المستشفيات بين الوعيد والتبديد، والنذير والتبذير.

د. جورج يونان.

في معادلة العناية وشد الحزام (Care and Cost)، تتصدَّرُ العنايةُ الصحية الهمومَ التي تَشغَلُ، اليومَ، الحكوماتِ والشعوب في كافة أنحاء العالم، أفقيرةً كانت أم ثريَّة، وذلك بسبب العبء الاقتصادي الذي تُلقيه على كتِفَي الدولة، وبالتالي على أكتاف الشعب. العناية الصحية هي حقٌّ ومسؤولية مُعترفٌ بهما، في كل أنحاء العالم، تماماً كالحرية، والدفاع، والتعليم. وفي غَمرة الضائقة الاقتصادية التي يعانيها لبنان، الآن، يتبارى الوزراء في الإعلان عن الخطط والمشاريع التي يقترحونها، فيطالبون الدولة بمزيدٍ من المخصَّصات لتنفيذها. بيد أنّ الخطط والمشاريع سهلة الكتابة، لا تحتاج إلاّ إلى ورقة وقلم وطاولة وكرسي. ولكي يتحوَّلَ المشروع إلى مؤسسةِ خدمة، فهو يتطلَّبُ شيئين: الحاجة إليه، ثم المال والإدارة، شريطةَ وجود توازنٍ بين الدخل والإنفاق. ولكلِّ مشروعٍ أو خطة، في أية مؤسسة، حاجةٌ إلى دراسة عن الأرضية (Feasibility Study) تعتمد على جمع المعلومات وتحليلها بغرض الإقرار بمعقولية تحقيق المشروع أو لامعقوليته.

يعتمدُ الاقتصاد اليوم على حسابات التقنية الرقمية

.(Digital)

وكذلك الإدارة بأفرادها؛ فهي اليوم تتحول إلى تقييمٍ بواسطة العقل الاصطناعي الإلكتروني آخذةً في الاعتبار مورّثات الشخص (Genes) وتجربته، وأداءه، وشخصيته، ومطامحه، وثقافته، وطريقة تعامله مع فريقه العامل.

ولا يختلف لبنان - حيث يتصدَّرُ، أيضاً، همُّ العناية الصحية، عند كثيرين من الناس، كلَّ الهموم الأخرى - عن سائر الشعوب في التعامل مع هذا الشأن. ومثالاً على ذلك، ففي بلدٍ ثريٍّ كالولايات المتحدة، يتصدَّرُ همُّ العناية الصحية كلَّ الهموم الأخرى، وبالأخص الهمّ الاقتصادي. فـ55% من المواطنين يعتبرون العناية الصحية وتكاليفها من أكبر اهتماماتهم، وهذا بسبب استمرار تبددها وعِظَم المشاكل التي تشكو منها. وقد حاولَت الدولة إيجاد الحلول اللازمة لهذه المشكلة تخفيفاً للعبء المالي الصحي عليها، وذلك بإقرار تشريعات عديدة، ومنها مجموعة القوانين التي سُمِّيَتْ بمشروع أوباما أو: (ACA= Affordable Care Act). ولكنها فشلت في القضاء على الهدر، وفي خلق التوازن المطلوب. فالمواطن الأمريكي قلقٌ بسبب:

إرتفاع أسعار وأقساط التأمين الصحي في السوق.

الصعوبة في تغطية الأمراض المسبقة (Pre-existing condition).

إرتفاع ثمن الاقتطاع (Deductible) او المشاركة في الكلفة التي توضع على كاهل المريض ومن جيبه الخاص في كل استشارة طبية كشرطٍ لمنح التأمين الصحّي له ولعائلته.

إرتفاع أسعار الأدوية.

الارتفاع الهائل في الإنفاق الصحي الذي بلغ 4.2 تريليون دولار؛ وهذا يشَكِّل 18% من مجموع الدخل القومي (GNP=Gross National Product) الذي هو مرتفع. وإن زاد ولم يُضبط، فسيُشَكِّلُ عبئاً مالياً، حصيلته زيادة الضريبة على المواطن.

الكثرة من استعمال المخدرات والنتائج الكارثية التي خلفتها، والتي هي عبءٌ عل الدولة والمجتمع.

عدم وجود استعدادات فعالة للتوقِّي من الكوارث المناخية والتيارات الموسمية.

وطبعاً هناك أسبابٌ أخرى تتعلَّقُ بإدارة المؤسسات، وبالهدر الذي يأخذُ أشكالاً كثيرة:

إن إدارات المستشفيات الحالية لم تعد قادرة على حفظ التوازن في معادلة العناية وتخفيف تكاليفها (Care and Cost). فهناك مآخذ كثيرة على

إداراتها غيرِ الفعّالة، تعمدُ، لتبرير فشلها، إلى إلقاء اللومِ على الأطباء. وهذا الموقف خاطئٌ، لأنه خلق نوعاً من عدم الثقة بينها وبين الأطباء، هؤلاء، الذين ثبت اليوم، بأنهم ليسوا المشكلة، ولكنهم جزءٌ مهم من الفريق الذي بإمكانه أن يحلَّها، إذا كان هناك تعاونٌ وتناسق بينهم وبين القسم الإداري في المستشفى. هذا الموقف من القسم الإداري أدى إلى استنتاج الدولة الآتي:

