شوقي ابو ناصيف: المطلوب من خلال توحيد الصناديق اعادة توزيع الإنفاق على النظام الصحي وتنظيمه

تشكل التغطية الصحية الشاملة استثمارا أساسيا في رأس المال البشري لدفع النمو الاقتصادي المستدام والشامل للجميع. ومع ذلك، لا يزال نصف سكان العالم غير قادر على الحصول على خدمات صحية جيدة، بينما يسقط ١٠٠ مليون شخص في براثن الفقر المدقع كل عام بسبب النفقات الصحية. ويمثل هذا الوضع أزمة في تمويل الرعاية الصحية، وهو ما لا يعيق فقط التقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة، بل يعيق أيضا التقدم في تحقيق الهدف المركزي من أهداف التنمية المستدامة المتمثل في إنهاء الفقر بحلول عام ٢٠٣٠.

وتعدُّ الصناديق الصحية الضامنة، الممول الرئيسي في القطاع على مختلف مستوياتها وخدماتها.

وفي غضون ذلك، يشكل موضوع توحيد الصناديق الضامنة في القطاع العام، بنداً ثابتاً في البيانات الوزارية بهدف خفض كلفة الفاتورة الاستشفائية.

ويعتبر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من ابرز الصناديق باعتباره صمام الآمان لحوالي مليون ونصف المليون مستفيد من تقديماته.

السؤال المطروح، هو هل من تصوّر لدى «الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي» حول موضوع التوحيد؟

رئيس الديوان والمدير المالي في «الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي» شوقي أبو ناصيف اجاب على عدة اسئلة حول هذا الملف وفق الآتي:

س- يشكل موضوع توحيد الصناديق الضامنة في القطاع العام بندا ثابتا في البيانات الوزارية بهدف خفض كلفة الفاتورة الاستشفائية. هل من تصور للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي حول هذا الموضوع ؟

ج- تطرق البيان الوزاري لحكومة الرئيس حسان دياب (حكومة مواجه التحديات) في البند المتعلق بتقوية شبكات الأمان الاجتماعي إلى إعادة هيكلة وتوحيد أنظمة إدارة القطاع الصحي وتعزيز التغطية الصحية للمواطنين وتفعيل دور الرعاية الصحة الأولية. كما تطرق البيان إلى ضرورة التعاون مع مقدمي الخدمات الطبية والمؤسسات التعليمية في القطاعين العام والخاص، لتحديث شبكة أمان مبنية على نظام صحي متكامل، فضلا عن درس شراء الأدوية والحاجات والمستلزمات الطبية من خلال لجنة مشتركة للجهات الضامنة الرسمية وإلزام جميع المؤسسات شراء الأدوية من الجهة التي استحصلت على أفضل الأسعار

مع توحيدها، كما تطرق في البند المتعلق بالإصلاحات الهيكلية إلى تحديث وتفعيل خدمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وتعزز شمولية التقدمات.

هذه الأفكار الأولية على رغم أهميتها إنما لم ترقى إلى مرتبة استراتيجية وطنية متكاملة لتامين الحماية الصحية الشاملة لجميع اللبنانيين والمقيمين على الأراضي اللبنانية؛ فعندما نتكلم عن استراتيجية وطنية للحماية الصحية الشاملة لا نعني به فقط الصناديق الضامنة ,إنما النظام الصحي برمته انطلاقا من برامج الوقاية و حملات التوعية، وتأمين بيئة صحية ملائمة خالية من التلوث، وأسلوب حياة صحي للعيش والعمل وتربية الأولاد، مرورا بالكشاف المبكر للأمراض من خلال الفحوصات المخبرية والشعاعية اللازمة وصولا إلى العلاج والإستشفاء، وأخيرا اعادة التأهيل والدمج بالمجتمع وسوق العمل.

هذه الدورة الكاملة يجب ان تبدأ من اعادة النظر بالنصوص التشريعية والتنظيمية التي ترعى القطاع الصحي برمته، لاسيما تلك المتعلقة بمقدمي الخدمات الصحية من مستشفيات ومختبرات وأطباء وصيادلة ومراكز صحية أولية، لاسيما لجهة خريطة انتشارها على الأراضي اللبنانية وحجمها وعددها مقارنة، بحجم الاقتصاد وبعدد اللبنانيين والمقيمين وتصنيفها وفقا لمعايير معينة. كما يجب اعادة النظر بسياسة الدواء والمستلزمات الطبية، ان كان لناحية استيرادها او تصنيعها محليا وتسعيرها، واستهلاكها، بالإضافة إلى إنشاء مؤسسات ومختبرات متخصصة تعنى بتطوير الأبحاث والدراسات الإحصائية والاكتوارية حول القطاع الصحي تنطلق من قاعدة معلومات متكاملة وموثوقة.

