

## مشروع «شريعة للصحة» في لبنان

### مدخل إلى شريعة الصحة: الوضع الصحي في لبنان

#### ١- توطئة:

لقد تم في لبنان تسجيل تحسن ملحوظ في الأوضاع الصحية للسكان بسبب عدة عوامل أبرزها:

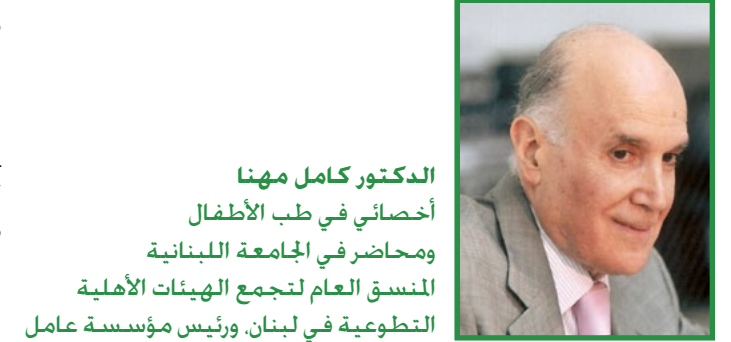
- النمو الاقتصادي الذي بدأ في الخمسينات والذي انعكس في زيادة عرض السلع والخدمات بما فيها الخدمات الصحية.
- تحسن مستوى الحياة وشروط السكن.
- إنشاء نظام التأمينات الاجتماعية والصحية.
- النجاح في السيطرة على الأمراض المعدية والأوبئة من خلال اعتماد برامج وحملات متخصصة لهذه الغاية.
- ارتفاع الوعي الشعبي وتطور السلوك الصحي للأفراد والأسر اللبنانية. مع لظ دور إيجابي على هذا الصعيد لوسائل الإعلام، وللجهات الوطنية والدولية، الحكومية، وغير الحكومية.

وجلّى التحسن في الأوضاع الصحية بشكل خاص في ارتفاع معدل العمر المتوقع عند الولادة، وفي انخفاض وفيات الأطفال، وفي المعدل المتزايد، إلى اعتماد وسائل تنظيم الأسرة وتقليص عدد الولادات.

وبما يلفت النظر إلى أن الحرب الطويلة الممتدة من عام ١٩٧٥ إلى عام ١٩٩١، لم تؤثر بقوة على الأوضاع الصحية العامة للمواطنين. رغم ما تسببت به من خسائر مادية وبشرية ومؤسسية، ويعود ذلك إلى الأسباب الآتية:

- ثقافة الاعتماد على الذات التي يميز بها الشعب اللبناني.
- الدور النشط والمبادر الذي قامت به الهيئات الأهلية في توفير الخدمات الصحية والقيام بأعمال الإغاثة.
- استمرار القطاع الخاص في أداء دور كبير ونشط في المجال الصحي.
- المساعدات الخارجية، لا سيما في المجالات الطارئة.
- انخراط المنظمات الدولية، ولا سيما وكالات الأمم المتحدة المتخصصة (اليونيسف، منظمة الصحة العالمية)، في برامج شاملة وميدانية في معالجة الأمراض المعدية والأوبئة بالتعاون مع وزارة الصحة العامة والهيئات الأهلية، من خلال حملات التلقيح والوقاية والمراقبة.

إلا أن التحسن في المؤشرات الصحية لا يلغي وجود مشكلات عديدة في النظام الصحي اللبناني. أبرزها غياب الإنصاف والتنوع المتعددة والكلفة المرتفعة للخدمات الصحية، مما يجعل الوضع الصحي في



الدكتور كامل مهنا  
أخصائي في طب الأطفال  
ومحاضر في الجامعة اللبنانية  
المنسق العام لتجمع الهيئات الأهلية  
التطوعية في لبنان، ورئيس مؤسسة عامل

