

الجامعة اللبنانية  
كلية الحقوق والعلوم السياسية والإدارية  
الفرع الأول

ضمان المرض والأمومة بين "الوصفة الطبية الموحدة"  
و"البطاقة الصحية الموحدة"

رسالة أعدت لنيل شهادة دبلوم الدراسات العليا في قانون الأعمال

إعداد

أحمد يوسف بيضون

لجنة المناقشة

رئيساً	الأستاذ المشرف	الدكتور خليل خير الله
عضواً	أستاذ	الدكتور علي رحال
عضواً	أستاذ مساعد	الدكتورة ماري لين كرم

الجامعة اللبنانية غير مسؤولة عن الآراء الواردة في هذه الرسالة،  
وهي تعبر عن رأي صاحبها فقط.

## إهداء

أهدي رسالتي هذه

إلى روح والدتي الطاهرة التي غرست في أعماقي طلب العلم

والقيم الانسانية النبيلة والتي غمرتني بحبها وحنانها.

إلى والدي الذي أنار لي مشوار حياتي ودعمني في كل خطواتي.

إلى عمي (والدي الروحي) الذي شجعني على المضي قدماً في تطوير مهاراتي.

إلى أخي رفيق دربي وسندي.

إلى أختي الفخورة بي.

إلى كل طالب علم.

## خطة البحث

المقدمة

### القسم الأول: القطاع الصحي في لبنان وضمان المرض والأمومة

الفصل الأول: القطاع الصحي في لبنان بين واقع مأزوم وتنويهات عالمية.

الفرع الأول: واقع القطاع الصحي في لبنان ونظم الرعاية الصحية القائمة.

الفرع الثاني: المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في لبنان.

الفصل الثاني: ضمان المرض والأمومة بين النص والتطبيق.

الفرع الأول: ضمان المرض والأمومة من حيث النص.

الفرع الثاني: الضمان الصحي في لبنان من حيث الواقع.

### القسم الثاني: إشراقة أمل نحو الإصلاح في القطاع الصحي "الوصفة الطبية

#### الموحدة"

الفصل الأول: التنظيم القانوني لمهنة الصيدلة والوصفة الطبية الموحدة.

الفرع الأول: التنظيم القانوني لمهنة الصيدلة.

الفرع الثاني: الوصفة الطبية الموحدة "تعريفها وأهميتها".

الفصل الثاني: الوصفة الطبية الموحدة من حيث التطبيق "دراسة مقارنة" مع الولايات

المتحدة.

الفرع الأول: الوصفة الطبية الموحدة من حيث التطبيق، وأهم الضوابط الضرورية لسلامة

التطبيق.

الفرع الثاني: النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية.

الخاتمة.

## المقدمة

يمكن تعريف الضمان الاجتماعي بأنه نظام قانوني يهدف إلى ضمان عيش المواطنين في حدّ أدنى يليق بالكرامة الإنسانية، عن طريق حماية قدرتهم على العمل، وتأمين دخل بديل يعوضهم عن الدخل المنقطع بسبب البطالة أو المرض أو العجز أو الشيخوخة أو الولادة أو الوفاة، وذلك ضمن الحدود التي يقرها القانون<sup>(١)</sup>.

إن علم "الضمان الاجتماعي" مرتبط ارتباطاً وثيقاً بقانون العمل، فإذا كان قانون العمل قد وضع أساساً لحماية الأجراء ويضطلع بتنظيم علاقات العمال بأصحاب العمل، ومن ثم يتصل بتحديد أوضاع ومستوى معيشة عدد كبيرة من الأشخاص والأسر، ومن ثم المجتمع بأسره، وهو ما يجعله يحظى بدور بارز في مجال تدعيم أمن المجتمع واستقراره<sup>(٢)</sup>. فإن قانون الضمان الاجتماعي وضع من أجل ذلك أيضاً، حيث يهدف إلى تحقيق الأمان الاجتماعي للفرد والجماعة وذلك بما يوفر للفرد من حماية ضد المرض وللجماعة من تكامل.

إن الجميع يحتاج، بغض النظر عن المكان الذي يعيشون فيه، إلى حد أدنى من الحماية الاجتماعية وسلامة الدخل، يحدد وفقاً لقدرة مجتمعهم ومستواه من التنمية ويحدث ذلك من خلال تطوير نظاماً وطنياً للحماية الاجتماعية يلبي احتياجات كل سكانه.

ويعتبر الحق بالصحة عالمياً هو حق أساسي من حقوق الإنسان المقننة دولياً، إنه حق يمتلكه جميع الناس بمعزل عن عنصر أو لون أو معتقد ديني أو سياسي، وهو هدف نبيل يهدف إلى توفير الصحة للجميع متجاوزاً الاعتبارات الأخرى من نزاعات أهلية وخلافات سياسية وعقائدية لصالح الشعوب وتنميتها الصحية. وقد شكل ولا يزال، عنوان تحدّي كبير ومستمر، خاصة في الدول النامية كلبنان، حيث النظم السياسية والاقتصادية، وأسلوب إدارة الدولة، تحد من الطموحات في هذا المجال وهذا بدوره يضع "الضمان الصحي" في لبنان في مستوى القضية البالغة الأهمية.

(١) وسام غياض، "الوجيز في قانون العمل اللبناني"، الطبعة الثانية، دار المواسم، ٢٠٠٩، ص ٢١٧.

(٢) هيثم حامد المصاروة، "المنتقى في شرح قانون العمل"، دراسة مقارنة بالقانون المدني، الطبعة الأولى، دار الحامد، ٢٠٠٨، ص ١٣.

وفيما جرى العرف على اعتبار الصحة أمراً يدخل في دائرة الشؤون الخاصة لا العامة، محدداً إياها بمجرد "عدم وجود مرض" فقد تلاحقت خطوات التطوير والتوسيع بإطار المفهوم للصحة وتعريفها، والإشارات 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، وتتويجها بإنشاء منظمة الصحة العالمية WHO عام ١٩٤٦، التي قامت بوضع ونشر مفهوم اجتماعي للصحة، يقوم على اعتبارها "حالة اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً لا مجرد انعدام المرض".

ومع الوقت تأكد هذا الحق أكثر من خلال مسيرة كبيرة من الإعلانات والعهود والمواثيق الدولية مثل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان المادة ٢٥ عام ١٩٤٨ والتي تقر بحق الأشخاص في مستوى معيشي كافٍ بما في ذلك الضمانات المتعلقة بالصحة والسلامة، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عام ١٩٦٦ المادة ١٢، والتي تقر فيها الدول الأطراف بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه، والإتفاقية العربية رقم ٧/ عام ١٩٧٧ وحقوق الطفل الصحية<sup>(١)</sup>.

وجاء إعلان ألما - أتا الصادر عام ١٩٧٨، والخاص بالرعاية الصحية الأولية، ليعزز التأكيد على الحق بالصحة حيث تعهدت الدول بوضع أنظمة شاملة للرعاية الصحية، وأطلقت معه منظمة الصحة العالمية شعار "الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠".

وفي جولة عالمية استطلاعية مبسطة، نجد تفاوتاً واضح المعالم، في رسم سياسة مقارنة تحقيق هدف الرعاية الصحية للجميع، تبعاً لتركيبية النظام السياسي - الاقتصادي - الاجتماعي... وفي نوعية وعدالة التغطية الصحية وتوافرها عند الضرورة، وتفاوتها الطبي، مع تشابه يكون الوحيد يكمن في عدم قدرة أكثر الدول تطوراً في كافة المجالات تقريباً وهي الولايات المتحدة الأمريكية على توفير كافة أشكال الرعاية الصحية لكل عضو في مجتمعها وكما هو الأمر في لبنان.

---

(١) إسماعيل سكرية ، "الحق في الصحة"، الخطة الوطنية لحقوق الإنسان، مجلس النواب، لجنة حقوق الإنسان، UNDP، ص ٩.

في لبنان، لقد أنشئ الضمان الاجتماعي بموجب القانون المنفذ بالمرسوم رقم ١٣٩٥٥ تاريخ ١٩٦٣/٩/٢٦، على أساس من الشمولية ووحدة الإدارة. وكانت المحاولات لتطبيق هذا النظام قد بدأت عام ١٩٤٩. ففي ذلك العام استدعت الحكومة اللبنانية الخبير البريطاني "وليم روبسون" أستاذ الاقتصاد في جامعة لندن، لدراسة احتمال تطوير مشروع للضمان الاجتماعي. فأكد هذا الخبير في حينه أن لبنان غير مؤهل للنهوض بأعباء هذا النظام بسبب فقدان الإحصاءات، وكذلك العناصر الإدارية والفنية الكافية. بعد روبسون، استقدمت الحكومة الخبير البريطاني "كولي فورد" الذي اقترح أن يبدأ الضمان الصحي وحده، وأن يطبق على بعض فئات العمال قبل سواهم<sup>(١)</sup>.

ثم جاء بعده السيد "دوبرناك" الخبير الفرنسي لدى منظمة العمل الدولية، فطلب أرقاماً وإحصاءات شاملة، فلم يلق في السجلات الرسمية إلا عدد الموظفين في دوائر الدولة، والمصالح العامة، والشركات والمؤسسات، فارتأى أن يبدأ المشروع بهؤلاء دون سواهم، لأن الإحصاءات هي أساس الدراسات الاجتماعية.

وقد اتخذ الخبراء في لبنان ملاحظات السيد "دوبرناك" منطوقاً لوضع مشروعهم الذي تمثل بعد الكثير من التعديلات التي أدخلت عليه، بالمشروع الذي أحالته الحكومة إلى مجلس النواب بموجب المرسوم ١٢٥٣٩ تاريخ ١٩٦٣/٨/١٦ بصفة المعجل، والذي صدر بعد ذلك بموجب المرسوم رقم ١٣٩٥٥ تاريخ ١٩٦٣/٩/٢٦ سناً للمادة ٥٨ من الدستور، بسبب عدم البت به من قبل المجلس النيابي ضمن مهلة الأربعين يوم الدستورية<sup>(٢)</sup>.

ومن الواضح أن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في لبنان يعاني من جملة من الاختلالات والتشوهات لا تقتصر على محدودية نطاق تغطيته بل يمتد إلى الهدر المالي والتردي الإداري والشح في موارده المالية والتدني في مستوى التقديمات.

---

(١) حسين عبد اللطيف حمدان، "الضمان الاجتماعي أحكامه وتطبيقاته"، دراسة تحليلية شاملة، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، ٢٠٠٩، ص ٣١١.

(٢) روبرير كرم، "ضمان المرض والأمومة"، ص ٨-١٠.

بالإضافة إلى ما يعانيه القطاع الصحي في لبنان من تناقضات من حيث وجود نوعية جيدة استشفاءاً وتطبيقاً من ناحية، وتفاوت كبير في نسب التغطية في المناطق وكلفة الطبابة مرتفعة جداً وكثرة الصناديق أو الجهات الضامنة وعدم شمول كل اللبنانيين بالتغطية الصحية.

أما بالنسبة لقطاع الدواء، فتعتبر فاتورة الدواء مرتفعة وبالإضافة إلى الاعتماد الكبير على العلامات التجارية المسجلة الذي يشكل عاملاً إضافياً لتضخم الإنفاق على الدواء والمواد الصيدلانية كنسبة من إجمالي الإنفاق الصحي.

في ظل هذا الواقع المأزوم للقطاع الصحي في لبنان، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أتى إقرار الوصفة الطبية الموحدة الذي شكل نموذجاً إصلاحياً للقطاع الصحي في لبنان، لكسر حلقة الامتيازات القديمة التي تجذرت على مدى عقود في المجال الطبي ولضرب منظومة المصالح التي تحكمت برقاب اللبنانيين لسنوات طويلة مكبدة إياهم وخزينة الدولة مليارات الدولارات لحساب الجيوب الخاصة التي لم تكثر يوماً إلا لحساباتها التجارية دون أي اعتبار يذكر لحاجات المواطن وإمكاناته وقدراته.

وأيضاً من أهمية الوصفة الطبية الموحدة أنها أكدت على الوظيفة الاجتماعية للدولة التي تبعثت وتعطلت على مدى سنوات، إما بسبب الانقسامات السياسية أو غياب الرؤى والخطط الاقتصادية أو التدهور الاجتماعي.

فمنذ أول حكومة استقلال، اقتصر الاهتمام بالدواء على الوعود وترصيع البيانات الوزارية، ولم يرتق يوماً إلى مستوى ما تعنيه هذه المادة "الكيميائية المركبة" من تأثير صحي قد يشفي وقد يقتل، وتمكّن العقل التجاري من فرض هيمنته على السياسة الدوائية مما أوصل سوق الدواء في لبنان إلى حال الفوضى وفقدان الأمان.

أما عن البطاقة الصحية الموحدة، فلا يزال موضوع التغطية الصحية الشاملة هو الشغل الشاغل للمواطنين ومدار مناقشات بين الأطراف الرسمية المختلفة، ويعمل هذا النظام على "التكافل بين المواطن والدولة". ويؤمن مشروع البطاقة الصحية المقترح خدمة الاستشفاء لمليون مواطن لبناني حُرّموا من التأمين الصحي الإلزامي، وذلك على حساب الوزارة بنسبة تغطية مئة في المئة وأهم عقبة ستزيلها البطاقة هي رفض المستشفيات للمرضى لأي سبب أو حجة كانت.

إن اقتراح القانون المتعلق بالبطاقة الصحية يهدف إلى تحسين الخدمات الصحية وتعميم الاستشفاء والطبابة على جميع المواطنين بأقل كلفة ممكنة وأعلى درجات الجودة والفاعلية، ويُرشد إنفاق وزارة الصحة ويخفف المعاملات الإدارية التي تعقّد عملية دخول المرضى إلى المستشفيات وتؤدي في بعض الحالات إلى وفاة المرضى على ابواب المستشفيات.

نهدف من خلال هذه الدراسة إلى تعريف وتبصير سائر المهتمين بموضوع الضمان الاجتماعي، فرع ضمان المرض والأمومة، في لبنان والولايات المتحدة الأمريكية، إلى أحدث ما أقرّ من قوانين وما تم اقتراحه من مشاريع تطل القطاع الصحي في لبنان، وخاصة قانون الوصفة الطبية الموحدة والبطاقة الصحية الموحدة. ومواكبة تطور الاجتهاد بغية الإضاءة على الجديد منها وإبراز صلتها بالتطور الحاصل. لكي يكون هذا البحث صورة ضمان المرضى والأمومة بمفهومه السائد والمتطور من جهة وأحكامه المطبقة من جهة ثانية، مسترشداً بالمعايير الدولية وبالأراء الفقهية والأحكام القضائية في حال وجودها.

إلا أن من الصعوبات التي واجهتنا هي ندرة المراجع التي تناولت موضوع البحث لجهة "الوصفة الطبية الموحدة" نظراً لحدثة الموضوع، فاقترنت المراجع على المقالات التي نشرت في الجرائد التي تناولت هذا الموضوع، بالإضافة إلى عدم وجود أرقام دقيقة عن المضمونين نظراً لغياب الإحصاءات الرسمية، فكانت الأرقام والأعداد تختلف من مرجع إلى آخر.

فضلاً عن ذلك لا يوجد مؤلفات أو كتب تناولت موضوع القطاع الصحي في لبنان ونظم التأمين الصحي، بل هناك وفرة في المراجع التي تتناول الضمان الاجتماعي كموضوع تقليدي من ناحية أحكامه ومبادئه.

أما إشكالية البحث فهي: ما هو المدى الذي قد يبلغه الضمان الصحي في لبنان من خلال اعتماد قانون الوصفة الطبية الموحدة، واستطراداً البطاقة الصحية الموحدة، سيما وأن بلداناً عديدة سبقتنا في هذا الموضوع؟

وتنشأ عن هذه الإشكالية تساؤلات منها:

- ما هو واقع القطاع الصحي في لبنان؟
- ما هي حقوق المضمون الصحية في لبنان وفقاً لقانون الضمان الاجتماعي؟

- ما هي أنظمة التغطية الصحية القائمة في لبنان؟
  - ما هي حقوق المضمون الصحية في لبنان بين الوصفة الطبية الموحدة والبطاقة الصحية الموحدة؟
  - هل شكّل إقرار الوصفة الطبية الموحدة خطوة جديدة نحو حقوق المواطن؟
  - هل توفر الوصفة الطبية الموحدة والبطاقة الصحية الموحدة على كل من المواطن والضمان الاجتماعي؟
  - هل تعزز الوصفة الطبية الموحدة دور رقابة الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة على عمل الأطباء وشركات الأدوية؟
  - هل تحل كل من الوصفة الطبية الموحدة والبطاقة الصحية مشاكل الاستشفاء في لبنان؟
  - ما هي أهم الضوابط التي يجب توفرها لضمان صحة تطبيق الوصفة الطبية الموحدة؟
  - ما هو الضامن لجودة أدوية "الجينريك"؟
  - ما الذي يضمن أن يكون الشخص المتواجد في الصيدلية هو حقاً صيدلي؟ خصوصاً أن هذه الظاهرة موجودة في لبنان.
  - أين أصبحت الوعود بتأمين التغطية الصحية الشاملة لكل اللبنانيين؟
- سنحاول الإجابة على هذه التساؤلات من خلال قسمين، نبحث في القسم الأول القطاع الصحي في لبنان وضمان المرض والأمومة، وفي القسم الثاني الوصفة الطبية الموحدة والبطاقة الصحية الموحدة.

## القسم الأول

### القطاع الصحي في لبنان وضمان المرضى والأمومة

تندرج مسألة القطاع الصحي في لبنان في صلب المسائل التي يدور النقاش حولها، انطلاقاً من ارتباطها الوثيق بصحة المواطن أي بكرامته. ولأن الحق بالصحة عالمياً، هو حق أساسي من حقوق الإنسان المقننة دولياً. وقد شكل ولا يزال، عنوان تحد كبير ومستمر، خاصة في الدول النامية ولبنان منها، حيث النظم السياسية والاقتصادية وأسلوب إدارة الدولة وسوء استخدام مواردها تحد من الطموحات في هذا المجال وتؤثر سلباً عليه. وهو بدوره يضع مسألة قطاع الصحة في لبنان في مستوى القضية البالغة الأهمية.

ويعاني القطاع الصحي في لبنان من تشوهات عديدة تراكمت على مدى سنوات طويلة بسبب الحرب وغيرها أثرت بشكل خاص في جانب العرض وتعدد الجهات الضامنة ونوعية الخدمات الصحية وطرق تسعيرها وتمويلها.

وبالرغم من تعدد الجهات الضامنة وتعدد أنظمة التغطية الصحية في لبنان إلا أن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من خلال فرع ضمان المرضى والأمومة أوكل إليه القانون تأمين الرعاية الصحية وهو اليوم يؤمن الرعاية الصحية لأكثر من ثلث الشعب اللبناني من خلال حصولهم على خدمات الاستشفاء والطبابة.

إلا أنه وبالرغم من أهمية هذه المؤسسة، يعاني الضمان الاجتماعي في لبنان منذ مدة طويلة من مشاكل ومخاطر عديدة ليس من الصعب معاينتها وذلك نتيجة المؤامرات التي تحاك لهذه المؤسسة أقل ما يقال عنها أنها الحصن المنيع للفقير في هذا الوطن.

لذلك لابد من دراسة واقع القطاع الصحي في لبنان ومن ثم التطرق إلى الضمان الاجتماعي "فرع ضمان المرضى والأمومة".

## الفصل الأول

### القطاع الصحي في لبنان بين واقع مأزوم وتنويهات عالمية

القطاع الصحي في لبنان يجمع المتناقضات من حيث وجود نوعية جيدة استشفاءً وتطبيقاً إلى سيطرة التجارة والسياسة بخلفية الاستثمار الصحي السريع والريح الوفير. وبينما يلاقي قطاعنا الصحي انتقادات متعددة من الإعلام والمواطنين بالرغم من صوابية بعضها، حاز النظام الصحي في لبنان على تنويهات في عدة ميادين ومن مرجعيات عالمية. أما المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في لبنان فهي كثيرة. لذلك لا بد من عرض نقاط القوة في نظامنا الصحي ومن إعادة النظر بالمفاهيم الخاطئة، ومن ثم سوف نتطرق للمشاكل التي يعاني منها هذا القطاع.

#### الفرع الأول: واقع القطاع الصحي في لبنان ونظم الرعاية الصحية القائمة

تسيطر على القطاع الصحي في لبنان جملة من المفاهيم الخاطئة التي تحجب الرؤية عن المشاكل الحقيقية التي يعاني منها هذا القطاع. فلا بد من عرض هذه المفاهيم الخاطئة وتسلط الضوء على نقاط القوة في النظام الصحي في لبنان وذلك في الفقرة الأولى ومن ثم التطرق لأنظمة التغطية الصحية القائمة في لبنان في الفقرة الثانية.

#### الفقرة الأولى: واقع القطاع الصحي في لبنان

تعد مسألة الوضع الصحي للسكان اللبنانيين واحدة من القضايا الرئيسية التي يتوجب أخذها بالاعتبار لدى القيام بعملية تطوير السياسات المتعلقة بالصحة. وبصورة عامة تسجل المؤشرات الصحية في لبنان مستويات مقبولة، مع معدلات منخفضة نسبياً لوفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة، ومعدلات مرتفعة نسبياً لمؤشر الأمل في الحياة.

وبالرغم من المستوى الصحي المقبول، لا تزال هناك مناطق يمكن القيام فيها ببعض التحسينات والإجراءات الوقائية بغية التخفيف من المشاكل الصحية.

وفيما يلي بعض المؤشرات الصحية المختارة في لبنان مع تطورها خلال السنوات الماضية. ولكن يجب الإشارة إلى أن جميع الأرقام المتداولة تقريباً حول الأوضاع الاجتماعية هي أرقام تقديرية وتختلف التقديرات في معظم الأحيان.

• خلال الفترة الممتدة بين عامي ١٩٧٠ إلى ١٩٩٦ انخفض معدل الوفيات القائم من ٩ إلى ٧ في الألف.

ونظراً لانخفاض معدل الخصوبة والوفيات، صنف لبنان، من بين البلدان الأخرى مثل البحرين والكويت، كبلد في مرحلة متقدمة من التحول السكاني<sup>(١)</sup>.

• قدر معدل الأمل في الحياة عام ١٩٩٦ بنحو ٧١ سنة (٦٩ للذكور و ٧٢ للإناث)، أي بزيادة تصل إلى ٣ سنوات عما كان عليه في العام ١٩٧٠<sup>(٢)</sup>. وتجدر الإشارة إلى أن الفارق بين الإناث والذكور البالغ ثلاث سنوات هو أدنى من الفارق في المعدل العالمي والبالغ ٤ سنوات.

• إن معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة جاءت منخفضة نسبياً في لبنان حيث بلغت ٢٨ و ٣٢ بالآلاف على التوالي في العام ١٩٩٦ و ٢٧ و ٣٥ بالآلاف على التوالي في العام ٢٠٠٠<sup>(٣)</sup>. غير أننا نشهد تفاوتاً مناطقياً ملحوظاً، حيث سجل في جبل لبنان أدنى المعدلات في حين سجل في البقاع أعلاها.

ويمكننا القول أن القطاع الصحي في لبنان يتميز بحالة تشبّع نسبي في عدد المستشفيات والأسرة والأطباء والصيديات.

كما تتعدد الصناديق العامة وشبه العامة التي تقوم بتمويل الرعاية الصحية لشرائح مختلفة من موظفي القطاع العام، إضافة إلى مجموعات أخرى غير مضمونة.

بالإضافة إلى هيمنة خدمات الرعاية الصحية ذات الطابع العلاجي، وضآلة دور الرعاية الصحية الوقائية.

(١) "التقرير العربي حول التنمية البشرية"، برنامج الأمم المتحدة للتنمية "UNDP"، ٢٠٠٢.

(٢) البرنامج التنموي ٢٠٠٦-٢٠٠٩، [www.cdr.gov.lb/plan/healthsector-arabic.page2](http://www.cdr.gov.lb/plan/healthsector-arabic.page2).

(٣) "وضع الأطفال في لبنان"، Pap Child، مسح صحة الأم والطفل في لبنان، الإدارة المركزية للإحصاء، يونيو، ٢٠٠٠.

عموماً لا يزال دور الحكومة ودرجة تدخلها في قطاع الصحة ضعيفاً في العديد من النواحي. فقد غطت الحكومة اللبنانية في العام ٢٠٠٢ ما يقارب ثلث (٣٠,١%) فاتورة الرعاية الصحية للمجتمع، استناداً إلى إحصائيات منظمة الصحة العالمية. وهذه النسبة هي أدنى بكثير من تلك المسجلة في البلدان المتقدمة.

إلا أن بعض المصادر الأخرى طرحت تقديرات أدنى لحجم مشاركة القطاع العام في نفقات الرعاية الصحية. فحسب تقديرات "حسابات الصحة الوطنية اللبنانية" و"نظام الرعاية الصحية اللبنانية للعام ٢٠٠٠"، مول القطاع العام، على التوالي، حوالي ١٧,٩٨% من نفقات الرعاية الصحية. وقد أشارت دراسة الإسكوا حول "أثر المتغيرات الاقتصادية على البعد الاجتماعي للتنمية: التعليم والصحة، إلى أن الإنفاق العام على الصحة في لبنان بلغ ٢٦,٧% من إجمالي الإنفاق الصحي عام ١٩٩٩ و ٢٨,١% في العام ٢٠٠١<sup>(١)</sup>. وهذا التباين في النسب يمكن رده إلى عامل احتساب (أو عدم احتساب) كامل نفقات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ضمن الفاتورة الصحية العامة. وفي مطلق الأحوال، تتشارك هذه التقديرات المختلفة في إظهار المستوى المتدني لمساهمة القطاع العام والعبء الثقيل الواقع على كاهل القطاع الخاص في ما يتعلق بتمويل الرعاية الصحية.

ومن ناحية أخرى، من المعروف أن لبنان يملك قطاعاً استشفائياً كبيراً ومميزاً، فمن ناحية القطاع الخاص يوجد حوالي ٦١ مستشفى خاص ومركزاً صحياً، حوالي ٦٩% من هذه المستشفيات صغير الحجم دون ١٠٠ سرير، يتوفر لديها حجم الخدمات والتقنيات الطبية المتطورة ما يفوق بكثير ما هو متوفر في دول المنطقة<sup>(٢)</sup>. كما يتوفر في لبنان مستشفيات مشهود لها بالسمعة الجيدة والمستوى الراقي جداً، الأمر الذي جعل سوق الاستشفاء اللبناني يمتلك إمكانات استقطاب السياحة الصحية العربية وتقديم خدمات علاجية وتشخيصية واستشفائية مميزة بجودتها.

ولطالما أطلق على لبنان "مستشفى الشرق الأوسط" لما لقطاع الصحة من مستوى متقدم ينفرد به بين دول المنطقة. تهدف السياحة الصحية في الأساس للعلاج من الأمراض أو إجراء عمليات جراحية معقدة تتطلب الدقة والخبرات العالية، حيث يتوفر في لبنان أهم المراكز الطبية الذائعة الشهرة

(١) "تمويل الرعاية الصحية"، البرنامج التنموي ٢٠٠٦-٢٠٠٩، مرجع سابق، ص ٧.

(٢) غالب أبو مصلح، "لبنان وضرورات التغيير البدائل الاقتصادية والاجتماعية: الزراعة والصحة والصناعة"، ص ٤.

في منطقة الشرق الأوسط بسبب امتلاكها أحدث التجهيزات الطبية والعلمية المتوفرة في أهم المراكز الطبية في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية.

ويعتبر لبنان من الدول المتقدمة في المصحات العلاجية، التي منها على سبيل المثال التدرن الرئوي ومواقعها في الجبال ومنها "مصح بحنس" في المتن الذي افتتحه المتصرف العثماني أوهانس باشا سنة ١٩٠٩ كمصح لمرضى السل، أما اليوم فيضم العديد من الأقسام الطبية وخصوصاً مركز إعادة التأهيل الفيزيائي ومدرسة لذوي الاحتياجات الخاصة من الشلل الرباعي عند الأطفال وغسل الكلى.

وأوضح مستشار وزير الصحة الدكتور بهيج عريبي في اتصال مع الوكالة الوطنية للإعلام "أن لبنان هو بحق مركز الشرق الأوسط الاستشفائي بسبب التخصصات الصحية وخاصة في طب العظام ومعالجة العمود الفقري، إلى زراعة الأعضاء ومشاكل القلب والشرابين إضافة إلى العلاج المتقدم بالنسبة للمنطقة في الأمراض السرطانية، حيث يأتيها المرضى سنوياً بالآلاف وخاصة من الدول العربية المجاورة، إلا أنه وللأسف في السنوات الأخيرة تقلص عدد الخليجين فتراجعت حصة السياحة الاستشفائية والتي تقتصر اليوم على العرب الأردنيين والعراقيين ومن بعض الدول الأفريقية"<sup>(١)</sup>.

ويوجد في لبنان أكثر من ٧٠ اختصاصاً طبياً، وأكثر من ١٢ ألف طبيب في مختلف الاختصاصات. ويضم القطاع الاستشفائي اللبناني ١٦١ مستشفى منها ٧ مستشفيات جامعية وبعضها تم اعتماده عالمياً. ويذكر أن العديد من المستشفيات والمراكز الصحية في لبنان حائزة على شهادة الجودة العالمية ISO 900.

أما عن المفاهيم التي أثبتت بطلانها بحسب تقرير نشر لوزارة الصحة<sup>(٢)</sup>، المفهوم الأول وهو عدم الإنصاف في توزيع الخدمات الصحية وذلك لوجود مناطق محرومة من هذه الخدمات، بحيث لا يحصل الفقير على العلاج المناسب كونه بالغ الكلفة؛ لقد تبين أن استهلاك الخدمات نسبة إلى عدد

---

(١) كلودين وهبه، "لبنان مقصد للسياحة الصحية من مختلف بلدان الشرق الأوسط"، عريبي: مراكز استشفائية في المناطق تقدم خدمات طبية متطورة الجمهورية اللبنانية وزارة الإعلام، الوكالة الوطنية للإعلام، الأربعاء ٣١ آب ٢٠١٦.

(٢) وليد عمار، "التوجهات الاستراتيجية للنظام الصحي في لبنان"، وزارة الصحة اللبنانية، ٢٠١٢، ص ١.

السكان في المناطق الميسورة في بيروت وجبل لبنان هي أقل من باقي المحافظات. كما أثبت أن ذوي الدخل المحدود يحصلون على نسبة أكبر من الخدمات العلاجية والاستشفائية مقارنة مع الميسورين. ومن المعروف أن الوزارة تغطي علاجات مكلفة حديثة حتى قبل أن تبدأ بتغطيتها أنظمة التأمين في الكثير من الدول الغنية.

والمفهوم الثاني هو أن المستشفيات ترفض قبول المرضى على حساب الوزارة ومنهم من لا يستطيع الدخول إلى أي مستشفى فيحرم من العلاج؛ تبين أن نسبة من يضطر إلى التوجه إلى أكثر من مستشفى لإيجاد سرير لا تتعدى ١% من إجمالي المرضى. إلا أنه نسبة للعدد الكبير لحالات الدخول الذي يتعدى ٦٠٠ حالة يومياً، يكون عدد المرضى الذين يعانون في الدخول لا يتجاوز الستة كل يوم.

أما المفهوم الثالث هو أن إنفاق الدولة على القطاع الصحي في لبنان مرتفع ويجب ترشيده بمعنى خفضه؛ لقد بينت الدراسات أن مجمل ما تنفقه الدولة من خزينتها عبر موازنة وزارة الصحة وحصتها من إنفاق الضمان وموازنة الصناديق الضامنة الأخرى بما فيها تعاونية موظفي الدولة والطببات العسكرية لا يتعدى ٢٠% من إجمالي الانفاق على الصحة. فضلاً عن كون موازنة وزارة الصحة العامة لا تتعدى ٣% من موازنة الحكومة<sup>(١)</sup>. وبالتالي لا بد من زيادة الانفاق العام على الصحة لتعزيز صحة المواطنين وتلبية احتياجاتهم.

### الفقرة الثانية: أنظمة التغطية الصحية في لبنان

تختلف أنظمة التغطية الصحية في لبنان وتتعدد الأجهزة التي تغطي الأشخاص. باختلاف المهن التي ينتسبون إليها. فيخضع الموظفون في القطاع العام لتعاونية موظفي الدولة. ويستفيد أفراد القوى المسلحة من تقديمات طبية سواء من مؤسسات صحية خاصة بهم كالطبابة العسكرية بالنسبة لمؤسسة الجيش أو عبر مساعدات مرضية عن طريق التعاقد مع مراكز طبية كما هو الحال بالنسبة لأفراد قوى الأمن الداخلي. كذلك توجد صناديق تعاضد لبعض المهن كالكاتب العدل والقضاة وأفراد الهيئة التعليمية. وينتسب أصحاب المهن الحرة من أطباء ومحامين ومهندسين إلى شركات ضمان

<sup>(١)</sup> وليد عمار، "الوزارة تنفق ٨٧% من موازنتها على الاستشفاء والأدوية"، الصحة والإنسان، العدد ٢٧، نيسان ٢٠١٤، ص ١٩.

خاصة. أما المستخدمون والأجراء لدى أحد أصحاب العمل في القطاع الخاص فيخضعون للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. في حين سائر المواطنين الذين لا يستفيدون من أي تغطية صحية فغالباً ما يتم علاجهم إما على نفقتهم الخاصة أو على نفقة وزارة الصحة.

- **تعاونية موظفي الدولة:** نشئت تعاونية موظفي الدولة بتاريخ ١٩٦٣/٧/٢٩ بموجب مشروع قانون منفذ بالمرسوم رقم ١٤٢٧٣. وهي من المؤسسات العامة وتتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي والإداري وتخضع لوصاية مجلس الخدمة المدنية ولرقابة ديوان المحاسبة المؤخرة<sup>(١)</sup>.

تغطي تعاونية موظفي الدولة جميع الموظفين العموميين في الإدارات العامة بها فيها الجامعة اللبنانية باستثناء أفراد القوى المسلحة العسكريين أو المدنيين، كما تشمل تغطيتها موظفي وحرس مجلس النواب الدائمين بقرار يصدر عن رئيس المجلس النيابي.

تنص المادتان الأولى والثالثة من المرسوم رقم ١٤٢٧٣ أنه يعتبر الانتساب إلى التعاونية الزامياً لجميع الموظفين الدائمين في القطاع العام سواء خضعوا لشرعة التقاعد أم لم يخضعوا. بالمقابل تحدد أنظمة التعاونية شروط قبول الموظفين غير الدائمين ومدى إفادتهم من خدماتها. أما مستخدمو المؤسسات العامة والمصالح المستقلة والبلديات الخاضعة لرقابة مجلس الخدمة المدنية فيمكن لسلطة الوصاية بناء على طلبهم وعلى اقتراح مجلس إدارة التعاونية، قبولهم فيها بعد الاتفاق مع كل مؤسسة معنية على شروط القبول ومقدار المساعدة التي قد تترتب على كل منها.

وتوازي التغطية الصحية بموجب نظام التعاونية ٩٠% من نفقات الاستشفاء، كما هو حال الصندوق، و ٧٥% فقط من نفقات الطبابة العادية والأدوية وطبابة الأسنان. إضافة إلى ذلك تغطي التعاونية ٧٥% من كلفة الاستشفاء لأفراد أسرة الموظف المضمون، و ٥٠% من كلفة الطبابة العادية وفاتورة الدواء<sup>(٢)</sup>.

ومن أبرز الخدمات الطبية التي تقدمها التعاونية: المساعدات المرضية بسبب الإصابة بمرض أو علة ناجمة أو غير ناجمة عن الوظيفة. المساعدات المرضية لأفراد العائلة من أب أو أم

(١) [www.mfe.gov.lb](http://www.mfe.gov.lb)

(٢) البرنامج التتموي ٢٠٠٦-٢٠٠٩، "مرجع سابق"، ص ١٣.

أو أبناء أو زوج. أو من أخوة وأخوات يكونون على عهدة الموظف المستفيد. إضافة إلى مساعدة العائلة في حالة وفاة الموظف.

- **المؤسسات الصحية الخاصة بأفراد القوى المسلحة:** تختلف التقديمات الصحية باختلاف الأجهزة التي ينتمي إليها أفراد القوى المسلحة. فهي إما أن تكون عن طريق جهاز خاص ومستقل كالطبابة العسكرية التي تتولى تقديم الخدمات الطبية المختلفة لعناصر الجيش اللبناني من ضباط ورتباء وجنود وأفراد في الخدمة الفعلية أو المتقاعدين وأفراد عائلاتهم الذين هم على عاتقهم وغير المستفيدين من أي تغطية صحية أخرى، أو أنها تقوم بتغطيتهم في حالات الاستشفاء والعلاج الخارجية التي لا تتوافر ضمن الطبابة العسكرية. من ناحية أخرى، تقوم أجهزة أخرى كالمديرية العامة للأمن العام والمديرية العامة لقوى الأمن الداخلي بتقديم مساعدات مرضية لعناصرها من خلال تعاقدها مع مراكز استشفائية وأطباء من مختلف المجالات<sup>(١)</sup>. وتتكفل هذه المساعدات بتسديد كامل نفقات الاستشفاء والطبابة للمنتسبين. فضلاً عن أن نظام التأمين هذا يغطي نفقات العلاج في الخارج.

- **صناديق التعاضد:** تنقسم هذه الصناديق إلى نوعين، فإما أن يكون الانتساب إليها إلزامياً كما هو الحال بالنسبة للكاتب العدل والقضاة وهي تتكفل بتكاليف الخدمات الطبية التي يحتاجونها. وإما أن يكون الانتساب إليها اختيارياً كما هو الحال مثلاً بالنسبة لأساتذة وموظفي الجامعة اللبنانية الذين يستطيعون الانتساب إلى صندوق التعاضد الخاص بهم رغم استفادتهم من خدمات تعاونية موظفي الدولة أو من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وذلك بهدف الاستفادة من فرق نفقات الاستشفاء التي يتكبدها بصفته منتسباً إلى أحد هذين الجهازين<sup>(٢)</sup>.

وقد أنشئ صندوق تعاضد القضاة بالقرار رقم ١/٦٦ ف الصادر عن وزير الإسكان والتعاونيات ١٩٨٢/٣/٤ سناً لأحكام المرسوم الاشتراعي رقم ٣٥ تاريخ ١٩٧٧/٥/٩ المتعلق "بصناديق التعاضد"، وكان جمعية من جمعيات الأشخاص<sup>(٣)</sup>. ثم أعيد تنظيمه بموجب المرسوم

<sup>(١)</sup> [www.isf.gov.lb](http://www.isf.gov.lb)

<sup>(٢)</sup> [www.cmempul.org](http://www.cmempul.org)

<sup>(٣)</sup> رفيق سلامة، "شرح قانون الضمان الاجتماعي"، ص ٤٨.

الاشتراعي رقم ٥٢ تاريخ ١٩٨٣/٧/٢٩<sup>(١)</sup>. وقد أحدثت له موارد خاصة من اشتراكات المنتسبين ومساهمة الدولة، ومن الرسوم والغرامات وسائر الموارد المنصوص عليها في المادة الخامسة من المرسوم الاشتراعي رقم ٥٢ تاريخ ١٩٨٣/٧/٢٩ الآنف الذكر.

وهذا الصندوق يضم جميع القضاة العدليين والإداريين والماليين الأصليين والمتقاعدين والذين انتهت خدمتهم لأي سبب كان باستثناء القضاة المصروفين من الخدمة لأسباب تأديبية. ويضم كذلك القضاة المتدرجين مدة تدرجهم. يؤمن صندوق تعاضد القضاة للمنتسبين إليه وعائلاتهم مساعدات طبية واجتماعية وتعليمية وثقافية وسكنية وطوارئ استثنائية يقرها مجلس الإدارة.

أما صندوق تعاضد أفراد الهيئة التعليمية في الجامعة اللبنانية فقد أنشئ بموجب القانون رقم ٣٢١ تاريخ ١٩٩٤/٣/٢٤ وهو مؤسسة عامة، ويتمتع بالشخصية المعنوية وبالاستقلال المالي والإداري.

ويضم الصندوق جميع أفراد الهيئة التعليمية في الجامعة اللبنانية الداخلين في الملاك، والمتقاعدين المتفرغين والمتقاعدين.

ويستفيد المنتسب إلى الصندوق من المنافع والخدمات الطبية والاجتماعية والتعليمية، وغيرها من المنح والمساعدات المنصوص عليها في نظام المنافع والخدمات<sup>(٢)</sup>.

-شركات التأمين الخاصة: ينظم قانون الموجبات والعقود عقد الضمان في لبنان وذلك في المواد ٩٥٠ إلى ١٠٢٣ منه.

