

# الكلفة الصحية حية

## بدعة ام مسؤولية؟

انها مدار نقاش عقيم وجدال طويل. ومعظم البلدان متطورة كانت ام في طور النمو تعاني من عبئها.



### عبدالرحيم الحناوي

مدير عام مستشفى حمود  
مركز طبي جامعي

وكثيرة ايضا هي البرامج الانتخابية السياسية التي تستند الى المشاريع المحيطة بهذا الموضوع بما يؤمن الوصول الى المراكز الحساسة المنشودة. وفي هذا العدد تحاول «الصحة والانسان» تناول هذا الملف المتشعب، الذي يستحق جمع كل الافرقاء وصولا الى تحديد عناصره وايجاد الحلول.

فانطلاقاً من دراسة اعدتها البنك الدولي حول كلفة الخدمات الاستشفائية في لبنان، مروراً بما تتأثر به من زيادة في الاجور وصولاً الى مدى انعكاس الانفلاش الافقي للسوق الاستشفائي وللتكنولوجيا تم طرح هذا الموضوع وفق الآتي:

## دراسة البنك الدولي لكلفة التقديمات الأستشفائية والطبية ( اهداف ومباني )

ان العودة للكتابة عن الدراسة الخاصة بتحديد كلفة الخدمات الطبية والأستشفائية والمعروفة في اوساط القطاع الصحي بدراسة البنك الدولي، والتي هي حقيقة نتاج جهد مشترك فيما بين البنك الدولي، ووزارة الصحة العامة ونقابة المستشفيات الخاصة في لبنان، كمن يعود لرداءة المعروض حالياً الى رواية كلاسيكية كتبت في القرن الماضي، وهي فعلاً اعدت في اواخره، بعد طول انتظار. كانت الرسالة التي استلمها مجلس النقابة من البنك الدولي ووزارة الصحة العامة في اواخر العام ١٩٩٧ والتي حملت الدعوة الى نقابة المستشفيات في لبنان للمشاركة في دراسة كلفة الخدمات الطبية والأستشفائية بمثابة الصدمة الايجابية بما تضمنته من فرصة نادرة وحقيقية ( رغم انها لم تقنع في حينه العديد داخل النقابة وخارجها ) للعمل بأسسس علمية وشفافية مطلقة، والوصول الى نظام متحرك للكلفة مبني على قواعد ثابتة، محددة، واضحة وعلمية. خاصة انها جاءت في وقت كانت المستشفيات في لبنان قد اصبحت بخيبت امل متعددة نتيجة اللامبالاة من القيمين على الجهات الضامنة الرسمية وفقدان المرجعية الصالحة، القادرة والراغبة، المتابعة للمتغيرات والعاملة على مواكبتها بمقررات تنفيذية على الصعد كافة، بما فيها تحديد تعرفه الحد الأدنى المبنية على معرفة للكلفة الحقيقية.

اشرف مدير عام الصحة على نشاط فريق العمل الذي ضم اضافة الى مندوبي البنك الدولي ومساعدتهم، ممثلين عن عدد من المستشفيات الخاصة بأحجام مختلفة فكان فيها المستشفيات الصغيرة والمتوسطة والكبيرة، وتشرفت بان اكون احد اعضائها مدعوما برئيس قسم المعلوماتية في مستشفىنا. كما شاركت النقابات المهنية ( اطباء، صيادلة ومختبرات واشعة ) ونقابة مستوردي الأدوية ونقابة مستوردي المعدات والمستلزمات الطبية اضافة الى الجهات الضامنة الرسمية والخاصة، وكانت مشاركتهم في ورش عمل او نقاشات تتم مع وزارة الصحة العامة ومندوبي البنك الدولي في اغلب الأحيان.

كمية وسعرا، اضافة او حذفاً بسهولة فائقة دون الحاجة الى اجتهادات فردية من هنا او هناك تهدر الكثير من الوقت وتعكرالعلاقة فيما بين فرقائها.

وهذا ما حصل فعلا في مرحلة اعداد الكلفة

المقطوعة للأعمال الجراحية حيث تم التالي:

- اعتماد جدول الأعمال الجراحية وتثقيفها كما اقترتها وزارة الصحة العامة ونقابة الأطباء في بيروت.
- اعتماد جدول الأدوية المسجلة في وزارة الصحة العامة.

- اعتماد لائحة للمستلزمات الطبية تم اعدادها

وتحديثها من قبل فريق عمل مختص بالتنسيق مع نقابة مستوردي المعدات والمستلزمات الطبية، وتم تصنيفها طبقاً للأختصاصات، وجرت مراجعتها وتصحيحها من قبل فريق البنك الدولي ومستشاريهم.

- اعتمدت بروتوكولات طبية تقدم بها مندوبو

البنك الدولي. وتشمل مدة الإقامة ونوعها والأدوية

والمستلزمات الطبية والأعضاء الأصطناعية ان

تطلبها. وجرت مراجعتها لتقرير مدى تطابقها مع

الممارسة الجراحية في لبنان وتعديل البعض منها.

الا ان هذه البروتوكولات بقيت موضع نقاش لتعدد

المدارس الطبية التي ينتمي اليها الجراحون

اللبنانيون، ولخوها من معلومات دقيقة عن

المضاعفات التي يمكن ان تحدث ونوعها ونسبة كل

منها وكلفتها.

