

الجمهورية اللبنانية
مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الادارية

شريعة المواطن الصحية
حقوق وواجبات المواطن
وأخلاقيات العلاقة العلاجية



مقدمة

مؤشرات الوضع الصحي الخدمات وترشيد الإنفاق التثقيف الصحي وسيلة لتغيير السلوك المعايير الدولية

١. المبادئ العامة
٢. حقوق المستفيد من الخدمة الصحية
٣. واجبات المستفيد من الخدمة الصحية
٤. واجبات مقدم الخدمة الصحية
٥. ثقافة الوقاية الصحية
٦. المعاملات الإدارية الصحية

قام بوضع هذه الوثيقة فريق عمل كونه وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية الأستاذ فؤاد السعد، بالتعاون مع وزارة الصحة العامة، في إطار مشروع شرع قطاعية تكمل «شرعة المواطن» التي اقرها مجلس الوزراء في جلسته بتاريخ ١٥/١١/٢٠٠١. تألف فريق العمل من السيد أنطوان رومانوس، ممثلاً لوزارة الصحة، والدكتور عزيز جهشان عميد كلية الصيدلة في الجامعة اللبنانية، والدكتور كامل مهنا طبيب أطفال وقيادي في جمعيات أهلية، والدكتور أيلي مخايل أمين عام المجلس الأعلى للطفولة وأستاذ محاضر في كلية التربية في الجامعة اللبنانية، والدكتور برنارد جرباقه، أستاذ في كلية الطب في الجامعة اليسوعية وشارك في الصياغة النهائية، استناداً إلى مقترحات ورشة العمل التي عقدت في ١٩/١١/٢٠٠٢ وضمنت أغلبية القطاعات المعنية بشؤون الصحة، الأستاذ جوزاف أبي راشد. وتولى الدكتور أنطوان مسرة التنسيق العام لشرع المواطن القطاعية (صحة، تربية، بيئة، تراث، مال عام، سلامة عامة...).



تمهيد

تنفق الدولة مبالغ كبيرة من مواردها على العلاج الصحي، ورغم تفاقم المعضلة الاقتصادية يلاحظ غياب ثقافة الوقاية: من تثقيف صحي، وكشف مبكر، واختبارات، وفحوص، وتأمين تصريف المياه المتبدلة والتخلص من النفايات، والإمداد بمياه صالحة، ومعالجة مشكلة تلوث الهواء وغيرها. وهذه الثقافة لن تتعمم ما لم تشارك وسائل الإعلام في نشرها تحقيقاً للتواصل الإرشادي والصحي بين الاختصاصيين والجمهور، بأسلوب واضح ومفهوم وشفاف. ويشكو المواطن من أن الأعمال الطبية لم تعد خدمة إنسانية، بل غدت في أكثر الحالات تبتغي الربح والمردود المالي قبل الرسالة، والدور الإنساني.

أمام هذا الواقع، صار لزاماً علينا ترشيد سلوكيات المواطن وإرساء خلقية في العلاجات بحيث تستطيع شرعة سلوكية لصحة المواطن أن تدعم فاعلية السياسات العامة والتشريعات، ويكون من آثارها الايجابية خفض عجز الموازنة والمديونية العامة. ولا يمكن الاستمرار في الإنفاق الصحي المتزايد إلى ما لا نهاية، وإلا فلن نخرج كلبنانيين من هذه الدوامة المتفاقمة.

إن التحسن المستمر في المؤشرات الصحية لا يلغي وجود مشكلات عديدة في النظام الصحي اللبناني أبرزها؛ بالإضافة إلى ما ورد أعلاه، غياب الإنصاف، والتفاوت في النوعية، والكلفة المرتفعة للخدمات الصحية، وتدخل السياسة في الإدارة الصحية، وخضوع سوق الخدمات الصحية في لبنان لمبادئ النظام الاقتصادي الحر غير المنظم، وتركيز غالبية هذه الخدمات على الاستثمار في الفروع الطبية المتطورة والتكنولوجيا



العالية الباهظة الكلفة، دون أن تتناسب هذه الخدمات مع الحاجات الفعلية.

إن الهدف الرئيسي الذي تتوخاه الشرع القطاعية وبخاصة سرعة المواطن الصحية، يكمن في استنهاض المواطن لممارسة دوره وتنمية ثقته بقدراته في المبادرة والمشاركة والمساءلة، والسرعة الصحية لا تتعارض مع مساع عديدة ورائدة في مجال السياسات الصحية والتشريع الصحي والخلقية المهنية في قطاعات الصحة، إذ أنها تسعى إلى معالجة شؤون الصحة من منطلق المواطن فتجيب عن السؤال: ماذا يفعل المواطن في علاقاته العلاجية مساهماً ومشاركاً نشيطاً ومبادراً وداعماً للسياسات والتشريعات؟

لماذا مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية «يحشر نفسه في موضوع الصحة»؟ الجواب على ذلك أن مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية يهدف إلى الانتقال، من خلال برامج متكاملة، من مفهوم الإدارة «السلطة» إلى مفهوم الإدارة «الخدمة العامة».

تركزت السرعة على أربع قضايا رئيسية اعتبرتها اللجنة ذات أولوية في الوضع الصحي الراهن في لبنان:

١. بناء قاعدة معلومات.
٢. بناء ثقافة وقائية وممارستها.
٣. بناء علاقة علاجية إنسانية.
٤. بناء علاقة إدارية مبسطة في قضايا الصحة.



مقدمة

الشأن الصحي مسألة جوهرية تقع في صلب السياسات الاجتماعية التي تنتهجها المجتمعات لتأمين رفاهيتها ونوعية حياة أفضل لأفرادها. غالباً ما يقتصر النظام الصحي في لبنان على معادلة داء ودواء دون الأخذ بعين الاعتبار العوامل المؤثرة في الصحة وبخاصة العوامل الخلقية والسلوكية. القسم الأكبر من الموارد ينفق على العلاج بينما تغيب أحياناً ثقافة الوقاية.

ويخرج العمل الطبي في كثير من الأحيان عن كونه خدمة إنسانية يجب أن يتحلى مقدمها بمستوى عالٍ من الأخلاق والمسؤولية، ليصبح عملاً يتبغي المردود المالي قبل الرسالة والدور الإنساني.

أمام هذا الواقع أصبح من الضروري، بالإضافة إلى السياسات العامة للقطاع الصحي، ترشيد سلوكيات المواطن وإرساء خلقية في العلاقات العلاجية. وتستطيع شرعة سلوكية لصحة المواطن أن تدعم فاعلية السياسات العامة والتشريعات.

١. مؤشرات الوضع الصحي

- تم تسجيل تحسن ملحوظ في الأوضاع الصحية للسكان في لبنان^١:
١. النمو الاقتصادي الذي بدأ في الخمسينات، والذي انعكس في زيادة عرض السلع والخدمات بما فيها الخدمات الصحية.
 ٢. تحسن مستوى الحياة وشروط السكن.

١ *Revealing Facts on health in Lebanon.*

ورقة عمل مقدمة إلى ورشة عمل عن التنمية البشرية المستدامة نظمها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في لبنان، بيروت، كانون الأول ١٩٩٦.



٣. إنشاء نظام التأمينات الاجتماعية والصحية.
٤. النجاح في السيطرة على الأمراض المعدية والأوبئة من خلال اعتماد برامج و حملات متخصصة لهذه الغاية.
٥. ارتفاع الوعي الشعبي وتطور السلوك الصحي للأفراد والأسر اللبنانية، مع لحظ دور ايجابي لوسائل الإعلام، وللجهات الوطنية الحكومية، وغير الحكومية والدولية، على هذا الصعيد.

