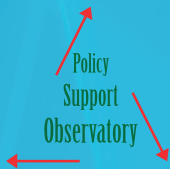


حَوكمة التعاون للقطاع الصحي في لبنان

عشرون عاماً من الجهود لتطوير أداء
النظام الصحي

ويم فان ليربرغ، عبد الحي مشبال، نبيل قرنفل

أيار ٢٠١٨



مرصد دعم السياسات الصحية

MOPH-WHO-AUB PARTNERSHIP

حَوكمة التعاون للقطاع الصحي في لبنان

عشرون عاماً من الجهود لتطوير أداء النظام الصحي

ويم فان ليربرغ، عبد الحي مشبال، نبيل قرنفل

أيار ٢٠١٨

© مرصد دعم السياسات
جميع الحقوق محفوظة
الطبعة الأولى ٢٠١٨

ISBN 978-9953-0-4543-6

يمكن الحصول على هذا التقرير من مرصد دعم السياسات في وزارة الصحة العامة، جناح، بيروت – لبنان أو من الموقع الإلكتروني التالي: <https://www.moph.gov.lb>

حوكمة التعاون للقطاع الصحي في لبنان

عشرون عاماً من الجهود لتطوير أداء النظام الصحي

الفهرس

٥	تمهيد	٧	موجز
٩	١. أداء فاق التوقعات	١٣	١١. بدايات مضطربة
٢١	١١١. تنظيم القطاع الصحي	٣٧	١٧. من سياسة عدم التدخل إلى حوكمة التعاون
٤٥	٧. مؤسسة حوكمة التعاون	٤٧	٧١. المراجع

١. التوسع في فترة ما بعد الحرب
٢. قطاع صحي تتحكم به جماعات الضغط والزبائنية
٣. ملء الفراغ في السياسات

١. احتواء التكاليف وتحسين تعاقدات الرعاية
الاستشفائية
٢. بين التحالفات والنفوذ: العمل مع الجمعيات
الأهلية بغية خدمة الفقراء
٣. خفض الإنفاق المباشر للأسر

١. الاستثمار في القدرات التقنية
٢. المعطيات، المعلومات، والمعلومات الاستراتيجية
٣. الشفافية
٤. القيادة القائمة على التوافق



تمهيد

الاستشفائية فقد آمنت بثقافة الجودة على الرغم من ترددها في بادئ الأمر واعتمدها بحماس.

بموازاة ذلك سعت الوزارة على إقامة تحالفات متبادلة الفائدة مع الجمعيات الأهلية بهدف تعزيز الرعاية الصحية الأولية بواسطة برامج جيدة التصميم وفعّالة، تغطي الأعمار كافة، من شأنها تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض المعدية والمزمنة على السواء. في السياق نفسه، قدّمت الوزارة الدعم لتغطية «الأمراض الكارثية» مثل الفشل الكلوي المُزمن بتأمين التحال الكلوي، والأدوية الباهظة الثمن لعلاج السرطان وغيرها من الأمراض غير السارية بالإضافة إلى التكنولوجيا المتطورة الأخرى. ولقد تمكّن لبنان من خلال نهج تدريجي من المُضي ببطء إنما بثبات نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وقد شكّل ترشيده الإنفاق الصحي ركناً أساسياً في دعم هذه الجهود، حيث اتخذت الوزارة التدابير لاحتواء التكاليف بالاستناد إلى نُظم معلومات متينة ومعايير علمية أدخلت بالتنسيق مع كافة الأطراف الفاعلة التي أقرت بأهميتها وجدواها. وأصبح التعاقد بحسب الأداء المعيار الجديد المعتمد في إطار الشراكة بين القطاعين العام والخاص. ولقد تمّ التركيز بصورة خاصة على تعديلات متكررة لهيكل أسعار الأدوية باعتبارها مكوّناً رئيسياً في الإنفاق على الرعاية الصحية سواء بالنسبة إلى الخزينة أو الأسر.

تقدّم هذه الدراسة، «حوكمة التعاون للقطاع الصحي في لبنان»، عرضاً لمختلف الخطوات المُتخذة خلال العقدين الماضيين من أجل تحويل الوزارة من مجرد شاهد غير فاعل إلى راعٍ رئيسي لنظام الرعاية الصحية، والانتقال من سياسة عدم التدخل المتهاونة إلى موقع فاعل لحوكمة التعاون المبنية على المعلومات الاستراتيجية والقيادة القائمة على توافق الآراء. في الواقع، إن جوهر هذا التحوّل يكمن في أسلوب القيادة لمهندسه الأساسي المدير العام لوزارة الصحة الدكتور وليد عمّار الذي عمل جاهداً خلال العقدين الماضيين من أجل توجيه النظام الصحي نحو تحقيق هذه النتائج المذهلة. ربّما يجدر بي في هذا السياق التنويه بأحد إنجازاته الرئيسية ألا وهو الاستثمار في الجودة وفي قدرات موظفي الوزارة الذين شاركوا بحماس وتفانٍ في هذه الجهود، على الرغم من الشدائد وحالات الضيق والمكافآت المتواضعة. يعود اندفاعهم لإيمانهم بالقيادة على رأس وزارتهم وبأهمية وموضوعية عملهم.

هذه الدراسة بعنوان «حوكمة التعاون للقطاع الصحي في لبنان» هي بمثابة مراجعة جيّدة التوثيق وسهلة القراءة للتحوّل الذي شهده نظام الرعاية الصحية في لبنان خلال العقدين الماضيين. أوّد أن أثنى على جهود كل من الدكتور ويم فان ليربرغ والدكتور عبد الحي مشبال والدكتور نبيل قرنفل الذين انكبوا على إعداد هذه الدراسة مستندين على الأدلة العلمية والدراسات الاستقصائية الموثوقة التي تمّ نشرها والمقابلات المستفيضة ومسح مواقف كافة الأطراف الفاعلة.

لم يكن هذا التحوّل مساراً سهلاً، فقد شهدت التسعينات أي مرحلة ما بعد الحرب الأهلية هيمنة جماعات الضغط النافذة على القطاع الصحي فضلاً عن زبائنية سياسية وقطاع خاص بطور الازدهار، في حين توجّب على وزارة الصحة بشكل ملحّ، على الرغم من ضعفها وتهميشها، تمويل الرعاية الصحية مع ما يترتب عن ذلك من آثار هامة على موازنة البلاد المستنزفة أصلاً بعد سنوات من النزاع.

إزاء هذا الوضع سعت الوزارة لإعادة بناء نفسها مستفيدة من قدرة المعلومات، المسوحات والدراسات الاستقصائية التي أجرتها بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي والمؤسسات الأكاديمية والتي وفّرت خارطة طريق بشأن الأولويات الواجب معالجتها والأهداف الواجب تحقيقها. إن هذا النهج منح الوزارة المصدقية اللازمة لتوجيه نظام الرعاية الصحية والقدرة على ملء الفراغ، وثقة بالنفس خوّلتها إقامة الروابط مع كافة الأطراف الفاعلة ودعوتها للمساهمة في تطوير قطاع صحي جديد. أثمرت هذه المساعي عن تجربة فريدة من نوعها دولياً عُرفت «بحوكمة التعاون» استشهدت بها المنظمات الدولية كأسلوب ناجح ونموذج يمكن تبنيّه في دول أخرى.

وقد اختارت الوزارة أن تخفّف من الأعباء التي تترزح تحتها الفئات الأكثر حرماناً بتقليص «الإنفاق الكارثي» الذي من شأنه أن يوقع الأسر في الفقر، فأعدت هندسة ذاتها «كشبكة أمان» تؤمّن الرعاية الصحية للأشخاص الأقل قدرة على تحمّل تكاليفها. كما أوّلت القطاع الاستشفائي الاهتمام اللازم فحققت استقلالية المستشفيات الحكومية وقامت بترميم المستشفيات القديمة وبناء مستشفيات جديدة. ثم عملت على تحسين جودة الرعاية الاستشفائية بإدخال نظام الاعتماد، فكان لبنان الرائد في المنطقة في تحقيق ذلك وواصلت تعزيز هذا النظام من خلال المتابعة الدورية. أما المستشفيات الخاصة الرئيسية المعنّية بتقديم الخدمات

على الرغم من سجل الوزارة المثير للإعجاب لا تزال الطريق وعرة والتقدم عرضة للتأثر لاسيما بعوامل خارجة عن نطاق الوزارة، حيث أن لبنان يواجه أزمة سياسية تلو الأخرى. نذكر على سبيل المثال التحديات المتعلقة باللاجئين السوريين وأيضاً الأخطار الوبائية مثل إيبولا وغيرها من الأمراض الطارئة التي لا تعرف حدوداً. لكن تجدر الإشارة إلى أن الوزارة سبق وتمكنت من مواجهة هذه التحديات والتغلب عليها بالرغم من محدودية الموارد.

لاستدامة هذه الإنجازات الناجحة، من المهم الحفاظ على ثقافة الانفتاح والشفافية وصياغة السياسات المستندة إلى الأدلة فضلاً عن نهج حوكمة التعاون. لهذه الغاية وبناء على مبادرة الدكتور عمّار، تم إنشاء مرصد دعم السياسات الصحية، كمشروع مشترك بين وزارة الصحة العامة ومنظمة الصحة العالمية وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأمريكية في بيروت.

أودّ اغتنام هذه الفرصة لأشكر موظفي الوزارة إضافة إلى كافة الأطراف الفاعلة من القطاع الخاص والجمعيات الأهلية والمؤسسات الأكاديمية والنقابات المهنية لانضمامها ومشاركتها في هذه المشاريع. وأودّ أن أنوه أيضاً بجهود المنظمات الدولية التي قدّمت لنا الدعم مثل البنك الدولي والاتحاد الأوروبي واليونيسف وغيرها، وأعرب عن امتناني الخاص لمنظمة الصحة العالمية التي تكاتفت مع الوزارة بشكل وثيق من أجل تحقيق هذا المسعى.



غسان حاصباني

نائب رئيس الحكومة
وزير الصحة العامة

موجز

على الرغم من اضطراب القطاع الصحي الموروث غداة الحرب الأهلية بين عامي ١٩٧٥ و١٩٩١ ومن السياق الجيوسياسي غير المؤاتي الجلي، إلا أن مؤشرات الصحة في لبنان استمرت في التحسّن. وقد أظهر النظام الصحي اللبناني قدرة هائلة على الصمود^١ ثمة دلائل على استمرار التحسّن في الأداء والتغطية الصحية، ومقارنة ببلدان أخرى هنالك مردود جيّد مقابل المصاريف المتكبّدة. يقدّم هذا البحث وصفاً للمساعي التي بذلها لبنان خلال العقدين الماضيين بغية تحقيق التغطية الصحية الشاملة وذلك من خلال تنظيم تغطية القطاع العام للرعاية الاستشفائية لصالح الأشخاص الذين بلا تأمين صحي وتحسين نوعية الرعاية الخارجية وإمكانية الحصول عليها وتقليص عبء المدفوعات المباشرة للأسر.

لم تنتج هذه التدابير عن تخطيط مسبق، إنما كانت ثمرة استراتيجيات تدرجية استحدثتها وزارة الصحة العامة بحيث استفادت من الفرص المتاحة أو أوجدت فرصاً للمضي نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. يمكن أن يُعزى معظم نجاحها إلى فعالية حوكمة التعاون للقطاع الصحي. يستعرض هذا التقرير التقدّم المُحرز خلال العقدين الماضيين وسمات القيادة التي كانت أساسية في إحرار هذا التقدّم. تبقى هذه الإنجازات شديدة التأثير بأية ظروف إقليمية مُعطّلة ولكن يجري حالياً وضع العبر المستخلصة ضمن إطار مؤسسي من خلال إنشاء مرصد دعم السياسات الصحية؛ التعاون ما بين وزارة الصحة العامة ومنظمة الصحة العالمية والجامعة الأمريكية في بيروت.



1. أداء فاق التوقعات

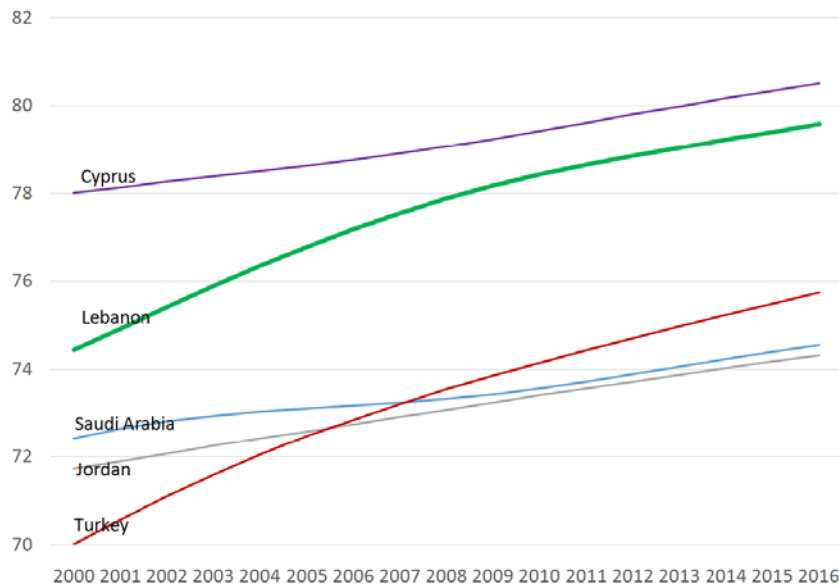
قدرة هائلة على الصمود. كان من المتوقع أن يؤدي هذا الوضع إلى انهيار نظام الرعاية الصحية الموروث في أعقاب الحرب الأهلية، إلا أن السنوات الخمس والعشرين الماضية قد أظهرت قدرة هائلة للنظام الصحي على الصمود والتكيف، وتحسناً غير متوقع في بعض المجالات كمستوى النتائج الصحية والإنتاجية في الرعاية الصحية وحوكمة القطاع الصحي¹. بحيث أظهرت المؤشرات تحسناً ملحوظاً في النتائج الصحية. بين العامين ٢٠٠٠ و٢٠١٥، أُضيفت ٥ سنوات على متوسط العمر المتوقع عند الولادة (الشكل ١) مما تفوق على أداء بلدان أخرى في المنطقة^٢. لبنان هو بين البلدان الستة عشر فقط التي حققت الهدف الخامس (MDG5) وبين البلدان الخمسة والأربعين التي حققت الهدف الرابع (MDG4) من الأهداف الإنمائية للألفية^٣. يبلغ معدّل وفيات الأطفال حالياً ٨,٣٪ ووفيات حديثي الولادة ٤,٨٪. إن معدّل وفيات الرضع هو ربع ما كان عليه في العام ١٩٩٠^٣. ولقد انخفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ٦,٧٪ سنوياً بين ١٩٩٠ و ٢٠٠٣ وبنسبة ٨,٦٪ سنوياً بين ٢٠٠٣ و ٢٠١٣ وهي من أسرع معدلات الانخفاض المسجلة عالمياً^٤. تُسجّل وفيات الأمهات حالياً ٨,٧ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة بين الأمهات اللبانيات و ٢٧,٧ بين اللاجئات المقيمات (بلغت معدلات العام ٢٠١٣ في أوروبا الغربية ٦,٣، في أوروبا الوسطى ٨,٨، في كندا والولايات المتحدة الأمريكية ١٧,٦).

حوكمة جيّدة. لقد أحرز القطاع الصحي في لبنان خلال السنوات العشرين الماضية تقدماً ملحوظاً ساهم فيه من دون شك العديد من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. كما لعبت خصائص الحوكمة للقطاع الصحي الناشئة في تلك الفترة دوراً حاسماً إلى جانب ديناميكية المجتمع اللبناني وسعة حيلته. عموماً، يمكن قياس الحوكمة «الجيدة» من خلال قدرة النظام الصحي على الارتقاء إلى مستوى توقّعات المواطنين لجهة تعزيز الصحة، ومرونته في مواجهة التحدّيات الجديدة وبراعته في الاستفادة القصوى من الموارد التي يستطيع المجتمع حشدتها من أجل الصحة. بالنظر إلى ما مرّت به البلاد من أحداث وإلى المناخ الجيوسياسي، لقد تحطّمت الإنجازات إلى حدّ بعيد ما هو متوقع بالنسبة إلى لبنان.

التوترات والنزاعات. بعد الحرب الأهلية بين عامي ١٩٧٥-١٩٩١، تخبّط لبنان في سلسلة من الأحداث تراوحت بين عمليات مسلّحة وصراعات أهلية وإعادة إعمار حيوية وشلل مؤسساتي. إن استقراره الهش هو شديد التأثير بالتوترات والنزاعات الإقليمية. تراكمت فترات الجمود السياسي والمؤسساتي الباهظ التكلفة القائم بين السلطتين التنفيذية والتشريعية مع التدفق الهائل للاجئين السوريين، ممّا ساهم في زيادة حدّة التوترات الاقتصادية والاجتماعية.

الشكل ١

الزيادة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة في لبنان والبلدان المجاورة^٥



أداء لبنان جيّد حالياً في المقارنات الدولية (الجدول ١).
يحلّ لبنان في المرتبة ٣١ من بين ١٦٦ بلداً وفقاً لمقارنة النتائج الصحية لوحدة المعلومات الاقتصادية التابعة لمجموعة الايكونوميست، مباشرة بعد الدانمارك ومباشرة قبل الولايات المتحدة الأمريكية.^٦ وقد صنّف لبنان كإحدى أفضل صحتي العالم وفقاً لمؤشر بلومبرغ للصحة العالمية للعام ٢٠١٧. فقد حلّ بين الجمهورية التشيكية والولايات المتحدة الأمريكية.^٧ وهو يحتل المرتبة ٣٤ من بين ١٣٧ بلداً

بالنسبة إلى المؤشر الفرعي للصحة ضمن تقرير التنافسية العالمية الصادر عن المنتدى الاقتصادي العالمي.^٨ حيث أن أداء القطاع الصحي هو الأفضل مقارنة مع قطاعات وطنية أخرى على مستوى التنافسية. ويحتل لبنان المرتبة ٣١ من بين ١٩٥ بلداً ومنطقة بحسب مؤشر الحصول على الرعاية الصحية وجودتها (مؤشر HCAQ)، بالتساوي مع البرتغال واستونيا.^٩

الجدول ١

مرتبة لبنان من حيث الأداء في مجال الصحة

٣١ من أصل ١٦٦، مؤشر النتائج الصحية لوحدة المعلومات الاقتصادية ^٦	٣٢ من أصل ١٦٣، مؤشر بلومبرغ لعام ٢٠١٧ عن البلدان الأكثر صحة في العالم ^٧	٣٤ من أصل ١٣٧، مؤشر الصحة للمنتدى الاقتصادي العالمي ^٨	٣١ من أصل ١٩٥، مؤشر الحصول على الرعاية الصحية وجودتها ^٩
٢٨ سلوفينيا	٢٩ تشيلي	٣١ تايوان، الصين	٢٩ الجمهورية التشيكية
٢٩ قطر	٣٠ الجمهورية التشيكية	٣٢ الجمهورية التشيكية	٣٠ كرواتيا
٣٠ الدانمارك	٣١ كوبا	٣٣ الولايات المتحدة الأمريكية	٣١ استونيا
٣١ لبنان	٣٢ لبنان	٣٤ لبنان	٣١ لبنان
٣٢ الولايات المتحدة الأمريكية	٣٣ كوستاريكا	٣٥ كوستاريكا	٣١ البرتغال
٣٣ الكويت	٣٤ الولايات المتحدة الأمريكية	٣٦ كرواتيا	٣٤ إسرائيل
٣٤ الجمهورية التشيكية	٣٥ كرواتيا	٣٧ قطر	٣٤ مقاطعة تايوان الصينية

هذا مبيّن بوضوح في الشكل ٢ الذي يرسم مؤشر HCAQ مقابل إجمالي الإنفاق الصحي عن كل فرد بحسب تعادل القوة الشرائية بالأسعار الثابتة للدولار الأمريكي (constant PPP\$) لـ ١٨٤ من أصل ١٩٥ بلداً ومنطقة حصلت على مؤشر* يقع لبنان عند حدود المنحنى؛ لا يُحرز أي من البلدان التي تنفق أقل على الفرد مؤشر ٨٦ (أي مؤشر لبنان والبرتغال واستونيا). كمعدل وسطي، إن البلدان الثلاثين التي تُحرز مؤشر HCAQ أعلى من ٨٦ (أي أعلى من مؤشر لبنان) تُنفق أكثر من أربعة أضعاف ما يُنفقه لبنان على الفرد – وصولاً إلى ٩,٥ أضعاف في الولايات المتحدة الأمريكية ذات المؤشر ٨٩. لكن زيادة الإنفاق ليست كفيلة بتحقيق مؤشر أعلى من ٨٦ والدليل على ذلك أن ٣٩ بلداً يتخطى إنفاقها إنفاق لبنان إلى حدّ ٣ مرات (بمعدل ٦٤٪) تُحرز مؤشر HCAQ أدنى من مؤشر لبنان البالغ ٨٦. هذه مثلاً حال الاتحاد الروسي وإسرائيل حيث يبلغ مؤشرهما بالترتيب ٧٥ و ٨٥ مقابل إنفاق صحي على الفرد (PPP\$) يساوي تقريباً الضعف (بالنسبة إلى الاتحاد الروسي) و٢,٦ مرات أعلى بالنسبة إلى إسرائيل. من الواضح أن لبنان يحصل على مردود جيد مقابل الأموال التي يستثمرها في الصحة بالمقارنة مع البلدان الأخرى.

مردود الأموال. يتّسم مؤشر HCAQ بأهمية خاصة على هذا الصعيد. بالاستناد إلى الوفيات التي لا ينبغي حصولها بوجود مستوى صحي عالي الجودة، إن هذا المؤشر يعكس مدى فاعلية الخدمات الصحية المقدّمة للمواطنين. يُحرز لبنان مجموع نقاط تساوي ٨٦ (بتراوح مجموع نقاط البلدان والمناطق ما بين ١٩ لجمهورية افريقيا الوسطى والصومال و ٩٧ لإيسلندا والنرويج).

الموارد مهمّة بالتأخير. يُحرز لبنان ٨٦ نقطة في حين أنه يُخصّص ٦,٤٪ فقط من ناتجه المحلي الإجمالي للصحة، أي إنفاق بمستوى استونيا وأقل بكثير من إسرائيل (٧,٨٪). كرواتيا (٧,٨٪) أو البرتغال (٩,٥٪). باستثناء سنغافورة لا يستطيع أي من البلدان التي تنفق أقل من نسبة إنفاق لبنان البالغة ٦,٤٪ أن يتباهى بمؤشر يصل إلى مدى ارتفاع ٨٦ نقطة. العديد من البلدان التي تُنفق أكثر على مستوى الناتج المحلي الإجمالي تحرز مؤشراً أدنى من ٨٦ نقطة. هذا يشير إلى أن لبنان يستثمر الموارد الوطنية التي يُخصّصها للصحة استثماراً جيداً مقارنة بالبلدان الأخرى.

