

جورج يونان*

ضجة كبيرة جذبت انتباه الرأي العام إلى العناية الصحية في لبنان، بعد الحادث المؤسف الذي أودى بحياة صبية في عز شبابها، خلال عملية تجميل في إحدى المؤسسات الصحية في لبنان. وقد يُحْتَلّ للبعوض بأنه حادث مستقل ونادر، وقد يكون له أيضاً أمثلة تنكرر بشكل وبأخر ولكن من دون ضجة إعلامية لأن الضحايا ليست لهم مكانة براقية على سلم الحياة الاجتماعية كما كانت لهذه الضحية وكما تمتع به هذا الطبيب.

في لقاء لي مع زميل على مقعد الدراسة، سألتته، حين تولّى رئاسة نقابة الأطباء في لبنان، عما إذا كانت هناك آلية للنقابة لمراقبة العناية الصحية في المستشفيات في لبنان للتأكد من الجودة في الممارسة المهنية ولتجنب أخطائها الكارثية التي قد تحدث في أيّ من المستشفيات، وفي أي مكان في العالم، والتي هي معروفة في المجتمع الطبي العالمي، فقال لي بأنه ليست هناك أية آلية وقائية، وليس هناك أي تنسيق مهني بين النقابة والجهاز الإداري (شاملاً الجهاز التمريضي) في المستشفيات، إنما النقابة تحقق فقط حين تقع الكارثة فتأتي بالعقوبات التأديبية. ولكن حتى هنا النقابة لا تحقق إلا إذا كانت هناك شكوى، والشكوى قد لا تأتي من الناس وهم بأغليبتهم من المغلوب على أمرهم ولا إمكانيات لديهم لمتابعة الأمر.

وكلنا نعرف ما حدث منذ سنة أو سنتين وهو اعتصام الأطباء في نقاباتهم على أثر توقيف أحد زملائهم. هذا من جهة، ومن جهة أخرى ففي السنين الماضية أيضاً كانت الناحية الاقتصادية (تكاليف العناية الصحية) هي الحدث السائد: الإضراب العام للمستشفيات في لبنان ورفضها التعامل مع الضمان، والجدل القائم بين الأطراف المعنية حول التعرف الصحية، مؤسسة الضمان، الدولة من خلال مخصصات وزارة الصحة وميزانياتها، المؤسسات الاقتصادية، المستشفيات والجهاز الطبي ككل، والنقابات (المستشفيات تهذّب بالتوقف عن استقبال المضمونين إذا لم تُقَرَّ زيادة التعرف، «النهار»، 22 آب 2012/ الفاتورة الاستشفائية المرتفعة في لبنان تستدعي سياسة صحية شاملة. المستشفيات الخاصة تتقاضى أكثر من 700 مليار ليرة سنوياً، ملحق النهار 26 نيسان 2012).

في زيارتي الأخيرة للبنان جاءتني مواطنة بإضبارتها الصحية، وفي هذه الإضبارة كان هناك تقريران لتخطيط صوتي للقلب خلال فترة سنة أشهر مع توجيه للمواطنة بإعادة التخطيط الصوتي سنوياً. التقريران أظهرتا تحضراً زائداً في العضلة القلبية غالباً ما نراه عند الذين لديهم ارتفاع في الضغط الشرياني: Left Ventricular Hypertrophy.

هذا التحضّر قد يتلاشى تدريجياً مع الزمن بمجرد معالجة هذا الضغط الشرياني. في كل مرة تكلفت المريضة، ومن جيبها الخاص خمسمئة دولار، بينما كلفة التخطيط الصوتي القلبي في الولايات المتحدة هي مئتا دولار وهي أرخص من ذلك بكثير في الدول الأوروبية، وفي حالتها ليس هناك داع لإعادته كل سنة أشهر، بل قد يسمح بإعادته مرة كل 3-5 سنوات إذا اقتضت الضرورة وإذا سمحت به شركة الضمان الصحي.