عدم أهلية الإدارة في معاملاتها مع المرضى ومع الأطباء، الأمر الذي أدى إلى الضغط عليها، فكَثُرَت استقالات المدراء، وظهرَتْ، مؤخَّراً، الحاجةُ المُلِحَّة، إلحاحاً كبيراً، إلى انتقاء النخبة منهم، وتمييز القياديين منهم وتدريبهم حتى يصبحوا كفوئين في تعبئة العاملين في المجال الصحي من طبابة وتمريض وتقنية، وفي التزام المشروع الإصلاحي. لا بل إن الدولة والمؤسسات الخاصة عمدت مؤخَّراً إلى استعمال التقييم الإلكتروني (Psychometry) لطلاب الوظيفة. والتقييم الإلكتروني أو العقل الإصطناعي (Artificial Intelligence) هو علمٌ جديد يُخوِّل المؤسسة تقييم الموظف، وبغير انحياز، من ناحية قوته وضعفه ومن ناحية كفاءَتِهِ. والتقييم يعتمد على مجموعة أسئلة وأجوبة تتعلق، كما قلنا، بالحالة النفسية

للموظف وبشخصيته وطموحاته وفكره، وبعقلانيته في مواجهة الأمور الصعبة في المهنة، وبتجربته في عمله وفي الحياة. فيتلقى الحاسوب كل هذه المعلومات، ويحوّلها إلى إجابات تدلّ على شخصيته ومقدار أهليته للمهنة التي يطلب، أو أهليته لمهنة أخرى لم يطلبها، بل قد يكونُ أهلاً لها.

2- إن أي مستشفى لا يستطيع، وحده، الصمود أمام متطلبات السوق. فالمستشفيات، اليوم، وبرغم كبرِ معظمها، صغيرةٌ في مسعاها التفاوضي في هذه السوق. وهي، في مسعاها، تلهثُ في سَعيها إلى الحفاظ على نسبة ربحٍ سنويٍ (Margin of Profit) لا يتجاوز الـ 2.5%، وذلكَ أمام نسبة نموٍّ في القطاع الصحي يزيد على الـ6% ، وأمام نسبة النموّ في نتاج الدخل القومي (GNP=Gross National Product) الذي تأرجح ما بين الـ1% و الـ 4% خلال السنين العشر الماضية. لذلك أخذت هذه المستشفيات بالاندماج الكلي، بعضها مع بعض. فمثلاً، المستشفى، الذي أعمل فيه والذي أتشرف برئاسة جهازه الطبي، هو أحد المستشفيات الستة عشر التي اتّحدت تحت مجموعة (Hackensack Meridian Health) التي هي واحدة من أربع مؤسسات صحية تتقاسم العناية الصحية في ولاية نيوجرسي؛ وقِسْ على ذلك في سائر الولايات المتّحدة. ولكن حتى هذه المحاولات تُعتبر صغيرة ومحدودة الفائدة، فقدرة المجموعة التي ذكرت من ستة

عشر مستشفى لا تزيد عن خمسة بلايين دولار في سوق صحي تبلغ قيمته 4.2 تريليون دولار. إذن فالقضية أكبر، والمحاولات صغيرة وقليلة التأثير. والعناية الصحية مبدَّدة بين أطرافٍ كثر. ففضلاً عن الأطباء والمستشفيات والدولة، هناك شركات الضمان الصحي، وهناك شركات صنع الأدوية وشبكة الصيدليات؛ وهناك بائعو الآلات، وحديثاً بائعو أنظمة الإضبارة الإلكترونية.

3- إنعدام الرغبة عند الدولة وشركات الضمان في زيادة تعرفة الخدمات الصحية. فبالرغم من ثروة الدولة، فإن المال غير موفور، وليس هناك رغبة في زيادة المخصصات. السبيل الوحيد للحفاظ على نسبة الربح السنوية 2.5% هو بتخفيف النفقات. وإلى الآن، فقد فشل النظام البيروقراطي السائد في تحقيق هذا التخفيف والتخفيض.

4- إن القيِّمين على العناية الصحية سابقاً ركَّزوا اهتمامهم على إرضاء المريض؛ وفي عُرف الدولة: "المريض دائماً على حقّ." وهذا ما أدى، في كثيرٍ من الأحيان، إلى زيادة الإنفاق لمجرد إرضاء المريض، وبرأي المختصين، كان الأحرى أن يتركَّزَ الاهتمام على المرض ذاته من حيث العملُ على اتِّقائه ومعالجته وإجراء البحوث العلمية حوله.

5- هناك سلبية كبيرة في التقارير الواردة عن مؤشرات الجودة الحالية في تخفيض الكلفة، لأنها اعتمدت على

الآراء الشخصية والاعتباطية، ولم تعتمدْ على الحقائق العلمية والمُثْبَته. ومثالاً على ذلك، فمن جُملةِ مؤشرات الجودة، التي تعتمد شركات الضمان والدولة عليها في تقدير قيمة التعرفة الطبية (Value-based Reimbursement)، قناعةُ المريض ورضاه عن الطبيب وعن المستشفى. والحقّ أنّ مفهوم المريض عن جودة العناية الطبية هو غير مفهوم الطبيب أو المستشفى أو الدولة؛ إذ إن قناعة المريض تعتمد كثيراً على شعوره الخاص، الكثيرِ التقلُّب، بحسب الظروف، ولا تعتمد على الثوابت الصحيةِ التي يعتمدها العرف الطبي (Evidence Based Medicine) . وكثيراً ما تتأثرُ هذه القناعة بفنجان قهوة لم يحصل عليه في المستشفى أو كان بارداً حين حصل عليه، أو قد تعتمد على حوارٍ ساخنٍ غير سارّ مع موظفة الاستقبال في العيادة.