انجزت الدراسة بشكلها النهائي ووقع عليها رئيس

مجلس النقابة الدكتور فوزي عضيبي بتاريخ

١٩٩٨/١٢/١٦ وترجمت عملياً باعتماد وزارة الصحة

رسمياً لمضمونها وللکلفة المقطوعة للأعمال الجراحية

الناتجة عنها.

ان نسبة العائد على الأعمال بما يسمح بالاستمرار

والتطور هو فقط العامل الذي بقي للتفاوض فيما

بين المستشفيات والجهات الضامنة بعد ان تم التوافق

على الكلفة في حينه.

ان من بين الصعوبات التي كانت تعترض الإدارات

المالية في المستشفيات وبالتالي اصحاب القرار فيها،

ولا زالت لسوء الحظ، هي اضطرارها للجوء الى

مبدأ نقل الكلفة بشكل مكثف ومعقد من خدمة الى

خدمة ومن درجة استشفائية الى اخرى ومن جهة

ضامنة رسمية الى خاصة. مما يعيق ويحد من

صوابية القرارات الاستثمارية، التشغيلية والتعاقدية

المتخذة. وكان يفترض ان تستغل نتيجة الدراسة

للتخفيف من تعقيداتها، او الغاء هذه الممارسة

والانتقال لمرحلة تتماشى فيه تعرفه كل خدمة مع

الكلفة المصاحبة لها.

ان الأسس التي قامت عليها هذه الدراسة، واذا

ما تم البناء عليها، سيبعد عن القطاع الكثير من

التخبط الذي هو فيه، ويزيل الكثير من الأوهام لدى

الجهات الضامنة كما سيسمح بصياغة منطقيه للعقود

ويساعد على حسن تطبيقها.

كان الهدف المعلن لدراسة كلفة الخدمات الطبية والأستشفائية هو الوصول الى وضع تعرفه مقطوعة للأعمال الجراحية، وهذا بالتالي كان بحاجة لمعرفة كلفة مكونات هذه الأعمال.

كان ذلك يتطلب العمل انطلاقاً من معطيات واقعية لمستشفى عام محلي نموذجي

يعمل ضمن المقاييس المعترف بها عالمياً. الا انه وبغياب ذلك، تم التوافق على ان

تبنى الدراسة على اساس التقديرات التشغيلية الموضوعه لمستشفى بيروت الحكومي.

ويتم اسقاط تكاليف عناصر الكلفة من واقع الأسعار المعمول بها في لبنان. على ان

تجمع البيانات من اكبر عدد من المستشفيات مع الأخذ بعين الاعتبار القدرة التشغيلية

للمصدر وتثقيل معطياته على هذا الأساس، ليجري بعدها التأكد من واقعيته بقياسها

على المعايير الدولية التي يوفرها مندوبو البنك الدولي.

تم تعريف الأقسام التي ستخضع للدراسة ووتصنيفها الى فئتين:

- اقسام منتجة لخدمة ذات تعرفه مستقلة (منتج نهائي)

- اقسام منتجة لخدمات مساعدة لا تعرفه مباشرة لها.

كما تم تعريف:

- الكلفة المباشرة للأقسام وللخدمات التي تنتجها

- الأكاليف العامة الإدارية و التشغيلية المشتركة

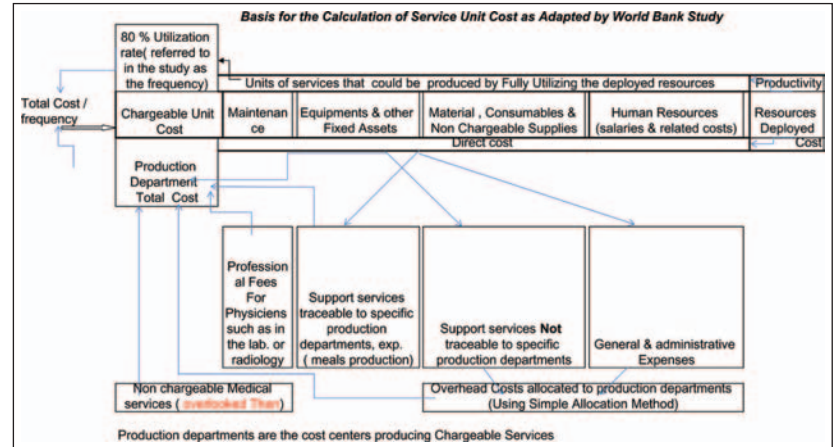
تم تبني النسب التي تقدم بها مندوبو البنك الدولي لغرض تحميل الأقسام

المنتجة لخدمات ذات تعرفه، بتكاليف الخدمات المساعدة والأكاليف الإدارية

والتشغيلية العامة.

كما تم تبني الوحدة المنتجة في كل قسم وتثقيفها كما اعتمدهت وزارة الصحة

العامة.