تعرف المادة ٩٥٠ من قانون الموجبات والعقود عقد الضمان بأنه "عقد مقتضاه يلتزم شخص (يقال له الضامن) ببعض الموجبات عند نزول بعض الطوارئ بشخص المضمون أو بأمواله، مقابل دفع بدل يسمى القسط أو الفريضة". ولا يمكن لمن يمارس مهنة التأمين أن يزاول عمله إلا بموجب ترخيص وفق أحكام المادة ١١ من قانون تنظيم قطاع التأمين. ويعتبر عقد الضمان عقد إذعان Contrat d'adhésion ضمن نموذج معد ومطبوع مسبقاً غالباً لا يتم النقاش أو التفاوض بشأنه، إلا أنه قد تتعدد نماذج هذه العقود بحسب الأخطار التي تم التأمين عليها<sup>(٣)</sup>.

(١) المعدل بموجب القانون رقم ٦٠٧ تاريخ ١٩٩٧/٢/٢٨، وبالقانون رقم ١٤٦ تاريخ ١٩٩٩/١٠/٢٩.

(٢) الصادر بالمرسوم رقم ٨٦٨١ تاريخ ١٩٩٦/٦/٢٩.

(٣) نادر عبد العزيز شافي، "عقد التأمين وأبرز أحكامه ومشاكله"، مجلة الجيش، العدد ٣٤٠، تشرين الأول ٢٠١٣.

تنص الفقرة الثانية من المادة ٩٧٤ من قانون الموجبات والعقود أنه يجب على المضمون أن يطلع الضامن بوضوح، عند إتمام العقد، على جميع الأحوال التي من شأنها أن تمكن هذا الأخير من تقدير الأخطار التي يضمنها إضافة إلى جميع الأحوال التي من شأنها أن تزيدها (باستثناء حالة ضمان الحياة). وإن إخلال المضمون بهذا الموجب يسمح للمؤمن بطلب إبطال عقد التأمين وذلك بموجب المادة ٩٨٣ من قانون الموجبات والعقود. كذلك يلتزم المؤمن دفع أقساط التأمين بموجب المادة ٩٧٤ من قانون الموجبات والعقود وإعلام المؤمن بكل طارئ يؤدي إلى إلقاء المسؤولية عليه وذلك خلال ثلاثة أيام من تاريخ علمه به، باستثناء حالة ضمان الحياة. وإذا أحل المؤمن بهذا الموجب يحق للمؤمن مطالبته بالتعويض عن الضرر الذي أصابه نتيجة عدم إعلام بالطارئ أو التأخير في ذلك<sup>(١)</sup>.

بالمقابل يلتزم المؤمن أو الضامن بدفع مبلغ التأمين المتفق عليه في العقود للمؤمن له أو للمستفيد عند حدوث الحالة المؤمن منها. ومقارنة مع البلدان الأخرى، يبدو قطاع التأمين الخاص في لبنان على درجة مقبولة من التطور. وينتسب المستفيدون إلى شركات التأمين إما للحصول على تأمين صحي شامل أو على بوالص مكملة. وتمثل الفئة الأولى بوالص تأمين صحية قائمة بذاتها وتغطي سلسلة واسعة من المنافع، وتشمل المعاينات الداخلية والخارجية للمريض وكلفة المواد الصيدلانية. أما بالنسبة لبوالص التأمين المختلط، فهي تطلب في معظم الأحيان لسد فجوة في تغطية الضمان الاجتماعي أو أنظمة تأمين عامة أخرى.

- **الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي:** يتولى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بفرعيه "ضمان المرض والأمومة" و"ضمان طوارئ العمل والأمراض المهنية"، تقديم الخدمة الصحية من العناية الطبية الوقائية والعلاجية، وتعويض المرض والأمومة للمواطن المستخدم الذي يكون منتسباً للصندوق. كما جرى إنشاء قسم نظام ضمان صحي خاص بالمضمونين الاختياريين المسنين الذين لا يستفيدون من أي تقديمات صحية أخرى، فأفسح لهم المجال بأن ينتسبوا اختياريّاً إلى هذا القسم الخاص الذي يوفر لهم الاستشفاء والطبابة<sup>(٢)</sup>.

---

(١) د. بول مرقص، "أنظمة التغطية الصحية في لبنان"، مجلة الصحة والإنسان، العدد ٢٧، نيسان ٢٠١٤، ص ٣٥.  
(٢) د. بول مرقص، "دليلك في الصحة"، سلسلة "دليل حقوق الناس"، منشورات مؤسسة جوستيسيا للإنماء وحقوق الإنسان، بيروت، ٢٠١٠.

تشتمل حالات المرض التي يغطيها الضمان الاجتماعي في لبنان على الفحوص الطبية، تصوير الأشعة، فحوص المختبر والتحاليل، عناية الطبابة العامة، عناية طب الأسنان (غير معمول به لغاية تاريخه)، الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الضرورية المقبولة من الضمان، الاستشفاء (منامة، غذاء، معالجة طبية، عمليات جراحية)، وتقديم بعض الأجهزة اللازمة للإستشفاء. أما فرع الأمومة فيغطي الفحوص والعناية السابقة للولادة وخلالها وبعدها المقدمة من طبيب أو قابلة قانونية مأذونة بعمل التوليد الطبيعي<sup>(١)</sup>. إضافة إلى الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الضرورية المقبولة من الضمان للإستشفاء.

يتوجه الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، إلى المواطنين اللبنانيين من فئة العمال والمستخدمين في القطاع الخاص غير الزراعي، والموظفين الدائمين في القطاع الزراعي، والموظفين العاملين في المؤسسات وفي المصالح المستقلة غير التابعة لمجلس الخدمة المدنية، والمعلمين في المدارس الرسمية، وسائقي السيارات العمومية، وباعة الصحف، وطلاب الجامعات.

- **العلاج على نفقة وزارة الصحة:** تقوم وزارة الصحة بدور شبكة الأمان، كونها الملاذ الأخير الضامن للمواطن غير المشمول بأي تغطية صحية. ولا يزال أكثر من مليون لبناني يعالجون على نفقة وزارة الصحة كونهم لا ينتمون إلى أي من المؤسسات الضامنة. يحق لكل مريض طلب الاستشفاء ودخول المستشفيات الخاصة والحكومية<sup>(٢)</sup>، والعيادات الطبية ومراكز العلاج. وله تالياً حق طلب العلاج لدى المستشفيات الخاصة، وليس من حق هذه المستشفيات أن ترفض استقبال أي مريض تعسفاً بحجة الدين أو الجنس أو العرق أو العقيدة، أو فقر الحال.

ويحق للمريض الاستفاد من الاستشفاء على نفقة وزارة الصحة بعد الاستحصال على موافقتها بالشروط المطلوبة وتقديم المستندات المؤيدة التي تثبت أن وضعه الاجتماعي يستلزم نيل المساعدة الطبية والعلاج المجاني.

---

(١) المرسوم رقم ١٦٥٧ تاريخ ١٧/١/١٩٧٩ المتعلق بتنظيم مهنة القابلة القانونية.

(٢) أنشأت وزارة الصحة خلال عقدين من الزمن ٢٧ مستشفى حكومياً. وأقل أكثر من نصفها لأسباب عدة ومنها الأحداث اللبنانية، و ١٥ منها لا يزال يعمل بطاقة ٢٠% فقط. أصبح معظم هذه المستشفيات يخضع لقانون استقلال المستشفيات الذي أقر في مجلس النواب بتاريخ ١٧/٨/١٩٩٥.

كذلك يمكن للمريض أن يطلب تزويده بشهادة طبية بوضعه الصحي للاستفادة من تقديمات اجتماعية<sup>(١)</sup>. ولا يحق للمستشفيات ومراكز العلاج رفض استقبال أي مريض في حالة طارئة تستدعي العلاج العاجل وذلك بحجة أنه لم يسدد سلفة على الحساب. علماً أن الأمر معاقب عليه بالمادة ٥٦٧ من قانون العقوبات التي تنص على أنه: "من وجد بمواجهة شخص في حالة الخطر بسبب حادث طارئ أو بسبب صحي، وكان بوسعه إغاثته أو إسعافه، بفعل شخصي أو بطلب النجدة ودون أن يعرض نفسه أو غيره للخطر وامتنع بمحض إرادته عن ذلك يُعاقب بالحبس من شهر إلى سنة وبالغرامة من مائتي ألف إلى مليوني ليرة، أو بإحدى هاتين العقوبتين".

أما في حالات المرض العادي غير الطارئ فيمكن للمستشفيات أن تطلب من المريض سلفة على الحساب لدخوله إلى المستشفى أو أن تتأكد من أنه سيُسدد تكاليف العلاج.

-**صندوق ضمان أصحاب الصحف الصحفيين:** أنشئ صندوق أصحاب الصحف الصحفيين بموجب القانون رقم ٨٢/٢٣ تاريخ ١٩٨٢/٨/٣، وهو صندوق خاص للضمان الاجتماعي خاص بأصحاب الصحف الأعضاء في نقابة الصحافة اللبنانية وتشمل تقديماته: خدمات الضمان الصحي (إستشفاء - أمراض مهنية - أمومة - طوارئ عمل)، ومساعدة الأسر في حال وفاة أحد أعضائها، وصرف معاش تقاعدي للعضو أو لأصحاب الحق من بعده<sup>(٢)</sup>.

### الفرع الثاني: المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في لبنان

يشهد القطاع الصحي في لبنان حالة من التكهك نشأت بشكل أساسي عن الحرب الأهلية التي أضعفت القدرات المؤسساتية والمالية للقطاع العام عموماً وقطاع الصحة خصوصاً كما أدت الحرب إلى تآكل المداخل المتاحة بالنسبة لشرائح واسعة من السكان. وقد تدنت نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام على مدى السنين.

---

(١) المادة ٧ من قانون الآداب الطبية.

(٢) رفيق سلامة، "شرح قانون الضمان الاجتماعي"، مرجع سابق، ص ٤٨.

## الفقرة الأولى: المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في لبنان

يشهد نظام الرعاية الصحية في لبنان حالة من التفكك والخلل الكبير ما بين القطاعين العام والخاص لصالح الأخير. وحالة من التفاوت في المجال الطبي والتمريض والاستشفائي والمناطقى وعلى مستوى تعددية الصناديق الضامنة وخدماتها، وبكلفة رعائية مرتفعة وبدواء مرتفع الثمن، وبهيمنة لخدمات الرعاية الصحية العلاجية وضآلة دور الرعاية الصحية الوقائية. كل ذلك يسير على معادلة استهلاكية، يتخللها الكثير من الخلل.

وجاءت الحرب الأهلية في منتصف السبعينات على حساب القطاع العام، التي دمّرت العديد من مؤسساته وشلّت أعمال الباقي بنسبة ٨٠ - ٩٠%، وازدهر القطاع الاستشفائي الخاص وتنامى عشوائياً خارج إطار أي خارطة صحية.

وقد بقي تدخل الدولة في تنظيم ورعاية أعمال القطاع الصحي ضعيفاً، مما كرّس تعددية في الصناديق الضامنة التي تعمل باستقلالية شبه تامة تحت وصاية شكلية للدولة، تتفاوت في سياستها الصحية ومستوى خدماتها والكلفة.

وقد قدر إجمالي الإنفاق على الصحة بما يوازي ١٢,١ % من مجمل الناتج المحلي في لبنان، وهو أعلى بكثير مما هو عليه في الدول النامية بشكل عام، ومن العديد من الدول الأوروبية والثاني عالمياً بعد الولايات المتحدة الأمريكية، مع اختلاف كبير في النوعية وإنتاجية وتغطية العناية الصحية. كما أن إجمالي إنفاق المجتمع على الصحة، يتراوح ما بين ٦٠-٧٠ % و ٨٠% حسب منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٢ أي ما يتراوح بين ٤٨ و ٥٥% من الفاتورة الصحية وهو ما يعتبر مرتفعاً مع سائر المقارنات الدولية<sup>(١)</sup>.

في لبنان حدد مرسوم تنظيم وزارة الصحة عام ١٩٤٦ مبادئ وأسس توفير علاج الأفراد الذين يقاسون من المرض، لا موضوع الوقاية الطبية. مما يؤكد على تركيز الدولة على الرعاية الصحية العلاجية وليس الرعاية الصحية الوقائية.

(١) إسماعيل سكرية، "الحق في الصحة"، مرجع سابق، ص ٢٣.

وقد أدت التنمية الاقتصادية غير المنظمة إلى كثافة سكانية هائلة في ضواحي العاصمة الشرقية والجنوبية تصاحبها أوضاع سكنية متردية نجمت عنها مشكلات اجتماعية واقتصادية وصحية جمّة، كون موضوع الصحة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتعليم والتغذية والمياه. مع العلم أن لبنان يعاني عجزاً كبيراً في هذه العناصر الأساسية.

وقد أنشأت وزارة الصحة خلال عقد من الزمن ٢٧ مستشفى حكومياً، من أهم مزاياها أنها تعاني مشاكل مادية ونقصاً بشرياً وإدارياً وعدم وجود أجهزة متخصصة، في مقابل تخمة من الموظفين. وتوزعت هذه المستشفيات على المحافظات والأقضية بهدف تأمين البنية التحتية للخدمات الصحية. لكن بسبب الممارسات الخاطئة وعدم وجود سياسة استشفائية واضحة وضعف الإدارة وانتفاء أي عنصر من الرقابة وأبرز شاهد على ذلك هو ما يعاني منه مستشفى رفيق الحريري الجامعي. إضافة إلى الحرب الأهلية، أقفلت أكثر من نصف هذه المستشفيات حتى إن بقيت المستشفيات تعمل بطاقة ٢٠% فقط. فمن أصل ١٥٢٢ سريراً حكومياً تابعاً للوزارة هناك حوالي ٣٠٠ سرير فقط يعمل بشكل غير منتظم وغير كامل إطلائاً، مما يؤدي إلى نقص كبير في التقديرات الصحية، إضافة إلى الهدر الهائل في الأموال العامة وأموال لجان الدعم والمساعدات الواردة والأموال التي يدفعها المريض<sup>(١)</sup>.

أما في القطاع الخاص فهناك أكثر من ١٧٥ مستشفى خاصاً تعمل بكل طاقتها، وقد أدت المشاكل التي تعاني منها المستشفيات العامة إلى الاعتماد كلياً على المستشفيات الخاصة والتعاقد معها بهدف تأمين الوقاية والعلاج للمريض في لبنان. ولكن بسبب عدم تطبيق مبدأ الرقابة والرصد المتعلق بنوعية الخدمة أو الكلفة وحجمها، كانت النتيجة هدر المال العام بأرقام مذهلة وارتفاع الفاتورة الاستشفائية.

أما القضية الأساس التي أبرزتها الدراسات فهي تتعلق بالنسبة المرتفعة للتمويل من موازنات الأسر وبشكل أدق المشكلة هي التمويل غير المنصف للخدمات الصحية. إن هذا الأمر بغاية الخطورة بحيث يدفع بذوي الدخل المتوسط والمحدود إلى ما دون خط الفقر بسبب الإنفاق على الصحة، وفيما يلي الأسباب:

---

(١) "الفساد الصحي في لبنان (٤/١)"، جريدة الأخبار، العدد ٢٨٩، تاريخ ٢٨ تموز ٢٠٠٨.

- ١- يقع العبء الأكبر من التمويل على كاهل الأسر:
- إن مصدر الجزء الأكبر من التمويل هو موازنات الأسر. وإن هذا التمويل الذي يأتي مباشرة من جيوب المواطنين عند شراء السلعة أو الحصول على الخدمة، يعتبر من أسوأ أنواع التمويل من حيث الإنصاف لأنه يشكّل عبئاً كبيراً على محدودي الدخل.
- ٢- إرتباط التمويل العام بالنظام الضرائبي غير المنصف:
- إن تمويل القطاع الصحي الذي يحل في المرتبة الثانية من حيث الأهمية بعد إنفاق الأسر يأتي من خزينة الدولة وهو مرتبط بالنظام الضرائبي. وبالتالي يفنقر هذا التمويل إلى الإنصاف أيضاً كون النظام الضرائبي هو غير عادل بحيث يعتمد بشكل كبير على الضرائب غير المباشرة والتي تشكل عبئاً أكبر على الشرائح الأقل دخلاً.
- ٣- ضعف قدرات القطاع العام:
- ضعف الرقابة الإدارية والطبية للوزارة والصناديق الضامنة. يضاف إلى ذلك الضعف المؤسساتي لمراقبة النوعية وضبط زيادة الاستهلاك غير المبرر.
- ٤- قلة مردودية الدولة:
- تتفق وزارة الصحة العامة ٨٧% من موازنتها على الاستشفاء والأدوية وتحظى البرامج الوقائية والرعاية الصحية الأولية بأقل من ٥% من الموازنة. يعتبر هذا النوع من توزيع الاعتمادات بإتجاه الاستشفاء والأدوية، مؤشراً واضحاً لعدم الفاعلية كون المردود الصحي الأكبر للتمويل يؤمن عن طريق الوقاية والرعاية الأولية وليس العلاج.
- ٥- الفوارق الصحية بين المناطق:
- لقد حقق لبنان تقدماً ملحوظاً في تحسين مؤشرات وفيات الأطفال والأمهات إلا أن هذه المؤشرات وغيرها لا تزال متفاوتة من منطقة إلى أخرى. هذا التفاوت يشكل تحدياً لمبدأ الإنصاف خاصة وأنه لا يتعلق فقط بنظام الرعاية الصحية بل يرتبط مباشرة بالمحددات الاجتماعية للصحة كال فقر والامية والبطالة والسكن.

ومع الإرتفاع المتزايد لأعداد النازحين السوريين، قدرت كلفة تداعيات ذلك على القطاع الصحي اللبناني بـ ٤٠ مليون دولار في ٢٠١٣ و ٧٠ مليون دولار في ٢٠١٤، ويحتاج لبنان إلى نصف مليار دولار أميركي حالياً لإعادة تثبيت نوعية الخدمات الصحية وسهولة الحصول عليها إلى مستوى ما قبل الأزمة في سوريا<sup>(١)</sup>.

وقد ازداد خطر انتشار أمراض جديدة وأوبئة بسبب الاكتظاظ السكاني للاجئين، ما جعل الضغط على المستشفيات والمرافق الصحية أمراً طارئاً وقد سبب هذا الضغط ارتفاعاً في أسعار الأدوية.

ولا بدّ من إلقاء الضوء على التداعيات الكارثية لأزمة النفايات المستجدة على الوضع الصحي في لبنان بالرغم من عدم تيقّن وزارة الصحة بالدليل الملموس أن هناك حالات صحية سببها الأكد موضوع النفايات، ولكن ليس ما ينبغي أن هذه الأخطار الصحية المترامية في كل المناطق اللبنانية سيكون لها تداعياتها الصحية.

### الفقرة الثانية: المشاكل التي يعاني منها قطاع الدواء في لبنان

كلمة "دواء" اعتلت مقاماً مميزاً من حيث الموقع والتأثير، حيث أن مصطلح الدواء هو رديف الحياة شفاءً بدلاً من الموت مرضاً. وهو ما إرتقى به إلى مستوى "قضية قائمة بحد ذاتها"، تتوسع ميادينها العلمية والتجارية يوماً بعد يوم، فقد استخدمت في معالجة المرض، كما في جني الأرباح الخيالية أحياناً.

وعلى مدى النصف الثاني من القرن الماضي والقرن الحالي، تطور أبحاث وصناعة الأدوية بشكل مذهل، تزامن بإستمرار التنافس حيث أخذ طابع الصراع في كثير من الأحيان. وعلى مستويات مختلفة، تبدأ بالنوعية، مروراً بالأصيل والجنيريك، والتقليد كما المزور، وإنتهاء بالأسعار... ووضعت القوانين "الضوابط" لحركة سير الدواء العلمية منها حفاظاً على النوعية والسلامة، وعبر الرقابة المخبرية والتجارية من خلال حماية الملكية الفكرية، وضبط الأسعار قبل وصولها إلى المريض.

---

(١) إيلي ديشوعي، "إنعكاس الأزمة السورية على الإقتصاد اللبناني"، الحركة الثقافية، أنطلياس، ٤ آذار ٢٠١٤.

أما عن خصائص السوق الدوائي اللبناني، فيلاحظ 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<sup>(١)</sup>.

إن الخطورة الكبيرة هي من إستهلاك المضادات الحيوية والأدوية النفسية والمؤثرات العقلية، التي تصرف بمعظمها دون رقابة ودون وصفة أو استشارة طبية مع فرق في التوزيع، يرافق ذلك تراجع في الأوضاع الصحية، وإزدياد في الضغوط السياسية والاقتصادية التي ترهق كاهل الخدمات الصحية، وتجعل من الضروري مراجعة أولويات الإنفاق على الصحة، وأهمية إبراز استخدام الموارد استخداماً يوفّر الادوية الأساسية لغالبية السكان عند إحتياجهم وإستخدامها بطريقة رشيدة.

وقد تحول الاستهلاك العشوائي للدواء إلى آفة مزمنة في لبنان بحيث باتت تشكل خطراً على الصحة العامة.

إن معدّل استهلاك الدواء في لبنان هو الأعلى في دول الشرق الأوسط نسبة إلى عدد السكان<sup>(٢)</sup>. ويعود ذلك إلى توجه المريض للصيدلي بدلاً من الطبيب فتأتي النتيجة على عكس ما أراد المريض مما يضطره لزيارة الصيدلي أكثر من مرة لعلاج المرض نفسه، ومن ثم يتوجه أخيراً إلى الطبيب المختص.

ويعرّض الوصف غير العقلاني للأدوية في لبنان المرضى إلى آثار صحية سلبية وخطيرة، كما يؤدي إلى ارتفاع مستوى مقاومة البكتيريا للأمراض، وإلى تكاليف مرتفعة غير ضرورية على مستوى الرعاية الصحية والمجتمع بشكل عام.

إن النشرات العلمية والعبوات الداخلية للأدوية Pamphlets and Literature والنوعية، لا تراقب إطلاقاً من قبل وزارة الصحة بسبب عدم وجود نص صريح في القانون يسمح بذلك، وبسبب

(١) إسماعيل سكرية، "الحق في الصحة"، مرجع سابق، ص ٣١.

(٢) وردية بطرس، مجلة الأفكار، "الوصف العشوائي للدواء"، لبنان، تاريخ ٢٠١٦/١٢/٩.

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 وبسبب ضعف الرقابة الطبية الذي أدى بدوره أيضاً إلى إنتشار لأدوية الأعشاب، حيث تحوّل "خبراء الأعشاب" نجوماً تلفزيونيين وما من حسيب ولا رقيب ولا رادع يردعهم عن تضليل الناس.

وفي لبنان لا يوجد مفهوم الصيدلة السريرية وهي مهمة في كل المؤسسات الصحية إذ هناك ضرورة أن يوجد صيدلي سريري في كل مستشفى للتأكد ما إذا كان الدواء الذي يُعطى للمريض مناسباً له، والجرعات التي يأخذها ما إذا كانت كافية وما إذا كان الدواء فعالاً. وبالتالي الصيدلي السريري يراقب المريض ويثقفه. ففي كل المؤسسات الصحية يجب أن تراقب الوصفات ما إذا كانت فعالة، وإذا كانت توصف بالطريقة الجيدة.

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 -Bioavailability, Stability, Inhibition Test for Antibiotics, Sterility and pyrogenicity (ثبات، فعالية، وتقييم).

وفي ظل غياب المختبر المركزي الذي أقفل في العام ٢٠٠٧ بعد أن كان تأسيسه إنجازاً إقليمياً في العام ١٩٥٦، لا يمكن التحدّث عن رقابة على الدواء في لبنان الأمر الذي يسهّل شتى أشكال التزوير. ووفق النائب الدكتور إسماعيل سكرية يوجد اليوم أدوية في الأسواق هي عبارة عن "طبشور وماء ممدد الصلاحية ومجهولة المصدر ومسحوبة من التداول في السوق العالمي".

وعن محاصرة سوق الدواء من قبل "مافيات الدواء" يقول سكرية: ليست هذه السوق محاصرة، بل لا تزال في قبضة المافيات تسعيراً ونوعية، وتسيطر هذه المافيات على حركة سير الدواء من المصنع مروراً بالتسجيل والتسعير وإنتهاءً بالمستهلك...<sup>(١)</sup>.

(١) إسماعيل سكرية، "فضائح ملف الأدوية في لبنان"، مجلة البيان، العدد ٤٥١، تاريخ ١٩/١١/٢٠١٤.

ويضطر الصيدلي أن يصرف الدواء بأي وسيلة كانت نتيجة العروض المغرية التي يتلقاها الصيدالة من شركات الدواء ووكلاء بيعه في لبنان. هكذا تصبح الصيدلية دكاناً ويصبح المريض زبوناً مع أنه من واجب الصيدلي "الحد من استعمال الأدوية".

حيث يشير أحد الصيادلة إلى جريدة الأخبار أن الوكلاء أغرقوا الصيدليات بالعروض المغرية فعلاً، والتي تصل إلى حد إعطاء ١٨ علبة مجاناً مقابل كل ٢٠ علبة دواء يشتريه الصيدلي، هذا في ما خص دواء خاص لعلاج قرحة المعدة، في حين قد تصل العروض على الأدوية المضادة للإلتهابات إلى ١١٠ علب مقابل شراء ١٠٠ علبة، وقيمة هذه العروض تُضاف إلى ربح الصيدلي المحدد بنسبة ٢٢,٥ % من سعر المبيع، وهي نسبة الرسمية والشرعية المحددة للصيدلي، التي بسببها منعت المادة ٨٠ من قانون مزولة مهنة الصيدلة زيادة السعر أو تخفيضه على حد سواء<sup>(١)</sup>.

وهناك أمر لا يقل خطورة وهو لجوء بعض المستوردين إلى ابتكار مغريات جديدة للصيادلة، تتمثل في تقديم عرض معين مقابل استلامه كميات من الأدوية التي تنتهي مدة صلاحيتها بعد ثلاثة أشهر (أكثر أو أقل قليلاً)، فيما القانون يفرض على الصيدلي عدم بيع أي دواء تاريخ صلاحيته يقع ضمن هذه المدة.

لا يوجد في لبنان سياسة دوائية وطنية لكي يقوم الدواء بدوره بمكافحة الأمراض المنتشرة ويخفف المعاناة، وذلك في حدود موارد البلد عبر إعداد دلائل خاصة توضح الاحتياجات المحلية ونوع النظام الاقتصادي والاجتماعي والسياسي، والظروف الأخرى.

ويجب أن لا ننسى أهم المشاكل التي يعاني منها قطاع الدواء في لبنان وهو الارتفاع الكبير بأسعار الأدوية الذي يتخطى أحياناً سعره في بلد المنشأ وذلك يعود إلى غياب تطبيق قانون التسعير والرقابة، وإلى تسجيل بعض الأدوية بوزارة الصحة بسعر مرتفع خاصة بعد أن تم إلغاء شهادة تسعير بلد المنشأ<sup>(٢)</sup>.

(١) فحال الأمين، "صحتكم رهينة تجار الأدوية"، مجلة الأخبار، العدد ٢١٣٩، تاريخ ٢٩/١٠/٢٠١٣.

(٢) إسماعيل سكرية، "فضائح ملف الأدوية في لبنان"، "مرجع سابق".

بالإضافة إلى ارتفاع نسب الأدوية من فئتي العلامات التجارية المسجلة والمستوردة، تسبب بارتفاع الفاتورة الدوائية في لبنان. فأسعار الأدوية المستوردة تفوق إلى حد كبير أسعار تلك المصنّعة محلياً.

وإن الإنتاج الدوائي اللبناني ضعيف حيث يذكر أن عدد المصانع اللبنانية في قطاع الأدوية يبلغ حوالي ١١ مصنعاً فقط. وقد تأسست مؤخراً وتحديداً في بداية العام ٢٠١٦ نقابة مصنعي الأدوية في لبنان وهو أمر جيّد من حيث تنظيم القطاع وتحريك وتعزيز الصناعة الوطنية.

## الفصل الثاني

### ضمان المرض والأمومة بين النص والواقع

دخل لبنان ميدان الضمان الاجتماعي في النصف الثاني من القرن المنصرم بخطي ثابتة كما يدل على ذلك نصوص قانون الضمان الاجتماعي المنفذ بالمرسوم ١٣٩٥٥ تاريخ ١٩٦٣/٩/٢٦، فمن يعود إلى دراسة هذا القانون بفصوله وأبوابه ومواده الذي سنتناوله في الفرع الأول لناحية ضمان المرض والأمومة فقط. يظهر له بوضوح متانة بنيان هذه العمارة الاجتماعية التي ارتكزت على الأساسيات التالية وهي إنشاء مؤسسة عامة وحيدة وحديثة التركيب "الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي" لإدارة نظام الضمان الاجتماعي بفروعه الأربعة المنصوص عنها في المادة السابعة من هذا القانون: ١- ضمان المرض والأمومة، ٢- ضمان طوارئ العمل والأمراض المهنية، ٣- نظام التعويضات العائلية، ٤- نظام تعويض نهاية الخدمة الذي أنشئ لمرحلة مؤقتة تمهيداً للانتقال به إلى نظام ضمان الشيخوخة، على أن ينفذ على مراحل ثلاث متوالية تغطي بموجبها وفي نهايتها جميع فئات الشعب اللبناني والمقيمين على أرضه. وقد اعتمد نظامنا الاجتماعي كذلك نظرية التوزيع (وليس الرسملة) في التمويل وفي التقديمات وفق قاعدة "من كل حسب قدرته ولكل حسب حاجته". بالإضافة إلى استقلالية صناديق هذه الفروع الأربعة مالياً عن بعضها البعض. وتوازن الواردات (الاشتراكات وغيرها) مع النفقات (التقديمات).

ولكن من ناحية دراسة الواقع الذي سنتناوله في الفرع الثاني فقد ألغيت نظرية المراحل الثلاث التي سبق ونص عليها قانون الضمان الاجتماعي. وظهرت جملة من المظاهر السلبية ليس من الصعب معاينتها في الترددي الإداري، الهدر المالي، الشح في الموارد المالية، والتدني في مستوى التقديمات وعدم توسع مروحتها لتطال السواد الأعظم من الشعب اللبناني.

## الفرع الأول: ضمان المرض والأمومة من حيث النص

يعتبر فرع ضمان المرض والأمومة في لبنان من أوسع فروع الضمان الاجتماعي نطاقاً وأبعدها أثراً، بالنظر لكثرة الخاضعين لأحكامه والمستفيدين من تقديماته<sup>(١)</sup>، ولما له من إتصال مباشر بحياة هؤلاء، ومن أثر في المحافظة على أوضاعهم الصحية وقدراتهم الإنتاجية واستقرارهم المعيشي. لذلك سوف نقوم بدراسة مواد قانون الضمان الاجتماعي لناحية الخاضعين لفرع ضمان المرض والأمومة وذلك في الفقرة الأولى، أما في الفقرة الثانية سوف نتناول تقديمات هذا الفرع.

### الفقرة الأولى: الخاضعون لفرع ضمان المرض والأمومة

الضمان الاجتماعي وضع في الأصل ليطبق على جميع اللبنانيين، وأنه لاعتبارات فنية وإدارية ومالية تقرر تطبيقه على مراحل ثلاث: فبدأ بأجراء المؤسسات غير الزراعية في المرحلة الأولى<sup>(٢)</sup> على أن يطبق على أجزاء المؤسسات الزراعية في مرحلة ثانية<sup>(٣)</sup>، ثم على سائر المواطنين في مرحلة الثالثة<sup>(٤)</sup>.

ولكن بسبب تأخر تنفيذ المرحلة الثانية، تأخر بذلك تطبيق المرحلة الثالثة. وقد حمل هذا الوضع المشتزع على توسيع نطاق المرحلة الأولى، فأصدر عدداً من التشريعات الخاصة أخضع

---

(١) جريدة السفير، تصريح لمدير عام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بلغ عدد المسجلين في الضمان خلال ٣٣ سنة من عمل الصندوق "فرع ضمان المرض والأمومة" ٤٥٠ ألفاً، العدد ٩٤٣٣، الخميس ٢٧/٢/٢٠٠٣.  
(٢) حددت المادة السابعة من قانون الضمان الاجتماعي الفروع التي يشتمل عليها هذا القانون على النحو التالي:  
١- ضمان المرض الأمومة، ٢- ضمان طوارئ العمل والأمراض المهنية، ٣- نظام التقديمات العائلية والتعليمية، ٤- نظام تعويض نهاية الخدمة.

ونصت الفقرة الأولى من المادة الثامنة على أن "تبدأ المرحلة الأولى بعد ثمانية عشر شهراً على الأكثر من تاريخ نشر هذا القانون في الجريدة الرسمية، ويعين بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء، بناء على اقتراح وزير العمل وإنهاء مجلس الإدارة، التاريخ الذي يبدأ فيه تنفيذ كل فرع من الفروع المبينة في المادة السابقة".

وقد نشر القانون في الجريدة الرسمية بتاريخ ٣٠ أيلول ١٩٦٣، وبذلك تكون المرحلة الأولى قد بدأت قانوناً بتاريخ أول نيسان ١٩٦٥، إلا أن العمل الفعلي بنظام الضمان الاجتماعي لم يبدأ إلا في أول أيار ١٩٦٥، أي بتأخير شهر واحد من الموعد المقرر للبدء بتنفيذ المرحلة الأولى من مراحل تطبيق الضمان الاجتماعي.

(٣) بمقتضى الفقرة الثانية من المادة الثامنة من قانون الضمان الاجتماعي، "تبدأ المرحلة الثانية بعد سنتين على الأكثر من تاريخ وضع الفرع الأخير من المرحلة الأولى موضع التنفيذ".

(٤) بمقتضى الفقرة الثالثة من المادة الثامنة من قانون الضمان الاجتماعي، تبدأ المرحلة الثالثة بعد سنتين على الأقل من تاريخ وضع المرحلة الثانية موضع التنفيذ.

بموجبها لأحكام الضمان منذ المرحلة الأولى وبصورة إلزامية، أشخاصاً كان يجب أن يخضعوا له في المرحلة الثانية. ثم أعاد صياغة المادة التاسعة من قانون الضمان الاجتماعي المتعلقة بتحديد الأشخاص المضمونين بصورة إلزامية منذ المرحلة الأولى لتألف مع التشريعات الجديدة المعدلة لها دون أن يوصد الباب أمام بعض التشريعات الخاصة التي أخضع بموجبها لأحكام الضمان بصورة إلزامية، منذ المرحلة الأولى، أشخاصاً لم تلحظهم المادة التاسعة بصفتها المعدلة.

ينقسم الأشخاص الذين يخضعون لمجمل فروع الضمان الاجتماعي (ومنها فرع ضمان المرض والأمومة نطاق دراستنا)، منذ المرحلة الأولى، سناً للمادة التاسعة من قانون الضمان الاجتماعي آخذين بعين الاعتبار جميع التعديلات التي لحقتها (بموجب القانون رقم ٦٩/١٥ تاريخ ١٤/٥/١٩٦٩ والقانون رقم ٧٢/٢٠ تاريخ ٢٣/١٢/١٩٧٢ والقانون رقم ٧٥/١٦ تاريخ ١١/٤/١٩٧٥ والقانون رقم ٨٢/٣ تاريخ ٢٨/١/١٩٨٢ والقانون رقم ٨٦/٧ تاريخ ١١/٢/١٩٨٦ والقانون رقم ٨٨/٢٧ تاريخ ١٥/٦/١٩٨٨) إلى فئتين:

**الفئة الأولى: الأجراء.**

**الفئة الثانية: العاملون غير الأجراء.**

### الفئة الأولى: الأجراء

يلاحظ أن المادة التاسعة فرقت بين الأجراء اللبنانيين والأجراء الأجانب في الحكم.

### أولاً: الأجراء اللبنانيون

يخضع لأحكام الضمان الاجتماعي بمجمل فروعه بصورة إلزامية منذ المرحلة الأولى، بمقتضى الفقرة الأولى<sup>(١)</sup> من المادة التاسعة المعدلة<sup>(٢)</sup>، الأجراء اللبنانيون الآتي ذكرهم:

١- الأجراء اللبنانيون (عمال ومستخدمون) الدائمون والمؤقتون والمتمرنون والموسميون والمتدربون الذين يعملون لحساب رب عمل واحد أو أكثر لبناني أو أجنبي، أياً كانت مدة أو نوع أو طبيعة

---

(١) البند (١)، المقطعان (أ) و (ب).

(٢) بالقانون رقم ٦٩/١٥ تاريخ ١٤/٥/١٩٦٩ المتعلق بإخضاع الأجراء غير المرتبطين برب عمل معين الذين يعملون في قطاعات البحر والمرافئ والمقاولات والبناء والشحن.

أو شكل أو صحة العقود التي تربطهم برب عملهم، وأياً كان شكل أو طبيعة كسبهم أو أجورهم، حتى ولو كان هذا الكسب مدفوعاً كلياً أو جزئياً على شكل عمولة أو حصة من الأرباح أو على الإنتاج، وسواء كان مدفوعاً من رب العمل أو من قبل أشخاص ثالثين.

٢- الأجراء اللبنانيون غير المرتبطين برب عمل معين الذين يعملون في قطاعات البحر والمرافئ والمقاولات والشحن والتفريغ، وكذلك الأجراء اللبنانيون غير المرتبطين برب عمل معين، أياً كان شكل أو طبيعة أو طريقة كسبهم أو أجورهم.

٣- الأجراء الدائمين الذين يعملون في مؤسسة زراعية. أضيفت هذه الفئة من الأجراء بموجب القانون رقم ٧٤/٨ والمرسوم رقم ٧٧٥٧ تاريخ ١٩٧٤/٥/٧ على الفئتين المذكورتين آنفاً، بعد أن كان مقرراً بموجب المادة العاشرة من قانون الضمان الاجتماعي إخضاعهم لأحكام هذا القانون في المرحلة الثانية من مراحل تطبيقه<sup>(١)</sup>.

وقد اختلف الرأي في الفقه والاجتهاد في تحديد ما هو المقصود بالأجير في مفهوم الضمان الاجتماعي. فبينما دعا بعض الفقهاء إلى حصر الخضوع للضمان الاجتماعي بالأجراء الخاضعين لقانون العمل<sup>(٢)</sup>، أي بالأجراء المرتبطين بعقود عمل بمفهوم المادة ٦٢٤ من قانون الموجبات والعقود، التي تفيد تبعية الأجير لرب العمل وخضوعه لإدارته وإشرافه، بحيث تتساوى شروط الخضوع لقانون العمل مع شروط الخضوع لقانون الضمان الاجتماعي<sup>(٣)</sup>، فيما دعا آخرون إلى التوسع في مفهوم الأجير المضمون وعدم حصره بالمعنى القانوني لكلمة "أجير" التي تفيد تبعية الأجير لرب العمل المتمثلة بخضوعه لرقابته وإشرافه، وذلك إنسجاماً مع فكرة الضمان الاجتماعي القائمة على حماية الأجراء من المخاطر التي يصعب عليهم مواجهتها بمفردهم<sup>(٤)</sup>.

(١) حسين عبد الطيف حمدان، "الضمان الاجتماعي أحكامه وتطبيقاته"، مرجع سابق، ص ٣٤٨.

(٢) صادر بين التشريع والاجتهاد، "الضمان الاجتماعي"، ٢٠١٤، ص ٦٩، شرح ٤٤، تفسير (١).

(٣) أحمد شبقلو، "التبعية القانونية التي أخذ بها تشريع الضمان الاجتماعي"، المجلة الاجتماعية اللبنانية، عدد ١١، ص ٢٧. وردت الإشارة إليه في "صادر بين التشريع والاجتهاد"، الضمان الاجتماعي، ص ٧٥، رقم ٤.

(٤) ليلي عازوري جمهوري، "الأولاد الأحداث في التشريع الاجتماعي اللبناني والدولي"، الشرق الأدنى، ١٩٩٣، عدد ٤٦، ص ٩٧.

ولا يختلف موقف القضاء اللبناني عن موقف الفقه بشأن هذه المسألة، فالأجير المضمون كما جاء في بعض أحكام محاكم العمل - هو "الأجير المرتبط بعقد عمل مميز بالتبعية القانونية" بمفهوم المادة ٦٢٤ موجبات وعقود، فقرتها الأولى<sup>(١)</sup>. وأنه مع زوال عقد العمل الفردي الإلزامي يزول معه تبعاً خضوع صاحب هذا العقد إلى أحكام قانون الضمان الاجتماعي<sup>(٢)</sup>.

