

الرعاية الصحية في لبنان

الجزء الثاني

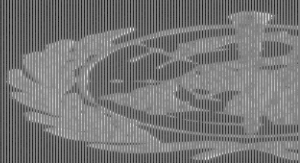
المرافق والتسهيلات الصحية

تأليف =

الدكتور نبيل قرنفل

دور عدنان مرقة

مطبعة الصحة العامة - المكتبة لاقليم شرق البحر المتوسط
الاسكندرية ١٩٨٥ - الرعاية الصحية في لبنان



الرعاية الصحية في لبنان

الجزء الثاني

المرافق والتسهيلات الصحية

تأليف :

الدكتور نبيل قرنفل

الدكتور عدنان مروّة

منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط
الاسكندرية ١٩٨٥ - الرعاية الصحية في لبنان



منظمة الصحة العالمية ، ١٩٨٥

تنشر هذه الدراسة كطبعة محدودة من قبل المكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط . ويتحمل المؤلفان وحدهما مسؤولية الأسلوب العام المتبع والبيانات والآراء المعبر عنها . وقد بذلت عناية فائقة لمراعاة الدقة فيما تشتمل عليه هذه الأجزاء من معلومات . ومع ذلك فليست المنظمة ولا المؤلفان بمسؤولين عن أي أخطاء أو عواقب يمكن أن تنجم عن استعمال المعلومات الواردة فيها .

ولا تعبر التسميات المستخدمة في هذه المنشورة والخاصة بالبلدان أو الأقاليم عن رأي الناشر أو المؤلفين فيما يتعلق بالوضع القانوني لهذه البلدان أو الأقاليم أو سلطاتها أو مؤسساتها أو بشأن تحديد حدودها . وقد تكون بعض أسماء المنتجات المشار إليها في هذه المنشورة علامات تجارية مسجلة أو أسماء منتجات مسجلة الملكية ، ولو لم ينص على ذلك صراحة . غير أن ذكر أي اسم دون تعيين ذلك ينبغي أن لا يفسر على أنه يعتبر في رأي الناشر أو المؤلفين من الأملاك العمومية . كما أن ذكر شركات بعينها ، أو منتجاتها ، أو ذكر أسماء مسجلة الملكية لها ، لا يعني أنها معتمدة أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية أو المؤلفين .

وقد اضطلع المؤلفان وحدهما بمسؤولية الحصول على الاذن اللازم لاقتباس أي مواد محفوظة الحقوق ، من مصادرها . أما ما كان من أمر حقوق الناشر ، فإن الطلبات الخاصة بالاذن بإعادة نشر هذه المنشورة أو ترجمتها ، جزئياً أو كلياً ، ترسل إلى المكتب الاقليمي لمنطقة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط ، ص . ب ١٥١٧ ، الاسكندرية ، مصر . ومع ذلك ، فمن الممكن الاقتباس دون طلب الاذن بذلك ، شريطة ذكر المصدر بالشكل المناسب .

المكتب
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام
وزيرة الشؤون الإدارية
البلدانية

تقديم

بقلم الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري
المدير الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية
لشرق البحر المتوسط

قبل الأحداث الأمنية المفجعة في لبنان ، كان الوضع الصحي يتقدّم بخطى حثيثة ، مواكباً للإنجازات الاجتماعية والاقتصادية . إلا أن ما جلبته السنوات العشر الماضية من تدمير للمرافق الصحية والمساكن ، وما أتلفته من مزارعات ، وما رافق ذلك من تضخم مالي . . . كلّ أولئك قد أدى إلى إعاقة التقدم الصحي ، في وقت تعاظمت فيه الحاجة والمصابين ، حتى لقد أدّى هذا الوضع إلى اعتماد يكاد يكون كلياً على القطاع الخاص في تأمين الرعاية الصحية .

وقد كان المؤلفان في موقع المسؤولية في فترة من فترات هذه الحقبة الأليمة ، تجددت فيها الآمال ببعض الاستقرار ، وبادرت فيها منظمة الصحة العالمية إلى تقديم العون السريع لتلبية هذه المطامح ، فأوفدت قبل كل شيء بعثة من خبرائها لدراسة الأوضاع الصحية ووضعت تقريراً حول إعادة إعمار هذا القطاع المهم ، والسياسات المطلوبة والاستراتيجيات وخطط العمل اللازمة لترجمة هذه السياسات إلى أنشطة برنامجية . ولو أن تفجّر الأوضاع الأمنية مجدداً قد حال مع الأسف دون تنفيذ العديد من التوصيات والبرامج .

ولكن هذه الجهود لم تضرع عبثاً ، فقد أفاد منها المؤلفان بالإضافة إلى خبراتهما الواسعة في تأليف هذا الكتاب القيم ، الذي يستعرض التطور السابق والوضع الراهن والمستقبل المأمول للخدمات الصحية في لبنان ، كما يسهب في وصف الأوضاع الحالية في شتى الشؤون الصحية ، والتدابير والتوصيات المقترحة بغية التجاوب مع الهدف العالمي الرامي إلى تحقيق الصحة للجميع بحلول سنة ألفين . ويحتوي كل فصل على قائمة بالمراجع والملحقات تؤلف مادة غزيرة لكل باحث حول هذا الموضوع، موضوع

الرعاية الصحية ، سواء في لبنان على الخصوص ، أو في غيره من بلدان الاقليم بالنظر إلى تشابه المشاكل الصحية التي تعترضها جميعاً .

وعلى الرغم من أن الموقف لا يزال خطيراً في البلاد في الوقت الذي يطبع فيه هذا الكتاب ، إلا أنه لا بد من أن يتابع أبناءها المخلصون المسلحون بالمعرفة والشجاعة ، التخطيط للمستقبل ، بحيث يضمنون الحد الأدنى من النظام والاستمرارية للمناشط الحالية ، ويحافظون على شعلة الأمل بالغد الأفضل في جميع أولئك المؤمنين بتقديم الصحة للجميع .

وغاية ما أرجوه أن يجد القارئ في المعلومات التي يشتمل عليها هذا الكتاب بأجزائه الثلاثة ، ما يتطلع إليه من خبره وفائدة ، سواء كان من متخذي القرار أو واضعي السياسة أو أصحاب الرأي في المجتمع ، داعياً الله عز وجل أن يعيد إلى هذا البلد الجريح اطمئنانه وعافيته ، ويؤتي شعبه الصابر من لدنه رحمة ويهيئ له من أمره رشداً .

محتويات الجزء الثاني

٥	تقديم
٩	مقدمة
١٣	الفصل السابع : المستشفيات
٢٩٩	الفصل الثامن : الدواء
٤٨١	الفصل التاسع : التمويل الصحي
٥٨٣	الفصل العاشر : المختبرات الطبية

مقدمة

لم تعد أهداف التنمية تحدّد على أساس النمو الاقتصادي فقط بل إنها عملية ترمي إلى تعزيز كرامة الانسان ورفاهيته واقتلاع جذور الفقر باعتباره أكبر عقبة تعترض سبيل التقدم والوفاق على الصعيدين الدولي والوطني .

ويتزايد الاعتراف بأن التمتع بمستوى صحي أفضل وسيلة بل عنصر لا غنى عنه إن لم يكن شرطاً أساسياً للتنمية الاقتصادية والاجتماعية وبالتالي الاصرار على التكامل التام فيما بين السياسات والاستراتيجيات الصحية من ناحية وخطط التنمية الوطنية من ناحية أخرى . وهكذا لا يجب أن ينظر إلى الصحة والتنمية على أنهما ظاهرتان لكل منهما اتجاهها الخاص بل انهما ظاهرتان تؤديان بتفاعلهما إلى آثار بعيدة المدى . وقد أدى التحسّن التدريجي في مستويات المعيشة إلى اعتقاد شائع بأن النمو الاقتصادي والتنمية الاقتصادية هما السبيل إلى التقدّم . ولم تعط الأهداف الاجتماعية الأخرى بما فيها الصحة العناية بالقدر الواجب وأهمل إلى حد بعيد الإسهام الذي يمكن أن تقوم به الصحة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية . وقد تلازم هذا التحسّن المضطرد الذي شهدته الأعوام ١٩٥٠/١٩٧٠ تقدم في المجال الصحي بسبب نقص الوفيات الناجمة عن الأمراض الخمجية والطفيلية .

فبرنامج مكافحة الملاريا أدى إلى انقراض هذا المرض تماماً ، كما أن تحسّن الوضع الغذائي وانتشار التحصين واستعمال المضادات الحيوية أدى إلى هبوط ملحوظ في وفيات الأطفال ولكن رغم هذه الانجازات فما زالت العديد من المؤشرات الصحية والاجتماعية تشير إلى مجالات عديدة للتقدّم علينا إحرازه .

في هذا الوضع قامت النظم الصحية كما وردت في مرسوم تنظيم وزارة الصحة عام ١٩٦١ لعلاج الأفراد الذين يقاسون من المرض ولا يزال التأكيد على العلاج وليس على الوقاية ولا تزال الأغلبية العظمى من الأطباء مشغولة بعلاج المرضى في العيادة أو

في المستشفى ولا يزال التدريب الطبي يركز على تشخيص الأمراض وعلاجها . هذه النظرة إلى الطب على أنه علاجي أعطت للطبيب دخلاً محترماً ومركزاً اجتماعياً مميزاً جعله يتردد في التخلي عن التسهيلات الفنية والحياة الأسهل في المدن والدخل المرتفع من أجل العمل في المناطق الريفية رغم تشريع يشترط للحصول على إجازة معاطاة مهنة الطب الممارسة في الأرياف لفترة سنتين .

والتنمية الاقتصادية لم تكن كلها نعمة صافية - في الستينات والسبعينات فقد نتج عنها نمو حضري غير منظم أدى إلى كثافة سكانية هائلة في ضواحي العاصمة الشرقية والجنوبية ، وأوضاع سكنية متردية نجم عن هذا الوضع مشكلات اجتماعية اقتصادية وصحية جمة - والصورة السائدة في لبنان كانت تتمثل باعتلال في الصحة متلازمة مع الفقر والجهل بصفة عامة ، فإن إمدادات المياه غير كافية والماء ملوث والاصحاح في حده الأدنى أو غير موجود وكان لإهمال الزراعة بسبب الهجرة إلى المدن أن أصبحت إمدادات الغذاء غير كافية وباهظة الثمن .

فالصحة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالتعليم والتغذية والمياه النقية والاصحاح الكافي والاسكان المناسب وفي لبنان اليوم عجز معزّن في هذه العناصر الأساسية . ورغم التسليم بأن الصحة حق أساسي لا يتوقف على الكيان الاجتماعي أو الاقتصادي ولكن هذا التسليم لا يعني أن الصحة احتلت مكانها اللائق في التنمية الاجتماعية الاقتصادية - فقد أدى التأكيد على الصناعة والنمو الصناعي في لبنان إلى إهمال نسبي للجوانب الصحية - فأقيمت صناعات دون إعطاء الاعتبار المناسب لصحة العمال أو صحة البيئة وتحولت أراضٍ زراعية خصبة إلى أراضٍ بور شجعت هجرة الناس من الأرياف إلى مناطق صناعية ، دون النظر إلى المشكلات الاجتماعية والنفسية الناشئة أو الآثار البيئية المترتبة على هذه الهجرة فتفشى وباء التحضر وأسهم تلوث الماء والضوضاء والاجهاض والجريمة وإدمان الكحول وتناول العقاقير المخدرة والدعارة في الوباء - ولو أعطيت الجوانب الصحية الاهتمام اللائق سابقاً لكانت بيروت والمدن الكبرى مختلفة جداً وكانت اكتسبت بعداً إنسانياً هي في أمس الحاجة إليه .

بعد الفتن والأزمات والحروب التي عصفت بالوطن في السنوات الماضية ازدادت المشكلة الاجتماعية التي كانت قائمة وتسببت بمضاعفات ومشاكل كبيرة بحيث بدأ من المؤكد ضرورة اعتماد سياسة صحية إنسانية غايتها الأولى الاعتراف بالحقوق الأساسية للمواطن وتأمين الحياة الكريمة له حتى يقوم بدوره ومسؤوليته تجاه الوطن ،

الواجب اليوم الاعتراف بالحقوق الأساسية لجميع اللبنانيين انطلاقاً من مبدأ العدالة الاجتماعية والتشدد في تطبيق هذا المبدأ خصوصاً باتجاه الفئات الأكثر حاجة .

على الصعيد الدولي حدثت تطورات بارزة ففي عام ١٩٧٧ قرّرت جمعية الصحة العالمية الثلاثون أن الهدف الاجتماعي الرئيسي في العقدين التاليين ينبغي أن يكون بلوغ جميع شعوب العالم بحلول عام ٢٠٠٠ إلى مستوى من الصحة يتيح لها أن تحيا حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً .

في عام ١٩٧٨ أعلن المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية (المنعقد في المآتا) أن السبيل إلى توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ هو الرعاية الصحية الأولية وإن التنمية الصحية ضرورة أساسية للتنمية الاجتماعية والاقتصادية وأن تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية ليسا متنافسين بل يدعم كل منهما الآخر وفي عام ١٩٧٩ أيدت الجمعية العامة للأمم المتحدة بالقرار ٣٤ / ٨٥ كلاً من قرار جمعية الصحة بشأن توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ وإعلان المآتا وأوضحت بأن الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية - ودعت جمعية الصحة العالمية الثانية والثلاثون (١٩٧٩) الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية إلى أن تعمل على صياغة استراتيجيات وخطط عمل وطنية لتحقيق هدف توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ .

والاستراتيجية المطلوبة يجب أن تهدف إلى تطوير الهيكلية الأساسية للنظام الصحي بدءاً بالرعاية الصحية الأولية وصولاً إلى مجموع السكان في برامج تشمل تدابير للنهوض بالصحة والوقاية من المرض والتشخيص والمعالجة والتأهيل ويلزم أن تتخذ التدابير من جانب الأفراد في بيوتهم والخدمات الصحية على المستويات الأولية والمستويات المساندة ومن أهم سمات هذه الاستراتيجية وجود مراقبة اجتماعية للهيكلية الأساسية الصحيحة من خلال درجة عالية من مشاركة المجتمع .

هذا الكتاب هو حصيلة التجارب التي مرت علينا خلال تولينا المسؤولية في وزارة الصحة في الفترة ما بين ٧ تشرين الأول ١٩٨٢ و ٣٠ نيسان ١٩٨٤ ، وقد حاولنا فيه إبراز الدراسات التي أنجزت خلال هذه المرحلة من قبل مجموعة من الهيئات والأفراد أبرزها التقرير الذي أعدّه فريق العمل المتدب من قبل منظمة الصحة العالمية واتحاد جمعيات الصليب الأحمر الدولي ، وكذلك تقارير أعدتها وحدة التخطيط والتنمية التي أنشئت في وزارة الصحة بمساعدة مالية من وكالة التنمية الدولية في نيسان ١٩٨٣ وتجدر الإشارة أيضاً إلى أنشطة فرق العمل واللجان المتخصصة الاستشارية التي عملت طوعاً على دراسة مختلف الجوانب الصحية وتقديم الاقتراحات لجهة التشريع

المطلوب والتخطيط - كما لا ننسى جهود رؤساء الوحدات والموظفين العاملين في قطاعات وزارة الصحة الذين نشطوا وساهموا في هذه الأعمال كذلك - وقد عمدنا إلى إبراز دور هؤلاء الأفراد والهيئات في فصول هذا الكتاب كما أوردنا في الملحقات بعض المشاريع والدراسات والاحصائيات التي أنجزوها . فلهم جميعاً شكرنا وتقديرنا لمساهماتهم الجلّى ، ونخصّ بالشكر الدكتور حسين الجزائري مدير المكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية ومساعديه على التعاون البناء والمساعدات التي قدمها إلى لبنان كما ننوّه بمساهمة المكتب في طبع وتوزيع هذا الكتاب .

وغايتنا في هذا الكتاب تبيان الوضع الحالي للصحة في لبنان والتدابير المقترحة علنا نساهم في إنهاءض هذا القطاع بغية إيصال الصحة للجميع في أقصر فترة ممكنة ومن أجل الوفاء بالاحتياجات الأساسية لجميع اللبنانيين وتحقيق العدالة الاجتماعية والاقتصادية .

الدكتور عدنان مروة

الدكتور نبيل قرنفل

- أستاذ سريري في دائرة التوليد

- أستاذ ورئيس دائرة الخدمات الصحية .

والأمراض النسائية .

كلية العلوم الصحية .

كلية الطب - الجامعة الأميركية في بيروت .

الجامعة الأميركية في بيروت .

- وزير الصحة والعمل والشؤون الاجتماعية .

- مستشار وزير الصحة اللبنانية

٨ تشرين أول ١٩٨٢ - ٣٠ نيسان ١٩٨٤

الجمهورية اللبنانية

بيروت - كانون الأول ١٩٨٥

الفصل السابع المستشفيات

في التشريع :

١ - صدر أول تشريع في لبنان يتعلق بالمستشفيات في ٢٩ صفر سنة ١٢٩٣ هـ الموافق في ٣ آذار ١٨٧٨ م وعني بذلك قانون مستشفيات المجانين العثماني . ونذكر ذلك لتأكيد ما سبق وأوردناه في الفصل المتعلق بتطور السياسة الصحية عبر الزمن . فاهتمام الدولة العثمانية آنذاك كان منصباً على الخدمات غير الفردية كالصحة العامة وتأمين مياه الشفة والنظافة والأمور التي تتعلق بالبيئة وتأثيرها على صحة المواطنين . ويأتي اهتمامها « بالمجانين » من خلال تلك النظرة على أنهم خطر على المصلحة العامة والمجتمع وافراده ، وليس لكون الدولة مهتمة بالمستشفيات أو غيرها من المراكز الطبية أو الصحية كمؤسسات للعلاج والخدمات الفردية . فالقوانين المشار إليها تركز على تأمين العلاج للمريض إضافة الى الاهتمام بدرء خطره عن المجتمع ، وحماية المواطنين من أعمال المريض غير المسؤولة .

٢ - ويأتي القرار رقم ٢٢٠ من حاكم لبنان الكبير الجنرال ترابو في ١٠ كانون الأول لسنة ١٩٢٠ ، والمتعلق بقبول المرضى في مستشفيات الحكومة تأكيداً آخراً لهذه النظرة وهي أن الدولة آنذاك مسؤولة باعالة وتطبيب وعلاج المرضى المعوزين الفقراء ، إضافة الى مسؤوليتها عن الصحة العامة والسلامة الصحية للمجتمع . ونص هذا القرار على وجوب إبراز شهادة « فقر حال » من قبل المرضى المواطنين أو العجزة اذا احتاجوا للاستشفاء أو العلاج . وهذه هي المرة الأولى التي برزت بدعة « شهادة فقر الحال » للحصول على الخدمة الطبية في لبنان . وقد أعيد تأكيد ذلك في المرسوم رقم ١٦٦٦١ / لسنة ١٩٦٤ إلى أن ألغي هذا الشرط سنة ١٩٧١ ، بقرار وزير الصحة آنذاك ، وقد كان لهذا الشرط أثر سلبي كما أوردنا سابقاً على استعمال المستشفيات الحكومية مما أدى الى انخفاض نسبة اشغال

أسرّتها حتى قبل الأحداث الأخيرة .

ويشير قرار ترابو الى أن البلدية مسؤولة عن نفقات معالجة المواطنين المنتسبين اليها والمعوزين حتى في مستشفيات الدولة كما ورد في المادة الثالثة من هذا القرار .

وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن مرضى الطوارئ والحوادث كما المرضى المصابين بأمراض وبائية انتقالية معدية يستثنون من الاجراءات الادارية المطلوبة لإدخالهم مستشفيات الدولة وبالتالي يدخلون المشافي ويعالجون فيها مجاناً ، وذلك لعلاقة إصابتهم بسلامة المجتمع أو بسبب الحوادث التي تطرأ عليه .

٣ - ويأتي القرار رقم ٢٥٢٢ الصادر في ٢٣ حزيران عام ١٩٢٤ عن « أبوار » وكيل حاكم لبنان الكبير ، باستكمال حلقة المهمات التي كانت آنذاك من صلب وزارات أو مديريات الصحة فهذا القرار يتعلق « بالمحلات الخاصة للعيادة الطبية في لبنان والترخيص لها » وعيننا بذلك دور الوزارة في الترخيص والرقابة وسن التشريعات المتعلقة بضبط وتنظيم الخدمات الصحية والطبية .

ففي هذا القرار أخضعت معاملة فتح عيادة طبية بمفهومها الافرنسي أي مستشفى صغير الى وجوب الترخيص لها من قبل « نظارة الصحة والاسعاف العام في لبنان الكبير » ، وينص هذا القرار على قواعد طلب الرخصة ومستلزماتها ويؤكد على ضرورة وجود ثمانية أسرّة كحد أدنى للترخيص لعيادة طبية أو جراحية وعلى وجوب إقامة الطبيب المسؤول عن هذه العيادة أو مديرها « على مقربة من تلك المحال » .

٤ - ومع تقدم العلوم الطبية وتغيير المفاهيم صدر المرسوم رقم ٩٨٢٦ / في ٢٢ حزيران ١٩٦٢ وهو يتعلق بالمستشفيات الخاصة . وظل هذا التشريع ساري المفعول حتى تمّ تعديله بالمرسوم الاشتراعي رقم ١٣٩ الذي صدر في ١٦ أيلول ١٩٨٣ ضمن الصلاحيات الممنوحة للحكومة (ملحق رقم ١) .

من المهم جداً التوقف عند المرسوم رقم ٩٨٢٦ ودراسة بعض بنوده لعلاقتها الوثيقة بالوضع الحالي للمستشفيات الخاصة في لبنان .

أخضعت المستشفيات من خلال هذا المرسوم الى اجازتين صادرتين من وزارة الصحة الأولى إجازة طلب انشاء مستشفى والثانية إجازة طلب استثماره للتأكد من تطبيق المواصفات وتأمين الشروط العامة والفنية الواردة في المادتين ٤ و ٥ من هذا المرسوم وهي :

المادة الرابعة :

١ - خريطة عامة بمقياس ١/٢٠٠٠ (واحد على ألفين) على الأقل تبين فيها بالتفصيل المنشآت الكائنة في البقعة المحيطة بالمؤسسة على مسافة لا يقل قطرها عن ثلاثمائة متر وخاصة المدارس والمباني العامة والمحطات والمستودعات المختصة والمؤسسات الصناعية والآبار وجداول الماء ومجاريتها .

٢ - خريطة بمقياس ١/١٠٠ أو ١/٢٠٠ (واحد على مئة أو واحد على مئتين) تبين موقع المستشفى بالتفصيل ضمن العقار الخاص المعدل لإنشاء .

٣ - خريطة إجمالية لكل طابق بمقياس ١/١٠٠ (واحد على مئة) تبين فيها الترتيبات التي يراد إجراؤها والغرف مع مساحاتها وعدد الأسرّة فيها .

٤ - خريطة مفصلة لواجهات المستشفى كافة مع تبيان جميع قياسات الأبواب .

٥ - خريطة تبين فيها بدقة كيفية تصريف المياه المبتذلة والفضلات .

٦ - خريطة تبين فيها الحديقة المتروكة للمستشفى ويجب أن لا تقل مساحة هذه الحديقة عن خمسة وعشرين بالمئة من مساحة الأرض العامة .

المادة الخامسة : يشترط في المستشفى الخاص المنوي إنشائه أن يكون في بناء مستقل ومستعمل بكامله لاغراض وأعمال المستشفى وأن يكون في موقع هادئ سهل المواصلات بعيد عن المؤسسات المصنفة المزعجة سواء من جهة الضجة والدخان أو افساد الهواء وبعيد عن المطارات ومرائب اصلاح السيارات ومحطات وطرق السكك الحديدية والمدافن والمستنقعات والأمكنة الموبوءة بصورة عامة .

كما أن المادة السابعة من المرسوم ٩٨٢٦ تنص على تصنيف المستشفيات حسب أهميتها او اختصاصها أو غير ذلك ولوزارة الصحة أن تفرض على أي صنف منها ما تراه من الشروط الخاصة مراعاة للفن والمصلحة العامة » . كما أن « لوزارة الصحة عند الاقتضاء أن تضع تعرفه رسمية للأجور التي يمكن للمستشفيات الخاصة تقاضيها من المرضى من كل الفئات لقاء اقامتها في المستشفى والخدمات التي تقدم اليهم على أنواعها » (المادة التاسعة) .

وقد أعطى هذا التشريع مهلة عشر سنوات للمستشفيات الخاصة الموجودة آنذاك للتقيد بما جاء في احكام هذا المرسوم لا سيما ما يتعلق بوجود « المستشفى في بناء مستقل، ويستعمل بكامله لاغراض واعمال المستشفى وأن يكون في موقع هادئ سهل

المواصلات بعيد عن المؤسسات المصنفة المزعجة « وتسقط هذه المهلة » إذا تم نقل المستشفى لبناء آخر أو توسيعه أو تغيير اختصاصه » .

من الواضح أن الدولة كانت تهدف آنذاك الى تأمين وجود شروط دنيا لما يسمح بتسميته « بالمستشفى » وبالتالي وضع هذه المؤسسات في خانة خاصة بها وتنظيم أسس هذه المرافق استناداً الى العلم والتخصص وتقديمه على مر الزمن ، كما اعتمدت الدولة مبدأ تصنيف المستشفيات ، حسب قدرتها على استيعاب المرضى او اختصاصها وبالتالي سمحت ضمناً بوجود واستحداث عدة أنواع من هذه المؤسسات الطبية ووضعت شروطاً دنيا يجب التقيد بها ، تمهيداً لوضع تعرفه رسمية للأمور التي يمكن استيفائها عند دخول المستشفى معادلة حسب وضعية المستشفى ودرجته في التصنيف . وليس من الضروري التذكير أن المهلة قد انتهت عام ١٩٧٢ ، أي عدة سنوات قبل الحرب ولم تفرض الدولة شروطها ومواصفاتها فبقيت المستشفيات كيفما بدأت كما سنرى لاحقاً في هذا الفصل .

٥ - ولم تكتف الدولة بالشروط الواردة اعلاه ففي سنة ١٩٦٣ صدر المرسوم رقم ١٢٧٨٨ الذي استبدلت احكامه بعد أشهر قليلة بالمرسوم رقم ١٥٢٠٦ الصادر في ٢١ كانون الثاني ١٩٦٤ ، وفيه تتوضح شروط تعاقد وزارة الصحة مع المستشفيات الخاصة (ملحق رقم ٢) .

هذا وقد أكد الصندوق الوطني للضمان الشروط نفسها فيما بعد . يحدّد هذا المرسوم الشروط العامة والخاصة التي يجب توفيرها في المستشفيات الخاصة التي تتعاقد مع وزارة الصحة ، أكانت مستشفيات عامة أو متخصصة ، للأمراض الحادة أو المزمنة ، وتذهب مواد هذا المرسوم إلى حد وضع مواصفات البناء وتحديد عدد ونوعية الكوادر الطبية (من أطباء وممرضين وفنيين وعاملين صحيين) والتجهيزات والمعدات التي يتوجب توفيرها في كل فرع من المستشفى العام وفي كل صنف من المستشفيات المتخصصة كدور التوليد أو مشافي الأطفال أو مستشفيات الأمراض العقلية والمصحات ومراكز العلاج الطبيعي والفيزيائي . وتشمل هذه الشروط اضافة الى ما ذكرنا الدوائر الإدارية في المستشفيات كمواصفات المطبخ ومكتب سجلات المرضى ومساحة وحجم الغرف على أنواعها والتدفئة واجهزة الإطفاء وسيارات الاسعاف وغيرها من المواصفات التي اعتمدت في جميع اقطار المعمورة والتي تنظم علم إدارة المستشفيات والجدير بالذكر أن الدول المتقدمة تؤكد ضرورة اعتماد هذه الشروط والمواصفات وتسهر على تطبيقها من قبل لجان متخصصة تعتمد جميع المستشفيات وتجزئ لها بمباشرة العمل ومواصلته ، وتعيد التفتيش والمراقبة مرة واحدة

كل سنتين أو ثلاث سنوات بصورة دورية تلقائية ، مع ترحيب جميع المستشفيات بذلك .

لا بد لنا أخيراً من خلال دراستنا لهذا المرسوم من الإشارة الى المواد ٣٥ ، ٣٦ ، ٣٩ ، و ٤٠ منه وهي :

- أ - « تعطى الأولوية في التعاقد للمستشفيات التي تتوفر فيها أفضل الشروط » .
ب - « يجب أن لا يتعدى عدد الأسرة المتعاقد عليها خمسين بالمائة من مجموع أسرة الدرجة الأخيرة في المستشفى المتعاقد معه ما عدا المصحات - مستشفيات الأمراض العقلية - مستشفيات تطبيب الشلل ، فروع الحوادث الطارئة - الفروع الخاصة بالمعالجة بالرئة الفولاذية ، بحيث تكون نسبة التعاقد معها ثمانين بالمائة من مجموع أسرة الدرجة الأخيرة في المستشفى المتعاقد معه » .
ج - « لا يجوز أن تتعاقد وزارة الصحة العامة مع مستشفيات خاصة حيث يوجد مستشفيات حكومية باستثناء مدينتي بيروت وطرابلس كما أنه لا يجوز التعاقد في مدينتي بيروت وطرابلس على أقل من خمسة عشر سريراً في المستشفى الواحد » .
د - « ان احكام هذا المرسوم هي احكام مؤقتة يجب أن تستبدل بقانون خاص لتنظيم المستشفيات الحكومية تطبق احكامه على المستشفيات الخاصة وذلك بالاستناد إلى قواعد معترف بها من قبل منظمة الصحة العالمية » .

يبقى علينا أن نشير الى أن المرسوم ١٥٢٠٦ المشار إليه لا يزال ساري المفعول ولا زالت المستشفيات المتعاقدة مع الوزارة وهي أغلبية مستشفيات لبنان على حالها . وان نسبة التعاقد معها هي أعلى من النسب المشار إليها في احكام هذا المرسوم ، أكانت هذه المستشفيات في المدن الكبرى أو المدن الصغرى أو القرى . وأن نسبة المستشفيات التي تتعاقد معها الوزارة دون الخمسة عشر سريراً هي أكثر من النصف - علماً أن احكام هذا المرسوم تسمح لوزير الصحة بتنفيذ مواده بواسطة قرارات تصدر عنه دون الحاجة للرجوع الى مجلس الوزراء أو أية سلطة أخرى .

٦ - نعود الى التشريع المنظم لحركة استشفاء المرضى في المستوصفات والمستشفيات الحكومية وقد سبق ذكرنا لذلك بسرعة في بداية هذا الفصل ، فقد صدر المرسوم رقم ١٦٦٦٢ في ١٨ حزيران ١٩٦٤ ونص على الآتي :

- أ - تؤمن وزارة الصحة مجاناً المعاينة والخدمة الصحية في مستوصفات ومراكزها الصحية ومستشفياتها والمستشفيات المتعاقدة معها :

— لجميع الموظفين وللمتعاقدين وللأجراء وللمياومين ولأفراد عائلاتهم . . . وذلك بصورة مؤقتة ريثما تنتقل هذه المهام إلى صندوق الضمان الاجتماعي .

ب - للبنانيين المعوزين وللأجانب المعوزين المقيمين في لبنان شرط المعاملة بالمثل وللمعوزين الذين ليس لهم جنسية معينة أو الذين ليس لهم جنسية . . . شرط اثبات العوز بشهادة صادرة عن مجلس الاختيارية أو رئيس البلدية أو المختار أو طبيب القضاء وذلك بصورة مؤقتة ريثما يصدر نظام البطاقة الصحية . ويعتبر معوزاً من كان دخل المسؤول عن إعالته لا يتعدى الألفي ليرة سنوياً .

يعالج جميع الأشخاص المذكورين اعلاه في الدرجة الموحدة في مستشفيات الحكومة والمستشفيات المتعاقدة معها ولا يجوز وضع المريض منهم في درجة أعلى ودفع الفرق .

جلّ ما نريد الإشارة اليه ونحن في صدد عرض هذا التشريع هو أن معالجة موظفي الدولة على اختلاف تصنيفهم كان مؤقتاً على حساب الوزارة أو إحدى أجهزة الدولة على أن تنقل هذه المهمات الى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي فرع المرض والأمومة ، وبالتالي بداية توحيد الخدمات الطبية الحكومية تحت راية صندوق الضمان ، بدلاً من التعددية والازدواجية الحاصلة حالياً والتي لنا عودة إليها في فصل التمويل الصحي لاحقاً .

والإشارة الثانية هي الى تأمين الخدمة الطبية للأجانب المقيمين في لبنان أو الذين لا جنسية لهم ، من خلال مستشفيات الدولة ، أو تلك المتعاقدة معها . أخيراً نلاحظ أن مبلغ الألفي ليرة سنوياً كالدخل الأدنى « لفقر الحال » كان يوازي الراتب السنوي للحد الأدنى للأجور عام ١٩٦٤ ، أي مثابة أربع عشرة ألف ليرة لبنانية حالياً ، حتى ولو لم يذكر ذلك تفصيلاً في المرسوم رقم ١٦٦٦٢ ، أكد هذا التشريع أيضاً على ضرورة معالجة المرضى المصابين بالأمراض المعدية الانتقالية في مشافي الدولة أكانوا لبنانيين أو أجانب دون اشتراط العوز أو فقر الحال كما عمم الاستفادة في التلقيح والأعمال الوقائية الأخرى مجاناً للجميع .

٧ - بناء على المرسوم رقم ١٦٦٦٢ وتطبيقاً له أصدر وزير الصحة العامة القرار رقم ١/٤٢٣ سنة ١٩٦٧ المتعلق بنظام البطاقة الصحية ، وقد حدّدت في هذا القرار

المساعدات التي تؤمنها البطاقة الصحية على الشكل التالي :

« - المعاینات في المستوصفات الرسمية والخاصة » .

« - الاستشفاء في المستشفيات الحكومية والمتعاقدة » .

« - التصاوير الشعاعية والفحوصات المخبرية » .

« - ادوية الوصفات الطبية » .

« - الدم ومشتقاته » .

« - الانتقال بسيارات الاسعاف من وإلى المستشفى » .

واشترط القرار للحصول على البطاقة الصحية ألا يكون الشخص المعوز منتسباً لصندوق الضمان الاجتماعي أو « الأونروا » وإن تجدد هذه البطاقة مرة واحدة كل سنتين من قبل وزارة الصحة ودوائرها وممثليها في المناطق أو من تنتدبهم لهذه الغاية . وهكذا يتأكد لنا مجدداً أن مهمات وزارة الصحة العامة تنحصر في تقديم الخدمة الطبية للمواطنين المعوزين على أن توكل مهمات الخدمة الطبية لسائر المواطنين من خلال انتسابهم للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وإن خدمات وزارة الصحة تشمل مبدئياً جميع مراحل الخدمة الطبية وقائية كانت أم علاجية ، معاینات خارجية أو استشفائية إضافة الى التحاليل والدواء والدعم وكل ما هو ضروري للعلاج .

وتجدر الإشارة هنا الى القرار رقم ١/٣١٠ الصادر في ٢٧/١٢/١٩٦٧ ، الذي يحدّد الأعمال الخيرية التي يتوجب القيام بها من قبل كل مستشفى أو مستوصف خاص وهي :

« - المعاینات الطبية السريرية ووصف الأدوية اللازمة في جميع فروع الطب الداخلي والجراحة العمومية وفقاً للاختصاص :

« على أن تؤمن المستوصفات والمستشفيات هذه الأعمال الطبية وفقاً لعدد اسرتها وهي : يومين في الأسبوع للمستشفيات التي يزيد عدد اسرتها عن الخمسة والعشرين سريراً ويوماً واحداً للمستشفيات دون هذا العدد » - « ويحدد كل مستشفى وكل مستوصف الأيام وساعات المعاینات الخارجية وفقاً لتعهده ويعلم عن هذه الأوقات بصورة واضحة على مدخل المؤسسة » .

لا بد من التذكير أن التعهد المذكور جاء نتيجة صفقة تمت بين الوزارة والمستشفيات والمستوصفات الخاصة لاعفائها من الرسوم البلدية شرط المعالجة المجانية المذكورة أعلاه .

٨ - بقيت أوضاع المستشفيات على حالها لا سيما الحكومية منها مما سبب عطلاً في حركة الاستشفاء وبلبله في كيفية ضبط أوضاع المستشفيات وتنظيمها ولم تجد نفعاً التقارير الممتازة التي وضعت من قبل خبراء إحصائيين في علم إدارة المستشفيات كانت قد اوفدتهم منظمة الصحة العالمية بناء لطلب عاجل من الوزارة (سنعود لهذه التقارير فيما بعد) .

وتداركاً لهذه الأمور رأت وزارة الصحة العامة أن تسن تشريعات خاصة بالمستشفيات الحكومية المركزية في سبيل تنشيط حركتها وضبط أوضاعها والاستفادة من كفاءة الاطباء والممرضين والفنيين والاداريين والعاملين الصحيين الذين تعثر توظيفهم من جراء النظم المعتمدة من قبل مجلس الخدمة المدنية وغيره من المجالس الادارية الضابطة لجميع الأعمال الحكومية ، على أساس ان ما يصلح لدوائر الدولة لا يصلح تلقائياً وبالضرورة في المستشفيات التي لها وضع خاص يتعلق بطبيعة اعمالها وضرورة تأمينها على مدار الساعة ليلاً نهاراً وفي كل يوم من أيام السنة ، وأن الكوادر الطبية التي يجب توافرها في المستشفيات ليست بالضرورة شبيهة ببقية موظفي القطاع العام .

ولما كانت الدولة قد أنشأت خلال الستينات المصالح الحكومية المستقلة التي كانت قد اثبتت حينذاك انتاجية أعلى وكفاءة أفضل من نظيراتها في دوائر الدولة برزت فكرة « استقلالية » المستشفيات الحكومية المركزية وبالتحديد تلك المستشفيات التي تضم اكثر من ١٥٠ سريراً مريضاً لكل منها .

ونجد في هذا المضممار مشروع قانون أعدته وزارة الصحة عام ١٩٧٤ ، تحدّد فيه الأسباب الموجبة لاعادة تنظيم مستشفيات وزارة الصحة العامة كما يلي :

« ان مستشفيات وزارة الصحة العامة تخضع حالياً لأحكام الأنظمة والقوانين المتعلقة بسائر الادارات العامة ، وقد ثبت من الاختيار الطويل أن هذه الأنظمة والقوانين لا تتفق مع طبيعة المستشفيات ولا مع مستوجبات عملها وان هذه الأنظمة والقوانين تشكل بالذات العقبة الكبرى في سبيل استقامة هذا العمل وأصبح من الضروري أن يكون لادارة كل مستشفى استقلال إداري ومالي وموازنة خاصة » .

ان مشروع القانون المرفق يحقق هذه الشروط الأساسية وهو يتضمّن الى جانب ذلك احكاماً تحفظ حقوق الموظفين الحاليين كما يتضمّن المبادئ والأسس اللازمة لرفع مستوى العناية الطبية في هذه المستشفيات وفقاً لحاجات المواطنين وللمعطيات

العلمية الحديثة » (الدكتور الياس الحايك مدير عام وزارة الصحة العامة سنة ١٩٧٤) .

ولم يصدر مشروع القانون المذكور اعلاه في حينه انما صدر في ٢٥ تشرين الثاني عام ١٩٧٨ المرسوم رقم ١٥٣٦ الذي سمح بإنشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة (ملحق رقم ٣) والذي يعرف بمرسوم « استقلالية المستشفيات العامة » وتبع هذا المرسوم عدة تشريعات تطبيقية له هي :

- المرسوم رقم ١٨١٢ تاريخ ٢٨ شباط ١٩٧٩ تأليف الهيئة العليا للخدمات الطبية . (ملحق رقم ٤) .

- المرسوم رقم ٤٤٢٢ تاريخ ٢٠ تشرين الأول ١٩٨١ تحديد مهام وصلاحيات مجلس ادارة المؤسسة العامة التي تتولى إدارة المستشفيات العامة ومهام وصلاحيات مفوض الحكومة لدى المؤسسة المذكورة وتحديد شروط تعيين رئيس وأعضاء المجلس ومفوض الحكومة وتعويضاتهم » (ملحق رقم ٥) .

- المرسوم رقم ٤٤٢٣ تاريخ ٢٠ تشرين الأول ١٩٨١ أيضاً « شروط تعيين وتحديد تعويضات الهيئة العليا للخدمات الطبية » .

- مرسوم ٢٠٥١ تاريخ ١٠ كانون الأول ١٩٨٤ تعديل تأليف الهيئة العليا للخدمات الطبية المنصوص عليها في قانون انشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة (ملحق رقم ٦) .

لا بد لنا لأهمية مراسيم « استقلالية المستشفيات » من أن نستعرض أهم البنود التي جاءت فيها - علماً بأن هذه التشريعات بأكملها تشكل مراجعاً لا بد من دراستها من قبل كل باحث او مسؤول مهتم في السياسة الصحية للبنان ، ولذا سعيانا الى استصدار المراسيم التطبيقية بغية وضع هذا القانون موضع التنفيذ ، وأهم بنود تشريعات استقلالية المستشفيات الحكومية :

١ - تنشأ في كل من مراكز المحافظات وفي قضاء بعلبك مؤسسة عامة تتولى إدارة مستشفيات وزارة الصحة العامة القائمة فيها . تتمتع كل من هذه المؤسسات العامة بالشخصية المعنوية وبالاستقلال المالي والاداري ، وترتبط بوزارة الصحة العامة وتخضع لوصايتها الادارية . لا تخضع هذه المؤسسات العامة في أعمالها إلا لرقابة ديوان المحاسبة وفقاً لأحكام النظام العام للمؤسسات العامة

ولرقابة التفتيش المركزي ولاحكام هذا القانون والأنظمة التي يجري وضعها تنفيذاً لهذه الأحكام .

تتألف واردات هذه المؤسسة العامة من مساهمات الدولة ومن وارداتها الذاتية التي تستوفيها لقاء الخدمات الطبية التي تقدمها ومن أية واردات أخرى تلاحظها نصوص خاصة أخرى .

ونشير هنا الى أن سبب ادخال قضاء بعلبك بالتحديد يعود الى كون المستشفى العام هناك أشبه بالمستشفى المركزي الذي ينشأ عادة في مراكز المحافظات ، وليس في مستشفيات الأقضية التي تتراوح اجمالاً عدد أسرّتها بين ٥٠ - ١٠٠ سرير فقط .

تسمح هذه المادة بتطبيق نظام الإحالة بين المستوصفات والمستشفيات الريفية والوسطية والمركزية في كل محافظة (وفي قضاء بعلبك) وهذا مبدأ اساسي اعتمدته الدول المتقدمة لترشيد خدماتها الطبية وجعلها أكثر انتاجية وكفاءة بغية ضبط وتحسين نوعية الخدمة الطبية اضافة الى عصر نفقاتها .

٢ - تنشأ هيئة تدعى الهيئة العليا للخدمات الطبية ترتبط مباشرة بوزير الصحة العامة تعين هذه الهيئة بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء على أن تتمثل فيها كليات الطب ونقابتا الأطباء في لبنان ومدير عام وزارة الصحة العامة والمدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وتتولى المهام التالية :

- تقديم الاقتراحات لوزير الصحة العامة في الأمور المهنية والعلمية .
- التنسيق في العمل بين جميع المؤسسات العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة .

- التصديق على مقررات مجالس ادارة المؤسسات العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة المتعلقة بالأمور التالية :

* اتفاقات التعاون مع المؤسسات الصحية والعلمية .

* الأنظمة الصحية .

* تحديد الفروع الطبية والاختصاصات في المستشفى العام .

* مواصفات التجهيز والمفروشات .

* ابداء الرأي في مقررات مجالس الادارة والخاضعة لتصديق سلطة الوصاية .

من البديهي التأكيد هنا الى أن هذه المادة تعطي الهيئة العليا للخدمات الطبية مركزاً مرموقاً في توجيه السياسة الصحية في لبنان عبر اقتراحات تقدم لوزير الصحة

مباشرة ومن خلال رعايتها المباشرة لجميع الأمور المتعلقة بكافة المستشفيات الحكومية في لبنان . ومن الممكن إضافة أعضاء آخرين الى هذه الهيئة من قبل مجلس الوزراء .

٣ - لوزير الصحة العامة ، بناء على اقتراح الهيئة العليا للخدمات الطبية عقد اتفاق بالحق المستشفيات العامة بكليات الطب العاملة في لبنان وذلك لادارتها وفقاً للأنظمة الخاصة لهذه الكليات . تحدّد شروط الإلحاق ومختلف الحقوق والواجبات التي تنشأ عنه بعقد الاتفاق ولا يصبح هذا العقد نافذاً ومعمولاً به الا بعد تصديقه بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء .

وتشرّع هذه المادة في امكانية اخضاع مستشفيات الدول للأنظمة الخاصة بكليات الطب العاملة في لبنان وهي كليات الطب في الجامعات الأميركية واليسوعية واللبنانية مؤخراً - مما يجعل مستشفيات الوزارة مراكز تعليمية للطب والمهن الطبية انما تضعف سلطة الوزارة عليها وتجعل من الوزارة في موضع « المتعاقد مع » عوضاً عن كونها المسؤولة مباشرة عن الخدمات في هذه المرافق .

٤ - تحدّد بمراسيم تتخذ في مجلس الوزراء :

١ - أنظمة المؤسسات العامة المنشأة بموجب هذا القانون (النظام الداخلي ، النظام المالي ، نظام المستخدمين والمتعاقدين والأجراء) .

٢ - مهام وصلاحيات مجلس ادارة كل من هذه المؤسسات العامة ومفوض الحكومة وشروط تعيين رئيس وأعضاء المجلس ومفوض الحكومة وتعويضاتهم .

٣ - ملاكات وسلم رتب ورواتب وتعويضات المستخدمين والمتعاقدين والاجراء وشروط استخدامهم أو تعاقدهم .

وقد صدرت المراسيم التطبيقية التالية :

- مرسوم ١٥٨٤ تحديد ملاك كل مؤسسة عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة وفئات ورتب وسلسلة رواتب مستخدميها وشروط استخدامهم .

- مرسوم ١٥٨٥ نظام العاملين الاداريين والتقنيين والاجراء في المؤسسات العامة التي تتولى إدارة المستشفيات العامة وفي المستشفيات التابعة لها .

- مرسوم ١٥٨٦ نظام التعاقد مع الأطباء ومع المهنيين العاملين في الحقل الصحي في المستشفيات التابعة للمؤسسات العامة وتحديد الشهادات العلمية والشروط الخاصة بالمتعاقدين .

- مرسوم ١٥٨٧ النظام المالي للمؤسسات العامة التي تتولى إدارة المستشفيات العامة .

- مرسوم ٢٠٣٥ تسوية أوضاع العاملين في المستشفيات العامة التي تتولى إدارتها مؤسسات عامة (ملحق ٧ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ ، و ١١) .

أما مهام وصلاحيات مجلس إدارة كل من هذه المؤسسات العامة فقد شرع فيها المرسوم التطبيقي ٤٤٢٢ ، إذ أشار الى الصلاحيات التالية :

يتولى مجلس الادارة في المؤسسة العامة السلطة التقريرية ويسهر على تنفيذ وتوجيه سياسة الاستشفاء العامة في المحافظة أو القضاء ويتخذ ضمن نطاق القوانين والأنظمة والقرارات اللازمة لتأمين حسن سير العمل الطبي والاستشفائي في المستشفيات العامة التابعة للمؤسسة العامة في المحافظة أو القضاء . كما يقرّ مجلس الادارة بصورة خاصة وعلى سبيل المثال لا الحصر :

أ - مشروع ملاك لكل من المستشفيات العامة .

ب - مشروع الموازنة السنوية للمؤسسة العامة والمستشفيات التابعة لها .

ج - كلفة الاستشفاء اليومي المقترحة من كل المستشفيات العامة التابعة للمؤسسة العامة .

د - استعمال الاحتياطي العام وتحديد وجهة استعمال الأرباح وطرق تغطية الخسائر يجوز لمجلس الادارة تحويل الرصيد الفائض عن كل سنة مالية الى حساب احتياطي شرط الا يزيد هذا الحساب عن ٢٠٪ من قيمة واردات السنة المالية السابقة . وكل زيادة تتجاوز الـ ٢٠٪ توضع في حساب خاص باسم المؤسسات العامة المعنية وتوزع على المؤسسات العامة المحتاجة وذلك بقرار من وزير الصحة العامة بناء على رأي الهيئة العليا للخدمات الطبية .

يوضع الرصيد الفائض عن الـ ٢٠٪ في حساب المؤسسة العامة المعنية لتطوير المستشفيات التابعة لها ويصرف المبلغ بقرار من مجلس الادارة .
تودع هذه الأموال ضمن الحساب المفتوح لدى مصرف لبنان باسم المؤسسات العامة التي تتولى إدارة المستشفيات العامة .

هـ - طلبات سلفات الخزينة .

و - صفقات اللوازم والاشغال والخدمات عندما تزيد قيمتها على عشرين ألف ليرة .

ز - قبول التبرعات والهبات .

ح - تملك الأموال المنقولة وغير المنقولة .

ط - المداعة أمام القضاء .

ي - تعيين مدير المستشفى ورؤساء الفروع الطبية والادارة ورئيسة التمريض بعد موافقة الهيئة العليا للخدمات الطبية .

ك - تعيين الأطباء بناء على اقتراح رئيس الفرع المختص وبعد انتهاء رئيس الأطباء في المستشفى العام .

ل - مراقبة سير العمل في المستشفى العام .

يضع مجلس إدارة المؤسسة العامة بالاتفاق مع الهيئة الطبية التابعة لكل مستشفى عام مشاريع اتفاقيات التعاون مع المؤسسات الخاصة أو العامة ومشاريع البحوث العلمية والاتفاقيات المتعلقة بهذا الموضوع ويرفعها للهيئة العليا للخدمات الطبية .

٥ - أما بالنسبة لتأليف مجلس إدارة المستشفيات العامة ، فهو يتم كالآتي :

أ - طبيب واحد برتبة أستاذ مساعد على الأقل عن كل كلية تدرّس الطب في لبنان ينتدبه عميدها .

ب - اثنان من حملة الاجازات الجامعية من سكان المحافظة أو القضاء حيث المؤسسة العامة .

تعيين رئيس وأعضاء مجلس ادارة المؤسسة العامة بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناء على اقتراح وزير الصحة بعد استشارة الهيئة العليا للخدمات الطبية .

ج - تحدّد مدة تعيين رئيس وأعضاء مجلس الادارة بستين قابلة للتجديد أو التمديد .

د - يرفع وزير الصحة العامة قبل انتهاء ولاية مجلس الادارة بشهرين على الأقل اقتراحاً إلى مجلس الوزراء بعد استشارة الهيئة العليا للخدمات الطبية بتأليف مجلس إدارة جديدة أو بالتمديد للمجلس القائم كله أو بعضه .

هـ - يستمر مجلس الادارة القائم بممارسة مهامه بعد انتهاء مدة ولايته حتى يتم تعيين المجلس الجديد .

بمعنى آخر، إن الهيئة العليا للخدمات الطبية هي التي تقترح أعضاء مجالس الإدارة وترفعها لوزير الصحة العامة . والفكرة من وراء تعيين اثنين من سكان المحافظة أو القضاء هو مشاركة الأهالي في إدارة أمورهم الصحية - وهذا مبدأ معترف به ومشدد عليه من قبل مراجع منظمة الصحة العالمية - شرط أن يكون هؤلاء فعلاً من السكان المقيمين في المنطقة وممن حازوا على ثقة الأهالي فيها .

أما أساتذة كليات الطب فيقدمهم عميد الكلية الذي هو أيضاً حكماً من أعضاء الهيئة العليا للخدمات الطبية التي لها حق الاشراف والتوجيه والتصديق على مقررات مجالس الإدارة . مما قد يخلق ظروف دقيقة وحساسة للمندوبين - خاصة فيما يتعلق بشؤون التعاقد مع كليات الطب لإدارة اعمال المستشفى العام .

٦ - يجتمع مجلس الإدارة في مركز المؤسسة العامة بدعوة من رئيسه مرتين على الأقل كل شهر وكلما دعت الحاجة وإذا طلب ذلك نصف الأعضاء بمن فيهم مفوض الحكومة ويرأس جلساته رئيسه وفي حال غيابه أكبر الأعضاء سناً . ويمارس جميع صلاحيات رئيس مجلس الإدارة .

يشترك كل من مدير ورئيس أطباء المستشفى العام في مركز المحافظة أو قضاء بعلبك في جلسات مجلس الإدارة بصفة استشارية . ويعتبر حضورهما لهذه الجلسات من مهامهما الأساسية .

لا بد من الإشارة هنا بأن المهمات الملقة على مجلس إدارة المستشفى العام هي بالأهمية والتعقيد بمكان مما يجعل وجود أربعة أشخاص غير متفرغين يجتمعون مرتين شهرياً ، صعباً للغاية إذا ما أوكلت اليهم فعلياً إدارة المستشفى العام وسعته حوالي ١٥٠ سريراً .

٧ - تؤلف الهيئة العليا للخدمات الطبية بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء ويتم تعيينهم لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد على أن ينتخب أعضاء هذه الهيئة رئيساً من بينهم لمدة سنتين قابلة هي أيضاً للتجديد .

ومن المفروض أن ترفع وزارة الصحة العامة قبل انتهاء ولاية الهيئة العليا للخدمات الطبية بشهرين على الأقل اقتراحاً الى مجلس الوزراء بتأليف هيئة جديدة على أن يستمر رئيس وأعضاء الهيئة بممارسة أعمالهم بعد انتهاء مدة ولايتهم حتى صدور مرسوم تعيين خلف لهم أو تجديد ولايتهم .

وتشمل هذه البنود السبعة جوهر مراسيم استقلالية المستشفيات العامة الحكومية . وتجدر الإشارة الى أن هذه المراسيم قد تساعد كثيراً في إضفاء الانتاجية الى المرافق الاستشفائية الحكومية وضبط وتحسين نوعية العلاج فيها خاصة إذا ما اقترنت بعقود إدارة هذه المرافق من قبل كليات الطب العاملة في لبنان إنما يجب التنبه إلا أن هذه المراسيم تقلل كثيراً من سلطة وصلاحيات الوزارة على مرافقها الخاصة بها . فالمدير العام للوزارة وحده هو من أعضاء الهيئة العليا للخدمات الطبية وعددهم ستة على الأقل ، كما أن مفوض الحكومة هو عضو واحد من خمسة أعضاء مجالس إدارة المستشفيات (ويتوجب عليه كونه من موظفي الفئة الثالثة على الأقل) من الواضح أن جميع القرارات ترفع الى وزير الصحة العامة الذي له وحده حق التصديق عليها . إنما هذا لا يقلل من تخوف المسؤولين في الوزارة ودوائرها من أن هذه المراسيم تضعف كثيراً من صلاحياتهم ومراقبتهم ونفوذهم خاصة فيما يتعلق بمصلحة المستشفيات والموظفين فيها .

وضعت هذه المراسيم في الفترة ما بين سنة ١٩٧٨ و ١٩٨٤ إنما لا يزال العمل من بينودها وأحكامها رهن بالتنفيذ الفعلي ، إذن فهي لا تزال مراسيم معلقة علماً بأن المرسوم ٧٢٠ قد صدر بتشكيل مجالس إدارة مستشفى بعبدا الحكومي بتاريخ ١٦ حزيران ١٩٨٣ (ملحق ١٢) إنما حالت الظروف الأمنية السياسية دون تنفيذ مضمون هذا القرار وبالتالي لم يستلم مجلس الإدارة مهامه الرسمية ليومنا هذا .

٩ - أخيراً صدر المرسوم الاشتراعي رقم ١٣٩ تاريخ ١٦ أيلول ١٩٨٣ الذي يعدل بعض مواد القانون المتعلق بالمستشفيات الخاصة (المرسوم رقم ٩٨٢٦ لسنة ١٩٦٢) .

وقد عدل البند المتعلق بالشروط العامة بالتالي :

- ضرورة وجود ملجأ في المستشفى الخاص يمكن تحويله عند الاقتضاء الى مكان لا يواء المرضى في حالة الكوارث الطبيعية أو المخاطر الأمنية - مع ما يترتب من جراء ذلك من تجهيزات ضرورية في هذا الملجأ لاستقبال المرضى كما أن هذا المرسوم قد عهد بمهام تقييم وتصنيف واعتماد المستشفيات الى لجنة خاصة تعين من قبل مجلس الوزراء بناء على اقتراح وزير الصحة والشؤون الاجتماعية وتضم مسؤولين في الوزارة واخصائيين في علم إدارة المستشفيات وممثلين عن نقابتي

الأطباء ونقابة أصحاب المستشفيات الخاصة . على أن يعاد النظر بلوائح وقرارات التقييم والتصنيف والاعتماد مرة كل سنتين أو كلما دعت الضرورة لذلك . ولا يجوز للوزارة أو للصندوق الوطني للضمان أو لأية إدارة رسمية عامة أخرى أن تتعاقد من أجل العناية بمرضاها إلا مع المستشفيات المعتمدة من قبل هذه اللجنة التي يرأسها مدير عام وزارة الصحة .

بعد هذا العرض المسهب للتشريعات المتعلقة بالمستشفيات الخاصة والحكومية في لبنان لا بد لنا من مراجعة وضع هذه المرافق ومعطياتها وخصائصها .

المستشفيات الحكومية

مقدمة :

بدأت السلطات تولي المستشفيات اهتمامها في الربع الأخير من القرن الماضي كما سبق وذكرنا في بداية هذا الفصل .

وازداد هذا الزخم مع بزوغ عهد الاستقلال فأنشأت وزارة الصحة خلال عقدين من الزمن إحدى وعشرين مستشفى حكومياً توزعت فوق مختلف المحافظات ، ضمن خطة انمائية تشمل مستشفيات المحافظات والأقضية ، وجاءت دراسة بعثة أيرفد لتؤكد هذا النهج ولتدعم عملية تأمين البنية التحتية للخدمات الصحية من خلال مراكز صحية ومستوصفات تتوزع وفق خطة المراكز القطبية ، وتستكمل ضمن نظام إحالة مدروس في مستشفيات ريفية وسطية ومركزية ووطنية تختلف مهماتها ومسؤولياتها تبعاً لحجمها وتجهيزها وتنوّع الاختصاصات فيها .

وكانت خطط التنمية قائمة على قدم وساق ، فلحظت وزارة التصميم عام ١٩٦٤ بناء مستشفيات حكومية جديدة وتوسيع الموجود منها ، وأعيد تأكيد ذلك عام ١٩٧١ ضمن مشروع الأعمار الذي تبنته الحكومة آنذاك . وكان الهدف المرجو توأمة الخدمات الاستشفائية الحكومية مع القطاع الخاص بنسبة النصف تقريباً ، أي أن تتساوى عدد الأسرة في القطاعين ، وفعلاً كانت هذه النسبة في أوائل سنة ١٩٧١ (٢٦٪) وكانت الخطة السداسية (١٩٧١ - ١٩٧٦) تهدف الى زيادة ٥٥٧٧ سريراً جديداً في المشافي الحكومية ، إنما كما هو واضح للجميع ، لم تسر الأمور مثلاً شاء المخططون فالخطة لم تنفذ وجاءت الحرب لتقلص من حجم القطاع الحكومي في ميدان الاستشفاء (كما في غيره) حتى أصبحت النسبة الآن أقرب الى ١٠٪ فقط من مجموع الأسرة العاملة ، كما سنبيّن لاحقاً ، وشهدت سنوات الفتنة ازدهاراً كبيراً في القطاع الخاص ، نتيجة لانكماش مؤسسات الدولة ، مما أدى إلى تمويل الوزارة لعملية معالجة مرضاها في المستشفيات الخاصة ، فأضحت وزارة الصحة أشبه

بمؤسسة تتعاقد مع القطاع الخاص في مختلف المرافق وخاصة في مجال الخدمات العلاجية ، مما جعل هذا البند من ميزانية الوزارة يفوق أحياناً مجموع الميزانية تضطر معه الدولة الى طلب السلفات المتتالية من الخزينة لتسديد ما يترتب عليها من نفقات كانت ترتفع دوماً مع ازدياد الإصابات من الحرب وأهوالها .

الوضع الحالي للمستشفيات الحكومية :

تدير وزارة الصحة حالياً ٢٥ مؤسسة استشفائية يعمل منها ١٤ فقط ، بعد أن دُمّرت المؤسسات الأخرى أو تمّ تحويلها الى مستوصفات .

وكانت الوزارة قد اعتمدت خلال الستينات مبدأ تصنيف مستشفياتها في أنواع ثلاث :

١ - مستشفيات مركزية : ويكون عدد أسرّتها حوالي المائة والخمسين تقريباً وتتواجد في المدينة الرئيسية للمحافظات الخمس وتشمل خدماتها مجمل الاختصاصات الطبية .

٢ - مستشفيات وسطية : ويكون عدد الأسرة فيها ما بين الخمسين والمائة وتتواجد عادة في مراكز الأقضية ، وتؤمن الخدمات الرئيسية كالجراحة العامة والطب الباطني وطب الأطفال والتوليد والجراحة النسائية .

٣ - مستشفيات ريفية : وتتوزع حسب الحاجة وتتراوح أسرّتها بين العشرين والأربعين وتؤمن ما يعرف حالياً بالرعاية الصحية الأولية .

وفقاً لهذه الخطة كانت الوزارة تدير ٢١ مستشفى في منتصف سنة ١٩٧٢ ، كما ورد في تقرير مسهب للدكتور مازن ، خبير شؤون المستشفيات في منظمة الصحة العالمية والذي أمضى ستة أشهر في لبنان لدراسة وضع المستشفيات الحكومية تمهيداً لاتخاذ الإجراءات الكفيلة بتحديثها وضبط أوضاعها وتأمين جودة الأداء فيها وكفاءتها . ويبين الجدول (١) المستشفيات الحكومية بالنسبة لتصنيفها ، عدد الأسرة وتعداد المستفيدين من خدماتها ، ونسبة عدد الأسرة لكل ١٠٠٠ مواطن في منتصف عام ١٩٧٢ .

يرجى الملاحظة هنا بأن الخدمات الاستشفائية الحكومية كانت غائبة تماماً في سبعة أقضية يقطنها ستمائة ألف مواطن ونيف وأن ستة أقضية أخرى يبلغ تعداد سكانها اربعمائة وخمسين ألف نسمة لم يكن لديها سوى مستشفى ريفي واحد تبلغ عدد أسرّته

جدول رقم (١)

المستشفيات الحكومية تصنيفها - مع عدد الأسرة ونسبتها الى اعداد السكان في عام ١٩٧٢

المحافظة / القضاء	نوع المستشفى	عدد الأسرة	تعداد السكان	نسبة عدد الأسرة للسكان ١٠٠٠
(١) بيروت	مركزي	٢٢٠	٣٣١,٠٠٠	٠,٦٦
(٢) جبل لبنان		٣١٨	٤٤٩,٠٠٠	١,٤١
٠ بعيدا / بعيدا	مركزي	١٩٠	١٥٥,٠٠٠	١,٣
٠ بعيدا / حمانا	ريفي	٢٠		
٠ عاليه / الشحار الغربي	وسطي	٤٤	١٢٠,٠٠٠	٠,٣٦
٠ الشوف / الدامور	وسطي	٢٤		
٠ الشوف / شحيم	ريفي	٢٠	١٧٤,٠٠٠	٠,٣٦
٠ الشوف / بيت الدين	ريفي	٢٠		
(٣) الشمال		٢٦٠	٥٢٩,٠٠٠	٠,٤٩
٠ طرابلس / القبة	مركزي	٢٠٠	٢٢٠,٠٠٠	٠,٩
٠ عكار / حلبا	ريفي	٢٠	١٦٨,٠٠٠	٠,١٢
٠ زغرتا / برجس	ريفي	٢٠	٧٩,٠٠٠	٠,٢٥
٠ بشري / بشري	ريفي	٢٠	٦٢,٠٠٠	٠,٣
(٤) الجنوب		٣٧٥	٤٣٠,٠٠٠	٠,٩
٠ صيدا / صيدا	مركزي	١٤٠	١١٠,٠٠٠	١,٣
٠ جزيرن / جزين	ريفي	٢٠	٦٣,٠٠٠	٠,٣
٠ صور / صور	وسطي	١٠٠	١٠٠,٠٠٠	١,٠
٠ بنت جبيل / تبينين	وسطي	٦٩	٨٤,٠٠٠	٠,٨
٠ مرجعيون / مرجعيون	وسطي	٤٦	٧٣,٠٠٠	٠,٦
(٥) البقاع		٣٥٠	٤١٨,٠٠٠	٠,٨٤
٠ زحلة / المعلقة	مركزي	١١٠	١٤١,٠٠٠	٠,٨
٠ بعلبك / بعلبك	وسطي / مركزي	١٥٠	١٤٢,٠٠٠	١,٠
٠ الهرمل / الهرمل	ريفي	٢٠	٢٧,٠٠٠	٠,٧
٠ راشيا / راشيا	ريفي	٢٠	٣٩,٠٠٠	٠,٥

المحافظة	نوع المستشفى	عدد الأسرة	تعداد السكان	نسبة عدد الأسرة للسكان ١٠٠٠
٠ البقاع الغربي / خربة قنّافار	وسطى	٥٠	٦٩,٠٠٠	٠,٧
المجموع	مركزي ٦ وسطى ٦ ريفي ٩	١٠٠٩ ٣٣٣ ١٨٠		
المجموع	٢١	١٥٢٢	٢,٧٨١,٠٠٠	٠,٥٥

العشرين مع ضالة الخدمات فيه بمعنى آخر أن حوالي مليون نسمة في لبنان لم تصل إليها الخدمات الحكومية سنة ١٩٧٢ .

ونتيجة لهذه الدراسة ، ارتأت الدولة من خلال مشروع الأعمار للسنوات ١٩٧٢ - ١٩٧٨ رصد ٧٤ مليون ليرة للخدمات الصحية من أصل ٧٢٠٠/مليون ليرة لبنانية وهي تكاليف المشروع بأكمله أي نسبة حوالي الواحد بالمئة وكانت الخطة الأنماطية تدعو إلى إضافة ألفي سرير إلى شبكة المستشفيات الحكومية وبناء اثني عشر مركز صحي و ٣٦ مستشفى .

وتفصيلاً دعا المشروع إلى :

- * تكملة مستشفى بعبد الحكومي الجديد وجعله يضم حوالي ٥٠٠ سرير .
- * انشاء مستشفى مركزي متكامل في العاصمة بيروت (٥٠٠ سرير) .
- * بناء سبعة مستشفيات وسطية في الأقضية السبعة التي خلت آنذاك من خدمات حكومية .
- * بناء ستة مستشفيات وسطية لتحل مكان المستشفيات الريفية الصغيرة في الأقضية الستة المذكورة أعلاه .
- * تجهيز المستشفيات المركزية ودعمها عدة وبناء .
- بالإضافة إلى مرافق صحية أخرى ضرورية لسير العمل في المستشفيات
- كتأسيس مدارس تريض ومعاهد للقوى البشرية الصحية .

بالطبع لم يحصل ذلك ولم تجر الأمور كما توقعت الخطة الانمائية ، فالمستشفى الجديد في بعبد لم يزل غير مكتملاً ولم تشيّد المستشفيات الجديدة المنصوص عليها أعلاه .

وجاءت الحرب وتعطلت معها مسيرة الأعمار المرتقب إنما ازداد عدد المستشفيات الحكومية إلى ٢٥ منذ هذه الفترة ، بإضافة المستشفيات التالية :

- ١ - مستشفى الشويفات : وهو ريفي ، أشبه بمركز صحي أو مستشفى كبير ، ولم يزل إلى اليوم خارج الملك الرسمي .
- ٢ - مستشفى زهر الباشق : وقد وهب إلى وزارة الصحة عام ١٩٧٢ وكان أساساً مصحاً للأمراض الصدرية .
- ٣ - مستشفى أورانج ناسو في طرابلس : وقد وهب هو الآخر من قبل الحكومة الهولندية (العائلة المالكة) الذي اشتريته من القطاع الخاص وجهرته وقدمته هدية إلى الشعب اللبناني عام ١٩٧٨ بعيد المراحل الأولى للفتنة .
- ٤ - مستشفى البترون الذي شيّده الأب يوسف مزرك من الرهبانية المارونية : واشترته الوزارة عام ١٩٧٤ وقامت بتأجيره إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لإدارته ومع حلول سنة ١٩٧٨ قام مجلس الإنماء والإعمار بدراسة مختلف القطاعات في لبنان ، ففي ورقة عمل أعدت للمجلس من قبل الأنسة ميشلين خلف أوردت الإحصائيات التالية :

عدد الأسرة	١٩٧١	١٩٧٨	نسبة التغير
- عدد الأسرة في القطاع الخاص	٩ ١٤٩	٩ ٩٦٩	+ ٩ %
- عدد الأسرة الفعلية في القطاع العام	١ ٥٢٢	٩٧٣	- ٣٧ %
- العدد الإجمالي للأسرة	١٠ ٦٧١	١٠ ٩٤٢	+ ٢ %

ومع استمرار الأحداث الأمنية في لبنان ، تطلّ المزيد من المستشفيات الحكومية : فدمّر بعضها وحول البعض الآخر إلى مستوصفات وبقي القليل منها يعمل بصورة مرضية نسبياً ، ويمكن القول أن العدد الفعلي للمستشفيات الحكومية هو الآن ١٤/ بدلاً من ٢٥ كما سبق وذكرنا .

ومن دراسة للنجدة الشعبية في لبنان نشرت مؤخراً في كتاب « الأوضاع الصحية في لبنان » في أيار ١٩٨٤ وردت المعلومات التالية في الجدول (٢) وهي تبين أوضاع المستشفيات الحكومية حالياً .

وفي شهر آذار ١٩٨٤ قام طلاب إدارة المستشفيات بتوجيه من دائرة الخدمات الصحية في الجامعة الأميركية بدراسة شاملة مفصلة للمستشفيات العاملة في لبنان ، وذلك ضمن بعثة منظمة الصحة العالمية لدراسة الأوضاع الصحية في لبنان ، وقد جمعت معلومات مفصلة وإحصائيات دقيقة خلال زيارة موسعة مطوّلة لكل مستشفى حكومي كان يعمل آنذاك ونورد هنا تباعاً المعلومات حول المستشفيات التالية :

جدول رقم (٢)

أوضاع المستشفيات الحكومية في عام ١٩٨٤

المحافظة	العدد الاجمالي للمستشفيات الحكومية	العدد الفعلي للمستشفيات الحكومية	ملاحظات
- بيروت	١	١	يعمل مستشفى الكرنتينا نسبة ١٥ ٪ فقط من مجموع عدد أسرته
- جبل لبنان	٨	٢	لا زالت مستشفيا بعيدا وضهر الباشق تعمل وان بصورة جزئية .
- الشمال	٦	٤	حول مستشفيات حلبا وبرجس إلى مستوصفات .
- الجنوب	٥	٤	اصبح مستشفى جزين مستوصفا ودمر جزء كبير من مستشفى صيدا .
- البقاع	٥	٣	تعطل مستشفى زحلة وحول مستشفى راشيا الى مستوصف .
المجموع	٢٥	١٤	

بيروت (الكرنتينا ، بعيدا ، ضهر الباشق ، صيدا ، القبة (طرابلس) « أورانج ناسو » ، بعلبك ، البترون ، صور ، مرجعيون ، تبين ، جزين ، بشري ، الشحار الغربي ، الهرمل ، وتعذر الحصول على معلومات عن مستشفى خربة قنا فار .

أما مستشفى بعيدا الحكومي ، فقد كانت الدراسة فيه مفصلة إلى حد كبير نتيجة اهتمام وحدة التخطيط والتنمية في وزارة الصحة بهذا المستشفى بغية تحويله إلى نموذج يتبع في المستشفى الحكومية الأخرى .

والجدير بالذكر أن وحدة التخطيط والتنمية قد أنشئت عام ١٩٨٣ في الوزارة لتدعم مسيرة الإنماء فيها آنذاك . وجاء تمويلها بشكل أساسي من الوكالة الأميركية للتنمية الدولية وتمهد القسم الأكبر من مهماتها إلى أساتذة إختصاصيين في الصحة العامة بالجامعة الأميركية في بيروت - وسنخصص قسماً من هذا الفصل لدراسة حركة الإستشفاء في مستشفى بعيدا الحكومي باعتباره نموذجاً للمستشفى الحكومي الأنشط .

١ - مستشفى بعيدا الحكومي :

أ - يقع مستشفى بعيدا الحكومي فوق تلة تشرف على قلب العاصمة ، افتتح في أول كانون الثاني سنة ١٩٥٠ ، مساحة البناء حوالي ٢٠٠٠ م . م . ومساحة الأرض حول المستشفى هي بحدود ٨٠٠٠ م . م . إضافية ، يوجد بناء مستقل يستعمل حالياً كعيادات خارجية .

تعرّض للقصف وأعيد ترميمه أربع مرات خلال الحوادث الأخيرة ١٩٧٦ ، ١٩٧٨ ، ١٩٨٠ ، و ١٩٨٢ .

يقع بمحاذاة المستشفى الجديد ، الذي بدأت الدولة بتشييده سنة ١٩٧٠ ، ولم يستكمل حتى الآن .

ب - عدد الأسرة : ١٥٧ موزعة على ٥٠ غرفة .
ج - العاملون في المستشفى (١٩٨٢)

١١	اطباء متفرغون
٢٣	اطباء وقت جزئي
٦	اطباء متمرنون
١٠	ممرضات مجازات
٤٨	مساعداً تمريض
٨	فنيون وتقنيون
١	مدير
٦٣	موظفون

١٧٠

=====

المجموع

=====

استعمال الخدمات (١٩٨٢)

٢,٦٤١	عدد المرضى الداخليين
١٣,٣٨٤	عدد الأيام المرضية
٧٨٧	عدد العمليات الجراحية
١٥٧	عدد الولادات
١٢	عدد الوفيات
٥٣,٠٣٨	عدد الفحوص المخبرية
١٠,٠٦١	عدد فحوص الأشعة
٤٣,٣١٨	المعاينات الخارجية
٥ أيام	متوسط الإقامة المرضية
٪٣٥	نسبة أشغال الأسرة

٢ - مستشفى ظهر الباشق :

١ - كان هذا المستشفى أصلاً مصحاً للأمراض الصدرية ، وهب إلى وزارة الصحة عام ١٩٧١ .

٢ - مساحة الأرض الأجمالية ١٠٠,٠٠٠ م . م . توجد عدة أبنية أحدها تستعمل للمرضى الداخليين إلى المستشفى (مساحة هذه الوحدة ٤٢٠٠ م . م . خمسة طوابق) .

٣ - عدد الأسرة الفعلي : ٤٠ ، علماً أنه بالامكان تشغيل عدد إضافي من الغرف كي يصبح عدد الأسرة ١٥٠ (في ٥٥ غرفة) .

٤ - العاملون في المستشفى حالياً : ١١٤

أطباء ٢١ مجموع ساعات الأطباء اسبوعياً ٧٩٦
اطباء متمرنون ١٠ مجموع ساعات الاطباء المتمرنين اسبوعياً ١٨٠

مساعدات تمريض ١١
ممرضات مجازات ٦
ممرضة تخدير وانعاش ٢
قابلة قانونية ١
فنيون تقنيون ١١
موظفون ٥٢

- ٥

استعمال الخدمات (عام ١٩٨٢)

١,٤٥٦	عدد المرضى الداخليين للمستشفى
٩,٨٦٤	مجموع الايام المرضية
٣٨٩	عدد العمليات الجراحية
٢٥,٤٠٥	عدد الفحوصات المخبرية
٤,٤٣٢	عدد فحوصات الاشعة
٣٥٠	معاينات الطوارئ
١٣,٦٩٩	المعاينات الخارجية
٣٠٥	عدد الولادات
٪ ٦٨	نسبة اشغال الاسرة
٦,٨ أيام	متوسط الإقامة المرضية

٣ - مستشفى بيروت (الكرنتينا) الحكومي :

١ - كانت مصممة للأمراض الانتقالية ثم حوّل الى مستشفى عام ، ومنذ عام ١٩٧٥ وضع تنظيم لزيادة البناء وقد جرى تلزيم مشروع البناء عدة مرات إلا ان التنفيذ تعثر لعدة أسباب .

٢ - عدد الأسرة الفعلي (٢٨) ، الاجمالي (٢٢٥)

٣ - العاملون في المستشفى : لا يوجد اي معلومات .

٤ - استعمال الخدمات (إحصاءات عام ١٩٨١)

٨٩٠٠	عدد الايام المرضية
٨٩٠	عدد الداخليين
٥٨٠	عدد العمليات الجراحية
٢٢١٤٩	عدد الفحوص المخبرية
١٠٤٣٩	عدد فحوص الاشعة
١٢٤٠٥	المعاينات الخارجية
١٠ أيام	متوسط مدة الإقامة المرضية

٤ - مستشفى صيدا - عين الحلوة :

- ١ - شيد سنة ١٩٥٩ في عين الحلوة ، .
- ٢ - مساحة الأرض ٦٠٧٩٤ م . م . ويقع المستشفى على مساحة ١٠٠٠ م^٢ فقط ، بقية المساحة مستعملة من قبل اللاجئين الفلسطينيين ، دمر المستشفى تدميراً كاملاً خلال الاجتياح الاسرائيلي ، تقدم في الوقت الحاضر خدمات للمرضى الخارجيين على نطاق ضيق فقط .

٣ - عدد الأسرة التي كانت متوفرة ١٥٠ (يعمل منها حالياً ٣٠) والمستشفى كان يحتوي على بنك الدم ، عدد الغرف (٣٥) .

٤ - العاملون في المستشفى (١٨٥) .

أطباء - دوام كامل	١٩
أطباء - دوام جزئي	١٧
ممرضات مجازات	١٧
مساعدات تمريض	٦١
تقنيون وفنيون	١٤
مدير	١
موظفون	٥٦

٥ - استعمال الخدمات : إحصائيات كانون ثاني وشباط وآذار

عدد المرضى الداخليين للمستشفى	١٩٨٢	١٩٨١
عدد العمليات الجراحية	٨٦٤	٣٣٠٣
عدد الفحوصات المخبرية	-	٨٦٧
عدد فحوصات الأشعة	١١٠٣٥	١١٣٧٠
المعاينات الخارجية	٣٤٢٤	٧٧٧٧
عدد الأيام المرضية	٤٤٠٧	١٣٣٣٨
عدد الأسرة العاملة	٧٠	١٦٣٦٢
	٧٠	٧٠

٥ - مستشفى القبة الحكومي (طرابلس) :

- ١ - قدم هذا المستشفى الى وزارة الصحة سنة ١٩٥٠ وقد رُمم عام ١٩٦٦ اقلل لمدة ٧ سنوات (١٩٧٤ - ١٩٨١) بسبب الاحداث في طرابلس وأعيد العمل فيه سنة ١٩٨١ وجّهز بواسطة هبة من الوكالة الاميركية للانماء الدولي .
- ٢ - عدد الاسرة الفعلي (٥٠) علماً بأنه بالامكان تشغيل ٢٥٠ سريراً يتألف البناء من ٤ طوابق تحتوي على ١٤ غرفة .

٣ - العاملون في المستشفى (١٠٦) عام ١٩٨٢ .

اطباء متفرغين	٢٠
اطباء - دوام جزئي	٩
ممرضات مجازات	١٢
مساعدات تمريض	١٧
تقنيون وفنيون	٩
مدير	١
موظفون	٣٨

٤ - استعمال الخدمات (عام ١٩٨٢)

عدد المرضى الداخليين	٢٨٨٥
عدد العمليات الجراحية	٢٠٧
عدد الفحوصات المخبرية	٤١٠٥٣
عدد فحوصات الأشعة	١٠٠٧١
المعاينات الخارجية	١٢٣٢١
معاينات الطوارئ	٢٢٤٧
نسبة اشغال الاسرة	% ٦٥

٦ - مستشفى اورانج ناسو الحكومي

١ - أصلاً كان مستشفى خاص ثم اشترته الحكومة الهولندية وقدمته هبة لوزارة الصحة عام ١٩٧٨ .

٢ - المستشفى يتألف من بنائين الأول يتألف من طبقتين والثاني من أربع طبقات أنشئت عام ١٩٨٠ وحدة لغسل الكلبي في المستشفى

٣ - عدد الأسرة الاجمالي ٨٠ والفعلي (٤٠) ويتألف المستشفى من ٤٠ غرفة .

٤ - العاملون في المستشفى (عام ١٩٨٢) ٦٥

٨	اطباء
٥	ممرضات مجازات
٢٥	مساعداً تمريض
٤	تقنيون وفنيون
١	مدير
٢٢	موظفون

٥ - استعمال الخدمات ١٩٨٢ ١٩٨١

٣٦٦٤	١٧٠١	عدد المرضى الداخليين
		عدد العمليات الجراحية
٤٣٥		غير مجهز للعمليات
١٥٢٣٧	١٦٩٨٩	عدد الفحوصات المخبرية
		عدد فحوصات الأشعة
		يوجد جهاز نقال صغير فقط
٤٥٥١	٣٧٧٤	المعاينات الخارجية
٤٦ %		نسبة اشغال الأسرة
٨		اجهزة الديال
٦٠٤٩		عدد الايام المرضية

٧ - مستشفى بعليك الحكومي :

١ - شيد هذا البناء أصلاً على أساس أن يكون مستشفى لذلك فهو يتمتع بهندسة مناسبة ، مساحة الارض الاجمالية ١٢,٠٠٠ م . م . يقع في ثلاثة ابنية بكل منها ثلاث طوابق .

٢ - عدد الغرف (٧٣)

٣ - عدد الاسرة (١٠٠)

يوجد في المستشفى : بنك للدم .

٤ - العاملون في المستشفى : ١٦١ (١) - عام ١٩٨٢

١٥	اطباء
٧	ممرضات مجازات
١٠	ممرضات راهبات
٣٧	مساعداً تمريض
٦	تقنيون وفنيون
٨٦	موظفون

(١) يفترض في الملاك أن يكون عدد الموظفين (٣٥) فقط .

٥ - استعمال الخدمات :

١٩٧٣	١٩٧٤	١٩٧٥	١٩٧٦	١٩٧٩	١٩٨٠	١٩٨١
٥٠٦٩	٥٢٣٦	٥١٢٢	٤٦٠٥	٤٣٩٥	٣٣٥١	٣٤٧٢
٨٧٤	١١٤٠	٧١٢	٥١٤	٥٥٢	٤١٦	٣٩٨
٤٠٠٨٣	٤٥٠٥٨	٣٧٠٥٣	٣٤٠٣٥	٥٣٣٨٢	٤٩٧٥٧	٤٧٢٥٥
٤٧٩٤	٥٢٩٠	١٣٥٠	١٦٨	٤٤٥٥	٣٩٢٠	٦٢٩٠
٣١١٧٤	٣٩٢٦٨	٢٥٩١١	١٠٧٧٢	١٧٨١٤	١٠٢٥٥	١٢٠٧١
٥٠٧١	٦٠٥٦	٥٠٩١	٤٠٣١	٤٠٠٤	٤٠١٧	٤٠٠٠
٢٨٩٤٧	٣٤٣٩٥	٣٠٣٥٠	١٩٩٣٢	١٧٨٢٧	١٣٥٣٦	١٣٧٢٦
١٠٢٤٢	١٢٨٦٥	١٠٦١٩	٧٥١٦	—	—	—
				٤٩ %	٣٧ %	٤٥ %

٨ - مستشفى البترون :

- ١ - شيد من قبل الاب يوسف يزبك - الرهبانية المارونية .
- ٢ - اشترت وزارة الصحة المستشفى عام ١٩٧٤ وأجر للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لادارته سنة ١٩٧٥ ويشرف على ادارته مجلس ادارة .
- ٣ - مساحة الأرض ٥٠٠٠ م.م . (٣ طوابق) .
- ٤ - عدد الأسرة : ٨٥ (٣٧ غرفة) .
- ٥ - العاملون في المستشفى (١٧٢) .

٩ - مستشفى صور الحكومي :

- ١ - يقع المستشفى في وسط مخيم البصّ للاجئين الفلسطينيين ، وقد تضرّر كثيراً خلال الاجتياح الاسرائيلي في صيف ١٩٨٢ ، وقد رُمّم من قبل منظمة اليونيسف سنة ١٩٨٣ .
- ٢ - مساحة المستشفى تساوي حوالي ٢٠٠٠ م.م . وعدد الاسرة الاجمالي (٨٠) (٥٦ منها فعلي) وعدد الغرف (١٣) .
- ٣ - العاملون في المستشفى (١٠٤) عام ١٩٨٢

١٧	اطباء متفرغون
٧	دوام جزئي
٧	ممرضات مجازات
١٨	مساعداً تـمريض
٥	تقنيون وفنيون
١	مدير
٤٩	موظفون
٤ - استعمال الخدمات (عام ١٩٨٢)	
٣٢٤٣	عدد المرضى الداخليين
١٣٣٠	عدد العمليات الجراحية
٢٥٧٢	عدد الفحوصات المخبرية
٢٥٣٠	عدد فحوصات الاشعة
٢٨٣٨٣	معاينات الطوارئ
٧٥٦٢	المعاينات الخارجية
٦ أيام	متوسط الإقامة المرضية
٩٠ %	نسبة اشغال الاسرة

٣٩	اطباء
٤	اطباء اسنان
١٧	ممرضات مجازات
٤٧	مساعداً تـمريض
١٠	تقنيون وفنيون
٥٩	موظفون
٦ - استعمال الخدمات (عام ١٩٨٢)	
٤,٢٦٩	عدد المرضى الداخليين للمستشفى
٣٠,٦٠٠	مجموع الايام المرضية
٢,٣٨٣	عدد العمليات الجراحية
٤٣,٥٠٠	عدد الفحوصات المخبرية
١٣,٣٧٠	عدد فحوصات الاشعة
١,٠٥٤	معاينات الطوارئ
١١,٧٣٥	المعاينات الخارجية
٤,٦٣٣	جلسات الديال
٣٦٣	عدد الولادات
٦٥ %	نسبة اشغال الاسرة
٥ أيام	متوسط الإقامة المرضية
٦,٥٠٠,٠٠٠	الميزانية

١٠ - مستشفى مرجع يون الحكومى :

١ - شُيّد سنة ١٩٦٠ وضعت خطة قبل الحرب لتوسيع المستشفى خصوصاً وان هناك مساحة واسعة تحيط بالمستشفى الحالي ، توقف لمدة ٣ سنوات خلال الحرب وأعيد فتحه في السنوات الأخيرة .

٢ - يتألف البناء من طبقتين : الأولى للمرضى الداخليين والطوارئ والثانية للمعائينات الخارجية ، عدد الغرف ١٥ وعدد الأسرة ٤٥ .

٣ - العاملون في المستشفى :

موظفو وزارة الصحة
موظفون آخرون من لجان
محلية وقوات أمر واقع

أطباء	-
ممرضات مجازات	٤
مساعدا ت ممرضات	٧
تقنيون وفنيون	١
مدير	١
موظفون	١٩
المجموع	٣٢

٤ - استعمال الخدمات (عام ١٩٨٢)

عدد المرضى الداخليين	٨٠ (خلال شهرين فقط من عام ١٩٨٢)
عدد العمليات	-
عدد الفحوصات المخبرية	٦٨٨٢
المعائينات الخارجية	١٠٠ - ١٥٠ زيارة يومياً
معائينات الطوارئ	١٥ يومياً

مستشفى تبين الحكومى

١ - شُيّد المستشفى سنة ١٩٦٠ وعُدّل فيه فيما بعد لزيادة خمسة غرف اضافية

٢ - مساحة الارض الاجمالية (١٢٠٠) م . م . مساحة البناء ٦٠٠ م . م . (٣ طبقات) .

٣ - يستخدم قسم من البناء من قبل قوات الطوارئ الدولية (ما يساوي ٨ غرف) التمويل مشترك بين وزارة الصحة ومجلس الجنوب والخدمات الطبية للجيش اللبناني .

٤ - عدد الأسرة : (٣٥)

٥ - العاملون في المستشفى ١١٠

اطباء متفرغون	١٥
اطباء دوام جزئي	٣
ممرضات مجازات	١٣
مساعدا ت ت مريض	٢٩
تقنيون وفنيون	٥
موظفون	٤٥

٦ - استعمال الخدمات : (عام ١٩٨٢)

عدد المرضى الداخليين	٣٤٧٨
عدد العمليات الجراحية	١٣٧٥
عدد الفحوصات المخبرية	٤٧٩٢
المعائينات الخارجية	٢٦٥٩٠
عدد فحوصات الاشعة	٢٩٩٨

١٢ - مستشفى جزين الحكومي :

١ - كان هذا المستشفى اصلا مدرسة وقد حُوِّل الى مستشفى عام ١٩٧٢ بعد ترميمه من الداخل .

٢ - مساحة الأرض الاجمالية ٣٠٠٠ م . م . ويقع بناء المستشفى على مساحة ٥٠٠ م . م . والبناء يتألف من طبقتين .

٣ - توقف المستشفى عن العمل خلال الخمس سنوات الفائتة وقد بدأ العمل في اعادة تأهيله .

٤ - عدد الأسرة (٤٢) موجود منها ٧ أسرة فقط عدد الغرف (١٢) .

٥ - العاملون في المستشفى ١٩٨٢ (٣٩)

٦	اطباء
-	ممرضات مجازات
٨	مساعداً تـمريض
٣	فنيون وتقنيون
-	مدير
٢٢	موظفون

٦ - استعمال الخدمات (عام ١٩٨٢)

١٠٢٤	عدد المرضى الداخليين
١٢	عدد العمليات الجراحية
٦٤١	الفحوصات المخبرية
-	فحوصات الاشعة
٧٢١٠	المعاينات الخارجية

١٣ - مستشفى بشري الحكومي :

١ - عدد الاسرة (٢١)

٢ - العاملون في المستشفى (١٩٨١) - ١٥١ -

٤٣	اطباء
١٠	ممرضات مجازات
٣٧	مساعداً تـمريض
٦١	موظفون

٣ - استعمال الخدمات (عام ١٩٨١)

٧١٢	عدد الداخليين
٤٢٤٥	عدد ايام الاستشفاء
٥٢	عدد العمليات الجراحية
٥٥٠٢	المعاينات الخارجية
٧١١	عدد الفحوصات المخبرية

١٤ - مستشفى الشحار الغربي :

١ - استعمال الخدمات (خلال تشرين الاول ١٩٨١)

٩٦	عدد المرضى الداخليين
٤٥٥	عدد ايام الاستشفاء
٨٤٥	عدد الفحوصات المخبرية
٥٥٧	عدد المعاينات الخارجية
٢١	عدد العمليات الجراحية
	الطائرة
٢٦١	معاينات الطوارئ

مستشفى الهرمل الحكومي

١ - العاملون في المستشفى (معلومات تشرين الاول ١٩٨١)

أطباء	٢
ممرضات	١٣
تقنيون	٢
موظفون	٣٥
	٥٢

٢ - استعمال الخدمات (شهر تشرين الاول ١٩٨١)

المرضى الداخليين	١٠٩
عدد أيام المرض	٤٤١
عدد الفحوص المخبرية	٢٦٢
عدد الولادات	٤
معدل اشغال الأسرة	%٥٠

مستشفى زحلة / المعلقة :

عدد الأسرة العاملة	٢٨
عدد الأسرة الاجمالي	١١٠

احصائيات عام ١٩٨١ :

عدد المرضى الداخليين	١١٨٥
عدد الايام المرضية	٢٣٢٠
عدد العمليات الجراحية	٥٨٠
عدد المعاينات الخارجية	١١٤٠٥
عدد الفحوصات الشعاعية	١٠٤٣٩
عدد الفحوص المخبرية	٢٢١٤٩
عدد الأسرة العاملة	٢٨
متوسط مدة الإقامة المرضية	يوميين فقط
نسبة اشغال الاسرة	% ٢٣

* احصائيات عام ١٩٨١ :

مجموع عدد الأسرة الفعلي : ٦١٣ سرير

مجموع عدد الأسرة الخام : ١٥٢٥ سرير

الأسرة العاملة / الخام : ٤٠,٢ %

مجموع عدد الموظفين / عدد الأسرة العاملة : ٥٥٧/٥٥٧ = موظف واحد لكل سرير فعلي

مجموع عدد الأطباء / عدد الأسرة العاملة : ٥٥٧/٢٨٠ = ٠,٥ طبيب (عدا المتمرن)

مجموع عدد فريق التمريض / عدد الأسرة العاملة : ٥٥٧/٤٥٥ = ٠,٨٢ ممرضة

مجموع عدد الفنيين / عدد الأسرة العاملة : ٥٣٦/٧٥ = ٠,١٤ تقني / فني

مجموع عدد المرضى الداخليين / عدد الأسرة العاملة : ٦١٣/٣٢١٨٢ = ٥٢,٥ مريض

مجموع الأيام المرضية / عدد الأسرة العاملة : ٥٧١/١٣,٣٧٦ = ٢٣٩ يوم مريض
متوسط مدة الإقامة : ٤,٥٥ يوماً للمريض الواحد .

نسبة اشغال الأسرة : ٦٥ % للأسرة العاملة

عدد العمليات الجراحية / عدد الأسرة العاملة : ٥٧٣/٨٩٦٠ = ١٥,٦

عدد الفحوصات المخبرية / عدد المستشفيات المذكورة ٨٦٢, ١٣/٢٨٩ = ٢٢,٢٩٧

عدد الفحوصات الشعاعية / عدد المستشفيات المذكورة : ١٠/٧٨٤٠٧ = ٧,٨٤١

عدد المعاينات الخارجية / عدد المستشفيات المذكورة : ١٣/٢٠١,٥٢٨٠ = ١٥,٥٠٢

ويبين الجدول (٣) المستشفيات الحكومية بالنسبة لاعداد الاسرة الفعلية واعداد موظفيها وخدماتها .

جدول رقم (٣) :
المستشفيات الحكومية بالنسبة لأعداد الأسرة الفعلية وأعداد موظفيها وخدماتها عام ١٩٨١

اسم المستشفى	عدد الأسرة	موظفي	عدد الأطباء	جهاز التمريض	القياس	عدد متوسط نسبة عدد	عدد عدد	عدد عدد	عدد عدد	ملاحظات							
المكوي	نظم إجمالي	نسبة المستشفى	موظفين	دوام	ممرضين	مجانين	مساعدين	الداخليين	المرضية	الأمن	مدة	أشغال	الوحدات	عمليات	فحوصات	فحوصات	مباينات
بيروت - الكرنتينا	١٢	٢٢٥	١٨	١٢	٢٢٥	١٨	١٢	٢٢٥	١٨	١٢	٢٢٥	١٨	١٢	٢٢٥	١٨	١٢	٢٢٥
بيروت - المكوي	١٥٧	٣٢	١٥٧	٣٢	١٥٧	٣٢	١٥٧	٣٢	١٥٧	٣٢	١٥٧	٣٢	١٥٧	٣٢	١٥٧	٣٢	١٥٧
ضواحي بيروت	٤٠	١٥٠	٤٠	١٥٠	٤٠	١٥٠	٤٠	١٥٠	٤٠	١٥٠	٤٠	١٥٠	٤٠	١٥٠	٤٠	١٥٠	٤٠
منطقة الجبل - حيفا	٣٢	١٤٠	٣٢	١٤٠	٣٢	١٤٠	٣٢	١٤٠	٣٢	١٤٠	٣٢	١٤٠	٣٢	١٤٠	٣٢	١٤٠	٣٢
التيه - طرابلس	٥٠	٢٥٠	٥٠	٢٥٠	٥٠	٢٥٠	٥٠	٢٥٠	٥٠	٢٥٠	٥٠	٢٥٠	٥٠	٢٥٠	٥٠	٢٥٠	٥٠
لوزانج - بئر	٤٠	٨٠	٤٠	٨٠	٤٠	٨٠	٤٠	٨٠	٤٠	٨٠	٤٠	٨٠	٤٠	٨٠	٤٠	٨٠	٤٠
بعلبك - المكوي*	١٠٠	١٥٠	١٠٠	١٥٠	١٠٠	١٥٠	١٠٠	١٥٠	١٠٠	١٥٠	١٠٠	١٥٠	١٠٠	١٥٠	١٠٠	١٥٠	١٠٠
البيرون للامكان	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥	٨٥
صور - المكوي	٥١	٨٠	٥١	٨٠	٥١	٨٠	٥١	٨٠	٥١	٨٠	٥١	٨٠	٥١	٨٠	٥١	٨٠	٥١
تبين - المكوي	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥	٣٥
جزين - المكوي	٧	٤٢	٧	٤٢	٧	٤٢	٧	٤٢	٧	٤٢	٧	٤٢	٧	٤٢	٧	٤٢	٧
بشري - المكوي	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١	٣١
زحلة - الملقاة	٧٨	١١٠	٧٨	١١٠	٧٨	١١٠	٧٨	١١٠	٧٨	١١٠	٧٨	١١٠	٧٨	١١٠	٧٨	١١٠	٧٨

ماذا نستطيع الاستنتاج من هذه الدراسة ؟

١ - ان المستشفيات الحكومية الثلاث عشرة المذكورة في الجدول ، تشكل معظم مستشفيات الحكومة وذلك واضح من العدد الإجمالي لعدد الأسرة وهو ١٥٢٥ سرير ، اذن باستطاعتنا اعتماد هذه الدراسة على انها تشمل القطاع العام للاستشفاء .

٢ - يلاحظ أن العدد الفعلي للأسرة العاملة هو فقط ٦١٣ ، أي أن نسبة الأسرة العاملة هي فقط ٤٠٪ من مجموع عدد الأسرة التي صممت و جهزت وأعدت للمستشفيات لها ، وبمعنى آخر تستطيع الدولة تشغيل ضعف عدد الأسرة دون اللجوء إلى بناء مشافي جديدة ، وبوقت قصير خاصة إذا اعتمدت إدارة نشطة لهذه المؤسسات بعد أن يتم ترميمها وتجهيزها .

يرجى الملاحظة هنا أيضاً أن الفرق بين العدد الإجمالي للأسرة والعدد الفعلي هو ٩١٢ سرير ، وان عدد الأسرة في المستشفيات الخاصة المتعاقدة مع الوزارة كان ١١٨٤ سرير يومياً ، وسنعود الى هذا الموضوع لاحقاً .

٣ - يلاحظ من الجدول المذكور أن عدد الأطباء والمرضين والفنيين والعاملين الصحيين الموظفين في المؤسسات الاستشفائية الحكومية هو كالتالي :

٥٥٧ من الموظفين ،

٢٨٠ من الأطباء ،

٤٥٥ من المرضين

و ٧٨ من الفنيين : -

المجموع : - ١٣٧٠ شخصاً :

وجميعهم يعملون على إدارة وتشغيل الخدمة الطبية والتمريضية والفنية لـ ٥٥٧ سرير ، وهذه نسبة عالية جداً ، اذ هناك عاملين ونصف لكل سرير ، تجدر الإشارة هنا أن هذه النسبة هي دون نسبة المستشفيات الأميركية حسب احصائيات الولايات المتحدة .

هذا بالنسبة الى العدد العام للموظفين ، اما بالنسبة للأطباء فقط ، فنسبتهم طبيب واحد لكل مريضين . . . أما فريق التمريض فنسبتهم كادت تصل إلى ممرض واحد لكل سرير مريض (٨٢،٠) وهذه نسب لا نجدها عالمياً حتى في مراكز العناية الفائقة .

لسنا هنا في معرض التهكم والمزاح ، إنما الذي حصل والذي لا يزال يحصل هو التعيين العشوائي للأطباء والمرضى والموظفين تبعاً لحاجات واهية ، وبعد التعيين والتعاقد تجد الوزارة صعوبة في إنهاء التعاقد أو في عدم تجديد العقد ، حتى لو أصيب المستشفى الحكومي بأضرار بالغة ودمار أو أقفل أبوابه أو تحول إلى مستشفى ، لا بل تجد الإدارة الصحية صعوبة في نقل طبيب أو ممرض أو موظف من مستشفى إلى آخر حتى ولو كان هذين المستشفيات في محافظة واحدة .

٤ - بلغ عدد المرضى الذين دخلوا هذه المستشفيات الحكومية حوالي ٣٢٠٠٠ مريض عام ١٩٨٢ وهذا يعني أن السرير المرضي قد استقبل خلال السنة كلها حوالي ٥٣ مريض - أي أن مدة الإقامة الوسطية هي قريبة جداً من ٥ أيام وهذا معدل جيد عالمياً ، إذا توازت بالطبع نفس المجموعة من الأمراض التي تصيب المواطنين وتفرض دخولهم إلى المستشفى . ولا اعتقد أن هذا هو الواقع إنما لا إحصائيات لنا غير هذه وبالتالي لا نستطيع الجزم بذلك الأمر .

٥ - أظهرت المعلومات المبينة في الجدول أن نسبة اشغال الأسرة هي ٦٥٪ مع العلم أن هذه النسبة هي فقط للأسرة الفعلية العاملة ، وليس لمجموع عدد الأسرة ، ويمكن زيادة نسبة الأشغال بسهولة إلى ٧٥ - ٨٠٪ دون اللجوء إلى إجراءات مكلفة أو معقدة .

٦ - تظهر المعلومات المتوفرة من إدارة المستشفيات المدونة أعلاه أن جميع مشافي الدولة نشطة جداً في الفحوصات المخبرية والشعاعية والمعاينات الخارجية . فإذا كانت هذه الإحصائيات دقيقة ومؤكدة فذلك يعني أن طلب الخدمات الصحية من قبل الأهالي هو مرتفع جداً في مناطق هذه المشافي ، وإن الإقبال على مؤسسات الدولة هو على مستوى عال جداً ، أما إذا نظرنا بكتب على عدد الفحوصات المخبرية والشعاعية فنجد غرابة في كون عدد ضئيل جداً من الفنيين باستطاعتهم تلبية هذا الطلب والقيام بهذا العدد الهائل من الفحوصات .

٧ - أخيراً لا بد لنا من تقدير الكلفة ، وهذه مسألة صعبة جداً في غياب المعلومات الدقيقة ولكن ، إذا ما احتسبنا أن متوسط أجر الطبيب هو ٣٥٠٠ ل.ل. شهرياً (متفرع ودوام جزئي) وأن المعاش الفردي الفريد التمريض هو ١٥٠٠ ل.ل. شهرياً وأن جميع الموظفين يتقاضون فقط الحد الأدنى للأجور ، وأن نسبة المعاشات تقارب ثلثي تكاليف المستشفى ، وأن المصاريف الإدارية الغير مباشرة هي بنسبة ثلث المصاريف المباشرة توصلنا إلى أن مجموع التكاليف هي بحدود

٥٧ مليون ليرة لبنانية سنوياً . فتصبح كلفة اليوم المرضي ٤١٨ ل.ل. وإن كلفة معالجة المريض الواحد هي بحدود ١٧٧٠ ل.ل. لكل دخول للمستشفى ، وهذه الأرقام قريبة جداً مما يتداول في الوزارة حول كلفة الاستشفاء في المؤسسات الحكومية كما في المستشفيات الخاصة المتعاقدة مع الوزارة ، وتجدر الإشارة هنا أن هذا التقدير يحتسب أن جميع المعاينات الخارجية والفحوصات المخبرية والشعاعية المتصلة بها هي مجانية .

إذ أننا احتسبنا الكلفة فقط على المرضى الداخليين وعلى الأرباح المرضية للمرضى الذين دخلوا المستشفى .

كل ذلك يدفعنا إلى القول أنه بالرغم من كثافة توظيف القوى البشرية ومن ضعف نسبة اشغال الأسرة ، ومن ضالة نسبة استعمال الأسرة المتوفرة ، تبقى الكلفة بحدود ما تدفعه الدولة على لاستشفاء الخاص ، ولنا عودة إلى هذا الموضوع فيما بعد .

مستشفى بعبد الحكومي

مقدمة :

ارتأينا في معرض دراستنا لأوضاع المستشفيات الحكومية ، أن نولي مستشفى بعبد الحكومي أهمية خاصة ، نظراً للأسباب التالية :

١ - يبقى هذا المستشفى أقرب من غيره حيث استمراريته في العمل طوال السنوات الأخيرة من الحرب ، فعلى الرغم من تعرض مباني المستشفى للقصف واصابته مرات عديدة ، إنما بقي يعمل تحت إشراف مباشر للوزارة التي أولتها بالتالي الأهمية التي يستحقها ودأبت بترميمه وتجهيزه ومدة بالقوى البشرية الضرورية لتشغيله .

٢ - يصنف مستشفى بعبد ضمن المستشفيات المركزية الكبيرة لوزارة الصحة ، وبالتالي بإمكاننا النظر إليه ودراسته كنموذج للمستشفيات الحكومية الكبرى الموجودة حالياً أو تلك التي بإمكان الوزارة أن تنشأها وتديرها مستقبلاً ، فهو مجهز ومعدل لخدم المرضى التي تتوزع في ١٥٠ سرير مرضي ، بمعنى آخر ، فضلنا الاعتماد على هذه المرتبة من المستشفيات من حيث الحجم وتنوع الاختصاصات بدلاً من دراسة مستشفى وسطي أو ريفي . كون هؤلاء من نمط وأظهرت الدراسات العلمية الدولية ضعف إنتاجيتها وصعوبة تأمين الكفاءة المطلوبة فيها .

٣ - باشرت وزارة الصحة وضع قانون استقلالية المستشفيات الحكومية موضع التنفيذ ، ابتداء من مستشفى بعبد ، وبالفعل صدر المرسوم الذي عين أعضاء مجلس إدارة المستشفى وسنت المراسيم التطبيقية التي تسمح بتنفيذ هذه الاستقلالية فيه .

٤ - نظراً للأسباب المدرجة أعلاه ، باشرت وحدة التخطيط والتنمية في وزارة الصحة دراستها لمستشفى بعبد مع بداية سنة ١٩٨٣ ، وبالتالي توفرت لدينا معلومات دقيقة مؤكدة ومفيدة عن حركة الاستشفاء في هذه المؤسسات ، وسنعرض في

دراستنا هذه أهم الإحصائيات التي توفرت لدى وزارة الصحة نتيجة لأعمال وحدة التخطيط مما سيساهم بشكل كبير في تحليل وضع المستشفيات الحكومية وهذا هو الموضوع الرئيسي لبحثنا هذا .

دراسة وحدة التخطيط والتنمية - ١٩٨٣ -

١ - من المفيد في مستهل هذه الدراسة استعراض العناصر الجديدة في نظام المعلوماتية الصحية التي اقترحت وطبقت في مستشفى بعبد ، قبيل عرض النتائج والإحصائيات التي توفرت لدينا من جراء ذلك ، فقد ادخلت وحدة التخطيط تغييراً في بطاقات الدخول والخروج ، حيث تم إضافة عدد من البنود الى هذه البطاقة والغاء البعض الآخر .

- بوشر العمل بنظامي الترقيم وحفظ الملفات الطبية ، حيث أصبح النظام المعدل يستند إلى رقم واحد يعطي لكل مريض على أن تحفظ الملفات وفق تسلسل رقم المريض ، أما بطاقة الفهرسة فترتب حسب التسلسل الأبجدي للأسم الأول للمريض .

٢ - تم تدريب الموظف المسؤول عن مكتب الدخول على كيفية ملء بطاقة الدخول والخروج (ملحق) خلال شهر كانون الأول لسنة ١٩٨٢ ، وقد أبدى الموظف تجاوباً حسناً وسرعة في الاستيعاب ، وذلك واضح من خلاله النسبة الضئيلة جداً من النواقص التي ظهرت في معلوماتية المستشفى وهي : عدم تدوين عمر المريض (٩ حالات) مكان الإقامة (٢٦ حالة) مدة الإقامة في المستشفى (٣ حالات) ، وعدم تحديد جنس المريض (٤٤ حالة) مما أدى إلى عدم اعتماد وحذف ٦٠ حالة فقط من أصل ٢٩٤٢ مريضاً دخل مستشفى بعبد خلال سنة كاملة (١٩٨٣) .

٣ - اجتمع المسؤولون عن وحدة التخطيط بأطباء مستشفى بعبد قبيل المباشرة بالعمل في نظام المعلوماتية هذا ، وكانت النتائج ممتازة ، فقد تم الاتفاق على اعتماد قائمة الامراض التي وضعتها نقابة الأطباء والطلب الى الأطباء تسجيل الرمز العائد لنوع المرض في المكان المخصص له في البطاقة (ملحق ١٤) .

وقد أعطت هذه الدراسة دليلاً واضحاً عن الاستعداد الكامل لجميع الموظفين والأطباء والمسؤولين في تقبل التغيير والنظم المقترحة لتحسين نظام المعلوماتية وبالتالي صحة المعلومات التي تساعد كثيراً في التخطيط والبرمجة وضبط الأوضاع الصحية في المستشفى كما في غيره من المؤسسات الصحية .

ويبين الجدول (٤) التوزيع المئوي للمرضى الداخليين الى مستشفى بعبداء عام ١٩٨٣ .

الشهر	الوفيات	الداخليين	العدد	نسبة الوفيات الى الداخليين * العدد	النسبة المئوية
كانون الثاني	٨	٣,٤٣	٢٣٣	٧,٩٧	
شباط	٤	١,٧٣	٢٣١	٧,٩٠	
آذار	٤	١,٣٢	٣,٢	١٠,٣٣	
نيسان	٣	٠,٩٢	٣٢٥	١١,١١	
أيار	٩	٣,٠٧	٢٩٣	١٠,٠٢	
حزيران	٤	١,١٩	٣٣٥	١١,٤٦	
تموز	٣	٠,٩٧	٣,٨	١٠,٥٣	
آب	٢	٠,٧١	٢٨٢	٩,٦٤	
أيلول	٢	٢,٧٤	٧٣	٢,٥٠	
تشرين أول	٥	٢,٤٨	٢٠٢	٦,٩١	
تشرين ثاني	٤	٢,٠٢	١٩٨	٦,٧٣	
كانون أول	٤	٢,٥٠	١٦٠	٥,٤٤	
المجموع	٥٢	١,٧٨	٢٩٤٢	١٠٠,٠٠	

ملاحظة : مجموع المرضى الداخليين في هذا الجدول ٢٩٤٢ يتضمن كل الحالات المستثناة من الجداول الاخرى لنقص في المعلومات .

$$\text{نسبة الوفيات الى الداخليين} : \frac{\text{عدد الوفيات في الشهر}}{\text{عدد الداخليين في الشهر}} \times 100$$

خلال الفترة السنوية من ١ كانون الثاني الى ٣١ كانون الأول ١٩٨٣ دخل مستشفى بعبداء شهرياً اعداداً متقاربة من المرضى باستثناء شهر أيلول حيث انخفض عدد الداخليين الى حوالي الربع ، وقد يكون مرد ذلك الى التدهور الأمني في هذا الشهر وما يصحبه من صعوبة في الوصول الى المستشفى المذكور . ويبين الجدول

(٥) أماكن سكن المرضى الذين دخلوا الى مستشفى بعبداء خلال عام ١٩٨٣ .

جدول رقم (٥) : التوزيع المئوي للمرضى الداخليين في الفترة من ١ كانون الثاني ١٩٨٣ ولغاية ٣١ كانون الأول ١٩٨٣ - حسب منطقة اقامة المريض .

منطقة سكن المريض	عدد المرضى	التوزيع المئوي
بعبداء وجوارها	١٠٨٦	٢٧,٦٩
الضاحية الشمالية	٧٥٤	٢٦,١٦
الضاحية الجنوبية	٤٣٧	١٥,١٦
بيروت	٣٢٨	١١,٣٨
مناطق أخرى	٢٧٧	٩,٦١
المجموع	٢٨٨٢	١٠٠,٠٠

ويظهر الجدول أن نسبة ٣٨٪ من مجموع المرضى هم من سكان مدينة بعبداء وجوارها المباشر ، وأن ٢٦٪ آخرون هم من أهالي الضاحية الشمالية لبعبدا ، وتجدر الإشارة أن ١١٪ فقط من مرضى مستشفى بعبداء هم من سكان بيروت ، وهذا يناقض الاعتقاد أن بإمكان مستشفى بعبداء الحلول مكان مستشفى العاصمة التي تبقى خدماتها الحكومية الاستشفائية مقتصرة على ٢٨ سرير لا غير ، ويبين الجدول (٦) توزيع المرضى حسب الجنس والعمر .

يتوزع المرضى بالتساوي بين الذكور والإناث عموماً ، وخاصة في فئة الكبار (٥٠ وما فوق) أما في فئة الأطفال (دون الخامسة عشرة) فإن عدد الذكور يكاد يكون ضعف عدد الإناث وهذه ظاهرة جديرة بالدرس .

أما زيادة نسبة الإناث في الفئة ٢٩/١٥ عاماً فهذا مرتبط بالحمل والولادة ويرجى ملاحظة التوزيع المئوي حسب العمر : فنسبة الأطفال لا تعود الى ١٧٪ بينما الكبار تتجاوز نسبتهم الى ٣٨٪ وقد يرجع ذلك الى امكانيات مستشفى بعبداء في قسم الأطفال وكونها غير متوفرة بالشكل المطلوب .

جدول رقم (٦) التوزيع المئوي للمرضى الداخليين في الفترة من ١ كانون الثاني لغاية ٣١ كانون الأول ١٩٨٣ حسب الجنس والعمر .

الجنس	العمر (سنة)				التوزيع المئوي حسب الجنس
	دون ١٥	٢٩/١٥	٤٩/٣٠	+ ٥٠	
ذكر	٦٥,١٠	٤٠,٣٧	٣٥,١٧	٥٢,٨١	٤٨,٢٧
انثى	٣٤,٩٠	٥٩,٦٣	٦٤,٨٣	٤٧,١٩	٥١,٧٣
مجموع %	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠
عدد المرضى	٤٨٧	٧١١	٥٨٠	١١٠٤	٢٨٨٢
التوزيع المئوي حسب العمر	١٦,٩٠	٢٤,٦٧	٢٠,١٢	٣٨,٣١	

جدول رقم (٧) : التوزيع المئوي للمرضى الداخليين في الفترة ١ كانون الثاني لغاية ٣١ كانون الأول ١٩٨٣ حسب الجنس والقسم الطبي .

الجنس	القسم الطبي			
	صحة / رأس	جراحة	أطفال	نساء
ذكر	٤٨,٩٤	٥٨,٢٤	٥٧,٠٦	٠,٠٠
انثى	٥١,٠٦	٤١,٧٦	٤٢,٩٤	١٠٠,٠٠
المجموع %	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠
عدد المرضى	١٤٥٩	٩٨٩	١٧٧	٢٥٧
التوزيع المئوي حسب القسم	٥٠,٦٢	٣٤,٣٢	٦,١٤	٨,٩٢

ويتأكد ذلك من الجدول رقم (٧) الذي يظهر بوضوح بأن قسم الأطفال يخدم ٦٪ فقط من مجموع المرضى الداخليين لمستشفى بعيدا ، بينما نرى أن قسم الأمراض الباطنية قد عاين بمفرده أكثر من نصف مرضى المستشفى خلال هذه السنة ، بينما أهتم قسم الجراحة بثلاث المرضى تقريباً وخاصة الذكور منهم .

جدول رقم (٨) :
التوزيع المئوي للمرضى الداخليين في الفترة ٢ كانون الثاني لغاية ٣١ كانون الأول ١٩٨٣ حسب مدة الإقامة والجنس .

الجنس	مدة الإقامة				
	أيام	ذكر	انثى	عدد	التوزيع المئوي حسب مدة الإقامة
٣/١	٣٥,٨٧	٤٦,٥٥	١١٩٣	٤١,٣٩	
٦/٤	٢٧,٦٨	٢٥,٨٢	٧٧٠	٢٦,٧٢	
٩/٧	١٧,٢٥	١٢,٤١	٤٢٥	١٤,٧٥	
+ ١٠	١٩,٢٠	١٥,٢٢	٤٩٤	١٧,١٤	
مجموع %	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	
عدد المرضى	١٣٩١	١٤٩١	٢٨٨٢		

يبقى ٤١٪ من مرضى مستشفى بعيدا لمدة لا تتعدى الثلاثة أيام خاصة النساء منهم ومرد ذلك الى حالات التوليد والأمراض النسائية التي قلما تتطلب مدة أطول من ثلاثة أيام ، إنما يبين لنا بأن ٣٢٪ من المرضى يقيمون لمدة تتجاوز الأسبوع وهذه

جدول رقم (٩) : التوزيع المئوي للمرضى الداخليين في الفترة من ١ كانون الثاني لغاية ٣١ كانون الأول حسب مدة الإقامة والعمر .

مدة الإقامة (يوم)	تحت ١٥				مجموع %
	٢٩ - ١٥	٤٩ - ٣٠	+ ٥٠		
٣ - ١	٥٧,٦٩	٥٢,٨٨	٤٠,٥٢	٢٧,٢٦	
٦ - ٤	٢٥,٢٦	٢٧,٠٠	٣٠,٠٠	٢٥,٤٥	
٩ - ٧	١٠,٢٧	٩,٩٩	١٤,٤٨	١٩,٩٣	
+ ١٠	٦,٧٨	١٠,١٣	١٥,٠٠	٢٧,٣٦	
المجموع %	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	
عدد المرضى	٤٨٧	٧١١	٥٨٠	١١٠٤	

نسبة عالية جداً ، خاصة أن الأكثر من نصفهم يمضون فترة تتجاوز العشرة أيام لا سيما الذكور منهم .

ويأتي الجدول رقم (٩) ليظهر لنا بأن معظم المرضى الذين يبقون في المستشفى لمدة أطول من أسبوع هم من الكبار الذين تتجاوز سنهم الخمسين سنة ، وقد يرجع ذلك إلى أسباب انسانية أو الى علاج معقد يستلزم المراقبة الطويلة ، خاصة أن معظم كبار السن يعالجون في قسم الأمراض الباطنية كما هو واضح في الجدول رقم (١٠) .

ويأتي الجدول رقم (١٠) ليؤكد مجدداً أن سبب تدني المرض في قسم الأطفال يعود لبعض الشيء الى إدخالهم في أقسام متخصصة أخرى كاختصاصات الأمراض الباطنية والجراحية المتعددة والمتنوعة لاحظ أيضاً أن ٦٥٪ من مرضى قسم النساء هن بين ١٥ - ٢٩ سنة من العمر نتيجة لحالات الولادة ليس إلا .

جدول رقم (١٠) : التوزيع المئوي للمرضى الداخليين في الفترة من ١ كانون الثاني لغاية ٣١ كانون الاول ١٩٨٣ حسب القسم الطبي والعمر .

العمر (سنة)

القسم الطبي	تحت ١٥	١٥ - ٢٩	٣٠ - ٤٩	٥٠ +	المجموع					
	%	%	%	%	%					
صحة - رأس	١١١	٢٢,٨	٣٠٠	٤٣,٢	٢٥٥	٤٤,٠	٧٩٣	٧١,٨	١٤٥٩	٥٠,٦
جراحة	١٩٣	٣٩,٦	٢٤٤	٣٤,٣	٢٤٤	٤٢,٣	٣٠٨	٢٧,٩	٩٨٩	٣٤,٤
اطفال	١٧٧	٣٦,٤	-	-	-	-	-	-	١٧٧	٦,١
نساء	٦	١,٢	١٦٧	٢٣,٥	٨١	١٤,٠	٣	٠,٣	٢٥٧	٨,٩
المجموع	٤٨٧	١٠٠	٧١١	١٠٠	٥٨٠	١٠٠	١١٠٤	١٠٠	٢٨٨٢	١٠٠

ويبرز الجدولين التاليين (١٢ و ١٣) توزيع المرضى من حيث التشخيص الطبي والعملية الجراحية وذلك لفترة ثلاثة أشهر فقط (أول كانون الثاني - ٣٠ آذار ١٩٨٣) وأهمية هذين الجدولين تكمن في إعطائنا صورة متكاملة عن نوعية الأمراض والجراحة التي تمارس وتشخص في مستشفى بعبداء ، وهذا يسمح بالتالي في تحديد الحاجة

جدول رقم (١١) : التوزيع المئوي للمرضى الداخليين في الفترة من ١ كانون الثاني لغاية ٣١ كانون الاول ١٩٨٣ - حسب مدة الإقامة في المستشفى والقسم الطبي .

القسم الطبي

مدة الإقامة (يوم)	صحة/رأس جراحة	أطفال	نساء	مجموع
٣ - ١	٣١,٤٦	٤٥,٨١	٣٨,٤٢	١١٩٣
٦ - ٤	٢٩,٨٨	٢٤,٠٦	٣٧,٨٥	٧٧٠
٩ - ٧	١٥,٧٧	١٦,٣٨	١٤,١٣	٤٢٥
١٠ +	٢٢,٨٩	١٣,٧٥	٩,٦٠	٤٩٤
المجموع %	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠
مجموع المرضى	١٤٥٩	٩٨٩	١٧٧	٢٨٨٢

جدول رقم (١٢) : التوزيع العددي والمرضى الخارجين خلال الفترة الممتدة من ١ كانون الثاني الى ٣١ آذار ١٩٨٣ حسب العمليات الجراحية والاجراءات الطبية .

العمليات الجراحية والاجراءات الطبية	العدد	النسبة المئوية
جراحة الجهاز العصبي والعين وجراحة الانف والاذن والحنجرة	٥	٧,٨
جراحة الجهاز الهضمي	٩	١٤,١
جراحة الاعضاء التناسلية عند الذكور والاناث	٨	١٢,٥
جراحة نسائية	٣١	٤٨,٤
جراحة الصدر	٤	٦,٢
جراحات أخرى	٦	٩,٤
غير محدد	١	١,٦
المجموع	٦٤	١٠٠,٠٠

لاختصاصات الأطباء وعددهم في كل منها عندما تكتمل الدراسة لمدة سنة واحدة أو أكثر .

جدول رقم (١٣) : توزيع المرضى الخارجين خلال الفترة الممتدة من ١ كانون الثاني الى ٣١ آذار ١٩٨٣ حسب التشخيص عند الخروج .

التشخيص عند الخروج	العدد	النسبة المئوية
امراض الجهاز الدوري	٣٤	١٢,١
امراض الجهاز التنفسي	٢٦	٩,٣
امراض الجهاز الهضمي	٣٠	١٠,٧
امراض الجهاز البولي التناسلي	٢٤	٨,٥
امراض الحمل والولادة والنفاث	٣١	١١,٠
الأعراض والعلامات المرضية	٣٧	١٣,٢
والحالات غير المحددة .		
امراض اخرى	٦٣	٢٢,٤
غير محدد	٢٩	١٠,٣
غير مقروء	٧	٢,٥٠
المجموع	٢٨١	١٠٠,٠٠

وتجدر الإشارة هنا بأن المرضى توزعوا باعداد متقاربة في خانات أمراض الجهاز الدوري والتنفسي والهضمي والبولي وأمراض الحمل والولادة . ومن ناحية أخرى فإن هناك ١٣٪ من المرضى لم يحدد لهم تشخيص نهائي واكتفي بذكر الأعراض والعلامات المرضية ، أما العمليات الجراحية فنصفها نسائي وأغلبها توليد في حين أن ١٤ و ١٣ بالمائة منها هي على التوالي جراحة في الجهاز الهضمي والتناسلي .

أخيراً يشير الجدول رقم (١٤) الى ارتفاع نسبة الأميين بين المرضى الخارجين من مستشفى بعبد (٢٧٪) وذلك لأسباب مختلفة منها أن كبار السن (٥٠ وما فوق) الذين تنتشر الأمية في أوساطهم يمثلون ٤٥٪ من المرضى كما سبق وذكرنا أعلاه .

جدول رقم (١٤) :

التوزيع العددي للمرضى الخارجين خلال الفترة الممتدة من ١ كانون الثاني إلى ٣١ آيار ١٩٨٣ حسب العمر والجنس والمستوى التعليمي .
العمر

المستوى العلمي	١٤ - ٧	٢١ - ١٥	٤٩ - ٣٠	٦٤ - ٥٠	٦٥ +	المجموع العام	النسبة المئوية
	ذ	ذ	ذ	ذ	ذ	ذ	ذ
أمي	٠ ١	٥ ٤	١٧ ٧	٣٠ ٨	٤١ ١٧	٩٦ ٥٦	٢٦,٦ ١٣٠
يقراً ويكتب	٠ ٣	٩ ٨	١٠ ١٨	١٥ ٤٦	٤١ ٩	٣٩ ٩٤	٢٧,١ ١٣٢
إبتدائي	٤ ٦	١٦ ١٠	١٢ ٦	٢ ٢	٠ ١	٣٤ ٢٥	١٢,١ ٥٩
تكميلي +	٠ ٤	٣٣ ٢٥	١٣ ٥	١ ٥	٠ ١	٤٧ ٤٠	١٧,٨ ٨٧
غير محدد	٠ ٠	٩ ١٢	١١ ١٣	٦ ٧	١٢ ١٠	٣٨ ٤٢	١٦,٤ ٨٠
عدد المرضى	٤ ١٤	٧٢ ٥٩	٦٣ ٤٩	٥٤ ٦٨	٥٧ ٤٨	٢٥٤ ٢٥٧	٤٨٨ ٤٨٨

وتمضي دراسة وحدة التخطيط في وزارة الصحة الى تلخيص الجوانب المستحدثة في نظام المعلوماتية واقتراح التوصيات التالية :

١ - تدوين العمليات والإجراءات الطبية لكل مريض والتي يمكن الاستفادة منها لمعرفة طبيعة ونمط وصعوبة الأمراض التي تعالج في المستشفيات . وذلك باعطائنا فكرة أوضح عن طبيعة أعمال المستشفى أي من مستوى الاحالة الثانية أو الثالثة؟ أي هل الأعمال التي يقوم بها المستشفى هي من فئة الأمراض الشائعة أو من فئة الأمراض التي تتطلب الاختصاصات وأساليب العلاج المتطورة جداً .

وتسمح هذه المعلومات بمقارنة أفضل وأصح للحالات التي تعالج في المستشفيات الحكومية بين بعضها والبعض الآخر وبينها وبين الحالات التي تؤم المستشفيات الخاصة .

٢ - يساعد النظام المعلوماتي في إعادة توزيع الأطباء حسب اختصاصهم وفق حاجة كل مستشفى وذلك بعد تحديد الحجم الحقيقي للأعمال الطبية التي يقوم بها كل طبيب ومدى حاجة المستشفى لهذه الأعمال والاختصاصات . كما أن تدوين الفحوصات المخبرية والشعاعية تعطي فكرة أوضح عن نوعية العناية الطبية علاوة على توضيح مدى كفاءة هذه الخدمات وحسن استخدامها سيما أنها تشكل نسبة

عالية جداً من الأعمال الطبية في المشافي الحكومية كما سبق وأوردنا أعلاه .
٣ - من السهل اعتماد هذا النظام المعلوماتي في جميع مستشفيات لبنان ، خاصة كانت أو حكومية فيتأمن للمسؤولين كافة فكرة أدق وأسلم عن طبيعة أعمال المستشفيات وحركة المرضى فيها وطبيعة العناية الطبية بالإضافة طبعاً للمعلومات الإدارية التي هي من مقومات التخطيط السليم والسبيل الأساسي لاتخاذ القرارات الصحيحة علماً أن تنفيذ هذا النظام المعلوماتي في مستشفى بعيدا لم يتطلب الكثير من الموارد أكانت مادية أو بشرية أو زمنية .

هذا بالنسبة إلى دراسة وحدة التخطيط والتنمية في وزارة الصحة .
أما بالنسبة لدراسه طلاب الإدارة في الجامعة الأميركية والتي سبق وذكرناها أعلاه في مجال دراسة المستشفيات الحكومية ، فقد أعطت هي أيضاً مستشفى بعيدا الأهمية القصوى للأسباب نفسها : وبوسعنا الآن الجمع بين هاتين الدراستين لتكوين صورة أوضح عن طبيعة العمل في مستشفى بعيدا .

جدول رقم (١٥) مقارنة حركة مرضى مستشفى بعيدا لعامي ١٩٨١ و ١٩٨٢ .

	(١) ١٩٨١	(٢) ١٩٨٢	(٣) ١٩٨٣
عدد المرضى الداخليين	٢٤١٥	٢٦٤١	٢٩٤٢ (٢)
مجموع الايام المرضية	-	١٣٣٨٤	١٤٥٧٦ (٢)
متوسط الإقامة المرضية	-	٥	٥٠٦ (٢)
عدد العمليات الجراحية	٦٩٩	٧٨٧	٩٨٩ (٢)
عدد الولادات	٥١	١٥٧	١٦٧ (٢)
عدد الوفيات	١٢	١٢	٥٢ (٢)
عدد الفحوصات المخبرية	٦٨٠٥١	٥٣٠٣٨	٧١٩٢٠ (٢)
مجموع المعاينات الخارجية	٣١٦٧٤	٤٣٣١٨	-
عدد فحوصات الاشعة	٩١٢٣	١٠٠٦١	١١٣٨٠ (١)
نسبة اشغال الأسرة	-	٣٥ /	-

(١) : معلومات ادارة مستشفى بعيدا .

(٢) معلومات وحدة التخطيط

توفر لدينا من خلال دراسة طلاب الإدارة معلومات مفصلة عن حركة المرضى لعامي ١٩٨١ - ١٩٨٢ نوجزها في الجدول التالي رقم (١٥) ونفصلها في الجدول رقم (١٦) لسنة ١٩٨١ كنبرة عن مجموع الأعمال الطبية للمرضى الداخليين والخارجين لسنة كاملة (معلومات إدارة المستشفى) .

ويوضح الجدول رقم (١٧) النفقات الفعلية التي صرفت في مستشفى بعيدا عام ١٩٨٢ مع ملاحظات الادارة فيه ، والجدير بالذكر هنا أن هذه المعلومات قل من استطاع توفيرها في مستشفيات أخرى . ولا بد من الإشارة هنا بالجهود الكبيرة التي قام بها الإداريون والموظفون في مستشفى بعيدا لتوفير هذه الإحصائيات الدقيقة .

وهكذا نستطيع إقفال ملف مستشفى بعيدا بالتأكيد مجدداً على أهمية هذه المؤسسة وأهليتها لتكون نموذجاً للمستشفيات الحكومية في لبنان بعد تحرير إدارتها ودعمها من قبل الوزارة ، مادياً وسياسياً ومعنوياً . وقد أظهرت هذه الدراسة امكانية ادخال النظام المعلوماتي إلى جميع المشافي . وهذه الخطوة الأولى الضرورية لتنمية هذا القطاع الاستشفائي ، بتوفير معلومات صحيحة ودقيقة وتوثيقية لمساعدة الإدارة والجسم الطبي على اتخاذ القرارات المناسبة .

الجدول رقم (١٦) : حركة مستشفى بعبد الحكيمى - ١٩٨١ (معلومات ادارة المستشفى)

معاينات الميادات الخارجية	نظف سمع	نظف دماغ	نظف قلب	رأس وجذيرة	امراض قلب	نوليد ونسلي	جراحة	طب عام	عقد ولادات	عمليات جراحة	عدد الوفقات	عدد الداخليين
٥١٢٠	١٤	٥٨	٢٩٠	١٤٣	١٦٢	١٥١	٢٣٠	٧٦٦	-	٧٣	١	١٤٦
٥٣٦١	-	٦٧	٢٦٤	١١٦	١٩٦	١٨٠	٣٤٧	٧٥٣	٢	٧١	٥	١٥٩
١١٣٦	١٦٢	٢٦٠	٢٣٩	٢٦٢	٢١١	٣٠٥	١٥٧٠	٦	٧٨	٧	١٥٠	
١٩٨٤	٦	٦٧	١٥	٤٣	٦٤	١٥٥	٨٥٦	٤	٢٥	-	٢٠٢	
٣٠٣٠	٥	-	-	١١٤	١٢٥	١٣٩	٣٠٢	١	١٦	-	٢٥٨	
٥١٤٢	-	-	-	١٨٣	١٩٦	١٨٤	٧٦٨	١	٣١	-	٢٧١	
٨٧٨٢	٢٥	١٠	١٦٤	١٥	٢٣٠	٢٢٢	٣٦٣	٦٢٥	٢	٥٤	٣٠٤	
٧٩٧٨	٨	١٤	٢٠٢	١٤١	٢٠٧	٣٠٥	٢٧٨	٥٤٦	٦	٥٩	٢٠٠	
١٤١٤	-	١٢	٢٢١	١٧٨	٢٤٥	-	٣٢٢	٥٩٣	٧	١٢٠	١٧٦	
٢٠٤٢	٨	٢٣	٢٣٥	١٣٠	٢٤٨	١٣٤	٢٨٦	١٤٣١	٣	٦٩	٧٨٢	
٢٦٦٨	١٦	٣٠	٢٤٠	١١٦	٢٤١	١٩٠	٢٧٦	٥٠٩	٨	٦٤	١٦٣	
٥٤٢٧	٢٠	٢٨	٢٤٧	٢١٠	٢٠٤	٨٢١	١٦٢	٧١١	١١	٣٩	١١٤	
٦٨٠٥١	٨٢	٢٩٨	٢٤٧٥	١٣٦٨	٢٣٣٥	٢٤٩٩	٣٠٧٧	٩٤٦٨	٥١	٦٩٩	١٢	٢٤١٥
المجموع												

جدول (١٧) نفقات مستشفى بعبد الحكيمى عام ١٩٨٢

١- الرواتب	ل. ل.	النسبة من الميزانية	ملاحظات
١- المتقاعدين	١,٠٣٥,٧٢٠	١٩,٣	راجع الجدول المرفق (الجدول ١٥)
الموظفون	١,٧١٩,٦٧٢	٣٢,٠	
الاجراء	١,١٧٧,٧٤٣	٢١,٩	
الاطباء المتقاعدين	٧٢,٠٠٠	١,٣	
ساعات اضافية	٣,٠٠٠	٠,٠٦	
المجموع	٤,٠٠٨,١٣٥	٧٤,٧	
٢- مصاريف اخرى	٣٠٧,٤٩٦		
الاغذية	١٤٥,٠٠٠		
الكهرباء	٢٠,٠٠٠		
المياه	٤٥,٠٠٠		
الهاتف	٢٤٠,٠٠٠		
المحروقات	١٨,٠٠٠		
الادوية	١٦٣,٣٥٤		
الامثلة	١٣٣,٩٣٠		
المعدات والتجهيز	١٦٠,٠٠٠		
صيانة الاجهزة	٥٠,٠٠٠		
المختبر / مواد	٣٥,٠٠٠		
المساقط	٥,٣٦٧,٢٦٥		
المجموع			

التعاقد مع المستشفيات الخاصة

مقدمة :

سبق لنا وشرحنا في هذا الفصل تحت باب « التشريع » مختلف التشريعات التي تنظم عملية الاستشفاء في لبنان . وقد أشرنا في حينه الى المرسوم رقم ١٥٢٠٦ / الصادر في ٢١ كانون الثاني ١٩٦٤ ، وفيه تتوضح شروط تعاقد وزارة الصحة العامة مع المستشفيات الخاصة (ملحق رقم ٢) إذن فإن مبدأ تعاقد وزارة الصحة مع المستشفيات الخاصة لمعالجة مرضى الوزارة قائم منذ عشرين سنة ونيف .

فرب سائل اذن ، لماذا التركيز والاهتمام عند التحدث عن هذا الموضوع ؟
اسباب ذلك تعود الى ضخامة هذا التعاقد والى زيادة أعبائه في السنوات الأخيرة حتى
أوشكت وزارة الصحة العامة أن تتعاقد مع القطاع الخاص كلياً لخدمة مرضاها مع
وجود القليل من الرقابة والضبط للأمور ، أكانت هذه الأمور تتعلق بنوعية الخدمة أو
بكلفتها أو بحجمها - ونعود الى المرسوم رقم ١٥٢٠٦ لنقول أن مواده نصت على
وجوب الرقابة والرصد كما سنت هذه الأحكام والشروط المطلوب توافرها في
المستشفى المتعاقد مع الوزارة إنما بقي المبدأ فقط وتناسى الجميع الشروط والضوابط
التي ترعى وتكمل مبدأ التعاقد .

والذي يثير العجب ويدعو إلى الحديث عن هذا التعاقد هو أن مختلف الفرقاء باتوا يتذمرون من الوضع الحالي : فالوزارة تشكو من ضخامة العبء عليها والمستشفيات الخاصة المتعاقدة تئن من وطأة الديون المترتبة على الوزارة والمواطن يتذمر من المبالغ التي يطلب منه توفيرها لعلاجيه على نفقة الوزارة والخزينة تهدّد بالويل والثبور إذ أن هذا البند من ميزانية الوزارة بمفرده يتعدى في بعض الأحيان مجمل الميزانية المعتمدة للوزارة مما يرغمها على طلب سلفات استثنائية سنوياً .
فما هو الوضع الحالي السائد في هذا القطاع حالياً .

التعاقد سنة ١٩٧٢ :

يولي الدكتور مازن ، خبير منظمة الصحة العالمية في شؤون إدارة المستشفيات الذي طلب منه تقويم وضع هذا القطاع سنة ١٩٧٢ ، وضعية التعاقد مع المستشفيات الخاصة ويورد المعلومات التالية :

جدول رقم (١٨) تفصيل رواتب وأجور العاملين في مستشفى بعبدا الحكومي			
١ - الأطباء	١١ - العاملون غير الأطباء	ملاك	معاقد
أ - سبل توظيف الأطباء	مرضة قانونية	٤	٦
ملاك ١	مرضة مساعدة	١٤	-
ملاك ب	قابلة قانونية	١	-
معاقد	مرضة نيج	٢	١
المجموع	راهبات	-	٧
ب - اختصاص الأطباء			
جراحة عامة	مخضّر أدوية	١	-
توليد نسائي	مخضّر مخبري	٢	-
رأس وخنجرة	مساعد مخضّر أنعمه	-	٢
جراحة سرطان	معالجة فيزيائية	-	٢
جراحة عيون	صيدلي	-	١
جراحة اطفال	تخطيط رأس	-	١
جراحة مسالك بولية	عامل صيانة	-	٢
جراحة عظام	كبة	٣	١
جراحة اطفال	حجاب ، خدم ، سائق	٨	٢٠
طب اطفال	المجموع	٢٥	٢١
طب داخلي			
امراض قلب			
جهاز هضمي			
امراض عصبية			
أنعمه			
تخدير وانهاش			
طب اسنان			

١ - تتعاقد وزارة الصحة مع المستشفيات الخاصة في اختصاصات معينة غير متوفرة لدى الوزارة وهي :

أ - خدمات الطوارئ :

وكانت هذه المهمة موزعة بشكل دوري على مستشفيات ثلاث هي : مستشفى أوتيل ديو ، مستشفى الروم ومستشفى المقاصد .

ب - الاستشفاء العام :

ويهدف التعاقد ضمن هذه الفئة الى تأمين العناية الطبية في المناطق والأقضية التي لا وجود فيها لمستشفيات حكومية ، أو في المدن الكبرى حيث يقل عدد أسرة الوزارة عن الحجم والكمية والمطلوبين .

ج - الخدمات التخصصية النادرة :

وتتعاقد الوزارة مع مؤسسات خاصة في اختصاصات معينة غير متوفرة في القطاع العام كجراحة القلب ، وجراحة الأعصاب والدماغ والكلية الاصطناعية ومعالجة الرضع الحديثي الولادة ، والمعالجة بالأشعة وفحوص مخبرية متخصصة ونقل الدم .

د - الأمراض المزمنة :

كمصحات السل والأمراض الصدرية والأمراض العصبية والنفسية وأمراض الشلل والمعالجة التأهيلية .

٢ - كان التعاقد يتم على أساس اليوم المرضي وتدفع بموجبه الوزارة مبلغاً مقطوعاً معيناً وباليوم للمستشفيات لقاء استقبالها مرضى الوزارة وعلاجهم - وكان هذا المبلغ يشمل جميع الخدمات الطبية والإدارية المختلفة التي يتطلبها علاج المريض ، وتوضح الجداول المرفقة هذه التسعيرة (جدول رقم ١٩) .

جدول رقم (١٩)

التعاقد مع المستشفيات الخاصة سنتي ١٩٧٠ - ١٩٧١

المستشفى	الخدمات المتعاقدة	عدد ١٩٧١	الاسرة ١٩٧١	تعرفة يوم مرضي واحد ل . ل .
أوتيل ديو / بيروت	عام	٩٠	٧٠	١١
المقاصد / بيروت	طوارئ/عام	١٣٥	١٣٥	١١
الروم / بيروت	= / =	١١٠	١١٠	١١
الاسلامي / طرابلس	عام	٣٥	٣٥	٨,٥
السيدة / جبيل	عام	١٥	١٣	٨,٥
جبيل	عام	٦	٥	٨,٥
جونيه	عام	١٠	-	٧,٠
الالمانى / الفياضية	عام	١٠	-	٨,٥
الحسيني / طرابلس	عام	١٥	-	٨,٥
كالوت	عام	١٠	-	٧,٠
سان انطوان	عام	٥	-	٧,٠
الاطفال	عام	٣٥	-	٧,٠
شربل / البترون	عام	٦	٥	٨,٥
برجى / أميون	عام	١٥	٧	٨,٥
قلب يسوع / فياضية	حديثي الولادة	٤	٤	١٢,٠
قلب يسوع / فياضية	امراض الاطفال	٢٠	٢٠	٨,٥
سان ميشال / عمشيت	عام	١٠	٧	٧,٠
العناية بالطفل / بيروت	عام	٧	٧	٧,٠
الخوري / عمشيت	عام	٣	٢	٧,٠
سولايوم / بيروت	عام	٢٠	١٠	٧,٠
القرطباوي / عاليه	تأهيل	٣٥	٢٠	٨,٥
الاوزاعي / بيروت	تأهيل	١٥	٢٠	٨,٥
دار الصحة	شلل	٢٠	١٠	٦,٠
مصح بحنس	امراض صدرية	٢٨٥	٢٢٠	٨,٥

المستشفى	الخدمات المتعاقد	عدد	الأسرة	تعرفة يوم مرضي
		١٩٧١	١٩٧١	واحد ل. ل.
شهر الباشق	امراض صدرية	١٠٠	٧٠	٨,٥
مصح هملين	امراض صدرية	٦٥	٤٥	٨,٥
العاذونية	امراض صدرية	٦٥	٤٥	٨,٥
دير الصليب	امراض عصبية	٥١٠	٥١٠	٧,٠
دير الصليب	امراض مزمنة	٥٥٠	٥٥٠	٣,٥
العصفورية	امراض عصبية	٣٦٥	٣٦٥	٧,٠
الفنار	امراض عصبية	١٠٠	١٠٠	٧,٠
العجزة	امراض عصبية	٢٠٠	٢٠٠	٧,٠
العجزة	امراض مزمنة	١٥٠	١٥٠	٣,٥
دار الرحمة	امراض مزمنة	١٤٥	١٤٥	٣,٥
حاريسا	امراض مزمنة	-	٢٢	٣,٢٥
غسطا	امراض مزمنة	-	١٥	٣,٢٥
مصح الوليد	الجذام	٥٥	٥٥	٩,٠

المجموع	عدد الاسرة	المتعاقد عليها	عدد المستشفيات
	١٩٧٠	١٩٧١	
طب عام وطوارئ	٥٥٧	٤٦٠	٢٠
تأهيل	٥٠	٤٠	٣
امراض صدرية	٥١٥	٣٦٠	٤
امراض عصبية	١٠٣٥	١٠٣٥	٤
امراض مزمنة	٨٦٥	٨٨٢	٦
			٣٧

٣ - بلغت جميع نفقات بند التعاقد مع المستشفيات الخاصة على أنواعها حوالي ٩ ملايين ل. ل. في سنة ١٩٧١ وكانت ميزانية الوزارة آنذاك ٢٦ مليون ل. ل. أي أن بند التعاقد كان حوالي ٣٠٪ من مجموع الميزانية (جدول ٢٠) .

جدول رقم (٢٠)

نفقات التعاقد مع المستشفيات الخاصة سنة ١٩٧١ .

ل. ل.	
١,٨٦٠,٠٠٠	استشفاء عام
٧٦٠,٠٠٠	طوارئ
٥٦,٠٠٠	جراحة القلب
٢٥,٠٠٠	جراحة الدماغ
١٧٧,٠٠٠	نقل الدم
٢١,٠٠٠	امراض الغدد الصماء
٢١٨,٠٠٠	الكلية الاصطناعية
١,٢١٧,٠٠٠	الامراض المزمنة
٢١٧,٠٠٠	التأهيل
١١٢,٠٠٠	أجهزة التأهيل
٦٢,٠٠٠	أطراف اصطناعية
٢,٨٠٠,٠٠٠	الامراض العصبية
١,١٠٠,٠٠٠	الامراض الصدرية
٤٠,٠٠٠	المعالجة بالاشعة
١٧,٠٠٠	التشخيص بالاشعة
٢٢٦,٠٠٠	الجذام
٨,٩٠٨,٠٠٠	المجموع

٤ - كانت الوزارة بصدد تخفيض هذا البند من جرّاء زيادة اعتمادها على مؤسساتها ويظهر ذلك جلياً في انخفاض عدد الاسرة المتعاقد عليها مع المستشفيات الخاصة بين سنتي ١٩٧٠ و ١٩٧١ (جدول رقم ٢١) .

جدول رقم (٢١)

مقارنة حركة المرضى بين مستشفيات الوزارة والمستشفيات المتعاقدة لستى ١٩٧٠ - ١٩٧١

مؤشرات حركة	مستشفيات	مستشفيات	مستشفيات	مستشفيات
الاستشفاء	الوزارة	الوزارة	الوزارة	الوزارة
مجموع عدد المرضى الداخليين	٢٨,٦٦٩	٢٢,٧٧٧	٣٥,٧٦٨	١٣,٨٣٣
مجموع الايام المرضية	٢٠٩,٩٢٢	٢٢٦,١٨٢	٢٣٢,٧٢٢	١٦٥,٢٠٠
متوسط مدة الإقامة	٧,٣	١٠,٠	٦,٦	١٢,٣

نسبة الزيادة (النقص) بين السنتين ١٩٧٠ و ١٩٧١ :

- * عدد المرضى الداخليين الى مستشفيات الوزارة ٢٥ + %
- * عدد المرضى الداخليين الى مستشفيات متعاقدة ٣٩ - %
- * مجموع الايام المرضية في مستشفيات الوزارة ١١ + %
- * مجموع الايام المرضية في مستشفيات متعاقدة ٢٧ - %
- * متوسط مدة الإقامة في مستشفيات الوزارة ١٠ - %
- * متوسط مدة الإقامة في مستشفيات متعاقدة ٢٣ + %

وتظهر الجداول الثلاثة بوضوح المؤشرات التالية :

- ١ - اعتماد الوزارة المتزايد على إدخال مرضاها في مؤسساتها الصحية ، وقد بلغت نسبة الزيادة ٢٥٪ خلال سنة واحدة .
- ٢ - تخفيض عدد المستشفيات والأسرة المتعاقدة عليها تدريجياً خاصة فيما يتعلق بالاستشفاء العام .
- ٣ - اعتماد الوزارة كلياً على المصحات الخاصة في علاج الأمراض المزمنة والصدريّة والعصبية .
- ٤ - تدني التسعيرة اليومية بشكل كبير ، وفي ذلك اجحاف للمستشفيات المتعاقدة مما قد يدفعها الى تقديم الخدمات الطبية بنوعية مختلفة حسب طاقة المريض ، وقد

أشار الدكتور مازن حينذاك أن كلفة السرير الدنيا في ١٩٧١ كانت تتجاوز الـ ٢٥ ل ل . بينما كانت الدولة تدفع ١١ ل ل . كحد أقصى .

٥ - تعتمد المستشفيات الخاصة إلى إطالة مدة الإقامة للمريض فيها ، إذ أن قاعدة الدفع كانت تشجع في هذا الاتجاه ، فالمعلوم أن كلفة المريض هي عالية في الأيام الثلاثة الأولى وتنخفض فيما بعد ، ولما كانت قاعدة التعاقد مبنية على تسعيرة يومية لا تتغير مع الأعمال الطبية فهذا يدفع المستشفى المتعاقد إلى إطالة مدة الإقامة لتعويض ما قد خسره في خلال الأيام الثلاثة الأولى .

٦ - نلاحظ أيضاً أن معظم المستشفيات الخاصة المتعاقدة كانت خيرية دينية / أهلية والقليل جداً منها كان يملكها أفراد ، وذلك يعني أن الجمعية الخيرية كانت تتعاون مع الوزارة في خدمة وعلاج المرضى المعوزين الفقراء ، بدلا من أن تتحمل هي وحدها هذه المصاريف .

٧ - كانت الوزارة تتبّع في مجال تعاقدتها مع المستشفيات الخاصة على مبدئين هامين يعمل بهما في معظم الدول وهي مسؤولية الدولة في توفير العلاج للأمراض المزمنة أي الأمراض الصدرية ، والشلل والتأهيل والأمراض العصبية على نفقتها ، والثاني هو تمويل علاج الأمراض التي تسمى « بالأمراض التي تشكل كوارث مادية » على الفرد والعائلة كالكلى الاصطناعية ونقل الدم المستمر (كما في حالات التلاسيميا) والعلاج المتخصص جداً . فهذه الحالات لا طاقة لأي مواطن عادة في تحمّل نفقاتها المستمرة لفترة طويلة ، وغالباً ما تتدخل الدولة لتأمين هذا العلاج في مؤسساتها المتخصصة أو في مستشفيات تتعاقد معها لهذه الغاية .

التعاقد عام ١٩٨١ - ١٩٨٣ :

استمر تعاقد الوزارة مع المستشفيات الخاصة طوال العشر سنوات الفاصلة بين ١٩٧١ و ١٩٨١ وإنما على نمط مختلف تماماً .

فبدلاً من أن ينخفض الاعتماد على المؤسسات الخاصة ، كما كان مقرراً ، أخذت الوزارة تزيد من هذه الظاهرة سنوياً ، حتى أضحي عدد المستشفيات المتعاقدة ٨٤ مستشفى في المناطق كافة سنة ١٩٨٢ بدلاً من ١٤ لسنة ١٩٧١ ، (الطب العام والطوارئ) ورافق ذلك زيادة في عدد الأسرة المتعاقد عليها من ٤٦٠ الى ١٢٣٩ سنة ١٩٨٣ . وبالطبع ازداد بند الميزانية من ٩ ملايين ل ل . إلى ١٥٨ مليون ل ل . ونسبتها من الميزانية من ٣٠ إلى ٧٠ بالمائة (راجع الجدول رقم ٢٢) .

عدد المستشفيات المتعاقدة مع وزارة الصحة لعامي ٨٢ - ١٩٨٣ حسب توزيعها في المناطق اللبنانية

المحافظة	التعاقد سنة ١٩٨٢		التعاقد سنة ١٩٨٣	
	عدد	عدد	عدد	عدد
	الاسرة	المستشفيات	الاسرة	المستشفيات
بيروت	٥٥١	٢٠	٥٢٩	١٧
جبل لبنان	٢٩٧	٢٩	٣٠٧	٢٥
الشمال	١٧٨	١٧	١٨٩	١٤
الجنوب	٩٩	١٣	١٣٤	١٤
البقاع	٥٥	٥	٨٠	٧
المجموع	١١٨٠	٨٤	١٢٣٩	٧٧

الزيادة (النقص) بين ١٩٨٢ - ١٩٨٣ :

* عدد الاسرة المتعاقدة عليها ٥٩ + (٥٪) ..

* عدد المستشفيات المتعاقدة ٧ - (٨٪) ..

* المبالغ المتوقعة ١٥٨ مليون ليرة لبنانية .

وأسباب هذا الاعتماد المتزايد عديدة أهمها :

* تعطيل العمل في المؤسسات الحكومية كما سبق وذكرنا وانخفاض عدد الاسرة العاملة بها الى النصف تقريباً عما كانت عليه سنة ١٩٧٢ .

* إصابات الحرب التي فرضت على الدولة التعاقد مع المستشفيات لتأمين علاجها على حساب الوزارة ، خاصة عندما تعطلت الخدمة في المؤسسات الحكومية .

* إنهيار النظام الصحي الحكومي في لبنان بسبب المركزية المتزايدة في بيروت ، فما أن تأثرت عملية الإتصال بين الوزارة في بيروت والمناطق بسبب الأحوال الأمنية حتى بات من الصعب إيصال المواد الطبية والأدوية والسلفات لتأمين متابعة العمل في مستشفيات الوزارة ، ولما كان الهيكل يعتمد على المستشفيات المركزية فبتعطيل هذه ، انفرط العقد وباتت المستشفيات غير قادرة على تأمين الخدمة العلاجية ، حتى ولو لم تصب بأضرار مباشرة .