بناء عليه، وفر مندوبي البنك الدولي المعطيات الخاصة بالقدرة التشغيلية

الكاملة لكل قسم ولكل خدمة ممكن للقسم ان يوفرها. وتم اعتماد نسبة تشغيل

وانتاج بواقع ٨٠٪ من كامل القدرة لكل قسم. وعمد فريق العمل على التأكد من

واقعية هذه القدرات ونسب التشغيل التي تقدم بها مندوبو البنك الدولي فوافق

على جزء بسيط منها واعترض على معظمها كونها تفوق بنسب متفاوتة ما توفره

فعلا ( ما يتم انتاجه) المستشفيات اللبنانية، الأ أنه تم اعتماد ارقام البنك الدولي

لأسباب اقتصادية، أعتبرت من العوامل المنظمة للقطاع والممانعة للتوسع الغير

مدروس (رفع توقعات الإنتاج في القسم ينتج عنه تدني كلفة انتاج الخدمة التي

يوفرها).

في الحالات التي تشمل الخدمة على اتعاب طبية مثل قسم الأشعة او المختبر

فقد اضيفت تلك الأتعاب من قبل مندوبي البنك الدولي الى كلفة انتاجها في

المستشفى بالتنسيق مع النقابات المعنية.

نتج عن هذه الدراسة كلفة دقيقة لأنتاج كل خدمة وفي نفس الوقت متحركة

بسهولة لأن عناصرها المباشرة والغير مباشرة قد حددت بشكل دقيق وبالتالي

يمكن اعتماد نظام ممكن للتعامل مع اي تغيير يطرأ على اي من عناصر الكلفة،

# Med **W**orld s.A.L.



Sole Agent for:



*Trustworthy choice in any situation*

COMMITMENT TO LIFE

---

Rond Point Mekalles, Fouad Chehab Street, Jemco Center, Beirut - Lebanon

Tel.: +961 1 512 450 - Fax: +961 1 512 426

E-mail: [info@med-world.org](mailto:info@med-world.org) - [www.med-world.org](http://www.med-world.org)



## زيادة الاجور في القطاع الاستشفائي وانعكاسها على جودة الخدمات الطبية

**د. محمد بشير**

مدير عام مستشفى الرسول الاعظم

على وجودها واستمرارها. ان دراسة الإيرادات والمصاريف ووضع الموازنات ووضع الخطط المالية المستقبلية تقوم به المستشفيات منذ عقود وذلك من أجل التمكن من الحفاظ على التوازن المالي الذي يعطيها مردوداً مالياً تستطيع من خلاله تأمين احتياجاتها للاستمرار والتطور وتطبيق انظمة الاعتماد والجودة ورفع مستوى الخدمة الطبية الى اعلى مستوياتها وذلك من خلال الاستثمار في الكادر البشري اساساً، اضافة الى الاستثمار في التكنولوجيا واساليب ووسائل التطور العلمي السريع. هذا التوازن المالي الذي نتحدث عنه هو الذي ومنذ عام ١٩٩٥ يسير باتجاه منحدر لان الإيرادات لم تعد قادرة على مواجهة المصاريف المتزايدة عاماً بعد عام في ظل التضخم الكبير الذي حصل وارتقاع اسعار المحروقات والمواد الأولية والطبية. ولا بد هنا من الاطلاء على الارقام الموضوعية التي تؤثر في المجال الصحي والاستشفائي.

### اولاً: التغييرات الحاصلة على مستوى المصاريف:

١- نسبة التضخم: ان كل الدراسات التي اجريت من قبل الوزارات والدوائر الرسمية المختصة او من قبل الاتحاد العمالي او غيرهم من المعنيين تشير الى ان هناك تضخماً كبيراً حصل واقل نسبة موجودة في هذه الدراسات هي: ٢٤٪ ما بين عامي ٩٨-٢٠٠٧ والتي اعلنتها مؤخراً دائرة الاحصاء المركزي علماً بان ارقام الاتحاد العمالي العام تقول بان النسبة هي اكثر من هذا بكثير.

وفي دراسة خاصة قدمها د. ايلي يشوعي لصالح نقابة المستشفيات تقول بان نسبة التضخم المتراكم منذ العام ١٩٩٥ ولغاية ٢٠٠٧ بلغت ٦١,٢٪ وان النسبة منذ اوائل العام الحالي هي ٨٪ بحسب ادارة الاحصاء المركزي.

٢- زيادة اسعار المحروقات: ان ما حصل على مستوى زيادة اسعار المحروقات في العام ٢٠٠٨ ادى الى وقوع كارثة كبيرة على القطاع الاستشفائي، في ظل الانقطاع المستمر والكبير ولفترة طويلة من اليوم للتيار الكهربائي، اذ ان هذا الارتفاع (فضلاً

يفترض هذا العنوان بأن زيادة الاجور التي اقترتها الحكومة اللبنانية بمفعول رجعي يبدأ في الاول من أيار لعام ٢٠٠٨، ان هناك انعكاساً سلبياً سيفرض نفسه على مقدمي الخدمة الاستشفائية وأعني المستشفيات، وان هذا الانعكاس سيطل جودة الخدمة الطبية التي تقدم للمرضى.

وربما يفترض البعض كذلك بان العنوان نفسه يعبر عن رفض المستشفيات لهذه الزيادة باعتبار انها ستؤثر على جودة الخدمة الطبية، وهذا شيء لطالما تباغت به مستشفيات لبنان على اساس انها تقدم افضل خدمة طبية في المنطقة بل وفي الشرق كله وهذا ما اعطى لبنان وبحق صفة وشعار مستشفى الشرق.

