

"دور مراكز الرعاية الصحية الأولية في توفير صحة المجتمع اللبناني"

إعداد الباحثان:

حسين محمد حسين

الدكتور أحمد شعبان

جامعة الإمام الأوزاعي لبنان (كلية الإمام الأوزاعي للدراسات الإسلامية)



<https://doi.org/10.36571/ajsp86>

المقدمة:

إن لبنان بلد غني بالموارد وقدر على إحداث تحولات وتغيرات مذهلة إذا ما تم حشد جميع موارده الطبيعية والمالية (رأس المال المادي ورأس المال الاجتماعي) والبشرية تحديداً بشكلٍ سوي. وتمثل أهداف التنمية المستدامة فرصة لتوحيد وجهات النظر بين مختلف الجهات المعنية، من دولة وبلديات ومجتمع مدني وافراد، من خلال تعزيز الحوار فيما بينها واعتماد نهج ترابطي لتحقيق هذه الأهداف. ومن أهم أهداف التنمية، الرقي بالوضع الإنساني إلى الرفاه والاستقرار الاجتماعي وتطور بما يتوافق مع احتياجاته وصولاً إلى العدالة الاجتماعية والاقتصادية والصحية، حتى يصل إلى الوعي التنموي. فالمواطنة من القضايا التي تفرض نفسها بقوة عند معالجة أي هدف أو أي بعد من أبعاد التنمية البشرية المستدامة، وهي أي المواطنة، تشمل الحقوق التي تمنحها الدولة للأفراد الذين يحملون جنسيتها، وحصولهم على الامتيازات التي توفرها، ومنها حقوق التعليم والمساواة وخدمات الرعاية الصحية الأولية وغيرها، مقابل الواجبات المترتبة على الفرد اتجاه المجتمع والدولة والمجتمع الذي ينتمي إليها.

فالرعاية الصحية الأولية، التي هي موضوع الدراسة، تمثل واحدة من أهم الأهداف التنموية التي تسعى إلى تأمين السلامة المجتمعية الصحية، والتي هي أحد واهم حقوق المواطن. فالرعاية الصحية الأولية هي من السياسات الصحية المعتمدة عالمياً والمتأصلة على نحو شامل للأفراد والأسر في المجتمع المحلي بوسائل يمكنهم قبولها وتكليف يمكنهم تحملها، فهي جزء لا يتجزأ من نظام البلد الصحي، إذ تشمل خدمات إنسانية شاملة ويسيرة لجميع أفراد المجتمع معتمدة على تقنيات وأدوات صالحة عملياً وسلامة علمياً ومحبولة اجتماعية، وذلك للحصول على خدمات رعائية تحمي المجتمع في كافة الأوضاع، خصوصاً في ظل الظروف المعيشية والصحية التي عصفت في البلدان النامية ومنها لبنان بعد الحروب والأزمات المتتالية.

فالخدمات الرعائية الصحية الأولية لها بعدين، حيث يشمل البعد الأول الوقاية التوعوية والعمل مع المجتمع المحلي ببرامج اجتماعية صحية تتعلق بنظام التغذية، والام الحامل، والتلقيح، والكشف الطبي على طلاب المدارس، وغيرها من أجل خلق وعي صحي لتفعيل حدة الأمراض وتشخيصها في مراحلها الأولى، مما يخفف من تفاقم المشكلة ويدرك من الاستهلاك الصحي والدوائي.

أما البعد الثاني فهو علاجي حيث يتم العمل به من خلال الاكتشاف المبكر للمرض، وتنظيم المسار العلاجي المناسب للمرضى، وهذا تكون التنمية الصحية ترفع من إنتاجية المواطنين من جهة وتخفض الأعباء الصحية والتكاليف المالية على المدى الطويل. فنجاح المراكز الرعائية الصحية الأولية يمكن في تقليل عدد المرضى في المراحل الرعائية الثانوية والثالثية.

وبرغم من أهمية الرعاية الصحية الأولية، فإن النظام الصحي اللبناني يعني من مشكلات بنوية موجه نحو الاستشفاء بشكل كبير، أي أنه يركز الدعم على المستشفيات الخاصة أكثر من المستشفيات الحكومية وفق تحاصص سياسي وطاغي، فنسبة 3% من موازنة وزارة الصحة تذهب إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية والباقي ينحصر للاستشفاء¹. إضافة إلى وجود خللاً يتمحور بعدم التنسيق والربط، وعدم اعتماد نظام الإحالة بين المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية، والتي بلغ عددها 282 مركزاً موزعين ديموغرافياً على الأراضي اللبنانية. والمشكلة الأخرى هي أن المواطنين لا يعلمون بهذه المراكز، ولا يعرفون وظيفتها الصحية البالغة الأهمية التي تسعى لأجل بناء مجتمع ذو صحة سلية، والوصول إلى وعي صحي. ناهيك أن هذه المراكز لا تقوم بالدور المطلوب لمواجهة جشع وطمع المؤسسات الخاصة الصحية واحتقارها للقطاع الصحي، بواسطة جهات وتنظيمات طائفية مغلقة، والتي تزيد من تبعية الأفراد وتعرقل دور المواطن من جهة، ودور التنمية البشرية المستدامة من جهة أخرى.

¹ رندة حمادة مديرية دائرة الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة اللبنانية

لذا من المجدى هنا أن نطرح تساؤلاً يمكننا الإلتفاق من خلاله، هل هذه المراكز الرعائية الصحية، تقوم بالممارسة ببعدها التموي كما يجب وفق ما يعتريها من معوقات، وما يشوبها من خلل؟؟؟

أهمية البحث وأسباب اختياره:

تتبع أهمية هذه الدراسة بسبب اهتمام الكبير للباحث حول الرعاية الصحية الأولية للمجتمع و حاجتنا المتزايدة والملحة مع تزايد الامراض والوبئية من جهة وازدياد التكاليف المالية للعلاج من جهة أخرى. هذا بالإضافة الى السياسات الصحية المعتمدة ومعرفة مستواها على الصعيد الإداري من أجل السعي الى فهم وتحليل الواقع الصحي من 2018 حتى 2023 بما يتضمنه من تأثير للأزمات التي عصفت بلبنان في الآونة الأخيرة. وتكمّن أهمية هذه الدراسة في النتائج والتوصيات التي من شأنها أن تجسّد واقعاً مجتمعاً والخطوات المستقبلية التي قد تساعد في رفع مستوى التنمية الصحية المجتمعية.

بـ مشكلة الدراسة:

كان لبنان من الدول القليلة التي حققت أهداف الألفية للتنمية على صعيد النهج القطاعي، منها القطاع الصحي التموي الذي تميّز في جمع الإمكانيات المتوفرة من شركات القطاع الخاص، والجمعيات الأهلية، ومن إمكانات وزارة الصحة الضئيلة نسبياً. إضافة إلى حزمة الخدمات الصحية المعتمدة والممولة من الصناديق الضامنة أو من قبل وزارة الصحة. هذا ما ساهم في خفض نسبة الوفيات للأطفال والأمهات، بحيث أكدت دراسات مؤتمر بلومبرغ الصادر عام 2017 بأنّ لبنان في المرتبة 32 من أصل 166 دولة في معدل الوفيات، إضافةً لانخفاض الإنفاق على الصحة العامة من 12,4% في عام 1998 إلى 7,5% من الناتج المحلي العام في عام 2015. ولقد عزّزت السياسات النيو-ليبرالية التي اعتمدتها الحكومة اللبنانية منذ عقود في الاقتصاد والسياسات الاجتماعية إلى تشجيع القطاع الخاص، مقابل المناداة بتقليل مساهمة الدولة في القطاعات المختلفة، بما فيها القطاع الصحي.