في ما يتعلق بالصناديق والمؤسسات الضامنة، فهي تقسم الى صناديق ومؤسسات تعنى بالعاملين في القطاع العام كتعاونية موظفي الدولة الطبابة العسكرية في الجيش، مصلحة الصحة في القوى الأمن الداخلي، الأمن العام وغيرها من الأجهزة الأمنية العسكرية، وصندوق تعاضد القضاة وصندوق تعاضد أفراد الهيئة التعليمية في الجامعة اللبنانية، بالإضافة إلى صناديق ومؤسسات تعنى بالقطاع الخاص ويشكل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي العمود الفقري لها، تليه مباشرة وزارة الصحة العامة، بالإضافة إلى صناديق التعاضد لأصحاب المهن الحرة كالأطباء والمحامين والمهندسين وغيرهم وشركات التأمين الخاص.

يقابل هذا التعدد في الأجهزة الضامنة تعدد مماثل في مقدمي الخدمات الصحية؛ فمنها ما هو عام كالمستشفيات الحكومية ومراكز الرعاية الصحية الأولية، والمستشفى العسكري ومراكز الطبابة لدى الأجهزة الأمنية والعسكرية، ومنها ما هو خاص كالمستشفيات والمختبرات الخاصة.

ظهرت منذ التسعينيات أصوات تطالب بتوحيد الأجهزة الضامنة وإنشاء نظام الرعاية الصحية الشاملة أو على الأقل التنسيق والتعاون في ما بينها، وبقيت هذه المبادرات والأفكار دون أي تطبيق فعلي لغاية العام ٢٠٠٧، حيث صدر اول مرسوم يؤسس ويحدد آليات التعاون والتنسيق بين مختلف الأجهزة الضامنة هو المرسوم رقم ٩٨٠ تاريخ ٢٠٠٧١١١٢٤ (إنشاء لجنة للتنسيق والتعاون بين الهيئات الضامنة العامة وتنظيم عملها). انشأ هذا المرسوم لجنة دائمة برئاسة وزير الصحة وعضوية مدير عام وزارة الصحة، ومدير عام الضمان الاجتماعي، ومدير عام تعاونية موظفي الدولة، ورؤساء الطبابة في الأجهزة الأمنية والعسكرية، مهمتها تعزيز التعاون والتنسيق بين الهيئات الضامنة والعمل على توحيد آليات العمل بينها وخصوصا لجهة تطوير قاعدة المعلومات الموّحدة، وصولا إلى امتلاك شبكة إلكترونية متكاملة بين كافة مواقع الإنتاج، واعتماد آليات عملية لضبط دخول المرضي للمستشفيات وتوحيد آليات الرقابة وتوحيد تعرفة الأعمال والخدمات الطبية وترشيد الإنفاق الصحي وضبطه من خلال الربط بين تامين الخدمات الصحية والوقائية، واعتبار البرامج والمؤسسات الرعائية جزء من سياسات التأمينات الاجتماعية، والتوجه نحو بدائل الاستشفاء خصوصا الاستشفاء النهاري، والاستشفاء المنزلي بالإضافة إلى تطوير خدمات القطاع الاستشفائي الحكومي ومؤسسات الرعاية، من اجل خلق منافسة بينها وبين القطاع الخاص، واعتماد مركزية موحدة لتأمين مشتريات الصناديق العامة ومؤسساتها من الأدوية واللوازم الطبية ,واعتماد سياسة دوائية واضحة ومحددة بين الصناديق في مجالات الاستشفاء وخارجه.

كان من المفترض ان تضع هذه اللجنة خلال مهلة شهر من تاريخ تأليفها خطة عمل شاملة تتضمن الأهداف والتوجهات الأساسية لعملها، وتصدر هذه التوجهات بموجب قرار يتخذه مجلس الوزراء، بناء لاقتراح وزير الصحة العامة، كما كان من المفترض ان تنشئ لجان متخصصة مع موازنات خاصة بها. كان يهدف هذا المرسوم إلى تأسيس استراتيجية وطنية صحية تشترك فيها جميع الهيئات الضامنة الرسمية، إنما للأسف، هذه المبادرة لم تصل إلى غاياتها، وتوقف عمل هذه اللجنة بعد عدة اجتماعات لغاية العام ٢٠١٧، حيث أعاد الوزير غسان حاصباني تفعيلها جزئيا وأنشئ ثلاث لجان، لجنة لوضع أسس لشراء وتغطية الأدوية من قبل الجهات الضامنة، ولجنة لتنسيق تنظيم ادخال واستعمال اللوازم الطبية ووضع آلية تسعيرها، ولجنة ثالثة تتعلق بتوحيد أسس تعاقد المؤسسات الضامنة الحكومية مع المستشفيات. هذه المحاولة الجديدة لتفعيل عمل اللجنة، أيضا لم تصل إلى النتائج المرجوة.