### لماذا شريعة الصحة؟

لقد باتت الصحة تشكل تحدياً عالمياً. حتى في البلدان الأكثر تقدماً وعراقاً في اعتماد أنظمة صحية أثبتت فعاليتها لعقود طويلة؛ ففي الولايات المتحدة، أصبحت كلفة الصحة تشكل عبئاً على الاقتصاد الوطني. واتخذت أبعاداً سياسية واجتماعية فرضت نفسها بقوة في الانتخابات الرئاسية الأخيرة، كذلك في فرنسا بات عجز صندوق الضمان الصحي الشغل الشاغل للحكومة، وحتى في بريطانيا، حيث يوجد أعرق نظام صحي، يتم الآن إعادة النظر فيه والسعي لإخضاعه لبرامج الخصخصة السائدة في العالم حالياً. وهكذا فإن موضوع الصحة بشكل عام، وكلفتها بشكل خاص، باتا مصدر قلق لدى الدول خصوصاً في البلدان النامية المحدودة الموارد.

وفي لبنان، في ظل وجود هذا العدد الكبير من المستشفيات الخاصة، والمشاريع التي تقوم بإجازها وزارة الصحة العامة من مستشفيات ومراكز صحية، إضافة للدور المميز للهيئات الأهلية في مجال الصحة، أين نحن من توفير الحماية الصحية والاجتماعية للمواطنين؟

عملت وزارة التنمية الإدارية، وفي إطار مشروع «شريع قطاعية» على إكمال «شريعة المواطن» التي أقرها مجلس الوزراء في جلسته بتاريخ ٢٠٠١/١١/١٥. وقد أجزت «شريعة المواطن الصحية» حيث كنت من ضمن فريق العمل الذي قام بهذه المهمة، كما أن «اللجنة الاستشارية الوطنية اللبنانية لأخلاقيات علوم الحياة والصحة» قد أعدت مجموعة مشاريع قوانين من ضمنها مشروع قانون «حقوق المرضى والموافقة المستنيرة». إضافة إلى هذه الخطوات الهامة التي أجزت بإشراف ذوي خبرة وكفاءة، أقتراح مشروعاً حول «شريعة للصحة» أضعه بتصرف المعنيين، وهو يتضمن مدخلاً إلى الوضع الصحي في لبنان، ومن ثم مشروعاً لـ «الشريعة».

لبنان مطبوعاً بالسّمات الآتية:

- أنه يمر مرحلة انتقالية على الصعيدين السكاني والصحي.
- أنه يسجل تراجعاً كبيراً في دور القطاع العام لمصلحة القطاع الخاص والقطاع الأهلي.
- غياب التخطيط والارتفاع الكبير في أكلاف الخدمات الصحية والاعتماد على التكنولوجيات الصحية الحديثة المكلفة.
- ولعل هذه المشكلات تصبح أكثر حدة في المناطق التي تتدنّى فيها مؤشرات الخدمات الصحية.

#### II - مظاهر ترابط الوضعين الصحي والاجتماعي:

تشير الإحصاءات في لبنان، إلى أن حوالي ٥٠٪ من اللبنانيين غير مشمولين بالتأمينات الصحية، باستثناء ما تقدمه لهم وزارة الصحة العامة من خدمات، وتتلخص المشكلة الصحية - الاجتماعية، في واقع عدم تساوي الفرص كما ونوعاً أمام اللبنانيين في الحصول على الخدمات الصحية، الوقائية والعلاجية والمرتبطة بمستوى الدخل وبالتفاوتات المناطقية في توفر الخدمات الأساسية.

إن المؤشرات الصحية الوطنية في لبنان تخفي تفاوتات كبيرة على الصعيدين الوطني والاجتماعي، إذ أن معدل وفيات الأطفال الرضع (دون السنة)، على سبيل المثال، قد بلغ في لبنان للفترة بين ١٩٨٦ - ١٩٩٥ نسبة ٣٣,٥ لكل ألف مولود حي، إلا أن دراسة التوزيع الداخلي لهذه النسب قد أظهرت تفاوتات كبيرة حسب مستوى تعليم الأم، ويعتبر مستوى التعليم هذا مؤشراً غير مباشر على الحالة الاجتماعية (تدني مستوى التعليم مؤشر على الفقر):

ويلاحظ المستوى نفسه من التفاوت بين العاصمة والمراكز المدنية، وبين المناطق الريفية النائية، وينتج عن هذا التفاوت المناطقية - الجغرافية أن ٦٠٪ من وفيات الأطفال يسجل في محافظتي البقاع والشمال رغم أنهما لا تحويان سوى ٢٥٪ من أطفال لبنان.