وتساهمت السياسات النيو الليبرالية في لبنان في تعزيز دور القطاع الخاص، في تقديم الخدمات الصحية انطلاقاً من الربح والتسليع، الامر الذي عزّز من نوعية الخدمة لكنه اوجد خللاً في شمول هذه الخدمات عموم المواطنين وعدم النجاح في تعزيز رعاية صحية عالية الجودة ومتوازنة بين فئات الاجتماعية ناهيك عن الاختلالات المناطقية

كشفت الأزمة الاقتصادية الحالية عن عمق الأزمة في القطاع الصحي، حيث فقدت غالبية الشعب اللبناني القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية التي تم تسعيها بالدولار الأمريكي، في الوقت الذي أصبح غالبية الهيئات والصناديق الضامنة عاجزة عن توفير التعطية الاستشفائية والدوائية التي كانت تعطيها قبل الأزمة، الامر الذي دفع بالمواطنين إلى البحث عن من يقدم المساعدة لتعطية العجز عن دفع الفاتورة الصحية، مما عزّز الزيانة السياسية والطائفية، وبالبعض الآخر لجأ إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية من أجل الحصول على الخدمة الصحية والتي أصبحت تعمل كمستوصفات وليس كمركز رعاية صحية أولية تعمل على تدعيم الصحة المجتمعية وعليه نظر الإشكالية الآتية، إن تعزيز مراكز الرعاية الصحية الأولية يؤدي إلى تعزيز الصحة المجتمعية ويخفف من اللجوء إلى الاستشفاء، كما يخفف من الزيانة السياسية والطائفية أو من إرهاق ميزانية الاسر بالإنفاق على الصحة ويعزز العدالة الاجتماعية.

جـ فرضيات الدراسة وأسئلتها:

للاجابة عن الإشكالية المطروحة، وما يندرج في إطارها من تساؤلات فرعية، يمكن صياغة الفرضيات الآتية كإجابات محتملة لها:

- **الفرضية الأولى:** تعزيز الموارد البشرية والتمويل المادي كموارد أساسية في مراكز الصحية الأولية يساهم في عملية اصلاح النظام الصحي اللبناني، وبالتالي تمية القطاع الصحي وتطوير آدائه.
- **الفرضية الثانية:** زيادة وعي المجتمع المحلي لأهمية مراكز الرعاية الصحية الأولية يؤدي إلى انخفاض معدلات الاستشفاء وتقليل التكاليف المالية.

د. حدود الدراسة:

العينة: تم الاعتماد على أسلوب العينة العشوائية المنتظمة من مرتادي مركز الرعاية الصحية الأولية في عرمون مكان الدراسة: مركز عرمون للرعاية الصحية الاولية انتميذجا

الحال الزمانى: سن عام 2018- 2024

المجال البشري: المستفيدين من مركز عرمون للرعاية الصحية الأولية

هـ أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الى تحقيق الاتي:

- التعريف بالرعاية الصحية ومستوياتها، وإبراز أهميتها ودورها في تحسين مستويات الصحة والحياة الاجتماعية.
- التعرف على واقع المراكز الرعائية، من حيث انتشارها، وتطورها والإمكانيات المتاحة لها من أجل دعم التنمية الاقتصادية.
- التعرف على دور مراكز الرعاية الصحية الأولية من خلال برامجها والخطط التي اعتمدتها في سبيل اصلاح وتنمية القطاع الصحي في لبنان.
- تحديد أهم التحديات التي تواجه المراكز الصحية الأولية، والخروج ببعض التصورات التي من الممكن أن تساهم في التغلب عليها، ومدى إمكانية كسر التسلیع الحاکم من خلال تزوید المراكز الرعائية بالنتائج والتوصيات، مع التركیز على تعزیز الإداره الفعالة لھذه المراكز.
- تسليط الضوء على الكيفية التي تتفاعل بها مراكز الرعاية الصحية الأولية مع المجتمع المحلي والاثر الذي تحدثه العوامل الداخلية على أدائها، كالعوامل السياسية، والاجتماعية الثقافية، والاقتصادية للوصول ووعي مجتمعي.

و_ الدراسات الساقية:

1. **تقييم واقع جودة الخدمة الصحية الاولية، دراسة حالة لعينة من المراكز الصحية في مدينة الديوانية دراسة اجراها سامر حسين**
عاجل حيث تناولت الدراسة الاساليب الحديثة في تطوير نوعية الجودة الخدمات، ووضع معايير تقييم أداء العاملين من خلال معرفة واقع الخدمات الصحية الاولية في منطقة الديوانية لعام 2017 وذلك باستخدام دراسة واقع الحال من المتوفرة البني التحتية والموارد البشرية التابعة لدائرة صحة في الديوانية بالمقارنة مع المؤشرات والمعايير وتطبيقاتها لمعرفة درجة كفاية تلك الخدمة.
2. **استخدام التطبيقات الإلكترونية كقنوات اتصال رقمية في ضوء رؤية مصر 2030، تطبيق صحة مصر - نموذجا دراسة اجرتها د. كريمة كمال عبد اللطيف توفيق** حيث استخدمت العديد من التقنيات الرقمية ومنها التطبيقات الإلكترونية الإعلامية في المجال الصحي والذي يعتبر أحد أعمدة التنمية المستدامة في ظل رؤية مصر 2030، فالهدف الجوهري للتنمية المستدامة للإعلام لا يمكن تحقيقه دون رفع المستوى المعماري والتكنولوجي باستخدام التطبيقات الرقمية والتكنولوجية في ضوء التنمية المستدامة.
3. **الإدارة الصحية وتحديات البيئة في الجزائر والاردن بمنظور المقارن اجرها الباحث نعيمي الخير، حيث تحدث عن الإدارة الصحية الكفؤة مهمة في كل مستوى من مستويات النظام الصحي من أجل تحسين الخدمات الصحية، ومن ثم الوضعية الصحية للسكان، حيث تطوي على عمليات تقنية واجتماعية لتحقيق الأهداف الصحية من خلال الاستخدام الفعال والكافء للموارد الصحية في ضوء الحقائق، الديمografية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية.**

المنهج المتبعة في الدراسة:

للإvidence عن الاشكالية المطروحة، والتحقق من صحة الفرضيات، تم الاعتماد على المناهج الآتية:

المنهج التحليلي: الذي يتضمن الوصف فهو يلعب دورا هاما جداً في شرح ظاهرة أو مشكلة البحث. يجمع الباحث العلمي من خلاله معلومات وبيانات دقيقة جداً عن ظاهرة أو مشكلة البحث، ثم يقوم بدراسة وتحليل هذه المعلومات، التي توصله إلى تفسيرات دقيقة وحلول منطقية بعد دراسة ميدانية أيضاً. وتم اختيار هذا المنهج لأنه يمكن للباحث أن يستكشف العلاقة بين مختلف المتغيرات والظواهر، وتوضيح هذه العلاقات.

حـ_ صعوبات الدراسة:

من بين أبرز الصعوبات التي واجهت الدراسة هي تضارب البيانات والإحصائيات من مؤسسة إلى أخرى، فالبيانات التي توردها وزارة الصحة في لبنان، أو الجهات المسؤولة عن تقديم الإحصائيات في مختلفة عن تلك التي توردها منظمات أخرى كمنظمة الصحة العالمية، مما يضع الباحث في موقف المفاضلة بين أي بيانات التي يتم استخدامها في الدراسة.

بالإضافة إلى عدم توفر البيانات والإحصائيات في بعض الأحيان من مصادرها الرسمية، خاصة عندما يتعلق الأمر بالتكليف والموازنات، فموقع وزارة الصحة في لبنان خالي تقريباً من أي بيانات إحصائية، مما اضطرنا للاستعانة بالإحصائيات الواردة في دراسات سابقة من أطروحات ومقالات لباحثين آخرين.

إضافة إلى تكاليف مالية لتوارد الباحث في مركز الرعاية الأولية في عرمون ونحن سكان بيروت، ناهيك عن الوقت المطلوب قضائه في المنطقة وداخل المركز لتبني الاستمرارات المطلوبة التي عانينا في تعبيتها بسبب تهرب المبحوثين من الإجابة الدقيقة على أسئلة الاستمرارة

طـ_ خطة البحث:

ينقسم البحث إلى: مقدمة وثلاث مباحث وخاتمة، وهم على الشكل التالي:

في المقدمة تحدث الباحث عن أهمية الدواء في صحة الإنسان والمجتمع، وتميز الدين الإسلامي على صعيد الاهتمام بالصحة الجسدية والصحة الروحية، خصوصاً تأثير هذه الأدوية على المسلم، وعرضت أهمية الموضوع وأسباب اختياره، واهدافه ومشكلاته، بالإضافة عن الصعوبات التي واجهها الباحث.