وقد تجلّى هذا التحسن، بشكل خاص، في ارتفاع معدل قابلية الحياة عند الولادة، وفي انخفاض وفيات الأطفال، وفي المعدل المتزايد في اعتماد وسائل تنظيم الأسرة وتقليص عدد الولادات.

لم تستطع الحرب في لبنان (١٩٧٥ - ١٩٩١) أن تؤثر بقوة في أوضاع المواطنين الصحية العامة، رغم ما تسببت به من خسائر مادية وبشرية ومؤسسية، ويعود ذلك إلى الأسباب الآتية:

١. ثقافة الاعتماد على الذات التي يتميز بها الشعب اللبناني.
٢. الدور النشط والمبادر الذي قامت به الهيئات الأهلية في توفير الخدمات الصحية والقيام بأعمال الإغاثة.
٣. استمرار القطاع الخاص في أداء دور كبير ونشط في المجال الصحي.

٤. المساعدات الخارجية، لا سيما في الحالات الطارئة.
٥. انخراط المنظمات الدولية، ولا سيما وكالات الأمم المتحدة المتخصصة (اليونيسف UNICEF، منظمة الصحة العالمية OMS...)، في برامج شاملة وميدانية لمعالجة الأمراض المعدية والأوبئة، من خلال حملات التلقيح والوقاية والمراقبة، وذلك بالتعاون مع وزارة الصحة العامة والهيئات الأهلية.



يتسم الوضع الصحي في لبنان بالسمات الآتية:

- أنه يمر بمرحلة انتقالية على الصعيدين السكاني والصحي.
- أنه يسجل تراجعاً في دور القطاع العام لصالح القطاع الخاص والقطاع الأهلي.
- أنه يفتقر إلى التخطيط وهذا ما أدى إلى ارتفاع كبير في أكلاف الخدمات الصحية، وعدم ترشيد استعمال الدواء، والتكنولوجيات الصحية الحديثة والمكلفة.
- تصبح هذه المشكلات أكثر حدة في المناطق التي تندى فيها مؤشرات الخدمات الصحية^٢.

وتشير الإحصاءات في لبنان إلى أن حوالى ٥٠٪ من اللبنانيين غير مشمولين بالتأمينات الصحية، باستثناء ما تقدمه لهم وزارة الصحة العامة من خدمات. وتتلخص المشكلة الصحية - الاجتماعية في عدم تساوي الفرص أمام اللبنانيين في الحصول على الكمية والنوعية عينها من الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والمرتبطة بمستوى الدخل وبالتفاوت المناطقي في توفر الخدمات الأساسية^٣.

تخفي المؤشرات الصحية الوطنية في لبنان تفاوتات هامة على الصعيدين المناطقي والاجتماعي. بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع (دون السنة)، في لبنان ما بين ١٩٨٦ - ١٩٩٥ نسبة ٣٣,٥ لكل ألف مولود حي، إلا أن دراسة التوزيع الداخلي لهذه النسب قد أظهرت تفاوتات

٢ السياسات القطاعية لمكافحة الفقر في لبنان في منتصف التسعينات: قطاعا الصحة والتعليم: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.

٣ السياسات القطاعية لمكافحة الفقر في لبنان في منتصف التسعينات: قضايا الصحة والتعليم: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.



كبيرة بحسب مستوى تعليم الأم، ويعتبر مستوى التعليم هذا مؤشراً غير مباشر على الحالة الاجتماعية.

ويلاحظ المستوى نفسه من التفاوت بين العاصمة والمناطق المدنية وبين المناطق الريفية النائية. وينتج عن هذا التفاوت المناطقي - الجغرافي أن ٦٠٪ من وفيات الأطفال يسجل في محافظتي البقاع والشمال رغم أنهما لا تحويان سوى ٢٥٪ من أطفال لبنان^٥.

يلاحظ هذا التفاوت أيضاً في مختلف المؤشرات الصحية العامة وبخاصة في توزيع الأسرة في المستشفيات التي هي بنسبة ٦,٥٥ سريراً لكل ألف مواطن في بيروت وجبل لبنان بينما هي ٠,٨٦ في مناطق النبطية والبقاع^٦.

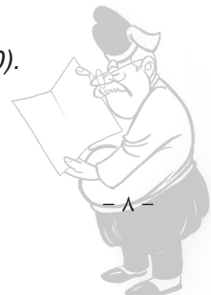
٢. الخدمات وترشيد الإنفاق

يخضع سوق الخدمات الصحية في لبنان لمبادئ النظام الاقتصادي الحر غير المنظم، غالبية هذه الخدمات هي علاجية، تركز على الاستثمار في الفروع الطبية المتطورة (جراحة القلب المفتوح، تفتيت الحصى...)، والتكنولوجيا الحديثة المكلفة (التصوير الطبقي المحوري، الرنين المغناطيسي)، دون أن تتناسب هذه الخدمات مع الحاجة الفعلية. إن العرض في القطاع الصحي ينمي الطلب مما يؤدي إلى المبالغة في

٤ المسح اللبناني لصحة الأم والطفل، التقرير الرئيسي - الجمهورية اللبنانية، جامعة الدول العربية، ١٩٩٦.

5 Health sector rehabilitation project - Staff appraisal report - World Bank. 1994.

6 Source: Ministry of Public Health. Rep. of Lebanon. Lebanon National Health Accounts 1998 (December 2000).



استهلاك خدمات لا حاجة إليها ولا فائدة منها ومكلفة، باعتبار أن هناك جهات ضامنة تغطي هذه الكلفة. أما الخدمات الوقائية المتميزة بالمردود الكبير على الصحة العامة، مقارنة مع كلفتها القليلة نسبياً، فتبقى مقتصرة غالباً على بعض البرامج المحدودة التي يقوم بها القطاع العام بالتعاون مع القطاع الأهلي ومنظمات دولية^٧.

يترافق هذا التفاوت بين تخمة في الخدمات المكلفة القليلة المرود، وندرة في الخدمات الوقائية، مع تفاوت على صعيد الموارد البشرية بحيث أن هناك تخمة في عدد الأطباء وندرة في المهن الطبية المساعدة وبخاصة التمريض.

بلغ الإنفاق الصحي عام ١٩٩٨ ملياراً و٩٩٦ مليون دولار أميركي أي ما يوازي ١٢,٣٢٪ من الناتج القومي، وهذه أعلى من النسب في دول المجموعة الأوروبية.

كما يلاحظ تفاوتات في التوزيع المناطقي للمستشفيات، لا سيما بالنسبة للشمال والبقاع، بحيث يتركز في بيروت وجبل لبنان ٦٠٪ من المستشفيات، وكذلك تفاوتات داخل هذه المناطق بين مراكز المحافظات، ثم مراكز الأقضية، وبين غالبية قرى الريف، حيث يظهر الترابط بين الفقر والأوضاع الصحية.

وخلال سنوات الحرب، وفي ظل تقلص قدرات المستشفيات الحكومية، تم اعتماد أسلوب خاص في معالجة الحالات الطارئة الناجمة عن الأعمال الحربية وغير المشمولة بأنظمة التأمينات الصحية، وذلك بقيام وزارة الصحة بالتعاقد مع المستشفيات الخاصة^٨، حيث تتولى

٧ مشروع وزير الصحة العامة لإصلاح النظام الصحي. النهار ٢٣/٠٨/١٩٩٧.

٨ السياسات القطاعية لمكافحة الفقر في لبنان: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.



الوزارة تسديد نفقات عدد من الأسرة التي يحال إليها المرضى الذين تنطبق عليهم مواصفات الإفادة من خدمات الوزارة^٩.