العاملان المحركان لهذه الأشياء كلها هما: أولاً حق المواطن في العلاج الناجع وفي حماية هذا المواطن. وثانياً مسؤولية الجهاز الصحي والدولة في تأمين هذا الحق وهذه الحماية.

لن نبحث في قصة القضاء، والحاجة إلى قضاء طبي. فهذا يقتضي بحثاً آخر. في حديث لي مع أحد رؤساء الجامعات اللبنانية، التي تملك مستشفى في بيروت، حين تقابلنا في نيويورك، خريف عام 2011، قلّت له بأن العناية الصحية ليست مسؤولية وطنية فحسب، كمسؤولية الدفاع، ومسؤولية التعليم، لا بل، من حيث هي حق من حقوق المواطن وحاجة إنسانية، أصبحت شأناً عالمياً، كحقوق الإنسان في الحرية، وكالاقتصاد والتجارة الحرة، ولبنان مقبل عاجلاً أو أجلاً على التعامل مع هذا الواقع. وفي الحقيقة وعلى أكثر من عقدين من السنوات، يورد الدكتور وليد عمار في كتابه

«Health system and Reform In Lebanon»

الذي أصدره المركز الإقليمي لشرق الأبيض المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية، بأن الدولة اللبنانية كانت أول دولة في المنطقة حاولت أن تضع برنامجاً لتأهيل العناية الصحية، إلا أن هذه المحاولة وقعت فريسة المحسوبات السياسية والطائفية، كما هي الحال مع كل القطاعات في الدولة اللبنانية. يقول راينهولد نايبور Reinhold Niebuhr إن ما يتحكم في مصادر القوة في أي من المجتمعات المتطورة إنما هو الاقتصاد وليس القدرة السياسية أو القدرة العسكرية. ومن هذه الناحية، فإن الممارسة المهنية في الطب لها وجه اقتصادي، وقد بدأ هذا الوجه بالظهور شيئاً فشيئاً في السنين الأخيرة في الولايات المتحدة وفي بلدان أخرى، من حيث أن الطب مهنة لكسب العيش كأي مهنة أخرى، وكي تستمر المهنة وتطور، عليها أن تأخذ في الاعتبار، وكأي عمل مهني آخر عوامل الكلفة وتوازنها مع عوامل الربح وعوامل الإنتاج في قطاع له تأثير كبير على الاقتصاد القومي.

ولنأخذ النظام الصحي في الولايات المتحدة كمثال لما هو سائد في العرف الطبي العالمي الآن، فقد تطلعت الحكومة الفيدرالية في الولايات المتحدة، في عهد الرئيس باراك أوباما، وتحت ضغط الكلفة الزائدة للعناية الصحية، إلى خفض النفقات بما قدره 1,2 تريليون دولار. قسمٌ كبيرٌ منها نفقات على الرعاية الصحية.

بالرغم من تقدم العناية الصحية في الولايات المتحدة، وبغض النظر عن برنامج الرئيس باراك أوباما وتفصيله المعقدة والتي لا مجال هنا لبحثها، هناك تسليم عام يشمل كل القيادات السياسية في الولايات المتحدة بأن العناية الصحية في الولايات المتحدة فيها شروح إلى درجة التفتت تضع عبئاً كبيراً على الاقتصاد القومي، وبأن هناك حاجة ملحة إلى مراجعة وإعادة بناء، وإلى آلية دائمة في التقييم والمحاسبة. ففي النظام الصحي السائد كثر من الهدر، يبلغ حوالي 20% من مجموع كلفة العناية الصحية. وهناك إلاح من جميع الأطراف لوقفه، فكيف باقتصاد مهتز كالاقتصاد اللبناني. والآلية التي تؤدي إلى تجنب هذا الهدر ترتكز على الشفافية والجودة في الممارسة المهنية، والجودة في الممارسة المهنية تتطلب التزاماً بنتائج أبحاث والاكتشافات الطبية التي أصبحت مسلمات راسخة في الثقافة الطبية، وتجنب الإسراف في الإنفاق الذي لا طائل منه، من حيث أنه يضيف أعباءً غير ضرورية على الاقتصاد القومي. وهذه الآلية هي نفسها كقيلة بالحفاظ على سلامة المريض ومعالجته علاجاً شافياً.