المبحث الأول: عبارة عن الإطار النظري ومنهجية البحث

المبحث الثاني: عبارة عن إطار مفاهيمي للبحث، والذي قسم بدوره إلى ثلاثة مباحث، الأول منها عبارة عن مدخل للقطاع الصحي تم التطرق إلى تعريف الرعاية الصحية وخصوصيتها وأهميتها وعلاقتها ببعض المفاهيم ذات العلاقة، أما المبحث الثاني فيتناول العملية التي تقوم بها مراكز الرعاية الصحية الأولية من خلال التطرق إلى وظائف هذه المراكز، ومهامها، ومستويات الإدارية والتقنية للخدمات الصحية المعتمدة، في حين خصص المبحث الثالث للحديث عن التحديات التي تواجهها.

المبحث الثالث: عبارة عن الدراسة الميدانية للباحث والذي قسم إلى ثلاثة مباحث:

- الأول: عبارة عن المقابلات مع إدارة المدارس والجهات التي تشارك مع مراكز الرعاية الصحية، مسؤولة مركز عرمون الأستاذة ليال المختار، والدكتورة رندا حمادة مسؤولة شبكة الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة.

- الثاني: فيتناول تحليل الاستمرارة كأداة بحثية ثانية وتمكن الباحث من الإجابة عن الأسئلة المطروحة في البحث من خلال تنظيم وجدولة البيانات في جداول إحصائية.

- الثالث: وهو يعكس نتائج مناقشة مجموعة التركيز ويفك أو ينفي البيانات التي تم جمعها من خلال التقييم الكمي.

المبحث الأول

الإطار النظري للمفاهيم الصحية

المطلب الاول: مفاهيم ذات صلة بالصحة

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية²، تجسد الرعاية الصحية الأولية نهجاً شاملاً للمجتمع يهدف إلى تنظيم وتعزيز الأنظمة الصحية الوطنية لتوفير خدمات الصحة والعافية ضمن متناول المجتمعات. وهي تشمل ثلاثة عناصر رئيسية: خدمات صحية متكاملة مصممة حسب احتياجات الأفراد عبر مراحل حياتهم، معالجة العوامل الأوسع للصحة من خلال السياسات التعاونية عبر القطاعات، وتمكين الأفراد والمجتمعات من إدارة صحتهم بنشاط. يتيح هذا النهج لأنظمة الصحة معالجة احتياجات الصحة المتنوعة بدءاً من الترويج والوقاية وحتى العلاج وإعادة التأهيل والرعاية التطيفية، مع ضمان توجيه الخدمات حول الفرد ومواءمتها مع تفضيلاته الشخصية.

وبالتالي سوف نقوم بتعريف بعض المصطلحات والمفاهيم المرتبطة بالصحة والمجتمع ومراكز الصحية من أجل تأسيس إطار مفاهيمي للبحث خصوصاً أن هذا البحث نظري ولن يكون مرتبطاً بعمل تطبيقي، من أجل فحص الفرضيات والتأكد من مصداقية الأشكالية:

مفهوم الصحة

عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) الصحة بأنها السلامة الحسدية والعقلية والصحة الاجتماعية وليس مجرد غياب المرض أو

ضعف الحسنه³

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة بأنها حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم التوازن⁴. ويؤكد البنك الدولي على أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم، وبالمتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الفرد، وكذلك مقدار التفقات وكفاءتها في النظام الصحي، ومدى انتشار الامراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الحرفافية والبيئية إلى حد كبير.

المركز الصحي:

هو الوحدة الصحية التي تعمل بإشراف إدارة الرعاية الصحية الأولية بالمنطقة المتواجد بها، وتهدف إلى تحسين صحة المجتمع المحلي من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية لمجموعة من السكان وفق المعايير المحددة انطلاقاً من مفهوم الرعاية الصحية الأولية واستدانتها المعتمدة⁵

■ انواع الخدمة الصحية⁶

يمكن تقسيم أنواع الخدمة الصحية على وفق أساس مختلفة ذكر منها بحسب مستوى العناية المقدمة للزيتون.

الرعاية الثانوية (secondary care).

الرعاية الثالثة (tertiary care).

المبحث الثاني

القسم السادس

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

2 منظمة الصحة العالمية، 2023

سويدان (واخرون) ، 2008 3

4 طلت، 2006، ص 17

۱۸ ابراهیم، ۲۰۰۹، ص ۵

مقدمة عامة حول قطاع الصحة في لبنان:

يختلف ملف الصحة والطب في لبنان عن القاعدة العامة للوضع اللبناني. ويمكن وصف الوضع الصحي في لبنان بأنه حالة من انعدام للأمن الصحي مع غياب للرقابة على مختلف المستويات الغذائية، الصحية، الادارية، المالية... الخ، وفي المحصلة يرث المواطن تحت عباء كل ذلك، حيث تطور مفهوم الصحة عبر الزمن وأصبح يشتمل على أربع مجالات متكاملة هي:

- التربية الصحية.
- البيئة الصحية.
- الكشف الطبي.
- ومن ثم المعالجة الصحية.

فكان التحديات التي واجهت النظام الصحي اللبناني ومنها:

إدخال مفهوم التربية الصحية المدرسية لترتبط وزاري الصحة والتربية ضمن حلقة واحدة متربطة، تسعى إلى تقديم العادات الصحية السليمة، وتعلم النشأ على كيفية اعتماد العادات الغذائية الصحية السليمة، والمحافظة على الصحة التي هي هبة الله للإنسان والتي لا يجب التغريط بها.

في مطلع الثمانينات كان مشروع التربية الصحية في المرحلة الابتدائية من التعليم العام في المدارس الرسمية، الذي أبصر النور في العام 1981، حين باشرت مديرية التعليم الابتدائي بتنفيذ هذا المشروع، ومن أهم التجديفات التربوية التي رافقت تلك الحقبة⁷.

- التربية الصحية في المدارس.
- تأسيس وحدة للتربية الصحية في مديرية التعليم الابتدائي.
- وضع مناهج لمادة التربية الصحية للمرحلة الابتدائية.
- تدريب 65 مدرساً ومدرسة، وتأهيلهم لتدريس مادة التربية الصحية في السنين الاولى والثانية الابتدائيتين.
- وضع كتاب "التربية الصحية" من قبل مديرية التعليم الابتدائي، الامر الذي دفع وزارة التربية عام 1985 للتعاون مع منظمة اليونيسف لجهة التخطيط والتمويل، لتطوير برنامج التربية الصحية. فاجري تقييم شامل للخطوات التي نفذت في هذا المجال من العام نفسه.
- إعادة النظر في كتاب التربية الصحية اذ استعيض عنه ببطاقات (أنا وصحتي) الذي أنتجته وحدة التربية الصحية في جمعية المقاصد الخيرية الإسلامية بيروت.
- تنفيذ حوالي 45 حلقة تربوية لإعداد مرشدين صحبيين في المدارس من بين (المعلمين) العاملين فيها بمعدل مرشد أو اثنين لكل مدرسة. بلغ عدد العاملين أو المرشدين الصحبيين في كل لبنان حوالي 1,350 مرشدًا يعملون في 95% من مجموع المدارس الرسمية الابتدائية.

أما المدارس المتبقية التي لم تدخل إليها التربية الصحية فشملتها الحالات التدريبية التي نفذتها وحدة التربية الصحية آنذاك. تطورت وحدة التربية الصحية وتجهيزاتها، إذ تقع عن الوحدة المركزية سبع وحدات فرعية في مختلف المناطق: واحدة لكل من

بلغ عدد المراقبين الصحيين حتى عام 2019 بين 55 إلى 65 مراقباً صحيّاً في كل لبنان، يتولى كل مشرف مراقبة عمل

⁷ سيمون عازوري- ندوة في مجلس النواب اللبناني، "٢٠٠٢\١٨" لجنة الصحة النباتية مجلس النواب-لبنان

المرشدين الصحيين ومساعديهم في حوالي من 10 إلى 20 مدرسة رسمية.