ان الافتراض الاول هو صحيح مئة بالمئة بينما الافتراض الثاني غير دقيق وغير واقعي، اذ ان المستشفيات كانت ولا زالت في طليعة المطالبين بتحسين حقوق العاملين في كل القطاعات، ولا سيما في القطاع الصحي ولكن على قاعدة الدراسات العلمية، والتي تساهم في تحسين جودة الخدمة الطبية، لكي تبقى المستشفيات مستمرة في حمل رسالتها الاساسية في خدمة المرضى والمحتاجين بافضل جودة ممكنة. على هذا الاساس فان اي نقاش في فكرة موافقة او عدم موافقة المستشفيات على زيادة الاجور للعاملين فيها والذين يبذلون كل الجهد والتعب بجهد واخلاص من اجل تأمين سلامة المرضى وانقاذهم وابعاد شبح الموت او العجز او المرض عنهم، هو نقاش في غير محله ولا يستاهل الرد او الدفاع او حتى الالتفات اليه. ان النقاش المعبر والمفيد هو انه في ظل هذه الزيادة التي اقرت، كيف تستطيع هذه المستشفيات الحفاظ على نفس المستوى من الخدمة، لا بل تطويرها وتحسينها وخصوصاً في ظل اندفاع وزارة الصحة اللبنانية على تطبيق انظمة الاعتماد والجودة والتي كذلك تؤيدها كقطاع استشفائي بكل معنى الكلمة (ولو ان لدينا العديد من الملاحظات على هذه الاندفاع والتسرع في تطبيق هذه الانظمة).

ان المستشفيات كما غيرها من القطاعات الخدماتية او الصناعية او الزراعية او غيرها، تقوم بدراسة إيراداتها ومصاريفها بشكل واع وعلمي من اجل وضع موازناتها المنطقية التي تساعد على تأمين كل مستلزمات النجاح والاستمرار والتطور وملاحقة التكنولوجيا والتي تسير بسرعة هائلة في الجانب الطبي والصحي بشكل عام؛ وهي مضطرة لمواكبة هذه التطورات والتغييرات لتلبية حاجة مرضاها في الاستفادة من كل التكنولوجيا الحديثة في سرعة تشخيص امراضهم او معالجتهم. كما وهي مضطرة لتلبية حاجة اطبائها لمواكبة التقدم الحاصل في كل التقنيات الطبية والتخصصية، مثل اي اخصائي وفي اي حقل من حقول العلم والمعرفة البشرية والانسانية، وان الحديث عن ان المستشفيات تقوم بعملية توسعة تكنولوجية عشوائية بهدف الكسب المادي او زيادة الكسب هو هرطقة وتَهْرَب من وضع الامور في نصابها الصحيح، اذ ان غياب دور الدولة والوزارات المختصة في التخطيط ووضع الاستراتيجيات المستقبلية وبالتالي اعطاء الحلول عبر قوانين وتشريعات وقرارات تحمي المستشفيات والاطباء (كما تحمي المريض) من خطر التراجع والاندثار والتخلف عن ركب التطور المتسارع في هذه الحقول، ان هذا الغياب يحتم على المستشفيات ان تاخذ المبادرة لحماية مرضاها وحماية اطبائها وبالتالي الحفاظ

أكثر الإدارات تعقيداً بين كل القطاعات الأخرى، وتسمى المستشفى: المنظمة المعقدة أو التنظيم المعقد «complex organization» لأنها تتعاطى في أكثر من اختصاص وبنسبة عالية من الاحتراف والمعرفة والمهارات التي تحتاجها من الطب إلى التمريض والمختبرات والتصوير الطبي إلى المهندسين والصيادلة والإدارة المالية والنظافة والمغسل والمطبخ... كل هذه الاختصاصات تتداخل فيما بينها وهي تحتاج إلى درجة عالية من التنسيق والمتابعة لتنتج خدمة طبية وفندقية عالية الجودة. أما طرح هذه المعلومات لكي نضيء على نوع الكفاءات المطلوبة لكي تستطيع المستشفى القيام بدورها ورسالتها الإنسانية أساساً والمسؤولية الكبيرة الملقاة على عاتقها.

إن هذا الموضوع يجعل من العاملين في القطاع الاستشفائي عملة نادرة أحياناً يتطلب تأمينها دفع رواتب عالية نسبياً، وكلما كانت الندرة مرتفعة كلما كان الطلب عليها كثيراً وبالتالي فإن المنطق يقضي بأن تكافأ هذه الكوادر برواتب عالية. إضافة إلى ذلك فإن المنافسة التي أعيد فتحها مع دول المنطقة العربية وخصوصاً في الخليج والطلب المتزايد على الكفاءات اللبنانية (بعدما كانت هذه الدول قد حولت وجهتها في أواخر الثمانينات والتسعينات إلى دول آسيوية أخرى) جعل من هذه الكوادر أقل ندرة وادخل مستشفيات لبنان في نزاع كبير لا تستطيع الفوز فيه إلا بعرض تعويضات وتقديمات مالية واجتماعية أكبر. وقد أدى هذا الأمر إلى قبول المستشفيات بالتخلي عن جزء من أرباحها لأجل التمكن من المنافسة والاستمرار في السوق بكل كفاءة وجدارة.