* كيفية التعاقد مع الأطباء والفنيين الصحيين فمع تعثر المواصلات بين بيروت

والمناطق ، أصبح عسيراً للطبيب المتعاقد معه والذي يقطن في صيدا مثلاً من أن يصل إلى بعلبك ، والأمثلة على ذلك كثيرة فبقيت الدولة تدفع الرواتب الشهرية بكاملها والمتعاقدون والموظفون غير قادرين للوصول إلى مراكز عملهم .

* تأثر الوزارة المباشر بالأوضاع المتدهورة من حيث موقعها على خط التماس مما أدى الى انقطاع العمل فيها أو في سير المعاملات فيها بشكل متدن جداً ، فانعدمت المراقبة وعناصر الضبط .

* لم تستطع الوزارة أن تعتمد تدابير إدارية تؤمن سير العمل في هذه الظروف الصعبة على الرغم من السنين العشر المتواصلة التي كانت كافية نظرياً لاعتماد نظم جديدة تلائم الوضع (كما فعلت بعض الدوائر الحكومية الأخرى) ولما كان التعاقد مع المستشفيات ^{١١} خاصة بديلاً سهلاً ومتوفرأرتأت الوزارة متابعة السير فيه بدلاً من أن تخلق ديناميكية أخرى أكثر إبداعاً .

* اعتاد المواطن على دخول المستشفيات الخاصة للعلاج على حساب الوزارة ولما كانت النظرة والانطباع عن المستشفيات الحكومية على مستوى كبير من التدني في ذهن المواطن لما كانت تتطلب من شهادة العوز وفقير الحال والعنابر ذات الاسرة العديدة ، نانت هذه التدابير مرضية جداً للجميع . ولم تنشأ بالتالي رغبة أو ضغط للتغيير .

* أضف إلى ذلك أنه بالرغم من تدمير أصحاب المستشفيات الخاصة من أسس تعاقدتها مع الوزارة والمبالغ الضخمة المترتبة لهم مع الدولة ، فالأوضاع الأمنية جعلتهم هم أيضاً بحاجة إلى هذا التعاقد لتأمين استمرارية مؤسستهم ، ولنا عودة إلى هذه النقطة لاحقاً .

إذن ساهمت هذه المعطيات وغيرها على تشجيع مبدأ التعاقد مع المؤسسات الخاصة لعلاج مرضى الوزارة ، فأصبحت وزارة الصحة مكتب تمويل ليس إلا . وقد برزت في السنوات العشر الفاصلة بين ستي ١٩٧١ و ١٩٨١ عدة تدابير سهلت مسألة التعاقد وهي :

١ - اعتماد مبدأ الدفع من خلال الأعمال الطبية بدلاً من التسعيرة الإجمالية لليوم المرضى التي كان معمولاً بها سابقاً ، فأصبح المستشفى المتعاقد يحتمل الوزارة كافة الأعمال الطبية والمخبرية والفحوصات الشعاعية إضافة إلى تكاليف الإقامة بدلاً من مبلغ ٧ - ١١ ل . ل . لليوم المرضى الواحد .

وقد نتج عن هذا التدبير أمور هامة هي :

- ازدياد الكلفة لليوم المرضى بشكل هائل من ١١ ل . ل . محدّدة سنة ١٩٧١ إلى

تابع جدول رقم (٢٣) :

محافظة بيروت	مجموع عدد الاشهاد	مكانة المستشفى	عدد الاشهاد المتوافقة مع وزارة الصحة	نسبة التوافق	عدد الاشهاد	كلية الشريعة	كلية الشريعة	كلية الشريعة
ل	ل	ل	ل	ل	ل	ل	ل	ل
قواعد خفيفة	٣٠	خاص	٥	٣	١٧	٢٦٨	١٠٤٣	٩٨٦
الزهره	٨٠	خيري	٤٠	٤٠	٥٠	٢١٦	١٩٦١	١٦٩٦
الاخاء	٢٠	خاص	٥	٣	٢٥	٢٤٣	١١٦٦	١٣٨٠
المنابة بالطفل	٣٠	خاص	٥	٣	١٧	٢٢٧	٧٠	٤٢٩
فريد سرحال	٣٠	خاص	٥	٣	١٧	١٧٦	١١٨٧	١٨٠٧
الترك	٦٠	خاص	٨	-	١٣	٣١٣	١٤٥٦	١٨٠٧
المركز العربي للاصابات	٥٠	خيري	١٠	-	٢٠	١١٤	١٠٤٩	-
الاطفال	-	خاص	-	-	٧	-	٧٠	-
سولايم	-	خاص	-	-	٧	-	٧٠	-
المجموع	-	خاص	-	-	٧	-	٧٠	-
١) للشلل فقط	-	خاص	-	-	٧	-	٧٠	-
٢) للطوارئ والطب العام	-	خاص	-	-	٧	-	٧٠	-
المجموع	-	خاص	-	-	٧	-	٧٠	-
٥٢٩	٥٥١	٣٤٢	٤١٧	٥٢٩	٥٥١	٣٤٢	٤١٧	٥٢٩

المحافظة : جبل لبنان

١٧١٢	١١٩١	٨٥	١٩٢	٨,٥	٢٢	٣٥	٢٠	١٣	١٥	خيري	٩٠	سيدة المومنات جبل
١٤٨١	١٧٩١	٨٥	٢٣٦	٨,٥	١٠	٦	٦	٩	٦	خاص	٦٠	جبل / طرباي
٤٥٣	٤٩٣	٧٠	٦٩	٧,٠	١٣	٣	٥	٧	١٠	خاص	٤٠	مار ميخائيل عشتيت
٢٨٤٢	١٧٠٥	١٠٠	٢٣٩	١٥	١٥	٢٥	٢٥	٢٤	٢٤	خيري	١٧٠	قلب يسوع حازمية
٢٣٧٠	٢١١٤		٢٥٩		٨	٥	٥			خاص	٦٠	الحايك سن القفل
١٧٧٩	١٠٦٩		٣٨٥		٢٨	-	٧			خاص	٢٥	الحياة / الشياح
١٩٩٦	١٤٥٤		١٩٤		١٢	٥	٦			خيري	٥٠	سانت تريبه الحدت
١٧٣٤	٢٠٠٩		٣٤١		٤٠	٢٠	١٥			خيري	٣٨	الايمان / عاليه
٢٢٧٨	١٥٥٧	٨٥	٢٠٨	٨,٥	١٥	١٥	١٠	-	١٠	خيري	١٥٠	سان شاول حازمية
-	-				٣٠	١٢	١٢			خاص	٤٠	بعلقن (ابو عياش)
-	-				١٣	٣	٣			خاص	١٥	شرف الدين / عاليه
١٤٢٩	١٠٧٦		٢٠٥		١٧	-	٥			خاص	٣٠	معرس
١٦٥٩	١٠٠٤		١٥٩		٩	٥	١٠			خيري	١٢٥	هملين
٣٣٦٨	٩٥٣		٢١٨		٨	١٥	٥,٠			خاص	٦٠	الساحل / القيري
٩٢٥	٨٧٥		٢٥٢		٧	-	٣			خاص	٤٠	المنابة / السيتية
-	١٩٧٣		٢٩٦		٢٠	-	٦			خاص	٣٠	الحاج / عشقوت
-	-		٢٩٦		٨	-	٥			خيري	٦٠	سان لويس / جونية
٢٠٤٥	٢٩٦		٢٩٦		١٤	٥	١٠			خاص	٣٥	سان جورج / الحدت

تابع جدول رقم (٢٣) :

محافظة بيروت	مجموع عدد المرضى	ملكية المستشفى	عدد الأسرة المتوافقة وزارة الصحة					نسبة التعاقد	كلية اليوم	كلية المريض	ل.ل.
			١٩٧٠	١٩٧١	١٩٨٢	١٩٨٣	لمجموع ١٩٨٢/١٩٨٣				
النصار / طرابلس	١٠	خاص	-	٢	٠	٢٨	٢٠	٢٠	١٩٨٣	١٩٨٣	ل.ل.
المنلا / طرابلس	٦٠	خاص	٢	٢	٥	٣	٣	١٩٧١	١٩٨٣	١٩٨٣	ل.ل.
عكار	٦٠	خاص	٣	٣	١٠	٥	٥	١٩٧١	١٩٨٣	١٩٨٣	ل.ل.
الرازي / حلبا	٤٥	خاص	٥	٥	٧	١٣	١٣	١٩٧١	١٩٨٣	١٩٨٣	ل.ل.
النبتي	٦٥	خاص	-	-	٥	٨	٨	١٩٧١	١٩٨٣	١٩٨٣	ل.ل.
المجموع			٧١	٤٧	١٧٨	١٨٩					

<

المحافظة : الجنوب											
النجيب / صيدا	٣٦	خاص	١٠	٥	٠	٢٨	٤٣٠	١٣٨١	١٢٩٠	١٣٨١	١٢٩٠
حمود / صيدا	١٤٠	خاص	٨	١٥	٦	١٧٠٥	٢٧٣	١٤٤٥	١٣٨١	١٣٨١	١٢٩٠
شعب / صيدا	١٠٠	خاص	١٠	٢٠	١٠	١٠٠	٣٣٨	١٠٣٩	١٣٨١	١٣٨١	١٢٩٠
عساف / صيدا	٢٢	خاص	٧	٥	٥	٣٢	٣٣٢	١٠٣٩	١٣٨١	١٣٨١	١٢٩٠
المعماري / صيدا	١٢	خاص	٣	-	-	٢٥	٣٣٢	١٠٣٩	١٣٨١	١٣٨١	١٢٩٠
ليب / صيدا	٨٥	خاص	١٠	١٥	١٢	٢٥٧١	٣٤٧	٢٠٧١	١٣٨١	١٣٨١	١٢٩٠

عسوان / صيدا	١١٢	خاص	٧	٧	٦	٤٢٢	١٣٤٨	١١٣٦	١٣٤٨	١١٣٦	١٣٤٨
ابليا / صيدا	٤٠	خاص	١٠	٥	٢٥	٢١٣	١٢٢٠	١٢٢٠	١٢٢٠	١٢٢٠	١٢٢٠
علا الدين / الصرند	٦٠	خاص	٧	٧	١٢	٣٠٨	١٣٠٠	١٣٠٠	١٣٠٠	١٣٠٠	١٣٠٠
شعبان / النبطية	٤٠	خاص	١٠	٥	٢٥	١٦١	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨
دلاعة / صيدا	٥٠	خاص	٧	٥	١٤	١١٦٥	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨
القصور / صور	٧٠	خاص	٣	-	-	٢٠٦٦	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨
جبل عامل / صور	١٠٠	خاص	٧	٧	١٥	٢٠	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨
كفر فالوس / الحريري	٤٠	خاص	-	-	١٣	٧٠	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨
غندور / النبطية		خاص	-	-	٥	٧٠	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨
كارت / النبطية		خاص	١٠	-	٥	٧٠	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨	١٣٦٨
المجموع			١٠	-	١٣٤	٩٩	١٣٤	٩٩	١٣٤	٩٩	١٣٤

>

المحافظة : البقاع

تل شبيحا / زحلة	١٠٠	خيري	٢٠	٣٥	٢٠	٢٠	٢٤٩	٢١٠٤	٢١٠٤	٢١٠٤	٢١٠٤
الخطيب	٣٠	خاص	١٧	٥	٥	٢١١	١٨٨٨	١٨٨٨	١٨٨٨	١٨٨٨	١٨٨٨
المس / شتورا	٤٠	خاص	٢٥	١٠	١٠	٢٨٦	١٤٢٠	١٤٢٠	١٤٢٠	١٤٢٠	١٤٢٠
السيدة / القوزل	٣٠	خاص	١٧	٥	٥	٣٥٢	٢٣٤٨	-	٢٣٤٨	٢٣٤٨	٢٣٤٨
الاهلي / بعلبك	٥٠	خاص	٣٠	١٥	١٥	٢٢٣٤	٢٣٤٨	-	٢٣٤٨	٢٣٤٨	٢٣٤٨
ابن سينا / بعلبك	٣٠	خاص	٢٣	٧	-	١٠	٢٣٤٨	-	٢٣٤٨	٢٣٤٨	٢٣٤٨
حامد فرحات	٣٠	خاص	٣	-	-	٨٠	٢٣٤٨	-	٢٣٤٨	٢٣٤٨	٢٣٤٨
المجموع			٨٠	٥٥	٥٥	٨٠	٢٣٤٨	-	٢٣٤٨	٢٣٤٨	٢٣٤٨

٣ - طلبت الوزارة من مرضاها بأن يدفعوا ١٥٪ من فاتورة الاستشفاء ، على ألا يتعدى ذلك الـ ٥٠٠ ل ل . لكل عملية إدخال للمستشفى والفكرة العلمية من وراء ذلك التدبير هي مشاركة المريض في تحمّل نفقات علاجه وبالتالي التقليل من استهلاكه لعملية الاستشفاء . فلا يدخل المستشفى إلا من احتاج ذلك فعلاً . كما أن هذا الاجراء يخفض نسبة ١٥٪ من نفقات التعاقد مع المستشفيات الخاصة وقد استثنى من هذا التدبير إصابات الحرب والمعاقون الذين يحولون من قبل المؤسسات الخاصة المتعاقدة مع الوزارة والايام الموجودون في المؤسسات الرعائية وموظفو الدولة المدنيون المتعاقدون .

٤ - حظرت وزارة الصحة قبول مرضاها في درجة غير الدرجة المعمول بها حتى ولو وافق المريض على دفع فرق الدرجة من حسابه الخاص ، تحت طائلة الغاء استمارة الدخول واستثنى من هذا التدبير المرضى الذين يدخلون إلى المستشفيات الجامعية لاجراء الجراحات الدقيقة المتخصصة التالية : جراحة القلب المفتوح والدماغ والأعصاب وجراحة الأطفال المولودين قبل الأوان والذين لم تتجاوز اعمارهم الأسبوعين ، وكذلك المصابون بحروق ، كما سمحت الوزارة بقبول المرضى المصابين بمرض وبائي يلزم عزلهم عزلاً تاماً على نفقتها ولو في درجة أعلى من درجة التعاقد .

٥ - شددت الوزارة سنة ١٩٨٣ في تنفيذ قرارها الذي ينص على ضرورة اعطاء المريض استمارة لدخول إحدى المستشفيات المتعاقدة قبل دخولها بالفعل ، واستثنى من هذه التدابير الحالات الطارئة فقط وبماكان هذا البند ان يتيح للوزارة فرصة ادخال المرضى في مستشفياتها الحكومية وإعطاء هذه أفضلية على المستشفيات المتعاقدة معها ، كما أن من شأن ذلك أن يسمح للوزارة في توجيه المرضى الى مستشفيات متعاقدة معينة دون غيرها حتى ولو كانت جميعها متعاقدة معها ، وفي هذا التدبير حذر كبير خاصة في الأوضاع الحالية ، فإن ذلك الاجراء يفصل بين الطبيب المعالج والمريض ويؤثر في الحرية الشخصية للاختيار ، كما أنه قد يعطي أفضلية لبعض المستشفيات بارسال عدد أكبر من المرضى خاصة من كانت حالتهم الصحية سهلة نسبياً دون غيرهم من المستشفيات الأخرى المتعاقدة هي أيضاً . فالتعاقد على عدد الأسرة لا يعني أن الوزارة سترسل بالضرورة المرضى إليها . مما يخلق أفضلية عند البعض واجحافاً للبعض الآخر - دون وجود مواصفات علمية محدّدة .

٦ - اخيراً أصدرت وزارة الصحة عام ١٩٨٣ لائحة توضح « حقوق وواجبات المرضى الذين يعالجون على نفقة الوزارة » . ، وتفصل هذه اللائحة الخطوات التي يجب اتباعها لدخول المستشفيات المتعاقدة على حساب الوزارة (ملحق ١٥)

عودة الى الجدول رقم (٢٣) يعرض هذا الجدول عدد وأسماء المستشفيات المتعاقدة مع وزارة الصحة وعدد الأسرة فيها والمتعاقد عليها وبالتالي نسبة هذه من المجموع وكلفة العلاج فيها ومقارنتها بين السنوات ٧٠ - ١٩٧١ من جهة و٨٢ - ١٩٨٣ من جهة أخرى .

يظهر هذا الجدول المعلومات التالية :

١ - الاعتماد المتزايد للوزارة على معالجة مرضاها في المستشفيات المتعاقدة خاصة تلك التي يملكها أفراد (أي التي تتوخى الربح) إضافة بالطبع إلى التعاقد مع المستشفيات الخيرية الدينية ، الأهلية التي تملكها جمعيات أو مؤسسات أو رهبانيات والتي كانت ركيزة التعاقد في السنوات ١٩٧٠ و ١٩٧١ .

- بلغ عدد المستشفيات المتعاقدة ٨٤ مستشفى سنة ١٩٨٢ وهذا العدد يمثل أغلبية المستشفيات العاملة في لبنان بينما كان هذا العدد ١٤ فقط في ٧٠ - ١٩٧١ وهذا الأمر يجعل امكانية ضبط أسس التعاقد أصعب بكثير من ذي قبل فالمستشفيات منتشرة فوق جميع الأراضي اللبنانية ونصفها متعاقد على أقل من ٥ أسرة في اليوم . فبدلاً من أن يكون عدد الأسرة مجعماً في مستشفيات مختارة تربطها بالوزارة علاقات مميزة يسهل معها التعاون والمشاركة أصبحت معظم المستشفيات في لبنان متعاقدة حتى بات تأمين هذا التعاقد احد متطلبات التخطيط المالي لهذه المستشفيات . ومن جهة أخرى حتى لو ارادت الوزارة مراقبة عدد المرضى الداخلين إليها والفحوصات والتشخيص لكانت كلفة المراقبة أكثر من الوفر الذي يمكن استحصاله .

٣ - يبين هذا الجدول أيضاً كلفة العناية الطبية في المستشفيات المتعاقدة وقد استعملنا في هذا السياق مؤشرين هما : كلفة اليوم المرضي وكلفة علاج المريض الواحد ، وهما مرتبطان معاً في المعادلة التالية :

مجموع كلفة العلاج للمريض (المؤشر الثاني)
كلفة اليوم المرضي = عدد الأيام التي أمضاها في المستشفى

وتجدر الإشارة هنا إلى أن كلفة الإقامة الأساسية أي كلفة السرير والأعمال التمريضية ، كانت تسعين ل ل (٩٠) فقط في ١٩٨٢ ، وكان متوسط الكلفة الأجمالية ٢٥٠ ل ل . ذلك يعني أن الفرق يعود الى الفحوصات المخبرية والشعاعية والأدوية بشكل رئيسي مما يضاعف الكلفة ثلاث مرات تقريباً .

٤ - يبين هذا الجدول أيضاً نسبة التعاقد أي نسبة عدد الأسرة المتعاقد عليها على مجموع عدد الأسرة وقد ادرجت هذه اللائحة للتذكير بالمرسوم رقم ١٥٢٠٦ وخاصة بمواده رقم ٣٥ ، ٣٦ ، ٣٩ ، و ٤٠ التي فصلت سابقاً ، فعلى سبيل المثال لا الحصر اشترطت هذه الأحكام أن يكون التعاقد في بيروت وطرابلس على ١٥ سريراً على الأقل في المستشفى الواحد (راجع قسم التشريع في هذا الفصل) .

٥ - يبرز الجدول رقم (٢٤) مقارنة في حركة التعاقد مع المستشفيات الخاصة للسنوات ٧١ ، ٧٩ ، ٨٢ ، و ١٩٨٣ وقد أوردنا مؤشرات حركة وكلفة المرضى المعالجين ولا حاجة لنا للتأكيد مجدداً على ضخامة المبالغ التي تدفع سنوياً وخاصة نسبة ازديادها مع مرور الزمن تبعاً لما أوردنا سابقاً . يبقى أن نلاحظ هنا ازدياد عدد المرضى المعالجين على نفقة وزارة الصحة حتى بلغ / ٦٥٠,٠٠٠ / مواطن وذلك يعني إذا افترضنا بأن معدل الاستشفاء هو ١٠٪ سنوياً فإن ٦٥٠,٠٠٠ / لبناني في عام ١٩٨٣ ، اعتمدوا على وزارة الصحة للاستشفاء .

ويمثل هذا العدد حوالي ربع المواطنين وأسباب ذلك كثيرة :

- * ارتفاع كلفة الاستشفاء في لبنان كما في العالم مما يحتم اللجوء الى فريق ثالث يدفع فاتورة العلاج .
 - * خلق التعاقد مع المستشفيات الخاصة عادات جديدة عند اللبنانيين خاصة بعد الغاء شهادة العوز والاعتماد المتزايد على المشافي الخاصة ، فلم يدفع المنفقات من التوفير الشخصي إذا كانت الدولة مستعدة لتحمل هذه المصاريف ؟ وبدأت هذه العادات مع الصندوق الوطني للضمان عام ١٩٧١ .
 - * سهولة الحصول على استمارة للدخول من قبل وزارة الصحة .
 - * الجمود الاقتصادي نتيجة للحرب الطويلة مما قلص إلى حد كبير امكانيات الطبقة المتوسطة وجعلها تلجأ الى الوزارة للاستشفاء عند الحاجة .
- وعلىنا أن نشير هنا بسرعة بأننا إذا جمعنا عدد اللبنانيين الذين يستفيدون من

تقديمات وزارة الصحة والصندوق الوطني للضمان وتعاونية موظفي الدولة ، والخدمات الطبية لافراد القوى المسلحة من جيش وشرطة وأمن داخلي وأمن عام ، لوصلت نسبة المواطنين الذين يدخلون المستشفيات للمعالجة على نفقة الدولة حوالي ٧٥٪ من المجموع فلقد وصل لبنان نتيجة للتطورات إلى نسبة ضمان وطني كامل شامل ولنا عودة الى هذه النقطة في الفصل اللاحق حول التمويل الصحي في لبنان .

الاستشفاء للحالات المزمنة :

٦ - انحصر حديثنا حتى الآن على الاستشفاء العام والحالات الحادة فقط ، والمبالغ التي تصرف على علاج الأمراض التي تتطلب إقامة في المستشفى لا تزيد عادة عن ثلاثين يوماً وقد ركزنا الحديث على هذه النوعية من الحالات نظراً لارتفاع كلفتها وتضاعفها المستمر سنوياً .

أما الاستشفاء للحالات المزمنة والتي تشمل عادة الامراض الصدرية والمزمنة والعقلية والتأهيل على أنواعه فقد كانت هذه في لبنان كما في غيره من البلدان مسؤولية الدولة نظراً لطول مدة العلاج واستمراريته أشهراً وسنوات عديدة قلما يستطيع فرد أن يتحمل نفقتها إضافة الى أن بعض هذه الأمراض يشكل خطراً على المجتمع وسلامة أفرادها مما دفع تاريخياً السلطات الى استحداث المصحات والمشافي لمعالجة هذه النوعية من الأصابات ، والى استصدار التشريعات الملائمة لذلك (كما في لبنان ، قانون مستشفيات المجانين العثماني) .

وتلجأ أغلبية الدول إلى اعتماد مصحات أو مشافي خيرية أو دينية لمعالجة المرضى المصابين في هذه الأمراض .

يظهر الجدول رقم (٢٥) تطوّر الاستشفاء للأمراض المزمنة خلال السنوات العشر الماضية ويرجى ملاحظة التطورات التالية :

* انخفاض عدد الأسرة الملحوظة للأمراض الصدرية نظراً الى تقدم الطب ومعالجته لهذه الأمراض وخاصة السل من خلال الأدوية والعقاقير ، مما قلص من عدد المرضى الذين يؤمّن المصحات للاستشفاء .

* زيادة عدد الأسرة المخصصة للأمراض المزمنة الى الضعف تقريباً ، ويعود سبب ذلك الى التغييرات الاجتماعية في لبنان كما في غيره من البلدان فمعالجة المسنين والعجزة في المنزل أصبحت أكثر صعوبة نظراً لتقلص روابط العائلة .

* زيادة عدد الأسرة المتخصصة في علاج الشلل الدماغي والسفلي على أنواعها نسبة اربعة أضعاف وقد يكون ذلك احدى نتائج اصابات الحرب .

* ارتفاع عدد المستشفيات المخصصة لعلاج الأمراض المزمنة وأمراض الشلل والتأهيل وباعتقادنا أن هذا الحقل سيلقى المزيد من الاهتمام في السنوات القادمة .

* يرجى ملاحظة المبالغ التي تنفق سنوياً لمعالجة هذه الأمراض وقد بلغت ٣٩ مليون ل . ل . في ١٩٨٢ ، زيادة ٦ أضعاف لما كانت عليه سنة ١٩٧١ .

* تجدر الإشارة في هذا المجال أن هذه المؤسسات متعاقدة أيضاً مع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ومصلحة الانعاش الاجتماعي وغالباً على عدد مماثل من الأسرة مما يجعل نفقات هذه المؤسسات مرتبطاً كلياً على الأموال العامة .

* لا بد من التأكيد هنا بأن أسلوب التعاقد مع الوزارة هو على مبدأ الكلفة اليومية للمريض الواحد ، وليس على كلفة الأعمال الطبية كما في حالات الاستشفاء العام ، مما قد يفسر الزيادة التدريجية في الكلفة إنما على الوزارة أن تؤكد نوعية العلاج المؤمن لمرضها في هذه المؤسسات ، كما في غيرها بالطبع .

الخدمات الطبية - الفئة الثالثة :

لا بد لنا عند نهاية دراستنا للتعاقد مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة من أن نبرز أهمية « باب الخدمات الطبية من الفئة الثالثة » والتي تدرج حالياً مع مرسوم التعاقد مع المستشفيات الخاصة .

تشمل هذه الخدمات المتفرقة أجهزة الشلل والفحوصات المخبرية والشعاعية المتطورة والأكثر اختصاصاً وتعقيداً وخاصة جلسات الديال أو غسل الكلية التي بدأت تحظى باهتمام كبير من قبل وزارة الصحة نظراً لارتفاع الكلفة فيها إلى حوالي ١٥ مليون ل . ل . (جدول رقم ٢٦) .

تتعاهد وزارة الصحة مع المؤسسات الخاصة والمستشفيات لهذه الأعمال الطبية ذلك أن المؤسسات الحكومية غير مجهزة بشكل كاف للقيام بها . وقد أولت الوزارة اهتماماً خاصاً في سنة ١٩٨٣ جلسات الديال ولنا عودة الى هذا البند في فصل مستقل نظراً لأهميته ، وقد بلغت نفقات الديال حوالي ٦٠٪ من مجموع الخدمات الطبية من الفئة الثالثة .

يرجى ملاحظة ازدياد الاعتمادات المخصصة للتصوير الشعاعي نظراً لتقدم الفن

في عالم الطب ، خاصة فيما يختص بالتصوير الطبقي بواسطة الكمبيوتر والذي تبلغ كلفة الفحص الواحد حوالي الألف ليرة لبنانية .

وهناك أيضاً بند « نقل الدم ومشتقاته » وهذا الآخر هو أيضاً مرشحاً للارتفاع نظراً لازدياد عدد المصابين بأمراض الدم على أنواعها خاصة مرضى التلاسيميا ، وقد بلغت نفقات الفئة الثالثة حوالي ٢٤ مليون ل . ل . عام ١٩٨٢ وبذلك يصبح مجموع النفقات التي تصرف على المؤسسات الخاصة المتعاقدة مع وزارة الصحة كالآتي :

١٠٧,٦٧٥,٠٠٠	الاستشفاء العام
٣٧,٩٥٦,٦٤٥	الأمراض المزمنة
٢٤,١٠٢,٨٥٦	الفئة الثالثة

١٦٩,٧٣٤,٥٠١

=====

أي حوالي ١٧٠ مليون ليرة لبنانية كما في ١٩٨٢ ، أي نسبة ٧٣٪ من ميزانية الوزارة في هذا العام .

أما إذا أضفنا إلى هذا المبلغ تكاليف إدارة المستشفيات الحكومية والتي قدّرت بـ ٥٧ مليون ل . ل . (مع المصاريف الادارية الغير مباشرة) لتوصلنا إلى ٢٢٧ مليون ل . ل . دفعت عام ١٩٨٢ للاستشفاء فقط ، مما يبيّن ٧ ملايين ل . ل . لا غير لجميع أعمال الوزارة الأخرى كالرعاية الصحية الأولية والصحة العامة والطب الوقائي والتخطيط وغيرها من النشاطات الصحية التي يحتمل القانون مسؤوليتها لوزارة الصحة ، وسنبحث في الحلول المقترحة في نهاية الفصل المخصص للمستشفيات لاحقاً .

جدول رقم (۲۵)

الاستشفاء على نفقة وزارة الصحة للأمراض المزمنة

المبلغ السنوي ١٩٨٢	الكلفة اليومية	عدد الأسرة	الكلفة اليومية ١٩٧١	١٩٧٠	١٩٧١
					* الامراض الصدرية
٢,٧٠٨,٢٠٠	٣٩	١٢٠	٨,٥	٢٢٠	٢٨٥
٢١٣,٥٢٥	٣٩	١٥			بحنس / تدرن
٧١١,٧٥٠	٣٩	٥٠	٨,٥	٤٥	٦٥
٧١١,٧٥٠	٣٩	٥٠	٨,٥	٤٥	٦٥
					بحنس / سجن
					العازونية
					هملين
					* الامراض العقلية
٧,٩٢٠,٥٠٠	٣٥	٦٢٠	٧,٠	٥١٠	٥١٠
٤,٩١٨,٣٧٥	٣٥	٣٨٥	٧,٠	٢٠٠	٢٠٠
٩٥٨,١٢٥	٣٥	٧٥	٧,٠	١٠٠	١٠٠
					دير الصليب
					دار المعجزة
					الفنار
					الامراض المزمنة
٤,٦٩٩,٣٧٥	٢٥	٥١٥			السيدة الطلياس
٢,٧٣٧,٥٠٠	٢٥	٣٠٠			دير القمر
٢,٥٠٩,٣٧٥	٢٥	٢٧٥	٣,٥	١٤٥	١٤٥
٢,١٤٤,٣٧٥	٢٥	٢٣٥	٣,٥	١٥٠	١٥٠
١,١٤٠,٦٢٥	٢٥	١٢٥			دار الرحمة
٤٥٦,٢٥٠	٢٥	٥٠			دار المعجزة
٥٠١,٨٧٥	٢٥	٥٥	٣,٢٥	٢٢	-
١٣٦,٨٧٥	٢٥	١٥	٣,٢٥	١٥	-
٥٤٧,٥٠٠	٢٥	٦٠			الفنار
					ضيافة القدسي
					ماوى حريصا
					بيت العجوز المريض
					جمعية الخدمات الاجتماعية
					طرابلس
٩٠٣,٣٧٥	٤٥	٥٥	٩,٠	٥٥	٥٥
					مصاح الوليد
					هملين
					* امراض الشلل
١١٣,١٥٠	٣١	١٠	٨,٥	٢٠	٣٥
٥٨٤,٠٠٠	٨٠	٢٠			القرطباوي / دماغ
٣٣٩,٤٥٠	٣١	٣٠	٨,٥	٢٠	١٥
					القرطباوي / شلل
					التأهيل الطبي / دماغ

١٩٧٠ ١٩٧١	الكلفة اليومية ١٩٧١	عدد الأسرة	الكلفة اليومية	المبلغ السنوي ١٩٨٢
التأهيل الطبي / شلل	٢٥	٨٠	٧٣٠,٠٠٠	
الخدمات الاجتماعية	١٠	٨٠	٢٩٢,٠٠٠	
طرابلس				
الكفاءات / دماغ	٥	٣١	٥٦,٥٧٥	
الكفاءات / شلل	٥	٨٠	١٤٦,٠٠٠	
مركز الشلل / عاريا	٨	٣١	٩٠,٥٢٠	
بيت شباب / شلل	٥٥	٨٠	١,٦٠٦,٠٠٠	
ضيافة القدسي / دماغ	١٠	٣١	١١٣,١٥٠	
العصفورية	٧,٠	-	-	
	٣٦٥	٣٦٥		
١٩٧١	١٩٨٢	عدد	المبلغ	عدد
الاسرة	الاسرة	الاسرة	الاسرة	الاسرة
الامراض الصدرية	٣٦٠	٢٣٥	١,١٠٠,٠٠٠	٣,٣٦٢,٢٤٦
الامراض العقلية	١٠٣٥	١٠٨٠	٢,٨٠٠,٠٠٠	١٣,٨٦٧,٢٠٠
الامراض المزمنة	٨٨٢	٢١٧,٠٠٠	١٧٥٠	١٥,٧٣٢,٢٦٧
امراض الشلل	٤٠	٢١٧,٠٠٠	١٧٨	٤,٠٩١,٥٥٧
الجدام	٥٥	٢٢٦,٠٠٠	٥٥	٩٠٣,٣٧٥
المجموع	٢٣٧٢	٣٢٤٨	٥,٥٦٠,٠٠٠	٣٧,٩٥٦,٦٤٥

الزيادة (النقص) بين ١٩٧١ - ١٩٨٢ :

(عدد الأسرة) + ٨٧٦ (+ ٣٧ %)

عدد المستشفيات + ١٣ (+ ٩٣ %)

المبالغ السنوية % ٥٨٣ +

جدول رقم (٢٦)
خدمات طبية - الفئة الثالثة

١٩٧١ - ١٩٨٢

١٩٧١	١٩٨٢	خدمات طبية
١٧٤,٠٠٠	٥٧٦,٠٠٠	أجهزة الشلل
	٢٤٠,٠٠٠	جلسات تدليك
٤٠,٠٠٠	٧٨٠,٠٠٠	معالجة بالاشعة
٢١,٠٠٠	٥٤٠,٠٠٠	فحوص غدد
١٧,٠٠٠	٢,٥٧١,٤٣٠	تصوير شعاعي
٨١,٠٠٠	١٠٠,٠٠٠	جراحة قلب وشرابين علاج بالخارج
٢١٨,٠٠٠	١٤,٤٠٠,٠٠٠	غسل الكلية
	٣٠٠,٠٠٠	زرع الكلية
	٦٠,٠٠٠	تخطيط الدماغ
	١,٤٤٠,٠٠٠	فحوص مخبرية
١٧٧,٠٠٠	١,٩٧١,٤٣٠	نقل الدم
	٢٤,٠٠٠	تخطيط عضلات
٧٢٨,٠٠٠	٢٤,١٠٢,٨٥٦	المجموع

الزيادة السنوية ٤٨٦, ٢,٣٣٧ ل ل .

نسبة الزيادة ٣٢١٠ % (أي ٣٢ ضعفاً) .

التعديلات الطفيفة من مصدر الى آخر ، دون التدقيق في صحتها أو في جديتها فإذا ما استعرضنا بعض الأرقام الواردة في التقارير الرسمية لتوصلنا إلى هذا التباين في الاحصائيات :

١ - تشير وثيقة من نقابة أصحاب المستشفيات الخاصة في لبنان إلى أن عدد المستشفيات الخاصة في ١٩٨٢/١٢/٣١ قد بلغ ٧٣ وأن عدد الأسرة فيها قد ناهز الـ ٥٠١٤ سريراً مرضياً كما هو مفصل في الجدول رقم (٢٧) أدناه :

جدول رقم (٢٧)

عدد المستشفيات الخاصة وأسرتها حسب نقابة أصحاب المستشفيات الخاصة في لبنان

عدد المستشفيات	عدد الأسرة	
٢٠	١٨٦٧	بيروت
٢٠	١٢٧٧	جبل لبنان
١٤	٧٤٧	الشمال
١٣	٨١٤	الجنوب
٦	٣٠٩	البقاع
٧٣	٥٠١٤	المجموع

وتشمل هذه الوثيقة مستشفيات الطب العام والاستشفاء الحاد دون ذكر أو تعداد مشافي ومصحات الأمراض المزمنة .

ويشمل العدد المذكور في هذه الوثيقة فقط المؤسسات التي سددت اشتراكاتها في صندوق النقابة ، علماً بأن هذا العدد قريب من المستشفيات الناشطة خلال ١٩٨٢ .

وتجدر الإشارة في هذا السياق إلى أن نقابة أصحاب المستشفيات الخاصة قد اتخذت تلعب دوراً هاماً ومتصاعداً في حقل الاستشفاء في لبنان خاصة في السنوات الثلاث الأخيرة، فهي تسعى إضافة إلى مسؤوليتها الأساسية التي تنحصر في الحفاظ على مصالح أعضائها إلى اعلاء شأن النقابة وتوسيع دورها في مجال التخطيط

المستشفيات الخاصة

مقدمة :

يعود الفضل الأول والأهم للعناية الطبية والتدريب الصحي في لبنان إلى المستشفيات الخاصة العاملة فوق أراضيها أكانت جامعية أو أهلية أو يملكها أفراد من القطاع الخاص ييغون الربح . فلولا النشاط والديناميكية والمرونة التي أبدتها جميع هذه المستشفيات على أنواعها لكان الوضع الصحي في لبنان من الهزلة التي لا توصف ومن الضعف حيث لا ينفع العلاج . ومهما كثرت الشكاوي منها والبعض منها محق تضاربت الأقاويل عنها فقد بقي القطاع الاستشفائي الخاص صامداً خلال السنوات العشر الأخيرة يسعف المصابين ويعالج المرضى على اختلاف عللهم تحت ظروف عمل صعبة ودقيقة للغاية ، بل وخطرة في معظم الأحيان ، هذه شهادة صادقة ترمي من خلالها إلى إظهار الحقيقة باخلاص وصدق ولأصحاب المستشفيات وجميع العاملين فيها من أطباء وممرضين وفنيين وتقنيين وإداريين وموظفين ، دين وزمة في ضمير هذا الشعب . وحرى بنا أن نتعرف عن كثب عن كيفية العمل في هذا القطاع علماً نجد الحلول الصائبة والسبل التي نستطيع اعتمادها لوضع القطاع العام على سكة النهوض والنمو . ففي السنوات العشر الحالكة في السواد والأسى والدمار ، نرى أن القطاع الخاص في حقل الرعاية الصحية قد ازداد نموه وازدهاره كما سنبين لاحقاً مستفيداً دون شك من المعطيات الجديدة التي أفرزتها هذه الأوضاع ، خاصة بعد أن تداعى هيكل الاستشفاء الحكومي ونشطت حركة التعاقد مع المستشفيات الخاصة لعلاج مرضى وزارة الصحة والمستفيدين من تقديرات الضمان الصحي .

وضع المستشفيات الخاصة :

يصعب على كل باحث أو مسؤول أن يلتبس المعلومات الصحيحة عن عدد ونوعية وملكية المستشفيات الخاصة ، فالمعلومات المتوافرة تنتقل مع بعض

والبرمجة الصحية وإلى ضبط النوعية وجودة العلاج في المستشفيات الخاصة .

٢ - أما المصدر الثاني للمعلومات حول المستشفيات الخاصة فهو الدراسة المفصلة التي صدرت حديثاً عن النجدة الشعبية في لبنان في كتابها حول « الأوضاع الصحية في لبنان » وقد أدرجت هذه الدراسة بالاسم وعدد الأسرة جميع المستشفيات العاملة في لبنان . وقد أوجزنا من هذه الدراسة المعلومات التالية في الجدول رقم (٢٨) .

جدول رقم (٢٨)

توزيع المستشفيات الخاصة في لبنان حسب ملكيتها عن كتاب « الأوضاع الصحية في لبنان »

المستشفيات الخاصة في لبنان (١٩٨٣)

المحافظة	يملكها أفراد	تملكها جمعيات	تملكها كليات طب	المجموع
بيروت	٢١	٨	٢	٣١
جبل لبنان	٢٤	٢١	-	٤٥
الشمال	١٥	٣	-	١٨
الجنوب	١٥	١	-	١٦
البقاع	١٠	٢	-	١٢
المجموع	٨٥	٣٥	٢	١٢٢

وتشمل هذه الأعداد مشافي ومصحات الأمراض المزمنة بالإضافة تبعاً إلى مستشفيات الطب العام والحالات الحادة ويبلغ مجموع عدد مؤسسات الإقامة الطويلة ١٢ مؤسسة (حسب المصدر المذكور) تديرها جميعها جمعيات خيرية أو دينية فيكون عدد مؤسسات الاستشفاء العام / ١١٠ / .

إنما مع التدقيق في أسماء المستشفيات والأرقام المتوفرة عن عدد الأسرة في كل منها برزت اختلافات عديدة منها ما يتعلق بعدد الأسرة ومنها ما هو ملحوظ مرتين بسبب وجود إسمين لمستشفى واحد ومنها ما لم يحتسب أصلاً .

ومحاولة منا لتفصيل عدد وعدة المستشفيات الخاصة وبلورة الواقع كما هو في السنين الأخيرة عمدت دائرة الخدمات الطبية بالجامعة الأميركية في بيروت إلى إرسال استمارات تطلب من إدارة المستشفيات الخاصة في بيروت إملائها وتوفير المعلومات عنها .

وقد حصلت الدائرة على معلومات من ٦٣ مستشفى من مختلف أنحاء لبنان ما عدا محافظة البقاع بأكملها ونورد هذه المعلومات في الملحق رقم (١٦) .

وأخيراً قمنا في العام ١٩٨٣ خلال مسؤوليتنا في الوزارة بدراسة ملفات وزارة الصحة المتعلقة بالمستشفيات الخاصة ، ويضم هذا الملف جميع إجازات الإنشاء والاستثمار الضرورية لبدء العمل في المستشفى الخاص ، أو لتوسيعه أو نقل ملكيته أو ترميم أجنحة معينة منه . والمعلومات المستخلصة نوردنا هنا بإيجاز ونلحقها في هذا الفصل كاملة نظراً لأهميتها (الملحق رقم ١٧) .

يبلغ عدد المستشفيات الخاصة في لبنان حسب الرخص المعلقة لإنشاء واستثمار المستشفيات الخاصة طبقاً للمرسوم رقم ٩٨٢٦ الصادر بتاريخ ١٩٦٢/٦/٢٥ والذي سبق ذكره وتفصيله في قسم التشريع أعلاه : ٢٣٣ / مؤسسة موزعة حسب الجدول رقم (٢٩) المرفق ويظهر هذا الجدول المعلومات التالية :

٢ - تطوّر حركة إنشاء واستثمار المستشفيات الخاصة في لبنان منذ سنة ١٩٣٠ وصولاً إلى ٣٠ نيسان ١٩٨٣ وتجدر ملاحظة التالي :

* بدأت عملية الاستشفاء الخاص في لبنان منذ سنة ١٩٣٠ ، وتحديدًا في مدينة بيروت . ولحقت المحافظات الأخرى في العقود التالية .

* انتعشت عملية إنشاء المستشفيات في جبل لبنان والشمال في الخمسينات ولحقت بهما محافظة الجنوب في الستينات وأخيراً محافظة البقاع التي شهدت نمواً ملحوظاً للقطاع الخاص في السنوات العشر الأخيرة .

* ارتفاع نسبة المستشفيات التي تملكها الجمعيات في محافظة جبل لبنان (٤٠٪) ويعود ذلك إلى دور الرهبانيات والكنيسة في هذا القطاع الذي بدأ ولم يزل مرتبطاً إلى حد كبير بالجمعيات الدينية والخيرية والأهلية .

* بقيت المستشفيات الخاصة في جنوب لبنان وحده رهناً بالأفراد الذين يملكون هذه المستشفيات .

٢ - تطوّر ونشاط حركة استصدار رخص الإنشاء والاستثمار حتى في سنوات الحرب

الآخيرة فيما يختص بالمستشفيات الخاصة . فمنذ سنة ١٩٧٦ حتى ١٩٨٣/٤/٣٠ صدر عن وزارة الصحة العدد التالي من الرخص :

عدد الاجازات

محافظة بيروت	-
جبل لبنان	١٩
الشمال	٧
الجنوب	١١
البقاع	١٤
المجموع	٥١

٣ - بلغ عدد المستشفيات الخاصة التي تستقبل المرضى في عام ١٩٨٣ / ١٣٠ / مؤسسة لجميع الاختصاصات الحادة والمزمنة .

٤ - بلغ عدد المؤسسات التي لم تصل عدد الأسرة فيها إلى الخمسين / ٦٢ / أي النصف تقريباً وسبب التركيز على العدد (٥٠) يعود إلى أن معظم الدول المتقدمة أصبحت تعرف المستشفى على كونه يضم أكثر من ٥٠ سريراً وهذا الحد يصل أحياناً في بعض الدول الى المائة وتعرف المستشفيات دون عدد الأسرة هذه « بالعيادات » أو « بالعيادة - المستشفى » ، لفصلها عن المؤسسات الأكبر حجماً والأكثر سعة من الأسرة .

جدول رقم (٢٩)

عدد المستشفيات الخاصة في لبنان - وتوزيعها تباً لمليكتيتها وسنة استصدار الرخصة من وزارة الصحة .

المجموع	١٩٨٣-١٩٨٠	١٩٧٩-١٩٧٠	١٩٦٩-١٩٦٠	١٩٥٩-١٩٥٠	١٩٤٩-١٩٤٠	١٩٣٩-١٩٣٠	المحافظة														
بيروت	١٦	٨	٥٨	١	١	٩	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	
جبل لبنان	٧٤	٢٩	٤٥	١١	٣	٨	٤٠	١٦	٢٤	١٦	٦	١٠	٧	٤	٣	-	-	-	-	-	
الشمال	٤٣	٢	٤٠	٣	-	٣	١١	١	١٠	١٢	١	١١	١٥	-	١٥	٢	-	٢	-	-	
الجنوب	٣٤	-	٣٤	١١	-	١١	١١	-	١١	٨	-	٨	٢	-	٢	٢	-	٢	-	-	
البقاع	١٦	٢	١٤	١٠	١	٩	٥	-	٥	-	-	-	-	-	-	١	١	-	-	-	
المجموع	٢٣٣	٤١	١٢	٣٦	٤	٣٢	٧٦	١٨	٥٨	٥٢	٩	٥٨	٥٣	٨	٤٥	١٤	١	١٣	٢	١	١

٥ - توزعت المستشفيات والأسرة العاملة فيها على النحو التالي :

جدول رقم (٣٠)

توزيع المستشفيات الخاصة النشطة في لبنان بجميع أنواعها وعدد الأسرة العاملة فيها - سنة ١٩٨٣

المحافظة	عدد المستشفيات الخاصة	عدد أسرة استشفاء عام	عدد أسرة امراض مزمنة	المجموع
بيروت	٣٨	٢٥٠٠	٨٧٠	٣٣٧٠
جبل لبنان	٤٣	٣٠٠٢	٣٠٥٦	٦٠٥٨
الشمال	٢٠	٨٩٧	٢٧٥	١١٧٢
الجنوب	١٧	١١٢٥	٣٠٠	١٤٣٥
البقاع	١٢	٤٥٥	-	٤٥٥
المجموع	١٣٠	٧٩٧٩	٤٥٠١	١٢٤٨٠

المصدر : ملفات وزارة الصحة العامة .

وتجدر الإشارة هنا إلى المعلومات التي جمعها الدكتور مازن والدكتور فردوغو - بنيملس خبيراً منظمة الصحة العالمية للمستشفيات في لبنان كما كان الوضع في سنة ١٩٧٢ (جدول رقم ٣١) .

جدول رقم (٣١)

المستشفيات العاملة في لبنان حسب ملكيتها وعدد الأسرة فيها كما كان الوضع عام ١٩٧٢

الملكية	حكومي	خيري	خاص	المجموع
نوع المستشفى	العدد	العدد	العدد	العدد
الأسرة				
الاستشفاء العام :				
مستشفيات محافظة	٥	٨٥٩		
مستشفيات وسطية	٧	٤٨٣		
مستشفيات ريفية	٩	١٨٠		
المجموع	٢١	١٥٢٢	١٢	١٦٢٨
			٦٣	٢٣١١
			٩٦	٥٤٦١
المستشفيات المتخصصة :				
	-	-	-	٩٧٥
	-	-	-	٩٧٥
المجموع	٢١	١٥٢٢	٩٨	١٦٢٨
			٩٨	٣٢٨٦
			١٣١	٦٤٣٦
الاستشفاء للحالات المزمنة				
	٤٤	١٠	١	٣٤٣٦
	-	-	-	٣٥٠٦
المجموع العام	٢١	١٥٦٦	٩٩	٣٣١٦
			٩٩	١٤٣
			١٤٣	٩٩٤٢

المصدر : مازن وبنيملس - منظمة الصحة العالمية

كما يلاحظ زيادة عدد المستشفيات والأسرة في السنوات العشر الماضية بالرغم من أن مؤسسات القطاع الحكومي انخفض عددها بالفعل كما سبق وأوضحنا في القسم السابق المتعلق بمستشفيات وزارة الصحة العامة .

تصنيف المستشفيات الخاصة في لبنان :

عمدت وزارة الصحة العامة عام ١٩٨٣ إلى تصنيف المستشفيات الخاصة في لبنان ولأول مرة طبقاً للمرسوم رقم ١٥٢٠٦ الصادر سنة ١٩٦٤ . وقد جاء هذا العمل نتيجة تعاون ومشاركة من نقابة أصحاب المستشفيات الخاصة ووحدة التخطيط والتنمية في وزارة الصحة وقد عمل بنظام النقاط والوحدات الذي يطبق عالمياً من قبل لجان اعتماد المستشفيات وأجازتها . (الملحق رقم ١٨) وقد شملت هذه العملية النواحي الطبية الفنية والنواحي الفندقية لكل من المستشفيات الثلاثة والستين التي تمكن موظفي الوزارة من الوصول إليها نظراً للحالة الأمنية السائدة حينذاك . وقد شملت هذه النواحي مختلف البنود والشروط الموضوعية في المرسوم رقم ١٥٢٠٦ ووضعت نقاط محدّدة لكل منها . وتظهر نتيجة هذا التصنيف في الجدول (٣٢) عن المستشفيات الخاصة وجميعها متعاقدة مع الوزارة لمعالجة المرضى المحوّلين من قبلها .

النواحي الطبية	درجة أ	درجة ب	درجة ج	درجة د	المجموع
الفنية	٥	٢٥	٢٤	٩	٦٣
النواحي الفندقية	٢٧	١٢	٢١	٣	٦٣

ولهذا التصنيف أهمية بالنسبة الى التعاقد مع المستشفيات فالكلفة اليومية مرتبطة بدرجة التصنيف خاصة فيما يتعلق بالنواحي الطبية الفنية التي لها علاقة مباشرة اجمالاً بنوعية العناية الطبية .

وتدّل هذه المعلومات بشكل عام بأن أصحاب المستشفيات الخاصة قد ركزوا بشكل أكبر وأوسع على النواحي الفندقية التي تسترعي انتباه المريض لأنه بدلاً من التركيز على النواحي الطبية التي غالباً ما يجهلها المريض أو المواطن . وسنعود إلى هذه الفوارق التي تميّز القطاع الصحي عن غيره من القطاعات لاحقاً في هذا الكتاب .

جدول رقم (٣٢)

تصنيف المستشفيات الخاصة المتعاقدة مع وزارة الصحة العامة لعام ١٩٨٣ - مع تبيان المرضى المحوّلين إليها وكلفة الاستشفاء فيها .

المستشفى	التصنيف*	عدد الاسرة حسب المرسوم	عدد المرضى	عدد ايام الاستشفاء	كلفة المريض	كلفة اليوم	معدل
رقم ٥٢٩١							
(١) الجامعة	أ *****	١٠٠	٤٦٩٤	٣٥٥٩١	٤٧٥٩	٤٩٤	٩,٦٤
الاميركية							
(٢) اوتيل ديو	أ *****	٨٥	٢٥٩٨	٢٤٣٦٢	٣٥٨٧	٣٨٢	٩,٣٨
(٣) الروم	أ *****	٩٠	١٨٧٧	٢١٦٥٣	٣٥٢٧	٣٠٥	١١,٥٤
(٤) المقاصد	أ *****	٧٥	٤٠٩٨	٢٧٥٥٤	٢٧٣٩	٤٠٧	٦,٧٣
الاسلامية							
(٥) الحريري	أ *****	٢٠					
(٦) البربير	ب *****	٤٠	١٤٩٣	١٢٨٤٠	٣١٠٦	٣٦١	٨,٦٠
٧ مار يوسف	ب *****	٣٠	١٧٢٧	١١٩١٨	٢٥١٦	٣٦٤	٦,٩٠
(٨) سيدة لبنان	ب *****	١٥	٥٤٣	٤٥٦٨	٢٧١٧	٣٢٣	٨,٤١
٩ رزق	ب *****	٨	٢٩٤	٢٣٨٣	٢٦٧٢	٣٢٩	٨,١١
(١٠) قلب يسوع	ب *****	٢٥	١٠٧٧	٧٣٠١	٢٨٤٣	٤١٩	٦,٧٨
(١١) سان جورج	ب *****	٥					
عجلتون							
(١٢) الساحل	ب *****	٥	١٧٨	١٤٣٥	٣٣٣٥	٣٩١	٨,٥٣
(١٣) اللبناني	ب *****	١٠	٤٢٧	٣٨٢٥	٢٦٦٨	٢٩٧	٨,٩٦
جعميتاوي							
(١٤) سان شارل	ب *****	١٠	٤٣٨	٣٣٩٥	٢٢٧٨	٢٩٣	٧,٧٥
(١٥) ابو جودة	ب *****	١٥	٥٣١	٤٠٥٥	١٩٧٣	٢٥٨	٧,٦٤
(١٦) نجار	ب *****	١٠	٢٢٣	٢١٦٥	٣٧٨١	٤٠٦	٩,٧١
(١٧) بيروت		٣٥	١٤٥	٧٥٠	٢٠٦٥	٣٩٩	٥,١٧
(١٨) سيدة	ب *****	٢٠	١٠٥٥	٦٣٨٠	١٧١٢	٢٨٣	٦,٠٥
المعونات							
(١٩) حمود	ب *****	٨	٦٢٥	٢٩٢٧	١٧٠٥	٣٦٤	٤,٦٨
(٢٠) لبيب ابو ظهر	ب *****	١٠	٤٨١	٣٦٣٨	٢٤٣٣	٣٢١	٧,٥٦
(٢١) شعيب الجنوب	ب *****	١٠	٧٥٣	٤٤٦٧	١٤٠٢	٢٣٦	٥,٩٥
(٢٢) دلاعة	ب *****	٧	٢٤٦	١٠٦٩	١١٦٥	٢٦٨	٤,٣٥

تابع جدول (٣٢)

المستشفى	التصنيف * حسب المرسوم رقم ٥٢٩١	عدد الأسرة	عدد المرضى	عدد أيام الاستشفاء	كلفة المريض	كلفة اليوم	معدل الإقامة
(٢٣) بيت شباب ب **** ١٠							
(٢٤) جبل عامل ب *** ٧		٤٢١	٣٠٦٦	٢٠٦٦	٢٧٦	٧,٤٨	
(٢٥) الايمان / عاليه ب *** ١٥		٦٢٩	٢٧٤٥	١٧٣٤	٣٩٧	٤,٣٧	
(٢٦) بحس ب *** ٣٥		٧٢٢	١٠١٢٧	٢٧٠٧	١٩٣	١٤,٠٣	
(٢٧) بعقلين ب *** ١٢							
(٢٨) الزهراء ب *** ٤٠		١١٣٠	٦٩٠٦	١٦٩٦	٢٧٧	٦,١٢	
(٢٩) الاسلامي ب *** ٦٥		٢٠٧٢	١٣٤٩٤	١٠٤٤	١٦٠	٦,٥٢	
(٣٠) مظلوم ب *** ٢							
(٣١) المنلا ب *** ٢		٧٩	٤٨٩	١٩٤٢	٣٠٦	٦,٣٤	
(٣٢) الحياة ب *** ٧		٤٤٤	٢٠٩٩	١٧٧٩	٣٧٣	٤,٧٦	
(٣٣) سان تريز الحدث ب *** ٦		٢٠٤	١٣٩٢	١٩٩٦	٢٩٢	٦,٨٢	
(٣٤) الارز ب *** ٨		٢٠٢	١٠٨١	١٤٦٣	٢٧٣	٥,٣٦	
(٣٥) معربس ب *** ٥		٣١٥	١٥٠٠	١٤٢٩	٣٠٠	٤,٨	
(٣٦) الخطيب / البقاع ب *** ٥		١٢٠	٨٥٠	١٧٩٦	٢٥٣	٦,٠٦	
(٣٧) النيني ب *** ٥							
(٣٨) مارلويس ب *** ٥							
(٣٩) هيكل الكورة ب *** ٣		١٢٦	٨٢٧	١٨٤٦	٢٨١	٦,٥٦	
(٤٠) الحايك ب *** ٥		٩٣	٧٧٦	٢٣٧٠	٢٨٤	٨,٣٤	
(٤١) تل شبحا / زحلة ب *** ٢٠		٧٤٩	٦٦١٠	٢٧٩٢	٣١٦	٨,٨٣	
(٤٢) الاهلي / بعلي ب *** ١٥		١١٦١	٦١٨٠	٢٢٣٤	٤١٩	٥,٣٣	
(٤٣) البترون ب *** ٣٠		٢٢٠١	١٠٦١٣	١٧٩٩	٣٧٣	٤,٨٣	
(٤٤) الرهبان ب *** ٥		٣٤٦	١٧٣٠	١٩٤٩	٣٨٩	٥,٠١	
(٤٥) رحال ب *** ١٠		١٣٢	٩٧٣	١٨٧٦	٢٥٤	٧,٣٧	
(٤٦) الرازي / حلباب ب *** ٥		٢٤٤	١٣٧٤	١٦٤١	٢٩١	٥,٦٣	
(٤٧) هملين ب ** ١٠		٨٥	٧٥٨	١٦٥٩	١٨٦	٨,٩٢	
(٤٨) الوطني / عاليه ب ** ٧		٣١٩	٢٦٦٩	٣٤٠٠	٤٠٦	٨,٣٧	
(٤٩) شرف الدين للعيون ب ** ٣							
(٥٠) النقيب / صيدا ب ** ١٠		٧٢٤	٢٩٤٠	١٢٩٠	٣١٧	٤,٠٦	
(٥١) سمير رحال الربدة ج **** ٥							

تابع جدول رقم (٣٢) :

المستشفى	التصنيف * حسب المرسوم رقم ٥٢٩١	عدد الأسرة	عدد المرضى	عدد أيام الاستشفاء	كلفة المريض	كلفة اليوم	معدل الإقامة
(٥٢) سيده زغرتا ج **** ٦		٥٩٧	١٩٣٠	٨٤٦	٢٦١	٣,٢٤	
ماريوجنا							
(٥٣) عسيران ج **** ٧		٧٤	٣٧٧	١١٣٦	٢٢٣	٥,٠٩	
(٥٤) راهبات دير الصليب ج *** ١٥		١٢٢٠	٦٠٦٣	١٨٢	١٦٣	٤,٩٧	
دير القمر							
(٥٥) الترك بيروت ج *** ٨		٢٨٠	١٣٤٠	١٨٠٧	٣٧٧	٤,٧٩	
(٥٦) ابن سينا بعلي ب ج *** ٥		٢٢	١٣٤	١٩٣٣	٣١٧	٦,٠٩	
(٥٧) الحسيني طرابلس ج *** ٢٠		١٤٥	٥٨١	٨٥٣	٢١٢	٤,٠١	
(٥٨) علاء الدين الصرند ج *** ٧		٤٥٠	٢٥٣٥	١٥٤٢	٢٧٣	٥,٦٤	
(٥٩) الميس شتورة ج *** ١٠		٦٠١	٣٢٣٨	١٧٥١	٣٢٥	٥,٣٩	
(٦٠) الأطباء ج *** ٥		٤٣٦	٢٣٦٥	١٥٩٨	٢٩٦	٥,٤	
(٦١) فرحات البقاع ج ** ٣							
(٦٢) مار منصور حصرون ج ** ٣							
(٦٣) جبيل طرابلس ج ** ٦		١٩٦	١٤٥٥	١٤٨١	١٩٩	٧,٤٣	
(٦٤) شعبان النبطية ج ** ١٠		١٥٢	٩١٨	١٤١٦	٢٣٤	٦,٠٤	
(٦٥) حيدر ج ** ٨							
(٦٦) خليفة ج ** ٥		٣٦٥	١٤٤٣	٩٨٦	٢٤٩	٣,٩٦	
(٦٧) الاخاء ج ** ٥		٤١٣	١٦٧٤	١٣٨٠	٣٤٠	٤,٠٦	
(٦٨) بيضون ج ** ٥							
(٦٩) إيليا ج ** ١٠		٢٢	١٣٣	٨٦٢	١٤٢	٦,٠٤	
(٧٠) الحاج عشقوت ج ** ٦		٤٠٣	١٨٦٠	٩٢٥	٢٠٠	٤,٦٢	
(٧١) سان أنطون/عساف ج ** ٧							
(٧٢) السيدة الفرزل ج ** ٥		٢٧٢	٢٠٣٥	٢١٨٢	٢٨٢	٧,٧٢	
(٧٣) العازونية ج ** ٥							
(٧٤) كالوت/النبطية ج * ٥							
(٧٥) المعماري ج * ٣		١٠٥	٩٦٤	١٧٢٠	١٨٧	٩,١٨	
(٧٦) غندور/النبطية د ** ٥							
(٧٧) شحيم/عويدات د ** ٣							

المستشفى	التصنيف*	عدد المرضى	عدد أيام الاستشفاء	كلفة المريض	كلفة	معدل الإقامة

٧٨) البيسار / طرابلس	د **	٣				
٧٩) الوطني / طرابلس	د **	٤	٩	١٠٣	٨٥٦	٧٤
٨٠) ما مخايل / عمشيت	د *	٥	١٦٩	١١٤١	٤٥٣	٦٧
٨١) العناية بالطفل	د *	٥	٧٤	١٤٦	٤٣٩	٢٢٣
والام .						

التصنيف يشمل : النواحي الفنية المهنية وترمز اليها الحروف الابدجية . والنواحي الفندقية ويشار اليها بعدد النجوم الموجودة بعد الحرف الابدجي .

إدارة المستشفيات الخاصة :

لا بد لنا من كلمة أخيرة عن نوعية الإدارة الصحية للمستشفيات الخاصة في لبنان . وتجدر الإشارة هنا إلى الاهتمام الكبير الذي توليه الدول المتقدمة والمنظمات الدولية وخاصة منظمة الصحة العالمية لعملية إدارة الخدمات الطبية بما فيها طبياً إدارة المستشفيات والمؤسسات الصحية الأخرى .

وقد برز هذا الحقل في أواخر الحرب العالمية الثانية وازداد أهمية في أواخر الستينات نظراً لازدياد التكاليف الطبية عامة والاستشفائية خاصة ، مما دفع الحكومات إلى الطلب من الجامعات والمؤسسات التعليمية استحداث اختصاص في علم إدارة الخدمات الطبية ، وقد لبّت هذه المؤسسات الطلب واحتل خريجوها المراكز القيادية في إدارة المستشفيات والمرافق الصحية المختلفة والوزارات وغيرها من المؤسسات .

وقد أدخل اختصاص إدارة المستشفيات في مناهج الجامعة الأميركية في بيروت على مستوى درجة الماجستير سنة ١٩٧٢ وازداد الطلب على هذا البرنامج بسرعة في السنوات الأخيرة كما عاد من درس هذا الاختصاص خارج لبنان وبدأوا العمل في هذا الحقل أيضاً وقامت دائرة الخدمات الطبية بمسح بغية التعرف على من يدير أعمال المستشفيات الخاصة في لبنان سنة ١٩٨١ ، فحصلنا على المعلومات التالية :

جدول رقم (٣٣)

اختصاص مدراء المستشفيات الخاصة في لبنان ١٩٨١

حجم المستشفى الخاص	طبيب	إدارة أعمال	إدارة	تمريض اختصاص	اختصاص	المجموع
أقل من ٥٠ سرير	١٩	١	٢	٢	٨	٣٢
بين ٥١ - ١٠٠ سرير	٦	١	١	١	٤	١٣
بين ١٠١ - ٢٠٠ =	٢	١	٦	١	-	١٠
فوق ٢٠٠ سرير	-	-	٤	١	١	٦
المجموع	٢٧	٣	١٣	٥	١٣	٦١

ويظهر هذا الجدول الاهتمام المتزايد من قبل أصحاب المستشفيات الخاصة لا سيما الكبيرة منها في اختصاص إدارة المستشفيات وتحول هذه عن إعطاء الصلاحيات الإدارية فيها للأطباء رغم أن الأطباء يبقون عماد الجسم الطبي والمسؤولون عن النواحي الطبية والفنية اجمالاً .

تأثير المستشفيات بالحرب :

أخيراً لا بد لنا من التنويه بأن الحرب كان لها أيضاً أثر سلبي على حركة المرضى في المستشفيات خاصة تلك التي تحمّلت وما زالت تتحمّل أعباء اسعاف المصابين من جرّاء الأعمال الحربية والاختلال الأمني .

فقد يعتقد البعض أن تدفق المصابين يزيد من نسبة اشغال أسرة المستشفيات التي تؤمن بشكل خاص معالجة حالات الطوارئ وللتأكد من ذلك أجرينا دراسة تفصيلية لمستشفيات الجامعة الأميركية ومستشفى جمعية المقاصد الخيرية الإسلامية وظهر بوضوح تدني نسبة اشغال الأسرة بالرغم من تدفق الإصابات على هذين المستشفيات بصورة ملحوظة نبرزها في البيانين المرفقين تحت رقم (١) و (٢) .

وتعود هذه الظاهرة إلى امتناع المرضى من دخول المستشفيات اثناء تدهور الحالة الأمنية وتفضيلهم ارجاء المعالجة أو العملية الجراحية التي يمكن تأجيلها إلى

وقت آخر أكثر ملاءمة للوضع الأمني ، كما أن إدارة المستشفى تقوم بتفريغ المستشفى أثناء حالات الاضطراب والحذر من خلال برنامج الطوارئ وذلك لتمكين المستشفى من السهر والتحضير للعدد المنتظر من حالات الطوارئ .

ويزيد تدني نسبة اشغال الأسرة إلى زيادة عجز هذه المستشفيات لا سيما بأن مرضى الاصابات الحربية يكلفون أكثر بكثير من الحالات الباردة العادية ، ومعظمهم تتحمل نفقات معالجتهم الوزارة بتعرفتها المتدنية .

كل ذلك يزيد من عبء الحرب على المستشفيات الكبرى ، ويرفع من عجزها المادي ، خاصة عندما تتأخر الوزارة عن دفع المصاريف المترتبة عليها لمدة طويلة فتزداد الفوائد على المؤسسة وبالتالي يزداد العجز المالي .

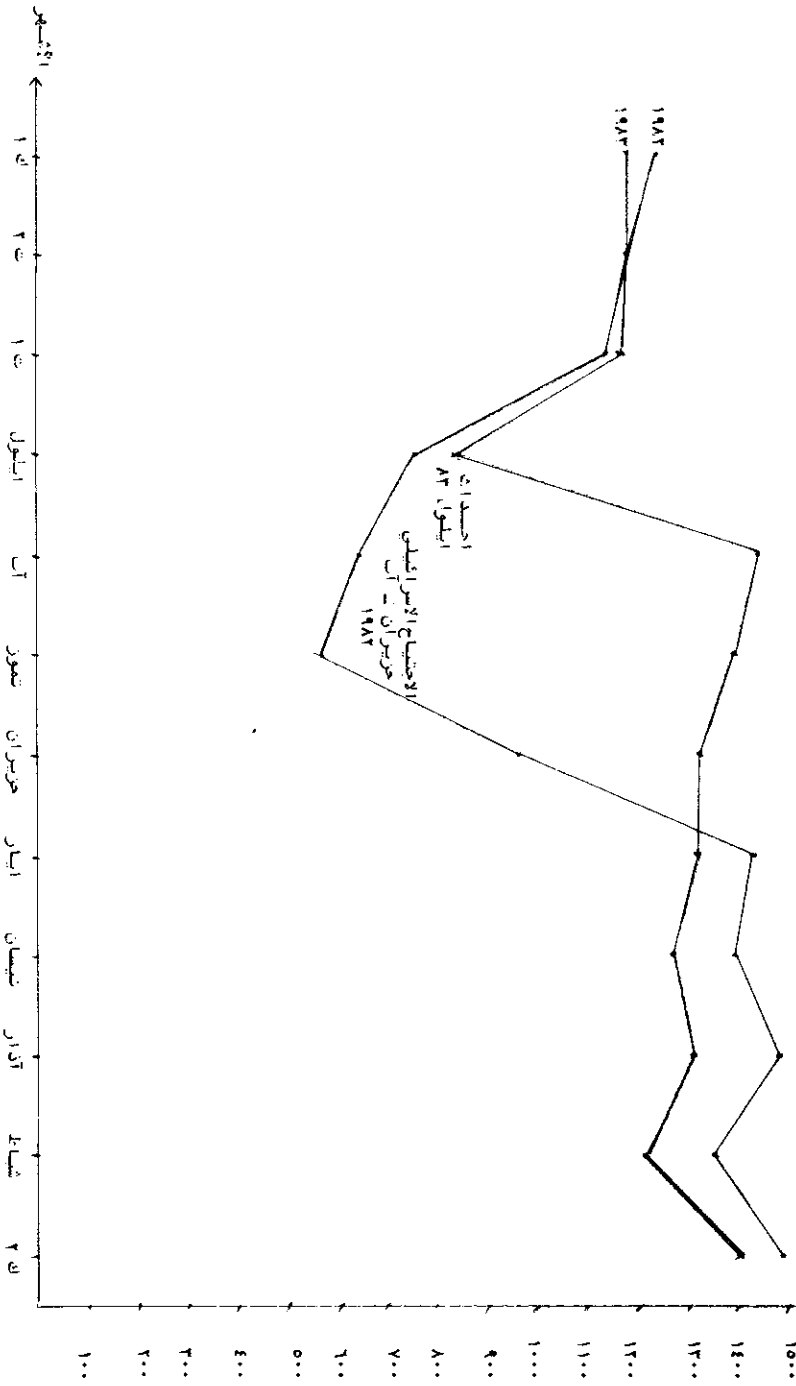
وقد أبرزت دراسة مفصلة لمستشفى الجامعة الأميركية بأن الكلفة الأساسية لليوم المرضي الواحد هو ٥٤ دولاراً أي ما كان يوازي ٢٥١ ل . ل . عام ١٩٨٢ وكانت تعرفه الوزارة آنذاك ٩٠ ل . ل . فقط لا غير .

في المشاكل واقتراحات الحلول :

لا شك أن موضوع العناية السريرية هي الأكثر إثارة للجدل على الإطلاق ، فالبعض يجهز إبقاء الوضع على ما هو عليه من اعتماد متزايد على المستشفيات الخاصة ، والبعض الآخر يدعو بحرارة الى دعم القطاع العام وإعادة تأهيل مؤسسات الدولة . ولكل من الفريقين حجج واقتناعات لا تخلو أي منها من بعض الصواب والحقيقة ، فالموضوع منشعب ويكثر فيه الجدل وتداخل فيه عوامل اقتصادية وإنسانية وفنية ، سنحاول في هذا المجال استعراض المشاكل بصورة شاملة محاولين عندئذ تقديم اقتراحات متعددة ومتناسكة من الحلول ، آخذين بعين الاعتبار بعض ما توفر في علم إدارة المستشفيات من معرفة وخبرة وانسجام هذه مع اوضاعنا الحالية في لبنان .

علينا أولاً أن نعترف بأن الوضع القائم حالياً والمتمثل بهيمنة القطاع الخاص وهزالة وضع القطاع العام ، خاصة بالنسبة للمؤسسات العلاجية ، هو وضع غير متوازن وبالتالي عرضة للخلل ، فالوضع الحالي أشبه ما يعرف اقتصادياً « بالوضع الهيميني » أو « Oligopoly » إلا أن هذا التيار تحمّل أعباء الدولة والقطاع الخاص وأدى إلى بعض التجاوزات والانحرافات المتمثلة بتدمير شعبي واضح . لا بد إذن من مشاركة حقيقية بين القطاعين العام والخاص ، يعرف كل منهما مسؤولياته وواجباته ،

عدد المرضى الداخليين
الجامعة الأميركية في بيروت - المركز الطبي



وهي مختلفة عرماً ، والمشاركة الحقيقية لا يمكن بالتأكيد أن تكون بين قوي وضعيف
فهذه هي مشاركة صورية : المشاركة الحقيقية القابلة للاستمرارية عليها أن تتواجد بين
فرقاء اقوياء وزملاء .

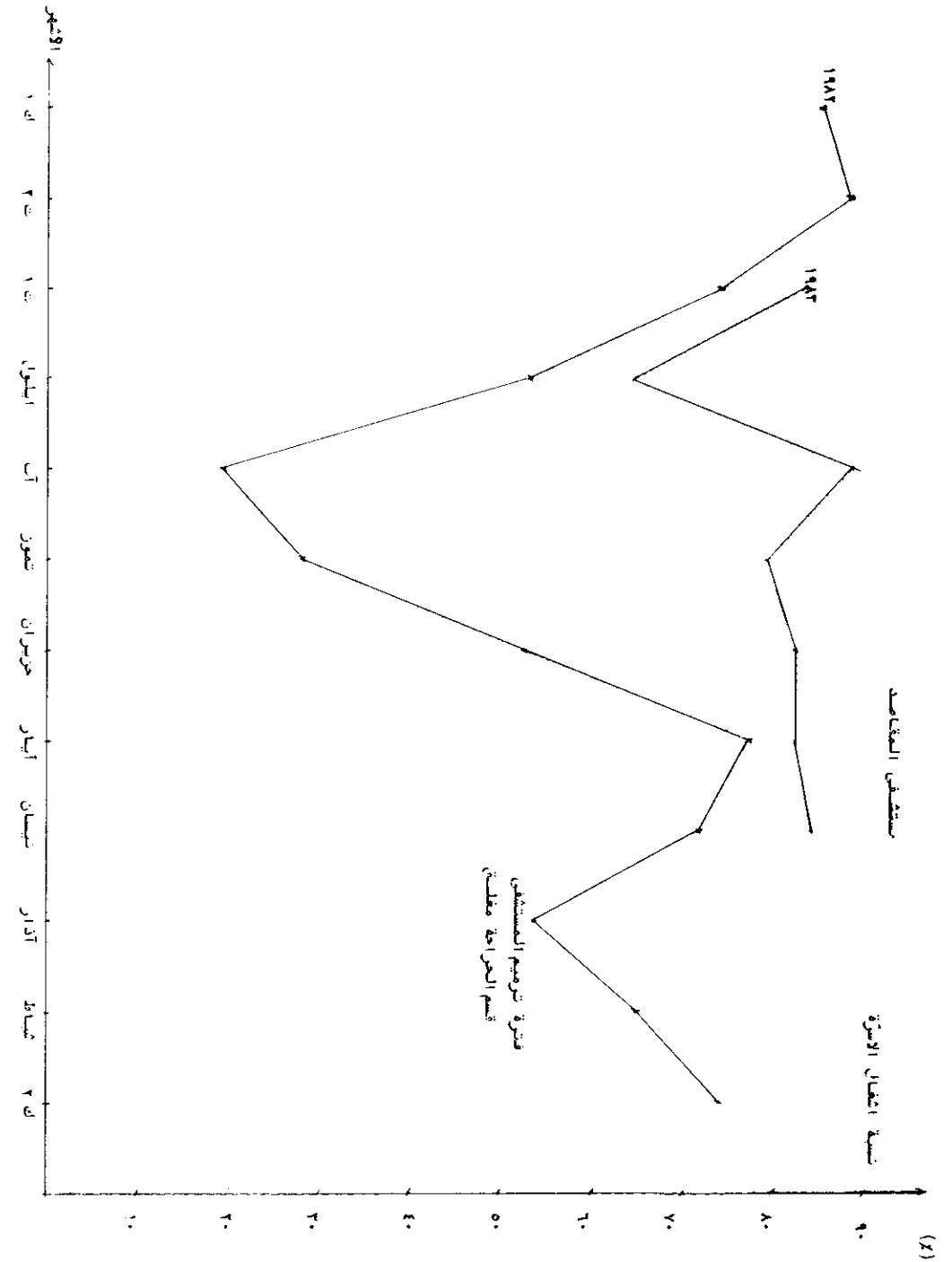
يتوجب إذن توأمة هذين القطاعين بتعزيز كل منهما وفي ذلك تكمن المصلحة
الأساسية للمواطن اللبناني . فالأهم هو تدعيم النظام الصحي اللبناني وتوفير الخدمات
لجميع اللبنانيين - ليس الهدف تقوية هذا الفريق أو تلك ، أكان قطاعاً عاماً أو خاصاً .
من المهم اذن مراجعة بعض العوامل الفنية التي تلعب دوراً مؤثراً في « صناعة »
المستشفيات قبل الشروع في تقديم الاقتراحات .

أصبحت العناية السريرية في جميع أنحاء العالم من اختصاصات المستشفيات
الكبيرة . ويرجع ذلك إلى العلاقة العضوية بين حجم المستشفى ونوعية الخدمات
التي تتوفر فيه وإلى كلفة هذه الخدمات وكفاءة الانتاج . أدى تطوّر الطب إلى الاعتماد
المتزايد على التقنية الحديثة في تشخيص وعلاج الأمراض المختلفة ، ولما كانت هذه
الأجهزة والمعدات بالغة الكلفة عند شرائها وصيانتها ، توجب تأمين عدد كبير من
المرضى لتخفيض كلفة الفحص الواحد أو وحدة العلاج ، وذلك لا يمكن تحقيقه
سوى في المشافي الكبيرة التي يتوافر فيها مختلف الأمراض والاختصاصات
المطلوبة .

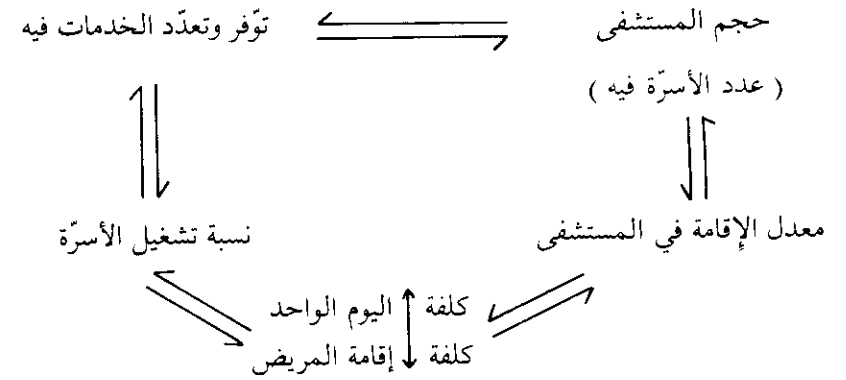
بالطبع تستطيع المستشفيات الصغيرة اقتناء هذه الأجهزة البالغة الثمن وان فعلت
ذلك فسوف يؤدي ذلك إلى إخضاع المريض لفحوصات أو أعمال طبية غير ضرورية
بغية زيادة استعمالية هذه الأجهزة التخصصية ، مما يرفع كلفة اليوم المرضي وبالتالي
متوسط كلفة إقامة المريض .

أضف إلى ذلك بأن نوعية الخدمة الطبية هي أيضاً مرتبطة بحجم المستشفى
وإمكانية ادخال العديد من المرضى اليه . فليس بإمكان المستشفى الصغير ترغيب
العدد المطلوب من الاختصاصيين والممرضين لمعالجة المرضى فيه . وغالباً ما يضم
المستشفى الصغير طبيباً واحداً متفرغاً وعدداً ضئيلاً من الأطباء الذين يؤمنون زيارات
متقطعة وثنائية بالنسبة لعملهم الأساسي فيصبح المستشفى الصغير أشبه بعيادة تضم
عدداً معيناً من الأسرة .

ويمكن تلخيص هذه المعادلة في الرسم البياني التالي . فالمطلوب اذن
مستشفيات تضم بين ١٥٠ - ٣٠٠ سرير لتأمين العدد الأمثل من الأطباء ذوي



الاختصاص ومن فريق التمريض ومن الفنيين الذين بوسعهم تشغيل وصيانة الأجهزة المتطورة ، فهذه الشروط تبدو أساسية لتأمين نوعية معينة من الخدمة الطبية إضافة إلى كفاءة ووفر في إنتاج هذه الخدمات وبالطبع تطبيق ما أوردناه هنا على مستشفيات القطاعين العام والخاص . كيف السبيل الى ذلك ؟



الرسم البياني رقم ١ : ارتباط مؤشرات الاستشفاء بين بعضها البعض :-

أ - لا بد أولاً من ترشيد لعملية انشاء واستثمار المستشفيات تكون مبنية على الحاجة الفعلية الحالية والتوقعات المستقبلية الجدية لكل منطقة في لبنان . ويمكن تحديد هذه المنطقة ضمن إطار المحافظة أو القضاء أو المناطق الصحية المقترحة ، على أن تؤخذ بالطبع جميع العوامل المؤثرة في هذا الحقل . والهدف من وراء ذلك هو تأمين العدد المطلوب من جميع أنواع الأسرة والاختصاصات ، وبالتالي حجم ونوعية المؤسسات العلاجية لتوفير أفضل الخدمات للمواطنين ، ضمن الإمكانيات المتوفرة لهم ، وبكفاءة وإنتاجية عالية .

ب - وستفقد عملية الترشيح هذه إلى اعتماد نظام إحالة للمرضى ضمن شبكة من المؤسسات تلعب كل منها الدور المطلوب لتأمين جميع الخدمات بدأ بخدمات الرعاية الصحية الأولية ، صعوداً إلى الخدمات المتخصصة والعلاج النادر نسبياً . وقد قمنا بالفعل بمساعدة مادية من صندوق السوق الأوروبية المشتركة بدراسة متكاملة لمتطلبات الخدمة العلاجية في محافظة الجنوب . وقد أوجزنا هذه الدراسة التخطيطية في فصل مستقل من هذا الكتاب يمكن الرجوع اليه .

ج - ستفقد عملية الترشيح هذه أيضاً الى وضع المواصفات المطلوبة لكل فئة من المستشفيات وتحديد للخدمات التي يمكن تأمينها ومتطلبات هذه الخدمات من

قوى بشرية وتجهيز ومعدات بإمكان الوزارة عندئذ أن تتعاون وان تشارك مع القطاع الخاص في تنفيذ مقتضيات الخطة الاستشفائية وقد يكون ذلك بتنفيذ الخطوات التالية :

١ - رسم سياسة وطنية للاستشفاء تكون واضحة المعالم طويلة الأمد لا تتغير مع تناوب الوزراء والمسؤولين مبنية على تقدير فعلي لحاجات المواطنين والمناطق ، وبإمكان هذه الخطة الإنمائية أن تضع جداول زمنية مفصلة لتحقيق أهدافها وتوزيع الأدوار من خلالها بين القطاعين العام والخاص .

٢ - اعتماد نظام حوافز مدروس يدفع أصحاب المستشفيات الصغيرة حكومية كانت أم خاصة إلى لعب دور مختلف عما تقوم به حالياً ، ويمكن بالتالي لهذه المؤسسات أن تتحول الى مراكز صحية تؤمن الرعاية الصحية الأولية في إحياء المدن الكبرى أو في المدن والقرى الصغيرة حيثما تواجدت من المقترح أيضاً أن تتحول هذه « العيادات » إلى مستشفيات متخصصة في حقل واحد فقط كالعناية بالصحة العقلية التي من المتوقع أن يزداد الطلب على تقديماتها أو العناية بالمعاقين وهذا مرفق آخر بحاجة إلى النمو والتطور . كما أنه بإمكان هذه المستشفيات الصغيرة أن تتوسع هي الأخرى ضمن المواصفات المعتمدة . وقد برز مؤخراً في الدول المتقدمة تياراً يدعو إلى تملك شركات مساهمة لعدد من المستشفيات ذات الأوصاف والتقديمات المختلفة والتي تتكامل مع بعضها البعض فتوزع المهمات ضمن هذه الشبكة في المؤسسات الخاصة . ويمكن لهذه الحوافز أن تكون قروضاً ذات الفائدة الميسرة أشبه بتقديمات مصارف الإسكان أو التعاونيات الزراعية .

٣ - باستطاعة الوزارة ، من ناحية أخرى دعم المستشفيات الكبرى الموجودة حالياً كي تصبح « مؤسسات وطنية للعلاج التخصصي » تساهم الدولة في تحمل قسط وافر من مصاريفها الحقيقية عبر تركيز العناية فيها دون غيرها لفئة معينة من الحالات والأمراض المعقدة ، فتعتمد الوزارة على سبيل المثال إحدى المستشفيات الكبرى لتصبح المركز الوطني لجراحة القلب المفتوح وترسل بالتالي جميع مرضى الوزارة الذين هم بحاجة الى هذا العلاج وإلى هذا المركز دون غيره على أن تعتمد الوزارة مستشفيات كبرى أخرى لتصبح هي أيضاً مراكز وطنية لعلاج السرطان مثلاً ، أو لزرع الكلى ، أو لجراحة الدماغ

أو للجراحة المتخصصة في العيون الخ ويهدف هذا التدبير إلى :

* تأمين العبد الكافي من المرضى لهذه المراكز المتخصصة ، فتصبح نوعية العلاج أفضل بكثير مما هي الآن ، لأن التركيز على مركز واحد سينمي المهارات والخبرة فيه ، فيصبح الأطباء والمرضى والقيمين أكثر الماماً في هذه الفئة من الأمراض فتقل نسبة المضاعفات وتحسّن نوعية الخدمة فيه . وبإمكان الحاق هذه المراكز الوطنية بالجامعات العاملة كي تصبح أيضاً مراكز تدريب وتخصّص للقوى البشرية الصحية .

* يؤدي هذا التدبير إلى زيادة في كفاءة الانتاج وفي استعمالية الأجهزة والمعدات البالغة التكاليف ، فتقل كلفة الاستشفاء للمريض الواحد ، وفي ذلك وفر للوزارة أو للمواطن أو للثلاثين معاً .

* ومن حسنات هذا التصوّر أيضاً إبراز هذه المراكز الوطنية للعلاج محلياً وإقليمياً ودولياً ، فتزداد ثقة المواطنين بها وبالتالي الإعتماد عليها بدلاً من المعالجة في الخارج كما أن ذلك سيعيد للبنان دوره القيادي السابق في الرعاية الصحية الخاصة بالنسبة لدول المنطقة .

وجّل ما هو مطلوب من الوزارة لانشاء المراكز الوطنية للعلاج هو :

(*) دفع كلفة صحيحة ومبنية على أسس علمية لعدد معين من الأسرة في المستشفيات .

(*) اعتماد هذه المراكز دون غيرها لأرسال مرضى الوزارة إليها .

(*) استصدار تشريع « يحتم الترخيص المسبق للتأكد من الحاجة » بالنسبة للتقنية المتطورة ، فلا يسمح للمستشفيات أن تقتني هذه الأجهزة إلا بعد تقديم دراسة وافية للجدوى ، التي تظهر بوضوح حاجة المنطقة الى هذا النوع من التقنية ، بسبب عدم توفرها في المشافي التي تخدم المنطقة نفسها ، وذلك مهم لأن في الطب « العرض يولد الطلب » مما سيؤدي إلى استعمالية غير ضرورية طبياً لهذه الخدمات .

والجدير بالذكر أن معظم الدول قد اعتمدت هذا النوع من التشريع ومن أبرزها الولايات المتحدة الأميركية ، رائدة النظام الاقتصادي الحر .

(*) بالإمكان اعتماد مستشفيات حكومية مركزية كي تصبح هي أيضاً مراكز للعلاج المتخصص ، على أن تؤمن فيها أيضاً المواصفات المطلوبة لذلك . فتتعاون بذلك الدولة مع القطاع الخاص في توفير الخدمات على أنواعها ابتداء من الرعاية

الصحية الأولية وصولاً إلى العناية من الرتبة الثالثة المعقدة والمتطورة فنياً .

د - تعزيز القطاع الحكومي :

لا بد للقطاع الاستشفائي الحكومي من أن يثبت مقدرته على إدارة المستشفيات العامة العاملة حالياً ، ولو بعضها كي يستعيد ثقته بنفسه وثقة المواطنين به ، فقد أوضحنا أعلاه بأن النظم الإدارية المعمول بها حالياً قد أدت إلى هدر النفقات من جهة وإلى تدني في نوعية العناية الطبية من جهة أخرى ، أضف الى ذلك تحوّل المواطنين عن هذه المؤسسات مفضلين بدلاً عنها المشافي الخاصة ولو تكبدوا من جرّاء ذلك نفقات شخصية إضافية . لا بد هنا من التذكير بإحدى خصائص القطاع الصحي من الناحية الاقتصادية وهي كون الطلب عليه « غير مطاط » أي أن المواطن لن يوفّر في نوعية العلاج أو في توقيته بسبب كلفته كما يفعل مثلاً عند شرائه حاجة استهلاكية أخرى .

كيف السبيل إلى تعزيز القطاع العام ؟

١ - لا بد أولاً من أن تقرّر الدولة أن سياستها الصحية الطويلة الأمد مرتكزة على مشاركة القطاع العام للقطاع الخاص في تحمّل مسؤولية الخدمات الصحية في لبنان . وأن ذلك يعني بالطبع تعزيز المؤسسات الحكومية ولعبها دوراً مميزاً ضمن الخطة الإنمائية للصحة في لبنان - بدلاً من أن تبقى الوزارة كما هي الآن إلى حد كبير مصدراً لتمويل الاستشفاء في المستشفيات الخاصة المتعاقدة معها .

ولا بد لنا من توضيح أهمية هذا القرار ،

تقع مسؤولية توفير الخدمات الصحية على الدولة ومؤسساتها الشرعية . فالقطاع الخاص غير مسؤول قانونياً وبالتالي لا يمكن تحميله أعباء قد يكون غير قادر على تأمينها على المدى الطويل . وبإمكان القطاع الخاص مثلاً أن يوحد كلمته تحت راية النقابة ، وأن يعتمد على رفض التعاقد مع الوزارة لسبب أو لآخر أو أن يتخلى عن مبدأ استقبال حالات الطوارئ ، فالقانون لا يسمح في ارغام مؤسسة خاصة على التعاقد أو على استقبال حالة طارئة . فنظام التعاقد هو اتفاق يتم بالتراضي وليس بالقوة أو بالقهر ، وللتدليل على صدق هذه النظرية كادت ثلاث مستشفيات كبرى في بيروت أن ترفض شروط التعاقد مع وزارة الصحة ، وقد أوشك ذلك أن يحرم مرضى العاصمة من حوالي ٢٥٠ سرير يومي . لا يستطيع أحد التعويض عنها ، فماذا كان بوسع الوزارة أن تعمل هنالك بالطبع ظروف استثنائية قد تلجأ الدولة فيها إلى مصادرة

المستشفى أو تأمين الخدمة فيه قسراً ، فهل هذا هو المطلوب ؟ وهل هذه هي المشاركة ؟ ومن ذا الذي يمنع أصحاب المستشفيات الخاصة ، أو الجمعيات الخيرية من أن تحوّل مستشفياتها إلى مؤسسات أخرى ، خاصة إذا ما ارتأت بأن اهدافها وغايتها غير منسجمة مع الواقع الاستشفائي في لبنان .

قد يكون كل ذلك غير وارد ، ولكن اردنا من وراء هذا أن نؤكد أن القطاع الخاص لا يمكن تحميله مسؤولية الدولة ، وحرى بالقطاع الخاص ألا يقع في هذه المصيدة وفي هذه التجربة .

هذا من جهة ، أما من ناحية أخرى ، فالنظام الاقتصادي في لبنان هو نظام حر وقطاع الصحة هو جزء لا يتجزأ من النظام الاقتصادي العام ، ومن أساسيات النظام الحر أن ينظم نفسه بنفسه من خلال مبدأ العرض والطلب ، ومن خلال المنافسة المشروعة . أما في الصحة فالوضع الآن هو شبه احتكاري وبالتالي لا يمكن للدولة تنظيم الكلفة فيه دون وجود بديل مناسب من الجودة نفسها ، وإلا سيبقى القطاع الصحي معرّض للخلل الذي لا يفيد منه القطاع الخاص أو القطاع العام أو المصلحة العامة للمواطنين . نرجو أن نكون قد أوضحنا بأن الدولة لا تستطيع أن تتخلى عن مسؤوليتها في هذا المجال ولا أن تحمل القطاع الخاص ولو مع شيء من الربح وزر مهماتها .

٢ - أما وقد قرّرت الوزارة دعم جهازها ومؤسساتها الصحية من خلال سياسة صحية واضحة فما هي الخطوات التالية :

أ - لا بد من تطوير الإدارة الصحية واستحداث نظم إدارية حديثة تتماشى مع متطلبات المستشفيات بشكل خاص والقطاع الصحي بشكل عام . زد إلى ذلك بأن النظم المتبعة حالياً قد لا تصلح في أي من القطاعات ، صحة كانت أو غيرها من الإدارات العامة .

ب - يتوجب اعتماد لا مركزية في النظام الصحي تسمح بنقل القرار وتنفيذه على مستوى المناطق الصحية كما اقترحنا سابقاً ، وهذه ليست بدعة اقترحت للبنان ، فقد اعتمدتها معظم دول العالم وهي في صلب مفهومية الرعاية الصحية الأولية ومبدأ مشاركة الأهالي والمجتمع في تقرير حاجاتهم وتأمين الخدمات الصحية منهم ولهم .

ج - أما بالنسبة للمستشفيات فقانون استقلاليتها هو خطوة أولى على الطريق

الصحيح ، هذا إذا ما احسن تنفيذ هذا القانون ولنا عليه بعض الملاحظات كما سبق وذكرنا سابقاً . لعل حجر الأساس في إدارة مستشفيات الوزارة هو ترغيب ومن ثم الإبقاء على أفضل العناصر البشرية من أطباء وممرضين وفنيين وإداريين وعاملين صحيين إذ أن القطاع الصحي يعتمد كل الاعتماد على نوعية كوادره وطاقاته البشرية ، كما هو معلوم وليس على التجهيز والبناء فحسب .

تعتبر طريقة التعويض عن الأعمال الطبية من أهم المعطيات في اقتصاديات النظام الصحي : فتعويض الأطباء تشكل أكبر نسبة من النفقات الطبية ، كما أن لها تأثير واضح على نسب استعمالية الخدمات الصحية ، وقد يكون هذا البند من أهم المواضيع التي على الدولة والأطباء التعاطي به .

توجد أربع سبل واضحة للتعويض عن الأطباء وهي :

- ١ - التعويض على أساس العمل الطبي .
- ٢ - التعويض على أساس الراتب الواحد .
- ٣ - التعويض على أساس الراتب الشهري .
- ٤ - التعويض على أساس الراتب مع حوافز ومشجعات مختلفة .

ولكل من هذه السبل تأثيراً نوعياً وكمياً على الاقتصادية الصحية وعلى استعمالية الخدمات الصحية .

فالتعويض على أساس العمل الطبي قد يدفع الطبيب إلى الإكثار من الأعمال الطبية لتأمين مدخوله الذي ينبع كلياً من حساب هذه الأعمال مما قد يحمل الطبيب على القيام بأعمال طبية قد لا تكون ضرورية . والشق الثاني هو موقف المريض : فهذا المريض سيحاول قطعاً أن يؤخر زيارته للطبيب كي يتجنب دفع المبلغ المرقوم ، مما يعطل الخلفية الوقائية ويؤخر العلاج أحياناً مما قد تنتج عنه مضاعفات خطيرة ، كما أن التعويض على أساس العمل الطبي يشجع عمل الطبيب داخل المستشفيات إذ تراه يزور مرضاه بسرعة وانتاجية أفضل فوقت الطبيب هو الإيراد الأول والأخير وكلما انتج من أعمال طبية خلال هذا الوقت يكون قد زاد من إيراده ، وهذا السبيل هو دون شك الحافز الأول والأقوى لارتفاع النفقات الطبية عالمياً .

أما التعويض على أساس الفرد الواحد ، فهو يعني أن الطبيب يتقاضى مبلغاً مقطوعاً من المال سنوياً لقاء خدمات شاملة يقدمها للمريض ، ففي هذه الحالة نرى أن

الطبيب قد أمن مدخوله مسبقاً وبالتالي يصبح الطبيب مهتماً ببقاء المريض صحيحاً ومعافى مما يشجع الوقاية والاهتمام الصحي وهذه الطريقة قد تدفع المريض الى الإكثار من استعمالية الخدمات الطبية إذ أنه يدفع مرة واحدة سنوياً مهما كثرت الزيارات .

أما الطريقة الثالثة وهي عن طريق الراتب الشهري ، كل شيء يعتمد على ماهية الراتب ووضعية الطبيب الذي أصبح بالتالي متفرغاً ، وقد نَوَّعت هذه الطريقة بإدخال الحوافز المالية أو المشجعات الغير مادية لتأمين عيش محترم ومدخول كاف للطبيب ، فالفكرة الأساسية وراء الراتب هو تفرغ وقت الطبيب ليعطي كل اهتمامه للمؤسسة التي يعمل فيها .

لسنا في وارد هنا أن نقترح اسلوباً معيناً للتعويض عن الأطباء إنما ما وجب تأكيده هو الحاجة الضرورية لتأمين مدخول محترم ليس للأطباء فحسب بل لجميع العاملين الصحيين من ممرضين وفنيين وإداريين كي يتفرغ الجميع لأعمالهم دون التخوف على مستقبلهم المادي أو العائلي فيكون المردود خدمة أفضل للمريض ورعاية صحية أشمل تعنى بالخلفية الوقائية كما تهتم بالعلاج والتأهيل .

كما أنه يجب التأكيد في هذا المضممار أن التعويض على أساس العمل الطبي سيدفع بالنفقات الطبية المختلفة ، شئنا أم أبينا ، إلى معدلات عالية جداً قد لا تستطيع الدولة أن تؤمنه مع الوقت ، وقد يكون من المستحسن التفريق بين طريقة الدفع للمريض في العيادات الخارجية وبين التعويض على اتعابه في المستشفيات لتأمين تفرغه الكامل .

كما علينا أن نلفت النظر إلى أهمية المشجعات الأخرى الغير المادية التي بإمكان الدولة أو المؤسسة استحداثها كاعطاء الطبيب أو الممرضة فرصاً أو تسهيلات لشراء مسكن لائق أو عيادة أو سيارة أو التأمين على تربية اولاده وما شابه ذلك من حوافز تؤمن له الاستمرارية والاطمئنان له ولأفراد عائلته ، ولعل تطبيق نظام ضرائبي جديد ومستحدث قد يساعد على ردم الهوة الموجودة حالياً بين مدخول الأطباء في مختلف التخصصات والقطاعات .

ولعل الأهم في هذا الموضوع هو تفرغ الأطباء للخدمة في مستشفيات الوزارة ، دون غيرها مع عدم امكانية فتح العيادات الخاصة التي تؤدي حتماً مع ازدياد الطلب عليها الى ابتعاد الطبيب عن مهماته الأساسية في المستشفى الحكومي . ويتطلب

تفريغ الطبيب للعمل في مستشفيات الوزارة . عقود عمل مغرية ومعقولة ، تشجعه على الالتحاق بالخدمة العامة دون غيرها والامتناع عن مزاوله الطبابة لحسابه الخاص . وتعلمنا الخبرة التي اكتسبتها دول أخرى ان التفرغ يتطلب راتباً ثابتاً معقولاً يضاف اليه حوافز ومشجعات مادية لقاء الخدمات الطبية التي يقوم بها الطبيب حسب جدولة للنسب يتم الاتفاق عليها بين الادارة والجسم الطبي ومن الممكن إعادة النظر فيها مرحلياً .

فإذا اتبعت الوزارة هذه النظم ، ستمكن من توظيف الأركان الرئيسية للجسم الطبي في المستشفى من رؤساء الدوائر وغيرهم من الاختصاصيين ويمكن في بعض الحالات التعاقد مع اختصاصيين للعمل وفق جدول الأعمال الطبية - خاصة إذا كانت متطلبات العمل في المستشفى لا تستلزم وجود طبيب متفرغ في هذا الاختصاص .

وبالإضافة إلى الأطباء ، لا بد من استحداث نظام حوافز مرادف لاجزاء الفريق الطبي من ممرضين وفنيين وتقنيين وإداريين ، يضاف إلى رواتب اساسية معقولة تأخذ بعين الاعتبار واقع العرض والطلب ، ويمكن لهذه الحوافز أن يكون في بعض الأحيان غير مادية ، ففي سبيل المثال يمكن منح موظفي الدولة أفضلية في قروض الأسكان أو منح لتدريس أولادهم أو تأمين العناية الطبية وتدريس أولاد الموظفين مجاناً حتى في حالة وفاة الأب الموظف ، الى غيرها من الحوافز التي يمكن للدولة دراستها واعتماد المقبول منها .

ورب من قائل بأن هذا الاقتراح سيتطلب الكثير من المال والمزيد من النفقات قد تتجاوز كلفة العلاج مع المستشفيات الخاصة ، وردنا على ذلك هو التالي :

أولاً : إذا اعتمدنا أرقام مستشفى بعبد (راجع فصل المستشفيات الحكومية) لتأكد لنا بأن الاقتراحات تبقى معقولة ، فعدد أطباء مستشفى بعبد حالياً هو ٤٣ ، وتبلغ رواتبهم السنوية /٧٧٧،٧٠٠/ ل . ل . علماً بأن عدد الأسرة العاملة حالياً هي ٥٧ / سرير فقط لا غير .

فإذا أغفلنا هذه النقطة واحتسبنا أن عدد أسرة المستشفى هي ١٥٠ فعلاً فذلك يتطلب وجود عشرة أطباء متفرغين فإذا بلغ راتب أحدهم ١٥،٠٠٠ ل . ل . شهرياً (بين الراتب الأساسي وحوافز الأعمال الطبية) لتبين لنا بأن الرواتب السنوية تبقى هي نفسها .

إذن ، فالمطلوب زيادة مدخول الفرد وتقليص العدد ، فتتجهم

المصاريف المترتبة على كاهل الميزانية من وجود اعداد وفيرة من الموظفين ذوي الانتاجية المنخفضة وتدب حيوية في العمل وتركيز في المسؤولية ضمن فريق متجانس مترابط ، تحت إدارة عصرية تتبع نظم حديثة في الإدارة ، غير تلك المتبعة حالياً والتي ورثناها من أنظمة كانت تنادي بالرقابة والتفتيش والتأديب والرصد ، دون غيرها من السبل .

ثانياً : هب بأن كلفة الاستشفاء في مؤسسات الدولة قد تكون أعلى من تلك المعمول بها في القطاع الخاص ، فهذا لا يعني بالضرورة أن على الدولة أن تتخلى عن مسؤوليتها تجاه تأمين سير العمل في مستشفياتها - نظراً لما سبق وذكرناه أعلاه في بداية هذا الفصل .

حتى ولو قبلنا جديلاً بأن المصاريف الآتية ستكون أعلى ، فهل تستطيع الوزارة التأكيد بأن ذلك سيقى صحيحاً في المستقبل ، خاصة إذا تفتت أوصال المؤسسات العامة وأصبحت الوزارة تحت رحمة ارتفاع الأسعار في المؤسسات الخاصة ؟ وماذا نفعل آنذاك وقد ألغي البديل ؟

ثالثاً : تستطيع الدولة اعتماد سبل توفير ليس بوسع القطاع الخاص توفيرها ، كالاستفادة من شراء التجهيزات والمعدات والأدوية بسعر الجملة ومن مصادرها في الخارج خاصة إذا ما اعتمدت نظم إدارية حديثة تؤمن احتياجات متكاملة من المؤسسات الحكومية . لا بد من الذكر أيضاً بأن الوزارة تتلقى قدرراً لا بأس به من المساعدات المجانية من الدول الصديقة والمنظمات الدولية ، خاصة إذا ما احسنت الوزارة الاستفادة من امكانيات هذه المنظمات الدولية وأهمها منظمة الصحة العالمية .

رابعاً : بوسع الوزارة اعتماد النظم المعمول بها في القطاع الخاص . الذي أبدى مرونة فائقة في تسيير أعماله ، خاصة في الظروف الصعبة ، فما المانع الذي يحول دون ذلك سوى الأنظمة الإدارية الحالية ؟

من المفيد التذكير ، ما دمنا في الحديث عن تكاليف إدارة المستشفيات العامة ، بأن تحديث الإدارة فيها وحدها بالعناصر البشرية الكفوءة والمتخصصة يسهل عملية تحويل هذه المستشفيات الى مؤسسات تعليمية لمختلف القوى البشرية الطبية . ومن الممكن تحميل جزء من تكاليف هذه العناصر الى الإدارة التربوية كالجامعة اللبنانية مثلاً ، وسيساعد تحويل المستشفيات الى مراكز تدريب طبية وتمريضية وفنية إلى

تحسين جودة العناية بها ، بالإضافة إلى تأمين العناصر الفنية ، المشاركة من ممرضات وفنيين وتقنيين .

إذن تكمن الخطوة الأولى والأساسية لتعزيز القطاع العام في اعتماد نظم إدارية تتجاوب مع متطلبات عملية الاستشفاء وتتجانس مع حقيقة اقتصاديات الصحة وأسسها ، أما إذا تأمن ذلك فمن المقترح اعتماد الخطوات التالية :

* بناء مستشفيات جديدة عصرية خاصة في المناطق التي تدل المؤشرات الصحية بأنها تفقر إلى النسب المطلوبة من الأسرة وفق مسح شامل للمناطق اللبنانية . والسبب الكامن وراء هذه الأفضلية هو عدم وجود حوافز مادية معقولة ترغب القطاع الخاص في بناء مؤسسات في المناطق الأكثر عزواً من غيرها .

* تزويد مستشفيات الوزارة بخدمات الطوارئ ذات النوعية الممتازة فتؤمن هذه المراكز العناية العاجلة والطارئة دون الحاجة إلى تنقل المصاب من مستشفى خاص إلى آخر بحثاً عن سرير شاغر أو عن عناية طبية غير مؤمنة في بعض ساعات الليل والنهار . والجدير بالذكر هنا ، بأن معظم التذمر ينتج عن الحالة ، الطارئة ، خاصة عندما يطلب من أهل المريض تأمين مبلغ مرقوم من المال قبيل إدخال مريضهم إلى المستشفيات الخاصة .

* بناء شبكة من المراكز الصحية المصممة لتشمل جميع خدمات الرعاية الصحية الأولية ، وإعادة بناء هيكل النظام الصحي في لبنان على أسس عصرية تعتمد على هذه المراكز ، بدلاً من الاعتماد الشبه الكامل حالياً على الاستشفاء ، ويتوجب تعزيز هذه المراكز الصحية بوصلها بشبكة المستشفيات العامة على أنواعها وفقاً لنظام الإحالة التي سبق وذكرناه أعلاه .

تعزيز القطاع الخاص :

كل هذه الاقتراحات التي فصلت سابقاً بالنسبة للقطاع العام يجب ألا تنسينا أهمية القطاع الخاص وضرورة تعزيزه ودعمه كي تتكامل أسس المشاركة الصريحة الواضحة خدمة للقطاعين وللمواطنين كافة ، فالقطاع الخاص هو قطاع وطني مهم .

يرتبط القطاع الخاص عضواً مع وزارة الصحة من خلال عملية التعاقد مع المستشفيات الخاصة لعلاج مرضى الوزارة المحالين إليها ، وقد سبق وفصلنا أرقام

هذه العملية والأسس المنظمة لها . وبالرغم من المصاريف المتزايدة سنوياً بنسبة عالية ، فالتدمير يعم مختلف الفرقاء ، فما هي الاقتراحات حول هذا الموضوع .

١ - يتدمر القطاع الخاص من أمرين أساسيين هما :

* تأخر الوزارة في تسديد ديونها للمؤسسات الخاصة .

* تدني التعرف الموضوعة من قبل الوزارة لعلاج مرضاها في الدرجة الموحدة وكلاهما محقّين إلى حد ما .

درجت وزارة الصحة نظراً إلى قلة الإمكانيات والاختصاصات المطلوبة فيها إلى التأخر في تسديد مستحقات المستشفيات الخاصة لديها الناتجة عن علاج مرضاها ضمن عملية التعاقد ، لا بل اعتادت الوزارة على تخفيض هذه المستحقات بنسب معينة ، وبطريقة قد تكون عشوائية ومتعمدة حتى بلغت ديون بعض المستشفيات الكبرى أرقاماً عالية جداً تقترب من عشرات الملايين وتضع هذه الديون المستشفيات الخاصة في وضع مالي حرج ، إذ عليها هي الأخرى أن تؤمن الرواتب لموظفيها وان تغطي نفقات عملياتها ، مما يدفعها إلى طلب القروض ذات الفائدة العالية من المصارف وبنوك التمويل ودفع الفوائد دونما تعويض يمنح لها نتيجة لتأخير الوزارة عن دفع مستحقاتها المشروعة .

ومن ناحية أخرى جرت العادة حتى هذه السنة بأن تدفع الوزارة مستحقات الأطباء وفقاً للأعمال الطبية من خلال مستحقات المستشفيات الذين يعملون فيها وقد أدى تأخير الوزارة عن الدفع في الوقت المطلوب إلى تمنع أصحاب المستشفيات من دفع المستحقات العائدة لأطبائهم أو إلى حسم هذه المبالغ وفقاً لما تحسمه الوزارة لها من المبالغ الإجمالية المقدمة إليها .

هذا من جهة التأخير ، أما من جهة تدني التعرف الموضوعة من قبل الوزارة فقد طرأ عليها تحسن ملموس هذا العام ، إنما كانت المستشفيات والأطباء فيها قد اعتادوا على تغريم المواطنين الفرق بين ما يعتبرونه حجم كلفة مشروعة وبين ما تدفعه الوزارة لهم لقاء هذه الأعمال الطبية والاستشفائية ، مما زاد من كلفة العلاج على كاهل المريض الذي هو يعالج أساساً على نفقة الوزارة ، وهذه مخالفة صريحة لشروط التعاقد .

وقد أدى هذين الأمرين إلى تجاوزات عديدة وغير مشروعة إذ عندما يبطل العمل

بنظام ما تكثر الاجتهادات وتبادل التهم ، والخاسر الوحيد هو المواطن صاحب الحق الأول .

ثانياً : من ناحية أخرى تتدمر الوزارة من عملية تعاقدتها مع المستشفيات الخاصة من :

* ارتفاع الكلفة وتضاعفها بنسبة عالية جداً سنوياً مما أرق ميزانيتها ودفعها إلى طلب سلفات متكررة من خزينة الدولة .
* ضعف نظام المراقبة لديها مما يدفعها إلى اجراء حسومات عشوائية مبنية على نظريات شخصية .

ثالثاً : وأخيراً يتدمر المواطن من ارتفاع الكلفة عليه ، خاصة أن الذين يعالجون على نفقة الوزارة هم إجمالاً من ذوي الدخل المحدود . كما تكثر الشكاوي من تدني نوعية الخدمة وتمييز مرضى الوزارة عن الآخرين الذين يدفعون من مالهم الخاص . والأهم من ذلك هو تمنع المستشفيات الخاصة من استقبال المرضى في حالات الطوارئ اللهم إلا إذا وافقوا على دخول المستشفى على نفقتهم الخاصة بعد دفع المبلغ المطلوب .
فما هو الوضع بالنسبة لكل ذلك ؟ وما هي الخطوات التي يمكن اعتمادها لحل هذه الإشكالات ؟

نعود في بدء الأمر إلى التذكير بما أوردناه سابقاً وهو أن الوضع الاحتكاري يؤدي دوماً إلى التجاوزات والخلل فالطلب موجود والبدل مفقود . ولكن لا بد من فترة انتقالية تعتمد الوزارة خلالها شبه كلياً على المؤسسات الخاصة .

أ - من الخطأ التصور بأن القطاع الخاص هو بمجمله قطاع واحد متجانس متشابه ، ففيه أيضاً الكثير من الاختلاف والتباعد من حيث النوعية والجودة ، وهذا اجحاف بحق المؤسسات الخاصة الممتازة من ناحية ، وأيضاً بالنسبة للمواطن الذي لا يميز بين هذه وتلك .

وعلى الدولة أن تعزز المؤسسات الجيدة وأن تساعد تلك التي تحتاج للتحسن أن تفعل ذلك أو ان تتحد مع غيرها من المؤسسات الصغرى فتؤمن بذلك طاقة انتاجية أفضل .

فالطريقة المتبعة حالياً في تمويل الخدمات الاستشفائية لا تفرّق كثيراً بين هذه المؤسسات الخاصة علماً بأنه من الخطأ المقارنة دون الأخذ بعين الاعتبار جودة الخدمة ونوعية المرضى وخطورة حالتهم ، ووفرة التجهيزات التشخيصية والعلاجية المتوفرة في مؤسسة دون وجودها في الأخرى .

ب - إن القطاع الخاص لا يستطيع بل لا يجب أن يخسر أو أن يتحمّل أعباء إضافية بسبب طبابة مرضى القطاع العام . فالريح مشروع ومبرّر طالما هو ضمن النظم الموضوعية من قبل وزارة الصحة ، لكن بما أن الاسعار الموضوعية من قبل الوزارة قد تكون غير كافية ، يمكن توقع احدى النتائج الآتية :

* تدني نوعية العناية الصحية مما يؤدي الى زيادة معاناة المواطن .

* تحمّل المريض جزءاً أكبر من فاتورة المستشفى وبمعنى آخر لا يتحمّل الفريق الثالث سوى القليل من العبء المادي .

* تجد المستشفى نفسها مضطرة للجوء لاستراتيجيات متنوعة ، التي قد تكون غير مشروعة في بعض الأحيان - وذلك للحصول على العائدات الضرورية للتعويض عن نقص التعرفة الموضوعية من قبل الوزارة .

* قد يلجأ المستشفى للتعويض عن الخسارة المادية باستخدام المريض لأغراض تعليمية أو مكاسب سياسية أو منافع أخرى غير مادية .

* يغرم المستشفى وزارة الصحة الديون الناتجة عن تخلف المرضى عن الدفع أصلاً أو يحوّل لحساب الوزارة المرضى الذين لا يدفعون أساساً .

وهناك احتمالات أخرى بالطبع لكن يجب أن ندرك أنه على احد ما أن يتحمّل نفقات العناية السريرية في النهاية أو تكون الخدمة دون المستوى المطلوب . أن العناية السريرية مكلفة ووضع أسعار دون دراستها وتفحصها لن يدعوا إلى الالتزام بها .

ج - تتطلب النظم الحالية التعاقد مع المستشفيات الخاصة على أساس « عدد الأسرة » والمعروف أنه في حالات الطوارئ يطلب من المريض دفع النفقات شخصياً إذ يقال له بأن أسرة الوزارة غير متوفرة . وقد حصلت وفيات عديدة بسبب دوران سيارة الاسعاف في المدن من مستشفى إلى آخر بحثاً عن سرير شاغر في حين لا تتعدى نسبة اشغال أسرة المستشفيات الخاصة الـ ٦٠٪ وبما أن دفع الحساب يتم شهرياً . فإنه اذن بإمكان المستشفيات الخاصة اسعاف المريض وإدخاله في أسرة الوزارة على أن تستوفي الرسوم من الوزارة لاحقاً ، لكن لا توجد الحوافز لدفعها

إلى ذلك إلا إذا كانت حالة المريض غير طارئة وتتطلب فحوصاً عديدة (مما يعود على المستشفى بالريح) ويشغل المريض سريراً لم يكن ليشغل على أية حال .

* ان الحساب العلمي للكلفة يجب أن يسبق أي وضع للأسعار فيدفع للمستشفيات الخاصة معدل ما صرفته حقاً على مرضى الوزارة على أقل تقدير وبهذا تصبح أساليب التنظيم فعالة ومقبولة .

- على العلاقة مع القطاع الخاص أن تكون مفتوحة ومتبادلة وليست علاقة تفتيشية ، إذ أن المراقبة الكاملة للعناية الطبية صعبة بل غير ممكنة .

- وإذا ما وافقت وزارة الصحة على هذه السياسة فسوف نشهد ازدهار قطاع المستشفيات اللبنانية بأسعار منخفضة ومعقولة وذلك للأسباب التالية :

- تحافظ كل المستشفيات على مقاييس نوعية العناية الطبية .

- تؤدي المنافسة بين القطاعين الخاص والعام إلى خفض الأسعار .

- تزيد فرص المواطن للاختيار بين القطاعين .

- توفر المستشفيات الخاصة وسائل راحة إضافية (كالغرفة الافرازية وجهاز التلفزيون الخ . . .) يغطي نفقتها المريض على حسابه الخاص .

- وأخيراً لا داعي للقلق بالنسبة لعدد الأسرة فنسبة الأسرة إلى عدد السكان في لبنان منخفضة جداً إذا ما قورنت بالمقاييس العالمية . ويمكن مضاعفتها دون وجل .

- أما سبب انخفاض نسبة اشغال الأسرة حالياً فهو عائد إلى الحالة الأمنية المتدهورة (بحيث يتجنب بعض الناس المعالجة الاختيارية) وإلى ارتفاع كلفة العناية الطبية . فسوف يزول هذا العائق إذا ما شمل نظام الضمان الاجتماعي كل اللبنانيين . وحين تستعيد الدولة امنها وعافيتها يتوقع أن يفد عدد أكبر من السكان والأجانب إلى لبنان فيتطلبون مثل غيرهم عناية طبية في المؤسسات الخاصة .

استعمالية الخدمات الصحية :

لعل الشق الثاني لارتفاع النفقات الطبية تكمن في استعمالية الخدمات الطبية من جانب المواطن المستهلك ، خاصة الاستشفائية منها ، إذ أن الاستشفاء يشكل عاملاً مهماً في تضخم النفقات الصحية .

وقد اثبتت الدراسات المختلفة أن الوقاية خير من العلاج ولهذا المبدأ اثره في

الاقتصاديات الصحية ، وقد حاولت الدول استحداث انظمة جديدة للتأكيد على هذه المبادئ تشجيعاً للخلفية الوقائية وفي الوقت نفسه للجسم النفقات الطبية ومنها :

- ١ - اعتماد مبدأ الدفع المسبق للخدمة الطبية - فتكون الدولة أو الفرد قد أمن نسبة معينة من الدخل لتغطية النفقات الصحية .
- ٢ - اعتماد مبدأ المشاركة في التمويل الصحي - وهذا متبع عندنا في فرع المرض والأمومة من نظام الضمان الاجتماعي .
- ٣ - اعتماد مبدأ المشاركة في دفع ثمن الأعمال الطبية ، حتى ولو كان المريض مضموناً .

٤ - تشجيع الأعمال الطبية وخاصة التشخيصية منها ، خارج المستشفيات ومن خلال المراكز الصحية والعيادات الخارجية ودخول المستشفى عندما تكتمل التحضيرات المناسبة للعلاج الاستشفائي .

٥ - ضبط الاستعمالية عند المريض أو الطبيب أو الدواء من خلال نماذج معينة مدروسة للأمراض أو للعلاج أو لعدد الأدوية تظهر تلقائياً وبسهولة وبسرعة إذا ما تجاوزت الاستعمالية النسب الموضوعية في تلك النماذج .

٦ - استحداث بطاقة صحية تعطى للمريض وتبين فيها مدى استعماله للخدمات الطبية وأسباب ارتفاعها إذا حصل .

- دأبت الدول مؤخراً ومنذ أوائل السبعينات الى تشجيع سبل جديدة للخدمة الصحية كالرعاية الصحية الأولية والمؤسسات الصحية لتعزيز الصحة وذلك لضبط الاستعمالية وتشجيع المحافظة على الصحة عند المواطن الفرد .

ولعل القطاع الخاص له المرونة وحرية الحركة لاختيار بعض هذه التجارب في الوضع اللبناني فيلعب بذلك دوراً مميزاً نموذجياً ، قد تتبناه الدولة فيما بعد إذا ما تأكد نجاحه ، وذلك بدعم مالي من مكتب البحوث والتنمية في وزارة الصحة .

كل الوسائل أو بعضها قد تعتمد عليها المؤسسات الخاصة أو العامة للحد من الاستعمالية العشوائية وضبط النوعية والنفقات الطبية ، ولكل منها مميزاته وحسناته ، على كل فريق دراسته بدقة واهتمام .

الإعلام والارشاد :

كل هذه الأساليب أو التجارب لا يمكن أن يكتب لها النجاح إلا اذا تحركت اجهزة الاعلام لارشاد المواطنين وإعلامهم عن حقوقهم وواجباتهم ومنافع تلك

الطريقة ومساويء الاخرى .

فالاعلام سلاح قوي إذا ما احسن استعماله وباستطاعته توفير الكثير من الأعباء على المؤسسات العامة والخاصة - فلبنان يتمتع بمعطية أساسية ألا وهي وعي المواطن وتمكنه من الاستفادة من العلم والمعرفة - خاصة إذا ما وجد فيهما منفعة له ولعائلته تضمن له الصحة والعافية وتخفف من أمراضه ونفقاته ، إذ أن المواطن في النهاية سيدفع ثمن هذه الخدمات بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ، ولعل مبدأ مشاركة الأهالي والمواطنين خاصة في مجال الخدمات الصحية والطبية ، حتى لو كانت هذه المشاركة استشارية في أول الأمر ، فلهذه المشاركة أثر فعال ودائم يسهل على الدولة تنفيذ سياستها الصحية بالتعاون مع المواطنين والعاملين في القطاع الصحي .

السياسة الصحية

من هذه السياسة تكون البداية والنهاية فعلى المسؤولين أن يؤكدوا دون أي التباس أو تمويه مبادئ سياستهم دون أي غموض - فيدرك حينئذ كل فريق ما هي مسؤولياته وما هي واجباته وما هي حقوقه - فيكون التعاون والمشاركة على أسس واضحة يؤمن كل فريق دوره بحماس وجدية - فالمواطن هو مواطن لبناني دفع ثمن لبنانيته غالباً وعليه أن يعرف ماذا تؤمن الدولة له وكيفية حصوله على هذه الحقوق كما عليه أن يعرف ما هي واجباته .

القطاع الخاص الصحي هو أيضاً قطاع أساسي ومهم وركيزة الخدمات الصحية اللبنانية فعليه أن يعرف ما هو دوره كي يخطط له - فعلاقته مع القطاع العام علاقة أساسية وعضوية - وحذا لو تكون متكاملة معه تكامل الشريك الكامل وليس تعامل المفتش مع المفتش عليه ، إذ حينذاك تبدأ المنافسة غير المحمودة العواقب والتي يحاول فيها كل فريق أن يكشف الآخر ويسجل النقاط عليه - الريح المشروع هو حق لا بد منه إذا ما أردنا تحسين النوعية وتأمين المردود والانتاجية ، وهذا هو روح نظامنا الاقتصادي الكلي ، إنما يجب أيضاً أن تؤكد الدولة أن الريح المغشوش أو التلاعب هما أمران مرفوضان جملة وتفصيلاً فالمقاييس العلمية والأنظمة المهنية هي السبيل الأفضل والأدق لضبط الأمور ، وقد سبقتنا دول قريبة وبعيدة في هذا المجال ، ولعل تأسيس وحدة التخطيط والتنمية مؤخراً في وزارة الصحة دليل حسي على تطلع الوزارة والمسؤولين فيها نحو الدقة والوضوح في تخطيطها المستقبلي وتعاملها مع أصحاب العلاقة بأسلوب علمي .

فإذا تبنت الدولة في سياستها بعض الأسس التي سبق لغيرها أن تبناها نكون قد خطونا خطوة كبيرة في سبيل تنفيذ خطة صحية بل ميثاق صحي يقوم على تأمين الرعاية الصحية للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ ، بالتعاون مع القطاع الخاص والمواطنين أنفسهم ، من خلال حرية اختيار المرافق العلاجية لجميع المواطنين عن طريق مؤسسة وطنية لتمويل الخدمات الطبية يشارك فيها المواطن ورب العمل والدولة ، كل حسب إمكانياته المحددة فيؤمن حينذاك التضامن الحقيقي ونسير بخطى كبيرة نحو تحقيق العدالة الاجتماعية ، على أن تكون الرعاية الصحية مؤمنة بنوعية جيدة ، وبكلفة معقولة وحسب مقاييس وأنظمة مستجدة وعلمية بحتة .

فالمواطن اليوم غير غافل مما يجري ، فلقد انهكته سنوات الحرب الطويلة وأبعدت هذه المحنة اهتمامه الكامل تجاه أموره الحياتية فبعد أن يتحقق الأمن وتعود الدولة ، لا بد للمواطن أن يسأل ويتساءل ويطالب بحقوقه ، ويؤكد على أهليته لهذه المواطنة . حبذا أن يكون الجميع مستعدين لتلك الفترة واليوم هو الوقت السانح للبدء في الإعمار الصحي لنظامنا اللبناني .

المراجع :

- ١ - ملف الخطة السداسية ١٩٧٢-١٩٧٧ الجمهورية اللبنانية ، وزارة التصميم « فصل الصحة » اعداد الدكتور عبدو أبو زيد (بالفرنسية) .
- ٢ - « المستشفيات » - فصل في كتاب « الأوضاع الصحية في لبنان » - اعداد النجدة الشعبية - ١٩٨٤ (بالعربية) .
- ٣ - « المستشفيات التي سددت الاشتراكات حتى ٨٢/١٢/٣١ » - نقابة أصحاب المستشفيات الخاصة في لبنان - ١٩٨٣ (بالعربية) .
- ٤ - تقرير عن زيارة إلى لبنان ١٢ - ٢٤ تشرين الثاني ١٩٧٣ « - للدكتور د. فردوغو - بنمبليس منظمة الصحة العالمية - إقليم شرق بحر الأبيض المتوسط (بالانكليزية) .
- ٥ - الجامعة الأميركية - دائرة الإدارة الصحية « معلومات أولية عن مدراء بعض المستشفيات في لبنان » - ١٩٨١ (بالانكليزية) .
- ٦ - ن - رافع وج سالم ور . ناصيف « تحليل كلفة السرير الواحد لعام ١٩٨١ في مستشفى الجامعة الأميركية (بالانكليزية) .
- ٧ - وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية - وحدة التخطيط والنظم الصحية قسم المعلوماتية الصحية - « تقرير حول نظام المعلوماتية الصحية المتعلقة بدخول وخروج المرضى في مستشفى بعبد الحكومي » كانون الأول ١٩٨٣ ، (بالعربية) .
- ٨ - الدكتور نبيل قرنفل - « تحليل كلفة الاستشفاء في المستشفيات الخاصة على حساب وزارة الصحة عامي ١٩٨١-١٩٨٢ » - (بالانكليزية) .
- ٩ - مرسوم رقم ١٠٥٠ و ٥٢٩١ « توزيع الاعتمادات المخصصة للمعالجة في المستشفيات والمؤسسات الخاصة المتعاقدة مع وزارة الصحة العامة وللاطباء العاملين في هذه المستشفيات لعامي ١٩٨٢ و ١٩٨٣ (بالعربية)
- ١٠ - « تقرير عن زيارة لدراسة النظام الاستشفائي في لبنان » الدكتور أحمد مازن - منظمة الصحة العالمية إقليم شرق البحر المتوسط - ١٩٧٣ - (بالانكليزية) .

- ١١ - الدكتور نبيل قرنفل « اقتصاديات الصحة في لبنان » - محاضرة في ٧ نيسان (بالعربية) .
- ١٢ - الدكتور نبيل قرنفل « تقرير عن وزارة الصحة في لبنان : ماذا تم انجازه ما يتوجب انجازه ، وخطة العمل المقترحة » تشرين الثاني ١٩٨٣ (بالعربية) .
- ١٣ - الجامعة الأميركية - دائرة الإدارة الصحية « دراسة المستشفيات الحكومية » شباط ١٩٨٣ (بالانكليزية) .
- ١٤ - تقرير منظمة الصحة العالمية « إعادة إعمار الخدمات الصحية في لبنان » نيسان ١٩٨٣ جزئين (بالانكليزية) .
- ١٥ - الدكتور الياس الحايك : « الاسباب الموجبة لاعادة تنظيم المستشفيات الحكومية في لبنان » ١٩٧٣ .
- ١٦ - الأنسة ميشلين خلف - ورقة عمل لمجلس الإنماء والاعمار - ١٩٧٨ .

ملاحق :

- ملحق ١ - مرسوم اشتراعي رقم ١٣٩ يتعلق بتعديل بعض مواد القانون المتعلق بالمستشفيات .
- ملحق ٢ - مرسوم رقم ١٥٢٠٦ شروط تعاقد وزارة الصحة مع المستشفيات الخاصة .
- ملحق ٣ - مرسوم ١٥٣٦ إنشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة .
- ملحق ٤ - المرسوم ١٨١٢ تأليف الهيئة العليا للخدمات الطبية .
- ملحق ٥ - مرسوم ٤٤٢٢ و ٤٤٢٣ تحديد مهام وصلاحيات مجلس إدارة المؤسسة العامة لإدارة المستشفيات .
- ملحق ٦ - مرسوم ٢٠٥١ تعديل تأليف الهيئة العليا .
- ملحق ٧ - مرسوم ١٥٨٤ تحديد ملاك كل مؤسسة عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة .
- ملحق ٨ - مرسوم ١٥٨٥ نظام العاملين الاداريين والتقنيين والإجراء في المؤسسات العامة .
- ملحق ٩ - مرسوم ١٥٨٦ نظام التعاقد مع الأطباء ومع المهنيين العاملين في المستشفيات .
- ملحق ١٠ - مرسوم ١٥٨٧ النظام المالي للمؤسسات العامة التي تتولى إدارة المستشفيات .
- ملحق ١١ - مرسوم ٢٠٣٥ تسوية أوضاع العاملين في المستشفيات العامة .
- ملحق ١٢ - مرسوم ٧٢٠ يتعلق بتعيين رئيس وأعضاء مجلس إدارة المؤسسة العامة التي تتولى إدارة المستشفى العام في مركز محافظة جبل لبنان .
- ملحق ١٣ - بطاقة الدخول والخروج من مستشفى بعبد .
- ملحق ١٤ - رموز المرضى المعتمدة في مستشفى بعبد .
- ملحق ١٥ - حقوق وواجبات المرضى الذين يعالجون على نفقة وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية .
- ملحق ١٦ - معلومات عن ٦٣ مستشفى .
- ملحق ١٧ - المستشفيات الخاصة حسب ملفات وزارة الصحة .
- ملحق ١٨ - قواعد تصنيف وتقييم واعتماد المستشفيات .

مرسوم اشتراعي رقم ١٣٩

تعديل بعض مواد القانون المتعلق
بالمستشفيات الخاصة

ان رئيس الجمهورية
بناء على الدستور

بناء على القانون رقم ٨٢/٢٦ تاريخ
١٩٨٢/١١/١٧ (منح الحكومة حق اصدار
مراسيم اشتراعية)

بناء على القانون رقم ٨٢/١٠ تاريخ
١٩٨٢/٥/٢١ (تمديد العمل باحكام
القانون رقم ٨٢/٢٦ تاريخ
١٩٨٢/١١/١٧)

بناء على القانون الموضوع موضع التنفيذ
بموجب المرسوم رقم ٩٨٢٦ تاريخ
١٩٦٢/٦/٢٢ (المستشفيات الخاصة)

وبعد استشارة مجلس شوري الدولة

بناء على اقتراح وزير الصحة العامة

وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ
١٩٨٣/٩/٧

يرسم ما يأتي :

المادة الاولى - تعدل احكام المواد ٤ و ٦
و ٧ و ١٤ من القانون الموضوع موضع التنفيذ
بالمرسوم رقم ٩٨٢٦ تاريخ ١٩٦٢/٦/٢٢
(القانون المتعلق بالمستشفيات الخاصة) كما
يلي :

١ - يضاف الى المادة الرابعة المقطع
الجديد التالي :

٧ - خريطة يبين فيها الملجأ والتجهيزات
التي تمكن من تحويله الى مكان لايواء المرضى
في حالة الكوارث الطبيعية او المخاطر
الامنية .

ب - يستعاض عن نص المادة السادسة
بالنص التالي :

مجلس الوزراء بناء لاقتراح وزير الصحة
العامة .

٢ - في ضوء احكام المرسوم المشار اليه
في البند (١) ، تتولى اللجنة عينها وضع
لوائح بالمستشفيات تتضمن تقييمها وتصنيفها
واعتمادها . تعرض هذه اللوائح على وزير
الصحة العامة ويكرس مضمونها بقرار منه .

٣ - ان كل مستشفى يكون دون المستوى
المطلوب ، يشار اليه في قرار وزير الصحة
العامة المنصوص عنه في البند ٢ من هذه
المادة ويعطى مهلة محددة لاستدراك
النواقص ، وفي حال عدم الاستجابة يصار
الى استرداد اجازة استثماره مؤقتا او نهائيا
ضمن الاصول المنصوص عليها في المادة الثالثة
عشرة من هذا القانون .

٤ - يعاد النظر بلوائح وقرارات التقييم
والتصنيف والاعتماد مرة كل سنتين وكلما
دعت الضرورة .

٥ - لا يجوز لوزارة الصحة العامة او
للضمان الاجتماعي او لاية ادارة او مؤسسة
عامة ان تتعاقد من اجل العناية بمرضاها
الا مع المستشفيات المعتمدة .

د - تستبدل في المادة الرابعة عشرة ،
عبارة « بالغرامة من خمسين الى
خمسماية ليرة لبنانية » ، بعبارة : « بالغرامة
من العين الى خمسة وعشرين الف ليرة
لبنانية » .

المادة الثانية - يعمل بهذا المرسوم
الاشتراعي فور نشره في الجريدة الرسمية .

بعدا في ١٦ ايلول ١٩٨٣

الامضاء : امين الجميل

صدر عن رئيس الجمهورية

رئيس مجلس الوزراء

الامضاء : شفيق الوزان

وزير الصحة العامة

الامضاء : عدنان مروه

يجب ان تراعى في بناء المستشفى
وترتيباته الداخلية وتجهيزه واسس تنظيمه
الطبي والاداري الشروط التي تحدد بمرسوم
بناء على اقتراح وزير الصحة العامة .

ج - يستعاض عن نص المادة السابعة
بالنص التالي :

لوزارة الصحة العامة ان تقيم وتصف
وتعتمد المستشفيات حسب طبيعتها واختصاصها
واهميتها وانطباقها على المقاييس الفنية
والادارية والطبية والبشرية وان تفرض على
اي صف منها ما تراه من الشروط الخاصة
مراعاة للفن والمصلحة العامة .

١ - في سبيل اعداد اسس واصول التقييم
والتصنيف والاعتماد تشكل لجنة من :

- مدير عام وزارة الصحة العامة رئيسا

- مندوبان عن نقابة اصحاب المستشفيات
الخاصة

- مندوب عن نقابتي الاطباء

- مندوب عن الخدمات الطبية في الجيش

- مندوب عن الصندوق الوطني للضمان
الاجتماعي

- مندوب عن كل كلية طب ملحق بها
مستشفى تعليمي

- استاذ في علم ادارة المستشفيات من
الجامعات في لبنان

- مدير العناية الطبية في وزارة الصحة
العامة

اعضاء

- رئيس مصلحة المستشفيات في وزارة

الصحة العامة - عضوا مقررا

تستعين هذه اللجنة بمن تراه من
الاختصاصيين بغية وضع الاسس والاصول .

تصدر هذه الاسس والاصول بمرسوم في

وزارة الصحة العامة

مرسوم رقم ١٥٢٠٦

شروط تعاقد وزارة الصحة
مع المستشفيات الخاصة

ان رئيس الجمهورية اللبنانية

بذء على الدستور اللبناني

بناء على المرسوم الاشتراعي رقم ١٣٣ تاريخ
١٩٥٩/٦/١٢ ، لا سيما المادة السادسة منه ،

بناء على التقرير المرفوع من اللجنة المؤلفة

بموجب قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٥٢ تاريخ

١٩٦٣/١٠/٣

وبناء على اقتراح وزير الصحة العامة

وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ ٣٠ كانون

الاول ١٩٦٣

يرسم ما يأتي .

المادة الاولى - تستبدل احكام المرسوم رقم
١٢٧٨٨ تاريخ ١٩٦٣/٥/١٧ بالاحكام التالية :
المادة ٣ - يجب أن تتوفر في المستشفيات
الخاصة التي تعاقد معها وزارة الصحة العامة
الشروط العامة والخاصة المنصوص عنها في هذا
المرسوم .

اولا - الشروط العامة:

المادة ٣ - لا يجوز التعاقد الا مع المستشفيات
الخاصة المرخص لها بممارسة العمل رسمياً .

المادة ٤ - يجب أن تتمكن سيارات الاسعاف
من الوصول بسهولة الى الباب الرئيسي
للمستشفى .

المادة ٥ - يجب ان يتم التنقل بين طوابق
المستشفى بواسطة سلالم عريضة او مصاعده
بحيث يمكن نقل المرضى على المعامل الخاصة
بذلك .

المادة ٦ - يجب تزويد المستشفى بأجهزة
إطفاء فعالة لمكافحة الحريق . ويحدد عدد ونوع

عليه أن يتعاقد مع مختبر مريب إليه بغية الحصول
على نتائج الفحوص والتحاليل الطبية بأسرع ما
يمكن من الوقت .

المادة ١٢ - يجب على المستشفى المتعاقد
مع وزارة الصحة العامة :

١ - أن يمسك سجلًا خاصًا للمرضى
الداخليين والخارجين والذين يعالجون على نفقة
وزارة الصحة العامة ، وأن ينظم ملفًا طبيًا لكل
مرضى يحتوي بصورة عامة على جميع المعلومات
السريية والمخبرية والتشخيص والادوية وغير
ذلك من المعلومات الطبية وبصورة خاصة على
ما يلي :

- وثيقة دخول المستشفى او رقمها او صورة
عنها .

- اوراق الفحوص والتحاليل

- صور الاشعة .

- المستندات الطبية الاخرى المنظمة انشاء
وجود المريض قيد المعالجة في المستشفى .

٢ - ان يقدم لوزارة الصحة العامة جميع
المعلومات المطلوبة بموجب الاتفاقية .

٣ - ان يؤمن مراقبة طبية مستمرة للمرضى
ليلا نهارا من قبل طبيب ملازم ، وان يقبل المرضى
الموجهين اليه من السلطات المختصة في أي وقت
كان . وان يلبي بأسرع ما يمكن الحوادث الطارئة .

يمكن الاستعاضة عن الطبيب الملازم بتفويض
طب من السنة الخامسة فما فوق بشرط ان يعمل
تحت اشراف الطبيب الملازم وعلى مسؤوليته .

٤ - أن يحفظ الملفات الطبية ويستعملها
وفقا للتعليمات التي تصدرها وزارة الصحة العامة
بهذا الشأن .

المادة ١٣ - يجب على المستشفى تنظيم
اوقات زيارات المرضى . غير انه يجوز للطبيب
المعالج منع الزيارات .

المادة ١٤ - يجب ان تكون الساحات
والاحجام الدنيا للفرق كما يلي :

هذه الاجهزة بقرار يصدر عن وزير الصحة العامة
بعد استطلاع رأي لجنة المستشفيات .

المادة ٧ - يجب تأمين الاتصالات الهاتفية
ليلا ونهارا بصورة متواصلة .

المادة ٨ - يجب تأمين اعمال المطبخ بواسطة
اشخاص ذوي كفاءة ويجب ان يكون المطبخ مجهزا
بما يلزم لتأمين التغذية العادية وتغذية الحمية .
كما يجب توزيع الطعام على مختلف الاقسام
بعبوات مسخنة او بواسطة اوعية مغطاة بطريقة
يمكن تسخينها في المكان المعد لهذه الغاية في كل
طابق .

المادة ٩ - توضع النفايات والفضلات في
اوعية محكمة الغطاء ويجب التخلص منها يوميا .

المادة ١٠ - يجب ان يكون في المستشفى
غرفة خاصة بالموتى او غرفة مستقلة تحفظ فيها
الجثث ، عند الحاجة مدة ٤٨ ساعة .

المادة ١١ - يجب أن يحتوي المستشفى على
ما يلي :

١ - **جهاز للتشخيص بواسطة الاشعة**
صالح للاستعمال على أن يؤمن هذا الاستعمال
اشخاص مختصون وان تتخذ جميع الاحتياطات
اللازمة للوقاية من خطر الاشعاع .

٢ - **جهاز كامل لتأمين الاوكسيجين** في أي
وقت كان اما بواسطة اوكسيجين مركزي أو
بواسطة قناني نقالة على عربات خاصة مع قناع .

٣ - **بنك دم** ، وفي حال عدم وجوده في
المستشفى ان يكون هذا المستشفى متعاقدًا مع
بنك دم يعمل بصورة متواصلة ليلا نهارا ويتيح
له الحصول على الدم اللازم للمريض بالسرعة
المطلوبة .

٤ - **مختبر كامل للفحوصات الطبية** ،
وفي حال عدم وجود مختبر كامل التجهيز يجب

المساحة	الحجم
غرفة ذات سرير واحد	٨ أمتار مربعة
غرفة ذات سريرين	١٣ متر مربع
غرفة ذات ثلاثة أسرة	٢٠ متر مربع
غرفة ذات أربعة أسرة	٢٠ متر مربع
غرفة تتسع لأكثر من أربعة أسرة	٥ أمتار مربعة لكل سرير
	٢٤ متر مكعب
	٤٠ متر مكعب
	٦٠ متر مكعب
	٨٠ متر مكعب
	٢٠ متر مكعب لكل سرير

المادة ١٥ - يجب أن تتوفر في المستشفى على الأقل :

- مفسلة من المياه صالحة للشرب لكل ستة أسرة على أن تكون المفسلة ضمن الغرفة أو قريبة منها .

- حمام لكل ثلاثين سريرا
- بيت خلاء لكل عشرة أسرة .

المادة ١٦ - يجب تأمين تدفئة الغرف بصورة مستمرة بحيث لا تنقص الحرارة عن ١٨ درجة مئوية ، كما يجب تأمين التهوية والإنارة في الغرف بشكل كاف .

المادة ١٧ - يجب أن تتوفر لدى المستشفى بالإضافة إلى الأطباء الاختصاصيين والأطباء المعالجين اللازمين لكل فرع من فروع المستشفى .

١ - جهاز مستخدمين للخدمات العامة يكون عددهم كافيا لتأمين هذه الخدمات (تنفيذ ، عناية الخ)

٢ - جهاز تريض يؤلف لكل ثلاثين مريضا على الوجه التالي كحد أدنى .

- رئيسة ممرضات

- ممرضة حاملة شهادة تريض

- مساعدتا ممرضة

- ممرضة الليل

- خادمتان .

المادة ١٨ - تستثنى من أحكام الفقرة (٢) من المادة السابعة عشرة : الصحات ، مستشفيات الأمراض العقلية ، مستشفيات تطبيب الشلل وتطبق عليها الشروط الخاصة المنصوص عنها في هذا المرسوم .

ثانيا - الشروط الخاصة ببعض المستشفيات والفروع .

الفروع التالية : الجراحة العامة ، التوليد ، الأمراض الداخلية .

وان يتوفر لديها بالإضافة إلى جهاز المستخدمين المنصوص عنه في المادة السابعة عشرة :

- جهاز طبي وتربضي كاف لتأمين الحوادث الطارئة ليلا نهارا .

- براد يحتوي بصورة دائمة على ليترين دم على الأقل من فصيلة المظي العام Zéro

- غرفة عمليات للمطبات الفورية .

- غرفة انتظار اضافية لذوي ضحايا الحوادث الطارئة .

ويجب أن يكون المستشفى المتعاقد معه مؤهلا لاستقبال جميع انواع الحوادث الطارئة ، وبصورة خاصة :

- الحوادث الجراحية على انواعها : (جراحة عامة ، جراحة رأس وعيون ، جراحة اطفال الخ)

- حوادث الجراحة النسائية والتوليد

- حوادث الطب الداخلي ..

المادة ٢٦ -

مستشفيات الأمراض العقلية

يجب على مستشفيات الأمراض العقلية المتعاقدة مع وزارة الصحة العامة أن تؤمن الشروط الخاصة التالية :

- طبيبيا اختصاصيا بالأمراض العقلية والنفسية وطبيبيا مساعدا لكل مائة وعشرين سريرا ، شرط

تفرغهما للعمل الكامل في المستشفى يوميا .

- مساعدة اجتماعية لكل مائة وعشرين سريرا .

- سبع ممرضين أو ممرضات قانونيات لكل مائة وعشرين سريرا .

- أربعة عشر ممرض او ممرضة مساعدة لكل مائة وعشرين سريرا

- أربعة عشر حارسا ممرضيا لكل مائة وعشرين سريرا .

المادة ٢٧ - يجب أن تكون الرقابة الطبية الدائنة المنصوص عنها في الفقرة الثالثة من المادة الثانية عشرة من هذا المرسوم مؤمنة من قسـل طبيب اختصاصي بالأمراض العقلية والنفسية .

- طبيب اختصاصي او ممرضة اختصاصية باعطاء البنج والانعاش على أن يكون كل منهما حائزا على اذن بممارسة المهنة معطى من وزارة الصحة العامة .

ب - دور التوليد :

المادة ٢١ - على دور التوليد المتعاقد مع وزارة الصحة العامة أن تتضمن :

- غرفة للتوليد مجهزة لهذه الغاية .

- غرفة عمليات مجهزة وفقا للشروط الواردة في الفقرة الاولى من المادة التاسعة عشرة من هذا المرسوم .

- مكانا خاصا للعناية بالتوليد .

- غرفة خاصة مجهزة ببراد لتخضير وحفظ وتوزيع الحليب .

- حاضنة واحدة للمولودين قبل الاوان على الأقل .

المادة ٢٢ - يجب ان يكون حجم الغرف بمعدل ٣٠ مترا مكعبا لسريري المولدة والوليد معا . تطبق احكام المادة الثلاثين عندما يكون الوليد في غرفة خاصة .

المادة ٢٣ - يجب أن يتوفر لدى دور التوليد المتعاقد مع وزارة الصحة العامة بصورة دائمة خدمات :

- طبيب اختصاصي بالتوليد

- قابلة قانونية

- طبيب أو ممرضة مختصة باعطاء البنج شرط أن يكون كل منهم حاملا اذنا بممارسة المهنة من وزارة الصحة العامة .

ج - فرع الأمراض الداخلية :

المادة ٢٤ - يجب على المستشفيات المتعاقدة معها للأمراض الداخلية أن تؤمن خدمات :

- طبيب للأمراض الداخلية لكل ثلاثين سريرا .

- طبيب اختصاصي بأمراض القلب .

د - فرع الحوادث الطارئة

المادة ٢٥ - يجب على المستشفيات المتعاقدة معها للحوادث الطارئة أن تحتوى على الأقل على

المادة ٣٨ - (١) يجب ان يحتوي المستشفى على اجنحة خاصة بتوفر فيها الحد الاقصى من امكانية المحافظة على الامن والسلامة لمراقبة المرضى الذين يشكلون بسلوكهم وتصرفاتهم خطرا على المجتمع .

(٢) يجب أن يؤمن المستشفى العلاج المهنى لمرضى وزارة الصحة العامة .

المادة ٣٩ - بالإضافة الى الجهاز المنصوص عنه في الفقرة الاولى من المادة الحادية عشرة من هذا المرسوم ، يجب ان يتوفر لدى مستشفى الامراض العقلية المتعاقد مع وزارة الصحة العامة الجهايزات التالية :

- آلة للصدمات الكهربائية

- جهاز لتخطيط الدماغ

- آلة لتخطيط القلب

- صيدلية تحتوي على جميع الادوية اللازمة لمعالجة مختلف الامراض العقلية والنفسية .

المادة ٣٠ - و - مستشفيات الاطفال والاولاد .

(١) يجب على مستشفيات الاطفال والاولاد المتعاقدة مع وزارة الصحة العامة ان تستوفي الشروط العامة المنصوص عنها في المواد من المادة الاولى حتى المادة السابعة عشرة باستثناء المساحات والاجسام المنصوص عنها في المادة الرابعة عشرة من هذا المرسوم التي تصبح كما يلي :

- اربعة امتار مربعة لكل سرير واثنا عشر مترا مكعبا لكل سرير .

- يجب ان يكون لدى مستشفيات الاطفال والاولاد المتعاقدة معها حاضنات للمولودين قبل الاوان بنسبة عشرة بالمائة من مجموع الاسرة .

المادة ٣١ -

ز - فروع المعالجة بالرئة الفولاذية :

- يجب ان يكون هذا الفرع موجودا في مستشفى يحتوي على جميع الاسباب الكفيلة باجراء العمليات الجراحية الطارئة لدخجرة .

- يجب تأمين خدمات تمريضية متواصلة ليلا ونهارا .

المادة ٣٢ -

ح - مستشفيات تطبيق الشلل

يجب على مستشفيات تطبيق الشلل المتعاقدة مع وزارة الصحة العامة ان تستوفي الشروط العامة المنصوص عنها في المواد من المادة الاولى حتى المادة السادسة عشرة من هذا المرسوم باستثناء الفقرة ٣ و ٤ من المادة الحادية عشرة والفقرة ٣ من المادة الثانية عشرة . وما يجب على هذه المستشفيات ان يتوفر لديها بصورة خاصة خدمات :

- طبيب اختصاصي بالطب الفيزيائي لكل ثمانين مريضا

- ممرضة قانونية لكل عشرين مريضا

- خادمتان لكل عشرين مريضا

- ممرضة مساعدة لكل عشرين مريضا

المادة ٣٣ - يجب ان يتوفر لدى مستشفيات تطبيق الشلل :

- غرف خاصة بالعلاج الرياضي .

- غرف خاصة للعلاج في الماء .

على ان تكون جميع هذه الغرف مجهزة بالادوات اللازمة لهذه الغاية ،

تطبق المساحات والاجسام المذكورة عنها في الشروط الخاصة في مستشفيات الاطفال والمنصوص عنها في المادة الثلاثين من هذا المرسوم على هذه المستشفيات .

المادة ٣٤ -

ط - المصحات

يجب على المصحات المتعاقدة مع وزارة الصحة العامة ان تؤمن الجهاز الطبي والتمريضى التالى :

- طبيبا اختصاصيا لكل ستين مريضا

- ممرضة قانونية

- اربع ممرضات مساعدات

- اربع خدم او خادمت

- ممرضا او ممرضة لليل

لكل سبعين مريضا

- مساعدة اجتماعية بوقت كامل اذا كان

١٣٣ تاريخ ١٢/٦/١٩٥٩ ، تقوم لجنة المستشفيات بالتحقيقات اللازمة للتثبت من توفر الشروط المفروضة بمقتضى هذا المرسوم في المستشفيات المتولى التعاقد معها .

المادة ٣٩ - لا يجوز ان تتعاقد وزارة الصحة العامة مع مستشفيات خاصة حيث يوجد مستشفيات حكومية باستثناء مدينتي بيروت وطرابلس ، كما انه لا يجوز التعاقد في مدينتي بيروت وطرابلس على اقل من خمسة عشر سريرا في المستشفى الواحد .

المادة ٤٠ - ان احكام هذا المرسوم هي احكام مؤقتة ، يجب ان تستبدل بقانون خاص لتنظيم المستشفيات الحكومية تطبيق احكامه على المستشفيات الخاصة وذلك بالاستناد الى قواعد معترف بها من قبل منظمة الصحة العالمية .

المادة ٤١ - تحدد دقائق تطبيق احكام هذا المرسوم عند الاقتضاء بقرارات تصدر عن وزير الصحة العامة بعد استطلاع رأي لجنة المستشفيات واقتراح مدير عام وزارة الصحة العامة .

المادة ٤٢ - ينشر هذا المرسوم ويبلغ حيث تدعو الحاجة . ويعمل به ابتداء من اول نيسان سنة ١٩٦٤ .

الذوق في ٢١ كانون الثاني ١٩٦٤
الامضاء : فؤاد شهاب

صدر عن رئيس الجمهورية

رئيس مجلس الوزراء

الامضاء : رشيد كرامي

وزير المالية

الامضاء : رشيد كرامي

وزير الصحة العامة

الامضاء : علي بزي

المصح يتسع لاثني سرير وما فوق وبوقت جزئي اذا كان المصح دون هذا العدد .

كما يجب ان يتوفر لدى كل مصح التجهيزات التالية :

- جهاز للتصوير الطبقي على الاقل

- جهاز لتنظير القصبات

- جهاز لفحص وظائف التنفس

يجب ان يتوفر لدى مختبر المصح امكانية اجراء الفحوصات التالية على الاقل :

- فحص القشع بواسطة الزرع

- فحص الحساسية لمصبات كوخ

- فحص الدم

- فحص البول والناظف .

ثالثا : احكام مختلفة .

المادة ٣٥ - (١) يمكن لوزير الصحة العامة بناء على اقتراح لجنة المستشفيات ان يمنح بعض الاستثناءات للمستشفيات الواقعة في مراكز الاقضية وللمستشفيات الريفية ، شرط ان تبعد اكثر من ثلاثين كيلو مترا عن اقرب مستشفى حكومي مائل .