وإذا كانت إحدى محاكم العمل قد اعتبرت "أن المشتري اللبناني تبنى صراحة التبعية الاقتصادية لإفادة بعض الأجراء من تقديمات الضمان الاجتماعي، بدلالة حرفية ما أورده في المادة التاسعة من قانون الضمان، فقرتها الأولى، مقطع ١/أ<sup>(٣)</sup> فإن هذا الاجتهاد بقي وحيداً. ويتضح من تعريف المشرع اللبناني لعقد العمل أنه يعتد بالتبعية القانونية ويجعل منها مناط تطبيق قانون العمل، ولم يعتد بالتبعية الاقتصادية<sup>(٤)</sup>.

ويشترط لخضوع الأجير الذي يعمل لحساب رب عمل واحد أو أكثر، لجميع فروع الضمان الاجتماعي أن يكون لبنانياً، أن يعمل على الأراضي اللبنانية، أن يرتبط مع صاحب العمل بعقد عمل. بينما يشترط لخضوع الأجراء غير المرتبطين برب عمل معين لأحكام الضمان الاجتماعي أن يكون الأجير لبنانياً، أن يكون غير مرتبط برب عمل معين وأن يعمل في قطاع البحر والمرافئ.

## ثانياً: الأجراء الأجانب

لم يتطرق التشريع العمالي اللبناني إلى موضوع عمل الأجانب على الأراضي اللبنانية إلا بطريقة عرضية، وذلك في معرض بحثه لشروط إفادتهم من تقديمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وتعويض الصرف الملحوظ في قانون العمل<sup>(٥)</sup>.

---

(١) م.ع.ت. في بيروت، قرار رقم ٩١٥، تاريخ ١١/٣/١٩٧٢، غير منشور نفسه: م.ع.ت. في بيروت، رقم ٧١٣، تاريخ ٢٦/٧/١٩٧٣، العدد ١٩٧٥، عدد ١، ص ١٦٨، صادر بين التشريع والاجتهاد، "الضمان الاجتماعي"، ص ٧٣، اجتهاد رقم ٢.

(٢) م.ع.ت. في بيروت، قرار رقم ١١٢، تاريخ ٣/٣/١٩٩٣، نبيلة زين، قضاء العمل، ١٩٩٢/١٩٩٤، ص ١٠٢، وقد ذكره صادر بين التشريع والاجتهاد، "الضمان الاجتماعي"، ص ٧٣، اجتهاد رقم ٥.

(٣) م.ع.ت. في بيروت، تاريخ ١٥/١/١٩٩٧، غير منشور. أشار إليه صادر بين التشريع والاجتهاد، "الضمان الاجتماعي"، ص ٧٣، اجتهاد ٣.

(٤) محمد حسين منصور، "قانون العمل"، منشورات الحلبي الحقوقية، الطبعة الأولى، ٢٠١٠، ص ١٦٨.

(٥) محمد علي خشبي، "عقد العمل الفردي"، الطبعة الأولى، حزيران ٢٠٠٠، ص ٨٩.

وبموجب المادة التاسعة، الفقرة ثالثاً، البند (١) من قانون الضمان الاجتماعي، يخضع الأجراء الأجانب العاملون على الأراضي اللبنانية، المرتبطون برب عمل واحد أو أكثر، المنصوص عليهم في الفقرة أولاً، البند (١)، المقطع (أ) من قانون الضمان الاجتماعي. وأرياب العمل الذين يستخدمونهم لجميع الموجبات المنصوص عليها في قانون الضمان الاجتماعي بالشروط المحددة فيه، في ما خص فرع ضمان المرض والأمومة ونظام التقديرات العائلية...

سواء استفادوا من تقديرات الضمان الاجتماعي أم لم يستفيدوا. قد عرّف قانون ١٠ تموز ١٩٦٢ في مادته الأولى الأجنبي بأنه هو كل شخص حقيقي من غير التبعية اللبنانية. وهو القانون الذي نظم دخول الأجنبي إلى لبنان والعمل فيه<sup>(١)</sup>.

ويستفيد الأجراء الأجانب المذكورين من التقديرات المنصوص عليها في قانون الضمان الاجتماعي، شرط أن يكونوا حائزين على إجازة عمل وفق القوانين والأنظمة المرعية، وأن تكون الدولة التي ينتمون إليها تقرّ للبنانيين مبدأ المساواة في المعاملة مع رعاياها فيما يتعلق بالضمان الاجتماعي.

ويستفيد أفراد عائلة المضمون الأجنبي من نظام الضمان الاجتماعي تبعاً لرب العائلة إذا كانوا يقيمون على الأراضي اللبنانية بصورة دائمة.

### الفئة الثانية - العاملون غير الإجراء:

يخضع للضمان الاجتماعي بجميع فروعها، في مرحلته الأولى، من العاملين غير الإجراء:

- ١- أفراد الهيئة التعليمية في مؤسسات التعليم العالي<sup>(٢)</sup> والمعاهد الفنية<sup>(٣)</sup>.
- ٢- الأشخاص اللبنانيون الذي يعملون لحساب الدولة أو البلديات أو المؤسسات العامة.

---

(١) محمد علي خشبي، "عقد العمل الفردي"، مرجع سابق، ص ٩١.

(٢) المادة الرابعة من قانون التنظيم التعليم العالي الصادر بتاريخ ١٩٦١/١٢/٢٦ المنشور في العدد ٥ من الجريدة الرسمية الصادرة بتاريخ ١٩٦١/١٢/٢٧.

(٣) المادة ١٢، فقرتها الثالثة، من المرسوم رقم ١٨٨٠، تاريخ ١٩٦٧/٧/٢٥ المعدلة بالمرسوم رقم ١٤٦٩ تاريخ ١٩٧٠/٧/١٠ وبالمرسوم رقم ١٣٨٤، تاريخ ١٩٩٩/١٠/٤.

بموجب القانون رقم ٧٥/١٦ تاريخ ١١/٤/١٩٧٥، جرى تعديل المادة ٩ من قانون الضمان الاجتماعي وأصبح الخضوع لجميع فروع الضمان الاجتماعي يتناول "الأشخاص اللبنانيين الذين يعملون لحساب الدولة أو البلديات أو أية مؤسسة عامة أو مصلحة مستقلة، أياً كانت مدة أو نوع أو طبيعة أو شكل أو صحة تعيينهم أو التعاقد معهم، بما فيهم المتعاملون مع وزراء الإعلام.

وإستثني من هذا الخضوع موظفو الدولة الدائمون المعرف عنهم في الفقرة ٢ من المادة الأولى من المرسوم الاشتراعي رقم ١١٢ تاريخ ١٢/٦/١٩٥٩ (نظام الموظفين)، وهم كل من ولي عملاً دائماً في وظيفة ملحوظة في أحد الملاكات التي يحددها القانون سواء خضع لشرعة التقاعد أم لم يخضع.

٣- الصحافيون المعرّف عنهم في المادتين ١٠ و ١١ من قانون المطبوعات الصادر بتاريخ ١٤/٩/١٩٦٢.

وقد خضعوا بموجب القانون رقم ٧٥/١٦ تاريخ ١١/٤/١٩٧٥. والصحفي كما عرفته المادة ١٠، هو "كل من اتخذ الصحافة مهنة ومورد رزق، وفقاً للشروط المبينة في المواد ٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥ و ٢٦ من قانون المطبوعات. أما العمل الصحفي كما حددته المادة ١١ فيشمل "الكتابة في المطبوعات الصحفية، وإصلاح كتاباتها، ومدّها بالأخبار أو الترجمات أو التحقيقات وسائر المواد الصحفية بما فيها من الصور والرسوم".

٤- سائقو السيارات العمومية:

أصدر مجلس الوزراء المرسوم رقم ٤٨٨٦ تاريخ ١٨/٢/١٩٨٢، الذي أخضع بموجبه، وبصورة إلزامية، سائقي السيارات العمومية اللبنانيين، ولو كانوا يملكون السيارات التي يقودونها، لأحكام الضمان الاجتماعي بجميع فروعها.

ويفهم بالسائق العمومي المقصود بهذا المرسوم، كل من يعمل على سيارة عمومية مسجلة وفقاً للأحكام القانونية، ولا تتوافر في علاقته مع صاحب السيارة عناصر إجازة الخدمة أو عقد العمل<sup>(١)</sup>.

---

(١) الفقرة الثانية من المادة الأولى من القرار رقم ٢٢١ تاريخ ١٨/٣/١٩٩٦ الصادر عن مدير عام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والمتعلق بتطبيق أحكام المرسوم رقم ٨٢/٤٨٨٦.

٥- باعة الصحف والمجلات:

أخضع باعة الصحف والمجلات اللبنانيون، لأحكام الضمان الاجتماعي بجميع فروعها بموجب المرسوم رقم ٨٢/٤٨٨٥ الصادر بتاريخ ١٨/٢/١٩٨٢<sup>(١)</sup>.

أما شروط خضوع بائع الصحف والمجلات لأحكام الضمان الاجتماعي بجميع فروعها: أن يكون لبنانياً وألا يكون من فئة التجار وأن يكون متقرباً لممارسة مهنة بيع الصحف والمجلات وأخيراً، ألا يكون البائع مضموناً لدى الصندوق بصفة أخرى.

أما بالنسبة للخاضعين فقط لفرع ضمان المرض والأمومة فيمكن تقسيمهم وفقاً لما يلي:

أ- فيما يتعلق بتقديمات العناية الطبية.

١- الطلاب اللبنانيون والطلاب الذين لا يحملون جنسية معينة أو من جنسيات قيد الدرس<sup>(٢)</sup>، وذلك في مؤسسات التعليم العالي والمعاهد الفنية. يقصد بمؤسسة التعليم العالي "كل مؤسسة تعليمية يفوق مستوى التدريس فيها مرحلة الدراسة الثانوية"<sup>(٣)</sup>.

ويقصد بالمعهد الفني "كل مدرسة يفوق مستوى التعليم فيها شهادة البكالوريا الفنية"<sup>(٤)</sup>. وقد حددت المادة الأولى من المرسوم رقم ٧٢/٦٧٨٥ الشروط الواجب توافرها مجتمعة في الطالب اللبناني الجامعي للإفادة من تقديمات العناية الطبية في حالات المرض والأمومة بأن يكون الطالب مسجلاً في إحدى الجامعات والمعاهد الفنية المرخص لها في لبنان، أن لا يتجاوز الثلاثين من عمره بتاريخ التسجيل<sup>(٥)</sup>، أن يسدد الاشتراكات المتوجبة، وأخيراً أن لا يكون الطالب مستفيداً بصفة أخرى من تقديمات العناية الطبية التي يؤمنها ضمان المرض والأمومة، أو تعاونية موظفي الدولة، أو أي نظام صحي إلزامي آخر.

(١) جريدة السفير، العدد ٩١٧٩، تاريخ ٢٠ نيسان ٢٠٠٢.

(٢) صوفي أبو طالب، "الوجير في القانون الدولي الخاص"، الجزء ١، ص ٣٥٥. يقصد بالأشخاص الذين يحملون جنسيات قيد الدرس، الأجانب الذين لا يحملون جنسية معينة، فهؤلاء لهم وضع قانوني خاص. فالدول تسمح لهم بالإقامة في أرضها طالما أن ذلك لا يعرض سلامتها وأمنها للخطر.

(٣) المادة ٢ من قانون التنظيم التعليم العالي، تاريخ ١٢/٢٦/١٩٦١.

(٤) الفقرة ثانياً، المادة ١٢ من المرسوم رقم ٧٨٨٠ تاريخ ٧/٢٥/١٩٦٧.

(٥) ناجي شوفاني، "المستفيدون من الضمان الاجتماعي"، الجزء ١، ص ٢٣٠.

٢- الطلاب الجامعيون الأجانب المقيمون في لبنان، وذلك وفقاً لإتفاقات ثنائية تعقد بين لبنان والدول التي ينتمون إليها.

وقد عقد حتى الآن اتفاق واحد بهذا الخصوص مع الحكومة الفرنسية.

٣- متقاعدو الدولة:

نصت المادة ٩ من قانون الضمان الاجتماعي المعدلة بموجب القانون رقم ٧٥/١٦، فقرتها السادسة بند (١) على خضوع متقاعدي الدولة بمن فيهم المتقاعدون من العسكريين ورجال قوى الأمن الداخلي والأمن العام وعناصر شرطة مجلس النواب لتقديرات العناية الطبية في حالتها المرض والأمومة.

وطبقاً لنص المادة ١٧ من قانون الضمان الاجتماعي يستفيد من العناية الطبية في حالتها المرض والأمومة، تبعاً للمتقاعد المضمون أفراد عائلته المنصوص عليهم في الفقرة ٢ من المادة ١٤ من هذا القانون.

ولكن هذا النص لا يشمل أفراد عائلة المتقاعد المتوفي.

ولكن لا يستفيد المتقاعد من تقديرات العناية الطبية، إذا كان يستفيد من تقديرات صحية وفقاً لقوانينه وأنظمتها الخاصة. لذلك، استبعد العسكريون بعد منحهم حق الإفادة من التقديرات الطبية لوزارة الدفاع<sup>(١)</sup>، كما استبعد رجال قوى الأمن الداخلي، بعد أن منحوا حق العلاج على نفقة المديرية العامة لقوى الأمن الداخلي<sup>(٢)</sup>، واستبعد كذلك متقاعدو الدولة بعد أن منحوا حق الإفادة من تقديرات تعاونية موظفي الدولة<sup>(٣)</sup>، بحيث لم يبق من المتقاعدين المستفيدين من تقديرات العناية الطبية في حالتها المرض والأمومة سوى المتقاعدين من رجال قوى الأمن العام، وعناصر شرطة مجلس النواب<sup>(٤)</sup>.

(١) بموجب القرار ٨٢/٣٣٠، المعدل بالقرار ٨٢/٨٠٦ (الطباية والمعالجة المجانية).

(٢) بموجب قانون تنظيم قوى الأمن الداخلي، رقم ٩٠/١٧ تاريخ ٩٠/٩/٢٠، المادتان ١٤٦ و ١٤٧.

(٣) المذكرة الإعلامية رقم ٢٤٢ تاريخ ١٩٥٢/٥/٢٦ المتعلقة بوقف استعادة الموظفين المتقاعدين من تقديرات العناية الطبية في حالتها المرض والأمومة والمذكرة الإعلامية رقم ٢٣٦ تاريخ ١٩٩١/٧٨ المتعلقة بعدم استعادة العسكريين ورجال قوى الأمن الداخلي من تقديرات العناية الطبية في حالتها المرض والأمومة.

(٤) ناجي شوفاني، "المستفيدون من الضمان الاجتماعي"، مرجع سابق، ص ٢٣٨.

#### ٤- الأدباء والفنانون اللبنانيون:

صدر المرسوم رقم ٨٠٧٣ تاريخ ١٢/٣/١٩٩٦ خضع بموجبه الأدباء والفنانين اللبنانيين لفرع ضمان المرض والأمومة. وذلك سنداً للمقطع (هـ) من البند (١) من الفقرة أولاً من المادة ٩ الذي يعطي مجلس الوزراء الحق في أن يخضع للضمان الاجتماعي منذ المرحلة الأولى بمراسيم تتخذ في مجلس الوزراء، الأشخاص اللبنانيين غير المذكورين في هذه المادة لبعض أو جميع فروع الضمان الاجتماعي.

ب- فيما يتعلق بتقديمات العناية الطبية بعضها أو جميعها:

يخضع لتقديمات العناية الطبية بعضها أو جميعها، الأطباء المقبولون لدى الصندوق وفقاً لأحكام قانون الضمان الاجتماعي والنظام الداخلي. وهؤلاء هم الأطباء الذين يقومون بتأمين العناية الطبية للمضمونين وفقاً لأحكام المادة ٢١ من قانون الضمان، والمادتان ١ و ٢ من النظام الطبي، بناءً على اتفاقية يوقعونها مع الصندوق. وقد أخضع هؤلاء الأطباء لتقديمات العناية الطبية في حالتها المرض والأمومة بموجب القانون رقم ٧٥/١٦ تاريخ ١١/٤/١٩٧٥.

ج- فيما يتعلق بتقديمات العناية الطبية وتعويض نفقات الدفن:

يخضع لتقديمات العناية الطبية وتعويض نفقات الدفن (فرع ضمان المرض والأمومة) بصورة إلزامية، ومنذ المرحلة الأولى، المختارون المنتخبون أو المعينون وفقاً للأحكام القانونية النافذة. وقد تم إخضاع هؤلاء بموجب القانون رقم ٢٢٥ تاريخ ٢٩ أيار ٢٠٠٠. والمختار هو موظف عام مهمته إدارة القرية أو الحي الذي يمثله، وفقاً لأحكام المختارين تاريخ ٢٧/١١/١٩٤٧. ويستفيد مع المختار وتبعاً له أفراد عائلته الذين يعيشون معه المنصوص عليهم في المادة ١٤ من قانون الضمان الاجتماعي.

وبموجب المرسوم رقم ٧٣٥٢ تاريخ ١/٢/٢٠٠٢ تم إنشاء القسم الخاص بالضمان الصحي الاختياري وحددت المادة ١١ من قانون الضمان الاجتماعي الأشخاص الذين يحق لهم الانتساب إلى الضمان الصحي الاختياري منذ المرحلة الأولى على النحو التالي:

١- الأشخاص الذين يقومون بأعمال أو يؤدون خدمات لحساب أزواجهم أو أصولهم أو فروعهم المباشرين.

٢- الأشخاص الذين كانوا ينتسبون لفروع المرض والأمومة... ولم تعد تتوفر فيهم شروط الإنتساب.

أما الأشخاص الذين يمكنهم أن ينتسبوا اختياريًا في المرحلة الثانية، هم:

١- أرباب العمل والعمال الزراعيون التابعون لكل فئة من الفئات المذكورة في الفقرتين (أ) و (ب) من المادة ١١ من قانون الضمان الاجتماعي.

٢- أرباب العمل والعمال المستقلون غير الزراعيين، إلا أن مجلس الوزراء رخص لهم الإنتساب إلى الضمان الاختياري بموجب المرسوم رقم ٧٣٥٢ تاريخ ١/٢/٢٠٠٢.

د- فيما يتعلق بتقديم العناية الطبية في حالات المرض والأمومة وطوارئ العمل والأمراض المهنية:

١- موظفو الدولة الدائمون باستثناء العسكريين ورجال قوى الأمن الداخلي والأمن العام، الذي يخضعون بكل ما يتعلق بالعناية الطبية، للأنظمة الخاصة بهم.

والموظف الدائم هو من ولي عملاً دائماً في وظيفة ملحوظة في أحد الملاكات التي يحددها القانون، سواء خضع لشركة التقاعد أم لم يخضع.

فموظفو الدولة الدائمون يستفيدون من تقديمات العناية الطبية التي يوفرها الضمان الاجتماعي للمضمونين وتستمر تعاونية موظفي الدولة في إعطاء التقديمات أو فروقات التقديمات التي لا يوفرها صندوق الضمان إلى المنتسبين إليه.

٢- أفراد الهيئة التعليمية في جميع المدارس الخاصة الداخلون في الملاك وغير الداخلين في الملاك باستثناء رجال الدين الذين لا يتقاضون أجراً.

### الفقرة الثانية: تقديمات فرع ضمان المرض والأمومة

فرع ضمان المرض والأمومة، بالإضافة إلى ما يقدمه للمضمونين من رعاية صحية ووقائية وعلاجية وفقاً لما نص عليه القانون، يقدم لهم في حالة انقطاعهم عن العمل بسبب المرض والأمومة التعويضات النقدية التي تضمن لهم أمنهم المعيشي وتقيهم شرّ البؤس والحاجة.

لكن لا بدّ أولاً من تحديد المخاطر التي يشملها فرع ضمان المرض والأمومة. فقد حددت المادة ١٣ من قانون الضمان الاجتماعي المخاطر المشمولة بضمان المرض والأمومة على النحو التالي:

- ١- كل مرض غير ناتج عن طارئ عمل أو غير معتبر كمرض مهني.
- ٢- الأمومة (الحمل والولادة، وما يتبعها).
- ٣- العجز المؤقت عن العمل الناتج عن مرض أو بسبب الأمومة والذي يؤدي إلى انقطاع كسب المضمون.
- ٤- الوفاة غير الناتجة عن طارئ عمل أو مرض مهني.

أما من ناحية تقديمات ضمان المرض والأمومة فتشتمل على ما يلي<sup>(١)</sup>:

#### أ- في حال المرض<sup>(٢)</sup>:

العناية الطبية الوقائية والعلاجية: تنص المادة ١/١٨ من قانون الضمان الاجتماعي على أن العناية الطبية يجب أن تهدف إلى وقاية صحة المضمون، وتتحقق بوسائل مختلفة، كالتوعية الصحية، وإخضاع المضمون إلى فحوص دورية، وتلقيحه ضد بعض الأوبئة وغير ذلك من الوسائل التي تقتضيها سياسة الوقاية الصحية.

ويجب أن تهدف كذلك إلى شفائه في حالة المرض ويتحقق ذلك عن طريق العلاج خارج المستشفيات، والعلاج داخل المستشفيات، مع كل ما يقتضيه هذا العلاج، من طبابة وفحوص وأدوية، وعمليات جراحية، وغير ذلك من الخدمات العلاجية.

وأخيراً يجب أن تهدف إلى إعادة قدرة المضمون على العمل، ويتناول هذا الجانب من العناية الطبية أعمال التأهيل أو إعادة التأهيل المهني للمضمونين الذين فقدوا القدرة على العمل نتيجة إعاقة أو مرض مزمن، كما يتناول نفقات التربية المتخصصة للأولاد المعاقين.

---

(١) المادة ١٥ من قانون الضمان الاجتماعي.

(٢) رفيق سلامة، "مرجع سابق"، ص ١٧١. إن المرض الذي يعطي الحق بالتقديمات هو المرض الذي يستدعي تدخل الطبيب ولذلك يتوقف استحقاق هذه التقديمات على تسليم الطبيب المعالج للمضمون المستندات الطبية اللازمة، كالوصفات الطبية واستمارة المرض...

وقد حددت المادة ١٧، الفقرة (٢)، البند (أ)، من قانون الضمان الاجتماعي، تقديمات العناية الطبية في حالة المرض بالخدمات الآتية على الأقل:

- ١- الفحوص الطبية، المخبرية (فحوص المختبر والتحليل) والشعاعية (التصوير على الأشعة).
- ٢- عنايات الطبابة العامة بما فيها الزيارات الضرورية للمنازل، وعنايات الأخصائيين، ضمن الشروط المحددة في نظام الصندوق الداخلي.
- ٣- عنايات، طب الأسنان، بعد أن صدر المرسوم الخاص بها، ونشر في عدد الجريدة الرسمية رقم ١٤ تاريخ ٢٩/٣/٢٠٠١ على أن يعمل به اعتباراً من الشهر الرابع الذي يلي تاريخ نشره في الجريدة الرسمية.
- ٤- الأدوية والمستحضرات الصيدلانية بشرط أن تكون واردة في الجدول المصدق عليه من الصندوق، وأن تكون موصوفة من طبيب.
- ٥- الاستشفاء، أي العلاج داخل المستشفيات، سواء تعلق الأمر بالإقامة أو العلاج الطبي أو العمليات الجراحية، وسواء كانت الإقامة في مستشفى تابع للدولة أو للصندوق أو مقبولة منه، عندما يقرر الطبيب ضرورة الاستشفاء.
- ٦- تقديم أجهزة البروتيز (Prothèse) أي الأطراف الاصطناعية، والأورتوبيدي أي الأجهزة التقويمية<sup>(١)</sup>.

أما لجهة كيفية أداء العناية الطبية، فلم يتعرض قانون الضمان الاجتماعي للتفاصيل المتعلقة بكيفية أداء هذه العناية، واكتفى برسم الخطوط العريضة للتطبيق العملي، تاركاً للنظام الطبي الموضوع من قبل مجلس إدارة الصندوق، أن يضع القواعد التفصيلية لهذا التطبيق.

ويمكن إجمال القواعد العامة التي نص عليها القانون بما يلي:

#### ١- بالنسبة لاختيار الأطباء والقابلات:

لقد حصرت المادة ٢١ من قانون الضمان الاجتماعي تأمين العناية الطبية في حالة المرض والأمومة بالأطباء والقابلات المقبولين من الصندوق، على أن يقوم الصندوق بصورة دورية بوضع لائحة تبيّن في كل منطقة أسماء الأطباء والقابلات المقبولين منه.

---

(١) أضيفت هذه الفقرة إلى المادة ١٧ من قانون الضمان الاجتماعي بموجب المرسوم رقم ٢٦٥٣ تاريخ ١٩٧٢/١/١٣.

## ٢ - بالنسبة للأدوية والمستحضرات الصيدلانية:

أوجب المشرع على الصندوق أن يضع بناء على اقتراح اللجنة الطبية التابعة له جدولاً بالأدوية والمستحضرات الجاهزة، مع السعر الخاص لكل منها. لذلك يشترط لمساهمة الصندوق في تسديد ثمن الأدوية الجاهزة، أن تكون مدرجة على هذا الجدول، وموصوفة من طبيب متعاقد مع الصندوق، وتتم مساهمة الصندوق في ثمن هذه الأدوية وفقاً لسعرها المحدد في الجدول.

## ٣ - بالنسبة للخدمات المخبرية والشعاعية:

للمضمون في ما يتعلق بالتحاليل والفحوص المخبرية والمعالجة والتصوير بالأشعة، حرية الاختيار بين المختبر، ومؤسسات الأشعة المقبولة لدى الصندوق. إلا أنه في الحالات المرضية الخطيرة التي تستدعي المعالجة السريعة، يمكن اللجوء إلى مختبر أو مؤسسة للأشعة غير المقبولين من الصندوق إذا كانا يمارسان عملهما وفقاً للقوانين والأنظمة المهنية، شرط الحصول على موافقة المراقبة الطبية على هذا اللجوء.

## ٤ - بالنسبة للاستشفاء:

يتم الاستشفاء في إحدى المستشفيات أو المؤسسات الطبية التابعة للدولة أو للصندوق أو المقبولة منه، شرط الحصول على موافقة الصندوق المسبقة على حاجة المريض للاستشفاء. كما يحق للمضمون في الحالات المرضية الخطيرة التي يتعذر فيما عليه الدخول إلى مستشفى مقبول من الصندوق، أن يلجأ إلى أي مستشفى يمارس عمله وفقاً للقوانين والأنظمة المهنية، وغير مقبول من الصندوق. وتتبع في هذه الحالة نفس الإجراءات المتعلقة باللجوء إلى طبيب أو مؤسسة طبية غير مقبولين والتي سبقت الإشارة إليها.

أما بالنسبة لمدة العناية الطبية، لقد حددها المشتري لكل حالة مرضية بستة وعشرين أسبوعاً على الأكثر<sup>(١)</sup>. تبدأ اعتباراً من اليوم الأول للمرض<sup>(٢)</sup>.

إلا أنه إذا تبين للطبيب المراقب أن المريض يمكن شفاؤه فيما لو استمرت المعالجة لمدة جديدة لا تتجاوز الثلاثة عشر أسبوعاً، يمكن للصندوق أن يقرّر متابعة التقديرات حتى نهاية هذه

(١) المادة ١/١٩ من قانون الضمان الاجتماعي.

(٢) ناجي شوفاني، "مرجع سابق"، ص ١٣٥.

الفترة. أما في حالات المرض التي تحتاج إلى معالجة يتجاوز أمدها التسعة وثلاثين أسبوعاً، فبإمكان مجلس إدارة الصندوق أن يمدد فترة المعالجة لمدة لا تتجاوز السنة، يحيط بعدها الصندوق مؤسسات الإسعاف العام علماً بحالة صاحب العلاقة.

وقد استثنى من ذلك المعوقين بموجب المادة ٧٩ من القانون رقم ٢٢٠ تاريخ ٢٩/٥/٢٠٠٠<sup>(١)</sup>، واستثنت كذلك حالات الأمراض المزمنة أو المستعصية التي لا تستلزم الإنقطاع المتواصل عن العمل. فقد ترك المشرع الباب مفتوحاً لاستمرار إفادة أصحاب هذه الحالات من العناية الطبية والأدوية بعد انتهاء فترة السنة وفقاً لشروط خاصة يحددها نظام خاص بهذه الحالات<sup>(٢)</sup>.

تجدر الملاحظة إلى أن نفقات العناية الطبية التي تقدم في حالتي المرض والأمومة، يتحملها المضمون بنسبة ٢٠% والصندوق نسبة ٨٠%، محسوبة على أساس التعرفة المقررة من قبل الصندوق. أما نفقات الاستشفاء فتحدد بنسبة ١٠% على المضمون و ٩٠% على الصندوق، وفقاً للتعرفة المقررة من قبل الصندوق.

ويعفى المضمون من المساهمة في نفقات العناية الطبية في حالات غسل الدم بالكلية الاصطناعية<sup>(٣)</sup>، الولادة<sup>(٤)</sup> وعجز المضمون الموقت عن العمل ابتداء من الأسبوع السادس للعجز<sup>(٥)</sup>. وقد خفضت مساهمة المضمون في تكاليف الأدوية المخصصة لمعالجة الأمراض السرطانية خارج وداخل المستشفى إلى ٥% ويتحمل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ٩٥% الباقية وفقاً لجداول الأدوية وتعريفاتها المقررة<sup>(٦)</sup>.

---

(١) يتعلق القانون رقم ٢٢٠ تاريخ ٢٩/٥/٢٠٠٠ بحقوق الأشخاص المعوقين. وقد نصت المادة ٧٩ منه على ما يلي: "عندما تكون إعاقة الأجير غير ناتجة عن طارئ عمل أو مرض مهني، تشمل العناية الطبية التي يقدمها له فرع المرض والأمومة البروتين والنظارات والأدوات الطبية وكافة خدمات إعادة التأهيل والدعم المنصوص عليها في هذا القانون. ويستثنى المعوقون من أحكام المادة ١٩ من قانون الضمان الاجتماعي المتعلقة بتحديد مدة العناية الطبية".

(٢) المادة ٤/١٩ من قانون الضمان الاجتماعي.

(٣) المادة الأولى من المرسوم رقم ١٧٨٦ تاريخ ١٤/٢/١٩٧٩.

(٤) المادة الأولى من المرسوم رقم ٧٤٣١ تاريخ ١٦/٣/١٩٧٤.

(٥) المادة ٢/٢٠ من قانون الضمان الاجتماعي.

(٦) المرسوم رقم ٨٦٤١ تاريخ ١٢/٩/٢٠٠١، المنشور في عدد الجريدة الرسمية رقم ٥٣ تاريخ ١٩/٩/٢٠٠٢.

## ب- في حالة الأمومة:

بالإضافة إلى حقها في ضمان المرض وما يوفره لها من خدمات طبيعة تستفيد المرأة المضمونة من ضمان الأمومة. وبموجب هذا الضمان تستفيد المرأة المضمونة من تقديمات العناية الطبية في فترة الحمل، وأثناء الولادة، وبعدها.

وبمقتضى المادة ١٧، فقرة ٢، بند (ب)، من قانون الضمان الاجتماعي تشمل العناية الطبية في حالة الأمومة التقديمات التالية:

١- الفحوص والعناية السابقة للولادة، والعناية أثناء الولادة وبعدها التي يقدمها طبيب أو قابلة قانونية مقبولة<sup>(١)</sup>.

٢- الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الضرورية شرط أن تكون واردة على الجدول المصدق من قبل الصندوق وأن تكون موصوفة من طبيب أو قابلة قانونية.

٣- الاستشفاء (منامة وغذاء ومعالجة طبية وعمليات جراحية) في مستشفى أو دار توليد أو مؤسسة طبية أخرى تابعة للدولة أو للصندوق أو مقبولة من هذا الأخير عندما يقرر طبيب أو قابلة قانونية ضرورة هذا الاستشفاء.

وتهدف هذه الخدمات الطبية والاستشفائية التي يوفرها الضمان للمضمونة في حالة الأمومة (الحمل والولادة) إلى حماية صحة الأم والمولود، والحؤول دون حصول وفيات أو إعاقات<sup>(٢)</sup>.

وتخضع تقديمات العناية الطبية في حالة الأمومة إلى نفس الشروط التي تخضع لها تقديمات العناية الطبية في حالة المرض وقد عرضنا لهذه الشروط في الفقرة الأولى من هذا الفرع، فيرجى الرجوع إليها منعاً للتكرار.

وعملاً بأحكام المادة ١٣٧ من النظام الطبي يسدد الصندوق تكاليف الولادة والفحوص الطبية المذكورة أعلاه حسب التعرفة الموضوعية من قبله في جدول الأعمال الطبية. أما إذا أجريت الولادة أو

---

(١) بموجب الفقرة الرابعة من المادة ١٨ من قانون الضمان الاجتماعي المعدلة، يحدد نظام الصندوق الداخلي عدد ونوع الفحوص السابقة واللاحقة للولادة التي يجب أن تخضع لها المرأة المستفيدة من الضمان، وكذلك الشروط التي يجب أن تتم بموجبها هذه الفحوص.

(٢) رفيق سلامة، "شرح قانون الضمان الاجتماعي"، مرجع سابق، ص ١٧٧.

الفحوص الطبية في مؤسسات غير مقبولة من الصندوق، لأسباب قاهرة، تتحقق منها المراقبة الطبية، فإن الصندوق يسدد تكاليف الولادة، حسب التعرفة والشروط التي يحددها مرسوم يتخذ في مجلس الوزراء<sup>(١)</sup>.

### ج- تعويض المرض والأمومة:

نصت المادة ١/٢٣ من قانون الضمان الاجتماعي على أنه يحق للمضمون الذي يصاب بنتيجة مرض بعجز مؤقت عن العمل يتثبت منه طبيب مقبول، ويؤدي إلى توقف كسبه، أن يتقاضى تعويض مرض عن كل يوم من أيام العجز بدون فرق بين أيام الشغل وأيام التعطيل، وذلك اعتباراً من اليوم الرابع للعجز.

يستفاد من هذا النص أن تعويض المرض هو دخل بديل يعطى للمضمون الذي أصيب بعجز مؤقت عن العمل نتيجة مرض ألم به وأدى إلى إنقطاع كسبه، لتعويضه عن أجره المفقود، ومساعدته على الاحتفاظ بمستوى معيشة مناسب في فترة توقفه عن العمل.

وينحصر الحق في التعويض بالمضمون نفسه، دون أفراد عائلته الذين يقتصر حقهم على تقديمات العناية الطبية فقط.

أما الهدف من تعويض الأمومة، كالهدف من تعويض المرض، هو تعويض المرأة المضمونة عن دخلها المفقود جزاء انقطاعها عن العمل بسبب الأمومة. وتقتصر الإفادة من هذا التعويض على المضمونة وحدها ولا تمتد إلى زوجة المضمون أو غيرها من أفراد عائلته المستفيدات من ضمان الأمومة تبعاً له. وهذا يتضح من نص المادة ١/٢٦ من قانون الضمان الاجتماعي التي حصرت الحق بتعويض الأمومة بالمضمونة وحدها، لقولها: "لكل مضمونة الحق بتعويض أمومة. طيلة فترة العشرة أسابيع التي تقع خلالها الولادة، شرط أن تمتنع عن العمل وأن لا تتقاضى أي أجر خلال تلك الفترة".

ولكل مضمونة الحق بتعويض الأمومة بقطع النظر عما إذا كان المولود حياً أو ميتاً، إذ ليس النتيجة هي المقصودة بحد ذاتها، بل الأمومة التي تستلزم راحة الأم وبالتالي انقطاعها عن العمل<sup>(٢)</sup>.

(١) المادة ١٣٧ من النظام الطبي معطوفة على الفقرة ٢ من قانون الضمان الاجتماعي.

(٢) ناجي شوفاني، "المستفيدون من الضمان الاجتماعي اللبناني"، الجزء الثاني، ١٩٨٥، ص ١٧٠.

وإن للمضمونة الحق بتعويض أمومة عن فترة الأسابيع العشرة التي تنقطع خلالها عن العمل حتى ولو كانت مريضة وتفيد عن تقديمات العناية الطبية على هذا الأساس<sup>(١)</sup>.

### الفرع الثاني: الضمان الصحي في لبنان من حيث الواقع

إن دراسة قانون الضمان الاجتماعي لناحية مواده نلاحظ أن أحكامه تطل جميع اللبنانيين تقريباً وإن تقديماته لناحية الضمان الصحي توازي أكثر الدول تقدماً.

أما من حيث الواقع، فإن العديد من مواد هذا القانون بقيت معلقة التطبيق أي "حبر على ورق" بسبب عدم صدور المراسيم الخاصة بها. وبالتالي بقيت الكثير من الفئات الخاضعة للضمان الصحي وفقاً لأحكام القانون محرومة من هذا الحق، هذا ما سوف نتناوله بالتفصيل في الفقرة الأولى. أما في الفقرة الثانية فسوف نتناول الضمان الصحي في لبنان "فرع ضمان المرض والأمومة" من حيث الواقع والمشاكل التي يعاني منها.

### الفقرة الأولى: مستفيدون من الضمان الصحي من حيث النص إنما محرومون في

#### الواقع

إن دراسة أحكام قانون الضمان الاجتماعي المنفذ بالمرسوم رقم ١٣٩٥٥ وتعديلاته من حيث النص ومدى التقيد بأحكامه من حيث التطبيق، يدفعنا إلى ملاحظة أن العديد من الفئات المشمولة من حيث النص بفرع ضمان المرض والأمومة لا تزال محرومة بسبب عدم صدور المراسيم التي تحدد بدء خضوعهم للضمان الصحي، وهذه الفئات هي:

### أولاً: الأجراء اللبنانيون غير المرتبطين برب عمل معين:

جرى إخضاع فئة الأجراء غير المرتبطين برب عمل معين لأحكام الضمان الاجتماعي بموجب القانون رقم ٦٩/١٥ تاريخ ١٤/٥/١٩٦٩ الذي تناول الأجراء العاملين في قطاع البحر

(١) ناجي شوفاني، "مرجع سابق"، ص ١٧٨.

والمرافئ والمقاولات والبناء والشحن والتفريغ، وكذلك الأجراء الذين يتقاضون أجورهم على الإنتاج. ثم عدل هذا القانون بالقانون رقم ٧٥/١٦ بحيث أصبح يتناول بالإضافة إلى الفئات المحددة أعلاه، جميع الأجراء غير المرتبطين برب عمل معين، أياً كان شكل أو طبيعة أو طريقة كسبهم أو أجورهم وأياً كان القطاع الذي يعملون فيه. وأناط القانون بمجلس الوزراء تحديد التواريخ التي يبدأ فيها تنفيذ كل فرع من فروع الضمان الاجتماعي على كل من القطاعات والفئات المذكورة. وقد أصدر مجلس الوزراء المرسوم رقم ١٣٧٨٤ تاريخ ١٩٧٠/١/٣١ والمرسوم رقم ٣٦٢٤ تاريخ ١٩٧٤/٧/٧ الذي حدد بموجبهما بدء خضوع الأجراء اللبنانيين العاملين فقط في قطاع البحر والمرافئ لفرع التعويضات العائلة وتعويض نهاية الخدمة وفرع المرض والأمومة.

أما الأجراء غير المرتبطين برب عمل معين، والعاملين في قطاعات المقاولات والبناء والشحن والتفريغ وغيرها من القطاعات الأخرى، فلم تصدر حتى الآن المراسيم التي تحدد تاريخ البدء بتنفيذ فروع الضمان على كل فئة منهم وبناء عليه فإن هؤلاء الأجراء مازالوا خارج دائرة الضمان الاجتماعي بشكل عام والضمان الصحي بشكل خاص وهو موضوع دراستنا.

### ثانياً: الأجراء اللبنانيون العاملون في القطاع الزراعي:

قضت المادة ١٠ من قانون الضمان الاجتماعي بإخضاع جميع الأجراء اللبنانيين عمالاً ومستخدمين، متدربين ومتمرنين، العاملين على الأراضي اللبنانية في مؤسسة زراعية... لأحكام قانون الضمان الاجتماعي، في المرحلة الثانية من مراحل تطبيقه.

وبما أن هذه المرحلة لم تبدأ بسبب عدم الانتهاء من تطبيق المرحلة الأولى، عمد المشتري إلى إصدار قانون خاص هو القانون رقم ٧٤/٨، وذلك تداركاً للحرمان الذي قد يلحق بالأجراء الزراعيين من جراء هذا التأخير، الذي أخضع بموجبه اللبنانيين العاملين في القطاع الزراعي لأحكام قانون الضمان الاجتماعي على أن يجري وضع كل فرع موضع التنفيذ تبعاً على جميع الفئات أو على فئة أو أكثر وفقاً لشروط تحدد بمراسيم تتخذ في مجلس الوزراء.