من هنا، جاء القرار الأخير للدولة اللبنانية لكي يزيد من حجم الكارثة إذ إن زيادة ٢٠٠,٠٠٠ لكل العاملين في المستشفيات بغض النظر عن رواتبهم أساساً وزيادة بدلات النقل لتصبح ٨,٠٠٠ ل.ل. يومياً يعني عملياً زيادة حوالي ٢٥٠,٠٠٠ ل.ل. شهرياً لكل موظف، بالإضافة إلى زيادة بدلات الاشتراك في الضمان الاجتماعي بنفس النسبة المعروفة ٢٣,٥٪ أي ٤٧,٠٠٠ ل.ل. شهرياً، وعلى هذا الأساس تكون الزيادة لكل موظف في المستشفى حوالي ٢٠٠ \$ شهرياً، يعني ٢٤٠٠ \$ سنوياً، وإذا كان عدد العاملين في المستشفى ٣٥٠ موظفاً مثلاً فإن الزيادة الأخيرة فقط للدولة اللبنانية قد أدت إلى انخفاض الأرباح للمستشفيات بحوالي ٨٤٠,٠٠٠ \$. إن هذه الزيادة في الرواتب هي بدون أدنى شك وعلى مستوى كل مستشفيات لبنان تأخذ جزءاً مهماً من الأرباح الصافية لها يتجاوز الـ ٥٠٪ (بحسب حجم ونوع المستشفيات).

### ثانياً: التغييرات الحاصلة على مستوى الإيرادات:

أمام هذه التغييرات الهائلة التي حصلت على مستوى المصاريف، كيف كانت حركة المستشفيات على مستوى الإيرادات؟ لا شك بأن الحديث لن يطول هنا، إذ إن الإيرادات وبجملتها بسيطة لم تزد بأية نسبة منذ العام ١٩٩٥ على مستوى الجهات الرسمية الضامنة. ومن المعروف بأن غالبية مستشفيات لبنان تعتمد أساساً في إيراداتها على الصناديق الرسمية المتمثلة بوزارة الصحة / الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي / تعاونية موظفي الدولة / الطبابة العسكرية في الجيش اللبناني / مصلحة الصحة في قوى الأمن الداخلي وبقية الأجهزة الأمنية والعسكرية. وتتفاوت نسب الاعتماد على هذه الجهات الضامنة؛ فبعض المستشفيات مثلاً يستقبل أكثر من ٥٠٪ من مرضاه على نفقة الوزارة والبعض الآخر يستقبل هذه النسبة على نفقة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وهكذا في بعض المناطق بالنسبة للجيش. ومن ناحية ثانية، فإن بعض المستشفيات ربما لديه نسب لا بأس بها من شركات التأمين، ولكن معظم هذه الشركات تتعاقد مع المستشفيات على أساس سعر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي زائد نسبة معينة، وبالتالي، فإن إيرادات شركات التأمين هي كذلك بقيت على حالها. يبقى أن نشير إلى أن المستشفيات تعتمد في جزء من إيراداتها على مرضى

عن ارتفاع كلفة الكهرباء أصلاً) قد همز بعنف التوازن المالي لناحية زيادة المصاريف بنسبة كبيرة إذ لا تستطيع المستشفى مهما كانت صغيرة أو كبيرة إلا أن تؤمن التيار الكهربائي على مدار الساعة وكل أيام الأسبوع والشهر والسنة.

٢- أنظمة الاعتماد: إن وضع أنظمة الجودة والاعتماد وفرضها على المستشفيات من قبل وزارة الصحة العامة قد زاد من مصاريف هذه المستشفيات على أساس أنها يجب أن تؤمن كل المعايير المطلوبة. نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر:

- تزويد المستشفى بكل الأجهزة المتطورة والغالية الثمن حفاظاً على أرقى نوع من الجودة التي يمكن تقديمها للمرضى، ولنتذكر هنا بعض أنواع التجهيزات التي يفرضها نظام الاعتماد في أقسام العناية الفائقة والعمليات والتي أدت في بعض المستشفيات إلى تغيير هذه الأقسام بشكل كلي، علماً بأن بعض الخيارات المطلوب توافرها في هذه الأجهزة ربما يستخدم مرة أو مرتين طوال العام.

- تزويد المستشفى بكل أنظمة السلامة العامة وما استتبع ذلك من انكباب المستشفيات على تأمينها وبشكل سريع، وإجراء تغييرات كبيرة على مستوى بنائها التحتية.

- تزويد المستشفى بالكادر البشري المطلوب عدداً ونوعاً من أجل المحافظة على تقديم الخدمة الطبية بأفضل طريقة. ونذكر هنا بعض الشهادات المطلوبة لبعض المواقع الإدارية كالموارد البشرية أو التمريض أو... مهما كان حجم المستشفى. مرة ثانية وقعت المستشفيات تحت عجز كبير لتأمين هذه الكوادر ورواتبهم العالية.