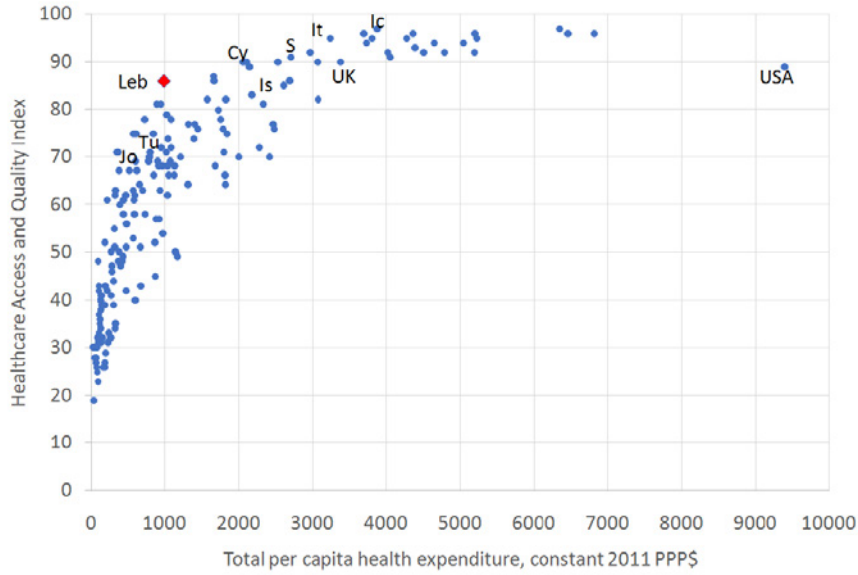
* البلدان والمناطق التالية غير ممثلة في الشكل: ساموا الأمريكية، برمودا، غوام، غرينلاند، كوريا الشمالية، جزر ماريانا الشمالية، فلسطين، بورتوريكو، الصومال، مقاطعة تايوان الصينية، جزر فيرجن.

الإنفاق العام والإنفاق الإجمالي (الشكل ٤). هذا يشير إلى أنه لا تزال هناك فسحة لإدخال التحسينات على توزيع الموارد لزيادة فعاليتها من خلال الاستمرار باستبدال الإنفاق المباشر من جيوب المواطنين بالإنفاق من التمويل العام ومن خلال تنظيم أفضل لكيفية الإنفاق المباشر للأسر. بشكل عام، من الواضح أن لبنان يتمتع بقطاع صحي جيد الإدارة يحظى بنسبة من الكفاءة في النظام تعتبر استثنائية مقارنة بالفوضى التي تخبط فيها النظام الصحي عند انتهاء الحرب الأهلية.

إنفاق عام فعّال. يوضح الشكل ٣ مؤشر HCAQ مقابل الإنفاق العام عن كل فرد، موقع لبنان فوق حدود المنحنى. هذا يشير إلى أنه وسط المشهد الصحي اللبناني المعقّد يتم توجيه الإنفاق العام في الاتجاه الصحيح بالتزامن مع إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية المضمونة الجودة، على الرغم من النظام المضطرب الموروث في أعقاب الحرب الأهلية. إن الارتباط بين الإنفاق المباشر (OOP spending) للفرد ومؤشر HCAQ هو أقل قوة مما هو بين الإنفاق العام ومؤشر HCAQ. يُسجّل الإنفاق المباشر للبنانيين مستوى جيداً نسبياً ولكنه لا يقع على الحدود كما هو بالنسبة إلى

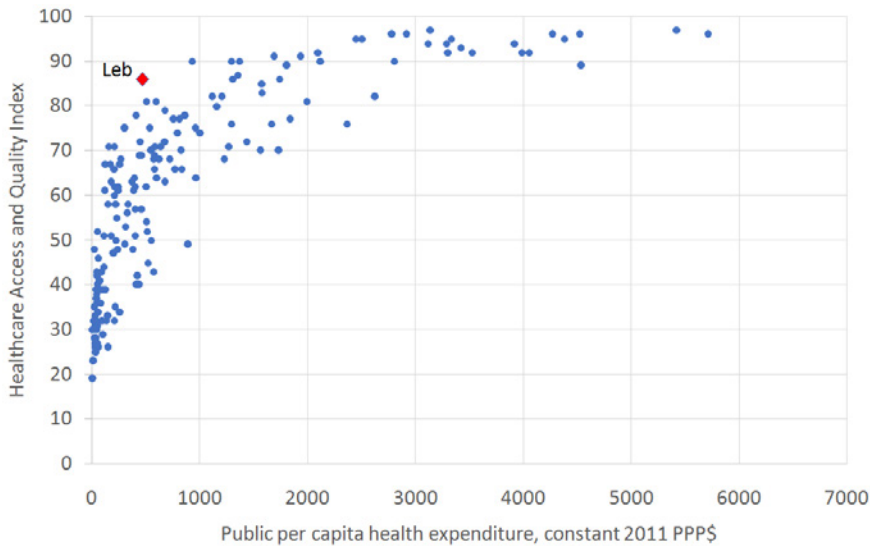
الشكل ٢

مؤشر الحصول على الرعاية الصحية وجودتها^٩ مقابل إجمالي الإنفاق الصحي عن كل فرد^{١٠} لـ ١٨٤ بلداً ومنطقة. CY: قبرص، IC: آيسلندا، IS: إسرائيل، IT: إيطاليا، JO: الأردن، LEB: لبنان، SP: إسبانيا، TU: تركيا، UK: المملكة المتحدة، USA: الولايات المتحدة الأمريكية



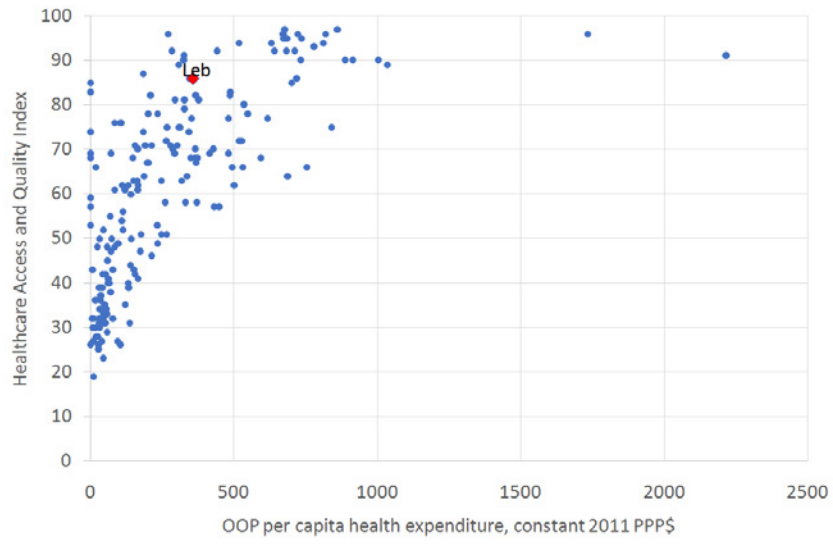
الشكل ٣

مؤشر الحصول على الرعاية الصحية وجودتها^٩ مقابل نصيب الفرد من الإنفاق العام بحسب تعادل القوة الشرائية بالقيمة الثابتة للدولار الأمريكي^{١١}



الشكل ٤

مؤشر الحصول على الرعاية الصحية وجودتها^٩ مقابل الإنفاق المباشر للفرد على الصحة^{١٠}



١١. بدايات مضطربة

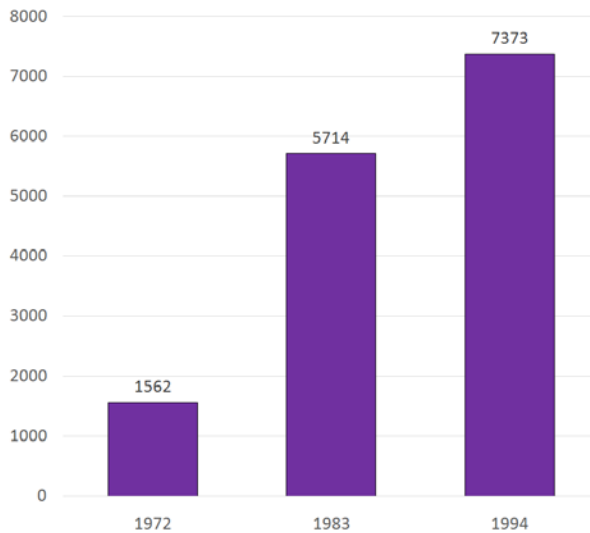
١. التوسع في فترة ما بعد الحرب

قطاع خاص يشهد نمواً مقابل تداعي البنى التحتية للوزارة (بانتهاه الحرب الأهلية، فقط نصف المستشفيات الحكومية البالغ عددها ٢٤ كان لا يزال يعمل ولم يتجاوز متوسط عدد الأسرة الـ ٢٠ سريراً في كل مستشفى)، شهد القطاع الاستشفائي الخاص ازدهاراً فقد ازدادت قدرته الاستيعابية من حيث عدد الأسرة خمسة أضعاف (الشكل ٥). عمل العديد من هذه المستشفيات على نطاق ضيق حيث أن ٧٠٪ منها امتلكها أطباء من رجال الأعمال واستهدف معظمها فئات معيّنة. وقد اعتمدت بشدة على اجتذاب التمويلات الحكومية (٤٠٪ من وزارة الصحة العامة و ٦٠٪ من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، تعاونية موظفي الدولة، الجيش أو قوى الأمن)، حيث كان الاتفاق أن تغطي وزارة الصحة العامة الأشخاص الذين بلا تأمين صحي. خلال فترة الحرب وفي طفرة ما بعد الحرب، ارتفع عدد حالات الاستشفاء الممولة من قبل الوزارة داخل المستشفيات الخاصة: من ١٣٨٣٣ في العام ١٩٧١ إلى ٦٤٤٧ في العام ١٩٨٣،^{١٤} و ١٤٠٠٠ في العام ١٩٩٩. أما الوزارة وبسبب افتقارها للوسائل الإدارية والسياسية فقد اقتصر عملها على إعطاء الأذن وتسديد الفواتير بطريقة تلقائية. على الرغم من تفوق التكاليف الإدارية للصناديق الضامنة فهي لم تنجح في ترجمة نفوذها المالي إلى تحسين قدراتها الشرائية.

تهديش السلطات العامة. قبل الحرب، تمتع نظام الرعاية الصحية في لبنان بقطاع خدمات عام متطور إلى حد ما وإن كان مجزأ.^{١١} خلال الاضطرابات، اعترت النظام حالة من الفوضى والانهيار، إذ تعرّضت المرافق العامة للقصف والنهب وتشتت الموظفون. هجر الاختصاصيون المؤهلون لبنان في حين أن أولئك الذين بقوا فقد ناضلوا من أجل العيش بأجور غير ملائمة. وقد تداعت هيكل القيادة والتحكم البيروقراطية المركزية لوزارة الصحة العامة وفقدت السيطرة حتى على وحداتها وخدماتها.^{١٢} تخلّ العام ١٩٨٣ هدوء نسبي تميّت خلاله صياغة نصوص مفصلة تماماً بهدف إرساء القدرات التنظيمية،^{١٣} إلا أن تجدد الاضطرابات بعد وقت قصير وضع حدّاً لذلك. أضحت عندها القوة التفاوضية لوزارة الصحة العامة ضعيفة أو معدومة وتزامن ذلك مع تضؤل في مُدخرات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي واحتياطه الأولي.^{١٤} فحلت المنظمات الدولية والجمعيات الأهلية المدعومة سياسياً محلّ الوزارة بحكم الأمر الواقع، حتى أنها اضطلعت بمسؤوليات ذات صلة ببرامج أساسية مثل التحصين.^{١٥}

الشكل ٥

ازدهار المستشفيات الخاصة: عدد الأسرة قبل الحرب الأهلية، في منتصفها وبعدها



المتخصّصة والمستحضرات الدوائية على أنه دالة بأن إعادة الإعمار في فترة ما بعد الحرب تسير في الاتجاه الصحيح. لكن المسؤولين في النظام الصحي بدأ ينتابهم القلق بشأن الاختلال والاستهلاك المفرط والمنحى العلاجي، وأيضاً بشأن حصول فئات المجتمع الأكثر ضعفاً على الرعاية الصحية.¹¹

الأثار المترتبة على الموازنة

تمثلت في الأثار المترتبة عن التغطية الكاملة تقريباً لتكاليف الاستشفاء في المستشفيات الخاصة على موازنة وزارة الصحة العامة (الشكل ٦). ففي حين أن دفع تكاليف هذا الاستشفاء في السبعينات كان يمتصّ ٢٥٪ من الموازنة التشغيلية للوزارة إلا أن فواتير المستشفيات الخاصة في نهاية الحرب فاقت إجمالي موازنة الوزارة. واضطرت هذه الأخيرة سنة تلو الأخرى لطلب الحصول على زيادات كبيرة في الموازنة من أجل أن تُسدّد ثمن هذا الارتفاع المستمر في الدخول إلى المستشفيات الخاصة.¹² فقفزت موازنة الوزارة من ٨٣ مليون دولار في العام ١٩٩٤ إلى ٢٦٠ ملايين دولار في العام ٢٠٠١. وبين العامين ١٩٩٤ و٢٠٠٠، ازداد إنفاق الوزارة على الأدوية ثلاثة أضعاف، من ٧,٥ مليار ليرة لبنانية إلى ٢٣ مليار ليرة لبنانية، في حين أن إنفاقها على الاستشفاء في المستشفيات الخاصة تضاعف مرتين تقريباً من ١,٦ مليار ليرة لبنانية إلى ٢,٥ مليار ليرة لبنانية. تمّ إنفاق ٧٨٪ من موازنة الوزارة على استشفاء ٣,٢٪ من السكان، ٢٪ منهم استهلك ٢٣٪ من الموازنة على التحاليل الكلوية وزرع الأعضاء وعلاج السرطان وجراحة القلب المفتوح.¹³ كان من الواضح أن الوضع غير قابل للاستمرار، لاسيّما أن حصة الوزارة من إجمالي الإنفاق على الصحة تبلغ ٣٨٪ فقط أما القيمة الباقية فتتوزع بين الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، تعاونية موظفي الدولة، الجيش وقوى الأمن.

العرف الجديد هو «مجاناً للجميع»

بعد خمسة وعشرين عاماً، يصعب أن نتصوّر كم كانت الفوضى آنذاك وواقع أن «كل شيء مباح» أمراً معتاداً بالنسبة إلى المستهلكين والاختصاصيين على حدّ سواء، كما يصعب أن نتصوّر كم كانت الوزارة تفتقر للمعرفة أو النفوذ كي تتمكّن من التأثير في مجريات الأمور. إن التدفق السريع للمهنيين المتخصّصين والاختصاصيين المسلّحين بتكنولوجيا متطورة أخفى أوجه القصور. على الرغم من علامات الإنذار، إن غياب البيانات الملموسة الموثوقة عن حجم المشكلة – وهو بحدّ ذاته ذو دلالة على الفوضى التي كانت تعمّ هذا القطاع – شكّل عائقاً حقيقياً أمام إيجاد البدائل. عدد قليل فقط من الأشخاص في القطاع الصحي أدرك في حينه خطورة الوضع وهشاشته وعدد أقل أيضاً أمكنه تصوّر سبل للمضي قدماً.¹⁴

فيض من رجال الأعمال في القطاع الصحي

الحصول على تمويل مكفول ومُدّر للربح مدعوم من جماعات ضغط سياسية قوية حافظاً هاماً للتوسّع في تقديم الخدمات والتكنولوجيا. في منتصف التسعينات، أي بعد بضعة سنوات على انتهاء الحرب، ارتفع في لبنان عدد أقسام جراحة القلب للفرد الواحد إلى أكثر من الضعف وتجاوز عدد أجهزة تفتيت الحصى ١٥ مرة ذلك الذي في ألمانيا.¹⁵ في سنوات ما بعد الحرب، ارتفع عدد الأطباء بنسبة ٨,٣٪ سنوياً حيث قاربت نسبة الأطباء الاختصاصيين الـ ٧٠٪ وفاقت نسبة عدد الأطباء إلى عدد السكان تلك التي في كندا أو المملكة المتحدة.¹⁶ وقد تلقى العديد من أولئك الأطباء تدريبهم في أوروبا الشرقية والبعض الآخر في البلدان العربية، أمريكا الشمالية، أوروبا الغربية أو غيرها، وسرعان ما بلغت الشبكة الاستشفائية حدّ التشبّع بهم (على نقيض النقص في عدد من المهن الطبية المساعدة) ونشأت بينهم منافسة على اجتذاب المرضى الخارجيين داخل سوق شديدة التنافس.

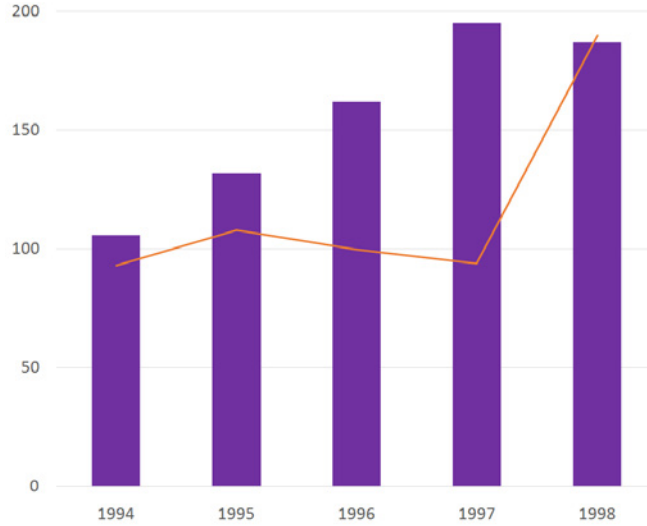
وعلى الرغم من كون اجتياز امتحان الكولوكيوم شرطاً للحصول على إذن ممارسة مهنة الطب، إلا أن تفاوت الثقافات الطبية وعدم تكافؤ المؤهلات زادا الانطباع بأن القطاع الطبي في حال تحييط وارتباك، وقد شهدت سوق الأدوية توسّعاً مائلاً. بين عامي ١٩٩٥ و١٩٩٩، ارتفع عدد الصيدليات من ٨٨٣ إلى ١٤٥٥ وفي العام ١٩٩٦، تمّ تسويق ٥٥٢١ مستحضراً دوائياً مختلفاً تُصنّعها ٤٨٩ شركة بواسطة ١٠٦ مستورد. وفي العام ١٩٩٧، استورد لبنان ٥٩٦٨ منتجاً صيدلانياً من ٢٥ بلداً – حيث بلغت نسبة الأدوية الجنيسة أقل من ٢٪. لقد طبعت المشاريع الخاصة القطاع الصحي بطابعها في فترة ما بعد الحرب سواء على صعيد المستشفيات أو الأطباء أو التكنولوجيا أو المستحضرات الصيدلانية.

تحويل الرعاية الصحية إلى سلعة

ترافق ازدياد العرض في تلك الفترة مع طلب مستحثّ بالعرض ممّا رسّخ أنماط استهلاك غير رشيد ضمن ثقافة لبنان الطبية. ولم تكن المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية تمتلك الوسائل والدعم الضروري لاقتراح البدائل وخسرت معظم زبائنها لصالح المراكز التابعة للجمعيات الأهلية والأطباء الاختصاصيين ضمن القطاع الخاص والمستشفيات الخاصة. أصبح التقديم غير المنظم لخدمات الرعاية الصحية المسعّرة تفصيلاً من قبل رجال الأعمال في القطاع الخاص هو القاعدة السائدة ممّا أوجد نموذجاً تجارياً مدرّراً للربح العالي. وسرعان ما هيمنت على تقديم الرعاية الصحية عمليتا التسليع والتسويق، حتى ضمن المرافق التي بدأت كمبادرات غير ربحية لجمعيات أهلية.¹⁷ إن الكثيرين رحّبوا بهذا الإقبال المتنامي على الرعاية الاستشفائية والمعاینات الخارجية

الشكل ٦

السعي جاهداً لتسديد فاتورة الاستشفاء المتصاعدة في المستشفيات الخاصة: الإنفاق التراكمي لوزارة الصحة العامة على الرعاية الاستشفائية (الأعمدة) واعتمادات الموازنة (الخط) بمليارات الليرات اللبنانية^{١٥}



٢. قطاع صحي تتحكّم به جماعات الضغط والزبائنية

زبائنها ومن خلال ذلك تصل إلى جيوب المواطنين والأموال العامة على حدّ سواء. كانت لكل مقدّم خدمات مصلحة في مضاعفة عمليات بيع السلع: كلما ازدادت حالات الاستشفاء والعمليات الجراحية والمعاينات والأدوية والفحوصات وغيرها من الإجراءات، ارتفعت المداخل التي تسمح لهم بالحفاظ على ازدهار مؤسّساتهم. شكّل هذا الأمر حافزاً قوياً لممارسة الضغوط من أجل الإبقاء على القيود التنظيمية بحدّها الأدنى بغضّ النظر عن النتائج التي ستعكس على النظام بشكل عام أو عن الآثار الطويلة الأجل.

الزبائنية السياسية. إن مصالح جماعات الضغط المؤلفة من رجال الأعمال تداخلت وتشابكت مع المصالح السياسية الحزبية والطائفية. بالنسبة إلى الكثير من السياسيين، أتاحت لهم الرعاية الصحية فرصاً استثنائية على مستوى الزبائنية. من جهة، بتقديمهم لمناصريهم خدمات سهلة المنال (مستشفيات، عيادات، مراكز رعاية صحية، صيدليات، تكنولوجيا) عبر تسخير الأموال العامة في الاستثمارات أو بتسهيل الوصول إلى الرعاية الصحية الفردية الباهظة الثمن. وفي الوقت نفسه، تمكّنوا من تحقيق مكاسب سياسية من جراء تيسير أمور رجال الأعمال المناصرين لهم ومن استمالة جماعات الضغط المهنية بتقويض القيود الإدارية التي تنظم خدمات الرعاية الصحية.

تهميش وزارة الصحة العامة. خسرت الوزارة خلال الحرب إذاً معظم تأثيرها ونفوذها. تداعت شبكة خدماتها تزامناً مع ضعف في التحفيز على الإنتاجية أو الفعالية ومع انعدام السلطة التقديرية الإدارية الضرورية للاستجابة للأوضاع المتغيّرة.^{١٩} تخلّت الوزارة حينها عن معظم مسؤولياتها المرتبطة بالبرامج، بحيث أوكلت هذه البرامج – على غرار التحصين – إلى جمعيات أهلية ووكالات طوعية. أحبط الموظفون، فحّف انضباطهم وبلغت نسب تغيبهم عن العمل مستويات هائلة. لم تملك الوزارة سلطة لفرض اعتبارات تتعلق بمكافحة الأمراض أو استمرارية الرعاية أو الاستخدام الفعّال لموارد المجتمع. على سبيل المثال، تحرّرت الوزارة في العام ١٩٩٥ مسألتي التغيب عن العمل والإنتاجية بين ٣٥٠ طبيباً يعملون في المستشفيات الحكومية. وحاولت تطبيق تدابير تأديبية بحق ٦٢ طبيباً ثبت أن إنتاجيتهم منخفضة (جراحون وأخصّائيو توليد يجرون أقل من جراحة واحدة أو عملية توليد في الأسبوع، أطباء يعاينون أقل من مريض واحد في اليوم). إلا أن الوزارة خسرت هذه المعركة. فقد أجبرتها الضغوط السياسية على العدول عن فرض أية عقوبات. بالتالي خضع القطاع الصحي لجماعات الضغط وللزبائنية السياسية.