(٢) تعطى الاولوية في التعاقد للمستشفيات التي تتوفر فيها افضل الشروط .

المادة ٣٦ - يجب ان لا يتعدى عدد الاسرة المتعاقد عليها خمسين بالمائة من مجموع اسرة الدرجة الاخيرة في المستشفى المتعاقد معه ، ما عدا المصحات - مستشفيات الامراض العقلية - مستشفيات تطبيق الشلل - فروع الحوادث الطارئة - الفروع الخاصة بالمعالجة بالرئة الفولاذية ، بحيث تكون نسبة التعاقد معها ثمانين بالمائة من مجموع اسرة الدرجة الاخيرة في المستشفى المتعاقد معه .

المادة ٣٧ - يستثنى من احكام هذا المرسوم مصح الوليد في سوريا المتعاقد مع وزارة الصحة العامة لقبول المجذومين اللبنانيين .

المادة ٣٨ - تطبيقا لاحكام الفقرة الرابعة من المادة السادسة من المرسوم الاشتراعي رقم

مَشَايِعُ التَّوَاتِينِ المَوْضُوعَةُ مَوْضِعُ التَّنْفِيزِ بِرَأْسِهِ

مرسوم رقم ١٥٣٦

وضع مشروع القانون المعجل، المحال على مجلس النواب بموجب المرسوم رقم ١١١٦ تاريخ ١٩٧٨/٣/٢٣، الرامي إلى إنشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة موضع التنفيذ

إن رئيس الجمهورية

بناء على الدستور ولا سيما المادة ٥٨ منه وبما أن الحكومة أحالت على مجلس النواب، بموجب المرسوم رقم ١١١٦ تاريخ ١٩٧٨/٣/٢٣، مشروع قانون معجل يرسم إلى إنشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة،

وبما أنه انقضى أكثر من أربعين يوماً على طرح مشروع القانون المعجل المذكور على مجلس النواب دون أن يبت،

بناء على اقتراح وزير الصحة العامة،

وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ ١٩٧٨/١١/١٥،

يرسم ما يأتي :

المادة الأولى - وضع موضع التنفيذ، مشروع القانون المعجل المحال على مجلس النواب بموجب المرسوم رقم ١١١٦ تاريخ ١٩٧٨/٣/٢٣ الرامي إلى إنشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة، التالي نصه :

المادة الأولى - تنشأ في كل من مراكز المحافظات وفي قضاء بعلبك مؤسسة عامة تتولى إدارة مستشفيات وزارة الصحة العامة القائمة فيها .

تتمتع كل من هذه المؤسسات العامة بأخصية المعنوية وبلاستقلالية المالى والإداري، وترتبط بوزارة الصحة العامة وتخضع لوصايتها الإدارية .

لا تخضع هذه المؤسسات العامة في أعمالها إلا لرقابة ديوان المحاسبة وفقاً لأحكام النظام العام للمؤسسات العامة، ولرقابة التفويض المركزي وأحكام هذا القانون والأنظمة التي يجري وضعها تنفيذاً لهذه الأحكام .

المادة الثانية - تتألف واردات هذه المؤسسات العامة من :

- مساهمات الدولة

- وارداتها الذاتية التي تستوفيها لقاء الخدمات الطبية

- أية واردات أخرى تلحظها نصوص خاصة

المادة الثالثة - تنشأ هيئة تدعى : « الهيئة العليا للخدمات الطبية » ترتبط مباشرة بوزير الصحة العامة . تعين هذه الهيئة بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء على أن تتمثل فيها كليات الطب ونقابتا الأطباء في لبنان ومدير عام وزارة الصحة العامة والمدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وتتولى المهام التالية :

١ - تقديم الاقتراحات لوزير الصحة العامة في الأمور المهنية والعلمية .

٢ - التنسيق في العمل بين جميع المؤسسات العامة التي تتولى إدارة المستشفيات العامة .

٣ - التصديق على مقررات مجالس إدارة المؤسسات العامة التي تتولى إدارة المستشفيات العامة المتعلقة بالأمور التالية :

- اتفاقات التعاون مع المؤسسات الصحية والعلمية .

- الأنظمة الصحية .

- تحديد الفروع الطبية والاختصاصات في المستشفى العام .

- مواصفات التجهيز والمفروشات .

٤ - إبداء الرأي في مقررات مجالس الإدارة الخاضعة لتصديق سلطة الوصاية .

المادة الرابعة - لوزير الصحة العامة، بناء على اقتراح الهيئة العليا للخدمات الطبية عقد اتفاق بالحق للمستشفيات العامة بكليات الطب العاملة في لبنان وذلك لإدارتها وفقاً للأنظمة الخاصة لهذه الكليات .

تحدد شروط الإلحاق ومختلف الحقوق والواجبات التي تنشأ عنه بعقد الاتفاق . ولا يصبح هذا العقد نافذاً ومعمولاً به إلا بعد تصديقه بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء .

المادة الخامسة - تحدد بمراسيم يتخذ في مجلس الوزراء :

١ - أنظمة المؤسسات العامة المنشأة بموجب هذا القانون (النظام الداخلي - النظام المالي - نظام المستخدمين والمتقاعدين والإجراء)

٢ - مهام وصلاحيات مجلس إدارة كل من هذه المؤسسات العامة ومفوض الحكومة وشروط تعيين رئيس وأعضاء المجلس ومفوض الحكومة وتعويضاتهم .

٣ - ملاكات وسلم رتب ورواتب وتعويضات المستخدمين والمتقاعدين والإجراء وشروط استخدامهم أو تعاقدهم .

المادة السادسة - فيما عدا الاستثناءات المنصوص عنها في هذا القانون، يمكن عند الاقتضاء، بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء إخضاع أعمال المؤسسات العامة المنشأة بموجب هذا القانون، لبعض أحكام المرسوم رقم ٤٥١٧ تاريخ ١٩٧٢/١٢/١٣ المتضمن النظام العام للمؤسسات العامة .

المادة السابعة - أجاز للحكومة، خلال مهلة سنتين من تاريخ العمل بهذا القانون،

تعديل وإكمال أحكامه، عند الاقتضاء، بمراسيم تتخذ في مجلس الوزراء .

المادة الثامنة - تحدد دقائق تطبيق أحكام هذا القانون بمراسيم تتخذ في مجلس الوزراء

« **المادة التاسعة -** تلغى جميع الأحكام التي تخالف أحكام هذا القانون أو النصوص التنظيمية الصادرة تطبيقاً له، أو التي لا تتفق مع مضمونها .

« **المادة العاشرة -** يعمل بهذا القانون فور نشره في الجريدة الرسمية . »

المادة الثانية - ينشر هذا المرسوم ويبل حيث تدعو الحاجة ويعمل به فور نشره في الجريدة الرسمية .

بعداً في ٢٥ تشرين الثاني سنة ١٩٨٧
الامضاء : إلياس سركيس

صدر عن رئيس الجمهورية

رئيس مجلس الوزراء

الامضاء : سليم الحص

وزير الصحة العامة

الامضاء : إبراهيم شعيتو

وزارة الصحة العامة

مرسوم رقم ١٨١٢

تأليف الهيئة العليا للخدمات الطبية المنصوص
عليها في قانون انشاء مؤسسات عامة تتولى
ادارة المستشفيات العامة

ان رئيس الجمهورية
بناء على الدستور

بناء على مشروع القانون الموضوع
موضع التنفيذ بموجب المرسوم رقم ١٥٣٦
تاريخ ١٩٧٨/١١/٢٥ (انشاء مؤسسات عامة
تتولى ادارة المستشفيات العامة) .

بناء على اقتراح وزير الصحة العامة ،

وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ
١٩٧٩/١/٢٤ .

يرسم ما يأتي :

المادة الاولى - تؤلف الهيئة العليا
للخدمات الطبية المنصوص عليها في المادة
الثالثة من مشروع القانون الموضوع موضع
التنفيذ بموجب المرسوم رقم ١٥٣٦ تاريخ
١٩٧٨/١١/٢٥ (انشاء مؤسسات عامة
تتولى ادارة المستشفيات العامة) على الوجه
التالي :

- الدكتور نجيب طالب ، ممثلا كلية
الطب في جامعة القديس يوسف في بيروت .

- الدكتور رجا خوري ، ممثلا كلية الطب
في الجامعة الاميريكية في بيروت .

- الدكتور حسني مجذوب ، ممثلا نقابة
اطباء لبنان .

- الدكتور نزار فتال ، ممثلا نقابة اطباء
لبنان الشمالي .

ملحق رقم (٥): مرسوم رقم ٤٤٢٢ و ٤٤٢٣ تحديد مهام وصلاحيات وشروط تعيين اعضاء مجلس
ادارة المؤسسة العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة .

الجريدة الرسمية - العدد ٤٣ - ١٩٨١/١٠/١٩

وزارة الصحة العامة

مرسوم رقم ٤٤٢٢

تحديد مهام وصلاحيات مجلس ادارة المؤسسة
العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة
ومهام وصلاحيات مفوض الحكومة لدى المؤسسة
المذكورة وتحديد شروط تعيين رئيس واعضاء
المجلس ومفوض الحكومة وتعويضاتهم

ان رئيس الجمهورية
بناء على الدستور

بناء على مشروع القانون الموضوع موضع
التنفيذ بموجب المرسوم رقم ١٥٣٦ تاريخ
١٩٧٨/١١/٢٥ (انشاء مؤسسات عامة
تتولى ادارة المستشفيات العامة) ،

بناء على اقتراح وزير الصحة العامة ،

وبعد استشارة مجلس شوري الدولة (رأي
رقم ٧٩/٧١ تاريخ ١٩٧٩/١٠/٩) ،

وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ
١٩٨٠/٩/٢٥ ،

يرسم ما يأتي :

المادة الاولى - يعين في كل مؤسسة
عامة تتولى ادارة المستشفيات العامة مجلس
ادارة يتألف على الوجه التالي :

١ - طبيب واحد برتبة استاذ مساعد
على الاقل عن كل كلية تدرس الطب في
لبنان ينتدبه عميدها .

٢ - اثنان من جملة الاجازات الجامعية
من سكن المحافظة او القضاء حيث المؤسسة
العامة .

المادة الثانية - يجب ان تتوفر في رئيس
واعضاء مجلس ادارة المؤسسة العامة الشروط
العامة للتعيين المنصوص عليها في الفقرات :
١ - ب - ج - د من البند ٣ من المادة

الخامسة من المرسوم رقم ٤٥١٧ تاريخ ١٣/١٢/٧٢ المتعلق بالنظام العام للمؤسسات العامة .

المادة الثالثة : ١ - يعين رئيس واعضاء مجلس ادارة المؤسسة العامة بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناء على اقتراح وزير الصحة العامة بعد استشارة الهيئة العليا للخدمات الطبية .

٢ - تحدد مدة تعيين رئيس واعضاء مجلس الادارة بسنتين قابلة للتجديد او التمديد .

٣ - يرفع وزير الصحة العامة قبل انتهاء ولاية مجلس الادارة بشهرين على الاقل اقتراحا الى مجلس الوزراء بعد استشارة الهيئة العليا للخدمات الطبية بتأليف مجلس ادارة جديد او بالتمديد للمجلس القائم ، كله او بعضه .

٤ - يستمر مجلس الادارة القائم بممارسة مهامه بعد انتهاء مدة ولايته حتى يتم تعيين المجلس الجديد .

المادة الرابعة - يتقاضى رئيس واعضاء مجلس الادارة عن كل جلسة عمل تعويض حضور قدره ٢٠٠ / ليرة للرئيس و ١٥٠ / ل - للعضو . على الا يتجاوز التعويض معدلا سنويا قدره ٨٠٠ / ليرة في الشهر للرئيس و ٦٠٠ / ليرة للعضو ولا يحق لهم ان يتقاضوا اي تعويض آخر من جراء هذا العمل بما في ذلك نفقات النقل والانتقال او تعويض السيارة . تدفع هذه التعويضات من الاعتمادات التي تخصصها وزارة الصحة العامة للمؤسسات العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة .

المادة الخامسة : ١ - يتولى مجلس الادارة في المؤسسة العامة السلطة التقريرية ويسهر على تنفيذ وتوجيه سياسة الاستشفاء العامة في المحافظة او القضاء ويتخذ ضمن نطاق القوانين والانظمة القرارات اللازمة لتأمين حسن سير العمل الطبي والاستشفائي في

المستشفيات العامة التابعة للمؤسسة العامة في المحافظة او القضاء . كما ويقر مجلس الادارة بصورة خاصة وعلى سبيل المثال لا الحصر :

أ - مشروع ملاك لكل من المستشفيات العامة .

ب - مشروع الموازنة السنوية للمؤسسة العامة والمستشفيات التابعة لها .

ج - كلفة الاستشفاء اليومي المقترحة من كل من المستشفيات العامة التابعة للمؤسسة العامة .

د - استعمال الاحتياطي العام وتحديد وجهه استعمال الارباح وطرق تغطية الخائض . يجوز لمجلس الادارة تحويل الرصيد الفائض عن كل سنة مالية الى حساب احتياطي شرط الا يزيد هذا الحساب عن ٣٠ ٪ من قيمة واردات السنة المالية السابقة . وكل زيادة تتجاوز ٣٠ ٪ توضع في حساب خاص باسم المؤسسات العامة المعنية وتوزع على المؤسسات العامة المحتاجة وذلك بقرار من وزير الصحة العامة بناء على رأي الهيئة العليا للخدمات الطبية .

يوضع الرصيد الفائض عن ال ٣٠ ٪ في حساب المؤسسة العامة المعنية لتطويع المستشفيات التابعة لها ويصرف المبلغ بقرار من مجلس الادارة . تودع هذه الاموال ضمن الحساب المفتوح لدى مصرف لبنان باسم المؤسسات العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة .

هـ - طلبات سلفات الخزينة .

و - صفقات اللوازم والاشغال والخدمات عندما تزيد قيمتها على عشرين الف ليرة .

ز - قبول التبرعات والهبات .

ح - تملك الاموال المنقولة وغير المنقولة .

ط - المداعة امام القضاء .

والقرارات المتخذة وللاعضاء المخالفين فسي حال اتخاذ قرار بالاكثورية ان يدونوا في المحضر آراءهم معلة .

المادة السادسة : ١ - يتولى رئيس مجلس الادارة :

أ - وضع جدول اعمال جلسات المجلس والدعوة اليها وترؤسها وإدارة المناقشات فيها .

ب - ايداع السلطة التنفيذية في المستشفى انعام قرارات مجلس الادارة للتنفيذ .

ج - ممارسة الصلاحيات التي يفوض اليه مجلس الادارة .

د - متابعة تنفيذ قرارات مجلس الادارة .

هـ - تكليف محرر او كاتب (عدد ٢) ويستكتب عدد (١) وخدم عدد (١) من

بين الاداريين العاملين في مركز المؤسسة العامة ، لتأمين اعمال امانة السر والاعمال العلمية التابعة لمجلس ادارة كل مؤسسة عامة . تتولى ادارة المستشفيات العامة .

و - تمثيل المؤسسة العامة امام القضاء .

٢ - على الرئيس ان يعرض على مجلس الادارة المعاملات الخاضعة لصلاحيات المجلس وذلك خلال مهلة شهر من تاريخ ورود هذه المعاملات اليه .

المادة السابعة : ١ - للحكومة ان تنهي في اي وقت كان ، خدمة رئيس واعضاء مجلس الادارة بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناء على اقتراح وزير الصحة العامة .

٢ - تنهي الحكومة ايضا ، بذات الطريقة ، خدمة رئيس او اعضاء مجلس الادارة اذا فقد الرئيس او احد الاعضاء الشروط المفروضة لتعيينه .

المادة الثامنة : ١ - يعين وزير الصحة العامة بقرار منه بناء على اقتراح مدير عام وزارة الصحة العامة مفوضا الحكومة لدى كل مؤسسة عامة تتولى ادارة المستشفيات العامة .

٢ - تعيين مدير المستشفى ورؤساء الفروع الطبية والادارة ورئيسة التمريض بعد موافقة الهيئة العليا للخدمات الطبية .

٣ - تعيين اطباء بناء على اقتراح رئيس الفرع المختص وبعد انتهاء رئيس اطباء في المستشفى العام .

٤ - مراقبة سير العمل في المستشفى العام .

٥ - يضع مجلس ادارة المؤسسة العامة بالاتفاق مع الهيئة الطبية التابعة لكل مستشفى عام مشاريع اتفاقيات التعاون مع المؤسسات الخاصة او العامة ومشاريع البحوث العلمية والاتفاقيات المتعلقة بهذا الموضوع ويرفعها لهيئة العليا للخدمات الطبية .

٦ - يجتمع مجلس الادارة في مركز المؤسسة العامة بدعوة من رئيس مرتين على الاقل كل شهر وكلما دعت الحاجة واذا طلب ذلك نصف الاعضاء بمن فيهم مفوض الحكومة . ويرأس جلساته رئيسه . وفي حال غيابه اكبر الاعضاء سنا ، ويمارس جميع صلاحيات رئيس مجلس الادارة .

٧ - يشترك كل من مدير ورئيس اطباء المستشفى العام في مركز المحافظة او قضاء بعليك في جلسات مجلس الادارة بصفة استشارية . ويعتبر حضورهما لهذه الجلسات من مهامهما الاساسية ، ولا يترتب لهما من جراء هذا الحضور اي تعويض اذا عقدت الجلسات اثناء الدوام الرسمي . اما اذا عقدت خارج اوقات الدوام الرسمي ، فيعطى كل منهما تعويض حضور قدره ١٠٠ / ليرة عن كل جلسة يدعى رسميا اليها ، على الا يتجاوز التعويض معدلا سنويا قدره ٥٠٠ / ليرة في الشهر . وتطبق على هذا التعويض باقسي الاحكام المنصوص عليها في المادة الرابعة من هذا المرسوم .

٨ - ينظم محضر لكل جلسة يعقدها مجلس الادارة تدون فيه اسماء الحاضرين وجدول اعمال الجلسة ومناقشات المجلس

٢ - يجب ان يكون مفوض الحكومة من موظفي وزارة الصحة العامة العاملين فعلياً فيها والمنتمين الى الفئة الثالثة على الاقل .

٣ - يحضر مفوض الحكومة اجتماعات مجلس الادارة ويكون له فيها حق التصويت وله ان يطلب تدوين رأيه في محضر الجلسة .

٤ - يبلغ مفوض الحكومة بواسطة وزارة الصحة العامة نسخة عن كل من محاضر جلسات مجلس الادارة الى كل من ديوان المحاسبة والتفتيش المركزي .

٥ - لا يتقاضى مفوض الحكومة من موازنة المؤسسة العامة المعين لديها اي راتب او تعويض او مكافأة مهما كان نوعها ، الا تعويض الحضور وفقاً لما هو محدد لاجراء مجلس الادارة في المادة الرابعة من هذا المرسوم .

المادة التاسعة : ١ - على رئيس مجلس ادارة كل مؤسسة عامة ان يبلغ وزارة الصحة العامة بواسطة الهيئة العليا للخدمات الطبية نسخة عن كل من محاضر جلسات مجلس الادارة . وذلك في مهلة ثمانية ايام من تاريخ تصديق مجلس الادارة على هذه المحاضر .

٢ - اما القضايا الخاضعة الى مصادقة وزير الصحة العامة ، فترفعها اليه الهيئة العليا للخدمات الطبية في مهلة شهر من تاريخ تبليغها القضية مقرونة برأيها وتعلم مجلس الادارة خطياً بذلك واذا انقضت مهلة الشهر بدون ان تتخذ الهيئة العليا للخدمات الطبية موقفاً من القضية المطروحة عليه فيصبح من حق مجلس الادارة رفع القضية هذه مباشرة لوزير الصحة العامة وابلاغ الهيئة العليا للخدمات الطبية نسخة من هذا الاجراء .

٣ - يبت وزير الصحة العامة في كل قضية ترده من الهيئة العليا للخدمات الطبية في مهلة شهر من تاريخ تسجيلها في وزارة الصحة العامة . واذا انقضت مهلة الشهر بدون ان يتخذ الوزير موقفاً من القضية المطروحة عليه ، فيعتبر ذلك موافقة منه عليها .

المادة العاشرة - يعمل بهذا المرسوم فور نشره في الجريدة الرسمية .

بعيدا في ٢٠ تشرين الاول سنة ١٩٨١
الامضاء : الياس سركيس
صدر عن رئيس الجمهورية
رئيس مجلس الوزراء
الامضاء : شفيق الوزان

وزير المالية
الامضاء : علي الخليل
وزير الصحة العامة
الامضاء : نزيه البزري

مرسوم رقم ٤٤٢٣

شروط تعيين وتحديد تعويضات الهيئة العليا للخدمات الطبية

ان رئيس الجمهورية
بناء على الدستور

بناء على مشروع القانون الموضوع موضع التنفيذ بموجب المرسوم رقم ١٥٣٦ تاريخ ١٩٧٨/١١/٢٥ (انشاء مؤسسات عامة تتولى ادارة المستشفيات العامة) ،
بناء على اقتراح وزير الصحة العامة ،
وبعد استشارة مجلس شوري الدولة (رأي رقم ٧٩/٦٩ تاريخ ١٩٧٩/١٠/٩) ،
وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ ١٩٨٠/٩/٢٥ ،

يرسم ما يأتي :

المادة الاولى - ١ - يعين اعضاء الهيئة العليا للخدمات الطبية لمدة اربع سنوات قابلة للتجديد ، بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناء على اقتراح وزير الصحة العامة ويشترط في كل من اعضاء

هذه الهيئة ان يكون لبنانيا منذ عشرينات على الاقل ، متمتعاً بحقوقه المدنية وغير محكوم عليه بجناية او محاولة جناية من اي نوع كانت او بجناية شائنة او محاولة جناية شائنة وفقاً لاحكام المادة ٤ فقرة هـ - من المرسوم الاشتراعي رقم ١١٢ تاريخ ١٩٥٩/٦/١٢ .

المادة الرابعة - يعمل بهذا المرسوم فور نشره في الجريدة الرسمية .

بعيدا في ٢٠ تشرين الاول سنة ١٩٨١
الامضاء : الياس سركيس
صدر عن رئيس الجمهورية
رئيس مجلس الوزراء
الامضاء : شفيق الوزان

وزير الصحة العامة
الامضاء : نزيه البزري
٢ - ينتخب اعضاء الهيئة من بينهم رئيساً لمدة سنتين قابلة للتجديد .

وزير المالية
الامضاء : علي الخليل

٣ - ترفع وزارة الصحة العامة قبل انتهاء ولاية الهيئة العليا للخدمات الطبية بشهرين على الاقل اقتراحاً الى مجلس الوزراء بتأليف هيئة جديدة .

٤ - يستمر رئيس واعضاء الهيئة العليا للخدمات الطبية بممارسة اعمالهم بعد انتهاء مدة ولايتهم حتى صدور مرسوم تعيين خلف لهم او تجديد ولايتهم .

المادة الثانية - يتقاضى كل من رئيس واعضاء الهيئة العليا للخدمات الطبية عن كل جلسة عمل مبلغ ٢٠٠ / ل.ل. (مائتي ليرة) على الا يتجاوز التعويض معدلاً سنوياً قدره ٨٠٠ / ثمانماية ليرة في الشهر . تدفع هذه التعويضات من الاعتمادات التي تخصصها وزارة الصحة العامة للهيئة العليا للخدمات الطبية .

المادة الثالثة - يبدأ ، اعتباراً من تاريخ العمل بهذا المرسوم ، سريان مدة الاربع سنوات المنصوص عليها في المادة الاولى اعلاه بالنسبة للهيئة العليا للخدمات الطبية المؤلفة بموجب المرسوم رقم ١٨١٢ تاريخ ١٩٧٩/٢/٢٨ .

ملحق (٦) : مرسوم ٢٠٥١ تعديل تأليف الهيئة العليا :

مرسوم رقم ٢٠٥١

تعديل تأليف الهيئة العليا للخدمات الطبية المنصوص عليها في
قانون إنشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة .

إن رئيس الجمهورية :

بناءً على الدستور .

بناءً على مشروع القانون الموضوع موضع التنفيذ بموجب المرسوم رقم ١٥٣٦
تاريخ ٧٨/١١/٢٥ (إنشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة المستشفيات العامة) .

بناءً على المرسوم رقم ١٨١٢ تاريخ ١٩٧٩/٢/٢٨ (تأليف الهيئة العليا
للخدمات الطبية المنصوص عليها في قانون إنشاء مؤسسات عامة تتولى إدارة
المستشفيات العامة) .

بناءً على المرسوم رقم ٤٤٢٣ تاريخ ١٩٨١/١٠/٢٠ (شروط تعيين وتحديد
تعويضات الهيئة العليا للخدمات الطبية) .

بناءً على اقتراح وزير الصحة والشؤون الاجتماعية .

بعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ ١٩٨٤/١١/٢١ .

يرسم ما يأتي :

المادة الأولى : عدّل تأليف الهيئة العليا للخدمات الطبية وأصبحت مشكلة على الوجه
التالي :

- مدير عام الصحة .

- مدير عام الصندوق الوطني

للضمان الاجتماعي .

- الدكتور إميل تابت

- الدكتور رجا خوري

ممثلاً كلية الطب في جامعة القديس يوسف في بيروت .

ممثلاً كلية الطب في الجامعة الأميركية في بيروت .

- الدكتور حسني مجذوب

- الدكتور نزار فتال

ممثلاً نقابة أطباء لبنان .

ممثلاً نقابة أطباء لبنان الشمالي .

المادة الثانية : تنتهي مدة ولاية هذه الهيئة بتاريخ ١٩٨٥/١٠/٢٨ ضمناً وتستمر في
عملها حتى صدور مرسوم تعيين خلف أو تجديد ولايتها .

المادة الثالثة : يعمل بهذا المرسوم فور نشره في الجريدة الرسمية .

صدر عن رئيس الجمهورية

رئيس مجلس الوزراء

الأمضاء : رشيد كرامي .

بعيدا في ١٠ كانون الأول ١٩٨٤ .

الامضاء : أمين الجميل .

وزيرة الصحة والشؤون الاجتماعية

الامضاء : جوزف الهاشم

مرسوم رقم ١٥٨٤

تحديد ملاك كل مؤسسة عامة تتولى ادارة
المستشفيات العامة وفئات ورتب وسلسلة
رواتب مستخدميها وشروط استخدامهم

ان رئيس الجمهورية

بناء على الدستور

بناء على القانون المنفذ بالمرسوم رقم
١٥٣٦ تاريخ ١٩٧٨/١١/٢٥ (انشاء)
مؤسسات عامة تتولى ادارة المستشفيات
(العامة)،

بناء على المرسوم رقم ٤٤٢٢ تاريخ
١٩٨١/١٠/٢٠ (تحديد مهام وصلاحيات
مجلس ادارة المؤسسة العامة التي تتولى ادارة
المستشفيات العامة ومفوض الحكومة لديها)،
بناء على اقتراح وزير الصحة والشؤون
الاجتماعية

وبعد استشارة مجلس شوري الدولة،

وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ
١٩٨٤/٤/٣

يرسم ما يأتي:

المادة الاولى - يقصد بالتسميات،
الواردة في هذا المرسوم، التعاريف المبينة امام
كل منها:

- المؤسسة: المؤسسة العامة التي تتولى
ادارة المستشفيات العامة التابعة لها والقائمة في
كل محافظة او قضاء.

- مجلس الادارة: مجلس ادارة المؤسسة
العامة.

- الرئيس: رئيس مجلس ادارة المؤسسة
العامة.

- المدير: مدير الشؤون الادارية واللوازم في
المؤسسة العامة.

- المستشفيات: المستشفيات العامة التابعة
لكل مؤسسة عامة.

المادة ٢ - يحدد هذا المرسوم:

- صلاحيات الوحدات الادارية التي تتألف
منها كل مؤسسة ومهام المستخدمين في هذه
الوحدات.

- فئات وعدد المستخدمين في المؤسسة
(جدول رقم ١)

- سلسلة رتب ورواتب المستخدمين في
المؤسسة (جدول رقم ٢)

- شروط الاستخدام في المؤسسة (جدول
رقم ٣)

وتعتبر الجداول الثلاثة هذه جزءاً لا يتجزأ
من هذا المرسوم وتراعي احكامها في وضع
واقرار ملاكات المستخدمين والمتعاقدين
الاداريين للمستشفيات.

المادة ٣ - يتألف ملاك كل مؤسسة،
تتولى ادارة المستشفيات في كل محافظة او
قضاء، من الوحدات التالية:

- مديرية الشؤون الادارية واللوازم،
وترتبط بها دائرتان:

- دائرة ادارية.

- دائرة اللوازم

- الدائرة المالية

- المحتسبية المركزية ويرتبط بها صندوق
مركزي، كما يرتبط بها محتسبية محلية
وصندوق محلي في كل مستشفى.

المادة ٤ - تتولى مديرية الشؤون الادارية
واللوازم مباشرة:

- شؤون امانة سر مجلس الادارة، وتشمل
هذه الشؤون على الاخص وليس على سبيل
الحصر:

- شؤون امانة سر الرئيس.

- مسك سجل البريد العام، الوارد
والصادر، وتأمين توزيعه.

- الاعمال القلمية العائدة لمجلس الادارة.
- اعداد جدول اعمال جلسات مجلس
الادارة، وعرضه على الرئيس مع مراعاة
الفقرة ٢ من المادة ٦ من المرسوم رقم ٤٤٢٢
تاريخ ١٩٨١/١٠/٢٠.

- اعداد محاضر جلسات مجلس الادارة
مع مراعاة الفقرة الخامسة من المادة الخامسة
من المرسوم المذكور في الفقرة السابقة اعلاه.

- ابلاغ السلطة التنفيذية، في المستشفى
المختص، قرارات مجلس الادارة للتنفيذ.

- اعداد جدول لحساب الرئيس الذي ينوب
متابعة تنفيذ قرارات مجلس الادارة.

- اعداد الملفات اللازمة تمهيداً لاجراءات
مراقبة سير العمل في المستشفيات من قبل
مجلس الادارة او من قبل الرئيس.

- ابلاغ وزارة الصحة العامة نسخ جلسات
مجلس الادارة.

- اعداد ملف ابلاغ الهيئة العليا للخدمات
الطبية القضايا الخاضعة لمصادقة وزير الصحة
العامة.

- اعداد الدراسات القانونية لحساب
مجلس الادارة والرئيس.

- شؤون العلاقات العامة.

- تلبية طلبات مفوض الحكومة ضمن
نطاق صلاحياته القانونية والنظامية.

- اعداد مشاريع الملاكات لكل من
المستشفيات التابعة للمؤسسة.

- المهام المالية التي ينيطها بها النظام
المالي، وفقاً لاحكامه.

- المهام الادارية الاخرى التي يكلفها بها مجلس الادارة .

المادة ٥ - تتولى الدائرة الادارية .

- مسك سجل البريد الوارد والصادر ، الخاص بالدائرة .

- الاعمال القلمية واعمال التحرير والترجمة .

- اعداد مشاريع المذكرات والتعاميم وترقيعها وتاريخها وتأمين ابلاغها او نشرها .

- اعداد مشاريع الدراسات التنظيمية والتطبيقية .

- كافة شؤون المستخدمين والمتقاعدين والاجراء الذاتية العاملين في المؤسسة والمستشفيات وفقاً لاحكام انظمتهم .

- تأمين العلاقة مع وزارة العمل والشؤون الاجتماعية والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

- اعداد بطاقات مهام العاملين في المؤسسة .

- شؤون المراجعات والشكاوى .

- شؤون منشورات المؤسسة .

- تنظيم ومسك محفوظات المؤسسة .

- تنظيم وادارة مكتبة المؤسسة .

- المهام المالية التي ينيطها بها النظام المالي ، وفقاً لاحكامه .

- المهام الادارية الاخرى التي يكلفها بها مجلس الادارة .

- شؤون التنظيمات في المؤسسة .

المادة ٦ - تتولى دائرة اللوازم :

- مسك سجل البريد ، الوارد والصادر ، الخاص بالدائرة .

- تأمين المفروشات واللوازم والمطبوعات والقرطاسية والتجهيزات والآليات والالبسة .

- مراقبة صيانة المواد المذكورة في البند السابق بما في ذلك صيانة الابنية .

- شؤون الانارة والتدفئة والتبريد والهاتف والماء .

- مسك سجلات وقبوض محاسبة المواد وفقاً لنظام خاص يقره مجلس الادارة .

- تنظيم جردة فعلية اجمالية سنوية في المؤسسة والمستشفيات ، ورفعها الى المدير قبل اول نيسان من كل سنة لضمها الى مشروع قطع حساب الموازنة .

- المهام الاخرى التي يكلفها بها مجلس الادارة .

- ابداء الرأي في السلفات الطارئة والدائمة التي تعطى لغاية تنفيذ المهام المذكورة في هذه المادة ، وذلك قبل اعطائها .

- وتشمل هذه الصلاحيات والمهام المؤسسة والمستشفيات .

المادة ٧ - تتولى الدائرة المالية :

- مسك سجل البريد ، الوارد والصادر ، الخاص بالدائرة .

- اعداد مشروع موازنة المؤسسة ، بما في ذلك المستشفيات ، وفقاً لاحكام النظام المالي للمؤسسة .

- اعداد مشاريع الاعتمادات الاضافية من تكميلية واستثنائية .

- اعداد مشاريع نقل الاعتمادات .

- اعداد مشاريع تدوير الاعتمادات .

- مسك قبوض اجمالية بالحسابات الادارية العائدة للنفقات المعقودة والمصفاة والمصروفة والمدفوعة استناداً الى بيانات تعددها الوحدات

المختصة ، وايداع كشف بالنفقات المعقودة مجلس الادارة قبل كل جلسة يعقدها .

- مراقبة تحصيل الديون المترتبة للمؤسسة واعلام المدير بكل تأخير لعرضه على مجلس الادارة .

- اعداد قرارات اعطاء السلفات ومسك قبوض ادارية باعطائها ، وقبوض ادارية اخرى مقابلة بنسبديها بالمقارنة مع قبوض المحتسب المركزي ، وذلك تسهيلاً لمراقبتها من قبل المدير .

- القيام ، بتكليف من قبل مجلس الادارة ، بمراجعة وتدقيق السجلات والمستندات والحسابات العائدة لادارة اموال ومواد المؤسسة في كافة وحداتها وفي المستشفيات ، وتنظيم تقرير بالنتيجة ورفعها الى مجلس الادارة بواسطة المدير ، وعلى المدير ان يبدي رأيه في التقرير .

- اعداد المطالعات المتعلقة بالقضايا المالية .

- المهام والصلاحيات المالية الاخرى التي ينيطها بها النظام المالي .

- تنظيم ومسك محفوظات الدائرة .

- المهام الاخرى التي يكلفها بها مجلس الادارة .

المادة ٨ - تتولى المحتسبية المركزية :

- مسك سجل البريد ، الوارد والصادر ، الخاص بالمحتسبية المركزية .

- اصدار اوامر الدفع وفقاً لاحكام النظام المالي .

- تسليم اوامر الدفع الى اصحابها بعد ذكر تاريخ التسليم واخذ توقيع المستلم على سجل خاص .

- قبض ودفع اموال الموازنة والحسابات الخصوصية وفقاً لاحكام النظام المالي .

- تأمين المؤونة النقدية لصناديق المؤسسة والمستشفيات وفقاً لاحكام النظام المالي .

- مسك قبوض حسابات عمليات القبض والدفع على انواعها وحفظ سجلاتها ومستنداتها .

- قفل حسابات السنة المالية .

- اعداد الموازين والبيانات الحسابية الدورية والنهائية وفقاً لاحكام النظام المالي .

- اعداد مشروع قطع حساب موازنة المؤسسة بما في ذلك المستشفيات .

- تنظيم ومسك محفوظات المحتسبية المركزية .

- المهام والصلاحيات المالية الاخرى التي ينيطها بها النظام المالي .

المادة ٩ - يقوم امين الصندوق المركزي بمهامه ، لحساب المحتسب المركزي وتحت اشرافه ، وفقاً لاحكام النظام المالي واحكام هذا المرسوم .

المادة ١٠ - تتولى المحتسبية المحلية في كل مستشفى المهام التي يفوضها اياها المحتسب المركزي ، وتقوم بهذه المهام لحسابه وتحت اشرافه وفقاً لاحكام النظام المالي واحكام هذا المرسوم والتعليمات التطبيقية الخطية التي يبلغها اياها .

كما تتولى مسك سجل البريد ، الوارد والصادر ، الخاص بالمحتسبية المحلية .

المادة ١١ - يقوم امين الصندوق المحلي بمهامه لحساب المحتسب المركزي ، ولحساب امين الصندوق المركزي وتحت اشرافه ، وفقاً لاحكام النظام المالي واحكام هذا المرسوم .

صدر عن رئيس الجمهورية
رئيس مجلس الوزراء
الامضاء : شفيق الوزان

المادة ١٢ - ينشر هذا المرسوم ويبلغ حيث تدعو الحاجة .

بعيدا في ٢٥ نيسان ١٩٨٤

الامضاء : امين الجميل

وزير الصحة والشؤون الاجتماعية

الامضاء : عدنان مروه

جدول رقم ۱

الملاك الدائم لكل مؤسسة عامة تتولى ادارة المستشفيات العامة

الوحدات والوظائف	فئات المستخدمين					الوحدات والوظائف	فئات المستخدمين				
	٥	٤	٣	٢	١		٥	٤	٣	٢	١
نقل ما قبل	٢	١٥	٢	١							
ب - الدائرة المالية						١ - المديرية					
رئيس دائرة			١			مدير				١	
محاسب	٢					محاسب	١				
محرر او كاتب	١					محرر او كاتب	٤				
						مستكتب	٢				
المجموع	٣	١				حاجب	٢				
						المجموع	٢	٧		١	
ج - المحاسبة المركزية											
محتسب مركزي			١			١ - الدائرة الادارية					
						رئيس دائرة			١		
امين صندوق مركزي	١					محاسب		١			
محتسب محلي (للذكر)						محرر او كاتب	٣				
امين صندوق محلي (للذكر)											
المجموع	١	١				المجموع	٤	١			
						٢- دائرة اللوازم					
						رئيس دائرة			١		
						محاسب (مواد)	٣				
						محرر او كاتب	١				
							١				

جدول رقم ۲

سلسلة رتب ورواتب المستخدمين في كل
مؤسسة عامة تتولى ادارة المستشفيات
العامة

الوظيفة	الفئة	الدرجة	الراتب
مدير	٢	١	٧٠٠٠
		٢	٦٧٠٠
		٣	٦٤٠٠
		٤	٦١٠٠
		٥	٥٨٠٠
		٦	٥٥٠٠
رئيس دائرة	٣	١	٥٢٥٠
محتسب مركزي		٢	٥٠٠٠
		٣	٤٧٥٠
		٤	٤٥٠٠
		٥	٤٢٥٠
		٦	٤٠٠٠
امين صندوق مركزي	٤	١	٣٨٠٠
	(رتبة اولى)		
محاسب		٢	٣٦٠٠
محتسب محلي		٣	٣٤٠٠
امين صندوق محلي		٤	٣٢٠٠
محرر		٥	٣٠٠٠
		٦	٢٨٠٠
كاتب	٤	١	٢٦٥٠
مستكتب	(رتبة ثانية)	٢	٢٥٠٠
		٣	٢٣٥٠
		٤	٢٢٠٠
		٥	٢٠٥٠
		٦	١٩٠٠
حاجب	٥	١	١٨٠٠
		٢	١٧٠٠
		٣	١٦٠٠
		٤	١٥٠٠
		٥	١٤٠٠
		٦	١٣٠٠

جدول رقم ٣

شروط الاستخدام الخاصة في كل مؤسسة عامة
تتولى ادارة المستشفيات العامة

الوظيفة	الشروط
مدير (فئة ثانية)	دكتوراه في الحقوق او العلوم التجارية او ادارة الاعمال . او اجازة في احد الاختصاصات المذكورة مع خبرة خمس سنوات على الاقل .
رئيس دائرة محتسب مركزي (فئة ثالثة)	اجازة في العلوم التجارية او ادارة الاعمال مع خبرة ثلاث سنوات على الاقل .
امين صندوق مركزي محاسب محتسب محلي امين صندوق محلي (فئة رابعة - رتبة اولى)	اجازة في العلوم التجارية او ادارة الاعمال او شهادة البكالوريا الفنية - فرع العلوم التجارية - مع خبرة سنتين على الاقل .
محسّر (فئة رابعة - رتبة اولى)	شهادة البكالوريا - القسم الثاني - مع خبرة سنتين على الاقل في الحقل الاداري .
كاتب (فئة رابعة - رتبة ثانية)	شهادة البكالوريا - القسم الاول
مستكتب (فئة رابعة - رتبة ثانية)	اجازة الضرب على الآلة الكاتبة باللغات العربية والفرنسية . والانكليزية
حاجب (فئة خامسة)	اجادة القراءة والكتابة باللغة العربية

ملحق (٨) : نظام العاملين الاداريين والتقنيين والاحراء في المؤسسات العامة التي تتولى ادارة
===== الجريدة الرسمية - العدد ١١ - ١٩٨٤/٥/٣ المستشفيات العامة ١٩٧

مرسوم رقم ١٥٨٥

- المدير : مدير الشؤون الادارية واللوازم في
المؤسسة العامة .

- العاملون : العاملون الاداريين والتقنيين
والاحراء في المؤسسة العامة وفي المستشفيات
التابعة لها .

- المستشفيات : المستشفيات العامة التابعة
لكل مؤسسة عامة .

نظام العاملين الاداريين والتقنيين والاحراء
في المؤسسات العامة التي تتولى ادارة
المستشفيات العامة وفي المستشفيات
التابعة لها

ان رئيس الجمهورية
بناء على الدستور

بناء على القانون المنقذ بالمرسوم رقم
١٥٣٦ تاريخ ١٩٧٨/١١/٢٥ (انشاء)
مؤسسات عامة تتولى ادارة المستشفيات
العامة .

بناء على المرسوم رقم ٤٤٢٣ تاريخ
١٩٨١/١٠/٢٠ لتحديد مهام وصلاحيات
مجلس ادارة المؤسسة العامة التي تتولى ادارة
المستشفيات العامة ، ومفوض الحكومة لديها ،
بناء على اقتراح وزير الصحة والشؤون
الاجتماعية .

وبعد استشارة مجلس شوري الدولة ،
وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ
١٩٨٤/٤/٣ .

يرسم ما يأتي :

الباب الاول : احكام عامة

المادة الاولى - يقصد بالتسميات ،
الواردة في هذا المرسوم ، التعاريف المبينة امام
كل منها :

- المؤسسة : المؤسسة العامة التي تتولى
ادارة المستشفيات العامة التابعة لها والقائمة في
كل محافظة او قضاء .

- مجلس الادارة : مجلس ادارة المؤسسة
العامة .

- الرئيس : رئيس مجلس ادارة المؤسسة
العامة .

المادة ٢ - يحدد هذا النظام الاحكام
الخاصة بالعاملين الاداريين والتقنيين والاحراء
في كل مؤسسة عامة وفي المستشفيات التابعة
لكل منها . ولا يشمل هذا النظام الاطباء
والجنس المتعاقدين العاملين في الحقل الصحي
في المستشفيات التابعة للمؤسسات العامة .

المادة ٣ - يتألف جهاز العاملين من
مستخدمين ومتعاقدين (اداريين وتقنيين)
واحراء دائمين .

المادة ٤ - المستخدم هو من عين
بصورة دائمة . في وظيفة ادارية ملحوظة في
ملك المؤسسة او في ملك احد المستشفيات .

- المتعاقد هو من تعاقد معه المؤسسة لمدة
محددة لاشغال وظيفة ادارية او تقنية ملحوظة
في ملكها او في ملك احد المستشفيات .

- الاجير الدائم هو كل من يعمل بهذه
الصفة في خدمة المؤسسة او احد المستشفيات ،
ولا ينسب الى الملك .

الباب الثاني : الاستخدام

الفصل الاول : شروط واصول الاستخدام

اولا : شروط الاستخدام

المادة ٥ - يشترط في كل طالب
استخدام في ملك المؤسسة او ملك احد
المستشفيات :

١ - ان يكون لبنانياً منذ عشر سنوات على الأقل .

٢ - ان يكون قد اتم العشرين من العمر ولم يتجاوز الرابعة والاربعين .

٣ - ان يكون سليماً من الامراض والعاهات التي تحول دون قيامه بمهامه .

٤ - ان يكون متمتعاً بحقوقه المدنية وغير محكوم بجناية او محاولة جنائية ، او بجناية سائته او محاولة جنحة سائته ، ونطبق هذه الاحكام على الاشخاص الذين اعيد اليهم اعصارهم او اسفادوا من العفو . وتعتبر جنحاً سائته تلك المعددة في نظام الموظفين .

٥ - ان يكون غير مصروف بسبب تأديبي من وظيفة او خدمة في احدى الادارات او المؤسسات العامة او البلديات .

٦ - ان يكون حائزاً على الشهادات او المؤهلات المطلوبة للمحولة في شروط التعيين الخاصة بالمؤسسة او بالمستشفيات .

ثانياً : اصول الاستخدام

المادة ٦ - يعين المستخدمون من بين الاشخاص الذين تتوفر فيهم الشروط المبينة في المادة الخامسة اعلاه والشروط الخاصة المحددة لكل وظيفة في المؤسسة او في المستشفيات .

المادة ٧ - لا يعين احد الا بموجب مباراة . ما لم يقرر مجلس الادارة بعد التعليل خلاف ذلك ، وبوافق وزير الوصاية على هذا الاجراء . ولا يجوز تعيين احد الا في مركز شاغر .

المادة ٨ - يحدد مجلس الادارة نظام المباراة وموادها ومكانها وزمانها . كما يحدد مهلة تقديم الطلبات والموعد الاقصى لاعلان النتائج ويعيّن اللجان الفاحصة ولجان المراقبة .

المادة ٩ - يعلن عن المباراة في الاذاعة اللبنانية وفي ثلاث صحف محلية يومية على الأقل .

المادة ١٠ - يعيّن التاجحون بقرار يصدر عن رئيس مجلس الادارة يذكر فيه سن المستخدم بالاستناد الى اخراج قيده في سجل الاحوال الشخصية ، واذا كان يوم وشهر الولادة غير مسجل فيعتبر المستخدم من مواليد اول تموز من سنة ولادته . ولا يؤخذ بعين الاعتبار أي تصحيح يطرأ على سن المستخدم بعد صدور نص استخدامهم مهما كان السبب ، ويطبق ذلك على المستخدم الذي اعيد الى الخدمة اذا جرى تصحيح سنه اثناً ، وجوده خارجها .

المادة ١١ - يبقى المستخدمون من جميع الفئات منمرنين لمدة سنة يتتبعون بعدها بقرار من مجلس الادارة في الدرجة التي عتبت فيها اذا برهنوا عن كفاءة ومسلك مرضيين ، على ان يعتبر مفعول التثبيت سارياً ابتداء من تاريخ دخولهم العمل .

اما المستخدمون الذين لا يبرهنون عن كفاءة او يتركبون اخطاءً مملكية فيحق لمجلس الادارة صرفهم خلال سنة التمرين دون سابق انذار ودون تعويض صرف .

الفصل الثاني : واجبات المستخدمين

المادة ١٢ - يتوجب على المستخدم : - ان ينجز مهامه بسرعة ودقة ضمن حدود القوانين والانظمة النافذة ، دون اي تجاوز او مخالفة او اهمال .

- ان ينفذ تعليمات رئيسه المباشر الا اذا كانت مخالفة للقوانين والانظمة بصورة صريحة ، وعليه في هذه الحالة ان يلفت نظره خطئاً الى المخالفة ولا يلزم بتنفيذ هذه التعليمات الا اذا اكدها الرئيس خطياً .

وعلى المستخدم بعد تنفيذ تأكيد رئيسه ان يعلم مجلس الادارة ، كما عليه ان يعلم ديوان المحاسبة اذا كانت المعاملة مالية او يترتب عليها نتائج مالية . وفي الحالين يتم الاعلام خطياً ودون مراعاة التسلسل الاداري .

المادة ١٣ - يحظر على المستخدم ، تحت طائلة العقوبة . القيام بأي عمل لا تجيزه القوانين والانظمة النافذة . لاسيما :

- القيام بنشاط حزبي او حمل شارة حزبية .

- القاء خطب او نشر مقالات او تصريحات سياسية .

- القاء خطب او نشر مقالات او تصريحات غير سياسية بدون اذن خطي من المدير او مدير المستشفى .

- القيام بأي عمل مأجور او غير مأجور يتنافى مع مصلحة او سمعة المؤسسة او المستشفى .

- القيام بأي عمل مأجور بدون اذن خطي من المدير او مدير المستشفى .

- القيام بأي عمل من شأنه عرقلة حسن سير العمل في المؤسسة او المستشفى .

الفصل الثالث : الرواتب والتعويضات والمنافع المختلفة

اولاً : الرواتب :

المادة ١٤ - تحدد الرواتب وفقاً للجدول الخاصة بالمؤسسة او بالمستشفيات وتصفى وتؤدى شهرياً مع التعويضات الملحق بها في اليوم الاخير من كل شهر .

- تحسب جميع اشهر السنة . بدون استثناء ، ثلاثين يوماً .

- لا يجوز التسليف على الرواتب والتعويضات قبل استحقاقها .

- لا يجوز لاحد ان يتقاضى راتباً وتعويضات وظيفية ما لم يكن معبياً قانونياً فيها وقائماً فعلياً بمهامها .

- يصفى الرئيس المباشر على مسؤوليته الشخصية الرواتب والتعويضات شهرياً .

المادة ١٥ - يستحق راتب المستخدم الجديد اعتباراً من تاريخ مباشرته العمل . ويستحق راتب المستخدم المرفق اعتباراً من تاريخ استلامه مهامه الجديدة .

المادة ١٦ - يقطع راتب المستخدم المصروف من الخدمة اعتباراً من اليوم التالي لتاريخ ابلغه قرار الصرف او منذ يوم انقطاعه الفعلي عن العمل اذا حصل الانقطاع قبل اجراء التبليغ .

- يقطع الراتب عن المستخدم الذي اعتبر مستقبلاً ابتداءً من اليوم الذي كان يجب عليه فيه ان يباشر عمله او يعود الى وظيفته .

- يقطع الراتب عن المستخدم ذي يبلغ السن القانونية اعتباراً من اليوم التالي لبلوغه هذا السن ولو لم يصدر قرار صرفه من الخدمة .

المادة ١٧ - يقطع نصف راتب المستخدم الموقوف عدلياً بصورة احتياطية ولا يؤدي هذا النصف الا اذا منعت محاكمته او برىء او حكم عليه بعقوبة غير عقوبة الحبس .

ويقطع كامل راتب المستخدم عن المدة التي يقضيها في السجن تنفيذاً لعقوبة قضائية الا اذا كان محكوماً بجنحة عن غير قصد .

المادة ١٨ - اذا اختفى المستخدم او انقطع اخباره سنداً عمل يتعلق بالوظيفة صرف رواتبه ، دون التعويضات لاصحاب الاستحقاق لده سنة على الاكثر . وتعتبر هذه المدة داخلية في حساب سنوات الخدمة الفعلية .

وبعد انقضاء السنة يعتبر المستخدم مصروفاً حكماً من الخدمة وتصفى حقوقه وفقاً لاحكام هذا النظام .

ثانياً : التعويضات

المادة ١٩ - التعويضات الدائمة الشهرية

- التعويض العائلي ، ويعطى وفقاً لقانون وانظمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - فرع التعويضات العائلية -

- تؤمن المؤسسة ويؤمن المستشفى وسائل النقل للمستخدمين الذين ينتقلون باستمرار خارج مركز عملهم بداعي الوظيفة ، او يعطون تعويض نقل دائم يحدد بقرار من مجلس الادارة .

- يعطى مستخدمو المؤسسة او المستشفى الاداريون في الفئتين الثانية والثالثة ، الحائزون على اجازة في ادارة الاعمال او في العلوم التجارية تعويض اختصاص يحدد بأربعين بالمئة من الراتب ، ويعطى موظفو الفئة الرابعة الذين يحملون احدى الاجازتين نصف هذا التعويض .

- تعويض الصندوق ويحدد بقرار من مجلس الادارة .

- يعطى مستخدمو المستشفيات التقنيون تعويضاً تقنياً قدره اربعون بالمئة من الراتب .

المادة ٢٠ - التعويضات الاخرى :

١ - تعويضات النقل والانتقال الظرفية وتعطى للمستخدم لتسديد التكاليف التي تكبدها بسبب قيامه بمهامه .

يحدد مجلس الادارة ظروف واصل اصدار اوامر السفر كما يحدد بدل تكاليف النقل والانتقال واصل احتسابها .

بأمر بالسفر الرئيس المباشر ويصدق البيان المفصل بعد تنفيذ المهمة على مسؤوليته .

ويمكن اعطاء المستخدم سلفة على تعويض النقل والانتقال الذي قد يستحق له بقرار من مجلس الادارة .

٢ - التعويض عن الاعمال الاضافية ويعطى للمستخدم عن ساعات العمل الاضافية التي تتجاوز ساعات الدوام المعمول به في المؤسسة او المستشفى .

تحدد ساعات العمل الاضافية بقرار من مجلس الادارة وتحسب على اساس واحد على مئة وخمسين من اصل الراتب ويصدق الرئيس المباشر الساعات المنفذة على مسؤوليته .

ويضاف خمسين بالمئة الى اجر ساعات عمل الليل الاضافية (من السادسة مساءً الى السادسة صباحاً) .

المادة ٢١ - لا يجوز ان يتجاوز تعويض الاختصاص ، او التعويض التقني ، والتعويض عن الاعمال الاضافية حداً اقصى قدره ٧٥٪ خلال السنة المالية من راتب المستخدم الاساسي ، ولا تدخل في حساب الحد الاقصى هذا اجور ساعات التدريس ضمن حدود الساعات المقررة لموظفي القطاع العام واجور المحاضرات وتعويضات لجان الامتحانات والمباريات على ان تكون الاعمال العائدة لها منفذة خارج اوقات الدوام المعمول به في المؤسسة او المستشفى .

ثالثاً : المنافع المختلفة

المادة ٢٢ - يمكن التعويض عن الخسارة المادية التي تصيب المستخدم اثناء قيامه بمهمة رسمية وبحجب التعويض اذا وقعت الخسارة بسبب اهمال او خطأ المستخدم ، وعلى المستخدم ان يعلم الادارة بتفاصيل واسباب الخسارة التي وقعت خلال خمسة عشر يوماً على الاكثر تحت طائلة رفض طلبه بالشكل .

المادة ٢٣ - يمكن اعطاء عائلة المستخدم ، في حال وفاته ، مساعدة ، كما يمكن اعطاء المستخدم مساعدة في حال وفاة احد افراد عائلته الذين لا يزالون على عاتقه .

المادة ٢٤ - يعطى التعويض والمساعدة المنصوص عليهما في المادتين اعلاه بقرار من مجلس الادارة وفقاً للأسس المعتمدة في الادارات العامة .

المادة ٢٥ - يستفيد مستخدمو المؤسسة والمستشفيات من تقديرات فرع ضمان المرض والامومة وفرع التعويضات العائلية وفرع ضمان طوارئ العمل والامراض المهنية وفقاً للانظمة الخاصة بكل منها في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الفصل الرابع : احكام مختلفة

المادة ٢٦ - يحدد عدد ساعات عمل المستخدمين لدى المؤسسة والمستشفيات بأربع واربعين ساعة اسبوعياً ويحدد دوام العمل بقرار من مجلس الادارة .

المادة ٢٧ - يستفيد المستخدمون من الاجازات المنصوص عنها في قانون الموظفين وفقاً لاحكامه وتمنح هذه الاجازات بقرار من المدير او مدير المستشفى ، وتمنح الاجازة للمدير بقرار من رئيس مجلس الادارة .

المادة ٢٨ - يتم تدرج المستخدم من درجة الى درجة كل سنتين ولا يحول وصوله الى القمة في فئته دون ذلك بل يستمر في التدرج في درجات الفئة التي تعلو فئته .

ويجوز لمجلس الادارة بعد موافقة وزير الوصاية ان يقدم هذا التدرج تقديراً لجهود المستخدم ، على ان لا يتجاوز ذلك اثني عشر شهراً وعلى ان لا يتكرر قبل مرور ثلاث

المادة ٢٩ - لا يتم ترفيع المستخدم من الفئة الثالثة الى الفئة الثانية الا اذا كان في احدى الدرجتين الثانية او الاولى من فئته ، ويتم الترفيع بقرار من مجلس الادارة وموافقة وزير الوصاية .

المادة ٣٠ - لا يجوز التعيين في الفئة الثالثة الا بموجب مباراة يحق الاشتراك فيها لمستخدمي الفئة الرابعة الذين تتوفر فيهم شروط الاستخدام للوظيفة المرشحين لها باستثناء شرط السن والشهادة على ان يكونوا قد امضوا عشر سنوات في الخدمة على الاقل .

المادة ٣١ - يجري نقل المستخدمين من مركز الى آخر ضمن المؤسسة الواحدة والمستشفيات التابعة لها بقرار من مجلس الادارة ، ويجري نقل المستخدمين من مؤسسة والمستشفيات التابعة لها الى اخرى بقرار مشترك بين مجلسي الادارة المختصين وبعد موافقة وزير الوصاية .

المادة ٣٢ - يجوز تكليف مستخدم بالاضافة الى وظيفته الاصلية اشغال وظيفه شاغرة او تغيب فيها المستخدم الاصيل . ويتم التكليف بصورة مؤقتة ولمدة سنة على الاكثر بقرار من مجلس الادارة ، ويجب ان يكون المستخدم المكلف حائزاً ذات شروط تعيين الاصيل باستثناء شرطي السن والمباراة .

يمارس المستخدم المكلف جميع صلاحيات الاصيل ويتقاضى التعويضات الدائمة المخصصة للوظيفة التي كلف بها ، واذا كانت قد خصصت له تعويضات دائمة في وظيفته الاصلية فيتقاضى التعويض الاعلى فقط .

المادة ٣٣ - يستفيد المستخدمون حكماً من زيادات غلاء المعيشة المقررة في القطاع الخاص ويتم ذلك بقرار من مجلس الادارة بناءً على المراسيم التي تحدد هذه الزيادات .

الفصل الخامس : التأديب

المادة ٣٤ - ان المستخدم مسؤول مسلكيا عن كل اخلال او اهمال بالواجبات التي تفرضها القوانين والانظمة، ويتعرض للعقوبات التأديبية التالية : وهي على ثلاث درجات :

- الدرجة الاولى : التأنيب

- الدرجة الثانية : حسم الراتب حتى عشرة ايام

- الدرجة الثالثة : - تأخير التدرج حتى اثني عشر شهرا
- ائزال الفئة

- الصرف من الخدمة لاسباب مسلكية
- العزل

المادة ٣٥ - يفرض رئيس مجلس الادارة او المدير او مدير المستشفى احدى عقوبتي الدرجتين الاولى والثانية عفوا او بناء على اقتراح رئيس المستخدم المباشر ويرفع هذا الاقتراح بالتسلسل الاداري .

وبفرض مجلس الادارة احدى عقوبات الدرجة الثالثة ، باستثناء عقوبة العزل ، ويتم فرض العقوبة بناء على اقتراح لجنة تحقيق يؤلفها مجلس الادارة لهذه الغاية .

تبلغ جميع قرارات العقوبة الى ادارة التفنيش المركزي خلال مهلة اسبوع من اتخاذها .

المادة ٣٦ - لا تحول الملاحقة التأديبية دون الملاحقة القضائية المدنية والجزائية كما لا تحول دون الملاحقة التي تجريها ادارة التفنيش المركزي في ذات الموضوع على ان تطبق العقوبة الاشد .

الفصل السادس : انتهاء الخدمة

المادة ٣٧ - تنتهي خدمة المستخدم في احدى الحالات التالية :

- الاستقالة .
- بلوغ السن النظامية .
- الصرف من الخدمة .
- العزل .

المادة ٣٨ - للمستخدم ان يقدم استقالته خطيا وفقا لاحكام قانون العمل .

المادة ٣٩ - يعتبر مستقبلا :

- المستخدم المعين او المنقول الذي لم يباشر عمله بدون سبب مشروع خلال خمسة عشر يوما من تاريخ تبليغه قرار التعيين او النقل او نشر هذا الاجراء على باب المؤسسة او المستشفى .

- المستخدم الذي ينقطع عن عمله مدة ثلاثين يوما دون عذر مشروع .

تكرس نتيجة هذه الحالات بقرار يصدر عن رئيس مجلس الادارة .

المادة ٤٠ - بصرف حكما من الخدمة كل مستخدم اكمل الرابعة والستين من العمر .

المادة ٤١ - بصرف المستخدم من الخدمة ، بقرار معلل من مجلس الادارة ، في اي وقت وفي كل من الحالات التالية :

- الغاء الوظيفة ، ويمكن نقل المستخدم في هذه الحالة الى وظيفة اخرى شاغرة .

- عدم الكفاءة لنقص في معارف ومؤهلات المستخدم الاساسية التي لا بد منها لقيامه بمهامه قياما حسنا .

- الحالات التي يجيزها قانون العمل .

ولا يجوز ان يخالف العقد الاحكام العامة لهذا النظام .

المادة ٤٧ - لمجلس الادارة ان يستخدم ، لتأمين الاعمال غير القلمية ، في المؤسسة والمستشفيات اجراء دائمين ، ضمن حدود الحاجة الفعلية والاعتمادات الملحوظة في الموازنة .

نطبق على هؤلاء الاجراء احكام هذا النظام واحكام قانون العمل وقانون الضمان الاجتماعي ، وبتقاضون الاجور المقررة لاجراء الادارات العامة ويستفيدون من الزيادات الدورية المقررة لهؤلاء الاجراء .

المادة ٤٨ - يجوز لمجلس الادارة ان يقرر تعويض خدمة للاجراء العاملين في المستشفيات ، على ان لا يتجاوز هذا التعويض اربعين بالمئة من الاجر .

المادة ٤٩ - لا يجوز ان يتجاوز عدد الاجراء في المؤسسة عشرين بالمئة من عدد وظائف الفئتين الرابعة والخامسة الملحوظة في ملاكها .

المادة ٥٠ - بضلع مجلس الادارة مشروع ملاك لاجراء كل مستشفى يحدد فيه عددهم والشروط الخاصة لاستخدامهم ، ويصدق هذا المشروع بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء .

المادة ٥١ - نطبق على الاجراء ، في ما خص زيادات غلاء المعيشة ، احكام المادة ٣٣ من هذا النظام .

المادة ٥٢ - نطبق احكام هذا المرسوم على التقنيين العاملين في المستشفيات في كل ما يتعلق بشؤونهم ، ما عدا ما يعود منها لاجورهم التي تحدد في ملاك المستشفيات .

المادة ٤٢ - تصفى حقوق المستخدم ويعطى تعويض الصرف المستحق له وفق الاحكام وضمن الشروط المحددة في قانون العمل وقانون الضمان الاجتماعي ، وذلك في جميع الحالات المذكورة في هذا الباب ، ما عدا حالة العزل .

المادة ٤٣ - في حال وفاة المستخدم يصفى تعويض صرفه لمستحقه وفقاً لاحكام قانون العمل وقانون الضمان الاجتماعي .

المادة ٤٤ - يعزل المستخدم بقرار معلل من مجلس الادارة بناء على تحقيق اداري تحريره لجنة خاصة يعينها وزير الوصاية بناء لطلب مجلس الادارة .

ويفقد المستخدم حقه في تعويض الصرف ، ولا يجوز اعادته الى الخدمة في المؤسسة او المستشفى ولو بصورة مؤقتة .

الباب الثالث : المتعاقدون والتقنيون والاجراء

المادة ٤٥ - يمكن لمجلس الادارة ان يتعاقد مع شخص لمدة محددة للقيام بوظيفة ادارية لم يتمكن من اشغالها وفق الاصول العادية المحددة في هذا النظام ، كما يحق له ان يتعاقد مع تقنيين لحاجة المستشفيات بعد مباراة يجريها على اساس الالقاء .

وفي الحالتين يجب ان تكون الوظيفة ملحوظة في ملاك المؤسسة او المستشفى ، وان يتم التعاقد ضمن حدود الاعتمادات الملحوظة في الموازنة ووفق عقود نموذجية .

المادة ٤٦ - يخضع المتعاقد لشروط العقد ، ونطبق عليه احكام هذا النظام واحكام قانون العمل وقانون الضمان الاجتماعي في كل ما لم يرد ذكره في العقد .

الجريدة الرسمية - العدد ١١ - ١٩٨٤/٥/٣

مؤسسات عامة تتولى ادارة المستشفيات العامة .

بناء على المرسوم رقم ٤٤٢٢ تاريخ ١٩٨١/١٠/٢٠ (تحديد مهام وصلاحيات مجلس ادارة المؤسسة العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة ، ومفوض الحكومة لديها) .

بناء على اقتراح وزير الصحة والشؤون الاجتماعية .

وبعد استشارة مجلس شوري الدولة .

وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ ١٩٨٤/٤/٣ .

يرسم ما يأتي:

الفصل الاول : احكام عامة

المادة الاولى - يقصد بالتسميات الواردة في هذا المرسوم ، التعاريف المبينة امام كل منها :

- المؤسسة : المؤسسة العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة التابعة لها والقائمة في كل محافظة او قضاء .

- المستشفيات : المستشفيات العامة التابعة لكل مؤسسة عامة .

- مجلس الادارة : مجلس ادارة المؤسسة العامة .

- الرئيس : رئيس مجلس ادارة المؤسسة العامة .

- الموازنة : موازنة المؤسسة والمستشفيات .

المادة ٢ - يحدد هذا المرسوم نظام التعاقد مع الاطباء ومع المهنيين في الحقل الصحي - العاملين في المستشفيات التابعة للمؤسسات العامة .

المادة ٣ - يقصد بالمتعاقدين الاطباء والمهنيين الذين تتعاقد معهم المؤسسة للعمل في

مرسوم رقم ١٥٨٦

نظام التعاقد مع الاطباء ومع المهنيين العاملين في الحقل الصحي في المستشفيات التابعة للمؤسسات العامة . وتحديد الشهادات العلمية والشروط الخاصة بالمتعاقدين .

ان رئيس الجمهورية

بناء على الدستور

بناء على القانون المنفذ بالمرسوم رقم ١٥٣٦ تاريخ ١٩٧٨/١١/٢٥ (انشاء

المادة ٥٣ - خلافا لأي نص آخر ، يحق لوزير الوصاية ، ولمدة سنة على الاكثر تجرى من تاريخ بدء عمل كل مؤسسة ، ان يستعين بموظفين اثنين من موظفي الادارات العامة للمساعدة والاشراف على تطبيق الانظمة الخاصة بالمؤسسات والمستشفيات التابعة لها ، وذلك لقاء بدل يحدده على ان يتم العمل خارج اوقات الدوام الرسمي وبعد استشارة الادارة التي يتبع لها الموظف ، ويعين وزير الوصاية مصدر الاموال التي يخصصها لدفع البدل المذكور .

المادة ٥٤ - ينشر هذا المرسوم ويبلغ حيث تدعو الحاجة .

بعيدا في ٢٥ نيسان ١٩٨٤
الامضاء : امين الجميل

صدر عن رئيس الجمهورية
رئيس مجلس الوزراء
الامضاء : شفيق الوزان

وزير الصحة والشؤون الاجتماعية
الامضاء : عدنان مروه

المستشفيات التابعة لها بموجب عقد خطي نموذجي، لقاء أجر شهري مقطوع أو بدل عن العمل الطبي أو الاثنين معا .

المادة ٤ - المتعاقدون على نوعين:
متعاقدون متفرغون ومتعاقدون غير متفرغين .

يضع مجلس الإدارة مشروع ملاك لكل من هذين النوعين في كل مستشفى . تحدد فيه الشروط الخاصة للتعاقد (الاختصاصات والمؤهلات العلمية والخبرات وشروط العمل) والعدد والبدلات .

يصدق هذا الملاك بمرسوم في مجلس الوزراء . ولا يجوز التعاقد مع أي شخص إلا لاشغال وظيفة ملحوظة في احد الملاكين يكون اعتمادها متوفر في الموازنة .

المادة ٥ - تعلن المؤسسة عن حاجتها لمتعاقدين في الاداعة وفي ثلاث صحف يومية محلية على الاقل وعلى باب الوزارة وباب المستشفى .

الفصل الثاني: الشروط العامة للتعاقد وواجبات المتعاقدين

المادة ٦ - يشترط في كل طالب تعاقد :

- ان يكون لبنانياً منذ عشر سنوات على الاقل .

- ان يكون قد اتم العشرين ولم يتجاوز الستين من العمر .

- ان يكون سليماً من الامراض والعاهات التي تحول دون قيامه بمهامه .

- ان يكون متمتعاً بحقوقه المدنية ، وغير محكوم بجناية او محاولة جنائية ، أو بجناية شائنة او محاولة جنحة شائنة ، وتطبق هذه الاحكام على الاشخاص الذين اعيد اليهم

اعتبارهم او استفادوا من العفو . وتعتبر جنحة شائنة تلك المعددة في نظام الموظفين العام .

- ان يكون غير معزول وغير مصروف لسبب تأديبي من وظيفة او خدمة في إحدى الادارات او المؤسسات العامة او البلديات .

- ان يكون حائزاً على الترخيصات الرسمية والمهنية المفروضة .

- ان يكون حائزاً الشهادات والمؤهلات العلمية والخبرات المطلوبة المحددة في احد الملاكين الخاصين بكل مستشفى .

- ان يجتاز بنجاح مباراة على اساس الالتحاق ببيت مجلس الإدارة بنائحتها .

المادة ٧ - تراعى في التعاقد الشهادات والمؤهلات العلمية ومستوى الخبرات ومدتها .

- يمكن ان يتم التعاقد للمتفرغين لمدة ثلاث سنوات على ان يوفر الاعتماد اللازم في الموازنة سنوياً .

- يسري مفعول التعاقد بعد ابرام العقد وابتداء من تاريخ مباشرة العمل فعلياً .

- يؤدي بدل العقد في اليوم الاخير من كل شهر ويعتبر الرئيس المباشر مسؤولاً عن صحة تصفيته . ولا يجوز التسليف عليه قبل استحقاقه .

- يكون التعاقد اختبارياً لمدة تستمر ستة اشهر ابتداء من تاريخ مباشرة العمل ، ويحق لمجلس الإدارة الغاء العقد دون تعليل ، خلال هذه الفترة . دون ان يترتب للفريق الثاني اي حق او تعويض .

المادة ٨ - لا يجوز التعديل في مضمون العقد خلال مدة سريانه .

المادة ٩ - يلزم المتعاقد المتفرغ بافعال محل او محلات بغاطته مهنية . أما كان نوع المحل ، ولا يحق له طلب مدة العقد ان يغاطى

تجيب المتافع المنصوص عنها في المادتين ٢٣ و ٢٥ عن المتعاقد غير المتفرغ اذا كان يستفيد منها من مصدر آخر او في مؤسسة اخرى .

المادة ١٤ - يستفيد المتعاقد المتفرغ وغير المتفرغ من زيادات غلاء المعيشة المقررة للقطاع الخاص .

المادة ١٥ - يستفيد المتعاقد المتفرغ من الاجازات المنصوص عنها في قانون الموظفين ووفقاً لاحكامه . وتمنح هذه الاجازات بقرار من مدير المستشفى . وتمنح الاجازة لهذا الاخير من رئيس مجلس الإدارة .

ذكر في العقد الاجازات التي يمكن ان يستفيد منها المتعاقد غير المتفرغ .

الفصل الرابع: انتهاء الخدمة

المادة ١٦ - لا يجوز الاستمرار في التعاقد مع من اكمل سن الخامسة والستين . الا انه يجوز لمجلس الإدارة . وفي حالات يبررها . تجديد التعاقد سنة فسنه مع من تجاوز هذه السن على الا يزيد مجموع سنوات التجديد عن ثلاث سنوات .

المادة ١٧ - يحق لمجلس الإدارة خلافاً لأي نص آخر فسخ العقد في أي وقت ، شرط ان يبلغ ذلك الى المتعاقد خطياً قبل ثلاثين يوماً على الاقل . ولا يترتب للمتعاقد في هذه الحال اي اجر عن المدة الباقية من التعاقد .

كما يحق للمتعاقد ان يترك العمل في نهاية عقده شرط ان يبلغ مجلس الإدارة ذلك خطياً قبل ثلاثة اشهر على الاقل من تاريخ انتهاء هذا العقد .

المادة ١٨ - تصفى حقوق المتعاقد وفقاً لاحكام المادتين ٤٢ و ٤٣ من نظام

خارج المستشفى العام المتعاقد معه أية مهنة او عمل الا ضمن شروط يضعها في مجلس الإدارة .

المادة ١٠ - يجب ان ينص العقد على اطلاق يد الإدارة في تحديد دوام المتعاقد ، متفرغاً كان او غير متفرغ ، وفي تعيين اوقات وايام المناوبة داخل او خارج الدوام الرسمي وفي خلال عطل ايام الاحاد والاعياد الرسمية .

المادة ١١ - تطبق على المتعاقدين ، متفرغين وغير متفرغين ، في ما خص تعويضات النقل والانتقال والتعويض عن الاعمال الاضافية ، احكام المادة ٢٠ من نظام العاملين في المؤسسات العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة .

سوى ان نظام بدل الاعمال الاضافية لا يطبق على الاطباء .

المادة ١٢ - يحدد مجلس الإدارة في نظام خاص واجبات ومسؤوليات المتعاقد المتفرغ وغير المتفرغ من الوجهة المسلكية ، والعقوبات التي يمكن ان تفرض عليه من قبل مجلس الإدارة او مدير المستشفى .

ولا تحول الملاحقة المسلكية دون الملاحقة القصائية والمهنية . كما لا تحول دون الملاحقة التي تجريها ادارة التفتيش المركزي ، على ان تطبق العقوبة الاشد في حال فرض اكثر من عقوبة عن مخالفة واحدة .

الفصل الثالث - المنافع المختلفة والاجازات

المادة ١٣ - يستفيد المتعاقد المتفرغ وغير المتفرغ من المنافع المختلفة المنصوص عنها في المواد ٢٢ و ٢٣ و ٢٤ و ٢٥ من نظام العاملين في المؤسسات العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة .

العاملين في المؤسسات العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة .

المادة ١٩ - يحق لمجلس الادارة فسخ العقد دون سابق انذار ، ودون ان يترتب للمتعاقد اي حق او تعويض في الحالات التالية :

- في حال عدم تسلم المتعاقد مهام عمله دون سبب او عذر مشروع خلال ١٥ يوما من تاريخ تبلغه ابرام العقد .

- في حال انقطاع المتعاقد عن عمله دون سبب او عذر مشروع مدة ١٥ يوما .

- في حال اضرابه عن العمل .

المادة ٢٠ - تطبق احكام هذا الفصل على المتعاقدين المتفرغين والمتعاقدين غير المتفرغين .

المادة ٢١ - ينشر هذا المرسوم ويبليغ حيث تدعو الحاجة .

بعيدا في ٢٥ نيسان ١٩٨٤

الامضاء : امين الجميل

صدر عن رئيس الجمهورية

رئيس مجلس الوزراء

الامضاء : شفيق الوزان

وزير الصحة والشؤون الاجتماعية

الامضاء : عدنان مروه

٢٠٧

١٥٢٦ تاريخ ١٩٧٨/١١/٢٥ (انشاء مؤسسات عامة تتولى ادارة المستشفيات العامة) .

بناء على المرسوم رقم ٤٤٢٢ تاريخ ١٩٨١/١٠/٢٠ (تحديد مهام وصلاحيات مجلس ادارة المؤسسة العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة ، ومفوض الحكومة لديها) ، بناء على اقتراح وزير الصحة والشؤون الاجتماعية ،

وبعد استشارة مجلس شوري الدولة ،

وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ ١٩٨٤/٤/٣ ،

يرسم ما يأتي :

الباب الاول

احكام عامة

المادة الاولى - يقصد بالتسميات الواردة في هذا المرسوم ، التعاريف المبينة امام كل منها :

- المؤسسة : المؤسسة العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة التابعة لها والفائضة في كل محافظة او قضاء .

- مجلس الادارة : مجلس ادارة المؤسسة العامة .

- الرئيس : رئيس مجلس ادارة المؤسسة العامة .

- المدير : مدير الشؤون الادارية واللوازم في المؤسسة العامة .

- الموازنة : موازنة المؤسسة والمستشفيات .

- المستشفيات : المستشفيات العامة التابعة لكل مؤسسة عامة .

المادة ٢ - يحدد هذا النظام احكام واصول وقواعد ادارة اموال المؤسسات العامة والمستشفيات التابعة لكل منها :

مرسوم رقم ١٥٨٧

النظام المالي للمؤسسات العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة

ان رئيس الجمهورية

بناء على الدستور

بناء على القانون المنفذ بالمرسوم رقم

الباب الثاني

اعداد الموازنة وتصديقها

المادة ٧ - يضع رئيس الدائرة المالية مشروع موازنة المؤسسة للسنة المقبلة، ويودعه قبل أول شهر تموز مجلس الادارة مرفقاً بتقرير معلل يحلل:

- الاعتمادات الملحوظة مبررة بالبيانات الحسابة والاحصائية والمستندات اللازمة.

- والواردات، مشفوعة ببيانات عن وضع المؤسسة المالي، وتبرر تقديرات النفقات والواردات في مشروع الموازنة وفقاً لاصول يحددها مجلس الادارة.

الفصل الاول - النفقات

المادة ٨ - يتألف قسم النفقات من جزئين:

- الجزء الاول - ويتضمن اعتمادات النفقات العادية.

- الجزء الثاني - ويتضمن اعتمادات نفقات الانشاء والتجهيز.

ويوزع كل من جزئي قسم النفقات الى فصول، ويقسم الفصل الى بنود يختص كل منها بنفقات من نوع واحد، ويقسم البند الى فقرات عند الاقتضاء.

المادة ٩ - يفرد في الجزء الاول من قسم النفقات فصل خاص لاحتياطي الموازنة ولا تصرف أية نفقة من هذا الفصل مباشرة بل يستعمل اعتماده عن طريق النقل لتغطية مختلف فصول او بنود او فقرات الموازنة او لفتح بنود او فقرات جديدة.

المادة ١٠ - يفرد في الجزء الاول من قسم النفقات فصل للديون المتوجبة الاداء وفصل آخر للاحكام القضائية والمسالحات.

المادة ٣ - الموازنة هي المستند الذي تقدر فيه نفقات كل مؤسسة، والمستشفيات التابعة لها، ووارداتها عن سنة مالية مقبلة تبدأ في أول كانون الثاني وتنتهي في ٣١ كانون الاول من كل سنة.

المادة ٤ - تقسم الموازنة الى قسمين:

- قسم النفقات.

- قسم الواردات.

المادة ٥ - اعتمادات الموازنة على نوعين:

- اساسية. وهي التي فتحت في الموازنة عند تصديقها.

- اضافية، وهي التي تضاف الى الاعتمادات الاساسية بعد تصديق الموازنة.

والاعتمادات الاضافية على نوعين:

- تكملية، وهي التي تفتح لمواجهة نقص في الاعتمادات الاساسية.

- استثنائية، وهي التي تفتح لمواجهة نفقة لم يرصد لها اصلاً اعتماد في الموازنة، ويمكن فتح هذه الاعتمادات في بنود جديدة او في فقرات جديدة.

وتفتح الاعتمادات الاضافية بقرار معلل من مجلس الادارة، وتغطي عن طريق النقل من وفر احد اعتمادات الموازنة او من احتياطي الموازنة، او اخذاً من مال الاحتياط او بموارد جديدة.

المادة ٦ - يجوز لمواجهة ظروف استثنائية، فتح اعتمادات في موازنة سنة مقبلة قبل دخولها، شرط ان تدون فيها عند تصديقها.

والواردات في حسابات موازنة السنة المالية التي صرفت او قبضت في خلالها.

وتصحح الاخطاء المادية والحسابية والاختطائية في التنسيب بقرار من المدير بعد تأشير مراقب عقد النفقات، وذلك حتى نهاية شهر كانون الثاني من السنة التالية.

المادة ١٥ - في حال ابتداء السنة الجديدة قبل التصديق على موازنة المؤسسة، تعتمد حكماً موازنة السنة السابقة ويجري الاتفاق على هذا الاساس الى حين تصديق موازنة السنة الحارية، شرط ان يدون فيها ما جرى اتفاهه من اعتماداتها.

الفصل الثاني - تنفيذ الواردات

المادة ١٦ - يطرح المحتسب المركزي، او من يفوضه من المحاسبين المحليين في المستشفيات التابعة للمؤسسة، وادرات المؤسسة بموجب اوامر قبض افرادية يرفق بها الاوراق الثبوتية. كما يصدر هو او المحاسبين المحليين الذين يفوضهم اوامر قبض ورد الحسابات الخصوصية (ودائع - امانات - تامينات - كفالات - محجوزات) ويمسك سجل خاص بها.

ولا يجوز لامين الصندوق قبض اي مبلغ الا استناداً الى اوامر القبض هذه ويتوجب عليه التأشير على امر القبض بعد اثبات رقم الايصال وتاريخه عليه واثبات رقم امر القبض وتاريخه على الايصال. ثم يجري قيد المبلغ المقبوض في الحساب الخاص في سجل الصندوق.

المادة ١٧ - يمكن تدارك كل سهو او خطأ أو نقص في طرح وادرات المؤسسة حتى آخر السنة الثالثة بعد السنة التي كان يجب ان يجري فيها طرحها. ويتم ذلك بموجب اوامر

بغض هذا الفصلان بطريقة النقل، عند الاقتضاء، بقرار من مجلس الادارة، من اعتماد احتياطي الموازنة.

المادة ١١ - يفرد في كل من الجزء الاول والجزء الثاني من قسم النفقات فصل خاص للنفقات السنين السابقة، تؤخذ منه النفقات التي عقدت ولم تصرف او النفقات التي تم تدوير اعتماداتها، وتسقط حكماً الاعتمادات التي لم تعقد او لم تدور حتى ٣١ كانون الثاني من كل سنة.

الفصل الثاني: الواردات

المادة ١٢ - يتألف قسم الواردات من فصول، ويفرد فصل خاص لكل نوع من انواع الواردات التالية التي تتألف منها وادرات المؤسسة:

- مساهمات الدولة.

- الواردات الذاتية التي تستوفيها المؤسسة لقاء الخدمات الطبية.

- اية وادرات اخرى تلحظها نصوص خاصة.

ويقسم الفصل، عند الاقتضاء، الى بنود وفقرات.

المادة ١٣ - تصدق الموازنة بقرار من مجلس الادارة قبل اول نشرين الاول من كل سنة. وتخضع لموافقة وزير الوصاية بعد استطلاع رأي مدير عام الصحة العامة، واذا لم يعترض وزير الوصاية على الموازنة خلال ١٥ يوماً من تاريخ ايداعه اياها، تعتبر نافذة حكماً.

الباب الثالث

تنفيذ الموازنة

الفصل الاول - احكام عامة

المادة ١٤ - يجري قيد النفقات

- ان يؤكد قراره فيصبح نافذاً وعلى المراقب في هذه الحالة ان يبلغ النيابة العامة لدى ديوان المحاسبة .

- او يرفع الخلاف الى وزير الصحة والشؤون الاجتماعية للبت بالموضوع .

المادة ٣١ - في جميع الاحوال لا يحق لمجلس الادارة ان يؤكد قراراً بطلب عقد نفقة لا يتوفر لها اعتماد في الموازنة .

ثانياً : تصفية النفقة

المادة ٣٢ - تصفية النفقة هي اثبات ترتب الدين على المؤسسة وتحديد مقداره واستحقاقه وعدم سقوطه بمرور الزمن أو لأي سبب آخر .

المادة ٣٣ - يتولى رئيس الدائرة الادارية تصفية نفقات المؤسسة . وتجري التصفية عفواً او بناءً لطلب الدائن . وعلى المصفي ان ينجز المعاملة خلال مهلة يومين ببيان تاريخ ورودها اليه ويودعها المدير - الأمر بالصرف - وتمسك الدائرة قبود الحسابات الادارية للنفقات المصفاة .

المادة ٣٤ - تبني وتتم التصفية على المستند الذي من شأنه اثبات الدين . ويكتفى ببيان موقع من رئيس الوحدة اذا كانت النفقة لا تتجاوز خمسمئة ليرة لبنانية .

ثالثاً - صرف النفقة

المادة ٣٥ - صرف النفقة هو اصدار حوالة تجيز دفع قيمتها .

المادة ٣٦ - يتولى المدير صرف نفقات المؤسسة بصفته امراً بالصرف ، وعليه ان ينجز المعاملة وينظم امر الصرف خلال مهلة يومين ببيان تاريخ ورود المعاملة اليه ويوقعه ويودعه مع المعاملة المحسب الامر بالدفع .

تلقاه بالتنفيذ الى كل من النيابة العامة لدى ديوان المحاسبة والتفتيش المركزي ووزير الصحة والشؤون الاجتماعية .

المادة ٣٧ - ينظم رئيس الدائرة الادارية بكل معاملة تؤول الى عقد نفقة طلب حجز الاعتماد المخصص لها ويودعه مراقب عقد النفقات مع الملف خلال دوام يوم العمل التالي لتلقيه المعاملة .

المادة ٣٨ - تنظم طلبات حجز الاعتمادات :

- عن ستة اشهر او السنة كلها اذا كانت تتعلق بالرواتب والاجور وملحقاتها .
- عن ثلاثة او ستة اشهر اذا كانت تتعلق بالنفقات الدائمة الاخرى .
- وينظم طلب مستقل لكل نفقة اخرى .

المادة ٣٩ - يتولى مراقب عقد النفقات التثبت من :

- اقتران المعاملة بقرار صادر عن مجلس الادارة او بتوقيع المدير .
- توفر اعتماد النفقة وصحة تنسيبها .
- انطباق المعاملة على القوانين والانظمة .

وعليه ان ينجز المعاملة ويودعها المدير خلال يومي العمل اللذين يليان يوم ابداعه ايها . واذا انقضت هذه المهلة دون ان يستمر مراقب عقد النفقات بالمعاملة يجوز للمدير استعادتها وتنفيذها على مسؤولية المراقب .

وبمسك مراقب عقد النفقات قبود الحسابات الادارية للنفقات المعقودة .

المادة ٣٠ - في حال عدم موافقة مراقب عقد النفقات على المعاملة ، كلياً او جزئياً ، يعرض الملف مجدداً على مجلس الادارة الذي له :

اولاً - عقد النفقة

المادة ٢٣ - عقد النفقة هو القيام بعمل من شأنه ان يرتب ديناً على المؤسسة .

المادة ٢٤ - يعقد مجلس الادارة جميع انواع نفقات الجزء الثاني من الموازنة بطريقة المناقصة العامة أو المحصورة ، أو استدراج العروض ، أو بالتراضي أو الاشغال بالامانة ، أو بالغائرة مهما بلغت قيمتها ، وذلك على اساس دفاتر شروط خاصة بعدها لهذه الغاية ويجب ان تشمل دفاتر الشروط الخاصة على الاصول الواجب اتباعها في اتمام كل صفقة .

كما يعقد جميع انواع نفقات الجزء الاول من الموازنة باستثناء نفقات الرواتب والاجور وملحقاتها .

المادة ٢٥ - يعقد المدير نفقات الرواتب والاجور وملحقاتها .

المادة ٢٦ - لا تعقد اية نفقة الا اذا توفر لها اعتماد في الموازنة ، ولا يجوز استعمال الاعتماد لغير الغاية التي ارصد من اجلها .

ويعتبر رئيس واعضاء مجلس الادارة مسؤولين شخصياً باموالهم الخاصة عن كل نفقة يعقدونها خلافاً للاصول او متجاوزين الاعتمادات المفتوحة مع علمهم بالتجاوز ، وفي حال عدم وجود اعتماد اصلاً . ولا تحول هذه المسؤولية دون ملاحقة سائر المستخدمين الذين تدخلوا بعقد النفقة وتصفياتها وصرفها ودفعها امام المراجع المختصة ، ما لم يبرزوا من رؤسائهم المباشرين امراً خطياً يبرر اعفاءهم من المسؤولية . وفي هذه الحالة يتحمل المسؤولية الرئيس الذي صدر عنه الامر الخطي ، ويبلغ المستخدم الامر الخطي الذي

قبض اضافية او تكميلية تنظم وتسدد قيمتها وفقاً للاصول المحددة في المادة السابقة .

تسقط الواردات المحققة بمرور الزمن ، وتصبح غير قابلة للتحويل ، بانتهاء السنة الرابعة التي تلي السنة التي تم فيها طرحها .

المادة ١٨ - تباع اموال المؤسسة غير المنقولة وفقاً للاحكام والاصول المعتمدة لبيع اموال الدولة غير المنقولة .

المادة ١٩ - تباع اموال المؤسسة المنقولة بقرار من مجلس الادارة بناءً على تقرير لجنة تخمين يؤلفها لهذه الغاية ، ويخضع قرار البيع لمصادقة وزير الوصاية بعد استطلاع رأي مدير عام الصحة العامة .

المادة ٢٠ - تؤجر اموال المؤسسة المنقولة وغير المنقولة او تستثمر بقرار من مجلس الادارة يخضع لتصديق وزير الوصاية .

المادة ٢١ - تقبل المساهمات والتبرعات والهيئات التي تقدم او تمنح للمؤسسة بقرار من مجلس الادارة اذا كانت من لبنانيين وقرار من مجلس الوزراء اذا كانت من غير لبنانيين .

الفصل الثالث - تنفيذ النفقات

المادة ٢٢ - مراحل تنفيذ النفقة اربع :

- العقد
- التصفية
- الصرف
- الدفع

ويقوم كل من مراقب عقد النفقات والمصفي والأمر بالصرف والأمر بالدفع بمهامه باستقلال كامل عن الآخر وعلى مسؤوليته الشخصية .

ويشمل امر الصرف ذاته على امانة مخصصة لتوقيع المحتسب الأمر بالدفع .

المادة ٣٧ - لا تصرف النفقة الا بعد السنت من الامور التالية :

- اقراران المعاملة بتأشير مراقب عقد النفقات المسبق .

- انطباق معاملة التصفية على القوانين والانظمة المالية .

- صحة نسب النفقة .

- صحة حسابات تصفية النفقة .

ويملك المديرية قيود الحسابات الادارية للنفقات المصروفة .

المادة ٣٨ - تنظم حوالة الصرف باسم الدائن ولو عين وكيل او مندوباً عنه للقبض ، او تنظم باسم ورثته في حال وفاته ، وباسم محتسب الخزينة المركزي اذا كانت الدولة هي الدائن ، وباسم المحتسب المختص اذا كان الدائن مؤسسة عامة او بلدية ، او باسم المحتسب المحلي في المستشفيات التابعة للمؤسسة . ويمكن تنظيم الحوالة باسم معتمد للقبض ، او اكثر ، يجرى تعيينهم من قبل مجلس الادارة في ما يتعلق بالرواتب والاجور وملحقاتها ونفقات النقل والانتقال ، وباسم القيم على السلفة في ما يتعلق بالنفقات التي يدفعها منها .

المادة ٣٩ - تبلغ الى الامر بالصرف قرارات الحجز وصكوك التنازل المتعلقة بديون مترتبة للمؤسسة او الدولة او للغير ، وعلى الامر بالصرف ان يدون الحجز او التنازل على امر الصرف قبل اصداره وان يبلغ ضمن المهلة القانونية النتيجة التي اقترنت بها القرارات والصكوك الى الجهة التي اودعته اياها .

المادة ٤٠ - اذا رفض الامر بالصرف

اصدار الحوالة . عليه ان يعلل اسباب رفضه وان يعرض المعاملة على مجلس الادارة في اول جلسة يعقدها للبت بالامر .

المادة ٤١ - يمكن المثابة على صرف نفقات السنة الحالية حتى ٣١ كانون الثاني من السنة اللاحقة على ان تقيد في ٣١ كانون الاول من السنة التي صرفت على حسابها .

رابعاً - دفع النفقة

المادة ٤٢ - تدفع النفقة بموجب امر الصرف الصادر عن المدير الذي يوقعه المحتسب بصفته الامر بالدفع فيعطيه الصفة التنفيذية .

المادة ٤٣ - على المحتسب ان يرفض توقيع امر الدفع وان يعيد معاملة الصرف الى مصدرها مع بيان الاسباب في الحالات التالية :

- اذا كان امر الصرف غير موقع من المدير - الامر بالصرف .

- اذا كانت الاوراق المثبتة للنفقة غير مرفقة بامر الصرف او غير صحيحة .

- اذا كان اسم صاحب النفقة او موضوعها او مقدارها غير مطابق لاوراق الثبوت .

- اذا كان امر الصرف والمستندات المرفقة به غير مطابقة للقوانين والانظمة .

ويملك المحتسب قيود الحسابات الادارية للنفقات المدفوعة .

المادة ٤٤ - اذا فقد امر الدفع اعطي صاحبه نسخة عنه (بدل عن ضائع) بناء على طلب خطي منه يبين فيه اسباب وظروف الفقدان . وعلى المحتسب في هذه الحالة ان يثبت على النسخة بانه لم يسدد قيمة امر الدفع الضائع وان يعرضها على توقيع المدير الامر بالصرف قبل الامر بدفع قيمته .

المادة ٤٥ - تدفع نقداً من صندوق المؤسسة العامة وصناديق المستشفيات التابعة لها :

- الرواتب والاجور وملحقاتها .

- النفقات الاخرى التي لا تتجاوز قيمتها عشرة آلاف ليرة لبنانية ، ويجوز لمجلس الادارة ان يضاعف هذا المبلغ .

المادة ٤٦ - تدفع الرواتب والاجور وملحقاتها :

- في اول كل شهر ، ويجوز دفعها عن شهر كانون الثاني خلال الابرار العشرة الاخيرة من شهر كانون الاول من السنة الجارية .

- وقبل استحقاقها في الحالات التي تقرها وزارة المالية لموظفي الادارات العامة .

ولا يجوز استرداد الراتب او الاجور وملحقاتها او اي جزء منهما لاي سبب كان ، كما لا يجوز التسليف عليهما .

المادة ٤٧ - تسقط بمرور الزمن وتنتلش نهائياً لمصلحة المؤسسة الديون التي لم تصرف او لم تصف او لم تدفع لغاية ٣١ كانون الاول من السنة الرابعة بعد سنة الموازنة التي نشأ فيها الدين ، الا اذا كان التأخير ناتجاً عن المؤسسة او عن التداعي امام القضاء .

الفصل الرابع - سلفات الموازنة

المادة ٤٨ - سلفات الموازنة نوعان : طارئة ودائمة . وتعطى هذه السلفات ، ضمن حدود الاعتمادات المرصدة في موازنة المؤسسة ، بدون امر صرف مسبق على ان ينظم هذا الامر للتسديد فيما بعد على سبيل التسوية .

المادة ٤٩ - تؤدي من السلفات الطارئة النفقات النثرية العادية التي تبلغ قيمة كل منها الف ليرة لبنانية على الاكثر .

المادة ٥٠ - تؤدي من السلفات الدائمة النفقات المستعجلة التي تبلغ قيمة كل منها خمسة الاف ليرة لبنانية على الاكثر . ويمكن ان يضاعف مجلس الادارة هذا المبلغ ، على ان يذكر ذلك في قرار اعطاء السلفة .

المادة ٥١ - تعطى السلفات الطارئة والدائمة لمواجهة نفقات المؤسسة والمستشفيات التابعة لها بقرار من مجلس الادارة بعد تأشير مراقب عقد النفقات ، ويحدد في قرار اعطائها :

- مقدار السلفة والقيمة القصوى لكل دفعة منها .

- وجهة او وجهات انفاقها .

- اسم القيم ، ويشترط ان يكون من مستخدمي المؤسسة او المستشفى الدائمين .

- المهلة القصوى لتسديد السلفة على ان لا يتجاوز ذلك الخامس عشر من شهر كانون الثاني الذي يلي السنة التي اعطيت السلفة خلالها .

ولا يجوز استعمال اموال هذه السلفات الا للغاية التي اعطيت من اجلها .

المادة ٥٢ - تدفع السلفة الطارئة او الدائمة بموجب امر دفع ينظمه المحتسب باسم القيم استناداً الى القرار القاضي باعطائها ، ويتولى القيم :

- قبض قيمة السلفة .

- تأمين التأديبات .

- مسك حسابات السلفة في سجل خاص يرقم المحتسب صفحاته ويوقعه ، ويحدد مجلس الادارة اصول قيد حسابات السلفة فيه .

- حفظ المستندات المثبتة للنفقات المؤداة منها .

المادة ٥٣ - تسدد السلفة الطارئة

بموجب امر صرف يصدر باسم القيم الذي اعطي السلفة .

المادة ٥٤ - تسدد النفقات المؤداة من اصل السلفة الدائمة دورياً باوامر تصدر تبعاً باسم القيم ، وتجدد السلفة بمقدار المبالغ المصروفة بموجب هذه الاوامر ، دون الحاجة الى استصدار اي قرار جديد حتى انتهاء المهلة القصوى لتسديدها .

المادة ٥٥ - تجرى معاملات تصفية وصرف النفقات المؤداة من السلفة الطارئة او الدائمة استناداً الى اوراق الثبوت النظامية التي يقدمها القيم . وتعاد الاوراق غير النظامية الى القيم في مهلة اسبوع .

المادة ٥٦ - لا يجوز للقيم ان يحتفظ لديه بأي مبلغ :

- يزيد عن الفي ليرة اذا كانت السلفة طارئة .

- ويزيد عن عشرة الاف ليرة اذا كانت السلفة دائمة .

ويجب عليه ان يودع باسمه ، صندوق المؤسسة او صندوق المستشفى التابع لها ما يزيد عن المبلغ المحدد ، الا اذا نص قرار اعطاء السلفة خلاف ذلك لاسباب يعللها .

ولا يجوز اعطاء مستخدم واحد اكثر من سلفة واحدة في وقت واحد .

المادة ٥٧ - ان القيم على السلفة ، الطارئة او الدائمة ، مسؤول شخصياً بامواله الخاصة عن قيمتها ، وعليه ان يثبت عند كل طلب وجود هذه القيمة لديه او في صندوق المؤسسة او المستشفى اما نقداً واما باوراق تثبت ما انفق من اصلها .

المادة ٥٨ - على المحاسب ان يراقب شخصياً حسابات السلفات ، مرة كل ثلاثة

اشهر على الاقل ويتكليف من مجلس الادارة او المدير كلما دعت الحاجة ، وعليه ان يلاحق تسديدها . وعلى المحاسب ايضاً ان يحسم مباشرة من راتب ومستحقات القيم على السلفة المبالغ التي لا يثبت وجودها لديه او المبالغ التي لم يسددها في المهلة المحددة . وعليه كذلك ، اذا كان المبلغ الذي لم يثبت القيم وجوده لديه او الذي لم يسدده ، يتجاوز راتبه الشهري ، ان يطلب من مجلس الادارة اتخاذ قرار باعتماد التدابير القانونية التي من شأنها تأمين استرداد المبالغ المستحقة للمؤسسة وفقاً للاصول المتبعة في تحصيل الضرائب المباشرة .

ولمجلس الادارة ان يمدد مهلة التسديد على ان لا يتجاوز هذا التمديد ثلاثة اشهر .

الباب الرابع

ادارة اموال المؤسسة واصول مسك حساباتها

الفصل الاول - ادارة اموال المؤسسة

اولا - موجبات المحاسب المركزي والمحاسبين المحليين

المادة ٥٩ - يتولى المحاسب المركزي ادارة اموال المؤسسة والاموال المودعة لديها ، وعليه ان ينظم شؤونها الحسابية وخاصة تنظيم السجلات واصول مسك القيود وفقاً للتصميم العام لحسابات المؤسسة .

- للمحاسب المركزي ان يقوض بعض صلاحياته للمحاسب المحلي او بعض صلاحيات امين الصندوق المركزي لامين الصندوق المحلي .

المادة ٦٠ - على كل من المحاسب المركزي والمحلي ، قبل ان ينشر مهامه :

- ان يقدم كفالة يحدد نوعها ومقدارها بقرار من مجلس الادارة .

- ان يقسم اليمين القانونية امام ديوان المحاسبة .

المادة ٦١ - لا يجوز للمحاسب المركزي :

- ان يجمع بين وظيفته واية وظيفة اخرى لها علاقة باية مرحلة من مراحل تنفيذ النفقة .

- ان يقبض او يدفع بنفسه الاموال التي يتولى ادارتها ، بل عليه ان يؤمن ذلك بواسطة امناء صناديق تابعين له في المؤسسة العامة والمستشفيات التابعة لها ، باستثناء الحالات التي يحددها مجلس الادارة بقرار يصدر عنه .

ويتوجب عليه ان يراقب اعمال المحاسبين المحليين وامناء الصناديق ويدقق حساباتهم مرة كل ثلاثة اشهر على الاقل ، وعليه ان يطلب ملاحقتهم بكل مخالفة او تأخير في اعمالهم .

المادة ٦٢ - تودع اموال المؤسسة في صندوق الخزينة المركزي او في صندوق احدي المحاسبيات التابعة لمديرية المالية العامة ، وتدفع هذه الاموال بتوقيع المدير بصفته أمراً بالصرف ويتوقيع المحاسب المركزي بصفته أمراً بالدفع ، مجتمعين .

المادة ٦٣ - ان المحاسب المركزي مسؤول بامواله الخاصة عن كل عملية قبض او دفع تجرى خلافاً لاحكام القانون او هذا النظام ، فضلاً عما قد يتعرض له من عقوبات تأديبية او جزائية . ويطبق هذا النص على المحاسب المحلي ، ولا يسأل المحاسب المركزي او المحلي الا عن ادارته الشخصية .

المادة ٦٤ - على المحاسب المركزي ان يقدم ، باسمه وعلى مسؤوليته ، حسابات مهمته الى ديوان المحاسبة ضمن المهل ووفقاً للاصول

المحددة لهذه الغاية في القوانين والانظمة النافذة وتشمل مهمته جميع العمليات المالية التي يقوم بها وتلك التي يقوم بها المحتسبون المحليون لحسابه .

المادة ٦٥ - عند انتهاء مهمة المحاسب المركزي يجري التسليم والتسلم بينه وبين خلفه بموجب محضر يوقعه كلاهما ويوافق عليه المدير . ويجب ان يضم الى المحضر ، الزامياً ، ميزان الحسابات موقوف بتاريخ اجراء عملية التسليم والتسلم . ويطبق هذا النص على المحاسب المحلي على ان يصدق المحضر المحاسب المركزي .

المادة ٦٦ - في حال وفاة المحاسب المركزي او عدم تمكنه من القيام بعملية التسليم والتسلم يكلف المحاسب المركزي الجديد ، او من يكلفه مجلس الادارة ، بمهام المحاسبية ، وعلى الادارة ان تثبت من براءة ذمة المحاسب المركزي السابق وملاحقة ورثته عند الاقتضاء .

ويطبق هذا النص على المحاسب المحلي على ان يتم الاجراء تحت اشراف المحاسب المركزي .

المادة ٦٧ - لا ترد الكفالة للمحاسب المركزي او لورثته الا بعد الحصول على براءة ذمة من ديوان المحاسبة .

ولا ترد الكفالة للمحاسب المحلي الا بعد الحصول على براءة ذمة من المحاسب المركزي .

ثانياً - موجبات امناء الصناديق (امين الصندوق المركزي وامناء الصناديق المحليين)

المادة ٦٨ - يحصر حق التداول بالاموال النقدية او حيازتها ، مع مراعاة النصوص الخاصة بالقيمين على السلفات ، بامناء الصناديق في المؤسسة والمستشفيات

التابعة لها وهم مسؤولون عن حفظ الاموال التي في عهدتهم وعليهم حفظها في الصناديق المخصصة لها . ويخضع امناء الصناديق لنظام الكفالة اسوة بالاحتسبين . يمكن لمجلس الادارة ، عند الاقتضاء ، بناء لطلب المحتسب المركزي ، ان يكلف المحتسب المحلي القيام بمهام امين الصندوق المحلي ، كما يجوز له العكس .

المادة ٦٩ - تنظم الايصالات بالحبر ، ويعطي امين الصندوق لقاء كل مبلغ يقبضه ايصالا نظم على نسختين ، بورق الفحم ، يحدد شكله بقرار يصدر عن مجلس الادارة . واذا قبض اموالا تخص المؤسسة ولم يعط بها ايصالا نظاميا او احتفظ بها مؤقتا دون مبرر يعد مختلسا .

المادة ٧٠ - ان اي تحريف او تجميل او حك او حشو او محو في ايصال صادر عن امين صندوق او في احدى نسخه ، مهما كان السبب ، يعتبر صادرا عن سوء نية ، ويعرض مرتكبه للملاحقة الجزائية .

المادة ٧١ - ١ - على امين الصندوق ان يتحقق على مسؤوليته قبل الدفع :
- من نظامية التوقيعات الرسمية .
- من هوية صاحب الاستحقاق ، وصحة توقيعه ، ومن صفته اذا كان يمثل شخصا طبيعيا او معنويا .

٢ - اذا كان المبلغ مستحقا لشخص متوفى ، فعلى امين الصندوق ان يطلب من اصحاب الحق المستندات الرسمية التي تثبت صفتهم ، ويكتفى بشهادة مختار المحلة او القرية اذا كان المبلغ دون الالف ليرة .

٣ - اذا كان صاحب الاستحقاق اميا او عاجزا عن التوقيع يكتفي ببصمة الابهام ، على ان يصدق البصمة : امين الصندوق وشاهدان اذا

كان المبلغ الف ليرة وما دون ، وكاتب العدل اذا تجاوز المبلغ الالف ليرة .

المادة ٧٢ - تدفع الاموال نقدا من صناديق المؤسسة او المستشفيات وفقا لاحكام المادة ٤٥ من هذا النظام .

المادة ٧٣ - يغذى الصندوق بالاموال النقدية التي يقبضها مباشرة ، وبامدادات تحول اليه عند الاقتضاء بموجب امر دفع يوقعه المحتسب المركزي والمدير حسب الاصول ، ويتم ذلك استنادا الى بيان حسابي ينظمه امين الصندوق على مسؤوليته يظهر فيه وضعية صندوقه .

ويعين الحد الاقصى لموجودات الصندوق النقدية بقرار من المدير .

الفصل الثاني - اصول مسك حسابات المؤسسة

اولا - حسابات الاموال

المادة ٧٤ - يدون المحتسب المركزي عمليات القبض والدفع يوما فيوما ، في حسابات يمسكها مع معاونيه وفقا لتصميم عام لحسابات المؤسسة ، يصدقه مجلس الادارة ، بعد عرضه على ديوان المحاسبة .
ويطبق هذا النص على المحتسب المحلي .

المادة ٧٥ - تمسك القيود الزاميا بالحبر ، ولا يجوز التحريف او التجميل او الحك او الحشو او المحو في المستندات والقيود والسجلات ، بل يجوز تصحيح ما يمكن ان يقع فيها من خطأ ، على ان يجري التصحيح بشكل واضح وظاهر بالارقام والاحرف المفقطة وبحبر من لون مختلف ، وان يذيل التصحيح بالتاريخ وتوقيع واضعه . ويجب وسم التصحيح بخاتم المؤسسة اذا كان المستند معدا لمعاملات خارج المؤسسة .

المادة ٧٦ - ينظم المحتسب المركزي فصليا ميزانا للحسابات ، يبين الوضع المالي للمؤسسة ، يقدمه الى المدير الذي يرفعه بدوره لمجلس الادارة مع ملاحظاته ومقترحاته عند الاقتضاء . ويطبق هذا النص على المحتسب المحلي ، على ان يقدم الميزان الى المحتسب المركزي .

المادة ٧٧ - تقفل الحسابات في نهاية كل سنة مالية ، فينظم المحتسب المركزي مشروع قطع حسابات الموازنة ويقدمه الى المدير قبل اول شهر نيسان من كل سنة . وتضم الى هذا المشروع جردة المواد المنظمة من قبل دائرة اللوازم .

يتولى المدير عرض مشروع قطع الحسابات والجردة على مجلس الادارة خلال شهر نيسان مع ملاحظاته ومقترحاته فيقرر مجلس الادارة المشروع ويصدق الجردة او يسجل ملاحظاته عليهما ويرفعها الى وزير الوصاية قبل نهاية الشهر المذكور .

يودع وزير الوصاية كامل الملف ديوان المحاسبة ضمن المهل التي يحددها نظام خاص بارسال حسابات يوافق عليه الديوان .

المادة ٧٨ - يتكون مال احتياطي المؤسسة من الوفر السنوي الحاصل لديها وما يردها من اموال وفقا للقوانين والانظمة النافذة .

المادة ٧٩ - تدفع الودائع الامانات والتأمينات والكفالات والمجوزات النقدية الى امناء الصناديق في ادارة المؤسسة او احد صناديق المستشفيات التابعة لها بناء لاوامر قبض صادرة نظاميا ، ويجرى الدفع لقاء ايصالات تذكر فيها اسباب الابداع .

ترد هذه الابداعات ، بناء لاوامر دفع خاصة صادرة عن المرجع الذي امر بقبضها ، بعد استرداد ايصال الدفع وقيد بيان معاملة الرد

المادة ٨٠ - اذا فقد احد المودعين ايصال الدفع يمكن الاستعاضة عنه بتعهد من المودع يتحمل بموجبه كل عطل وضرر قد ينتج عن سوء استعمال الايصال المفقود ، ويوقع التعهد شاهدان الى جانب المودع .

ويطلب من صاحب العلاقة تقديم كفالة ، صادرة عن تاجر مسجل او مصرف ، تضمن تنفيذ تعهده اذا تجاوزت قيمة الايصال المفقود الالف ليرة .

المادة ٨١ - تقبل وتسرد الودائع والامانات غير النقدية وفقا لذات الاصول بموجب ايصالات خاصة تعتمد لهذه الغاية .

المادة ٨٢ - تحفظ المستندات والسجلات وكافة الدفاتر والاوراق الحسابية ، بما في ذلك اوامر القبض واوامر الدفع مدة عشر سنوات على الاقل .

ولا يجوز اتلاف نسخ ايصالات الدفع والقبض الا بقرار من مجلس الادارة .

المادة ٨٣ - تتولى الدائرة المالية مسك حسابات ادارية لمجمل اعتمادات الموازنة والنفقات المعقودة والمصفاة والمصرفية والمدفوعة وفقا لتبويب الموازنة استنادا الى بيانات تعدها الوحدات المختصة وتودعها اياها شهريا .

توجد الدائرة المالية هذه الحسابات وتودعها ديوان المحاسبة وفقا للنظام الخاص بارسال الحسابات .

ثانيا - محاسبة المواد

المادة ٨٤ - تشمل محاسبة المواد موجودات المؤسسة والمستشفيات التابعة لها ، ومجموعة المستندات والسجلات الخاصة بقبض المواد التي تملكها المؤسسة والمستشفيات على انواعها .

والتقنيين والاجراء في المؤسسات العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة ، وفي المستشفيات التابعة لها) ،

بناء على المرسوم رقم ١٥٨٦ تاريخ ١٩٨٤/٤/٢٥ (نظام التعاقد مع الاطباء ومع المهنيين العاملين في الحقل الصحي في المستشفيات التابعة للمؤسسات العامة ، وتحديد الشهادات العلمية والشروط الخاصة بالتعاقد) ،

بناء على اقتراح وزير الصحة والشؤون الاجتماعية ،

وبعد استشارة مجلس شورى الدولة (رأي رقم ٨٤/٤٤٧ تاريخ ١٩٨٤/٩/٣) ،

وبعد موافقة مجلس الخدمة المدنية بقراره رقم ٢٣٤ تاريخ ١٩٨٤/٦/٢٨ ،

وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ ١٩٨٤/١١/١٤ ،

يرسم ما يأتي :

المادة الاولى - يحدد هذا المرسوم الاحكام التي ترعى تسوية اوضاع العاملين في المستشفيات العامة التي تتولى ادارتها مؤسسات عامة .

المادة الثانية - يقصد في هذا المرسوم بالعاملين الموظفون الدائمون التابعون للملاكين ا و ب والمتعاقدين والاجراء وسائر المستخدمين ، الموجودون في خدمة احد المستشفيات المذكورة بتاريخ استلام مجلس الادارة مهامه .

المادة الثالثة - لمجلس الادارة ان يستخدم العاملين في المستشفى او ان يتعاقد معهم طبقا للاحكام المنصوص عليها في الانظمة النافذة في المؤسسة العامة .

المادة الرابعة - تصفى حقوق العاملين في المستشفى عن خدماتهم السابقة لاستخدامهم او للتعاقد معهم وفقا للاحكام

وَرَارَة الصَّحَة

مرسوم رقم ٢٠٣٥

تسوية اوضاع العاملين في المستشفيات العامة التي تتولى ادارتها مؤسسات عامة

ان رئيس الجمهورية
بناء على الدستور

بناء على القانون المنفذ بالمرسوم رقم ١٥٣٦ تاريخ ١٩٧٨/١١/٢٥ (انشاء مؤسسات عامة تتولى ادارة المستشفيات العامة) ،

بناء على المرسوم رقم ٤٤٢٢ تاريخ ١٩٨١/١٠/٢٠ (تحديد مهام وصلاحيات مجلس ادارة المؤسسة العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة ، ومفوض الحكومة لديها) ،

بناء على المرسوم رقم ١٥٨٤ تاريخ ١٩٨٤/٤/٢٥ (تحديد ملاك كل مؤسسة عامة تتولى ادارة المستشفيات العامة وفتات ورتب وسلسلة رواتب مستخدميها وشروط استخدامهم) ،

بناء على المرسوم رقم ١٥٨٥ تاريخ ١٩٨٤/٤/٢٥ (نظام العاملين الاداريين

المادة ٨٥ - تتولى دائرة اللوازم ادارة المواد ومراقبتها وحفظها ومسك حساباتها وفقا لاصول خاصة يقرها مجلس الادارة .

ويعتبر كل مستخدم في المؤسسة وفي المستشفيات التابعة لها مسؤولا عن المواد الموضوعة بتصرفه .

المادة ٨٦ - يتولى رئيس دائرة اللوازم ، بصفته قيما على المواد ، اجراء جردة سنوية عملية عامة بمواد المؤسسة والمستشفيات التابعة لها ويقارنها مع الحسابات التي تمسكها دائرته .

المادة ٨٧ - تضم الجردة العامة ، مع مقارنتها مع حساب المواد ، الى قطع الحساب السنوي الذي ينظمه المحتسب ، وتتبع في تقديمه ورفعته الى وزير الصحة والشؤون الاجتماعية الاصول المحددة في المادة ٧٧ اعلاه .

المادة ٨٨ - يعمل بهذا المرسوم ابتداء من اليوم التالي لنشره في الجريدة الرسمية .

بعيدا في ٢٥ نيسان ١٩٨٤
الامضاء : امين الجميل

صدر عن رئيس الجمهورية
رئيس مجلس الوزراء
الامضاء : شفيق الوزان

وزير الصحة والشؤون الاجتماعية
الامضاء : عدنان مروه

والاصول التي كانت ترعاها قبل
استخدامهم اولاً والتعاقد معهم .

اما العاملون في المستشفى الذين
لا يستخدمهم المجلس او لا يتعاقد معهم
فيخضعون ، ما لم تر وزارة الصحة والشؤون
الاجتماعية نقلهم اصوليا الى مراكز اخرى ،
للاحكام التالية :

١ - الموظفون التابعون للملاك ا او
الملاك ب .

تطبق بشأنهم احكام المادة ٧٢ من
المرسوم الاشتراعي رقم ١٤٩ تاريخ
١٩٨٣/٩/١٦ (نظام الموظفين) المتعلقة
بانقضاء الوظيفة .

ب - المتعاقدون :

يفسخ العقد الجاري معهم وفقا للاصول
المحددة فيه .

ج - الاجراء :

يعتبر منتهيا العيل الذي استخدموا
من اجله .

المادة الخامسة - تتم تسوية الاوضاع
على الشكل المبين في المواد السابقة من
هذا المرسوم في خلال مهلة اقصاها ستة
اشهر اعتبارا من تاريخ توفير الاعتمادات
المالية الضرورية بعد استلام مجلس ادارة
المؤسسة العامة مهامه .

تتأبر وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية
على دفع رواتب وتعويضات واجور العاملين
ريثما تسوى اوضاعهم وفقا لاحكام هذا
المرسوم .

المادة السادسة - ينشر هذا المرسوم ويبلغ
حيث تدعو الحاجة .

بعيدا في ١ كانون الاول ١٩٨٤

الامضاء : امين الجميل

صدر عن رئيس الجمهورية

رئيس مجلس الوزراء

الامضاء : رشيد كرامي

وزير الصحة والشؤون الاجتماعية
الامضاء : جوزف الهائم

وزير المالية

الامضاء : كميل شمعون

ملحق رقم (١٢) : مرسوم ٧٢٠ يتعلق بتعيين رئيس واعضاء مجلس ادارة المؤسسة العامة
التي تتولى ادارة المستشفى العام في مركز محافظة جبل لبنان .

مرسوم رقم ٧٢٠

المادة الثانية - حددت مدة ولاية هذا
المجلس بستين اشنتين .

المادة الثالثة - اتبعت برئيس واعضاء
مجلس الادارة المشكل بموجب المادة الاولى
المهام والصلاحيات المنصوص عليها في
المرسوم رقم ٤٤٢٢ تاريخ ١٩٨١/١٠/٢٠ .

المادة الرابعة - يتقاضى كل من رئيس
واعضاء مجلس الادارة المدرجة اسماؤهم
في المادة الاولى تعويض حضور عن كل
جلسة عمل مسدرة /٢٠٠/ ليل للرئيس
و/١٥٠/ ليل للعضو على ان لا يتجاوز
معدلا سنويا قدره /٨٠٠/ ليرة في الشهر
لرئيس و/٦٠٠/ ليرة للعضو ولا يحق
لهم ان يتقاضوا اي تعويض اخر من جراء
هذا العمل بما في ذلك نفقات النقل
والانتقال او تعويض السيارة . تدفع هذه
التعويضات من الاعتمادات التي تخصصها
وزارة الصحة العامة للمؤسسات العامة التي
تتولى ادارة المستشفيات العامة .

المادة الخامسة - يعمل بهذا المرسوم
فور نشره في الجريدة الرسمية .

بعيدا في ١٦ حزيران ١٩٨٣

الامضاء : امين الجميل

صدر عن رئيس الجمهورية

رئيس مجلس الوزراء

الامضاء : شفيق الوزان

وزير المالية

الامضاء : عادل حميه

وزير الصحة العامة

الامضاء : عدنان مروه

يتعلق بتعيين رئيس واعضاء مجلس ادارة
المؤسسة العامة التي تتولى ادارة المستشفى
العام في مركز محافظة جبل لبنان

ان رئيس الجمهورية
بناء على الدستور

بناء على مشروع القانون الموضوع
موضع التنفيذ بموجب المرسوم رقم ١٥٣٦
تاريخ ١٩٧٨/١١/٢٥ (انشاء مؤسسات
عامة تتولى ادارة المستشفيات العامة)

بناء على المرسوم رقم ٤٤٢٢ تاريخ
١٩٨١/١٠/٢٠ (تحديد مهام وصلاحيات
مجلس ادارة المؤسسة العامة التي تتولى
ادارة المستشفيات العامة ومهام وصلاحيات
مفوض الحكومة لدى المؤسسة المذكورة
وتجديد شروط تعيين رئيس واعضاء المجلس
ومفوض الحكومة وتعويضاتهم) .

بعد استشارة الهيئة العليا للخدمات
الطبية

بناء على اقتراح وزير الصحة العامة
وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ
١٩٨٣/٦/١

يرسم ما يأتي

المادة الاولى - عين مجلس ادارة
المؤسسة العامة التي تتولى ادارة المستشفى
العام في محافظة جبل لبنان على الوجه
التالي :

- الدكتور قبصر شدياتي - ممثل كلية
الطب في الجامعة الاميركية في بيروت -
رئيسا

- الدكتور وفيق طياره - ممثل كلية
الطب في جامعة القديس يوسف في بيروت -
عضوا

- الدكتور بهيج عريبي - عضوا

- الدكتور ريمون اسمر - عضوا

ملحق رقم (١٣): بطاقة الدخول والخروج من مستشفى بعبداء
 الجمهورية اللبنانية
 وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية

رقم العمود	بطاقة دخول وخروج
1	رقم المستشفى
5	اسم المستشفى
10	اسم الأب
12	اسم الأم
18	الجنس
21	تاريخ الولادة
26	العمر
27	الجنسية
28	الجنس
31	تاريخ الدخول
32	تاريخ الخروج
38	الوضع العائلي
42	المستوى التعليمي
46	القسم الداخلي
50	القسم الخارجي
53	اسم الطبيب المعالج
56	الانشاء
59	النساء في قسم الولادة
60	نتيجة الحمل
66	الجنس
68	تاريخ الولادة
73	تاريخ الخروج
74	تاريخ الدخول
80	تشوهات خلقية ان وجدت

ملحق رقم (١٤):
 رموز المرضى المعتمدة في مستشفى بعبداء.

وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية
 قسم المعلوماتية الصحية

تعليمات لقسم المحفوظات حول ترميز
 بطاقة الدخول والخروج
 في مستشفى بعبداء

الرمز بالأجنبية رقم العامود

1-2	01	١ - رقم المستشفى : يحمل مستشفى بعددا الرقم
3-9		٢ - رقم المريض : ينقل الرقم كما هو مبين في بطاقة الدخول والخروج .
10		٣ - الجنس : ينقل رقم المربع الذي يحمل علامة × .
11		٤ - الجنسية : ينقل رقم المربع الذي يحمل علامة × .
12-13		٥ - تاريخ الولادة : اليوم - ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
14-15		الشهر - ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
16-17		السنة - ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
18-20		٦ - العمر : ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
21-23		٧ - العنوان : الشارع : لا يرمز . القرية أو الحي : لا يرمز في الوقت الحاضر .
24-25		القضاء أو المدينة : لا ترمز في الوقت الحاضر .
	1	المحافظة : - بيروت .
	2	- جبل لبنان .
26	3	- الشمال .
	4	- الجنوب .
	5	- البقاع .
	6	- النبطية .
27		٨ - الوضع العائلي : ينقل رقم المربع الذي يحمل علامة × .

الرمز بالأجنبية رقم العامود

28	٩ - المستوى التعليمي : ينقل رقم المربع الذي يحمل علامة × .
29-30	١٠ - المهنة : لا ترمز في الوقت الحاضر .
31	١١ - القسم الداخل إليه : ينقل رقم المربع الذي يحمل علامة × .
32-33	١٢ - تاريخ الدخول : اليوم - ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
34-35	الشهر - ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
36-37	السنة - ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
	ملاحظة : ليس من مهمة قسم المحفوظات ترميز البندين : التشخيص النهائي ، العمليات والاحداث الطبية .
59	١٣ - القسم الخارج منه : ينقل رقم المربع الذي يحمل علامة × .
60-61	١٤ - تاريخ الدخول : اليوم - ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
62-63	الشهر - ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
64-65	السنة - ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
66-67	١٥ - اسم الطبيب المعالج : لا يرمز في الوقت الحاضر .
68	١٦ - نتيجة الحمل : ينقل رقم المربع الذي يحمل علامة × .

69-72	١٧ - الوزن : ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
73	١٨ - الجنس : ينقل رقم المربع الذي يحمل علامة ×
74-75	١٩ - تاريخ الولادة : اليوم - ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
76-77	الشهر - ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
78-79	السنة - ينقل الرقم كما هو مبين في البطاقة .
80	٢٠ - تشوهات خلقية ان وجدت : لا ترمز في الوقت الحاضر .

ملحق رقم (١٥) :

حقوق وواجبات المرضى الذين يعالجون على نفقة وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية . ونموذج اتفاقية مع مستشفى خاص متعاقد .

أ - لمن يحق الاستشفاء على نفقة وزارة الصحة ؟

يحق الاستشفاء على نفقة وزارة الصحة لكل مواطن لبناني لا تساعده إمكانياته على تحمل نفقات معالجته ولا يستفيد من تقديمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو تعاونية الموظفين أو أية مؤسسة أخرى عامة أو خاصة .

ب - إذا احتاج المريض لدخول المستشفى في الحالات العادية (أي غير الحالات الطارئة) ماذا ينبغي عليه عمله ؟

١ - عليه أن يحصل أولاً على تقرير من الطبيب المعالج على نسختين يشير بالحاجة إلى الاستشفاء وإلى نوع العمل الطبي وإلى المدة التقريبية للبقاء في المستشفى .

٢ - بعد ذلك يتوجه المريض إلى المستشفى الذي يؤثر على التقرير الطبي أنه موافق على دخوله المستشفى .

٣ - ثم يقدم المستندات التالية إلى الجهات المختصة المبينة أدناه للحصول على بطاقة الاستشفاء .

— التقرير الطبي على نسختين .

— صورة عن هوية المريض أو إخراج قيده الشخصي تظهر أيهما صورته الشمسية .

— بيان خطي مهمور بإمضاء المريض يحوي الاسم - المنطقة - الشارع - الملك - الطابق - ورقم الهاتف .

تقدم المستندات المذكورة أعلاه إلى الجهات التالية :

المراكز في المحافظات :

بيروت وجبل لبنان .	وزارة الصحة مصلحة المستشفيات .
الشمال	مصلحة وزارة الصحة .
البقاع	مستشفى الحكومي .
	زحلة
	بعلبك
الجنوب	صيدا
	صور
	مستشفى الحكومي .

٤ - في الحالات الطارئة المستعجلة : يدخل المريض إلى المستشفى ويطلب أن يسجل بأنه يعالج على حساب وزارة الصحة ويحصل بقدر الامكان على ورقة تثبت ذلك ، ويكون على إدارة المستشفى الحصول على التقرير الطبي والاتصال بالطبيب المراقب المنتدب من قبل وزارة الصحة في أول يوم عمل يلي تاريخ الدخول لأخذ موافقته ، وعلى ذوي المريض الحصول على بطاقة الاستشفاء خلال ٢٤ ساعة من الموافقة . وفي حال تعذر الاتصال بالطبيب المراقب يرفع المستشفى المعاملة لرئيس مصلحة المستشفيات في وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية .

وفي حال عدم تأمين بطاقة الاستشفاء بواسطة المستشفى أو بواسطة ولي أمر المريض بعد تسليمه التقرير الطبي كما هو مبين أعلاه ، يعالج المريض على حساب وزارة الصحة ما دام أنه صرح بذلك عند دخوله المستشفى .

٥ - تعطى بطاقة الاستشفاء للمريض حق الاستشفاء في درجة الوزارة أي في غرفة ذات سريرين أو ثلاثة أو أكثر حسب المستشفيات ولكل درجة تعرفه خاصة محددة من قبل الوزارة ومن حق المريض الاطلاع عليها .

يمكن للمريض بصفة استثنائية أن يطلب نقله إلى غرفة أخرى بنفس الدرجة إذا كانت هناك أسباب مقبولة تقلق راحته صادرة عن مريض آخر في نفس الغرفة أو من الزائرين .

ج - طريقة دفع نفقات العلاج :

١ - يتحمل المريض ١٥٪ فقط من مصاريف معالجته على أن لا يتعدى المبلغ الذي يدفعه ٥٠٠ ل ل . يدخل من ضمنها أتعاب الأطباء .

٢ - إذا طلب المريض المعالجة بدرجة أعلى من درجة الوزارة مع إبداء استعداد له لدفع فرق الدرجة ، تلغى بطاقة الاستشفاء حكماً ولا تتحمل الوزارة أية مصاريف ويجب أن يبقى المريض في درجة الوزارة حتى انتهاء المعالجة وألا يبطل مفعول البطاقة . يستثنى من ذلك مرضى الجراحات الدقيقة التالية : جراحة الدماغ والأعصاب ، جراحة القلب المفتوح ، جراحة الأطفال المولودين قبل الأوان ، الأطفال الذين لم يتجاوزوا الأسبوعين من العمر والمصابين بحروق ، حيث يحق لهؤلاء المرضى المعالجة في درجة أعلى من درجة الوزارة على أن يدفعوا فرق الدرجة .

د - عند الخروج من المستشفى يجب على المريض :

١ - التوقيع على بطاقة الخروج عند مغادرته المستشفى .

٢ - دفع المبلغ المتوجب عليه كما هو مبين أعلاه ، ويحق له استلام نسخة عن فاتورة مصاريف المعالجة تحمل العبارة التالية : « نسخة طبق الأصل المرسل للوزارة لتسديد » .

ويعفى من دفع أي مبلغ للمستشفى :

أ - جرحى الحرب الذين يدخلون المستشفى المثبت وصفهم بتقرير من الطبيب المراقب .

ب - المعاقون المعالجون على نفقة الحكومة والمحالون للمعالجة من مؤسسات خاصة متعاقدة مع الدولة .

ج - الأيتام الموجودون في المأوى وموظفو الدولة المدنيون المتقاعدون .

د - لا تعطى الموافقة على الاستشفاء إذا كان يمكن لإحدى المستشفيات الحكومية تأمين المعالجة اللازمة .

هـ - هل يمكن للمريض أن يرفض المعالجة أو يغادر المستشفى قبل انتهاء المعالجة :

يمكنه ذلك على أن يحرر تعهداً خطياً مفاده أنه يطلب ذلك على مسؤوليته .

و - ما هي علاقة المريض بالطبيب المعالج ؟

تنص الآداب الطبية (المرسوم ١٣١٨٧ - ٢٠/١٠/٦٩) على أنه

ينبغي على الطبيب الذي يلبي دعوة للعناية بمريض ، أن يؤمن له فوراً كل ما يستطيعه وتستلزمه العناية الطبية وأن يعامل المريض باستقامة ولطف وأن يحيطه بالرفقة ، وعليه أن يقتصر في وصفاته الطبية على ما توجبه النجاعة والضرورة ، ويحدد الطبيب بنفسه أتعابه بمراعاة . واعتدال ، وعليه ألا يرفض إعطاء مريضه الإيضاحات المتعلقة ببذل أتعابه .

ويحق للمريض أن يحصل على جميع المعلومات ويبلغ عن القرارات المتعلقة بمرضه وبمعالجته ، ويمكن للطبيب أن يخفي عن المريض تشخيصاً خطراً أو عن حالة ذات أجل محتوم وعليه أن يعلنه بلباقة ومن الأفضل أن يكون هذا الاعلام لعائلة المريض .

ز - المراجعات :

بإمكان المريض أن يقدم مراجعاته عن معالجته وطريقة معاملته في المستشفى إلى مديرية العناية الطبية ، مصلحة المستشفيات (قسم المراجعات) في وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية (رقم الهاتف : ٣٨٨٦٩٣) .

ملحق رقم (١٦) :
إحصائيات المستشفيات الخاصة في لبنان ،
كما وردت من إدارة المستشفى المذكور ،

- ١٩٨٢ -

جدول رقم (٣) :

إحصائيات المستشفيات الخاصة في لبنان ، كما وردت من إدارة المستشفى المذكور .

اسم المستشفى في بيروت	ملكية المستشفى	طوابق المستشفى	عدد الأسرة	عدد موظفي المستشفى	عدد الأطباء المتفرغين	وقت جزئي	عدد الأطباء المتفرغين	فريق التمريض	المساعدين	عدد التقنيين والفنيين	عدد المرضى الداخليين	عدد الأيام المرضية	متوسط مدة الإقامة	نسبة أشغال الأسرة	عدد العمليات الجراحية (منها العمليات القيصرية)	عدد الولادات	عدد الفحوصات المخبرية	عدد فحوصات الأشعة	عدد الوفيات	عدد مرضى العيادات الخارجية	الميزانية (بالملايين)
١ - أبو جردة .	خ	٧٠	١٣٩	٧٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
٢ - سانت جوزيف .	خيري	١٢٥	٢٠٣	١٢٥	١٩	٢٩	٢٠٣	١٢٥	١٢٥	٢٠	٥٨٤	٣٣٠٠٠	٥٨٤	٧٢	٢٤١٧	٢٠٦٠	٢٤١٧	٢٠٦٠	٢٤١٧	٢٠٦٠	٢٤١٧
٣ - الجميزة .	خ	١٠٥	٢٥	١٠٥	٢٤	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥
٤ - كرم .	خ	٢٠	١٥	٢٠	٢	١	٢	١	١٠	١	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠
٥ - رزق .	خ	٩٠	١٧٨	٩٠	١٩	٣٥	٧	٢٥	٩	٦٦	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥	٢٥
٦ - أونيل ديو .	خ	٢٨٠	٢٥٠	٢٨٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
٧ - غريب .	خ	١٨	٢	١٨	٢	٢	٢	٢	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧	٧
٨ - غوثريان .	خ	٢٠	٢٠	٢٠	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢
٩ - الأطباء .	خ	٤٦	٢١	٤٦	٢	٢	٢	٢	١٢	١	١٨٠٠	١٨٠٠	١٨٠٠	١٨٠٠	١٨٠٠	١٨٠٠	١٨٠٠	١٨٠٠	١٨٠٠	١٨٠٠	١٨٠٠
١٠ - السائي .	خ	٢	١٥	٢	٥	٥	٥	٥	٩	٩	٧٢٠	٧٢٠	٧٢٠	٧٢٠	٧٢٠	٧٢٠	٧٢٠	٧٢٠	٧٢٠	٧٢٠	٧٢٠

الضمائم

١١ - المقاصد .	خيري	١٨٥	٤٨٥	١٨٥	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨
١٢ - جورج بهجاري	خ	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨	٢٠	١٨
١٣ - إسكندر خوري .	خ	٢٨	٤٥	٢٨	٢	٢	٢	٢	١٥	٣	٣٢٤٨	٣	٣٢٤٨	٣	٣٢٤٨	٣	٣٢٤٨	٣	٣٢٤٨	٣	٣٢٤٨
١٤ - فؤاد خوري .	خ	٢٧	٤٠	٢٧	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠
١٥ - سان جورج .	خيري	٣٠	٤١٧	٣٠	٢٩	٢٥	٣٠	٢٩	٢٩	٢٩	٢٩	٢٩	٢٩	٢٩	٢٩	٢٩	٢٩	٢٩	٢٩	٢٩	٢٩
١٦ - بيطار .	خ	٤٠	٤٠	٤٠	١٠	١٠	١٠	١٠	٣٤	٣٤	٣٤	٣٤	٣٤	٣٤	٣٤	٣٤	٣٤	٣٤	٣٤	٣٤	٣٤
١٧ - المركز الطبي CMC خيري	٥٠	٤٥	٤٥	٤٥	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨	٧٨
١٨ - مبريس	خ	٥٢	٢٠	٥٢	١	١	١	١	١٢	١٢	٣٠٠٠	٣٠٠٠	٣٠٠٠	٣٠٠٠	٣٠٠٠	٣٠٠٠	٣٠٠٠	٣٠٠٠	٣٠٠٠	٣٠٠٠	٣٠٠٠
١٩ - البربر	خ	١٧٠	٣٣٣	١٧٠	٨	٨	٨	٨	٧٩	٣٧	٨١٥٢	١٢	٨١٥٢	١٢	٨١٥٢	١٢	٨١٥٢	١٢	٨١٥٢	١٢	٨١٥٢
٢٠ - عدنان حيدر .	خ	٢	٢٢	٢	٥	٥	٥	٥	٧	٤	٨٥٠	٣	٨٥٠	٣	٨٥٠	٣	٨٥٠	٣	٨٥٠	٣	٨٥٠
٢١ - سامي بيطون .	خ	٣٠	٨	٣٠	٨	٨	٨	٨	١٠	١٠	٨٥٠	٣	٨٥٠	٣	٨٥٠	٣	٨٥٠	٣	٨٥٠	٣	٨٥٠
٢٢ - الحميداني .	خ	١٢٦	٧٧	١٢٦	٥٥	٥٥	٥٥	٥٥	١٠٢	١٠٢	١٠٢	١٠٢	١٠٢	١٠٢	١٠٢	١٠٢	١٠٢	١٠٢	١٠٢	١٠٢	١٠٢
٢٣ - دار التوليد اللبناني .	خ	٢٢	٢٢	٢٢	١	١	١	١	٧	٧	١٤٥٠٠	١٤٥٠٠	١٤٥٠٠	١٤٥٠٠	١٤٥٠٠	١٤٥٠٠	١٤٥٠٠	١٤٥٠٠	١٤٥٠٠	١٤٥٠٠	١٤٥٠٠
٢٤ - المجلس الاسلامي خيري	٥٢	٨٥	٨٥	٨٥	٤	٤	٤	٤	٢٢	٢٢	١٩٩٠	٩	١٩٩٠	٩	١٩٩٠	٩	١٩٩٠	٩	١٩٩٠	٩	١٩٩٠
٢٥ - الشهي الأعلى	خ	١٠	٤٢٠	١٠	٨٠	٨٠	٨٠	٨٠	١٠٣	١٥٧	١١٠	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣
٢٦ - الجامعة الأميركية	٥٢	١٠	٤٢٠	١٠	٨٠	٨٠	٨٠	٨٠	١٠٣	١٥٧	١١٠	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣	١٧٠٣

الميزانية (بالملايين)	عدد مرضى العيادات الخارجية	عدد الوفيات	عدد فحوصات الأشعة	عدد الفحوصات المخبرية	عدد الولادات (منها العمليات القيصرية)	عدد العمليات الجراحية	نسبة أشغال الأسرة	متوسط مدة الإقامة	عدد الأيام المرضية	عدد المرضى الداخليين	عدد التقنيين والفنيين	المساعدون	الممارسون	المجازين	المتفرغين	وقت جزئي	المتفرغين	عدد موظفي المستشفى	عدد الأسرة	طواقم المستشفى	ملكية المستشفى	اسم المستشفى
١	٥٠٠٠	٢	١	١٤٤	١٣٠	١٠٠	٥٠	٢٠	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١٠	٤٠	١	خيري	١ - سان ميشال .
٢	١٠٠	١	١	٣٠٠	٣٠٠	١٠٠	٥٠	٣	١	٣٠٠	١	١	٣	١	١	١	١	٢	١	١	خيري	٢ - خوري .
٣	٥٥٠	٢	١٧٠٠	١٧٠٠	٢٣٠	٦٥٠	٧٠	٦	٩٠٠	١٦٠٠	٥	١٥	١٣	٥	١٢	١٢	٣٣	١٨	٣	٣	خيري	٣ - جبيل .
٤	١	١	١	١	١	١	١	١	١	٥٠٠٠	٧	١	١	١	١	١	١	٣٣	١٨	٣	خيري	٤ - سيدة الموملات .
٥	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	٣٣	١٨	٣	خيري	٥ - سانت لوس .
٦	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	٣٣	١٨	٣	خيري	٦ - الحايك .
٧	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	٣٣	١٨	٣	خيري	٧ - الارز .
٨	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	٣٣	١٨	٣	خيري	٨ - سرحاك .
٩	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	٣٣	١٨	٣	خيري	٩ - دير الصليب .
١٠	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	٣٣	١٨	٣	خيري	١٠ - الوطني : عالية .
١١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	٣٣	١٨	٣	خيري	١١ - الإيمان .
١٢	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	٣٣	١٨	٣	خيري	١٢ - العيون .
١٣	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	٣٣	١٨	٣	خيري	١٣ - القلب الأقدس .
١٤	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	٣٣	١٨	٣	خيري	١٤ - سان شارل .
١٥	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	٣٣	١٨	٣	خيري	١٥ - سان توماس .

الميزانية (بالملايين)	عدد مرضى العيادات الخارجية	عدد الوفيات	عدد فحوصات الأشعة	عدد الفحوصات المخبرية	عدد الولادات (منها العمليات القيصرية)	عدد العمليات الجراحية	نسبة أشغال الأسرة %	متوسط مدة الإقامة	عدد الأيام المرضية	عدد المرضى الداخليين	عدد التقنيين والفنيين	المساعدون	الممارسون	المجازين	المتفرغين	وقت جزئي	المتفرغين	عدد موظفي المستشفى	عدد الأسرة	طواقم المستشفى	ملكية المستشفى	اسم المستشفى
١	١٨٧١	١٥	٦٤٤٥	٥٠٨٦	٢٠٥	٢١٢٨	٥٧	١٣	١٣٠	٧١٨٧	٧	١٣	١٣	١٣	١٣	١٣	١٣	١٣	١٣	١٣	خيري	١ - الرهبان / زغرنا .
٢	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	خيري	٢ - الاسلامي / طرابلس .
٣	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	خيري	٣ - معلوم .
٤	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	خيري	٤ - اليسار .
٥	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	خيري	٥ - شاهين .
٦	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	خيري	٦ - شهاب .
٧	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	خيري	٧ - الوطني / طرابلس .
٨	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	خيري	٨ - الرازي / عكار .
٩	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	خيري	٩ - الامومة .
١٠	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	خيري	١٠ - ملا .

الميزانية (بالملايين)	عدد مرضى العيادات الخارجية	عدد الوفيات	عدد فحوصات الأشعة	عدد الفحوصات المخبرية	عدد الولادات (منها العمليات القيصرية)	عدد العمليات الجراحية	نسبة أشغال الأسرة	متوسط مدة الإقامة	عدد الأيام المرضية	عدد المرضى الداخليين	عدد التقنيين والفنيين	عدد المساعدين	عدد الممارسة	عدد المجازين	عدد المتمررين	عدد وقت جزئي	عدد المتفرغين	عدد موظفي المستشفى	عدد الأسرة	طوابق المستشفى	ملكية المستشفى	اسم المستشفى في جنوب لبنان
١٢٨٠٠	١٨٠٠٠	١٢٥	١٢٢٨٠	١٠٣٨٦	١٥٠٠	١٣٤٠٠	٦٢	٣	٧٨٦٨٠	٩٥٦٠٠	٩	٦٠	٦٠	٣٥	٣	٤	٨	٣٧٥	١٤١	١٠	خ	١ - حمود .
٥٠٦	١٨٠٠	٦٠	٣٨٤	٥٠٠٠	١١٠٠	١٢٠٠	٣٤	٥	١٣٥٠٠	٢٥٠٠	٥	١٠	٢٠	٦	—	٢٢	٥	٥٤	١٠٠	٦	خ	٢ - الجنوب (شقيب) .
٣٠٠	١٣٥٠٠	٣	٢٠٠٠	—	—	١٣٥٠	٨٠	٣	—	١٧٥٠	—	٦	—	١	—	—	١	١٢	١٨	٥	خ	٣ - الشاب .
—	١٨٠٠	٥	٣٤٠٠	٨٤١١	١٨٠٠	٢١٠٠	٦٦	٤	١٢٠٠٠	٣٠٠٠٠	٣	—	٢١	١٤	—	٢١	٥	٧٧	٥٠	٥	خ	٤ - دلاعة (١) .
٨٠٠	١٤١٠٠	٣	٢٠٠٠	٠	١٢٠٠	٤٠٠	٧٨	٢	٢٧٠٠	١٣٥٠	٢	—	٣	٣	—	—	٣	١٢	٢٦	١	خ	٥ - صيران (٢) .
—	٦٠٠٠	١	٧٠٠	—	٣٥	١٤٥	٣٣	٤	١٢٠٠	٣٠٠	—	—	٣	—	—	٣	١	٤	١٠	١	خ	٦ - نجم .
١٠٣	—	١٠	٣٥٠٠	—	٢٥٠	٧٠٠	٢٧	٤	٤٠٠٠	١٠٠٠	١	—	٥٠	٣	—	—	١	١٢	٤٠	٢	خ	٧ - إلياس إيليا .
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	خ	٨ - سان انطون .
٢٠٣	٢٥٠٠	٢	٦٦٠٠	—	١٠٠	١٢٠٠	٥٥	٤	٤٣٨٠	١٠٩٥	١	٢	٣	١	—	١٧	١	٩	٢٢	٢	خ	٩ - اسكندر حجاج .
—	٣٠٠٠	٢	٧٢٠	—	١٥	٢٥٠	١٩	٥	١٢٥٠	٢٥٠	—	٢	٤	١	—	٣	١	٩	١٨	٢	خ	١٠ - مركز لبيب الطبي .
—	٥٣٧٥	٥	٢٩٥٥	٤٦٤٠	٣٥٨	٢٥٨٠	١٣	٦	١٧٤٠٠	٢٩٠٠	٦	١٥	٢٠	٦	—	١٢	٩	٥٥	٧٦	٥	خ	١١ - د. د. راشد الخوري .
٢٠٠	٣٥٠٠	—	—	—	٢٥٠	٣٥٠	٣٨	٣	١٦٥٠	٥٥٠	—	—	٤	—	—	٢	١	٥	١٢	٢	خ	١٢ - النقيب .
—	٥٥٠٠	٣	٤٥٠٠	٦٠٠٠	٥٠٠٠	١٠٠٠	٩١	٤	١٢٠٠٠	٣٠٠٠	٢	٢	٦	٨	—	١٥	٢	٧٨	٣٦	٢	خ	١٣ - جوزف الخوري .
٥٠٥	٢٠٠٠	—	—	—	١٥٠	١٥	١٥	٤	٧٢٠	١٨٠	—	—	٢	١	—	—	١	٢	١٣	١	خ	١٤ - د. د. راشد الخوري .

مقل

(١) في طور التوسيع إلى ١٢٠ سرير بإضافة ٣ طوابق إضافية .
 (٢) في طور التوسيع إلى ١١٢ سرير بإضافة ٥ طوابق إضافية - مستشفيات صيدا كما هي في تشرين الأول ١٩٨٢ .

خلاصة مستشفيات محافظة الجنوب

(١)	عدد المستشفيات	١٥ (١)	منها :	
(٢)	مجموع أسرة المستشفيات	٥٤٨	* أدوية لتخفيف الألم	٣٥٪
(٣)	مجموع الموظفين	٥٤٦	* أدوية السعال	١٠٪
(٤)	الأطباء المتفرغين	٣٩	* أدوية للزكام	٧٪
-	وقت جزئي	٩٩	* مراهم جلدية	١٠٪
-	= المتفرغين	٣	* أدوية للمعدة	٤٪
(٥)	فريق التمريض مجاز	٧٩	* منومات ومهدئات	١٪
-	بالممارسة	١٥٩	* فيتامين	٦٪
	مساعدين	٩٦	* منشطة للقلب	٢٤٪
(٦)	الفنيين	٢٩	* حبوب تنظيم أسرة	٣٪
(٧)	مجموع المرضى	٤٣٥ ٢٧	عدد أطباء الأسنان	٢٣
	الداخلين سنة ١٩٨١ .	(٢١)	مجموع الزيارات	٣٨٦
(٨)	مجموع الأيام المرضية لسنة ١٩٨١	١٠٣ ٧٣٠	لأطباء الأسنان يومياً	
(٩)	مجموع عدد العمليات الجراحية	١٥ ٢٢٥	منها : قلع الأضراس	٢٦٪
(١٠)	مجموع عدد الولادات	٥١٧٨	حشو الأسنان	٣٩٪
-	منها العمليات القيصرية .	٤٦٨	أمراض اللثة	٧٪
	تنظيف	٢٣٪	أسنان إصطناعية	٥٪
(١١)	عدد الوفيات	٢١٧	عدد الأطباء	٩٤
(١٢)	مجموع الفحوصات المخبرية	٣٤ ٤٢٦	عدد معاینات الأطباء يومياً	٣٨٦
(١٣)	مجموع فحوصات الأشعة	٣٥٦٠٥	منها : أطباء طب داخلي	١٩
(١٤)	مجموع الوصفات الصيدلانية	٣١٢٠٠٠	- أطفال	١١
(١٥)	مجموع مرضى العيادات الخاصة	٨٢٨٧٥	- أمراض نسائية	١٠
(١٦)	عدد المستوصفات	١٣	- جراحة عامة	٧
	منها مقفل	٢	- القلب والشرابين	٧
(١٧)	مجموع زيارات المستوصفات	٩٢٥٨	- الجهاز الهضمي	١١
(١٨)	عدد الصيدليات	٢٠	- رأس وحنجرة	٦
(١٩)	العدد اليومي لوصفات الصيدلانية	٥٢٠٠	- جراحة العيون	٧
	وصفة طبيب	٣٥٪	- تخدير وإنعاش	٢
	دون وصفة	٦٥٪	- جراحة المسالك البولية	٣

(١) : ١٤ منها خاصة ، يضاف إليها مستشفى صيدا الحكومي المقفل نتيجة إصابته في حزيران ١٩٨٢ ،

لا تشمل مركز الحريري الطبي الغير مكتمل في ١٩٨٢ .

الجمهورية اللبنانية
مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

ملحق رقم (١٧) :
المستشفيات الخاصة حسب ملفات وزارة الصحة .
محافظة : بيروت

ملاحظات	تاريخ الترخيص	صاحب المؤسسة	عدد الأسرة	الاختصاص حسب الترخيص	المؤسسة أو المستشفى
أقل	٩٥٥/١٠/٧	د. كركوربان د. مانوكيان	١٤٢	أطفال / صحة / جراحة	سي م سي
٩٤٨/٢/٢٢	دوجين جانجيك دانكة خوري	١٨	دار التوليد	إسكندر خوري	مخاروف
أقل	٩٦٨/٥/١٥	أنيس مخلوف	٣٠	مستشفى	بيروت
٩٧٤/٢/٨	د. بهجي وعلي نوفل	١٦٥	مستشفى	بيروت	حيدر
المستشفى الاسلامي سابقاً	٩٦٨/٧/٦	د. عدنان حيدر	١٧	مستشفى	حيدر
ترخيص باسم د. برير فقط تاريخ . ١٩٦٩/٣/١١	٩٤٥/١٢/٩	د. أحمد خوجه	١٠٢	صحة / توليد / جراحة	دار الصحة
مقتل مستمر حالياً من قبل د. زعيم وعواد وتحول الاستمرار من معالجة النشل إلى حفل الطب والجراحة	١٩٦٠/١٢/١	د. عاطف زكريا	٦٠	جراحة / توليد	عاطف زكريا
	٩٦٤/٣/١٤	سامي الترك		شلل الأطفال	الترك

٢٠
٢١
٢٢

مستشفى رأس بيروت سابقاً.	٩٨٠/١/٧	فيصل ومحمد نجار	٧٠	كافة الفروع الطبية	النجار
مقتل ٩٥٠/١٠/٢	د. منير وكمال سلمان	١٢	أمراض العين والأنف والحنجرة.	مستشفى	
مقتل / نقلت الرخصة إلى أرملته بتاريخ ١٩٧٤/٩/٢٤	د. جيزوم ماريني	١٢	عيون	مستشفى	
متوقف عن العمل	١٩٤٧/٢/١٣	ماري سعاده	٣٣	صحة / جراحة / توليد	الخوري سعاده
متوقف	٩٣٨/١/٢٨	جمعية المقاصد الخيرية	٢٤٠	جراحة / توليد / صحة	المقاصد
انتقل إلى الحازنية	٩٥١/١٢/١٧	د. اسكندري سويري	٥	توليد	مستشفى
عدل القرار بتاريخ ١٩٥٧/٥/١٤	دار المعجزة الاسلامية	٨٠٠	أمراض عقلية	دار المعجزة الاسلامية	الامامي
١٩٥٥/١٠/٧	راهبات سان شارل	٣٠	طب عام	مستشفى	
١٩٦٧/٩/١٥	د. إليي كرم				
باسم د. إليي كرم وعاري فريضة	١٩٧٤/٥/١٨	د. اميل غريب	١٦	توليد	غريب
تصريح من بلدية بيروت	١٩٧٥/٢/٦	د. سمير صليبا	١٥	معالجة امراض	مستشفى
١٩٧٢/١٠/١٦	السيد كامل يستاني			معالجة امراض	مستشفى
١٩٦١/١٠/٢٤	د. فؤاد خوري	٢٧	الشلل ومشغاته		خوري

٢٣
٢٤
٢٥

أصبحت شركة مساهمة باسم
د. خوري وشركاه وذلك
بموجب قرار وزير الصحة
تاريخ ١٩٧٧/٨/٢٣ .

