



مجلس النواب
لجنة حقوق الإنسان النيابية

سلسلة الدراسات الخلفية

الخطة الوطنية لحقوق الإنسان

الحق في الصحة

الطريق إلى الخطة الوطنية لحقوق الإنسان

حرصنا في الورشة التي رعتها اللجنة النيابية لحقوق الإنسان، بالتعاون مع مشروع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) في مجلس النواب ومكتب المفوضية السامية لحقوق الإنسان، من أجل الإعداد للخطة الوطنية لحقوق الإنسان، طوال أكثر من سنتين تحت قبة البرلمان اللبناني وبدعم مشكور من دولة رئيس مجلس النواب الأستاذ نبيه بري، على إلتزام الخطوط العريضة لشرعة حقوق الإنسان العالمية، وإشراك كل الإدارات الرسمية المعنية والمنظمات الدولية ذات الصلة العاملة في لبنان وشرائح المجتمع المدني وقطاعاته في بلورة هذه الخطة، كي تأتي معبرة فعلا عن تطلعات مجتمعنا التوافق إلى تكريس هذه المبادئ العالمية في شتى الميادين، وإضفاء صبغة شرعية وطنية عليها وقوننتها لاحقا.

وقد شملت هذه الورشة عقد أكثر من ٣٠ لقاء عمل ضمت المعنيين بالخطة وإعداد ٢٣ دراسة خلفية حول حقوق الإنسان المدنية والسياسية والإقتصادية والإجتماعية والثقافية، أعدها خبراء وباحثون، وناقشت كلا منها مجموعة عمل شملت لجنة حقوق الإنسان واللجان النيابية ذات الصلة، والوزارات والإدارات العامة والمنظمات الدولية العاملة في لبنان، وعدد من الخبراء. وتشكل هذه الدراسات القاعدة التي ينطلق منها لوضع الخطة الوطنية لحقوق الإنسان.

وبالتالي فإن الآراء الواردة في هذه الدراسات لا تمثل وجهة نظر لجنة حقوق الإنسان أو برنامج الأمم المتحدة الإنمائي أو المفوضية السامية لحقوق الإنسان بل هي محصلة نقاش وآراء سائر الجهات والقطاعات المشاركة في الحلقات النقاشية.

بيروت في ٢٠ تشرين الثاني ٢٠٠٨

النائب د. ميشال موسى

رئيس لجنة حقوق الإنسان النيابية

اعد المسودة الأولى لهذه الدراسة، بتكليف من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، د. اسماعيل سكرية،
عضو لجنة حقوق الإنسان النيابية. وقد ساعده في هذا العمل د. حسني شبارو.

لقد آن الأوان كي يتحرر المواطن اللبناني من ذل الحاجة عند المرض...
ومن ثقل ارقه وهمه عند الكبر
ومن استجداء دواء غير متوافر الثمن

لقد حان الوقت لحماية كرامة الإنسان في صحته، وهي هبة من عند الله

لقد أصبح لازماً على المواطن أن يعلم أن رعاية صحته، هي حق من حقوقه وليست منة من أحد، أو
فعل عمل خيرى أو نتاج تدخل سياسي أو غيره...

إن تثبيت هذا الحق هو امتحان لنا جميعاً، وإن التزام العمل من أجله هو المقياس الأذق لمصادقية
الشعارات المرفوعة كافة، مهما علت أو من أي جهة أتت...

«انه مقياس الحق في الصحة في لبنان»

النائب الدكتور إسماعيل سكزية
لجنة حقوق الإنسان النيابية
بيروت: في ٢٦/٧/٢٠٠٧

٩ مقدمة: مدخل الى الحق في الصحة

١٥ ١. الواقع القانوني

١٥ أولاً: المواثيق الدولية

١٥ ١. توصيات لجان حقوق الإنسان

١٥ ٢. الصكوك الدولية

١٦ ٣. مؤتمرات العمل الدولية

١٨ ٤. صكوك الحماية الإقليمية

١٩ ثانياً: البنية التشريعية والقانونية في لبنان

٢١ ٢. الوضع الراهن في لبنان

٢١ أولاً: إحصاءات صحية

٢٢ ثانياً: الاستشفاء في لبنان

٢٢ ١. مقدمة (القطاع العام/القطاع الخاص)

٢٣ ٢. عدد المستشفيات المنشأة في لبنان

٢٤ ٣. فاتورة الاستشفاء في لبنان

٢٨ ٤. أسباب تضحّم فاتورة الاستشفاء في لبنان

٢٨ ثالثاً: الدواء في لبنان

٢٨ ١. مقدمة

٢٩ ٢. مبررات وضع سياسة دوائية وطنية في لبنان

٣١ ٣. خصائص السوق الدوائي اللبناني

٣٢ ٤. دراسة احصائية- سوق الدواء في لبنان ٢٠٠٦

٣٥

٣. مشروع الخطة القطاعية

٣٥

أولاً: الاستشفاء

٣٥

١. الخطة المقترحة

٣٧

٢. آليات الرقابة والتقييم

٣٧

ثانياً: الدواء

٣٧

١. الخطة المقترحة

٣٨

٢. مكوّنات السياسة الدوائية

٤٣

٣. آليات التنفيذ

٤٤

٤. آليات الرقابة والتقييم

٤٥

خلاصة

مقدمة: مدخل الى الحق في الصحة

الحق بالصحة عالمياً، هو حق اساسي من حقوق الانسان المقوننة دولياً... حق يمتلكه جميع الناس بمعزل عن عنصر أو لون أو معتقد ديني أو سياسي، هو هدف نبيل يهدف الى توفير الصحة للجميع متجاوزاً الاعتبارات الاخرى من نزاعات اهلية وخرافات سياسية وعقائدية، لصالح الشعوب وتنميتها الصحية... وقد شكل ولا زال، عنوان تحد كبير ومستمر، خاصة في الدول النامية ولبنان منها، حيث النظم السياسية والاقتصادية، واسلوب ادارة الدولة وسوء استخدام مواردها، تحد من الطموحات في هذا المجال، وحيث لا زالت بعض هذه الدول تعاني من امراض تفتك بالاطفال والكبار، أمراض تخطتها الدول المتقدمة وقاية وعلاجاً!... وهو بدوره يضع «الحق بالصحة» في هذه الدول في مستوى القضية البالغة الاهمية...

وفيما جرى العرف على اعتبار الصحة أمراً يدخل في دائرة الشؤون الخاصة لا العامة، محددًا اياها بمجرد «عدم وجود مرض»، فقد تلاحقت خطوات التطوير والتوسع باطار المفهوم للصحة وتعريفها، والاشارات باتجاه مسؤولية الدولة عنها، بدءاً من أقدم القوانين في حقبة التصنيع عام ١٨٠٢ في بريطانيا، وقانون الصحة العامة عام ١٨٤٨، مروراً بالدستور المكسيكي عام ١٨٤٣، وتتويجاً بانشاء منظمة الصحة العالمية WHO عام ١٩٤٦، والتي قامت بوضع ونشر مفهوم اجتماعي للصحة، يقوم على اعتبارها «حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً»، لا مجرد انعدام المرض...

ومع انشاء منظمة الصحة العالمية، تم الاعتراف لأول مرة بالحق في الصحة، اعترافاً دولياً، حيث جاء في دستورها أن «التمتع بأعلى مستويات الصحة التي يمكن الوصول اليها حق من الحقوق الجوهرية لكل انسان، يجب التمتع به دون تمييز على أساس العرق أو الدين أو المعتقد السياسي أو الظرف الاجتماعي أو الاقتصادي».

ومع الوقت، تأكد هذا الاعتراف من خلال مسيرة كبيرة من (الاعلانات والعهود والمواثيق الدولية) مثل الاعلان العالمي لحقوق الانسان المادة ٢٥ عام ١٩٤٨ والتي تقر بحق الاشخاص في مستوى معيشي كاف بما في ذلك الضمانات المتعلقة بالصحة والسلامة، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عام ١٩٦٦ المادة ١٢، والتي تقر فيها الدول الاطراف بحق كل انسان في التمتع باعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه، وتأخذ التدابير لتأمين الممارسة الكاملة لهذه الحقوق، بما فيها تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية، والوقاية من الامراض البوائية والمهنية، وخفض نسبة موتى الرضع، وتأمين نمو الطفل نمواً صحيحاً، وتأمين الخدمات الصحية عند الضرورة، كما العشرات من الاتفاقيات التي تناولت وتبحث العديد من أوجه الصحة المتعلقة بالاعمال اليومية والحماية من مخاطرها المهنية والبيئية، مثل حقوق المعوقين والمتخلفين عقلياً، كما حقوق الافراد الذين ليسوا من البلد الذي يعيشون فيه، كما العديد من المهن، والبيئة وسلامة العمل وخدمات الصحة المهنية، الاتفاقية العربية رقم ٧ عام ١٩٧٧ وحقوق الاطفال الصحية، اضافة الى استئصال الجوع وسوء التغذية...

وجاء اعلان آما- آتا الصادر عام ١٩٧٨، والخاص بالرعاية الصحية الولىة ، ليعزز التأكيد على الحق بالصحة حيث تعهدت الدول بوضع انظمة شاملة للرعاية الصحية، واطلقت معه منظمة الصحة العالمية شعار «الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠». تلا ذلك، اربعة مؤتمرات دولية ناقشت تعزيز الصحة، اولها في كندا عام ١٩٨٦، وآخرها في جاكرتا عام ١٩٩٧، والذي صدر باعلان وضع تطوراً جديداً للصحة، مضيفاً اليها متطلبات «السلم والمسكن والتعليم والامن الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية والغذاء السليم والمياه النقية للشرب، والدخل وتمكين المرأة والاستخدام المستدام والعدل للموارد والعدالة الاجتماعية، واحترام حقوق الانسان».

مشيراً الى أن الفقر هو أخطر ما يهدد الصحة...! بعد كل ذلك استقر تعريف الحق بالصحة ، وحسبما فسرتة اللجنة المنبثقة عن الامم المتحدة U.N حول قانون حقوق الانسان، على المعادلة التالية: «الحق بالصحة، هو حق كل انسان بالتمتع بصحة جسدية وعقلية ونفسية من خلال تقديم الرعاية الصحية المناسبة في حينها، كما المقومات الاساسية للصحة، مثل الحصول على مياه الشرب المأمونة، والاصحاح المناسب، والإمداد الكافي بالغذاء الآمن والتغذية والمسكن، وظروف صحيّة للعمل والبيئة، والحصول على التوعية والمعلومات في ما يتصل بالصحة، بما في ذلك الصحة الجنسية والانجابية، كل ذلك بمعزل عن أيّ تمييز في العرق والمعتقد الديني والسياسي والاجتماعي، وبمساواة وعدم تمييز»، وشدد على وجوب النظر بعناية الى الالتزام الاخير، حيث التمييز يمارس في كافة أنحاء العالم بنسب متفاوتة، وحيث الفقراء في البلدان المتقدمة والنامية قد يحرمون من التمتع بالحق في مستوى مناسب من الصحة، نظراً لغياب تقديم المساعدات اللازمة لهم في حالة عدم استطاعتهم تحمل التبعات المادية...!

ذلك كله، يتوافق مع توجه الكثير من دول العالم المتقدمة، الى تغيير مفهوم الحق بالصحة لدى المجتمعات من دائرة التركيز على الرعاية الصحية الى الحق في العيش في حياة صحية... وهو ما يتطلب ان تستثمر الحكومات اموالها في الصحة من خلال تعزيز انماط حياة صحية، وتوعية المجتمع على الاساليب الصحية التي تمنع الامراض، والحذر من الشعوذة... (منع التدخين في الاماكن العامة والمغلقة، رقابة صارمة على الاغذية والبيئة الصحية الخالية من التلوث)، وليس مجرد التفكير في بناء مستشفيات ومرافق للعلاج بعد فوات الأوان!!!، وقد تم اعتماد المؤشرات والمقاييس التالية:

- معدل الوفيات مقارنة بمعدل عدد المواليد.
- نسبة الموازنات المخصصة للصحة، في الموازنة العامة.
- وجود الخدمات المقدمة للجمهور.
- مدى انتشار الامراض السارية.
- كما الحق في الحصول على العلاج المناسب ضمن اسعار معقولة (استشفاءً ودواءً واسعافاً).
- كما الحق في الحصول على تثقيف صحي لكافة افراد المجتمع.
- اضافة الى الحق في توفير خدمات رعاية الامومة والطفولة.

وفي جولة عالمية استطلاعية خاطفة ومبسطة، نجد تفاوتاً واضح المعالم، في رسم سياسة مقارنة تحقيق هدف الرعاية الصحية للجميع، تبعاً لتكيبية النظام السياسي-الاقتصادي-الاجتماعي... وفي نوعية وعدالة

التغطية الصحية وتوافرها عند الضرورة، وتفاوتها الطبقي، مع تشابه يكاد يكون الوحيد، ويكمن في عدم قدرة أي أمة في هذا العالم على توفير كافة اشكال الرعاية الصحية لكل عضو في المجتمع وبالمستوى المطلوب!... ويكفي ان نذكر أن هناك فروقاً هائلة في نصيب الفرد من الانفاق الصحي بين أفقر البلدان وأعناها، حيث أظهرت إحدى الدراسات في عام ١٩٨٠ حصول الفرد في احدى البلدان الفقيرة على ٢ دولار، مقابل ٦٠٠ دولار في احدى الدول الغنية!... وحيث نصيب الانفاق الصحي من مجمل الناتج القومي يرتفع مع ارتفاع معدلات الدخل...

فالبلدان الصناعية مثلا، تتمتع جميعا بنظم رعاية صحية تسهم فيها الحكومات بدور جوهري، وتنفق كل منها ما يتراوح بين ٥% و١٠% من الناتج القومي الاجمالي (الولايات المتحدة الامريكية ١٤% - ١٥%) وتسهم حكوماتها المركزية والمحلية في ميزانية الصحة باعتمادات مالية تراوح ما بين ٤٠% في الولايات المتحدة و٩٠% في النظم الاشتراكية والسويد وبريطانيا ونيوزيلاندا... كما ان هذه البلدان وفرت الكثير من سبل الدعم الاجتماعي الذي اثر ايجابا على الصحة العامة، مثل توفير نظم الاصحاح المكافحة لانتشار امراض الاسهال وغيرها، كما توفر دخولا للناس في فترات المرض او التمرل او الشيخوخة ، ودخلا للمعوقين...

اما دول العالم النامي، فهي تعاني من صعوبات وتحديات تثبت معادلة «تغطية اوسع مساحة اجتماعية من الخدمات» بمواجهة تصاعد التكاليف والمتطلبات العلمية والتقنية والعلاجية... وارتفاع الطلب بارتفاع مستوى الوعي الصحي (النسبي) ومعدل الأعمار، حيث رعاية اعمار ٦٤ - ٧٥ تكلف ضعف ونصف كلفة رعاية اعمار ١٥ - ٦٥ عام، و٧ مرات لاعمار ٧٥ وما فوق...

وقد تنوعت محاولات الالتفاف على كلفة الرعاية الصحية بهدف تخفيضها لتوفير تغطية لمساحة اوسع من الصحة المنزلية الى تعزيز روافد الصحة المائئة والغذائية والبيئية، وصولاً للجراحات النهارية، وجدولة المواعيد تبعا لاهمية المرض وخطورته، وحددت بعض الدول مجموعات ثلاث في العلاقة ما بين رعاية الدولة الصحية وخدماتها، بحيث تستفيد المجموعة الاولى من أعمال وقائية أولية وبيئية، وتوعوية... فيما تقدم المجموعة الثانية باتجاه الحصول على الخدمات المرضية الخارجية وتنظيم الأسرة وغيرها... أما المجموعة الثالثة فتحصل على خدمات المرضى الخارجيين والداخليين والجراحة والتوليد والعلاج الدوائية وغيرها!...

ذلك كله، يتحرك وسط صراع مكشوف بين الدولة الراعية، وعناصر القطاع الصحي، وهنا يبرز دور الطبيب، والمستشفى، وأصحاب القدرات المالية (تأمين، شركات دواء، الصناعات الطبية الخ...)

الطباية:

يلعب الطبيب دوراً محورياً في حركة القطاع الصحي الرعائية-الخدماتية، لما يمتلكه من حرية مهنية رغم انحسار مساحتها بفضل تدخل الوسيط المالي المتمثل بالشركات القادرة مالياً (تأمين، دواء، صناعات طبية، وحتى دراسات وابحاث علمية موجهة)، أما ايجابية دور الطبيب أو سلبيته، فتتأق نتائج عاملين أساسيين:

- مستوى الطبيب العلمي ومتابعته للتطورات العلمية.

● أخلاقه الطبية Ethics والتي تزداد اهميتها يوما بعد يوم نظرا لابتعاد الكثير من الاطباء في العالم عن قسم ابقراط، والزاماته...
ولكن، يبقى الطبيب هو الواجهة والمعبر الى الرعاية الصحية...

المستشفى:

هناك خلل كبير في العلاقة بين المستشفى والرعاية الصحية الاولى ومراكزها... وهي تتراوح ما بين التجاهل في احسن الاحوال، وصولا إلى حد الخصومة الصريحة، حيث تستحوذ المستشفيات على الشطر الاكبر مما يتوافر للنظام الصحي من المواهب والاموال... بينما فريق الرعاية الصحية الاولى يطالبها بان تكون المركز الرئيسي لانشطة الرعاية الصحية... وان تنزل موظفيها الى الارض للمشاركة في بحوث الخدمات الصحية المحلية. ويبقى السؤال المطروح: كيف يمكن التوفيق بين المستشفيات والرعاية الصحية الاولى???

الادارة :

ان سوء الادارة، هو العائق الرئيسي لنجاح مخططات الرعاية الصحية، لما يلحقه من قصور واذى بالنظم الصحية... والظاهرة الابرز في هذا المجال هي عرقلة تدفق العقاقير والامدادات... وهو ما القى بظلال من الشك والاستخفاف لدى المواطن تجاه مركز الرعاية، الذي انفقت عليه المبالغ المالية الطائلة، ليصبح مقصداً موسمياً لتوزيع العقاقير، حيث يسرب بعضها للسوق السوداء... وبعضها الاخر الى الجمعيات الخاصة، وتحرم الاطراف كما الفقراء من الحصول عليها...
والحقيقة، إنَّ أغلب نظم الرعاية الصحية تحتاج بصيغة خاصة الى البحوث المتعلقة بالتمويل، اذ أنَّ سيناريو الانفاق الكبير على المباني والمؤتمرات والدراسات، تتواطأ فيه في الكثير من الاحيان الوكالات الدولية الممولة، التي تحصد سياسياً ودعائياً، والادارة المنفذة التي تحصد ارباحاً غير مشروعة، وعلى حساب قدرات الصحة الرعاية... وكثيراً ما يبني المسؤولون قراراتهم على أساس ما يعود عليهم بأقصى النفع...

نظم المعلومات والمراقبة و التكنولوجيا الملائمة:

إن العيب الرئيسي الذي يشوب الغالبية من نظم المعلومات يكمن في الافراط في جمع المعلومات واستعمال اشكال كثيرة في الاستثمارات، حيث تتداخل المعلومات وتسبب ارباكاً في قنوات الاتصال... ومن العيوب الاساسية التي تؤخذ على اغلب البحوث، نزعها الى استحداث اجراءات ومعدات متزايدة التعقيد، بينما من الضروري تحديد التكنولوجيا الملائمة لمجتمع معين، وكيفية نظرتة اليها، وتقبلها. ويستحسن ان تكون بسيطة وفعالة، تستخدم المواد والعمالة المحلية، وتغطي أكبر قدر من الناس المحتاجين، بأقل قدر من رأس المال، مع مراعاة للظروف المناخية المحلية بالنسبة للمعدات والعقاقير.

التغطية والعدالة:

هي مشكلة موجودة في كل البلدان، وإنَّ بنسب متفاوتة، حيث أشد الناس حاجة للرعاية الصحية، هم الذين يحصلون على أقل نصيب منها...
وتبقى مشكلة تمويل الخدمات الصحية في البلدان النامية، سؤالاً مطروحا وتحدياً كبيراً، في ظل الأزمة

الراهنة في ميدان تمويل الخدمات الصحية، فهناك عجز كبير في الموارد، هو اكبر بأضعاف مما يقدم من المساعدات الخارجية، وهناك أيضا معاناة أكثر جذرية وعمقا متصلة بقضايا الكفاءة والعدالة... فالاعتماد بصورة كبيرة على الضرائب في تمويل الخدمات الصحية، كثيرا ما تكون له آثار ضارة على توزيع واستخدام الموارد بصورة فعالة، وخاصة عندما تكون الضرائب باهظة أو يكلف تحصيلها مبالغ كبيرة... أما رسوم التغطية، فيشارك فيها جميع المشاركين (أقساط تأمين)، و تحديد مجموعات تميز ما بين التقديمات الرسمية المباشرة، والتقديمات الخاصة التي تشكل النسبة الأكبر... وقد أدخل مصطلح « تقاسم المخاطر » على وسيلة تسديد أقساط بغية الحصول على التغطية والاحتفاظ بها كوسيلة لاسترداد التكلفة (التأمين الصحي، الضمان الاجتماعي، التعاونيات...) وأصبح مبدأ تقاسم المخاطر يجتذب اهتماما متزايدا من جانب الحكومات والمانحين على حد سواء، باعتباره بديلا محتملا عن الاضطرار إلى الاختيار ما بين زيادات كبرى على رسوم الاستخدام من جهة، وبين استمرار النقص الكبير في تمويل الخدمات من جهة أخرى، وسط تقاسم التكلفة بين من شاءت الصدق أن يقعوا فريسة المرض ومن يسعفهم الحظ بالاحتفاظ بعافيتهم، بل كذلك ، لأنه يمكن تدرج رسوم التغطية على نحو يتناسب مع الدخل، بل ويخفضها إلى الصفر بالنسبة للفقراء...

الرعاية الصحية الأولية والبيت:

إن تقديم الرعاية الصحية الاساس، يتم على أفضل وجه في البيوت على أيدي العاملين في الرعاية الصحية الأولية... وهو اقرار بأن أكثر العاملين الصحيين كفاءة في العالم، هم الامهات!...

الطب والصحة: تخفيف مخاطر الرعاية الصحية الأولية

مهما تمتع الأطباء والممرضون بالكفاءة والضمير الحي، فإن الخطأ الطبي يبقى قائماً، فكيف اذا افتقد بعضهم اخلاقيات المهنة ورسالتها...؟ إن حدوث الوفاة المبكرة في البلدان المتقدمة، على أثر مرض علاجي المنشأ موجود، وهو يصيب 3-4% من مرضى المستشفيات في امريكا وحدها، أي حوالي مليون شخص سنويا، مما يسفر عن 3 ملايين يوم اقامة في المستشفى كان يمكن تفاديها، وعن وفاة 1% من ضحايا ذلك المرض... على أن المرض العلاجي المنشأ اشد خطراً وأكثر تكراراً في البلدان النامية حيث تستخدم وعلى نطاق واسع، ادوية بالغة التنوع، بعضها عتيق وغير ذي فاعلية، أو أصبح ساماً أو ملوثاً... اضافة الى تصدير عقاقير من قبل الدول الصناعية الى الدول النامية، ثبت أنها غير مأمونة في اوربا وامريكا الشمالية... وهو ما يهدد مصداقية الرعاية الصحية ، وهو امر بالغ الخطورة... من هذه المخاطر في الرعاية الصحية الأولية، مثلا:

- التمتع من خلال لقاحات الاطفال...
- الاشعاعات السينية...
- غازات التخدير والاكسيجين...

القطاع الصحي في لبنان:

يعاني القطاع الصحي في لبنان من العديد من التشوهات التي تراكمت على مدى سنوات طويلة بسبب الحرب وغيرها (ولنا عودة في ذلك) والتي اثرت بشكل خاص في جانب العرض ونوعية الخدمات المنتجة وطرق تسعيرها ومصادر تمويلها... اضافة الى خلل كبير ومتنام «اقتصادياً واجتماعياً وسياسياً» وقد فشل معه العديد من محاولات الاصلاح، وبرزت مشاكل عديدة أهمها:

الاستدامة، الناتجة عن عدة عوامل اهمها وجود ضغوطات متزايدة وغير محدودة تحيط بموضوع الانفاق على الصحة، والناتجة بدورها عن ضعف تركيبة النظام الصحي والاطر الرقابية وادارة القطاع عموماً، وتترجم في مستويات عالية من الانفاق (غير مرتبطة بمستوى النوعية).

ضخامة المتأخرات المستحقة على القطاع العام لصالح الضمان الصحي والمستشفيات الخاصة، مما يشير الى اختلال بين العائدات والنفقات، وبالتالي الى بروز معوقات جدية امام اضاء طابع من الاستدامة على النفقات الاجتماعية العامة، وهو ما يحفز بدوره موردي الخدمات لتضخيم حجم فواتيرهم...
الفعالية، وترتبط بدور الدولة، وهو لا يزال محدوداً اذا ما قورن بالبلدان الاخرى، واذا ما قورنت انتاجيته ومحصلاته بمثيلها في القطاع الخاص عند مستوى الانفاق ذاته...

العدالة، حيث التفاوت في حجم ومصادر الموارد المالية بحسب صناديق التأمين المختلفة، مما يؤدي الى تفاوت في مستوى التقديمات الصحية للمستفيدين من هذه الصناديق... وايضاً ضخامة ما تنفقه الاسر من جيبتها الخاص على الصحة، متجاوزة عتبة ال ٦٠٪ من اجمالي انفاق المجتمع على الصحة... وهو ما يؤثر بدوره على الشرائح الاجتماعية الاشد عوزاً...!

وتندرج هذه الدراسة عن الحق في الصحة في سلسلة الدراسات الخلفية للخطة الوطنية لحقوق الإنسان في لبنان التي يجري اعدادها بالتعاون بين اللجنة النيابية لحقوق الإنسان وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي UNDP ومكتب المفوضية السامية لحقوق الإنسان. وستعرض هذه الدراسة تباعاً:

- الواقع القانوني: المواثيق الدولية والبنية التشريعية في لبنان.
- الوضع الصحي الراهن في لبنان.
- مشروع الخطة القطاعية للحق في الصحة.

١. الواقع القانوني

أولاً: المواثيق الدولية

ابرّم لبنان أكثر من ٣٠ اتفاقية عدا الملاحق، ومباشرة من خلال الحكومة... و١٣ اتفاقية مجازة بقوانين، عدا الكثير من البروتوكولات والمراسيم...

١. توصيات لجان حقوق الإنسان

- اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. التعليق العام رقم ١٤ (الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه) ٢٠٠٠
- لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة. التوصية العامة رقم ٢٤ (المرأة والصحة) ١٩٩٩
- التعليق العام رقم ٣: فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز وحقوق الطفل ٢٠٠٣
- التعليق العام رقم ٤: صحة المراهقين وموهم في سياق حقوق الطفل ٢٠٠٣
- ٩٩/٥٢ الممارسات التقليدية أو العرفية التي تؤثر على صحة المرأة والبنات

٢. الصكوك الدولية

من وثائق وصكوك حقوق الإنسان الدولية:

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ١٩٤٨
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ICESCR (١٦ كانون الأول/ديسمبر ١٩٦٦)

- تاريخ التصديق/الانضمام (٠٣ - ١١ - ١٩٧٢)
- تاريخ الدخول حيز النفاذ (٠٣ - ٠١ - ١٩٧٦)
- العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية
- تاريخ التصديق/الإنضمام (٠٣ - ١١ - ١٩٧٢)
- تاريخ الدخول حيز النفاذ (٢٣ - ٠٣ - ١٩٧٦)
- اتفاقية حقوق الطفل
- تاريخ التوقيع (٢٦ - ٠١ - ١٩٩٠)
- تاريخ التصديق/الإنضمام (١٤ - ٠٥ - ١٩٩١)
- تاريخ الدخول حيز النفاذ (١٣ - ٠٦ - ١٩٩١)
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة
- قانون رقم ٥٧٢ (٢٤ - ٠٧ - ١٩٩٦) - مع تحفظات
- تاريخ التصديق/الإنضمام (٢١ - ٠٤ - ١٩٩٧)
- تاريخ الدخول حيز النفاذ (١٦ - ٠٤ - ١٩٩٧)
- الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري
- تاريخ التصديق/الإنضمام (١٢ - ١١ - ١٩٧١)
- تاريخ الدخول حيز النفاذ (١٢ - ١٢ - ١٩٧١)
- القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء
- الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقليا
- الإعلان العالمي الخاص باستئصال الجوع وسوء التغذية
- الإعلان الخاص بحقوق المعوقين
- اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة (١٩٨٧)
- تاريخ التصديق/الإنضمام (٠٥ - ١٠ - ٢٠٠٠)
- تاريخ الدخول حيز النفاذ (٠٤ - ١١ - ٢٠٠٠)
- مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية (١٩٩١)
- الإعلان المتعلق بحقوق الإنسان للأفراد الذين ليسوا من مواطني البلد الذي يعيشون فيه

٣. مؤتمرات العمل الدولية

- الاتفاقية ١٤: «اتفاقية الراحة الأسبوعية في المنشآت الصناعية». ١٩٢١
- تاريخ التصديق (٢٦ - ٠٧ - ١٩٦٢)
- الاتفاقية رقم ١٦: «اتفاقية الفحص الطبي الإجباري للأطفال والأحداث المستخدمين على ظهر السفن».
- ١٩٢١
- الاتفاقية رقم ٢٤: «اتفاقية التأمين الصحي للعمال في الصناعة والتجارة وخدم المنازل». ١٩٢٧

- الاتفاقية رقم ٢٥: «اتفاقية التأمين الصحي لعمال الزراعة». ١٩٢٧
- الاتفاقية ٤٠: «اتفاقية بشأن التأمين الإلزامي على الحياة للمستخدمين في المشاريع الزراعية». ١٩٣٣
- الاتفاقية ٥٦: «اتفاقية بشأن التأمين الصحي للبحارة». ١٩٣٦
- الاتفاقية ٧٣: اتفاقية الفحص الطبي للبحارة، ١٩٤٦
تاريخ التصديق (٠٦ - ١٢ - ١٩٩٣)
- الاتفاقية ٧٧: «اتفاقية بشأن الفحص الطبي لتعزيز لياقة الأحداث والشباب للعمل في الصناعة». ١٩٤٦
تاريخ التصديق (٠١ - ٠٦ - ١٩٧٧)
- الاتفاقية ٧٨: «اتفاقية الفحص الطبي للياقة الأطفال والأحداث للاستخدام في المهن غير الصناعية». ١٩٤٦
تاريخ التصديق (٠١ - ٠٦ - ١٩٧٧)
- الاتفاقية ١٠٦: «اتفاقية بشأن الراحة الأسبوعية في التجارة والمكاتب». ١٩٥٧
تاريخ التصديق (٠١ - ٠٦ - ١٩٧٧)
- الاتفاقية ١١٣: «اتفاقية بشأن الفحص الطبي لصيادي الأسماك». ١٩٥٩
- الاتفاقية رقم ١١٥: اتفاقية الحماية من الإشعاعات، ١٩٦٠
تاريخ التصديق (٠٦ - ١٢ - ١٩٧٧)
- الاتفاقية رقم ١٢٠: «اتفاقية بشأن القواعد الصحية في التجارة والمكاتب». ١٩٦٤
تاريخ التصديق (٠١ - ٠٦ - ١٩٧٧)
- الاتفاقية رقم ١٢٤: «اتفاقية بشأن الفحص الطبي للأحداث لضمان لياقتهم للاستخدام في المناجم تحت سطح الأرض». ١٩٦٥
- الاتفاقية رقم ١٣٩: اتفاقية السرطان المهني، ١٩٧٤
تاريخ التصديق (٢٣ - ٠٢ - ٢٠٠٠)
- الاتفاقية رقم ١٥٢: «اتفاقية بشأن السلامة والصحة المهنيين في عملية المناولة بالموانئ». ١٩٧٩
قانون رقم ٥٦٧ (١١ - ٠٢ - ٢٠٠٤)
- الاتفاقية رقم ١٥٥: «اتفاقية السلامة والصحة المهنيين وبيئة العمل». ١٩٨١
- الاتفاقية رقم ١٥٩: اتفاقية التأهيل المهني والعمالة (المعوقون)، ١٩٨٣
تاريخ التصديق (٢٣ - ٠٢ - ٢٠٠٠)
- الاتفاقية ١٦١: «اتفاقية بشأن خدمات الصحة المهنية». ١٩٨٥
- الاتفاقية رقم ١٦٤: «اتفاقية بشأن الحماية الصحية والرعاية الطبية للبحارة». ١٩٨٧.
- الاتفاقية ١٦٧: «اتفاقية بشأن السلامة والصحة في البناء». ١٩٨٨
- الاتفاقية رقم ١٧٠: اتفاقية المواد الكيميائية، ١٩٩٠
تاريخ التصديق (٢٦ - ٠٤ - ٢٠٠٦)
- الاتفاقية رقم ١٧٦: اتفاقية السلامة والصحة في المناجم، ١٩٩٥ بروتوكول عام ١٩٩٥ لاتفاقية تفتيش العمل، ١٩٤٧
تاريخ التصديق (٢٣ - ٠٢ - ٢٠٠٠)

- إعلان «أما أتا»- المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية- ١٩٧٨ Declaration of Alma Ata
International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata
USSR, 6-12 September 1978

٤. صكوك الحماية الإقليمية

- الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان (منظمة الدول الأمريكية) ١٩٤٨
- الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب ١٩٨١
- الميثاق الأفريقي لحقوق ورفاهية الطفل ١٩٩٠
- الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان (مجلس أوروبا) ١٩٥٠
- اتفاقيات عربية عن الحق في الصحة:
- الميثاق العربي لحقوق الإنسان (١٩٩٧)
- الميثاق العربي لحقوق الإنسان - النسخة الأحدث ٢٠٠٤
- إعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الإسلام ١٩٩٠
- إعلان عمان الثاني بشأن السكان والتنمية في العالم العربي. المؤتمر العربي للسكان ١٩٩٣
- قرارات الشؤون الاقتصادية والاجتماعية لمؤتمر القمة الإسلامي الثامن، ١٩٩٧
- مشروع ميثاق حقوق الإنسان والشعب في الوطن العربي. مجموعة حقوقيين ومثقفين
- الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية
- مؤتمر الإعاقة في الوطن العربي
- إطلاق العقد العربي للمعاقين (٢٠٠٣-٢٠١٢)
- المؤتمر العربي الإقليمي بشأن المعايير المتعلقة بالتنمية وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقات ٢٠٠٣
- تقرير الاجتماع العاشر للجنة الفنية الاستشارية للتشريعات الصحية ٢٠٠٥
- تقرير وقرارات مجلس وزراء الصحة العرب ٢٠٠٢
- الاتفاقية العربية رقم (٧) لسنة ١٩٧٧ بشأن السلامة والصحة المهنية

ملاحظة:

على صعيد الاستشفاء

حدثت تطورات بارزة. ففي العام ١٩٧٧، قرّرت جمعية الصحة العالمية الثلاثون أن الهدف الاجتماعي والرئيسي في العقدين التاليين ينبغي أن يكون بلوغ جميع شعوب العالم بحلول عام ٢٠٠٠ مستوى من الصحة يؤمن لها حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً.

وهذا ما أكدّ عليه المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية في «أما أتا» عام ١٩٧٨. وكذلك قرار الجمعية العمومية للأمم المتحدة في العام ١٩٧٩ الذي ركز على موضوع توفير الصحة للجميع في

العام ٢٠٠٠. ودعت الدول الأعضاء إلى أن تعمل على صياغة استراتيجيات وخطط عمل وطنية لتحقيق ذلك، والبدء بتطوير الهيكلية الأساسية للنظام الصحي. وهذا يشمل الرعاية الأولية وصولاً إلى مجموع السكان في برامج تشمل تدابير للنهوض بالصحة والوقاية من المرض والتشخيص والمعالجة والتأهيل ومشاركة المجتمع على أن تكون بوجود مراقبة اجتماعية شديدة وعالية (المرجع: كتاب «الرعاية الصحية في لبنان» د.عدنان مروة- د.نبيل قرنفل ١٩٨٥).

ثانياً: البنية التشريعية والقانونية في لبنان

أنشئت وزارة الصحة العامة بقانون عام ١٩٤٦، حدد لها مهام ثلاث (الوقاية والتوعية والرعاية)، وانطلقت في الخمسينات انطلاقة جيدة، فتم بناء وتشغيل المستشفيات الحكومية في المحافظات كما المستوصفات... وأبان الحقبة الشهابية (١٩٥٨-١٩٦٤) بدا الاهتمام أكثر باتجاه الصحة الاجتماعية، فأنشئت وزارة الشؤون الاجتماعية عام ١٩٥٩، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي عام ١٩٦١ (وانطلق عام ١٩٦٣) وانطلق صندوق المرض والأمومة عام ١٩٧١، وعززت الرقابة بإنشاء مؤسسة التفتيش المركزي ومجلس الخدمة المدنية وغيرها من المؤسسات.

٢. الوضع الراهن في لبنان

أولاً: إحصاءات صحية

- Total Expenditure on Health per capita (international \$ 2006: 882,96
- Total Expenditure on Health (THE) as % of GDP 12.1%

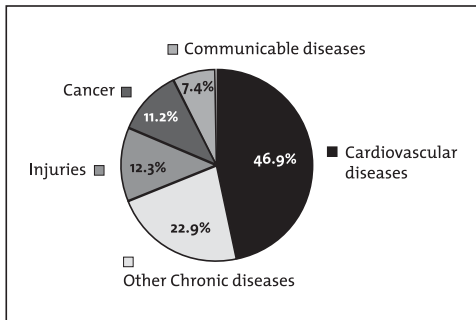
Financing Agents Measurement

- General Government Expenditure on Health (GGHE) as % THE 30.5%
- Private Sector Expenditure on Health (PvtHE) as % of THE 77.5%
- General Government Expenditure on Health as % of GGE 11.4%
- Social Security Funds on Health as % of GGEHE 36.8%

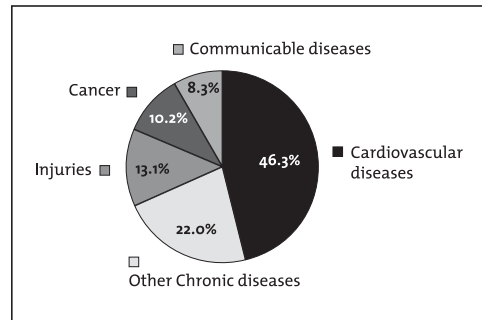
Financing Agents Measurement (Million NCU)

- Total Expenditure on Health (THE) 3,938,540
- General Government Expenditure on Health (GGHE) 1,143,800
of which;
- Ministry of Public Health 388,400
- Social Security Funds 396,360
- Private Expenditure on Health (PvtHE) 2,895,480

Main causes of death in Lebanon Projected: 2030



Main causes of death in Lebanon Projected: 2005



المصدر: منظمة الصحة العالمية

ثانياً: الاستشفاء في لبنان

١. مقدمة (القطاع العام/القطاع الخاص)

إن عدم قيام دولة قانون ومؤسسات في لبنان كان له التأثير السلبي الكبير على القطاع الصحي، مع وجود مؤشرات ايجابية، لا تنكر... حيث يشهد نظام الرعاية الصحية حالة من التفكك والخلل الكبير ما بين القطاعين العام والخاص لصالح الأخير... وحالة من التفاوت في المجال الطبي والتمريضي والاستشفائي والمناطقى وعلى مستوى تعددية الصناديق الضامنة وخدماتها... وبكلفة رعايية مرتفعة، وبدواء مرتفع الثمن، وبهيمنة لخدمات الرعاية الصحية العلاجية، وضالة دور الرعاية الصحية الوقائية... كل ذلك يسير على معادلة استهلاكية، يتخللها الكثير من الخلل.

وجاءت الحرب الأهلية في منتصف السبعينات على حساب القطاع العام، الذي دُمّر العديد من مؤسساته وشلت أعمال الباقي بنسبة ٨٠-٩٠٪، وازدهر القطاع لأستشفائي الخاص وتنماى عشوائياً وخارج إطار أي خارطة صحية، وتحولت وزارة الصحة إلى «مصرف مالي» ينفق أكثر من ٨٠٪ من موازنته على الاستشفاء الخاص. أي أن الدولة كادت تستقيل من دورها في الرعاية الصحية لصالح القطاع الخاص خدمة للمصالح المتشابكة بين الإدارة والخاص والمحصنة دائماً بالغطاء السياسي والطائفي، لولا بدايات عودة خجولة للقطاع العام عبر قانون استقلالية المستشفيات، إضافة إلى تغطية الوزارة لأدوية الأمراض المزمنة والمستعصية، ولو بكثير من المشاكل.

إذا، فقد بقي تدخل الدولة في تنظيم ورعاية أعمال القطاع الصحي ضعيفاً، مما كرس تعددية في الصناديق الضامنة التي تعمل باستقلالية شبه تامة تحت وصاية شكلية للدولة، تتفاوت في سياستها الصحية ومستوى خدماتها والكلفة، ويتم تحويلها من خلال اشتراكات الأعضاء المنتسبين والضرائب... والخلاصة، إن الدولة تقوم ومن خلال هذه الصناديق بتغطية الآتي:

- موظفي القطاع العام، وبعض حالات المتقاعدين.
- الاستشفاء للأفراد غير المضمونين (مباشرة من الدولة).
- الأدوية للأمراض المزمنة والمستعصية..

وقد بلغ معدل الإنفاق على الصحة للفرد في عام واحد، نحو أربعة أضعاف ما ينفق في الأردن وتونس على الرعاية الصحية لمواطنيها... مع العلم إن معدلات وفيات الأطفال الرضع في الأردن هي مماثلة لمستواها في لبنان، ومستوى الأمل بالحياة أعلى بشكل طفيف ...

كما قدر إجمالي الإنفاق على الصحة بما يوازي ١٢,١٪ من مجمل الناتج المحلي، وهو أعلى بكثير مما هو عليه في الدول النامية ٤-٦٪ بشكل عام، ومن العديد من الدول الأوروبية والثاني عالمياً بعد الولايات المتحدة الأمريكية ١٤-١٥٪، مع اختلاف كبير في النوعية وإنتاجية وتغطية العناية الصحية.

كما إن إجمالي إنفاق المجتمع على الصحة، يتراوح ما بين ٦٥-٧٠٪ و ٨٠٪ حسب منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٢ إي ما يتراوح بين ٤٧ و ٥٥٪ من الفاتورة الصحية...! وهو ما يعتبر مرتفعاً في سائر المقارنات الدولية...

هذا التفاوت الملحوظ ما بين الكلفة والمردود، سببه الرئيسي هو غياب الدولة عن دور فاعل في تنظيم القطاع الصحي، واختباؤها أحياناً وراء عدم التدخل في مبدأ «الاقتصاد الحر»، ككلمة حق يراد بها باطل، علما بان دول الاقتصاد الحر لها الدور الأساس في الرعاية ووضع الضوابط... هذا أدى إلى عدم تطبيق أيّ خارطة صحية، فانتشرت المستشفيات الخاصة بشكل عشوائي، ولم تنجح محاولات تنظيم مهنة الطب (دراسة وممارسة) فأصبح لكل ٣٠٠ مواطن لبناني طبيب، مع تفاوت في المستوى. وأضحى لبنان عالمياً على رأس اللائحة في اقتناء التقنيات الطبية باهظة الكلفة، وفي الأعمال الطبية بكافة أشكالها، وسقطت جميع محاولات إصلاح سوق الدواء على مدى العقود الأربعة الماضية...! وقد أدى ذلك إلى رفع كلفة الفاتورة الصحية، كما إلى إدخال ثقافة السوق القائمة على تنافس العرض والطلب إلى القطاع الصحي... وهو ما أدّى بدوره إلى اتساع الهوة ما بين فواتير المستشفيات وقدرة الدولة على التلبية، فبرزت مصطلحات سياسية صحية جديدة ومفردات مثل (تسوية ومصالحة وتلزييم بمبلغ مقطوع...) وغيرها من سياسة التزقيع وتدبير الأمور بما تيسر... وهو ما أدّى إلى الإمعان في نفخ الفواتير. ورغم ذلك، يبقى هناك في لبنان، ما يتمايز من استشفاء على مستوى المنطقة، وما يفتخر به من مستوى طبي...

٢. عدد المستشفيات المنشأة في لبنان

في لبنان حدد مرسوم تنظيم وزارة الصحة عام ١٩٤٦ مبادئ وأسس توفير علاج الأفراد الذين يقاسون من المرض، لا موضوع الوقاية الطبية كما هو الحال مع الغالبية العظمى من الأطباء المشغولين بتشخيص المرض في العيادة أو المستشفيات لأسباب تجارية بحتة. وقد أدّت التنمية الاقتصادية غير المنظمة إلى كثافة سكانية هائلة في ضواحي العاصمة الشرقية والجنوبية تصاحبها أوضاع سكنية متزدية نجمت عنها مشكلات اجتماعية واقتصادية وصحية جمة، كون موضوع الصحة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتعليم والتغذية والمياه النقية والإصحاح الكافي والإسكان المناسب. مع العلم أن لبنان يعاني عجزاً كبيراً في هذه العناصر الأساسية. نعرض في ما يلي لعدد المستشفيات الحكومية والخاصة المنشأة في لبنان.

أ. المستشفيات الحكومية

أنشأت وزارة الصحة خلال عقدين من الزمن ٢٧ مستشفى حكومياً من أهم مزاياها أنها تعاني مشاكل مادية ونقصاً بشرياً وإدارياً وعدم وجود أجهزة مختصة في مقابل تخمة موظفين غير مؤهلين لا لزوم لهم. وتوزعت هذه المستشفيات على المحافظات والأقضية بهدف تأمين البنية التحتية للخدمات الصحية. ولكن بسبب الممارسات الخاطئة وعدم وجود سياسة استشفائية واضحة وضعف الإدارة وانتفاء أي عنصر من

الرقابة وغياب الضمير المهني، إضافةً إلى الحرب الأهلية، أقلّ أكثر من نصف هذه المستشفيات، حتى أن بقية المستشفيات وعددها ١٥ تعمل بطاقة ٢٠٪ فقط. فمن أصل ١٥٢٢ سريراً حكومياً تابعاً للوزارة هناك حوالي ٣٠٠ سرير فقط تعمل بشكل غير منتظم وغير كامل إطلاقاً مما يؤدي إلى نقص كبير في التقديرات الصحية. إضافةً إلى الهدر الهائل في الأموال العامة وأموال لجان الدعم والمساعدات الواردة والأموال التي يدفعها المريض. وبكفي أن نعرف أن سريراً واحداً في المستشفى الخاص يكلف ١٠٠ ألف دولار فيما كلفته في القطاع العام هي ٣٥٠ ألف دولار أميركي.

وقد أصبحت معظم هذه المستشفيات تخضع لقانون إستقلالية المستشفيات الذي أقر في مجلس النواب بتاريخ ١٧/٨/١٩٩٥. إضافةً إلى أكثر من ١٢ مركز رعاية صحية أنشئت بالهبات العربية.

ب. المستشفيات الخاصة

أما في القطاع الخاص فهناك أكثر من ١٧٥ مستشفى خاصاً تقدّر بـ ١٤٥٠٠ سرير تعمل بكل طاقتها (وهو نفس العدد الموجود في سوريا بالرغم من التفاوت الحاصل في عدد السكان). وقد أدت الممارسات غير القانونية والشاذة في بعض المستشفيات الحكومية إلى أن يصار إلى الاعتماد كلياً على المستشفيات الخاصة والتعاقد معها بهدف تأمين الوقاية والعلاج للمريض في لبنان. ولكن وبسبب عدم تطبيق مبدأ الرقابة والرصد والمتعلقة بنوعية الخدمة أو الكلفة وحجمها (المرسوم ١٩٦٤/٥٢٠٦) وتناسي الجميع الشروط والضوابط التي ترعى وتكمل مبدأ التعاقد، كانت النتيجة إهدار أموال عمومية بأرقام مذهلة وتدنياً في الخدمات الصحية والطبية وارتفاع الفاتورة الاستشفائية التي يدفعها المواطن والدولة في آن واحد. وما يثير العجب أن مختلف الفرقاء باتوا يتذمرون من الوضع الحالي. فالوزارة تشكو من ضخامة العبء عليها، والمستشفيات الخاصة المتعاقدة تن من وطأة الديون المترتبة على الوزارة، والمواطن يتذمّر من المبالغ التي يطلب منه توفيرها لعلاجها على نفقة الوزارة، والخزينة تهدد بالويل والثبور. إذ أن هذا البند من الموازنة قد تعدى بمفرده ميزانية وزارة الصحة لعدة أعوام.

٣. فاتورة الاستشفاء في لبنان

في العام ٢٠٠٦ بلغت الفاتورة الصحية ما مقداره ٦٠٠ مليار ليرة لبنانية، أي ما يعادل ٤٠٠ مليون دولار أميركي، وهذا المبلغ يكفي لإنشاء وبناء ثلاثة مستشفيات جامعية كاملة. فبدلاً من أن ينخفض الاعتماد على المؤسسات الخاصة، أخذت هذه الوزارة عملياً تزيد من هذه الظاهرة سنوياً. مثلاً على ذلك أن عدد المستشفيات المتعاقدة معها من قبل وزارة الصحة في العام ١٩٧١ كان ١٤ مستشفى و٤٦٠ سريراً. وأصبحت في العام ١٩٨٣ (٨٤) مستشفى و١٣٣٩ سريراً. وبالطبع ازداد بند الميزانية من ٩ ملايين عام ١٩٧١ إلى ١٥٨ مليون في العام ١٩٨٣، وأصبح ١٧٢ مليار ل.ل. (خلال العام ١٩٩٦ وحدها). بعد أن تعاقدت وزارة الصحة مع ١٣٤ مستشفى خاصاً لتأمين ١٨٠٠ سرير (مرسوم ٨٧٩٦ تاريخ ١٧ تموز ١٩٩٦ ومرسوم رقم ٩٨/١١٧٦٣ خفض العدد إلى ١٥١٤ سريراً)، ثم ارتفع عدد الأسرة التي تعاقدت معها وزارة الصحة إلى ٢٠٢٦ في العام

٢٠٠٠. وإذا أضيفت المبالغ التي تصرف على إدارة المستشفيات والمستوصفات الحكومية إلى المبالغ التي تصرف على المستشفيات الخاصة لارتفعت كثيراً هذه الفاتورة. وعملاً مبدئياً أنه عندما يبطل العمل بنظام ما تكثر الاجتهادات وتبادل التهم والخاسر الوحيد هو المواطن صاحب الحق الأول. أما لجان التدقيق فهي ضعيفة وغير مختصة وتعتمد إلى إجراء حسابات وحسومات عشوائية مبنية على نظريات شخصية إضافة إلى مخالفتها القوانين المهنية والإدارية مرعية الإجراء.

أما المواطن، فيتذمر من ارتفاع الكلفة عليه وخصوصاً أن معظم الذين يعالجون على نفقة الوزارة هم من ذوي الدخل المحدود، كما تكثر الشكاوى من تدني الخدمة وتمييز مرضى الوزارة عن الآخرين الذين يدفعون من مالهم الخاص. والأهم هو تمنع بعض المستشفيات الخاصة من استقبال المرضى في حالات الطوارئ إلا إذا وافقوا على دخول المستشفى على نفقتهم الخاصة بعد دفع المبلغ المطلوب (المرجع: وزير الصحة والشؤون الاجتماعية د. عدنان مروه: المستشفيات الخاصة ١٩٨٥). إن هذا الوضع الاحتكاري يؤدي دوماً إلى التجاوزات والخلل.

إن القطاع الخاص هو الوحيد الذي يؤمن الاستشفاء للحالات الصعبة والمستعصية، تساعده تقنية مختصة ومتقدمة.

ولكن من الخطأ التصور بأن القطاع الخاص هو كله قطاع متجانس متشابه، ففيه الكثير من الاختلاف والتباعد من حيث النوعية والجودة، وهذا إجحاف بحق المؤسسات الخاصة الممتازة من ناحية، والمواطن الذي يميز بين هذه وتلك، وعلى الدولة أن تعزز المؤسسات الجيدة وأن تحد من المؤسسات السيئة فتؤمن طاقة إنتاجية أفضل.

أ. دراسة تحليلية

عدد المستشفيات الخاصة في لبنان ١٦١ مستشفى ومركزاً صحياً خاصاً
عدد الأسرة في المستشفيات الخاصة ١٤٣٠٠ سرير مستشفى
بلغت فاتورة وزارة الصحة، استشفاء و دواء في العام ٢٠٠٦، ما قيمته ٦٠٠ مليار ليرة لبنانية، أي ما يعادل ٤٠٠ مليون دولار أميركي

في تحليل للفاتورة الصحية في لبنان يتبين ما يلي:

- وزارة الصحة تؤمن ٢٩,٩٪.
- وزارة الدفاع تؤمن ١٠,٥٦٪.
- الضمان الصحي الإجتماعي يؤمن ١٧,٢٥٪.
- وزارة الداخلية تؤمن ٤,١٢٪.
- تعاونية موظفي الدولة تؤمن ٢,٧١٪.
- شركات التأمين تؤمن ١٧,٦٥٪.
- الأفراد يؤمنون ١٥,٣٢٪.

ب. متوسط كلفة العمل الطبي في المديرية العامة للصندوق الوطني للضمان الصحي

| متوسطة الكلفة | عدد حالات الاستشفاء | |
|----------------|---------------------|---------------|
| ٧١٨,٠٤٧ ل.ل. | ٤١٧٨ | الأمن العام |
| ٢,٦٣٩,٣٤٧ ل.ل. | ١٧٨٢٠ | الأمن الداخلي |
| ١,٠٣٩,٣٤٧ ل.ل. | ١٣٤٧ | أمن الدولة |
| ١,١٥٥,٣٨٧ ل.ل. | ٣٦٠٤٥ | الجيش |
| ١,٠١٨,١٧٠ ل.ل. | ١٩١٥٢٠ | الضمان |
| ١,٣١٤,٢٣٨ ل.ل. | ٢٩٦٧٥ | التعاونية |
| ١,٤١٣,٠٤٢ ل.ل. | ١٥٢١٥٤ | وزارة الصحة |
| ١,٢٧١,٨٧٨ ل.ل. | ٤٣٢٧٣٩ | المجموع |

المصدر: تقرير وحدة الإحصاء المديرية العامة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ٢٠٠٢

ج. الاستشفاء في العام ٢٠٠٦

بلغت فاتورة وزارة الصحة، استشفاء و دواء، ما قيمته ٦٠٠ مليار ليرة لبنانية، اي ما يعادل ٤٠٠ مليون دولار أميركي، كما صرح وزير المالية الأستاذ جهاد أزغور بتاريخ ١٧/١٠/٢٠٠٦.

الإحصاءات الطبية في لبنان خلال العام ٢٠٠٦:

- الفاتورة الإجمالية للدواء في العام ٢٠٠٦ ما قيمتها ٦٨٦ مليون دولار أميركي
- عدد مرضى السرطان ٤,١٠٠ مريض.
- عدد مرضى الكلى ٢,٧٠٠ مريض (وزارة ١٢٠٠ + جيش ١٠٠ + ضمان ٤٠٠)
- عدد مرضى الكولسترول ٨٣,٠٠٠ مريض.
- عدد مراكز غسل الدم من الكولسترول ٣
- عدد أمراض القلب ١٩٨,٠٠٠ مريض.
- عدد عمليات القلب المفتوح ٥,٨٠٠ مريضاً (عدد مراكز القلب المفتوح ٢٧)
- عدد عمليات زرع الكلى ٩٥ (عدد المراكز ٥)
- عدد مرضى غسل الدم من الكولسترول ١٧٠
- عدد جلسات غسل الكلى ١٩٦,٠٠٠ جلسة.

الكلفة المرتفعة:

إن معدّل كلفة عملية القلب المفتوح في لبنان هو ٧,٣٤٠ د.أ. سبعة آلاف وثلاثمائة وأربعون دولاراً أميركياً، بينما هي في الأردن وسوريا لا تتجاوز ٣٠٠٠ دولار.

استهلاك لبنان من الأدوية

- يستهلك لبنان سنوياً ٢٨١,٠٠٠ مائتين واحد وثمانين ألف علبة دواء لعلاج الكولسترول.

- يستهلك لبنان سنوياً ما قيمته ٨٥,٣٦٠,٠٠٠ د.أ. خمسة وثمانين مليون وثلاثمائة ألف دولار أميركي ثمن أدوية مضادات حيوية.
- يستهلك لبنان سنوياً ما قيمته ١١٨,٦٠٠,٠٠٠ د.أ. مائة وثمانية عشر ملايين وستماية وخمس وثلاثين ألف دولار أميركي ثمن أدوية القلب.
- يستهلك لبنان سنوياً ما قيمته ٨٨,١٨٧,٠٠٠ د.أ. ثمانية وثمانين مليوناً ومائة ألف دولار أميركي ثمن أدوية للجهاز العصبي و المهدئات و المواد النفسية.
- يستهلك لبنان سنوياً ما قيمته ٥٠,١٤٠,٠٠٠ د.أ. خمسين مليون ومائة وأربعين ألف دولار أميركي ثمن أدوية سرطان وكلى.
- يستهلك لبنان سنوياً ما قيمته ١٩,٦٠٠,٠٠٠ د.أ. تسعة عشر عشر مليوناً وستماية ألف دولار أميركي ثمن أدوية لعلاج مرض السكري، ويبلغ عدد مرضى السكري في لبنان حوالي ١٧٢,٠٠٠ (مائة وواحد وسبعين ألفاً وتسعمائة واثنين وستين مريضاً).

الأجهزة الطبية الحديثة والمتقدمة:

انه وبسبب عدم وجود سياسة صحية استشفائية حكومية... وبالتالي انعدام عنصر الدراسة والتخطيط نرى فوضى كبيرة وعدم تنظيم وعدم ترشيد استعمال الأجهزة الطبية الحديثة والمتقدمة، وهذا أحد أسباب انفلاش وارتفاع فاتورة الاستشفاء التي تعدت العشرة بالمائة ١٠٪ من فاتورة الدخل الوطني العام، وفي لبنان بسبب وجود ١٣٠٠٠ سرير في المستشفيات الخاصة، إضافة إلى أن التجهيزات التقنية الحديثة، للعام ٢٠٠٦، والمتوفرة في القطاع الخاص في لبنان تعتبر الأحدث تجهيزاً في العالم العربي.

ومثالاً على ذلك نرى أن القطاع الخاص يملك حالياً اثنين وسبعين ٧٢ جهاز CT-SCAN و ٣١ جهاز M.R.I و ٢٧ مركزاً لجراحة القلب و ٦٤ مركزاً لغسل الكلية الاصطناعية، أي جهاز واحد في لبنان CT-Scan لكل ٥٠,٠٠٠ ألف نسمة، مقابل ٢٥٠,٠٠٠ ألف نسمة في فرنسا جهاز واحد في لبنان M.R.I واحد لكل ١٤٠,٠٠٠ ألف نسمة، مقابل ٥٠٠,٠٠٠ ألف نسمة في فرنسا أما في بلجيكا فـجهاز M.R.I واحد لكل ١,٠٠٠,٠٠٠ مليون نسمة.

أما في سوريا بعدد سكان حوالي ١٧ مليون نسمة، فإن عدد المستشفيات يراوح بين ٦١ مستشفى حكومياً بعدد أسرة ١٣٠٠٠ سرير و ١٥ مستشفى عاماً، بعدد أسرة ٤٠٠٠ سرير. أما في الأردن بعدد سكان يراوح ٤,٩ مليون نسمة فإن عدد المستشفيات الخاصة ٩٢ مستشفى، بعدد أسرة بلغ ٧٦٠٠ سرير، إضافة إلى ٢٤ مستشفى حكومياً بسعة ٣٦٠٠ سرير، و ١٠ مستشفيات تخصصية بعدد أسرة يبلغ ٢٣٠٠ سرير.

٤. أسباب تضخم فاتورة الاستشفاء في لبنان

إن التضخم والتورم الحاصل في الفاتورة الاستشفائية هما نتيجة لعوامل عديدة، منها عدم وجود سياسة استشفائية واضحة وانعدام الرقابة الحكومية الفعالة، إضافة إلى المخالفات الخطيرة في موضوع فواتير الاستشفاء، ولاسيما أن الأرقام المتداولة حالياً والإحصاءات، وبعد الاستعمال للكمبيوتر في أعمال الرقابة والإحصاء ولو بشكل متواضع - تدل وبشكل قاطع على أن حالة الاستشفاء على نفقة وزارة الصحة قد تدنت وأصبحت أقل بكثير منها في الحالات المعلنة للعام ١٩٩٥. وبالرغم من ذلك، فلقد تضاعفت الفاتورة الاستشفائية مما يطرح أكثر من سؤال، وسوف نحاول أن نبين أسباب هذه الحالة الخطيرة باستعمال بعض الوقائع الواردة في التقرير الصادر عن هيئة التفتيش المالي رقم ٢٦٥١ تاريخ ١٣/٤/١٩٩٣ بناءً لقرار مجلس الوزراء رقم ٦ تاريخ ١٢/٩/١٩٩٢.

ثالثاً: الدواء في لبنان

١. مقدمة

لم تُحك كلمة الوجدان الانساني (بعد مقدساته)، كما فعلت كلمة «دواء»، التي تموضعت بخصوصية، واعتلت مقاما مميز الوقع والتأثير، عند مجرد ذكرها... كيف لا، ومصطلح الدواء هو رديف الحياة شفاء بديلا عن الموت مرضاً...! وهو ما ارتقى به الى مستوى «قضية قائمة بحد ذاتها»، تتوسع ميادينها العلمية والتجارية يوما بعد يوم... استخدمت في معالجة المرض، كما في جني الارباح الخيالية احيانا.

وعلى مدى النصف الثاني من القرن الماضي وسني مطلع القرن الحالي، تطورت ابحاث وصناعة الادوية بشكل مذهل، تزامن باستمرار مع تنافس، اخذ طابع الصراع في كثير من الاحيان. وعلى مستويات مختلفة، تبدأ بالنوعية، مروراً بالاصيل والجنريك، والتقليد كما المزور، وانتهاء بالاسعار... ووضعت القوانين «الضوابط» لحركة سير الدواء العلمية منها حفاظاً على النوعية والسلامة، وعبر الرقابة المخبرية والتجارية من خلال حماية الملكية الفكرية، وضبط الاسعار قبل وصولها الى المريض... واذا ما علمنا ان موازنات العديد من شركات الدواء العالمية تتخطى موازنة دولة او اثنتين من بعض الدول النامية، وحيث قاربت موازنة إحداها الثلاثين مليار \$ لعام ٢٠٠٦، لاستطعنا ان نتخيل حجم الصراع التسويقي في سوق الدواء، حيث تستباح المحرمات وصحة الناس وجيوبها، من خلال اساليب ضاغطة في الترويج الدعائي واستخدام النفوذ المالي، الذي وصل إلى حد التأثير على بعض الاطباء، معرضا رسالتهم وقسمهم الايقراطي للاهتزاز، بل والسقوط... وحتى أن مسار الابحاث العلمية، بدأت تضعف وتتكيف وفق ما ترسمه قوى المال الدوائية باتجاه هذا الدواء او ذاك...

اما الاخطر في كل ذلك، فهو تسويق الادوية غير الشرعية، والمجهولة «الحسب والنسب» والنوعية... عبر مافيات عالمية قاربت حركتها المالية الـ ٤٠ مليار \$ لعام ٢٠٠٦، وتتوقع منظمة الصحة العالمية ان تصل

حد الـ ٧٠ مليار \$ عام ٢٠١٠...! ولم العجب؟ فإن سوق الدواء هي من حيث نتاجها الاقتصادي، تحتسب في دائرة المواد الاستراتيجية مثل النفط والسلاح. وللعلم فقط، فإن سعر الكيلوغرام الواحد للمادة الخام الأولية لتربية أحد الادوية التقليدية Traditional يبدأ بمائتي دولار ليصل الى فم المريض المستهلك بقيمة ٢٤٠٠٠ دولار...! بعد تصنيعه.

من هنا، فإن الدول الصناعية المتقدمة، تعتبر معادلة التركيب الكيميائي NEW MOLECULE، للدواء، سرا استراتيجيا لا يسلم الا بعد مرور فترة زمنية تمددت من ١٠ الى ١٥ الى ٢٠ عاماً وأكثر، ومع ذلك، فالالتفاف والتحايل موجود باستمرار.

وقد اتجهت شركات الدول المتقدمة في السنوات الاخيرة، نحو تصنيع احد اوجه الضغوط الاقتصادية على البلدان النامية، عبر انتاج جيل من الادوية باهظة الثمن، بألاف الدولارات للدواء الواحد، وحيث يباع أحد هذه الادوية الفريدة Orphan في لبنان بخمسة عشر الف دولاراً (يحميه قانون حماية الملكية الفكرية)...! وهو ما يقطع من مساحة الرعاية الصحية لعشرات وعشرات المرضى المحتاجين... وهو ما بدا يرهق كاهل البلدان النامية، التي تستهلك اصلا من الفاتورة الصحية نسبة اعلى من الادوية، بسبب كثافة الامراض، والثقافة الاستهلاكية وعقدة التقليد، وضعف الارشاد والتوعية الصحية، فراحت تحاول رسم سياسة دوائية وطنية، تراعي الاحتياجات الصحية الاساسية، والقدرات الاقتصادية... لكنها عبثا تحاول اللحاق بدورة التصنيع واعادة التصنيع المعدل وسريع الاستهلاك... انها دورة ظالمة، يتحكم فيها القوي بالضعيف... ويبقى السؤال المشروع مرفوعا: هل هناك عدالة اجتماعية وانسانية في عالم الدواء...؟

تحتل قضية الدواء في العالم العربي موقعا مهما في السياسة الصحية، وفي مسألة التنمية الشاملة. فالمؤشرات الصحية في غالبية الدول العربية تظهر تراجعاً في الأوضاع الصحية، وازدياداً في الضغوط السياسية والاقتصادية التي ترهق كاهل الخدمات الصحية، وتجعل من الضروري مراجعة أولويات الانفاق على الصحة، ما بات يشكل عبثاً على الانفاق الصحي في بعض البلدان العربية. وهنا تبرز أهمية استخدام الموارد استخداماً يوفر الأدوية الأساسية لغالبية السكان عند احتياجاتهم، واستخدامها بطريقة رشيدة، وبالتالي وضع سياسة وطنية للدواء في لبنان كبند اساسي في الخطة الوطنية لحقوق الإنسان.

٢. مبررات وضع سياسة دوائية وطنية في لبنان

إن الهدف من وضع وتطبيق سياسة دوائية وطنية هو أن يقوم الدواء بمكافحة الأمراض المنتشرة ويخفف المعاناة، وذلك في حدود موارد البلد. ويكون ذلك بإعداد وتطوير دلائل خاصة توضح الاحتياجات المحلية ونوع النظام الاقتصادي والاجتماعي والسياسي، والظروف الأخرى. وتشمل هذه الدلائل مفهوم الأدوية الأساسية، ويصار إلى تطبيق ذلك وفق خطة عمل تضع بعين الاعتبار وضع الإطار اللازم لاستراتيجية خاصة تتضمن سياسة مكتوبة تشمل نظاماً مقبولاً للرعاية الصحية، ونظاماً للوقاية من الأمراض وبنية أساسية ملائمة لتقديم الخدمات الصحية، بالإضافة إلى وجوب وجود تثقيف مناسب. كما يجب إعطاء أولوية عالية لتوفير اصحاب ملائم وإمدادات بالمياه النقية، وتغذية سليمة، إضافة إلى أن الأدوية واللقاحات المطلوبة يجب أن تكون قادرة على تقديم منافع صحية ضمنية لأعداد كبيرة من الناس. إذ يجب على كل بلد يرمي

إلى توفير كمياتٍ من الأدوية المأمونة والفعالة ذات الجودة العالية أن تكون لديه سياسة دوائية وطنية كجزءٍ لا يتجزأ من سياسته الصحية، وبالتالي تكون هناك حاجة إلى وضع تشريعاتٍ ولوائح مناسبة لتنفيذ مثل هذه السياسة ويجب على الحكومات أن تمارس الإرادة السياسية اللازمة لوضع وتنفيذ السياسة الدوائية الوطنية.

ووزير الصحة هو أنسب الأشخاص للقيام بالدور الرئيسي في وضع السياسة الدوائية الوطنية. غير أن هناك حاجة إلى مشاركة المسؤولين الآخرين في الدولة لوضع هذه السياسة. إذ إن نجاحها يعتمد على الاهتمام والدعم الكامل من جانب رجال الدولة على أعلى المستويات، ومن أهم هؤلاء المسؤولين عن التخطيط والمالية والتعليم والصناعة والتجارة، إذ أن أسعار التحويل والنقد الأجنبي والتعريفات الجمركية قد تكون لها كلها آثار مهمة في الحصول على الأدوية وتصنيعها واستخدامها. ولهذا، يجب أن تقدم السياسة الدوائية الوطنية آلياتٍ تمكن القطاع الصحي من التأثير والمشاركة في اتخاذ القرار في القطاعات الأخرى.

أن أولى خطوات وضع سياسة دوائية وطنية هي اعداد تحليلٍ منفصل (كمي وكيفي) للموارد الصحية الوطنية. وهذا يشمل الموارد البشرية والمالية والمادية، والمتطلبات الصحية للبلاد إضافةً إلى المساعدات التي قد تأتي نتيجة التعاون الاقليمي والدولي، وذلك وفقاً للترتيب التالي:

إنّ النظم الوطنية الحالية في لبنان تعاني من مشاكل عدة أهمها:

● عدم وجود سياسة صحية دوائية واضحة و نقص في المعلومات الأساسية الأهداف Lack of Objective Informations.

● الأنظمة الحالية وسبل تسجيل الأدوية المعمول بها غير فعالة مما يؤدي أحياناً إلى قبول شهادات منشأ مشكوك بأمرها Irrational Procurement.

● عدم الاستناد إلى معلوماتٍ علمية ونظام مكتوب ومكننة المعلومات والإحصاء والمراجعة والتحديث في عملية تسجيل الدواء والنتيجة ووجود اشكالٍ عديدة للمرض عينه وبأسعارٍ غالية في الوقت الذي يفتقر فيه وجود الدواء لأمراض أخرى.

● عدم وجود مرجعية فنية ومعلومات دقيقة وإحصاءات رسمية عن الأدوية الموجودة في الأسواق، وعدم قيام السلطات الرسمية في بلدان المنشأ على إفادة وإعلام وزارة الصحة اللبنانية بالإجراءات المتخذة في حال تعديل أو تحديد أو تمديد أو إعادة نظر أو إلغاء في شهادة تسجيل الأدوية المصدرة إلى لبنان، بسبب عدم وجود نص صريح بذلك.

● وجود أعداد وأصناف عديدة من الأدوية تحت أسماء تجارية مختلفة Too Many Brand Name Drugs مما أحدث فوضى كبيرة في استيراد وبيع هذه الأدوية وأدى إلى صعوبة كبيرة في أعمال المراقبة. وأحد الأسباب أن اللجنة الفنية لا تعطي شهادة تسجيل دواء بتاريخ وفترة صلاحية Validity Time محددين كما هو معمول به في بقية بلدان العالم.

● التأثير السيئ والضغوطات غير السليمة التي تمارس من قبل مندوبي الدعاية الدوائية مما يؤدي إلى خلق

طلب غير صادق على الأدوية High Pressure Salesmanship

● عدم وجود مختبر مراقبة النوعية (المختبر المركزي في لبنان معطل).

Lack of Quality Control Laboratory

● عدم استمرارية تواجد الأدوية النادرة والأمراض المستعصية مثل الكلى والسرطان بسبب عدم وجود نظام لشراء وتخزين وتوزيع هذه الأدوية، إضافة إلى عدم توفر الميزانيات المالية الخاصة.

٣. خصائص السوق الدوائي اللبناني

يلاحظ في نوعية الدواء الموجود في لبنان حالياً أن عدد الأدوية ارتفع بشكل كبير دون أن يؤدي ذلك إلى تحسّن مماثل في نوعية الخدمة الصحية أو في نوعية الدواء المقدم إلى المستهلك اللبناني. بل على العكس فإن عدداً كبيراً من الأدوية التي تم طرحها في الأسواق خلال الأعوام ١٩٩٢ حتى ٢٠٠٦ (عددها ٣٩٠٠ مستحضر طبي) لا تعدو كونها أشكالاً لأدوية موجودة فعلاً في السوق اللبناني مع تعديل في الأسماء التجارية وزيادة كبيرة في الأسعار.

إن الخطورة الكبيرة هي في استهلاك المضادات الحيوية والأدوية النفسية والمؤثرات العقلية، التي تصرف دون رقابة ودون وصفة أو استشارة طبية مع فوضى في التوزيع، يرافق ذلك تراجع في الأوضاع الصحية، وازدياد في الضغوط السياسية والاقتصادية التي ترهق كاهل الخدمات الصحية، وتجعل من الضروري مراجعة أولويات الإنفاق على الصحة، وأهمية إبراز استخدام الموارد استخداماً يوفر الأدوية الأساسية للغالبية السكان عند احتياجاتهم واستخدامها بطريقة رشيدة.

إن النشرات العلمية والعبوات الداخلية للأدوية Pamphlets & Literatures والثبات والنوعية، لا تراقب إطلاقاً من قبل وزارة الصحة بسبب عدم وجود نص صريح في القانون يسمح بذلك، وبسبب عدم وجود مرجعية أو مركز للمعلوماتية الدوائية في هذه الوزارة مما يحمل شركات الدواء على تعديل أو تغيير هذه العبوات والنشرات وتعديل تاريخ الفعالية، دون إعلام وزارة الصحة. كذلك يصار أحياناً إلى تعديل تركيب الأدوية أو إلغاء بعض المواد الفعالة أو غير الفعالة من دون أن تكتشف وزارة الصحة اللبنانية هذا الأمر بسبب عدم وجود نظام مكتوب.

إن جميع الأدوية إجمالاً في لبنان وبالأخص المضادات الحيوية والمواد الفعالة الموجودة في لبنان غير مراقبة ولا يصار إلى تحليلها، بسبب شلل أعمال المختبر المركزي الذي لا يقوم بإجراء التحاليل الأساسية للأدوية لمراقبة نوعية ونقاء الأدوية ومنها تحاليل (فارما كولوجي/ ثبات/ فعالية/ وتقييم). Bioavailability. Inhibition Test For Antibiotics, Stability- Data, Sterility & Pyrogenicity. ويكتفي بإصدار نتائج تحاليل لا تُمت إلى النوعية والفعالية بأي شيء Physical-Chemical.

يلاحظ أن المستشفيات الجامعية والمستشفيات الكبرى والجيش اللبناني ترفض شراء أدوية أساسية ومضادات حيوية من منشأ قبرصي أو مصري أو أردني أو أرجنتيني أو تشيكي، أو هندي أو باكستاني بالرغم من أنها مسجلة في وزارة الصحة، بسبب عدم معرفتها وعدم ثققتها بنوعية ونقاء وجودة وفعالية والآثار الجانبية لهذه الأدوية، بينما المواطن اللبناني يستهلك هذه المواد.

٤. دراسة احصائية- سوق الدواء في لبنان ٢٠٠٦

يشهد سوق الدواء في لبنان حالياً فوضى كبيرة تتمثل في الزيادة الكبيرة لأعداد الأدوية الموجودة فيه. ترافق ذلك استحالة شمولية مراقبتها فنياً أو اقتصادياً. مع ما يرافق ذلك من تدنٍ في النوعية والصلاحية والتلاعب بالأسعار أو الجهل في حفظ الدواء أو اللاأخلاقية التي تمارس في مجال الترويج والتسويق، إضافةً إلى خلق طبقة جديدة من تجار الأدوية لا تعرف ولا تميز أهمية ونوعية وفعالية ونقاء الأدوية. تستورد أدوية تجارية وهمها الربح فقط من دون الأخذ بعين الاعتبار مبدأ السلامة والصحة العامة.

استورد لبنان في العام ٢٠٠٦ ما مجموعه ٥٥٢٧ (خمسة آلاف وخمسمائة وسبعة و عشرون) مستحضراً صيدلانياً من ٣٩٠ مصنع أدوية ذات ٣٠ بلد منشأ. وبلغت قيمة استهلاك الأدوية في لبنان لهذه المصانع للعام ٢٠٠٦ ما قيمته ٥٦٨٦,١٤٠,٠٠٠.أ. (ستماية وستة وثمانون مليون دولاراً أميركياً)، وقيمة الفاتورة الإجمالية على أساس سعر وصل الصيدلي، بلغت في العام ٢٠٠٦ ما قيمته ٥٢٧,٠٠٠,٠٠٠.أ. (خمسمائة وسبعة وعشرون مليون دولار أميركي)، أي بزيادة قدرها ٨% عن استهلاك الأدوية لعام ٢٠٠٥، وقد احتل لبنان المركز الثالث بين الدول العربية في استيراد الأدوية، أي بعد السعودية ومصر.

إن نسبة استهلاك الفرد الواحد في لبنان سنوياً بالنسبة للنتائج القومي هي الأعلى في العالم العربي حيث تبلغ هذه الفاتورة ١١٢ دولاراً (ماية واثني عشر دولاراً سنوياً)، مقابل ٦٠ دولاراً ستون دولاراً في الإمارات المتحدة و ٥٥ دولاراً في السعودية... ثم يليها الأردن ب ٣٥ دولاراً خمسة و ثلاثون دولاراً وتونس ٢٧ دولاراً سبعة وعشرون دولاراً وأخيراً في مصر حيث تبلغ الفاتورة ١٨ دولار ثمانية عشر دولاراً فقط،

أنواع الأدوية الموجودة عام ٢٠٠٦:

- ٤,٢٣٠ دواء مسجلاً «لجنة فنية»،
 - ٦٨٠ مستحضراً وطنياً Local.
 - ١٩٠ دواء غير مسجل بواسطة اللجنة الفنية تم استيراده بموجب «القرار ١/٥٣٩ وتعديلاته».
 - ٤٢٧ مستحضراً نظامياً Generic
 - ١٢٠٠ متمم غذائي وفيتامينات وأعشاب مستوردة بموجب «المرسوم رقم ١١٧١٠».
- فيكون المجموع ٥,٧٢٧ (خمسة آلاف وسبعماية) مستحضراً صيدلانياً، ما عدا المتممات الغذائية. حالياً، وبسبب عدم وجود سياسة دوائية واضحة وعدم تطبيق القوانين، تم السماح باستيراد وبيع أكثر من ٢٠٠٠ (ألفي) مستحضر غير أساسي لا حاجة طبية للبلاد إليها مقابل ٣٦٣٧ دواء أساسياً خلال العام ٢٠٠٦!

إن استيراد وبيع وتوزيع هذه المستحضرات يصار بواسطة تسعين «٩٠» مستورداً وتسعة وعشرين «٢٩» مستودعا للأدوية، إضافة إلى ثمانية «٨» مصانع محلية للأدوية وتباع للجمهور بواسطة ١٧١٥ صيدلية (عدد الصيدالنة في لبنان ٣٨١٢ صيدلياً)، بالإضافة إلى ١٧٥ مستشفى خاصاً وتابعة للجامعات، و٢٧ مستشفى حكومياً و ٥٥ مستوصفاً حكومياً و ٧٠٠ مستوصف خاص. وهذه المستحضرات الصيدلانية متوافرة في لبنان بثلاثة أنواع: أدوية تحت الاسم العلمي GENERICS، أدوية تحت الاسم العلمي وأدوية تسقط عنها الحماية الملكية BRAND GENERICS. وأدوية تحت إسم تجاري TRADE

استهلاك لبنان للأدوية عام ٢٠٠٦ وفق الترتيب الفارماكولوجي:

١. تأتي فئة أدوية أمراض القلب والشرابين Cardio Vascular Drugs، بالمرتبة الأولى وقد بلغت فاتورة الاستهلاك في أدوية أمراض القلب في العام ٢٠٠٦ ما قيمته ١٠٢ مئة ومليون دولار أميركي، أي ما نسبته ١٩,٥ ٪ من فاتورة الدواء.
 ٢. أما أدوية السكري والكولسترول والجهاز الهضمي Alimentary Tract & Metabolism، فتأتي في المرتبة الثانية في استهلاك الدواء في لبنان. وبلغت فاتورة الاستهلاك للعام ٢٠٠٦ ما قيمته ٨٥ مليون د.أ. (خمسة وثمانون مليون دولار أميركي) أي ما نسبته ١٧,٢ ٪
 ٣. أدوية الجهاز العصبي والمؤثرات العقلية والمخدرات Central Nervous System تأتي بالمرتبة الثالثة وقد استهلك لبنان في العام ٢٠٠٦ ما قيمته ٧١ مليون دولار أميركي (واحد و سبعون مليون دولار أميركي، أي ما نسبته ١٣,٧ ٪.
 ٤. أما فئة المضادات الحيوية Anti-Infective Drug فتأتي في المرتبة الرابعة إذ استهلك لبنان خلال العام ٢٠٠٦ ما قيمته ٦٠ مليون د.أ. ستون مليون دولار أميركي. أي ما نسبته ١١,٥ ٪، ويمتاز سوق المضادات الحيوية في لبنان بوجود أسماء تجارية كثيرة لمواد فعالة قليلة ولمصادر شراء عديدة، إضافةً إلى اختفاء الأدوية الرخيصة والاستعاضة عنها بأدوية باهظة الثمن، تباع دون إشراف طبي ومن دون وصفة طبية بمعنى أن السوق الدوائي في لبنان حالياً، وبسبب عدم وجود سياسة دوائية واضحة وعدم تطبيق القوانين. تمّ السماح باستيراد وبيع أكثر من ٢٠٠٠ (ألفي دواء) مستحضر غير أساسي لا حاجة طبية للبلاد إليها مقابل ٣٦٣٧ دواء أساسياً خلال العام ٢٠٠٦!!
- مع الإشارة إلى أنه تمّ تسجيل ٤٣٠ مستحضراً خلال العامين ٢٠٠٦ و ٢٠٠٥ ومعظمها أدوية للقلب والمضادات الحيوية والفيتامينات بأسعار تفوق ١٢٠ ألف ليرة لبنانية للعبوة الواحدة، وهذه الأدوية لا تعدو كونها أشكالاً قديمة بأسماء جديدة كانت تباع سابقاً بأسعار أقل من ١٠ آلاف ليرة لبنانية. وقد تمّ مؤخراً تسجيل أدوية باهظة الثمن لا يستطيع المريض اللبناني دفع ثمنها فتحوّل إلى الدولة لتتهك ميزانيتها.

٣. مشروع الخطة القطاعية

أولاً: الاستشفاء

إن قضية الاستشفاء وصحة المواطن يجب أن يتم التعامل معهما بأسلوب مختلف تماماً عما يجري حالياً. إذ أن التجارة والربح والمصالح الخاصة والهدر الحاصل طغت على المصلحة العامة وصحة المريض.

١. الخطة المقترحة

أ. توحيد جميع صناديق الاستشفاء

وهي وزارة الصحة (القاتورة الصحية ٥٢٠ مليار ل.ل.) والصندوق الوطني للضمان الإجتماعي (القاتورة الصحية ٤٠٤ مليار ل.ل. بالإضافة إلى ٣٠ مليار ل.ل. ضمان اختياري) وتعاونية موظفي الدولة (بقاتورة صحية تبلغ ٧٠ مليار ل.ل.). ويمكن أن يضاف إليها اللواء الطبي في الجيش (١٥٠ مليار ل.ل.) وقوى الأمن الداخلي (٦٧ مليار ل.ل.) ويصار إلى وضع نظام خاص للاستشفاء فيه شركات التأمين الوطنية أو العالمية تكون أولى مهامه تأمين وعلاج ووقاية جميع المرضى اللبنانيين، بأسعارٍ سوف تكون بلا شك أقل من نصف المبالغ التي تدفع حالياً دون نتيجة.

أن توحيد الجهات الصحية الضامنة في لبنان يعني توحيد إصدار بطاقات الاستشفاء، وإصدار البطاقة الصحية، وتوحيد أعمال المكنتنة و الرقابة، وكذلك توحيد التعريفات ومتوسط كلفة العمل الطبي، الذي يشهد حالياً تضاربا واختلافات كثيرة لا يمكن تبريرها، مثال على ذلك هو تقرير وحدة الإحصاء في المديرية العامة للصندوق الوطني للضمان الصحي للعام ٢٠٠٢.

ب. تحسين وتفعيل الجهاز الإداري

إن الوزير قانوناً هو رأس الهرم الإداري والفني ويناط به تنفيذ سياسة الوزارة التي تصب في المصلحة العامة. وعليه فإن جميع القرارات الصادرة عنه تكون باقتراح الإدارة المختصة بذلك التي تقع عليها مسؤولية إجراء

العمل على الأرض والتدقيق بالأعمال واقتراح القرارات وعرضها على الوزير للتوقيع والتنفيذ. الآن وقد أثبتت التجربة العملية أن فريق العمل الموجود في الإدارة حالياً ومنذ فترة طويلة غير قادر وغير مؤهل للقيام بالأعمال المطلوبة منه بصورة أمينة وفعالة. ويتوجب تأمين جهاز مساند متخصص موثوق وقوي قادر على تحدي الصعاب وتحمل المسؤولية. عندها يصبح بالإمكان وبكل سهولة حل القضايا انقاداً لصحة الوطن والمواطن.

كذلك تنظيم عقود المستشفيات الخاصة لتحديد حقوق وواجبات كل طرف لتأمين المصلحة العامة والحد من هدر الإنفاق.

● إعادة النظر بأوضاع الأطباء المراقبين لجهة الاستغناء عن خدمات الأطباء غير المنتجين أو المتواطئين مع المستشفيات الخاصة التي يراقبونها.

● زيادة عدد الأطباء المراقبين لمراقبة التحقيق والتدقيق.

● عدم الجمع بين وظيفة الطبيب المراقب والطبيب الذي يعطي الموافقة على الاستشفاء.

● تطبيق فكرة استحداث سجلات المرضى المعالجين على نفقة وزارة الصحة في المستشفيات.

تنظيم بطاقات الاستشفاء.

● تشكيل لجنة خاصة دائمة لتدقيق فواتير الاستشفاء، مع اقتراحنا أن تضم مفتشاً مالياً ومفتشاً إدارياً وطبيباً مراقباً ومفتشاً صيدلياً. وأن يصار إلى تغيير هذه اللجنة كل سنة على أقصى حد لأسباب كثيرة. وإذا تعذر ذلك، يصار إلى تكليف شركة خاصة بالمحاسبة إجراء التدقيق اللازم. وإذا تعذر أيضاً ذلك، يصار إلى تغيير الموظفين الذين يقومون بإجراء المحاسبة على فواتير الاستشفاء مرة كل سنة على أبعد تقدير.

● التأكيد على المستشفيات الخاصة بوجود إيداع وزارة الصحة الملف الطبي للمريض، كذلك المستندات الطبية المطلوبة للاستشفاء، وبوجود توقيع الصيدلي في صيدلية المستشفى على جميع فواتير الدواء المقدمة تحت طائلة شطب فاتورة الدواء وإحالة المخالف إلى القضاء.

● إلغاء التعاقد مع المستشفيات المخالفة والتي تقدم فواتير وهمية أو مشكوك في صحتها (وقد أورد تقرير التفتيش العديد منها).

وقد اقترح أكثر من وزير أن يقوم مدير عام وزارة الصحة ومدير العناية الطبية بالإشراف الفعلي والميداني على مراقبة كيفية تنفيذ الاتفاقيات المعقودة مع المستشفيات الخاصة وإجراء تفتيش بصورة دورية وتنظيم محاضر بالوقائع والمخالفات لاتخاذ الإجراءات اللازمة ووضع نسخة في ملف المستشفيات.

ج. تطبيق المكننة الشاملة في وزارة الصحة والضمان الصحي الاجتماعي

ويؤدي هذا الإجراء الى وقف عمليات التلاعب في فواتير الإستشفاء وغيرها من العمليات في القطاع الصحي.

د. تطبيق و إصدار البطاقة الصحية الموحدة

وهو مشروع منتظر منذ سنوات، بالرغم من الوعود الكثيرة الكثيرة، و صرف الأموال العمومية الطائلة دون أي نتيجة. و السبب في ذلك ان تطبيق البطاقة الصحية يعني الرقابة الشاملة ومنع إهدار الأموال العامة ومنع التطبيب المزدوج والتلاعب بالفواتير.

٢. آليات الرقابة والتقييم

يجب أن تُنطاط مسؤوليات الرقابة بمؤسساتٍ شبه خاصة مختصة بهذه الأمور، عندها يصبح بالإمكان ولو نسبياً تأمين الوقاية والعلاج الجيدين للمريض اللبناني بكلفة مناسبة، مع إيجاد وفر كبير جداً في الأموال العمومية تستعمل في أغراض ومشاريع أخرى. فالتجربة قد دلت على أن الإدارة والموظفين غير مؤهلين إطلاقاً بحل هذه القضية والدليل أن وزارة الصحة وبكل عهد تعتمد إلى تطهير بعض الموظفين في الإدارة، أو إلى إلقاء اللوم على بعض الوزارات السابقة لتبرير التقصير الناتج وإخفاء المخالفات ولكن دون أي نتيجة تذكر. لأن القطاع الخاص يسيطر تماماً. والمشكلة تبقى دون حل.

ثانياً: الدواء

١. الخطة المقترحة

يجب اقتراح ووضع مشروع وطني للأدوية في لبنان، يقضي بتوفير حاجة كافة المواطنين من الأدوية الأساسية، موثوقة السلامة والفعالية والجودة المطلوبة، بكميات كافية وبصورة منتظمة، وبأقل تكلفة ممكنة للمواطن والدولة، والاستعمال الرشيد للأدوية وحماية صحة المواطنين من ضرر الاستعمال غير السليم للأدوية، ومن خطر استعمال الأدوية غير المأمونة وغير الفعالة، ومتدنية الجودة بموجب خطة عمل مبرمجة وتقضي بما يلي:

- وضع مشروع كامل لإعادة تنظيم قطاع الصيدلة.
- صياغة السياسة الدوائية الوطنية في لبنان.
- تطبيق قائمة الأدوية الأساسية.
- تحديد الاحتياجات الوطنية من الدواء.
- تشكيل لجنة استشارية لشؤون الدواء.
- إعادة تسجيل الأدوية المسجلة (٥٦٠٠ دواء عام ٢٠٠٥ وأصبح ٦١٧٠ من الادوية والمتممات الغذائية في العام ٢٠٠٦) وهو عدد كبير يفوق إمكانيات الرقابة الدوائية. وسجلت فاتورة الدواء ١٤٠,٠٠٠,٥٦٨٦.أ. (ستماية وستة وثمانون مليون دولار أميركي).
- تحديد الاحتياجات الوطنية من الدواء.
- العمل على خفض الأدوية الموجودة في لبنان بإشراف منظمة الصحة العالمية.
- إنشاء إدارة التسجيل الدوائي، تمهيداً للحوسبة الكاملة لعملية التسجيل.
- تشكيل لجان من الاختصاصيين في مختلف مجالات الطب تعرض عليها طلبات التسجيل وفقاً لتخصصاتها.
- تحديد المعايير تنظيمياً وتقنياً لتسجيل الأدوية الجديدة.
- تعديل التشريعات والقوانين الصيدلانية.

- إعادة العمل بمختبر الرقابة الدوائية لأن الوضع غير مناسب على الإطلاق، والمطلوب إنشاء مختبر وطني فعال يعطي الثقة لدى كافة القطاعات العاملة في الحقل الصحي والمواطنين بشكل عام في نوعية الدواء المتداول في لبنان.
- تقوية وتدريب جهاز التفتيش الصيدلي ليشمل مصانع الدواء ومخازن الوكلاء، والمؤسسات الصيدلانية الأخرى، والتفتيش المهني، وضبط المخالفات، لتأكيد مطابقتها لأساليب التصنيع الجيد، وأساليب التخزين الجيد.
- عقد دورات تدريبية للقائمين على التفتيش على المصانع الوطنية، وإجراء تقييم ميداني بإشراف المنظمة.
- إنشاء نظام وطني للإمداد الدوائي يقوم بتوفير الأدوية اللازمة للقطاعات كافة بواسطة الاستيراد والتصنيع المحلي.
- إعداد برنامج لتقييم ومتابعة عمل وكلاء شركات الدواء عن طريق مراقبة نظم التخزين والتوزيع، والتزام تواريخ انتهاء الصلاحية.
- تشجيع الصناعة الوطنية للدواء، إعطاء الأولوية لتصنيع الأدوية الأساسية والإستراتيجية، ويمكن أن تدعم وزارة الصحة المصانع الوطنية التي تلتزم بتوفير الأدوية الأساسية بنوعية جيدة وتكلفة معقولة.
- مراقبة الإعداد الدوائي على مستوى الخدمات الصحية في وزارة الصحة.
- ترشيد استعمال الدواء، ووضع المعلومات الدوائية وإصدار نشرة دورية للمعلومات الدوائية، وإعداد ونشر الكتيب الوطني للأدوية.
- مراقبة الترويج الدعائي.
- وضع خطة عمل للثقيف الدوائي.
- خطة التعليم والتدريب المستمر.
- مراقبة الخدمات الصيدلانية للمستشفيات.
- خطة عمل لتشجيع البحوث الدوائية.
- الموارد المالية، وإنشاء صندوق لدعم الأدوية.
- التعاون مع الهيئات الدولية.

٢. مكونات السياسة الدوائية

أ. التشريعات واللوائح

تشكل التشريعات واللوائح عناصر مهمة في أي سياسة دوائية، ويجب على الإطار القانوني أن يأخذ في الحسبان، لا أهداف السياسة فحسب، بل البنية الأساسية الإدارية والاجتماعية الصحية، والموارد البشرية الأخرى أيضاً. ويجب أن يتبع وضع سياسة دوائية مباشرة، سن التشريعات المناسبة ووضع لوائح تحدّد الأسس القانونية وتجعل السياسة قابلة للتطبيق.

ويؤدي أي قانون وظيفته الأساسية التي تتمثل في تحديد ما هو مباح وما هو غير مباح. ويلزم وجود

سلطات مختلفة لتنفيذ السياسة الدوائية، ويجب أن تحدد سلطاتهم وواجباتهم ومسؤولياتهم في التشريع تحديداً واضحاً.

ويجب أن تتناول التشريعات واللوائح الدوائية حقوق ومسؤوليات الجهات المختلفة المتصلة بالأدوية والمنتجات الصيدلانية من فيها الممارسون الطبيون والصيدلة والمستوردون والمنتجون والموزعون. وهذه الجهات تلعب أدواراً مختلفة في تلبية احتياجات المستهلكين، ويجب أن يضع التشريع المواصفات اللازمة لأولئك الذين يحق لهم تداول الأدوية أو يحدد من له هذه السلطة.

ويلعب التشريع دوراً مهماً في ضمان الجودة المقبولة والأمان والفاعلية للمستحضرات الصيدلانية، ويجب أيضاً أن ينظم توافرها وتوزيعها. ويجب أن يحدد التشريع أيضاً العقوبات التي توقع في حالة عدم الالتزام بأي من شروط التشريع، ويجب توقيع العقوبات إذا كان للسياسة أن تؤدي وظيفتها بكفاءة.

والعناصر الأساسية هي:

- الأحكام العامة: العنوان، الأغراض، النطاق، والتطبيق.
- الأحكام الخاصة: الرقابة على استيراد وتصدير وتصنيع الأدوية وعلى توزيعها وإمداداتها وتخزينها وبيعها.
- أحكام أخرى: سلطة تنظيم الوسم، والمعلومات، والإعلان وتسجيل الأدوية وتصنيف المواد الخاضعة للرقابة، وفرض الرسوم، ومراقبة الأسعار.
- إدارة الرقابة الدوائية: تنظيمها ووظيفتها وأسلوب التظلم من قراراتها.
- الممنوعات، والمخالفات والعقوبات والإجراءات القانونية.
- تفويض سلطات وضع القواعد واللوائح.
- إلغاء القوانين القائمة التي تتعارض مع هذا القانون والإجراءات الانتقالية.
- الاستثناءات من أحكام القانون.

ب. تسجيل الأدوية وترخيصها

تشمل عملية الموافقة على المستحضرات الصيدلانية، والتي تعرف في بعض البلدان باسم «التسجيل» أو «الترخيص» سلسلة من الخطوات المختلفة ولكنها متكاملة. ويجب أن تتوافر في النظام المتكامل لتسجيل الأدوية بيانات كافية عن الأبحاث الصيدلانية، والدوائية والسمية والعلاجية والسريرية، ويجب أن يكون للعاملين القدرة على تحليل هذه البيانات. وقد ترغب بعض البلدان في طلب المعونة التقنية من منظمة الصحة العالمية أو من البلدان الأخرى التي توجد لديها هيئات رقابية أكثر تقدماً أو من الجهتين معاً، كما قد ترى الاستعانة بالقرارات التنظيمية التي اتخذت في البلدان الأخرى، فالسلطات في بعض البلدان تنشر تقييماً موجزاً لأدوية محددة، أو تفسيرات مختصرة لأسباب رفض الموافقة على طلبات للمستحضرات الصيدلانية، «في لبنان غير مطبقة»

على أن يصار إلى مراقبة:

- إجراءات الإخطار: وهذه تشمل الحصول على معلومات عن كل المنتجات الصيدلانية التي تعرض للبيع في البلد، وقد تختلف كمية المعلومات المطلوبة في الإخطار. فقد تكون في البداية قاصرة على اسم المستحضر الصيدلي واسم المنتج، ومن ثم تتوسع لتتطلب الإخطار بالأسماء غير المسجلة الملكية للمواد الفعالة والتكوين (بما في ذلك العناصر غير الفعالة) والأثر الدوائي والتصنيف العلاجي.

- إجراءات التصريح : وهذه يقصد بها التأكيد على التصريح للمنتجات الصيدلانية قبل تسويقها في البلاد، وقد تختلف هذه الإجراءات في شدتها وكلها يجب دائماً أن تشمل بعض عناصر التفثيش على أماكن الإنتاج والتأكد من نوعية المنتج «في لبنان غير مطبقة».
- إجراءات التسجيل أو الترخيص: وتشمل تقييماً تفصيلياً للبيانات التي تقدّم تأكيداً للأمان والفاعلية والجودة للمستحضر الصيدلي، كما أنها تقرّر دواعي الاستعمال، وتشمل تقييماً للمنتج الصيدلي ولخطوات الإنتاج ومكانه.

ج. الكلفة والسعر

- يجب الأخذ بعين الاعتبار النقاط التالية:
- تكلفة الإنتاج، بما في ذلك إنتاج المواد الخام، وتحضيرها، وتعبئتها، وضمان الجودة والتسويق (الدعاية المباشرة وغير المباشرة) والإدارة العامة وعائد الاستثمار «في لبنان غير مطبقة».
- تكلفة الاكتشاف، والبحث والتطوير (بما في ذلك براءة الاختراع والخبرة المتخصصة) «في لبنان غير مطبقة».
- تكلفة التوزيع، بما في ذلك التخزين والنقل وترويج المبيعات وخدمات الزبائن والإدارة العامة.
- تكلفة الصرف، وتشمل النفقات التقنية والإدارية ونفقات التخزين ونفقات أخرى متنوعة لخدمة المستهلك.
- تضاف نسبة متفاوتة من الربح والضرائب إلى هذه التكاليف، ويجب أن تؤخذ العوامل التالية في الاعتبار عند تحديد أسعار الأدوية:
- ما إذا كانت المستحضرات الصيدلانية النهائية مستوردة.
- ما إذا كانت المستحضرات الصيدلانية النهائية منتجة محلياً.
- ما إذا كانت هناك مواد وسيطة أو خام تستورد من أجل تركيبها محلياً «في لبنان غير مطبقة».
- وهناك عامل هام عند النظر في تحديد أسعار الأدوية وهو الاتجاه الاجتماعي والسياسي للدولة والذي يؤثر في القرارات التي تتخذ في خصوص ما إذا كانت الرقابة ينبغي أن تطبق على القطاع العام فقط أو تشمل القطاع الخاص أيضاً، وفي بعض الأحيان تمارس الرقابة على الأدوية الأساسية فحسب.

د. لوائح وصف الأدوية وصرّفها في مختلف مستويات نظام الرعاية الصحية

- يجب كجزء من السياسة الدوائية الوطنية، ولتحقيق هدف توفير الصحة للجميع بحلول سنة ألفين، وضع أو مراجعة التشريعات والقواعد واللوائح والقوانين المهنية التي تتصل بوصف الأدوية وصرّفها. ويستوجب تطبيق الرعاية الصحية الأولية في كثيرٍ من البلدان أن يُوجّه اهتمامٌ خاص إلى دور العاملين الصحيين في الريف عند وصف الأدوية وصرّفها.
- والفجوة الموجودة بين الاحتياجات من القوى البشرية وتوفرها تجعل من الضروري قبول قدر من المرونة في التشريع والقوانين دون الإخلال بمستوى الرعاية الصحية أو بهدف الاستخدام المأمون والرشيد للأدوية، وقد تقدر بعض البلدان الأدوية التي يسمح بوصفها على مختلف مستويات نظام الرعاية الصحية، طبقاً لتوفر وكفاءة العاملين الصحيين.

هـ. اختيار الأدوية والمستحضرات الصيدلانية

اعتماد المستحضرات الصيدلانية:

يجب أن تتوفر عناصر الأمان والجودة والفاعلية في أي مستحضر قبل الموافقة على عرضه للبيع.

عدد الأدوية:

هناك آراء تؤيد تحديد عدد الأدوية والمستحضرات الطبية، وآراء أخرى تعارض ذلك، فلأسباب مختلفة تُحدّد بعض الهيئات الرقابية، ونظم التأمين الصحي، والمستشفيات عدد الأدوية التي يمكن وصفها. غير إن اتخاذ قرار بتحديد عدد المواد الفاعلة والمستحضرات الصيدلانية يتطلب إيجاد توازن بين عدة أهداف، وأحياناً تكون بعض هذه الأهداف متعارضة.

وأهم هذه الأهداف إيجاد نظام لتوفير الأدوية يرضي الحاجات الصحية للمجتمع، ويستطيع في الوقت نفسه أن يستجيب للاحتياجات الصحية للفرد، ومهما كان مدى تحديد عدد الأدوية ينبغي العمل على توفير أي مستحضر صيدلي معتمد حتى وإن كان مستبعداً من القائمة المحددة وذلك لمواجهة أي احتياجات طبية استثنائية.

وسوف يتأثر عدد الأدوية والمستحضرات الصيدلانية المختارة بالحاجة إلى الاحتفاظ بنظام لتوفير الدواء بكمية مناسبة، ويمكن التحكم فيها بالنسبة للموارد المالية والبشرية المطلوبة للرقابة والمتابعة بطريقة فعالة.

اختيار الأدوية الأساسية Essential Drugs:

يشكل اختيار الأدوية الأساسية للوفاء بالحاجات الصحية للسكان جزءاً مهماً من السياسة الدوائية الوطنية. ويحقق هذا الاختيار أساساً رشيداً لا لتوفير الدواء على المستوى الوطني فحسب، بل لوضع وتوفير الاحتياجات من الدواء على مختلف المستويات في نظام الرعاية الصحية أيضاً.

ويجب كخطوة أولى إيجاد أسلوب لاختيار الأدوية التي تضمها قائمة الأدوية الأساسية، وغالباً ما تشكل لجنة تشمل خبراء في الطب السريري والدوائي والصيدلة والتمريض إذا أمكن ذلك. وبالإضافة إلى ذلك، ونظراً لأن نجاح أي سياسة دوائية وطنية يعتمد على تقبلها العام، فإنه يجب وضع أساليب للتشاور مع الجماعات المعنية من فيها ممثلو النقابات المهنية، ومنتجو الأدوية ومستورديها.

ويجب أن تقوم عملية اختيار الأدوية بواسطة الخبراء على أفراد. ويعتمد نوع وعدد الأدوية الأساسية على الظروف التي سوف تستخدم فيها الأدوية.

ولكن الاختيار يجب أن يقوم على أساس فكرة الأدوية الأساسية وبوجه خاص على المعايير التالية:

● يجب أن يقوم اختيار الأدوية على تقييمات الفائدة والأمان Benefit/ Risk Ratio المستقاة من تجارب سريره منضبطة ودراسات وبائية أو كليهما. وإذا دعا الحال، يمكن الرجوع إلى السلطات الرقابية التي اتخذت بالفعل قرارات مبنية على التجارب السريرية. وقد وضعت الدلائل لمثل هذه التجارب في تقرير لمجموعة علمية بمنظمة الصحة العالمية.

● يجب اختيار الأدوية بأسمائها الدولية غير المسجلة الملكية العلمية وإذا لزم الأمر يمكن تزويد واصفي الأدوية ويصار فيها إلى جدول الأسماء غير المسجلة الملكية.

- يجب وضع اللوائح التي تضمن أن تفي المنتجات الصيدلانية بالمعايير القياسية للجودة بما في ذلك الثبات وكذلك التوافر الحيوي.
- Quality-Stability & Bioavailability إذا لزم الأمر، ويجب أن يقدم الموردون الإفادات اللازمة بالتزام الدواء بالموصفات المطلوبة. ولهذا أهمية خاصة حين لا تتوفر الموارد الوطنية للقيام بهذا النوع من الرقابة.
- يمثل السعر معياراً مهماً في الاختيار، وعند مقارنة أسعار الأدوية المختلفة يجب أن تؤخذ العناصر الآتية في الاعتبار:
 - تكلفة النظام العلاجي وليس تكلفة الجرعات.
 - تكلفة العلاج بالنسبة للوفر الذي يحدث، على سبيل المثال بسبب تضائل الحاجة إلى الجراحة أو دخول المستشفى.
 - المعادلات المختلفة لنجاح العلاج نتيجة تحسين استجابة المريض.
 - خفض نسبة التلف نتيجة استخدام منتجات أكثر ثباتاً.
- يجب أن تقرر السلطات الصحية المختصة مستوى الرعاية ومؤهلات العاملين الصحيين الذين يتعين عليهم وصف دواء أو أكثر في مجموعات علاجية محددة. ويجب الأخذ في الاعتبار أيضاً كفاءة هؤلاء الأفراد وقدرتهم على التشخيص الصحيح. ففي حين قد تكون هناك في بعض الحالات حاجة إلى عمال صحيين تلقوا تدريباً أعلى، للقيام بالتشخيص وبدء العلاج، يجب إدراك أن العاملين ذوي التدريب الأقل قد يستطيعون الإشراف على استكمال العلاج.
- قد يستلزم انتشار أمراض معينة استخدام نوع معين من الدواء دون النوع الآخر، فعلى سبيل المثال فإن سوء التغذية أو مرض الكبد قد يغيّر من امتصاص بعض الأدوية أو توزيعها أو إفرازها.
- عند توافر أدوية عدة لنفس الغرض، أو عندما يتساوى دواءان أو أكثر علاجياً، يجب أن يكون الهدف اختيار المستحضر الصيدلي ونظام الجرعات الذي يحقق أفضل تفوق للفائدة على الخطر. ويجب تفضيل:
 - الأدوية التي فحصت بإمعان.
 - الأدوية ذات حرائك دوائية مناسبة، مثل تلك التي تزيد الالتزام أو تقلل الخطر في مختلف حالات الفيزيولوجيا المرضية.
 - الأدوية والمنتجات الصيدلانية ونظم الجرعات الأكثر ثباتاً أو تلك التي توجد لها أماكن تخزين مناسبة. وبالإضافة إلى هذا، يجب تفضيل الأدوية والإشكال الصيدلانية التي لها إمكانيات تصنيع محلي موثوق بها.
 - لا تقبل الأدوية المركبة بنسب ثابتة إلا إذا توفر واحد أو أكثر من المعايير الآتية:
 - الحالة السريرية تبرر استخداماً أكثر من دواء واحد.
 - الفائدة العلاجية للمركب أكبر من مجموع أثر كل دواء على حدة.
 - تكلفة المستحضر المركب أقل من مجموع تكلفة المستحضرات المنفردة.
 - توفر أشكال مركبة كافية للسماح بضبط الجرعة تبعاً لاحتياجات معظم السكان.
 - تحسين الالتزام.
- يجب عدم إدخال أدوية جديدة في قائمة الأدوية الأساسية إلا إذا كانت ذات فائدة واضحة تفوق ما سبق من أدوية. فإذا ظهرت معلومات جديدة عن أدوية تشملها القائمة بالفعل وأفادت بأنها لم تعد تحتفظ

بالتوازن الجيد بين الفائدة والخطر، فيجب إلغاؤها والاستعاضة عنها بأدوية أكثر أماناً. ويجب أن يؤخذ في الاعتبار انه لعلاج بعض الحالات قد تفضل بعض أشكال العلاج غير الدوائية أو قد يفضل عدم إعطاء أي علاج على الإطلاق.

● يجب تحديث قائمة الأدوية الأساسية مرة كل عامين على الأقل، أو قبل ذلك إذا لزم الأمر. وربما كانت هناك حاجة إلى المراجعة نظراً للتقدم في العلاج الدوائي ومن أجل تحقيق احتياجات الممارسة الطبية في ضوء الخبرة السريرية، لأنه بالرغم من صدور إقرار لائحة الأدوية الأساسية في لبنان في العام ١٩٩٢ ثم تم تحديثها في العام ٢٠٠٢ والتي تم وضعها بالإشتراك مع الهيئات الصحية والمنظمات الدولية ٢٩٠ دواء أساسياً لعلاج الأمراض الأكثر شيوعاً في لبنان ... فإن هذه اللائحة لم تطبق في لبنان حتى تاريخه.

٣. آليات التنفيذ

إن أولى خطوات وضع سياسة دوائية وطنية هي إعداد تحليل منفصل كمي وكيفي للموارد الصحية الوطنية. وهذا يشمل الموارد البشرية والمالية والمادية، والمتطلبات الصحية للبلاد إضافة إلى المساعدات التي قد تأتي نتيجة التعاون الإقليمي والدولي، وذلك وفقاً للترتيب التالي:

أ. المستوى الوطني

- مستويات الرعاية الصحية - الأولوية والثانوية والثالثة الحكومية والخاصة.
- القطاعات الصحية الفرعية- الجامعات والمستشفيات، الجمعيات ومنتجو الأدوية والمستوردون والموزعون.
- الوزارات والهيئات الحكومية - الصحية والتعليمية والتجارية والصناعية والقانونية والتشريعية والمالية والتخطيطية.

ب. المستوى الدولي

- إن التعاون بين البلدان أو التعاون الإقليمي هو أحد سبل الاستخدام الأمثل للموارد القليلة وبخاصة لإنتاج أو الحصول على المستحضرات الصيدلانية أو كليهما.
- ويجب الحصول على كل البيانات المتوفرة مثل:
- حدوث وانتشار الأمراض، والبيانات السكانية.
- الاستخدام الحالي والسابق للمستحضرات النظامية ذات الأسماء العلمية والمستحضرات التجارية، بما في ذلك استهلاك ووصف الدواء.
- الإنفاق الصحي الحالي والسابق في القطاع العام والخاص وفي القطاعات الصحية الفرعية الكبرى.
- التشريعات واللوائح الدوائية القائمة، وكذلك القوانين المهنية والقرارات.
- مصادر المواد الأولية الخام ومصادر المستحضرات الصيدلانية والمنتجون والموزعون والمستوردون الوطنيون والإقليميون والدوليون.

- الموارد المالية والبشرية والمادية والتعليمية.
- مناقشة البيانات مع كل الجهات المعنية بمن فيها النقابات المهنية والعاملون الصحيون، والمستهلكون وهيئات التدريس والجامعات ومنتجو الأدوية. ويجب بالتالي إيلاء الاعتبار الكامل لاهتمامات وآراء الجميع.

٤. آليات الرقابة والتقييم

يجب إنشاء إدارة الرقابة الدوائية، يحدد القانون واجباتها وسلطاتها، وتمول في بعض البلدان وظائف مثل هذه الإدارة أو السلطة الرقابية عن طريق فرض رسوم على تسجيل المستحضرات الصيدلانية أو الترخيص بها والتصريح بالمنشآت، ويجب أن تشمل وظائفها نواحي التنظيم الرقابي مثل التقييم والتسجيل أو إصدار التراخيص والمراجعة والتجديد ومراقبة الجودة والتفتيش، وتحديد قواعد الموافقة على التسويق وعلى نوع ما يقدم من معلومات عن المستحضر الدوائي ومراقبة محتوى هذه المعلومات.

ويجب أن يُدرَّب العاملون فيها تدريباً كافياً وأن تحدّد بجلاء وظائفهم وسلطاتهم، وأن يعهد إليهم بمسؤولية التفتيش على المباني، والعمليات والسجلات للتأكد من الالتزام بالقانون، ويجب أن تكون إدارة الرقابة قادرة إذا لزم الأمر على الاستعانة بخبراء من الخارج أو تشكيل لجان استشارية لمعالجة المسائل المتصلة بالموافقة على الأدوية والرقابة عليها، على سبيل المثال.

خلاصة

ان المشاكل المرتبطة بممارسة الطبابة الخاصة على المستوى العالمي، تبعث على الأسف بصورة خاصة لأن الشكل السائد لها- وهو معالجة المريض الخارجي- هو جزء من خدمات الرعاية الصحية الأولية. وما ينجم عنها من حالات عدم المساواة يحول دون جعل خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية توزع تبعاً للاحتياجات، ويمنح الأغنياء امتيازات لا يعرفها الفقراء، ويجعل للمدن أولوية على الأرياف، ويفضل العلاج على الوقاية، كما أنه، في ميدان دراسة الطب ذاته، يعطى التخصص أفضلية على الممارسة العامة. وفي وسعنا إذن أن نكرر ما أنتهت إليه عام ١٩٨١ «لجنة السياسات الصحية» المشتركة بين اليونسيف ومنظمة الصحة العالمية حين قالت: «... لقد أصبح للقطاع الخاص الآن آثار سلبية على وضع الرعاية الصحية الأولية موضع التنفيذ».

فإذا وضعنا في الاعتبار كل ما تقدم ذكره من مشاكل، فما الذي تستطيع أن تفعله البلدان التواقفة إلى تحقيق الصحة للجميع؟ هل سيكون من صواب الرأي منع ممارسة الطبابة الخاصة والاكتفاء بقصر جميع الأطباء وغيرهم من العاملين الصحيين على العمل في خدمة الدولة؟ تلك هي السياسة التي أخذ بها مؤخراً بلدان افريقيان، وهي لم تسفر بعد عن نتائج جلية، ولكن أغلب الظن أن هذا النوع من الاستراتيجيات ينتهي بأن يهزم نفسه تلقائياً إذ لا بد له في مساره من أن يبعث على نشوء سوق سوداء للرعاية الطبية الخاصة، والتحدي الأساسي الذي يمثله شعار «الصحة للجميع» يتمثل عملياً في توفير خدمة عامة تبلغ من حسن تلبيتها للمتطلبات الصحية درجة تجعل السوق الخاصة تختفي تدريجياً أو تتدنى إلى أبعاد ضئيلة جداً.

فمن المعلوم، كما ذكرنا أعلاه، أن هناك مبالغ طائلة تنفق على الصحة في معظم البلدان النامية، مبالغ تفوق بكثير ما تنفقه الحكومة على الصحة، وهذا يعني أن الأموال تنفق بالفعل، ولكنها لا تنفق على نحو منصف. وتحقيق الإنصاف يتطلب سياسة ضريبية منصفة وفعالة. وهذا كان بالفعل، ولا يزال، جوهر الاستراتيجية التي أخذت بها بلدان صناعية مثل السويد وكندا والمملكة المتحدة ونيوزيلندا، حيث أسفر قيام الدولة بالتمويل عن ضمان توفير الخدمات الصحية الأساسية لكل فرد تقريباً. كذلك كان هذا، ولا يزال، الاستراتيجية التي طبقت في سري لانكا وكوبا وكوستاريكا وماليزيا، حيث استطاعت ضخامة التمويل بالموارد العامة تحقيق تغطية بالخدمات الصحية أفضل بكثير منها في معظم البلدان النامية.

إن الإبقاء على قطاع خاص صغير في جميع البلدان يمكن أن يمثل «صمام أمان» للحؤول دون متاعب سياسية قد تثيرها أقلية ضئيلة من الناس لا تكون راضية عن الخدمات العامة. فقيام قدر زهيد جداً من اللامساواة ربما كان ثمناً معقولاً يجب دفعه ضماناً للاستقرار السياسي في النظام الصحي. ولكن تحقيق مطلب توفير الصحة للجميع يعني بالضرورة أن تكون الأثرية العظمى من سكان البلد قادرة، بماء الحق، على الوصول إلى الخدمات الصحية الضرورية. وهذا يعني بالضرورة أن يكون تمويله اجتماعياً، لا فردياً.

وأخيراً، لا بد من القول، بأن تحقيق حلم الحق في الصحة للجميع في لبنان، يتطلب حتماً توافر مناخ سياسي إصلاحى ومسؤول وإرادة وطنية تحاكي إنسانية الإنسان خارج الإحتسابات السياسية الضيقة...

إضافة إلى إستنهاض ثقافة إجتماعية تعي معنى المواطنة وحقوقها، وكيفية ممارسة ديمقراطية المساءلة والمحاسبة لحماية لحقوقها...

إنه إمتحان وطني بإمتياز وقد آن الأوان أن نواجهه.