ولا يستخفن أحد بكلفة تطبيق أنظمة الاعتماد التي أقرتها وطبقتها وزارة الصحة العامة وبشكل عشوائي ودون أية دراسة شاملة. والطريف في هذا الموضوع بأن التصنيف الناتج عن تطبيق هذه الأنظمة لا تعترف به كل الجهات الرسمية الضامنة أو شركات التأمين الخاصة، باستثناء طبعا الوزارة نفسها.

٤- زيادة الأجور والرواتب: تلتزم كل مستشفيات لبنان بسلسلة رواتب للعاملين تراعي فيها الحد الأدنى للأجور المقرر من قبل الدولة اللبنانية، ويختص هذا القطاع بتخصيصية كادره البشري في أكثر من ٩٠٪ من مجموع العاملين فيه، إذ إن الوظائف المطلوبة في قطاع المستشفيات في نسبتها الأكبر هي ضمن المهن التالية:

- الأطباء
  - المهندسون على اختلاف اختصاصاتهم
  - المليون والمحاسبون.
  - الفنيون المخبريون أو في التشخيص الطبي.
  - الصيادلة
  - الإداريون والذين هم على كفاءة عالية
- إذ من المعروف بأن إدارة المستشفيات هي من

الى ما هنالك من عشرات الاسئلة التي ستجد المستشفيات نفسها مضطرة للاجابة عنها بالنفي. انني اعتقد بان كل مستشفيات لبنان وكخطة بديلة عن استمرار عناد الدولة اللبنانية في عدم رفع تعرفه الخدمات الاستشفائية والمتوقفة لوحدها دون سواها من بقية التعريفات في كل القطاعات منذ اكثر من ١٢ سنة، سوف تلجأ الى هذه الخيارات البديلة وربما اكثر من ذلك ايضا. فاين يا ترى تصبح جودة الخدمة الطبية واين ستصبح مقولة ان لبنان مستشفى الشرق؟

خلال المناقشات التي كانت تحصل قبل اقرار الزيادة على الرواتب والاجور بين الدولة اللبنانية ممثلة برئيس مجلس الوزراء وبوزير المالية، وبين الاتحاد العمالي وارباب العمل، استوقفتني جملة قالها رئيس الوزراء ووزير المال في مناسبتين مختلفتين ومعناها بانه اذا قامت الدولة اللبنانية بزيادة الرواتب في القطاع العام يجب ان تفكر من اين تؤمن هذه الزيادة التي ستعكس سلبا على الموازنة ولا بد حينها من زيادة ايرادات الدولة (وذلك من خلال زيادة الضرائب طبعا لكي تحافظ على التوازن وعدم زيادة العجز الموجود اصلا). وانا اسال رئيس مجلس الوزراء ووزير المالية، كيف يحق للدولة ان تفكر بزيادة ايراداتها كلما ارادت زيادة رواتب العاملين، ولا يحق ذلك للمستشفيات؟ انه امر عجيب فعلا.

الخاص الذين يدفعون بدلات استشفائهم من جيوبهم الخاصة وبالتالي فان المستشفى ربما ترفع من ايراداتها لهؤلاء المرضى في محاولة لسد النقص الحاصل ولكن السؤال ما هي هذه النسبة؟ بدون ادنى شك لن تكون اكثر من ١٠٪ في احسن الاحوال وفي اكبر المستشفيات وافضلها، وبالتالي فان هذه النسبة غير قادرة على تأمين التوازن المالي المطلوب لاستمرار عمل المستشفيات بالشكل اللائق. امام هذا الاختلال الفاضح والكبير في التوازن المالي لصالح المصاريف وانخفاض الارباح بشكل تدريجي ومتواصل منذ العام ١٩٩٥، ماذا ستكون ردة فعل المستشفيات؟ منذ سنوات ونقابة المستشفيات تطالب المعنيين بضرورة الالتفات الى هذا الموضوع الخطير والذي سيؤدي حتما الى كارثة صحية كبيرة، والى ان يفقد لبنان دوره الريادي على مستوى خدمة الاستشفاء ولن يكون بالتالي لا مستشفى الشرق ولا مستوصف الشرق. ولكن حتى الان لا يوجد اي نتيجة تذكر، والكل يتعامل مع المستشفيات بانها تعود لتجار ورسماليين جشعين يريدون مص دم المريض والجهات الرسمية.

من الطبيعي، وامام هذا الاختلال في الميزان، وامام هذا الاصرار والعناد من قبل الدولة على عدم تلبية المطالب، من البديهي ان يلجأ المستشفى الى استراتيجية واحدة لا بديل لها وهي: التفكير بتخفيض المصاريف اذا كان التفكير بزيادة الايرادات مستحيلا.