تابع ملحق رقم (١٧) :

ملاحظات	تاريخ الترخيص	صاحب المؤسسة	عدد الأسرة	الاخصاص حسب الترخيص	المؤسسة أو المستشفى
معلق	١٩٤٨/٩/٦	د. بشارة سمع		أمراض داخلية	مستشفى
معلق	١٩٥١/٧/١٩	د. ريمون خليفه	٢٠	دار توليد	مستشفى
معلق	١٩٥١/٨/٢	د. كيثان أغويان		جراحة عامة	مستشفى
معلق	١٩٥٠/١/١٠	د. رضا مروة		جراحة عمومية	مستشفى
متوقف عن العمل حالياً	١٩٤٩/١١/٧	د. عبد فطالي	١٢٥	أطفال	مستشفى
نقلت إجازة الاستمرار الى	١٩٧١/٦/٧	السيدة ارييت الخوري			مستشفى
د. ديب حداد وأصبح مستشفى		د. ميساك	٦٠		
الحميرة في ١٩٨١/٧/١٦ .		برساميان			
ترخيص جديد بتاريخ	١٩٤٧/١/٢٥	د. مصطفى خالدي .	٢٨	توليد	الخالدي
١٩٦١/٩/٢٧ .					
نقلت الرخصة الى ورثة د.	١٩٤٧/١/٢٥	د. سامي حداد	٢٤	جراحة	الشرق
حداد في ٧٢/١/٢٠ متوقف					
والبناء مهذّم .					
متوقف بسبب الاحداث	١٩٥٤/٥/١٩	د. فريد سرحال	٢٨	جراحة عامة	فريد سرحال
متوقف .	١٩٥٥/٦/٢٤	د. محمد تيزير ياسين		جراحة وتوليد	مستشفى
نقلت الرخصة الى السيدة	١٩٥٧/٩/١٦	د. فؤاد خليفه	١٧	توليد وأمراض نسائية	خليفه
أولنا حايك في ٩٧٢/١١/٣	١٩٥٧/٣/٢٥	د. إليي برنس	٢٠	جراحة وتوليد	مستشفى

متوقف حالياً عن العمل	١٩٣٢/٤/١٥	د. محمد خالد	٢٢	جراحة وتوليد	مستشفى
حالياً رأس النبع	١٩٥٨/٥/٢٦	د. محمد علي أحمد	١٧	جراحة عامة	الاحياء
أقفل	١٩٥٥/١١/٣٠	د. جوزف عريبد		أمراض نسائية	
	١٩٦٢/٩/٢٥	الجامعة الأميركية	٢١٠	توليد وجراحة	مستشفى
	١٩٦٦/٧/١٥	الجامعة السورية	٢٨٥	كلية فروع الطب	الأميركية
	١٩٧٢/٢/٢٥	المجلس الشعي	١١٨	طب عام	أوتيل ديو
متوقف	١٩٥٥/١١/٢٩	د. جورج بدر		مستشفى عمومي	الزهره
استثمار	١٩٦١/٩/٢٧	د. جورج بخارزي	١٦	جراحة/توليد/صحة	مستشفى
استثمار	١٩٧١/٤/١٤	د. محمد خالد	٧٠	التأهيل الطبي	بخارزي
استثمار	١٩٧٢/١١/٢٣	د. عبد الله	٦٠	إصابات الحروب	الأوزاعي
		أبو حسان			المركز العمري
					لاصابات الحروب

محافظة : جبل لبنان

ملاحظات	تاريخ الترخيص	صاحب المؤسسة	عدد الأسرة	الاخصاص حسب الترخيص	المؤسسة أو المستشفى
إنشاء محافظ	١٩٥٥/٥/١٤	السيد زخيا طوبيا	٣٤	صحة/توليد أطفال	مار مخايل
إنشاء	٧٩/٦/١٩	د. خليل دروزير جرمانوس وأنطون الشمعي	٦٠	صحة/جراحة توليد	جبل
استثمار	١٩٦٧/١٢/٢١	جان دارك باميل ويثري كرم		طب داخلي	مستشفى
استثمار	١٩٧٣/١٢/٢١	الرحمانية المارونية	٧٥	سيدة الممرات	مستشفى
استثمار	١٩٧٣/١/٤	د. فوزي عقيقي	١٢٠	مستشفى	سان ماركان
استثمار	١٩٧١/٥/١٠	د. جوزف الحاج	١٠٠	مستشفى	سيدة لبنان
إنشاء/لم يفتح بعد	١٩٦٦/٨/١٦	د. قسطين كورنيس		مستشفى	مستشفى الحاج
استثمار	١٩٧٩/٧/٧	رايات القديسة تريز	١٥٠	مستشفى	مستشفى
استثمار	١٩٧٩/٨/٢٠	السيدتين الفونس وانطون خاطر		مستشفى	مستشفى

إنشاء	١٩٧٢/٧/٨	الخوري ريشا	٦٣	مستشفى	مارليس
استثمار	١٩٦١/١/١٢	الاب خليفة	٥٥	ماري	ماري حريصا
إنشاء	١٩٨٢/٢/٢٢	د. سليم البوارى وجوزف رعيدي		مستشفى	مستشفى
مستشفى ودور لإيواء الساقطات	١٩٦٤/٤/١٨	رئيس دير الراعي الصالح		دار للأمومة والطفل	مستشفى
استثمار	١٩٧٣/٣/٦	د. إيليا صويلا	٤٠	صحة/جراحة/توليد والطفل	سيدة النجاة
إنشاء	١٩٧٤/٧/٦	السيدة ماري تركية		معالجة الحالات النفسية للأولاد	طبية
إنشاء	١٩٧٤/١٠/٣١	الرحمة الانطونية		أمراض مزمنة	انجليس
إنشاء	١٩٧١/١٢/١٧	جمعية راهبات	١٢٠٠	أمراض عقلية	دير الصليب
إنشاء	١٩٧٥/٥/١٥	د. عادل الحايك		مستشفى	الحايك
استثمار	١٩٧٤/١/١٩	د. سليم وجوزف حايك	٧٥	مستشفى	الحايك
استثمار	١٩٦٦/١٢/٦	د. متري البطار	٥٨	جميع الفروع	البطار
		وشفيقة.			
استثمار/معلق	١٩٥٥/١١/١٧	د. صبحي الطيارة		جراحة وأمراض	مستشفى
	١٩٨٠/١٢/٣١	د. سمير سرحال	٧٥	مستشفى خاص	مستشفى
استثمار	١٩٧٩/٣/٣١	الراهبات الانطونيات	٢٥٤	أمراض مزمنة	دار الرحمة
	١٩٥٢/٦/٢٠	راهبات دير الصليب	١٤٠	طب وجراحة	مار يوسف
	١٩٧١/١٢/١٧	راهبات دير الصليب	٧٠٠	أمراض مزمنة	السيدة
	١٩٦١/٣/٧	د. فريد أبو جودة	٧٤	جميع الفروع	أبو جودة

تابع ملحق رقم (١٧) :

ملاحظات	تاريخ الترخيص	صاحب المؤسسة	عدد الأسرة	الاختصاص حسب الترخيص	المؤسسة أو المستشفى
لم يفتح بعد انتقل المستشفى بعد الأحداث الى درعون /كسروان	١٩٦٣/٢/١٥ ١٩٦٧/٢/٢١	د. بيار دكاشر الحروري أنطوان الفرطايوي	١٢٥	مستشفى شلل أطفال	مستشفى الفرطايوي
	١٩٧٠/٤/٢١ ١٩٦٨/٩/٢٧	د. فؤاد طرابلسي لجنة مصبح الأرض	٩ ٢٢٠	حوادث طارئة أمراض صدرية وصحة عامة	مستشفى المرونية
	١٩٨٠/١/٣١ ١٩٨٠/٥/١٢ ١٩٨١/١٢/٣ ١٩٧٣/٣/٢٨	مؤسسة الخدمات الصحية جمعية الايمان الدرزية د. أسد شرف الدين الجمعية الانجيلية	٤٥ ٢٠	مستشفى مستشفى أمراض العين مستشفى	مستشفى الايمان مستشفى مستشفى
إنشاء	١٩٧١/١١/١٢	جمعية مركز الشلل الدماغي	٤٢	شلل دماغي	مستشفى
	١٩٨١/٢/٥	د. مروان بو عياش وخليل بو عياش		مستشفى	مستشفى
إنشاء واستعمار	١٩٨٣/٤/٣٠	جمعية العرفان التوجيهية		مستشفى	مستشفى
إنشاء	١٩٧٥/٥/١٥	المؤسسة الصحية للمطافئة الدرزية.		مستشفى	مستشفى
	١٩٧١/٩/٣ ١٩٨٢/١٢/٢ ١٩٦٣/٤/١٣ ١٩٦١/٤/٥	د. نزار الحلبي د. نيل عويدات د. منيب عويدات د. بشارة بويز	٤٠ ١٢ ٦٠	تأهيل طبي مستشفى صحة /جراحة صحة وجراحة مستشفى	مستشفى مستشفى عويدات مستشفى دير القمر
إنشاء/متوقف	١٩٧٤/١٠/٣١	جمعية العمل الصالح		مستشفى	مستشفى

محافظة : الشمال

المؤسسة أو المستشفى	الاختصاص حسب الترخيص	عدد الأمرة	صاحب المؤسسه	تاريخ الترخيص	ملاحظات
مستشفى	توليد/جراحة نسائية	١٤	د. أنطوان ملكي	١٩٦٠/٥/١٢	استثمار
مستشفى	توليد/جراحة نسائية	٢١	سميح فرح	١٩٦٧/١١/٢٥	استثمار
مستشفى	مستشفى	١٠	د. جوزيف صوطر	١٩٦٩/١/٩	صحيح الترخيص المرفوع باسم فرح الى اسم شركة مستشفى الأمهات في طرابلس.
مستشفى	أمراض نسائية وتوليد	١٧	د. هدية الزواقي	١٩٧٠/٦/١٩	استثمار/متوقف عن العمل
المستشفى الوطني	مستشفى	٢١	د. جورج عيسى الخوري.	١٩٥٠/٥/١١	متوقف عن العمل
مستشفى	أمراض داخلية	١٨	د. ميشال ملكي	١٩٥٩/٥/٢٨	محافظة/استثمار
مستشفى	جراحة وتوليد	٧٠	د. كامل الشمراني	١٩٥١/١/١٠	استثمار
مستشفى	مستشفى	١١	د. وهيب ويغولا النيني	١٩٥١/١/٤	استثمار/معلق
مستشفى	جراحة وأمراض داخلية	١١	د. سليم ملكي	١٩٦١/١/١٣	استثمار
				١٩٧١/٩/٤	استثمار أمراض داخلية

تأريخ ملحق رقم (١٧) :

ملاحظات	تاريخ الترخيص	صاحب المؤسسة	عدد الأسرة	الاختصاص حسب الترخيص	المؤسسة أو المستشفى
استثمار	١٩٥١/١٢/٧	د. شاهين شاهين	٢٠	جراحة عمودية	مستشفى
محاظن/ استثمار	١٩٥٥/٤/٢٢	د. علي شعار	١٠	توليد/ صحة	مستشفى
إنشاء	١٩٦٤/١٢/٢٤	د. شاكر الشهاب	٢٠	جراحة نسائية	مستشفى
محاظن/ استثمار	١٩٥٩/٢/٥	د. سمح علم الدين	١٦٠	توليد	مستشفى الاسلامي
توسيع المستشفى	١٩٧٧/١٢/١٤	د. نخلة الشامي	١٨	أمراض الرأس	مستشفى
متوقف عن العمل	١٩٥٠/١/١٠	جمعية الخدمات	٢٧٥	أمراض مزمنة	الخدمات
إنشاء واستثمار مأوى	١٩٧٧/١٢/٢١	الاجتماعية	٥٥	شغل/مقاتلين	الاجتماعية
عجز زهايل فزياني	١٩٨٢/٥/٢٩	شركة مستشفى الرازي	٥٥	مستشفى خاص	الرازي
استثمار	١٩٨٢/٥/٢٩	بشخص د. أشرف سياسي	٦٠	مستشفى خاص	مستشفى
استثمار	١٩٨٢/٣/١٣	د. رياض رحال	٦٠	مستشفى خاص	مستشفى
إنشاء	١٩٧٩/٥/٢٢	وشركة رعية الأباء الكوشين		مستشفى	التمارن الاخوي
استثمار	١٩٧٦/٣/١	وكل وقف زغرنا		مستشفى	ماريوجنا
ترخيص مؤقت لستين	١٩٧٨/٥/٢	د. يوسف ربحان	٣٠	مستشفى	مستشفى

استثمار	١٩٥٢/٢/٩	د. اسكندر وجعل	٢٠	جراحة وتوليد	مستشفى
أصبحت الملكية باسم د. اسكندر وفؤاد البرجي وشقيقهم الياس البرجي	١٩٧٣/٢/٢١	البرجي			
إنشاء واستثمار	١٩٧٩/٧/٩	الاتحاد المحمدي للبيات ود. فريد حكيم		مستشفى خاص	مستشفى مار منصور
وصل بالتصريح/ متوقف عن العمل .	١٩٤٠/٦/١٠	د. حليم أبو شاهين	٨	جراحة/ توليد	مستشفى
استثمار	١٩٦٩/١/١١	الرجابية المارونية	٨٠	مستشفى	البزون
اشترتها وزارة الصحة العامة منذ حوالي ١٠ سنوات وهي الآن تدار بواسطة الضمان الصحي .					

محافظة : الجنوب

ملاحظات	تاريخ الترخيص	صاحب المؤسسة	عدد الأسرة	الاخصاص حسب الترخيص	المؤسسة أو المستشفى
قرار إنشاء	١٩٦٧/١/٢١	د. غسان حمود	١٦٨	توليد/جراحة	مستشفى حمود
قرار استثمار	١٩٧٥/٥/٢			صحة	
قرار توسيع	١٩٨٥/٧/١٥				
قيد التجهيز غرفة (٦)	١٩٧٢/٩/١٤	د. لبيب أبو ظهر	٥٩	مستشفى	مركز لبيب الطبي
استثمار	١٩٧١/٩/٢٥	د. جميل معاري	١٢	مستشفى	مستشفى
	١٩٤٨/٦/١٨	د. راشد الخوري	٢٥	طب داخلي	مستشفى
				جراحة/توليد	
إنشاء واستثمار	١٩٧٨/١١/٣٥	د. هشام دلاعة		توليد	مستشفى
استثمار	١٩٦٣/٩/٢٧	د. الياس نجم	١٥	جراحة/توليد/صحة	مستشفى
استثمار	١٩٦٤/٣/١١	د. اسكندر الحاج		جراحة وأمراض داخلية	مستشفى
استثمار	١٩٦٩/٨/٢٢	د. وهي شعيب	١٤٢	مستشفى	مستشفى الجنوب
قرار بتوسيع المستشفى	١٩٧٩/٥/١٢				
مستشفى عيود سابقاً	١٩٦٨/١٢/٢٧	د. فؤاد عيران	٧٥	جراحة/صحة/توليد	مستشفى عيران
	١٩٧٨/٥/٢٤	د. عبد الرحمن القريب	٢٦	توليد وجراحة	مستشفى
انتقلت الرخصة الى د. رمزي الشاب	١٩٢٦/١١/٣٥	د. رمزي الشاب	٢٥	دار استشفاء خصرية	مستشفى

٢٢
٢٣
٢٤

	١٩٧٥/١١/١٧	د. انطوان عساف	٢٢	جراحة عامة/توليد/أمراض داخلية	مستشفى
قرار إنشاء	١٩٨١/٦/٣	د. أحمد وعادل الراعي والمحامي علي الراعي		مستشفى	مستشفى
قرار إنشاء	١٩٨٥/١١/٣	د. محمد الجيتي		توليد	مستشفى
قرار إنشاء	١٩٨٢/١١/٢٩	د. أحمد البطان		مستشفى	مستشفى
قرار إنشاء	١٩٨١/٩/١١	د. وليد قصب		مستشفى	مستشفى
إنشاء	١٩٧٥/٥/٢٣	د. رفيق الحريري	٣١٥	جراحة/عيادة	مستشفى
استثمار	١٩٨٢/١٥/٤			فائقة/مركز أشعة/معالجة فيزيائية	مركز الاستشفاء
ترخيص من المحافظ	١٩٥٩/١٥/٦	د. الياس إيليا	٤٥	مستشفى	مستشفى إيليا
قرار إنشاء	١٩٧٨/١٥/١٨	د. حسن علاء الدين	٦٤	مستشفى	مستشفى
		د. واسماعيل علاء الدين		أمراض نسائية وجراحة	مستشفى
مقفل	١٩٤١/١٥/٢٥	د. سعد الله الخليل		مستشفى	مستشفى
إنشاء واستثمار	١٩٨١/٩/٢٧	د. محمد فقير		مستشفى	مستشفى فقير
		د. وادع فقير			
استثمار	١٩٧١/٩/٢٢	د. اسماعيل بحر	١٢	مستشفى	مستشفى
إنشاء	١٩٨١/٧/١٤	د. أحمد مروة	٥٥	مستشفى	مستشفى جبل عامل
استثمار	١٩٨٢/١/١٥	د. رياض ورضا			
		د. حسين مروة			
ترخيص بالاستثمار	١٩٧٢/٢/٢٨	د. صلاح شعبان	٣٥	مستشفى	مستشفى
إنشاء واستثمار	١٩٨٥/٧/٥	د. عبد الأمير قيلان		مستشفى	مستشفى
نقل الترخيص الى النجدة الشمية في ١٩٨٢/١٢/٦	١٩٦٢/١٢/٢٤	د. علي كلوت	٢٥	مستشفى	مستشفى

٢٢
٢٣
٢٤

تابع ملحق رقم (١٧) :

المؤسسة أو المستشفى	الاختصاص حسب الترخيص	عدد الأسرة	صاحب المؤسسة	تاريخ الترخيص	ملاحظات
مستشفى النفار	مستشفى أمراض نفسية وعقلية وأمراض الشيخوخة	٣٠٠	د. عادل وأحمد غنود د. محمد خالد د. يوسف سيرة	١٩٨٢/٥/٢٧ إنشاء ١٩٦٦/٨/٢١ إنشاء	إنشاء واستثمار
الباس إيليا سان أنطون مستشفى	صحة / جراحة / توليد مستشفى مستشفى	١٦ ١٩	د. إلياس إيليا د. أنطوان صناف روز بشور	١٩٥٩/١٠/٦ ١٩٧١/١١/١٧ ١٩٨٣/٢/٦	إنشاء

٢٢٤

محافظة : البقاع

مستشفى دار الحياة مستشفى ابن سينا	دار للتوليد كافة الفروع مستشفى خاص	١٢	د. منير الحموري د. جعفر رمضان عميري، محمد اللقين، حسن عقل، صالح النبل مصطفى الشمالي د. أحمد الططري أسعد سلمان د. عبد الحميد المعصراني روزيق مزرع وطبي جندر د. حسن عوار د. عمر عراجي وحمدة أبو عسكر	١٩٨١/١٢/١٠ إنشاء ١٩٨٣/٣/٩ إضافة طابق ١٩٨٠/١٠/١١ إنشاء ١٩٨١/١٢/١٥ استثمار ١٩٨٠/٦/١٩ إنشاء واستثمار ١٩٨٠/٥/٢٨ إنشاء ١٩٧٩/١٢/٢٠ إنشاء ١٩٧٨/٦/٢٨ إنشاء ١٩٨٢/٥/٣١ إنشاء واستثمار ١٩٨٠/١٢/٣١ إنشاء ١٩٤٩/٨/٥ حالياً ملك وقف الروم الكاثوليك ١٩٧٧/٥/١٧ إنشاء واستثمار ١٩٧٣/١٢/١٥ استثمار ١٩٧٨/٤/٢٥ إنشاء واستثمار ١٩٨٢/٤/٣ إنشاء واستثمار	مستشفى خاص مستشفى الرحمة المستشفى الأهلي مستشفى تنتين مستشفى دار الشفاء مستشفى مستشفى تل شيحا الخطيب مستشفى مستشفى

٢٢٥

ملحق رقم (١٨) :
قواعد تصنيف وتقييم واعتماد المستشفيات .

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية
المديرية العامة للصحة
مصلحة المستشفيات
استمارة تصنيف وتقييم المستشفيات

فهرست

صفحة :	ملاحظات عامة :
١/١	الباب الأول: بيانات عامة .
١/٢	الباب الثاني: حالة بناء المستشفى .
١/٣	الباب الثالث: التجهيزات والمعدات الفندقية .
	الباب الرابع: التجهيزات والمعدات الطبية
١/١/٤	قسم الأشعة .
١/٢/٤	قسم المختبر
١/٣/٤	قسم بنك الدم
١/٤/٤	قسم الصيدلية
١/٥/٤	قسم الطوارئ
١/٦/٤	قسم غرف العمليات
١/٧/٤	قسم التوليد .
١/٨/٤	قسم غسيل الكلوي .
١/٩/٤	قسم العناية الفائقة .
١/١٠/٤	قسم النقاط الاضافية .
	الباب الخامس: العاملون في المستشفى
١/١/٥	قسم العاملون في الإدارة
١/٢/٥	قسم العاملون في التمريض
	الباب السادس: تشغيل المستشفى
١/١/٦	قسم التشغيل الصحي
١/٢/٦	قسم التشغيل الاداري
١/٣/٦	قسم التقدير العام

ز - جدول بأسماء الموظفين العاملين في الأقسام العامة ووظائفهم (الصيانة ،
التصليحات ، المخازن ، الغلاية ، التدفئة ، المطابخ ، التنظيفات ، إلخ
كل قسم على حدة) .

ح - نسخة عن النظام الداخلي للمستشفى .

ط - نسخ عن محاضر اجتماع اللجان (اللجنة الطبية ، لجنة مكافحة
التلوث) .

ي - نظام التأمين ضد الحريق والأخطار والحالات الطارئة .

ك - سجل خروج ودخول المرضى .

٦ - لا يقبل للتصنيف إلا المستشفى الذي يستوفي الشروط المنصوص عليها المرسوم
رقم ٩٨٦٢ تاريخ ١٩٦٢/٦/٢٢ (القانون المتعلق بالمستشفيات الخاصة)
والمعدل بمرسوم رقم ١٣٩ ، تاريخ ١٩٨٣/٩/١٦ .

ملاحظات عامة

١ - يجب التزام الدقة في الإجابة وأن تكون الأجوبة مؤيدة بالمستندات والفواتير
الموجودة لدى المستشفى والتي يمكن الرجوع إليها عند الاقتضاء .

٢ - بحال وجود مشاريع تحت الانجاز أو أجهزة واردة ولم تتركب بعد ، يذكر ذلك في
ملحق يربط بهذه الجداول مع ذكر أسباب عدم التركيب أو الانجاز .

٣ - بعد تلاوة كل بند من البنود يجب التأكد من توفر الشرط الذي يتضمنه فإن توفر
بالكامل يكتب الرقم الوارد في الجدول والمحدد لهذا البند في الخانة المخصصة
لذلك ، أي بين الخططين العموديين .

٤ - يجب جمع النقاط وختم وتوقيع كل صفحة في أسفلها .

٥ - يجب على المستشفى قبل البدء بالتصنيف ، أن يضع تحت تصرف لجنة
التصنيف نسخة عن المستندات الموجودة لديه والمتضمنة :

أ - نسخة عن رخصة الاستثمار الصادرة عن وزارة الصحة .

ب - جدول بأسماء الممرضين والممرضات القانونيين في جميع الأقسام مع ذكر
الوظيفة والجنسية والمؤهل وتاريخه ومصدره (الأقسام التمريضية ، غرف
عمليات الطوارئ ، العناية الفائقة ، غسل الكلية ، إلخ ، كل قسم على
حدة) .

ج - جدول موجز بالبيانات وألبسة العمليات .

د - جدول بأسماء التقنيين العاملين في قسم الأشعة ووظائفهم .

هـ - جدول بأسماء التقنيين العاملين في قسم المختبر ووظائفهم .

(أسماء وتخصص ومؤهل المسؤول عن كل فرع وتاريخ ومصدر المؤهل) .

و - جدول بأسماء المستخدمين الإداريين ووظائفهم (إدارة ، سكرتارية ،
استقبال ، الاستعلامات ، مقسم الهاتف ، المحاسبة ، الصندوق
إلخ . . .) .

- ١ - اسم المستشفى : _____
- ٢ - تاريخ الانشاء : _____
- ٣ - رقم وتاريخ رخصة الانشاء : _____
- ٤ - رقم رخصة الاستثمار الصادرة عن وزارة الصحة : _____
تاريخ رخصة الاستثمار الصادرة عن وزارة الصحة : _____
- ٥ - العنوان : المدينة : _____ المنطقة : _____
الشارع : _____ الهاتف : _____
- ٦ - المدير المسؤول : _____ المؤهل العلمي : _____
- ٧ - رقم التسجيل في نقابة المستشفيات : _____
- ٨ - رقم التسجيل في السجل التجاري (إذا توفر) : _____
- ٩ - الوضع القانوني : _____
- ☐ مؤسسة فردية (اسم المالك) : _____
- ☐ شركة (يذكر نوعها) : _____
- ☐ خاص بجمعية خيرية أو طائفية : _____
- ☐ مؤسسة جامعية : _____
- ١٠ - عدد الطوابق : _____
- أ - عدد الطوابق المخصصة للاستشفاء : _____
- ب - عدد الطوابق المخصصة للخدمات والأقسام المساعدة : _____

الباب الأول

بيانات عامة

١١ - عدد الغرف والأسرة :

الدرجة	عدد الغرف	عدد الأسرة في كل غرفة	مجموع عدد الأسرة	النسبة المئوية
جناح				
لوكس				
أولى				
ثانية				
ثالثة				
المجموع				%١٠٠

١٠٠٪ ١٢ - عدد الممرضين والتقنيين والعاملين في المستشفى :

الفئة	لبنانيين	غير لبنانيين (حدد)	المجموع	النسبة المئوية
ممرضين وممرضات قانونيين				
			المجموع :	
التقنيين والمسؤولين عن الأقسام				
			المجموع :	
عدد الاداريين والعاملين في المستشفى (موظفين وجسم طبي)				
			المجموع :	
المجموع				%١٠٠

١٣ - طبيعة عمل المستشفى : عام □ متخصص □ .
(يوضع إشارة (x) إلى جانب فروع الاختصاص الموجودة في كل مستشفى
وتتملأ المعلومات حسب الجدول المبين أدناه)

فرع الاختصاص	عدد الأسرة	اسم الطبيب	ساعات العمل	رقم التسجيل	مؤهل الطبيب
المخصصة	المتخصص	الفعالية	في نقابة الأطباء	المتخصص	(مع بيان مصدره)
أورئيس الفرع	في الأسبوع				

أمراض معنية للأطفال .
حاضنات .
عناية فائقة .
عناية فائقة أطفال .
عناية فائقة كبار .
عناية فائقة قلب .
توليد وجراحة نسائية .
أطفال .
جراحة عظم .
جراحة عامة .
طب داخلي .
مسالك بولية .
أمراض نفسية وعصبية .
وجراحة أعصاب .
أذن أنف وحنجرة .
غيره (حدد) .

المجموع

الباب الثاني

حالة بناء المستشفى

العلامة

المقياس

٢-٢ نظام مكافحة الحريق :

- أ- يوجد نظام مطبق لمكافحة الحريق مع وجود
اجهزة فعالة يجري فحصها شهريا
- ب- يوجد اجهزة فعالة بدون نظام لمكافحة
الحريق
- ٣-٢ توجد مخازن خارج البناء لتخزين المواد
الملتهبة و المتفجرة
- ٤-٢ البناء مصمم بحيث يمكن انتقال المرضى
من غرفهم الى الاقسام الاخرى دون المرور
بامكنة مكشوفة او مفتوحة للزائرين
- ٤-٢ وجود اشارات لتوجيه المرضى و الزائرين
- ٥-٢ نسبة غرف الدرجة الثالثة و ما دونها الى
مجموع عدد اسرة المستشفى

مستشفيات الريف

٧٠% و ما فوق
٥٠ - ١٩ %

مستشفيات المدن

٦٠% و ما فوق
٤٠ - ٥٩ %

المجموع

٧٠

العلامة

المقياس

١- الموقع : (اذا توفرت الشروط المذكورة تعطى النقاط
كاملة و الا تعطى علامة صفر)

- ١-١ بناء يستعمل بكامله لغراض المستشفى
- ٢-١ المستشفى في موقع هادئ بعيد من
المؤامات المصنفة المزعجة سواء من جهة
الضفة او فساد الهواء
- ٣-١ توجد حديقة للمرضى (١/٣ مساحة الارض
على الأقل)
- ٤-١ يوجد مدخل حصصى لسيارات الاعاق
- ٥-١ اماكن خاصة لمواقف السيارات :
أ- اكثر من ٤ م ٤ لكل سرير
ب- اقل من ٤ م ٤ و حد ادنى ٢ م ٢
- ٦-١ سهولة المواصلات السه

٢- حالة البناء

- (الرجاء وضع الرقم المناسب في المربع المقابل)
- ١-٢ حداثة البناء :

- ٥٠ سنة او اكثر
٤٠ سنة الى ٤٩ سنة
٣٠ سنة الى ٢٩ سنة
٢٠ سنة الى ١٩ سنة
١٠ سنوات الى ٩ سنوات
اقل من ١٠ سنوات

١- غرف المرضى

١-١ مساحة الأرضية كحد أدنى :
الرجاء تحديد مساحة الأرضية لغرف
المرضى حسب الجدول المدون أدناه:

عدد الأسرة	المساحة		المبني	
	الحد الأدنى	الحد المسموح	الحد الأدنى	الحد المسموح
	(متر مربع)	(متر مربع)	(متر مربع)	(متر مربع)
سرير واحد	٨	٩	٢٤	٢٧
سريتان	١٣	١٧	٤٠	٤٠
ثلاث أسرة	٢٠	٢٤	٦١	٧٠
أربع أسرة	٢٤	٣٠	٨٠	٩٠
أكثر من أربع أسرة	٥	٦	٢٠ لكل سرير	

- الحد المسموح أو أكثر
- بين الحدين
- أقل من الحد الأدنى

٢-١ متوسط عدد الأسرة في الغرفة (مجموع عدد الأسرة / مجموع عدد الغرف)

- سريران أو أقل
- أكثر من ٢ ولغاية ٣ أسرة
- أكثر من ٣ ولغاية ٤ أسرة
- أكثر من ٤ أسرة في الغرفة

٣-١ أرضية الغرف مسطحة بدون نتوءات

٤-١ الاتصالات الهاتفية مؤمنة بصورة متواصلة

٥-١ سهولة غسل الجدران

الباب الثالث

التجهيزات والمعدات الفندقية

العلامة	المقياس	
☐	٢	١٦-٢ وجود صالون للزائرين في كل قسم تعريضي
☐	٢	١٧-٢ وجود غرفة في كل قسم تعريضي مخصصة للتنفايات و البياضات الملوثة *
☐	٢	١٨-٢ وجود غرفة في كل قسم تعريضي مخصصة للعزل
		٣- التمديدات الصحية
☐	١٠	١-٣ حمام داخلي لكل غرفة مع مغسل و مرحاض
☐	٢	٢-٣ حمام و مرحاض خارج الغرف لكل ١٥ سرير
	٥	٣-٣ مغسل داخل كل غرفة
		٤- المصاعد :
☐	٢	١-٤ مصعد خاص للزوار و الموظفين
☐	٢	٢-٤ مصعد للبياضات الملوثة
☐	٢	٣-٤ مصعد للبياضات النظيفة
☐	٢	٤-٤ مصعد خاص لوجبات الطعام
☐	٢	٥-٤ مصعد خاص للمرضى
		٥- الخدمات العامة :
		١-٥ قسم دخول المرضى :
☐	٢	١-١-٥ يوجد نظام خاص لافاق الزيارات
☐	٤	٢-١-٥ وجود سجلات لدخول و خروج المرضى
☐	٤	٣-١-٥ دوام قسم دخول المرضى ٢٤ ساعة

العلامة	المقياس	
☐	٣	٦-١ وجود جهاز للشرب في كل طابق تعريضي
		- مياه الاستعمال كافية لكل مريض يوميا (كمية المياه يوميا) عدد الاسرة
☐	٢	- ٣٥٠ ليتر على الاقل
		- اقل من ٣٥٠ ليتر و كحد ادنى ٢٠٠ ليتر
		٢- تجهيزات الغرف :
☐	٢	١-٢ وسائل تعقيم غرف المرضى في النهار
☐	٣	٢-٢ تجهيزات عازلة للاصوات (سقف عازل)
☐	٢	٣-٢ جهاز نداء للخدمة في متناول يد المريض
☐	٥	٤-٢ فوهات اوكسجين و شفت
☐	٣	٥-٢ جهاز اعادة نبضات القلب في كل قسم تعريض
☐	٣	٦-٢ صيدلية طوارئ في كل قسم تعريضي *
☐	٣	٧-٢ تدفئة و تكييف في الغرف بصورة دائمة *
☐	٣	٨-٢ سرير معدني و شراشف بحالة جيدة و نظيفة
☐	٢	٩-٢ مياه ساخنة في الحمامات
☐	٢	١٠-٢ وجود روافع لحمل المريض الى السرير
☐	٣	١١-٢ التهوية و الانارة كافيتان
☐	٢	١٢-٢ كرسي مريح (فوتيه) في الغرفة
☐	٢	١٣-٢ اماكن تهدئة المريض بواسطة جواب هاتف داخلي
☐	٢	١٤-٢ اخلاء ملون خارج الغرفة للتنبيه عن نداء المريض
☐	٢	١٥-٢ وجود غرفة في كل قسم تعريض مخصصة للتنظيفات

العلامة	المقياس	
☐	٢	١١-٢-٥ توجد وسيلة للتأكد من صحة الوجبة المخصصة لكل مريض
☐	٢	١٢-٢-٥ توجد اوقات محددة لتوزيع وجبات الطعام
☐	٢	١٣-٢-٥ توجد انشاءات للتخلص من الاوساخ و الروائح و الحشرات
☐	٣	١٤-٢-٥ يوجد مخزون كاف من المواد الغذائية للحالات الطارئة
☐	٣	١٥-٢-٥ يوزع الطعام على مختلف الاقسام بعربات تحفظ الحرارة او باوعية يمكن تخزينها بالامكان المعدة لذلك في كل طابق
☐	٢	١٦-٢-٥ وجود نظام لنقل ادوات طعام المرضى المعدية بشكل يؤمن عدم العدوى
☐	٤	١٧-٢-٥ جرى فحص دوري طبي للعاملين في المطبخ (البول و البراز مرة في الشهر ، الصدر ، مرة كل ٣ اشهر ، الجلد مرة في السنة)
☐	٢	١٨-٢-٥ توجد غرفة مخصصة لطعام الموظفين و الزائرين
☐	٢	١٩-٢-٥ المطبخ يقع في مكان بعيد عن مناطق ايواء المرضى و غرف العمليات او اي قسم طبي
☐	٣-٥	قسم بيت الغسيل و الخياطة :
☐	١	١-٣-٥ جدران بيت الغسيل بحالة جيدة (لا تظهر عليها آثار الرطوبة و التعفن)
☐	١	٢-٣-٥ البياضات الملوثة توضع باكياس مغلقة مميزة
☐	١	٣-٣-٥ البياضات الملوثة تصل الى المغاسل بطريقة تؤمن ابتعادها عن البياضات النظيفة .
☐	١	٤-٣-٥ يوجد نظام للتأكد ان البياضات عند تسليمها للاقسام نظيفة معقمة .

العلامة	المقياس	
☐	٢	٤-١-٥ توجد صالات انتظار للمرضى و الزائرين
☐	٣	٥-١-٥ يوجد قسم للاستعلامات
	٢-٥	قسم التغذية و المطبخ
	١-٢-٥	يوجد مسؤول تغذية متخصص (اخصائي تغذية)
[٨]		- بدوام كامل
[٤]		- بدوام خاص
	٢-٢-٥	اعمال المطبخ مؤمنة من قبل اشخاص ذوي كفاءة (شيف مؤهل)
٢	٢-٢-٥	مدخل خاص للمواد الغذائية
٢	٤-٢-٥	نظام مطبق للنظافة و مكافحة التلوث
٢	٥-٢-٥	المطبخ مجهز بما يكفي لتأمين التغذية بطبخة واحدة
٤	٦-٢-٥	قائمة الوجبات معتمدة من المدير الطبي او مديرة التمريض او مسؤول التغذية ، و المراقبة للوجبات الخاصة
٣	٧-٢-٥	المطبخ مجهز تجهيزا حديثا (افران ، برادات عادية ، برادات للمجلدات ، اجهزة غسيل الاواني ، غرف تبريد ٣م ٨ لكل سرير)
٣	٨-٢-٥	يوجد مخزن خاص لكل مجموعة متجانسة من المواد الغذائية مستوفي الشروط للحفاظ عليها
٤	٩-٢-٥	حمام مع مرحاض خاص للمطبخ
٢	١٠-٢-٥	النفايات و الفضلات توضع في اوعية محكمة الغطاء و يتخلص منها يوميا
	٣	

العلامة	المقياس	
☐	٣	٧-٤-٥ وجود تعليمات بشكل ظاهر لحالات الطوارئ
☐	٣	٨-٤-٥ هل يوجد منافذ خاصة لحالات الطوارئ و نظام اخلاء المستشفى بشكل سريع
☐	٤	٩-٤-٥ يوجد مولد كهربائي كاف لانارة و تشغيل كافة الاجهزة في حال انقطاع التيار الكهربائي العام .
☐	٣	١٠-٤-٥ ابدال يوجد مولد كهربائي كاف للانارة الجزئية و تشغيل الاجهزة الاساسية (العناية الفائقة اجهزة غرف العمليات ، غسل الكلية التصوير الاشاعي الخ)
☐		٥-٥ <u>الصيانة و التمليلات و اقسام مختلفة :</u>
☐	٤	١-٥-٥ يوجد نظام مطبق وقائي للمحافظة على المعدات و الالات و الاجهزة غير الطبية كوجود عقود صيانة و يعقد اجتماع للجنة الصيانة مرة كل شهرين على الاقل
☐	٢	٢-٥-٥ يوجد وسائل خاصة لانتلاف البياضات الملوثة و الوقاية منها و من جميع المواد الملوثة (محرقة او خلافاها)
☐	٢	٣-٥-٥ توجد غرف للموتى .
☐	١	- توجد غرف مستقلة لحفظ الجثث عند الحاجة لمدة ٤٨ ساعة
☐	٢	٤-٥-٥ يوجد مدخل خاص لغرفة الموتى
☐	١	٥-٥-٥ قسم الهاتف يعمل ليلا نهارا طيلة ايام السنة
☐	٢	٦-٥-٥ يوجد لدى المسؤول عن مقسم الهاتف لائحة بعناوين و ارقام الهاتف للحالات الطارئة

العلامة	المقياس	
☐	١	٥-٣-٥ الغسيل يجرى وفقا للطرق الحديثة (وجود اجهزة للغسيل و التنشيف و الكي)
☐	١	٦-٣-٥ يوجد نظام للتخلص من الروائح و البخار
☐	١	٧-٣-٥ توجد مسؤولية عن الخياطة و التفصيل
☐	١	٨-٣-٥ توجد علامة مميزة للبياضات الخاصة بكل قسم
☐	٢	٩-٣-٥ يوجد مخزون للبياضات يكفي لتغطية الحاجة ٤- مجموعة لكل سرير ٣- مجموعة لكل سرير
☐	٤	٤-٥ الوقاية من الاخطار و الوسائل الاحتياطية لمكافحة و مراقبة التعقيم و التطهير :
☐	٤	١-٤-٥ يوجد قسم خاص لمكافحة انتشار العدوى و الرقابة المستمرة على جميع انحاء المستشفى من حيث الوقاية من اضرار التلوث بما في ذلك الحماية من الاشعاع الذرى
☐	٤	٢-٤-٥ وجود لجنة مكلفة خصيصا لعمليات مكافحة العدوى و الرقابة على التعقيم و التطهير يشترك فيها الجسم الطبي و الجسم التمريضى و المختبر و الاقسام العامة والمساعدة .
☐	٣	٣-٤-٥ يوجد في كل قسم تمريضى جهاز تعقيم (بوينيل)
☐	٣	٤-٤-٥ تجرى حلقات تعليمية و تدريبية دورية للموظفين المسؤولين عن الامن و الوقاية .
☐	٤	٥-٤-٥ يوجد نظام الاستمرارية متابعة صلاحية الاجهزة الطبية (آلات التنفس ، التصوير ، التخدير العناية الفائقة الخ)
☐	٤	٦-٤-٥ قسم لمتابعة تأمين النظافة العامة و صلاحية المياه و عدم تلوثها ، و التدفئة و التخلص من الروائح و النفايات

التجهيزات و المعدات الطبية

- ١- قسم الأشعة
- ٢- قسم المختبر
- ٣- بنك الدم
- ٤- الصيدلية
- ٥- الطوارئ
- ٦- غرف العمليات
- ٧- قسم التوليد
- ٨- قسم غسيل الكلوي
- ٩- العناية الفائقة
- ١٠- قسم النقاط الإضافية

العلامة



المقياس

٢

١

٢٣٠

٧-٥-٥ توجد شبكة هاتفية داخلية بين جميع اقسام المستشفى

٨-٥-٥ يمكن الاتصال فورا بالمسؤولين عن المعالجة و التمريض (ميكرو فون ، نداء بالمذياع اجهزة فردية ، هاتف داخلي)

المجموع

تعليمات :

هناك جدولان مرفقان لتقييم الأشعة :

جدول أ - و يتعلق بالتواحي الطبية التقنية

جدول ب - و يتعلق بالتجهيزات

لكل جدول مجموع من النقاط و عند تحديد النقاط العائدة للمستشفى عن قسم الأشعة

ت يؤخذ مجموع الجدولين بل مجموع الجدول الأقل فقط .

٤٠ إذا بلغ المجموع المذكور أكثر من ٤٤ نقطة يعطى المستشفى

٣٠ إذا تراوح المجموع المذكور بين ٢٤ نقطة و ٤٤ نقطة يعطى المستشفى

٢٠ إذا تراوح المجموع المذكور بين ١٧ نقطة و ٢٣ نقطة يعطى المستشفى

١٠ إذا تراوح المجموع المذكور بين ١٢ نقطة و ١٧ نقطة يعطى المستشفى

و يرفض إذا كان أقل من ١٢ نقطة

بحال عدم وجود قسم للأشعة مع وجود تعافد مع مؤسسة او مستشفى آخر لتأمين

التصوير بالسرعة وقت يعطى

٥

الباب الرابع

التجهيزات والمعدات الطبية

List B

	Scale	Points
1. <u>X-Ray tables for general radiological work :</u>		
1-1 Horizontal table fixed or moving top, with Potter-Bucky	2 per table	☐
1-2 Vertical table, with Potter-Bucky (fixed or tilting)	2 per table	☐
1-3 Tilting table, with Potter-Bucky, without spot-filming	3 per table	☐
1-4 Tilting table, standard or remote controlled , with spot-filming possibilities	4 per table	☐
2. <u>X-Ray sources (used only with equipment specified above) :</u>		
2-1 Above 500mA at 80KVp and 0.1 seconds.	4 per source	☐
- From 300 to 500 mA at 80 KVp and 0.1 seconds.	3 per source	
- From 100 to 300 at 80 KVp and 0.1 seconds.	2 per source	
- Less than 100 mA at 80 KVP and 0.1 seconds	1 per source	
3. <u>Special accessories :</u>		
3-1 Image intensifier, any size, coupled to a T.V. Camera and monitor	4 per set	☐

List A

Radiologist - Technicians - Protection

	Scale	Points
1. <u>Effective weekly presence of the radiologist (or of the radiological team)</u>		
- Over 30 hours	12	☐
- Between 20 and 30 hours	10	
- Between 10 and 20 hours	6	
- Less than 10 hours or reading the X rays only	2	
2. <u>Technicians</u>		
2-1- Qualified	4 ea	☐
- unqualified, with over 5 years experience	3 ea	
- Unqualified, with less than 5 years experience	2 ea	
2-2 Darkroom technician	2	☐
2-3 Full - time qualified nurse in X ray department	2	☐
2-4 Special nurse for transport of patients working exclusively in the X ray department	2	☐
2-5 24 hours presence of technicians, all year round	4	☐
3. <u>Emergency Treatment :</u>		
3-1 Hospital center with permanent presence of cardiologist, anesthesiologist, etc...	6	☐
3-2 Oxygen in X-Ray room	2 per room	☐

	Scale	Points
3.2 Cine or special medical video-tape facilities	2 per set	☐
3.3 Tomographic attachment to standard X-Ray table	2 per attach	☐
3.4 Rapid serial changer (at least 2 films per second)	3	☐
3.5 High pressure angiographic injector.	2	☐
4. <u>Specialized equipment :</u> (Including X-Ray tube, any output)		
4-1 Mammography	4	☐
4-2 Skull Unit (Craniograph)	4	☐
4-3 Special neurological x-Ray table	4	☐
4-4 Special tomographic table, linear or complex equipment	4	☐
4-5 Panoramic X-Ray machine for mandible and teeth	4	☐
4-6 Special angiography or catheterization table	4	☐
4-7 Any other specialized X-Ray table	4 ea	☐
4-8 Portable X-Ray machine , any output	2 ea	☐
5. <u>Work conditions :</u>		
5.1 Official register, with serial numbers, of X-Ray examinations	1	☐

	Scale	Points
3-3 Suction in X-Ray room per room	2 per room	☐
3-4 well equipped emergency pharmaceutical kit.	2	☐
4. <u>Protection of the Personnel :</u>		
4-1 Leaded walls..... per room	2 per room	☐
4-2 Isolated and well protection control booth	4 per booth	☐
4-3 Regular personal monitoring of radiation received by the personnel	4	☐
Total (List A)	☐	☐

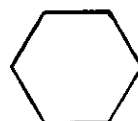
The lower of the totals in lists A and B will alone be taken into consideration . (Enter the lower of the totals in the triangle)



Classification

<u>Class</u>	<u>Lower total in lists A and B</u>	<u>Coefficient</u>
A	24 to 44 points	1
B	18 to 23 points	0,9
C	12 to 17 points	0,8
D	Under 12 points <u>not approved</u>	
AA	Over 44 points : Special Class	1,1

Classification =



5-2 Typewritten and classified copies of X-Ray reports

2

☐

5-3 Patient preparation room for X-Ray examinations

2

☐

5-4 Patient undressing closet

1 ea

☐

5-5 Independant doctor's office or reading room

1 ea

☐

5-6 WC connecting with the X-Ray room

1 per room

☐

5-7 Adequate heating

1 per room

☐

5-8 Air conditionning in X-Ray rooms

2

☐

5-9 Fully automatic film processing (dry to dry)

6 Addittional Diagnostic Equipment :

6-1 C.T Scan :

- 4th generation and more
- 3rd generation and less

[3
1

☐

6-2 Centigraphy

- Sector scan
- Unidimensional

[3
1

☐

6-3 Ecography

- Bidimensional
- Unidimensional

[5
2

☐

Total (List B)

☐
☐

٢- قسم المختبر الطبي

كل مختبر لا تتوفر فيه الشروط الخمسة التالية لا يصنف و يعتبر كأن لم يكن و يعطى له صفر .

١- وجود ترخيص فتح و ادارة مختبر طبي من وزارة الصحة العامة و يكون الترخيص باسم صاحب الاختصاص ولا تكون قد انقضت مدة اكثر من ستة اشهر على تاريخ الترخيص حتى تاريخ فتح المختبر .

٢- ان المسؤول المرخص له بفتح و ادارة مختبر طبي يجب ان يكون متفرغا لهذا العمل .

٣- تعطى نتيجة الفحوصات للمرضى الخارجيين بموجب تقرير خطي يدون فيه :

١- اسم المختبر و عنوانه و الاختصاص المسؤول و القابلية العلمية .

٢- رقم و تاريخ الترخيص

٣- رقم و تاريخ التقرير

٤- توقيع المسؤول و ذكر اسمه واضحا .

٤- يجب ان يوجد على الاقل :

١- غرفة انتظار - غرفة لاختذ العينات

٢- غرفة للتحاليل الجرثومية - غرفة لباقي التحاليل

٣- غرفة التوابيع الصحية

٤- يجب الا تقل المساحة الاجمالية عن ٢١٠٠ م^٢

٥- تأمين الفحوصات الروتينية على الاقل (كيمياء ، علم الجراثيم ، علم كريات الدم ، علم الامصال ، علم الطفيليات) .

٦- يجب ان تتوفر الشروط المنصوص عليها في المرسوم الاشتراعي رقم ٧٥ ، تاريخ ٨٣/٩/٩ الذي سبق توزيعه على المستشفيات .

المختبر الطبي

١- النواحي الطبية و التقنية :

١- ا- اجازة بفتح و ادارة مختبر طبي معطاة لطبيب او صيدلي لبناني مسجل في وزارة الصحة و في نقابة الاطباء او الصيدلة شرط ان يكون حائزا على شهادة اختصاص بالعلوم (علم الخلايا الدموية ، الكيمياء الحياتية ، الجراثيم و الطفيليات و الامصال) و يجب ان يكون التخصص مسجلا في نقابة الاطباء او الصيدلة .

(مادة ٢ من المرسوم ٧٩/١/١٧/١٦٥٦)

طبيب

صيدلي

٢- توفير وسائل الوقاية من اخطار التعامل المواد الكيميائية و من العدوى و التعرض للمواد المشعة و منع تسرب الملوث الى مجاري المبتدعات و النفايات خارج المختبر :

٣- اخذ الدم من الشرايين يكون بواسطة الطبيب :

٤- تأمين استمرارية العمل ليلا نهارا ، ٢٤ ساعة في اليوم طيلة ايام السنة ، مع حضور تقني مؤهل و تحت اشراف المسؤول عن المختبر - العمل في النهار فقط

٥- وجود مسؤول مؤهل لكل فرع من فروع الفحوصات (ترفق لائحة بالاسماء و التخصص و المؤهل و مصدره و تاريخه)

٦- وجود نظام تعليمي و تدريبي مستمر للعاملين في المختبر .

٧- وجود تعليمات خطية بخصرص اخذ العينات و حفظها .

٨- تطلب الفحوصات بموجب وصفة خطية و يوقع عليها الطبيب .

٩- وسائل للتأكد من ذاتية الفحوصات المطلوبة لكل مريض .

١٠- وجود فحوص مخبرية متخصصة بالانسجة و الخلايا المريضة (Histopathology) (حسب المرسوم الاشتراعي رقم ٧٥)

٣- قسم بنك الدم

يشترط اساسا وجود رخصة ادارة مصرف للدم صادرة عن وزارة الصحة العامة و لا يحق للرخص له ادارة اكثر من مصرف دم واحد (المادة ٧ من القانون المنفذ المرسوم ٩/٢٢ تاريخ ١٩٧٥/٣/٤) • كما يشترط امساك السجلات المبينة في البند ١٦ ادناه و مستندات التي تبين ما يلي :

١- ان عمر مقدم الدم يتراوح بين ١٨ و ٦٠ سنة و لا يقل وزنه عن ٥٠ كيلوغراما و لا تتعدى الكمية المسحوبة ٤٥٠ ميليلتر و اذا قل الوزن عن ٥٠ كيلوغراما من الكمية المسحوبة لا تتجاوز ٢٥٠ ميليلتر •

٢- ان الدم اخذ من شخص بصحة جيدة خال من جميع الامراض المعدية و الامراض الزهرية و عوارض الحساسية و الا يكون قد اصيب في السابق بمرض الملاريا او باي مرض آخر يضر بصحة اخذ الدم •

٣- ان الدم لم يؤخذ اكثر من مرة واحدة كل شهرين للذكر و اكثر من مرة واحدة كل ثلاثة اشهر للانثى غير المرضع و غير الحامل و لم يؤخذ من الانثى المرضع او الحامل الا بعد انقضاء سنة كاملد من تاريخ وضعها •

العلامة



المقياس

١

١

٢

٢

٤

٢

٣

٤٥

٤- التجهيزات :

١-٢ امساك سجل مرقم تدون فيه جميع الفحوصات التي تجرى مع ذكر اسم المريض و اسم الطبيب الذي طلب الفحص و تعليمات عن الفحص و نتيجته •

٢-٢ وجود جهاز لتثبيت التيار الكهربائي لتأمين حسن سير عمل الاجهزة الالكترونية •

٣-٢ وجود مولد كهربائي احتياطي

٤-٢ توفر الاجهزة التالية على الاقل :

Balance de precision , Microscopes centrifuges a hématocrite, Autoclave, Photomètre de flamme pour Na et K, Spectrophotomètre Ordinaire, appareil à Eau distillée, Etuve de 37°, four pour stérilisation, B.M. de 37° et 56°, verreries et produits chimiques, reactifs chimiques et Bacteriologiques, Frigidaire, Agitateur type Kline, Dactylo, avec Secretariat.

٤-٢ توفر الاجهزة المتخصصة في بعض انواع الفحوصات

Fibromètre, Compteur de Globules, Etuve à CO₂ appareillage Automatique, Spectrophotomètre à U/V Appareil a Electrophor Fluorimètre, PH mètre, Appareil à Gaz du Sang, Osmomètre, Freezer à 30° Centrif à réfrigération, Microscope à Immuno-fluorescence, microscope a contraste de phase, Microscope à fond noir, appareil à filtration sur membrane, Ensemble pour réaction d'hémagglutination autres appareils spécialisés.

٦-٢ وجود نظام خاص لتأمين استمرارية صلاحية اجهزة المختبر

٧-٢ وسائل للتأكد من صحة نتائج الفحوصات

المجموع

المقياس

العلامة

- ١- المسؤول عن بنك الدم طبيب متخصص بعلم الدم بدوام كامل (Pathologist) بدوام جزئي
- المسؤول طبيب متخصص في امراض الدم (Immunohematology)
- ٢- التقنيون الذين يعملون في بنك الدم يحملون مؤهلات تخصص
- ٣- يعطى الدم للمريض بموجب وصفة طبية موقعة امولا من الطبيب المعالج الذى يكون مسؤولا عن استعمال هذا الدم
- ٤- عملية اخذ الدم تتم بواسطة الطبيب المسؤول عن مصرف الدم او تحت اشرافه الفعلي ومسؤوليته
- ٥- وجود تعليمات خطية بخصوص التحاليل و الاجراءات التي يجب القيام بها عند اخذ الدم
- ٦- اختبار توافق فئات الدم وانواعه عند استلام الدم و عند اعطائه للمريض
- ب- اجراء تحاليل اخرى مفررة (Antigen Rhesu s)
- ٦- البراد الذى يحفظ فيه الدم يبقى على درجة حرارة بين ١ و ٦ درجات
- ٧- نظام مطبق للحفاظ على صلاحية الدم و التخلص من الدم الفاسد
- ٨- يوضع الدم المسحوب في وعاء خاص يدون على لصاقته رقم الوعاء - كمية الدم و فئته و زمرة - تاريخ اخذه - انتهاء فعاليته - نتائج الفحوصات السيرولوجية

المقياس

العلامة

- ٩- يحتفظ البنك بعينة من الدم المعطى و عينة من دم المريض لمدة اسبوع على الاقل بعد اعطائه
- ١٠- توجد تعليمات خطية لدى التقنيين المسؤولين بالاجراءات الفورية اللازمة في حال حدوث تفاعل عكسي
- ١١- اجراء فحص دورى للتأكد من صلاحية و فعالية المواد الكيميائية و المحلولات المستعملة
- ١٢- يوجد نظام لتحديد المضادات الحيوية الفعالة ضد الميكروبات المختلفة
- ١٣- بنك الدم يعمل بصورة متواصلة ليلانهارا ، طيلة ايام السنة
- ١٤- يوجد كمية احتياطية من الدم بصفة دائمة لمواجهة الحالات الطارئة
- ١٥- تمسك سجلات خاصة يدون فيها
- اسم مقدم الدم
 - رقم سجل نفوسه مع ذكر الفضاء او اخراج القيد
 - كمية الدم و فئته و زمرة
 - تاريخ اخذ الدم
 - نتائج فحص الدم و تحليله
 - تاريخ تسليم و اسم المستلم و توقيعه
 - تحفظ هذه الوصفات في ملف خاص يمكن الرجوع اليه لدى كل طلب رسمي
- ١٦- تقرير عن كيفية و الشروط الفنية لاعطاء الدم و تقرير عن حالة المريض خلال الاعطاء
- ١٧- مراقبة ٢٤ ساعة للمريض بعد اخذ الدم

٤- قسم الصيدلية

المقياس	العلامة
٤	☐
١	☐
٢	☐
٢	☐
١	☐
٢	☐
٢	☐
١	☐
١	☐
٢	☐

١- وجود صيدلية مستقلة داخل المستشفى و المسؤول
عن الصيدلية مجاز حائز على ترخيص بمزاولة المهنة من
وزارة الصحة العامة و يعمل بدوام كامل

٢- الصيدلية تؤمن جميع الخدمات التي تطلب في
المستشفى .

٣- الادوية و محتويات الصيدلية ليست في متناول الشخص
غير مسؤولين عن الصيدلية

٤- توجد برادات لحفظ الادوية التي تحتاج لحفظها بـرودة
معينة .

٥- توفر لوائح بالادوية و محتويات الصيدلية يمكن
الاطلاع عليها في اي وقت

٦- مراقبة التفاعل العكسي المتسبب عن بعض الادوية
و تسجيل ذلك .

٧- مراقبة الصيدليات الفرعية الموجودة في الاقسام
المختلفة و غرف العمليات للتأكد من كفاية و صلاحية
الادوية الموجودة فيها لمواجهة الحالات العادية و الطارئة
و ضرورة وجود جداول بالمواد الطبية التي يجب توفرها

٨- توزيع الادوية بموجب وصفة خطية موقع عليها من قبل
الطبيب المعالج

٩- توجد خزانة خاصة للمواد المخدرة و سجلات
معتمدة من قبل وزارة الصحة العامة

العلامة



المقياس

٥
٢٠

بحال عدم وجود بنك الدم في المستشفى ووجود تعاقد
مع بنك دم له فروع في جميع انحاء لبنان و لا يهدف الى
تحقيق الربح ، يتبع الحصول على الدم ليلا نهارا بالسرعة
المطلوبة .

المجموع

تعرف الحالات الطارئة بالاصابات و الكسور نتيجة للحوادث و الحرب ، و الحريق ، و الفرق و التسمم و عن الحيوانات و لدغ الحشرات و النوبات القلبية و النزيف و غير ذلك مما يستلزم الاسعاف العاجل .
الشروط الاساسية لقبول الطوارئ للتصنيف و التي بدون احد منها يعطى صفر لقسم الطوارئ

١- تخصيص اماكن للاعمال التالية :

- غرفة الانتظار
- غرفة للتشخيص السريري
- غرفة وضع و ازالة الجفصين
- غرفة للعمليات الجراحية البسيطة

٢- تأمين المعالجة العالية على الاقل :

- اعطاء الدم
- التحاليل المخبرية
- التصوير الشعاعي
- تخطيط القلب
- عناية فائقة ، و تنفس اصطناعي و انعاش
- عمليات جراحية بسيطة
- حالات النوبة القلبية ، و الاصابة ، الحروق ، التسمم

٣- وجود طبيب مسؤول عن قسم الطوارئ و ممرضة و مساعدتان و عامل لحمل و نقل المرضى، و ذلك لمدة ٢٤ ساعة في اليوم طيلة ايام السنة .



١
٢
٢٠

١٠- وجود مكتبة فنية تحتوي على المراجع المختلفة للصيدلية .

١١- وجود نظام معمول به للمراقبة على مدة سريان مفعول الادوية و على انها حالة صالحة للاستعمال و محتفظة بفعاليتها .

المجموع



١

- الجنسية و رقم البطاقة الشخصية
(رقم السجل)

- السن و الجنس

- ساعة و تاريخ الوصول

- نتيجة التشخيص السريري الاولي و المعالجة التي
اعطيت

- توفيق الطبيب

١١- وجود ميدلية للطوارئ تحتوي على جميع الادوية
و الامصال بانواعها و الضمادات و المواد التي
تستعمل في قسم الطوارئ و ذلك تحت اشراف
المسؤول عن الميدلية .

٢

١٢- توجد احتياطات لحالات التيتانوس ، و عض
الحيوانات و لدغ الحشرات

١

١٣- سرعة الاتصال بالطبيب الاختصاصي

٢

١٤- سرعة الاتصال بطبيب التخدير

١

١٥- وجود الاجهزة التالية على الاقل :

- فوهات او قناني غاز (اوكسجين)

- اجهزة اعطاء الدم

- جهاز تخطيط القلب

- جهاز اعادة نبضات القلب بعد توقفها

- جهاز شفط

- جهاز تنفس

- معدات جراحية صغيرة

- اميال

٢

٢٥

المجموع :



١

١- بعمل ليلا نهارا ، طيلة ايام السنة



٣

٢- وجود طبيب ملازم



٢

٣- وجود ممرضة مجازة رئيسة التمريض في



٢

٤- وجود ممرضة قانونية



[٢]

٥- وجود ممرضتين مساعدتين

- ممرضة مساعدة واحدة



[٢]

٦- وجود سيارة اسعاف مجهزة تجهيزا كاملا

مع سائق اسعاف متخصص و مساعد

- سائق متخصص فقط



[١ ١/٢]

٧- وجود طبيب اسعاف في كل رحلة

- نهارا فقط



[١ ١/٢]

٨- وجود ممرضة قانونية اختصاص اسعاف

- نهارا فقط



[١ ١/٢]

٩- متوسط الحالات الطارئة التي تصل الى قسم

الطوارئ في الشهر في الظروف العادية

- حتى ٥٠٠

- من ٥٠٠ - ١٠٠٠

- اكثر من ١٠٠٠

١٠- سجل تدون فيه البيانات العائدة لكل مريض:

- الاسم و العنوان الكامل

العلامة	المقياس	
☐	١	٩-٢ أدوات لازمة للانعاش ونقل الدم
☐	٢	١٠-٢ غرف للتخدير والانعاش مستقلة
☐	١	١١-٢ غرف للتطهير والتعقيم مستقلة
☐	٢	١٢-٢ غرف لتحضير الجراحين وتغيير الملابس
☐	٢	١٣-٢ غرف العمليات عازلة للتيار الكهربائي
☐	٢	١٤-٢ يوجد مولد كهربائي احتياطي
☐	٢	١٥-٢ فوهات للأكسجين والشفط وغاز البنج
☐	$\frac{1}{4}$	١٦-٢ أجهزة تخطيط قلب وآلة كهربائية
☐	١	١٧-٢ جهاز إعادة نبضات القلب بعد توقفها
☐	$\frac{1}{4}$	١٨-٢ جهاز تصوير شعاعي تلفزيوني
☐	٢	١٩-٢ عدد غرف العمليات: غرفة على الأقل لكل ٤٠ سرير
☐	٢	٢٠-٢ التخلص من الضادات والبيافات ومخلفات العمليات الملوثة بطريقة بعيدة عن التلوث
☐	١	٢١-٢ ميدلية مخممة للقسم
☐	٢	٢٢-٢ غلب تحتوي على الأدوات واحتياجات العمليات ضادات وخلافها
☐	١٥	٢٣-٢ وجود طبيب تخدير ٢٤ ساعة في اليوم طيلة أيام السنة
☐	٣	- نهارا فقط
☐	١٥	٢٤-٢ وجود طبيب تخدير لكل غرفة من غرف العمليات

العلامة	المقياس	غرف العمليات
☐	٢	١-١ غرف العمليات له جناح خاص مستقل عن سائر المستشفى
☐	$\frac{1}{4}$	٢-١ وجود منافذ لغرف العمليات : ٢-٢ منافذ للمرضى ، للمستخدمين ، للمعدات و الطوارئ - منفذين اثنين فقط
☐	$\frac{1}{4}$	٢-٢ تحتوي كل غرفة على الأقل ما يلي :
☐	٢	١-٢ طاولة مجهزة للعمليات غير متخصصة
☐	٢	٢-٢ وجود طاولة او طاولات متخصصة
☐	$\frac{1}{4}$	٣-٢ اضاءة لا تعطي خيالات اكثر من ١٠٠ الف لوكس - من ٥٠ الى ١٠٠ الف لوكس - من ٣٠ الى ٥٠ الف لوكس
☐	٢	٤-٢ آلة تخدير بتيار مغلق لكل غرفة عمليات آلة اضافية
☐	١	٤-٢ آلة كهربائية ساحبة سوائل
☐	١	٦-٢ جهاز تكييف هواء خاص لغرفة العمليات
☐	$\frac{1}{4}$	٧-٢ أدوات لازمة لغروع الحرارة التي يجريها المستشفى مع الواجهات و الطاولات العائدة للأدوات في غرفة مستقلة - في غرفة العمليات
☐	$\frac{1}{4}$	٨-٢ جهاز تعقيم او جهاز مؤلف على الأقل من جهاز جهاز تعقيم على الحرارة الناشفة و جهاز تعقيم على الحرارة الرطبة في غرفة مستقلة . - ليس في غرفة مستقلة

٧- قسم التوليد

المقياس	العلامة
٤	☐
٢	☐
٢	☐
١	☐
٢	☐
٥	☐
٣	☐
١	☐
٢	☐

- ١- وجود غرفة للفحص السريري و غرفة انتظار و غرفة تحضير الولادة قبل التوليد و غرفة التوليد مجهزة بما يلي :
 - طاولة توليد مطهرة
 - فوهات اوكسجين و غازات و شغط
 - اضاءة لا تعطي خيالات - اكثر من ٣٠ الف لوكس
 - مجموعات من المعدات و الادوات للولادات المستعصية
 - خزانة تحتوى على الادوية و المواد و الخيوط اللازمة
 - نظام يكفل تكييف الهواء (صيفا و شتاء)
 - جهاز انعاش المولود الجديد
- ٢- مكان خاص للعناية بالمولود الجديد (حضانة) بحيث يكون كل طفل في مهد مستقل
- ٣- غرفة خاصة لتحضير و حفظ و توزيع الحليب
- ٤- وجود حاضنة لكل ١٠ اطفال
 - ١-٤ وجود حاضنة متحركة
- ٥- نظام خاص لاستقلالية عمليات استلام و غسيل و تسليم بياضات اقسام التوليد عن بقية اقسام المستشفى
- ٦- وجود طبيب اخصائي بالتوليد ٢٤ ساعة في اليوم
 - طيلة ايام السنة
 - عند الطلب
- ٧- وجود قابلة قانونية ٢٤ ساعة في اليوم طيلة ايام السنة
 - عند الطلب
- ٨- وجود ممرضة قانونية مع مساعدة ٢٤ ساعة في اليوم
 - طيلة ايام السنة
 - نهارا فقط

المقياس	العلامة
١٥	☐
١٢	☐
٩	☐
٩	☐
٤	☐
٥	☐
١٢٥	☐
المجموع	☐

- ٢٥-٢ وجود ممرضة قانونية لكل غرفة
- ٢٦-٢ وجود ممرضة مجازة رئيسة القسم
- ٢٧-٢ وجود ممرضة مساعدة للتنفيذ
- ٢٨-٢ وجود مساعدة طبيب جراح للمعدات
- ٢٩-٢ تحرير تقرير طبيب التخدير قبل وبعد العملية الجراحية واثباتها
- ٣٠-٢ تحرير التقرير الطبي بعد العملية الجراحية فورا

العلامة

المقياس



٢
١
صفر



١
١/٢
صفر



١
١/٢
صفر



١
صفر



١
صفر



١
صفر



١
صفر

١- حالة البناء :

١-١ المساحة المخصصة لأجهزة التحاليل : (المساحة)
عدد الأجهزة

- أكثر من ٧ م^٢ / جهاز
- ٧-٦ م^٢ / جهاز
- أقل من ٦ م^٢ / جهاز

١-٢ المساحة المخصصة للامعمال الادارية : (م^٢)

- أكثر من ٨ م^٢
- ٧-٦ م^٢
- أقل من ٦ م^٢

١-٣ مساحة المنتفعات : (م^٢)

- أكثر من ١٥ م^٢
- ١٥ - ١٠ م^٢
- أقل من ١٠ م^٢

١-٤ شروط عامة

١-٤-١ يوجد منفذ طوارئ :

- نعم
- كلا

١-٤-٢ يوجد مولد كهربائي :

- ٣ KVA / جهاز
- أقل من ٣ KVA / جهاز

١-٤-٣ يوجد ارض سيراميك :

- نعم
- كلا

١-٤-٤ يوجد اجهزة اطفاء مع برنامج لمكافحة المبيض

- نعم
- كلا

العلامة

المقياس



٢
١



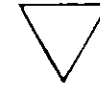
١



٢



٢



٣٠

٩- وجود ممرضة قانونية متخصصة لغرفة المولودين الجدد

٢٤ ساعة في اليوم طيلة ايام السنة
نهارا فقط

١٠- وجود مصعد خصومي لقسم التوليد

١١- تجرى عمليات التوليد مع مراقبة التطهير الكامل

(شرف و قناع وكفوف للطبيب جميعها معقمة)

١٢- يوجد قسم خاص لاسداء النصائح للام و الزوجين

المجموع

العلامة	المقياس
☐	1 صفر
☐	1 4 صفر
☐	2 1 صفر
☐	1 صفر
☐	
☐	
☐	
☐	
☐	10 5 2
☐	5 3 صفر

٥- خدمات اخرى :

- ١-٥-١ يوجد شراشف خصيما للاستعمال المركز :
 - نعم
 - كلا
 ٢-٥-١ الاكل المقدم للمريض :
 - صينية
 - سندويش
 - لا يقدم اي طعام او المريض يدفع
 ٣-٥-١ عملية التنظيف :
 - استعمال معقم
 - استعمال مسحوق عادي
 - لا شيء
 ٤-٥-١ يوجد مراقبة فعلية من اجل راحة المريض
 - نعم
 - كلا

٢- الاجهزة

- 1-٢ Negative Pressure
 - اقل من ٧ سنوات خدمة (٢٥) لكل ماكينة (المجموع الحاصل)
 - اكثر من ٧ سنوات خدمة (٥) لكل ماكينة (عدد الاجهزة)

- ٢-٢ Positive Pressure
 - اقل من ٥ سنوات خدمة (١٥) لكل ماكينة (المجموع الحاصل)
 - اكثر من ٥ سنوات (٢) لكل ماكينة (عدد الاجهزة)

٣-٢ الصيانة

- دائم
 - دوري
 - حسب الطلب

- ٤-٢ يوجد جهاز احتياط :
 - واحد كل ٦ ماكينات
 - واحد لاكثر من ٦ ماكينات
 - لا يوجد

العلامة	المقياس
☐	1 صفر
☐	4 صفر
☐	4 صفر
☐	4 صفر
☐	4 صفر
☐	4 صفر
☐	4 صفر
☐	4 صفر
☐	2 صفر

٥-٤-١ يوجد تدفئة و تبريد :

- نعم
 - كلا

٦-٤-١ يوجد غرفة للمعالجة :

- نعم
 - كلا

٧-٤-١ يوجد غرفة تعقيم :

- نعم
 - كلا

٨-٤-١ الانارة جيدة :

- نعم
 - كلا

٩-٤-١ حالة البناء وصيانتها جيدة :

- نعم
 - كلا

١٠-٤-١ يوجد غرفة مخزن

- ٦ م^٢ او اكثر
 - اقل من ٦ م^٢

١١-٤-١ يوجد مكتب للطبيب

- ٨ م^٢ او اكثر
 - اقل من ٨ م^٢

١٢-٤-١ يوجد غرفة استراحة

- ٨ م^٢ او اكثر
 - اقل من ٨ م^٢

١٣-٤-١ يوجد غرفة انتظار

- ٨ م^٢ او اكثر
 - اقل من ٨ م^٢

١٤-٤-١ يوجد غرفة عزل

- نعم
 - كلا

العلامة	المقياس
☐	1 صفر
☐	1 1/4 صفر
☐	1 1/4 صفر
☐	1 1/4 صفر
☐	1/4 1/4 صفر
☐	1/4 1/4 صفر

١- التعديلات و المعدات :

- ١-٤ تعديلات المياه
- النوعية PVC
- غيره
- ٢-٤ تعديلات التنفس
- ثابت
- غير ثابت (قنينة)
- لا شيء
- ٣-٤ تعديلات الشفط
- ثابت
- غير ثابت
- لا شيء
- ٤-٤ يوجد اجهزة انعاش Defibrillator
- في المركز
- في المستشفى
- لا يوجد
- ٥-٤ يوجد اجهزة انعاش Ponction femorale
- في المركز
- في المستشفى
- لا يوجد
- ٦-٤ يوجد اجهزة انعاش Ponction Cardiaque
- في المركز
- في المستشفى
- لا يوجد

العلامة المقياس

☐	3 صفر
☐	2 صفر
☐	5 صفر
☐	10 5 صفر
☐	5 2 صفر
☐	5 صفر
☐	5 صفر

٢- الميام المستعملة في عملية التحال :

- ١-٢ الاحتياط المكرر ٤٠٠ لتر / جهاز
- اقل من ٤٠٠ لتر / جهاز
- ٢-٢ الخزان المستعمل
- خزان Fiberglass
- خزان غير Fiberglass
- ٣-٢ كمية التدفق للخزان من جهاز التكرير
- اكثر من ٠,٦ لتر / دقيقة
- اقل من ٠,٦ لتر / دقيقة
- ٤-٢ تكرير المياه
- موجود R.O.
- موجود Softner
- لا شيء
- ٥-٢ صيانة اجهزة التكرير
- مرة خلال اقل من ١٥ يوم
- مرة خلال اكثر من ١٥ يوم
- لا شيء
- ٦-٢ التحليل الجرشومي الشهري :
- موجود
- غير موجود
- ٧-٢ التحليل المعدني (يرفق الجدول)
- موجود
- غير موجود

العلامة	المقياس	
☐	1 صفر	٢-٨ سابق دوام كامل - واحد او اكثر - لا شيء
☐	2 صفر	٤-٨ اجراء فحوص طبية للموظفين كافة - نعم - كلا
☐	4 1 1/2	٩- معلومات عن المريض ٩-١ توزيع الجلسات في الشهر (عدد الجلسات) عدد المرضى بالشهر - اقل من ١٠ - ١٠-١٢ - اكثر من ١٢
☐	1 صفر	٩-٢ عدد الوفيات في الشهر - اقل من ١٠ % - اكثر من ١٥ %
☐	1 صفر	٩-٣ عدد المصابين بالامراض شهريا - اقل من ١٥ % - اكثر من ١٥ %
☐	3 2	٩-٤ التحاليل المخبرية للمريض ٩-٤-١ - شهريا قبل وبعد الجلسة - شهريا قبل الجلسة فقط
☐	1 صفر	٩-٤-٢ هل يجري فحوص مخبرية للمريض كل ٣ اشهر - نعم - كلا
☐	1 صفر	٩-٤-٣ هل يجري فحوص مخبرية للمريض كل ٦ اشهر - نعم - كلا
☐	4 صفر	٩-٤-٤ يوجد ملف طبي و سجلات عن كل مريض - نعم - كلا
☐	٢٠٠	<u>المجموع</u>

العلامة	المقياس	
		٥- <u>الاطباء</u>
		١-٥-١ طبيب مسؤول عن المركز - طبيب اختصاصي مسجل board مسؤول في المركز يعالج ٢٠ مريض او اقل - طبيب اختصاصي مسجل board مسؤول في المركز يعالج اكثر من ٢٠ مريض - طبيب اختصاصي مسجل no board مسؤول عن المركز يعالج ٢٠ مريض او اقل - طبيب اختصاصي مسجل no board مسؤول عن المركز يعالج اكثر من ٢٠ مريض
		٥-٢-٥ الطبيب المسؤول عن المركز - متواجد بدوام كامل - متواجد بدوام جزئي
		٦- <u>الممرضات</u>
		٦-١ ممرضة قانونية / للجلسة الواحدة - لكل ٤ اجهزة - ٦-٥ اجهزة - اكثر من ٦ اجهزة
		٦-٢ ممرضة مساعدة / للجلسة الواحدة - لكل جهازين - ٣-٤ اجهزة - اكثر من ٤ اجهزة
		٧- <u>التقنيون</u>
		- تقني صيانة - دوام كامل - تقني صيانة خبرة اكثر من ٥ سنوات - لا شيء
		٨- <u>مستخدمون اداريون</u>
		٨-١ خدم دوام كامل - واحد لكل ٨ اجهزة - اقل من واحد / ٨ اجهزة
		٨-٢ اداري دوام كامل - واحد او اكثر - لا شيء

٩- قسم العناية الفائقة

الشروط الاساسية المطلوبة و التي يؤدي الاخلال باحداها الى استبعاد القسم عن التصنيف

- ١- وجود قسم مستقل بذاته ، مزود بالاسرة و الاجهزة و الجهاز التمريضي .
- ٢- مساحة القسم لا تقل عن ١٠٠ متر مربع
- ٣- يحتوى القسم على ٤ اسرة على الاقل من نوع واحد من انواع العناية الفائقة (الحد الأدنى ٤% من مجموع اسرة المستشفى)
- ٤- وجود طبيب مقيم داخل القسم بصفة مستمرة
- ٥- وجود عدد ٢ معمرضات قانونية و ٤ مساعدات على الاقل تعمل ٢٤ ساعة في اليوم طيلة ايام السنة .
- ٦- وجود نظام لتأمين استمرار صلاحية الاجهزة الكهربائية و الالكترونية
- ٧- وجود الاجهزة و المنشآت التالية على الاقل :
 - ١- الاوكسجين المركزي
 - ٢- الهواء المضغوط
 - ٣- عدد ٣ جهاز التنفس الاصطناعي
 - ٤- عدد ٢ جهاز اعادة نبضات القلب بعد توقفها (Defibrilateur)
 - ٥- عدد ٢ بطاريات للقلب
 - ٦- علبة لفتح القصبة الهوائية (Tracheostomy set)
 - ٧- جهاز للمراقبة المتلفزة لكل سرير و جهاز مراقبة مركزي (Monitoring)
 - ٨- علبة لفتح الشرايين
 - ٩- منظار الحنجرة
 - ١٠- انابيب القصبة الهوائية - عدد ٢ من كل مفاصل من ٣ مقاسات على الاقل (endotracheal tubes)
 - ١١- جهاز شفط مركزي
 - ١٢- ميزان للمرضى
 - ١٣- جهاز لقياس غازات الدم
 - ١٤- جهاز للاتصال الهاتفي الداخلي
- ٨- المسافة بين سريرين لا تقل عن ١,٥ مترا .

العلامة

المقياس

١- نوع العناية الفائقة التي يؤمنها المستشفى :

15	١-١ عناية فائقة لأمراض القلب
15	٢-١ عناية فائقة
5	- عادية (Pulmonary)
5	- لحالات الطب فقط (حرق ، تسمم ، اصابات ،
9	الدماغ ، الخ ٠٠٠)
15	- لحالات الجراحة فقط
15	- لحالات الطب و الجراحة فقط
15	٣-١ عناية فائقة للأطفال (Neonatal)

٢- النواحي الطبية

25	١-٢ يوجد طبيب مقيم في قسم العناية الفائقة ، بصورة دائمة
25	٢-٢ الرقابة على نوعية الخدمات ، يؤمنها طبيب مسؤول يعمل :
15	بدوام كامل
15	بدوام جزئي
25	٣-٢ وجود اطباء من اختصاصات مختلفة تحت التصرف الفوري عند الحاجة
25	٤-٢ الطبيب يقوم بالاعمال الخاصة : مثل اعادة نبضات القلب بعد توقفها ، اعطاء الادوية في الحالات الطارئة ، تركيب انبوب التنفس .
25	٥-٢ شروط اضافية لقسم العناية الفائقة لأمراض القلب :
25	- الطبيب المسؤول عن قسم العناية الفائقة له خبرة خاصة في معالجة المرضى المصابين بأمراض القلب
25	٦-٢ شروط اضافية لقسم العناية الفائقة العادية
25	الطبيب المسؤول حائز على تخصص في معالجة المرضى المصابين بضيق حاد في التنفس .

المقياس	العلامة
٤- النواحي التنظيمية	
١-٤ اماكن الاستعانة فورا بالتقنيين في تشغيل الاجهزة	٢
٢-٤ اماكن الاستعانة فورا بالتقنيين في الطب الفيزيائي	٢
٣-٤ وجود نظام يؤمن ، عند استلام الممرضة لعملها في بدء المناوبة ، التأكد من ان الادوية الموصوفة للمرضى قد اعطيت لهم فعلا	٣
٤-٤ وجود ملف لكل مريض يحتوى على جميع المعلومات المتعلقة بحالة المريض و تطورها و العلاجات التي اعطيت له	٢
٥-٤ توجد الاقسام التالية داخل المستشفى و تعمل ٢٤ ساعة في اليوم طيلة ايام السنة :	
- مختبر للتحاليل المخبرية	٤
- خدمات لتأمين الدم و تأمين	٤
- الكلية الاصطناعية	٤
- قسم التصوير الشعاعي	٤
٥- الاجهزة و المعدات	
١-٥ مساحة الارضية لكل سرير (داخل القسم المخصص للأسرة فقط)	
- ٩ امتار مربعة على الاقل	٢
- اكثر من ذلك	٣
- المسافة بين سريرين اكثر من ١,٥ متر	٥
٢-٥ توجد مراقبة متلفزة لكل مريض	٥
٣-٥ توجد بين المرضى فواصل زجاجية او غيرها ، تؤمن نوعا من الاستقلالية لكل مريض	٥
٤-٥ يوجد في كل سرير ، لوحة راس لاستعمالها في الحالات الطارئة	٥
٥-٥ يوجد نظام انذار و نداء فوري، في حالة اصابة المريض بحالة طارئة مستعجلة	٥
- جهاز اتصال هاتفي داخلي و جرس	٥
- جرس فقط	٣
٦-٥ عدد الاسرة في كل فرع من فروع العناية الفائقة	
مجموع عدد اسرة المستشفى بالنسبة الى مجموع عدد اسرة العناية الفائقة	
- نسبة ٤%	٣
- اكثر من ٤%	٥

المقياس	العلامة
٣- النواحي التمريضية :	
١-٣ توجد داخل القسم ، بصورة دائمة ، ٢٤ ساعة في اليوم طيلة ايام السنة ، ممرضة قانونية حائزة على خبرة في العناية الفائقة لتأمين الرقابة على القسم	٢٥
٢-٣ عدد الممرضات القانونية العاملة بصورة دائمة ٢٤ ساعة في اليوم طيلة ايام السنة :	
- ممرضة واحدة لكل سرير	١٠
- ممرضة لكل سريرين	٦
- ممرضة لكل ثلاثة اسرة	٣
٣-٣ عدد الممرضات المساعدة العاملة بصورة دائمة ٢٤ ساعة في اليوم طيلة ايام السنة :	
- واحد لكل سريرين	٣
- لكل ثلاثة اسرة	١
٤-٣ الممرضات العاملة في القسم ، حائزة على تدريب كامل في اعطاء الاوكسجين، عمليات التنفس ، الفيزيولوجيا (وظائف اعضاء الجسم)	
٥-٣ وجود نظام خطي لتدريب الممرضات المخصصة للعناية الفائقة ، تدريبا مستمرا، لا سيما فيما يتعلق باستعمال الاجهزة الكهربائية و الالكترونية ، الانعاش ، مكافحة اثلوث	١٩
٦-٣ ممرضة مسؤولة تستطيع ان تراقب في آن واحد و من مركز عملها مجموعة من المرضى او جميع المرضى	٨
٧-٣ الممرضة المسؤولة عن قسم العناية الفائقة لأمراض القلب ، ممرضة قانونية حائزة على خبرة في التمريض لمرضى القلب :	٨
- سنة او اكثر	١٦
- من ٦ اشهر الى سنة	١٠
- اقل من ٦ اشهر	٦
٨-٣ الممرضة المسؤولة عن قسم العناية الفائقة ممرضة قانونية حائزة على خبرة في التمريض في حالات الاصابة بضيق حاد في التنفس	
- سنة او اكثر	١٦
- من ٦ اشهر	١٠
- اقل من ٦ اشهر	٦

٣/١٩٩٤

قسم النقاط الإضافية :

العلامة	المقياس	البيان
☐	18 20	1- العلاج الفيزيائي - يدير المركز طبيب متخصص في العلاج الفيزيائي - يدير المركز طبيب
☐	3 مفر	2- تسلسل القلب - نعم - كلا
☐	5 10 20 3	3- مدرسة فتيحة للعلوم - محمد تشمل جميع الفروع 3-1 تعطي شهادة احرارة او امتياز في التمريض 3-2 تعطي شهادة بكالوريا فتيحة في التمريض 3-3 تعطي شهادة مساعدة تمريض
☐	4	4- وجود غرفة عزل في المستشفى حسب تعليم رقم 24 تاريخ 1984/7/18
☐	40	المجموع

العلامة

[illegible]

المقياس

10	7	2	2	[2	[2	[2	2	2	1	8
				1	1	1	1	1		

Σ 00

- ٦-٥ وجود نظام صيانة الاجهزة و التأكد من صلاحيتها
بمودة مستمرة
- ٧-٥ وجود ناقلة ادوية للحالات الطارئة ، داخل القسم
- ٨-٥ توجد في القسم الاجهزة التالية
- الاوكسجين المركزي
 - الهواء المضغوط
 - جهاز التنفس الاصطناعي :
 - اكثر من ٣ اجهزة للتنفس الاصطناعي
 - ثلاثة اجهزة
 - جهاز اعادة نبضات القلب بعد توقفها :
 - اكثر من جهازين لاعادة نبضات القلب
 - جهازين
 - بطارية للقلب :
 - اكثر من بطاريتين للقلب
 - بطاريتان
 - علبة لفتح القصة الهوائية
 - جهاز للمراقبة المتلفزة لكل سرير و جهاز مراقبة مركزي
 - علبة لفتح الشرايين
 - منظار الحنجرة
 - انابيب القصة الهوائية
 - اثنان من كل مقاس من ٣ مقاسات على الاقل
 - جهاز شفط مركزي
 - ميزان للمرضى
- ٩-٥ يمكن تأمين الاجهزة التالية فورا
- غازات الدم
 - (PO2,PCO2,pH)
 - Volume & Pressure set Ventilators
 - Humidification Apparatus
 - Vital capacity & Tidal & Minute Volumes

المجموع

العلامة	المقياس	
☐	١٠	١-١ نظام داخلي متكامل ينظم ادارة المستشفى و سير العمل لجميع الاقسام
☐	٥	٢-١ موازنة تقديرية تخطيطية سنوية للسيولة و الاستثمارات
☐	[١٠ ٥ ٣]	٣-١ وضع تقارير او ميزانية عن وضع المستشفى - كل ٣ اشهر - كل ٦ اشهر - كل سنة
☐	١٠	٤-١ عن كل ٦٠ سرير يبلغ العاملون كما يلي : ١-٢-١ عاملون اداريون : ٩ كحد ادنى (ادارة (٢) استقبال (١) ، و قسم الهاتف (١) ، سكرتارية (١) محاسبون (٣) ، امين صندوق (٢) .
☐	١٠	٤-٤-١ اقسام عامة : ٢٧ كحد ادنى (عاملات تنظيفات بيت الغسيل و البياضات ، المطابخ ، الغلاية و التدفئة و المياة) .
☐	[١٠ ٥]	٥-١ -المدير المسؤول حائز على مؤهل علمي جامعي بادارة المستشفيات او حائز على مؤهل علمي و له خبرة خمس سنوات على الاقل بادارة المستشفيات - مؤهل جامعي و خبرة اقل من ٥ سنوات :
☐	[٥ ٢]	٦-١ -دوام كامل للمدير - دوام جزئي
☐	٥	٧-١ وجود تعريفات خطية للتقديرات المختلفة
☐	٥	٨-١ -يتمكن المرضى او اولياء امورهم الاطلاع على التعريفات

الباب الخامس

العاملون في المستشفى

المقياس	العلامة
١٥	☐
١٠	☐
١٥	☐
١٥	☐
١٥	☐
٢٠	☐
٢٠	☐
١٥	☐
١٥	☐
١٥	☐
١٥	☐

- ٥-٢ لجنة تجتمع دوريا لتقدير الخدمات التمريضية
- ٦-٢ ممرضة قانونية في كل قسم من اقسام التمريض
- ٧-٢ الممرضة المسؤولة في القسم تزور جميع المرضى في القسم التابع لها اكثر من مرة واحدة في كل مناوبة
- ٨-٢ نظام يقضي بزيادة عدد الممرضات بالنسبة للمرضى المصابين بحالات تحتاج لعناية تمريضية اضافية
- ٩-٢ تحرر الممرضة المسؤولة تقريرا يوميا عن تطور حالة المرضى
- ١٠-٢ نظام لتعليم و تدريب مستمر للممرضات للحفاظ على المستوى الرفيع للخدمات
- ١١-٢ اأاذونية خطية للممرضات المكلفات بمعالجة على جانب من الخطورة كسحب الدم من الشرايين
- ١٢-٢ اأهاز مستخدمين للخدمات العامة يكون عددهم كافيا لتأمين هذه الخدمات (متوسط ٢٤ لكل مريض في ٢٤ ساعة)
- ١٣-٢ وجود ممرضة واحدة على الاقل بصفة مستمرة في قسم القلب الداخلي لكل ١٠ أسرة
- ١٤-٢ وجود ممرضة قانونية واحدة على الاقل ليلا لكل ٢٠ سريرا و ذلك في قسم الطب الداخلي
- ١٥-٢ وجود ممرضة قانونية واحدة على الاقل بصفة مستمرة في قسم الجراحة لكل ٨ أسرة

المقياس	العلامة
١٠	☐
١٠	☐
١٠	☐
١٠٠	☐

- ٩-١ نظام للموظفين مع حفظ ملف كل موظف يتضمن مؤهلاته العلمية او الخبرة و حالته الصحية و تقارير دورية عن سلوكه
- ١٠-١ اجراء جردة سنوية للموجودات الرأسمالية
- ١١-١ نظام لتأمين الحاجيات و الاحتفاظ بمخزون كاف لمواجهة الحالات الطارئة

المجموع

المقياس	العلامة
١٥	☐
١٠	☐
١٥	☐
١٠	☐
١٥	☐
٣٠٠	☐

١٦-٢ ممرضة قانونية واحدة على الاقل ليلا لكل ١٠ أسرة
و ذلك في قسم الجراحة

١٧-٢ الممرضة المسؤولة تقوم بتسجيل التقديرات و المعالجات
التي يضعها الطبيب اولا باول

١٨-٢ عند تنفيذ الوصفات و التقديرات للمرضى ، توقع
الممرضة التي قامت بالعمل العلاجي على
البطاقة او السجل المعد لذلك

١٩-٢ الهدام العام و المظهر الخارجي للممرضات

٢٠-٢ السرعة في تلبية طلبات و نداءات المرضى

المجموع

الباب السادس

تشغيل المستشفى

العلامة	المقياس	العلامة
		١- الملف الطبي
☐	١٠	١-١ فتح ملف طبي شخصي لكل مريض
☐	٥	٢-١ سجل لمرضى الخارجين و مرضى الطوارئ
		٣-١ يحتوي الملف الطبي على جميع المعلومات السريرية و المختبرية و التشخيصية و الادوية و غير ذلك و بصورة خاصة هوية المريض و وثيقة دخول المستشفى او صورة عنها * و كذلك اوراق الفحوصات و التحاليل : صورة الاشعة المستندات الطبية الاخرى المنظمة اثناء وجود المريض في المستشفى و كذلك تقرير عن العمليات الجراحية و التشخيص عند الدخول و تقرير عن تطور المرضى و التقرير النهائي عند مغادرة المريض المستشفى او الوفاة
☐	١٠	٤-١ البيانات المدرجة في الملف الطبي بحرها طبيب او ممرض او اداريون كل حسب اختصاصه *
☐	٥	٥-١ تقرير طبي عن حالة المريض قبل اجراء العملية الجراحية
☐	٣	٦-١ فحص حالات الوفاة بواسطة لجنة مخصصة
☐	٣	٧-١ نظام لحفظ الملفات من الضياع و التلف
☐	٥	٨-١ يوقع الطبيب المعالج على الملف الطبي بالمغادرة
☐	٣	٩-١ الحصول على الملفات الطبية و الاطلاع عليها من قبل المسؤولين - في كل وقت - في اوقات معينة
☐	٣	١٠-١ احصائيات لانواع المرضى و الاصابات للمرضى الذين دخلوا المستشفى وكذلك العمليات الجراحية التي اجريت و تصنيفها و ذكر الاثار العكسية التي سببها بعد الادوية
☐	٣	

العلامة	المقياس	القسم الطبي :
☐	٥	١-٢ نظام المستشفى لا يسمح بان يكون الطبيب المعالج الواحد مسؤول في آن واحد عن اكثر من ثلاثين مريضا .
☐	٥	٢-٢ السهولة و السرعة للاتصال باخصائيين في حال وجودهم خارج المستشفى
☐	٥	٣-٢ مواجهة الحالات الطارئة بصورة فورية
☐	١٠ ٥	٤-٢ - طبيب متخصص بالتخدير و الانعاش متواجد باستمرار في المستشفى - يمكن احضاره عند اللزوم
☐	٥	٥-٢ يجب تأمين مراقبة طبية مستمرة للمرضى ليلا نهارا من قبل طبيب ملازم و ان يلبي باسرع ما يمكن الحوادث الطارئة يمكن الاستعاضة عن الطبيب الملازم بطالب في السنة الخامسة و ما فوق شرط ان يعمل باشراف الطبيب الملازم و على مسؤوليته
☐	١٠	٦-٢ توافر اطباء اخصائيين و اطباء معالجين لكل فرع من فروع المستشفى و يكون لدى المستشفى لجنة طبية لها صلاحياتها و مسؤولياتها .
☐	١٠ ٥	٧-٢ -وجود طبيب رئيس قسم لكل فرع من فروع الاختصاص و يكون متفرغا للمستشفى . - يكون بدوام جزئي
☐	١٠ ٥	٨-٢ -وجود باستمرار طبيب متخصص للأمراض الداخلية و طبيب لأمراض القلب و طبيب للتوليد - عند الطلب

٢- قسم التشغيل الاداري

المقياس	العلامة
٥ ٣	☐
٥ ٢	☐
٥	☐
٥	☐
٢٠	☐

- ١- نسبة تشغيل الاسرة السنوي
 - اكثر من ٨٠%
 - من ٦٠ الى ٧٩%
 - ٢- متوسط اقامة المرضى في المستشفى
 - الطب : اقل من ٦ ايام
 - الجراحة : اقل من ١٠ ايام
 - الطب : من ٦ الى ٨ ايام
 - الجراحة : من ١٠ الى ١٥ يوم
 - ٣- غرف خاصة للاطباء المناوبين و غرف للمعدات
و مكاتب للاطباء
 - ٤- حول الى المستشفى حالات من مستشفيات اخرى
- المجموع

المقياس	العلامة
١٠	☐
١٢٠	☐

- ٩- يجب على المستشفى ان يؤمن على الاقل الفروع التالية
- الطب الداخلي
 - الولادة
 - الاطفال
 - الجراحة

المجموع

٣- قسم التقدير العام

المظهر الخارجي العام للمستشفى

- حد
- متوسط
- اقل من متوسط
- رديء

المظهر الداخلي العام للمستشفى

- (نظافة ، هدوء)
- حد
- متوسط
- اقل من متوسط
- رديء

انظمة سير العمل في الاقسام العامة

- (سرير وجبات الطعام و البياضات
- (السرايف ، ساعات الدوام)
- حد
- متوسط
- اقل من متوسط
- رديء

سرعة استقبال المرضى و ذويهم و سرعة

الحجهم الى الاقسام التمريضية

- جيد
- متوسط
- اقل من متوسط
- رديء

المقياس

١٢
٦
٤
مفر



١٢
٦
٤
مفر



١٢
٦
٤
مفر



١٢
٦
٤
مفر



العلامة



٥- نظام المحاسبة و سرعة تسليم الفواتير و تصفية

- الحساب
- جيد
- متوسط
- اقل من متوسط
- رديء

المجموع

المقياس

١٢
٦
٤
مفر

٦٠

العلامة



الفصل الثامن
الدَّوَاءُ

مشكلة الدواء في لبنان

ما زالت مشكلة الدواء قائمة بمختلف أبعادها ولم يؤد طرحها المتعدد طيلة العقود الماضية إلى الوصول لحل ملائم بل ازدادت المشكلة تعقيداً . وقد تفاقم الوضع في السنوات الأخيرة بسبب الأجواء الأمنية المضطربة واستعمال مرافئ غير شرعية لاستيراد أدوية وتسويقها ، كما ان انعدام الرقابة وشلل الأجهزة العدلية أديا إلى بروز عوامل جديدة في هذا الميدان المعقد .

وقد ورد في البيانات الوزارية للحكومات المتعاقبة في لبنان منذ الاستقلال حتى اليوم الوعود وبرامج العمل لإيجاد حل ملائم لمشكلة الدواء - ففي البيان الوزاري لحكومة الاستقلال الأولى عام ١٩٤٣ ورد : « وسنبذل جهداً خاصاً لمحاربة أزمة الأدوية » .

كما أن الوزارة ١٦ عام ١٩٥٣ تقدمت ببيانها الوزاري الذي ورد فيه : « وسنعي بتوفير الدواء المجاني » . وفي بيان الحكومة التي تلت عام ١٩٥٣ - ١٩٥٤ ورد : « تخفيض أسعار الأدوية بصورة عامة ومراقبة الأسعار المصرح بها في الفواتير المبرزة لوزارة الصحة بغية الثبوت من أنها لا تحتوي أرقاماً مغلوطة » ، كما أن الحكومة ٢٦ ، عام ١٩٥٨ اعترفت : « مكافحة غلاء الأدوية وخفض أسعارها » والحكومة رقم ٣٠ عام ١٩٦٠ وعدت في بيانها : « وضع نظام لاستيراد الأدوية وبيعها يجعل الدواء في متناول الجميع من فئات الشعب » . أما الوزارة رقم ٣٧ عام ١٩٦١ فقد شددت على موضوع توفير الدواء في سؤالها الذي ورد في بيانها الوزاري أمام مجلس النواب : « هل يمكن ، بل هل يجوز بعد الآن أن لا تولي كل حكومة قضية الأدوية عناية فائقة فتعمل على توفير الأدوية لجميع المواطنين وتشجيع صنع بعضها محلياً والتشدد في مراقبته ومراقبة استيراد بعضها الآخر ومراقبة أسعار بيعها ؟ » أما في الأعوام ١٩٦٦ - ١٩٦٨ فقد تقدمت الوزارة ٣٨ بالبيان الوزاري الذي ورد فيه : « الحكومة

تعزز القيام بكامل واجبتها في حقل الدواء في ضوء الاقتراحات والدراسات التي تقدمت بها اللجنة العليا المؤلفة لوضع الترتيبات التي تؤدي إلى ترخيص أثمان الأدوية والمحافظة على جودتها ، وهي تأمل الوصول خلال شهرين إلى النتائج المتوخاة . وفي عام ١٩٧٢ - ١٩٧٣ ورد في بيان الحكومة ٤٥ التالي : « تسعى الحكومة لتأمين وصول الدواء إلى جميع المواطنين دون إبطاء وبأسعار مقبولة » . وفي بيان الحكومة التي تلت ورد للمرة الأولى الوعد بإنشاء مكتب للدواء « وستنشئ الحكومة مكتباً للأدوية تابعاً لوزارة الصحة مهمته استيراد الأدوية وبيعها بالسعر العادل » . وتولت الوزارة ٤٨ في عام ١٩٧٤ - ١٩٧٥ التعهد بـ : « تنفيذ قانون إنشاء المكتب الوطني لاستيراد الأدوية » .

هذه المقطعات من البيانات الوزارية هي دلالة على استمرارية المشكلة وتفاقمها طيلة السنوات والعهود .

وهذا الفصل حول مشكلة الدواء في لبنان يتطرق إلى الواقع الدولي بالنسبة لتطور سوق الدواء وتشعباته ثم يشير إلى الوضع الحالي في لبنان مع التوصيات المقترحة لترشيد هذا النشاط الصحي الهام .

شهدت الأعوام الأخيرة زيادة هائلة في عدد المنتجات الصيدلانية المطروحة في الأسواق دون أن يواكب ذلك تحسّن مماثل في الأحوال الصحية .

تشير الإحصاءات إلى أن استهلاك الدواء ينمو بشكل مضطرب كذلك معدل الوصفات الطبية للشخص الواحد خلال السنة وتتراوح نسبة الزيادة لعدد الوصفات الطبية بين ٣ - ١٥ ٪ حسب البلدان وذلك لا يعود فقط إلى طبيعة البلد وإنما أيضاً إلى معطيات التطور في الحياة الاجتماعية والثقافية ، فالإنسان المعاصر يلجأ إلى استعمال الدواء سواء باستشارة طبيب أو بدون استشارته كل مرة يشعر فيها بإرهاق أو ألم - والدراسات من عدة بلدان تشير إلى أن نسبة كبرى من الأدوية المباعة للمستهلكين تصرف بدون وصفات طبية . كما أن تطور المستوى الاقتصادي للفرد خلق إمكانية أكبر لشراء الدواء واستهلاكه وخصوصاً عندما يصاحب التطور الاقتصادي تثقيف وإعلام في الحقل الصحي مما يزيد من تحسّن الأفراد لمشاكل الصحة ، كذلك ساهمت أنظمة التقديمات الصحية المجانية أو شبه مجانية كأنظمة الضمان الصحي والتأمين الصحي من زيادة استهلاك الدواء - فالفرد الذي يتوجب عليه أن يتحمل جميع النفقات الصحية قد لا يلجأ إلى الطبيب عند حدوث أي عارض صحي ولكنه يستفيد

من التأمينات والتقديمات عند حصول نفس العارض .

وبنتيجة تطور العقاقير في العصر الحديث فقد نمت في العالم الغربي شركات ضخمة متعددة الجنسية لإنتاجها وقد أخذت خلال العقود الماضية تسوّق منتجاتها في البلدان النامية دون أن تأخذ في الاعتبار احتياجات تلك البلاد وأولوياتها الصحية .

وينبغي ملاحظة الدور الذي يلعبه الترويج التجاري للعقاقير لاجتذاب الأطباء والمعاونين الصحيين على نحو يحدث تغييراً مفتعلاً في الطلب على المستحضرات الصيدلانية في البلدان النامية ، تستغل بعض الشركات المتعددة الجنسيات البلدان النامية مستخدمة لهذا الغرض وسائل وإغراءات مثل الهدايا والكتب والسفر لحضور مؤتمرات بل قد تلجأ إلى طرق غير نزيهة كالعمولات التي تدفع لترويج عقاقير معينة .

وثمة اختلافات شاسعة بين البلدان الصناعية والنامية فيما يتعلق بالطلب الاقتصادي الفعال على المستحضرات الصيدلانية - ونذكر على سبيل المثال أن ألمانيا الاتحادية تنفق ٥٣،٤ دولاراً أميركياً على كل شخص في العام ، اليابان ٣٨،٥ دولاراً والولايات المتحدة ٥٣،١ دولاراً بينما تنفق نيجيريا ١،٢٠ دولاراً والهند ٥،٧٥ وسيريلانكا ٠،٥٨ دولاراً بينما ينفق لبنان ٢٠،٤ دولاراً ، وبالرغم من هذا الاختلاف فما زالت ميزانية الأدوية تمثل في بلدان عديدة نسبة هامة من النفقات الصحية - أما في لبنان فالتقرير الذي أعده الاتحاد العمالي العام بتاريخ ١٢/١/١٩٨١ ، يبيّن أن أسعار الدواء تشكل ٦٪ من مداخيل الشعب اللبناني بينما هي في فرنسا تبلغ ٣٪ فقط وأن مجموع ما ينفقه الأجير على الطبابة والاستشفاء من ١١ - ١٧٪ من دخله .

وهذه النسبة تعادل أعلى النسب المعروفة في العالم ، كما أن نسبة الانفاق العام على الأدوية تشكل ٤٢٪ من مجموع الانفاق على الطبابة إذ تتراوح كلفة الدواء ٤٠ - ٦٨٪ من مجموع نفقات الضمان الصحي . بينما لا تتعدى هذه النسبة ٢٧،٥ في فرنسا علماً بأن صندوق الضمان والمؤسسات المكملة له تدفع للمضمون كامل فاتورة الدواء بينما لا يغطي الضمان في لبنان سوى ٧٠٪ من قيمة الأكلاف . وتقدر إدارة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أن ترتفع كلفة الأدوية هذا العام مع تزايد ارتفاع أسعار العملات الأجنبية خصوصاً الدولار بحيث تصبح كلفة الدواء وحده في فرع ضمان المرض والأمومة زهاء ٩٥ مليون ليرة مقابل ٧٥ مليون للعام ١٩٨٣ ، وبذلك تزيد فاتورة الأدوية على ٥٠٪ من مجموع ما يتحمّله الفرع .

وتهيمن حوالي مائة مؤسسة كبرى متعددة الجنسية على صناعات المنتجات

الصيدلية من حوالي ٥ آلاف مؤسسة عاملة في حقل الدواء . وهي تحتكر عدداً من العقاقير السوائب المستخدمة في تركيب الأدوية وتحاول الشركة المصنعة تحقيق أعلى نسبة من الربح يدفعها ذلك إلى إيجاد مستحضرات طبية متماثلة مما يزيد رقعة العرض دون أن يكون لذلك فائدة علاجية وتشير إحصاءات أميركية جرت على ٤٣٠٠ دواء ما يلي :

١٥ ٪ فعالة جداً ٢٧ ٪ فعالية متوسطة ٤٧ ٪ فعالية محتملة و ١١ ٪ مجردة من أية فعالية وان دل ذلك على شيء فإنه يدل على أن الصانع يسعى لاستثمار إنتاجه بأسعار مرتفعة فيطرح في السوق مستحضراً طبياً جديداً بتسميته التجارية فقط بدلاً من مستحضر آخر إما ليرفع من سعره وإما ليستفيد من إعادة تحديد معدل الربح .

وحتى في البلدان الصناعية يثير ارتفاع أثمان الأدوية قلقاً عميقاً ويرجع ارتفاع أسعارها إلى التكاليف الباهظة للحملات الدعائية وإلى تكاثر الأدوية المتشابهة وإلى تزايد أسعار العقاقير الأساسية وإلى نفقات إدارية يمكن تحاشيها مثل استخدام عبوات جذابة تكلف الكثير ولا تفيد في شيء .

إن سعر الدواء يعتمد أساساً على تحديد مجمل كلفته التي تساوي ثمن المواد الأولية الداخلة في الصناعة وكلفة الأبحاث التي أدت إلى اكتشافه والمصاريف الإدارية التي تتضمن رواتب المستخدمين والدعاية والاعلان بالإضافة إلى عناصر أخرى ومعدل الربح ونفقات التعبئة والتوضيب ويقدر حالياً أن كلفة تسويق دواء واحد بما فيه الأبحاث التي أجريت للتأكد من فعاليته وسميته تعادل حوالي ٨٥ مليون دولار ، في أميركا . تشير الإحصاءات المتوفرة أن سعر الدواء ارتفع أكثر من ٥٠ ٪ في السنوات العشر الأخيرة ونسبة ارتفاع أسعار الفاتورة في السويد حوالي ٢٥ ٪ أميركا ١٠٠ - ١٥٠ ٪ ، ألمانيا ١٠٠ ٪ - فرنسا ٥٠ ٪ وإنكلترا ١٥٠ ٪ .

وهذه الزيادة لا تبررها المبادئ العلمية المطبقة في تحديد سعر الدواء فقط بل تضاف عليها عوامل أخرى أهمها :

- ١ - زيادة الطلب على الأدوية .
- ٢ - التغييرات النوعية التي طرأت على الوصفة الطبية بحيث أصبحت تهدف إلى استعمال الأدوية الفعالة والمرتفعة الثمن .
- ٣ - تأثير سعر الدواء بخصائص سوقه إذ تؤثر عوامل المنافسة غير المشروعة وغير المتكافئة القائمة في هذا السوق بزيادة الأسعار بنسبة أكبر من النسبة التي تتحملها

شركات الأدوية في ترويج بضاعتها بمختلف الوسائل .

ويستهلك سوق الشرق الأوسط من الأدوية والأعنة والتجهيزات الطبية حوالي ٥ مليارات دولار منها ١ ١/٢ ملياراً تصرف على الأدوية ويزداد هذا الرقم سنوياً وتفاوتت نسبة التصنيع المحلي والاستيراد بين بلد وآخر في المنطقة - ففي مصر مثلاً ٨٠ ٪ من الأدوية في الأسواق تصنع محلياً ومن مجموعته ٣٢٠٠ مستحضر طبي لا يستورد إلا ٧٠٠ منها . أما في تونس فيشكل الاستيراد ٨٠ ٪ من مجموع الأدوية المتوفرة . أما في لبنان فالتصنيع المحلي يشمل حوالي ٤٠٠ مستحضر يشكل ١٠ ٪ و ٩٠ ٪ استيراد .

كذلك تفاوتت دول المنطقة في سياستها بالنسبة لاستيراد لأدوية حسب أنظمتها السياسية والاقتصادية فهناك دول حصرت تجارة الدواء بإدارة حكومية مركزية مثل الجمهورية العربية السورية إلى دول مثل لبنان حيث حرية الاستيراد التي حملت إلى السوق اللبنانية آلاف الأصناف من الأدوية المتداولة .

وعند بحث مشكلة تكاليف الأدوية وأسعارها تجدر دراسة أثر الأسماء التجارية للعقاقير على الممارسة الطبية وعلى تحديد أسعار الأدوية فقد جرت العادة على بيع الأدوية تحت أسماء تجارية بدلاً من بيعها تحت إسمها الأصلي ويرتبط ذلك بجوانب عديدة متشابكة لصناعة الأدوية ومن بينها شهادات تسجيل الأدوية والممارسات الطبية غير الرشيدة والمؤثرات التي تحاول إفساد مهنة الطب وخلط العقاقير على نحو غير معقول والافراط في استخدام بعض العناصر في مستحضرات تتكاثر يوماً بعد يوم وتجمع بين مواد يتزايد عددها باستمرار .

وتتشابه الأسماء التجارية في النطق بها على نحو يؤدي إلى الخلط بينها وينشر الفوضى في صناعة الأدوية - وفي معظم البلدان تبين أن الأدوية التي تباع تحت أسماء تجارية أغلى بكثير من تلك التي تباع تحت أسمائها الأصلية .

وتسود الفوضى بصورة خاصة في العقاقير المتعددة العناصر فكثيراً ما تباع مستحضرات تجمع بدون أي أساس بين عناصر لا داعي لها ولكنها تخدع الطبيب الغر والمريض المسكين - والواقع أن المنتجات ذات الأسماء التجارية تسيطر على الأسواق الدولية وعلى قطاع الصناعة المنظم بفضل ما تحظى به من حملات دعائية رنانة .

في الولايات المتحدة الأميركية عينت إدارة الأغذية والعقاقير لجنة من الخبراء تابعة للمركز الوطني للبحوث بتقويم فاعلية ما يزيد على ٣٠٠٠ مستحضر تباع

بالأسواق الأميركية وقد أعدت اللجنة تقريراً يستفاد منه أن عدداً كبيراً من تلك المستحضرات ليس له قيمة علاجية أكيدة وأوصت اللجنة بسحب بعض العقاقير من السوق هذا وقد طالبت بلدان غربية عديدة بإلغاء الأسماء التجارية إلا أنها تعتقد أن هذا الإلغاء لا يكفي في حد ذاته لإحداث تخفيض في الأسعار .

إن مشكلة العقاقير الجديدة ترتبط بهذه المسألة ارتباطاً وثيقاً فمعظم العقاقير الجديدة تقدم إلى الأطباء تحت أسماء تجارية يعلن عنها في المجلات الدولية وعندما تسوق تلك الأدوية لأول مرة في إحدى الدول النامية تباع بأسعار باهظة ولا يصفها الأطباء لمرضاهم إلا تحت أسمائها التجارية .

والواقع أن الأدوية الجديدة المتشابهة ليس لها إلا مزايا طفيفة على الأدوية الموجودة من قبل ولكن الاعلانات تبالغ في إبراز تلك المزايا لترويج تلك الأدوية ولاستغلال نقاط الضعف لدى الجماهير - في أول الأمر تزداد المبيعات بسرعة ثم يحدث هبوط مفاجيء في البيع يليه ارتفاع بسيط مستمر حتى يصل إلى مستوى ثابت .

ويتزايد الوعي يوماً بعد يوم بالأبعاد الاجتماعية للمستحضرات الصيدلانية ، والواقع أن ترشيد أساليب الإدارة يكفل استخداماً أكثر فاعلية للموارد المالية المحدودة المتاحة للخدمات الصحية كما يكفل زيادة قدرة الفقراء على شراء العقاقير من الناحيتين العلمية والتقنية وحدهما . وفيما يتعلق بمنظمة الصحة العالمية فهي تهتم منذ إنشائها بالمستحضرات الصيدلانية وتدرك تماماً دور العقاقير الأساسي في درء الأمراض وعلاجها وفي التخفيف من المعاناة إلا أنه يجب الإقرار بأن اهتمام المنظمة كان يركز منذ عهد قريب على الجوانب التقنية والعلمية المألوفة للمستحضرات الصيدلانية مثل وضع المواصفات الخاصة بنقاء الأدوية وقوة مفعولها وتحديد المعايير والمستويات بالنسبة لمراقبة نوعية المستحضرات الصيدلانية والمنتجات البيولوجية واعتماد معايير اختيار سلامة وفعالية الأدوية التي يستخدمها الإنسان وقد أصبحت بعض منشورات المنظمة أداة عمل تستخدم في الحياة اليومية ، وفي عام ١٩٧٥ أوصت جمعية الصحة العالمية الثامنة والعشرون من أجل تسهيل اتخاذ أسلوب موحد لضمان الجودة أثناء عملية إنتاج العقاقير بمجموعة من الممارسات الجيدة في صناعة الدواء ومراقبة نوعيتها ، ولقد تبنى عدد من البلدان وشركات الأدوية هذه الممارسات الموصى بها (ملحق رقم ١) .

لقد أصبحت أثمان العقاقير كابوساً يقض مضجع رجل الشارع فالمرضى

لا يستطيع أن يمارس حقه في شراء الدواء الذي يتفق مع إمكانياته المادية كما هو الحال بالنسبة إلى السلع الأخرى ويتعين عليه أن يشتري في خنوع الدواء الذي يصفه له الطبيب وكثيراً ما تنجح الحملات الدعائية الضخمة والتي تساعد جحافل البائعين في التأثير على الأطباء على نحو يجعلهم يختارون دواءً معيناً وبالإضافة إلى ذلك فإن قطاعات كبيرة من السكان في البلدان النامية تعتمد على الرعاية الطبية التي تكفلها لها مؤسسات حكومية أو شبه حكومية وكلما ارتفعت أسعار الأدوية نقصت إلى حد كبير الأدوية التي يمكن شراؤها في نطاق الميزانية المحدودة لتلك المؤسسات .

وخلاصة البحث أن سوق الدواء يعاني من مظاهر الفوضى في عدة وجوه وتتجدد هذه الفوضى نوعياً في وجود أشكال عديدة لمستحضرات تحمل أسماء تجارية مختلفة ولكنها قليلة الفعالية علاجياً - كميّاً ، في وجود أشكال عديدة لنوع واحد من الدواء وتسويقاً في استيراد ما يفيد وما لا يفيد من أنواع الأدوية وأخيراً قيام مزاحمة غير مشروعة بين الشركات العاملة في حقل الدواء مع ما ينجم عن ذلك من زيادة في كلفته .

هذه الفوضى جعلت من الدواء عبئاً ثقيلاً على المريض وعلى البلدان أدت إلى إهدار جزء هام من الدخل الوطني وهي مرشحة لأن تتفاعل وتزداد وتنمو في السنوات المقبلة بحيث تتعمق الهوة القائمة بين الحاجة الاجتماعية الضرورية للدواء وبين إمكانية إشباعه .

سوق الدواء في لبنان :

كان سوق لبنان وما يزال يعاني من الفوضى السائدة في السوق العالمية ففي السوق اللبناني آلاف الأصناف من الأدوية المتداولة . هذا العدد الكبير يزيد من العدد المتداول في أكثر البلدان المتطورة علمياً وصناعياً . والمصانع المحتملة والعاملة في لبنان تبلغ ٥٢٠ مصنعاً وهذا العدد يوازي ضعف العدد الموجود في أرقى البلدان والاستيراد حر بشكل مطلق حتى أصبح حر بشكل فوضوي والمستورد يستورد ما يريد من دواء صالح أو غير صالح مما يؤدي إلى مزاحمة غير متكافئة بين أنواع الأدوية . إلى جانب حرية الاستيراد تقوم حرية التوزيع وبالنتيجة يمر الدواء بين المنتج والمستهلك بحلقة واسعة من العملاء يسعى كل منهم خلالها لتحقيق أعلى نسبة من الربح . وتشكل مجمل هذه المعطيات وضعاً بعيداً عن الرصانة العلمية أدى ويؤدي إلى رفع أسعاره بشكل ملموس . والصوصفة الطبية المعطاة من قبل بعض الأطباء تتضمن في

كثير من الأحيان مجموعة من الأدوية غير الضرورية توصف لاعتبارات بعيدة كل البعد عن الضرورات العلاجية مما يزيد من ثمن الوصفة دون مبرر .

إن حرية الاستيراد تحمل إلى السوق اللبنانية أصنافاً من الأدوية قليلة الفعالية وفي بعض الأحيان لا تكون معروفة حتى في بلد المنشأ ، وتصبح متداولة في لبنان بفعل ممارسة طبية حرة وغير مسؤولة أحياناً .

يتميز سوق الدواء في لبنان بالخصائص والسمات التالية :

* يوجد حالياً في لبنان العديد من المصانع المحلية يقدر بنحو (١٧) مصنعاً ولكن ٩ منها مقفلة حالياً والتي تنتج بعض أصناف الأدوية (ملحق ٢) يمكن توزيعها على فئات ثلاث من حيث حجمها والتجهيزات الفنية وحصة كل منها في سوق الدواء .

فئة معامل كبيرة - معامل متوسطة - معامل صغيرة ، وقد بلغ مجموع رأس المال الموظف في هذه المصانع حوالي ٨٠ مليون ليرة وعدد العمال والموظفين حوالي ٨٠٠ شخص في عام ١٩٨٣ .

والصناعة المحلية لا تغطي إلا جزءاً يسيراً من احتياجات السوق المحلي بسبب قدرتها التنافسية المحدودة في مواجهة الشركات الأجنبية الضخمة ذات الكفاءة الفنية الأعلى والإمكانية المادية الأقوى ، إذ لا تتجاوز ٦ - ١٠٪ من مجموع ما يستهلك .

على مستوى الاستيراد تفيد المعطيات المتوفرة إن عدد المستوردين وحاملي الوكالات الرئيسيين يبلغ ٩٥ مستورداً ووكيلاً لشركة (ملحق ٣) وقدر رأس المال الموظف في هذه الأنشطة ٣٠٠ مليون ليرة وكما بلغ عدد الموظفين لهؤلاء المستوردين حوالي ٢٨٠٠ موظفاً ، وإن عدد الشركات التي يتعاطون معها يبلغ حوالي ٥٠٢ شركة وإن عدد الأصناف المستوردة وصل إلى ٨٥٠٠ صنفاً ونشير هنا إلى أن المتعاملين مع سوق الدواء يؤكدون وجود بعض الشركات الموردة والأشخاص غير الشرعيين «المجازين» ، وإن الدواء كغيره من سلع الاستهلاك يدخل إلى البلد من البوابات غير الشرعية حيث يشحن الدواء مع بقية المواد الغذائية دون التقيد بالشروط الفنية والصحية المفروضة على هذه السلع الحساسة .

ويمكن الجزم أن عدد الشركات المتعاملة مع السوق اللبناني يصل إلى ٥٢٠ شركة ومصنعاً وتقدر كمية الدواء المستوردة حوالي ٣ آلاف طن سنوياً .

منها ما يستورد دون ترخيص وبصورة غير شرعية من : فرنسا ، بلجيكا ، اليونان ، سوريا ، وإيطاليا ومن غير بلد المنشأ الأساسي .

ومن السمات المميّزة لسوق الدواء في مجال الاستيراد ارتفاع عدد المستوردين والوكلاء وتعداد الشركات الموردة والارتفاع في عدد الأصناف المستوردة والمتداولة في السوق .

على مستوى التوزيع للمستهلك يبلغ عدد الصيدليات العاملة في لبنان ٦٧٧ منها ٢٩٧ صيدلية مرخصة و ٤٨٠ صيدلية غير مرخصة (أنظر الجدول ١) ويحدد المرسوم رقم ٨٦٦٣ الصادر في ١٦/١١/١٩٦٧ فيقسم لبنان إلى دوائر صيدلية (ملحق ٤) يضاف إلى هذه المؤسسات قوات التصريف غير المشروعة التي يمر عبرها الدواء إلى الصيدلي مباشرة مع تاجر الشنطة الذي يترك أبواب الصيدليات وبيع أصنافاً حصل عليها وهو بالطبع لا يتقيد بتسعيرة محدّدة ولا يطبق الحد الأدنى من الشروط الفنية والصحية التي تتطلبها هذه السلعة . ويبيّن الملحق ٥ أسماء الصيدليات في بيروت وفي المحافظات .

وتدل المعطيات المتوفرة ان عشرة مستوردين كبار من أصل ٨٩ ، يسيطرون على ٦٠ - ٧٠٪ من سوق الدواء كما أن ثلاثة مصانع تسيطر على الجزء الأكبر من الدواء المصنع حالياً .

تخضع سلعة الدواء لسلسلة من الإجراءات الإدارية والقانونية قبل استعمالها من قبل المستهلك وذلك من خلال سلطة الوصاية الممثلة بوزارة الصحة العامة وتشرف الوزارة على قطاع الدواء بواسطة أجهزة مصلحة الصيدلة التي تتولى المهام التالية :

* اعداد الدراسات اللازمة لتحديد أسعار بيع الأدوية .

* درس طلبات الترخيص للمستحضرات الطبية وفتح معامل إنتاج الأدوية كما تتولى بواسطة دائرة استيراد الأدوية والاشتراك مع اللجنة المختصة المنصوص عليها في قانون الصيدلة الموافقة على إدخال المستحضرات الطبية غير المستعملة سابقاً في البلاد (غير المسجلة) .

* الموافقة على المعاملات المتعلقة باستيراد الأدوية والحليب .

* تتولى بواسطة دائرة التفتيش الصيدلي وفتيش الصيدليات ومستودعات الأدوية ومعامل إنتاج الأدوية وصيدليات المستشفيات الخاصة وذلك بما يتعلق باستثمار هذه المؤسسات ومراقبة أسعار الأدوية ومراقبة فعاليتها وسلامتها ، ومراقبة استعمال

المخدرات والمواد التخليقية والحليب والأمصال واللقاحات .

* مكافحة مهنة الصيدلة غير المشروعة ومنع الاتجار بالأدوية وبيعها من الأشخاص غير المرخص لهم .

إنطلاقاً من هذه المعطيات تبين أن أجهزة وزارة الصحة تغطي ولو نظرياً كامل المراحل التي يتطلبها الدواء بين مصدره وبوابة الصيدلي في الحي السكني استيراداً وتوزيعاً ومكافحة للمخالفات .

أسعار الدواء :

بالنظر إلى أهمية الدواء وضرورة توافره لجميع المواطنين فقد دأبت الدولة منذ عام ١٩٥٠ إلى تحديد جعالة الصيدلي أو نسبة الربح المسموح بها وقد حددت هذه النسبة بـ ٣٠٪ عام ١٩٥٠ .

في عام ١٩٧١ صدر عن وزارة الصحة القرار رقم ١/٣٦١ الذي تضمن أحكاماً جديدة بشأن تحديد أسعار الأدوية المستوردة أو المصنعة محلياً وقد حدد هذا القرار بيع الأدوية المستوردة على النحو التالي :

* تحديد أسعار الأدوية المستوردة على أساس الكلفة أو سعر البيع للعموم في بلد المنشأ ويؤخذ في حال التباين بين السعرين بالسعر الأدنى .

* يحدّد سعر الكلفة في لبنان على أساس الفاتورة (فوب) مضافاً إليه ٥٪ مصاريف بلدية وتخليص عمولة أو سعر الفاتورة (سيف) يضاف إليه ٥٪ مصاريف بلدية وتخليص وعمولة .

* يحوّل سعر الفاتورة من العملة الأجنبية إلى الليرة اللبنانية على أساس جداول تحويل أسعار ألحقت بالقرار المذكور على أن تعدل كلما طرأ على سعرها في السوق الحر تغيير ينقص أو يزيد على ٣٪ وإذا استمر هذا التغيير مدة ثلاثة أشهر على الأقل .

* يؤخذ سعر الكلفة للمستورد ويضرب بالعدد ١٤٣٪ .

* توزع الأرباح على أساس ١٠ بالمائة للمستورد و ٣٠٪ للصيدلي وقد أدى هذا القرار إلى خفض نسبة الربح الفعلية للصيدلي إلى ٢٣٪ ولم تزل هذه النسبة دون تغيير من ذلك التاريخ .

وقد كان سعر البيع للعموم كما تحدّده وزارة الصحة سعراً إلزامياً إلا أنه في العام ١٩٦٨ وبموجب القرار ٦٨/١٥ ألغي السعر الإلزامي وأعطى الصيدلي الحق ببيع الدواء بسعر أدنى من التسعيرة المفروضة . وفي عام ١٩٧٨ أدخل تعديل على المادة الثانية من القرار وذلك عن طريق القرار ١/١٥٠ وقد نص هذا القرار الأخير على أن أسعار الأدوية المستوردة تحدد بسعر أدنى من الناتج عن حسابه على أساس السعر البيع للعموم في بلد المنشأ أو سعر الكلفة في الحالتين التاليتين :

١ - إذا كان سعر المستحضر من المنشأ أجنبي وتستورده إحدى البلدان المجاورة وكان السعر الناتج عن حسابه على الأساسين أعلاه أدنى من سعر الناتج في لبنان .

٢ - إذا كان المستحضر لا يستورد من إحدى البلدان المجاورة وكانت نسبة ارتفاع أسعار المنشأ تفرض ذلك . وفي هذه الحال يحدّد وزير الصحة العامة النسبة المثوية العليا التي يجب اعتمادها .

وهناك تعديلات أخرى أدخلت على تسعير الدواء لا بد من ذكرهما ففي عام ١٩٧٧ أصدر وزير الصحة قراراً يقضي بإباحة استيراد الدواء لأي كان وقد كان الغرض من هذا القرار فتح باب المنافسة بين المستوردين وبالتالي تخفيض أسعار الدواء المستورد . وفي عام ٩٨١ صدر القرار ١/٤٧ الذي قضى بمنع تسجيل واستيراد الأدوية الجديدة باستثناء المستحضرات الفريدة من نوعها والمعدة خصيصاً لمعالجة الأمراض المستعصية بحيث يخضع استيرادها لموافقة وزير الصحة .

وأخيراً صدر القرار ١/٢٠٨ بتاريخ ٣ أيار ١٩٨٣ الذي يتضمن الأحكام الخاصة والأسس الجديدة لتسعير الأدوية (أنظر الملحق ٦) وأهم بنود هذا القرار هي :

١ - تحدّد أسعار الأدوية المستوردة على أساس سعر الكلفة وسعر المبيع من العموم في بلد المنشأ سنداً لشهادة منشأ ومصدقة أصولاً ويؤخذ في حالة التباين بين السعرين السعر الأدنى ويكون سعر المبيع أدنى من السعر الناتج عن حسابه على هذا الأساس إذا كان المستحضر أجنبي وتستورده حالياً بلدان مجاورة ذات نظام اقتصادي مماثل للبنان وكان سعر المبيع الناتج عن حسابه على الأساسين المذكورين أقل من سعر المبيع في لبنان .

٢ - يحسب سعر الكلفة المستوردة على أساس سعر الصافي المدوّن في الفاتورة يضاف إليه ٧,٥٪ تكاليف شحن و ١٠٪ بلدية وتخليص وعمولة ومصاريف أخرى .

٣ - تحدّد أسعار المبيع للعموم في لبنان على أساس سعر الكلفة كما تم احتسابها أعلاه مضروباً بالعدد ١٤٣٪ وتوزع الأرباح على أساس ١٠٪ للمستوردين و ٣٠٪ للصيدلي .

٤ - تحوّل العملات الأجنبية لأجل تطبيق القرار وفقاً لجدول أسعار هذه العملات بالعملة اللبنانية - ملحق بالقرار ويعاد النظر بمعادلات والعملات الأجنبية كلما طرأ على سعرها تغيير يزيد على ٣٪ إذا استمر هذا التغيير مدة ثلاثة أشهر على الأقل .

توضع جداول تسعير الأدوية لرفعها إلى وزير الصحة من قبل لجنة قوامها : رئيس مصلحة الصيدلة ورئيس دائرة استيراد الأدوية وتصديرها ورئيس دائرة التفتيش الصيدلي ويضاف إلى اللجنة مندوب عن كل من وزارتي الاقتصاد والصناعة لوضع قواعد لتحديد أسعار الأدوية المصنعة أو الموضبة في لبنان .

مما لا شك فيه أن الهدف الأساسي للقرارات التي اتخذت والقوانين التي وضعت منذ العام ١٩٥٠ فيما يتعلق بتجارة وتسعير الدواء وممارسة مهنة الصيدلة كان توفير الأدوية الضرورية بأسعار مناسبة للمواطنين وخاصة ذوي الدخل المحدود وبالتالي الابتعاد بهذا القطاع عن روح المتاجرة الحرة غير الخاضعة لأية قيود والتي تسعى لتحقيق كسب أعلى من الأرباح إلا أنه يمكن القول رغم ذلك أن الوضع القائم في هذا القطاع يشكو من نواقص ومحاذير يمكن أن يكون لها في المستقبل أثر سلبي على مستوى ونوعية العمل الصيدلي والأنشطة الأخرى المتعلقة بالاستيراد والتوزيع في لبنان .

ويبين الجدول (٢) مقارنة نسب الأرباح والمصاريف في لبنان وسوريا والأردن .

جدول (١) :

عدد الصيدلة والصيدليات ومستودعات ومصانع الأدوية وخزائن الأدوية والمختبرات الطبية في لبنان

محافظة	صيدليات أصحابها صيادلة قانونيين	صيدليات أصحابها متمرنين	أطباء يقتنون خزائن أدوية قائمة في مؤسسات خاصة	صيدليات قائمة في مؤسسات خاصة	مستودعات أدوية أصحابها صيادلة	مستودعات أدوية بديرها صيدلي	مصانع أدوية محلية
بيروت	٩٧	—	—	٩	٣٦	٣٩	١
جبل لبنان	١١٦	٧	٢٣	٤	١٥	١	١٥
الشمال	٤٣	٣	١٢	١	٣	١	١
الجنوب	٢٢	—	٤١				
البقاع	٢٢	٤	٦		٤		

* عدد الصيدلة القانونيين في لبنان : ١٢٢٠ - بتاريخ ١٢/١/١٩٨٥ .

* عدد الصيدليات المنشأة خلافاً للقانون : ٤٨٠ صيدلية .

* عدد الصيدليات القانونية المرخصة : ٣٠٠ .

* عدد مستودعات الأدوية : ٩٩ .

جدول رقم (٢) : مقارنة نسب الأرباح والمصاريف « لبنان ، سوريا ، الأردن »

البلد	عدد وكلاء الدواء	عدد الشركات	عدد أصناف الأدوية	نوع الصبلي	نوع السجود	مجموع الأرباح %	على الكلفة
لبنان	٩٥	٥٠٢	٨٥٠٠	٣٠ %	١٠ %	١٤٣ %	رسم جمركي ٤ % رسم جامعة ١ % رسم إصناف ١ % و ٣ % دعم الإصناف فوق ١٠ ل. س.
الأردن	٣١	٢٠٤	٢٥٦٨	٢٦ %	١٩ %	١٤٩,٩٤ %	
سوريا	١١٤	٣٠٠	١١٠٣٥	١١,٣٥ %	٣١ %	١٢٩,٤١ %	

ملاحظة : لبنان (عدد الأشكال الصيدلانية ٧٧٧٦ تاريخ ١٩٧١/٧/٣١)
(عدد الأشكال الصيدلانية ٥٣٥٢ تاريخ ١٩٧٢/٥/٣) .

البلد	سيف	قرب	مجموع القرب	ملاحظات	نسب المصاريف
لبنان	٧ %	٧٥٥ + ١٧٠,٥ %	١٧٠,٥ %	لبنان ١٠ % مصاريف السيف (بلدية ، تخلص ، عسوة ، مصاريف (٧,٥ % / مصاريف القرب (شحن) . الأردن ١١,٥ % ١١,٥ + ٧,٥ % ١٩ %	
سوريا	١٣ %			(١١,٥ % + ٧,٥ % مصاريف شحن) . ١٣ % سيف نفقات تخلص + جورك (٣٠ % دعم إصناف التي تزيد عن ١٠ ل. س .	

* لبنان / عدد مستودعات الأدوية ٩٩ عدد الصيدليات القانونية ٣٠٠ عدد الصيدليات المنشأة خلافاً للقانون ٤٨٠ عدد الصيدلة القانونيين ١٢٢٠ ، صيديات متمرنين عدد ١٤ (١٩٥٠) مصانع أدوية عدد ١٧ (منها ٩ مغلقة) .

* الأردن / عدد الصيدليات ٣٣٢ ، عدد الصيدلة ١٢٨٩ ، عدد الشركات ٢٠٤ ، قيمة الاستهلاك السنوي لعام ١٩٨١ (١٦ ٩٣٨ ٣٥٢) / دينار أردني معدل استهلاك الفرد الأردني ١,٥٥ دينار أردني .

التطوّر الأخير بالقوانين المتعلقة باستيراد وتسويق الدواء في لبنان حدث في ٥ كانون الثاني ١٩٨٣ حيث صدر القانون رقم ٨٣/٥ الذي ينص على إلغاء مشروع القانون المعجل الموضوع موضع التنفيذ بموجب المرسوم ٣١٩٧/ تاريخ ١٩٨٢/٥/٤ الذي يتناول إنشاء مكتب وطني للدواء والذي لم ينفذ في حينه والاستعاضة عنه بأحكام جديدة تتناول إنشاء مؤسسة عامة ذات طابع تجاري وصناعي تدعى المكتب الوطني للدواء تخضع لوصاية وزير الصحة وهي معفاة من جميع الضرائب والرسوم ، ويحدد القانون مهمة المكتب باستيراد وتصدير وشراء وبيع وتصنيع الأدوية - ويتكون المكتب من مجلس تنفيذي وهيئة علمية تتولى اختيار المستحضرات التي يحق للمكتب شراؤها أو استيرادها مباشرة من الخارج أو تصنيعها أو تصديرها وإبداء الرأي في دفتر الشروط المتعلقة بشراء الأدوية والتحقق عند الاستلام النهائي فيما إذا كانت الأدوية المسلمة مطابقة للشروط الفنية وكذلك إعادة النظر في جداول الأدوية ومراجعتها كلما دعت الحاجة إلى ذلك على الأقل مرة واحدة في السنة (أنظر الملحق ٧) .

تسجيل الأدوية :

عندما يتقدم أحد الوكلاء لتسجيل دواء ما في لبنان يقدم الطلب الذي ينبغي أن يدمج مع المعلومات العلمية عن الدواء (ملحق ٨) التجارب السريرية - والدراسات الفارماكولوجية مع عينة من الدواء وإذا كان ثمة من معلومات ناقصة فإنها تطلب من صاحب العلاقة قبل عرض الموضوع على اللجنة الفنية ويجب تبيان عما إذا الدواء مسموح به في بلد المنشأ وإذا كان غير مسموح به عندها لا ينظر بأمره .

تجتمع اللجنة كل أسبوعين تقريباً وتعتمد على الشروط التالية لتسجيل دواء ما / .

- * أهمية الشركة المنتجة .
- * فعالية الدواء .
- * عدم توفر سمية زائدة .
- * السماح للدواء في بلد المنشأ .
- * الحاجة إلى دواء مماثل إذا كان له شبيه في الأسواق .
- * اعتدال أسعاره .

وتتشدد اللجنة كثيراً في السماح بتسجيل أدوية فمنذ عام ١٩٨١ لم تسمح اللجنة

إلا بـ ١٤٠ مستحضراً وعندما تحتاج اللجنة إلى رأي علمي حول أحد الأدوية فإنها تستشير أحد الأساتذة في كليات الطب القائمة في لبنان .

ويدفع رسم تسجيل مقداره عشر ليرات وإذا ارتأت اللجنة إرسال الدواء وفقاً للأسس التي وردت في القرار ١/٢٠٨ إلى أحد المختبرات للتأكد من تحليله وفعاليته فعلى نفقة صاحب العلاقة .

وترى اللجنة أن عدم توفر مختبر وطني لضمان الجودة يشكل عقبة كبرى إذ لا يستطيع المختبر المركزي تحليل إلا حفنة قليلة من المركبات وكذلك يهتم التفتيش الصيدلي بوجود مختبر لضمان الجودة إذ يستطيع أن يراقب المستحضرات التي تباع في الأسواق - تسعيرة الدواء هي قيد الإعداد بعد وضع القواعد الأساسية التي حددت أرباح المستوردين والوكلاء والصيدلة .

استيراد الأدوية :

إن استيراد الأدوية يتم بعد أن يقدم المستورد المستندات المفروضة بموجب القرار ١/٢٠٨ والشروط المطلوبة من اللجنة الفنية للأدوية .

التفتيش الصيدلي :

يعاون رئيس التفتيش لفيف من ١١ مفتشاً ومهامته التأكد من عدم وجود أدوية فاسدة في الأسواق ومراقبة أسعار الدواء للمستهلكين .

يزور مفتشو الصيدلية الصيدليات المرخصة للتأكد من الأمور التالية :

- * وجود ومداومة الصيدلي .
- * التأكد من فعالية الدواء .
- * التفتيش عما إذا كان الدواء مسجلاً - رقم الطبخة - وهل العبوة تثير أية شبهة .
- * التأكد من انتهاء فعالية المرديات والأدوية التي تحمل تواريخ فعالية محدّدة .
- * التأكد من شروط التخزين خصوصاً لبعض المواد التالفة مثل الأنسولين اللقاحات ، والأمصال .
- * إجراء محاضر بالصيدليات المنشأة خلافاً للقانون .

* تطبيق مرسوم الحليب والمواد الغذائية المعدة للأطفال .

* مراقبة الأسعار (تطبيق القرار ١/٢٠٨) .

* تطبيق وضع تمغة سعر البيع للعموم واسم الوكيل ورقم التسجيل المتسلسل .

وإذا تم شك في أحد الأدوية يؤخذ عينة منها للتحليل - وإذا تبين أن الدواء فاسد يجازى الصيدلي أما إذا استورد الدواء بهذا الشكل فالمسؤولية تظل المستورد كذلك .

بيع الأدوية المشبوهة :

تسرب الأدوية المشبوهة إلى السوق عبر الطرق التالية :

١ - تهريب عبر مرافئ غير شرعية لأدوية غير معروضة على اللجنة الفنية (غير مسجلة) .

٢ - تصنيع أدوية في مناطق جغرافية من لبنان لا تخضع لسلطة ومراقبة الدولة .

٣ - تزوير العبوات الخارجية حيث تعبأ بأدوية جرى استيرادها تحت الاسم العلمي .

ولا يمكن محاربة هذه المشكلة في ظل الوضع الأمني السائد ولكن هناك تدابير للحد منها . مثل إغناء الوزارة بتسهيلات لفحص النوعية وزيادة التفتيش الصيدلي وتشديد العقوبة على المخالفين .

قسم تحليل الأدوية في المختبر المركزي :

قبل الاحداث كان القسم يقوم بعدة تحاليل للأدوية وقد ساعدت منظمة الصحة العالمية هذا القسم بإيفاد خبير وتوفير منح دراسية لبعض العاملين فيه وعلى الأقل ٣ موظفين أعطوا فرصاً للتدريب في هذا الموضوع .

لكن الاجتياح الاسرائيلي أصاب المختبر بأعطال توقف على أثرها العمل ومن المستحسن أن يعاد نشاط هذا القسم وتعزيزه بحيث يمكن تحليل وفحص كل الأدوية عند طلبات تسجيلها وتباعاً مع حملات التفتيش والمشكلة التي تواجه إعادة نشاط هذا القسم هو القوى البشرية إذ تخلوا الإدارة من قوى بشرية قادرة على القيام بهذا العمل سوى ثلاثة صيادلة وثلاثة من فني المختبر والباقي غادروا لبنان بسبب الحرب .

عدد أصناف الأدوية في لبنان :

ان عدد أصناف الأدوية في لبنان غير معروف تماماً ولكن يقدر بـ ٨,٥٠٠ مستحضراً (شكل صيدلاني) ، هناك مسعى جدي لإجراء جردة حول كافة أنواع الأدوية في الأسواق وقد تم شراء حاسب الكتروني لتسهيل العمل بمنحة من منظمة الصحة العالمية ووكالة الانماء الدولية . في عام ١٩٧١ صدر كتيب يحتوي على ٧٧٧٦ شكلاً صيدلانياً ، وفي العام ١٩٧٢ صدر كتيب آخر يحوي على ٦٣٥٢ شكلاً صيدلانياً وحالياً تم الانتهاء من حصر ووضع دليل صيدلاني يشمل الأدوية المسجلة والمسموح بيعها في لبنان فتبين أن عددها ٤٣٠٠ مستحضراً (ما عدا الأدوية المصنعة محلياً والأدوية التي تستورد تحت الاسم العلمي ويجري حالياً إضافتها إلى الدليل) . هناك حاجة ماسة إلى تخفيض أعداد الأدوية وإجراء لوائح من الأدوية لمستويات مختلفة من الرعاية الصحية .

التوصيات :

ينبغي أن يضع لبنان سياسة وطنية للعقاقير تزود السكان بكمية كافية من الأدوية الأساسية الفعالة ذات الأسعار الاقتصادية - في سياق السياسة الصحية الوطنية ، هذه السياسة الدوائية يجب أن تأخذ في الاعتبار عدة عوامل هي :

- ١ - ضمان النوعية وجودة الدواء بأسعار اقتصادية مناسبة .
 - ٢ - يجب أن تتناسب العقاقير الأساسية مع مجموعة الأمراض الموجودة .
 - ٣ - يجب أن تكون تلك العقاقير متاحة بكميات وفيرة حتى تغطي الاحتياجات الصحية للسكان .
 - ٤ - يتعين أن تراقب عن كثب نوعية الأدوية وأن يمنع الغش وغير ذلك من الممارسات الضارة .
 - ٥ - ينبغي العمل على تحقيق الاعتماد الذاتي في إنتاج الأدوية ، حتى يقل الاعتماد على العقاقير المستوردة .
 - ٦ - ينبغي تشجيع أعمال البحوث والتطوير في هذا المجال .
- كما ينبغي اختيار المستحضرات الصيدلانية ذات الأولوية والتي يحتاج إليها الشعب ، ويمكن أن يقوم هذا الاختيار على عدة معايير من بينها :

* بيانات الاصابات المرضية .

* الأمراض ذات الأهمية بالنسبة للصحة العامة .

* تفضيل العقاقير المصنوعة من عنصر واحد على تلك التي تجمع بين عدة عناصر (عندما تجمع الأدوية بين مواد مختلفة وفقاً لنسب ثابتة ، ينبغي أن يكون لذلك ما يبرره من البيانات الفارماكولوجية والكيميائية) .

* العقاقير التي تحقق أكبر نسبة من المزايا والأخطار .

* العقاقير الاقتصادية التي يسهل صنعها في البلاد ولا تحتاج إلى شهادات تسجيل .

إن معظم الدول لها دساتير وطنية للوصفات الطبية ، غير أنه ينبغي إعادة تنظيمها على نحو يحدد في المقام الأول فئة العقاقير الأساسية التي تستهلكها الجماهير في إطار البرنامج الصحي الوطني مثلاً ، والتي يمكن أن يستخدمها عمال صحة المجتمع لأغراض الرعاية الصحية الأولية .

من الجدير بالذكر أن لجنة خبراء تابعة لمنظمة الصحة العامة قد اختارت ١٧٧ عقاراً أساسياً و ٣٢ عقاراً تكميلياً ، تتفق مع الاحتياجات الصحية وتأخذ في الاعتبار أوضاع البلدان النامية . ومن الطبيعي أن تختلف تلك القائمة من بلد لآخر ، وفقاً لعدة عوامل من بينها انتشار الأمراض والهيكل الصحية الأساسية والموارد المالية ومرحلة التطور التي بلغتها الصناعة الدوائية (ملحق ٩) .

ولذا يجب أن تكون اللائحة الصيدلانية مقتصرة على عدد من المركبات ذات الفعالية الأكيدة والسّمية القليلة وتلبي احتياجات المواطن الصحية هذه اللائحة هي ما يسمى بالأدوية الأساسية يبقى أن توفرها ضروري لتلبية احتياجات المواطن الصحية . ويجب أن يتمتع كل مستحضر بمزايا نوعية وتوافر حيوي . يتوجب على لبنان أن يختار أدوية أساسية تبعاً لمعطياته الأساسية في الميدان الصحي .

وقد لجأ الكثير من الدول إلى وضع لوائح بأدوية أساسية سمحت بها مما أدى إلى نتائج إيجابية في الحقلين الاقتصادي والصحي .

والفوائد المرجوة من اللوائح المختصرة للأدوية الأساسية هي عديدة أهمها :

- ١ - خفض أعداد المركبات المستوردة أو المصنعة محلياً مما يوفر أثمانها وجميع الخطوات الأخرى المتعلقة حتى وصولها إلى المستهلك .

٢ - تحسين وترشيد استعمال الأدوية وإدارتها ومراقبتها وتوفير فرصة أفضل للحصول على معلومات حول وجهة الاستعمال .

٣ - تشجيع الصناعة الدوائية المحلية .

ولذا فبرنامج اختيار الأدوية إذا ما اقترن مع برنامج تثقيف وإرشاد من شأنه أن يؤدي إلى استعمال رشيد للأدوية .

كيف يمكن وضع اللوائح :

تضع اللجنة الفنية العلمية اللوائح بالأدوية المطلوبة تبعاً للمواصفات الدقيقة الحازمة حول الفعالية والنوعية والسعر - وتراجع هذه اللوائح سنوياً . ويمكن لهذه اللجنة الاطلاع على اللوائح العديدة التي تعتمد عليها عدة دول أو منظمات صحية .

إن ترشيد استعمال الدواء يحتاج إلى جهود تثقيفية للتأكد من الاستعمال السليم للدواء وينبغي أن تصل الجهود التعليمية إلى عدة مستويات :

* إدارات الدواء في الوزارة .

* الأطباء .

* الصيدالة .

* الجهاز الطبي المساعد .

* والمستهلك .

ويجب أن يصبح التثقيف الصحي للقوى البشرية خلال دراستهم وأن يستمر بعد التخرج وطيلة حياتهم المهنية من خلال نشرات ودورات ومقالات ، كذلك بالنسبة للمستهلك عن طريق النشرات والندوات عبر وسائل الاعلام .

فالاستعمال الموضوعي العلمي للدواء من شأنه تحقيق وفر على الصعيدين الفردي والوطني كما أنه يساعد على الاقلال من ظهور ميكروبات لها مناعة ضد المرديات ، وهناك العديد من النشرات تصدرها منظمات دولية لترشيد استعمال الدواء .

وهناك حاجة ماسة لدورات ميدانية حول أنماط الوصفات الطبية واستعمال الأدوية من قبل المواطنين ويجب أن تتلائم هذه الدراسات مع معلومات رصد وبائي وعندها فقط يتبين الهدر الهائل في استعمال الأدوية .

في ضوء المعطيات المتقدم ذكرها ونتيجة الوعي لأبعاد المشكلة وتشعباتها تقدمت الوزارة بطلب من منظمة الصحة العالمية للمساعدة على تقديم مشورة حول هذا الموضوع فأوفدت المنظمة خبيران في مطلع عام ١٩٨٣ وتقدما باقتراحات محدّدة على ضوء تجارب دول أخرى كانت تعاني من نفس المشكلة ، وهذه أهم ما ورد في توصياتهما :

١ - إنشاء وحدة في المختبر المركزي لضمان جودة الأدوية ، يستطيع هذا المختبر تحليل أكثر الأدوية الأساسية .

كما أنه يستطيع إجراء تحاليل حول سمّيات الأدوية ودراسة محتويات المخدرات والأدوية النفسية تمثيلاً مع الاحتياجات القضائية والعدلية ، كما أنه يستطيع أن يلعب دوراً لفحص السموم .

يحتوي هذا المختبر على الأقسام التالية : كيمياء - أحياء مجهرية - كيمياء عضوية - دوائيات وسموميات وقسم للمخدرات - ويرأس كل قسم رئيس من حملة شهادة ماجستير علوم على الأقل يعاونه مساعدين فنيين ويرأس المختبر أحد الباحثين من حملة الدكتوراه وله خبرة في فحص الأدوية .

وقد قام المركز الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية في الاسكندرية بخطة لإنشاء سلسلة من هذه المراكز في الاقليم - هناك مراكز أنشئت أو هي قيد الانشاء في عمان ، كابول ، الخرطوم ، ومسقط . وقد ساعدت المنظمة في توفير منح سنوية إلى الحكومة اللبنانية إلا أن سنوات الحرب قد أعاققت التقدم في هذا المضمار . ويقترح تمويل برنامج مساعدات كالتالي :

تجهيز ومواد كيميائية

معونة خبراء - عام ١٩٨٣ :

- خبير لمدة ٣ أشهر في التحليل الكيماوي .

- خبير لمدة ٣ أشهر في الكيمياء البيولوجي والأحياء المجهرية .

معونة خبراء - عام ١٩٨٤ .

- خبير لمدة ٣ أشهر في طرق التحليل الكيماوي .

- خبير لمدة ٣ أشهر في طرق تحليل الكيمياء البيولوجية والأحياء المجهرية .

- خبير في علوم الأدوية والسميات .

وينتظر أن تكون هذه التسهيلات في تناول المؤسسات والعلماء الذين يرغبون في القيام بأبحاث في هذا الميدان تبعاً لاتفاقيات يعقدها المركز مع المؤسسات والجامعات الوطنية .

ويحتاج مركز ضمان جودة الدواء مدة سنتين للبدء بالعمل ولكن لتلبية الاحتياجات الآنية ، هناك أربعة أنواع من الأدوية :

١ - أدوية تستورد إلى البلاد بموجب موافقة وزارة الصحة بعد التأكد من مطابقتها للقوانين والقرارات .

٢ - الأدوية التي تستورد إلى البلاد تحت الاسم العلمي .

٣ - الأدوية الموجودة في الأسواق والتي تدخل البلاد بطريقة غير مشروعة .

٤ - أدوية تختار من الصيدليات عشوائياً .

سوف تقدم منظمة الصحة العالمية تسهيلات لتحليل ١٠٠٠ مستحضر عام ١٩٨٣ و ١٩٨٤ و ٥٠٠ عام ١٩٨٥ في مختبرات خارج البلاد ويمكن الاستعانة بلائحة طويلة من المختبرات في السويد أو في المملكة المتحدة ويمكن توفير مبلغ ٢٥ ألف دولار ، لهذا البرنامج .

٢ - تقوية جهاز إدارة الدواء في وزارة الصحة :

يمكن القول أن مهمة التفتيش تصبح فعالة كثيراً مع إنشاء مختبر ضمان الجودة ويمكن لجهاز التفتيش الصيدلي أن يقوم بزيارات إلى بلدان واجهت فوضى الأدوية في بلادها للاطلاع عن كثب على التدابير التي استحدثت لتقويم هذا الوضع .

والفتيش الصيدلي يجب أن يقوم بمهامه ضمن إدارة جديدة مقترحة للدواء في وزارة الصحة ، كما هو ظاهر في الهيكلية أدناه ، في هذه الهيكلية المقترحة يقوم التفتيش الصيدلي بالمهام التالية :

١ - التفتيش على الأدوية المباعة للعموم في الصيدليات ومطابقتها لأصول التسجيل والتسعير ثم التفتيش في مصانع الأدوية وفي المستودعات لضمان شروط الخزن .

٢ - مكتب الصيدلة ومهامه تحضير الرخص بفتح الصيدليات أو مراقبة الصيدليات والنظر في الشروط المتوفرة حسب قانون الصيدلة .

٣ - وحدة الاستيراد والتصدير - ومهامها استلام الأوراق الثبوتية حول استيراد دواء أو تصدير طبخة من مستحضر ومطابقة الشروط الفنية كما وردت في شهادة التسجيل وبالتالي السماح بإخراج الدواء من الجمارك أو من المصنع .

ضبط النوعية : ومن مهام هذا القسم الهام :

١ - فحص شهادات النوعية التي يقدمها المصنع أو بلد المنشأ وعلى هذا القسم تطبيق شهادة منظمة الصحة العالمية بخصوص تسجيل الدواء كما في الملحق (١) .

٢ - توفير تحاليل مخبرية للأدوية سواء مستوردة أو مصنعة سواء في المختبر المركزي أو في مختبرات علمية أخرى في لبنان أو خارج لبنان .

