية وهو ثانياً يضعف القدرة التفاوضية للمؤسسة الضامنة تجاه المؤسسات المنتجة للخدمة.

وهذا التشتت على صعيد المؤسسات الضامنة يقابله ايضاً تشتت لا بل تفاوت كبير في سقف ونسب تغطية كلفة الخدمة. مما ينعكس تفاوتاً في الكلفة المترتبة على كل مؤسسة للنوع الواحد من الخدمة.

فان متوسط كلفة حالة الاستشفاء الواحدة قد تتراوح ما بين ٩٧٦ الف ليرة للمنتسب الى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الى مليون و ٦٢٤ الف ليرة للمريض من قوى الامن العام مروراً بمعدل وسطي للحالة المغطاة من قبل وزارة الصحة قدره مليون و ٥١٩ الف ليرة وللحالة المغطاة من قبل تعاونية موظفي الدولة مليون و ٣٤٦ الف ليرة. في حين بلغ المتوسط العام لكلفة اليوم الاستشفائي الواحد في جميع المؤسسات الحكومية الضامنة، نحو ٣٣٢ الف ليرة، نراه يرتفع عند أفراد الأمن العام الى ٥٣٩ الف ليرة وينخفض عند المنتسبين الى الصندوق الوطني الاجتماعي الى ٢٤٥ الف ليرة (عند المغطى من قبل وزارة الصحة ٢٦١ الف ليرة).

جدول رقم ١٣ : مقارنة تكاليف الاستشفاء بحسب المؤسسات الحكومية الضامنة

المؤسسات الحكومية الضامنة	متوسط كلفة الحالة الاستشفاء الواحدة (الف ل.ل.)	المتوسط العام لكلفة اليوم الاستشفائي الواحد(الف ل ل)
١-الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	٩٧٦	٢٤٥
٢-قوى الامن العام	١,٦٢٤	٥٣٩
٣-وزارة الصحة	١,٥١٩	٢٦١
٤- تعاونية موظفي الدولة	١,٣٤٦	-----
جميع المؤسسات الحكومية الضامنة	-----	٣٣٢

مصدر المعلومات: وزارة المالية وبرنامج الامم المتحدة الاتماني ٢٠٠٠/السفير ٩٩/١١/٨



كما ان كلفة الاستشفاء تتفاوت بشدة بين مستشفى وآخر. ومن خلال معلومات عين متوسط أكلاف يوم الاستشفاء في ٥٤ مستشفى تعاملت معها تعاونية الموظفين خلال عام ١٩٩٤، تبين ما يلي:

جدول رقم ١٤: متوسط كلفة الاستشفاء عام ١٩٩٤ (في تعاونية الموظفين)

العدد	متوسط الكلفة لليوم الواحد (الف ل.ل.)
٢	اكثر من ٥٠٠
٣	من ٤٠٠ الى ٥٠٠
٦	من ٣٠٠ الى ٤٠٠
٢٥	من ٢٠٠ الى ٣٠٠
١٦	من ١٠٠ الى ٢٠٠
٢	اقل من ١٠٠
٥٤	مجموع

المصدر: الاسكوا ١٩٩٩/تعاونية الموظفين، التقرير السنوي ١٩٩٤.

#### ٤-٨- نظام تغطية وزارة الصحة: كلفة الاستشفاء لغير المشمولين بأحد أنظمة التأمين

من المفترض ان تقتصر خدمات هذا النظام على غير القادرين على تسديد فاتورة الاستشفاء من ذوي المداخل المتدنية والفقراء غير المشمولين بأحد أنظمة التأمين الحكومية والخاصة. وقد لجأت الحكومة الى هذا النظام خلال سنوات الحرب بعد ان عملت هذه الاخيرة على شل عمل المؤسسات الصحية الحكومية وتدهور مستوى الخدمات التي تقدمها. ويقضي النظام المذكور بالتعاقد مع القطاع الاستشفائي الخاص على عدد معين من الاسرة (اخذ يرتفع حتى وصل الى ١٤٠٠ سرير) وتسد الحكومة نسبة ٨٥% من فاتورة المريض فيما يتعلق بحالات الاستشفاء العادية ونسبة ١٠٠% فيما يتعلق بالحالات الصعبة: عمليات القلب المفتوح، غسل وتفتيت الكلى وزرعها، معالجة امراض السرطان.