في الوقت عينه، كانت اللجان في مجلس النواب تدرس اقتراح قانون يتعلق بإنشاء نظام التغطية الصحية الشاملة، الذي اصبح في ما بعد يعرف باسم إنشاء نظام البطاقة الاستشفائية (مشروع البطاقة الصحية) يؤمن هذا النظام، في صيغته النهائية حزمتين من الرعاية الصحية:

الحزمة الأساسية ويستفيد منها جميع اللبنانيين (سواء كانوا مشمولين بنظام تغطية صحية أم لا) وتضم رزم صحية أساسية ووقائية وعلاجية بحسب بروتوكولات وزارة الصحة العامة المعتمدة ضمن الرعاية الصحية الأولية.

الحزمة الشاملة (استشفاء وطبابة وادوية الأمراض المستعصية والسرطانية) ويستفيد منها الذين لا يستفيدون من اي تغطية صحية أخرى.

يشترط هذا الاقتراح على من يرغب بالاستفادة من الرزمتين او من اي منهما ان ينشأ له ملف صحي في احد مراكز الرعاية الصحية الاولية، او المستشفيات الحكومية او الخاصة المعتمدة لهذا الغرض من وزارة الصحة، ويستحصل بموجبه على بطاقة صحية خاصة به. تدير هذا النظام وزارة الصحة العامة من خلال لجنة خاصة التي يمكنها التعاقد مع مؤسسات متخصصة بادارة عمليات التامين الصحي (TPA) لادارة الاعمال التنفيذية المتعلقة بالموافقة على الاعمال الطبية وتدقيق الفواتير. اما التمويل فسوف يكون من خلال الاعتمادات المرصودة في الموازنة العامة واشتراكات تُحصل من فواتير الهاتف المحمول، والبطاقات المدفوعة سلفا بنسبة ٨٪.

بغض النظر عن تفاصيل هذا المشروع وطريقة تمويله وادارته ما يهمني الإضاءة عليه هو أمرين:

الأمر الأول: هو تكوين ملف صحي إلزامي لكل لبناني لكي يحصل على بطاقة صحية، بغض النظر عن الجهة الضامنة التي ينتسب أو يستفيد منها، ومن اجل تكوين هذا الملف، عليه ان يخضع لمعاينة طبية وفحوص مخبرية وشعاعية، دورية، وبالتالي، يشكل هذا الموضوع خطوة متقدمة وأساسية باتجاه الوقاية المسبقة والاكتشاف المبكر للأمراض المزمنة والسرطانية وغيرها...

الأمر الثاني: هو الرزمة الأساسية التي سوف يستفيد منها جميع اللبنانيين وتضم رزم صحية أساسية وقائية وعلاجية، اي ما يعرف بالرعاية الصحية الأولية (معاينة طبيب، فحوص مخبرية وشعاعية) التي تنتهي بتشخيص المرض وعندها يتحول المريض إلى المرحلة الثانية من العناية الطبية وهي مرحلة العلاج والاستشفاء.

استنادا الى المرسوم ٩٨٠، ومشروع قانون البطاقة الصحية بدأت تتكّون الملامح الأساسية لاستراتيجية صحية متكاملة قائمة على مبدئين:

المبدأ الاول: اعلى مستويات التنسيق والتعاون بين المؤسسات الضامنة

ووزارة الصحة، بغض النظر عن توحيد أو عدم توحيدها ضمن مؤسسة واحدة.

المبدأ الثاني: تعزيز وتطوير ونشر شبكة مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تدار من الجمعيات الأهلية والدينية والبلديات بدعم وتنسيق وتمويل ومراقبة وزارة الصحة العامة، بالإضافة إلى المستشفيات الحكومية. هذه المراكز المنتشرة على كامل الأراضي اللبنانية في حال تم تفعيلها وادارتها بشكل فعّال، بامكانها تقديم المرحلة الأولى من العناية الطبية، معاينة (طبيب عام، طبيب عائلة)، الفحوصات المخبرية والشعاعية وبرامج الوقاية لجميع اللبنانيين. تكاليف هذه العناية مغطاة بالكامل، او بشكل جزئي من قبل البطاقة الصحية المنوي إنشائها، على ان تبقى المرحلة الثانية اي بعد تشخيص المرض او الحالة الطبية وحيث يتبين انه بحاجة إلى علاج او طبيب اختصاصي او إلى الاستشفاء، وعندها تصبح تكاليف العلاجات والأدوية والاستشفاء على عاتق الصناديق الضامنة، وبالتالي، تشكل مراكز الرعاية الصحية الأولية المدخل للاستفادة من تقديمات الصناديق الضامنة.