هذا التفاوت يلحظ في مختلف المؤشرات الصحية العامة بتوزع الأسرة في المستشفيات، إذ أنها بنسبة ١,٥٥ سرير لكل ألف مواطن في بيروت وجبل لبنان بينما هي ٠,٨٦ في مناطق النبطية والبقاع.

#### III - الخدمات الصحية في لبنان:

تشير الدراسات إلى أن مجتمعنا لا يزال فتياً، حيث أن ثلاثين بالمائة من السكان تقل أعمارهم عن الخمسة عشر عاماً بينما يزداد عدد المعمرين لتبلغ نسبة الذين تفوق أعمارهم الخمسة وستين، سبعة بالمئة من السكان.

كما أن الأمراض المعدية المعروفة في الدول الفقيرة ما زالت سبباً أساسياً لوفيات عند الأطفال رغم نجاح حملات التلقيح والبرامج الوقائية في خفض نسبتها، وفي الوقت عينه تتزايد الأمراض المزمنة التي كانت تعرف بأمراض الأغنياء، فبلغت معدلات مقلقة. ولقد دلت



الدراسات التي أن أكثر من نصف البالغين من النساء والرجال يعانون من السمنة وأن ١٣٪ منهم مصاب بداء السكري بينما ٢٦٪ يعانون من ارتفاع ضغط الدم.

هذا الواقع الديمغرافي والوبائي يضع النظام الصحي أمام تحديات جدية من ناحية وجوب تأمين الموارد المالية، لتغطية ما يعرف بالعبء المزدوج للأمراض Double burden of disease، ومن ناحية أخرى تكييف الخدمات والموارد البشرية مع الحاجات المستجدة والتطورات العلمية المتواصلة.

إن سوق الخدمات الصحية في لبنان يخضع لمبادئ النظام الاقتصادي الحر غير المنظم، وغالبية هذه الخدمات هي علاجية، تركز على الاستثمار في الفروع الطبية المتطورة، (كجراحة القلب المفتوح وتفتيت الحصى)، والتكنولوجيا الحديثة المكلفة (كالتصوير الطبقي المحوري والرنين المغناطيسي)، دون أن تتناسب هذه الخدمات مع الحاجة الفعلية.

وبما أن قانون العرض والطلب هو قانون أساسي في النظام الاقتصادي الحر، فإنه لا ينطبق على القطاع الصحي حيث العرض يولد الطلب، مما يؤدي إلى المبالغة في استهلاك خدمات لا يحتاج الناس إليها ولا يعرفون فائدتها الطبية ولا قيمتها المادية وذلك مع وجود جهات ضامنة تدفع الثمن، (وهذا ما يعرف بالمنافسة الهدامة)، بينما الخدمات الوقائية المتميزة بالمرود الكبير على الصحة العامة مقارنة مع كلفتها القليلة نسبياً، تبقى مقتصرة على بعض البرامج المحدودة التي يقوم بها القطاع العام بالتعاون مع القطاع الأهلي والمنظمات الدولية.

إن هذا التفاوت بل التناقض بين تخمة من الخدمات المكلفة القليلة المرود، وندرة الخدمات الوقائية، يترافق مع تفاوت على صعيد الموارد البشرية حيث هناك تخمة من الأطباء وندرة في المهن الطبية المساعدة خصوصاً التمريض.

كما أن التوزيع للمستشفيات، الذي يتركز في بيروت وجبل لبنان، يقابله انحسار في المناطق، وكذلك تفاوتات داخل هذه المناطق بين مراكز المحافظات، ثم مراكز الأقضية، وبين غالبية قرى الريف، حيث يظهر الترابط واضحاً بين الفقر والأوضاع الصحية.