نشأت جماعات الضغط عن الأعداد المتنامية بسرعة من رجال الأعمال الذين يملكون مستشفيات خاصة وعن المهن الطبية والقطاع الصيدلاني. كانت تلك الجماعات تحافظ على

العامّة. مثال رمزي على ذلك قرار الحكومة اعتبار كافة اللبنانيين، مهما بلغ دخلهم، أهلاً للتغطية الكاملة من جانب وزارة الصحة العامّة للعمليات العالية الكلفة في المستشفيات الخاصة، مثل عمليات القلب المفتوح، في غياب أي تدقيق في المبالغة في وصف العلاج. وفي الوقت نفسه، تمتّع الوزير بسلطة استثنائية لدفع ثمن أدوية علاج السرطان الباهظة الكلفة على أساس فردي، كل حالة على حدة. كان من الواضح أن الآثار المترتبة على الموازنة لا يمكنها أن تستمر بشكل خاص، إن تضحّم الطلب المستحث بالعرض قد كشف مدى انحراف النظام عن التركيز على تحسين الصحة.^{١٧٣}

أوجه التآزر. إن الزبائنية السياسية المحلية القصيرة الأجل تماشت بالتالي مع منطلق رجال الأعمال. أما آثارها المالية على مستوى الاقتصاد الكلي فضلاً عن التأثيرات المترتبة على موازنة الدولة فقد لقيت القليل من الاهتمام. ما كان يهمّ هو الكسب السياسي الفوري الناجم عن التوسّع في إتاحة الرعاية الاستشفائية والتكنولوجيا الحديثة. توافق كل ذلك مع الفكر التجاري اللبناني وأيضاً مع استراتيجية إعادة بناء الاقتصاد ما بعد الحرب.

التغذية بواسطة الإعانات الحكومية. أينما تعارضت الأيديولوجية السائدة مع تنظيم القطاع الخاص، مورست ضغوطات سياسية هائلة لتمويل هذا القطاع من الأموال

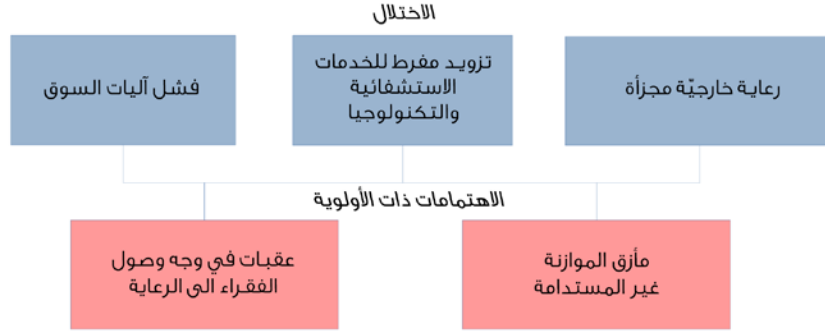
٣. ملء الفراغ في السياسات

التشخيص الأوّلي. في هذه الظروف، كان التشخيص الحدسي الأوّلي لوزارة الصحة العامّة بشأن التحديات الرئيسية التي تواجه سياسات القطاع الصحي (الشكل ٧) واضحاً. وقد تمحور حول شأنين رئيسيين أيّدتهما منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي: العقبات المالية التي تعيق الوصول إلى الرعاية الصحية ومأزق الموازنة. وقد عزت الوزارة الأمر إلى الاختلال الناجم عن تزويد مفرط للخدمات الاستشفائية والتكنولوجيا؛ الرعاية الخارجية المجزأة السيئة التنظيم؛ وفشل آليات السوق. كان ينبغي على الوزارة أن تطوّر سياسة استجابة تهدف إلى احتواء الإنفاق العام وفي الوقت نفسه إلى تعزيز المساواة في وصول الفقراء الذين بلا تأمين صحي إلى التكنولوجيا العالية الكلفة المستخدمة في المستشفيات. وقد رأت الوزارة أن الاستثمار في إنشاء شبكة عامة جديدة من المستشفيات والمراكز الصحية هو جزء من هذه الاستجابة.

إعادة بناء وزارة الصحة العامّة. كجزء من مبادرات إعادة الإعمار في فترة ما بعد الحرب، عيّنت حكومة الحريري في العام ١٩٩٣ قيادات جديدة على رأس مختلف الوزارات الرئيسية. بعد سلسلة طويلة من المدراء العاقمين بالوكالة في وزارة الصحة، تمّ التعاطي مع غياب السياسات في هذا القطاع. وتوجّب على الوزارة التعامل مع اهتمامات الحكومة الملحة: استدامة الإنفاق المباشر المتنامي على الصحة والضغط المتزايدة بسرعة على الموازنة من جراء شراء الرعاية الاستشفائية من المستشفيات الخاصة (الشكل ٦). وأدركت أن فرضية قطاع صحي تلقائي التنظيم، قادر على توفير رعاية عالية الجودة بكلفة معقولة لغالبية السكان هي غير صحيحة. إذ أن القطاع الصحي في لبنان هو مثال نموذجي عن فشل آليات السوق. لم تتوفر أية بيانات موثقة (مثلاً عن الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي) لكنه كان من الواضح أن هناك مشكلة ويحتمل أن تكون لها انعكاسات على الاستقرار الاقتصادي الكلي. نظرت الوزارة إلى الأمر بكثير من القلق لاسيّما أن ذلك تزامن مع القرار السياسي القاضي باستثمار ٣٢٠ مليون دولار أمريكي في بناء ٣٠ مستشفى بسعة إجمالية تبلغ ٢٧٠٠ سرير كجزء من جهود إعادة الإعمار ما بعد الحرب. وقد توافق ذلك تماماً مع الحاجة لتحريك الاقتصاد، كما تماشى جيداً مع طلب الوصول إلى الرعاية والاستهلاك في ظروف السلم غير المستقر التي تلت الحرب. لكن الوزارة أدركت أيضاً أن ذلك يمثل تحدياً رئيسياً لها نظراً لضعف قدراتها الإدارية ولافتقارها إلى هامش تصرف في الموازنة فضلاً عن النقص في عدد الممرضين والممرضات.^{١٧٤}

الشكل ٧

منتصف التسعينات: التشخيص الحدسي للتحديات في وجه القطاع الصحي: الاختلال العام واهتمامات السياسات ذات الأولوية



الدولي نفسه الذي كان يُموّل جزءاً من الاستثمار في البنية التحتية العامة الجديدة وقد استفاد من الدعم اللوجستي والتقني لمنظمة الصحة العالمية. يقدّم الجدول ٢ بعضاً من الجهود الرئيسية المبذولة في التسعينات. إن التزام الوزارة إجراء الأبحاث التحليلية بشأن أداء النظام مستمر منذ ذلك الوقت فبين العامين ٢٠٠٠ و٢٠١٦ فقط أُجريت ٤١ دراسة استقصائية وبائية من قبل الوزارة والأوساط الأكاديمية ومؤسسات الأمم المتحدة، فضلاً عن العديد من الدراسات التنفيذية.

ملء الفجوة في المعلومات: في الوقت نفسه، كان هناك وعي تام لغياب أو قلة الأدلة الملموسة الضرورية من أجل توجيه هذه الاستراتيجيات وإدارة القطاع أو التفاوض مع مختلف الجهات الفاعلة وجماعات الضغط. هذا يشير إلى أنه لم يكن للوزارة آنذاك قوائم محدثة بالمراكز الصحية أو المستشفيات في البلاد ولم تكن مُطلعة على التدفقات المالية ضمن هذا القطاع.^{١٨} فشّرت بالتعاون مع الأوساط الأكاديمية اللبنانية المعنية تستثمر بكثافة في جمع المعلومات الاستراتيجية (الجدول ٢). وقد جرى تمويل القسم الأكبر من هذا الاستثمار في المعلومات من قرض البنك

الجدول ٢

الاستثمار في المعلومات الاستراتيجية خلال التسعينات

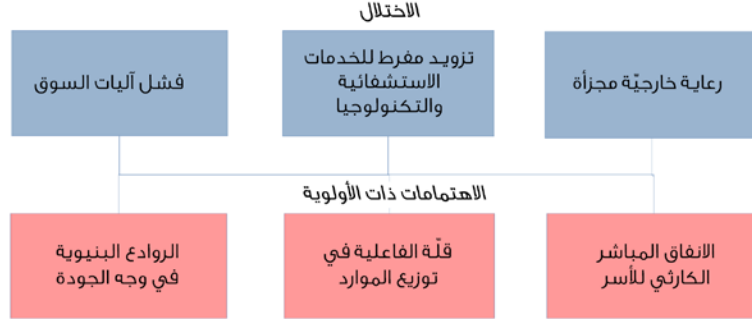
الدراسة	القيمة المُضافة للمعلومات على مستوى السياسات والإدارة
١٩٩٣	تقرير منظمة الصحة العالمية عن الرعاية الصحية الأولية
١٩٩٤	إدراك لحجم المشاكل والتحدّيات في القطاع الصحي؛ وعي لضرورة التركيز على الرعاية الصحية الأولية
١٩٩٥	تحليل الفاتورة الاستشفائية
١٩٩٥	دراسة جدوى «HMO»
١٩٩٦	«البطاقة الصحية» خطة تغطية البنية الصحية
١٩٩٦	تقييم المراكز الصحية
١٩٩٦	مسح صحة الأم والطفل (PAPCHILD)
١٩٩٨	المسح الوطني للإنفاق الأسري على الخدمات الصحية واستخداماتها
١٩٩٩	عبء المرض
١٩٩٩	الحسابات الوطنية للصحة
١٩٩٩ - ٢٠٠٠	المسح العنقودي المتعدّد المؤشرات MICS 2
١٩٩٩ - ٢٠٠٠	الدراسة الوطنية لفترة ما حول الولادة

الدواء والرعاية الخارجية، وهدر الأموال العامة بسبب فورة مُبالغ فيها وتدنيّ الفاعلية الجسيم. هذا الإلمام الأفضل بكيفية عمل النظام سمح للوزارة بتكوين فكرة واضحة عن الروادع البنيوية في وجه الجودة وعن التقتير في الرعاية فضلاً عن الجغرافيا البشرية والسياسية للقطاع الصحي. كما أنه غيّر نظرة الفرقاء المعنيين الآخرين داخل القطاع الصحي إلى وزارة الصحة العامة: لم تعدّ الوزارة مجرد مصدر للريح الثابت إنما هي شريك ضليع في التفاوض.

معلومات أفضل أوجدت تشخيصاً مختلفاً. نجحت هذه المعلومات (لا سيّما المسح الوطني للإنفاق الأسري على الصحة واستخداماته والحسابات الوطنية للصحة) في إحداث تغيير جوهري في تصوّر وزارة الصحة العامة للأولويات الواجب معالجتها. كما أنها أكّدت على صحة التشخيص الحدسي لفشل آليات التنظيم التلقائي للسوق. لكن خلافاً للتوقعات، إن عدم التكافؤ في حصول الفقراء على الرعاية الاستشفائية طرح مشكلة أقل إلحاحاً ممّا اعتُقد مسبقاً، في حين برز إلى الواجهة الإنفاق المباشر الكارثي للأسر على

الشكل ٨

في نهاية التسعينات: المراجعة التشخيصية للتحديات التنظيمية في وجه القطاع الصحي: الاختلال، اهتمامات السياسات ذات الأولوية والاستجابة المتوخاة



في فترة ما بعد الحرب من منظور جديد: فبدلاً من أن يشكّل مجرّد شبكة أمان للفقراء أصبح وسيلة لإدخال أدوات لسياسات تعمل على تحسين نوعية الرعاية ووضع تعرفة أكثر إنصافاً لخدمات المستشفيات الخاصة. من الضروري أن نشير إلى أنه لم تكن للوزارة في هذه المرحلة خطة تفصيلية لإصلاح القطاع الصحي. بالأحرى ركّزت على البحث عن فرص عملية وواقعية لتثبيت دورها القيادي وتحسين الأمور في ثلاثة مجالات: المستشفيات والتكنولوجيا، الرعاية الخارجية، والحصول على الدواء. وقد استرشدت دوماً بهذه الاهتمامات ذات الأولوية لتحديد تدابير ملموسة.

مراجعة الأهداف الاستراتيجية. إن هذا التشخيص للوضع قد حمل وزارة الصحة العامة وشبكته المتنامية من الشركاء في النقاش على إعادة صياغة أهدافها الاستراتيجية (الشكل ٨) فبدلاً من التركيز على خفض النفقات العامة وتحسين الوصول إلى المستشفيات، وجّهت الوزارة اهتمامها نحو الحدّ من أعباء المدفوعات المباشرة للأسر (حتى إن توجّب استبدالها بالإنفاق العام)، وإعادة توجيه الإنفاق العام نحو تعزيز الكفاءة في توزيع الموارد وتقليص الهدر، وإيجاد حوافز لتحسين جودة الرعاية تزامناً مع ضمان وصول الفقراء والضعفاء. في هذا السياق، تمّ النظر إلى الاستثمار في المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية



١١. تنظيم القطاع الصحي

سياق منطلق الأمور وتراكم المعلومات الاستراتيجية والمهارة في حلّ المشاكل الإدارية.^{٢٠} كان يتم إدخال التدابير التنظيمية بصورة تدريجية كلما سُنحت الفرصة. مع مرور الوقت، شكّلت هذه النُظم استراتيجيات شاملة يمكن إعادة تصنيفها تحت ثلاثة عناوين: ترشيد تعاقدات القطاع العام للرعاية الاستشفائية، تحسين نوعية الرعاية الخارجية وتكافؤ الفرص في الوصول إليها، خفض المدفوعات المباشرة المُفَقِّرة للأسر.

غياب المخططات، لم يُترجم تلقائياً هذا الوضوح الإضافي بشأن طبيعة التحدّيات إلى مخطط تفصيلي أو خطة إصلاحية. لقد استغرق تكوين هذه الصورة المُعمَّقة بعض الوقت وكان هناك الكثير من الغموض بالنسبة إلى كيفية مقاربة القرار السياسي. وقد فضّلت الوزارة أن تؤمن التغطية كملاد أخير بالنسبة إلى الفقراء والأشخاص بلا تأمين صحي بدل من أن تطمح للتحكّم بالقطاع الصحي برمته بالنظر إلى الوراثة، ما حدث هو أن وزارة الصحة العامة قد طوّرت «استراتيجيات مستجدة»: أفعال وسلوكيات متّسقة على مرّ الزمن تُستحدث عند اصطدام النوايا بالواقع، دوماً في

١. احتواء التكاليف وتحسين تعاقدات الرعاية الاستشفائية

تمّ تمويل البنية التحتية للمستشفيات الحكومية الجديدة (التي تشكّل حالياً ١٤٪ من أسرة المستشفيات) من قِبَل البنك الدولي والمملكة العربية السعودية والكويت. نظراً للمطالبة الاجتماعية بالحصول على الرعاية الصحية الثانوية المتخصصة، توافقت فكرة إعادة إنشاء المستشفيات الحكومية مع حاجة المواطنين ومع الزخم السياسي لإعادة الإعمار في فترة ما بعد الحرب طالما أن هناك توافق على عدم بذل جهود تنظيمية قاسية بحق القطاع الخاص. لكن الغاية من هذه الجهود كانت لتمكين وزارة الصحة العامة من أن تلعب مجدداً دوراً رئيسياً في القطاع الصحي. كانت محاولة لتقليص الاعتماد على القطاع الخاص وتعزيز شراكة أكثر توازناً معه. هناك توافق متزايد لاسيّما منذ تدشين مستشفى رفيق الحريري الجامعي في بيروت في آذار ٢٠٠٥ على نجاح هذا الرهان. لقد تحقّق الأمر لأن الوزارة كانت تعي منذ مرحلة التخطيط مخاطر إقامة المشاريع الضخمة الباهظة التكلفة والتحدّي المتمثل في تشغيل هذه المرافق. في العام ١٩٩٦، صدر تشريع يمنح المستشفيات الحكومية استقلالها المالي والإداري كما يسمح لها بتوقيع العقود مع الجهات الضامنة بما فيها وزارة الصحة العامة. وتمّ وضع حوافز لاستخدام المستشفيات الحكومية: إن المرضى غير المشمولين بتأمين صحي يشاركون في تسديد ٥٪ فقط من قيمة الاستشفاء في المستشفيات الحكومية مقابل ١٥٪ في المستشفيات الخاصة. جرت توأمة المستشفيات الحكومية مع المراكز الطبية الأكاديمية بهدف ترسيخ مفهوم جودة الخدمات ولحماية المستشفيات من التدخّلات السياسية ممّا ساهم في تعزيز مصداقيّة الوزارة.

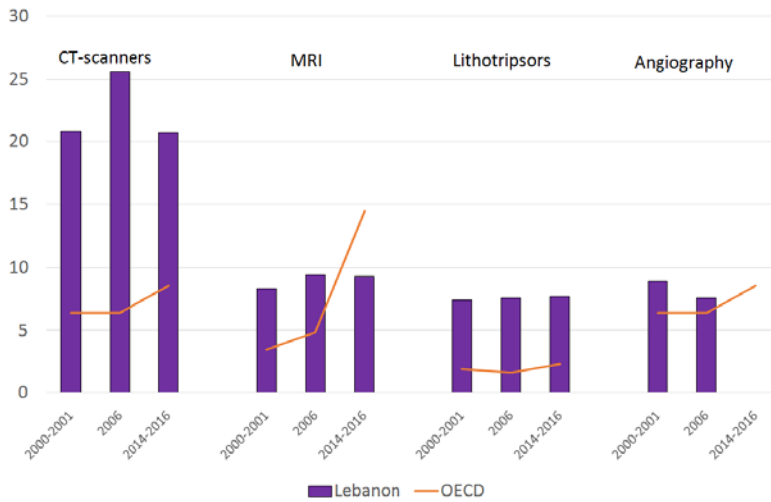
تباطؤ في التوسّع. في العقد الأول من القرن الحالي، تباطأ التوسّع في البنى الأساسية للرعاية الصحية في القطاع الخاص. أما الاستثمار في التكنولوجيا المتطورة فقد تواصل إنما بوتيرة أضعف ممّا في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية مع بقاء المعدلات السكانية على حالها عند مستوى عالٍ (الشكل ٩). إن النمو السريع للبنى التحتية للمستشفيات الخاصة (مقاساً بعدد المستشفيات وعدد الأسرة) استقرّ (الشكل ١٠)، ففي حين أن المستشفيات الكبيرة ازدادت حجماً إلا أن بعض المستشفيات الأصغر حجماً أغلقت أبوابها. انطلاقاً من السنوات الأولى من القرن الحالي، أصبحت البنى التحتية للمستشفيات الحكومية التي تفرّز إنشائها في حقبة ما بعد الحرب في طور التشغيل فبلغت نسبة الأسرة إلى عدد السكان ٣١٪ في العام ٢٠٠٤ ممّا وضع لبنان في المرتبة المئوية ٣-٤ بين بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، بمستوى البرتغال أو ايطاليا وفوق كل من كندا، المملكة المتحدة، الدانمارك أو السويد بكثير.^{٢١} إلا أن هذا التوسّع عاد واستقر بعد ذلك ومع تدفق اللاجئين السوريين انخفضت هذه النسبة إلى ٢١٪. لبنان هو الآن عند الطرف الأدنى لتوزيع منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ولكن دون أن تكون لديه البنية التحتية نفسها للرعاية الأولية، الرعاية النهارية أو الرعاية الاستشفائية في المنزل. إن أحدث معدلات الدخول للاستشفاء المتوقّرة، من العام ٢٠١٢، أي قبل التأثير كلياً بتدفق اللاجئين تُسجل ١٥٦ حالة دخول لكل ١٠٠٠ نسمة أي نسبة أدنى بقليل من متوسط المنظمة البالغ ١٦٣٪. وبمستوى السويد وفوق ايطاليا أو اسبانيا بكثير.^{٢٢}

تمكّنت من الاستئثار بهذه الزيادة. في العام ٢٠٠٦، بلغت حصة المستشفيات الحكومية الجديدة من حالات الاستشفاء على حساب الوزارة نسبة ١٨٪ وبعد عشر سنوات، أي في العام ٢٠١٦، بلغت ٣٦٪. ومع ذلك، لم يزل تمويل الوزارة يشكّل نسبة هامة (٣٠٪) من حالات الاستشفاء في القطاع الخاص. إذا أضفنا حالات الاستشفاء التي يغطيها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (حجم مماثل لذلك الذي تغطيه الوزارة)، الحالات التي تُغطّيها الاونروا لصالح اللاجئين الفلسطينيين ومؤخراً تلك على حساب جهات مانحة لصالح اللاجئين السوريين، نستطيع أن نلتزم اعتماد المستشفيات الخاصة على آليات التمويل العام الجماعي على الرغم من كونه مجزأ.

تكاليف معظم حالات الاستشفاء تُسدّد من المال العام. في القرن الحالي، استمرت الزيادة في عدد حالات الاستشفاء التي تغطيها وزارة الصحة العامة لصالح الأشخاص غير المشمولين بتأمين صحي: من ١٥٨.٤٨ في العام ٢٠٠٢ إلى ٢٤٣.٤٨ في العام ٢٠١٦، من حيث عدد السكان، بقيت حالات الاستشفاء المُسدّدة التكاليف من قبل الوزارة مستقرّة، تقريباً ٤٥* حالة لكل ألف نسمة وبلغت ذروتها في ٢٠١٢-٢٠١١ بتسجيل نسبة ٤٩٪. تعكس هذه المعدلات زيادة واضحة في العدد المطلق لحالات الاستشفاء المُسدّدة التكاليف من قبل الوزارة. أما الحالات التي تُغطّيها الوزارة في القطاع الخاص فبقيت مستقرّة نسبياً إذ أن المستشفيات الحكومية

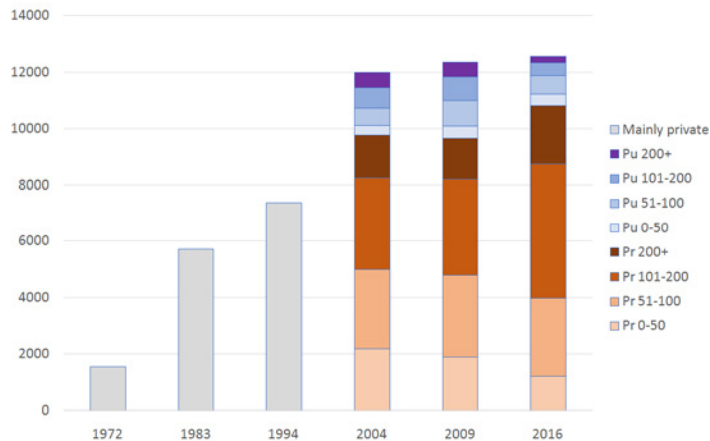
الشكل ٩

التكنولوجيا الطبية لكل مليون مقيم: المعدّل في لبنان وبلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية^{٢٣}



الشكل ١٠

توسّع البنية التحتية للمستشفيات: عدد الأسرة في المستشفيات الخاصة والحكومية. في المستشفيات ما دون ٥٥ سريراً، بـ ٥١-١٠٠ سرير، ١٠١-٢٠٠ سرير وفوق ٢٠٠ سرير. في التسعينات، كان معظم الأسرة داخل المرافق الخاصة



* بما يوازي نسبة استشفاء تعادل ٩٪ من غير المضمونين.

مناقشة المستحقات والتفاوض بشأنها مكنها من اكتساب المصداقية وإقامة التحالفات ضمن جماعات الضغط القوية التابعة للمستشفيات، ومن القضاء على المغالاة في قيمة الفواتير وفي العام ٢٠٠٠ عبر تطبيق تعرفه المبلغ المقطوع على الأعمال الجراحية. إن مكنة موافقات الدخول المُسبقة وبعد ذلك بيانات الخروج من المستشفى أدت إلى المزيد من التحسّن في فهم التكاليف وعملية التسعير ممّا حقق كسباً إضافياً في قدرة الوزارة التفاوضية.