ولكن على الرغم من أن المشتري قصد بهذا النص الجديد (القانون ٧٤/٨) الضمان الاجتماعي إلى جميع العاملين في القطاع الزراعي، وعدم حصره بالأجراء العاملين في المؤسسات الزراعية

(كما فعلت المادة ١٠ من قانون الضمان الاجتماعي)، إلا أن المرسوم التطبيقي رقم ٧٧٥٧ تاريخ ١٩٧٤/٥/٧ قضى بتطبيق مجمل فروع الضمان على الأجراء الدائمين الذين يعملون في مؤسسة زراعية... مستبعداً بذلك سائر العاملين في القطاع الزراعي.

يضاف إلى ذلك أن المرسوم ٧٧٥٧ المشار إليه اكتفى بتطبيق الضمان الاجتماعي بجميع فروعها، على الأجراء الدائمين العاملين في مؤسسة زراعية، ولم يشمل الأجراء الموقنين والمتدربين والموسمين، والعاملين بالحصص والضمان... إلخ.

### ثالثاً: موظفو الدولة الدائمون:

نصت المادة ٩ الفقرة أولاً من البند (٢) من المقطع (أ) من قانون الضمان الاجتماعي على أن موظفو الدولة الدائمون يستفيدون من تقديرات العناية الطبية التي يوفرها الضمان الاجتماعي للمضمونين، وتستمر تعاونية موظفي الدولة في إعطاء التقديرات أو فروقات التقديرات التي يوفرها صندوق الضمان إلى المنتسبين إليه، على أن تحدد بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء نسبة المساهمة المادية التي تدفعها الدولة للتعاونية.

ولم يصدر هذا المرسوم حتى الآن، ولذلك تأخر خضوع موظفي الدولة المذكورين أعلاه لأحكام الضمان الاجتماعي والإفادة من تقديرات العناية الطبية في حالات المرض والأمومة وطوارئ العمل والأمراض المهنية (بعد أن يوضع موضع التنفيذ).

وهم مازالوا حتى اليوم خاضعين لتعاونية موظفي الدولة، على الرغم من أن القانون رقم ٧٥/١٦ نص على أن خضوعهم للنظام يسري من تاريخ نشره في الجريدة الرسمية الحاصل في ١٩٧٥/٥/٨.

### رابعاً: الطلاب الذين لا يحملون جنسية معينة أو من جنسيات قيد الدرس:

نصت المادة ٩ الفقرة أولاً من البند (٣) من المقطع (أ) من قانون الضمان الاجتماعي على أنه "فيما يتعلق بتقديرات العناية الطبية في حالات المرض والأمومة فقط يستفيد الطلاب اللبنانيون

والطلاب الذين لا يحملون جنسية معينة أو من جنسيات قيد الدرس وذلك في مؤسسات التعليم العالي والمعاهد الفنية".

كما نص المقطع (ب) من نفس المادة على أنه "فيما يتعلق بتقديمات العناية الطبية في حالات المرض والأمومة فقط يستفيد الطلاب الاجانب المقيمون في لبنان وفقاً لاتفاقات ثنائية تعقد بين لبنان والدول التي ينتمون إليها"

على أن تحدد شروط خضوع الفئات المذكورة في البند (٣) واستفادتها بمراسيم تتخذ في مجلس الوزراء بناء على اقتراح وزير العمل وإنهاء مجلس إدارة الصندوق.

وقد صدر حتى الآن مرسوم واحد، هو المرسوم رقم ٦٧٨٥ تاريخ ١٧/١٢/١٩٧٣ المعدل بالمرسوم رقم ١٢٣٩٤ تاريخ ٧/٥/٢٠٠٤، الذي نظم إفادة الطلبة الجامعيين اللبنانيين فقط. أما الطلاب الذين لا يحملون جنسية معينة، والطلاب من جنسيات قيد الدرس، فلم تصدر المراسيم المتعلقة بهم. وبذلك يكون الطلبة اللبنانيون الجامعيون، هم وحدهم، حتى الآن، المستفيدون من تقديمات العناية الطبية في حالات المرض والأمومة.

أما بالنسبة للطلاب الأجانب، لم تصدر حتى تاريخه أية مراسيم تتعلق بإفادة الطلاب الأجانب إنما اقتصر الأمر على صدور مذكرة إعلامية واحدة رقم ١٢٩ تاريخ ٢٠/١/١٩٧٥<sup>(١)</sup>. وبموجب هذه المذكرة أنزل الطلاب الفرنسيون المسجلون في إحدى الجامعات العاملة في لبنان منزلة الطلاب اللبنانيين في الاستفادة من تقديمات العناية الطبية في حالتي المرض والأمومة.

### خامساً: متقاعدو الدولة:

نصت المادة ٩ من قانون الضمان الاجتماعي المعدلة بموجب القانون رقم ٧٥/١٦ تاريخ ١١/٤/١٩٧٥، فقرتها السادسة بند (١) على خضوع متقاعدي الدولة بمن فيهم المتقاعدون من العسكريين ورجال قوى الأمن الداخلي... لتقديمات العناية الطبية في حالتي المرض والأمومة. ويقصد بكلمة "متقاعد" كل موظف انتهت أو أنهت خدماته، وأمضى في الخدمة المدة الدنيا لاستحقاق معاش تقاعدي، وذلك سواء اختار الاستفادة من تعويض الصرف أو من معاش تقاعدي.

(١) صادر بين التشريع والاجتهاد، "مرجع سابق"، ص ٩٦، شرح ٥١، ملاحظة ٥.

إلا أن المرسوم رقم ٢٤٤٥ تاريخ ١٥ تشرين الثاني ١٩٧٩ الذي حدد موعد البدء بتطبيق نظام تقديمات العناية الطبية في حالتي المرض والأمومة على متقاعدي الدولة المذكورين وتحديد النسبة المئوية لمعدل الاشتراكات، قد خالف نص البند ٢ من الفقرة سادساً من المادة التاسعة، المذكور أعلاه، بتحديد معدل الاشتراك عن المتقاعد الذي يستفيد من معاش تقاعدي فقط، وعدم تحديد هذا المعدل عن المتقاعد الذي استفاد من تعويض الصرف، وكأن هذا الأخير لا يستفيد من تقديمات العناية الطبية في حالتي المرض والأمومة.

### سادساً: الأدباء والفنانون اللبنانيون:

بموجب المرسوم رقم ٨٠٧٣ تاريخ ١٢/٣/١٩٩٦ يخضع الأدباء والفنانون اللبنانيين لفرع ضمان المرض والأمومة. ولكن المرسوم المتعلق بتحديد شروط الخضوع والاستفادة ومعدلات الإشتراك، لم يصدر حتى الآن، وإلى أن يصدر، يعتبر المرسوم رقم ٩٦/٨٠٧٣ القاضي بإخضاع الأدباء والفنانون اللبنانيين لفرع ضمان المرض والأمومة غير نافذ. وبانتظار تنفيذه يبقى الأدباء والفنانون اللبنانيون المعينون بحكمه خارج دائرة الضمان الاجتماعي بشكل عام، وخارج الضمان الصحي بشكل خاص.

هذا بما خص الفئات المحرومة من الضمان الصحي بالرغم من شمولهم بأحكام قانون الضمان الاجتماعي وتعديلاته.

من حيث تقديمات فرع ضمان المرض والأمومة، فيمكن ملاحظة التالي:

### أولاً: العناية الطبية الوقائية:

تنص المادة ١/١٨ من قانون الضمان الاجتماعي على أن العناية الطبية يجب أن تهدف إلى وقاية صحة المضمون، وإلى شفائه في حالة المرض وإعادة قدرته على العمل.

ولكن بالرغم من أهمية هذه الوقائية، وعلى الرغم من صراحة النص الذي قضى باعتبارها هدفاً من أهداف العناية الطبية، فإن الصندوق لم يعر الوقائية الصحية الأهمية التي تستحقها، ولم يضع لها أي نظام خاص بها، بل ترك للمضمون أن يباشر من أعمال الوقائية ما تقتضيه المحافظة

على صحته، على أن يدخل ما ينفقه في هذا الشأن ضمن تقديمات العناية الطبية، بالاستناد إلى نص المادة ١٨ من قانون الضمان الاجتماعي.

وعلى الرغم من أن المادة ١٨ السالفة الذكر قد جعلت من إعادة قدرة المضمون على العمل هدفاً من أهداف العناية الطبية، فإن الصندوق لم يول هذا الموضوع حتى الآن ما يستحقه من الاهتمام.

### **ثانياً: تعويض المرض:**

وتجدر الإشارة إلى أن المادة ١/٢٣ من قانون الضمان الاجتماعي قد نصت على أنه يحق للمضمون الذي يصاب بنتيجة مرض بعجز مؤقت عن العمل يتثبت منه طبيب مقبول، ويؤدي إلى توقف كسبه، أن يتقاضى تعويض مرض عن كل يوم من أيام العجز بدون فرق بين أيام الشغل وأيام التعطيل، وذلك اعتباراً من اليوم الرابع للعجز. ولكن لم يوضع تعويض المرض موضع التنفيذ حتى الآن. وعلى هذا من ناحية الواقع فإن تقديمات فرع ضمان المرض والأمومة، تقتصر على العناية، وتعويض نفقات الدفن وإلى أن يوضع تعويض المرض موضع التنفيذ يستمر العمل بالمادة ٤٠ من قانون العمل المتعلقة بالإجازات المرضية المدفوعة الأجر<sup>(١)</sup>.

### **ثالثاً: تعويض الأمومة:**

كذلك الأمر بالنسبة لتعويض الأمومة التي نصت عليه المادة ١/٢٦ من قانون الضمان الاجتماعي الذي يستحق للمرأة المضمونة طيلة فترة العشرة أسابيع التي تقع خلالها الولادة، فقد بقيت أحكام هذا التعويض غير منفذة حتى تاريخه فتبقى أحكام المادتين ٢٨ و ٢٩ من قانون العمل هي المطبقة<sup>(٢)</sup>.

هذا من ناحية الأحكام التي بقيت معلقة التطبيق من قانون الضمان الاجتماعي وتعديلاته بالرغم من أهميتها وحاجة اللبنانيين لها بشكل كبير.

(١) حسين عبد اللطيف حمدان، "مرجع سابق"، ص ٥١٨.

(٢) صادر بين التشريع والاجتهاد، "مرجع سابق"، ص ١٤٧، شرح ١١٣.

## الفقرة الثانية: المشاكل التي يعاني منها فرع ضمان المرض والأمومة

ظهرت محاولات عديدة ومتكررة لتهميش فرع ضمان المرض والأمومة وتفريغه من مضمونه الإيجابي. ويظهر ذلك جلياً بجملة المظاهر السلبية التي يعاني منها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بشكل عام، وفرع ضمان المرض والأمومة بشكل خاص.

فمن ناحية المشاكل المادية التي يعاني منها فرع ضمان المرض والأمومة فهي خطيرة جداً، فقد صدرت النتائج المالية لفروع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي منذرة بخطر مالي داهم، فعلى سبيل المثال بلغ العجز المتراكم الظاهر في فرعي المرض والأمومة والتعويضات العائلية ٧٠٠ مليار ليرة سنة ٢٠٠٩، وجرت تغطيته بسحوبات غير قانونية من أموال تعويضات نهاية الخدمة، فيما الديون المستحقة للصندوق باتت تساوي التزاماته، أي إن الضمان أنفق مالم يحصله من ديونه المستحقة على الدولة والقطاع الخاص، ما جعله مترنحاً عند الخط الأحمر الذي يفصل بين انهيار المؤسسة أو قيامها<sup>(١)</sup>.

وكل ذلك نتيجة القرار الذي اتخذ في العام ٢٠٠١ الذي أدى إلى ظهور هذا العجز وذلك بعد خفض الاشتراكات بمعدلات دراماتيكية. فقد كان الصندوق يعتمد إلى الاستدانة على نحو غير شرعي من أموال فرع نهاية الخدمة، على اعتبار أن للصندوق ديوناً على الدولة والقطاع العام تكفي لتغطيتها في المستقبل. إلا أن هذه الصيغة لم تعد قابلة للحياة مع بلوغ قيمة السحوبات مستوى متقارباً مع قيمة هذه الديون.

وإن بدء المؤامرة والعجز المالي ليسا بالأمر المستجد في صندوق الضمان، فقد بدأ هذا العجز يظهر في النتائج المالية لفرعي ضمان المرض والأمومة والتعويضات العائلية منذ عام ٢٠٠١، إذ كانت الحكومة قد تكاثفت مع ممثلي أرباب العمل في مجلس إدارة الصندوق لخفض معدل الاشتراكات في هذين الفرعين بنسبة ٥٠% من دون أي دراسة إكتوارية. تثبت صحة هذا الاتجاه وتداعياته، ما أدى إلى اختلال مالي وعجز بنيوي في السنوات اللاحقة، لاسيما هذا المستوى من الاشتراكات ليس كافياً لتغطية التقديرات.

(١) محمد وهبه، "الضمان الاجتماعي في خطر"، الأخبار، العدد ٩٨٧، تاريخ ٢٠٠٩/١٢/٣.

ولا يزال الضمان الاجتماعي في خطر وهو يصارع من أجل البقاء. هذا ما تظهره الأرقام بعدما وصل إجمالي العجز المتراكم في فرعي ضمان المرض والأمومة والتعويضات العائلية حتى بداية العام ٢٠١٦ إلى أكثر من ١٥٠٠ مليار ليرة في وقت لا تدفع الدولة مستحقاتها، أما الدين على المؤسسات العامة فقد تعدى ٣٥٠ مليار ليرة.

وبحسب كركي في العام ٢٠٠٢ بلغ الدين على الدولة اللبنانية ٨٥٠ مليار ليرة وحتى نهاية ٢٠١٦ بلغ الدين على الدولة ١٩٠٠ مليار ليرة.

كل سنة يجب الدولة أن تدفع للضمان الاجتماعي ٣٧٠ مليار وهناك ١٩٠٠ مليار يجب على الدولة أن تقدم بتقسيطها ولغاية اليوم (٨ نيسان ٢٠١٧) لم تدفع الدولة ليرة واحدة للصندوق.

والضربة القاضية للضمان جاءت على يد الموازنة التي حاولت إقرارها الحكومة ففي هذه الموازنة تم تمرير المادة ٦٨ التي تتعلق بتقسيط ديون الدولة للضمان الاجتماعي على فترة طويلة من دون فائدة في حين وصل حجم الاستدانة من فرع نهاية الخدمة لصالح فرع ضمان المرض والأمومة لتغطية المضمونين إلى أكثر من ١٥٠٠ مليار حتى عام ٢٠١٥<sup>(١)</sup>.

أما الضربة الثانية للضمان الاجتماعي، على يد الموازنة فقد جاءت على يد المادة ٥٤ التي تتعلق بإلغاء موجب الحصول على براءة ذمة من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي إلا في حالتي التصفية والحل. وما التفسير الوحيد لنص المادة ٥٤ إلا مساعدة الشركات والمؤسسات وأصحاب العمل للتهرب من سداد متوجباتهم المالية تجاه الضمان وهذا بالتأكيد سيؤدي إلى خفض حتمي وكبير لإيرادات الضمان.

أما التفسير الوحيد لنص المادة ٦٨ هو أن الدولة أعفت نفسها من الالتزام الدوري والمنظم لسداد متوجباتها للضمان ومن فوائد تلك الأموال، مع العلم أن الضمان يدفع فوائد على الأموال التي يستخدمها من صناديق الخاصة لسد العجز بسبب عدم سداد الدولة متوجباتها المالية.

ويمكن القول بأننا أمام المزيد من المؤامرات متمثلة اليوم ببنود مالية فاجأتنا الحكومة بإدراجها في موازنة ٢٠١٧ في ما لو نفذت فإنها ستؤدي حكماً إلى إفلاس الضمان الاجتماعي وبالتالي

---

(١) تقرير صحفي عرض خلال نشرة الأخبار المسائية لل MTV تخلله مقابلة مع المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي السيد محمد كركي، تاريخ ٢٠١٧/٤/٥.

حرمان أكثر من ثلث الشعب اللبناني من خدمات الضمان من استشفاء وطبابة وتعويض نهاية الخدمة. وهذا هو التدمير الممنهج للضمان الاجتماعي في لبنان.

وإن العجز المالي الذي يعاني منه الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي إنعكس سلباً على تقديماته من جهة وتأخير في دفع المستحقات والفواتير الطبية للمستشفيات الخاصة في لبنان من جهة أخرى.

وعلى صعيد آخر يشكو المستفيدون من تقديمات الضمان الاجتماعي من الزحمة والتأخير في إنجاز المعاملات وفي استرداد ما دفع مقابل الخدمات الطبية.

ويعود ذلك بحسب مدير الرقابة والتفتيش في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي عياد السباعي إلى مشكلة في عديد المستخدمين حيث هناك نقص فادح منذ العام ٢٠٠٤ عندما صدرت الموازنة العامة لاسيما المادة ٥٤ التي حددت على مؤسسات إدارة الدولة والمؤسسات العامة بمن فيهم الضمان الاجتماعي، عدم التوظيف أو التعيين إلا بعد أخذ الموافقة من مجلس الوزراء على العدد وإجراء المباراة في مجلس الخدمة المدنية، مع العلم أنه تاريخياً كان الضمان يجري مبارياته داخلياً.

وأضاف السباعي أن لدى الصندوق سنوياً نقص بالموظفين يتراوح بين ٧ إلى ١٠٠ موظف حيث يأتي دور الصندوق لإجراء المباريات المطلوبة من مجلس الخدمة المدنية بعد سنة ونصف وهناك مشاكل أخرى وهي من الحكومة التي توافق على عدد أقل بكثير مما يطلبه الضمان للتوظيف وأضاف إن ملاك الضمان الاجتماعي ٢٠٢٥ موظف لدى الصندوق منهم ١٢٠٠ موظف فقط.

أضف إلى التأخير في تعيين الناجحين في المباريات وأسبابها بحسب السباعي هي سياسية وإن تعيينهم يتم ربطه بتعيين فئات أخرى<sup>(١)</sup>.

ونشير إلى أن عدد الموظفين في مكتب الضمان الصحي والاجتماعي في طرابلس بلغ ٢٦ موظف من أصل ٨٤ يفترض وجودهم سنة ٢٠١٣<sup>(٢)</sup>.

---

(١) كوثر حنبوري، "أين أصبحت الورشة الإصلاحية للضمان الاجتماعي؟" برنامج "المجلة الاقتصادية"، الخميس ٥ تشرين الثاني ٢٠١٥.

(٢) علي حمام، "البطالة في لبنان بين الواقع والحل"، إشراف شعبان عزت بدرا، المنشور المنتدى الاشتراكي، ٢١ حزيران ٢٠١٣.

هذا على صعيد التأخير والزحمة في إنجاز المعاملات، أما من ناحية أخرى يعاني المستفيدون من تأخير في تحصيل ما يدفعونه لقاء الخدمات الطبية التي استحصلوا عليها، مما أدى إلى انتشار ظاهرة الاستسهال إلى دخول المستشفى لغرض العلاج الطبي غير الجراحي بشكل خاص على حساب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. ويمكن تفسير ذلك بوجود محفزات لكل من المريض، الذي يعجز عن تحمل تكاليف العلاج الطبي خارج المستشفى في ظل الأوضاع الراهنة، وكذلك صاحب المستشفى الذي من مصلحته اصطناع زيادة في معدل إشغال أسرته المتعاقد عليها مع صندوق الضمان.

إن هذه النسب المرتفعة لحالات العلاج الطبي داخل المستشفى لا تعكس فقط غلبة الطابع العلاجي على الطابع الوقائي في لبنان، ولكنها تعكس انعدام الرقابة إزاء الممارسات الملتوية، التي تستمد قوتها من الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية الخائفة التي يعيشها الناس (جانب الطلب ومن معدلات الإشغال المتدنية السائدة في المستشفيات (جانب العرض).

وفي تمرين بسيط لتوضيح هذه الصورة، لنفرض أن مريضاً قد طلب استشارة طبية، فترتب عليه دفع أتعاب الطبيب والفحوصات الطبية وثمان الأدوية. فإذا كان ما دفعه هذا المريض يعادل ما حدده صندوق الضمان من تعرفات ومن تغطية لهذه الخدمات، فإن المريض سوف يسترد ٨٠% من إجمالي المبلغ المدفوع، ولكن بعد فترة زمنية لا تقل عن خمسة أو ستة أشهر.

وفي الواقع العملي يدفع المريض مقابل الخدمات الطبية التي تلقاها، مبالغ تفوق في أغلب الأحيان ما حدده الصندوق من تعرفات لمثل هذه الخدمات. وبالتالي فإن ما يسترده فعلاً يبقى في معظم الأحيان أدنى بكثير من نسبة ٨٠% المحددة للتغطية. إن هذا الوضع (بمكوناته الثلاثة: تكاليف عالية، معدّل استرداد متدني، تأخر التحصيل) يشجع المريض بشكل تلقائي على طلب العلاج الطبي داخل المستشفى، بدلاً من توسله خارجها.

وتعاني إدارة الصندوق من شلل إداري تنفيذي رقابي مريع مرده إلى النقص الفاضح في إشغال الوظائف القيادية والتنفيذية، فالمديريات الأساسية شاغرة، وإن النقص البشري المذكور لاسيما في المديريات والمصالح التي تُعنى بالرقابة الإدارية والمالية والطبية يحول دون استثمار قاعدة

المعلومات الضخمة التي يمتلكها الصندوق، ويحول دون ضبط المخالفات وتحديد مصادر الإهدار والاحتيال، ما من شأنه ترشيد الإنفاق وضبطه وتخفيض كلفة التقديمات وتحسين جباية الاشتراكات والديون، ويعوق مُساءلة مقدّمي الخدمات الطبية والاستشفائية الذين يخالفون أحكام العقود والتعرفات الملزمة، وبالتالي يحول دون إصدار التقارير والبيانات الدقيقة المفصلة التي تساعد مجلس إدارة الصندوق والإدارة التنفيذية على اتخاذ القرارات الصحيحة والمتينة<sup>(١)</sup>.

أما بالنسبة لمحدودية نطاق تغطية فرع ضمان المرض والأمومة فإن نسبة تغطية الصندوق توازي ٣١% من إجمالي المقيمين. وقد تناولنا قانون الضمان الاجتماعي في الفقرة السابقة لناحية كونه يتيح شمول كل اللبنانيين تقريباً إذا طبق هذا القانون كاملاً.

فبحسب القانون يفترض أن يقدّم الصندوق تغطية صحية لكل اللبنانيين، إلا أنه بعد عقود طويلة من إنشائه لا يشمل بتغطيته إلا ٣١% من مجمل اللبنانيين. ويعود السبب الأساسي (لدى البعض) إلى طبيعة النظام السياسي، وإلى تحويل اللبنانيين إلى زبائن لدى الزعامات، يشترون "خدمات" الصحة في مقابل الولاءات<sup>(٢)</sup>.

أما فيما يتعلّق بتقديمات الضمان، فلا بدّ من العمل على إحياء ما أقرّ من مراسيم لزيادة هذه التقديمات، ونقصد تحديداً إحياء مشروع تغطية طبابة الأسنان. ففي العام ٢٠٠١ صدر المرسوم رقم ٥١٠٤ المتعلق بضم عنايات طب الأسنان إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، إلا أن تنفيذه بقي عالقاً إلى حين تعيين الأطباء المراقبين. ومع نهاية العام ٢٠٠٥ تمّ تعيين هؤلاء في المستشفيات وباشروا العمل فيما عدا أطباء الأسنان منهم الذين لم يتم البت بشأنهم لأسباب يضعها كثيرون في خانة السياسة<sup>(٣)</sup>.

---

(١) جوزيف خليفة، "رفع مساهمة الضمان في بعض الأدوية: هل توقيتته خطأ؟"، النهار، العدد ٣٥٣٥، ٢٢ تموز ٢٠١٦.

(٢) محمد وهبة، "لا محل للإصلاح في الضمان"، الأخبار، العدد ٢٥١١، ٥ شباط ٢٠١٥.

(٣) محمد وهبة، "توسيع تقديمات الضمان لتشمل طب الأسنان"، خلوة وعود، الأخبار، العدد ٢٣٦٥، ١١ آب ٢٠١٤.

أما بالنسبة لأهل الضمان فإن أسباب التأخير هذه يعزوها إلى قصور في الموازنة الذي يهدّد وضع الضمان ككل ونتيجة هذا التأخير، يبقى الكثيرون من اللبنانيين أبناء الطبقتين الوسطى والفقيرة قاصرين عن تأمين الطبابة لأسنانهم وذلك بسبب غلاء بدل المعاينة أو العلاج بالنسبة إلى الظروف الاقتصادية السيئة التي يعيشون بها.

ويشرح ممثل المهن الطبية في مجلس إدارة الضمان الدكتور سامي الشرتوني أنه "بالنسبة إلى العناية بالأسنان الحل يبدأ بالتطبيق لأن القانون قد بت والمرسوم موجود وتم وضع الآلية اللازمة للتنفيذ" لافتاً إلى أن "إدخال طب الأسنان في الضمان ليس مشروع قانون ولا مشروع مرسوم ولا مشروع قرار، بل هو قرار اتخذ منذ سنوات طويلة".

ويضيف "عندما كلفت تمثيل المهن الطبية الحرّة في العام ٢٠٠٣ كان الضمان اشترى تجهيزات العيادات وأجرى الامتحانات لـ ٤٠ طبيب أسنان مراقب، وإن إدارة الضمان ومجلس الإدارة وكل القيمين على المشروع هللوا لإنطلاق العمل لما له من تأثير في تعزيز ثقة الشعب وانفراجه. وبإصرار من الجميع، اشترى الضمان المعدات اللازمة وعيّن المراكز وأنجزت الامتحانات وحدّدت التسعيرات ثم توقف العمل فجأة"<sup>(١)</sup>.

إن المواطنين اللبنانيين هم بأمرّ الحاجة إلى ضم علاج الأسنان إلى صندوق الضمان الذي سيعود بالخير على صحة المواطن وبالتالي على الصحة العامة للمجتمع ككل.

بالإضافة إلى ذلك يغيب الضمان الاجتماعي عن تغطية علاجات متعددة يتّبعها الطب الحديث، ما يرمي بثقل الأكلاف على المرضى، على الرغم من أن معظم دول العالم تعمل على تطوير أنظمتها الصحية وتعتمد إلى تغطية الأعمال الطبية وفقاً للتطور العلمي الطبي المستمر. ولا يزال لبنان متمسكاً بجدول أعمال طبي يستفيد من تغطية الضمان لم يتغيّر منذ عام ١٩٩٦، فيما أصدر أول جدول للمستلزمات الطبية في العام ٢٠٠٣. هذا الواقع انعكس على الوضع الاستشفائي العام وارتفاع تكاليف الأعمال الطبية، سواء أكانت علاجية أم وقائية، وزاد الشرخ الاجتماعي

---

(١) كارلا خطّار، "الضمان "يأكل" الطبابة الأسنان... والناس "يضرسون"، المستقبل، العدد ٣٥٤١، ١٨ كانون الثاني ٢٠١٠.

الحاصل، بحيث أصبح للأغنياء القدرة على الحصول على طبابة متطورة، فيما بقي الفقراء رازحين تحت وطأة الأعمال الطبية غير المتطورة التي تزيد من نسب الوفيات<sup>(١)</sup>.

ويشرح أحد الخبراء المتابعين لقضايا الضمان الاجتماعي، أن جدول الأعمال الطبية المعتمد في الضمان منسوخ عن ذاك المتبع في فرنسا، وذلك على الرغم من الاختلاف في الحاجات الطبية بين بلد وآخر، ويشدد على أن الفرق الحاصل، أنه في فرنسا تُزاد الأعمال الطبية الحديثة بسرعة إلى الجدول، فيما إضافة أي تعديل على الجدول في لبنان تمر بتعقيدات إدارية وحسابات ضيقة.

---

(١) رشا أبو زكي، "الضمان في مواجهة التطور الطبي"، الأخبار، العدد ٨٠٢، ٢٣ نيسان ٢٠٠٩.

## القسم الثاني

### إشراقه أمل نحو الإصلاح في القطار الصأى

#### "الوصفة الطبية الموحدة"

الأنموذج الموحّد للوصفة الطبية، الذي يتيح للصيدلى "بشروط" تخيير المريض بين دواء بإسم تجارى وآخر مطابق بإسم علمى أى جينسى، هو إجراء إصلاح، ولو جزئياً، أقرّ فى عام ٢٠١٠. ويعتبر قانون "الوصفة الطبية الموحدة" إشراقه أمل نحو إصلاح القطار الصأى فى لبنان، لما لهذا القانون من إيجابيات تتجلى فى خفض فاتورة إستهلاك الدواء على الأسر والمؤسسات الضامنة والدولة. وبالمقابل يضرّ هذا القانون بمصالح المحتكرين المسيطرين على سوق الدواء فى لبنان.

إن الوصفة الطبية الموحدة كانت محل أخذ ورد خلال الفترة الماضية فى لبنان، خاصة بين جهات ثلاث هى: وزارة الصحة والصندوق الوطنى للضمان الإاجتماعى ونقابة الأطباء، وطبعاً كان تجمّع أصحاب شركات استيراد الأدوية حاضراً فى الكواليس من خلال الضغط الذى مارسه لحماية مصالحه.

إن قانون الوصفة الطبية الموحدة رقم ٩١ تاريخ ٢٠١٠/٣/٦ عدّل المادتين ٤٦ و ٤٧ من قانون تنظيم مهنة الصيدلة فى لبنان على نحو سمح للصيدلى ضمن شروط خاصة أن يستبدل الدواء بدواء آخر "جنيريك" شرط موافقة الطبيب.

لذلك لا بدّ من دراسة التنظيم القانونى لمهنة الصيدلة وتعريف الوصفة الطبية الموحدة نظراً لما أدخلته من تعديل على قانون تنظيم مهنة الصيدلة فى الفصل الأول، أما فى الفصل الثانى فسوف نتطرق إلى الوصفة الطبية الموحدة من حيث التطبيق دراسة مقارنة مع النظام الصأى فى الولايات المتحدة الأمريكية.

## الفصل الأول

### التنظيم القانوني لمهنة الصيدلة والوصفة الطبية الموحدة

إن قانون الوصفة الطبية الموحدة قام بتعديل مادتين من قانون مزاولة مهنة الصيدلة وذلك لتشجيع استعمال أدوية "الجنيريك" عبر السماح للصيدلة باستبدال دواء بأخر أقل كلفة ولكن بعد موافقة الطبيب.

لذلك كان لابد من أن نتناول في الفرع الأول التنظيم القانوني لمهنة الصيدلة وذلك نظراً للتعديل الذي أدخله قانون الوصفة الطبية الموحدة على مواد قانون مهنة الصيدلة. أما في الفرع الثاني فسوف نتناول الوصفة الطبية الموحدة لناحية تعريفها وأهميتها.

### الفرع الأول: التنظيم القانوني لمهنة الصيدلة

إن قانون الوصفة الطبية الموحدة يتناول بشكل أساسي عمل ومهام الصيدلي عبر تفعيل دوره، فقد أخرجته من دوره التقليدي المقتصر على صرف الدواء وأجاز له مشاركة الطبيب في رحلة علاج المريض عبر السماح له باستبدال الدواء الموصوف من قبل الطبيب بأخر يعادله الفعالية ونقصد "الجنيريك".

وحيث أن إحدى أهم الهواجس والتحديات على قانون الوصفة الطبية الموحدة، ما هو الضامن أن الشخص المتواجد في الصيدلية هو حقاً صيدلي خصوصاً أن هذه الظاهرة موجودة في لبنان. لذلك تناولنا في الفقرة الأولى تعريف الصيدلي ومساعد الصيدلي بالإضافة على أحكام قانون تنظيم مهنة الصيدلة لناحية مدى جواز استثمار أو التواجد بالصيدلية لغير الصيدلي وخاصة لناحية عملية صرف الدواء.

أما بالفقرة الثانية فقد تناولنا تحديد معنى الدواء وتطرقنا لتصنيفاته، لأن من خلالها يمكن فهم المجال الذي يعمل فيه الصيدلي وبالتالي يمكن تحديد مسؤوليته وأيضاً لأن الصيدلي يمارس نشاطه من خلال تحضير وصرف الأدوية ونظراً لما لتعدد وتنوع المنتجات الدوائية من أثراً في تشابه واختلاط بعض هذه المنتجات مع غيرها من المنتجات الأخرى. ولأن تكييف منتج ما بأنه دواء أم لا يترتب عليه خضوعه لقانون الوصفة الطبية الموحدة.

## الفقرة الأولى: الصيدلي ومساعد الصيدلي "تعريفهما وشروط مزاوله المهنة"

لا بدّ أولاً من الإشارة إلى أن مهنة الصيدلة في لبنان لاقت الاهتمام البالغ من المشرّع، إذ تعاقبت القوانين الخاصة، بتنظيم مهنة الصيدلة منذ القانون الصادر بتاريخ ١٨/٢/١٩٤٧ والمختص بالصيدليات، ومستودعات الأدوية الذي وضع الحجر الأساس لصدور قانون مزاوله مهنة الصيدلة الأول في لبنان في ٣١/١٠/١٩٥٠ وأعقبه صدور قانون أنشأ نقابة الصيادلة في ٧/١١/١٩٥٠، ثم قانون رقم ٥٦ الصادر بتاريخ ٣/٩/١٩٦٦ الذي أنشأ بموجبه صندوق خاص بالتقاعد لمصلحة الصيادلة اللبنانيين (التقاعد الصيدلي)، ثم أعقبه المرسوم رقم ٨٨٦٣ في ٨/١١/١٩٦٧ (مرسوم تحديد دوائر الصيدلية). ثم صدر بعد ذلك، قانون مزاوله مهنة معاون الصيدلي في لبنان رقم ٩ في ٨/١/١٩٦٨ والذي يكاد المشرع اللبناني ينفرد عن سواه بإصدار ذلك القانون<sup>(١)</sup>.

وانسجماً مع التطور العلمي الهائل في مجال الصيدلة، ولغرض سدّ الثغرات في قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني الصادر بتاريخ ٣١/١٠/١٩٥٠، فقد أصدر المشرع اللبناني قانون مزاوله مهنة الصيدلة النافذ رقم ٣٦٧ في ١/٨/١٩٩٤ المعدّل والذي تولى تنظيم مهنة الصيدلة في لبنان، بما ينسجم مع متطلبات العصر والمصلحة العامة<sup>(٢)</sup>.

وفي تعريف الصيدلي ومهنة الصيدلة فقد عرّفت المادة الأولى من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني رقم ٣٦٧ لسنة ١٩٩٤ المعدّل<sup>(٣)</sup>، مهنة الصيدلة بأنها: كل عمل يؤدي إلى تجهيز، أو تركيب، أو تصنيع، أو بيع سواء بالجملة، أو المفروق أو توزيع، أو إحراز بقصد البيع، أو التوزيع لأي دواء، أو مادة صيدلانية معدّة للاستعمال الداخلي، أو الخارجي، أو بطريق الحقن لوقاية الإنسان، أو الحيوان من الأمراض، أو للشفاء منها، أو يكون لها هذه المزايا.

---

(١) ثائر سعد العكيدي، "التنظيم القانوني لمهنة الصيدلة"، دراسة مقارنة، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، ٢٠١٤، ص ٣٨.

(٢) أنطوان الناشف، "النظام القانوني لمهنة الصيدلة في لبنان"، الطبعة الأولى، شركة الغزال للنشر، لبنان، ٢٠٠٠، ص ٧٧.

(٣) نشر هذا القانون في ملحق الجريدة الرسمية، رقم ٣٢، تاريخ ١١/٨/١٩٩٤.

وفي هذا المجال كان مسلك المشرع اللبناني يوفر حماية أكثر للمرضى، حيث اعتبر عملية بيع الأدوية ممارسة لمهنة الصيدلة، ويتطلب لذلك الحصول على ترخيص للقيام بها.

أما تعريف الصيدلي، فلم يعرف المشرع اللبناني الصيدلي بل حدد الشروط التي يجب توافرها في الصيدلي (سواء اللبناني، أم من أحد رعايا الدول العربية أم الأجنبي) لمزاولة مهنة الصيدلة في لبنان.

إلا أنه يمكن تعريف الصيدلي بأنه المحترف بجمع الأدوية على أحد صورها، واختيار الأجود من أنواعها، مفردة، أو مركبة على أفضل التراكيب التي خلدها أهل الطب.

ويعرف الصيدلي بأنه: من يقوم بمهمة تركيب وصرف الأدوية، أو المستحضرات المتعلقة بها وفقاً لوصفة الطبيب، أو القواعد الطبية المعروفة، أو يتولى مهمة الإشراف على إعداد الأدوية<sup>(١)</sup>.

أما شروط مزاولة مهنة الصيدلة في لبنان، فيشترط قانون مزاولة مهنة الصيدلة اللبناني الشروط التالية:

### أولاً: الجنسية

في الصيدلة غير اللبنانيين من رعايا الدول العربية، أن يكونوا تابعين لبلد يعامل الصيادلة اللبنانيين بالمثل، وفق اتفاقية في هذا الشأن بين البلدين، وأما إذا كان أجنبي الأصل، ومتجنساً بجنسية إحدى الدول العربية، فيجب أن يكون قد مضى خمس سنوات على اكتسابه هذه الجنسية<sup>(٢)</sup>.

واشترط في الصيدلي غير اللبناني، ومن سائر الجنسيات أن يكون قد انقضى على نيته شهادة الصيدلة عشر سنوات على الأقل<sup>(٣)</sup>. هذا الأمر يدل على مدى حرص المشرع اللبناني على ضرورة الحفاظ على مستوى معين لمهنة الصيدلة نظراً لأهميتها.

---

(١) دليل التصنيف المهني، صادر عن وزارة العمل والشؤون الاجتماعية في العراق، ١٩٧٥، ص ٧٦.

(٢) المادة الخامسة فقرة ٣ من قانون مزاولة مهنة الصيدلة اللبناني.

(٣) المادة السادسة فقرة ٣ من قانون مزاولة مهنة الصيدلة اللبناني.

## ثانياً: الحصول على المؤهل العلمي

بالنظر لما يمثله الدواء من خطورة على حياة المواطنين، فقد خصّ المشرع اللبناني طائفة ذات مواصفات علمية خاصة بعملية ممارسة العمل الصيدلي، فقد أوجبت المادة الثالثة فقرة أولى وثانية من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني، فيمن يزاول مهنة الصيدلة أن يكون حائزاً على:

١- شهادة الصيدلة من كلية حكومية للصيدلة أو من أحد كليات الصيدلة غير الحكومية شرط أن تكون تلك الشهادة مطابقة تماماً للشهادة التي تعطيها الكليات المذكورة. وأن تعترف بها الكليات الحكومية اللبنانية.

٢- شهادة البكالوريا اللبنانية، القسم الثاني أو ما يعادلها.

وتجدر الإشارة هنا، إلى أن مجرّد الحصول على المؤهل العلمي، لا يجيز ممارسة مهنة الصيدلة. وكذلك الأفعال المترتبة عن هذه الممارسة، لذلك أوجب المشرع اللبناني بالإضافة إلى الشرطين الآنف ذكرهما أن يجتاز بنجاح من يريد مزاوله مهنة الصيدلة امتحان "الكولوكيوم" الذي تجريه وزارة التربية والتعليم العالي.

## ثالثاً: الانتماء إلى نقابة الصيادلة

إن المشرّع اللبناني، في قانون مزاوله مهنة الصيدلة لم يعد الإنضمام إلى النقابة من شروط الترخيص لمزاوله مهنة الصيدلة، بل عدّ الترخيص من شروط الإنضمام إلى النقابة، وذلك استناداً لنص المادة الأولى من قانون إنشاء نقابة الصيادلة الصادر في ١١/٧/١٩٥٠ والتي جاء فيها: "يكون للصيادلة في لبنان نقابة مركزها بيروت تضم الصيادلة المرخص لهم بمزاوله الصيدلة في الجمهورية اللبنانية".

وتمنح الإجازة بمزاوله مهنة الصيدلة بقرار من وزير الصحة، بناءً على اقتراح المدير العام للوزارة، وبعد استيفاء الصيدلي للشروط المحددة في المادة الثالثة من قانون مزاوله مهنة الصيدلة، غير أنه لا يحق، لأي صيدلي أن يزاول مهنة الصيدلة إلا إذا كان اسمه مسجلاً في جدول

النقابة<sup>(١)</sup>. ويتم التسجيل في جدول النقابة، بعد استيفاء الشروط المبينة في المادة الرابعة من قانون إنشائها<sup>(٢)</sup>.