وخلال سنوات الحرب الطويلة، وفي ظل تقلص قدرات المستشفيات



# المستشفى الاسلامي

طرابلس - لبنان

منذ ١٩٤٦

الملاذ الدائم للمرضى والمصابين والجرحى

منحت صفة المنفعة العامة بموجب مرسوم ٥٣٦ / ١٠ / ١٩٩٠



## أقسام المستشفى

### الخدماتية :

- ١) مدرسة الهدى للتمريض
- ٢) قسم الصيدلية
- ٣) قسم الأشعة
- ٤) قسم العلاج الفيزيائي
- ٥) قسم المختبر وبنك الدم
- ٦) قسم المستوصفات
- ٧) براد الوفيات
- ٨) قسم الجودة
- ٩) قسم التغذية

### الاستشفائية :

- ١) قسم انعاش حديثي الولادة
- ٢) قسم الاطفال
- ٣) قسم التوليد
- ٤) قسم الصحة
- ٥) قسم الجراحة العامة
- ٦) قسم جراحة العظام والتجميل
- ٧) قسم العناية الفائقة
- ٨) قسم ترميم القلب
- ٩) قسم غسل الكلى
- ١٠) قسم العلاج الكيميائي
- ١١) قسم الطوارئ
- ١٢) قسم تفتيت الحصى
- ١٣) قسم العمليات
- ١٤) قسم الغيبوبة والشلل والاعاقات والتأهيل
- ١٥) قسم الانعاش
- ١٦) مركز النور للعيون

### IV - خاتمة

إن السبيل إلى تحسين مؤشرات الوضع الصحي للفقراء في لبنان بشكل خاص ولكافة المواطنين بشكل عام، يستوجب التعاطي مع الوضع الصحي كأحد مؤشرات التنمية البشرية الأساسية، وهذا يقتضي تجاوز النظرة العلاجية والأمراض والأدوية إلى النظرة التي تبناها منظمة الصحة العالمية ومن ثم وزارة الصحة العامة، أي التأكيد على اعتماد الرعاية الصحية الأولية كاستراتيجية رئيسية لتأمين الصحة للجميع. وهذا يعني ارتباطا وثيقا بالوضع الاقتصادي والاجتماعي للسكان، وبالتالي ضرورة اعتماد مقاربة تتجاوز التخصص القطاعي، وتركيز جهود عدة منها الصحة والتربية والشؤون الاجتماعية والضمان والزراعة والمالية والمنظمات الأهلية والقطاع الخاص والمنظمات الدولية في سبيل تحقيق أهداف السياسة الصحية المتوخاة.

إن النظام الصحي الحالي مهدد بالانهيار إذا لم يتم إصلاحه بسرعة واستبداله بنظام صحي أكثر عدالة، وقابلية، وفاعلية، وتكاملا.

وفي المحصلة يبقى اعتماد «شريعة الصحة» هو السبيل لبناء هذا النظام الصحي العادل.

- ١- Revealing facts on health in Lebanon، ورقة مقدمة إلى ورشة عمل عن التنمية البشرية المستدامة نظمتها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في لبنان، بيروت، كانون الأول ١٩٩٦
- ٢- السياسات القطاعية لمكافحة الفقر في لبنان في منتصف التسعينات قطاعا الصحة والتعليم: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.
- ٣- نفس المصدر
- ٤- المسح اللبناني لصحة الأم والطفل، التقرير الرئيسي - الجمهورية اللبنانية، جامعة الدول العربية، ١٩٩٦
- ٥- Health sector rehabilitation project - Staff appraisal report - 1994, World Bank
- ٦- Source: Ministry of Public Health, Rep. Of Lebanon, Lebanon (December 2000)
- ٧- مشروع وزير الصحة العامة لإصلاح النظام الصحي، النهار ١٩٩٧/٠٨/٢٣
- ٨- مشروع وزير الصحة العامة لإصلاح النظام الصحي، النهار ١٩٩٧/٠٨/٢٣
- ٩- السياسات القطاعية لمكافحة الفقر في لبنان: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.
- ١٠- وحسب إحصاءات وزارة الصحة، أن عدد المعالجين على نفقة الوزارة عام ١٩٩٦، بلغ ١٠٤,٨٩٠ مريضا، في حين أظهرت دراسة الأوضاع المعيشية للأسر في عام ١٩٩٧، أن ١٢,٦٪ من الأسر قد استفاد من خدمة وزارة الصحة - الأوضاع المعيشية للأسر في عام ١٩٩٧، إدارة الإحصاء المركزي.
- ١١- السياسات القطاعية لمكافحة الفقر في لبنان في منتصف التسعينات: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا
- ١٢- يشير مشروع وزير الصحة العامة لإصلاح النظام الصحي إلى وجود ٨٠٠ مستوصفا ومركزا، صحيا، منها ٧٠٠ تابعة للقطاع الأهلي، النهار ١٩٩٧/٠٨/٢٣
- ١٣- السياسات القطاعية لمكافحة الفقر في لبنان في منتصف التسعينات: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

إن معضلة الأكلاف الصحية تهدد استراتيجية الصحة للجميع، فالإنفاق الصحي قد بلغ عام ١٩٩٨ مليارا و٩٩٦ مليون دولار أميركي أي ما يوازي ١٢,٣٢٪ من الناتج القومي (وهذا يفوق النسب في دول المجموعة الأوروبية)، وغالبا ما يدفع الثمن: الفقراء، والمهمشون اجتماعيا، كالنساء والأطفال، والملاحظ أن ارتفاع الكلفة الصحية لم يؤد إلى تطوير مواز في الخدمات الصحية على صعيد المناطق والفئات الاجتماعية، فهناك توزيع جغرافي غير عادل للخدمات الصحية من قبل معظم القطاعات الصحية، حيث نجد أكبر مركز للمؤسسات الصحية والاختصاصيين في المدن الرئيسية مقارنة بالمناطق الريفية، كما أنه يوجد في لبنان ١٦٧ مستشفى تضم ١١,٥٣٣ سرير، منها ١٢٪ مستشفيات و١٠٪ أسرة للقطاع، موزعة بنسبة ٢,٨٨ سرير لكل ١,٠٠٠ مواطن، وهي أعلى نسبة في الشرق الأوسط، ولكن يوجد فوارق بين المناطق: ٦,٥٥ سرير لكل ألف مواطن في جبل لبنان، و٠,٨٦ في النبطية<sup>١١</sup>.

### المستوصفات والمراكز الصحية:

لقد قامت المستوصفات والمراكز الصحية، بدور كبير خلال سنوات الخنة في ظل تراجع دور القطاع العام، فكانت، بالإضافة إلى القطاع الخاص، الجهة الصالحة في تحديد حاجات الناس والسعي لتلبيتها.

وكان ما يزال عدد المستوصفات العاملة متغيرا بسبب الحركة السريعة نسبيا، في فتح مستوصفات جديدة أو توقف بعضها عن العمل، وذلك بحكم العدد الكبير للمؤسسات الأهلية التي تتعاطى في الشأن الصحي، ومرونة الحركة التي تملكها في افتتاح مستوصفات في المناطق، ولقد تطور هذا العدد خلال سنوات الحرب بفعل ضرورات أمنية واقتصادية واجتماعية، والحاجة إلى تقديم الرعاية الصحية الأولية إلى أقرب مكان ممكن لتواجد المريض، كان لها الأولوية بسبب صعوبة أو استحالة التنقل أحيانا، كثيرة، ولقد تم حسب دراسة اليونيسف عام ١٩٩١ تناولت تطور عدد المستوصفات، تأسيس ٤٢٩ مستوصفا جديدا في الفترة الممتدة بين ١٩٧٤ و١٩٩١، دون احتساب المستوصفات التي توقفت عن العمل أو المستوصفات والمستشفيات الميدانية التي كانت تفتح في حالات الطوارئ القصوى<sup>١٢</sup>.