يستنتج من هذا الواقع، التحول الذي طرأ على دور وزارة الصحة العامة بحيث أصبح دورها تمويل القطاع الطبي الخاص. ولقد حاولت الوزارة تقليص الاعتماد على التعاقد مع القطاع الخاص وتطوير إمكاناتها كمنتج للخدمات الصحية، ولو جزئياً، من خلال بناء وإعادة تأهيل ٢٧ مستشفى وسطياً وريفياً على مستوى الأفضية، وبناء مستشفى جامعي (٥٠٠ سرير) في بيروت بحلول العام ٢٠٠١.

أما المستوصفات والمراكز الصحية فقد لعبت دوراً كبيراً خلال سنوات المحنة، في ظل تراجع دور القطاع العام، فكانت، بالإضافة إلى القطاع الخاص، الجهة الصالحة في تحديد حاجات الناس والسعي لتلبيتها. ولقد تمكنت، خلال سنوات طويلة من العمل الدؤوب، من توفير تجربة غنية وثقة عالية محلياً وعالمياً.

إن العدد الدقيق للمستوصفات العاملة متغير بسبب الحركة السريعة نسبياً في فتح مستوصفات جديدة أو توقف بعضها عن العمل، وذلك بحكم العدد الكبير من المؤسسات الأهلية التي تتعاطى الشأن الصحي ومرونتها في افتتاح مستوصفات في المناطق. وتطور عدد المستوصفات خلال سنوات الحرب، بفعل ضرورات أمنية واقتصادية واجتماعية، والحاجة إلى تقديم الرعاية الصحية الأولية إلى أقرب مكان ممكن يتواجد فيه المريض، كان له الأولوية بسبب صعوبة أو استحالة التنقل أحياناً

٩ وحسب إحصاءات وزارة الصحة، أن عدد المعالجين على نفقة الوزارة عام ١٩٩٦، بلغ ١٠٤,٨٩٠ مريضاً، في حين أظهرت دراسة الأوضاع المعيشية للأسر في عام ١٩٩٧، أن ١٢,٦٪ من الأسر قد استفاد من خدمة وزارة الصحة - الأوضاع المعيشية للأسر في عام ١٩٩٧، إدارة الإحصاء المركزي.



كثيرة. ولقد تم، حسب دراسة اليونيسف عام ١٩٩١، التي تناولت تطور عدد المستوصفات، تأسيس ٤٢٩ مستوصفاً جديداً في الفترة الممتدة بين ١٩٧٤ و١٩٩١، دون احتساب المستوصفات التي توقفت عن العمل أو المستوصفات والمستشفيات الميدانية التي كانت تفتح في حالات الطوارئ القصوى^١.

يستوجب تحسين مؤشرات الوضع الصحي للفقراء في لبنان بشكل خاص وللمواطنين كافة بشكل عام، التعاطي مع الوضع الصحي كأحد مؤشرات التنمية البشرية الأساسية، وهذا يستوجب تجاوز النظرة العلاجية ولجهة الأمراض والأدوية إلى تأكيد اعتماد الرعاية الصحية الأولية كإستراتيجية رئيسية لتأمين الصحة للجميع. وهذا يعني ارتباطاً وثيقاً بالوضع الاقتصادي والاجتماعي للسكان، وبالتالي ضرورة اعتماد مقاربة تتجاوز التخصص القطاعي، وتركيز جهود عدة منها الصحة والتربية والشؤون الاجتماعية والضمان والزراعة والمالية والمنظمات الأهلية والقطاع الخاص والمنظمات الدولية، في سبيل تحقيق أهداف السياسة الصحية المتوخاة^١.

يجب أن تكون معضلة احتواء الأكلاف الصحية شعار المرحلة المقبلة وهدفها كون هذه المعضلة تهدد استراتيجية الصحة للجميع. وغالباً ما يدفع الثمن: الفقراء، والمهمشون اجتماعياً، كالنساء والأطفال. والملاحظ أن ارتفاع الكلفة الصحية لم يؤد إلى تطوير مواز في الخدمات الصحية على صعيد المناطق والفئات الاجتماعية. فهناك توزيع جغرافي سيئ للخدمات

١٠ يشير مشروع وزير الصحة العامة لإصلاح النظام الصحي إلى وجود ٨٠٠ مستوصفٍ ومرکزٍ صحيٍّ، منها ٧٠٠ تابعة للقطاع الأهلي، النهار ٢٣/٨/١٩٩٧.
١١ السياسات القطاعية لمكافحة الفقر في لبنان في منتصف التسعينات: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.



الصحية من قبل معظم القطاعات الصحية، حيث نجد أكبر تركز للمؤسسات الصحية والاختصاصيين في المدن الرئيسية مقارنة بالمناطق الريفية.

كما أنه يوجد في لبنان ١٦٧ مستشفى مع ١١,٥٣٣ سريراً، منها ١٢٪ مستشفيات و ١٠٪ أسرة في القطاع العام، موزعة بنسبة ٢,٨٨ سريراً لكل ١٠٠٠ مواطن، وهي أعلى نسبة في الشرق الأوسط^{١٢}.

٣. التثقيف الصحي وسيلة لتغيير السلوك

المجتمع اللبناني هو مجتمع فتي، حيث أن ثلاثين بالمئة من السكان تقل أعمارهم عن الخمسة عشر عاماً بينما يزداد عدد المعمرين لتبلغ نسبة الذين تفوق أعمارهم الخمسة والستين، سبعاً بالمئة من السكان.

كما أن الأمراض المعدية، المعروفة في الدول الفقيرة، ما زالت سبباً أساسياً للوفيات عند الأطفال بالرغم من نجاح حملات التلقيح والبرامج الوقائية في خفض نسبتها، وفي نفس الوقت تتزايد الأرض المزمّنة لتبلغ معدلات مقلقة. أكثر من نصف البالغين من النساء والرجال يعانون من السمّنة، هناك أكثر من ٤٠٠٠ حالة سرطان سنوياً، ١٣٪ من الناس مصاب بداء السكري بينما ٢٦٪ يعانون من ارتفاع ضغط الدم^{١٣}.

يضاف إلى هذه الأمراض سلسلة تصرفات وسلوكيات شائعة مضرة بصحة المواطن والمجتمع كالتدخين، وعدم ترشيد استعمال الأدوية، والقيادة غير الآمنة، وعدم مزاوله النشاط البدني بشكل كاف...

١٢ السياسات القطاعية لمكافحة الفقر في لبنان في منتصف التسعينات: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.

١٣ مشروع وزير الصحة العامة لإصلاح النظام الصحي النهار، ٢٣/٨/١٩٩٨.



وبالتالي يلعب التثقيف الصحي دوراً أساسياً في الوقاية من هذه الأمراض وفي تغيير السلوكيات الرائجة والنمط الاجتماعي السائد.

التثقيف الصحي هو عملية مستمرة مدى الحياة، تشمل تعزيز قدرات الفرد والمجموعات على اتخاذ قرارات صحية مسؤولة تجاه الذات وتجاه صحة المجتمع. لا يقتصر التثقيف هنا على إعطاء الفرد أو المجموعة مستوى من المعرفة يمكنهم من فهم الأمراض وأسبابها وانعكاساتها بل يضمن أيضاً تحفيزهم على التحلي بسلوكيات مفيدة صحياً: احترام الجسد، التضامن الاجتماعي، التشارك والتعاون، القدرة على اتخاذ قرار حر ومسؤول، كما يساعد في إعطاء مهارات تغير من أنماط العلاقة العلاجية. ولكي يكون التثقيف الصحي فعالاً يقتضي أن يتكامل مع سلسلة تدابير يشارك فيها القطاع الرسمي والمجتمع المحلي، منها إعطاؤه القدرة مالياً، وأن تكون له منهجية ووسائل استطلاع آراء الناس وحاجاتهم لكي يأتي التدخل متطابقاً مع الحاجات و متمماً لها.