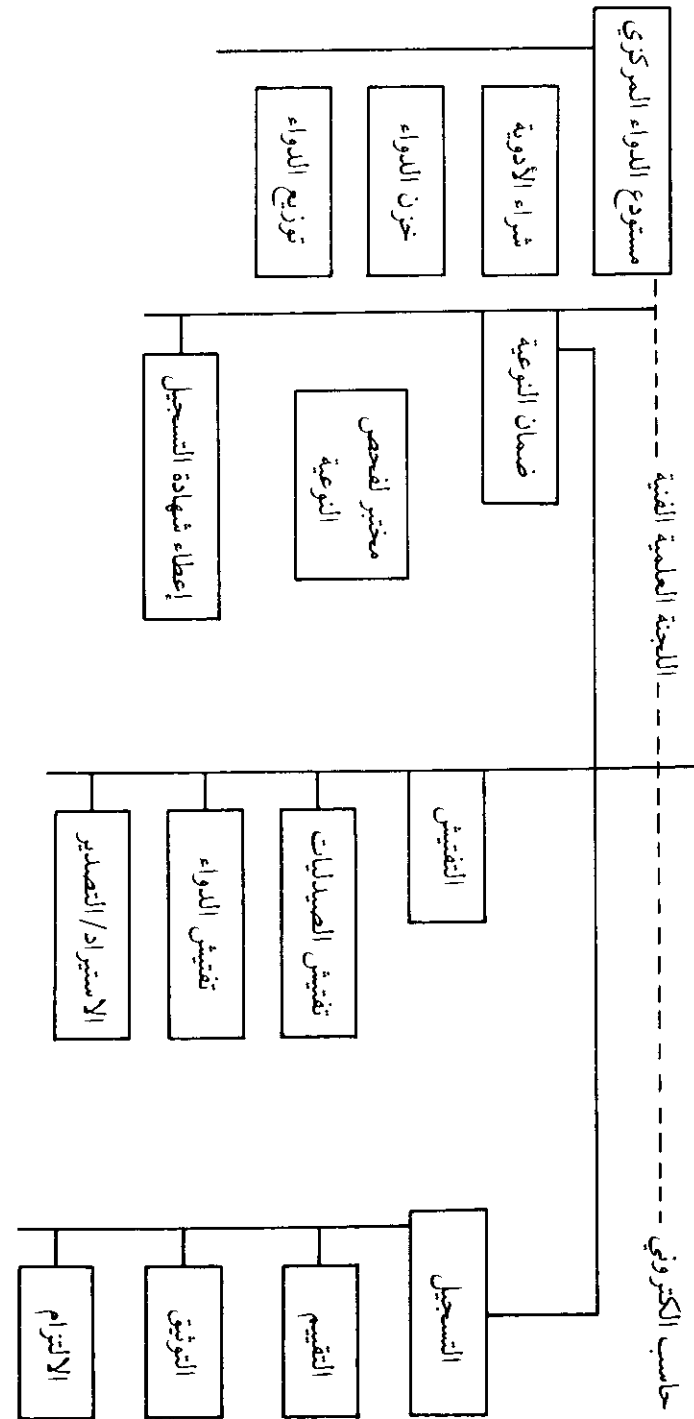
٣ - التنسيق بين أقسام التسجيل والتفتيش .

٣ - تعديل قوانين الصيدلة :

إن القانون الحالي حول شؤون الصيدلة جرى وضعه عام ١٩٥٠ ومنذ ذلك الحين استجدت عدة تغييرات بحيث أصبحت النصوص عاجزة عن مواجهة إفرازات الأحداث .

إن الصيادلة الذين يملكون صيدليات مرخص لها قانوناً من قبل وزارة الصحة العامة ويزاولون المهنة استناداً لأحكام قانون مزاوله مهنة الصيدلة الصادر عام ١٩٥٠ يطالبون بتطبيق القانون المعمول به حالياً والذي ينظم ويرعى شؤون المهنة ويحدد الشروط المتوجبة لمزاولتها وهم يستندون في مطالبهم إلى أن هذا القانون لا يزال ساري المفعول ولا يوجد أي قانون غيره يرعى المهنة وشؤونها .

الهيكلية المقترحة لإدارة الأدوية في وزارة الصحة
إدارة الدواء في وزارة الصحة



كما أن الصيدالة الذين أنشأوا خلال الأحداث صيدليات غير مرخصة وعددهم حالياً ٤٨٠ صيدلية فهم يطالبون بالإسراع في تعديل قانون الصيدلة لكي تسوى أوضاعهم في ضوء القانون الجديد ويحدد مصيرهم استناداً لنصوصه وأحكامه ، وفي هذا المجال يجب إيجاد الحل المناسب للصيدليات التي تفتح ضمن التعاوانيات الاستهلاكية التي أصبح وجودها مثار جدل بين نقابة الصيدلة وبعض الفئات الضاغطة الأخرى ، وأي حل يجب أن يحفظ شرفية الصيدلي من منطلق المسؤولية تجاه الأفواج من خريجي معاهد الصيدلة الذين يدخلون سوق العمل سنوياً .

أما تخفيض أسعار الدواء فهو أمر مرغوب وإنما يجب أن يتم على سعر كلفة الدواء وليس على حساب شرفية الصيدلي ويتم ذلك تفعيل المكتب الوطني للدواء ، إن القانون الحالي لا يسمح للصيدلي إلا ببيع الأدوية ومواد التجميل دون سواها وبذلك فالمنافسة مع التعاوانية الاستهلاكية التي تباع ما تشاء من السلع هي غير عادلة . وقد وضع مشروع مرسوم اشتراعي يتعلق بمزاولة مهنة الصيدلة (ملحق ١٠) أما الصيدليات غير المرخصة فيجب لحظ تشريع بتسوية هذه المخالفة عن طريق دفع غرامة نقدية تعود للخزينة والبعض منها يعود لصندوق النقابة .

٤ - مساعدة لبنان على وضع سياسة دوائية ووضع كتيب يحتوي كافة أنواع الأدوية :

يتوجب على الحكومة أن تضع سياسة دوائية توفر أدوية فعالة ضمن أسعار متوازنة كذلك يتوجب على الحكومة إظهار نشاطها لمنع الاستعمال العشوائي للأدوية ورغبتها برشيد وصف الأدوية والاعتماد التدريجي على لائحة الأدوية الأساسية كذلك يجب على الوزارة الالتزام بإنشاء مختبر لضمان الجودة والمكتب الوطني للأدوية بعد أن صدر قانونه لكسر احتكار الأسعار .

هذه السياسة توضح الخطوط العريضة للخطوات التنفيذية المطلوبة ، ويفيد إصدار تسعيرة دورية رسمية للأدوية ولضبط الأعداد الكبرى المتداولة من الأصناف كان لا بد من شراء حاسب إلكتروني تدرج فيه الأدوية المسجلة ثم تعرض تباعاً الأدوية التي لم تسجل على اللجنة العلمية الفنية . وقد ساهمت منظمة الصحة العالمية بدفع الجزء الأكبر من ثمن الحاسب والباقي استوفى من منحة وكالة الإغاثة الدولية وبعدها وضعت استثماراً لكل مصنع أدوية وطلب من المستورد إدراج جميع الأصناف التي يستوردها .

٥ - جرد وتسجيل جميع الأدوية :

عام ١٩٧٢ صدر كتيب يحتوي على ٦٣٥٢ شكلاً صيدلانياً ولكن منذ ذلك الوقت لم يصدر مرة أخرى وعدد الأصناف المتوفرة حالياً في الأسواق غير مدونة ويعتقد بأن عدد المستحضرات يتجاوز ٨٥٠٠ مستحضراً .

وأخيراً تم إجراء جردة عن طريق إرسال تعميم إلى كل مستورد ليُدْرَج الأصناف التي يمثلها تحت طائلة منع بيع أي مستحضر لم يسجل .

بعد القيام بهذه الجردة عندها تبدأ الجهود لتخفيف أعداد الأصناف المستوردة إلى البلاد وتتم تدريجياً الانتقال إلى لائحة الأدوية الأساسية هذا من شأنه تخفيف أعداد كثيرة من الأدوية المتوفرة وبالتالي يوفر الجهد والمال المهدورين .

وما بين العام ١٩٧٣ و ١٩٨٠ وتحت ستار من الشكليات القانونية تم إدخال حوالي ٣٠٠٠ مستحضر طبي دون عرضها على اللجنة الفنية التي كانت أعمالها متوقفة لأن المادة ٦١ من قانون مزاوله مهنة الصيدلة تسمح باستيراد الدواء بعد فترة شهر واحد من تقديم طلب التسجيل .

تسجيل الدواء :

وهي العملية التي يسمح فيها باستيراد أو تصنيع دواء وبيعه في لبنان ، بعد التأكد من الشروط كما سترد لاحقاً في شهادة التسجيل ، ان وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية هي الادارة الوحيدة المناطة بها إعطاء هذه الشهادة ولذا لا يسمح لأي دواء أن يباع أو يصنع أو يستعمل إلا بعد تسجيله في الوزارة والمهام المطلوبة لتسجيل الدواء أو إعادة تسجيله أو إلغاء تسجيله وسحبه من الأسواق أو سحب إحدى طبخاته هي من مسؤولية الوزارة وأجهزتها - مصلحة الصيدلة واللجنة العلمية الفنية ولجانها الفرعية - وقد أعد مشروع مرسوم حول تسجيل الدواء (الملحق ١١) .

٥ - معلومات حول تسجيل الدواء في بلدان أخرى .
رقم التسجيل في بلد المنشأ تاريخ التسجيل تاريخ التسويق .
البلدان التي سجل فيها الدواء :

٦ - السعر :

السعر للعموم في بلد المنشأ :

١ - ١

١ - ٢

٢ - ١

٢ - ٢

٣ - ١

٣ - ٢

السعر المقترح للعموم في لبنان :

٧ - معلومات دوائية - علاجية .

- استعمال الدواء .

- مواقع الاستعمال .

- الانعكاسات .

- تفاعلات الدواء .

- Overdosage وعلاجه .

وللقيام بهذه المهام على الوجه الأكمل يتوجب على إدارة الدواء أن تؤمن الخطوات التالية :

- التسجيل .
- المراقبة والتفتيش .
- ضبط النوعية .

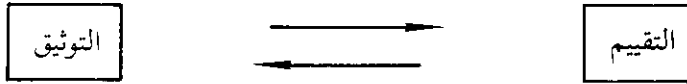
التسجيل :

ويتألف هذا القسم من ثلاث وحدات :

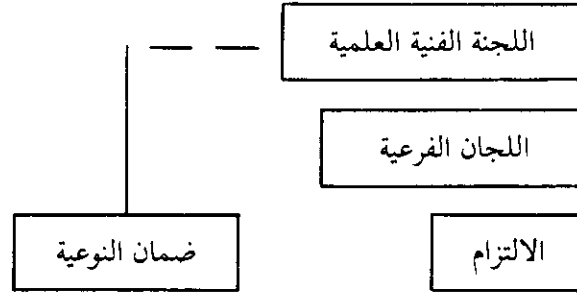
- ١ - وحدة التقييم ومن مهامها استلام الطلبات للأدوية الجديدة والتأكد من المعلومات المقدمة والحصول على معلومات عن الأدوية المماثلة بالنسبة لسعرها وفعاليتها ثم تحضير هذه المعلومات لعرضها على اللجنة الفنية العلمية .
- ٢ - وحدة التوثيق ومهامها حفظ جميع المعلومات والدراسات المتعلقة بكل دواء في لبنان وتوفير هذه المعلومات إلى وحدة التقييم أعلاه مع حفظ ملف يحتوي على جميع الدراسات والانعكاسات التي ترد إلى هذه الوحدة من المنظمات الدولية .
- ٣ - وحدة الالتزام ومهامها الحصول على معلومات حول ضبط النوعية للأدوية المستوردة ومن التفتيش الصيدلي حول الأدوية المصنعة وإدراج هذه المعلومات في ملف كل دواء ليعرض على اللجنة العلمية الفنية ثم إعطاء شهادات التسجيل بعد موافقة اللجنة وإبلاغ التفتيش الصيدلي وإدارة ضبط النوعية (شهادة التسجيل) أو إلغاء الأدوية بالطريقة ذاتها .

الخطوات التسلسلية لتسجيل دواء في لبنان

تقديم الطلب



- التأكد من المعلومات .
- الحصول على معلومات عن أدوية مماثلة .
- تحضير ملف لرفعه إلى اللجنة الفنية .
- معلومات عن الدواء .
- معلومات عن المصنع .
- معلومات عن أدوية مماثلة .
- التأكد من التسجيل في بلدان أخرى .



- موافقة اللجنة .
- الحصول على معلومات حول النوعية .
- إعطاء شهادة التسجيل .
- التأكد من شهادات النوعية .
- نتائج التحليل .
- تسجيل الدواء في الدليل الصيدلي .
- التفتيش الصيدلي .
- شهادة تسجيل الدواء

الشروط المستوفاة لتسجيل مستحضر في لبنان :

التعريف :

إن الدواء مسجل تحت اسمه الممّلك « Proprietary » ولكن يجب أن يظهر اسمه « Generic » بين هلالين على كل العبوات وكل الأوراق المتعلقة بالدواء .
أعطي الدواء رمزاً للتعريف في شهادة التسجيل .
يجب أن يظهر هذا الرمز على التمغة .

يجب أن يكتب بخط واضح على كل وحدة (التركيب والشكل والعبوة والعيار .

النوعية :

١ - إن تسجيل الدواء تم بناء على طلب من مستورد أو مصنع ولذا يعتبر هذا الشخص المسؤول الوحيد لاستيراد أو تصنيع هذا الدواء . ولذا ، لا يسمح لأي شخص آخر أو مؤسسة باستيراد أو تصنيع الدواء .

٢ - إن شهادة التسجيل أعطيت لمستحضر تم تصنيعه في وحدة معينة في بلد معين ولذا لا يمكن قبول أي تغيير في وحدة التصنيع أو بلد المنشأ .

٣ - أعطيت شهادة التسجيل بناءً على مواصفات نوعية وردت في طلب التسجيل ولذا لا يمكن قبول أية تغييرات في المواد أو النوعية بدون قرار اللجنة التي تدرس الموضوع مجدداً .

معلومات عن التصنيع :

يجب أن يذكر بوضوح على التمغه وعلى كل وريقة في حال التعبئة كانت في أوراق المعلومات التالية :

* رقم الطبخة .

* تاريخ الصنع .

* تاريخ انتهاء الفعالية خصوصاً للمرديات والمستحضرات التي لها مفعول محدد بوقت .

* شروط التخزين .

* شروط الاستعمال .

واجبات المستورد : المصنع :

١ - إن تسجيل الدواء هو لمدة محدّدة . ولذا فالاستيراد أو التصنيع يستدعي إعادة تسجيل .

٢ - من يعطي الرخصة لتسجيل دواء عليه مسؤولية تأمين الدواء للأسواق وأي انقطاع غير مبرّر يعرّض صاحب الرخصة للإلغاء .

٣ - على المستورد أو المصنع إعلام إدارة الدواء في الوزارة حول :

- تغيير في تسجيل الدواء في بلد المنشأ أو سحب الدواء من الأسواق في بلد المنشأ .

- تغيير في تسجيل الدواء في بلدان أخرى .

- تغيير في استعمال الدواء .

- أي انعكاس أو تأثير جانبي جديد .

وإذا أهمل المستورد أو المصنع هذه الواجبات عرض رخصة الدواء للإلغاء .

سعر الدواء :

إن سعر الدواء يحدّد من قبل اللجنة العلمية الفنية ويجب أن يظهر السعر الرسمي على كل علبة دواء .

تصنيع الدواء :

يشمل جميع الخطوات التي تسبق إنتاج الدواء من : تصنيع ، تركيب ، تعبئة وتوضيب .

والدواء المصنع في لبنان يجب أن يستوفي شرطين :

١ - قبول الدواء في لبنان .

٢ - قدرة المصنع على إنتاجه حسب شروط الممارسة الجيدة (ملحق ١) ولذا فتسجيل الدواء المصنع محلياً يشمل خطوتين :

أ - تسجيل المصنع .

ب - تسجيل الدواء .

تسجيل المصنع يتم حسب المواصفات التي وردت في المرسوم الاشتراعي حول مصانع لأدوية (ملحق ١٢) وقواعد الممارسة الجيدة في تصنيع وتحقق جودة الأدوية .

مستحضرات معفاة من التسجيل العادي :

هناك نوعان من الأدوية يمكن استيرادها/ تصنيعها وذلك ضمن إجازة خاصة من وزارة الصحة ، هذه الأدوية تشمل :

١ - أدوية للدراسات السريرية والبحوث .

٢ - أدوية للاستعمال العام .

١ - الأدوية والمستحضرات التي تستعمل للدراسات والتجارب السريرية ، يمكن للجنة الفنية والعلمية في الوزارة إعطاء رخصة مؤقتة لمستحضر معين بغية إجراء دراسات سريرية . وشروط هذه الإجازة هي التالية :

— تعطى هذه الإجازة إلى باحثين في هيئة علمية معترف بها .

— يتوجب أن يكون هناك باحث رئيسي يشرف على الدراسة .

— يتحمل الباحث المسؤولية لأي انعكاس يحدث بسبب استعمال الدواء .

— لا يستعمل الدواء إلا للأبحاث من قبل الهيئة العلمية ولا يباع للعموم .

— عند تقديم الطلب يتوجب الإعلان عن الدراسة وكمية الدواء المستورد وسعر الدواء في حال كانت الكمية مشتراة .

— ملخص حول البروتوكول المتبع للدراسة .

— يجب أن يتم إعلام المرضى بأن الدواء هو للتجارب السريرية وأخذ موافقتهم ويمكن أن يساهم المريض بدفع كلفة المعالجة فقط بدون أرباح .

— يجب أن يقدم تقرير إلى الوزارة عن نتائج التجارب ونسخة عن أية نتائج تقدم إلى الشركة المصنعة .

٢ - الأدوية المعدّة للاستعمال العام :

هذه تشمل مستحضرات مسجلة في الوزارة ولكن يمكن شراء كمية منها تحت اسمها « Generic » لاستعمالها في مؤسسات عامة ، مستشفيات وزارة الصحة أو مؤسسات خيرية لتعطي إلى المريض إما مجاناً أو بأسعار رمزية .

وكل شراء لأدوية « Generic » يجب أن يحظى بموافقة وزارة الصحة وشروط استيراد أو تصنيع هذه الـ « المستحضرات » .

— كمية معينة من المستحضرات تشتري لصالح مؤسسات عامة في مستشفياتها أو مؤسساتها .

— لا تباع هذه المستحضرات في السوق ولا توزع إلا إلى المؤسسات التابعة للجهة المستوردة .

اللجنة العلمية الفنية :

تعيّن هذه اللجنة من قبل وزير الصحة والشؤون الاجتماعية (ملحق ١٣ مشروع المرسوم حول اللجنة العلمية والفنية في وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية) .

وتستطيع هذه اللجنة الاستعانة حسب المواضيع المطروحة بلجان فرعية من ٣ - ٧ أشخاص من الاختصاصات الطبية التالية :

— الطب الداخلي .

— طب الأطفال .

— أمراض القلب .

— الجراحة وجراحة الأطفال .

— الجراحة العظمية وجراحة التجميل .

— أمراض النساء والتوليد .

— أمراض السرطان والتصوير والمعالجة الشعاعية .

— أمراض الجلد والحساسية .

— أمراض العين والأنف والأذن والحنجرة .

ويناط بهذه اللجنة قبول تسجيل أي دواء تبعاً للحاجة إليه في لبنان ووجود العناصر البشرية المطلوبة لاستعمال الدواء وفعالية سمية الدواء وأخيراً سعر البيع للعموم .

تسعير الأدوية :

إن أساس احتساب أسعار الدواء يتمحور حول أسعار العوامل التالية :

١ - أثمان المواد الأولية .

٢ - كلفة التصنيع وهي تشمل تكاليف المصنع والقوى العاملة .

٣ - الأبحاث العلمية .

٤ - أرباح المصنع .

ويمكن القول أن ١ و ٢ أعلاه يشكلان جزءاً يسيراً من الكلفة لأن المواد الأولية رخيصة نسبياً، كما أن صناعة الدواء لا تحتاج إلى أعداد كبيرة من العمال، أما الكلفة التي تترتب على ٣ و ٤ أعلاه فهي تشكل الجزء الأكبر من الكلفة . عندما يفسّر مستحضر من قبل مصنع معين فإن كلفة الأبحاث تزداد بحيث يجري استرجاعها في أول خمس سنوات من التسويق ، بعد هذه الفترة تصبح أسعار الدواء أرباحاً للمصنع ويمكن القول بأن التكاليف التي تترتب على الأبحاث تصرف في بلد المنشأ لخلق فرص عمل وتنعش اقتصاد الدول المنتجة .

وتسعر الدواء في الدول الصناعية يتوقف إلى حد بعيد على المصنع لأن بلدان المنشأ تستفيد من فرص العمل والمؤسسات التي تساهم في إنتاج الدواء كما أن النظام الضريبي في هذه الدول يؤمن لهذه البلدان مداخيل كبرى .

وهكذا فإن أسعار الدواء في بلد المنشأ لا يتغير واقعياً عن سعر الدواء الحقيقي .

في العالم النامي يحاول المصنع والمستورد تحقيق أعلى نسبة من الأرباح كما أن الصيدلي يستفيد من الأسعار العالية إذ أن الجعالة هي نسبة من السعر .

وإذا تم شراء الدواء مباشرة من قبل المواطن أو تم توزيعه مجاناً من قبل إدارة أخرى كوزارة الصحة أو الضمان الاجتماعي فإن أثمانه المرتفعة تؤثر سلباً على الصعيد الاقتصادي الأسري والوطني . ولذا اتبعت عدة دول بعض المقاييس لمساعدتها على تسعير الأدوية هذه المقاييس هي :

— فيما إذا كان الدواء يصنع من شركة واحدة أم هناك عدة مصادر لإنتاجه .

— إذا كان الدواء جديداً بمعنى أنه في السنوات الخمس الأولى من تسويقه .

— فيما إذا كانت براءة اختراع الدواء ملك لشركة أو خارج نطاق البراءة .

— أسعار الدواء في بلد المنشأ وفي بلدان صناعية مجاورة .

— أسعار الدواء في بلدان نامية أخرى .

— أسعار الأدوية الرديفة أو البديلة في البلد وفي البلدان الأخرى .

وكغيره من البلدان النامية يدفع لبنان أثمناً غالياً للأدوية المستوردة وبسبب عدم قدرة أجهزة المراقبة في الوزارة على مراقبة الأسعار والوضع الأمني المتردي تفاقمَت هذه المشكلة وقد استغل العديد من المصانع التغيرات المتلاحقة في أسعار الليرة بحيث زادوا الأسعار عشوائياً .

إن مسألة وضع تسعيرة جديدة للأدوية في لبنان ما تزال تراوح مكانها دون التوصل إلى البت بها بصورة تتوافق مع أهمية ما لها من انعكاسات حياتية واجتماعية واقتصادية على وضع المواطنين الذين يعانون من أزمات خانقة ولكن يجب الاقرار بأن المصالح الراسخة هي أكبر كثيراً من أن يواجهها العمل الفني بمفرده ، فالعمل الفني يجب أن يصاحبه عمل سياسي واقتصادي لضمان توفر الأدوية بأسعار معقولة وعمل اجتماعي لضمان تقبل الفكرة من جانب العاملين في الصحة والسود الأعظم من المواطنين على حد سواء وعمل إداري لضمان إنشاء أجهزة توجيهية قادرة على إيصال العقاقير إلى جميع من يحتاجونها في الوقت المناسب .

١ - إن الأدوية في لبنان هي أغلى في السوق اللبناني منها في دول شقيقة تعيش في ظل نظام اقتصادي حر مثل الأردن ، حتى أنها أغلى من أسعارها في دول صناعية تستورد هذه الأدوية .

٢ - إن تسعير الدواء ممكن وفعال عندما تستطيع الأجهزة الإدارية في وزارة الصحة من القيام بالمراقبة وقمع المخالفات ، كما أن الأجهزة الأمنية والعسكرية يجب أن تواكب هذه المراقبة كما أن إعادة النظر بالتسعير كل ثلاثة أشهر مع تقلبات الليرة هو أمر مرهق لأجهزة الوزارة وغير عملي بالنسبة للمستوردين .

إن مهام تسعير الدواء يجب أن تكون من ضمن صلاحيات اللجنة العلمية الفنية ، ويحدّد عند تسجيل الدواء أو عند إعادة تسجيله واللجنة تعتمد لهذا الغرض على عدة مؤشرات منها :

— السعر في بلد المنشأ .

— السعر في بلدان نامية مجاورة أو غيرها .

— أسعار الأدوية المماثلة .

إن مشروع إنشاء مكتب وطني للدواء يتعاطى استيراد وتخزين وتوزيع الدواء هو خطوة هامة لتخفيض أسعار الأدوية وقد لجأت الكثير من الدول إلى تدابير مماثلة لشراء كميات بعد استدراج عروض عالمية أدت إلى خفض النفقات بما قيمته على الأقل ٣٠٪.

حيث أن الدواء يشكل أهم عناصر كلفة الضمان الصحي ويفيد حصر الأدوية التي يساهم الصندوق في دفع ثمنها في ضوء تعدد أصناف الأدوية المتداولة . قام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي عام ١٩٧٠ بمحاولة التصدي لمشكلة الدواء عن طريق تأمين كافة الأدوية الضرورية للمعالجة وتحسين نوعية الوصفة الطبية والحد من كلفة الأدوية وذلك عن طريق اختيار المصانع التي توفر الشروط التي تحمل الثقة في إنتاجها .

ولذلك أنشأ الصندوق لجنة خاصة للأدوية أجرت هذه اللجنة تقييماً شاملاً للمصانع الممثلة في لبنان وخلصت إلى انتقاء ١٥٠ مصنعاً مقبلاً لتقديم الدواء ثم أجرت تقييماً مماثلاً للأدوية الموجودة في السوق وأدرجت ١٥٨٨ مستحضراً طبياً على اللوائح المقبولة البسيطة والمركبة ثم تم تشكيل لجنة خاصة لشراء الأدوية وقد وضع لهذه الغاية دفتر شروط وأعلن عن استدراج عروض .

كانت العروض التي تلقتها اللجنة في الاستدراج الأول الذي تم في حزيران ١٩٧٠ محدودة مما يدل على الضغط الذي مارسه الممثلون التجاريون على الشركات المنتجة حتى لا تتجاوب مع الصندوق رغم ذلك استطاعت اللجنة شراء أدوية بما يقارب نصف مليون ليرة وحققت وفراً معدلة ٦٥٪ قياساً على سعر البيع للمضمون ثم جرى استدراج عروض آخر خلال أيلول ١٩٧٠ وقد اشترت اللجنة ١,٢ مليون وحققت وفراً حوالي ٦٠٪ من سعر البيع للمضمون وبما أنه لم تتأمن الحاجات الكاملة للصندوق من الأدوية فقد لجأت اللجنة إلى شراء ما يلزم مما لم يقع عليه الالتزام بطرق التراخي استناداً إلى النصوص القانونية والنظامية اشترت بما قيمته مليون ومائتا ألف ليرة وحققت وفراً قدره ٦١٪ من سعر البيع للمضمون . وبلغ عدد الأدوية البسيطة التي تم شراؤها حوالي ١٦٥ مستحضراً بسيطاً من أصل ٧٥٠ مستحضراً بسيطاً في اللائحة . وقد حققت عملية استيراد الأدوية وفراً حقيقياً مهماً للصندوق وهذا الأمر مرشح للزيادة كلما زادت كميات الأدوية المستوردة والمباعة خاصة إذا أخذنا بعين

الاعتبار اضطراب توزيع ميدان تطبيق قانون الضمان وإمكانية حصول الصندوق على إعفاء كامل من الرسوم للمستحضرات التي يستوردها .

خلال السنوات ١٩٧١ - ١٩٧٤ شكل الدواء نسبة ٣٥٪ من مجمل كلفة الضمان الصحي وفي حال تأمينه مباشرة من الصندوق يمكن تحقيق توفير كبير في أسعاره وبالتالي تحقيق وفراً أكبر في فرع الضمان الصحي . من أصل ٨٠٠ مصنع مسجل في لبنان قبل الصندوق ١٥٠ مصنع لتأمين أدوية المضمومين ومن أصل آلاف المستحضرات المعروضة قبل ١٥٨ مستحضراً تبين أنها كافية لتغطية مختلف الحالات العلاجية بشهادة ذوي الاختصاص واستبدلت من لائحة الأدوية والمستحضرات الطبية الأدوية غير الفعالة أو استعوض عن مستحضر فعال وثمنه مرتفع بمستحضر من نفس الفعالية ويقل عنه ثمناً ، جاءت الأحداث الأخيرة لتضيف عاملاً جديداً يعمل سلباً في حقل الدواء ويزيد المشكلة تعقيداً .

ويستطيع المكتب الوطني للدواء التخفيف من الكلفة المتزايدة عن طريق استيراد أدوية مصنعة بعبوات ضخمة وتعليقها في لبنان لأن كلفة عمليات التعبئة والتغليف تتراوح ما بين ٢٠ - ٤٠٪ في كل من أوروبا وأميركا . هذا التدبير يستوجب إحداث صناعة خاصة بالتعبئة والتوضيب مما يؤمن فرص عمل للأفواج المتزايدة من الصيادلة الجدد . هذه الاستراتيجية تضع نواة لصناعة دوائية محلية تساهم في دفع عجلة الاقتصاد الوطني .

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة والشؤون الاجتماعي

ملحق رقم (١) :
قواعد الممارسة الجيدة في تصنيع وتحقق جودة الأدوية .

مقدمة :

كان الهدف من القرار رقم ٢٢٠٥٠ للجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية في ٢٥ تموز ١٩٦٩ ، ومن جميع النصوص التي تلتها في نفس الموضوع ، وهو التذكير بالمبادئ وتحديد بدقة ، والتي من شأنها ضمان مستوى عال من الجودة للأدوية المصنفة والذي من حق المستهلك التطلع إليه . وتعتبر المراقبة الكاملة للمستحضرات الطبية عنصراً أساسياً للحصول على هذا المستوى من الجودة . ولكن وضع المقاييس التي تضمن للأدوية المصنفة تطابقها مع المواصفات المطلوبة ، التي توجي بالاطمئنان الكامل إلى استعمالها ليس بالأمر السهل . ويتجمل منتج الأدوية مسؤولية المحافظة على جودة الأدوية التي ينتجها ، إذ أنه بمقدوره تحاشي الأخطاء وتدارك الحوادث وذلك بإيلائه العناية الكافية لمختلف عمليات التصنيع والمراقبة .

في لبنان ، هذا التأكيد على الجودة يتركز على مجموعة تدابير تسمح بممارسة مسؤوليات صيدلانية محددة في قانون مزاولة مهنة الصيدلي الصادر في ١٩٥٠/١٠/٣١ وفي المرسوم الاشتراعي رقم ١٠٦ تاريخ ١٩٨٣/٩/١٦ المتعلق بإنشاء واستثمار مصانع الأدوية . وفي هذا المرسوم بالذات اعتبرت قواعد الممارسة الجيدة في تصنيع وتحقق جودة الأدوية إلزامية .

وبما أن جميع المؤسسات الصيدلانية في لبنان تخضع لرقابة مفتشي وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية ، ومن أجل رفع مستوى صناعة الأدوية في لبنان ، ومساهمة منها في عمل دولي مشترك لرفع مستوى صناعة الأدوية في العالم ، ارتأت وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية اعتماد هذه الوثيقة ، والمستوحاة من قواعد الممارسة الجيدة في تصنيع وتحقق جودة الأدوية ، كدليل مختصر لطرق الممارسة المقبولة في المؤسسات المنتجة للأدوية في لبنان ، ولتسهيل مهمة الجهات التي يعود إليها رسمياً

ملاحق :

- ملحق (١) قواعد الممارسة الجيدة في تصنيع وتحقق جودة الأدوية .
- ملحق (٢) مصانع الأدوية في لبنان .
- ملحق (٣) لائحة بأسماء مستوردي الأدوية وأصحاب المستودعات في لبنان .
- ملحق (٤) مرسوم يتعلق بالدوائر الصيدلية في لبنان .
- ملحق (٥) لائحة بأسماء الصيدليات في مدينة بيروت وفي المحافظات .
- ملحق (٦) قرار ١/٢٠٨ أسس تسعيرة الأدوية .
- ملحق (٧) قانون ٥/٨٣ إلغاء المكتب الوطني للأدوية والاستعاضة عنه بأحكام جديدة .
- ملحق (٨) إستيراد المستحضرات الطبية الخاضعة للتسجيل .
- ملحق (٩) لائحة بالأدوية الأساسية .
- ملحق (١٠) مشروع مرسوم اشتراعي بمزاولة مهنة الصيدلة .
- ملحق (١١) مشروع مرسوم حول تسجيل الدواء .
- ملحق (١٢) مشروع مرسوم حول إنشاء اللجنة العلمية والفنية في وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية .
- ملحق (١٣) مرسوم اشتراعي ١٠٦ حول مصانع الأدوية .

الفصل الأول :

تحديد بعض التعابير :

- التصنيع : Fabrication .

يشمل جميع عمليات إنتاج الدواء وخاصة معالجة المواد الأولية ، وتركيب الخليط ووضعه بالشكل الصيدلاني المطلوب ، والتوزيع في العبوات النهائية والتوضيب والوشم .

- المواد الأولية : Matières premières ؛

تعتبر مواد أولية جميع المواد ، فعالة كانت أو غير فعالة ، والتي تدخل في تصنيع الأدوية ، وإن تغيرت أو لم تتغير أثناء التصنيع .

- الحصة أو الطبخة « Lot » ؛

هي كمية الدواء المنتجة من خلال حلقة معينة من التصنيع . من أهم صفات الحصة هو التجانس « Homogénéité » .

- رقم الحصة أو « الطبخة » : « Numéro de lot » ؛

هو الكتابة بالأحرف أو الأرقام أو الاثنين معاً ، التي يمكن بواسطتها التعرف إلى حصة معينة ويمكن بالتالي في حالات الاستقصاء التعرف إلى جميع مراحل عمليات تصنيع الحصة والتحقق من الجودة التي خضعت لها والتي أدت إلى إنتاجها .

- كرتينا : « Quarantaine » ؛

مكان للتخزين معزول يوضع فيه كل ما لا يمكن استعماله قبل الحصول على إذن رسمي بذلك .

- تحقق الجودة : « Contrôle de qualité »

هي مجموعة تدابير متخذة للتأكد من إنتاج حصص متشابهة من نفس الدواء ومطابقة للمقاييس المحددة من حيث الفعالية والنقاوة وغيرها .

- مستحضر نصف مصنع : « Produit semi-fini » ؛

هو كل مادة ، أو خليط من عدة مواد ، لم ينته تصنيعها وبالتالي تخضع لعمليات أخرى .

أمر مراقبة جميع المؤسسات الصيدلانية . وهذه الوثيقة تتضمن القواعد العامة التي يمكن تطبيقها في بعض الحالات الخاصة شرط احترام المقاييس الموضوعية لجودة الأدوية . وبما أن المجالات العلمية والتقنية والتكنولوجية ، وانطلاقاً من طبيعتها وتطورها المستمر ، لا يمكن أن تكون ثابتة ومطلقة ، لذا لا تعتبر هذه الوثيقة نصاً قانونياً . ويعود لكل مؤسسة صيدلانية حرية اختيار السبل التي تراها مناسبة لوضعها موضع التنفيذ ، وذلك وفقاً لطبيعة المستحضر ومتطلبات التمويل ، وحسن إدارة المؤسسة لإنتاج أجود الأدوية وبأقل كلفة ممكنة .

ويمكن لأكثر من مؤسسة أن تشارك في إنتاج الدواء ووضعه في شكله النهائي بما في ذلك التوضيب والوشم ، كما ويمكن للدواء المهيأ في شكله النهائي أن يعاد توضيبه أو وشمه مع تغيير في الاسم . فجميع هذه العمليات تعتبر جزء من حلقة التصنيع ، وتخضع لقواعد الممارسة الجيدة .

هذه القواعد تنطبق في الدرجة الأولى على المستحضرات المعدة للطب البشري ، إنما ينبغي إيلاء إنتاج أدوية الطب البيطري العناية نفسها .

ولعرض هذه القواعد اعتمدت نفس الأبواب التي وضعتها منظمة الصحة العالمية . فبعد تحديد معاني بعض التعابير الواردة في النص تعالج الفصول التالية :

- الموظفون والعمال .
- الأبنية وأمكنة التصنيع .
- المعدات .
- المواد الأولية .
- القواعد الصحية .
- التصنيع .
- جهاز تحقق الجودة .
- الرشم والتوضيب .
- التفتيش الذاتي .
- ملفات التوزيع .
- الشكاوي والتقارير في حالات العوارض الجانبية .

الفصل الثاني

الجسم البشري أو المظفون والعمال :

تضع القوانين في لبنان جميع المؤسسات الصيدلانية تحت الإشراف الفعلي للصيدلي ، حيث جعلته مسؤولاً عن الدواء في جميع مراحل تركيبه ، وصناعته ، والتحقق من جودته وحتى التجارة به . وفي الوقت نفسه يكون الصيدلي مسؤولاً عن تنفيذ المبادئ العلمية والتقنية وعن تنفيذ الأنظمة الإدارية المستوحاة من مصلحة الصحة العامة .

من جهة أخرى تقضي القوانين اللبنانية بأن يقوم الصيدلي بعمله بنفسه ، ويمكنه الاستعانة بمساعدين من الصيادلة والفنيين من ذوي الخبرة الكافية . وقد حدّد القانون عدد هؤلاء المساعدين على أن يكون الصيدلي مسؤولاً عن أعمالهم .

أما الصيدلي المسؤول ، ففضلاً عن المستوى العلمي ، يجب أن يتمتع بالخبرة العملية الكافية في مجال التصنيع والتحقق من جودة الأدوية . وكما يكتسب هذه الخبرة ، من الأفضل لكل صيدلي مبتدئ أن يمارس عمله ، وخلال فترة تحضيرية معينة ، تحت إشراف زميل ذو خبرة وفي نفس المؤسسة .

أما المستوى العلمي والخبرة العملية التي يمتاز بها الصيدلي المسؤول ، فيجب أن تمكنه من ممارسة مسؤولياته في ظل استقلالية القرارات المهنية والمبنية على مبادئ علمية وتفهم للمشاكل العملية التي يواجهها أثناء تصنيع وتحقق جودة الأدوية .

يعمل الصيدلي المسؤول في المصنع بدوام كامل ومن الأفضل ألا يكون له مصالح خارج المؤسسة . كما يجب إعطائه الصلاحيات والتسهيلات اللازمة للقيام بواجباته .

يتوجب على كل مؤسسة أن يكون لديها العدد الكافي من الفنيين كي تتمكن من إنجاز مختلف العمليات وفقاً للنظم المحددة ، كما تقوم بلفت انتباه جميع العاملين فيها إلى ضرورة احترام قواعد الممارسة الجيدة وذلك للمحافظة على مستوى عال من الجودة للدواء المصنع .

الفصل الثالث

الأبنية وأمكنة التصنيع :

تتم كل مرحلة من مراحل التصنيع في الأمكنة المناسبة والمعدّة لذلك .

أ - شروط عامة :

بالإضافة إلى ما ورد في المرسوم رقم ١٠٦ تاريخ ١٦/٩/١٩٨٣ سنة شروط يجب أن تتوفر في الأبنية كي تكون صالحة لصناعة الأدوية .

١ - يجب أن يكون البناء مصمماً بطريقة تحول دون دخول الحشرات والحيوانات إلى داخل المصنع ، وتكون جميع مساحاته (الجدران والسقف والأرض) ملساء كي يمكن تنظيفها وتعقيمها عند الحاجة وتسمح بالمحافظة على القواعد الصحية في المصنع ، والابقاء على هذه الأبنية في حالة جيدة من النظافة .

٢ - يتم اختيار الإنارة وتكييف الهواء ، حسب ثبات الأدوية ووفقاً لمتطلبات الدقة وحسن سير العمل للمعدات وأجهزة التصنيع والمختبرات .

٣ - يجب أن يكون المصنع مزوداً بمياه الشرب على أن تصله بقساطل سليمة كي لا تلوث ولا تلوث المستحضرات المصنعة ، ومزوداً بمجارير ذات أحجام كافية لتصريف المياه المستعملة ومتصلة بالمجورور العام خارج الأبنية مع مراعاة القوانين .

٤ - يجب أن يكون مزوداً بتجهيزات صحية مناسبة وكافية ونظيفة على مقربة من مراكز العمل ، وبأماكن لتبديل الثياب .

٥ - يجب أن تتوافق عمليات التصنيع التي يمكن أن تنجز في نفس القسم أو في أقسام مجاورة ، على أنه من الأفضل عدم القيام بعمليات لتصنيع أدوية مختلفة في نفس المكان والوقت .

٦ - يجب أن يكون مكان العمل فسيحاً وذلك تحاشياً لأي خطأ أو نسيان أو تلوث .

ب - المخازن :

لا يمكن تحديد جميع الشروط التي يجب أن تتوفر في المخازن لمواجهة جميع الاحتمالات . إنما ينبغي المحافظة على المبادئ التالية :

١ - يجب أن تكون المخازن فسيحة ومجهزة بالإنارة الملائمة . ويجري ترتيبها

وتجهيزها بشكل يسمح بخزن المستحضرات والمواد الأولية في مكان جاف ونظيف ، وعند الضرورة في أمكنة ذات حرارة ورطوبة معينة .

٢ - يجب أن يجري ترتيب المخازن بشكل يسمح بعزل المواد الموضوعة في الكرنيتينا عن سائر المواد والمستحضرات .

٣ - يجب إيجاد أماكن خاصة منفصلة عن باقي المخازن وذلك لخزن :

- المواد الملتهبة أو القابلة للانفجار ،
- الأدوية السامة ، المخدرات ، أو التي تعتبر خطيرة لسبب ما ،
- المواد والمستحضرات المرفوضة والمسترجعة إلى المصنع .

ج - قواعد خاصة :

- لتصنيع وتعبئة الأدوية المعقمة والتي لا يمكن تعقيمها بعد تعبئتها في العبوات النهائية ، يجب أن يكون ممكناً إيجاد أمكنة مستقلة مغلقة تماماً ومهيأة خصيصاً لهذه الغاية . على أن تكون هذه الأمكنة مجهزة :

- بمدخلين منفصلين أحدهما للعمال والآخر للبضاعة ،
- بمصاف لتقية الهواء من الغبار والبكتيريا ، على أن يكون ضغط الهواء في الداخل أعلى منه في الخارج وذلك منعاً لتسرب الهواء الملوث إلى الداخل . وتراقب فعالية المصافي دورياً . جميع المساحات في هذه الأمكنة مهيأة بشكل يسهل عملية التنظيف والتطهير .

قبل الشروع في أية عمليات تصنيع في الأمكنة المذكورة أعلاه ، يصار إلى إحصاء عدد الجراثيم في الهواء ، وتقارن نتائج هذه الاختبارات مع المقاييس المقبولة في هذا المجال .

- أما الأدوية التي يمكن تعقيمها في عبواتها النهائية فتراعى أثناء تصنيعها جميع الشروط المذكورة أعلاه ما عدا تعقيم الهواء .

تؤخذ الاحتياطات اللازمة للحؤول دون التخليط بين المستحضرات المعقمة والمستحضرات الجاهزة للتعقيم . لذلك يكون من الأفضل استعمال أجهزة للتعقيم يكون مدخلها ومخرجها في مكانين مختلفين وذلك منعاً لكل التباس .

الفصل الرابع

المعدات :

يجب أن تكون جميع المعدات المستعملة في التصنيع والتوزيع والتوضيب والتخزين وتحقق جودة الأدوية مصممة بحيث :

- تتناسب والاستعمال المعدة له ، .
- لا يمكن تفاعلها مع الأدوية المصنعة بشكل يؤثر على فعالية ونقاوة ومواصفات الدواء المصنع ومحتوياته ، .
- يمكن تفكيكها وتنظيفها بصورة جذرية ، .
- ينخفض معها أكبر قدر ممكن من فرص الغلط ونسيان مرحلة من مراحل التصنيع ، .
- تتدنى معها فرص تلوث الأدوية خلال التصنيع ببقايا أدوية عائدة لحصص مصنعة سابقاً .
- يمكن تعقيمها أو على الأقل تطهيرها كلما دعت الحاجة إلى ذلك ، .
- تبقى جميع هذه المعدات تحت المراقبة الدائمة للتأكد من حسن سير عملها .
- أما معدات التعقيم فيجب مراقبة ما يجري في داخلها بواسطة آلات مسجلة ، كما يمكن استعمال مؤشرات ميكروبيولوجية للتأكد من فعالية طرق التعقيم المستعملة .
- أما المعدات المستعملة في تصنيع وتعليب الأدوية في جو معقم فيجب مراقبتها بالوسائل الميكروبيولوجية كما يجب أن تكون سهلة التعقيم .
- تراقب جميع معدات الوزن والقياس المستعملة في تصنيع وتحقق جودة الأدوية بطرق مناسبة ومرضية . وتدوّن جميع نتائج الاختبارات التي أجريت .
- تعطى تعليمات خطية دقيقة لتنظيف وأحياناً لتعقيم جميع المعدات المستعملة .

الفصل الخامس

قواعد (أو شروط) صحية :

تجري صيانة المعامل وفقاً للشروط الصحية التي تحددها السلطة الصحية المختصة . ويحافظ على نظافتها وترتيبها بحيث لا يوجد فيها بقايا أدوية متراكمة أو حشرات .

تعطى تعليمات التنظيف خطياً ويدون فيها :

- الأماكن الواجب تنظيفها ومعدل تكرار عمليات التنظيف .
- طرق التنظيف ، وعند الحاجة ، المعدات والمواد الواجب استعمالها لهذه الغاية .
- أسماء الأشخاص المكلفين بهذا العمل وأسماء المسؤولين عن تنفيذه .

يطلب من العمال والموظفين العاملين في قسم التصنيع احترام القواعد الصحية أثناء العمل . لذا يحذر عليهم خاصة تناول الطعام والتدخين داخل المعامل . كما ينبغي أن يوضع بتصرف العمال قرب أماكن العمل عدداً كافياً من المراحيض السهلة التهوية والتنظيف ، وأماكن لغسل اليدين وتبديل الثياب .

يرتدي جميع العمال والموظفين بدلات العمل النظيفة فوق الثياب المدنية . يمنع استخدام العمال المصابين بأمراض سارية أو حاملي جراثيم هذه الأمراض ، أو المصابين بآفات مفتوحة ، سطحية وظاهرة ، في معامل التصنيع . وبصورة عامة ، يخضع جميع العاملين في المصنع دورياً إلى معاينة طبية .

تحاشياً لكل تلوث يستحسن الحد من ذهاب وإياب العاملين في بعض الغرف . عند معالجة مواد سامة أو ذات مفعول قوي ، يجب على العاملين في فرع الانتاج ، وحفاظاً على سلامتهم ، إرتداء الملابس والأحذية والقبعات والأقنعة والنظارات الواقية من الأغبرة . تحفظ جميع هذه المعدات في أماكن استعمالها أو في أماكن مخصصة لذلك .

الفصل السادس

المواد الأولية :

تسجل جميع المواد الأولية المستعملة في إحدى مراحل تصنيع الأدوية في مستندات حيث يدون : اسم الممون ، ومصدر المواد ، وتاريخ الاستلام ، وتاريخ التحليل ، وموافقة جهاز تحقق الجودة ، بالإضافة إلى الاستعمالات اللاحقة في التصنيع لهذه المواد . لذا تمر المواد الأولية بالمراحل التالية :

- التعرف إليها ، وفحص عبواتها للتأكد من أنها غير معطوبة ، .
- حفظ المواد في الكرتينا ، .
- أخذ عينات للفحص في مختبرات جهاز تحقق الجودة ، .
- في هذه الأثناء تبقى المواد تحت المراقبة بعد أن توضع عليها علامات فارقة منعاً لأي تخليط .
- إعلان المسؤول عن تحقق الجودة خطياً عن قبولها أو رفضها .
- يلصق على أوعية المواد المقبولة وشم واضح يثبت ذلك وتنقل هذه الأوعية إلى مخازن المواد الأولية .
- يلصق على أوعية المواد المرفوضة وشم واضح يثبت ذلك على أن يصار لاحقاً إلى تلفها أو إعادتها إلى الممون في أقرب وقت ممكن .

الفصل السابع

التصنيع :

يجري تصنيع وتوضيب وتحقق الجودة تحت إشراف الاختصاصيين الذين ورد ذكرهم في فصل العمال والموظفين .

١ - نظافة المعدات :

قبل المباشرة بأية عملية تصنيع يستحسن التأكد من نظافة المعدات التي سوف تستعمل ومن تعقيمها عند الحاجة .

٢ - نظافة الأوعية :

يجب أن يكون بالامكان التعرف إلى جميع الأوعية المستعملة في التصنيع وفي الخزن وأثناء مختلف مراحل التصنيع ، وذلك من خلال وشومات ظاهرة بوضوح تحمل اسم ورقم المواد الموجودة بداخلها وكل المعلومات التي تدل على هوية الحصة التي هي قيد التصنيع ، ويصار إلى لصق وشومات مشابهة على الماكينات أثناء تشغيلها .

٣ - احتياطات ضد أخطار التلوث والتخليط :

تجري جميع عمليات التصنيع في مختلف القطاعات المعدة لهذه الغاية وذلك بواسطة معدات تستعمل فقط في هذه القطاعات . وإذا تعدّر تطبيق هذه الشروط ، تتخذ جميع الاحتياطات لاستبعاد أية إمكانية تلوث متصالب أو سهو أو تخليط . وتجدر الإشارة هنا إلى وجوب احترام جميع القواعد الصحية الوارد ذكرها آنفاً .

يجري تصنيع الأدوية المعقمة في أماكن مصممة ومهيئة خصيصاً لهذه الغاية كما ورد في فصل الأبنية وأمكنة التصنيع .

وعندما لا تجري مختلف عمليات التصنيع في أماكن منفصلة ، وتكون إمكانية التخليط واردة بين المواد المعقمة وغير المعقمة ، يجب أن تحمل جميع الأوعية الحاوية على مستحضرات معدة للتعقيم وشما يشير بوضوح إذا كان ما يحتوي عليه قد خضع لعملية التعقيم أم لا .

تتخذ جميع الاحتياطات وبالطرق المناسبة لوقاية المواد الخاضعة لعمليات تصنيع وتوضيب في مكان معقم من خطر التلوث . ويرتدي العاملون في هذه الأمكنة وقبل دخولهم إليها البسة معقمة وذلك بعد غسل أيديهم بصابون مطهر .

أما العمليات التي ينتج عنها غبار أو التي تعالج فيها مواد ذات مفعول شديد ، فيجب أن تجري في أماكن مغلقة جيداً ومجهزة بالوسائل المناسبة لرشف الهواء منعاً لتلوث الأدوية بعضها ببعض ، كما تتخذ جميع الاحتياطات لتحاشي عودة الهواء الملوث إلى الداخل .

٤ - وثائق تتعلق بعمليات التصنيع :

توضع وثائق لعمليات تصنيع كل دواء بإشراف مباشر لأخصائيين ومؤهلين لذلك . هذه الوثائق تشتمل على المعلومات التالية :

- الاسم والشكل الصيدلاني والعيار للدواء المصنع .
- وصف أو تحديد العبوة أو العبوات النهائية .
- مواد التغليف والوشم .
- اسم وكمية وجودة كل مادة أولية مستعملة وإن لم تكن موجودة فعلاً في الشكل النهائي للدواء ، .
- المردود النظري المنتظر من كل مرحلة من مراحل الانتاج والحدود المقبولة للمردود الفعلي .
- تعليمات مفصلة واحتياطات يجب اتخاذها لتصنيع وتخزين الدواء والمستحضرات النصف مصنعة .
- وصف كامل للتحاليل والاختبارات اللازمة للتحقق من الجودة في كل مرحلة من مراحل التصنيع ، وتسمية الأقسام المسؤولة أو المكلفة بهذه الاختبارات والتحاليل .
- تحديد الأوعية التي ستحفظ فيها المواد خلال عمليات التصنيع والدواء المصنع قبل تعليبه ، وإذا اقتضى الأمر ، تدوّن الشروط الخاصة للخرن .
- ٥ - ملفات تصنيع الحمص :
- يوضع لكل حصة دواء ملف مستقل للتصنيع ، يشرح فيه كل عمليات التصنيع وتثبت أن الحصة مصنعة ومراقبة وفقاً للتعليمات المذكورة أعلاه . يشتمل هذا الملف على العناصر التالية :
- الاسم والشكل الصيدلاني .
- تاريخ التصنيع .
- رقم الحصة .
- التركيب الكامل للدواء مع الكميات .
- رقم كل من المواد الأولية التي تدخل في تركيب الدواء أو رقم المراقبة التحليلية .
- المردود الفعلي في كل مرحلة من مراحل التصنيع بالمقارنة مع المردود النظري .
- بيان موقع بجميع العمليات التي نفذت والاحتياطات المتخذة والملاحظات الطارئة

خلال التصنيع .

- بيان بجميع عمليات المراقبة التي أجريت خلال التصنيع مع نتائجها .

- عينة من اللصاقات المستعملة .

- تحديد مواد التغليف والعبوات .

- إمضاء المسؤول عن عمليات التصنيع مع التاريخ .

- شرح عن التحليل يوضح بأن الحصة مطابقة للمواصفات الموضوعة للدواء ،
يحمل توقيع المسؤول عن مختبرات المراقبة .

- قرار المسؤول عن تحقق الجودة بقبول أو رفض الحصة .

- إشارة إلى مصير الحصة إذا صدر القرار برفضها .

٦ - حفظ ملفات تصنيع الحصاص :

تحفظ ملفات تصنيع الحصاص لفترة تعادل مدة فعاليتها زائد سنة على الأقل .

الفصل الثامن :

جهاز تحقق الجودة :

يتوجب على كل مصنع للأدوية أن ينشئ جهاز لتحقيق الجودة تسند مسؤولية إدارته إلى صيدلي متخصص على أن يتمكن من ممارسة مهمته ضمن شروط تؤمن استقلالية القرار المهني . يقوم هذا الجهاز بالمهام التالية :

- التحقق من جودة المواد الأولية .

- مراقبة جودة عمليات التصنيع .

- التحقق من استيفاء الأدوية المصنعة للمواصفات المحددة .

- التحقق من ثبات الأدوية المصنعة .

وكي يستطيع هذا الجهاز ممارسة مسؤولياته كاملة ، تسند إليه الصلاحيات التالية :

- وضع تعليمات خطية مفصلة لكل اختبار أو تحليل .

- قبول أو رفض كل حصة من المواد الأولية الواردة إلى المصنع .

- قبول أو رفض أي مستحضر خلال عمليات التصنيع .

- قبول أو رفض أي عبوات أو وشم أو أوعية معدة للتوضيب .

- قبول أو رفض كل طبخة من الدواء المصنع والجهاز للتوزيع .

- تحديد شروط حفظ المواد الأولية والمستحضرات نصف المصنعة والأدوية المصنعة .

- تقويم جودة وثبات الأدوية المنتجة وإذا كان ذلك ضرورياً يجري هذا التقويم على المواد الأولية والمستحضرات نصف المصنعة .

- تحديد مدة صلاحية استعمال الأدوية وشروط حفظها وذلك استناداً إلى نتائج الاختبارات التي أجريت لدرس درجة ثباتها حسب شروط الخزن .

- وضع وتحديد طرق تحقق الجودة وإعادة النظر فيها دورياً .

- فحص الأدوية المرتجعة للمصنع وذلك لاتخاذ القرار المناسب بشأن مصيرها (فاما أن يعاد نشرها مباشرة في السوق ، واما أن تعاد بعض مراحل تصنيعها وتوضيبها واما أن يصار إلى إتلافها) على أن يسجل بوضوح القرار المتخذ بشأنها .

تؤخذ عينات من جميع المواد والأدوية المصنعة وتحفظ في خزانة العينات بعد لصق الرشم القانوني عليها ، وذلك كي يتسنى العودة إليها لاحقاً إذا دعت الحاجة إلى ذلك . على جهاز تحقق الجودة أن يمسك بسجلات للتحليل وذلك لفحص كل العينات المأخوذة . يحتوي هذا السجل على :

- نتائج الاختبارات بما في ذلك الملاحظات والعمليات الحسابية لكل اختبار أجري في المختبر ، وذلك للتأكد من مطابقة المستحضر للمواصفات المحددة .

- المرجع الذي أخذت عنه المواصفات المعمول بها .

- توقيع الشخص أو الأشخاص الذين قاموا بالاختبارات والتحليل لتحقيق الجودة .

- التقرير النهائي والقرار المتخذ وشهادة مؤرخة من الأخصائي المكلف بذلك باتخاذ القرار .

وكي يتسنى لجهاز تحقق الجودة من القيام بمهامه ينبغي أن يوضع بتصرفه

مختبرات داخل المصنع تسند إدارتها إلى أخصائي ذو خبرة كافية ، كما يمكن الاستعانة في بعض الحالات المعنية بمختبرات . خارج المصنع .

تجهز هذه المختبرات بالجسم البشري الكافي وبالمعدات اللازمة للقيام بالاختبارات والتحليل لتحقيق من الجودة أثناء التصنيع وبعده . وإذا كان هناك من اختبارات تجري على الحيوان فينبغي وجود مركز لتربية الحيوانات .

الفصل التاسع

الوشم والتوضيب :

جميع لوازم الوشم والتوضيب ، بما فيها النشرات الطبية التي ترافق الدواء ، تخزن وتستهلك بشكل يمكن معه تحاشي الوقوع في أي خليط بين لوازم الرشم والتوضيب والنشرات الطبية العائدة إلى المستحضرات المختلفة . ولا يسمح بدخول هذا المخزن إلا للأشخاص المرخص لهم بذلك .

قبل المباشرة بعمليات التوضيب والوشم لحصة معينة من الأدوية ، يجب التحقق بواسطة ملفات التصنيع والمراقبة أن الحصة قد خضعت للمراقبة ووافق عليها المسؤول عن تحقق الجودة . قبل تسليم أية كمية من الوشم والعلب والنشرات الطبية وغيرها يجب معاينتها والموافقة عليها من قبل المسؤولين الذين أوكلت إليهم هذه المهمة . ومنعاً لأي خطأ في الوشم والتعليب يستحسن إخراج كميات معروفة من المخزن من لوازم الوشم والتعليب وذلك بناءً على طلب خطي بالكمية والصنف المطلوب يحمل توقيع المسؤول عن عمليات الرشم والتوضيب .

بعد الانتهاء من عمليات الوشم والتوضيب ، يقارن عدد الوحدات المستعملة وعدد الوحدات الموضبة مضافاً إليها عدد الوحدات غير المستعملة . وكل فارق كبير أو غير اعتيادي في الأرقام يخضع لاستقصاء عميق .

يحمل الرشم الإلزامي لكل دواء المعلومات التالية :

- اسم الدواء .
- لائحة بالمواد الفعالة مع الإشارة إلى كمية كل منها .
- رقم الحصة .
- عند اللزوم تاريخ انتهاء صلاحية الدواء للاستعمال .

- الشروط والاحتياطات الخاصة الواجب اتخاذها أثناء التخزين والاستعمال .
- تعليمات تتعلق باستعمال الدواء وإذا لزم الأمر بعض التنبيهات والمحاذير .
- اسم وعنوان المصنع أو المؤسسة المسؤولة عن تسويق المستحضر .

الفصل العاشر :

التفتيش الذاتي :

للتأكد من أن عمليات التصنيع وتحقق الجودة تنفذ وفقاً للتعليمات المعطاة يستحسن تكليف خبير أو فريق من الخبراء في كل مصنع بالقيام بدورات تفتيشية منتظمة لمختلف أقسام التصنيع وتحقيق الجودة . ولكن وجود التفتيش الذاتي في إحدى المؤسسات لا يعفيها من التفتيش الذي تقوم به الدوائر الرسمية وفقاً للقوانين اللبنانية .

الفصل الحادي عشر :

ملفات التوزيع :

لكل حصة من الدواء يوضع ملف يسجل فيه الخارج كي يكون بالامكان معرفة أمكنة تواجده واسترجاعه إلى المصنع عند الضرورة .

الفصل الثاني عشر :

شكاوى وتقارير عند حصول عوارض جانبية :

تحال التقارير عن الحوادث أو العوارض الجانبية ، الناجمة عن استعمال دواء معين إلى السلطة المختصة . أما الشكاوى بشأن جودة الدواء ، وخاصة التغيير في مواصفاته الفيزيائية فتكون موضع استقصاء عميق . فإذا ما اتضح صحة هذه الشكاوى ، فينبغي اتخاذ الاجراءات المناسبة وفي أسرع وقت ممكن . تدون هذه الاجراءات في مذكرة وترفق بالشكوى .

تابع ملحق رقم (٢) :

الهاتف
تابع محافظة جبل لبنان
بيوسانتوس

٥٥٣ ٠٠٦

- عاريا ملك فرج الله الحايك .
- الصيدلي المدير الفني ناديا حبيب .
- الصيدلي المشرف على معمل التحاليل بالاعواد .
- قيصر شلهوب وأولاده - شلهوب فارماسوتيكالس ش.م.ل.

٢٨٨ ٥٣٥

٤٠٠ ٧٥٠

- المنصورية - قضاء المتن - ملك أنطوان وجان شلهوب
- الصيدلي المدير الفني أنطوان شلهوب .
- الصيدلي المشرف على معمل التحاليل زينة خوري .

دينز اندره الجميل صهيون - مصنع أدوية ايمو :

٢٦٤ ١٧٩

- الفنار - ملك المصنع - ص.ب. ٥٠٢٦٥
- الصيدلي المدير الفني إلهام أبو مرعي .
- الصيدلي المشرف على معمل التحاليل جان ماري بليط .

شركة مستحضرات لبيان فارم :

٩٣٠ ٤٦٨

- ذوق مكاييل - ملك كوز اخوان ص.ب. ١١/٧٢٩٣ .
- الصيدلي المدير الفني ريمون مبارك .
- الصيدلي المشرف على معمل التحاليل ؟
- شركة فارمادكس - ش.م.ل.

٥٥١ ٩٩٦

- الكحالة - ملك زكاء علي الحكيم ص.ب. ٦٩٠٧ .
- الصيدلي المدير الفني فؤاد رباط .
- الصيدلي المشرف على معمل التحاليل محمد مروان الحكيم .

ملحق رقم (٢) :
لائحة بأسماء مصانع الأدوية في لبنان .

وزارة الصحة العامة

مصلحة الصيدلة

لائحة بأسماء مصانع الأدوية المحلية
في لبنان

الهاتف

مدينة بيروت

٣٤٤ ٨٦٥

٣٤٤ ٨٧٩

شركة سيرلايز للأبحاث العلمية والكيمائية ش.م.ل.

- شارع عبد العزيز - بناية حسن مكتبي - ص.ب. ٥٨٥٤
- الصيدلي المدير الفني - شحادة موسى .
- الصيدلي المشرف على معمل التحاليل - فؤاد سمعان .

محافظة جبل لبنان

شركة صناعة الأدوية للشرق الأوسط / مفيكو ه. ش.م.ل.

٤٢٠ ٣٠٠

- الجمهور - ملك الشركة ص.ب. ١٧٥
- الصيدلي المدير الفني كلود لطفي .
- الصيدلي المشرف على معمل التحاليل اسكندر صهيوني .
- شركة شارل اي فروست وشركاه - الشرق الأوسط ش.م.ل.

٩٣٠ ٣٧٠

- ذوق مصبح - ملك الشركة ص.ب. ٩٦٢ .
- الصيدلي المدير الفني جاك صالحه .
- الصيدلي المشرف على معمل التحاليل ميشال ابيلا .

تابع ملحق رقم (٢) :

تابع محافظة جبل لبنان
شركة نوب ش.م.ل.

الهاتف

٤٥٩ ٤٠٠

بيت مري - ملك يوسف أسعد بدوي .
- الصيدلي المدير الفني ؟
- الصيدلي المشرف على معمل التحاليل ؟
شركة لامبدا ستاندرد للمستحضرات الطبية ش.م.ل.

٤٣١ ٠٣٢

الشويفات - ملك نعيم خليل بونعيم ص.ب ٨١٣٤ .
- الصيدلي المدير الفني ؟
- الصيدلي المشرف على معمل التحاليل ؟
شركة الأمصال اللبنانية ش.م.م.

٤٣١ ١٨٦

الشويفات - حي الأمراء - ملك الشركة ص.ب ٩٢٧٤
- الصيدلي المدير الفني عبد الرحمن خياط .
- الصيدلي المشرف على معمل التحاليل يولاند أبو شهلا .
الشركة اللبنانية للمصنوعات الطبية ش.م.ل.

٥٣٠ ٠٩٢

الناعمة - ملك الشركة ص.ب ١١/٢٦٨٢ .

٣١٦ ٧١٤

- الصيدلي المدير الفني جوزف صادقيان .
- الصيدلي المشرف على معمل التحاليل ؟
شركة أبوت الشرق الأوسط ش.م.ل.

٣٣٢ ٢٩١

مزرعة يشوع ملك الشركة التجارية للتعهدات ش.م.ل.
ص.ب ١١٢ ٩٤٠
- الصيدلي المدير الفني ؟
- الصيدلي المشرف على التحاليل ؟

تابع ملحق رقم (٢) :

تابع محافظة جبل لبنان

شركة مختبرات الفا ش.م.ل.

الهاتف

٣٦٤ ٩٥٠

بيروت سهيلة - ملك الشركة وفلامير شكري الفا ص.ب ١٥٥ ٠١٠
- الصيدلي المدير الفني - اسكندر هرموش .
- الصيدلي المشرف على التحاليل مرغريتا اندراوس .

٣٨١ ٩٦٠

بتوراتيج - قضاء الكورة ملك الشركة ص.ب ١٢٥ ٠٦٤
- الصيدلي المدير الفني ؟
- الصيدلي المشرف على العمل في معمل التحاليل ؟
شركة بيلكو لصناعة الأدوية

٩٤٠ ٥٧٠

عمشيت - قضاء جبيل - ملك ماري سعد موسى الكلاب ص.ب ١٨٠
- الصيدلي المدير الفني رجاء رعد .
- الصيدلي المشرف على التحاليل جورج نعمة .
شركة انترناشيونال كيميكال اندوستري ش.م.م (انتركيم)

ميروبا - قضاء كسروان - ملك الشركة ص.ب ٩٥١ ٥١

- الصيدلي المدير الفني ؟
- الصيدلي الشرف على التحاليل ؟
مختبرات مدي فار :

ذوق الخراب - قضاء المتن - ملك حبيب فاضل .
- الصيدلي المدير الفني إميل حنا .
- الصيدلي المشرف على التحاليل انطوان صقر .

ملحق رقم (٣) :

لائحة بأسماء مستوردي الأدوية وأصحاب المستودعات في لبنان

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية
دائرة التفتيش الصيدلي

لائحة بأسماء مستوردي الأدوية وأصحاب المستودعات
في لبنان

اسم المستودع	اسم الصيدلي	الهاتف	العنوان	وصندوق البريد
جورج أبو عضل وشركاه . جاك قيومجي	٣٣٤ ٢١٥	بيروت حي السراقة	١١/١٣٣٢	
أبيلا إخوان	جوزيان خياطة	٢٢٩ ٢٠٧	بيروت - التباريس - بناية نخلة فارس	١١٠/٤٥
الاتحاد	سليم غريب	٣٣٧ ٨٢٩	بيروت - شارع شكري العسلي قرب مدرسة عبرين ملك ميشال فياض طابق أول .	٢٤٥ ٦٢٩
الاتحاد الصيدلي في الشرق	أوسكار مجدلاني	٣٨١ ٤١٥	بيروت شارع المتحف بناية إسطفان .	٣٣٦ ٨٦٦
آرا وشركاه	غسان عساف	٨٠٢ ٢٦٧	بيروت - الرملة البيضاء - شارع ريشاني بناية سورية	١١/١٥٣٥
أطلس	كلود منظورة	٢٩٦ ٠٩٠	بيروت - ساحة النجمة بناية بيضون	١١/٤٧١١
اغريمار	ماريا هامبارسوميان	٢٩٧٠٥٨	بيروت - شارع الجيش بناية . درمنجيان .	١١/١٣٠٧

تابع ملحق رقم (٣) :

اسم المستودع	اسم الصيدلي	الهاتف	العنوان	صندوق البريد
الكو		٢٤٠ ٤٣٢	بيروت - الصيفي شارع يوسف الهاني ملك الرئيس	١١/٧٢٣١
انترفارما		٢٢٢ ٩١٩	بيروت شارع سعيد عقل بناية قوبي .	١١/٦٥٧٩
انترماديك (جان فرح)	فيليب فرح	٢٣٥ ٨٣١	بيروت شارع مونو ملك الأشقر .	١١/٤٢٤٥
انترناسيونال	غادة رفقه	٣٠٦ ٩٤١	بيروت الحرش شارع الأوزاعي بناية الذهبي	١١/٨٤٠٨
أودوب	سعد الله نصولي	٢٣٥ ٥٧٥	بيروت رأس النبع شارع سعيد خديج . ملك النصولي .	١١/٦٥٠
أومنيفارما	يوسف جبارة	٣٨٤ ٦٤١	بيروت شارع بدارو بناية السيوفي .	١١/٧٩٥٦
بريمافارم		٣٨٢ ٧٨٠	بيروت شارع عبد الوهاب الانكليزي ملك طنبرجي	١١٠/١٥٢
بيوفارم	عادل حاتم	٢٣٦ ٩٦٠	بيروت شارع جورج بيكو محطة الرينو .	١١/٨٣٢٤
تامر إخوان	رولان صيداني	٢٢٨ ٠٣٣	بيروت شارع جورج بيكو محطة الرينو .	١١٠/٨٤
ترانس ماديكل جريصاتي	هراتش طوركيان	٣٨٢ ٧١٦	زحلة البولفار السوديكو - بناية فريج .	١١/١٤١
حداد إبراهيم	مرغريت عبيجي	٩٨٠ ٨٥٨	كفرحباب قرب الكازينو	١١٠/٢٠
الحديث	إميل عيد	٢٢٣ ٥٢٧	بيروت شارع راجي أبي حيدر ملك . البرفويل قرب مختبرات لبنان .	١١/٣٩١٥
حسونة خالد وأولاده .	غادة التنير	٢٢١ ٦١٦	بيروت - الطريف شارع مدحت باشا بناية حسونة .	١٢٩٩/
دنذن إخوان (سادكو) سركيس بربريان	كوليت أبي رعد	٢٣١ ٠٢٦	بيروت البسطة محلة النوري ملك دنذن	٤٤٨٦/
دي فارما .	زه بوريفيسيان	٢٤٧ ٠٤٩	بيروت شارع شحادة ملك شلالا التباريس	٨٢٤٧/
دينا فارم		٣١٥ ٣٠٩	المزرعة شارع برهام ملك شبيب	٧٧٧٤/

اسم المستودع	اسم الصيدلي	الهاتف	العنوان	وصندوق البريد
الربفولي (علي شاتيل) .	٣٥٢ ٥٢٩	بيروت رأس بيروت شارع اللبان تجاه صيدلية الرشيد .	٢٠٢٤ /	
زخيا (ادوار زخيا)	٣٢١ ٢٦٠	بيروت الأشرفية شارع أديب إسحق	٨٢٣ /	
وشركاه ()	٣٢١ ٢٦١	ملك إبلي عبد النور		
الزعني (جان)	٢٤٣ ٦٦١	بيروت شارع غورو الوقف	٤٤٢٣ /	
سانتوفار	٢٨١ ٧٠١	فرن الشباك بناية الحايك قرب مستشفى معريس		
سانوفارم	٣١٥ ١٦١	بيروت شارع المزرعة بناية السعيد .		
سيسيا	٩٥٠ ٤٠٩	عجلتون	٦٩٧ /	
سايمكو	٩٠٠ ٩١٨	بيروت طريق الشام ملك مارستاني أدونيس	٥٩٩ /	
	٩٠٠ ٩٣٢			
سيفال	٩٣٤ ٤٧١	ضهر صربا بناية البستاني	٤٧١ /	
سنار	٢٥٨ ٧٠٩	بيروت شارع مونو ملك انجا		
سترا	٢٣٠ ٥٨١	بيروت شارع بشارة الخوري بناية الحوت .	١٩٩٩ /	
(كركجيان وكفورليان) ٢٤٥ ٨٧٩				
سيانو	٢٣١ ٢١٨	بيروت شارع بشارة الخوري	٥٥٢٨ /	
	٢٤٨ ٩١٧	بناية سعيد ومجدوب		
سبا جيبي	٢٩٥ ٧٩٥	بيروت شارع الجيش	٤٢٨٥ /	
ميدل إيست	٤٢٠ ٣٠٠	ملك جورج ثابت مفيكو		
سيرجي (ميشال)	٣٨١ ١٤٩	بيروت .	٣٨٠	
	٣٨٠ ٥٨٣			
الشرق المتوسط	٤١٦ ٩١٩	سن الفيل بناية مشاققة	٩١٣ /	
	٢٦٨ ٣٧٠	بيروت ساقية الجزير		
شلهوب قيصر	٤٠٠ ١٣٠	منصورية المتن	٦٨٣ /	
شلهوب وأولاده	٤٠٠ ٧٥٠			
الاهلية للأدوية	٣٠٦ ٩٠٢	بيروت كورنيش المزرعة بناية الحلبي		
		خلف بناية وقف الروم .		

اسم المستودع	اسم الصيدلي	الهاتف	العنوان	وصندوق البريد
محلات العالية	رامز عفيفي	٣٠٣ ٥٧٠	بيروت كورنيش المزرعة بناية	
للشرق		٣١٣ ٥١٦	كسرواني تجاه البريد	
عبد النور	مقفلة			
العم (سليم)	شاهية إيليان	٣٠٦ ٦٩٦	بيروت ساقية الجزير ملك كعكي	١٤٤١ /
			قرب صيدلية عاقل	
عطا الله (طناس)	نبهة الجزيري	٢٣٣ ٨١٩	بيروت ساحة النجمة ملك بيضون	١٦٠٥ /
فاضل وشركاه	هاسميك سارهانيان	٢٦٠ ٥٥٩	بيروت الدورة شارع مستشفى مار يوسف	١٠ / ٤٤٤
(فؤاد)			ملك توفيق فاضل .	
فارما		٢٣٣ ٣٣٢	بيروت شارع مونو بناية شاكر الله	١٠ / ٢٩٠
فتال	صونيا أبي ياغي	٢٦٥ ١٧٥	سن الفيل جسر الواطي بناية فتال	١٠ / ٨٣٠
خليل فتال وأولاده	جك سنير	٣٨٧ ٤٥٠	سن الفيل جسر الواطي بناية فتال	١٠ / ٧٧٣
فرعون روفائيل وأولاده	فريد أبو مله	٣٣٩ ٠٧٠	شارع غورو ستر سانت أنطون	١١٠ / ١
فينيسيا	سوسي شدرافيان	٣٢٦ ٦٨٩	بيروت الأشرفية شارع كنيسة الشحروري ملك عطا الله .	١ / ٧٩٧٨
فيتا	البيروماركار	٩٣٤ ٧٤٨	أدونيس	١٠ / ٦٦٣
		٩٣٢ ٠٧٦		
كتانة إخوان	نجلا عزام	٢٥١ ٠٤٠	بيروت طريق النهر ملك كتانة	١٠ / ١٤٢
ش . كتفاكو وشركاه	جورجيت غلام	٢٢٣ ٢٣٧	بيروت شارع مدحت باشا ملك بلعة	١ / ٥٠٢٦
		٢٩١ ٦٦٥		
كوديفا	سامي كركور	٢٩٥ ٧١٦	بيروت شارع مار مارون بناية مدام نحاس	١ / ٣٠٦٣
		٢٣٤ ٦٥٥		
لبنان	ملغاة	٣٣٧ ٥٠٠	بيروت الأشرفية شارع المطران	٨٨٧٣ /
			غفريل بناية المعلوف	
ديرمافارم	مانوكماليان	٣٠٣ ٢٧٢	بيروت خلف أوتيل بيروت	
			انترناشيونال بناية الباشا	١ / ٥٢١٨
ليغافارم	شاكبه زوكيان	٢٦١ ١٣٠	وادي أبو جميل ملك الشركة اللبنانية للبناء	١ / ٨١٣٠
			والتجارة .	
ماديك	عمر حرب	٢٤٦ ٤٢٦	بيروت رأس النبع شارع	١ / ٢٥٠٣
			عمر بن الخطاب بناية سلمى العلي .	

تابع ملحق رقم (٣) :

اسم المستودع	اسم الصيدلي	الهاتف	العنوان	وصندوق البريد
مرساكو	إيلي مسعود	٣٨٢ ٤٤٣	بيروت حرش الكفوري	٥٠١٠٥
		٣٨٣ ٢٧٠	ملك جميل كفوري	
مركوري	قاسم عفيفي	٣٦٢ ٣٣٨	بيروت ملك حسن مكتفي ملتقى	١٠/١٥
		٣٦٢ ٣٥٤	مي زيادة وكليمصو	
المثروبول		٢٣٤ ٢٢٩	بيروت شارع الجيش ملك درمنجيان	١/٢٠٤٧
إدوار مصري وشركاه	ادوار مصري	٢٢٨ ٧١٠	بيروت حادة الافرنسيين بناية الغندور	١/٨٤٨٢
		٢٤٨ ٥٠٥		
مكتافرم	هيدي صباغ	٤١٢ ٦٦٩	الزلفا بناية اسطفان	١٠/٦٤٨
			قرب صيدلية ناسيونال	
ممس (قدورة إخوان) هاكون غروشيان		٨١٧ ٧٥٧	بيروت المصيطبة	١/٣١٧٠
		٣٠٧ ٤٣٦		
المنى	مقفلة	٣٨٢ ٧٦٦	بدارو شارع كورج كاترو	١/٦٤٦٤
موسى	حبيب موسى	٣٢٢ ٠٢٣	بيروت صيدلية موسى كرم الزيتون	
ناسيونال	أنطون روكز	٢٨٥ ٩٩٥	فرن الشباك بناية الحايك قرب مستشفى	١/٤١٦٨
		٢٨٣ ٩٥٠	معربس	
نيوفارم		٢٩٦ ٢٧١	بيروت ساحة الدباس	١/٥٨٨١
هوستافارما	نوال سعد عتيق	٣٤١ ٢٩٥	بيروت شارع مقدسي بناية الشرتوني	١/٥٧٦٧
يونيدراك		٢٦٧ ٦٧٠	سن الفيل بناية حاموش	/٦٣١٤
		٢٦٧ ٦٧١		
سيغمافارم	لوسي درمسروبيان	٩٧٥ ٦١٠	سن الفيل مستديرة الحايك	
صادافارم	آرا اورتينيان	٢٢٧ ١٩٦	السوديكو بيروت	
سوفارم	إيزابيل	٣١٢ ١١٢	الحرش - بيروت	
	عراكليان			
سلاب		٨٠١ ٦٥٩	الرملة البيضاء - بيروت	
انجلوبولو	عائدة صادر	٣٨٣ ٥٨٤	بدارو بناية الجزائر شارع حبش	
بوليفارم		٢٦٣ ٣٣٠	مستديرة الدورة بناية مسعود	
		٢٦٨ ٢٢٧		
الشمال		٣٥٤ ٧٣٨	شارع الحمراء سنتر فرح	

تابع ملحق رقم (٣) :

اسم المستودع	اسم الصيدلي	الهاتف	العنوان	وصندوق البريد
دكتوفارم	أنطوانيت شلفون	٩٣٤ ٧٤٨	أدونيس الصنوبرية عين الرمانة - ملك أسعد أبو راجي	
نورديا	كلارا هيرابديان	٣٣٩ ٣٧٦	الجمعية - بيروت	
غالفارما	واهية بريان	٣٥٢ ٩٥٩	شارع بلس - ملك الزعتي	
الساحل	عصام شرف الدين	٣٩٢ ٩٥٥	حارة حريك قرب المخفر	٢٧٥ ٣٤١
يونيفرسال	ماري حداد	٣١٨ ١٢٤	المزرعة بناية فتال البربير	
سيزار ابيلا	سليمان أبو خضرا		شارع طرابلس ملك العسيلي	
المؤسسة المتحدة للأدوية	رشيد اليواب	٢٤٤ ٦٧٤	شارع مار الياس ملك	
	توفيق ومحمد مصطفى زعرور			
تابا كيمفارم	زياد بكداش		شارع الشوف ملك عواطف محي الدين سنو	
الوكالات الصيدلانية	رويدا حلال		شارع السادات ملك شركة صبري ضعيمة	
			للشرط الأوسط ميربا	
ديرمنجيان	ليون ديرمنجيان	٢٣٤ ٢٢٩	شارع الجيش ملك أغوب ديمنجيان	
مارك	مرفوص دونيكيان		باب ادريس ملك إياس	
فارمايل	حسن زنتوت		شارع جورج بيكو ملك طيارة وصوايا	
اكنا	جوسلين سركيس		الأشرقية شارع زهرة الاحسان	
			ملك الكسندر اسكندر بنوت	
المستودع الجديد	عصام شرف الدين		مقفل	
شركة ميدل ايست درغ	قاسم عفيفي		شارع الباشورة ملك عبد الرحمن اللادفي	
اند انغمستمنت	ابراهيم اللادفي			
«ميدكوه ش. م. م.»	محمد قاطرجي			
كيميفارم	وارسنيك طوبجيان		شارع الملكي ملك آرام كولداليان وإخوانه	
الشركة التجارية	برناتان كوتام		شارع البطريق الحويك ملك حنين صحنوي	
للأدوية في الشرق				
أوريكس	سوزان لوغري		كورنيش المزرعة ملك	
			طانيوس وإلهام بهاد شويري	
سعد الله عمر	سعد الله عمر	٢٢٩ ١٣٠	رأس النبع - شارع سعيد	
النصولي	النصولي		خديج ملك النصولي	

قضاء بعيدا : (٣٧ دائرة) :

الدائرة الأولى	: بعيدا .
الدائرة الثانية	: بعيدا - البرزة .
الدائرة الثالثة	: برج البراجنة .
الدائرة الرابعة	: برج البراجنة .
الدائرة الخامسة	: حارة حريك .
الدائرة السادسة	: حارة حريك .
الدائرة السابعة	: الغبيري (صبرا) .
الدائرة الثامنة	: الشياح - الغبيري .
الدائرة التاسعة	: الشياح - الغبيري .
الدائرة العاشرة	: الشياح - الغبيري .
الدائرة الحادية عشرة	: الشياح - الغبيري .
الدائرة الثانية عشرة	: الشياح - الغبيري .
الدائرة الثالثة عشرة	: الشياح - الغبيري .
الدائرة الرابعة عشرة	: (بولفار الشياح - الغبيري) .
الدائرة الخامسة عشرة	: كفرشما .
الدائرة السادسة عشرة	: الحازمية .
الدائرة السابعة عشرة	: الحازمية .
الدائرة الثامنة عشرة	: الفياضية .
الدائرة التاسعة عشرة	: الجمهور .
الدائرة العاشرة عشرة	: الحدث .
الدائرة الحادية والعشرون	: الحدث .
الدائرة الثانية والعشرون	: وادي شحور .
الدائرة الثالثة والعشرون	: فرن الشباك - عين الزمانة .
الدائرة الرابعة والعشرون	: فرن الشباك - عين الرمانة .
الدائرة الخامسة والعشرون	: فرن الشباك - عين الرمانة .
الدائرة السادسة والعشرون	: فرن الشباك - عين الرمانة .

ملحق رقم (٤) :

مرسوم رقم ٨٦٦٣ - تحديد دوائر صيدلية .

صفحة ١٧٨١

الجريدة الرسمية - العدد ٩٢ - ١٦/١١/١٩٦٧

وزارة الصحة العامة

مرسوم رقم ٨٦٦٣

تحديد دوائر صيدلية

إن رئيس الجمهورية اللبنانية .

بناءً على الدستور اللبناني .

بناءً على قانون مزاوله مهنة الصيدلة الصادر بتاريخ ١٩٥٠/١٠/٣١ لا سيما المادة ١٢ منه .

بناءً على المرسوم رقم ٧٣٤٥ تاريخ ١٤ آب ١٩٦١ القاضي بتقسيم لبنان إلى دوائر صيدلية لكل دائرة صيدلية واحدة .

بناءً على اقتراح وزير الصحة العامة .

يرسم ما يأتي :

المادة ١ : يلغى المرسوم رقم ٧٣٤٥ تاريخ ١٤ آب سنة ١٩٦١ القاضي بتقسيم لبنان إلى دوائر صيدلية لكل دائرة صيدلية واحدة .

المادة ٢ : تقسم أفضية محافظة جبل لبنان إلى دوائر صيدلية لكل دائرة صيدلية قانونية واحدة على الوجه التالي :

تابع قضاء بعيدا :

الدائرة السابعة والعشرون	: فرن الشباك - عين الرمانة .
الدائرة الثامنة والعشرون	: فرن الشباك - عين الرمانة .
الدائرة التاسعة والعشرون	: فرن الشباك - عين الرمانة .
الدائرة الثلاثون	: فرن الشباك - تحويط النهر .
الدائرة الحادية والثلاثون	: الأوزاعي .
الدائرة الثانية والثلاثون	: حمانا .
الدائرة الثالثة والثلاثون	: فالوغا .
الدائرة الرابعة والثلاثون	: قرنايل .
الدائرة الخامسة والثلاثون	: صليما .
الدائرة السادسة والثلاثون	: العبادية .
الدائرة السابعة والثلاثون	: خلدة .

قضاء المتن : (٤٤ دائرة) :

الدائرة الأولى	: برج حمود
الدائرة الثانية	: برج حمود .
الدائرة الثالثة	: برج حمود .
الدائرة الرابعة	: برج حمود .
الدائرة الخامسة	: برج حمود .
الدائرة السادسة	: برج حمود .
الدائرة السابعة	: برج حمود .
الدائرة الثامنة	: برج حمود .
الدائرة التاسعة	: برج حمود .
الدائرة العاشرة	: برج حمود .
الدائرة الحادية عشرة	: برج حمود .
الدائرة الثانية عشرة	: برج حمود .
الدائرة الثالثة عشرة	: برج حمود .
الدائرة الرابعة عشرة	: سن الفيل .
الدائرة الخامسة عشرة	: سن الفيل .
الدائرة السادسة عشرة	: سن الفيل .

تابع قضاء المتن :

الدائرة السابعة عشرة	: الدكوانة .
الدائرة الثامنة عشرة	: الدكوانة .
الدائرة التاسعة عشرة	: المنصورية .
الدائرة العشرون	: عين سعادة .
الدائرة الحادية والعشرون	: بيت مري .
الدائرة الثانية والعشرون	: برمانا .
الدائرة الثالثة والعشرون	: برمانا .
الدائرة الرابعة والعشرون	: بعبدات .
الدائرة الخامسة والعشرون	: ضهور الشوير .
الدائرة السادسة والعشرون	: ضهور الشوير .
الدائرة السابعة والعشرون	: المروج - بولونيا .
الدائرة الثامنة والعشرون	: الخنشارة - بتغرين .
الدائرة التاسعة والعشرون	: بسكتتا .
الدائرة الثلاثون	: بكفيا .
الدائرة الحادية والثلاثون	: بكفيا - بحر صاف .
الدائرة الثانية والثلاثون	: بيت شباب .
الدائرة الثالثة والثلاثون	: المتن .
الدائرة الرابعة والثلاثون	: عين عار - قرنة شهبان .
الدائرة الخامسة والثلاثون	: انطلياس - جل الديب .
الدائرة السادسة والثلاثون	: انطلياس - جل الديب .
الدائرة السابعة والثلاثون	: انطلياس - جل الديب .
الدائرة الثامنة والثلاثون	: جديدة المتن - سد البوشرية .
الدائرة التاسعة والثلاثون	: الدورة - البوشرية .
الدائرة الأربعون	: الدورة - البوشرية .
الدائرة الحادية والأربعون	: الدورة - طريق مستشفى القديس يوسف .
الدائرة الثانية والأربعون	: عمارة شلهوب - الزلقا .
الدائرة الثالثة والأربعون	: ضبية .
الدائرة الرابعة والأربعون	: الرابية .

قضاء كسروان : (١٨ دائرة) :

الدائرة الأولى	: صربا .
الدائرة الثانية	: ذوق مكاييل .
الدائرة الثالثة	: ذوق مصبح .
الدائرة الرابعة	: جونية .
الدائرة الخامسة	: جونية .
الدائرة السادسة	: جونية .
الدائرة السابعة	: جونية .
الدائرة الثامنة	: جونية .
الدائرة التاسعة	: المعاملتين .
الدائرة العاشرة	: درعون - غوسطا .
الدائرة الحادية عشرة	: ريفون .
الدائرة الثانية عشرة	: ميروبا - فاريا .
الدائرة الثالثة عشرة	: مزرعة كفر ذبيان .
الدائرة الرابعة عشرة	: عمجلتون .
الدائرة الخامسة عشرة	: غزير .
الدائرة السادسة عشرة	: جعيتا .
الدائرة السابعة عشرة	: جورة الترمس .
الدائرة الثامنة عشرة	: عفية - نهر ابراهيم .

قضاء جبيل : (٧ دوائر) :

الدائرة الأولى	: جبيل .
الدائرة الثانية	: جبيل .
الدائرة الثالثة	: جبيل .
الدائرة الرابعة	: جبيل .
الدائرة الخامسة	: عمشيت .
الدائرة السادسة	: قرطبا .
الدائرة السابعة	: العاقورة .

تابع قضاء جبيل :

الدائرة الأولى	: عالية .
الدائرة الثانية	: عالية .
الدائرة الثالثة	: عالية .
الدائرة الرابعة	: عالية .
الدائرة الخامسة	: عالية .
الدائرة السادسة	: الشويفات .
الدائرة السابعة	: الكحالة .
الدائرة الثامنة	: سوق الغرب .
الدائرة التاسعة	: سوق الغرب .
الدائرة العاشرة	: عبيه - كفر متى .
الدائرة الحادية عشر	: رشميا .
الدائرة الثانية عشرة	: بدادون .
الدائرة الثالثة عشرة	: المنصورية - بتاتر .
الدائرة الرابعة عشرة	: بحمدون الضيعة .
الدائرة الخامسة عشرة	: بحمدون المحطة .
الدائرة السادسة عشرة	: بحمدون المحطة .
الدائرة السابعة عشرة	: بحمدون المحطة .
الدائرة الثامنة عشرة	: بعلمشيه .
الدائرة التاسعة عشرة	: صوفر - الرويسات - شانيه .
الدائرة العشرون	: بشامون - عين عنوب .
الدائرة الحادية والعشرون	: عين دارة .

قضاء الشوف : (١٢ دائرة) :

الدائرة الأولى	: عين زحلنا - الصفا .
الدائرة الثانية	: الباروك .
الدائرة الثالثة	: بيت الدين .
الدائرة الرابعة	: بعقلين .
الدائرة الخامسة	: المختارة .
الدائرة السادسة	: دير القمر .

تابع قضاء الشوف :

الدائرة السابعة	: كفرحيم .
الدائرة الثامنة	: الدامور .
الدائرة التاسعة	: الجية .
الدائرة العاشرة	: برجا .
الدائرة الحادية عشرة	: شحيم .
الدائرة الثانية عشرة	: جون .

المادة ٣ : تقسم أقضية محافظة لبنان الجنوبي إلى دوائر ، لكل دائرة صيدلية قانونية واحدة على الوجه التالي :

قضاء صيدا : (٤ دوائر) :

الدائرة الأولى	: مغدوشة .
الدائرة الثانية	: الغازية .
الدائرة الثالثة	: كفرحتي - كفرملكي .
الدائرة الرابعة	: الصرفند .

قضاء صور : (٨ دوائر) :

الدائرة الأولى	: صور .
الدائرة الثانية	: صور .
الدائرة الثالثة	: صور .
الدائرة الرابعة	: صور .
الدائرة الخامسة	: جوياء .
الدائرة السادسة	: قانا .
الدائرة السابعة	: علما الشعب .
الدائرة الثامنة	: صريفا .

قضاء بنت جبيل : (٥ دوائر) :

الدائرة الأولى	: بنت جبيل .
الدائرة الثانية	: بنت جبيل .
الدائرة الثالثة	: تبين .

تابع قضاء بنت جبيل :

الدائرة الرابعة	: عين ابل - رميش .
الدائرة الخامسة	: خربة سلم .

قضاء مرجعيون : (٣ دوائر) :

الدائرة الأولى	: جديدة مرجعيون .
الدائرة الثانية	: الخيام .
الدائرة الثالثة	: عديسة .

قضاء حاصبيا : (دائرة واحدة) :

الدائرة الأولى	: حاصبيا .

قضاء النبطية : (٤ دوائر) :

الدائرة الأولى	: النبطية .
الدائرة الثانية	: النبطية .
الدائرة الثالثة	: النبطية .
الدائرة الرابعة	: جباع .

قضاء جزين : (٤ دوائر) :

الدائرة الأولى	: جزين .
الدائرة الثانية	: بكاسين .
الدائرة الثالثة	: روم .
الدائرة الرابعة	: كفرحونة .

المادة ٤ : تقسم أقضية محافظة البقاع إلى دوائر صيدلية لكل دائرة صيدلية قانونية واحدة على الوجه التالي :

قضاء بعلبك : (٧ دوائر) :

الدائرة الأولى	: بعلبك .
الدائرة الثانية	: بعلبك .
الدائرة الثالثة	: بعلبك .

تابع قضاء بعلبك :

الدائرة الرابعة	: بعلبك .
الدائرة الخامسة	: دير الأحمر .
الدائرة السادسة	: اللبوة .
الدائرة السابعة	: شمسطار .

قضاء الهرمل : (٣ دوائر) :

الدائرة الأولى	: الهرمل .
الدائرة الثانية	: رأس بعلبك .
الدائرة الثالثة	: جديدة الفاكية .

قضاء زحلة : (١٠ دوائر) :

الدائرة الأولى :	: معلقة زحلة .
الدائرة الثانية	: معلقة زحلة .
الدائرة الثالثة	: حوش الأمراء .
الدائرة الرابعة	: معلقة زحلة - البولفار .
الدائرة الخامسة	: رباق .
الدائرة السادسة	: قب الياس .
الدائرة السابعة	: قب الياس .
الدائرة الثامنة	: مجدل عنجر .
الدائرة التاسعة	: بر الياس .
الدائرة العاشرة	: شتورة - جديتا .

قضاء البقاع الغربي : (٣ دوائر) :

الدائرة الأولى	: جب جنين .
الدائرة الثانية	: مشغرة .
الدائرة الثالثة	: صغيين .

قضاء راشيا : (دائرة)

الدائرة الثالثة	: صغيين .

قضاء راشيا : (دائرة واحدة) :

الدائرة الأولى	: راشيا .

المادة ٥ : تقسم أقضية محافظة لبنان الشمالي إلى دوائر صيدلية ، لكل دائرة صيدلية قانونية واحدة على الوجه التالي :

قضاء طرابلس : (٣ دوائر) :

الدائرة الأولى	: المنية .
الدائرة الثانية	: سير الضنية .
الدائرة الثالثة	: بخعون .

قضاء عكار : (٤ دوائر) :

الدائرة الأولى	: حلبا .
الدائرة الثانية	: بينو .
الدائرة الثالثة	: القبيات .
الدائرة الرابعة	: برقایل .

قضاء بشري : (٤ دوائر) :

الدائرة الأولى	: بشري .
الدائرة الثانية	: بشري .
الدائرة الثالثة	: حدث الجبة .
الدائرة الرابعة	: حصرون .

قضاء زغرتا : (٣ دوائر) :

الدائرة الأولى	: زغرتا .
الدائرة الثانية	: زغرتا .
الدائرة الثالثة	: إهدن .

قضاء الكورة : (٣ دوائر) :

الدائرة الأولى	: أميون .
الدائرة الثانية	: كوسبا .
الدائرة الثالثة	: بشمزین .

قضاء البترون : (٥ دوائر) :

الدائرة الأولى	: البترون .

تابع قضاء البتروني :

الدائرة الثانية : البتروني .
الدائرة الثالثة : دوما .
الدائرة الرابعة : تنورين .
الدائرة الخامسة : شكا .

المادة ٦ : تعتبر ملغاة الطلبات المقدمة قبل تاريخ العمل بهذا المرسوم .

المادة ٧ : يعمل بالطلبات المرفقة بها المستندات القانونية والمقدمة بعد تاريخ العمل بهذا المرسوم . ويعود حق الترخيص بفتح الصيدليات الجديدة إلى وزير الصحة العامة .

المادة ٨ : يراعى في التوزيع فاصل المسافات على ألا يقل الفاصل عن مائتين وخمسين متراً كحد أدنى .

المادة ٩ : يعطى الصيدلي رخصة واحدة فقط مدى الحياة ولا يحق له بيع الرخصة قبل مرور خمس سنوات مبدئياً إلا في أحوال قاهرة تقدرها وزارة الصحة العامة ونقابة صيادلة لبنان معاً .

المادة ١٠ : يُنشر هذا المرسوم ويبلغ حيث تدعو الحاجة ، ويُعمل به فور نشره في الجريدة الرسمية .

سن القيل في ٨ تشرين الثاني سنة ١٩٦٧

الامضاء : شارل حلو

وزير الصحة العامة

الامضاء : الدكتور نسيب البربر

صدر عن رئيس الجمهورية

رئيس مجلس الوزراء

الامضاء : رشيد كرامي

ملحق رقم (٥) : لائحة بأسماء الصيدليات في مدينة بيروت .

الجمهورية اللبنانية

وزارة الصحة

دائرة التفتيش الصيدلي

لائحة بأسماء الصيدليات في مدينة بيروت

حرف	اسم الصيدلية اسم الصيدلي	العنوان	تلفون
أ	آني ماري كريستين جبارة	شارع كليمنصو	٣٦٦٧٢٥
	أوتيل ديو	شارع أوتيل ديو	٣٦٤٣٣٠
	الوف سامي الوف	شارع بدارو	٢٣٢٨٥٣
	أبي عجرم صلاح أبي عجرم	بعقلين (بشارة الخوري سابقاً)	٣٨٢٠٨٢
	الاتحاد عائدة عادل فرحة	المزرعة - المصيطبة	٣٨٢٦٨٢
	افديسيان برج افديسيان	الصفى	٣٠٤٣٠٩
	اسطفان ليلى اسطفان	الوردية - شارع المعماري	٢٢٣٣٤٢
	أوروبا سعيد شهاب	باب ادريس	٣٤٣٦٧٩
	الانيس أنيس وهبة	ساحة الشهداء	٢٢٨٦٥٠
	ايدىال اسادور كلفرتيان	محطة الكاوي	٢٣٢٩٤٨
	أونيسكو غادة محمد دامر الشامي	كورنيش المزرعة	٢٣١٣٥٧
	الأونيون أسامة شبقلو	الروشة - شارع أستراليا	٣٠٠٨٦٨
ب	بارتي (متوفي)	الأشرفية	٨٠٦١٦٦
	بدر الدكتور يولاند بدر	سوديكو	٣٢٧٧٤٤
	بابيكيان ارشام بابيكيان	التياريس - شارع فؤاد شهاب	٣٢٧٧٤٤
	باب ادريس أمل كسيب غصن	عجلتون (باب ادريس سابقاً)	٣٣٧٠٩٤
	بها دوريان ديران بها دوريان	الأشرفية شارع مستشفى الروم	٢٣٤٩٢٩
	البسطة الجديدة سهر تميمي شبقلو	البسطة الفوقا	٣٢٦٤٨١
	بيبلوس أميرة طه شيخ خليل	المصيطبة - شارع الاستقلال	٢٢٧٠٢٠
	بشارة بارودي بشارة بارودي	شارع الأمير بشير	٢٢٧٤٠٩
			٢٢٩٦٥١

تابع ملحق رقم (٥) :

حرف	اسم الصيدلية اسم الصيدلي	العنوان	تلفون
	جورج بارودي النقيب جورج بارودي	شارع الأمير بشير	٢٣٤١٩٥
	بشوتي سمير بشوتي	كورنيش المزرعة - مفرق الكولا	٣٠٠٥٠٦
	بيروت مانويل كيزيريان	شارع البستاني - الملعب البلدي	٣١١٢٠٠
			٣١١٣٠٠
	بسترس جافه بسترس	الصنائع	٣٤٩٧٤٢
	بريستول ابتهاج قزعون	شارع مدام كوري - الصنوبرية	٢٤٦٠٥٨
			٨٠٤٦٥٠
	بلازا رمزي بشارة عزام	شارع الصيداني - الحمراء	٣٤٨٠٢٢
	بدوره النقيب انطوان بدورة	الأشرفية - السيوفي	٣٢٣٦٧٢
			٣٢٣٦٧٣
ت	الترقي جورج قسطنطينيدس	المصيطبة - شارع مختار بيهم	٢٣١٥٤٠
	تي ثي فارماسي باسم سمعان	تلة الخياط - شارع الراشدين	٣١٥٥١٣
			٣١٥٤٦٠
ج	الجمال فؤاد الجمال	الطريق الجديدة - شارع البستاني	٣١١٩٥٠
		(باب إدريس سابقاً)	
	جبل لبنان لوساير أونكابييان	نهر ابراهيم (شارع البورصة النورية - سابقاً)	
	الجامعة الجديدة الياس يخعازي	رأس النبع - شارع محمد الحوت	٢٣٢٢٤٣
	الجميل الشيخ اسكندرجميل	ساحة الشهداء	٢٢٧٧٦٣
			٢٣٨٣٢٦
	جبارة الدكتور انطوان جبارة	ساحة الدباس	٣٢٩٦١٥
			٢٢٧١٩٠
	الجميزة فرنسيس الدفوني	شارع غورو - الجميزة	٢٣٠٧٣٨
ح	حمدان جهاد حمدان	كورنيش المزرعة	٣٠٤٤٣٠
	الحكيم نزار الحكيم	شارع السادات	٣٥١٩٥٥
	الحلو حنان ناظم صعب	الشويفات (ساحة الدباس سابقاً)	٢٣٣٠٧٣
	الحمراء ادوار عكرة	شارع فردان	٣٥٣٢٥٥
خ	خياط سامي خياط	شارع كليمنصو	٣٤٣٣٨٥
			٣٤٣٣٨٧

تابع ملحق رقم (٥) :

حرف	اسم الصيدلية اسم الصيدلي	العنوان	تلفون
د	دميان حنا دميان	شارع عبد العزيز	٣٤٥٨٥٧
ر	الرشيدي سميرة تفنكجي عطار عريس	شارع الحسين - اللبان	٣٥٢٥٥٠
	راديو صوسي نرسيبيان	الأشرفية - مارلويس	٣٢٨٥١٢
	رملة البيضاء البان شكري شيان	رملة البيضاء	٨٠٢٤٠٦
	رمضان وديعة رمضان	عاشة بكار - شارع	٣٠٤٦٥٦
		ابن رشد	
س	ساسين نقولا ساسين	الأشرفية - ساحة ساسين	٣٣٦١٠٥
			٢٢٠٧٠٤
	سان جورج نيكوغوص نيكوغوصيان	الأشرفية - شارع مستشفى الروم	٣٢١٨٨٥
	السيدة سعيد الشدياق	الأشرفية - شارع السيدة	٣٢٤٨٢١
	السلام بدروس الاهوديان	شارع ويغان	٢٢٥٠٧٨
	سلكت هاغوي بازجيان	باب ادريس	٢٣٣٦١١
	سان شارل كيفورك اهارونيان	محطة الداعوق/ عين المريسة	٣٦٣٦٠٠
	سان مارك اركان السيوفي	الأشرفية - الجعيتاوي	٣٣٨٠٨٠
	سان ميشال صونيا كوركجيان	طريق النهر - محطة مسعد	٢٢١٨٨٩
ش	شوران علي حيدر مصطفى	الروشة	٨٠٠١٦١
			٨٠٠١٦٢
	جوزف شاكر جوزف شاكر	الحمرا	٣٤١٥٨٥
	الشرق حسن قائد بيه	شارع عبد العزيز	٣٤٤٩٧٩
	الشعار الجديدة عبد القادر الشعار	الظريف - شارع مدحت باشا	٢٢٣٦٦٦
			٢٢٢٣٤٤
	شهاب الأمير فايز شهاب	البسطة التحتا	٢٢٩٠٥٣
	الشعار رشيد الشعار	رأس النبع - شارع	٢٣١٠٣٨
		عمر بن الخطاب	
	شاكر جورج شاكر	انطلياس (باب ادريس سابقاً)	٤١٢٣٥٥
ص	الصحة (متوفي)	برج حمود (شارع فوش سابقاً)	
	صرافيان كريك صرافيان	القنطاري	٣٤٩٨٥٤
	صراف غازي صراف	الأشرفية/ جادة الاستقلال	٣٢١٢٥٨
			٣٢٦٢٥٠

حرف	اسم الصيدلية اسم الصيدلي	العنوان	تلفون
ط	طبال	جورج طبال	٢٣١٨٥٩
		محطة النويري - شارع الأوزاعي .	
		الطريق الجديدة إبراهيم محمد رفيق فاخوري	٣١١٧٠٩
ظ	الظريف	عصام دبليز	٣٦٨٥٦٨
		الظريف - شارع رشيد نخلة	٣٦٨٤٤٦
			٣٦٨٤٤٧
ع	العديلة	كاترين شعراوي	٣٢٥٤٢٢
	عتاني	سليم عيتاني	٣٠٢٦٤٤
		الأشرفية - شارع ساسين	٣٠٦٩٤٤
		كورنيش المزرعة	٣٠٦١٠٠
	العمران	عبد الله دي صعب	٣٢٣٢٢٥
	عتيق	ليب عتيق	٣٦٣٦٨٠
غ	غراهام	سليمان ماهر مصطفى عريضة	٨٠٨٢٥٨
ف	فاخوري	يحيى فاخوري	٨٠٨٢٦٠
		شارع شوران - نيوكراكاس	٨٠٨٢٦٩
			٣٠٠٥٧٧
	فردان	عصام مروة	٣٦٠٤٤٤
	فينيسيا	سركيس كيغوريان	٣٤٣٤٧٧
ق	قدورة	النقيب أديب قدورة	
	القاضي	الشيخ رافع نجيب القاضي	
ك	كومودور	سميح نعماني	٣٥٢٠١٤
	كنة	اسكندر كنة	٣٤٢٣٥٥
		شارع جان دارك	٣٤٧٣٥٥
	كيليكيا	نظرت خوروزيان	٢٩٢٦٦٨
ل	اللبنانية	النقيب فريد نجم	٢٣١٦٤٢
		شارع غورو - ساحة الشهداء	٢٣٠٧٧٤
	ليلي	ليلي حلاق صغير	٣٨١٦٦٦
م	المدينة	رائف زنتوت	٣٤٣٠٤٣
		شارع الحمراء	٣٤٩٣٤٩
	مكرزل ميثار مكرزل		٢٤٨٠٤٧
		محطة مار مخايل - طريق النهر	٢٣٦٣٣٠
	المتحف	ايبي ماسون خليل	٣٨٢٨٢٧
	موسى	النقيب جوزف موسى	٢٢٥٨٢٢
		ساحة المتحف - طريق الشام	
		شارع ويغان	

حرف	اسم الصيدلية اسم الصيدلي	العنوان	تلفون
م	مازن	نبيل نادر	٣١٣٣٦٢
	المنى	منى المحمصاني الجوجو	٣١٨٠١٣
ن	نوفل	سامي نوفل	٣٠٤٨٤٣
	النصر	الدكتور هوسيك دونابديان	٢٢٤٢٨٦
	النهر	فاروجيان در طوروسيان	٢٢٢٨٠٣
هـ	هوم فارماسي	حبيب علي جعفر	٨١٢٦٨٣
	هيمباكيدس	تيودور هيمباكيدس (الابن)	٣٦٧٩٠٠
		محطة غراهام	٣٦٧٩٠١
			٣٦٧٩٠٢
	الهلال	عمر البواب	٢٣٢٧٦٥
		شارع الأوزاعي - الحرش	٢٥٣٠٩٥
و	وكيل	سامي وكيل	٣٢١٤٢٠
لا	لايت هاوس	فوسكان انبارجيان	٣٤٨٤٦٠
		الأشرفية - مار نقولا	
		المنارة - شارع عرداتي	

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة
دائرة التفتيش الصيدلي

لائحة بأسماء الصيدليات في المحافظات

حرف	اسم البلدة	اسم الصيدلية	اسم الصيدلي	تلفون
أ	الأوزاعي	المعزز	فاروق الكوش	٨٣٣٤٢٤
				٨٣١٩١٠
	أنطلياس	أنطلياس	أمين عبد النور (متوفي)	٤١١٠٩٧
	أميون	الكورة	أنطوان باسدرمه جيان	٦٥٠٢٤٤
ب	بتغرين	الحديثة	ايرين جوزيفيدس	٩٩٠٩٣٥
	البوشرية	البوشرية	شاكيا قصايبان	٢٦٠٠٨٤
	البوشرية	الفؤاد	فؤاد نايفة	٢٦٧٩٦٧
	البوشرية	مار يوسف	صولاك توتليان	٨٩٤١١٥
				٢٦٣٤٢٢
				٢٦٣٥٤٤
	بشمزين	بشمزين	سامية الخوري	٦٥٠٠٩٨
	بحر صاف	بكفيا	اثنيا خوري بابا دويولو	٩٨٠١٩٧
	بيت شباب	بيت شباب	الدكتور جورج فريحة	٩٨٠٨٢٧
	برج حمود	رافي	عايدة بابيكيان	٢٦٢٤٣١
	برج حمود	شامليان	فاروجان شامليان	٢٦٢٠٨٥
				٢٦٣٥٦١
	برج حمود	أدونيس	ادوار طهمزيان	٢٦٥٦٤٣
	برج حمود	برج حمود	هايك كوردكيان	٢٦٢٣٨٢
	برج حمود	طراد	كربت نرسيسيان	٢٦٢٤٦١
	برج حمود	فارتكس	فارتكس ابلان	٢٦١٠٤٢
	برج حمود	سرايان	آراسرايان	٢٦٠٥٦٦
	برج حمود	سيلفي	سيلويابوياجيان	٢٦١٠٨٩
	برج حمود	بيليكيان	ماري إسرائيل بيليكيان	٢٦٠٥٦٧
	برج حمود	زهراب	زهراب يروانت أوخيكيان	٢٦١٢١١
	برج حمود	كريكوريان	البير كريكوريان	٢٦١١٣٠

تابع ملحق رقم (٥) :

حرف	اسم البلدة	اسم الصيدلية	اسم الصيدلي	تلفون
ب	بحمدون المحطة	حرفوش	يوسف حرفوش	٥٦٠٠٥٦
	بحمدون المحطة	أبو خالد	ميشال أبو خالد	٥٦٠٠٩٦
	بحمدون المحطة	مروة	علي مروة	٥٦٠٣٥٩
				٥٦٠٣٥٨
	بحمدون الضبعة	متى	نجا أمين متى	٥٦١٧٩٨
	بعلمشيه	بعلمشيه	الياس فريد أبي درغم	٥٦٠٥٦١
	البترون	البترون	ليلي شامية طرابلسي	٦٤٠١٣١
	برج البراجنة	المعمورة	عفيف محمود خشاب	٢٧١٩٩٠
	برج البراجنة	البرج	موريس نحاس	٢٧٠١١٥
	بعلبك	الاحسان	ادفينا حتوش	٨٧١٣٥٥
	بعلبك	الجديدة	حبيب زغب	٨٧٠٦٢٦
	بعلبك	بعلبك	محمد شفيق الرفاعي	٨٧٠٦٥٠
	بعلبك	العصرية	الدكتورة تيز ماري جبر غرة	٨٧٠٦١٠
	بنت جبيل	بنت جبيل	حسين سليم مصطفى	
	برمانا	برمانا	وداد بخاش أباظة	٩٦٠٣١٠
	برمانا	البلدة	جاك توماس كيله جي	٩٦٠٨٢٤
	بكفيا	العقل	(متوفي)	٩٨٠٠٩٠
	بعيدا	الجديدة	ليدي رفثوبولو	٤٢٠٢١٥
	بعبدات	الصحة	أوجين عبد الصمد (مجاز)	٩٧٥٧٢٣
	بعقلين	بعقلين	الدكتور رولان عنجوري	٥٥٠٠١٧
	بيت مري	بيت مري	لولو صموئيل حداد	
	بيت الدين	بيت الدين	عصام أبي عجرم	٥٠٠١٠٥
	برجا	برجا	جوليات فياض فياض	٧٢٣٥٥٠
	بر الياس	بر الياس	ابراهيم فايز عراجي	٨٤٠٠٩٩
	بشرى	مار مارون	لودي نصر كيروز	٦٧٠٢٥٨
	بشامون	الرياض	نجيب ملحم سلمان	
ت	تعلبايا	الشعب	محمود جميل الميس	٨٤٠٥٥٠
	تبنين	حمود	غسان حسن حمود	
د	الدكوانة	منصور	سميرة منصور	٢٦٧٢٩٧
	الدكوانة	الدكوانة	مي إبراهيم ربحان	٢٦٣٧٣١
	دوما	النور	حنا نسيم شلهوب (مجاز)	
	الدورة	الدورة	هاغوب شيرينيان	٢٦١٠٢٣

تابع ملحق رقم (٥) :

حرف	اسم البلدة	اسم الصيدلية	اسم الصيدلي	تلفون
	الدامور	الشوف	انطوان بخلق	٥٣٠٠٨٨
	دير القمر	البستاني	رؤوف الياس حكيم	٥٠٥٠٧٢
ذ	ذوق مكابيل	كسروان	نوما عكاوي	٩٣١٤٩٦
	ذوق مصبح	لبنان الجديد	ديران جره جيان	٩٣٢٤٠٤
ر	الرايبة	الرايبة	الياس شكري جبر	٤١١١٥٠
	راشيا	حرمون	الياس شمعون	
	ريفون	مبارك	جورج مبارك	٩٥٠٠٨٥
	رياق	الوطنية	روز ماري البير كرم	
	رويسات	صوفراالرويسات	كمال بكري داعوق	٥٦٠٣٣٦
ز	الزلقا	الوطنية	بانوس تيتيزيان	٢٦٣٦٤٩
	زغرنا		سايد معوض	
	زحلة	حداد	البير نجيب حداد	٨٢٢٥٥١
	زحلة	تريز الجمال الدبس	تريز الجمال الدبس	٨٢٠٢٦٢
	زحلة	قنينج	جبرائيل قنينج	٨٢٠٢٥٤
	زحلة	بياجيني	رينيه نسيب زعرور بياجيني	٨٢٠٥٥٠
	زحلة	الأمراء	يعقوب ليون	٨٢١٥٥٧
	زحلة	جورج ميماسي	جورج نجيب ميماسي	٨٢٥٢٤٧
	زحلة	العصرية	(متوفي)	
	زحلة	الدبس الجديدة	إحسان الدبس	٨٢٠٤٤٩
	زحلة		مي ندره زلائط	
	زحلة	أبو سليمان	(متوفي)	٨٢١٤٠٠
س	سوق الغرب	الشرق	باسيليوس ياسوس	٥٧٥٠٨٠
	سوق الغرب	سوق الغرب	ريموند غرزوزي	٥٧٥٠٣٢
	سن الفيل	عزام	بشارة عزام	٢٦٣٢٧٥
	سن الفيل	الأهلية	يحيى عضاضة	٢٦٥٤٣٣
	سن الفيل	سن الفيل	روبيرقيومجي	٢٦١٧٩١
ش	الشويفات	رفعت ريشاني	رفعت ريشاني	٤٣٠١٤٥
	الشيخ	الرز	عادل محمد الرز	٢٧١٣٨٥
	الشيخ	اميل	خليل أمين الحلز	٢٧٥٠١٢
	الشيخ	الحياة	فيصل فارس زيادة	٣٨٥٩١١
				٣٨٥٢٢٠
	الشيخ	الشيخ	محمد علي جواد	٢٧١٢٨٥

تابع ملحق رقم (٥) :

حرف	اسم البلدة	اسم الصيدلية	اسم الصيدلي	تلفون
	الشيخ	يارد	انطوان يارد	٢٧٠٢٤٩
	الشيخ			٢٧٢٥٩٨
	(برج حمود سابقاً) أبو غزالة	أبو غزالة	زكي فياض أبو غزالة	
	شكا	يزبك	عفيف يzbek	٦٤٥٠٢٥
	شتورة	القديسة ترازيا	ديمثري بندق	٨٤٠٢٨٣
	شتورة	عراجي	تهاني زين الدين فخر الدين عراجي	٨٤٠٧٧٠
	شحييم	شحييم	عبد الأمير محمد علي شامي	
ص	صور	حيدر	حيدر ابراهيم محسن	٧٤٠٤٢٨
	صور	خليل عطوي	خليل عطوي	٧٤٠٠٨٧
	صور	صور	واهي ابلان	٧٤٠٢١١
	صربا	صربا	ميشلين صغير	٩٣٠٦٦٠
	صيدا	القطب	سمير مصطفى القطب	٧٢٢٢٥٥
	صيدا	عاطف البساط	عاطف البساط	٧٢١٨٢١
				٧٢١٨٣١
	صيدا	مرجان الجديدة	(متوفي)	٧٢٠٧٠٠
	صيدا	أيوب	سليم أيوب	٧٢٠٩٠٠
	صيدا	حريصي	نزار حريصي داغر	٧٢٠٢٠٠
	صيدا	نعسان	(متوفي)	٧٢٠٣٠٠
	صيدا	راكيم	فضلو واكيم	٧٢٠٤٠٠
	صيدا	مروان فضل الشماع	محمد مروان محمد فضل الشماع	٧٢٠٨٠٠
ض	ضبيه	مسك	مرسيل مسك	٤١١٤٨٦
	ضهور الشوير	الشوير	نبيل خوري	٩٩٠٠٩٢
	ضهور الشوير	ليفون	ليفون كرامانوكيان	٩٩٠٣٨٨
ط	طرابلس	مار مارون	يوسف هاني زكريا	٦٢٧٠٠٤
	طرابلس	طرابلس الجديدة	عبد القادر المقدم	٦٢٣٠٣٧
	طرابلس	المدينة	فؤاد محي الدين ذوق	٦٢٦٥٣٠
	طرابلس	الشمال	عبد القادر البحيري	٦٢٨٥٢٦
	طرابلس	فنج	عائشة التازي فنج	٦٢٨٠٨٠
	طرابلس	فؤاد	جانين مكرديش ملكي	٦٢٤٢٦٧
	طرابلس	مظلوم	محمد عبد الفتاح مظلوم	٦٢٣٣١٤
	طرابلس	الشفاء	أحمد نيازي درويش	٦٢٣٧٩١
				٦٢٤٦١١

تابع ملحق رقم (٥) :

٦/٠٠٠

حرف	اسم البلدة	اسم الصيدلية	اسم الصيدلي	تلفون
	طرابلس	الأمانة	محمد نزار رهيف أفيوني	٦٢٢٧٥٩
	طرابلس	الريفي	محمد الريفي	٦٢٥٢٩٢
	طرابلس	الفيحاء	بسام صبحي الولي	٦٢٣٣١١
	طرابلس	الضناوي	عبد الفتاح عبد الرزاق الضناوي	٦٢٣٢٨٠
	طرابلس	الاستقامة	توفيق خالد أبي خالد	٦٢٥٢٩٥
	طرابلس	صراف	آسة جريج ونجب صراف	٦٢٢٢٧٨
	طرابلس	الشرقية	هليكوهي انوشيكيان	٦٢٣٢٨٨
	طرابلس	سلطان	سميح سلطان	٦٢١٠٣٣
	طرابلس	شهاال	فاطمة الزهراء الدقر الشهاال	٦٢٥٦٧٦
	طرابلس	الحنان	حنان نصر الله موسى	٦٣٠٣٣٠
	طرابلس	الولي	وليد الولي	٦٢٩٧٢٦
	طرابلس	سلطان (القبة)	نبيه سميح سلطان	٦٣٠٠٣٣
	طرابلس	ستترال (كرم)	توفيق حبيب كرم	٦٣٠٤٠٠
	طرابلس	ذوق	محمد محي الدين ذوق	٦٣٠١٢٠
	طرابلس	السلام	فوزي محمد رشاد بارودي	٦٢٢٦٠٠
	طرابلس	ابن سينا	موريس لبنان	٦٢٣٧٩٥
	طرابلس	لطفني	جورج لطفني	٦٢٢٤٢٢
	طرابلس	الحياة	عبد العزيز أدهم مخلوف	٦٢٣٧٨٦
	طرابلس	ملكي	توفيق ملكي	٦٢٣٩١٤
	طرابلس	أيوب	نبيل أيوب أيوب	٦٢٤٢٩٥
ع	عين سعادة	عين سعادة	مرسيل عبد الله نمور	٩٦١٣٠٧
	عمارة شلهوب	(الزلقا)خوري	نللي فيليب خوري	٢٦٧٨٠٠
	عين الرمانة	الحديثة	الدكتور رامز عفيفي	٢٨٤٩٤٧
	عين الرمانة	عين الرمانة	دانيال وهبة ياسمين غصن	٢٨٦٧٠٠
	عين الرمانة	حرب	سامية ملحم حرب	٢٨٣٤٠٠
	عالية	الرون بوان	مريم عبد اللطيف فخري	٥٥١١٠٠
	عالية	شرف الدين	سعيد شرف الدين	٥٥٠٢١١
	عالية	عالية الجديدة	آرمينية ابراهيم ديلانيان رضا	٥٥٣٠١٨
	عالية	لبنان	أناهيدي المايجيان	٥٥٠٨٦٢
	عالية	بارودي	رضا رعد	٥٥٠١٤٣
	العبادية	الرشد	راغدة توفيق أبو خليل	٥٥٢٣٤٧

تابع ملحق رقم (٥) :

حرف	اسم البلدة	اسم الصيدلية	اسم الصيدلي	تلفون
	عين دارة	عين دارة	فارس بدر (متمر) متوفي	٥٧٠٠٩٨
	عجلتون	عجلتون	جهاد كرم	٩٥٠٢١٦
غ	الغازية	ندى	ندى غدار	٧٢٤٣١٤
	الغبيري	الحاج	هاني الحاج	٢٧٢١٣٢
	الغبيري (صبرا) نجار		الدكتور فاروق نجار	٣٠٨٠٥١
	الغبيري	الرازي	بيار باميكوليان	٢٧٣٧٤٢
	الغبيري	الخليل	علي خضر سليم	٢٧٠٦٧٤
ف	فرن الشباك	مارنهر	جورج راغب الرامي	٢٨٦٧٩٠
	فرن الشباك	جبل لبنان	(متوفي)	٢٨٠٦٠٤
	فرن الشباك	ثابت	يروانت قراجيان	٢٨٠٤٩٧
	فرن الشباك	الشفاء	موريس تيروز	٢٨٠٤٧٨
				٢٨١٦١٢
	فرن الشباك	فرن الشباك الجديدة	البيير كريكوريان	٢٨٠١٨٠
				٢٨٣٤٠٢
	الفياضية	الفياضية	(متوفي)	٤٢٠٦٤١
	فالوغا	أبو الحسن	نجيب أبو الحسن	٥٧٠١٦٧
ق	قب الياس	يقطين	كيفورك جيجيان	
	القيبات	القيبات	نعيم عبدو	٦٨٠٠٦٠
	قرنة شهوان	سيلا	عبد الله فريد باخوس	٩٨١٢٨٨
	قبر شمون	الشحار	أنور بخعازي	١٠
ك	الكحالة	(حالياً بيروت)الكحالة	كمال إميل إيليا	٢٣٧٧٦٦
	كوسبا	صادق	جورج يوسف صادق	٦٥٣٠٢٩
	كفر ديبان	كفر ديبان	إيلي فرنسيس شرفان	
	كفر شيما	كفر شيما	فوتين شرباتي كنعان	٤٣٠٦٥٧
م	معلقة زحلة	شيبان	أسعد شيبان	٨٢١٣٢٠
	معلقة زحلة	البقاع	سابا شوكت بني	٨٢٠٥٦٥
	معلقة زحلة	بارودي	سامي وديع فلفلي	٨٢١٣٢١
	ميناء طرابلس	بور سعيد	رجاء رياض قباني سلطان	٦٠٠٨١٨
	ميناء طرابلس	الميناء	الياس سرتان	٦٠٠٧٤٥
	ميناء طرابلس	الصحة الحديثة	انطونيوس شماس	٦٠١٧٧٧
	المختارة	طعمة	يوسف سليم طعمة	

=====

حرف اسم البلدة اسم الصيدلية	اسم الصيدلي	تلفون
مرجعيون مرجعيون	وصفي عون	٧٧٠١٢٩
منصورية المتن المنصورية	وداد حنا جريج	٤٠٠٤٥٦
المعاملتين المعاملتين	أميرة شلالا	٩٣٤٤١٦
ن النبطية الجنوب	ارتين مالاكيان	٧٦٠٢٥٧
النبطية النبطية	حنا الخازن	٧٦٠١٩٠
النبطية رضا	طريف محمد علي رضا	٧٦٠٣٣٦
و وادي شحرور وادي شحرور	يولا جان أبي فرح	

٤٩٦

الجريدة الرسمية - العدد ١٩ - ١٢/٥/١٩٨٣

قرار رقم ١/٢٠٨

اسس تسعيرة الادوية

على الاساسين الانفي الذكر في الحالتين
التاليتين :

اولا : اذا كان المستحضر من منشأ اجنبي وتُسودده حاليا بلدان مجاورة ذات نظام اقتصادي مماثل للنظام المعمول به في لبنان وكان السعر الناتج عن حسابه على الاساسين المذكورين اعلاه اقل من السعر الناتج في لبنان .

ثانيا : اذا كان المستحضر غير مستورد وفقا لما جاء في البند اولا اعلاه وكانت نسبة ارتفاع اسعار بلد المنشأ تفرض ذلك ، في هذه الحال تعتمد الاسس التالية :

١ (تعطى الاصناف المسجلة اصولا بين عامي ١٩٦٥ و ١٩٧٢ المسعرة رسميا عام ١٩٧٢ من قبل وزارة الصحة العامة والتي طرأ زيادة على اسعار مبيعها من العموم في بلد المنشأ ، تعطى نسبة ارتفاع ١٠٠٪ كحد اقصى بالنسبة للسعر الرسمي المحدد لعام ١٩٧٢ .

ب (تعطى الاصناف المسجلة اصولا منذ عام ١٩٧٢ وصاعدا والتي طرأ زيادة على اسعار مبيعها من العموم في بلد المنشأ ، تعطى نسبة ارتفاع ٢٥٪ كحد اقصى بالنسبة للسعر الرسمي الذي حددته وزارة الصحة العامة .

ج (لا تعطى اية زيادة في الاسعار الاصناف التي لم تعرض على اللجنة .

تمتثنى من التدابير الثلاثة المذكورة اعلاه الادوية الاتي بيانها :

- الفريدة من نوعها وليس لها مثيل
- المعدة خصيصا لأمراض المستعصية والمزمنة
- المجمدة اسعار مبيعها في بلد المنشأ وتصدر الى لبنان بسعر اعلى
- التي ينقص سعر مبيعها من العموم في لبنان عن خمس ليرات لبنانية بحيث

ان وزير الصحة العامة
بناء على المرسوم رقم ٣ تاريخ ١٩٨٢/١٠/٧
بناء على قانون مزاوله مهنة الصيدلة
تاريخ ١٩٥٠/١٠/٣١ وتعديلاته .

بعد اخذ رأي وزارات المال والاقتصاد
والتجارة والصناعة ونقائبي الصيدلانية
ومستوردي الادوية واصحاب المستودعات .

بعد استشارة مجلس شوري الدولة
(الرأي رقم ٨٣/١٣٩ تاريخ ١٩٨٣/٤/٢٥)

بناء على اقتراح مدير عام وزارة
الصحة العامة .

يقرر ما ياتي :

المادة الاولى - تعتمد الاسس المدرجة
في هذا القرار لتحديد اسعار مبيع الادوية
المستوردة او المصنعة محليا .

المادة الثانية - تشمل الادوية
المستوردة :

- المستحضرات الصيدلانية الخاصة .
- المستحضرات النظامية
- اللقاحات والامصال
- جميع المواد الصيدلانية المعدة للبيع
من العموم .

وتحدد اسعار هذه الادوية على اساس
سعر الكلفة او سعر المبيع من العموم في بلد
المنشأ ، سنداً لشهادة منشأ وفواتير مصدقة
اصولا ، ويؤخذ في حال التباين بين
السعرين بالسعر الادنى .

الا انه يمكن تحديد سعر المبيع من
العموم للادوية المستوردة المشار اليها اعلاه
بسعر ادنى من السعر الناتج عن حسابه

انه يمكن اعطاء هذه الادوية نسبة زيادة في الاسعار تفوق النسب المحددة في البندين : أ و ب المدرجين اعلاه .

المادة الثالثة - يحسب سعر الكلفة للمستورد على اساس السعر الصافي المدون في الفاتورة يضاف اليه تكاليف الشحن اذا كانت البضاعة « فوب » والرسوم والمصاريف حتى وصول البضاعة الى المستودع وفقا للجدول رقم « ١ » الملحق بهذا القرار .

المادة الرابعة - يحسب سعر الكلفة للمستورد على اساس سعر المبيع من العموم في بلد المنشأ بعد ان تحسم منه الحسومات الممنوحة هناك (للمصديلي وللزوج) وتضاف اليه الرسوم والمصاريف حتى وصول المستحضر الى المستودع في لبنان وفقا للجدول رقم « ٢ » الملحق بهذا القرار .

تؤخذ بالاعتبار الحسومات الحقيقية اذا كانت نسبيتها تزيد عن الحسومات المبينة في الجدول رقم « ٢ » .

المادة الخامسة - تحدد اسعار المبيع من العموم للمستحضرات الجاهزة المستوردة الخاصة والنظامية وغيرها المذكورة في المادة الثانية من هذا القرار على الوجه التالي :

يؤخذ سعر الكلفة للمستورد المحدد وفقا لاحكام المادتين ٣ و ٤ من هذا القرار ويضرب بالعدد ١٤٣ .

بمعنى انه اذا كان سعر الكلفة للمستورد ١٠٠ غ.ل

يكون سعر المبيع من العموم في لبنان ١٤٣ غ.ل

وتوزع الارباح كما يلي :

للمستورد بنسبة ١٠٪

والمصديلي بنسبة ٣٠٪

المادة السادسة - لا يجوز ان يزيد عن الحد الاقصى سعر المبيع من العموم

للمستحضرات ذات التركيب العلمي الواحد الواردة في الجدولين ٣ و ٤ والجدول الذي تصدر تباعا .

تعتمد في تسعير جميع المستحضرات الصيدلانية المماثلة التي تختلف بعبائاتها واوزانها واحجامها عن المستحضرات المحددة اسعارها في الجدولين رقم ٣ و ٤ والجدول الذي تصدر تباعا النسب ذاتها التي اعتمدت في تحديد اسعار الحد الاقصى للمبيع من العموم للمستحضرات المذكورة .

يؤخذ بالسعر الاثني اذا ادى تطبيق القاعدة الواردة في المادة الخامسة من هذا القرار الى سعر ينقص عن الحد الاعلى للمبيع من العموم المحدد في الجدولين رقم ٣ و ٤ الملحقين بهذا القرار والجدول الذي تصدر تباعا ، وتستثنى من ذلك مستحضرات البنسلين والستريبتوماين البسيطة .

المادة السابعة - لا يسمح باستيراد وصنع وبيع الادوية الوارد ذكرها في المادة الثانية من هذا القرار التي تحمل تاريخ فعالية محدد وخاصة مستحضرات المردبات (الانتي بيوتيك) بتعبئات كبيرة (اي تعبئات غير مخصصة بشكلها المقفل للمبيع من العموم) الا اذا كانت كل وحدة منها (كبسولة او حبة او غيرها) مغلفة بغلاف عازل للمؤثرات الخارجية ، يحمل غلاف كل وحدة منها اسم المستحضر وكميته ورقم التحضير وتاريخ الصنع وتاريخ انتهاء الفعالية .

المادة الثامنة - ١ - بالنسبة للادوية المستوردة ، تشكل لجنة قوامها :

- رئيس مصلحة الصيدلية

- رئيس دائرة استيراد الادوية وتصديرها

- رئيس دائرة التفتيش الصيدلي

مهمتها :

- وضع جداول تسعيرة الادوية المنصوص عليها في المادة الثانية من هذا القرار ورفعها لوزير الصحة العامة لقراره .

ب - بالنسبة للادوية المصنعة او المؤضبة محليا :

يضاف الى اللجنة المشكلة اعلاه :

- مندوب عن كل من وزارتي الاقتصاد والتجارة والصناعة .

وتكون مهمتها :

- وضع قاعدة لتحديد اسعار الادوية المصنعة او المؤضبة في لبنان بالاستناد الى الاسس التالية :

١ - سعر كلفة الانتاج

٢ - سعر المبيع من العموم للاصناف المشابهة والمتداولة في لبنان

٣ - مؤشر كلفة المصاريف والارباح

٤ - تصنيف مصانع الادوية وفقا لمنطوق المادة ١٦ من هذا القرار

المادة التاسعة - تحول العملات الاجنبية لاجل تطبيق هذا القرار كما هو مبين في الجدولين رقم « ١ » و « ٢ » الملحقين بهذا القرار .

المادة العاشرة - يعاد النظر بمعادلات العملة الاجنبية كلما طرأ على سعرها في السوق الحرة تغيير ينقص او يزيد عن ٣٪ اذا استمر هذا التغيير مدة ثلاثة اشهر على الاقل ، ويعتمد متوسط اخر ثلاثة جداول لمعادلات صرف العملة الاجنبية الصادرة عن مصرف لبنان . يعهد الى رئيس مصلحة الصيدلة مهمة وضع تقرير بالتعديلات التي تطرأ تباعا على معدلات صرف العملة الاجنبية ورفعها الى وزير الصحة العامة .

المادة الحادية عشرة - على كل مجاز بمعاطاة تجارة الادوية يرغب باستيراد مستحضرات صيدلانية خاصة ان يتقيد بالشروط التالية :

١ - ان يكون المستحضر مسجلا في وزارة الصحة العامة

٢ - ان يذكر على الفاتورة سعر المبيع من العموم في البلد المنتج لكل مستحضر وان المستحضرات الواردة ذكرها في الفاتورة مقبولة ومستعملة في البلد المنتج بشكلها وتركيبها وتوضيها واسمها التجاري الاصليين الذين تخرج بهم من المصنوع المنتج .

٣ - ان يذكر على غلاف كل مستحضر اسم مستورده ، او اسم المصطلح التجاري المعروف به كما هو المسجل في وزارة الصحة العامة .

٤ - في حال استيراد المستحضرات من خارج بلدانها المنتجة ، على المستورد بالاضافة الى ما سبق بيانه ، ان يقدم شهادة من السلطات المختصة في البلد المستوردة منه تثبت ان هذه المستحضرات مقبولة ومباعة فيه كما هي مقبولة ومباعة في البلد المنتج بدون قيد على الاطلاق .

المادة الثانية عشرة : بالاضافة الى

الشهادة التي تطلبها الدوائر الجمركية فيما يتعلق بكل فاتورة على كل مستورد ان يبرز

افادة مكتوبة باحدى اللغات المبينة ادناه ، وبالنص الحرفي التالي :

نص اللغة العربية :

« تثبت ان المستحضرات موضوع هذه الفاتورة متممة جميع الشروط القانونية لبيعها في بلدنا حيث تباع فعلا بالشكل والتركيب والتوضيب والاسم التجاري الاصليين المصدرة فيها من عندنا ونفيد بان اسعار المبيع من العموم المذكورة في الفاتورة هي صحيحة .

نص اللغة الفرنسية :

«Nous certifions que les spécialités objet de cette facture remplissent toutes les conditions légales pour être vendues dans notre pays où elles sont réellement vendues en la forme, la composition, la présentation et le nom commercial originels de fabrication et selon lesquels elles sont exportées, nous déclarons par ailleurs que le prix de vente au public mentionnés sur la facture sont exacts. »

نص اللغة الانكليزية :

«We hereby certify that the products objects of this invoice comply with all the legal requirements for sale in our country where they are really sold in original form, composition, packing and trade name of manufacturer and they are so exported we declare too that the public prices mentioned in this are exact.

المادة الثالثة عشرة - يعتبر المستورد والموزع شخصا معنويا واحدا يدعى في هذا القرار « المستورد » ويكون مسؤولا عن تطبيق احكام هذا القرار وبسوء اخص فيما يتعلق بصحة الافادات والوثائق والبيانات المطلوبة وذلك تحت طائلة الملاحقة بجرم اعطاء افادة كاذبة للدوائر الرسمية .

المادة الرابعة عشرة - يضع المستورد تمغة سعر المبيع من العموم على المستحضر قبل اخراجه من مستودعه ويكون الصيدلي

والمستورد معا مسؤولين عن اي تجاوز في السعر الوارد على التمغة .

المادة الخامسة عشرة - يقدم كل مستورد الى وزارة الصحة العامة خلال شهر على الاكثر من تاريخ صدور هذا القرار جداول بجميع المستحضرات التي يتعامل بها مرفقة بالمستندات الثبوتية بالنسبة الى سعر بلد المنشأ وسعر الفاتورة .

المادة السادسة عشرة - تشكل لجنة قوامها :

- مدير عام وزارة الصحة العامة - رئيسا

- مدير العناية الطبية - نائبا للرئيس

- رئيس مصلحة الصيدلة - عضو

- رئيس دائرة استيراد الادوية وتصديرها - عضو

- رئيس دائرة التفتيش الصيدلي - عضو

- مندوب صيدلي عن المختبر المركزي - عضو

- مندوب عن نقابة اطباء لبنان - عضو

- مندوب صيدلي عن نقابة صيادلة لبنان - عضو

تدرس هذه اللجنة ملفات مصانع الادوية الممثلة والعاملة في لبنان وترتشي على وزير الصحة العامة تصنيفها بالنسبة الى امكاناتها واجهزتها في حقول الابحاث العلمية وبالنظر الى مكانتها التجارية في الاوساط الصيدلية العالمية .

المادة السابعة عشرة - تصدر وزارة الصحة العامة تدريجيا الدليل الصيدلاني الرسمي بجميع المستحضرات الصيدلانية المجاز استعمالها في لبنان ويبين هذا الدليل سعر المبيع من العموم لكل مستحضر اجيز يصنعه او استيراده ويوقف استيراد او تصنيع كل مستحضر وارد ذكره في المادتين الاولى والثانية من هذا القرار غير مدرج في الدليل او في ملحقاته وتطبيق بحق كل مخالف العقوبات المنصوص عليها في القوانين والانظمة .

المادة الثامنة عشرة - بالاضافة الى المهام الموكولة اليهم ، يرفع الصيادلة المفتشون كل ثلاثة اشهر الى وزير الصحة العامة تقريرا شاملا عن مراقبتهم تطبيق السعر المحدد لببيع الادوية من العموم ويبينون في هذا التقرير ايضا جميع المخالفات التي يضبطونها .

المادة التاسعة عشرة - كل مخالفة لاحكام هذا القرار تعرض مرتكبها للعقوبات المنصوص عليها في القوانين والانظمة النافذة .

المادة العشرون - فور وضع هذا القرار موضع التنفيذ تطبق احكامه على جميع المستحضرات المجاز بيعها في لبنان ، ويعمل بجداول التسعيرات التي ستصدرها تباعا وزارة الصحة العامة بعد شهر واحد من تاريخ صدورها . على رئيس مصلحة الصيدلة اتخاذ كل الاجراءات الالية السلي ابلاغ هذه الجداول بالسرعة القصوى لكل من نقابتي الصيادلة ومستوردي الادوية واصحاب المستودعات للتعميم والتنفيذ .

المادة الواحدة والعشرون - تلغى جميع النصوص المخالفة او التي لا تتفق واحكام هذا القرار .

المادة الثانية والعشرون - ينشر هذا القرار في الجريدة الرسمية ويعمل باحكامه فور نشره .

بيروت في ٣ ايار سنة ١٩٨٣

وزير الصحة العامة
الدكتور عدنان مروه

جسول رقم (١)
لائحة تحويل اسعار الفاتورة الى سعر
المبيع من العموم في لبنان

حسب معدلات العملة الاجنبية التالية :	بناء للقاعدة ١٤٣/١٠٠	نوع العملة	معدل قيسة تحويل العملة الاجنبية غ.ل.	سيف	لوبي
دولار اميركي					
جنيه استرليني					
فرنك فرنسي					
مارك الماني غربي					
فرنك سويسري					
ماية لير ايطالي					
فرنك بلجيكي					
دولار كندي					
ماية ين ياباني					
فلوران هولندي					
شلن نمساوي					
كروون دانماركي					
برتا اسباني					
اسكودوس برتغالي					
كروون تروجي					
دراخما يوناني					

(تابع) جدول رقم (١)
لائحة تحويل اسعار الفاتورة الى سعر
المبيع من العموم في لبنان

حسب معدلات العملة الاجنبية التالية :	بناء للقاعدة ١٤٣/١٠٠	معدل قيسة تحويل العملة الاجنبية غ.ل.	سيف	لوبي
نوع العملة				
كروون سويدي				
دينار اردني				
جنيه مصري				
مارك فنلندي				
١ - سعر الفاتورة لوب :				
يضاف اليه ٧,٥ ٪ مصاريف شحن و ١٠ ٪ بلدية وتخليص وعمولة ومصاريف اخرى .				
ب - سعر الفاتورة سيف :				

يضاف اليه ١٠ ٪ بلدية وتخليص وعمولة ومصاريف اخرى ، يضرب كل من الحاصلين بالقاعدة ١٤٣/١٠٠

وزير الصحة العامة
الدكتور عدنان مروه

جدول رقم (٢)
لائحة تحويل أسعار البيع من العموم في بلد
المتنا إلى سعر البيع من العموم
في لبنان .

نوع العملة	حجم المبيعات	حجم بائع الفرق	معدل قيمة تحويل العملة الأجنبية على مصر المبيع من الموم	بناء للساعدة ١٤٣/١٠٠	حسب العملات التالية
دولار اميركي	٤٠	٢٠			
جنيه استرليني	٣٣,٢٣	١٠			
فرنك فرنسي	٣٢	١٢			
مارك الماني غربي	٣٥	١٦			
فرنك سويسري	٣٢,٣٣	١٢,٥٠			
ماية لير ايطالي	٢٥	١٠,٤٦٦			
فرنك بلجيكي	٣٠	١٢,٤٥٠			
دولار كندي	٤٠	١٧			
ماية ين ياباني	٣٠	١٠			
فلوران هولندي	٣٠	١٥			
شلن نمساوي	٤٠	٢٠			
كرون دانماركي	٣٧	٧			

1. 3

(تابع) جدول رقم (٢)
لائحة تحويل أسعار المبيع من العموم في بلد
المنشأ الى سعر المبيع من العموم
في لبنان

نوع العملة	حجم الصيدي	حجم بائع الفرق	معدل قيمة تحويل العملة الأجنبية على سعر البيع من العمود في لبنان لـ ١	بناء للقاعدة ١٠٠/١٤٣
برازا إسباني	٢٥		٧٤٥٠	
اسكودوس برتغالي	٢٠		١٠	
كرونا فريجي	٢٧		١٥	
دراخما يوناني	٢٤٠,٨٨		٧٤٣٦	
كرون سويدي	٣١,٣٠		٧	
دينار اردني	١٦,٦٦		—	
جنيه مصري	١٩		—	
مارك فنلندي	٤٤		٢	

هذه الملاحظة مبنية على الأسس التالية

سعر السموم في بلد المنشأ

- يحسم منه الحيوانات العائنة في بلد المنشأ للمبيلي وبنات الفرق ويضاف إلى الحاصل ٧٢,٥٪ مصاريف شحن ١٠٪ بلدية وتخليص وعمولة ومصاريف أخرى

ويضرب هذا الحامل الأخير بالقاعدة ١٠٠/١٤٣

وزير الصحة العامة
الدكتور عدنان مروه

جدول رقم (٣)

أولاً - مستحضرات الكلورامفينيكول وأملاحه ومشتقات الكلورامفينيكول وأملاحها في الأشكال الصيدلانية التالية (أي مازكة)

٧٤٠ غ.ل.	كابسول أو حبوب عيار ٢٥٠ ملغرام تعبئة ١٢ حبة (مع أو بدون فيتامين)
٢٧ غ.ل.	كابسول أو حبوب عيار ٢٥٠ ملغرام الحبة الواحدة (مع أو بدون فيتامين)
٨٢٠ غ.ل.	شراب ٢٥ ملغرام لكل ١ سم ٣ زجاجة ١٠ سم ٣ (مع أو بدون فيتامين)
٧٠٠ غ.ل.	شراب ٢٥ ملغرام لكل ١ سم ٣ زجاجة ٥٠ سم ٣ (مع أو بدون فيتامين)
٥٣٥ غ.ل.	حقن للزرق عيار غرام الحقنة الواحدة

ثانياً - مستحضرات التتراسيكلين وأملاحه الأشكال الصيدلانية التالية (أي مازكة)

١١٠٠ غ.ل.	كابسول أو حبوب عيار ٢٥٠ ملغرام تعبئة ١٦ حبة (بدون فيتامين)
١١٥٠ غ.ل.	كابسول أو حبوب عيار ٢٥٠ ملغرام تعبئة ١٦ حبة (مع فيتامين)
٢٥ غ.ل.	كابسول أو حبوب عيار ٢٥٠ ملغرام الحبة الواحدة (بدون فيتامين)
٢٥ غ.ل.	كابسول أو حبوب عيار ٢٥٠ ملغرام الحبة الواحدة (مع فيتامين)
٧٨٥ غ.ل.	شراب ١٢٥ - ١٥٠ ملغرام لكل ٥ سم ٣ زجاجة ١٠ سم ٣ (مع أو بدون فيتامين)
٦٥٥ غ.ل.	شراب ١٢٥ - ١٥٠ ملغرام لكل ٥ سم ٣ زجاجة ٥٠ سم ٣ (مع أو بدون فيتامين)
٥٢٥ غ.ل.	عقار ١٠٠ ملغرام لكل ١ سم ٣ زجاجة ٣ سم ٣

ثالثاً - مستحضرات أوكسي تتراسيكلين وكلو تتراسيكلين وأملاحها في الأشكال الصيدلانية التالية (أي مازكة)

١١٠٠ غ.ل.	كابسول أو حبوب عيار ٢٥٠ ملغرام تعبئة ١٦ حبة (بدون فيتامين)
١١٥٠ غ.ل.	كابسول أو حبوب عيار ٢٥٠ ملغرام تعبئة ١٦ حبة (مع فيتامين)
٢٥ غ.ل.	كابسول أو حبوب عيار ٢٥٠ ملغرام الحبة الواحدة (بدون فيتامين)
٢٥ غ.ل.	كابسول أو حبوب عيار ٢٥٠ ملغرام الحبة الواحدة (مع فيتامين)

جدول رقم ٣ (تابع)

٧٨٥ غ.ل.	شراب ١٢٥ - ١٥٠ ملغرام لكل ٥ سم ٣ زجاجة ١٠ سم ٣ (مع أو بدون فيتامين)
٦٥٥ غ.ل.	شراب ١٢٥ - ١٥٠ ملغرام لكل ٥ سم ٣ زجاجة ٥٠ سم ٣ (مع أو بدون فيتامين)
٥٢٥ غ.ل.	عقار ١٠٠ ملغرام لكل ١ سم ٣ زجاجة ١٠ سم ٣

رابعاً - مستحضرات خليط الكلورامفينيكول والتتراسيكلين وأملاحها ومشتقاتها وملاحها في الأشكال الصيدلانية (أي مازكة)

كابسول أو حبوب عيار ٢٥٠ - ٣٠٠ ملغرام من الخليط تعبئة ١٦ حبة (مع أو بدون فيتامين) ١٠٠٠ غ.ل.
شراب ١٢٥ - ١٥٠ ملغرام من الخليط كل ٥ سم ٣ زجاجة ١٠ سم ٣ (مع أو بدون فيتامين) ١٠٠٠ غ.ل.

وزير الصحة العامة
الدكتور عدنان مروه

جدول رقم (٤)

أولاً - مستحضرات اليمبيلين وأملاحها ومشتقاتها في الأشكال الصيدلانية الآتية :

١٠٥٠ غ.ل.	كابسول ٢٥٠ ملغرام سعة ١٢ كابسولة
٥٠ غ.ل.	كابسول ٢٥٠ ملغرام سعة الكابسولة
١٧٥٠ غ.ل.	كابسول ٥٠٠ ملغرام سعة ١٢ كابسولة
٧٥ غ.ل.	كابسول ٥٠٠ ملغرام سعة الكابسولة
٩٠٠ غ.ل.	امبيلين شراب ١٢٥ ملغ/ ٥ سم ٣ سعة ١٠ سم ٣
١١٠٠ غ.ل.	امبيلين شراب ٢٥٠ ملغ/ ٥ سم ٣ سعة ١٠ سم ٣
٧٠٠ غ.ل.	امبيلين نقط ١٠٠ ملغ/ ٣ سم ٣ سعة ١٠ سم ٣
٢٧٥ غ.ل.	امبيلين حقن عيار ٢٥٠ ملغ
٤٧٥ غ.ل.	امبيلين حقن عيار ٥٠٠ ملغ
٦٥٠ غ.ل.	امبيلين حقن عيار واحد غرام

(تابع) جدول رقم (٤)

ثانيا - مستحضرات البنسلين والستربتومايسين البسيطة

٨٥	بنسلين مليون وحدة
٨٥	بنسلين نصف مليون وحدة
٨٥	ستربتومايسين غرام وحدة
٨٥	ديهدروستربتومايسين غرام وحدة
٨٥	بنسلين بروكاين ٤٠٠,٠٠٠ وحدة

ثالثا - مستحضرات البنزاثين ومشتقاته ومركباته (اي ماركة)

٢٦٥	عيار ٦٠٠,٠٠٠ وحدة
٣٣٥	عيار ١٤٢٠٠,٠٠٠ وحدة
٦٠٠	عيار ٢٤٠٠,٠٠٠ وحدة

رابعا - مستحضرات البنسلين والديهدروستربتومايسين الخليط (اي ماركة)

المستحضرات الحاوية مليون بنسلين ونصف غرام ستربتومايسين او ديهدروستربتومايسين تباع من العموم بسعر (١٢٠) غل. مع السائل الخاص .

خامسا - مستحضرات الكورتيزون واملحه ومشتقات الكورتيزولون واملحها التالية (اي ماركة)

٢٥٠	بردنيزون او بردنيزولون حبوب ٤ او ٥ ملغرام بالحبة لكل ١٠ حبات
٣٧٠	بردنيزون او بردنيزولون حبوب ٤ او ٥ ملغرام بالحبة لكل ٢٠ حبة
٣٣٠	ديكسا ميثازون حبوب ٠,٥ ملغرام بالحبة لكل ١٠ حبات
٤١٠	ديكسا ميثازون حبوب ٠,٧٥ ملغرام بالحبة لكل ١٠ حبات
٤٥٠	ديكسا ميثازون حبوب ١ ملغرام بالحبة لكل ١٠ حبات
٥٥٠	ديكسا ميثازون حبوب ١,٥ ملغرام بالحبة لكل ١٠ حبات
٦٠٠	ديكسا ميثازون حقسن للزرق عيار ٥ ملغرام بالحقنة لكل حقنة واحدة

وزير الصحة العامة
الدكتور عدنان مروه

=====

الجريدة الرسمية - العدد ٣ - ١٣/١/١٩٨٣

وزارة الصحة العامة

قانون رقم ٨٢/٥

أقر مجلس النواب ،

وينشر رئيس الجمهورية القانون التالي
نصه :

مادة وحيدة : صدق مشروع القانون المتعلق بالغاء قانون انشاء المكتب الوطني للدوية والاستعاضة عنه باحكام جديدة والمحال الى مجلس النواب بموجب المرسوم رقم ٤٤٢٤ تاريخ ١٠/٢٠/١٩٨١ كما عدلته اللجان النيابية المشتركة .

ويعمل بهذا القانون فور نشره .

بعيدا في ٥ كانون الثاني سنة ١٩٨٣

الامضاء : امين الجميل

صدر عن رئيس الجمهورية

رئيس مجلس الوزراء

الامضاء : شفيق الوزان

وزير الصحة العامة

الامضاء : عدنان مروه

قانون

الغاء قانون انشاء المكتب الوطني

للدوية والاستعاضة عنه

باحكام جديدة

المادة الاولى - الغي مشروع القانون المعجل الموضوع موضع التنفيذ بموجب المرسوم رقم ٣١٩٧ تاريخ ١٣/٥/١٩٧٢ (انشاء مكتب وطني للدوية) واستعويض عنه بالاحكام الثانية .