سهولة الاستخدام. في الوقت نفسه، كان يتوجّب على المرضى الراغبين في تغطية الوزارة المرور بسلسلة من الإجراءات البيروقراطية المرهقة من أجل الحصول على الموافقة. في مرحلة أولى، يجب عليهم زيارة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وتعاونية موظفي الدولة للحصول على «شهادة عدم انتساب». بعدئذ يتوجّهون إلى بيروت مزوّدين بهذه الشهادة للانضمام إلى صفوف الانتظار في الوزارة من أجل الحصول على موافقة استشفاء مُسبقة (وقد يستعين الكثيرون خلال هذه الإجراءات بوسيط مما يخلق فرصاً جديدة للزبائنية). في العام ٢٠٠١، أنشأت الوزارة قاعدة بيانات موحّدة للمستفيدين من القطاع العام. بالتالي تمّ التخلّص من ازدواجية في الفواتير وعدم الحاجة للذهاب إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو تعاونية موظفي الدولة. شكّل ذلك بالنسبة إلى المريض كسباً في الوقت والمال والراحة، لاسيّما أنه بعد تحقيق لامركزية المعاملات إلى مستوى القضاء لم يعدّ من الضروري التوجّه إلى مكاتب الوزارة في بيروت.

ليس فقط احتواء التكاليف في نهاية التسعينات، كشفت «الحسابات الوطنية للصحة» أن شراء الخدمات الاستشفائية (حينها بصورة حصرية من المستشفيات الخاصة) استهلك ٢٤,٣٪ من إجمالي الإنفاق و ٦٠٪ من الإنفاق الحكومي على الصحة. إن الانعكاسات على موازنة الوزارة شكّلت تحدياً صعباً إلى جانب تحديات أخرى. فقد أثارت عوامل عديدة القلق بشأن جودة الرعاية منها: انتشار المستشفيات الصغيرة الحجم، انعدام الكفاءة الإدارية (معدل إشغال في حدود ٦٠٪ - ٦٥٪)، تدني استخدام الأقسام الأكثر تطوراً (أقل من ثلاث عمليات جراحية في الأسبوع في معظم مراكز جراحة القلب المفتوح). من الواضح أن الإفراط في الاستشفاء طرح مشكلة، من جهة لكونه زائفاً ومستحقاً بالعرض ومن جهة أخرى لتعلّقه بحالات يمكن علاجها خارجياً. وكانت هناك حالات كثيرة من المغالاة في قيمة الفاتورة التي تدفعها وزارة الصحة العامة والتأمين العام فضلاً عن المواطنين الأفراد. وألقت «الحسابات الوطنية للصحة» الضوء على طبيعة العناصر «المُفوترة» على وزارة الصحة العامة وجهات حكومية ممولة أخرى: ٧٣٪ من مرضى الوزارة أُدخلوا إلى المستشفيات بهدف إجراء جراحة، بينما الاختبارات التشخيصية والتصوير الشعاعي والأدوية واللوازم الطبية مثلت ٤٤,٥٪ من التكاليف. كل هذا يشير إلى أن المستشفيات لجأت إلى تضخيم الفحوصات التشخيصية والمواد المستهلكة كوسيلة لزيادة الإيرادات، بالتالي أضحت ترشيد الاستشفاء ضرورياً لحماية المستهلك وتديراً احترازياً بالنسبة إلى الموازنة. لذا اعتمد تنظيم الرعاية الاستشفائية الأهداف التالية: احتواء التكاليف والشفافية، ترشيد الاستشفاء، وجودة الرعاية.

فهم الأسعار. تعود المحاولات الأولى في هذا المجال إلى فترة ما بعد الحرب مباشرة وقد ركّزت على الكلفة التي توجّبت على الوزارة مقابل الخدمات الاستشفائية التي اشترتها. كانت الأمور تجري على النحو الآتي: يحقّ للمرضى غير المشمولين بأي تأمين صحي الحصول على موافقة مُسبقة للاستشفاء من وزارة الصحة العامة. بعد الاستشفاء، ترسل المستشفى نسخة ورقية عن الفاتورة التفصيلية إلى الوزارة التي تقوم بتسديد القيمة (بشكل عام دون تدقيق جميع الفواتير بغياب العدد الكافي من الموظفين للقيام بذلك). إلا أن الارتفاع الحاد في الإنفاق الذي انعكس سلباً على الموازنة حدا بالوزارة إلى إجراء تحليل معمّق لفواتير الفحوصات المخبرية، والتصوير الشعاعي، واستخدام غرفة العمليات وغيرها من العناصر ذات الكلفة، لكي تتمكّن على الأقل من تحديد أوجه التلاعب وسوء الاستغلال. جاءت النتائج شبه فورية: في العام ١٩٩٥ فاوضت الوزارة من أجل الحصول على جسم مقداره ١٣٪ وتمّ إدخال تغييرات إجرائية عديدة. بين ١٩٩٧ و ١٩٩٩، تمّت مراجعة العقود والمستندات الداعمة (بما في ذلك بعض الجوانب كاستخدام المراجعة العاشرية للتصنيف الدولي للأمراض ICD 10، أو التثبّت من أن المرضى لا يدفعون ما يزيد عن ١٥٪ من جيوبهم الخاصة). إن الخبرة المتنامية للوزارة في

الجدول ٣ مبادرات ترشيد الرعاية الاستشفائية

المبادرة	التأثير
١٩٩٤: مكننة موافقات الاستشفاء على حساب وزارة الصحة العامة	اكتشاف التلاعب وتقليصه. تعزيز مصداقية الوزارة بصفقتها مفاوضاً
١٩٩٧: إدخال تعرفة المبلغ المقطوع لجراحة القلب	تأثير مباشر على عدد العمليات الجراحية التي تُجرى. كشف الاختلال في سوق الرعاية الصحية وتبيان إمكانيّة تطبيق تدابير تنظيمية
١٩٩٧-١٩٩٩: توحيد العقود (بما في ذلك حماية المريض)، توحيد المصطلحات، تصنيف الإجراءات الجراحية	تعزيز الشفافية في شراء الخدمات الاستشفائية للأشخاص غير المشمولين بتأمين صحي. بدء التداول بشأن جودة الرعاية وحماية المريض
١٩٩٨: تحليل هيكل الأسعار الخاص بالفحوصات المخبرية والتصوير الشعاعي وغرفة العمليات واللوازم	إعادة التفاوض بأسعار شراء الخدمات الاستشفائية من المستشفيات الخاصة. تحسين الموقف التفاوضي للوزارة. احتواء الإنفاق العام على شراء الخدمات الاستشفائية
١٩٩٨: دراسة جدوى تتعلق بإدخال نظام المجموعات المرتبطة بالتشخيص (DRGs)	صُرف النظر عنه بسبب مقاومة شديدة له
١٩٩٩: إدخال رموز المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD 10	تمّ التخلّص من العوائق التي تحول دون مكننة النظام
١٩٩٩: إنشاء لجنة من أجل اعتماد المستشفيات	إشراك مبكر للجهات الفاعلة الرئيسية
٢٠٠٠: إدخال المبلغ المقطوع في تسديد تكاليف الجراحة	تقليص المبالغة في الفوترة
٢٠٠١: إدخال نظام الاعتماد وإجراء اختبار تجريبي له	معايير وإجراءات ومبادئ توجيهية. مع التشديد هذه المرة على سلامة المريض والبنية التحتية
٢٠٠١: قاعدة بيانات للمستفيدين من الصناديق العامة (في البداية كانت مركزية، ثم أصبحت لا مركزية على مستوى القضاء)	التخفيف من أعباء الإجراءات البيروقراطية المرهقة (العرضة للزبائنية) بالنسبة إلى المريض. ألغت الازدواجية في الفواتير
٢٠٠٢-٢٠٠١: دورة تدقيق أولى لاعتماد المستشفيات	٤٧ مستشفى معتمداً من أصل ١٤٨. معظم حالات الفشل في المرافق الصغيرة (أقل من ١٠٠ سرير)
٢٠٠٢-٢٠٠٣: تحديث ودورة تدقيق تكميلية لاعتماد المستشفيات	تحديث المعايير. طبعة جديدة من المبادئ التوجيهية. نظام علامات جديد. ٣٩ مستشفى معتمداً من أصل ٤٥
٢٠٠٤-٢٠٠٥: دورة تدقيق جديدة لاعتماد المستشفيات	٨٥ مستشفى معتمداً من أصل ١٤٤
٢٠٠٦: مكننة بيانات الدخول وتحليلها	فهم أفضل لمزيج الحالات case mix. تعزيز سلطة الوزارة في التفاوض
٢٠٠٦: دورة تدقيق لمتابعة الاعتماد	١٨ مستشفى معتمداً من أصل ٣٤. تحسّن في علامات تقييم ١٢ مستشفى وفشل ثلاثة
٢٠٠٦: مأسسة عملية الاعتماد	تنظيم ذاتي مستقل الإدارة، بتمويل من المستشفيات وتحت إشراف الوزارة
٢٠١١: مكننة بيانات الخروج وتحليلها	فهم أفضل لمزيج الحالات. تعزيز سلطة الوزارة في التفاوض. تقبّل أفضل للمعايير الموضوعية
٢٠١٤: إدخال تحليل مزيج الحالات case mix	تطور الإجراءات التعاقدية
٢٠١٥: إدخال تقييم دخول المستشفى من قبل طرف ثالث	تقليص الاستشفاء غير الضروري
٢٠١٦: دورة تدقيق لاعتماد المستشفيات	٨٩ مستشفى معتمداً تماماً من أصل ١٢٨، البعض الآخر بشكل مشروط

تمت مراجعة المعايير والإجراءات بالتزامن مع طبعة جديدة من المبادئ التوجيهية ونظام تقييم جديد.

المأسسة: إن نتائج الدراسة الاستقصائية المتعلقة باعتماد المستشفيات في ٢٠٠٥-٢٠٠٤ حثت وزير الصحة على ربط تعريفات استرداد تكاليف الاستشفاء بنتائج الاعتماد.^{٢٤} إن ربط الجودة بالتعريفات سهّل إدارة العلاقة التعاقدية مع مقدّمي الخدمات من القطاع الخاص وسمح بإدخال نُظم قائمة على الحوافز وبرامج ضمان الجودة.^{٢٥} شكّلت العقود الجديدة حوافز من أجل تحسين مستمر للجودة. تمّ التركيز في البداية على سلامة المريض والموظفين إلا أن كل دورة اعتماد متعاقبة اعتمدت معايير أكثر تطوراً وصولاً إلى توفير قاعدة لممارسة مهنية متسقة عالية الجودة ومن ثم إلى إدخال مؤشرات النتائج. بالتالي أصبحت عملية الاعتماد أداة لتحسين الجودة التقنية للرعاية وللحدّ من الحوافز المسيئة. في هذه الأثناء، نُقلت إدارة الاعتماد من شركة استشارية أجنبية إلى مؤسسة لبنانية تُشرف عليها دوماً وزارة الصحة العامة إنما تُموّلها المستشفيات الخاصة نفسها التي باتت مقتنعة بالقيمة المُضافة الناجمة عن الأمر. فأصبحت عملية الاعتماد أكثر مأسسة ومتانة، وترافق ذلك مع اكتساب منح الاعتماد طابعاً رسمياً، دورات تدقيق لاعتماد المستشفيات الحكومية، تحديث معايير الاعتماد، وتأهل مُسبق لهيئات التدقيق الخاصة واختيارها. بالتالي أوجد الاعتماد مناخاً يرتبط فيه التفاوض بشأن التعريفات بالأداء ويجري على أسس شفافة وموضوعية.

بيئة أفضل: كانت عملية للاختيار على سبيل المثال، في العام ٢٠٠٥ فشل ٥٩ مستشفى من أصل ١٤٤ في الحصول على الاعتماد، أما في النظام السابق كانت هذه المستشفيات استحققت جميعها أن تتأهّل للتعاقد مع الوزارة. في أحدث دورة في العام ٢٠١٦، حصل ٨٩ مستشفى من أصل ١٢٨ على اعتماد كامل غير مشروط مدّته ٣ سنوات، في حين أنه طلب من مستشفيات أخرى إدخال تحسينات جوهرية على إجراءاتها. بالتالي إن نظام الاعتماد يكشف المؤسسات الأضعف (غالباً المستشفيات الأصغر حجماً) ويُقدّم لتلك التي باءت بالفشل حوافز من أجل التحسين. على وجه الإجمال، حظي نظام الاعتماد بقدر كبير من التأييد من شبكة المستشفيات، فقد وُقِرَ فرصاً أكثر تكافؤاً للتعاقد والحصول على التمويل الحكومي. كما جابه هذا النظام مقاومة بما في ذلك حملة شرسة ضد البرنامج نظمتها بعض المستشفيات التي فشلت في الحصول على الاعتماد بتوجيه من أطراف سياسية ودينية. على العموم، التزم كثيرون بهذه العملية أساساً إذ رأوها شفافة منصفة وموضوعية. هذا المناخ الجديد المتميّز بتحسين الجودة يتناقض بشدّة مع ثقافة المستشفيات في منتصف التسعينات، حيث كانت العوامل المحرّكة الرئيسية هي الاستئثار بالأموال الحكومية واجتذاب المرضى.

الحوافز المسيئة: خلال التسعينات، استمرّت الحوافز المسيئة. كان يحقّ لكافة المستشفيات، حتى تلك التي تُقدّم الرعاية المتدنية الجودة أو حتى الخطيرة، المطالبة بتمويل من وزارة الصحة العامة. وكان يتمّ الدفع لها بحسب أربع فئات من التعريفات وفقاً لحجم المستشفى ومعدّاته بغض النظر عن الكفاءة أو الجودة، ممّا شجّع المستشفيات على الاستثمار في المعدّات المتطورة والخدمات المعتمدة على التكنولوجيا المتقدمة على أمل أن يُعاد تصنيفها في فئة ذات تعرفه أعلى.^{٢٤} هذا روج لاعتقاد أنه ما لم يوقّر المستشفى مجموعة متكاملة من التكنولوجيا الطبية المتطورة والحديثة لا يكون مستشفى جيداً.

نحو إبرام عقود أكثر إنصافاً: على الرغم من أن أجنحة الوزارة المرتبطة باحتواء التكاليف تضاربت مع المصالح المباشرة لجماعات الضغط السياسية والقطاع الخاص، إلا أن الفرقاء توافقوا على مسائل مشتركة مثل تحسين الجودة والفعاليّة. خلال القرن الحالي، تمكّنت الوزارة من إقامة علاقات عمل مع ممثلين عن المستشفيات الخاصة بهدف استبدال التصنيف ضمن فئات أربع من التعريفات بنظام أكثر إنصافاً يأخذ بعين الاعتبار التكاليف الفعلية ويكافئ الجودة والأداء. تمثلت الخطوة الأولى في إدخال نظام اعتماد طوعي. لهذه الغاية، أعادت الوزارة تفسير التشريع القائم الذي منحها «الحق في تقييم المستشفيات وتصنيفها واعتمادها استناداً إلى وضعها ومجال تخصصها ومجموعة الخدمات التي تُوفّرها». ربط القانون هذا الأمر بالاتفاقات التعاقدية مع المستشفيات مما أتاح فرض الاعتماد كشرط أساسي لأحقّية إبرام العقود مع وزارة الصحة العامة وغيرها من الصناديق العامة. وبما أن التعاقد أمر حيوي لاستمرار المستشفيات اقتصادياً شكّل ذلك حافزاً قوياً لحث المستشفيات على المشاركة كما وضع حدّاً للتعاقد مع كافة المستشفيات بمعزل عن أدائها. أصبح بإمكان الوزارة أن تختار استناداً إلى أساس قانوني.

إدخال الاعتماد: بدأت وزارة الصحة العامة بعملية إدخال نظام الاعتماد في العام ٢٠٠٠، مشدّدة أولاً على السلامة وإدارة الجودة. أنجزت دورة التدقيق الأولى لاعتماد المستشفيات في العام ٢٠٠٢ حيث سُجِلَ اعتماد ٤٧ مستشفى من أصل ١٢٨، وأسفرت الدورة التكميلية في ٢٠٠٢-٢٠٠٣ عن اعتماد ٣٩ مستشفى من أصل ٤٥. من المهم الإشارة إلى أن ٣٢ مستشفى وهي في الغالب صغيرة الحجم بسعة تقلّ عن ١٠ سرير لم تستوفِ مقتضيات السلامة فلم يتم اعتمادها ولم تعدّ مؤهلة لتقديم الرعاية الاستشفائية لصالح وزارة الصحة العامة. يُشير معدل النجاح العالي في الدورة التكميلية إلى أن الاعتماد أوجد حافزاً فعالاً للارتقاء بالجودة.^{٢٥} إلا أنه أوجد أيضاً سلوكاً انتهازياً من جانب المستشفيات فالبعض منها بذل جهوداً استثنائية أتت من أجل الزيارة الاستقصائية فقط بهدف الحصول على تصنيف أو معدل اعتماد أعلى. للتصدّي للأمر،

وقبلت بالدور التنظيمي للوزارة. من الممكن أن يكون هذا السلوك قد انسحب على أوضاع استشفائية أخرى تُموّلها جهات ضامنة خاصة وحكومية أخرى أي لا تُسدّد ثمنها الوزارة لكننا لا نملك حالياً أدلة ملموسة عن الأمر. إن العلاقة العدائية سابقاً حيث كانت الوزارة تتخذ موقفاً دفاعياً من جهة وكانت المستشفيات تستغل ضعفها من جهة أخرى استُبدلت بتعاون بشأن مكتسبات مشتركة مترتبة عن علاقات تعاقدية أكثر إنصافاً وتحسّن الجودة. إن ارتكاز شبكة المستشفيات الخاصة على حزمة التمويل من الصناديق الضامنة من شأنه أن يمنح السلطات العامة، وبالأخص وزارة الصحة العامة، نفوذاً هائلاً يمكنها من تعزيز ترشيد الشبكة الاستشفائية في البلاد.

أجندة غير مكتملة. يمكن استغلال هذا النفوذ لإدخال المزيد من التحسينات، يبقى الكثير ممّا ينبغي عمله على مستوى كل مستشفى على حدة: التنسيق مع الرعاية الخارجية ضمن مسارات فعّالة يكون المريض محوراً، ترشيد الرعاية الخارجية الخاصة بكل مستشفى وجعل المريض محوراً، إعادة تركيز الاستشفاء على الحالات غير المستجيبة للرعاية الخارجية، تحسين سلامة المريض وحميته، إلخ. على المستوى الكلي، ثمة ما يدعو لتحقيق تكامل أفضل بين المستشفيات مع توزيع أفضل للاختصاصات فيما بينها وتعزيزها. على الأرجح، لا يمكن تحقيق ذلك بواسطة نهج نمطي تقييدي ولكن على غرار التقدّم الذي أحرز في السنوات الخمس عشرة الأخيرة بصورة تدريجية وبعثنام الفرص، فضلاً عن تشاور واسع النطاق مع الجهات الفاعلة الرئيسية وبإشراكها الفعلي في العملية برمّتها.

التعاقد بحسب الأداء. في العام ٢٠٠٦، في حين كانت عملية الاعتماد توشك على بلوغ مرحلة النضج، اتخذت وزارة الصحة العامة بعض التدابير من أجل مكثنة طلبات الدخول إلى المستشفى وتحليلها. وفي العام ٢٠١١، كرّرت الأمر نفسه بالنسبة إلى بيانات الخروج، ممّا أتاح تنظيم العمليات الإدارية وتبسيطها ووفّر أيضاً قواعد بيانات ثمينة حققت وفرة في المعلومات مما عزّز سمعة الوزارة كمنظمة قادرة على إرساء قاعدة من الأدلة الموضوعية والشفافة لوضع القواعد التنظيمية. في العام ٢٠١٤، تمخّض الأمر - بتأييد من الوسط الاستشفائي - عن ركيزة لتحديد تعريفات الخدمات التعاقدية التي تقدّمها المستشفيات الخاصة والحكومية. يستخدم هذا النظام مجموعة من المعايير المثبتة وهي: ٢٧ نقاط الاعتماد، نتائج الدراسات الاستقصائية عن رضی المريض، مؤشر مزيج الحالات (case-mix index)، حالات الدخول إلى وحدة العناية المركزة، نسبة العلاج الطبي للعلاج الجراحي ومعدل الحسم. إن الاعتماد ورضی المريض يعكسان الجودة ويستأثران بـ٤٠٪ و ١٠٪ من مجموع نقاط التعاقد بالترتيب. أما العوامل الأخرى فتعكس الأداء وتستأثر معاً بـ٥٠٪. بالتالي يعكس نظام التسعير مستوى تعقيد الحالات فضلاً عن جودة الخدمات المقدّمة وتعتبره المستشفيات نظاماً منصفاً وموضوعياً. تُوفّر مجموعة المعايير حوافز لتعزيز الممارسة الجيدة وللتثني عن الإفراط في استخدام النظام واستغلاله.

إدارة دخول المستشفى من قبل طرف ثالث. إن تقييم دخول المستشفى والخروج منه من قبل طرف ثالث قد أدرج مؤخراً وهو يفتح آفاقاً لجهة تقليص الاستشفاء غير الضروري تزامناً مع تحسين الجودة والرقابة.

تأثيرات النظام. هذا القطاع الذي تميّز سابقاً بتنافس غير مُنظّم على الزبائن تحوّل إلى قطاع جديد اكتسب فيه مبدأ ضمان الجودة طابعاً مؤسسياً وتمّت إعادة مواءمة الحوافز وأصبح شراء الخدمات عملية أكثر ترشيداً. أصبح بالإمكان تحسين الشفافية والحدّ من المغالاة في قيمة الفاتورة وتحسين معايير الجودة في المستشفيات. ثمة دلائل تُشير إلى أن الاستشفاء غير الضروري أخذ في التراجع (على الأقل الحالات التي تغطيتها وزارة الصحة العامة). بفضل تقييم الحاجة إلى دخول المستشفى من قبل طرف ثالث من بين عوامل أخرى. إن السعر المتوسط المدفوع لكل استشفاء تدنّى حتى العام ٢٠١١ ومن بعدها عاد فارتفع. في العام ٢٠١٤، دفعت وزارة الصحة العامة نسبة إضافية عن العام ٢٠٠٢ مقدارها ٢٢,٤٪ عن كل استشفاء. في المرحلة نفسها، بلغ التضخم التراكمي في أسعار السلع الاستهلاكية في لبنان نسبة ٥٩,٦٪. ٢٨ هذا يعني أن الوزارة مستفيدة أكثر فهي تدفع ٧٦,٧٪ فقط ممّا كان ينبغي عليها دفعه مع أسعار تعكس تضخم الأسعار الاستهلاكية. من المهمّ أن ذلك قد تمّ بالتفاهم: فقد تبنت الأطراف الفاعلة ميدانياً المعايير الإجرائية الأكثر صرامة التي ارتأت أنها تحقق تكافؤاً في الفرص

٢. بين التحالفات والنفوذ: العمل مع الجمعيات الأهلية بغية خدمة الفقراء

شبكة أمان فعلية. ارتكزت الانطلاقة على بعض الإمكانيات المتوفرة: وفرة في الأطباء (على الرغم من التفاوت في مستوى الكفاءات)، الخطاب الاجتماعي للجمعيات المهنية، وعدد كبير من المراكز الصحية والمستوصفات التابعة للجمعيات الأهلية التي وفّرت الرعاية الأولية والمتخصصة لذوي الدخل المنخفض. هذه المراكز الصحية والمستوصفات الناشئة خلال الحرب كوّنت شبكة أمان فعلية للمواطنين الأكثر حاجة وقد بلغ عددها في منتصف التسعينات ٧٣٤ مرفقاً. ولقد قدّمت مع المرافق العامة البالغ عددها ١١٠ (ذات الأداء السيء والقليلة الاستخدام) خدمات الرعاية الصحية لـ ٢٦٪ من السكان.