٤. المعايير الدولية

تنطلق شرعة المواطن الصحية من:

١. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الذي نص في مادته ١/٢٥: «لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته...»

٢. إعلان «آلما آتا» في الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية في مؤتمر «آلما آتا» عام ١٩٧٨ الذي انعقد بمشاركة منظمات دولية وهيئات علمية، وتم الاتفاق على اعتماد مفهوم الرعاية الصحية الأولية الشمولية كمحور رئيسي للنظام الصحي، وكجزء لا ينفصل عن التنمية الاقتصادية



والاجتماعية، وكمدخل إلى تحقيق الصحة للجميع عام ٢٠٠٠.

٣. الأدوات القانونية الدولية التي تؤكد على حق الإنسان في الصحة وبخاصة الاتفاقية الدولية بشأن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (١٩٦٦) وإعلان القضاء على التمييز ضد المرأة (١٩٧٩) والاتفاقيات الخاصة بحقوق الطفل (١٩٨٩) وحقوق الطفل اللبناني (١٩٧٩)، وتصديق لبنان على هذه الاتفاقيات بحيث أصبحت من قوانينه الداخلية وفي مرتبة تعلو على هذه القوانين.

٤. الفقرة (ز) من مقدمة الدستور اللبناني التي جاء فيها أن «الإيماء المتوازن للمناطق اللبنانية ثقافيا واجتماعيا واقتصاديا ركن أساسي من أركان وحدة الدولة واستقرار النظام».

تركز شرعة المواطن الصحية على القضايا الأساسية في العلاقة العلاجية ويمكن استكمالها في مراحل لاحقة بشرع خلقية تفصيلية حول القضايا التالية: الضمان، المهن الطبية والطبية المساعدة، الدواء، ذوي الحاجات الخاصة، الفئات المهمشة، الصحة في السجون، المخدرات والمواد التخليقية، الصحة المدرسية، الصحة المهنية، صحة المرأة، صحة الطفل، صحة الشباب، صحة المسنين...



١ - المبادئ العامة

- ١ إن الصحة بأبعادها الأخلاقية والإنسانية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية هي حق من حقوق المواطن، على الدولة والمجتمع.
- ٢ إن توفير الصحة للمواطنين يتضمن توفير السكن، التغذية، الملابس، التعليم، الدخل الكافي، البيئة السلمية، السلم الأهلي، وإن أي تحسن في مؤشرات الوضع الصحي يرتبط عضوياً بهذه العوامل.
- ٣ يقع على الأفراد واجب النهوض بصحتهم وبصحة مجتمعهم.
- ٤ للمواطنين الحق في حالة من الرفاهية الجسدية، العقلية والاجتماعية وليس في انحسار المرض والإعاقة فقط، حيث إن الصحة الجيدة تدعم التطور وتحفزه، والذي بدوره يدعم الصحة الجيدة.
- ٥ للمواطنين الحق في إيجاد إستراتيجية صحية تقرها أعلى سلطة سياسية، وتلقى الدعم المالي والتقني الضروريين، تعمل على توفير الرعاية الصحية العلاجية والوقائية والتأهيلية للمواطنين كافة خصوصاً الفئات الأكثر عرضة للمرض (نساء وأطفال ومسنين...).
- ٦ يقع على عاتق الحكومة والمجالس البلدية واجب إشراك المجتمع الأهلي والمحلي في مسؤولية النهوض بالصحة والتنمية من خلال سياسة صحية تنطلق من حاجات الأفراد وتطلعاتهم، وتبنى هذا الحق وتكرسه وتعزز مبدأ المشاركة.
- ٧ الحكومة مسؤولة عن اتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية، تمكن الشعب من بلوغ مستوى من الصحة تجعله يحيا حياة منتجة على الصعد كافة.



٨ للمواطنين الحق بالأمن الصحي من خلال خدمات تقدم إليهم

بكلفة مقبولة ونوعية جيدة ويتم ذلك باتخاذ سلسلة تدابير أبرزها

١,٨ تفعيل دور القطاع الحكومي الذي هو دور أساسي، ناظم، وموجه لقطاع الصحة ككل، والمراقب والمشرف على سير عمله، والراسم للسياسة العامة الصحية، والمترجم لهذه السياسة إلى خطط وبرامج محددة، وهو دور المنسق بين جميع الأطراف المتدخلة في المجال الصحي من وزارات ومؤسسات حكومية ومنظمات أهلية غير حكومية، والمراقب نوعية الخدمات المقدمة، والواضع آليات محاسبة ومساءلة الأجهزة المكلفة بالتنفيذ.

٢,٨ تعزيز دور الحكومة في الرعاية الصحية والاتجاه نحو تأمينات

صحية بديلاً من الخدمات الإستشفائية.

٣,٨ تحديد دور وزارة الصحة العامة كمشرف ومخطط ومنظم

وضابط للنظم الصحية، وتوفير الدعم الإداري والتطوير المؤسساتي لها.

٤,٨ تعزيز الوقاية وتدعيم خدمات التثقيف الصحي عبر تخصيص

الأموال والتقنيات اللازمة لأنشطة التثقيف والبرامج الوقائية.

٥,٨ تعزيز دور مؤسسات القطاع العام وتجاوز التخصص القطاعي

والقيام بعمل مشترك مختلف الهيئات المعنية: الحكومة، القطاعات

الصحية، الهيئات الاجتماعية والاقتصادية والتربوية والبيئية المعنية،

منظمات المجتمع الأهلي، السلطات المحلية، قطاعات الصناعة، الزراعة،

القطاع الخاص، النقابات المهنية، وسائل الإعلام، المنظمات الدولية...

الكل مسؤول عن التوفيق بين المصالح المتضاربة في سبيل تحقيق أهداف

السياسة الصحية المتوخاة، والكفيلة بتأمين محيط بيئي اجتماعي وثقافي

يعزز صحة المواطن ويحافظ عليها من الأوبئة والآفات.



٦,٨ اعتبار الرعاية الصحية الأولية الانطلاقة الأساسية في سبيل ضمان صحي متطور.

٧,٨ وضع خطة لترشيد استعمال الدواء، ووضع سياسة دوائية وطنية تكفل خفض الأسعار عبر اعتماد لائحة الأدوية الأساسية وإخضاع المستوردين لرقابة فاعلة وشفافة وتشجيع الصناعة الوطنية.

٨,٨ إصلاح نظام التمويل، وترشيد الإنفاق الصحي عبر تخفيف الطلب غير الضروري المبني على توفر تقديمت أو استهلاك فائض تشجعه حوافز أنظمة التعويض، وعبر مراقبة فعالة للوكالات المالية، وتقوية القدرات التنظيمية لوزارة الصحة العامة، واعتبار الاستثمار في المجال الصحي رأسمال يجب صيانته وتطويره.

٩,٨ وضع خطة سياسية صحية تهدف إلى خفض كلفة الفاتورة الصحية في لبنان عبر تخفيض فترة الاستشفاء، وتفعيل دور مراكز الرعاية الصحية الأولية بتنظيمها ودعمها، وتغطية نفقات العناية التمريضية التي يمكن أن تقوم بها الممرضة في منزل المريض، بالإضافة إلى اعتماد طرق ووسائل مراقبة هذا العمل.

١٠,٨ ضبط عمليات الترسمل الناشطة في القطاع الطبي والاستشفائي ومراقبتها، عبر اعتماد خريطة صحية تحدد نوعية التجهيزات والعدد اللازم لسد الاحتياجات المحلية لان ذلك من شأنه أن ينعكس إيجاباً على كلفة الصحة العامة.

١١,٨ تأمين نظام موحد للتمويل مبني على قاعدة معلوماتية موحدة، والقيام بالمهمات الإحصائية وعملية رقابة وتقييم مستمرين.