المادة الثانية - تنشأ مؤسسة عامة ذات طابع تجاري وصناعي ، يدعى « المكتب الوطني للدوية » وتعرف فيما يلي « بالمكتب » .

- يتمتع المكتب بالشخصية المعنوية والاستقلالين الاداري والمالي ، ويخضع لوصاية وزير الصحة العامة .
- لا تخضع اعمال المكتب الا لرقابة ديوان المحاسبة المؤخرة والتفتيش المركزي ، ولاحكام هذا القانون ، والانظمة التي توضع تنفيذا لهذه الاحكام .

- يتولى المراقبة المالية ، مراقب يعين بقرار من وزير المالية ، وتحدد صلاحياته ومهامه في النظام المالي المنصوص عليه في المادة الثامنة من هذا القانون .

المادة الثالثة - مهمة المكتب استيراد وتصدير وشراء وبيع وتصنيع الادوية الواردة بيانها في قانون مزاولة مهنة الصيدلة .

يتكون المكتب من :

١ - مجلس تنفيذي

ب - هيئة علمية

المادة الرابعة - يتكون المجلس التنفيذي من رئيس متفرغ حائز على دكتوراه في الصيدلة او الطب او ادارة الاعمال على الاقل ، تتوفر فيه الشروط القانونية للتعيين يتولى وظيفة مدير عام المكتب ومن اربعة اعضاء ، منهم حكما عضوان عن مجلس ادارة الصندوق للضمان الاجتماعي ، يمثلان اصحاب العمل والاتحادات العمالية والعضوان الاخران من الحائزين على اجازة جامعية بالقانون او الاقتصاد .

يعين رئيس واعضاء المجلس التنفيذي بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناء على اقتراح وزير الوصاية .

يمثل سلطة الوصاية لدى المكتب ، مفوض حكومة يعين وتحدد صلاحياته بمرسوم بناء على اقتراح وزير الصحة العامة .

المادة الخامسة - ١ - تتألف الهيئة العلمية على الوجه التالي ، ويتم تشكيلها بمرسوم بناء على اقتراح وزير الصحة العامة .

- استاذ من كل معهد من معاهد الطب في لبنان يدرس علم فعالية الدواء (فارماكولوجيا) .

- مندوب عن وزارة الصحة العامة (رئيس مصلحة الصيدلة) .

- مندوب عن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (الصيدلي المسؤول) .

- ممثل عن كل من نقابتي الاطباء في لبنان .

- ممثلان عن نقابة الصيدالة في لبنان .

٢ - يشترط في كل من اعضاء الهيئة ان يكون من الاطباء او الصيادلة اللبنانيين المجازين من قبل وزارة الصحة العامة .

٣ - لا يجوز ان يكون هؤلاء الاعضاء من تجار الادوية او اصحاب او مستخدمي او وكلاء الشركات التي تتعاطى صناعة او تجارة الادوية والمستحضرات الطبية والجراحية كما لا يجوز ان يكونوا شركاء او مستخدمي باي شكل ، في مثل هذه الشركات او يملكون اسمها فيها .

المادة السادسة - تتولى الهيئة العلمية درس وتقرير الامور التالية :

١ - اختيار الادوية والمستحضرات الصيدلانية والمواد الكيميائية المستعملة للتخدير او العلاج التي يحق للمكتب شراؤها او استيرادها مباشرة من الخارج . او تصنيعها او تصديرها . ويكون قرارها ملزما للمجلس التنفيذي .

٢ - درس أي موضوع يتعلق بالادوية يعرض عليها من قبل رئيس المجلس او وزير الوصاية .

٣ - ابداء الرأي الفني في دفتر الشروط المتعلق بشراء الادوية .

٤ - التحقق عند الاستلام النهائي فيما اذا كانت الادوية المسلمة مطابقة للمواصفات الفنية .

د - اعادة النظر في جداول الادوية ومراجعتها ، كما دعت الحاجة الى ذلك وعلى الاقل مرة واحدة في السنة .

المادة السابعة - يعاون المجلس التنفيذي جهاز اداري يحدد ملاكه وسلسلة رتب ورواتب العاملين فيه ، وشروط وطريقة تعيينهم ، بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناء على اقتراح وزير الوصاية .

المادة الثامنة - يضع المجلس التنفيذي نظام المكتب الداخلي ونظام المستخدمين والنظام المالي الذي يحدد القواعد المالية والمحاسبة المعتمدة وفقا للعرف التجاري .

ولا تصبح هذه الانظمة نافذة الا بعد التصديق عليها بمراسيم بناء على اقتراح وزير الصحة العامة .

المادة التاسعة - تعفى من جميع الضرائب والرسوم الجمركية الاعمال التي يقوم بها المكتب في تنفيذ مهمته .

المادة العاشرة - يخضع استيراد وتصدير وبيع وتصنيع المستحضرات الطبية ، لاحكام قانون مزاولة مهنة الصيدلة .

المادة الحادية عشرة - تحدد اساس التسعيرة في النظام الداخلي ، بطريقة تؤمن توازن النفقات والواردات مع تكوين مال احتياطي على ان لا يزيد عن خمسة بالمائة عن الراسمال تخصص للاستهلاك ويحدد السعر الرسمي الافراي بقرار من وزير الصحة العامة ، بناء على اقتراح المجلس التنفيذي .

المادة الثانية عشرة - ١ - لتمكينه من ممارسة نشاطه يمنح المكتب فور العمل بهذا القانون سلفة خزينة بناء على اقتراح وزير المالية والصحة العامة ، بعد موافقة مجلس الوزراء .

تسدد السلفة المذكورة وفقا للاصول المنصوص عنها في المادة ٢٠٩ من قانون المحاسبة العمومية .

ب - يضع المكتب ميزانيته وموازنته السنوية ، وتصدق بقرار من وزير الصحة العامة والمالية .

المادة الثالثة عشرة - لا يجوز للمكتب ان يبيع الادوية والمستحضرات الطبية من العموم مباشرة ، الا في الحالات الطارئة التي يعود امر تقديرها لمجلس الوزراء .

المادة الرابعة عشرة - لا تخضع اعمال المكتب لاحكام المرسومين رقم ٦٤٧٤ تاريخ ١٩٧٣/١٢/١٣ ورقم ٥١٧٧ تاريخ ١٩٧٣/١٢/١٣ ولا لاحكام المرسوم الاشتراعي رقم ١١٤ تاريخ ١٩٥٩/٦/١٢ التي تتعارض مع احكام هذا القانون وكذلك اعمال المكتب لاحكام المرسوم ٦٧/٣٤ المتعلقة بالوكالة والتمثيل التجاري على عملية استيراد الدواء من قبل المكتب .

المادة الخامسة عشرة - نحدد دقائق تطبيق احكام هذا القانون وصلاحيات المجلس التنفيذي بمراسيم تتخذ في مجلس الوزراء ، بناء على اقتراح وزير الصحة العامة .

المادة السادسة عشرة - يعمل بهذا القانون فور نشره في الجريدة الرسمية .

ملحق رقم (٨) :

استيراد المستحضرات الطبية الخاضعة للتبديل

١ - طلب الاستيراد .

٢ - فاتورة على نسختين .

١ - الطلب

— اسم المؤسسة التجارية .

— عنوان المؤسسة .

— اسم صاحب المؤسسة .

— اسم الصيدلي المسؤول .

— رقم وتاريخ الاجازة بالمؤسسة .

— رقم وتاريخ السجل التجاري .

لجانب وزارة الصحة العامة

— مصلحة الصيدلة — دائرة الاستيراد —

يرجو صاحب مؤسس

السماح له باستيراد : موضوع الفاتورة

المرفقة رقم : تاريخ الصادرة عن (يكر اسم

المصنع أو اسم المصدّر والمصنع) في (اسم البلد) .

باسم مؤسستنا .

التوقيع :

طابع أميري (ليرة) .

ملاحظة :

١ - إن المستحضرات الواردة في الفاتورة ليست من المواد التخليقية أو من

المستحضرات الحاوية على هذه المواد وهي غير خاضعة للقرار رقم ١/٢٧٨ تاريخ

١٩٧٢/٥/٢٧ .

٢ - نفيد على مسؤوليتنا بأن الأصناف الواردة في الفاتورة المرفقة هي من صنع الشركة

..... في بلد

كما هي مسجلة في وزارة الصحة العامة بالشكل والعيار والتعبئة حسب الأرقام
والتواريخ الواردة تجاه كل مستحضر .

٣ - تقدّمنا بجداول التسعيرة بتاريخ

الأصناف الواردة في الفاتورة .

توقيع الصيدلي

٢ - الفاتورة

— اسم المصنع أو المصدّر وعنوانه الكامل .

— اسم المستورد حسب نص الاجازة .

— اسم المستحضر حسب تسجيله بالشكل والعيار والتعبئة .

— سعر المبيع من العموم في بلد المنشأ لكن مستحضر .

— سعر الفاتورة : فوب أو سيف .

— العبارة المفروضة حسب قرار رقم ١/٣٦١ تاريخ ١٩٧١/٧/٣١ .

يضاف إلى المعلومات أعلاه :

— تاريخ التسجيل أو رقم التسجيل (اسم النظام الرسمي وتاريخ الطبعة) تاريخ

التحليل للمرديات .

— سعر المبيع من العموم في لبنان .

— طابع أميري ٢٥ غ . ل على النسخ العادية .

و ١٠٠ غ . ل على نسخة الفوتوكوبي .

شروط تسجيل المستحضرات الطبية

- ١ - لائحة الأسئلة والأجوبة الصادرة عن وزارة الصحة العامة مكملّة من قبل المصنّع ومصدقة من السلطات .
- ٢ - شهادة منشأة صادرة عن الوزارة المختصة ومصدقة من الهيئة الدبلوماسية اللبنانية المعتمدة تثبت أن المصنّع مجاز بتحضير المستحضرات وأن هذه المستحضرات هي مباحة فعلاً في بلد المنشأ .
- ٣ - شهادة أسعار المبيع من العموم في بلد المنشأ صادرة عن هيئة رسمية ومصدقة من الهيئة الدبلوماسية اللبنانية المعتمدة تثبت أن المصنّع مجاز بتحضير المستحضرات وأن هذه المستحضرات هي مباحة فعلاً في بلد المنشأ .
- ٣ - شهادة أسعار المبيع من العموم في بلد المنشأ صادرة عن هيئة رسمية ومصدقة من الهيئة الدبلوماسية اللبنانية المعتمدة .
- ٤ - طرق تحاليل كل مستحضر .
- ٥ - نتائج التحاليل .
- ٦ - دراسات علمية .
- سمومية Toxicologique .
- سريرية Clinique .
- Pharmacologique
- Teratogène si le produit est nouvellement découvert .

ملحق رقم (٩) :

لائحة بالأدوية الأساسية كما حددتها لجنة من خبراء منظمة الصحة العالمية .

ALPHABETICAL LIST OF ESSENTIAL AND COMPLEMENTARY DRUGS

acetazolamide .	cloxacillin (penicillinase-resistant) .
acetylsalicylic acid .	coal tar .
adipiodone meglumine .	codeine
allopurinol .	colchicine
aluminium acetate .	compound insulin zinc suspension .
aluminium hydroxide and or magnesium hydroxide .	(lente)
amikacin* .	cyanocobalamin .
aminophylline .	cyclophosphamide .
amitriptyline .	dapsone .
amodiaquine* .	dexamethasone (long-acting) .
amphotericin B .	dextran 40 .
ampicillin .	diazepam .
anti-D Immunoglobulin .	diazepam injection .
antihaemorrhoidal preparation : local .	diazoxide injection .
anaesthetic , astringent and antiinflammatory drug .	diethylcarbamazine .
	digitoxin*

* complementary drug .

chlortalidone *	flucytosine *
clofazimine *	fludrocortisone *
fluorouracil .	melarsoprol .
fluphenazine decanoate .	methotrexate .
folic acid .	methyldopa *
furosemide .	metrifonate .
	metronidazole .
gamma benzene hexachloride .	miconazole .
gentamicin .	morphine .
glucose (5% and 50%) .	
glyceryl trinitrate .	maloxone .
griseofulvin .	neomycin bacitracin .
guanethidine .	neostigmine .
	niclosamide .
haloperidol .	nifurtimox .
halothane .	niridazole .
heparin .	nitrous oxide .
hexavitamin : retinol , ergocalciferol ,	norethisterone .
ascorbic acid , thiamine , riboflavin	norethisterone ethinylestradiol
and nicotinamide .	nystatin .
homatropine .	oral rehydration salts (for glucose-
hydralazine .	salt solution for oral use) .
hydrochlorothiazide .	oxamniquine .
hydrocortisone .	oxytocin .
ibuprofen .	paracetamol .

* complementary drug

antirabies hyperimmune serum .	digoxin
ascorbic acid .	diloxanide *
atropine .	dimercaprol
	diphtheria antitoxin .
	diphtheria-tetanus vaccine .
bacitracin neomycin .	diphtheria-pertussis-tetanus vaccine .
barium sulfate .	dopamine .
BCG vaccine .	doxorubicin .
benzathine benzylpenicillin .	doxycycline *
benzoic salicylic acid .	
benzyl benzoate *	edrophonium
benzylpenicillin .	emetine *
bephenium *	ephedrine *
betamethasone .	epinephrine .
bupivacaine .	ergocalciferol .
busulfan .	ergotamine .
	ergometrine
calcium disodium edetate .	erythromycin .
calcium gluconate .	ethambutol .
carbamazepine *	ether , anaesthetic .
charcoal , activated .	ethinylestradiol
chloramphenicol .	ethinylestradiol norethisterone .
chlormethine .	ethosuximide .
chloroquine .	
chlorphenamine .	
chlorpromazine .	ferrous salt .

* complementary drug .

pyridostigmine* .
 pyridoxine .
 pyrimethamine .

 quinine .
 quinidine .

 rabies vaccine .
 reserpine* .
 retinol .
 rifampicin .

 salazosulfapyridine .
 salbutamol .
 senna .
 silver nitrate .
 smallpox vaccine .
 snake antivenom .
 sodium amidotrizoate .
 sodium bicarbonate .
 sodium chloride injection .
 sodium lactate compound injection .

sulfadiazine* .
 sulfasimidine .
 sulfadoxine* .
 sulfamethoxazole .
 trimethoprim .
 suramin .
 suxamethonium .

 testosterone ester injection .
 tetanus antitoxin .
 tetanus vaccine .
 tetracaine .
 tetrachlorethylene .

 tetracycline .
 thioacetazone* .
 thiopental sodium .
 tiabendazole .
 triamterene* .
 trihexyphenidyl .
 trimethoprim sulfamethoxazole .
 tuberculin , purified protein derivative .
 tubocurarine .
 typhoid vaccine .

* Complementary drug .

immunoglobulin , human normal
 indometacin .
 insulin injection .
 intraperitoneal dialysis solution .
 (1.5% glucose) .
 iodine .
 iopanoic acid .
 iron dextran injection* .
 isoniazid .
 isoprenaline injection* .
 isosorbide dinitrate .

 levodopa .
 levodopa peripheral decarboxylase
 inhibitor* .
 levothroxine .
 lidocaine .
 lithium carbonate .

 mannitol .
 measles vaccine .
 mebendazole .
 meglumine amidotrizoate .
 protamine sulfate .

* Complementary drug .

paromomycin* .
 pentamidine .
 pethidine* .
 phenobarbital .
 Phenoxymethylpenicillin .
 phentolamine* .
 phenytoin .
 phytomenadione .
 pilocarpine .
 piperazine .
 podophyllin* .
 poliovirus vaccine .
 potassium chloride injection (15%) .
 and oral solution .
 potassium iodide .
 pralidoxime .
 prednisolone .
 primaquine .
 procainamide .
 procaine benzylpenicillin* .
 promethazine .
 propranolol .
 propylthiouracil .
 sulfacetamide .

ملحق رقم (١٠) :
الأسباب الموجبة لتعديل قانون
مزاولة مهنة الصيدلة .

الجمهورية اللبنانية

الأسباب الموجبة
لتعديل قانون مزاولة مهنة الصيدلة

لما كان قانون مزاولة مهنة الصيدلة قد صدر سنة ١٩٥٠ أي منذ ثلاثة وثلاثين عاماً وتطوّرت الحياة الاجتماعية كما تطوّرت المهنة فنياً بشكل لم يعد القانون المذكور متجانساً مع الظروف الحاضرة ، لذلك أصبح من الضروري تعديل القانون المذكور بشكل يتفق مع المصلحة العامة ومصلحة كل صيدلي .

بشأن فتح الصيدليات أصبح كل صيدلي قانوني مرخص له بمزاولة المهنة الحق بالحصول على إجازة فتح واستثمار صيدلية ضمن شروط فنية وشروط أخرى تمكن الصيادلة أصحاب الصيدليات والصيادلة الذين يريدون فتح صيدلية الاستمرار في هذا العمل دون المساس أو غبن يلحق بأحد من جراء ذلك .

كما أن مشروع القانون قد وضع قيوداً على الصيدلي صاحب الصيدلية أو المستودع لمنع المستثمرين من غير الصيادلة من استغلال بعض الصيادلة .

ومشروع القانون تناول بعض المواد من باب العقوبات لتصنيف المخالفات ولتتمكن وزارة الصحة من ضبط المخالفات وتنفيذ العقوبات اللازمة بحق المخالفين .

sodium stibogluconate .

spironolactone .

spectomycin .

stibocaptate *

vincristine .

warfarin .

water for injection .

• Complementary drug .

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

رقم المحفوظات : ١/٣ - ١٦/٢٠٣ - ٣/٢٥ .

رقم الصادر : ٣٧٦٦
بيروت في ٢ تموز ١٩٨٣
- مجلس الوزراء -
جانب رئاسة مجلس الوزراء .

الموضوع : مشروع مرسوم اشتراعي يتعلق بمزاولة مهنة الصيدلة .

أتشرف وأقدم ربطاً مشروع مرسوم اشتراعي يتعلق بمزاولة مهنة الصيدلة ، مع أسبابه الموجبة ورأي جانب مجلس شوري الدولة فيه ، علماً بأنه قد تمّ تعديل المشروع المرفق في ضوء هذا الرأي .

راجياً التفضل بالموافقة .

وزير الصحة العامة

التوقيع : الدكتور عدنان مروة

المرفقات :

- الأسباب الموجبة .
- مشروع مرسوم اشتراعي .
- رأي مجلس شوري الدولة .
- يلغ :
- مديرية العناية الطبية .
- مصلحة الصيدلة .
- المحفوظات .

رأي رقم ٨٣/٢٣٩
تاريخ ١٩٨٣/٦/٤

رقم الملف / ٨٣/٢٣٩ .

طالب الرأي : وزير الصحة العامة .

الموضوع : مشروع قانون يتعلق بتعديل قانون مزاولة مهنة الصيدلة .

الهيئة : الرئيس : انطوان بارود .

المستشار : خالد قباني .

المستشار : اندره صادر .

مجلس شوري الدولة
والغرفة الإدارية

إن مجلس شوري الدولة (الغرفة الادارية) .

بعد الاطلاع على كتاب وزير الصحة العامة رقم ٢٩٨٦ تاريخ ٨٣/٥/٢٨ ،
والذي يطلب بموجبه إبداء الرأي بشأن مشروع مرسوم اشتراعي يتعلق بتعديل قانون
مزاولة مهنة الصيدلة .

وبعد الاطلاع على مشروع المرسوم الاشتراعي المشار إليه ، على تقرير
المستشار المقرر .

وبعد المذاكرة حسب الأصول ، يرى إبداء الملاحظات التالية :

أولاً : خلافاً للعنوان المعطى لمشروع القانون فإن المشروع هو مشروع متكامل
وجديد يلغي قانون الصيدلة الحالي الصادر بتاريخ ١٩٥٠/١٠/٣١
ويتناول مزاولة مهنة الصيدلة بمختلف أوجهها ولربما كان من الأفضل
تعديل بعض النصوص التي تقضي الحاجة بتعديلها طالما أن المشروع
لا يختلف بصورة أساسية عن القانون الحالي وهذا ما يتوافق مع الفن
التشريعي السليم ويؤدي إلى تسهيل الاطلاع عليه وتطبيقه بصورة أفضل
وعلى كل حال يقتضي تعديل العنوان بحيث يصبح كما يلي :

« مشروع قانون يتعلق بمزاولة مهنة الصيدلة » .

ثانياً : المادة الأولى :

يقتضي تعديل صياغة مطلع هذه المادة بحيث يصبح كما يلي : « يعتبر

مزاولة لمهنة الصيدلة كل عمل » .

ثالثاً : نقتراح إضافة مادة مستقلة تلي المادة الثامنة هذا نصها :
« يجمع الصيدلي في النشاط الذي يمارسه بين صفة صاحب المهنة الحرة والتاجر » .

رابعاً : المادة العاشرة : البند ثانياً :

يجب حذف العبارة الأخيرة الواردة في الفقرة الأولى منها وهي التالية :
« بيت وزير الصحة بالطلب » وذلك لأن الفقرة الثالثة تغني عنها . هذا ولا نرى من موجب لأخذ رأي نقابة الصيدلة في طلب الترخيص طالما أن سلطة الادارة مقيمة لجهة إعطاء الترخيص إذا ما توفرت في الطلب الشروط القانونية ، وطالما أن رأي النقابة هو محض استشاري لأن ذلك قد يخلق إشكالات كثيرة في حال اختلاف الرأي أو عدم اجتماع النقابة لعدم توفر النصاب أو لأي سبب آخر .

خامساً :

المادة الخامسة عشرة : البند ١

تحذف منها الكلمة الأخيرة أي « التالية » .

كما يصحح هذا البند كما يلي : « ان يتولى إدارة أكثر من صيدلية واحدة » .

سادساً : المادة التاسعة والثلاثون :

يقتضي إعادة صياغتها ولا سيما فيما يتعلق بالسطر الأخير من الفقرة الأولى منها أي ما يلي : « وكذلك يختص بالصيدلة أو بمن أجاز لهم حسب هذا القانون » لعدم وضوحه .

سابعاً : الباب الخامس : المستحضرات الخاصة والنظامية .

يتناول هذا الباب فضلاً يتناول المستحضرات الخاصة وفصل آخر يتناول مصانع المستحضرات الصيدلانية، في حين أنه ليس هناك أية إشارة إلى المستحضرات النظامية . فما هي هذه المستحضرات ؟

ثامناً : الباب الثامن : في عدم الجمع بين مزاولة مهنة الصيدلة ووظيفة عامة والتعليم :

يلاحظ أن عنوان هذا الباب لا يتفق مع ما جاء تحته في المادة ٨٣

التي تتناول إدارة وفتح واستثمار مختبرات طبية ، الأمر الذي يقتضي معه التوفيق بين العنوان ونص هذه المادة ، كما يلاحظ أن هذا الباب يقتصر على مادة وحيدة وهذا ما يتنافى مع التبويب الصحيح والصياغة التشريعية السليمة لأن الباب عادةً يقسم إلى فصول تتناول مواداً عديدة ، وهذه الملاحظة تصح فيما يتعلق بالباب السابع أيضاً مما يقتضي إعادة النظر في التبويب وفي ترتيب المواد وصياغتها بحيث يراعى الفن التشريعي في الصياغة وفي ترتيب المواد .

تاسعاً : المادة الخامسة والتسعون .

تشير إلى إمكانية استرداد رخصة الاستثمار مؤقتاً أو نهائياً في حين أن نصوص المشروع لم تلحظ وجود رخصة إنشاء ورخصة استثمار ولم تعرض إلا لرخصة الانشاء .

وربما يكون من الأفضل إخضاع استثمار الصيدليات إلى رخصتين : رخصة إنشاء تعطى وفقاً للشروط التي ينص عليها المرسوم الاشتراعي ، ورخصة استثمار تعطى بعد التثبت من استيفاء الشروط المطلوبة ولا سيما تلك المنصوص عليها في المادة ١١ من المشروع .

هذا وقد جاء في البند الأول من هذه المادة أنه يمكن استرداد رخصة الاستثمار في حال فقدان صاحب الرخصة أحد الشروط القانونية فما هي هذه الشروط القانونية وان هي محدّدة .

عاشراً : يجب الاستعاضة عن عبارة « هذا القانون » أينما وردت في المشروع بما يلي :
« هذا المرسوم الاشتراعي » .

بيروت في ١٩٨٣/٦/٤

المستشار	المستشار	الرئيس
اندره صادر	خالد قباني	انطوان بارود

مرسوم اشتراعي

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب	النص الجديد	ملاحظات
وإعادة فخامة الرئيس	مشروع مرسوم	أسباب موجبة
إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	مزاولة مهنة الصيدلة	

الباب الأول في الترخيص بمزاولة مهنة الصيدلة

المادة الأولى :

تعتبر مزاولة مهنة الصيدلة كل عمل يؤدي إلى تجهيز أو تركيب أو تجزئة أو دون تعديل .
بيع سواء بالجملة والمفرق أو توزيع أو إحراز بقصد البيع والتوزيع أي دواء أو مادة صيدلانية معدة للاستعمال الداخلي أو الخارجي بطريق الحقن لسوقاية الإنسان أو الحيوان من الأمراض وللشفاء منها أو يكون لها هذه المزايا .

المادة الثانية :

تمنح :

تمنح الإجازة بمزاولة مهنة الصيدلة على دون تعديل الأراضي اللبنانية بقرار من وزير الصحة العامة بناءً على اقتراح المدير العام للوزارة .

لا يجوز لأحد أن يزاول مهنة الصيدلة أو أن يتخذ لقب صيدلي إلا إذا توفرت فيه الشروط المبينة في المواد التالية :

المادة الثالثة :

يشترط في الصيدلي اللبناني أن يكون حائزاً على شهادة صيدلي من كلية حكومية للصيدلة غير الحكومية شرط أن تكون تلك الشهادة مطابقة تماماً للشهادة

مقتبسة من قانون ١٩٥٠ لا تعديل في الأساس إلا لناحية السن لأن العديد من الصيادلة أنهوا دراستهم في السن دون ٢٢/ الثانية والعشرين .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب
وإعادة فخامة الرئيس
إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢

النص الجديد
مشروع مرسوم
مزاولة مهنة الصيدلة

ملاحظات
وأسباب موجبة

التي تعطىها الكليات المذكورة لأبناء البلاد المنتسبين إليها دون نقص ولا تعديل وأن تكون مثلها مقبولة للعمل في تلك البلاد نفسها وأن تعرف بهذه الكليات الحكومة اللبنانية .
٢ - أن يكون حائزاً شهادة البكالوريا اللبنانية القسم الثاني أو ما يعادلها .

٣ - أن يكون قد أتم العشرين من عمره .

٤ - أن لا يكون محكوماً عليه بجناية أو محاولة جناية من أي نوع كانت أو بجنحة شائنة أو محاولة جنحة شائنة . وتعتبر جنحاً شائنة :
السرقه ، الاحتيال ، سوء الائتمان ، الشك دون مؤونة ، الاختلاس ، الرشوة ، الاغتصاب ، التهويل ، التزوير ، استعمال المزور ، الشهادة الكاذبة ، اليمين الكاذبة ، الجرائم المخلة بالأخلاق المنصوص عليها في الباب السابع من قانون العقوبات والجرائم المتعلقة بزراعة المواد المخدرة أو الاتجار بها أو تعاطيها .

٥ - أن يجتاز بنجاح امتحان الكولوكيوم الذي تجريه وزارة التربية الوطنية والفنون الجميلة .

المادة الرابعة :

تطبق على الصيدلي المتجنس بالجنسية دون تعديل .
اللبنانية أحكام المادة الثالثة فور حصوله على الجنسية اللبنانية .

مقتبسة من قانون ١٩٥٠ إنما عدلت لأنه لا يجوز أن ينتظر المتجنس بالجنسية اللبنانية خمس سنوات ليتمكن من ممارسة مهنته .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

المادة الخامسة :

يشترط في الصيدلي غير اللبناني من رعايا الدول العربية .
١ - أن تتوافر فيه الشروط المهنية المبينة في المادة ٣ .
٢ - أن يكون تابعاً لبلد يسمح للصيدلي اللبناني بممارسة مهنته فيه أي أن يكون هنالك تبادل بالمثل ويجري هذا التبادل حسب عكس النسبة العددية للسكان في لبنان وفي البلد الذي ينتمي إليه الصيدلي المذكور شرط وجود اتفاقية بهذا الشأن بين البلدين .

المادة الخامسة (تابع) :

٣ - إذا كان أجنبي الأصل متجنساً بجنسية إحدى الدول العربية فيجب أن يكون قد مضى خمس سنوات على اكتسابه هذه الجنسية .

المادة السادسة :

يشترط في الصيدلي غير اللبناني ، من سائر الجنسيات :
١ - أن تتوافر فيه الشروط المبينة في المادة ٣ .
٢ - أن يكون تابعاً لبلد يطبق المعاملة بالمثل على الوجه المبين في الفقرة الثانية من المادة الخامسة أعلاه .
٣ - أن يكون قد انقضى على نيته شهادة الصيدلة عشر سنوات على الأقل .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

المادة السابعة :

لا تقبل شهادة صيدلي المعطاة خارج لبنان ما لم تكن مدة الدراسة في الجامعة التي أعطتها لا تقل عن مدة الدراسة في جامعات لبنان وما لم تقبل الجامعة التي أعطتها تقل بها من ثم لجنة المعادلة .
عن مدة الدراسة في جامعات لبنان وما لم تقبل بها من ثم لجنة المعادلة .

المادة الثامنة :

يرخص للصيدلة غير اللبنانيين المسجلين في وزارة الصحة العامة قبل تاريخ العمل بهذا القانون بمزاولة مهنتهم في لبنان .
تعتبر الرخصة ملغاة حتماً إذا غاب صاحبها ثلاث سنوات متتالية عن لبنان . يكرس الإلغاء بقرار من وزير الصحة العامة .

الباب الثاني

في الصيدليات - الفصل الأول - استثمار الصيدليات

المادة التاسعة :

لا يجوز إنشاء صيدلية إلا بترخيص من وزارة الصحة ولا يمنع هذا الترخيص إلا لصيدلي لبناني يحمل الاجازة بمزاولة مهنة الصيدلة في لبنان .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

- المادة ١٠ :
- ١ - يقدم طلب الترخيص بإنشاء صيدلية إلى وزارة الصحة العامة مرفقاً بالمستندات التالية :
- نسخة مصدقة عن الاجازة بمزاولة مهنة الصيدلة في لبنان .
- ١ - دون تعديل .
- ٢ - إفادة من نقابة الصيادلة تثبت تسجيل الصيدلي في النقابة وفقاً للأصول .
- ٣ - صورة إخراج قيد مصدقة حسب الأصول .
- ٤ - نسخة عن السجل العدلي مصدقة حسب الأصول ولا يرجع تاريخها لأكثر من ٣ أشهر .
- ٥ - أربع صور فوتوغرافية .
- ٦ - رسم بموقع الصيدلية وترتيباتها الداخلية تبين في الرسم الأبعاد المحددة في الفقرتين الأخيرتين من المادة ١٢ التالية بالنسبة للصيديات المجازة .
- ٧ - عنوان الصيدلية التجاري .
- دون تعديل .
- ٢ - تحيل وزارة الصحة العامة الطلب إلى نقابة الصيادلة لإبداء الرأي تعطي النقابة مهلة أسبوعين فقط من تاريخ استلامها الطلب لإبداء رأيها ان رأي النقابة هو استشاري محض وغير ملزم لوزارة الصحة العامة . وإذا لم تبد النقابة رأيها ضمن المهلة المذكورة صرف

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

- النظر عنه - بيت وزير الصحة بالطلب .
- تراعى في إعطاء الترخيص الأولوية في تقديم الطلبات وإذا كانت الطلبات مقدمة بتاريخ واحد تؤخذ بعين الاعتبار أقدمية التسجيل في نقابة الصيادلة يعطى الترخيص بمجرد توفر الشروط المبينة أعلاه ويبلغ قرار الترخيص إلى نقابة الصيادلة وفي حال التفرغ عن صيدلية مرخص بها من صيدلي إلى آخر تتوفر فيه جميع الشروط القانونية يكتفي بإعلام وزارة الصحة العامة التي يبقى لها حق التثبت من توفر هذه الشروط .
- ٣ - يجب على الصيدلي إلى المرخص له بإنشاء صيدلية أن ينجز معاملات التأسيس ويفتح الصيدلية فعلاً خلال مهلة أقصاها سنة من تاريخ إعطاء الترخيص . وإذا انقضت هذه المدة دون أن تباشر الصيدلية أعمالها فعلاً ، يعتبر الترخيص ملغى حكماً . يكرس الإلغاء بقرار من وزير الصحة العامة .
- المادة ١١ :
- دون تعديل .
- ١ - شهادة تسجيل في المحكمة التجارية المختصة .
- ٢ - نسخة عن سند الملكية إذا كان
- مقتبسة من المواد ١٠ و ١١ من قانون ١٩٥٠ .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

مالكاً لمكان إنشاء الصيدلية .
٣ - أو نسخة عن سند إيجار للمكان
باسمه أو باسم شريكه إذا كان له
شريك .
٤ - إشعاراً بفتح الصيدلية ومباشرة
العمل فيها فعلياً . تثبت وزارة
الصحة العامة من فتح الصيدلية
ومباشرة العمل فيها فعلياً ضمن
المهلة المحددة في الفقرة الأخيرة
من المادة السابقة بموجب محضر
ينظمه ويوقعه الموظف المختص
كما يوقعه صاحب العلاقة .

المادة ١٢ : المادة ١٢ :

يرخص بإنشاء صيدليات جديدة على
جميع الأراضي اللبنانية ، شرط ألا تقل
المسافة الفاصلة بين منتصف باب
الصيدلية المنوي إقامتها ومنتصف باب
أقرب صيدلية قائمة بصورة قانونية عن
مائتين وخمسين متراً سيراً على الأقدام
على أقصر طريق تصل بينهما وعلى ألا
تقل أيضاً عن مائة وخمسين متراً خطأً
واحداً مستقيماً .

المادة ١٣ : المادة ١٣ :

لا يجوز إعداد الأدوية وتحضيرها وبيعها دون تعديل .
مقتبسة من قانون ١٩٥٠ (المادة ١٤) .

المادة ١٤ : المادة ١٤ :

باستثناء الحالات المبينة في المادة ٢٣ دون تعديل .
من هذا القانون يجب على كل صيدلي
يبيع من الجمهور مباشرة أن يكون مالكاً
للصيدلية التي يستثمرها وللمعدات
والمنتجات الموجودة فيها . وكل
صيدلي يدير صيدلية تكون كلها أو

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

بعضها ملكاً لقاصر يعتبر بحكم مالكها
ويخضع شخصياً للموجبات القانونية
ذاتها . كل عمل ، من عقد سواء يجري
من أجل تمليك أحد الأشخاص غير
الصيدلة المأذونين صيدلية بكاملها أو
جزء منها يعد باطلاً بطلاً مطلقاً وغير
ذي مفعول ويتعرض أطراف العقد وكل
من اشترك بصورة مباشرة أو غير مباشرة
في معاملات تسجيل العقد أو قبوله أو
تصديقه من موظفين وسماسرة ووسطاء
للعقوبات المنصوص عليها في هذا
القانون .

المادة ١٥ : المادة ١٥ :

لا يجوز للصيدلي الذي يبيع من دون تعديل
الجمهور مباشرة :
مقتبسة من قانون ١٩٥٠ (المادة ١٦) إلا
أنه شطبت كلمة « يستثمر » طالما أنه
لا يدير ولا يعمل بمؤسسة صيدلانية إلا أنه
يحق له أن يوظف أمواله في مؤسسة
صيدلانية .

١ - أن يتولى أكثر من صيدلية واحدة أو دون تعديل .
أن يعمل في صيدلية أخرى باستثناء
الحالة المنصوص عليها في الفقرة
الثالثة من المادة ١٦ التالية .

٢ - أن يكون له مصلحة في صيدلية دون تعديل .
غير صيدليته .

٣ - أن يتعاطى في صيدليته غير تجارة دون تعديل .
الأدوية والعقاقير والمنتجات الكيماوية
والصحية والمعدات والأشياء
المتعلقة بفرن الشفاء وحفظ دون تعديل .
الصحة ومنتجات التجميل .

٤ - أن يقوم بأي عمل آخر خارج
صيدليته .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

٥ - أن يقوم بخدمة ليلية مستمرة في أية دون تعديل .

صيدلية .

٦ - أن يستثمر أو يدير أية مؤسسة
صيدلانية أو يقوم بأي عمل مأجور صيدلانية أو يقوم بأي
متصل بمهنته خارج الأراضي عمل مأجور متصل بمهنته
اللبنانية وداخلها .
خارج الأراضي اللبنانية
وداخلها .

المادة ١٦ :
المادة ١٦ :

على الصيدلي أن يدير بنفسه أعمال دون تعديل .
صيدليته من الناحيتين الفنية والمالية دون تعديل .
ويحق له أن يوظف صيدلياً مجازاً متفرغاً
بصفة مدير مسؤول بعد إبلاغ وزارة
الصحة العامة ونقابة الصيادلة
ومستخدمين في إعداد الأدوية (محضر
أدوية) يجب على صاحب أو مستثمر
كل صيدلية يعمل فيها أكثر من ثلاثة
مستخدمين في إعداد الأدوية أن
يستخدم لكل ثلاثة منهم ، خلا الثلاثة
الأولين ، صيدلياً قانونياً وذلك قبل
استخدام الثلاثة المذكورين .

ان تواجد الصيدلي في صيدليته أمر إن تواجد الصيدلي في
إلزامي طيلة دوام العمل وإذا اضطرت إلى صيدليته أمر إلزامي طيلة
التغيب عن صيدليته بداعي المرض أو دوام العمل ، وإذا اضطرت
لأي سبب آخر لمدة لا تتجاوز الشهر إلى التغيب عن صيدليته
يمكنه تكليف أحد زملائه الاشراف على بداعي المرض أو لأي
صيدليته لحسابه وعلى مسؤوليته شرط سبب آخر لمدة لا تتجاوز
أن يكون المناب مقيماً في المدينة أو الشهر يمكنه تكليف أحد
المنطقة الواقعة فيها الصيدلية .
زملائه الاشراف على
صيدليته لحسابه وعلى
مسؤوليته شرط أن يكون
المناب مقيماً في المدينة
أو المنطقة الواقعة فيها

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

الصيدلية بعد إعلام وزارة

الصحة العامة .

في حال تغيب الصيدلي صاحب في حال تغيب الصيدلي
الصيدلية مدة تفوق الشهر وتقل عن ستة صاحب الصيدلية مدة
أشهر عليه أن ينب عنه في إدارة تفوق الشهر وتقل عن ستة
صيدليته صيدلياً متفرغاً ، وإذا زاد غياب أشهر عليه أن ينب عنه
الصيدلي عن صيدليته عن ستة أشهر ، في إدارة صيدليته صيدلياً
عليه أن يجدد اعلام وزارة الصحة العامة متفرغاً وإذا زاد غياب
ونقابة الصيادلة بالأمر ويستحصل على الصيدلي عن صيدليته
ترخيص خاص من وزير الصحة عن ستة أشهر ، عليه أن
يجدد اعلام وزارة الصحة العامة .

لا يجوز أن يتجاوز التغيب مدة تفوق لا يجوز أن يتجاوز التغيب
سنة واحدة إلا في حالات استثنائية مدة تفوق سنة واحدة إلا
(كالدراة أو التخصص) يقدرها وزير في حالات استثنائية
الصحة العامة بعد أخذ رأي النقابة (كالدراة والتخصص)
وعلى أن لا تتجاوز في كل حال يقدرها وزير الصحة
سنتين .
الصحة العامة بعد أخذ رأي
النقابة .

تطبق أحكام الفقرة الثالثة على الصيدلي دون تعديل .

صاحب المستودع أو المختبر الطبي أو
المصنع .

كل مخالفة لهذه الأحكام تعرض دون تعديل .
مرتكبها للعقوبات المنصوص عليها في
المادة ٩٣ من هذا القانون وإلغى
المؤسسة مؤقتاً أو نهائياً بقرار من وزير
الصحة العامة .

المادة ١٧ :
المادة ١٧ :

على كل صيدلي أن يعلم وزارة الصحة دون تعديل .
الصحة العامة ونقابة الصيادلة بمحل إقامته .

مقتبسة من قانون ١٩٥٠ (١٨) إلا أنه
سمح للصيدلي الإقامة في قريته أو مكان
غير مكان الصيدلية .

مشروع القانون الذي أقرّه مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

المادة ١٨ :

في الأماكن التي يعمل فيها بنظام المناوبة (فتح بعض الصيدليات ليلاً أو أيام الاحاد والأعياد يجب على الصيدلي المناوب أن يتخذ جميع الوسائل اللازمة التي تسهل للجمهور مراجعته أثناء مدة مناوبته .

تضع النقابة كل أسبوع جدولاً بأسماء الصيادلة المناوبين ويبلغ عن هؤلاء وينشر في وسائل الاعلام بواسطة وزارة الصحة العامة أما في الأماكن الأخرى فيجب على الصيدلي أن يتخذ الوسائل التي تكفل مراجعته عند الاقتضاء في المواعيد المذكورة .

إن وجود صيدلي قانوني مجاز في الصيدلية التي تفتح ليلاً هو إلزامي وتحدد مدة الفتح من الساعة الثامنة مساءً إلى الثامنة صباحاً .

المادة ١٩ :

لا يرخص لشركة بفتح صيدلية إلا إذا كانت مؤلفة من صيادلة قانونيين لبنانيين وكان أحدهم حاصلاً على ترخيص بفتح صيدلية وليس لهم أو لأحدهم صيدلية أو مصلحة في صيدلية أخرى .

كل اتفاق يرمي إلى إعطاء شخص لا يحمل شهادة الصيدلة ، حصة في صيدلية أو في أرباحها بأي شكل كان يعد باطلاً بطلاناً مطلقاً حتى ولو كان عن طريق الرهن .

المادة ٢٠ :

لا يجوز للدائنين ، أيّاً كانت صفة دون تعديل .

مشروع القانون الذي أقرّه مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

الدين ، أن يشتركوا في إدارة أعمال صيدلية مدنيهم واستثمارها .

المادة ٢١ :

تمنع استشارة الأطباء والأطباء البيطريين والقابلات وأطباء الأسنان وأياً كان نوعها في مراكز الصيدليات أو في أماكن تؤدي إليها وذلك باستثناء الحالة التي تستدعي الاسراع في معالجة جريح أو مريض . يعتبر كل من يخالف أحكام الفقرة السابقة مزاولاً مهنة الطب بصورة غير قانونية ويعاقب بالعقوبة المفروضة على هذه المخالفة .

المادة ٢٢ :

لا يسوّغ للصيدلي أن يزاوّل بالإضافة دون تعديل . إلى مهنته عملاً من أعمال الطب أو الطب البيطري أو طب الأسنان أو التوليد وإن كان حائزاً الشهادة القانونية بذلك .

الفصل الثاني

في إدارة أعمال الصيدليات في أحوال خاصة

المادة ٢٣ :

لورثة الصيدلي أن يستثمروا الصيدلية لأرملة الصيدلي وورثته أن يستثمروا الصيدلية المتروكة عن مورثهم شرط أن يعهدوا المتروكة عن مورثهم بإدارتها إلى صيدلي مجاز قانوناً ومتفرغ وذلك بعد موافقة وزير الصحة العامة مدة سنتين على الأكثر من تاريخ وفاته بشرط أن يعهدوا بإدارتها إلى صيدلي قانوني في السنة

أشهر الأولى . وعن المدة

الباقية إلى صيدلي مجاز

مقتبسة من المادة ٢١ .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

— موازين تزن من ستغ إلى كلف — بالمعدات اللازمة
واحد .

وفحصها وتحدد هذه
المعدات بقرار من
وزير الصحة العامة .

— مجموعة مكاييل من الزجاج مدرجة — بنظام الأدوية الرسمي
بالسلسل من عشرة بنتغ مكعبة إلى
لتر .

عند صدوره وإلى أن
يصدر تزود الصيدلية
بالطبعة الأخيرة من
كتاب الفارماكوبيا
الفرنسية أو الأميركية
أو الانكليزية .

— براد لصيانة جميع الأصناف الواجب — بالدليل الصيدلي .
فنياً حفظها فيه .

— احدث طبعة من القوائم الرسمية — باحدث طبعة من
وملاحقها التي تنشرها وزارة الصحة
العامة بأسماء الأطباء والأطباء
البيطريين وأطباء الأسنان والقابلات
وعناوينهم .

— نظام الأدوية الرسمي للجمهورية — بأسماء الأطباء
اللبنانية عند صدوره وإلى أن يصدر
تزود الصيدليات بالطبعة الأخيرة من
كتاب الفارماكوبيا الفرنسية أو
الأميركية أو الانكليزية .

المادة ٢٩ : المادة ٢٩ :

تراعى في حفظ الأدوية كما هي معرفة دون تعديل .
مقتبسة من المادة ٣٤ من قانون ١٩٥٠ .
في المادة ٣٨ التعليمات الواردة في
نظام الأدوية وتلف جميع المواد
الفاسدة والمشكوك في أمرها ولا يحتفظ
بالمواد التي لها مدة معينة للاستعمال
بعد انتهاء هذه المدة .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

الفصل الرابع

في الصيدليات وخزائن الأدوية التابعة للمستشفيات ومكاتب الاسعاف العام والمراكز الصحية والعيادات والمستوصفات والمشاغل والورش

المادة ٣٠ : المادة ٣٠ :

يحق للمستشفيات العامة والخاصة أن ١ - يحق للمستشفيات
يكون في داخلها صيدلية شرط أن الخاصة والعامة التي
لا يكون لها منفذ على الطريق العام وأن لا يزيد عدد أسرته على فتح صيدلية في كل مستشفى يزيد عدد
لا تباع الأدوية إلا للمرضى المقيمين الخمسين أن يكون لها أسرته على الخمسين سريراً كما سمح
فيها قيد المعالجة يعطى الترخيص بفتح صيدلية في داخلها على لهذه المستشفيات بيع الأدوية من
صيدلية في المستشفيات والمراكز أن تكون الصيدلية إلزامية العموم .

الصحة وفقاً لأحكام الفصل الأول من في كل مستشفى جاوز
الباب الثاني من هذا القانون دون عدد أسرته الخمسين
الخضوع لأحكام المادة ١١ منه سريراً شرط أن لا يكون
ولأحكام المادة ٢٦ فيما يتعلق لها منفذ إلى الطريق
بموضوع المنفذ على الطريق العام اما العام .

في المستوصفات الخيرية تطبق أحكام ٢ - أما المستوصفات
المادة ٥ من القانون الصادر بتاريخ الخيرية والمراكز
١٩ كانون الأول ١٩٥٥ المتعلق الصحة فيحق لها أن
بالمستوصفات الخيرية . كما تطبق ذات تفتح صيدلية في
الأحكام على المراكز الصحية بمختلف داخلها شرط أن
تسمياتها . لا يكون للصيدلية

منفذ إلى الطريق
العام .

يعطى الترخيص بفتح
صيدلية في الحالتين أعلاه
وفقاً لأحكام الفصل الأول
من الباب الثاني من هذا
المرسوم الاشتراعي ودون
الخضوع لأحكام المادة

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

من يقوم مقام الصيدلي في بعض الحالات

المادة ٣٤ :	المادة ٣٤ :
كل طبيب أو طبيب بيطري أو طبيب أسنان مقيم في مكان لا صيدلية فيه يمكنه الحصول من وزارة الصحة العامة على إجازة باقتناء أدوية كل حسب اختصاصه لتقديم الأدوية والمستحضرات المصرح له قانوناً بإجازة باقتناء أدوية بوصفها للأشخاص أو الحيوانات الذين يعالجهم شرط أن يكون ذلك المكان لتلقي الأدوية خالياً من صيدلية قائمة على مسافة خمسة كيلومترات وهذه الإجازة له قانوناً بوصفها لا تخول صاحبها في حال من الأحوال للأشخاص أو الحيوانات الذين يعالجهم شرط أن يكون ذلك المكان خالياً تكون الأدوية التي يقدمها لمرضاه مجزأة مسبقاً من قبل صيدلي صاحب صيدلية مسافة عشرة كيلومترات يدون اسمه ولقبه العلمي على هذه الإجازة لا تخول صاحبها في حال من الأحوال أن يفتح صيدلية أو يحفظ الأدوية في مكان آخر غير محل عيادته ويجب أن تكون الأدوية التي يقدمها لمرضاه مجزأة مسبقاً من قبل صيدلي صاحب صيدلية يدون اسمه ولقبه العلمي على هذه المحضرات.	كل طبيب أو طبيب بيطري أو طبيب أسنان مقيم في مكان لا صيدلية فيه يمكنه الحصول من وزارة الصحة العامة على إجازة باقتناء أدوية كل حسب اختصاصه لتقديم الأدوية والمستحضرات المصرح له قانوناً بإجازة باقتناء أدوية بوصفها للأشخاص أو الحيوانات الذين يعالجهم شرط أن يكون ذلك المكان لتلقي الأدوية خالياً من صيدلية قائمة على مسافة خمسة كيلومترات وهذه الإجازة له قانوناً بوصفها لا تخول صاحبها في حال من الأحوال للأشخاص أو الحيوانات الذين يعالجهم شرط أن يكون ذلك المكان خالياً تكون الأدوية التي يقدمها لمرضاه مجزأة مسبقاً من قبل صيدلي صاحب صيدلية مسافة عشرة كيلومترات يدون اسمه ولقبه العلمي على هذه الإجازة لا تخول صاحبها في حال من الأحوال أن يفتح صيدلية أو يحفظ الأدوية في مكان آخر غير محل عيادته ويجب أن تكون الأدوية التي يقدمها لمرضاه مجزأة مسبقاً من قبل صيدلي صاحب صيدلية يدون اسمه ولقبه العلمي على هذه المحضرات.

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

١١ منه ولأحكام المادة ٢٦ فيما يتعلق بموضوع المنفذ إلى الطريق العام .

المادة ٣١ :

يتولى صيدلي مرخص له متفرغ إدارة يتولى صيدلي قانوني مقتبسة من المادة ٣٦ من قانون ١٩٥٠ مع متفرغ إدارة الصيدلية بعض التعديلات انسجاماً مع تعديل العائدة لكل من المؤسسات المبنية في المادة السابقة وتطبق عليه أحكام المادة ١٦ .

المادة ٣٢ :

إن أصحاب المعامل والمشاغل يمكنهم أن يقتنوا خزانة أدوية للإسعاف الأولى طبقاً للشروط الواردة في الفقرة الأخيرة من المادة السابقة وتحدد محتوياتها من قبل مصلحة الصيدلة في وزارة الصحة العامة .

لا يجوز أن تستعمل تلك الأدوية إلا للعاملين في المعمل أو المشغل وذلك بصورة مجانية ويلزم رؤساء المؤسسات أن يحصلوا على إجازة من وزير الصحة العامة باقتناء خزانة الأدوية .

المادة ٣٣ :

يمسك في الصيدليات السجلات المفروضة للوصفات المركبة والمخدرات والمواد التخليقية تخضع الصيدليات وخزائن الأدوية للتفتيش المنصوص عليه في هذا القانون .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

المادة ٣٥ : المادة ٣٥ :

على الأطباء المجاز لهم بمقتضى المادة دون تعديل .
السابقة اقتناء خزانة أدوية أن يمكنهم
السجلات المفروضة على الصيدلة دون تعديل .
ويخضعوا كهؤلاء للتفتيش .

المادة ٣٦ : المادة ٣٦ :

تعتبر الاجازة المعطاة في الحالات تعتبر الاجازة المعطاة في مقتبسة من المادة ٤٢١ من قانون ١٩٥٠
المذكورة آنفاً ملغاة حكماً بمجرد فتح الحالات المذكورة آنفاً مع تعديل بالنسبة للمسافة انسجاماً مع
صيدلية قانونية في المحل ذاته أو في ملغاة حكماً بمجرد فتح المادة ٣٩ .
جهة تبعد عنه خمسة كيلومترات أو صيدلية قانونية في المحل
أقل . ويعطى صاحب الاجازة الملغاة ذاته أو في جهة تبعد عنه
مهلة ستة أشهر غير قابلة التمديد لتصفية عشرة كيلومترات أو
الأدوية الموجودة لديه . أقل . ويعطى صاحب
الاجازة الملغاة مهلة ستة
أشهر غير قابلة التمديد
لتصفية الأدوية الموجودة
لديه .

المادة ٣٧ : المادة ٣٧ :

يحق للطبيب أن يقدم لمرضاه النماذج يحق للطبيب أن يقدم غير مقتبسة من قانون ١٩٥٠ بل تخالف
الطبية المجانية فقط ولا يحق له أن يبيع لمرضاه النماذج الطبية تماماً نص المادة ٣٢ منه إذ تسمح للطبيب
الأدوية ولو كان حائزاً شهادة في المجانية فقط ولا يحق له أن يبيع لمرضاه النماذج الطبية مجاناً .
الصيدلة . يبيع الأدوية ولو كان حائزاً
شهادة في الصيدلة .
ويعتبر مزاوياً مهنة الصيدلة
بصورة غير قانونية إلا في
الحالة المنصوص عليها في
المادة ٣٤ .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

الباب الرابع في الأدوية

الفصل الأول أحكام عامة

المادة ٣٨ : المادة ٣٨ :

الدواء هو كل مادة بسيطة أو مركبة لها دون تعديل .
خصائص للشفاء أو للوقاية أو لها فعل
فيزيولوجي وتستعمل في طب وجراحة
الانسان أو الحيوان . تعد أدوية أو
بحكم الأدوية :

١ - المستحضرات الصيدلانية كما هي

محددة في الباب (٥) .

٢ - الأشياء المعقمة أو ذات المزايا
الطبية .

٣ - المياه المعدنية الطبية أي المياه التي
لا يمكن استعمالها للشرب العادي في
حالة الصحة العامة وتحدد بقرار من وزير
الصحة العامة .

٤ - الامصال واللقاحات والمواد الطبيعية
المستمدة من الانسان أو الحيوان .

٥ - المواد المعدة للحمامات ذات المزايا
الطبية .

٦ - معالجي الأسنان الطبية وسائر
المنتجات المستعملة في علاج
الأسنان .

٧ - مواد تجميل التي تحتري على مواد
طبية علاجية .

٨ - الحليب المعد خصيصاً للأطفال
بعبوات لا تزيد عن نصف كيلو غرام
والحليب المحلول حسب الأنظمة
المتعلقة بتصنيف الحليب .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة
المادة ٣٩ :	المادة ٣٩ :	
ان تجارة الأعشاب الطبية التي لها صفة علاجية سواء بمفردها أو مخلوطة أو التي يمكن أن تحتوي على مواد مضرّة أو سامة هي كلها مختصة بالصيدلة وكذلك يختص بالصيدلة أو بمن أجاز لهم حسب هذا القانون :	مقتبسة من المادة ٤٤ من قانون ١٩٥٠	
١ - كل تحضير أو عملية يراد بها تغيير خصائص النباتات الطبية أو استخلاص منتجات منها .		
٢ - بيع المنتجات الناشئة عن التحضيرات أو العمليات المشار إليها سواء أكان البيع بالجملة أو بالمفرق .		
المادة ٤٠ :	المادة ٤٠ :	
تبقى تجارة النباتات وأجزاء النباتات غير الواردة ذكرها في المادة السابقة حرة شرط أن تكون غير مخلوطة وأن تباع بحالتها الطبيعية وباسمها العلمي أو الدارج مع اسم بلد إنتاجها عند الاقتضاء بدون أية تسمية غير مألوفة أو دلالة علاجية .	مقتبسة من المادة ٤٥ من قانون ١٩٥٠	
المادة ٤١ :	المادة ٤١ :	
يمنع بيع الأدوية السرية ويعتبر دواء سرياً كل دواء لا تحمل بطاقته بيان المادة أو المواد المركب منها .	مقتبسة من المادة ٤٦ من قانون ١٩٥٠ .	
المادة ٤٢ :	المادة ٤٢ :	
يمنع إعلان عن أي دواء أو مستحضر دون تعديل صيدلاني بأية وسيلة من وسائل الاعلام بما فيها اللقائات في الشوارع .	مقتبسة من المادة ٤٧ من قانون ١٩٥٠ مع تعديلات أساسية إذ جاء منع الاعلان إلا في المجالات العلمية وفي الحقول العلمية .	
المادة ٤٣ :	المادة ٤٣ :	
كل دواء يجهز في الصيدليات يجب أن يوضع في وعاء كزجاجة أو علبة أو إناء الصيدليات يجب أن ولا يوجد أي تعديل سوى أنه يجب ذكر	مقتبسة من المادة ٤٨ من قانون ١٩٥٠	

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة
أو رزمة وأن تلصق على الأوعية لاصقة مطبوع عليها اسم الصيدلية وعنوانها وطريقة استعمال الدواء طبقاً لما هو مذكور في الوصفة الطبية والرقم المتسلسل وثمنه واسم المريض .	يوضع في وعاء كزجاجة رقم الهاتف للصيدلية وحذف عبارة « صرف دواء بدون تذكرة طبية » انسجاماً مع المادة ٤٥ .	
تكون اللاصقة بيضاء اللون إذا كان الدواء معداً للاستعمال الداخلي وتكون اللاصقة حمراء اللون إذا كان الدواء معداً للاستعمال الخارجي ويكتب المتسلسل وثمنه واسم عليها : للاستعمال الخارجي « مع المريض .	تلتصق على الوعاء لاصقة مطبوع عليها اسم الصيدلية وعنوانها ورقم هاتفها وطريقة استعمال الدواء طبقاً لما هو مذكور في الوصفة الطبية والرقم المتسلسل وثمنه واسم عليها : للاستعمال الخارجي « مع المريض .	
إضافة كلمة سام إذا كان الدواء يحتوي على مادة سامة أو خطيرة . وتكون اللاصقة خضراء اللون للدواء المعد للاستعمال البيطري سواء أكان من الداخل أو الخارج مع عبارة « للاستعمال البيطري » . وإذا كان الدواء يستدعي فنياً خضه عند الاستعمال فيذكر ذلك صراحة على اللاصقة تكتب على اللاصقة العبارات المذكورة آنفاً باللغة العربية وإحدى اللغتين الفرنسية أو الانكليزية .	تكون اللاصقة بيضاء اللون - تكون اللاصقة بيضاء اللون إذا (بدون تعديل) .	
المادة ٤٤ :	المادة ٤٤ :	
لا يجوز استيراد أو حيازة أو بيع أو توزيع أية مادة من المواد المعدة للاستعمال الصيدلي إذا لم تتوفر فيها الشروط التي تتطلبها النظام الرسمي المذكورة فيه .	مقتبسة من المادة ٤٦ من قانون ١٩٥٠	
المادة ٤٥ :	المادة ٤٥ :	
لا يجوز لأي صيدلي أن يصرف وصفات لا يجوز لأي صيدلي أن مقتبسة من المادة ٥٠ من قانون ١٩٥٠ إلا		

الفصل الثاني في الوصفات الطبية

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة
الأطباء والأطباء البيطريين وأطباء الأسنان إلا إذا كان مجازاً لهم العمل على الأراضي اللبنانية ، ولا يجوز له أن يصرف أي دواء دون وصفة طبية باستثناء الأدوية التي تحدد بقرار من وزير الصحة العامة بعد أخذ رأي نقابة الأطباء ونقابة الصيدلة . ويستمر العمل الصيدلي كالسابق حتى صدور قرار وزير الصحة العامة .	بصرف وصفات الأطباء والأطباء البيطريين وأطباء الأسنان إلا إذا كان مجازاً صرفها دون وصفة طبية للحد من ترك المجال للصيدلة لإعطاء أدوية بدون وصفة طبية .	أنه أجرى بعض التعديل للإيضاح كما وضع نص لتعداد الأدوية التي يمكن صرفها دون وصفة طبية للحد من ترك المجال للصيدلة لإعطاء أدوية بدون وصفة طبية .
المادة ٤٦ :	المادة ٤٩ :	
يكتب الوصفة بطريقة سهلة القراءة تستطيع معها كل صيدلية أن تهيء الدواء الموصوف فيها وكل وصفة لا تحمل اسم وعنوان موقعها مقروءة يجب رفضها .	إذا رأى الصيدلي خطأ في كتابة الوصفة أو خامره شك في أمرها فلا يجوز له أن يغير من تلقاء نفسه أو بموافقة حاملها نصها أو يعدل مقادير الأجزاء المذكورة فيها بل عليه أن يلفت نظر كاتبها إلى الأمور التي استرعت انتباهه فيها وأن يطلب تأييدها خطياً . وإذا كان الوصول إلى كاتب الوصفة متعذراً فيمكن تركيب الوصفة بحسب التعليمات المدرجة في نظام الأدوية .	دون تعديل .
المادة ٤٧ :	المادة ٥٠ :	
يجب على الصيدلي أن يقوم بتجهيز الأدوية وفقاً للدستور المحدد وإذا لم يذكر في الوصفة دستور معين يمكن للصيدلي أن يجهز الدواء وفقاً للدستور المعمول به في لبنان وعليه أن يذكر على الصفة الطبية وفي دفتر قيد الوصفات الدستور الذي جهز الدواء بموجبه .	لا يجوز للصيدلي تجهيز أدوية تحتوي على إحدى المواد الواردة في الجدولين أ وب من نظام الأدوية الفرنسية (الكودكس) والمواد التخليقية إلا بموجب وصفة طبية .	دون تعديل .
المادة ٤٨ :	المادة ٥١ :	
لا يجوز للصيدلي من تلقاء نفسه أو دون تعديل .	كل وصفة جهزت تدرج في سجل الوصف ويذكر اسم موقعها والمواد والمقادير المركبة منها وطريقة استعمالها وثمنها ورقمها المتسلسل وتاريخ تحضيرها . ويجب أن يكون التسجيل	دون تعديل .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة
باتفاق مع حامل الوصفة أن يغير من كميات المواد المذكورة فيها ، أو أن يستعاض عن مادة بمادة أخرى . ولا يجوز للطبيب أن يعين معملاً خاصاً إذا كان المستحضر أو المادة مدرجة في أحد أنظمة الأدوية تحت اسمها العلمي ، ولا يجوز للصيدلي أن يجهز وصفة مكتوبة بعبارات مصطلح عليها مع كاتبها .	تعديل بسيط للتوضيح .	
المادة ٤٩ :	المادة ٤٩ :	
مقتبسة من المادة ٥٤ من قانون ١٩٥٠ دون تعديل .	إذا رأى الصيدلي خطأ في كتابة الوصفة أو خامره شك في أمرها فلا يجوز له أن يغير من تلقاء نفسه أو بموافقة حاملها نصها أو يعدل مقادير الأجزاء المذكورة فيها بل عليه أن يلفت نظر كاتبها إلى الأمور التي استرعت انتباهه فيها وأن يطلب تأييدها خطياً . وإذا كان الوصول إلى كاتب الوصفة متعذراً فيمكن تركيب الوصفة بحسب التعليمات المدرجة في نظام الأدوية .	دون تعديل .
المادة ٥٠ :	المادة ٥٠ :	
مقتبسة من المادة ٥٥ من قانون ١٩٥٠ إلا أنه أضيف إليها خطر تسليم المواد التخليقية بناء لقرارات منظمة الصحة العالمية ومكتب مراقبة المخدرات .	لا يجوز للصيدلي تجهيز أدوية تحتوي على إحدى المواد الواردة في الجدولين أ وب من نظام الأدوية الفرنسية (الكودكس) والمواد التخليقية إلا بموجب وصفة طبية .	دون تعديل .
المادة ٥١ :	المادة ٥١ :	
مقتبسة من المادة ٥٦ من قانون ١٩٥٠ إلا أنه عدلت لجهة تسجيل المبيعات على دفتر تسجيل الوصفات إذ يفترض في كل تاجر مسك سجل مبيعات يمكن لوزارة المالية الاطلاع عليه عند الاقتضاء .	كل وصفة جهزت تدرج في سجل الوصف ويذكر اسم موقعها والمواد والمقادير المركبة منها وطريقة استعمالها وثمنها ورقمها المتسلسل وتاريخ تحضيرها . ويجب أن يكون التسجيل	دون تعديل .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

بخط واضح وأن لا يتخلله بياض أو
يحل فيه حك وتحشية .

المادة ٥٢ : المادة ٥٢ :

تعاد الوصفة إلى صاحبها بعد أن تختتم دون تعديل .
بخاتم الصيدلية ويذكر عليها رقمها
المتسلسل وثمنها وإذا احتفظ الصيدلي
بالوصفة الأصلية اما عملاً بالقوانين
والأنظمة المرعية واما رغبة منه في رفع
التبعة عنه فيعطي حاملها بناء لطلبه
نسخة مطابقة لها بلا مقابل مختومة
بخاتم الصيدلية ومشملة على رقمها
المتسلسل وثمنها .

المادة ٥٣ : المادة ٥٣ :

يلزم الصيدلة بالمحافظة على سر المهنة دون تعديل .
فلا يجوز لهم اطلاع أحد على
الوصفات المسلمة لهم ولا إعطاؤها إلا
للطبيب الذي وصفها أو للمريض أو
لرسوله .

الباب الخامس المستحضرات الخاصة والنظامية - الفصل الأول - المستحضرات الخاصة

المادة ٥٤ : المادة ٥٤ :

تعتبر مستحضرات صيدلانية خاصة دون تعديل .
خاضعة لاحكام هذا القانون الادوية
التي سبق تحضيرها وتجزئتها ليبيها أو
عرضها للبيع بواسطة الصيدليات على
مسؤولية منتجها شرط أن لا تكون واردة
في إحدى طبقات دساتير الادوية
الرسمية .
وتعتبر من المستحضرات الصيدلانية

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

الخاصة صبغات الشعر ومواد التجميل
المحتوية على مادة سامة خطرة أو مواد
طبية ذات مفعول علاجي .

المادة ٥٥ :

المادة ٥٥ : مقتبسة من المادة ٦٠ من قانون ١٩٥٠ مع
كل مستحضر صيدلاني خاص يجب أن دون تعديل : ١ - ٢ - ٣
تذكر على الوعاء الذي يحتويه وعلى ٤ - تاريخ الانتاج لجميع
ظواهر غلافه وفي النشرات الطبية المستحضرات وتاريخ
الداخلية البيانات التالية :
١ - اسم وعنوان المصنع أو الصيدلية المستحضرات التي لها
حيث تم إنتاجه . تاريخ فعالية . وفي هذه
٢ - اسم المستحضر وكميته . الحال يجب على المصنع
٣ - أسماء ومقادير جميع المواد الداخلة والوكيل استرداد كل
في تركيبه ويجب أن تسمى بأسمائها مستحضر له تاريخ محدد
العلمية أو بالأسماء المغطاة لها في للاستعمال وذلك ثلاثة
دستور الأدوية مع لفت النظر الى المواد أشهر قبل انتهاء فعاليته .
السامة والمواد التي لها تأثيرات جانبية أو وكل دواء يظهر فيه خطأ
التي يحظر استعمالها إلا باستشارة في التصنيع أو أي تغيير
الطبيب وجميع التقييدات المفروضة من في مظاهره الخارجية
الدوائر المختصة في بلد المنشأ . يجب على المصنع
٤ - يجب على المصنع أو الوكيل والوكيل استرجاعه .
استرداد كل مستحضر له تاريخ محدد
للاستعمال وذلك ثلاثة أشهر قبل انتهاء
فعاليته . وكل دواء يظهر فيه خطأ في
التصنيع أو أي تغيير في مظاهره
الخارجية يجب على المصنع والوكيل
استرداده .
٥ - الرقم المتسلسل لترخيص وزارة ٥ - دون تعديل .
الصحة العامة .
٦ - ثمن المبيع إلى الجمهور كما هو ٦ - دون تعديل .
محدد في آخر تعرفه لوزارة الصحة
العامة .
٧ - رقم عملية التجهيز . ٧ - دون تعديل .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

المادة ٥٦ :

يحظر صنع أي مستحضر صيدلاني يحظر صنع أي مقتبسة من المادة ٦١ من قانون ١٩٥٠ إلا خاص في لبنان أو استيراده من الخارج مستحضر أنه حول وليس بقانون توخياً للمرونة في إلا بترخيص من وزارة الصحة ١ - دون تعديل . تعديلها عند الاقتضاء . العامة . يرفق طلب الترخيص بستة ٢ - دون تعديل . نماذج من المستحضر وفي حال ٣ - دون تعديل . الاستيراد من الخارج بإفادة رسمية تحال الطلبات والنماذج صادرة عن السلطة المختصة في بلد إلى اللجنة العلمية والفنية المنشأ تفيد أن المستحضر مسجل فيه للأدوية والتي تؤلف ويباع في السوق المحلي مع تاريخ بموجب مرسوم يتخذ في وضعه في التداول ، كما يرفق مع طلب مجلس الوزراء . الترخيص بالعلوم التالية : على اللجنة أن تبت بكل ١ - التركيب الكامل للمستحضر من طلب يقدم إليها بمدة حيث أنواع وكميات المواد الداخلة فيه أقصاها ستة أشهر إلا إذا ومبادئه الفعالة وتأثيراته الجانبية . كانت هناك أسباب معللة ٢ - وصف مفصل لتحديد التحليلي للتأخير يوافق عليها المدير خاصة للمواد الفعالة . العام . وإذا انقضت مدة ٣ - معلومات مفصلة عن سمية الستة أشهر بدون أسباب المستحضر ومفعوله الصيدلاني معللة للتأخير يسمح والسريري وطرق استعماله . تحال بالاستيراد بصورة مؤقتة الطلبات والنماذج إلى لجنة علمية تؤلف حتى تتخذ اللجنة من : قرارها . وفي حال رفض - مدير عام وزارة الصحة العامة رئيساً . المستحضر وجب على - مدير العناية الطبية في وزارة الصحة اللجنة لتعليل الرفض . العامة نائباً للرئيس . وفي حال قبول - رئيس مصلحة الصيدلة في وزارة الصحة المستحضر يحال قرار اللجنة إلى لجنة الأسعار - رئيس فرع الكيمياء في المختبر المنصوص عليها في المركزي . المادة ٨٢ من هذا - رئيس دائرة الاستيراد في وزارة الصحة المرسوم الاشتراعي مع العامة . نموذجين يذكر عليهما - عضوين تتدبهما نقابة الأطباء أحدهما رقم وتساريف التسجيل

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

أستاذ في الطب والثاني أستاذ والسعر المطلوب اعتماده فرماكولوجيا . من المستورد . تحال بقية - عضوين تتدبهما نقابة الصيدلة النماذج إلى المختبر أحدهما أستاذ في العلوم الصيدلانية . المركزي للتحليل . على اللجنة أن تبت بكل طلب يقدم يتقاضى أعضاء اللجنة إليها بمدة ثلاثة أشهر وإلا حق للوزير غير الموظفين تعويض السماح بالاستيراد من قبل صاحب حضور لقاء عملهم في الطلب وبالسعر المقدم ريثما تبت اللجنة تحدد قيمته اللجنة بالطلب . وفي حال رفض بمرسوم يتخذ في مجلس المستحضر يجب تعليله . الوزراء بناء على اقتراح في حال قبول المستحضر يحال قرار وزير الصحة العامة . اللجنة إلى لجنة الأسعار المنصوص أما الرئيس والأعضاء عليها في المادة ٨٢ من هذا القانون مع والموظفون فيتقاضون ، نموذجين يذكر عليهما رقم وتاريخ عندما تعقد جلسات التسجيل والسعر المطلوب اعتماده من اللجنة خارج أوقات الدوام الرسمي تعويضاً تحال بقية النماذج إلى المختبر المركزي عن أعمال إضافية وفقاً للتحليل . يتقاضى أعضاء اللجنة للأحكام النافذة بهذا العلمية غير الموظفين تعويض حضور الشأن . لقاء عملهم في اللجنة ، تحدد قيمته بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناء على اقتراح وزير الصحة العامة . أما الرئيس والأعضاء الموظفين فيتقاضون عندما تعقد جلسات اللجنة خارج أوقات الدوام الرسمي تعويضاً عن أعمال إضافية وفقاً للأحكام النافذة بهذا الشأن .

المادة ٥٧ :

لا يجوز استيراد المستحضرات دون تعديل . مقتبسة من المادة ٦٢ جرت تعديلات الصيدلانية الخاصة المصنوعة في لغاية أساسية عليها إذ : الخارج إلا من قبل صيدلي لبناني بمبلغ ألف ليرة لبنانية ١ - يوجد بعض الأصناف التي لا تستعمل صاحب صيدلية أو صاحب مستودع . تحدد في بلد المنشأ لعدم وجود الدواء .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

ولا يجوز استيراد أو بيع أو وبعد أخذ رأي اللجنة .

٢ - رسم التسجيل أصبح ألف ليرة حسب قيمة العملة .

٣ - سمح لبعض المستشفيات باستيراد بعض الأدوية قبل تسجيلها لأنها حديثة الاكتشاف .

توزيع المستحضرات الصيدلانية الخاصة في لبنان إلا إذا كانت منطبقة على المواصفات التي يحملها المستحضر كما يباع في بلد المنشأ وضمن غلافها المقفل . على أنه يمكن في حالات استثنائية ، تقدرها اللجنة المذكورة في المادة السابقة ، تجاوز هذه الشكليات بحيث يجوز تغيير الاسم والتوضيب عما هو عليه المستحضر في بلد المنشأ وشرط المحافظة دوماً على سائر المواصفات الأخرى للمستحضر .

على طالب الترخيص أن يتقدم بجميع الوثائق التي تثبت ذلك ضمن طلب التسجيل وفقاً للمادة ٥٦ من هذا القانون . كما أنه يجوز عند الضرورة استيراد أو بيع أو توزيع المستحضرات الصيدلانية الخاصة التي لا تباع عملياً في بلد المنشأ بل تصنع خصيصاً لمعالجة الأمراض المستوطنة وفي كل حال لا يجوز استيراد المستحضرات ما لم تكن ذات فائدة عامة .

يرفق طلب الترخيص لصنع المستحضرات الصيدلانية الخاصة في لبنان أو لاستيراده ، من الخارج بإيصال من وزارة المالية بمبلغ مائتي ليرة لبنانية تبقى حقاً مكتسباً للخزينة . يمكن تعديل هذا المبلغ زيادة أو نقصاناً بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناءً على اقتراح وزير الصحة العامة ووزير المالية .

يحق للمستشفيات التعليمية التابعة

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

لكليات الطب العاملة في لبنان استيراد الأدوية التي تحتاجها للأبحاث والتعليم ولا تتوفر في الأسواق المحلية ، دون مراعاة أحكام المادة ٥٦ من هذا القانون .

تحدد المستشفيات التعليمية كما تحدد أنواع الأدوية التي يحق لها استيرادها بقرارات من وزير الصحة العامة .

المادة ٥٨ :
يخضع استيراد وتصدير وإعادة تصدير دون تعديل .
المادة ٥٨ :
مقتبسة من المادة ٦٣ من قانون ١٩٥٠ .

الأدوية والمواد الكيماوية والحليب المعد لغذاء الأطفال لإجازة تعطيها وزارة الصحة العامة .

المادة ٥٩ :
يمنع بيع النماذج الطبية منعاً باتاً كما دون تعديل .
المادة ٥٩ :
مقتبسة من المادة ٦٤ من قانون ١٩٥٠ إلا أنها أصبحت أشمل منعاً للمتاجرة بالنماذج .

المادة ٦٠ :
يجب أن تتوفر في النماذج الطبية التي توزع مجاناً الشروط التالية :
المادة ٦٠ :
مقتبسة من المادة ٦٥ من قانون ١٩٥٠ .

١ - البيانات الواردة في المادة ٥٥ من ١ - البيانات الواردة في هذا القانون .
المادة ٥٥ ما عدا البند

٢ - أن يطبع المصنع على الوعاء (٦) منها
الداخلي وعلى الغلاف الخارجي كلمة « نموذج طبي مجاني محظور بيعه » باللغة العربية وبلغة أجنبية .

المادة ٦١ :
تسجل جميع المستحضرات الصيدلانية الخاصة المرخص بها سواء أكانت مصنوعة في لبنان أو مستوردة من الخارج في سجل خاص في وزارة الصحة العامة . ويجب أن تؤخذ موافقة

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

ويكرس هذا الإلغاء بقرار من وزير الصحة العامة .

٤ - لا يحق للصيادلة أصحاب الصيدليات تصنيع المستحضرات الصيدلانية الخاصة في صيدلياتهم ويستثنى من هذا التدبير الصيادلة الذين كانوا ينصمون في صيدلياتهم قبل تاريخ العمل بهذا القانون على أن يقتصر ذلك على الأصناف التي سبق أن حصلوا على ترخيص بتصنيعها من وزارة الصحة العامة .

المادة ٦٤ : المادة ٦٤ :

يجب أن تتوفر في المصنع الشروط المبينة في المادتين ٢٦ و ٢٧ من هذا القانون مزوداً بمختبر للتحاليل باستثناء شروط الاتصال المباشر بمجهز بجميع الآلات والعدد والمواد اللازمة وبالإضافة إلى ذلك يجب أن يكون لفحص منتجات المصنع المصنع مزوداً بمختبر للتحاليل مشتملاً والمواد الأولية الواردة على جميع الآلات والعدد والمواد إليه . اللازمة لفحص منتجات المصنع والمواد وبالإضافة إلى ذلك يجب الأولية الواردة إليه . أن يكون المصنع مزوداً بفرع للاختبار والتحليل التنفيذي .

المادة ٦٥ : المادة ٦٥ :

يكون لكل مصنع أدوية مدير فني يكون لكل مصنع أدوية مسؤول عن التصنيع ويشترط في المدير مدير فني مسؤول عن الفني أن يكون صيدلياً متفرغاً مخصصاً له التصنيع ويشترط في بمزاولة المهنة ويجوز للمدير الفني أن المدير الفني أن يكون يستعين في عمله بمستخدمين وفقاً لما صيدلياً متخصصاً ومتفرغاً هومين في المادة ١٦ من هذا القانون . مخصصاً له بمزاولة المهنة . ويجوز للمدير الفني أن يستعين في عمله

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

وزارة الصحة العامة عند نقل ملكية المستحضر أو تغيير منشئه .

المادة ٦٢ : المادة ٦٢ :

لا يجوز بعد تسجيل المستحضر إجراء بعد مقتبسة من المادة ٦٧ من قانون ١٩٥٠ أي تعديل في البيانات الواردة في المادة موافقة اللجنة العلمية لأنه يمكن تغيير المقادير والمواد الداخلة ٥٥ من هذا القانون . وإذا قررت وزارة والفنية للأدوية فيه ويجب درس ذلك من اللجنة وذوي الصحة العامة تحليل المستحضر تكون نفقات التحليل على عاتق صاحبه .

الفصل الثاني في مصانع المستحضرات الصيدلانية

المادة ٦٣ : المادة ٦٣ :

١ - لا يجوز إنشاء مصنع للمستحضرات دون تعديل . الصيدلانية الخاصة أو النظامية إلا بترخيص من وزارة الصحة العامة تحدد شروطه بمرسوم وفقاً للأحكام المتعلقة بإنشاء مصانع الأدوية .
٢ - يعطى الترخيص بإنشاء واستثمار المصنع الصيدلي لبناني متفرغ كما يمكن إعطاء الترخيص لشركة شرط أن تقسم في مجلس إدارتها إذا كانت شركة مساهمة صيدلياً لبنانياً واحداً على الأقل وإذا لم تكن شركة مساهمة ان يكون أحد الشركاء فيها على الأقل ، صيدلياً لبنانياً ، يكون مسؤولاً تجاه وزارة الصحة العامة .
٣ - يبلغ قرار الترخيص لنقابة الصيادلة وعلى المرخص له أن ينشئ المصنع ويباشر أعمال الانتاج في مهلة أقصاها ستان من تاريخ صدور قرار الترخيص وإلا اعتبر قرار الترخيص ملغى حكماً .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة
بمستخدمين وفقاً لما هو مبين في المادة ١٦ من هذا المرسوم . المادة ٦٦ :	بالإضافة إلى المدير الفني المذكور في المادة السابقة يجب أن يشرف على العمل في مختبر التحاليل الوارد ذكره في المادة ٦٤ صيدلي متفرغ يكون مسؤولاً مع المدير الفني عن جودة الأصناف التي يقوم المصنع بتجهيزها . التنفيذي ومختبر التحليل الوارد ذكرها في المادة ٦٤ صيدلي واحد على الأقل متخصص ومتفرغ . يكون مسؤولاً مع المدير الفني عن جودة الأصناف التي يقوم المصنع بتجهيزها . المادة ٦٧ :	مقتبسة من المادة ٧٠ من قانون ١٩٥٠ إلا أنه أوجب على الصيدلي المسؤول عن التحاليل أن يكون متفرغاً . على العمل في كل من فرع الاختبار والتركيب التنفيذي ومختبر التحليل الوارد ذكرها في المادة ٦٤ صيدلي واحد على الأقل متخصص ومتفرغ . يكون مسؤولاً مع المدير الفني عن جودة الأصناف التي يقوم المصنع بتجهيزها . المادة ٦٧ :
يجب على الصيدلي المشرف على مختبر التحاليل أن يفحص بدقة تامة كل دفعة من المنتجات والحاصلات والمستحضرات التي تم تجهيزها في المصنع وذلك قبل البدء بتوزيعها وبيعها وقبل إخراجها من المصنع . ويجب كذلك على الصيدلي المشرف على المعمل أن يفحص المواد الأولية للتأكد من أن خواصها الطبيعية أو تركيبها أو بيعها وقبل إخراجها من الكيماوي مطابق للنظم الرسمية المعتدلة أو لما هو وارد في الكتب العلمية أو المراجع الأخرى وبحال عدم المطابقة يجب عليه إعلام وزارة الصحة العامة فوراً والاحتفاظ بهذه المواد	يجب على الصيدلي المشرف على المختبر التحاليل أن يفحص بدقة تامة كل دفعة من المنتجات والحاصلات والمستحضرات التي تم تجهيزها في المصنع وذلك قبل البدء بتوزيعها وبيعها وقبل إخراجها من المصنع . ويجب كذلك على الصيدلي المشرف على المعمل أن يفحص المواد الأولية للتأكد من أن خواصها الطبيعية أو تركيبها أو بيعها وقبل إخراجها من الكيماوي مطابق للنظم الرسمية المعتدلة أو لما هو وارد في الكتب العلمية أو المراجع الأخرى وبحال عدم المطابقة يجب عليه إعلام وزارة الصحة العامة فوراً والاحتفاظ بهذه المواد	مقتبسة من المادة ٧١ من قانون ١٩٥٠ دون أي تعديل في الأساس . مختبر التحاليل أن يفحص بدقة تامة كل دفعة من المنتجات والحاصلات والمستحضرات التي تم تجهيزها في المصنع وذلك قبل البدء بتوزيعها وبيعها وقبل إخراجها من المصنع . ويجب كذلك على الصيدلي المشرف على المعمل أن يفحص المواد الأولية للتأكد من أن خواصها الطبيعية أو تركيبها أو بيعها وقبل إخراجها من الكيماوي مطابق للنظم الرسمية المعتدلة أو لما هو وارد في الكتب العلمية أو المراجع الأخرى وبحال عدم المطابقة يجب عليه إعلام وزارة الصحة العامة فوراً والاحتفاظ بهذه المواد

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة
الأولية ليجري إتلافها من قبل وزارة الصحة العامة أو إعادتها إلى بلد المنشأ بإشراف وزارة الصحة العامة . العلمية أو المراجع الأخرى وبحال عدم المطابقة يجب عليه إعلام وزارة الصحة العامة فوراً والاحتفاظ بهذه المواد الأولية ليجري إتلافها أو إعادتها إلى بلد المنشأ بإشراف وزارة الصحة العامة . المادة ٦٨ :	للنظم الرسمية المعتمدة أو لما هو وارد في الكتب العلمية أو المراجع الأخرى وبحال عدم المطابقة يجب عليه إعلام وزارة الصحة العامة فوراً والاحتفاظ بهذه المواد الأولية ليجري إتلافها أو إعادتها إلى بلد المنشأ بإشراف وزارة الصحة العامة . المادة ٦٨ :	مقتبسة من المادة ٧٢ من قانون ١٩٥٠ إلا أنه أوجب على الصيدلي المسؤول عن التحاليل أن يكون متفرغاً . على العمل في كل من فرع الاختبار والتركيب التنفيذي ومختبر التحليل الوارد ذكرها في المادة ٦٤ صيدلي واحد على الأقل متخصص ومتفرغ . يكون مسؤولاً مع المدير الفني عن جودة الأصناف التي يقوم المصنع بتجهيزها . المادة ٦٧ :
لا يجوز استعمال المصنع لصنع المواد أو مستحضرات غير المستحضرات الصيدلانية كما لا يجوز استعماله مكاناً لعيادة أو لاستشارات طبية أو مختبراً للتحاليل أو محلاً لتظهير الأفلام أو الصور الفوتوغرافية أو لصنع النظارات . المادة ٦٩ :	لا يجوز استعمال المصنع لصنع المواد أو مستحضرات غير المستحضرات الصيدلانية كما لا يجوز استعماله مكاناً لعيادة أو لاستشارات طبية أو مختبراً للتحاليل أو محلاً لتظهير الأفلام أو الصور الفوتوغرافية أو لصنع النظارات . المادة ٦٩ :	مقتبسة من المادة ٧٢ من قانون ١٩٥٠ إلا أنه أوجب على الصيدلي المسؤول عن التحاليل أن يكون متفرغاً . على العمل في كل من فرع الاختبار والتركيب التنفيذي ومختبر التحليل الوارد ذكرها في المادة ٦٤ صيدلي واحد على الأقل متخصص ومتفرغ . يكون مسؤولاً مع المدير الفني عن جودة الأصناف التي يقوم المصنع بتجهيزها . المادة ٦٧ :
على الصيدلي الذي يقوم بتجهيز المستحضرات الصيدلانية الخاصة في صيدليته وعلى المدير الفني لمصنع الأدوية أن يمسك كلاهما دفتر أو بطاقة يدون فيه تباعاً مقدار الكمية المجهزة في كل مرة من كل مستحضر وتاريخ التجهيز وأن يعطي رقماً متسلسلاً لكل عملية تجهيز وأن يدون أيضاً الكميات المستعملة منها وتاريخ تصريفها كل مرة من كل مستحضر والجهات المسلمة إليها ويوقع على هذا الدفتر الصيدلي المسؤول عن التحاليل . المادة ٦٩ :	على الصيدلي الذي يقوم بتجهيز المستحضرات الصيدلانية الخاصة في صيدليته وعلى المدير الفني لمصنع الأدوية أن يمسك كلاهما دفتر أو بطاقة يدون فيه تباعاً مقدار الكمية المجهزة في كل مرة من كل مستحضر وتاريخ التجهيز وأن يعطي رقماً متسلسلاً لكل عملية تجهيز وأن يدون أيضاً الكميات المستعملة منها وتاريخ تصريفها كل مرة من كل مستحضر والجهات المسلمة إليها ويوقع على هذا الدفتر الصيدلي المسؤول عن التحاليل . المادة ٦٩ :	مقتبسة من المادة ٧٤ من قانون ١٩٥٠ دون أي تعديل في الأساس . مختبر التحاليل أن يفحص بدقة تامة كل دفعة من المنتجات والحاصلات والمستحضرات التي تم تجهيزها في المصنع وذلك قبل البدء بتوزيعها وبيعها وقبل إخراجها من المصنع . ويجب كذلك على الصيدلي المشرف على المعمل أن يفحص المواد الأولية للتأكد من أن خواصها الطبيعية أو تركيبها أو بيعها وقبل إخراجها من الكيماوي مطابق للنظم الرسمية المعتدلة أو لما هو وارد في الكتب العلمية أو المراجع الأخرى وبحال عدم المطابقة يجب عليه إعلام وزارة الصحة العامة فوراً والاحتفاظ بهذه المواد

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

الكميات المستعملة منها
وتاريخ تصريفها والجهات
المسلمة إليها ويوقع على
هذا الدفتر الصيدلي
المسؤول عن التحاليل .

المادة ٧٠ : الكميات المستعملة منها

لا يجوز إخراج أصناف كلورات لا يجوز إخراج المواد مقتبسة من المادة ٧٥ من قانون ١٩٥٠ البوتاس أو كلورات الباريوم وحامض الخاضعة لمراقبة وزارة عدلت بالنسبة للمواد إذ أن المواد البكزيك والتريك وأملاحهما من الصحة العامة من المصنع ، المذكورة في المادة ٧٥ لم يعد لها المصنع إلا بتصريح من وزارة الداخلية إلا بتصريح من الجهة استعمال في الصيدليات واستعاض عنها وبعد موافقة وزير الصحة العامة . بمواد أخرى تخضع لمراقبة وزارة الصحة .

الفصل الثالث -

في بيع المستحضرات الصيدلانية الخاصة

المادة ٧١ : تكون البيانات المذكورة على بطاقات دون تعديل .

تكون البيانات المذكورة على بطاقات دون تعديل . مقتبسة من المادة ٧٦ من قانون ١٩٥٠ .
المستحضرات الصيدلانية الخاصة وفي ما يوزع منها من نشرات وإعلانات المنصوص عنها في المادة ٤٢ مطابقة لما تحتويه فعلاً تلك المستحضرات من مواد ويجب ألا تذكر فيها عبارات تتنافى مع الآداب العامة أو من شأنها تضليل الجمهور وإغراؤه .

وتؤخذ موافقة وزارة الصحة العامة على نصوص تلك البيانات أو النشرات أو الاعلانات قبل استعمالها أو نشرها .

المادة ٧٢ : لا يجوز لأصحاب مصانع دون تعديل .

لا يجوز لأصحاب مصانع دون تعديل . مقتبسة من المادة ٧٧ من قانون ١٩٥٠ .
المستحضرات الصيدلانية أو مستورديها

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

أصحاب المستودعات أن يمتنعوا عن بيع ما يصنعون أن يستوردون من المستحضرات للأشخاص المرخص لهم بذلك مقابل دفع ثمنها ولا يجوز بيعها للأفراد .

المادة ٧٣ : المدة ٧٣ :

لوزير الصحة العامة أن يصدر قراراً بناءً لوزير صحة مقتبسة من المادة ٧٨ من قانون ١٩٥٠ على اقتراح اللجنة العلمية بمنع تداول اللجنة العلمية للأدوية ، وجب إصدار القرار بناءً لاقتراح اللجنة أي مستحضر صيدلاني إذا اتضح له أن عن بيعه مع مراعاة أحكام الفنية والعلمية للأدوية لإجراء دراسة استعماله قد الحق ضرراً بالصحة العامة المادة ٥٧ وفي علمية .
أو أنه عديم الفائدة أو إذا توقف بلد المنشأ عن بيعه . وفي هذه الحالة يشطب تسجيل المستحضر من دفاتر الوزارة إذا كان من المستحضرات الصيدلانية الخاصة وتضبط الكميات الموجودة منه إدارياً أينما وجدت وتلف ولا يحق لأصحابها الرجوع على الوزارة بأي تعويض مهما كان نوعه .

الباب السادس

في تمثلي المصانع والمستوردين أصحاب المستودعات

المادة ٧٤ : المدة ٧٤ :

١ - أن تمثلي مصانع الأدوية الذين يمارسون نشاطهم قبل تاريخ العمل بهذا القانون تبقى تجارتهم حرة شرط أن لا يكون لهم مستودع ولا يستوردون لحسابهم الخاص بل لحساب الصيدلة أو أصحاب المستودعات المرخص لهم .
٢ - أن حق تمثلي مصانع الأدوية ينحصر بصيدلة قانونيين مجاز لهم

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

من وزارة الصحة العامة بممارسة
المهنة .

المادة ٧٥ :

ينشأ لكل مصنع أدوية يزيد عدد
المستحضرات المسجلة والمستوردة
أو المصنعة في لبنان عن العشرة أو
لعدة مصانع لا يزيد عددها عن
الخمس ولا تتجاوز مجموع
مستحضراتها الخمسين مكتب
علمي . أما المصانع التي يزيد عدد
مستحضراتها عن الخمسين فيكون
لكل منها مكتب علمي تناط إدارته
بصيدلي لبناني قانوني متفرغ
وتنحصر أعمال هذا المكتب بما
يلي :

١ - تقديم طلبات تسجيل
المستحضرات الصيدلانية
الخاصة على أن ترفق هذه
الطلبات بالمستندات والنماذج
المنصوص عليها في
المادة ٥٦ من هذا القانون .

٢ - إستيراد وتوزيع النماذج الطبية
المجانية من الأدوية على الأطباء
وأطباء الأسنان والأطباء البيطريين
والمستشفيات والمستوصفات
ومؤسسات البحوث العلمية .

٣ - توزيع مواد الدعاية كافة من نشرات
وكتب ومجلات ومطبوعات علمية
وطبية وأشرطة سينمائية علمية
وتنظيم الندوات والمحاضرات
العلمية .

المادة ٧٥ :

مادة جديدة غير مقتبسة من
قانون ١٩٥٠ وضعت أسوة
بالبلدان الراقية والبلدان العربية
المجاورة لضبط الأمور العلمية
لأدوية وانحصر هذا العمل
بالصيدلة والأطباء المتفرغين
فقط .

ينشأ لكل مصنع
أدوية يزيد عدد
مستحضراته
المسجلة والمستوردة
أو المصنعة في لبنان
عن ثلاثين مكتب
علمي . أما المصانع
التي يقل عدد
مستحضراته عن
الثلاثين فإما أن
تجتمع مع غيرها
لإنشاء مكتب علمي
لكل ثلاثين
مستحضر أو أن ينشأ
مكتب خاص بها .
تناط إدارته بصيدلي
لبناني مجاز متفرغ
دون تعديل .
وتنحصر أعمال هذا
المكتب بما يلي :

دون تعديل .
دون تعديل .
دون تعديل .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

٤ - توجيه الدعاية الطبية علمياً
للموظفين الملحقين به والتي تناط
بالصيدلة والأطباء المتفرغين
ومعاونيهم على أن تحفظ حقوق
العاملين في حق الدعاية الطبية
قبل صدور هذا القانون بعد
إبرازهم أوراق تثبت قيامهم بهذه
الأعمال مدة لا تقل عن سنتين في
مستودعات الأدوية التي عملوا
لديها وتصديقها من نقابة الصيدلة
أو الأطباء أو إبراز أوراق تسجيل
لدى الضمان الاجتماعي
وإيصالات دفع ضرائب الدخل .
تقدم المكاتب العلمية وجميع
المؤسسات الصيدلانية لائحة
باسماء الصيدلة أو الأطباء الذين
يعملون لديها إلى وزارة الصحة
العامة - مصلحة الصيدلة - على
مسؤولية مدير المكتب أو المؤسسة
وكل إفادة غير صحيحة تعرض
مرتكبها للعقوبات المنصوص عليها
في المادة ٩٣/ من هذا القانون .

٤ - توجيه الدعاية الطبية
علمياً بالموظفين
الملحقين به والتي تناط
بالصيدلة والأطباء
والمتفرغين على أن تحفظ
حقوق العاملين في حق
الدعاية الطبية قبل صدور
هذا القانون وبعد إبرازهم
أوراق تثبت قيامهم بهذه
الأعمال مدة لا تقل عن
سنتين في مكاتب علمية أو
مستودعات أدوية التي
عملوا لديها وتصديقها من
نقابة الصيدلة وإبراز أوراق
تسجيل لدى الضمان
الاجتماعي وإيصالات دفع
ضرائب الدخل . تقدم
المكاتب العلمية وجميع
المؤسسات الصيدلانية
لائحة بأسماء الصيدلة أو
الأطباء الذين يعملون لديها
إلى وزارة الصحة
العامة - مصلحة الصيدلة -
على مسؤولية مدير المكتب
أو المؤسسة وكل إفادة غير
صحيحة تعرض مرتكبها
للعقوبات المنصوص عليها
في المادة ٩٣ من هذا
القانون .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

المادة ٧٦ :

- ١ - لا يرخص بإنشاء مستودع إلا لصيدلي لبناني أو صيادلة لبنانيين أحدهم متفرغ مرخص له بمزاولة مهنة الصيدلة في لبنان . لا يجوز للصيدلي صاحب المستودع أن يكون صاحب صيدلية أو مختبر ولا شريكاً في أحدهما وعليه أن يتولى إدارة مستودعه بنفسه طيلة الدوام الرسمي وتطبق عليه أنظمة الحضور والدوام وشروط الغياب كما هي مطبقة على الصيدلي صاحب الصيدلية .
- ٢ - لا يجوز للمستودع أن يكون له فروع أخرى ، إلا أنه يُستثنى من هذا الأمر المستودعات التي لها فروع مرخص بها قبل تاريخ العمل بهذا القانون شرط أن يتولى إدارة كل فرع صيدلي قانوني متفرغ .
- يجوز إعطاء الترخيص إلى شركة يكون نصف أعضاء مجلس إدارتها أو نصف شركائها على الأقل من الصيادلة اللبنانيين المرخص لهم بمزاولة المهنة في لبنان ومالكين لربع رأسمالها على الأقل . إن حقوق الصيادلة اللبنانيين في هذه الشركة مهما كان نوعها لا يمكن أن

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

تنتقل إلا لصيادلة لبنانيين . وإذا ، لأي سبب كان ، نقص عدد الصيادلة في هذه الشركة عن النصف ، أو لم يعد الصيادلة اللبنانيون مالكيين ربع الرأسمال يجب إعادة النصاب إلى ما كان عليه في مهلة لا تزيد عن ستة أشهر وإلا حلت الشركة .

يعطى الترخيص للشركة ، بعنوانها أو باسمها التجاري .

٣ - تناط بأحد الشركاء الصيادلة إدارة المستودع الفنية وتطبق عليه نفس الشروط المطبقة على الصيدلي صاحب المستودع المنوه عنه في الفقرة الأولى ويكون هذا الصيدلي مسؤولاً تجاه وزارة الصحة .

يرخص بإنشاء فرع واحد أو أكثر للشركة ولا يعطى الترخيص إلا إذا توافرت في الفرع الشروط المطبقة في الفقرة أعلاه كما أنه يخضع للمعاملات القانونية لإنشاء المستودعات .

المادة ٧٧ :

المادة ٧٧ :

دون تعديل .

مقتبسة من المادة ٨١ من قانون ١٩٥٠ عدلت لجهة مكان المستودع إذ سمح بأن يكون طابقاً علوياً أو تحت الأرض وليس على مستوى الأرض .

يشترط في المستودع :

١ - أن لا يكون في طابق واقع على مستوى الطريق العام .

٢ - أن يكون له مدخل خاص .

٣ - أن لا يتعاطى صاحبه فيه إلا بيع الأشياء والأدوية التي تباع في الصيدليات .

المادة ٧٨ :

المادة ٧٨ :

دون تعديل .

مقتبسة من المادة ٨٢ من قانون

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة
المادة ٧٦ لطالبه ، صيدلياً أو شركة ، بناءً على طلب يشتمل على عنوان المستودع وعلى تصريح الطالب بأنه مالك أو مستأجر للمستودع ، مرفقاً بنسخة عن سند الملكية أو عن عقد الإيجار ، وإذا كان الطلب صادراً عن شركة فيجب أن يرفق بنسخة عن عقد الشركة أو نظامها .	المادة ٧٩ : تطبق على المستودعات أحكام المادتين ١٠ و ١١ من هذا القانون ولا يجوز نقلها من مكان إلى آخر إلا بإجازة من وزارة الصحة العامة . وتعطى هذه الإجازة حكماً إذا توفرت في المكان الجديد الشروط القانونية .	١٩٥٠ ، إنسجماً مع المواد السابقة لخطة الترخيص لشركة .
المادة ٨٠ : لا يجوز لأصحاب المستودعات بيع أو توزيع الأدوية لغير الصيدلة أصحاب الصيدليات أو أصحاب المستودعات أو الذين رخص لهم بالبيع من العموم بموجب هذا القانون .	المادة ٨٠ : دون تعديل .	مقتبسة من المادة ٨٣ من قانون ١٩٥٠ .
المادة ٨١ : يجب على أصحاب المستودعات أن يمسكوا قيوداً للداخل والخارج من المنتجات والأدوية التي يحرزونها . كما يجب على من لديه مواد مخدرة أو مواد تخليقية	المادة ٨١ : دون تعديل .	مقتبسة من المادة ٨٤ من قانون ١٩٥٠ وضعت بنص صريح لفرض قيود على جميع المستودعات .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة
مسك سجلات إضافية خاصة لكل منها . وفي كل الأحوال يجب أن تكون القيود المدرجة في السجلات المثبتة لجهة المواد الداخلة إلى المستودع بالقوائم العائدة إليها ولجهة المواد الخارجة منه بالايصالات المعطاة من أصحاب الصيدليات أو المرخص لهم . تحفظ هذه المستندات مدة خمس سنوات . تخضع المستودعات للتفتيش المفروض على الصيدليات .		

الباب السابع - في تسعيرة الأدوية -

المادة ٨٢ : يضع وزير الصحة العامة بقرار يصدر عنه تعرفه بأسعار بيع المستحضرات الصيدلانية الجاهزة وتحدد هذه الأسعار بمعرفة لجنة مؤلفة بقرار من وزير الصحة العامة . يذكر على كل طلب محال إلى لجنة الأسعار رقم وتاريخ التسجيل لدى اللجنة المنصوص عليها في المادة ٥٥ من هذا القانون . وعلى اللجنة أن تبت بكل طلب يردها من اللجنة العلمية في مهلة أقصاها شهر واحد إذا كانت مرفقة	المادة ٨٢ : يضع وزير الصحة العامة بقرار يصدر عنه تعرفه بأسعار بيع المستحضرات الصيدلانية الجاهزة وتحدد هذه الأسعار بمعرفة لجنة مؤلفة بقرار من وزير الصحة العامة . يذكر على كل طلب محال إلى لجنة الأسعار رقم وتاريخ التسجيل	عدلت لتحديد من له صلاحية في تحديد الأسعار .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

بجميع المستندات اللازمة . وفي هذه الحال ، إذا لم تبت اللجنة بالطلب في المهلة المذكورة يمنع الوزير إجازة استيراد لمدة سنة بالتسعييرة التي تقدم بها صاحب العلاقة . ثم يوقف استيراده أو يتقيد بالتسعييرة المحددة من قبل اللجنة ، تضع مصلحة الصيدلة في وزارة الصحة العامة دليلاً للمستحضرات الصيدلانية ولا يمكن تسجيل دواء فيه ما لم يكن مرخصاً به من قبل اللجنة العلمية ومحدداً سعره من قبل لجنة الأسعار وبعد وضع هذا الدليل لا يجوز بيع أي دواء في لبنان ما لم يكن مسجلاً فيه .

لدى اللجنة المنصوص عليها في المادة ٥٥ من هذا القانون وعلى اللجنة أن تبت بكل طلب يرددها من اللجنة العلمية والفنية وإذا كانت مرفقة بجميع المستندات اللازمة . تضع مصلحة الصيدلة في وزارة الصحة العامة دليلاً للمستحضرات الصيدلانية ولا يمكن تسجيل دواء فيه ما لم يكن مرخصاً به من قبل اللجنة الفرعية للأسعار . وبعد وضع هذا الدليل لا يجوز بيع أي دواء في لبنان ما لم يكن مسجلاً فيه .

الباب الثامن في المختبرات للتحاليل الطبية

المادة ٨٣ : حذف نص المادة ٨٣ من النص المقرر يمنع الجمع بين مزاولة مهنة يرخص للصيديلي الحائز لأنه لا يجوز ممارسة مهنة الصيدلة .
المادة ٨٣ : على إجازة مزاولة مهنة الصيدلة وبيان :
١ - أية وظيفة رسمية مدنية أو الصيدلة وعلى شهادة جدول النقابة (المادة ٣ من قانون إنشاء عسكرية . اختصاص في التحاليل النقابة) .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

٢ - التعليم بصفة أستاذ متفرغ في الطبية . معاهد الطب أو الصيدلة وسواها . أن يفتح ويدير مختبراً وفقاً إن كان في الإدارة العامة أو في الجامعة لا يشمل هذا المنع الموظفين والأساتذة لقانون المختبرات .
المتفرغين الذين يمارسون وظائفهم قبل العمل بهذا القانون وهم مسجلون في جدول النقابة .
والصيدلي الموظف يمارس مهنة الصيدلة التي يدرس فيها ثم استعفي عنه بنص طبي انسجاماً مع قانون المختبرات الطبية الخاصة .

الباب التاسع في التفتيش

المادة ٨٤ : تأمناً لتطبيق القوانين والأنظمة المرعية المتعلقة بمزاولة مهنة الصيدلة ومكافحة غش المواد ذات الخصائص الطبية أو الصحية والتحقق من نوعية المنتجات والتحري عن صنع وبيع المستحضرات أو المركبات الصيدلانية بدون ترخيص قانوني ، يجري دورياً وكلما دعت الحاجة إلى ذلك ، تفتيش الصيدليات وخزائن الأدوية وبصورة عامة جميع الأماكن التي تصنع أو تودع أو تعرض للبيع أو التوزيع فيها منتجات ذات خصائص طبية أو صحية أو سامة .
ويجب على الصيادلة وأصحاب مستودعات الأدوية والأطباء المصرح لهم بموجب المادة ٣٤ من هذا القانون وكسل من في حيازته منتجات ذات خصائص طبية أو صحية أو سامة سواء كانوا مالكيين لمؤسسات أو مديريين لها أن يسمحوا للمفتش الصيدلي بمعاينة المنتجات الموجودة في مستودعاتهم أو

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

مصانهم أو أماكن عيادتهم وملحقاتها .
ويجب عليهم أن يطلعوه لدى طلبه على
جميع المستندات المتعلقة بمزاولة
مهنتهم من الناحية الفنية وأن يمكنوه من
زيارة جميع الأماكن والملحقات
المستعملة لتجاريتهم وحرفهم والكشف
على القيود والسجلات الخاصة بالمواد
التخليقية والمخدرات وأخذ عينات عند
اللزوم للتحاليل وذلك بأمر من رئيس
مصلحة الصيدلة .

المادة ٨٥ :

المادة ٨٥ :
يحلف كل من المفتشين التابعين
لمصلحة الصيدلة اليمين التالية أمام
محكمة الدرجة الأولى (الغرفة
المدنية) : « أقسم بالله بأن أقوم
بوظيفتي بأمانة وإخلاص وشرف » .
« وأن أعمل على تطبيق القوانين
والأنظمة بكل دقة وأن أحافظ على سر
المهنة وكرامتها » .
ويمكنهم أن يطلبوا معاونو رجال القوة
العامة عند الاقتضاء .
يجري تفتيش الصيدليات والمؤسسات
الصيدلانية من قبل صيدلي مفتش سواء
أكان وحده أو برفقة رئيسه .

المادة ٨٦ :

يضع المفتش بعد كل تفتيش يقوم به
محضراً عن نتيجة ذلك مشتملاً على
ملاحظات من جرى التفتيش لديه
ويرفعه لرئيسه .
وفي حال وقوف المفتش على مخالفات
وفقاً لما هو منصوص عليه في الباب

مقتبسة من المادة ٨٨ من قانون ١٩٥٠ إلا
أنه وضع نص يوجب إبلاغ النقابة عن
المخالفة .
ثم سمح للمفتشين بمصادرة الدواء عند
مخالفة المادتين ٩١ و ٩٢ ضمناً
بالمصلحة العامة .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

العاشر (العقوبات) ينظم محضراً
بالمخالفات في موقع المخالفة وتبلغ
نقابة الصيدلة نسخة عن هذا
المحضر .
أما عند انطباق المخالفة على أحكام
المادتين ٩١ و ٩٢ من هذا القانون
فيقوم المفتش بعملية مصادرة الدواء بعد
تنظيم جردة تفصيلية بالكمية والأصناف
المصادر .

المادة ٨٧ :

تضبط مخالفات النصوص القانونية دون تعديل .
المتعلقة بالسفن ويقانون
المخدرات وبصحة المكاييل والموازين
وسائر أدوات الصيدليات وتنظم
المحاضر بها وفقاً للأحكام القانونية
المتعلقة بها . ويعود هذا الحق
للمفتشين التابعين لمصلحة الصيدلة في
وزارة الصحة العامة دون سواهم بالرغم
من كل نص مخالف ودون أن يترتب
على ذلك أي مساس بالصلاحيات
المخولة لرجال الضابطة العدلية .

الباب العاشر في العقوبات

المادة ٨٨ :

يعاقب بغرامة من خمسة آلاف إلى
خمس وعشرين ألف ليرة لبنانية
وبالحبس من سنة إلى ثلاث سنوات أو
بإحدى هاتين العقوبتين بالإضافة إلى
مصادرة الدواء أو الأدوية لحساب وزارة
الصحة العامة كل من ينشئ صيدلية أو

مقتبسة من باب العقوبات وقسمت
المخالفات حسب أهميتها والحاقها
الضرر بالصحة العامة ووضع لها
عقوبات .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

مؤسسة صيدلانية أو يصنع أو يبيع
بالجملة أو بالمفرق أو يوزع أدوية أو
يحرزها بقصد البيع أو التوزيع بدون أن
يكون متعمداً الشروط القانونية وحائز
الترخيص القانوني .

ولا يجوز في مطلق الأحوال أن تقل
عقوبة الحبس عن ثلاثة أشهر والغرامة
عن حدها الأدنى . وعند التكرار
تضاعف العقوبة .

المادة ٨٩ :
المادة ٨٩ :

يعاقب بغرامة من ثلاثة آلاف إلى عشرة
آلاف ليرة لبنانية وبالحبس من شهرين
إلى ستة أشهر أو بإحدى هاتين
العقوبتين كل صاحب مستودع يبيع من
غير من لهم حق أو صفة بيع الأدوية .

ولا يجوز في مطلق الأحوال أن تقل
عقوبة الحبس عن شهر واحد والغرامة
عن حدها الأدنى . وعند التكرار
تضاعف العقوبة بالإضافة إلى الحكم
بإقفال المستودع وسحب رخصته .

المادة ٩٠ :
المادة ٩٠ :

يستهدف للعقوبة ذاتها المنصوص عليها
في المادة ٨٩ كل صاحب صيدلية أو
مستودع أو مصنع أو مستورد أو وكيل
يمنع عن بيع الأدوية أو يقفل محله دون
إذن بذلك من وزارة الصحة العامة .
ولهذه الوزارة أن تصدر الأدوية موضوع
الاحتكار .

المادة ٩١ :
المادة ٩١ :

يستهدف للعقوبة ذاتها المنصوص عليها
في المادة ٨٩ ويمنع من مزاولة مهنة
الصيدلة كل صيدلي يمكن بأي وسيلة

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

كانت أشخاصاً غير صيادلة من مزاولة
هذه المهنة . ويعاقب أيضاً بالعقوبة
ذاتها سائر الأشخاص المنصوص عليهم
في الفقرة الأخيرة من المادة ١٤ عند
مخالفتهم لأحكام الفقرة المذكورة .

المادة ٩٢ :
المادة ٩٢ :

يعاقب بغرامة من خمسة آلاف إلى
خمس وعشرين ألف ليرة لبنانية كل
مستورد أو مستودع يبيع الدواء أو
المستحضرات الصيدلانية بسعر يفوق
التعرفة المحددة من قبل وزارة الصحة
العامة .

ولا يجوز في مطلق الأحوال أن تقل
الغرامة عن حدها الأدنى .

كما أنه يحق للوزارة أن تصدر الدواء
وتبيعه إلى الصيدليات بالسعر المحدد
وعلى هذه الأخيرة أن تدفع الثمن
للمستورد .

وفي حال ارتكاب المخالفة المذكورة
من قبل صيدلية لا يجوز أن تقل الغرامة
عن نصف حدها الأعلى وبالإضافة إلى
ذلك يصادر الدواء من قبل الوزارة .

المادة ٩٣ :
المادة ٩٣ :

جميع المخالفات الأخرى لأحكام هذا
القانون يعاقب مرتكبها بالغرامة من ألفي
ليرة إلى خمسة آلاف ليرة لبنانية .

ولا يجوز في مطلق الأحوال أن تقل
الغرامة عن حدها الأدنى . وعند التكرار
تضاعف الغرامة ويقضي بالحبس من
عشرة أيام إلى الشهر .

ولا يجوز عند التكرار أن تقل عقوبتي

مقتبسة من باب العقوبات وقسمت
المخالفات حسب أهميتها وإلحاقها
الضرر بالصحة ووضع لها عقوبات .

مقتبسة من باب العقوبات وقسمت
المخالفات حسب أهميتها وإلحاقها
الضرر بالصحة العامة ووضع لها
عقوبات .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأشباب موجبة

على اقتراح وزير التربية الوطنية والفنون
الجميلة ووزير المالية .

المادة ٩٧ : المادة ٩٧ :

تستوفي وزارة الصحة العامة رسماً دون تعديل .
مقطوعاً عن الإجازة بممارسة مهنة
الصيدلة على الأراضي اللبنانية تحدد
قيمة هذا الرسم بمرسوم يتخذ في
مجلس الوزراء بناءً على اقتراح وزير
الصحة العامة ووزير المالية .

الباب الثاني عشر أحكام انتقالية ختامية

المادة ٩٨ : المادة ٩٨ :

للمستورد أو خلفائه من أصحاب
الحقوق غير الصيدلي المجاز من قبل
وزارة الصحة العامة قبل تاريخ العمل
بهذا القانون أن يتابع عمله . وإذا كان
صاحب مستودع فعليه أن يتخذ للإدارة
الفنية صيدلياً قانونياً متفرغاً يداوم طيلة
أوقات دوام المستودع ، ويجب أن
لا يكون صاحب صيدلية ولا شريكاً
فيها .
الفنية صيدلياً قانونياً
متفرغاً يداوم طيلة أوقات
دوام المستودع ، ويجب
أن لا يكون صاحب
صيدلية ولا شريكاً فيها .

المادة ٩٩ : المادة ٩٩ :

يجوز لأصحاب الصيدليات غير حاملي
الشهادات والمرخص لهم قبل العمل
بهذا القانون أن يتابعوا أعمالهم ضمن
مقتبسة من قانون ١٩٥٠ المادة ١٠٣/دون
تعديل .

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب وإعادة فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأشباب موجبة

الحبس عن نصفها والغرامة عن حدها
الأعلى .

المادة ٩٤ : المادة ٩٤ :

يسقط من حق مزاولة مهنة الصيدلة كل
صيدلي يحكم عليه بجنابة أو بجنحة
شائنة أو يرتكب الغش في المواد
الصيدلانية أو يبيع أدوية سرية أو
مخدرات أو من أجل مزاولة مهنة الطب
بصورة غير قانونية .

المادة ٩٥ : المادة ٩٥ :

يمكن استرداد رخصة الاستثمار مؤقتاً أو
نهائياً بمقتضى قرار من وزير الصحة
العامة يصدر بعد سماع صاحب العلاقة
وذلك في الأحوال الآتية :

- ١ - فقدان صاحب الرخصة أحد
الشروط القانونية .
- ٢ - إعلان إفلاس الصيدلي وتعاد له
الرخصة إذا انتهى الإفلاس بعقد
مصالحة نهائية .
- ٣ - صدور حكم جزائي يثبت إحقاقه
الضرر بصحة الغير نتيجة عمل من
أعمال مهنته .

الباب الحادي عشر في الرسوم

المادة ٩٦ : المادة ٩٦ :

تستوفي وزارة التربية الوطنية والفنون
الجميلة من كل مرشح لامتحان
الكولوكيوم المفروض لمزاولة مهنة
الصيدلة رسم تسجيل مقطوع يحدد
بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناءً

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب واعاده فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

منطوق الرخص المعطاة لهم ويحق
لوزير الصحة العامة نقل هذه الرخص
إلى أماكن لا يوجد فيها صيدلية .

المادة ١٠٠ : المادة ١٠٠ :

على جميع المؤسسات والأشخاص دون تعديل .
المنصوص عليهم في هذا المرسوم
الاشتراعي أن يتقيدوا بأحكامه في مهلة
ثلاثة أشهر من نشره .

المادة ١٠١ : المادة ١٠١ :

ان الصيدليات التي يملكها صيادلة حذفت .
قانونيون والمرخص لها وفقاً للنصوص
الاشتراعية النافذة قبل العمل بهذا
القانون تبقى قائمة مهما كان عددها
والمسافة الفاصلة بعضها عن بعض .
وإذا اضطرت من جراء قوة القاهرة لتغيير
مكانها حق لها أن تبقى في الجوار شرط
أن تراعي المسافة الفاصلة بينها وبين
أقرب صيدلية لها .
وإذا شاء الصيدلي أن ينقل صيدليته من
تلقاء نفسه دون وجود قوة القاهرة إلى
مكان آخر يفتقر إلى صيدلية حق له ذلك
بعد موافقة وزارة الصحة على أن تراعي
المسافة المنصوص عليها في المادة ١٢
من هذا المرسوم .

المادة ١٠٢ : المادة ١٠٢ :

مع مراعاة أحكام القانون الرامي إلى مع مراعاة أحكام قانون عدلت لحفظ قانون إنشاء المكتب الوطني
إنشاء مكتب وطني للأدوية تلغي جميع إنشاء المكتب الوطني للأدوية .
النصوص الاشتراعية والنصوص المتممة للدواء تلغي جميع
لها المخالفة لهذا القانون أو غير النصوص الاشتراعية
المؤتلفة مع أحكامه . والنصوص المتممة لها

مشروع القانون الذي أقره مجلس النواب واعاده فخامة الرئيس إلى المجلس بتاريخ ١٩٨٠/٦/٢	النص الجديد مشروع مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة	ملاحظات وأسباب موجبة

المخالفة لهذا المرسوم أو
غير المؤتلفة مع أحكامه .

المادة ١٠٣ : المادة ١٠٣ :

ينشر هذا القانون في الجريدة ينشر هذا المرسوم
الاشتراعي في الجريدة الرسمية .
الرسمية .

ملحق رقم (١١)

مشروع مرسوم المتعلق بشروط تسجيل الدواء في لبنان مرسوم رقم

ان رئيس الجمهورية .

بناءً على الدستور اللبناني .

بناءً على قانون مزاوله مهنة الصيدلة الصادر بتاريخ ١٠/٣١/١٩٥٠ .

وبناءً على اقتراح وزير الصحة والشؤون الاجتماعية وبعد موافقة مجلس الوزراء .

يرسم ما يأتي .

المادة الأولى : يحظر تداول الأدوية إلا بترخيص من وزارة الصحة العامة بموافقة اللجنة العلمية والفنية على تسجيل هذه الأدوية .

المادة الثانية : تعتمد اللجنة العلمية والفنية في موافقتها في تسجيل الدواء على الأسس التالية :

١ - أن يكون المصنع المنتج مسجلاً ومقبولاً لدى الوزارة .

٢ - أن يكون الدواء فعالاً وقليل السمية .

٣ - أن يكون هناك حاجة كلية في السوق اللبناني وأن يكون متداولاً بنفس التركيب والشكل في بلد المنشأ .

المادة الثالثة : يعتبر كل شكل وعبوة وعبادة للدواء ، دواء مختلفاً يجب تسجيله بمفرده .

المادة الرابعة : تقبل كل المصانع المنتجة وتسجل لدى الوزارة بناءً على مواصفات محدّدة في استمارة تصنيف المصانع وتملاً هذه الاستمارة من قبل المصانع المعنية .

المادة الخامسة : يرفق طلب الترخيص لتسجيل واستيراد مستحضر خاص من شركة مسجلة ومقبولة ، بالمستندات التالية :

١ - سند إيصال من وزارة المالية بمبلغ مائتي ليرة لبنانية تكتسب حقاً للخرينة .

٢ - (٦) نماذج من الدواء مع ٦ منشورات .

٣ - شهادة منشأ أي إفادة رسمية صادرة عن السلطة المختصة في بلد المنشأ تفيد أن المستحضر مسجل فيه ويباع في السوق المحلي بنفس التركيب والشكل والعبوة والعيار مع تاريخ وضعه موضع التداول .

٤ - شهادة تحليل أي التركيب الكامل للمستحضر من حيث أنواع وكميات المواد الداخلة فيه ومبادئه الفعالة .

٦ - طريقة التحليل أي وصف مفصل للتحديد التحليلي خاصة للمواد الفعالة .

٦ - معلومات مفصلة عن ثبات الدواء وشروط تخزينه بما في ذلك مدة الفعالية .

٧ - معلومات مفصلة عن مفعول الدواء الفارماكولوجي والسريري وطرق استعماله .

٨ - معلومات مفصلة عن آثار المستحضر الجانبية ، سميته والمضادات إذا وجدت .

٩ - معلومات مفصلة عن التوافر الحيوي للدواء .

١٠ - معلومات مفصلة عن تفاعله مع الأدوية الأخرى والأمصال والفحوص المخبرية .

١١ - نسخ من دراسات نشرت في مجلات طبية أو صيدلانية أو بيان بهذه الدراسات .

١٢ - شهادة أسعار مصدقة حسب الأصول تحتوي على أسعار الفوب وأسعار العموم في بلد المنشأ .

المادة السادسة : يرفق طلب الترخيص لتسجيل واستيراد مستحضر نظامي من شركة مسجلة ومقبولة بالمستندات التالية :

١ - سند إيصال من وزارة المالية بمبلغ خمسمائة ليرة لبنانية تكتسب حقاً للخرينة .

٢ - ٦ نماذج من الدواء مع ٦ منشورات .

٣ - شهادة منشأ .

٤ - شهادة تحليل .

٥ - طريقة التحليل مفصلة عن التوافر الحيوي للدواء .

٦ - معلومات مفصلة عن التوافر الحيوي للدواء .

٧ - شهادة أسعار الدواء مصدقة حسب الأصول تحتوي على أسعار الفوب في بلد المنشأ .

المادة السابعة : يرفق طلب الترخيص لتسجيل وتصنيع مستحضر خاص ، من مصنع لبناني مسجل ومقبول ، بجميع المستندات الواردة في المادة الخامسة باستثناء شهادة المنشأ وشهادة الأسعار .

المادة الثامنة : يرفق طلب الترخيص لتسجيل وتصنيع مستحضر نظامي ، من مصنع لبناني مسجل ومقبول ، بجميع المستندات الواردة في المادة السادسة باستثناء شهادة المنشأ وشهادة الأسعار .

المادة التاسعة : تتخذ اللجنة قرارها بشأن التسجيل في مدة أقصاها ٦ أشهر إلا إذا كانت هناك أسباب معللة للتأجيل يوافق عليها المدير العام .

المادة العاشرة : على الشركة أو المصنع المنتج اعلام اللجنة بأي تغير أو تعديل يطرأ على مواصفات الدواء المسجل ، ويجب بالتالي إعادة تسجيله من جديد ، كما يتوجب على الشركة إحاطة اللجنة بكل المعلومات الجديدة التي تتعلق بالفعالية وطرق الاستعمال والآثار الجانبية والسّمية .

المادة الحادية عشرة : يحق للجنة إلغاء تسجيل الدواء إذا :

١ - تبين أن التسجيل تم بناءً على معلومات مغلوطة وغير صحيحة .

٢ - تبين أن الدواء غير فعال أو شديد السّمية وذلك بناءً على تقارير علمية أو تقارير منظمات عالمية لمراقبة الأدوية .

المادة الثانية عشر : لا يسمح باستيراد وصنع وبيع الأدوية التي تحمل تاريخ فعالية محدّدة وخاصة مستحضرات المرديات بتعبئات كبيرة إلا إذا كانت كل وحدة منها مغلفة بغلاف عازل للمؤثرات الخارجية ، ويحمل غلاف كل وحدة اسم المستحضر وكميته ورقم التحضير وتاريخ الصنع وتاريخ انتهاء الفعالية .

المادة الثالثة عشر : يستثنى من المادة السابقة التعبئة الكبيرة المستوردة بموافقة الوزارة للمؤسسات الرسمية والتعليمية والجمعيات الخيرية .

المادة الرابعة عشر : تشرف اللجنة الفنية على اعداد الدليل الصيدلاني الرسمي وتأهيله دورياً . ويبيّن هذا الدليل الأسماء التجارية والعلمية للمستحضرات النظامية المسجلة والمجاز بيعها في لبنان . وتوقف وزارة الصحة استيراد وتصنيع أي مستحضر غير مدرج في الدليل أو ملحقاته وتطبق بحق كل مخالف العقوبات المنصوص عنها في القوانين والأنظمة .

المادة الخامسة عشر : يسمح للمستشفيات التعليمية باستيراد أدوية غير مسجلة لدى وزارة الصحة لاستعمالها للمعالجة والأبحاث داخل المستشفى وذلك بناءً على طلب الصيدلي المسؤول وعلى مسؤوليته وبعد موافقة اللجنة العلمية الفنية .

ملحق رقم (١٢) :

الجمهورية اللبنانية مشروع مرسوم رقم حول اللجنة العلمية والفنية في وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية

ان رئيس الجمهورية اللبنانية .
بناءً على الدستور اللبناني .

بناءً على قانون مزاوله مهنة الصيدلة الصادر بتاريخ ١٩٥٠/١٠/٣١ .

بناءً على اقتراح فريق العمل المكلف بدراسة مشكلة الدواء بموجب قرار رقم ١/٢٨٠ تاريخ ١٢/٧/١٩٨٢ .

بناءً على اقتراح وزير الصحة العامة وبعد موافقة مجلس الوزراء يرسم ما يأتي :

المادة الأولى : تلغى جميع اللجان العلمية والفنية المؤلفة بموجب مراسيم وقرارات في وزارة الصحة العامة . ويستعاض عنها بلجنة موحدة تدعى :
« اللجنة العلمية والفنية في وزارة الصحة العامة » .

المادة الثانية : تشكل اللجنة العلمية والفنية المذكورة في المادة الأولى من هذا المرسوم على النحو التالي :

- مدير المختبرات والصيدلة في وزارة الصحة .
- رئيس مصلحة الصيدلة في وزارة الصحة .
- رئيس دائرة استيراد الأدوية وتصديرها في وزارة الصحة العامة .
- مندوب عن نقابة الأطباء .
- مندوب عن نقابة الأطباء .
- مندوب عن نقابة الصيادلة .
- ٤ أساتذة في الفرمكولوجيا والطب العلاجي من كليات الطب في لبنان .

رئيساً

أعضاء

دائمين

ويمكن لهذه اللجنة الاستعانة حسب المواضيع المطروحة بذوي الخبرة والاختصاص .

لوزير الصحة العامة ومدير عام هذه الوزارة الحق بحضور جلسات هذه اللجنة وجلسات اللجان الفرعية .

المادة الثالثة : يوزع أعضاء اللجنة العلمية والفنية إلى لجان فرعية والتي يصار إلى تشكيلها حسب المواضيع المطروحة ، ويعاد النظر بهذا التوزيع مرة كل سنة .
وتعد من اللجان الدائمة :

- اللجنة الفرعية لتصنيف المصانع المحلية والعالمية .
- اللجنة الفرعية لدرس طلبات تسجيل الأدوية .

اللجنة الفرعية :

يمثل وزارة الصحة العامة في كل لجنة فرعية أحد موظفي هذه الوزارة على الأقل ، ويكون مقرر الجلسة .

تتعقد اللجان الفرعية اجتماعاتها مرة كل أسبوع على الأقل ، وتعقد اللجنة العلمية والفنية جلسة عامة مرة كل شهر على الأقل لأخذ التوصيات .

المادة الرابعة : على اللجنة العلمية والفنية القيام بدراسة الأمور التالية (على سبيل المثال لا الحصر) :

- درس ملفات مصانع الأدوية المحلية والعالمية وتصنيفها .
- درس وبت في طلبات إنشاء مصانع للأدوية واستثمارها في لبنان .
- درس وبت في طلبات تسجيل الأدوية وتصنيفها .
- الاشراف على إعداد الدليل الصيدلي واقتراح التعديلات اللازمة .
- كل مسألة يطرحها عليها وزير الصحة العامة ، وتتعلق بالدواء .

المادة الخامسة : تعدّ اللجنة العلمية والفنية نظامها الداخلي ونظام اللجان الفرعية في الجلسة الأولى التي تعقدها على أن يصبح هذا النظام نافذاً بعد موافقة وزير الصحة العامة .

المادة السادسة : يتقاضى كل من أعضاء اللجنة من خارج ملاك وزارة الصحة العامة تعويضاً قدره ل.ل. عن كل جلسة على أن لا يتعدى ذلك ل.ل. في الشهر.

المادة السابعة : ينشر هذا المرسوم ويبلغ حيث تدعو الحاجة .

صدر عن رئيس الجمهورية
رئيس مجلس الوزراء

بعيدا في
وزير الصحة العامة
الدكتور عدنان مروة

ملحق رقم (١٣) : انشاء مصانع الادوية .

الجريدة الرسمية - العدد ٤٥ - ١٩٨٣/١١/١٠

١٣٤١

مرسوم اشتراعي رقم ١٠٦

انشاء مصانع الادوية

ان رئيس الجمهورية
بناء على الدستور

بناء على القانون رقم ٨٢/٢٦ تاريخ ١٩٨٢/١١/١٠ (منسح الحكومة)
امدار مراسيم اشتراعية (

بناء على القانون رقم ٨٢/١٠ تاريخ ٨٢/٥/٢١ (تمديد العمل بالقانون)
رقم ٨٢/٢٦ تاريخ ١٩٨٢/١١/١٧ (

وبعد استشارة مجلس شوري الدولة
بناء على اقتراح وزير الصحة العامة

وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ ١٩٨٣/٩/٧

يرسم ما يأتي :

المادة الاولى - يخضع انشاء مصنع لادوية لاجارة من وزارة الصحة العامة ويعطى هذه الاجارة بقرار من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام لوزارة الصحة العامة المبني على رأي مصلحة الهندسة الصحية .

يجب ان يتضمن طلب الاجارة المستندات التالية :

١ - خريطة عامة بمقياس ١/٢٠٠٠ (واحد على الفين) على الاقل تبين فيها بالتفصيل المنشآت الكائنة في البقعة المحيطة بالمؤسسة على مسافة لا يقل قطرها عن ثلاثمائة مترا وخاصة المدارس والمباني العامة والمحطات والمستودعات والمؤسسات الصناعية والابار وجداول الماء ومجاريها .

ب - خريطة ١/٢٠٠ (واحد على مائتين) على الاقل تبين موقع المصنع بالتفصيل ضمن العقار الخاص بالانشاء .

ج - خريطة اجمالية لكل طابق مقياس ١/١٠٠ (واحد على مائة) تبين فيها الترتيبات التي يسراها اجراؤها والمعدات والادوات ومحل تركيبها .

د - خريطة مفصلة لواجهات المصنع كافة .

هـ - خريطة تبين فيها مدله كيفية تدوير الماء البارد والفضلات .

المادة ٢ - يجب ان يكون موقع المصنع بعدد البعد الكافي عن بقعة المعامل الكيميائية التي تؤثر على موقعه او تضر بمنتجاته .

المادة ٣ - يجب ان يبعد بناء المصنع عشرة امتار على الاقل عن كافة حدود العقار المبني البناء فيه ، تعتبر هذه الفجوة حرة لا يمكن البناء عليها .

المادة ٤ - يخضع استثمار مصنع الادوية لاجارة خاصة تعطى بقرار من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام لوزارة الصحة العامة بعد تقديم طلب يحتوي على :

١ - اسم الشركة او الشخص صاحب المصنع او المفوض من الشركة ، وعنوان المصنع .

ب - المستندات التي تثبت ملكية البناء لصاحب المصنع او عقد الايجار .

ج - اسماء الصيادلة المسؤولين ونسخة عن شهادة واجارة كل منهم .

د - جميع المستندات التي تثبت ان المصنع مذكرا حسب القوانين المرعية الاجراء وانه تتوفر فيه جميع الشروط المفروضة في هذا المرسوم الاشتراعي .

هـ - نسخة عن النظام الداخلي للمصنع .
و - الاستمارة الخاصة بقبول وتصنيف المصنع .

ز - لائحة باصناف الادوية المنوي صنعها .

يخضع صنع المواد المتداخلة للحكام الخاصة بها .

المادة ٥ - يخضع إنشاء أو تعديل للمصنع للمعاملات القانونية المتداخلة معه .

المادة ٦ - يجب اعلام وزارة الصحة العامة واخذ موافقتها المسبقة على كل تعديل في اصول المصنع وشروط التصنيع والانشاء .

المادة ٧ - ١ - يجب ان يتقوى المصنع اقله على الاقسام التالية :

- ١ - الادارة .
- ب - الاختبار والتكريب التنفيذي .
- ج - المختبرات .
- د - فرع الانتاج .
- هـ - فرع التوصيب .
- و - فرع التخزين .

على ان يدير كل قسم من الاقسام المذكورة مدير مسؤول بدوام كامل .

٢ - تحدد الشروط الواجب توفرها في المدير لكل من الاقسام المذكورة في البند (١) من هذه المادة بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناء على اقتراح وزير الصحة العامة .

المادة ٨ - يجب ان يكون فرع الادارة مستقلا هندسيا عن كافة الفروع وان يحتوي على سجلات للداخل والخارج وتسجيل جميع الاعمال المتعلقة بجميع الفروع .

المادة ٩ - يجب ان يكون فرع المختبرات منفصلا هندسيا عن باقي الفروع .

المادة ١٠ - يتم التصنيع ومراقبة وتحليل المواد الأولية والادوية المصنعة وفقا لاصول التصنيع الجيد وان تكون موافقة لشروط تحدد بقرارات لاحقة يصدرها وزير

الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام لوزارة الصحة العامة .

المادة ١١ - عند الحاجة الى تربية لحيوانات لاجراء تجارب عليها يجب ايجاد مكان خاص لتربيتها منفصلا عن المختبرات وسائر الفروع .

المادة ١٢ - يسم فرع الانتاج على اساس الانواع الصيدلانية المصنعة ، وتحدد بقرار من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام لوزارة الصحة العامة لكل نوع ، الشروط التي يجب ان تتوفر فيه كي يسمح بتصنيعه والالات والمعدات الضرورية الواجب ايجادها في المصنع .

المادة ١٣ - يجب ان تجري التعبئة وتوضيب في مكان لا ينتج عنه خطر التلويث على الانتاج ويمكن طلب فصل مكان التعبئة والتوضيب عن بقية اقسام المصنع بحسب الكمية .

المادة ١٤ - يجب ان يكون فرع التخزين منفصلا عن مكان الانتاج ، وان يكون مجهزا بوسائل التبريد والتهوية والرطوبة حسب شروط حفظ المواد المخزونة .

المادة ١٥ - يجب خزن الادوية الجاهزة بدرجة اوانه اذخال واخراج وبصبر الاذخال ولا تصرف بموجب اذونات تصدر عن ادارته المصنع .

المادة ١٦ - يجب ان يكون فرع تحضير الامصال واللقاحات مستقلا استقلال تاما عن باقي الفروع ويخضع لاجازة خاصة تعطى بقرار من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام لوزارة الصحة العامة ، ويجب تزويد هذا الفرع بالالات المعقدة للهواء الداخلي .

المادة ١٧ - يجب ان يكون المصنع مزودا بكمية وافرة من مياه النقا الخاضعة لمراقبة تدرأثر الرسمية المختصة .

المادة ١٨ - تعرض طلبات انشاء واستثمار مصانع الادوية الواردة الى وزارة الصحة العامة على اللجنة العلمية والفنية التابعة لهذه الوزارة لابداء الرأي واقتراح التعديلات اللازمة على الطلب وذلك خلال مدة لا تتعدى الشهرين من احوالها عليها .

وفي حال انقضاء المهلة دون ان تبدي اللجنة رأيا يدعو وزير الصحة العامة الى اجتماع يعتبر قانونيا بمن حضر ويصار الى بيان الرأي .

المادة ١٩ - تخضع جميع مصانع الادوية العاملة في لبنان بتاريخ صدور هذا المرسوم الاشتراعي لاحكامه باستثناء المادة الثالثة منه على ان تسوى اوضاعها خلال سنة واحدة من تاريخ نشر هذا المرسوم الاشتراعي في الجريدة الرسمية .

وفي حال عدم تسوية الوضع وفقا لاحكام الفقرة السابقة تعتبر الرخصة منقاة حكما ويقفل المصنع بقرار من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام لوزارة الصحة العامة .

المادة ٢٠ - تحدد - عند الاقتضاء - دقائق تطبيق هذا المرسوم الاشتراعي بمراسيم تتخذ في مجلس الوزراء بناء على اقتراح وزير الصحة العامة .

المادة الحادية والعشرون - يعمل بهذا المرسوم الاشتراعي فور نشره في الجريدة الرسمية .

بعيدا في ١٦ ايلول ١٩٨٣

الامضاء : امين الحميل

صدر عن رئيس الجمهورية

رئيس مجلس الوزراء

الامضاء : شفيق الوزان

وزير الصحة العامة

الامضاء : عدنان مروء

الفصل التاسع
التمويل الصحي

التمويل الصحي في لبنان

مقدمة :

يعكس نظام التمويل الصحي فلسفة الدولة بالنسبة إلى دورها في إنماء الإنسان المواطن ومسؤوليتها في التطور الاجتماعي والنهضة الصحية . فحتى النصف الأول من هذا القرن ، كانت معظم الدول تعتمد مبدأ الاسعاف العام « وسيلة لتأمين الخدمات الصحية للمعوزين من أبنائها » . فالتيارات الفكرية في مطلع هذا القرن كانت تركز على مسؤولية الدولة في حماية المجتمع من الأمراض والأوبئة عن طريق التشريعات البيئية والخدمات الصحية الغير الفردية كشبكات المياه وتصريف النفايات . وكانت مسؤولية تأمين العلاج والخدمات الصحية الفردية تقع على القطاع الأهلي أو الخاص ، دون سواها ، ولما كانت فئة الفقراء والمعوزين عاجزة أحياناً عن الحصول على هذه الخدمات وتحمل أعبائها المادية ، عمدت الدول إلى فلسفة الاسعاف العام لخدمة هذه الطبقة المحرومة من المواطنين . فبنيت المستشفيات الحكومية ومراكز العلاج لتأمين هذه الخدمات العلاجية الفردية . وكانت هذه تُمول كما هو معروف من الخزينة العامة أي من حصيلة الضرائب المباشرة أو الغير مباشرة . إذن فالتيار الذي أدى إلى تدخل الدولة في الأمور الصحية الفردية هو أساساً دافعاً إنسانياً « أبوياً » يهدف إلى إسعاف الفقير ومساعدته في الحصول على العلاج من خلال المراكز الحكومية بينما كانت الطبقة الميسورة تحصل على الخدمات الصحية من خلال مؤسسات القطاع الأهلي ومن ثم من القطاع الخاص الفردي - وتجدر الإشارة هنا أن هذه المنهجية لا زالت وراء السياسة الصحية في معظم دول العالم الثالث حتى يومنا هذا .

وكان الاتحاد السوفياتي أول دولة تعتمد إلى تغيير هذه التيارات . ففي العام ١٩٢١ بعدما استتب الأمن في هذا البلد ارتأت الدولة أن من مسؤولياتها تأمين

كافة الخدمات الصحية لجميع المواطنين فيها عبر مؤسساتها ومراكزها وأنظمتها ، لا بد من الإشارة هنا بأن حالة الفقر المدقع والحرمان التي كانت سائدة في الاتحاد السوفياتي آنذاك ، كان لها التأثير الأكبر في اعتماد هذه المنهجية التي كانت حينذاك بدعة فريدة من نوعها .

بقيت الأمور على حالها حتى انتهاء الحرب العالمية الثانية . فبعد أهوال هذه الحرب ، تغيرت مفاهيم عديدة وبدأ عالم جديد ، حتى أن بعض المفكرين يرى أن هذه الفترة هي بمثابة الثورة الصناعية الثانية في العالم ، المهم أنه بعد انتصار الحلفاء برزت أفكار جديدة تقول أن ثروة الدول هي فعلاً في أبنائها وفي قدراتهم وليس فقط في ضخامة ميزانية الدولة أو في عدد مستعمراتها أو في قدراتها العسكرية ، وكانت بريطانيا العظمى الرائدة في هذا المضمار . فمع تساقط القنابل على لندن عام ١٩٤٠ عمدت الحكومة البريطانية إلى تأليف لجنة من أبرز السياسيين فيها لدراسة ووضع بنود النظام الصحي البريطاني ، وكان رئيس هذه اللجنة اللورد بيفاريدج وقد اعتمد تقرير هذه اللجنة رسمياً عام ١٩٤٨ وبهذا أصبحت بريطانيا الدولة الغربية الديمقراطية الأولى التي أسست نظاماً صحياً حكومياً متكاملأ يخدم جميع المواطنين دون تمييز أو استثناء عبر شبكة من المراكز والمستشفيات والأطباء والمهنيين الصحيين ، وتمول هذه المصاريف جميعها من خلال خزانة الدولة .

اعتمدت الدول الأوروبية الأخرى التيار نفسه إنما وسائل تنفيذية أخرى . فلجأت هذه إلى فكرة الضمان الاجتماعي لتأمين الخدمات الاجتماعية ومنها الصحية إلى مواطنيها . وسنبين لاحقاً مميزات هذا النظام ، الذي تبنته فيما بعد ٣٥ دولة يمثل سكانها حوالي ١٨٪ من مجموع سكان العالم .

أما في لبنان فكان تيار الاسعاف العام سائداً ، كما في بقية أنحاء العالم حتى منتصف الستينات (راجع فصل السياسة الصحية) وفي ٢٦ أيلول ١٩٦٣ سنّ قانون الضمان الاجتماعي اللبناني . وبه قفزت الدولة قفزة نوعية هائلة إذ أقرت آنذاك بأن من مسؤولياتها تأمين الخدمات الاجتماعية والصحية لأبنائها كأحد حقوق المواطنة وليس كإسعاف أو كصدقة تعطى للمعوزين منهم .

فلسفة الضمان الاجتماعي :

للضمان الاجتماعي مزايا يجب التوقف عندها لسبر أبعاد ما تحتويه من فلسفة

وتطلعات . وينطبق هذا على مبدأ الضمان الاجتماعي وهو بالتالي ليس حصراً على الضمان الاجتماعي في لبنان .

أولاً : يرمي الضمان الاجتماعي إلى التكافل والتضامن بين أفراد المجتمع من أشخاص ومؤسسات ودولة ، فيضحي المجتمع الكيان الأساسي للتعاون والتكافل لتأمين الاحتياجات الأساسية للفرد . ولذلك نرى بأن صندوق الضمان يغذي من حصص يدفعها كل فرد تبعاً لمدخوله وتبعاً لنسبة مئوية موحدة ، فيدفع الميسور كمية من دخله هي أعلى بكثير مما تدفعه الفئات المستورة وإن بقيت النسبة المئوية واحدة عند الجميع .

فإذا أخذنا مثلاً على ذلك ، فالعامل الذي يبلغ دخله ألف فرنك فرنسي يدفع مثلاً ١,٠٪ من هذا الدخل فتكون حصته ١٠ فرنكات شهرياً ، بينما يدفع المدير الذي يكون راتبه عشرة آلاف ف.ف. ١٠٠ ف.ف. شهرياً للحصول على التقديمات نفسها . وهكذا نرى بأن التكافل مبني على دخل للصندوق يدفعه كل مضمون حسب إمكانياته ونسبة محدّدة واحدة للجميع .

ثانياً : يهدف نظام الضمان الاجتماعي إلى اعتماد الدولة والمجتمع كركيزة للتضامن الاجتماعي بدلاً من الأسرة أو القبيلة أو العشيرة التي هي غالباً ركيزة التضامن في المجتمعات الأولية البدائية ، فيحل صندوق الضمان الاجتماعي بدلاً من الأسرة أو القبيلة في تأمين الفرد في حالات المرض أو الإصابة بعاهة أو عند انتهاء فترة إنتاجه أو عندما يتقاعد عن العمل . فالهدف الرئيسي للضمان هو حلول الدولة كركيزة للمواطن وبالتالي تبني العلاقة الأساسية بين المواطن ودولته العصرية وتقوي هذه الرابطة وتشتد أواصر المواطنة الصالحة .

ثالثاً : من أبرز خصائص نظام الضمان الاجتماعي هي ارتباط جهات ثلاثة في تأمين تغذية وإدارة صندوق الضمان عنيماً بذلك الفرد العامل ورب العمل أو المؤسسة والدولة ، وهذه الميزة تجعل نظام الضمان مستقلاً إلى حد كبير عن تأثيرات عجلة الاقتصاد الوطني وتحديد الميزانيات السنوية . فالضمان لا ينافس ميزانية القطاعات الأخرى في الدولة كالدفاع أو التربية أو الأشغال العامة ، وهذه من أهم مميزات نظام الضمان عندما يقارن

بنظام تمويل الخدمات مباشرة من الخزينة العامة إذ أن ميزانية الخدمات الصحية والاجتماعية تتأثر حينذاك بدورة الاقتصاد وغالباً ما تكون الخدمات الاجتماعية والصحية من أوائل الخدمات التي تجتزأ أو تخفض مع انحسار النمو الاقتصادي ، كما حصل مثلاً في بريطانيا في العقد الأخير من الزمن . والشئ نفسه يبقى صحيحاً إذا تطرقنا إلى نمو أو كساد المؤسسات الخاصة التي تدفع حصتها من أجل تقديمات الضمان لموظفيها وعمالها . فهذه لا تتأثر هي أيضاً بسبب الربح أو الخسارة في الشركة أو في المؤسسة .

رابعاً : يمثل نظام الضمان الاجتماعي نموذجاً حياً للمشاركة والتعاون بين القطاعين العام والخاص في تغذية وإدارة رزمة أساسية من الخدمات الصحية والاجتماعية . ففي هذه الطريقة أخرج صندوق الضمان من الروتين الإداري الذي غالباً ما يكون أقوى وأشد في القطاع العام ، إذ أن الإدارة فيه أشبه بالإدارة الخاصة ، وإنما في الوقت نفسه بالقوانين والتشريعات التي هي من أساسياته ، فالدولة هي الجهة الوحيدة التي تستطيع سن هذه القوانين والأنظمة والسهر على تطبيقها .

خامساً : يرتبط صندوق الضمان بالمدخول أو بالراتب فبالإضافة إلى الميزة التي أشرنا إليها سابقاً وعُتبت بذلك إشتراك تصاعدي حسب كمية المدخول أو الراتب نرى أن الصندوق ينمو تلقائياً سنوياً مع زيادة الرواتب والمداحيل فتكون هذه الميزة قد أمنت للصندوق أموالاً تزداد تلقائياً مع زيادة غلاء المعيشة والتضخم المالي ، كما أن هذه الزيادة تؤمن أيضاً زيادة كلفة التقديمات إلى الأطباء والمهنيين الصحيين ، فيما يختص بالصندوق الصحي لنظام الضمان الاجتماعي .

سادساً : يؤمن نظام الضمان الاجتماعي مشاركة المواطنين من عمال وأرباب العمل ليس فقط في تغذية الصندوق ، بل أيضاً في تكاليف الصندوق وتقديماته ، فكما هو معلوم يشارك المستفيد في دفع ثمن تقديمات الصندوق ، وهذه الميزة لا تساعد في صون ماديّات الصندوق فحسب بل تهدف أساساً إلى تحميل المستفيد قسطاً من المال عند استعماله الخدمات كي لا يصار إلى هدر هذه التقديمات أو إساءة التصرف بها وبعبثة إمكانياتها .

سابعاً : من أساسيات نظام الضمان الصحي ، توسيع قاعدة المستفيدين حتى يشمل كافة المواطنين من ريف وحضر ، وعمال صناعيين وزراعيين ، وكتبة ومدراء ومهنيين ، وذلك يؤمن توزيع مسؤوليات صندوق الضمان على كافة أفراد الشعب ، فتقلص أهمية المرض وتكاليفه إذ تتوزع هذه التكاليف على كافة المستفيدين ودون إرهاق الصندوق أو الشركة أو العالم .

ثامناً : أخيراً ، لا بد من الإشارة بأن نظام الضمان الصحي يؤمن معلومات قيمة عن كيفية استعمال الخدمات الصحية ومدى التباين فيها بين أفراد الشعب ، ومن شأن ذلك أن يساعد كثيراً في برمجة الأعمال الطبية والصحية والتخطيط الدقيق لها وبالتالي جلاء صورة النظام الصحي والتقليل من الفوضى التي قد تعمه في حال انعدام المعلوماتية الصحيحة .

كل هذه الخصائص هي من مميزات نظام الضمان الاجتماعي الاجتماعية التي هي فعلاً من أساسياته في مختلف أقطار العالم ، ونبيّن في الجدول (١) أدناه نسبة توزيع مصادر الانفاق الصحي في بعض البلدان ، كما ورد في كتيب حول الانفاق الصحي لمنظمة الصحة العالمية . علينا أن ندرس الآن وضع نظام الضمان الاجتماعي في لبنان :

الضمان الاجتماعي في لبنان :

وضع قانون الضمان الاجتماعي في لبنان موضع التنفيذ بموجب المرسوم رقم ١٣٩٥٥ الصادر في ٢٦ أيلول ١٩٦٣ ، وقد سنّ هذا القانون إنشاء صندوق وطني يتولى إدارة نظام الضمان الاجتماعي بمختلف فروعه كمؤسسة مستقلة تتمتع بالشخصية المعنوية وبالاستقلال المالي والإداري ، ويكون مركزه بيروت العاصمة ، وقد وضع الصندوق تحت وصاية وزارة العمل والشؤون الاجتماعية المباشرة ، دون خضوعه لمراقبة نظم الخدمة المدنية والتفتيش المركزي .

ونصّت المادة الثانية من القانون أن يتألف مجلس إدارة الصندوق من ٦ ممثلين للدولة وعشرة ممثلين لكل من أرباب العمل والعمال . وبذلك أمنت مشاركة الأطراف الثلاث التي سبق وأسلفنا ذكرها في إدارة هذا الصندوق ، وقد نصّ القانون أيضاً على إنشاء لجنة فنية وهيئة تنفيذية (المكتب) لإدارة أعمال الصندوق وشؤونه الفنية

الجدول رقم (١) :

نسب تمويل الخدمات الصحية ، حسب مصادرها المختلفة في بعض الأقطار

الدولة	السنة المالية	نسبة التمويل من المواطن	نسبة التمويل من رب العمل	نسبة التمويل من الدولة ومختلف مؤسساتها	نسبة التمويل من رأس المال	مصادر أخرى	المجموع
النمسا	١٩٧٤	٤٦،٢	٣٩،٧	٤،٣	١،٦	٨،٢	١٠٠،٠
بلجيكا	١٩٧٤	٢٤،٢	٣٢،٦	٤٢،٦	٠،٢	٠،٤	١٠٠،٠
الدنمارك	١٩٧٤	٠،١	٠،٥	٩٩،٤	—	—	١٠٠،٠
فرنسا	١٩٧٤	٢٢،١	٧٥،٠	١،٦	—	١،٣	١٠٠،٠
ألمانيا	١٩٧٤	٥١،٤	٤٢،٩	٢،٤	١،٥	١،٨	١٠٠،٠
الفدرالية							
إيطاليا	١٩٧١	١٠،٦	٧٤،٦	٦،٩	٠،٦	٧،٣	١٠٠،٠
هولندا	١٩٧٤	٣٠،٨	٥٨،٩	٧،٦	١،٤	١،٣	١٠٠،٠
السويد	١٩٧٤	٢٨،٥	٣٨،١	٣٢،٧	٠،٣	٠،٤	١٠٠،٠
سويسرا	١٩٧٤	٧١،٠	١،٢	٢٥،١	٢،٠	٠،٧	١٠٠،٠
بريطانيا	١٩٧٤	٤،٨	٣،٠	٩٢،٢	—	—	١٠٠،٠
تركيا	١٩٧٤	٤٢،٩	٥٤،٧	—	—	٢،٤	١٠٠،٠
تونس	١٩٧١	٢٢،٧	٦٨،٤	—	٣،٩	٥،٠	١٠٠،٠
بورما	١٩٧٤	٢٦،٢	٥٢،٢	٢١،٠	—	٠،٦	١٠٠،٠
كندا	١٩٧٤	—	—	١٠٠،٠	—	—	١٠٠،٠
الشبلي	١٩٧٤	٤،٦	٦،٥	٧١،٧	٠،٤	١٦،٨	١٠٠،٠
كولومبيا	١٩٧١	٢٨،٤	٥٤،٤	١٦،٧	—	٠،٥	١٠٠،٠
كوستاريكا	١٩٧١	٣٥،٦	٤٤،٢	١٧،٧	—	٢،٥	١٠٠،٠
السلفادور	١٩٧١	٢٦،٣	٦٥،٣	٦،٢	١،٦	٠،٦	١٠٠،٠
غواتيمالا	١٩٧٤	٣٦،٨	٦٣،٢	—	—	—	١٠٠،٠
الهند	١٩٧٤	٤٧،٥	٤٥،٦	٠،٣	٣،٢	٣،٤	١٠٠،٠
مكسيكو	١٩٧٤	٢٤،٥	٦٢،٠	١١،٠	٠،٢	٢،٣	١٠٠،٠

المصدر : سبل تمويل الخدمات الصحية - منظمة الصحة العالمية .