6- إن المسؤولين عن مؤشرات الجودة في العناية الصحية لا يأخذون في الاعتبار مسؤولية المريض في هذا المضمار، ومقدار انضباطه في الالتزام بإرشادات الطبيب.

7- الإسراف في وصف الأدوية الثمينة وعدم استعمال الأدوية الجَنيسية الرخيصة والفعّالة.

عدم القدرة على ضبط النمو الطبي بربطه بالحاجة. فمثلاً، انت حين تذهب لاستشارة طبيب العيون، فإنَّك ستمرُّ على كثيرٍ من الآلات قبل أن تقابلَ

الطبيب.

الأطباء، اليوم، وفي عياداتهم الخاصة، يعانون الإرهاق المهني الذي يشملُ: الإرهاق الجسدي، الإرهاق الزمني المتعلق بالشيخوخة، الإرهاق العلمي، إذ إن أوقاتهم لا تسمح لهم بالاطِّلاع على تحولات العناية الصحية والاكتشافات العلمية في الطب الحديث. الإرهاق المالي جاء من الضرورة في اعتماد الإلكترونيك، وقد أصبح ضرورة مكلفة تفوق طاقة الطبيب المزاول في عيادته. وبسبب هذا الإرهاق المتعدد الأسباب، زاد الاكتئاب بين الأطباء، وازدادت عندهم نسبةُ الانتحار، إذ تتراوح بين 20 والـ 40 حالة لكل مئة ألف طبيب؛ وهي أعلى من نسبة الانتحار في المجتمع، التي لا تتجاوز الـ 12.3 حالة بين كل مئة ألف مواطن.

بسبب كل هذه الحقائق، شرعَت الدولة تتطلّع إلى نظام ذي أداء أفعل وأمتن يُعتِقُها من هذه الشبكة المتعددة الأطراف التي ليس فيها تناسق وتكافؤ، بل تبدد واندثار. وحديثاً ظهر أن الربح السنوي لهذه المستشفيات غير الخاصة أخذٌ بالتضاؤل تدريجيا حتى وَصَلَ إلى أقل من 1.9% عام 2017. وهناك احتمال بأن يستمر في الانخفاض إلى درجة الانعدام، لا بل الخسارة. وهذا عائدٌ إلى زيادة في رواتب الإداريين ومنافعهم، وزيادة في تكاليف الأدوية مع انخفاضٍ في الواردات بلغ 6.4% عام 2017 من جرَّاء

انخفاض عدد المرضى الذين لهم أحقية الدخول إلى المستشفى اعتماداً على نسبة الأخطار الصحية المحدقة بهم. هذا، في حين أنَّ نسبة الربح السنوي بقيت ثابتة ولم تنخفض لدى المستشفيات الخاصة. ومن هنا يظهرُ حافز القطاع الخاص إلى القفز في هذه الحلبة التي تستطيع أن تختصر المراحل التي يمرُّ فيها الطب، وبالتالي تخفيض التكاليف التي بدورها تمكّن من الحصول على كثير من الأرباح. وتخفيض التكاليف أمرٌ يلائم الدولة.

وبحسب قوى السوق، يتمتعُ سوق القطاع الصحي بسائلٍ مالي يزيد على الـ4.2 تريليون دولار، الأمر الذي يجعله هدفاً لشركات الاستثمار في القطاع الخاص التي تقف، وبشراهة ظاهرة، للقفز في هذه السوق.

يجد القطاع الخاص دوراً كبيراً في معالجة اللافاعلية والتبدد في النظام الصحي بإداءٍ يكفل الحصول على أرباحٍ لا يستهان بها، وذلك بتقديم إدارة فعَّالة تستطيع الاستغناء عن شركات الضمان الصحي المتعددة، والاستغناء عن أرباح مدرائها التي تتعدّى مئات الملايين من الدولارات لكل واحد منهم سنوياً، وبقدرة هذا القطاع الشرائية التي تخوله التقاولَ مع شركات الأدوية ومصانع الأدوية ومصانع المعدات الطبية من أجل أسعارٍ مخفضة لا تتطلب عمولة لطرفٍ ثالث أو رابع. بالفعل، فإنَّ شركة (Amazon) تُجري دراسة في شبكات المبيعات التي تعقدها المستشفيات مع الشركات المُصَنِّعَة. وبناءً على هذه

الدراسة سيكون باستطاعة (Amazon) تقديم مشروعٍ توفيري للدولة وللمواطن.

والاختصاصات التي من المحتمل للقطاع الخاص أن يتملَّكها تشملُ الجلدية، والتخدير، والتصوير بأنواعه، والطوارئ، وطب: العيون والأذن والحنجرة والأسنان. لقد بلغ مقدار استثمار القطاع الخاص في العناية الصحية عام 2007 حوالى 47 بليون دولار، وانخفض إلى 6 بليون عام 2009. ومنذ ذلك الحين، عاودَ، مرَّةً أخرى، الارتفاع تدريجياً كلَّ سنة حتى عاد فأصبح عام 2017 حوالى 43 بليون دولار. والاهتمام مستمر، والزيادة تتصاعد كلَّ سنة. وأغلب الأطباء المتخرجين الجدد يتجنبون فتح عيادات جديدة، ويفضلون التعاقد مع القطاع الخاص. فمشاركة الأطباء مع المؤسسات الاستثمارية الخاصة يخولها تقديم خدمات صحية للمجتمع لم يكن باستطاعة العيادات المستقلة الخاصة تقديمها بالاعتماد على نفسها . والشركات الخاصة كشركة الصيدلة (CVS)، وشركة الاستثمار المتعددة الخدمات (Amazon.com) التي اشترت حديثاَ جريدة الـ "واشنطون بوست" كمدخلٍ إلى الإعلام، وشركة خدمات غرف الطوارئ (Envision)، وشركة (Apple) وغيرها، أصبحت متوغلة أكثر وأكثر في تقديم الخدمات الطبية المتعددة. لا بل إن شركة غسل الكلى (DaVita Dialysis) أصبح لها دورٌ عالميّ في هذا المضمار. وشركة (CVS) الصيدلانية أعلنت شرائها لشركة