إن نسبة التضخم في كلفة العناية الطبية الآن في الولايات المتحدة هي حوالي 4,5% في حين أن نسبة زيادة الدخل القومي هي أقل بكثير من ذلك. واستمرار الحالة كما هي سيؤدي إلى خلل في الاقتصاد القومي. ومن جهة أخرى، فإن تخفيض هذا التضخم إلى 3,5% يمكن الإدارة الفيدرالية من إيفاء 25% من ديونها وتخفيضه إلى نسبة 2,5% سيمكن الإدارة من إيفاء نصف الدين وتخفيضه إلى نسبة أصغر قد يساعد على إيفاء الدين كله.

إن معدل كلفة العناية الصحية، للفرد، في الولايات المتحدة هي حوالي 8200 دولار في السنة، وهي أعلى نسبة في العالم مع أن مستوى العناية الصحية هو في المرتبة السابعة. فالعناية الصحية تاكل أكثر من 13% من الدخل القومي، وإذا استمرت الحال كما هي الآن فقد ترتفع هذه النسبة إلى 31% عام 2035 وإلى 46% عام 2080.

أحد العوامل التي تستوق هذا الخط البياني صعوداً هو زيادة نسبة المسنين في الولايات المتحدة. فحالياً تبلغ نسبة الذين يتجاوز عمرهم 65 حوالي 13%، بين هؤلاء نجومٌ معروفون في المجتمع كالرئيس دونالد ترامب، والمغنية شير Cher، والممثل سيلفستر ستالون، والمغنية ليزا مينيلي Liza Minnelli، ومغنية الكاونترتي ميوزيك دولي بارتون Dolly Parton. هذه النسبة الـ 13% الآن سترتفع إلى 20% في عام 2030. والعامل الآخر الذي يسوق هذا التصاعد هو الهدر، إذ يقدر الهدر في الجهاز الصحي بين 600-850 بليون دولار. 40% منها مصاريف لا مبرر لها تصرف على مصادات الحيوانات

الغالية والأشعة والفحوصات المخبرية، التي لا ضرورة لها إنما يستعملها الأطباء والمستشفيات لدرء الدعاوى القضائية المرتبطة بتهم سوء العناية الصحية. وهناك 19% ترجع إلى الاحتيال في استعمال التعرف في الخدمات الصحية والكسب غير المشروع عن طريق البراطيل والخوات بين الأطباء. هناك 17% من الهدر بسبب عجز وعدم فعالية الإدارات المشرفة على المستشفيات. هناك 12% من الهدر بسبب الأخطاء أثناء ممارسة العناية الطبية، أخطاء قد تؤدي أحياناً إلى وفاة المريض. وهناك 6% من الهدر بسبب فقدان التناسق بين الأطباء وقطاع التمريض وإدارة المستشفيات. وهناك 6% من الهدر بسبب المرضى الذين يُدخلون إلى المستشفيات بلا ضرورة وبلا استحقاق وهذه العلة شائعة في لبنان.

من يعتقد أن مثل هذا الهدر غير موجود في لبنان أو في العالم العربي فهو وهم. ففي لبنان هناك زيادة في عدد المستشفيات الصغيرة التي أنشئت ليس لضرورات صحية ولكن لغايات تجارية، ومعظم هذه المستشفيات الصغيرة هي مستشفيات خاصة، يملكها أطباء، وفيها نقض في التجهيزات اللازمة للعلاج في الحالات الخطيرة التي تتطلب عناية مشددة، كما أن فيها نقصاً في عدد الممرضات الكفوئات، ونقصاً في المعدات والكفاءات في أقسام الطوارئ. وفي موازاة ذلك هناك فائض في عدد الأطباء الممارسين (طبيب لكل 200 مواطن) مما أدى إلى زيادة عدد المنتظرين حول قالب الحلوى في الوقت الذي بقي حجم هذا قالب على حاله، لم يكبر بسبب الحرب والكوارث الاقتصادية التي نتجت عنها. كما أن متطلبات العناية الصحية قد تزايدت عدة أضعاف بسبب زيادة عدد المسنين وزيادة الأمراض الناتجة عن ذلك كمرض السكري وأمراض القلب والشرابيين، وحالات السرطان بأنواعه. وفوق ذلك فإن ثقافة الوقاية الصحية ليست عميقة في المجتمع، إذ تزداد حالات البدانة والسمنة بسبب الإفراط في الطعام، وتنتشر عادة التدخين، وهناك إفراط في استعمال الملح في الطعام، وهناك إهمال في معالجة ارتفاع الضغط الشرياني.

لكل هذه الأسباب فإن توفير العناية الصحية المتكافئة (يقول المدير العام للصحة) أصبح أمراً عسيراً أمام المخصصات الزهيدة لهذا المشروع. وهناك حاجة إلى تقييم كلي لعملية الممارسة الطبية من الناحية المهنية. إنها تحتاج إلى إصلاح جذري وتأهيل. وقد بدأت الحكومة الفيدرالية في الولايات المتحدة عملية إعادة النظر في نظام الرعاية الصحية بهدف إصلاحه. والإصلاحات تستمثل: 1. قطاع التأمين الصحي بكيئته. 2. قطاع الخدمات الصحية وأليته. 3. عملية التعويض المهني أو تعرفه الخدمات الصحية. 4. التركيز على الشفافية في آلية إعداد الخدمات الصحية. 5. التركيز على التكنولوجيا والالتزام بالإضبارة الإلكترونية للمريض.

1. قطاع التأمين الصحي: هناك نوعان من الضمان الصحي في الولايات المتحدة وفي لبنان أيضاً: الضمان الاجتماعي Social Security الذي تؤمنه الدولة والضمان الخاص الذي يقع على عاتق المريض، فهو إما أن يدفع من جيبه، أو عن طريق الاشتراك في شركات تأمين خاصة مباشرة أو عن طريق رب العمل. في الولايات المتحدة للدولة مسؤولية كبيرة تجاه المواطن لأنها تقطع من راتبه، وطوال سنين عمله، نسبة معينة تذهب إلى صندوق الضمان الاجتماعي Social Security، وحين يتقاعد فإن 80% من ضمانه الصحي Medicare يُدفع من هذا الصندوق والباقي 20% يقع على كاهل المريض.

أما النوع الثاني للضمان الصحي فهو الذي يؤمّنه المريض بنفسه عن طريق استخدامه أي رب العمل أو عن طريق التعاقد مباشرة مع شركات التأمين الصحي الخاصة. ولأن القطاع الصحي شكّل عبئاً كبيراً على الاقتصاد الوطني بسبب الهدر الذي ذكرناه عملت الدولة والشركات الخاصة أيضاً في العقدين الماضيين على إنشاء أجهزة مراقبة طبية لدراس أحقية المعالجة في المستشفيات مستخدمة مؤشرات وأسساً Guidelines وضعتها لجان الجودة المهنية المنبثقة من

العناية الصحية: حق المواطن ومسؤولية الجهاز

كل منظمات الاختصاص الطبي Professional Organizations. وقد امتدت هذه المراقبة لتشمل العيادات الخاصة لتقنين الصور المكلفة من محورية، وذرية، ومغناطيسية. وقد تعتمد الدولة وشركات التأمين قريباً بالتخلص من جهاز المراقبة المكلف، وبالفعل فإن الإدارة الفيدرالية في الولايات المتحدة تخطط لتعريف صحية سنوية واحدة تدفعها للجهاز الصحي (مستشفيات وأطباء) عن كل مريض، وتنفقات بتفاوت أمراضهم وشدّتها. وهذا ما يسمى بالتحزيم أو Bundling: لقد شرعت الدولة اللبنانية حديثاً بمراجعة عمل المستشفيات لوقف الهدر، ومكافحة الفساد والغش، وما على الجهاز الطبي إلا المشاركة في هذا المسعى بتفعيل المسلمات المهنية Guidelines في ممارسة الرعاية الصحية وبالتشديد على الشفافية في طلب الفحوصات المكلفة.

فمسؤولية العناية الصحية يشارك فيها الجميع، من دولة، وشركات تأمين، وأطباء ومستشفيات، وقطاعات التمريض وأرباب العمل. هذه المسؤولية يجب أن يدركها كل الأطراف المعنية في الرعاية الصحية في لبنان.

2 - إصلاح قطاع إمداد وتوفير العناية الصحية بالتركيز على سلامة المريض Do. no harm وبالتكامل في وظيفة توفير وإمداد العناية الصحية ما بين الجهاز الطبي، والقطاع التمريضي، وإدارة المستشفيات: Interdisciplinary Clinical Integration Network. وبالإستعانة، في ممارسة العناية الصحية، بأخر المستجذات التي توفرها الأبحاث والاكتشافات الطبية والعلمية: Evidence Based Medicine. ويتأسس ما يسمى بمركز الابتكار والتحديث: CMS Center of Innovation.

3 - إصلاح عملية التعويض عن الخدمات الطبية، بالتركيز على النوعية والجودة في الأداء لا على الحجم أو العدد أو الكمية: Pay-For Prrformance.

وستغدو التعرف الصحية (أو عملية التعويض عن الخدمات الصحية) في الولايات المتحدة مرتبطة بعاملين: عامل الجودة الذي يشكّل ثلثي التعرف، وعامل التقويم الذي يكونه المرضى عن الطبيب وعن المؤسسة الصحية وهو بشكل الثلث الباقي. وفي كلا الحالتين هناك عقوبات وهناك مكافآت. فالتعريف الصحية قد تخفض بسبب سوء الممارسة والنتائج السلبية، وقد تعلق حين تكون الرعاية الصحية جيدة وفعالة وهذا ما ستقوم به ما يسمى بـ«مجموعات الرعاية الصحية المسؤولة»:

Accountable Care Organizations: ACO.

وقد بدأت المستشفيات والمجمعات الطبية المحيطة بكل منها بعمل جماعي في هذا المضمار.

إن القاعدة التي انطلقت منها هذه المنظمات هي المسلمة المعروفة بأن الإنسان في عمله كل يوم تحركه دائماً حوافز وطموحات، ومن هذه الحوافز يأتي الحافز المادي الذي هو في طبيعة كل إنسان مهما كانت درجة التشفّف والقناعة عنده. خصوصاً في هذا العصر التي تزداد متطلبات الأسرة، وتشتدّ الضغوط الاجتماعية. لهذا فإن المهن سواء كانت فردية، أو جماعية منضوية في شركات للإنسان، أصبح هدفها الأول والأهم هو المستنجاك. ويقول أحد الخبراء بإدارة العناية الصحية توماس كسلّس Thomas Cassels بأن القِيمين على الرعاية الصحية (من مستشفيات وأطباء)، وقبل عقد من الزمن ازدادت أرباحهم بالتركيز على زيادة عدد المرضى الذين يأمون مشافيتهم وعياداتهم، مما زاد من تكاليف العناية الصحية. مع أن هذه العناية لم تتقدم من حيث النوعية ولم تترجم في نتائج أفضل للمرضى وحالاتهم المرضية، وزيادة هذه التكاليف أدت إلى زيادة العبء على ميزانية الدولة وشركات التأمين الصحي والذي بدوره أدى إلى زيادة العبء الضريبي على المستهلك. من هنا أدت الحاجة إلى التركيز على المستهلك (المريض) في الرعاية الصحية، واستنباط البرامج الصحية التي هدفها الأول التركيز على سلامة المريض وباقل كلفة، هذا التركيز حصيلته كسب ثقة المريض مما يؤدي إلى تقويم إيجابي من قبله، والتقويم الإيجابي يكافأ برفع قيمة التعرف الصحية، وهذا حافز للجهاز الطبي لأن يستمر في التركيز