وحددت المادة ٧ الفروع التي يشملها نظام الضمان الاجتماعي بأربعة تنفذ على مراحل ثلاث وهي :

* ضمان المرض والأمومة - الذي هو جل اهتمامنا هنا .

* ضمان طوارئ العمل والأمراض المهنية .

* نظام التعويضات العائلية .

* نظام تعويض نهاية الخدمة .

وقد وضع نظام الضمان الاجتماعي موضع التطبيق عام ١٩٦٤ ، وكان هذا النظام جديداً بكل مظاهره على الحياة الاجتماعية في لبنان ، جديداً بتقديماته ، جديداً بوضعه القانوني وتكوينه وإدارته وجديداً بمفهومه ، حتى أن البعض يعتقد أن المجتمع والمسؤولين فيه لم يتفهموا أبعاده ومزاياه الحقيقية .

وقد وضع فرع المرض والأمومة موضع التنفيذ في أول شباط ١٩٧١ .

وقبل سير المعلومات عن هذا الفرع ، من الضروري تفهم التقديمات التي تؤمن للمضمونين فيه :

إن الحالات التي يشملها الضمان هي :

أ - كل مرض غير ناتج عن طارئ عمل أو غير معتبر كمرض مهني .

ب - الأمومة (الحمل ، الولادة ، وما يتبعها) .

ج - العجز المؤقت عن العمل الناتج عن مرض أو بسبب الأمومة والذي يؤدي إلى انقطاع كسب المضمون .

د - الوفاة غير الناتجة عن طارئ عمل أو مرض مهني .

يشمل الضمان الأشخاص المضمونين وأفراد عائلاتهم .

ويعتبر من أفراد عائلة المضمون الأشخاص المذكورين في ما يلي الذين يعيشون تحت سقف واحد وعلى نفقته :

أ - الوالد والوالدة البالغان الستين عاماً مكتملة على الأقل أو الذئي يكون غير قادر على تأمين معيشته بسبب عاهة جسدية أو عقلية .

ب - زوجة المضمون الشرعية وفي حال تعددهن الأولى .

ج - زوج المضمونة البالغ الستين عاماً مكتملة على الأقل أو الذي يكون غير قادر على تأمين معيشته بسبب عاهة جسدية أو عقلية .

د - أولاد المضمون الشرعيون والمتبنون ، وذلك حتى بلوغهم سن السادسة عشرة مكتملة ، وإذا كان الأولاد غير قادرين على تأمين معيشتهم ، إما بسبب تكريسهم كامل وقتهم لدروسهم وإما بسبب إصابتهم قبل سن السادسة عشرة بعاهات جسدية أو عقلية تحدث عجزاً دائماً . فيستفيدون من الضمان حتى سن الخامسة والعشرين مكتملة وبعدها يحالون مؤسسات الاسعاف العامة .

إن تقديرات ضمان المرض والأمومة تشتمل على ما يأتي :

أ - العناية الطبية الوقائية والعلاجية .

ب - في حال الأمومة ، الفحوص والعناية السابقة للولادة والعناية اللازمة أثناء الولادة وبعدها .

ج - في حال العجز المؤقت عن العمل الناتج عن المرض أو عن الأمومة .

د - تعويض المرض أو الأمومة .

هـ - في حال الوفاة ، تعويض نفقات الدفن .

لا تستحق تقديرات المرض إلا إذا كان المضمون مشتركاً في الضمان طيلة ثلاثة أشهر على الأقل خلال الستة أشهر السابقة لتاريخ التثبيت الطبي أو لتاريخ الوفاة .

ولهذه الغاية يعتبر شهر ضمان ، الشهر الذي أصبح الأجير خلاله خاضعاً بصورة غير منقطعة للضمان والذي دفعت عنه الاشتراكات أو كان مفروضاً دفعها من قبل رب العمل .

إذا لم يكن الأجير خاضعاً بصورة غير منقطعة للضمان ، يعتبر بمثابة شهر ضمان مجموع المدات المعادلة لخمس وعشرين يوماً أو لأربعة أسابيع التي دفعت عنها الاشتراكات أو كان مفروضاً دفعها .

وتعتبر بمثابة فترات ضمان المدات التي يكون ثابتاً خلالها عجز الأجير عن العمل بنتيجة مرض أو أمومة أو طارئ عمل .

- علاوة على ما تقدم من أجل استفادة المضمونة أو أحد أفراد عائلتها من تقديرات الأمومة ، يجب أن تكون المضمونة منتسبة للضمان منذ عشرة أشهر على

الأقل قبل الموعد المفترض للولادة .

- إن المضمون الذي لم تعد تتوفر فيه الشروط الضرورية لانتسابه لضمان المرض يحق له الاستفادة من تقديرات المرض ليس فقط من الأمراض التي تكون قد ظهرت قبل نهاية خضوعه للضمان ، بل أيضاً عن الأمراض التي تظهر خلال مدة ثلاثة أشهر تلي التاريخ المذكور ، وكذلك يحق للمضمونة الاستفادة من تقديرات الأمومة إذا كان الموعد المفترض للولادة يقع خلال الثلاثة أشهر التي تلي نهاية خضوعها للضمان .

تشمل العناية الطبية على الأقل :

أ (في حالة المرض :

أولاً : الفحوص الطبية ، التصوير على الأشعة وفحوص المختبر والتحليل .

ثانياً : عنايات الطبابة العامة بما فيها الزيارات للمنازل وعنايات الاختصاصيين ضمن الشروط المحددة في نظام الصندوق الداخلي .

ثالثاً : عنايات طب الأسنان بعد صدور مرسوم خاص يتخذ في مجلس الوزراء ، بناءً على اقتراح وزير العمل والشؤون الاجتماعية وإنهاء مجلس الإدارة بترخيص التقديرات العائدة لها ويتعين طرق منحها . (ولم يصدر حتى الآن) .

رابعاً : الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الضرورية شرط أن تكون واردة على الجدول المصدق وأن تكون موصوفة من طبيب أو عند الاقتضاء من طبيب أسنان .

خامساً : الاستشفاء (منامة وغذاء ومعالجة طبية وعمليات جراحية) في مستشفى أو مؤسسة طبية أخرى تابعة للدولة أو للصندوق أو مقبولة من هذا الأخير عندما يقرّر طبيب ضرورة الاستشفاء .

سادساً : تقديم أجهزة البروتيز والأورتوبيدي الواردة . في اللائحة الموضوعة من قبل الصندوق شرط موافقة المراقبة الطبية .

ب (في حالة الأمومة :

أولاً : الفحوص والعناية السابقة للولادة والعناية أثناء الولادة وبعدها التي يقدمها طبيب أو قابلة قانونية أو مقبولة .

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

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

يجب أن تهدف العناية الطبية إلى وقاية صحة المضمون وإلى شفائه في حالة المرض وإعادة قدرته على العمل .

يتوجب على الأطباء في وصفاتهم أن يحرصوا على التوفيق بين أقصى حدود التوفير وبين فعالية المعالجة .

من أجل مراقبة حالة الأشخاص المضمونين الصحية يمكن للصندوق ، وفقاً للطرق التي يحددها مجلس الإدارة ، أن يخضع هؤلاء لفحص طبي من قبل طبيب يختاره الصندوق وعند الاقتضاء بالتعاون مع طبيب المؤسسة التي يعمل المضمون في خدمتها .

تقدم العناية الطبية لكل حالة مرضية طيلة ٢٦ أسبوعاً على الأكثر .

في نهاية مدّة الـ ٢٦ أسبوعاً المذكورة ، وإذا اعتبر طبيب الصندوق المراقب بأن المرض يمكن شفاؤه بفضل فترة معالجة جديدة لا تتجاوز مدتها ١٣ أسبوعاً ، يقرّر الصندوق متابعة التقديرات حتى نهاية هذه الفترة الثانية .

في حالات المرض التي يعتبر مجلس الإدارة بأنها تحتاج إلى معالجة طبية لمدة يتجاوز مجموعها ٣٩ أسبوعاً ، يمكن للمجلس أن يحدّد المدة القصوى للمعالجة بسنة .

عند انتهاء هذه المدة يحيط الصندوق بمؤسسات الاسعاف العام علماً بحالة أصحاب العلاقة .

في حالات الأمراض المزمنة أو المستعصية التي لا تستلزم الانقطاع المتواصل عن العمل ، فإن نظاماً خاصاً يحدّد شروط تقديم العناية والأدوية بعد إنتهاء الفترة الثالثة الملحوظة في الفقرة (٣) من هذه المادة .

تؤمن العناية الطبية بواسطة الأطباء وأطباء الأسنان والقابلات القانونيات أو

المقبولات والمستشفيات والمستوصفات وسواها من المؤسسات الطبية والصيدلانية المقبولة من الصندوق . يقبل حكماً شرط تقيدهم بنظام الصندوق الأطباء وأطباء الأسنان والقابلات القانونيات الذين يمارسون مهنتهم وفقاً للأنظمة المهنية وكذلك المستشفيات والمستوصفات والمؤسسات الطبية أو الصيدلانية الأخرى المجازة قانوناً .

أما أجورهم فتدفع لهم وفقاً للقواعد التي يضعها الصندوق فيما يتعلق بالعناية الطبية بعد استشارة الهيئات المهنية المعنية .

إلا أنه في الحالات الخطيرة والمستعجلة يمكن للمرضى الذين يتعذر عليهم اللجوء إلى أحد الأشخاص أو المؤسسات المذكورين في الفقرة السابقة أن يلجأوا إلى شخص أو مؤسسة غير المقبولين من الصندوق ، وذلك بمراعاة الشروط التي يعينها مرسوم يتخذ في مجلس الوزراء .

يضع الصندوق بصورة دورية لائحة تبين في كل منطقة أسماء الأشخاص والمؤسسات الطبية أو الصيدلانية المقبولة من الصندوق لتقديم العناية الطبية للمضمونين . تنظم هذه اللائحة بعد استشارة الهيئات المهنية والمؤسسات الطبية ويعاد النظر فيها وفقاً للأصول نفسها .

ضمن نطاق التوظيفات يستطيع الصندوق أن يبنّي أو ينشئ أو يستثمر لحسابه الخاص مستوصفات ومؤسسات طبية أو صيدلانية على أن تراعي الأحكام القانونية التي تنظم مهنة الطب والصيدلة (كما حصل بالنسبة لمستشفى البترون كما سنرى لاحقاً) .

يستطيع الصندوق أن يستورد مباشرة من الخارج ما يحتاج إليه من مستحضرات صيدلانية ومواد طبية أو جراحية (راجع مشكلة الدواء في لبنان) ، ويحق له بعد موافقة مجلس الوزراء أن يوزع هذه المستحضرات الصيدلانية والمواد الطبية والجراحية ، بسعر الكلفة ، على الإدارات العامة والمؤسسات العامة أو ذات المنفعة العامة .

يستطيع مجلس الإدارة عن طريق التراضي أن يعهد بتأمين العلاجات الطبية ، كلياً أو جزئياً ، إلى رب العمل أو إلى أي شخص طبيعى أو معنوي يملك لهذه الغاية وسائل وتجهيزات يرى المجلس أنها مرضية (كما يفعل مع بعض المؤسسات الخاصة كالجامعة الأميركية في بيروت بالنسبة لموظفيها وأساتذها) .

تمويل الصندوق :

نصت المادة ٦٤ من قانون الضمان بأن يتمتع كل فرع من فروع الضمان الاجتماعي بالاستقلال المالي ويتصرف بموارده الخاصة لتغطية تأديته . كما يتوجب على إدارة كل فرع إنشاء مال احتياطي دائم يبلغ حده الأدنى « السدس فيما يتعلق بضمان المرض والأمومة ونظام التعويضات العائلية » . أما إذا زادت مصاريف فرع المرض والأمومة فعلى مجلس الوزراء ان يقرّر رفع معدل الاشتراكات في حدود الأصول نفسها وفقاً للنسب التالية : ٤٠٪ دولة ، ٤٠٪ أرباب العمل و ٢٠٪ الاجراء .

ويحدد الكسب الذي يتخذ أساساً لحساب الاشتراكات على مجموع الدخل الناتج عن العمل بما فيه جميع العناصر واللاحق لا سيما تعويض الساعات الإضافية المدفوع بصورة معتادة والمبالغ المدفوعة عادة بشكل إكراميات وكذلك المنافع المقدمة إلى العامل أو الموظف ، ونصت بوضوح المادة ٦٨ بأن الحد الأقصى للدخل الخاضع للحسومات الذي تبلغ قيمته ٩٠٠٠ ليرة لبنانية سنوياً ، أو ٧٥٠ ليرة شهرياً ، ويمكن تعديل هذا الحد الأقصى بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناءً على اقتراح وزير العمل والشؤون الاجتماعية وبعد إنهاء مجلس الوزراء .

وقد حدد مجلس الإدارة ومجلس الوزراء النسبة المئوية من الكسب الخاضع للحسومات كالتالي : ١٠،٥٪ من راتب الأجير و ٥،٥٪ من راتب الأجير يدفعه رب العمل أي ما مجموعه ٧٪ من راتب الأجير أو الموظف لقاء تقديمات صندوق المرض الأمومة ، على أن يكون سقف الراتب ٧٥٠ ل.ل. شهرياً كما أوردنا أعلاه . وما زال هذا السقف الخاضع للحسومات سارياً حالياً دون زيادة رغم غلاء المعيشة والتضخم المالي أخيراً نصت المادة ٧٣ بأن اشتراكات ضمان المرض والأمومة هي على عاتق المضمومين وأرباب عملهم والدولة على أن تأخذ الدولة على عاتقها ٢٥٪ من قيمة التقديمات المتعلقة بالضمان المذكور على أن تعين نسبة الاشتراكات التي هي على عاتق كل من أرباب العمل والاجراء بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء .

هذا بالنسبة لتمويل الصندوق ، أما بالنسبة للمشاركة في دفع ثمن التقديمات ، فقد تقرّر أن تكون نسبة تسديد التقديمات من قبل الصندوق كالاتي :

١ - ٧٠٪ من تكاليف زيارة الأطباء والمهنيين الصحيين .

٢ - ٧٠٪ من تكاليف المستحضرات الصيدلانية والفحوصات المخبرية .

٣ - ٧٠٪ من تكاليف الاستشفاء وقد عدّلت هذه النسبة فأصبحت ٨٥٪ بحلول عام ١٩٨٠ .

٤ - ١٠٠٪ من تكاليف الأمومة والولادة وما يرافقها من تقديمات طبية إذا كانت خارج المستشفى أما التكاليف فهي تحدد تبعاً لجدول الأعمال الطبية والمخبرية والأدوية التي تنشرها وتعديلها إدارة الصندوق تبعاً سنوياً .

معلومات عن فرع المرض والأمومة :

في ١٧ آذار ١٩٨٢ ، أجرينا سلسلة من المقابلات مع المسؤولين عن فرع المرض والأمومة في الصندوق الوطني للضمان ، أوردت فيه المعلومات التالية :

١ - بلغ عدد المضمومين ، حتى نهاية عام ١٩٨١/١٦٤،٢٧٣/شخصاً منهم ٧٦،٥٧٥ متأهلين (نسبة ٤٧٪) و ٨٧،٦٩٨ عازباً (٥٣٪) ومع إضافة الأشخاص الذين يستفيدون من تقديمات الضمان من زوجة وأطفال يصبح العدد ٦٥٢،٤٦٣ شخصاً ، أي ما نسبته ٢٤٪ من مجموع عدد سكان لبنان ، وتضيف معلومات الضمان بأن متوسط عدد أفراد العائلة هو ٣،١ فرداً - وهذه النسبة لا زالت هي هي منذ ١٥ سنة .

٢ - بلغ عدد الهيئات والمؤسسات المشتركة في صندوق الضمان ٦٩٧ ١٤ مؤسسة بنهاية عام ١٩٨١ وكان هذا العدد ٣٤،٠٠٠ مؤسسة قبل اندلاع الحرب في لبنان عام ١٩٧٥ ، ويرجع سبب انخفاض هذا العدد إلى تمنع أصحاب المؤسسات عن دفع اشتراكات الاجراء فيها وبالتالي عن تسجيل المؤسسة في سجلات الضمان بالإضافة إلى انتقال عدد كبير من المؤسسات إلى خارج لبنان بسبب الحوادث الأمنية ، ويقدر صندوق الضمان بأن هنالك ١٠٠ ألف عامل وأجير يعملون في لبنان إنما دون تسجيل في ملفات الضمان .

ولذا لجأت الدولة بتاريخ ١٩٨٢/٨/٣ إلى استصدار قانون « براءة الذمة » الذي يهدف إلى إعادة استئناف علاقات طبيعية وسليمة بين الصندوق وبين غالبية المؤسسات التي تأثرت سلباً وبمستويات متباينة بالأحداث والتطورات الأمنية التي حلت بلبنان خلال السنوات الأخيرة . وقد صدر فيما بعد المرسوم الاشتراعي رقم ٨٣/٢٣ تاريخ ١٩٨٣/٤/٢٩ الذي عدل القانون رقم ٨٢/٢٤ وشمل بأحكامه المخالفات والغرامات والديون المتوجبة حتى نهاية العام ١٩٨٢ . ان

لجنة العفو أو لجنة الحق بالتقسيط .

٣ - يحتسب صندوق الضمان بأن كل مضمون يستعمل تقديرات الصندوق حوالي ٥ مرات سنوياً ، فيصبح بالتالي متوسط الأعمال الطبية سنوياً / ٣٦٥ ، ٨٢١ / وقد تطورت كلفة صندوق المرض والأمومة كالآتي : (جدول ٢) :

جدول رقم (٢) :

التقديرات التي وفرها فرع ضمان المرض والأمومة منذ

١٩٧١/٢/١ وحتى ١٩٨١/١/٣١

الاشتراكات	مساهمة الدولة	التقديرات	المشمولين بالضمان الصحي	اللجوء الى	الضمان الصحي	السنة
المحصلة	المسندة	المصروفة	عدد المضمونين	المعاينات	أيام	
(بالملايين)	(بالملايين)	(بالملايين)	المستفيدين	أو زيارات	استشفاء	
١٩٧١	٢٨٠٧	٢٠٠٥	١٨٠٠٠٠٠	٣٦١٠٠٠	١٢٦٠٠٠	١١ شهراً
١٩٧٢	٣٨٠٤	٢٠	١٩٣٠١٣٨	٦١٨٠٠٠	١٥١٠٠٠	
١٩٧٣	٤٣٠٨	٦٠٧	٢١٢٠١٥١	٨٠٦٠٠٠	١٧٢٠٠٠	
١٩٧٤	٣٣٣٠٥	٧	٢٣١٤٨١	١٠١٩٠٠٠	٢٠٨٠٠٠	
٧٦-٧٥	٥٨٠٦	—	٢٤٠٠٠٠	٨٠٠٠٠٠	١٦٠٠٠٠	٨ أشهر
			٣٤٢٠٠٠	—	١٦٠٠٠٠	٨ أشهر
			١٢٠٠٠٠	—	١٦٠٠٠٠	١٦ شهراً
١٩٧٧	٢٢٠٧	٧٠٦	١٠٨٥٠٠	٥٩٧٠٠٠	١١٤٠٠٠	
١٩٧٨	٤٣٠١	١٢٠١	١٢٨٥٠٠	٧٠٧٠٠٠	١٣٥٠٠٠	
١٩٧٩	٤٢٠٠	٣٠٦	١٥٦٥٠٠	٩٣٩٠٠٠	١٧٢٠٠٠	
١٩٨٠	٥٦٠٥	١٤٠٢	١٧٧٥٠٠	١٠٦٥٠٠٠	١٩٥٠٠٠	
٨١ (تقديراً)	٥٠٨	—	١٦٤٠٠٠	٩٤٠٠٠	١٧٠٠٠	
٨٢ (تقديراً)			١٦٨٠٠٠			
	٣٩٤	٥٨٠٨	٣١٥	٧٠٠٦٠٠	١٦١٠٠٠٠	

وتعلل أسباب زيادة الكلفة إلى الأمور التالية :

- زيادة كلفة الأعمال الطبية عدة أضعاف على مر السنين (أنظر الجدول رقم ٣) .
- زيادة كلفة الاستشفاء (أنظر الجدول رقم ٥) .
- زيادة عدد التجاوزات من جميع الأطراف بسبب سوء الظروف الأمنية وانعدام مقدرة ضبط الأوضاع من جانب صندوق الضمان .

جدول رقم (٣) :
تطوّر التعريفات الطبية والاستشفائية (ل. ل.)
في فرع المرض والأمومة

نوع العمل	١٩٧١	١٩٧٣-٧٤	١٩٧٧	١٩٧٨	١٩٨٠	١٩٨٣
طبيب يمارس الطبابة العامة :						
- معاينة في العيادة .	٥	٧	١٠	١٥	٢١	٣٠
- زيارة منزل المريض نهاراً .	١٠	١٣	١٥	٢٥	٣١	٤٢
- زيارة منزل المريض ليلاً .	١٥	١٨	٢٠	٣٠	٤٠	٦٠
- معاينة في عيادة أو منزل الطبيب ليلاً .	٥	٧	١٠	١٥	٢١	٤٢
طبيب اختصاصي :						
- معاينة في العيادة .	١٠	١٣	١٨	٢٥	٣٥	٤٢
- زيارة منزل المريض نهاراً .	٢٠	١٨	٢٥	٣٥	٤٥	٠
- زيارة منزل المريض ليلاً .	٣٠	٢٣	٣٥	٤٥	٦٠	٨٤
- معاينة في عيادة أو منزل الطبيب ليلاً .	١٠	١٣	١٨	٢٥	٣٥	٦٦
طبيب نفسي :						
- معاينة في العيادة .	—	٢٠	٢٥	٣٠	٤٢	٦٠
- زيارة منزل المريض نهاراً .	—	١٨	٢٥	٤٠	٥٢	٨٤
- زيارة منزل المريض ليلاً .	—	٢٣	٣٥	٥٠	٦٥	١٢٠
- معاينة في عيادة أو منزل الطبيب ليلاً .	—	٢٠	٢٥	٣٠	٤٢	٨٤

تابع الجدول رقم (٣)

متوسط كلفة الاستشفاء/ السنة	١٩٧١	١٩٧٥-٧٦	١٩٧٦	١٩٧٨	١٩٧٩
- مستشفى خاص	١٤٧	١٦٣-٢٥٥	—	٤١٥	٦٢٢
- مستشفى خيرى .	٢٠٩	٢٢١-٣٣٣	—	٥٣٦	٨٦١
- مستشفى جامعي .	١٩٣	٢٤٧-٤٤٧	—	١٠٠٧	٢١٦٠
- متوسط الاستشفاء (مثقل)	١٧٥	١٩٦-٣٠٩	—	٥٦٢	٨٩٠

وقد أبرزت إدارة فرع المرض والأمومة المعلومات التالية عن تقديمات هذا الفرع نوردها في الجدول رقم (٢) و (٣) أدناه :

٤ - برزت مشكلة الديون المستحقة لفرع المرض والأمومة في صندوق للضمان منذ العام ٧٧-١٩٧٨ وما زالت هذه المشكلة تتفاقم في السنوات الأخيرة ويظهر ذلك جلياً في المعلومات التالية : فقد بلغت نسبة تسديد الاشتراكات عام ١٩٧٥ (٧٥٪) وقد انحسرت هذه النسبة إلى ٥٠٪ عامي ٧٧-١٩٧٨ وتابعت انحدارها حتى وصلت إلى ١٥٪ فقط عام ١٩٨١ ، وقد بلغت الديون المستحقة للضمان عام ١٩٨١/٩٠٠ / مليون ليرة لبنانية منها ٢٥٠ مليون لفرع المرض والأمومة وقد تعذر تحصيل هذه الديون بسبب الحالة الأمنية السائدة منذ عشر سنوات .

ففي الجدول (٤) نبين أرقام المقبوضات والمدفوعات في فرع المرض والأمومة من سنة ١٩٧٩ حتى نهاية آذار ١٩٨٢ ، ويظهر هذا الجدول بوضوح تدني المقبوضات منذ العام ١٩٨٠ ونفاذ الاحتياط الذي كان الصندوق قد وفره في السنوات السبعة الأولى من وضعه موضع التنفيذ ويذكر المسؤولون عن الضمان بأن العجز قد بلغ بنهاية شهر تشرين الأول ١٩٨٣/٧، ٣١ / مليون ليرة لبنانية . وذلك لأن الواردات في الأشهر العشرة الأولى من ١٩٨٣ لم تبلغ سوى ٢٥ مليون ل.ل.

٥ - يتقاضى ٦٠٪ من المضمومين الحد الأدنى للأجور ويبلغ متوسط الراتب الشهري للمضمومين ١١٣٢ ل.ل. عام ١٩٨٠ و ١٤٠٠ ل.ل. عام ١٩٨١ .

٦ - تبلغ نفقات إدارة صندوق الضمان لجميع فروعه نسبة متدنية هي ١٥٪ وهذه

النسبة هي نفسها في السنوات العشر الأخيرة .

٧ - لم يتمكن صندوق الضمان حتى الآن من استعمال الحاسب الآلي لأسباب لا مجال لذكرها هنا . وقد أثر ذلك على عدم الحصول على معلوماتية صحية متطورة . علماً بأن خطة استحداث الحاسب الآلي كانت قد درست وتم الموافقة عليها منذ سنوات عديدة ، وكانت ستسمح بالحصول على المعلومات الدقيقة عن استعمال الخدمات الصحية وضبط النفقات والتقديمات .

جدول رقم (٤) :

مقبوضات ومدفوعات فرع المرض والأمومة
من ١٩٧٩ - حتى نهاية آذار ١٩٨٢ .

السنة	مقبوضات	مدفوعات	العجز
١٩٧٩	٥٩ ١٣٦ ٠٩٦	٧٠ ٠٥٦ ٦٣٦	١٠ ٩٢٠ ٥٤٠
١٩٨٠	٨٣ ١٥١ ٦٨٦	٩١ ١١٦ ٢٣٦	٧ ٩٦٤ ٥٥٠
١٩٨١	٦١ ٢٦٩ ٤٥١	٢٧ ٢٧٨ ١٧٦	٦٦ ٠٠٨ ٧١٦
١٩٨٢	١١ ٨٣٧ ٨١٢	٣٦ ٩٠٧ ٢٩٣	٢٥ ٠٦٩ ٤٨١
(٣ أشهر)			

١٠٩ ٩٦٣ ٢٨٧	٣٢٥ ٣٥٨ ٣٣٢	٢١٥ ٣٩٥ ٠٤٥
٩٣ ١٥٨ ٣٢٥	- الاحتياط الحاصل حتى نهاية ١٩٧٦ .	
٦ ٩٢٠ ٠٠٠	- وفر سنة ١٩٧٧ .	
١١ ٢١١ ١٥٤	- وفر سنة ١٩٧٨ .	
١١١ ٢٨٩ ٥٢٩		

-- بلغ عدد المستشفيات المتعاقدة مع فرع المرض والأمومة (١٢٠) مستشفى خاص بنهاية عام ١٩٨١ ، ويشترك معظم أطباء لبنان في معالجة المضمونين

وأفراد أسرهم ، وحدّد مسؤولو الضمان بأن مدفوعات فرع المرض والأمومة تتوزع كالآتي :

- المستحضرات الصيدلانية والأدوية ٥٠ - ٥٥٪
- الاستشفاء . ٢٠ - ٢٥٪
- زيارة الأطباء المختبر والأشعة . ٢٥٪

علماً بأن النسب الموجودة في الدول الأوروبية تبلغ الثلث لكل من هذه الفئات ، وهذا يوضح دور الدواء والفوضى الموجودة في سوق المستحضرات الصيدلانية في لبنان .

٩ - يدفع فرع المرض والأمومة تكاليف معالجة مرضاه المضمونين خارج لبنان إذا ما لزم الأمر بناء على إثبات من الأخصائيين المكلفين (أخصائيين جامعيين) من قبل الصندوق لدراسة الحالات التي ترسل إليهما ، وقد أستفاد من هذه التقديمات أربعون مريضاً عام ١٩٨٠ ، وكانت معدل كلفة المريض الواحد آنذاك ٢٥ ألف ليرة لبنانية تشمل نفقات الطبابة والسفر والانتقال .

١٠ - في ضوء تجربة الصندوق الوطني التي تناولت قبل الأحداث وخلالها أكثر من ٦٥٠ ألف مستفيد يتبين للمسؤولين بأن العدد الوسطي لأيام الاستشفاء ، عن كل مستفيد في السنة الواحدة هو ٣٥ ، يوماً ، وبذلك يقدر فرع المرض والأمومة بأن العدد الاجمالي المرتقب لأيام الاستشفاء لجميع اللبنانيين هو تقريباً مليون يوم استشفاء :

$$٩٨٠,٠٠٠ = ٢,٨٠٠,٠٠٠ \times ٠,٣٥ \text{ يوم استشفاء في السنة .}$$

كل هذه المعلومات تعكس الخبرة التي حصل عليها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ، خلال عقد ونيف من الزمن ، ناهيك بالأوضاع العامة التي عصفت بالوطن خلال معظم هذه الفترة الزمنية ، لا بد لنا إذن من دراسة وتحليل المصاعب والمشاكل والصعوبات التي اعترضت سبيل إحدى أهم مصادر التمويل الصحي في لبنان .

جدول رقم (٥) :
تحليل الكلفة الصحية للمضمون الواحد

الصندوق الوطني
للضمان الاجتماعي

الكلفة الناتجة عن المعائنات أو الزيارات							الكلفة الناتجة عن الاستشفاء للمضمون الواحد سنوياً						
السنة	متوسط عدد معائنات	الكلفة الفردية للمعائنة أو الزيارة	كلفة المضمون الواحد سنوياً	متوسط أيام استشفاء مضمون	كلفة يوم استشفاء	كلفة المضمون الواحد سنوياً	مجموع الكلفة	الصحية للمضمون	الواحد سنوياً	ل.ل.	ل.ل.	ل.ل.	ل.ل.
١٩٧١	١٦	٣٢	٠,٧٠	٣٠	٣١	٥٣							
١٩٧٢	٣,٢	١٨	٥٧,٦	٠,٧٨	٣,٥	٨٣,٧							
١٩٧٣	٣,٨	٢٠	٧٦	٠,٨١	٣٩,٥	١٠٨							
١٩٧٤	٤,٤	٢٢,٥	٩٩	٠,٩٠	٤٤	١٣٨,٦							
٧٦-٧٥	—	—	—	—	—	—							
١٩٧٧	—	—	—	—	—	—							
١٩٧٨	٥,٥	٤٠	٢٢٠	١,٠٥	٩٠	٣١٤,٥							
١٩٧٩	٦	٤٥	٢٧٠	١,١٠	١٣٠	٤١٢							
١٩٨٠	٦	٥٨	٣٤٨	١,١٠	١٦٤	٥٢٨,٤							
١٩٨١	٦	٦٠	٣٦٠	١,١٠	١٩٣	٥٧٢,٣							
١٩٨٢ تقدير	٦	٦٠	٣٦٠	١,١٠	١٩٣	٥٧٢,٣							
١٩٨٣ تقدير	٦	٦٠	٣٦٠	١,١٠	٢٤٧,٠٤	٩٠٠,٣٠							

* معدل المستفيدين لكل مضمون : ٣,١

جدول رقم (٦) :
دراسة صندوق الضمان الصحي ١٩٨٣/٢/١

١٩٨٣	الزيادة	تصبح	ل.ل.	ل.ل.	ل.ل.
٥٠,٥	—	—	—	—	—
٦٠,٠	٪٢٠	٧٢	—	—	—
٣,٥٥٥	٪٥٠	٥,٣٢٥	—	—	—
٢,٧٠٠	٪٥٠	٤,٠٥	—	—	—
٠,٩	يوم	—	—	—	—
٠,٣	يوم	—	—	—	—
١٩٧,٥٠	٪٢٨,٢٥	٢٥٣,٣٠	—	—	—
٥٧٢,٣٠	٪٢٨,٢٥	٧٣٤,٤٠	—	—	—

و المرجع : جريدة النهار في ١٩٨٣/٣/٢٨ .

الصعوبات التي اعترضت تنفيذ وسير الأمور في فرع المرض والأمومة :

مع حلول عام ١٩٨٤ تكون قد انقضت حوالي ثلاثة عشر سنة على تجربة الضمان الصحي في لبنان مع ما تخلل هذه الفترة من أحداث جارفة حدثت من زخم انطلاقة السنوات الأولى وحجبت الرؤيا لأفاق المستقبل . خلال هذه الفترة الطويلة ولا شك بمداهها الزمني والغنية أيضاً بالتجارب والمعاناة ، تغيرت النظرة إلى الضمان بكل شمولها . فالخدمات التي يؤمنها الصندوق أصبحت أمراً مألوفاً لدى الجميع ، والحذر الذي رافق بدء المسيرة قد اختفى كلياً والخوف من التعاطي مع الصندوق قد زال وراح الأطباء والمهنيون والمؤسسات الصحية تتعاقد مع فرع المرض والأمومة بشكل عفوي وشبه تام - خلافاً لما كانت الحال في أوائل السبعينات وقبل الدخول في المصاعب والمشاكل التي تعترض الصندوق حالياً لا بد من ذكر الانجازات التي تمت في هذه الفترة الزمنية وأهمها :

١ - إدخال فئات جديدة إلى مجتمع الضمان من سائقي السيارات العمومية إلى بائعي الصحف والطلاب والمتقاعدين من موظفي الدولة .

٢ - استصدار مرسوم الاستشفاء في الخارج .

٣ - تطوير التعريفات الطبية وتعريفات الأعمال الطبية والجراحية والمخبرية والشعاعية حسب تطوّر الأسعار ومعدلات التضخم .

٤ - إنشاء الفروع والمراكز الاقليمية بحيث ارتفع عدد مراكز الصندوق ومكاتبه إلى (٢٢) مركزاً .

٥ - إقرار نظام مكننة أعمال الصندوق منذ العام ١٩٨٠ والحصول على الحاسب الآلي وان لم تنفذ هذه العملية حتى الآن لأسباب جلّها سياسي .

٦ - إقرار تجربة إدارة واستثمار مستشفى البترون وهي تشكل دون شك تجربة يتوجب التوقف عندها بغية دراستها وتطويرها وربما تعديلها قبل تعميمها في مختلف أرجاء لبنان (راجع فصل المستشفيات) .

٧ - محاولة استيراد الأدوية من قبل الصندوق الوطني مباشرة وتوفيرها للمضمومين بأسعار متدنية ساهمت في خفض كلفة الطبابة والاستشفاء لمصلحة الصندوق والمضمومين على حد سواء .

هذا على مستوى الإنجازات ، وقد وضعت إدارة الضمان الاجتماعي سلسلة من الدراسات حول بعض هذه الأمور ، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر ، دراسة حول « مشكلة الدواء في لبنان » ، « المصاعب التي اعترضت تنفيذ الضمان الاجتماعي » ، « إفادة جميع اللبنانيين من ضمان الاستشفاء » - وهي جميعها بمثابة مراجع يتوجب على كل باحث دراستها والتعمق فيها والإفادة من الاقتراحات المطروحة فيها .

أما عن الصعوبات والمشاكل التي تواجه الضمان الصحي في لبنان فبوسعنا إدراجها تحت بنود خمسة هي :

١ - تراجع المناخ العام المحبذ لتطبيق وتطوير قانون الضمان :

فقد أدت الأحداث التي لا تزال مستمرة حتى اليوم إلى تراجع في مفهومية الضمان وفلسفته سواء من جانب أرباب العمل أو من العمال والأجراء وقد أدى ذلك

إلى تراجع عدد المؤسسات التي تسجل إجراءاتها في صندوق الضمان ، من ٣٢٤ ألف مع بداية الأحداث إلى ٧ آلاف فقط في عام ١٩٨٤ ، وقد خلف الركود الاقتصادي الناتج عن الأحداث خللاً في مماشاة سياسة التضامن والتكافل الاجتماعي .

وقد أدت علاقة الصندوق بالمؤسسات التجارية إلى تقلص في ثقة العمال والأجراء في الصندوق تبعاً للظروف المادية التي حلت بالصندوق نتيجة الخلل الأمني والاقتصادي .

٢ - سوء علاقة الصندوق بالجسم الطبي والاستشفائي في لبنان :

نتيجة الأحداث وتراجع دعم الدولة لفلسفة الضمان لانشغالها بالأمن والأمر المصيرية تردت علاقة الصندوق بالنقابات التي تمثل الجسم الطبي وأصحاب المستشفيات الخاصة في لبنان . فأصبح الأطباء والمهنيون الصحيون والمؤسسات الصحية لا يتقيدون بتعريفات الضمان وراحت بذلك تضع جداول للأعمال الطبية والاستشفائية وتطلبها مباشرة من المريض المضمون ، وبذلك أصبحت النسبة المئوية التي يستردها المضمون من الصندوق أقل بكثير مما هي عليه قانوناً . وعلى سبيل المثال ، فإذا كانت تعرفه الطبيب للزيارة الواحدة هي ١٠٠ ل.ل. عوضاً من ٤٠ ل.ل. التي ينص عليها الصندوق ، ولما كان المضمون يسترد فقط ٧٠٪ من التعرفة الرسمية التي هي ٤٠ ل.ل. أصبح على المضمون دفع ٧٥ ل.ل. من جيبه الخاص لكل زيارة يقوم بها إلى الطبيب عوضاً من دفع ١٠ أو ١٥ ل.ل. فقط ، زد إلى ذلك التعريفات المتصلة بالأعمال المخبرية والشعاعية والمستحضرات الصيدلانية والاستشفاء ، كل ذلك أدى إلى ضعف ثقة المضمون بصندوق الضمان وبالتالي إلى عدم مساندته من خلال ممثلي العمال في إدارة الصندوق فأصبح الصندوق يتلقى ضربات كل من الجسم الطبي المتماسك والمؤسسات الصحية وأرباب العمل والأجراء أنفسهم ، دون أن تكون الدولة لكثرة انشغالها الأمنية إلى جانب إدارة الصندوق .

٣ - مشاكل وصعوبات إدارية داخل الصندوق :

شهد الصندوق مشاكل عديدة وجسيمة داخل هيئته ومجلس إدارته ولجنته الفنية ، لا مجال لذكرها هنا تفصيلاً . إنما يمكن القول أن المناخ العام في الوطن قد أثر سلباً على نظم الصندوق وتعاون المسؤولين فيه ، خاصة إذ يضم الضمان ثلاث فئات قد

تكون مصالحها متضاربة مع بعضها البعض وهي أرباب العمل والعمال والمسؤولين في الدولة .

كل ذلك أدى إلى مناقشات طويلة تهدر الكثير من الوقت وتنتهي بالعقم وعدم اتخاذ الاجراءات المناسبة لتسيير أمور الصندوق . وقد أورد المدير العام للصندوق سلسلة من الاقتراحات نرفقها في الملحق رقم (١) .

لا بد لنا من تعليق على هذا البند الإداري بقولنا بأن الضمان الاجتماعي كان في لبنان إرادة دولة في أوائل الستينات . وقد بني فعلاً كما أسلفنا الذكر على أرقى النظريات الحديثة التي تتعلق بالمجتمع ودور الدولة والعمال وأرباب العمل فيه ، فالمشاركة في الاطار الاداري هو ظاهرة من التطور والتمدن والأصالة التي تلازمت في البلدان التي اعتمدت فلسفة الضمان الاجتماعي مع تطوّر حضاري راق في مجالات السياسة والاقتصاد والاجتماع - فالمجتمع اللبناني لم يتفهّم فعلاً هذه التيارات ولم يتم استيعابها - فالمشاركة في إدارة الصندوق حوّلت وفهمت وطبقت على أساس أنها رعاية لمصالح الفئات التي تمثل فيه ، وترتب على ذلك أن أصبحت مصالح الصندوق ثانوية لهذه الفئات ، كما أن الضمان الاجتماعي هو مرآة للمجتمع وفئاته ، ويعكس بالتالي مصالح هذه الفئات التي ما زالت تتنافس على مدى السنوات العشر الماضية ، مما أثر بدوره على عمل الصندوق وعلى روحية التضامن والتكافل الاجتماعي .

زد إلى ذلك بأن صندوق الضمان هو مؤسسة مستقلة ذات طابع اجتماعي لكنها لا تتمتع بمزايا الادارة العامة في تحصيل وارداتها ، وقد كان لهذا الشأن تأثيره على مسار الصندوق ، فتراكمت الموجبات عليه وضعفت إمكانيات تحصيل وارداته مما أضعف من تأثيره ونفوذه على أرباب العمل والعمال وأدى إلى فقدان الثقة به من قبل معظم الأطراف .

(٤) الصعوبات المالية :

ولعلها هي الأهم ، بدأ صندوق المرض والأمومة بوضع مالي معزز ، وباحتياط جاوز المائة مليون ل.ل. في السنوات الأولى من تاريخ وضعه موضع التنفيذ وكان ذلك نتيجة دفع المؤسسات للاشتراكات المتوجبة عن موظفيها وأجرائها ، ونتيجة أيضاً توافق الواردات مع متوجبات الصندوق ، إنما الصورة تختلف كلياً الآن ، ولعل السبب الأساسي يكمن في الأسس المعتمدة لاشتراكات المضمونين .

يوم إنشاء صندوق المرض والأمومة ، كان الحد الأدنى للأجور ١٣٥ ل.ل. شهرياً وقد نص مرسوم مجلس الوزراء آنذاك بوضع سقف مالي لتسديد الاشتراكات والحسم يبلغ ٧٥٠ ل.ل. فكان يتوجب آنذاك على العامل أن يدفع ١,٥ ٪ من رتبه ، يضاف إليه نسبة ٥,٥ ٪ من راتب الأجير يدفعها رب العمل تسديداً لتكافله مع عماله والمجتمع ، أما الآن فالحد الأدنى للأجور يبلغ ١٢٠٠ ل.ل. فأصبح جميع المشتركين في الصندوق يدفعون مبلغ واحد ، إذ أن سقف المعاش بقي هو هو ٧٥٠ ل.ل. فالسخرية هي أن العامل الشاب الأعزب الذي يمثل طبقة الشعب الكادح يدفع الآن للصندوق ما يدفعه مدير المصرف الذي يبلغ راتبه أضعاف أضعاف الأجير والذي له عائلة من عدة أفراد والذي هو في سن تتطلب عناية طبية أكثر كشافة من الموظف عنده . فهل هذا هو مبدأ التكافل والتضامن الاجتماعي ؟ أصبح الآن الموظف الأجير البسيط يدفع من راتبه المبلغ نفسه الذي يستحق من مديره ، وبالتالي أصبح هذا الموظف يمول الصندوق بنسبة أعلى بكثير من أصحاب الدخل الوافر .

زد إلى ذلك بأن العجز الذي أصاب صندوق المرض والأمومة بلغ حداً يهدّد الصندوق بكامله ، فقد صرّح مجلس إدارة الصندوق بأن العجز بلغ عام ١٩٨٣ ، ما يقارب ٣١ مليون ليرة لبنانية . علماً بأن الصندوق قد استنفذ كل الاحتياط والوفر الذي حصل عليهما في السنوات الأولى من تأسيسه ، ويبدو أن هذا العجز كان قد بدأ بالحصول منذ العام ١٩٧٩ ولم تتخذ الدولة أي إجراء لسد هذا العجز بسبب الجدل البيزنطي بين شركاء صندوق الضمان مما زاد من كلفة الضمان على خزينة الدولة وأثقل كاهل هذه الأخيرة بالديون .

ولما أصبح الصندوق في وضع مالي حرج ، لم تعد في استطاعته تعديل التعريفات المتداولة مع الجسم الطبي وممثليه والمؤسسات الصحية ، مما زعزع ثقة هذه بصندوق الضمان وأثقل كاهل الأجراء والموظفين كما سبق وأشرنا إليه أعلاه كل ذلك أدى ويؤدي وسيؤدي حتماً إلى تمييع أهمية هذا الصندوق حتى أنه قد تنعدم الحاجة إليه إذا لم تبادر الدولة إلى سن التشريعات المناسبة بل إلى تنفيذ ما تضمنه قانون الضمان الصادر عام ١٩٦٣ بالنسبة لزيادة الاشتراكات من قبل الدولة ورب العمل والعامل نفسه . وأسهل هذه التدابير رفع السقف الأعلى الذي تحتسب على أساسه الاشتراكات ، فبدلاً من أن يبقى ٧٥٠ ل.ل. يقترح ان تبقى النسب هي هي دون أي سقف يحدّد من قبل مجلس الوزراء ، وبالإمكان أيضاً التدرج في هذا المضمار فرفع السقف تدريجياً على مدى سنوات خمس للتقليل من وطأة هذا التدبير على الحالة

الاقتصادية لأرباب العمل والعمال في هذه الظروف المادية الصعبة .

٥ - العدالة والمساواة في الضمان :

يتوجب علينا لفت النظر إلى ما يسمى بعدالة الضمان والمساواة بين المضمونين وباقي اللبنانيين الذين هم خارج الضمان ، خاصة فيما يتعلق بالاستشفاء .

فنظام الضمان الاجتماعي يفرض توفر صفة الأجير في طالب الاستشفاء للاستفادة من التقديمات بعد انقضاء فترة ثلاثة أشهر كاملة على بدء عمله المأجور وبعد اشتراكه هو ورب العمل والدولة في دفع الاستحقاقات المتوجبة .

وهناك أيضاً مصدر آخر لتمويل الخدمات الاستشفائية وهو تعاونية موظفي الدولة التي تفرض توفر صفة موظف الدولة لنشوء الحق ، كما أن الموظف يقتطع من راتبه نسبة ١,٠٪ لقاء هذه التقديمات .

أما وزارة الصحة العامة فهي لا تطلب توفر أي شرط سوى شرط المواطنة وقبول المواطن الاستشفاء في درجة معادلة لدرجة الضمان الاجتماعي .

فالوزارة إذن بقرارها تحمل أعباء الاستشفاء عن جميع اللبنانيين يشكل قرارها بالواقع ضماناً استشفائياً شاملاً وموازياً لنظام الضمان الاجتماعي ، الذي لا يستفيد منه الموظف أو الأجير إلا بعد دفعه الاستحقاق المطلوب وشروط الانتساب إلى الضمان ، بالإضافة إلى كونه لبنانياً ومواطناً أسوة بغيره من اللبنانيين الذين يستفيدون من تقديمات الوزارة دون شروط الضمان وفي ذلك إجحاف وعدم مساواة في التكافل والتضامن الاجتماعيين بل هو في الواقع مغاير لنظام الضمان الاجتماعي الذي ارتضاه لبنان في منتصف الستينات .

هذا من ناحية الموجبات ، أما من ناحية التقديمات والمشاركة في تمويل الخدمات الصحية والطبية ، فهناك تفاوت أيضاً : فالمضمون يدفع ٣٠٪ من تكاليف الطبابة والفحوص المخبرية والشعاعية والدواء و ١٥٪ من كلفة الاستشفاء ، بينما يتحمل موظف الدولة المشترك في تعاونية موظفي الدولة ٢٥٪ من تقديمات الاستشفاء له ولعائلته و ٥٠٪ من كلفة الاستشفاء لوالديه وأخوته وأخوانه القاصرين ، بينما نرى أن المواطن الذي تتحمل عنه وزارة الصحة أعباء استشفائه لا يتحمل سوى ١٥٪ حتى حد أقصى مقداره ٥٠٠ ل.ل. لا غير ، دون أن يكون هذا الأخير قد اشترك أساساً في تمويل صندوق الضمان أو التعاونية أو الوزارة .

وهكذا تبرز بوضوح وجلاء مشكلة تعددية مصادر التمويل الصحي في لبنان والظروف التي تؤدي إلى ازدواجية الخدمات وهدر الأموال التي هي أولاً وأخيراً أموال الدولة ومن خلالها أموال المواطنين كافة . وقد اقترحت إدارة صندوق الضمان توحيد هذه الخدمات بأجملها تحت رعاية صندوق الضمان على أن تبقى لوزارة الصحة مسؤولية التخطيط ووضع النظم والمقاييس المهنية والتأكد من ضبط النوعية والجودة ، على أن يكون نظام الضمان الصحي تحت وصايتها الفنية والمهنية . وقد اقترح كذلك أن يتم تحديد نسبة الاشتراك والتمويل من خلال نسبة مئوية من استهلاك الطاقة الكهربائية إذ أن الكهرباء هي أساساً جامع لكل اللبنانيين يستهلكون منها كل حسب ماديته ، وبالتالي تكون نسبة اشتراكهم في صندوق الضمان حسب استهلاكهم للطاقة أي حسب مستواهم المادي والاجتماعي وفي ذلك تحقيق للعدالة والتكافل والتعاضد الاجتماعيين ، كما أن من حسنات هذه الطريقة الحث والتشجيع على الاقتصاد في استهلاك الطاقة الكهربائية من قبل المواطنين وبالتالي ترشيد النفقات العامة . إلا أن هذا الاقتراح لم يعمل به حتى الآن .

هذا من ناحية الصعوبات التي تعترض نظام الضمان الاجتماعي لا سيما فرع المرض والأمومة ، لا بد لنا قبل الانتقال إلى متابعة مناقشتنا لمصادر التمويل الحي في لبنان من أن نلفت النظر إلى أن مرسوم إنشاء تعاونية موظفي الدولة التي تشمل جميع الموظفين المدنيين الغير عسكريين ، كان قد صدر تحت رقم ١٢٤٧٣ تاريخ ٢٩ تشرين الأول ١٩٦٣ أي زهاء شهرين بعيد استصدار مرسوم نظام الضمان الاجتماعي وبل أشهر معدودة من وضع هذا النظام موضع التنفيذ . وبدراسة مواد قانون التعاونية نجد بأن المادة الرابعة قد نصت بأن : « تؤمن التعاونيات للمنتسبين إليها من الموظفين الدائمين جميع المساعدات المنصوص عليها » وذلك ريثما يتمكن الضمان الاجتماعي من تأمين هذه المساعدات » . (راجع المرسوم الملحق رقم (٢) ، إذن لا بد لنا من الاستغراب والتساؤل فيما يختص :

أولاً : لماذا رأت الدولة من الواجب استصدار قانون إنشاء تعاونية موظفي الدولة بعد أن استصدرت الدولة والحكومة نفسها قانون نظام الضمان الاجتماعي ولا سيما أن العديد من تقديمات هذين القانونين متشابهين في الواجبات كما في التقديمات .

ثانياً : لماذا لم تضع الدولة منذ العام ١٩٦٣ وحتى الآن موضع التنفيذ ما أوصت به المادة (٤) من قانون تعاونية الموظفين - ألا وهي الاندماج أو على

بدلاً من ذلك نرى أن الدولة تماشت مع الصندوقين بل وزادت في عدد مصادر التمويل بإضافة مصدر وزارة الصحة في تمويل الخدمات الصحية ، وبذلك تعددت مصادر التمويل وضعفت جميعها وتبعثرت إمكانياتها وزادت مصاريفها الإدارية بدلاً من أن تقوى وتساند بعضها البعض لجهة تقديمات أفضل للمواطن وأسرته ومجتمعه .

دراسة وزارة الصحة حول تمويل القطاع الصحي في لبنان عام ١٩٨٣ :

طلبت وزارة الصحة عام ١٩٨٣ من الوكالة الأميركية للتنمية الدولية تمويل خدمات خبيرين من الولايات المتحدة لدراسة تمويل القطاع الصحي في لبنان وتحديد المشاكل ومواقع الضعف وتقديم الاقتراحات بعد التشاور والتدارس بينهما والمسؤولين في الوزارة ، وخاصة فريق العمل الذي أوكلت إليه مهمة دراسة التمويل الصحي في لبنان من قبلنا .

لإنجاز أهداف الدراسة ، قامت الوكالة الأميركية للتنمية الدولية بتمويل أتعاب وإقامة فريق قوامه شخصين خلال شهري كانون الثاني (يناير) وشباط (فبراير) من عام ١٩٨٣ ، وتألف الفريق من الدكتور جيمس جيفرز ، خبير في اقتصاديات الصحة كرئيس للفريق ، والدكتور بول زوكن .

وقابل الفريق خلال فترة إقامته في لبنان ٥٠ مسؤولاً واختصاصياً وأستاذاً جامعياً وباحثاً لبنانياً في القطاع الصحي بشقيه العام والخاص سعيًا وراء المعلومات والنصح . بالإضافة إلى ذلك عمل الفريق عن كثب مع فريق تابع لمنظمة الصحة العالمية قوامه ١٤ خبيراً ، لتقييم القطاع الصحي وتبادل معه الرأي والمعلومات بحرية حول مشاكل وقضايا القطاع الصحي والحلول الممكنة .

والتقريران (تقرير الوكالة الأميركية للتنمية الدولية ، وتقرير منظمة الصحة العالمية متمم أحدهما للآخر) ويعني تقرير الوكالة الأميركية للتنمية الدولية بتفاصيل وماهية القضايا والمشاكل والتوصيات المتعلقة بتمويل القطاع الصحي في لبنان ، فيما يتطرق تقرير منظمة الصحة العالمية إلى قضايا ومشاكل القطاع الصحي بكليته ، ويعطي إطاراً للتخطيط والبرمجة في هذا القطاع لعدد من السنوات القادمة .

تحليل الوضع الحالي :

يمكن إيجار أبرز ملاحظات فريق الوكالة الأميركية للتنمية الدولية حول الوضع الحالي للنظام الصحي في لبنان على الشكل التالي :

١ - يتألف نظام الخدمات الصحية في لبنان من شبكة معقدة ومجزأة من الأجهزة العامة والخاصة التي توفر الخدمات الصحية والتمويل لتلك الخدمات . وتفتقر تلك الأجهزة والمؤسسات إلى التنسيق بشكل حاد .

٢ - إن وحدات القطاع الخاص التي توفر الخدمات الطبية الخاصة غنية بالعنصر البشري والتجهيزات والموارد ، وهي تعمل بشكل غير مضغوط أما الأجور والتعريفات القانونية ، فهي غير متبعة وهناك أدلة كافية حول فواتير مضخمة وتقاضي أجور عن خدمات غير مقدمة .

٣ - إن مسؤولية وطاقة توفير الخدمات الطبية في القطاع العام موزعة على عدد كبير من الوزارات والأجهزة التي تعاني من انعدام التنسيق ونقص في التمويل ، وبالتالي فإن طاقة الأجهزة على توفير الخدمات الطبية محدودة .

٤ - تعهدت الحكومة اللبنانية منذ فترة طويلة بتنفيذ خطة تهدف إلى توفير الخدمات الطبية لكل فرد من المواطنين بغض النظر عن القدرة على تسديد أكلاف تلك الخدمات . ورغم ذلك فإن الطاقة المتوفرة لدى الحكومة لتأمين الخدمات الطبية مباشرة للمواطنين محدودة . لذلك ، فإن الحكومة تضطر إلى اللجوء إلى القطاع الخاص لتأمين الخدمات الطبية للمواطنين وتسدد أكلاف تلك الخدمات . لذا ، فإن القطاع الخاص يحصل على ما نسبته ٩٠ بالمئة من اعتمادات القطاع العام لقاء الخدمات الطبية التي يوفرها نيابة عن الحكومة

٥ - أن توزع المرافق الطبية والجهاز البشري الطبي غير متكافئ فالجزء الأكبر من الموارد المتاحة يتركز في بيروت وطرابلس . أما الجنوب والمناطق الريفية فإن الخدمات والمرافق الطبية فيها غير كافية بالنسبة لباقي المناطق اللبنانية .

٦ - أما نوعية الخدمات الطبية في القطاعين العام والخاص ، فهي متدنية نسبياً وغير مراقبة .

٧ - تضررت المرافق الطبية العامة بشكل حاد من جراء الحرب . كما أن الأجور والرواتب للاختصاصيين الصحيين في القطاع العام متدنية بالمقارنة مع مستوياتها

في القطاع الطبي الخاص . كذلك ، فإن معنويات وانضباطية وحوافز الاختصاصيين والموظفين الإداريين في القطاع الصحي العام متدنية للغاية ، والأدلة حول الرشوة وسوء التصرف في المراكز العامة عديدة .

٨ - إن النظام الطبي في القطاع العام شديد المركزية جغرافياً ، إذ إن الاستقلالية والسلطة على صعيد المناطق والأقسام والمجموعات محدودة .

٩ - إن تغطية أكلاف ونفقات القطاع الطبي العام تتوزع على عدد من المؤسسات التي تغطي أقسام مختلفة ومتشابكة من السكان ، وتؤمن إيرادات غير متناسقة . وتتأثر إيراداتها بشكل نسب محدّدة من المرتبات والأجور . وكون تلك غير متناسقة ، فهي بالتالي غير متكافئة .

١٠ - إن طاقة النظام المالي للحكومة اللبنانية في فرض الضرائب والتحويلات لتحقيق التكافؤ محدودة للغاية فالقاعدة الضريبية تتكوّن من الرسوم على الواردات وعائدات الضرائب غير المباشرة . والإيرادات على شكل حسومات من الرواتب والأجور . وتشكل العائدات من ضريبة الدخل بين ٥ و ١٠ بالمئة من مجمل إيرادات الحكومة .

١١ - لقد زوّدت وزارة الصحة ، بمساعدة الوكالة الأميركية للتنمية الدولية ، بمجموعات عمل ، من الخبراء اللبنانيين ، لإيجاد الحلول لمختلف المشاكل وهي بصدد أحداث وحدة دائمة للتخطيط الصحي ، بمساعدة تقنية من الجامعة الأميركية في بيروت .

١٢ - أطلقت وزارة الصحة سياسة جديدة لإقامة هيئات صحية للمناطق في كل لبنان ، من أجل تحقيق لا مركزية إدارية في قطاع الخدمات الطبية . وسيتمنى للحكومة والمؤسسات الخاصة للخدمات الطبية التعاون في تنسيق الموارد المتيسّرة على النطاق الوطني وعلى نطاق المنطقة والمجموعات لتأمين خدمات صحية متكاملة ، بما فيها الوقاية من المرض ، وتحسين الوضع الصحي لمجموعات السكان تعدّ ما بين ١٠٠,٠٠٠ / و ٢٠٠,٠٠٠ / شخص .

١٣ - تسعى وزارة الصحة إلى تطوير وتوسيع طاقة الخدمات الصحية في القطاع العام مع التركيز على المستشفيات ، وذلك من أجل تدعيم مصداقية الحكومة بنظر المواطنين ومنافسة القطاع الطبي الخاص في تقديم الخدمات الطبية العالية المستوى بكلفة منخفضة . مما يشكل أداة ضغط على القطاع الخاص لرفع

مستوى الرعاية الطبية ، وخفض أكلاف الخدمات .

أبرز أهداف الدراسة :

قام الفريق بإبراز مجالات معينة ذات أهمية خاصة في تنفيذ مهمتها تلك المجالات هي :

- أ - تقدير حجم المكونات المالية لقطاع الخدمات الطبية بشقيه العام والخاص .
- ب - إجراء التحليل المطلوب قبل تقديم التوصيات بشأن توحيد أجهزة تمويل الخدمات الطبية في القطاع الطبي العام تحت هيئة واحدة باسم « نظام الضمان الصحي الوطني » .
- ج - تقديم توصيات حول عمل « نظام الضمان الصحي الوطني » من حيث التمويل المتناسق والمتكافئ لمقدمي الخدمات الطبية في القطاع العام من مصادر التمويل العامة والخاصة .
- د - تقديم توصيات حول الحد الأدنى من المعلومات والاحصائيات المطلوبة لمراقبة أكلاف ونوعية الخدمات الطبية المقدمة في القطاع العام والخاص .
- هـ - إجراء تحليل مالي لأبرز السياسات والخيارات التي يجري النظر بها ، بما في ذلك تقدير وتحليل الأكلاف المتوقعة من جرّاء زيادة عدد الأسرّة في مستشفيات القطاع العام .

أبرز الاستنتاجات :

يظهر تحليل حجم المكونات المالية الرئيسية للنظام الصحي في لبنان ان القطاع العام قد أنفق ما يقارب ٥٧٢ مليون ليرة لبنانية ، عام ١٩٨٢ لتأمين الخدمات الطبية سواء مباشرة للمستفيدين عبر مؤسساته أو لتعويض القطاع الطبي الخاص أكلاف الخدمات التي تعاقد معه لتقديمها للمواطنين على نفقة القطاع الحكومي . وقد بلغت هذه النفقات الأخيرة ما نسبته ٨٠ بالمائة من مجمل هذا المبلغ .

أما مجموع الانفاق على الخدمات الطبية في لبنان ، خلال عام ١٩٨٢ فقد قدّر بـ ١,٤ مليار ليرة لبنانية ، رغم أن بعض الخبراء يصلون إلى رقم ١,٦ مليار ل.ل. ويتقارب المبلغ الأول مع أرقام دراسات ميدانية جزئية للانفاق الطبي في بعض المدن والقرى اللبنانية ومع توقعات وفرتها دراسة حول الفاتورة الطبية أجرتها مؤسسة فورد

عام ١٩٦٦ في لبنان وتراوح جميع هذه التقديرات بين ١،٢٢ و ١،٢٦ مليار ل.ل. سنوياً .

وبعد مراجعة النظام الطبي الحالي ، تبين للمسؤولين وللخبراء أن المضي في أسلوب العمل نفسه ليس كافياً إذ يتوجب استحداث تجانس رئيسي بين أصحاب القرار في النظامين الطبي والمالي معاً عوضاً عن النظام المالي حيث المؤسسات التي تؤمن الخدمة الطبية تختلف عن الأنظمة التي تموّل هذه الخدمات . وتجدر الإشارة هنا بأن عدم استحداث هذا التجانس المطلوب كان ولم يزل السبب الرئيسي لارتفاع كلفة الخدمات الطبية في مختلف أنحاء العالم .

ما هي الاستراتيجية التي تمثل الحد الأدنى المطلوب لتحسين أداء نظامنا الصحي في لبنان ؟

علينا أولاً الاقرار بأن عدداً من العوامل التي نشأت بمعظمها خلال الأحداث الماضية قد جعلت القطاع الخاص في لبنان ، قطاعاً نامياً ، غنياً بالموارد والخيرات ، سريع التطور والتأقلم مع الواقع . لذا يتوجب على الدولة أن تنظر إلى الموارد الموجودة في القطاعين العام والخاص كموارد قابلة للتعبئة في سبيل تأمين حاجات المواطنين في المجال الطبي وذلك من خلال تركيز الجهود على تنظيم علاقة سليمة علمية ، تؤمن مشاركة فعالة للقطاع الخاص في تحقيق السياسة الصحية في لبنان .

وليس من سبب مبدئي يحول دون الاعتماد على مشاركة القطاع الخاص لتأمين نسبة عالية من الخدمات الطبية إذا ما تمكنت الدولة من تأمين الرقابة المطلوبة كي يتصرف القطاع الخاص ضمن مسؤولياته . فالدولة اللبنانية كانت ولم تزال تشجع المبادرة الفردية والجماعية للقطاع الخاص وللقطاع الخاص إمكانيات متواجدة بالفعل حالياً لا يمكن للدولة الاستغناء عنها أو عدم التعاون معها . زد إلى ذلك أن الوضع الاقتصادي الحالي للدولة قد لا يسمح لها في السنوات القادمة أن تركز التركيز المطلوب أو أن تصرف اعتمادات كبيرة لإنشاء مؤسسات جديدة في القطاع الطبي الحكومي ، نظراً أن المطلوب الأساسي هو إعادة بناء البنية التحتية للدولة بعدما لحقها من خراب ودمار من جراء أحداث السنوات العشر الماضية .

غير أننا علينا الاقرار كذلك بأن الدولة لن تستطيع الاعتماد كلياً على القطاع الخاص أقله في بعض المناطق ، إذ قد لا يجد القطاع الخاص حافزاً رئيسياً اقتصادياً للاستثمار فيها . ولما كان على الدولة أن تؤمن الخدمات الطبية لجميع المواطنين

حيثما وجدوا وأياً كانت إمكانياتهم المادية يبقى أن السبيل الأفضل هو المشاركة الفعلية والتعاون الوثيق والمشروط بين القطاعين كي نهض بالخدمات الطبية لجميع المواطنين في مختلف أرجاء لبنان .

أما عن الاستراتيجية المقترحة ، فهي تتلخص في الخطوات التالية :

١ - جمع وتوحيد مصادر التمويل في القطاع الحكومي إذ أن دمج الأجهزة الحكومية التي تموّل الخدمات الصحية من شأنه أن يدعم سلطة الدولة ويعزز مكانتها في تخطيط ومراقبة وتقييم العمل الطبي في لبنان .

٢ - تأهيل القطاع الاستشفائي الحكومي ، ومن المقترح أن تقتصر المرحلة الأولى على تنشيط المستشفيات الحكومية القائمة حالياً ومدها بالموارد البشرية والمالية المطلوبة كي يصبح بإمكانها تأمين إنتاجية أفضل . كما أنه من المطلوب اعتماد سياسة واضحة بخصوص إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية الجديدة ، وهي أن يعهد إلى خبراء واختصاصيين مهمتهم إجراء دراسة جدوى مسبقة ، مع تحديد كلفة البناء والمبالغ المتكررة المطلوبة لتشغيل هذه المؤسسات قبل الموافقة على تشييدها واستحداث الجديد منها .

٣ - تحسين أداء المرافق الصحية الحكومية من الأمور الأساسية والضرورية لتأهيل القطاع الحكومي هي أن تعتمد الوزارة إلى دعم هذه المؤسسات وتجهيزها وتحسين صيانة المباني والمعدات فيها وتبني نظام رتب ورواتب وتعويضات لاجتذاب العدد الكافي والنوعية المطلوبة من الأخصائيين الطبيين وأعضاء فريق التمريض والاداريين والفنيين ، كما أنه من الضروري وضع موضع التنفيذ النظم والمقاييس المهنية المعمول بها عالمياً لتأمين حسن الأداء ونوعية مثلى .

٤ - دعم الأسس المالية للقطاع الحكومي :

إن قانون استقلالية المستشفيات الحكومية والتشريع المقترح المتعلق بإنشاء المناطق الصحية يفتحان المجال والفرص لتقوية الهيكلية المالية لقطاع المستشفيات العامة . ولنجاح هذا المسعى لا بد من :

- السماح لنظام الضمان الصحي الوطني بالتعويض المالي للمستشفيات الحكومية عن الرعاية الطبية الأساسية على نفس الأسس المعمول بها في المستشفيات الخاصة المتعاقدة .

- السماح للمستشفيات العامة باستقبال مرضى لقاء بدل على أن يحصل هذا البدل من المريض مباشرة أو من مصادر ضمان خاصة أو من الاثنين معاً ، إضافة إلى التعويض الذي يؤمنه « نظام الضمان الصحي الوطني » للخدمة الطبية الأساسية .

٥ - تنمية الرعاية الصحية الأولية في القطاعين العام والخاص :

يجب التركيز على الرعاية الصحية الأولية بما في ذلك الوقاية من الأمراض وتعزيز اللياقة الصحية . ويتطلب ذلك إعادة ترتيب الأولويات عند الأطباء الممارسين في مراكز التطبيب والمعالجة العامة . أما الحل الطويل المدى فهو يكمن في تعديل مناهج التعليم الطبي لحث الأطباء على تغيير نهج الممارسة والتركيز على أصول الرعاية الصحية الأولية ومبادئها .

إلا أن هذا التعديل يتطلب وقتاً طويلاً من المقترح أيضاً أن يبادر الأطباء الممارسين والإداريين على اتباع نظم صحية وإدارية تؤكد نوعية الخدمة الطبية في القطاعين العام والخاص ومنها تطوير الاحتفاظ بسجلات مرضية كاملة وواقية تبرز أهم النتائج الصحية والسجل الزمني للتشخيص والمعالجة والدواء . كما يجب التركيز على البرامج المعروفة عالمياً لجهة الوقاية ومنها البرنامج الموسع للتلقيح وبرامج رعاية الأم والطفل والتأكيد على التغذية السليمة والتحذير من مضار التدخين وغيرها من البرامج الأساسية لتحسين الصحة والوقاية من العلل والأمراض ومسبباتها .

٦ - تصحيح سوء توزيع الموارد البشرية والطبية :

إن الجهاز البشري الطبي والصحي مركز حالياً في المدن الرئيسية ويعطي تشريع المناطق الصحية القيمين عليه دوراً مهماً في توظيف العدد والنوعية المطلوبين لتأمين الخدمات الصحية . من المقترح أن التعيين القسري للموظفين الصحيين في المناطق عند التخرج كما ورد في المرسوم رقم ١٠٨٣٣ لسنة ١٩٦٢ أو أي خطة متكاملة ضمن التشريع الذي يعطي درجات من الاستقلالية للقطاع العام ، وهذا في نظرنا أجدى ، وقد تشمل الخطة :

- تعويض اختصاص يشمل الراتب الأساسي ودخل من ممارسة الطب حتى حد أعلى يتقرر من قبل السلطات الصحية المحلية ، وتعويض سكن وتعليم وتقاعد يسري مفعوله لغاية عدد محدد من سنوات الخدمة .

- تنويع التعويضات لجعلها أكثر إغراء للاختصاصيين المعنيين للخدمة في المناطق التي تفتقر حالياً للخدمات الطبية وبالأخص المناطق النائية والتي لا تتوفر فيها الخدمات العامة (وقد ذكرنا هذه الحوافر بالتفصيل في الخطة الصحية لجنوب لبنان) .

وقد شاءت السلطات الصحية الاتفاق مع صندوق الضمان الصحي لتصنيف المناطق الصحية في لبنان واعتماد تعويضات مختلفة لأعمال الطبية تزداد الوحدة منها في المناطق النائية وتنقص في المدن الرئيسية وفي ضواحيها .

٧ - رعاية مبادرات بديلة في القطاعين العام والخاص :

إن إنشاء جهاز أوسع لتمويل الخدمات الصحية لن يفي وحده لحل مشكلة سوء توزيع الرعاية الصحية في لبنان أو في تحسين نوعية الأداء بل قد يزيد من الضغوط على النظام من خلال زيادة الكلفة خاصة إذا تراقق ذلك بسوء التصرف وندرة الرقابة الصحية . ويكمن التحدي في إدخال التحسينات في القطاعين العام والخاص التي تؤدي إلى توزيع الرعاية الصحية توزيعاً متكافئاً وتجعلها أكثر تكاملاً . فالقطاع الخاص ازدهر من خلال مرونته وحسن تكييفه مع الأوضاع المستجدة ويمكن اعتماد بعض الاستراتيجيات التي ظهرت في السنوات الأخيرة عالمياً وهي :

(أ) - مبدأ الدفع المسبق ضمن برنامج متكامل لتأمين الرعاية الصحية :

تكمن المشكلة الأساسية في النظام التقليدي لتأمين الرعاية الصحية في ازدواجية الصلة بين المؤسسات الممولة للخدمة الصحية والأطباء والمؤسسات التي تؤمن العلاج . فالسيطرة على محتوى ونوعية الرعاية الصحية محدودة في النظم التقليدية ، كما أن دور الممول لا يعدو عن كونه دفع التقديرات التي لا سلطة له عليها وعلى نوعيتها وكميتها . لذلك ترتفع أسعار الكلفة وتبقى دون سقف محدد يتوقف عنده .

إن البديل الذي يوفره هذا النهج الابتكاري هو في التسديد المسبق لإكلاف برنامج متكامل للرعاية الصحية للمستفيدين الذين اشتركوا في هذا البرنامج عند الدفع المسبق ، بمعنى آخر تؤمن الرعاية الصحية الشاملة والأطباء والمرافق بشكل يضمن تزويد خدمات محددة لقاء مبلغ من المال أو اشتراك يحدّد سلفاً .

وبإمكان هذه الوحدات أن تستحدث ترتيبات معينة بين المستفيدين من جهة

وبين الأطباء والمستشفيات من جهة أخرى . ويتطلب إنشاء هذه الوحدات تقييماً دقيقاً للحاجة المرفقية وتنظيم العلاقة مع الأطباء والمرافق الصحية قبيل الشروع بالدعوة إلى الاشتراك . وقد زاد الاعتماد على هذا المنحى في الولايات المتحدة في السنوات الأخيرة نتيجة الارتفاع الباهظ في كلفة الرعاية الصحية .

٨ - توسيع الضمان الصحي التجاري :

يلعب الضمان الصحي التجاري حالياً دوراً محدوداً جداً في تمويل الخدمات الصحية في لبنان . ففي دراسة جيفرز وزوكن تبين أن هناك مئة ألف شخص يشتركون في نظم الضمان الصحي التجاري كموظفي شركة طيران الشرق الأوسط والجامعة الأميركية وغيرهم ممن يتناح بوليصة تأمين لتغطية كلفة الرعاية الصحية أو بعضها فقط . وقدرت المبالغ التي تصرف حالياً بحوالي ١١/ مليون ل.ل. سنوياً ، ومن المقترح استقطاب اهتمام شركات الضمان الصحي الكبرى لدراسة الامكانيات المتوفرة في لبنان ، خاصة أن البعض منها شركات خاصة إنما ذات منفعة عامة ولا تبتغي الربح في مراكز تواجدها .

٩ - تطوير إدارة المستشفيات :

من الممكن أيضاً دراسة إمكانية إشراك شركات متخصصة في إدارة المستشفيات ، وقد اعتمد هذا النهج في بعض البلدان المجاورة إنما الأهم هو تنشيط وتكثيف وإرغاب الطلاب لدخول برامج إدارة المستشفيات التي أصبحت علماً بحد ذاته منذ أواخر الخمسينات وللجامعة الأميركية برنامجاً خاصاً على مستوى الماجستير في هذا التخصص النادر نسبياً إقليمياً .

١٠ - توحيد التعرف الطبية :

من الضروري أولاً وآخر التأكيد على توحيد تعرف الخدمات الطبية والاستشفائية وخاصة لمرضى الدرجة الطبية الأساسية (مرضى الوزارة والضمان) واتخاذ الاجراءات المناسبة في حال مخالفتها علماً بأن المطلوب دراستها بعناية قبل العمل بها، ليس فقط من قبل الأطباء بل أيضاً من قبل الاداريين الأخصائيين في هذا الحقل .

نظام الضمان الصحي الوطني :

١ - المبادئ المتبعة :

لقد استنتج فريق الدراسة أن تمويل الخدمات الصحية في القطاع العام يجب أن يحصر في مؤسسة عامة واحدة ، وعلى تلك المؤسسة أن تضع تعرفات ونظم ومقاييس موحدة تطبق على جميع الأشخاص والمؤسسات بغض النظر عن صفتهم ومكان إقامتهم وفيما يسلم كمبدأ أساسي بحق كل فرد بالحصول على الخدمات الصحية والطبية بغض النظر عن قدرته على التسديد ، يجب أيضاً التسليم بمبدأ مساهمة كل فرد في كلفة الخدمات الطبية المؤمنة، إما بشكل ضرائب أو تسديد أجور تلك الخدمات عند الحصول عليها أو الاثنين معاً . كما يجب أن تكون نسب المساهمة متكافئة ، أي أنها تتدرج بحسب الراتب واليسر المالي للفرد .

وستؤمن المؤسسة العامة لتمويل الخدمات الصحية المسماة « نظام الضمان الوطني » خدمات صحية موحدة لجميع المواطنين على أساس حد أساسي لنوع ومستوى الخدمات لقاء مساهمتهم . ولا يستثنى سوى أفراد الجيش وقوى الأمن الذين يحصلون على الخدمات مجاناً ، وستؤمن أكلاف الخدمات الطبية للمعوزين فعلاً من الأموال العامة . ويشمل المعوزين المدقعي الفقر والمصابين بمرض عضال والحالات الاجتماعية الأخرى .

إذن من المقترح أن يؤمن نظام الضمان الصحي الوطني الأهلية للحصول على حد أدنى من الخدمات الطبية للأفراد والمواطنين على مختلف طبقاتهم الاجتماعية ومراكز إقامتهم . وللمستفيدين الخيار ما بين الاكتتاب في ضمان صحي يؤمن الخدمات الأساسية أو إضافة لذلك التمويل الذاتي لفارق الكلفة في حال الرغبة لرعاية أكبر عند استعمال الخدمات الطبية .

وبإمكان المواطنين الحصول على هذه التقديمات في مؤسسات القطاعين العام والخاص على حد سواء إذ سبق وأشرنا بأن قانون استقلالية مستشفيات الوزارة سيسمح لهذه بقبول رسوم العلاج من صندوق الضمان أو من المستفيد نفسه ، إذا ما أراد هذا الأخير رفاهية إضافية ، تماماً كما هو الحال في المشافي الخاصة - وبالتالي سيسمح هذا المبدأ بخلق منافسة صحيحة بين مختلف المؤسسات كي تعتمد إلى ترغيب المواطن للحصول على التقديمات الصحية فيها ، ضمن النظم والمقاييس والمعايير المعمول بها - إنما يجب التشديد أن على جميع المؤسسات استقبال المرضى خاصة

منهم من كان أو يكون حالة طارئة ويتطلب ذلك وجود حد أدنى من الأسرة في جميع المناطق اللبنانية ومؤسسات تتمتع بنوعية حسنة من العلاج والخدمة حسب ما تنص عليه النظم المعمول بها .

٢ - أسس التعويض :

بشكل عام أن نسب التعويضات لخدمات الاستشفاء تستند على التعرفة الموحدة للمستشفيات التي حددت مؤخراً من قبل فريق العمل حول تمويل الرعاية الصحية التابع لوزارة الصحة . وتطبق هذه التعرفة حالياً على ما يعرف بخدمات الدرجة الثالثة .

وفي نطاق إنشاء نظام الضمان الصحي الوطني سيستبدل تعبير « خدمات الدرجة الثالثة » بتعبير « العناية الطبية الأساسية » ، لذا ستكون الخدمات الطبية في المستشفيات العامة والخاصة من نوعين - « عناية طبية أساسية » في متناول جميع المواطنين وخدمات إضافية التي يختار الأفراد الحصول عليها وتسديد كامل أكلافها اما من أموالهم الخاصة أو بواسطة ضمان صحي خاص أو الاثنين معاً . وسيسدّد نظام الضمان الصحي الوطني ما نسبته ٨٥ بالمئة من أكلاف العناية الطبية الأساسية المقدمة من المستشفيات العامة الخاصة المسجلة لدى الضمان الصحي فيما يسدّد المستفيد القسم المتبقى . أما المعوزين فعلاً ، فسيطلب منهم تسديد قسط من الأكلاف لا يتعدى /١٥٠٠/ ل.ل. كحد أعلى ، وستثبت أحوال العوز ، من قبل مديرية نظام الضمان الصحي الوطني أو وزارة الصحة بعد دراسة راتب ووضع الشخص المالي .

وسيحصل أفراد الجيش والأمن العام على العناية الطبية الأساسية مجاناً في المستشفيات العسكرية ، وفي المستشفيات العامة والخاصة المسجلة لدى الضمان الصحي في حال عدم توفر هذه الخدمات في المستشفيات العسكرية . ويحصل الضباط على مستويات ونوعيات من الخدمات الطبية تتماشى مع رتبهم ، كما هي الحال اليوم . أما موظفو الجيش والأمن العام المتقاعدون ومن يعملون فيستفيدون من نظام الضمان الصحي الوطني وبالتالي يحق لهم الحصول على تعويض للخدمات الطبية الأساسية التي يحصلون عليها في المستشفيات العامة أو المستشفيات العسكرية أو المستشفيات الخاصة المسجلة لدى الضمان الصحي مثلهم مثل باقي المواطنين .

أما الخدمات الطبية المقدمة للمرضى دون إدخالهم المستشفى ، فسيعوّض منها ما نسبته ٧٠ بالمئة لجميع الأشخاص المشمولين ضمن نظام الضمان الصحي الوطني

سواء حصلوا على تلك الخدمات في المستشفيات العامة أو الخاصة ، أو في العيادات أو المراكز الصحية أو المستوصفات أو مكاتب الأطباء حسب خيارهم . وتنطبق نسبة التعويض ذاتها ، لنفس النوع من الخدمات المقدمة لموظفي الجيش والأمن العام المتقاعدين سواء حصلوا عليها في المرافق الطبية العسكرية أو غيرها من مرافق الخدمات الصحية العامة أو الخاصة .

٣ - التنظيم والنشاطات :

سيقوم نظام الضمان الصحي الوطني بتوحيد وإدارة نشاطات تمويل أكلاف الخدمات الطبية التي تقوم بها حالياً كل من تعاونية موظفي القطاع العام والخدمات الطبية للجيش وقوى الأمن ، وزارة الصحة والضمان الاجتماعي .

ونورد هنا الأعمال التنظيمية لنظام الضمان الصحي الوطني . ولكن قبل ذلك نشير إلى أنه قبل إنشاء نظام الضمان الصحي الوطني يتوجب على الحكومة أن تبني تعرفة موحدة للخدمات الطبية . كما أن على الحكومة إبداء عزمها على دعم نظام الضمان الصحي الوطني من خلال فرض التعرفة الموحدة وتحسين نوعية العناية الطبية في القطاعين العام والخاص ومعاينة مخالفي التعرفة في القطاعين وذلك بوقف التعويضات عن مؤمني الخدمات الطبية الذين لا يلتزمون الحد الأدنى من الأداء الحسن في توفير الخدمات الطبية .

كما أن على الدولة أن تبدي استعدادها لمساعدة مؤمني الخدمات الطبية في القطاعين العام والخاص على رفع مستوى الخدمات بتقديم قروض مسهلة لهذه الغاية عند الحاجة ، وأن تؤكد رغبتها في رعاية مبادرات مقتصرة في القطاع الخاص بما في ذلك إنشاء وحدات الحفاظ على الصحة وبرامج خاصة مبتكرة للضمان الصحي التي تجمع بين مستوى مقبول من النوعية وكلفة منخفضة . وبالإمكان السماح لنظام الضمان الصحي الوطني التعويض عن أكلاف الخدمات فوق التعرفة الرسمية فقط في حالات متفاعة خاصة لدعم المؤسسات التي تعمل على توسيع بعض الخدمات في المناطق التي تفتقر إليها .

وأخيراً على الحكومة أن تظهر إرادتها وعزمها على تأمين كواادر كفوءة لنظام الضمان الصحي الوطني . وبالإمكان تحقيق ذلك بالموافقة القانونية على تطوير خطة أو نظام توظيف تحدد المراكز المطلوبة وشروط التوظيف والتدريب لتعيين الموظفين في نظام الضمان الصحي الوطني وإجراء مناقلات ضمن الأجهزة ذاتها حسب ما هو

مناسب . أما نواة جهاز الموظفين في نظام الضمان الصحي الوطني فسيتألف من الموظفين الحاليين لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

ومن الصعوبة بمكان رسم هيكلية الجهاز الجديد وتحديد احتياجاته للعنصر البشري من الآن ، إلا أن بعض النشاطات الأساسية لنظام الضمان الصحي الوطني هي على درجة عالية من الوضوح ونورد في ما يلي طبيعة هذه النشاطات على شكل مراكز وإدارات يمكن إنشاؤها من خلال التشريعات المناسبة :

أ - وحدة مراقبة وتصديق الكلفة :

يتألف هذا المكتب من مفتشين طبيين ومحاسبين وكتاب يقومون بالتأكد من صحة ودقة الفواتير وهويات المرضى واستفادتهم من الخدمات بالإضافة إلى مسائل أخرى تتعلق بالمراقبة المالية وضبط الأكلاف .

ب - مكتب منهج الشهادات للمرافق الصحية وتحديد نسب التعويض :

يقدم هذا المكتب بتصديق أهلية المستشفيات الخاصة للتعويض وتصنيف المستشفيات حسب استيفائها للشروط في تأمين خدمات العناية الطبية الأساسية وتحديد نسب التعويض للمستشفيات حسب أنواعها ، وأنظمة التوظيف فيها وتشغيلها والممارسة الطبية ومستويات الأداء فيها .

ج - ضمان النوعية :

إن ربط التعويض وضمان النوعية في الممارسة الطبية والأداء ، ذات أهمية حيوية . وهي تتطلب ادخال برامج لضمان النوعية تدريجياً مع الزمن ، وذلك لتطوير مقاييس للأداء والممارسة الطبية . وسيصبح تطوير تلك المقاييس والحفاظ عليها وتحسينها مع الوقت شرطاً أو مطلباً لأهلية المؤسسات أو الأفراد للاستفادة من تعويضات نظام الضمان الصحي الوطني . من تلك المقاييس مثلاً :

- الحفاظ على سجلات طبية كافية .
- زمنية معقولة من الخدمة ، إقامة زمنية معقولة للمريض في المستشفى .
- عدد معقول من الأعمال الطبية المختلفة والاجراءات والعمليات .
- عدد معقول من وصفات الدواء طبقاً لنوعية المرض وشده .
- شبكة لجان ومقاييس وإجراءات مراجعة الاستفادة .

د - جمع المعلومات ، التحليل ومراقبة الأنظمة :

ستكون وظيفة هذا المكتب بشكل أساسي جمع المعلومات بشكل دوري حول عدد المستفيدين واستخدام وأكلاف جميع عناصر النظام . ويشتمل ذلك على المراقبة الدقيقة للمعلومات حول الأكلاف حسب نوع الخدمات الطبية المقدمة داخل المرافق الطبية . وسيعمل هذا الفريق عن كثب مع وحدة تخطيط الأنظمة الصحية ومديرية المناطق الصحية ومديرية العناية الطبية في وزارة الصحة ، وسيصدر نظام الضمان الصحي الوطني بشكل دوري تحليل للمعلومات من خلال قنوات الاعلام وذلك للمؤسسات العامة والخاصة وغيرها من المهتمين في هذا المجال .

هـ - مكتب الاتصال بالسلطات الصحية للمناطق :

سيشارك نظام الضمان الصحي الوطني في بعض الحالات بمفاوضات مع سلطات المناطق الصحية للحفاظ على الصحة ، كما قد يقوم بتسديد دفعات مالية لتلك الوحدات . وفي مطلق الأحوال سيجري تزويد المسؤولين في المناطق الصحية بالمعلومات المتعلقة بتعويض مؤمني الخدمات الطبية المشمولين ضمن تلك السلطات في القطاعين العام والخاص ، وذلك لمساعدة هؤلاء المسؤولين في تخطيط وتنظيم وتنفيذ برامج صحية متكاملة في مناطقهم .

وسيشجع نظام الضمان الصحي الوطني إنشاء وحدات الحفاظ على الصحة ، وذلك بمنح هبات ومساعدات تقنية ضمن المناطق الصحية . وقد تقوم تلك الوحدات بتغطية أكلاف مجموعة متكاملة من الخدمات الطبية تشمل خدمات وقائية وخدمات عناية ومعالجة . وسيقوم هذا المكتب بتقديم التوصيات للمدير حول صوابية تقديم قروض لمجموعات طبية خاصة كي تستطيع أن تستوفي المستوى المطلوب لتسجيلها وبالتالي الاستفادة من تعويضات النظام .

كذلك يقوم المكتب بإسداء النصائح للمدير حول صوابية إعطاء تعويضات تفوق التعرفة الموحدة للمؤسسات العامة والخاصة التي تقوم بتوسيع خدماتها لتشمل مناطق تفتقر إلى الخدمات الطبية . كما يقوم المكتب نفسه بإسداء المشورة حول مبادرات القطاع الخاص بشكل عام بما في ذلك البرامج والسياسات المبتكرة للضمان الصحي الخاص .

و - مكتب القروض لتحسين النوعية والتأهيل :

سيساعد هذا المكتب المؤسسات العامة والخاصة التي تؤمن الخدمات الطبية

الجدول رقم (٤)
الأرصدة المصروفة في التمويل الصحي - لبنان ١٩٨٢

بملايين الليرات اللبنانية

٢٣٤	* وزارة الصحة
١٤٤	* صندوق الضمان
	(فرع المرض والأمومة) .
٥٠	* تعاونية موظفي الدولة .
٧٥	* الخدمات الطبية لأفراد
	القوى المسلحة .
١٠	* مصلحة الانعاش الاجتماعي .
٢٠	* البلديات
٥٣٣ مليون ل.ل.	المجموع

على استيفاء مستويات النوعية والممارسة والأداء في الخدمة وتأهيل المرافق والخدمات المتضررة من جراء الحرب . وفي حال إلغاء العقود بين نظام الضمان الصحي الوطني ومؤمني الخدمات الطبية في القطاع الخاص يتم التوصل إلى قرار حول الحاجة لقرض يستطاع به أن تتوصل المؤسسة إلى المستوى المطلوب خلال فترة معقولة أما تأهيل المرافق العامة أو الخاصة فيتم القرار بشأنها على تقييم دقيق للحاجة للخدمات الطبية في منطقة معينة .

مصادر التمويل الصحي في لبنان :

من الصعوبة بمكان تحديد أرقام دقيقة للمبالغ التي تصرف حالياً على الخدمات الصحية والطبية في لبنان نظراً لانعدام نظام معلوماتي واضح . ولذا توجب علينا الاعتماد على مصادر عديدة للحصول على أرقام تعطي بالتأكيد صورة تقريبية إن لم تكن شاملة للأرصدة المتوفرة لتمويل الخدمات الصحية أكانت هذه مؤمنة من القطاع العام أو من القطاع الخاص وقد أوردنا هذه المعلومات في الجدول رقم (٤) المبين أدناه .

وهكذا تبين لنا بأن مجموع المبالغ التي تصرف على العناية الطبية من قبل القطاع الحكومي ، كما كانت عام ١٩٨٢ هي الآتية :

ومن هذا المبلغ يتضح لنا بأن معظمه يصرف على الخدمات العلاجية والاستشفائية بنوع خاص ، ربما بنسبة ٩٥ - ٩٨٪ وان حوالي ٨٠٪ تصرف كموجبات للمؤسسات الصحية في القطاع الخاص المتعاقد مع الدولة وأجهزتها للخدمات الصحية .

أما مصادر التمويل الصحي في القطاع الخاص فهي تقدّر على الأقل بالمبلغ ذاته الذي يصرف من قبل مصادر التمويل الحكومية - بمعنى آخر ، من المعتقد بأن مصاريف تمويل الخدمات الصحية هي على الأقل ضعف مبلغ الـ ٥٣٣ مليون ل.ل. أي ما مجموعه ١،١ مليار ل.ل. عام ١٩٨٢ أي ما يساوي حوالي ٤٠٠ ل.ل. للشخص الواحد في لبنان إذا ما احتسبنا عدد اللبنانيين على أنه ٢،٧٥ مليون نسمة .

ويعتقد بعض المسؤولين ان هذا المبلغ الاجمالي هو أقل من الواقع إذ أن المدفوعات الصحية التي تصرف من جيب المواطن هي أعلى من قيمة مصاريف

جدول رقم (٤) :
مصادر التمويل الصحي في القطاع العام

الجهة المسؤولة	مصادر التمويل الصحي ومبالغه	المستفيدون من من التقديمات	تنوع الخدمات والمشاركة في التمويل ومدى استهلاك الخدمات الطبية
١ - وزارة الصحة	١ - من وزارة المالية - كانت ميزانية وزارة الصحة ٢٣٤ مليون ل.ل. عام ١٩٨٢ وهو ما نسبته حوالي ٣٪ من مجموع ميزانية الدولة.	١ - لا توجد شروط خاصة للاستشفاء سوى شرط المواطنة قدر عدد المستفيدين بـ ٧٠٠ ألف نسمة . للمريض .	١ - تؤمن وزارة الصحة الخدمات الطبية عبر مؤسساتها الطبية من مستشفيات ومراكز صحية مباشرة دون أي كلفة للمريض .
	٢ - بنود الميزانية التقريبية هي كالآتي : * تسديد استحقاقات المؤسسات الخاصة للأمراض الحادة ١٣٠ مليون . * تسديد استحقاقات المؤسسات الخاصة للأمراض المزمنة ٢٠ مليون . * تسديد استحقاقات الشاللة من فحوص مخبرية وغسل الكلى ١٠ مليون . المجموع ١٦٠ مليون . * المبالغ التقريبية التي تصرف على مؤسسات الوزارة الصحية ٥٠ مليون . * تكاليف الادارة والصحة العامة والوقاية . ٢٤ مليون . المجموع العام ٢٣٤ مليون .	٢ - من المفروض أن يشارك المريض في دفع ١٥٪ من فاتورة المستشفى حتى ٥٠٠ ل.ل. . * تسديد استحقاقات المؤسسات الخاصة للأمراض الحادة ١٣٠ مليون . * تسديد استحقاقات المؤسسات الخاصة للأمراض المزمنة ٢٠ مليون . * تسديد استحقاقات الشاللة من فحوص مخبرية وغسل الكلى ١٠ مليون . المجموع ١٦٠ مليون . * المبالغ التقريبية التي تصرف على مؤسسات الوزارة الصحية ٥٠ مليون . * تكاليف الادارة والصحة العامة والوقاية . ٢٤ مليون . المجموع العام ٢٣٤ مليون .	٢ - تتعاقد الوزارة مع المستشفيات والمؤسسات الخاصة والأطباء - وتدفع نسبة ٨٥٪ من مجموع الكلفة المبيئة على جدول تعريفات تضعها الوزارة كأساس للتعاقد ويدفع المريض ١٥٪ من الفاتورة حتى مبلغ أقصاه ٥٠٠ ل.ل. . ٣ - تمول الوزارة العلاج خارج لبنان ضمن شروط وتدفع ١٠٠٪ من المصاريف المعتمدة بما فيه أجور السفر والإقامة . ٤ - تؤمن الوزارة الخدمات الصحية غير الفردية كالصحة العامة دون مقابل . ٥ - تمول الوزارة تكاليف الخدمة الطبية الفردية في درجة الوزارة (الدرجة الثالثة أو الأساسية) . ٦ - تعاقدت الوزارة مع المستشفيات الخاصة لعلاج ١١٨٤ مريضاً يومياً عام ١٩٨٢

القطاع الرسمي للعناية الطبية - وقد أظهرت دراسة ميدانية لبعض القرى اللبنانية بأن متوسط مصاريف الشخص الواحد على الرعاية الصحية سنوياً هي حوالي ٤٥٨ ل.ل. مما يعطينا مبلغ إجمالي يساوي ١,٢٦ مليار ل.ل. إذا ما احتسبنا هذا المعدل على جميع اللبنانيين .

وتأكيداً على ذلك ، يرجع البعض إلى دراسة ميدانية قامت بها مؤسسة فورد عام ١٩٦٦ حول تكاليف العناية الطبية للأسرة اللبنانية ، وقد أظهرت الدراسة حينذاك بأن الأسرة اللبنانية تنفق ١٦٥ ل.ل. سنوياً للشخص الواحد مقابل العناية الطبية . هذا فإذا كان معدل التضخم السنوي هو ٦٪ فقط سنوياً ، فالمبلغ يصبح عام ١٩٨٢ يوازي ٤٤٣ ل.ل. للفرد الواحد أو ما مجموعه ١,٢٢ مليار ل.ل. لكافة اللبنانيين .

وفي دراسة أجرتها مؤسسة البحوث والاستشارات لحساب الاتحاد العمالي العام في لبنان في شباط ١٩٨١ ، أوردت المعلومات التالية :

* تشكل تكاليف المستحضرات الصيدلانية والدواء في لبنان ٤٢٪ من مجموع مصاريف العناية الطبية - وهذا الرقم ينطبق إلى حد ما مع معلومات صندوق الضمان لعام ١٩٨٢ . التي تشير إلى أن ٥٥٪ من مجموع كلفة المضمونين للمعاينات الخارجية و ١٢٪ من كلفة الاستشفاء تصرف لتسديد حصة الصندوق من كلفة الدواء - وبالتالي بان الكلفة الاجمالية للدواء في صندوق الضمان هي ٣٨,٧٪ من مجموع مصاريف فرع المرض والأمومة . وهذه النسبة هي قريبة لنسبة ٤٢٪ التي أوردتها مؤسسات البحوث والاستشارات .

الجهة المسؤولة	مصادر التمويل الصحي وبالفه	المستفيدون من التقديمات	تنوع الخدمات والمشاركة في التمويل ومدى استهلاك الخدمات الطبية
٤ - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي فرع المرض والأمومة.	* التمويل عن طريق اقتطاع ٧٪ من راتب الاجير أو الموظف لغاية ٧٥٠ ل.ل. شهرياً كسقف أعلى تقتطع هذه النسبة منه يدفع الاجير ١,٥٪ ورب العمل ٥,٥٪ من راتب الاجير. * وزارة المالية تمول صندوق الضمان بمبلغ يساوي ٢٥٪ من كلفة تقديمات الخدمات الطبية . * بلغت كلفة التقديمات الطبية لعام ١٩٨٢ ١٤٤ مليون ل.ل. تعادل متوسط الكلفة ٢٢٣ ل.ل. لكل مستفيد . * تقدر الكلفة التي يدفعها المستفيدون مشاركة في التكاليف (أي ٣٠٪ للعناية الطبية و ١٥٪ للاستشفاء) حوالي ٢٥ مليون ل.ل. إنما الاعتقاد السائد هو أن المستفيدين يدفعون أكثر من ذلك بكثير لأن التعريف المعتمدة من الضمان قلما تتبع من قبل الأطباء والمستشفيات والمختبرات إلخ.....	* الأجراء والموظفون في المؤسسات والشركات الخاصة إبتداءً من موظف واحد إلى ما فوق . * العمال والأجراء الأجانب الذين يعملون في لبنان شرط المعاملة بالمثل في بلدهم . * بلغ عدد المستفيدين ٦٤٥ ألف شخصاً (منهم ٢١٥ ألف موظفاً وأجيراً و ٤٣٠ ألف من أعضاء الأسر) .	(٢) أما موظفو الفئة الأولى فهم يحصلون على ٢,٣ × الدرجة (٣) . * تشمل جميع الخدمات الطبية المعلن عنها في تعريفه محدّدة وضمن جدول للأعمال الطبية يدفع الصندوق ٨٥٪ من أجور الاستشفاء بينما يدفع المستفيد ١٥٪ من الكلفة بينما يدفع الصندوق ٧٠٪ من أجور العناية الطبية والفحوص المخبرية والشعاعية والدواء - ويدفع المستفيد ٣٠٪ من هذه الأجور . * يدفع الصندوق للمؤسسات الاستشفائية حصته من الفاتورة بينما يدفع المستفيد حصته للمستشفى مباشرة . * لا يمتلك الصندوق أي مستشفى أو مركز صحي خاص به ، إنما هنالك عقد مع وزارة الصحة لإدارة مستشفى البترون الحكومي من قبل صندوق الضمان . * يدفع صندوق الضمان ما يعادل كلفة الاستشفاء في الدرجة الثالثة أو الأساسية . ويمكن للمستفيد دفع الفرق للحصول على تقديمات درجة

الجهة المسؤولة	مصادر التمويل الصحي وبالفه	المستفيدون من التقديمات	تنوع الخدمات والمشاركة في التمويل ومدى استهلاك الخدمات الطبية
٥ - مصلحة الانعاش الاجتماعي .	* تمويل الخدمات الصحية من قبل وزارة العمل والشؤون الاجتماعية تحت بند مصلحة الانعاش الاجتماعي ويشمل هذا التمويل المراكز التي تديرها مصلحة الانعاش مباشرة وتلك التي تديرها مؤسسات أهلية متعاقدة مع مصلحة الانعاش . * بلغت التكاليف عام ٨٢ (٧ ملايين ل.ل.) للمراكز الخاصة بالمصلحة التي يستفيد منها حوالي ١١٣٢٥٠ شخص و ٣ ملايين ل.ل. للمراكز	* تسعى مصلحة الانعاش الى سد الحاجة للخدمات الصحية والاجتماعية لا سيما خدمات الأمومة والطفولة وخاصة تلك التي ترمي إلى إنعاش المناطق الريفية . * مجموع المستفيدين عام ١٩٨٢ كان ١٩٤٩٥٠ نسمة .	أعلى ويمكن للمضمون أن يحصل على العلاج خارج لبنان على نفقة الصندوق إذا ما تعذر معالجة المضمون داخل لبنان . * يحصل جميع المضمونين على الخدمات نفسها دون تمييز بالرتبة أو الأجر . * يعتقد بأنه نتيجة للأعباء الادارية التي على المستفيد الولوج لها لاسترداد ما دفعه للعناية الطبية أن الكثيرون لا يحاولون استرداد المبالغ الصغيرة نسبياً (٠ إلى ٢٥٠ ل.ل.) . * تشمل الخدمات أساساً خدمات رعاية الأطفال بما فيه التلقيح والتثقيف الصحي ورعاية الأمومة من خلال مراكز صحية اجتماعية . * قد يدفع المستفيد ٥ ل.ل. عن كل زيارة للمركز الصحي . وبذلك قد يبلغ مجموع الإيرادات مليون ل.ل. (١٩٤٩٥٠ × ٥ ل.ل.) . * مجموع المستفيدين عام ١٩٨٢ كان ١٩٤٩٥٠ نسمة .

الجهة المسؤولة	مصادر التمويل الصحي وبالمه	المستفيدون من التقديمات	تنوع الخدمات والمشاركة في التمويل ومدى استهلاك الخدمات الطبية

المتعاقد مع المصلحة
وعدها ١١٣ مركزاً صحياً
وتخدم هذه المراكز ما يقارب
٨١٨٠٠ نسمة أي أن عدد
المستفيدين يبلغ ١٩٤٩٥٠
شخص وبالتالي فإن معدل
الكلفة هي ٥١,٣٠ ل.ل.
للمستفيد الواحد .
* كمية المبالغ المدفوعة من
قبل المستفيدين تبقى غير
معروفة وإن قدرت بنسبة
٥ ل.ل. لكل مستفيد
سنوياً .

* تمويل البلديات عن طريق
وزارة الداخلية .
* تدبير العديد من البلديات
مستوصفات لخدمة موظفي
البلدية وأعضاء أسرهم
والأهالي .
* موظفو البلديات
وأعضاء أسرهم .
* العدد الاجمالي
للمستفيدين غير
معروف بالضبط .
* تشمل الخدمات الصحية
على معانات خارجية غالباً
ما تكون مجانية للمستفيدين وقد
يطلب أحياناً مبلغ رمزي لبعض
الخدمات وبذلك تكون
الايادات غير معروفة .
* تنفق بلدية بيروت حوالي
١٠ ملايين ل.ل. سنوياً على
هذه الخدمات .
* تقدر نفقات باقي البلديات
بـ ١٠ ملايين ل.ل. سنوياً
ايضاً .

٦ - البلديات .

* تحدد دراسة الاتحاد العمالي العام بأن اللبناني ينفق ما بين ١١ - ١٧٪ من مدخوله
على الخدمة الصحية ، وأن ٦٪ من هذا المدخول يذهب لتسديد كلفة الدواء
وهكذا يتبين لنا من غريلة هذه المعلومات بأن كلفة العناية الطبية في لبنان كانت
تقدر عام ١٩٨٢ ما بين ١,١ و ١,٦ مليار ل.ل. ويظهر بأن المبلغ الأكثر واقعية هو
بحدود ١,٢ مليار ل.ل.

المعلومات المتوفرة من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي :

أبرز فريق العمل الذي شكل من قبلنا عام ١٩٨٣ خبرة الصندوق الوطني للضمان
الاجتماعي . وقد أيدّه في ذلك خبيري الوكالة الأميركية للتنمية الدولية - وبعد دراسة
مستفيضة لواقع تجربة الضمان (فرع المرض والأمومة) لاستعمال الخدمات
الصحية ، برزت المؤشرات التالية :

١ - يبني الضمان الاجتماعي خبرته على ٢١٥ ألف مضمون (عام ١٩٨٢) وتحسب
بأن لكل مضمون مستفيدين اثنين - فتساوي عائلة المضمون ٣ أشخاص فقط مما
يجعل عدد المستفيدين من تقديمات فرع المرض والأمومة ٦٤٥/ألف لبناني
ولبنانية .

٢ - تبلغ نسبة الذكور عند المضمونين ٧٥٪ وتشكل النساء ٢٥٪ من المضمونين بينما
٤٣٪ من المضمونين هم متأهلين .

٣ - استعمالية العناية الطبية الاستشفائية :

* بلغت الأيام المرضية في المستشفيات ٩٣,٠ يوم مرضي سنوياً .
* بلغت أيام الأمومة والولادة ١٥٥,٠ يوم مرضي سنوياً .

الاستشفاء :

نسبة الاستشفاء للمضمون الواحد : ٩٣,٠ يوم مرضي استشفائي تقسم تكاليفه
كالآتي :

٢٧٢,٩٢ × ١,٠٧ × ١,٠٥ = ٣٠٧ ل.ل. للاستشفاء لعائلة المضمون الواحد .

* أما مجموع عدد أيام الاستشفاء المرتقبة لجميع اللبنانيين إذا ما أخذنا نسبة الضمان كمعيار فهي :

٠,٣٦ يوم مرضي × ٣ ملايين نسمة = ١,٠٨٠,٠٠٠ يوم مرضي لجميع اللبنانيين .

* وبالتالي يكون لبنان بحاجة إلى حوالي ٤ آلاف سرير للأمراض الحادة كي تتوفر للبنانيين العلاج في المستشفيات إذ أن كل سرير استشفائي يؤمن ٣٦٥ × ٠,٨ = ٢٩٢ يوم مرضي (إذا كانت نسبة أشغال الأسرة ٨٠٪) إذن :

$$٣٦٩٨ = ٢٩٢ / ١,٠٨٠,٠٠٠ \text{ سرير .}$$

وتجدر الإشارة بأن في لبنان حالياً حوالي ٦٠٠٠ سرير مرضي للأمراض الحادة .

ومن هنا نرى لماذا أوصى الخبراء بالتحفظ حول تشييد مستشفيات جديدة بل تشييط وتنمية الموجود منها كخطوة أولى .

* تحتسب كلفة الاستشفاء لجميع اللبنانيين في درجة الضمان الاجتماعي إذا ما أخذنا النسب المكتسبة من تجربة الضمان :

$$٣٠٧ \text{ ل.ل.} \times ١,٠٨٠,٠٠٠ = ٣٣١ \text{ مليون ل.ل.}$$

٤ - استعمالية الخدمات الخارجية :

(حسب خبرة صندوق الضمان الاجتماعي لعام ١٩٨٢) .

* بلغت متوسط عدد زيارات الأطباء لعائلة المضمون ٥,٥ زيارة سنوية للأطباء .

* يكون متوسط عدد الزيارات للشخص الواحد ٥,٥ / ٣ : ١,٨٣ زيارة طبية للشخص الواحد سنوياً .

* كلفة المعايينات الخارجية ٤٥٧ ل.ل. للمضمون الواحد دون احتساب كلفة الأمومة خارج المستشفى وهذا المبلغ يقسم إلى الأعمال الطبية التالية :

٠,٩٣ × ٧٠,٤٤ = ٥٦,٥١ ل.ل.	- كلفة السرير .
٠,٩٣ × ١٧,٤٠ = ١٦,١٨ ل.ل.	- كلفة الطبيب .
٠,٩٣ × ٣٦,٩٢ = ٣٤,٣٤ ل.ل.	- الدواء .
٠,٩٣ × ١٨,١١ = ١٦,٨٤ ل.ل.	- المختبر .
٠,٩٣ × ١٣,٧٧ = ١٢,٨١ ل.ل.	- الأشعة .
٠,٩٣ × ٥٠,٠٨ = ٤٧,٧٢ ل.ل.	- الأمصال .
٠,٩٣ × ١٠,٧٨ = ١٠,١٦ ل.ل.	- تجبير .
٠,٩٣ × ٢,٦٨ = ٢,٤٩ ل.ل.	- الأوكسجين .
٠,٩٣ × ٢٠,٦٨ = ١٩,٨١ ل.ل.	- المجموع الأول
	- الأعمال الطبية والجراحية :
٠,٩٣ × ٦٠,٦٧ = ٥٦,٤٢ ل.ل.	- الأعمال الطبية
٠,٩٣ × ١٦,٤٩ = ١٥,٣٤ ل.ل.	- غرفة العمليات .
٠,٩٣ × ١١,٨٨ = ١١,٠٥ ل.ل.	- تخدير وإنعاش
٠,٩٣ × ٨٢,٨١ = ٨٢,٨١ ل.ل.	- المجموع الثاني

- الأمومة والتوليد :

٠,١٥٥ × ٧٠,٤٤ = ١٠,٩٢ ل.ل.	- السرير .
٠,١٥٥ × ١٤٤,١٠ = ٢٢,٣٣ ل.ل.	- أعمال طبية .
٠,١٥٥ × ٧٩,٣٢ = ١٢,٣٠ ل.ل.	- غرفة توليد .
٠,١٥٥ × ٤٥,٥٥ = ٤٥,٥٥ ل.ل.	- المجموع الثالث

المجموع العام

- علاج خارج لبنان .
- مختلف .

المجموع العام

للمضمون الواحد

* كلفة الاستشفاء للعائلة عام ١٩٨٢ / ٢٨٢,٩٠ ل.ل. .

* متوسط عدد أيام الاستشفاء : ٠,٩٣ + ٠,١٥٥ = ١,٠٨٥ يوم مرضي بذلك تكون نسبة الاستشفاء للشخص الواحد :

$$٣ / ١,٠٨٥ = ٠,٣٦ \text{ يوم مرضي في المستشفى سنوياً .}$$

* كلفة الاستشفاء : ٢٨٢,٩٠ ل.ل. / ١,٠٨٥ = ٢٦٠,٢٤ ل.ل. للعائلة المضمونة .

* تضاف إليها متوسط كلفة الاستشفاء في الخارج :

$$٢٦٠,٢٤ + ١٢,٢٠ = ٢٧٢,٩٢ ل.ل.$$

* تضاف إليها نسبة ٧٪ مصاريف إدارية و ٥٪ أخرى للمتفرقات الغير محتسبة فتكون الكلفة الاجمالية :

زيارات طبية	٥,٥ × ٢٤,٠٤ ل.ل.	= ١٣٢,٢٢ ل.ل.
أعمال طبية	٥,٥ × ٣٠٥	= ١٩,٢٥ ل.ل.
الدواء	٥,٥ × ٤٦	= ٢٥٣,٠٠
الفحوص	٥,٥ × ٥,٣٣	= ٢٩,٣٢
المخبرية		
الفحوص الشعاعية	٥,٥ × ٤,٠٧	= ٢٢,٣٩
أعمال مختلفة	٥,٥ × ٠,١٥	= ٠,٨٢ ل.ل.
المجموع		= ٤٥٧ ل.ل.
		للمضمون الواحد

يضاف إلى هذه الكلفة ما يتوجب على معانيات الأمومة خارج المستشفى التي تسدّد بكاملها وقد قدرّت بـ ٣٢٩ ل.ل. لحالة أمومة واحدة . وإذا ما علمنا بأن ١,٥٪ فقط من المستفيدين هم حوامل في السنة (حسب معلومات الضمان) يضاف إذن إلى كلفة المعانيات الخارجية $٣٢٩ \times \frac{١,٥}{١٠٠} = ٤,٩٣$ ل.ل. فيصبح مجموع كلفة المعانيات الخارجية للمضمون الواحد ٤٦٢ ل.ل. وكلفة هذه الأعمال للزيارة الواحدة $٥,٥ / ٤٦٢ = ٠,٠١٢$ ل.ل.

إذا قدرنا عدد الزيارات الخارجية على أساس ١,٨٣ زيارة للشخص الواحد تكون عدد الزيارات الخارجية لكافة اللبنانيين : $١,٨٣ \times ٣$ ملايين = ٥,٥ مليون زيارة سنوية كلفتها ٤٦٢ مليون ليرة (الزيارة بـ ٨٤ ل.ل.) وهكذا نتوصل إلى كلفة إجمالية للعناية الطبية هي :

— معانيات خارجية يضاف إليها أعباء الإدارة ٧٪ وأجور مختلفة ٥٪ ٥١٨ مليون ليرة .
— الاستشفاء ٣٣١ مليون ليرة .
المجموع ٨٤٩ مليون ل.ل.

أي ما يعادل ٢٨٣ ل.ل. للشخص الواحد من اللبنانيين في عام ١٩٨٢ .

وقد استنتج البعض أن أرقام نظام الضمان الصحي الوطني لا تمثل الوضع الفعلي ، لأن تلك الأرقام غالباً ما تعطي على أساس استفادة وأكلاف كل مضمون ووجود معالين لكل مضمون . ويشعر الكثيرون أن مجمل السكان يتألفون من عائلات من رجل عامل وزوجة وحوالي ٣,٦ من المعالين . إلا أن جواب نظام الضمان الصحي الوطني هو أن نسبة صغيرة من السكان هم من المتزوجين وأن نسبة الزواج قد تراجعت بسبب الظروف الاقتصادية التي أفرزتها الحرب . كذلك ، لا تتوافر معلومات

دقيقة عن توزّع السكان حسب السن أو الفئة الاجتماعية . فالتكوين الاجتماعي بعد عشرة سنوات من الحرب صعب تحديده . وأخيراً إذا ما أعدنا إلى أذهاننا أن الزوجات العاملات والأزواج يظهرون كمضمونين منفردين في إحصائيات الضمان الصحي ، لوجدنا أن هذه الإحصائيات قد تمثل الواقع بشكل جيد . أما الملاحظة الأخيرة فهي أنه إذا اعتبرنا أن عائلة من زوج وزوجة عاملين وثلاثة أولاد تظهر في إحصائيات الضمان الصحي كمضمونين وثلاث معالين يكون معدل المعالين لكل مضمون ٢,٥ وبما أن نسبة الأفراد في سن العمل الغير متزوجين كبيرة ، يتضح أن معدل المعالين لكل مضمون قد يكون اثنين فقط .

إن ٧٥٪ بالمئة من الأشخاص المشمولين بالعينة هم من الذكور ، والعدد الباقي من الإناث ، ومن الذكور تبلغ نسبة المتزوجين الذين يرعون أولاداً ٤٣ بالمئة وإذا ما أخذنا بعين الاعتبار عدد النساء المتزوجات المنجبات واللواتي لديهن أزواج ومعالين وأقارب مسنين وعدد الرجاء والنساء والعاملين والمشمولين متوسط عدد الأفراد في كل عائلة خمسة ، أي أن متوسط الأسرة المشمولة في نظام الضمان الاجتماعي الوطني تتألف من زوج وزوجة وثلاثة معالين . وبينما تتألف العينة بقسمها الأكبر من العاملين في المدن ، فإن التكوين الفعلي للعائلة يمثل بشكل جيد واقع الحال بالنسبة لمجمل السكان ، باستثناء المزارعين في الأرياف الذين تتألف عائلاتهم من عدد أكبر من الأولاد بالمقارنة مع عائلات المدن . ولكن مراجعة نسب الاستفادة من الخدمات الطبية حسب فئات الأفراد تظهر أن أيام الاستشفاء المتوقعة تتوزع كالتالي :

المضمونين ذكراً وإناثاً	٠,٣٥
الزوجة المعالة	٠,٨٥
الولد المعال	٠,١٤
الولد المعال أو الوالدة	٠,٨٢
المعالة أو قريب آخر	

وبمقارنة نسب أشغال المستشفيات ، يتضح أن الأولاد هم الأقل استخداماً لها . واستخدام هذه الأرقام لتقدير أيام الاستشفاء المتوقعة لكل لبنان بما في ذلك عائلات المزارعين التي يكثر فيها عدد الأولاد من شأنه أن يزيد نسب الاستفادة المتوقعة عن مستوياتها الفعلية لا أن يخفّضها . وبينما يمكن أن يكون ثمة عوامل أخرى تجعل أرقام نظام الضمان الاجتماعي الوطني لا تمثل الواقع ، إلا أن تلك العوامل لا يمكن تحديدها ، ولا يمكن إجراء التعديلات المناسبة بسبب فقدان المعلومات الديمغرافية

والاجتماعية ضمن الظروف الحاضرة . ورغم النواقص في أرقام نظام الضمان الاجتماعي الوطني إلا أن تلك الأرقام هي الأفضل والمتوافرة من أجل تقدير أكالاف نظام تعويضات موسّع .

مهما يكن من أمر ، فقد أوردنا خبرة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي فرع المرض والأمومة ومعلومات هذا الفرع بصدد استهلاك واستعمال العناية الطبية ، ان تقدير الكلفة والمصاريف يبقى أمر صعب للغاية في الوقت الحاضر نظراً إلى عدم تواجد معلوماتية صحية متطورة - وبالفعل أظهرت دراسة الضمان بأن تطبيق ضمان صحي عام سيكلف ما يقارب ٩٠٠ مليون ل.ل. بأسعار سنة ١٩٨٢ وهذا المبلغ قريب نسبياً للتقديرات التي ذكرناها سابقاً وهي ١,٢ مليار ل.ل. سنوياً .

كما أن دراسة معلوماتية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي فرع المرض والأمومة من شأنها أن تعطي قاعدة فعلية لنسب استهلاك عملية الاستشفاء والمعاينات الخارجية من أجور الأطباء والمستشفى والمختبر والأشعة والدواء .

اقتصاديات الصحة والجسم الطبي :

يتلاحم التمويل الصحي بموضوع اقتصاديات الصحة .

فالموضوع صعب وشائك ، إذ تتلاقى فيه معطيات طبية وعلمية ، مع قوانين اقتصادية جذرية وأساسية جداً - عادة ما يتناساها الجسم الطبي بسبب تركيزه الطبيعي على الفرد الواحد المريض . لكن على رغم هذه الازدواجية ، بل نتيجة هذا الانقسام ، ترانا نعالج هذا الموضوع لأن اقتصاديات الصحة هي في النهاية أساس تطبيق السياسة الصحية في أي نظام صحي كان ، فهي المحور الأساسي ، لدعم وتطوير الرعاية الصحية على مستوى المجتمع ككل ، ومنها تكون البداية . فعلياً إذا أن نتفهم هذه الازدواجية ونعالجها بالتضامن والتفهم بين المهتمين بالفرد الواحد وبين المسؤولين عن الأفراد جميعهم في مجتمع واحد .

يمكن تعريف اقتصاديات الصحة ، ككل علم تطبيقي ، أما من خلال موضوعه أو حقل التطبيق فيه ، فنشير إلى :

- من يقدم الرعاية الصحية من أطباء وفريق التمريض والفنيين والمؤسسات ؟
- كيف تمول هذه الخدمات وبأي ثمن وأية وسيلة ؟
- لماذا ولمن ولأية غاية منشودة أو النتائج المرجوة ؟

وأيضاً نستطيع تعريف اقتصاديات الصحة عن طريق دراستها كنظام علمي أي النظام الذي تؤمن من خلاله التغطية المالية المناسبة الفضلى لتوفير الأهداف الصحية والطبية والاجتماعية المنشودة بالتنوع المطلوبة والشمولية المرجوة ، بمعنى آخر هي النظام الذي يعالج سبل الانتاجية والتنوع والتوزيع والاستهلاك ، في مجال الخدمات الصحية ، من أجل رعاية صحية أفضل للمواطنين وبالأموال المتوفرة لهذا القطاع - إذ أن كل ميزانية محدودة بالنهاية ولها أولويات أخرى محدّدة . ويدخل في هذا المضمار سبل تمويل الخدمات الصحية والطرق المختلفة لتعويض أتعاب الأطباء والممرضين والعاملين الصحيين والمؤسسات العلاجية ، الاستشفائية منها والعيادات الخارجية والدواء والمستحضرات الطبية .

ويتوجب علينا هنا أن نشير وبوضوح كلي بأن معظم وأهم المواضيع الطبية المطروحة حالياً ، ومنذ أوائل السبعينات ، لها علاقة مباشرة أو خلفية غير مباشرة بموضوع اقتصاديات الصحة وتأمين الرعاية الصحية للجميع .

فالاهتمام بالرعاية الصحية الأولية وتدريب المهن الطبية والتضامن الصحي الاجتماعي وسبل تطبيق التكنولوجيا الحديثة - كل هذه الأمور كان ورائها عامل اقتصادي سببه ارتفاع الكلفة الطبية بشكل مذهل في مختلف أقطار العالم وبنسب تجاوزت المعدل العادي للنتائج القومي - مما أدى كذلك إلى عدم تسرّب التقدم العلمي الواضح وعدم تمتع غالبية البشر بالانجازات الضخمة التي توصل إليها العلم الطبي الحديث .

وتعتبر الصحة حالياً ثاني قطاع في الاقتصاد القومي في الولايات المتحدة وغيرها من الدول المتقدمة ، كما أنها تستوعب حوالي ٨٪ من الناتج القومي واليد العاملة علماً بأن هذه النسبة كانت بحدود ٣٪ في أوائل الستينات .

نوعية القطاع الصحي الاقتصادية :

يعتبر خبراء الاقتصاد القطاع الصحي كمثل أمثل للنظام الاقتصادي الغير متكامل أو الغير متكافئ « وذلك للأسباب التالية :

- ١ - تعطيل أسس العرض والطلب التي تتحكم في كل قطاع اقتصادي آخر : هذه الأسس لا تنطبق في القطاع الصحي لأن العرض غالباً ما يؤدي إلى ازدياد الطلب خلافاً لما يحصل في السلع الأخرى .

معطيات اقتصاديات الصحة في لبنان :

- لا بد لنا أن نبدأ بتحديد المعطيات الثابتة لاقتصاديات الصحة في لبنان وهي :
- أ - لبنان بلد ديمقراطي له نظام اقتصادي حر - لا إشكال في ذلك - وإذا أكدنا مراراً بأن الصحة هي مرآة للمجتمع ، فهي بالتالي أحد قطاعات النظام الاقتصادي الحر .
- ب - تعطي القوانين للدولة سلطة الوصاية على القطاع الصحي بأجملة وتعطيها مسؤولية تأمين الرعاية الصحية للمواطنين وبنوعية جيدة ، وهذه شرعية الدولة التي لا تستطيع أبداً التهرب منها أو التنازل عنها للقطاع الخاص بل يجب على هذا القطاع ألا يقبل بتحمل هذه المسؤولية مهما كان الاغراء شديداً .
- ج - اختارت الدولة اللبنانية سبيل التضامن الاجتماعي لتمويل الخدمة الاجتماعية والصحية ، وحسناً فعلت ، إذ أن الفلسفة التي تقوم عليها هي مبدأ التضامن والتكافل والمساعدة المتبادلة من الدولة والعامل ورب العمل ، كل حسب إمكانياته المادية .
- د - لقد سبق أن أعلن لبنان ، بأن الصحة حق من حقوق المواطن اللبناني يكفله الدستور والعرف والقانون فعلى الدولة مسؤولية تأمين هذه الرعاية بشكل كامل وبنوعية فضلى بغض النظر عن إمكانية الدفع عند المواطن .
- هـ - لقد اختار لبنان منذ الستينات من خلال برنامج إعمار الدولة ، العدالة الاجتماعية كمدخل لبناء الدولة العتيدة والأمن الاجتماعي ، والصحة من أهم ركائز تلك العدالة وبالتالي تكون الرعاية الصحية من أسس الدولة العصرية التي نتوق جميعاً إليها . هذه هي الثابت في سياسة لبنان الصحية .
- أما عن مواصفات الوضع الحالي في لبنان ، فنستطيع أن نوجزه كالتالي :
- أ - تعددية المرافق الصحية واختلاف نوعيتها في كل من القطاعين العام والخاص .
- ب - تعددية مصادر التمويل الحكومية ، مما يؤدي للهدر والازدواجية .
- ج - هيمنة القطاع الخاص وهزلة القطاع العام في الوقت الحاضر .
- د - إنعدام وسائل ضبط النوعية ، وتدمير شعبي شامل من جرّاء ذلك .
- هـ - خلل في التوزيع الجغرافي للأطباء والممرضين والعاملين الصحيين وكذلك

٢ - المعرفة الصحية عند المواطن المستهلك تبقى في النهاية محدودة : وتبقى محدودة إلى أن يصبح هذا المواطن طبيباً ، وذلك لصعوبة التمكن من المعرفة الصحية ، وطول برامجها ، وتعقيداتها وسبل الاختلاف فيها ، فالمواطن قلما يستطيع التمييز بين نوعية وأخرى من الخدمة الطبية سوى سطحياً وبطريقة غير علمية أو غير مباشرة .

٣ - التأخير الضروري وطول المدة المطلوبة لدخول « السوق الطبي » ، وذلك على مستوى العاملين الصحيين أو المؤسسات ، مما يطيل فترة التوازن الضرورية - ناهيك عن العوامل والقوانين والاجازات التي تعترض من أراد دخول هذا الحقل .

٤ - عدم وجود المضاربة والدعاية في الحقل الصحي : مما يؤدي إلى عدم معرفة المواطن المستهلك بالبدائل المتاحة أو بالسعار المعروضة .

٥ - الطلب في القطاع الصحي « غير المطاط » : أي أن المريض قلما يستطيع تأجيل هذا الطلب أو استبداله بسلعة من صنف آخر أو نوعية أخرى ، كما يحصل في السلع التجارية الأخرى التي تعرض على العموم ، فمن يصاب بذبحة قلبية لا يستطيع تأجيل زيارته للطبيب أو دخوله للمستشفى حتى تسمح له ماديته بذلك كما أنه لا يستطيع التعويض عن أخصائي الأمراض القلبية في هذا الحال .

كل ذلك معلوم ومعروف ، فالصحة ليست سلعة تباع أو تشتري ولا يمكن أن تتحكم فيها فقط قوانين السوق الاقتصادية ، علماً بأنها تحتل المركز الثاني من القطاعات القومية كلفة وعدداً .

ومن ناحية أخرى ، تلعب الصحة دورين في الاقتصاد الوطني : فهي من ناحية تعتبر استهلاكاً ، ومن ناحية أخرى استثماراً ، إذ أن المواطن الصحيح ينتج أكثر ويعمل بجدية أكبر ويعطي مردوداً أفضل .

إذن ، كل ذلك يشير أن علينا التعامل مع القطاع الصحي بذهنية مختلفة علماً بأن لهذا القطاع مميزات واضحة درست وفصلت في بلدان أخرى نستطيع الاستفادة من خبرتها .

بالنسبة للمؤسسات العلاجية .

و - وفرة العناصر البشرية الصحية بصورة عامة ، حالياً أو آنياً ومستقبلاً .

ز - التمويل العام للقطاع الصحي هو كاف ، غير أنه غير فعال .

ح - الوضع الحالي المتأزم لخزينة الدولة ، بعد سنوات الحرب الطويلة وتوقع استمرارية الدين العام لعدة سنوات مقبلة .

أما وهذا هو الوضع وتلك هي الشوائب ، فكيف باستطاعتنا إيجاد الحلول المناسبة لدعم الميثاق الصحي والسياسة الصحية الجديدة .

أولاً - لجهة التمويل الموحد :

من المترح إنشاء صندوق وطني واحد موحد يؤمن التمويل الضروري للخدمات الصحية الأساسية . فندمج مثلاً تعاونية الموظفين مع الصندوق الوطني للضمان الصحي في مؤسسة واحدة في مرحلة أولية . فالدولة هي في إطار تعاونية الموظفين رب العمل بالاضافة إلى كونها الدولة . ومن المستحسن في فترة لاحقة دمج صندوق تمويل الخدمات الصحية للجيش وقوى الأمن الداخلي في تلك المؤسسة وذلك لتمويل الرعاية الصحية لأفراد عائلات القوى المسلحة - على أن تبقى مديرية الخدمات الطبية لأفراد القوى المسلحة فقط من مجندين وضباط وقادة ، كما هو متبع في معظم أقطار العالم - فللجيش وضع خاص بالنسبة لأفراده العاملين .

إن المطلوب من وراء هذا الدمج هو إنشاء مؤسسة تدعمها الدولة بقوة وإصرار ، فتؤمن تدريبياً ، وحسب جدول مدخولها ، الرعاية الصحية لجميع اللبنانيين كافة ، على أن تدرس بفاعاً كيفية اشتراك المواطنين أصحاب المهن الحرة والعاملين الزراعيين وأصحاب الحرف وغيرهم ، فتصبح هذه المؤسسة شاملة لجميع اللبنانيين تؤمن لهم رعاية صحية أساسية موحدة . وقد يلجأ هذا الصندوق في فترة لاحقة وبعد اتساع شموليته الى استحداث درجات متنوعة تعرض على المواطنين ونقاباتهم فتؤمن لهم ، لقاء اكتتاب شهري إضافي ، خدمات إضافية غير أساسية .

تكون الدولة قد أصابت الأهداف التالية من خلال هذا الاجراء :

١ - توحيد برامج الأعمال الطبية للخدمات الصحية الأساسية ، وتعريفاتها فتعم الفائدة نفسها لجميع المواطنين ، عوضاً من التعددية الموجودة حالياً ، كما أن هذا الدمج يقلل من الخسارة المادية ومن الأعباء الادارية .

٢ - توحيد سبل ونسبة الاشتراك في الضمان الصحي الموحد ، فلا يدفع المواطن أكثر من مواطن آخر للحصول على الخدمة الصحية نفسها .

٣ - تعطي هذه المؤسسة الدولة قوة أكبر ونفوذ أشمل في التعاقد مع المؤسسات العلاجية والأطباء ، وفي تأمين نوعية جيدة للخدمات الطبية علماً بأن روحية التعاقد يجب أن تبقى ضمن المشاركة والتعاون بين القطاعين العام والخاص .

٤ - باستطاعة هذه المؤسسة ، وقد اتسع نطاق عملها أن تحصل على قروض وديون تساهم في أعمار القطاع الصحي ، العام والخاص ، حسب جدول أولويات مدروس بعناية ودقة .

٥ - إن إنشاء نظام الضمان الصحي الوطني سيؤمن نظام معلوماتي واضح . والجهاز اللازم لمراقبة النفقات وأداء أجهزة الخدمات الصحية بحيث تكفل تأمين خدمات متساوية وأكلاف معقولة في مجمل قطاعات وأجهزة الخدمات الصحية .

٦ - إن إنشاء نظام الضمان الصحي الوطني الذي سيؤمن تسديد أكلاف الخدمات الطبية المقدمة من المؤسسات الطبية الخاصة والعامة ، سيدعم المكونات المالية للقطاع الصحي العام .

٧ - إن إنشاء نظام الضمان الصحي الوطني ، سيكون المنطلق والوسيلة لتبني مبادرات القطاع الخاص والعام كمبادرة وحدات الحفاظ على الصحة برعاية السلطات الصحية للمناطق أو المؤسسات المحلية .

٨ - إن الدمج المالي للمؤسسات يؤدي إلى توزع المخاطر بينها . .

لقد اقترح نظام الضمان الاجتماعي الوطني بإدخال ضريبة على الكهرباء كوسيلة لزيادة الإيرادات لتمويل تكاليف تسديد أكلاف خدمات الاستشفاء . والاقتراح هذا يبدو مغرياً لأنه يبدو أنه سيؤمن مدخولاً جيداً خصوصاً وأن ٩٨ بالمئة من اللبنانيين يستفيدون من خدمات الكهرباء . لكن يجب الأخذ بعين الاعتبار أمرين مهمين ، أولهما أن كل وزارة ستسعى إلى تمويل عملياتها من خلال فرض ضريبة على مثل هذه السلعة . وثانيهما ، ان مؤسسة كهرباء لبناني تعاني حالياً من الخسائر والتي تقدر بحوالي ١٩١ مليون ل.ل. سنوياً ، مما يستلزم دعمها من قبل الدولة . لذلك فإن رفع الضرائب على الكهرباء لتمويل الخدمات الصحية يبدو أنه صعباً في الوقت الحاضر .

ثانياً - لجهة المؤسسات العلاجية :

علينا أن نعترف بأن الوضع القائم حالياً والمتمثل بهيمنة القطاع الخاص وهزالة وضعف القطاع العام ، خاصة بالنسبة للمؤسسات العلاجية ، هو وضع غير متوازن وبالتالي عرضة للخلل ، فالوضع الحالي أشبه ما يعرف اقتصادياً بالوضع الهيمني . فالقطاع الخاص أبدى مشكوراً الكثير من الجهد لتأمين الرعاية الصحية للمواطنين اللبنانيين في ظروف الحرب الصعبة يوم غابت مؤسسات الدولة الصحية وغير الصحية ويوم أقل نجم القطاع العام إلا أن هذا التيار تحلّل أعباء الدولة والقطاع الخاص وأدى إلى بعض التجاوزات والانحرافات المتمثلة بتدمير شعبي واضح . لا بد إذن من مشاركة حقيقية بين القطاعين العام والخاص - يعرف كل منهما مسؤولياته وواجباته (وهي مختلفة عرفاً) - والمشاركة الحقيقية لا يمكن بالتأكيد أن تكون بين قوي وضعيف فهذه هي مشاركة صورية بين ضعفاء ، المشاركة الحقيقية القابلة للاستمرارية عليها أن تتواجد بين أقوياء وزملاء .

إذن الخطوة الأولى تكمن في تعزيز القطاع العام ، كما ونوعاً .

١ - تعزيز القطاع العام : - لا بد للقطاع العام إلا أن يثبت قدرته على المشاركة أولاً - وفي نطاق مؤسساته الحالية قبل التفكير بالتوسع والاعمار ، وقد خطت وزارة الصحة خطوات هامة من خلال تطبيق قانون استقلالية المستشفيات العامة ، التي يؤمل من خلالها رفع إنتاجية ونوعية الخدمة وتأمين جودة العلاج ، والغاية من هذا القانون ليس رفع مستوى الخدمة الطبية فحسب بل هو أيضاً توفير الأجواء المناسبة للتعليم الطبي بأنواعه المختلفة - فيغدو حينذاك المستشفى العام صرحاً علاجياً جيداً ومؤسسة تعليمية ترفع من جودة العمل الطبي . أما إذا نجحت هذه التجربة وتكون ثقة المواطن قد تعززت بمؤسساته العامة الصحية - فعلى الدولة أن تباشر بإنشاء مؤسسات علاجية جديدة في المناطق المحرومة صحياً أولاً ضمن خريطة صحية واضحة ومسح شامل للمناطق اللبنانية بحيث يتكامل القطاعين العام والخاص في تأمين الرعاية والعلاج ، وقد أسهمنا في فصول هذا الكتاب في شرح أبعاد استقلالية المناطق الصحية ومشاركة القطاع العام والخاص فيها ومبدأ الميزانية المتكررة والإنمائية فلا داعي للرجوع إلى هذا الموضوع في هذا المجال .

٢ - تعزيز القطاع الخاص : - من الخطأ التصوّر بأن القطاع الخاص هو بمجمله قطاع

واحد متجانس متشابه - ففيه أيضاً الكثير من الاختلاف والتباعد من حيث النوعية والجودة ، وهذا إجحاف بحق المؤسسات الخاصة الممتازة من ناحية ، وغبن بالنسبة للمواطن الذي قد لا يميز بين هذه وتلك .

فعلى الدولة أن تعزّز المؤسسات الجيدة وأن تساعد تلك التي تحتاج للتحسّن بأن تفعل ذلك أو أن تتحد مع غيرها من المؤسسات الصغرى فتؤمن بذلك طاقة إنتاجية أفضل .

فالطريقة المتبعة حالياً في تمويل الخدمات الاستشفائية لا تفرق كثيراً بين هذه المؤسسات الخاصة علماً بأنه من الإجحاف المقارنة دون الأخذ بعين الاعتبار جودة الخدمة ونوعية المرضى وخطورة حالتهم ، ووفرة التجهيزات التشخيصية والعلاجية المتوفرة في مؤسسة دون وجودها في الأخرى .

وكانت الدولة قد انتهت إلى هذه الأمور وسنت قانون المستشفيات لسنة ١٩٦٢ ، وفيه تضع المواصفات الدنيا التي يجب أن يتحلّى بها كل مستشفى وقد يكون من بعض الاقتراحات تشجيع المؤسسات الاستشفائية الخاصة الصغيرة بأن توحد جهودها بين بعضها البعض ، بدعم مالي ومعنوي من صندوق التمويل ، فتصبح الانتاجية والجودة الطبية أفضل .

أما بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية الكبرى ، والتي تعني بما يسمى « بالطب الثقيل » ، فمن الاقتراحات دعمها كي تصبح مؤسسات وطنية للعلاج - تساهم الدولة بقسط وافر من مصاريفها الحقيقية عبر تركيز العناية فيها دون غيرها - ولفتة معينة من الحالات والأمراض . وهنا لا بد من الإشارة بأن الدول الأوروبية والأميركية استحدثت نظام « الترخيص المسبق للتأكد من الحاجة » ، قبيل السماح للمؤسسات العلاجية بشراء التجهيزات المعقدة والباهظة الأثمان - إذ إن قاعدة « العرض يولد الطلب » ، المعروفة في القطاع الصحي ، تتفاعل لترفع الأسعار ولتشجيع استعمالية الجهاز دون وجود سبب واضح طبي لذلك .

ثالثاً - لجهة العنصر البشري الطبي :

تعتبر طريقة التعويض عن الأعمال الطبية من أهم المعطيات في اقتصاديات النظام الصحي : فتعويض الأطباء تشكل أكبر نسبة من النفقات الطبية ، كما أن لها تأثيراً واضحاً وعلمياً على نسب استعمالية الخدمات الصحية ، وقد يكون هذا البند من أهم المواضيع التي على الدولة والأطباء التعاطي به .

توجد أربع سبل واضحة للتعويض عن الأطباء وهي :

١ - التعويض على أساس العمل الطبي .

٢ - التعويض على أساس الفرد الواحد .

٣ - التعويض على أساس الراتب الشهري .

٤ - التعويض على أساس الراتب مع حوافز ومشجعات مختلفة .

ولكل من هذه السبل تأثيراً نوعياً وكمياً على الاقتصادية الصحية وعلى استعمالية الخدمات الصحية .

فالتعويض على أساس العمل الطبي قد يدفع الطبيب إلى الإكثار من الأعمال الطبية لتأمين مدخوله الذي ينبع كلياً من حساب هذه الأعمال مما قد يحمل الطبيب على القيام بأعمال طبية قد لا تكون ضرورية . والشق الثاني هو موقف المريض : فهذا المريض سيحاول قطعاً أن يؤخر زيارته للطبيب كي يتجنب دفع المبلغ المرقوم ، مما يعطل الخلفية الوقائية ويؤخر العلاج أحياناً مما قد تنتج عنه مضاعفات خطيرة ، كما أن التعويض على أساس العمل الطبي يشجع عمل الطبيب داخل المستشفيات إذ تراه يزور مرضاه بسرعة وإنتاجية أفضل ، فوقت الطبيب هو الإيراد الأول والأخير ، وكلما أنتج من أعمال طبية خلال هذا الوقت يكون قد حسن إيراده ، وهذا السبيل هو دون شك الحافز الأول والأقوى لارتفاع النفقات الطبية عالمياً .

أما التعويض على أساس الفرد الواحد ، فهو يعني أن الطبيب يتقاضى مبلغاً مقطوعاً من المال سنوياً لقاء خدمات شاملة يقدمها للمريض - ففي هذه الحالة نرى أن الطبيب قد آمن مدخوله مسبقاً وبالتالي يصبح الطبيب مهتماً بإبقاء المريض صحيحاً ومعافى مما يشجع الوقاية والاهتمام الصحي ، وهذه الطريقة قد تدفع المريض إلى الإكثار من استعمالية الخدمات الطبية إذ أنه يدفع مرة واحدة سنوياً مهما كثرت الزيارات . أما الطريقة الثالثة وهي عن طريق الراتب الشهري ، فكل شيء يعتمد على ماهية الراتب ووضعية الطبيب الذي أصبح بالتالي متفرغاً ، وقد نوّعت هذه الطريقة بإدخال الحوافز المالية أو المشجعات الغير مادية لتأمين عيش محترم ومدخول كاف للطبيب ، فالفكرة الأساسية وراء الراتب هو تفرغ وقت الطبيب ليعطي كل اهتمامه للمؤسسة التي يعمل فيها .

لسنا في وارد هنا أن نقترح أسلوباً معيناً للتعويض عن الأطباء ، إنما ما وجب

تأكيدُه هو الحاجة الضرورية لتأمين مدخول محترم ليس للأطباء فحسب بل لجميع العاملين الصحيين من مرضين وفنيين وإداريين - كي يتفرغ الجميع لأعمالهم دون التخوف على مستقبلهم المادي أو العائلي ، فيكون المردود خدمة أفضل للمريض ورعاية صحية أشمل تعني بالخلفية الوقائية كما تهتم بالعلاج والتأهيل .

كما أنه يجب التأكيد في هذا المضمار أن التعويض على أساس العمل الطبي سيدفع بالنفقات الطبية المختلفة ، شئنا أو أبينا ، بمعدلات عالية جداً قد لا تستطيع الدولة أن تؤمنه مع الوقت ، وقد يكون من المستحسن التفريق بين طريقة الدفع للمريض في العيادات الخارجية وبين التعويض على أتعابه في المستشفيات لتأمين تفرغه الكامل .

كما علينا أن نلفت النظر إلى أهمية المشجعات الأخرى الغير مادية التي بإمكان الدولة أو المؤسسة استحداثها كإعطاء الطبيب أو الممرضة قرضاً أو تسهيلات لشراء مسكن لائق أو عيادة أو سيارة - أو التأمين على تربية أولاده وما شابه ذلك من حوافز تؤمن له الاستمرارية والاطمئنان له ولأفراد عائلته ، ولعل تطبيق نظام ضرائبي جديد ومستحدث قد يساعد على ردم الهوة الموجودة حالياً بين مداخيل الأطباء في مختلف التخصصات والقطاعات .

رابعاً - لجهة استعمالية الخدمات الصحية :

لعل الشق الثاني لارتفاع النفقات الطبية تكمن في استعمالية الخدمات الطبية من جانب المواطن المستهلك ، خاصة الاستشفائية منها - إذ إن الاستشفاء يشكل عاملاً مهماً في تضخم النفقات الصحية .

وقد أثبتت الدراسات المختلفة أن الوقاية خير من العلاج ، ولهذا المبدأ أثره في الاقتصادية الصحية ، وقد حاولت الدول استحداث أنظمة جديدة للتأكيد على هذه المبادئ تشجيعاً للخلفية الوقائية وفي الوقت نفسه للجسم النفقات الطبية ومنها :

١ - اعتماد مبدأ الدفع المسبق للخدمة الطبية - فتكون الدولة أو الفرد قد آمن نسبة معينة من المدخول لتغطية النفقات الصحية .

٢ - اعتماد مبدأ المشاركة في تمويل الصندوق - وهذا متبع عندنا .

٣ - اعتماد مبدأ المشاركة في دفع ثمن الأعمال الطبية ، حتى ولو كان المريض مضموناً .

٤ - تشجيع الأعمال الطبية وخاصة التشخيصية منها ، خارج المستشفيات ومن خلال المراكز الصحية والعيادات الخارجية ، ودخول المستشفى عندما تكتمل التحضيرات المناسبة للعلاج الاستشفائي .

٥ - ضبط الاستعمالية عند المريض أو الطبيب أو الدواء من خلال « نماذج » معينة مدروسة للأمراض أو للعلاج أو لعدد الأدوية تظهر تلقائياً وبسهولة وبسرعة إذا ما تجاوزت الاستعمالية النسب الموضوعة في تلك النماذج .

٦ - استحداث بطاقة صحية تعطي للمريض وتبين فيها مدى استعماله للخدمات الطبية وأسباب ارتفاعها إذا حصل .

٧ - دأبت الدول مؤخراً ومنذ أوائل السبعينات إلى تشجيع سبل جديدة للخدمة الصحية كالرعاية الصحية الأولية والمؤسسات الصحية للحفاظ على الصحة وذلك لضبط الاستعمالية وتشجيع المحافظة على الصحة عند المواطن الفرد .

ولعل القطاع الخاص له السلاسة وحرية الحركة لاختيار بعض هذه التجارب في الوضع اللبناني فيلعب بذلك دوراً مميزاً نموذجياً ، قد تتبناه الدولة فيما بعد إذا ما تأكد نجاحه ، وذلك بدعم مالي من مكتب البحوث والتنمية الذي سلف ذكره .

كل هذه الوسائل أو بعضها قد تعتمد عليها المؤسسات الخاصة أو العامة للحد من الاستعمالية العشوائية وضبط النوعية والنفقات الطبية ، ولكل منها مميزاته وحسناته ، على كل فريق دراسته بدقة واهتمام ، وقد أورد فريق العمل ضرورة إنشاء نظام علمي يؤمن المعلومات التالية :

١ - إنشاء نظام للحد الأدنى من المعلومات :

المساعدة في إنشاء والحفاظ على واستشراف حد أدنى من المعلومات حول :

— السكان .

— عدد القوى العاملة ضمن السكان .

— الناتج المحلي الاجمالي .

— الرواتب والأجور .

— عدد الأطباء .

— عدد أسرة المستشفيات .

— عدد المرضى المدخلين إلى المستشفى .

— معدل فترة البقاء في المستشفى .

— عدد الحالات المعالجة ، الغير مدخلة إلى المستشفى .

— أكلاف المستشفى .

— مجموع الأنفاق للعناية الصحية .

ومن المهم أن يكون ثمة مصدر واحد للمعلومات يركز إليه في إدارة النظام ، وكذلك أن توزع المعلومات في وقت مبكر . وبوجود مصدر لجمع ومعالجة المعلومات وتبليغها سيتاح للمدراء وموظفيهم أساس مشترك للتخطيط ولتشغيل النظام . كما يجب أن تتوافر نفس المعلومات الموثوقة لمؤمني الخدمات الصحية للآخرين . وستكون هذه خطوة هامة لخلق التفاهم والتنسيق بين مؤمني الخدمات الصحية الأساسيين .

٢ - دراسة العوامل المحددة للاستفادة :

إن تطوير أساليب لاستشراف تغيّرات في أنماط الاستخدام أو الافادة من الخدمات الصحية ، أمر هام ، فتغيّر استخدام أي من العناصر التالية سيكون له أمر ملحوظ على كلفة الخدمات الصحية في المستقبل . وبالتالي ، فإن العوامل التي تحدّد نسب الاستخدام التالية هامة جداً :

— عدد الأطباء لكل ١٠٠٠ شخص من السكان .

— عدد موظفي المستشفيات .

— عدد حالات الدخول الى المستشفى لكل ١٠٠٠ شخص من السكان .

— معدل فترة البقاء في المستشفى .

— عدد الحالات المعالجة دون إدخالها إلى المستشفى لكل ١٠٠٠ شخص من السكان .

كما أن التغيّرات المتوقعة في الاستخدام بسبب تغير نمط المرض أو التركيب الكائن حسب السن ، يجب أن تدخل في توقعات لفترة خمس سنوات .

٣ - تطوير مقاييس للمرافق الصحية :

على وزارة الصحة ، مراجعة الأسس والمقاييس لتفتيش ومراقبة وإعطاء الشهادات لمرافق العناية الطبية أو إحداث مقاييس جديدة وتطويرها مع الزمن كذلك

يجب تقوية الاجراءات لفرع إتباع المقاييس . أما أبرز المجالات فتشمل :

— وضع البناء .

— سلامة تشغيل الأنظمة الميكانيكية والكهربائية وغيرها ، بما في ذلك الأنظمة التي تشتمل استخدام الغاز القابل للانفجار والأجهزة المولدة للإشعاع ، إلخ

٤ - تطوير برامج لتحسين وتقوية نوعية العناية بالمرضى :

إن المساعدة المطلوبة في تطوير وتقوية نوعية العلاج للمرضى مع تحديد مقاييس الأداء ، تشمل :

— إنشاء لجان مترابطة .

— فرض مراجعة :

* كفاية السجلات الطبية .

* دقة التشخيص ومناسبة الاجراءات التشخيصية والمعالجة .

* مراجعة الاستخدام ، ودراسة إذا كان مستوى العناية مناسب للحالة المعالجة - من حيث البقاء أو الإقامة في المستشفى ، حسن استعمال التجهيزات والمواد الأخرى وكلفة العناية إلخ

وعلى وزارة الصحة ، أن تشجع مدارس الطب على أخذ المبادرة في تطوير المقاييس والطرق العلمية لمراقبة وفرض إتباع هذه الأسس . وبالإمكان تأمين المساعدة لإيجاد ارتباط بين الكليات الطبية ووزارة الصحة والمؤسسات الخاصة ، لتزويد التلامذة وموظفي المؤسسات الطبية بالتدريب اللازم حول نطاق ونوعية خدمات العناية الطبية الواجب توفرها .

٥ - المساعدة في تطوير برامج تهدف إلى حصر الأكاليف :

وتعتبر تلك المجالات حيوية في هذا المضمار :

— مراقبة الأكاليف ومراقبة مالية بالكمبيوتر .

— تحديد مقاييس لأكاليف الأداء المتعلقة بفترة البقاء ، والادارة الصحيحة للمرضى بما في ذلك أسس التشخيص والمعالجة وتسريح المرضى .

— المقاييس المتعلقة بالتحويل المناسب إلى المستشفيات .

— الالتزام بالتعريف الرسمية .

— الاستخدام الصحيح للخدمات الصحية التابعة .

— تطوير أسس وثيقة الحاجة .

— مقاييس مناسبة للأكاليف بهدف تعويض المؤسسات الصحية العامة والخاصة .

٦ - إنشاء خطة وطنية للدواء :

إن ما نسبته ٤٠ بالمئة من كامل الاتفاق على العناية الصحية في لبنان يخصص للدواء ، والوضع الحالي للدواء تعمه الفوضى . وتتوافر أعداد هائلة من الأدوية وتختلف الأسعار لنفس النوع من الدواء بشكل حاد .

ولترشيد النظام يجب تطوير واستخدام صيغة وطنية للدواء . فبرنامج تعليمي موجه إلى الأطباء والعامة ، يتطرق إلى انتقاء واستعمال الدواء هو أمر ضروري . كما أن تحليل اختيار الدواء وأسلوب الحصول عليه وتوزيع الدواء وتقديم المنتجات من شأنه أن يؤدي إلى إصلاحات ووفر في الأكاليف فتحسين اختيار الدواء قد يؤدي إلى وفر في الأكاليف للمستهلك بواقع ٤٠ بالمئة .

٧ - المساعدة في استكشاف الامكانيات بشأن مبادرات طبية متطورة :

وتشمل المجالات التالية :

— إنشاء وحدات للحفاظ على الصحة ضمن السلطات الصحية للمناطق .

— إمكانيات توسيع مشاركة قطاع الضمان الصحي في تمويل تعويض أكاليف الخدمات الطبية .

خامساً - الاعلام والارشاد :

كل هذه الأساليب أو التجارب لا يمكن أن يكتب لها النجاح وإلا إذا تحركت أجهزة الاعلام لإرشاد المواطنين وإعلامهم عن حقوقهم وواجباتهم ومنافع تلك الطريقة ومساوىء الأخرى .

فالاعلام سلاح قوي إذا ما أحسن استعماله وباستطاعته توفير الكثير من الأعباء على المؤسسات العامة والخاصة - فلبنان يتمتع بمعطية أساسية ألا وهي وعي المواطن وتمكنه من الاستفادة من العلم والمعرفة - خاصة إذا ما وجد فيهما منفعة له ولعائلته . تضمن له الصحة والعافية وتخفف من أمراضه ونفقاته ، إذ أن المواطن في النهاية

سيدفع ثمن هذه الخدمات بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. ولعل مبدأ مشاركة الأهالي والمواطنين خاصة في مجال الخدمات الصحية والطبية ، حتى لو كانت هذه المشاركة استشارية في أول الأمر ، فلهذه المشاركة أثر فعال ودائم يسهل على الدولة تنفيذ سياستها الصحية بالتعاون مع المواطنين والعاملين في القطاع الصحي .

سادساً - في السياسة الصحية نفسها :

كنا قد بدأنا بالتركيز على دور اقتصاديات الصحة في رسم وتنفيذ السياسة الصحية للدولة . ومن هذه السياسة تكون البداية والنهاية . فعلى المسؤولين أن يؤكدوا دون أي التباس أو تمويه مبادئ سياستهم . فيدرك حينئذ كل فريق ما هي مسؤولياته وما هي واجباته وما هي حقوقه ، فيكون التعاون والمشاركة على أسس واضحة يؤمن كل فريق دوره بحماس وجدية - فالمواطن هو لبناني ، دفع ثمن لبنانيته غالباً وعليه أن يعرف ماذا تؤمن الدولة له وكيفية حصوله على هذه الحقوق ، كما عليه أن يعرف ما هي واجباته .