(Aetna) للضمان الصحي بسعر 69 بليون دولار ليصبح الدخل السنوي لمجموع الشركتين ما يقارب 445 بليون دولار؛ الإمر الذي يخوّل الشركة فتح ما يزيد على 9800 صيدلية أخرى و1100 عيادة لتلقي المرضى. وهذا سيخول الشركة تقديم خدماتٍ صحية، وبأقل كلفة. فهي تقدم العناية الصحية، والأدوية، والضمان الصحي، والإضبارة الإلكترونية دفعة واحدة؛ وهذا ما يقوي وضعها التفاوضي مع الدولة ومع المريض.

أما شركة (Apple) فهي تقوم بأبحاث في حقل الاضطرابات القلبية الكهربائية (Electrophysiology).

هذا بعض ما يَجبَاهُه البلدُ الثري في معالجته مشاكل العناية الصحية . وهذا أمرٌ ليس محصوراً بدولة. إنه مسؤولية عالمية. والرسالة إلى كل المعنيين هي أن لا اعتمادات إضافية في هذا القطاع. ومن الواجب على كلِّ معنيٍّ أن يشد الحزام. وبالفعل الدعوة إلى شد الحزام أعطت نتائجها في محاولات كثيرة: فمنظمة العناية المشددة (ACO=Acute Care Organizatio) استطاعتْ، في السنوات الأربع الماضية، أن توفِّرَ على الدولة ما مقداره 1.3 بليون دولار برغم صغر هذه المنظمة وحداثتها في العمل. كما إن إتحاد بعض المستشفيات في ولايات كارولاينا الشمالية والجنوبية استطاع، باتباعه سياسة شدِّ الحزام، أن يوفر للدولة 110 ملايين دولار منذ أن عقد معها التزاماً في هذا المضمار حوالى سنة 2014. وبعض

المستشفيات وفّرَت ملايين الدولارات فقط بإطفاء النورفي الأقسام غير المستعملة في المستشفى. فكيف يَجْبَهُ لبنان، هذا البلدُ الصغير، تلك المعضلةَ الشائكة؟

إن تقصيرالدولة عن مسؤولياتها الوطنية والدستورية تجاه الشعب ظاهرٌ وواضح وضوح الشمس، وذلك بالإمعان في التبذير بلا حساب، وبعدم المراقبة والتقييم، وبعدم الحكم، بإيكال مهماتها الوطنية لذوي السلطة السياسية. ظاهرٌ هذا في القطاع الصحي بشكلٍ جليٍّ. فهي (أعني الدولة) بنك بلا رصيد في توزيع المنافع على الأحزاب الطائفية. في "ملحقٍ خاص" نُشِرَ في جريدة "الأخبار" في 29 تشرين الأول 2018، تحت عنوان" مستشفيات لبنان"، يقول وزير الصحة السابق الدكتور كرم كرم: «لا يمكن الحديث عن نقلة نوعية ضخمة في قطاع الاستشفاء في لبنان منذ توليّ وزارة الصحة وحتى الوقت الراهن». ويندب كرم حال المستشفيات الحكومية «المُحزن» التي تعد مصيبتها الكبرى أنها تُدار من قِبل «اللادولة اللبنانية». ويشاركه زميله وزير الصحة السابق الدكتور محمد جواد خليفة وفي "الملحق" نفسه: «الدولة لا تملك سلطة في مجال الخريطة الصحية، أو في إلزام المستثمر بما يفترض القيام به». وفي كتابه " النظام الصحي اللبناني

والإصلاح" (Health System and Reform in Lebanon) يقول الدكتور وليد عمّار، المدير العام لوزارة الصحة، إن هناك حاجة ماسة لإعادة تقييم الأداء في النظام الصحي السائد (ص:6)، وإن هذا النظام، في الجو الاقتصادي السائد، يتصف بقوانين وتشاريع غير فَعّالة. القطاع الخاص فيه يتضخَّمُ بشكلٍ عشوائي (ص:12)، وفيه تكثُرُ المؤسسات الصغيرة (أقل من 100 سرير). بعضُ هذه المستشفيات مفرطٌ في اقتناء المعدات المكلفة غير الضرورية، وبعضها الآخر يفتقر إلى المعدات اللازمة، ويشكو من كثرة الأطباء (معدل طبيب لكل مريض في المستشفى)، وقلة اليد العاملة من ممرضين وممرضات. هدفُه تجاري محض، وينحصرُ في تقديم بعض الاستشارات الطبية وكتابة وصفات الأدوية (ص: 13). هذه المستشفيات الصغيرة وُجِدت لهدفٍ تجاري محض.