أما لناحية مدى جواز تواجد غير صيدلي في الصيدلة، فلا بدّ من التطرّق للقواعد التالية، فقد نصت المادة ٩ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني لجهة شروط استثمار الصيدليات أنه لا يجوز إنشاء صيدلية إلا بترخيص من وزير الصحة العامة. ولا يمنح هذا الترخيص إلا لصيدلي لبناني يحمل الإجازة بمزاوله مهنة الصيدلة في لبنان.

كما فرض قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني على الصيدلي أن يدير بنفسه أعمال صيدليته من الناحيتين الفنية والمالية ولكن أجاز له أن يوظف صيدلياً مجازاً متفرغاً بصفة مدير مسؤول بعد إبلاغ وزارة الصحة العامة ونقابة الصيدلة<sup>(٣)</sup>.

أي يجب أن يكون كل صيدلي يبيع مباشرة من الجمهور مالكاً للصيدلية، التي يستثمرها وللمعدات والمنتجات الموجودة فيها، وكما لاحظنا أنه لا يحق إلا للصيدلي أن يبيع مباشرة من الجمهور، وكل صيدلي يدير صيدلية تكون كلها، أو بعضها ملكاً لقاصر، يعتبر بحكم مالكها، ويخضع للموجبات القانونية ذاتها<sup>(٤)</sup>.

كما لا يجوز للصيدلي أن يتولى إدارة أكثر من صيدلية واحدة، أو أن يعمل في صيدلية أخرى<sup>(٥)</sup>، باستثناء حالات الإنابة<sup>(٦)</sup>، كما لا يجوز أن تكون له مصلحة في صيدلية غير صيدليته، أو

---

(١) نصت المادة الثالثة من قانون إنشاء نقابة الصيادلة اللبنانيين على أنه: "لا يحق لأي صيدلي مزاوله مهنة الصيدلة، في جميع الأراضي، إلا إذا كان اسمه مسجلاً في جدول النقابة".

(٢) نصت المادة الرابعة من قانون إنشاء نقابة الصيادلة اللبنانيين على أنه: "على من يطلب قيد اسمه في جدول النقابة أن يكون قاطناً في لبنان، وحائزاً جميع المؤهلات اللازمة لتعاطي مهنة الصيدلة بموجب القوانين المرعية. على الطالب أن يذكر في طلبه اسمه، وكنيته، وجنسيته، وعمره واسم الجامعة التي تخرج منها، وتاريخ نيّله الشهادة ورقمها ...

ونصت المادة الخامسة من القانون المذكور على أنه: "ينظر مجلس النقابة في الطلب خلال شهر من تاريخ تقديمه ويقرر قبوله إذا كان مستكماً الشروط القانونية".

(٣) المادة ١٦ من قانون تنظيم مهنة الصيدلة اللبناني.

(٤) المادة ١٤ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني.

(٥) المادة ١/١٥ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني.

(٦) المادة ١٦ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني.

أن يتعاطى في صيدلية غير تجارة الأدوية والعقاقير والمنتجات الكيماوية والصحية، أو أن يقوم بخدمة ليلية مستمرة في أي صيدلية، أو أن يستثمر، أو يدير مؤسسة صيدلانية أخرى، أو يقوم بأي عمل مأجور متصل بمهنته<sup>(١)</sup>.

وإن دلت هذه القواعد على شيء، فهي تدل على مدى تشدد المشرع مع الصيدلي لناحية ضرورة تفرغه للعمل في صيدلية واحدة وذلك حرصاً على صحة وسلامة المواطنين.

وتأكيداً لذلك، قرر مجلس شورى الدولة اللبناني بأنه: "يتبين من أحكام المادة الرابعة من قانون تنظيم المختبرات الطبية والمادتين ١٥ و ١٦ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة ومن روحية النص بشكل عام أن المشرع أوجد شرط التفرغ لكل من مدير المختبر والصيدلي، كل في نطاق عمله، وإن الجمع بين إدارة مختبر طبي وصيدلية، كما بين إدارة مختبرين وصيدلتين، أو أي عمليين في هذا المجال يكون مخالفاً للقانون، نظراً لطبيعة العمل الطبي الذي يتعلق بصحة وسلامة المواطنين<sup>(٢)</sup>.

وأقام قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني، المسؤولية، فضلاً عن منع مزاوله المهنة على كل صيدلي يقوم بإعادة إسمه أو بأية وسيلة كانت أشخاصاً غير صالحة لمزاوله هذه المهنة<sup>(٣)</sup>.

إن الإسم المستعار في صيدلية ما، يتجلى بواقعه أن صيدلياً أعار اسمه إلى شخص لا يستوفي الشروط المطلوب توافرها قانوناً، في ذات من يجيز له القانون فتح صيدلية فمكّنه بهذه الإعادة أو بوسيلة أخرى من مزاوله مهنة الصيدلة<sup>(٤)</sup>.

حيث أنه واستناداً لنصوص المواد ٩ و ١٤ و ١٥ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة، يتضح أنه لا يجوز تملك صيدلية إلا من صيدلي مأذون له بممارسة مهنة الصيدلة في لبنان، وهذه المسألة تتعلق بالنظام العام، ولا يجوز مخالفتها<sup>(٥)</sup>.

---

(١) المادة ١٥ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني.

(٢) مجلس شورى الدولة اللبناني، قرار رقم ٦٨١، تاريخ ١١/٩/٢٠٠٢، مجلة القضاء الإداري، ٢٠٠٥، المجلد الثاني، العدد السابع، ص ١١٥٣.

(٣) المادة ٨٩ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني.

(٤) مجلس شورى الدولة اللبناني، قرار رقم ١٤١، تاريخ ١٨/١٢/٢٠٠٢، مجلة القضاء الإداري، ٢٠٠٧، المجلد الأول، العدد التاسع عشر، ص ٢٩٧.

(٥) محكمة التمييز اللبنانية، الغرفة المدنية الرابعة، قرار ١٣٢/٢٠٠٥، تاريخ ٧/١١/٢٠٠٥، منشورات الحلبي الحقوقية، ٢٠٠٦، ط ١، ص ٧٧٥.

أما بالنسبة لمساعدو الصيدلي، فقد أجازت التشريعات المهنية للصيدلي، أن يستعين في عمله بمعاون أو مساعد صيدلي "محضر أدوية"، ولكن المشرع اللبناني فرض شروط يجب توافرها من ناحية المعاون حيث لا يجوز لأحد أن يزاول مهنة محضر أدوية، أو أن يتخذ لقب محضر أدوية في لبنان إلا إذا توافرت فيه الشروط المبينة في قانون مزاول مهنة معاون الصيدلي "محضر أدوية" في لبنان رقم ٦٨/٩ الصادر في ١٩٦٨/١/٨<sup>(١)</sup>، ويحظر على معاون الصيدلي التداول بالمخدرات، وتعاطي تركيبها<sup>(٢)</sup>.

كما أجاز المشرع للصيدلي، أن يوظف صيدلياً مجازاً متفرغاً بصفة مدير مسؤول بعد إبلاغ الجهات المختصة وهي وزارة الصحة ونقابة الصيادلة<sup>(٣)</sup>.

ويكون الصيدلي الأخير، هو المسؤول عن عدم مراعاة القوانين المهنية، وإذا كان تواجد الصيدلي في صيدليته أمراً إلزامياً طيلة دوام العمل، فقد أجاز القانون للصيدلي الذي اضطر إلى التغيب عن صيدليته بداعي المرض، أو لأي سبب آخر لمدة لا تتجاوز الشهر، تكليف أحد زملائه الإشراف على الصيدلية، وعلى الصيدلي المناوب أن يداوم في الصيدلية طيلة ساعات العمل، ويتحمل شخصياً المسؤولية الفنية.

أما إذا تغيب أكثر من شهر، فعليه أن ينيب عنه في إدارة الصيدلية صيدلياً متفرغاً، وعليه أن يعلم وزارة الصحة العامة، ونقابة الصيادلة بالأمر، وأن يستحصل على ترخيص خاص من وزير الصحة<sup>(٤)</sup>.

---

(١) نصت المادة الثانية من قانون مزاول مهنة معاون صيدلي (محضر أدوية) في لبنان على الشروط الواجب توافرها فيمن يزاول مهنة محضر أدوية حيث جاء فيها: على محضر الأدوية:

- ١- أن يكون لبنانياً منذ عشر سنوات على الأقل.
  - ٢- أن يكون حائزاً على شهادة محضر أدوية "تحدد شروط الحصول عليها بمرسوم".
  - ٣- أن يكون حائزاً للشهادة التكميلية على الأقل أو ما يعادلها.
  - ٤- أن لا يكون محكوماً عليه بجناية، ولا بجرم شائن.
- (٢) المادة الخامسة من قانون مزاول مهنة معاون صيدلي (محضر أدوية) في لبنان.
- (٣) المادة ١٦ من قانون مزاول مهنة الصيدلة اللبناني.
- (٤) المادة ١٦ من قانون مزاول مهنة الصيدلة اللبناني.

## الفقرة الثانية: تحديد المفهوم القانوني للدواء

يقتضي تحديد مفهوم الأدوية، بيان تعريفها ثم معايير وضوابط تحديدها.

الدواء لغة "هو ما يتداوى به أو يعالج، والجمع أدوية"<sup>(١)</sup>. ويعني الدواء اصطلاحاً، "كل مادة أو مجموعة مواد تستعمل في تشخيص أمراض الإنسان، أو الحيوان أو شفاؤها، أو تخفيف آلامها، أو الوقاية منها، أو المواد غير الغذائية التي تؤثر على بنية الجسم وأي من وظائفه"<sup>(٢)</sup>.

إن قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني قد عرّف الدواء في المادة السادسة والثلاثين منه والتي جاء نصها بما يأتي: "الدواء هو كل مادة بسيطة، أو مركبة لها خصائص للشفاء، أو للوقاية، أو لها فعل فيزيولوجي، وتستعمل في طب وجراحة الإنسان أو الحيوان".

وأشارت المادة المذكورة إلى المواد التي تعد أدوية، أو بحكم الأدوية، ووفقاً لما يأتي:

تعد أدوية، أو بحكم الأدوية:

- ١- المستحضرات الصيدلانية الخاصة والنظامية، وكما هي محددة في الباب الخامس.
- ٢- الأشياء المعقّمة ذات المزايا الطبية والمهياة بطريقة خاصة، لتضميد الجروح ولاسيما الأنسجة وقطع الأقمشة، أو المغموسة بمنتجات طبية مضادة للعفونة، وغيرها من المواد التي تحدد بقرار من وزير الصحة العامة.
- ٣- المياه المعدنية الطبية أي المياه التي لا يمكن استعمالها للشرب العادي في حالة الصحة العامة، وتحدد بقرار من وزير الصحة العامة.
- ٤- الأمصال واللقاحات والمواد الطبية المستمدة من الإنسان أو الحيوان.
- ٥- المواد المعدة للحمامات ذات المزايا الطبية.
- ٦- مواد التجميل التي تحتوي على مواد طبية علاجية.
- ٧- الحليب المعدّ خصيصاً للرضع دون الستة أشهر بعبوات لا تزيد عن نصف كيلو غرام، والحليب المحوّل حسب الأنظمة المتعلقة بتصنيف الحليب.

(١) بطرس البيستاني، "قاموس محيط المحيط"، مكتبة لبنان، ١٩٧٩، ص ٤٣٦.

(٢) محمد رؤوف حامد، "ثورة الدواء المستقبل والتحديات"، دار المعارف، القاهرة، ٢٠٠١، ص ٨٢.

ولم يلعب القضاء الدور البارز في تحديد مفهوم الدواء، ولعلّ السبب في ذلك يرجع إلى طبيعة المنازعات المطروحة أمام جهات القضاء، إذ تعنى المحاكم على اختلاف أنواعها بتحديد مسؤولية الأطباء، أو الصيادلة، ومساعدتهم عن أخطائهم المهنية عند تحرير الوصفة الطبية، أو عند صرفها دون التطرّق إلا في حالات محدودة جداً - لطبيعة المنتج الدوائي ذاته، أو لمسألة الاحتكار الصيدلي.

لذلك لم ترد في الاجتهاد اللبناني أحكاماً خاصة بتحديد مفهوم الدواء، وإنما ورد قرار لمجلس شورى الدولة اللبناني<sup>(١)</sup>. يتضمن النص على أن القرار الصادر من وزارة الصحة العامة المتضمن، عدم الموافقة على طلب صاحب مؤسسة "سابا جان مخابط"، التي تتعاطى مهنة تجارة مواد وآلات طب الأسنان، باستيراد آلات ومواد طب الأسنان التي لا تدخل فيها الأدوية الخاضعة، لأحكام قانون الصيدلة لا سند قانوني له، مستوجباً النقض.

وورد في قرار آخر لمجلس شورى الدولة اللبناني، بأنه يستفاد من أحكام المادة ٥٤ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني، بأن المرجع الوحيد الذي يحق له البت في مسألة الموافقة على تصنيع، أو إستيراد، أو بيع مستحضر صيدلاني أو نظامي، وبالتالي إعتبره دواء، أو عدم إعتبره دواء هو اللجنة الفنية الخاصة التي أولاهها القانون صلاحية الموافقة، أو عدم الموافقة على إستيراد، وتصنيع وبيع المستحضر، والدليل على ذلك أنه في حال الموافقة يحال قرار اللجنة بالطريقة الإدارية إلى لجنة الأسعار<sup>(٢)</sup>.

---

(١) مجلس شورى الدولة اللبناني، قرار رقم ٩٢/٧٥ - ٩٣ تاريخ ١/٢٥/١٩٩٢، رقم المراجعة ٢٦٨٠ / ١٩٩١، مجلة القضاء الإداري، ١٩٩٤، العدد السابع، ص ١٥٠. ونورد من هذا القرار ما يأتي "وبما أن المراجعة الحالية تكون محصورة بموضوع رفض الوزارة الموافقة على استيراد المستدعي لآلات طب الأسنان والمواد التي لا تعتبر أدوية بمفهوم قانون الصيدلة. وبما أن الوزارة لم تسند قرارها في عدم الموافقة على استيراد المستدعي لآلات طب الأسنان والمواد التي لا تدخل في إعداد الأدوية حسب مفهوم قانون الصيدلة، إلى أي نص قانوني واكتفت بالقول إن رخصة المستدعي لا تسمح له باستيراد الآلات والمواد الآتفة الذكر.

وبما أن القرار المطعون فيه يكون لجهة عدم موافقة الوزارة على طلب المستدعي إستيراد آلات ومواد طب الأسنان التي لا تدخل فيها الأدوية الخاضعة لأحكام قانون الصيدلة لا سند قانوني له ومستوجباً الإبطال.

(٢) مجلس شورى الدولة اللبناني، قرار رقم ٤٠ تاريخ ٢٠/١٢/٢٠٠٠، مجلة القضاء الإداري، ٢٠٠٤، المجلد الأول، العدد السادس عشر، ص ٩٣.

أما فيما يتعلق بالقضاء الفرنسي، فقد كشف عن العديد من المنازعات القضائية حول تحديد المفهوم القانوني للدواء - حتى يتسنى معرفة الأحكام الواجبة التطبيق على بعض المنتجات التي يجمع بين الصفات الغذائية والدوائية، وما إذا كان ستطبق عليها أحكام الإحتكار الصيدلي بحيث لا يمكن بيعها إلا من خلال الصيدليات، أم أنها لا تخضع لهذه الأحكام، ومن ثم يمكن بيعها في المحلات التجارية العامة، في حين لم يكشف القضاء اللبناني عن منازعات مماثلة.

يمكن تبرير ذلك بأن التطورات المتلاحقة التي تشهدها فرنسا في صناعة المنتجات ذات الصلة بالدواء، يجعل من الصعوبة بمكان سرعة تلبية تشريعاتها في معالجة المشكلات التي يمكن أن تثار بشأن هذه المنتجات، الأمر الذي يظهر الدور البارز للقضاء الفرنسي، الذي أسهم به في التحديد الدقيق لمفهوم الدواء من خلال وضع الحدود الفاصلة بينه وبين ما يختلط به من منتجات، كمستحضرات تجميل أو منتجات غذائية.

وتجدر الإشارة إلى أن القضاء الفرنسي أخذ يميل نحو تبني التفسير الواسع عند تحديد معنى الدواء بغرض توفير أقصى حماية ممكنة للمستهلكين، الأمر الذي دفع جهات القضاء إلى إدخال منتجات إنقاص الوزن في معنى الدواء، قبل نص المشرع على ذلك في التنظيم التشريعي الجديد لقانون الصحة العامة لسنة ٢٠٠٢، لما تحمله هذه المنتجات من أثر علاجي، أو وقائي من أمراض معينة، كذلك أدخلت بعض مستحضرات التجميل في ذات المعنى نظراً لوجود مواد سامة تجاوزت النسب المتعارف عليها وتدخل في تركيبها، وذلك بهدف إخضاعها لرقابة دقيقة من جانب الهيئات المعنية من حيث إنتاجها وتوزيعها، وبناءً عليه، قررت محكمة النقض الفرنسية بأنه يدخل في معنى الدواء كل منتج يجمع في آن واحد بين خواص التجميل والعلاج<sup>(١)</sup>.

أما بالنسبة إلى تقسيمات الأدوية، فطبقاً لنصوص التشريعات المهنية التي تناولت تعريف الأدوية، يمكن تقسيم الأدوية إلى أربعة أقسام على النحو الآتي:

#### ١- الأدوية بحسب التقديم

(١) Cass. Crim. Du 4 Juin 2002, n-de pourvoi.

مشار إليه لدى: محمد سامي عبد الصادق، "مسؤولية منح الدواء عن مزار منتجاته المعيبة"، دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، مصر، ٢٠٠٢، ص ٢٣.

٢- الأدوية بحسب الوظيفة

٣- الأدوية بحسب التركيب

٤- مستحضرات صيدلية خاصة ودستورية.

### ١- الأدوية بحسب التقديم:

إن المنتجات التي تحتوي على مادة أو أكثر، إذا قدمت على أنها ذات خواص طبية لشفاء الإنسان، أو الحيوان من الأمراض، أو للوقاية منها، اعتبرت هذه المنتجات أدوية، بالنظر إلى تقديمها، أو عرضها للبيع.

فلا يكفي لوصف منتج ما بأنه دواء أن يحتوي على مادة، أو مركب له خاصية العلاج، أو الوقاية من مرض ما لدى الإنسان أو الحيوان، بل ينبغي أن يكون هذا المنتج قد عرض، أو قدم على أنه يحقق هذه الأهداف العلاجية، أو الوقائية<sup>(١)</sup>.

وفي قرار لمحكمة النقض الفرنسية ورد بأن: "المنتج يعتبر دواء عندما يوصف، أو يسجل عليه بوضوح أن له خصائص العلاج والوقاية"<sup>(٢)</sup>.

وليس المهم بعد ذلك شكل أو طريقة هذا التقديم، فقد يتم ببيانات، أو تعليمات مسجلة على غلاف المنتج، وتقيد تخصيصه لأغراض العلاج، أو الوقاية من الأمراض، وقد ترد هذه البيانات في ورقة منفصلة عن العبوة الدوائية.

### ٢- الأدوية بحسب الوظيفة:

الأدوية بالوظيفة، هي المنتجات التي لا يتوافر فيها أي آثار للوقاية، أو للشفاء من الأمراض، غير أنه بسبب خطورة هذه المنتجات على صحة الإنسان، أو الحيوان أثر المشرع الفرنسي إضافة وصف الدواء عليها، بموجب المرسوم الصادر بتاريخ ١٩٦٧/٧/٢٣ الخاص بتعديل المادة ٥١١ من قانون الصحة العامة الفرنسي، ويعني الدواء بحسب الوظيفة: "كل منتج يمكن أن يساعد

(١) تائر سعد عبد الله العكيدي، "التنظيم القانوني لمهنة الصيدلة"، "مرجع سابق"، ص ٩٩.

(٢) Cass. 4 mar. 1958 : D. 1958, P. 184.

في التشخيص الطبي للإنسان، أو الحيوان، أو إعادة وظائفهما العضوية إلى حالتها، أو تصحيحها، أو تعديلها<sup>(١)</sup>.

وبناءً عليه، يمكن تقسيم الأدوية بحسب الوظيفة إلى قسمين:

القسم الأول: يشمل منتجات التشخيص، وهي المنتجات التي تعطى للإنسان، أو الحيوان ليس بغرض الشفاء، أو الوقاية من الأمراض، وإنما تعطى لاستعمالها في تشخيص الأمراض مثل: المنتجات التي تعطى للمريض لتسهيل التصوير بالأشعة.

القسم الثاني: يشمل المنتجات المؤثرة في الوظائف العضوية: وهذه المنتجات، تعطى للإنسان، أو الحيوان صحيح الجسم بغرض التأثير على الوظائف العضوية ومنعها من أداء وظيفتها الطبيعية، كحبوب منع الحمل، فالحمل الذي يمنعه منتج منع الحمل لا يعتبر مرضاً، حتى يمكن اعتبار هذا المنتج دواءً، ومثلها أيضاً مواد الإجهاض.

كما توجد منتجات أخرى، تهدف إلى تعديل أو تصحيح الوظائف العضوية لأعضاء الجسم كالمنتجات المنشطة للأعضاء.

ولا يتطلب القضاء الفرنسي، بالنسبة إلى هذه المنتجات الأخيرة أن تكون آثار المنتج المستعملة ظاهرة، بل يكفي أن تكون مفترضة فقط<sup>(٢)</sup>.

### ٣- الأدوية بحسب التركيب:

ويدخل في هذا النوع، مواد التجميل والمنتجات الغذائية، وهو ما سنتناوله فيما يلي:

أ- **مواد التجميل:** وهي المواد، أو التركيبات التي تحتوي على مواد طبية علاجية مخصصة، لوضعها على اتصال مع مختلف أجزاء الجسم البشري الخارجي بقصد حمايتها، أو إبقائها في حالة حسنة، أو تغيير مظهرها وهذه المواد لا تعد بذاتها دواءً؛ لأنها ليست خاصة بعلاج،

---

<sup>(١)</sup>مشار إليه عند:

Sandrine Husson, La Responsabilité du fait du Médicament (L'ère Partie) : 2/2/2011.

<sup>(٢)</sup> Cass. Crim, 24 Oct. 1989 : Inf. Pharm. 1990. P. 488; Cass. Crim, 22 Fév. 1990.

أو وقاية مرض معين، ومع ذلك تعد بحكم الدواء، إذا إشتملت في تركيبها على مواد طبية لها أثر علاجي، أو إذا إشتملت على مواد سامة<sup>(١)</sup>.

وبناءً على ذلك، فإن مواد التجميل إذا كان لها أثر علاجي، وكذلك إذا كانت تحتوي على مواد سامة أياً كان مقدار هذه المواد السامة تعتبر من الأدوية.

وتطبيقاً لذلك، قضت محكمة النقض الفرنسية على أنه يدخل في معنى الدواء كل منتج يجمع في آن واحد بين خواص التجميل والعلاج.

ب- **المنتجات الغذائية:** قد يرجع سبب المرض إلى عدم توازن الطعام مع حاجة الجسم، فيصف المعالج للمريض منتجات غذائية، مضافاً إليها بعض المواد الكيميائية، أو البيولوجية كالأغذية المخصصة للأطفال الرضع وتلك المخصصة للمرأة الحامل، وغيرها من المنتجات الغذائية التي لا تستعمل إلا في الأغراض الطبية.

ونلاحظ أن قانون مزاوله مهنة الصيدلي اللبناني قد إقتصر على النص على الحليب المعد خصيصاً للرضع دون الستة أشهر، وبعوات لا تزيد عن نصف كيلو غرام، وكذلك الحليب المحوّل حسب الأنظمة المتعلقة بتصنيف الحليب<sup>(٢)</sup>.

وإن المشرع الفرنسي، أدخل في الفقرة الثانية من المادة (L5111) من قانون الصحة العامة منتجات إنقاص الوزن في معنى الدواء، وإشترط المشرع لإضفاء صفة الأدوية على هذه المنتجات ما يلي:

الشرط الأول: أن تحتوي المنتجات في مكوناتها على مواد كيميائية، أو بيولوجية، ولا تعتبر في حد ذاتها غذاء.

الشرط الثاني: يجب أن توفر هذه المنتجات المحتوية على مواد كيميائية، أو بيولوجية خواص معالجة أمراض السمنة (خواص علاجية).

---

(١) المادتين ٢/٣٦ و ٥٢ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني.

(٢) راجع المادة ٧/٣٦ من قانون مهنة الصيدلة اللبناني.

#### ٤- مستحضرات صيدلانية خاصة ومستحضرات صيدلانية دستورية:

ويمكن أخيراً تقسيم الأدوية إلى: مستحضرات صيدلانية خاصة، ومستحضرات صيدلانية دستورية.

**المستحضرات الصيدلانية الخاصة:** هي المستحضرات، أو التراكيب التي تحتوي أو توصف بأنها تحتوي مادة أو أكثر ذات خواص طبية لشفاء الإنسان، أو الحيوان من الأمراض، أو للوقاية أو تستعمل لأي غرض طبي آخر، ولو لم يعلن عن ذلك صراحة، والتي سبق تحضيرها لبيعها، أو عرضها للبيع، أو لإعطائها للجمهور للاستعمال الخارجي، أو الداخلي، أو بطريق الحقن.

لذا، يقتصر دور الصيدلي في المستحضرات الصيدلانية الخاصة على البيع، أو عرضها للبيع أو لإعطائها للجمهور للاستعمال الخارجي، أو الداخلي أو بطريق الحقن، ويشترط أن لا تكون تلك المستحضرات واردة في إحدى طبقات دساتير الأدوية وملحقاتها الرسمية.

وتعتبر من المستحضرات الصيدلانية الخاصة، وفقاً لقانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني صبغات الشعر ومواد التجميل المحتوية على مادة سامة خطيرة، أو مواد طبية ذات مفعول علاجي<sup>(١)</sup>. وتجدر الإشارة، إلى أنه لا يجوز صنع المستحضرات الخاصة، إلا بعد الحصول على إجازة من وزير الصحة، ويجب تسجيل المستحضرات الخاصة في سجلات وزارة الصحة قبل المباشرة بتصنيعها<sup>(٢)</sup>.

**أما المستحضرات الصيدلانية الدستورية:** هي الأدوية والتراكيب المذكورة في أحد دساتير الأدوية، وتعفى المستحضرات الصيدلانية الدستورية من إجراءات التسجيل، ويقوم الصيدلي بتحضيرها في الصيدلية، بناءً على وصفة طبية تقدم إليه<sup>(٣)</sup>، ولوزير الصحة العامة أن يحدد أصناف المستحضرات الصيدلانية التي يرخص للصيادلة أصحاب الصيدليات بتصنيعها<sup>(٤)</sup>.

(١) المادة ٥٢ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني.

(٢) المادة ٥٤ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني.

(٣) المادة ٤٣ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني.

(٤) المادة ٤١ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني.

ويلزم الصيدلي في المستحضرات الدستورية أن يضع المستحضر في وعاء كزجاجة، أو علبة أو رزمة، وأن تلتصق على الوعاء بطاقة مطبوعة عليها إسم الصيدلية وعنوانها، وطريقة استعمال الدواء وتاريخ فعاليته، وإسم المريض وتاريخ التجهيز<sup>(١)</sup>.

### الفرع الثاني: الوصفة الطبية الموحدة تعريفها وأهميتها

منذ إقرار قانون الوصفة الطبية الموحدة، دخلت مصطلحات جديدة على القطاع الصحي اللبناني بشكل عام، وعلى قطاع الدواء بشكل خاص، فبين دواء بإسم تجاري "براند" ودواء "الجنيريك" وبين "NS" و "S".

ونظراً للتعديل الذي أدخله هذا القانون على تنظيم عمل الصيدلي كان لا بدّ من تعريف "الوصفة الطبية الموحدة" وتعريف جميع المصطلحات التي تم تداولها منذ إقرار قانون الوصفة الطبية الموحدة وذلك في الفقرة الأولى. ونظراً لأهمية هذا المشروع الإصلاحي على القطاع الصحي في لبنان، إذ إن إنطلاق الوصفة الطبية الموحدة كان انتصاراً للدولة وللفقير، لما سيخلفه من تغيير كبير في حياة المريض اللبناني من ناحية، ولما له من تأثير كبير على حلّ أزمة فرع ضمان المرض والأمومة، لذلك سنتناول أهمية قانون الوصفة الطبية الموحدة في الفقرة الثانية.

### الفقرة الأولى: تعريف الوصفة الطبية الموحدة

كان النظام المعمول به قبل إقرار قانون الوصفة الطبية الموحدة في لبنان، هو عبارة عن نموذج خاص بالوصفة الطبية لدى كل جهة ضامنة (الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، شركات التأمين، صندوق تعاضد أساتذة الجامعة اللبنانية...).

كما كان للأطباء وصفات طبية أو كما يقال بالعامية (روشتة) وكان على الطبيب أن يضع طابعاً نقابياً بقيمة ٢٥٠ ل.ل على الوصفة، يعود ريعه لصندوق الإعانة والتأمين في النقابة، والذي يقدّم مساعدات مالية خاصة لعائلات الأطباء المتوفين.

---

(١) المادة ٢/٤١ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة اللبناني.

إلى أن صدر قانون رقم ٣٦٧ تاريخ ١/٨/١٩٩٤ (قانون مزاوله مهنة الصيدلة) والمعدّل بالقانون رقم ٩١ تاريخ ٦/٣/٢٠١٠ لا سيما المادتين ٤٦ و ٤٧ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة، على نحو يسمح للصيديلي بأن يستبدل الدواء بدواء آخر شرط موافقة الطبيب.

هذه الوصفة الموحدة ليست وليدة اللحظة، فقد بدأ العمل عليها منذ أيام وزير الصحة الراحل إميل بيطار في عهد حكومة الرئيس الراحل صائب سلام، الذي حاول تخفيض أسعار الدواء طالباً من شركات الأدوية تزويده بأسعار المصدر، فكانت النتيجة أن أُجبر على الإستقالة<sup>(١)</sup>. واستمر الإحتكار حتى العام ٢٠١٠ حين اقترح قانون "الوصفة الطبية الموحدة".

إن قانون الوصفة الطبية الموحدة الذي قام بتعديل مادتين من قانون مزاوله مهنة الصيدلة لتشجيع استعمال أدوية "الجنيريك" عبر السماح للصيادلة بإستبدال دواء بأخر أقلّ كلفة ولكن بعد موافقة الطبيب.

حيث أصبحت المادة ٤٦ الجديدة بعد تعديلها تنص على الآتي: "تكون الوصفة الطبية وفق النموذج المعتمد من قبل وزارة الصحة العامة ومطبوعة على ثلاث نسخ ليحفظ كل من الطبيب والصيديلي والمريض نسخة منها".

لا يجوز للصيديلي من تلقاء نفسه أو بإتفاق مع حامل الوصفة أن يغيّر من كميات المواد المذكورة فيها، أو أن يستعيض عن مادة بمادة أخرى. ولا يجوز للطبيب أن يعيّن معملاً خاصاً إذا كان المستحضر أو المادة مدرجة في أحد أنظمة الأدوية تحت اسمها العلمي، ولا يجوز للصيديلي أن يجهّز وصفة طبية مكتوبة بعبارات مصطلح عليها مع كاتبها. إذا رأى الصيدلي خطأ في كتابة الوصفة الطبية، فلا يجوز له أن يغيّر من تلقاء نفسه أو بموافقة حاملها نصها أو أن يعدّل المقادير المذكورة فيها، بل عليه أن يلفت نظر الطبيب إلى الأمور التي اعترت انتباهه فيها وأن يطلب تأييداً خطياً لمضمونها".

وكما يلاحظ من قراءة هذه المادة هناك مجموعة من الضوابط في مسألة حق الصيدلي في وصف الجنيريك.

---

(١) أسرار شبارو، "ما هي الوصفة الطبية الموحدة ولماذا بعض الصيادلة مصدوم؟"، النهار، العدد ٥١٧٥١٧، تاريخ ١٢/٨/٢٠١٥.

أما بالنسبة للمادة ٤٧ من قانون تنظيم مهنة الصيدلة فقد أصبحت على الشكل التالي:  
"أ- يحق للصيدلي، وخلافاً لأي نص آخر، أن يصرف إلى حامل الوصفة الطبية، دواء تحت إسم جنسي Générique or brand Generic غير المذكور فيها، وذلك ضمن الشروط الآتية:

١- أن يكون الدواء البديل مشمولاً في لائحة الأدوية البديلة المعتمدة من قبل وزارة الصحة العامة وفق معايير منظمة الصحة العالمية، على أن:

أ- يكون الدواء الذي يصرف مركباً من ذات المواد الفاعلة الداخلة في تركيب الدواء المذكور في الوصفة الطبية وبذات المقادير، وله ذات التكافؤ الحيوي والشكل الصيدلاني.

ب- يكون سعر المبيع من العموم في لبنان للدواء الذي يصرفه أقل من سعر المبيع من العموم في لبنان للدواء المذكور في الوصفة الطبية.

٢- أن يكون المريض موافقاً على الاستبدال.

٣- أن تظهر موافقة الطبيب إلزامياً على الوصفة من خلال موافقته على الإستبدال أو عدمه وفق النموذج المعتمد من قبل وزارة الصحة العامة، في حال عدم وجود أية ملاحظة على الوصفة الطبية، لا يحق للصيدلي استبدال الدواء.

٤- يسجل الصيدلي بعد تأكده على مسؤوليته من توافر الشروط أعلاه، إسم الدواء الذي صرفه على الإيصال الذي يسلمه إلى حامل الوصفة، مع ذكر عبارة "استبدل عملاً بالمادة ٤٧ جديدة من قانون مزاوله مهنة الصيدلة"، ويتوجب على المؤسسات الضامنة الرسمية والخاصة قبول الدواء المستبدل وصرف الثمن وفقاً للنسبة والمبادئ المعتمدة لدى كل منها، دون فرض وصفة طبية تعين الدواء المستبدل".

ويجب الإشارة إلى أن الدواء المستبدل يجب اختياره من لائحة المقارنة الموضوعة في تصرف الصيدلي أما من قبل وزارة الصحة، أو من قبل الضمان الاجتماعي.

ويمكن بالتالي تعريف الوصفة الطبية الموحدة بأنها عبارة عن وصفة مطبوعة على ثلاث

نسخ واحدة للطبيب وثانية للصيدلي وثالثة للمريض مكتوبة عليها فقرة أنه يحق للصيدلي استبدال

الدواء بدواء "جنيريك"، إلا إذا كتب الطبيب إلى جانب اسم الدواء "لا يستبدل" حيث يكون مقابل كل دواء (مربع صغير) يكتب فيه NS (NonSubstitutable) أو S (Substitutable).

الـ NS تعني أنه لا يحق للصيدلي استبدال الدواء بآخر مماثل. وS تعني أنه يحق للصيدلي استبدال الدواء بآخر مماثل.

وكل وصفة تحمل رقماً تسلسلياً وشعار نقابة الأطباء، فالرقم التسلسلي لمنع التزوير. وبالتالي في الوصفة الطبية الموحدة يقرّر الطبيب أن يضع أمام اسم الدواء حرف S أي يستبدل بجنيريك أو NS أي لا يستبدل. ويكون السماح باستبدال الدواء بموافقة المريض. حينها ينظر الصيدلي إلى لائحتين تتضمنان مقارنة بين الأدوية التجارية والجنيريك وهما لائحة الضمان الاجتماعي ولائحة وزارة الصحة، والصيدلي مجبر أن يتقيد بهما كي يصف الدواء الأرخص من الدواء الذي لديه اسم تجاري. ولا بد من تعريف كلمة "براند" التي تعني النسخة الأصلية للدواء، والتركيبية الأولى التي تقوم بها إحدى شركات صناعة الأدوية، بعد الدراسات، وهي تتكفّل أموالاً كثيرة لتحديد فعاليته ومضاعفاته.

لذلك تكون هذه الشركة بحاجة إلى سنوات لاسترداد ما دفعته من مصاريف وتكاليف البحث العلمي والتجارب وتحديد الدواء وإنتاجه وإنزاله إلى الأسواق، بمعنى آخر هي صاحبة براءة الاختراع، ولا يحق لأية شركة أخرى تصنيع الدواء قبل مضي فترة حصرية بالشركة الأم، وبعدها تقوم شركات أخرى بتصنيع الدواء وهذا يسمى "جنيريك" أو "جينيسي"، ويكون بذات التركيبة والمواصفات والفعالية والأمان للمريض، لكنه لا يحمل نفس الاسم، وهذا الدواء يكون أرخص بكثير من الدواء "براند"، حتى الشركة الأولى تقوم بعدها بتخفيض سعر دوائها.

إن الوصفة الطبية الموحدة تشجع استهلاك أدوية "الجنيريك"، إذ يمكن للصيدلي أن يستبدل الدواء المسجل "Brand" الموصوف من قبل الطبيب بدواء جنيريك بموافقة الطبيب والمريض.

وكما قلنا، تمتلك الشركة الأم براءة تسجيل الدواء وحق التصنيع الحصري لفترة زمنية لا تقل عن ١٥ عاماً، يمنع خلالها على أي شركة أخرى تصنيع الدواء. بعد انتهاء تلك الفترة، تبدأ الشركات الأخرى أو الشركة ذاتها بتصنيع الدواء الجينيسي أو الجنيريك أي الدواء المثل للدواء الأساسي الذي يحتوي على المادة الفعالة عينها.

وتتوافر ثلاثة أنواع من أدوية الجنيريك: النسخة المطابقة التي تحتوي على المادة الفعّالة ذاتها، والمواد المضافة، والشكل الصيدلاني (كسبولة، أقراص)، وتتخذ بالطريقة نفسها للدواء الأساسي. أما النوع الثاني الذي يحتوي على المادة الفعّالة ذاتها للدواء الأساسي، مع اختلاف في المواد المضافة المسهّلة للتصنيع، فيما النوع الثالث يظهر فرقاً بسيطاً في التركيبة الكيميائية للمادة الفعّالة، واختلاف المواد المضافة<sup>(١)</sup>.

يخضع دواء الجنيريك إلى دراسة مقارنة مع الدواء الأساسي على الإنسان السليم في شأن التطابق الصيدلاني (المواصفات الكيميائية، سرعة الذوبان)، التطابق البيولوجي (نسبة الدواء التي تصل إلى الدم، وسرعة الوصول، والتطابق العلاجي).

وتستند دراسة التكافؤ الحيوي (Bioequivalence) على ثلاثة مؤشرات: المعدل الأقصى لتركيز الدواء في الدم، نسبة الدواء الفعلية غير المتحولة في الدم، الوقت الذي يستغرقه الدواء لبلوغ معدل التركيز الأعلى في الدم. تساهم جميع تلك الدراسات بالتأكد من أن دواء الجنيريك مثيل للدواء الأساسي على أن يكون هامش الثقة للمعايير الوسطية يتراوح بين ٨٠ إلى ٩٥ في المئة أي أن الفرق لا يتجاوز الخمسة في المئة.

ولا بدّ من الإشارة إلى أن الدواء الجنيريك يسمى أيضاً بالدواء المكافئ لأنه يكافئ منتجاً دوائياً ذا علامة تجارية من حيث الشكل الدوائي وشدته ونوعيته وخصائص الأداء له واستخدامه، وغالباً ما يتم تسويقه باسمه الكيميائي أو بتركيبته الكيميائية بدلاً من الاسم التجاري المعلن والذي يباع الدواء على أساسه، على الرغم من أن هذه الأدوية قد لا ترتبط بشركة معينة، لكنها تخضع "أدوية الجنيريك" لتنظيمات تفرضها سلطات الدول التي تصرف فيها هذه الأدوية.

أما من الناحية المالية فعادةً ما تباع الأدوية المكافئة بأسعار أقل بكثير من نظيراته ذات العلامات التجارية (الأسماء التجارية). ومن أحد الأسباب لانخفاض السعر نسبياً للعلامات التجارية (الأسماء التجارية) بعد ذلك هو ازدياد المنافسة بين المنتجين عندما ترفع حقوق الملكية عن الدواء الأصلي. بعدها تضمن الشركات المصنّعة كلفة أقل للدواء المكافئ عن الدواء الأصلي (وهي فقط كلفة

(١) ملاك مكي، "رحلة دواء الجنيريك": الخصائص والجودة والوقت اللبنانية"، السفير، تاريخ ٢٠١٥/٣/٥.

التصنيع، من دون تحمل عبء كلفة التطوير والاختبار التي تتحملها الشركة الأولى المنتجة للدواء (الأصلي) وبالتالي فهي قادرة على الحفاظ على الربح بسعر أقل.