هذا النظام شجع المستشفيات على ان تبقى الاسرة المتعاقد عليها مشغولة باستمرار، بصرف النظر عن الحاجة الى اشغالها، هذا من جهة. وادى بسبب ضعف جهاز المراقبة في وزارة الصحة وشيوع المحسوبية من جهة ثانية الى جعل هذه الاسرة مشغولة عمليا باستمرار من قبل مرضى ليسوا دائما من ذوي المداخل المتدنية والحاجة الفعلية لمساعدة الوزارة.

هذا الوضع مضافا اليه نسب التغطية العالية للكلفة التي تؤمنها الوزارة خصوصا للحالات الصعبة، دفع باتجاه الاستخدام المفرط للتقانات العالية والاستثمار فيها على حساب

العناية الاولية والمعايينة العيادية، حتى أصبحت كلفة الانفاق على الحالات الصعبة تشكل ٣٠% من انفاق وزارة الصحة على الاستشفاء، علما ان للمريض حق اختيار المستشفى، وهو يميل عموما لاختيار المستشفى ذات التعرف المرتفعة.

#### ٥-٩- الضعف الاداري في مؤسسات الضمان الحكومية

ان اكثرية المؤسسات الضامنة خصوصا وزارة الصحة تفتقر الى العناصر البشرية المؤهلة والى التجهيزات الحديثة التي تتيح لها ممارسة مراقبة جدية وفعالة فنية وادارية وطبية على كيفية صرف اموالها والتأكد من وصول الخدمات الى مستحقيها. مما يؤدي، مع التدخلات والضغوطات السياسية الى تفشي ظواهر المحسوبية والغش والتواطؤ مع منتجي الخدمات. وهذه بعض الامثلة على ذلك منتقاة من تقرير التفيتش المركزي السنوي عن عام ١٩٩٧.

- امكن احصاء ٢٧٠٠٠ حالة استشفاء ( أي نحو خمس مجموع حالات الاستشفاء على حساب الوزارة) تم قبولها على نفقة الوزارة بالكامل بموجب كتب خاصة من الوزير. وذلك خلافا للنص الذي يقضي بان يدفع المريض ١٥% من قيمة نفقاته الاستشفائية.
- يتم تنظيم بطاقات الدخول بعيدا عن أية رقابة جدية. فمن هذه البطاقات ماينظم بعد دخول المريض المستشفى وحتى بعد خروجه. ومنها ما ينظم دون مستندات ثبوتية.
- الرقابة الطبية المنوطة باطباء وزارة الصحة الموظفين لهذه الغاية شبه معدومة.
- عدم التزام المستشفيات ببعض بنود الاتفاق معها، كأن تجعل المرضى يسددون مبالغ تتجاوز النسب المحددة في الاتفاقية او تجعلهم يشتررون الادوية اللازمة للمعالجة.
- بعض الفواتير وهمية واخرى تلاعب فيها مقدموها بقصد المنفعة المادية.

#### ٤-١٠-تضخيم في الفواتير الطبية

يعرف المسؤولون ومن تسنى له الاطلاع على النظام الصحي بان جزءا من الفواتير الصحية التي تقدم الى وزارة الصحة من قبل المريض مبالغ فيها وحيانا غير حقيقية بكاملها. هنالك ثلاثة أسباب تدل على عدم وجود رقابة كافية للفواتير الصحية من قبل وزارة الصحة:

- اولاً، ومع العلم بان هنالك تعرفه ومعدل لكلفة الاستشفاء، الا انه ليس من السهل تحديد الخدمات المقدمة للمريض وخصوصا المكلفة منها والتي تقتضي استعمال التقنيات الطبية المتقدمة مثل الـ CT SCANNER و الـ MRI.
- ثانياً، ان القسم المسؤول عن التدقيق في الفواتير والموجود في وزارة الصحة يتميز بنقص في جهاز الموظفين مقارنة بكمية الفواتير المقدمة.
- ثالثاً، لا توجد مراقبة كافية للتأكد من صحة الفواتير المقدمة وذلك بسبب المؤهلات المحدودة لدى الموظفين وهنالك ايضا اهمال او عدم اكتراث لادارات المستشفيات التي يجب متابعتها او مراقبتها والسبب يعود بذلك الى حقيقة ان الموظفين المراقبين لا يذهبون الى حقل العمل بل يتولون اعمالهم داخل الوزارة بسبب نقص في الموظفين العاملين في الوزارة نفسها.

#### ٤-١١-محدودية العناية الطبية الوقائية

يركز نظام العناية الصحية في لبنان اهتماما كبيرا على الطب العلاجي وقليلاً من الاهتمام على الطب الوقائي. ومن المعروف مثلاً ان جزءاً من امراض الكلى (حوالي ٢٥%) سببها مرض السكري، في حين يوجد اهتمام بمعالجة غسل الكلى المكلفة ولا يوجد برامج للاهتمام بامراض السكري. وكذلك الامر بالنسبة لحمولات التوعية ضد التدخين وضد مرض السيدا فهي شبه غائبة وتجاهلها يؤدي الى امراض خطيرة ومكلفة.

## ٥- الخطة الإنمائية الخماسية ٢٠٠٠-٢٠٠٤

في حين تسعى الخطة الخماسية للإصلاح المالي الى تعزيز الاقتصاد الكلي واستقراره، تأتي الخطة الإنمائية الخماسية لبناء ودعم اسس النمو على مستوى الاقتصاد الجزئي ولدعم وتحسين مستويات المعيشة في كل انحاء لبنان. ومن اهداف الخطة متابعة تنفيذ المشاريع الإنشائية المقررة سابقا وتنفيذ مشاريع جديدة. ، ومن اهم المشاريع التي تتعلق بالقطاع الصحي التالي:

### ٥-١- المشاريع الصحية قيد الانجاز لدى مجلس الانماء والاعمار

ينفذ مجلس الانماء والاعمار عددا من المشاريع الإنشائية الصحية التي تتضمن انشاء وتأهيل مستشفيات ومراكز صحية كما في الجدول (رقم ١٥) واهمها مستشفى بيروت الجامعي الذي من المتوقع ان ينتهي في العام ٢٠٠٠.

الجدول رقم ١٥: مستشفيات حكومية قيد الانجاز

اسم المشروع	عدد الاسرة	المبلغ بالمليون/امريكي	المصدر الممول
مستشفيات قيد الانشاء			
١-كسروان	٧٥	٥٠٥	اوبك/الحكومة اللبنانية
٢-زحلة	١٢٥		السعودية
٣-مستشفى بيروت الجامعي	٥٤٠		البنك الدولي/السعودية/الصندوق السعودي للتنمية/الحكومة اللبنانية
٤- صيدا	١٢٥		السعودية
مستشفيات قيد التأهيل			
١-الكرنتينا	مددت من ٤٠-٧٥	١٠٠	اتفاقية فرنسية
٢- بعيدا	٣٦٠		
٣- سيلين	٧٠	٠٠١	

المصدر: تقرير مجلس الانماء والاعمار ٢٠٠٠

وكذلك بوشر العمل بتأهيل ثمانية مراكز صحية حكومية في عام ١٩٩٩ بتمويل من البنك الدولي وبكلفة ١٠٠ الف دولار لكل منها، ومن المتوقع ان تنتهي في عام ٢٠٠٠. واما المراكز فهي: حلبا، طرابلس/الزهرية، بيت الدين، زحلة، الشويفات، بيروت، صيدا، والنبطية.