المطلب الأول: الوضع الصحي الحالي في لبنان:

يقتصر الوضع الصحي في لبنان حالياً على تقديم الخدمات الصحية للمواطنين (طبابة واستشفاء)، ودور المؤسسات الضامنة مختصر على التغطية للخدمات المقدمة بدل أن يكون واضح للسياسات الصحية، أي الاهتمام بنوعية الخدمات الصحية المقدمة. حيث استطاع بعد الثورة الصناعية والعلمية التي اجتاحت العالم على مختلف الصعد (تكنولوجيًّا، صناعيًّا، صحيًّا...الخ) أن يجعل بعض الدول العربية ترسل رعاياها لتلقي العلاج، وإجراء العمليات الجراحية في لبنان، وكان لبنان يعتبر من الدول المتقدمة في المجال الصحي، إن في تقديم الخدمات الصحية، أو في التقنيات الطبية والتكنولوجية الصحية المستخدمة في المستشفيات، والتي تعد متقدمة وتوازي الدول الأوروبية في بعض المجالات الطبية مثل (زراعة الكلى، والكبد، والبنكرياس)، وحرصها على مواكبة التقنيات الحديثة عبر التزود بالمعدات والأجهزة الضرورية في هذا الإطار، فكان على الأطباء مجازة العصر، وتعلم استخدام هذه التقنيات، الامر الذي فرض عليهم بعض المتطلبات الضرورية لمراعاة هذا التقدم من خلال الندوات والمؤتمرات المتخصصة التي تقام في هذا المجال، الامر ذاته ينطبق على وزارة الصحة العامة، وبحكم إشرافها على القطاع ومراقبتها للأداء العاملين فيه، إلى الإمام بمختلف التطورات الطبية العلمية والتقنية الحديثة، وهناك لجنة استحدثت أخيراً تعنى بإعادة تأهيل الأطباء المراقبين إدارياً وعملياً⁸.

عن واقع كليات الطب (الصحة) من الناحية الأكademie وما يرافق ذلك من تقويم للأداء المهني وتعامل لجنة التحقيقات في النقابة مع الأخطاء الطبية التي تتكامل فعلياً بين الجودة والأخلاقيات المعروفة أو عن المعايير التي تتبعها منظمة الصحة العالمية في المعدلات الأساسية لعدد الأطباء (أي المعدل العالمي لعدد الأطباء) قياساً لعدد المواطنين هو طبيب لكل 1000 مواطن. أما في لبنان فيصل عدد الأطباء قياساً لعدد المواطنين بمعدل طبيب لكل 300 أو 350 مواطناً. فان العدد الاجمالي للأطباء في لبنان أوجد جواً من التناقض الحاد الذي كان له تأثيراته على الكلفة الصحية، وعلى عدد الأسرة الاستشفائية⁹، وهذا الارتفاع في عدد الأطباء في لبنان، مردها إلى أن هناك (7) سبعة كليات طب في لبنان، يتخرج منها سنوياً ما يقارب الـ 400 طبيب، ويضاف إلى هذا العدد ما بين 100 - 150 طبيباً تلقوا علومهم الطبية خارج لبنان يعودون سنوياً لممارسة الطب في الوطن الام لبنان، وهو معدل مرتفع جداً، إضافة إلى سوء توزع الاختصاصات الطبية، وسوء توزيع جغرافي أيضاً، حيث هناك كثافة أطباء في العاصمة بيروت وجبل لبنان حيث تتركز المستشفيات الكبرى، وأعداد قليلة للأطباء في الارياف، وإقبالاً أقل على الاختصاصات مثل أمراض الشيخوخة وغيرها...

بالنسبة لأعداد الأطباء، فقد سجل 12,500 طبيباً في نقابة بيروت في موازاة 2,500 طبيباً مسجلين في نقابة الشمال، أي ما يعادل 15,000 طبيب المسجلين في النقابتين، وهناك 143 مؤسسة استشفائية (مستشفيات) موزعة على مختلف المناطق اللبنانية، و29 مستشفى حكومي تتمتع المستشفيات الحكومية بالاستقلال المالي والإداري، وقد تم إنشاؤها وتجهيزها من قبل الحكومة اللبنانية، وتم تكليف مجالس إدارة لإدارتها، يترأس إدارتها حسب القانون طبيب اختصاص مع خبرة لا تقل عن خمس سنوات تم الحقها بالقانون المذكور، أما بخصوص عدد المستشفيات العاملة حالياً فهو 23 مستشفى حكومي¹⁰.

على الرغم من صعوبة تقدير عدد الأسرة الفعلية في المستشفيات الحكومية والخاصة، فحسب تقرير جهاز الاحصاء لوزارة الصحة العامة اللبنانية يبلغ عدد الأسرة المتوفرة في المستشفيات الحكومية والخاصة 195,15، سريراً، 2,446 سرير في المستشفيات الحكومية

⁸ سيمون عازوري - ندوة في مجلس النواب اللبناني - " 2002\18 " - لجنة الصحة النيابية مجلس النواب - لبنان

⁹ عمار، وليد - "التوجيهات الاستراتيجية للنظام الصحي في لبنان" - وزارة الصحة اللبنانية - 2012\1.

¹⁰ نقابة الأطباء في بيروت وطرابلس - 2020\9\6.

و 749,12 سريراً في المستشفيات الخاصة وفق الخطط الحكومية الرسمية، مقابل نحو 10.000 سرير للقطاع الخاص¹¹، في حين أن هذا القطاع الاستشفائي يحتاج إلى 24 ألف ممرض وممرضة حيث يقتصر العمل على سبعة الآلاف فقط يعملون في المستشفيات بدوام عمل في كثير من الأحيان مضاعف، أي بفترتين متتاليتين، لتغطية الحاجة للعناية التمريضية وقلة العاملين الصحيين (الممرضات والممرضين)، ففي سجل نقابة الممرضين والممرضات في لبنان (16,000) ستة عشر ألف منتسب من ممرضين وممرضات، وهؤلاء من المستوفون لشروط ممارسة المهنة.

تقول النقيب (رئيسة النقابة) الدكتورة نهاد ضومط: مع ذلك لا يمارس نصف هؤلاء عملهم، إذ يقتصر عدد العاملين حالياً في العناية التمريضية على حوالي (7,000) سبعة الآلاف ممرض وممرضة¹²، ويضم سوق العمل 1,45% من العدد المسجل في النقابة، وهو رقم يوحي بالكثير من «التعب» بحسب ضومط لكون قطاع العناية التمريضية يحتاج إلى 24 ألفاً من الممرضين، وهذا يعني أن القطاع التمريضي ليس على ما يرام، حيث أن المتوفر من الممرضين والممرضات، يقل عن الحاجة بنسبة 150%， حيث يواجهون تحديات مختلفة، وتحتاج نقابة الممرضين والممرضات، عن عشرات الطلبات التي تصلها من أعضاء في النقابة للحصول على إفادة انتساب تطلبها المؤسسات الصحية والمستشفيات في الخارج، لافتاً إلى أن هجرة العاملين في القطاع بلغت مستويات غير مسبوقة نتيجة الرواتب المنخفضة، أو عدم تقاضي الرواتب، والاجازات غير المدفوعة.¹³ وتشير ضومط، إلى استقطاب دول مثل فرنسا، بلجيكا، إنجلترا، كندا وقطر العدد الأكبر من العاملين في القطاع، مرجحة أن يزداد عدد المهاجرين من الممرضين مع فتح بلدان أخرى مطاراتها قريباً، مضيفة: «هناك طلبات رسمية وصلتنا عبر وزارة الخارجية من إنجلترا وكندا لتوظيف ممرضين وممرضات لبنانيين، فالعالم بحاجة حتى عام 2030 إلى (9) تسعه ملايين ممرض وممرضة، فبدل أن نحافظ عليهم هنا في لبنان لا نقوم بأي شيء لتحسين ظروفهم للبقاء في بلدتهم».