الوزراء، بدل أن يكونوا تنفيذيِّين لمشاريع وطنية في وزاراتهم، هم حاكمون بأمرهم، ومستقلون في قراراتهم بدون العودة إلى المراجع المختصة، يتلقون مخصصات الدولة ويصرفونها حسب أهوائهم وأهواء أحزابهم الطائفية. وليس هناك تقارير دورية عن إنجازاتهم، إن وجدت، حتى تُعمَّم على الجميع. وأكبر مثالٍ على "اللادولة" ما حَدَثَ

لمستشفى شبعا. ففي مقالٍ في جريدة "الأخبار" بتاريخ 10/10/2018، تحت عنوان "مزرعة وزارة الصحة"، تقول رلى إبراهيم: " في شبعا مستشفى حكومي لا يعمل، تديره سفارة أجنبية ومؤسسة خاصة، وتخصِّصُ له"مزرعة" وزارة الصحة مليار ليرة سنوياً". وهناك مليون دولار آخر تقدمه دولة الإمارات، سنوياً، والدولة لا دورَ لها في تنسيق الصرف عليه وإدارته. الدور للمؤسسة الخاصة، بالرغم من أن هناك مرسوماً رقم 7398 صدر في الأول من أيّار عام 2012 يقضي بإضافة هذا المستشفى إلى ملاك وزارة الصحة وبإنشاء مؤسسة لإدارته. لكنَّ أحد وزراء الصحة السابقين سَلَّمَ إدارة المستشفى إلى الإمارات التي بدورها سَلَّمَتْهُ إلى المؤسسة الخاصة، "من دون أن يسألَ أحد من الدولة اللبنانية عن هذه الفضيحة". المستشفى لم يُفْتَحْ، والدعم المالي مستمر، والموظفون يقبضون رواتبهم.

> التوظيف في الدولة لا يعتمد لا على الحاجة في التوظيف ولا على الكفاءة له، بل على الكوتا الحزبية الطائفية. فهناك 370 ألف موظف في بلدٍ لا يتجاوز عدد سكانه الأربعة ملايين نسمة. و"ليس عيباً" أن تتسارع الأحزاب الطائفية، من خلال

وزرائها، إلى النهش في جسم الدولة، والإمعان في طلب المزيد من المخصصات. ولكنْ من أين ستأتي هذه المخصصات؟ إنّ التبديد المالي يعُمُّ كلَّ مؤسساتها، ومنها المؤسسة الصحية. فالوزير، أيُّ وزير، مسؤولٌ تنفيذي مسؤوليته العمل حسب الخطة المقررة من الدولة ومراقبة الفريق العامل لتنفيذ مشاريعها بتوعيته وتعبئته من أجل الخير العام.

والسقف المالي مثالٌ لتبذير الدولة وتصرف وزراء الصحة.

بلغ السقف المالي للمستشفيات هذه السنة حوالى 465 مليار ليرة لبنانية. والسقف المالي هو المبلغ الذي تمنحه الدولة لأي مستشفى لكي يعالج المرضى الذين لا يملكون أي ضمان صحي لعدم قدرتهم المالية على ذلك. وقد ظهر وزير الصحة المغادر، بعد جلسة المجلس من أجل تشريع الضرورة، وهو يتوعَّدُ بالكوارث والمصائب لأن الدولة لم تستجب دعوته لزيادة في مخصصات وزارة الصحة التي تبلغ أكثر من 550 مليار ليرة لبنانية (365 مليون دولار). هذا الأمر لا ينحصر بوزير الصحة فقط، بل ينسحب على كل الوزراء، لا في هذا العهد فقط، بل في العهود السابقة أيضاً. وما تشيرُ اليه هذه الحالة أن الوزير هو الحاكم بأمره، يتصرف في الوزارة كما يشاء، هدفه خدمة

مصالحه الانتخابية الشخصية والحزبية. ولا يتوانى الوزير من حشد أزلامه في وظائف قد لا يكون هناك حاجة إليها. يحدثُ هذا في وقتٍ يترتَّب فيه على الوزير مسؤوليةٌ وطنية ودستورية كبيرة كعضو تنفيذي في الدولة، وذلك بالإشراف على أي مشروع وطني يُقره مجلس الوزراء، ويوافق عليه مجلس النواب. والغريب الذي يدعو إلى كثير من التساؤل أن هذا يحدث في لبنان الذي يتكبّد دَيناً عامّاً يبلغ الآن حوالى 80 بليون دولار، وحيث بلغت نسبة البطالة حوالى 40%، وحيث 370,000 موظف رواتبهم على الدولة "المديونة"، وحيث أزمة اقتصادية انعدَمَ الاستثمارُ بسببِها، وحيث يتكدَّسُ المال في البنوك، وحيث الجامعات - وما أكثرها! - تمعن في فرض أقساط مرتفعة على الطلاب، وتمنحهم شهادات طبية،واختصاصات عالية في المجالات الأخرى، بلا اعتبارٍ لحاجات البلد في تأسيس ودعم الاستثمارات في الصناعاتً المهنية التي تكفل عملاً مجدياً للمتخرج وللوطن. والجامعات في عملها لكأنها تقول للمتخرجين الذين لا يجدون عملاً في اختصاصاتهم: مسؤوليتنا انتهت هنا، وما عليك إلا البحث عن عملٍ في بلدٍ آخر. وهنا الكارثة الإنسانية الأخرى التي يعانيها لبنان، وهي هجرة الأدمغة. زدْ أنّ هناك فائضاً كبيراً في الأطباء. المعدل المعقول هو طبيب لكل 370 شخصاً، بينما هناك في لبنان طبيبٌ لكل 200 شخص؛ أي ما يقارب الضعف. فما هي الحاجة إلى كل تلك الكليات الطبية، إلا إذا كانت