القطاع الخاص الصحي هو أيضاً قطاع أساسي ومهم وركيزة الخدمات الصحية اللبنانية ، فعليه أن يعرف ما هو دوره كي يخطط له ، فعلاقته مع القطاع العام علاقة أساسية وعضوية ، وحذا لو تكون متكاملة معه تكامل الشريك الكامل وليس تعامل المفتش مع المفتش عليه ، إذ حينذاك تبدأ المنافسة الغير محمودة العواقب والتي يحاول فيها كل فريق أن يكشف الآخر ويسجل النقاط عليه ، الربح المشروع هو حق لا بد منه إذا ما أردنا تحسين النوعية وتأمين المردود والانتاجية وهذا هو روح نظامنا الاقتصادي الكلي ، ومذهبيته ، إنما يجب أيضاً أن تؤكد الدولة أن الربح المغشوش أو التلاعب هما أمران مرفوضان جملة وتفصيلاً ولا بد أن يدفع ثمنه . فصحة المواطن والنظام الصحي أسمى من أن يعرض لها أو أن تمس ، والمقاييس العلمية والأنظمة المهنية هي السبيل الأفضل والأدق لضبط الأمور . وقد سبقتنا دول قريبة وبعيدة في هذا المجال ، ولعل تأسيس وحدة التخطيط والتنمية في وزارة الصحة - وكانت هذه من أول الأعمال التي قمنا بها - دليل حسي على اطلاع الوزارة والمسؤولين فيها نحو الدقة والموضوع في تخطيطها المستقبلي وتعاملها مع أصحاب العلاقة بأسلوب دقيق وعلمي قد حان أوانه .

فإذا تبنت الدولة في سياستها بعض الأسس التي سبق لغيرنا أن تبنّاها نكون قد خطونا خطوة كبيرة في سبيل تنفيذ خطة صحية بل ميثاق صحي يقوم على تأمين الرعاية الصحية للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ ، بالتعاون مع القطاع الخاص والمواطنين

أنفسهم ، من خلال حرية اختيار المرافق العلاجية ، لجميع المواطنين عن طريق مؤسسة وطنية لتمويل الخدمات الطبية يشارك فيها المواطن ورب العمل والدولة ، كل حسب إمكانياته المحددة فيؤمن حينذاك التضامن الحقيقي ونسير خطى كبيرة نحو تحقيق العدالة الاجتماعية ، على أن تكون الرعاية الصحية مؤمنة بنوعية جيدة ، وبكلفة معقولة وحسب مقاييس وأنظمة مستجدة وعلمية بحتة .

فالمواطن اليوم غير غافل عما يجري ، فلقد أنهكت سنوات الحرب الطويلة وأبعدت هذه المحنة اهتمامه الكامل تجاه أموره الحياتية ، فبعد أن تضع الحرب أوزارها وتعود مؤسسات الدولة ، لا بد للمواطن أن يسأل ، ويطالب بحقوقه ، ويؤكد على أهليته لهذه المواطنة ، فعسى أن تكون الخدمات الصحية حينذاك ومنذ الآن على مستوى الدولة العصرية وتطلعاتها ، والتمويل الصحي هو أساس برمجة واستعمال هذه الخدمات .

(١٠) قانون منفذ بالمرسوم رقم ٢٧٣ ١٤ - المتعلق بإنشاء تعاونية موظفي الدولة - الجريدة الرسمية .

Sandier , Simone « **Methods for the evaluation and analysis of Health expenditure** » - World Health Statistics Quarterly 36 , 1983 .

Jeffers , J . & Zukin , P. « **Lebanon Health Sector Financing : issues , problems and recommendations** » A.P.H.A. International Health Programs , May 1983 .

US Agency for International Development (USAID) « **Draft proposal for a Health Financing and Planning . Unit-in Lebanon** » August 1983 .

Mach , E. and Abel-Smith , B. « **Planning the Finances of the Health Sector** » . WHO Offset publication , 1983 .

« **Financing of health services** » - Technical report series Number 625-World Health Organization .

المراجع :

- (١) قانون الضمان الاجتماعي اللبناني - (كما هو معدّل لغاية ٨٣/٦/٣٠) من مطبوعات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .
- (٢) إفادة جميع اللبنانيين من ضمان الاستشفاء - كتيب للدكتور رضا وحيد - تشرين الأول ١٩٨٠ .
- (٣) « أوضاع فرع ضمان المرضى والأمومة » - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - اللجنة الفنية - ١٩٨٣/١٢/٢٦ - الدكتور وديع عقل .
- (٤) « الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ، أوضاعاً وخواطر إصلاحية » - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - الدكتور رضا وحيد - ٣١ آذار ، ١٩٨٣ .
- (٥) « أفكار عامة - تجربة صندوق الضمان في التنفيذ - بعض الاقتراحات » - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - الدكتور رضا وحيد ، كانون الثاني ١٩٨٣ .
- (٦) « إقتصاديات الصحة في لبنان » - الدكتور نبيل قرنفل - ٧ نيسان ١٩٨٣ .
- (٧) مقابلات مع الأستاذ إبراهيم حمدان - مدير العلاقات العامة سابقاً والمدير العام بالتكليف حالياً للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي نقلها الدكتور نبيل قرنفل - آذار ١٩٨٢ .
- (٨) « مشروع الضمان الصحي الوطني بعد أحد عشر شهراً من العمل به من ٧١/٢/١ إلى ٧١/١٢/٣١ » الدكتور منير نصار - المجلة الطبية اللبنانية ٤ - ٢٥ ص ٣٤٨ - ٣٤٦ .
- (٩) « فذلكة مشروع موازنة عام ١٩٨٤ » - من مطبوعات وزارة المالية الجمهورية اللبنانية .

الملحقات :

- (١) ملحق رقم ١ : اقتراحات المديرية العامة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي حول تعزيز إدارة الصندوق .
- (٢) ملحق رقم ٢ : قانون منفذ بالمرسوم رقم ٢٧٣ ١٤ المتعلق بإنشاء تعاونية موظفي الدولة .
- (٣) ملحق رقم ٣ : إقتراحات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - فرع المرض والأمومة - حول تأمين التوازن المالي وتحسين التقديمات وجعلها أكثر واقعية .
- (٤) ملحق رقم ٤ : مشروع الاتفاق الجديد بين الضمان ونقابة الأطباء .

الملحق رقم (١) :

- إقتراحات المديرية العامة للصندوق بهدف تعزيز إدارة الصندوق .
- ومن أجل فعالية السلطة التنفيذية في مواجهة الأعباء الملقة على عاتقها بصورة سليمة وواضحة ، يجب إعادة النظر بها مع الأخذ بعين الاعتبار المقترحات التالية :
- أ - إعادة تنظيم العمل في الصندوق على أسس علمية ، وعلمية فقط ، وذلك بأن تتولى إحدى المؤسسات المتخصصة هذا العمل وأن يأتي هذا التنظيم متوافقاً مع العمل بالمكثنة وقد سبق أن تمّ التفاوض مع مكتب العمل الدولي بهذا الشأن .
- ب - إعادة النظر بمرسوم صلاحيات المدير العام (النظام رقم ٢) بحيث يأخذ بالاعتبار علاقاته بمجلس الإدارة واللجنة الفنية كهيئة مستقلة والمديريات التي تعمل تحت إشرافه وذلك عن طريق تحديد هذه الصلاحيات وهذه العلاقات بصورة واضحة وبشكل لا يسمح بأي تداخل في الصلاحيات بين الأجهزة .
- ج - إنشاء مجلس مديرين برئاسة المدير العام تحدّد صلاحياته بصورة واضحة ويكلف بالمهام الواجب القيام بها دورياً في سبيل تنفيذ سليم لأحكام قانون الضمان الاجتماعي .
- د - إنشاء جهاز رقابة فني داخلي يشرف على سير العمل في المديريات والمراكز التابعة للمديرية العامة منعاً لأية إساءة استعمال للسلطة أو الاستقلالية الواجب منحها لهذه المديريات وهذه المراكز .
- هـ - إعادة النظر بواقع سائر مديريات الصندوق وصلاحياتها بحيث تحدّد بصورة واضحة وملزمة على أن يكون المدير هو المسؤول الوحيد تجاه المدير العام عن سير إدارته والنتائج المطلوبة منه .

و - استحداث وظيفة مدير إقليمي في كل محافظة يكون المسؤول المباشر عن سير المراكز الإقليمية والمحلية ضمن المحافظة الواحدة ويكون مسؤولاً بالتالي عن سيرها وإنتاجيتها تجاه المدير العام مع صلاحية تنفيذية واسعة .

ز - حصر دور المديرية العامة بالنواحي التنفيذية الفنية البحتة باعتبار أن سياسة الصندوق هي من صلاحيات مجلس الإدارة والرقابة من صلاحيات اللجنة الفنية .

ح - إقرار نوع من الاستقلالية المالية والإدارية لسائر المديريات كما هي موجودة أو مقترحة بحيث تقوم المديرية العامة بدور المنسق فقط بين سائر وحدات الصندوق لاستخلاص المقترحات والتوصيات الواجب عرضها على مجلس الإدارة لإقرارها وفق الأصول ووفق حاجات الصندوق .

ط - إعادة النظر بمصلحة المحاسبة لتأمين استقلاليتها وتحديد صلاحياتها وموجباتها في مجال حسابات الصندوق وتحقيق فصلها عن المديرية المالية .

ي - إعادة النظر بمصلحة القضايا وتطوير قدراتها بحيث تتمكن من ملاحقة جميع القضايا العالقة بين الصندوق والمتعاملين معه .

ك - إعادة النظر بمصلحة تفتيش المؤسسات وقد ألحقت مؤخراً بالمدير العام بحيث تعتمد في إطار مبدأ اللاحصرية أو اللامركزية لتغطية وتأمين الرقابة في جميع المحافظات وتوفير العناصر اللازمة لها لمواجهة المهام المطلوبة منها .

ل - تعزيز الجهاز الإداري في الصندوق عن طريق تطعيمه بعناصر من أهل العلم والفن والخبرة وتعزيز شروط عملهم . وفي هذا المجال نؤكد كما كنا دائماً على ضرورة الابتعاد قدر المستطاع عن السياسة والطائفية في مجال الوظيفة بحيث يتم اختيار الرجل المناسب للمكان المناسب .

٨ - فرع ضمان المرض والأمومة (الضمان الصحي) :

يجب إعادة النظر بهذا الفرع بصورة جذرية ووفق ما يلي :

أ - التقديمات : - إعادة النظر بمختلف نصوص القانون والنظام الطبي في ضوء واقع الحال سيما وأن النصوص الحالية قد تخطاها الزمن والمتغيرات الحاصلة في مجال الصحة العامة والدواء والاستشفاء (التعريفات) .

ب - علاقة الصندوق بالجسم الطبي : إعادة نظر شاملة وبقلب مفتوح وبثقة متبادلة تمهيداً لوضع أسس علاقة صلبة وقابلة للعيش باعتبار أن أهم أسباب الخلل الحاصل في الضمان الصحي انعدام العلاقة بين الصندوق من جهة وبين الأطباء ودور الاستشفاء وملحقاتها من جهة أخرى .

ج - إعادة طرح موضوع تأمين الدواء للمضمومين من قبل الصندوق بصورة مباشرة بجدية وسرعة باعتبار أن المشاكل المالية التي عاناها هذا الفرع مصدرها الهام ارتفاع كلفة الدواء الى ضعفي ما هو معمول به في سائر بلدان العالم .

د - إعادة نظر شاملة بمسالك العمل في فرع الضمان الصحي باعتبارها تفسح في المجال أمام أصحاب النفوس الضعيفة من مستخدمي ومضمومين وأطباء ومستشفيات لإساءة الاستعمال .

المصدر : من كلمة المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - حزيران ١٩٨٣ .

قانون منقذ بالمرسوم رقم ١٤٢٧٣

الصادر بتاريخ ٢٩ تشرين الأول سنة ١٩٦٣

إنشاء تعاونية موظفي الدولة

ان رئيس الجمهورية اللبنانية

بناء على الدستور اللبناني لاسيما المادة ٥٨ منه

وبما ان الحكومة احالت على مجلس النواب بموجب المرسوم رقم ١١٨٢٥ تاريخ ١٩ كانون الثاني سنة ١٩٦٣ مشروع قانون معجل بمجلس بإنشاء تعاونية موظفي الدولة .

وبما انه انقضى اكثر من اربعين يوما على احالة هذا المشروع على مجلس النواب دون ان يبت فيه .

وبناء على اقتراح رئيس مجلس الوزراء

وبعد موافقة مجلس الوزراء

يرسم ما يأتي :

المادة الاولى - يوضع موضع التنفيذ مشروع القانون المعجل الحال على مجلس النواب بموجب المرسوم رقم ١١٨٢٥ تاريخ ١٩ كانون الثاني سنة ١٩٦٣ وهذا نصه :

المادة الاولى - (المعدلة بالقانون رقم ٧١/٤٣ تاريخ ٧١/٦/٢٣ - ج.و. عدد ٥٢) :

تتشأ تعاونية موظفي الدولة تشمل صلاحياتها جميع الادارات العامة والقضاء والجامعة اللبنانية باستثناء الجيش والافراد المدنيين المحققين به وقوى الامن الداخلي والامن العام والافراد المدنيين المحققين بقوى الامن الداخلي والامن العام .

ويمكن ان تشمل مستخدمين المؤسسات العامة والمصالح المستقلة والبلديات الخاصة لرقابة مجلس الخدمة المدنية وفقا لاحكام المادة الثالثة من هذا القانون .

المادة ٢ - تعتبر التعاونية من المؤسسات العامة وتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي والاداري وتخضع لوصاية مجلس الخدمة المدنية ورقابة ديوان المحاسبة المؤخرة .

ولا تخضع لاحكام قوانين المحاسبة العامة وانظمة موظفي الدولة الا ضمن الشروط المبينة في هذا القانون والانظمة اللاحقة .

ولها حق التقاضي واقتناء الممتلكات الثابتة

والمنقولة والتخلي عنها وقبول التبرعات والهبات .

المادة ٣ - الانتساب الى التعاونية بجميع منافعه وموجباته الزامي للموظفين الدائمين خضعا لشريعة التعاقد ام لم يخضعوا .

وتحدد انظمة التعاونية ، فيما بعد ، شروط قبول الموظفين غير الدائمين ومدى اقدانهم من خدماتها .

اما مستخدمو المؤسسات العامة والمصالح المستقلة والبلديات فيمكن لسلطة الوصاية ان تقرر بناء على طلبهم وعلى اقتراح مجلس ادارة التعاونية قبولهم فيها بعد الاتفاق مع كل مؤسسة معنية على شروط القبول ومقدار المساعدة التي قد تترتب على كل منها .

المادة ٤ - تؤمن التعاونيات للمنتسبين اليها من الموظفين الدائمين :

اولا : جميع المساعدات المنصوص عليها في المادة ٢٩ من المرسوم الاشتراعي رقم ١١٢ تاريخ ١٢ حزيران ١٩٥٩ وفي المواد ٤٢ الى ٥١ من المرسوم رقم ٢٩٥٠ تاريخ ٢٧ نيسان ١٩٦٠ ، وذلك ريثما يتمكن الضمان الاجتماعي من تأمين هذه المساعدات .

ثانيا : المساعدات المنصوص عليها في المادتين ٣٠ و ٣١ من المرسوم الاشتراعي رقم ١١٢ تاريخ ١٢ حزيران ١٩٥٩ (مساعدة العائلة في حالة وفاة الموظف - مساعدة الموظف في حال وفاة احد افراد عائلته) .

المادة ٥ - بالإضافة الى المساعدات المنصوص عليها في المادة الرابعة السابقة تؤمن التعاونية للمنتسبين ما يلي :

١ - منحة مقطوعة بحدود مقدارها في انظمة التعاونية وتدفع للمساهمين في صندوق التوفير التعاوني المنصوص عليه في المادة ١٣ من هذا القانون عند تركهم الخدمة في أي وقت كان ومهما كان السبب ، وذلك علاوة على المبالغ التي تستحق للموظفين وفقا للقوانين النافذة .

٢ - منحة مقطوعة لمناسبة الزواج والولادة .

وكان الاحتياطي غير كاف لسده او اذا عارضت سلطة الوصاية في استعمال هذا الاحتياطي ، تتحمل الدولة والمنتسبون الى التعاونية هذا العجز بنسبة تعادل نسبة المساهمة المحددة لكل منهما في المادة السابعة من هذا القانون .

نققات التعاونية

المادة ١٠ - تؤمن نققات التعاونية الادارية من وارداتها ويوضع لها موازنة سنوية خاصة تخضع لتصديق سلطة الوصاية .

المادة ١١ - يجاز للحكومة بعد نشر هذا القانون ان تفتح في موازنة السنة التي يتم فيها نشره اعتمادات اضافية على الا يتجاوز مجموعها /٢٥٠٠٠/ ل.ل. تؤخذ من مائال الاحتياطي وذلك بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء لتغطية النفقات المختلفة التي يستوجبها انشاء التعاونية .

المادة ١٢ - يستعمل الاعتماد المنصوص عليه في المادة السابقة وفقا للاصول الاستثنائية التالية :

١ - يتولى عقد الثقة وتصفيته رئيس مجلس الخدمة المدنية او من يفوضه لهذه الغاية .

٢ - تصرف من هذا الاعتماد الرواتب والاجور وشئى التعويضات المستحقة للموظفين والخبراء وغيرهم ، وتمن الآلات والادوات الفنية وصيانتها وسائر اللوازم والمخبرات وسوى ذلك من النفقات العامة التي يستوجبها انشاء التعاونية وتأمين تجهيزاتها .

٣ - يجاز مشتري ما تحتاج اليه التعاونية من هذا الاعتماد بالتراضي مهما بلغت القيمة .

صندوق التوفير التعاوني

المادة ١٣ - ينشأ في التعاونية صندوق توفير تعاوني تقبل فيه الودائع بصورة اختيارية لغاء فوائد .

المادة ١٤ - تضع سلطة الوصاية النظام الخاص لهذا الصندوق وكيفية ادارة عملياته ، ويصبح نافذا بعد التصديق عليه بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء .

المادة ١٥ - تضمن الدولة جميع المسالغ المودعة في صندوق التوفير التعاوني وردها الى اصحابها مع الفوائد المستحقة .

المادة ١٦ - بحق لسلطة الوصاية ، بعد استين من وضع هذا القانون موضع التنفيذ ان تقرر ، عند الاقتضاء ، وبعد اخذ موافقة مجلس

٣ - غير ذلك من المساعدات والمنح التي يمكن ان تنص عليها انظمة التعاونية .

٤ - حسابات في التعرفة والاسعار باتفاقات تعقدتها التعاونية مع مؤسسات خاصة تجارية وغير تجارية .

المادة ٦ - تجري سلطة الوصاية بقرار منها وفي حدود صلاحيات التعاونية واختصاصاتها تأليف اللجان الناشئة عن تطبيق احكام المواد ٢٩ و ٣٠ و ٣١ من نظام الموظفين وعين المرسوم الاشتراعي رقم ١١٢ لاسيما المادة ٢٣ منه ، الصادرين بتاريخ ١٢ حزيران ١٩٥٩ وتحدد كيفية عمل هذه اللجان .

واردات التعاونية

المادة ٧ - تتألف واردات التعاونية من :

١ - مساهمة الزامية شهرية تقطع من راتب كل منتسب اليها قدرها واحد بالمئة من الراتب الاساسي غير الصافي .

٢ - مساعدة سنوية مقطوعة تقدمها الدولة للتعاونية ويكون من نتائجها ان تتحرر بها الدولة من التزاماتها نحو الموظفين المنتسبين الى التعاونية كما هي محددة في المواد ٢٩ و ٣٠ و ٣١ من المرسوم الاشتراعي رقم ١١٢ تاريخ ١٢ حزيران ١٩٥٩ وفي المواد ٤٢ الى ٥١ من المرسوم رقم ٢٩٥٠ تاريخ ٢٧ نيسان سنة ١٩٦٠ .

وتحدد هذه المساعدة كل سنة في الموازنة على الا تقل عن ستة بالمئة من مجموع الرواتب السنوية الاساسية غير الصافية للموظفين المنتسبين للتعاونية .

يمكن ان تعدل نسبة هذه المساعدة بعد انشاء الضمان الاجتماعي ، بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناء على انتهاء سلطة الوصاية .

٣ - واردات استثمار اموال التعاونية .

٤ - الهبات والتبرعات التي توافق على قبولها التعاونية بعد موافقة سلطة الوصاية .

المادة ٨ - ترصد مساعدة الدولة للتعاونية في موازنة مجلس الوزراء (مجلس الخدمة المدنية) باسم « تعاونية موظفي الدولة » . وتدفع للتعاونية على قسطين :

الاول في اول نيسان والثاني في اول الجول .

ويمكن ان تدفع مساعدات الدولة للتعاونية على شكل سلفة اذا تاخر تصديق الموازنة .

المادة ٩ - اذا وقعت التعاونية بمعجز مالي ،

الوزراء ، جعل مساهمة المنتسبين في صندوق التوفير التعاوني الزامية .

ادارة التعاونية

المادة ١٧ - تضع سلطة الوصاية ، خلال ستة اشهر ابتداء من تاريخ صدور هذا القانون ، سائر الانظمة التي تستلزمها اعمال التعاونية . وتصبح هذه الانظمة نافذة بعد التصديق عليها بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء .

تحدد في هذه الانظمة بنوع خاص :

- ١ - كيفية تعيين مجلس ادارة التعاونية وتحديد صلاحياته .
- ٢ - اجهزة التعاونية الادارية والفنية .
- ٣ - التنظيم الاداري الداخلي والمالي .
- ٤ - كيفية تطبيق وصاية مجلس الخدمة المدنية .
- ٥ - اصول مراقبة ديوان المحاسبة المنصوص عليها في المادة الثانية من هذا القانون .
- ٦ - المنافع التي يمكن ان يحصل عليها المنتسبون والشروط المفروضة لذلك .
- ٧ - كيفية استثمار اموال التعاونية .

يعين مفوض الحكومة لدى مجلس ادارة التعاونية بناء على اقتراح وزير المالية بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء ، ويشترك في اجتماعات مجلس الادارة ويكون له فيها حق التصويت .

يتمتع مفوض الحكومة بحق الاعتراض على قرارات مجلس الادارة عندما يرى ان من شأنها ان تحدث خلافا في اوضاع التعاونية المالية او في سلامة مواردها او يمكن ان ينشأ عنها اعباء باهظة على الخزينة العامة .

على مفوض الحكومة في هذه الحال ان يطلب الى مجلس الادارة اعادة بحث القرار المعترض عليه في جلسة جديدة تعقد بعد الجلسة الاولى بشمانية ايام على الاكثر فاذا اكد المجلس قراره الاول يمكن لمفوض الحكومة ان يوقف التنفيذ ليعرض الامر في خلال ثلاثة ايام من تاريخ انعقاد الجلسة على سلطة الوصاية لاتخاذ القرار المناسب .

فاذا اكدت سلطة الوصاية قرار مجلس الادارة كان على مفوض الحكومة في حال اصراره على الاعتراض ان يعلم وزير المالية بالامر في خلال خمسة ايام من تاريخ ابلاغه قرار سلطة الوصاية وذلك بمذكرة مفصلة تشرح نوع القرار المعترض عليه واسباب اعتراضه وكلا من وجهتي نظر

مجلس الادارة وسلطة الوصاية .

لوزير المالية في خلال اسبوع على الاكثر من تاريخ ورود المذكرة ان يبت في الامر فاذا ابد قرار مجلس الادارة المعترض عليه أصبح هذا القرار قابلا للتنفيذ ، والا عرض الامر على مجلس الوزراء لاتخاذ القرار النهائي .

وفي حال عدم البت في القرار المذكور في خلال مهلة اربعين يوما من تاريخ اعتراض مفوض الحكومة عليه يمكن لسلطة الوصاية ان تعتبر هذا القرار قابلا حكما للتنفيذ .

المادة ١٨ - تعمل الانظمة المشار اليها في المادة ١٧ من هذا القانون ، عند الاقتضاء ، بناء على اقتراح من مجلس الادارة وبعد موافقة سلطة الوصاية .

وبصدر التعديل بقرار ممل من سلطة الوصاية .

المادة ١٩ - يكلف رئيس مجلس الخدمة المدنية ، موقتا ، بقرار منه ، الموظفين والخبراء الذين تستعين بهم التعاونية ، ويحدد اعمالهم ، وتمويلاتهم او اجورهم الى ان يتم وضع انظمة التعاونية وتباشر اعمال اجهزتها الادارية والفنية .

احكام مختلفة

المادة ٢٠ - تودع اموال التعاونية النقدية غير المستثمرة التي تفيض من الحاجة اليومية صندوق الخزينة او تودع في المصرف الذي تودع فيه الخزينة اموالها .

المادة ٢١ - تعفى التعاونية ومعاملاتها :

- ١ - من جميع الرسوم المفروضة على العقود .
 - ٢ - من رسوم تسجيل عقود ممتلكاتها او حقوقها العينية العقارية .
 - ٣ - من ضرائب الدخل .
 - ٤ - من رسوم الاعلان ورسوم البلديات .
 - ٥ - من الرسوم القضائية في الدعاوى التي تقيمها تحقيقا لغاياتها وفي الدفاع عن مصالحها .
 - ٦ - من الرسوم والضرائب ورسوم التمتعة ، عن جميع الاعمال التي تجربها لتنفيذ مهمتها وادارة شؤونها .
 - ٧ - من رسوم الطوابع البريدية عن مخابراتها داخل البلاد .
- اما العقود التي تجربها مع الغير فيؤدي الغير رسومها وضرائبها .

المادة ٢٢ - تعتبر ديون التعاونية على المنتسبين ديونا ممتازة وتصنف مباشرة بعدد الاموال المترتبة للدولة كضرائب .

المادة ٢٣ - تحل جميع تعاونيات الموظفين وصناديق التعاون على كافة انواعها ومؤسسات وجمعيات التضامن وتحدد انظمة التعاونية كيفية الحل والتصفية .

المادة ٢٤ - اذا حلت الدولة التعاونية التزمت جميع ديونها وتعهداتها تجاه الموظفين والغير .

تعاونيات

الجيش وقوى الامن الداخلي والامن العام

المادة ٢٥ - تحدد بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء مساعدة يمكن منحها لتعاونيات الجيش وقوى الامن الداخلي والامن العام فيما اذا امنت هذه التعاونيات للاشخاص الذين هم على عاتق المنتسبين اليهم الخدمات الصحية نفسها التي تؤمنها تعاونية موظفي الدولة للاشخاص الذين هم على عاتق اعضائها وشرط ان يساهم اعضاء التعاونيات المذكورة في تمويلها بنسبة ما يساهم به اعضاء تعاونية موظفي الدولة لقاء هذه الخدمات .

يحدد في المرسوم قيمة المساعدة بنسبة مئوية من رواتب اعضاء هذه التعاونيات تعادل النسبة المقدرة من المساعدة التي تمنحها الدولة لتعاونية الموظفين لقاء هذه الخدمات الصحية .

المادة ٢٦ - تلغى جميع الاحكام السابقة والمخالفة لهذا القانون او غير المتفقة مع مضمونه .

المادة ٢٧ - ينشر هذا القانون في الجريدة الرسمية .

المادة الثانية - ينشر هذا المرسوم بالجريدة الرسمية .

الدق في ٢٩ تشرين الاول سنة ١٩٦٢

الامضاء : فؤاد شهاب

صدر عن رئيس الجمهورية

رئيس مجلس الوزراء

الامضاء : رشيد كرامي

رئيس مجلس الوزراء

الامضاء : رشيد كرامي

ملحق رقم (٣) :

إقتراحات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - فرع المرض والأمومة حول تأمين التوازن المالي وتحسين التقديمات وجعلها أكثر واقعية .

تقدمت إدارة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي قبل فترة بمشروع لزيادة بعض التعريفات الطبية شملت كلفة السرير والحاضنة ووحدة العمل الطبي (K) ووحدة الأعمال المخبرية والشعاعية . إلا أن مجلس إدارة الصندوق أوقف المشروع طالباً إحصاءات عن الكلفة الحالية لفرع الضمان الصحي وعن حجم الواردات لمعرفة ما إذا كان ثمة فائض أو عجز وصولاً إلى تحديد موقفه من مسألة رفع الحد الأقصى للاشتراك في هذا الفرع الذي هو الآن ٧٥٠ ليرة .

وقد أثار تحفظ مجلس الإدارة في هذا الأمر اعتراض الاتحاد العمالي العام ، وحجته أن المضمونين هم الذين يدفعون « ثمن » التأخير ، لأن المستشفيات تستوفي الزيادة منذ فترة والمضمون وحده يتحملها ما دام الصندوق لا يدفع النسبة المتوجبة عليه إلا على أساس التعريفة المعمول بها رسمياً .

وطلب مجلس الإدارة ، على رغم معارضة العمال المحقة للنتائج المترتبة عليه ، فتح في شكل غير مباشر ملف الكلفة الحقيقية للتقديمات الصحية في ضوء الإحصاءات التي أعدتها إدارة الصندوق . إلا أنه كشف في الوقت نفسه المعالجة الجزئية التي تتناول حتى الآن التقديمات الصحية عموماً والحاجة الملحة إلى الشروع في إنشاء بنية تحتية صحية تؤمن الاستشفاء الشامل للجميع بأقل كلفة ممكنة .

وانطلاقاً من الكلفة الحقيقية للتقديمات في الضمان ثمة ملاحظات ربما ألفت بعض الأضواء على المسألة الصحية ، خصوصاً أن مجلس إدارة الصندوق مقبل قريباً على تشكيل جديد .

الكلفة الحقيقية :

ففي إطار الدراسات التي وضعتها إدارة الصندوق عن كلفة الأعمال الطبية في ١٩٨٣/٢/١ يتبين أن ثمة ثوابت إحصائية هنا أهمها :

بلغ متوسط لجوء المضمون إلى طبيب عام أو طبيب اختصاصي ٥،٥ مرات سنوياً . وكان هذا المتوسط في السنوات السابقة وصل إلى ٦ مرات نتيجة شيوع المخالفات والإفادات والوصفات الكاذبة الصادرة عن الهيئات الطبية . وإن متوسط كلفة الزيارة الطبية التي يتحملها الصندوق ٢٠ ليرة (تمثل ٧٠ في المئة من مجمل الكلفة) وثمة اقتراح لزيادة حصة الصندوق بنسبة ٢٠ في المئة .

بلغ متوسط كلفة العمل المخبري ٣،٥٥ ليرات ، وتقترح إدارة الصندوق زيادتها بنسبة ٥٠ في المئة .

بلغ متوسط كلفة العمل الشعاعي ٢،٧٠ ليرة لبنانية ، وتقترح الإدارة زيادتها بنسبة ٥٠ في المئة .

وان تدني أسعار الأعمال المخبرية والشعاعية لا يعني أن المختبرات تلتزم هذه الأسعار المخفضة ، بل تتجاوزها وتحاليل عليها بوسائل عدة منها تسجيل أعمال وتحاليل عدة من دون إجرائها فعلاً .

الاستشفاء :

وتشير دراسة إدارة الضمان إلى أن متوسط الاستشفاء السنوي لكل مضمون هو ٩،٠ يوم أي أن كل مضمون مع أفراد عائلته الذين هم على عباته يلجأون إلى المستشفى بمعدل يقل عن يوم واحد في السنة . وإذا كان متوسط أفراد العائلة صار الآن ٣، فإن الفرد الواحد يلجأ إلى المستشفى سنوياً بمعدل ٠،٣ يوم .

أما متوسط كلفة يوم الاستشفاء حسب الدراسة الموضوعية في ١٩٨٣/٢/١ فهو كالآتي :

- متوسط أجره السرير ٥٥ ليرة يومياً .
- متوسط كلفة الزيارة الطبية في المستشفى ١٤،٥ ليرة .
- متوسط كلفة العمل المخبري في المستشفى ١٢ ليرة .
- متوسط كلفة أعمال الأشعة ٩،٢٠ ليرات .
- متوسط كلفة الأوكسجين والدم والجفصين ٣ ليرات .
- متوسط كلفة العمل الجراحي ٥٠،٥٦ ليرة .
- متوسط كلفة غرفة الجراحة ١٣،٧٥ ليرة .

- متوسط كلفة أعمال الانعاش والتخدير ٩٠،٩ ليرات .

فيكون المتوسط الاجمالي لكلفة يوم الاستشفاء ١٦٨ ليرة تترتب على الصندوق، مما يعني أن الكلفة الاجمالية تبلغ نحو ١٩٧،٥ ليرة .

وهذه التكاليف كلها مقترح زيادتها بنسبة ٢٨،٢٥ في المئة في مشروع الادارة الذي جمده مجلس الادارة الى حين استكمال الدراسات المطلوبة عن الكلفة وعن حجم الواردات .

وبلغ المتوسط اليومي لكلفة الولادة الذي يقع على عاتق الصندوق كاملاً ٥٣ ليرة .

الزيادة المرتقبة :

واستناداً إلى متوسطات الكلفة قدرت إدارة الصندوق ان الزيادة الفعلية التي سيتحملها فرع الضمان الصحي تقدر بنحو ١٩،٧ مليون ليرة ، نتيجة زيادة كلفة السرير والحاضنة بنسبة ٢٨،٢٥ في المئة ، ووحدة العمل الطبي (K) من ١٠ ليرات الى ١٢ ليرة .

والنسبة الأخيرة تطبق آلياً في الانصاقات التي تعقدها وزارة الصحة العامة مع المستشفيات إذ سبق لجمعية الأطباء ان وافقت في أيلول ١٩٨١ على الاكتفاء بـ ١٠ ليرات مؤقتاً ريثما ينجز الصندوق دراسته التحليلية للكلفة الحقيقية . وقد بوشر تطبيق سعر الوحدة الصحية بـ ١٢ ليرة في الوزارة اعتباراً من مطلع السنة الجارية .

وزيد سعر الوحدة في التحاليل المخبرية والشعاعية من ليرة إلى ١،٥ ليرة أي بنسبة ٥٠ في المئة ، وذلك أن آخر زيادة طرأت على هذه الأعمال تعود إلى آب ١٩٨١ .

والواقع أن الكلفة التي بينها صندوق الضمان لها أهميتها على صعيد تبيان كلفة الوحدات التي هي أساس لا بد منه لرسم أي سياسة صحية ، لكنها تظهر في الوقت نفسه أموراً أساسية ينبغي التوقف عندها :

من ذلك أن هذه الكلفة مجردة إلى حد بعيد ، أي أنها لا تتفق والواقع القائم في المستشفيات أو حتى في العيادات الطبية . ومن المرجح أنها لم تحدد على أساس دراسات ميدانية تأخذ في الاعتبار الأسعار والتعريفات القائمة بل استناداً إلى حجم

تقديمات الفرع في سنوات سابقة مقسماً على عدد المضمونين وعدد الزيارات وعدد أيام الاستشفاء .

وباعتراف مسؤولين في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ، تستوفي المستشفيات عملياً ما يزيد على الكلفة المقدرة بنحو ٤٠ في المئة . فإذا كانت الكلفة « النظرية » ليوم الاستشفاء هي في حدود ٢٠٠ ليرة ، فإن الكلفة الواقعية تراوح بين ٢٨٠ و ٣٠٠ ليرة يومياً .

ولا يدخل في الحساب طبعاً المرضى الذين يستشفون في درجات خاصة (أولى أو ثانية) إذ تصير أجرة السرير وحده أعلى من مجمل كلفة الاستشفاء ، وهؤلاء المرضى وعددهم لا يستهان به يستوفون من الضمان عادة ما نسبته ١٠ إلى ١٥ في المئة مما يدفعون . وإذا كانت هذه الفئة غير معول عليها في احتساب كلفة الضمان الصحي لعموم المضمونين من الناحية المالية البحتة ، فإن المعول عليه هو إنها تهرب اضطراباً من « درجة الضمان » نظراً إلى تدني نوعية الخدمات التي توفر لها في المستشفيات . وأي زيارة ميدانية لأقسام المرضى الخاضعين للضمان الاجتماعي أو وزارة الصحة تثبت مقدار التمييز القائم بين هذه الأقسام والأقسام الأخرى .

وعليه فإن الهدف المطلوب البحث فيه هو تحسين « نوعية » الخدمات الطبية وليس « كميتها » فقط ، لأنه كلما اقتربت تعريفة الضمان من الواقع قضت على هذا التمييز الذي يدفع ثمنه ذوو الدخل المحدود الذين هم الأكثرية الساحقة من المضمونين خصوصاً ومن المواطنين عموماً .

البعد الاجتماعي :

كذلك أظهرت دراسة الكلفة للتقديمات الطبية أن متوسط أفراد العائلة تدني في الستين الأخيرتين إلى ٣ في حين كان خلال الستينات والسبعينات ١،٣ .

ويعزى هذا التدني إلى أمرين :

- إرتفاع متوسط سن العازبين في مجتمع الضمان من ٢٦ إلى ٣٠ سنة مما يعكس تأخراً في عملية الزواج .

- تدني نسبة الانجاب في مجتمع المتزوجين .

ولا شك في أن هذين الأمرين ناتجان من عوامل عدة اقتصادية أهمها أزمة السكان وكلفة المعيشة ، غير أن الكلفة الطبية تشكل عنصراً أساسياً من عناصر كلفة المعيشة .

وهذا يعني أن استمرار الارتفاع العشوائي في كلفة الخدمات الطبية وقصور التقديمات عن اللحاق به ، باتت لهما انعكاسات اجتماعية مرشحة للتفاقم سنة فسنة .

وواضح أن هذه الانعكاسات ليست محسوبة من ضمن سياسة عامة قد يكون هدفها إما التشجيع على زيادة السكان واما الحد منها . فنسبة تدني عدد أفراد الأسرة قد تكون مؤشراً إيجابياً على الصعيد الاقتصادي لأن البلدان المتخلفة تتميز بتكاثر عدد الأشخاص . الذين هم على عاتق ذوي الكسب ، إلا أن هذا المؤشر قد لا يكون إيجابياً على الصعيد الاجتماعي أو على الصعيد العام .

تعدد التعريفات

ودراسة الكلفة أظهرت أيضاً تبايناً في التعريفات . فقد سعت اللجنة الطبية الاستشارية الى توحيد هذه التعريفات بين الوزارة والضمان نظراً إلى أهمية التعريفات التي يعتمد عليها الفريقان ، ذلك أن الضمان يغطي نحو ٧٠٠ ألف مستفيد فيما تتولى وزارة الصحة نظرياً تغطية سائر المواطنين . وأي خلاف في التعريفات يفسح المجال رحباً أمام تنفلات المستشفيات ناهيك بتفلات الأفراد أنفسهم وتواطؤهم ، فضلاً عن اضعاف قوة التفاوض لدى الفريقين مع الجسم الطبي . ويضاف الى ذلك كله أن ثمة مؤسسات أخرى تتعاقد على أساس التعريفات المعتمدة في الضمان مثل تعاونية الموظفين (٤٠ ألف موظف) وقيادة الجيش

وهذا التباين في التعريفات تناوله تفصيلاً تقرير اللجنة الفنية المتعلق بزيادة الأجر اليومي للاستشفاء إذ جاء فيه .

« ورد في محضر جلسة اللجنة الاستشارية الطبية الرقم ٢٧٠ تاريخ ١٩٨٣/١/٢٥ ان ممثل وزارة الصحة في هذه اللجنة اقترح أن يكون هنالك تنسيق بين الضمان والوزارة والجيش . وتعاونية الموظفين لجهة اعتماد سعر موحد للتعريفات ، وقد وافق أعضاء اللجنة على هذا الرأي بالاجماع .

والحقيقة أن تعدد التعريفات المعتمدة في نطاق التقديمات الصحية لدى وزارة الصحة ، الضمان الصحي ، وتعاونية موظفي الدولة ، وتعاونية الجيش واختلاف الأجور المحددة في كل منها يخلق نوعاً من الفوضى لا يستفيد منها أي من القطاعات المعنية بهذا الشأن (يراجع جدول المقارنة المرفق) .

هذا فضلاً عن أن وجود تفاوت في التسعيرة الحالية المعتمدة لدى وزارة الصحة

وتلك المعتمدة لدى الضمان الصحي أدى إلى معاملة المستشفيات المتعاقد معها المواطنين الذين يستشفون على حساب وزارة الصحة معاملة أفضل من معاملة هذه المستشفيات للمضمونين . بعدما كان المضمون في وضع أفضل سابقاً لجهة معاملة المستشفيات له . كل ذلك يجعل موضوع اعتماد سعر موحد للتعريفات ضرورة ملحة لا بد من الأخذ بها حتى لو اقتضى ذلك إيجاد لجنة مشتركة لهذه الغاية » .

واستخلصت اللجنة الفنية في تقريرها بعض الفروقات بين تعريفات الضمان الصحي وتعريفات وزارة الصحة . وهذه مقارنة لأسعار مستشفيات الدرجة الأولى :

. سعر الإقامة في غرفة بسريرين : التعريفات الحالية للضمان الصحي ١٧،٠٠ ل.ل. - تعريفات الضمان الصحي بعد التعديل حسب توصية اللجنة ٩٠،٠٠ ل.ل. - تعريفات وزارة الصحة ١٠٥،٠٠ ل.ل.

- سعر الإقامة في غرفة بثلاثة أسرة ١٢،٦٣ - ٩٥،٨٠ ل.ل. - ٩٥،٠٠ ل.ل.
- غرفة عزل (سرير واحد) ١٢،٦٣ ل.ل. - ٩٥،٨٠ ل.ل. - ١٧١،٠٠ ل.ل.

- غرفة العناية الفائقة ١٨٠،٠٠ ل.ل. - ٢١٦،٥٠ ل.ل. - ٢٦٧،٥٠ ل.ل.
- الحاضنة الخاصة ٤٦،٧٨ ل.ل. - ٦٠،٠٠ ل.ل. - ٩٤،٥٠ ل.ل.
- سرير المولود حديثاً ٤٦،٧٨ ل.ل. (٥ أيام) ٦٠،٠٠ ل.ل. (٥ أيام) - ٤٦،٠٠ ل.ل. (يومياً) .

- غرفة التوليد ٥٥،٢٠ ل.ل. - ٧٠،٨٠ ل.ل. - ٢١٦،٠٠ ل.ل. الأوكسيجين (الساعة) ١٠،١٥ ل.ل. - ١٠،٤٧ ل.ل. - ٢٠،٠٠ ل.ل. وتضمن التقرير جدول مقارنة آخر بين أسعار وزارة الصحة والضمان الصحي في غرفة العمليات أظهر أن كلفة ١١ عملية من العمليات الشائعة تبلغ في الضمان الصحي ٤٦٣٨،٠٥ ليرة بينما تبلغ في وزارة الصحة ٥٢٩٧،٤٠ ليرة ، أي بزيادة مقدارها ٦٥٩،٣٥ ليرة ونسبتها نحو ١٤،٢ في المئة .

استنتاجات عامة :

من كل ذلك يبدو أن اللجنة الفنية قدمت استنتاجات عامة وضعت فيها الاصبغ على الجرح وعلى المشكلة المعروفة لكنها لم تقدم اقتراحات عملية ربما لأن ذلك ليس من اختصاصها . وهذه هي :

١ - اعتماد التعريف المقترحة في صورة انتقالية بالنسبة الى أجرة السرير ووحدة العمل الشعاعي والمخبري . أما وحدة العمل الطبي فتزاد وفقاً للقاعدة المحددة في قرار المجلس الرقم ٢٧٢٦ تاريخ ١٩٨١/٨/٢٦ .

٢ - وضع أسس ثابتة مبنية على دراسة عناصر الكلفة خلال مهلة ٣ أشهر وتعميم القاعدة المعتمدة لتحديد تعريف جدول الأعمال الطبية بموجب قرار المجلس المتقدم ذكره على مختلف الوحدات الأخرى بعد صدور مرسوم زيادة غلاء المعيشة المرتقب لهذه السنة .

٣ - السعي إلى توحيد التعريف بين مختلف المؤسسات التي تعني بالتقديرات الصحية .

٤ - إعادة تقويم المستشفيات على أسس علمية ووضع إتفاق جديد تحدد فيه مواصفات درجة الضمان بدقة وتضمنه نصاً يسمح بتدبير رادع في حال الاختلال به .

٥ - إعادة النظر في واقع المراقبة الطبية والإدارية لضبط المخالفات ومنع وقوعها في حالات الاستشفاء .

٦ - تطبيق الأنظمة المرعية على الطبيب المخالف ، ومنها تعليق أو فسخ العقد معه .

٧ - استخراج الوضع المالي لصندوق ضمان المرضى والأمومة في نهاية العام ١٩٨٢ من قيود مصلحة المحاسبة ، لمعرفة حقيقة وضع هذا الفرع فعلاً .

٨ - إعادة العمل بلوائح الأدوية المقبولة من الضمان بعد تعديلها .

٩ - السعي لدى السلطات المختصة إلى تنفيذ مشروع الاستشفاء الموحد .

١٠ - التوجه منذ الآن لإقامة مؤسسات استشفائية بإدارة الضمان على غرار مستشفى البترون في مختلف المناطق .

الجانب المالي :

ويذكر أن مجلس إدارة الضمان توقف لدى طرح موضوع زيادة التعريف عند الجانب المالي منه فقط لمعرفة حجم الواردات وما إذا كان ثمة فائض أو عجز في فرع الضمان الصحي في ضوء الزيادات المقترحة . وفي نية المجلس عدم إقرار زيادة الحد الأقصى للجباية ما لم يثبت أن ثمة عجزاً يعانیه هذا الفرع .

وتوقف المجلس كذلك عند احتمالات أو خيارات أخرى لزيادة الواردات ، منها عدم الاكتفاء برفع الحد الأقصى للكسب الخاضع للاشتراك من ٧٥٠ إلى ١٥٠٠ ليرة فقط بل رفعه إما إلى ٢٥٠٠ ليرة وإما إلى ٤٠٠٠ ليرة أو إلغاء الحد الأقصى كلياً والاستعاضة عنه بخفض نسبة الاشتراك من ٧ في المئة في الوقت الحاضر الى معدل أقل .

وبديهي أن هذه الخيارات أجريت عليها دراسات تبين الوضع المالي لفرع الضمان الصحي في حال اعتماد أي من الاحتمالات ، وهذه الدراسات ستعرض على مجلس الإدارة في جلسة قريبة .

وما يمكن قوله عن النتائج الأولى للدراسات أنها تثبت المبرر لزيادة الحد الأقصى نظراً إلى العجز الحاصل بفعل نمو التقديرات وزيادة التعريفات من جهة وجمود الاشتراكات لأنها تجبي على أساس حد أقصى مقداره ٧٥٠ ليرة وهو أقل بكثير من الحد الأدنى للأجور وبالتالي من المتوسط العام للأجر . لذلك فإن واردات هذا الفرع لا تتأثر بأي زيادة على الأجور .

والظاهر أن مجلس الإدارة معني فقط باختيار الحل الأمثل الذي يؤمن لفرع الضمان الصحي الوضع المالي المناسب من أجل تحقيق التوازن إن لم يكن من أجل تأمين فائض .

على أن هذا البحث يبقى جزئياً ما لم ينبه الى النقاط الآتية :

أولاً : ان ثمة حاجة ملحة الى توسيع التقديرات الصحية أفقياً وعمودياً بحيث تشمل فروعاً أخرى مثل طب الأسنان .

ثانياً : ان ثمة حاجة الى الاقتراب بتعريف الضمان من التعريف الواقعية المطبقة في المستشفيات ولدى الأطباء لثلا تغدو مساهمة الضمان في التغطية مساهمة رمزية .

ثالثاً : أن الأهم من إقرار التعريف ، أي تعريف ، هو تطبيقها وإلزام المستشفيات التقيد بها . وهذا أمر يشكو منه المجلس في استمرار وسبق له ان دعا إلى معالجته غير مرة . فالمجلس مدعو عند البحث في موضوع التعريفات إلى التصدي لهذه الناحية واستفاد كل الوسائل الممكنة في سبيلها .

رابعاً : أن الوصول مع الجسم الطبي من مستشفيات وأطباء ومختبرات إلى طريق مسدود لا بد أن يطرح بديلاً بعيد المدى ألا وهو السعي منذ الآن الى

تعزيز البنية التحتية الصحية العائدة إلى القطاع العام من أجل الحد إلى أقصى حد ممكن من تحكم القطاع الخاص .

خامساً : ان هذا الهدف مع الهدف الآخر وهو تحسين نوعية الخدمات الطبية يستوجب عدم الاعتراض على أي فائض محتمل في فرع الضمان الصحي ، شرط أن يستعمل هذا الفائض تبعاً في سبيل توسيع الخدمات الصحية عمودياً وأفقياً الى درجة المساهمة في بناء المستشفيات الحكومية ، خصوصاً ان تجربة مستشفى البترون تبدو مشجعة إلى حد بعيد .

سادساً : إن هذا الواقع ينبغي أن يحمل المجلس على التصدي لمشكلة الجباية بالنسبة إلى ديون الصندوق ، خصوصاً ان الدراسات السابقة لفرع الضمان الصحي استندت إلى واقع جباية بمعدل ٥٠ في المئة ، في حين أن الدراسات الجديدة تعتمد على نسبة ٦٦ في المئة . فلماذا لا يصير في الامكان التركيز على وجوب تأمين جباية كاملة مع العلم أن لدى الصندوق وسائل عدة لتحقيق هذا الهدف ؟

المصدر - جريدة النهار تاريخ ٢٨/٣/١٩٨٣

ملحق رقم (٤) :

الاتفاق الجديد بين الضمان ونقابة الأطباء

رفع التعريفات الطبية بنسبة ٥٨ و ٦٨٪

و ٦٩, ٤٠ مليوناً الكلفة الإضافية للضمان الصحي

وافق مجلس إدارة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في جلسته الأخيرة وفي شكل مبدئي على نتائج المفاوضات التي أجرتها إدارة الصندوق مع نقابة الأطباء لجهة اعتماد مشروع الميثاق الخاص بتنظيم علاقات الصندوق بالجسم الطبي واعتماد جدول جديد للأعمال الطبية بزيادة التعريفات الخاصة بالزيارات والمعاینات والمراجعات بنسبة تتراوح بين ٥٨ و ٦٨ في المئة (الجدول - ١) .

وقد وضعت إدارة الصندوق تقريراً عن الانعكاسات المالية للزيادات المقترحة التي أظهرت أن الأكاليف الإضافية المقدرة في ظل التعريفات الجديدة تبلغ ٤٠, ٦٩ مليون ليرة منها ١٧, ٢٥ مليوناً للمعاینات والزيارات و ٢, ٩٥ للزيارات داخل المستشفى .

وفي ما يأتي نص التقرير حول الانعكاسات المالية وزيادة الأكاليف .

- متوسط الكلفة الحالية للمضمون الواحد سنوياً من المعاینات والزيارات خارج المستشفى : ١٣٢, ٢٢ ل.ل .

نسبة الزيادة المقترحة = ٥٨٪ .

الزيادة بالنسبة للمضمون الواحد : $١٣٢, ٢٢ \times ٥٨\% = ٧٦, ٦٩$ ل.ل .

قيمة الزيادة الاجمالية : $٧٦, ٦٩ \times ٢٣١٠٠٠ = ١٧, ٧٢$ مليون ليرة .

- متوسط الكلفة الحالية للمضمون الواحد سنوياً من الزيارات داخل المستشفى : ١٦, ١٩ ل.ل .

نسبة الزيادة المقترحة = ٧٩٪

الزيادة بالنسبة للمضمون الواحد : $16,18 \times 79\% = 12,78$ ل.ل.

قيمة الزيادة الاجمالية : $12,78 \times 2310000$ مضموناً = 2,95 مليون ليرة.

- متوسط الكلفة الحالية للمضمون الواحد سنوياً من الأعمال الطبية خارج المستشفى : 19,25 ل.ل.

- نسبة الزيادة المقترحة = 67% .

الزيادة بالنسبة للمضمون الواحد : $19,25 \times 67\% = 12,90$ ل.ل.

قيمة الزيادة الاجمالية : $12,90 \times 2310000$ مضموناً = 2,98 مليون ليرة .

متوسط الكلفة الحالية للمضمون الواحد سنوياً من الأعمال الجراحية داخل المستشفى : 82,81 ل.ل.

نسبة الزيادة المقترحة = 67% .

الزيادة بالنسبة للمضمون الواحد : $82,81 \times 67\% = 55,48$ ل.ل.

قيمة الزيادة الاجمالية : $55,48 \times 2310000$ مضموناً = 12,82 مليون ليرة .

متوسط الكلفة الحالية للمضمون الواحد سنوياً من أعمال الولادة داخل المستشفى : 22,33 ل.ل.

نسبة الزيادة المقترحة = 68% .

الزيادة بالنسبة للمضمون الواحد : $22,33 \times 67\% = 14,96$ ل.ل.

قيمة الزيادة الاجمالية : $14,96 \times 2310000$ مضموناً = 3,46 مليون ليرة .

متوسط الكلفة الاجمالية للمضمون الواحد سنوياً من أعمال الولادة خارج المستشفى : 4,93 ل.ل.

نسبة الزيادة المقترحة = 67% .

الزيادة بالنسبة للمضمون الواحد : $4,93 \times 67\% = 3,30$ ل.ل.

قيمة الزيادة الاجمالية : $3,30 \times 2310000$ مضموناً = 0,67 مليون ليرة .

مجموع الزيادة : $17,72 + 2,98 + 2,98 + 12,82 + 3,46 + 0,76 = 40,69$ مليون ليرة .

نسبة الزيادة المثوية : 63,43% .

مجموع الزيادات :

معاينات وزيارات 17,27 مليوناً .

زيارات داخل المستشفى 2,95 مليوناً .

أعمال طبية في العيادة 2,98 مليوناً .

أعمال طبية وجراحية .

داخل المستشفى 12,82 مليوناً .

ولادة داخل المستشفى 3,46 مليوناً .

ولادة خارج المستشفى 0,76 مليوناً .

المجموع 40,69 مليون .

تطور الأكلاف الطبية

طبيب عام	التعرفة الحالية	التعرفة المقترحة
ل.ل.	ل.ل.	
معاينة	٣٠	٤٠
مراجعة خلال أسبوعين .	١٨	٢٥
زيارة .	٤٢	٦٠
زيارة ليلية	٦٠	٨٥
طبيب اختصاصي		
معاينة	٤٢	٧٥
مراجعة خلال أسبوعين .	٢٤	٤٠
زيارة .	٦٦	١١٠
زيارة ليلية .	٨٤	١٤٠
طبيب نفساني .		
معاينة	٦٠	١٠٠
مراجعة خلال أسبوعين	٤٢	٧٠
زيارة	٨٤	١٤٠
زيارة ليلية	١٢٠	١٩٠
قابلة قانونية .		
معاينة	١٧	٣٠

* أجرة الطبيب المعالج في المستشفى تساوي ٦٠٪ من تعرفة المعاينة في العيادة للعشرة أيام الأولى و ٣٥٪ لباقي الأيام .

* سعر الوحدة عشرون ليرة لبنانية بدل اثنتي عشرة ليرة جالياً .

الميثاق

وفي ما يأتي نص الميثاق كما أقره مجلس الضمان :

إن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ونقابة أطباء لبنان بعد تدارسهما لعلاقتهما المشتركة بما يهم الأطباء والمضمونين ، والعلاقات المتبادلة التي ستنشأ بين الصندوق والطبيب ، اتفقا على عقد الميثاق التالي :

مادة ١ - في المبادئ الأساسية التي ترعى علاقات الصندوق بالجسم الطبي :

مع الاحتفاظ بالأحكام القانونية والتنظيمية العامة ، وكذلك الأحكام القانونية والتنظيمية الخاصة بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ومع مراعاة إمكانية تطوير هذه الأحكام ، تراعى في علاقات الصندوق بالجسم الطبي المبادئ الأساسية التالية :

١ - الطبابة، كمهنة حرة هي إحدى ركائز الأمانة الصحية في لبنان بوجهيها الوقائي والعلاجي .

٢ - للمريض المضمون حرية تامة في اختيار طبيبه ، وتعتبر حرته هذه أساساً لثقتة في الطبيب الذي يختاره .

٣ - للطبيب حرية تامة في اختيار الطرق والوسائل التي يراها أجدى في الوقاية والمعالجة مع أخذه بعين الاعتبار شخصية من يعني به .

٤ - يمارس الطبيب هذه الحرية في إطار الانضباط المهني ومع تقيده بالأداب الطبية .

٥ - يراعي الطبيب في طرقه العلاجية وفي وصفاته موجبات الاقتصاد في النفقة على أن لا يتعارض ذلك مع ضرورات العلاج وفعاليته .

٦ - تخضع علاقة المريض المضمون بالطبيب المعالج لمبدأ سرية المهنة فيما خلا الحالات الاستثنائية التي ينص فيها القانون على العكس .

٧ - يؤكد الصندوق تقديره التام للمرتبة التي تحتلها الأعمال الطبية في سلم الخدمات الاجتماعية ويؤكد وجوب مراعاة هذه المرتبة في جميع أنظمتها وأعماله .

٨ - يعتبر شعور الطبيب تجاه المريض المضمون ، وتحسسه لمسؤولياته المهنية مشاركة منه في الأعباء التي يتحملها المجتمع من جراء المضمون المذكور وعليه

ينبغي أن يقابل المضمون هذه المشاركة بالمثل فلا يطالب بأكثر مما يقرره الطبيب المعالج .

٩ - مع مراعاة تطور أوضاع الاقتصاد الوطني وإمكاناته ، يكون ارتفاع كلفة التطبيب متناسباً مع ارتفاع درجة التقنية وهذا يشكل وجهاً من وجوه الأعباء الاجتماعية اللازمة للرفعي الاقتصادي .

١٠ - للجسم الطبي دور في تخطيط السياسة الصحية العامة وفي تحقيقها وهو يقوم بهذا الدور بصورة خاصة بتأمين أفضل مستوى ممكن للطبابة بأقل كلفة ممكنة ، متحملاً بذلك مسؤولياته الاقتصادية خدمة للصالح العام .

مادة ٢ - في حرية الاختيار :

يتعهد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي باحترام حرية المريض في اختيار طبيبه وبعدم التمييز بين الأطباء الموقعين لهذا الميثاق .

يتعهد صندوق الضمان باحترام حرية اختيار المضمون لطبيبه في جميع عقود مع الغير .

مادة ٣ - في المطبوعات :

يتعهد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتقديم جميع المطبوعات اللازمة لعمل الطبيب في علاقته مع الصندوق .

يتعهد الطبيب باستعمال المطبوعات المقدمة من قبل الضمان دون سواها وبتدوين جميع التفاصيل في الخانات المناسبة منها .

مادة ٤ - في الرقابة الطبية :

في حال إجراء رقابة طبية من قبل الصندوق يحظر على الطبيب المراقب أن يعطي المريض المضمون أي تقييم للعلاج المعطى وكذلك عليه أن يتمتع قطعياً عن القيام بأي عمل طبي أو عن إعطاء أية نصيحة علاجية .

حفاظاً على سرية المهنة يوجه الطبيب المعالج ، ضمن غلاف مقفل ، إلى الطبيب المراقب تلقائياً ، أو نزولاً عند رغبة الطبيب المراقب كل المعلومات التي من شأنها إنارة الرقابة الطبية باستثناء الحالات التي يمانع فيها صراحة المريض على ذلك .

مادة ٥ - في تحديد عدد المعاينات والزيارات :

للطبيب حرية تحديد عدد المعاينات والزيارات في إطار ضرورات العلاج :

مادة ٦ - في لائحة الأعمال الطبية :

١ - يعمل بلائحة الأعمال الطبية .

الموضحة في الملحق رقم ١ :

٢ - تتدارس النقابة والصندوق معاً التعديلات المقترحة على لائحة الأعمال الطبية في اللجنة المشتركة أو في لجنة متفرعة عنها تعمل بصورة دائمة لتنظيم وتعديل لائحة الأعمال الطبية وتأخذ بعين الاعتبار متطلبات التقدم التقني والعلمي .

مادة ٧ - في بدلات الأتعاب :

تدفع مباشرة للطبيب بدل أتعاب جميع الزيارات والمعاينات والأعمال التي يقوم بها . تكون بدلات الأتعاب التي يتقاضاها الأطباء مطابقة للتعرفة المتفق عليها بين الصندوق ونقابة الأطباء إنفاذاً لأحكام هذا الميثاق .

يحظر على الطبيب تجاوز البدلات المتفق عليها إلا في الحالات التالية :

أ - تلبية لرغبة المريض الخاصة في ظرف أو مكان أو زمان استثنائي أو ناجم عن إلحاح من المريض لا مبرر طبي له .

ب - أخذ الطبيب بعين الاعتبار وضع المضمون المادي على أن لا يقل دخله عن عشرة أضعاف الحد الأدنى الرسمي للأجور وعلى أن يتقاضى في حال تجاوزه التعرفة بدل أتعاب معقول ومتزن ويسجل المبالغ المقبوضة على استمارة المرض وكذلك أسباب التجاوز .

على الصندوق أن يعلم اللجنة المشتركة عن كل المخالفات التي يرتكبها الأطباء في استيفاء زيادات على بدلات الأتعاب المتفق عليها .

مادة ٨ - بناء على توصية اللجنة المشتركة .

- تخضع المخالفات المهنية لسلطة النقابة التأديبية .

- تخضع المخالفات الأخرى لسلطة القضاء المختص .

مادة ٩ - اللجنة المشتركة :

تتألف من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ومن نقابة أطباء لبنان وبالتساوي في عدد الأعضاء لجنة مشتركة دائمة تقوم بالمهام التالية :

١ - السهر على حسن تطبيق هذا الميثاق .

٢ - تقديم الاقتراحات الرامية إلى تطوير أنظمة ضمان المرض والأمومة على ضوء الاختبار وما يستلزمه تطور العلوم والتقنيات .

٣ - تقديم الاقتراحات الرامية إلى تسهيل معاملات ضمان المرض والأمومة واختصارها ومنع الغش فيها .

٤ - درس كل مشكلة تحصل بين الطبيب وصندوق الضمان .

٥ - تبنّي عن اللجنة المشتركة لجان فرعية للقيام بمهام معينة موكلة إليها من قبل اللجنة المشتركة .

مادة ١٠ - ضمان الأطباء :

يساهم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ومن أجل توفير ضمان المرض والأمومة لجميع الأطباء المرتبطين بهذا الميثاق في الاشتراكات المتوجبة على صاحب العمل .

مادة ١١ - على النقابة أن تعلم الجسم الطبي بمضمون هذا الميثاق وعلى الطبيب الذي يرضى بهذا الميثاق ويرغب في العمل بمضمونه أن يعلم النقابة وأن يوقع على ثلاث نسخ من النموذج الموضح في الملحق رقم (٣) الأولى لصندوق الضمان والثانية للنقابة والثالثة للطبيب نفسه .

مادة ١٢ -

يصار إلى إعادة النظر بهذا الميثاق وملحقاته في أي وقت كان بناء على طلب أحد الطرفين .

مادة ١٣ - الملاحق :

يتعهد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ونقابة الأطباء بالتقيد وتنفيذ مضمون الملاحق المرفقة بهذا الميثاق والتي تشكل جزءاً لا يتجزأ منه وتشمل هذه الملاحق المواضيع التالية :

الملحق رقم ١ - أحكام عامة - لائحة الأعمال الطبية .

الملحق رقم ٢ - بدلات الأتعاب والحرف الرمز .

الملحق رقم ٣ - في المعاملات وشمول التقديمات .

الملحق رقم ٤ - في الطبيب المراقب .

الملحق رقم ٥ - في توقيع الطبيب .

الملحق رقم ٦ - في الدواء .

الملحق رقم ٧ - في النظام الداخلي للجنة المشتركة .

جريدة السفير - الاثنين في ٤ / ١ / ١٩٨٥

الفصل العاشر

المختبرات الطبية

المختبرات الطبية

في عام ١٩٦١ صدر المرسوم ٨٣٧٧ الذي وضع هيكلية وزارة الصحة وإنشاء مديرية للمختبر المركزي وأناط بها المهام التالية :

- * تحضير مشاريع تعديل القوانين والأنظمة المتعلقة بالشؤون المخبرية الطبية وتحضير مشاريع القوانين والأنظمة المتعلقة بها .
 - * القيام بإعداد وتدريب ورفع مستوى المحضرين المخبريين وموظفي المختبرات المركزية والفرعية التابعة لوزارة الصحة العامة .
 - * تنسيق ومراقبة وتفتيش أعمال الوحدات المركزية التابعة لها ومراقبة تفتيش الأعمال المخبرية في الفروع الاقليمية .
 - * تلقي الاحصاءات من مختلف الوحدات المخبرية ووضع تقرير إحصائي سنوي بنشاط الفروع المخبرية التابعة لوزارة الصحة العامة .
- وقد نصت المادة ١٨ من قانون صادر بتاريخ ٢٤ آب ١٩٥٦ على أن موازنة المختبر المركزي والمختبرات الفرعية التابعة له في فصل خاص في موازنة وزارة الصحة العامة . وقد نص المرسوم التنظيمي بأن مديرية المختبر المركزي تتألف من القسم الاداري وفروع الجراثيم - والحمات (الفيروس) ، الكيمياء والأنسجة المريضة ومصرف الدم .
- في عام ١٩٥٨ تأسس المختبر المركزي بهدف تأمين الدعم لأنشطة الصحة العامة المختلفة ، ولكن أدخلت الخدمات السريرية وأصبحت من أهم أنشطة المختبر هي في تقديم خدمات مخبرية للمواطنين - كما أن المختبر المركزي لم يستطع لعب دور في حقل الصحة العامة بسبب اقتصار خدماته مركزياً دون التفاعل مع أمور الصحة العامة في المحافظات اللبنانية .

في عام ١٩٦٦ وبمساعدة من منظمة الصحة العالمية تأسست مختبرات سريرية في المستشفيات الحكومية التالية - بعيدا ، صيدا وحلبا وبيروت ، طرابلس وزحلة .

ومساهمة هذه المختبرات في أنشطة الصحة العامة كانت هامشية بسبب اقتصار خدماتها على النواحي التشخيصية السريرية .

خلال الفترة ١٩٧٣ - ١٩٧٥ قدم إلى لبنان خبير من منظمة الصحة العالمية بهدف تقوية الخدمات المخبرية في تشخيص الأمراض الفيروسية وكانت مهمام الخبير كما يلي :

- تنظيم دائرة الفيروسات في المختبر المركزي في بيروت .
- القيام بالتدريب للعاملين في المختبر المركزي في حقول أبحاث الفيروسات .
- المساعدة في تحضير برامج لمكافحة الأمراض الفيروسية خصوصاً الفيروسات المعوية .
- التعاون مع الدوائر الأخرى في المختبر المركزي ووزارة الصحة في تقوية برامج المختبر المركزي .

وخلال هذه الفترة تم إنجاز ما يلي :

- وضع المقاييس لكافة التحليلات في دائرة الفيروسات .
- ضبط نوعية التحاليل من كافة المحضرين المخبريين .
- زيادة عدد الفنيين المخبريين العاملين في هذه الدائرة .
- تقوية العلاقات بين المختبر المركزي في بيروت والمراكز المرجعية الأخرى .
- إثارة اهتمام الأطباء في التعاون مع المختبر المركزي في ميدان الأمراض الفيروسية .
- مساعدة وزارة الصحة في مكافحة ومراقبة مرض شلل الأطفال .

رصد الفيروسات المسببة لمرض شلل الأطفال :

قبل عام ١٩٥٠ لم تتوفر معلومات حول انتشار حالات شلل الأطفال وقد أشار زلفكر وغندور إلى حدوث عدد من الاصابات في عام ١٩٣٣ . ومنذ عام ١٩٦١

توفرت إحصاءات نشرتها وزارة الصحة وتدل على حدوث أعلى معدل للإصابات في عام ١٩٦٢ . وتدل أنماط الاصابات على اقتصرها على صغار السن - دون أربع سنوات مع حدوث أغلب الاصابات في أشهر حزيران ، تموز ، آب وأيلول .

وقد جرى تشخيص أمصالي تبين بنتيجته وجود ٢، ١١٪ نقص في مناعة الأطفال رغم توفر حملات اللقاحات ضد شلل الأطفال منذ عام ١٩٦٩ .

كما جرى حصر نوع الفيروس المسبب في العينات المتوفرة للمختبر المركزي ١٢٢ يوليو I ، ٢١ يوليو II و ٢٠ يوليو III ولكن في عام ١٩٧٣ ، كان البوليو III المسبب لأكثر الحالات (١٠ من ٢١ حالة) وأمكن معرفة مقدار الحماية المتوفرة من اللقاحات عبر الأبحاث الأمصالية .

رصد الانفلونزا :

رغم أن هذه الاصابة ليست في عداد لائحة الأمراض الانتقالية إلا أن أعداد الاصابات بالانفلونزا تقدر بحوالي ٥٠ ألف والأبحاث الأمصالية أكدت وجود مناعة ضد أنفلونزا A (هونغ كونغ) ٦٨ وانفلونزا B (فكتوريا) ٧٠ بينما لا تتوفر للانفلونزا B أو أنفلونزا A (بوت تالميرز/٧٣) .

والتوصيات التي وضعها التقرير هي التالية :

- إنشاء تسهيلات لإنشاء وحدة لتربية واستعمال الحيوانات في الأبحاث .
- متابعة أبحاث الرصد ضد الشلل والانفلونزا .
- إيجاد وسيلة اتصال بين المختبر والأطباء الممارسين حول سبل التعاون كما يجب إيجاد صلات مع المختبرات الأخرى في لبنان الحكومية والخاصة ، كذلك يتوجب إنشاء صلات مع المختبرات الدولية للتعاون في تبادل المعلومات .
- وقد خلص التقرير إلى وجوب الاستمرار في برامج التحصين ضد الشلل واستعمال الفيروس الحي .

ومع بداية الأحداث الأمنية تأثرت نشاطات المختبر المركزي وفي صيف عام ١٩٨٢ أصيب المبنى بأضرار جسيمة من جراء الاجتياح الاسرائيلي وقد جرى ترميم المختبر وتأهيله بمساعدة من الحكومة السويسرية وأعيد تجهيزه بمساعدة اليونسيف ومنظمة الصحة العالمية عام ١٩٨٣ .

في عام ١٩٨٠ تم الاتفاق على مشروع لتقوية خدمات المختبرات الوطنية بين الحكومة اللبنانية ممثلة بوزارة الصحة وبرنامج الأمم المتحدة الانمائي وأُنيط التنفيذ بمنظمة الصحة العالمية .

ويهدف المشروع إلى الانماء الاقتصادي والاجتماعي عبر التحكم بالأمراض الانتقالية المتوطنة وذلك بالاعتماد على أنشطة مخبرية متطورة - وهذا يشمل مراقبة اللقاحات المتداولة والتأكد من فعاليتها وتدريب الفنيين المخبريين . والأهداف المباشرة كما حدّدت في الاتفاقية :

١ - إنشاء وتقوية خدمات مخبرية متخصصة في ميادين الأمراض الانتقالية ، الأمراض التي تنتقل من الحيوان ومراقبة الماء والغذاء وجميع الخطوات التي تسبق تحضير الغذاء .

٢ - إنشاء وحدة مراقبة اللقاحات التي تستورد من الخارج - خصوصاً لقاح الشلل والحصبة .

٣ - تشجيع إنشاء أنشطة مرجعية في حقول الأبحاث المخبرية حول مشاكل لبنان الصحية خصوصاً في حقول الفيروسات والأمراض الانتقالية والوقاية من الاشعاع .

٤ - تخطيط وتنظيم ٦ مختبرات في المحافظات اللبنانية .

٥ - وضع مقاييس مخبرية تتعلق بإجراء التحاليل في المختبرات المختلفة .

٦ - تنظيم دورات تدريبية في حقول الأحياء الدقيقة والصحة البيئية والرصد الوبائي .

٧ - تقوية المختبر المركزي علمياً وإنشاء مراكز مرجعية لميكروبات الامعاء .

٨ - المساهمة الفعالة في كشف الأوبئة عند حدوثها .

٩ - وضع توصيات لوزارة الصحة حول أفضل القرارات لتنفيذ الخطة الصحية الوطنية .

وللقيام بهذه المهام كان لا بد من تطوير للنصوص الراعية للعمل المخبري الطبي والصحي ، لذا وضع مشروع إعادة تنظيم مديرية المختبرات والصيدلة ، مع مختلف الأقسام والوحدات والملاكات المطلوبة . (ملحق ١) .

التوصيات والاقتراحات :

المختبرات الخاصة تعمل إما ضمن المؤسسات العلاجية لمرضى هذه المرافق واما تقوم بالاختبارات والتحاليل مساهمة في تشخيص الأمراض وعلاجها والوقاية منها إلا أن المعلومات المتوفرة عن نشاطات هذه المختبرات قليلة . كما أنها لا تخضع لأيّة مراقبة مهنية لضبط نوعية خدماتها .

ولذا صدر المرسوم الاشتراعي رقم ٧٥ (ملحق ٢) حول تنظيم هذه المختبرات بما فيها شروط إدارتها والترخيص لها والعمل فيها ، كما صدر المرسوم الاشتراعي رقم ٧٦ لتنظيم المهن المخبرية الصحية (راجع فصل المهن الصحية) .

أما مختبرات الطب الوقائي فهي ضرورية جداً بسبب انتشار الأمراض الانتقالية في لبنان وتردي الوضع البيئي وتصور التسهيلات لتأمين مياه صالحة وإصحاح خصوصاً في التجمعات الريفية والحضرية .

والأمراض الانتقالية الهامة في لبنان هي التهابات المعوية خصوصاً التيفوئيد والشيغلا وأحياناً الكوليرا والتدرن والسحايا الدماغية والأمراض الزهرية وبعض الاصابات الطفيلية مثل الدودة الوحيدة ودودة البلهارسيا إضافة إلى اليرقان - كذلك هناك حاجة ماسة لدراسة فعالية اللقاحات خصوصاً لقاح شلل الأطفال والأمراض الفيروسية الأخرى .

وعندما زارت بعثة منظمة الصحة العالمية واتحاد جمعيات الصليب الأحمر لبنان في مطلع عام ١٩٨٣ وضعت تقريرها حول الأنشطة المخبرية وقد ورد فيه التوصيات التالية :

* إنشاء لجنة استشارية للمختبرات تعطي الاقتراحات حول :

١ - دعم الرصد الوبائي وأوضاع الأمراض الانتقالية بواسطة فحوص مخبرية .

٢ - وضع التوصيات حول البرامج المطلوبة من الوزارة على ضوء نتائج التجاليل المخبرية وتمحيصها الاحصائي .

٣ - الاشراف على برامج التدريب المستمر لجميع فئات العاملين في المختبرات .

ومن المستحسن أن تبدأ هذه اللجنة عملها بإجراء مسح حول الخدمات المخبرية المتوفرة والموارد المطلوبة بغية توجيه الأطباء والطلاب الآخرين حول النواقص والاحتياجات . وقد أعدت استمارتين لجمع المعلومات عن المختبرات الطبية

الخاصة وعن مؤهلات مدير المختبر (ملحق ٣) وبعدها يجب وضع هيكلية تنظيمية لعمل جميع المختبرات المركزية والوسطية والفرعية ، وفيما يتعلق بطرق التحاليل فمن المستحسن توحيد هذه الوسائل بعد الأخذ بعين الاعتبار الكلفة والدقة وسرعة التنفيذ ومراقبة أجهزة المختبرات المختلفة ووضع مقاييس لها ثم توحيد جمع المعلومات وحفظها . وحالياً تتعاقد الوزارة مع مختبرات طبية خاصة في المناطق اللبنانية المختلفة تبعاً لاتفاقية خاصة بالمختبرات (ملحق ٤) - وتجدر الإشارة بأن المواصفات المطلوبة تمثل الحدود الدنيا المعتمدة في الدول المتقدمة .

ملاحق :

ملحق رقم (١) مشروع مرسوم إعادة تنظيم إدارة المختبرات الطبية .

ملحق (٢) المرسوم الاشتراعي ٧٥ .

ملحق (٣) استمارة معلوماتية للمختبرات الطبية الخاصة واستمارة خاصة بما يلي لقب مدير مختبر .

ملحق (٤) اتفاقية بين مختبر خاص والوزارة .

ملحق رقم (١) :

مشروع مرسوم إعادة تنظيم إدارة المختبرات والصيدلة
وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية - ١٩٨٣

الأسباب الموجبة

انطلاقاً من اهتمام الدولة بالمرفق الصحي العام في البلاد ، وسبباً لتحقيق إدارة مخبرية مكتملة للبنان ، توفر العناية المخبرية الحديثة على الصعيدين الطبي والصحي في جميع المختبرات الحكومية في المستشفيات والمراكز الصحية العامة في العاصمة والمناطق .

وتوخياً لضبط العمل المخبري في القطاع الخاص وانضباطه ، في الشكل والأساس ، اللذين تقتضيهما المصلحة الصحية العامة على صعيدي العناية والوقاية الصحية .

وتطويراً للعمل المخبري الطبي والصحي في لبنان ، الذي مضى على انطلاقته الأولى في القطاع العام ما يناهز ربع قرن حتى الآن - ٢٥ سنة - بقيت النصوص والملاكات خلالها جامدة حتى السبعينات حيث شغلت بعض الشواغل الوظيفية فيها عن طريق التعاقد .

عملنا من خلال مشروع التطوير المرفق على توحيد النصوص الراعية للعمل المخبري الطبي والصحي ، بالإضافة إلى شؤون الصيدلة والدواء المتداخلة مع هذا العمل ، مع تعديل في التسميات وحجم الملاكات المطلوبة تحقيقاً للمصلحة الوطنية العامة .

المادة :

المادة ٥٦ :

- تتولى مديرية المختبرات والصيدلة :
- تحضير مشاريع القوانين والأنظمة المتعلقة بالشؤون المخبرية الطبية والصحية والصيدليات ومستودعات ومصانع الأدوية وتراخيصها .
- الاشتراك مع وزارة التربية الوطنية في التدقيق بشهادات مرشحي مهنة الصيدلة لفحص الكولوكيوم ، والمهن المخبرية لمعادلة شهاداتهم رسمياً .
- القيام بالدراسات الآلية لتحديد حاجة البلاد إلى الخدمات المخبرية الطبية والصحية ، ودرس وتحضير معاملات الترخيص بإنشاء المختبرات الخاصة والعامة .
- تسجيل الفنيين المخبريين في لبنان وتحضير معاملات الترخيص لهم بممارسة المهنة .
- وضع برنامج سنوي لمنح التدريب والتخصيص لموظفي وحداتها الفنية في الداخل والخارج ، وتولي الأمور المخبرية المشتركة بين لبنان والمؤسسات الدولية .
- المشاركة باللجان الوطنية الخاصة بالمقاييس والمواصفات العائدة للمياه ، والأغذية ، والأدوية ، والبيئة .
- إعداد مشاريع المراسيم التي نصت عليها القوانين .
- استخراج المهام من النصوص ووضع مراحلها والأصول الواجب اتباعها فيها بالاشتراك مع الوحدات المركزية التابعة لها .
- توزيع هذه المهام على الموظفين العائدة لهم وفقاً لأحكام القوانين والأنظمة العامة .
- تتولى مديرية المختبر المركزي للصحة العامة :
- تحضير مشاريع تعديل القوانين والأنظمة المتعلقة بالشؤون المخبرية الطبية وتحضير مشاريع القوانين والأنظمة المتعلقة بها .
- إعداد مشاريع المراسيم التي نصت عليها القوانين .
- استخراج المهام من النصوص ووضع مراحلها والأصول الواجب اتباعها فيها بالاشتراك مع الوحدات المركزية التابعة لها وبالتعاون مع قسم الدروس والقضايا .
- توزيع هذه المهام على الموظفين العائدة لهم وفقاً لأحكام البند ٢ من المادة ٤ من المرسوم الاشتراعي رقم ١١١ تاريخ ١٩٥٩/٦/١٢ .
- القيام بإعداد وتدريب ورفع مستوى المحضرين المخبريين وموظفي المختبرات المركزية والفرعية التابعة لوزارة الصحة العامة ، بالتعاون مع رؤساء فروع المختبر المركزي وذلك بتنظيم حلقات دراسية دورية نظرية وعملية مختصرة في حقل الفحوصات المخبرية .
- تنسيق ومراقبة وتفتيش أعمال الوحدات المركزية التابعة لها ومراقبة تفتيش الأعمال المخبرية في الفروع الإقليمية .
- تلقي الإحصاءات من مختلف الوحدات المخبرية ووضع تقرير إحصائي سنوي بنشاط الفروع المخبرية التابعة لوزارة الصحة العامة .
- تلقي موازنات الوحدات التابعة لها

وتوحيدها مع ميزانيتها وتنسيقها ورفعها إلى دائرة المحاسبة بواسطة دائرة التجهيز والتمويل في الموعد المحدد لذلك .

— قانون صادر بتاريخ ٢٤ آب ١٩٥٦ : المادة ١٨ - يفرد لموازنة المختبر المركزي للصحة العامة والمختبرات الفرعية التابعة له فصل خاص في موازنة وزارة الصحة العامة .
المادة :

— القيام بإعداد وتدريب ورفع مستوى الفنيين المخبريين وموظفي المختبرات المركزية والفرعية التابعة لوزارة الصحة العامة .

— تنسيق ومراقبة وتفتيش أعمال الوحدات المركزية والفرعية التابعة لها ، ومراقبة وتفتيش الأعمال المخبرية في القطاعين العام والخاص ورفع تقارير دورية بأوضاعها إلى الإدارة المركزية لوزارة الصحة العامة .
— تلقي الإحصاءات من مختلف الوحدات المخبرية التابعة لها ووضع تقرير إحصائي سنوي بنشاط المختبرات المركزية والفرعية التابعة لوزارة الصحة العامة .

— وضع مشروع موازنتها السنوي في الموعد المحدد ورفعها إلى الإدارة المركزية لوزارة الصحة العامة لضمه في (فصل خاص) إلى موازنتها العامة .

— تجهيز جميع المختبرات الطبية والصحية التابعة لها بالآلات واللوازم الفنية وتمويلها بالمواد المخبرية .

— تتألف مديرية المختبرات والصيدلة من :

— الدائرة الإدارية .

— مصلحة المختبرات الطبية .

— مرسوم رقم ٨٣٧٧ تاريخ ١٩٦١/١٢/٣٠ : المادة ٥٧ - تتألف مديرية المختبر المركزي للصحة العامة من :
— القسم الإداري .

— فروع الجرائم - والحماة (الفيروس) الكيمياء - والأنسجة المربضة ومصرف الدم .

مرسوم رقم ٣٣٧٥ تاريخ ٨ آب ١٩٨٠ :
المادة الأولى : عدل نص المادة الأولى من القانون الصادر بتاريخ ١٤/٨/١٩٥١ ،
المعتبر مرسوماً تنظيمياً ، على الوجه التالي :

— أنشئت في وزارة الصحة العامة وحدة فنية تدعى « مديرية مختبرات الصحة العامة » ، مركزها بيروت .

المادة الثانية : عدل نص المادة الثانية من القانون الصادر بتاريخ ٢٤/٨/١٩٥٦ ،
المعتبر مرسوماً تنظيمياً ، والمادة ٥٧ من المرسوم رقم ٨٣٧٧ تاريخ ١٩٦١/١٢/٣٠ على الوجه التالي : تتألف مديرية مختبرات الصحة العامة من :

— وحدة مركزية في بيروت تدعى (المختبر المركزي للصحة العامة) .

— مصلحة المختبرات الصحية .
— مصلحة الصيدلة .
— مصلحة التأهيل والخدمات التقنية .
المادة :

— تكون الدائرة الإدارية مرتبطة مباشرة بمدير

المختبرات والصيدلة وتتولى :

— أعمال التحرير والتسجيل والمحفوظات .

— أعمال المحاسبة ورواتب الموظفين والمستحقات .

— تأمين الانضباط ، والمقسم ، وأعمال الحراسة والحديقة .

— شؤون الموظفين والملفات الشخصية .

— الاشراف على حركة السيارات .

المادة :

— تتألف مصلحة المختبرات الطبية من :

مختبر بيروت المركزي - مختبر الأنسجة

والخلايا ، مختبر المناعة والوراثية ، مختبر

الهرمونات والنظائر المشعة ، مختبر علم

الدم .

المادة :

— تتوزع مهام و تدات مصلحة المختبرات

الطبية على الوجه الآتي :

١ - مختبر بيروت المركزي :

— القيام بجميع الفحوص المخبرية الروتينية

— ستة فروع في المحافظات تدعى (المختبرات الاقليمية للصحة العامة) .
تحدد مواقعها وتوزع اعتمادات تكاليف إنشائها البالغة / أربعة ملايين ونصف المليون ليرة على ثلاث سنوات كما هو في الجدول المرفق .

مرسوم ٨٣٧٧ - المادة ٥٨ : يتولى القسم الإداري :

— أعمال التحرير والتسجيل وحفظ الأوراق الإدارية .

— أعمال محاسبة المختبر المركزي للصحة العامة ومحاسبة المواد الفنية في المختبرات والمستوصفات التابعة للمستشفيات .

— الاشراف على نقل العينات واستلامها وإرسال النتائج .

— تأمين الانضباط والنظافة العامة وأعمال الحراسة والخدمة .

— الاشراف على حركة سيارات المختبر .

— الاشراف على مكتبة المختبر والمشغل .

— الأعمال العائدة لتأمين المرافق الضرورية كالمياه والانارة والتدفئة والهاتف وتأمين صيانتها .

يعتبر رئيس القسم الإداري قيماً على جميع المواد والموجودات في المختبر المركزي للصحة العامة وعلى المواد الفنية التي يمّون بها المختبر المركزي المختبرات التابعة للمستشفيات والمستوصفات .

المادة ٥٩ - يتولى فرع الجرائم :

من النواحي الكيميائية والجراثومية والدموية ، للمرضى الذين ترسلهم الجهات الرسمية وغيرها من المؤسسات الخيرية والأطباء .

— أخذ العينات من الأشخاص للمختبرات الطبية والصحية المركزية وفقاً لتعليمات مدير المختبرات والصيدلة .

٢ - مختبر الأنسجة والخلايا :

— القيام بالفحوص النسيجية العامة وبخاصة تلك التي تتعلق بتشخيص السرطان .

— القيام بالفحوص الخلوية عامة ولا سيما التشخيص المبكر للسرطان .

— إنشاء وتنظيم السجل الوطني للسرطان .

٣ - مختبر المناعة والوراثة :

— القيام بالفحوص الرامية إلى تحديد الفئة النسيجية .

— فحوص المناعة العامة وبخاصة الفحوص المتعلقة بالأمراض غير الانتقالية .

— الفحوصات المتعلقة بالحساسية .

— الفحوصات الرامية إلى التشخيص المخبري للأمراض الوراثية .

— الفحوص الجراثومية ، والطفيلية ، والفطرية ، والمصلية اللازمة لتشخيص الأمراض الانتقالية ، ومراقبة سيرها وللوقاية منها كما يتولى فحص المياه والمواد الغذائية .

— يؤمن هذا الفرع تربية الحيوانات اللازمة للاختبارات العلمية .

— تعيين الحد الأقصى من الجراثيم التي يمكن أن تتضمنها مياه الشرب والمواد الغذائية باعتبارها لا تزال صالحة للشرب والاستهلاك .

المادة ٦٠ : يقوم فرع الحمات (الفيروس) :

— بالفحوص الرامية إلى تشخيص الأمراض التي تسببها الحمات ، ومراقبة سيرها وتقدير درجة الصناعة ضدها .

المادة ٦١ - يتولى فرع الكيمياء :

— التحاليل الكيميائية الحيوية ، والتحاليل الكيميائية للمياه ، بما فيها مياه الشرب والمياه المالحة وتحاليل المواد الغذائية ، والمشروبات الروحية ، وجميع المواد المستعملة في تحضيرها ، وتلوينها ، وحفظها ، كما يقوم بالتحاليل الكيميائية اللازمة للوقاية من الأمراض المهنية .

— اقتراح الشروط التي يجب أن تخضع لها المواد الغذائية مع مقاييس الجودة وتحديد المواد التي يمكن إدخالها فيها من ملونات وحافظات ومحليات وغيرها مع تحديد كمياتها والاشتراك مع الجهات المختصة لوضعها بالصيغة النهائية وإعدادها بشكل مشاريع قوانين أو أنظمة نافذة .

— ويؤمن هذا الفرع التحاليل والاختبارات

المتعلقة بتركيب الأدوية والمستحضرات الطبية وسلامتها .

المادة ٦٢ :

— يقوم فرع الأنسجة بفحوص الأنسجة المريضة ، والفحوص الخلوية ، وبصورة خاصة الفحوص الرامية إلى تشخيص السرطان .

٤ - مختبر الهرمونات والنظائر المشعة :

— القيام بفحوص الهرمونات ومتابعة طرقها الحديثة .

— تشخيص الأمراض بالنظائر المشعة .

٥ - مختبر علم الدم :

— القيام بالفحوص الرامية إلى درس فئات الدم وجمع المعلومات عنها لدى اللبنانيين .

— فحوص المناعة المتعلقة بفئات الدم .

— الفحوص الخلوية للدم وبخاصة السرطانية منها ، وجمع المعلومات عن انتشار هذه الأمراض في لبنان .

— فحوص سيلان الدم على اختلاف أنواعها .

المادة :

— تتألف مصلحة المختبرات الصحية من : مختبر المياه والبيئة ، مختبر الأدوية ، مختبر الأغذية ، مختبر المراقبة الوبائية ، مختبر الجراثيم والفطريات ، مختبر الحمات والريكاتسيا ، مختبر الطفيليات والحشرات ، المختبرات الإقليمية للصحة العامة (٦) مختبرات المراقبة الوبائية الفرعية (١٢) .

المادة ٦٤ :

— يتولى رؤساء الفروع الفنية في المختبر المركزي للصحة العامة :

— توزيع الأعمال بين الموظفين التابعين لهم والإشراف عليهم وتوقيع النتائج وهم مسؤولين عن الأعمال التي تقوم بها فروعهم .

ولهم أن يفوضوا خطياً رؤساء المختبرات التابعين لهم بتوقيع نتائج فحوص وتحاليل معينة .

المادة ٦٥ :

— لمدير المختبر المركزي للصحة العامة ولرؤساء الفروع الفنية فيه أن يقوموا بأبحاث علمية ضمن حقول اختصاصهم ، ولرؤساء هذه الفروع أن يختاروا مواضيع هذه الأبحاث شرط أن يوافق عليها مدير المختبر المركزي بعد تقديره مدى تأثيرها على موازنة المختبر المركزي للصحة العامة .

ولمدير عام وزارة الصحة العامة بناء على اقتراح مدير المختبر المركزي للصحة العامة أن يأذن لباحثين من غير الموظفين الاشتراك بهذه الأبحاث .

ولا تعتبر الأبحاث العلمية داخلة في المهام الموكولة إلى الموظفين بحكم وظيفتهم .

المادة :

- تنوزع مهام وحدات مصلحة المختبرات الصحية على الوجه الآتي :
- ١ - مختبر المياه والبيئة :
- إجراء التحاليل الكيميائية والفحوص الجرثومية على مياه الشرب والمياه المعدنية المعبأة للتأكد من سلامتها ومطابقتها للشروط والمواصفات المحلية والعالمية التي تقتضيها الصحة العامة .
- إجراء التحاليل على مياه البحر والمسابع والتأكد من سلامتها .
- إجراء التحاليل على المياه المبتذلة الصناعية والمنزلية ، للتأكد من خلوها من المواد الملوثة .
- إجراء التحاليل والفحوص على الهواء الملوث بدخان المعامل والمصانع .
- إجراء التحاليل والفحوص على دم وإفرازات عمال ومستخدمي المعامل والمصانع وتحديد مدى تلوث أجسامهم بالمواد السامة والمضرة .
- مراقبة المرافق والمواطنين وقياس مدى تعرضهم للإشعاع الذري والمواد المشعة وفقاً للحد الأقصى من الإشعاع المسموح به عالمياً .
- ٢ - مختبر الأدوية :
- إجراء التحاليل الكيميائية والفحوص البيولوجية والجرثومية المتعلقة بتركيب الأدوية والمستحضرات الطبية ومستحضرات التجميل والتأكد من سلامتها ومطابقتها للمواصفات المحلية والعالمية ، وتحديد فعاليتها وصلاحياتها للاستهلاك .

المادة ٦٦ :

- تقوم المختبرات لفرعية في المستشفيات والمستوصفات بالفحوص والتحاليل التي تحددها لجنة المختبرات الفرعية ويوافق عليها مدير المختبر المركزي للصحة العامة وذلك ضمن إمكانيات تجهيزات هذه المختبرات وملاكها .
- المادة ٦٧ :
- تؤلف لجنة دائمة تدعى لجنة المختبرات الفرعية وقوامها :
- مدير المختبر المركزي للصحة العامة رئيساً .
- رئيس فرع الكيمياء - رئيس فرع الجراثيم .
- رئيس فرع مصرف الدم أعضاء
- رئيس فرع مختبر المستوصف المركزي في بيروت مقرراً .
- تكون مهمة لجنة المختبرات الفرعية الاشراف على سير العمل الفني في المختبرات الفرعية وبنوع خاص :
- تحديد نوع الفحوص التي يجب إجراؤها في كل مختبر فرعي والعمل على زيادة عدد أنواع هذه الفحوص عن طريق تحسين تجهيزات هذه الفروع ورفع مستوى معارف موظفيها .
- تحديد نوع الفحوص التي يجب إرسالها من مختبرات المستشفيات والمستوصفات لتجري في المختبر المركزي .
- توحيد الطرق المخبرية التي يجب اتباعها في المختبرات الفرعية لتكون متناسقة مع الطرق المستعملة في المختبر المركزي .
- تحديد التجهيزات والآلات والمعدات الفنية

- إجراء التحاليل والفحوص الرامية للتأكد من خلو الأدوية والأغذية وغيرها من السموم المضافة .
- إجراء التحاليل الخاصة على عينات المخدرات الواردة من مختلف المصادر القضائية والرسمية والمرافق العامة .
- ٣ - مختبر الأغذية :
- إجراء التحاليل والفحوص الكيميائية والجرثومية على جميع أنواع الأغذية والمشروبات الروحية للتأكد من خلوها من المواد والجراثيم الملوثة وصلاحياتها للاستهلاك .
- إجراء الفحوص والتحاليل اللازمة لتحديد القيمة الغذائية لمختلف أنواع الأغذية ، والعمل على تطوير مقاييس جودتها وتحديد المواد التي يمكن إدخالها فيها بالتعاون مع الجهات المختصة .
- ٤ - مختبر المراقبة الوبائية :
- جمع المعلومات والاحصاءات الوبائية من مختلف المصادر اللبنانية ودرسها واستخلاص نتائجها واقتراح التدابير الواجب اتخاذها من أجل تحسين الوضع الصحي العام .
- وضع برامج الدراسات الوبائية واقتراح الاجراءات اللازمة لتنفيذها بما في ذلك جمع وحفظ العينات .
- إجراء الفحوصات ذات الطابع الوبائي .
- التنسيق بين مختبرات الصحة العامة الاقليمية ومختبرات المراقبة الوبائية الفرعية (١٢) التابعة لها وبين المختبرات المركزية .

٥ - مختبر الجراثيم والفطريات :

- إجراء الفحوص الجرثومية والفطرية والمصلية اللازمة لتشخيص الأمراض الانتقالية ومراقبة سيرها والوقاية منها .
- جمع الجراثيم الطبية وحفظها على الصعيد الوطني العام .
- تولي الأمور المشتركة بين وزارة الصحة العامة ومنظمة الصحة العالمية في حقل الجراثيم والفطريات .

٦ - مختبر الحمات :

- القيام بالفحوصات الرامية الى تشخيص الأمراض التي تسببها الحمات والريكاتسيا ومراقبة سيرها وتقدير درجة المناعة ضدها

- تولي الأمور المشتركة بين وزارة الصحة العامة ومنظمة الصحة العالمية في حقل الحمات والريكاتسيا .

٧ - مختبر الطفيليات والحشرات :

- إجراء الفحوص الطفيلية في البراز والدم والافرازات وغيرها .
- تشخيص الحشرات المسببة للأمراض الانتقالية ودرس انتشارها في المناطق اللبنانية .

- تولي الأمور المشتركة بين وزارة الصحة العامة ومنظمة الصحة العالمية في نطاق أعماله .

٨ - مختبرات الصحة العامة الاقليمية (٦) :

- يتولى كل مختبر صحة عامة إقليمي الأعمال التالية :
- إجراء الفحوصات الجرثومية والمصلية العائدة إلى تشخيص الأمراض الانتقالية

ومتابعة سيرها والمناعة ضدها .

- إجراء التحاليل والفحوص الكيميائية والجرثومية المتعلقة بالمياه والبيئة والمواد الغذائية .

- إجراء فحوصات الأدوية التي تكلفه بها مديرية المختبرات والصيدلة .

- الاشراف على أعمال مختبرات المراقبة الوبائية الفرعية الواقعة في نطاقه .

٩ - مختبرات المراقبة الوبائية الفرعية

(١٢) :

- يتولى كل مختبر فرعي للمراقبة الوبائية الأعمال التالية :

- إجراء الفحوصات الجرثومية والمصلية الأولية الرامية لتشخيص الأمراض الانتقالية .

- أخذ العينات وإرسالها إلى مختبر الصحة العامة الاقليمي في المنطقة إذا تعذر عليه إجراء الفحوصات محلياً .

- إعلام مختبر الصحة العامة الاقليمي بالنتائج .

- وإيداعه بياناً إحصائياً بأعماله شهرياً .

- إجراء الفحوصات الجرثومية للمياه .

المادة - تتألف مصلحة الصيدلة من :

- دائرة المخدرات .

- دائرة استيراد الأدوية وتصديرها .

- دائرة التفتيش .

المادة - تتولى مصلحة الصيدلة :

– الاشراف الفني على سير العمل في صيدليات الوزارة ومستودعات الأدوية التابعة لها .

– درس وتحضير معاملات الترخيص بممارسة مهنة الصيدلة وفتح الصيدليات ومستودعات الأدوية .

– القيام بالدراسات اللازمة لتحديد أسعار بيع الأدوية واقتراح هذه الأسعار .

– درس طلبات الترخيص بصنع المستحضرات الخاصة وفتح معامل إنتاج الأدوية وتهيئة المعاملات اللازمة للترخيص .

– درس طلبات الترخيص باستيراد المخدرات والاتجار بها وتحضير معاملات الترخيص .

– الاشتراك مع وزارة التربية الوطنية في التدقيق بشهادات مهنة الصيدلة لامتحان الكولوكيوم والمشاركة في إجراء هذه الامتحانات .

– مراقبة وتفتيش موظفي الدوائر التابعة لها .
– تدريب مفتشي الصيدلة نظرياً وعملياً في العاصمة والمناطق .

المادة - تتولى دائرة المخدرات :

– مراقبة استيراد وتصدير المخدرات وتوزيعها على المستوردين المرخص لهم .
– مراقبة إنتاج وتحضير المخدرات .
– توزيع المخدرات على المؤسسات المرخص لها وعلى الصيدليات .

مرسوم ٨٣٧٧ - المادة ٥١ :

– تتولى مصلحة الصيدلة :

– الاشراف الفني على سير العمل في صيدليات الوزارة .

– درس وتحضير معاملات الترخيص بممارسة مهنة الصيدلة وفتح الصيدليات ومستودعات الأدوية .

– القيام بالدراسات اللازمة لتحديد أسعار بيع الأدوية واقتراح هذه الأسعار .

– درس طلبات الترخيص بصنع المستحضرات الخاصة وفتح معامل إنتاج الأدوية وتهيئة المعاملات اللازمة للترخيص .

– درس طلبات الترخيص باستيراد المخدرات .

– الاشتراك مع وزارة التربية الوطنية في التدقيق بشهادات مرشحي مهنة الصيدلة لفحص الكولوكيوم .

– مراقبة وتفتيش موظفي الدوائر التابعة لها .
المادة ٥٢ - تألف مصلحة الصيدلة من :

– دائرة المخدرات .

– دائرة استيراد الأدوية وتصديرها .

– دائرة التفتيش .

المادة ٥٣ - تتولى دائرة المخدرات :

– مراقبة استيراد المخدرات وتوزيعها على المستوردين المرخص لهم .

– مراقبة إنتاج وتحضير المخدرات .

– توزيع المخدرات على المؤسسات المنتجة المرخص لها وعلى الصيدليات .

– وضع الاحصاءات الخاص بالمخدرات .

– تأمين المعاملات والمراسلات الدولية المتعلقة بالمخدرات في الأوقات المعينة .

– مراقبة صرف المخدرات من قبل الأطباء وفقاً لسجلات خاصة لديهم .

– وضع بطاقات للدخل والخارج لكل مستورد .
المادة - تتولى دائرة استيراد الأدوية وتصديرها :

– الاشتراك مع اللجنة المختصة المنصوص عنها في قانون الصيدلة للموافقة على إدخال المستحضرات الطبية غير المستعملة سابقاً البلاد .

– الموافقة على المعاملات المتعلقة باستيراد الأدوية والحليب ومواد التجميل الخ... المنصوص عنها في القوانين المرعية الاجراء .

المادة - تتولى دائرة التفتيش الصيدلي :

– تفتيش الصيدليات ومستودعات الأدوية ومعامل إنتاج الأدوية وصيدليات المستشفيات الخاصة إلخ... في بيروت والمناطق وذلك فيما يتعلق باستثمار هذه المؤسسات ومراقبة أسعار الأدوية ومراقبة استعمال المخدرات ومراقبة الأدوية من حيث فعاليتها وسلامتها وذلك وفقاً لأحكام القوانين المرعية الاجراء .

– تنظيم محاضر ضبط بحق المخالفين ورفعها إلى رئيس المصلحة مع ملخص نتائج التفتيش لإجراء اللازم .

– ضبط الأدوية الفاسدة وطلب معاونة رجال الأمن لتلفها أينما وجدت .

– مكافحة ممارسة مهنة الصيدلة غير المشروعة ومنع الاتجار بالأدوية وبيعها من الأشخاص غير المرخص لهم .

– وضع الاحصاءات الخاصة بالمخدرات .
– تأمين المعاملات والمراسلات الدولية المتعلقة بالمخدرات في الأوقات المعينة .

– الاشتراك باللجنة الطبية لمنح المساعدات المرضية للموظفين .

المادة ٥٤ - تتولى دائرة استيراد الأدوية وتصديرها :

– الاشتراك مع اللجنة المختصة المنصوص عنها في قانون الصيدلة للموافقة على إدخال المستحضرات الطبية غير المستعملة سابقاً في البلاد .

– الموافقة على المعاملات المتعلقة باستيراد الأدوية والحليب ومواد التجميل إلخ المنصوص عنها في القوانين المرعية الاجراء .

المادة ٥٥ - تتولى دائرة التفتيش الصيدلي :

– تفتيش الصيدليات ومستودعات الأدوية ومعامل إنتاج الأدوية وصيدليات المستشفيات الخاصة إلخ... في محافظة بيروت وذلك فيما يتعلق باستثمار هذه المؤسسات ومراقبة أسعار الأدوية ومراقبة استعمال المخدرات ومراقبة الأدوية من حيث فعاليتها وسلامتها وذلك وفقاً لأحكام القوانين المرعية الاجراء .

– مكافحة ممارسة مهنة الصيدلة غير المشروعة ومنع الاتجار بالأدوية وبيعها من الأشخاص غير المرخص لهم .

المادة - تتألف مصلحة التأهيل والخدمات التقنية من :

- دائرة المهن المخبرية ، دائرة الاعداد والتدريب ، قسم الخدمات المشتركة .
- تتولى دائرة المهن المخبرية :
- إعداد مشاريع الترخيص للمختبرات الخاصة وإنشاء المختبرات العامة .
- تطوير الطرق المخبرية وتوحيدها في المختبرات الحكومية .
- مراقبة وتفتيش المختبرات الخاصة والعامة .
- إعداد برامج الأبحاث المخبرية السنوية .
- تسجيل الفنيين المخبريين وإعداد مشاريع الترخيص لهم بمزاولة المهنة .
- تتولى دائرة الاعداد والتدريب :
- إعداد برامج تأهيل الموظفين الفنيين في المختبرات العامة .
- اعمال المكتبة ، الدراسات ، الإحصائيات .
- إعداد البرنامج السنوي للمنح الدراسية في الخارج للفنيين والإداريين وتنفيذه بالتعاون مع قسم العلاقات الدولية .

- يتولى قسم الخدمات التقنية المشتركة :
- أمانة مستودع المعدات واللوازم وضبط حركة الاستلام والتسليم فيه .
- تلقي طلبيات الشراء من وحدات المديرية وتوحيدها وتحضيرها وإحالتها إلى الإدارة للتنفيذ (فاتورة ، استدرجات عروض ، مناقصات) .
- مشغل صيانة وتصليح المعدات والتجهيزات المخبرية .
- مكتب استلام وتوزيع العينات .
- وحدة حيوانات الاختبار .
- الكمبيوتر .

المادة :

- لمدير مديرية المختبرات والصيدلة ولرؤساء المصالح والوحدات الفنية فيها أن يقوموا بأبحاث علمية ضمن حقول اختصاصاتهم شرط أن يوافق عليها المدير العام لوزارة الصحة العامة بناء لاقتراح وموافقة مدير المختبرات والصيدلة ، ولا تعتبر هذه الأبحاث العلمية داخلة في المهام الموكولة إلى الموظفين بحكم وظيفتهم .

المادة :

- تقوم المختبرات المركزية والاقليمية والفرعية بالفحوص والتحليل المخبرية التي تحددها مديرية المختبرات والصيدلة بواسطة لجنة دائمة تسمى « لجنة المختبرات العامة » برئاسة مديرها وعضوية رؤساء المصالح الفنية فيها ، وتتولى هذه اللجنة إعادة النظر بتوزيع المختبرات الفرعية القائمة واقتراح إلغاء غير المجدي منها ووضع روزنامة سنوية بالمختبرات

الحكومية الواجب إنشاؤها بيت فيها الوزير ، وعليها تحديد وتطوير التجهيزات المخبرية ، وإعداد وتنسيق طرق الفحوص والتحاليل المخبرية وتعميمها .

المادة :

— يتولى مدير مديرية المختبرات والصيدلة شؤونها الادارية والفنية ويمارس الصلاحيات المالية التي يمارسها المدير العام بتفويض دائم من وزير الصحة العامة .

المادة :

— يتولى رؤساء المصالح في مديرية المختبرات والصيدلة :
— توزيع الاعمال بين الموظفين التابعين لهم والاشراف عليهم ، وعلى رؤساء المختبرات توقيع نتائج الفحوص والتحاليل الصادرة عن وحداتهم على مسؤولياتهم ، ولهم أن يفوضوا رؤساء الأقسام التابعين لهم توقيع نتائج فحوص وتحاليل معينة .

المادة :

— لجميع الدوائر الحكومية والبلدية والمصالح العامة التابعة للدولة أو للبلديات أن تجري في مختبرات مديرية المختبرات والصيدلة جميع الفحوص والتحاليل اللازمة لها والتي تدخل في نطاق أعمال هذه المديرية .

المادة :

— لمديرية المختبرات والصيدلة الصلاحية أمام المحاكم فيما يتعلق بتحليل المواد الغذائية والأدوية التي تجريها الدوائر العامة والبلديات ، وفي حال اعتراض إحدى الجهات المتقاضية يحق للمحاكم طلب

مرسوم اشتراعي رقم ١٣٣ تاريخ ١٩٥٩/٦/١٣ .

المادة ١٠ :

— يتولى إدارة المختبر المركزي للصحة العامة طبيب لبناني يعين بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء ويتولى مدير المختبر إدارة شؤونه الادارية والفنية ويمارس الصلاحيات المالية التي يمارسها المدير العام بتفويض دائم من وزير الصحة العامة .

المادة ١١ :

— لجميع الدوائر الحكومية والبلدية والمصالح العامة التابعة للدولة أو للبلديات أن تجري في المختبر المركزي للصحة العامة جميع الفحوص والتحاليل اللازمة لها والتي تسهم في زيادة أعمال هذا المختبر .

المادة ١٢ :

— للمختبر المركزي للصحة العامة الصلاحية أمام المحاكم فيما يتعلق بتحليل المواد الغذائية والأدوية التي تجريه الدوائر العامة والبلديات والمصالح التابعة للدولة أو للبلديات . وفي حال اعتراض إحدى الجهات المتقاضية يحق للمحاكم طلب إعادة الفحص أو التحليل في المختبر المركزي للصحة العامة أو في مختبر معادل في لبنان أو في الخارج .

وتعتبر معادلة المختبرات الكيميائية التابعة للجامعة أو لمؤسسات الأبحاث المعترف بها من الكومة وتحدد هذه المختبرات بمرسوم .

المادة ١٣ :

— إن الفحوص والتحاليل الرامية إلى تشخيص

الأمراض الانتقالية تكون مجانية ويقوم المختبر المركزي للصحة العامة بإجراء هذه الفحوص بناء على طلب خطي موقع من طبيب وبدون أية معاملة أخرى .
أما سائر الفحوص والتحاليل فتكون مجانية للأشخاص المتداوين في مستشفيات الحكومة ومستوصفاتها وفي المستشفيات والمستوصفات الخيرية .

المادة ١٤ :

— تحدد بقرار من وزير الصحة العامة المستشفيات والمستوصفات الخيرية التي يحق للأشخاص المتداوين فيها إجراء الفحوص والتحاليل اللازمة لهم مجاناً في المختبر المركزي للصحة العامة .

إعادة الفحص أو التحليل في مختبرات مديرية المختبرات والصيدلة أو في مختبرات معادلة لها في لبنان والخارج ، وتعتبر معادلة المختبرات المعترف بها من الحكومة والمحددة بموجب مرسوم صادر عن مجلس الوزراء .

المادة :

— إن الفحوص والتحاليل الرامية إلى تشخيص الأمراض الانتقالية تكون مجانية وتقوم مختبرات مديرية المختبرات والصيدلة بإجرائها بناء على طلب خطي موقع من طبيب وبدون أية معاملة أخرى ، وأما سائر الفحوص والتحاليل فتكون مجانية للأشخاص المتداوين في مستشفيات الحكومة ومستوصفاتها ، وفي المستشفيات والمستوصفات الخيرية المحددة بقرار من وزير الصحة العامة .

المادة :

— يعين مدير المختبرات والصيدلة والموظفون والفنيون والاداريون فيها وفقاً للجدول المرفق بهذا المرسوم الذي يحدد الملاكات والشروط لوظائفها ويعتبر جزءاً متماً له ، وتطبق عليهم سلسلة الرواتب المعتمدة في القطاع العام مع تعويض اختصاص بنسبة ٤٠ بالمئة للمتخصصين من الأطباء والصيدلة والمهندسين وحملة الدكتوراه في العلوم يرتفع بعد الشامي سنوات خدمة إلى ٥٠ بالمئة وتعويض اختصاص بنسبة ٢٠٪ للفنيين المخبريين على اختلاف درجاتهم يرتفع إلى نسبة ٣٠٪ باعته بعد عشر سنوات .

المادة :

— تلغى جميع الأحكام المخالفة لهذا المرسوم الاشتراعي وغير المؤتلفة مع مضمونه .

المادة :

- يفرض في مدير المختبرات والصيدلة أن يكون :
- طبيباً مجازاً بممارسة المهنة على الأراضي اللبنانية قبل تاريخ تعيينه ، ومتخصصاً في أحد العلوم المخبرية الطبية أو الصحية أو العلوم الوبائية على أن لا تقل مدة الدراسة عن ثلاث سنوات .

أو يكون :

- طبيباً موظفاً لدى وزارة الصحة العامة في الملاك (أ) تابعاً للفتة الثانية على الأقل ، ومتخصصاً في أحد العلوم المخبرية الطبية أو الصحية أو العلوم الوبائية ، على أن لا تقل مدة الدراسة عن سنتين .

المادة :

- يفرض في كل من رؤساء المصالح في مديرية المختبرات والصيدلة أن يكون :
- حائزاً على شهادة دكتوراه في الطب أو الصيدلة ، ومجازاً بممارسة المهنة على الأراضي اللبنانية قبل تاريخ تعيينه ، مع تخصص في أحد الحقول العلمية المطلوبة ، على أن لا تقل مدة الدراسة عن ثلاث سنوات .

أو يكون :

- رئيساً لأحد الفروع الفنية في المختبر المركزي للصحة العامة (سابقاً) أو موظفاً في الملاك (أ) في وزارة الصحة العامة من الفتة الثانية وأمضى في وظيفته مدة لا تقل عن عشر سنوات .

المادة :

- يفرض في رئيس المختبر أن يكون :

- يفرض في رئيس فرع الجراثيم أن يكون :
- طبيباً مجازاً بممارسة المهنة على الأراضي

- حائزاً شهادة في الطب مع تخصص ثلاث سنوات لمختبر الأنسجة والخلايا ، وفي الطب أو الصيدلة أو الدكتوراه في العلوم ، للمختبرات الأخرى مع تخصص في أحد العلوم المخبرية المطلوبة على أن لا تقل مدة الدراسة عن سنتين .

أو يكون :

- رئيساً لأحد المختبرات في فروع المختبر المركزي أو مختبرات المستشفيات (سابقاً) وأمضى في وظيفته مدة لا تقل عن عشر سنوات .

المادة :

- يفرض في رئيس السدائرة والمفتش في مصلحة الصيدلة أن يكون :
- حائزاً شهادة في الصيدلة ومرخص له بممارسة المهنة على الأراضي اللبنانية قبل تعيينه ويخضع لدورة تدريبية إدارية لمدة ستة أشهر .

المادة :

- يفرض في رئيس قسم فني أن يكون :
- حائزاً على شهادة (M.S) في أحد الحقول العلمية المطلوبة أو صيدلي مرخص له بممارسة المهنة على الأراضي اللبنانية قبل تعيينه .

- أو شهادة (B.S) أو (LICENCE)

- بالإضافة إلى تخصص لمدة سنتين في أحد الحقول العلمية المطلوبة .

أو يكون :

- موظفاً لدى وزارة الصحة العامة بصفة محضر مخبري ممتاز في الملاك (أ) وأمضى في الخدمة مدة لا تقل عن عشر

- اللبنانية قبل تاريخ تعيينه .
- حائزاً شهادة جامعية بالتخصص في علوم الجراثيم والطفيليات والمناعة وتفاعل الأمصال والفطر على أن لا تقل مدة الدراسة الجامعية عن سنتين .

المادة ٥٢ :

- يفرض في رئيس فرع الحميات (فيروس) أن يكون :
- طبيباً مجازاً بممارسة المهنة على الأراضي اللبنانية قبل تاريخ تعيينه .

- حائزاً شهادة جامعية بالتخصص في علوم الفيروس على أن لا تقل مدة الدراسة الجامعية عن سنتين .

المادة ٥٣ :

- يفرض في رئيس فرع الكيمياء أن يكون :
- صيدلياً كيميائياً مجازاً مزاولاً المهنة على الأراضي اللبنانية قبل تاريخ تعيينه .
- حائزاً شهادة جامعية بعلوم الكيمياء على أن لا تقل مدة الدراسة الجامعية عن ثلاث سنوات .

المادة ٥٤ :

- يفرض في رئيس فرع الأنسجة المريضة أن يكون :
- طبيباً مجازاً بممارسة المهنة على الأراضي اللبنانية قبل تاريخ تعيينه .

- حائزاً شهادة جامعية بالتخصص في علم الأنسجة المريضة عن أن لا تقل مدة الدراسة الجامعية عن ثلاث سنوات .

المادة ٥٥ :

- يفرض في رئيس المختبر التابع لفرع

سنوات .

المادة :

- يفرض في فني مخبري مجاز أن يكون :
- حائزاً على إجازة في العلوم المخبرية الطبية (B.S.) أو (Licence) أو على شهادة (T.S) في العلوم المخبرية ، أو ما يعادل إحدى هذه الشهادات في الحقول المخبرية الطبية أو البيولوجية على أن لا تقل مدة دراستها عن ثلاث سنوات بعد البكالوريا القسم الثاني .

المادة :

- يفرض في الفني المخبري أن يكون :
- حائزاً على شهادة في التحضير المخبري من معهد أو مركز طبي أو دولي معترف به رسمياً ، بالإضافة الى شهادة البكالوريا القسم الثاني أو البكالوريا الفنية أو ما يعادل رسمياً إحدى هاتين الشهادتين على أن لا تقل مدة الدراسة عن سنة واحدة .

المادة :

- يفرض في المخبري الطبي أن يكون :
- حائزاً على شهادة البكالوريا الفنية في العلوم المخبرية ، أو على شهادة الاعدادية العالية (البروفيه) أو ما يعادلها مع ثلاث سنوات خدمة في أحد مختبرات وزارة الصحة العامة ، أو أحد المختبرات المعترف بها رسمياً .

الجراثيم أن يكون :

- طبيباً أو طبيباً بيطرياً مجازاً بممارسة المهنة على الأراضي اللبنانية قبل تاريخ تعيينه .
- حائزاً شهادة جامعية في علوم الجراثيم والطفيليات والمناعة وتفاعل الأمصال على أن لا تقل مدة الدراسة الجامعية عن سنتين ، للطبيب وثلاث سنوات للطبيب البيطري .

المادة ٥٦ :

- يفرض في رئيس المختبر التابع لفرع الكيمياء أن يكون :
- صيدلياً كيميائياً مجازاً بمزاولة المهنة على الأراضي اللبنانية قبل تاريخ تعيينه .
- حائزاً شهادة جامعية بالتخصص في علوم الكيمياء الحياتية والكيمياء التحليلية على أن لا تقل مدة الدراسة الجامعية عن ثلاث سنوات .

المادة ٥٧ :

- يفرض في المساعد المخبري أن يكون حائزاً شهادة جامعية بالتخصص بعلم الكيمياء الحياتية والتحليلية من معهد معترف به أو من مركز دولي على أن لا تقل مدة الدراسة عن سنتين .

المادة ٥٨ :

- يفرض في المحضر المخبري أن يكون :
- حائزاً شهادة بالتخصص في علم التحضير المخبري من معهد معترف به أو مركز دولي على أن لا تقل مدة الدراسة عن سنة واحدة .
- أو أن يكون حائزاً على الشهادة التكميلية أو ما يعادلها وعمل بصفة محضر مخبري متمرن

المادة :

- يفرض في رئيس الدائرة أو القسم أن يكون :
- حائزاً على الشروط العامة المفروضة في موظفي الفئة الثالثة في الملاك الإداري العام ، ويخضع لدورة تدريبية على شؤون الإدارة من النواحي الفنية .

أو يكون :

- موظفاً في المختبر المركزي للصحة العامة (سابقاً) في الملاك (أ) تابعاً للفئة الرابعة على أساس البكالوريا القسم الثاني أو ما يعادلها رسمياً وشغل وظيفة الفئة الثالثة فيها بالتكليف لمدة ثماني سنوات .

المادة :

- يفرض في رئيس مشغل الصيانة أن يكون :
- حائزاً على شهادة هندسية بالميكانيك ، أو الكهرباء أو الالكترن ، على أن لا تقل مدة دراستها عن أربع سنوات بعد البكالوريا القسم الثاني أو ما يعادلها رسمياً .

المادة :

- يفرض في فني الصيانة أن يكون :
- حائزاً على شهادة الامتياز الفني اللبنانية (T.S.) في الحقل المطلوب ، أو على إحدى الشهادات المعادلة لها رسمياً .

المعادلة :

- تطبق الشروط المعتمدة في الملاك الإداري العام على بقية الوظائف المطلوبة في مديرية المختبرات والصيدلة .

جدول

توزيع موظفي الملاك الدائم (أ)

الفئات ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥ وشروط تعيينهم في مديرية المختبرات والصيدلة

الملاك المقترح
الفئة الثانية

الوظيفة	١ - ملاك (أ) : الوظيفة	العدد
طبيب مدير	(الفئة الثانية) طبيب مدير	١
رئيس مصلحة	رئيس فرع	٤
رئيس مختبر	رئيس مختبر	٤
		١٨
	٢ - متعاقدون دكتور علوم	٢
		٢٣

١١

الفئة الثالثة

رئيس دائرة أو قسم	٧ (الفئة الثالثة)	
رئيس قسم فني	٦٠ ١ - ملاك (أ)	١
مفتش صيدلي	٢٠ ٢ - متعاقدون	٣
فني مخبري مجاز	٨٨ ماجستير علوم	٣
رئيس مشغل صيانة	١ إجازة بالعلوم	٣
		١٠
		١٧٦

الفئة الرابعة

فني مخبري	٤٨ ١ - ملاك (أ)	العدد
مخبري طبي	٣٣ مساعد مخبري	١
محاسب	٢ محضر مخبري	١٥
كاتب	٤٠ كاتب	٥
مستكتب	٤٨ مستكتب	٣
مبرمج كمبيوتر	١ موزع مخبرات	١
مشغل كمبيوتر	١ ميكانيكي	١
عامل صيانة	٢	٢
موزع مخبرات	٢ ٢ - متعاقدون محضر مخبري	٨
	٣ - إجراء دائمون محضر مخبري	٢
		١٧٧

جدول

توزيع موظفي الملاك الدائم (أ)

الفئات ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥ وشروط تعيينهم في مديرية المختبرات والصيدلة

الفئة الخامسة

سائق سيارة	١٠
حاجب	١٠
حارس	٥
خادم	٨٠
جنيناتي	١
	١٠٦

المجموع : ٤٨٣

شروط الوظائف الفنية والادارية في مديرية مختبرات الصحة العامة .

المادة : - يفرض في مدير المختبرات والصيدلة أن يكون :

— طبيباً مجازاً بممارسة المهنة على الأراضي اللبنانية قبل تاريخ تعيينه ، ومتخصصاً في أحد العلوم المخبرية الطبية أو الصحية أو العلوم الباثية على أن لا تقل مدة الدراسة عن ثلاث سنوات .

أو يكون :

— طبيباً موظفاً لدى وزارة الصحة العامة في الملاك (أ) تابعاً للفئة الثانية على الأقل ، ومتخصصاً في أحد العلوم المخبرية الطبية أو الصحية أو العلوم الباثية ، على أن لا تقل مدة الدراسة عن سنتين .

المادة :

— يفرض في كل من رؤساء المصالح في مديرية المختبرات والصيدلة أن يكون :

جدول رقم (١) :
الملاك الدائم (أ) لمديرية المختبرات والصيدلة

الملاك الفني		الملاك الاداري																	مديرية المختبرات والصيدلة					
المجموع	مخبري طبي	فني مخبري	فني مخبري معجاز	رئيس قسم فني	رئيس مختبر	رئيس مصلحة	مدير	جينيائي	خادم	حارس	حاجب	سائق سيارة	عامل صيانة	رئيس مشغل	مشغل كمبيوتر	مخرج كمبيوتر	موزع مخبرات	مستكتب	كاتب خازن	كاتب	محاسب	رئيس دائرة أو قسم		
٤							١				١	١							١				١	الادارة المركزية
٢٦								١	١	٥	٢	٣				٢	٢		٨	١	١		١	الدائرة الادارية

الوظيفة	العدد
كاتب	٤
مستكتب	٦
موزع مخبرات	٢
ميكانيكي	١
	٤٩

الفئة الخامسة :

١ - ملاك (أ)

سائق سيارة	٢
حارس	٤
حاجب	١
خادم	٢
جنياتي	١
سائق سيارة	١
حارس	٣
حاجب	٢
خادم	١٠
	٢٦
المجموع :	٩٦

ملاحظة : النواقص تعود : ملاكات المختبرات الاقليمية - ملاكات المختبرات الفرعية - مصلحة الصيدلة - الزيادات المتوجبة .

جدول رقم (٢) :

الملاك الدائم (أ) لمديرية المختبرات والصيدلة .

[illegible]

جدول رقم (٣) :

الملاك الدائم (أ) لمديرية المختبرات والصيدلة

[illegible]

جدول رقم (٥) :
الملاك الدائم (أ) لمديرية المختبر والصيدلة

[illegible]

جدول رقم (٤) :
الملاك الدائم (أ) لمديرية المختبرات والصيدلة .

[illegible]

ملحق رقم (٢) :

مرسوم اشتراعي رقم ٧٥

صادر في ٩ ايلول سنة ١٩٨٣

تنظيم المختبرات الطبية

ان رئيس الجمهورية

بناء على الدستور

بناء على القانون رقم ٨٢/٣٦ تاريخ ١٧/١١/١٩٨٢ (منح

الحكومة حق اصدار مراسيم اشتراعية) ،

بناء على القانون رقم ٨٣/١٠ تاريخ ٢١/٥/١٩٨٣ (تمديد

العمل بأحكام القانون رقم ٨٢/٣٦ تاريخ ١٧/١١/١٩٨٢) ،

وبعد استشارة مجلس شورى الدولة ،

بناء على اقتراح وزير الصحة العامة ،

وبعد موافقة مجلس الوزراء بتاريخ ١١/٨/١٩٨٣ ،

يرسم ما يأتي :

الفصل الاول

تعريف المختبرات الطبية

المادة الاولى - ١ - المختبرات الطبية

هي مؤسسات تقوم بالاختبارات والتحليل

المخبرية مساهمة في تشخيص الامراض

البشرية وعلاجها والوقاية منها .

٢ - يقسم عمل المختبرات الطبية الى

فروع وتتركز على العلوم المخبرية السريرية

التالية :

١ - الاحياء الدقيقة (الجراثيم

والطفيليات والفيروسات والفطريات)

المرضية .

ب - الكيمياء الحيوية السريرية .

ج - المناعة السريرية .

د - الدم والتجلط الدموي .

الفصل الثاني

شروط ادارة المختبرات الطبية

المادة الثانية - يرخص بادارة مختبرات

طبية فقط للاطباء والصيادلة اللبنانيين وفقا

للشروط التالية :

١ - الاطباء :

أ - ان يكونوا قد اتموا جميع الشروط

المطلوبة لنيل لقب اختصاصي في العلوم

المخبرية السريرية او في الباثولوجيا ، او في

الانثين معا . او في الطب النووي المخصوص

عنه في قانون ممارسة المهن الطبية ، وان

يكونوا قد سجلوا اختصاصهم في وزارة

الصحة العامة (المشار اليها فيما بعد بعبارة

الوزارة) وفي نقابة الاطباء .

ب - يجوز للطبيب المتخصص في العلوم

المخبرية السريرية ادارة مصرف دم اضافة الى

مختبره اذا كان تخصصه شمل ذلك

تفرع ، كما يجوز للطبيب المتخصص في

العلوم المخبرية السريرية وفي الباثولوجيا

ان يدير في آن واحد مختبرا عاما ومختبرا

متخصصا في الانسجة والخلايا المريضة ،

وفي كلتي الحالتين يجب ان يكون المختبران

في مكان واحد .

ج - لا يجوز ادارة مصرف دم او مختبر

للانسجة والخلايا المريضة الا للاطباء

المتخصصين في العلوم المخبرية العائدة لهذه

الفروع .

٢ - الصيادلة :

أ - قيل التخصص وخلال الدروس

الصيدلانية على الصيدلي الذي يريد

التخصص في العلوم المخبرية الطبيعية ان

يكون قد انخرط في برنامج دراسي خاص

يؤهل للتخصص في هذه العلوم في جامعة

تعترف بها الحكومة اللبنانية وتابعة لبلاد

تسمح فيه النصوص للصيادلة من رعاياه

بادارة المختبرات الطبية .

ب - بعد نيله شهادة الصيدلانية وفقا

لبرنامج المذكور في الفقرة السابقة على

الصيدلي ان يتابع دروس التخصص في

العلوم المخبرية الطبية من النواحي النظرية

والعملية والسريرية لمدة أربع سنوات على

الاقل في برنامج جامعي متكامل Intégré

تعترف به الحكومة اللبنانية ويشمل الفروع

« أ » الى « د » المذكورة في الفقرة الثانية

من المادة الاولى من هذا المرسوم

الاشتراعي .

ج - يسجل الصيدلي اختصاصه في

الوزارة وفق الشروط المتبعة في تسجيل

اختصاص الاطباء والمخصوص عنها في قانون

ممارسة المهن الطبية .

د - يسجل الصيدلي اختصاصه في نقابة

الصيدلة بعد تسجيله في الوزارة .

هـ - لا يسمح للصيدلي المتخصص بادارة

مختبر طبي عام ما لم يكن مسجلا في

الوزارة .

٣ - يجوز للطبيب او للصيدلي

المتخصص ان يدير اضافة الى مختبر طبي

عام مختبرا لفحص المياه او مختبرا لفحص

المواد السامة او مختبرا لفحص المواد الغذائية

اذا شمل تخصصه هذه الفروع او واحد منها

شرط ان تكون جميع هذه المختبرات في بناء

واحد .

الفصل الثالث

الترخيص بفتح المختبرات الطبية الخاصة

المادة الثالثة - لا يجوز فتح مختبر طبي

خاص الا باجازة . تعطى الاجازة بقرار

من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح

المدير العام للوزارة .

المادة الرابعة - يحق للفتات المبينة ادناه

ان تقدم بطلب فتح مختبر طبي خاص :

١ - الاطباء والصيادلة اللبنانيون

المرخص لهم بادارة مختبر طبي بشرط ان

يكونوا متفرغين لهذا العمل ، ولا يجوز لكل

منهم تملك او ادارة اكثر من مختبر واحد باستثناء ما ورد في الفقرة ب (البند ١) (والبند ٣) من المادة الثانية من هذا المرسوم الاشتراعي ، وفي جميع الحالات لا يجوز القيام بأي اعمال مخبرية سوى تلك التي يشملها ترخيصهم .

ب - المستشفيات الخاصة شرط ان تكون متعاقدة مع طبيب او صيدلي مرخص له بادارة مختبر طبي متفرغ للعمل في المستشفى . ولا يجوز لمختبرات المستشفيات الخاصة القيام باعمال مخبرية لا يشملها تخصص مديرها . وفي جميع الحالات يوقف الترخيص في حال عدم تعاقد المستشفى مع مدير مختبر طبي متفرغ . وعلى المستشفى ابلاغ الوزارة فوراً في حال تغيير المدير .

ج - الهيئات والمؤسسات التي لا تهدف الى الربح وتسري عليها شروط التعاقد مع مدير مختبر متفرغ كما على المستشفيات الخاصة .

د - شركة اطباء او صيادلة مرخص لكل منهم بادارة مختبر طبي شرط ان يتفرغ كل واحد للعمل في الشركة التي يحق لها بفتح مختبر واحد .

ان اعطاء الدروس فقط في احدى الجامعات المعترف بها لا يحول دون اعتبار الطبيب او الصيدلي متفرغاً شرط ان لا تتعارض ساعات الدروس مع اوقات العمل في المختبر .

يذكر في الطلب اضافة الى اسم المدير المسؤول عنوان المختبر وموقعه ويرفق به رسم هندسي مقياس ١/١٠٠ للمختبر .

المادة الخامسة - ١- يجب ان لا تقل مساحة المختبر الطبي العام عن المئة متر مربع تتوفر ضمنها المساحات اللازمة للقيام بالمهام التالية : استقبال المرضى واخذ العينات منهم ، التحاليل والفحوص المرخص بها شرط ان تجري التحاليل الجرثومية بمعزل

عن باقي التحاليل ، التعقيم ، وتحضير المواد المستعملة ، المرافق الصحية اللازمة للمرضى وللعاملين في المختبر .

تحدد الشروط الفنية والصحية بقرار من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام للوزارة .

٢ - على جميع المختبرات المرخص بها قبل تاريخ العمل بهذا المرسوم الاشتراعي ان تتقيد بالاحكام المبينة في الفقرة الاولى من هذه المادة خلال مهلة لا تتجاوز سنتين من تاريخ نفاذه تحت طائلة إلغاء الترخيص المعطى لها واقفالتها بصورة نهائية ويتم ذلك بقرار من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام للوزارة .

المادة السادسة - يعطى الترخيص بفتح مختبر طبي خاص بقرار من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام للوزارة باسم صاحب العلاقة ويدون هذا القرار في السجل الخاص بالمختبرات الطبية الخاصة .

المادة السابعة - لا تعطى اجازة بفتح مصرف دم خاص الا ضمن مختبر طبي في مستشفى وذلك لحاجة مرضاه فقط باستثناء مصارف الدم التابعة للوزارة والمؤسسات ذات المنفعة العامة ، المتخصصة بالموضوع .

المادة الثامنة - لا يجوز فتح فروع للاعمال المخبرية لمختبر مرخص .

المادة التاسعة - على صاحب الترخيص ان يعلم الوزارة عن تاريخ فتح المختبر وذلك خلال شهر من تاريخ ابتداء عمله .

المادة العاشرة - يمنع اجراء اي تحليل مخبري خارج المختبرات المرخص بها رسمياً باستثناء :

اولا - اطباء الذين خلال عملهم الطبي يقومون بانفسهم وفي عياداتهم ببعض الاعمال المخبرية التي تعتبر ضمن العمل

الطبي والتي لا يحق لهم تقاضي اي اجر عنها واعطاء اي تقرير عنها .

ثانياً - المراكز الصحية الرسمية والخاصة المرخص لها من الوزارة حيث يسمح باجراء بعض التحاليل الروتينية البسيطة التي تحدد بقرار من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام للوزارة شرط ان يقوم بها فني مخبري متفرغ للعمل في المركز الصحي ومسجل في الوزارة وان تكون هذه التحاليل مجانية .

الفصل الرابع

تنظيم العمل في المختبرات الطبية

المادة الحادية عشرة - على المسؤولين عن المختبرات الطبية :

١ - ان يقتنوا سجلاً مرقماً او ما يعادله من الوسائل الالكترونية الحديثة ، يدونون فيه جميع الفحوصات التي يقومون بها مع ذكر اسم المريض واسم الطبيب الذي طلب الفحص وتعليمات وافية عن الفحص المطلوب وعن نتيجته ، ويحفظ هذا السجل لدى صاحب المختبر وتطبق عليه الاحكام القانونية المتعلقة بالسر الطبي .

٢ - ان يعطوا النتيجة الخطيئة للفحوصات المطلوبة بموجب تقرير على مطبوعات خاصة تحمل :

١ - اسم المختبر وعنوانه والمدير المسؤول مع القاب العلمية .

ب - رقم وتاريخ الترخيص .

ج - رقم وتاريخ التقرير .

د - توقيع المسؤول مع ذكر اسمه واضحاً .

المادة الثانية عشرة - على المسؤولين عن المختبرات الطبية ان يعلموا مباشرة الطبيب

المادة الثالثة عشرة - على المسؤولين عن المختبرات الطبية التي تضم فروع الاحياء الدقيقة المرضية والمختبرات التي تستعمل النظائر المشعة ان يتخذوا كل التدابير اللازمة لوقاية الاشخاص العاملين في هذه المختبرات من العدوى او التعرض للمواد المشعة وان يتخذوا ايضاً كل التدابير لمنع تسرب التلوث الى المجاري والمستودعات والنفايات والاشخاص والحيوانات والاشياء خارج مختبراتهم وفقاً للشروط التي يحددها وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام للوزارة .

يحق لوزير الصحة العامة ان يقلل بصورة مستعجلة بموجب قرار منه كل مختبر ينتج عن اعماله اي خطر على الصحة العامة ولا يؤذن باستئناف العمل في هذه المختبرات الا بعد التأكد من زوال هذا الخطر .

المادة الرابعة عشرة - عندما يقوم مختبر طبي يضم فروع الاحياء الدقيقة المرضية بتربية حيوانات الاختبار يجب ان تكون الغرفة المخصصة للحيوانات المحقونة مستقلة تماماً عن الغرفة المخصصة لهذه التربية .

المادة الخامسة عشرة - للطبيب دون سواهم الحق بان يجروا على جسم الانسان عمليات البذل او البضع والتمثيل للحصول على مادة للفحص او التحليل ويحق لسائر الاشخاص الفنيين المؤهلين العاملين في المختبرات الطبية والمرضى ان يقوموا بالاعمال التالية دون سواها :

١ - اخذ الدم من وريد الذراع ومن الاصابع ومن شحمة الاذن .

٢ - اخذ القيح من خراج مفتوح الى الخارج .

٣ - اخذ الشعر والقشور الجلدية .

٤ - اخذ مواد من الجفن واسفل الانف واللوزتين والاذن الخارجية .

المادة السادسة عشرة - يجوز للمختبر المرخص ان يكون له مركز لجمع العينات المنوي فحصها في اية قرية او بلدة لا يوجد فيها مختبر ويحظر اقتناء اية معدات او اجهزة للتحاليل كما انه لا يجوز اجراء اية تحاليل في هذا المركز ، ولا يجوز ان يكون هذا المركز ضمن صيدلية او عيادة طبيب ويخضع فتح مركز جمع العينات لاجازة من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام للوزارة .

الفصل الخامس

احكام عامة

المادة السابعة عشرة - للمجاز بفتح مختبر طبي ان يكلف عند غيابه احد زملائه المتخصصين المجازين الاشراف على مختبره على مسؤوليته مدة لا تتجاوز الثلاثة اشهر بعد اعلام الوزارة بذلك . واذا تجاوزت مدة الغياب الثلاثة اشهر عليه ان يكلف طبيباً او صيدلياً متخصصاً تتوفر فيه جميع الشروط الواردة في هذا المرسوم الاشتراعي ، القيام بالمهمة المذكورة ، بعد ان يحصل على اذن بذلك من الوزارة بشرط ان يكون المكلف متفرغاً .

في حال وفاة صاحب المختبر يحق لورثته ان يستلموا المختبر مدة ثلاث سنوات على الاكثر من تاريخ الوفاة شرط ان يعهدوا بادارته ، عن الاشهر الستة الاولى الى اختصاصي مجاز وفقاً للشروط المبينة في هذا المرسوم الاشتراعي ، وعن المدة الباقية ، الى اختصاصي لا يملك او يدير مختبراً يتفرغ لهذا العمل ، وذلك بعد موافقة الوزارة ،

واذا كان لصاحب المختبر المتوفي وريث باشر في دراسة الطب او الصيدلة بغية التخصص في العلوم المخبرية الطبية يحق لوزير الصحة العامة ان يوافق على تكليف صيدلي او طبيب مجاز غير متفرغ للقيام بمهمة ادارة المختبر للفترة المتبقية لاكمال دراسته ويحدد هذا التكليف سنوياً .

المادة الثامنة عشرة - على كل من يفعل مختبره لمدة تزيد عن الستة اشهر او بصورة نهائية وعلى كل من يغير عنوان مختبره ان يعلم الوزارة بذلك .

المادة التاسعة عشرة - على جميع اصحاب المختبرات الطبية القائمة قبل تاريخ العمل بهذا المرسوم الاشتراعي ان يعلموا الوزارة عن عنوان مختبرهم وذلك خلال مهلة لا تتجاوز ثلاثة اشهر اعتباراً من تاريخ العمل بهذا المرسوم الاشتراعي .

المادة العشرون - لا تطبق احكام المادتين الاولى والثانية من هذا المرسوم الاشتراعي على الاشخاص المرخص لهم بفتح مختبر طبي قبل تاريخ العمل بهذا المرسوم الاشتراعي شرط ان يكونوا اطباء او صيادلة متخصصين او من حملة شهادة الدكتوراه في احد العلوم المخبرية الطبية .

المادة الحادية والعشرون - يحق لغير اللبنانيين فتح وإدارة مختبر طبي اذا توافرت فيهم الشروط المنصوص عنها في هذا المرسوم الاشتراعي ، على ان يكونوا تابعين لبلاد تسمح للبنانيين بفتح مختبرات طبية بالشروط نفسها ، وان تجري المعاملة بالمثل حسب عكس النسبة العددية للسكان في لبنان وفي البلد الذي ينتمي اليه طالب الترخيص وتكون المعاملة بالمثل مكرسة باتفاقية بين الدولة اللبنانية والدولة المعنية وذلك بعد الحصول على ترخيص بذلك من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام للوزارة

وشرط ان يكونوا مسجلين كمديري مختبر في الوزارة وفي نقابة الاطباء او الصيادلة .

الفصل السادس

العقوبات

المادة الثانية والعشرون - يعاقب بالحبس من سنة الى ثلاث سنوات او بالغرامة من خمسة آلاف الى خمسة وعشرين الف ليرة لبنانية او باحدى هاتين العقوبتين كل من يفتح او يدير مختبراً طبياً دون ان تتوافر فيه الشروط القانونية ويقفل المختبر بصورة نهائية . وعلى وزير الصحة العامة ، بقرار منه ، دون ابطاء ان يقفل المختبر بصورة مؤقتة بانتظار صدور قرار المحكمة بهذا الشأن .

المادة الثالثة والعشرون - كل مخالفة لاحكام المادتين الثامنة والسابعة عشرة من هذا المرسوم الاشتراعي يعاقب مرتكبها بالحبس من ثلاثة اشهر الى سنة او بالغرامة من الفين الى عشرة آلاف ليرة لبنانية او باحدى هاتين العقوبتين بالإضافة الى اقفال المختبر بصورة نهائية . وعند التكرار تضاعف هذه العقوبات . وعلى وزير الصحة العامة ، بقرار منه ، ان يقفل المختبر بصورة مؤقتة بانتظار صدور قرار المحكمة بهذا الشأن .

المادة الرابعة والعشرون - كل مخالفة اخرى لاحكام هذا المرسوم الاشتراعي يعاقب مرتكبها بالغرامة من الف الى خمسة آلاف ليرة لبنانية . وعند التكرار تضاعف هذه العقوبة .

المادة الخامسة والعشرون - يمكن

استرداد الترخيص بفتح المختبر مؤقتاً او نهائياً بقرار من وزير الصحة العامة بناء على اقتراح المدير العام للوزارة وبعد سماع صاحب العلاقة في ذلك ، في الاحوال الآتية :

١ - فقدان صاحب الرخصة احد الشروط القانونية .

٢ - اعلان افلاس صاحب المختبر وتعاد له الرخصة اذا انتهى الافلاس بعقد مصالحة نهائي .

٣ - صدور حكم جزائي بحقه من اجل عمل من اعمال مهنته اضر بصحة الغير .

الفصل السابع

احكام ختامية

المادة السادسة والعشرون - تلغى جميع النصوص المخالفة لاحكام هذا المرسوم الاشتراعي او غير المتفقة ومضمونه .

المادة السابعة والعشرون - يعمل بهذا المرسوم الاشتراعي فور نشره في الجريدة الرسمية .

بعداً في ٩ ايلول سنة ١٩٨٣
الامضاء : امين الجميل

صدر عن رئيس الجمهورية
رئيس مجلس الوزراء
الامضاء : شفيق الوزان

وزير الصحة العامة
الامضاء : عدنان مروه

نشر هذا المرسوم الاشتراعي في عدد الجريدة الرسمية رقم ٣٨ تاريخ ١٩٨٣/٩/٢٢

ملحق رقم (٣) :
استمارة معلوماتية للمختبرات الطبية الخاصة

الرجاء وضع (x) بالمكان المناسب

□ □ □ □ □ □ □ □

- ☐ ترخيص جديد ☐ اذخال تعديلات في المختبر *
- ☐ تجديد سنوي ☐ تعيين مدير مسؤول جديد *
- ☐ نقل مكان المختبر *

اسم المختبر _____

الضمان

رقم _____ شارع _____

هاتف _____ مدينة _____

السلطة الاصلية _____

السلطة المختصة بالأعمال الفنية _____

السلطة المختصة _____

السلطة المختصة بالأعمال الإدارية _____

CODE □ □ □ □ □ □ □ □

اسم صاحب رخصة المختبر _____

رقم الرخصة _____ تاريخ الرخصة _____

تاريخ البدء بالعمل _____

اسم المدير المتفرغ _____ الرقم المتسلسل في سجل الوزارة _____

CODE □ □ □ □ □ □ □ □

نوع المختبر

١ - مختبر عام

٢ - معرق دم

٣ - الأنسجة و الخلايا الحرفية

٤ - تحاليل بالتظار المشعة

٥ - (٢ + ١)

٦ - (٣ + ١)

٧ - غير ذلك وضع

عدد مراكز اخذ العينات التابعة للمختبر

عناوينها : ١ - ٢ - ٣ - ٤ -

اسم اقرب مختبر _____ المسافة _____

CODE □ □ □ □ □ □ □ □

انا الموقع ادناء _____ اصرح بأن المعلومات الواردة اعلاه هي صحيحة و مطابقة للواقع و اني اتحمل كامل المسؤولية *

التوقيع _____ التاريخ _____

أكتب اعلام المراجع المختصة في مهلة لا تتعدى ١٥ يوما .

استمارة خاصة بحاملي لقب مدير مختبر

□ □ □ □ □ □ □ □

الاسم _____ اسم الأب _____ الشهرة _____

الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى الجنسية ☐ لبناني ☐ غيره حدد

تاريخ ومكان الولادة _____ يوم _____ شهر _____ سنة _____ البلدة الققاء _____ رقم السجل _____

عنوان السكن الحالي _____ ملك _____ شارع _____

مدينة _____ هاتف _____

عنوان العمل الحالي * _____ أسم المختبر _____ شارع _____

مدينة _____ هاتف _____

تاريخ ومصدر الشهادة _____ سنة _____ الجامعة _____

شهادة الاختصاص _____ سنة _____ الجامعة _____

البلد _____

الصفة ☐ طبيب ☐ صيدلي ☐ حدد ☐ غيره

تاريخ اجازة مزاولة المهنة _____ سنة _____

الانتساب الى احدى النقابات _____ الأطباء الصيادلة غيره

تاريخ حمل لقب اختصاصي _____

نوع الاختصاص _____

رقم التسجيل _____

انا الموقع ادناء _____ اصرح بأن المعلومات الواردة اعلاه هي صحيحة ومطابقة للواقع واني اتحمل كامل المسؤولية *

التوقيع _____ التاريخ _____

* في حال تغيير عنوان العمل الحالي يجب اعلام المراجع المختصة في مهلة اقصاها ١٥ يوما .

ملحق رقم (٤) :
اتفاقية التعاقد من وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية ومختبر طبي خاص

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة
رقم المحفوظات :
بيروت في

اتفاقية

مع مؤسسة .

بين الدولة اللبنانية ممثلة بشخص وزير الصحة العامة
وفريق أول .
وفريق ثان

في تاريخه تم الاتفاق على ما يلي :

المادة الأولى : - تجري الفحوص والأعمال الطبية للمرضى الموجهين من قبل
الفريق الأول وفقاً لأحكام النظام الطبي المعمول به في وزارة الصحة العامة .

المادة الثانية : - يتعهد الفريق الثاني بصورة خاصة :

١ - بأن يقوم بدون تأخير بإجراء المطلوبة منه لمرضى وزارة الصحة
العامة .

٢ - بأن يطبق الجداول والتعرفة المحددة من قبل وزارة الصحة العامة وذلك
ضمن حدود المبلغ الاجمالي المخصص لهذه الغاية حتى نهاية عام ١٩٨٢ .
المادة الثانية : - لا يأخذ الفريق الأول على عاتقه نفقات الفحوصات إلا إذا قبل
الفريق الثاني ذلك استناداً إلى بطاقة موافقة صادرة عن مديرية العناية الطبية مركز
.....

مرفقة بتقرير طبي يتضمن الفحوصات المطلوبة ومقومات التشخيص السريري
الأولى موقع عليه من قبل مدير العناية الطبية أو من رئيس مصلحة
المستشفيات .

المادة الرابعة : - على الفريق الثاني أن يرسل قبل العاشر من كل شهر إلى القسم

الاداري للمستشفيات في وزارة الصحة العامة المستندات التالية العائدة للشهر
الذي انقضى .

١ - نسخة عن بطاقة الموافقة ونسخة عن تفصيل الحساب لكل مريض .

٢ - لائحة إجمالية على خمس نسخ تتضمن الرقم المسلسل ، اسم المريض ،
رقم بطاقته الشخصية ، عنوانه الحالي ، رقم بطاقة المعالجة ، تاريخها ، تاريخ
المعالجة ، المبلغ وذلك عن المرضى الذين عولجوا في المؤسسة خلال الشهر
السابق الواردة أسماؤهم في المستند رقم (١) المذكور في هذه المادة .

٣ - فاتورة رسمية على خمس نسخ بالمبالغ الشهرية الاجمالية المستحقة
للمؤسسة عن المرضى الواردة أسماؤهم في المستندات رقم ١ - ٢ - ٣
المذكورة في هذه المادة .

المادة الخامسة : - على الفريق الأول تأمين تسديد المبلغ الناجم عن تصفية
الحسابات الشهرية إلى الفريق الثاني مباشرة بواسطة حوالات مالية ، بعد أن
يتقدم الفريق الثاني بالمستندات المذكورة في المادة الخامسة ، وذلك في نهاية
كل شهر .

المادة السادسة : - على الفريق الثاني تنفيذ الشروط المبينة في الجدول المرفق الذي
يعتبر جزءاً لا يتجزأ من هذه الاتفاقية ويستطيع الفريق الأول أن يرفض دفع
النفقات المطلوبة ، إذا كان هناك إخلال بالأحكام المنصوص عليها في هذه
الاتفاقية .

المادة السابعة : - على الفريق الثاني أن يسجل في السجل المعد لدى المؤسسة
لعموم المرضى الخارجين أولاً بأول ، الاسم ورقم البطاقة الشخصية والعنوان
الكامل الحالي ورقم وتاريخ البطاقة الصادرة من الوزارة وتاريخ إجراء العمل
الطبي لكل مريض ، وعليه أن يؤمن للفريق الأول جميع التسهيلات اللازمة
لممارسة المراقبة والسماح للأطباء والمراقبين بالاطلاع على الملفات الطبية
لمرضى الوزارة .

المادة الثامنة : - في حال إخلال الفريق الثاني بأحد أحكام هذه الاتفاقية ، يحق
للفريق الأول فرض عقوبة الحسم من استحقاقاته الشهرية وعقوبة إلغاء
الاتفاقية ، وذلك دون أن يحق للفريق الثاني المطالبة بأي تعويض من أي نوع
كان .

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

ملحق

الاتفاقية المعقودة من
(التحاليل المخبرية)

الشروط المطلوبة :

- ١ - استيفاء الشروط الواردة في قانون ممارسة مهنة المختبرات الصادر في ١٩٧٨/٥/٤ .
- ٢ - أن يكون رئيس المختبر مسجلاً في نقابة أصحاب المختبرات في لبنان .
- ٣ - أن يؤمن المختبر استمرارية العمل ليلاً نهاراً ٢٤ ساعة في اليوم ٧ أيام في الأسبوع .
- ٤ - أن يؤمن الفحوصات الروتينية على الأقل (كيمياء ، علم الجراثيم ، علم كرويات الدم ، علم الأمصال ، علم الطفيليات) وأن يكون لديه المعدات الضرورية لذلك وهي على الأقل :

MICROSCOPES , BALANCE DE PRECISION , CENTRIFUGE A
HEMATOCRITE AUTOCLAVE , Etuve de 37 , Photometre de flam-
et me pour Na et K Spectrophotometre Ordinaire Appareil a Eau Distillé
Four pour Sterilisation , B.M. de 37 et 56 Verreries et produits chimiques ,
Reactifs chimiques et Bacteriologiques Frigidaire , Agitateur type Kline ,
dactylo et Secretariat .

د - أن يرسل إلى مديرية العناية الصحية ، القسم الاداري ، جدولاً يبين الأجهزة الموجودة لديه من الأجهزة المتخصصة التالية :

Fibrometre , Compteur de Globules Etuve a C 02 appareillage Automati-
que Ph-metre Appareil a Gaz du Sang osmometre , Freezer a-30 , Cen-
trifuge a refrigeration , Microscope a contraste de phase , Microscope a

المادة التاسعة : - يصدر قرار الإلغاء أو الحسم عن وزير الصحة العامة ، بناءً على اقتراح مدير العناية الطبية وبعد موافقة مدير عام وزارة الصحة العامة .

المادة العاشرة : - يعمل بهذه الاتفاقية لمدة تنتهي بتاريخ
وذلك بعد تصديقها من المراجع المختصة وإبلاغها للفريق الثاني .

فريق أول

وزير الصحة العامة

فريق ثان

تبلغ :

- مديرية العناية الطبية .
- التفتيش الصحي والاجتماع .
- مصلحة الصرفيات - وزارة المالية .
- دائرة المحاسبة .
- القسم الاداري للمستشفيات ٧ نسخ .
- صاحب العلاقة .
- المحفوظات .

fond Noir , Appareil a filtration sur membrane , ensemble pour reaction d'hemagglutination , autres appereils specialises ?

٦ - أن يتوفر لديه جهاز لتثبيت التيار الكهربائي لتأمين حسن سير عمل الأجهزة الالكترونية .

٧ - أن تتوفر لديه وسائل الوقاية من أخطار استعمال المواد الكيميائية .

الجمهورية اللبنانية
مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام