

حاصباني: اتمسك بتوحيد الصناديق الضامنة والتأمين الصحي الشامل اما دور المستشفيات فهو اساسي في السياحة الطبية والاستشفائية

حاورته رولى راشد

وعلى المدى البعيد التأمين الصحي الشامل وليس البطاقة الصحية. وبلغت الى لانه في الدول المتقدمة يتم رصد الحجم الاكبر من الانفاق على القطاع الصحي. باعتباره جوهرى في المجتمع. اذا لم يكن هناك مجتمع بصحة جيدة لن يكون هناك اقتصاد قوي. ويقول: «سياسة الدول المتطورة تبنى على القطاع الصحي. اما نحن للأسف لا تتم رؤية القطاع من خلال هذا المنظار. ولكن لا بأس. فالיום اذا قومنا ماذا يصرف في المجال الصحي قياساً على النتائج في ما خص متوسط العمر. الأجاب. عدد الوفيات. مكافحة الوبئة وانتشار الامراض وغير ذلك... نلاحظ ان المؤشرات جيدة جداً». ويعتبر الوزير حاصباني ان القطاع الخاص اخذ الحمل الكبير عن القطاع



بيدي نائب رئيس الحكومة وزير الصحة العامة غسان حاصباني كل الحماس والتصميم لتوحيد الصناديق الضامنة التي تغطي النفقات الصحية ويقول: «للصحة والانسان»: «اول شيء اقوم بطرحه في مجلس الوزراء هو توحيد الصناديق الضامنة. هذا قرار سياسي نعم. واهلاً وسهلاً بكل من يريد الالتزام به. انا اعمل واجبي. على الاقل انضمام تعاونية موظفي الدولة. الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي واموال وزارة الصحة. اقول اموال لاننا لسنا صندوق وانما نأخذ الاموال من الدولة. هذا التدبير يؤمن وفعراً كبيراً على الدولة ومستوى طبابة عال لكل اللبنانيين.

ليس عندي ادنى شك انه سيكون ثمة اعتراضات كثيرة على المشروع. وسيجدون الف والفين حجة لمنع تطبيقه ولتبيان انه غير صالح للتنفيذ دون ذكر السبب الحقيقي».

ويوضح ان هنا ليس الهدف تحقيق الوفرة. واذا كانت الارقام الاولية تظهر انه سيكون ثمة وفراً وربما اضطررنا الى زيادة الانفاق. فاذا وحدنا الصناديق الضامنة اليوم على اساس الكلفة الحالية فقط. بدون تحسين الاداء فهناك وفر كبير.

ويشير الوزير حاصباني الى ان هناك اصلاحات كثيرة يعمل عليها اليوم.

العام في الاستشفاء. ومن المعروف انه في كل بلدان العالم هناك ضغط في الانفاق الاستشفائي على القطاع العام. والدولة عندها محدودية في حجم الانفاق على الصحة. كما في لبنان كما هو الحال في كل بلدان العالم. ودايماً هناك خد في العالم بين خزينة الدولة والقطاع الصحي الخاص.

وقال: «العلاقة اليوم ليست سليمة وبحاجة الى التصويب. وهنا اوجه رسالة الى كل من يقرأ: طبعاً التعريفات الاستشفائية التي تدفع لقاء الخدمات ليست مرتفعة وليست عظيمة وتحدد منذ سنوات. وهي لم يتم تعديلها منذ فترة طويلة. في مقابل شروط تفرض على المستشفيات حفاظاً على ادائها. الا انه في نفس الوقت يعتبر حجم الانفاق النقدي الذي يصلها من الدولة كبيراً».

وعن غياب الأسرة الشاغرة يلفت الى ان معدل اشغال الأسرة في لبنان هو ٢,١٪ لكل سرير بينما المعدل في الشرق الاوسط هو ٢٪. واذا استثنينا وجود النازحين السوريين يصبح المعدل ٣,٥٪. وهو يستغرب القول انه لا يوجد أسرة. او انه حسب المناطق. «انا لست ضدهم» يتابع. «الانه اذا نظرنا ايضا الى الخريطة الصحية والتوزيع الجغرافي نلاحظ ان العرض يوازي الطلب تقريباً».