الاستثمار في البرامج

س- اقتصاديا هل فعلا توحيد الصناديق يحقق الوفر ويضبط الانفاق العام؟ وما هي النسبة؟

ج- لا شك ان توحيد المعايير والتعريفات والرقابة وشراء الأدوية والمستلزمات، واعادة وتوزيع الصيدليات والمختبرات والمراكز الطبية والاستشفائية بشكل منظم ومدروس، وإيجاد بنية تحتية معلوماتية متكاملة وموّحدة في ما بين جميع المؤسسات الضامنة لجهة البرمجة، والصيانة، وأمن المعلومات وقاعدة معلومات موّحدة عن القطاع الطبي تساهم في رصد حالات الأوبئة والقطاعات الأكثر تعرضا للمرض وتوجيه برامج الوقاية والتوعية نحو هذه النشاطات، فضلا عن دور قاعدة المعلومات في الكشف عن الغش والتلاعب والإسراف في الإنفاق، يساهم في الوفر وضبط الفاتورة الصحية، بشكل كبير.

بالإضافة الى توجيه الإنفاق وترشيده من خلال ادخال معيار جديد على تصنيف المستشفيات والمراكز الطبية، أو حتى الأطباء والصيادلة قائم على مدى اعتمادهم معايير الحد من الانفاق من خلال وصفهم لأدوية الجنريك والحد من فترات الاستشفاء واعتماد الاستشفاء المنزلي، وكذلك الحد من الإسراف باللجوء إلى العناية الطبية والاستشفاء بشكل عام، فالمطلوب تامين القدر الكافي من العناية باقل كلفة ممكنة، فالقطاع الصحي ليس بابا للتجارة وتحقيق الأرباح.

هذه التدابير والسياسات من شأنها ان تحد من الإنفاق على المدى القريب والمتوسط. إنما ما من شأنه ان يخفض الفاتورة الصحية على المدى البعيد، هو الاستثمار في برامج الوقاية الصحية، لاسيما في مجال البيئة والتربية والعمل، التشجيع على الرياضة والغذاء السليم، الكشف المبكر عن الامراض، الخ...: فالتطور الطبي والعلاجات الجديدة والمكلفة والارتفاع في الفاتورة الصحية، لا يمكن ان تحد منه الاسياسة قائمة على الحد من تفشي الأمـراض والأوبئة، لاسيما الأمراض السرطانية والمزمنة من خلال بيئة سليمة، وأسلوب حياة قائم على الغذاء السليم والرياضة.

اعادة توزيع الإنفاق على النظام الصحي

س- من المؤكد ان ثمة تفاوتا بين التقديمات في كل الصناديق العاملة اليوم، كما هناك تفاوت في مساهمة المضمون بين صندوق وآخر. كيف سيكون التوحيد؟ وما هي الإجراءات الواجب اتباعها قبل تطبيق التوحيد؟

ج- لا شك انه اذا كان هنالك صعوبة في توحيد الصناديق نظرا للحقوق المكتسبة لبعض الفئات كالقضاة، و أفراد الهيئة التعليمية في الجامعة اللبنانية وموظفي الدولة من الفئات الثالثة وما وفق و الضباط وغيرهم، فهنالك تفاوت بين نسبة التغطية (١٠٠٪، ٩٠٪:٨٠٪) ودرجة الاستشفاء (درجة اولى ودرجة ثانية)، هذه الحقوق المكتسبة تشكّل عاملا سلبيا في توحيد الصناديق الضامنة. فالخيار الاساسي في هذا المجال هو توحيد الصناديق الضامنة بالحد الأدنى من التقديمات للجميع، على ان تبقى الحقوق المكتسبة من خلال صناديق تعاضد تساهم في تمويلها المؤسسات والهيئات والأفراد.

هذه الخطوة ان كانت صعبة التحقيق بصورة فورية نتيجة ممانعة بعض الفئات التي تتمتع بامتيازات خاصة في هذا المجال، غير انه بالإمكان البدء بخطوات أولية وتحضيرية تؤسّس لمرحلة التوحيد الكامل للصناديق وهي التنسيق والتعاون بين هذه الصناديق والهيئات كمرحلة أولى. فالهدف ليس توحيد الصناديق الضامنة بقدر ما هو توحيد معايير الحصول على الخدمات الصحية ومعايير الشراء وتسعير الأدوية والمستلزمات، وتوحيد تعريفات الخدمات الطبية والاستشفائية واعتماد معدل موحد للمساهمات والاشتراكات، وتنظيم العلاقة مع مقدمي الخدمات، وتوحيد معايير الرقابة على المستشفيات والتنسيق بين المؤسسات الضامنة بهذا الخصوص، بالإضافة إلى ارساء بنية تحتية معلوماتية متكاملة وموّحدة في ما بين جميع المؤسسات الضامنة.

إذا كان التوحيد الكامل والشامل دونه صعوبات فما يمنع مثلا توحيد الرقابة على المستشفيات، عوضا عن ان يكون لكل هيئة ضامنة طبيب مراقب في كل مستشفى، ما المانع ان يكون الطبيب المراقب هو نفسه لكل الأجهزة الضامنة؟

ما المانع أيضا ان يكون هنالك بنية تحتية معلوماتية واحدة للجميع او منصّة موحّدة بين جميع الهيئات الضامنة للربط بينها وبين والمستشفيات والأطباء والصيدليات؟ وما المانع أيضا من ان يتم شراء الأدوية والمستلزمات الطبية من خلال مناقصات موحّدة بين الجميع او إنشاء صيدليات مشتركة وغيرها من الأمور؟

فالهدف الأساسي هو ان يحصل جميع اللبنانيين على نفس الخدمات، بنفس الطريقة وبنفس الجودة، وبنفس الأسعار وعندها لا فرق بين من يسدد الكلفة سواء كان الضمان الاجتماعي او التعاونية او وزارة الصحة أو غيرها. وبالتالي، توحيد الصناديق الضامنة يصبح تلقائيا بعد هذه المرحلة. المطلوب بكل بساطة اعادة توزيع الإنفاق على النظام الصحي بشقيه الوقائي والعلاجي وتنظيمه، وترشيده من اجل ان يؤمن التغطية الصحية لجميع اللبنانيين باقل كلفة ممكنة.

الأنفاق الحكومي على الصحة والاستشفاء: ١,١ مليار دولار سنوياً

تنفق الحكومة على الصحة والاستشفاء للموظفين والعاملين لديها والذين هم على عاتقهم (زوج، زوجة، أولاد، أهل) واللبنانيين الذين لا يتمتعون بأية تغطية صحية (نحو ٥٠٪ من اللبنانيين)، ما يصل سنوياً الى نحو ١٦٦٠ مليار ليرة أي ما يوازي ١,١ مليار دولار وذلك من خلال ١٧ إدارة حكومية. وتصل كلفة ادارة هذه المؤسسات الى نحو ١٣٠ مليار ليرة سنوياً. وهذا التعدد في الإدارات الحكومية المعنية بقطاع الصحة والاستشفاء يؤدي الى هدر كبير في المال العام ما يفرض اعتماد جهة واحدة حكومية للقيام بهذا الأمر.

INFORMATION INTERNATIONAL sal الدولية للمعلومات

الإنفاق الحكومي على الصحة والاستشفاء.

	الجهة الحكومية	المبلغ الذي ينفق على الصحة والاستشفاء
1	وزارة الصحة العامة	444 مليار ليرة (نفقات الاستشفاء في القطاع الخاص)
2	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	370 مليار ليرة (مساهمة الدولة)
3	صندوق تعاضد مجلس النواب	13.950 مليار ليرة
4	صندوق تعاضد موظفي مجلس النواب	1.9 مليار ليرة
5	تعاونية موظفي الدولة	316.70 مليار ليرة
6	صندوق تعاضد القضاة	10.8 مليار ليرة
7	صندوق تعاضد المساعدين القضائيين	990 مليون
8	صندوق تعاضد قضاة المحاكم الشرعية	5.6 مليار ليرة
9	صندوق تعاضد المساعدين القضائيين في المحاكم الشرعية	450 مليون ليرة
10	صندوق تعاضد أساتذة الجامعة اللبنانية	32 مليار ليرة
11	استشفاء أمن الدولة	9.8 مليار ليرة
12	استشفاء الجيش	265 مليار ليرة
13	استشفاء قوى الأمن الداخلي	143 مليار ليرة
14	استشفاء الأمن العام	32.5 مليار ليرة
15	الصندوق التعاوني للمختارين	1 مليار ليرة
16	صندوق تعاضد الأمن العام	900 مليون ليرة
17	الجمارك	11.5 مليار ليرة
	المجموع	**1,660 مليار ليرة** (أي ما يوازي 1.1 مليار دولار)