الجمعيات الأهلية بصفتها حليف طبيعي. خلال الغارات الاسرائيلية في العامين ١٩٩٣ و١٩٩٦، لعبت هذه الجمعيات الأهلية وبنائها الصحية الأساسية دوراً رئيسياً في الاستجابة للطوارئ. هذه الأحداث الأساسية منحت وزارة الصحة العامة والجمعيات الأهلية فرصة التعرف وتقدير بعضها البعض. التعاون بينهما خلال اعتداء العام ١٩٩٣ كان مرتجلاً نوعاً ما لكنّه كان مفيداً للعلاقة فيما بعد، إذ أتت الاستجابة المشتركة للطوارئ بين الوزارة والجمعيات الأهلية في العام ١٩٩٦ عملية سلسلة عالية الفعالية. بالتالي أصبحت هذه الجمعيات معاناً وحليفاً طبيعياً للوزارة. وسرعان ما تخطت الشراكة بينهما إطار الاستجابة لحالات الطوارئ إلى توفير الرعاية للأشخاص الأقل يُسرّاً ولأعداد اللاجئين المتزايدة لاحقاً مع اندلاع الأزمة السورية بعد ١٥ سنة. بيّن الجدول ٤ المراحل البارزة لهذا التعاون.

نفوذ ضعيف. لم تملك الوزارة النفوذ المالي أو ما يكفي منه للتمكّن من التأثير في الرعاية الخارجية، خلافاً لوضعها مع المستشفيات حيث أمكنها استغلال سداد تكاليف استشفاء المرضى غير المشمولين بتأمين صحي لاكتساب السلطة. لقد عمل أطباء القطاع الخاص كرجال الأعمال في غياب أية أطر تنظيمية أو تحديد للأسعار يتمّ التفاوض بشأنها. لم يكن بيد الوزارة إلا أداة تحكم رسمية واحدة: امتحانات الكولوكيوم التي سمحت إلى حدّ ما بالتحكم بإصدار التراخيص للأطباء الجدد الملتحقين بسوق العمل. إلا أنه كان ينبغي القيام بالمزيد. في العام ١٩٩٨، كشفت الحسابات الوطنية للصحة أن ما يقارب ثلثي الإنفاق الوطني على الصحة يُنفق على الرعاية الخارجية والدواء. ووفقاً للمسح الوطني للإنفاق الأسري على الصحة واستخداماته، إن ٨٦٪ من النفقات الصحية المباشرة للأسر تعود للخدمات خارج المستشفيات والدواء وطب الأسنان. بالتالي بدا واضحاً أن الرعاية الخارجية كانت بحاجة إلى المزيد من الاهتمام، فبعد عقود من التساهل وعدم التدخل أصبحت بشكل أساسي قطاعاً تجارياً. ومع انتشار الاختصاصات الخارجية الفرعية، أهملت الرعاية الأولية تماماً: من حيث الوقاية الأولية وتعزيز الصحة ولكن أيضاً من حيث الوقاية الثانوية والرعاية العلاجية المضمونة الجودة. وصارت الرعاية لجهة استمراريتها، تنسيقها أو تمحورها حول المريض رهن بالمبادرات الفردية. وكانت في تلك الفترة الرعاية الخارجية مثلاً رئيسياً عن استهلاك مجزأ للسلع الصحية مصحوب بالمبالغة في فاتورة المريض وطلب مستحثّ بالعرض ومعايير رعاية متدنية، لاسيّما بالنسبة إلى الأشدّ فقراً.^{٦،١٥}

الجدول ٤

المراحل البارزة للتعاون بين وزارة الصحة العامة والمراكز الصحية التابعة للجمعيات الأهلية

١٩٩٣	تعاون بين وزارة الصحة العامة والجمعيات الأهلية على الاستجابة الطارئة للاعتداء الإسرائيلي فريق عمل تابع للهيئة الوطنية للرعاية الصحية الأولية. مناقشات أولى بشأن التعاقد
١٩٩٤	تعاون بين وزارة الصحة العامة وجمعية الشبان المسيحية (YMCA) من أجل توفير أدوية الأمراض المزمنة لمراكز صحية تابعة لجمعيات أهلية
١٩٩٥	دفعة أولى من الاتفاقات التعاقدية بين وزارة الصحة العامة و٢٨ مركزاً صحياً تابعاً لجمعيات أهلية
١٩٩٦	الاعتداء الإسرائيلي الثاني: تعاون سلس وفَعَّال بين وزارة الصحة العامة والجمعيات الأهلية تقييم شامل لـ ٨٠٠ مركز صحي إنشاء الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية
١٩٩٧	تلزيم مراكز صحية حكومية مبنية حديثاً أو جرى ترميمها لجمعيات أهلية وبلديات
٢٠٠٤	الهيئة الوطنية للرعاية الصحية الأولية تطوّر استراتيجية وطنية وتستمر بالعلاقة المُعتمدة في التسعينات مبادرة صحة الأم تضع حدّاً لوفيات الأمهات في منطقة حيث وفيات الأمهات هي الأعلى ويتم تخفيض معدل الولادات القيصرية إلى ثلث المعدل الوطني
٢٠٠٥	انضمام ٨٦ مركزاً إلى الشبكة
٢٠٠٦	تضم وزارة الصحة العامة العناية بصحة الفم إلى رزمة خدمات المراكز الصحية
٢٠٠٨	إطلاق برنامج اعتماد للمراكز الصحية
٢٠١١	بدء تدفق اللاجئين
٢٠١٢	إدراج استراتيجية الأمراض غير الانتقالية (الكشف عن الإصابة بالسكري وارتفاع ضغط الدم) ضمن عمل شبكة الرعاية الصحية الأولية
٢٠١٤	إطلاق برنامج «تغطية صحية شاملة» تجريبي في ٧٥ مركزاً صحياً
٢٠١٥	تجربة الملف الطبي الإلكتروني
٢٠١٦	إدراج الرعاية الصحية النفسية ضمن رزم المراكز الصحية
٢٠١٧	٢٠٢ مركز صحي منتسب إلى الشبكة. ٧٥ من هذه المراكز ضمن برنامج الاعتماد اتفاق بقيمة ١٥٠ مليون دولار أميركي على مشروع تعزيز النظام الصحي في لبنان، قرض بدون فوائد

الجميع بنفس القدر، بالتالي توقّرت الرعاية بكلفة معقولة لمن هم أقلّ يسراً أيضاً. بعد إجراء تقييم شامل في العام ١٩٩٦، تمّ التعاقد مع ٢٩ مركزاً من المراكز الصحية الحكومية وتلك التابعة لجمعيات أهلية التي يفوق عددها الثماني مائة ضمن «شبكة وطنية للرعاية الصحية الأولية».

التوسّع: في العام ٢٠١٧، انضمّ إلى هذه الشبكة ٢٠٢ من المراكز الصحية التابعة لجمعيات أهلية أو قطاع عام أو بلديات والبالغ عددها ٩٢٠. هذه المراكز (أي ٢٠٢) هي أكثرها استخداماً ونشاطاً فهي تنتشر في معظم أرجاء الوطن في حين أن المراكز غير المنتمية إلى الشبكة هي إلى حدّ بعيد مستوصفات صغيرة الحجم أو تعمل بدوام جزئي يقصدها قلة من الزبائن. تُزوّد الوزارة المراكز جميعها (أي ٩٢٠) باللقاحات ويتلقى ٤٣٥ مركزاً صحياً أدوية الأمراض المزمنة بموجب اتفاق مع جمعية الشبان المسيحية (YMCA). بالتالي يستفيد ١٦٥٠٠٠ مريض من أدوية ترتفع قيمتها الإجمالية إلى ٨ ملايين دولار أميركي تُسدّد الوزارة ٤٠٪ منها وما تبقى مانحون شتى.

الأولوية لخدمة من هم أشدّ فقراً. إدراكاً من الوزارة لافتقارها

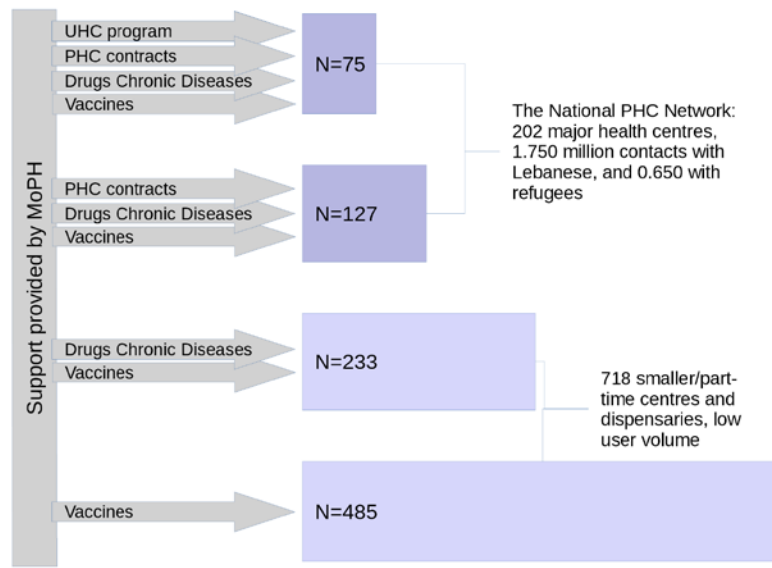
لتنفوذ على الخدمات الصحية الخارجية في القطاع الخاص التي تستهدف الربح، انكبّت على التعاون مع الجمعيات الأهلية من أجل تأمين وصول الأشخاص الأشدّ فقراً إلى الرعاية الأولية المعقولة الكلفة، في فترة ما بعد الحرب مباشرة، أجرت وزارة الصحة العامة والجمعيات الأهلية أولى مناقشاتها حول مبدأ التعاون التعاقدية. تلتزم المراكز الصحية المتعاقدة بتوفير رزمة شاملة محدّدة من خدمات الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك الأنشطة الوقائية، مقابل الدعم العيني الذي تتلقاه من الوزارة في شكل مبادئ توجيهية، تدريب، مواد تثقيف صحي، لقاءات، أدوية أساسية، لوازم طبية وفي بعض الأحيان معدّات، وتوفّر خدمات الرعاية الخارجية العامة والمتخصّصة ضمن دائرة استقطاب محدّدة تُقدم في نطاقها الخدمات مثل التحصين، والصحة المدرسية، والتثقيف الصحي، والتغذية، والصحة البيئية ومراقبة المياه. وينصّ العقد على عدم التمييز بين المرضى المشمولين وغير المشمولين بتأمين صحي بحيث يُساهم

المراكز من دعم الوزارة بدرجات متفاوتة (الشكل ١١). معاً تُوفّر الخدمات لشرائح المجتمع الأشدّ فقراً وغير المشمولة بتأمين صحي، هذا إلى جانب توفّر عدد كبير من العيادات الخاصّة التي تبغى الربح والمعاینات الخارجية للمستشفيات (الحكومية والخاصة).

إن المراكز الـ ٢٠٢ المنتسبة إلى الشبكة ترتبط مع الوزارة بعلاقة تعاقدية كما ورد أعلاه و٧٥ منها (معتمدة جميعها) يتلقّى تمويلات في نطاق «برنامج التغطية الصحية الشاملة» التجريبي (يختبر هذا البرنامج مبدأ تسجيل المنتسبين واشتراك مقطوع للفرد في توفير رزمة وقائية للكشف المبكر عن الأمراض المزمنة وإدارتها). بالتالي، تستفيد

الشكل ١١

دعم وزارة الصحة العامة للمستوصفات والمراكز الصحية التابعة لجمعيات أهلية وبلديات في العام ٢٠١٧



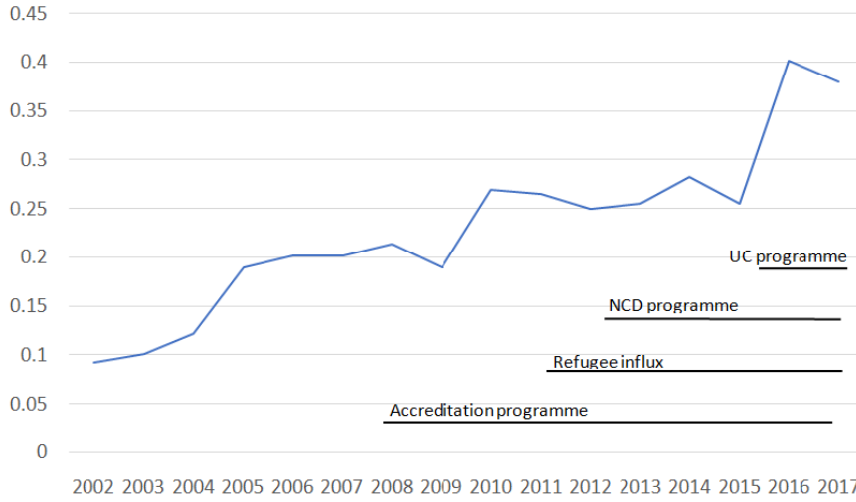
تغطية المجموعات الضعيفة. بالتالي تُشكّل هذه الشبكة مصدراً هاماً للرعاية بالنسبة إلى الفقراء، بالاستنباط من المسح الوطني للإنفاق الأسري على الصحة واستخداماته لعام ١٩٩٩ (٣,٨) استشارة خارجية لكل نسمة سنوياً، ٤٩ لمن هم ضمن فئة الدخل الأدنى، إن تقدير أدنى لحجم الزيارات الخارجية بالنسبة إلى الـ ٤٥٠٠٠ فقير غير مشمول بتأمين صحي يتراوح بين ١٧١٠٠٠ و ٢٢٠٠٠^٥، ممّا يعني أنه بـ ١٧٥٠٠٠ زيارة تُوفّر الشبكة غالبية الرعاية الخارجية (الأولية والمتخصّصة على السواء) للفقراء من دون تأمين صحي. فضلاً عن ذلك، لقد تمكّنت الشبكة أيضاً من امتصاص (أقلّه جزئياً) التحدّي المتمثل في تدفق اللاجئين السوريين في حين أنها واصلت توسيع مجموعة خدماتها.

الإقبال على الرعاية. كان الدافع الأساسي لإنشاء الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية توفير بديل عن الخدمات الصحية الخارجية للقطاع الخاص الربحي العالية الكلفة للسكان ذوي الدخل المنخفض الذين لا يتمتعون بأية تغطية صحية والذين يتراوح عددهم بين ٤٠٠٠٠ و ٥٠٠٠٠ نسمة، والقيام بذلك بجودة أفضل. في العام ٢٠١٠، ارتفع عدد الزيارات للشبكة ومعظمها من قبل أشخاص ينتمون إلى هذه الفئة إلى ١١٥٠٠٠ أي بمعدّل استخدام من قبل الشريحة السكانية المستهدفة بلغ ٢,١ لكل نسمة سنوياً، ممّا يشير إلى نجاح استراتيجية كسب الثقة من خلال عرض خدمات أفضل يسهل الوصول إليها. في العام ٢٠١٧ ارتفع عدد زيارات اللبنانيين ذوي الدخل المنخفض للشبكة إلى ١٧٥٠٠٠ (أكثر من ٣,٥ زيارة لكل مواطن غير مشمول بتأمين صحي سنوياً)، بالإضافة إلى ٦٥٠٠٠ زيارة إضافية للاجئين السوريين.*

* المعدّل الفعلي لزيارات اللاجئين للشبكة غير متوفّر حتى الآن، إنما تمّ استنباطه من بيانات العام ٢٠١٥.

الشكل ١٢

استخدام الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية: عدد الزيارات لكل نسمة سنوياً (بما في ذلك اللاجئين)



الصحية المتعاقد (التابعة لجمعيات أهلية، قطاع عام وبلديات) تبقى أساساً جيداً لتطوير أدوات ومقاربات من أجل رعاية عالية الجودة محوراً للإنسان.

الخدمات الصحية خارج الشبكة الوطنية للرعاية الصحية

الأولية. بالنسبة إلى البلاد ككل، شكّلت المراكز الصحية المتعاقد ضمن الشبكة الوطنية واحدة فقط من الجهات المقدمة للخدمات الصحية. هناك أيضاً العيادات الخاصة الفردية، وأقسام الرعاية الخارجية التابعة للمستشفيات، والمراكز الصحية والمستوصفات غير المنتسبة إلى الشبكة؛ وهي تمثل جميعها غالبية الزيارات الخارجية. إن الحجم الكلي لزيارات المرضى الخارجيين سنوياً في لبنان غير معروف بشكل دقيق ولكن يمكن الاعتماد على معيارين مرجعيين. إن المسح الوطني للإنفاق الأسري على الصحة واستخداماته^{١٥} لعام ١٩٩٩ أشار إلى ٣,٨ معاناة خارجية للمقيم الواحد سنوياً؛ من المرجح أن يكون هذا الاستخدام قد ازداد منذ ذلك الوقت لكن يمكن اعتباره الحد الأدنى (بلغ معدل منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) لعام ٢٠١٥ ٦,٩ معاناة للشخص الواحد سنوياً، حيث تفيد معظم البلدان عن أربع إلى ثماني معانات)^{٢٩}. يمثل الحد الأدنى ١٧ مليون زيارة للمواطنين اللبنانيين أو ٢٣ مليون لمجموع السكان المقيمين (٢,٤ مليون منها حاصل فعلاً ضمن الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية).

ترشيد عمل مقدمي الخدمات الصحية الآخرين.

لقد ركزت وزارة الصحة العامة عملياً على الفئات ذات الدخل المتدني، حرصاً منها على تحقيق المساواة ولأنها مع الجمعيات الأهلية تستطيع استثمار تحالفاتها ونفوذها للتأثير في عملية تزويد الرعاية الصحية. لكن ينبغي على الوزارة أن تبسط نفوذها إلى أبعد من نطاق الرعاية الخارجية للشبكة.

الوصول إلى الخدمات وجودتها.

إن الدعم الذي تُوفّره وزارة الصحة العامة قد حسّن الوصول إلى الرعاية الصحية وجودتها بالنسبة إلى مستخدمي الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية، لا سيّما الفقراء بلا تأمين صحي فضلاً عن اللاجئين السوريين. لكن تأثيره أكبر من ذلك فهو يبيّن أن الوزارة تضطلع بمسؤولياتها الاجتماعية بتقديم العون للأشخاص الأقل يسراً داخل المجتمع وهي تركز تقدماً في هذا الإطار. تُشكّل المراكز الصحية المتعاقد مصدرًا سهل المنال وقليل الكلفة للرعاية الخارجية – الأولية والمتخصصة – وتُتمثل بديلاً عن الخدمات الصحية الباهظة الكلفة للقطاع الخاص. لا بدّ من الإشارة إلى أنها تُوفّر أيضاً مصدرًا قليل الكلفة وموثوقاً للدواء حتى للمرضى الذين يُفضّلون استشارة طبيب خاص. كما أنها تُوفّر حجماً هائلاً من التدريب وبناء القدرات يعكس على المراكز الصحية الأخرى وعلى عدد كبير من أطباء القطاع الخاص الذين يعاينون المرضى في هذه المراكز. تلعب المراكز المتعاقد دوراً هاماً في تأمين وصول اللبنانيين الأقل يسراً إلى الرعاية (كان دورها حاسماً في الاستجابة المرنة لحاجات الرعاية الخارجية لعدد اللاجئين السوريين المتزايد على الرغم من أن التعاقد لم يُصمّم لهذه الغاية).

ثمة مجال لمزيد من التحسين.

لا تزال التحدّيات قائمة على صعيدي الجودة والوصول إلى الرعاية. لم تنجح المراكز الصحية التابعة للشبكة بعد في تحقيق قفزة من نموذج الرعاية الخارجية المتخصصة المُجرّاة إلى رعاية أولية محوراً للإنسان. الانتساب والاشتراك المقطوع على الفرد هما قيد التجربة، لكن لم يُنجز حتى الآن إلا القليل على صعيد استدامة الرعاية وتنسيقها وتحديد مسارات المريض وإجراءات الإحالة، في حين يتّضح أن إدخال الملف الطبي الإلكتروني المتطور هو عملية شاقة وبطيئة. إلا أن المراكز

الصحية. ثانياً، لقد تمكّنت الوزارة من سنّ تشريعات تتعلق بطب الأسرة، مشترطة تلقي تدريب خاص قبل فتح عيادة. إن نُقذ الأمر، تزامناً مع الاستثمار الواسع النطاق في التدريب، تكون هناك آفاق واعدة لتحسين الجودة الفنية والسلامة. ثالثاً، تستطيع الوزارة أن تعوّل على مصداقيتها كوسيط برنامج اعتماد ناجح بين المستشفيات كي توسّع نطاق برنامج اعتماد المراكز الصحية الناشئة ليشمل أطباء القطاع الخاص. وأخيراً، إن الثقافة الطبية في لبنان تُشجع الابتكارات (مثل الملف الطبي الإلكتروني المتطور) القادرة على استحداث طلب على التكنولوجيا التي تحقّق تحسينات جذرية وملموسة على مستوى جودة الرعاية والدمج.

الظروف القائمة اليوم لتحسين نوعية الرعاية هي أكثر مؤاتة ممّا كانت عليه في مطلع هذا القرن، فقد اكتسبت الوزارة المزيد من السلطة، وتحسّن تعاونها مع أنظمة التأمين الصحي العام وبمكناها الاستناد إلى خبرتها في ترشيد الرعاية الاستشفائية. يمكنها الآن البدء بالتأثير في مقدّمي الرعاية الآخرين الذين يلبّون حاجات باقي السكان (وأن تبقى في الوقت نفسه مصدراً للرعاية والإنفاق المباشر بالنسبة إلى الأشد فقراً). أولاً هناك دمج للرعاية الخارجية التي تُوفّرها المستشفيات في إطار اعتماد المستشفيات. بما أن المعايير الخارجية للمستشفيات تشكّل على الأرجح نسبة كبيرة من الرعاية الخارجية الكلية، يكون الهدف الرئيسي عندئذ بسط التأثير التنظيمي للوزارة إلى أبعد من المراكز

٣. خفض الإنفاق المباشر للأسر

خفض الإنفاق المباشر للأسر يبرز كأولوية. بالتالي برز مستوى الإنفاق الأسري المباشر كمصدر اهتمام رئيسي. في العام ١٩٩٨-١٩٩٩، بلغ الإنفاق على الصحة ١٤٪ من إنفاق الأسرة (١٩٩٩٪ بين الفئات ذات الدخل الأدنى و٨،١٪ بين الفئات ذات الدخل الأعلى). بالنسبة إلى الفئات ذات الدخل المتدني، بلغ إنفاق الأسرة على الصحة نسبة مذهلة هي ٢٨،٣٪ من الإنفاق على غير الغذاء). ٢٪ من مداخيل الأسر مخصّص لاشتراكات التأمين، لكن ١٢٪ ينفق مباشرة على الصحة (الجدول ٥). كان هذا في حينه يفوق بكثير المعدلات غير المقبولة والكارثية التي تؤدي إلى الإفكار الناجم عن المصاريف الصحية. تُنفق الأسر ١،٦٪ من أموالها الخاصة على الرعاية الاستشفائية إنما ١،٤٪ على الخدمات الصحية الخارجية والأدوية. هذا جعل الإنفاق المباشر على الرعاية الخارجية الهدف الرئيسي للحدّ من الفقر وحماية السكان من الآثار المالية المترتبة عن اعتلال الصحة وحماية المريض من الاستغلال المالي. في العقد الأول من القرن الحالي، شرعت وزارة الصحة العامة بإقامة التحالفات وجمع المعلومات الضرورية لمعالجة هذه المسألة.

المستشفيات ليست الاهتمام الوحيد. في نهاية التسعينات، أشارت دراسات استقصائية عديدة إلى أن الوصول إلى الخدمات الاستشفائية من الناحية المالية لم يكن شائعاً بالقدر الذي كنا نتصوّره. في الواقع، إن نسبة الإقبال على الاستشفاء هي الأعلى بين الفئات ذات الدخل الأدنى. على الرغم من أن الجزء الأكبر من الرعاية الاستشفائية بدأ غير فعّال ومستحقاً بالعرض لكنه لم يستبعد أية فئة من فئات الدخل. فاطمأنت وزارة الصحة العامة إلى أنها فعّالة بدورها كمؤمّن الملاذ الأخير بالنسبة إلى الأشخاص غير المشمولين بأي تأمين صحي (من بينهم «الأفقر» و «الأكثر سناً والأكثر مرضاً»، لكن أيضاً الأشخاص الأيسر حالاً الذين ليس لديهم ضمان اجتماعي أو تأمين خاص طوعي). إنما هذا يقتصر على العلاج داخل المستشفى ولا يشمل الخدمات الصحية الخارجية. لقد بيّنت الدراسات الاستقصائية أن ما يزيد عن ثلثي مجموع الإنفاق الصحي يُدفع ثمن العناية الخارجية ويُسدّد بمعظمه من جيوب المواطنين.

الجدول ٥ الإنفاق الأسري على الصحة

٢٠١٢	٢٠٠٤	١٩٩٨	
٪٧,٨	٪٦,٨	٪١٢,٠	الإنفاق الصحي المباشر كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق الأسري:
٪١,٨٥	٪٢,٦	٪١,٦	الاستشفاء
٪١,٣٨	٪١,٤	٪٨,٣	الرعاية الخارجية (بما فيها رعاية الأسنان)
٪٤,١٢	٪٢,٢	٪٢,١	شراء الأدوية
٪٢,٥	٪٢,٤	٪٢,٠	الإنفاق الصحي المُسبق الدفع (اشتراكات ضمان وتأمين) كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق الأسري
٪٩١,٥	٪٩٠,٨	٪٨٥,٩	الإنفاق على غير الصحة كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق الأسري
٪٩,٨٤	٪٨,٥	٪٢,٦	الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الإنفاق على غير الطعام، الدخل المتوسط
	٪١٩,٣	٪٢٨,٣	الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الإنفاق على غير الطعام، الدخل الأدنى

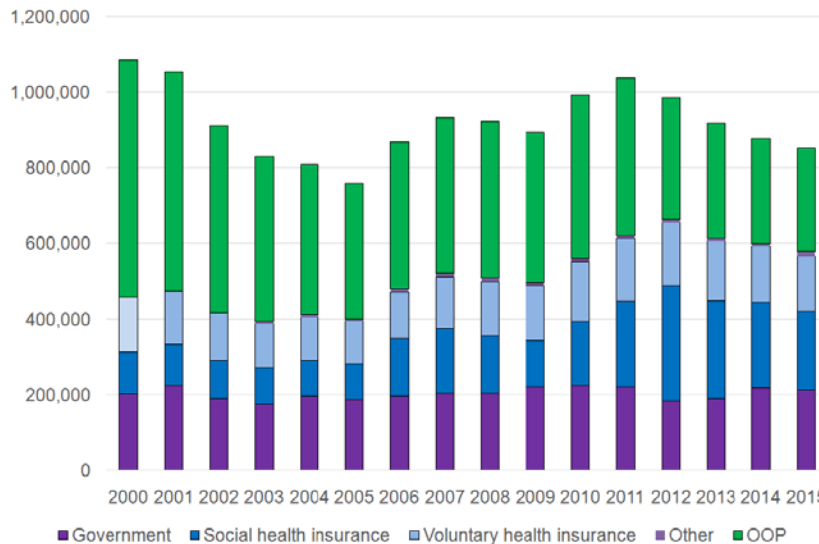
ملاحظة: إن الدراسات الاستقصائية الثلاث التي شكّلت مصادر للمعلومات استخدمت منهجيات وأحجام عيّنات مختلفة

الثابتة لليرة اللبنانية لعام ٢٠١٠ انخفض بنسبة ٢٢٪. إن البسمة الأبرز لهذا الانخفاض أن المدفوعات المباشرة هبطت من ٦٢٧... ليرة لبنانية للفرد إلى ٢٧٣... ليرة لبنانية؛ أما الإنفاق الحكومي والتأمين الصحي الطوعي فبقيا تقريبا على حالهما في حين أن مساهمات الضمان الاجتماعي بلغت الضعف. إن نسبة المدفوعات المباشرة للأسر من مجموع الإنفاق على الصحة انخفضت من ٥٤٪ في العام ٢٠٠٠ إلى ٣٢٪ في العام ٢٠١٥ (الشكل ١٤)، ممّا شكّل فرقا كبيرا في موازنة الأسرة. كنسبة من الإنفاق الأسري انخفضت المدفوعات المباشرة إلى النصف تقريبا من ١٢,٠٪ إلى ٧,٨٪ في العام ٢٠١٢ (الجدول ٥).

بشكل عام، تحسّن الوضع في السنوات الخمس عشرة الأخيرة. قدّرت منظمة الصحة العالمية أن لبنان أنفق في العام ٢٠٠٠ ١,٧٪ من ناتجه المحلي الإجمالي (GDP) على الصحة وقد تمكّن من تقليص هذه النسبة في العام ٢٠١٥ إلى ٧,٣٪ وهي نسبة أكثر استدامة (إن تقديرات الحسابات الوطنية للصحة أعلى إلا أنها تبيّن الاتجاهات نفسها بحيث أن الانخفاض الأكبر حاصل بين العامين ٢٠٠٠ و٢٠٠٥). كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، شهد الإنفاق المباشر للأسر انخفاضا ملحوظا من ٦,٢٪ إلى ٢,٤٪، في حين أن إنفاق الحكومة والضمان الاجتماعي والتأمين الصحي الطوعي ارتفع من ٧,٦٪ إلى ٨,٦٪^٣. يُبيّن الشكل ١٣ أن مجموع الإنفاق الصحي بالقيمة

الشكل ١٣

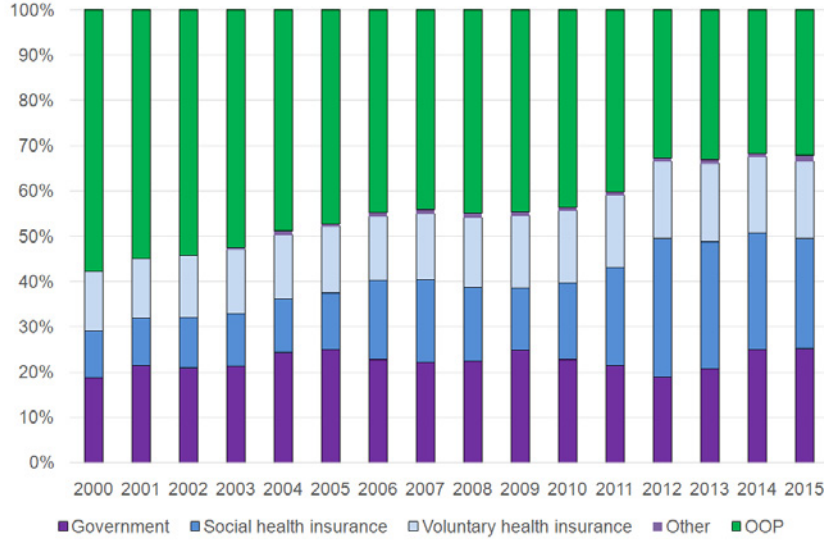
الإنفاق الصحي للفرد بحسب المصدر، بالقيمة الثابتة لليرة اللبنانية لعام ٢٠١٠ المصدر: منظمة الصحة العالمية، قاعدة بيانات الحسابات الوطنية للصحة^٣



الشكل ١٤

الإنفاق الصحي بحسب المصدر، توزعه.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، قاعدة بيانات الحسابات الوطنية للصحة^{٣١}



قبل العام ٢٠٠٠: ترشيد المساعدات الاستثنائية. في التسعينات، كان الدعم الحكومي الوحيد للدواء يتمثل في السلطة الاستثنائية للوزير الذي أمكنه إعطاء الإذن بشراء الأدوية الباهظة الثمن - لاسيّما أدوية السرطان - لمواطنين تقدّموا بطلب شخصي لهذه الغاية. كلّما وافق الوزير على دعم مريض، تقوم الوزارة بتوفير الأدوية بسعر التجزئة من الصيدليات الخاصة. سرعان ما شرع الأطباء الذين تنبّهوا لهذه الإمكانية بإحالة مرضاهم إلى الوزير وبدأت شركات الدواء حينها تُروّج أنه بالإمكان استرداد أثمان أدويتها الباهظة الكلفة بدعم من الوزير. كان من الواضح أن هذا الوضع لا يمكن أن يستمر وفي العام ١٩٩٤ أطلقت وزارة الصحة العامة مناقصة على كميات محدودة من الأدوية دون المسّ بالسلطة الاستثنائية للوزير. في العام ١٩٩٥، طلبت الوزارة من النقابات المهنية وضع مبادئ توجيهية علاجية تتعلق بالأدوية الباهظة الثمن وفي السنة التالية أي في العام ١٩٩٦ تمّ تأليف لجنة فنية تولّت وضع المعايير ودراسة الطلبات من أجل منح موافقة قائمة على الأدلّة. فتحوّلت المساعدات الاستثنائية شيئاً فشيئاً إلى مهمّة منتظمة تتمثل في توفير الأدوية الباهظة الثمن لاسيّما أدوية السرطان وكان مستودع الأدوية في الكرنطينا المركز الموزّع على البلاد برقمها. سمح هذا الأمر بمزيد من الاستخدام الرشيد ومع ازدياد حجم الأدوية تزايد إنفاق الوزارة ثلاثة أضعاف من ٧ مليار و ٤٩٣ مليون ليرة لبنانية في العام ١٩٩٤ إلى ٢٢ مليار و ٤٢ مليون ليرة لبنانية في العام ١٩٩٩.

تعدّد العوامل. ما الذي سمح على حدّ سواء بخفض مجموع الإنفاق والانتقال من الإنفاق المباشر إلى الإنفاق العام؟ من الواضح أنه مجموعة من العوامل: توسّع التأمين الصحي الاجتماعي، ترشيد الرعاية الاستشفائية (موافقة مُسبقة، بروتوكولات، سعر موحد، تعريفات مرتبطة بالأداء، انخفاض سعر الوحدة). إن الحصول على الرعاية المعقولة الكلفة من خلال الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية - بما في ذلك صحة الفم - أتاح للبعض توفير المال. بالنسبة للبعض الآخر جعل الرعاية الصحية أمراً ممكناً لا يؤدي إلى إنفاق كارثي. في الوقت نفسه، إن العدد المتزايد من الأطباء المتنافسين تسبّب بانخفاض رسوم الرعاية الخارجية (وفقاً لـ Mednet، المدخول السنوي للأطباء الأعلى شأناً الذين يمثلون نسبة ٢٠٪ يتجاوز ٢٠٠٠٠ دولار أمريكي، أما مدخول ما تبقى من الأطباء فيتراوح حوالي ١٧٠٠٠ دولار في السنة). بشكل عام، كان لخفض الإنفاق المباشر على الأدوية مساهمة كبيرة في خفض الإنفاق الصحي. حصل ذلك على مرحلتين منفصلتين: قبل العام ٢٠٠٠، ركّزت وزارة الصحة العامة على إدارة المساعدات الاستثنائية وبعد العام ٢٠٠٠ تعهّدت بتخفيض المدفوعات المباشرة على الدواء (الجدول ٦).

الجدول ٦

المحطات البارزة في جهود وزارة الصحة العامة لخفض الإنفاق المباشر على الدواء

١٩٩٣	لا تغطية لثمن الدواء من وزارة الصحة العامة. يُوافق الوزير على الأدوية الباهظة الكلفة للأفراد على أساس استثنائي لكل حالة على حدة. عند الطلب
١٩٩٤	تطلق وزارة الصحة العامة مناقصة على كميات محدودة من الأدوية
١٩٩٥	تُبيّن الدراسات أن السوق تضمّ ٥٠٠٠ إلى ٦٠٠٠ صنف مختلف. تطلب الوزارة من النقابات المهنية وضع مبادئ توجيهية علاجية تتعلق بالأدوية الباهظة الكلفة. ٢٣٤١ صيدلية
١٩٩٦	تضع لجنة فنية معايير من أجل الموافقة على الطلبات تكون قائمة على الأدلة. سياسة علاجية متقدمة توفير الأدوية الباهظة الثمن وتوزيعها هما من المهام المنتظمة للوزارة. مستودع الكرنيتينا يصبح المركز الموزع الوحيد على البلاد برفتها. ٢٥٧٧ صيدلية
١٩٩٨	٢٩٧٩ صيدلية
١٩٩٩	المسح الوطني للإنفاق الأسري على الصحة والحسابات الوطنية للصحة يُبيّنان أهمية الإنفاق المباشر على الدواء. ٣١٤٦ صيدلية
٢٠٠٠	التركيز على الحدّ من الفقر وتفادي الافتقار من جراء شراء الأدوية الباهظة الثمن
٢٠٠٣	أصبحت طلبات الحصول على أدوية السرطان مصدراً هاماً للمعلومات عن عبء المرض. تمّ إطلاق سجل السرطان الذي يستند بشكل أساسي على قاعدة بيانات مستودع الكرنيتينا (منذ العام ٢٠٠٣) سنّ تشريع عن تسجيل الأدوية، استيرادها وتوزيعها
٢٠٠٥	تعديل الأسعار بالمقارنة بالدول المجاورة هيكل أسعار طبقي خفّض هامش الربح وأدخل آلية إعادة تسعير دورية
٢٠٠٧	تتبنّى وزارة الصحة العامة مبادرة الحوكمة الرشيدة للأدوية لمنظمة الصحة العالمية
٢٠٠٨	لامركزية في توزيع الدواء بإيجاد مركز في كل محافظة
٢٠٠٩	مبادئ توجيهية تتعلق بممارسات التصنيع الجيد
٢٠١٤	تنظيم التجارب السريرية وإجراءاتها
٢٠١٦	ميثاق المعايير الأخلاقية لترويج الأدوية
٢٠١٧	التشفير التخطيطي (الباركود) وإمكانية التعقب

المزمنة على مراكز الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية ومراكز صحية أخرى تابعة لجمعية أهلية. في العام ١٩٩٤، أنفقت الوزارة ٧٤٩٣ مليار ليرة لبنانية على الأدوية. في العام ٢٠٠٠، ارتفع هذا الإنفاق إلى ٢٣.٤٢ مليار وفي العام ٢٠١٢ إلى ١٥١٧٨٤ مليار. مما يمثل جهداً هائلاً من جانب الوزارة (وهو موضع تقدير كبير). إلا أن الإنفاق على أدوية الرعاية الخارجية كان لا يزال يمرّ بمعظمه عبر قنوات أخرى. في العام ٢٠١٢، ما بين ٧.٧٪ و ٩.٩٪ (بحسب المصدر) من مجموع الإنفاق على الأدوية كان يأتي من وزارة الصحة العامة وما بين ٣.٤٪ و ٤.٤٪ من مصادر حكومية أخرى.

ممارسات أفضل. بموازاة ذلك، طوّرت وزارة الصحة العامة

مسارات مهمّة تتعلق بترشيد القطاع الصيدلاني وهي: نظام مشتريات أفضل، تحسين عمليتي تسجيل الأدوية وتسعيرها، ترخيص التسويق، ممارسات تخزين وتوزيع جيّدة، الوصفة الموحّدة، الترويج للتصنيع المحلي والأدوية الجنيسة، إدخال التشفير التخطيطي (الباركود)، إلخ. في العام ٢٠٠٧، قام برنامج الحدّ من إمكانية تعرّض القطاع الصيدلاني للفساد بصياغة نظام داخلي للجنة الفنية لتسجيل الأدوية.

انطلاقاً من العام ٢٠٠٠، خفض الإنفاق المباشر على الدواء.

منذ العام ٢٠٠٠، بدأت وزارة الصحة العامة تُركز بشكل منهجي على الإنفاق المباشر على الأدوية في محاولة واضحة لمنع الافتقار الناجم عن الإنفاق على الصحة. كانت الوزارة بحجم مشتري صغير نسبياً للأدوية (بنسبة ٥.٥٪ وفقاً للحسابات الوطنية للصحة لعام ٢٠٠٥) إلا أنها قادرة على التأثير في مجريات الأمور بثلاث طرق: بتحسين الوصول إلى الأدوية المعقولة الكلفة، لاسيّما أدوية الأمراض المزمنة من خلال التغطية والمساعدات التي تستهدف الفقراء والأشخاص غير المشمولين بتأمين صحي؛ بتحسين الممارسات في القطاع الصحي ليصبح أكثر فعالية وشفافية؛ وبإعادة النظر في هيكل أسعار الأدوية لجعلها معقولة الكلفة.

الدعم الحكومي. الوسيلة الأولى هي تحسين الوصول

إلى الأدوية المعقولة الكلفة لاسيّما أدوية الأمراض المزمنة بتغطية تستهدف الفقراء والأشخاص غير المشمولين بتأمين صحي. طوّرت وزارة الصحة العامة نظام توزيع للأدوية الباهظة الكلفة من خلال مستودع الكرنيتينا وقامت عبر اتفاق مع جمعية الشبان المسيحية بتوزيع أدوية الأمراض

وفقاً لفئات تخضع لهوامش ربح تنازلي مما خُفّض الأسعار بنسبة ٣ إلى ١٥٪ للمنتوج الواحد وحقق بالتالي وفراً سنوياً قُدِّر بـ ٢٧ مليون دولار أمريكي. كما أنه استحدث آلية لمراجعة دورية للأسعار. في العام ٢٠٠٧، استهدفت مراجعة الأسعار ١٠٩ دواء وخفّضت سعر المستهلك لـ ٣٦٠ دواء محققة وفراً سنوياً تجاوز ١٠ ملايين دولار أمريكي. مؤخراً، حَقَّق القرار ١/٧٢٨ لعام ٢٠١٣ المتعلق بتسعير الأدوية الجنيصة تخفيضاً في أسعار ٦٢٩ دواء بنسبة ٢١٪. كما أن استحداث شريحة خامسة E للأسعار إضافة إلى آلية إعادة تسعير دورية (بموجب القرار ١/٧٩٦ للعام ٢٠١٤) أدّى إلى خفض تلقائي بسعر ٢٦١ دواء بنسبة ١٧٪ ويستمر انخفاض الأسعار تلقائياً بالتوازي مع إعادة التسعير الدورية للأدوية.

جدول أعمال غير مكتمل. على الرغم من التخفيض الكبير في الإنفاق المباشر على الصحة، لا تزال هنالك مجالات هامة لتحقيق المزيد من التحسين مثل: ترشيد وصف الأدوية، تنظيم تعريفات المعايينات الطبية والفحوص المخبرية والتصوير الشعاعي، والإنفاق المباشر على رعاية الأسنان. للوزارة القليل من النفوذ على الخدمات الخارجية للقطاع الخاص الصعب الانقياد، لكن لا تزال هناك إمكانية لتنظيم زيارات الرعاية الخارجية في المستشفيات بشكل أفضل بواسطة إجراءات الاعتماد القائمة.

ونشر جدول أعمالها وقراراتها، ونشر مواعيد تقديم طلبات تسجيل الأدوية وفق تسلسل زمني. كما قامت الوزارة بتحديث دليل أصول التصنيع الجيد، بوضع ميثاق المعايير الأخلاقية لترويج الأدوية وبتبني الإعلان عن تضارب المصالح من جميع أعضاء اللجان المعنية بالمستحضرات الدوائية والمفتشين الصيدلة. وتم إصدار المستندات المتوجبة وأسس ترخيص المنشآت الصيدلانية، استيراد الأدوية وتصديرها، التفتيش الصيدلي وإجراءات التسعير. كما تُرسل إلكترونياً إلى كافة الشركاء في القطاع الصحي قائمة أسعار وفقاً لأحدث مؤشر عملات. كل هذه العوامل جعلت القطاع الصحي أكثر صلابة مما كان عليه في التسعينات حين ساد شعار «مجاناً للجميع».

إعادة النظر في هيكل أسعار الأدوية. إن نظام التسعير القديم الذي يعود تاريخه للعام ١٩٨٣ حدّد هامش ربح مئوي ثابتاً لكافة فئات الأسعار مما شجّع على استيراد وتوزيع الأدوية العالية الكلفة فضلاً عن المغالة في التسعير لتحقيق ربح أقصى. كان لقرارين وزاريين صادريين عن وزارة الصحة العامة في العام ٢٠٠٥ تأثير كبير في هيكل الأسعار. القرار ١/٣٠١ عدّل الأسعار بناء على مقارنة مع البلدان المجاورة (الأردن والمملكة العربية السعودية) فنتج عن ذلك انخفاض متوسط قدره ٢٠٪ في أسعار ٨٧٢ دواء مما أحدث وفراً سنوياً بقيمة ٢٤ مليون دولار أمريكي. القرار ١/٣٠٦ أرسى هيكل أسعار



١٧. من سياسة عدم التدخل إلى حوكمة التعاون

شبكات حوكمة التعاون. إن لنشوء نموذج حوكمة تعاون خاص بلبنان دور حاسم في تحقيق طموح الوزارة وتطلعاتها، فقد: جمع الفرقاء المعنيين من القطاعين العام والخاص معاً ضمن شبكات قائمة على التوافق كبدل عن فرض السياسات المُجزأة والعَدائية. بحيث تم استبدال «الاعتماد على السيطرة والتحكّم من جهة وانسحاب الدولة وعدم تدخلها من جهة أخرى»^{٣١} بقيادة قائمة على التفاوض تتّسم بالشمولية والمشاركة. يدرج الجدول ٧ شبكات التعاون الرئيسية التي تُراعي أولويات القطاع. هذه القائمة ليست شاملة ولكنها تُبيّن تنوع التحالفات والشبكات التي تحرّكها وزارة الصحة العامة. تعمل هذه الشبكات بمستويات مختلفة من التطور والتعقيد وبصيغ رسمية متفاوتة. لا يتوفّر حتى الآن وصف كمي منهجي لعقد الشبكات وروابطها والقيمة المُضافة لها (كثافة، مركزية وتعديدية الروابط).^{٣٢} لكن معظم الجهات المعنية تؤكد على الدور الحاسم والإيجابي عموماً لهذا الأسلوب في العمل وعلى المنافع الناجمة التي تستحق الجهود الإضافية المطلوب استثمارها في التعاون مع وزارة الصحة العامة.

تطلّعات الوزارة وطموحاتها. خلال السنوات العشرين الماضية نجحت الوزارة في النهوض من التهميش وأعدت فرض نفسها كسلطة أساسية في قطاع الصحة. ولقد نجحت على الرغم من الظروف المناوئة بما في ذلك الأزمات السياسية المتكررة وثقافة الزبائنية والنزاعات المسلّحة وتدفق اللاجئين ورفض التنظيم حفاظاً على المصالح الخاصة من قِبَل جماعات الضغط. إلا أنها تبقى مقيدة بتجرؤ النظام فهي تميل للتركيز أولاً وقبل كل شيء على إدارة الأنشطة التي تُموّلها مباشرة. على سبيل المثال، إن النشرة الإحصائية تقتصر على حالات الاستشفاء الممولة من الوزارة فيما تلك التي يُغطّيها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي غير متوفرة باستمرار. بالتالي تُعطي الوزارة الأولوية لصفحتها الملاذ الأخير للفقراء والأشخاص بلا تأمين صحي، إلا أنها تتطلع إلى بسط تأثيرها التنظيمي على القطاع برُمَّته.

الجدول ٧

أمثلة عن الشبكات التي تقوم عليها حوكمة التعاون في القطاع الصحي

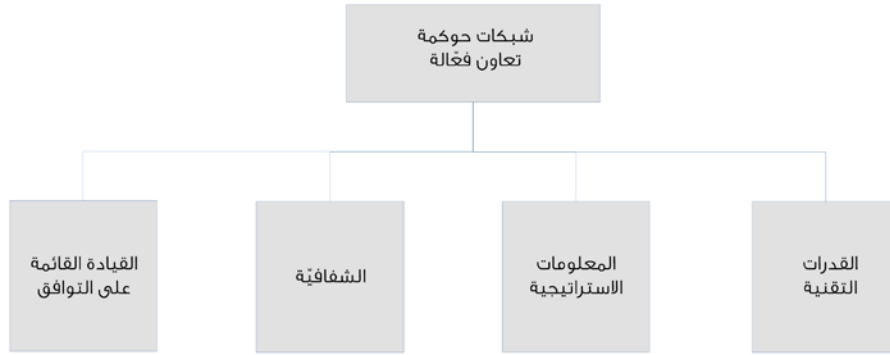
شبكة الرعاية الصحية الأولية (الشكل ١١)	✓
شبكة المستشفيات (التي تجمع المسؤولين والأكاديميين وصانعي الرأي في القطاع الاستشفائي حول مصالح مشتركة كمواضيع الاعتماد والأداء، على حدّ سواء من خلال تعاون غير رسمي لأغراض محدّدة ومن خلال الهياكل التنظيمية الرسمية)	✓
شبكة الأطراف الفاعلة في الصحة النفسية	✓
شبكة الجهات الممولة (الصناديق الضامنة)	✓
التعاون مع المنظمات المهنية على تنظيم الموارد البشرية في مجال الصحة	✓
شبكة السياسة الدوائية	✓
شبكة سجل السرطان الناشئة عن التعاون في توفير أدوية السرطان المدعومة من القطاع العام	✓
شبكة الترضد الوبائي (مستشفيات، مراكز صحية، عيادات الرصد الخاصة، مدارس)	✓
شبكة الإحصاءات الحيوية لمرصد الأم والولد	✓
شبكة التأهب لحالات الطوارئ، وهي تعاون بين وزارة الصحة العامة وجمعيات أهلية نشأت عن الاستجابة للاعتداءات الاسرائيلية في العامين ١٩٩٣ و١٩٩٦	✓

عينه، تمكّنت الوزارة من تطوير نموذج قيادة قائمة على توافق الآراء وحرصت على أن تتواصل بشفافية مع المواطنين والأطراف المعنية داخل القطاع (الشكل ١٥). كل هذه العوامل اجتمعت معاً لتُشكّل سمات رئيسية لحوكمة التعاون التي تميّز بها القطاع الصحي في لبنان.

ما من صيغة واحدة. شبكات حوكمة التعاون هي ثمرة جهود طويلة مدروسة تكلّلت بالنجاح بفضل استمرارية التنظيم والإدارة داخل الوزارة خلال هذه الفترة بكاملها والاستثمار المنهجي في بناء القدرات والتأكد من أن السياسات الصحية تعتمد على المعلومات الملموسة والاستراتيجية. في الوقت

الشكل ١٥

أسس فعّالية شبكات حوكمة التعاون في لبنان



١. الاستثمار في القدرات التقنية

تطوير الرعاية الأولية والتغطية الصحية الشاملة وغيرها. وهم يُشكّلون حالياً الحجم الأكبر من العاملين في الوزارة. بقي الهيكل التنظيمي للوزارة على حاله (فتعديل الهيكل التنظيمي لم يتمكّن حتى الآن من تخطي التعطيل)^{٣٣}، لكن الوزارة اكتسبت مجموعة من المهارات والقدرات الفعلية أتاحت لها استحداث مهام ووظائف لم تكن موجودة في السابق. هذا الجيل الجديد من التقنيين الشباب المدربين أكاديمياً قد جلب معه ثقافة الإنتاجية والشفافية والتعاون مع اختصاصيين من القطاع الخاص والجمعيات الأهلية والأوساط الأكاديمية. استطاعت الوزارة أيضاً أن تلجأ إلى شبكة أوسع من الخبراء لتطوير مبادئ توجيهية ومعايير وإجراءات تعود بالفائدة على القطاع ككل. وهكذا لم تتمكّن الوزارة من تحسين إدارة بناها وهيكلها الخاصة فحسب إنما اكتسبت قدرات تساعد على توجيه القطاع برمته.

قدرة قيادية أفضل. تتجلّى قدرة الوزارة المتنامية على توجيه القطاع الصحي عبر التغييرات التدريجية التي أحدثتها بهدف تحسين تغطيتها للرعاية الاستشفائية أو تقليص المدفوعات المباشرة. كما نستطيع التماس هذه القدرة من خلال مقارنة دورها في تصميم مشروعين رئيسيين جرى وضعهما بالاشتراك مع البنك الدولي: المشروع الأول في ١٩٩٥-١٩٩٨ والثاني في ٢٠١٣-٢٠١٥ (الجدول ٨). إن مشروع

أقوى لكن أصغر حجماً. لم تضطر وزارة الصحة العامة، في فترة ما بعد الحرب وما واكبها من فوضى، لاستعادة دورها كراعية للقطاع الصحي فحسب إنما توجّب عليها إعادة بناء فعاليتها كمؤسسة. في المناخ السياسي السائد حينها، وزارة أقوى لا تعني حكماً وزارة أكبر حجماً؛ لقد تعرضت في منتصف التسعينات إلى تقليص حجمها. ولقد أصبح عدد الموظفين فيها حالياً أقل من المركز الطبي في الجامعة الأمريكية في بيروت. أصبحت المستشفيات الحكومية مستقلة. انخفض عدد الموارد البشرية في الوزارة من ٢٦٨٣ موظفاً في العام ١٩٩٣ إلى ١٠٨٩ في العام ٢٠١٥؛ جرى تقليص عدد الأجراء بمقدار الثلثين والموظفين بما يزيد عن ثلاثة أرباع (الشكل ١٦). أما المتقاعدون الذين يتّسمون بمرونة أكبر فلم يتأثروا بالقدر نفسه ويلعبون اليوم دوراً رئيسياً.

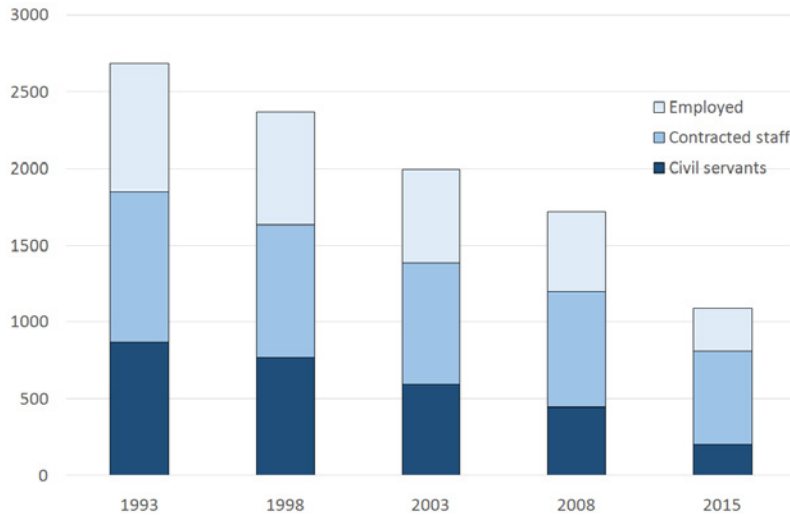
اختلاف على مستوى الموظفين. وإن كان عدد موظفي الوزارة أقل بكثير من السابق إلا أن التغيير الأهم يكمن في المواصفات لا في العدد. في منتصف التسعينات، الكثر كانوا من الأجراء وقد جرى تدريباً استبدال المتعاقدين باختصاصيين من أصحاب الكفاءات المهنية العالية الذين يتمتّعون بخبرة إدارية أو تقنية متخصصة في مجالات: الترضد البوائي والاستجابة السريعة، الاعتماد وتقييم التكنولوجيا الصحية، تكنولوجيا المعلوماتية، التواصل،

مشروع العام ١٩٩٨، تولّى خبراء استشاريون بصورة رئيسية التصميم والمحتوى الفني وكانت الوزارة المستخدم النهائي لمساهمات المشروع، فيما تمحور مشروع العام ٢٠١٤ حول الإسهامات التقنية للوزارة التي تولّت التصميم بهدف استثماره في تغيير كيفية عمل القطاع. هذا الدور المتغيّر يدلّ على التطور في قدرات الوزارة الفنية والقيادية وقد تجلّى بشكل إضافي عندما واجه لبنان أزمة اللاجئين السوريين حيث تولّت الوزارة تصميم الجزء المتعلق بالصحة في الاستجابة الدولية لهذه الأزمة.

العام ١٩٩٨ تألف من مكوّنين أساسيين هما: البنية التحتية والمساعدة التقنية. تمّ التعاقد مع منظمة الصحة العالمية بشأن المساعدة التقنية التي انصبّت على جمع المعلومات: المسح الوطني للإنفاق الأسري على الصحة واستخداماته، دراسة عبء المرض، ودراسة عن الحسابات الوطنية للصحة، مع دعم من استشاريين. وفي مقابل ذلك، تعلق مشروع العام ٢٠١٤ ببرنامج تعديلات ملموسة وتحفيز من أجل تحسين الرعاية الأولية والسعي لتحقيق التغطية الشاملة. إن دور الوزارة في كل من المشروعين مختلف تماماً. في

الشكل ١٦

وزارة أصغر حجماً: الملاك الوظيفي منذ العام ١٩٩٣



الجدول ٨

الدور القيادي لوزارة الصحة العامة في حشد الموارد الخارجية: قرض البنك الدولي دعماً للقطاع الصحي في العامين ١٩٩٨ و٢٠١٤

٢٠١٤ تعزيز النظام الصحي (Health Resilience Project)	١٩٩٨ إصلاح القطاع
التركيز على الحوافز سعياً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، حوافز من أجل: i. إدخال عنصر المساهمة المقطوعة على الفرد والدفع المُسبق، ii. تحسين الأداء، iii. إقامة نظام إحالة	التركيز على المدخلات Inputs: i. بنية تحتية عامة جديدة، ii. مساعدة تقنية لسدّ الثغرات في المعلومات
يتمحور حول خبرة وزارة الصحة العامة كما هو واضح من خلال وفرة الوثائق التقنية المُلحقة بما فيها: تحديد رزم الرعاية، معايير، مبادئ توجيهية، أنماط دفع، اعتماد، إلخ	يتعلق بالتحديد النوعي للثغرات والخلل من قبل خبراء خارجيين. مساهمة فنية بسيطة فقط للوزارة في التصميم، باستثناء مكوّن البنية التحتية
وزارة الصحة العامة هي الطرف المُبادر، تقود التغييرات داخل القطاع كما تُحدّد الأجنحة والجدول الزمني	وزارة الصحة العامة هي المستخدم النهائي لمساهمات المشروع، أما الأجنحة والجدول الزمني فيحددهما البنك الدولي

٢. المعطيات، المعلومات، والمعلومات الاستراتيجية

الشركاء. منذ منتصف التسعينات، أوّلت وزارة الصحة العامة اهتماماً خاصاً بإنتاج المعلومات الاستراتيجية وقد اعتمدت في البدء بشكل أساسي على تعاونها مع منظمة الصحة العالمية ولكن علاقات التعاون للوزارة تشعبت مع الوقت. إن إنتاج المعلومات الاستراتيجية يجمع حالياً ما بين قدرات الوزارة بحدّ ذاتها وقدرات الأوساط الأكاديمية والجهات المعنية الفاعلة في القطاع، ذلك بالإضافة إلى تبادل متنام مع باحثين من بلدان أخرى في مجال الأنظمة الصحية. انطلاقاً من منتصف التسعينات، شاركت الوزارة في مشاريع بحثية تشمل عدّة بلدان. هذه الاتصالات الدولية فضلاً عن تعاونها مع منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي سثبتت جدواها الكبرى في الوقت الذي تبسط الوزارة سلطتها كلاعب أساسي في القطاع الصحي.

مسارات عمل ثلاثة. تفرّع إنتاج المعلومات الاستراتيجية من جانب الوزارة إلى ثلاثة مسارات عمل مستقلة إنما متداخلة هي: إنتاج المعلومات الأساسية من خلال المسوحات والدراسات الاستقصائية المتعلقة بالقطاع، استثمار المعلومات التشغيلية الناتجة عن تشغيل النظام والمدعومة بالأدلة العلمية، وفهم توقعات ومصالح الجهات المعنية الفاعلة من خلال مسح الجغرافيا البشرية والسياسية للقطاع الصحي.

المسوحات والدراسات. حدثت فورة من المسوحات والدراسات الوبائية والديمغرافية والاقتصادية – الاجتماعية بهدف إنتاج المعلومات الأساسية لتوجيه أولويات القطاع. لقد بدأ هذا النشاط في منتصف التسعينات (الجدول ٢) وتواصل منذ ذلك الحين فقد أجريت ٤٠ دراسة استقصائية من قبل الوزارة والأوساط الأكاديمية ومؤسسات الأمم

المتحدة. لقد وفّرت هذه الدراسات في أوقات مختلفة تصوراً جديداً أدّى إلى تعديل أو تغيير الأولويات في إدارة القطاع، كما أعادت تقييم وتوجيه أولويات الحوكمة في بداية العقد الأول من القرن الحالي. لقد كانت هذه الدراسات أساسية أيضاً لقياس التقدّم المُحرز مثلاً في تخفيض المدفوعات المباشرة للأسر والإنفاق الكارثي، أو في اكتشاف المخاطر الصحية المستجدة أو المُتكررة في الوقت المناسب، مثل اكتشاف المناطق التي ترتفع فيها معدلات وفيات الأمهات وبالتالي إيجاد الحلول لها.

المعلومات التشغيلية. تمثّل مسار العمل الثاني في تحليل منهجي للمعلومات والبيانات الناتجة عن تشغيل النظام الصحي وإدارته. من الأمثلة النموذجية نذكر تحليل بيانات الخروج من المستشفى أو تحديد العراقل العملية التي تحول دون استهداف الفقراء وتحسين استمرارية الرعاية ضمن برنامج التغطية الصحية الشاملة. بفضل هذا النوع من المعلومات أمكن الكشف عن مستويات مقلقة من العرض المفرط وضعف في استخدام التكنولوجيا المتطورة كما وفّر الأساس لتعديل حوافز المستشفيات من خلال نظام مدفوعات مرتبط بالأداء.^{٢٧} إن وزارة الصحة العامة في موقع يحوّلها أن تجمع بين القدرة التحليلية واهتمامها بالأدلة العلمية (المتاحة بفضل تفاعلها الوثيق مع الأوساط الأكاديمية) فضلاً عن كونها قريبة من العمل الميداني وإجراءات رسم السياسات على حدّ سواء، ممّا يتيح لها توجيه عملية جمع البيانات وتحليلها بما يفيد في اتخاذ القرارات وصياغة السياسات بشكل فعلي وفي الوقت المناسب.

رسم خريطة الجهات الفاعلة. إن العمل من خلال تُوليفة من الشبكات المتداخلة التي تشمل مجموعة متنوعة من

الاشتراك المقطوع، الملف الطبي، إلخ). لكن نطاق هذا التقدّم لا يزال محدوداً وتُحاول هذه الجهود اختراق سوق الخدمات الخارجية الخاصة. هنالك حاجة لتطوير استراتيجيات لحماية المستهلكين وتحسين الجودة حيثما تحصل غالبية خدمات الرعاية الصحية. أما بالنسبة إلى المجالات الأخرى فمن المرجح أن يتّخذ تسلسل العمل فيها منحى تعاقبياً يعتمد على اغتنام الفرص وسوف يتطلب معلومات أفضل حول كيفية عمل هذه المجالات من القطاع الصحي.

التوجيه والمنافع العرّضية. إن فهماً أفضل للقطاع الصحي مكّن الوزارة بالتالي من الاضطلاع بدور أكثر نشاطاً في مجالات حيث سمح لها التوافق الاجتماعي بالمُضي قدماً دون إثارة أوضاع خلافية. وأتاحت لها المعلومات الاستراتيجية توجيه الإصلاح التنظيمي والمالي كما أنها أثمرت عن العديد من المنافع العرّضية الهامة. فقد ساهمت في النظر إلى خطاب الوزارة على أنه خطاب موضوعي وحيادي قائم على الأدلة. هذا بدوره أكسب الوزارة قدرة تفاوضية ونفوذاً جديدين، كما منحها مصداقية مثلاً لحشد الموارد من أجل التعامل مع أزمة اللاجئين^١. بشكل عام، أتاح لإدارتها العليا إثبات صواب الإصلاح وكسب النفوذ. وعزّز التحالفات خارج الوزارة وأوجد داخلها توجّهاً جديداً للهدف. وأخيراً، قد منح الوزارة الثقة لتركّز على صنع السياسات والمهام التنظيمية بدلاً من بناء نظام خدمات عام مواز يكون نسخة عن القطاع الخاص.

الأطراف المؤثرة في القطاع الصحي وفّر المعلومات عن الجغرافيا السياسية لهذا القطاع لجهة: توقّعات ومصالح وتموضع المهنيين والمنظمات والمستهلكين والجهات السياسية الفاعلة. لقد ثبت أن هذا أساسي لتطوير سياسات واستراتيجيات ليست رشيدة فحسب إنما تتمتّع بدرجة من التوافق الاجتماعي. لم يكن ذلك دوماً فعالاً: يشهد على ذلك النجاح المحدود في ضبط إنشاء البنى التحتية الثقيلة. ولكن في حالات أخرى كما في ترشيد تغطية الاستشفاء كان الأمر حاسماً. إن معرفة ما يحرك الأطراف المعنية تتأتى بمعظمها بشكل ضمني لكن الوزارة قد طوّرت أيضاً قدرة على رسم خريطة السياسات بشكل معلن وقد طبقتها في توجيه بنية تمويل القطاع الصحي.^{١٥} تتمثل الخطوة التالية في تحديد رسمي لمختلف الشبكات مرفق بتقدير كمّي لكثافة ومركزية وتعديدية الروابط بين عقَد الشبكات^{٣٢} بهدف استكشاف سبل لتوطيد صنع القرار القائم على التعاون.

اختيار ما يجب استهدافه. إن تحسّن المعلومات الاستراتيجية سمح للوزارة باعتماد نهج تعاقبي وبتطوير استراتيجيات بشكل تدريجي لترشيد القطاع الصحي دون أن تضلّ طريقها. فبدلاً من أن تُقارب كافة المواضيع والمجالات في وقت واحد، ركّزت الوزارة على المسائل المُستجيبة لتدخل تقني والتي تجمع ميزتين مستقلتين هما: (i) أن تكون ثمة أدلة قاطعة على أهمية هذه المسألة لجهة ترشيد القطاع ولاسيما تحسين الرعاية المقدّمة للفقراء والضعفاء. (ii) ومن المنطقي أن نتوقع بالنسبة إلى هذه المسألة إما تعاوناً يكون مربحاً لكافة الأطراف أو على الأقل تخاضياً غير مضرّ من الجهات المعنية. فنتفادى بالتالي أي ردود فعل معاكسة أو محبطة تحت تأثير الزبائنية أو المصالح الخاصة.^٦

تغيير تدريجي. هذا يعني التحرك خطوة خطوة (الجدول ٤) مع التركيز على بناء الثقة وإشراك الشركاء ضمن الشبكات بصورة مستمرة. إن التغيير التدريجي الحاصل في حوافر المستشفيات (الجدول ٣) يوضح تماماً أسلوب العمل المذكور، كذلك الأمر بالنسبة إلى التغيير الحاصل في إدارة المستحضرات الدوائية الهادف لخفض تأثيراتها على الإنفاق المباشر للأسر. غير أن هذا يعني أيضاً أن مجالات هامة أخرى تتطلب ترشيداً يمكن أن توضع جانباً لأن الظروف لم تنضج بعد لإحداث تغييرات فيها كما بالنسبة مثلاً إلى ترشيد خدمات الرعاية الخارجية التي يقدّمها أطباء القطاع الخاص. لقد صبّت الوزارة اهتمامها على العمل مع شبكة متعاونة من المراكز الصحية التي تُديرها جمعيات أهلية (حيث يُمكن ترسيخ وحدة هدف) بما أن محاولات تنظيم القطاع الخاص إدارياً لن تفلح. أتاح لها هذا الأمر فرصة إدخال مقاربات جديدة ضمن السياق اللبناني (إدارة نشطة للحالات، استمرارية الرعاية، الانتساب،

٣. الشفافية

المُسجّلة في قاعدة بيانات الأدوية. ويُتيح التطبيق على الهاتف المحمول مراجعة قائمة أسعار بيع الأدوية للمواطن بحسب أحدث مؤشر عمّات، كما يصف شروط توفير الوزارة لبعض الأدوية المخصّصة لمعالجة أمراض معيّنة بالإضافة إلى معلومات وشروط استخدام أدوية الأمراض المزمنة التي يتم توزيعها عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية.

الإدارة. بإمكان أي مواطن التواصل مع الوزارة وإرسال الآراء أو الملاحظات أو الشكاوى عبر عدد من القنوات: «الخط الساخن ١٢٤» (الذي يتلقى الشكاوى ٢٤ ساعة في اليوم، ٧ أيام في الأسبوع)، تطبيق الوزارة على الهاتف المحمول، الموقع الإلكتروني، البريد الإلكتروني، صفحة الوزارة على الفيسبوك، وقلم مصلحة الديوان في الوزارة. يتم تحويل كافة الشكاوى أياً كانت قناة تمريرها إلى الموظف المسؤول عن المتابعة، يجري تسجيلها وتتبعها. إن الموقع الإلكتروني للوزارة يتيح للمواطنين الوصول إلى معلومات حول أداء النظام الصحي، والبرامج والمشاريع القائمة، ومعلومات متعلقة بالصحة بالإضافة إلى الأنظمة والقوانين. منذ العام ٢٠٠٥، يسمح نظام إدارة المعاملات للمواطنين بتتبع كل معاملة إدارية والوصول إلى معلومات عن السلطة المختصة، الوثائق والشروط اللازمة، أيام تقديم الطلبات، وغيرها من الإجراءات ذات الصلة، ممّا أوجد درجة من الانفتاح والشفافية تتناقض مع الضبابية التي تسود عدداً من المؤسسات الأخرى.

مواطنون مُطلعون. لقد حرصت وزارة الصحة العامة أشدّ الحرص على أن يكون تواصلها مع المواطنين والأطراف المعنية داخل القطاع تواجهاً شفافاً، إذ أن اطلاع المواطنين أمر ضروري لتحقيق التوازن بين وجهات نظر المستفيدين لجهة حاجاتهم وتوقعاتهم ووجهات نظر السلطات لجهة ترشيد القطاع وأهمية الأدلة والاعتراف بالمعوقات التي تحدّه. كما أن مواطناً مُطلعاً من شأنه أيضاً أن يُشكّل ثقلًا موازنًا في وجه المصالح الخاصة لجماعات الضغط والزبائنية السائدة داخل القطاع. لهذه الغاية، استخدمت الوزارة بشكل واسع تكنولوجيا المعلوماتية للتواصل مع المواطنين وكانت من أولى المؤسسات الحكومية في لبنان التي بادرت في منتصف التسعينات إلى إنشاء موقع على الانترنت، يُدرج هذا الموقع الإلكتروني أسماء مؤسسات الرعاية الصحية فضلاً عن معلومات الاتصال بالوحدات الإدارية في الوزارة وتلك الخاصة بالأطباء المشرفين والموظفين المسؤولين عن توفير المساعدة للمريض داخل المستشفيات الخاصة والحكومية.

معلومات عن الأدوية. فيما يتعلّق بتزويد الأدوية، إن المعلومات الشفافة المُتاحة لمختلف الجهات الفاعلة وللرأي العام على السواء اعتبرت أساسية للقضاء على الهدر. جرى توثيق إجراءات تسجيل الأدوية وتوزيعها وتمّ نشرها. يمكن تتبّع الخطوات الرئيسية، كالتسلسل الزمني لطلبات تسجيل الأدوية، عبر الموقع الإلكتروني للوزارة. كما يُجيز هذا الموقع الاطلاع على المعلومات المتعلقة بالمنتجات

٤. القيادة القائمة على التوافق

دور لأفراد من خارج الإدارة العمّاة» كما هو حاصل في صياغة المبادئ التوجيهية الوطنية لعلاج السرطان. وأثبتت الوزارة «التزامها الاضطلاع بدور قيادي» من خلال تحديد استباقي للتحالفات وإنشاء شبكات تُعنى بمواضيع لها الأولوية، أو باعتبار المدفوعات المباشرة مسألة تحظى بالأولوية بالنسبة إلى القطاع. وإن «التزام الوزارة بأن تحكم وفقاً للقواعد وبأن تكون في الوقت نفسه خلاقاً» هي سمة قد أثبتت جدواها كما في إعادة تفسير التشريع القائم بهدف إدخال نظام اعتماد المستشفيات، أو في استثمار تعاونها مع منظمة الصحة العالمية لتخطّي العراقيل الإدارية. هذا الإبداع معترف به ومُقدّر داخل القطاع، وقد حرصت الوزارة على اعتماد «نهج منفتح شفاف قائم على الاستماع، يتحلى بالصبر اللازم لبناء توافق. وقد اكتسب هذا النهج أهمية خاصة في أثناء التفاوض بشأن أنظمة ترعى القطاع الصيدلاني أو آليات اعتماد المستشفيات. إن «مُقدّمي المعلومات الرئيسيين» الذين جرت مقابلتهم يشدّدون على النقاشات المطوّلة

السمات الرئيسية لأسلوب القيادة. إن أدبيات حوكمة التعاون في القطاع العام تُسلّط الضوء على أهمية أسلوب القيادة في إنجاح حوكمة التعاون. يذكر Weber and Khademian^{٣٤} سبع سمات رئيسية، هذه تواجدها جميعها فعلاً في أسلوب عمل وزارة الصحة العامة خلال العقد الماضي. يدرج الجدول ٩ هذه السمات التي تمّ ترتيبها بحسب تواتر اعتبارها كسمة حاسمة وفقاً لمقابلات أجريت في العام ٢٠١٨ مع ٢٥ «مُقدّم معلومات رئيسياً» (key informant). إن «التزام الوزارة النظر إلى الشبكات على أنها شراكة مع المجتمع قائمة على المساعدة المتبادلة» هي سمة تتقدّم غيرها فقد برزت مثلاً خلال التعاون مع الجمعيات الأهلية، أو مع المجتمع المدني ضمن شبكة الصحة النفسية ولكنها طبعت أيضاً التواصل مع نقابة المستشفيات الخاصة أو نقابات القطاع الصيدلاني. لقد حرصت الوزارة على منح الخبراء من خارج الملاك فرصة لعب دور بارز في مختلف اللجان والشبكات وأثبتت بذلك «قبولها

التي لعبت دوراً حاسماً في تحقيق التقدّم المُحرز. إن التزام الوزارة بالحيادية (كما في وضع معايير موضوعية لأحقيّة الحصول على علاج السرطان المدعوم العالي الكلفة) أمر مُسلّم به على غرار مشروعية انحيازها كمدافع عن المنفعة العامة. لكن، على الرغم من كافة جهود الوزارة، يبقى انطباع بأن الضغوط السياسية الخارجية على المستوى غير التنفيذي تؤثر فعلاً ببعض قراراتها. بشكل عام يتفق «مقدّمو المعلومات» مثلاً أن إقامة أرضية محايدة لمناقشة عقود الرعاية الصحية الأولية مع مختلف المكونات المهنية والدينية والسياسية ضمن الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية كانت بحدّ ذاتها إنجازاً.

والأخذ والرد اللازمة من أجل التوصل إلى توافق يوازن بين مصالح القطاعين الخاص والعام وعلى أهمية تدخل الوزارة بحزم بصفقتها راعية للقطاع الصحي في مسائل تتعلق بسلامة المريض وجودة الرعاية.^{٣٥} انسجاماً مع هذا الدور لجأت الوزارة إلى تعزيز «فهم الارتباط الجوهرى بين الأداء والمساءلة» كما تجلّى في التفاوض بشأن عقود شبكة الرعاية الصحية الأولية، ومدفوعات برنامج التغطية الصحية الشاملة، والتعريفات المرتبطة بالأداء في المستشفيات. هذه الترتيبات مُعترف بها تماماً اليوم كنهج موثوق لتنظيم تقديم الرعاية الصحية. كان «مقدّمى المعلومات» أقل اقتناعاً لدى تصرّف الوزارة «بحيادية صريحة وواضحة بصفقتها وسيطاً حيادياً» هو سمة من سمات أسلوب القيادة

الجدول ٩

السمات الرئيسية لأسلوب القيادة. تمّ ترتيبها بحسب تواتر اعتبارها من قبل مُقدّمى المعلومات الرئيسيين كسمة لعبت دوراً حاسماً في تحسين جوانب رئيسية من الرعاية الاستشفائية والرعاية الأولية وخفض المدفوعات المباشرة خلال العقد الماضي

تعتبر «مهمة جداً»	سمات القيادة الفعالة
٪٩٠	التزام الوزارة النظر إلى الشبكات على أنها شراكة مع المجتمع قائمة على المساعدة المتبادلة
٪٨٢	قبول دور الأفراد من خارج الإدارة العميقة
٪٨٢	التزام الوزارة الاضطلاع بدور قيادي
٪٧٨	التزام الوزارة بأن تحكّم وفقاً للقواعد وبأن تكون في الوقت نفسه خالقة
٪٧٧	الالتزام بنهج منفتح شفاف قائم على الاستماع
٪٧٢	فهم الارتباط الجوهرى بين الأداء والمساءلة
٪٦٨	التزام الوزارة بحيادية صريحة وواضحة بصفقتها وسيطاً حيادياً

التعاون بين الأطراف الفاعلة لمدة طويلة كهذه أجاز لها بناء علاقات ثقة والإمام بأساليب عمل بعضها البعض، مما سهّل علاقات التعاون حتى عندما تباينت المواقف أو مصالح السياسات. كما سمح باعتماد نهج تدريجية قائمة على التفاهم المتبادل والصبر من دون أن يحدّ ذلك من ابتكارية الخيارات في مرحلة لاحقة. بينما مأسسة نهج التعاون هي عمل شاق، لكنّها أنجع من أي أسلوب آخر.

الاستمرارية: أحد الجوانب المنبثقة عن التداول مع "مقدّمى المعلومات الرئيسيين" غير مشمول ضمن سمات Weber and Khademian هو الاستمرارية في القيادة التقنية والإدارية للوزارة. إن رؤساء العديد من المنظمات الفاعلة في القطاع الصحي يضطلعون بمهام مناصبهم منذ أكثر من عقدين. إذا نظرنا إلى هذا الأمر، نتبيّن أنه ساهم بفعالية في إنجاح حوكمة التعاون. إن



٧. مؤسسة حوكمة التعاون

الفاعلة الدولية مثل منظمة الصحة العالمية فقد شاطرت الوزارة اهتمامها بالرعاية الصحية الأولية والتغطية الصحية الشاملة والإدارة الفعلية للقطاع الصحي. النقابات المهنية قاسمت الوزارة اهتمامها بشأن التنظيم المهني وتوجيه تطوير الموارد البشرية في مجال الصحة. في كل حالة، تُبث أنه من الممكن إيجاد مصالح مشتركة تتصل بالمواضيع ذات الأولوية. لولا هذه التحالفات لما تمكّنت وزارة الصحة العامة من تنفيذ إصلاحاتها الحذرة إنما الفعّالة.

سجل مسار جيد. لقد أظهر القطاع الصحي اللبناني قدرة هائلة على الصمود والتكيّف وتقديم ملحوظاً على الرغم من السياق الجيوسياسي غير المؤاتي. لقد كان ذلك ممكناً إلى حدّ بعيد بفضل أداء وزارة الصحة العامة بصفتها راعية للقطاع الصحي. لقد اكتسبت الوزارة نفوذاً واحتراماً كبيرين داخل القطاع الصحي على صعيد رسم السياسات وتنظيم القطاع ولعب دور تنسيقي بين مختلف الجهات الفاعلة. لقد طوّرت نهجاً أصيلاً محلي المنشأ في حوكمة التعاون يجمع بين ميزتين رئيسيتين. أولاً المعلومات الاستراتيجية وهي توليفة من الأدلة العلمية والمعلومات التشغيلية وفهم لجغرافيا مصالح الأطراف المعنية. ثانياً التوافق الاجتماعي وذلك من خلال تعاون منهجي صريح وشفاف مع شبكات الأطراف المعنية ووعي لتوقعات المواطنين. في هذه الظروف، اتّسم سجل الوزارة لجهة الحوكمة بالتميّز.

قابلية النظام للتأثر. ومع ذلك، يبقى النظام عرضة للتأثر بالجغرافيا البشرية والسياسية للبنان في إطار من الزبائنية والتسييس. في حين أن وزارة الصحة العامة قد نجحت حتى الآن في تفادي أية مواجهة مباشرة مع المصالح التجارية المكتسبة إلا أن هذه الأخيرة لا تزال قائمة وخطيرة. فضلاً عن ذلك، يبقى السياق الجيوسياسي الإقليمي متقلّباً؛ لقد أظهر القطاع الصحي حتى الآن قدرة هائلة على الصمود غير أنه يجب ترقّب أية صدمات مستقبلية محتملة.

توطيد حوكمة التعاون. في هذا الإطار، يجب توطيد حوكمة التعاون لوزارة الصحة وتوسيعها بحسب بُعدين: بُعد تقني يتمثل في ترسيخ الاعتماد على الأدلة والمعلومات وإقامة التحالفات الذي ميّز أداء الوزارة في العقدين الأخيرين. وبُعد سياسي يتمثل في تحقيق توافق اجتماعي ودعم لجهود التعاون على ترشيد القطاع الصحي. على الرغم من النمو الكبير في قدرات الوزارة وليس أقلها بفضل تعاونها مع منظمة الصحة العالمية والأوساط الأكاديمية إلا أن الترتيبات الحالية غير المنتظمة في هذا الخصوص يجب أن تتحوّل إلى

حوكمة التعاون القائمة على الشبكات كانت **خياراً ضرورياً** في حين أن الاعتماد على أساليب التحكم والسيطرة لم يكن خياراً. بحسب المفهوم التجاري لسنوات ما بعد الحرب، لم تملك الوزارة الأدوات أو النفوذ أو السلطة التي تُحوّلها تنظيم الجهات القوية الفاعلة في القطاع. ولو رغبت في أن تسلك هذا الطريق لكان جرى تعطيل أي من محاولاتها سياسياً منذ البدء. من جهة أخرى، إن استمرار الدولة في سياسة الانسحاب وعدم التدخل لم يكن خياراً أكثر واقعية أيضاً؛ إن الفشل الواضح للسوق ساهم في الإفقار، أعطى نتائج سيئة ولم يكن قابلاً للاستدامة على الصعيد المالي. اقتضت الظروف تبني نهج عملي من في قيادة القطاع الصحي. على مثال البلدان الأخرى التي طوّرت حوكمة التعاون استجابة لفشلها في تنفيذ السياسات الحكومية ولتسييس الأنظمة،^{٣٦} فقد أدّى ذلك إلى نشوء استراتيجية طارئة لحوكمة التعاون. خلال السنوات العشر الأولى من القرن الحالي، أبرزت ممارسات الوزارة كافة السمات المميزة لنموذج الحوكمة:^{٣٥} قامت هذه الحوكمة بمبادرة من جهاز حكومي؛ تستند على شبكات تضمّ جهات فاعلة غير حكومية؛ لا تتمّ استشارة المشاركين فيها فحسب إنما يتمّ إشراكهم في صنع القرار؛ الشبكات هي أساساً تنظيمات للشبكات؛ تتخذ القرارات بالتوافق؛ ويركز التعاون على الإدارة والسياسات العامة.

إنه خيار انتهاز الفرص أيضاً. أنشأت وزارة الصحة العامة هذه الشبكات عمداً مع شركاء يمكنها أن تتفق معهم على وحدة هدف كنقطة انطلاق للتحالف معهم. على سبيل المثال، للجمعيات الأهلية التي جرى ضمّها إلى الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية تاريخ من التعاون والتشارك مع الوزارة تجلّى من خلال الاستجابة المشتركة للدمار الناجم عن الاعتداءات الاسرائيلية. إن تواصل التعاون بينهما شكّل بالطبع استمرارية للتعاون السابق نظراً لتقاسمهما هدفاً عاماً مشتركاً. لقد تبيّنت الوزارة القيمة المضافة المرافقة لجلب ثقافة المبادرة التي تُعرف بها الجمعيات الأهلية. كما تبيّنت الجمعيات الأهلية المنافع المتأتية عن تأييد الوزارة لها ودعمها. إن تصوّر أرضية تعاون مشتركة شكّل الأساس لقيام شبكات أخرى أيضاً. إن مدراء المستشفيات شاطروا الوزارة قلقها حيال ضرورة السيطرة على انفلات التكاليف وجعل التمويل العام موثوقاً ومتوقعاً تزامناً مع تحسين الجودة. كما رغب المتعاونون من الأوساط الأكاديمية في الضلوع في تحسين الترشيد وتطبيق نتائج بحوثهم في حين أن الوزارة رغبت في استثمار قدراتهم الذهنية ودعمهم لإضفاء المزيد من الشرعية على السلطة العامة. أما الجهات

قدرة مؤسساتية على إنتاج المعلومات الاستراتيجية وتطوير إجراءات صنع القرار والإجراءات التنفيذية القائمة على التعاون تزامناً مع تدعيم لمصداقيّة هذه القيادة ومشروعيتها.

مرصد دعم السياسات الصحية. في نيسان ٢٠١٨ أنشأت وزارة الصحة العامة مرصداً لدعم السياسات الصحية، بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والجامعة الأمريكية في بيروت، داخل مبناها المركزي. يعمل هذا المرصد ضمن ثلاثة مسارات عمل. المسار الأول يتمثل في توفير الدعم المباشر لعملية صياغة سياسات الوزارة من خلال جمع المعلومات وتحليلها: ترجمة الأدلة العلمية والمعلومات التشغيلية والمعلومات الاستراتيجية حول مواقف الجهات الفاعلة إلى مقترحات قابلة للتنفيذ، إدخال نُهج وأدوات ابتكارية واستشراف التحديات المستقبلية والجيل الجديد من الإصلاحات الصحية. فضلاً عن أن المرصد يُقدم المشورة الرشيدة فإنه يعتزم أيضاً تأليف «مجموعات من المتمرسين» (communities of practice) يركزون على تحديد القضايا الأساسية والاستجابة المبتكرة بالإضافة إلى إقامة منتدى وطني للصحة يشارك فيه المجتمع المدني في تحقيق التوازن بين الحاجات والموارد والتوقعات من خلال حوار قائم على الأدلة العلمية مع السلطات المعنية بالصحة. باستطاعة هذه الآليات الاستفادة من مساهمات مختلف الشبكات لخدمة أهداف السياسات المشتركة. إن إقامة الروابط مع مجموعة واسعة من مكونات المجتمع يمكن أن تصبح مصدراً هاماً للدعم والتوافق الاجتماعي. لن يعزّز ذلك قدرة النظام الصحي على التكيف والصمود فحسب، إنما سيساهم في تعميم الإبداع ويسهل اعتماد الممارسات الجيدة عن طريق الإقناع والانتشار والتعميم بدلاً من أساليب السيطرة والتحكم.

٧. المراجع

- 1 Ammar W, Kdouh O, Hammoud R, *et al.* Health system resilience: Lebanon and the Syrian refugee crisis. *J Glob Health*; 6. DOI:10.7189/jogh.06.020704.
- 2 The World Bank. Life expectancy at birth, total (years) | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=LB> (accessed Nov 30, 2017).
- 3 World Health Organization, editor. Monitoring health for the SDGs: sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2017.
- 4 Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, *et al.* Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 2014; 384: 980–1004.
- 5 The World Bank. Mortality rate, infant (per 1,000 live births) | Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?view=map> (accessed Nov 30, 2017).
- 6 Nicholls A, Pannelay. Health Outcomes and Cost: a 166 country comparison. 2014. <https://stateofreform.com/wp-content/uploads/2015/11/Healthcare-outcomes-index-2014.pdf>.
- 7 Bloomberg.com. Italy's Struggling Economy Has World's Healthiest People. Bloomberg.com. 2017; published online March 20. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-03-20/italy-s-struggling-economy-has-world-s-healthiest-people> (accessed Nov 22, 2017).
- 8 World Economic Forum. The Global Competitiveness Report 2016–2017. World Econ. Forum. <https://www.weforum.org/reports/the-global-competitiveness-report-2016-2017-1/> (accessed Nov 18, 2017).
- 9 Fullman N, Yearwood J, Abay SM, *et al.* Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* DOI:10.1016/S0140-6736(18)30994-2.
- 10 World Development Indicators | The World Bank. <http://wdi.worldbank.org/table/2.12> (accessed May 28, 2018).
- 11 Hayek by H Elias Fares. Notre Chaos medical, essai sur le systeme de sante du Liban. Beirut: Université Libanaise, 1980.
- 12 Kronfol NM, Sibai AM, Rafeh N. The impact of civil disturbances on the migration of physicians: the case of Lebanon. *Med Care* 1992; 30: 208–15.
- 13 Kronfol NM, Mroueh A. Health Care in Lebanon. Makassed Press WHO-EMRO, 1985.

- 14 Kronfol NM, Bashshur R. Lebanon's Health Care Policy: A Case Study in the Evolution of a Health System under Stress. *J Public Health Policy* 1989; **10**: 377–96.
- 15 Ammar W. Health system and reform in Lebanon. Beirut: WHO-EMRO, 2003.
- 16 Van Lerberghe W, Ammar W, el Rashidi R, Sales A, Mechbal A. Reform follows failure: I. Unregulated private care in Lebanon. *Health Policy Plan* 1997; **12**: 296–311.
- 17 Kassak KM, Ghomrawi HMK, Osseiran AMA, Kobeissi H. The providers of health services in Lebanon: a survey of physicians. *Hum Resour Health* 2006; **4**: 4.
- 18 van Lerberghe W, Ammar W, el Rashidi R, Awar M, Sales A, Mechbal A. Reform follows failure: II. Pressure for change in the Lebanese health sector. *Health Policy Plan* 1997; **12**: 312–9.
- 19 Kronfol NM. Rebuilding of the Lebanese health care system: health sector reforms. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit* 2006; **12**: 459–73.
- 20 Mintzberg H, Waters JA. Of strategies, deliberate and emergent. *Strateg Manag J* 1985; **6**: 257–272.
- 21 Health equipment - Hospital beds - OECD Data. theOECD. <http://data.oecd.org/healtheqt/hospital-beds.htm> (accessed Dec 16, 2017).
- 22 Health care use - Hospital discharge rates - OECD Data. theOECD. <http://data.oecd.org/healthcare/hospital-discharge-rates.htm> (accessed Dec 16, 2017).
- 23 OECD. Health Care Resources : Medical technology. <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30184> (accessed Dec 9, 2017).
- 24 El-Jardali F. Hospital accreditation policy in Lebanon: its potential for quality improvement. *J Med Liban* 2007; **55**: 39–45.
- 25 Ammar W, Wakim R, Hajj I. Accreditation of hospitals in Lebanon: a challenging experience. 2007. <http://www.who.int/iris/handle/10665/117235> (accessed Nov 21, 2017).
- 26 Ammar W. Health Beyond Politics. Walid Ammar, 2009.
- 27 Ammar W, Khalife J, El-Jardali F, et al. Hospital accreditation, reimbursement and case mix: links and insights for contractual systems. *BMC Health Serv Res* 2013; **13**: 505.
- 28 World Economic Outlook (October 2017) - Inflation rate, average consumer prices. <http://www.imf.org/external/datamapper/PCPIPCH@WEO> (accessed Dec 18, 2017).

- 29 Health care use - Doctors' consultations - OECD Data. theOECD. <http://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm> (accessed Dec 16, 2017).
- 30 WHO. Global Health Expenditure Database. <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (accessed Dec 19, 2017).
- 31 World Health Organization. The world health report 2008: primary health care, now more than ever, 2008 ed. edition. Geneva: WHO, 2008.
- 32 Kapucu N, Demiroz F. Measuring Performance for Collaborative Public Management Using Network Analysis Methods and Tools. *Public Perform Manag Rev* 2011; **34**: 549-79.
- 33 Ministry of Public Health, Lebanon. moph. Minsitry Public Health Organ. Chart. <http://www.moph.gov.lb> (accessed Dec 1, 2017).
- 34 Weber EP, Khademian AM. Wicked problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings. *Public Adm Rev* 2008; **68**: 334-349.
- 35 Ansell C, Gash A. Collaborative Governance in Theory and Practice. *J Public Adm Res Theory* 2007; **18**: 543-71.
- 36 McGuire M. Collaborative Public Management: Assessing What We Know and How We Know It. *Public Adm Rev* 2006; **66**: 33-43.

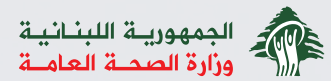


مرصد دعم السياسات الصحية

- يقدم المرصد لوزارة الصحة العامة والأطراف الفاعلة الأخرى داخل القطاع الصحي إسهامات مباشرة على صعيد صياغة السياسات وترجمتها إلى تطبيق فعلي.
- يجمع الأدلة العلمية ويساهم في إعادة تصميم الأنظمة المعلوماتية وتحديثها بهدف إنتاج معلومات تفيد في صنع القرار.
- يجمع المعلومات الاستراتيجية عن مواقف الأطراف الفاعلة وخيارات المواطنين.
- يحدّد العوائق المؤسسية ويطوّر أدوات لمساعدة الوزارة وغيرها من الجهات الفاعلة في تنفيذ السياسات الصحية.
- يسهّل تنظيم المنتدى الوطني للصحة تحت إشراف الوزارة.

المنتدى الوطني للصحة

- يساعد الوزارة على إجراء تقييم عقلاني لحاجات المواطنين، تلبية تطلعاتهم وتحقيق استفادة قصوى من الموارد الوطنية.
- يمثل أداة هامة في إشاعة الوعي بشأن سياسات صحية رشيدة وبناء توافق اجتماعي.
- ينسّق التعاون الشفاف المستمر مع شبكات الأطراف الفاعلة.
- يسهّل حوكمة التعاون للقطاع الصحي بمأسسة الاعتماد على الأدلة والمعلومات وإقامة التحالفات.



ISBN 978-9953-0-4543-6



تصميم و طباعة:

Limelight Productions - www.limelightprod.com