الدولة تعتبر العناية الصحية صناعةً وثروة وطنية تدعمان الاقتصاد! وهذا يتطلَّبُ منها إيجاد أسواقٍ في المنطقة وفي الخارج، وذلك بعقد اتّفاقات دولية بهدف جلب المرضى إلى مستشفيات لبنان. في ملحق "الأخبار" نفسه يقول الدكتور كرم كرم: «فعلى الرغم من أن القطاع الاستشفائي الخاص في لبنان متطور تقنياً وعلمياً، ومستشفى الخدمات التي يوفرها تعدّ جيدة جداً بالمقارنة مع مستشفيات الشرق الأوسط والعالم العربي، إلا أنني مصاب بخيبة أمل لأننا قادرون على إنجاز أكثر بكثير، وأن يكون لبنان من الأفضل في هذا المجال على مستوى العالم، وليس فقط على صعيد المنطقة، نظراً إلى الكفاءات والطاقات البشرية المتوافرة، سواء في الجسم الطبي أو المهن الموازية للطب في التمريض أو المختبرات أو الأشعة». في هذا الإطار، وفي ملحق" الأخبار" نفسه، يكشف الرئيس التنفيذي لمستشفى رزق الدكتورسامي رزق أن «سفارات أوروبية ومن دول محورية في أوروبا تواصلت معنا ومع مستشفيات لبنانية أخرى لدراسة سبل التعاون وكيفية جلب مواطنين أوروبيين إلى لبنان للعلاج نظراً إلى طول المدة التي عليهم انتظارها ريثما يجدون مكاناً متاحاً في مستشفيات بلادهم». وكذلك الأمر مع دول الخليج، فهناك حاجة للاستشفاء في لبنان.

من بين الأهداف المتوخَّاة من السقف المالي مساعدةُ

المستشفيات في الاعتناء بالمرضى الذين يؤمُّون أقسام الطوارىء.

وهؤلاء يشكلون مشكلة لا ينفردُ لبنان بها؛ فهي موجودة في كل الدول، سواءٌ أكانت غنيةً أم فقيرة. وأسباب تردد الناس، غير الضروري، على أقسام الطوارئ كثيرة، منها:

-أنْ لا وسيلة لهم للتنقل وزيارة طبيبهم.

-لا يتبعون نظاماً للغذاء تتطلبه طبيعة مرضهم.

-يفتقرون إلى معرفة طبيعة مرضهم. ويتصرَّفُ الأطباء بموقف فوقي مع المريض.

-يُعوزِهم المالُ اللازم أو الضمان الصحي الذي يخوِّلهم الارتباط بالطبيب وزيارته بشكلٍ دوري.

-غير قادرين على شراء أدويتهم.

- أمّا في لبنان، فالسبب الأبرز يعود إلى أن معظم الأطباء يقفلون عياداتهم بعد الظهيرة، وخلال العطل الأسبوعية، وفي فترات الأعياد، وليس هناك طبيبٌ واحد مناوب ليردُّ على هواتف المرضى. وكلفة اللجوء إلى الطوارئ هي ثلاثة أو أربعة أضعاف كلفة اللجوء إلى العيادة الخاصة. والدولة غيرُ معنية بهذا الأمر. ونقابة الأطباء، التي هي نقابةٌ مهنية غرَضُها حماية مصالح الأطباء، "تتفرَّجُ" على هذا الأمر ولا تفعلُ شيئاً، لأنّ فيه ربحاً ماليّاً. وهي لا تشعرُ بمسؤولية وطنية في معالجته. معظم هذه الحالات

التي تُأمُّ فيها المستشفيات هي بسيطة، ولا تحتاج إلى الذهاب إلى قسم الطوارئ. ولكنَّ قلق المريض وفقدان الاستشارة الطبية يدفعانه إلى الالتجاء إليه.

وهناك أسبابٌ أخرى، ولكن ضرورية، تستدعي النَّقلَ بواسطة سيّارات الإسعاف كحالات الاحتشاء القلبي، والاحتشاء الدماغي، وهبوط الضغط الشرياني المفاجئ لسبب ما، وعدم القدرة على التنفس (إشتداد الربو)، الغيبوبة، الهذيان، التيه، النزيف الحادّ، ألخ... إلاَّ أنّ الكل يعرف مشكلة السير في لبنان، وعدم وجود نظام مساند لتسهيل انتقال المريض، الأَمر الذي يؤدي إلى وفَيات كان من الممكن تجنبها لو نُقِلَ المرضى بأسرع وقتٍ ممكن . وقد عمدت بعض المستشفيات إلى الاتفاق مع الجيش لتوفير طوّافات لنقل المرضى.

"بلغ السقف المالي السنوي للمستشفيات الحكومية (عددها 30) هذا العام نحو 103 مليارات ليرة، مخصصة للاستشفاء في جميع المستشفيات الحكومية والخاصة في لبنان، أي إن حصتها أكثر من 30% من السقف المالي الإجمالي.

تحصل المستشفيات الحكومية على 28% من بطاقات الاستشفاء التي تُعطيها الوزارة، وهي تضم 1765 سريراً ناشطاً (من إجمالي عدد أسرّتها البالغ 2636) من أصل أكثر من 11000 سرير في كل المستشفيات، وتعالج نحو

30% من المرضى. توحي هذه الإحصاءات أن إنفاق الدولة على المستشفيات الحكومية يتناسب مع قدرتها التشغيلية الفعلية (بل يزيد)، ما يفترض - بطبيعة الحال - تقديم خدمات ذات مستوى عالٍ (وهذا لا يحدث). أمّا من ناحية الخطط ومشاريع التأهيل، فهي أيضاً كثيرة وتمويلها جاهز من هبات ومساعدات داخلية وخارجية، إلّا أنّها تُعرقل وتتأخّر دائماً لأسبابٍ «إدارية» وفق وزارة الصحة، وأسبابٍ سياسية مثل المحاصصة، بحسب ما هو معروف عن طبيعة النظام القائم." (مستشفيات «الدولة» المأزومة، "الأخبار" إيفا الشوفي | الجمعة 1 آب 2014).