ماذا يعني تخفيض المصاريف:

- ١- هل تستمر المستشفى في دفع نفس المبالغ للوازم الطبية المستخدمة ام ستلجأ الى اسواق اخرى اقل نوعية واقل سعرا؟
- ٢- هل تستمر المستشفى باستخدام نفس الكفاءات البشرية وبالرواتب المعطاة ام هل ستستفيد من الاقل خبرة وكفاءة وبالتالي برواتب اقل؟
- ٣- هل تستمر المستشفى في اتباع انظمة الاعتماد وتلبية معاييرها ام سيلجأ الى وضعها على الرف؟
- ٤- هل تستمر المستشفيات بالاستثمار في الاجهزة الطبية الجيدة المصدر ام ستلجأ الى خيارات اخرى؟



## الانفلاش الافقي للسوق الاستشفائي وللتكنولوجيا ايجابيات وسلبيات

الدكتور بهيج عربي

مستشار لشؤون التخطيط والبرامج في وزارة الصحة العامة

تطوره والتي تعمل وتحرك ضمن حرية كاملة للاستثمارات في مجالات الصحة المختلفة اكان ذلك لانشاء المستشفيات او المؤسسات الرعايية ام كان ذلك لاستقدام التكنولوجيا الطبية المتقدمة. فالقانون الذي ينظم فتح المستشفيات رقم ٩٨٢٦ تاريخ ١٩٦٢/٦/٢٢ وتعديلاته بموجب المرسوم رقم ١٣٩ في ١٦/٩/١٩٨٣ تاريخ لم يلحظ اي تحديد او شروط تحد من الاستثمارات وتركت على مسؤولية صاحب المؤسسة. واعتمدت نظرية ان السوق الاستشفائي سيقوم بتنظيم اموره بنفسه Autoregulation واكتفت الدولة بدورها كضامن اكبر يعني تنظيم العلاقة بينها (كمؤسسات ضامنة) وبين المستشفيات الخاصة والاطباء. والنتيجة والمحصلة المنطقية لحرية تطور السوق كانت التطور الكمي جهة، وجهد نوعي لكل مؤسسة استشفائية من جهة اخرى.

ولبنان ينعم حالياً بسوق استشفائي ضخم مميز بتنوع خدماته حتى المتطورة منها، وهو قادر على تلبية حاجات الشعب اللبناني وقسم كبير من المجتمعات العربية.

الطبيعي ان يساهم الاسراف في استعمال التقنيات التشخيصية والعلاجية في ارتفاع الفاتورة الاستشفائية؛ فالانفاق على الاستشفاء كان يقارب ٢٨ - ٤٠٪ من اجمالي الانفاق على الصحة في اعوام ٩٥-٢٠٠٠، غير ان دراسات الكلفة الحديثة للصحة اعطت نتائج مختلفة؛ فالانفاق على الاستشفاء قارب ٥٢٪ من الانفاق العام على الصحة. والحقيقة ان عوامل عديدة تساهم في ذلك الى جانب الاسراف في استعمال التقنيات الطبية المتقدمة والمكلفة.

هذه العوامل بعضها مرتبط بطبيعة نظامنا الصحي الذي يعتمد المبادرة الفردية الاساس في

من

ننسى ان كلفة انشاء السرير الاستشفائي الواحد تتراوح بين ١٠٠ الف وخمسمائة الف دولار. ثانياً: المزاحمة ونتائجها والتضخم الكلي في التكنولوجيا الطبية المتقدمة في لبنان اكثر من باريس بملايينها العشرة و٣٦ الف سرير استشفائي فيها.

ثالثاً: تزامن التطور الكلي والنوعي لسوق الاستشفاء مع تصاعد التوتر السياسي في البلاد ولسنوات عديدة اضافة الى تفاقم الوضع الاقتصادي وتردي الوضع الامني، كلها عوامل ساهمت في عدم استفادة سوق الاستشفاء الفخم الموجود لدينا من حركة سوق الاستشفاء العربي او ما نسميه السياحة الصحية ويقدر حجمها بعدة مليارات من الدولارات سنوياً.

رابعاً: تزايد عمليات الاستشفاء غير المبررة وتصاعد الاستعمال غير المبرر طبياً، كذلك للتكنولوجيا الطبية المتقدمة وهي بلغت في لبنان بالنسبة لل RMI معدل ٨-١٠٪ CT Scan معدل ٢٠-٣٠٪ وهي نسب مرتفعة حيث تقدر الحاجة لخدمات RMI ٣-٥٪ من مرضى الاستشفاء و ٧-١٠٪ CT Scan.

خامساً: اعتماد غالبية الهيئات الضامنة العامة باستثناء وزارة الصحة لنظام الفاتورة الاستشفائية المركبة مقابل البديل المقطوع في وزارة الصحة. سادساً: الثغرات المهمة الموجودة في الانظمة المعتمدة في التأمينات العامة. ويجب ان ننسى ان حوالي ٥٠٪ من الشعب اللبناني لا يملك تغطية اجتماعية خاصة للخدمات خارج الاستشفاء (الوزارة تغطي خدمات الاستشفاء للمواطنين الذين لا يملكون تغطية اجتماعية) الى جانب غياب ضمان الشيخوخة من جهة، وتعثّر الضمان الاختياري من جهة ثانية. والنتيجة ان شريحة كبيرة من المواطنين فوق ال ٦٠ سنة وهم يشكلون ٧٠٪ من مرضى الامراض المزمنة، وهم بامس الحاجة للاستشفاء (٥٠٪ من حالات الاستشفاء هم من هذه الفئة) لابل يحتاجون ثلاث مرات اكثر من فئة الشباب للفحوصات الروتينية الشعاعية والمخبرية والمعائينات، علما انهم لا يملكون الامكانيات لتغطية ذلك؛ مما يؤدي الى الاستشفاء غير المبرر.

في النتيجة ان عوامل عديدة تساهم في رفع معدلات الانفاق على الاستشفاء والاستخدام المكثف للتكنولوجيا الطبية المتطورة جزء منها. طرحنا هذه العوامل المؤثرة مباشرة في كلفة الاستشفاء لتكون الحلول الممكن اعتمادها لمعالجة ذلك فعالة؛ لانه لكل عامل مؤثر. كما عرضنا الحلول المؤاتية لتصحيح سياسة التأمينات واعتماد الخريطة الصحية كأساس للتنمية الصحية واعتماد نظام الاحالة والبطاقة الصحية وسواها.

غير ان لهذا التطور الكلي المتميز بالانفلاش الافقي للخدمات، للاسرة الاستشفائية وللتكنولوجيا الطبية المتطورة لهذا النمط من التطور حسناته وسيئاته؛ حسنات هذا التطور انه وفر توزيعاً جغرافياً ومناطقياً جيداً للخدمات، ورأينا كيف انه ساهم في استيعاب نتائج الحرب الاسرائيلية على لبنان المدمرة على الصعيد الانساني وكيف ان مستشفيات المناطق الجنوبية والبقاعية استوعبت القسم الاكبر من الاصابات.

التوزيع الجغرافي الجيد للخدمات الاستشفائية والعادية امر بالغ الاهمية في حالات الكوارث. ولكن الامر يختلف من المنظار الاقتصادي ومنظار قواعد نحو سوق الخدمات الاستشفائية.

## تجميع الخدمات

في فرنسا والمانيا ودول عديدة اخرى، النمو في الخدمات المتطورة يتجه نحو تجميع الخدمات. فجراحة القلب المفتوح في فرنسا اعتمدت معادلة مركز لكل ٧٠٠ الف نسمة. وحالياً قرروا دمج كل ثلاثة مراكز بمركز واحد؛ يعني مركز واحد لكل ٢,١ مليون مواطن. ولبنان في هذه الحالة يتطلب مركزين للقلب المفتوح بدلا من ٢٢ مركزاً موجوداً حالياً.

اعتبر الفرنسيون والالمان ان المراكز الكبيرة هي ذات جدوى اقتصادية افضل (خفض للكلفة) وذات جدوى طبية افضل، لانها تصبح مراكز ابحاث علمية متقدمة؛ فالانفلاش الافقي الذي حدث للسوق الاستشفائي وضمن مفاهيم الحرية المطلقة انتج معادلة المزاحمة بين المؤسسات الاستشفائية؛ الكل يريد ان يجمع بين المؤسسات الاستشفائية، الكل يريد ان يجمع افضل واحديث التقنيات التشخيصية والعلاجية، بهدف تكملة شخصية وامكانيات المستشفى ورفع مستوى عروضها وتنوعها لاستقطاب الزبون القادر على دفع الفاتورة. وجزء من الرؤية كان يتجه نحو الخليج العربي ويأمل قدوم المواطن الخليجي طلباً للطبابة في لبنان. والنتيجة اولها وقوع المستشفيات في المديونية الكبيرة والفوائد الكبيرة وثانيتها انتاج الزبائن لتحسين انتاجية التكنولوجيا المتطورة والمكلفة، مستفيدة من الثغرات القائمة في انظمة التأمين العامة، مما ساهم في زيادة معدلات الاستشفاء لدى الهيئات الضامنة ونسب كبيرة غير مبررة؛ ففي الضمان الاجتماعي، تحدث تقرير عام ٢٠٠٤ عن حوالي ٣٠٪ من حالات الاستشفاء اي حوالي ٦٠ الف حالة كانت غير مبررة، وهي كانت فقط لاجراء فحوصات شعاعية CT Scan او RMI او مخبرية مكلفة.

والسبب ان اللآليات المعتمدة في تسديد حقوق المضمونين تفرض على المواطن تسديد كامل المبلغ في حالات الخدمات خارج الاستشفاء والانتظار عدة شهور لاستيفاء حقوقه. وبعض الفحوصات كلفتها تفوق الحد الادنى لللاجور.

فكان ان يتقدم المواطن ويتفاهم مع طبيبه وادارة المستشفى. وممكن تواطؤ الطبيب المراقب فيتم ادخال المريض من باب الطوارئ ليحصل بعدها على الموافقة المتأخرة من الضمان. عندها يدفع المريض ١٠٪ فقط من الفاتورة. وانما الذي يحدث هو ان المريض عند دخوله المستشفى لاجراء صورة IRM بحجة الحالة الطارئة يدخل في الفاتورة الاستشفائية الى جانب ال IRM بدل الإقامة واتعاب الطبيب، وبالتأكيد فحوصات اخرى اجريت للمريض. والنتيجة ارتفاع معدلات الحاجة للاستشفاء وارتفاع الانفاق على الاستشفاء نسبة للانفاق الصحي العام. وبالتأكيد الحال مع مرضى وزارة الصحة ليس بافضل من الضمان.

## اسباب ارتفاع الكلفة

ان ما احاول اظهاره من هذا العرض التأكيد على عدة امور مرتبطة بكلفة الخدمة الاستشفائية. اولها: طبيعة تطور النظام الصحي الاستشفائي. والكلفة تبدأ هنا. و يجب الا