أما بالنسبة لتكلفة الصحة في لبنان فتتقطّع تكلفة تقديم الخدمات الصحية إلى:

أ- تكلفة ثابتة.

ب- تكلفة متغيرة.

أ- **التكلفة الثابتة**: هي عبارة عن تكاليف لا تتغير مهما تغير مستوى نشاط المشروع بالزيادة أو النقصان أي مهما زادت أو تضاءلت الكميات المنتجة أو الخدمات المقدمة، مثل: الإيجارات، الرواتب لذوي العقود طويلة الأجل، استهلاكات على أنواعها استهلاك الآلات والمعدات، استهلاك المباني والمفروشات، ومفروشات غرف المرضى، الخ، وعقود الصيانة السنوية.

ب- **التكلفة المتغيرة**: وهي التي تتغير مع تغير مستوى نشاط المشروع بالزيادة أو النقصان أي مهما زادت أو تضاءلت الكميات المنتجة أو الخدمات المقدمة، والمرتبطة بالأعمال اليومية، في المؤسسات الصناعية تتالف التكلفة المتغيرة من المواد الأولية المستعملة في الإنتاج، واليد العاملة المباشرة أي العاملين الصناعيين فقط.

وهنا يدخل عنصر ثالث على هذه التكاليف (الطلب الصناعي: تكلفة اقتناء تكنولوجية متقدمة)، أي بمعنى أنه ينظر إلى الطلب على أنه اصطناعي، عندما يؤدي إلى إفراط في استعمال التقنيات المتقدمة، دون حاجة إليها، على سبيل المثال، الزيادة في استخدام التكنولوجيا المتقدمة في التشخيص مثل استعمال (CT Scan, MRI) التصوير الطيفي المحوري والتصوير بالرنين

¹¹ الجريدة الرسمية - "لعدد 33 - 1996/7/29 الصفحة: 1862" - بموجب مرسوم رقم 1536 تاريخ 1978/11/25.

¹² وزارة الصحة اللبنانية - جهاز الاحصاء - 2020/3/24.

¹³ وردية بطرس - " نق بكم لندعم الممرضين والممرضات من جميع النواحي، جريدة الأفكار، العدد 1921 - 17/5/2019

المغناطيسي...الخ، حيث أصبحت تشكل عبءً على التكلفة في المؤسسات الصحية، مثلاً في الضاحية الجنوبية لمدينة بيروت فيها ثلاثة ماكينات MRI وثلاث الات CT، وثلاثة مركز لتمثيل القلب، ومركز للقلب المفتوح، علماً بأن هذه التقنيات مكلفة جداً من الناحية المالية، وتعتمد المستشفيات في الحالات المماثلة على الأطباء لتحويل المرضى إلى استعمال هذه التقنيات، والمعروف أن نسبة مما يدفعه المريض على الصور والفحوصات المخبرية تكون من حصة الطبيب المحول (Referral Physician)، ويزداد الطلب على استخدامها مع تقديم نوعية الخدمات لدى المنشأة الصحية، لدرجة أنها استطاعت أن تحل مكان معدات أخرى أقل كلفة مثل (Ultrasound) التصوير الصوتي، الذي بإمكانه اعطاء النتيجة ذاتها في بعض الحالات المرضية (في عملية التشخيص)، حتى أنها استطاعت أن تلغي الفحص السريري، والذي هو من أساسيات الاعمال الطبية، لنرى بعض الأطباء يعيانون زبائنهم بالأأشعة ما فوق البنفسجية، أي ان الله الـ Stethoscope "توضع عن بعد مسافة من صدر المرضى" ، فالغاية من هذه الثورة الطبية هي الارتفاع في نوعية الخدمة بوقت وتكلفة أقل، وليس الهدف منها أن تكون استراتيجيات ربحية لتقديم الخدمات الصحية، إنما الضرورة الصحية والطبية ضمن قوانين تشرع وتقيد استخدامها، لتنстوي تلبية الغرض الذي وجدت من أجله، وتكون في متناول من هم بحاجة إليها حيث تترافق هذه المشكلة مع مشكلة عدد اللبنانيين غير المشمولين بالتعطية الصحية، والذي يقدر عددهم بحوالي 53% فتأمين التعطية الشاملة يجب أن لا يكون من جيوب الناس¹⁴.

الأدوية: أما بالنسبة لاستيراد الأدوية من الخارج فهذه واحدة من الملفات الكبرى التي تعاني منها الدولة اللبنانية، إذ إن الأدوية في لبنان يتم استيرادها من الخارج وبالعملة الصعبة (الدولار الأميركي)، والارقام المدفوعة كبيرة جداً، والآن في لبنان هناك معضلة الأدوية والمستلزمات الطبية، التي كما يقال بدأت تتفشى من الاسواق، والمصارف لا تطبق تعاميم مصرف لبنان بهذا الخصوص، مما أدى إلى ارتفاع أسعار هذه الأدوية والمستلزمات، نظراً لفقد أو شح العملات الأجنبية (الدولار الأميركي).

في هذا المجال يمكن للدولة اللبنانية أن تقوم بعملية تخفيض تكلفة تعطية هذه المواد والمستلزمات والأدوية من خلال مراقبة عمليات الاستيراد من حيث السعر، النوعية وال الحاجة، بما يؤثر إيجاباً على ميزانها التجاري وتخفيض الضغط على طلب الدولار، أو حتى على خزينة الدولة اللبناني، حيث تقوم الشركات باستيراد الأدوية من الخارج لتعود وتبيعها لوزارة الصحة والمؤسسات الصحية التابعة للدولة اي الهيئات الضامنة وكذلك القطاع الخاص.

يعاني لبنان من الكلفة الباهظة لأسعار الدواء بسبب اعتماد معظم شركات الأدوية على (Brand) (أي الاسم التجاري أو الدواء ذات العلامة التجارية المسجلة)، الا أنه يمكن تصنيع الدواء محلياً "الجيوني ريك" (Generic) (أي الذي لا يحمل علامة تجارية مسجلة عالمياً، أو الذي مضى على اكتشافه 10 سنوات ويمكن لأي كان تصنيعه)، فيمكن خفض الأسعار بشكل كبير، مثلاً: يقدر عدد السكان في مصر بحوالي 108 ملايين نسمة وفي تركيا حوالي 80 مليون نسمة، وفي لبنان أربعة ملايين نسمة، عندما تأتي تلك الشركات المصنعة لبيع كميات هائلة من الدواء في السوق تقل تسعيرة الدواء والعكس صحيح في بلدنا¹⁵.

إضافة إلى وجود الاحتكار في السوق اللبناني، مما يؤدي إلى التحكم بالأسعار بحيث تتم زراعتها لتخفيض معدلاتها، وعدم قدرة أو عدم السماح لوزارة الصحة العامة بالإشراف على استيراد الأدوية، وبالتالي لضبط الأسعار من خلال بيع الدواء بأسعار تتطابق تماماً مع بلد المنشأ.

¹⁴ هديل فرور- "اصطلاحات وزارة الصحة: أين الحلول الجذرية" - المرصد اللبناني لحقوق العمال والمواطنين - 2020|30

¹⁵ عبد المؤمن مكي- " كورونا تفضح هشاشة النظام الصحي في لبنان" - أخبار الأمم المتحدة بالعربية-ممثلاً منظمة الصحة العالمية في لبنان إيمان شنقطي.

وزارة الصحة العامة:

تؤمن وزارة الصحة العامة الطبابة والاستشفاء بنسبة 85% على عاتقها، و15% على عاتق المواطن، والمعاينة والخدمة الصحية في مستوصفاتها ومرافقها الصحية بالمجان، والطبية والاستشفاء في مستشفياتها والمستشفيات الخاصة المتعاقد معها (كل المستشفيات الخاصة متعاقدة مع وزارة الصحة العامة).

تغطي وزارة الصحة العامة سنويًا ما يزيد عن 125 ألف حالة مرضية تدخل إلى المستشفيات الخاصة وال العامة للمعالجة والاستشفاء. يدخل المريض بعد إتمام تحضير أوراقه للمعالجة الاستشفائية، على عكس ما هو عليه الحال في بعض الدول مثل بريطانيا، إذ ينتظر المريض من ثلاثة إلى أربعة أشهر (حسب الحالة المرضية، حالة باردة أو حالة طارئة) قبل أن يدخل إلى المستشفى للمعالجة. ويعتبر لبنان من البلدان الأسرع في تلبية العلاج الاستشفائي.

كما يتم الاعتماد على الاستراتيجيات الجديدة في دعم العمليات الجراحية النهارية (عمليات اليوم الواحد SDS، Same Day Surgery)، تغطي وزارة الصحة علاج من هم غير مؤمنين، اي حوالي 52% من اللبنانيين. أما في المستشفيات الحكومية فاللغطية هر، بنسبة 95% على، عاتة، الوزارة، وفي، المستشفيات الخاصة كما ذكرنا بنسبة 85% من، قيمة الفاتورة النهائية للمريض¹⁶.

منذ العام 2016، بدأت بتغطية علاج واستشفاء من هم فوق عمر الـ 64 بنسبة 100%， وتتنفق وزارة الصحة العامة 87% من موازنتها على الاستشفاء والأدوية وتحظى البرامج الوقائية والرعاية الصحية الأولية بأقل من 5% من موازنة وزارة الصحة العامة، فموازنة وزارة الصحة لعام 2008 كانت 372 مليون ليرة لتصبح في عام 2018، 450 مليون ليرة.

يعتبر هذا التوزيع للاعتمادات باتجاه الاستشفاء والأدوية، مؤشراً واضحاً لعدم الفعالية في إنتاجية ونوعية الخدمات الصحية والاستشفائية، بمعنى آخر (عدم التأثير في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية) وكون المردود الصحي الأكبر للتمويل يؤمن عن طريق الوقاية والرعاية الاولية وليس العلاج، فكلفة الاستشفاء العادي على نفقة الوزارة تقدر بنحو 349 مليار ليرة سنوياً من موازنة الوزارة، بينما 107 مليارات ليرة للذين هم فوق سن الـ 64 من موازنة الوزارة.¹⁷

إن فلسفة الامان الصحي تقوم على تغطية العلاجات في المرحلة الاولى، والى الرعاية الصحية الاولية في المرحلة الثانية، فيجب ان تشمل على الخدمات الخارجية كزيارة الطبيب والفحوصات والوصفات العادمة، الا ان هذه الخدمات تشكل أيضاً عبءً لتكرارها سنوياً خصوصاً بالنسبة للمصابين بامراض مزمنة، لذلك توفر الوزارة بديلاً لهذه الخدمات، يتجسد بالرعاية الصحية الاولية التي تدعم تقديمها من قبل شركات وطنية مماثلة من 150 مكاناً متواجدة على اراضي الlantern¹⁸.

هذا المشروع تقوم به الوزارة بالتعاون مع القطاع الاهلي، ومقابل مساهمة رمزية من المواطن، على خلاف تقديمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي التي توجب على المضمون ان يدفع ثمن الدواء ثم يسترد نسبة 80% من الفاتورة أو حتى أقل. بالإضافة إلى كون وزارة الصحة العامة تشكل شبكة أمان اجتماعي عبر تغطية غير المضمونين، ان المستفيدين من خدمات وزارة الصحة العامة هم اما من العاطلين من العمل او العمال الموسميين، ومن المواطنين اللبنانيين غير المستفيدين من اي تغطية صحية أخرى.

المبحث الثاني

¹⁶ راشد، رولا، "التغطية الصحية في لبنان تقاسمه الصناديق الضامنة"- مجلة أورا- " عدد 12- 31(5) 2019.

¹⁷ راشد، رولا، "التفطية الصحية في لبنان تتقاسمها الصناديق الضامنة"- مجلة أورا- " عدد 12- 31\5\2019".

¹⁸ عمار ، وليد "التجهيزات الاستراتيجية للنظام الصحي في لبنان" - وزارة الصحة اللبنانية - 2012\1.

الرعاية الصحية

المطلب الأول: تعريف الرعاية الصحية:

خدمات الرعاية الصحية هي مجموع الخدمات التي تقدمها بعض المؤسسات العامة والخاصة (وتكون على شكل مستوصفات ومرافق صحية غالباً مجانية)، التي توفرها الدولة للعامة بصحبة مواطنيها سواء في قطاعها أو ضمن القطاع الخاص وهي المنوطبة بمقاربة المريض. وهي تشمل جميع المستشفيات والعيادات والصيدليات والموارد البشرية من أطباء وممرضين ومهندسي أجهزة طبية وفنيين وباحثين وجميع من يعمل في هذا المجال. تشمل الرعاية الصحية الأولية الاحتياجات الصحية الأساسية للفرد والمجتمع وتتراوح بين التوعية والوقاية وصولاً إلى العلاج. تقوم الرعاية الصحية على توفير مجموعة من الخدمات الصحية الأساسية لجميع أفراد الأسرة بجودة عالية وتكلفة رمزية.

قد يختلف الوصول إلى الرعاية الصحية عبر البلدان والمجتمعات والأفراد، ويتأثر إلى حد كبير بالظروف الاجتماعية والاقتصادية وكذلك السياسات الصحية القائمة. لدى البلدان والهيئات القضائية سياسات وخطط مختلفة فيما يتعلق بأهداف الرعاية الصحية الشخصية والسكانية في مجتمعاتها. تُنظم الرعاية الصحية هي منظمات أنشئت لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يتطلب نظام الرعاية الصحية الذي يعمل بشكل جيد تمويل قوي، وقوة عاملة مدربة تدريباً جيداً وذات راتب مناسب، ومعلومات موثوقة تستند إليها القرارات والسياسات، وصيانة المرافق الصحية لتوفير الأدوية والأجهزة ذات الجودة العالمية.

يتمثل نظام الرعاية الصحية في لبنان بمرافق الرعاية التابعة للشبكة الوطنية في جميع المناطق اللبنانية، بهدف خدمة السكان من جميع الفئات. وتقوم هذه الدائرة (دائرة الرعاية الصحية في وزارة الصحة العامة) بتوسيع دائم ل نطاق التغطية عبر إضافة مراكز جديدة للشبكة، وتكون أهمية هذه المراكز فيما تقدمه من خدمات للمناطق والسكان خاصة في المناطق المكتظة، وكما أنه يلحظ الدور الفاعل للمؤسسات الصحية الخاصة بإقامة وإدارة مراكزها.

أن إطلاق نظام الرعاية الصحية في لبنان جاء نتيجة لتدني الخدمات الصحية الأزمة لهذا النظام الرعائي، والتي تتفاقم بوتيرة سريعة أدت إلى إغراق المستشفيات في الديون، وتتفاقم مشاكل الصناديق الضامنة الصحية.

يعود التدهور في قطاع الرعاية الصحية الأولية إلى حجب السيولة النقدية عن المستشفيات، المتعلقة بالمستحقات لهذه المؤسسات في ذمة الهيئات الضامنة المختلفة، كما أن التعريفات المعمول بها حالياً هي دون المستوى المطلوب للخدمات التي توفرها المستشفيات، بموازاة تراكم ديونها لدى الموردين الأدوية والمستلزمات الطبية، ليقوم الموردون بالتهديد بالتوقيف عن تسليم المستلزمات والمستهلكات الطبية، بانتظار سداد قيمة فواتيرهم في ظل المتطلبات المرتفعة الكلفة لمواكبة المعايير الطبية العالمية.

يسطير على القطاع الطبي اللبناني مجموعة تناقضات تتراوح بين احتلاله المرتبة الأولى بين الدول العربية في جودة الخدمات الصحية المقدمة، والتغني بكونه «مستشفى الشرق الأوسط»، (حسب وزير الصحة الاسبق غسان حاصباني قوله: لجريدة اللواء في 31/12/2018 - حسب وكالة بلومبرغ)، والمرتبة 32 عالمياً، في جودة الخدمات الصحية عالمياً. فالصناعة الصحية لا تتوقف فقط على نوعية الخدمات الصحية، بل تطال دراسة كيفية استقطاب الاستثمارات الخاصة والعامة في هذا القطاع، وتطوير التكنولوجيا لتحسين التغطية الاستشفائية، ومن ناحية الأكلاف، ومتابعة الملفات الصحية للمرضى الكترونياً، وإدخال المعلومات الطبية الخاصة بالمرضى ليتم حفظها (الكترونياً).

كما أن هذا القطاع لم يعد بعيداً عن الانهيار، والتداعيات التي طالت الدولة اللبنانية لناحية الالتزام الأخلاقي في العمل، خاصة لجهة تكلفة الفاتورة الصحية في لبنان والتي تقدر بنحو 12% من الناتج المحلي الإجمالي، وتعد هذه النسبة من الأعلى مما يدفع على التكاليف الصحية في العالم، بعد الولايات المتحدة الأمريكية، وتفوق تكلفة الاتحاد الأوروبي التي تصل إلى 8%.

في المقابل إن مشاركة القطاع العام في تمويل الخدمات الصحية هي بنسبة 25%， بينما هي من 70 إلى 80% في الدول الأوروبية، بمعنى أن ما تتفقه الأسر مباشرة من جيبيها الخاص (Out-of-Pocket) على الصحة ينافس نسبة 60% من الكلفة العامة، ومع ذلك فإن الخدمات الصحية تعاني سوء التوزيع لناحية الحصول على الخدمات الصحية الأساسية وحسب توزعها على جغرافية الأراضي اللبنانية.¹⁹

وتشير أرقام وزارة الصحة ولجنة الصحة النيابية إلى أن فاتورة الدواء في لبنان تصل إلى ما يزيد على مليار دولار سنوياً كمعدل وسطي، وتبلغ تكلفة الاستشفاء نحو ملياري دولار، هذا من دون احتساب الأدوية المهرّبة، إضافة إلى أدوية الامراض المزمنة والمستعصية وأدوية الامراض السرطانية باهظة الثمن، حيث غالباً ما تفتقد وزارة الصحة إلى الاعتمادات الالزامية لتأمينها في ظل الأزمة الاقتصادية، وفي ظل عجز الموازنة العامة اللبنانية، الامر الذي يجعل من الطبيبة عبء ثقيلاً على المواطن اللبناني، وهنا يصبح السؤال عن الرقابة مشروعأً، وليس باستطاعة أحد أن يردع المعادلة الاستهلاكية للقطاع الطبي.

أما عن المؤسسات الضامنة من تعاونية موظفي الدولة والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والاسلاك العسكري والامنية وشركات التأمين، ووزارة الصحة العامة فوضعها المالي تماماً كوضع الدولة اللبنانية، مما يعكس أزمة النظام الصحي.²⁰

المطلب الثاني: وظائف مراكز الرعاية الصحية الأولية

لم تبدأ المراكز الصحية والمستوصفات عملها بناء على مخطط مرجعي وطني يحدد مهامها ومكانها، إذ إن الترخيص يركز على عدد الغرف ووجود طيب أو أطباء يداومون في أوقات محددة، وممرضة وصيدلي مسؤول عن صرف الأدوية يسجل اسمهما في الترخيص من دون أن يعني التزامهما بالعمل في المركز. المهم أن يؤمن للمستوصف أو المركز المعاينات ويقدم الأدوية بحسب المتوافر²¹. ويمكن القول إن البرامج التي عملت اليونيسف مع وزارة الصحة العامة والجمعيات الأهلية على تنفيذها من خلال مرفاق الرعاية الصحية الأولية كانت محاولة لنقل المستوصفات والمراكز التي بمحور عملها حول وظيفة بسيطة محدودة معاينات ووصف الأدوية وهي غير متوفرة بالشكل المناسب في أكثر الأحيان إلى مركز يؤدي مجموعة من الوظائف نواتها صحة الأم والطفل للتوسيع كي تشمل عناصر الرعاية الصحية الأولية المتكاملة، والتي عملت اليونيسف مع منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة العامة على تعميمها، والتي تتكون في حدتها الأدنى من العناصر التالية:

- أ- الخدمات العلاجية وتقديم الأدوية الأساسية، والكشف المبكر عن الأمراض المزمنة والإحالة على المستويات العليا (المستشفى..).
- ب- رعاية الطفل بما فيها التغذية المثلث للرضع وصغار الأطفال ومكافحة سوء التغذية والتلقيح ضد الأمراض المعدية.
- ج- رعاية الحوامل والأمهات وتنظيم الأسرة.
- د- صحة الفم والأسنان.
- هـ- التثقيف الصحي ومشاركة المجتمع.

و - صحة البيئة ومكافحة الأمراض السارية والمستوطنة

وهذا ما تم فعلاً مع انطلاق شبكة مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام 1995 واعتماد ٣٠ مركزاً حكومياً وغير حكومياً، وقد توسيع الشبكة ليصل عددها في 2024 إلى 264 مركزاً يشكل القطاع الأهلي عمودها الفقري.

المطلب الثالث: بعض الملاحظات على مشروع الشبكة الوطنية لمراكز الرعاية الصحية الأولية

¹⁹ رولا راشد- "التفطية الصحية في لبنان تتقاسمها الصناديق الضامنة"- مجلة أورا- " عدد 12 - 31\15\2019

²⁰ الجاك، سناء، "الطب في لبنان بين غياب الدولة وجشع المؤسسات"- جريدة الشرق الأوسط- " عدد 14699\25\2019

²¹ عمار، وليد، الحق بالصحة والإنماء المتوازن، بيروت، دار الفارابي ، 2017 صفة 223

هذه الملاحظات التي تحدد من تطوره وطبعاً اغلب هذه الملاحظات يعني منها مركز عرمن للرعاية الصحية في قضاء عاليه وهي على الشكل الآتي:

أ- عدم تحديد أهداف المشروع بدقة في بلد يوجد فيه قطاع طبي متتطور ومتمزقة المدن يسيطر عليه القطاع الطبي الخاص الذي يتلوى الربح على الاستشفاء والدواء والرعاية الطبية خارج المستشفى، حتى تلقيح الأطفال فإن القطاع الخاص قبل انطلاق البرنامج كان الوحيد الذي يلقيح الأطفال بحسب روزنامة معينة.²²

ب- ضعف التزام المراكز بتنفيذ المهام المطلوبة من المركز الصحي، بل هي ركزت على العلاج من دون الالتزام ببروتوكولات علاجية، توفير الأدوية من دون الالتزام بلائحة الأدوية الأساسية، والتلقيح مع فتح الباب أمام كل أنواع اللقاحات، أي عملياً فرض القطاع الخاص الذي يتلوى الربح إيقاعه وأسلوبه على ممارسات مراكز الرعاية الصحية الأولية وبقية المراكز والمستوصفات وإن بدرجات متفاوتة. أما أهم عناصر الرعاية الصحية الأولية كالتلقيح من أجل الصحة والوقاية من الأمراض المزمنة وتعزيز تغذية الرضع والأطفال من خلال دعم الرضاعة الطبيعية وحمايتها، فنشاطاتها في هذا المجال محدودة وليس نشاطات دائمة في إطار برامج وطنية تتغير مع تطور الواقع والأهداف المحققة.²³

ج- التوزع الجغرافي غير العادل للمراكز الرعاية الصحية الأولية المنتسبة إلى الشبكة إذ إن القسم الأكبر منها لا يوجد في المناطق الأكثر حاجة بل التي تتوفر فيها مراقبة تستوفي الشروط أو لها نفوذ لدى أصحاب القرار (علينا أن نعرف بأن السياسة تلعب دوراً كبيراً في اعتماد المراكز).²⁴

د- غياب الخريطة الصحية للرعاية الصحية الأولية: التي يجب أن تشمل كل المناطق اللبنانية والتوزع الجغرافي للمراكز الموجودة ليتم مناقشتها بطريقة شفافة مع الجهات المسؤولة الحكومية والبلديات والجمعيات الأهلية وتحديد موقع المراكز التي تلبي حاجات الرعاية الصحية الأولية لكل المواطنين وبناء عليه تضع الدولة والبلديات والجمعيات الأهلية الأولويات على قاعدة المناطق الأكثر حاجة، ويتم توجيه الشركاء خصوصاً البلديات والجمعيات الأهلية والدينية وفعاليات المناطق وبخاصة الممولين بالأماكن المرشحة لدخول الشبكة.²⁵

الخاتمة: وفيها أهم النتائج والتوصيات

وبعد الانتهاء من هذا البحث التمهيدي أحمد الله تعالى الذي أعنيني على خاتمه، ويمكن تلخيص نتائج البحث على الشكل الآتي:

أولاً: نقص تمويل وموارد المالية للمراكز الصحية، مما يؤثر على قدرتها على الخدمات الطبية الشاملة

ثانياً: زيادة عدد اللاجئين السوريين واللاجئين الفلسطينيين في لبنان قد تضغط على الموارد الصحية وتدفع إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية دون زيادة مقابلة في الموارد.

ثالثاً: البنية التحتية الصحية: حيث يوجد فائض في الأدوات والاجهزة والمعدات وخاصة في القطاع الخاص

رابعاً: التحديات الأمنية: تأثير الاضطرابات السياسية والأمنية في المنطقة قد يؤثر على قدرة المراكز الصحية على تقديم الخدمات بشكل فعال وآمن، إضافة إلى اعتماد الطائفة في انتشار المراكز

خامساً: التحديات الاجتماعية والثقافية: بعض المواطنين في المجتمع اللبناني تواجههم صعوبات في قبول الرعاية الصحية الأولية بسبب تحديات ثقافية أو اجتماعية تتعلق بالمعتقدات والتقاليد.

التوصيات:

22 بارتو، خبير منظمة الصحة العالمية، مؤسس مشروع المراكز الصحية، 1993

23 إدارة الاحصاء المركزي واليونيسف، وضع الأطفال في لبنان، 2000

24 عمار، وليد، الحق بالصحة والإنسان المتساوى، ص 225

25 الزين، علي، القضاء على الكازار في لبنان، 1996

في ضوء النتائج التي توصلت لها الدراسة من خلال استقراء الوضع الصحي في لبنان نوصي المعينين من أصحاب السلطة ومن أصحاب المجتمع المدني بتعزيز مراكز الرعاية الصحية واعتبارها بوابة القطاع الصحي بما يضمن سلامة المجتمع صحياً واجتماعياً واقتصادياً.

ثبت المصادر والمراجع القرآن الكريم. (بدون تاريخ).

تسوني. (2012). مؤشرات الصحة في لبنان. في التقرير العربي حول التنمية البشرية. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي.

الزين، ع. (2017). الحق بالصحة والإنساء المتوازن: لبنان بعيون أبنائه. دار الفارابي.

طباره، ر. (2000). القطاع الصحي في لبنان (الطبعة الأولى).

مكي، ع.، وشققيطي، إ. (بدون تاريخ). كورونا تفضح هشاشة النظام الصحي في لبنان. أخبار الأمم المتحدة بالعربية.

عاذوري، س. (2002). ندوة في مجلس النواب اللبناني. لجنة الصحة النيابية.

umar، و. (2012). التوجيهات الاستراتيجية للنظام الصحي في لبنان. وزارة الصحة اللبنانية.

مهنا، أ. (2020). أبعاد التنمية والعلوم المستبدة (الطبعة الأولى). دار الفارابي.

فرفور، ه. (2020، 30 مارس). إصلاحات وزارة الصحة: أين الحلول الجذرية؟ المرصد اللبناني لحقوق العمال والمواطنين.

إدارة الإحصاء المركزي. (2014). الدراسة الوطنية للأحوال المعيشية للأسر: تقرير الأوضاع المعيشية. وزارة الشؤون الاجتماعية، منظمة العمل الدولية، صندوق الأمم المتحدة للإنماء.

فريق الخبراء. (2020، 30 أبريل). استجابة طارئة لتعزيز الحماية الاجتماعية تمهدًا لخطة وطنية شاملة للحماية الاجتماعية. الجامعة الأمريكية في بيروت.

وهبة، م. (2018، 19 ديسمبر). تعاونية موظفي الدولة: نموذج يحتذى في الإدارة الناجحة.

Supakankunti, S. (2001). Determinants of demand for health card in Thailand. HNP Discussion Paper, Centre for Health Economics.

مديرية الإحصاء المركزي. (2012). تقرير عام 2012.

نقابة الأطباء في بيروت وطرابلس. (2020، 6 سبتمبر).

وزارة الصحة اللبنانية، جهاز الإحصاء. (2020، 24 مارس).

خير الله، ن. ب. (2019). الطبابة العسكرية في قطار الحداثة والتطور. مجلة الجيش، 403، 403.

دياب، ي. (2018، 12 نوفمبر). البطاقة الصحية في لبنان... حلم ينبع من التمويل. مجلة الشرق الأوسط.

رashed, R. (2019, 31 Mayo). التغطية الصحية في لبنان تتقاسمها الصناديق الضامنة. مجلة أورا.

سيف الدين، م. (2018، 22 يونيو). تعدد الجهات الضامنة وتفاوت في التقديمات. المصدر اللبناني لحقوق العمال والموظفين.

شودب، م. (2020، 5 أغسطس). الكثافة السكانية: عدد سكان لبنان 2020. مجلة الرئيسية.

ضو، م. (2020، 24 ديسمبر). سكان لبنان 4.8 مليون و 20% منهم غير لبنانيين. محلة الرئيسية.

علو، أ. (2019). ميزانات الدفاع في العالم: بين الأمن والتجارة. مجلة الحش، 404.

الجريدة الرسمية، 1996، 29 يوليه، العدد 33، ص 1862.

منصور، ح. (2019، 26 يونيو). القطاع الصحي في لبنان: لا بدنا من الحلوى الحذيبة. حبطة الأخبار، العدد 4186.

مهدى، ح. (2015، 20 فبراير). تعبير، التغطية الصحافة الناقصة من حرب اللبنانيين. جريدة الأخبار، العدد 3168.

أبو نكي، ر. (2007، 31 مارس). ارتفاع الفاتورة الصحية: تضخم في عدد الصناديق الضامنة ولا تغطية شاملة. جريدة الأخبار، العدد 335.

جاك، س. (2019، 25 فبراير). الطب في لبنان بين غياب الدولة وحشّ المؤسسات. جريدة الشرق الأوسط، العدد 14699.

سيف الدين، م. (2018، 7 نوفمبر). **البطاقة الصحية لجمعية اللبنانيين... في انتظار حسم تمويلها**. جريدة العربي الجديد.

تحقيق إخباري: نزوح عكسي من المدن إلى ريف جنوب لبنان... ارتفاع معدل الفقر إلى أكثر من 50%. (2021، 30 أغسطس).

موقع موضوع. (بدون تاريخ) <https://mawdoo3.com>

). http://arabic.news.cn/2021-08/30/c_1310156041.htm، 30 أغسطس، Xinhua Arabic. (2021

“The Role of Primary Healthcare Centers in Providing Community Health in Lebanon”

Researcher:
Hussein Mohammad Hussein

Dr. Ahmad Shaaban

Imam Al-Ouzai University – Lebanon (College of Islamic Studies)

Introduction:

Lebanon is a country rich in resources and capable of achieving remarkable transformations and changes if all its natural, financial (material capital and social capital), and especially human resources are mobilized properly. The Sustainable Development Goals represent an opportunity to unify the perspectives of various stakeholders—including the state, municipalities, civil society, and individuals—by promoting dialogue among them and adopting an interconnected approach to achieve these goals.

Among the most important development goals is improving the human condition toward well-being, social stability, and progress in alignment with its needs, ultimately reaching social, economic, and health justice, and thereby achieving developmental awareness. Citizenship is one of the issues that strongly imposes itself when addressing any goal or dimension of sustainable human development. Citizenship includes the rights granted by the state to individuals who hold its nationality and the privileges it provides, such as the rights to education, equality, and primary healthcare services, in return for the duties incumbent upon the individual toward the society and state to which they belong.