المدير العام لوزارة الصحة، وليد عمار، يؤكّد أنّ مشاكل المستشفيات الحكومية أكبر من ذلك بكثير، وهي تتلخّص بثلاثة أنواع: مالية، إدارية وسياسية.

- من الناحية الإدارية، مجالس الإدارة (مجلس الأمناء) تعاني من الصراعات السياسية التي تنعكس على الأداء الإداري. هؤلاء الأمناء يجب أن يكونوا من رجال الأعمال المستقلين، الذين لهم خبرتهم، كلٌّ في مجاله الخاص، ومن وجهاء الحي أو المنطقة أو البلدة، وأن يكونوا متطوعين وليس لهم أي مخصصات مالية باعتبارهم ليسوا بحاجة إليها.

- ممارسات خاطئة تحصل داخل المستشفيات على حساب صحة المريض وأمواله كتصنيف بعض الحالات

المرضية على أنها "حالات طارئة"، وهي ليست كذلك.

- إستعمال الأدوية الباهظة الثمن وسوء استخدام التكنولوجيا، الأمر الذي يرتّب فاتورة استشفائية ضخمة.

- إسراف في العمليات الجراحية المكلفة، إذ إن نسبة العمليات الجراحية في لبنان مقارنة بعدد السكان ضخمة جداً.

- ما يقع بين الأطباء والإدارة والسماسرة من تواطؤٍ على استقدام «البروتيز» (أو أي طرف اصطناعي)، على سبيل المثال، أو الحليب الممنوع إدخاله إلى المستشفيات في إطار مشروع وزارة الصحة لتشجيع الإرضاع من الثدي؛ ويُدخل الحليب بقدرة قادر!

- المشاكل التي يواجهها وزراء الصحة العامة في المستشفيات الحكومية تصبّ في إطار ما ذُكر سابقاً. «عيبٌ بنيوي يشوب معظم المستشفيات، يتعلق بالتوازن المالي»، «جميع هذه المستشفيات تفتقر إلى التوازن المالي، والسقف المالي لمعظمها لا يغطّي معاشات الموظفين الذين يتجاوز عددهم حاجة المستشفيات بكثير نتيجة التوظيف السياسي». يضيف المصدر أنّ «الرقابة على المستشفيات تعاني أيضاً أخطاءً كثيرة من ناحية الإدارة ونوعية الخدمة الطبية المقدّمة. لا يوجد أي رقابة، وأبرز شاهد على ذلك هو ما عانى منه مستشفى رفيق

الحريري الجامعي». (راجع إيفا الشوفي، "الأخبار" 1 آب 2014، وملحق مستشفيات لبنان "الأخبار" 29 تشرين الأول عام 2018). وهناك مستشفيات أخرى لا رقابة فعالة عليها، وقد ذكرت الصحف ما يشكوه مستشفى بعلبك الحكومي، ومستشفى صيدا الحكومي، ومستشفى شبعا.

- وهناك سببٌ لم يذكره الدكتور عمّار، وهو أنَّ أحقية الدخول إلى المستشفيات لا تتبع لائحة المعايير التي حددتها وزارة الصحة، ولا تتبع المعايير التي أصبحت مسلمات في العرف الطبي (Evidence Based Medicine). والمفروض بهما الاعتماد على قياسة عناصر الأخطار المحدقة بالمريض (Risk Based Evaluation) .

ويظهرُ عجز الدولة في مهمة تنظيم استيراد الأدوية، وضعف موقعها التفاوضي مع شركات الأدوية التي تحتكرُ السوق. هذا العجز أدى إلى حالة "يعاني مركز توزيع الأدوية في الكرنتينا، التابع لوزارة الصحة، من انقطاعٍ في عددٍ كبير من الأدوية، تشملُ أدوية السرطان والأمراض المستعصية وبعض الأمراض المزمنة". وهي " تشهد انقطاعاً دورياً". والأسباب الكامنة خلف الانقطاع أهمُّها "استيراد الأدوية بأسعار تجارية باهظة، وعدم مراقبة آلية توزيعها، وغياب سياسة دوائية ترعى ضرورة إصلاح سوق الدواء"، وقد رأينا كيف أنَّ المؤسسة العسكرية تشتري الدواء بكلفةٍ هي أقل من الأسعار التي تدَّعي وزارة الصحة أنها حصلتْ عليها. هذا، مع أن الدولة بملاكها

المتسع في المستشفيات الحكومية تملك قوة شرائية كبيرة في التفاوض مع شركات الإنتاج المتعددة من أجل ثمن معقول لهذه الأدوية. وكان باستطاعتها التنسيق مع نقابة أصحاب المستشفيات الخاصة في موقف موحَّد من هذه الشركات