### الفقرة الثانية: أهمية الوصفة الطبية الموحدة

يعتبر إقرار قانون الوصفة الطبية الموحدة "إنجازاً وطنياً" كما اعتبره الكثير، لأنه يسعى إلى تخفيف الأعباء عن المواطن إن كان لكلفة الدواء أو الفاتورة الوطنية من جراء هذه الكلفة بل اعتبره آخرين أنه حدث وطني كبير في وسط حالة من إشغال البال واليأس وإنه انتصار للدولة وللفقير حيث لا يمكن أن تقوم دولة إذا قهر فيها المواطن، خاصة وأن معظم سياسات الإصلاح في قطاع الدواء أفلتت سابقاً وأسقطت عمداً.

واعتبر آخرين أن إقرار الوصفة الطبية الموحدة إنجاز لأنها تدخل لبنان في عالم دواء الجنيريك.

إن الوصفة الطبية الموحدة تضع حداً لبعض الاستفادات غير المشروعة التي تحصل بين بعض العاملين في القطاع الصحي وبعض الشركات التي تمارس احتكارات وإغراءات كبرى كي يتم الالتزام ببعض الأدوية من دون أن يكون للأمر مراعاة لحاجة المواطن أو الوضع الطبي الفعلي. ويؤكد نقيب الأطباء بستاني "أن الهدف من الوصفة الطبية الموحدة هو ضبط الفوضى العشوائية في الوصف، منع التزوير وإمكانية استبدال الدواء الأساسي بآخر جنيريك من المفروض أن تكون له ذات الفعالية وبسعر أدنى، ما يسمح بتخفيض فاتورة الدواء الباهظة التي تصل إلى حوالي ١,٣ مليار دولار سنوياً، والحد من بيع الأدوية بدون وصفة طبية في الصيدليات"<sup>(١)</sup>.

لا بدّ من الإشارة هنا إلى أن الوصفة الطبية الموحدة لا تشجع الجنيريك فحسب، وتوفر على المواطن وعلى الخزينة أيضاً، لكنها في الوقت نفسه تنظّم قطاع بيع الدواء، وتجعل الأمور أوضح، من خلال نظام النسخ الثلاث من الوصفة. هذا النظام يسهّل تتبع مسيرة الدواء، ويحدد المسؤوليات في حال ارتكاب خطأ.

(١) عدنان حمدان، جريدة السفير، تاريخ ٢٠١٥/١/٣٠.

أما بالنسبة للشركات المسيطرة على استيراد الدواء فهي لا تتناسبها الوصفة الطبية الموحدة على الرغم من القيود التي يفرضها هذا القانون على آلية استبدال أسماء الأدوية التجارية. لأن هذا القانون يعكّر صفو احتكارها ويجبرها على إعادة هيكليتها بعلاقاتها بالصيدليات والأطباء والإداريين العاملين وحصص بعضهم من ريع "احتكار السوق"<sup>(١)</sup>.

وهناك شريحة من الأطباء تخاف من تقلص مداخيلها من جراء تورطها في شبكات تصريف "الماركات"، التي تستوردها الشركات المحتكرة وتصل إلى المرضى بضعف سعرها في بلدان المنشأ. وللوصفة الطبية الموحدة أهمية بالغة بالنسبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، فهو يمثل أكبر زبون لشركات الأدوية والأطباء والصيدليات والمؤسسات الصحية المختلفة، إذ يشمل بتغطيته أكثر من ثلث الشعب اللبناني، وتجري بواسطته عمليات تمويل استهلاك كميات ضخمة من ماركات الأدوية القابلة للاستبدال بأخرى أرخص. وبالتالي فهو المستفيد الأكبر من تطبيق "الوصفة الطبية الموحدة" من أجل ضبط استهلاك الأدوية وفاتورتها الثقيلة وبالتالي تخفيف العجز المالي في صندوق ضمان المرض والأمومة الذي يعاني كما بينا سابقاً من عجز مالي كبير ومن مشاكل عدة قد تؤدي إلى انهياره مما يؤدي إلى حرمان أكثر من ثلث الشعب اللبناني من الضمان الصحي.

فمن خلال سعي وزير الصحة وائل أبو فاعور لإقرار قانون الوصفة الطبية الموحدة، أكد أن تطبيق هذه الأخيرة سيؤدي إلى خفض فاتورة الدواء بنسبة ٥٠% مما ينعكس إيجاباً لجهة تخفيف الأعباء الملقاة على عاتق الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وعلى عاتق المواطن أيضاً، بما أن هذه الوصفة تمنح الصيدلي، وفقاً لما تنص عليه المادة ٤٧ من قانون تنظيم مهنة الصيدلة، صلاحية استبدال الدواء الأساسي "Original" الذي يصفه الطبيب، بأخر "Générique" من المفترض أن تكون له ذات الفعالية ولكنه بسعر أدنى، وذلك في حال ذكر الطبيب في الوصفة إمكانية القيام بعملية الاستبدال. إضافة إلى ذلك، فإنه من المفترض أن تساهم في الحد من الاحتكارات التي تمارسها شركات الأدوية مع بعض الأطباء على حساب المريض<sup>(٢)</sup>.

---

(١) حسين مهدي، "الوصفة الطبية الموحدة": صندوق الضمان في خدمة احتكارات الدواء، الأخبار، العدد ٢٥١٤، تاريخ ٩ شباط ٢٠١٥.

(٢) سميرة علي، "الوصفة الطبية الموحدة: العبرة في التطبيق"، أرشيف موقع قناة النهار، تاريخ ٢٠١٥/٣/٩.

هنا لا بد من القول أن بدء العمل بالوصفة الطبية الموحدة يمثل نقطة تحوّل في القطاع الصحي في لبنان بشكل عام وفي ملف الدواء بشكل خاص وذلك نظراً للفوائد التالية:

**أولاً:** تساهم الوصفة الطبية الموحدة في خفض فاتورة الدواء ما بين ٣٠-٥٠% على خزينة الدولة وعلى جيب المواطن. لأنه من المعروف أن المواطن يدفع في الإجمالي حوالي ٦٠-٧٠% من فاتورة الدواء من جيبه، بما يعني أن المواطن سيكون المستفيد الأول من الوصفة الطبية الموحدة، والدولة المستفيد الثاني.

**ثانياً:** تؤمن الوصفة الطبية الموحدة تمويلاً إضافياً لصندوق تقاعد الطبيب. ووفق الدراسات المنجزة، سوف يرتفع حجم الراتب التقاعدي للطبيب من مليون ليرة إلى مليون ونصف المليون، بما يعني أن الطبيب سيكون المستفيد الثالث. خاصةً وأن الطبيب اللبناني وصندوق التقاعد في نقابة الأطباء بأمرس الحاجة إلى زيادة موارده. حيث بيّنت دراسة أجرتها نقابة الأطباء عن وضع الطبيب اللبناني ومدخوله وموارد النقابة، أن ٥٠% من الأطباء يقل مدخولهم الشهري عن ١٥٠٠ دولار، فيما لا يتعدى مدخول ٢٣,٤% فيهم الـ ١٠ آلاف دولار سنوياً، ويتقاضى ٥% أكثر من ١٠٠ ألف دولار سنوياً. كما أوضحت الدراسة أن ثمة ٨٥٠ متقاعداً يتقاضون ٦٠٠ ألف ليرة شهرياً<sup>(١)</sup>.

وقد أكد نقيب الأطباء السابق في بيروت شرف أبو شرف، أنه وأمام هذا الواقع المأسوي للأطباء، وبما أن صندوق التقاعد الحالي معرض للإفلاس خلال ٧ سنوات نظراً إلى تقلص موارده الحالية، كان لا بد من التفتيش عن موارد جديدة، على نحو يرفع المعاش التقاعدي إلى مليون ونصف المليون ليرة، خصوصاً أنه لم يطرأ أي تعديل على أحكام إنشاء صندوق التقاعد منذ ١٨ عاماً، رغم تصاعد غلاء المعيشة من جهة وجمود المعاش التقاعدي للأطباء من جهة ثانية.

**ثالثاً:** تساهم الوصفة في تنظيم عملية بيع الدواء، خصوصاً في ما يتعلق بالأدوية المخصصة للأعصاب والتي يستعملها البعض كبديل عن المخدرات. فالوصفة الطبية الموحدة مرّقة بطريقة لا تتعرض للتزوير، وبخاصة في ما يتعلق بأدوية المخدرات. بالإضافة إلى أن عملية

---

(١) سلوى بعلبكي، "صندوق تقاعد الأطباء يرفع المعاش التقاعدي إلى ١,٥ مليون ليرة"، النهار، تاريخ ٢٧/٧/٢٠١١.

وصف الدواء كانت تتم بشكل عشوائي في السابق، في ظل غياب مرجعية موحدة للوصفات. حيث أن كل جهة من الجهات الضامنة، في قطاعات عدة، كانت تطلب نموذجاً معيناً يختلف عن الآخر، وهذا كان يربك الأطباء أحياناً.

**رابعاً:** لقد كانت الوصفة الطبية الموحدة الحافز لكل من وزارة الصحة والضمان الاجتماعي لإنجاز لائحتي المقارنة بين الأدوية ذات الاسم التجاري والأدوية الجنيريك أو النظامية. والصيدلي ملزم بالتقيد بهاتين اللائحتين عند عملية الاستبدال.

**خامساً:** الوصفة الطبية الموحدة هي أيضاً الحافز لكل من نقابة الصيادلة ونقابة الأطباء لوضع لائحة الأدوية التي يمكن صرفها من دون وصفة طبية. وبهذا يكون قد وضع حداً لتجاوزات يأخذ فيها الصيدلي دور الطبيب. فنلاحظ كثيراً أن المرضى يتوجهون إلى الصيدلي في كثير من الأحيان بدلاً من الطبيب وهذا أمر له أثاره السلبية. إن دور الصيدلي مكمل لدور وعمل الطبيب فهو شريك الطبيب في رحلة العلاج ضد المرض.

إلا أن دور الصيدلي يجب أن يقتصر على إعداد الدواء أو صرفه وإعطاء المريض التعليمات الصحيحة للاستعمال الأمثل للدواء ويجب أن لا يتعدى إلى عملية تشخيص المرض وتحديد العلاج المناسب له. لما قد يؤثر ذلك سلباً على المريض. وقد بحثنا ذلك بالتفصيل سابقاً.

**سادساً:** الوصفة الطبية الموحدة تنظّم العلاقة بين الطبيب والصيدلي والمريض من خلال الثلاث نسخ التي تؤمنها، لكل جهة نسخة، تمنع من خلالها أي عملية غش، وتسمح في الوقت ذاته بمتابعة المسؤولية عن أي خطأ، ممكن أن يقع. حيث أن العلاقة الوثيقة التي تربط الطبيب وزميله الصيدلي هي الوصفة الطبية. ومن المعروف أن من مسؤوليات الطبيب اختيار طريقة العلاج وتأتي هذه المرحلة بعد قيام الطبيب بتشخيص المرض، ثم وصف العلاج وتحديد الطريقة الملائمة له، حيث يقع على الطبيب مسؤولية أن يكون هذا الوصف للعلاج ضمن الأصول العلمية الثابتة وأن يبذل الجهود اليقظة في طريقة اختيار العلاج من خلال اختيار الدواء والعلاج الملائمين لحالة المريض بهدف التوصل إلى شفاؤه وتخفيف آلامه. وما أن الوصفة الطبية هي الوثيقة المحررة من قبل الطبيب المعالج لذلك يتحمل هو مسؤوليتها لناحية تحديد العلاج ويتحمل بالمقابل الصيدلي "في حال سمح الطبيب باستبدال

الدواء " مسؤولية صرفه للدواء الجنيريك حيث يجب أن يكون مطابقاً تماماً للدواء الأصلي.  
وتحديد هذه المسؤولية تضمنها النسخ الثلاث للوصفة الطبية الموحدة.  
هذه هي أهم إجابيات الوصفة الطبية الموحدة إن على صعيد الدولة أو على صعيد  
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي "فرع ضمان المرض والأمومة" الذي كان بأمس الحاجة لإقرار  
قانون الوصفة الطبية الموحدة وذلك لتقليص العجز المالي الذي يعاني منه الذي بات يهدد وجوده  
واستمرارية تقديم خدماته الصحية للمضمونين.  
كما للوصفة الطبية الموحدة إجابيات كثيرة بينها سابقاً على صعيد المواطن غير المضمون  
الذي يدفع كلفة الأدوية من جيبه الخاص.

## الفصل الثاني

### الوصفة الطبية الموحدة من حيث التطبيق

#### "دراسة مقارنة مع الولايات المتحدة الأمريكية"

بدأ العمل بالوصفة الطبية الموحدة عام ٢٠١٥، ولكن قبل بلوغ هذه المرحلة، خضع مسار إقرار هذه الوصفة للعديد من التجاذبات بين أطراف عديدة أهمها نقابة الأطباء، نقابة الصيادلة، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

ولفهم نظامنا الصحي في لبنان لجهة نظام الضمان الصحي القائم ولتحديد مكان الضعف فيه، لذلك كان لا بدّ من تناول الوصفة الطبية الموحدة في لبنان، من حيث التطبيق في الفرع الأول، أما في الفرع الثاني فسوف نتناول النظام الصحي القائم في الولايات المتحدة الأمريكية.

#### الفرع الأول: الوصفة الطبية الموحدة من حيث التطبيق في لبنان

إن اعتماد " الوصفة الطبية الموحدة" من قبل نقابتي الأطباء والصيادلة والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي سلكت طريقها إلى التنفيذ، ولكن لم تخل مسيرتها من العراقيل إذ حاول رافضو الوصفة الطبية الموحدة التشويش على إيجابياتها والمنافع التي تلحقها بالمواطن اللبناني، وكان لكل طرف أسئلته وهواجسه ورؤيته الخاصة لسلبات وإيجابيات تطبيق هذه الوصفة. لذلك سوف نتناول في الفقرة الأولى مسار إقرار الوصفة الطبية الموحدة مسطين الضوء على أهم العراقيل التي واجهت إقرارها. أما في الفقرة الثانية سوف نتناول أهم الضوابط الضرورية توافرها والإلتزام بها لضمان سلامة تطبيق الوصفة الطبية الموحدة.

#### الفقرة الأولى: مسار إقرار الوصفة الطبية الموحدة في لبنان "دوافع مشبوهة للعرقلة"

بعد مخاض عسير استمر أكثر من خمسة أعوام، أقرّت الوصفة الطبية الموحدة عبر تعديل المادتين ٤٦ و ٤٧ عام ٢٠١٠ من قانون مزاولة مهنة الصيدلة، على نحو يسمح للصيدلي بأن يستبدل الدواء بدواء آخر شرط موافقة الطبيب. فقد مرّت هذه الوصفة بمسيرة طويلة من القبول والإعتراض.

لم يجرؤ أحد على إعلان معارضة العلنية لتطبيق المادتين ٤٦ و ٤٧ من قانون مزاولة مهنة الصيدلة في لبنان، جميع الفاعلين وأصحاب المصالح المباشرة وغير المباشرة في سوق الدواء في لبنان، أعلنوا العكس من ذلك. أعلنوا تأييدهم الأهداف المتوخاة من اعتماد أنموذج موحد للوصفة الطبية، هؤلاء لم يعارضوا الأهداف ولكنهم عمدوا إلى استخدام مواقع النفوذ للعرقلة، وتوسلوا الحجج الشكلية لتأخير تنفيذ القانون.

وكذلك ثمة معوقات وضعت في وجه تطبيق هذه الوصفة بعضها من داخل نقابة الأطباء وبعضها الآخر من خارجها والمستغرب أن من كان يعرقلها في السابق أصبحوا أول المصفقين لها. إن الشركات المسيطرة على استيراد الدواء لا يناسبها هذا الإجراء، ولا آلية استبدال أسماء الأدوية التجارية، كونه يعكّر صفو احتكارها. كما أن ثمة أطباء تورطوا في تصريف بعض الأدوية التي تستوردها الشركات المحتكرة.

ووفق ما يؤكد شرف أبو شرف نقيب الأطباء السابق، فإن نقابة الأطباء في عهده كانت أول المبادرين إلى تنفيذ الوصفة بالتعاون مع الضمان ونقابة الصيادلة ووزارة الصحة والتعاونية عام ٢٠١١، ولكن لم تتفد بسبب معارضة بعض أعضاء النقابة الذين باتوا يؤيدونها اليوم<sup>(١)</sup>.

في البداية كانت حجة نقابة الأطباء في بيروت أنها لا تستطيع أن تلتزم النموذج الموحد للوصفة الطبية إلا بعد تعديل نص المادة ٤٢ من النظام الطبي في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، هذه المادة جاء نصها الحرفي: "لا يدفع الصندوق إلا ثمن الدواء والمواد الصيدلانية التي يصفها طبيب متعاقد مع الصندوق".

لكن إن هذا النص يحتمل التأويل، ولكنه أصبح بحكم الملغى بموجب القانون الصادر في عام ٢٠١٠. هذا القانون نص على أنه: "خلافاً لأي نص آخر، يحق للصيدلي أن يصرف إلى حامل الوصفة الطبية، دواء تحت اسم Générique or brand Generic غير مذكور فيها، وذلك ضمن شروط (...)".

وتماشياً مع قرار وزير الصحة، رفع مدير عام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، كتاباً إلى اللجنة الفنية يطلب فيه إبداء الرأي بمشروع تعديل المادة ٤٢ من النظام الطبي تنفيذاً للنظام رقم

---

(١) سلوى بعلبكي، "الوصفة الطبية بدأت مع عزابها النقيب السابق أبو شرف"، النهار، تاريخ ٤ آذار ٢٠١٥.

١٩٩٤/٣٦٧ المعدل بالقانون رقم ٢٠١٠/٩١ (قانون مزاوله مهنة الصيدلة في لبنان)، والذي بدوره ألغى المادتين ٤٦ و ٤٧ من القانون ٣٦٧ واستعاض عنها بنصوص جديدة<sup>(١)</sup>.

وفي آذار ٢٠١٤ وجه وزير الصحة كتاباً إلى الهيئات الضامنة الرسمية والخاصة يرغب في الإعراف بهذه الوصفة واعتمادها كمستند قانوني رسمي.

وبعد الدرس تبين للجنة الفنية:

أولاً- وجود تناقض بين مضمون المادة ٤٧ الجديدة ومضمون الوصفة الطبية الموحدة المطلوب اعتمادها كمستند قانوني رسمي من قبل وزارة الصحة العامة.

فقد نصت المادة ٤٧ من الفقرة (أ) البند ٣ على ما يلي:

أ- **يحق للصيدلي**، خلافاً لأي نص آخر، أن يصرف إلى حامل الوصفة الطبية دواء تحت إسم "جنيسي" غير المذكور فيها وذلك ضمن الشروط الآتية: "أن تظهر موافقته على الإستبدال أو عدمه، وفق النموذج المعتمد من قبل وزارة الصحة العامة. في حال عدم وجود أية ملاحظة على الوصفة الطبية لا يحق للصيدلي استبدال الدواء، بينما ورد في الوصفة الطبية الموحدة وفق النموذج المعتمد من قبل وزارة الصحة الآتي: "يسمح للصيدلي باستبدال الدواء ما عدا المؤشر عليه بحرفي NS في المربع عملاً بالمادة ٤٧ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة". يستدل مما تقدم ما يأتي:

١- لا يحق للصيدلي إستبدال الدواء في حال عدم وجود أية ملاحظة على الوصفة الطبية وذلك

عملاً بأحكام البند ٣ من الفقرة (أ) من المادة ٤٧ الجديدة من قانون مزاوله مهنة الصيدلة.

٢- تسمح الوصفة الطبية الموحدة للصيدلي باستبدال الدواء في حال عدم وجود ملاحظة، ما عدا

المؤشر عليه بحرفي NS في المربع. وذلك خلافاً للنص الوارد في البند ٣ من الفقرة (أ) من

المادة ٤٧ الجديدة.

انتهت اللجنة الفنية في دراستها إلى أنه: "بما أن التعديل النظامي المقترح للمادة ٤٢ من

النظام الطبي، يستند إلى أحكام المادة ٤٧، حتى يتمكن الصندوق من اعتماد الوصفة الطبية

---

(١) عدنان حمدان، "لماذا لا يطبق "الضمان" الوصفة الطبية الموحدة؟"، السفير، العدد ١٢٩٨٥، تاريخ

٢٠١٥/١/٣٠.

الموحدة، وبما أن مضمون البند ٣ من الفقرة (أ) من المادة ٤٧ الجديدة الذي لا يعطي الحق للصيدلي باستبدال الدواء في حال عدم وجود أية ملاحظة على الوصفة الطبية، يتناقض مع مضمون الوصفة الطبية الموحدة التي تسمح للصيدلي باستبدال الدواء في حال عدم وجود ملاحظة ما عدا المؤشر عليه بحرفي NS، لذلك فإن اقتراح الإدارة بالخصوص المذكور لا يقع في محله القانوني.

ثانياً: عدم تضمين الوصفة الطبية الموحدة الملاحظات الواردة في رأي اللجنة الفنية في تموز ٢٠١٣ لجهة:

- ١- إضافة عبارة "يعمل بهذه الوصفة لمدة شهر من تاريخه" بناء على المادة ٨ من النظام الطبي.
  - ٢- استبدال عبارة "إتفاق مسبق" بعبارة "موافقة مسبقة".
  - ٣- إضافة رقم تعاقد الطبيب مع الصندوق.
  - ٤- إضافة فقرة يعفى المضمون من رسم الطابع (المادة ٦٧ من قانون الضمان).
- في النهاية رأت اللجنة الفنية، لكل ما تقدم، "عدم الموافقة على اقتراح التعديل للمادة ٤٢ من النظام الطبي، قبل إعادة النظر بمضمون البند ٣ من الفقرة (أ) من المادة ٤٧ الجديدة من قانون مزاوله مهنة الصيدلة، ومضمون الوصفة الطبية الموحدة لإزالة التناقض بينهما".
- وقد صممت إدارة الضمان فترة على حجة نقابة الأطباء في بيروت، وتبين لاحقاً أن نقابة الأطباء في طرابلس باشرت من جهتها تطبيق "الوصفة الطبية"، إلا أن إدارة الضمان عمدت إلى عرقلة معاملات صرف فواتير الأدوية وفقاً لهذه "الوصفة".
- هذه الجهة كما بينا سابقاً دفعت باللجنة الفنية في الضمان إلى التلطي وراء أحكام قانون عام ٢٠١٠ نفسه، لتقول أن "النموذج المعتمد من وزارة الصحة" لا يلتزم حرفياً القانون المذكور، إذ يمنع النموذج المعتمد الصيدلي من إستبدال الدواء إلا إذا وضع الطبيب تحذيراً في خانة مخصصة للأدوية التي لا يقبل الطبيب استبدالها، فيما قانون عام ٢٠١٠ نص على: "أن تظهر موافقة الطبيب إلزامياً على الوصفة من خلال موافقته على الإستبدال أو عدمه وفق النموذج الذي تعتمده وزارة الصحة العامة"<sup>(١)</sup>.

---

(١) حسين مهدي، "الوصفة الطبية الموحدة: صندوق الضمان في خدمة احتكارات الدواء"، الأخبار، العدد ٢٥١٤، تاريخ ٩ شباط ٢٠١٥.

وجاء في هذا القانون أنه "في حال عدم وجود أية ملاحظة على الوصفة الطبية، لا يحق للصيدلي استبدال الدواء". وجدت اللجنة الفنية ضالتها في هذا النص، وتحت شعار الإلتزام الحرفي بنص القانون الذي يفرض موافقة الطبيب الإلزامية على الإستبدال أو عدمه، رفضت الموافقة على "أنموذج وزارة الصحة" لأنه لا يشترط سوى إظهار موافقة الطبيب على إستبدال الدواء. بهذا المعنى بدت وزارة الصحة أكثر حرصاً على تطبيق أهداف "الوصفة الطبية الموحدة" من صندوق الضمان نفسه.

أما بالنسبة لـ "تكتل المصالح" فكان استشراس "تكتل أصحاب المصالح" في قتالها ضد الوصفة الطبية الموحدة واضح جداً، بل رغم من أن هذا الإجراء لا يوازي بأهميته ما حاول القيام به وزير الصحة الراحل إميل بيطار. فقد طرح بيطار مشروعاً يسمح للضمان بالإستيراد المباشر لعدد من الأدوية الأساسية وصرفها إلى المضمونين من دون اي وسيط. يومها تكتلت ضده مصالح "الفاعلين" أنفسهم، ودفع إلى الاستقالة في أواخر عام ١٩٧٢، من حكومة الرئيس الراحل صائب سلام في بداية عهد رئيس الجمهورية الراحل سليمان فرنجية<sup>(١)</sup>.

برر بيطار طرحه المشروع هذا بالحاجة إلى تحديد سعر الكلفة الحقيقي، وبالتالي خفض الكلفة التي يتحملها الصندوق بسبب ضخامة أرباح المستوردين واحتكار قلة منهم للدواء. فقدت أدوية أساسية من الصيدليات كرد فعل سريع، وهددت نقابتا المستوردين والصيدلة بدعم جمعية التجار بتنفيذ الإضراب.

فقد لجأت "تكتل أصحاب المصالح" إلى الحجّة التي تصلح في كل أمر، وهي عجز الدولة عن الرقابة والضبط، ولذلك رفضوا تعريض حياة "المستهلكين" لمخاطر يجدر تقاديتها. فبرايهم، سيكون سوق الدواء مفتوح أمام الأدوية المزوّرة والمنخفض النوعية، إذا شرّعت الدولة هامشاً معيناً من المنافسة بين "العلامات التجارية" الخاضعة لحماية قانونية متشددة بإسم "الملكية الفكرية"، وبين "الأدوية المعممة"، التي تحتوي على المادة الفعّالة نفسها في العقار الأصلي، وتباع بإسم العلامة التجارية نفسها أو باسمها العلمي غير المقيد بحقوق الملكية الفكرية والموافق عليه دولياً.

---

(١) حسين مهدي، "الوصفة الطبية الموحدة: صندوق الضمان في خدمة احتكارات الدواء"، الأخبار، "مرجع سابق".

أما بالنسبة للأطباء المعترضين على تطبيق الوصفة الطبية فهم لم يتركوا باباً إلا طرقوه كي يجعلوا من الوصفة الطبية الموحدة لا تختلف بأي شيء عن الوصفة الفردية التي كان يعطيها الطبيب في العادة، سوى في الشكل. فهناك خوف غير معلن لدى الأطباء، يتعلق بالتصريح الضريبي لدى وزارة المال، يعد هذا التخوف أحد أهم أسباب عرقلة العمل بالوصفة الطبية، فهذه الوصفة، بصيغتها الأولية، تضمنت رقماً تسلسلياً وخانة يضع فيها الطبيب قيمة بدل المعاينة التي تقاضاها من المريض، وهذه الأرقام التسلسلية إذا ما قدمت إلى وزارة المال تسمح لها بمعرفة المداخل الفعلية التي يجنيها الطبيب، وبالتالي يُجبر على التصريح عن مداخله بشكل فعلي، وليس عبر التصريح الوهمي الذي يقوم به الطبيب عادة<sup>(١)</sup>. وبقي دور الطبيب هو الحاسم في السماح للصيدلي باستبدال دواء "براند" بآخر "جنيريك" أو منعه من ذلك.

ومن حجج الأطباء أيضاً أن الصيدلي ليس موجوداً في صيدليته طوال الوقت، بل ينجز له أعمال مساعد، كل ما يعرفه هو إعطاء الدواء الوارد اسمه على الوصفة الطبية، وهذا ما أكدته مصادر نقابة الصيادلة. ويضيفون أن وحده الصيدلي يعرف أدوية الجنيريك التي تعطى بديلاً عن الأدوية التجارية.

وهناك البعض الآخر من الأطباء يفضل بيع الدواء التجاري المرتفع الثمن لاعتقاده أنه الأفضل.

ولا يخفى على أحد أن في مهنة الطب كما في المهن الأخرى بعض الفاسدين، من هنا كانت عرقلتهم تنفيذ الوصفة الطبية الموحدة في حينه، إذ أن بعض الأطباء يستفيدون مادياً من شركات الأدوية وخصوصاً الشركات الكبرى، إذ يتقاضون نسباً مئوية من بيع الدواء التجاري الخاص بالشركة.

أضف إلى ذلك دعوات لحضور مؤتمرات علمية إلى دول عدة تمنح لهم وغيرها من الأمور الأخرى التي تتعلق بالمساطر الطبية وعينات الأدوية المجانية.

---

(١) حسين مهدي، الوصفة الطبية الموحدة بعد تعديلها: "مثل قلتها"، الأخبار، العدد ٢٥٣٤، تاريخ ٥ آذار ٢٠١٥.

وكذلك شكك رئيس نقابة مستوردي الأدوية وأصحاب المستودعات بما أشيع عن تخفيض فاتورة الدواء بنسبة تتراوح بين ٣٠ و ٤٠%، نتيجة اعتماد الوصفة الطبية الموحدة، لأن تلك الأرقام بحسب رأيه تتجاهل كلياً أن عدداً كبيراً من الأطباء الذين يصفون أدوية الجنيريك منذ سنوات وبأعداد أكثر بكثير مما يتوقعه المسؤولون والإعلاميون<sup>(١)</sup>.

## الفقرة الثانية: الوصفة الطبية الموحدة من حيث التطبيق، وأهم الضوابط الضرورية

### لسلامة التطبيق

لم تواجه الوصفة الطبية الموحدة خلال تطبيقها مشكلات كبيرة من قبل الجهات المعنية بها، إلا أن ذلك ليس مؤشراً على أن كل الأهداف المنشودة من اعتمادها تحققت، أو أن شبكة المصالح المرتبطة بصفقات شركات الأدوية تعطلت، علماً بأن عدداً من الأطباء رفعوا تعرفه المعايير تحت ذريعة اعتماد الوصفة الطبية الموحدة.

نجحت الوصفة الطبية إلى حد كبير في تنظيم عملية وصف الدواء، هذه العملية كانت تتم بشكل عشوائي في السابق، في ظل غياب مرجعية موحدة للوصفات. كل جهة من الجهات الضامنة، في قطاعات عدة، كانت تطلب نموذجاً معيناً يختلف عن الآخر، و"هذا كان يربك الأطباء قليلاً" وفق ما يقول الطبيب حسين حسيكي في حديث مع "الأخبار"، الذي يضيف "إننا لا نزال نعاني من مسألة تبديل الدواء، فلا يمكننا في عدد من الأدوية إلا وصف الدواء الأساسي وليس البديل، إلا أن الصيدلاني لا يلتزم بكثير من الأحيان بطلبنا عدم تبديل الدواء.

وسرد حسيكي حالات عدة تم من خلالها تبديل الدواء من دون موافقة الطبيب، وأكثر ما يقلقه هو عمليات التبديل التي تتم في حالة الأدوية التي يمكنها أن تسبب ضرراً مباشراً على حياة المريض. حيث يضيف أن هناك أدوية لم تُجر أبحاث علمية عليها بعد "لذلك لا يمكننا الوثوق بجودتها"<sup>(٢)</sup>.

(١) جو متي، "الوصفة الطبية الموحدة: هل يؤثر على أرباح مستوردي الأدوية؟"، الاقتصاد، تاريخ ٩ آذار ٢٠١٥.

(٢) حسين مهدي، "الوصفة الطبية الموحدة: شبكة المصالح صادمة"، الأخبار، العدد ٢٧٩٠، تاريخ ١٨ كانون

الثاني ٢٠١٦.

ويرى آخرون أن الوصفة الطبية الموحدة خلال تطبيقها تبين أنها جاءت لمصلحة الطبيب، حيث ساهمت في رفع المعاش التقاعدي للطبيب من مليون إلى مليون و ٥٠٠ ألف ليرة لبنانية نظراً إلى وجود حصة للصندوق التقاعدي من كل وصفة فضلاً عن إنخفاض أسعار الدواء، وتلازم ذلك مع فتح الباب لاستهلاك أوسع للأدوية البديلة، ما أدى إلى مضاربة تخدم الطبيب والمواطن في آن. إلا أن وزير الصحة من جهته يستغرب من رفع عدد من الأطباء كلفة المعالجة، وخاصة أن هذه الكلفة تتفاوت في الأساس بين منطقة ومنطقة، معترفاً بأنه ليس هناك التزام كامل بالتعرفة المنصوص عليها في الضمان الاجتماعي، "هناك من لا يلتزم بها ويرفع التعرفة، وآخر من يلتزم بها، ويطلب تعرفة أقل منها". ما يشكو منه وزير الصحة هو "قوضى بيع الأدوية في الصيدليات" مطالباً الجهات النقابية والجهات الرسمية بفرض رقابة على هذه الصيدليات، في حين يشير إلى عدم معرفته بوجود حالات تبديل للدواء من قبل الصيادلة من دون موافقة الطبيب<sup>(١)</sup>.

أما بالنسبة للنائب السابق إسماعيل سكريه فلدیه رأي مغاير، يقول إن الهدف من الوصفة الطبية الموحدة هو تشجيع استخدام دواء الجنيريك إلا أنهم مع الأسف اشتروا موافقة الطبيب، وهذا ما يساهم في إعاقة الهدف المرجو من الوصفة في ظل ارتفاع نسبة الصفقات والأطباء المتورطين مع شركات الأدوية كافة.

وهناك أمر آخر يقف عائقاً أمام الإصلاح بحسب النائب سكريه وهو لجان تسعير الدواء، التي لا تقوم بأعمالها وفق معايير واضحة، ما ينتج تفاوتاً في أسعار الأدوية البديلة، وذلك يتيح للصيدلي اختيار الدواء البديل الأعلى سعراً. في مقابل ذلك، أسعار الأدوية الأكثر تداولاً لم ينخفض سعرها وتصر نسبة كبيرة من الأطباء على منع استبدالها، من خلال وضع إشارة NS على الوصفة الطبية الموحدة.

وبحسب سكريه، فالطبيب منح صلاحية وضع هذه الإشارة وبالمقابل لا يمكن لأي جهة رقابية أن تحصي نسبة الأطباء الذين يمنعون تبديل الأدوية ونوعها، بسبب عدم حصول الوزارة على نسخة من الوصفة، كما أن الوزارة تحصر حالياً عمليات التفتيش بالصيدليات لا بالأطباء<sup>(٢)</sup>.

(١) حسين مهدي، "الوصفة الطبية الموحدة: شبكة المصالح صادمة"، الأخبار، "مرجع سابق".

(٢) حسين مهدي، "إطلاق الوصفة الطبية الموحدة غداً: قوة الفساد راسخة"، الأخبار، العدد ٢٦٢٧،

تاريخ ٢٩ حزيران ٢٠١٥.

وهناك صيادلة يوافقوا سكرية الرأي بموضوع ازدياد الصفقات مع شركات الدواء فبات برأيهم بإمكان الشركات التحكّم أكثر بالطبيب، من خلال معرفة عدد الوصفات التي يكتب عليها لا يستبدل. ويضيفوا أن نسبة الأطباء التي تمنع استبدال أنواع معينة من الأدوية كبيرة، وفي الكثير من الأحيان لا يجدوا مبرراً لعدم تبديل دواء معين. ومعاناة الصيدلي تكبر في حالة منع الطبيب استبدال أدوية غير متوفرة في الأسواق.

كما يعتقد بعض الصيادلة بعدم وجود أي إفادة للمواطنين من خلال احتفاظ الصيدلي بالوصفات الطبية لعشر سنوات، وفق ما ينص عليه القانون.

ومن الملاحظ أن العلاقة بين الصيدلي والمريض بقيت على حالها، حيث أن سلطة الصيدلي باختيار الدواء بقيت نفسها قبل اعتماد الوصفة الموحدة وبعدها.

وقد أكدت دراسة مفصّلة صادرة عن الجامعة الأميركية في بيروت حول الوصفة الطبية الموحدة، بعد سنتين على إقرارها، أن أكثرية الصيادلة لا يؤيدونها، ما أدى إلى الفوضى في عملية وصف الأدوية بين الصيادلة والأطباء، ودفعه ثمنها المريض الذي لم يحصل على ما وعد به من أدوية رخيصة الثمن، في ظل رقابة غير فاعلة، ويبقى ثمة سؤال: متى وكيف ستنفذ الوصفة الطبية الموحدة، من أجل الحفاظ على صحة المريض؟

وذكرت الجامعة الأميركية في هذه الدراسة أن "الوصفة الطبية الموحدة التي بدأ العمل بها عام ٢٠١٥، تعتبر خطوة إيجابية لأنها تشكل جزءاً من سياسة تهدف إلى تخفيف أعباء الفاتورة الصحية عن المواطنين، ولكنها تمر اليوم بمطبات، إن لم يتم التعامل معها بحزم يمكن أن تؤدي إلى تبعات سلبية بسبب سوء التنفيذ<sup>(١)</sup>.

وقام فريق من الباحثين في الجامعة الأميركية في بيروت، بدراسة هي الأولى في لبنان، لمعرفة مواقف الصيادلة حيال الوصفة الطبية الموحدة. وقد شملت الدراسة ١٥٣ صيدلية موزعة على محافظات لبنان، وقد تبين أن ٦٤ بالمائة من الصيادلة المشاركين في الدراسة يؤيدون سياسة استبدال الأدوية، ولكنهم لا يؤيدون الوصفة الطبية الموحدة، كما وأن غياب التخطيط والتمهيد في السياسة

---

(١) سوزان برياري، "بعد سنة على إقرارها... لماذا فشلت الوصفة الطبية الموحدة؟"، الناشر الشركة اللبنانية للإعلام والدراسات، greenarea.me، مقال نشر بتاريخ ٢٠١٧/٣/١٤.

المتبعة في الوصفة الطبية أدى إلى حرمان بعض المرضى من استخدام أدوية "الجنيريك"<sup>(١)</sup>. من جهة أخرى شددت الدراسة على أن "الوصفة الطبية الموحدة هي بصمة مميزة للنظام الصحي في لبنان، وخطوة بالاتجاه الصحيح قامت بها وزارة الصحة العامة في لبنان ولكن هناك بعض العراقيل في التنفيذ ممكن أن تحد من فعاليتها"، مقترحة حلول مفصلة من الواقع اللبناني مبنية على البراهين العلمية لتفصيل مصير الوصفة، ومن بين هذه المقترحات، وضع سياسات تختص بنظام التسعير، ضبط العلاقات غير المهنية بين العاملين الصحيين وشركات الأدوية- أي بين الأطباء وشركات الأدوية، أو بين الصيدلة وشركات الأدوية- تثقيف المرضى والعاملين بهدف تغيير المفاهيم السائدة حول "الجنيريك"، الحرص على تحديث القائمة الوطنية وجعلها سهلة المنال ودمج العلوم الخاصة بالجنيريك في المناهج التعليمية الطبية، كذلك اقترحت الدراسة جعل الوصفة الطبية الموحدة إلكترونية، وذلك لتسهيل عملية المراقبة الآنية وتخفيف وطأة العقوبات الإدارية.

بحسب هذه الدراسة، إن المشكلة تكمن في أن وزارة الصحة لم تجر تقييمها لعمل الوصفة الطبية لمعرفة مفاعيل تطبيقها بين الناس والجسم الطبي، وإن المشكلة في لبنان أن القرارات تصدر ولكن لا نعرف كيف طبقت في ما بعد.

إن الصيدلة لا يؤيدون، وفقاً لهذه الدراسة، الوصفة الطبية الموحدة لأنه لم يكن هناك تحضير كافٍ لهم، والأمر ذاته بالنسبة للأطباء، عدا عن ذلك عندما أقرت الوصفة الطبية الموحدة خفّضت شركات الأدوية الكبرى من أسعار الأدوية الأساسية حتى باتت قريبة لسعر الجنيريك، ولم يعد هناك فرق شاسع في أسعار الأدوية، غير أن بعض الصيدلة رأوا أن بعض أدوية الجنيريك غير موجودة بشكل مستمر بسبب الشوائب والعوائق في تنفيذ الوصفة الطبية الموحدة.

وشددت الدراسة على أن المطلوب وعي أكثر ليس فقط عند المريض بل عند الجسم الطبي، من خلال الترشيد أي يجب التأكيد إذا كانت الوصفة الطبية تنفذ عند الطبيب وعند الصيدلي بشكل صحيح.

---

(١) غالبية الصيدلة لا يؤيدون الوصفة الطبية الموحدة"، النهار، تاريخ ٢٨ شباط ٢٠١٧.

وبحسب نقيب الأطباء السابق الدكتور شرف أبو شرف هناك عدد من الصيادلة لم يلتزموا، وقد أتى تطبيق الوصفة الطبية خاطئاً، فصحیح أن من حسناتها أنها خفضت سعر الدواء، وأن الترقیم في الوصفة خفف أيضاً من تزوير الوصفات الطبية، عدا عن أنها أدخلت أموالاً إلى صندوق التقاعد للأطباء الذين التزموا فيها، إلا أنه بالمقابل واجهتنا صعوبات أفشلت الوصفة الطبية، حيث أن عدداً من الصيادلة لم يلتزموا بها فكانوا يعطون الدواء دون الرجوع إلى الطبيب، بينما المطلوب اليوم من وزارة الصحة إجراء عمل تقيمي ودراسة مفصلة حول مدى نجاح تطبيق والتزام الأطباء بالوصفة الطبية الموحدة، والطلب من الصيادلة بأمر من وزارة الصحة أنه ممنوع عليهم إعطاء دواء من دون وصفة طبية، لأن سوء استعماله يؤثر على صحة المريض<sup>(١)</sup>.

أما نقيب الأطباء الدكتور ريمون صايغ، فقال: "أن هناك التزاماً فعلياً في الوصفة الطبية الموحدة لدى الكثيرين من الأطباء، فصحیح أننا غير مرتاحين لها من ناحية الشكل لأنها لا تتوفر فيها اسس المساواة من جهة الإختصاصات الطبية كافة، إلا أنها مهمة لتمويل صندوق التقاعد لنقابة الأطباء، كما وأن السوء فيها أن الوصفة الطبية مرتبطة حسب عمل الأطباء، وهذا غير مناسب لجميع الإختصاصات في الجسم الطبي، حيث أن هناك أطباء لا يحتاجون إلى الوصفة الطبية كأطباء الأشعة والمختبر والتجميل، كما أن هناك تعميماً والتزاماً بالإتجاه الصحیح للوصفة الطبية، حيث أدخل الطابع البريدي الذي يوضع على الوصفة الطبية مبلغاً من المال إلى صندوق التقاعد بحدود ٣ مليار و ٦٠٠ مليون ليرة لبنانية سنوياً، فأهم ما نطلبه اليوم طبع الوصفة الطبية في الكمبيوتر في المستشفيات لتسهيل المهام علينا.

من جهة أخرى قال نقيب الصيادلة جورج سيلي أن الذين أعدوا الوصفة الطبية لا يعرفون أسس النظام الصحي وغير مؤهلين في هذا المضمار، ولذلك كان هناك خطأ في التطبيق، كما وأنهم لم ينجزوا دراسة مفصلة عنها تحدد السلبيات والإيجابيات على القطاع الصحي قبل فرضها على الصيادلة، إذ أنه عندما يطلب من الصيدلي أن يصرف الجنيريك فهل هناك دراسة حول جودة الجنيريك في لبنان؟ وهل هناك أيضاً دراسة إذا كان الصيدلي لديه معلومات علمية في كيفية التعامل مع الوصفة الطبية، أي في عملية الإستبدال الصحیح للدواء على غرار الطبيب؟

---

(١) سوزان برياري، "بعد سنة على إقرارها... لماذا فشلت الوصفة الطبية الموحدة"، "مرجع سابق".

ومن جهته لفت وزير الصحة إلى تلقي الوزارة شكاوى بالجملة من مواطنين حول مخالفات في شأن تطبيق الوصفة الطبية الموحدة. فعلى صعيد الأطباء تشير الشكاوى إلى أن عدداً من هؤلاء يتقاضون مبالغ من المواطنين لقاء الوصفة الطبية الموحدة، رغم أن هذه الوصفة مجانية، ولا تكلف الطبيب إلا ٢٥٠ ليرة لبنانية تضاف إلى صندوق تعاضد الأطباء. وقد سبقت لوزارة الصحة أن أحالت على النيابة العامة المالية أطباء تقاضوا أموالاً لقاء الوصفة الطبية الموحدة.

وأضاف "هناك أطباء يعمدون إلى كتابة وصفات تحمل أسمائهم، مهملين الوصفة الطبية الموحدة"<sup>(١)</sup>.

ولكن مقابل خوف وقلق جهات عدة لجهة ضمان الخصائص العلمية لدواء "الجنيريك" وجودته في السوق اللبناني، تلحظ رئيسة مصلحة الصيدلة في الوزارة الدكتورة كولين رعيدي إلى أن إجراءات تسجيل أدوية الجنيريك في وزارة الصحة صارمة جداً وفق معايير عالمية، ولا سيما دراسة التكافؤ الحيوي (أن يكون لدواء الجنيريك الفعالية ذاتها للدواء الأساسي)، ويتم تحليل العينات في مختبرات معتمدة من جانب "منظمة الصحة العالمية" في دول مرجعية خارج لبنان. وتستعين اللجنة الفنية لتسجيل الأدوية بخبراء متخصصين، تم اختيارهم من جانب "الوكالة الفرنسية لسلامة الأدوية والمنتجات الصحية الفرنسية (ANSM)". وترفض اللجنة في بعض الحالات، تسجيل أدوية لا تتوافر فيها الشروط المطلوبة، ويتم إعادة تسجيل الأدوية كل فترة خمس سنوات.

وتشير رعيدي إلى أن جودة أدوية الجنيريك في لبنان مضمونة مهما كان مصدرها، وطالما أن الدواء مسجل على لائحة وزارة الصحة يعني أن الوزارة مسؤولة عن جودته. ويقوم التفقيش الصيدلي بالكشف الروتيني على الصيدليات ومخازن الأدوية<sup>(٢)</sup>.

ويُرد على تبرير القيام بفحص الدواء في الخارج بالسؤال التالي: ما الذي يؤكد لنا ماذا حصل بالعينة التي فحصت في الخارج؟ ألا تملك المصانع والمختبرات هناك أي مصلحة في تصدير الأدوية التي اقتربت صلاحيتها من الإنتهاء أو الأدوية ذات الجودة المتدنية بهدف الربح المادي؟

---

(١) وائل أبو فاعور، "الوصفة الطبية الموحدة مجانية ولا تكلف الطبيب إلا ٢٥٠ ليرة"، الإقتصاد، تاريخ ٢٠١٥/١٢/٢٢.

(٢) ملاك مكّي، "رحلة دواء "الجنيريك": الخصائص والجودة والسوق اللبنانية"، السفير، تاريخ ٢٠١٥/٣/٥.

وبالتالي من أهم الضوابط الضرورية لسلامة تطبيق الوصفة الطبية الموحدة هو إنشاء مختبر مركزي وطني حديث ومتطور لفحص أدوية "الجنيريك" بفاعلية واختيار الملائم من الأدوية التي تداوي المريض وتوفر على جيبه الكلفة الباهظة وكى لا يدخل سوق الدواء في "بازار" وينعكس سلباً في صحة المرضى والمواطنين وحياتهم. ولا بدّ أن يكون هناك رقابة جدية من مصدر التوريد. ولا بدّ من تحديد المسؤوليات بشكل واضح بين الطبيب والصيدلي والمريض، وخاصة على الأطباء الذين يبيعون الأدوية.

ولا بدّ أخيراً من تفعيل رقابة وزارة الصحة على الأشخاص المتواجدين في الصيدلية، فما الذي يضمن أن يكون الشخص المتواجد في الصيدلية هو حقاً صيدلي خصوصاً أن هذه الظاهرة متواجدة في لبنان بالرغم من أن تنظيم مهنة الصيدلة يحظر ذلك.

## الفرع الثاني: القطاع الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية وحلم التغطية الصحية

### الشاملة لدى اللبنانيين

إن الحديث عن النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية والدور المؤثر لشركات التأمين ومشروع أوباما ذو شجون، حيث تعتبر الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية من الخدمات المتميزة والمتقدمة. ولكنها في الوقت عينه من الدول الأكثر إنفاقاً على الخدمات الصحية ولا يوجد نظام تأمين صحي شامل يغطي كل السكان في الولايات المتحدة الأمريكية. وتبقى كذلك التغطية الصحية الشاملة حلم اللبنانيين بالرغم من كثرة المشاريع التي تهدف إلى تأمين هذه التغطية.

لذلك سوف نتناول في الفقرة الأولى النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية وفي الفقرة الثانية سوف نتطرق إلى المشاريع التي طرحت في لبنان لتأمين التغطية الصحية الشاملة التي لم تبصر النور.

### الفقرة الأولى: النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية

لا بدّ أولاً من التطرق بشكل مختصر لتاريخ تطور الضمان الاجتماعي في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث كان المشرع في الولايات المتحدة الأمريكية أسبق من غيره في استعمال تعبير

"الضمان الاجتماعي" إذ أصدر عام ١٩٣٥: تحت تأثير البطالة المنتشرة آنذاك بسبب الأزمة الاقتصادية العالمية التي بدأت عام ١٩٢٩ قانوناً أسماه الضمان الاجتماعي، قرر فيه:

- ١- تأسيس التأمين الإلزامي ضد الشيخوخة من قبل الحكومة الاتحادية المركزية<sup>(١)</sup>.
- ٢- إلزام الحكومات المحلية- الولايات- بتأسيس التأمين الإلزامي ضد البطالة.
- ٣- منح الإعانات المالية إلى الولايات التي تقدم بعض المساعدات العامة إلى الشيخوخة والمحتاجين الذين بلغوا من العمر الخامسة والستين وما فوق، وإلى بعض العوائل ذوات الأطفال المعالين وإلى العميان الفقراء.

وكان مجال تطبيق ذلك القانون محصوراً في بعض أصناف عمال الصناعة والتجارة. وقد عمدت إدارة التأمين ضد الشيخوخة إلى الحكومة الاتحادية لتقوم هي بها رسمياً، في حين أن إدارة التأمين ضد البطالة عهدت إلى الولايات مع إدارة أنواع المساعدات الأخرى. وقد تقرر أن يقع تمويل نظام التأمين الاجتماعي ضد الشيخوخة على عاتق المشمولين به وعلى أصحاب العمل. وتساهم الدولة عند الإقتضاء في هذا التمويل بمقادير تقررهما هي حسب الظروف. لكن أجريت على هذا النظام بعض التعديلات بمرور الزمن وبفعل التطورات فيما يتعلق بسعة والشمول ومقادير الإعانات<sup>(٢)</sup>.

وتحت تأثير ظروف الحرب العالمية الثانية ورغبة في جلب وكسب رضاء الطبقات العاملة والمحاربة، كما قلنا سابقاً، أرسل الرئيس روزفلت عام ١٩٤١ إلى الكونغرس رسالة تتضمن الحريات الأربع التي رأى أن يعاد تشييد العالم على أساسها بعد الحرب، وأهمها تحرير الفرد من الحاجة. وبناءً عليه حصر برنامج واسع للضمان الاجتماعي أطلق عليه البعض اسم "إعلام حقوق الفرد" وأهم ما جاء في هذا البرنامج الذي عرض على مجلس الكونغرس في ١٠ آذار ١٩٤٢ أنه بين عيوب النظام الخاص بالتأمينات والمساعدات الاجتماعية الذي كان مطبقاً آنذاك وأهم تلك العيوب أن

---

<sup>(١)</sup> Lewis Meriam, "Relief and Social Security", Washington 1946, Second Printing 1947, P. 17.

<sup>(٢)</sup> صادق مهدي السعيد، "الضمان الاجتماعي (دراسة مقارنة)"، دار الفكر العربي، ص ١٣٥-١٣٦.

ذلك النظام لم يكن يشمل إلا بعضاً قليلاً من الفقراء والعمال وأن الإعانات كانت ضئيلة جداً كما أن النظام المذكور لم يكن يشمل إلا بعض المخاطر والحاجات.

أما بالنسبة للإصلاحات التي أريد إدخالها عن طريق ذلك المشروع بقانون في نظام الضمان الإجتماعي للولايات المتحدة الاميركية، لم يكتب لها التحقيق والظهور، لأن الرأسمالية الأميركية والنزعة الفردية السائدة وسيادة نظرية "دعه يمر دعه يعمل" تكاتفت وعملت على الحيلولة دون إجراء تلك الإصلاحات، لذا فعند عرض المشروع المذكور في عام ١٩٤٣ على الكونغرس لم ينل المصادقة، لأنه عارض من قبل الهيئات وأصحاب المصالح الخاصة أولئك الذين لا يرغبون في الإصلاح الديمقراطي<sup>(١)</sup>.

ولكن تمكنت الحكومة الأميركية بعد ذلك من تعديل قانون الضمان الإجتماعي الأميركي لعام ١٩٣٥ بالقانون المؤرخ في ٢٨ آب ١٩٥٠، وإن أهم التعديلات التي جاء بها ذلك القانون المعدل هي:

١- توسيع شمول التأمين ضد الشيخوخة وللخلف، وجعله شاملاً عمال الزراعة أيضاً وعمال المنازل والمستخدمين الإتحاديين الرسميين الذين لا يتمتعون بنظام تقاعد معين، وكذلك العمال المستقلين، بعدما كان قاصراً على بعض عمال الصناعة والتجارة.

٢- تأسيس تأمين اختياري رسمي ضد الشيخوخة لمستخدمي المؤسسات التي لا تعمل لغرض الربح ولمستخدمي الولايات والسلطات المحلية الذي لا يستفيدون من نظام خاص للتقاعد، وذلك تكملة لنظام تأمين الشيخوخة الإلزامي.

٣- ولقد زيدت بمقتضى هذا التعديل، الإعانات النقدية المقررة، وأضيفت إليها بعض العلاوات على معاش الشيخوخة لصالح الأفراد المعالين من قبل المستحق، وكذلك تقررت بمقتضاه بعض الإعانات للورثة عند وفاة المؤمن عليه.

---

<sup>(١)</sup> "For The Nation's Security", Department of Research and Education, Washington, 1943,P.7.

٤- وتقررت أيضاً في قانون التعديل هذا، بعض المساعدات للأفراد المحتاجين - دون الثامنة عشرة من العمر - إذا كانوا عاجزين كلياً ودائماً عن العمل، وذلك على حساب الحكومة المركزية<sup>(١)</sup>.  
بعد ذلك تم إقرار برنامجين للتأمين الصحي هما "ميديكير" Medicare و"ميديكيد" Medicaid في عهد الرئيس الأمريكي ليندون جونسون عام ١٩٦٥ لتوفير العناية الصحية للمواطنين الأمريكيين.

برنامج Medicaid هو برنامج صحي يدار عن طريق كل ولاية أميركية على حدة ومخصص لتوفير مزايا الرعاية الصحية للأسر الأميركية ذات الدخل المتدني والذي يصنف أنهم تحت خط الفقر أو الأسر التي يقل دخلها السنوي عن ١٨ ألف دولار وذلك لأسرة مكونة من أربعة أفراد<sup>(٢)</sup>.

ومعظم الأمريكيون الذين يستفيدون من مزايا برنامج Medicaid هم من الأقليات الأفارقة وذوي الأصول اللاتينية بنسب متفاوتة.

وأكدت جريدة الرابطة الأميركية الطبية Journal American Medical Association أن برنامج الميديكيد Medicaid غير كافٍ لتحسين الصحة العامة حيث يبدو واضحاً أن الأطفال الذين يخضعون لهذا البرنامج لديهم معدلات مناعة منخفضة<sup>(٣)</sup>.

أما برنامج الميديكير Medicare فهو مخصص فقط لتوفير الرعاية الصحية للمسنين الأميركية فوق ٦٥ سنة أو الذين يعانون من إعاقة ذهنية مزمنة أو فشل كلوي مزمن. ويشمل هذا البرنامج أدوية الوصفات الطبية<sup>(٤)</sup>.

---

(١) صادق مهدي السعيد، "مرجع سابق"، ص ١٤٠.

(٢) Mana H. Shroff, "Reference Guide for Pharmacy Management and Pharmacoeconomics", Volume 1, First edition 2005-2006, P.98.

(٣) أميركيا: "كيف يبقى أكثر من ٤٥ مليون أمريكي بدون تأمين صحي"، مقال نشر على جريدة إيلاف الإلكترونية، تاريخ ٢١/١١/٢٠٠٥.

(٤) Manan H. Shroff, "Foreign Pharmacy Theory", R.Ph. 2015-2016 Edition, P. 25.

وقد أكدت الحكومة الأمريكية أن عدد الأمريكيين الذين لا يشملهم غطاء التأمين الصحي قد سبب خللاً في النظام الصحي لذلك أصدرت قانوناً عام ١٩٨٦ يلزم جميع المستشفيات والوحدات الصحية التي تتدرج تحت مظلة برنامج الرعاية الصحية الفدرالية أن تستقبل حالات الطوارئ لأي مرض بغض النظر عن مقدرتهم المادية.

هذا القانون يضمن لأي شخص الحصول على الرعاية الطبية في الحالات الطارئة دون الحاجة لإظهار مقدرته على تحمل النفقات العلاجية، فإنه في نفس الوقت دفع ذلك المستشفيات إلى زيادة أسعارها بالنسبة للقادرين حتى تعويض ما تخسره من تكاليف علاج حالات الطوارئ غير المدفوعة وهكذا يزيد الأمر صعوبة على الأشخاص غير القادرين مادياً.

إلى أن أقر قانون "الرعاية الصحية بأسعار معقولة" المعروف بـ (أوباما كير)، أهم إنجاز لنظام الرعاية الصحية منذ العام ١٩٦٥ يعتبر هذا القانون أنه قانون إصلاح تاريخي لنظام الضمان الصحي الأمريكي بهدف توسيع التأمين الصحي ليشمل ٣٢ مليون أمريكي محرومين منه، وقد اعتبر "عهد جديد" في الولايات المتحدة.

أوباما كير (OBAMA CARE) تسمية تم إطلاقها في الولايات المتحدة الأمريكية على قانون إصلاح نظام الرعاية الصحية، وهدفه أن يتم توفير تأمين صحي شامل لكل مواطن أمريكي بتكاليف منخفضة، وقد تم إطلاق هذا القانون عام ٢٠١٠، وتم الموافقة عليه من الحكومة العليا في الولايات المتحدة في ٢٠١٢.

يمكن القول إن انطلاق نظام التأمين الصحي هذا لم يكن سهل حيث واجهت هذا النظام مصاعب، ومن بين المشاكل التي واجهت هذا النظام تردد الكثيرين ممن لديهم وثيقة تأمين سابقة في تغيير نظامهم التأميني خوفاً من فقدان حقوقهم أو دفع أموال أكثر إلى جانب المشاكل التي تواجه الموقع الإلكتروني للنظام.

وقد عارض الجمهوريون قانون "أوباما كير" بشدة، الأمر الذي أدى إلى ظهور أزمة بين مجلسي الشيوخ والنواب التي أدت إلى شلل في مؤسسات الحكومة الفدرالية. فإن مجلس النواب الأمريكي الذي يسيطر عليه الجمهوريون تحدى البيت الأبيض وأضاف تعديلاً لقانون الميزانية أقر تأجيل تنفيذ الإصلاح الصحي المعروف بـ "أوباما كير" لمدة عام.

ووفقاً للورقة البحثية التي نشرها الرئيس أوباما تناولت "إصلاح النظام الصحي الأمريكي، التقدم الذي تم تحقيقه، والخطوات اللاحقة"، وذلك في واحدة من أهم المجالات الطبية في العالم، وهي "مجلة الجمعية الطبية الأميركية" في ١١ تموز ٢٠١٦<sup>(١)</sup>.

لخصت الورقة البحثية أهم المشاكل التي واجهها النظام الصحي الأمريكي في عام ٢٠٠٩ حيث زاد الإنفاق على قطاع الصحة ما بين ١٩٩٨ وعام ٢٠٠٨ من ١٣% إلى ١٦%، دون أن ينعكس ذلك على نتائج علاج المرضى، كذلك كان النظام الصحي يعاني من العديد من المشكلات، منها الانتظار لعلاج الناس بعد إصابتهم بالأمراض، بدلاً من الاهتمام بالوقاية، كذلك تقديم الرعاية الصحية بصورة مجزأة دون تنسيق بين الجهات المختلفة التي تقوم بتقديم الخدمة الصحية. علاوة على ذلك فقد ترك النظام الصحي الأمريكي واحداً من كل سبعة مواطنين دون تأمين صحي، وعلى الرغم من الجهود لزيادة التغطية التأمينية لبعض فئات الأطفال، فإن الولايات المتحدة لم تشهد انخفاضاً مستمراً في أعداد غير المؤمن عليهم منذ بدأ برنامجي (Medicaid - Medicare) وما يترتب على تلك الأعداد غير المؤمن عليها من أعباء اقتصادية وغيره.

ومن أهداف هذا القانون:

- ١- إلزام الضمان الصحي لأغلبية الأمريكيين، وذلك بأسعار قليلة ومنطقية، خصوصاً لمن ليس لديهم أي تأمين صحي مغطى من شركة ما.
- ٢- منع شركات التأمين من رفض بعض الأشخاص الذين لديهم أمراض طبية سابقة أو معروفة وأيضاً منعها من رفض تغطية الأطفال صحياً الذين يعانون من مشاكل صحية خطيرة.
- ٣- إلغاء المنافسة على الصحة، فالصحة ليست سلعة في مفهوم الديمقراطيين.
- ٤- جعل التغطية الصحية تطول الشبان، وبقائهم بالتغطية الصحية مع والديهم حتى سن السادسة والعشرين، وحتى العلاج الوقائي يتم تغطيته تكاليفه بالكامل.

أما لناحية الإنجازات الناتجة عن تطبيق قانون "أوباما كير" فهي الآتية:

- ١- زيادة التغطية التأمينية، حيث انخفض معدل المواطنين الغير مؤمن عليهم من ١٦% في عام ٢٠١٠ (حوالي ٤٩ مليون مواطن) إلى ٩,١% (حوالي ٢٩ مليون مواطن) في عام ٢٠١٥.

---

(١) عمر هشام صفا، "النظام الصحي الأمريكي في ورقة بحثية رئاسية"، إضاءات، ٢٩/٧/٢٠١٦.

٢- تحسين خدمات التأمين الصحي الموجودة فعلياً، متبعاً للقانون الجديد، فإن خطط التأمين الصحي المقدمة لا بد وأن تتضمن مجموعة من الخدمات الأساسية، كخدمات رعاية الأمومة، وعلاج الإضرابات العقلية وتعاطي المخدرات وغيرها من الخدمات التي لم يكن يتم تغطيتها على الإطلاق في البرامج السابقة. كذلك وقر هذا القانون المزيد من الأمان للمواطنين المؤمن عليهم خاصة في حالات التكاليف الكبيرة، بتجريم الحد الأقصى للتأمين مما يمنع شركات التأمين من وضع حد أقصى لمساهماتها، بل وعلى العكس، بإجبار كل مقدمي خدمات التأمين الصحي على وضع سقف سنوي لمساهمات المؤمن عليهم، تتحمل الشركات بعهدتها كل التكاليف.

٣- تحسين آليات المحاسبة في النظام الصحي، حيث قبل إقرار القانون هذا، كان النظام الصحي محكوماً بمنظومة "الدفع مقابل الخدمة"، والتي تعتمد على دفع مقابل مادي لكل إجراء طبي يتم للمريض، ذلك النظام يؤدي إلى تقليل المبالغ المدفوعة للمؤسسات الصحية التي تبتكر أساليباً أقل تكلفة في الرعاية الصحية حيث أن تلك الأساليب غالباً ما تتضمن إجراءات طبية أقل، لذلك يستهدف القانون على المدى الطويل تغيير آليات الدفع وربطها بنتائج الرعاية الصحية المقدمة ومدى جودتها.

٤- تحسين كفاءة الإنفاق الصحي عن طريق العديد من الإجراءات التي تتضمن المزيد من الشفافية في إعلان التكلفة الفعلية للخدمات الصحية، وتحسين التنافس في السوق المحلي لمقدمي خدمات التأمين الصحية وغيرها مما يدفع نحو المزيد من الكفاءة في الإنفاق الصحي<sup>(١)</sup>.

وعلى الرغم من المزايا التي يتمتع بها النظام الصحي الأميركي فإنه يؤخذ عليه أنه لم يمد مظلة الحماية لتمثل كافة المخاطر الاجتماعية إلا حديثاً ويرجع السبب ربما في تأخر الولايات المتحدة الأميركية في ميدان الضمان الاجتماعي إلى إتجاه السياسة الرأسمالية نحو عدم التدخل في أمور الناس المعيشية إلا بالقدر اللازم لصيانة مركزها<sup>(٢)</sup>.

أما بالنسبة لنظام الوصفات الطبية في الولايات المتحدة الأميركية فإن الوصفة الطبية يجب أن تتضمن معلومات كاملة عن المريض (إسمه الكامل وعنوان سكنه)، تاريخ كتابة الوصفة، إسم

(١) عمر هشام صفا، "النظام الصحي الأمريكي في ورقة بحثية رئاسية"، مرجع سابق.

(٢) صادق مهدي السعيد، "الضمان الاجتماعي (دراسة مقارنة)"، مرجع سابق، ص ١٤١.

الدواء الذي قد يكون (brand) proprietar أي الإسم التجاري أو (Generic) Nonproprietary أي الجنيريك أو الإسم الكيميائي للمادة الفعالة (chemical)<sup>(١)</sup>.

بالإضافة إلى ذلك يجب أن تحتوي الوصفة الطبية الكمية التي يجب صرفها من الدواء .  
ويستخدم الاختصار "Rx" غالباً كصيغة مختصرة للوصفة الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية، وهو اختصار للمصطلح اللاتيني "وصفة".

أما بالنسبة للإجراءات المتبعة في الولايات المتحدة الأمريكية للتأكد من فعالية وجود الدواء "المكافئ" أو "الجنيريك". فوفقاً لمؤسسة الغذاء والدواء الأمريكية، يجب أن يحتوي الدواء "الجنيريك" على المواد الفعالة نفسها الموجودة في الصيغة الأصلية وإن المقصود من كلمة متطابقة من قبل مؤسسة الغذاء والدواء هو معنى قانونياً وليس معنى حرفياً. ففي معظم الأحيان الأدوية "المكافئة" تصبح متاحة عند انتهاء صلاحية براءات الإختراع التي يملكها المطور الأصلي للدواء .

ويتم إصدار الوصفات الطبية أحياناً كما قلنا سابقاً في الولايات المتحدة الأمريكية باستخدام الإسم الكيميائي بدلاً من إسم الشركة المصنّعة، هكذا وصفة قد تصرف بإعطاء أي إسم تجاري للدواء يحقق الشروط.

أما بالنسبة لمعيار قياس جودة الأدوية المكافئة المتبعة في الولايات المتحدة الأمريكية، فهذه الإجراءات حازمة جداً، حيث أنشئ لهذا الغرض مؤسسة الغذاء والدواء الأمريكي التي يجب أن توافق على الأدوية المبتكرة.

إن مؤسسة الغذاء والدواء الأمريكية تتطلب أن يكون التكافؤ الحيوي للمنتج المبتكر ما بين ٨٠% - ٩٠% يعتبر هذا النطاق من القيم كجزء من الحسابات الإحصائية، وهذا يعني أن مؤسسة الغذاء والدواء لا تسمح بأن يختلف الدواء المكافئ عن نظيره من العلامة التجارية إلا بنسبة ضئيلة جداً.

---

Leon Shargel, Alan H. Mutnich, Paul F. Souney and Larry N. Swanson, <sup>(١)</sup> "Comprehensive Pharmacy Review", Wolters Kluwer, Seventh Edition, Page 568.

وقد قيمت مؤسسة الغذاء والدواء دراسة أجريت ما بين أعوام ١٩٩٦ و ٢٠٠٧، تمت فيها مقارنة الامتصاص للدواء "المكافئ" مع الدواء التجاري ( الدواء الأصلي) في جسم الإنسان، ظهر معدل الإختلاف في امتصاص الدواء من قبل الجسم ما بين الدواء "المكافئ" ودواء الإسم التجاري حيث كان يساوي ٣,٥%<sup>(١)</sup>.

ويتم تنظيم سلامة وفعالية الوصفات الطبية في الولايات المتحدة بناءً على قانون تسويق الوصفات الطبية لعام ١٩٧٨ وتحمل إدارة الغذاء والدواء FDA مسؤولية تطبيق هذا القانون.

وتنقسم الأدوية في الولايات المتحدة الاميركية إلى الأدوية المتاحة دون وصفة طبية (OTC) Over The Counter وهي التي تستخدم لعلاج الحالات التي لا تتطلب بالضرورة تلقي رعاية أخصائي رعاية صحية وثبت أنها تفي بمعايير السلامة المرتفعة للعلاج الذاتي بواسطة المرض. غالباً ما يتم إعتقاد التركيز الأقل لأي دواء من أجل الإستخدام كأدوية متاحة دون وصفة طبية، أما النوع الثاني فهي الأدوية التي تحتاج لوصفة طبية (Prescribed Drugs) وهي بمعظمها أدوية تسبب الإدمان<sup>(٢)</sup>.

ووفقاً لقانون تنظيم مهنة الصيدلة في الولايات المتحدة الأمريكية، لا يحق للصيدلي تبديل الدواء الموصوف من قبل الطبيب إلا بموافقة الطبيب والمريض أيضاً. على أن تحتوي الوصفة الطبية على عبارة (substitution permitted) وموقعة من قبل الطبيب. وإن موافقة الطبيب على تبديل الدواء يكون إما خطياً أو عبر البريد العادي أو البريد الإلكتروني أو الفاكس على أنه يجب على الصيدلي أن يدون تاريخ التغيير والشخص الذي أعطاه هذا الحق وعلى وجه أو خلف الوصفة الطبية<sup>(٣)</sup>.

---

<sup>(١)</sup> Abbreviated New Drug Application (ANDA): Generics Food and Drug Administration.

<sup>(٢)</sup> "Drug Laws for Practitioners", Department of Health Professions, Commonwealth of Virginia, July 1, 2015, Page. 25-27.

<sup>(٣)</sup> "Missouri Pharmacy Practice Guide", Missouri Board Pharmacy, December 2016, P. 27.

## الفقرة الثانية: التغطية الصحية الشاملة "حلم اللبنانيين الضائع"

الغرض من التغطية الصحية الشاملة هو ضمان حصول الجميع على ما يلزمهم من الخدمات الصحية من دون مكابدة ضائقة مالية جراء سداد أجور وتكاليف الحصول عليها. ويجب على كل مجتمع أو بلد يسعى إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة أن يسعى لتحقيق التالي:

١- إقامة نظام صحي فعّال ورسين يخضع لإدارة جيدة ويلبي الإحتياجات الصحية ذات الأولوية من خلال تقديم خدمات رعاية صحية متكاملة محورها الفرد، وذلك بوسائل منها ما يلي:

- الإبتكار في الكشف عن الوبكات الصحية،
- التمتع بالقدرة على معالجة المرض،
- مساعدة المرضى بخدمات إعادة التأهيل.

٢- القدرة على تحمل تكاليف الخدمات عبر إنشاء نظام لتمويل الخدمات الصحية لكي لا يكابد الفرد ضائقة مالية من جراء الحصول على تلك الخدمات، ويمكن تحقيق ذلك بطرائق متنوعة.

٣- إتاحة الأدوية والتكنولوجيا الأساسية اللازمة لتشخيص المشاكل الطبية وعلاجها.

٤- تهيئة كادر من العاملين المدربين جيداً والمتمتعين بما يكفي من القدرات على تزويد المرضى بالخدمات تلبية لاحتياجاتهم على أساس أفضل المتاح من البيانات.

وتؤثر التغطية الصحية الشاملة مباشرة في صحة الفرد، إذ تمكنه الخدمات الصحية من زيادة إنتاجيته وإسهامه بنشاط في تحقيق رفاه أسرته ومجتمعه. ويحول في الوقت نفسه توفير الحماية للفرد من الأخطار المالية دون وقوعه في الفقر من جراء اضطراره إلى دفع ما في جيبه من مال لقاء الحصول على الخدمات الصحية.

وتستند التغطية الشاملة إلى دستور منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٤٨ الذي يعلن بأن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، وإلى برنامج عمل الصحة للجميع الذي حدده إعلان ألما-آتا في عام ١٩٧٨.

وفي لبنان- كما في الولايات المتحدة الأمريكية كما رأينا في الفقرة السابقة- لا يزال موضوع التغطية الصحية الشاملة الشاغل للمواطنين ومدار مناقشات الأطراف الرسمية المختلفة، ولو أنه يدور في دائرة تبدو مفرغة.

وتجدر الإشارة إلى أن مسألة التغطية الصحية الشاملة للمواطنين طرحت أكثر من مرة، فقد سبق لوزير العمل السابق شربل نحاس أن اقترح مشروعاً للتغطية الصحية الشاملة لجميع اللبنانيين وتمويلها من الموازنة العامة، وذلك عام ٢٠١١<sup>(١)</sup>.

وكانت الأسباب الموجبة وراء إقرار مشروع الوزير شربل نحاس للتغطية الصحية الشاملة هو استعادة مشروعية الدولة ووظيفتها الاجتماعية تحقيقاً للإستقرار والعدالة الإجتماعية من خلال توفير حد أدنى إلزامي من الضمان ضد مخاطر المرض والحوادث لجميع اللبنانيين.

وأيضاً من الأسباب الموجبة لاقتراح هذا المشروع هو أن العلة الأساسية في فرع ضمان المرض والأمومة في الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي تكمن في توقف إستفادة المضمونين بعد سن التقاعد أو في حالة البطالة أو التقاعد المبكر، وهي الحالات التي يكونون فيها في ذروة حاجتهم إلى التغطية الصحية مما يعرضهم لأشكال شتى من الإفقار والهشاشة الإجتماعية.

وكذلك إن تمويل الجزء الأكبر من إنفاق فرع ضمان المرض والأمومة، يجري تأمينه في الواقع عبر نظام الإشتراكات المفروضة على أصحاب العمل، أساساً، إضافة إلى العمال، مع الإشارة إلى أن هذه الإشتراكات هي بمثابة إقتطاعات ضريبية على عوامل الإنتاج. وتتكثف الضغوط لزيادة نسبة هذه الإشتراكات من أجل تحقيق التوازن المالي في هذا الفرع، علماً أن المؤسسات العاملة تعاني من مصاعب جمّة في ظل الأوضاع الاقتصادية الحالية. وهذا ما يستوجب إستحداث سياسات تخفف من الأعباء على عوامل الإنتاج وتعزز خلق فرص العمل وطابعه النظامي، وبالتالي إن إلغاء هذه الإشتراكات وتمويل التغطية الصحية الشاملة من الموازنة العامة يصب في هذا الإتجاه.

ويستند تطبيق نظام التأمين الصحي المقترح إلى مجموعة من الآليات وهي:

- يغطي النظام جميع اللبنانيين المقيمين، بمعزل عن وضعهم القانوني في العمل.
- يوفر النظام للمشمولين به مروحة من الخدمات الصحية داخل المستشفى وخارجه مماثلة لتلك التي يقدمها فرع ضمان المرض والأمومة في الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.

---

(١) "مشروع وزير العمل شربل نحاس للتغطية الصحية الشاملة"، محاكاة اقتصادية لتأثيرات وضع نظام التغطية الصحية الشاملة موضع التنفيذ الذي وضعها البنك الدولي وعرضت في الخلوة المنعقدة في وزارة المالية بتاريخ ٢٥ آب ٢٠١١.

- يتيح النظام للممولين به حرية استكمال مروحة خدماته عبر برامج تأمين صحية تكملية، ولا سيما للفئات التي تتمتع حالياً بخدمات صحية أعلى كماً ونوعاً، أو بدرجة تغطية أوسع عبر نظم تأمين عامة أو شبه عامة (مثال على ذلك الأسلاك العسكرية والأمنية والقضائية وموظفو الدولة)، ونطبق هذا أيضاً على المستفيدين من بوالص تأمين خاصة إفرادية أو جماعية.

- يغطي النظام ٨٥% من كلفة المعالجة الصحية ويغطي المريض الباقي مع سقف لمشاركته بحسب الخدمة.

- يحل هذا النظام محل صندوق ضمان المرض والأمومة ويعهد بإدارته إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بالتزامن مع إصلاحه وتمكينه.

- يُصدر النظام لكل مستفيد بطاقة تسمح بالدخول إلى ملفه الطبي، وفق حاجة كل من مقدمي الخدمات الصحية، مع احترام موجب صون الخصوصيات والحريات الشخصية. وهذا يسمح من ناحية أولى بتلافي العلاجات التي قد تؤدي إلى الإضرار بصحة المريض ومن ناحية ثانية ضبط التكلفة ورصد تطور بنودها، وبالمتابعة العلمية لأوضاع الصحة العامة في البلاد بإشراف وزارة الصحة.

وأخيراً، يتضمن النظام مجموعة من الآليات الاستباقية والاستدراكية لضبط الكلفة والحفاظ على الصحة العامة مع دور مميز للطب الوقائي والرعاية الصحية الأولية. على أن يمول هذا النظام من الموازنة العامة.

وتبلغ الكلفة التقديرية الإجمالية لهذا النظام وفق أحدث المعطيات المتوافرة والمبنية على القواعد الإحصائية لصندوق ضمان المرض والأمومة نحو ألفي مليار ليرة. أما الكلفة الصافية الإضافية (أي بعد حسم ما أنفقته الدولة في العام ٢٠٠٩ على القطاع الصحي عبر وزارة الصحة ومساهماتها في أنظمة التأمينات العامة وشبه العامة) فقدر بنحو ١١٠٠ مليار ليرة لبنانية<sup>(١)</sup>.

تتطلب تغطية هذه الكلفة الإضافية إستحداث مطارح ضريبية تطال الأرباح غير المرتبطة بعوامل الإنتاج، أي الفوائد والأرباح الناتجة عن التسحين العقاري وعن المتاجرة بالأسهم، وذلك لتلافي

---

(١) "مشروع التغطية الصحية الشاملة: خفض الأكلاف المترتبة على الأجور"، الأخبار، العدد ١٥٣٥، تاريخ ١٢ تشرين الأول ٢٠١١.

محظورين أساسيين: زيادة كلفة العمل النظامي المأجور لدى المؤسسات عبر الإشتراكات وزيادة كلفة المعيشة عبر الضرائب على الإستهلاك.

وقد أعدت النصوص القانونية لهذا الغرض ووضعت تقديرات لحجم الواردات المرتقبة وهي تفوق الحاجات التمويلية للنظام هذا. وبيّنت دراسة للبنك الدولي أن تطبيق نظام التغطية الصحية الشاملة مع إلغاء الإشتراكات وتمويله عبر الضرائب يؤدي إلى نتائج إيجابية على صعيد رفع الطلب على العمالة لدى المؤسسات وانخفاض معدلات البطالة والهجرة، وانخفاض حصة العمل غير النظامي في الإقتصاد اللبناني.

ولكن كالعادة لا يخلو كل مشروع أو اقتراح لإصلاح نظام التأمين الصحي من انتقادات وعراقيل. فعلى سبيل المثال اعتبر البعض أن الوزير نحاس من خلال اقتراحه هذا يخطط الأمور بعضها بالبعض الآخر، ويسأل ما علاقة المداخل الرعية، وهي ما يقصد بها الوزير نحاس القطاعين العقاري والمصرفي، بالشأن الصحي. وكيف يمكن لأي دولة مسؤولة أن تعتمد إلى ربط تأمين التغطية الصحية الشاملة بأداء قطاعات تكون معرضة حكماً للتأثر بالحركة الاقتصادية وتقلبات الأسعار ومعدلات الفوائد المحلية. بمعنى آخر فإن أي ضريبة إضافية تفرض عليها ستؤثر على الحركة المتوقعة فيها، وبالتالي على الإيرادات المحتملة للخزينة منها. فهل يجوز ربط مصير الناس وحياتهم ومستوى ونوعية الخدمات الصحية لهم بهذه العوامل كافة<sup>(١)</sup>.

أما بالنسبة لمشروع إصدار وتطبيق "البطاقة الصحية الموحدة" الذي يفترض أن يمهد الطريق للتغطية الصحية الشاملة، فهذا المشروع منتظر منذ سنوات، بالرغم من الوعود الكثيرة والمشاريع العديدة التي قدمت بهذا الشأن وبالرغم من صرف الأموال العمومية الطائلة دون أي نتيجة.

فإن فكرة إطلاق البطاقة الصحية بدأت في عهد وزير الصحة السابق محمد جواد خليفة على أساس أن كلّ شخص مضمون يدفع ما بين \$١٠٠ و \$١٥٠ سنوياً، عندها تلغى السقوف المالية لدى المستشفيات ويختار المريض أي مستشفى يريد<sup>(٢)</sup>.

(١) مازن سويد، "مطالعة في موضوع تصحيح وزيادة الأجور"، منشور على الموقع: [www.fuadsiniora.com](http://www.fuadsiniora.com)

(٢) سوزان برياري، "هل توقف البطاقة الصحية "البهدلة" أمام المستشفيات؟"، منشور على الموقع:

http://mobile.mmedia.me ، تاريخ ٢٠١٤/٣/١٩

إلا أن هذا المشروع قابله اعتراض من قبل بعض الوزراء حينها في مجلس الوزراء، الذين اعتبروه مضاربة على الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي، كونه المخوّل هذا الدور للتأمين الصحي.

وبحسب الوزير السابق خليفة "هذا مشروع (البطاقة الصحية) هو أن تقوم الدولة بإيجاد تغطية صحية منظمة شبه تأمين يتدخل فيه القطاع العام والدولة اللبنانية بشكل أن تصبح التغطية بشكل منظم وبشكل عادل بين المواطنين"<sup>(١)</sup>.

بعد ذلك بدأت لجنة الصحة النيابية، برئاسة النائب عاطف مجدلاني، العمل لمناقشة اقتراح قانون البطاقة الصحية لإفادة أي مواطن ليس لديه أي تأمين صحي إلزامي. واعتبرت لجنة الصحة النيابية أن الهدف من هذه البطاقة هو توفير أفضل خدمة صحية للمواطن اللبناني للحفاظ على كرامته وعدم إساءة التعامل معه على أبواب المستشفيات حتى يجد سريراً على حساب وزارة الصحة.

وبحسب النائب مجدلاني يؤمن مشروع البطاقة الصحية المقترح خدمة الإستشفاء لمليون مواطن لبناني حُرّموا من التأمين الصحي الإلزامي.

إن مشروع البطاقة الصحية، هو بمثابة بطاقة تأمين ولكنها تابعة إلى وزارة الصحة التي ستتعاقد مع المستشفيات على غرار ما تقوم به شركات التأمين. ولدى إظهار المريض للبطاقة، لن تستطيع المستشفيات رفضه متذرة بعدم توفر أسرة أو بتخطي سقف إنفاق الوزارة، لأنه لن يتم تحديد سقف للإنفاق ولا عدد محدد للأسرة.

أما بالنسبة لمزايا البطاقة فهي التالية:

- توفير التغطية الاستشفائية لكل لبناني لا يحظى بها.
- عدم تناقض هذا النظام مع ما تقوم به مؤسسة الضمان الإجتماعي.
- تقوم التغطية المطروحة على مبدأ التضامن والتكامل.

---

(١) أحمد بشتو، "واقع قطاع الصحة اللبناني"، عن برنامج أسبوعي يناقش القضايا الاقتصادية على الساحة الدولية والعربية، منشور على الموقع: [www.sling.coulArabic/Al-jazeera](http://www.sling.coulArabic/Al-jazeera)، تاريخ ١٧/٢/٢٠١٠.

- يوفر النظام الحوافز اللازمة لضمان الرعاية الأولية والطب الوقائي والتثقيفي للمواطنين لتفادي الإضرار إلى تحمل الأكاليف الباهظة الثمن للمعالجات المستقبلية.
- دعم موقع المستشفيات الحكومية ودورها وتشجيع لا مركزية الإستشفاء، مع تحفيز نظام الإحالة.
- إيجاد التعاون والتناغم بين جهود القطاعين العام والخاص.
- إجراء فحص طبي شامل وفحص دم مرة في السنة<sup>(1)</sup>.

إن هذا النظام سيموّل من موازنة وزارة الصحة ومن مساهمات وتبرعات أخرى، كما أن هناك إمكانية لفرض ضرائب متخصصة لهذه البطاقة، بالإضافة إلى جزء بسيط يموله المواطن اللبناني، هو عبارة عن إشتراك سنوي لا يتعدى ١٥٠ ألف ليرة، سيؤمن له من المقابل، إستشفاءً مجانياً في أي مستشفى حكومي، خصوصاً في المستشفى الحكومي في المحافظة التي ينتمي إليها أو يسكن فيها المشترك. أما إذا أراد المريض دخول مستشفى خاص، عندها سيدفع ١٠ في المئة من قيمة فاتورة الإستشفاء، على غرار نظام الضمان الإجتماعي.

هذه التقديمات تكون عبر هذه البطاقة، وتكون فاعلة عندما يدفع المريض الإشتراك السنوي عن كل شخص في العائلة، بإستثناء الأولاد الذين يقل عمرهم عن سنة، يعالجون مجاناً. أما ما يميّز البطاقة الصحية عن نظام الضمان الإجتماعي فهو أن هذه البطاقة تتوجه إلى المواطنين الذين لا يحظون بأي نوع من التأمين الإلزامي.

وقد أطلقت وزارة الصحة العامة في السراي الكبير بتاريخ ٢٠١٦/١/٣٠ مشروع "الرعاية الأولية الشاملة نحو التغطية الصحية الشاملة".

وإن برنامج شبكة الرعاية الصحية الأولية تشتمل على البرنامج الوطني للتحصين وبرنامج دمج خدمات الأمراض غير الإنتقالية ومرصد وفيات الأمهات والرضع وبرنامج دمج تشخيص وعلاج سوء التغذية وبرنامج الصحة النفسية وبرنامج صحة الأم والطفل وبرنامج دعم التكامل في تقديم الخدمات الأساسية لتلبية الحاجات.

---

(1) مجدلاوي لـ "الجمهورية": "البطاقة الصحية للجميع وبكلفة رمزية"، منشور على الموقع: [www.mtv.com.lb/news](http://www.mtv.com.lb/news)، تاريخ ٢٠١٣/١/١٣.

إن الخدمات التي يغطيها مشروع الرعاية الصحية الشاملة، وهي جميع خدمات تعزيز الصحة والوقاية والتشخيص والعلاج خارج المستشفى إضافة إلى تغطية الإستشفاء ١٠٠% للأكثر فقراً. وتشتمل الخدمات على التوالي: زيارات منزلية للمواطنين المستهدفين لإلحاقهم بالمشروع، إرشاد صحي وتعزيز الممارسات الصحية، الإكتشاف المبكر والمنظم للأمراض من خلال رزمات من الفحوصات والتحاليل محدد وفقاً للجنس والعمر، رزمة خاصة بالنساء الحوامل والعناية قبل الولادة وخلالها وبعدها للأم والطفل، رزمة خاصة بالأمراض غير الإنتقالية مع التركيز على ضغط الدم والسكري، توفير الأدوية الأساسية والإحالة على المستشفيات الحكومية للفحوصات الخارجية أو الإستشفاء وفقاً للحاجة والمتابعة إلى ملف طبي إلكتروني: السوابق الطبية، نتائج التحاليل، الأدوية، وبرنامج المتابعة<sup>(١)</sup>.

لذلك من خلال ما استعرضناه من مشاريع لإقرار التغطية الصحية الشاملة أو ما يسمى البطاقة الصحية الموحدة، دون أن تبصر النور، تأكيداً على أنه لا يزال حلم لدى اللبنانيين. وما أقرّ لغاية الآن من مشاريع التغطية الصحية الشاملة التي اقترحت هي التغطية الصحية الشاملة لمن تجاوز عمره الـ ٦٤ عاماً من اللبنانيين في كل المستشفيات الحكومية والخاصة، اللذين كانوا يستفيدون من الإستشفاء على نفقة وزارة الصحة.

كما صدر القانون رقم ٢٧ بتاريخ ١٠ شباط ٢٠١٧ ينص على إفادة المضمونين المتقاعدین من تقديمت فرع ضمان المرض والأمومة في الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي حيث عدل هذا القانون بموجب المادة الأولى منه الفقرة "سادساً" من المادة التاسعة من قانون الضمان الإجتماعي، حيث أصبح كل متقاعد (وهو المضمون الذي انتهت خدمته بسبب العجز) يخضع لفرع ضمان المرض والأمومة<sup>(٢)</sup>.

ويعتبر هذا القانون الخطوة الأولى نحو إقرار التغطية الصحية الشاملة لجميع اللبنانيين.

---

(١) إطلاق مشروع "الرعاية الأولية الشاملة نحو التغطية الصحية الشاملة" في السراي الكبير، الجمهورية اللبنانية، وزارة الصحة، [www.moph.gov.lb](http://www.moph.gov.lb).

(٢) الجريدة الرسمية، العدد ٨، ٢/١، تاريخ ١٦ شباط ٢٠١٧، ص ٧٥٦.

## الخاتمة

إن المشاكل المرتبطة "على المستوى العالمي" بتأمين الضمان الصحي للجميع ونقصد هنا التغطية الصحية الشاملة كثيرة ومعقدة إذ ترتبط غالبية الأحيان السياسات الصحية بالإعتبارات السياسية والعقائدية وتتأثر بإيديولوجيات الحكّام، حيث أن النظم السياسية والإقتصادية وأسلوب إدارة الدولة واستخدام مواردها تؤثر في غالبية الأحيان على مسألة الضمان الصحي لدى المواطنين كما رأينا ذلك في لبنان والولايات المتحدة الأمريكية.

فعلى سبيل المثال الولايات المتحدة الأمريكية التي تعتبر من الدول المتقدمة، لا يوجد فيها نظام رعاية صحية شامل حيث يعتمد تمويل الخدمات الصحية بشكل رئيسي على التأمين الصحي الخاص "إلا أن أقرّ قانون أوباما كير كما رأينا وهو موضوع نقاش لإلغاءه"، كما أن معظم المنشآت الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية تملك وتدار من قبل القطاع الخاص مما سبب إرتفاع هائل في تكاليف الرعاية الصحية وقلل من كفاءة نظامها الصحي بشكل حاد.

أما في لبنان فإن القطاع الصحي بشكل عام يعاني من تشوهات عديدة بالإضافة الى أن سواد أعظم من اللبنانيين غير مشمولين بالتأمينات الصحية وتتخلص المشكلة الصحية في لبنان في عدم تساوي الفرص كماً ونوعاً أمام اللبنانيين في الحصول على الخدمات الصحية، الوقائية والعلاجية، المرتبطة بمستوى الدخل وبالتفاوتات المناطقي في توفر الخدمات الأساسية. بالإضافة إلى ما يشهده من كبيراً في دور القطاع العام لمصلحة القطاع الخاص والقطاع الأهلي.

وكما تبين معنا أثناء البحث كل محاولة لإصلاح القطاع الصحي سواءً في لبنان أم في الولايات المتحدة الأمريكية كانت تواجه العديد من العراقيل التي قد تصل إلى حد شلّ وتعطيل البلد. فالنزاعات التي شهدتها إقرار قانون الوصفة الطبية الموحدة ليست إلا لمصالح فئوية وأيديولوجية لا تراعي حقوق المواطن وتنمية وطنه لأجل تحقيق رفاهيته وإزدهار اقتصاده وبالتالي العيش حياة كريمة.

إن الشعب اللبناني مدعو لوعي خطورة أزمة قطاعه الصحي نتيجة المحاولات المتكررة للقضاء على الضمان الإجتماعي فيه، وكان آخرها محاولة إلغاء براءة الذمة من الضمان.

ولا شك أن إقرار قانون الوصفة الطبية الموحدة كان إنجازاً تاريخياً في القطاع الصحي اللبناني وتحديداً في قطاع الدواء والصيدلة، بالرغم من تأخر لبنان في مسألة استخدام دواء الجنيريك مقارنة مع الولايات المتحدة الأميركية التي يصل استخدام الجنيريك فيها إلى نسبة ٨٠%، إلا أن هذا الملف هو حلقة من ضمن سلسلة متكاملة في المنظومة الصحية التي لا تزال تعاني من مشاكل وثغرات عديدة لا بدّ من العمل على حلها وأهمها العمل على إقرار البطاقة الصحية الموحدة التي تؤمن التغطية الصحية الشاملة وهو حلم جميع اللبنانيين.

وإن مسألة ضمان جودة دواء "الجنيريك" في لبنان عبر إنشاء مختبر مركزي لمتابعة رسمية جدية بصلاحيات قانونية هو حاجة ماسة لأنه سوف ينقي قطاع الدواء في لبنان من شوائب أصابته ووضعت مصداقية سوق الدواء على المحك.

على الدولة والمعنيين في القطاع الطبي والإستشفائي أن يعوا أن الشك بالقطاع الطبي يزداد في وطن المحسوبيات ومبادئ التجارة والربح في قطاعه الصحي، وغني على القول أن هذا يحتاج إلى معالجة فورية دون إبطاء.

# الملحق

الخاص بوزارة المالية.

وزير المالية  
علي حسن خليل

## المجلس الأعلى للجمارك

قرار رقم ٢٠١٥/٤٥

تجديد رقم ٨٣٣ على لائحة الترخيصات  
الصادرة على أساس التعميم الجمركية  
وفقاً للنظام المنشق

إن المجلس الأعلى للجمارك،

بناء على المرسوم رقم ١١٧٥٦، تاريخ ٢٢ أيار  
٢٠١٤ (نقل وتعيين رئيس المجلس الأعلى للجمارك)،  
بناء على المرسوم رقم ١١٥٩٨، تاريخ ١٩ أيار  
٢٠١٤ (ترفع وتعيين عضوين في المجلس الأعلى  
للجمارك)،بناء على المرسوم الإشرافي رقم ١٢٣، تاريخ ١٢  
حزيران ١٩٥٩، (الأحكام الخاصة بوزارة المالية -  
إدارة الجمارك)،بناء على المرسوم رقم ٤٤٦١، تاريخ ١٥ كانون  
الأول ٢٠٠٠ (قانون الجمارك)، لا سيما المادة ٥٠ منه،  
بناء على القرار رقم ٩٥، تاريخ ٢٠ كانون الأول  
١٩٩٥ وتعديلاته (تعريف الرسوم الجمركية وفقاً للنظام  
المنسق)،بناء على استدعاء شركة خليل فتال ش.م.ل. رقم  
٤٣٨٥، تاريخ ١٣ تشرين الأول ٢٠١٤،  
بناء على قراره المتخذ في جلسته المنعقدة بتاريخ  
٢٨ آذار ٢٠١٤،وبعد استطلاع رأي مدير الجمارك العام بإحاطته رقم  
٢٠١٤/٢٠٨٢٢، تاريخ ٢٢ كانون الأول ٢٠١٤،  
وقرر ما يأتي:المادة الأولى: تبيد لفائف ماركة Villiger  
Premium في البند التعريفي 2402.20 المقتن  
بمعدل رسم جمركي قدره 5% من القيمة، ورسم  
استهلاك داخلي يبلغ 108% من القيمة وذلك بحسب  
تعريف الرسوم الجمركية وفقاً للنظام المنسق.إن الصنف موضوع البحث عبارة عن سجاير عادية  
من نوع مفروم، ملفوفة بطبقتين، الأولى من الورق العادي  
للبنى اللون أما الثانية من ورقع التيج، مزودة بفلتروموضبة في علب من كرتون تحتوي الواحدة منها على  
عشر لفائف، كما ترد بعبء تكهات.  
المادة الثانية: ينشر هذا القرار ويبلغ، ويعمل به  
بتاريخ صدوره.

بيروت في ١١ نيسان ٢٠١٥

رئيس

العميد المتقاعد نزار خليل

عضو

أحمد الحلبي

عضو

كاتب فارس

## وزارة الصحة العامة

قرار رقم ١/٥٥٧

بتعلق بالزامية اعتماد النموذج النهائي  
للوصفة الطبية الموحدة  
ابتداءً من اول حزيران ٢٠١٥

إن وزير الصحة العامة

بناء على المرسوم رقم ١١٢١٧ تاريخ  
٢٠١٤/٢/١٨ (تشكيل الحكومة)،بناء على المرسوم رقم ٨٢٧٧ تاريخ  
١٩٦١/١٢/٣٠ (تنظيم وزارة الصحة) وتعديلاته،

بناء على القانون رقم ٩١ تاريخ ٢٠١٠/٣/٩،

وبناء على القرار رقم ١/٢٩٠ تاريخ ٢٠١٥/٢/١٦،

وبناء على اقتراح مدير عام وزارة الصحة العامة،

يقرر ما يلي:

المادة الأولى: يعتمد النموذج النهائي للمرفق  
للوصفة الطبية الموحدة ويفرض استعماله على جميع  
الأطباء في لبنان وتغني جميع النماذج الأخرى.المادة الثانية: يبدأ العمل بهذا النموذج ابتداءً من  
اول حزيران ٢٠١٥ ويمنع على الصيادلة استقبال اي  
نموذج آخر والإحتفاظ بالنسخة المخصصة للصيدلي.المادة الثالثة: يكلف المفتش الصيدلي مراقبة  
حسن التزام الصيادلة بهذا القرار.المادة الرابعة: ينشر هذا القرار حيث تدعو  
الحاجة.

بيروت في ٢ نيسان ٢٠١٥

وزير الصحة العامة

وائل ابو قاعور



Partie destinée à l'assuré(e) <sup>(*)</sup>		معلومات المريض/المتقاضي <sup>(**)</sup>	
Je soussigné(e) Je déclare : أنا الموقع أدناه أقر أن :		Numero d'inscription de l'assuré(e) <sup>(*)</sup>	رقم تسجيل المريض/المتقاضي <sup>(*)</sup>
		Nom et prénom de l'assuré(e) <sup>(*)</sup>	إسم وشهرة المريض/المتقاضي <sup>(*)</sup>
D'encadrer les sommes remboursées. لنأخذ ما يستحق لي من تعديلات.		Adresse	العنوان
Signature de l'assuré(e) <sup>(*)</sup>		هل المريض هو المتقاضي <sup>(**)</sup> ؟ Oui <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Non	
Date de la maladie <sup>(*)</sup> : <input type="checkbox"/> Accident de travail / <input type="checkbox"/> Maladie / <input type="checkbox"/> Accident أسباب المرض <sup>(**)</sup> : <input type="checkbox"/> حادث عمل / <input type="checkbox"/> مرض / <input type="checkbox"/> أزمة		Dans le cas où le patient n'est pas l'assuré(e) <sup>(*)</sup> : <input type="checkbox"/> Fils / <input type="checkbox"/> Père / <input type="checkbox"/> Épouse / <input type="checkbox"/> Époux / <input type="checkbox"/> Frère / <input type="checkbox"/> Sœur في حال كون المريض غير المتقاضي <sup>(**)</sup> : <input type="checkbox"/> زوجة / <input type="checkbox"/> والد / <input type="checkbox"/> والدة / <input type="checkbox"/> ابن / <input type="checkbox"/> ابنة	
Je soussigné(e) certifie que les informations données ci-dessus sont exactes.		Nom et prénom du patient	
Date		Date de naissance	
Signature de l'assuré(e) <sup>(*)</sup>		(1) Valer la lettre (1) si masculin. (2) Valer la lettre (2) si féminin. (3) Valer la lettre (3) si le patient n'est pas l'assuré(e). (4) Valer la lettre (4) si le patient n'est pas l'assuré(e).	

ملاحظة : يرجى من المريض المتقاضي التفتيش من صلاحية الوثيقة لتتأكد من لدى الصيدلي وسائر مقدمي الخدمات الطبية ضمن مهلة شهر واحد من تاريخها.

## وزارة الاقتصاد والتجارة

قرار رقم ٨٠/١/٨٠

المتعلق بإعادة السماح بالتداول بصنف اللبنة

إبن وزير الاقتصاد والتجارة،

بناء على المرسوم رقم ١١٢١٧ تاريخ

٢٠١٤/٢/١٥ (تشكيل الحكومة)،

بناء على القانون الصادر بالمرسوم رقم ٢٨٩٦ تاريخ

١٩٥٩/١٢/١٦ (تنظيم وزارة الاقتصاد والتجارة)،

بناء على القانون المنفذ بالمرسوم رقم ٦٨٢١ تاريخ

١٩٧٣/١٢/٢٨ (تحديد مهام وملاكات وزارة الاقتصاد

والتجارة)،

بناء على القانون رقم ٦٥٩ تاريخ ٢٠٠٥/٢/٤ (قانون

حماية المستهلك)، لا سيما المادة ٤١ منه،

بناء على المرسوم رقم ١٠٤٠ تاريخ ١٩٩٩/٨/٢

(إعطاء صفة الالتزام القانوني لمواصفات اللبنة والكريمة

بالجبلتين، لا سيما المواصفة رقم ١٩٩٩:٢٣ المتعلقة

اللبنة)،

بناء على القرار رقم ١/١٢٠/أ.ت. تاريخ ٢٠١٥/٢/٢٣

(تعليق التداول بصنف لبنة)،

وبعد صدور نتيجة التحليل من مختبر معتمد لجنة من

اللجنة التي تحمل العلامة التجارية إياه حرب للألبان

والأجبان للكثافة في الحلوسية قضاء صور،

بناء على اقتراح مدير عام الاقتصاد والتجارة،

يقرر ما يأتي:

المادة الأولى، يعاد السماح بالتداول في الأسواق

اللبنانية بسلعة اللبنة إنتاج مؤسسة إياه حرب

للألبان والأجبان للكثافة في الحلوسية قضاء

صور، وذلك بعد أن ثبت بالتحاليل المخبرية،

لعينات اللبنة التي تم أخذها من إنتاج المؤسسة

المذكورة مطابقتها للمواصفة القياسية لللبنة رقم

٢٣: ١٩٩٩.

المادة الثانية، يعمل بهذا القرار فور صدوره،

ويعلن عنه في وسائل الاعلام، وينشر ويبلغ حيث

تدعو الحاجة.

## قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية:

أ- المؤلفات القانونية:

- ١- أبو طالب، (صوفي)، "الوجيز في القانون الدولي الخاص"، الجزء ١.
- ٢- البستاني، (بطرس)، "قاموس محيط المحيط"، مكتبة لبنان، ١٩٧٩.
- ٣- حامد، (محمد رؤوف)، "ثورة الدواء المستقبل والتحديات"، دار المعارف، القاهرة، ٢٠٠١.
- ٤- حمدان، (حسين عبد اللطيف)، "الضمان الاجتماعي أحكامه وتطبيقاته"، دراسة تحليلية شاملة، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، ٢٠٠٩.
- ٥- خشبي، (محمد علي)، "عقد العمل الفردي"، الطبعة الأولى، حزيران ٢٠٠٠.
- ٦- السعيد، (صادق مهدي)، "الضمان الاجتماعي (دراسة مقارنة)"، دار الفكر العربي.
- ٧- سلامة، (رفيق)، "شرح قانون الضمان الاجتماعي".
- ٨- شوفاني، (ناجي)، "المستفيدون من الضمان الاجتماعي"، الجزء الأول.
- ٩- شوفاني، (ناجي)، "المستفيدون من الضمان الاجتماعي اللبناني"، الجزء الثاني، ١٩٨٥.
- ١٠- صادر، شكري، "الضمان الاجتماعي"، صادر بين التشريع والاجتهاد، ٢٠١٤.
- ١١- عبد الصادق، (محمد سامي)، "مسؤولية منح الدواء عن مضار منتجاته المعيبة"، دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، مصر، ٢٠٠٢.
- ١٢- العكدي، (ثائر سعد)، "التنظيم القانوني لمهنة الصيدلة"، دراسة مقارنة، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، ٢٠١٤.
- ١٣- غياض، (وسام)، "الوجيز في قانون العمل اللبناني"، الطبعة الثانية، دار المواسم، ٢٠٠٩.
- ١٤- كرم، (روبير)، "ضمان المرض والأمومة".

- ١٥- المصاروة، (هيثم حامد)، "المنتقى في شرح قانون العمل"، دراسة مقارنة بالقانون المدني، الطبعة الأولى، دار الحامد، ٢٠٠٨.
- ١٦- منصور، (محمد حسين)، "قانون العمل"، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، ٢٠١٠.
- ١٧- مرقص، (بول)، "دليلك في الصحة"، سلسلة "دليل حقوق الناس"، منشورات مؤسسة جوستيسيا للإنماء وحقوق الإنسان، بيروت، ٢٠١٠.
- ١٨- الناشف، (أنطوان)، "النظام القانوني لمهنة الصيدلة في لبنان"، الطبعة الأولى، شركة الغزال للنشر، لبنان، ٢٠٠٠.

#### ب- المقالات:

- ١- أبو زكي، رشا، "الضمان في مواجهة التطور الطبي"، الأخبار، العدد ٨٠٢، ٢٣ نيسان ٢٠٠٩.
- ٢- أبو فاعور، وائل، "الوصفة الطبية الموحدة مجانية ولا تكلف الطبيب إلا ٢٥٠ ليرة"، الإقتصاد، تاريخ ٢٢/١٢/٢٠١٥.
- ٣- الأمين، فحال، "صحتكم رهينة تجار الأدوية"، مجلة الأخبار، العدد ٢١٣٩، تاريخ ٢٩/١٠/٢٠١٣.
- ٤- بطرس، وردية، "الوصف العشوائي للدواء"، مجلة الأفكار، لبنان، تاريخ ٩/١٢/٢٠١٦.
- ٥- بعلبكي، سلوى، "صندوق تقاعد الأطباء يرفع المعاش التقاعدي إلى ١,٥ مليون ليرة"، النهار، تاريخ ٢٧/٧/٢٠١١.
- ٦- بعلبكي، سلوى، "الوصفة الطبية بدأت مع عزابها النقيب السابق أبو شرف"، النهار، تاريخ ٤ آذار ٢٠١٥.
- ٧- حمدان، عدنان، "لماذا لا يطبق الضمان الوصفة الطبية الموحدة؟"، السفير، العدد ١٢٩٨٥، تاريخ ٣٠/١/٢٠١٥.
- ٨- حنبوري، كوثر، "أين أصبحت الورشة الإصلاحية للضمان الاجتماعي؟"، برنامج "المجلة الاقتصادية"، الخميس ٥ تشرين الثاني ٢٠١٥.
- ٩- حمام، علي، "البطالة في لبنان بين الواقع والحل"، إشراف شعبان عزت بدرا، المنشور المنتدى الاشتراكي، ٢١ حزيران ٢٠١٣.

- ١٠- خليفة، جوزيف ، "رفع مساهمة الضمان في بعض الأدوية: هل توقيته خطأ؟"،  
النهار، العدد ٣٥٣٥، ٢٢ تموز ٢٠١٦.
- ١١- خطّار، كارلا، "الضمان "يأكل" الطبابة الأسنان... والناس "يضرسون"، المستقبل،  
العدد ٣٥٤١، ١٨ كانون الثاني ٢٠١٠.
- ١٢- ديشوعي، إيلي، "إنعكاس الأزمة السورية على الإقتصاد اللبناني"، الحركة الثقافية،  
أنطلياس، ٤ آذار ٢٠١٤.
- ١٣- سكرية، إسماعيل، "فضائح ملف الأدوية في لبنان"، مجلة البيان، العدد ٤٥١،  
تاريخ ٢٠١٤/١/١٩.
- ١٤- شافي، نادر عبد العزيز، "عقد التأمين وأبرز أحكامه ومشاكله"، مجلة الجيش، العدد  
٣٤٠، تشرين الأول ٢٠١٣.
- ١٥- شبقلو، أحمد، "التبعية القانونية التي أخذ بها تشريع الضمان الاجتماعي"، المجلة  
الاجتماعية اللبنانية، عدد ١١.
- ١٦- شبارو، أسرار، "ما هي الوصفة الطبية الموحدة ولماذا بعض الصيدالة مصدوم؟"،  
النهار، العدد ٥١٧٥١٧، تاريخ ٢٠١٥/٨/١٢.
- ١٧- صفا، عمر هشام، "النظام الصحي الأمريكي في ورقة بحثية رئاسية"، إضاءات،  
٢٠١٦/٧/٢٩.
- ١٨- علي، سمية، "الوصفة الطبية الموحدة: العبرة في التطبيق"، أرشيف موقع قناة  
النهار، تاريخ ٢٠١٥/٣/٩.
- ١٩- عمار، وليد، "التوجهات الاستراتيجية للنظام الصحي في لبنان"، وزارة الصحة  
اللبنانية، ٢٠١٢.
- ٢٠- عمار، وليد، "الوزارة تنفق ٨٧% من موازنتها على الاستشفاء والأدوية"، الصحة  
والإنسان، العدد ٢٧، نيسان ٢٠١٤.
- ٢١- عازوري جمهوري، ليلي، "الأولاد الأحداث في التشريع الاجتماعي اللبناني والدولي"،  
الشرق الأدنى، ١٩٩٣، عدد ٤٦.
- ٢٢- مكّي، ملاك، "رحلة دواء "الجنريك": الخصائص والجودة والوقت اللبنانية"، السفير،  
تاريخ ٢٠١٥/٣/٥.

- ٢٣- مهدي، حسين، "الوصفة الطبية الموحدة": صندوق الضمان في خدمة احتكارات الدواء، الأخبار، العدد ٢٥١٤، تاريخ ٩ شباط ٢٠١٥.
- ٢٤- مهدي، حسين، الوصفة الطبية الموحدة بعد تعديلها: "مثل قلتها"، الأخبار، العدد ٢٥٣٤، تاريخ ٥ آذار ٢٠١٥.
- ٢٥- مهدي، حسين، "الوصفة الطبية الموحدة: شبكة المصالح صادمة"، الأخبار، العدد ٢٧٩٠، تاريخ ١٨ كانون الثاني ٢٠١٦.
- ٢٦- مهدي، حسين، "إطلاق الوصفة الطبية الموحدة غداً: قوة الفساد راسخة"، الأخبار، العدد ٢٦٢٧، تاريخ ٢٩ حزيران ٢٠١٥.
- ٢٧- متي، جو، "الوصفة الطبية الموحدة: هل يؤثر على أرباح مستوردي الأدوية؟"، الاقتصاد، تاريخ ٩ آذار ٢٠١٥.
- ٢٨- مرقص، بول، "أنظمة التغطية الصحية في لبنان"، مجلة الصحة والإنسان، العدد ٢٧، نيسان ٢٠١٤.
- ٢٩- مكي، ملاك، "رحلة دواء الجنريك": الخصائص والجودة والسوق اللبنانية"، السفير، تاريخ ٥/٣/٢٠١٥.
- ٣٠- وهبه، كلودين، "لبنان مقصد لسياحة الصحة من مختلف بلدان الشرق الأوسط"، الجمهورية اللبنانية وزارة الإعلام، الوكالة الوطنية للإعلام.
- ٣١- وهبه، محمد، "الضمان الاجتماعي في خطر"، الأخبار، العدد ٩٨٧، تاريخ ٣/١٢/٢٠٠٩.
- ٣٢- وهبة، محمد، "لا محل للإصلاح في الضمان"، الأخبار، العدد ٢٥١١، ٥ شباط ٢٠١٥.
- ٣٣- وهبه، محمد، "توسيع تقديمات الضمان لتشمل طب الأسنان"، خلوة وعود، الأخبار، العدد ٢٣٦٥، ١١ آب ٢٠١٤.
- ٣٤- "الفساد الصحي في لبنان (٤/١)"، جريدة الأخبار، العدد ٢٨٩، تاريخ ٢٨ تموز ٢٠٠٨.
- ٣٥- "مشروع التغطية الصحية الشاملة: خفض الأكاليف المترتبة على الأجور"، الأخبار، العدد ١٥٣٥، تاريخ ١٢ تشرين الأول ٢٠١١.

- ٣٦- "تصريح لمدير عام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي"، جريدة السفير، العدد ٩٤٣٣، الخميس ٢٧/٢/٢٠٠٣.
- ٣٧- "غالبية الصيادلة لا يؤيدون الوصفة الطبية الموحدة"، جريدة النهار، تاريخ ٢٨ شباط ٢٠١٧.
- ٣٨- جريدة السفير، العدد ٩١٧٩، تاريخ ٢٠ نيسان ٢٠٠٢.

### ج- الدراسات:

- ١- أبو مصلح، غالب، "لبنان وضرورات التغيير البدائل الاقتصادية والاجتماعية: الزراعة والصحة والصناعة".
- ٢- سكرية، إسماعيل، "الحق في الصحة"، الخطة الوطنية لحقوق الإنسان، مجلس النواب، لجنة حقوق الإنسان، UNDP.
- ٣- السعيد، صادق مهدي، "الضمان الاجتماعي (دراسة مقارنة)"، دار الفكر العربي.
- ٤- "التقرير العربي حول التنمية البشرية"، برنامج الأمم المتحدة للتنمية "UNDP" ٢٠٠٢.
- ٥- "وضع الأطفال في لبنان"، مسح صحة الأم والطفل في لبنان، الإدارة المركزية للإحصاء، يونيو ٢٠٠٠.
- ٦- "مشروع وزير العمل شربل نحاس للتغطية الصحية الشاملة".
- ٧- دليل التصنيف المهني، صادر عن وزارة العمل والشؤون الاجتماعية في العراق، ١٩٧٥.

### د- الأحكام والقرارات القضائية:

- ١- مجلس العمل التحكيمي في بيروت، قرار رقم ٩١٥، تاريخ ٣/١١/١٩٧٢، غير منشور.
- ٢- مجلس العمل التحكيمي في بيروت، قرار رقم ٧١٣، تاريخ ٢٦/٧/١٩٧٣، العدد ١٩٧٥، عدد ١، صادر بين التشريع والاجتهاد، "الضمان الاجتماعي".
- ٣- مجلس العمل التحكيمي في بيروت، قرار رقم ١١٢، تاريخ ٣/٣/١٩٩٣، نبيلة زين، قضاء العمل، ١٩٩٢/١٩٩٤، وقد ذكره صادر بين التشريع والاجتهاد، "الضمان الاجتماعي".
- ٤- مجلس شوري الدولة اللبناني، قرار رقم ١٤١، تاريخ ١٨/١٢/٢٠٠٢، مجلة القضاء الإداري، ٢٠٠٧، المجلد الأول، العدد التاسع عشر.
- ٥- مجلس شوري الدولة اللبناني، قرار رقم ٦٨١، تاريخ ١١/٩/٢٠٠٢، مجلة القضاء الإداري، ٢٠٠٥، المجلد الثاني، العدد السابع.

- ٦- محكمة التمييز اللبنانية، الغرفة المدنية الرابعة، قرار ١٣٢/٢٠٠٥، تاريخ ٧/١١/٢٠٠٥، منشورات الحلبي الحقوقية، ٢٠٠٦، ط ١.
- ٧- مجلس شورى الدولة اللبناني، قرار رقم ٩٢/٧٥ - ٩٣، تاريخ ٢٥/١/١٩٩٢، رقم المراجعة ٢٦٨٠ / ١٩٩١، مجلة القضاء الإداري، ١٩٩٤، العدد السابع.
- ٨- مجلس شورى الدولة اللبناني، قرار رقم ٤٠، تاريخ ٢٠/١٢/٢٠٠٠، مجلة القضاء الإداري، ٢٠٠٤، المجلد الأول، العدد السادس عشر.

#### هـ - المواقع الإلكترونية:

- ١- برياري، سوزان، "هل توقف البطاقة الصحية "البهدلة" أمام المستشفيات؟"، منشور على الموقع: <http://mobile.mmedia.me>، تاريخ ١٩/٣/٢٠١٤.
- ٢- برياري، سوزان، "بعد سنة على إقرارها... لماذا فشلت الوصفة الطبية الموحدة؟"، الناشر الشركة اللبنانية للإعلام والدراسات، [greenarea.me](http://greenarea.me)، تاريخ ١٤/٣/٢٠١٧.
- ٣- بشتو، أحمد، "واقع قطاع الصحة اللبناني"، عن برنامج أسبوعي يناقش القضايا الاقتصادية على الساحة الدولية والعربية، منشور على الموقع: [www.sling.coulArabic/Al-jazeera](http://www.sling.coulArabic/Al-jazeera)، تاريخ ١٧/٢/٢٠١٠.
- ٤- سويد، مازن، "مطالعة في موضوع تصحيح وزيادة الأجور"، منشور على الموقع: [www.fuadsiniora.com](http://www.fuadsiniora.com)
- ٥- مجدلاوي لـ "الجمهورية": "البطاقة الصحية للجميع وبكلفة رمزية"، منشور على الموقع: [www.mtv.com.lb/news](http://www.mtv.com.lb/news)، تاريخ ١٣/١/٢٠١٣.
- ٦- إطلاق مشروع "الرعاية الأولية الشاملة نحو التغطية الصحية الشاملة" في السراي الكبير، الجمهورية اللبنانية، وزارة الصحة، [www.moph.gov.lb](http://www.moph.gov.lb).
- ٧- أميركيا: "كيف يبقى أكثر من ٤٥ مليون أمريكي بدون تأمين صحي"، مقال نشر على جريدة إيلاف الإلكترونية، تاريخ ٢١/١١/٢٠٠٥.
- ٨- [www.cdr.gov.lb/plan/healthsector-arabic,page2](http://www.cdr.gov.lb/plan/healthsector-arabic,page2)
- ٩- [www.mfe.gov.lb](http://www.mfe.gov.lb)
- ١٠- [www.isf.gov.lb](http://www.isf.gov.lb)
- ١١- [www.cmempul.org](http://www.cmempul.org)

- 1- Meriam, Lewis, “**Relief and Social Security**”, Washington 1946, Second Printing 1947.
- 2- Shroff, Mana H., “**Reference Guide for Pharmacy Management and Pharmacoeconomics**”, Volume 1, First edition 2005-2006.
- 3- Shroff, Manan H., “**Foreign Pharmacy Theory**”, R.Ph. 2015-2016 Edition.
- 4- Shargel, Leon, Mutnich, Alan H., Souney, Paul F. and Swanson, Larry N., “**Comprehensive Pharmacy Review**”, Wolters Kluwer, Seventh Edition.
- 5- Abbreviated New Drug Application (ANDA): Generics Food and Drug Administration.
- 6- “**Drug Laws for Practitioners**”, Department of Health Professions, Commonwealth of Virginia, July 1, 2015.
- 7- “**Missouri Pharmacy Practice Guide**”, Missouri Board Pharmacy, December 2016.
- 8- “**For The Nation’s Security**”, Department of Research and Education, Washington, 1943.

## فهرس المحتويات

الموضوع:	الصفحة
خطة البحث.....	٣
المقدمة.....	٤
القسم الأول: القطاع الصحي في لبنان وضمان المرضى والأمومة.....	١٠
الفصل الأول: القطاع الصحي في لبنان بين واقع مأزوم وتنويهات عالمية.....	١١
الفرع الأول: واقع القطاع الصحي في لبنان ونظم الرعاية الصحية القائمة.....	١١
الفقرة الأولى: واقع القطاع الصحي في لبنان.....	١١
الفقرة الثانية: أنظمة التغطية الصحية في لبنان.....	١٥
الفرع الثاني: المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في لبنان.....	٢١
الفقرة الأولى: المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في لبنان.....	٢٢
الفقرة الثانية: المشاكل التي يعاني منها قطاع الدواء في لبنان.....	٢٥
الفصل الثاني: ضمان المرض والأمومة بين النص والواقع.....	٣٠
الفرع الأول: ضمان المرض والأمومة من حيث النص.....	٣١
الفقرة الأولى: الخاضعون لفرع ضمان المرض والأمومة.....	٣١
الفقرة الثانية: تقديمات فرع ضمان المرض والأمومة.....	٤٠
الفرع الثاني: الضمان الصحي في لبنان من حيث الواقع.....	٤٧
الفقرة الأولى: مستفيدون من الضمان الصحي من حيث النص إنما محرومون في الواقع.....	٤٧
الفقرة الثانية: المشاكل التي يعاني منها فرع ضمان المرض والأمومة.....	٥٣
القسم الثاني: إشراقه أمل نحو الإصلاح في القطاع الصحي "الوصفة الطبية الموحدة".....	٦٠
الفصل الأول: التنظيم القانوني لمهنة الصيدلة و"الوصفة الطبية الموحدة".....	٦١
الفرع الأول: التنظيم القانوني لمهنة الصيدلة.....	٦١
الفقرة الأولى: الصيدلي ومساعد الصيدلي "تعريفهما وشروط مزاوله المهنة".....	٦٢
الفقرة الثانية: تحديد المفهوم القانوني للدواء.....	٦٨
الفرع الثاني: الوصفة الطبية الموحدة "تعريفها وأهميتها".....	٧٥
الفقرة الأولى: تعريف الوصفة الطبية الموحدة.....	٧٥
الفقرة الثانية: أهمية الوصفة الطبية الموحدة.....	٨٠

٨٥	..... المتحدة الأمريكية".
٨٥	..... الفرع الأول: الوصفة الطبية الموحدة من حيث التطبيق في لبنان.
٨٥	..... الفقرة الأولى: مسار إقرار الوصفة الطبية الموحدة في لبنان "دوافع مشبوهة للعرقلة".
	..... الفقرة الثانية: الوصفة الطبية الموحدة من حيث التطبيق، وأهم الضوابط الضرورية لسلامة
٩١	..... التطبيق.
	..... الفرع الثاني: القطاع الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية وحلم التغطية الصحية الشاملة
٩٧	..... لدى اللبنانيين.
٩٧	..... الفقرة الأولى: النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية.
١٠٦	..... الفقرة الثانية: التغطية الصحية الشاملة "حلم اللبنانيين الضائع".
١١٣	..... الخاتمة.
١١٥	..... الملحق.
١١٩	..... قائمة المراجع.
١٢٦	..... الفهرس.