١٢,٨ تعزيز الجو التنافسي بين المؤسسات الخاصة الضامنة، وحفظ حق المواطن بالحصول على نص واضح يتضمن شمولية التغطية الصحية



واستثناءاتها وعدم السماح، من خلال نظم التمويل، بالتدخلات السياسية التي تعوق عملية التنافس بين هذه المؤسسات.

٩ حق المواطنين في بيئة صحية سليمة، التي هي أحد مؤشرات التنمية البشرية الأساسية، وذلك من خلال:

١,٩ حماية الموارد الطبيعية من الملوثات وتصحيح المحيط ومراقبة المياه والمواد الغذائية.

٢,٩ التقييم المنهجي لتأثير المحيط على الصحة في ظل التطور التكنولوجي والطاقة والتنظيم المدني.

٣,٩ تطوير المفاهيم البيئية وتنظيمها وكذلك أساليب التوعية والإرشاد التي يتوجب نشرها بين الجمهور حفاظاً على السلامة العامة.

٤,٩ الاكتشاف والتدخل لمنع كل ما يمكن أن يضر بالصحة العامة في محيط يحافظ على الصحة الجسدية والنفسية ويتيح فرص تطوّر شخصية الإنسان ويحافظ على كرامته.

٥,٩ تعزيز مبدأ السلامة العامة وحمايته من القوانين والمشاريع المنفذة (طرق، أرصفة، مطاعم، ملاعب...).

١٠ أن الصحة حق عام لا يجوز استغلاله تحت شعار حرية الصناعة والتجارة وذلك من خلال:

١,١٠ إعادة النظر في مسألة أعداد الأطباء وأفراد الجهاز الطبي المساعد بالتعاون مع التعليم المهني والجامعي بحيث تتنوع اختصاصات الجسم الطبي وفق حاجات لبنان الصحية، كما يقتضي تشجيع دور أطباء الصحة العامة (صحة مدرسية، صحة مهنية...) وأطباء العائلة بالإضافة إلى استحداث اختصاصات جديدة تشمل الهندسة الطبية والخدمات



لذوي الحاجات الخاصة.

٢,١٠ تحسين المستوى العلمي للجهاز الطبي عن طريق التدريب المستمر وتعزيز لجنة الاختصاصات الطبية، ووضع التدابير اللازمة للحد من أزمة البطالة عند الجسم الطبي واعتماد امتحان الجدارة للطلاب الراغبين في دراسة الطب. واعتماد امتحانات كفاءة لحماية المهنة بالتعاون مع النقابات.

٣,١٠ تنظيم المهن الصحية والطبية المساعدة، بمنح التراخيص وأذونات الممارسة وإجراء الرقابة للتقيد بالقوانين واحترام المواصفات وتقديم الخدمات اللائقة (فنيو الأشعة، علوم التغذية، العلوم النفسية الحركية، تقويم النطق...).

٤,١٠ إقامة أنظمة صحية مرنة تتيح المشاركة والمراقبة الشعبية، وتستند إلى مراجع مبنية على قاعدة معلومات واسعة.

٥,١٠ التشديد على وجود «قانون آداب المهنة» لكل مهنة لها علاقة بتقديم الخدمات الطبية والصحية.

١١ حق المواطنين في نظام معلوماتي صحي شامل، وتوفير معطيات إحصائية سكانية واجتماعية وصحية بشكل علمي ومنظم، يشكل قاعدة معلومات تستعمل في مراحل التخطيط وتقييم المشاريع والبرامج وتطوير خلقية العلاقة العلاجية وتشمل سجلات خاصة بالأمراض الأكثر انتشارا في المجتمع اللبناني وإبلاغات مراكز الاستشفاء.

١٢ حق المواطنين في تثقيف صحي في مؤسسات التعليم وعبر برامج مشتركة بين وزارة الصحة العامة والمجتمع الأهلي ووسائل الإعلام، وفي منشورات تثقيفية تصل إلى أوسع شريحة من المواطنين، وفي الأيام



الصحة الوطنية وفق روزنامة سنوية بين القطاع العام والجمعيات الطبية والأهلية. كما لهم الحق في تدابير سلامة، ومراقبة المنتجات الغذائية والصحية، خصوصاً لجهة انتهاء الصلاحية، وحق مقاضاة الجهة المسؤولة.

١٣ يلتزم المواطنون، في مختلف المواقع ومن أجل مستقبل أفضل، الدفاع والترويج لهذه الشرعة، وإقامة تحالف قوي بغية توفير الصحة للجميع ويؤكدون العمل على:

١،١٣ المساهمة في بناء السياسات العامة والعمل من أجل الإنصاف والعدل في تقديم الخدمات الصحية.

٢،١٣ مواجهة الضغوط من أجل حماية الموارد الطبيعية ومحاربة استعمال المواد الخطرة وظروف الحياة غير الصحية والأغذية غير المناسبة والتلوث، والمخاطر المهنية والاحتفاظ السكاني.

٣،١٣ ردم التفاوت على المستوى المناطقي والاجتماعي.

٤،١٣ تعزيز مسؤولية الأفراد وتفعيل مشاركة المجتمع المحلي عبر إنشاء هيئات ولجان تنمية محلية متعددة الأطراف والاختصاصات: مجالس بلدية، جمعيات، أندية، هيئات جامعية...

٥،١٣ إعادة توجيه الخدمات ومواردها لصالح توفير الصحة للجميع.

٦،١٣ التعاون مع المنظمات والهيئات الدولية والجمعيات لوضع مبدأ «الصحة للجميع» حيز التنفيذ وفق استراتيجية منسجمة مع القيم المعنوية والأخلاقية والاجتماعية المرتبطة بهذه الشرعة.



٢ - حقوق المستفيد من الخدمة الصحية

حق المواطن في:

١٤. التمتع بأرفع مستوى صحي ممكن.
١٥. الحصول على رعاية صحية ذات نوعية وجودة تخضع لنظام حماية صحية متكامل، دون التمييز بين الأفراد والمجموعات، على أن تتضمن التغطية الصحية حاجاته كافة من طب وقائي، وطب عام، وطب نفسي، واستشفاء، وطب أسنان، وتأهيل ومختبر وأطراف صناعية وأدوية على اختلافها.
١٦. أن يكون الوصول إلى الخدمة الصحية سهلاً، وأن تكون الخدمة واقعية بحيث تأخذ بعين الاعتبار حاجاته وتتكامل مع خدمات أخرى وتخدم حالته الصحية العامة.
١٧. معرفة أسباب الحاجة إلى الخدمة وشرح انعكاساتها، وتبرير كلفتها، والاستعلام عن وجود أكثر من مصدر لتقديم الخدمة، وبحرية الاختيار الشخصي بعيداً عن المغريات والتأثيرات المختلفة، وبالقدرة على تجنب طلب الخدمة إذا كان قادراً على الاستعاضة عنها بحلول بديلة وسهلة متاحة له.
١٨. الاطلاع على المعلومات والمعطيات الموجودة على شبكات المعلومات الخاصة بكل خدمة: من أسباب الحاجة إليها، وكيفية الحصول عليها، ومكان ضررها، وكلفتها، وأماكن تقديمها خارج البلاد، في حال عدم توفرها محلياً.
١٩. دواء خاضع لرقابة طبية صيدلانية تثبت جودته وصلاحيته.
٢٠. دواء بكلفة مقبولة، يكون استيراده غير حصري وخاضع



للمنافسة، وبالتعريف عن توفر أدوية نظامية (جينيريك) قليلة الكلفة، وبتشجيع المؤسسات الصحية والضامنة على اعتمادها والأطباء على وصفها.

٢١. شمول التغطية الصحية الأدوية التي يحتاجها المريض مهما يكن ثمنها وبخاصة أدوية الأمراض المزمنة، وبالمستلزمات والمعدات اللازمة لتابعة العلاج خارج المستشفى والتي تمكنه من مراقبة مرضه وتفادي المضاعفات.

٢٢. الاطلاع على المعلومات والمعطيات عن ضرر استخدام الأدوية وانعكاساتها السلبية من خلال مركز إرشاد ومعلوماتية.

٢٣. الاعتراض والشكوى، أو الإدعاء وطلب التعويض بالوسائل القانونية المتاحة (القضاء - وسيط الجمهورية...) في حالة التعرض للأذى المادي أو الإساءة المعنوية من مقدم الخدمة، والانتساب إلى جمعيات وقوى ضغط من المستفيدين من الخدمة تعمل على ترشيد سياسة تقديم الخدمة ونوعيتها وشموليتها.

٢٤. الحصول على خدمة، مكفولة وخاضعة لرقابة وتقويم مستمرين يكون مقدمها ذا أهلية وكفاءة، وخدمته موثقة بحيث تسهل متابعة المسار الصحي للمستفيد (سجلات، بطاقة صحية...) قائمة على أسس علمية وإنسانية مع مواكبة للتطور التكنولوجي.

٢٥. تسهيل وصول من يحتاج إلى عملية زرع أعضاء إلى هذه الخدمة حسب الأولوية والتطابق دون البقاء سنوات طويلة على لائحة الانتظار والحق في تغطية كلفة زرع معدات طبية في الجسم.

٢٦. وضع تشريع يلزم باستمرارية بوليصة التأمين بعد إنتهاء عمل الشخص المؤمن عليه أو تركه العمل، وعدم خفض قيمة التغطية وعدم



حرمانه من تجديدها في حال تشخيص مرض مزمن.

٢٧. الإفادة من تقنيات التطور العلمي والتكنولوجي بشكل لا

يتعارض مع الأخلاقيات السائدة في المجتمع من خلال:

(١) الاستعانة بمنجزات مشروع الجينات لتحسين القدرة على

التشخيص المبكر.

(٢) المعالجة الجينية للأمراض الوراثية.

(٣) استخدام أصناف جديدة من الأدوية تتميز بآثار جانبية أقل

وتستهدف مواقع معينة في الجسم.

(٤) تقنيات المساعدة في الحمل المدفوع.

٢٨. احترام حياته الشخصية وإبقائها طبي الكتمان وأن تكون

موافقته المستنيرة والواضحة شرطاً يسبق أي عمل أو تدخل طبي إلا في

حالة الطوارئ.

٢٩. الحصول على موافقة المريض أو المتطوع، على المشاركة في

الأبحاث السريرية أو اختبار الأدوية، وإقرار حقه بالانسحاب منها ساعة

يريد، وبالتعويض في حال الأذى.

٣٠. تغطية معيانات وفحوصات الكشف المبكر لجميع الأمراض.

٣١. حصول الأطفال دون تمييز على تأمين صحي مهما يكن وضع

الوالدين لجهة الاستفادة من خدمات الضمان.

٣٢. خدمات تثقيف تتيح له فهم وضعه والتعامل مع مشاكله

وتخفيف تبعيته وتسهيل اندماجه في محيطه، وحسن التصرف والتعامل

مع الحالات الطارئة السهلة، وتأسيس جهاز خاص لخدمات الطوارئ

مجهز بالوسائل الضرورية ويغطي الأراضي اللبنانية كافة ويؤمن للمواطن

الوصول بسرعة وبأمان إلى مركز العناية وتلقي الخدمة دون شرط الدفع



المسبق، وذلك من خلال تخصيص رقم هاتف سهل لطلب العون يروّج له ولعناوين الجهات التي يجب إعلامها فور وقوع الحادث أو العارض عبر وسائل الإعلام والمنشورات التثقيفية.

٣٣. التثقيف الجنسي لإسهامه في بلورة شخصية الفرد وبخاصة لتمكينه الشباب من اتخاذ قرارات صحية مسؤولة ولإعطائهم مهارات نفسية اجتماعية: سلوك جنسي آمن، الإخلاص واحترام الجسد والآخر، الحب، الشراكة، والتفاعل مع الآخر، وتجنّبهم الأمراض المنتقلة جنسيا وبخاصة الإيدز وإلتهاب الكبد الفيروسي.

٣٤. توفير وسائل وأمكنة لقاء للشباب مأمونة ومفيدة (نوادي، مكتبات عامة، ملاعب...) لتجنّبهم الانحرافات السلوكية، وتنظّم فيها نشاطات تثقيفية تمدّهم بالمعارف والأمرورية اللازمة لضمان مستوى أفضل في نوعية الحياة.

٣٥. تأسيس مراكز مشورة للشباب للإصغاء إليهم وتوجيههم وتشجيعهم على المشاركة في النشاطات العامة وعلى تثقيف أقرانهم.



٣ - واجبات المستفيد من الخدمة الصحية

من واجبات المواطن:

٣٦. استيضاح سبب الحاجة إلى الخدمة الصحية ومعرفة تأثيرها السلبي.
٣٧. التقيد بتعليمات مقدم الخدمة الصحية طبيباً كان أو صيدلياً أو غير ذلك، وتسهيل عمله متابعاً بانتظام واستمرارية بروتوكول العلاج وعدم التردد في الإبلاغ عن أي تطوّر غير مألوف.
٣٨. الامتناع عن تناول الأدوية من دون وصفة طبية.
٣٩. الإقبال على وسائل التشخيص الصحي والانتساب إلى جمعيات دعم وتطوع في خدمة الآخرين كالقيام بمبادرات صحية وتنقيفية ذات بعد اجتماعي.
٤٠. المشاركة في كلفة العلاج عبر الانتساب إلى إحدى المؤسسات الضامنة وتسديد الاشتراك المناسب.
٤١. التيقن والحذر قبل طلب أية خدمة من خدمات الطب البديل.
٤٢. ممارسة النشاط البدني بشكل منتظم (ثلاثون دقيقة على الأقل يومياً).
٤٣. مراقبة نوعية الغذاء والمنتجات الغذائية وسلامتها: قراءة تاريخ انتهاء الصلاحية ومعرفة قيمتها الغذائية... وتأمين التوازن والتنوع فيها وعدم تناول العشاء متأخراً وإعطاء الأهمية لوجبة فطور الصباح.
٤٤. تنشيط وتعزيز الزراعات العضوية لتخفيف الأمراض الناتجة عن تلك المزروعة بواسطة الهرمونات والمواد الكيماوية، أو التي تتغذى من مياه ملوثة، والمخاطر الصحية الناتجة عن المبيدات.



٤٥. الامتناع عن التدخين والزجيلة اللذين يمثلان آفة اجتماعية خطيرة.

٤٦. ترشيد الإقبال على الخدمة الصحية وعدم الاستهلاك المفرط للأدوية.

٤٧. طلب الحصول على المعلومات الصحية وإعطاء مساحة أوسع للاستعلام عن المشكلات الصحية وسبل الوقاية منها: قراءة كتب، مجلات علمية، إنترنت ...

٤٨. المشاركة والتطوع في حملات تقييفية عامة.

٤٩. الإقبال على طلب الخدمات الصحية الوقائية: فحص عام، تشخيص مبكر...

٥٠. اعتماد طبيب عائلي واعتباره الجهة الأولى للمراجعة والموجه إلى طبيب الاختصاص عند الحاجة.

٥١. اعتماد حوار منفتح ومتنور مع الطبيب وحسن التعبير في وصف الحالة: مصداقية، ثقة متبادلة...

٥٢. التأكد من شروط السلامة لوسيلة النقل المستعملة وعدم القيادة تحت تأثير الخمر وعدم السرعة والالتزام بوضع حزام الأمان.

٥٣. التشجيع على وهب الأعضاء والتبرع بالدم لأصحاب الحاجة.

٥٤. التأسيس والانضواء في جمعيات تشكل قوى ضغط لرفع مستوى صحة الإنسان، والعمل على جعل عمل هذه الجمعيات متكاملًا ومتناسقًا ومتخصصًا، فلا تقع في الازدواجية بل تلبي حاجات محددة يحتاجها المواطن والمريض وعائلته.



٤ - واجبات مقدم الخدمة الصحية

واجب مقدّم الخدمة الصحية:

٥٥. أن يكون مطلعاً على التطورات والمستجدات العلمية: دورات تدريب مستمر، مؤتمرات، اشتراك في مجالات علمية، أبحاث...
٥٦. أن يكون كلامه وإرشاداته واضحة وغير قابلة للتأويل أو سوء الفهم. كأن يبيّن للمريض خيارات العلاج والجراحة حيث تدعو الحاجة ويشاركه في صنع القرار (مثلاً: سرطان الثدي: جراحة جزئية أو كاملة؟ نوع الخزعة قبل الجراحة؟).
٥٧. أن تكون إدارة عيادته أو مركزه ممكنة بشكل يمكنه من حسن المتابعة (حفظ ملف صحي خاص بكل مستفيد...).
٥٨. أن يعمل على توجيه المستفيد من الخدمة وتحويل الحالات إلى أصحاب الاختصاصات عند الحاجة.
٥٩. أن تكون علاقته مع المستفيد دائمة وليست ظرفية وأن يستوضح المستفيد عن أسباب انقطاعه.
٦٠. أن يأخذ بعين الاعتبار الإمكانيات الاقتصادية للمستفيد عبر وصف الدواء الناجع ذي الكلفة الأقل والفعال.
٦١. أن يلتزم «قانون الآداب الطبية» (قانون رقم ٢٨٨ تاريخ ٢٢/٢/١٩٩٤) وخصوصاً لجهة الحفاظ على السرية المهنية وعلى تقدير الظروف العائلية وحالة وعي المستفيد في الإعلان عن الإصابة بأمراض خطيرة.
٦٢. أن يقبل بالاستشارة والعمل ضمن فريق خاص في الحالات الصعبة (مصارحة المريض عن عدم القدرة)



٦٣. أن تكون كتابة الوصفة الطبية واضحة وسهلة القراءة دون التباس محتمل.

٦٤. أن يقبل بنشاطات اجتماعية: تثقيفية، تطوعية، خدمات مجانية...، وبخاصة لذوي الحاجات الخاصة وفي المناطق التي لا تتوفر فيها الشروط الصحية الضرورية.



٥ - ثقافة الوقاية الصحية

حيث أن الوقاية تلعب دوراً مهماً في تحقيق مستوى صحة ونوعية حياة أفضل، وتعتبر فوائدها كبيرة في حين أن كلفتها أقل، وهي تمكن المواطن من تجنب الوقوع في المرض عبر اجتناب الأسباب وعبر مده بمستوى معرفة صحية على نحو يزيد من اعتماده على نفسه ويعزز قدراته في مواجهة المشاكل الصحية وتوفير بيئة صحية سليمة في أمكنة عيشه وتواجده،

وحيث أن أبرز أفرقاء الوقاية هم: المدرسة، الجامعة، العمل، أمكنة اللعب والترفيه، المنزل، الإعلام...

لذلك تقع على المدرسة الموجبات التالية:

٦٥. تأمين شروط بيئية صحية في المدرسة: تدفئة، موقع بعيد عن التلوث وتقاطع الطرق، مقاعد صحية، إضاءة سليمة، أدوات صحية، ملاعب مسقوفة....

٦٦. أن يتوفر في المدرسة فريق مؤلف من طبيب، ممرض، مساعدة اجتماعية، اختصاصي تقويم نطق، متخصص في علم النفس يكون مسؤولاً عن تأمين الخدمات الصحية (كشف طبي دوري، حالات الطوارئ) والتثقيفية ويضع المخطط العام.

٦٧. أن يخصص لكل تلميذ ملف صحي خاص يسهل عملية متابعة حالته.

٦٨. تأمين جميع التلامذة بضمان صحي.

٦٩. إيجاد جهاز إصغاء ودعم نفسي ومشورة للتلامذة الراغبين أو الذين يحتاجون إلى مثل هذه الخدمات (إرشاد نفسي تربوي).



٧٠. أن تتضمن مناهج التعليم موضوعات صحية وان تقوم المدرسة بنشاطات صحية تثقيفية.
٧١. إعطاء أهمية لمادة التربية الرياضية والبدنية وإدخالها في صلب التقويم.
٧٢. مراقبة نوعية الغذاء وسلامة تحضيره في المدارس التي تؤمن وجبات تغذية لتلاميذها.
٧٣. مراقبة الأصناف المباعة في المدرسة والعمل على الحد من تواجدها: سكريات، بطاطا، مشروبات غازية...
٧٤. التنبه إلى وزن حقيقة التلميذ المدرسية لما يمكن أن يشكله من ضرر على صحة التلميذ، وتنظيم توزيع الدروس اليومية لجهة عدم الحاجة إلى كل الكتب، مع إمكان إيداع بعضها في المدرسة في خزانة خاصة بكل طالب.
٧٥. أن يقبل التلامذة زملاءهم من ذوي الحاجات الخاصة وان تجهز المدرسة في حدود إمكانياتها بالتجهيزات اللازمة لتسهيل اندماجهم.

حق الطالب الجامعي في:

٧٦. الحصول على خدمات صحية وقائية (تلقيح...) وعلى فحوص أساسية عند التسجيل في الجامعة لتشجيعه على الفحوص الدورية (السكري، ضغط الدم، النظر...) وعلى خدمات تثقيفية (وثائق، محاضرات...) وخدمات دعم ومشورة وإضافة مقرر التثقيف الصحي إلى الاختصاصات كافة.
٧٧. حملات تثقيف ووقاية من خطر الإدمان، والاشتراك فيها، وتأمين مراكز علاج وإعادة تأهيل للمدمنين ودمجهم في المجتمع.



٧٨. المشاركة في حملات وطنية تثقيفية ونشاطات إحصائية بالتعاون مع القطاعين الحكومي والأهلي لتعزيز المسؤولية.

حق العامل في:

٧٩. ظروف عمل صحية على مستوى التجهيزات: مقاعد، تهوئة، مكان خاص للمدخنين.

٨٠. الحصول على كل التدابير البيئية الوقائية والمعلومات الكاملة لشروط السلامة العامة والمخاطر الناتجة عن العمل وتأمين المعالجة عند حصول أي ضرر أو إصابة، والحق في فرص نقاهة وخدمات إعادة تأهيل للعاملين في المعامل والمصانع.

٨١. وقت للراحة عند الظهر والتخفيف من الضغط الناتج عن طبيعة العمل.

حق المواطن في أمكنة اللعب والترفيه:

٨٢. أن يكون موقع المكان آمناً (بعيداً عن خطر السيارات ...) ونظيفاً (بعيداً عن موقع التلوث...).

٨٣. ألا تكون طبيعة الألعاب مؤذية للبصر أو للسمع أو تعرض الذي يمارسها إلى خطر جسدي أو تشجعه على سلوكيات عنيفة.



بعض حقوق أفراد العائلة وواجباتهم:

٨٤. الحصول على خدمات التشخيص التي تتيح لهم التعامل مع الحالات الصحية الصعبة وانعكاساتها، وتوهمهم متابعة العلاج بشكل صحيح وحسن، والتشاور مع الجهاز الطبي، كما تعطيهم القدرة على اجتناب المرض.

٨٥. التحدث بحرية في المشاكل العاطفية، الجنسية، المادية، والعلائقية كافة التي يعانها أولادهم في حياتهم اليومية.

٨٦. توفير جو هادئ بعيد عن النزاعات التي تسيء إلى الأطفال وإلى الجو الطبيعي الذي يجب أن يؤمن لهم.

٨٧. الانتباه إلى مواقع الخطر وإلى التصرفات الخاطئة التي قد تعزز من إصابات الحوادث المنزلية.

٨٨. تزويد الأم بثقافة تغذوية ضرورية (نوعية الغذاء، سلامة التحضير...)

٨٩. تأمين شروط النظافة داخل المنزل وخارجه (تهوئة، إضاءة، تنظيف...) وتجنب التأنيب المعنف للطفل والتعامل معه بندية ولكن بمسؤولية ومتابعة النصح، وتقييم نوع البرامج التلفزيونية (خطر مزاولة بعض الألعاب...)

واجبات وسائل الإعلام والنشر ومراكز الأبحاث:

٩٠. بث برامج تثقيفية منهجية وموثوقة، وإصدار منشورات للهيئات الصحية والعلمية والأهلية.

٩١. إيجاد مؤسسة مشتركة بين الهيئات الرسمية والقطاع الأهلي



تكون مهمتها تزويد المؤسسات الرسمية والجمعيات والأفراد بوسائل
التثقيف وتقديم النصائح العلمية للتخطيط المنهجي.

٩٢. تشجيع الدراسات والأبحاث وبخاصة السلوكية الاجتماعية،
وعلم اجتماع الصحة لمعرفة الأنماط الاجتماعية الرائجة والعوامل المؤثرة
بها بغية أن تأتي التدخلات فعالة ومتطابقة مع الحاجات وتنشر المعلومات
وتوزع على الجمهور بأسلوب واضح مفهوم وشفاف.

٩٣. تقويم المواد التثقيفية المستعملة ومدى تأثيرها في تغيير سلوك
المتلقي.

٩٤. مراقبة البرامج التي تقدم استشارات طبية لا تأخذ بعين الاعتبار
خصوصية الفرد.

٩٥. وقف الإعلانات المضرّة بالصحة (التدخين، الكحول...) أو
على الأقل حجبتها عن أنظار الأطفال والمراهقين وعدم بثها في أوقات
برامج الأطفال والرياضة والتسليّة وإخضاع الإعلان عن المستحضرات
والمنتجات الطبية والصيدلانية لرقابة مرجعية علمية.

٩٦. ترميز محطات بث الأفلام الخلاعية لتجنب سهولة مشاهدتها
وبخاصة لغير الراشدين حفاظاً على الصحة النفسية والجسدية.



٦ - المعاملات الإدارية الصحية*

في إطار الجهود الآيلة إلى استعادة ثقة المواطنين والى التأكد من احترام الإدارة لمعايير النزاهة، وبغية تخفيف البيروقراطية التي تثقل كاهل الإدارة من خلال تبسيط أساليب العمل وإجراءاته،

للمواطن الحق في:

٩٧. توفر ملف المواطن الإلكتروني الصحي الذي يسهل حفظ المعلومات الصحية وضمان سريتها، وتأمين استمرارية متابعة المريض، وتعزيز المكتنة للحصول على إحصاءات دورية من شأنها تقديم المعلومات الضرورية لتحسين الخدمة، ووضع نظام صحي وبرامج تدخلية بغية التخفيف من الأمراض وتجنبها.

٩٨. الاطلاع على طرق وأساليب إتمام المعاملات الإدارية الصحية من خلال وسائل متعددة مرئية ومكتوبة ومسموعة عبر الشبكة الإلكترونية والحصول على دليل موثوق ومبسط يبرز سهولة الوصول إلى المعنيين بتقديم الخدمة الصحية.

٩٩. الحصول على المعلومات الضرورية حول وضعه الصحي، والحصول على معلومات تعطيها المؤسسة الصحية المعنية عن التكاليف التقريبية المتوقعة التي قد يضطر لدفعها مقابل العلاج والأعمال الطبية والإستشفائية، كما عن شروط تحميل المؤسسات الضامنة لهذه التكاليف

*وزارة الصحة العامة، دليل المواطن ١٩٩٨ (صار لازم تعرف كل شي)، بيروت،

١٩٩٨

Email: MINISTRY@PUBLIC-HEALTH.GOV.LB



والإسراع في وضع أسس موحدة لجميع المعايير الطبية والإدارية والتكنولوجية.

١٠٠. إنجاز معاملته الصحية في الإدارات الرسمية من خلال شبك موحّد **one stop shop** أو وحدة تسجيل ممكنة بحيث يتسّم الشباك الموحد الطلب ويعطيه رقماً ويتأكد من أن الوثائق كافة موجودة فيسجله ويتقاضى الرسم المفروض، في حال وجوده، بعد ذلك يحيل الشباك الموحد المعاملة إلى الوحدة المعنية لاستكمال إنجازها.

١٠١. الحصول على بطاقة صحية، إذا كان غير مضمون من أي جهة ضامنة، تخوله تأمين الخدمات الإستشفائية المناسبة (داخلية وخارجية) لحالته الصحية من أية مؤسسة إستشفائية (حكومية أو خاصة) يختارها، وتسهل له دخولها دون عناء أو تأخير، وذلك دون إرهاقه بتحضير المستندات والأوراق الشخصية والانتظار للحصول على الموافقة المطلوبة.

١٠٢. الحصول على الدواء مباشرة من وزارة الصحة العامة، إذا كان غير مضمون من أي جهة ضامنة، بعد الحصول على بطاقة صحية تخوله الانتساب إلى برنامج توزيع الأدوية وتجدد شهرياً أو فصلياً أو سنوياً وفق الحالة.

١٠٣. الدخول إلى أية مؤسسة إستشفائية رسمية أو خاصة إذا كان منتسباً إلى الهيئات الضامنة الرسمية (الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، تعاونية موظفي الدولة...) بمجرد إبراز بطاقة انتسابه على أن يتولى مراقبو هذه الهيئات إنجاز معاملة استشفائه مباشرة عبر الإتصال الإلكتروني مع إدارة الهيئة الضامنة المركزية، ودون تكليف المواطن عناء تحضير المستندات والأوراق الشخصية والانتظار للحصول على الموافقة.



١٠٤. الحصول على الدواء مباشرة من الصيدلية إذا كان منتسبا الى الهيئات الضامنة الرسمية. بمجرد إبراز بطاقة إنتسابه إلى الهيئة المعنية على ان يتم دفع النسبة المتوجبة عليه مباشرة في الصيدلية دون تكليفه عناء دفع كامل القيمة المتوجبة وانتظار استرداد ما يتوجب له بعد سلسلة من المعاملات والمستندات المطلوبة والخطوات المرهقة وغير المبسطة في معظم الأحيان.

١٠٥. أن يكون هناك سجلات وإحصائيات ودراسات عن جميع الأمراض وبخاصة سجلات السرطان. ويكون هناك أيضا سجلات للوفيات تساعد على دراسة الأمراض وأسباب الوفيات وبالتالي الوقاية والكشف المبكر.

١٠٦. من واجب الوزارات والإدارات المعنية تسديد مستحقات المؤسسات الإستشفائية بشكل دوري ومنظم لحسن إستمرارية تأدية هذه الخدمات.

ومن الواجب تعزيز تجربة استقلالية المستشفيات الحكومية بإنشاء مؤسسات عامة لإدارتها تتمتع بالاستقلال المالي والإداري واعتبارها تجربة رائدة لتقديم الخدمات الطبية والإستشفائية.