وبالرغم من الدين العام والأزمة الإقتصادية، وتواطؤ المسؤولين المبذرين بعضهم مع بعض، فإنَّ لجنة المال أقرَّت 75 مليون ليرة إضافية على الموازنة المخصصة سابقاً. هذا ما تتجنبه الدول الثرية وغير الثرية اليوم، وتسعى إلى اندماج المستشفيات أو أية مؤسسات صحية بعضها مع بعض، وذلك لتقوية وضعها التفاوضي مع شركات الأدوية، وحتى مع شركات صنع الآلات الطبية. إلاّ أنّ "إقرار الاعتمادات [في لبنان] لسدِّ العجز لن يُشَكِّلَ ضمانة بعدم تكرار الأزمة في ظلِّ غياب سياسة دوائية تلحظُ وجوب إعادة النظر بالأسعار الباهظة التي تقدمها شركات الأدوية. فمع استمرار"الصيغة" الحالية لاستيراد الأدوية وعدم ضبط مراقبة توزيعها وارتفاع أعداد مرضى السرطان والأمراض المستعصية، يغدو خطر عودة انقطاع الدواء "حتمياً". وهذا يعني، عملياً، الاستمرار في خيار الرضوخ لشركات الأدوية وضمان استمرارية مصالحها في سوق الدواء الذي تشكل كلفته نحو3.5% من مجموع الناتج المحلّي؛ وهي النسبة الأعلى في الشرق الأوسط والسابعة في العالم، بحسب تقديرات

مؤشر(BMI) العالمي حول الأدوية والرعاية الصحية (Business Monitor International)". أما السبب الآخر لفقدان الأدوية، وهو الذي يحتاج إلى المعالجة، فهو الفساد. يقول الدكتور كرم كرم إنه حين تسلّمه الوزارة: «اكتشفتُ أن مركز التوزيع في الكرنتينا كان عبارة عن «زريبة»، لا يقدر المريض على الوصول إليها، وينتشر فيها السماسرة، وممثلو الأحزاب الذين كانوا يحضرون ومعهم عدد كبير من الوصفات الطبية الصحية والمزوّرة، ويأخذون كميات كبيرة من الأدوية. وبعد شهر أو شهرين كانت تفقد الأدوية من المركز وتباع في السوق السوداء في الدول العربية المجاورة. ولكي نجعل هذا المركز أهلاً لأن يستخدمه البشر، تطلّب الأمر جهداً كبيراً نظراً لاعتراض المستفيدين من السرقات، حتى أنني اضطررت أن أساهم شخصياً في إعادة تأهيله بمساعدة من منظمة الصحة العالمية حتى أصبح مركزاً تقنياً ومُمَكْنناً."

يعتبر د. كرم أن «السياسيين في لبنان وأزلامهم اكتشفوا أن قطاع الدواء في لبنان مربح كقطاع المخدرات، ونسبة السرقة في هذا القطاع الذي تتخطى فاتورته المليار دولار تُقدَر بحوالى 20% إلى 25%." (ملحق "الأخبار" نفسه: مستشفيات لبنان).

أما عن الطاقم الطبي الحالي، فما يزال يتَّبع الأساليب القديمة في عنايته الصحية مهما عَلَتْ ثقافته وتعددت. وليس هناك أي ترابطٍ بينه وبين القطاع الإداري والدولة

لانعدام وجود أي مشروع وطني يتضامن الجميع في بنائه.

ليس هناك شك في أن المستشفيات الحكومية تشكّل عبئاً على الدولة، وليس عندها أية آلية لإدارتها ومراقبتها. فهل تفكر الدولة بعرضها على البيع للقطاع الخاص من خلال مناقصة، والاستعاضة عنها باتفاقات مع كل المستشفيات الخاصة لمعالجة المرضى الفقراء بدون تمييز لقاء فاتورة استشفائية مُتَّبَعة من قِبَل كلِّ شركات الضمان في العالم وحسب الموقع الجغرافي. إن هذا، إن حصل، يتطلَبُ مراقبة فعلية من أطباء لا يتجاوز عددهم أصابع اليد يُدرَّبون على هذه المهمات، أو من شركاتٍ خاصة لها خبرةٌ في هذا المجال. فكلُّ مرض اليوم له رمزٌ رقمي (Code) وتكاليفه معروفة، وكذلكَ اشتراكات المرض، إن وُجِدَتْ. والكلفة أصبحت من المسلَّمات حسب الموقع الجغرافي. والتعويض المالي للمراقبة يمكن ان يكون فيه حافز يتناسب مع مستوى الأداء ونتائجه.

أما بخصوص المستشفيات الخاصة، فإن ما يظهرُ من تطورٍ في العالم في العناية الصحية وتكاليفها لا يجد تبريراً لوجود المستشفيات الصغيرة ولا للعدد الكبير الذي ينحصرُ في المدن الكبيرة. يؤكد الدكتور محمد جواد خليفة أن "الاستمرارية في المستقبل تفرض على المستشفيات العائلية في لبنان أن تندمج، وأن يتخصص كل منها في مجال، فتغيب المضاربة والتنافس بينها، وتزيد الفعالية والخبرات لدى الطاقم الطبي والتمريضي. وما يعيق الدمج

حالياً هو الربح المادي الذي تجنيه المستشفيات من استمرار الحال على ما هو عليه".

هذه المستشفيات، عاجلاً أم آجلاً ستتواجه بمزاحمة عالمية إن لم تُعِر انتباهاً لما يجري من تحولات وتطوراتٍ حولها. في وقتٍ من الأوقات بلغت ثروة الـ(Amazon) ما يقارب 900 بليون دولار، وأغلب الشركات العالمية تتوغَّلُ تدريجياً في العناية الصحية. والدولة لا تستطيع الاستمرار في التبذير والتبديد في السوق الطائفي الشَّرِه.