ويرى ان السقف المالي المحدد من الوزارة يتم استنفاده في مثل الحالات غير الطارئة وغير الملحة داخل المستشفيات. ويقول: «هذا خلل وعلى المستشفيات تصويبه والتعاون معنا لوضع ضوابط لدخول المستشفى بدءاً من الاجراءات اللازمة لدخول المستشفى. كما انه على الطبيب المسؤول عن إدخال المريض الى المستشفى اتباع بروتوكول معين. هذا النظام نعمل عليه مع نقابة المستشفيات في لبنان لكي تتمكن من استخدام طاقة الاسرة في المستشفيات بطريقة افضل».

ويتحدث الوزير حاصباني عن الانطباع الذي ارتسم عنده بعد توليه وزارة الصحة العامة فيقول «من الناحية الايجابية. لم اكن اتوقع ان اجد هذا الحجم من الطاقات البشرية الممتازة داخل الوزارة: الطاقات الطبية والفنية والتقنية.

ومن الناحية السلبية. لم اكن اتصور هذا الكم من الاعمال الاضافية على عمل الوزارة الاساسي. بمعنى آخر هناك اعباء اضافية لمقابلة على الوزارة من المفترض ان تكون من مسؤولية غيرها.

ايضاً انا قادم من خلفية تكنولوجية وعندي نظرة لتطوير القطاع الصحي. ودخل الوزارة لمست قدرات عالية في مجال التكنولوجيا بالامكان الاستفادة منها اكثر فاكثراً للتطوير.

فالتكنولوجيا ليست رفاهية. واليوم في العالم. القطاع الصحي هو اكبر المستفيدين من تطور وتقدم التكنولوجيا والثورة الصناعية. والثورة في صناعة التكنولوجيا ليست في خدمة البلدان المتقدمة وذات الاقتصاد المتطور. بل على العكس تماماً. المستفيد الاول والفعلي منها هي الدول التي هي مثل لبنان».

وذكر ٤ مراحل يعمل عليها في الوزارة من اجل تأمين الخدمة للمواطن وهي تعتبر ركيزة النظام الصحي المتكامل المفترض ارساؤه ومنها

ليس غريباً ان تطلع من وزير صحة كالوزير غسان حاصباني أنّ من عالم التكنولوجيا والاقتصاد على تخطيطه الهادف للقطاع الصحي في لبنان. الذي بقي للأسف لفترة عقود مهملًا. محدود الامكانيات والماديات يعتمد على بعض العناصر ليؤدي الحد الأدنى من واجباته.

ولكن المدهش في هذا الوزير القيادي في عدة ملفات وقطاعات ان تلمس التصميم الجدي في القرار الذي اتخذه مسبقاً. وعن قناعة ودراسة معمقة بأن تصويب الامور سيكون وفق هذه الآلية. ولا جدل ابداً خصوصاً عندما يتعلق الأمر بصحة المواطن. عنده الامام السريع والمعتمد بكل التفاصيل والدهاليز الموجودة في الصحة. مع حفظ اكيد للملفات واعداد أخرى دون اي ادنى اهمال لأي حق او تفاصيل. سيما وان الانسانية هي منطلق اي علم عنده يعتمد في مسكه للقضايا المطروحة. هذه هي صفات القيادي المسؤول الواثق الخطوات.

يقول روبرت جوس عميد كلية ستانفورد لإدارة الأعمال: «القيادة في رأيي هي حَمَل المسؤولية المطلقة عن سلامة المؤسسة وإزدهارها والسعي لتغييرها للأفضل. القيادة الحقيقية ليست مسألة مقام أو نفوذ أو منزلة رفيعة ولكنها مسألة حَمَل مسؤولية».

تنبثق التغطية الصحية الشاملة.

ولا ينسى الوزير حاصباني التأكيد على دور المستشفيات في لبنان. ولاسيما الخاصة منها. لأنه اساسي في السياحة الطبية والاستشفائية التي من المفترض استرجاعها. وهي العامود الفقري الاساسي في الاقتصاد اللبناني.

رؤية الوزير حاصباني ورزمة الحلول التي يحملها للقطاع الصحي في لبنان الذي يحتاج الى العناية الفائقة كانتا صلب الحوار الذي أجري معه «للصحة والانسان» وفق الآتي:



س: قلتم ان الصحة هي العمود الفقري للعقد الاجتماعي بين الدولة والمواطن في جميع بلدان العالم واساس كل المشاريع السياسية لرؤساء الجمهورية والاحزاب المنافسة. والامثلة كثيرة "اوباما كار" في اميركا، الضمان الاجتماعي في فرنسا مع جوبيه، قانون الصحة العامة في بريطانيا... هي اساس النقاش الوطني اليوم. هل تبدلت رؤيتكم للقطاع الصحي والاستشفائي والطبي في لبنان بعدما توليتكم المسؤولية بعدما كنتم خارجة في عالم التكنولوجيا الرقمية والاتصالات والادارة؟

ج: انا لم اكن بعيداً كثيراً عن القطاع من خلال ما كنت اقوم به من عمل لجهة التطور والتكنولوجيا المطبقة في القطاع الصحي. ولكن نظرتي تبدلت في بعض المعطيات الاضافية التي وجدتها داخل الوزارة. النظرة الشاملة للقطاع اي مبادئ بالنسبة للاصلاحات ترسخت اكثر واصبحت اكثر وضوحاً بعد الاشياء الجديدة التي لمستها بعد المسح الاولي للادارات والوزارات وآلية تشغيلها وغير ذلك... اصبح لدي رؤية متكاملة اليوم حول ما يمكن العمل عليه ضمن المبادئ في ادارة القطاع وفصل ادارة القطاع وتنظيمه عن تشغيله. عندنا اليوم مستشفيات تشرف عليها وزارة الصحة. وكذلك كمية كبيرة من الادوية نوزعها للأمراض المستعصية، ولكن في نفس الوقت عندنا دور في مجال الصحة العامة، الوبئة، سلامة الغذاء، التوعية والتلقيح.

فلا ننسى ان لبنان خال من ثلث الاطفال منذ ١٤ سنة. هذا ليس بالامر السهل. بالاضافة الى عبء النزوح السوري. بشكل عام، هناك الكثير من العمل الذي تقوم به الوزارة في هذا الاطار للحفاظ على الصحة العامة، الى جانب دورها في تنظيم المهن الطبية وكممول او كصندوق ضامن او جهة ضامنة للذين يطلبون الاستشفاء على نفقتها. كل هذه الادوار تتطلب جهة ناظمة.

س: ولكن الصندوق الضامن ليس مدرجاً في قانون انشاء الوزارة الذي حدد دورها في تحمل نفقات فقيري الحال فقط؟

ج: هناك نسبة ٥٢٪ من اللبنانيين من تتحمل نفقات علاجهم واستشفائهم وزارة الصحة العامة. كوزارة صحة عندنا دور: ١- كجهة ضامنة. ٢- كهيئة ناظمة للقطاع الصحي والمهن الطبية. ٣- في الحفاظ على الصحة العامة وهذا دور استراتيجي في حماية الامن الصحي. ٤- في ادارة المستشفيات وشؤون الادوية المفترض ان لا تكون من اختصاص وزارة الصحة العامة.

ولكن المبادئ الاساسية التي كانت تتبع في لبنان. وللأسف ادت الى تراكم المسؤوليات. ومع الوقت حملت الوزارة اكثر مما يفترض. حيث دورها تشغيلي اكثر مما هو اشرافي وتنظيمي. وهذا لا يجوز. ونحن اليوم نعمل من اجل وضع الخطط على المدى البعيد للمستقبل. ما يسمح بتحديد دور القطاع في التنظيم بين القطاعات والشركات الخاصة، المؤسسات الاستشفائية، الصيدلة، الاطباء، الادوية وكل نقابات المهن الطبية لتي يجب ضمانتها حقوقها. ولكن في المقابل عليها تطوير وتحسين ادائها حفاظاً على المستوى العالي من الطبابة والاستشفاء في لبنان.

س: اين كانت المفاجئة بالنسبة اليكم في القطاع الصحي سواء



الاجابية او السلبية منها؟

ج: من الناحية الاجابية، لم اكن اتوقع ان اجد هذا الحجم من الطاقات البشرية الممتازة داخل الوزارة: الطاقات الطبية والفنية والتقنية.

ومن الناحية السلبية، لم اكن اتصور هذا الكم من الاعمال الاضافية على عمل الوزارة الاساسي. بمعنى آخر هناك اعباء اضافية ملقاة على الوزارة من المفترض ان تكون من مسؤولية غيرها.

ايضاً انا قادم من خلفية تكنولوجية وعندي نظرة لتطوير القطاع الصحي. وداخل الوزارة لمست قدرات عالية في مجال التكنولوجيا بالامكان الافادة منها اكثر فاكثر للتطوير.

ومن المعروف انه ما وراء العمل الاداري هناك رؤية واضحة. فالتكنولوجيا ليست رفاهية.

واليوم في العالم، القطاع الصحي هو اكبر المستفيدين من تطور وتقدم التكنولوجيا والثورة الصناعية.



والثورة في صناعة التكنولوجيا ليست في خدمة البلدان المتقدمة وذات الاقتصاد المتطور. بل على العكس تماماً، المستفيد الاول والفعلي منها هي الدول التي مثل لبنان.

عندما نتحدث عن التشخيص والدقة في الطب Precision لا يجب ان يغيب عن بالنا اننا نصرف اكثر من ٤٠ مليون دولار على الادوية السرطانية سنوياً لتأمين العلاج.

فاذا اعتمدنا قبل وصف دواء DNA Testing اصبح اسهل معرفة كيف سيكون العلاج واي نوع من الادوية يفيد. واي ادوية لا تفيد. لان عملية وصف الادوية اصبحت اسهل وواضحة وبكلفة اقل. اذاً تطوّر تقنية

DNA Testing سيسمح لنا بتخفيف الكلفة اضافة الى شيء آخر يعرف ب Remote Medicine او الطب عن بعد. عندنا اليوم فوق ال ٢٠٠ مركز صحي في كل لبنان. واذا اراد الطبيب ان يتجه من بيروت الى اي قرية لمساعدة المرضى فيها فهو لن يتمكن من القيام بذلك بشكل يومي. كما لن يستطيع التواجد فيها بشكل دائم. كما ان

هناك اختصاصات في الطب موجودة في بيروت دون المناطق. فيما انه اصبح هناك اجهزة صغيرة الحجم يمكن بواسطتها اجراء الفحوصات اللازمة والشاملة. ومنها تخطيط القلب وقياس ضغط الدم وكل ذلك من خلال طبيب موجود في مركز رعاية دائمة. على تواصل عبر الشاشة مع طبيب آخر متواجد في مستشفى جامعي في بيروت.

وهو يستطيع التحدث معه والتواصل. في هذه التقنية جزء من Telemedicine ولكن اكثر من ذلك. الطبيب يشاهد الفحوصات وبناء عليها يستطيع تحديد التشخيص المناسب.

اذً، ال Telemedicine ليست وسيلة للاستخدام في الولايات المتحدة الاميركية لانها متوافرة في كل المناطق. كما ليس من حاجة اليها في اوروبا. وانما هي آلية للاعتماد عليها في البلدان ذات المسافات الكبيرة والتي لا يوجد في بعض مناطقها البعيدة اطباء اخصائيين. اما في بلد

مثل لبنان فرغم عدم وجود المساحات الكبيرة فهناك جمعات سكنية في بعض المناطق تفتقر الى وجود اطباء اخصائيين. وبكلفة قليلة بالامكان مضاعفة قدرة المراكز الصحية لتكون الاساس في الرعاية الطبية الشاملة. بمعنى آخر، اي شخص يطلب العلاج على حساب

الدولة عليه ان يمر من هذا المعبر: اي ان يكون عنده ملف صحي كامل الكتروني. بطاقة صحية الكترونية كشرط اساسي للطبابة على حساب الدولة.

وهكذا من خلال التعرف على الحالة الطبية تستطيع الدولة توفير العلاج في المستشفيات والدواء معاً. وفي نفس الوقت توفر عليه الذهاب الى المستشفى لانه اذا رصدنا المشكلة الصحية في فترة قريبة ومبكرة لا يضطر الى الذهاب الى المستشفى لإجراء اي عملية جراحية.

حتى اذا كان يشكو من ارتفاع في الضغط ومشاكل في القلب نستطيع التعرف على ذلك مبكراً .

وما نقوم به يبدأ من Precision DNA و Prevention Primary Care و Proper early detection و Personalization اي ان العلاج سيكون للشخص الواحد وليس للجماعة. كما ان الادوية التي ستقدم لهذا

المرض المحدد بعد اعداد الملف الطبي من قبل الاطباء للمريض. اضافة الى ذلك، هناك المشاركة من قبل المريض الذي له دور في التوعية. ومن خلال برامج التوعية التي ننظمها اصبح على المريض مسؤولية

الاشترك في العلاج. فلا يعود هذا الدور محصوراً فقط بالجهاز الطبي. وهنا تكمن اهمية برامج التوعية حول عدة امراض سيما منها المتعلق بالاطفال.

الاربع مراحل المذكورة تعتبر ركيزة النظام الصحي المتكامل الذي نعمل على ارسائه ومنها تنبثق التغطية الصحية الشاملة. ستكون كل هذه الامور في صلب الاهتمام وكذلك التأمين الصحي الشامل. اذ اضافة الى موازنة الدولة. ومساهمة بعض المواطنين المقتردين سيتحقق ذلك لكل اللبنانيين. وبالتأكيد الذي يريد الطبيب على حسابه له حرية الاختيار.

و اول شيء اليوم ما اطرحه في مجلس الوزراء هو توحيد الصناديق الضامنة.

س: ولكن هذا يحتاج الى قرار سياسي. هل من تصور لديكم لتجاوز الاعتبارات السياسية القائمة؟

س: ولكن هذا يحتاج الى قرار سياسي. هل من تصور لديكم لتجاوز الاعتبارات السياسية القائمة؟

س: ولكن هذا يحتاج الى قرار سياسي. هل من تصور لديكم لتجاوز الاعتبارات السياسية القائمة؟

س: ولكن هذا يحتاج الى قرار سياسي. هل من تصور لديكم لتجاوز الاعتبارات السياسية القائمة؟

س: ولكن هذا يحتاج الى قرار سياسي. هل من تصور لديكم لتجاوز الاعتبارات السياسية القائمة؟



ج: هذا قرار سياسي نعم. واهلاً وسهلاً بكل من يريد الالتزام به. انا اعمل واجبي. على الاقل انضمام تعاونية موظفي الدولة. الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي واموال وزارة الصحة. نعم اقول اموال لاننا لسنا صندوق وانما نأخذ الاموال من الدولة. هذا التدبير يؤمن وقرراً كبيراً على الدولة ومستوى طبابة عال لكل اللبنانيين.

التغطية الصحية الشاملة هي اساسية واي شخص يريد طبابة اضافية يستطيع شراء بوليصة تأمين من جيبه الخاص.

هناك اصلاحات كثيرة نعمل عليها اليوم. وعلى المدى البعيد التأمين الصحي الشامل وليس البطاقة الصحية.



نلاحظ ان العرض يوازي الطلب تقريباً.

ففي اسبانيا مدة الانتظار لدخول المستشفى هي ٨٩ يوماً لإجراء عملية قلب. في كندا ١٤ يوماً. في بريطانيا ١٣ يوماً. في فرنسا ٣٠ يوماً. في الدانمارك ١٩ يوماً. في استراليا ١٣ يوماً وفي لبنان المدة هي ٣ ايام اي الفترة اللازمة لتحضير الاوراق اللازمة مع الطبيب.

س: اليس هذا مؤشراً سليماً؟

ج: كلا بالعكس انه مؤشر عاطل ومخجل. لأن العملية غير الطارئة اليوم تأخذ أسرة الحالات الطارئة في المستشفيات وفي العناية الفائقة. واذا تم نقل حالة طارئة الى المستشفى لن يتم ايجاد سرير لها. كما ان السقف المالي المحدد من الوزارة يتم استنفاده في مثل هذه الحالات غير الطارئة وغير الملحة داخل المستشفيات.

هذا خلل وعلى المستشفيات تصويبه والتعاون معنا لوضع ضوابط لدخول المستشفى بدءاً من الاجراءات اللازمة لدخول المستشفى. كما انه على الطبيب المسؤول عن إدخال المريض الى المستشفى اتباع بروتوكول معين.

هذا النظام نعمل عليه مع نقابة المستشفيات في لبنان لكي تتمكن من استخدام طاقة الأسرة في المستشفيات بطريقة افضل.

كما انه من ناحية أخرى. نعمل مع الصليب الاحمر والمستشفيات على موضوع الطوارئ ما يسمح للأول بالمعرفة المسبقة وبشكل يومي الى اي مستشفى يمكنه نقل الحالات الطارئة.

ايضاً نحن نعمل على موضوع التمويل من البنك الدولي. وفي جزء منه سيكون قرصاً بعيد الامد وجزء آخر هبة ستخصص لموضوع الطوارئ وتحسين اوضاع المستشفيات. اما القرض فسيستعمل في تحسين البنية التحتية لمراكز الرعاية الصحية والمستشفيات الحكومية. ولتطوير التكنولوجيا والمعدات فيها.

دور المستشفيات في لبنان. ولاسيما الخاصة اساسي في السياحة الطبية والاستشفائية التي من المفترض استرجاعها. وهي العمود الفقري الاساسي في الاقتصاد اللبناني.

(تصوير بشارة الشايب)

نفس الشيء. من عنده القدرة الشرائية يستطيع المساهمة. وسندرس الامر من يفتقر اليها. ونحن لا نعلم الى اي مدى سيتوسّع حجم من هم الاكثر فقراً. سيكون لهم وضع خاص. وستتم مراعاة اوضاعهم.

س: انتم اليوم تركزون على اهمية تطبيق الشراكة بين القطاع الخاص والعام في قطاع الكهرباء للنهوض به ووقف الهدر. في القطاع الصحي الشراكة موجودة. لا بل ان القطاع الاستشفائي الخاص يأخذ الحمل الاكبر وقد عوّض غياب القطاع العام طيلة فترة طويلة. الا يستحق الدعم اللازم اليوم لتمكينه من الاستمرار في تقديم خدماته؟

ج: طبعا القطاع الخاص اخذ الحمل الكبير عن القطاع العام في الاستشفاء. ومن المعروف انه في كل بلدان العالم هناك ضغط في الانفاق الاستشفائي على القطاع العام. والدولة عندها محدودية في حجم الانفاق على الصحة. كما في لبنان كما هو الحال في كل بلدان العالم. ودائماً هناك تحدي في العالم بالنسبة لخزينة الدولة والقطاع الصحي الخاص.

واعتقد ان العلاقة اليوم ليست سليمة وبحاجة الى التصويب. وهنا اوجه رسالة الى كل من يقرأ: طبعا التعريفات الاستشفائية التي تدفع لقاء الخدمات ليست مرتفعة وليست عظيمة وتحدد منذ سنوات. وهي لم يتم تعديلها في مقابل شروط تفرض على المستشفيات حفاظاً على ادائها. الا ان حجم الانفاق النقدي الذي يصلها من الدولة هو كبير. واذا نظرنا بالارقام الى عدد الأسرة في لبنان والعالم نجد ان معدل اشغال الأسرة في لبنان هو ٢,١٪ لكل الف سرير بينما المعدل في الشرق الاوسط هو ٢٪. واذا استثنينا وجود النازحين السوريين يصبح المعدل ٣,٥٪. واستغرب القول انه لا يوجد أسرة. او انه حسب المناطق. انا لست ضدكم. الا انه اذا نظرنا ايضا الى الخريطة الصحية والتوزيع الجغرافي



اضطربنا الى زيادة الانفاق. فاذا وحدنا الصناديق الضامنة اليوم على اساس الكلفة الحالية بدون حتى تحسين الاداء فهناك وفر كبير. اليوم الجميع يشتري الادوية من مصدر مختلف بدون اي مناقصة فتكون النتيجة اسعار خيالية. توحيد الصناديق يساعد موردي الادوية على تحديد الكلفة الفعلية من الاساس والتعامل مع المصدر بطريقة افضل ما يساعد على اكتساب مصداقية اكبر. ومع الحصول على الكلفة الفعلية نتمكن من تطبيق عدد اكبر من الناس.

نحن لا نريد تحقيق الوفرة فقط. لانه في الدول المتقدمة يتم رصد الحجم الاكبر من الانفاق على القطاع الصحي باعتباره جوهري في المجتمع. اذا لم يكن هناك مجتمع بصحة جيدة لن يكون هناك اقتصاد قوي.

هو عنوان الحملات الانتخابية العالمية. وسياسة الدول المتطورة تبنى على القطاع الصحي. اما عندنا نحن للأسف لا تتم رؤية القطاع من خلال هذا المنظار. ولكن لا بأس. فاليوم اذا قومنا ماذا يصرف في المجال الصحي قياساً على النتائج في ما خص متوسط العمر. الاجاب. عدد الوفيات. مكافحة الوبئة وانتشار الامراض وغير ذلك... نلاحظ ان المؤشرات جيدة جداً. يعني غيرنا ينفق اكثر فيما ان النتائج ليس بنفس المستوى. فمثلاً أنكلترا تنفق اكثر ولكن في المقابل النتائج اقل. النظام الصحي الانكليزي مختلف. ونحن في النصف. في انكلترا. الطبابة والاستشفاء مجانية للمواطنين. ومن يريد الدخول الى المستشفى على حسابه الخاص يستطيع. ومن يريد عقد تأمين خاص يمكنه ان يحصل عليه. اذاً الاستشفاء مجاني وكل شيء اضافي يريده المواطن البريطاني يدفع البديل عنه من جيبه الخاص.

النظام الصحي البريطاني هو الافضل في العالم في لبنان تقوم الدولة عبر وزارة الصحة بتأمين وتوزيع ادوية الامراض المستعصية على نفقتها فيما انه في بريطانيا المواطن يدفع ثمنها وهي غير مدرجة على لائحة التغطية المؤمنة من الدولة.

عندنا قطاع متطور جداً. ولكن في نفس الوقت نحن بحاجة الى العمل على تحديد كلفته وعلى تصويب ادائه حفاظاً على ديمومته. لا نعلم الى متى تستطيع الدولة الاستمرار في ظل العجز المستمر. واذا اردنا سد هذا العجز في مكان ما فيجب التركيز على وقف الفواتير الكبيرة المتراكمة على الخزينة لدعم قطاع الصحة.

وانا أقول هذا ليس من منطلق اني ساكون وزير الصحة للابد. بل من منطلق قناعتي بان هذا هو الصح.

س: هل نفهم ان كل ما ذكرتم يشكل العناوين العريضة للخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة العامة؟

ج: نعم.

س: وايضاً هناك مساهمة بسيطة للمواطن في مشروع التغطية الصحية الشاملة؟

ج: نعم. حسب قدرته المالية. فاليوم كل فرد يمتلك سيارة مضطر الى شراء بوليصة تأمين الزامي بسعر مقبول. وفي التأمين الصحي الشامل



س: في اي مرحلة اصبح مشروع التأمين الصحي الشامل؟

ج: اصبح في مرحلة الدراسات الاكتوارية النهائية. ومن المفترض اجهازه خلال شهر او شهرين.

س: ولكن هذا المشروع سيواجه عدة عراقيل قبل سلوكه الى التنفيذ.

ج: ليس عندي ادنى شك انه سيكون ثمة اعتراضات كثيرة على المشروع. وسيجدون الف والفين حجة لمنع تطبيقه ولتبيان انه غير صالح للتنفيذ غير السبب الحقيقي.

س: هل من معطيات اولوية حول الوفرة الذي يمكن ان يحققه المشروع؟

ج: ليس هناك من تقديرات. ويجب التوضيح انه ليس الهدف تحقيق الوفرة. واذا كانت الارقام الاولية تظهر انه سيكون ثمة وفرة فربما