## ٥-٢- المشاريع المقترحة في الخطة الانمائية الخماسية للاعوام ٢٠٠٠-٢٠٠٤

اقر مجلس الوزراء الخطة الانمائية الخماسية بتاريخ ١٧/٥/٢٠٠٠ وقد لحظت مبلغ ٧٤,٨٨٤,٠٠٠ دولار اميركي لقطاع الصحة أي ما نسبته ١% من مجموع الانفاق كما وزع هذا المبلغ على المجالات التي اعتبرت في الخطة بانها رئيسية، فجاء معظمها لينفق على البناء وشراء معدات طبية (جدول رقم ١٦).

### الاولوية لقضية المياه

لقد استندت الخطة في تحديد المشاريع ذات الاولوية لتلبية الاحتياجات في القطاعات التي تحتاج الى تطوير واضح لتصل الى المقاييس المقبولة عالميا.

فعلى صعيد قطاع البيئة الاجتماعية والخدمات الاساسية نجد ان مستوى خدمات تصريف مياه الامطار والمجاري، وتوزيع ومعالجة مياه الشرب هي دون المقاييس العالمية الدنيا. وان الانفاق الاجمالي المتوقع للسنوات الخمس في هذا النطاق ولغاية ٢٠٠٤ يشكل حوالي ٥٢% من مجمل الانفاق. ويصل الانفاق في قطاع تصريف مياه الامطار والمجاري الى ١٥٣٥ مليون دولار اميركي ( أي حوالي ٢٤% من مجمل الانفاق للخطة. كذلك، يصل الانفاق في قطاع المياه الى حوالي ٨٨٠ مليون دولار اميركي ( أي حوالي ١٥% من مجمل هذا الانفاق).

ويهدف دراسة الاوضاع الحالية للخدمات في كافة المناطق اللبنانية، اعتمدت في الخطة الخماسية مؤشرات عامة في كل قطاع من قطاعات الخدمات العامة والقطاعات الاجتماعية لتحديد مستوى هذه الخدمات. ففي قطاع الصحة اعتمدت مؤشرات عدد الاطباء وعدد الاسرة في المستشفيات لكل الف مواطن، فتبين بان مستوى الوضع الصحي في لبنان مقبول بالقياس الى المعدل العام في البلدان المشابهة اقتصاديا واجتماعيا. وهو ١٠١% مقابل صفر% للمياه المبتدلة و ٣١% لمياه الشرب و ٥٥% لحصر المياه المبتدلة.

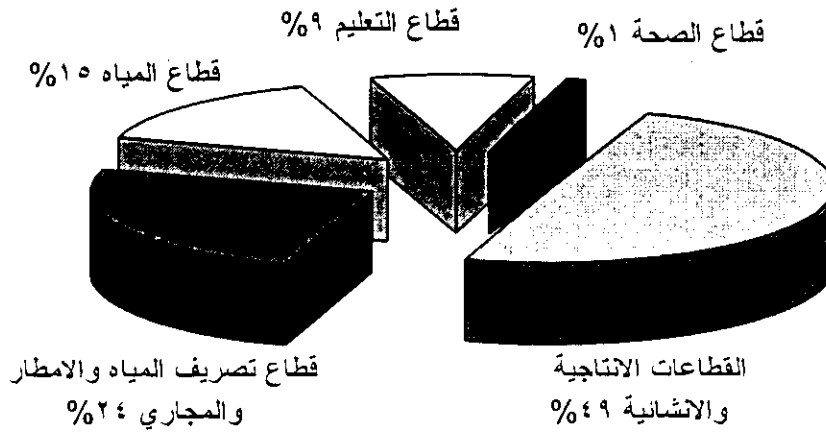
الجدول رقم ١٦: المبالغ المقترحة للقطاع الصحي على مدى خمس سنوات

مجموع المبلغ المقدر بـ ١٠٠٠ دولار امريكي (٧٤,٨٨٤)	
برنامج تدريب الممرضين ( ٨,٧٣٧ )	
برنامج تدريب الممرضين- مرحلة اولى	٥,٧١٣
برنامج تدريب الممرضين- مرحلة ثانية	٣,٠٢٤
الخدمات الاساسية المستعجلة (١,٦٠٠)	
الخدمات الاساسية المتستعجلة	١,٦٠٠
نوعية الخدمة الصحية (٤٣٨)	
مراقبة نوعية الدواء الوطني	٤٣٨
معدات للمراكز الصحية والمستشفيات الموجودة (٤٨,١١٠)	
مستشفى بيروت الجامعي	٣٥,٠٠٠
مستشفى الهرمل الجديد -١-	١,٨٠٠
مستشفى الهرمل الجديد -٢-	١,٥٠٠
مستشفى سيلين	٣,٤١٠
مستشفى حاصبيا الجديد	١,٧٠٠
اعادة تأهيل مستشفى تبنين واعمال اضافية	٢,٥٠٠
مستشفى تبنين -معدات	٢,٢٠٠
بناء واعادة تأهيل مراكز صحية (٩,٣٧٤)	
انشاء مركز زحلة الصحي الجديد	٧٠٦
مركز زحلة الصحي الجديد: تصميم واشراف	٢٠
معدات للمراكز الصحية التالية: السكسية، الباروك، حراجل، زحلة، طرابلس، جباع، الخيام، كوسيا، تريل، رحبا.	٢,٢٥٠
مستشفى حلبا- معدات	٣,٥٠٠
معدات لمركز حلبا الصحي	٣٨٠
اعادة تأهيل المركز الصحي في بشري	١٠٠
المركز الصحي في بشري-معدات	٣٥٠
المركز الصحي في اهدن- معدات	٦٨
اعادة تأهيل مستشفى جزين: معدات	٢,٠٠٠
اعادة تأهيل واطافة اعمال الى مستشفيات موجودة (٦,٦٢٥)	
مستشفى الكرنقينا- اشغال اعادة بناء	٢,٥٠٠
مستشفى الكرنقينا- معدات	٢,٣٠٠
مستشفى الكرنقينا- تصميم واشراف	٢٥٠
مستشفى بعبدا- تصميم واشراف	٧٥
مستشفى بعبدا-اعادة تأهيل واطافة اعمال	١,٥٠٠

مصدر المعلومات: الخطة الانمائية الخماسية للاعوام ٢٠٠٠-٢٠٠٤

ولما كان مستوى الخدمات في قطاعي الصحة والتعليم بمختلف أنواعه مقبولا بالمقاييس العالمية، فلقد خصصت الخطة حوالي ٥٨٣ مليون دولار اميركي ( أي حوالي ١٠% من مجمل الانفاق للخطة) لهذين القطاعين، منها ١% لقطاع الصحة. (رسم رقم ٤)

رسم رقم ٤: النسبة المئوية للاتفاق على البيئة الاجتماعية والخدمات الاساسية ٢٠٠٠-٢٠٠٤



مصدر المعلومات: الخطة الاتمانية الخماسية ٢٠٠٠-٢٠٠٤

#### انتقائية المؤشرات الصحية

لو اعتمدت الخطة الخماسية مؤشرات، غير المؤشرات التي اعتمدها، مثل نسب الممرضين/السكان المتدنية، لوصلت الى نتيجة ان نوعية الخدمة في المستشفيات كما في كل القطاعات الصحية هي غير مقبولة. وكما ذكرنا سابقا فإن عددا كبيرا من الصيدليات تعمل تحت اشراف اشخاص ليسوا صيادلة وان العديد من الادوية يباع من دون وصفة طبية وليس عليها أي رقابة وكذلك نصف المختبرات غير قانونية وغير خاضعة لرقابة الدولة مما تضع حياة المواطنين اللبنانيين في خطر.

لمعالجة مشاكل القطاع الصحي بشكل واقعي كان يجب اعتماد المؤشرات الضرورية لمعالجة المشاكل الرئيسية الملحة لهذا القطاع والتي تشمل بالدرجة الاولى كلفة الفاتورة الصحية المرتفعة مقابل تقديم خدمات صحية ليست بالمستوى المقبول وليست متوفرة لجميع المواطنين، وكذلك المستوى غير المقبول لفئة من الاطباء العاملين في هذا القطاع وليس فقط عددهم.

## خلاصات عامة

ان موضوع الصحة من اهم المواضيع المطروحة في لبنان والعالم لما تعنيه الصحة من تقدم للبشرية على مستوى اطالة عمر الانسان ، كما القضاء على الكثير من الامراض وتخفيف الالام.

ومع تطور التقانات الطبية في البلدان المتطورة تطرح مشكلة زيادة الكلفة مع قلة المردودية حيث تسارع حكومات الدول المتطورة الى وضع سياسات صحية لدراسة الكلفة مقارنة مع المردودية. اما لبنان فقد تأثر بارتفاع هذه الكلفة دون اتباع سياسات صحية مدروسة مما ادى الى انتشار فوضى ومشاكل في كل مجال يتعلق بالقطاع الصحي وابرزها:

- غياب دور وزارة الصحة التنسيق والرقابي
- ضعف الادارات في القطاع الحكومي للمستشفيات
- ارتفاع الكلفة المالية
- تدني نوعية الخدمات الصحية
- عدم وجود تأمين صحي يشمل كافة اللبنانيين
- تعدد المؤسسات العامة الضامنة / عدم تجانس في تقديم الخدمات
- عدم توازن في التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية

ان وزارة الصحة طوال فترة الحرب وبعدها كانت غائبة او مغيبة، ولم يكن عندها الرغبة او القدرة على رسم سياسة صحية علمية متطورة تنقذ البلد من تكاثر الاجهزة والانظمة التي حلت او حاولت ان تحل محلها لملء الفراغات الكبيرة التي اوصلت الصحة في لبنان الى وضع مأساوي، فاقصر عملها على تقديم خدمات استشفائية فردية على نفقتها الخاصة لتخفيف معاناة المرضى.

### دور قيادي لوزارة الصحة

أجمعت الدراسات الصحية على ان يكون للقطاع الحكومي دوره الاساسي، وهو دور المنظم لقطاع الصحة ككل والمشرف والمراقب على سير عمله، وبخاصة دور المترجم للسياسة الصحية العامة في خطط وبرامج محددة في الزمان والمكان والمتابع لتنفيذها والمقيم لنتائجها، ودور المنسق بين جميع الاطراف المتدخلة في المجال الصحي من وزارات



ومؤسسات حكومية ومنظمات اهلية غير حكومية ودور المراقب لنوعية الخدمات المقدمة والواضع لآليات المحاسبة والمساءلة للاجهزة المسؤولة عن التنفيذ. وتتطلب تأدية هذا الدور القيادي لوزارة الصحة اعادة هيكلة الوزارة لكي تتحول من مجرد وكيل تمويل السى مدير تنفيذي للسياسة الصحية . وهذا يستلزم بالدرجة الاولى مدها بالموارد البشرية الكفؤة القادرة على القيام بمهام التخطيط والمراقبة والمتابعة والتقويم والقدرة على وضع سياسات صحية قادرة على معالجة المشاكل. وللقيام بهذا الدور، يجب العمل على:

#### □ تفعيل دور وزارة الصحة

- ممارسة دور المنظم والضابط لعمل كل الجهات المعنية بالقطاع الصحي وموجه ومدقق ومخطط ومراقب لها
- وضع سياسات صحية شاملة لجميع القطاعات والمناطق
- مراقبة عمل المستوصفات وتصحيح اوضاعها الادارية والمالية واوضاع الاطباء والعاملين فيها.
- اشراك فاعل لتقابة اطباء لبنان في جميع الاعمال التي تنظم العمل الاستشفائي والتعليمي
- مسح شامل لكل المؤسسات التي تدور في فلك الصحة والتي تعنى بعملية الطبابة والاستشفاء، والدواء، والامراض، والوقاية

#### □ تحسين ادارات القطاع العام الصحي

- تعزيز اللامركزية الادارية في المستشفيات الحكومية
- اعادة هيكلة وحدات وزارة الصحة المركزية والاقليمية
- تعزيز اللاحصرية الادارية
- مكنتة العمل الاداري والفني

#### □ ترشيد الاتفاق الصحي

- العمل على خفض الكلفة الصحية
- تحسين الادارت في المستشفيات الحكومية للحد من التعاقد مع المستشفيات الخاصة
- انشاء جهاز متابعة ورقابة يشمل جميع المؤسسات الصحية لضبط المقاييس والمعايير، ومنع الهدر

- تحسين نوعية الخدمات الصحية وبخاصة الخدمات الاساسية
  - وضع معايير لجودة الخدمات الصحية
  - مراقبة وتطبيق معايير الجودة
- وضع خطة تأمين صحي تشمل كافة اللبنانيين
  - توسيع تغطية الضمان الاجتماعي لتشمل عدد اكبر من المواطنين ولتقديم تأمين صحي للمتقاعدين.
  - ايجاد نظام تأمين اجتماعي-صحي ( WELFARE ) يشمل جميع المواطنين الذين لا يملكون أي تأمين صحي (الذين يلجأون الى وزارة الصحة حالياً)
- توحيد المؤسسات الضامنة
  - انشاء مجلس اعلى للصحة يضم جميع الجهات الضامنة العامة والخاصة.
  - توحيد التعريفات الطبية
- ايجاد توازن في التوزيع الجغرافي للمستشفيات وللاطباء
  - اعداد خريطة صحية للبلاد ( مستشفيات، صيدليات، مختبرات، مستوصفات...)
  - تحفيز الاطباء والاجهزة الطبية المساعدة للعمل في المناطق الريفية والنائية

# الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية  
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

## المراجع العربية

١. الاسكوا. " السياسات القطاعية لمكافحة الفقر في لبنان في منتصف التسعينات: قطاعا الصحة والتعليم"، سلسلة دراسات مكافحة الفقر (٩)، نيويورك ١٩٩٩.
٢. السفير. " اعتمادات الصحة في موازنات الحكومة"، الجمعة ٢٥ آب ٢٠٠٠، العدد ٨٦٨٧، ص. (٨)، بيروت- لبنان.
٣. الجمهورية اللبنانية: مجلس الانماء والاعمار. " الخطة الانمائية الخماسية ٢٠٠٠-٢٠٠٤". بيروت-لبنان.
٤. جوخدار، البير. " قراءة في مشروع اصلاح النظام الصحي"، مجلة دراسات لبنانية، خريف ١٩٩٧/ شتاء ١٩٩٨، ص ١٤٩-١٥٢، بيروت-لبنان.
٥. نصار، جورج. "مشاكل الطب والاستشفاء في لبنان"، مجلة نقابة اطباء لبنان، ١١-١٢ اذار ١٩٩٩، ص. (٦٦)، بيروت-لبنان.
٦. نقابة المستشفيات في لبنان. "لائحة بالاقسام والمراكز المتخصصة الموجودة في المستشفيات"، ايار ٢٠٠٠، بيروت-لبنان.
٧. وزارة المالية وبرنامج الامم المتحدة الانمائي. " الانفاق العام على الخدمات الاجتماعية الاساسية في لبنان". دراسة غير منشورة، بيروت -لبنان ١٦/٥/٢٠٠٠.
٨. انترنت. وزارة الصحة. <http://www.public-health.gov.lb/data.html> Communication "data".

## المراجع الاجنبية

- 1- Karam, Nadim. " Lebanese National Budget Allocations for Basic Health Services", pre-final -November 1999. Beirut-Lebanon
- 2- Ministry of Social Affairs/UNDP: Consultation and research institute. "Progress report Geneva 2000 + 5", world summit for social development, April 2000.
- 3- Republic of Lebanon: Council for Development and Reconstruction (CDR). "Progress report- March 2000".Beirut-Lebanon.
- 4- Tabbara, Riad: MADMA. " The health sector in Lebanon 2000", Beirut-Lebanon.
- 5- <http://www.hospitals-synd.org.lb/hospitals-beirut.html>. "List of private hospitals". 4/23/2000.