

إدارة الدراسات العليا  
قسم العلوم السياسية



جامعة بنغازي  
كلية الاقتصاد

**تقويم السياسات الصحية في ليبيا**  
**(دراسة حالة سياسة توفير الخدمات الصحية 1969-2006)**

إعداد

فجرية خليفة العبار

إشراف الدكتور

أحمد الزروق الرشيد

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة التخصّص العالي  
(الماجستير) في العلوم السياسية

بتاريخ ...../...../2016

ربيع 2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿الَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ \* وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ﴾

صدق الله العظيم

الشعراء الآيتان (79-80)

## الإهداء

إلى روح والدي رحمة الله عليه..

إلى والدي الحبيبة أمد الله في عمرها..

إلى سندي وعوني وهديتي في الحياة.. إخوتي وأخواتي..

وإلى كل من له فضل عليّ..

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع..

## شكر وتقدير

الحمد لله ذي المن والفضل والإحسان، حمداً يليق بجلاله وعظمته، وصلّى اللهم على خاتم الرسل، من لا نبي بعده، صلاةً تقضي لنا بها الحاجات، وترفعنا بها أعلى الدرجات، وتبّلغنا بها أقصى الغايات. الحمد لله على حسن توفيقه، وكريم عونه، وعلى ما منّ وفتح به عليّ من إنجاز هذا العمل، بعد أن يسّر العسير، ودلّل من الصعاب الكثير، وفرّج الكرب والهم وأحسن التدبير، أنه على كل شيء قدير.

وبعد شكر الله وحمده، يطيب لي أن أتوجه بعظيم الامتنان، ووافر العرفان، إلى أستاذي الدكتور/ أحمد الزروق الرشيد على قبوله الإشراف على هذه الرسالة، فكان لي السند والعون، فهو صاحب الكلمة الطيبة والمعاملة الحسنة والصدر الرحب، وعلى كل ما بذله من جهد كبير، وما سداه من عون غير يسير، وما قدمه لي من ملاحظات منهجية، فوجدت منه كل التشجيع والتوجيه والمتابعة المستمرة كان لها عظيم الأثر في إعداد هذه الرسالة، وإظهارها في هذه الصورة، فجزاه الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بوافر الشكر إلى عضوي لجنة المناقشة على تفضلهما الموافقة على المشاركة في لجنة التقييم والحكم على هذه الرسالة، وأخص بالشكر والعرفان أستاذي الدكتور/ محمد زاهي بشير المغربي، فهو الذي رعى موضوع هذه الرسالة منذ إن كان فكرة، فمحتني الكثير من وقته، وإرشاداته، وآرائه القيمة، وإنني لأدعو الله أن يجزل له العطاء الكثير، وأن يجعله دائماً ذخراً وعوناً لطلاب العلم والمعرفة، كما أتوجه بالشكر إلى الأستاذ الدكتور/ محمد سعد مبارك الطويل رئيس الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية على آراءه القيمة وملاحظاته الموضوعية التي ساهمت في اظهار هذا العمل في أحسن صورة.

الشكر موصول إلى الدكتورة أمال سليمان محمود العبيدي على تقييمها الأولي للرسالة، ويقتضي مني واجب العرفان أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ/ أحمد بشير العيلة على ما بذله من جهد استثنائي في مراجعة الرسالة لغوياً وفنياً وإلى أعضاء هيئة التدريس بقسم العلوم السياسية بكلية الاقتصاد جامعة بنغازي لتوجيهاتهم ومساعداتهم القيمة التي كانت عوناً لي خلال فترة إعداد هذا البحث، وكان لتجاوبهم معي دور مهم في إنجاز هذا العمل فلهم مني كل التقدير والاحترام، والشكر الموصول إلى مركز المعلومات والتوثيق بوزارة الصحة وبالأخص الأستاذ محمد ابراهيم على تزويدهم لي بالتقارير والإحصائيات، وموظفي قسم ليبيا بدار الكتب الوطنية، وإلى كل من مد لي يد العون، ممن لم تسعفني الذاكرة بذكرهم بالشكر، فجزاهم الله عني خير الجزاء.



## قائمة المحتويات

ب	..... الآية القرآنية
ج	..... الإهداء
د	..... شكر وتقدير
هـ	..... قائمة المحتويات
ط	..... قائمة الجداول
س	..... قائمة الأشكال
ر	..... ملخص الدراسة

## مقدمة الدراسة

2	..... تمهيد
3	..... الدراسات السابقة
11	..... مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
12	..... تحديد المفاهيم
14	..... أهمية الدراسة
14	..... أهداف الدراسة
14	..... مناهج الدراسة ومداخلها
15	..... مصادر وأدوات جمع البيانات والمعلومات
16	..... نطاق الدراسة وحدودها
16	..... محتويات الدراسة

## الفصل الأول

### الإطار النظري للدراسة

20	..... تمهيد
21	..... المبحث الأول: تقويم السياسة العامة: إطار نظري
21	..... أولاً: مفهوم السياسات العامة

23	.....ثانياً: تقويم السياسة العامة.
32	.....المبحث الثاني: مفهوم النظام الصحي والخدمات الصحية.
32	.....أولاً: مفهوم الصحة
33	.....ثانياً: مفهوم الرعاية الصحية الأولية.
35	.....ثالثاً: مفهوم النظام الصحي
43	.....رابعاً: مفهوم الخدمات الصحية.
49	.....خامساً: السياسات الصحية.
51	.....سادساً: مفهوم الأمن الصحي.
57	.....المبحث الثالث: تطور النظام الصحي وتطور الخدمات الصحية في ليبيا
57	.....أولاً: تطور النظام الصحي والخدمات الصحية في ليبيا
66	.....ثانياً: الخدمات الصحية في ليبيا خلال الفترة 1951-1969
76	.....ثالثاً: المؤشرات الصحية في ليبيا خلال الفترة 1951-1969
78	.....خلاصة

## الفصل الثاني

### السياسة العامة للصحة في ليبيا

#### سياسة توفير الخدمات الصحية خلال الفترة 1969-1976

80	.....تمهيد
81	.....المبحث الأول: سياسة توفير الخدمات الصحية خلال الفترة 1969-1976
81	.....أولاً: الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة خلال الفترة 1969-1976
86	.....ثانياً: الأهداف الصحية الواردة ضمن الخطط التنموية خلال الفترة 1969-1976
87	.....ثالثاً: التشريعات الصحية خلال الفترة 1969-1976
87	.....رابعاً: المشروعات والبرامج الصحية خلال الفترة 1969-1976
107	.....المبحث الثالث: تقويم سياسة توفير الخدمات الصحية خلال الفترة 1969-1976
107	.....أولاً: المؤشرات الخاصة بمستويات الخدمات الصحية
122	.....ثانياً: أثر الخدمات الصحية على المستوى الصحي للسكان

129 ..... خلاصة

### الفصل الثالث

#### السياسة العامة للصحة في ليبيا

#### سياسة توفير الخدمات الصحية 1991-1977

131 ..... تمهيد

132 ..... المبحث الأول: سياسة توفير الخدمات الصحية خلال الفترة 1991-1977

133 ..... أولاً: الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة خلال الفترة 1991-1977

136 ..... ثانياً: أهداف السياسات الصحية في ليبيا خلال الفترة 1991-1977

139 ..... ثالثاً: التشريعات الصحية خلال الفترة 1991-1977

140 ..... رابعاً: المشروعات والبرامج الصحية خلال الفترة 1991-1977

159 ..... المبحث الثاني: تقييم سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة 1991-1977

159 ..... أولاً: المؤشرات الخاصة بمستويات الخدمات الصحية

174 ..... ثانياً: أثر الخدمات الصحية على المستوى الصحي للسكان

183 ..... خلاصة

### الفصل الرابع

#### السياسة العامة للصحة في ليبيا

#### سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة 2006-1992

186 ..... تمهيد

187 ..... المبحث الأول: سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة من 2006-1992

189 ..... أولاً: الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة خلال الفترة 2006-1992

192 ..... ثانياً: أهداف السياسات الصحية في ليبيا خلال الفترة 2006-1992

193	.....ثالثاً: التشريعات الصحية خلال الفترة 1992-2006
196	.....رابعاً: المشروعات والبرامج الصحية خلال الفترة 1992-2006
216	.....المبحث الثاني: تقييم سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة 1992-2006
216	.....أولاً: المؤشرات الخاصة بمستويات الخدمات الصحية
236	.....ثانياً: أثر الخدمات الصحية على المستوى الصحي للسكان
243	.....خلاصة

## الفصل الخامس

### تقييم مقارن لسياسة الخدمات الصحية خلال فترة الدراسة

245	.....تمهيد
246	.....المبحث الاول: تطور الخدمات الصحية ومعدلات الاستخدام خلال الفترة الزمنية محل الدراسة
270	.....المبحث الثاني: أثر الخدمات الصحية المقدمة على المستوى الصحي للسكان خلال الفترة الزمنية للدراسة ...
270	.....أولاً: المؤشرات الصحية للسكان خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة
	.....ثانياً: تحليل العلاقة بين معدلات توفر الخدمات الصحية والمؤشرات الصحية للسكان خلال الفترات
287	.....الزمنية الثلاثة للدراسة
294	.....خلاصة
295	.....خاتمة الدراسة
300	.....مراجع الدراسة

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
58	الحالات التي تمت معالجتها في مستوصف بنغازي 1906-1913.....	(1.1)
59	نزلاء مستشفى الملك فيكتور إيمانويل الثالث بطرابلس في الفترة 1925-1930.....	(2.1)
61	نسبة الوفيات بين الأطفال المسلمين بمدينة طرابلس 1916-1920.....	(3.1)
62	أسباب الوفاة بين الأطفال في فترة ثلاثينيات القرن العشرين.....	(4.1)
62	النسبة المئوية لوفيات الأطفال في السنة الأولى من حياتهم في الفترة 1925-1928.....	(5.1)
66	عدد المستشفيات الحكومية في برقة وعدد الأسرّة فيها حسب نوع المرض عام 1959.....	(6.1)
67	عدد المستشفيات في ليبيا خلال الفترة 1959-1965.....	(7.1)
68	التلقيح والتطعيم ضد الأوبئة بولاية برقة لعام 1960.....	(8.1)
69	عدد الأطباء البشريين وأطباء الأسنان والصيدالة والكيميائيين 1959-1969.....	(9.1)
70	عدد الممرضين والفنيين وغيرهم من العمال الصحيين خلال الفترة 1965-1968.....	(10.1)
71	الإنفاق على القطاع الصحي خلال الفترة من 1950-1962.....	(11.1)
72	توزيع الموارد الصحية لقطاع الصحة لعام 1964.....	(12.1)
72	مخصصات ميزانية التنمية لبعض القطاعات خلال 1963-1969 (ملايين الجنيهات)	(13.1)
75	الإنفاق على ميزانية التنمية لبعض القطاعات 1963-1969 (ملايين الجنيهات).....	(14.1)
76	معدل الوفيات في ليبيا مقارنة ببعض المناطق الأخرى في الفترة 1950-1970.....	(15.1)
77	متوسط العمر المتوقع في ليبيا والمناطق الأخرى في الفترة 1950-1970.....	(16.1)
89	تطور مراكز الرعاية الصحية والعيادات ومراكز رعاية الأمومة 1969-1972.....	(1.2)
90	تطور عدد المستشفيات والأسرّة ومعدلاتها في الفترة 1969-1972.....	(2.2)
92	تطور عدد المرافق الصحية خلال الفترة 1972-1976.....	(3.2)
94	تطور المستشفيات والأسرّة ومعدلاتها خلال الفترة 1972-1976.....	(4.2)
97	التطور العددي لمراكز الدرن خلال الفترة 1969-1976.....	(5.2)
98	تطور معدلات الإصابة بالأمراض السارية 1969-1978 لكل 100 ألف.....	(6.2)
99	إجمالي حالات الدرن الرئوي حسب السنوات 1972-1976.....	(7.2)
99	إجمالي حالات الإصابة بمرض الملاريا حسب السنوات 1972-1976.....	(8.2)
102	تطور مصروفات الفعلية للأدوية خلال الفترة 1969-1976.....	(9.2)
104	تطور عدد الأطباء وأطباء الأسنان الصيدالة خلال الفترة 1969-1976.....	(10.2)

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
105	تطور أعداد هيئات التمريض 1969-1976.....	(11.2)
106	تطور إعداد الموارد البشرية بعد تنفيذ الخطة الثلاثية 1973-1975.....	(12.2)
107	مخصصات ميزانية التحول حسب القطاعات 1970-1975.....	(13.2)
108	مخصصات ميزانية التنمية حسب القطاعات في 1970-1976 (بالمليون دينار) .....	(14.2)
109	توزيع الموارد المالية على المشاريع المختلفة لقطاع الصحة في الفترة 1969-1976....	(15.2)
110	الإنفاق الفعلي لميزانية التنمية حسب القطاعات 1970-1976 بالمليون دينار.....	(16.2)
111	المخصصات المالية لقطاع الصحة ونسبة الصرف 1969-1976 بالمليون دينار.....	(17.2)
112	توزيع مخصصات قطاع الصحة من ميزانية التنمية للسنة المالية 1971/1972.....	(18.2)
113	نسبة الإنفاق على الفرد من ميزانية العادية لقطاع الصحة.....	(19.2)
115	عدد المرافق الصحية الأولية إلى عدد السكان خلال الفترة 1969-1976.....	(20.2)
116	تطور عدد المستشفيات والأسرة ومعدلها لعدد السكان في الفترة 1969-1976.....	(21.2)
117	عدد الأسرة والمستهدف قبل الخطة وبعدها لكل المحافظات 1973-1975.....	(22.2)
118	عدد الاسرة بالنسبة لكل طبيب وممرضة.....	(23.2)
119	تطور إعداد الأطباء وهيئات التمريض لعدد السكان 1969-1976.....	(24.2)
120	نسبة السكان إلى الطبيب الواحد والممرض الواحد عام 1975 في ليبيا مع مقارنات دولية	(25.2)
121	معدل هيئة التمريض والقابلات إلى عدد الاطباء خلال الفترة 1970-1976.....	(26.2)
123	عدد المواليد الإحياء لكل لألف من السكان.....	(27.2)
124	معدل الوفيات الخام في ليبيا مقارنة بمناطق أخرى من العالم 1965-1975.....	(28.2)
126	عدد وفيات الأطفال الرضع لكل لألف من السكان.....	(29.2)
127	مؤشر العمر المتوقع في ليبيا عند الولادة مع بعض المقارنات العالمية عام 1975.....	(30.2)
127	متوسط العمر المتوقع في ليبيا والمناطق الأخرى خلال الفترة 1965 - 1975.....	(31.2)
141	تطور مرافق الرعاية الصحية الأولية 1977-1991.....	(1.3)
145	التطور العددي في المستشفيات العامة والتخصصية 1977-1991.....	(2.3)
146	عدد أجهزة التشخيص والعلاج المتقدم بالمستشفيات للسنوات 1989-1991.....	(3.3)
148	تطور نسبة التغطية بالتحصينات الأساسية خلال الفترة 1981-1989.....	(4.3)
149	إجمالي حالات الإصابة بالمalaria حسب السنوات 1977-1986.....	(5.3)
150	إجمالي حالات متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) 1991-1989.....	(6.3)
151	إجمالي حالات الدرن الرئوي حسب السنوات 1977-1991.....	(7.3)

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
152	تطور مراكز مكافحة الدرن خلال الفترة 1977-1991.....	(8.3)
153	التغير في حجم واردات الأدوية والمستلزمات الطبية ونصيب الفرد 1990-1991.....	(9.3)
155	عدد الخريجين من المعاهد الصحية خلال الفترة 1977-1991.....	(10.3)
156	يتبع عدد الخريجين من المعاهد الصحية خلال الفترة 1987-1991.....	(10.3)
157	تطور الموارد الصحية البشرية خلال الفترة 1977-1991.....	(11.3)
160	التكوين الرأسمالي الثابت الإجمالي حسب الأنشطة الاقتصادية في الفترة 1979-1988 (بقيمة المشتريات الجارية بالمليون دينار) .....	(12.3)
160	المبالغ المرصودة لقطاع الصحة في خطتي التنمية الاقتصادية 1976-1980 و1981-1985.....	(13.3)
160	مخصصات قطاع الصحة المالية ونسبة الصرف فيها 1977-1991.....	(14.3)
161	قيمة الإنفاق على الفرد من ميزانية الصحة خلال الفترة 1977-1988.....	(15.3)
162	عدد الأسرة نسبة إلى عدد السكان خلال الفترة 1977-1991.....	(16.3)
164	عدد الأسرة بالنسبة لعدد الموارد البشرية خلال الفترة 1977-1991.....	(17.3)
165	عدد المرافق الصحية الأولية نسبة إلى السكان خلال الفترة 1977-1991.....	(18.3)
167	تطور عدد الأطباء الليبيين وغير الليبيين خلال الفترة 1975-1985.....	(19.3)
168	تطور عدد الأطباء خلال الفترة 1977-1991.....	(20.3)
169	التطور في عدد الاطباء إلى عدد السكان خلال الفترة 1977-1991.....	(21.3)
170	التطور في عدد الصيادلة إلى عدد السكان خلال الفترة 1977-1991.....	(22.3)
171	عدد هيئة التمريض والقابلات نسبة إلى عدد سكان خلال الفترة 1977-1991.....	(23.3)
172	معدل عدد الممرضات إلى عدد الأطباء خلال الفترة 1977-1991.....	(24.3)
173	تطور عدد الفنيين الصحيين لعدد السكان خلال الفترة 1977-1991.....	(25.3)
174	الهيئات الطبية المساعدة خلال الفترة 1975-1985.....	(26.3)
175	عدد المواليد خلال السنوات 1977-1991.....	(27.3)
176	عدد الوفيات خلال السنوات 1977-1991.....	(28.3)
177	معدل الوفيات الخام في ليبيا مقارنة ببعض مناطق العالم الأخر 1975-1990.....	(29.3)
178	توزيع عدد ومعدل وفيات الأطفال الرضع الليبيين خلال الفترة 1977-1989.....	(30.3)
179	معدلات وفيات الرضع والأطفال في ليبيا مع مقارنات عالمية 1975-1978.....	(31.3)

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
	معدل وفيات دون سن الخامسة (لكل 1000 شخص) في ليبيا مقارنة مع بعض دول إقليم شرق المتوسط خلال الفترة 1980-1991.....	(32.3)
180	متوسط العمر المتوقع في ليبيا خلال الفترة 1980-1991.....	(33.3)
181	العمر المتوقع عند الميلاد في ليبيا مع بعض المقارنات العالمية 1975-1978 .....	(34.3)
182	متوسط العمر المتوقع في ليبيا والمناطق الأخرى خلال السنوات 1975-1990 .....	(35.3)
197	تطور مرافق الرعاية الصحية الأولية خلال سنوات مختارة.....	(1.4)
198	التطور العددي في المستشفيات العامة والتخصصية في قطاع الصحة سنوات مختارة	(2.4)
199	عدد أجهزة التشخيص والعلاج المتقدم بالمستشفيات سنوات مختارة .....	(3.4)
201	التوزيع العددي والنسبي للمرافق الصحية التشاركية والخاصة حسب تاريخ بدء نشاطها	(4.4)
202	عدد المصحات والعيادات التشاركية والخاصة عام 2006 .....	(5.4)
203	تطور نسبة التغطية بالتحصينات الأساسية خلال سنوات مختارة.....	(6.4)
204	المؤشرات الخاصة بالرعاية الصحية الأولية لسنة 2005.....	(7.4)
205	حالات الإصابة بالأمراض خلال السنوات 1992-2006.....	(8.4)
207	معدل الإصابة بعدد من الأمراض المعدية.....	(9.4)
209	التغير في حجم واردات الأدوية والمستلزمات الطبية خلال الفترة 1992-2006.....	(10.4)
210	التغير في نصيب الفرد من الأدوية والمستلزمات الطبية بالدينار الليبي 1992-2006	(11.4)
211	مقارنة بين نصيب الفرد من الادوية في بعض دول العالم لسنة 1999.....	(12.4)
212	عدد الخريجين من المعاهد الصحية خلال سنوات مختارة .....	(13.4)
213	عدد الخريجين من المعاهد الصحية خلال الفترة 1992-2003.....	(14.4)
213	عدد الخريجين من الكليات الطبية حتى نهاية عام 2006 مسيحي.....	(14.4)
214	تطور الموارد الصحية البشرية خلال سنوات مختارة.....	(15.4)
215	تطور أعداد القوى العاملة الطبية والطبية المساعدة خلال الفترة 1996-2006 .....	(16.4)
217	مخصصات ومصروفات ميزانية التحول الخاصة بقطاع الصحة للفترة 1992-2006	(17.4)
219	الإنفاق الفعلي على الصحة خلال الفترة 2000-2006.....	(18.4)
220	مخصصات الخدمات الصحية في الميزانية التسييرية 2000-2001 (بآلاف الدنانير)	(19.4)
221	الإنفاق على الرعاية الصحية خلال السنوات 1995-2006 .....	(20.4)
222	النفقات الصحية العامة والخاصة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي.....	(21.4)
222	الإنفاق السنوي للأسرة الليبية خلال الفترة 2002-2003.....	(22.4)



الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
223	الإنفاق على الرعاية الصحية (النسبة من إجمالي الناتج المحلي) .....	(23.4)
224	نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية بالملايين، (بالدولار الأمريكي) .....	(24.4)
225	عدد مرافق الرعاية الصحية إلى عدد السكان خلال الفترة 1992-2006 .....	(25.4)
226	عدد العيادات المجهزة والمراكز الصحية نسبة إلى عدد السكان .....	(26.4)
228	عدد وحدات الرعاية الصحية والمستشفيات نسبة إلى عدد السكان .....	(27.4)
228	مقارنة مرافق الرعاية الصحية الأولية بين بعض بلدان الشرق الأوسط .....	(28.4)
229	توزيع الأسرة حسب الشعبيات لسنة 2006 .....	(29.4)
230	عدد الأسرة نسبة إلى عدد السكان خلال الفترة 1992-2006 .....	(30.4)
232	عدد الأسرة بالنسبة لعدد الموارد البشرية خلال الفترة 1992-2006 .....	(31.4)
233	الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة حسب الشعبيات لسنة 2006 .....	(32.4)
234	تطور الموارد الصحية البشرية خلال الفترة 1992-2006 .....	(33.4)
235	المؤشرات الصحية الخاصة بالقوى العاملة خلال الفترة 1992-2006 .....	(34.4)
236	معدل هيئة التمريض والقابلات إلى عدد الأطباء خلال الفترة 1992-2006 .....	(35.4)
237	التوزيع العددي للمواليد الليبيين حسب النوع خلال الفترة 1992-2006 .....	(36.4)
238	التوزيع العددي لوفيات الليبيين حسب النوع خلال الفترة 1992-2006 .....	(37.4)
239	توزيع وفيات الأطفال الرضع الليبيين الأقل من سنة ومعدلها في الفترة 1992-2006	(38.4)
240	توزيع وفيات الأطفال في ليبيا خلال الفترة 1992-2006 .....	(39.4)
241	معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة في ليبيا مقارنة ببعض دول شرق المتوسط خلال الفترة 1992-2006 .....	(40.4)
242	العمر المتوقع عند الولادة في ليبيا مقارنة ببعض دول الشرق الأوسط 1992-2006	(41.4)
247	المرافق الصحية الاولية بالنسبة لعدد السكان خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة	(1.5)
254	عدد المستشفيات والاسرة ومعدلاتها بالنسبة لعدد السكان خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة .....	(2.5)
260	عدد الموارد البشرية ومعدلاتها بالنسبة لعدد السكان خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة .....	(3.5)
261	القوى العاملة الطبية والطبية المساعدة خلال الفترة 1975-2006 .....	(4.5)
264	التكوين الرأسمالي الثابت الاجمالي لبعض القطاعات خلال الفترة 1970-1988 .....	(5.5)
266	ميزانية قطاع الصحة والانفاق العام خلال الفترة 2000-2006 .....	(6.5)

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
267	المخصصات والانفاق الفعلي على قطاع الصحة خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة	(7.5)
271	تطور نسبة التغطية بالتطعيمات الاساسية خلال الفترة 1981-2006 .....	(8.5)
272	عدد حالات الاصابة بالأمراض خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة .....	(9.5)
280	معدلات الاصابة عند الليبيين والوافدين ببعض الامراض خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة .....	(10.5)
282	المؤشرات الصحية للسكان خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة .....	(11.5)

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
58	الحالات التي تمت معالجتها في مستوصف بنغازي 1906-1913.....	(1.1)
61	نسبة الوفيات بين الأطفال المسلمين بمدينة طرابلس .....	(2.1)
62	النسبة المئوية لوفيات الاطفال في السنة الاولى من حياتهم خلال الفترة 1925-1928.....	(3.1)
66	عدد المستشفيات الحكومية في ولاية برقة وعدد الاسرة فيها حسب نوع المرض لسنة 1959 .....	(4.1)
67	عدد المستشفيات الحكومية في ليبيا خلال الفترة 1950-1959.....	(5.1)
67	عدد الاسرة في المستشفيات الحكومية في ليبيا خلال الفترة 1950-1959.....	(6.1)
68	التلقيح والتطعيم ضد الاوبئة في ولاية برقة لعام 1960.....	(7.1)
69	عدد الموارد البشرية خلال الفترة 1959-1969.....	(8.1)
70	عدد الممرضين والفتيون وغيرهم من العمال الصحيين خلال الفترة 1965-1968.....	(9.1)
71	الإنفاق على القطاع الصحي خلال الفترة من 1950-1962.....	(10.1)
72	كيفية توزيع الموارد الصحية على قطاع الصحة عام 1964.....	(11.1)
77	معدل الوفيات في ليبيا مقارنة ببعض المناطق الأخرى 1950-1970م .....	(12.1)
77	متوسط العمر المتوقع في ليبيا والمناطق الاخرى خلال الفترة 1950-1970.....	(13.1)
81	التنظيم الداخلي لأجهزة وزارة الصحة حسب قرار وزير الصحة رقم (274) 1969.....	(1.2)
84	إدارات الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة 1973.....	(2.2)
85	التقسيم الإداري للهيكل التنظيمي لوزارة الصحة حسب قرار (174) لسنة 1973.....	(3.2)
85	الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة 1973.....	(4.2)
89	تطور المرافق الصحية الاولى خلال الفترة 1969-1972.....	(5.2)
90	معدل الاسرة لكل 1000 نسمة خلال الفترة 1969-1972.....	(6.2)
93	تطور عدد المرافق الصحية الاولى والمستشفيات خلال الفترة 1972-1976.....	(7.2)
94	معدل الاسرة لكل 1000 نسمة خلال الفترة 1972-1976.....	(8.2)
97	تطور معدلات الإصابة بالأمراض السارية كل 100 ألف نسمة خلال الفترة 1969-1978.....	(9.2)
99	إجمالي حالات الدرن الرئوي حسب بالسنوات 1972-1976م.....	(10.2)
100	إجمالي حالات الإصابة بمرض الملاريا حسب السنوات 1972-1976م.....	(11.2)
102	تطور مصروفات الأدوية الفعلية خلال 1969-1976م .....	(12.2)
105	تطور في عدد الاطباء والصيادلة خلال الفترة 1969-1976	(13.2)

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
106	تطور في عدد هيئة التمريض خلال الفترة 1969-1976 .....	(14.2)
114	قيمة الانفاق على الفرد من الميزانية العادية لقطاع الصحة خلال الفترة 1969-1976 .....	(15.2)
116	عدد الاسرة خلال الفترة 1969-1976 .....	(16.2)
118	معدل الاسرة لكل 1000 نسمة حسب المحافظات خلال الفترة 1973-1975 .....	(17.2)
118	عدد الاسرة بالنسبة لكل طبيب وممرضة .....	(18.2)
120	نسبة السكان إلى الطبيب والممرض الواحد في ليبيا مقارن مع الدول الغنية والفقيرة .....	(19.2)
121	معدل هيئة التمريض إلى عدد الاطباء خلال الفترة 1970-1976 .....	(20.2)
124	نسبة المواليد الاحياء والمواليد الموتى لكل 1000 من السكان خلال الفترة 1969-1975 .....	(21.2)
125	معدل الوفيات الخام في ليبيا مقارنة بمناطق أخرى من العالم 1965-1975 .....	(22.2)
126	عدد وفيات الأطفال الرضع لكل لألف من السكان .....	(23.2)
127	العمر المتوقع في ليبيا عند الولادة 1975 .....	(24.2)
128	متوسط العمر المتوقع في ليبيا والمناطق الأخرى خلال الفترة 1965 - 1975 .....	(25.2)
134	الشكل التنظيمي لقطاع الصحة سنة 1979 .....	(1.3)
134	التنظيم الداخلي لقطاع الصحة سنة 1979-1980 .....	(2.3)
135	التنظيم الداخلي لقطاع الصحة سنة 1989 .....	(3-3)
142	تطور مرافق الرعاية الصحية الأولية والعيادات 1977-1991 .....	(4-3)
146	التطور العددي في المستشفيات العامة والتخصصية خلال الفترة 1977-1991 .....	(5.3)
146	التطور في عدد الاسرة خلال الفترة 1977-1991 .....	(6-3)
148	تطور نسبة التغطية بالتحصينات الأساسية 1981-1989 .....	(7-3)
149	اجمالي حالات الاصابة بالمalaria خلال الفترة 1977-1986 .....	(8.3)
150	اجمالي حالات متلازمة العوز المناعي المكتسب (الايدز) خلال الفترة 1989-1991 .....	(9.3)
151	اجمالي حالات الدرن الرئوي خلال الفترة 1977-1991 .....	(10.3)
152	تطور مراكز الدرن خلال الفترة 1977-1991 .....	(11.3)
156	عدد الخريجين من المعاهد الصحية خلال الفترة 1987-1991 .....	(12.3)
158	تطور الموارد الصحية البشرية خلال الفترة 1977-1991 .....	(13-3)
161	مخصصات قطاع الصحة ونسبة الصرف فيها خلال الفترة 1977-1991 .....	(14.3)

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
161	قيمة الانفاق على الفرد من ميزانية الصحة خلال الفترة 1977-1988.....	(15.3)
163	عدد الأسرّة خلال الفترة 1977-1991.....	(16-3)
165	عدد السكان لكل مرفق صحي واحد خلال الفترة 1977-1991.....	(17.3)
167	تطور عدد الأطباء الليبيين وغير الليبيين 1975-1985.....	(18-3)
168	معدل النمو في عدد الاطباء خلال الفترة 1977-1991.....	(19-3)
172	معدل النمو في عدد هيئة التمريض نسبة لعدد السكان خلال الفترة 1977-1991 ....	(20-3)
175	عدد المواليد خلال الفترة 1977-1991.....	(21-3)
175	معدل المواليد الخام خلال السنوات 1977-1991.....	(22.3)
176	عدد الوفيات خلال السنوات 1977-1991.....	(23.3)
178	توزيع عدد وفيات الاطفال الرضع الليبيين خلال الفترة 1977-1991.....	(24.3)
179	معدل وفيات الاطفال الرضع لكل ألف مولود حي خلال الفترة 1977-1989.....	(25.3)
190	الهيكل التنظيمي لأمانة الصحة حسب القرار رقم (875) لسنة 1992.....	(1-4)
191	الهيكل التنظيمي للجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي لسنة 1999.....	(2-4)
192	الهيكل التنظيمي للجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة حسب القرار (57) 2006.....	(3-4)
197	تطور مرافق الرعاية الصحية الأولية والعيادات المجموعة خلال سنوات مختارة.....	(4-4)
198	التطور العددي في المستشفيات العامة والتخصصية.....	(5-4)
200	عدد أجهزة التشخيص والعلاج المتقدم بالمستشفيات خلال سنوات مختارة.....	(6-4)
201	التوزيع العددي والنسبي للمرافق الصحية التشاركية والخاصة حسب تاريخ بدء نشاطها	(7-4)
204	تطور نسبة التغطية بالتحصينات خلال سنوات مختارة.....	(8.4)
206	عدد حالات الاصابة بالحصبة خلال الفترة 1992-2006.....	(9-4)
206	عدد حالات الاصابة بالسعال الديكي خلال الفترة 1992-2006.....	(10.4)
206	عدد حالات الاصابة بالدرن الرئوي خلال الفترة 1992-2006.....	(11.4)
206	عدد حالات الاصابة بالجذام خلال الفترة 1992-2006.....	(12.4)
206	عدد حالات الاصابة بالمalaria خلال الفترة 1992-2006.....	(13.4)
206	عدد حالات الاصابة بالإيدز خلال الفترة 1992-2006.....	(14.4)
209	التغير في حجم واردات الأدوية والمستلزمات الطبية سنوات مختارة بملايين الدنانير....	(15-4)
210	نصيب الفرد من الأدوية والمستلزمات الطبية بالدينار الليبي 1992-2006.....	(16-4)

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
214	عدد الخريجين من الكليات الطبية حتى نهاية عام 2006	(17-4)
214	تطور الموارد الصحية البشرية خلال سنوات مختارة	(18-4)
217	مخصصات ومصروفات ميزانية التحول الخاصة بقطاع الصحة للفترة 1992-2006	(19-4)
223	الأنفاق السنوي للأسرة الليبية خلال الفترة 2002-2003	(20.4)
229	عدد السكان لكل سرير واحد حسب الشعبيات لسنة 2006	(21.4)
231	معدل نمو الاسرة خلال الفترة 1992-2006	(22-4)
237	معدل المواليد الخام في الألف خلال الفترة 1992-2006	(23-4)
238	معدل الوفيات الخام في الالف خلال الفترة 1992-2006	(24.4)
240	معدل وفيات الأطفال الرضع الليبيين خلال الفترة 1992-2006م	(25-4)
241	معدل وفيات الأطفال بعمر دون السن الخامسة 1992-2006	(26-4)
247	عدد وحدات الرعاية الصحية الاساسية خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(1.5)
248	عدد العيادات المجمعّة خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(2.5)
249	عدد مراكز الرعاية الصحية الاساسية خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(3.5)
249	عدد مراكز الدرن خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(4.5)
249	مقدار الزيادة في عدد مراكز الدرن خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(5.5)
250	معدل مرافق الرعاية الصحية الاولية لكل 10000 نسمة خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(6.5)
251	عدد السكان لكل مرفق صحي واحد خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(7.5)
252	عدد المستشفيات العامة والتخصصية خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(8.5)
253	عدد الاسرة لكل 10000 نسمة خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(9.5)
254	عدد الاسرة لكل طبيب واحد خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(10.5)
255	عدد الاسرة لكل ممرضة واحدة خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(11.5)
261	الموارد البشرية في القطاع الصحي خلال الفترة 1975-2006	(12.5)
262	نسبة ما خصص لقطاع الصحة إلى اجمالي المبالغ المستثمرة خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(13.5)
265	التكوين الرأسمالي الثابت الاجمالي لبعض القطاعات خلال عامي 1970-1988	(14.5)
266	قيمة ميزانية الصحة والانفاق العام خلال الفترة الثالثة للدراسة	(15.5)
267	المخصصات والانفاق الفعلي على قطاع الصحة خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(16.5)

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
268	نسبة الانفاق من الناتج المحلي الاجمالي خلال الفترة 2006-2000.....	(17.5)
272	نسبة الاطفال المطعمين بالتطعيمات المختلفة خلال الفترة 2006-1981.....	(18.5)
274	نسبة الاصابة بمرض الحصبة خلال الفترات الثلاثة للدراسة.....	(19.5)
274	نسبة الاصابة بمرض شلل الاطفال خلال الفترات الثلاثة للدراسة.....	(20.5)
274	نسبة المصابين بمرض السعال الديكي خلال الفترات الثلاثة للدراسة.....	(21.5)
275	نسبة الاصابة بمرض الدفتيريا خلال الفترات الثلاثة للدراسة.....	(22.5)
276	نسبة الاصابة بمرض الدرن الرئوي خلال الفترات الثلاثة للدراسة.....	(23.5)
277	نسبة الاصابة بمرض الملاريا خلال الفترات الثلاثة للدراسة.....	(24.5)
277	نسبة الاصابة بمرض الملاريا بين الليبيين والوافدين خلال الفترات الثلاثة للدراسة.....	(25.5)
278	نسبة الاصابة بمرض الجذام خلال الفترات الثلاثة للدراسة.....	(26.5)
278	نسبة الاصابة بمرض الايدز خلال الفترات الثلاثة للدراسة.....	(27.5)
279	نسبة الاصابة بمرض الايدز بين الليبيين والوافدين خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(28.5)
279	نسبة الاصابة بمرض البلهارسيا خلال الفترات الثلاثة للدراسة.....	(29.5)
280	نسبة الاصابة بمرض البلهارسيا بين الليبيين والوافدين خلال الفترات الثلاثة للدراسة	(30.5)
283	معدل المواليد الخام خلال الفترة 2006-1970.....	(31.5)
285	معدل وفيات الاطفال الرضع من الالف خلال الفترة 2006-1970.....	(32.5)
286	معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة خلال الفترة 2006-1970.....	(33.5)
287	متوسط العمر المتوقع عند الميلاد خلال الفترة 2006-1970.....	(34.5)
289	العلاقة بين عدد الاسرة ومؤشر عدد الوفيات الاطفال الرضع خلال الفترة 1970-2006.....	(35.5)
290	العلاقة بين عدد الاسرة لكل 1000 نسمة مع معدل الوفيات الخام خلال الفترة 1991-1981.....	(36.5)
293	العلاقة بين عدد الاسرة لكل 10000 نسمة مع معدل الوفيات الخام 2006-1970	(37.5)
293	العلاقة بين عدد الاسرة لكل 10000 نسمة مع متوسط العمر 2006-1970.....	(38.5)
293	العلاقة بين الاداء الصحي ومؤشر معدل الوفيات الرضع 2006-1970.....	(39.5)
294	العلاقة بين الاداء الصحي ومؤشر العمر المتوقع عند الميلاد 2006-1970.....	(40.5)

## ملخص الدراسة

الصحة هي حق من حقوق الانسان وضرورة اتاحة الرعاية الصحية امام الجميع بما يتناسب مع كافة الشرائح الاجتماعية هي مسئولية الدولة وصحة الفرد من المقومات الاساسية للمجتمع فهي مطلب اساسي من مطالب الحياة وهي ايضا ضرورة من ضرورات التنمية، فالإنسان الذي تتكامل له صحة نفسية وجسمية هو الانسان الاقدر على العمل الانتاجي وتحقيق اهداف التنمية، والدولة التي تسعى لتحقيق التنمية لابد ان تعمل على حماية صحة الفرد ومنع المرض عنه وثم توفير الخدمات اللازمة لسرعة اكتشاف أي انحراف في الصحة نتيجة المرض او الاصابة او تلوث البيئة وتوفير العلاج الكامل لشفائه من المرض ومضاعفاته ولذلك فان الرعاية الصحية يجب اعتبارها استثمارا في خطة التنمية ولكي يتحقق هذا الهدف يجب ان تتجه الخطة الصحية إلى التركيز على البرامج الوقائية في مخطط صحي يهدف اساسا إلى الارتقاء بالصحة عن طريق الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض والعلاج السليم لها. وتأسيسا على هذا الكلام فان مشكلة الدراسة الاساسية تمحورت في معرفة مدى قدرة النظام السياسي على توفير الخدمات الصحية والسياسات التي وضعها لتوفير هذه الخدمات خلال فترة الدراسة الممتدة من 1969-2006 وذلك من خلال البحث في:

- مستهدفات السياسات الصحية كما حددتها خطط التنمية والتشريعات المختلفة خلال فترة الدراسة.
- مدى نجاح سياسة توفير الخدمات الصحية في ليبيا في تحقيق اهدافها من خلال معرفة اثار تطبيق هذه السياسات على افراد المجتمع؟
- وعلى هذه الاساس تم صياغة فرضية الدراسة التالية "ارتبط التغيير في مؤشرات الخدمات الصحية بتغيير مستهدفات السياسة الصحية في الفترات الثلاثة للدراسة"
- وتقع هذه الدراسة ضمن إطار دراسات السياسة العامة التي تهتم بتأثير النظام السياسي على السياسات العامة ونواتجها وقد اعتمدت منهج دراسة الحالة والمنهج المقارن لتتبع والمقارنة بين التطورات في سياسة توفير الخدمات الصحية خلال الفترات الزمنية للدراسة والتي بدأت بعام 1969 كونه يمثل نقطة التحول الجوهري في كيان النظام السياسي الليبي وتوجهاته الأيدولوجية، وانتهت بعام 2006 كختام لفترة الدراسة المقسمة إلى ثلاث فترات زمنية، وفقاً لحدوث أهم التغييرات في اتجاهات السياسات العامة ومن ضمنها السياسة الصحية.



ولقد تم جمع المعلومات والبيانات الواردة ضمن هذه الدراسة من المصادر الاولية المتمثلة في القوانين والقرارات والتقارير المحلية الخاصة بقطاع الصحة والتقارير الدورية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، والمصادر الثانوية المتمثلة في الكتب والدوريات والرسائل العلمية غير المنشورة ومواقع شبكة المعلومات الدولية (الانترنت).

وقد قسم البحث إلى خمسة فصول رئيسية بالإضافة إلى المقدمة وخاتمة الدراسة، حيث تناول الفصل الاول الاطار النظري للدراسة واهتم الفصل الثاني والثالث والرابع من البحث بدراسة سياسة توفير الخدمات الصحية خلال الفترة الزمنية 1969-2006، وقسمت كل فصل إلى مبحثين تناول المبحث الأول سياسة توفير الخدمات الصحية، وتناول المبحث الثاني عملية تقويم سياسة توفير الخدمات الصحية، واهتم الفصل الخامس بتقويم سياسة توفير الخدمات الصحية من خلال المقارنة بين الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة وذلك بتتبع التطورات في هذه الخدمات ومدى التطبيق العملي للسياسات والاهداف الصحية المرسومة ومدى تأثير هذه الخدمات على المستوى الصحي للسكان، وتحليل البيانات المختلفة الواردة ضمن الدراسة تم التوصل إلى النتائج التالية:

1. مرت ليبيا بتغيرات في توجهات السياسة العامة اثرت على السياسات الصحية من حيث مضمون هذه السياسة وتعدد للأهداف الصحية وخاصة خلال الفترة الزمنية 1977م 1991.
2. اتبعت ليبيا سياسة صحية وطنية بموجب القانون رقم (106) لعام 1973، واتضحت معالم هذه السياسة مع وضع الخطة الثلاثية الاولى في السبعينات، حيث تميزت هذه الفترة بسياسة صحية تهدف اساسا إلى تعميم الخدمات الصحية في كافة مناطق الدولة والاستمرار في تطبيق نظام التأمين الصحي، وتشجيع القطاع الخاص على تقديم الخدمات الصحية، وتوفير الخدمات الوقائية والعلاجية المجانية للمواطنين، والقضاء على الامراض الوبائية والمستوطنة، وانشاء وتجهيز المؤسسات العلاجية والتخصصية، ورعاية الامومة والطفولة، وتحقيق الكفاية الذاتية من العاملين في المجال الصحي، وفي فترة الخطة الخمسية 1976-1980 تم إلغاء نظام التأمين الصحي ومنع القطاع الخاص من تقديم الخدمات الصحية وتميزت هذه الفترة بتعدد الاهداف الصحية واعطيت الاولية الرعاية الصحية الاولية والتركيز على الوقاية واصحاح البيئة، واستئصال الامراض السارية والمستوطنة وتليبب القطاع الصحي، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية، وفي الخطة الخمسية الثانية 1981-1985 كانت اهداف السياسة الصحية هي استمرار لنفس السياسات الفترة السابقة، وفي الفترة من نهاية الثمانينات وحتى نهاية الدراسة ونتيجة

للاتزام ليبييا بمقررات منظمة الصحة العالمية وبما جاء في مؤتمر ألماتا (Alma-Ata) بخصوص بلوغ هدف الصحة للجميع عام 2000 وضعت ليبييا الاستراتيجية الوطنية للصحة للجميع وبالجميع احتوت على اهداف من اهمها ربط المواطن بوحداث الرعاية الصحية الاولية وفق نظام تسجيل عائلي ونظام احالة بين المستويات الصحية لتلقي الخدمات الوقائية والعلاجية من خلال نظام الملف الصحي وطبيب الاسرة، وبرامج رعاية الامومة والطفولة وبرنامج التطعيمات، ووضع برامج للأمراض المزمنة ومكافحة الحوادث والتركيز على التوعية والتثقيف الصحي، واعتبار التنمية الصحية عملية استثمارية وجزء من التنمية الاقتصادية، واعتماد تقديم الخدمة التشاركية والاهلية في القطاع الصحي .

3. تطبيقا للتوجه الاشتراكي للدولة فان الخدمات العامة بما فيها الخدمات الصحية هي خدمات عامة يتكفل المجمع بتوفيرها والانفاق عليها من موارد الدولة، واستمرت الدولة ضامنة لهذه الخدمات حتى منتصف الثمانينات، حيث تراجعت الدولة من دولة ضامنة إلى دولة مساعدة في تقديم هذه الخدمات، وذلك بصدور عدة تشريعات تسمح للقطاع الخاص بتنفيذ المشاريع التنموية للصحة إلى جانب القطاع العام ووضعت التشريعات واللوائح الخاصة بذلك، وعلى الرغم من هذه الاجراءات والتشريعات الا ان الدور الكبير كان للقطاع العام في تنفيذ مشروعات الخطط التنموية خلال فترة الدراسة .

4. أتسمت فترة الدراسة بظاهرة عدم الاستقرار التنظيمي والهيكلية التي شهدها الهيكل المنفذ للسياسة العامة للصحة، حيث تولت اللجنة الشعبية العامة للصحة مهمة تنفيذ المشاريع الصحية خلال الفترة الممتدة من 1977-1992، ومن عام 1992 وحتى عام 2000 تم دمج الضمان الاجتماعي للجنة الشعبية العامة للصحة، ومن عام 2000 وحتى عام 2006 تم الغاء اللجنة الشعبية العامة للصحة واوكلت مهامها لأمين مساعد للشئون الخدمات الصحية تابع للجنة الشعبية العامة، وخلال الفترة الممتدة من 1969-2006 تم تغيير الهيكل الإداري التنظيمي لقطاع الصحة بعدد (10) مرات .

5. ضعف عملية المراجعة والرقابة والتقويم بأسلوب منهجي ومنظم للأداء التنفيذي لقطاع الصحة، فلم تطبق الاستراتيجية الصحية بالشكل الصحيح الامر الذي نتج عنه تسيب ادارى في جميع المرافق الصحية فلم يطبق نظام الملف الصحي والسجل العائلي ونظام الاحالة بين المستويات الصحية بالشكل الصحيح.

6. ضعف معدلات اداء الخدمات الصحية من مرافق صحية واسرة وموارد بشرية حيث لم يستطع النظام توفير هذه الخدمات بما يتناسب مع التحولات الديموغرافية والوبائية والمرضية التي مر بها المجتمع الليبي.

7. تبين من خلال بيانات الدراسة وفيما يخص المؤشرات الصحية المعمول بها عالميا لقياس المستوى الصحي للسكان وصول ليبيا إلى معدلات جيدة بالنسبة إلى معدلات الدول المتقدمة والى معدلات متقاربة وتفوق عليه في بعض الاحيان بالنسبة لدول إقليم شرق المتوسط وخاصة الدول المصدرة للنفط، وذلك في مؤشر وفيات الأطفال ومؤشر متوسط العمر المتوقع ووفيات الأمهات وغيرها وخاصة في الفترة الثالثة من الدراسة الممتدة من 1992-2006.

**المقدمة: مشكلة الدراسة**

## تمهيد:

تعد السياسات العامة من مجالات علم السياسة القديم في الممارسة، والحديث في البحث والتحليل العلمي، فقد برز هذا المجال خلال النصف الثاني من القرن العشرين، مرتبطاً بمحاولات كل من لاسويل وليرنر (Laswell and Lerner) في كتابهما "علوم السياسات، التطورات المعاصرة، الهدف والأسلوب"<sup>(1)</sup>. ومنذ ذلك الحين استحوذت السياسات العامة على اهتمام الباحثين والسياسيين ومراكز الأبحاث خاصة في الدول المتقدمة، حيث تتدخل السياسة العامة في جميع أوجه حياة المواطنين اليومية الخاصة والعامة، وهو ما جعلها تتعدد وتتوسع بشكل كبير، فبرزت السياسة العامة البيئية، والنقدية، والضريبية، والتعليمية، والصحية... وغيرها من الاختصاصات.

وفي ظل هذه التطورات المهمة التي شهدتها علم السياسة بصفة عامة، وحقل السياسة المقارنة خلال حقبة خمسينيات وستينيات القرن العشرين بصفة خاصة، تبلور اقتراب تحليل السياسة العامة كأحد أهم الاقترابات الحديثة، وأصبح ضمن الاقترابات الرئيسية التي لقيت قبولاً وانتشاراً واسعاً عند أغلب علماء السياسة، وما يميز هذا الاقتراب أنه لا يتوقف عند وصف السياسات العامة، بل يتعداها ليصل إلى كيفية صنعها وتنفيذها، إلى جانب تقويمها من خلال الآثار الناتجة عن تنفيذها أو ما يعرف بنواتج السياسة العامة.

وفي غمار ذلك تبلورت معالم حركة تحليل السياسات العامة في علم السياسة، التي قدم أنصارها رؤية جديدة تسمح بمخاطبة قضايا المجتمع والمرتبطة مباشرةً بالمواطن مثل "الصحة، والتعليم، والاقتصاد، والإسكان"، وغير ذلك من خلال تناولها للسياسات والبرامج التي تمس مجال حياته. وبذلك يتبين أن هذا الاقتراب يهتم بمخرجات النظام السياسي وسياساته العامة، وأثرها على إشباع الاحتياجات الأساسية للأفراد على أساس أنها من الضرورات الملحة لتحقيق تنمية اقتصادية واجتماعية شاملة، ومن هنا برزت أهمية دراسة السياسات الصحية من خلال تحليل السياسات العامة، خاصة السياسات المتعلقة منها بتوافر الخدمات الصحية التي تحتل مكانة كبيرة بين السياسات التي يضعها النظام، لما لهذه الخدمات من دور كبير في حياة الفرد والمجتمع، كونها تسهم بفعالية في رفاهيته واستقراره، وهو ما دفع معظم الدول في السنوات الأخيرة إلى تطوير هذه الخدمات وتخصيص جزء من استثماراتها لقطاع الصحة.

(1) صدر هذا الكتاب في عام 1951 وأثار الكثير من الاهتمام بين الباحثين والمهتمين بعلم السياسة:

Daniel Lerner and Harold D. Lasswell, **The policy sciences; recent developments in scope and method**, (Stanford: Stanford University Press, 1951).

وتُعد ليبيا من ضمن الدول التي عملت على تطوير سياستها الصحية بشكل عام، وذلك بجعل توافر الرعاية الصحية وتطويرها هدفاً أساسياً من أهداف التغيير الاقتصادي والاجتماعي، وذلك بوضع خطة تنمية متكاملة تنطلق من قاعدة إنسانية مهمة، وهي أن الإنسان جوهر التنمية وهدفها، وهو ما تم العمل على محاولة تنفيذه من خلال وضع مجموعة من السياسات الصحية والعمل على تحقيق المرجو منها بالشكل الأمثل بما يعمل على خدمة الانسان بتوافر الرعاية والرفع من مستوى أوضاعه الصحية.

وبذلك تهتم هذه الدراسة بتقويم السياسات الصحية في ليبيا خلال الفترة 1969-2006م بشكل عام، وذلك من خلال دراسة أثر وانعكاسات سياسة توافر الخدمات الصحية، بوصفها إحدى السياسات الصحية المعتمدة للدولة على المجتمع والبيئة المعنية بها، وتأثيرها بالتغيرات البيئية المحيطة داخلياً وخارجياً.

### الدراسات السابقة:

تعددت الدراسات التي اهتمت بالسياسات العامة في عدة مجالات مثل السياسة التعليمية، والسياسة الإسكانية، والسياسة والصحية، والسياسة الاقتصادية، واتجهت هذه الدراسات نحو مضمون هذه السياسات، وتقويم نتائجها وآثارها، واهتم بعضها بتنفيذ هذه السياسات، إلا أن هناك ندرة نسبية في الدراسات التي اهتمت بالسياسات الصحية، وخصوصاً عملية تقويمها، وبعد مراجعة هذه الدراسات يمكن تصنيف هذه الدراسات إلى مجموعتين أساسيتين؛ تركز الأولى على دراسات السياسات العامة المختلفة الخاصة بليبيا، والثانية بدراسات السياسات الصحية.

#### 1- المجموعة الأولى - دراسة السياسات العامة، باستثناء السياسة الصحية:

##### أ- دراسة عبير إبراهيم أمينة(1):

اهتمت هذه الدراسة بتحليل سياسات التعليم العالي نموذجاً للسياسات العامة في ليبيا بشكل عام، والسياسات التعليمية بشكل خاص، وذلك للتعرف عن مدى كفاءة هذه السياسات، والقدرة على تنفيذها وأدائها.

وتوصلت هذه الدراسة إلى أن التغيرات الهيكلية والتنظيمية التي تعرض لها قطاع التعليم أثرت على تنفيذ السياسات التعليمية بشكل عام، وعلى سياسة التنسيب بشكل خاص، واتضح أن السياسات العامة للتنسيب والمطبقة من قبل أمانة (وزارة) التعليم والبحث العلمي في جامعة قاريونس خلال فترة الدراسة تمتاز بعدم الوضوح فضلاً عن عدم الاستقرار.

(1) عبير إبراهيم أمينة، "أثر التغيرات الهيكلية والتنظيمية لقطاع التعليم على تنفيذ وأداء سياسات التعليم العالي في الجماهيرية الليبية: دراسة تطبيقية على سياسة التنسيب بجامعة قاريونس 1980-1994"، رسالة ماجستير غير منشورة، (بنغازي: جامعة قاريونس، كلية الاقتصاد، 1995م)، ص 15.

## ب- دراسة نعيمة خليفة الجهاني(1):

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في أنماط التفاعل بين التوجهات الأيدولوجية للنظام السياسي الليبي، وبين السياسات الاقتصادية التي تتبناها، في محاولة لمعرفة تأثير التغيرات والتطورات الأيدولوجية على السياسات الاقتصادية للنظام الاقتصادي الليبي خلال الفترة الزمنية ما بين عامي 1978-1995م.

ولقد توصلت هذه الدراسة إلى نتيجة مفادها وجود علاقة بين التوجهات الأيدولوجية والسياسات الاقتصادية في المرحلة محل الدراسة، حيث اتسمت الفترة ما بين عامي 1978-1988 بالاستقرار والوضوح في التوجهات الأيدولوجية للنظام السياسي الليبي وبالتالي وضوح واستقرار السياسات الاقتصادية، وانعكست التغيرات التي طرأت على التوجهات الأيدولوجية للنظام السياسي الليبي على السياسات الاقتصادية التي تم اتخاذها خلال الفترة من 1988-1995 من خلال توجه اقتصادي يقوم على تشجيع المبادرات الفردية والتشريكات والشركات المساهمة.

## ج- دراسة إدريس محمد قناوي(2):

سعت هذه الدراسة إلى البحث في العلاقة بين التوجهات الأيدولوجية للنظام السياسي الليبي، وبين سياسات الضمان الاجتماعي.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى نتيجة مفادها أن تحليل العلاقة بين الأيدولوجيا السائدة لدى النظام الليبي في المرحلتين محل الدراسة، وبين سياسات الضمان الاجتماعي المطبقة في تلك المرحلتين، لا تعكس وجود اختلاف في مضمون سياسات الضمان الاجتماعي في المرحلتين المذكورتين.

## د- دراسة عبد الحميد عبد الله المقيرحي(3):

سعت هذه الدراسة إلى معرفة أسباب حدوث أزمة السكن في ليبيا، وهل ترجع هذه الأزمة إلى عدم تناسب مخصصات الإسكان مع احتياجات طالبي السكن، أم إلى النمو السكاني واكتظاظ السكان في المناطق الحضرية.

---

(1) نعيمة خليفة الجهاني، "أثر التوجهات الأيدولوجية على السياسات الاقتصادية في ليبيا خلال السنوات 1978-1995"، رسالة ماجستير غير منشورة، (بنغازي: جامعة قاريونس، كلية الاقتصاد، 1996)، ص 3.

(2) إدريس محمد قناوي، "انعكاسات التوجهات الأيدولوجية للنظام السياسي الليبي على سياسات الضمان الاجتماعي خلال الفترة"، 1951-1969 و "1969-1999: دراسة مقارنة"، رسالة ماجستير غير منشورة، (بنغازي: جامعة قاريونس، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 2001م)، ص 16.

(3) عبد الحميد عبد الله المقيرحي، "أثر التغيرات السياسية والاقتصادية على السياسات العامة للإسكان في ليبيا خلال الفترة من 1969-1999"، رسالة ماجستير غير منشورة، (بنغازي: جامعة قاريونس، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 2003)، ص 30.

ولقد توصلت الدراسة إلى أن قطاع الإسكان تأثر بالتغيرات السياسية والاقتصادية، وانعكس ذلك بصفة أساسية على إدارة القطاع، كذلك أثر النمو السكاني في ليبيا على زيادة الطلب على المساكن، بالإضافة إلى أن ما يتم التخطيط له لم يتم تنفيذه على الوجه الأكمل، فمع كل خطة تنموية كانت هناك مشاريع مساكن لم يتم تنفيذها، وبالتالي ساعد ذلك على تفاقم أزمة السكن.

#### هـ دراسة فادى محمد نوري المغربي(1):

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم سياسات ليبيا النفطية من حيث مدى تحقيقها لأهدافها بأفضل أداءٍ، وأقل تكاليف، وهل تم توجيه السياسات نحو الأهداف التي وضعت من أجلها، أم أن هناك انحرافاً في تنفيذ هذه السياسات وما هي أسباب هذه الانحرافات أو الإخفاقات في تنفيذ هذه السياسة.

وتوصلت الدراسة إلى أن العلاقة بين السياسات النفطية والمتغيرات البيئية المحيطة تعبر عن نمط من علاقات الاقتران، فكل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر، وأن وجود فرص وظروف ملائمة لتحقيق الأهداف في البيئة المحيطة لا يعنى بالضرورة أن الأهداف سوف تتحقق بشكل تلقائي، ولكي يتم ذلك؛ لا بد من وجود مستوى جيد لأداء السياسات النفطية، وينحصر دور البيئة المحيطة في إتاحة الفرص لتحقيق سياسة ونتائج جيدة، أو فرض قيود على السياسة وتخفيض فاعليتها وكفاءتها في تحقيق النتائج المرغوب بها.

#### و- دراسة يوسف صالح القويضي(2):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع السياسة الوطنية للمعلومات في ليبيا، وتحليل القوانين واللوائح والقرارات الخاصة بالسياسة الوطنية للمعلومات، وتحديد تدفق المعلومات في المراكز القطاعية للمعلومات، والتعرف على المعوقات التي تحول دون وضوح السياسة الوطنية للمعلومات، وبناء خطة للسياسة الوطنية للمعلومات باعتبارها نموذجاً مقترحاً.

وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك اهتماماً حقيقياً بالمعلومات في ليبيا ولكن هذه الاهتمام يفتقر إلى التخطيط العلمي السليم، وتفتقد ليبيا إلى الكيان المنسق بين المؤسسات المعلوماتية، أي أنه لا يوجد أي نوع من التنسيق في مجال المعلومات في ليبيا، وهناك ضعف شديد في تمويل البحث العلمي والتقني حيث لا يتجاوز 0.002% من الناتج القومي الإجمالي.

(1) فادى محمد نوري المغربي، "تقييم السياسات النفطية في ليبيا خلال الفترة من 1969-2003"، رسالة ماجستير غير منشورة، (بنغازي: جامعة قاريونس، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 2004)، ص 12.

(2) يوسف صالح القويضي، "السياسة الوطنية للمعلومات في ليبيا: دراسة تحليلية"، رسالة ماجستير غير منشورة، (بنغازي: جامعة قاريونس، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 2004)، ص 20.



## ز- دراسة أنس أبوبكر بعيرة(1):

بحثت هذه الدراسة في تأثير التغيرات الهيكلية والتنظيمية للنظام السياسي الليبي في ارتباطها باقتصاديات سوق العمل الليبي خلال الفترة 1977-2001م، على سياسات تنظيم سوق العمل الليبي للوصول إلى أحكام عامة حول ظواهر سوق العمل في ليبيا، من خلال تطابق الأداء التنفيذي مع الأهداف العامة لسياسات تنظيم سوق العمل في ليبيا.

وقد توصلت الدراسة إلى عدم قبول فرضية الدراسة من حيث إن التغيرات الهيكلية والتنظيمية ليست هي المتغير الرئيسي الحاسم في التأثير على توازن ونضوج سوق العمل خلال كامل فترة الدراسة 1977-2001م، وتوضح معايير تقويم سياسات تنظيم سوق العمل خلال كامل فترة الدراسة الممتدة من 1977-2001م؛ عدم امتلاك سياسات تنظيم سوق العمل الليبي لمقومات تنفيذها بالفاعلية المطلوبة.

## ح- دراسة سعاد طاهر القذافي(2):

تمحورت مشكلة الدراسة حول التساؤلات التالية:

هل توجد سياسة عامة لقطاع النفط في ليبيا؟ وإن وجدت؛ من يتولى صناعة هذه السياسة؟ ومن يتولى تنفيذها؟

من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- أن السياسة العامة للنفط تعد من أهم السياسات العامة في ليبيا.
- للقيادة السياسية في ليبيا دور مهم في صنع السياسة العامة للنفط في ليبيا.
- أن التغيرات الهيكلية المستمرة التي شهدتها المؤسسات السياسية والإدارية في ليبيا، أثرت بشكل سلبي على عملية صنع وتنفيذ السياسة العامة للنفط في ليبيا.
- للأوضاع الدولية دور مؤثر ومباشر على السياسة العامة للنفط في ليبيا.
- استطاعت ليبيا من خلال سياستها النفطية تحقيق الأهداف التي سعت إليها داخلياً وخارجياً.
- من الصعب جداً فهم السياسة العامة للنفط في ليبيا إلا من خلال دراسة مستفيضة لطبيعة الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية.

(1) أنس أبوبكر أبوعيرة، "التغيرات الهيكلية والتنظيمية وأثرها على تنفيذ السياسات العامة للقوى العاملة في ليبيا دراسة حالة: سياسات تنظيم سوق العمل الليبي خلال الفترة من 1977-2001"، رسالة ماجستير غير منشورة، (بنغازي: جامعة قارونس، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 2005)، ص 40.

(2) سعاد طاهر القذافي "السياسة العامة الليبية في مجال النفط 1977-2005"، رسالة ماجستير غير منشورة، (طرابلس: أكاديمية الدراسات العليا، مدرسة الدراسات الإستراتيجية والدولية، قسم العلوم السياسية، 2006)، ص ص 86-87.

## ط- دراسة عبد الحكيم محمد الزغداني(1):

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة إبراز وتوضيح مناشط ومساهمات ومشاركات الجمعيات الأهلية (لشعبية) طرابلس في كافة مناحي الحياة، ومحاولة تحديد الصعوبات والمعوقات والتحديات التي تواجه الجمعيات الأهلية بشعبية طرابلس في تنفيذ برامجها، واتخاذ قراراتها، وعملية دعمها وتمويلها، وما يعيقها من القوانين والتشريعات بالخصوص، وطرحت الفرضية التالية: "كلما توافرت الإمكانيات المادية والبشرية زادت فعالية الجمعيات الأهلية في أدائها، وكلما قلت الإمكانيات المادية والبشرية قلت فعالية الجمعيات الأهلية في أدائها، مع مراعاة طبيعة النظام السياسي وتأثيره على الأداء"، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يغلب على نشاط أغلب الجمعيات الأهلية بشعبية طرابلس النمطية، فهي تنشط في أعمال البر والمساعدات الاجتماعية وتقديم الخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا النمط من المناشط والخدمات تقوم بها الدولة رجوعاً إلى طبيعة نظامها السياسي الذي يعمل بمبدأ "المجتمع ولي لمن لا ولي له".
- افتقار الجمعيات الأهلية للبنية التحتية، وهي عدم وجود المقر اللائق لمزاولة أي نشاط، وضعف الموارد المالية لعدم توافر مصادر للتمويل.
- ممارسة الدولة حق التسلط والسيطرة على الجمعيات الأهلية بالنصوص والتشريعات القانونية، ومنها ممارسة حق الإلغاء والدمج والحل والفصل وعدم إعطاء التصريح بالإشياء، كما أن للدولة حق إلغاء أي قرار يصدر عن مؤتمر الجمعية واللجنة الشعبية للجمعية، واستناداً لهذه النتائج أثبتت الدراسة صحة الفرضية.

## ي- دراسة نصر البهلول سلامة(2):

هدفت هذه الدراسة إلى ما يلي:

- تسليط الضوء على العلاقة بين السياسة العامة ومخرجات التعليم.
- توضيح اتجاهات السياسة التعليمية في ليبيا وتقويمها.
- توضيح محددات وقيود صنع وتنفيذ السياسات العامة للتعليم في ليبيا.

(1) عبد الحكيم محمد الزغداني، "الجمعيات الأهلية في ليبيا ودورها في السياسة العامة، دراسة حالة - الجمعيات الأهلية بشعبية طرابلس"، رسالة ماجستير غير منشورة، (طرابلس: أكاديمية الدراسات العليا، مدرسة الدراسات الإستراتيجية والدولية، قسم العلوم السياسية، 2007)، ص 200-201.

(2) نصر البهلول سلامة، "السياسة العامة للتعليم في ليبيا خلال الفترة (1970-2007)"، رسالة ماجستير غير منشورة، (طرابلس: أكاديمية الدراسات العليا، مدرسة الدراسات الإستراتيجية والدولية، قسم العلوم السياسية، 2009)، ص 1-5.

- تسليط الضوء على الصعوبات والمشاكل التي تعترض تنفيذ السياسة العامة في مجال التعليم.

- التعرف على مدى مساهمة الإنفاق العام في الإنفاق على قطاع التعليم.

- التعرف على مدى عدالة التوزيع الجغرافي للخدمات التعليمية.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تتمتع ليبيا بمعدلات عالية في نشر وتوافر الخدمات التعليمية، ومراعاة المساواة بين الجنسين في التعليم، وضمان حصول المواطنين في المناطق الحضرية والريفية على التعليم العام وعدالة توزيع الخدمات التعليمية أفقياً.

- تزايد النفقات الإدارية على حساب الإنفاق الرسمي، بحيث أدى تزايد بنود الإنفاق الإداري لعدم وجود مجالات لتحسين مستوى الخدمات التعليمية، مما أوجد خللاً في كفاءة استخدام الموارد، وتقييد القدرة على تحسن نوعية التعليم.

- السياسية التعليمية في ليبيا متغيرة وغير مستقرة، تملحها الظروف الاقتصادية والسياسية، خاصة فيما يتعلق بالإيرادات النفطية والميزانية العامة والتغيرات الهيكلية والإدارية للدولة.

#### ك- دراسة مخلوف محمد مخلوف(1):

هدفت هذه الدراسة إلى التعريف بأهم الأطر النظرية والفكرية السائدة في حقل السياسة العامة، وإلى إبراز دور (المؤتمرات الشعبية) والقيادة السياسية واللجان الشعبية في صنع وتنفيذ السياسة العامة للإسكان والتخطيط العمراني في ليبيا، وتوضيح أهم العوامل الاقتصادية والاجتماعية والإدارية والتنظيمية المؤثرة في هذه السياسات، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة ما يلي:

- وجود سياسة عامة للإسكان والتخطيط العمراني في ليبيا تميزت بعد قيام (نظام القذافي) بأنها سياسة موجهة لخدمة جميع المواطنين الليبيين، وتوافر حاجاتهم من المساكن والأراضي الصالحة للبناء.

- تصنع السياسات العامة للإسكان والتطوير العمراني من قبل (المؤتمرات الشعبية) والقيادة السياسية في ليبيا.

(1) مخلوف محمد مخلوف، "السياسة العامة للإسكان والتخطيط العمراني في ليبيا 1977-2007، دراسة تحليلية"، رسالة ماجستير غير منشورة، (طرابلس: أكاديمية الدراسات العليا، مدرسة الدراسات الإستراتيجية والدولية، قسم العلوم السياسية، 2010)، ص 206.

- تنفيذ السياسات السكانية والعمرائية يتم من قبل اللجان الشعبية بمختلف مستوياتها والمنظمات المرفقية التابعة لها.
- تؤثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية والإدارية والتنظيمية السائدة في المجتمع الليبي في السياسات العامة للإسكان والتطوير العمراني.
- أظهرت الدراسة الحاجة الماسة إلى مراجعة وتطوير السياسات العامة للإسكان والتطوير العمراني في ليبيا، والحاجة إلى تأسيس مركز متخصص في دراسات السياسات العامة للإسكان والتطوير العمراني.

## 2- المجموعة الثانية - دراسة السياسات الصحية:

### أ- دراسة هبة أحمد نصار<sup>(1)</sup>:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم السياسات الصحية في مصر، وتطبيق التحليل الاقتصادي على المشكلات والبرامج الصحية المختلفة، ووضع معدلات الأداء لقياس تكلفة وعائد النشاط الصحي، واستخلاص بعض المؤشرات التي يمكن استخدامها مقياساً للأداء، وذلك بهدف تحسين المستوى الصحي للسكان بأقل تكلفة اجتماعية ممكنة.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها؛ أن النظام الصحي في مصر يشتمل على خدمات صحية مجانية وخدمات صحية خاصة وتأمين صحي حكومي، وأن مصر تشارك الدول النامية في معظم مشكلاتها الصحية كانتشار الأمراض التي ترجع إلى ظروف البيئة، لعدم توافر مياه نقية لفئة عريضة من أفراد المجتمع، كذلك تعدّ مشكلة النمو السكاني من أهم المشكلات الاجتماعية والاقتصادية في مصر، وقد تميزت الأهداف والسياسات الصحية في مصر في فترة الدراسة بثباتها واستقرارها في فترات ما، وعدم استقرارها وثباتها في فترات أخرى.

### ب- دراسة عطا الله بشير عبود النويقة<sup>(2)</sup>:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أهم العوامل والدوافع وراء تبني سياسات تشجيع القطاع الخاص في تقديم الخدمات العامة، لاسيما الخدمات الصحية، ودراسة وتحليل وتقويم الدور الذي يمكن أن يقوم به القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية، وأهم النتائج المترتبة على ذلك.

(1) هبة أحمد نصار، "دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر"، رسالة دكتوراه غير منشورة، (القاهرة: جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 1983م) ص 457.

(2) عطا الله بشير عبود النويقة، "سياسات تشجيع القطاع الخاص في مجال تقديم الخدمات الصحية مع التطبيق على قطاع الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية"، رسالة دكتوراه غير منشورة، (القاهرة: جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد، 2006)، ص 169.

ولقد توصلت هذه الدراسة إلى نتائج أهمها: أن سياسات تشجيع القطاع الخاص في مجال تقديم الخدمات الصحية تحتاج إلى تنظيم المنافسة في ما بين المستشفيات الخاصة بعضها البعض، وبين هذه المستشفيات والمستشفيات الحكومية، مع ضرورة تفعيل صور التعاون الجادة بين المستشفيات الخاصة ووزارة الصحة ومؤسساتها، ومحاولة الاستفادة من دروس التجارب الدولية في هذا الصدد.

### ج- دراسة على سعيد البرغثي وأنس أبوبكر بعيرة(1):

سعت هذه الدراسة إلى تقييم الأداء التنفيذي للسياسات الصحية في ليبيا، وتوصلت إلى أن السياسات الصحية في ليبيا، وعلى الرغم من تسجيلها لإنجازات متعددة في أهداف فرعية، فإنها لم تمتلك مقومات تنفيذها بالفاعلية المطلوبة بسبب عدم التناسب والاتساق والوضوح، وكذلك الانتظام بين الأهداف العامة.

### د- دراسة عبد الفتاح عامر الفرجاني(2):

هدفت هذه الدراسة إلى إمكانية التعرف على اتجاهات المرضى النزلاء في المستشفى نحو مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلياً، ومقارنتها بجودة الخدمة الصحية المتوقعة من جانبهم، وكذلك مدى وجود فروق بين آراء رؤساء الأقسام بالمستشفى والمرضى المقيمين نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق جوهرية بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من؛ جودة الخدمة الصحية الطبية المقدمة فعلياً، وجودة الخدمة الصحية المتوقعة في كافة المتغيرات، ما عدا متغير واحد هو متغير المعلومات والاتصالات وتقنياتها.
- لا توجد فروق جوهرية بين كل من اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام بالمستشفى نحو جودة الخدمة الصحية المقدمة فعلياً في كافة المتغيرات.

### هـ- دراسة الأزهر صالح الكردي(3):

هدفت هذه الدراسة إلى ما يلي:

- 
- (1) على سعيد البرغثي، أنس أبوبكر بعيرة، تقييم السياسات الصحية في ليبيا، في محمد زاهي المغيربي وآخرون، السياسات العامة أبحاث مؤتمر السياسات العامة المنعقد في بنغازي 12-14/6/2007م، (بنغازي: دار الإلتقان للطباعة والنشر)، ص 35.
  - (2) عبد الفتاح عامر الفرجاني، "أهمية دراسة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام بمستشفى الحوادث أبو سليم شعبية طرابلس" رسالة ماجستير غير منشورة، (طرابلس: أكاديمية الدراسات العليا، مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم الإدارة، 2008)، ص د-هـ.
  - (3) الأزهر صالح الكردي، "تطور الخدمات الصحية وأثرها على التنمية البشرية في ليبيا خلال الفترة من 1980-2009"، رسالة ماجستير غير منشورة، (طرابلس: أكاديمية الدراسات العليا- مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم الاقتصاد، 2009)، ص ص 143-144.

- تحليل واقع الخدمات الصحية في ليبيا من حيث الكم والنوع.
  - دراسة أسباب تدني كفاءة الخدمات الصحية وارتفاع تكاليف هذه الخدمات.
  - تحليل العلاقة بين الخدمات الصحية من جهة والتنمية البشرية من جهة أخرى.
  - اقتراح مجموعة من التوصيات لزيادة فعالية كفاءة الخدمات الصحية في ليبيا.
- وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها ما يلي:
- حققت ليبيا معدلات عالية للتنمية البشرية (نسبة إلى الدول النامية) خلال العقود الأربعة الأخيرة من خلال المؤشرات المتعارف عليه "مؤشر التعليم- مؤشر الصحة- مؤشر مستوى الدخل - مؤشر مستوى التغذية".
  - كان لتطور الخدمات الصحية من خلال الإنفاق التنموي على قطاع الصحة وعدد الأطباء والفنيين الصحيين أثر إيجابي على تنمية الموارد البشرية في ليبيا بزيادة العمر المتوقع.
  - ارتفاع معدلات مشاركة المرأة في الأنشطة الاقتصادية وفي قوة العمل وزيادتها.
  - إن مستقبل السياسة الصحية في ليبيا وإمكانية ترجمتها إلى واقع عملي يعتمد بالدرجة الأولى على مدى نجاح السياسات الاجتماعية المصاحبة لإعادة الهيكلة الاقتصادية وتحسين الوضع المعيشي للشرائح الاجتماعية المختلفة.

وبناءً على ما سبق ذكره من دراسات مختلفة تناولت السياسة العامة من جوانبها الثلاثة؛ الصنع والتنفيذ والمضمون، نجد نقصاً في الدراسات المتعلقة بالسياسات الصحية الخاصة بليبيا، والدراسات الموجودة تناولت السياسات الصحية من الناحية الاقتصادية والإدارية والتنظيمية، لهذا فهذه الدراسة تناولت جانباً من جوانب الاحتياجات الأساسية للأفراد والمتمثل في الرعاية الصحية وعلاقة النظام الصحي القائم بتوافر الخدمات الصحية بالمتغيرات السياسية والاقتصادية التي مر بها النظام السياسي في ليبيا خلال السنوات 1969-2006. ولقد تم الاطلاع على هذه الدراسات بهدف الاستفادة منها في الدراسة الحالية من حيث الآتي:

- محاولة تلافي التكرار في النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسات السابقة المتعلقة بالسياسات العامة.
- معرفة المعايير والمؤشرات التي اعتمدت عليها الدراسات التي تناولت عملية تقويم السياسات العامة وكيفية الاستفادة منها وتوظيفها في الدراسة الحالية.

#### مشكلة الدراسة وتساولاتها:

تحدد مشكلة البحث في السعي إلى تقويم أثر وانعكاسات سياسة توافر الخدمات الصحية، بوصفها إحدى السياسات الصحية المعتمدة لدى الدولة على المجتمع والبيئة المعنية بها، وتأثرها

بالتغيرات البيئية المحيطة داخلياً وخارجياً (السياسية والاقتصادية)، وسوف يتم تناولها من خلال السؤالين التاليين:

- ما مستهدفات السياسات الصحية في ليبيا كما حددتها خطط التنمية والتشريعات المختلفة خلال فترات الدراسة؟
- هل نجحت السياسات الصحية في ليبيا؛ (سياسة توافر الخدمات الصحية) في تحقيق المستهدف منها من خلال معرفة آثار تطبيق هذه السياسات على المجتمع والبرامج التي وضعت من أجلها؟

### فرضية الدراسة:

ارتبط التغيير في مؤشرات الخدمات الصحية بتغيير مستهدفات السياسة الصحية في فترات الدراسة الثلاثة.

### تحديد المفاهيم الأساسية:

سيتم في هذه الدراسة استخدام مجموعة من المفاهيم الأساسية من أهمها ما يلي:

#### 1- السياسة العامة:

هي برنامج عمل هادف يعقبه أداء فردي أو جمعي في التصدي لمشكلة أو لمواجهة قضية أو موضوع<sup>(1)</sup>.

#### 2- التقييم:

يفهم التقييم على أنه عملية تحليل عدد من السياسات أو البرامج أو المشروعات بغية البحث عن مزاياها وعيوبها للمقارنة ووضع النتائج في إطار منطقي<sup>(2)</sup>، ويتم التقييم وفقاً لمعايير كفاءة وفاعلية السياسات وبرامجها التنفيذية في تحقيق أهدافها<sup>(3)</sup>، وتقييم السياسة العامة ينقسم إلى عدة أنواع منها التقييم السابق للسياسة العامة؛ ويتم هذا التقييم في مرحلة صنع السياسة، والتقييم الاستراتيجي الذي يحدد فاعلية تنفيذ السياسة العامة، والنوع الثالث هو تقييم نتائج السياسة العامة والتي هي الآثار المترتبة على ما تفعله الحكومة، ويمكن أن تتم المقارنة بين سياسة عامة في فترات محتقلة في نفس الدولة لمعرفة آثار السياسة العامة على الأفراد أو الجماعات المستهدفة،

(1) جيمس اندرسون، صنع السياسات العامة، ترجمة عامر الكبيسي، (عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 1999)، ص 15.

(2) السيد عبد المطلب غانم، "معايير تقييم السياسة العامة في الإدارة العامة"، في: السيد عبد المطلب غانم (محرر)، تقييم السياسات العامة، (القاهرة: مركز البحوث والدراسات السياسية، 1989)، ص 172.

(3) أماني قنديل، "معايير التقييم في علم السياسة"، في السيد عبد المطلب غانم (محرر)، تقييم السياسات العامة، مرجع سبق ذكره، ص 90.

وهذا النوع من التقويم هو ما اعتمدته هذه الدراسة في تقويم سياسة توافر الخدمات الصحية خلال فترة الدراسة وباستخدام المؤشرات الصحية لقياس فاعلية هذه السياسة .

### 3- سياسات ليبيا الصحية:

هي مجموعة المشروعات والبرامج التي تستهدف تحقيق جملة من الأهداف التي يضعها صانعو السياسة العامة في ليبيا والمتعلقة بقطاع الصحة، تنظمها قرارات تشريعية وتنفيذية، وذلك للارتقاء بمستوى الحالة الصحية للمواطنين باعتبارها أحد أهم ركائز التنمية الشاملة بصفة عامة والتنمية البشرية بصفة خاصة<sup>(1)</sup>.

### 4- الخدمات الصحية:

هي جميع الوسائل التي توفرها الدولة للعناية بصحة مواطنيها سواء في قطاعها العام أم ضمن القطاع الخاص، وهي تشمل جميع المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية والمخصصات المالية والموارد البشرية من أطباء وممرضين وجميع من يعمل في هذا المجال وتنقسم الخدمات الصحية إلى خدمات الرعاية الأولية والجهود الوقائية<sup>(2)</sup>.

### 5- المؤشرات الصحية:

هي عبارة عن مقاييس تبيّن تطور الخدمات الصحية وانعكاسها على مستوى الحالة الصحية للمواطنين والمحددة في هذه الدراسة بالآتي:

- معدل متوسط العمر عند الميلاد..
- معدل وفيات الأطفال الرضع.
- معدل المواليد.
- تطور الموارد البشرية الصحية وذلك بالاستشهاد بمؤشر عدد الأطباء وعدد القوى البشرية الصحية المساعدة.
- تطور عدد الأسرة بالنسبة لعدد السكان.
- مخصصات قطاع الصحة من الناتج المحلي الإجمالي ونسبة الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية.

(1) عطا الله عبود "سياسات تشجيع القطاع الخاص في مجال تقديم الخدمات الصحية مع التطبيق على قطاع الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية"، رسالة دكتوراه غير منشورة، (القاهرة: جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 2006)، ص 31.

(2) ويكيبيديا الموسوعة الحرة، ص 1، [www.wikipedia.org.wiki](http://www.wikipedia.org.wiki)



- التطوير والتوسع في المؤسسات الصحية والطبية القائمة من مستشفيات عامة ومتخصصة ومراكز صحية ومستوصفات وغيرها<sup>(1)</sup>.

#### 6- اهداف السياسة الصحية في ليبيا:

- هي الغايات التي حددها وأعلنها صانع القرار في ليبيا، ويسعى إلى تحقيقها عن طريق مجموعة من القرارات والأفعال، وتظهر تلك الأهداف في المصادر التالية:
- التشريعات والقوانين.
  - خطط التنمية (خطط التحول).
  - التقارير الدورية لأمانة الصحة.

#### أهمية الدراسة:

ترجع أهمية هذا النوع من الدراسات لاعتبارات نظرية وعملية، فتناول دراسة وتحليل السياسات العامة للصحة، كونها إحدى مجالات تحليل السياسات العامة، يعدّ مجالاً بحثياً جديداً في الجامعات الليبية، فقد تناولت الكثير من الدراسات السياسات العامة من حيث الصنع والتنفيذ وتأثير مجموعة من المتغيرات على وضع وتنفيذ تلك السياسات، ونتيجة لغياب الدراسات الخاصة بتقويم آثار السياسات العامة، تحديداً فيما يخص قطاع الصحة، أوجبت الضرورة إدخال السياسات الصحية إلى دائرة البحث، وذلك من خلال القيام بعملية تقويم هذه السياسات لمعرفة نتائج تطبيقها على الأهداف المرسومة وآثارها وعوائدها على الجماعات والبرامج المستهدفة، أما الاعتبارات العملية؛ فتتعلق بدور ومسؤولية الدولة إزاء إشباع الاحتياجات الأساسية للمواطن، وكذلك تتعلق بالأداء التوزيعي للنظام السياسي وقيامه بتخصيص الموارد النادرة في المجتمع.

#### أهداف الدراسة:

- 1- التعرف على الجهود التي تبذلها الدولة الليبية، وأهم السياسات الصحية التي تتبناها لتوافر الرعاية الصحية الكاملة لأفراد المجتمع.
- 2- معرفة مدى تطور الخدمات الصحية المقدمة إلى المجتمع الليبي خلال فترة الدراسة.

#### مناهج الدراسة واقتراباتها:

من أجل الوصول إلى نتائج علمية صحيحة وموضوعية؛ يوجد عديد المناهج التي يمكن للباحث أن يستخدمها في دراسته، وجميعها تقدم وسائل عامة لتحديد المشكلات ونوعية البيانات

---

(1) كمال المنوفي، السياسة العامة وأداء النظام السياسي، في: علي الدين هلال (محرر)، تحليل السياسات العامة قضايا نظرية ومنهجية، (القاهرة: مركز البحوث والدراسات السياسية، 1988)، ص 44.

الملائمة للدراسة، وتطرح الأساليب الفنية المستخدمة في الحصول على البيانات والمعلومات وطرق تحليلها، للإجابة عن الأسئلة المطروحة في الدراسة، وسوف يتم التحقق من فرضية الدراسة باستخدام منهجين واقتراب واحد:

### 1- منهج دراسة الحالة:

سيتم من خلال هذا المنهج دراسة حالة واحدة وهي ليبيا مع التركيز على سياسات توافر الخدمات الصحية في ليبيا، وذلك لمعرفة مدى قدرة هذه السياسات على تحقيق الأهداف ومعرفة نتائجها من خلال الآثار المترتبة على المجتمع المستهدف من هذه السياسات.

### 2- المنهج المقارن:

سيتم من خلال هذا المنهج إجراء مقارنة للسياسات الصحية من خلال فترات زمنية محددة في الدراسة، لتتبع العلاقة التآثرية بين التغير في المؤشرات الصحية للسكان وبين الأهداف وأسباب هذه التغيرات، وذلك باستخدام ما تطرحه أدبيات السياسة العامة من أدوات بحث متنوعة لتقويم آثار السياسات التي من بينها؛ أسلوب المؤشرات الاجتماعية باعتباره إطاراً تحليلياً لتقويم الأهداف النوعية التي استهدفت قطاع الصحة، عن طريق السياسة المرسوم من ورائها تحقيق التحول المستهدف في الخدمات الصحية، من حيث تطورها وزيادة كفاءتها وانعكاس هذا التطور على صحة الفرد، وتتمثل المؤشرات الاجتماعية في هذا البحث في مجموعة مؤشرات صحية معمول بها دولياً.

### 3 - اقترب السياسة العامة:

تعتمد هذه الدراسة على اقترب السياسة العامة كإطار نظري في البحث عن أداء سياسة توافر الخدمات الصحية ومدى تحقيقها لأهدافها، حيث تنصرف اهتمامات هذا الاقترب وتركيزه إلى مستويات مختلفة من السياسات العامة تتمثل في:

- عملية صنع السياسات العامة.
- عملية تنفيذ السياسات العامة.
- عملية تقويم السياسات العامة.

### مصادر جمع البيانات والمعلومات:

سيتم في هذه الدراسة الاعتماد على تقنيات البحث التالية:

- 1- تحليل خطط التنمية والقوانين والتشريعات والإحصائيات المنشورة من قبل قطاع الصحة في ليبيا ومن بعض المنظمات العالمية.

2- الاستفادة من الكتب والدوريات المتخصصة في مجال الصحة وكذلك الأطروحات السابقة التي تتابع موضوع السياسات العامة.

### نطاق الدراسة وحدودها:

#### 1- الحدود الزمنية:

سيتم اختبار فرضية الدراسة بداية بعام 1969 كونه يمثل نقطة التحول الجوهري في كيان النظام السياسي الليبي وتوجهاته الأيدولوجية، وتنتهي بعام 2006 كختم لفترة الدراسة المقسمة إلى ثلاث فترات زمنية، وفقاً لحدوث أهم التغيرات في اتجاهات السياسات العامة ومن ضمنها السياسة الصحية، حيث تمثل الفترة الأولى الممتدة ما بين عامي 1969-1976 مرحلة تغير في النظام السياسي والاقتصادي الليبي من نظام ملكي إلى نظام جمهوري وتميزت توجهات السياسة العامة في هذه الفترة بالجمع بين دور القطاع العام ودور القطاع الخاص في النشاط الاقتصادي وفي تنفيذ السياسات العامة ومنها السياسة الصحية ، والفترة الثانية للدراسة الممتدة من عام 1977-1991 وهي مرحلة تغير في النظام السياسي الليبي من نظام جمهوري إلى نظام جماهيري بالإعلان عن قيام (سلطة الشعب)، وصدور عدد من القوانين والقرارات التي عكست طبيعة التوجه الاشتراكي الجديد في الاقتصاد الليبي، وأصبح القطاع العام المهيمن على النشاط الاقتصادي والخدمي، والفترة الثالثة للدراسة الممتدة بين عامي 1992-2006 وهي مرحلة تميزت بتراجع دور الدولة من دور الدولة الضامنة إلى دور الدولة المساعدة، فصدرت عدد من التشريعات الجديدة التي سمحت للقطاع الخاص بمزاولة النشاط الاقتصادي إلى جانب القطاع العام.

#### 2- الحدود المكانية:

تمتد لتقويم سياسة توافر الخدمات الصحية في ليبيا دون تخصيص منطقة أو مدينة معينة.

#### محتويات الدراسة:

في ضوء المشكلة البحثية موضع الاهتمام، وبناء على الأهداف المرجوة من البحث، سوف يتم تقسيم الدراسة إلى خمسة فصول وخاتمة، بالإضافة إلى مقدمة تتضمن الدراسات السابقة، والتعريف بإشكالية الدراسة، وفرضيتها، وتحديد المفاهيم المستخدمة، ومناهج الدراسة ومداخلها، وأهمية موضوع الدراسة، وأهدافه، ومصادر الدراسة، والحدود الزمنية والمكانية، وصعوبات الدراسة المحتملة.

**الفصل الأول:** يحتوي على الإطار النظري للدراسة الذي يهتم بتوضيح مفاهيمها الأساسية، من حيث التعريف بالسياسات العامة وينقسم إلى ثلاثة مباحث:

**المبحث الأول:** يتناول مفهوم السياسة العامة وتطوره بوصفه مدخلاً حديثاً في علم السياسة ومناهج دراسته والبحث فيه، بالإضافة إلى توضيح عملية تقويم السياسات العامة.

**المبحث الثاني:** يهتم بتعريف النظام الصحي ومدخلاته ومخرجاته والعمليات التي تتم فيه، كذلك تعريف مفهوم الخدمات الصحية وأنواعها والأطراف المسؤولة عن تقديمها.

**المبحث الثالث:** يتناول تطور النظام الصحي في ليبيا خلال مرحلة الدراسة ومتابعة أهم التغيرات التي طرأت عليه، كذلك دراسة تطور الخدمات الصحية في ليبيا.

**الفصل الثاني:** يهتم بدراسة سياسة توافر الخدمات الصحية في ليبيا خلال الفترة ما بين عامي 1969-1976، وينقسم الفصل إلى مبحثين:

**المبحث الأول:** يتناول سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة ما بين 1969-1976م.

**المبحث الثاني:** يهتم بتقويم آثار ونواتج سياسة توافر الخدمات الصحية من خلال المؤشرات الصحية المعمول بها دولياً، ومعرفة مدى نجاح هذه السياسة في تحقيق الأهداف المرجوة منها، وهو ما سيتم التعرف عليه باستعراض المؤشرات الصحية للسكان الخاصة بالفترة الزمنية 1969-1976.

**الفصل الثالث:** يهتم بدراسة سياسة توافر الخدمات الصحية في ليبيا خلال الفترة ما بين عامي 1977-1991، وينقسم الفصل إلى مبحثين:

**المبحث الأول:** يتناول سياسة توافر الخدمات الصحية خلال المرحلة ما بين 1977-1991.

**المبحث الثاني:** يهتم بتقويم آثار ونواتج سياسة توافر الخدمات الصحية من خلال المؤشرات الصحية المعمول بها دولياً، ومعرفة مدى نجاح هذه السياسة في تحقيق الأهداف المرجوة منها، وهو ما سيتم التعرف عليه باستعراض المؤشرات الصحية للسكان الخاصة بالفترة الزمنية 1977-1991.

**الفصل الرابع:** يهتم بدراسة سياسة توافر الخدمات الصحية في ليبيا خلال الفترة ما بين عامي 1992-2006 وينقسم الفصل إلى مبحثين:

**المبحث الأول:** يتناول سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة ما بين 1992-2006.

**المبحث الثاني:** يهتم بتقويم آثار ونواتج سياسة توافر الخدمات الصحية من خلال المؤشرات الصحية المعمول بها دولياً، ومعرفة مدى نجاح هذه السياسة في تحقيق الأهداف المرجوة منها،

وهو ما سيتم التعرف عليه باستعراض المؤشرات الصحية للسكان الخاصة بالفترة الزمنية 1992-2006.

**الفصل الخامس:** يهتم بتقويم سياسة توافر الخدمات الصحية وذلك بالمقارنة بين الأهداف والنواتج لهذه السياسة خلال الفترات الثلاث للدراسة وينقسم الفصل إلى مبحثين:

**المبحث الأول:** يتناول تطور الخدمات الصحية ومعدلات الاستخدام لهذه الخدمات بالنسبة للسكان خلال الفترة الزمنية محل الدراسة.

**المبحث الثاني:** يتناول أثر وانعكاسات الخدمات الصحية المقدمة على المستوى الصحي للسكان خلال الفترة الزمنية محل الدراسة.

**الخاتمة:** تتضمن نتائج الدراسة إلى جانب ذلك يحتوي كل فصل من فصول الدراسة على مقدمة وخلاصة تتضمن النتائج.

## **الفصل الأول**

### **الإطار النظري للدراسة**

**المبحث الأول: تقويم السياسة العامة: إطار نظري**

**المبحث الثاني: مفهوم النظام الصحي والخدمات الصحية**

**المبحث الثالث: تطور النظام الصحي والخدمات الصحية في ليبيا**

## تمهيد:

ارتبط ظهور السياسات العامة كحقل علمي بالتطورات المهمة التي شهدها علم السياسة بصفة عامة، وحقل السياسة المقارنة بصفة خاصة خلال خمسينيات وستينيات القرن العشرين، وظهر ما يعرف باقتراب السياسة العامة الذي لا يتوقف عند وصف السياسات بل يتعداها ليهتم بكيفية صنعها وتنفيذها، إلى جانب تقويمها، وذلك من خلال الآثار التي تنتج عن تنفيذها، أو ما يعرف بنواتج السياسة العامة.

كما شكّل ظهور ما يعرف بدولة الرعاية الاجتماعية التي أصبحت فيها الحكومة مسؤولة عن تقديم عدد من الخدمات كانت من مسؤولية القطاع الخاص ينظمها تحت إشراف الدولة بحرية كاملة. وشكّل هذا التطور دافعاً مهماً للاهتمام بتحليل مضمون السياسات ومردودها من ناحية، والبحث الدائم عن أفضل الآليات وأيسرها التي يتمكن صانع القرار من ترشيدها الموارد المتاحة وتحقيق الاستغلال الأمثل للمتاح منها.

يتناول المبحث الأول من هذا الفصل مفهوم السياسة العامة وعملية تقويمها. ويتناول المبحث الثاني مفهوم النظام الصحي والخدمات الصحية، والنظم العالمية الثلاثة للرعاية الطبية، ووظائف النظام الصحي ومكوناته، ومفهوم الخدمات الصحية، والسياسات الصحية، والمقومات الأساسية للسياسات الصحية. أما المبحث الثالث فيهتم بتطور النظام الصحي والخدمات الصحية في ليبيا، والمؤشرات الصحية خلال الفترة محل الدراسة.

## المبحث الأول

### تقويم السياسة العامة : إطار نظري

أدركت الحكومات على تباين أنظمتها السياسية وتوجهاتها الفكرية، أنها بحاجة إلى دعم ومساندة شعوبها فيما تتخذه من قرارات وسياسات، وما تقوم به من أعمال. وحتى يتحقق لها ذلك فإنها تسعى جاهدة إلى حل مشاكلهم والاستجابة لمطالبهم المتنوعة من خلال مجموعة من الخطط والبرامج يطلق عليها السياسات العامة التي تهدف إلى تحقيق مجموعة من المنافع، وما يميز السياسات العامة هو شمولية نتائجها لشرائح واسعة من المجتمع إن لم يكن المجتمع كله، مما يحتم الاهتمام بصياغتها ورسمها بشكل يضاعف من فرص نجاحها، لتحقيق أكبر منفعة متوقعة، وتقليل احتمالات فشلها إلى أقل قدر ممكن، فالسياسات العامة التي تصاغ بشكل دقيق بالاعتماد على معلومات ومعطيات صادقة وصحيحة، تجنب المجتمع المعاناة التي تصاحب تنفيذ الفاشلة منها أو المرسومة بشكل غير صحيح<sup>(1)</sup>، لذلك يهدف هذا المبحث إلى تحديد مفهوم السياسات العامة وعملية تقويمها.

#### أولاً- مفهوم السياسات العامة:

يمكن تناول مفهوم السياسة العامة بالتركيز على التعريفات القليلة التي قدمها بعض علماء السياسة، لعل أهمها ما قدمه توماس داي (Thomas Dya) الذي عرّف السياسات العامة بأنها اختيار الحكومة للقيام بعمل ما أو الامتناع عن القيام به<sup>(2)</sup>، فالحكومة هي التي تنظم الصراع الاجتماعي والتنافس، خاصة في النظام الرأسمالي، كما أنها تقوم بتوزيع أنواع عديدة من المكافآت الرمزية والخدمات المادية لأعضاء مجتمعاتها، وتقوم باستخراج الموارد من المجتمع في صورة ضرائب، فالسياسات العامة تقوم بتنظيم السلوكيات، وإنشاء الأجهزة الإدارية وتوزيع المنافع وتجميع الضرائب<sup>(3)</sup>.

ومن ناحية أخرى عرّف عالم السياسة، وصاحب الدعوة الأولى لدراساتها في مجال العلاقات الدولية أبراهام كابلان (Abraham Kaplan) السياسات بأنها "برنامج من الأهداف والقيم والممارسات"، وركّز كارل فريدريك (Carl Fredrick) في تعريفه على ضرورة أن تكون للسياسات أهداف أو أغراض، وبذلك فالسياسات العامة عندهم هي أعمال لها أهداف بما يفيد أن هناك فرقاً واضحاً بين نشاط حكومي معين، والبرنامج الشامل الموجه لهدف معين.

(1) "صياغة السياسات العامة: إطار منهجي": <http://www.ahlulbaitonline.com>، ص 1.

(2) كمال المنوفي، "السياسة العامة وأداء النظام السياسي"، في علي الدين هلال (محرر)، تحليل السياسات العامة قضايا نظرية ومنهجية، مرجع سبق ذكره، ص 13.

(3) أحمد مصطفى حسين، مدخل إلى تحليل السياسات العامة، (عمان: المركز العالمي للدراسات السياسية، 2002)، ص



ويوجد اقتراب آخر لتعريف السياسات العامة يقوم على تجزئة هذا المفهوم إلى الأجزاء المكونة له، حيث اقترح شارلز أوجونز (Charles O. Jones) أن نضع في الاعتبار التمييز في ما بين مقترحات السياسات (Policy Proposals) المختلفة، فهناك السياسات؛ التي تحدد وسائل معينة لتحقيق الأهداف، وهناك البرامج؛ التي تجسد الوسائل السلطوية لتحقيق تلك الأهداف، وهناك القرارات: وهي الأنشطة المحددة التي تتخذ لتنفيذ البرامج، وهناك الآثار: وهي النتائج القابلة للقياس والمتحققة من تنفيذ البرنامج<sup>(1)</sup>. وتشير الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أن السياسات العامة هي سياسات الحكومة (Policies of Government)، وبذلك يمكن استخدام كل من التعبيرين للدلالة على مضمون واحد. وتحدد الموسوعة السياسات العامة بأنها (مجموعة من الأهداف أو البرامج الأساسية تصاحبها مجموعة من القرارات تحدد كيف تصنع الأهداف أو كيف يمكن تنفيذها، وبهذا المعنى تشير السياسات العامة إلى الأهداف والوسائل<sup>(2)</sup>).

ويعدّ ريتشارد هوفر برت (Richard Hoover Bert) السياسات العامة أنها "مجموعة قرارات يتخذها فاعلون معروفون بهدف تحقيق غرض عام"<sup>(3)</sup>، وكون السياسات العامة ترتبط بعملية اتخاذ القرار، فمن الضروري تحديد أبعاد العلاقة بين السياسة العامة وصنع القرار، "فالقرار اختيار أحد البدائل المطروحة لمواجهة موقف معين، وعملية الحكم تقتضي اتخاذ عدة قرارات. ولضمان الحد الأدنى من التنسيق (بين القرارات)، عملت الدول على وضع نظام هرمي تكون بمقتضاه القرارات فردية تابعة لمجاميع قرارية أسمى وأكثر تجريداً تسمى السياسات، تتعلق بمجال معين كالتعليم أو الصحة أو التوظيف أو الشؤون الخارجية، فكأن السياسة هي بمثابة مرشد للقرارات الخاصة بمشكلة أو ميدان معين"<sup>(4)</sup>.

ويعرف عالم السياسة ديفيد ايستون (David Easton) السياسات العامة على أنها برنامج العمل للحكومة لفترة زمنية مستقبلية، بحيث يكون لها مبرراتها، وهذا يعني أن السياسات العامة هي التعبير عن التوجيه السلطوي أو الإلزامي لموارد الدولة، وأداة ذلك التوجيه هي الحكومة، وتتداخل عدة عوامل سياسية واقتصادية وسلوكية... الخ، لتعكس في النهاية الأهداف التي تبتغي الحكومة تحقيقها في فترة محددة، والإستراتيجية التي تتبعها للوصول إلى تلك الأهداف بأقصى

---

(1) نفس المرجع السابق، ص 12.

(2) أماني قنديل، "تحليل السياسات العامة كأحد مداخل دراسة النظم السياسية"، في: علي عبد القادر (تقديم)، اتجاهات حديثة في علم السياسة، (القاهرة: مركز الدراسات والبحوث السياسية، 1987)، ص 108.

(3) كمال المنوفي، "السياسة العامة وأداء النظام السياسي"، في علي الدين هلال (محرر)، تحليل السياسات العامة قضايا نظرية ومنهجية، مرجع سبق ذكره، ص 13.

(4) أماني قنديل، "تحليل السياسات العامة كأحد مداخل دراسة النظم السياسية"، في: علي عبد القادر (تقديم)، اتجاهات حديثة في علم السياسة، مرجع سبق ذكره، ص 111.

كفاءة وفعالية<sup>(1)</sup>، وهذا هو التعريف الذي تتبناه هذه الدراسة، وبذلك تصاغ السياسة العامة لتحقيق أهداف، أو تأسيس قيم، أو إشباع حاجات، وهي تشير إلى إطار عام للفعل، هذا الفعل يقوم على تحديد أو تعريف المشكلة التي تواجه المجتمع، وصياغة الحلول لها، واتخاذ القرار، وتطبيق البرنامج، وتقويم نتائج الفعل أو الأداء الحكومي<sup>(2)</sup>.

### ثانياً: تقويم السياسة العامة:

وهي المرحلة الأخيرة من عملية السياسة التي تتضمن نشاطات متسلسلة، ويعدّ التقويم عملية نظامية هادفة تتضمن دراسة تحليلية مقارنة للأداء الفعلي والأداء المعياري، والمرسوم وفقاً لمجموعة من المقاييس الإدارية والقانونية والمالية والاجتماعية وغيرها، ويرتكز التقويم إلى مؤشرات فنية وسلوكية وأخلاقية خاضعة للحكم والتقدير الشخصي، بالإضافة إلى مؤشرات موضوعية خاضعة للقياس الدقيق والمجرد من أية ميول شخصية<sup>(3)</sup>. ويتوجه التقويم نحو الفعل في البرامج والسياسات، مستخدماً مناهج العلوم الاجتماعية<sup>(4)</sup>:

**التقويم:** دراسة لغرض تقدير البرنامج القائم في إطار قدرته على إكمال أو تحقيق أهدافه.

**التقويم:** تحليل منتظم لمخرجات البرنامج بما يفيد تحديد الفروقات في المعلومات القبلية والبعديّة، وما يحصل في وضعية البرنامج، وتفسيرها في ضوء استخدام المقاييس والمعايير الإحصائية اللازمة.

التقويم عملية اختصاصية ذات طابع علمي وتطبيقي، تهدف إلى فحص المشروعات والعمليات التنفيذية المرتبطة بالسياسة العامة، ودراسة نتائجها، وما يترتب عنها من عوائد وفوائد، وقدم معهد الدراسات الحضرية الأمريكية رؤية تعريفية للتقويم من خلال المحاور التالية<sup>(5)</sup>:

أ. تشتمل عملية التقويم على تحديد فاعلية برنامج ما هو قائم ومستمر ثم التحقق من مدى تحقيق البرنامج لأهدافه المطلوبة.

ب. يتم ذلك من خلال الاعتماد على مبادئ البحث العلمي في سبيل تمييز الآثار المباشرة للبرنامج عن غير المباشرة، وقد تكون نتيجة لمؤثرات آخر من غير البرنامج المعلن.

(1) كمال المنوفي، السياسة العامة وأداء النظام السياسي، مرجع سبق ذكره، ص 13.

(2) مها عبد اللطيف الحديثي، "الإطار المفاهيم للنظام السياسي والسياسية العامة"، (مركز الفرات للتنمية والدراسات الاستراتيجية)، <http://fcds.com/issues>، ص 3.

(3) نائل عبد الحافظ العواملة، تحليل السياسات العامة: مدخل نظامي تطبيقات من الأردن والخليج العربي، "عمان: دون بيانات ناشر، 1999"، ص 125.

(4) أماني قنديل، "معايير التقويم في علم السياسة"، في: السيد عبدالمطلب غانم (محرر)، تقويم السياسات العامة، (القاهرة: مركز البحوث والدراسات السياسية، 1989)، ص 90.

(5) فهمي خليفة الفهداوي، السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل، "عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2001" ص ص 310-311.

ج. وفي ضوء ذلك تسعى عملية التقييم نحو تحسين أداء البرنامج عن طريق تعديل بعض عناصره وتطوير أدائها.

د. التقييم من خلال علاقته بتحليل السياسة العامة هو "أي نشاط يستند على أساس علمي يهدف إلى تقييم العمليات المرتبطة بالسياسات العامة وآثارها والبرامج الفعلية المصاحبة للتنفيذ".

### 1. مستويات التقييم:

يوجد مستويان رئيسيان للتحليل أولهما يتجه إلى النظام السياسي كوحدة للتحليل ضمن النظم السياسية المقارنة، وثانيهما يتوجه إلى السياسة أو برنامج داخل السياسة كوحدة للتحليل، ويقع هذا التقييم ضمن إطار السياسات العامة، وهناك تداخل بين الاثنين، ففي الحالة الأولى يسعى الباحث إلى تقييم النظام السياسي ككل استناداً على قدراته وإنجازاته، بينما في الحالة الثانية يتوجه الباحث نحو ترشيد عملية صنع السياسات العامة للحصول على الفعالية والكفاءة.

#### أ- المستوى الكلي- النظام السياسي:

ارتبط الاهتمام بتقييم النظام السياسي من خلال قدراته وإنجازته والمقارنة بين النظم السياسية في حقل السياسة المقارنة، وذلك بعد تصاعد أهمية المخرجات كأساس للتحليل للمقارنة بين النظم السياسية، بعد أن كانت المقارنة سابقاً تتم على أسس إيديولوجية، التي قد تكون في كثير من الأحيان مضللة في تفسير التنوع والاختلاف بين النظم السياسية، وبرز اتجاهان من خلال البحوث التحليلية المقارنة: الأول يرى أن سمات النظام السياسي ليست هي المتغير الأصيل الذي يفسر تنوع السياسات العامة، والآخر أن النظام السياسي هي المتغير الأساسي الذي يفسر تنوع مخرجاته. وقد اهتم الباحثون بالعلاقة بين مستوى الأداء أو الإنجاز للنظام، وما إذا كانت مستويات الأداء تختلف باختلاف النظم الديمقراطية التعددية عنها في النظم الاشتراكية.

لقد ارتبطت الرؤية الوظيفية للنظام السياسي بدرجة عالية ببحوث التقييم، فالنظام السياسي قد يتسم بالفاعلية أو بعدم الفعالية في تعامله مع بعض المشاكل والقضايا، ما ينعكس بالضرورة على السياسات التي ينتجها النظام، وهذه الرؤية الوظيفية للنظام تسمح بتقييم الأداء الكلي للنظام والحكم عليه، وعلى كل مستوى من المستويات التي تناولها جبرائيل أالموند (Gabriel Almond) تطرح قيم أساسية يأخذها الباحث في عين الاعتبار عند القيام بعملية التقييم:

- على مستوى النظام؛ تبرز وظائف التنشئة السياسية والاتصال السياسي.

- على مستوى العملية؛ تتحول المدخلات من مطالب وتأييد إلى مخرجات السياسة العامة، ويتم ذلك من خلال أربع وظائف: التعبير عن المصالح، وتجميعها، وصنع السياسة العامة، وتنفيذها، ويؤخذ في الاعتبار قيم المشاركة السياسية والعدالة والمساواة.

- على مستوى السياسة العامة؛ وما يخص قراراتها الاستخراجية والتنظيمية والتوزيعية والرمزية، فالقيم التي ينبغي تحليلها هي الرفاهية والأمن والحرية.

ويتم التقييم في هذا المستوى على إنجاز النظام السياسي وقدراته الاستخراجية والتوزيعية والتنظيمية، وذلك لتخطى العقبة الأساسية في التقييم، وهي الفجوة بين الأهداف التي يطرحها النظام من خلال سياساته ونتائج السياسات الفعلية، فقد تكون الأهداف مبالغاً فيها، أو أن يكون هناك انحراف عن الأهداف أثناء عملية التنفيذ، وكذلك أثر تفاعل السياسات مع البيئة المحيطة الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والثقافية، وهي جميعها تفسر الفجوة بين الأهداف المعلنة وبين نتائج السياسات<sup>(1)</sup>.

#### ب- المستوى الجزئي- السياسة العامة والبرنامج:

وحدة التحليل في هذه الحالة هي السياسة أو أحد البرامج التي تتضمنها هذه السياسة، وقد تقدمت الدراسات التقييمية في حقل السياسة المقارنة بفضل التطور الذي حدث في حركة السياسات العامة في بداية السبعينيات، سواء من حيث المضمون أو من حيث النهج.

#### 2. أنواع التقييم في السياسة العامة:

تتعدد أنواع التقييم في السياسة العامة في ضوء اختلاف الأهداف بالنسبة لعملية التقييم، حيث يمكن أن تركز عملية التقييم على أهداف البرنامج وتكاليفه أو على نتائجه، أو يمكن أن تركز عملية التقييم على الطابع الإداري ومستوياته، كما يمكن أن تركز على عملية التقييم بذاتها، وفيما يلي أهم أنواع التقييم في السياسة العامة<sup>(2)</sup>:

- **التقييم السابق أو المتقدم للسياسة العامة:** يساعد هذا النوع من التقييم في مرحلة صنع السياسة في عملية اختيار البدائل المناسبة من بين الحلول والبدائل المطروحة، وتحديد مدى ملاءمتها للمشاكل والقضايا العامة القائمة قبل تطبيق السياسة العامة، وكذلك نحو تقييم المعلومات المتوفرة لدى صانع السياسات العامة، على اعتبار أن كم ونوعية المعلومات ومصادقيتها تؤثر على فعالية السياسات، بمعنى أنه يركز على دراسات الجدوى قبل اتخاذ القرار، حيث يوجد ثلاثة نماذج لعملية اتخاذ القرار وهي:

(1) نفس المرجع السابق، ص ص 97-100.

(2) نفس المرجع السابق، ص ص 318-319.

- نموذج الرشادة.
- نموذج الإضافة التدريجية البطيئة.
- نموذج الفحص المختلط.
- **التقويم الاستراتيجي:** يمكن اعتماد هذا التقويم في سبيل تحديد فاعلية التنفيذ، ومساعدة مديري البرامج في إدخال التعديلات اللازمة للتنفيذ، بمعنى سد الفجوة بين النظرية والتطبيق، وإجراء التقييمات الشاملة للبرنامج في ضوء مؤشرات الكفاءة والفاعلية، وتركز البحوث في هذا النوع من التقويم على سؤاليين:
  - أ- هل تم توجيه السياسة نحو الهدف منها؟
  - ب- هل تم التنفيذ حسب المبادئ التي تم إعلانها عند وضع السياسة أم أن هناك انحراف في التنفيذ عن هذه المبادئ؟
- **تقويم الفاعلية:** يهتم هذا التقويم بمعرفة قدرة البرنامج على تحقيق أهدافه الأساسية الذي وضع من أجلها، وذلك من خلال الأهداف المتحققة وما يترتب عليها من منافع وفوائد.
- **تقويم عمليات تنفيذ البرنامج:** يشمل هذا النوع من التقويم تحليل العمليات التنفيذية للبرنامج بما يضمن عمليات التطوير والتحسين للبرامج، ويتم هذا النوع بصورة مستقلة أو مشتركة مع غيره من أنواع التقويم الأخر.
- **تقويم الكفاءة:** يركز هذا النوع على تقويم الدرجة التي تحافظ فيها أية سياسة عامة أو برنامج على أقل نفقة ممكنة، كمؤشر اقتصادي يتفق ومنطق الخدمات العامة الحكومية في الوسط الاجتماعي.
- **تقويم النتائج:** نتائج السياسة العامة هي الآثار المترتبة على ما تفعله الحكومة، وقد تكون عن عمد أو عن غير عمد، ويمكن المقارنة بين سياسات الدول المختلفة من حيث الآثار في ناحية الرفاه والأمن والحرية والعدالة باعتبارها قيماً، ويمكن أن تتم المقارنة بين سياسة عامة في فترات مختلفة في نفس الدولة لمعرفة آثار السياسة العامة من خلال ما يصيب مواقف الأفراد أو الجماعات المستهدفة، ولا يقتصر الأثر على الجماعات المستهدفة وحسب، فالسياسات أثرها يطل مجموعة قد تصلها أو لا تصلها منافعها وربما يلحق بها ضرر، والتأثير قد يتضح من خلال التكاليف المباشرة وغير المباشرة التي تستدعيها السياسات العامة<sup>(1)</sup>.

(1) كاظم هاشم نعمة، في السياسة المقارنة المداخل النظرية، (طرابلس: تالة للطباعة والنشر، 1998)، ص 172.

إن جوهر عملية التقييم ينص على معرفة الأثر الذي تحدثه السياسة العامة وذلك من خلال الأبعاد الأساسية أدناه(1):

- أ. أثر السياسة العامة على الموقف أو الجماعات المستهدفة من هذه السياسة.
- ب. أثر السياسة العامة على المواقف والجماعات الأخر غير المستهدفة من السياسة العامة.
- ج. أثر السياسة العامة على الظروف الراهنة وكذلك الظروف المستقبلية.
- د. أثر السياسة العامة من حيث تكاليفها المباشرة وغير المباشرة، ويتم تقييم الأثر بعد فترة كافية من تنفيذ السياسة.

### 3. أساليب تقييم السياسات العامة:

تتفاوت الأساليب المستخدمة في عمليات التقييم ما بين أساليب علمية تعتمد على تطبيق المنهجية العلمية، وأساليب غير علمية تعتمد على الانطباعات الشخصية والتجربة والخبرة.

#### أ- أساليب التقييم التقليدية(2):

- تتصف الأساليب التقليدية بأنها غير منتظمة وغير علمية ولكن هذا لا يقلل من أهميتها كأداة للتقييم.
- تستعمل الأجهزة الحكومية وغير الحكومية الأساليب التقليدية في الحكم على جدوى برامج العمل الحكومي، وهي تتميز بأنها منتظمة أو عملية ودقيقة، ومن أهم أساليبها:
  - رقابة السلطة التشريعية على أعمال الجهاز التنفيذي.
  - رقابة السلطة التنفيذية على الأجهزة التابعة لها.
  - التقييم بواسطة أجهزة غير حكومية (جماعات الضغط، الصحافة، النقابات).

#### مبررات استخدام الأساليب التقليدية في التقييم:

- صغر حجم البرنامج المراد تقييمه.
- أهمية البرنامج وضرورة تنفيذه واستمراره.
- قصر الفترة الزمنية التي يتم خلالها تنفيذ البرنامج.
- عدم توافر الاعتمادات المالية وندرة الكوادر البشرية المتخصصة.
- عدم وجود شكوى من النتائج التي تترتب على تنفيذ البرنامج.

(1) فهمي خليفة الفهداوي، السياسة العامة منظور كلي في البنية والتحليل، مرجع سبق ذكره، ص 312.

(2) خيرى عبد القوى، دراسة السياسة العامة، (الكويت: ذات السلاسل، 1989)، ص 34-35.

## ب- أساليب التقويم العلمية الحديثة:

تبتعد هذه الأساليب قدر الإمكان عن الاعتماد على الانطباع الشخصي للوصول للحكم على السياسة العامة، وتعتمد على القياس الكمي للمتغيرات وآثارها، مع الأخذ في الحسبان تلك المتغيرات التي لا يمكن تقديرها كمياً في أدوات فكرية رشيدة على القياس الكمي للمتغيرات للحكم موضوعياً على فعالية السياسات، ومدى نجاحها في تحقيق الأهداف، ومن أجل هذا تعرف بحوث التقويم بأنها استخدام أساليب البحث المستعملة في العلوم الاجتماعية في تقويم برامج العمل الحكومي للحكم على درجة النجاح في تطبيقها ودرجة فعاليتها.

والهدف الرئيسي من التقويم العلمي؛ هو الوصول لتقدير دقيق قدر الإمكان لمدى التقويم الذي يتوقع أن يحققه تنفيذ سياسة عامة معينة في حل المشكلة العامة، ومعنى هذا أن التقويم يجب أن يأخذ أربعة عناصر هي:

- أ- قياس الآثار يتطلب تصميماً دقيقاً لأسلوب البحث العلمي.
- ب- الاهتمام بالآثار الناتجة عن البرنامج مع عدم تجاهل الكفاءات.
- ج- مقارنة الآثار بالأهداف.
- د- للحكم على جدوى البرنامج بما يبرر الهدف الاجتماعي للتقويم العلمي.

## 4. أدوات تقويم آثار السياسات العامة<sup>(1)</sup>:

### أ- الموازنة:

تهدف إلى ترشيد صنع القرار في الإدارة الحكومية لترشيد استخدام الأموال العامة بالتقويم المستمر لمستويات أداء الخطط والبرامج، والتعرف على ما تم إنفاقه من اعتمادات مالية ومقارنتها بالنتائج المتحققة، ووضع مقاييس لمستوى الإنجاز وحساب تكاليف البرنامج لكل سياسة عامة، وبهذا يصبح صانع القرار على معرفة بالعائد والتكلفة الفعلية للبرنامج، وبالتالي يمكن مقارنته ببرنامج بديل، وتعتمد على تطبيق المنهجية العلمية من خلال: تحديد الأهداف بدقة؛ استخلاص المقاييس لقياس الآثار والنتائج؛ حساب التكلفة والعائد للبدائل.

### ب- المؤشرات الاجتماعية:

هي عبارة عن مقاييس تبين درجة التقدم الاجتماعي للمجتمع بما يساعد على عملية التقويم الشامل لفاعلية السياسة العامة، فهي تسمح بإصدار أحكام أكثر دقة اعتماداً على حقائق موضوعية حول أولويات السياسة العامة للدولة، بالإضافة إلى أنها من خلال المقارنة توضح مدى التقدم

(1) كمال المنوفي، "السياسة العامة وأداء النظام السياسي"، في؛ على الدين هلال (محرر)، تحليل السياسات العامة قضايا نظرية ومنهجية، مرجع سبق ذكره، ص ص 43-44

المحرز عبر الزمن للأوضاع الاجتماعية، ما يعزز فعالية تلك القرارات والخطط والسياسات، ويرجع الاهتمام الكبير من قبل المؤسسات القطرية والدولية ودوائر الأمم المتحدة بالمؤشرات الاجتماعية إلى الحرص على تقويم نتائج النمو الاقتصادي، ومدى إسهام عوائد هذا النمو في رفاه السكان، ويأتي اهتمام المنظمات الدولية وحكومات الدول بالمؤشرات الاجتماعية رغبة في قياس الكلفة الاجتماعية والمردود الاجتماعي للتنمية والآثار الاجتماعية، كما أن اتساع حركة المؤشرات الاجتماعية على المستوى الدولي هو وليد حركة النقد التي وجهت إلى إستراتيجية النمو الاقتصادي مؤخراً، حيث كان التركيز على العناصر الاقتصادية وإهمال الأوضاع الحقيقية للجماهير وطبيعة التغير الذي يحدث<sup>(1)</sup>.

### ج- المؤشرات الصحية<sup>(2)</sup>:

يمكن تعريف المؤشرات الصحية بأنها العنصر الجوهري لتخطيط الخدمات الصحية وتسييرها وتقويمها، وكذلك لرصد التغيرات في صحة السكان<sup>(3)</sup>، وهي دلالة على وضع معين أو انعكاس لهذا الوضع، ولقد حددت المؤشرات في المبادئ التوجيهية التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية لتقويم البرامج الصحية على أنها "متغيرات تساعد على قياس التغيرات". وقد أعدت منظمة الصحة العالمية الوثيقة رقم م ت 13/67 لكي تساعد الدول الأعضاء في اختيار المؤشرات التي تستعمل على الصعيد الوطني والدولي، كجزء من عملية مراقبة وتقويم التقدم نحو توافر الصحة للجميع بحلول عام 2000م. واقترحت الوثيقة أربع فئات من المؤشرات من أجل مراقبة التقدم نحو توافر الصحة للجميع بحلول عام 2000م: مؤشرات السياسة الصحية، المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية، مؤشرات تقديم الرعاية الصحية، مؤشرات الحالة الصحية، وفي ما يلي عرضاً موجزاً لتفاصيل هذه المؤشرات:

1- مؤشرات السياسة الصحية:	
- الالتزام السياسي بتوافر الصحة للجميع.	- تخصيص الموارد.
- درجة العدالة في توزيع الموارد الصحية.	- مشاركة المجتمع في توافر الصحة للجميع.
- الإطار التنظيمي والعملية الإدارية.	

(1) سالم عبد السلام رحومة، مؤشرات التنمية الاجتماعية في ليبيا 1970-1980، (مصراتة: الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، 1988)، ص ص: 20-21-23.

(2) وضع مؤشرات لمراقبة التقدم نحو توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000، (جنيف: منظمة الصحة العالمية، 1981) ص ص 7-9.

(3) هانس تي. وولر وغوران ستركي، ما هي أفضل مؤشرات نوعية الرعاية الصحية، منبر الصحة العالمي، المجلد الخامس، العدد 3، 1984، ص 308.



<b>2- المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية المتعلقة بالصحة:</b>	
- معدل زيادة السكان.	- الناتج القومي الإجمالي أو الناتج المحلي الإجمالي.
- توزيع الدخل.	- الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي.
- الإنفاق على الصحة كنسبة من إنفاق الحكومة على الخدمات.	- معدل التعلم بين البالغين. وكثافة الفصل الدراسي.
- نسبة الأمية، ومعدل الاستيعاب في النظام التعليمي بمراحله المختلفة، ومعدل التسرب من التعليم.	- الإسكان.
<b>3- مؤشرات تقديم الرعاية الصحية:</b>	
- التغطية بالرعاية الصحية الأولية.	- التغطية بنظام الإحالة.
<b>4- مؤشرات الحالة الصحية:</b>	
- الحالة الغذائية والتطور النفسي الاجتماعي للأطفال.	- معدل وفيات الرضع.
- معدل وفيات الأطفال (سن 1-4 سنوات)	- متوسط العمر المتوقع عند الولادة.
- معدل وفيات الأمومة.	

#### استعمالات المؤشرات:

1. مراقبة ما يحرز من تقدم بصدد التنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة في البلد.
2. مراقبة البرامج الصحية على مستويات مختلفة وقد يكون ذلك على مستوى وزارة الصحة، أو على مستوى الوحدات الإدارية دون الوطنية، أو على المستوى النظام الصحي المحلي.

#### مصادر الحصول على هذه البيانات:

1. سجلات الوقائع الحيوية.
2. سجلات الخدمة الصحية الروتينية.
3. المسوح بالعينة.
4. التقارير السنوية<sup>(1)</sup>.
5. تعدادات السكان والإسكان.
6. بيانات المراقبة الوبائية.
7. سجلات الأمراض.

(1) نفس المرجع السابق، ص ص 13-21.

## المؤشرات الصحية المقبولة بوجه عام هي:

1. **المعدل العام للوفيات:** يعدّ المعدل العام للوفيات دليلاً معقولاً لمقارنة الحالة الصحية للناس ويعرف بأنه عدد الوفيات لكل 1000 من السكان في المجتمع المعنى، وإذا كان معدل الوفيات مرتفعاً، دل على انخفاض الحالة الصحية بالمجتمع.
2. **معدل وفيات الأطفال الرضع:** ويعرف بأنه عدد وفيات الرضع قبل عمر السنة لكل 1000 من الولادات الحية في العام، ويعدّ معدل الوفيات الرضع أكثر المؤشرات حساسية للحالة الصحية ومستوى معيشة الشعب، وهذا المعدل مرتفع جداً في الدول الفقيرة صحياً.
3. **العمر المتوقع:** العمر المتوقع عند الولادة يعدّ أحسن مقياس للحالة الصحية للسكان، فانخفاض العمر المتوقع يعنى انخفاضاً للمستوى الصحي، وإحصائيات العمر المتوقع أظهرت فروقات غير عادية في المستويات الصحية بين الدول المتقدمة النامية.
4. **أدلة على الخدمات والأنشطة الصحية:** هناك عدة أدلة أخرى يتكرر استعمالها لقياس المستوى الصحي في أي دولة، وفيما يلي بعضها:
  - نسبة الأطباء إلى عدد السكان.
  - نسبة هيئة التمريض إلى عدد السكان.
  - نسبة الأسرة إلى عدد السكان<sup>(1)</sup>.

---

(1) د. ج. ا. بارك وآخرون، **الموجز في طب المجتمع**، ترجمة الزروق الهوني وسالم الحضيري، (طرابلس: منشورات مجمع الفاتح للجامعات، 1989)، ص ص 23-24.

## المبحث الثاني

### مفهوم النظام الصحي والخدمات الصحية

تعدّ الرعاية الصحية ضرورة أساسية ومطلباً ملحاً، بل إنها عنصر لا غنى عنه لبقاء الإنسان وضمان التنمية، وقد أدركت الأنظمة السياسية باختلاف أنواعها أن الرعاية الصحية حق لكل إنسان، وأنها من حاجات الإنسان الأساسية التي يجب على الأنظمة توافرها، فهي تمثل انعكاساً للظروف الاقتصادية والقيم الاجتماعية للمجتمع، وهي تختلف باختلاف البلد والنظام، وعليه فإن هذا المبحث سوف يتطرق إلى عددٍ من المفاهيم الأساسية، وهي مفهوم الصحة، والرعاية الصحية الأولية، والنظام الصحي، والخدمات الصحية، والسياسة الصحية، والأمن الصحي.

#### أولاً- مفهوم الصحة:

عاش العالم سنوات طويلة وفي تصوره أن مهمة الطب هي علاج المرضى، وإذا امتدت هذه المهمة إلى أكثر من ذلك، فإنها لا تتجاوز الوقاية من الأمراض، وقد تغير هذا المفهوم في السنوات الأخيرة خاصة تأسيس منظمة الصحة العالمية "W.H.O"، حيث اشتد الجدل حول تحديد "معنى الصحة"، فكان الشائع بين الأطباء والعاملين في المجال الصحي، أن الصحة تعنى "خلو الجسم من المرض"، ولكن هذا المفهوم لم يقنع الذين تولوا أمر منظمة الصحة العالمية، واعدّوا أن المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة، وقد قامت المنظمة بتعريف للصحة مفاده ما يلي(1): "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"(2).

وتعدّ الصحة باعتبارها حالة من السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية، هدفاً أساسياً من أهداف التنمية البشرية، فقد حدد أول تقارير التنمية البشرية عام 1990م من بين الاختيارات اللانهائية للناس ثلاثة اختيارات أساسية لا يتصور من دونها تحقق الاختيارات الأخرى، وكان أول هذه الاختيارات الثلاثة تحقيق حياة طويلة خالية من العلل، فالناس يتطلعون دائماً إلى امتداد أعمارهم وهم بصحة جيدة. لذلك فإن مؤشر توقع الحياة عند الميلاد هو أحد العناصر الثلاث الأساسية في تركيب دليل التنمية البشرية، كما تعدّ الصحة كذلك وسيلة أساسية للتنمية البشرية، لذا ركزت الدراسة على قطاع الصحة في ليبيا باعتباره أحد أهم القطاعات في التنمية البشرية، وذلك

---

(1) سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، (القاهرة: دار المعرفة الجامعية، 2005)، ص 6.  
(2) عبد المحي محمود حسن، الصحة العامة وصحة المجتمع والأبعاد الاجتماعية والثقافية، (القاهرة: دار المعرفة الجامعية، 2001)، ص 6.

بهدف تحليل مدى تأثير السياسات الصحية على مستويات الصحة للسكان وتقويم هذه الآثار<sup>(1)</sup>، ويمكن تحديد أهم العوامل المؤثرة في الصحة المحددة لصحة الفرد والجماعة:

أ- بيولوجية الإنسان.

ب- البيئة المحيطة.

ج- أساليب المعيشة (الحياة).

د- الحالة الاقتصادية.

هـ- الخدمات الصحية.

ثانياً- مفهوم الرعاية الصحية الأولية: هناك اختلاف بين مفهوم الصحة الذي تم تناوله سابقاً، وبين الرعاية الصحية، حيث عرفت منظمة الصحة العالمية المفهوم الثاني وهو الرعاية الصحية على أنها: كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر في صحة الفرد إلى جانب الرعاية الطبية، ويمكن القول إن تعريف منظمة الصحة العالمية لمفهوم الرعاية الصحية يعكس أبعاداً عديدة لنظام الرعاية الصحية، فبالإضافة إلى العيادات الخارجية والداخلية وقوة العمل الطبية.... إلخ، أي الرعاية الطبية العادية، تدخل عوامل أخرى في مفهوم الرعاية الصحية مثل:

- العوامل الاقتصادية التي تحدد الحجم اللازم من الموارد الاقتصادية لإنتاج الخدمات الصحية وكيفية توزيعها.

- العوامل السياسية التي تعكس أولويات توزيع الموارد في الخطط الصحية المختلفة، وتتمثل في صورة التشريعات الصحية اللازمة لتنظيم القطاع الصحي.

- العوامل الثقافية المتمثلة في أثر التعليم على التوعية الصحية للسكان بجانب دور التعليم في تحديد حجم القوة العاملة الطبية.

- العوامل الاجتماعية التي تؤثر على أسلوب تغذية الأفراد والمفاهيم السائدة إزاء الخدمات الصحية المتوافرة.

- العوامل البيئية كطبيعة المناخ ومدى توافر المياه النقية ومدى تلوث البيئة.... إلخ التي تلعب دوراً مهماً في التأثير على المستوى الصحي للأفراد.<sup>(2)</sup>

(1) سمية أحمد عبد المولى، "أثار الإصلاح الاقتصادي على التنمية البشرية" دراسة لتقويم اثر الإصلاح الاقتصادي على الصحة في مصر"، رسالة ماجستير غير منشورة، (القاهرة: جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 1997)، ص "ب".

(2) فريد راغب النجار، إدارة المستشفيات والمنظمات الصحية والطبية مدخل الإدارة بالأنظمة المتوازنة، (القاهرة: دار النهضة العربية، 1981)، ص 333.

الرعاية الصحية هي أحد أبعاد البنية الاجتماعية للمجتمع، ومفهوم التنمية الشاملة يشمل التنمية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، ومن هذا المنطلق تبرز أهمية صيانة وتنمية الصحة العامة<sup>(1)</sup>، ولا شك أن حدوث المرض أو الإصابة، بما لهما من آثار سلبية على الفرد والأسرة ومن ثم المجتمع ككل، يشكل أحد المعوقات الهامة لعملية التنمية على جميع الأصعدة، خاصة أن هذه الآثار ليست عضوية فحسب، بل يتبعها غالباً آثار لا تقل خطراً مثل الآثار النفسية والاجتماعية والاقتصادية على المستوى الفردي والعام.

من هنا تبدو الأهمية القصوى لتوافر الرعاية الصحية المناسبة وحشد القدرات البشرية والمادية لمواجهة الآثار السلبية للمرض والإصابة وتحجيمها قدر الإمكان، باعتبار ذلك استثماراً يصب في خانة زيادة الإنتاج والحفاظ على أغلي ثروات الوطن، وهو الإنسان.

إن النظر في بعض الأحيان للقطاع الصحي على أنه قطاع إنفاقي خدمي، وتصنيف وزارة الصحة على أنها وزارة خدمات تنفق ولا تنتج؛ هي نظرة قاصرة، حيث إنه من دون الإنفاق والاستثمار في هذا القطاع لا يمكن توقع أن تكون هناك تنمية<sup>(2)</sup>.

عرّف إعلان (أما آتا) عام 1978 الرعاية الصحية بأنها: الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة عملياً، وسليمة علمياً، ومقبولة اجتماعياً، وميسرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة، وبتكاليف يمكن للمجتمع والبلاد توافرها، ويمكن تحديد أهم العناصر الرئيسية للرعاية الصحية الأولية:

- التثقيف بشأن المشاكل الصحية السائدة وطرق الوقاية منها.
- توافر الغذاء وتعزيز التغذية الصحية.
- الإمداد الكافي بالمياه النقية.
- رعاية الأم والطفل.
- التحصين ضد الأمراض المعدية.
- الوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها.
- العلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة.
- توافر الأدوية الأساسية<sup>(3)</sup>.

(1) ماجد رضا بطرس "تقييم أداء المعونة الأمريكية في قطاع الصحة في مصر دراسة تطبيقية على البرنامج الموسع للتطعيمات"، رسالة دكتوراه غير منشورة، (القاهرة: جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 1997)، ص 9-7.

(2) طارق الغزالي، سمير عبدالوهاب، العلاج على نفقة الدولة الإشكاليات والمقترحات، ورقة مقدمة لمنتدى السياسات العامة (القاهرة: جامعة القاهرة، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، 2003)، ص 17.

(3) معاً نحو الصحة للجميع، (الإسكندرية: المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، منظمة الصحة العالمية، 1987)، ص 11.

### ثالثاً- مفهوم النظام الصحي:

النظام الصحي لأي مجتمع لا يختلف كثيراً عن الأنظمة الوطنية الأخرى، ولكنه يختلف في مكوناته، ومدخلاته ومخرجاته، ومجموعة الوسائل والأساليب والطرق التي تتفاعل مع المدخلات لتحويلها إلى المخرجات المطلوبة، ويتم ذلك في إطار بيئة تعدّ جزءاً من أجزاء النظام تؤثر على النظام وتتفاعل معه، والبيئة في النظام الصحي تتألف من مختلف القطاعات الموجودة في محيط النظام، والتي لا تدخل ضمن القطاع الصحي، كالنظام التربوي والتعليمي والاقتصادي والسياسي والديني والاجتماعي، ولكنها تتأثر بالنظام الصحي وتؤثر فيه<sup>(1)</sup>.

وفي ضوء ما سبق يمكن النظر إلى النظام الصحي الوطني على أنه نظام مركب من مجموعة نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة، وهذه النظم الفرعية قد تتمثل على سبيل المثال في الجهات المعنية بالشؤون الصحية، وفي طبيعة الخدمات التي تقدمها كل منها ومستواها كخدمات الرعاية الصحية الشخصية، وخدمات الصحة العامة، والخدمات الصحية الخاصة: كالعناية بالمعوقين والمسنين، وحالات الإدمان وحالات الصحة النفسية، كما يمكن النظر إليه على أنه نظام مفتوح لأنه يعمل على مواجهة مشكلات قد تعترض صحة أفراد المجتمع الذين يتفاعلون معه ويتأثرون به ويؤثرون فيه<sup>(2)</sup>.

ويعرف النظام الصحي على أنه مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد المكرسة للتدخلات الصحية، وإذا كان تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي نظام صحي، فإنه ليس بالغرض الوحيد، كما أن هذا الغرض ينقسم إلى شقين: بلوغ أفضل مستوى صحي "الجودة"، والحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تيسير حصولهم على الرعاية الصحية "العدالة"<sup>(3)</sup>.

ولا تخرج التعريفات التي أوردها الباحثون في النظم الصحية عن التعريف سابق الذكر فهذا مارك فيليد (Mark Field) يعرف النظام الصحي بأنه "الآلية المجتمعية التي يتم بها تحويل الموارد العامة أو المدخلات إلى مخرجات متخصصة في صورة خدمات صحية تستهدف مواجهة المشكلات الصحية في المجتمع".

(1) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، (بيروت: أكاديميا انترناشيونال، 1999)، ص 33.

(2) طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، (الرياض: مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، 1991)، ص ص 20-21.

(3) النظم الصحية وتقويم أدائها، الشؤون الفنية، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، [www.sgh.org.sa/fan.htm](http://www.sgh.org.sa/fan.htm)، ص 9.

## أ- الأهداف الأساسية للنظام الصحي:

على الرغم من تباين أهداف النظم الصحية بين دولة وأخرى، بسبب اختلاف الظروف الصحية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية في كل منها، تظل هناك أهداف عامة يمكن أن تعد القاسم المشترك بين معظم هذه النظم، ومن هذه الأهداف:

1- الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى؛ وذلك بالتقويم المستمر للبرامج الراهنة وتطويرها، ويقترح هنريك بلوم (Henric Blum) أن يوضع لهذا الهدف الأهداف التفصيلية الآتية:

- السعي المستمر نحو إطالة الحياة والوقاية من الموت المبكر.
- خفض معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض.
- خفض مستوى نسبة الإعاقة ولاسيما حالات العجز.
- تحصين المجتمع ضد الأمراض التي تتوافر لها لقاحات.
- 2- تأمين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع أفراد المجتمع.
- 3- تأمين الكفاءات البشرية بالأعداد والنوعيات المناسبة التي تحتاج إليها برامج الرعاية الصحية.
- 4- تأمين الموارد اللازمة لتغطية نفقات إنشاء المرافق الجديدة وتجهيزها وصيانة القائم منها.
- 5- تطوير نظام المعلومات الصحية، بما يتيح توافر المعلومات عن الأوضاع والجهود الصحية في الوقت المناسب.
- 6- تشجيع القطاع الخاص على المشاركة في تشغيل المرافق الصحية الحكومية، بما يؤدي إلى تحقيق التنمية الصحية الوطنية.
- 7- تشجيع البحوث والدراسات ذات الصلة بالقضايا والمشكلات الرئيسية التي تواجه نظام الرعاية الصحية على المستوى الوطني.

إن تحقيق الهدف العام للنظام الصحي كما سبق الإشارة إليه يتطلب توافر وتقديم خدمات صحية شاملة وملائمة للأفراد والمجتمع، وتضم هذه الخدمات مجموعتين رئيسيتين هما<sup>(1)</sup>:

---

(1) فريد نصير، "المستشفى العام ومفهوم الرعاية الصحية: دورها ومسؤولياته"، المجلة العربية للإدارة، السنة الثامنة، العدد الثاني، ربيع 1984م، ص ص 65-70.

1- الخدمات والبرامج الصحية الموجهة نحو خدمة المجتمع ككل أو مجموعات محددة من السكان وتشمل ما يلي:

- خدمات الارتقاء بالصحة **Health Promotion** وهي خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية إيجابية لدى الأفراد، وخاصة فيما يتعلق بأهمية الغذاء الصحي المتوازن وممارسة الرياضة البدنية والتثقيف الصحي وغيرها من الخدمات.

- خدمات الصحة العامة **Public Health Services**، تهتم هذه الخدمات بصحة الأفراد كمجموعات، حيث تركز خدمات الصحة العامة بشكل رئيسي على وقاية أفراد المجتمع من الأمراض والسيطرة على الأمراض السارية والمعدية والقضاء عليها، والنمط المعروف لهذه الخدمات هو حملات التطعيم.

- خدمات صحة البيئة **Environmental Health Services**، وهي خدمات موجهة نحو توافر البيئة الصحية السليمة للأفراد، وتهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والسلامة العامة وتوافر المسكن الصحي للفرد.

2- الخدمات الصحية الشخصية **Personal Health Services** أو خدمات الرعاية الطبية كما

يسمىها بعض المتخصصين **Medical Care Services**، وهذه الخدمات لا تقتصر بمفهومها على رعاية المرضى فقط، فهي خدمات موجهة نحو الاهتمام بصحة الفرد (مريضاً كان أم سليماً) ويجرى تقديمها من خلال العيادات الطبية والمراكز الصحية والمستشفيات وغيرها من وحدات أنماط تقديم الخدمات الصحية الشخصية، وتشمل هذه الخدمات ما يلي:

أ- **خدمات الارتقاء بالصحة**: تركز هذه الخدمات على الارتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل غير الطبية كالتركيز على أهمية الغذاء الصحي وأهمية الرياضة البدنية والنظافة الشخصية والسلوك الصحي السليم للفرد كالامتناع عن التدخين.

ب- **الخدمات الوقائية**: ويمكن تصنيف هذه الخدمات إلى ثلاثة مستويات:

- **خدمات الوقاية الأولية **Primary Preventive****: وهي خدمات محددة ومباشرة يجرى تخطيطها وتقديمها لوقاية الأفراد من مرض معين والنمط المعروف لهذه الخدمة حملات التطعيم الجماعية.

- **خدمات الوقاية الثانوية **Secondary Preventive****: وتشمل خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها كم تشمل خدمات المسح الصحي الشامل.



- خدمات الوقاية ذات الدرجة الثالثة **Tertiary Preventive**: وهي خدمات متخصصة تهدف إلى إعادة تأهيل المرضى والمصابين لتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة إلى حدٍ ما.

ج- **الخدمات العلاجية**- تنقسم هذه الخدمات إلى قسمين:

- خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى، وتقوم المستشفيات الحديثة بدور كبير في هذا المجال من خلال العيادات الخارجية ومن خلال المراكز والمستوصفات الطبية.
- خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الداخليين.
- خدمات التأهيل والرعاية طويلة الأجل؛ وتشمل هذه الخدمات خدمات الرعاية الطبية وإعادة التأهيل للمرضى ومصابي الحوادث حيث تتطلب إعادة تأهيلهم لممارسة حياة طبيعية فترة زمنية طويلة.

ويتألف أي نظام صحي من مستويات مختلفة، أولها نقطة الاتصال الأولى بين النظام والناس حيث تقدم الرعاية الصحية الأولية، أما المستويات الأخرى، المتوسطة والمركزية للنظام فهي تقوم بتوفير الدعم والخدمات المتخصصة التي تزداد تعقيداً كلما ازدادت مركزية، ويستوجب تصميم نظام صحي تعدد الرعاية الصحية الأولية وظيفته الأساسية وأدائه التنفيذية الرئيسية تحديد تلك المكونات التي يتشكل منها قطاع الصحة وغيرها من القطاعات المتفاعلة فيما بينها، واللازمة لتنفيذ البرامج الصحية في مختلف المستويات التنفيذية، ومن ثم يجرى تحديد الأنشطة التي يقوم بها كل من هذه المكونات<sup>(1)</sup>، وهناك ثلاثة نظم عالمية متبعة في مجال الرعاية الطبية وهي حسب التالي:

1- **المساعدة العامة**: وتغطي 49% من سكان العالم، يعيش معظمهم في البلدان النامية، ويسود هذا النظام في 108 من بلدان العالم، حيث يعيش 1862 مليون شخص، وتقع هذه الدول في آسيا وإفريقيا وأمريكا اللاتينية، وهي بلدان نامية تتفاوت أوضاعها السياسية، ويغلب على اقتصاداتها الطابع الزراعي، ويقوم النظام العقاري عادة على الإقطاع أو شبه الإقطاع، على الرغم من أن الاقتصاد القبائلي يلعب دوراً هاماً في بعض المناطق، وفي الوقت الراهن تنمو في عدد كبير من تلك البلدان علاقات اقتصادية رأسمالية واشتراكية، ويحصل معظم السكان على الرعاية الطبية في إطار مساعدة عامة للفقراء، عن طريق مستشفيات حكومية ومراكز صحية تمول من الضرائب العامة.

(1) العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية، سلسلة الصحة للجميع رقم 5، (جنيف: منظمة الصحة العالمية، 1981)، ص 19.

2- **التأمين الصحي:** يطبق في البلاد الصناعية الرأسمالية على 18% من سكان العالم، وهذا النظام شائع في 23 بلداً يبلغ عدد سكانها 711 مليون نسمة، وتقع تلك البلاد في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية كما تتضمن استراليا ونيوزيلندا واليابان وإسرائيل وكلها بلدان صناعية ذات اقتصاد رأسمالي.

3- **الخدمة الصحية الوطنية:** أثبت نظام الخدمة الصحية الوطنية قدرته على تقديم خدمات صحية شاملة إلى كافة الأفراد، وعلى نحو رشيد وفعال بالنسبة إلى تكاليفه. وهذا النظام كان شائعاً في 14 بلداً اشتراكياً سابقاً، حيث يعيش فيها 1254 مليون شخص أي ما يعادل 33% من سكان العالم، وتتألف هذه البلاد من تسع دول أوروبية ومن أربع دول آسيوية ومن دولة بأمريكا اللاتينية، هي كوبا.

وقد تم ملاحظة وجود ارتباط وتطابق بين تلك النظم وبين ثلاثة نظم اقتصادية أساسية تسود عالم اليوم: النظام ما قبل الرأسمالية، والرأسمالية، والاشتراكية<sup>(1)</sup>.

#### ب- وظائف النظام الصحي<sup>(2)</sup>:

إن الهدف الرئيسي لأي نظام صحي هو ضمان وتوافر مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع على ضوء ما يتوافر له من إمكانيات وموارد، ولتحقيق هذا الهدف لا بد للنظام الصحي من القيام بوظيفتين رئيسيتين هما:

1- تقديم خدمات طبية ذات نوعية جيدة Quality Medical Services للمرضى وضحايا الحوادث، وتوافر هذه الخدمات للأفراد في أماكن تواجدهم حيثما أمكن، وذلك بشكل تكون معه هذه الخدمات ميسورة وفي متناول طالبيها ومحتاجيها دون أي عوائق تحد من الوصول إليها. تنصب خدمات الرعاية الطبية كخدمات فردية علاجية على الأمراض والإصابات ومعالجتها، ويمكن توافر هذه الخدمات من خلال إنشاء شبكة متصلة من وحدات تقديم الخدمات العلاجية على أساس المناطق والأقاليم الصحية كالعيادات والمراكز الطبية المصغرة والمستشفيات، إضافة إلى المراكز الطبية والمستشفيات المتخصصة على المستوى الوطني، وتشكل هذه الخدمات العلاجية من وجهة نظر الفرد المستهلك لها، الأولوية الأولى بالنسبة لاحتياجاته الصحية، وغالباً ما يحكم الأفراد

(1) ميلتون تيريس، النظم العالمية الثلاثة للرعاية الطبية اتجاهاتها وتوقعاته، مجلة منبر الصحة العالمي، المجلد الأول، العدد 2-1، 1980، ص 110.

(2) طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 27.

العاديون على كفاءة النظام الصحي الكلي ونجاحه من خلال قدرته على توافر خدمات صحية من هذا النوع.

2- العمل على إنقاص معدلات الوفيات ومعدلات حدوث الأمراض وحالات العجز في المجتمع، على المستوى الفردي، حيث تقوم وحدات تقديم الخدمات العلاجية بهذه المهمة من خلال ما تقدمه من خدمات الرعاية الطبية للأفراد والمجموعات التي تفد إلى هذه المؤسسات طلباً للخدمة الصحية، إلا أن أثر هذه الخدمات ودورها في تحقيق هذا الهدف يبقى هامشياً ومحدوداً، حيث يقتصر دورها على الأغلب على تشخيص ومعالجة المرض قبل استفحاله لأولئك الذين يفدون إلى هذه الوحدات الصحية طلباً للخدمة الصحية، أما على المستوى الجماعي فإن مسؤولية تحقيق هذا الهدف تقع على عاتق مؤسسات خدمات الرعاية الصحية الأخرى، كمؤسسات خدمات الصحة العامة وصحة البيئة وخدمات الارتقاء بالصحة، حيث يجرى تصميم وتخطيط وتقديم هذه الخدمات التي لها مساس بصحة المجتمع ككل من خلال البرامج الصحية الموجهة نحو خدمة المجتمع.

والنقطة المهمة هنا هي ضرورة تكامل هذين النوعين من الخدمات لتمكين النظام الصحي من القيام بهاتين الوظيفتين بما يحقق الهدف العام المرسوم له، وقد حاول المخططون الصحيون تحقيق ذلك باستعمال مداخل مختلفة منها<sup>(1)</sup>:

**الاقتراب الأول:** ويقوم على الفصل بين هاتين الوظيفتين، وهو اقتراب متبع في عدد من الأنظمة الصحية في الدول المتقدمة، حيث يتم تقديم خدمات الرعاية الطبية (تشخيص ومعالجة) للأفراد بواسطة مؤسسات تقديم الخدمات العلاجية، أما فيما يتعلق بخدمات صحة المجتمع فتتولى مسؤولية تقديمها مؤسسات صحية منفصلة؛ كدوائر الصحة العامة وصحة البيئة.

**الاقتراب الثاني:** يقوم على المزج بين هاتين الوظيفتين وتكاملهما وقد جرى تطبيقه في عدد من الدول النامية حيث يتم التركيز هنا على المراكز والمستوصفات الطبية في المناطق الريفية لتقوم بهاتين الوظيفتين، حيث تعمل هذه المراكز الطبية كمراكز رئيسية لصحة المجتمع المحلي بإسناد ودعم مباشر من قبل مستشفيات المناطق والأقاليم الصحية التي ترتبط بها هذه المراكز حيث تقوم هذه المراكز بتقديم نوعين من الخدمات الصحية:

أ- خدمات صحية ذات نوعية جيدة للأفراد الذين يفدون إلى هذه المراكز، وتشمل ما يلي:

- خدمات الرعاية الطبية الأولية.
- خدمات رعاية الحوامل والولادة.

(1) نفس المرجع السابق، ص ص 28-29.

- خدمات رعاية الأطفال.
- ب- برامج الصحة العامة للمجتمع المحلي وتشمل:
  - مسح وتقصى الأمراض السارية ومسح المجموعات المعرضة للإصابة بأمراض معينة.
  - برامج التطعيم الموجهة إلى لمجتمع المحلي للوقاية من أمراض محددة.
  - برامج تنظيم الأسرة.
  - برامج الصحة المدرسية.
  - برامج صحة البيئة وتركز على قضايا تلوث الهواء وتوافر المسكن والبيئة الصحية والتفتيش على المرافق العامة ومؤسسات الخدمات.
  - برامج التثقيف الصحي الموجهة نحو مجموعات محددة من السكان كالأمهات وطلاب المدارس.

### ج. مكونات النظام الصحي<sup>(1)</sup>:

يمكن تعريف النظام الصحي بأنه مجموعة الموارد المتاحة، وعملية تنظيم وإدارة هذه الموارد حتى تؤدي في النهاية إلى تقديم الخدمة الصحية لكل المواطنين، ويشترك مع النظام الصحي في رفع المستوى الصحي للمجتمع إشراك عدد من النظم الاجتماعية الأخرى، مثل التعليم وتصحيح البيئة والخدمات الاجتماعية، والنظام الصحي يختلف من بلد إلى آخر، وقلما نجد في دول العالم نظامين متشابهين تماماً، ولكن تشترك بعض النظم في اتجاهات معينة، فبعضها يغلب عليه الطابع الحكومي، والبعض الآخر يغلب عليه الطابع الخصوصي، والبعض الآخر يتم تمويله عن طريق فرض الضرائب الحكومية أو نظام الضمان الصحي أو الدفع المباشر وغيرها.

كما تختلف الأنظمة الصحية في شموليتها ودرجة تعقيدها تبعاً للمستوى العام للبلد، وتقدمه الاجتماعي والاقتصادي، ومستوى التعليم العام، وطبيعة المشاكل الصحية في المجتمع، أي أن النظام الصحي لأي بلد ينمو ويتطور في المجتمع نتيجة لتأثير جميع العوامل المحيطة بها<sup>(2)</sup>، ولأغراض وصف النظام الصحي وتحليله بصورة شاملة، والتعرف على مجموعة الظواهر والمؤثرات المحيطة بها، التي تؤثر عليه وتؤثر فيه، يمكن النظر إليه من خلال اقتراب النظم Systems Approach على أنه يتكون من مكونات أربعة يتفاعل بعضها مع بعض ضمن بيئة متعددة المؤثرات وهذه المكونات إضافة إلى البيئة، هي المدخلات والأنشطة والمخرجات والتغذية المرتدة، وفيما يلي عرض موجز لذلك:

(1) نفس المرجع السابق، ص 29.

(2) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص 34.

- 1- **البيئة الخارجية للنظام الصحي:** وتشمل التعرف على كافة الظروف والعوامل والمؤثرات المحيطة بالنظام الصحي التي يتأثر بها ويؤثر فيها، ومن أهم تلك المؤثرات مسوحات المؤثرات الخاصة بمصادر مدخلات النظام الصحي اللازمة لعملياته التشغيلية، مثل الوقوف على الاحتياجات الصحية للمواطنين لتأمين الخدمات الصحية المطلوبة، ومعرفة حجم مستهلكي الرعاية الصحية منهم، والوقوف على مدى ملاءمة الموارد المالية المرصودة، وكفاءة سياسات التمويل وحجم الاستثمارات الموظفة وغيرها.
- 2- **المدخلات:** تشمل مدخلات النظام الصحي على العناصر المطلوبة لقيام النظام بأداء وظائفه المختلفة ومن أهم تلك العناصر: أعداد القوى العاملة اللازمة ونوعياتها، والمنشآت الصحية، والتجهيزات المطلوبة لكافة مستويات الرعاية الصحية، والتنظيمات والنظم والإجراءات واللوائح المعتمدة، والموارد المالية المخصصة لتشغيل النظام، ونظم المعلومات الداعمة.
- 3- **الأنشطة:** وتشمل العمليات والإجراءات التشغيلية المتخذة، مثل أنشطة التشخيص والعلاج والتدريب والبحوث والأنشطة الإدارية المساعدة، لتحويل المدخلات إلى مخرجات وفق التنظيمات والأساليب الموضوعية للوصول إلى نتائج تحقق في النهاية الإستراتيجية المعتمدة للنظام الصحي.
- 4- **الرقابة والتحكم:** تشمل إدارة نشاطات الصحة العامة التخطيط والتصميم والرقابة والإشراف على تلك الأنشطة، شاملة برامج الصحة العامة مثل برنامج الحفاظ على حياة الطفل، فعن طريق تقويم الأداء يتم الحكم على نجاح الصحة العامة في تقديم الخدمات الصحية بفعالية وكفاءة.
- 5- **المخرجات:** وتتمثل في معرفة النتائج المحققة لأداء مختلف الأنشطة، وقياس درجتها ونوعيتها ومستواها، مثل درجات كفاءة استخدام الخدمات الصحية، ومقاييس معدلات حدوث الأمراض وانتشارها، وذلك للحكم على مدى بلوغ الهدف الرئيسي للنظام الصحي، المتمثل في تحسين الحالة الصحية العامة والوصول بها إلى أعلى المستويات.
- 6- **النواتج:** وهي تشمل آثار الخدمات الصحية المقدمة على المستوى الصحي والاجتماعي والاقتصادي لمجتمع المستهدفين من الخدمات الصحية.
- 7- **التغذية المرتدة:** وتعبّر عن البيانات والمعلومات الأولية المتولدة من مخرجات النظام الصحي، وتحويلها إلى معلومات مفصلة عن مختلف أوجه نتائج الرعاية الصحية للاستفادة منها في اتخاذ القرارات المناسبة.

8- **المؤثرات:** هناك عدة من النظم التي تؤثر على نظام الرعاية الصحية مثل البيئة الاقتصادية من حيث المحددات الاقتصادية للتمويل والبيئة الاجتماعية من حيث الوعي الصحي والعادات المتأصلة وكذلك السياسات العامة للصحة<sup>(1)</sup>.

#### رابعاً- مفهوم الخدمات الصحية:

أصبحت الخدمات الصحية تحل دوراً مهماً في حياة المجتمع وتسهم في رفاهيتهم واستقرارهم، لذلك شهدت السنوات الأخيرة تطوراً كبيراً في مجال تقديم هذه الخدمات، كما اهتمت الحكومات بالإشراف والرقابة على الخدمات الصحية لما لها من أثر فعال في رفاهية الفرد والمجتمع<sup>(2)</sup>، وقبل استعراض مفهوم الخدمات الصحية يرى الباحث ضرورة تعريف مفهوم الخدمات العامة، حيث تعد الخدمات العامة بمثابة خدمات أساسية تقدمها الدولة للمواطنين، سواءً بشكل مباشر من خلال القطاع العام، أو بشكل غير مباشر بإسناد ذلك إلى القطاع الخاص، وذلك بهدف تحقيق الاستقرار السياسي والاقتصادي، وحماية النظام الاجتماعي السائد، وضمان العدالة والمساواة والحرية، والحفاظ على الصحة العامة في المجتمع، ومكافحة الأمراض والأوبئة، وحماية المجتمع والدفاع عنه من أي اعتداءات خارجية، هناك من يرى الخدمات العامة على أنها تتضمن كل الأنشطة ذات الاهتمام العام، التي تمارس تحت رعاية السلطات العامة، وهناك من يعرفها بأنها خدمات أساسية تقدم للمواطنين بواسطة الدولة وهيئاتها البلدية والمحلية، وهناك من يعرفها بأنها كل ما تقدمه الدولة إلى المجتمع من خدمات في ميادين الصحة والتعليم والتنظيم الاجتماعي والعمراني، وفضلاً عن توافر سبل الأمن وإقامة العدالة، وكل ما من شأنه رفع مستوى المعيشة للفرد، وتقوم بهذه المهام وزارت الدولة ومصالحها المختلفة على المستوى المحلي، ومن خلال التعريفات السابقة يرى الباحث أن الخدمات العامة هي كل ما يحتاجه المواطنون من خدمات صحية وتعليمية وإسكانية وأمنية، ويتم تقديمها من قبل الدولة أو بمشاركة القطاع الخاص في تقديمها<sup>(3)</sup>.

والخدمات الصحية هي مجموع الخدمات والمؤسسات التي توفرها الدولة للعناية بصحة مواطنيها، سواءً في قطاعها أو ضمن القطاع الخاص، وهي تشمل جميع المستشفيات والعيادات والصيدليات والموارد البشرية من أطباء وممرضين ومهندسي أجهزة طبية وفنيين وباحثين، وجميع من يعمل في هذا المجال، وتشجيع الصناعات الداعمة للخدمات الطبية كصناعة الأدوية

(1) نفس المرجع السابق، ص 34.

(2) زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات الصحية، (عمان: دار وكتبة الحامد للنشر والتوزيع، 1998)، ص 23.

(3) عطا الله بشير عبود النويقة، "سياسات تشجيع القطاع الخاص في مجال تقديم الخدمات الصحية مع التطبيق على قطاع الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية"، رسالة دكتوراه غير منشورة، (القاهرة: جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 2006)، ص 17.

والأجهزة وغيرها، كما تشمل الأبحاث الطبية والتعليم وتهيئة الفرص للأجيال المتعاقبة على دعم هذا القطاع.

وتمثل الخدمات الصحية أولوية متقدمة في جهود الدول للارتقاء بمستوى الحالة الصحية للمواطنين، باعتبارها أحد ركائز التنمية الشاملة بصفة عامة والتنمية البشرية بصفة خاصة، وتنقسم هذه الخدمات الصحية إلى ثلاثة مستويات بداية من خدمات الرعاية الأولية، والجهود الوقائية، وصولاً إلى الخدمات الطبية المتخصصة، وتختلف هذه الخدمات عن غيرها، حيث تخضع لعامل الاحتياج، بالإضافة إلى عوامل العرض والطلب مثل باقي السلع والخدمات، فالفرد قد يحتاج إلى خدمات، ولكنه لا يعي أهميتها مثل الخدمات الوقائية، كما أن الفرد غير قادر على تحديد زمن احتياجه للخدمات الصحية، ولا حجم احتياجه لها، مما يعظم دور الدولة في تقديم الخدمات الصحية، وضمان توافرها للأفراد عند الحاجة إليها، وكذلك توافر العلاج للأفراد غير القادرين مادياً، ونظراً لأهمية الخدمات الصحية وتأثيرها على التنمية البشرية وتحقيق الرفاهية ورفع الإنتاجية، فإن الدولة تلعب دوراً مهماً في توافر هذه الخدمات لضمان عدالة الحصول عليها، ويمكن تحديد الأدوار التي تقوم بها الدولة في تقديم الخدمات الصحية فيما يلي<sup>(1)</sup>:

- أ. تحديد الأولويات ووضع السياسات العامة الصحية.
- ب. التنسيق بين أجهزة الدولة المختلفة للارتقاء بالمستويات الصحية، فالمؤشرات الصحية تعكس عدداً من العوامل الاقتصادية والاجتماعية، مثل: التعليم، توافر المسكن والظروف البيئية والمعيشية التي تؤثر على الصحة.
- ج. تقديم الخدمات الوقائية والخدمات التي تؤثر إيجابياً على المجتمع.
- د. تنفيذ البرامج القومية، مثل برامج التطعيمات، وبرامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية.
- هـ. وضع معايير لتقويم جودة الخدمات الصحية واعتماد المنشآت الصحية.
- و. وضع السياسات الدوائية ومراقبة الصناعات الدوائية وجودتها، ووضع أسس للاستيراد والتسعير وفقاً لفعالية الدواء واحتياجات المجتمع.
- ز. المتابعة والتقويم المستمر لمدى جودة الخدمات الصحية المقدمة، وضمان وصولها لجميع المواطنين.
- ح. توحيد نظم التدريب ورفع كفاءة مقدمي الخدمة.

(1) نفس المرجع السابق، ص ص 31-32.

## 1- مصادر وأساليب تمويل الخدمات الصحية(1):

تدخل الخدمات الصحية العامة في إطار المسؤوليات العامة للدولة على أنها حق من حقوق المواطنين، ومن ثم فإن المصدر الرئيسي لتمويل هذه الخدمات يتمثل في الدولة، أما خدمات الرعاية الشخصية فنتباين مصادر تمويلها من دولة إلى أخرى، بالنظر إلى تكاليفها المطردة، وزيادة الطلب عليها، من دون أن يصاحب هذا الازدياد المطرد زيادة ملحوظة في مخصصات الإنفاق الحكومي عليها، بالإضافة إلى الاتجاه المتزايد من قبل المواطنين في أغلب دول العالم نحو زيادة كفاءة الخدمة المقدمة لهم ومستواها، الأمر الذي دفع بعض الدول إلى البحث عن مصادر لتمويل هذه الخدمات، والأخذ بأساليب تتناسب مع هذه المصادر، وفيما يأتي عرض موجز لكل من هذه الأساليب:

- أ. مدفوعات المرضى المباشرة مقابل الخدمة المقدمة: وتمثل نسبة كبيرة من إجمالي تمويل خدمات الرعاية الصحية الشخصية في كثير من الدول، على الرغم من أن هذه الحقيقة غير معترف بها دائماً لصعوبة إجراء مسوحات دورية لتقصي المدفوعات المباشرة للأفراد والأسر مقابل الخدمات الصحية التي يتلقونها.
- ب. الحكومة: وفي هذا الأسلوب الذي يطلق عليه أسلوب التمويل الحكومي، لا يدفع المريض نفقات علاجه حيث تتحمل الحكومة هذه النفقات، وذلك من واقع إيرادات الدولة (ضرائب- رسوم مقابل خدمات - ثروات طبيعية، الخ...)
- ج. أرباب العمل: ويقوم بدفع هذه النفقات في هذا الأسلوب أرباب العمل عن المرضى الذين يعملون لديهم، حيث تحتم الأنظمة ضرورة التزامهم بنفقات العاملين الصحية.
- د. التأمين الصحي: وهو من أكثر أساليب التمويل شيوعاً، حيث تقوم مؤسسات حكومية أو مختلطة أو خاصة بتغطية نفقات علاج المرضى المؤمن عليهم.
- هـ. جهات أخرى: توجد في عدد من الدول أساليب تمويلية أخرى لتغطية نفقات الرعاية الصحية الشخصية، وذلك إما عن طريق أفراد أو جماعات، أو جمعيات خيرية محلية أو خارجية.

وتبين المقارنة بين البلدان المختلفة أن الأولوية الممنوحة للخدمات الصحية تتزايد مع زيادة ثراء البلد، حيث تنفق البلدان الفقيرة عادة نحو 3-4% من الدخل الوطني على الخدمات الصحية بينما يرتفع الرقم في البلدان الأكثر ثراءً إلى 8-10%، وعلى الرغم من أنه لا يوجد سبب ظاهري لعدم ارتفاع مستويات الإنفاق في البلدان الفقيرة، فإن بقية الأولويات ينظر إليها في الغالب

(1) طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 26.



على أنها أكثر إلحاحاً، مثال تنمية البنية التحتية الأساسية بما في ذلك الإسكان وإمدادات المياه والاتصالات، حيث ترى هذه البلدان أن أوجه التنمية هذه، لها في حد ذاتها تأثير كبير على الصحة، وقد يزيد تأثيرها على أهداف السياسة الصحية، وعلى تنمية الخدمات العلاجية<sup>(1)</sup>.

## 2- المعوقات التي تؤثر على مستوى الخدمات الصحية في الدول النامية<sup>(2)</sup>:

تواجه الخدمات الصحية في الدول النامية عدد من المعوقات التي تؤثر سلباً على مستوى أداء هذه الخدمات التي يمكن تقسيمها إلى أربع مجموعات أساسية، هي:

### أ- المعوقات المرتبطة بمستوى الخدمات الصحية:

- يواجه الخدمات الصحية عدد من المعوقات التي تؤثر على مستوى هذه الخدمات ومن أبرزها:
  - انخفاض مستوى نظم الرعاية الصحية المتخصصة، مثل أقسام الطوارئ، ووحدات العناية المركزية.
  - انخفاض مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأصحاب الأمراض الخطيرة.
  - طول الانتظار حتى يتلقى المريض الخدمة خاصة العمليات الجراحية.
  - انخفاض مستوى عدالة توزيع الخدمات الصحية، حيث تعاني بعض نظم الرعاية الصحية في الدول النامية بصفة عامة والدول العربية بصفة خاصة من عدم العدالة في توزيع الخدمات الصحية، التي تتمثل في وجود اختلافات كبيرة في مستوى الخدمات الطبية في المناطق الجغرافية المختلفة، بالإضافة إلى التفاوت في الخدمات الصحية بين شرائح المجتمع المختلفة.

### ب- المعوقات المرتبطة بتمويل الخدمات الصحية:

تشكل المعوقات المالية أحد أهم المعوقات التي تؤثر سلباً على الخدمات الصحية، ومن هذه المعوقات ما يلي:

- ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية، حيث يؤدي ارتفاع تكاليف تقديم الخدمات الصحية إلى زيادة الإنفاق على الصحة، ويرجع ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية إلى ارتفاع تكلفة المعدات الطبية الحديثة المستخدمة في التشخيص والعلاج بالإضافة إلى ارتفاع تكاليف الدواء.

---

(1) ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، (عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005)، ص 11.  
(2) عطا الله بشير عبود، سياسات تشجيع القطاع الخاص في مجال تقديم الخدمات الصحية مع التطبيق على قطاع الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية"، مرجع سبق ذكره، ص 31-32.

- انخفاض حجم الموارد المالية المخصصة للرعاية الصحية، وهو ما يؤدي إلى انخفاض حجم الاستثمارات الموجهة إلى مجال الصحة، وإعاقة الجهود المبذولة لتحسين مستوى الرعاية الصحية.
- انخفاض أجور مقدمي الخدمة الطبية بصفة عامة والأطباء بصفة خاصة، وهو ما يدفعهم إلى العمل في أكثر من جهة لزيادة دخولهم، وهو ما يؤثر سلباً على مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها الحكومة نتيجة لتركيز الأطباء على الأعمال الأكثر ربحاً.
- انخفاض الحوافز المعنوية والمادية لتشجيع الأطباء وهيئة التمريض على الإقبال على العمل والاستمرار في تقديم خدمات الرعاية الصحية، لا سيما في المناطق النائية.

### ج- العوامل المتعلقة بالجهات المقدمة للخدمة:

- وتتمثل هذه المعوقات المرتبطة بالجهات المقدمة للخدمة فيما يلي:
- المعوقات المرتبطة بالمستشفيات وتتمثل في انخفاض كفاءة نظم إدارة المستشفيات العامة، وانخفاض المهارات الإدارية للمديرين.
- العوامل المتعلقة بالموارد البشرية تمثل الموارد البشرية أحد أهم العناصر الأساسية لتقديم الخدمات الصحية، مثل الأطباء، الصيادلة، هيئة التمريض، الفنيون، وتواجه هذه الموارد عدداً من المعوقات منها انخفاض أعداد العاملين المؤهلين في هيئات التمريض، عدم ارتباط مناهج التعليم الصحي في المؤسسات الأكاديمية باحتياجات المجتمع، تفاوت المستوى العلمي والعملي لمقدمي الخدمات الصحية، وسوء توزيع مقدمي الخدمة بما فيهم الأطباء، حيث تنخفض نسبة الأطباء إلى عدد السكان في بعض المناطق وترتفع في مناطق أخرى، وغياب التنسيق بين الجهات المسؤولة عن رسم السياسات والخطط الصحية من ناحية والمؤسسات التعليمية والجامعات من ناحية أخرى.

### د- المعوقات المرتبطة بنظام التأمين الصحي:

- يعاني نظام التأمين الصحي انخفاضاً في مستوى الكفاءة ويرجع ذلك لعدد من العوامل من أهمها:
- اقتصار دور المؤسسات التأمينية على الوساطة المالية بين المؤمن عليهم والجهات المقدمة للخدمات الصحية.
- يتم التعاقد بين مؤسسات التأمين والجهات المقدمة للخدمات الصحية على طبيعة الخدمات المقدمة ومقابل هذه الخدمات الذي يتحدد بواسطة الحكومة دون مراعاة لاعتبارات الكفاءة.

- نقص الموارد المالية المتاحة، نتيجة لصعوبة تحصيل مساهمات الأعضاء في نظام التأمين الصحي، وانخفاض المساهمات الحكومية فيها.
- ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، بسبب التزام نظم التأمين الصحي بتقديم الخدمات الصحية بصورة مجانية وبأسعار رمزية.
- ارتفاع التكاليف الإدارية لمؤسسات التأمين الصحي، نتيجة لصغر حجم الوحدات التأمينية وارتفاع عدد العاملين في هذه الوحدات.

#### هـ- المعوقات المرتبطة بنظم الإدارة والإشراف على الخدمات الصحية التي من إبرازها:

- زيادة المركزية في إدارة الخدمات الصحية، وهو ما يؤدي إلى اتخاذ القرارات المتعلقة بالقطاع الصحي من خلال المستويات العليا، والتي غالباً لا يتوافر لديها الوقت الكافي للتعامل مع هذه القرارات.
- غياب التنسيق بين الوحدات الصحية المسؤولة عن تقديم الخدمات الطبية على مختلف المستويات القومية والإقليمية.
- تقشى ظاهرة الفساد والرشوة التي يضطر المرضى لدفعها للحصول على الخدمات الصحية مباشرة دون الانضمام لقوائم الانتظار، على الرغم من التزام الجهات المختلفة بتقديم هذه الخدمات بالمجان.
- ضعف الرقابة على الصحة وغياب الشفافية والمساءلة المالية والإدارية على توزيع الموارد المالية بين الاستخدامات المختلفة لقطاع الصحة<sup>(1)</sup>.

#### 3- مستويات تقديم الخدمات الصحية:

- **المستوى الأول:** الرعاية الصحية الأولية؛ وهي التي تعالج أهم المشكلات الصحية في المجتمع وتقدم الخدمات التعزيزية والوقائية والعلاجية التأهيلية، وتختلف البلدان اختلافاً كبيراً من حيث نطاق المهام المنوطة بالعاملين في صحة المجتمع - المستوى الأول للرعاية الأساسية، أي أن الإسعافات الأولية ومعالجة الأوجاع القليلة فيما يبدو قاسم مشترك بينها جمعياً، أما طريقة إدراجها في الإطار العام للرعاية الصحية الأولية فتختلف تماماً من بلد لآخر.
- **المستوى الثاني:** ويشمل المراكز الصحية التي تحال إليها الحالات التي تتعدى اختصاص العاملين في صحة المجتمع في المستوى الأول.

(1) نفس المرجع السابق،، ص ص 33-35.

- **المستوى الثالث:** ويوفر هذا المستوى الخدمات في الحالات المحالة إليه والتي تكون فيها الاحتياجات خارجة عن نطاق مهارات المستوى الثاني وكفاءاته، على أن الواقع هو أن عدداً كبيراً من الناس يتغاضون عن الذهاب إلى المراكز الصحية في المستوى الثاني ويتجهون إلى المراكز الصحية والمستشفيات التابعة للمستوى الثالث، وتكون المراكز الصحية في المستوى الثالث بمثابة مستشفيات الخط الأول، والمستوى الرابع الذي يقدم خدمات أكثر تعقيداً<sup>(1)</sup>.

#### **خامساً- السياسات الصحية:**

تؤكد معظم دساتير العالم، كما يؤكد دستور منظمة الصحة العالمية بصورة جازمة أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، وهدف اجتماعي لكل الدول، ويجب أن تكون في متناول جميع الناس، وهذا ما قرره جمعية الصحة العالمية عام 1978م في مدينة ألما آتا، ومن المعروف أنه لا يمكن بلوغ هدف المستوى المقبول من الصحة للجميع، إلا بوجود إدارة صحية وطنية، وفي إطار سياسة صحية وطنية ناتجة عن دراسة شاملة لاحتياجات المجتمع، ولا بد أن تكون السياسة الصحية جزءاً لا يتجزأ من سياسات التنمية الشاملة للمجتمع، ويمكن تعريف السياسة الصحية بأنها "تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها"<sup>(2)</sup>، وهناك تعريف آخر يشير إلى أن السياسة الصحية عبارة عن إطار يحكم قرارات وتصرفات موصلي الخدمات الصحية في عملية خلق وتوصيل ومتابعة هذه الخدمات، ويجب أن تكون هذه السياسات مرتبطة بالأهداف وبطبيعة الموارد المالية والمادية ونوع الخدمات الصحية وظروف البيئة المحيطة، هذا بالإضافة إلى الوضوح والمرونة والبساطة والسهولة والموضوعية والقابلية للتطبيق العملي والقدرة على تحقيق الأهداف المرسومة<sup>(3)</sup>.

تتمثل الأهداف النهائية للسياسة الصحية في معظم البلدان في إطالة عمر السكان وتوافر الصحة الجيدة لهم، ويتم التعبير عن الأهداف العملية التي يقصد بها تحقيق تلك الأهداف النهائية في صورة إجراءات تتخذ لحماية السكان من الأمراض التي يمكن تفاديها وتوافر الخدمات الصحية بكفاءة لمن يحققونها منها أقصى استفادة، وهناك بعض الأهداف الإضافية الخاصة بنوعية الخدمة المقدمة ومثال ذلك إتاحة الاختيار والمرافق والمعدات الملائمة، إضافة إلى العوامل التي تؤثر في نوعية الخبرة التي يمر بها المريض، ولا يخفي أن هناك عدداً من المؤثرات الصحية

(1) المتطلبات من القوى العاملة الصحية لتوفير الصحة للجميع بحلول عام 2000 عن طريق الرعاية الصحية الأولية، تقرير لجنة الخبراء بمنظمة الصحة العالمية رقم 717، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ص ص 49-51.

(2) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص 42.

(3) هبة أحمد نصّار، "دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر"، رسالة دكتوراه غير منشورة، (القاهرة: جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 1983م)، ص 31.

المهمة التي تخرج عن سيطرة الخدمات الصحية كالأمر التي تتصل بالبيئة ونمط الحياة ونوعية العمل إضافة إلى المؤثرات الاجتماعية والاقتصادية والعوامل الوراثية، ومن هنا يمكن بحق النظر إلى السياسة الصحية على أنها سياسة حكومة وليست سياسة وزارة واحدة. وقد يكون من الصعوبة بمكان متابعة أهداف السياسة الصحية التي يتم تحديدها من حيث طول العمر والحالة الصحية، فأثر التدخلات لا يظهر غالباً سوى بعد وقت طويل، كما قد يصعب إرجاع نسبة أثر معين إلى تدخل محدد، لذا يمكن استخدام معايير إضافية للحكم على ملاءمة السياسة الصحية ومدى تحقيقها لأهدافها، ومن بين هذه المعايير نسبة السكان الذين تتم تغطيتهم بالخدمات الصحية الأساسية، ومؤشرات نوعية الخدمة ومؤشرات صحة السكان. وهناك عوامل يقوم السكان بتقويمها، ومن ثم يمكن للقائمين على السياسة اعتبارها من الأهداف، ومن أمثلتها الأمن والحماية الاجتماعية<sup>(1)</sup>.

### المقومات الأساسية للسياسات الصحية:

وزارة الصحة في أغلب الأحيان هي الجهة الحكومية المسؤولة عن وضع السياسة الصحية، وتحديد الاستراتيجيات اللازمة لتنفيذها، ووضع خطة العمل الكفيلة بذلك، وتشكل بعض الحكومات ما يسمى "مجلس صحي وطني"، تمثل فيه جميع القطاعات في المجتمع، وفي بعض الأحيان تشكل الحكومات مراكز وطنية للتنمية الصحية، تتولى هذه المراكز عملية تطوير وتحديد السياسات والبرامج الصحية، وتقديم الخدمات الاستشارية، وبغض النظر عن الشكل الإداري والدستوري القائم بوضع السياسة الصحية، فإن هذه السياسات لا تكون كاملة وممكنة التطبيق، إلا إذا اشتملت على المقومات التالية:

أ. **الالتزام السياسي:** يتطلب رسم وتنفيذ السياسة الصحية التزاماً سياسياً لتحقيق الأهداف المنشودة وترجمتها إلى واقع ملموس، أي يجب اتخاذ قرارات سياسية قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المهتمة بالشؤون الصحية، وتوافر الموارد المتاحة لتنفيذ السياسة.

ب. **الاعتبارات الاجتماعية:** لا بد للسياسة الصحية أن ترمى إلى تزويد أو تقليص الهوة التي تفصل بين الأغنياء والفقراء، وذلك بتخصيص جزء أكبر من الموارد لفئات المجتمع التي هي في أمس الحاجة لها، فإذا رأت السياسة الصحية مثلاً إنشاء نظام شامل للضمان الصحي يغطي كافة قطاعات الشعب، فلا بد من إعفاء أو تخفيض رسوم الاشتراك للفئات الفقيرة أو محدودة الدخل، على أن يتحمل الأغنياء نصيبهم من العبء الأكبر.

ج. **مشاركة المجتمع:** يجب مشاركة جميع أفراد المجتمع في عملية صياغة السياسة الصحية، وذلك على المستوى الوطني ومستوى المناطق والمستوى المحلي.

(1) تشارلز نورماند، اكسل وبيير، التأمين الصحي الاجتماعي، دليل إرشادي للتخطيط، (الإسكندرية: منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، 1997)، ص 10.

- د. **التسيق الإداري:** يجب إعادة النظر في النظم الإدارية لضمان كفاءة وضع السياسة الصحية وتنفيذها وذلك بالمشاركة بين قطاع الصحة وجميع القطاعات الأخر كالتعليم والزراعة والغذاء وموارد المياه وحماية البيئة وغيرها.
- ه. **تخصيص الموارد المالية:** لابد أن يؤخذ في الاعتبار عند وضع ميزانية الصحة الازدياد المطرد في تكلفة الخدمة، الناتج أساساً عن ارتفاع أجور العاملين، ودراسة طرق التمويل المختلفة، وخطط الضمان الاجتماعي والتأمين الصحي.
- و. **سن التشريعات:** لوضع تشريعات تنفيذ السياسة الصحية والتشريعات الخاصة بالتأمين الصحي وحماية البيئة، يجب الاطلاع على التشريعات الصحية للدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية للاستفادة منها.
- ز. **إعداد خطة عمل:** يجب أن تترجم السياسات الصحية إلى برامج وخطة عمل محددة موضح فيها الأغراض والأهداف الواجب بلوغها، والمدة الزمنية لتنفيذها، وتقدير الاحتياجات والكوادر اللازمة للتنفيذ وتقويم النواتج.
- ح. **التقويم والمؤشرات:** لابد من إدخال عملية التقويم في كل مراحل رسم السياسة الصحية، وتحديد الاستراتيجيات والبرمجة<sup>(1)</sup>.

#### سادساً- مفهوم الأمن الصحي:

هو مجموعة من الأنشطة اللازمة سواء وقائية أو علاجية للحد أو الإقلال من الأمراض الحادة أو المزمنة التي تشكل خطراً على حياة السكان وتؤثر على الاستقرار الاقتصادي والسياسي والتجاري والخدمي والديموغرافي.

لقد واجهت البشرية على مر التاريخ تحديات كبيرة أثرت على الأمن الصحي تمثلت في حدوث الأوبئة والأمراض المعدية التي سببت موتاً للكثير من البشر، وهددت أمن الصحة على المستوى العالمي، ولعدم توافر العلاج حينها، كان الحل يتمثل في إبعاد المريض عن الأصحاء والانتظار، كما حدث في جانحات الطاعون والكوليرا والجذري، وفي العصور الحديثة تمت الوقاية من بعض الأمراض المعدية والحد من انتشارها بفضل عملية الحجر والإصحاح والتطعيم، وبحلول القرن التاسع عشر عقدت عدة مؤتمرات دولية لمكافحة الأمراض، وهذا أدى في النهاية إلى تأسيس منظمة الصحة العالمية عام 1948م، وإعلان اللوائح الصحية العالمية عام 1951م<sup>(2)</sup>، ومع مرور الوقت وبفضل الاختراعات والاكتشافات وتغلب الإنسان على بعض قوى الطبيعة من حوله أصبح الهم واحداً في العالم كله، وأصبح العالم قرية صغيرة، فالأمراض التي تفتك بالإنسان

(1) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص 46.

(2) الدكتور هشام ديواني، الأمن الصحي والوقاية والعلاج، www.mfort.com/news، ص 1.

لا تستثنى أحداً، ولا تفرق بين عالم متقدم وآخر يخطو أولى خطواته نحو إثبات ذاته وتحقيق طموحاته، لهذا أصبح العالم بأكمله في مواجهة أزمت متنوعة ومتتالية يصاب بآثارها من ليس له يد في صناعتها أو إخراجها عن السيطرة، فقائمة الأوبئة التي تفتك بحياة الإنسان تسجل كل عام ضحايا لها تتدرج في خطورتها، فهناك ما لا علاج له، وفي مقدمتها وباء نقص المناعة المكتسبة الذي بلغ عمره ثلاثة عقود ولا يزال مفزِعاً في إحصائياته، ولم تحقق البشرية شيئاً يذكر في مواجهته، ويلقي بعض العلماء باللوم على الحكومات التي تصرف المليارات على التسلح، في حين يمكن أن تحقق نتائج لمصلحة الإنسانية لو تم تسخير هذه الأموال والطاقات المتاحة للأبحاث الطبية التي تبحث عن الدعم الكافي حتى في الدول المتقدمة.

إن الأمن الصحي للعالم كلاً لا يتجزأ، ولا يمكن إهمال ما يجري في أي دولة أو أخذه على أنه حالة ذاتية لا تعنى الآخرين، فهو عمل مشترك تديره غالباً المنظمات الدولية والإقليمية، فهذه الأمراض لا تعترف بالحدود السياسية والجغرافية ولا تستطيع أي دولة أن تغلق على نفسها أبواباً تعطيها الحصانة الكافية لمنع تسلل العدوى لأراضيها<sup>(1)</sup>.

إن القرارات التي تتخذ في السياسات العامة في كل من المجالين الاقتصادي والاجتماعي تؤثر تأثيراً كبيراً على الصحة العمومية في العالم، ونتيجة لذلك وبسبب التوزيع غير السوي للقوة والموارد في العالم، فإن تقويم الآثار الصحية قد يصبح له دور رئيسي في اتخاذ القرارات في السياسة الخارجية وفي اتخاذ القرارات في السياسات العالمية.

ولابد للحكومات وللهيئات المتعددة الأطراف وللمؤسسات العابرة للبلدان أن تأخذ في حسابها التأثيرات الصحية لما تتخذه من سياسات وما تنفذه من ممارسات، ومن الطرق التي تحقق هذه الغايات إدراج حقوق الإنسان ضمن تقويم الآثار الصحية، ويمكن الالتزام الدولي بأدوات ومعايير حقوق الإنسان أن يفيد كأداة لتحقيق ذلك على الصعيد العالمي<sup>(2)</sup>.

وفي ظل التهديدات المتزايدة من الأمراض والمخاطر التي يشكلها الإرهاب البيولوجي، أسست منظمة الصحة العالمية مركز تنسيق لتحسين الأمن الصحي العالمي، مهمته دعم التعاون وتعزيز تقاسم المعلومات عن أفضل الممارسات في مجال دعم الصحة والوقاية من الأمراض، مع الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية، وتشمل مهام المركز أيضاً تطوير وتوافر برامج تدريبية في مجال تعزيز الصحة في أماكن العمل، ودعم رعاية الأطفال والشباب والبالغين والمسنين.

(1) عصر الأوبئة... الأمن الصحي أولاً، صحيفة الاقتصادية الإلكترونية، www.aleqt.com، ص 2.

(2) Alex Scott- Samuel, Eileen O'Keefe، تقويم الآثار الصحية وحقوق الإنسان والسياسات العامة العالمية: تقويم نقدي، منظمة الصحة العالمية، www. Who.int /bulletin/volumes، ص 1.

وبمناسبة يوم الصحة العالمي 2007م وجهت منظمة الصحة العالمية رسالة إلى العالم تحت عنوان "الاستثمار في الصحة لبناء مستقبل أكثر أمناً"<sup>(1)</sup>، وأكدت الدول الأعضاء في المنظمة على ما يلي:

- مواجهة مشكلات الصحة العالمية والأعمال التجارية والعقبات الدبلوماسية، وذلك في إطار المساعي الرامية إلى تحسين التعاون عبر الحدود.
- إن انتشار الأمراض وظهور عوارض صحية عامة خطيرة تجعل الأمر محل اهتمام عالمي وسياسي كبيرين.
- إن العولمة زادت من إمكانية تعرض الدول للخطر، ومن ضرورة الاعتماد المتبادل، وقضايا الصحة بين التحديات الكبرى التي تتطلب تركيزاً استراتيجياً أقوى<sup>(2)</sup>.
- إن التعاون بين الدول أمر محوري؛ لأن لكل دولة من الدول الأعضاء مسؤولية تجاه الدول الأخرى.

#### 1- القضايا المرتبطة بالأمن الصحي الدولي:

تبين الوثيقة التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية ثماني قضايا ترتبط بالأمن الصحي الدولي وهي ما يلي:

- أ. **الأمراض المستجدة:** مثل المتلازمة الرئوية الحادة الوخيمة وأنفلونزا الطيور، وهذه الأمراض لا تعرف أي حدود ولا يجب معالجتها كمجرد قضايا وطنية.
- ب. **الاستقرار الاقتصادي:** تتسبب الأخطار الصحية العمومية في إحداث آثار اقتصادية وصحية، واحتواء الأخطار الدولية، من الأمور التي تسهم في تعزيز الرفاه الاقتصادي، فقد تسببت المتلازمة الرئوية الحادة "السارس" بأقل من " 10,000 " حالة في تكليف البلدان الآسيوية 60 مليار دولار أمريكي من النفقات الإجمالية.
- ج. **الأزمات الدولية والطوارئ الإنسانية:** تسببت هذه الأحداث في وفاة بعض الأفراد وإعاقة البعض الآخر، كما تتسبب في إجهاد النظم الصحية التي يعتمد عليها الناس لضمان أمنهم الصحي، ففي عام 2006 أُلحقت الكوارث الطبيعية أضراراً بنحو 134,6 ملايين نسمة وأودت بحياة 21,342 نسمة.
- د. **الأخطار الكيميائية والإشعاعية وخطر الإرهاب البيولوجي:** توجد شبكات منظمة الصحة العالمية في موقع مناسب لمواجهة الآثار الصحية الناجمة عن هذه الأخطار، سواء حدثت

(1) نفس المرجع السابق، ص 1.

(2) الأمن الصحي هدف عالمي، صحيفة الجزيرة، [www.al-jazirah.com/magazine](http://www.al-jazirah.com/magazine)، ص 1.



بشكل متعمد أو بمحض الصدفة، ومثال على ذلك، الرسائل الملوثة بالجمرة الخبيثة التي أرسلت عبر النظام البريدي للولايات المتحدة الأمريكية في عام 2001، ومادة السارين التي تم سكبها في مترو الإنفاق في طوكيو في عام 1995م.

ه. **تغير المناخ:** تتسبب التغيرات البيئية والمناخية في حدوث آثار صحية متنامية، غير أن السياسات الصحية لا تستطيع لوحدها الوقاية من تلك الآثار، فقد قضى نحو 60,000 شخص نحبهم في الأعوام الأخيرة نتيجة كوارث طبيعية مناخية أصابت بلداناً نامية بالدرجة الأولى.

و. **الإيدز والعدوى بفيروسه - قضايا صحية أمنية أساسية:** أن الآثار المدمرة الناجمة عن الإيدز والعدوى بفيروسه أثبتت لخبراء الأمن الدولي مدى تأثير قضية صحية عمومية في الأمن، فقد بلغ عدد المتعايشين مع الإيدز والعدوى بفيروسه في عام 2006 نحو 39.5 مليون نسمة.

ز. **بناء أسس الأمن الصحي:** سيكون امتثال البلدان للوائح الصحية الدولية المنقحة "2005" الأساس الذي سيرتكز إليه الأمن الصحي الدولي.

ح. **تعزيز النظم الصحية:** تعد النظم الصحية الوافية بالغرض حجر الأساس، الذي يقوم عليه الأمن الصحي الدولي، غير أن الوضع الراهن للنظم الصحية في جميع أنحاء العالم لا يبعث على الارتياح، فلا بد مثلاً من توافر أكثر من أربعة ملايين عامل صحي لسد العجز القائم في هذه المجال على الصعيد العالمي الذي تتحمل الدول النامية أمدح أعبائه<sup>(1)</sup>.

## 2- الأخطار التي تهدد الأمن الصحي العالمي كما تعرفها اللوائح الصحية الدولية "2005"<sup>(2)</sup>:

أ. **انعدام الأمن الصحي بسبب السلوكيات البشرية:** من السلوكيات البشرية التي تهدد أمن الصحة العمومية القرارات والإجراءات التي يتخذها الأفراد على جميع المستويات: ومنهم الساسة وواضعو السياسات والقادة العسكريون، واختصاصيو الصحة العمومية، والسكان بوجه عام، وتلك القرارات والإجراءات آثار على الصحة سوءاً كانت سلبية أو إيجابية.

ب. **قلة الاستثمار:** إن قلة الاستثمار في الصحة العمومية الناجم عن إحساس زائف بالأمان نظراً لعدم وجود أمراض معدية يمكن أن يفضي إلى انخفاض درجة التيقظ، وإلى التساهل في التقيد ببرامج الوقاية الفعالة؛ فعلى سبيل المثال في أعقاب استخدام المبيدات الحشرية على نطاق واسع وأتباع برامج منهجية للمكافحة، صارت أغلبية الأمراض

(1) نفس المرجع السابق، ص ص 3-4.

(2) تطور امن الصحة العمومية، التقرير الخاص بالصحة العالمية عام 2007، www.emro.who.int/arabic، ص ص 17-25.

المهمة التي تحملها النواقل لا تعدّ من كبرى المشكلات الصحية خارج إفريقيا بحلول أواخر الستينيات، وبعد ذلك انتكست برامج مكافحة مع اضمحلال الموارد، وقلة تدريب الاختصاصيين وتوظيفهم، وكانت النتيجة التي ترتبت على ذلك في العشرين سنة التالية أن أمراضاً كانت تحملها النواقل من بينها الملاريا ظهرت في مناطق جديدة، وقد أسهم التطور العمراني وحركة التجارة والسفر الدوليين في سرعة انتشار الفيروسات.

ج. **التغيرات غير المتوقعة على صعيد السياسات:** قد تكون للتغيرات غير المتوقعة على صعيد السياسات فيما يتعلق بنظم الصحة عواقب مهلكة وباهظة التكلفة حتى في ظل وجود عمليات يمكن الوثوق بجدواها، ومن الأمثلة على ذلك ما حدث في أغسطس 2003 في نيجيريا عندما انتشرت مزارع عن تسبب لقاح شلل الأطفال في عقم صغار الأطفال، حيث أصدرت أجهزة الحكم أمراً بوقف التطعيم ضد شلل الأطفال في ولايتين شماليين، وكان من نتائج ذلك حدوث فاشية كبيرة لشلل الأطفال في جميع أنحاء نيجيريا.

د. **آثار الصراعات على الصحة العمومية:** عندما تشتبك الحكومات أو أي جماعات مسلحة في صراعات مسلحة فإنه كثيراً ما يؤدي ذلك إلى تدمير أو إضعاف النظم الصحية، ما ينتج عنه تضائل قدرتها على اكتشاف الأمراض المعدية وعلى الوقاية منها، وهذا يؤدي بدوره إلى انخفاض إمكانية حصول السكان المعنيين على الرعاية الصحية، وقد حدثت تلك الحالة في أنغولا، إذ كان من نتائج الحرب الأهلية التي دامت 27 عاماً انتشار مرض "حمى ماربورغ النزفية".

هـ. **تطور الميكروبات ومقاومة المضادات الحيوية:** من الأخطار التي تهدد أمن الصحة العمومية استمرار وتزايد وتطور المقاومة الجينية للأدوية المضادة للعدوى، مما يشكل عاملاً رئيسياً في ظهور ومعاودة ظهور الأمراض المعدية.

و. **تربية الحيوان وتصنيع الأغذية:** نتجت عواقب صحية عن الممارسات غير السليمة في مجال تربية الحيوانات وإطعامها من جيف الحيوانات التي تكون مصابة بأمراض، مثال على ذلك ما يسمى بمرض "جنون البقر".

ز. **الأحداث المتعلقة بالطقس والأمراض المعدية:** الظروف المناخية والعوامل البيئية والوبائية والاجتماعية والاقتصادية، تحدث تغيرات في مدى تعرض السكان للأمراض المعدية، كما يتبين من مثال حمى الوادي المتصدع.

ح. الطوارئ الصحية العمومية: من الطوارئ الصحية الأحداث الكيميائية والإشعاعية المفاجئة والحوادث الصناعية والظواهر الطبيعية مثل الحرائق والتسمم الكيميائي<sup>(1)</sup>.

---

(1) نفس المرجع السابق، ص 25.

### المبحث الثالث

#### تطور النظام الصحي والخدمات الصحية في ليبيا

ارتبط تطور الخدمات الصحية وإدارتها في ليبيا بتطور الأوضاع السياسية والاجتماعية والاقتصادية الداخلية والخارجية التي شهدته البلاد، ابتداءً من مرحلة الحكم العثماني ثم مرحلة الغزو الإيطالي خلال الفترة (1911-1943م) تلتها مرحلة الادارة البريطانية والفرنسية من عام 1943م، وحتى عام 1951م ثم مرحلة ما بعد الاستقلال، والمرحلة الأخيرة التي بدأت بقيام ثورة سبتمبر 1969م، وعبر هذه المراحل تطورت الخدمات الصحية في ليبيا. وحسب هذا التطور يمكن التمييز بين خمس مراحل أساسية لتطور إدارة الخدمات الصحية في ليبيا:

#### أولاً- تطور النظام الصحي في ليبيا:

##### 1- مرحلة الحكم العثماني عام 1835-1911م<sup>(1)</sup>:

تؤكد الدراسات التاريخية أن ليبيا قبل وأثناء الحكم العثماني كانت تفتقر تماماً لكل مقومات الصحة الجيدة المبنية على أسس علمية، ولم يكن فيها منشآت صحية أو أطباء أو حكماء من أبنائها يمكنهم مراقبة الوضع الصحي في البلاد، ومكافحة الأوبئة والأمراض التي أصابت الدول المجاورة لها وانتقلت عدواها عبر التعاملات اليومية والتجارية مثل مصر وتونس، ومن الأمراض التي كانت منتشرة في ذلك الوقت مرض الطاعون والكوليرا والملاريا والجذام والتدرن الرئوي وغيرها من الأمراض التي كانت منتشرة في معظم دول العالم حين ذاك، وبقيت البلاد تحت وطأة الجهل والتخلف والاعتقادات البدائية، فحصدت الأمراض والأوبئة آلاف الموتى من السكان الذين لا يملكون أي وسيلة علمية للوقاية منها وكثرت الوفيات بين الأطفال بصورة كبيرة، وبعد وقوع البلاد تحت سيطرة الدولة العثمانية، لم يهتم العثمانيون بالوضع الصحي أو بالتوعية الصحية بين الأفراد والقبائل بل لم تذكر الشؤون الصحية من بين واجبات أو اختصاصات المجالس الإدارية في ذلك الوقت قدر اهتمامهم بالشؤون المدنية والمالية وجباية الضرائب، ولكن مع تزايد قوات الحامية التركية في طرابلس قامت السلطات بإنشاء أول مستشفى عسكري في طرابلس في 3 أكتوبر 1853م، وفي سنة 1900م أنشأت السلطات العثمانية مستشفى ثانٍ في مدينة طرابلس خاصاً بالمدينين، يتسع لحوالي 150 سريراً، وكان يفتقر إلى المياه النظيفة والصرف الصحي والمعدات الكافية للتعقيم والتطهير.

وفي مدينة بنغازي أنشأت القنصلية الإيطالية عام 1902 مستوصفاً صغيراً، وكان هو المركز الطبي الوحيد في بنغازي، وكان يقدم خدماته للجالية الإيطالية، وكذلك علاج الفقراء من

(1) رؤوف محمد بن عامر، تطور الوضع الصحي في ليبيا، (بنغازي: دون بيانات ناشر، 1998م)، ص ص 79-85

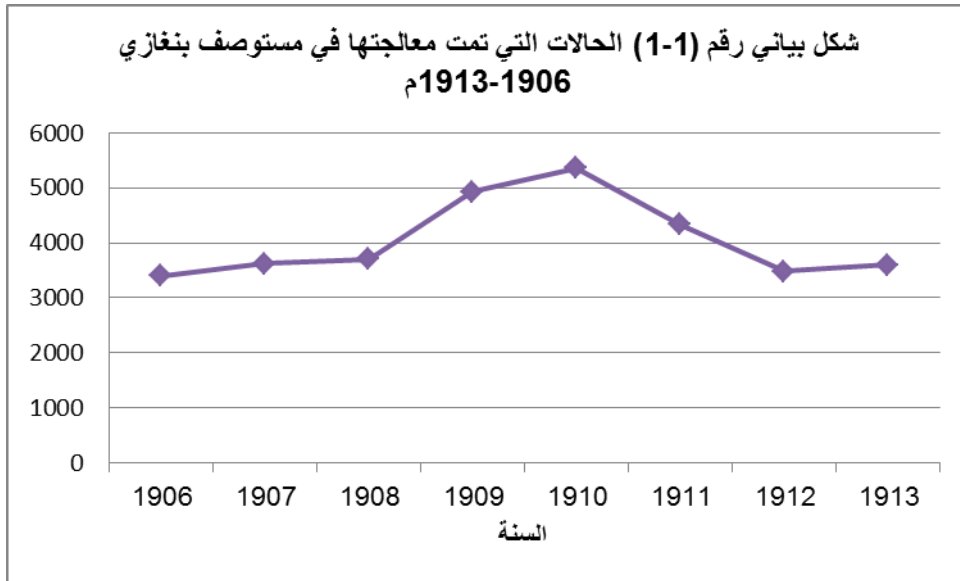
جميع الجنسيات، ونجح هذا المركز نجاحاً كبيراً ولاقى إقبالاً من جميع السكان واستمر العمل بهذا المستوصف حتى بداية الحرب العالمية الثانية، ولم تكن السلطات العثمانية مرتاحة لعمل المستوصف والخدمات التي كان يقدمها للسكان، ولكنها لم تتمكن من إغلاقه لأنه كان يقدم خدمات علاجية لم يكن في مقدور السلطات العثمانية تقديمها، والجدول التالي يوضح عدد الذين تم علاجهم بهذا المستوصف خلال الفترة 1905-1913م.

### جدول رقم (1-1)

الحالات التي تمت معالجتها في مستوصف بنغازي 1906-1913م

السنة	عدد الحالات
1906	3399
1907	3618
1908	3702
1909	4935
1910	5361
1911	4339
1912	3479
1913	3602

المصدر: رؤوف محمد بن عامر، تطور الوضع الصحي في ليبيا، مرجع سبق ذكره، ص 100.



وبسبب قلة المنشآت الصحية فترة الإدارات العثمانية المتتالية تركت البلاد فريسة للأوبئة والأمراض الفتاكة والمعدية، التي كان يقاومها السكان المحليون بعلاجات بدائية من الأعشاب والحجامة والتعاويذ والأحجبة<sup>(1)</sup>.

## 2- مرحلة الاحتلال الإيطالي 1911-1943م:

أنشأت الحكومة الإيطالية قبل احتلالها لليبيا وأثناء الحكم العثماني مستوصفين طبيين في طرابلس وبنغازي، وقاموا بمجهودات كبيرة في سبيل مكافحة مرض الكوليرا عندما ظهر بين السكان في سنة 1910م، وفي عام 1911، وعقب الغزو مباشرة أنشأت السلطات الإيطالية مستشفى مؤقتاً للعزل وتم توسيعه سنة 1922 حتى وصل إلى 200 سرير، وفي سنة 1926 تم إنشاء مستشفى بمنطقة المنشية بمدينة طرابلس أطلق عليه مستشفى الملك فيكتور إيمانويل الثالث يتسع لحوالي 600 سرير والإحصائية الرسمية التالية تبين عدد المرضى الذين تم إيواؤهم في هذا المستشفى ما بين عامي 1925-1935م كما هو موضح في الجدول رقم (2.1).

### جدول رقم (2-1)

#### المرضى نزلاء مستشفى الملك فيكتور إيمانويل الثالث في طرابلس 1925-1930

السنوات	مدنيون إيطاليون	جنود إيطاليون	مدنيون عرب	مجننون عرب	المجموع	الوفيات
1925	537	1825	716	2936	6014	246
1926	471	2085	747	2438	5741	279
1927	419	2135	723	2542	5819	295
1928	476	1841	625	2252	5194	296
1929	683	1582	670	1327	4262	260
1930	650	1294	502	868	3314	179

المصدر: رؤوف محمد بن عامر، تطور الوضع الصحي في ليبيا، مرجع سبق ذكره، ص ص 79-85.

في 1939/6/20 تم إنشاء مستشفى خاص بالأمراض النفسية في منطقة فشلوم بطرابلس، إلى جانب إنشاء مستشفيات صغيرة ومستوصفات وعيادات في جهات متفرقة من البلاد منها زوارة وتاجوراء وسوق الجمعة ونالوت وغريان وغيرها، وبلغ عدد الفحوصات في هذه المستوصفات عام 1930 كالتالي: 85,000 لبيبي مسلم و 21,000 يهودي وحوالي 10,500 إيطالي، وتم تقديم 572,600 مساعدة طبية للمتريدين على هذه المستوصفات.

أما في مجال الصحة العامة والطب الوقائي تظهر المصادر الإيطالية أنها حاولت نشر الوعي الصحي بين السكان بكل الطرق، وقامت بحملات لتطهير البلاد من الأوبئة والأمراض

(1) نفس المرجع السابق، ص ص 86-89.

المعدية، وأنشأت المجاري العمومية في المدن الكبيرة، وقدمت التطعيمات الوقائية ضد مرض الجدري والتيفوس وغيره من الأمراض، وكان العدد الإجمالي للعاملين في الحقل الصحي في ولاية طرابلس سنة 1931 حوالي 720 شخصاً منهم 25 طبيباً مدنياً و 53 طبيباً عسكرياً<sup>(1)</sup>.

أما في مدينة بنغازي فقد قام الإيطاليون بإنشاء مستشفى عسكري صغير للعزل في منطقة جليانة، ثم انشؤوا مستوصفين صغيرين أحدهما خاص بالرمد في وسط المدينة، وكان يستقبل أكثر من 50 حالة يومياً، والمستوصف الثاني يعمل ثلاثة أيام في الأسبوع، وانشؤوا أيضاً مستشفى من الخشب بمنطقة الصابري، وفي منطقة البركة أنشئ مستوصف ومكتب للصحة العامة، وفي عام 1918م أنشئ مستشفى بنغازي الرئيسي المعروف بمستشفى الجمهورية حالياً، وكان المستشفى يتسع لحوالي 400 سرير، وبالقرب منه أنشئ مبنى كبير خصص للاختبارات الكيميائية والبكتريولوجية أجري فيه سنة 1930م أكثر من 3230 اختباراً وتحليلاً و 3845 اختباراً في سنة 1931م، وقامت الحكومة بإنشاء مجمع للعيادات الخارجية في منطقة باب الجمالين أو شارع بغداد حالياً، وبهذا المجمع عيادات خاصة بالعيون والأمراض الجلدية والتناسلية والجراحة وأمراض النساء والأطفال والأسنان والصحة العامة والأشعة، وكان متوسط عدد المراجعين لعيادة العيون يتجاوز 300 حالة يومياً أو حوالي 11,000 حالة شهرياً، وزودت عيادة الدرن بأجهزة للأشعة أجرت 510 فحصاً سنة 1933م و 548 في سنة 1934م و 752 في سنة 1935م.

وقامت السلطات الصحية كما فعلت في مدينة طرابلس بإنشاء عدة مستوصفات في الأماكن التي توجد بها التجمعات السكانية الخاضعة لسيطرتها ووفرت لها ما أمكن من الأطباء والممرضات والممرضين، وفي مجال الصحة العامة قامت السلطات الإيطالية بإنشاء شبكة للمجاري في جميع المناطق، وأسست مراكز لبسترة وتعقيم الحليب، ومصايف للأطفال ومراكز صحية تشرف على الصحة العامة مثل مكافحة الذباب ومراقبة المجازر وتطهير مياه الشرب، وكانت السلطات الصحية ترسل قوافل صحية من مدينة بنغازي لتقديم خدمات طبية وعلاجية وتطعيمات لسكان المناطق النائية والبدو، وبفضل الجهود التي قامت بها السلطات الإيطالية حدث تطورٌ صحي في البلاد وتحسن الوضع الصحي بين جميع أفراد الشعب<sup>(2)</sup>.

وبالنسبة للنظم الصحية في السنوات الأولى من الاحتلال، وحتى أوائل 1933م فإنها كانت تصدر عن الحاكم العسكري أو السلطات المحلية الحاكمة، وصدر أول قانون خاص بتنظيم الشؤون الصحية في 1933/3/20 بناءً على المرسوم الملكي الإيطالي الأول رقم 702 لتنظيم الشؤون الصحية والإدارية في ليبيا، وبعد ذلك صدر القانون الصحي الموحد رقم 126 لسنة

(1) نفس المرجع السابق، ص ص 120-124.

(2) نفس المرجع السابق، ص ص 125-127.

1934م، والخاص بالصحة العامة في جميع أرجاء المملكة الإيطالية، فأدخلت بعض التعديلات على القانون الصحي رقم 702 لكي تتماشى الإجراءات المطبقة في ليبيا مع النظام الإداري الجديد، ثم صدر القرار رقم 2569 بتاريخ 1935/12/23، الذي سمح فيه لوزير المستعمرات الإيطالية بتنسيق النظام الصحي في ليبيا وفقاً للقانون الصحي الموحد، وبناءً على هذا القرار أنشئ مجلس أعلى للصحة يتبع حكومة ليبيا وتتبعه مجالس لمراقبة الصحة في كل مقاطعة من مقاطعات ليبيا الأربع أي طرابلس ومصراته وبنغازي ودرنة<sup>(1)</sup>.

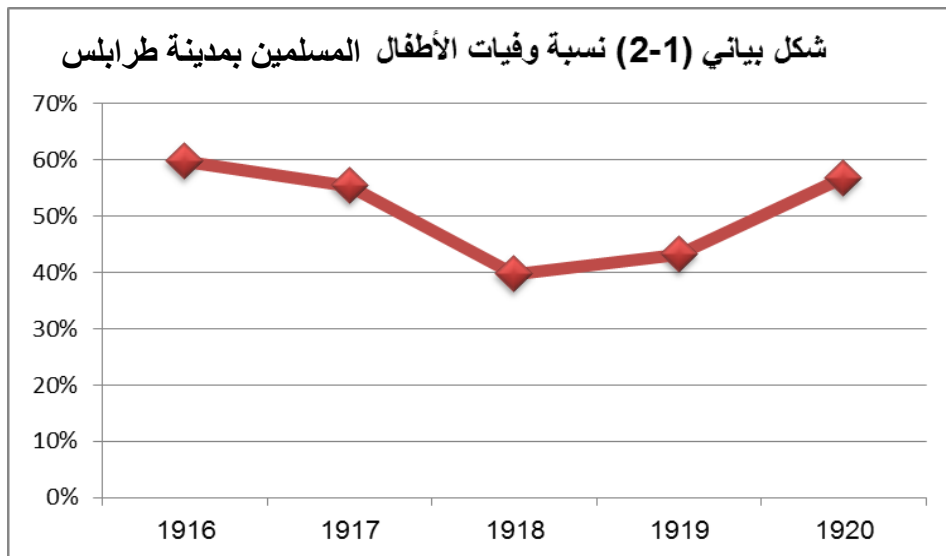
وعلى الرغم من عدم وجود أي إحصائيات حيوية دقيقة أو شاملة لمعرفة نسبة الوفيات بين الأطفال، إلا أن هناك بعض الإحصائيات التي صدرت عن إدارة الصحة في طرابلس، ومنها إحصائية خاصة بنسبة الوفيات بين الأطفال المسلمين في مدينة طرابلس كما هو موضح في الجدول رقم (3.1).

### جدول رقم (3-1)

#### نسبة الوفيات بين الأطفال المسلمين بمدينة طرابلس 1916-1920م

السنة	نسبة وفيات الأطفال من مجموع الوفيات
1916	59.77%
1917	55.40%
1918	39.74%
1919	43.19%
1920	56.74%

المصدر: رؤوف محمد بن عامر، تطور الوضع الصحي في ليبيا، مرجع سبق ذكره، ص 222.



(1) نفس المرجع السابق، ص 205.



#### جدول رقم (4-1)

##### أسباب الوفاة بين الأطفال في فترة ثلاثينيات القرن العشرين

سبب الوفاة	النسبة
أمراض الجهاز الهضمي	%50
أمراض الجهاز التنفسي الحادة	%30
الأمراض المعدية مثل الحصبة والسعال الديكي	%10
أمراض وراثية	%5
أمراض صدرية مزمنة مثل السل لدى الأم	%5

المصدر: رؤوف محمد بن عامر، تطور الوضع الصحي في ليبيا، مرجع سبق ذكره، ص 22.

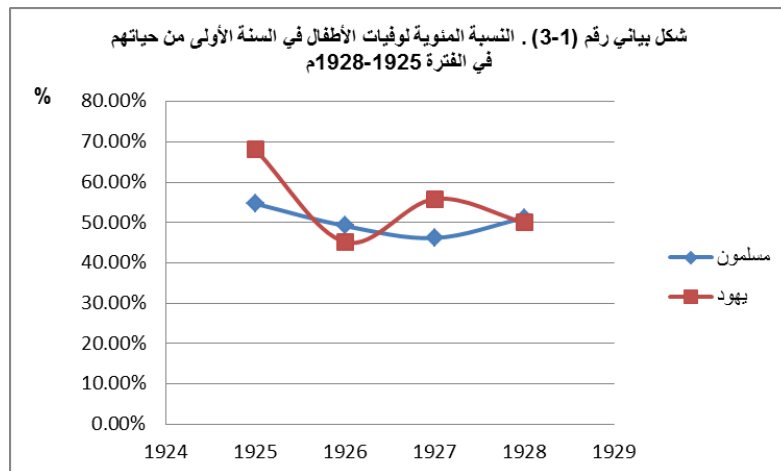
ترجع أسباب الارتفاع الكبير في نسبة الوفيات بين الأطفال إلى الأمراض التي تصيب الجهاز الهضمي وخاصة في فصل الصيف، وأمراض الجهاز التنفسي في فصل الشتاء كما يعود بعضها أيضاً إلى أمراض وراثية وأمراض معدية، والجدول (4-1) يبين أسباب الوفاة بين الأطفال في الثلاثينيات من القرن الماضي<sup>(1)</sup>.

#### جدول رقم (5-1)

##### النسبة المئوية لوفيات الأطفال في السنة الأولى من حياتهم في الفترة 1925-1928م

السنة	مسلمون	يهود
1925	%54.7	%68.1
1926	%49.2	%45.2
1927	%46.2	%55.9
1928	%51.2	%50.0

المصدر: رؤوف محمد بن عامر، تطور الوضع الصحي في ليبيا، مرجع سبق ذكره، ص ص 133.



(1) نفس المرجع السابق، ص ص 222-225.

يوضح الجدول رقم (5.1) أن أكثر من نصف المتوفيين من بين المسلمين في تلك السنوات الخمسة لم يبلغوا السنة الخامسة من عمرهم، وذكرت الإحصائيات التي تم جمعها من بلدية بنغازي عن السنوات من 1924-1930م أن نسبة الوفيات بين الأطفال في المدينة أثناء السنة الأولى من حياتهم بلغت 49% من مجموع الولادات، وأن 8.5% يموتون أثناء الولادة، أي أن نصف عدد الأطفال الذين ولدوا أحياء ماتوا قبل نهاية العام الأول من عمرهم.

### 3- مرحلة الإدارتين البريطانية والفرنسية 1943-1951م:

مرت ليبيا بعد هزيمة إيطاليا في الحرب العالمية الثانية سنة 1943م، وسيطرة البريطانيين والفرنسيين على حكم ليبيا، بظروف قاسية في جميع مجالات الحياة، الاقتصادية والزراعية والتجارية والتعليمية والصحية خصوصاً في السنوات الأولى، وقد كان قطاع الصحة والوضع الصحي العام في ليبيا مصدراً للقلق في شرق ليبيا، فقد كانت اليد العاملة المؤهلة الليبية معدومة تماماً، ولم يكن هناك أي طبيب مؤهل يعمل في البلاد، وقد كان قطاع الصحة في طرابلس يعتمد اعتماداً كلياً على الأطباء الإيطاليين الباقين بعد الاستعمار.

وفي شرق ليبيا تم الاستعانة بالأطباء الذين يتبعون الجيش البريطاني لمعالجة المرضى، وفي هذه الفترة لم تنشأ أي منشآت صحية جديدة، وجميع المعدات الطبية التي كانت موجودة في البلاد كانت من مخلفات الإدارة الإيطالية،<sup>(1)</sup> واضطرت السلطات المركزية البريطانية في بنغازي إلى توافر كل شيء للقطاع الصحي المشلول، وتنظيم الخدمات ووضع اللوائح والتشريعات المنظمة لها، وأصدر والي برقة العسكري المنشور رقم 105 لسنة 1945م المنظم للصحة العامة نص فيه على ضرورة إصدار تراخيص للأطباء والجراحين وأطباء الأسنان والصيدلة والقابلات، وكذلك فتح المستشفيات، كما جاء فيه نصٌ بالزامية التطعيم ضد الجدري أو أي مرض آخر، ثم أصدر المنشور رقم 106 لسنة 1945 منع بموجبه شراء أو بيع أو صنع أي عقاقير إلا بإذن ورخصة من الإدارة العسكرية البريطانية، ثم صدر المنشور رقم 108 الذي حددت فيه المناطق التي تعدّ مناطق ناموس الذي قد يسبب في نشر الأوبئة والأمراض، ونص المنشور رقم 114 الصادر في سنة 1945م على عدم رمي القاذورات والأوساخ، واستمرت الإدارة العسكرية المصدر الوحيد للسلطة في القطاع الصحي في برقة حتى إعلان استقلال برقة في 1 يونيو 1949م<sup>(2)</sup>.

(1) نفس المرجع السابق ، ص 133.  
(2) نفس المرجع السابق، ص ص 207-208.

في سنة 1944م افتتح ثلاثة أقسام لاستقبال المواطنين بمستشفيات المقاطعات الثلاث كان عدد الأسرة فيها 283 سريراً، وعدد من المستوصفات في مختلف المناطق، غير أنها جميعاً كانت تعاني من النقص الحاد في عدد الأطباء والفنيين وعناصر التمريض والمعدات، وقد ارتفع عدد إصابات التدرن الرئوي من 90 إلى 172 إصابة، كما ارتفعت حالات الإصابة بالزهرى والسيلان والتيفود، ولعدم توافر الطرق الصالحة، فقد عانت الواحات كثيراً من ندرة العناية بصحة المواطنين، فقد انتشرت الملاريا، وظهرت الأمراض التناسلية في الكفرة، وفي سنة 1945م توفر عدد من الأطباء وأخذوا يستقبلون الحالات في العيادات والمستشفيات، ويقومون بزيارات شهرية إلى الدواخل حيثما توجد طرق ممهدة للسيارات، غير أن النتائج لم تكن مقبولة لا في المدن وفي الدواخل، وقد انتشر مرض الجدري في طرابلس وبعض المدن، وكذلك مرض الكوليرا الوافد من مصر، وقد عزلت هذه الحالات ونفذت حملات تطعيم شملت 140,331 شخصاً، وشدت الرقابة على منافذ البلاد، وتمت المكافحة بالحجر الصحي، لذا لم يحدث وباءٌ جماعي في البلاد<sup>(1)</sup>

أما عن الأموال التي صرفت في ليبيا بعد الحرب مباشرة على القطاع الصحي، فقد جاء في التقرير السنوي لعام 1945 الصادر عن الإدارة العسكرية البريطانية في برقة، أن ما صرف على قطاع الصحة في السنة المالية 1944/1943م كان 32,676 جنيهاً إسترلينياً، وفي السنة التالية 1945/1944م صرف 41,822 جنيهاً إسترلينياً فقط من مجموع المخصصات المالية للصحة، (وكانت 48,596 جنيهاً إسترلينياً)، وجاء في نفس التقرير أن ما صرف في السنة المالية 1946/1945م على القطاع الصحي هو مبلغ 69685 جنيهاً إسترلينياً أي بزيادة قدرها 20,581 جنيهاً إسترلينياً عن السنة السابقة، وفي السنة المالية 1950م 350.000 جنيهاً إسترلينياً<sup>(2)</sup>.

#### 4- مرحلة الاستقلال 1951-1969م:

وبعد انتهاء الحرب العالمية الثانية، وحصول ليبيا على الاستقلال عام 1951م، وبعد استلام الليبيين مقاليد الإدارات وتسييرها، حدث ارتباك وفوضى في بادئ الأمر، وذلك بسبب سوء الأحوال الاقتصادية وقلة الموارد المالية، حيث كان الاقتصاد الليبي منهاراً، فلا زراعة ولا تعليم حقيقي ولا تجارة بسبب الحرب، ونتيجة لهذه الظروف أصبحت ليبيا واحدة من أفقر دول العالم، حيث كان يبلغ نصيب الفرد من الدخل نحو 35 دولاراً بالنسبة لعدد السكان الذي كان يقل عن المليون نسمة، وكذلك ندرة الموارد فيما عدا كميات كبيرة من خام الحديد، وفي مناطق بعيدة ونائية، واقتصرت موارد الدولة على المنتجات الجلدية وتعليب المواد الغذائية، وكذلك انتهاء

(1) احمد محمد القلال ، سنوات الحرب والإدارة العسكرية في برقة (1939-1949) ، (بنغازي: منشورات جامعة قاريونس، لا يوجد تاريخ) ، ص 327

(2) رؤوف محمد بن عامر، تطور الوضع الصحي في ليبيا، مرجع سبق ذكره، ص 186

البرنامج الزراعي الكبير الذي بدأته إيطاليا خلال احتلالها البلاد مع بداية الحرب العالمية الثانية من دون أن يحقق أي نجاحات تذكر، ولقد قدر ما أنفقتة الحكومة الإيطالية أكثر من 50 مليون جنيه إسترليني على مشاريع تنمية في ليبيا خلال أكثر من 30 سنة، أغلبها في الزراعة واستصلاح الأراضي، غير أن الاقتصاد بقي قاصراً وضعيفاً خلال تلك الفترة، أدى ذلك إلى الاعتماد على المعونات الخارجية<sup>(1)</sup>.

ولكن؛ وبالرغم من هذه الظروف الاقتصادية، فإن الأمور الصحية في البلاد أخذت في التطور تدريجياً، حيث قامت وزارة الصحة ابتداء من عام 1953م، وبمساعدة منظمة الصحة العالمية التي انضمت إليها ليبيا سنة 1952م، التي قدمت خبراء وأعضاء هيئة تدريس بإنشاء معاهد ومدارس لمساعدات الممرضات ومساعدات قابلات في طرابلس وبنغازي، وصدرت في هذه المرحلة عدة قوانين لتنظيم الشؤون الصحية في البلاد منها قانون الصحة العامة رقم 27 لسنة 1950، واحتوى القانون على تسعة أقسام فيها 130 مادة، ونص فيه على تشكيل هيئة مركزية للصحة برئاسة وزير الصحة وعضوية مدير الخدمات الطبية، ونشرت الجريدة الرسمية بتاريخ 1956/11/28م مرسوم قانون بشأن مزاوله مهنة الصيدلة وفتح الصيدليات، ثم صدر القانون رقم 56 لسنة 1957م لطب الأسنان، بعد ذلك صدر القانون رقم 60 لسنة 1957م الخاص بمزاوله الطب، وصدر قانون الصحة العامة رقم 69 في سنة 1958م، وجاءت فيه لوائح جديدة لتنظيم جميع الشؤون الصحية الواردة في القانون رقم 27 لسنة 1950م، وفي سنة 1959م صدر القانون الأول رقم 11 للأمراض العقلية، كذلك أصدرت الحكومة مرسوماً باعتماد نظام أساسي جديد لجمعية الهلال الأحمر الليبي، وبموجب مرسوم آخر أنشئ مجلس استشاري عالٍ للصحة العامة يتكون من وزير الصحة، ومن نُظّر الصحة في الولايات الثلاث<sup>(2)</sup>.

وبعد اكتشاف النفط في ليبيا عام 1959م وتوافر الموارد المالية، عملت الدولة على استخدام عوائده لتحسين الاقتصاد الوطني، وتحسين البنية التحتية للبلاد، ودعم نشاطات جديدة في قطاع الصناعة والخدمات العامة، حيث حدث تحسن طفيف في الظروف الاقتصادية في البلاد، وازداد الوعي الصحي فيها، وشهد القطاع الصحي تطوراً ملحوظاً في تقديم المتطلبات الصحية للمواطنين، وأصبحت الأوضاع الصحية تتحسن تدريجياً، وتم ترميم المستشفيات التي كانت قد أصيبت أيام الحرب العالمية الثانية، وتم إنشاء مستوصفات خارجية جديدة، واستيراد بعض المعدات والاحتياجات الضرورية واستيراد الأدوية والضروريات الصحية للمواطن الليبي بصفة

(1) جوديث غورنى، ليبيا الاقتصاد السياسي للنفط، ترجمة، محمد عزيز وفتحي بوسدره، (بنغازي: منشورات جامعة قاريونس)، ص 294.

(2) نفس المرجع السابق، ص ص 211-213.

دائمة ومنتظمة، وأصبح العلاج متوافراً ومجانياً لجميع المواطنين بما في ذلك الأدوية والإقامة بالمستشفيات، وكذلك العلاج بالخارج.<sup>(1)</sup>

ثانياً: الخدمات الصحية في ليبيا خلال الفترة 1951-1969:

أ- المستشفيات وعدد الأسرة:

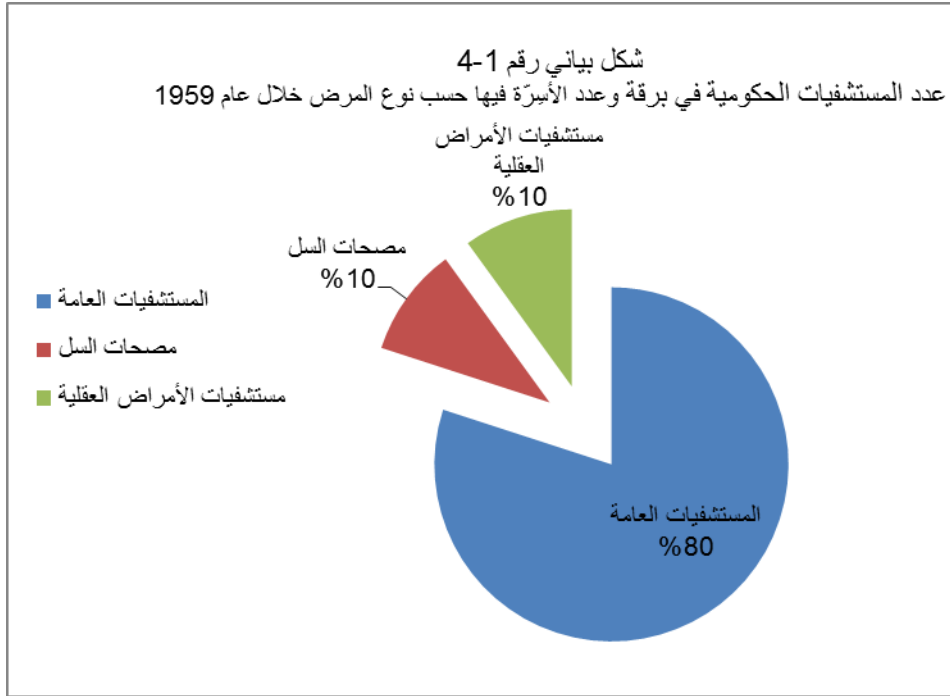
يتبين من خلال الجدول رقم (6.1) أن عدد المستشفيات في ولاية برقة خلال عام 1959 وصل إلى عدد 10 مستشفيات ، ووصل عدد الأسرة إلى 1623 سريراً.

جدول رقم (6-1)

عدد المستشفيات الحكومية في برقة وعدد الأسرة فيها حسب نوع المرض خلال عام 1959

عدد الأسرة المخصصة للأمراض المبينة					العدد	المستشفيات
الأمراض العقلية	أمراض الأطفال	السل	الحالات العامة وحالات الولادة	جميع الحالات		
-	177	-	1217	1394	8	المستشفيات العامة
-	-	120	-	120	1	مصحات السل
109	-	-	-	109	1	مستشفيات الأمراض العقلية
109	177	120	1217	1623	10	المجموع

المصدر: المملكة الليبية المتحدة، ولاية برقة بنغازي، الإحصائيات العامة لولاية برقة لسنة 1959م، مصلحة الإحصاء العام، نظارة المالية والتجارة، ص ص 166-168.



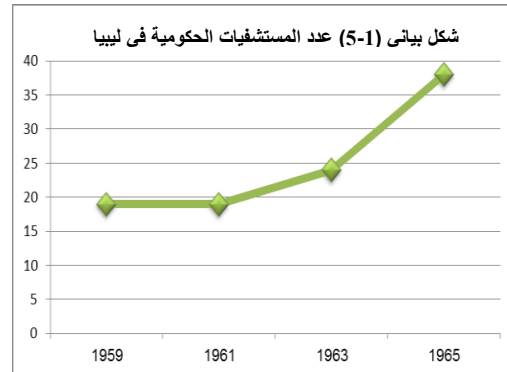
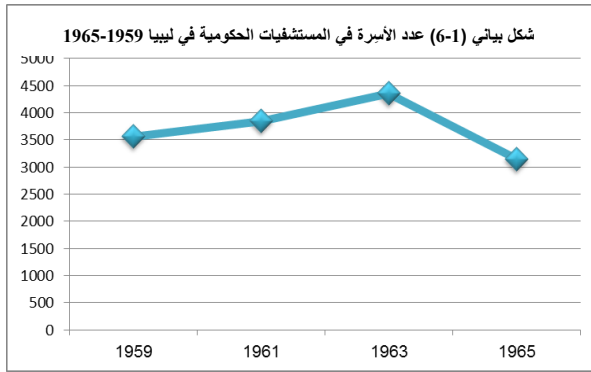
(1) رؤوف محمد بن عامر، تطور الوضع الصحي في ليبيا، مرجع سبق ذكره، ص 152.

يتبين من خلال الجدول رقم (7.1) أن عدد المستشفيات في ولاية برقة خلال الفترة 1959-1965 ارتفع من 19 سريراً في عام 1959م بقدرة استيعابية قدرها 3565 سريراً إلى 38 مستشفى في عام 1965 ، ويلاحظ أن هذه الزيادة في عدد المستشفيات لم تقترن بزيادة الأسرة حيث انخفض عددها إلى 3151 سريراً في نفس العام.

#### جدول رقم (7-1): عدد المستشفيات الحكومية في ليبيا وعدد الأسرة فيها 1959-1965

السنة	عدد المستشفيات	عدد الأسرة
1959	19	3565
1961	19	3845
1963	24	4358
1965	38	3151

المصدر: رؤوف محمد بن عامر، تطور الوضع الصحي في ليبيا، مرجع سبق ذكره، ص 100.

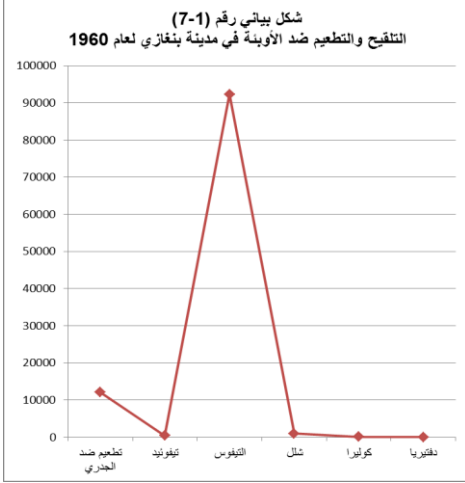


يلاحظ بالنظر إلى الجدول رقم (8-1) ان اكبر عدد حالات التطعيمات ضد الاوبئة بولاية برقة كان ضد مرض التيفوس بعدد 210242 حالة ويليها مرض الجدري بعدد 28988 حالة، وأن اكثر الحالات كانت في مدينتي بنغازي والمرج .

جدول رقم (8-1): التلقيح والتطعيم ضد الأوبئة بولاية بركة لعام 1960

المنطقة	تطعيم الجدري	تيفونيد	التيفوس	شلل	كوليرا	دفتيريا
بنغازي	12050	402	92323	941	083	000
المرج	6428	000	30457	1675	000	000
البيضاء	3308	000	22735	000	000	000
درنة	0022	4151	26949	241	016	003
طبرق	2628	0024	23299	389	03	069
إجدابيا	4548	0000	14375	000	043	000
الكفرة	0004	0004	0004	000	004	004
المجموع	28988	4581	210242	3246	179	076

المصدر: لمملكة الليبية المتحدة، حكومة ولاية بركة بنغازي، الإحصائيات العامة لولاية بركة لسنة 1960م، مصلحة الإحصاء العام، نظارة المالية والاقتصاد، ص187.



## ب- القوى العاملة في القطاع الصحي:

شهد مجال تعليم وتدريب الفئات الطبية المساعدة توسعاً كبيراً جداً، ولسد العجز الواضح في الأيدي العاملة المؤهلة طبياً، وخلق نواة علمية يمكنها سد الفراغ، وتحمل المسؤوليات في القطاع الصحي، أرسلت الحكومات المتتالية أفواجاً من الشباب الليبي ممن اجتازوا المرحلة الثانوية لدراسة الطب إلى البلاد التي يوجد بها إمكانيات لتعليمهم وتدريبهم، وأرسل أغلبهم إلى مصر وبعضهم إلى أوروبا، وأدرك المسؤولون في نهاية الستينيات أهمية إنشاء كلية لتعليم الطب البشري لتغطية احتياجات البلاد من المؤهلين والاستغناء عن الأطباء الأجانب، ولهذا أصدرت الجامعة الليبية في جلستها الثالثة والأربعين التي عقدت في 15 ابريل عام 1968 قراراً بإنشاء كلية الطب البشري في مدينة بنغازي، ثم اصدر مجلس الوزراء القرار اللازم في أول يونيه 1968م، الذي تقرر فيه أن يكون بدء الدراسة بها في أكتوبر 1972م<sup>(1)</sup>.

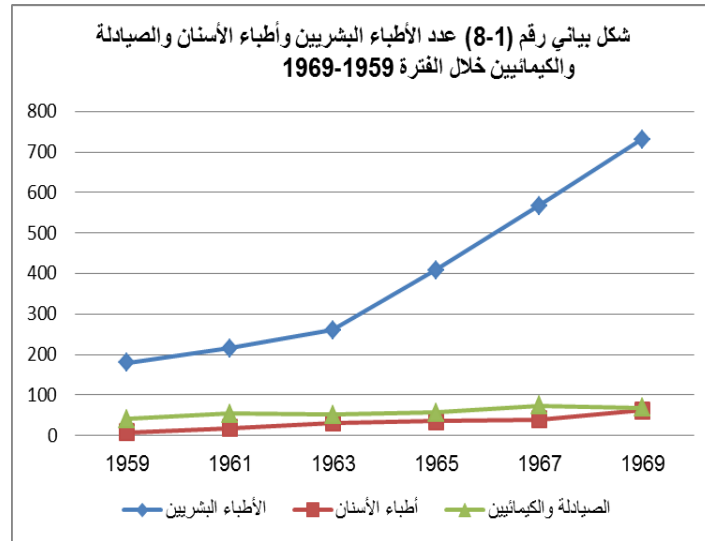
(1) رؤوف محمد بن عامر، تطور الوضع الصحي في ليبيا، مرجع سبق ذكره، ص 152.

### جدول رقم (9-1)

#### عدد الأطباء البشريين وأطباء الأسنان والصيدلة والكيميائيين خلال الفترة 1959-1969

السنة	الأطباء البشريين	أطباء الأسنان	الصيدلة والكيميائيين
1959	180	8	40
1961	216	18	54
1963	261	32	51
1965	409	36	57
1967	567	39	74
1969	732	62	68

المصدر: الجمهورية العربية الليبية، الهيئة الفنية للتخطيط الإدارية العامة للتخطيط الاقتصادي والاجتماعي، المسح الاقتصادي للجمهورية العربية الليبية 1964-1968م. (طرابلس: الهيئة الفنية للتخطيط، 1971)، ص 45.



ويتضح من خلال الجدول (9.1) ارتفاع عدد الأطباء البشريين من 180 طبيباً في عام 1959 إلى 732 طبيباً في عام 1969، وهي زيادة كبيرة تقدر بنحو أربعة أضعاف، أما أطباء الأسنان فقد زاد عددهم من 8 أطباء في عام 1959 إلى 62 طبيباً في عام 1969م، وتقدر الزيادة بنحو 8 أضعاف عددهم في سنة الأساس 1959، أما الصيدلة والكيميائيين فقد كانت الزيادة قليلة من 40 في عام 1959 إلى 100 في عام 1968م.



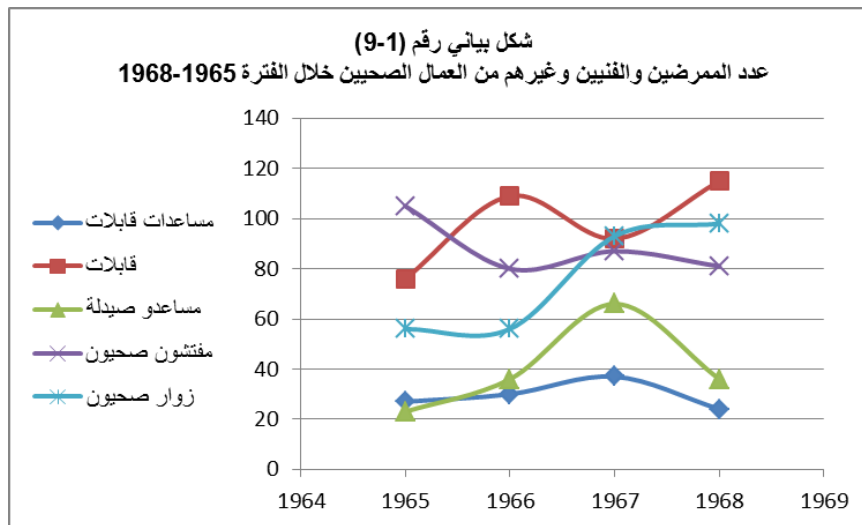
### جدول رقم (10-1)

#### عدد الممرضين والفنيين وغيرهم من العمال الصحيين خلال الفترة 1968-1965

السنة	ممرضون	مساعدو ممرضين وممرضات	مساعدات قابلات	قابلات	مساعدو صيدلة	مفتشون صحيون	زوار صحيون
1965	760	777	27	76	23	105	56
1966	917	975	30	109	36	80	56
1967	925	1222	37	92	66	87	93
1968	1469	843	24	115	36	81	98

المصدر: الجمهورية العربية الليبية، الهيئة الفنية للتخطيط الإدارية العامة للتخطيط الاقتصادي والاجتماعي، المسح الاقتصادي للجمهورية العربية الليبية 1964-1968م. مرجع سبق ذكره، ص:45.

ويبين الجدول جدول رقم (10.1) تطور أعداد الممرضين والفنيين وغيرهم من العمال الصحيين خلال الفترة 1968-1965، حيث ارتفع عدد الممرضين بشكل كبير من 760 ممرضاً في عام 1965 إلى 1469 ممرضاً في عام 1968، أما مساعدوهم فقد كانت الزيادة متواضعة من 777 مساعداً في عام 1965 إلى مساعداً 1222 مساعداً في عام 1967 ثم انخفض العدد في عام 1968 إلى 843 مساعداً، أما القابلات ومساعداتهن فلم يلاحظ تغيراً يذكر، ونفس الحال ينطبق على مساعدي الصيدلة والمفتشين والزوار الصحيين.



### ج- مخصصات قطاع الصحة:

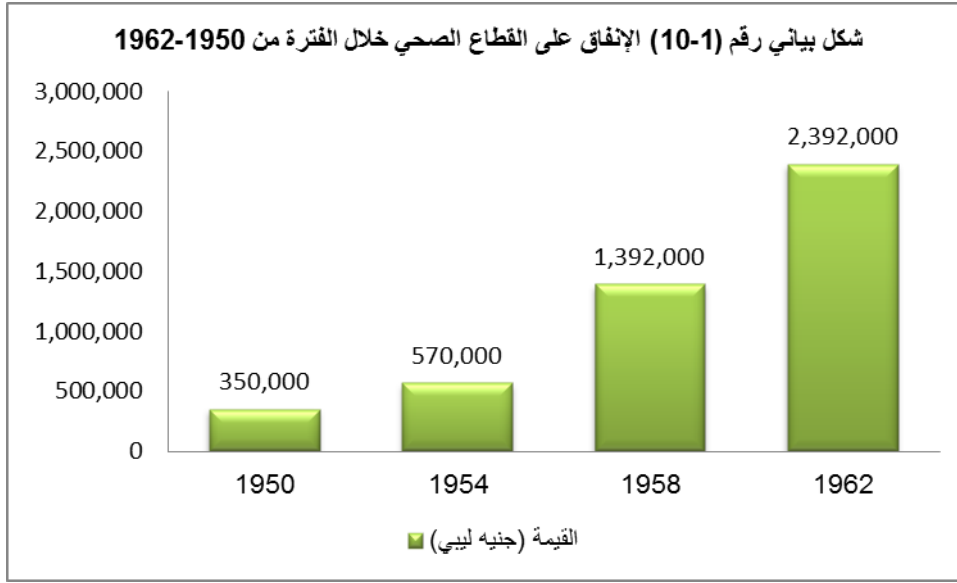
يوضح الجدول التالي رقم (11.1) مجموع ما صرف على القطاع الصحي في ليبيا قبل وبعد اكتشاف النفط ووصول عائدات النفط وحسب:

#### جدول رقم (11-1)

#### الإتفاق على القطاع الصحي خلال الفترة من 1950-1962

السنة	القيمة (جنيه ليبي)
1950	350,000
1954	570,000
1958	1,392,000
1962	2,392,000

المصدر: رؤوف محمد بن عامر، تطور الوضع الصحي في ليبيا، مرجع سبق ذكره، ص 188.



يبين الجدول رقم (12.1) كيفية توزيع مخصصات وزارة الصحة من ميزانية التنمية لسنة 1963-1964 على المشروعات الصحية، حيث نلاحظ أن السياسة الصحية المرسومة في تلك الفترة كانت تهدف إلى توافر الرعاية الصحية الأولية عن طريق المستشفيات ومراكز الصحة العامة ورصدت لها على التوالي 300,000 للمستشفيات و100,000 للمراكز الصحية، والهدف التالي هو مكافحة الأمراض السارية والمستوطنة فخصت لها مبلغ 50.000 دينار.

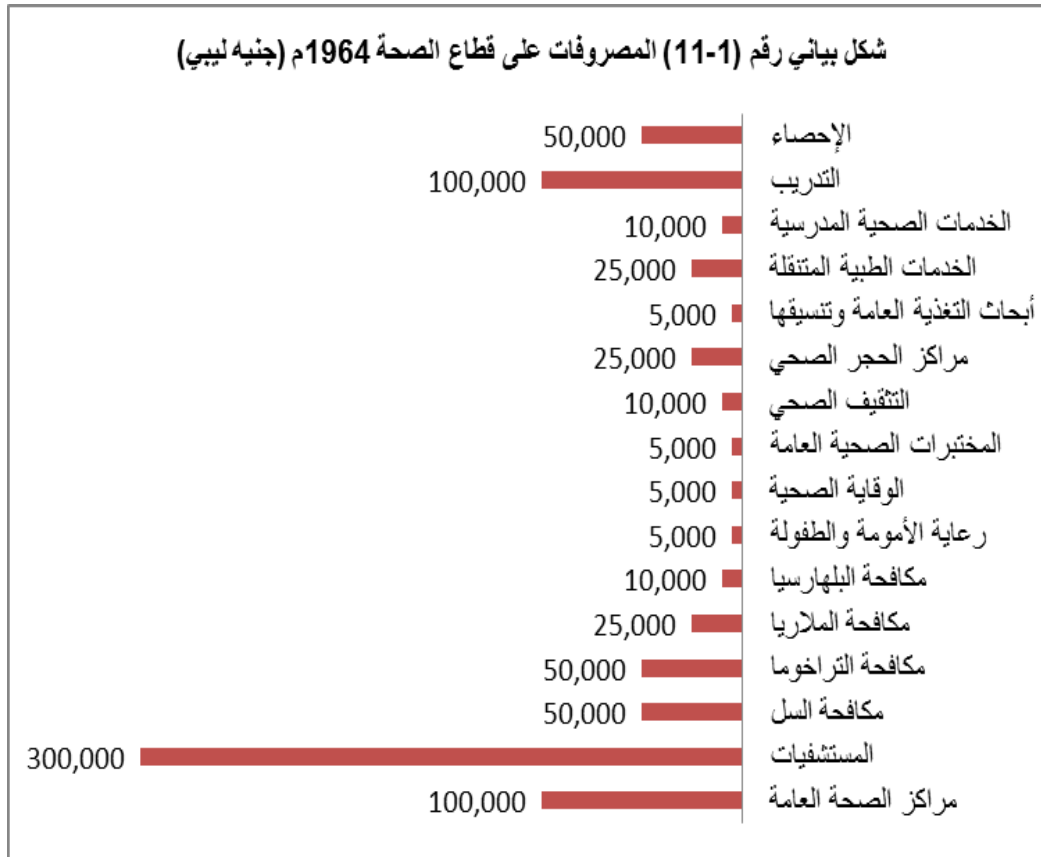
## جدول رقم (1-12)

كيفية توزيع الموارد الصحية لقطاع الصحة 1964م (جنه لبيبي)

التقديرات	التفاصيل	التقديرات	التفاصيل
الباب السابع الصحة		الباب السابع الصحة	
5,000	المختبرات الصحية العامة	100,000	مراكز الصحة العامة
10,000	التثقيف الصحي	300,000	المستشفيات
25,000	مراكز الحجر الصحي	50,000	مكافحة السل
5,000	أبحاث التغذية العامة وتنسيقها	50,000	مكافحة التراخوما
25,000	الخدمات الطبية المتنقلة	25,000	مكافحة الملاريا
10,000	الخدمات الصحية المدرسية	10,000	مكافحة البلهارسيا
100,000	التدريب	5,000	رعاية الأمومة والطفولة
50,000	الإحصاء	5,000	الوقاية الصحية
775,000		المجموع	

المصدر: المملكة الليبية، مجلس التخطيط القومي، التقرير السنوي الأول بشأن النشاط الإنمائي للسنة المنتهية في 1964/12/31، (طرابلس: مطابع مولتي بريس) ص ص 21-43.

## شكل بياني رقم (1-11) المصروفات على قطاع الصحة 1964م (جنه لبيبي)



بلغت المصروفات على قطاع الصحة خلال السنة المنتهية في 1964/12/31 حوالي 91,000 ألف جنيهٍ ليبي من واقع 775,000 جنيه ليبي اعتمدت في السنة الأولى، وضم القطاع إنشاء مراكز صحية ومستشفيات ومكافحة بعض الأمراض المعدية وتوافر الخدمات المدرسية، وقد أنشئ مستشفى في البركة ببغازي مجهز بحوالي 400 سرير، كما أرسل تسعة خريجين إلى الخارج للدراسة العليا في كليات الطب.

وفي السنوات العشر التي تلت استقلال ليبيا تحقق الشيء الكثير في قطاع الصحة حيث أشرفت الحكومة، تساعدها في ذلك الهيئات الدولية، على إعداد وتنفيذ مجموعة متنوعة من البرامج التي ترمي إلى تحسين صحة المواطنين الليبيين، وقد اعتمدت الحكومة الليبية الخطة الخمسية الأولى للصحة 1963-1968م، وأهدافها المعلنة هي رفع مستوى معيشة السكان ووضع قواعد وأسس للنمو الاقتصادي في المستقبل، واشتملت الخطة على برامج تستهدف تقويم المشاكل الصحية الرئيسية والنهوض بتنمية الخدمات الصحية في ليبيا، وهذه البرامج مخططة مبدئياً بحيث تحقق الأهداف التالية<sup>(1)</sup>:

- 1- القيام بحملة لمعالجة مشاكل صحية معينة؛ مثل برامج استئصال الملاريا والقضاء على البلهارسيا، ومكافحة التراخوما، وبرامج رعاية الأمومة والطفولة.
- 2- تحقيق الاكتفاء الذاتي لليبيا في ميدان الصحة؛ وذلك بتقوية جهاز التدريب وإعداد نخبة من الأفراد لكي يتولوا شؤون التدريس وشغل المناصب الرئيسية في ميدان الصحة.
- 3- تحسين وتوسيع نطاق الرعاية الصحية في كافة المؤسسات الصحية؛ كالمستشفيات والعيادات الخارجية، حيث بلغ عدد الأسرة المتوافرة أثناء إعداد الخطة في المستشفيات 3657 سريراً أي بنسبة 2.8 سريراً لكل 1000 نسمة، وتقتضي الخطة زيادة 2143 سريراً بحيث يصبح مجموع الأسرة 5800 سرير، أي ما يعادل 5 أسرة لكل 1000 نسمة في نهاية مدة الخطة.
- 4- تحسين العوامل البيئية التي تؤثر على الصحة.
- 5- تنمية إحصائيات الصحة التي من دونها يصعب تقويم ما تم إنجازه في الميدان الصحي.
- 6- توافر مراكز الحجر الصحي لمنع تسرب الأمراض من الخارج.

وقد بلغت تكاليف تنفيذ خطة السنوات الخمسة ما يزيد بقليل على 169 مليون جنيه ليبي مقسمة على مختلف القطاعات، وكانت حصة قطاع الصحة من هذا المبلغ ما قيمته 12,500,000 جنيه.

(1) خطة التنمية للسنوات الخمس 1963-1968، (دون بيانات عن الناشر)، ص ص 4-30.

وفي منتصف الخطة الخمسية توافرت أموال للاستثمار خلال سنة واحدة أكثر مما قدر للخمس سنوات كلها، وذلك لتجاوز الإيرادات النفطية في تلك الفترة كافة التوقعات المبكرة، وقد بلغ إجمالي الإنفاق التنموي في نهاية السنوات الخمسة 298 مليون جنيه ليبي، وهذا يفوق بكثير مجموع المخصصات البالغة 169 مليون دينار التي وردت في الخطة عام 1963م، كما وضعت خطة خمسية ثانية للفترة من 1968-1973م لاستكمال المشاريع الوارد في الخطة الخمسية الأولى واتجهت نصف المخصصات إلى الأشغال العامة والإسكان والنقل، ونحو 17% أخرى للتعليم والصحة وغيره من الحاجات الاجتماعية، وبعد ثورة سبتمبر 1969 تم إلغاء هذه الخطة من قبل مجلس قيادة الثورة، غير أنه تم اعتماد الأهداف العريضة لها<sup>(1)</sup>.

### جدول رقم (1-13)

مخصصات ميزانية التنمية لبعض القطاعات خلال 1969-63م (سنوات مالية) بملايين الجنيهات

التوزيع	المجموع	1969	1968	1967	1966	1965	1964	1963	القطاعات
19.0	118.6	22.6	24.7	19.7	16.2	22.2	8.0	5.2	النقل والمواصلات
17.5	109.3	39.6	32.7	19.0	18.0	0.0	0.0	0.0	الإسكان والأماك الحكومية
13.1	82.2	0.0	0.0	25.3	19.7	18.3	10.5	8.4	الإشغال العامة
10.1	63.0	16.9	14.1	8.4	8.1	9.4	3.8	2.3	الزراعة والثروة الحيوانية
9.6	59.9	14.8	14.2	9.8	8.7	7.2	3.2	2.0	التربية والتعليم
8.4	52.3	14.0	18.0	5.7	6.5	8.0	0.0	0.1	الداخلية
5.2	32.6	7.7	7.7	5.3	5.8	4.3	1.3	0.5	الصناعة والثروة المعدنية
4.7	29.7	3.0	6.4	5.3	2.7	9.1	2.3	0.9	العمل والشؤون الاجتماعية
4.0	25.3	13.2	12.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	الكهرباء
3.9	24.33	6.9	5.2	2.7	3.3	3.4	2.0	0.8	الصحة العامة
1.7	10.4	3.3	3.2	1.4	0.7	0.7	0.5	0.6	الإعلام والثقافة
1.5	9.7	0.7	3.5	1.7	0.2	3.2	0.3	0.5	التخطيط والتنمية
0.9	5.5	0.8	1.1	0.3	1.3	1.0	0.6	0.4	الاقتصاد والسياحة
0.1	0.8	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	الخدمة المدنية
0.1	0.6	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2	0.0	0.0	مكتب رئيس مجلس الوزراء
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	النفط
0.2	1.1	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	احتياطي المشاريع
<b>100.0</b>	<b>625.3</b>	<b>145.0</b>	<b>143.3</b>	<b>105.0</b>	<b>908.0</b>	<b>87.0</b>	<b>32.5</b>	<b>21.7</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية، الإدارة العامة للتخطيط الاقتصادي والاجتماعي، المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية 1970-1980، (قسم الحسابات القومية، 1982)، ص 13.

(1) جوديث غورني، ليبيا الاقتصاد السياسي للنفط، ترجمة، محمد عزيز وفتحي بوسدر، مرجع سبق ذكره، ص ص 298-299.

وبالنظر إلى الجدول رقم (13.1) نلاحظ ارتفاع مخصصات وزارة الصحة العامة خلال السنوات المالية من ما قيمته ثمانمائة ألف جنيه (0.8 مليون) عام 1963 إلى 6.9 مليون جنيه عام 1969 بمجموع مخصصات بلغ في نهاية الفترة 24.33 مليون جنيه، وبمقارنة هذه المخصصات خلال هذه الفترة مع ما تم رسده لباقي القطاعات في الدولة مثل قطاع النقل والمواصلات والإسكان والتعليم وغيرها، نلاحظ تدني هذه المخصصات مع غيرها من القطاعات حيث شكلت هذه المخصصات ما نسبته 3.9% من المبلغ المستثمر خلال الفترة محل الدراسة<sup>(1)</sup>.

### جدول رقم (14-1)

#### الإنفاق على ميزانية التنمية لبعض القطاعات 1963-1969م (بملايين الجنيهات)

التوزيع	المجموع	1969	1968	1967	1966	1965	1964	1963	القطاعات	
29.3	162.2	39.3	34.1	42.1	23.0	12.1	7.5	4.1	الإسكان والأماك الحكومية	1
16.6	91.6	14.5	24.2	18.7	10.2	13.1	6.4	4.4	النقل والمواصلات	2
11.8	65.4	13.2	14.4	17.2	10.1	7.2	1.9	1.2	الزراعة والثروة الحيوانية	3
10.3	56.8	11.8	16.8	14.1	5.8	3.7	2.9	1.7	الكهرباء	4
8.6	47.6	8.0	13.6	8.1	10.7	5.6	1.0	0.6	التربية والتعليم	5
8.4	46.3	12.1	14.6	6.8	9.9	2.9	0.0	0.0	الإدارة المحلية	6
5.8	28.5	6.3	7.4	7.4	4.7	2.0	0.6	0.1	الصناعة والثروة المعدنية	7
3.7	20.2	1.0	5.3	5.3	3.4	5.0	1.6	0.1	العمل والشؤون الاجتماعية	8
3.0	16.5	2.9	4.9	5.5	2.1	0.8	0.2	0.1	الصحة العامة	9
1.2	6.6	2.0	3.0	0.7	0.4	0.4	0.1	0.0	الإعلام والثقافة	10
1.0	5.0	0.6	1.0	1.1	1.4	0.6	0.2	0.1	التخطيط والتنمية	11
0.8	4.3	0.4	1.1	1.0	0.6	0.5	0.6	0.1	الاقتصاد والسياحة	12
100	551	112	140.5	128	82.3	52.4	23.0	12.6	المجموع	

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية، الإدارة العامة للتخطيط الاقتصادي والاجتماعي، المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية 1970-1980، مرجع سبق ذكره، ص17.

ويوضح الجدول رقم (14.1) أن ما تم إنفاقه فعلياً على قطاع الصحة خلال الفترة 1963-1969 بلغ 16.5 مليون جنيه من مخصصات تلك الفترة التي بلغت 551 مليون جنيه وهي

(1) الجماهيرية العربية الليبية، الإدارة العامة للتخطيط الاقتصادي والاجتماعي، المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية 1970-1980، (قسم الحسابات القومية، 1982)، ص17.

ضعيفة نسبياً رغم أهمية هذا القطاع مقارنة بالقطاعات الأخرى، ويلاحظ أن نسبة قطاع الصحة 3% فقط من الإنفاق على ميزانية الدولة وهي نسبة تضعه في المرتبة التاسعة.

### ثالثاً- المؤشرات الصحية في ليبيا خلال الفترة 1951-1969:

انعكست مدخلات النظام الصحي التي تم تناولها سابقاً من إقامة مستشفيات ومراكز صحية وكليات ومعاهد صحية وكذلك المخصصات المالية خلال الفترة محل الدراسة على المستوى الصحي للسكان، ويتضح التطور الحاصل في المستوى الصحي من خلال بعض المؤشرات الصحية المعمول بها دولياً وهي حسب التالي:

#### أ- معدل الوفيات الخام:

يلاحظ من خلال الجدول رقم (15.1) ما يلي:

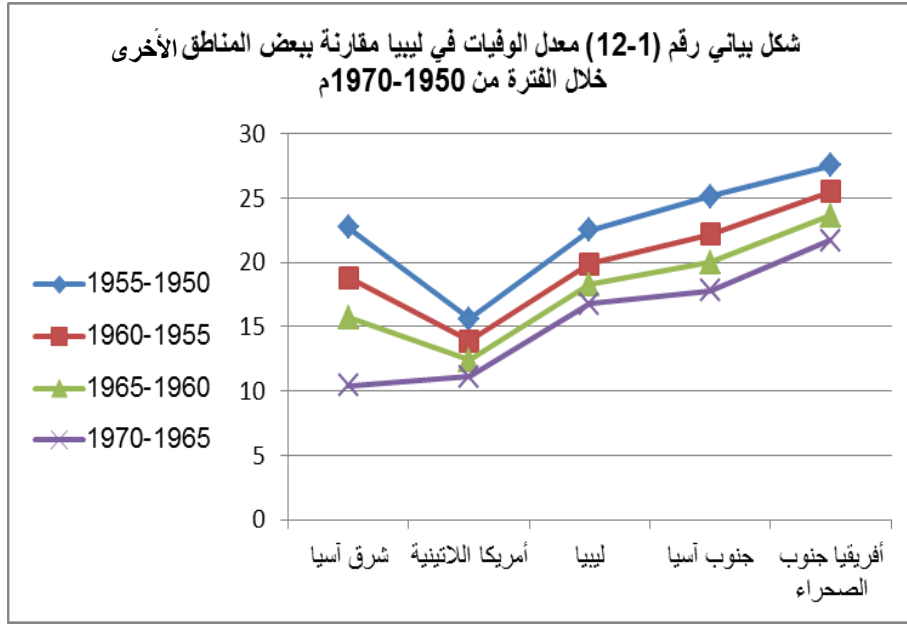
- 1- وجود انخفاض عام في معدل الوفيات الخام منذ بداية النصف الأول من القرن العشرين.
- 2- وجود انخفاض معدل الوفيات الخام، فهو هنا متقارب ما بين جميع المناطق باستثناء أمريكا اللاتينية.
- 3- شهد معدل الوفيات الخام انخفاضاً متدرجاً خلال الخمسينيات والنصف الأول من ستينيات القرن الماضي.
- 4- يُعد معدل الوفيات الخام في ليبيا من بين أعلى المستويات في العالم خلال عقد الخمسينيات والستينيات، ولعل ذلك يرجع إلى مستويات الدخل القومي المنخفضة جداً، وما ترتب عليه من تدنٍ في الأوضاع المعيشية والغذائية ومستوى التعليم والرعاية الصحية، وأن ارتفاع نسبة معدل الوفيات خلال هذه الفترة أثر على معدل العمر المتوقع.

#### جدول رقم (15-1)

معدل الوفيات في ليبيا مقارنة ببعض المناطق الأخرى خلال الفترة من 1950-1970م

الفترة	شرق آسيا	أمريكا اللاتينية	ليبيا	جنوب آسيا	أفريقيا جنوب الصحراء
1950-1955	22.7	15.6	22.5	25.1	27.5
1955-1960	18.8	13.9	19.9	22.2	25.5
1960-1965	15.7	12.4	18.3	20	23.6
1965-1970	10.4	11.1	16.8	17.8	21.7

المصدر: التطورات الديموغرافية والاقتصاد الليبي بحث في العلاقات والسياسات، مركز الدراسات والبحوث بأمانة مؤتمر الشعب العام، ص 81.



ب- متوسط العمر المتوقع عند الميلاد:

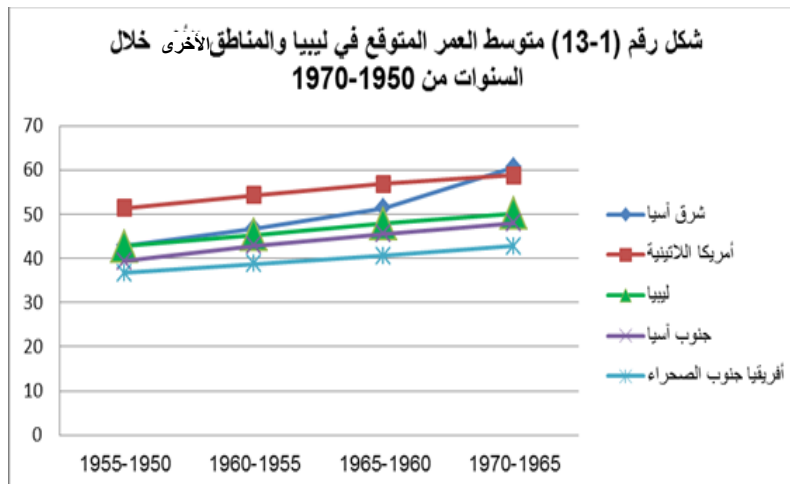
يتبين من الجدول رقم (16-1) ارتفاع متوسط العمر المتوقع في ليبيا من (42.7) عام 1955 إلى (50.2) عام 1970.

#### جدول رقم (16-1)

متوسط العمر المتوقع في ليبيا والمناطق الأخرى خلال السنوات من 1950-1970

الفترة	شرق آسيا	أمريكا اللاتينية	ليبيا	جنوب آسيا	أفريقيا جنوب الصحراء
1955-1950	42.9	51.4	42.7	39.4	36.7
1960-1955	46.7	54.3	45.3	42.9	38.7
1965-1960	51.4	56.8	47.8	45.6	40.6
1970-1965	60.6	58.8	50.2	48	42.7

المصدر: التطورات الديموغرافية (السكانية) والاقتصاد الليبي بحث في العلاقات والسياسات، مرجع سبق ذكره، ص 81.





## خلاصة:

اهتمت الدراسة من خلال هذا الفصل بتوضيح مفهوم السياسة العامة ونشأة وتطور هذا المفهوم، واهتمت بمرحلة تقويم السياسة العامة، بعد ذلك تناولت الدراسة مفهوم النظام الصحي والخدمات الصحية وأنواعها والجهات المسؤولة عن تقديمها، والسياسات الصحية ومقوماتها، والتطور التاريخي للنظام الصحي والخدمات الصحية في ليبيا، ابتداءً من فترة الحكم العثماني سنة 1835 وذلك لتوافر المعلومات عن الوضع الصحي في ليبيا عن تلك الفترة، ووصولاً إلى مرحلة الاحتلال الإيطالي سنة 1911، من ثم مرحلة الإدارة البريطانية والفرنسية سنة 1943 وتليها مرحلة الاستقلال سنة 1951، ونستخلص من دراسة هذه المراحل الزمنية أنه وأثناء فترة الحكم العثماني انتشرت الأمراض والأوبئة وخلال فترة الاحتلال الإيطالي حصل تطور قليل في الخدمات الصحية في ليبيا وذلك بنشر الوعي الصحي بين السكان ومكافحة الأمراض المستوطنة، وكذلك إقامة المستشفيات في كل من طرابلس وبنغازي والمستوصفات الصحية في المناطق التي يوجد بها تجمعات سكانية، ورغم هذا التطور نلاحظ زيادة عدد الوفيات بين الأطفال في تلك الفترة، وبعد الحرب العالمية الثانية، وهزيمة إيطاليا وسيطرة بريطانيا وفرنسا على الحكم في ليبيا، مرت ليبيا بظروف قاسية في جميع المجالات وخاصة في المجال الصحي، واستمر هذا الوضع لحين حصول ليبيا على استقلالها ، وبمساعدة منظمة الصحة العالمية التي انضمت ليبيا لعضويتها سنة 1952 حصل تحسن ملحوظ في الخدمات الصحية، وباكتشاف النفط في ليبيا في الستينيات حصل تطور في المدخلات المادية والمالية للنظام الصحي في ليبيا أدى إلى زيادة في عدد المستشفيات وعدد الأسرة وزيادة مخصصات وزارة الصحة، وزيادة في أعداد الموارد البشرية العاملة في المجال الصحي، وإيفاد عدد منهم للدراسة خارج البلاد، والفترة الزمنية محل الدراسة بداية من سبتمبر 1969؛ سوف يتم دراستها في الفصل الثاني لهذه الدراسة.

## **الفصل الثاني**

### **السياسة العامة للصحة في ليبيا**

**المبحث الأول: سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة 1969-1976**

**المبحث الثاني: تقويم سياسة توافر الخدمات الصحية ونواتجها خلال الفترة**

**1976-1969**

## تمهيد:

يهتم هذا الفصل بسياسات توافر الخدمات الصحية خلال الفترة 1969-1976 ، وتم تقسيم الفصل إلى مبحثين ، حيث يركز المبحث الأول على سياسات توافر الخدمات الصحية ، من خلال استعراض الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة خلال هذه الفترة ، وأهداف السياسات الصحية كما عكستها خطط التنمية الاقتصادية ، فضلاً عن البرامج والمشروعات والتشريعات الصحية ، أما المبحث الثاني فيركز على تقويم سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة 1969-1976 والمؤشرات الخاصة بمستويات الخدمات الصحية وأثر الخدمات الصحية على المستوى الصحي للسكان .

## المبحث الأول

### سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة من 1969-1976م

تعدّ الخدمات الصحية من الحقوق الأساسية لكل فرد من أفراد المجتمع ولهذا ينبغي ضمان أن يحصل كل فرد في المجتمع على حد أدنى من هذه الخدمات، ويعكس توزيع الخدمات الصحية بين الأفراد درجة العدالة الاجتماعية السائدة في كل مجتمع، ولهذا تهتم الدولة بتوافر هذه الخدمات لضمان توزيعها بين كل أفراد المجتمع (1) وسنبدأ في هذا المبحث بدراسة تطور الخدمات الصحية خلال الفترة 1969-1976 ، وذلك بعد التعرف على الإدارات الخاصة بتوافر هذه الخدمات حسب الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة خلال هذه الفترة ، وكذلك التشريعات والاهداف الصحية والبرامج والمشروعات الملحق لها خلال نفس الفترة.

#### أولاً- الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة خلال الفترة 1969-1976 م:

التنظيم الداخلي لأجهزة وزارة الصحة حسب قرار وزير الصحة رقم (274) لسنة 1969 بتاريخ 11 أكتوبر 1969 الخاص بالتنظيم الداخلي لأجهزة وزارة الصحة، وقد نظم هذا القرار أجهزة وزارة الصحة حسب التالي(2):

أ. ديوان الوزارة بمختلف مكاتبه وإدارته العامة.

ب. المديرية العامة للشؤون الصحية بالمحافظات.

#### شكل (1-2)

التنظيم الداخلي لأجهزة وزارة الصحة حسب قرار وزير الصحة رقم (274) لسنة 1969

#### 1- ديوان الوزارة ويضم الأجهزة التالية:

المكاتب	
مكتب الوزير	مكتب وكيل الوزير
الإدارات العامة	
الإدارة العامة للطب العلاجي	الإدارة العامة للصحة الوقائية
الإدارة العامة للأمراض المتوطنة	الإدارة العامة للتخطيط والمتابعة

(1) هبة احمد نصار، دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر، مرجع سبق ذكره، ص 31.  
(2) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "قرار وزير الصحة رقم (274) لسنة 1969 بالتنظيم الداخلي لأجهزة وزارة الصحة، الجريدة الرسمية، العدد 45، 6 ديسمبر 1969م، ص 3.

الإدارة العامة للشؤون المالية والإدارية	الإدارة العامة للأدوية والمعدات الطبية
الإدارة العامة للطب العلاجي	
قسم التمريض	قسم المستشفيات
قسم العلاج الحر	قسم الصحة الريفية
قسم الأسنان	
الإدارة العامة للصحة الوقائية	
قسم الأمراض السارية والحجر الصحي	قسم رعاية الأمومة والطفولة
قسم الصحة المدرسية	قسم صحة البيئة
قسم التثقيف الصحي	

الإدارة العامة للأمراض المتوطنة	
قسم مكافحة الملاريا	قسم مكافحة الدرن
قسم مكافحة التراكوما	قسم مكافحة البلهارسيا
قسم مكافحة الجذام	

الإدارة العامة للتخطيط والمتابعة	
قسم التدريب	قسم التخطيط الصحي والمتابعة
قسم البحوث	قسم الصحة الدولية

الإدارة العامة للأدوية والمعدات الطبية	
قسم المعدات والأجهزة الطبية	قسم الأدوية
قسم الإنتاج والمراقبة	قسم التوريدات العامة
قسم القطاع الخاص	قسم الصيانة
ورش الأطراف الصناعية	

الإدارة العامة للشؤون المالية والإدارية	
الشؤون المالية	

قسم الميزانية	قسم الحاسبات
قسم الرواتب الأجور	قسم المتابعة
قسم الخزينة	
الشؤون الإدارية	
قسم شؤون الموظفين	قسم السكرتارية والمحفوظات
قسم الشؤون العامة	قسم الشؤون القانونية

## 2- المديرية العامة للشؤون الصحة بالمحافظات وتتكون من القسمين التاليين:

قسم الشؤون الفنية	قسم الشؤون الإدارية والمالية
-------------------	------------------------------

وأنشئت في عام 1970 لجنة تتبع لوزارة الصحة تسمى اللجنة الدائمة للصحة اختصت هذه اللجنة بالمشروعات التالية:<sup>(1)</sup>

- أ. اعتماد مشروع الخطة الصحية ومتابعة تنفيذها بعد اعتمادها.
- ب. بحث السياسة الدوائية للبلاد والتقدم بمقترحات بشأنها.
- ج. بحث وتطوير الخدمات الطبية وصولاً بها إلى أعلى المستويات الممكنة.
- د. إبداء الرأي في مشروعات القوانين واللوائح الصحية.

وبقى هذا التنظيم حتى عام 1973م، فأعيد تنظيم وزارة الصحة من جديد حسب قرار مجلس الوزراء الصادر في 24 مارس 1973م الذي نص على أن وزارة الصحة تختص بوضع الخطة الصحية ورسم السياسات العامة في مجال الخدمات الصحية، بحيث تتفق مع خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية المقررة، وتشرف على صحة المجتمع والخدمات الطبية وتزويدها بالأدوية والأجهزة والمعدات اللازمة لحسن تأدية هذه الخدمات بما فيها تنمية القوى العاملة في مجالاتها المختلفة، وتهتم وزارة الصحة بالتالي<sup>(2)</sup>:

- أ. إجراء الدراسات والبحوث المتعلقة بالمشاكل الصحية والطبية واحتياجات المرافق الصحية المتنوعة.
- ب. الإشراف الفني على صحة المجتمع والوقاية من الأمراض ومكافحتها.

(1) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "قرار إنشاء اللجنة الدائمة للصحة"، الجريدة الرسمية، العدد 16، 1 أبريل 1971، ص 24.

(2) الجمهورية العربية الليبية، موسوعة التشريعات الليبية الحديثة - 1973، المجلد الثاني، (طرابلس: دار مكتبة الفكر، 1974)، ص ص 326-330.

- ج. اقتراح سياسة الوقاية والعلاج من الأمراض السارية والمستوطنة.
- د. دراسة احتياجات الخدمات الطبية مع اختلاف أنواعها.
- هـ. توافر احتياجات المرافق الصحية من أدوية ومعدات وأجهزة طبية.
- و. إصدار القرارات والتعليمات اللازمة لتنفيذ سياسة الدولة فيما يتعلق بنشاط الوزارة.
- وحسب المادة رقم (2) من القرار فإن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة يتكون من الإدارات التالية<sup>(1)</sup>:

### شكل رقم (2-2)

#### إدارات الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة 1973

إدارة التخطيط والمتابعة.
إدارة صحة المجتمع.
إدارة الخدمات الطبية.
إدارة الصيدلة والمعدات الطبية.
الأمانة العامة للوزارة.

ألغيت وفق هذا القرار ثلاث إدارات وردت في التقسيم السابق، وهي إدارة الطب العلاجي، وإدارة الأمراض المتوطنة، واستبدلت هذه الإدارات بإدارة صحة المجتمع، وإدارة الخدمات الطبية مع الإبقاء على إدارة التخطيط والمتابعة، وإدارة الصيدلة والمعدات الطبية، مع استحداث أمانة عامة للوزارة بدلاً عن الإدارة العامة للشؤون الإدارية والمالية.

شهدت وزارة الصحة تغييراً ملحوظاً في هيكلها الإداري بصدور قرار وزير الصحة رقم (174) لسنة 1973م، كما هو موضح في الشكل رقم (2-3):

(1) نفس المرجع السابق، ص 331.

### شكل رقم (2-3)

التقسيم الإداري للهيكل التنظيمي لوزارة الصحة حسب قرار (174) لسنة 1973

أ- مكتب الوزير ويتبعه:

- المجلس الصحي الأعلى	- مجلس الغذاء والتغذية
- الشركة الوطنية للأدوية	- أمانة مكتب الوزير

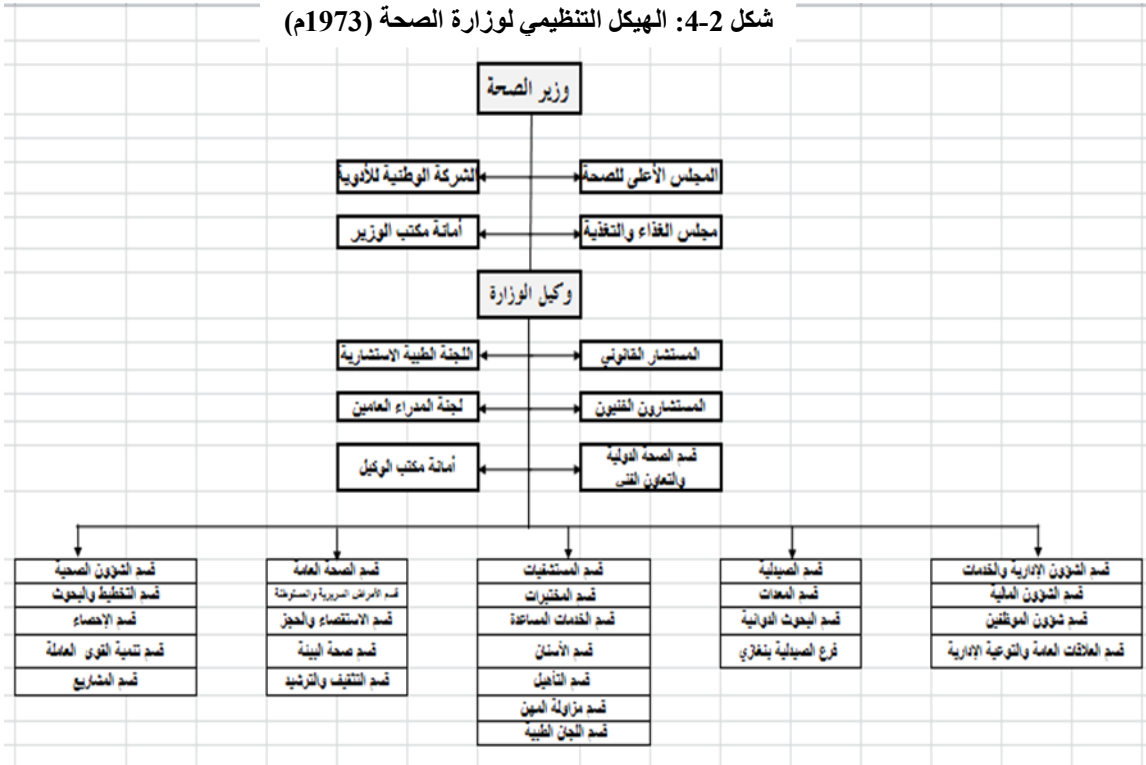
ب- مكتب وكيل الوزارة ويتبعه:

- اللجنة الطبية الاستشارية	- قسم الصحة الدولية والتعاون
- المستشارون	- لجنة المديرين العاميين
- قسم التنسيق	- أمانة مكتب الوكيل

ج- الإدارات العامة وهي:

- إدارة التخطيط والمتابعة	- إدارة صحة المجتمع
- إدارة الخدمات الطبية	- إدارة الصيدلة والمعدات الطبية
- الأمانة العامة للوزارة	

شكل 2-4: الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة (1973م)



المصدر: الجمهورية العربية السورية، وزارة العدل، الجريدة الرسمية، العدد 42، السنة الثالثة عشر، 15 أغسطس 1975، ص 1297.



## ثانياً- الاهداف الصحية الواردة ضمن الخطط التنموية خلال الفترة 1969-1976<sup>(1)</sup>:

تكفلت الدولة خلال هذه الفترة بتوافر الخدمات الصحية بالإضافة إلى الخدمات التي تقدم عن طريق القطاع الخاص، ووضعت وزارة الصحة خططها الصحية الأولى داخل إطار الخطة الثلاثية الأولى للدولة 1972-1975م بهدف توافر الخدمات الصحية وجعلها متاحة لجميع المناطق الحضرية والريفية والنائية، وأصبحت فلسفة الدولة الصحية في سبيل تحقيق هذا الهدف تتبنى المبادئ الاشتراكية التالية<sup>(2)</sup>:

أ. لا تعدّ العوامل الاقتصادية؛ الوحيدة التي تتحكم في تقرير الاستراتيجية الصحية أو تنفيذها.

ب. الاهتمام يكون أساساً بالصحة ومن أجلها، ويأتي ذلك تأتي الاهتمامات الاقتصادية.

ج. على الرغم من أن الجانب الإنساني للخدمة الصحية قد يتعارض أحياناً مع اقتصاديات الإنفاق الصحي، إلا أنه سوف يؤخذ في الاعتبار رفاهية الإنسان اجتماعياً واقتصادياً.

من أهم أهداف الدولة بالنسبة لقطاع الصحة خلال الفترة 1969-1976 ما يلي<sup>(3)</sup>:

- تطوير الخدمات الصحية وتوافرها سواء أكانت وقائية أم علاجية مجاناً للمواطنين.
- القضاء على الأمراض الوبائية والأمراض المستوطنة.
- إنشاء وتجهيز الأعداد الكافية من المؤسسات العلاجية والتخصصية.
- توافر الأسرة الكافية في المستشفيات العامة والمتخصصة بجميع أنواعها.
- تحقيق الاكتفاء الذاتي من العاملين في مجال الخدمات الصحية.
- توافر الدواء مع البدء في تصنيعه محلياً.
- الالتزام بالتخطيط للخدمات الصحية بما يوائم طبيعة العصر الذي نعيشه.
- إعطاء الأولوية للمناطق النائية.

وقد تمثلت السياسة الصحية في هذه الفترة في المكافحة المكثفة للأمراض الوبائية وتعميم العلاج الوقائي، ورعاية الأمومة والطفولة، وقد خصصت جميع الوسائل لتنفيذ البرنامج الصحي لهذه الفترة (كإعداد الكوادر البشرية، وبناء المستشفيات والعيادات الصحية، والإنفاق الصحي).

(1) الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط الخطة الثلاثية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية 1973-1975، (دون بيانات ناشر)، ص ص 37-44.

(2) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، الصحة بالجماهير للجماهير، الإدارة العامة للتخطيط والمتابعة. ص ص 36 - 37.

(3) الجمهورية العربية الليبية، وزارة الصحة، الخدمات الصحية العام 1973، قسم البحوث والإحصاء، 1974، ص ص 13-14.

## ثالثاً- التشريعات الصحية خلال الفترة 1969-1976م:

تمثل التشريعات المتصلة بقطاع معين من القطاعات العامة المنطلق الأساسي للأهداف العامة المعلنة للنظام السياسي، وذلك لانتهاج وتبني سياسات عامة معينة<sup>(1)</sup>، وتمثلت الجهة التشريعية للسياسة الصحية خلال هذه الفترة في (مجلس قيادة الثورة) وهو الذي يحدد أهداف السياسات الصحية من خلال القوانين والقرارات، والتي تنفذ من خلال مشروعات وبرامج السياسة الصحية ومن أهم القوانين التي صدرت هذه الفترة لتنظيم الأنشطة الصحية والطبية، القانون رقم (177) لسنة 1972م بشأن جواز تشريح الجثث للأغراض العلمية 1972م<sup>(2)</sup>. والقانون الصحي رقم (106) لسنة 1973 الذي ألغى بصورها جملة من القوانين التي كانت تنظم عدد من الأنشطة الصحية، وأكد على أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان الأساسية، والنص عليها وتقنينها أحد أهم واجبات الدولة، ووضع الأسس التي تقوم عليها السياسة الصحية والجهات المعنية بالتنفيذ والإشراف والكيفية التي يتم بها تنفيذ هذه السياسة<sup>(3)</sup>. وكذلك صدر القانون رقم (107) الخاص بإنشاء نقابة للمهن الطبية الصادر عن مجلس الوزراء في 13 ديسمبر 1973 م<sup>(4)</sup>. وقانون رقم (96) لسنة 1976م الخاص بإنشاء نقابة للمهن الطبية والمهن الطبية المساعدة، الذي نصت المادة الثانية منه على أن تضم هذه النقابة كل من يمارس مهنة من المهن التالية: الطب البشري - طب الأسنان- الصيدلة - الأبحاث والفحوص المعملية - الطب البيطري - المهن الطبية المساعدة ويقصد بها المهن الطبية المرتبطة بمهنة الطب على النحو المحدد بالمادة رقم (123) من القانون رقم (106) لسنة 1973م<sup>(5)</sup>.

## رابعاً- المشروعات والبرامج الصحية خلال الفترة 1969-1976:

فيما يلي أهم المشروعات والبرامج التي وضعت خلال الفترة محل الدراسة لتحقيق الأهداف العامة للقطاع الصحة:

- (1) علي سعيد البرغثي، انس أبو بكر بعيرة، تقويم السياسات الصحية في ليبيا، في محمد زاهي المغيربي وآخرون، أبحاث مؤتمر السياسات العامة بنغازي 12-14/6/2007، (بنغازي: دار الاتقان للطباعة والنشر، دون تاريخ نشر)، ص 421.
- (2) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القانون رقم (177) لسنة 1972م بشأن جواز تشريح الجثث للأغراض العلمية" **الجريدة الرسمية**، العدد 3، السنة الحادية عشر، 31 يناير 1973. ص 99.
- (3) أمينة الشخثيرية، "مقترح بشأن تطوير التشريعات الصحية الليبية"، ورقة مقدمة لمشروع ليبيا 2025 رؤية استثمارية، 2007، ص 3.
- (4) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القانون رقم (107) الخاص بإنشاء نقابة للمهن الطبية"، **الجريدة الرسمية**، العدد 6، 18 فبراير 1974 م، ص 223.
- (5) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "قانون رقم (96) لسنة 1976م الخاص بإنشاء نقابة للمهن الطبية والمهن الطبية المساعدة"، **الجريدة الرسمية**، العدد 18، 17/3/1977، ص 30.

أ- مشروعات بناء الوحدات والمراكز الصحية والعيادات المجمعّة والمستشفيات لتحقيق هدف توافر الخدمات الوقائية والعلاجية:

تطبيقاً لما جاء في المادة (15) من الإعلان الدستوري بأن "الرعاية الصحية حقّ تكفله الدولة بإنشاء المستشفيات والمؤسسات العلاجية وفقاً للقانون"، وقد قام النظام الحاكم باتخاذ جميع الإجراءات التي من شأنها تحسين الحالة الصحية في ليبيا، وذلك بوضع برنامج متكامل يؤدي بالضرورة إلى تجنيد كافة الطاقات البشرية والمالية والتنظيمية من أجل تحقيق الرعاية الصحية المجانية والتغطية الصحية.

وفي هذا المجال تم إنشاء المرافق الطبية من وحدات صحية ومراكز صحية وعيادات مجمعّة ومستشفيات عامة وتخصّصية لتقديم أفضل الخدمات وأسرعها في جميع التخصصات للمواطن، وقد تم تنظيم تقديم هذه الخدمات من خلال هذه المرافق حسب التالي<sup>(1)</sup>:

- **المستوى الأول:** وحدات الرعاية الصحية الأولية تقدم خدماتها لكل 2-5 آلاف نسمة.
- **المستوى الثاني:** مراكز الرعاية الصحية بما فيها الصحة المدرسية التطعيمات والوقاية وتقدم خدماتها لكل 10-26 ألف نسمة.
- **المستوى الثالث:** العيادات المجمعّة وتقدم خدماتها لكل 50-60 ألف نسمة.
- **المستوى الرابع:** المستشفيات العامة، وتقدم خدماتها العلاجية وتستقبل الحالات المحولة من المستوى الثاني والثالث.
- **المستوى الخامس:** المستشفيات المركزية، وتقدم خدماتها التخصصية المتقدمة لمن يتم تحويله من المستوى الرابع.

#### 1. مشروعات إنشاء الوحدات والمراكز الصحية والعيادات والمستشفيات 1969-1972:

لقد تميزت هذه الفترة بمضاعفة وزيادة عدد المراكز الصحية والعيادات والمستشفيات، على مستوى كل حي وكل بلدية، وذلك لإعطاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية بهدف الوقاية من الأمراض ومعالجتها.

(1) فوزي عبدالله صقر، "الوضع الحالي للخدمات الصحية، احتياجات السكان لسنة 2025-الاقتراحات والبدائل لتحقيق الأهداف من الخدمات الصحية 2025"، ورقة مقدمة لمشروع ليبيا 2025 رؤية استشرافية، 2007، ص ص 5-6.

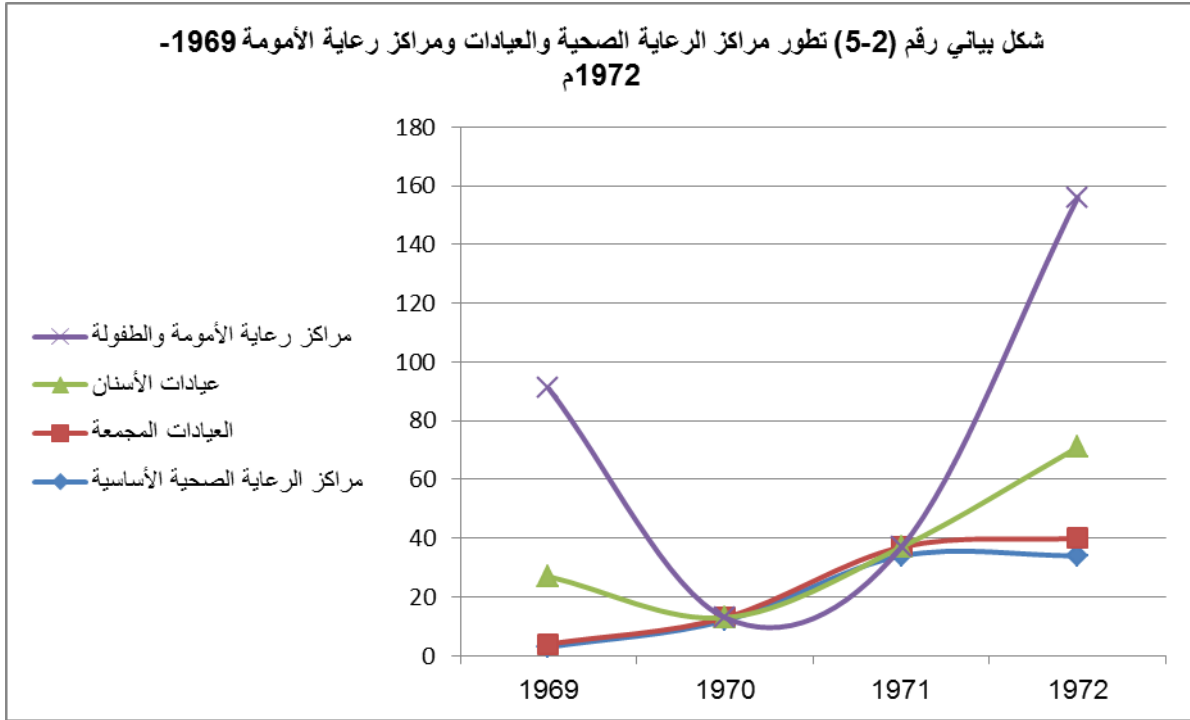
## جدول (1-2)

تطور مراكز الرعاية الصحية والعيادات ومراكز رعاية الأمومة والطفولة 1969-1972م

السنة	مراكز الرعاية الصحية الأساسية	العيادات المجمع	عيادات الأسنان	مراكز رعاية الأمومة والطفولة
1969	3	1	23 <sup>(1)</sup>	64
1970	12	1	--	--
1971	34	3	--	--
1972	34	6	31	85

المصدر: الجمهورية العربية الليبية، (طرابلس: وزارة التخطيط، 1974، موجز عن برامج التنمية في الخطة الثلاثية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية 1973-1975، ص 95.  
الجمهورية العربية الليبية، وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي لعام 1975م، (طرابلس: قسم البحوث والإحصاء، 1976)، ص 55.

ويتضح ذلك من الجدول رقم (1.2) حيث بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأساسية في نهاية عام 1972 عدد 34 مركزاً، وعدد العيادات المجمع 6 عيادات مجمع، وعدد عيادات الأسنان 64 عيادة، ومراكز رعاية الأمومة والطفولة 85 مركزاً.



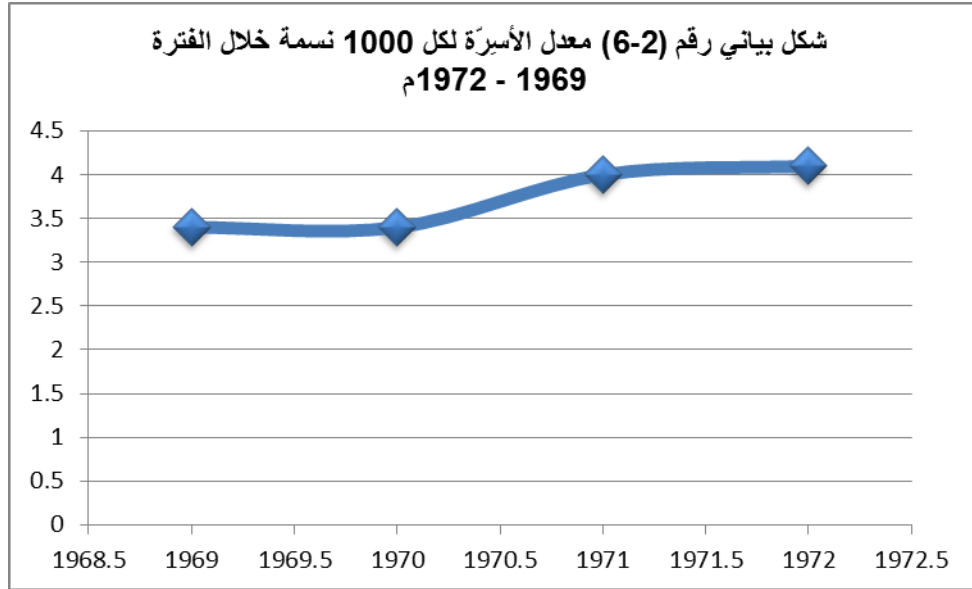
(1) الجمهورية العربية الليبية، موجز عن برامج التنمية في الخطة الثلاثية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية 1973 - 1975، (طرابلس: وزارة التخطيط، 1974)، ص 95.

## جدول (2-2)

تطور عدد المستشفيات والأسرة ومعدلاتها خلال الفترة 1969 - 1972م

معدل الأسرة لكل 1000 نسمة	المجموع العام		قطاع خاص				حكومي آخر التامين البلدية		وزارة الصحة				السنة
			مستشفيات تخصصية		مستشفيات عامة				مستشفيات تخصصية		مستشفيات عامة		
	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	
3.4	6421	42	35	3	14	1	371	2	2081	11	3920	25	1969
3.4	7589	45	24	2	94	2	509	3	2737	12	4225	26	1970
4.0	8367	50	24	2	83	2	646	3	3291	17	4323	26	1971
4.1	8935	50	24	2	108	2	776	3	3641	17	4386	26	1972

المصدر: الجمهورية العربية الليبية، وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي لعام 1975م، مرجع سبق ذكره، ص 55.



ويوضح الجدول رقم (2.2) زيادة عدد المستشفيات العامة والتخصصية في القطاع الحكومي بمعدل 46 مستشفى، وبلغ عدد المستشفيات العامة والتخصصية في القطاع الخاص 4 مستشفيات، وبلغ عدد الأسر في المستشفيات في القطاع الحكومي والخاص 8935 سريراً، وبذلك ارتفع معدل الأسرة لكل ألف من السكان إلى 4.1 سرير<sup>(1)</sup>

(1) الجمهورية العربية الليبية، وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي لعام 1975م، (طرابلس: قسم البحوث والاحصاء، 1976) ص 55.

## 2. مشروعات إنشاء الوحدات والمراكز الصحية والعيادات والمستشفيات 1973-1976:

نتلمس في هذا الفترة صدور العديد من القرارات الخاصة بإنشاء العيادات والمستشفيات الجديدة مع التوسع الرأسي لبعض المستشفيات، وكذلك صيانة بعض المباني الصحية القديمة، نورد بعضاً منها:

- القرار الصادر في 18 نوفمبر 1972 عن مجلس الوزراء الخاص بمشروع إنشاء مستشفى طرابلس المركزي والتعاقد مع الشركة العامة للمباني لتنفيذه<sup>(1)</sup>.
- القانون رقم (14) الصادر عن مجلس الوزراء بتاريخ 14 مارس 1973 الخاص بزيادة المبلغ المخصص لإنشاء 16 عيادة مجمعة<sup>(2)</sup>.
- القانون رقم (86) الصادر عن مجلس قيادة الثورة بتاريخ 13 نوفمبر 1973 الخاص باعتماد مشروع توسيع وتجديد مستشفى بن وليد<sup>(3)</sup>.
- القرار الصادر في 20 نوفمبر 1973م من مجلس الوزراء الخاص بمشروع إقامة عيادة مجمعة بمدينة الزاوية<sup>(4)</sup>.
- القرار الصادر في 17 سبتمبر 1973 من مجلس الوزراء الخاص بمشروع إقامة المرافق العامة اللازمة لحمام العلاج الطبيعي ببلدية العجيلات<sup>(5)</sup>.
- القرار الصادر في 17 أغسطس 1974 عن مجلس الوزراء الخاص بمشروع إقامة المجمع الصحي بمدينة درنة<sup>(6)</sup>.
- القرار الصادر في 31 أكتوبر 1976 من مجلس الوزراء في شأن اعتماد إرساء العطاء على شركة بريطانية الخاص بتأسيس وتجهيز (30) مستشفى قروياً بالجمهورية بقيمة (1,165,218) مليون واحد ومائة وخمسة وستون ألف ومائتين وثمانية عشر دينار<sup>(7)</sup>.

---

(1) الجمهورية العربية الليبية، موسوعة التشريعات الليبية الحديثة 1971-1972، المجلد الثاني، (طرابلس: دار الفكر، 1973)، ص 1382.

(2) المرجع السابق، ص 291.

(3) المرجع السابق، ص 520.

(4) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بمشروع إقامة عيادة مجمعة بمدينة الزاوية"، *الجريدة الرسمية*، العدد 1، السنة الثانية عشر، 16 يناير 1974، ص 8.

(5) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بمشروع إقامة المرافق العامة اللازمة لحمام العلاج الطبيعي ببلدية العجيلات"، *الجريدة الرسمية*، العدد 2، السنة الثانية عشر، 23 يناير 1974، ص 56.

(6) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بمشروع إقامة المجمع الصحي بمدينة درنة"، *الجريدة الرسمية*، العدد 61، السنة الثانية عشر، 30 نوفمبر 1974، ص 2699.

(7) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بتأسيس وتجهيز (30) مستشفى قروياً بالجمهورية"، *الجريدة الرسمية*، العدد 27، السنة الخامسة عشر، 21 مايو 1977، ص 1607.

- وحرصاً من الحكومة في تعميم الخدمات الصحية، فإن الخطة الصحية الواردة داخل إطار خطة التنمية الثلاثية 1973-1975م تضمنت فيما يخص برنامج العيادات والمستشفيات ما يلي<sup>(1)</sup>:
- مشروع إقامة 17 مركزاً صحياً.
  - مشروع إقامة 62 مستوصفاً ملحقاً بالمراكز الصحية موزعة على جميع المناطق، بحيث يخدم المستوصف عدداً من السكان لا يتجاوز 5,000 نسمة، بدلاً من 10,000 نسمة كما كان عليه الحال عام 1969م.
  - مشروع إقامة 16 عيادة مجمعة للخدمات الصحية منها 6 عيادات في طرابلس ونحو 4 عيادات في بنغازي وعيادة واحدة في كل من الزاوية ومصراته ودرنة وغريان والخمس وإجدابيا، تخدم كل عيادة منطقة تعداد سكانها 50,000 ألف نسمة.
  - زيادة عدد المراكز الصحية والمستوصفات الملحقة بها، بحيث يخدم المركز الطبي والمستوصفات الملحقة به 20 ألف نسمة من السكان في عام 1975 بدلاً من 35 ألفاً.
  - الزيادة في عدد الأسرة في المستشفيات بما يرفع معدل الأسرة من 2-4 سرير لكل 1000 نسمة في عام 1972 إلى نحو 7 أسرة لكل 1000 نسمة من السكان في عام 1975<sup>(2)</sup>.

### جدول (2-3)

#### تطور عدد المرافق الطبية خلال الفترة (1972-1976)

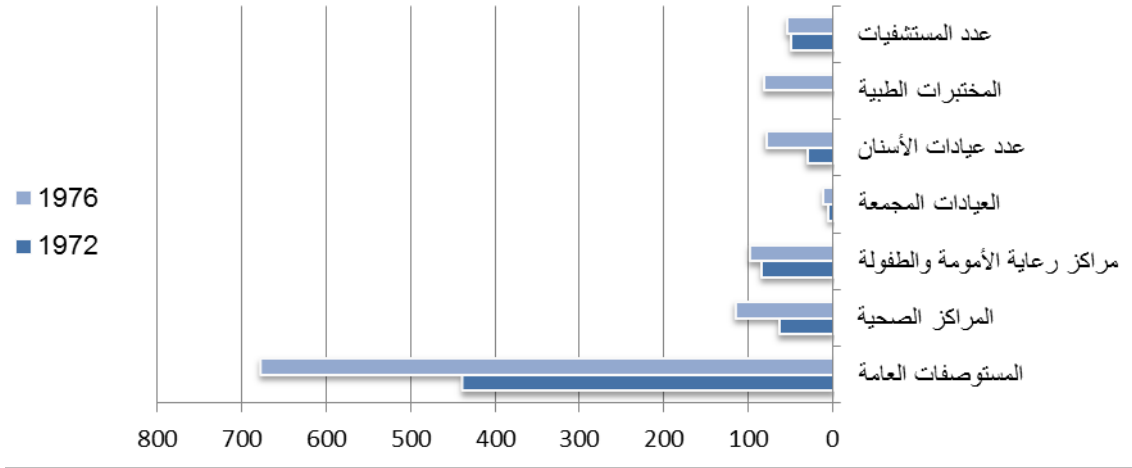
البيان	1972	1976
المستوصفات العامة	439	678
المراكز الصحية	64	116
مراكز رعاية الأمومة والطفولة	85	99
العيادات المجمعّة	6	12
عدد عيادات الأسنان	31	80
المختبرات الطبية	-	82
عدد المستشفيات	50	55
عدد الأسرة	8935	12241

المصدر: الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط والبحث العلمي، موجز عام لخطة التحول 76-1980م، (طرابلس: وزارة التخطيط والبحث العلمي مصلحة المساحة مجموعة الرسم والطباعة، 1976)، ص 11.

(1) الجمهورية العربية الليبية، وزارة الصحة، (قسم البحوث والإحصاء، 1974)، الخدمات الصحية العام 1973، مرجع سبق ذكره، ص 18.

(2) الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط، موجز عن برامج التنمية في الخطة الثلاثية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية 1973-1975، مرجع سبق ذكره، ص 16.

شكل بياني رقم (2-7) تطور عدد المرافق الصحية الأولية والمستشفيات خلال الفترة (1976-1972)



ويمكن تسجيل التطورات التي حدثت في مجال العيادات والمستشفيات خلال الفترة 1976-1973 حسب البيانات في الجدول (2-3):

- **المستوصفات:** وتمثل إضافة إلى المراكز الصحية والعيادات المجمع شبكة خدمات صحية ذات مستويات علاجية متدرجة، ارتفع عددها في نهاية عام 1976 إلى 678 مستوصفاً.
- **المراكز الصحية:** يأتي المركز الصحي بعد العيادة المجمع من حيث الخدمات التي يقدمها للأماكن النائية، وتشرف على المستوصفات التي تقدم خدماتها إلى عدد أقل، وقد زاد عدد المراكز الصحية من 65 مركزاً في عام 1972 إلى 116 مركزاً في عام 1976 بزيادة 78.5%.
- **مراكز رعاية الأمومة والطفولة:** يتم من خلال هذه المراكز متابعة السيدات الحوامل من خلال مراكز ووحدات الأمومة والطفولة بالمراكز الصحية الأولية، بجانب المؤسسات الصحية والمستشفيات العامة والمتخصصة في أمراض النساء والتوليد، وقد وصل عدد هذه المراكز في نهاية عام 1976 إلى 99 مركزاً، بزيادة نسبية قدرها 31%.
- **العيادات المجمع:** تقع العيادات المجمع في المرتبة الثانية بعد المستشفيات، ويكون العمل بها على مدى 24 ساعة، حيث تتولى تقديم كافة أنواع الرعاية الصحية، وتقوم كل



عيادة بخدمة نحو 50 ألف نسمة، وقد تم الانتهاء من إنشاء العيادات حسب مستهدفات الخطة الثلاثية في نهاية عام 1977م، بعدد 12 عيادة مجمعة.

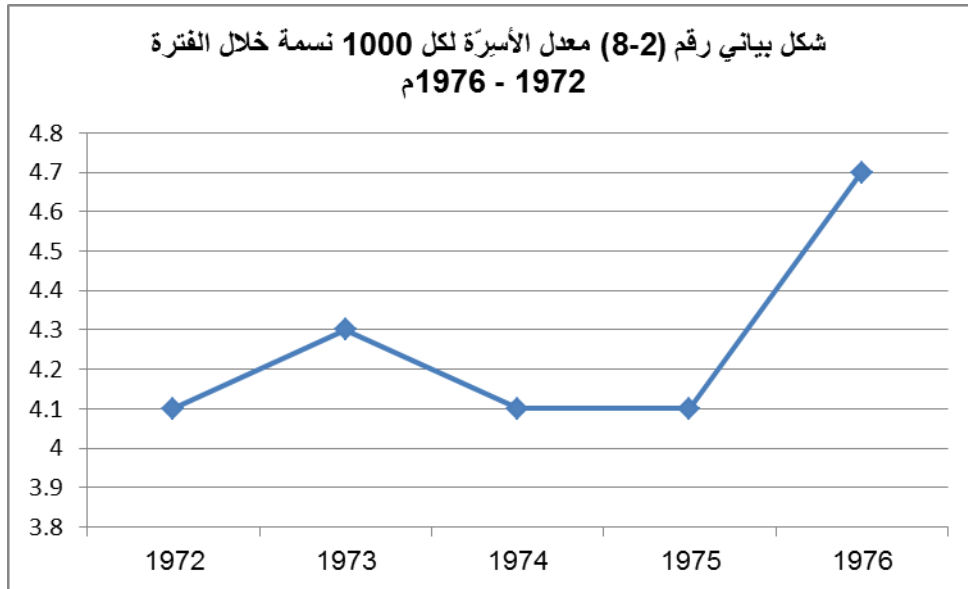
- وبالنسبة للمستهدف في الخطة بخصوص عيادات الأسنان والمستشفيات، فإن الزيادة كانت قليلة نسبياً خلال الفترة 1972-1976م.

#### جدول (4-2)

تطور عدد المستشفيات والأسرة ومعدلاتها خلال الفترة (1976 - 1972)

معدل الأسرة لكل 1000	المجموع العام		قطاع عام وخاص				حكومي آخر التأمين البلدية		وزارة الصحة				السنة
			مستشفيات خاصة		مستشفيات عامة				مستشفيات تخصصية		مستشفيات عامة		
	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	
4.1	8935	50	24	2	108	2	776	3	3641	17	4386	26	1972
4.3	9634	52	24	2	124	2	836	3	3929	19	4721	26	1973
4.1	9741	55	10	1	165	3	788	3	4016	20	4721	28	1974
4.1	10080	53	10	1	187	3	783	3	3976	19	5124	27	1975
4.7	12241	55	10	1	191	3	1404	3	4220	20	6146	28	1976

المصدر: الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط والبحث العلمي، موجز عام لخطة التحول 1976-1980م، (طرابلس: وزارة التخطيط والبحث العلمي مصلحة المساحة مجموعة الرسم والطباعة، 1976م)، ص 11.



ويلاحظ أن الوزارة لم تستطع تحقيق المأمول من الأسرة في المستشفيات، والذي قدر بنحو 7.0 سرير لكل ألف من السكان، والواقع أنه لم يتجاوز المعدل 4.1 لكل ألف من السكان في نهاية عام 1975م، وهي نفس النسبة التي كانت عليها أعداد الأسرة في عام 1972، بحيث لم

تتجاوز هذه النسبة 4.7 في عام 1975، وبمعدل 4.7 في نهاية عام 1976 كما هو موضح في الجدول رقم (2-4)، أي أن الزيادة متواضعة ولا تعكس ما هو متوقع تحقيقه خلال الفترة 1972-1976م.

### المرافق الصحية في القطاع الخاص<sup>(1)</sup>:

وصل عدد المرافق الصحية في القطاع الخاص في نهاية سنة 1974 ثلاثة عيادات، وكانت نسبتها إلى مجموع عدد المرافق الصحية في الدولة أقل من واحد صحيح (0.7%)، وعدد 5 صيدليات كانت نسبتها إلى إجمالي عدد الصيدليات أقل من واحد صحيح (0.3%).

### ب- المشروعات والتشريعات المتخذة للقضاء على الأمراض الوبائية والأمراض المستوطنة:

أولى النظام آنذاك اهتماماً خاصاً بمكافحة الأمراض المستوطنة والسارية خاصة أمراض الدرن والملاريا والبلهارسيا والتراكوما والجذام والإصابة بالطفيليات المعوية وأمراض الغدد الصماء والحمى الروماتيزمية والأمراض الجلدية وأمراض العيون وغيرها، وقد أسفرت هذه الجهود للقضاء على مرض الملاريا بعد أن كانت البلاد في قائمة الدول التي يتواجد فيها هذا المرض، كما قلت حالات الإصابة بالبلهارسيا والجذام، وأضحى بالإمكان التحكم والسيطرة عليها، ولم تعد تظهر حالات الإصابة الجديدة إلا بشكل فردي ويكون مصدرها عادة من خارج الدولة، وبالنسبة لمرض الدرن فقد أمكن السيطرة عليه بدرجة كبيرة فقد أصبحت نسبة الإصابة في ليبيا لا تزيد عن 5.5 حالة بين كل عشرة آلاف من السكان بعد أن كانت عشر حالات في عام 1969، وتهدف سياسة الدولة إلى القضاء الكامل على جميع الأمراض المستوطنة ووقاية البلاد منها<sup>(2)</sup>.

وقد تميزت هذه الفترة 1969-1976 فيما يخص القضاء على الأمراض المعدية والوبائية بصدور العديد من التشريعات الخاصة بالطب الوقائي كقوانين التطعيم، وإنشاء مراكز لعلاج الأمراض المتوطنة مثل الملاريا والسل والتدرن والتراكوما والشلل وسوء التغذية، وتقديم العلاج المجاني للمرضى، ومن أهم القرارات في هذا الشأن خلال هذه الفترة:

- القرار القاضي بالزامية التلقيحات ومجانيتها.
- قرار مجلس الوزراء بلائحة التطعيم والتحصين الإلزاميين، فقد نصت المادة الأولى من هذا القانون على أن مسؤولية تطعيم وتحصين الطفل تقع على عاتق والده أو الشخص

(1) الجماهيرية العربية الليبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة، نتائج المسح الميداني للمرافق الصحية التشاركية والخاصة لسنة 2007، (الهيئة العامة للمعلومات)، ص 6.

(2) الجماهيرية العربية الليبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية للإعلام الثوري، شعبة الشؤون الثقافية، ليبيا الجماهيرية (فرنسا: ABC، 1981)، ص 292.

الذي يكون الطفل في حضانتها، وحددت المادة الثانية من هذا القانون المواعيد التي يجب أن يتلقى فيها الأطفال التطعيم الإجباري<sup>(1)</sup>.

- قرار مجلس الوزراء في 23 نوفمبر 1969م الخاص بالتطعيم والتحصين الإجباريين<sup>(2)</sup>.
- قرار وزير الصحة رقم 4 لسنة 1970م الخاص بتحديد مراكز التطعيم والتحصين الإجباريين<sup>(3)</sup>.
- قرار وزير الصحة رقم 100 الصادر بتاريخ 13 أغسطس 1971م الخاص بمنح صفة رجال الضبط القضائي لبعض الأطباء فيما يتعلق بتنفيذ أحكام لائحة التطعيم والتحصين الإجباريين<sup>(4)</sup>.
- قرار مجلس الوزراء بتنظيم العمل بمرافق التدرن الرئوي في 24 يناير 1972<sup>(5)</sup>.
- قرار مجلس الوزراء الصادر بتاريخ 6 يناير 1972م الخاص بتقرير علاوة خطر العدوى للعاملين في مرافق التدرن والجذام وأقسام الأشعة بقيمة 10 دنانير<sup>(6)</sup>.
- قرار مجلس الوزراء الصادر في 17 أبريل 1972م الخاص بتعديل بعض أحكام لائحة التطعيم والتحصين الإجباريين.
- قرار مجلس الوزراء في 18 ديسمبر 1976م، الخاص بالموافقة على زيادة قيمة العقد المبرم مع المقاول لتنفيذ أعمال مشروع إنشاء مركز مكافحة الدرن والتراكوما بطرابلس بقيمة (576,266.534) خمسمائة وستة وسبعين ألفاً ومائتان وستة وستين ديناراً وخمسمائة وأربعة وثلاثين درهماً<sup>(7)</sup>.

---

(1) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بلائحة التطعيم والتحصين الإجباريين" **الجريدة الرسمية**، العدد 47، 21 ديسمبر 1969م، السنة السابعة، ص 7.

(2) الجمهورية العربية الليبية، **موسوعة التشريعات الليبية الحديثة**، المجلد 2، "القرار الخاص بلائحة التطعيم والتحصين الإجباريين" (طرابلس: دار مكتبة الفكر، 1972) ص 157-158.

(3) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل "القرار الخاص بتحديد مراكز التطعيم والتحصين الإجباريين" **الجريدة الرسمية**، العدد 11، السنة الثامنة، 10 مارس 1970م، ص 19.

(4) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل "القرار الخاص بمنح صفة رجال الضبط القضائي لبعض الأطباء" **الجريدة الرسمية**، العدد 52، السنة التاسعة، 28 أكتوبر 1971م، ص 992.

(5) نفس المرجع السابق. ص 862.

(6) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بتقرير علاوة خطر العدوى للعاملين في مرافق التدرن والجذام وأقسام الأشعة بقيمة 10 دنانير" **الجريدة الرسمية**، العدد 21، السنة العاشرة، 13 مايو 1972، ص 854.

(7) نفس المرجع السابق، ص 1637.

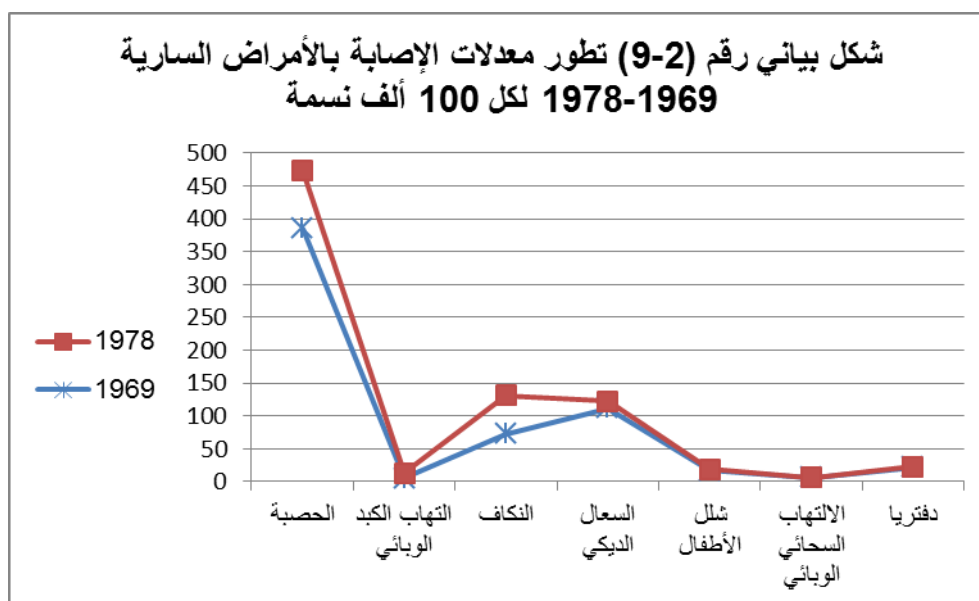
## جدول (5-2)

### التطور العددي لمراكز الدرن خلال الفترة 1976-69

السنة	العدد	معدل الزيادة
1969	5	-
1970	9	+ 4
1971	16	+ 11
1972	16	+ 11
1973	17	+ 12
1974	18	+ 13
1975	18	+ 13
1976	19	+ 14

المصدر: الجمهورية العربية الليبية، موسوعة التشريعات الليبية الحديثة، المجلد الثاني، (طرابلس: دار مكتبة الفكر، 1972)، ص ص 157-158.

يعكس الجدول رقم (5.2) مدى الاهتمام بخلق الإنسان السوي الطبيعي الخالي من الأمراض والعاهات، وذلك بإنشاء مراكز متخصصة لمكافحة الأمراض السارية والمستوطنة، مثل مراكز علاج الدرن، ومراكز مكافحة الملاريا والبلهارسيا، وقد تضمنت الخطة الثلاثية للتنمية 1973-1975 إنشاء 5 مراكز نموذجية لمكافحة الدرن.



### جدول رقم (2-6)

تطور معدلات الإصابة بالأمراض السارية لكل 100 ألف نسمة خلال الفترة 1969-1978

المرض	معدل الإصابة	
	1978	1969
الحصبة	88.2	384.7
التهاب الكبد الوبائي	7.3	5.4
النكاف	58.3	72.7
السعال الديكي	10.8	111.8
شلل الأطفال	2.6	16.5
الالتهاب السحائي الوبائي	0.5	5.9
دفتريا	0.36	21.9

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة، 2007، ص 55.

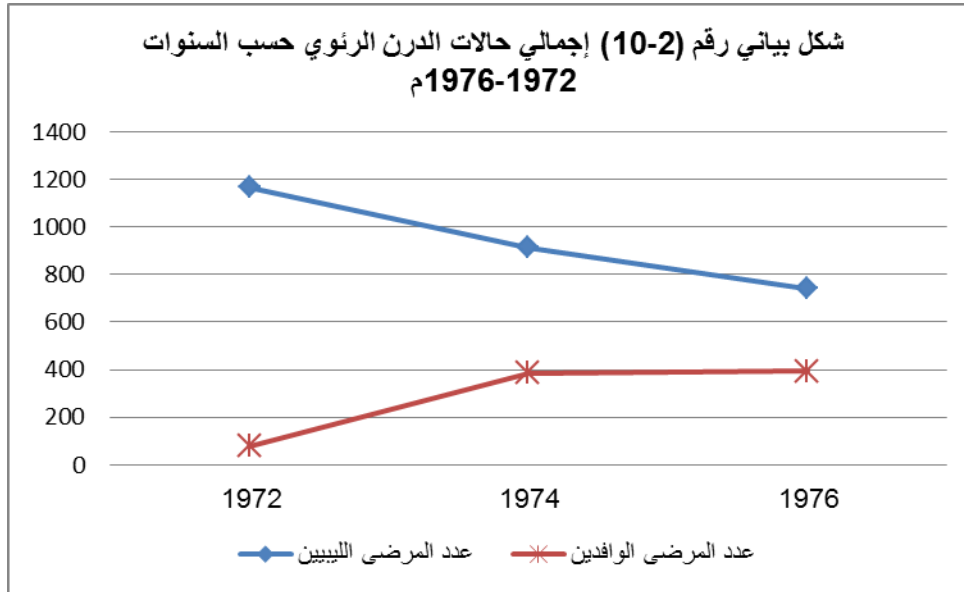
ويتبين من خلال الجدول رقم (2-6) مدى نجاح هذه المراكز في القضاء على هذه الأمراض والأوبئة، وذلك من خلال المقارنة بين عدد حالات الإصابة بالأمراض ما بين عامي 1969 و1978، ففي حين تبين انخفاض معدل الإصابة بجميع الأمراض من الحصبة، والنكاف، والسعال الديكي، وشلل أطفال، والالتهاب السحائي، ودفتريا، فيما عدا التهاب الكبد الوبائي الذي ارتفع معدل الإصابة به، وربما تفسر هذه الزيادة بارتفاع الإصابة بين الوافدين.

### جدول رقم (2-7)

إجمالي حالات الدرن الرئوي حسب بالسنوات 1972-1976م

السنة	عدد المرضى الليبيين	عدد المرضى الوافدين	مجموع المرضى	نسبة المرضى الوافدين	نسبة المرضى الليبيين
1972	1166	80	1246	%6	%94
1974	914	385	1299	%29	%71
1976	742	394	1136	%35	%65

المصدر: التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة لعام 2007، مرجع سبق ذكره، ص 52.



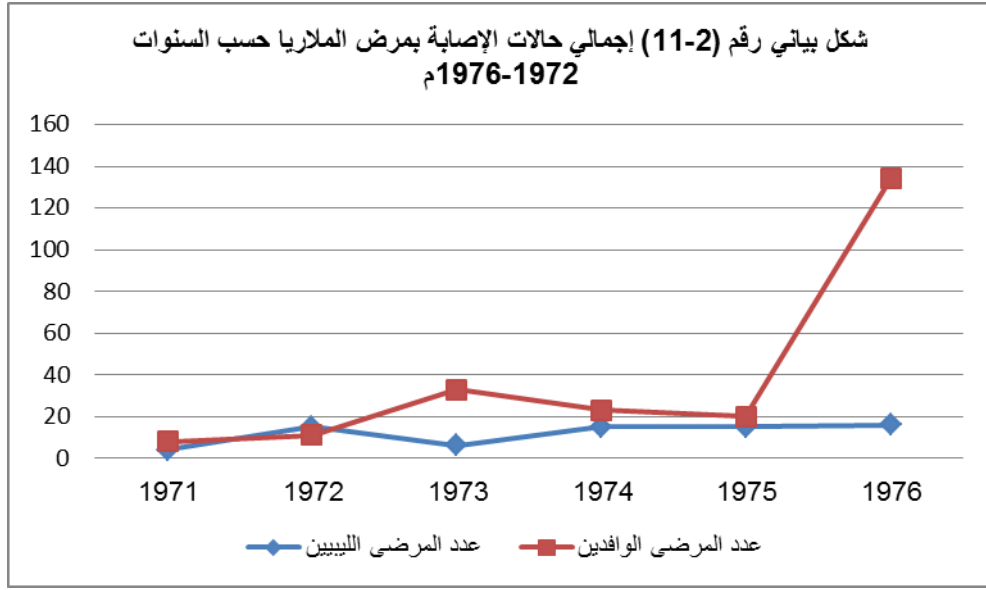
يوضح الجدول (2-7) إجمالي حالات الإصابة بالدرن الرئوي خلال الفترة 1972 إلى 1976، حيث لوحظ انخفاض الإصابة بين الليبيين في حين سجل ارتفاعاً مضطرباً للإصابة بهذا المرض بين الوافدين، فقد ارتفعت نسبة الإصابة بين الوافدين مقارنة بالليبيين من 6% في عام 1972 إلى 35% في عام 1976، وهذا يعكس تحسّن المستوى الصحي في ليبيا وهو ما انعكس في انخفاض نسبة الإصابة عند الليبيين خلال تلك الفترة.

#### جدول رقم (2-8)

إجمالي حالات الإصابة بمرض الملاريا حسب السنوات 1976-1972م

السنة	عدد المرضى الليبيين	عدد المرضى الوافدين	مجموع المرضى	نسبة المرضى الوافدين	نسبة المرضى الليبيين
1971	4	8	12	67%	33%
1972	15	11	26	42%	58%
1973	6	33	39	85%	15%
1974	15	23	38	61%	39%
1975	15	20	35	57%	33%
1976	16	134	150	89%	10%

المصدر: التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة، 2007، مرجع سبق ذكره، ص 46.



وفيما يخص الإصابة بمرض الملاريا يلاحظ من الجدول (2-8) ارتفاع نسبة الإصابة بين الوافدين خلال فترة الدراسة، فقد سجلت أربع حالات فقط بين الليبيين وثمانية حالات من الوافدين في عام 1971، أي أن عدد الإصابة قد سجلت ارتفاعاً كبيراً بين الوافدين بحيث وصل عدد الإصابة بينهم بنحو 134 حالة في عام 1976، وهذا يعكس ربما أن أغلب حالات الإصابة تحدث خارج حدود البلاد، حيث إن ليبيا لا تدخل من بين الدول التي يتوطن بها هذا النوع من الأمراض.

#### ت- المشروعات والتشريعات بهدف توافر الأدوية خلال الفترة 1969-1976:

تهدف السياسة الدوائية إلى توافر الأدوية الجيدة والفعالة والمأمونة بسعر مناسب وفي كافة الأوقات والأماكن، وأن تستعمل استعمالاً رشيداً، وقد تميزت هذه الفترة باحتكار العناصر الأجنبية لتجارة وسوق الدواء وتوريد الاحتياجات الخاصة بالقطاع العام والصيدليات، وذلك لقلّة العناصر الوطنية المؤهلة في مجال الصيدلة، وبعد صدور القانون رقم (69) لسنة 1972م قامت الدولة بتنظيم عملية استيراد الأدوية من الخارج الذي نص في مادته الأولى على "أنه لا يجوز لغير شركة مملوكة بالكامل للدولة الاتجار في الأدوية أو القيام بأي عمل من أعمال التوكيلات التجارية المنصوص عليها في القانون رقم (33) لسنة 1972"، وفي نفس العام صدر القانون رقم (70) الخاص بإنشاء الشركة الوطنية للأدوية.

ولمواكبة التطورات العلمية في المجال الدوائي، شكلت لجنة فنية حسب ما جاء بالقانون الصحي رقم (106) لسنة 1973م وهي مسؤولة عن إدخال الأصناف الجديدة بعد دراستها وفق إحداه المتطلبات العلمية والعالمية، وبالاستناد إلى أنظمة دقيقة لتسجيل الأدوية، وتم استبعاد الأدوية المشكوك في مفعولها العلاجي التي لا تقف أمام السند العلمي، مما أدى انخفاض عدد

الأصناف من حوالي (5600) صنف إلى ما يقارب (2500) صنف صيدلاني. وبالنظر إلى الجدول رقم (13.2) نلاحظ تزايد الإنفاق على قطاع الدواء خلال هذه الفترة وذلك للأسباب الآتية(1):

- الزيادة في التوسع في الخدمات الطبية، حيث شملت المدن والقرى والأنحج.
- الزيادة في حجم الخدمات التخصصية التي تحتاج إلى أدوية مرتفعة الثمن.

وقد صدرت خلال الفترة عدة تشريعات وقرارات بخصوص السياسة الدوائية الليبية أهمها(2):

- قرار وزير الصحة رقم 288 الصادر في 31 ديسمبر لسنة 1969 في شأن تحديد الرسوم على طلب ترخيص لفتح صيدلية حيث حدد الرسم بقيمة 50 ج ل(3).
- قرار مجلس الوزراء الصادر في 11 يونيو 1970م بالموافقة على قيام المؤسسة الليبية العامة للتصنيع بإنشاء شركة مساهمة للأدوية(4).
- القانون رقم 33 لسنة 1971 في شأن تنظيم أعمال الوكالات التجارية وتعديلاته.
- قرار مجلس الوزراء الصادر في 30 مايو 1972 بوضع النظام الأساسي للشركة الوطنية للأدوية، بناء على القانون رقم 70 لسنة 1972 بتأسيس الشركة الوطنية للأدوية(5).
- قانون تنظيم تجارة الأدوية رقم 69 لسنة 1972.
- القانون الصحي رقم 106 لسنة 1973 ولائحته التنفيذية لسنة 1975م
- قانون رقم (100) الصادر في 8 نوفمبر 1975م عن مجلس قيادة الثورة بالتصديق على الأحكام التأسيسية للشركة العربية للصناعات الدوائية والمستلزمات الطبية(6).

- 
- (1) مسيرة الإنسان في الجمهورية العربية الليبية، (طرابلس: إدارة الأعلام والشئون الفنية، 1976)، ص ص 210 - 211.
  - (2) عوض بو دجاجة، "الصحة للجميع وبالجميع بحلول عام 2025م مرفق رقم 3"، ورقة مقدمة لمشروع ليبيا 2025 رؤية استشرافية، 2007 ص 1.
  - (3) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "قرار وزير الصحة رقم 288 الصادر في 31 ديسمبر لسنة 1969 في شأن تحديد الرسوم على طلب ترخيص لفتح صيدلية" الجريدة الرسمية، العدد 6 السنة الثامنة، 5 فبراير 1970م، ص 36.
  - (4) الجمهورية العربية الليبية، موسوعة التشريعات الليبية الحديثة، المجلد الثاني، مرجع سبق ذكره، ص 513.
  - (5) نفس المرجع السابق، ص 997.
  - (6) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "قانون رقم (100) الصادر في 8 نوفمبر 1975م عن مجلس قيادة الثورة بالتصديق على الأحكام التأسيسية للشركة العربية للصناعات الدوائية والمستلزمات الطبية" الجريدة الرسمية، العدد 62، السنة الثالثة عشر، 15 ديسمبر 1975، ص 2061.

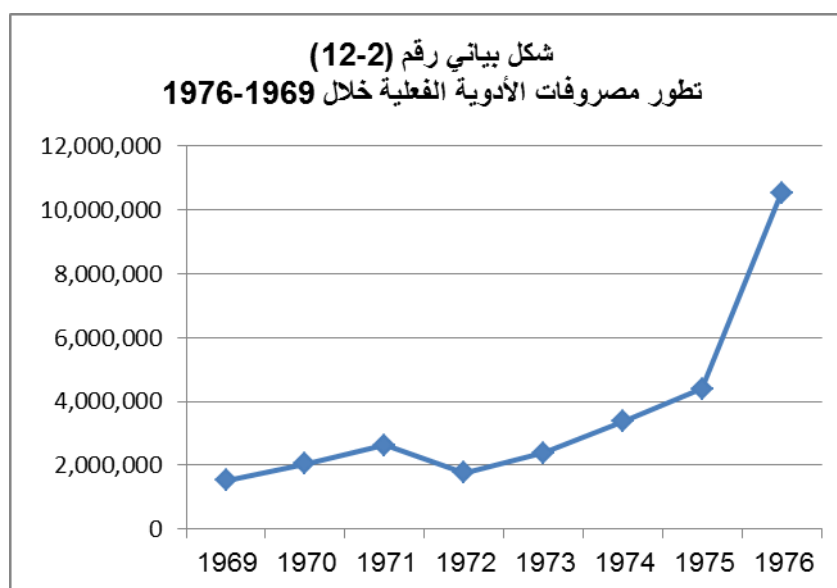


## جدول (9-2)

### تطور مصروفات الأدوية الفعلية خلال 1969-1976

السنة	مصروفات الأدوية (بالدينار الليبي)
1969	1,517,418
1970	2,053,101
1971	2,632,700
1972	1,771,223
1973	2,382,173
1974	3,382,173
1975	4,396,871
1976	10,550,335

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، أمانة اللجنة الشعبية العامة للصحة، التقرير الإحصائي لسنة 1978، (طرابلس: قسم الإحصاء الصحي، 1979)، ص 60،



وفيما يخص مصروفات الأدوية كما هو مبين في الجدول (9-2) يلاحظ زيادتها بشكل كبير، حيث بلغت مليون ونصف في عام 1969، وارتفعت إلى أكثر من أربعة ملايين في عام 1975، ثم ارتفعت بشكل كبير لتتجاوز عشرة ملايين ونصف المليون بقليل في عام 1976.

### ث- التشريعات والمشروعات الخاصة بتنمية الموارد البشرية في المجال الصحي:

تعدّ الموارد البشرية من الركائز الرئيسية لكل نظام اجتماعي أو اقتصادي، ونظراً لطبيعة العمل في النظام الصحي، والاحتكاك المباشر والمستمر بأفراد المجتمع، فإن الموارد البشرية لها

أهمية خاصة، لأن الخدمات الصحية تعتمد أساساً على هذه الموارد، ومع تنوع التكنولوجيا وتطورها وتقدمها، ازدادت الحاجة إلى الموارد البشرية<sup>(1)</sup>.

وتعتمد كفاءة الخدمات الصحية، في الأساس على توافر العنصر البشري، المؤهل علمياً وفنياً، ومن أجل ذلك استهدفت الدولة إنشاء وتطوير مدارس الممرضات ومساعدات الممرضات، وذلك لتوافر الاحتياجات الوطنية من المتخصصين الصحيين والفنيين لإحلالهم محل الخبرات الأجنبية في مختلف الأقسام من المختبرات والصيدليات وأقسام الأشعة والتمريض، وقد أمكن حتى عام 1975 من إقامة 24 مدرسة لتخريج مساعدات الممرضات، وعملت الدولة على التوسع في إنشاء المعاهد الصحية رأسياً وأفقياً، لتخريج المتخصصين الصحيين والفنيين في المختبرات والأشعة والصيدلة والتمريض، وحتى عام 1975 كان يوجد في ليبيا 6 معاهد صحية تخرج منها في ذلك العام 614 خريجاً وخريجة في مختلف التخصصات، واهتمت الدولة ببرامج التدريب والتأهيل الفني للكوادر الليبية العاملة بالمرافق، ونظمت العديد من الدورات والندوات التدريبية داخل ليبيا وخارجها وقد تم خلال الفترة من 1969-1973 إيفاد عدد من البعثات الدراسية شملت 26 طبيباً للتخصص في فروع الطب المختلفة وفي نفس الفترة تم إرسال عدد 89 من الفنيين الصحيين والإداريين في دورات خارجية في مختلف المجالات الصحية<sup>(2)</sup>.

وفيما يخص التدريب المحلي فقد بلغ عدد المقيدون بالمعهد الصحي للبنين في بنغازي عام 1972م 238 طالباً، وبلغ عدد الطالبات المقيدات في معهدي بنغازي وطرابلس 116 طالبة في نفس العام، إما مدارس مساعدات الممرضات فقد بلغ عدد الطالبات المقيدات بها 826 طالبة في نهاية عام 1972م، وتستهدف الخطة التنموية 1975/1973 في برنامج التدريب الصحي التالي<sup>(3)</sup>:

- أ. استكمال إنشاء المعهد الصحي لتدريب البنات بطرابلس.
- ب. إنشاء معهد صحي لتدريب البنين في بنغازي.
- ج. إنشاء معهد صحي لتدريب البنات في كل من بنغازي وسبها.
- د. إيفاد بعثات تدريبية متخصصة إلى الخارج.
- هـ. أن يصل عدد الطالبات المقيدات بمعهدي طرابلس وبنغازي للبنات والمعهد المستهدف إنشاؤه في مدينة سبها ضمن الخطة الثلاثية إلى 210 طالبة.

(1) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص 75.

(2) اللجنة الشعبية للإعلام الثوري، شعبة الشؤون الثقافية، ليبيا الجماهيرية، مرجع سبق ذكره، ص 288.

(3) الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط، موجز عن برامج التنمية في الخطة الثلاثية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية 1973-1975، مرجع سبق ذكره، ص 95.

و. أن يصل عدد الطلبة المقيدون في معهدي طرابلس وبنغازي للبنين إلى 405 طالباً في نهاية عام 1975.

ز. أن يصل عدد الطالبات المقيدات بمدارس الممرضات القائمة والمدارس المستهدف إنشاؤها خلال الخطة الثلاثية عدد 1075 طالبة.

ح. إيفاد عدد 63 طالباً لدراسة طب الأسنان في الخارج، وتدريب عدد 64 طالباً بكلية طب الأسنان بجامعة قارونس.

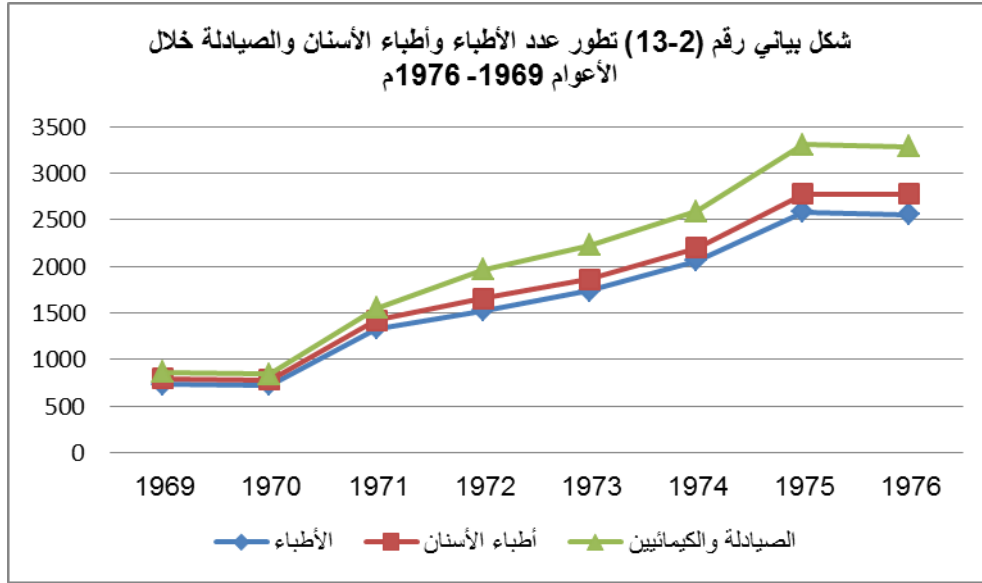
وقد تضمنت الخطة الثلاثية للتنمية 1973-1975م توافر المزيد من الأطباء بهدف زيادة خدماتهم من طبيب واحد لكل 1400 نسمة عام 1972م إلى طبيب واحد لكل 1000 نسمة من السكان عام 1975م، وأدت هذه التطورات العددية في زيادة عدد الخريجين من مختلف الجامعات والمعاهد ومدارس التمريض إلى زيادة ملحوظة في إعداد الموارد البشرية المؤهلة في القطاع الصحي كنتيجة للسياسات المتبعة خلال الفترة من 1969-1976م، ويتبين مقدار هذه الزيادة العددية في الخريجين من خلال الجداول التالية أرقام (2-10، 2-11، 2-12).

#### جدول (2-10)

تطور عدد الأطباء وأطباء الأسنان والصيدلة خلال الأعوام 1969-1976م

السنة	عدد السكان	الأطباء	أطباء الأسنان	الصيدلة والكيميائيين
1969	1,897,200	733	62	68
1970	1,978,800	731	52	61
1971	2,066,300	1336	87	129
1972	2,160,100	1525	130	310
1973	2,257,000	1736	127	363
1974	2,351,800	2063	136	393
1975	2,485,200	2585	194	528
1976	2,584,660	2558	219	508

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، أمانة اللجنة الشعبية العامة للصحة، التقرير الإحصائي لسنة 1978، مرجع سبق ذكره، ص 58،



توضح بيانات الجدول رقم (2.12) زيادة عدد الأطباء من عدد 733 طبيب عام 1969 إلى عدد 2558 طبيب، وزيادة عدد أطباء الأسنان من عدد 62 طبيب عام 1969 إلى عدد 219 طبيب عام 1976، وزيادة عدد الصيادلة والكيميائيين من عدد 68 صيدلي وكيميائي عام 1969 إلى عدد 508 صيدلي وكيميائي عام 1976.

### جدول (2-11)

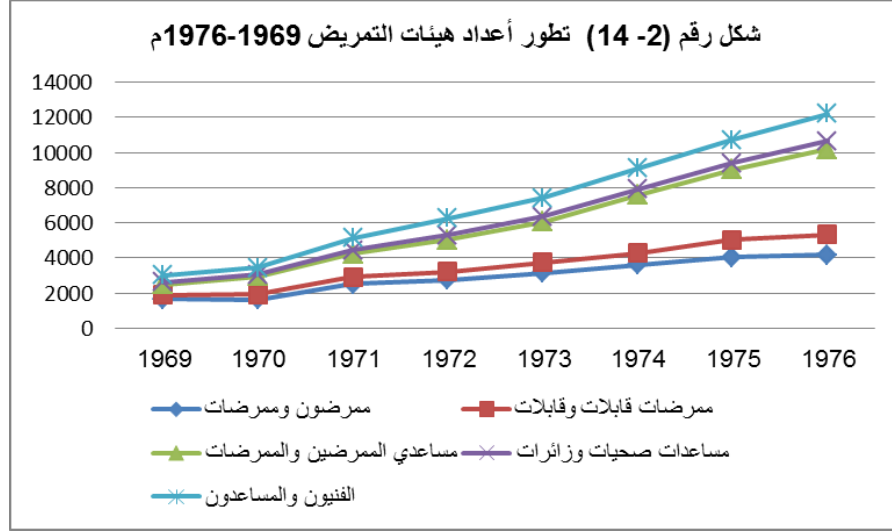
#### تطور أعداد هيئات التمريض 1969-1976م

السنة	ممرضون وممرضات	ممرضات قابلات وقابلات	مساعدى الممرضين والممرضات	مساعدات صحيات وزائرات	الفنيون والمساعدون	الإجمالي
1969	1680	213	606	113	418	3030
1970	1644	292	1035	102	385	3458
1971	2516	419	1306	196	717	5154
1972	2746	487	1820	262	957	6272
1973	3161	580	2322	309	1039	7411
1974	3615	670	3309	333	1168	9095
1975	4059	990	3972	367	1335	10723
1976	4179	1145	4884	452	1557	12217

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، أمانة اللجنة الشعبية العامة للصحة، التقرير الإحصائي لسنة 1978، مرجع سبق ذكره، ص 58،

يتضح من خلال الجدول (2-13) مدى اهتمام الدولة بجانب التمريض من جهة، واهتمام وقبول الناس بهذه المهنة والالتحاق بها من جهة أخرى، حيث قدر عددهم 1680 في عام 1969م، وارتفع بشكل كبير ليصل إلى 4179 في عام 1976، حيث ارتفع عدد مساعدي

المرضى والمرضات من 606 في عام 1969 إلى 4884 في عام 1976، أما المرصات القابلات فقد ارتفع عددهن من 213 في عام 1969 إلى 1145 في عام 1976، وبشكل عام تعدّ هذه الزيادة زيادة كبيرة من الناحية العددية.



#### جدول (2-12)

#### الزيادة في الموارد البشرية بعد تنفيذ الخطة الثلاثية 1973-1975

البيان	1972	1975	مقدار الزيادة	نسبة الزيادة الخطة 1975-1973
عدد الأطباء	1525	2585	852	55.9%
عدد أطباء الأسنان	130	194	64	49%
عدد الصيادلة والكيميائيين	310	528	50	29.4%
عدد هيئة التمريض	5315	7987	3672	85.1%
عدد الفنيون والمساعدون	957	1557	439	51.2%

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، إدارة الإعلام والشؤون الثقافية، حقائق وأرقام، (دون بيانات ناشر)، ص 101،

يوضح الجدول (2-12) مدى الزيادة في الموارد البشرية في قطاع الصحة ويشمل ذلك الأطباء وأطباء الأسنان والصيادلة وأعضاء هيئة التمريض والفنيين المساعدين، حيث بلغت أعلى زيادة في أعضاء هيئة التمريض بحيث بلغت الزيادة 85.1% يليها عدد الأطباء الذين بلغت زيادتهم 55.9%، ويلي ذلك في الترتيب الفنيون ومساعدتهم، حيث بلغت الزيادة 51.2%، أما أطباء الأسنان فقد بلغت الزيادة 49%، ويأتي الصيادلة والكيميائيون في المرتبة الأخيرة بزيادة نسبية قدرها 29.4%، وبشكل عام تعدّ هذه الزيادة كبيرة خلال مدة لا تتجاوز ثلاث سنوات.

## المبحث الثاني

### تقويم سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة من 1969-1976

يهدف التقويم من خلال علاقته بعملية تحليل السياسة الصحية في هذه الدراسة إلى فحص نتائج المشروعات التنفيذية المرتبطة بهذه السياسة، وما يترتب عليها من عوائد وفوائد، لمعرفة الأثر الذي أحدثته هذه السياسة على الجماعات المستهدفة، لذا سوف يتناول هذا المبحث تقويم آثار سياسة توافر الخدمات الصحية بالاعتماد على مؤشرات صحية متعارف عليها دولياً لمعرفة مستوى الخدمات الصحية، ومدى تأثيرها على المستوى الصحي للسكان.

#### أولاً- المؤشرات الخاصة بمستويات الخدمات الصحية:

أ- مخصصات قطاع الصحة من إجمالي موازنة الدولة: هي نسبة ما يخصص للاستثمار في مجال الصحة إلى إجمالي الميزانية العامة للدولة، وهذا ما يتمثل في وظيفة النظام السياسي التوزيعية التي تهدف إلى إشباع احتياجات أفراد المجتمع الأساسية، وهي من ضمن المؤشرات الدولية التي تبين مقدار أداء الدولة وقيامها بوظائفها.

#### جدول (2-13)

#### مخصصات ميزانية التحول حسب القطاعات 1970-1975 (بملايين الدنانير)

القطاع	1972/70	1975/73	المجموع	الأهمية النسبية
الاستصلاح الزراعي وتعمير الأراضي	165.8	595.6	761.4	21%
الإسكان	145.6	367.8	513.4	14.4%
الصناعات الخفيفة	122.0	324.2	446.2	13.2%
المواصلات والنقل البري	112.9	284.5	397.4	11.2%
الكهرباء	77.0	255.3	332.3	9.4%
التعليم والتربية	84.6	220.7	305.3	8.5%
المرافق	107.8	193.6	301.4	8.4%
النفط واستغلال الغاز	53.0	178.8	231.8	6.5%
<b>الصحة العامة</b>	<b>50.9</b>	<b>66.2</b>	<b>117.1</b>	<b>3.3%</b>
الضمان الاجتماعي	16.5	22.9	39.4	1.10%
الإعلام والثقافة	11.9	25.1	37	1.04%
القوى العاملة	1.5	24.0	25.5	0.71%
الاقتصاد	12.6	9.6	22.2	0.62%
التخطيط	3.5	10.1	13.6	0.38%
احتياطي المشاريع	3.4	7.5	10.9	0.30%
<b>المجموع</b>	<b>969.0</b>	<b>2585.9</b>	<b>3554.9</b>	<b>100.0</b>

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الاشتراكية اللجنة الشعبية العام للتخطيط، المسح الاقتصادي والاجتماعي في الجماهيرية خلال الفترة 1978-1981، (ديسمبر، 1981)، ص 43

يوضح الجدول رقم (2-13) الذي يتعلق بمخصصات ميزانية التحول حسب القطاعات خلال الفترة 1970-1975، أن المبلغ المخصص لقطاع الصحة حسب مخصصات التنمية للسنوات 1970-1972، وخطة التنمية الثلاثية 1973-1975 أقل قيمة من ما تم تخصيصه لباقي القطاعات الأخرى، حيث لم يتجاوز ما خصص لقطاع الصحة (3.3%) من إجمالي المبلغ المستثمر خلال الفترة 1970-1975، وبقية 117.1 مليون دينار ليبي مقارنة بما خصص للقطاعات الأخرى التي وردت في الجدول السابق حسب الأهمية النسبية لكل قطاع.

#### جدول (2-14)

مخصصات ميزانية التنمية حسب القطاعات خلال الفترة 1970-1976 (بالمليون دينار)

القطاعات	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	المجموع	التوزيع النسبي
الصناعة والثروة المعدنية	21.8	32.1	68.1	79.7	110.9	129.7	199.4	641.7	13%
الإسكان	32.8	39.9	72.9	76.9	148.2	142.7	150.0	663.4	13%
الزراعة والإصلاح الزراعي	48.2	50.9	66.7	44.2	95.3	128.3	111.6	545.2	10%
استصلاح وتعمير الأراضي	0.0	0.0	0.0	6.9	132.3	131.6	226.8	497.6	10%
الكهرباء	10.2	27.6	39.2	58.1	88.8	108.4	135.0	467.3	9%
البلديات	37.0	31.8	38.9	41.4	56.3	95.9	109.9	411.2	8%
النقل والمواصلات	34.7	35.8	42.4	53.2	95.5	72.4	88.5	422.5	8%
التعليم والتربية	17.1	27.6	39.9	47.8	62.9	110.0	112.0	417.3	8%
النفط واستغلال الغاز	1.5	19.8	31.7	36.4	65.6	76.8	90.0	321.8	6%
الإعلام والثقافة	3.0	2.7	6.2	7.9	9.0	8.2	230	267	3%
الصحة العامة	9.8	17.0	24.1	16.7	22.9	26.6	35.8	152.9	3%
النقل البحري	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	63.4	70.9	134.3	2%
الضمان الاجتماعي	3.2	5.1	8.2	4.7	11.3	6.9	9.5	48.9	0.01%
القوى العاملة	0.5	0.5	0.5	6.6	8.7	7.8	7.3	31.9	0.01%
التجارة والتسويق	1.0	8.8	2.8	2.7	3.5	3.4	6.3	28.5	0.01%
التخطيط	0.7	1.6	10.2	1.7	2.0	6.4	7.6	30.2	0.01%
احتياطي المشاريع	2.9	0.4	0.1	3.1	3.0	1.4	4.5	15.4	0.003
خدمات الأمن	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	10	0.002
التغذية والثروة البحرية	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.9	8.8	12.7	0.002
المجموع	224.5	301.6	451.9	448	916.2	1123.8	1613.9	5119.8	100%

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية للتخطيط، الحسابات القومية 1971-1980، طرابلس: الإدارة العامة للتخطيط والاقتصاد، ص ص 162-192،

ويوضح الجدول (2-14) أن الميزانية العامة للدولة خلال الفترة من 1970-1976 وصلت إلى أكثر من خمسة مليارات دينار ليبي، وقد بلغ ما تم رصده لمشروعات قطاع الصحة من ضمن المبلغ المستثمر خلال هذه الفترة ما قيمته مائة واثنان وخمسون مليون دينار 152.9 دينار ليبي وبنسبة 3% من إجمالي المستثمر، في حين كانت نسبة كل من قطاع الإسكان

والصناعة والزراعة واستصلاح وتعمير الأراضي والكهرباء والنقل والمواصلات والتعليم وقطاع النفط واستغلال الغاز على التوالي 13%، 13%، 11%، 10%، 9%، 6%، 8%، وبمقارنة حجم الاستثمار في قطاع الصحة مع باقي النشاطات الاقتصادية الأخرى، يتضح المكانة النسبية المنخفضة للخدمات الصحية في ليبيا خلال هذه الفترة، وهذا يتعارض مع معدل الاستثمار للصحة الدولي المتفق عليه الذي يجب أن لا يقل عن 5% من الناتج القومي الإجمالي لتمويل السياسات الصحية، ولكن الذي يلاحظ من خلال بيانات الجدول السابق أن المبلغ المستثمر في قطاع الصحة خلال الفترة محل الدراسة في ارتفاع وان كان ارتفاعاً قليلاً.

### جدول (2-15)

توزيع الموارد المالية على المشاريع المختلفة لقطاع الصحة في الفترة 1969-1976 (بالدينار)

المشروع	1969م	1972/1971	1975	1976	المجموع	%
المستشفيات	-	13,540,000	82,116,000	25,521,000	51,616,000	57
الخدمات العلاجية والمراكز الصحية	5,449,410	1,800,000	4,795,000	6,650,000	24,146,410	26.70
التدريب الصحي	940,000	880,000	2,175,000	3,265,000	7,353,000	8.10
مكافحة الأمراض السارية والمستوطنة	434,090	367,000	90,000	910,000	2,861,090	3.10
المختبرات والمخازن الطبية	-	-	-	2,550,000	2,550,000	2.80
تطوير وتجديد المرافق الصحية	-	-	-	500,000	500,000	0.50
وسائل النقل	-	250,000	50,000	200,000	500,000	0.50
الخدمات الوقائية والتحصين	185,000	42,000	26,500	-	357,500	0.40
أموال الأمانات	-	115,000	130,000	-	245,000	0.30
دراسات وأبحاث مشروعات	-	-	350,000	-	350,000	0.30
التخطيط والإحصاء الصحي	11,500	6,000	-	-	22,500	0.02
المجموع	7,020,000	17,000,000	25,247,500	35,330,000	90,501,500	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحثة اعتماداً على الجداول التالية:

- الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط، ميزانية التنمية لعام 1970/71م معالمها وعوامل نجاحها، (لا يوجد بيانات عن الناشر)، ص 37،

- الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، الجريدة الرسمية، العدد 26، الموافق 19 مايو 1970.

- موسوعة التشريعات الليبية الحديثة 1971/1972، المجلد الأول، (طرابلس: دار مكتبة الفكر، 1973)، ص 430،

- الجريدة الرسمية / العدد 34، السنة الثالثة عشر، 12 يوليو 1975، ص 1030،

- الجريدة الرسمية، العدد 17، السنة الرابعة عشر، 28 فبراير 1976، ص ص 809-817،

يبين الجدول رقم (2-15)، أولويات توزيع الموارد على البرامج الصحية خلال الفترة

محل الدراسة، إذ يلاحظ كبر حجم الاعتمادات المخصصة لإقامة المستشفيات والمراكز والوحدات الصحية، حيث رصد نحو 57% من المبلغ المستثمر في قطاع الصحة لإنشاء المستشفيات، وبلغت قيمته "51,616,000" دينار من إجمالي قيمة الاستثمار خلال الفترة 1976/1969 وقيمته 90,501,500 دينار، وخصص لبرامج المراكز والوحدات العلاجية خلال نفس الفترة ما قيمته



24,146,410 دينار وبنسبة 26.7% من قيمة المبلغ المستثمر، ويأتي على التوالي من حيث الأهمية بالنسبة لتوزيع الموارد على المشروعات الصحية برنامج التدريب والتأهيل الصحي، حيث خصص لبرامج التدريب خلال نفس الفترة ما قيمته "7,353,000"، وبنسبة 8% من قيمة المبلغ المستثمر، ويعكس كيفية توزيع الموارد المالية مدى اهتمام الدولة بتحقيق الأهداف الخاصة لهذا القطاع، وهي تقديم الخدمات الصحية للمواطنين الوقائية والعلاجية.

#### ب- نسبة الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية:

يبين هذا المؤشر مقدار ما تم صرفه من مخصصات القطاع على تنفيذ المشروعات الواردة ضمن خطط التنمية مقارنة بمخصصات القطاعات الأخرى خلال الفترة 1970-1976م.

#### جدول (2-16)

الإنفاق الفعلي لميزانية التنمية حسب القطاعات في الفترة 1970-1976م (بالمليون دينار)

القطاعات	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	مجموع	توزيع نسبي
الإسكان	37.5	39.4	72.2	60.9	146.9	128.3	138.3	623.5	15.0
الصناعة والثروة المعدنية	15.0	29.0	65.1	62.5	107.0	100.0	165.5	544.1	13.3
الإصلاح الزراعي	0.0	0.0	0.0	53.0	132.1	132.6	182.8	500.5	12.2
الزراعة والإصلاح زراعي	23.4	47.8	63.7	35.9	91.8	109.6	102.2	474.4	11.6
الكهرباء	14.9	27.1	38.3	42.3	86.5	83.4	129.2	421.7	10.3
البلديات	26.5	31.4	34.0	34.3	55.7	87.2	109.9	379	9.2
التغذية والثروة البحرية	0.2	0.2	0.5	1.1	1.0	3.7	8.6	15.3	0.4
التعليم والتربية	6.6	16.1	31.6	36.8	56.5	81.5	80.9	310	7.6
النفط واستغلال الغاز	1.5	15.3	27.8	28.5	56.8	52.9	67.3	250.1	6.1
النقل والمواصلات	11.3	23.7	37.4	25.8	63.1	49.7	78.5	211	5.1
النقل البحري	1.0	1.5	2.9	8.0	26.7	52.9	56.9	149.9	3.6
الصحة العامة	4.9	3.7	15.4	9.8	15.9	20.9	28.3	98.9	2.4
الإعلام والثقافة	1.5	1.0	2.0	4.2	5.4	4.5	13.0	31.6	0.8
القوى العاملة	1.0	1.8	3.5	3.4	7.5	4.8	5.7	27.7	0.7
الضمان الاجتماعي	0.0	0.0	0.0	3.7	8.8	3.8	2.5	18.8	0.5
التجارة والتسويق	0.4	8.9	2.2	2.3	2.6	2.6	1.9	20.9	0.5
التخطيط	0.3	0.7	0.7	1.3	1.7	4.8	5.4	14.9	0.3
السدود والموارد المائية	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1	3.1	0.1
خدمات الأمن	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.6	5.6	0.1
الشباب والرياضة	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	1.6	0.00
المجموع	146.0	247.6	397.3	413.8	866.0	923.2	1108.7	4102.6	100.0

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية للتخطيط، الحسابات القومية 1971-1980، مرجع سبق ذكره، ص ص 162-192،

يتبين من خلال الجدول رقم (2-16) أن الإنفاق الفعلي لميزانية التنمية، أي ما تم إنفاقه ضمن هذه الفترة الزمنية على قطاع الصحة، ويقدر بنسبة 2.4% وهي نسبة قليلة جداً مقارنة بغيره

الإنفاق الفعلي على القطاعات الأخرى، حيث تصدر قطاع الإسكان بأكثر نسبة إنفاق فعلي على مشروعاته وبنسبة 15% من نسبة الاتفاق الكلي ويليه على التوالي قطاع الصناعة 13%، وقطاع استصلاح وتعمير الأراضي 12.2% وقطاع الزراعة 11.6%، وقطاع الكهرباء بنسبة 10.3%.

### جدول (2-17)

المخصصات المالية لقطاع الصحة ونسبة الصرف في الفترة 1969-1976 (بالدينار)

السنة	المخصصات (بالدينار)	المصروفات (بالدينار)	نسبة الصرف
1969	6,900,000	2,900,000	42.0%
1970	9,800,000	4,900,000	50.0%
1971	17,000,000	3,700,000	21.8%
1972	24,100,000	15,400,000	63.9%
1973	17,000,000	9,800,000	58.7%
السنة المالية تبدأ من أول شهر ابريل إلى نهاية شهر ديسمبر.			
1974	22,900,000	15,900,000	69.4%
1975	26,600,000	20,900,000	78.6%
1976	35,800,000	28,300,000	79.1%

المصدر: مسيرة الإنسان في الجمهورية العربية الليبية، مرجع سبق ذكره، ص ص 210-211.

ويبين الجدول رقم (2-17) الخاص بمخصصات الصحة ونسبة الصرف نجد أن عملية الصرف على المشروعات تتم بشكل تصاعدي بالنسبة لهذه المخصصات خلال الفترة محل الدراسة، باستثناء تراجع نسبة الإنفاق في عام 1971، حيث كانت نسبة التنفيذ إلى المخصص 21.8% فقط.

وهذه بعض القوانين والقرارات التي تبين بعض ما تم تخصيصه ورصده لقطاع الصحة من ميزانية الدولة خلال فترة الدراسة 1969-1976:

- قانون رقم 74 لسنة 1970 صدر من مجلس قيادة الثورة بتاريخ 21 يولييه 1970م خاص بنقل مبلغ وقدره 60,000 ستون ألف جنيه ليبي، في ميزانية التنمية للسنة المالية 1970/1971م من الباب العاشر احتياطي المشاريع إلى الباب التاسع الخاص بالصحة العامة بند رقم "5" الخاص بالخدمات والمراكز العلاجية ويخصص لمشروع إنشاء مباني جاهزة لاستعمالها مخازن للمعدات والأجهزة الطبية<sup>(1)</sup>.
- قانون رقم 35 لسنة 1971 لميزانية التنمية للسنة المالية 1971/1972 (يخصص مبلغ 300,000,000 فقط ثلاثمائة مليون جنيه ليبي لميزانية التنمية 1971/1972 من الباقي

(1) الجمهورية العربية الليبية، موسوعة التشريعات الليبية الحديثة، المجلد الأول، القسم الثاني، (طرابلس: دار مكتبة الفكر، 1972)، ص 995.

من دخل النفط والمقدر تحصيله خلال العام 1972/1971، وخصص لقطاع الصحة مبلغ وقدره سبعة عشر مليون "17,000,000" مقسم حسب الجدول رقم (2-18)<sup>(1)</sup>:

### جدول رقم (18.2)

#### توزيع مخصصات قطاع الصحة من ميزانية التنمية للسنة المالية 1972/71

13,540,000	المستشفيات	بند 1
1,800,000	الخدمات العلاجية والمراكز الصحية	بند 2
42,000	الخدمات الوقائية والتحصين	بند 3
367,000	مكافحة الأمراض المستوطنة والسارية	بند 4
880,000	التدريب الصحي	بند 5
6,000	التخطيط والإحصاء	بند 6
115,000	أموال الأمانات	بند 7
250,000	وسائل النقل	بند 8
<b>17,000,000</b>	<b>المجموع</b>	

- قرر مجلس الوزراء الصادر بتاريخ 18 نوفمبر 1972 بالموافقة على إبرام عقد إنشاء مستشفى مركزي بطرابلس مع الشركة العامة للمباني، وذلك بمبلغ وقدره 23,524,638 فقط ثلاثة وعشرين مليوناً وخمسمائة وأربعة وعشرين ألف و638 دينار<sup>(2)</sup>.
- قانون رقم (172) لسنة 1972 صدر بتاريخ 3 ديسمبر 1972، خاص باعتماد مشروعين جديدين بكلٍ من الخطة الثلاثية للتنمية للسنوات 1975/1973 وميزانية التنمية للسنة المالية 1973/1972.
- "اعتمد بالباب السابع "قطاع الصحة العامة" تحت البند رقم 1 "برنامج المستشفيات " إدراج مشروع رقم (16) باسم إنشاء مبنى العيادات الخارجية-إسعاف بنغازي ويخصص له مبلغ 300,000 فقط ثلاثمائة ألف دينار، ونقل المبلغ من قطاع احتياطي المشاريع"<sup>(3)</sup>،

(1) الجمهورية العربية الليبية، موسوعة التشريعات الليبية الحديثة 1972/1971، المجلد الأول، (طرابلس: دار مكتبة الفكر، 1973)، ص 430.

(2) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بالموافقة على إبرام عقد إنشاء مستشفى مركزي بطرابلس مع الشركة العامة للمباني " الجريدة الرسمية، العدد 19، السنة الثالثة عشر، 7 مايو 1975، ص 1382.

(3) الجمهورية العربية الليبية، موسوعة التشريعات الليبية الحديثة، المجلد الأول، 1973، (طرابلس: دار مكتبة الفكر، 1974) ص 4.

- قانون رقم (14) لسنة 1973، صدر من مجلس الوزراء بتاريخ 14 مارس 1973 بزيادة تقديرات البند رقم "2" من باب قطاع الصحة بخطة التنمية للسنوات 1973/1975، الخاص بإنشاء 16 عيادة مجمعة من مخصصات قيمتها 5,000,000 فقط خمسة ملايين إلى 12,135,064 فقط اثنا عشر مليون ومائة وخمسة وثلاثون ألف وأربعة وستون دينار<sup>(1)</sup>.
  - قانون رقم (78) لسنة 1975 صدر عن مجلس قيادة الثورة بتاريخ 14 أغسطس 1975، الخاص بالإذن لوزارة الصحة في التعاقد على شراء معدات وأجهزة ولوازم طبية في حدود مبلغ 2,000,000 (مليون دينار ليبي) بما يتجاوز الاعتمادات المخصصة لها في الميزانية الإدارية للسنة المالية 1975، وفتح اعتماد إضافي مقداره 250,000 ألف دينار (ربع مليون دينار ليبي) لمواجهة ما يتم صرفه على المشتريات خلال السنة المالية 1975،
  - قرار مجلس الوزراء بنقل مبلغ 120,000 (مائة وعشرون ألف دينار) من الباب السابع عشر (قطاع احتياطي المشاريع) بكل من الخطة الثلاثية للتنمية للسنوات (73-1975) وميزانية التنمية للسنة المالية 1975 إلى المشروع رقم (27) توسيع مستشفى العيون بطرابلس<sup>(2)</sup>.
- وقد انفق حوالي 64 مليون دينار خلال السنوات 72/73/74، و25 مليون دينار في ميزانية 1975م لبناء المستشفيات الجديدة وتحسين المستشفيات الموجودة وبناء المراكز الصحية العيادات المجمع الجديدة<sup>(3)</sup>.

#### ت- متوسط الإنفاق على الفرد من الميزانية العادية:

بالنظر إلى الجدول رقم (2-19) مقدار التطور الذي حصل على متوسط الإنفاق على الفرد من الميزانية العادية لقطاع الصحة حيث كان بمقدار 8.3% من ميزانية الصحة للسنة 1969 المالية، ووصل إلى 24% من ميزانية الصحة تنفق على الفرد في نهاية سنة 1976م.

(1) نفس المرجع السابق، ص 291.

(2) الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "قانون رقم (78) لسنة 1975 صدر عن مجلس قيادة الثورة بتاريخ 14 أغسطس 1975، الخاص بالإذن لوزارة الصحة في التعاقد على شراء معدات وأجهزة ولوازم طبية "الجريدة الرسمية"، العدد 50، السنة الثالثة عشر، 27 سبتمبر 1975، ص 1604.

(3) مسيرة الإنسان في الجمهورية العربية الليبية. مرجع سبق ذكره، ص ص 210-211.

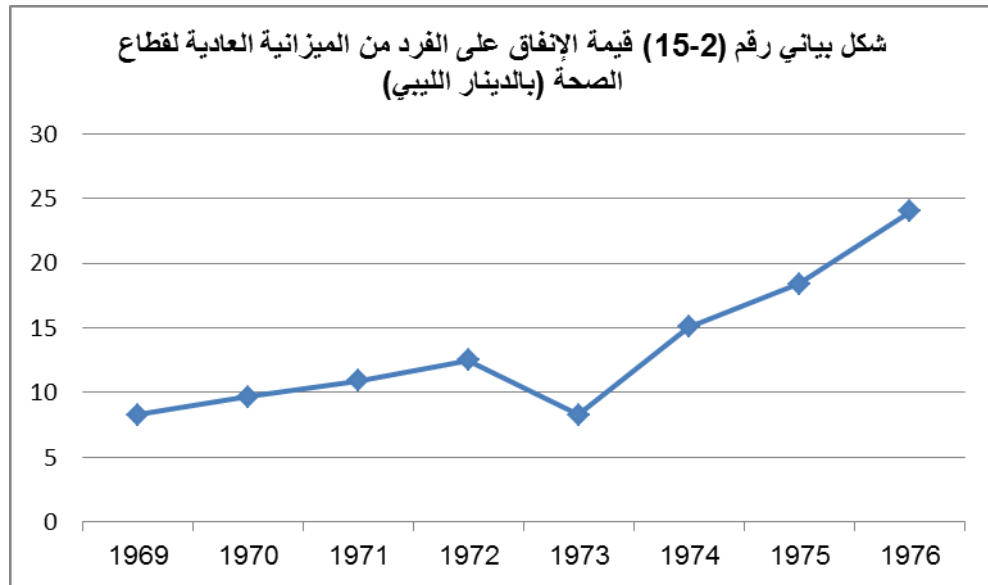
جدول (2-19)

متوسط الإنفاق على الفرد من الميزانية العادية لقطاع الصحة

السنة	عدد السكان*	الميزانية العادية	قيمة الإنفاق على الفرد من الميزانية العادية لقطاع الصحة (بالدينار الليبي)
1969	1797200	15867612	8.3
1970	1978800	19126311	9.7
1971	2066300	22496690	10.9
1972	2160100	27087270	12.5
1973	2257000	18591944	8.3
1974	2351800	35500000	15.1
1975	2485200	45666000	18.4
1976	2589100	62000000	24.0

المصدر: مسيرة الإنسان في الجمهورية العربية الليبية، مرجع سبق ذكره، ص 215.

● عدد السكان يشمل غير الليبيين



ث. عدد المرافق الصحية الأولية إلى عدد السكان (العيادات المجمعّة - مراكز الرعاية الصحية - وحدات الرعاية الصحية - مراكز مكافحة الدرن)

يلاحظ من خلال الجدول رقم (2-20) زيادة عدد المرافق الصحية الأولية زيادة قليلة من عام 1969 وحتى عام 1973 وبنهاية عام 1976 وصل العدد إلى 787 مرفقاً صحياً وبمعدل نمو متذبذب خلال الفترة، وتطور معدل السكان لكل مرفق واحد من عدد 4248 نسمة إلى عدد 3289 نسمة لكل مرفق واحد وبنهاية عام 1976 وارتفع معدل المرافق الصحية لكل عشرة آلاف نسمة من 2 إلى عدد 3 مرافق صحية لكل عشرة آلاف نسمة.

### جدول رقم (2-20)

عدد مرافق الرعاية الصحية إلى عدد السكان خلال الفترة 1969-1976

المعدل لكل عشرة آلاف نسمة	السكان لكل مرفق صحي واحد	العدد				سنوات
		معدل النمو (%)	مرافق الرعاية الصحية الأولية	معدل النمو %	السكان*	
2	4248	0	423	-	1,797,200	1969
2	4387	6.6	451	10	1,978,800	1970
3	4199	9.0	492	4.4	2,066,300	1971
2	4363	0.6	495	4.5	2,160,100	1972
2	4550	0.2	496	4.4	2,257,000	1973
3	3965	19.5	593	4.2	2,351,800	1974
3	3698	13.3	672	5.6	2,485,200	1975
3	3289	17.1	787	4.1	2,589,100	1976

الجدول من اعداد الباحثة بتصريف من كتاب المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عاماً 1969-2009، (مصراته:

مطبعة الازدهار، 2009)، ص 45.

\* عدد السكان لا يشمل غير الليبيين

### ج. عدد الأسرة بالنسبة للسكان:

تعدّ الأسرة من الخدمات التي يجب توافرها في المستشفيات لتقديم الرعاية الصحية للمرضى، وهي من ضمن المؤشرات التي يقاس بها مدى تأثير الخدمة الصحية على المستوى الصحي للسكان، ويبين الجدول رقم (23.2) مدى التطور في عدد الأسرة بالنسبة لعدد السكان خلال الفترة 1969 وحتى 1976، ونلاحظ أن الزيادة في معدل النمو السكاني صاحبها زيادة في

معدل عدد الأسرة خلال الفترة وإن كانت زيادة متذبذبة بين الارتفاع والانخفاض، وكانت مساهمة القطاع الخاص في مجموع عدد الأسرة 1.5%.

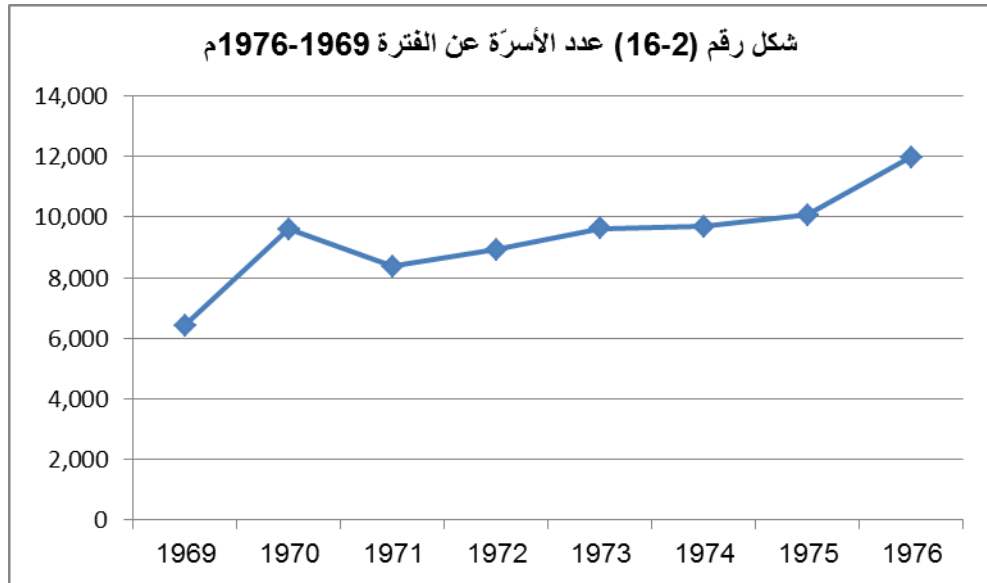
### جدول (2-21)

تطور عدد المستشفيات وعدد الأسرة ومعدلاتها إلى عدد السكان عن الفترة 1969-1976م

السنة	عدد السكان*	معدل نمو السكان	عدد المستشفيات	عدد الأسرة في القطاع العام	عدد الأسرة في قطاع (التأمين)	عدد الأسرة في القطاع الخاص	المجموع	معدل نمو الأسرة	عدد الأسرة لكل 1000	عدد السكان للسريير الواحد
1969	1,797,200	-	47	6,001	371	49	6,421	-	3.6	280
1970	1,978,800	10	50	8,977	509	118	9,604	49%	4.8	206
1971	2,066,300	4.4	55	7,614	646	107	8,367	(-13)%	4.0	247
1972	2,160,100	4.5	60	8,027	776	132	8,935	7%	4.1	242
1973	2,257,000	4.4	64	8,650	836	148	9,634	8%	4.3	234
1974	2,351,800	4.2	68	8,737	788	175	9,700	1%	4.1	242
1975	2,485,200	5.6	66	9,100	783	197	10,080	4%	4.1	247
1976	2,589,100	4.1	67	10,366	1,404	201	11,971	18%	4.7	216

\*جدول من إعداد الباحثة بتصرف من المصادر التالية: الجمهورية العربية الليبية، وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي لعام 1975م، مرجع سبق ذكره، ص 55، الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط والبحث العلمي، موجز عام لخطة التحول 1976-1980م، (طرابلس: وزارة التخطيط والبحث العلمي مصلحة الساحة مجموعة الرسم والطباعة، 1976م)، ص 11.

\* عدد السكان لا يشمل غير الليبيين



واقترح في الخطة الثلاثية بلوغ نسبة عدد الأسرة في المستشفيات إلى معدل 7.0 سريير لكل ألف من السكان، إلا أن الوزارة لم تستطع تحقيق ذلك المعدل، حيث كان المعدل 4.7 لكل ألف من السكان في نهاية عام 1976م، كما هو مبين في الجدول رقم (2-21).

كما يوضح الجدول رقم (2-22) أيضاً أن معدل الأسرة لكل 1000 نسمة في محافظة طرابلس، ارتفع من 7.7 إلى 12.7 في نهاية سنة 1975، ومحافظة بنغازي من 5.2 بداية سنة 1972 إلى 10.0 سنة 1975 وباقي المحافظات كانت نسبة المعدلات قليلة جداً، وفي محافظة الجبل الأخضر انخفض المعدل من 7.6 بداية المدة إلى 6.6 في نهاية سنة 1976.

### جدول (22.2)

عدد الأسرة والمستهدف قبل الخطة وبعدها لكل المحافظات 1975-1973م

معدل الأسرة لكل 1000 نسمة		عدد الأسرة			المحافظة
1975	1972	مجموع نهاية الخطة	1975-73	1972	
12.7	7.7	7883	3694	4189	طرابلس
3.0	1.1	775	588	187	الزاوية
2.3	1.5	639	276	363	غريان
2.4	1.5	478	204	274	الخمس
3.3	1.4	655	408	247	مصراة
5.2	1.8	639	444	195	الخليج
10.0	5.2	3434	1929	1505	بنغازي
7.2	4.5	918	408	510	درنة
6.6	7.6	919	-	919	الجبل الأخضر
6.0	3.8	765	324	441	سبها

### ح. عدد الأسرة لكل طبيب وممرضة او ممرض:

بالنظر إلى الجدول رقم (2-23) نجد ان معدل عدد الأسرة إلى كل طبيب سنة 1970 هو 12.0 سرير لكل طبيب واحد، وعدد 3.0 أسرة لكل فرد واحد من هيئة التمريض، وهذه المعدلات لا تتفق مع ما حددته منظمة الصحة العالمية بالنسبة لهذا المؤشر، حيث حددت عدد 4 أو 5 أسرة لكل طبيب وعدد سريرين لكل ممرضة، وفي نهاية سنة 1976 وصل هذا المؤشر إلى العدد الدولي المتفق عليه، حيث أصبح العدد هو 3.7 سرير لكل طبيب، وعدد 1.2 سرير لكل ممرض او ممرضة، هذه الأرقام تدل على تحسن في الخدمات الصحية فيما يخص معدلات الأسرة خلال هذه الفترة، مع العلم أن منظمة الصحة العالمية حددت قياس دولي لهذا المؤشر كالتالي: (1)

- 4 أو 5 أسرة لكل طبيب.
- 100 سرير لكل صيدلي.
- سريرين لكل ممرضة.

(1) حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، وجهة نظر معاصرة، (عمان: دار وائل للنشر، 2005)، ص 120.

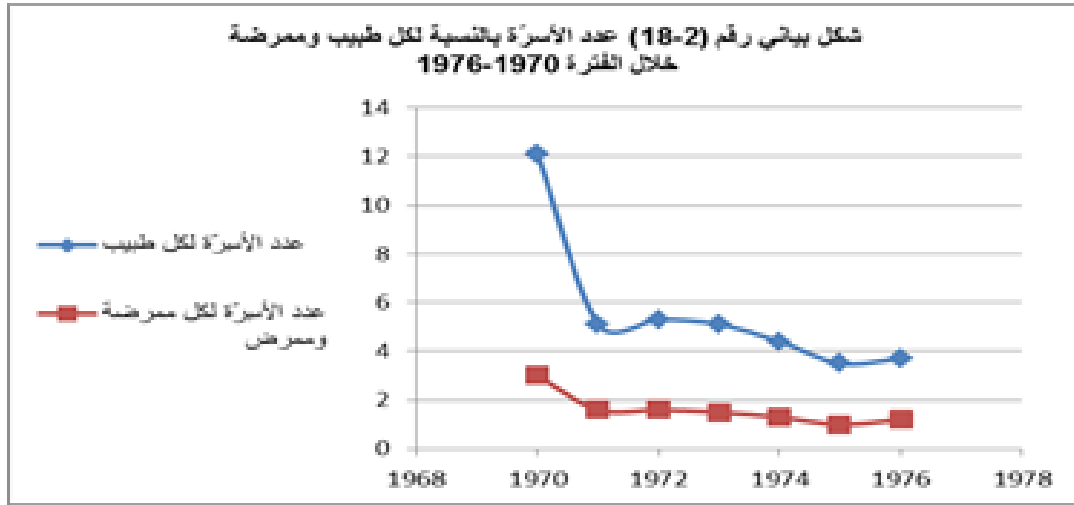


جدول رقم (2-23)

عدد الأسرة بالنسبة لكل طبيب وممرضة خلال الفترة 1970-1976\*

السنة	عدد الأسرة في القطاع العام والحكومي (التأمين)	عدد الأطباء وأطباء الأسنان	عدد الأسرة لكل طبيب	عدد هيئة التمريض	عدد الأسرة لكل ممرضة وممرض
1970	9486	783	12.1	3073	3.0
1971	7260	1423	5.1	4437	1.6
1972	8903	1655	5.3	5315	1.6
1973	9486	1851	5.1	6292	1.5
1974	9525	2296	4.4	7026	1.3
1975	9883	2779	3.5	9388	1.0
1976	11770	3116	3.7	9388	1.2

\*الجدول من إعداد الباحثة



خ. نسبة عدد العاملين في القطاع الصحي إلى عدد السكان:

يوضح هذا المؤشر مدى تطور أعداد الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي ومعدلاتها بالنسبة لعدد السكان باعتبارها من مدخلات النظام الصحي، ويدل أيضاً على نوع الخدمات الصحية ومستواها فكلما كان عدد السكان إلى الطبيب أو الممرض أو غيره أقل كلما تحسنت الخدمات الصحية ومنح المواطن اهتماماً أكبر والعكس صحيح<sup>(1)</sup>.

(1) سالم عبدالسلام رحومة، مؤشرات التنمية الاجتماعية في ليبيا 1970-1980، مرجع سبق ذكره، ص ص 64-77.

جدول (2-24)

تطور أعداد الأطباء وهيئات التمريض لعدد السكان 1976-1969

1976	1975	1974	1973	1972	1971	1970	البيان
2589.100	2485.200	2351.800	2257.000	2160.100	2066.300	1978.800	عدد السكان "بألف نسمة"
4.1	5.6	4.2	4.4	4.5	4.4	0	معدل نمو السكان
3116	2779	2296	1851	1655	1423	783	عدد الأطباء مع أطباء الأسنان
%12	%21	%24	%12	%16	%81	0	معدل النمو للأطباء
911	965	1139	1300	1416	1547	2562	عدد السكان لكل طبيب <sup>(1)</sup>
9931	9388	7026	6292	5315	4437	3073	عدد هيئة التمريض
%6	%34	%12	%18	%20	%44	0	معدل النمو لهيئة التمريض
286	286	358	373	415	473	653	عدد السكان لكل فرد من التمريض <sup>(2)</sup>
1485	1335	1013	884	833	717	385	عدد الفنيين المساعدين
%11	%32	%14	%6	%16	%86	0	معدل نمو الفنيين والمساعدين
1712	2010	2481	2657	2645	2929	2510	عدد السكان لكل فرد من الفنيين والمساعدين

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية، الإدارة العامة للتخطيط الاقتصادي والاجتماعي، المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية 1970-1980، (طرابلس: قسم الحسابات القومية، 1982)، ص 48،  
\* عدد السكان لا يشمل غير الليبيين

ويوضح الجدول رقم (2-24) مراحل تطور الموارد البشرية في المستشفيات والمراكز الصحية، ومعدلاتها بالنسبة لعدد السكان خلال الفترة من 1969-1976م، ويلاحظ من خلال الجدول أن هناك علاقة طردية في الزيادة في عدد السكان وزيادة عدد الأطباء صاحبها علاقة عكسية بين الزيادة في عدد الأطباء وبين معدل عدد السكان لكل طبيب، فترى أن عدد السكان في سنة 1970 كان 1978.8 مليون نسمة وعدد الأطباء 783 طبيبياً، وعدد السكان لكل طبيب هو 2562 ألف نسمة، وفي سنة 1976م نجد أن عدد السكان وصل إلى 2589.1 مليون نسمة وعدد الأطباء 3116 ألف طبيب، وعدد السكان لكل طبيب 911 نسمة لكل طبيب، ويلاحظ على معدل نمو هيئة التمريض أنه في سنة 1971 كان معدل النمو 44% ثم بدأ المعدل في الانخفاض حتى

(1) معدل عدد السكان لكل طبيب يقاس كالتالي: إجمالي عدد السكان

عدد الأطباء

(2) معدل عدد السكان لكل ممرضة عاملة ضمن القوى العاملة يقاس كالتالي:

إجمالي عدد السكان
عدد الممرضات العاملات في الأقسام

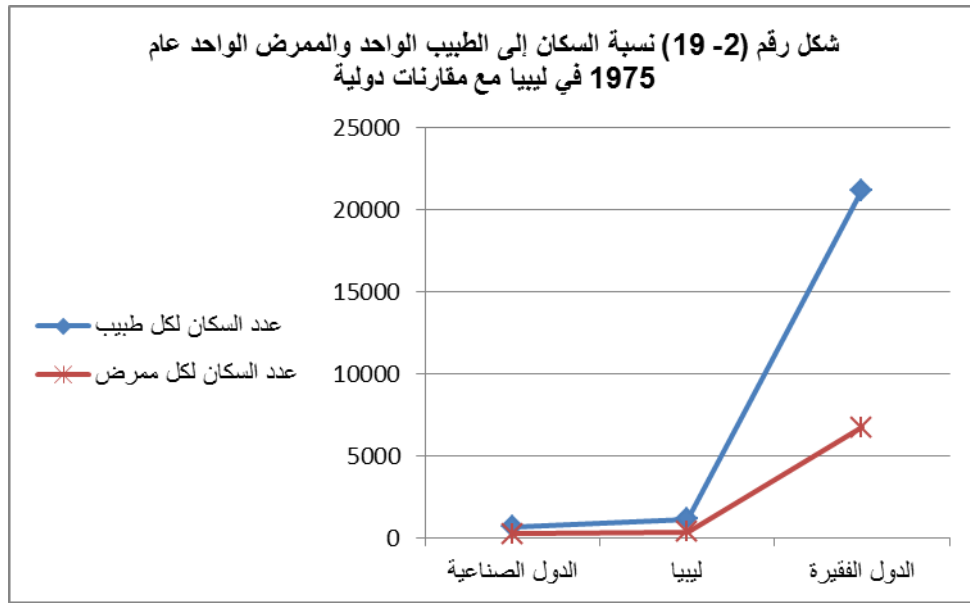
وصل إلى معدل نسبته 6%، وحصل تطور ملحوظ في معدل عدد السكان لكل ممرضة من 653 نسمة لكل ممرضة سنة 1970 إلى 286 نسمة لكل ممرضة، وكان معدل النمو بالنسبة للفنيين سنة 1971 ما قيمته 86% وانخفض المعدل إلى 11% سنة 1976، وتحسن معدل السكان لكل فني من 2510 نسمة لكل فني سنة 1970 إلى عدد 1712 نسمة لكل فني سنة 1976 .

#### جدول (2-25)

نسبة السكان إلى الطبيب الواحد والممرض الواحد عام 1975 في ليبيا مع مقارنات دولية

عدد السكان لكل ممرض	عدد السكان لكل طبيب	البلد
1975	1975	
230	650	الدول الصناعية
340	1140	ليبيا
6710	21185	الدول الفقيرة

المصدر: سالم عبدالسلام رحومة، مؤشرات التنمية الاجتماعية في ليبيا 1970-1980، مرجع سبق ذكره، ص 64-65-77



ويلاحظ من خلال الجدول رقم (2-25) إن الخدمات الصحية في ليبيا في تحسن مستمر وأن نسبة السكان إلى كل من الأطباء والممرضين أقرب إلى الدول الصناعية منها إلى الدول النامية الفقيرة.

#### د. معدل عدد الممرضات إلى الطبيب الواحد خلال الفترة 1970-1977:

بالنسبة لعدد الممرضات إلى الطبيب الواحد خلال الفترة 1970-1976 فقد كان عدد 4 ممرضات إلى كل طبيب واحد في عام 1970، ثم تراجع العدد إلى 3 ممرضات بداية من عام 1971 وحتى عام 1976، وهذا يدل على وجود فائض في عدد الأطباء وقصور واضح في عدد

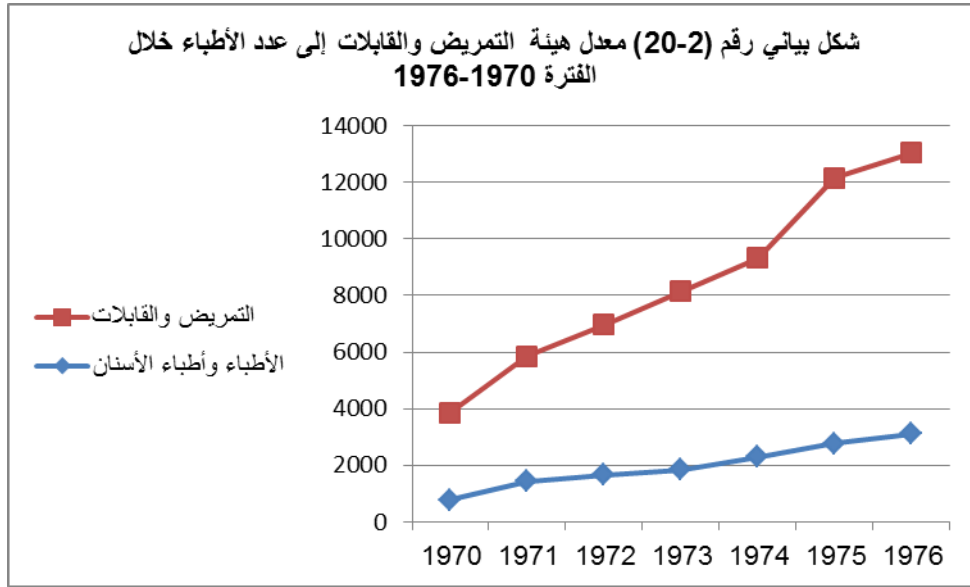
هيئة التمريض، إذ من المفروض أن يقابل كل طبيب 4 ممرضات من هيئة التمريض، وهذا سبب من أسباب ضعف مستوى أداء القوة البشرية في القطاع الصحي خلال هذه الفترة كما هو موضح في الجدول رقم (2-26)، وتعاني معظم البلدان نقصاً حاداً في أعضاء هيئة التمريض المؤهلين علمياً ومهنيًا الأمر الذي يؤدي إلى زيادة عدد الأطباء على عدد الممرضات<sup>(1)</sup>.

### جدول رقم (2-26)

معدل هيئة التمريض والقابلات إلى عدد الأطباء خلال الفترة 1970-1976\*

السنة	الأطباء وأطباء الأسنان	التمريض والقابلات	عدد هيئة التمريض لكل طبيب واحد
1970	783	3073	4
1971	1423	4437	3
1972	1655	5315	3
1973	1851	6292	3
1974	2296	7026	3
1975	2779	9388	3
1976	3116	9931	3

(\*) الجدول من إعداد الباحثة



(1) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص 81.

## ثانياً- أثر الخدمات الصحية على المستوى الصحي للسكان:

تعد الصحة باعتبارها حالة من السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية هدفاً أساسياً من أهداف التنمية البشرية، فقد حدد أول تقارير التنمية البشرية عام 1990 من بين الاختيارات اللانهائية للناس، ثلاثة اختيارات أساسية لا يُتصور من دونها تحقق الاختيارات الأخرى، وكان أول هذه الاختيارات الثلاث تحقيق حياة طويلة خالية من العلل، فالناس يتطلعون دائماً إلى امتداد أعمارهم وهم بصحة جيدة، لذلك فإن مؤشر توقع الحياة عند الميلاد هو أحد العناصر الثلاثة الأساسية في تركيب دليل التنمية البشرية، ويمكن اعتبار المستوى الصحي الجيد الخطوة الأولى في تكوين وتطوير القدرات البشرية، كذلك يسهم تحسن المستوى الصحي في النمو الاقتصادي من خلال: رفع مستوى الكفاءة الإنتاجية حيث يؤدي تحسن المستوى الصحي إلى تقليل الفاقد الذي قد يتسبب فيه سوء المستوى الصحي للعاملين، كما أن تحسين الخدمات الصحية خاصة الوقائية منها يعمل على تحرير جزء كبير من موارد المجتمع، كان يمكن إهداره في علاج الأمراض والأوبئة التي يتم تفاديها من خلال الخدمات الصحية والوقائية، ويمكن بالتالي أن نوجه هذه الموارد إلى استخدامات أكثر إنتاجية<sup>(1)</sup>، ويبدأ هذا الجزء بدراسة المستوى الصحي بصفة عامة من خلال عرض المؤشرات التي تعكس ذلك المستوى، مثل معدل المواليد ومعدل الوفيات العام ومعدل وفيات الرضع وكذلك مؤشر العمر المتوقع عند الولادة.

وتجدر الإشارة هنا، إلى مؤشرين أساسيين اقترحت المنظمة العالمية للصحة استعمالهما لقياس مدى التقدم نحو المرمى النهائي، الذي هو توافر الصحة أو تحقيق المستوى المقبول من الصحة للجميع، ألا وهما العمر المتوقع عند الميلاد life expectancy ومعدل وفيات الرضع infant mortality rate ويقرر كل بلد ما يراه بشأن هذه المؤشرات، إلا أن منظمة الصحة العالمية تقترح أن يكون الحد الأدنى للعمر المتوقع عند الميلاد هو 60 سنة أو أكثر، والحد الأقصى لمعدل وفيات الرضع هو 50 لكل 1000 مولود حي<sup>(2)</sup>.

(1) سمية أحمد عبد المولى، "أثار الإصلاح الاقتصادي على التنمية البشرية" دراسة لتقويم اثر الإصلاح الاقتصادي على الصحة في مصر"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة، 1997، ص "ب".

(2) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، إشراف منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، مرجع سبق ذكره، ص 47.

## 1- مؤشر معدل المواليد(\*):

ويدل هذا المؤشر على نسبة عدد المواليد الأحياء في سنة معينة إلى مجموع السكان لنفس السنة في الـ 1000، وارتفاع هذا المعدل يدل على ارتفاع معدل الخصوبة وتتميز الدول النامية بارتفاع هذا المعدل بعكس الحال في الدول المتقدمة التي ينخفض فيها هذا المعدل.

### جدول رقم (2-27)

عدد المواليد الأحياء لكل ألف من السكان خلال الفترة من 1969-1975

السنوات	تقدير السكان في المنتصف	مواليد أحياء		المواليد الموتي داخل المؤسسات	
		العدد	النسبة من الألف	العدد	النسبة من الألف
1969	1,826,087	75,055	41,0%	326	4.5%
1970	1,928,781	72,300	37,4%	625	0.3%
1971	2,010,000	97,633	48,5%	1,132	11.5%
1972	2,108,000	94,377	44,8%	1,565	16.5%
1973	2,257,000	92,500	41,0%	1,491	16.2%
1974	2,348,359	98,734	42,0%	963	9.8%
1975	2,485,200	118,270	48,0%	2,366	20.0%

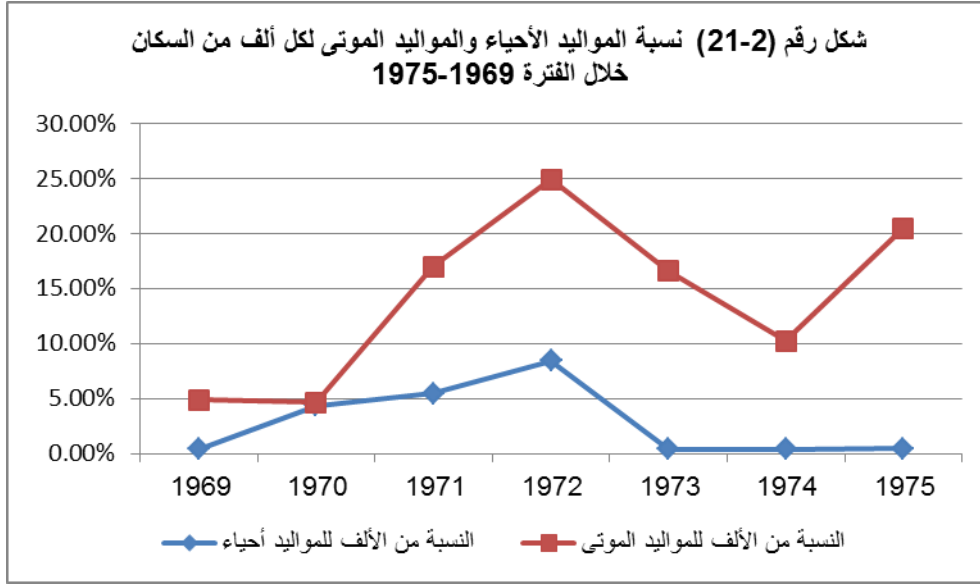
المصدر: الجمهورية العربية الليبية، وزارة الصحة التقرير الإحصائي السنوي لعام 1975م، مرجع سبق ذكره، ص: 7

بالنسبة للمواليد الأحياء، يتضح من الجدول (2-27) ارتفاع النسبة خلال الفترة 1969-1975، حيث سجلت الإحصائيات 41.0% في عام 1969، وارتفعت تدريجياً إلى أن وصلت إلى 48.0% في عام 1975، ويتأمل لنسبة المواليد الأحياء في الجدول السابق والمواليد الموتي داخل المستشفيات، بحيث يجب أن تكون العلاقة عكسية بمعنى زيادة المواليد الأحياء يجب أن تتزامن عكسياً مع المواليد الموتي داخل المستشفيات، علماً بأن عدداً كبيراً من الولادات تتم خارج المستشفى في تلك الفترة، حيث بلغت نسبة الولادات التي تتم تحت رعاية صحية في ليبيا 66% عام 1976م، بعد أن كانت هذه النسبة 21% عام 1969م<sup>(1)</sup>.

(\*) أستخدم هذا المعدل كأحد مؤشرات درجة تكاثر السكان، ويقاس بالطريقة التالية:

$$\text{معدل المواليد} = \frac{\text{عدد المولودين أحياء في بلد ما خلال سنة ميلادية}}{\text{عدد السكان من نفس البلد في منتصف السنة}} \times 1000$$

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، مركز المعلومات والتوثيق، المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 92.



## 2- مؤشر الوفيات الخام (\*\*):

وهو نسبة عدد الوفيات في سنة معينة إلى السكان في تلك السنة في الـ 1000، وانخفاض معدلات الوفيات دليل على تحسن الوضع المعيشي للسكان، والواضح أن الدول النامية تتميز بمعدلات مرتفعة للوفيات نظراً لانتشار الأمراض وانخفاض المستوى الصحي والمعيشي.

### جدول رقم (2-28)

معدل الوفيات الخام في ليبيا مقارنة بمناطق أخرى من العالم في الفترة 1965-1975م

الفترة	شرق آسيا	أمريكا اللاتينية	ليبيا	جنوب آسيا	أفريقيا جنوب الصحراء
1970-1965	10.4	11.1	16.8	17.8	21.7
1975-1970	6.4	9.9	14.8	16.1	20.0

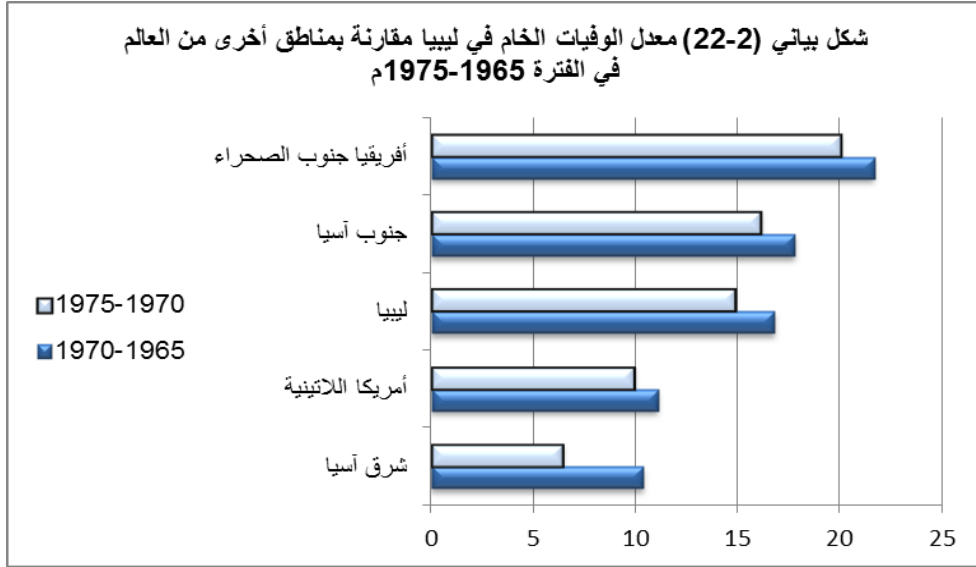
التطورات الديموغرافية (السكانية) والاقتصاد الليبي بحث في العلاقات والسياسات، مرجع سبق ذكره، ص 81،

بالنظر إلى الجدول (2-28) نلاحظ أن فترة النصف الثاني من السبعينيات شهدت انخفاضاً في معدلات الوفيات الخام في ليبيا، وذلك يرجع إلى ارتفاع مستوى الدخل القومي، الذي تحقق بفعل طفرة أسعار النفط، كما أن تبني الدولة لسياسة عادلة في توزيع الدخل، جعلت من فوائد طفرة الدخل تطل معظم الشرائح، الأمر الذي أدى إلى تحسن الظروف المعيشية لمعظم أفراد المجتمع،

(\*\*) يقاس هذا المؤشر حسب التالي:

$$\text{معدل الوفيات العامة} = \frac{\text{عدد الوفيات خلال سنة ميلادية}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة}} \times 1000$$

وهذه العوامل كان لها تأثير أيضاً على معدل العمر المتوقع عند الولادة، والتي أظهرت تحسناً ملحوظاً خلال نفس الفترة في ليبيا.



نلاحظ أن فترة النصف الثاني من السبعينات شهدت انخفاضاً في معدلات الوفيات الخام في ليبيا، وهذه النسبة تعدّ قليلة بالنسبة للدول النامية الأخرى في الوقت الذي تعدّ فيه كبيرة بالنسبة للدول الصناعية، حيث يقع معدل ليبيا بين المستويين لكنه الأقرب إلى معدلات الدول النامية، وهذا المؤشر بنسبة 14.8% يعدّ أكبر من المعدل المتفق دولياً والمحدد بنسبة 3-4%<sup>(1)</sup>.

### 3- مؤشر وفيات الأطفال الرضع (من صفر إلى أقل من سنة)<sup>(\*)</sup>:

يعدّ هذا المعدل مقياساً حساساً للمستوى العام للمعيشة في بلد ما، وكذلك مقياساً لكفاءة الخدمات الصحية في هذا البلد أو المجتمع<sup>(2)</sup>، ويدل انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع على القضاء على الكثير من الأمراض وعلى تحسن نوعية التغذية، ويتبين من الجدول رقم (2-31) زيادة عدد وفيات الاطفال الرضع من 4209 حالة وفاة سنة 1969 إلى عدد 7392 حالة وفاة سنة 1975، وزيادة نسبة وفيات الاطفال الرضع من نسبة 58.9% سنة 1969 إلى نسبة 62.5%، وهذا المؤشر دلالة على ضعف في معدلات أداء الخدمات الصحية خلال الفترة 1969-1976، حيث حددت منظمة الصحة العالمية ما نسبته 50 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي كحد اقصى لوفيات الاطفال الرضع<sup>(3)</sup>.

(1) حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 119.  
(\*) يقاس هذا المؤشر حسب التالي:

$$\text{معدل وفيات الرضع} = \frac{\text{عدد وفيات الرضع دون السنة الأولى من العمر}}{\text{عدد المواليد الأحياء}} \times 1000$$

(2) نخبة من الأساتذة في الجامعات العربية، طب المجتمع، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، مرجع سبق ذكره، ص 507-508.

(3) نفس المرجع السابق، ص 47.

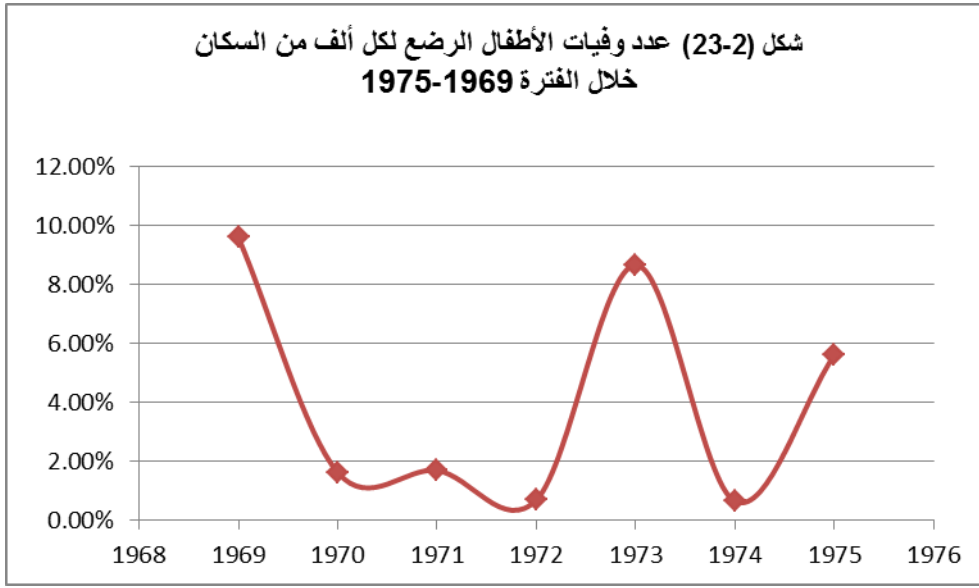


جدول (2-29)

عدد وفيات الأطفال الرضع لكل ألف من السكان خلال الفترة 1969-1975

وفيات الأطفال الرضع (بالنسبة لعدد المواليد الأحياء)	تقدير السكان في المنتصف	السنوات	
		النسبة من الألف	العدد
%9.58	1,826,087	1969	4,209
%1.61	1,928,781	1970	4,418
%1.68	2,010,000	1971	6,652
%0.69	2,108,000	1972	6,515
%8.65	2,257,000	1973	6,082
%0.63	2,348,359	1974	6,221
%5.62	2,485,200	1975	7,392

المصدر: الجمهورية العربية الليبية، وزارة الصحة التقرير الإحصائي السنوي لعام 1975، مرجع سبق ذكره، ص 7.



4- مؤشر متوسط العمر المتوقع عند الولادة:

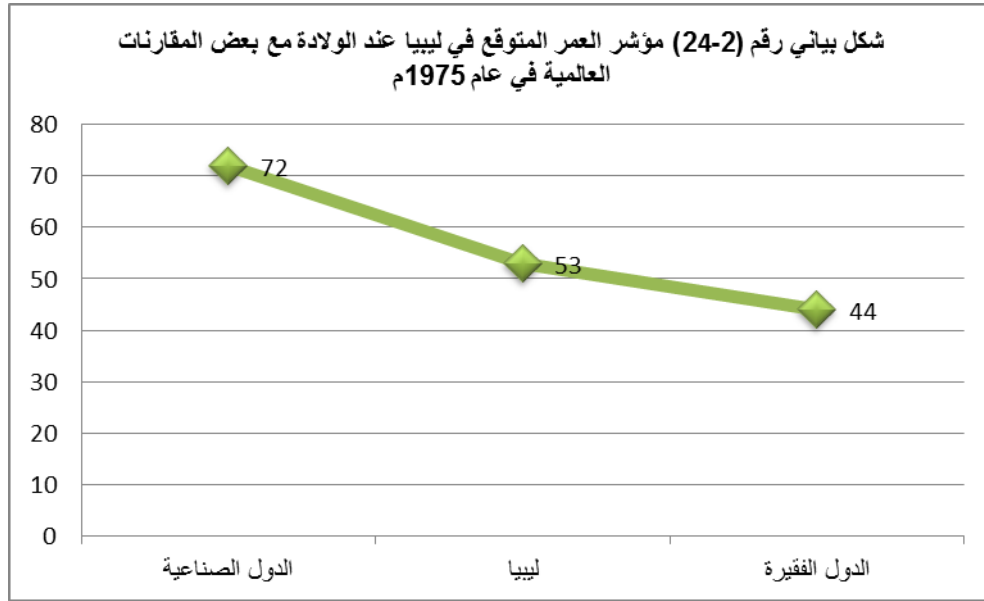
يستخدم هذا المؤشر في بعض الإحصاءات الدولية، لتوضيح الحالة الصحية والاجتماعية للسكان في كل مجتمع، يدل هذا المؤشر على المتوسط العام الذي يعيشه الفرد في مجتمع ما، وكلما كان متوسط العمر أطول كلما كان ذلك المجتمع أكثر تقدماً من حيث المستوى الصحي والاجتماعي.

## جدول (2-30)

مؤشر العمر المتوقع في ليبيا عند الولادة مع بعض المقارنات العالمية في عام 1975م

العمر المتوقع عند الولادة لسنة 1975	البلد
72	الدول الصناعية
53	ليبيا
44	الدول الفقيرة

المصدر: سالم عبدالسلام رحومة، مؤشرات التنمية الاجتماعية في ليبيا 1970-1980، ص 63، تقرير البنك الدولي لعام 1978، مرجع سبق ذكره، ص117.



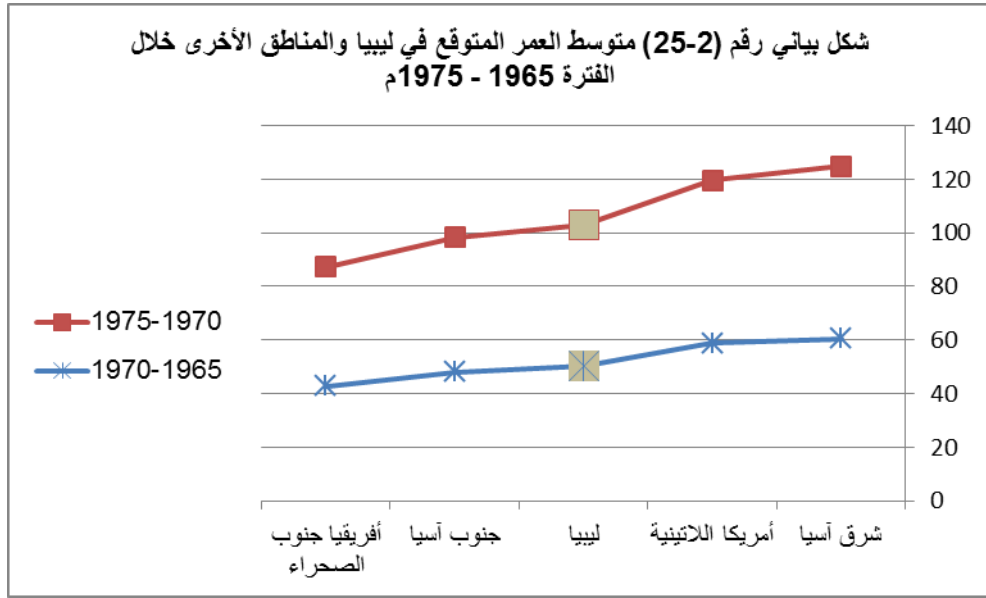
يتضح من الجدول رقم (2-30) أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة في ليبيا وصل إلى 53 سنة 1975 وبمقارنته بالدول الفقيرة التي كان فيها العمر المتوقع 44 في نفس السنة وبين العمر المتوقع في الدول الصناعية الذي كان 72 سنة نجد أن ليبيا تقع بين المعدلين وهي أقرب إلى معدل الدول النامية منها إلى الدول الصناعية.

## جدول رقم (2-31)

متوسط العمر المتوقع في ليبيا والمناطق الأخرى خلال الفترة 1965 - 1975م

الفترة	شرق آسيا	أمريكا اللاتينية	ليبيا	جنوب آسيا	أفريقيا جنوب الصحراء
1970-1965	60.6	58.8	50.2	48	42.7
1975-1970	64.2	60.9	52.8	50.2	44.7

التطورات الديموغرافية (السكانية) والاقتصاد الليبي بحث في العلاقات والسياسات، مرجع سبق ذكره، ص 81،



وبالنظر إلى الجدول رقم (2-31) نجد أنه قد حدث تطور في معدل متوسط العمر المتوقع في ليبيا من 50.2 سنة خلال الفترة 1970-1965 إلى 52.8<sup>(1)</sup> خلال الفترة 1975-1970، ولكن وعلى الرغم من هذا التطور نجد أن المعدل أقرب ما يكون إلى معدل الدول الفقيرة منها إلى معدل الدول الأكثر تقدماً مثل دول شرق آسيا وأمريكا اللاتينية كما هو واضح من الجدول السابق، وأقل من المعدل الدولي، حيث حددت منظمة الصحة العالمية أن يكون الحد الأدنى لمأمول العمر عند الميلاد هو 60 سنة أو أكثر.

(1) منظمة الأمم المتحدة، الكتاب الإحصائي السنوي 1973، نيويورك 1974، ص 80.

## خلاصة :

ركز المبحث الأول على التطورات التي حدثت على سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة الزمنية لهذا الفصل ، حيث نصت المادتان (6) و(15) من الإعلان الدستوري علي مسؤولية الدولة في توافر الرعاية الصحية للمواطنين، وتوافر هذه الرعاية يكون بشكل يحقق العدالة الاجتماعية والمساواة بين أفراد المجتمع، وإعادة تنظيم وزارة الصحة أربع مرات خلال هذه الفترة وذلك حسب القرار رقم (103) لسنة 1969 وقرار رقم (274) لسنة 1969، وقرار رقم (174) لسنة 1973، وقرار مجلس الوزراء الصادر في 29 مارس 1973، ووضح هذه المبحث أيضاً أهم التشريعات والأهداف الصحية التي بناء عليها تم وضع السياسات الصحية، وخلص هذه المبحث إلى أن هذه التشريعات والقوانين الصحية كانت انعكاساً لمبادئ وأيديولوجيا النظام الجديدة ومن أهم هذه القوانين قانون رقم (106) لسنة 1973، وكانت الأهداف الصحية لهذه الفترة متمثلة في اعتبار الخدمات الصحية هي خدمات استثمارية وليست استهلاكية، ومراعاة العدالة في تقديم هذه الخدمات بمختلف المناطق، وذلك بالقضاء على الأمراض الوبائية والمستوطنة، وإقامة المؤسسات العلاجية والتخصصية، وتوافر الدواء بالمجان والالتزام بالتخطيط العلمي المدروس في تقديم هذه الخدمات، وقد شهدت هذه الفترة زيادة ملحوظة في عدد المراكز والعيادات الصحية والمستشفيات وعدد الأسرة، وتطور ملحوظ في القضاء على الأمراض المستوطنة والسارية، وتطور واضح في أعداد الموارد البشرية من أطباء وهيئة تمريض، فنجد مثلاً زيادة عدد الأطباء وأطباء الأسنان من عدد 783 طبيباً سنة 1970 إلى عدد 3116 طبيباً سنة 1976، وفي المبحث الثاني نجد أن هذه التطورات العديدة كان لها الاثر في تحسن معدلات أداء الخدمات الصحية خلال الفترة محل الدراسة، مثل تحسن معدل الأسرة لعدد السكان وتحسن معدل عدد الموارد البشرية في القطاع الصحي إلى عدد السكان، وهذا التحسن الملحوظ في أداء هذه الخدمات على الرغم من قلة المبلغ المخصص لقطاع الصحة، والمبلغ المنفق فعلياً مقارنة بالقطاعات الأخرى، كان له الأثر الملحوظ على المستوى الصحي للسكان، حيث نلاحظ الزيادة في عدد المواليد من (75,055) سنة 1969 إلى عدد (118,270) سنة 1975، وانخفاض عدد الوفيات العام وارتفاع مؤشر وفيات الأطفال الرضع من 58.9% إلى 62.5% سنة 1975، وعدم الحصول على معلومات عن المؤشر لسنة 1976 ونجد أن مؤشر الوفيات في ليبيا خلال هذه الفترة أقرب إلى دول شرق آسيا وأمريكا اللاتينية منها إلى جنوب آسيا وارتفع مؤشر متوسط العمر المتوقع من 50.2 سنة 1970 إلى 52.8 سنة 1975.

## **الفصل الثالث**

### **السياسة العامة للصحة في ليبيا**

**المبحث الأول: سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة 1977-1991**

**المبحث الثالث: تقويم سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة 1977-1991**

## تمهيد:

سوف يهتم هذا الفصل بالسياسة العامة للصحة في ليبيا مع التركيز على سياسة توافر الخدمات الصحية ، حيث يتناول المبحث الأول سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة من 1977-1991م، ويتناول ايضاً التطورات العديدة للخدمات الصحية خلال هذه الفترة، ويهتم المبحث الثاني بتقويم سياسة توافر الخدمات الصحية ونواتجها من خلال المؤشرات الخاصة بمستويات الخدمات الصحية وأثر الخدمات الصحية على المستوى الصحي للسكان.

## المبحث الأول

### سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة من 1977-1991

ركزت السياسة الصحية قبل عام 1969 بالدرجة الأولى على صحة الفرد، ومن عام 1970 إلى عام 1979 كان الاهتمام متركزاً على تحسين المستوى المعيشي للسكان وعلى صحة المجتمع ككل، ومنذ مطلع الثمانينات كانت السياسة الصحية لليبيا موجهة نحو (توافر الصحة للجميع وبالجميع)، باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من سياسة التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة، واستناداً على إعلان منظمة الصحة العالمية(\*) "ألما آتا"، "الوصول إلى تحقيق الصحة للجميع بحلول عام 2000"، حيث كان شعارها (الصحة للجميع) بالتوازن بين الكم والنوع وضمن ما تستهدفه هذه السياسة من استراتيجية إعطاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية، فقد تضمنت قرارات وتوصيات (المؤتمرات الشعبية) التي صاغها (مؤتمر الشعب العام) في دور انعقاده العادي (السابع) لعام الموافق 1982م: (التركيز على الوقاية وإصحاح البيئة وبرامج الرعاية الصحية الأولية)، وتنفيذاً لهذه القرارات أصدرت اللجنة الشعبية العام للصحة عديد من القرارات في شأن تطبيق برنامج الرعاية الصحية الأولية وأقرت خطط العمل تبعاً، وتم إجراء بعض التنظيمات اللازمة منها تغيير تسمية إدارة صحة المجتمع ليصبح الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية، مع تعديل مهامها الرئيسية، كما استحدثت (مكتب الرعاية الصحية الأولية) على مستوى اللجان الشعبية للصحة بالبلديات تكون مهمته الإشراف الفني والإداري على مراكز ووحدات الرعاية الصحية الأولية في تنفيذ مختلف نشاطاتها في نطاق البلدية، وذلك بموجب قرار اللجنة الشعبية العامة رقم 544 لسنة 1989 بتاريخ 1989/4/21م، وفي 1990/1/6 أصدر السيد/ أمين اللجنة الشعبية العامة للصحة القرار رقم (1) لسنة 1990م بتحديد مهام مراكز ووحدات الرعاية الصحية الأولية والخدمات التي تختص بتقديمها<sup>(1)</sup>، وانبثقت السياسة الصحية في ليبيا خلال هذه الفترة مجموعة من مبادئ أساسية أهمها<sup>(1)</sup>:

(\*) منظمة الصحة العالمية: وكالة متخصصة من وكالات الأمم المتحدة تشمل مسؤوليتها الرئيسية الشؤون الصحية الدولية والصحة العامة، ومن خلال هذه المنظمة التي أنشئت عام 1948 تتبادل المهن الصحية في حوالي 160 بلدا المعرفة والخبرة، وتعمل المنظمة عن طريق التعاون الفني المباشر مع دولها الأعضاء وعن طريق التشجيع على هذا التعاون فيما بين هذه الدول على تعزيز الخدمات الصحية الشاملة، والوقاية من الأمراض ومكافحتها، وتحسين الأحوال البيئية، وتنمية القوى العاملة الصحية وتنسيق وتطوير البحوث الطبية الحيوية وبحوث الخدمات الصحية، وتخطيط وتنفيذ البرامج الصحية.

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية للعدل، "القرار رقم (1) لسنة 1990م الخاص بتحديد مهام مراكز ووحدات الرعاية الصحية الأولية والخدمات التي تختص بتقديمها " الجريدة الرسمية، العدد 14، 1990/5/10، ص 474.

- 1- تقديم الرعاية الصحية المناسبة والمتساوية لجميع المواطنين، وهي حق من الحقوق الأساسية التي كفلها نظام القذافي، وتسعى لتوظيف الإمكانيات والموارد المتاحة لتقديمها بما يتناسب مع طموحات التطوير المرتقبة في مواقع الخدمات.
- 2- يعد نظام تقديم الخدمة التشاركية والأهلية والخدمة الوطنية رافداً وداعماً لهذه الخدمات من الناحية الكمية والكيفية.

وسنبدأ في هذا المبحث بدراسة تطور الخدمات الصحية خلال الفترة 1977-1991 ، وذلك بعد التعرف على الإدارات الخاصة بتوافر هذه الخدمات حسب الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة خلال هذه الفترة ، وكذلك التشريعات والأهداف الصحية والبرامج والمشروعات الملحق لها خلال نفس الفترة.

### أولاً- الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة خلال الفترة 1977-1991:

1. قرار اللجنة الشعبية العامة الصادر في 5 ابريل 1979 بشأن تنظيم قطاع الصحة، حيث نصت المادة الأولى منه على أن تختص أمانة الصحة بالخدمات في مجالات الوقاية والعلاج، وتوافر الأدوية والمرافق الصحية والتجهيزات وتنمية القوى العاملة، ولها في سبيل ذلك ما يلي(2):

- اقتراح السياسة العامة في مجال الصحة.
- دراسة واقتراح خطة التحول في مجال الصحة وتنفيذها.
- إعداد الدراسات والبحوث المتعلقة بالمشاكل الصحية واحتياجات المرافق الصحية.
- الإشراف على صحة المجتمع ومكافحة الأمراض.
- اقتراح سياسة الوقاية من الأمراض السارية والمستوطنة.
- دراسة احتياجات الخدمات الطبية مع اختلاف أنواعها.
- إدارة المرافق الصحية وتوافر احتياجاتها من الأدوية ومعدات وأجهزة طبية.
- إصدار القرارات اللازمة لتنفيذ الأهداف العامة فيما يتعلق بالأمانة.
- اقتراح القرارات واللوائح المنظمة لشؤون الصحة.

---

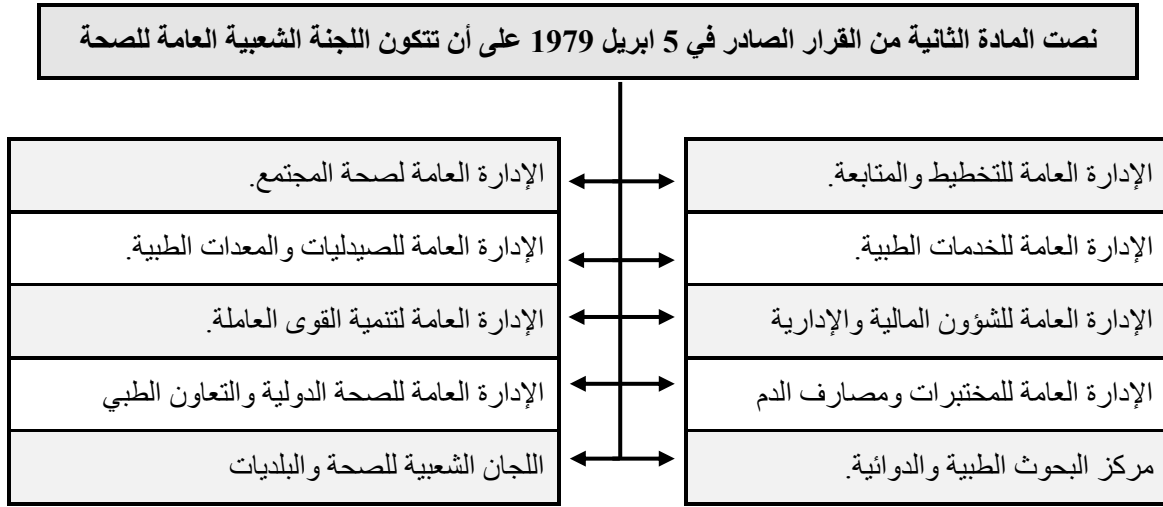
(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، أمانة اللجنة الشعبية العامة للصحة، الدليل الوطني للعاملين في الرعاية الصحية الأولية، (1990)، ص 1.

(2) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل، الجريدة الرسمية، العدد 20، لسنة 1980م، ص 593.



### الشكل رقم (1-3)

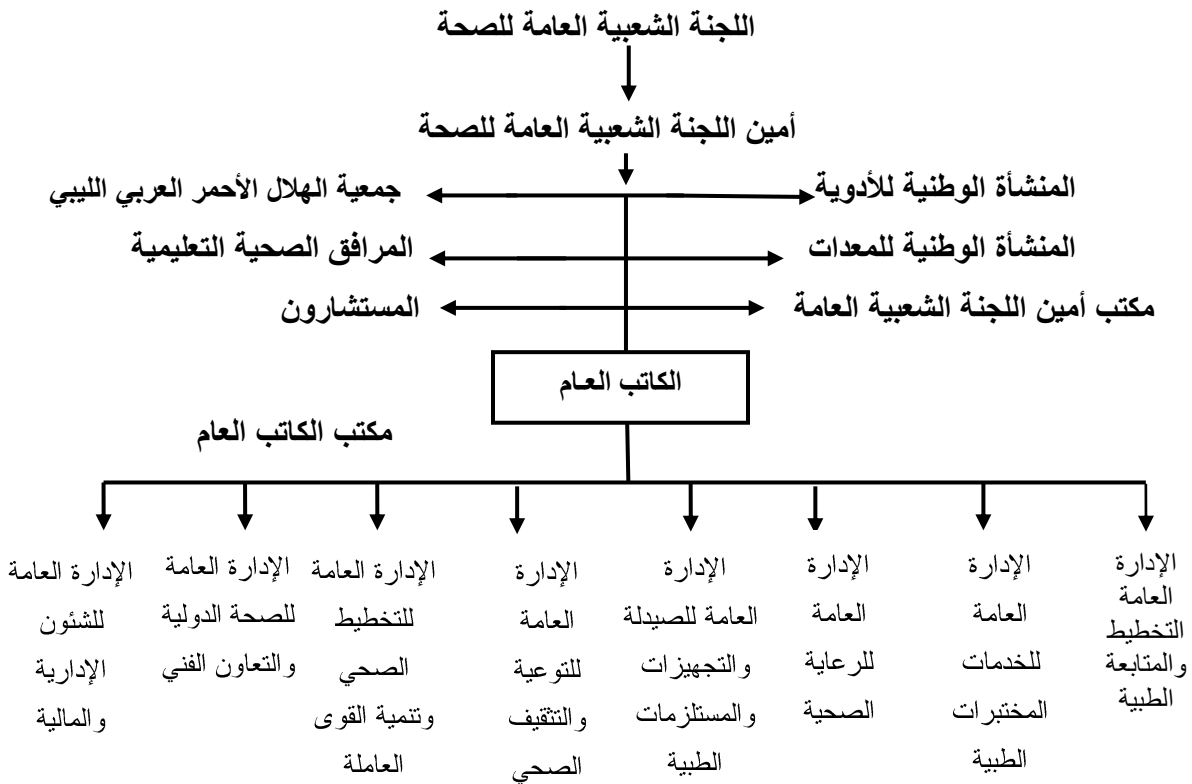
#### الشكل التنظيمي لقطاع الصحة سنة 1979



2. قرار أمين اللجنة الشعبية العامة للصحة رقم 1238 لسنة 1979-1980م بشأن إعادة التنظيم الداخلي لأمانة الصحة<sup>(1)</sup>.

### الشكل رقم (2-3)

#### التنظيم الداخلي لقطاع الصحة سنة 1979-1980



(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، الإدارة العامة للتخطيط والمتابعة، الصحة بالجماهير وللجماهير، مرجع سبق ذكره، ص 35.

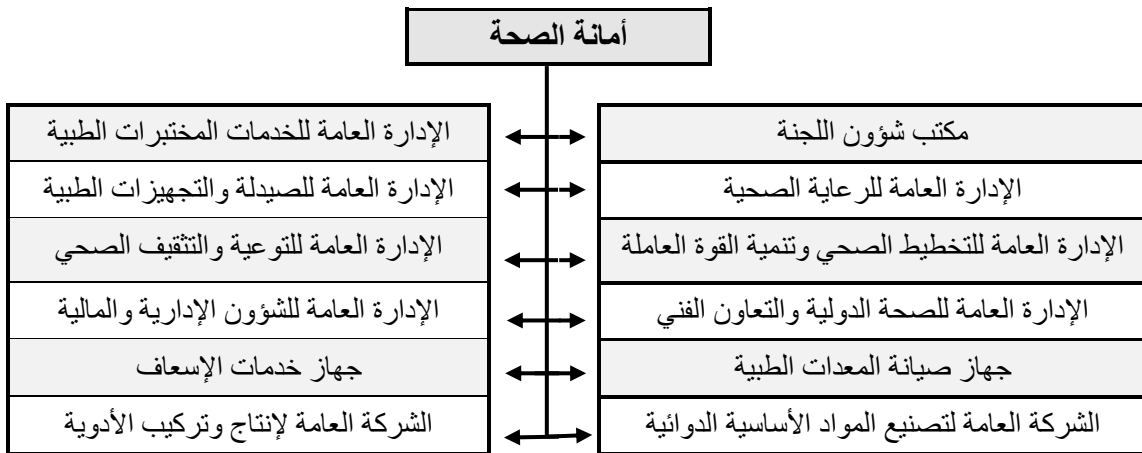
3. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (896) الصادر في 11 ديسمبر لسنة 1989م، بشأن إعادة تنظيم أمانة الصحة، حيث نصت المادة الأولى منه على أن تختص اللجنة الشعبية العامة للصحة بالخدمات الصحية والوقائية والعلاجية وتوافر الأدوية والمعدات والتجهيزات الطبية والمرافق الصحية وتنمية القوى العاملة لتحقيق الأغراض التالية<sup>(1)</sup>:

- اقتراح السياسة العامة في مجال الصحة والعمل على تنفيذها.
- إعداد الدراسات والبحوث المتعلقة بالمسائل الصحية والطبية.
- المشاركة في تقديم خدمات الإنقاذ والإغاثة.
- دراسة احتياجات الخدمات الطبية على اختلاف أنواعها.
- إصدار القرارات اللازمة لتنفيذ الأهداف العامة المتعلقة بنشاط القطاع.
- دراسة المعاهدات والاتفاقيات الدولية واقتراح عقدها.
- دراسة واقتراح خطة التحول في مجال الصحة وتنفيذها.
- الإشراف على الرعاية الصحية الأولية والوقاية من الأمراض ومكافحتها.
- اقتراح سياسة الوقاية والعلاج من الأمراض السارية.
- إدارة المرافق الصحية وتوافر احتياجاتها.
- اقتراح مشروع القوانين واللوائح المنظمة لشؤون الصحة.

كما نصت المادة الثانية من القرار على أن يتكون الهيكل التنظيمي للجنة الشعبية العامة للصحة حسب التالي

### الشكل رقم (3-3)

#### التنظيم الداخلي لقطاع الصحة سنة 1989



(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل، الجريدة الرسمية، العدد 14، 10/5/1990م، ص 474.

## ثانياً- الأهداف الصحية خلال الفترة 1977-1991:

نلتزم مستهدفات القطاع الصحي في سبيل توافر الخدمات الصحية للمواطنين من خلال خطط التنمية الاقتصادية خلال هذه الفترة محل الدراسة، وهي حسب ما يلي:

### أ. خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي 1976-1980<sup>(1)</sup>:

استهدفت الخطة تعزيز الخدمات الصحية بتحسين مستوياتها، وتحقيق عدالة توزيعها لتصل إلى مختلف مناطق الجماهيرية، ورصدت لها مخصصات قيمتها 171,405,000 د.ل وبلغ نصيب السنة الأولى من الخطة مبلغ وقدره 35,330,000 د.ل، وقد تم لاحقاً تعديل قيمة المخصصات لتصل إلى 340,276,000 دينار.

ويمكن تلخيص الأهداف التي وضعتها الدولة فيما يخص قطاع الصحة، التي تضمنتها خطة التحول الخمسية على النحو التالي<sup>(2)</sup>:

- تعزيز الخدمات الصحية وتحسين مستوياتها، وتحقيق عدالة توزيعها على مختلف المناطق.
- إضافة 8783 سريراً توزع على عشرة مستشفيات جديدة واستكمال وتطوير عشرة مستشفيات قائمة وعشرين مركزاً صحياً وتحويلها إلى مستشفيات نموذجية ريفية 60/40 سريراً وإنشاء أربعة مراكز صحية تشتمل 60/40 سريراً، ومستشفياتين جديدين بسعة 450 سريراً، مخصصة للأطفال المتخلفين عقلياً والمعوقين، للوصول بعدد الأسرة في نهاية الخطة إلى 21,024 سريراً، وإلى توافر سبعة أسرة لكل 1000 شخص.
- الارتفاع بمعدل الأطباء بالنسبة للسكان من طبيب واحد لكل 1124 شخص إلى طبيب واحد لكل 1000 شخص في نهايتها وهو العدد الأمثل للخدمات الصحية.
- استئصال الأمراض السارية والمتوطنة خاصة أمراض الدرن والبلهارسيا والتراخوما.
- الاهتمام بالناحية الوقائية. بالتوسع في مشروعات الصحة الوقائية ونشر الوعي الصحي.
- العناية بالصيدلة والمعدات الطبية بإنشاء المخازن الطبية ودخول ميدان صناعة الأدوية.
- التركيز على تنمية القوى البشرية الوطنية اللازمة لتشغيل المراكز الصحية المختلفة من أطباء وممرضين ومساعدين وفنيين.

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، أمانة التخطيط، ميزانية التحول للسنة المالية 1978م، (دون بيانات ناشر)، ص 108.

(2) الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط والبحث العلمي، موجز عام لخطة التحول 1976-1980م، مرجع سبق ذكره، ص ص 17-28.

## ب. خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي 1981-1985:

نصت خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي 1981-1985 على تحقيق الاهداف الصحية التالية:

- تلييب قطاع الصحة.
- تقديم الخدمات الصحية لكل أفراد المجتمع وتطويرها وتحسين نوعيتها.
- ركزت الخطة على الاهتمام بالرعاية الصحية الأولية استنادا على إعلان "ألما آتا".
- استحداث مشروع طبيب الأسرة، والاهتمام بالصحة النفسية والمهنية والمدرسية والرعاية الاجتماعية لكبار السن.

وفي ضوء تقويم الدولة للوضع الصحي، وما ترتب على تنفيذ خطة التحول 1976-1980

من منجزات، وما واجهتها من صعوبات فإن خطة التحول 1981-1985 استهدفت التالي<sup>(1)</sup>:

- 1- نتيجة التوسع الكبير الذي شمل المرافق الصحية بمختلف مستوياتها وفي مختلف أنحاء ليبيا من حيث المعدلات الكمية، استهدفت الخطة الاهتمام بالكيف والتركيز على تطوير الخدمات الصحية ورفع مستواها وقائية كانت أم علاجية، وترشيد استعمال الأدوية والمعدات المستلزمات الطبية، كذلك استكمال إنشاء وتجهيز وتشغيل المرافق الصحية التي لم ينته تنفيذها خلال خطة التحول 1976/1980م.
- 2- العمل على تلييب الهيئات الطبية والهيئات الطبية المساعدة والوصول بنسبة الأطباء الليبيين إلى 40% على الأقل بعد إن كانت 10.5% في عام 1980، والارتفاع بنسبة هيئات التمريض والفنيين والمساعدين الليبيين إلى 90% من القوى المنتجة في المجال الصحي.
- 3- اتخاذ الوسائل العلاجية والوقائية لرعاية الأطفال، بما يعمل على تخفيض نسبة وفيات الأطفال وزيادة العمر المرتقب للفرد.
- 4- ارتفاع الناتج المحلي للقطاع من 124 مليون دينار في عام 1980م إلى نحو 207.8 مليون دينار عام 1985م (بأسعار عام 1980) وبمعدل نمو سنوي مركب قدره 10%، والوصول بعدد المنتجين بالقطاع إلى نحو 61.3 ألف عامل في عام 1985م بعد أن كان نحو 45.8 ألف في عام 1980 وبمعدل نمو مركب قدره 6%.
- 5- زيادة عدد الأسرة من 14,472 سريراً عام 1980 إلى نحو 23,765 سريراً عام 1985م بزيادة نسبية قدرها 64.2%، مما سيؤدي إلى تحسين معدل الأسرة من 4.5 سريراً لكل ألف من السكان عام 1980 إلى 6 أسرة لكل ألف من السكان عام 1985.

(1) اللجنة الإدارية للإعلام الثوري والإعلام الخارجي، منجزات ثورة الفاتح خلال 15 سنة ثورة، (طرابلس: دار أفريقيا للطباعة والنشر والإنتاج الفكري)، ص ص 94-95.

6- بالنسبة للقوى العاملة الطبية والطبية المساعدة تستهدف خطة التحول 1981 - 1985 الارتفاع بعدد الأطباء وأطباء الأسنان من 4300 طبيب عام 1981 إلى نحو 5280 طبيباً عام 1985 بزيادة نسبية قدرها 22.8%، مما يؤدي إلى تحسين معدل السكان إلى كل طبيب تحسناً طفيفاً من 755 مواطناً لكل طبيب عام 1981 إلى 750 مواطناً لكل طبيب، ونسبة الأطباء الليبيين ترتفع من 10.5 % عام 1981 إلى 40 % عام 1985، إما بالنسبة لهيئات التمريض فسيرتفع عددهم من 13,524 عام 1981 إلى 16,500 عام 1985 بزيادة نسبية قدرها 72%، وسيظل المعدل بالنسبة للسكان ثابتاً وهو عضو هيئة تمريض لكل 240 مواطناً وستصل نسبة الليبيين والليبيات إلى 90% عام 1985 بعد أن كانت 57.8% عام 1980، وسيضاعف عدد الفنيين والمساعدين ليصبح 4,600 مساعد فني عام 1985 بعد أن كان 2300 عام 1981، وازدادت نسبة الفنيين الليبيين من 41.3 % عام 1981 إلى 90% عام 1985م.

7- تحسين أداء الخدمات الصحية ورفع مستواها والعناية بالكيف بجانب الكم وإدخال بعض الخدمات التخصصية العالية.

8- تطوير أداء الخدمات لأن تأثير الخدمات الصحية في المجتمع لا يقتصر فقط على توافر قدر من الخدمات العلاجية الأساسية، بل لابد أن يتعدى ذلك إلى العناية بصحة البيئة وتوافر المياه الصالحة والتخلص من الفضلات، ووجود نظام صرف صحي جيد والإشراف على الأغذية وغير ذلك من التدابير الوقائية.

9- التثقيف والإرشاد الصحي.

10- الاهتمام بالبحث العلمي التطبيقي لتحسين فعالية الخدمات الصحية واستغلال الموارد.

11- الإسراع في تنمية القوى المنتجة الطبية والطبية المساعدة لمواجهة النقص الكبير في القوى المنتجة الليبية في مختلف التخصصات، حيث وصل عدد الطلبة والطالبات المسجلين بكلية الطب وطب الأسنان في جامعتي قاريونس والفتاح إلى نحو 1500 طالب وطالبة بالعام الدراسي 1980/1981م، وتستهدف خطة التحول زيادة القبول في كليات طب الأسنان أما بالنسبة لهيئات التمريض استهدفت الخطة استكمال المعاهد الصحية ومدارس مساعدات الممرضات المستهدفة في الخطة 1976/1980م، وإنشاء معاهد صحية جديدة.

ولكن هذه الخطة لم تنفذ على أرض الواقع لانتشغال أمانة الصحة بإعادة ترتيب الخدمات الصحية بالتعاون مع الشركات العالمية لبناء وتجهيز المرافق الصحية، وبعدها وضعت خطة للسنوات 1986-1990، ولكنها جمّدت هذه الخطة بعد الحصار الذي نفذ على ليبيا من الأمم المتحدة

والولايات المتحدة الأمريكية، وما ترتب عليه من نقص في الموارد النفطية التي يعتمد عليها كمصدر تمويل أول في تقديم الخدمات الصحية.

### ثالثاً - التشريعات الصحية خلال الفترة 1977-1991:

1. قرار اللجنة الشعبية العامة في 23 مارس 1977، بالموافقة على تأسيس شركة مساهمة متخصصة في المعدات والأدوات والمستلزمات الطبية، برأسمال 500 ألف دينار.
2. قرار اللجنة الشعبية العامة الصادر في 2 ابريل 1977م، بالموافقة على الاتفاق ما بين أمانة الصحة والشركة الأهلية للمخازن والتبريد لتنفيذ 16 مخزناً طبياً<sup>(1)</sup>.
3. قرار اللجنة الشعبية العامة الصادر في 2 ابريل 1977م، بالموافقة على مساهمة الشركة الوطنية للأدوية في الشركة الهولندية المالطية للأدوية بنسبة 33% من أرباحها<sup>(2)</sup>.
4. القانون رقم (3) لسنة 1981 بشأن المعاقين.
5. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (1237)، الصادر في 30 سبتمبر 1981م، بشأن تنظيم مزاوله مهنة الطب، حيث نصت المادة الأولى من القرار على ما يلي: يجوز للأطباء تأسيس عيادات أو مصحات أو أقسام أو معامل طبية لمزاوله أعمال المهنة، وذلك بشكل منفرد أو عن طريق التعاون والمشاركة فيما بينهم أو بالاشتراك مع غيرهم، شريطة ألا ينفرد بعضهم أو أحدهم بصفة رب عمل، وألا يكون بينهم أجير<sup>(3)</sup>.
6. القانون رقم (7) لسنة 1982 بشأن حماية البيئة.
7. القانون رقم (2) لسنة 1982، بشأن تنظيم استعمالات الإشعاعات المؤينة والوقاية منها.
8. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (507) لسنة 1982 باتخاذ الإجراءات التنفيذية لقرار (المؤتمرات الشعبية) بشأن صرف الأدوية.
9. القانون رقم (4) لسنة 1982 بشأن جواز تشريح الجثث والاستفادة من أعضاء الموتى.
10. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم 975 لسنة 1983 بشأن لائحة العلاج الطبي في الخارج.
11. القانون رقم (13) لسنة 1984 بشأن النظافة العامة.
12. القانون رقم (17) لسنة 1986 بشأن المسؤولية الطبية.
13. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (383) لسنة 1983 باعتماد خطة الصحة المدرسية<sup>(4)</sup>.

---

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية للعدل، الجريدة الرسمية، العدد 5، السنة 19 أكتوبر 1978م، ص 566.

(2) المرجع السابق، ص 567.

(3) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية للعدل، الجريدة الرسمية، العدد 28، 31 سبتمبر 1982.

(4) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، أمانة اللجنة الشعبية العامة للصحة، الدليل الوطني للعاملين في الرعاية الصحية الأولية، (1990)، مرجع سبق ذكره، ص 57-58.

14. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (138) لسنة 1983 بشأن اعتماد معدلات أداء المرافق الصحية.
15. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (646) لسنة 1983 بشأن إصدار لائحة استخدام الموظفين بعقود من ذوي المهن الطبية والطبية المساعدة.
16. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (742) لسنة 1984 بشأن اعتماد معدلات الأداء بالمرافق الصحية التعليمية.
17. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (49) لسنة 1986 بشأن علاج الأجانب.
18. قرار أمين اللجنة الشعبية العامة للصحة رقم (115) لسنة 1987 بشأن إصدار لائحة أسس وضوابط تشغيل جهاز خدمات الإسعاف.
19. قرار اللجنة الشعبية العامة للصحة رقم (21) بشأن طبيب الحي الجماهيري.
20. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (182) لسنة 1989 بشأن إنشاء المجلس الطبي لتحديد المسؤولية الطبية.
21. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (772) لسنة 1989م، بشأن إنشاء مراكز للمعلومات والتوثيق<sup>(1)</sup>.
22. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (510) لسنة 1990م، بشأن إصدار لائحة استخدام الموظفين بعقود من ذوي المهن الطبية والطبية المساعدة<sup>(2)</sup>.

#### رابعاً- المشروعات والبرامج الصحية خلال الفترة 1977-1991:

تضمنت خطط التنمية الاقتصادية عدد من المشروعات والبرامج التنفيذية التي وضعت لتحقيق الأهداف الصحية خلال هذه الفترة<sup>(3)</sup>:

أ- مشروعات إنشاء الوحدات والمراكز الصحية والعيادات والمستشفيات لتوافر الرعاية الصحية الأولية التي تضمنتها الخطط حسب التالي:

1- مراكز ووحدات الرعاية الصحية الأساسية والعيادات المجمع:

• مشروعات خطة التحول الاقتصادي 1976-1980:

- إنشاء وتجهيز (100) مركز للرعاية الصحية الأساسية، (16) عيادة مجمعة.

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي، الخدمات الصحية والاجتماعية خلال ثلاثين عام 1999-69، (الزاوية: الشركة العامة للورق والطباعة، مطابع الوحدة العربية)، ص 45.

(2) التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة 2007، مرجع سبق ذكره، ص 26.

(3) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل، الجريدة الرسمية، العدد 5، 22 ابريل 1978، مرجع سبق ذكره، ص 209.

- استكمال وإنشاء وتجهيز (72) مركزاً صحياً و (227) وحدة للرعاية الصحية الأساسية.

- التعاقد على إنشاء (45) مركزاً و(150) وحدة ويجرى العمل بها بنسب مختلفة.

#### ● مشروعات خطة التحول الاقتصادي 1985-1981:

لتحسين نوعية الخدمات الصحية ورفع كفاءتها في المراكز والوحدات الصحية فقد تضمنت خطة التحول الاقتصادي 1985-1981م بعض الإجراءات من أهمها(1):

- تعميم نظام البطاقة والملف الصحي وربط المواطنين بأقرب وحدة رعاية صحية أساسية.

واستهدفت الخطة بالإضافة إلى استكمال تلك المراكز والوحدات وتشغيلها ما يلي:

- إضافة (100) مركز جديد للرعاية الصحية يتم توزيعها وفقاً للكثافة السكانية.

- إنشاء (16) عيادة مجمعة جديدة يتم توزيعها على المدن طبقاً للكثافة السكانية، وبحيث تخدم العيادة من 5000-6000 نسمة.

#### جدول رقم (3-1)

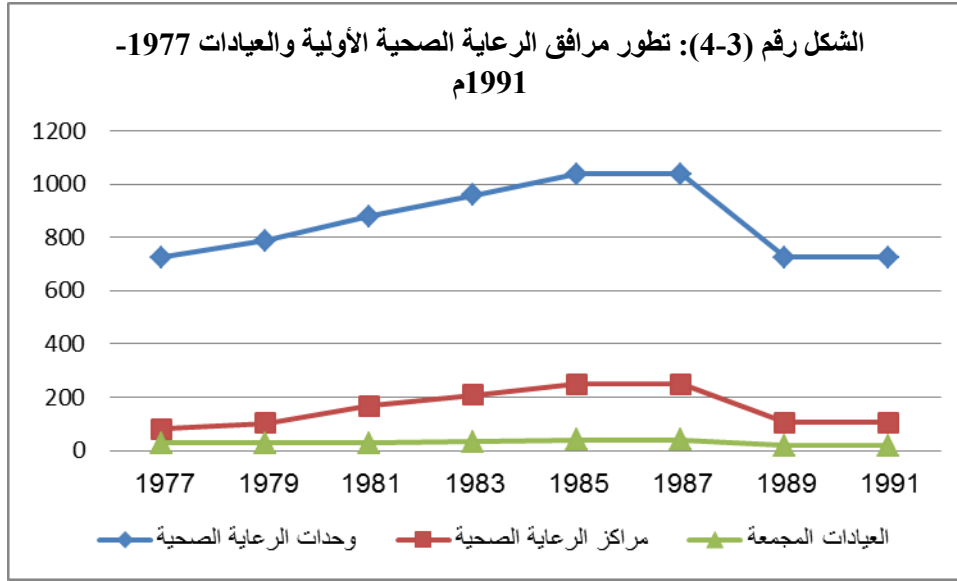
تطور مرافق الرعاية الصحية الأولية والعيادات المجمعّة 1977-1991م

العدد			السنوات
العيادات المجمعّة	مراكز الرعاية الصحية	وحدات الرعاية الصحية	
28	81	725	1977
28	103	788	1979
28	168	878	1981
32	208	958	1983
40	248	1038	1985
40	248	1038	1987
18	106	726	1989
18	106	726	1991

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، مركز المعلومات والتوثيق، المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009م، مرجع سبق ذكره، ص 40.

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، ملخص خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي 1985-1981م، ص ص 44-45.





يتضح من الجدول (3-1) زيادة تدريجية في عدد وحدات الرعاية الصحية ففي حين كان عددها 725 في عام 1977، ارتفع ليصل إلى 958 وحدة، أما الفترة من عام 1985 إلى 1988 فقد شهدت أعلى عدد للوحدات الرعاية الصحية بحيث وصل إلى عدد 1038 وحدة، ولكن هذه الزيادة بدأت في التناقص بحيث انخفض عددها إلى 726 وحدة رعاية صحية، أما مراكز الرعاية الصحية فقد ارتفع عددها أيضاً خلال الفترة بشكل تدريجي من 81 في عام 1977 مركزاً إلى 228 في عام 1984، كما شهدت الفترة من عام 1985 إلى عام 1988 إلى أعلى عدد في مركز الرعاية الصحية حيث كان عددها 248 مركزاً، كما شهدت الفترة من 1989 إلى 1991 انخفاضاً حاداً في عدد المراكز الصحية بحيث انخفض عددها إلى 106 مركزاً فقط، أما فيما يخص عدد العيادات المجمع خلال نفس الفترة فإنه يلاحظ ارتفاعاً طفيفاً في عدد العيادات المجمع فارتفع عدد من 18 في عام 1977 إلى 40 في الأعوام 1985-1987، ثم انخفض عددها خلال الفترة إلى 18 خلال الأعوام 1989-1991.

## 2- المستشفيات العامة والقروية والمراكز الصحية:

### • مشروعات خطة التحول الاقتصادي 1976-1980م:

تضمنت الخطة تنفيذ العديد من المشاريع في ما يخص إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية<sup>(1)</sup>:

- استكمال إنشاء وتجهيز مستشفى سعة (1200) سرير في كل من طرابلس وبنغازي.
- استكمال إنشاء وتجهيز مستشفى للأمراض العقلية بطرابلس سعة (1200) سرير.

(1) الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط والبحث العلمي، موجز عام لخطة التحول 1976-1980م، مرجع سبق ذكره، ص ص 17-28.

- استكمال إنشاء وتجهيز مستشفى للجراحة والحوادث بطرابلس سعة (500) سرير.
- توسيع مستشفى العيون بطرابلس بإضافة (300) سرير.
- استكمال إنشاء وتجهيز مستشفى سعة (200) سرير في كل من: صبراتة، ومسلاتة، والزهران، وترهونة، وقصر بن غشير.
- توسيع مستشفى بإضافة 182 سرير في كل من مصراته، درنة، الخمس، زليتن، غريان.
- استكمال إنشاء وتجهيز مستشفى للأطفال والولادة بالزاوية (182) سريراً.
- استكمال إنشاء وتجهيز مستشفى بسعة (135) سريراً، في كل من هون، غدامس، العجيلات، صرمان.
- استكمال إنشاء وتجهيز مستشفى سعة (120) سريراً، في كل من بن وليد، مزدة، مرزق، براك، غات، نالوت، الجميل، أوباري.
- إضافة طابق جديد لمستشفى الثورة بالبيضاء بسعة (80) سريراً.
- إنشاء قسم إسعاف بمستشفى طرابلس المركزي.
- إنشاء مغسلة مركزية بطرابلس.
- إنشاء وتجهيز مستشفى للأمراض الصدرية بسبها بسعة (50) سريراً.
- إنشاء وتجهيز عيادة مجمعة مركزية للأسنان بطرابلس.
- توسيع مستشفى الجلاء ببنغازي.
- إنشاء وتجهيز مركز لعلاج أمراض السرطان.
- إنشاء وتجهيز (8) وحدات للكلية الصناعية بمستشفيات طرابلس، وبنغازي، والزاوية، ومصراتة، ودرنة، وسيها، والمرج، وغريان، وتشتمل على جهازين للكلية الصناعية.
- استكمال إنشاء وتجهيز مركز للغدد الصماء، وخدمات الإسعاف الطائر.
- تطوير (15) مركزاً صحياً إلى مستشفيات قروية سعة (60/40) سرير بكل من الداون، بن جواد، والرنتان، غات، التميمي، القربوللي، برقن، الجغبوب، البريقة، الحرابة، تراغن، سوق الخميس، براك، أوباري، مرزق،
- استكمال إنشاء وتجهيز (12) مستشفى قروي سعة (60/40) سرير في كل من: قصر الأخيار، تاورغاء، ودان، سوسة، كاباو، تيجي، جردس الأحرار، تازربو، الأصابعة، والزحف الأخضر، المحجوب، أبو كماش.

## • مشروعات خطة التحول الاقتصادي 1985-1981:

بالنسبة لبرامج المستشفيات الواردة ضمن خطة التحول الاقتصادي 1985-1981م، فإن أغلبها استكمالاً لمشروعات المستشفيات التي لم تنفذ خلال خطة التحول السابقة 1976-1980، حيث استهدفت الخطة إنشاء المستشفيات واستكمال المتوقفة منها، ويتمثل ذلك في التالي<sup>(1)</sup>:

- استكمال إنشاء وتجهيز خمس مستشفيات سعة كل منها 200 سرير في صبراتة، ومسلاتة، والزهران، وترهونة، وبن غشير.
- استكمال إنشاء وتجهيز سبع مستشفيات سعة 120 سريراً في بن وليد، مزدة، ونالوت، وأوباري، ومرزق، وبراك، وغات.
- استكمال إنشاء وتجهيز خمسة مستشفيات سعة 135 سريراً في هون، وغدامس، والعجيلات، وصرمان، والجميل.
- استكمال إنشاء وتجهيز مستشفى للجراحة الحوادث بسعة 500 سرير بطرابلس.
- استكمال إنشاء وتجهيز مستشفى للأطفال والولادة بالزاوية سعة 182 سريراً.
- استكمال إنشاء وتجهيز مستشفى للأمراض العقلية سعة 1200 سرير بطرابلس.
- استكمال إنشاء وتجهيز مستشفيين للأمراض الصدرية أحدهما بطرابلس سعة 400 سرير، والآخر بسبها سعة 500 سرير.
- توسيع ستة مستشفيات أحدهم للعيون بطرابلس بإضافة 300 سرير والأخر في مصراته، ودرنة، وزليتن، وغريان، والخمس بإضافة 182 سريراً.
- إضافة طابق جديد لمستشفى البيضاء بسعة 80 سريراً.
- إنشاء قسم إسعاف بمستشفى طرابلس المركزي، وإجراء تعديلات بالمستشفى.
- توسيع مستشفى الجلاء بينغازي.
- استكمال إنشاء وتجهيز مصحة الكويفية للأمراض الصدرية.
- إنشاء مستشفى جديد بسعة 200 سرير بالكفرة.
- تجهيز (800) سرير جديد لمواجهة احتياجات البلديات.

ولتحسين نوعية الخدمات الصحية ورفع كفاءتها في المراكز والمستشفيات المتخصصة، تضمنت خطة التحول الاقتصادي 1985-1981م بعض الإجراءات من أهمها<sup>(2)</sup>:

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، ملخص خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي 1985-1981م، مرجع سبق ذكره، ص ص 40-42.

(2) نفس المرجع السابق، ص ص 44-45.

- إدخال بعض الخدمات التخصصية لمعالجة الأورام، وأمراض الكلى، والغدد الصماء.
- التوسع الراسي في الخدمات التخصصية النوعية في مجال الأسنان.
- التوسع الأفقي في مجال الأمراض العقلية والنفسية.
- إعادة تجهيز بعض المرافق الصحية، وتعزيز نظام الإسعاف بمختلف أنواعه.

#### كما أدرجت ضمن الخطة المشروعات التالية:

- إنشاء وتجهيز مركز لعلاج الأمراض السرطانية والأورام الخبيثة عن طريق العلاج الجراحي والأشعة العميقة، والنظائر المشعة والعلاج الكيميائي والهرمونات.
- إنشاء وتجهيز مركزين متخصصين لأمراض الكلى.
- إنشاء وتجهيز مركزا لعلاج حالات الغدد الصماء، ومتابعة الأبحاث في هذا المجال.
- إنشاء وتجهيز عيادة مجمعة للأسنان، حيث التطور الراسي في خدمات الأسنان، وسوف تقدم علاوة على الخدمات الأساسية في المجالين الوقائي والعلاجي خدمات أكثر تخصصاً، بالإضافة إلى استغلالهما كمركز لتدريب العناصر الفنية الوطنية.
- في نهاية فترة خطة 76-1980 تم تنفيذ وتشغيل (9) مستشفيات قروية، وتستهدف خطة التحول الاقتصادي 1985/1981 استكمال إنشاء وتجهيز المستشفيات القروية التي لم يتم الانتهاء منها وعددها (27) مستشفى.

#### جدول رقم (2-3)

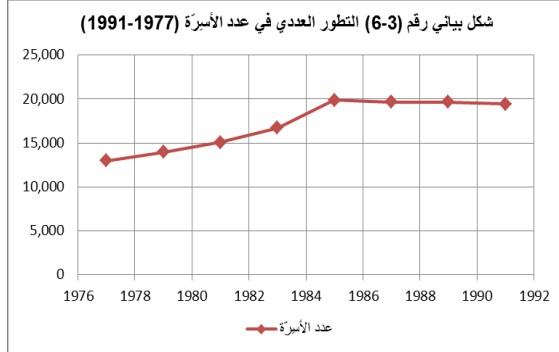
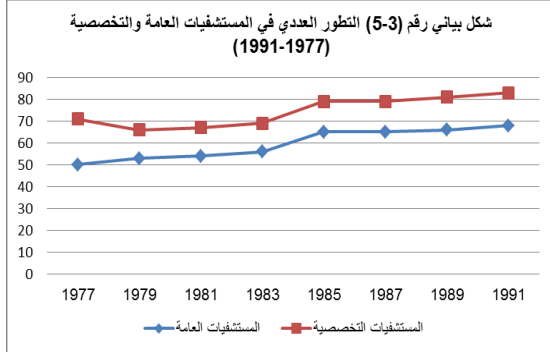
#### التطور العددي في المستشفيات العامة والتخصصية (1977-1991)

السنوات	العدد	
	المستشفيات العامة	المستشفيات التخصصية
1977	50	21
1979	53	13
1981	54	13
1983	56	13
1985	65	14
1987	65	14
1989	66	15
1991	68	15

المصدر: الجمهورية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، مركز المعلومات والتوثيق، المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 47،

يوضح الجدول رقم (2-3) التطور الكمي في عدد المستشفيات العامة والتخصصية في ليبيا خلال الفترة 1977-1991م، ففي حين ارتفع عدد المستشفيات العامة بشكل مضطرب من 50 مستشفى في عام 1977 إلى 68 مستشفى في عام 1991، وعلى خلاف ذلك، يلاحظ تناقصاً

ملحوظاً في عدد المستشفيات التخصصية حيث انخفض عددها من 21 مستشفى تخصصياً في عام 1977 إلى 15 مستشفى تخصصياً في عام 1991م، أما عدد الأسرة في كلاهما، فقد ارتفع عددها بشكل كبير من 12959 في عام 1977م، إلى 19433 في عام 1991م.



يبين الجدول رقم (3-3) إمكانيات المستشفيات وما يتوافر لديها من أجهزة التشخيص والعلاج خلال الفترة 1989-1991م، حيث زاد عدد أجهزة التصوير المقطعي من (2) فقط عام 1989 إلى (9) عام 1991م، في حين لم يتغير عدد أجهزة القسطرة على القلب خلال ذات الفترة، ويلاحظ أنه خلال ذات الفترة، على الرغم من أهميتها، لا يوجد في المستشفيات أجهزة الرنين المغناطيسي والعلاج بالأشعة.

### جدول رقم (3-3)

#### عدد أجهزة التشخيص والعلاج المتقدم بالمستشفيات للسنوات 1989-1991

السنوات	العدد		
	أجهزة التصوير المقطعي	أجهزة الرنين لمغناطيسي	العلاج بالأشعة
1989	2	0	0
1990	2	0	0
1991	9	0	0

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، مركز المعلومات والتوثيق، المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 60،

ب- المشروعات الصحية بهدف القضاء على الأمراض الوبائية والأمراض المستوطنة:

#### 1. مشروعات خطة التحول الاقتصادي 1976-1980م:

تضمنت الخطة الخمسية للتنمية 1976-1980م فيما يخص القضاء على الأمراض

الوبائية والمستوطنة المشروعات التالية<sup>(1)</sup>:

(1) الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط والبحث العلمي، موجز عام لخطة التحول 1976 - 1980م، مرجع سبق ذكره، ص 30.

- إنشاء وتجهيز مستشفى للأمراض الصدرية بطرابلس (400) سرير.
  - تجهيز مستشفى أمراض صدرية بسبها سعة 50 سريراً.
  - استكمال وتجهيز مصحة الكوفية للأمراض الصدرية بينغازي.
  - إنشاء (11) مركزاً لمكافحة الدرن في كل من: غدامس - مرزق - الكفرة - براك - غات - الجفرة بن وليد- الزاوية - جالو - درنة - المرج.
  - استكمال مراكز طرابلس وبنغازي وسبها وسرت ليصبح عدد المراكز 31 مركزاً.
- وفي نهاية الخطة تم تنفيذ أربعة مراكز للدرن، وتم تشغيلها بكامل طاقتها، وتستهدف خطة التحول 1985/1981 استكمال باقي المراكز وتشغيلها.

## 2. مشروعات خطة التحول الاقتصادي 1985-1981م:

- ورد ضمن خطة التحول في قطاع الصحة (برنامج صحة المجتمع)، وقد استهدف هذا البرنامج ما يلي<sup>(1)</sup>:
- حماية المجتمع من الأمراض المعدية والحد من انتشارها ومكافحة الأمراض المستوطنة.
  - اتخاذ الإجراءات اللازمة للحد من وفيات الأطفال، ومنع انتشار الأمراض المعدية.
  - دراسة وسائل تحسين المستوى الغذائي للمواطنين، والمعاونة في عمليات مراقبة الأغذية.
  - رفع مستوى الصحة البيئية للمحافظة على صحة الناس، ونشر الوعي الصحي بينهم.
- وفي سبيل تحقيق ذلك تضمن البرنامج مختلف الأنشطة، ففي مكافحة الأمراض المتوطنة، ستوضع البرامج لمختلف جوانب مكافحة كبرنامج مكافحة الأمراض الصدرية المعدية، وذلك بتطبيق قانون التحصين الإجباري، واكتشاف حالات الإصابة وعلاجها سواء داخل المستشفيات التخصصية أو بنظام العلاج المنزلي، كذلك وضع الضمانات اللازمة لمكافحة أمراض العيون المعدية والأمراض الجلدية، ومكافحة البلهارسيا وغير ذلك، مع ضرورة اتخاذ الإجراءات اللازمة لتعميم التطعيم ضد مختلف الأمراض المعدية والاكتشافات المبكرة للحالات.
- وفي مجال صحة البيئة تضمنت الخطة القيام بالمسوحات الغذائية اللازمة بالتعاون مع مختلف الأمانات ومراكز البحوث والمنشآت لتحديد الاحتياجات من مختلف الأغذية ووضع جداول المواد الغذائية ومقوماتها في ليبيا، والعمل على تحسين الأنماط الغذائية في المجتمع العربي الليبي.
  - أما بالنسبة لبرمج التثقيف الصحي فقد اهتمت الخطة بالتركيز على مهمة الطبيب الثائر

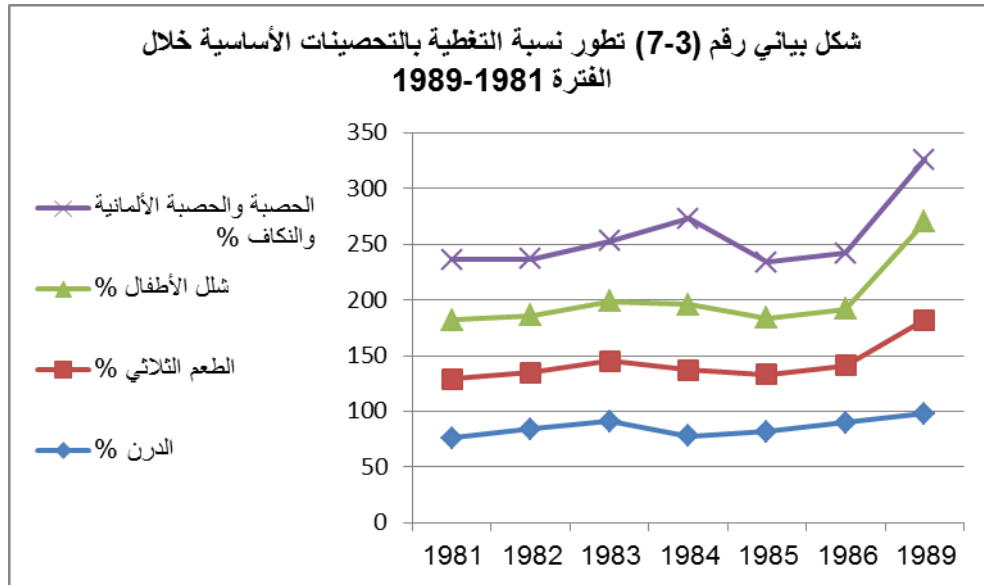
(1) الجماهيرية العربية الليبية، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، ملخص خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي 1985-1981م، مرجع سبق ذكره، ص ص 209-220.

### جدول رقم (3-4)

تطور نسبة التغطية بالتحصينات الأساسية خلال الفترة 1981-1989

المؤشر (نسبة الأطفال المطعمين ضد الأمراض التالية)				السنوات
الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف %	شلل الأطفال %	الطعم الثلاثي %	الدرن %	
54	53	53	76	1981
51	51	51	84	1982
54	54	54	91	1983
77	59	59	78	1984
50	51	51	82	1985
50	51	51	90	1986
56	88	84	98	1989

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 95،



ويوضح الجدول رقم (3-4) ارتفاع نسبة الأطفال الذين يحصلون على تطعيم ضد الدرن من 76% لتصل أعلى معدل في عام 1989 بنسبة 98%، أما نسبة الأطفال الذين يحصلون على الطعم الثلاثي، فارتفعت من 53% في عام 1981 إلى 84% عام 1989، وفيما يخص نسبة الأطفال المطعمين ضد شلل الأطفال فقد ارتفعت من 53% في عام 1981 إلى 88% عام 1989، أما نسبة الأطفال الذين يحصلون على التطعيم ضد الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف، فقد ارتفعت من 54% في عام 1981 لتصل إلى 56% في عام 1989م.

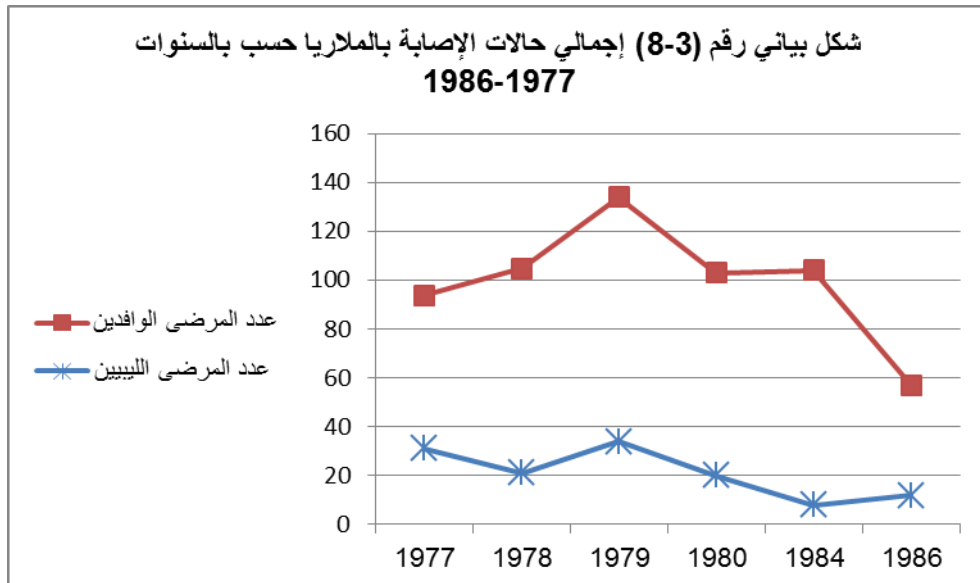
جدول رقم (3-5)

إجمالي حالات الإصابة بالمalaria حسب السنوات 1977-1986

السنة	عدد المرضى الليبيين	عدد المرضى الوافدين	مجموع المرضى	نسبة المرضى الليبيين %	نسبة المرضى الوافدين %
1977	31	63	94	33	67
1978	21	84	105	20	80
1979	34	100	134	55	45
1980	20	83	103	15	85
1984	8	96	104	8	92
1986	12	45	57	21	79

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص46

يبين الجدول (3-5) إجمالي الإصابات بالمalaria بين الليبيين والوافدين، حيث يشير إلى انخفاض عدد الإصابات بين الليبيين من 31 إصابة في عام 1977 إلى 12 إصابة في عام 1986، أما الوافدين فقد انخفضت من 63 حالة في عام 1977 إلى 45 حالة في عام 1986، ويلاحظ أن نسبة الإصابة بين الوافدين قد ارتفعت في منتصف الفترة، بحيث وصلت أعلى نسبة لها في عام 1984 بنسبة قدرها 16% بالنسبة لمجموع المرضى خلال الفترة 1977-1986، إلا هذه النسبة قد انخفضت إلى 8% في عام 1986.



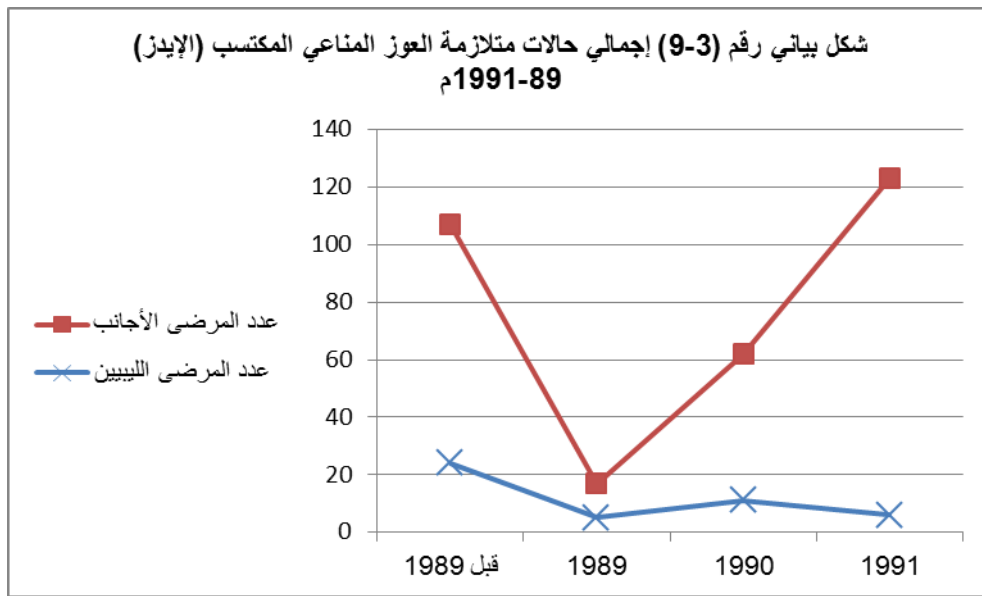


جدول رقم (3-6)

إجمالي حالات متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) 1989-1991م

السنة	عدد المرضى الليبيين	عدد المرضى الأجانب	مجموع المرضى	نسبة المرضى الليبيين %	نسبة المرضى الوافدين %
قبل 1989	24	83	107	22	78
1989	5	12	17	29	71
1990	11	51	62	18	82
1991	6	117	123	5	95

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص47.



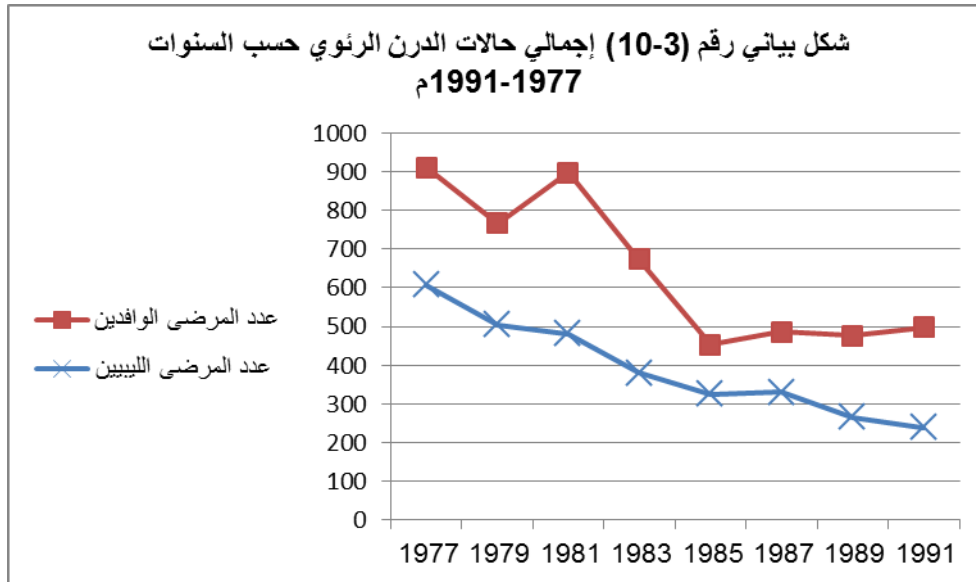
يبين الجدول رقم (3-6) أن عدد حالات الإصابة بالإيدز عند الليبيين حيث لم يتجاوز 6 حالات في عام 1991، وأن المرضى الوافدين بمرض الإيدز يمثلون النسبة الأكبر قدرها 95% من عدد المرضى، وأن المرضى الليبيين يمثلون فقط 5% من عدد المرضى في نهاية عام 1991م.

### جدول رقم (3-7)

#### إجمالي حالات الدرن الرئوي حسب السنوات 1977-1991م

السنة	عدد المرضى الليبيين	عدد المرضى الوافدين	مجموع المرضى	نسبة المرضى الليبيين %	نسبة المرضى الوافدين %
1977	607	304	911	67	33
1979	505	261	766	66	34
1981	481	417	898	54	46
1983	380	293	673	57	43
1985	325	128	453	71	29
1987	331	155	486	68	32
1989	265	212	477	56	44
1991	239	259	498	47	52

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص47.



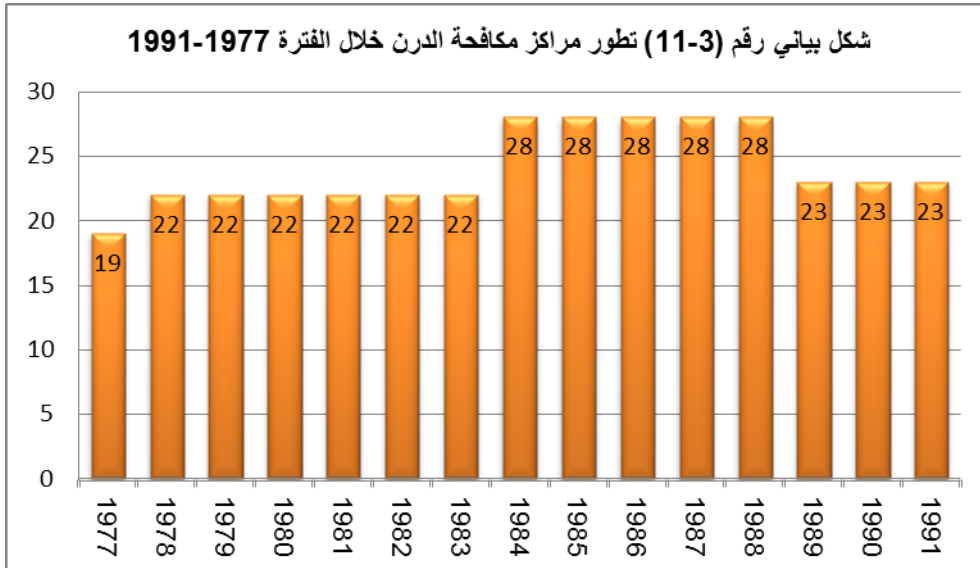
ويوضح الجدول (3-7) بتحسّن الأوضاع فيما يخص الإصابة بالدرن الرئوي فقد انخفض عدد الليبيين المصابين بالدرن الرئوي من 607 في عام 1977م إلى 239 حالة في عام 1991م، أما عدد الإصابة بالدرن الرئوي بين الوافدين الأجانب فقد انخفضت أيضاً ولكن بنسبة متواضعة، حيث انخفضت من 304 في عام 1977 إلى 259 في عام 1991م، وعلى الرغم من انخفاض الحالات فإن نسبة المرضى الوافدين إلى مجموع المرضى زادت من 33% سنة 1977 إلى 52% سنة 1991.

جدول رقم (8-3)  
تطور مراكز مكافحة الدرن خلال الفترة 1977-1991

العدد	السنوات
مراكز مكافحة الدرن	
19	1977
22	1978
22	1979
22	1980
22	1981
22	1982
22	1983
28	1984
28	1985
28	1986
28	1987
28	1988
23	1989
23	1990
23	1991

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009،  
مرجع سبق ذكره، ص 40.

يوضح الجدول رقم (8-3) تطور مراكز مكافحة الدرن من عدد 19 مركزاً سنة 1977 إلى عدد 28 مركزاً سنة 1988 ومن سنة 1989 انخفض عدد المراكز إلى 23 مركزاً.



ت- المشروعات التنفيذية بهدف توافر الأدوية والمختبرات الطبية خلال الفترة 1977-1990:

### 1- مشروعات خطة التحول الاقتصادي 1976-1980:

تضمنت خطة التحول الاقتصادي للتنمية 1976-1980 فيما يخص المختبرات وتوافر

الأدوية المشاريع التالية<sup>(1)</sup>:

- إنشاء معمل لإنتاج المصل واللقاح، وتوسيع المختبر الطبي المركزي بمدينة طرابلس.
- إنشاء مختبر طبي مركزي بمدينة بنغازي.
- إنشاء مختبر طبي مركزي بمدينة سبها.
- إنشاء (9) مختبرات مركزية ملحقة بالمستشفيات الآتية: تاجوراء، زوارة، طبرق، سرت، صبراتة، الكفرة، البيضاء، يفرن، المرج.
- إنشاء (27) مخزناً للأدوية والمعدات الطبية في كل من: غريان، زليتن، ترهونة، سرت، المرج، طبرق، الكفرة، نالوت، جادو، غدامس، مرزق، هون، بني وليد، غات، طرابلس، سبها، بنغازي، العزيزية، زوارة، مصراته، درنة، البيضاء.
- إنشاء مخزن رئيسي للأدوية بمدينة طرابلس.

### جدول رقم (3-9)

التغير في حجم واردات الأدوية والمستلزمات الطبية ونصيب الفرد (1990-1991)

السنة	حجم واردات القطاع العام	حجم واردات السوق الخاص	نصيب الفرد (بالدينار)
1990	26.00	10.00	8.8
1991	23.00	10.00	7.9

المصدر: ميلاد فرج اشنين، "بحث في مجال تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية"، مؤتمر مشروع ليبيا الغد، 2025، ص ص 10 - 88،

يوضح الجدول السابق (3-9) التغير في واردات الأدوية والمستلزمات الطبية ونصيب الفرد في عامي 1990 و1991، حيث يتبين أن حجم الواردات جاء في عام 1990 لصالح القطاع العام بقيمة 26.00 مليون دينار ليبي مقابل 10.00 دينار ليبي للقطاع الخاص، تم انخفاض ليصل إلى 23.00 مليون دينار في عام 1991، مقابل 10.00 مليون دينار عام 1991م.

### 2- مشروعات خطة التحول الاقتصادي 1981-1985:

وضعت خطة التحول الاقتصادي 1981-1985 برنامج لتحسين منظومة التموين الطبي

يستهدف ما يلي<sup>(2)</sup>:

(1) ملخص خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي 1981-1985م، مرجع سبق ذكره، ص ص 216-217.

(2) نفس المرجع السابق، ص ص 216-217.

- الاهتمام بمخزون الأدوية والمعدات الطبية بحيث يتم توافر احتياجات المرافق الصحية، وتأمين المخزون الأدنى لكل منهما، وتكوين مخزون احتياطي من الأدوية الضرورية.
- متابعة اتجاهات الصرف والاستهلاك من الأدوية والمعدات والمستلزمات الطبية.
- توجيه جهود ترشيد الاستهلاك بناء على ما يتوافر من مؤشرات.
- رصد الأخطار الجانبية لبعض الأدوية بين المترددين بناء على استهلاك الأدوية.
- إقامة مراكز للمعلومات الدوائية لترشيد العناصر الطبية للاستعمال الأمثل للأدوية.
- تحسين أساليب التخزين للمواد الطبية ووسائل توزيعها لضمان فعاليتها وجودتها، وذلك عن طريق إدخال الحاسب الآلي لرصد حركة الأصناف من الأدوية والمعدات الطبية.

#### وفيما يخص المشروعات التي استهدفتها الخطة:

- استكمال المشروعات السابقة وإنشاء مختبر طبي بسبها وتوسع مختبرات تلحق بمستشفيات، تاجوراء، زوارة، طبرق، سرت، صبراتة، الكفرة، البيضاء، يفرن، المرج.
- توافر مخزن طبي على الأقل لكل بلدية واستكمال المخزن الرئيسي بطرابلس وإنشاء (27) مخزناً فرعياً.

#### ث- المشروعات التنفيذية الخاصة بتنمية الموارد البشرية وتلييب القطاع الصحي:

- نظراً للأهمية الكبيرة لإعداد وتنمية القوى البشرية في أسلوب ومستوى تأدية الخدمات الصحية، ولمواجهة النقص الكبير في القوى المنتجة لليبية في مختلف التخصصات، من أطباء وأطباء أسنان وهيئات تريض فقد تضمنت خطتنا التحول الاقتصادي 1976-1980 و1981-1985، فيما يخص تنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي المشروعات التالية:

#### 1. مشروعات خطة التحول 1976-1980:

- استكمال إنشاء وتجهيز المعهد الصحي في كل من غريان / مصراته.
- إنشاء وتجهيز 17 معهداً صحياً في كل من: بنغازي، تاجوراء، قصر بن غشير، مزدة، مرزق، غدامس، الشاطي، أوباري، غات، مسلاتة، الزهراء، مسلاتة، بن وليد، الجفرة، البيضاء، المرج.
- إنشاء وتجهيز (14) مدرسة لمساعدات الممرضات بكل من: (3) مدراس بطرابلس، وواحدة في كل من: غريان، سبها، درنة، إجدابيا، سرت، نالوت، يفرن، طبرق، زليتن، زوارة.

#### 2. مشروعات خطة التحول الاقتصادي 1981-1985:

- وصل عدد الطلبة والطالبات المسجلين بكليات الطب بجامعتي الفاتح وقاريونس إلى 1500 طالب وطالبة في نهاية عام 1981م، وتمشياً مع سياسة تلييب تلك الفئات، فإن خطة التحول الاقتصادي 1981/85 استهدفت زيادة القبول في كليات الطب وطب الأسنان، كذلك إنشاء

وتجهيز (14) مدرسة لمساعدات الممرضات ومعهد صحي متوسط في مصراتة ومعهد في غريان، كما تضمنت الخطة استكمال إنشاء وتجهيز (17) معهداً صحياً جديداً بكل من وبنغازي، وتاجوراء، وقصر بن غشير، ومزدة، ومرزق، غدامس، الشاطئ، وأوباري، وغات، ومسلاتة، والزهاء، وبنبي وليد، والجفرة، والبيضاء، والمرج.

### جدول رقم ( 3-10-أ )

#### عدد الخريجين من المعاهد الصحية خلال الفترة 1977-1991م

الإجمالي	التفتيش الصحي		مساعد صيدلي		فنيو الأشعة التشخيصية		فنيو المختبرات		التمريض العام		السنة
	بنين	بنات	بنين	بنات	بنين	بنات	بنين	بنات	بنين	بنات	
99	-	-	10	-	21	-	13	-	54	1	1977
151	-	-	13	-	21	-	12	-	90	15	1978
184	-	-	18	-	23	-	22	-	75	46	1979
248	49	-	17	-	23	-	16	-	120	23	1980
245	49	-	19	-	20	-	33	-	92	32	1981
320	49	-	28	-	24	-	28	-	155	36	1982
729	73	83	53	-	16	41	39	352	72	1983	
688	57	95	72	-	18	73	29	301	43	1984	
907	70	85	60	-	20	85	28	477	82	1985	
986	85	90	115	-	35	88	42	421	110	1986	
1233	100	87	137	14	32	105	47	625	86	1987	
963	21	70	72	15	20	45	32	569	119	1988	
1285	55	89	95	12	34	26	41	811	122	1989	
1532	80	25	169	29	32	20	61	774	342	1990	
1635	78	91	173	21	33	-	69	825	345	1991	
11205	766	715	1051	91	372	483	512	5741	1474	المجموع	

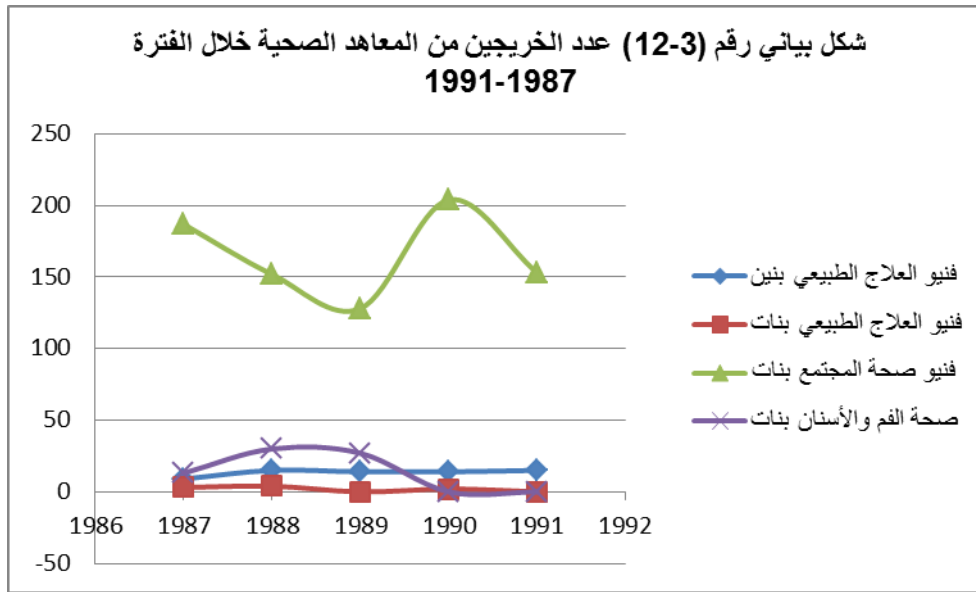
المصدر: ملخص خطة التحول الاقتصادي الاجتماعي 1981-1985، مرجع سبق ذكره، ص77

### جدول رقم (3-10- ب)

يتبع عدد الخريجين من المعاهد الصحية خلال الفترة 1987-1991

السنة	فنيو العلاج الطبيعي		فنيو صحة المجتمع	صحة الفم والأسنان بنات	الإجمالي
	بنين	بنات			
1987	9	3	187	13	212
1988	15	4	152	30	201
1989	14	-	128	27	169
1990	14	2	204	-	220
1991	15	-	153	-	168
المجموع	67	9	824	70	970

المصدر: ملخص خطة التحول الاقتصادي الاجتماعي 1981-1985، مرجع سبق ذكره، ص 77



ازدادت أعداد خريجي معاهد التمريض العام خلال الفترة 1977-1991م، ففي حين لم يتجاوز عددهم في عام 1977م 55 خريجاً من بنين وبنات، وصل عددهم إلى 345 خريجاً من البنين وعدد 825 خريجة من البنات في نهاية عام 1991م، ووصل إجمالي الخريجين 7215 خريج وخريجة أما خريجو فنيي المختبرات فقد كان عدد الخريجين عام 1977 لا يتجاوز عدد 13 خريجاً من البنين فقط، ووصل العدد إلى 69 خريج وكان عدد الخريجات عام 1983 حوالي 41 خريجة وانخفض العدد إلى 20 خريجة عام 1990 وإجمالي الخريجين 512 خريجاً من البنين وعدد 483 خريجة من البنات في نهاية عام 1991، وخريجو فنيي الأشعة التشخيصية كان

عدد 21 خريجاً من البنين فقط عام، 1977 ووصل عددهم إلى 33 خريج وزاد عدد الخريجات من 14 خريجة عام 1987 إلى عدد 21 خريجة عام 1991 ووصل العدد الاجمالي إلى 372 خريجاً من البنين و91 خريجة من البنات عام 1991، أما خريجو مساعدي الصيادلة فقد كان عددهم 10 خريجين بنين فقط عام 1977، وصل العدد إلى 173 خريج عام 1991، وارتفع عدد الحريجات من 83 خريجة عام 1983 إلى عدد 91 خريجة عام 1991، ووصل العدد الاجمالي إلى 1051 خريجاً من البنين وعدد 715 خريجة من البنات في نهاية عام 1991، وخريجو التفتيش الصحي ارتفع عد الخريجين من 49 خريج عام 1980 إلى عدد 78 خريج عام 1991 وارتفع العدد الاجمالي إلى 766 خريجاً من البنين عام 1991، أما خريجو العلاج الطبيعي فقط ازداد عددهم من 9 خريجين من البنين إلى عدد 15 خريج عام 1991 وانخفض عدد الخريجات من 3 خريجات عام 1987 إلى عدد 2 خريجة عام 1990 ووصل العدد الاجمالي من الخريجين إلى 67 خريج وعدد 9 خريجات بنهاية عام 1991 وهي أعداد محدودة، والملاحظ إقبال الذكور على هذه التخصصات أكثر من الإناث، وقد انخفض عدد فنيي صحة المجتمع من 187 خريجة من البنات عام 1987 إلى عدد 153 خريجة عام 1991 ووصل العدد الاجمالي إلى 824 خريجة من البنات فقط، وارتفع عدد خريجات صحة الفم والأسنان بنات من 13 خريجة عام 1987 إلى 27 خريجة في نهاية عام 1989 ووصل العدد الاجمالي إلى 70 خريجة، ويلاحظ أن هناك قبولاً من قبل البنات في الدراسة في معاهد التمريض العام وصحة المجتمع وصحة الفم والأسنان. كما هو موضح في الجدول السابق (3-10).

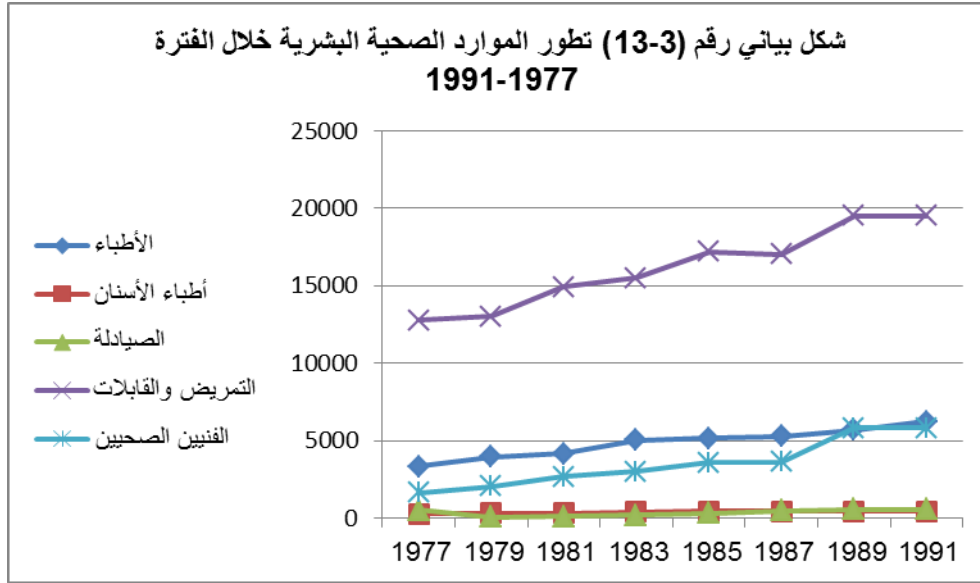
### جدول رقم (3-11)

#### تطور الموارد الصحية البشرية خلال الفترة 1977-1991

السنوات	العدد				
	الأطباء	أطباء الأسنان	الصيادلة	التمريض والقابلات	الفنيين الصحيين
1977	3350	277	538	12770	1640
1979	3951	320	85	13029	2074
1981	4158	341	137	14935	2671
1983	5060	417	217	15514	3000
1985	5153	451	331	17179	3600
1987	5310	460	485	17019	3632
1989	5687	471	575	19529	5841
1991	6250	471	575	19529	5841

المصدر: ملخص خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي 1981-1985م، مرجع سبق ذكره، ص 68،





يلاحظ من الجدول رقم (3-11) حدوث تطور كبير في عدد الأطباء خلال السنوات 1991-1977 فارتفع من طبيب في عام 1977 إلى 6250 طبيباً في عام 1991 أي بنسبة 86%، أما أطباء الأسنان فقد ارتفع عددهم من 277 طبيباً في عام 1977 إلى 471 طبيباً في عام 1991 وبزيادة نسبية قدرها 70%، أما الزيادة في عدد الصيدالة كانت قليلة من 538 في عام 1977 إلى 575 صيدلاني في عام 1991 أي بزيادة نسبية قدرها 6% فقط، وفيما يخص عدد هيئة التمريض والقابلات، فارتفعت أعدادهم من 12,770 في عام 1977 إلى 19,529 في عام 1991م وبزيادة نسبية قدرها 52%، ويلاحظ أن الزيادة كانت واضحة جداً في عدد الفنيين الصحيين حيث ارتفعت من 1640 في عام 1977 إلى 5941 وبزيادة نسبية تقدر بـ 256%.

## المبحث الثاني

### تقويم سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة 1977-1991

يهتم هذا المبحث بتقويم السياسات الصحية في ليبيا، وذلك باستخدام بعض المؤشرات الدولية لقياس مستوى الخدمات الصحية ومدى تأثيرها على المستوى الصحي للسكان خلال الفترة محل الدراسة:

أولاً- المؤشرات الخاصة بمستويات الخدمات الصحية:

#### أ- مخصصات قطاع الصحة من إجمالي موازنة الدولة<sup>(1)</sup>:

هي نسبة ما يخصص للاستثمار في مجال الصحة إلى إجمالي الميزانية العامة للدولة، وهذا ما ينطوي تحت إحدى وظائف النظام السياسي، وهي الأداء التوزيعي للنظام لإشباع الاحتياجات الأساسية لأفراد المجتمع، وهي من ضمن المؤشرات الدولية التي تبين مقدار أداء الدولة لوظائفها.

وخلال الفترة محل الدراسة 1977-1991م كانت ميزانيات التحول هي الأداة الرئيسية لتنفيذ برامج ومشروعات ومستهدفات الخطط الإنمائية، وذلك من حيث إنها تشمل الجزء الأعظم من الاستثمار الإجمالي المنفذ في الاقتصاد الوطني، وقد بلغت مخصصات ميزانيات التحول خلال الفترة 1977-1988 نحو 25.592 مليار دينار، وقد استحوذت القطاعات الرئيسة للأنشطة الاقتصادية على 94% من نسبة المبلغ المستثمر، وكانت النسب حسب التوالي، قطاع الصناعات بنسبة 18%، قطاع الزراعة والاستصلاح الزراعي بنسبة 12%، النقل والمواصلات بنسبة 12.4%، والمرافق بنسبة 12%، والكهرباء بنسبة 10%، والإسكان 10%، والتعليم بنسبة 7%، والنفط واستغلال الغاز بنسبة 4%، واحتل قطاع الصحة الترتيب التاسع من حيث الأهمية النسبية وبنسبة 3% .

ويتبين من الجدول التالي رقم (3-12) أن مخصصات ميزانية الصحة ارتفعت من 35.8 مليون دينار ليبي عام 1976 إلى نحو 106.0 مليون دينار ليبي عام 1981، وبزيادة قدرها 70.0 مليون دينار ليبي وبنسبة 195%، تم بدأت في الانخفاض تزامناً مع سياسة التقشف المتبعة في فترة الثمانينيات لتصل إلى 47.1 في عام 1988 وبانخفاض ما يعادل 58.9 مليون دينار وبنسبة 55%.

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، التحولات الاقتصادية والاجتماعية خلال اثني عشر عاماً من ثورة الفاتح 1970-1981، (طرابلس: 1981)، ص 17.

جدول رقم (3-12)

التكوين الرأسمالي الثابت حسب الأنشطة الاقتصادية عن الفترة 1976-1988 (بقيمة المشتريات الجارية بالمليون دينار)

القطاعات	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	المجموع الكلي	الأهمية النسبية %
الصناعات	194.7	226.3	203.4	591	727.1	613	494.9	415.4	254.2	270	273	224.8	4487.8	18
النقل والمواصلات	128.3	144.2	200.8	285	347.7	528	415.6	332.5	244	207	145.5	130.3	3108.9	12.4
الزراعة والإصلاح الزراعي	107.1	119.8	352.1	450	426.6	348	30.9	306.4	239.2	212	188.1	156.7	2936.9	12
المرافق	132.2	176	155	175	274.1	215	270.4	221.1	210.6	179.8	201.3	705.2	2915.7	12
الكهرباء	158.8	179.1	155.2	225	248.7	190	239.7	280.4	209.9	270.8	141.2	136.2	2435	10.1
الإسكان	185	231	166	222	288.2	230	217.6	208.2	168.6	167.5	142	138.8	2364.9	10
التعليم والتربية والبحث العلمي	120.9	122	98.7	14	202.7	209.2	161.4	138.6	117.4	140	160	133	1617.9	6.8
النفط واستغلال الغاز	95.5	90	85.7	50	60	40	30	25	125.5	115	70	70	856.7	3.7
الصحة العامة	47.1	68.1	69.1	90	106	82	75.8	71.3	55.2	59.2	55.2	47.1	826.1	3.4
الاقتصاد	5	8.5	7	60	182.6	140	60.5	48.9	29.8	25	20.2	20.2	607.7	2.3
الضمان الاجتماعي	4.3	6.2	2	60	18.7	15	14.3	60.7	3.7	5.4	5.2	6	201.5	1.0
الرياضة الجماهيرية	9.5	18.5	19.5	23	21.5	15	20.9	14	11	10.3	8	8	179.2	1.0
الأعلام والثقافة	21.2	25.5	24.4	30.4	24	20	20.6	15.5	14.4	12	10	8.5	226.5	1.0
النقل البحري	73.3	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	133.3	1.0
احتياطي المشاريع	0.2	8.9	10	150	0.5	0.5	16.6	1.4	0.2	2.3	1.1	1.1	192.8	1.0
التغذية والثروة البحرية	14.1	15.8	10.1	0	0	0	0	0	0	0	0	120	160	0.6
التكوين والتدريب المهني	0	0	10.7	13	23.4	14.4	10.3	12.01	10.2	18.1	19.9	38.3	170.31	0.6
استصلاح وتعمير الأراضي	181.1	227.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	408.7	0.5
العدل	11	13.5	70	11	0	0	0	0	0	0	0	0	105.5	0.5
القوى العاملة	11.5	14.5	10.7	13	23.4	15	0	0	0	0	0	0	88.1	0.4
التخطيط	3.6	3.5	5.3	11	12.2	10	12	12.5	6	5	7	7	95.1	0.4
السدود والموارد المائية	15.7	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41.7	0.2
تنمية المناطق	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	12	24	0.1
<b>المجموع</b>	<b>1520.1</b>	<b>1785</b>	<b>1655.7</b>	<b>2473.4</b>	<b>2987.4</b>	<b>2685.1</b>	<b>2091.5</b>	<b>2163.91</b>	<b>1699.9</b>	<b>1699.4</b>	<b>1459.7</b>	<b>1963.2</b>	<b>24184.31</b>	<b>100</b>

المصدر: مجموعة من الاساتذة، ليبيا الثورة في عشرين عاما، التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية 1969-1989، مرجع سبق ذكره، ص 100.  
الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، التحولات الاقتصادية والاجتماعية خلال اثني عشر عاما من ثورة الفاتح 1970-1981، (طرابلس: 1981)، ص 17

جدول رقم (3-13) يوضح المبالغ المرصودة لقطاع الصحة في خطتي التنمية الاقتصادية

(1985-1981 / 1980-1976)

المبلغ المرصود	الفترة الزمنية	الخطة
313.1 مليون دينار	1980-1976	خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي (الخمسية الأولى)
402.1 مليون دينار	1985-1981	خطة التحول الاقتصادية والاجتماعي (الخمسية الثانية)
<b>715.1</b>		<b>المجموع</b>

وبمقارنة المخصصات التي رصدت لقطاع الصحة في خطة التحول الخمسية الأولى 1980-1976م، وخطة التحول الخمسية الثانية 1985-1981م كما هو موضح في الجدول (3-13) يتضح أن الزيادة في مخصصات الصحة قد ارتفعت من 313,1 مليون دينار إلى 402,1 مليون دينار أي بزيادة قدرها 89 مليون دينار ليبي وبنسبة 28%.

ب- نسبة الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية:

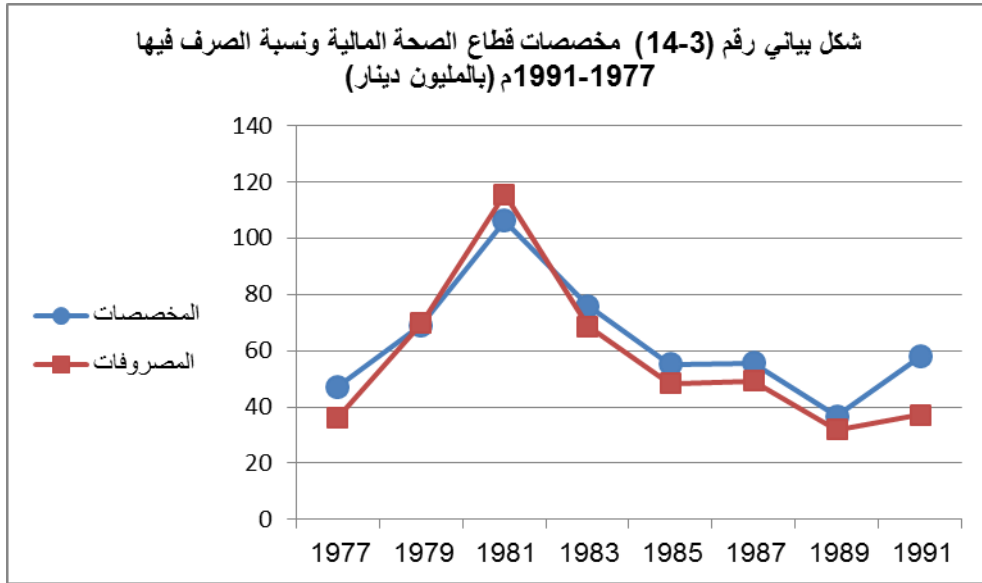
بمقارنة المخصصات المالية لقطاع الصحة ونسبة الصرف فيها كما هو موضح في الجدول (3-14) يتبين أن نسبة ما صرف فعلياً قد تجاوزت المخصصات في عامي 1979، 1981م، في حين تقلصت المصروفات الفعلية خلال الفترة من 1983 إلى 1991م، وربما يعود ذلك إلى الظروف الاقتصادية للبلاد وتأثير العقوبات الأمريكية على ليبيا في تلك الفترة والتوتر وتردي العلاقات مع أغلب الدول الأوروبية.

جدول رقم (3-14)

مخصصات قطاع الصحة المالية ونسبة الصرف فيها 1991-1977م (بالمليون دينار)

السنة	المخصصات	المصروفات	نسبة الصرف (%)
1977	47.1	36.3	77
1979	69.1	69.8	101
1981	106.1	115.6	109
1983	75.8	68.7	91
1985	55.2	48.4	88
1987	55.5	49.2	89
1989	36.8	31.9	87
1991	57.8	37.1	64

المصدر: التقرير الإحصائي السنوي 2007، مرجع سبق ذكره، ص 138،

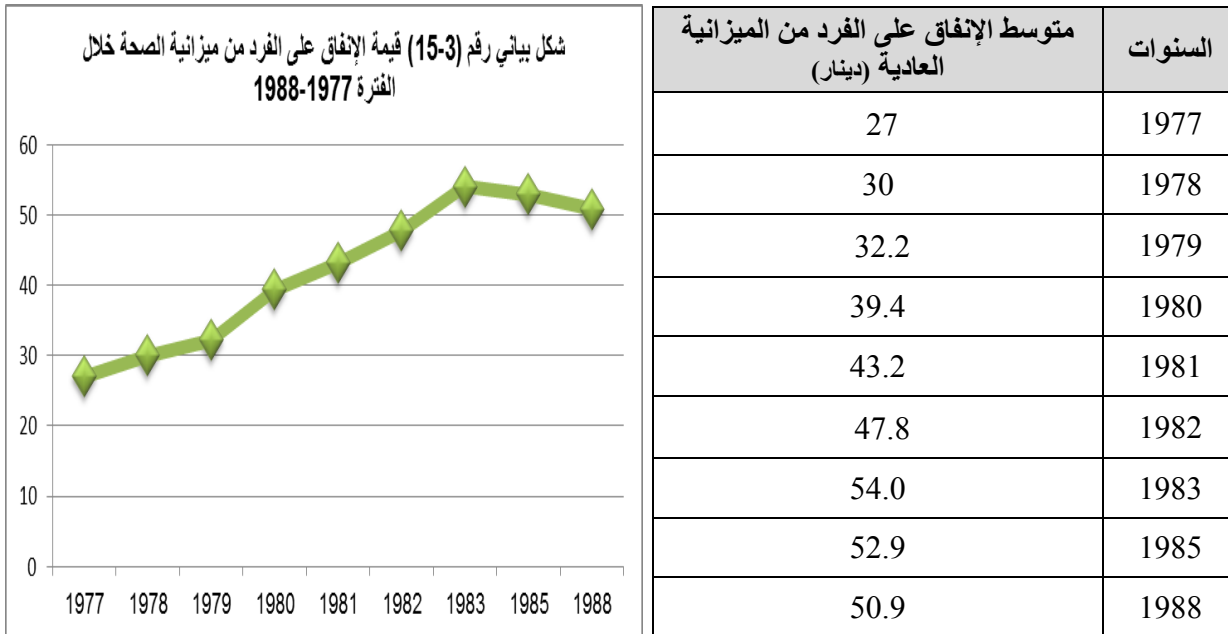


### ج- متوسط الإنفاق على الفرد من الميزانية العادية:

يتبين من الجدول رقم (3-15) تطور قيمة متوسط الإنفاق على الفرد من الميزانية العادية التي سجلت نحو 27 ديناراً في عام 1977 إلى قيمة 54 ديناراً في عام 1983، كما يلاحظ من خلال الجدول انخفاض متوسط الإنفاق على الفرد إلى 50 دينار فقط سنة 1988.

### جدول رقم (3-15)

قيمة متوسط الإنفاق على الفرد من ميزانية الصحة خلال الفترة 1977-1988



المصدر: التقرير الإحصائي السنوي 2007، مرجع سبق ذكره، ص 138،

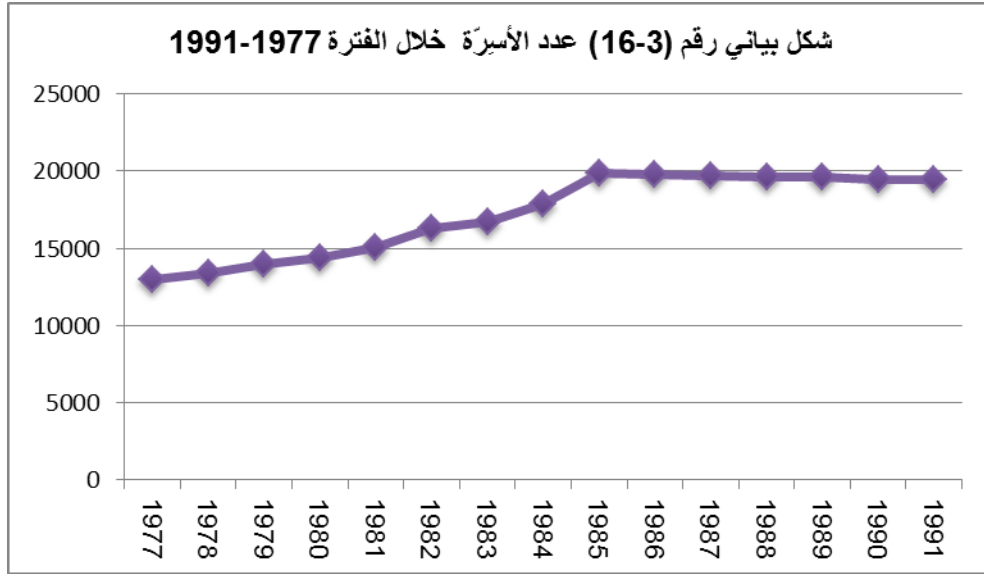
## ح- عدد الأسرة إلى عدد السكان:

شهدت الفترة منذ سنة 1977 وحتى 1991م اهتمام الدولة بتحسين المدخلات المادية للخدمات الصحية من خلال زيادة عدد الوحدات الصحية والمستشفيات، وعدد الأسرة، والفئات الطبية المساعدة الفنيين، والأطباء وأطباء الأسنان، وفي هذا الجزء من الدراسة نتناول التطور العددي في عدد الأسرة ومدى تغطيته لاحتياجات السكان، حيث استهدفت خطة التحول الاقتصادي 1980/76 إضافة 8,783 سريراً توزع على عشرة مستشفيات جديدة واستكمال وتطوير عشرة مستشفيات قائمة وعشرين مركزاً صحياً وتحويلها إلى مستشفيات نموذجية ريفية 60/40 سريراً وإنشاء أربعة مراكز صحية تشتمل 60/40 سريراً ومستشفيين جديدين بسعة 450 سريراً مخصصاً للأطفال المتخلفين عقلياً والمعوقين، للوصول بعدد الأسرة في نهاية الخطة إلى 21,024 سريراً، وإلى توافر سبعة أسرة لكل 1000 شخص، واستهدفت خطة التحول الاقتصادي 1985-1981م زيادة عدد الأسرة من 14,372 سريراً عام 1980 إلى نحو 23,765 سريراً عام 1985م بزيادة نسبية قدرها 64.2%، مما سيؤدي إلى تحسين معدل الأسرة من 4.5 سريراً لكل ألف من السكان عام 1980 إلى 6 أسرة لكل ألف من السكان عام 1985.

جدول رقم (3-16)  
عدد الأسرة نسبة إلى عدد السكان خلال الفترة 1977-1991

عدد السكان للسرير الواحد	المعدل لكل عشرة آلاف نسمة	العدد				سنوات	
		معدل النمو (%)	الأسرة	المستشفيات	معدل النمو (%)		
187	44	-	12959	71	-	2420589	1977
188.	45	3.5	13413	72	4.2	2522539	1978
188	45	4.2	13972	66	4.2	2628785	1979
191	45	2.8	14372	67	4.2	2739508	1980
190	46	4.7	15054	67	4.2	2854895	1981
183.	47	7.9	16249	67	4.2	2975145	1982
186	47	2.8	16704	69	4.2	3100462	1983
181.	49	6.7	17839	72	4.2	3231059	1984
167.	53	11.3	19862	79	2.8	3321641	1985
172	53	(0.2-)	19813	79	2.8	3414764	1986
179	48	(0.7-)	19661	79	2.8	3510499	1987
184	50	(0.08-)	19645	80	2.8	3608918	1988
189	0	0	19645	81	2.8	3710098	1989
196.	0	(1.07-)	19433	83	2.8	3814116	1990
202	0	0	19433	83	2.8	3921050	1991

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 45 \* لا يشمل السكان غير الليبيين



بالنظر إلى الجدول رقم (3-16) نجد أن عدد الأسرة قد سجل نسبة نمو متناسبة مع نسبة النمو في عدد السكان خلال الفترة 1979-1985، ومع بداية سنة 1985 تراجعت نسبة نمو السكان إلى 2.8%، وسجلت عدد الأسرة نسبة نمو كبيرة بالنسبة لعدد السكان سنة 1984 بحوالي 6.7% وسنة 1985 تقريباً 11.3%، ومن سنة 1986 حصلت نسبة تدهور سلبية في نسبة نمو الأسرة بنسبة (-0.2)%، وبنسبة نمو سالب 0.08% في سنة 1988، ومن هذه السنة لم تسجل عدد الأسرة نسبة نمو مقابل تزايد عدد السكان بنسبة 2.8%.

وقد كان المستهدف من خلال خطة التحول للسنوات 1976-1980 بلوغ عدد الأسرة إلى 21,024 سريراً، وبمراجعة الجدول نجد أن عدد الأسرة حسب المسجل في سنة 1980 هو 14372 سريراً، والمستهدف في خطة 1981-1985 زيادة عدد الأسرة إلى 23,765 سريراً وبالنظر إلى الجدول نجد أن عدد الأسرة نهاية سنة 1985 وصل إلى 19,862 سريراً فقط.

هذه النسب تبين أن هناك تدهوراً واضحاً في هذه الخدمات راجع إلى الاختلال بين نمو السكان وبين نمو الخدمات الصحية، تمثل هنا بعدد الأسرة، فبينما كان عدد السكان ينمو بمعدلات موجبة وإن تراجعت في آخر الفترة، فإننا نجد أن معدلات نمو الأسرة شهدت تراجعاً بوضوح منذ سنة 1986-1990 وبنسب نمو سالبة.

### ج- عدد الأسرة لكل طبيب وصيدلي وممرض أو ممرضة:

على الرغم من وجود تباين بين نمو عدد السكان وعدد الأسرة خلال هذه الفترة كما تم توضيح بالجدول رقم (3-16)، فإن الجدول رقم (3-17) يتبين أن مؤشر عدد الأسرة لكل طبيب وصيدلي وممرضة اتفق ما حددته المنظمة العالمية للصحة، حيث تحسن هذا المؤشر

بمقارنة سنة 1977 الذي كان 3.5 سرير فأصبح 2.9 سرير لكل طبيب سنة 1991، وعدد 24 سرير لكل صيدلي سنة 1977 ليصبح عدد 34 سريراً سنة 1991، وعدد 1 سرير سنة 1977 لكل ممرضة، ليستمر نفس العدد حتى سنة 1991، هذه الأرقام تدل على تحسن في الخدمات الصحية، مع العلم أن المنظمة العالمية للصحة حددت هذا المؤشر كالتالي<sup>(1)</sup>:

- 4 أو 5 أسرة لكل طبيب.
- عدد 100 سرير لكل صيدلي.
- عدد سريرين لكل ممرضة.

### جدول رقم (3-17)

عدد الأسرة بالنسبة لعدد الموارد البشرية خلال الفترة 1977-1991\*

السنة	عدد الأسرة في القطاع العام	عدد الأطباء وأطباء الأسنان	عدد الأسرة لكل طبيب	عدد الصيدالنة	عدد الأسرة لكل صيدلي	عدد هيئة التمريض	عدد الأسرة لكل ممرضة وممرض
1977	12959	3627	3.5	538	24	12770	1.0
1979	13972	4271	3.2	85	164	13029	1.1
1981	15054	4499	3.3	137	109	14935	1.0
1983	16704	5477	3.1	217	76	15514	1.1
1985	19862	5604	3.5	331	60	17179	1.2
1987	19661	5770	3.4	485	41	17019	1.2
1988	19645	6158	3.2	575	34	19529	1.0
1991	19433	6721	2.9	575	34	19529	1

\* الجدول من اعداد الباحثة

### ح- عدد المرافق الصحية الأولية إلى عدد السكان:

وتشمل المرافق الصحية (العيادات المجمعّة- مراكز الرعاية الصحية- وحدات الرعاية الصحية - مراكز مكافحة الدرن)، ويلاحظ ان المستهدف حسب خطتي التنمية 1976-1980، 1981-1985، زيادة عدد المرافق الصحية الأولية من 787 مرفقاً صحياً عام 1976 إلى 1359 مرفقاً صحياً عام 1985، وبالنظر إلى الجدول رقم (3-19) نجد أن عدد المرافق الصحية الأولية وصل في نهاية عام 1985 إلى 1326 مرفقاً صحياً فقط، أي بعجز عن المستهدف بعدد 33 مرفق وبنسبة 2%.

(1) حسين علي البياتي، المعايير المعتمدة في اقامة وإدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص115.

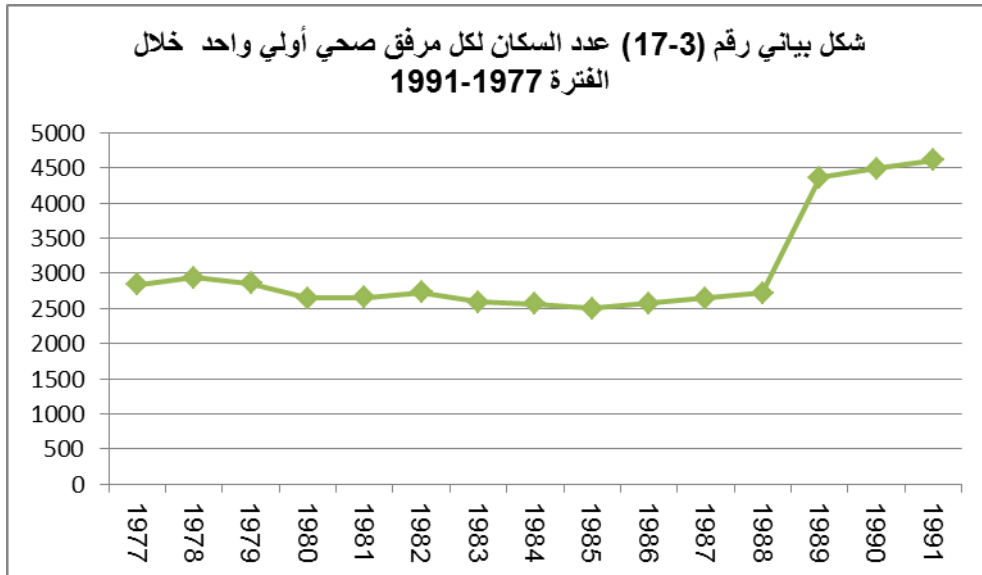


جدول رقم (3-18)

عدد المرافق الصحية الأولية نسبة إلى السكان خلال الفترة 1977-1991

المعدل لكل عشرة آلاف نسمة	السكان لكل مرفق صحي واحد	العدد			سنوات	
		معدل النمو (%)	مرافق الرعاية الصحية الأولية	معدل النمو السكان*		
4	2837	-	853	-	2420589	1977
3	2940	1	858	4.2	2522539	1978
4	2860	7.1	919	4.2	2628785	1979
4	2649	12.5	1034	4.2	2739508	1980
4	2658	3.8	1074	4.2	2854895	1981
4	2729	1.5	1090	4.2	2975145	1982
4	2588	9.9	1198	4.2	3100462	1983
4	2560	5.3	1262	4.2	3231059	1984
<b>4</b>	<b>2505</b>	<b>5.1</b>	<b>1326</b>	<b>2.8</b>	<b>3321641</b>	<b>1985</b>
4	2575	0	1326	2.8	3414764	1986
4	2647	0	1326	2.8	3510499	1987
4	2721	0	1326	2.8	3608918	1988
3	4364	0	850	2.8	3710098	1989
2	4487	(35.8-)	850	2.8	3814116	1990
2	4613	0	850	2.8	3921050	1991

الجدول من اعداد الباحثة بتصريف من كتاب المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 45، \* لا يشمل السكان غير الليبيين



ويوضح الجدول (3-18) أنه خلال السنوات من عام 1989 إلى عام 1991 قد حدث تراجع حاد في عدد المرافق الصحية، حيث وصل عددها إلى 850 مرفق سنة 1991 ونجد مرفقاً صحياً واحداً يخدم عدد 2837 نسمة من السكان في عام 1977، نتيجة أن زيادة معدل نمو السكان خلال الفترة 1976-1991 لم يقابلها نمو يذكر في معدل المرافق الصحية، ومن سنة 1985 بدأ المعدل في التناقص حتى وصل إلى معدلٍ سالب سنة 1990م، وحسب الجدول في نهاية الفترة محل الدراسة 1991م نجد أن مرفقاً صحياً واحداً يخدم عدد 4613 نسمة، وأن معدل المرافق الصحية المتاحة إلى عدد 10,000 نسمة خلال الفترة 1976-1991 تراجع من 4 مرافق صحية إلى عدد 2 مرفق صحي لكل عشرة آلاف مواطن.

#### خ- عدد العاملين في القطاع الصحي إلى عدد السكان:

استهدفت خطة التحول الاقتصادي 1976-1980 الارتفاع بمعدل الأطباء بالنسبة للسكان من طبيب واحد لكل 1124 شخص في بداية الخطة، إلى طبيب واحد لكل 1000 شخص في نهايتها، واستهدفت خطة التحول الاقتصادي 1981-1985 الارتفاع بعدد الأطباء والأسنان من 4300 طبيبا سنة 1980 إلى نحو 5280 طبيبا سنة 1985 بنسبة زيادة قدرها 22.8%، مما يؤدي إلى تحسين معدل السكان إلى كل طبيب تحسناً طفيفاً من 755 مواطناً لكل طبيب سنة 1981 إلى 750 مواطناً لكل طبيب، وترتفع نسبة الأطباء الليبيين من 10.5 % سنة 1981 إلى 40 % سنة 1985، أما بالنسبة لهيئات التمريض فسيرتفع عددهم من 13,524 سنة 1981 إلى 16,500 سنة 1985 بنسبة زيادة قدرها 72%، وسيظل المعدل بالنسبة للسكان ثابتاً وهو عضو هيئة تمريض لكل 240 مواطناً وستصل نسبة هيئة التمريض الليبية إلى 90% سنة 1985 بعد إن كانت 57.8% سنة 1980، وسيضاعف عدد الفنيين والمساعدين ليصبح 4600 مساعدٍ فني سنة 1985، بعد أن كان 2300 سنة 1981، وستتحسن نسبة الفنيين والمساعدين الليبيين من 41.3 % سنة 1981 إلى 90% سنة 1985م.

- الأطباء :

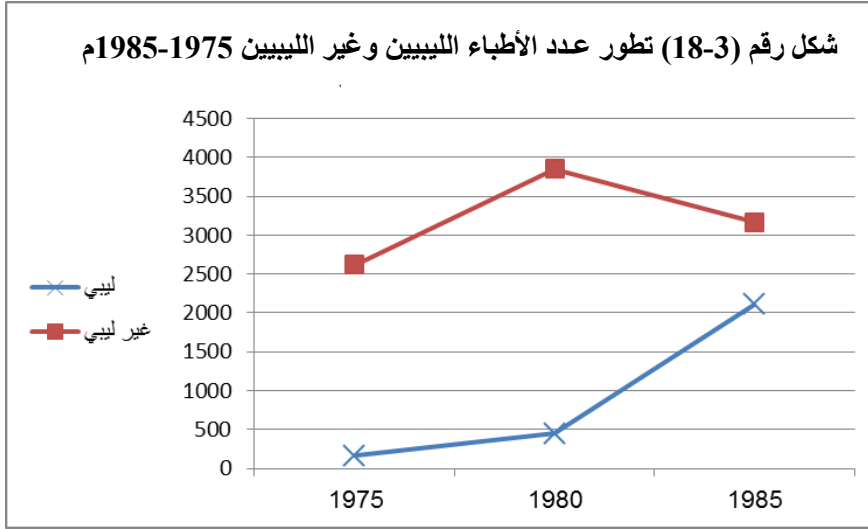
يعدّ الأطباء من أهم العناصر في تقديم خدمات الرعاية الصحية، فتأهيل الأطباء من ذوي الكفاءة ليس بالمسألة السهلة، ولقد عانت ليبيا في هذا الشأن بعض النقص في عدد الأطباء، وهو ما جعلها تعتمد حتى وقت قريب على عناصر طبية اجنبية، تكفي الإشارة أن افتتاح أول كلية للطب البشري كان في بنغازي عام 1970م.

### جدول رقم (3-19)

تطور عدد الأطباء الليبيين وغير الليبيين خلال الفترة 1975-1985م

عدد الأطباء (عدا أطباء الاسنان)					السنوات
نسبة الطبيب غير الليبي إلى المجموع	نسبة الطبيب الليبي إلى المجموع	المجموع	غير ليبي	ليبي	
%94	%6	2779	2617	162	1975
%89	%11	4300	3850	450	1980
%60	%40	5280	3170	2110	1985

المصدر: منجزات الفاتح خلال 15 سنة، مرجع سبق ذكره، ص ص 90-91



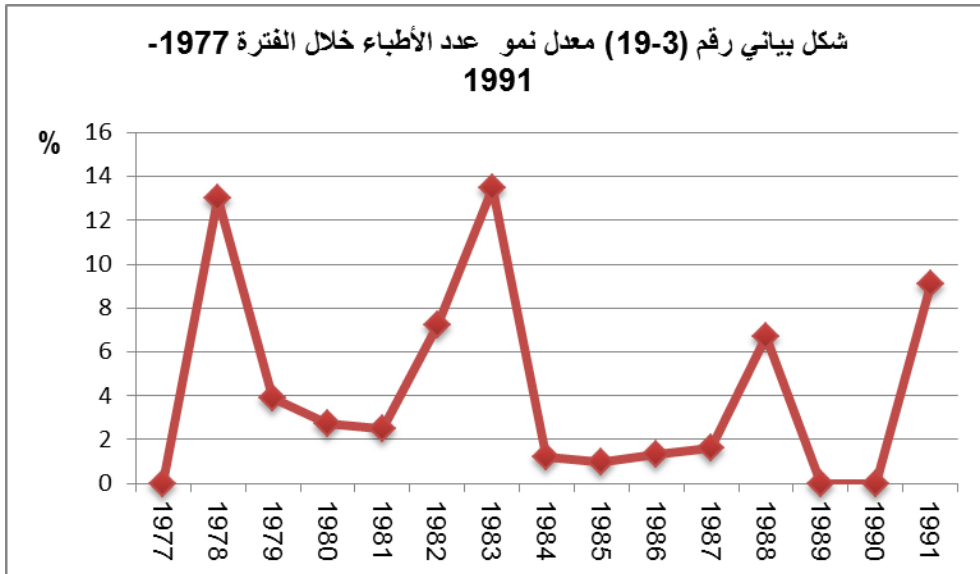
ويلاحظ من خلال الجدول السابق (3-19) أن عدد الأطباء الليبيين لم يتجاوز 162 طبيباً في عام 1975م، وبنسبة 6%، في حين بلغ عدد الأطباء الأجانب نحو 2617 طبيبياً، وبنسبة 94%، وعلى الرغم من زيادة عدد الأطباء الليبيين إلى 2110 أطباء عام 1985 أي بزيادة نسبية قدرها 13 ضعفاً مقارنة بسنة الأساس 1975، وبنسبة 40% إلى المجموع الكلي، والوصول بذلك إلى المستهدف بخطة 1985/1981، فإن عدد الأطباء الأجانب ظل مرتفعاً، حيث وصلت أعدادهم إلى 3170 طبيبياً، وبنسبة 60% وترجع ربما هذه الزيادة إلى انتشار ونمو عدد المستشفيات والمصحات والمراكز الصحية، في مختلف مناطق البلاد خلال هذه الفترة.

جدول رقم (3-20)

تطور عدد الأطباء خلال الفترة 1977-1991

السنوات	عدد السكان*	معدل النمو %	الأطباء	أطباء الأسنان	إجمالي الأطباء	معدل النمو %
1977	2420589	-	3350	277	3627	-
1978	2522539	4.2	3838	272	4110	13
1979	2628785	4.2	3951	320	4271	3.9
1980	2739508	4.2	4061	327	4388	2.7
1981	2854895	4.2	4158	341	4499	2.5
1982	2975145	4.2	4439	384	4823	7.2
1983	3100462	4.2	5060	417	5477	13.5
1984	3231059	4.2	5113	433	5546	1.2
1985	3321641	2.8	5153	451	5604	1.0
1986	3414764	2.8	5227	451	5678	1.3
1987	3510499	2.8	5310	460	5770	1.6
1988	3608918	2.8	5687	471	6158	6.7
1989	3710098	2.8	5687	471	6158	0
1990	3814116	2.8	5687	471	6158	0
1991	3921050	2.8	6250	471	6721	9.1

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 68،  
\* لا يشمل السكان غير الليبيين



يبين الجدول رقم (3-20) أن عدد الأطباء وأطباء الأسنان قد بلغ في عام 1981 4499 طبيياً، وارتفع العدد في عام 1985 فوصل إلى 5604 طبيياً، أي بزيادة قدرها 1304 أطباء وبنسبة 30% في خمس سنوات، هذا الرقم المحقق فاق المستهدف في زيادة عدد

الأطباء حسب خطة التحول 1981-1985 والذي حدد بعدد (5280) طبيب، وعلى الرغم من الزيادة المحققة فإن معدل النمو يشير إلى تذبذب واضح في زيادة العناصر البشرية، فبينما كانت الزيادة في بداية هذه الفترة بنسبة 13%، تراجعت هذه النسبة إلى 3.9% في العام التالي على التوالي، ثم عاد وارتفع عام 1983م فوصل إلى 13.9% وقد بلغ المؤشر ادني مستوى له عام 1985م فوصل إلى 1.0%، ثم عاد وارتفع المؤشر إلى 9.1% في نهاية سنة 1991، ونسبة الزيادة الكلية للأطباء ما بين سنتي 1977 و1991 هي 85%.

جدول رقم (3-21)  
التطور في عدد الأطباء إلى عدد السكان خلال الفترة 1977-1991م

السنوات	عدد السكان*	الأطباء وأطباء الأسنان	عدد السكان لكل طبيب	المعدل لكل عشرة آلاف نسمة	
				الأطباء	أطباء أسنان
1977	2420589	3627	667.3	14	1.1
1978	2522539	4110	613.7	15	1
1979	2628785	4271	615.4	15	1
1980	2739508	4388	624.3	15	1
1981	2854895	4499	634.5	15	1
1982	2975145	4823	616.8	15	1
1983	3100462	5477	566.0	16	1
1984	3231059	5546	582.5	16	1
1985	3321641	5604	592.7	16	1
1986	3414764	5678	601.4	15	1
1987	3510499	5770	608.4	15	1
1988	3608918	6158	586.0	15	1
1989	3710098	6158	602.4	15	1
1990	3814116	6158	619.3	15	1
1991	3921050	6721	583.4	15	1

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 45.  
\* لا يشمل غير الليبيين

وبالنسبة إلى مؤشر عدد السكان إلى كل طبيب واحد، يتضح من الجدول رقم (3-21) نجد أن هناك تحسناً في هذا المؤشر حيث كان في بداية الفترة طبيب واحد لكل 667.6 مواطن، وفي آخر الفترة نجد أن طبيباً واحداً يخدم كل 583.4 مواطن، فكلما كان عدد السكان إلى الطبيب أو الممرض أو غيره أقل كلما تحسنت الخدمات الصحية ومنح المواطن اهتماماً أكبر والعكس صحيح<sup>(1)</sup>، وهذا المؤشر فاق المستهدف بخطة التنمية 1981/1985، حيث كان

(1) سالم عبد السلام رحومة، مؤشرات التنمية الاجتماعية في ليبيا 1970-1980، مرجع سبق ذكره، ص ص 64-77.

المستهدف الوصول بعدد السكان لكل طبيب إلى 750 نسمة لكل طبيب في نهاية سنة 1985، ولم يحصل تطور يلحظ بالنسبة لمؤشر معدل الأطباء لكل 10000 الألف نسمة حيث ارتفع من 14 طبيب إلى 15 طبيب لكل 10000 نسمة في نهاية سنة 1991، وقد شهدت معظم دول العالم زيادة مطردة في اعداد الأطباء العاملين وتتراوح نسبة عدد الأطباء لكل 100000 السكان بين 3.1 لكل 100000 في بعض البلدان النامية مثل مالي و152.6 في مصر (1985)، إلى حوالي 200 لكل 100000 في البلدان المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية(1985)<sup>(1)</sup>.

#### -الصيدالة:-

#### جدول رقم (3-22)

التطور في عدد الصيدالة إلى عدد السكان خلال الفترة 1977-1991

السنوات	عدد السكان*	معدل النمو %	الصيدالة	معدل النمو %	عدد السكان لكل صيدلي	المعدل لكل 10000 آلاف نسمة
1977	2420589	-	538	-	4.499	2
1978	2522539	4.2	562	4.4	4.488	2
1979	2628785	4.2	85	(84.8-)	30.926	0.3
1980	2739508	4.2	100	17.6	27.395	0.3
1981	2854895	4.2	137	37	20.838	0.4
1982	2975145	4.2	176	28.4	16.904	1
1983	3100462	4.2	217	23.2	14.287	1
1984	3231059	4.2	262	20.7	12.332	1
1985	3321641	2.8	331	26.3	10.035	1
1986	3414764	2.8	418	26.2	8.169	1
1987	3510499	2.8	485	16.0	7.238	1
1988	3608918	2.8	575	18.5	6.276	2
1989	3710098	2.8	575	0	6.452	2
1990	3814116	2.8	575	0	6.633	2
1991	3921050	2.8	575	0	6.819	1

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 45.  
\* لا يشمل السكان غير الليبيين.

بلغ عدد الصيدالة كما هو موضح في الجدول (3-22) في عام 1977 نحو 538 صيدلانياً وبمعدل 2 لكل 10,000 آلاف من السكان، ووصل العدد في عام 1991 إلى 575 صيدلاني، أي بمعدل صيدلي واحد لكل 10,000 آلاف من السكان، وبزيادة قدرها 37 صيدلاني، وبمعدل نمو ضعيف جداً مقارنة بمعدل النمو السكاني الذي كان يزيد خلال الفترة من 1977-1991م، وكان عدد السكان لكل صيدلي واحد هو 4499 ألف عام 1977، وفي

(1) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص 77.

عام 1991 كان عدد السكان هو 6819 ألف لكل صيدلي واحد، وهذا الرقم يدل على التدهور الحاصل في عدد الصيادلة مقابل السكان.

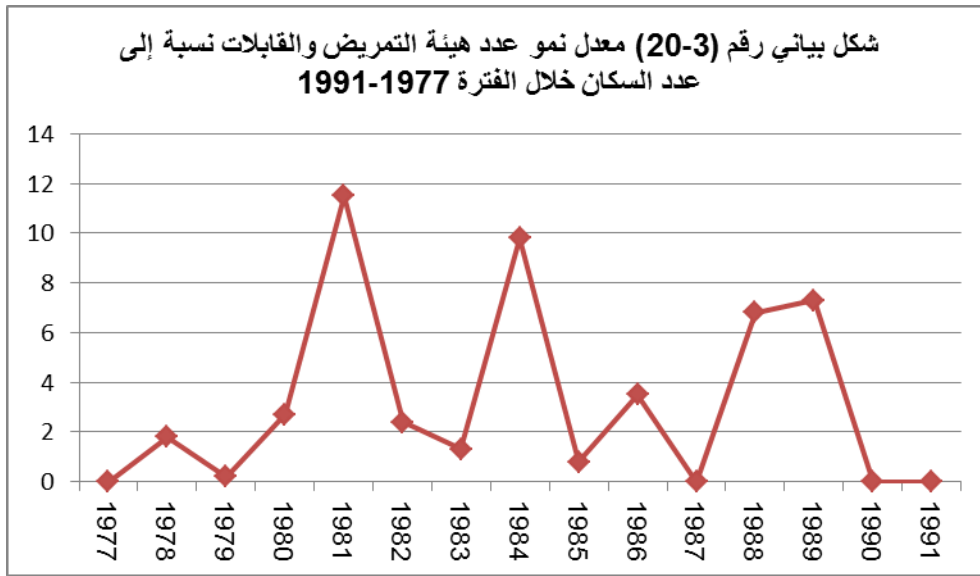
#### - هيئة التمريض:

يوضح الجدول رقم (3-23) زيادة عدد الممرضات من عام 1981 إلى عام 1985 بحوالي 2244 ممرضة وبنسبة 15%، وهذا الرقم أقل من العدد المستهدف في خطة التحول 1985-1981، والمحدد بنسبة زيادة 72% في نهاية سنة 1985، وبالنسبة لعدد السكان لكل ممرضة واحدة، كان هناك تدهور بالنسبة لعرض الخدمة خلال لهذه الفترة ففي عام 1977 حيث كان عدد 189 مواطن يتم تغطيتهم عن طريق ممرضة واحدة، وفي عام 1991 فإن ممرضة واحدة تقوم بخدمة 200 مواطن وهذا يدل أن معدل نمو السكان لا يقابله معدل نمو ممرضات في عدد الممرضات في كل الفترة محل الدراسة، فيلاحظ أن المعدل وصل سنة 1981م إلى 11.3%، ثم عاد وانخفض إلى 1.3% سنة، وارتفع المؤشر إلى 9.8% سنة 1984، وانخفض إلى أدنى مستوياته بقيمة سالبة - (0.9) سنة 1987، ثم عاد وارتفع المؤشر إلى 7.3% سنة 1989م.

#### جدول رقم (3-23)

معدل نمو عدد هيئة التمريض والقابلات نسبة إلى عدد السكان خلال الفترة 1977-1991

السنوات	عدد السكان*	معدل النمو	التمريض والقابلات	معدل النمو	عدد السكان لكل واحد من هيئة التمريض	المعدل لكل 10,000 نسمة
1977	2420589	-	12770	-	189.5	53
1978	2522539	4.2	13002	1.8	194.0	52
1979	2628785	4.2	13029	0.2	201.7	50
1980	2739508	4.2	13390	2.7	204.5	49
1981	2854895	4.2	14935	11.5	191.1	52
1982	2975145	4.2	15308	2.4	194.3	51
1983	3100462	4.2	15514	1.3	199.8	50
1984	3231059	4.2	17036	9.8	189.6	53
1985	3321641	2.8	17179	0.8	193.3	52
1986	3414764	2.8	17793	3.5	191.9	52
1987	3510499	2.8	17019	(4.3-)	206.2	48
1988	3608918	2.8	18188	6.8	198.4	50
1989	3710098	2.8	19529	7.3	189.9	53
1990	3814116	2.8	19529	0	195.3	51
1991	3921050	2.8	19529	0	200.7	50



#### د- معدل عدد الممرضات إلى الطبيب الواحد خلال الفترة 1977-1991:

بالنسبة لعدد الممرضات إلى الطبيب الواحد خلال الفترة 1977-1985 فقد كان 3.5 ممرضة إلى كل طبيب واحد في عام 1977، وفي عام 1985 كان 3 ممرضات إلى طبيب واحد، وهناك تراجع خلال الفترة من 3.5 في بداية الفترة إلى 3 عام 1991، وهذا يدل على وجود فائض في عدد الأطباء وقصور واضح في عدد هيئة التمريض، إذ من المفروض أن يقابل كل طبيب 4 ممرضات من هيئة التمريض، وهذا سبب من أسباب ضعف مستوى أداء القوة البشرية في القطاع الصحي خلال هذه الفترة كما هو موضح في الجدول رقم (3-24)، وتعاني معظم البلدان نقصاً حاداً في أعضاء هيئة التمريض المؤهلين علمياً ومهنيًا الأمر الذي يؤدي إلى زيادة عدد الأطباء على عدد الممرضات<sup>(1)</sup>.

#### جدول رقم (3-24)

##### معدل هيئة التمريض والقابلات إلى عدد الأطباء خلال الفترة 1977-1991 \*

السنة	الأطباء وأطباء الأسنان	التمريض والقابلات	عدد هيئة التمريض لكل طبيب واحد
1977	3627	12770	3.5
1979	4271	13029	3.1
1981	4499	14935	3.3
1983	5477	15514	3.0
1985	5604	17179	3.1
1987	5770	17019	3.0
1989	6158	19529	3.2
1991	6721	19529	3.0

(\* الجدول من اعداد الباحثة

(1) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص 81.



- الفنيون:

المقصود بهم خريجو المعاهد الصحية من التخصصات المختلفة، ويوضح الجدول التالي تطور اعداد هذه الفئة خلال الفترة 1977-1991م، حيث يتضح ارتفاع عددهم في البلاد ارتفاعاً ملحوظاً.

جدول رقم (3-25)

تطور عدد الفنيين الصحيين لعدد السكان خلال الفترة 1977-1991م

السنوات	عدد السكان	معدل النمو %	الفنيين الصحيين	معدل النمو %	عدد السكان لكل فني صحي واحد	المعدل لكل 10000 نسمة
1977	2420589	-	1640	-	1.475	7
1978	2522539	4.2	2050	25	1.230	8
1979	2628785	4.2	2074	1.1	1.267	8
1980	2739508	4.2	2239	7.9	1.223	8
1981	2854895	4.2	2671	19.2	1.068	9
1982	2975145	4.2	2771	3.7	1.073	9
1983	3100462	4.2	3000	8.2	1.033	10
1984	3231059	4.2	3300	10	979	10
1985	3321641	2.8	3600	9.0	922	11
1986	3414764	2.8	3632	0.8	940	11
1987	3510499	2.8	3632	0	966	10
1988	3608918	2.8	4877	34.2	739	14
1989	3710098	2.8	5841	19.7	635	16
1990	3814116	2.8	5841	0	652	15
1991	3921050	2.8	5841	0	671	15

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 45.

ففي عام 1977 كان عددهم 1640 فنياً، وفي عام 1991 كان عددهم 5841 فنياً بزيادة قدرها 4201 فني أي بنسبة 256%، أي أن أعداد الفنيين تضاعفت بصورة كبيرة خلال الفترة، وكانت هذه الزيادة أكثر من العدد المستهدف بخطة التحول الاقتصادي 1981-1985 والمحدد بعدد (4600) فني في نهاية الخطة، وتطور معدل الفنيين لكل 10,000 ألف من السكان من 7 فنيين لكل 10,000 من السكان عام 1977 إلى معدل 15 فني لكل 10000 من السكان عام 1991، وتطور العدد من 1475 من السكان لكل فني واحد عام 1977، إلى 671 من السكان لكل فني واحد عام 1991م كما هو موضح في الجدول السابق رقم (3-25).

### جدول رقم (3-26)

#### الهيئات الطبية المساعدة خلال الفترة 1975-1985

السنوات	عدد الفنيين والمساعدين		
	ليبي	غير ليبي	المجموع
1975	566	769	1335
1980	950	1350	2300
1985	4347	483	4830

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 91،

ويتبين من الجدول رقم (3-26) نجد أن عدد الهيئات الطبية المساعدة ارتفع من 1335 في عام 1975 إلى عدد 4830 في عام 1985م، وتطور نسبة الهيئات الطبية المساعدة من الليبيين من 42% عام 1975م إلى نسبة 90% عام 1985م وذلك حسب المستهدف بخطة التنمية 1981/1985.

#### ثانياً- أثر الخدمات الصحية على المستوى الصحي للسكان:

يهتم هذا الجزء بدراسة المستوى الصحي وذلك بعرض المؤشرات التي تعكس ذلك المستوى مثل معدل المواليد ومعدل الوفيات العام ومعدل وفيات الرضع وكذلك مؤشر العمر المتوقع عند الولادة، وتجدر الإشارة إلى مؤشرين أساسيين اقترحت منظمة الصحة العالمية استعمالهما لقياس مدى التقدم في هذا المجال وهو توافر الصحة أو تحقيق المستوى المقبول من الصحة للجميع، ألا وهما العمر المتوقع عند الميلاد (Life Expectancy)، ومعدل وفيات الرضع (Infant Mortality Rate)، ويقرر كل بلد ما يراه بشأن هذه المؤشرات، غير أن منظمة الصحة العالمية تضع الحد الأدنى للعمر المتوقع عند الميلاد 60 سنة أو أكثر، والحد الأدنى لمعدل وفيات الرضع هو 50 لكل 1000 مولود حي<sup>(1)</sup>.

#### 1- مؤشر عدد المواليد<sup>(\*)</sup>:

يشير إلى عدد الولادات لمواليد أحياء على مدار العام لكل 1000 شخص مقدرة في منتصف العام ويتيح طرح معدل الوفيات الخام من معدل المواليد الخام معدل الزيادة الطبيعية والذي يساوي معدل النمو السكاني إنما من دون هجرة، ويصاحب معدلات المواليد المرتفعة وقصر متوسط الفترة ما بين الولادات ارتفاعاً في وفيات الأمهات والأطفال، وارتفاع هذا

(1) نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص 47.

(\*) أستخدم هذا المعدل كأحد مؤشرات درجة تكاثر السكان، ويقاس بالطريقة التالية:

$$\text{معدل المواليد} = \frac{\text{عدد المولودين أحياء في بلد ما خلال سنة ميلادية}}{\text{عدد السكان من نفس البلد في منتصف السنة}} \times 1000$$

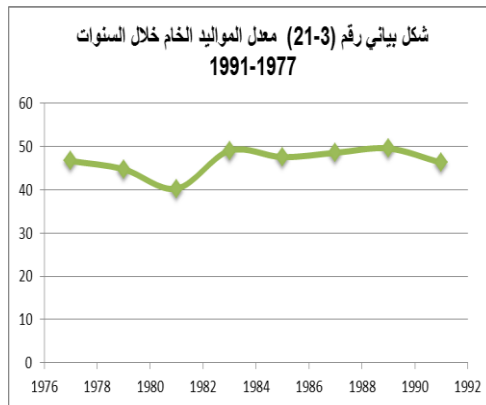
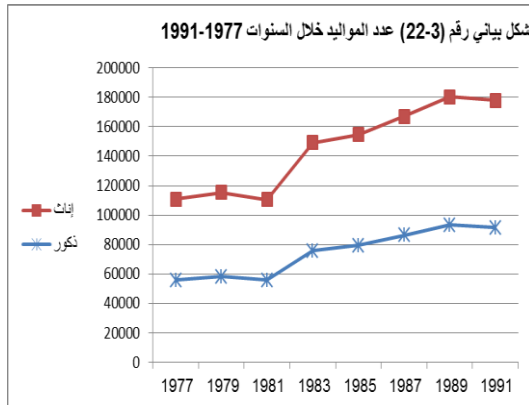
المعدل يدل على ارتفاع معدل الخصوبة وتتميز الدول النامية بارتفاع هذا المعدل بعكس الحال في الدول المتقدمة التي ينخفض فيها هذا المعدل، ويبين الجدول رقم (3-27) انخفاض معدل المواليد الخام من 46.7% سنة 1977 إلى 40.3% سنة 1981 على الرغم من زيادة عدد المواليد خلال هذه الفترة ثم عاد وارتفع المؤشر إلى 49% بين سنتي 1983 و1989، وارتفع هذا المعدل ناتج عن تنفيذ برامج الامومة والطفولة الواردة ضمن خطط التنمية لهذه الفترة.

### جدول (3-27)

#### عدد المواليد خلال السنوات 1977-1991

السنة	عدد المواليد			معدل المواليد الخام
	ذكور	إناث	المجموع	
1977	55957	54786	110743	46.7
1979	58416	56942	115358	44.8
1981	55761	54820	112581	40.3
1983	75900	73300	149200	49.1
1985	79351	75375	154726	47.6
1987	86350	80670	167020	48.6
1989	93195	87060	180255	49.6
1991	91394	86416	177810	46.3

المصدر: السلسلة الزمنية للإحصاءات الحيوية 1977-2007، مرجع سبق ذكره، ص 1،



## 2- مؤشر الوفيات الخام(\*):

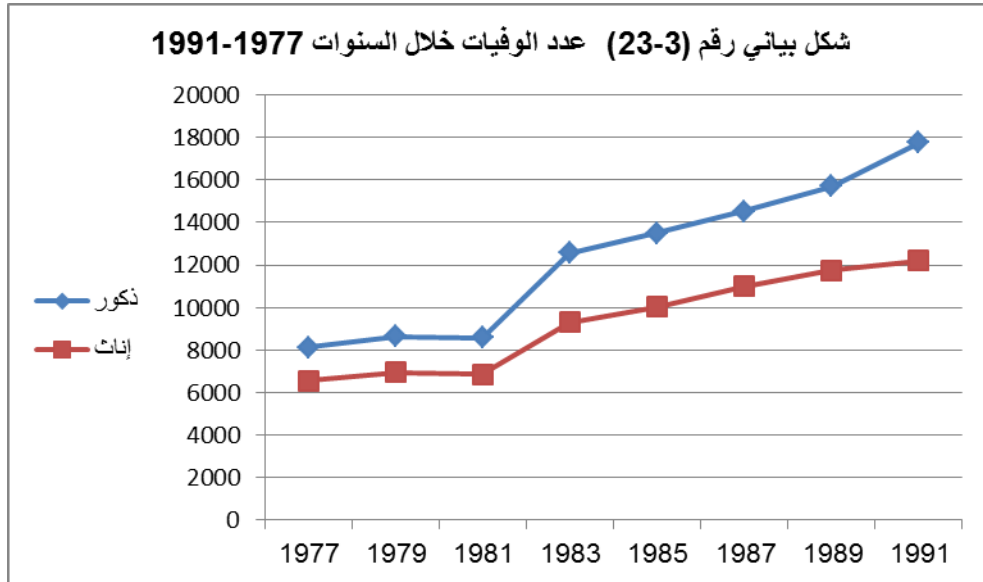
وهو نسبة عدد الوفيات في سنة معينة إلى السكان في تلك السنة في الـ 1000، مقدرة في منتصف العام وانخفاض معدلات الوفيات دليل على تحسن الوضع المعيشي للسكان، والواضح أن الدول النامية تتميز بمعدلات مرتفعة للوفيات نظراً لانتشار الأمراض وانخفاض المستوى الصحي والمعيشي، ويتيح طرح معدل الوفيات الخام من معدل المواليد الخام معدل الزيادة الطبيعية، والذي يساوي معدل النمو السكاني من دون الهجرة.

### جدول (28-3)

#### عدد الوفيات خلال السنوات 1977-1991

السنة	عدد الوفيات		
	معدل الوفيات الخام	المجموع	إناث
1977	-	14677	6544
1979	-	15609	6956
1981	12	15428	6849
1983	10	21860	9300
1985	8	23540	10030
1987	6	25529	10989
1989	5	27440	11742
1991	4	29978	12209

المصدر: السلسلة الزمنية للإحصاءات الحيوية 1977-2007، مرجع سبق ذكره، ص 15.



(\*) يقاس هذا المؤشر حسب التالي:

$$\text{معدل الوفيات العامة} = \frac{\text{عدد الوفيات خلال سنة ميلادية}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة}} \times 1000$$

يوضح الجدول رقم (3-28) الانخفاض السريع والملحوظ في معدل الوفيات الخام في ليبيا خلال هذه الفترة، هذه التحسن في معدلات الوفيات الخام أدى إلى تحسن واضح في معدلات متوسط العمر وإن كان تحسناً قليلاً جداً، وهذا ما يتبين من الجدول رقم (3-33).

### جدول رقم (3-29)

#### معدل الوفيات الخام في ليبيا مقارنة ببعض مناطق العالم الأخرى 1975-1990

الفترة	شرق آسيا	أمريكا اللاتينية	ليبيا	جنوب آسيا	أفريقيا جنوب الصحراء
1980-1975	6.6	8.8	12.7	14.3	18.5
1985-1980	6.6	7.9	10.9	13.1	17.3
1990-1985	6.6	7.2	5.3	11.6	16.2

المصدر: التطورات الديموغرافية (السكانية) والاقتصاد الليبي بحث في العلاقات والسياسات، مرجع سبق ذكره، ص 81.

بالنظر إلى الجدول (3-29) نلاحظ أن فترة الثمانينات شهدت انخفاضاً في معدلات الوفيات الخام في ليبيا، وذلك يرجع إلى تحسن الظروف المعيشية والحالة الغذائية لمعظم أفراد المجتمع، بالإضافة إلى إتباع سياسة تعليمية أدت إلى رفع مستوى التعليم والإدراك لدى الأفراد. وهذه العوامل كان لها تأثير أيضاً على معدل العمر المتوقع عند الولادة، والتي أظهرت تحسناً ملحوظاً خلال نفس الفترة في ليبيا.

### 3- مؤشر وفيات الأطفال الرضع (من صفر إلى أقل من سنة) (\*):

هو عدد وفيات الرضع خلال السنة الأولى من العمر لكل 1000 مولود حي في سنة معينة، وهو مؤشر مفيد عن الحالة الصحية ليس فقط بالنسبة للرضع ولكن كذلك بالنسبة لكافة السكان، وعن الأحوال الاجتماعية والاقتصادية التي يعيشون فيها، وكذلك يعد مقياساً لكفاءة الخدمات الصحية في هذا البلد أو المجتمع<sup>(1)</sup>، ويبدل انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع على القضاء على الكثير من الأمراض وعلى تحسن نوعية التغذية.

ويعدّ معدل وفيات الأطفال الرضع مؤشراً حساساً بصدد توافر واستعمال وفاعلية الرعاية الصحية، لاسيما رعاية ما حول الولادة، وهناك فوارق واسعة في معدل وفيات الرضع ما بين أقل البلدان نمواً وأكثرها تقدماً، ففي البلدان الأقل نمواً يمكن أن يزيد المعدل عن 200 لكل 1000 مولود حي في حين يقل هذا المعدل في الكثير من البلدان المتقدمة وهو 15 حالة وفاة

(\*): يقاس هذا المؤشر حسب التالي:

$$\text{معدل وفيات الرضع} = \frac{\text{عدد وفيات الرضع دون السنة الأولى من العمر}}{\text{عدد المواليد الأحياء}} \times 1000$$

(1) نخبة من الأساتذة في الجامعات العربية، طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص ص 507-508.

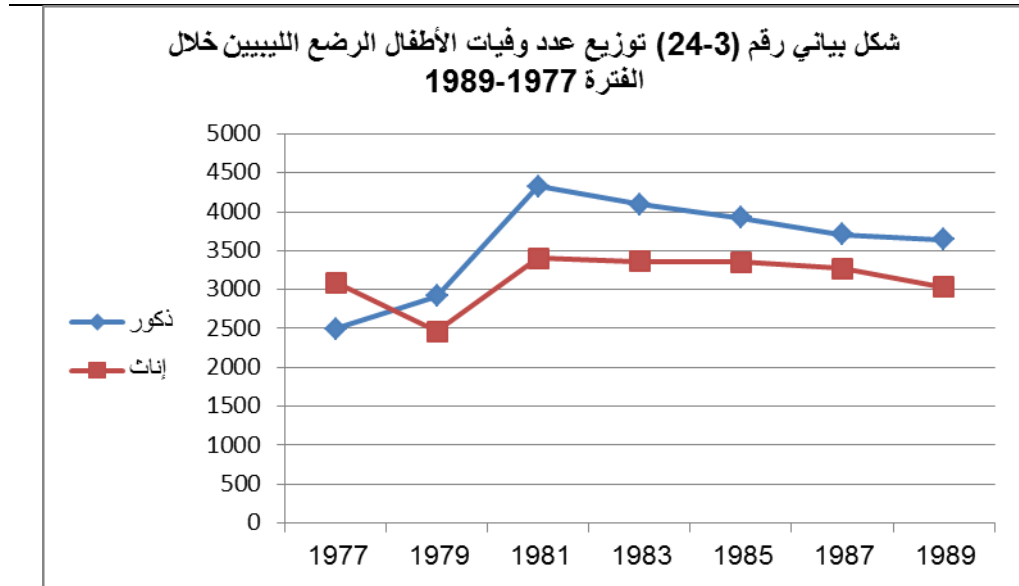
لكل 1000 مولود حي، كما توجد اختلافات في نسبة هذا المؤشر داخل البلاد نفسها ما بين المناطق الجغرافية المختلفة وما بين مناطق الحضر والريف وبين المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة<sup>(1)</sup>.

### جدول رقم (3-30)

#### توزيع عدد ومعدل وفيات الأطفال الرضع الليبيين خلال الفترة 1977-1989

السنة	عدد الوفيات الرضع (الأقل من سنة)		معدل وفيات الأطفال الرضع لكل ألف مولود حي %	
	ذكور	إناث	المجموع	متوسط الوفيات
1977	2498	3086	5584	50.4
1979	2911	2463	5374	46.6
1981	4322	3399	7721	68.6
1983	4098	3361	7459	50.0
1985	3918	3354	7272	47.0
1987	3705	3271	6976	41.8
1989	3642	3034	6676	37.0

المصدر: السلسلة الزمنية للإحصاءات الحيوية 1977-2007، (إدارة الإحصاء والتعداد)، ص 23.



بالنسبة لوفيات الرضع، وكما هو واضح من الجدول رقم (3-30) فنراها قد انخفضت من معدل 50% سنة 1980 إلى معدل 37% سنة 1989، ولكن هذا المؤشر عند مقارنته بعدد 15 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في الدول المتقدمة نجد ان عدد الوفيات في ليبيا خلال هذه الفترة يعدّ معدل مرتفع، وعند مقارنة هذا المؤشر مع بعض دول اقليم شرق

(1) وضع مؤشرات لمراقبة التقدم نحو توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000، مرجع سبق ذكره، ص 44.

المتوسط نجد ان معدل وفيات الاطفال الرضع في ليبيا انخفض إلى نسبة 32 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 1991، وكان هذا المؤشر في البحرين 14 حالة وفاة وفي الامارات 18 حالة وفاة وفي السعودية 34 حالة وفاة وفي تونس 43 حالة وفاة في نفس السنة 1991 (موقع البنك الدولي).

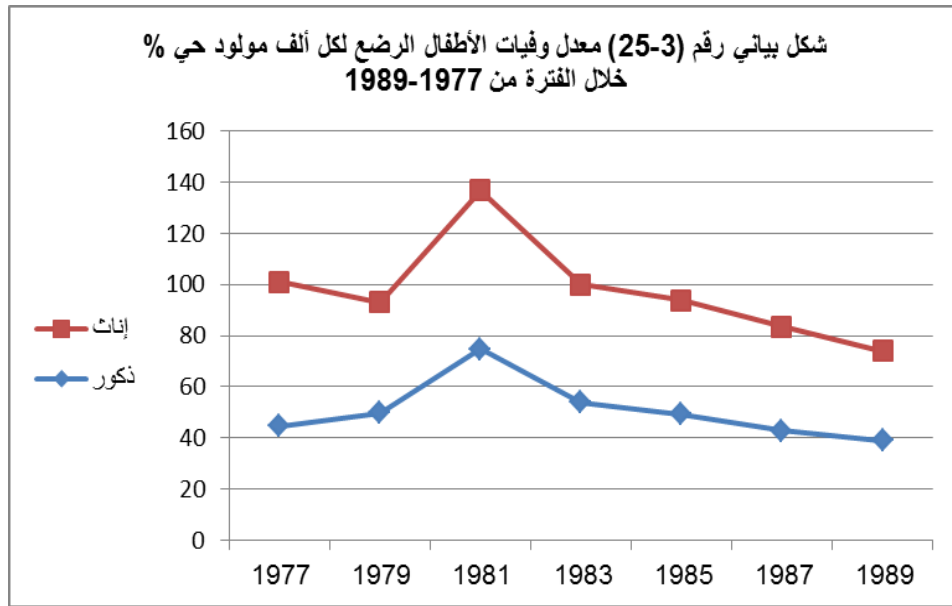
### جدول رقم (3-31)

معدلات وفيات الرضع والأطفال في ليبيا مع مقارنات عالمية 1975-1978م

البلد	معدل وفيات الرضع (في الألف)		معدل وفيات الأطفال (في الألف)	
	1978	1975	1978	1975
الدول الصناعية	15	13	1	1
ليبيا	-	53	17	-
الدول الفقيرة	122	172	20	24

المصدر: سالم عبدالسلام رحومة، مؤشرات التنمية الاجتماعية في ليبيا 1970-1980، ص 63، تقرير البنك الدولي لعام 1978، ص 117.

بالنظر إلى الجدول رقم (3-31) نلاحظ أن معدل وفيات الأطفال الرضع تعدّ قليلة بالنسبة للدول النامية الأخرى، في الوقت الذي تعدّ فيه كبيرة بالنسبة للدول الصناعية، كذلك الأمر بالنسبة لوفيات الأطفال حيث يقع معدل ليبيا بين المستويين لكنه الأقرب إلى معدلات الدول النامية، وعلى العموم فإن صغر معدل الوفيات عن نظيره في الدول النامية كل ذلك يدل على تطور الخدمات الصحية وتحسن الوضع الصحي بصفة عامة.



#### 4- مؤشر وفيات الأطفال دون السن الخامسة من العمر (لكل 1000 شخص):

يشير معدل الوفيات دون سن الخامسة إلى احتمالات وفاة مولود حديث بين كل ألف مولود حي قبل بلوغ سن الخامسة، وذلك في ظل مراعاة معدلات الوفيات الراهنة<sup>(1)</sup>، وتتراوح النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة بين 15-20% من العدد الإجمالي للسكان في أغلب الدول النامية، ولذلك فهم يحتاجون إلى قسط وافر ومتكامل من الرعاية الصحية والاجتماعية وتعد معدلات الوفيات في هذه الفئة العمرية عالية جداً في كثير من الدول النامية، فهي قد تصل إلى 40 حالة وفاة لكل ألف مولود في أغلب دول العالم الثالث، بالمقارنة مع 0.5 لكل ألف مولود في دول العالم المتقدم مثل السويد، وتشير البيانات إلى نسبة 50 إلى 60%، من إجمالي الوفيات في الدول النامية تحدث في الأطفال دون سن الخامسة، وذلك بسبب أمراض سوء التغذية والأمراض المعدية، خاصة الإسهال<sup>(2)</sup>.

وقد وجدت منظمة الصحة العالمية أن استخدام معدل وفيات الرضع وحده لا يسترعي الانتباه نحو معدل الوفيات المرتفع بين الأطفال الأكثر سناً، وقد لا تولى مشكلات سوء التغذية بصفة خاصة الاهتمام الكافي باعتبارها عاملاً مسبباً، لاسيما في البلدان التي يكون فيها الطفل في السن الثانية من عمره أكثر عرضة لسوء التغذية.

وتُعد النسبة التي تعزى إلى وفيات الأطفال دون سن الخامسة من جميع الوفيات مؤشراً يعكس المعدلات العالية لوفيات الأطفال والمعدلات العالية للمواليد وانخفاض متوسط العمر المتوقع<sup>(3)</sup>.

#### جدول رقم (3-32)

معدل الوفيات دون سن الخامسة (لكل 1000 شخص) في ليبيا  
مقارنة مع بعض دول إقليم شرق المتوسط خلال الفترة 1980-1991

الدولة	1980	1982	1984	1986	1988	1990	1991
الإمارات	43	37	32	28	24	22	21
السعودية	90	79	68	59	51	45	42
ليبيا	73	64	59	54	49	45	42
تونس	96	83	73	63	56	49	46
السودان	141	139	135	131	128	125	124

البنك الدولي [www.data.albank](http://www.data.albank) . aldawli.org

(1) البنك الدولي [www.data.albankaldawli.org](http://www.data.albankaldawli.org)

(2) نخبة من الأساتذة في الجامعات العربية، طب المجتمع، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، مرجع سبق ذكره، ص 331.

(3) وضع مؤشرات لمراقبة التقدم نحو توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000، مرجع سبق ذكره، ص 46.



يتضح من الجدول رقم (3-32) انخفاض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل (1000 شخص) في ليبيا من عدد 73 حالة وفاة سنة 1980، إلى 42 حالة وفاة سنة 1991، وبنفس معدل السعودية وأقل بأكثر من النصف بالنسبة لدولة الإمارات العربية.

5- مؤشر متوسط العمر المتوقع عند الولادة:

متوسط العمر المتوقع عند الميلاد هو متوسط عدد السنين التي يعيشها جميع من ولدوا أحياء في المجموعة السكانية المعينة، ويعدّ متوسط العمر المتوقع مؤشراً جيداً عن التطور الاجتماعي والاقتصادي بصفة عامة، ويتراوح متوسط العمر المتوقع عند الميلاد من أقل من 40 سنة لأقل البلدان نمواً إلى أكثر من 70 سنة للبلدان المتقدمة، ويتأثر متوسط العمر المتوقع عند الميلاد تأثراً كبيراً بمعدل وفيات الأطفال الرضع حيثما كان مرتفعاً، واستخدام متوسط العمر المتوقع مؤشر له ميزة كونه مصدر افتخار للبلدان كلما تزايد باطراد<sup>(1)</sup>.

#### جدول رقم (3-33)

متوسط العمر المتوقع في ليبيا مقارنة ببعض دول اقليم شرق المتوسط  
خلال الفترة 1980-1991م

الدولة	1980	1982	1984	1986	1988	1990	1991
البحرين	70	71	71	72	72	72	73
الإمارات	69	69	70	71	72	72	72
السعودية	62	64	65	67	68	69	71
تونس	62	64	65	66	67	70	70
ليبيا	60	62	64	65	67	68	69
الجزائر	60	61	63	65	66	67	67
السودان	49	50	51	51	52	53	53
أفغانستان	39	40	40	41	42	42	43

المصدر: لبنك الدولي [www.data.albankaldawli.org](http://www.data.albankaldawli.org)

#### جدول رقم (3-34)

متوسط العمر المتوقع عند الميلاد في ليبيا مع بعض المقارنات العالمية

البلد	متوسط العمر المتوقع عند الميلاد	
	1975	1978
الدول الصناعية	72	74
ليبيا	53	55
الدول الفقيرة	44	50

المصدر: سالم عبدالسلام رحومة، مؤشرات التنمية الاجتماعية في ليبيا 1970-1980، ص 63. تقرير البنك الدولي لسنة 1978، مرجع سبق ذكره، ص 117.

(1) نفس المرجع السابق، ص 46.

يتضح من الجدول رقم (3-34) أن العمر المتوقع عند الولادة في ليبيا هو 53 سنة في العام 1975، وفي الدول الفقيرة نجده 44 سنة، وفي الدول الصناعية وصل إلى 72 سنة، وحصل تطور قليل في هذا المؤشر سنة 1978 حيث وصل المؤشر إلى 55 سنة مقارنة بـ 50 سنة في الدول الفقيرة و74 سنة في الدول الصناعية، لهذا نجد أن هذا المؤشر خلال هذه السنة يعد الأقرب إلى الدول الفقيرة منه إلى الدول الصناعية، وبداية من سنة 1980 حصل تطور ملحوظ في متوسط العمر المتوقع في ليبيا من 60 سنة في سنة 1980 إلى 69 سنة في سنة 1991 وتقع ليبيا في الترتيب الخامس مقارنة مع بعض دول شرق المتوسط كما هو مبين في الجدول رقم (3-33).

وحسب الجدول رقم (3-35) نجد أن ليبيا تقع في مستوى متوسط بين دول شرق آسيا وأمريكا اللاتينية الأكثر تقدماً، ويبين دول جنوب آسيا وجنوب أفريقيا الأقل نمواً، حيث حصل تطور في معدل العمر المتوقع في ليبيا من 57.4 سنة خلال الفترة 1975-1980 إلى 66.7<sup>(1)</sup>، خلال الفترة 1985-1990، ولكن ورغم هذا التطور نجد أن المعدل أقرب ما يكون إلى معدل الدول الفقيرة منها إلى معدل الدول الأكثر تقدماً مثل دول شرق آسيا وأمريكا اللاتينية.

#### جدول رقم (3-35)

##### متوسط العمر المتوقع في ليبيا والمناطق الأخرى خلال السنوات من 1975 وحتى 1990م

الفترة	شرق آسيا	أمريكا اللاتينية	ليبيا	جنوب آسيا	أفريقيا جنوب الصحراء
1980-1975	66.4	63	57.4	52.6	46.6
1985-1980	67.7	64.9	62.2	54.6	48
1990-1985	68.2	66.6	66.7	57.2	49.2

المصدر: التطورات الديموغرافية (السكانية) والاقتصاد الليبي بحث في العلاقات والسياسات، (مركز الدراسات والبحوث بأمانة مؤتمر الشعب العام)، مرجع سبق ذكره، ص 81. عن المصدر: United Nation, Population Division. World Population Prospects the 2003 Revision, New York.

(1) منظمة الأمم المتحدة، الكتاب الإحصائي السنوي 1973م- نيويورك 1974، مرجع سبق ذكره، ص 80.

## خلاصة:

تميزت هذه الفترة بتغيرات جذرية في توجهات السياسة العامة ، حيث تبنى النظام الليبي إيديولوجيا جديدة قائمة على الاشتراكية في الملكية والإنتاج وتوزيع الخدمات بدلاً عن النظام الرأسمالي القائم على المبادرة الفردية ومشاركة القطاع الخاص مع القطاع العام في تقديم الخدمات، الأمر الذي أدى إلى انكماش حصة القطاع الخاص إلى 10% من المبلغ المستثمر خلال الفترة مقابل حصة بقيمة 90% للقطاع العام، ويظهر ذلك واضحاً في تنفيذ مشروعات خطتي التحول الاقتصادي 1980/76-1985/81، وقد خلص المبحث الأول إلى انعكاس الطرح الاشتراكي والإيديولوجية الثورية على مختلف مستويات صنع القرار في الدولة، وهيمنة القطاع العام على تنفيذ السياسات، وتأثير أسعار النفط كعامل اقتصادي في تنفيذ الخطط التنموية خلال الفترة محل الدراسة، وكثرة التغيرات على الهيكل الإداري لقطاع الصحة، والتي كان لها الأثر الواضح في إقرار السياسات الصحية والتشريعات المنظمة لسياسة توافر الخدمات الصحية خلال هذه الفترة، وكذلك تناول المبحث أهم التشريعات المنظمة لسياسات توافر الخدمات الصحية، والأهداف الصحية لهذه الخطط والسياسات، والتي جاءت ضمن خطتي التحول الاقتصادي، حيث تضمنت خطتنا التحول استكمال وتوسيع عدة مستشفيات ومراكز صحية، وكذلك حثت على تحسين نوعية الخدمات الصحية ورفع كفاءتها عن طريق تعميم نظام البطاقة الصحية والملف الصحي، وربط المواطن بأقرب وحدة رعاية صحية أساسية، وأدرجت ضمن الخطة تجهيز عدد (100) مركز للرعاية الصحية الأساسية وعدد (16) عيادة مجمعة، ومراكز لمكافحة الأمراض المعدية ونشر الوعي الصحي بين السكان، وتحسين منظومة التموين الطبي بإنشاء مخازن فرعية في بعض المدن، وفي مجال التعليم الصحي تضمنت خطتنا التحول تجهيز عدد (17) معهد صحي وتجهيز عدد (14) مدرسة لمساعدات الممرضات، وزيادة نسبة القبول الطلبة في كليات الطب المختلفة.

وفصل المبحث الثاني من هذا الفصل في مدى تأثير المستويات الصحية للسكان في ليبيا بمعدل أداء الخدمات الصحية حيث بلغت نسبة المبلغ المخصص لقطاع الصحة ما نسبته 3% من المبالغ المستثمرة مقارنة بالقطاعات الأخرى، وانخفاض الإنفاق الفعلي على قطاع الصحة من 77% بداية هذه الفترة سنة 1977 إلى 64% سنة 1991، وكان المبلغ المخصص لقطاع الصحة أقل من المعدل الدولي للاستثمار في المجال الصحي المتفق عليها بـ 5% من الناتج المحلي الإجمالي، وسجلت معدلات الأسرة نسبة نمواً متذبذباً بين موجب وسالب خلال الفترة محل الدراسة، وتراجع معدل المرافق الصحية بالنسبة لعدد السكان من 4 مرافق لكل

10000 نسمة سنة 1977 إلى 2 مرفق لكل 10000 نسمة في نهاية فترة الدراسة، وبالنسبة للموارد البشرية فنجد تحسناً في عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان، وقصور واضح بالنسبة لعدد الممرضات لعدد للسكان، وعدد الممرضات بالنسبة لعدد الأطباء. وخلصت الدراسة بالنسبة لأثر الخدمات الصحية على المستويات الصحية للسكان إلى حدوث تحسن في المستويات الصحية للسكان حسب مؤشرات الدراسة، ومن ضمنها انخفاض معدل وفيات الخام إلى 4 في ألف في نهاية سنة 1991، وانخفاض معدل وفيات الاطفال الرضع إلى 37 حالة وفاة لكل ألف مولود حي وانخفاض معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة من 73 حالة وفاة إلى 42 حالة وفاة نهاية فترة الدراسة وارتفاع معدل متوسط العمر المتوقع عند الميلاد من 60 سنة إلى 69 سنة في نهاية فترة الدراسة سنة 1991.

## **الفصل الرابع**

### **السياسة العامة للصحة في ليبيا**

**المبحث الأول: سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة 1992-2006**

**المبحث الثاني : تقويم سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة 1992-2006**

## تمهيد:

يهتم المبحث الأول من هذا الفصل بسياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة 1992-2006، أما المبحث الثاني فسوف يهتم بتقويم سياسات توافر الخدمات الصحية خلال نفس الفترة وذلك باستخدام المؤشرات الخاصة بمستويات الخدمات الصحية، وأثر الخدمات الصحية على المستوى الصحي للسكان.

## المبحث الأول

### سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة من 1992-2006م

تعدّ السياسات الصحية من أهم مجالات السياسة العامة لأنها تتعلق بحياة الإنسان وسلامته من الناحية الصحية والغذائية، وكذلك مساهمتها في تحقيق الأمن والسلم والاستقرار في داخل الدولة، وقد ركزت السياسة الصحية في ليبيا خلال الفترة الزمنية 1992-2006 على مجموعة من الثوابت منها:

- الرعاية الصحية الأولية للمواطنين والمقيمين.
  - تطوير الخدمات العلاجية.
  - اعتبار القطاع الأهلي جزءاً أساسياً في منظومة تقديم الخدمات الصحية في ليبيا.
  - التركيز على الإمداد الطبي بتوافر الدواء والأمن والفعال وتوافر المال اللازم لانسيابه.
- وبناء على هذه الثوابت صدر قرار اللجنة الشعبية العام رقم (24) لسنة 1424 (1995) بشأن اعتماد الاستراتيجية الوطنية لتوافر الصحة للجميع وبالجميع<sup>(1)</sup>، لتبقى هذه الاستراتيجية هي السياسات المعمول بها خلال فترة الدراسة 1992-2006م، حيث نصت المادة (1) أن النظام الصحي في الجماهيرية قائمٌ على الرعاية الصحية الأولية التي تعتمد أساساً على تقنية صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً، وبحيث تكون ميسرة لجميع أفراد المجتمع من خلال مشاركتهم الفعالة، وبتكاليف يمكن للمجتمع توافرها بروح الاعتماد على النفس وحرية الإدارة، وذلك لغرض توافر الصحة للجميع وتحقيقاً للهدف المنشود، وهو أن يبلغ جميع المواطنين في ليبيا أرفع مستوى صحي ممكن يمكنهم من العمل المنتج ومباشرة دور فعال في الحياة الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، ونصت المادة الثانية على أن تكون أسس الاستراتيجية الوطنية لتوافر الصحة للجميع وبالجميع من المبادئ التالية:

- 1- كفاءة المجتمع للرعاية الصحية الأولية بمفهومها الشامل لجميع المواطنين في ليبيا.
- 2- العدالة في توزيع الموارد الصحية والحصول عليها وتجاوز العقبات الاقتصادية والجغرافية.
- 3- اعتبار التنمية الصحية جزءاً من التنمية الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والسكانية والإدارية للمجتمع.

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام، الجريدة الرسمية، العدد 6، 1995/3/20.

- 4- مسؤولية توافر الصحة تشمل بالإضافة إلى قطاع الصحة والضمان الاجتماعي كافة القطاعات ذات العلاقة بالصحة.
- 5- استعمال التقنية الملائمة.
- 6- مشاركة المجتمع ومسؤوليته تجاه الصحة أفراداً وأسرراً وتجمعات سكانية.
- 7- ربط المواطن بطبيب وحدات الرعاية الصحية الأولية وفق نظام تسجيل عائلي ونظام إحالة لتلقي خدمات وقائية وعلاجية وتأهيلية.

ولتطبيق هذه الاستراتيجية وضعت اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي عدة برامج تمثلت في ما يلي (1):

1- برنامج الأمومة والطفولة والتطعيمات.	2- برنامج مكافحة الأحماج التنفسية عند الأطفال.
3- برنامج مكافحة الإسهال.	4- برنامج الصحة المدرسية.
5- برنامج الوقاية من فقدان البصر.	6- برنامج مكافحة التدرن الرئوي.
7- برنامج مكافحة الجذام.	8- برنامج مكافحة الحوادث.
9- برنامج التطعيم من الأمراض السارية.	10- برنامج التوعية والتثقيف الصحي والاجتماعي.
11- برنامج مكافحة والوقاية من داء السكري.	12- برنامج مكافحة والوقاية من الأمراض المشتركة.
13- البرنامج الوطني لزراعة الأعضاء.	14- برنامج الوقاية من أمراض القلب والروماتيزم.

وتنفيذاً لهذه البرامج تم تشكيل العديد من اللجان الوطنية واللجان العلمية وهي كالتالي:

1- اللجنة الوطنية للأمومة والطفولة.	2- اللجنة الوطنية للأمراض السارية والمتوطنة.
3- اللجنة الوطنية لحماية البيئة والصحة المهنية.	4- اللجنة الوطنية للأمراض المزمنة.
5- اللجنة الوطنية للوقاية من الحوادث.	6- اللجنة الوطنية للأمراض المزمنة.
7- اللجنة الوطنية للوقاية من أمراض الأكياس.	8- اللجنة الوطنية للتوعية والتثقف الصحي.
9- اللجنة الوطنية لرعاية المعاقين.	10- اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات.
11- اللجنة الوطنية للوقاية من مرض فقدان المناعة.	12- اللجنة الوطنية لمكافحة العمى.
13- اللجنة الوطنية للتخطيط الصحي والاجتماعي.	14- اللجنة الوطنية للمعلومات والتوثيق القطاعي.
15- لجنة الطوارئ وكوارث الصحة.	16- المجلس الاستشاري للرعاية الصحية الأولية.

(1) الخدمات الصحية والاجتماعية خلال ثلاثين عام 1969-1999م، مرجع سبق ذكره ص ص 51-53.



وقد تم إنشاء العديد من المراكز المتخصصة لمراقبة الأمراض وتقريب الخدمات للمواطنين وتزويد المواطنين بخدمات تخصصية وهي:

1- المركز الوطني للدرن والأمراض الصدرية.	2- مركز العقم.
3- مركز الرقابة والتفتيش على الأغذية.	4- مركز أمراض العيون.
5- مركز التجميل والحروق.	6- مركز طرابلس الطبي.
7- مركز التشخيص بالأشعة.	8- المركز الوطني لعلاج مرض الصرع.
9- المركز الوطني لعلاج مرض الصرع.	

وسنبدأ في هذا المبحث بدراسة تطور الخدمات الصحية خلال الفترة 1969-1976 ، وذلك بعد التعرف على الإدارات الخاصة بتوافر هذه الخدمات حسب الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة خلال هذه الفترة ، وكذلك التشريعات والاهداف الصحية والبرامج والمشروعات الملحقة لها خلال نفس الفترة.

#### أولاً- الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة خلال الفترة 1992-2006:

خضع الهيكل التنظيمي لقطاع الصحة لعدة تغيرات خلال هذه الفترة وذلك من خلال صدور عدة قرارات لعل أهمها:

- 1- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (875) لسنة 1992م بشأن تنظيم أمانة اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي<sup>(1)</sup>، حيث نصت المادة الأولى من القرار على أن تتولى اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي اقتراح السياسات العامة في المجالات الطبية والضمان الاجتماعي وذلك في إطار قرارات (المؤتمرات الشعبية) الأساسية والعمل على تنفيذها وتتبع نتائجها وتقديمها، ونصت المادة الثانية على أن تتولى اللجنة الشعبية العامة للصحة الاختصاصات التالية:

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل، " قرار رقم 875 الخاص بتنظيم أمانة اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي "الجريدة الرسمية، العدد 4، 1993/3/18م، ص ص 176-177.

- دراسة واقتراح الخطط ببرامج التحول في مجال الصحة والضمان الاجتماعي.	- إعداد الدراسات وبحوث المتعلقة بالمشاكل الصحية والاجتماعية.
- تحديد المرافق والإنشاءات والتجهيزات اللازمة لتسيير خدماتها.	- الإشراف والمتابعة مع تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية والرعاية الاجتماعية.
- المشاركة في تقديم الإسعاف والإنقاذ وتقديم الإعانات في حالات الطوارئ والكوارث الطبيعية.	- الإشراف على إدارات المرافق الصحية والضمانية والاجتماعية.
- اقتراح مشاريع والقوانين التي تراها لازمة لتنظيم وتطوير الأنشطة التي تدخل مجال اختصاصاتها.	- رعاية وتأهيل المعاقين.
- إعداد مشاريع الاتفاقيات الثنائية والدولية ذات العلاقة بمجال اختصاصها.	- إصدار القرارات اللازمة لتحقيق أهداف القطاع.
- الإشراف على الجمعيات الأهلية والنشاط الأهلي التطوعي.	

#### شكل رقم (1-4)

### الهيكل التنظيمي لأمانة الصحة حسب القرار رقم (875) لسنة 1992

أولاً- الإدارات والمكاتب	
- الإدارات العامة للتخطيط وتنمية القوى العاملة.	- الإدارات العامة للخدمات والمختبرات الطبية.
- الإدارات العامة للرعاية الصحية الأولية.	- الإدارات العامة للصيدلانية والتجهيزات الطبية.
- الإدارات العامة للتوعية والتثقيف الصحي والاجتماعي.	- الإدارات العامة للرعاية الاجتماعية والمعاقين.
- الإدارات العامة للشؤون المالية والإدارية.	- مكتب شؤون اللجنة.
- مكتب الشؤون الثانوية.	- مكتب التفتيش والمتابعة.
- مكتب التعاون الفني.	
ثانياً: يتبع الأمانة ما يلي	
- صندوق الضمان الاجتماعي.	- مركز البحوث الصحية والدوائية.
- هيئة التأمين الصحي.	- جهاز صيانة المعدات الطبية.
- مركز المعلومات التوثيق القطاعي.	- اللجنة الوطنية لرعاية المعاقين.

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل، الجريدة الرسمية، العدد 4،

1993/3/18م، ص ص 176- 177

## شكل (2.4) الهيكل التنظيمي

### للجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي للسنة 1999م

الأمين	
- جهاز الإمداد الطبي	- مركز المعلومات والتوثيق
- معهد تنمية القوى العاملة الطبية والاجتماعية	- شركة صيانة المعدات الطبية والكهروميكانيكية
- صندوق الضمان الاجتماعي	- المجلس الوطني للاستثمارات العقارية
- شركة الخدمات الطبية	- الشركة الوطنية للصناعات الصيدلانية
- هيئة التأمين الطبي	- مركز البحوث الصحية
- المستشفيات التخصصية والمركزية والعامة	- المركز الوطني لمراقبة الأمراض الصدرية
الجهاز الإداري	
الكاتب العام	
- الإدارة العامة للخدمات الطبية	- الإدارة العامة للتنقيش والمتابعة
- الإدارة العامة لتنمية القوى العاملة	- الإدارة العامة للتخطيط والمشروعات
- الإدارة العامة للرعاية الأولية وصحة المجتمع	- الإدارة العامة للصيدلة والتجهيزات الطبية
- الإدارة العامة للشؤون الإدارية والمالية	- الإدارة العامة للرعاية الاجتماعية
- الإدارة العامة للخدمة الوطنية	- مكتب شؤون اللجنة
- مكتب الشؤون القانونية	- مكتب التعاون الدولي
- مكتب المراجعة الداخلية	

المصدر: الخدمات الصحية والاجتماعية خلال ثلاثين عام 1969-1999م، مرجع سبق ذكره، ص 41.

1. قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (57) لسنة 2006، وحسب القرار تخضع لإشراف اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة الجهات التالية:<sup>(1)</sup>

- مجلس التخصصات الطبية.	- الهيئة العامة للبيئة.
- الشركة الوطنية للأدوية والمستلزمات الطبية	- الشركة الوطنية لصيانة المعدات الطبية والكهروميكانيكية.
- الشركة العامة لصناعة الأدوية والمستلزمات الطبية.	

(1) التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة 2007، مرجع سبق ذكره، ص 25.

**تتبع اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة تبعية مباشرة الجهات التالية:**

- مركز طرابلس الطبي.	- مركز بنغازي الطبي.
- المركز الوطني للقلب بتاجوراء.	- مستشفى على عمر عسكر/ اسبيعة.
- مركز الأورام بصبراتة.	- المجلس الوطني لتحديد المسؤولية الطبية
- المركز الوطني للوقاية من الأمراض السارية والمتوطنة ومكافحتها.	- البرنامج الوطني لزراعة الأعضاء.
	- مركز المعلومات والتوثيق القطاعي.

**شكل رقم (3-4)**

**الهيكل التنظيمي للجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة حسب القرار (57) 2006**

- إدارة التخطيط.	- إدارة الخدمات الطبية.
- إدارة الخدمات الطبية.	- إدارة الصيدلة والمستلزمات الطبية.
- إدارة الرعاية الصحية الأولية.	- إدارة الخدمة الوطنية في مجال الصحة
- إدارة المشروعات.	- إدارة الخدمات الإسعاف والطوارئ
- إدارة التوعية والتثقيف	- إدارة الشؤون الإدارية والمالية.
- مكتب شؤون اللجنة	- مكتب الشؤون القانونية.
- مكتب التعاون الفتى.	- مكتب المراجعة الداخلية
- مكتب تنمية القوى العاملة الطبية	- مكتب المتابعة.
- مكتب الجودة.	

**ثانياً- الأهداف الصحية خلال الفترة 1992-2006م:**

لتحقيق الاستراتيجية الوطنية للجميع وبالجميع وضعت اللجنة الشعبية العامة للصحة

والضمان الاجتماعي المستهدفات الآتية لتحقيقها في المستقبل وهي:

- 1- القضاء على الأمراض السارية والمتوطنة.
- 2- إيصال نسبة التطعيمات لجميع الأمراض المستهدفة بالتطعيم إلى نسبة 100%.
- 3- اتخاذ الوسائل العلاجية والوقائية اللازمة لرعاية الأطفال بما يعمل على تخفيض نسبة وفيات الأطفال وزيادة العمر المتوقع للفرد عند الميلاد.
- 4- تحسين أداء الخدمات الصحية ورفع مستواها والعناية بالكيف وليس بالكم.

- 5- تنفيذ برامج الترصد لجميع الأمراض.
- 6- تخفيض معدلات وفيات الأمومة.
- 7- تطوير نظم المعلومات الصحية.
- 8- دعم البحوث والدراسات من أجل الصحة.

وفي إطار سعي النظام السياسي لتطوير القطاع الصحي، وتهيئة الكوادر العاملة فيها وتحسين الخدمات الصحية التي يتم تقديمها للمواطنين، وضعت الدولة خطة للسنوات 1990 - 1995 ضمن خطة التحول وقدمت لـ (مؤتمر الشعب العام) ولكن هذه الخطة بقيت من دون تنفيذ وذلك راجع إلى حالة عدم الاستقرار الإداري والهيكلية الذي مرت بها ليبيا .

وقد أعطيت للشعبيات جميع الصلاحيات من حيث التخطيط والإدارة والمتابعة بعد أن ألغيت اللجنة الشعبية للصحة عام 2000<sup>(1)</sup>، وتم استغلال موارد الضمان الاجتماعي للصرف على قطاع الصحة من عام 1993 إلى عام 2000، ووضعت اللجنة الشعبية العامة للصحة خطة لخمس سنوات 2006-2010 تهدف إلى تحقيق سبعة أهداف رئيسية:

- 1- تحسين أداء النظام الصحي.
- 2- مكافحة الأمراض.
- 3- إعادة تأهيل المرافق الصحية القائمة.
- 4- تطوير الرعاية الصحية الأولية ونظام الإحالة.
- 5- تنمية الموارد البشرية.
- 6- البرامج الصحية الوطنية.
- 7- برنامج إصحاح البيئة.

### ثالثاً- التشريعات الصحية خلال الفترة 1992-2006:

- نتطرق في هذا الجزء إلى أهم القرارات والقوانين التي تم إصدارها خلال هذه الفترة:
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (740) لسنة 1990 باستبدال جدول درجات ومراتب الموظفين بعقود من ذوي المهن الطبية والمهن الطبية المساعدة<sup>(2)</sup>.
  - قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (556) لسنة 1991م بشأن تنظيم هيئة التأمين الطبي.

(1) فوزي عبدالله صقر، الوضع الحالي للخدمات الصحية، احتياجات السكان لسنة 2025- الاقتراحات والبدائل لتحقيق الأهداف من الخدمات الصحية 2025، مرجع سبق ذكره، ص 4.

(2) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل، قرار رقم 740 مراتب الموظفين بعقود، الجريدة الرسمية، العدد 35، 1990/12/27، ص 1274.

- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (655) لسنة 1992 بشأن إنشاء شركة الخدمات الطبية والصادر بتاريخ 1992/9/29<sup>(1)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (185) لسنة 1993 بإنشاء المركز الوطني لمراقبة أمراض الدرن والأمراض الصدرية<sup>(2)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي رقم (402) لسنة 1993 بشأن تنظيم المركز الوطني لمراقبة أمراض الدرن والأمراض الصدرية الصادر بتاريخ 1993/5/15<sup>(3)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (744) لسنة 1993 بشأن إنشاء جهاز الإمداد الطبي الصادر بتاريخ 1993/10/3م<sup>(4)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (853) لسنة 1993 مسيحي بشأن تصنيف المرافق الصحية<sup>(5)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي رقم (535) لسنة 1993 بشأن تحديد أجور الكشف والعلاج والإقامة في المؤسسات العلاجية والعيادات الخاصة<sup>(6)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (589) لسنة 1993 بشأن تحديد قواعد وشروط تنظيم مزاولة المهن الطبية والطبية المساعدة<sup>(7)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (590) لسنة 1993 بشأن تحديد الأنشطة الطبية والطبية المساعدة التي يجوز مزاولتها طبقاً لأحكام القانون رقم (9) لسنة 1992 بشأن مزاولة الأنشطة الاقتصادية<sup>(8)</sup>.

---

(1) الخدمات الصحية والاجتماعية خلال ثلاثين عام 1969-1999م، مرجع سبق ذكره، ص 45.

(2) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام، " قرار اللجنة الشعبية العامة رقم 185 الخاص بإنشاء المركز الوطني لمراقبة أمراض الدرن والأمراض الصدرية"، الجريدة الرسمية، العدد 11 1993/5/6، ص 432.

(3) الخدمات الصحية والاجتماعية خلال ثلاثين عام 1969-1999م، مرجع سبق ذكره، ص 45.

(4) المرجع السابق، ص 45.

(5) التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة 2007، مرجع سبق ذكره، ص 26.

(6) نفس المرجع السابق، ص 26.

(7) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام "القرار رقم (589) لسنة 1993 بشأن تحديد قواعد وشروط تنظيم مزاولة المهن الطبية والطبية المساعدة " الجريدة الرسمية، العدد 11 لسنة 1993.

(8) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام، " القانون رقم (9) لسنة 1992 بشأن مزاولة الأنشطة الاقتصادية " الجريدة الرسمية، العدد 4، لسنة 1993.

- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (828) لسنة 1994 الخاص باعتماد خطة تلييب المهن الطبية والمهن الطبية المساعدة بقطاع الصحة والضمان الاجتماعي<sup>(1)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (5) لسنة 1994 بشأن إنشاء معهد تنمية القوى العاملة
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (130) لسنة 1994 بشأن تنظيم المستشفيات التخصصية.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (131) لسنة 1423 (1994) بشأن تنظيم المستشفيات المركزية.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (330) لسنة 1423 (1994) بشأن تنظيم المستشفيات العامة والمراكز التخصصية<sup>(2)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي رقم (101) لسنة 1994 بشأن تحديد مقابل رمزي للخدمات غير العلاجية بالمرافق الصحية.
- قرار اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي رقم (394) لسنة 1995 بتقرير بعض الأحكام بشأن تنظيم مزاوله النشاط الطبي الحر<sup>(3)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العام رقم (24) لسنة 1424 (1995) بشأن اعتماد الإستراتيجية الوطنية لتوافر الصحة للجميع وبالجميع<sup>(4)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (104) لسنة 1425 (1996) بشأن إقرار رسوم الخدمات الطبية الاختيارية وترشيد صرف الأدوية واستعمال الأجهزة التشخيصية.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (103) لسنة 1425 (1996) بشأن الإذن للجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي بتشغيل بعض المرافق الصحية بالنظام التشاركي الصادر بتاريخ 1996/4/3م.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (174) لسنة 1996 بشأن إضافة مستشفى الجراحات المتقدمة إلى المستشفيات التخصصية الصادر بتاريخ 1996/6/23<sup>(5)</sup>.

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام، "قرار رقم (828) لسنة 1994 الخاص باعتماد خطة تلييب المهن الطبية والمهن الطبية المساعدة بقطاع الصحة والضمان الاجتماعي " الجريدة الرسمية، العدد، 1994/2/11/4.

(2) التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة 2007، مرجع سبق ذكره، ص 26.

(3) الخدمات الصحية والاجتماعية خلال ثلاثين عام 1969-1999م، مرجع سبق ذكره، ص 45.

(4) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام، "قرار اللجنة الشعبية العام رقم (24) لسنة 1424 (1995) بشأن اعتماد الاستراتيجية الوطنية لتوفير الصحة للجميع وبالجميع "الجريدة الرسمية، العدد 6، 1995/3/20.

(5) التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة 2007، مرجع سبق ذكره، ص 26.

- القانون رقم (5) لسنة 1427 (1996) بشأن حماية الطفولة<sup>(1)</sup>، حيث نصت المادة الرابعة من القانون على أن تتولى المرافق الصحية بكل مستوياتها توافر الأمصال والتطعيمات اللازمة للأطفال من دون مقابل.
- قرار اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي رقم (13) لسنة 1999، بإصدار اللائحة الداخلية للمعاهد الصحية العليا<sup>(2)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي رقم (11) لسنة 2000 بشأن إعادة تشكيل اللجان الوطنية.
- قرار اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي رقم (83) لسنة 2000 بشأن تعديل قوائم الإبلاغ عن الأمراض السارية والمتوطنة<sup>(3)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (78) لسنة 1370 (2002) بشأن دمج بعض المراكز الوطنية (إنشاء المركز الوطني للوقاية من الأمراض السارية)<sup>(4)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة للشعبيات رقم (9) لسنة 1372 ور (2004) بشأن تنظيم المستشفيات وتقرير بعض الأحكام بشأنها.
- قرار اللجنة الشعبية العامة للشعبيات رقم (11) لسنة 1372 ور (2004) بشأن إعادة تنظيم خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (209) لسنة 1372 ور (2004) بشأن تقرير حكم في شأن المرافق الصحية<sup>(5)</sup>.
- قانون رقم (6) لسنة 1430 (2000) بشأن النظام التشاركي في مجالي التعليم والصحة.

#### رابعاً- المشروعات والبرامج الصحية خلال الفترة 1992-2006:

وفيما يلي أهم المشروعات الرامية إلى توافر الخدمات الصحية للمواطنين خلال الفترة

محل الدراسة:

#### أ- مشروعات إنشاء الوحدات والمراكز الصحية والعيادات والمستشفيات:

- (1) المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009م، مرجع سبق ذكره، ص 26.
- (2) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل، "قرار اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي رقم (13) لسنة 1999، بإصدار اللائحة الداخلية للمعاهد الصحية العليا" الجريدة الرسمية، العدد 4، 1999/4/1، ص 109.
- (3) الخدمات الصحية والاجتماعية خلال ثلاثين عام 1969-1999، مرجع سبق ذكره، ص 45.
- (4) التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة 2007، مرجع سبق ذكره، ص 26.
- (5) المرجع السابق، ص 26.



بهدف النهوض بالمستوى الصحي للمواطنين من خلال تطوير الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية وتوافرها للجميع، تضمنت الخطط الاقتصادية للتنمية المشاريع الصحية التي سوف يتم تنفيذها خلال هذه الفترة والجدول التالية تبين التطورات العديدة للمرافق الصحية:

### 1. وحدات ومراكز الرعاية الصحية الأولية والعيادات المجمعّة:

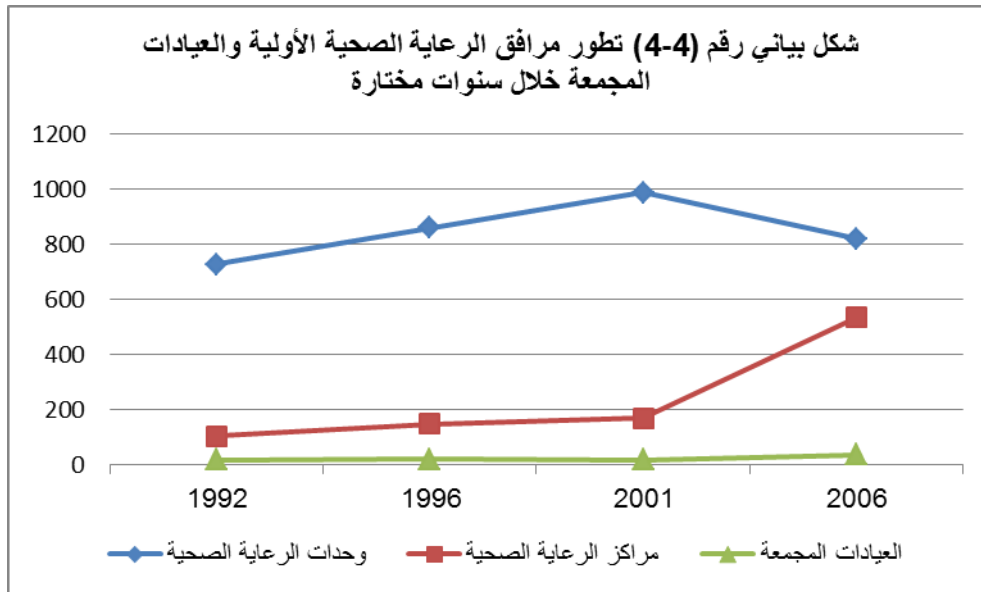
يبين الجدول رقم (4-1) التطور الحاصل في عدد مرافق الرعاية الصحية، حيث كان عدد وحدات الرعاية الصحية 726 وحدة صحية عام 1992م، وبلغ في نهاية فترة الدراسة 2006 عدد 820 وحدة صحية، وتطور عدد مراكز الرعاية الصحية من 106 مراكز عام 1992م، إلى 535 مركزاً عام 2006م، وتطور عدد العيادات المجمعّة من 18 عيادة عام 1992م إلى 37 عيادة مجمعّة.

### جدول رقم (4-1)

تطور مرافق الرعاية الصحية الأولية والعيادات المجمعّة خلال سنوات مختارة

السنوات	العدد		
	وحدات الرعاية الصحية	مراكز الرعاية الصحية	العيادات المجمعّة
1992	726	106	18
1996	859	150	21
2001	988	171	20
2006	820	535	37

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 40،



## 2- المستشفيات العامة والتخصّصية والقروية:

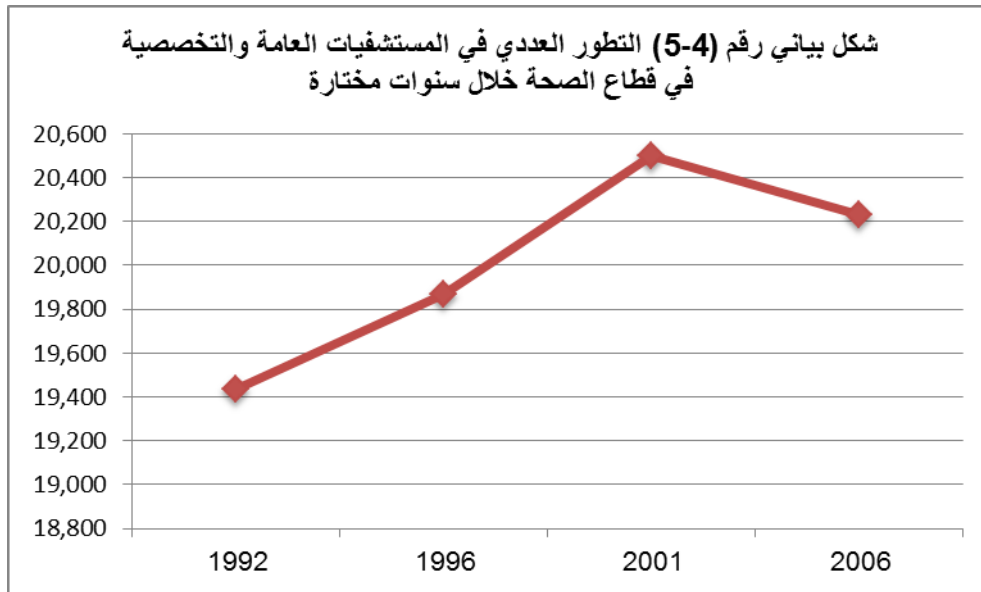
يوضح الجدول رقم (2-4) التطور العددي في المستشفيات العامة والتخصّصية، حيث كان عدد المستشفيات العامة 68 مستشفى، ووصل إلى عدد 85 مستشفى عام 2006م، وبلغ عدد المستشفيات التخصّصية 25 مستشفى تخصّصياً عام 2006 بعد أن كان العدد 15 مستشفى عام 1992، وتطور عدد الأسرة في المستشفيات العامة والتخصّصية من 19,433 سرير عام 1992 إلى 20,229 سرير عام 2006م، وبلغ عدد المستشفيات القروية 32 مستشفى موزعة على 32 شعبية وبعدد 60 سرير لكل مستشفى.

### جدول رقم (2-4)

التطور العددي في المستشفيات العامة والتخصّصية في قطاع الصحة خلال سنوات مختارة

السنوات	العدد	
	المستشفيات التخصّصية	عدد الأسرة
1992	15	19,433
1996	22	19,867
2001	22	20,501
2006	25	20,229

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 47،



بالنظر إلى الجدولين السابقين نجد أن عدد المرافق الصحية الأولية من وحدات ومراكز صحية وعيادات مجمعة ومستشفيات لم يتعدَّ 1502 مرفق، وهذا العدد لا يمكن أن يغطي كامل ليبيا بخدمات صحية نظراً لكبر مساحة البلاد والمساحات الشاسعة التي تفصل بين المدن، ومع وجود الكثير من المرافق التي تحتاج إلى صيانة ومعتلة عن العمل، ومرافق لازالت تحت الإنجاز، مثال على ذلك مركز بنغازي الطبي (مستشفى 1200 سرير) الذي وُقِّعَ عقد انشائه سنة 1973 وانتهى من إنجازه سنة 2006 بافتتاح برج واحد فقط بسعة 400 سرير.

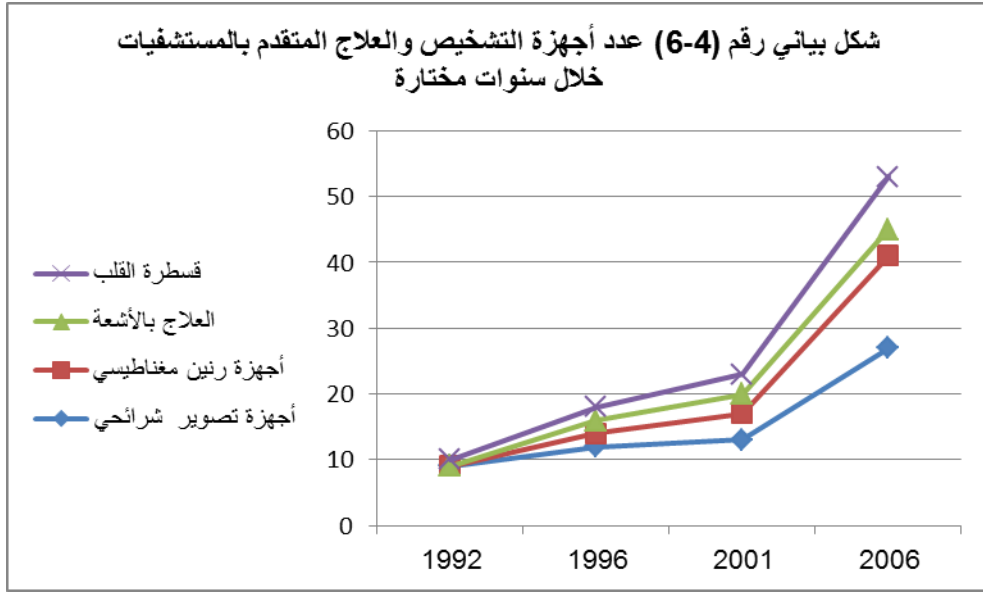
ويوضح الجدول رقم (3-4) تطور الأجهزة بالمستشفيات، حيث ارتفع عدد أجهزة التصوير الشرائحي بالمستشفيات إلى 27 جهازاً سنة 2006 بعد أن كانت 9 أجهزة سنة 1992، وبلغت أجهزة الرنين المغناطيسي عدد 14 جهاز سنة 2006 بعد أن كانت عدد 2 جهاز سنة 1996م. وبالرجوع إلى الجدول السابق لعدد المستشفيات نجد أن عدد أجهزة التشخيص المتوفرة على مستوى ليبيا في المستشفيات غير كافية بالنسبة لعدد مستشفيات وصل سنة 2006 عدد 110 مستشفى.

### جدول رقم ( 3-4 )

عدد أجهزة التشخيص والعلاج المتقدم بالمستشفيات خلال سنوات مختارة

السنوات	العدد		
	أجهزة تصوير شرائحي	أجهزة رنين مغناطيسي	العلاج بالأشعة
1992	9	0	0
1996	12	2	2
2001	13	4	3
2006	27	14	4

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 60.



### 3- مستشفيات القطاع الخاص والأهلي:

في إطار التحولات الاقتصادية التي شهدتها المجتمع الليبي والتوجه نحو المزيد من الحرية الاقتصادية والعمل على رفع كفاءة المنشآت الإنتاجية والخدمية، شجع ذلك القطاع الأهلي والخاص على الدخول في مجال تقديم الخدمات الصحية للمواطنين عن طريق التشاركيات الطبية والعيادات وصدر بخصوص ذلك العديد من القوانين والقرارات أهمها:

- قانون رقم (21) لسنة 2001 بتقرير بعض الأحكام في مزاولة الأنشطة الاقتصادية، حيث حددت المادة الأولى من القانون أدوات مزاولة الأنشطة الاقتصادية في ما يلي:
  - الأفراد.
  - النشاط الأسرى.
  - التشاركيات.
  - الشركات المساهمة.
  - المؤسسات والشركات العامة.

ونصت المادة السادسة يجوز للأشخاص الطبيعيين تكوين تشاركيات في المجالات الإنتاجية والخدمية المختلفة بما في ذلك أنشطة التعليم والتدريب والصحة واستيراد السلع وفقاً لأحكام القانون، وتكون المشاركة بالجهد أو بالمال أو بهما معاً، وعلى سبيل التفرغ<sup>(1)</sup>.

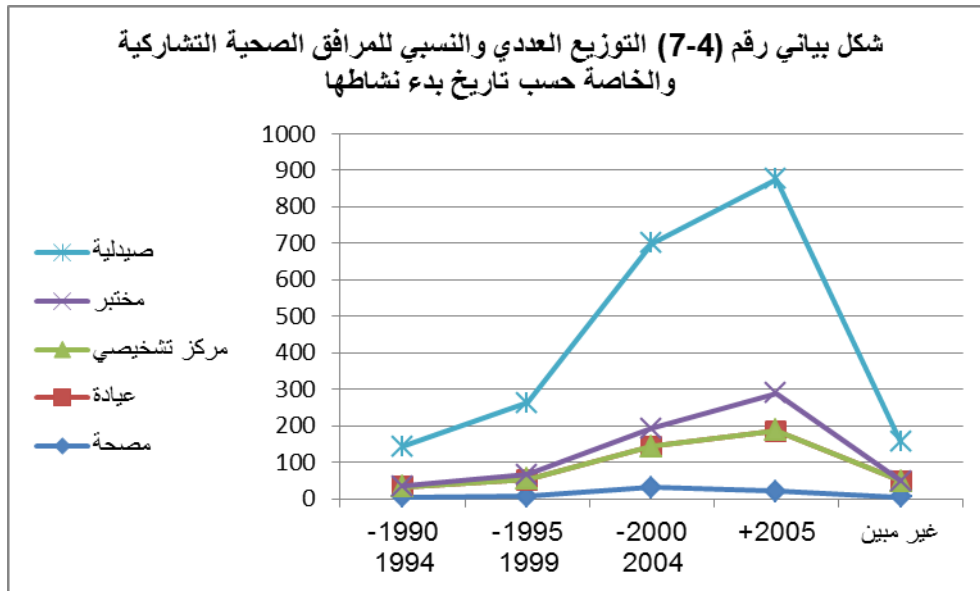
(1) فرحات شرنة و سالم الفرجاني، المقومات الرئيسية للاستثمار في الاقتصاد الليبي، (طرابلس: الدار الأكاديمية للطباعة والتأليف والترجمة والنشر، 2007)، ص 281.

#### جدول رقم (4-4)

التوزيع العددي والنسبي للمرافق الصحية التشاركية والخاصة حسب تاريخ بدء نشاطها

نوع المرفق الصحي										فئات بدء النشاط
النسبة %	صيدلية	النسبة %	مختبر	النسبة %	مركز تشخيصي	النسبة %	عيادة	النسبة %	مصحة	
7	110	1	2	-	-	7	28	6	4	1994-1990
13	196	8	13	25	1	12	46	9	6	1999-1995
34	508	30	49	25	1	28	112	46	31	2004-2000
39	587	61	102	50	2	42	164	31	21	+2005
7	108	-	-	-	-	11	43	8	5	غير مبين
100	1509	100	166	100	4	100	393	100	67	الإجمالي

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية، اللجنة الشعبية العامة، الهيئة العامة للمعلومات، نتائج المسح الميداني للمرافق الصحية التشاركية والخاصة لسنة 2007، ص 66.



فيما يخص التوزيع العددي للمرافق الصحية التشاركية والخاصة حسب بدء النشاط، فإن أكبر عدد من المصحات قد أنشئ خلال الفترة 2004-2000 حيث وصل عددها إلى 31 مصحة، ويليها الفترة ما بعد 2005 التي انخفض فيها عدد المصحات إلى 21 مصحة، أما العيادات فقد تضاعف عددها خلال الفترة من 112 عيادة خلال الفترة 2004-2000 إلى 164 عيادة سنة 2005، وقد بلغ عدد الصيدليات التي باشرت نشاطها في الفترة 1999-1995 عدد 196 صيدلية وما بعد سنة 2005 نحو 587 صيدلية وهي أعلى نسبة مقارنة بالفترة 2000-2004 التي بلغ فيها عدد الصيدليات عدد 508 صيدلية حسب الجدول السابق رقم (4-4).

جدول رقم (4-5)

عدد المصحات والعيادات التشاركية والخاصة عام 2006

العيادات الأسنان	الصيدليات	عدد المختبرات	عدد العيادات	عدد الأسرة فيها	عدد المصحات	الشعبية
2	38	3	7	20	1	البطنان
4	38	6	7	12	2	درنة
4	42	0	11	0	0	الجبل الأخضر
3	33	7	9	0	0	المرج
41	250	42	78	272	16	بنغازي
4	27	8	10	0	0	الواحات
1	5	1	3	0	0	الكفرة
5	45	4	6	26	2	سرت
1	12	1	3	0	0	الجفرة
1	9	2	2	0	0	مرزق
12	57	11	7	25	4	سبها
0	2	1	0	0	0	غات
2	16	0	2	0	0	وادي الحياة
2	29	2	6	0	0	وادي الشاطئ
25	81	17	27	112	9	مصراة
5	39	25	33	120	11	المرقب
124	426	31	126	502	27	طرابلس
7	135	8	6	120	1	جفارة
6	79	6	32	82	3	الزاوية
1	64	6	18	70	8	النقاط الخمس
7	55	8	16	0	0	الجبل الغربي
2	20	2	2	0	0	نالوت
<b>259</b>	<b>1502</b>	<b>191</b>	<b>431</b>	<b>1361</b>	<b>84</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، الهيئة العامة للمعلومات، الكتاب الإحصائي 2006، (طرابلس: الهيئة العامة للمعلومات، 2007)، ص 64.

بالنظر إلى الجدول رقم (4-5) نجد ان عدد المصحات الإيوائية الخاصة وصل في نهاية عام 2006 نحو 84 مصحة، وتركز أغلبها في مدينة طرابلس التي بلغ فيها عدد المصحات 27 مصحة، يليها في الترتيب بنغازي 16 مصحة، ثم المرقب 11 مصحة، ووصل عدد الأسرة في هذه المصحات إلى 1361 سريراً وهو ما نسبته 6% فقط من عدد الأسرة الإجمالي في ليبيا في القطاع العام والخاص والبالغة (21590) ألف سرير، أما

العيادات التشاركية والخاصة فقد تركز وجودها في طرابلس وبنغازي والمرقب والجفارة ومصراته على الترتيب (502، 272، 120، 120، 120) عيادةً تشاركية.

#### ب- المشروعات الصحية للقضاء على الأمراض الوبائية والأمراض المستوطنة:

قامت الدولة بإنشاء عدد من المراكز الصحية المتطورة لمتابعة هذه الأمراض والقضاء عليها ومن بينها مراكز لمكافحة مرض الدرن، حيث بلغت في نهاية عام 2006 عدد 23 مركزاً صحياً<sup>(1)</sup>.

#### جدول رقم (4-6)

تطور نسبة التغطية بالتحصينات الأساسية خلال سنوات مختارة

المؤشر				السنوات
نسبة الأطفال المطعمين ضد الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف	نسبة الأطفال المطعمين ضد شلل الأطفال	نسبة الأطفال المطعمين بالطعم الثلاثي	نسبة الأطفال المطعمين ضد الدرن	
79	91	84	100	1992
85	98	98	99	1999
92	96.6	96.5	99.8	2005
92.5	96.7	96.5	99.8	2006

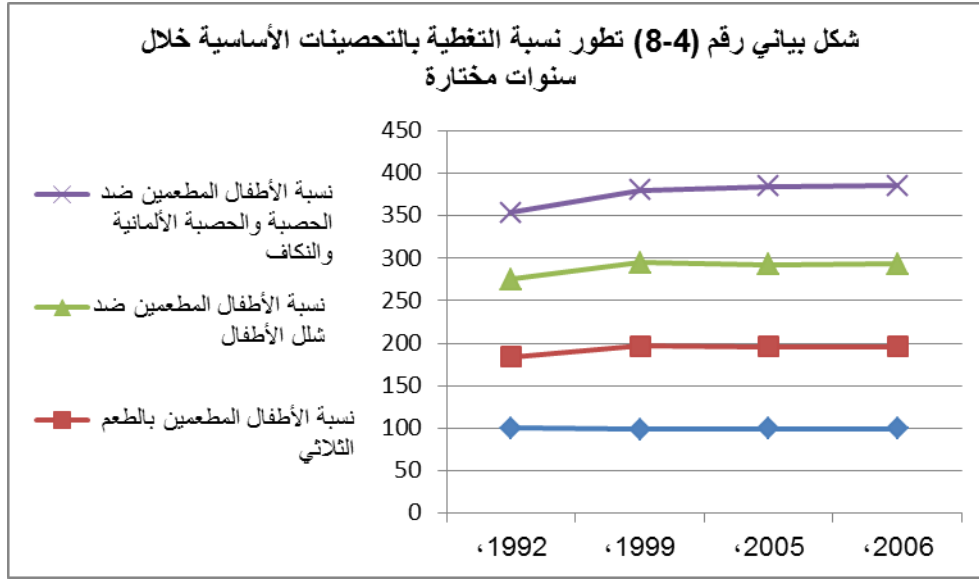
المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 95،

وقامت أيضاً باتخاذ جميع الأساليب الوقائية لمنع انتشار هذه الأمراض بين المواطنين فاهتمت بإعطاء التطعيمات اللازمة، والجدول رقم (4-6) يوضح التطور الواضح في نسب التغطية والتحصين ضد الأمراض التي تصيب الأطفال، وفي نفس السياق قامت اللجنة الشعبية العام للصحة والبيئة بإطلاق حملة تطعيمات على مستوى الدولة عام 2005 أدت إلى تحقيق الأهداف التالية<sup>(2)</sup>:

- رفع المناعة ضد شلل الأطفال واستمرار خلو ليبيا منه رسمياً.
- دخول ليبيا مرحلة الخلو من مرض الحصبة بعد أن انخفض عدد الحالات المبلغ عنها من 3000 حالة إلى 292 حالة عام 2005.
- غطى التطعيم ضد الالتهاب الكبدي الفيروسي (ب) كل المواليد ما بعد 1991.

(1) المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 40.

(2) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة للعام 2005م، ص 33.



أما على صعيد المؤشرات الخاصة بالرعاية الصحية الأولية فقد سجلت ليبيا نسباً مرتفعة فيما يخص عمليات التطعيم حسب الجدول رقم (7-4).

#### جدول رقم (7-4)

#### المؤشرات الخاصة بالرعاية الصحية الأولية لسنة 2005م

النسبة %	المؤشر
99.8	الأطفال المطعمين ضد الدرن
96.5	الأطفال المطعمين بالطعم الثلاثي (الدفتريا-التيتانوس)
96.6	الأطفال المطعمين ضد شلل الأطفال
45.0	النساء الحوامل اللاتي تلقين جرعتين ضد التيتانوس
96.3	الحوامل اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل
99.0	الولادات اللاتي تمت بالمرافق الصحية
94.0	الأطفال الذين أشرف على ولادتهم عاملون مدربون

المصدر: زكريا لنقي، محمد القندوز، محمد بالحاج، "الرعاية الصحية المستوى الثالث تحسين الخدمات بالمستشفيات"، مجلة الخبرة 1 مارس 2007، ص 37،

حسب التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية مكتب إقليم شرق المتوسط 1999م بلغ عدد حالات مرض الملاريا في ليبيا 23 حالة معظم هذه الحالات أجانب غير مواطنين، وحسب التقرير؛ لم تسجّل أي حالة لمرض شلل الأطفال والكوليرا، وبلغ عدد حالات مرض الإيدز عدد 72 حالة والتهاب السحايا عدد 29 حالة<sup>(1)</sup>، وفي التقرير السنوي لمنظمة الصحة

(1) التقرير السنوي 1999، منظمة الصحة العالمية، إقليم شرق المتوسط، الملامح القطرية الإحصائية، ص 181  
www.emro.who.nt/rd



العالمية مكتب إقليم شرق المتوسط 1994 جاءت ليبيا في الترتيب السابع عشر عن عدد حالات الإيدز من بين دول إقليم شرق المتوسط البالغ عددها ثلاثة وعشرون دولة والتي بلغت 15 حالة مسجلة، وحسب نفس التقرير بلغت الحالات المسجلة لمرض السل عدد 582 حالة عن سنة 1993<sup>(1)</sup>، ومن خلال الاطلاع على مؤشرات مكافحة الأمراض المعدية بالجدول رقم (4-8) نجد أن معدلات مرض الملاريا على سبيل المثال قد سجل انخفاض من 230 حالة عام 1992 إلى 10 حالات فقط عام 2006، في حين سجلت أمراضاً أخرى ارتفاعاً في نسب الإصابة كمرض نقص المناعة الإيدز في عام 1992 سجلت 83 حالة إصابة وفي عام 2005 سجلت 413 حالة ومرض الدرن الرئوي حيث كان عدد الإصابات عام 1992 عدد 298 حالة وفي عام 2006 وصل العدد إلى 745 حالة.

#### جدول رقم (4-8)

#### حالات الإصابة بالأمراض خلال السنوات 1992-2006

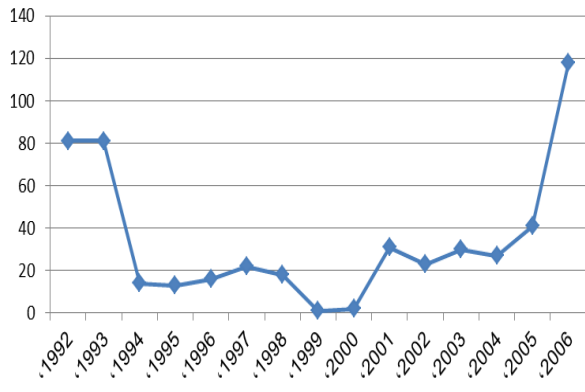
السنوات	العدد							
	الإيدز(*)	الجذام	الملاريا	الدرن الرئوي	الدفتريا	السعال الديكي	شلل الأطفال	الحصبة
1992	83	17	230	298	0	81	0	3691
1993	24	13	230	720	0	81	0	3691
1994	86	11	40	639	0	14	0	446
1995	305	14	53	631	0	13	0	416
1996	157	7	57	515	0	16	0	646
1997	108	11	14	617	0	22	0	183
1998	561	0	12	636	0	18	0	138
1999	177	3	20	803	0	1	0	3184
2000	1261	1	117	689	0	2	0	842
2001	2657	6	47	676	0	31	0	659
2002	789	1	16	722	0	23	0	5860
2003	1238	2	14	764	0	30	0	5860
2004	590	3	13	871	0	27	0	2554
2005	422	7	12	860	0	41	0	292
2006	413	8	10	745	1	118	0	1

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 33،

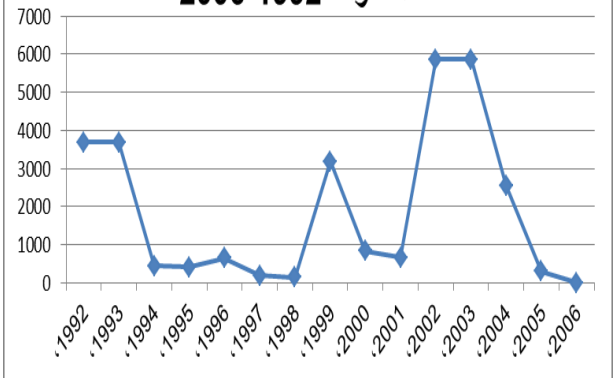
(1) التقرير السنوي 1994، منظمة الصحة العالمية، لإقليم شرق المتوسط، ص www.Emro.who.int/rd12

(\*) العدد يشمل المرضى الليبيين والوافدين.

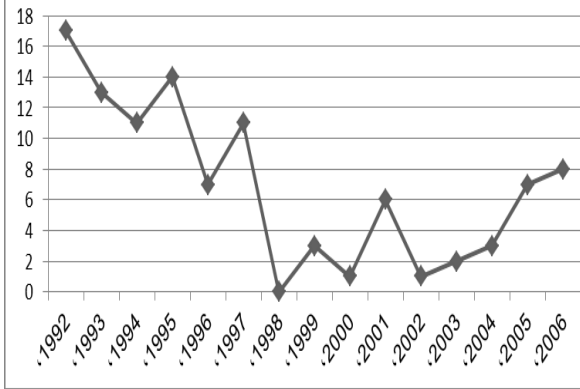
شكل بياني رقم (4-10) الإصابة بالسعال الديكي  
خلال السنوات 2006-1992



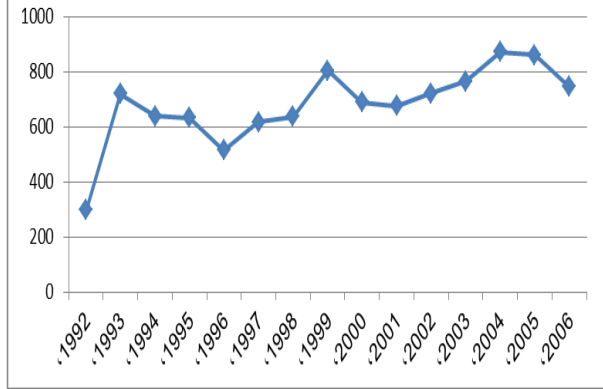
شكل بياني رقم (4-9) الإصابة بالحصبة خلال  
السنوات 2006-1992



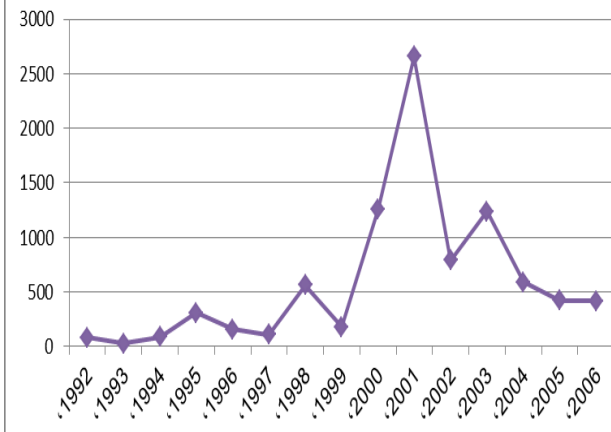
شكل بياني رقم (4-12) الإصابة بالجذام خلال  
السنوات 2006-1992



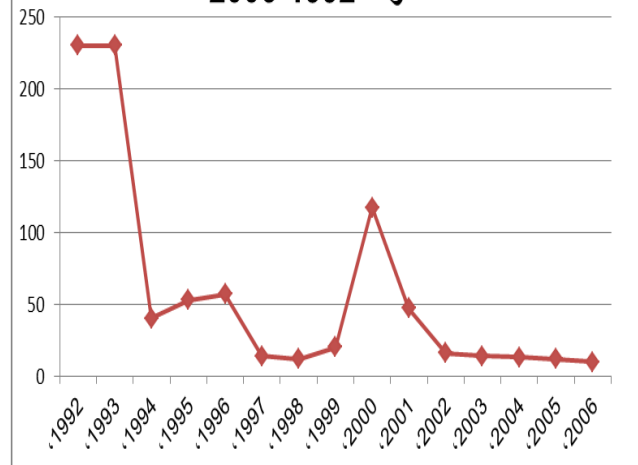
شكل بياني رقم (4-11) الإصابة بالدرن الرئوي  
خلال السنوات 2006-1992



شكل بياني رقم (4-14) الإصابة بالإيدز خلال  
السنوات 2006-1992



شكل بياني رقم (4-13) الإصابة بالمalaria خلال  
السنوات 2006-1992



بالنظر إلى الجدول رقم (4-8) نجد أن هناك بعض الأمراض قد تم القضاء عليها نهائياً في ليبيا خلال هذه الفترة محل الدراسة مثل مرض شلل الأطفال ومرض الدفتريا، وباقي الأمراض فإن الأعداد في تناقص ملحوظ فنجد مثلاً مرض الحصبة كان عدد الحالات في بداية الفترة 3691 حالة وفي نهاية عام 2006 أصبح العدد حالة واحدة فقط، وفي سبيل تحقيق العديد من النجاحات للقضاء على هذه الأمراض تم استحداث المركز الوطني للوقاية من الأمراض السارية والمتوطنة ومكافحتها، والذي يعمل من خلال (26) فرع على مكافحة الأمراض المعدية وعلى تنفيذ برامج التمنيع الموسع<sup>(1)</sup>.

#### جدول رقم (4-9) معدل الإصابة بعدد من الأمراض المعدية خلال الفترة من 2003-2005

السنة	العدد أو النسبة	المؤشر
2003	15	عدد حالات الدرن الرئوي لكل مائة ألف مواطن
2004	17	
2005	17	
2005	14	
2005	%2.18	معدل الانتشار لفيروس التهاب الكبد الفيروسي نوع (ب)
2005	%1.19	معدل الانتشار لفيروس التهاب الكبد الفيروسي نوع (ج)
2005	%0.13	معدل الانتشار العام لفيروس نقص المناعة المكتسبة (H.I.V.)

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة للعام 2008، ص 121،

يوضح الجدول رقم (4-9) أن عدد الإصابة بمرض الدرن الرئوي عام 2005 لا تزيد عن 14 حالة بين مائة ألف من السكان بعد أن كانت 15 حالة لكل مائة ألف من السكان في عام 2003م، ويبين أيضاً أن نسبة 2,18% من مائة ألف من السكان مصابة بفيروس التهاب الكبد الفيروسي نوع (ب)، ونسبة 1,19% نسبة انتشار الكبد الفيروسي نوع (ج) لكل نفس العدد من السكان، ومعدل انتشار فيروس نقص المناعة بلغ 0,13% في نهاية عام 2005م. وقد صدرت خلال هذه الفترة عدة قرارات تعكس حرص الدولة على القضاء على هذه الأمراض منها ما يلي:

- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (185) لسنة 1993 بإنشاء المركز الوطني لمراقبة أمراض الدرن والأمراض الصدرية<sup>(2)</sup>.

(1) المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 39.

(2) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام، قرار اللجنة الشعبية العامة رقم 185، الجريدة الرسمية، مرجع سبق ذكره، ص 432.

- قرار اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي رقم (83) لسنة 2000 بشأن تعديل قوائم الإبلاغ عن الأمراض السارية والمتوطنة<sup>(1)</sup>.
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم (78) لسنة 1370(2002) بشأن دمج بعض المراكز الوطنية (إنشاء المركز الوطني للوقاية من الأمراض السارية)<sup>(2)</sup>.

#### ت- المشروعات الخاصة بتوافر الأدوية خلال الفترة 1992-2006:

كانت تجارة الأدوية أو سوق الدواء تحت السيطرة الأجنبية حتى بداية السبعينيات، حيث تولى عدد محدود من الأفراد جلهم من العناصر الأجنبية وخاصة المستوطنين الطليان احتكار تجارة الأدوية، وبعد ذلك تم تأمين هذه التجارة عقب صدور القانون رقم 69 لسنة 1972 الخاص بتنظيم تجارة الأدوية، والذي نص في مادته الأولى: "لا يجوز لغير شركة مملوكة بالكامل للدولة الاتجار في الأدوية أو القيام بأي عمل من أعمال التوكيلات التجارية"، ثم صدر القانون رقم (70) لسنة 1972م الخاص بإنشاء الشركة الوطنية للأدوية، وأستمر العمل بالقانون رقم (69) حتى سنة 2003م، حيث أعطيت الصلاحية للقطاع الخاص فيما يخص استيراد الأدوية مخالفة للقانون برسالة من السيد/ أمين اللجنة الشعبية للاقتصاد والتجارة، ثم صدر القرار رقم (10) لسنة 2003 من اللجنة الشعبية العامة للشعبيات، والذي أعطى الصلاحية للشعبيات بتوافر احتياجاتها مباشرة، وهذه الإجراءات قلصت من دور الشركة الوطنية للأدوية<sup>(3)</sup>.

#### جدول رقم (4-10)

التغير في حجم واردات الأدوية والمستلزمات الطبية خلال الفترة 1992-2006 بملايين الدينارين

السنة	حجم واردات القطاع العام	حجم واردات السوق الخاص
1992	21.50	20.00
1993	19.50	11.50
1994	12.00	4.50
1995	26.00	5.00
1996	36.00	13.00
1997	54.61	21.69

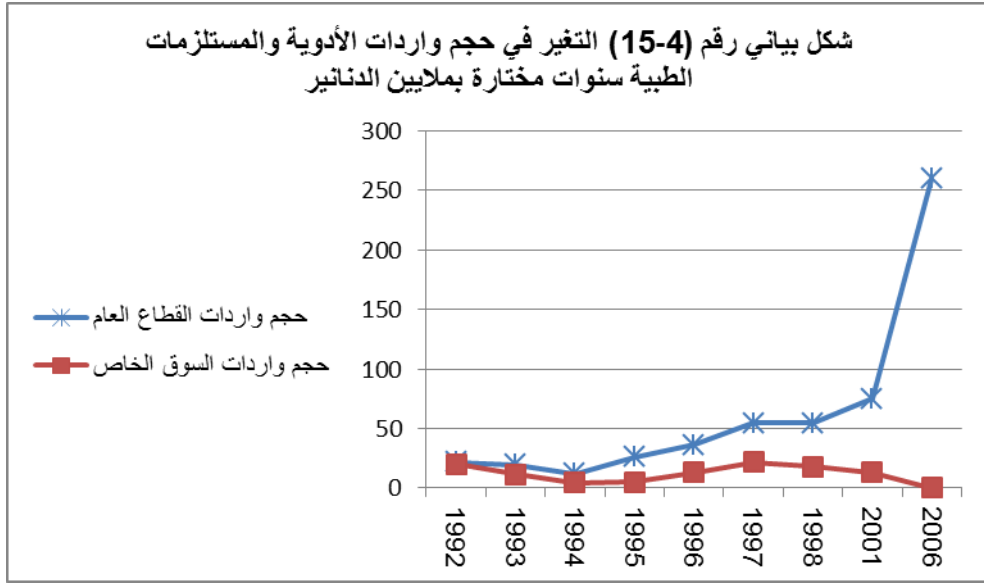
(1) الخدمات الصحية والاجتماعية خلال ثلاثين عام 1969-1999، مرجع سبق ذكره، ص 45.

(2) التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة 2007، مرجع سبق ذكره ص 26.

(3) السنوسي الطاهر، تطوير آليات الإمداد الطبي، ورقة مقدمة لمشروع ليبيا 2025 رؤية استشرافية 2007، ص 2.

17.62	54.61	1998
13.00	75.00	2001
-	260.00	2006

المصدر: ميلاد فرج اشنين، بحث في مجال تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، مقدم بمؤتمر مشروع ليبيا 2025، ص10،  
- الخدمات الصحية خلال ثلاثين عاما من عمر الثورة 1969-1999، مرجع سبق ذكره، ص230.  
- البيانات غير متوافرة.



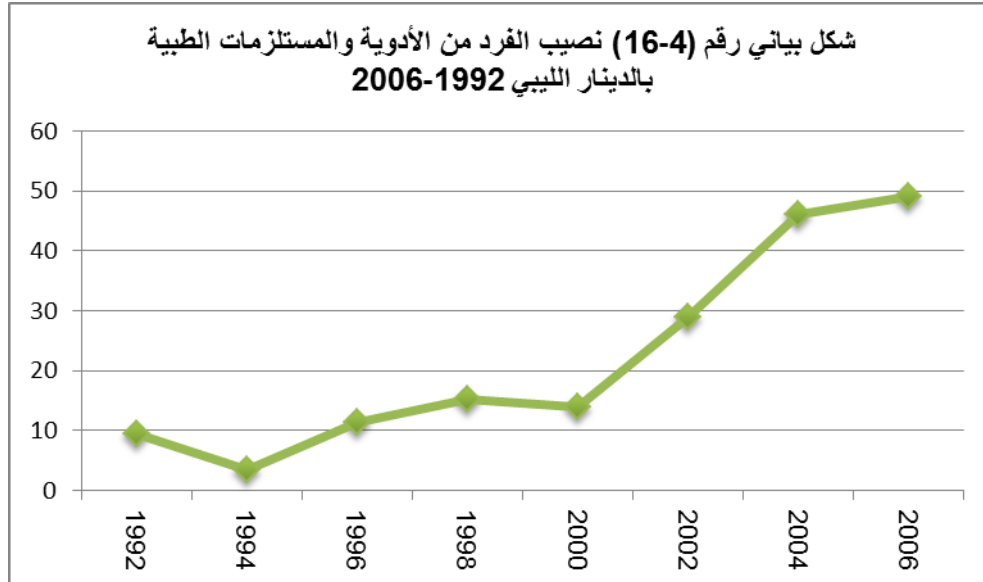
يوضح الجدول السابق (4-10) التغير في واردات الأدوية والمستلزمات الطبية خلال الفترة 1992-2006، حيث يتبين أن حجم الواردات جاء في عام 1992 لصالح القطاع العام بقيمة 21.50 مليون دينار ليبي مقابل 20.00 مليون دينار ليبي للقطاع الخاص، تم ارتفاع ليصل إلى ما يقارب من ثلاثة أضعاف لصالح القطاع العام في عام 1996م، وارتفعت قيمة واردات القطاع العام إلى 75 مليون دولار في عام 2001م، وإلى 260 مليون دينار في عام 2006.

#### جدول رقم (4-11)

التغير في متوسط نصيب الفرد من الأدوية والمستلزمات الطبية بالدينار الليبي 1992-2006

السنة	نصيب الفرد (بالدينار الليبي)
1992	9.5
1994	3.5
1996	11.4
1998	15.1
2000	14
2002	29
2004	46
2006	49

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عاماً 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 88.



من خلال الجدول (4-11) يتضح التغير الكبير في نصيب الفرد من الأدوية والمستلزمات الطبية، حيث قدر نصيب الفرد بنحو 9.5 في عام 1992م، وانخفضت إلى 3.5 في عام 1994، واستمر هذا التذبذب حتى ارتفع ليصل إلى 29 دينار في عام 2002م، تم تضاعف ليصل إلى 49 دينار في عام 2006م، ولا يمثل هذا التغير في نصيب الفرد من عام 2002 زيادة في المخصصات الفعلية بقدر ما هو ناتج عن التغير في سعر صرف الدينار الليبي مقابل العملات الأجنبية.

#### جدول رقم (4-12)

مقارنة بين متوسط نصيب الفرد من الادوية بالدولار في بعض دول العالم لسنة 1999م

الدولة	نصيب الفرد
الولايات المتحدة	257
ايطاليا	148
بريطانيا	84
السعودية	70
الامارات	65
ليبيا	22
الجزائر	14
تونس	6

المصدر: الخدمات الصحية خلال ثلاثين عاما من عمر الثورة 1969-1999، مرجع سبق ذكره، ص236

#### ث- المشروعات الصحية الخاصة بتنمية الموارد البشرية في المجال الصحي:

لكي يتمكن أي نظام صحي من القيام بوظائفه الأساسية فيما يتعلق بتقديم أفضل الخدمات الصحية للمواطنين، وتحسين هذه الخدمات بشكل مستمر، فلا بد من الاهتمام بالعناصر البشرية كأهم مدخلات في النظام الصحي، وذلك بإنشاء المعاهد الصحية والكليات الطبية المختلفة، وكذلك الاهتمام بالتعليم والتدريب لرفع كفاءات ومهارات العاملين في القطاع الصحي وتزويدهم بمعارف جديدة ومتطورة، والتي من شأنها تحسين ورفع مستوى الرعاية الصحية التي تقدم للمواطنين، ويتضمن ذلك تدريب الأطباء والممرضات وكافة المهنيين والفنيين في المجال الطبي، وفي سبيل تحقيق الاكتفاء الذاتي من العناصر البشرية الليبية في القطاع الصحي، صدر قرار اللجنة الشعبية العامة رقم 828 لسنة 1994م الخاص باعتماد خطة تلييب (إحلال الليبيين محل الاجانب) المهن الطبية والمهن الطبية المساعدة بقطاع الصحة والضمان الاجتماعي<sup>(1)</sup>.

(1) الجريدة الرسمية، العدد، 4، 1994/2/1، مرجع سبق ذكره.

جدول رقم (4-13-أ)

عدد الخريجين من المعاهد الصحية خلال سنوات مختارة

التخصص												السنوات
الإجمالي	فنيو العلاج الطبيعي		الإجمالي	فنيو الأشعة التشخيصية		الإجمالي	فنيو المختبرات		الإجمالي	التمريض العام		
	ن	ن		ن	ن		ن	ن		ن	ن	
77	-	77	111	39	72	100	48	52	1529	1197	332	1992
87	31	56	125	15	110	125	62	63	1873	1657	216	1995
45	29	16	54	14	40	111	91	20	1124	1041	83	2000
61	36	25	109	54	55	53	42	11	399	330	69	2003

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 77،

يوضح الجدول (4-13) تناقص أعداد خريجي المعاهد الصحية تخصص التمريض العام من 1529 خريج سنة 1992 إلى عدد 399 خريج سنة 2003، وانخفاض عدد خريجي فنيي المختبرات من 100 خريج سنة 1992 إلى 53 خريج سنة 2003، وانخفاض عدد خريجي فنيي الأشعة من 111 خريج إلى 109 خريج سنة 2003، وانخفاض عدد خريجي فنيي العلاج الطبيعي من 77 خريج سنة 1992 إلى 61 خريج سنة 2003، وانخفاض عدد خريجي فنيي صحة المجتمع من 274 خريج سنة 1992 إلى 209 خريج سنة 2003، وارتفاع عدد خريجي صحة الفم والاسنان من 27 خريج سنة 1996 إلى 31 خريج سنة 2003، وانخفاض عدد خريجي التقطيش الصحي من 43 خريج سنة 1992 إلى 35 خريج سنة 2003، وانخفاض عدد خريجي مساعدي صيادلة من 137 خريج سنة 1992 إلى 135 خريج سنة 2003<sup>(1)</sup>

(1) الكتاب الإحصائي 2006، مرجع سبق ذكره، ص 132.



تابع الجدول رقم (4-13-ب)

عدد الخريجين من المعاهد الصحية خلال الفترة 1992-2003

الاجمالي	التخصص						السنوات
	مساعد صيدلي		التمريض النفسي	التفتيش الصحي	صحة الفم والأسنان	فنيو صحة المجتمع	
	بنات	بنين	بنين	بنين	بنات	بنات	
137	82	55	-	43	-	274	1992
255	198	57	-	34	27	214	1996
135	84	51	-	7	30	197	2000
135	88	47	2	35	31	209	2003

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 77،

ويبين الجدول رقم (4-14) التطور العددي لخريجي الكليات الطبية، حيث وصل عدد خريجي الطب البشري إلى 10,027 خريجاً، وخريجي طب الأسنان 4,257 خريجاً، وخريجي كلية الصيدلة 2,722 خريجاً وذلك في نهاية عام 2006، وخريجي الصحة العامة عدد 1,135 خريجاً، وخريجي الطب البيطري عدد 12,860 خريجاً، والتقنية الطبية عدد 8,118 خريجاً وذلك في نهاية عام 2007<sup>(1)</sup>.

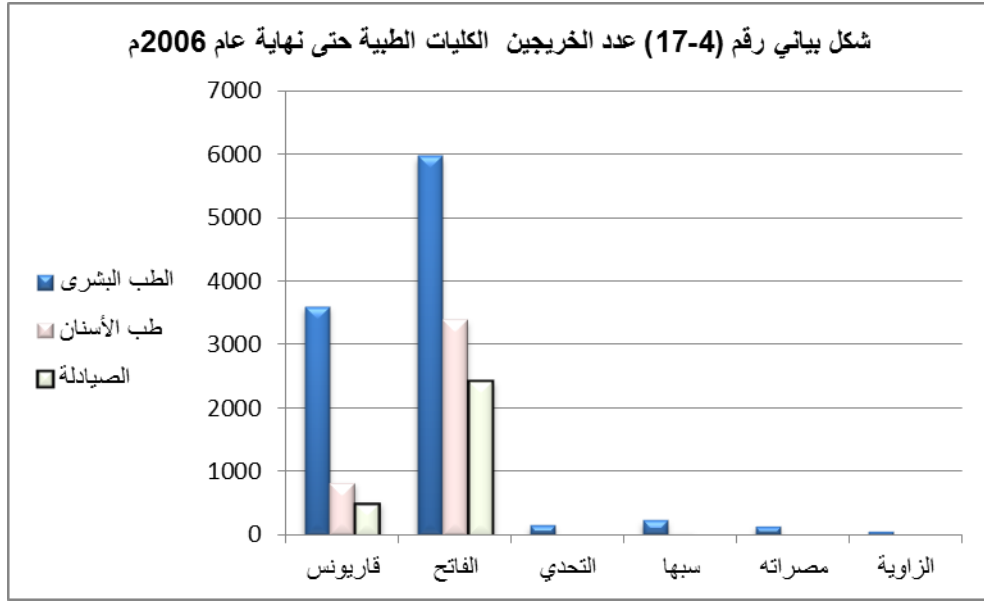
جدول رقم (4-14)

عدد الخريجين من الكليات الطبية حتى نهاية عام 2006م

الصيدلة	طب الأسنان	الطب البشري	الكلية
501	825	3601	قاريونس
2421	3393	5981	الفتاح
0	0	147	التحدي
0	39	233	سبها
0	0	126	مصراته
0	0	53	الزاوية
2722	4257	10027	المجموع

المصدر: التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة 2007، مرجع سبق ذكره، ص 121.

(1) نفس المرجع السابق، ص ص 133-151.

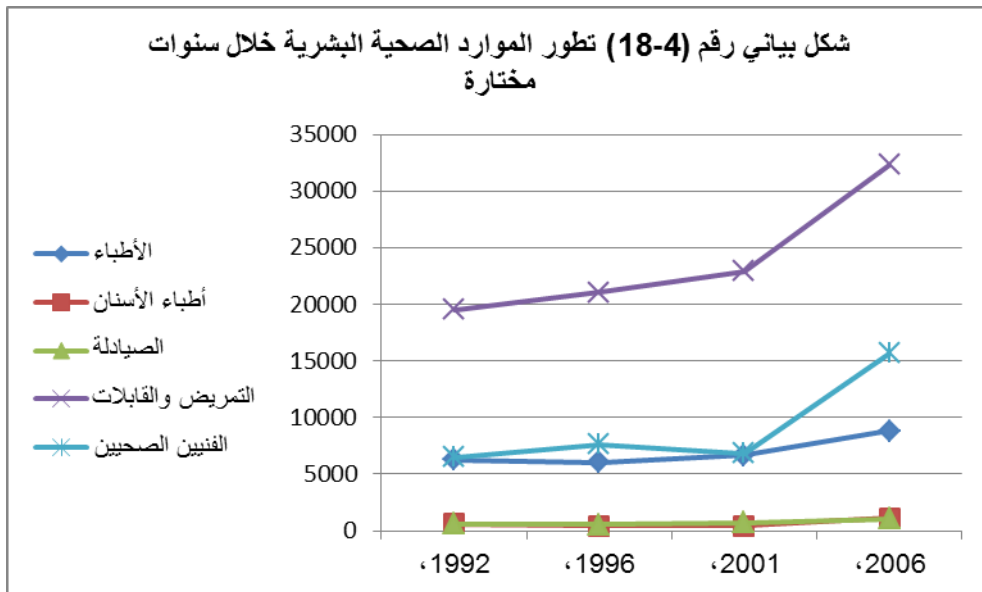


جدول رقم (4-15)

تطور الموارد الصحية البشرية خلال سنوات مختارة

السنوات	العدد				
	الفنيين الصحيين	التمريض والقابلات	الصيدالة	أطباء الأسنان	الأطباء
1992	6476	19529	578	581	6250
1996	7653	21053	536	434	6034
2001	6815	22951	722	420	6676
2006	15698	32332	1049	1102	8813

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 68،



يلاحظ من خلال الجدول رقم (4-15) أن الموارد البشرية في قطاع الصحة سجلت معدلات مرتفعة خلال الفترة ما بين عامي 1992-2006، وبالرغم من انخفاض أعداد الخريجين من معاهد التمريض بكافة التخصصات خلال نفس الفترة، نجد أن الزيادة في هيئة التمريض كانت بنسبة كلية 102%، والزيادة في عدد الأطباء كانت بنسبة 45%، بالإضافة إلى إيفاد بعض العاملين في القطاع للدراسة في الخارج<sup>(1)</sup>.

#### جدول رقم (4-16)

#### تطور أعداد القوى العاملة الطبية والطبية المساعدة خلال الفترة 1996-2006

2006				1996				التخصص
نسبة الليبيين إلى المجموع	المجموع	غير الليبيين	الليبيين	نسبة الليبيين إلى المجموع	المجموع	غير الليبيين	الليبيين	
72%	8609	2412	6197	34%	7184	4712	2472	أطباء
91%	1221	115	1106	59%	475	195	280	أطباء أسنان
96%	825	36	789	73%	467	126	341	صيدلة
92%	31624	2488	29136	75%	19954	4892	15062	التمريض والقبالة
96%	13652	610	13042	86%	6407	908	5499	الفنيون
90%	55931	5661	50270	69%	34487	10833	23654	المجموع

المصدر: الجدول من اعداد الباحثة بتصريف عن محمد إبراهيم الزوي، دراسة حول المرافق الصحية والموارد الصحية البشرية 2007، ورقة مقدمة لمشروع ليبيا 2025 رؤية استشرافية، ص 15.

يوضح الجدول رقم (4-16) الزيادة الملحوظة في عدد الأطباء وهيئة التمريض والفنيين سنة 2006، حيث وصل العدد إلى 50,270، وأصبحت نسبة العناصر الطبية الليبية ما يعادل 90% من المجموع الكلي للعناصر الطبية بعد أن كان 23,654 سنة 1996، ونسبة 69% إلى المجموع الكلي للعناصر الطبية، ومقارنة بعدد الأطباء وهيئة التمريض غير الليبية التي كانت 10,833 سنة 1996، وانخفضت إلى عدد 5,661 سنة 2006 بنسبة 100%.

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، الهيئة العامة للمعلومات، الكتاب الإحصائي 2005، (طرابلس: الهيئة العامة للمعلومات، 2006) ص 26.

## المبحث الثاني

### تقويم سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترة من 1992-2006

يفحص هذا المبحث الأدلة على نجاح النظام الصحي في ليبيا في توافر الخدمات الصحية، باستخدام بعض المؤشرات الدولية لقياس المستوى الصحي للسكان ومدى تأثير مستوى الخدمات الصحية على المستوى الصحي للسكان.

#### أولاً- المؤشرات الخاصة بمستويات الخدمات الصحية:

##### أ- مخصصات قطاع الصحة وقيمة الإنفاق الفعلي من إجمالي موازنة الدولة:

هي نسبة ما يخصص للاستثمار في مجال الصحة إلى إجمالي الميزانية العامة للدولة، وهذا ما ينطوي تحت إحدى وظائف النظام السياسي، وهي الأداء التوزيعي للنظام لإشباع الاحتياجات الأساسية لأفراد المجتمع، وهي من ضمن المؤشرات الدولية التي تبين مقدار أداء الدولة لوظائفها، وتشير الدراسات إلى التطور المتسارع للخدمات الصحية في الحاضر والحاجة إلى تطور أكثر في هذه الخدمات مستقبلاً، وما يصاحبه من ارتفاع في تكاليف توافر هذه الخدمات وذلك للأسباب التالية<sup>(1)</sup>:

- 1- الزيادة المستمرة في عدد السكان التي تُعزى للتحسن الواضح في المستوى الصحي والاجتماعي والاقتصادي.
- 2- التغير الذي حدث في نمط الأمراض حيث زادت أعداد الأمراض غير السارية كأمراض القلب الوعائية، داء السكري، السرطان، أمراض الشيخوخة، الفشل الكلوي، وإصابات الحوادث الخاصة وخاصة حوادث السير والمرور، بينما تناقصت أعداد الأمراض السارية بسبب انتشار وتعزيز الخدمات الصحية وارتفاع الوعي، مما يترتب على ذلك زيادة حجم استخدام المستشفيات وطول الإقامة بها.
- 3- ازدياد التحديات والمشاكل الطبية التي تتطلب رعاية طويلة مثل رعاية كبار السن وتأهيل المعاقين والمرضى النفسيين وذوي الأمراض المزمنة.
- 4- الاستخدام المتنامي لأحدث التقنيات الطبية من أجهزة تشخيصية وعلاجية وبيانات مستمرة وبتوسع كبير.
- 5- ارتفاع التكلفة الرأسمالية لإنشاء المرافق الصحية والأجهزة والمعدات الطبية.
- 6- ارتفاع أجور العاملين في الحقل الصحي من أطباء وفئات تمريض وفنيين.

(1) نحو إستراتيجية مستقبلية لتوفير أفضل الخدمات الصحية للأعداد المتزايدة من السكان في المملكة السعودية، وزارة الاقتصاد والتخطيط، المملكة العربية السعودية، www.mep.gov.sa، ص 30.

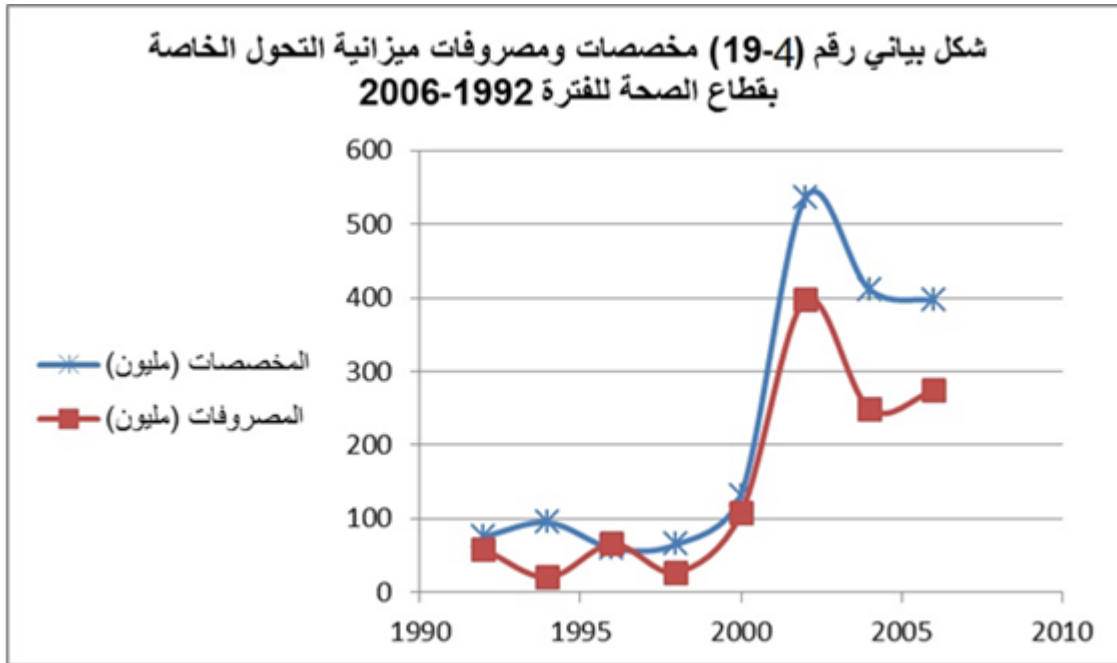
وعلى الرغم من هذه الأسباب التي تم ذكرها سابقاً التي تستدعي إلى زيادة الإنفاق على القطاع الصحي، نجد أن مخصصات قطاع الصحة من الميزانية العامة للدولة ومن المخصصات الاستثمارية في ليبيا خلال الفترة محل الدراسة، هي كالتالي:

#### جدول رقم (4-17)

#### مخصصات ومصروفات ميزانية التحول الخاصة بقطاع الصحة للفترة 1992-2006

السنة	المخصصات (مليون)	المصروفات (مليون)	نسبة الصرف
1992	76.000	58.500	%77
1994	95.000	20.600	%22
1996	60.000	66.000	%110
1998	65.400	27.300	%42
2000	132.400	107.400	%81
2002	536.000	397.100	%74
2004	411.600	249.100	%62
2006	396.500	274.200	%69

المصدر: التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة 2007، مرجع سبق ذكره، ص 138.



حسب الجدول رقم (4-17) لا توضع مخصصات الميزانية في قطاع الصحة حسب حاجة هذا القطاع وحاجته إلى النمو لمواكبة الدول المتقدمة في أساليب وسياسات تقديم الخدمات الصحية، بل الملاحظ وضعها انعكاساً للظروف الاقتصادية للدولة، فنجد مثلاً مخصصات سنة 1992 قيمتها 76 مليون، وسنة 1993 التي تليها مخصصاتها قيمتها 57 مليون، فيلاحظ التناقص في حجم قيمة الميزانية المخصصة لقطاع الصحة من سنة إلى أخرى، ومن سنة 2000م زادت مخصصات قطاع الصحة وباقي القطاعات الأخرى، حيث بلغت ما قيمته 132.4 مليون دينار، وسنة 2002 ما قيمته 536 مليون، وذلك راجع إلى تغيير في السياسات العامة للدولة نتيجة تغير المناخ الدولي وتحسن علاقات ليبيا مع الدول الغربية، هذا علاوة على التحسن في أسعار النفط، وفي هذا الإطار تم وضع مشروع الخطة الخمسية الجديدة 2001-2005 التي رصد لها 36 مليار دينار وتضمنت جملة من الأهداف وتسعى إلى تصحيح مسار الاقتصاد والتعامل مع التطورات المحلية والإقليمية والدولية والى تنويع هيكل الاقتصاد الليبي، وما يقارب من 70% من إجمالي المبالغ التي تم رصدها سيتم تمويلها عن طريق ميزانية الدولة، وستوجه مشاريعها أساساً نحو البنية الأساسية مثل الموانئ والمطارات والطرق والمياه إضافة إلى التعليم والصحة، في حين سيبترك المجال في القطاعات الأخرى للاستثمار الخاص الليبي والأجنبي وهو ما يقدر بحوالي 30% من إجمالي تمويل الخطة<sup>(1)</sup>، وفي نهاية الفترة محل الدراسة نلاحظ انخفاض حجم المبلغ المخصص للقطاع وهو 396.5 مليون سنة 2006م.

ومن دراسة المخصصات والمصروفات على قطاع الصحة يلاحظ أن الميزانية المخصصة لقطاع الصحة غير كافية، ونسبة الصرف لا تتم بالكامل في أغلب السنوات، الأمر الذي أدى إلى تراكم المديونية على القطاع سنة بعد سنة، وإلى ضعف الإمكانيات ومواد التشغيل والصيانة والافتقار إلى برامج التدريب، هذه الصعوبات أدت إلى تدني مستوى الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، وإلى نقص متكرر في مختلف أصناف الإمداد الطبي وانعدامه في بعض الأحيان.

كل هذه الصعوبات والمشاكل أو جلها كان بسبب اعتماد القطاع الصحي على تمويل الدولة هذا التمويل الحكومي الخاضع لعدة متغيرات بسبب تذبذب أسعار النفط؛ المصدر الرئيسي للاقتصاد الليبي، والحصار الغربي على ليبيا الذي دام سبع سنوات وهجرة الأطباء إلى الخارج، واستهتار العاملين في القطاع بالعمل نتيجة ضعف مرتباتهم.

(1) السنوسي بسكري، أوراق في الاقتصاد الليبي، تقويم أداء الاقتصاد الوطني وقراءة تحليلية لمظاهر أزمته وأسبابها ومساعي معالجتها 1973-2007، (القاهرة: مكتبة وهبة ن2008)، ص 41/ 42.



جدول رقم (4-18)

الإنفاق الفعلي على قطاع الصحة خلال الفترة 2006-2000

الإجمالي	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	البيان
4,520,124	872,805	780,781	742,752	719,412	551,834	450,113	402,427	الإنفاق التسييري على الصحة من ميزانية العامة
1,668,600	274,200	179,000	249,100	326,100	397,100	135,700	107,400	الإنفاق الاستثماري على الصحة
6,188,724	1,147,005	959,781	991,852	1,045,512	948,934	585,813	509,827	مجموع الإنفاق العام "الميزانية العامة"
54,615,067	15,177,100	11,985,780	7,719,414	6,067,883	8,388,890	5,276,000	4,240,000	إجمالي الميزانية العامة
274,513,600	73,344,000	59,745,500	43,729,900	34,040,900	28,256,700	17,621,400	17,775,200	إجمالي الناتج المحلي
%2.3	%1.6	%1.6	%2.3	%3.1	%3.4	%3.3	%2.8	نسبة الإنفاق العام على الصحة من الدخل المحلي الإجمالي
%11.3	%7.5	%8	%13	%17	%11	%11	%12	نسبة ميزانية قطاع الصحة إلى إجمالي ميزانية الدولة

المصدر: حبيب إسماعيل تامر، "دراسة بشأن الإنفاق على الخدمات الصحية بالجمهورية العظمى"، ورقة مقدمة لمشروع ليبيا 2025 رؤية استشرافية، 2007، ص 4.



وبالنظر إلى الجدول رقم (4-19) نجد أن الميزانية العامة للدولة خلال الفترة من 2000-2006 وصلت إلى أكثر من 54,615,067 مليار دينار ليبي، وما تم تخصيصه لقطاع الصحة من هذا المبلغ المستثمر ما قيمته 6188.724 مليار دينار أي بنسبة 11.3% من إجمالي المبلغ المستثمر، ومن خلال بيانات الجدول رقم (4-19) نلاحظ أن نسبة ما تم تخصيصه لقطاع الصحة من الناتج المحلي الإجمالي بداية من سنة 1998 ما نسبته 3.7%، وانخفض سنة 2000م إلى ما نسبته 2.8% من الناتج المحلي وارتفع هذا الرقم إلى سنة 2001 حيث وصل إلى نسبة 3.4% وفي السنوات التي تاليها بدا في التناقص حتى وصل إلى 1.6% سنة 2006م، وهذه النسب تتعارض مع معدل الاستثمار في قطاع الصحة والمتفق عليه دولياً حسب منظمة الصحة العالمية والذي يحث على استثمار ما لا يقل عن 5% من الناتج المحلي للدول في تمويل السياسات الصحية.

#### جدول (4-19)

##### مخصصات الخدمات الصحية في الميزانية التسييرية 2000-2001 (بآلاف الدنانير)

% مخصصات 2001	مخصصات ميزانية عام 2001م			مخصصات ميزانية عام 2000م			
	الإجمالي	باب ثانٍ	باب أول	الإجمالي	باب ثانٍ	باب أول	
34%	155,460	10,626	144,834	133,299	8,805	122,493	الرعاية الصحية الأولية
41%	188,394	68,927	1,201,367	172,667	60,750	111,917	المستشفيات
17%	-	75,000	-	-	70,000	-	الإمداد الطبي
	450,114	175,926	274,188	402,427	154,590	247,837	إجمالي مخصصات الصحة
	2,888,195	707,615	2,180,580	2,699,616	666,466	2,033,150	إجمالي الميزانية التسييرية
	15.9%	24.9%	12.6%	14.9%	23.02%	12.2%	نسبة مخصصات الصحة من الميزانية التسييرية

المصدر: ميلاد فرج اشنين، بحث في مجال تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، مرجع سبق ذكره، ص 11.

ودراسة هذه المؤشرات سواءً على مستوى حجم الإنفاق التسييري والإنمائي ونسبته إلى إجمالي الناتج المحلي الإجمالي، تظهر اتجاه الإنفاق إلى انخفاض خلال السنوات محل الدراسة، بمعنى أن ما يتم استثماره في المرافق الصحية لم يواكبه إنفاق مماثل لتطوير تلك المرافق، الأمر الذي انعكس على كفاءة الخدمات الصحية، ومن البيانات المتوافرة نلاحظ أن ما تم تخصيصه لقطاع الصحة خلال عامي 2000 و 2001 من الميزانية التسييرية للدولة ما نسبته 15%، وتم توزيع هذا المبلغ المستثمر لعام 2001 بنسبة 41% للإقامة بالمستشفيات

و34% للرعاية الصحية الأولية، و17% للإمداد الطبي<sup>(1)</sup>، وكما هو موضح بالجدول رقم (4-19).

#### ب. نسبة الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية:

استخدام بيانات النفقات الطبية والعلاجية الخاصة قد يبين دور السياسات الصحية في نشر خدمات الصحة العامة بين سكان ليبيا خلال هذه الفترة الزمنية، لذا لا بد أن نعرف قيمة الإنفاق الحكومي والخاص على الصحة من إجمالي الإنفاق العام، وكذلك معرفة قيمة الإنفاق من الجيب المباشر للأفراد من نسبة الإنفاق الخاص لمعرفة مدى نجاح السياسات الصحية خلال الفترة الزمنية في نشر الخدمات الصحية.

#### جدول رقم (4-20)

##### إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية خلال السنوات 1995-2006

2006	2005	2003	2001	1999	1997	1995	البند
2.4	2.5	3.7	4.0	3.6	3.2	3.5	إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية (% من إجمالي الناتج المحلي)
61.1	61.8	63.5	64.6	50.2	45.1	49.6	الإنفاق على الرعاية الصحية للقطاع العام (نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية)
235	217	186	217	211	197	185	نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية (بالأسعار الجارية للدولار)

المصدر: البنك الدولي: [www.data.albankaldawli.org](http://www.data.albankaldawli.org)

إن نسبة ما ينفق على الرعاية الصحية من إجمالي الناتج المحلي متواضع ولا يعكس درجة اهتمام قوية بهذا القطاع، حيث سجل عام 2001 أعلى نسبة من الإنفاق على الرعاية الصحية، فبلغت 4.0% غير أن هذا الارتفاع قد اتجه للانخفاض حتى وصل إلى أدنى مستوياته في عام 2006م بنسبة 2.4%، كما يتبين أيضاً أن نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية في ارتفاع ولكن بنسب قليلة بحيث ارتفعت من 185 دولار في عام 1995 لتصل إلى 235 دولار أمريكي في عام 2006م انظر الجدول رقم (4-20).

(1) ميلاد فرج اشنين، بحث في مجال تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، مقدم بمؤتمر مشروع ليبيا 2025، ص 11.

#### جدول (4-21)

#### النفقات الصحية العامة والخاصة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي

2006	2005	2004	2003	2002	2001	البلد
1.6	1.7	2.8	2.6	1.9	1.6	النفقات الصحية العامة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
0.8	0.9	1	1.5	1.7	-	النفقات الصحية الخاصة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
100	100	100	100	100	100	نسبة الإنفاق المباشر من الجيب من الإنفاق الخاص

المصدر: البنك الدولي: www.data.albankaldawli.org

توضح الدراسة حسب الجدول (4-21) أن الإنفاق الصحي الخاص بالفرد في ليبيا أكثر ارتفاعاً من الإنفاق الصحي الحكومي على الفرد، الذي يشمل كافة أنواع الإنفاق العام والخاص، ودراسات الإنفاق على قدر كبير من الأهمية لأنها توضح المكانة النسبية المنخفضة للخدمات الصحية العامة في ليبيا، يلاحظ انخفاضاً واضحاً في النفقات الصحية بالنسبة للناتج المحلي، مما أدى إلى تراجع دور القطاع العام في تقديم الخدمات الصحية، واعتماد المواطنين على مدخراتهم الخاصة للعلاج والرعاية الصحية وشراء الأدوية، وقدر إنفاق الأسرة الليبية سنوياً بمبلغ (263.26) دينار على العناية الصحية وهو ما يمثل نسبة (3.23%) من مجموع إنفاقها السنوي لسنة 2002-2003م، توزعت كما هو موضح في الجدول التالي<sup>(1)</sup>.

#### جدول (4-22)

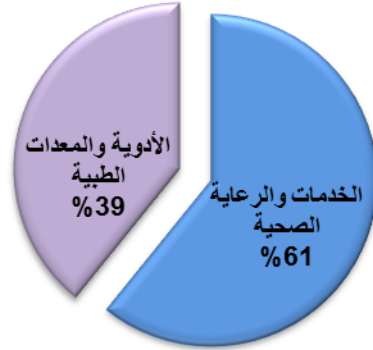
#### الإنفاق السنوي للأسرة الليبية خلال الفترة 2002-2003م

النسبة المئوية	متوسط إنفاق الأسرة شهرياً (دينار)	متوسط إنفاق الأسرة سنوياً (دينار)	مجموعة الاتفاقات السلعية الفرعية
60.82%	13.34	160.12	الخدمات والرعاية الصحية
39.18%	8.60	103.15	الأدوية والمعدات الطبية
100.0%	21.94	263.26	المجموع

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، المسح الاقتصادي والاجتماعي، 2003/2002، الجزء الثالث بيانات الإنفاق والدخل العائلي، ص 21.

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، المسح الاقتصادي والاجتماعي، 2003/2002، الجزء الثالث بيانات الإنفاق والدخل العائلي، مرجع سبق ذكره، ص 21.

شكل بياني رقم (4-20) الإنفاق السنوي للأسرة الليبية خلال  
الفترة 2003-2002م



لقد كان من المفيد مقارنة المعدلات السائدة من قيمة مخصصات قطاع الصحة من إجمالي الناتج الإجمالي المحلي، وكذلك قيمة إنفاق القطاع العام الحكومي على الصحة، ومقارنة نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية في ليبيا بالمعدلات السائدة ببعض دول إقليم شرق المتوسط ومنها دول مصدرة للنفط، ودول ذات دخل متوسط مثل تونس والسودان، وقد أوضحت الدراسة انخفاض ما هو مخصص لقطاع الصحة من الناتج الإجمالي من 3.5 سنة 1995 إلى 2.4 سنة 2006.

جدول (4-23)

الإنفاق على الرعاية الصحية (النسبة من إجمالي الناتج المحلي)

الدولة	1995	1997	1999	2001	2003	2006
تونس	6.1	5.6	5.8	5.8	5.9	6.2
الإمارات	4.0	3.8	3.8	3.7	3.2	2.6
السعودية	3.0	3.1	4.1	4.5	4.0	3.8
ليبيا	3.5	3.2	3.6	4.0	3.7	2.4
السودان	3.4	3.8	3.8	3.5	3.8	4.9

المصدر: البنك الدولي: [www.data.albankaldawli.org](http://www.data.albankaldawli.org)

يتضح من الجدول رقم (4-23) حجم ما تنفقه بعض الدول العربية على الرعاية الصحية من إجمالي الناتج المحلي، حيث يتبين أن ليبيا جاءت في الترتيب الثالث بين هذه الدول في عام 1995م، والترتيب الأخير في عام 1999م وعام 2006م، بل إنها تأتي في أقل

مرتبة من تونس الدولة العربية ذات الدخل المتوسط وغير مصدرة للنفط، وعلى الرغم ذلك فمعدل الإنفاق فيها يفوق الإنفاق الليبي على الرعاية الصحية.

#### جدول (24-4)

نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية بالملايين، (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي)

الدولة	1995	1997	1999	2001	2003	2006
الإمارات	713	718	678	752	752	1076
السعودية	231	262	328	387	384	562
ليبيا	185	197	211	217	186	235
تونس	124	116	128	122	152	194
السودان	15	13	12	12	18	45

المصدر: البنك الدولي: [www.data.albankaldawli.org](http://www.data.albankaldawli.org)

وبمتابعة نصيب الفرد من العناية الصحية خلال السنوات 1995-2006، كما هو مبين في الجدول (24-4) نجد أن ليبيا تأتي في المرتبة الثالثة بعد كل من الإمارات والسعودية وتسبق كل من تونس والسودان.

ت. عدد المرافق الصحية الأولية إلى عدد السكان (العيادات المجمعة - مراكز الرعاية الصحية - وحدات الرعاية الصحية - مراكز مكافحة الدرن):

يوضح الجدول التالي (4-25) أن الزيادة في عدد السكان محل الدراسة لم يصاحبها زيادة في عدد المرافق الصحية الأولية، حيث كانت في بداية فترة الدراسة بنسبة مرافق لكل 10.000 نسمة، وبقيت حتى نهاية الفترة أي سنة 2006 بنفس عدد المرافق.

جدول رقم (4-25)

عدد مرافق الرعاية الصحية إلى عدد السكان خلال الفترة 1992-2006

المعدل لكل عشرة آلاف نسمة	السكان لكل مرفق صحي واحد	العدد				سنوات
		معدل النمو (%)	مرافق الرعاية الصحية الأولية	معدل النمو	السكان*	
2	4565		883	-	4030985	1992
2	4746	1.1-	873	2.8	4144002	1993
2	4264.	14.49	999	2.8	4260189	1994
2	4220	4.1	1040	3.0	4389739	1995
2	4206	1.25	1053	0.9	4429305	1996
2	4160	2.9	1084	1.8	4510406	1997
2	4133	2.4	1111	1.8	4592539	1998.
2	4109	2.4	1138	1.8	4676398	1999
<b>2</b>	<b>3961</b>	<b>5.6</b>	<b>1202</b>	<b>1.8</b>	<b>4762025</b>	<b>2000</b>
2	4033	0	1202	1.8	4848740	2001
2	4107	0	1202	1.8	4937281	2002
2	4182	0	1202	1.8	5027438	2003
2	4082.	4.3	1254	1.8	5119497	2004
2	4157	0	1254	1.8	5212984	2005.
2	3744	12.8	1415	1.6	5298152	2006

الجدول من اعداد الباحثة بتصرف من كتاب المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 45. \*لا يشمل السكان غير الليبيين

ويتبين من خلال الجدول رقم (4-25) أن توزيع الخدمات الصحية لا يتناسب مع حجم الكثافة السكانية في المدن الليبية، وهذا يتناقض مع فلسفة الرعاية الصحية في ليبيا التي تركز على العدالة في توزيع الموارد الصحية والاجتماعية والاقتصادية، ومراعاة أشد الناس احتياجاً لها، وكذلك تغطية السكان بخدمات صحية متكاملة وشاملة يسهل وصولهم إليها وتصل إليهم بيسر، ويتناقض أيضاً مع مواد القانون الصحي رقم (106) لسنة 1973م الذي وضع تطبيقاً للمادة الخامسة عشر من الإعلان الدستوري التي نصت على أن الرعاية الصحية حق مقرر للمواطنين تكفله الدولة، حيث حدد هذه القانون تقديم الخدمات الصحية للمواطنين حسب المستويات التالية:

- المستوى الأول: وحدات الرعاية الصحية الأولية تقدم خدماتها لكل 2,000 - 5,000 نسمة.
- المستوى الثاني: مراكز الرعاية الصحية، بما فيها الصحة المدرسية والتطعيمات والوقاية وتقدم خدماتها لكل 10,000 - 26,000 نسمة.
- المستوى الثالث: العيادات المجمعرة وتقدم خدماتها لكل 50,000 - 60,000 نسمة.

- المستوى الرابع: المستشفيات العامة، وتقدم خدماتها العلاجية وتستقبل الحالات المحولة من المستوى الثاني والثالث.
- المستوى الخامس: المستشفيات المركزية وتقدم خدماتها التخصصية المتقدمة لمن يتم تحويله من المستوى الرابع.

#### جدول رقم (4-26)

عدد العيادات المجمع والمراكز الصحية نسبة إلى عدد السكان حسب الشعبيات (2005)

م	الشعبية	عدد السكان	العيادات المجمع	عدد السكان إلى عدد العيادات	انحراف المؤشر عن العدد المفترض	عدد المراكز الصحية	السكان إلى المراكز الصحية
1	البطنان	159,536	1	159,536	2	18	8,863
2	درنة	163,351	2	81,676	-	41	3,984
3	الجبل الأخضر	203,156	3	67,719	-	17	11,950
4	المرج	185,848	-	-	-	37	5,023
5	بنغازي	670,797	6	111,800	5	27	24,844
6	الواحات	177,047	1	177,047	2	25	7,082
7	الكفرة	50,104	-	-	-	9	5,567
8	سرت	141,378	1	141,378	1	11	12,853
9	الجفرة	52,342	-	-	-	5	10,468
10	مصراة	550,938	4	137,735	5	37	14,890
11	المرقب	432,202	2	216,101	5	49	8,820
12	طرابلس	1,065,405	11	96,855	7	53	20,102
13	الجفارة	453,198	-	-	-	39	11,620
14	الزاوية	290,993	2	145,497	3	7	41,570
15	النقاط الخمس	287,662	1	287,662	4	45	6,392
16	الجبل الغربي	304,159	1	304,159	4	30	10,139
17	نالوت	93,224	-	-	-	18	5,179
18	سبها	139,861	1	139,861	1	8	17,483
19	وادي الشاطئ	72,833	-	-	-	23	3,167
20	وادي الحياة	76,858	-	-	-	12	6,405
21	مرزق	78,621	1	78,621	-	17	4,625
22	غات	23,518	-	-	-	7	3,360

المصدر: الجدول من إعداد الباحث بتصريف من الكتاب الإحصائي 2005، مرجع سبق ذكره

بالنظر إلى الجدول (4-26) والجدول رقم (4-27) نجد على سبيل المثال شعبية البطنان التي يصل عدد سكانها إلى 159,536 نسمة، يوجد فيها عيادة مموعة واحدة تقدم خدماتها لمائة وتسعة وخمسين ألف نسمة، ومن المفترض أن تغطي الخدمات الصحية لعدد ستين ألف من المواطنين، وبلغ انحراف المؤشر عن عدد العيادات المفترض وجوده عدد 2

عيادة مجمعة وذلك قياساً على عدد سكان الشعبية ، وكذلك نجد أن كل مركز صحي يقدم خدمات لعدد 8,863 من المواطنين، وكل وحدة رعاية صحية أولية تقدم خدماتها لعدد 3,468 من المواطنين، وهذا العدد من المراكز والوحدات يتناسب مع الكثافة السكانية في الشعبية.

ويبلغ عدد سكان مدينة بنغازي 670,797 ألف، ستمائة وسبعون ألف وسبعمائة وسبعة وتسعون نسمة وذلك حسب تعداد سنة 2006، ويوجد بالمدينة عدد 6 عيادات مجمعة كل عيادة تقدم خدماتها لعدد 111,800، مائة وأحد عشر ألف وثمانمائة مواطن، وهذا العدد يفوق القدرة الاستيعابية لخدمات العيادة، التي حدد لها تقديم الخدمات لعدد 60 ألف مواطن فقط ستين ألف مواطن، بانحراف المؤشر عن العدد المفترض للعيادات بعدد 5 عيادات مجمعة حيث إن الشعبية تحتاج لوجود عدد 11 عيادة مجمعة وذلك بالنسبة للكثافة السكانية بالشعبية ويوجد بالمدينة أيضاً 27 مركزاً صحياً يغطي عدد 24,844 ألف فقط أربعة وعشرين ألف وثمانمائة وأربعة وأربعين مواطناً، وكذلك يوجد عدد 41 وحدة رعاية أولية كل وحدة صحية تقدم خدماتها لعدد 16,361 مواطن، فقط ستة عشرة ألف وثلثمائة وواحد وستين مواطناً، وكل وحدة رعاية صحية مصممة لتقديم خدمات صحية لعدد خمسة آلاف مواطن فقط، وبانحراف المؤشر عن العدد المفترض للوحدات الرعاية الصحية بعدد 93 وحدة رعاية صحية، حيث تحتاج الشعبية لوجود عدد 136 وحدة صحية لتغطية الكثافة السكانية بها، وكذلك بالنظر إلى التعداد السكاني لشعبية الزاوية نلاحظ حاجة الشعبية لعدد 5 عيادات مجمعة والعدد الموجود فعلياً هو عدد 2 عيادة مجمعة، وكذلك بالنسبة للمراكز الصحية نجد أن كل مركز صحي يقدم خدماته لعدد 41 ألف نسمة وهذا العدد مخالف للقدرة الاستيعابية للمركز الصحي المعد لاستقبال عدد 26 ألف نسمة، مقارنة بشعبية وادي الشاطئ وشعبية درنة والتي تقدم مراكزها الصحية الخدمات لعدد 3 آلاف نسمة وهذا يعني وجود فائض في المراكز بالنسبة لعدد السكان، ويلاحظ أيضاً وجود بعض الشعبيات ذات الكثافة السكانية لا يوجد فيها عيادات مجمعة مثل شعبية الكفرة وشعبية الجفرة وشعبية وادي الحياة.



جدول رقم (4-27)

عدد وحدات الرعاية الصحية والمستشفيات نسبة إلى عدد السكان حسب الشعبيات (2005)

عدد السكان إلى عدد المستشفيات	المستشفيات	انحراف المؤشر عن العدد المفترض	عدد السكان إلى عدد وحدات الرعاية الصحية	عدد وحدات الرعاية الصحية	عدد السكان	الشعبية
53,179	3	-	3,468	46	159,536	البطنان
54,450	3	20	12,565	13	163,351	درنة
50,789	4	-	5079	40	203,156	جبل أخضر
46,462	4	-	5,632	33	185,848	المرج
47,914	14	93	16,361	41	670,797	بنغازي
59,016	3	14	8,431	21	177,047	الواحات
25,052	2	3	7,157	7	50,104	الكفرة
70,689	2	-	4,875	29	141,378	سرت
26,171	2	3	7,477	7	52,342	الجفرة
91,823	6	80	18,365	30	550,938	مصراته
72,034	6	-	5,085	85	432,202	المرقب
66,588	16	173	26,635	40	1,065,405	طرابلس
453,198	1	-	5,527	82	453,198	الجفارة
145,497	2	-	5,820	50	290,993	الزاوية
57,532	5	20	7,570	38	287,662	النقاط الخمس
33,795	9	-	2,622	116	304,159	الجبل الغربي
18,645	5	-	3,729	25	93,224	نالوت
69,931	2	12	8,741	16	139,861	سبها
24,278	3	-	1,734	42	72,833	وادي الشاطئ
76,858	1	-	3,202	24	76,858	وادي الحياة
39,311	2	-	2,245	35	78,621	مرزق
23,518	1	-	3,920	6	23,518	غات

المصدر: الجدول من إعداد الباحث بتصريف من الكتاب الإحصائي 2005، مرجع سبق ذكره.

وبمقارنة بعض دول اقليم شرق المتوسط فيما يخص وفرة مرافق الرعاية الصحية يلاحظ أن دولة الإمارات تحتل الترتيب الأول بمعدل قدره 4.00، يليها في الترتيب إيران بمعدل قدره 3.40، ثم قطر بمعدل 2.70 والأردن بمعدل 2.40، وتأتي ليبيا في الترتيب الخامس بين هذه الدول بمعدل 2.30.

جدول رقم (4-28)

مقارنة مرافق الرعاية الصحية الأولية بين بعض بلدان الشرق الأوسط - منظمة الصحة العالمية

وحدات ومراكز الرعاية الصحية الأولية المعدل لكل 10,000 نسمة	الدولة	السنة
4.00	الإمارات العربية المتحدة	2005
3.40	إيران	2005
2.70	قطر	2006
2.40	الأردن	2006
<b>2.30</b>	<b>ليبيا</b>	<b>2006</b>
2.10	تونس	2006
0.82	السعودية	2005

المصدر: التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة 2007، مرجع سبق ذكره، ص 89.

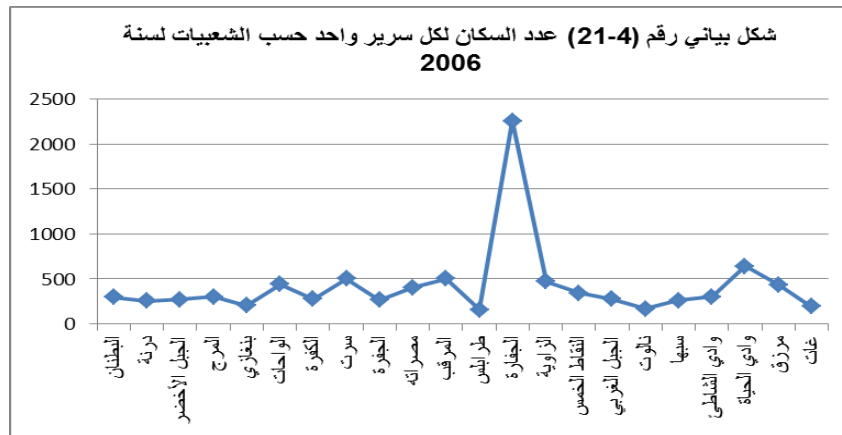
ث. عدد الأسرة بالنسبة للسكان:

تعدّ الأسرة في المستشفيات من الخدمات التي يجب توافرها لتقديم الرعاية الصحية للمرضى، وهي من ضمن المؤشرات التي يقاس بها مدى تأثير الخدمة الصحية على المستوى الصحي للسكان، ويوضح الجدول التالي توزيع الأسرة حسب شعبيات البلاد.

جدول رقم (4-29)  
توزيع الأسرة حسب الشعبيات لسنة 2006

الشعبية	عدد السكان*	عدد الأسرة	عدد السكان لكل سرير واحد
البطنان	159,536	540	295
درنة	163,351	632	258
الجيل الأخضر	203,156	752	270
المرج	185,848	615	302
بنغازي	670,797	3245	207
الواحات	177,047	402	440
الكفرة	50,104	180	278
سرت	141,378	283	500
الجفرة	52,342	196	267
مصراته	550,938	1360	405
المرقب	432,202	864	500
طرابلس	1,065,405	6698	159
الجفارة	453,198	201	2255
الزاوية	290,993	616	472
النقاط الخمس	287,662	843	341
الجيل الغربي	304,159	1110	274
نالوت	93,224	552	169
سيها	139,861	540	259
وادي الشاطئ	72,833	240	303
وادي الحياة	76,858	120	640
مرزق	78,621	180	437
غات	23,518	120	196

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 44.



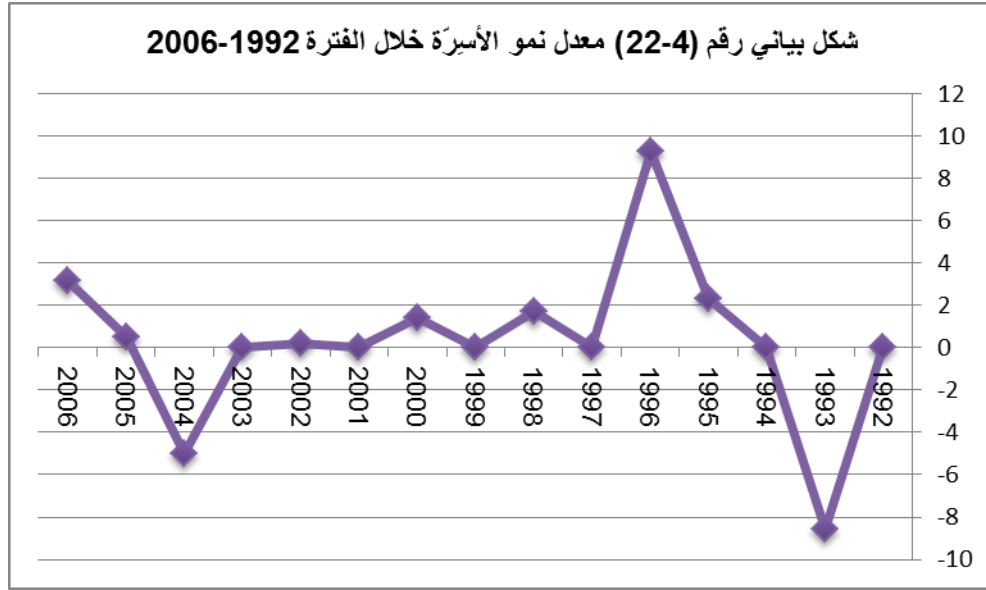
بالنظر إلى الجدول رقم (4-29) نجد عدم تناسب بين توزيع الأسرة في المستشفيات وعدد السكان في الشعبيات، فعدد سكان شعبية المرقب هو (432,302) نسمة وعدد الأسرة بالمستشفيات هو (864) سريراً بمعدل (500) نسمة من السكان لكل سرير، وبمقارنة هذه الأرقام بعدد السكان بشعبية النقاط نجد أن عدد السكان بالشعبية أقل بكثير من السكان بشعبية المرقب، وهو (287,662) نسمة، بعدد (843) سريراً، أي بمعدل (341) نسمة لكل سرير، والاختلال في توزيع الخدمات الصحية، والذي هنا توزيع الأسرة، نجده واضحاً بالمقارنة بين شعبية الجفارة وشعبية الجبل الغربي، فشعبية الجفارة عدد سكانها (453,198) نسمة وعدد الأسرة فيها (201) بمعدل (2255) نسمة لكل سرير، وبالمقابل نجد عدد السكان في شعبية الجبل الغربي (304,159) نسمة وعدد الأسرة (1,110) أسرة، وبمعدل (274) نسمة من السكان لكل سرير، وهذا يتنافى مع ثوابت السياسة الصحية في ليبيا التي أساسها أحقية المواطنين في الحصول على رعاية طبية فعالة وكافية، والتوزيع العادل للمنافع.

#### جدول رقم (4-30)

#### عدد الأسرة نسبة إلى عدد السكان خلال الفترة 1992-2006

السنوات	عدد السكان*	معدل نمو السكان	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	معدل نمو الأسرة	المعدل لكل عشرة آلاف نسمة	عدد السكان للسرير الواحد
1992	4,030,985	-	83	19,433	-	53	207
1993	4,144,002	2.8	89	17,753	8.6-	53	233.
1994	4,260,189	2.8	89	17,753	0	0	240
1995	4,389,739	3.0	98	18,167	2.3	0	242
1996	4,429,305	0.9	101	19,867	9.3	0	223
1997	4,510,406	1.8	95	19,867	0	0	227
1998	4,592,539	1.8	105	20,205	1.7	41	227
1999	4,676,398	1.8	105	20,205	0	38	231
2000	4,762,025	1.8	107	20,501	1.4	38	232.
2001	4,848,740	1.8	106	20,501	0	38	237
2002	4,937,281	1.8	106	20,539	0.2	37	240.
2003	5,027,438	1.8	106	20,539	0	37	245
2004	5,119,497	1.8	107	19,499	5.0-	37	263
2005	5,212,984	1.8	108	19,599	0.5	37	266
2006	5,298,152	1.6	120	20,229	3.2	37	262

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 45.



يبين الجدول رقم (4-30) مدى التطور في عدد الأسرة بالنسبة لعدد السكان خلال الفترة من عام 1992 إلى عام 2006م. نجد أن عدد الأسرة قد سجل نسبة نمو سالبة مع نسبة النمو في عدد السكان خلال سنتي 1992 و1993 بمعدل (- 8.6%)، ومن سنة 1995 سجلت الأسرة نمواً بقدر 2.3% وقفز هذا المعدل إلى 9.3% سنة 1996، بينما انخفضت نسبة نمو عدد السكان من 3% سنة 1995 إلى 1.1% سنة 1996م، ومن سنة 1997، وإلى سنة 2003 نلاحظ عدم وجود تناسب بين الزيادة في عدد السكان مع الزيادة في عدد الأسرة، حيث بقيت نسبة نمو السكان ثابتة بمعدل 1.8% إلى نهاية فترة الدراسة سنة 2006م أصبحت 1.6%، بينما تناقصت نسبة نمو الأسرة من 9.3% سنة 1996 إلى 1.5% سنة 2000م، وسجلت سنة 2004 نسبة نمو سالب بقيمة (- 5.0%)، وسنة 2006 قفزت نسبة نمو الأسرة إلى 3.2%، وهنا تظهر هذه النسب أن هناك تدهوراً في هذه الخدمات يرجع إلى الاختلال بين نمو السكان وبين نمو الخدمات الصحية وهي هنا عدد الأسرة، فبينما كان عدد السكان ينمو بمعدلات موجبة، وإن تراجع في آخر الفترة، فإننا نجد أن معدلات نمو الأسرة شهدت معدلات تراجع بوضوح خلال الفترة محل الدراسة، وشهدت نسبة نمو سالبة خلال سنتي 1993 و2004، يوضح الجدول رقم (4-30) عدد الأسرة في المستشفيات للفترة 1992-2006 ومعدلاتها بالنسبة لعدد السكان، حيث نلاحظ العلاقة العكسية بين الزيادة في عدد الأسرة وبين معدل السكان لكل سرير واحد، فنرى أن عدد السكان سنة 1992 كان 4,429,305 مليون نسمة وعدد الأسرة 19,433 سرير، وعدد السكان لكل سرير واحد هو 207 نسمة، وفي سنة 2006 حصل تراجع ملحوظ في عدد الأسرة بالنسبة لعدد السكان

وبالتالي أصبح لكل 262 نسمة من السكان سريراً واحداً، وهذا يدل على تراجع في الخدمات الصحية في ليبيا.

### ج. عدد الأسرة لكل طبيب وصيدلي وممرض او ممرضة:

على الرغم من وجود تباين بين نمو عدد السكان وعدد الأسرة خلال هذه الفترة كما تم توضيحه في الجدول رقم (4-30) فإن الجدول رقم (4-31) يبين أن مؤشر عدد الأسرة لكل طبيب وصيدلي وممرضة اتفق ما حددته المنظمة العالمية للصحة، حيث تحسن هذا المؤشر بمقارنة سنة 1992، الذي كان 2.8 سرير فأصبح 2.0 سرير لكل طبيب سنة 2006، وعدد 34 سرير لكل صيدلي سنة 1992 ليصبح عدد 19 سرير سنة 2006، وعدد 1 سرير سنة 1992 لكل ممرضة ليستمر نفس العدد حتى سنة 2006، هذه الأرقام تدل على تحسن في الخدمات الصحية، مع العلم أن المنظمة العالمية للصحة حددت هذا المؤشر كالتالي<sup>(1)</sup>:

- 4 أو 5 أسرة لكل طبيب.

- عدد 100 سرير لكل صيدلي.

- عدد سريرين لكل ممرضة.

وحسب ما نصت عليه المادة (367) من اللائحة التنفيذية للقانون الصحي رقم 106 على أن (الحد الأدنى لخدمات التمريض هو ممرضة مؤهلة لكل سريرين)<sup>(2)</sup>.

### جدول رقم (4-31)

عدد الأسرة بالنسبة لعدد الموارد البشرية خلال الفترة 1992-2006\*

السنة	عدد الأسرة في القطاع العام	عدد الأطباء وأطباء الأسنان	عدد الأسرة لكل طبيب	عدد الصيدلة	عدد الأسرة لكل صيدلي	عدد هيئة التمريض	عدد الأسرة لكل ممرضة وممرض
1992	19433	6831	2.8	578	34	19529	1
1994	17753	6649	2.7	547	32	17413	1
1996	19867	6468	3.1	536	37	21053	1
1998	20205	7096	2.8	518	39	22951	1
2000	20501	7096	2.9	722	28	22951	1
2002	20539	7096	2.9	722	28	22951	1
2004	19499	8075	2.4	849	23	30085	1
2006	20229	9915	2.0	1049	19	32332	1

\*الجدول من إعداد الباحثة

(1) حسين علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 115.

(2) اللائحة التنفيذية للقانون الصحي رقم 106، الجريدة الرسمية، عدد خاص، 24/يوليو/1976، ص 167.

### ح. عدد العاملين في القطاع الصحي إلى عدد السكان:

يوضح هذا المؤشر مدى تطور أعداد الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي ومعدلاتها بالنسبة لعدد السكان باعتبارها من مدخلات النظام الصحي، ويدل أيضاً على نوع الخدمات الصحية ومستواها، فكلما كان عدد السكان إلى الطبيب أو الممرض أو غيره أقل كلما تحسنت الخدمات الصحية ومنح المواطن اهتماماً أكبر والعكس صحيح<sup>(1)</sup>.

#### جدول رقم (4-32)

#### الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة حسب الشعبيات لسنة 2006

الشعبية	عدد السكان*	عدد الأطباء وأطباء الأسنان	عدد السكان للطبيب الواحد**	عدد هيئة التمريض	عدد السكان للممرض الواحد***	عدد الفنيين	السكان لكل فني واحد
البطنان	159,536	77	2,072	1,866	85	781	204
درنة	163,351	163	1,002	1,394	117	687	238
الجبل الأخضر	203,156	73	2,783	1,062	191	908	224
المرج	185,848	87	2,136	1,074	173	389	478
بنغازي	670,797	730	919	1,208	555	605	1,109
الواحات	177,047	112	1,581	771	230	341	519
الكفرة	50,104	36	1,392	296	169	127	395
سرت	141,378	214	661	533	265	227	623
الجفرة	52,342	49	1,068	177	296	90	582
مصراته	550,938	248	2,222	1,029	535	553	996
المرقب	432,202	114	3,791	1,554	278	559	773
طرابلس	1,065,405	1,174	908	1,732	615	976	1,092
الجفارة	453,198	330	1,373	1,608	282	718	631
الزاوية	290,993	290	1,003	762	382	372	782
النقاط الخمس	287,662	148	1,944	1,373	210	564	510
الجبل الغربي	304,159	108	2,664	1,433	212	507	600
نالوت	93,224	40	2,331	736	127	292	319
سبها	139,861	76	1,840	368	380	195	717
وادي الشاطئ	72,833	37	1,968	916	80	435	167
وادي الحياة	76,858	51	1,507	490	157	240	320
مرزق	78,621	40	1,966	809	97	295	267
غات	23,518	10	2,352	210	112	95	248

المصدر: الجدول من اعداد الباحثة بتصرف من التقرير الاحصائي للجنة الشعبية للصحة والبيئة 2007، مرجع سبق ذكره، ص116.

\*تعداد السكان لسنة 2006.

\*\*معدل السكان لكل طبيب يقاس كالتالي: إجمالي عدد السكان/عدد الأطباء

\*\*\*معدل السكان لكل ممرضة يقاس كالتالي: إجمالي عدد السكان/عدد الممرضات

(1) سالم عبدالسلام رحومة، مؤشرات التنمية الاجتماعية في ليبيا 1970-1980، مرجع سبق ذكره، ص ص 64-65-

ويوضح الجدول (4-32) توزيع الموارد البشرية من أطباء وتمريض وفنيين، حيث يلاحظ أن (شعبيتي) طرابلس وبنغازي تحظيا بأكبر نسبة من هذه الموارد، خاصة الأطباء، وهذا يعود ربما لوفرة هذا العنصر في المدن، في حين نجد في هيئة التمريض، على سبيل المثال، أن شعبية وادي الشاطئ حازت بوضع متميز لهيئة التمريض بمعدل 80 مواطن للممرض الواحد، وربما يفسر ذلك إلى أن هذه الوظيفة تعدّ من الوظائف المهمة في هذه المناطق النائية، ولوجود المعاهد الخاصة بالتمريض وانتشارها في المناطق النائية، في حين نجد قلة عدد الأطباء بمعدل 1968 مواطناً للطبيب الواحد، ويختلف هذا الوضع بالنسبة إلى المدن، إذ يلاحظ أن معدل هيئة التمريض يصل في طرابلس إلى 615 مواطن للممرض الواحد، ويصل في بنغازي العدد إلى 515 مواطن لكل ممرض واحد، ونحو 919 مواطن للطبيب الواحد في بنغازي وعدد 908 مواطن للطبيب الواحد في مدينة طرابلس.

#### جدول رقم (4-33)

#### تطور الموارد الصحية البشرية خلال الفترة 1992-2006

السنوات	عدد السكان	العدد			
		الأطباء	أطباء الأسنان	الصيدلة	التمريض والقبالات
1992	4,030,985	6,250	581	578	19,529
1994	4,260,189	6,142	507	547	17,413
1996	4,429,305	6,034	434	536	21,053
1998	4,592,539	6,676	420	518	22,951
2000	4,762,025	6,676	420	722	22,951
2002	4,937,281	6,676	420	722	22,951
2004	5,119,497	7,353	722	849	30,085
2006	5,298,152	8,813	1,102	1,049	32,332

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 68،

يتبين من خلال الجدول رقم (4-33) أن الزيادة في النمو السكاني خلال الفترة 1992 وحتى سنة 2002م لم يصاحبها زيادة تذكر في نمو عدد الأطباء، ومن سنة 2004 حتى سنة 2006 كانت هناك زيادة في عدد الأطباء بنسبة نمو سنوي يساوي 19%، وذلك من سنة 2004 وإلى سنة 2006م، مقابل معدل نمو سنوي سكاني لنفس الفترة بلغ 1.8%.

رقم (4-34)

المؤشرات الصحية الخاصة بالقوى العاملة خلال الفترة 1992-2006

المعدل لكل 10,000 ألف نسمة					عدد السكان	السنوات
الفنيون الصحيون	التمريض والقابلات	الصيدلة	أطباء الأسنان	الأطباء		
16	48	1	1	16	4,030,985	1992
15	41	1	1	14	4,260,189	1994
17	48	1	1	14	4,429,305	1996
15	50	1	1	15	4,592,539	1998
14	47	1	1	14	4,762,025	2000
14	46	1	1	14	4,937,281	2002
26	59	2	1,5	14	5,119,497	2004
30	61	2	2	17	5298152	2006

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 68،

يتبين من الجدول رقم (4-34) أن الزيادة في عدد السكان يصاحبها زيادة في معدلات الموارد البشرية لكل 10,000 نسمة وهذا بالنسبة لهيئة التمريض والفنيين حيث كان معدل هيئة التمريض في بداية المدة 48 ممرض لكل 10,000 نسمة، وفي نهاية المدة سنة 2006 وصل إلى 61 ممرضاً لكل 10,000 نسمة، بينما نجد أن الزيادة في عدد السكان لا يصاحبها زيادة تذكر في معدلات الأطباء والصيدلة.

خ. معدل عدد الممرضات إلى الطبيب الواحد خلال الفترة 1992-2006:

كان عدد الممرضات إلى الطبيب الواحد خلال الفترة 1992-2006؛ 3 ممرضات إلى كل طبيب واحد، وهذا يدل على وجود فائض في عدد الأطباء وقصور واضح في عدد هيئة التمريض، إذ من المفروض أن يقابل كل طبيب 4 ممرضات من هيئة التمريض، وهذا سبب من أسباب ضعف مستوى أداء القوة البشرية في القطاع الصحي خلال هذه الفترة كما هو موضح في الجدول رقم (4-35)، وتعاني معظم البلدان نقصاً حاداً في أعضاء هيئة التمريض المؤهلين علمياً ومهنياً، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة عدد الأطباء على عدد الممرضات<sup>(1)</sup>.

1 نخبه من أساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص 81.



#### جدول رقم (4-35)

معدل هيئة التمريض والقابلات إلى عدد الأطباء خلال الفترة 1992-2006<sup>(\*)</sup>

السنة	الأطباء وأطباء الأسنان	التمريض القابلات	عدد هيئة التمريض لكل طبيب واحد
1992	6,831	19,529	3
1994	6,649	17,413	3
1996	6,468	21,053	3
1998	7,096	22,951	3
2000	7,096	22,951	3
2002	7,096	22,951	3
2004	8,075	30,085	3
2006	9,915	32,332	3

المصدر: المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام، 1969-2009، مرجع سبق ذكره، ص 68.

#### ثانياً- أثر الخدمات الصحية على المستوى الصحي للسكان:

باعتبار الصحة حالة من السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية وهي هدف أساسي من أهداف التنمية البشرية، فقد حدد أول تقارير التنمية البشرية عام 1990 من بين الاختيارات اللانهائية للناس، ثلاث اختيارات أساسية لا يُتصور من دونها تحقق الاختيارات الأخرى، وكان أول هذه الاختيارات الثلاثة تحقيق حياة طويلة خالية من العلل، فالناس يتطلعون دائماً إلى مدّ أعمارهم وهم في صحة جيدة، لذلك فإن مؤشر توقع الحياة عند الميلاد هو أحد العناصر الثلاث الأساسية في تركيب دليل التنمية البشرية، كما تعد الصحة كذلك وسيلة أساسية للتنمية البشرية، فهي تمكن أفراد المجتمع من استغلال قدراتهم التي تمثل مورداً مهماً للدخل قد يحرمهم المرض من الانتفاع بها، خاصة محدودي الدخل الذين قد تمثل هذه القدرات المورد الاقتصادي الوحيد الذي يعتمدون عليه في الحصول على الدخل، وكذلك ينعكس تحسين مستوى الصحة إيجاباً على الأبعاد الأخرى للتنمية البشرية، فعلى سبيل المثال ينعكس تحسن مستوى الصحة إيجاباً على معدلات الالتحاق بالتعليم، وكذلك معدلات التحصيل، ويمكن اعتبار المستوى الصحي الجيد الخطوة الأولى في تكوين وتطوير القدرات البشرية، كذلك يسهم تحسن المستوى الصحي في النمو الاقتصادي من خلال: رفع مستوى الكفاءة الإنتاجية حيث يؤدي تحسن المستوى الصحي إلى تقليل الفاقد الذي قد يتسبب فيه سوء المستوى الصحي للعاملين، كما أن تحسين الخدمات الصحية، خاصة الوقائية منها، يعمل على تحرير جزء كبير من موارد المجتمع، كان يمكن إهداره في علاج الأمراض والأوبئة التي يتم تفاديها من خلال الخدمات الصحية والوقائية، ويمكن بالتالي أن توجه هذه الموارد إلى استخدامات أكثر

إنتاجية<sup>(1)</sup>، وزيادة معدلات الاستخدام تعكس تحسن الخدمة، وكثير من الأبحاث حاولت تقويم السياسات والبرامج الصحية من خلال تحديد مدى تأثيرها على إحدى المشكلات الصحية، أو مدى تأثيرها في رفع المستوى الصحي للأفراد بصفة عامة باستخدام المؤشرات الإحصائية. وسوف يستعرض الجزء التالي؛ المستوى الصحي بصفة عامة من خلال عرض المؤشرات التي تعكس ذلك المستوى مثل معدل المواليد ومعدل الوفيات العام ومعدل وفيات الرضع وكذلك مؤشر العمر المتوقع عند الولادة.

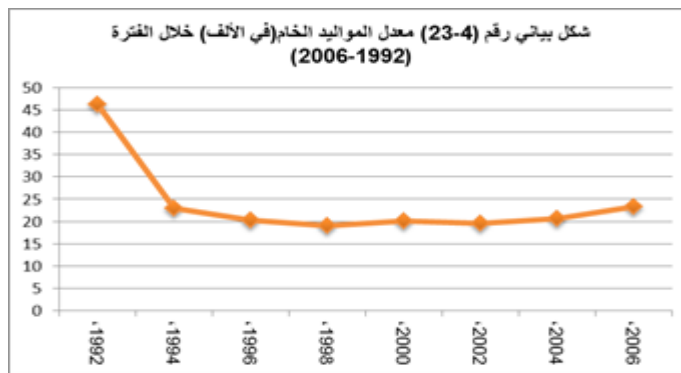
#### 1- مؤشر معدل المواليد (\*\*):

ويدل هذا المؤشر على نسبة عدد المواليد الأحياء في سنة معينة إلى مجموع السكان لنفس السنة في الـ 1000، وارتفاع هذا المعدل يدل على ارتفاع معدل الخصوبة، وتتميز الدول النامية بارتفاع هذا المعدل عكس الحال في الدول المتقدمة التي ينخفض فيها هذا المعدل.

جدول رقم (4-36)  
التوزيع العددي للمواليد الليبيين حسب النوع خلال الفترة (1992-2006)

السنة	ذكور	إناث	المجموع	معدل المواليد الخام (في الألف)
1992	93,817	88,721	182,538	46.2
1994	51,692	46,731	98,423	23.0
1996	47,064	43,364	90,428	20.2
1998	46,851	44,871	91,722	19.0
2000	49,731	47,042	96,773	20.1
2002	56,655	52,429	109,084	19.5
2004	61,739	57,894	119,633	20.6
2006	65,902	58,639	124,541	23.3

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، الهيئة العامة للمعلومات، السلسلة الزمنية للإحصاءات الحيوية 1977-2007، (إدارة الإحصاء والتعداد) ص 1.



(1) سمية أحمد عبد المولى، "آثار الإصلاح الاقتصادي على التنمية البشرية"، دراسة لتقويم اثر الإصلاح الاقتصادي على الصحة في مصر"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة، 1997، ص "ب".

(\*\*) يستخدم هذا المعدل كأحد مؤشرات درجة تكاثر السكان ويقاس بالطريقة التالية:

$$\text{معدل المواليد} = \frac{\text{عدد المولودين أحياء في بلد ما خلال سنة ميلادية}}{\text{عدد السكان من نفس البلد في منتصف السنة}} \times 1000$$

ويوضح الجدول السابق رقم (4-36) انخفاض معدل المواليد الخام الليبيين حسب النوع خلال الفترة 1992-2006م، من 46.2% في عام 1992م إلى 23.3% في عام 2006م، وربما يرد ذلك إلى الوعي وانتشار ثقافة الانجاب ونقص حالات الزواج نظراً للظروف الاقتصادية وزيادة نسبة دخول المرأة لميدان العمل خلال الفترة.

## 2. مؤشر الوفيات الخام(\*):

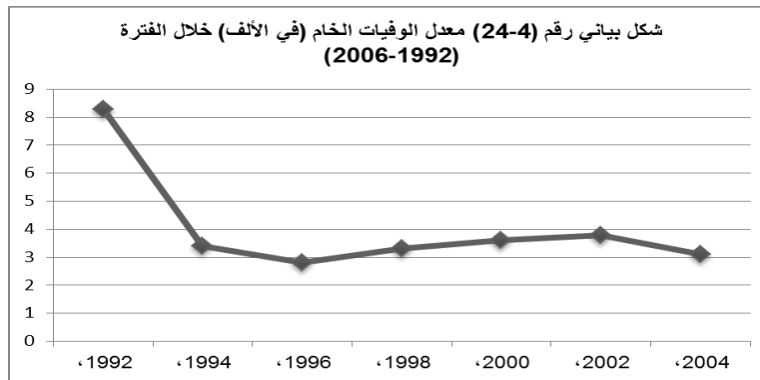
وهو نسبة عدد الوفيات في سنة معينة إلى السكان في تلك السنة في الـ 1000، وانخفاض معدلات الوفيات دليل على تحسن الوضع المعيشي للسكان، والواضح أن الدول النامية تتميز بمعدلات مرتفعة للوفيات نظراً لانتشار الأمراض وانخفاض المستوى الصحي والمعيشي.

### جدول رقم (4-37)

#### التوزيع العددي لوفيات الليبيين حسب النوع خلال الفترة (1992-2006)

السنة	ذكور	إناث	المجموع	معدل الوفيات الخام (في الألف)
1992	19,126	13,851	32,977	8.3
1994	8,167	5,869	14,036	3.4
1996	7,180	5,101	12,281	2.8
1998	8,475	6,420	14,895	3.3
2000	9,739	7,126	16,865	3.6
2002	10,863	7,907	18,770	3.8
2004	9,152	6,613	15,765	3.1

المصدر: السلسلة الزمنية للإحصاءات الحيوية 1977-2007، (إدارة الإحصاء والتعداد) ص17.



(\*) يقاس هذا المؤشر حسب التالي:

$$\text{معدل الوفيات العامة} = \frac{\text{عدد الوفيات خلال سنة ميلادية}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة}} \times 1000$$

يتضح من الجدول رقم (4-37) انخفاض التوزيع العددي للوفيات بين الليبيين خلال الفترة 1992-2006، حيث سجل انخفاضاً ملحوظاً من 8,3% في عام 1992 إلى 3.3% في عام 1998م ويستقر عند معدل 3.1 في عام 2004م.

### 3. مؤشر وفيات الأطفال الرضع (من صفر إلى أقل من سنة)<sup>(\*)</sup>:

يعدّ هذا المعدل مقياساً حساساً للمستوى العام للمعيشة في بلد ما، وكذلك مقياساً لكفاءة الخدمات الصحية في هذا البلد أو المجتمع<sup>(1)</sup>، ويدل انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع على القضاء على الكثير من الأمراض وعلى تحسن نوعية التغذية، وربما يعكس هذا الانخفاض التحسن، سواءً في التغذية أو الأوضاع المعيشية، إلى جانب محاولات القضاء على الكثير من الأمراض التي كانت تفتك بالأطفال حديثي الولادة، واعدت بعض الدراسات أن الوفاة هي مخرج اجتماعي لعدد من المشاكل الاجتماعية والصحية، وأن معدلات وفيات الأطفال هي ظاهرة ترتبط بالتنمية كارتباطها ببرامج الرعاية الصحية<sup>(2)</sup>،

#### جدول رقم (4-38)

#### توزيع وفيات الأطفال الرضع الليبيين الأقل من سنة ومعدلها في الفترة 1992-2006

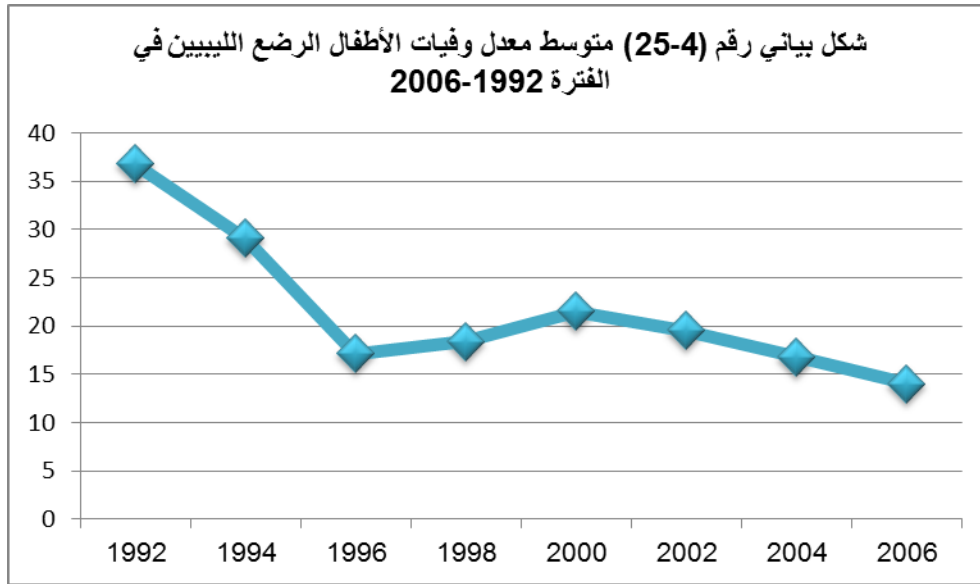
السنة	عدد الوفيات الرضع (الأقل من سنة)		معدل وفيات الأطفال الرضع		
	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث
1992	3,471	3,244	6,715	36.8	36.6
1994	1,500	1,366	2,866	29.1	29.2
1996	896	646	1,542	17.1	14.9
1998	913	772	1,685	18.4	17.2
2000	1,149	932	2,081	21.5	19.8
2002	1,138	985	2,123	19.5	18.8
2004	1,087	923	2,010	16.8	15.9
2006	909	800	1,709	14.0	14.0

(\* يقاس هذا المؤشر حسب التالي:

$$\text{معدل وفيات الرضع} = \frac{\text{عدد وفيات الرضع دون السنة الأولى من العمر}}{\text{عدد المواليد الأحياء}} \times 1000$$

(1) طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص ص 507-508.

(2) أحمد رشيد و السيد عبد المطلب غانم، تحليل السياسات العامة في مصر، (القاهرة: مركز البحوث والدراسات السياسية، 1988)، ص 132.



يتضح من خلال الجدول رقم (4-38) أن هناك تناقصاً ملحوظاً في متوسط معدل وفيات الأطفال الرضع خلال الفترة 1992-2006، حيث سجل بعض الانخفاض حيث وصل إلى حد النصف في 1998م، تم استمر في الانخفاض حتى استقر عند معدل 14.0% في 2006.

#### 4. مؤشر وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل 1000 شخص):

يشير معدل الوفيات دون سن الخامسة إلى احتمالات وفاة مولود حديثاً من بين كل ألف مولود حي قبل بلوغ سن الخامسة، وذلك في ظل مراعاة معدلات الوفيات الراهنة<sup>(1)</sup>.

#### جدول رقم (4-39)

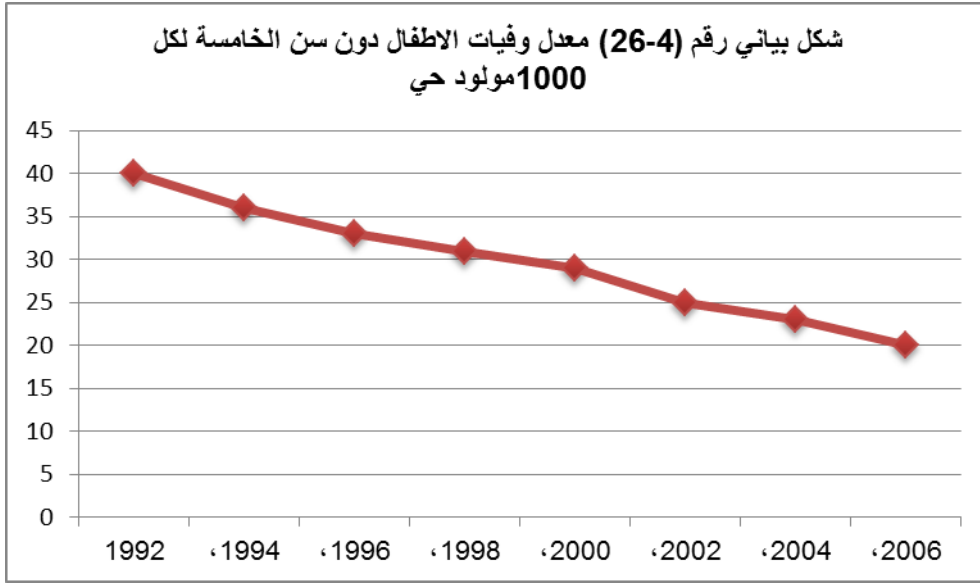
#### توزيع وفيات الأطفال في ليبيا خلال الفترة 1992-2006م

السنة	وفيات الأطفال بعمر دون السن الخامسة	معدل وفيات الاطفال لكل 1000 مولود حي <sup>(2)</sup>
1992	2083	40
1994	902	36
1996	378	33
1998	395	31
2000	553	29
2002	874	25
2004	560	23
2006	642	20

المصدر: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، الهيئة العامة للمعلومات، إدارة الإحصاء والتعداد، السلسلة الزمنية الحيوية 1977-2007، مرجع سبق ذكره، ص 17،

(1) البنك الدولي: [www.data.albankaldawli.org](http://www.data.albankaldawli.org)

(2) نفس المرجع السابق.



بالنظر إلى الجدول رقم (4-39) نجد ان هناك تحسناً واضحاً في مؤشر وفيات الاطفال دون سن الخامسة، حيث سجل المؤشر انخفاضاً بعدد 642 حالة وفاة سنة 2006 مقارنة بعدد 2083 حالة وفاة سنة 1992، وبمعدل وفيات تراجع من 40 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 1992 إلى معدل 20 حالة وفاة سنة 2006. وعلى الرغم من هذا التطور في هذا المؤشر من بداية الفترة ونهايتها إلا أنه يمكن ملاحظة أن عدد الوفيات انخفض إلى عدد 378 حالة عام 1996 ثم ارتفع هذا العدد في عام 1998 إلى عدد 395 حالة ثم انخفض عام 2000 وعاد وارتفع العدد عام 2002.

#### جدول رقم (4-40)

معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة في ليبيا مقارنة ببعض دول شرق المتوسط خلال 1992-2006

الدولة	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
البحرين	16	15	14	13	12	12	11	11
الإمارات	19	17	16	14	12	11	10	9
<b>ليبيا</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>20</b>
السعودية	40	35	32	28	26	24	22	20
تونس	44	39	36	32	28	25	23	20
الجزائر	63	59	56	52	49	46	43	41
السودان	123	120	118	116	114	112	110	107
أفغانستان	187	168	153	151	151	150	150	151

المصدر: البنك الدولي: www.data.albankaldawli.o

بالنظر إلى الجدول رقم (4-40) نجد ان ليبيا جاءت في الترتيب الثالث بين الدول الأقل معدل وفيات سنة 1992، وكذلك سنة 2006 بعد دولتي البحرين والامارات.

#### 5. مؤشر متوسط العمر المتوقع عند الولادة:

يستخدم هذا المؤشر في بعض الإحصاءات الدولية، لتوضيح الحالة الصحية والاجتماعية للسكان في كل مجتمع، ويدل هذا المؤشر على المتوسط العام الذي يعيشه الفرد في مجتمع ما، وكلما كان هذ العمر أطول كلما كان ذلك المجتمع أكثر تقدماً، من حيث المستوى الصحي والاجتماعي.

#### جدول رقم (4-41)

متوسط العمر المتوقع عند الولادة في ليبيا مقارنة ببعض دول الشرق الأوسط 1992-2006

الدولة	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
الإمارات	73	73	74	74	75	75	75	76
تونس	71	71	72	72	73	73	73	74
السعودية	70	70	71	71	71	72	72	73
<b>ليبيا</b>	<b>69</b>	<b>70</b>	<b>71</b>	<b>72</b>	<b>73</b>	<b>73</b>	<b>73</b>	<b>74</b>
السودان	53	54	55	56	57	58	59	60

المصدر: البنك الدولي: [www.data.albankaldawli.org](http://www.data.albankaldawli.org)

وبالنظر إلى الجدول رقم (4-41) وبمقارنة متوسط العمر المتوقع عند الولادة في ليبيا مع بعض الدول العربية نجد أن الوضع في ليبيا لا يختلف كثيراً عن الدول العربية الأخرى، ففي حين سجلت ليبيا الترتيب الرابع بين الدول العربية الخمس في عام 1992 تحسن وضعها بحيث جاءت في الترتيب الثاني في عام 2006.

## خلاصة:

تناول المبحث الأول سياسة توافر الخدمات الصحية خلال هذه الفترة التي اتسمت بعدم الاستقرار الهيكلي والإداري، فقد تعرض الهيكل التنظيمي لعدة قرارات تنظيمية إلى قرارات دمج وإلغاء لأمانة الصحة، وتناول المبحث أيضاً أهم التشريعات الصحية التي من أهمها قانون رقم (6) لسنة 2000 بشأن النظام التشاركي في مجالي التعليم والصحة، وتناول المبحث أيضاً أهم أهداف السياسة الصحية في ليبيا، التي تمثلت في تبني مبدأ المساواة في تقديم الرعاية الصحية والاعتماد على النظام التشاركي والأهلي في تقديم الخدمات الصحية، وبالنسبة للسياسات الصحية فقد شهدت هذه الفترة تطوراً في الخدمات الصحية، وإن كانت تطورات قليلة مقارنة بالتطورات في الفترة السابقة، حيث حدثت زيادة في عدد العيادات والمستشفيات وأجهزة التشخيص، ولكم ما يميز هذه الفترة هي الزيادة الملحوظة في العيادات والمستشفيات الخاصة، وذلك بعد صدور عدة قرارات منظمة للقطاع الخاص، وشهدت هذه الفترة تراجع ملحوظ في نسبة الإصابة بالأمراض المعدية، وزيادة في حالات الإصابة بمرض الإيدز، الأمر الذي أدى إلى استحداث مركز وطني للوقاية من الأمراض السارية، وفي مجال السياسة الدوائية أعطيت صلاحيات للقطاع الخاص في استيراد الأدوية مشاركة مع الشركة الوطنية لاستيراد الأدوية، وزيادة في نصيب الفرد من الأدوية، وزيادة في عدد الخريجين من المؤسسات التعليمية الصحية أدى إلى زيادة العنصر الوطني على حساب العنصر الأجنبي في قطاع الصحة.

وقد فصل المبحث الثاني من هذا الفصل في مدى نجاح النظام السياسي في توافر الخدمات الصحية، وذلك بالاعتماد على توضيح معدلات الأداء بالنسبة للخدمات الصحية من المخصصات المالية والإنفاق الفعلي وحصة الفرد من هذا الإنفاق، وكذلك عدد المرافق الصحية وعدد الأسرة والعاملين في القطاع الصحي نسبة إلى عدد السكان، وبعد ذلك قدم المبحث شرحاً لمدى تأثير مخرجات النظام الصحي ونواتجها على المستويات الصحية للسكان.



## **الفصل الخامس**

### **تقويم مقارن لسياسة الخدمات الصحية في ليبيا خلال فترة الدراسة**

المبحث الأول: تطور الخدمات الصحية ومعدلات الاستخدام خلال الفترة الزمنية محل الدراسة.

المبحث الثاني: أثر الخدمات الصحية المقدمة على المستوى الصحي للسكان خلال الفترة الزمنية محل الدراسة.

## الفصل الخامس

### تقويم مقارن لسياسة الخدمات الصحية في ليبيا خلال فترة الدراسة

#### تمهيد:

تُعد عملية التقويم والمؤشرات من أهم مقومات السياسة الصحية الوطنية إلى جانب كل من الالتزام السياسي والاعتبارات الاجتماعية ومشاركة المجتمع والاصلاح الإداري وتخصيص الموارد المالية وسن التشريعات واعداد خطة عمل والبرمجة، لهذا لا بد من إدخال عملية التقويم في كل مراحل رسم السياسة الصحية وتحديد الاستراتيجيات والبرمجة، فعلى مستوى رسم السياسة هناك حاجة لمعرفة ما إذا كان الوضع الصحي للسكان في تحسن وما إذا كانت هناك ضرورة إلى إدخال تعديلات على السياسة والاستراتيجية وخطط العمل، وعلى المستوى الإداري والفني هناك حاجة لمعرفة ما إذا كانت البرامج ذات الصلة تصاغ بصورة ملائمة، وما إذا كانت الخدمات والأنشطة اللازمة لتنفيذها تصمم بصورة وافية للغرض، وفي عملية التقويم تستعمل المؤشرات التي تقيس الوضع الصحي ونوعية الحياة ومدى توفر خدمات الرعاية الصحية، وهناك العديد من المؤشرات التي قامت بوضعها منظمة الصحة العالمية وشاع استعمالها في كثر من البلدان، حيث أصبح من السهل المقارنة بين الأوضاع الصحية في البلدان المختلفة وداخل البلد الواحد خلال فترات زمنية مختلفة عن طريق استعمال نفس المؤشرات، ولا تقتصر المؤشرات على الوضع الصحي فقط، بل تتعدى ذلك إلى قياس نوعية الحياة ومن أمثلة ذلك مؤشرات النمو والتطور ومؤشرات الوضع الغذائي ومؤشرات التعليم ودخل الأسرة والإسكان والبيئة وكلها كما سبق على علاقة وثيقة بالصحة<sup>(1)</sup>، وسيهتم هذا الفصل من هذه الدراسة بتقويم سياسة توافر الخدمات الصحية خلال الفترات الثلاثة للدراسة للمقارنة بين الأوضاع الصحية خلال هذه الفترات، وسيتم تناول ذلك من خلال مبحثين يستعرض المبحث الأول تطور الخدمات الصحية ومستوي هذه الخدمات بالنسبة للسكان، ويهتم الفصل الثاني بتفسير العلاقة بين المؤشرات الصحية للسكان ومستوى الخدمات الصحية.

(1) نخبة من اساتذة الجامعات في العالم العربي، طب المجتمع، مرجع سبق ذكره، ص 46.

## المبحث الأول

### تطور الخدمات الصحية ومعدلات الاستخدام خلال الفترة الزمنية محل الدراسة

تعدّ الخدمات الصحية من الحقوق الأساسية لكل فرد من أفراد المجتمع ولهذا ينبغي ضمان أن يحصل كل فرد في المجتمع على حد أدنى من هذه الخدمات، ويعكس توزيع الخدمات الصحية بين الأفراد درجة العدالة الاجتماعية السائدة في كل مجتمع، ولهذا تهتم الدولة بتوافر هذه الخدمات لضمان توزيعها بين كل أفراد المجتمع (1) وسنبدأ في هذا المبحث بدراسة تطور الخدمات الصحية في خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة (1976/1969) (1991/1977) (2006/1992) وذلك بمقارنة هذه الخدمات ومقدار التغير والتطور بين كل فترة زمنية وأخرى، بعد أن تم سابقاً ومن خلال الفصول الثاني والثالث والرابع دراسة هذه الخدمات ومقارنتها خلال الفترة الزمنية الواحدة، وسيتم أيضاً من خلال هذا المبحث معرفة أداء هذه الخدمات ومعدلات الاستخدام كنسب مئوية بالنسبة لعدد السكان وذلك للبحث في العلاقة بين توفر هذه الخدمات وسهولة الحصول عليها ومقدار التغطية الصحية بالنسبة لعدد السكان على المستوى الصحي للسكان لغرض تقويم نتائج السياسات الصحية في ليبيا والذي سيتم تناوله في المبحث الثاني من هذا الفصل، وفيما يلي شرح لأهم مستويات الخدمات الصحية خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة:

#### أ- عدد المرافق الصحية الأولية والمستشفيات وعدد الأسرة بالنسبة إلى عدد السكان

يمكن تقسيم الرعاية الصحية الفردية حسب المستويات إلى الرعاية الصحية على المستوى الأول، وهي التي تقدم في العيادات الخارجية ومراكز الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية على المستوى الثاني هي التي تقدم في العيادات التخصصية أما المستوى الثالث وهي الرعاية التخصصية التي تحتاج إلى مستشفيات متخصصة، ولا يوجد اتفاق موحد على تعريف هذه المستويات ومضمونها، وكل دولة تحدد هذه المستويات وكيفية الانتقال بخدماتها وأيضاً طرق الإحالة من مستوى لآخر، ويعتمد النظام الصحي المتكامل على الربط بين هذه المستويات عن طريق نظام معروف للإحالة حتى يتوفر المستوى اللائق من الرعاية لكل الأفراد مما يؤدي إلى رفع مستوى الخدمة وترشيد الإنفاق، وبمقارنة الفترات الثلاثة للدراسة فيما يخص التطور الحاصل في المرافق الصحية الأولية والمستشفيات وعدد الأسرة

(1) هبة احمد نصار، دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر، مرجع سبق ذكره، ص

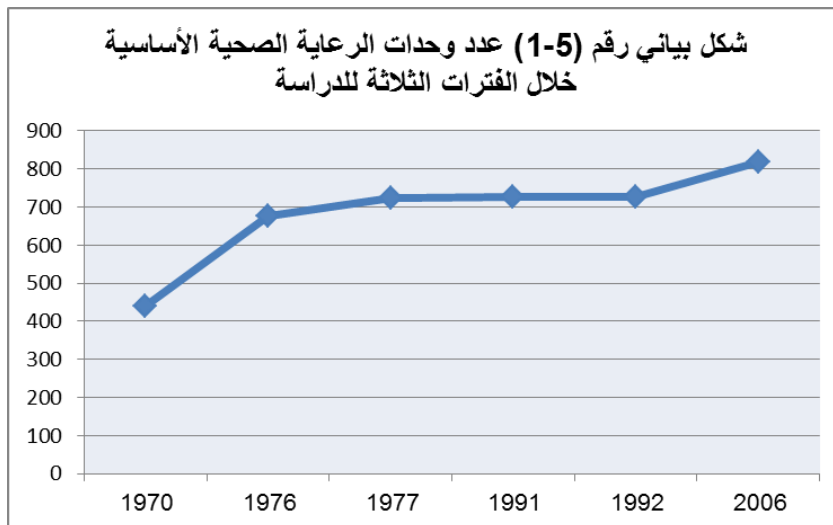
ومقارنتها بالأهداف الموضوعية في هذا المجال ومستويات الأداء لهذه المرافق بالنسبة لعدد السكان توصلت الدراسة إلى الملاحظات التالية:

### جدول رقم (1.5)

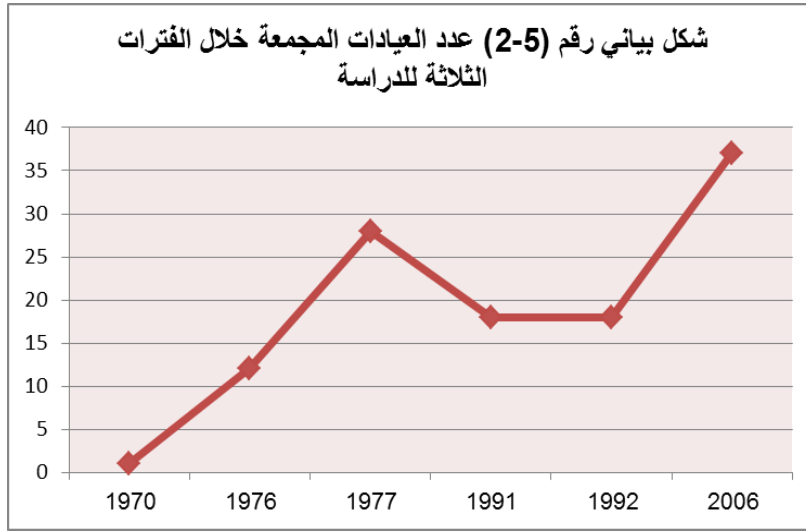
المرافق الصحية وعدد الأسرة ومعدلاتها بالنسبة لعدد السكان خلال لفترات الثلاثة للدراسة

مقدار التغيير	2006	1992	مقدار التغيير	1991	1977	مقدار التغيير	1976	1970	البيان
1268	5298.1	4030.9	1501	3921.0	2420.5	833.6	2589.1	1978.8	عدد السكان "بألف نسمة"
94	820	726	1	726	725	239	678	439	عدد وحدات الرعاية الصحية الأساسية
429	535	106	25	106	81	66	78	12	عدد مراكز الرعاية الصحية الأساسية
19	37	18	10-	18	28	11	12	1	عدد العيادات المجهزة
10-	23	33	4	23	19	10	19	9	عدد مراكز الدرن
532	1415	883	20	873	853	326	787	461	اجمالي عدد المرافق الصحية الأولية
821	3744	4565	1654	4491	2837	1003	3289	4292	عدد السكان لكل مرافق صحي واحد
-	2	2	-	2	4	-	3	2	معدل مرافق الرعاية الصحية الأولية لكل 10000 مواطن

**1- وحدات الرعاية الصحية:** استهدفت خطة التنمية 1976-1980 استكمال وتجهيز 227 وحدة رعاية صحية، وبالنظر إلى الجدول (1-5) نجد أن مقدار الزيادة في وحدات الرعاية الصحية كان واضحاً في الفترة الزمنية 1976-1970 بعدد 439 وحدة، مقارنة بزيادة وحدة صحية واحدة في الفترة 1977-1991، ثم زيادة عدد هذه الوحدات بمقدار 94 وحدة صحية خلال الفترة 1992-2006، وكانت نسب الزيادة على التوالي 54%-1%-13%.



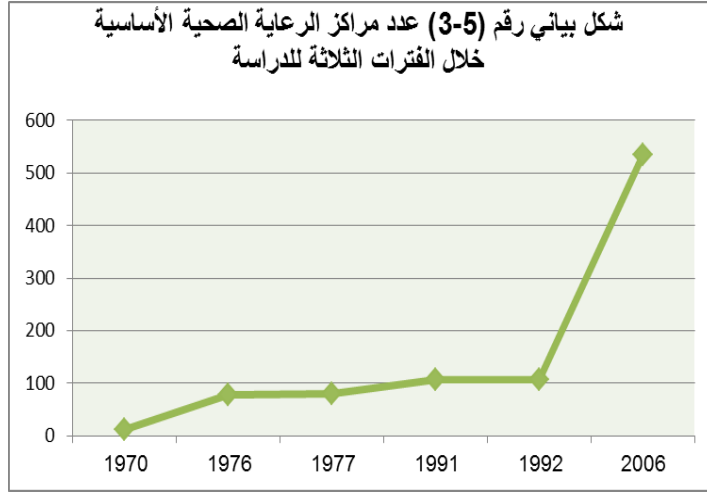
2- العيادات المجمعّة: استهدفت خطة التنمية 1973-1975 إنشاء عدد 16 عيادة مجمعّة، وهدف النظام الصحي استكمال وتجهيز عدد 16 عيادة مجمعّة خلال تطبيق خطة التنمية الخمسية 1976-1980، والملاحظ من خلال الجدول زيادة العيادات خلال الفترة الزمنية 1970-1976 بعدد 11 عيادة مجمعّة وهو عدد أقل من المستهدف لخطة التنمية 1973/1975 وتحققت الزيادة المستهدفة عام 1977 حيث وصل عدد العيادات إلى 28 عيادة وفي نهاية هذه الفترة الزمنية 1977/1991 انخفض هذا العدد إلى ما يقارب 18 عيادة مجمعّة ثم عاد المؤشر إلى الارتفاع بعدد 19 عيادة ليصل إجمالي العيادات في نهاية الفترة الزمنية للدراسة إلى 38 عيادة وهي الزيادة المستهدفة خلال خطط التنمية المنتهية بعام 1985.



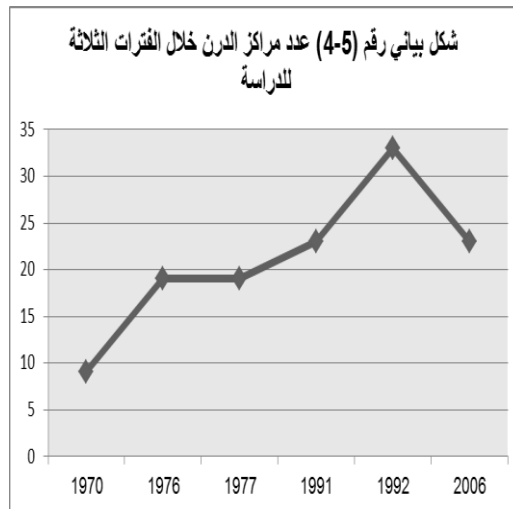
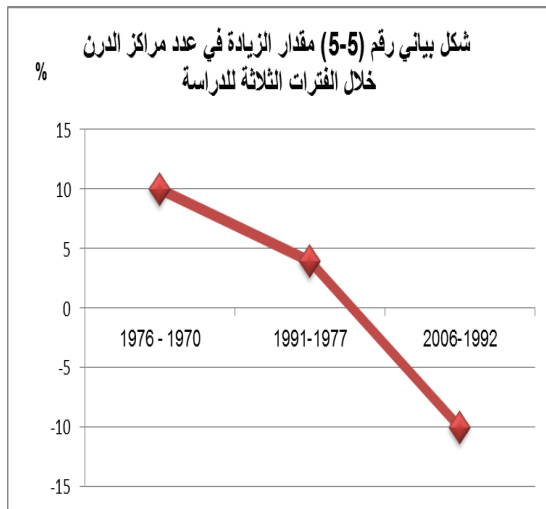
3- مراكز الرعاية الصحية الأساسية: استهدفت خطط التنمية على التوالي 1973-1975 إنشاء 17 مركزاً صحياً، وخطة التنمية 1976-1980 استكمال وتجهيز عدد 72 مركزاً صحياً واستهدفت خطة التنمية 1981-1985 إضافة عدد 100 مركز صحي، ومن خلال بيانات الجدول السابق يتضح زيادة عدد هذه المراكز حسب ما هو مستهدف بخطة التنمية الثلاثية 1973/75 بعدد 66 مركزاً في نهاية الفترة الزمنية 1970 / 1976 في حين لم يصل عدد المراكز في الفترة الزمنية اللاحقة إلى العدد المستهدف في خطتي التنمية، لكن الزيادة الفعلية الكبيرة تمت في الفترة الزمنية 1992/2006 بزيادة وصلت إلى عدد 425 مركزاً وبنسبة 405%.

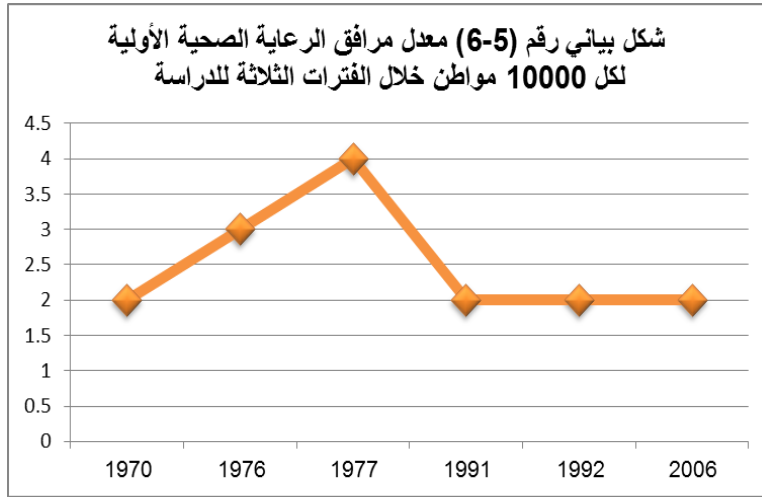
4- مراكز الدرن الرئوي: استهدفت خطة التنمية 1981/1985 إنشاء 11 مركزاً لمكافحة الدرن الرئوي، وبالنظر إلى الجدول نلاحظ زيادة عدد هذه المراكز إلى ما يقارب 19 مركزاً في نهاية الفترة الزمنية الأولى، ولم يتم الوصول إلى العدد المستهدف من المراكز

لخطة التنمية 1985/1981 حيث وصل العدد إلى زيادة 4 مراكز فقط في الفترة الزمنية 1991/1977، ثم عاد وانخفض في الفترة اللاحقة بعدد 10 مراكز، وبمقارنة نسب الزيادة فيما يخص هذه المراكز نجد أن أكبر نسبة ارتفاع كانت خلال الفترة الزمنية 1976/1970 بنسبة 111%، والنسبة التي تليها كانت بزيادة 24% من عدد المراكز المستهدفة ثم وصلت إلى انحراف سلبي للمؤشر إلى نسبة (-10%).



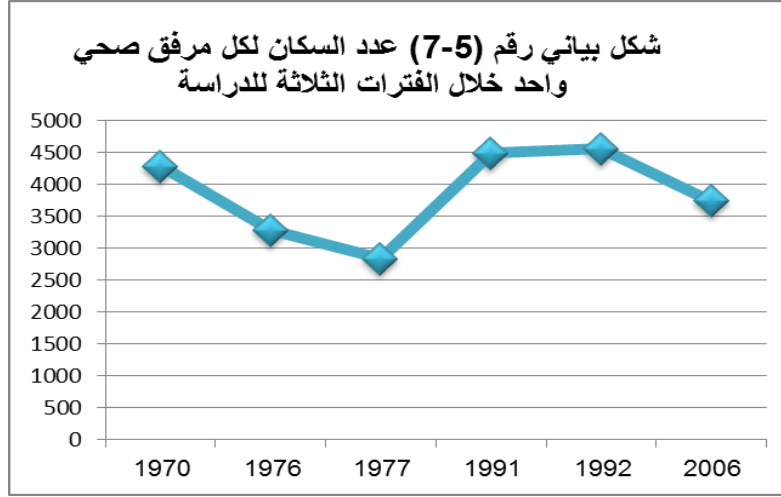
5- عدد المرافق الصحية الأولية لكل 10,000 نسمة: ارتفع هذه المعدل من 2 مرافق صحي لكل 10,000 نسمة بداية الفترة الزمنية الأولى للدراسة 1976/1970 إلى عدد 3 مرافق في نهاية هذه الفترة، ثم انخفض هذا المعدل من 4 مرافق لكل 1000 نسمة في نهاية الفترة الزمنية الثانية 1991/1977 إلى عدد 2 مرافق لكل 10,000 نسمة، وبقي هذه المؤشر ثابتاً حتى الفترة الزمنية الثالثة للدراسة 2006/1992.





6- معدلات نمو المرافق الصحية الأولية: تشير هذه المعدلات إلى وجود اختلال بين نمو السكان ونمو الإمكانيات الصحية المتاحة، فبينما نما السكان بمعدلات موجبة خلال كل سنوات الفترة الزمنية، شهدت معدلات نمو الوحدات الصحية معدلات نمو متراجعة بوضوح في النصف الثاني من الثمانينيات خاصة عام 1987، وظهرت معدلات النمو السالبة في التسعينيات، وبينما كان معدل نمو السكان خلال الفترة 1986-1995 = 2.8% سنوياً كان معدل نمو الوحدات عام 1985 بنسبة 5.1%، وبداية من عام 1986 لم تحدث زيادة في عدد المرافق الصحية وصولاً إلى انخفاض في العدد الموجود، وكان ذلك واضحاً عام 1989 حيث كان مؤشر النمو سالباً بنسبة (-36)%، وخلال الفترة الزمنية الثالثة للدراسة 2006/1992 انخفض معدل نمو السكان من 2.8% بداية الفترة إلى عام 1997 بدأت نسبة النمو بالتراجع إلى 1.8% واستمرت هذه النسبة ثابتة حتى عام 2005، ثم انخفضت عام 2006 إلى نسبة 1.6%، وبالمقابل كان معدل نمو المرافق الصحية يرتفع تارة وينخفض تارة أخرى حتى عام 2000 وإلى عام 2003 لم تحدث أي زيادة في عدد المرافق ثم بدأ المعدل في النمو بداية من عام 2004 حتى وصل إلى نسبة 12.8% عام 2006، وتأكدت هذه الفجوة من خلال معدل السكان في المدن الليبية وعدد المرافق الصحية الموجودة فيها، فنجد عدم وجود تناسب بين المتغيرين، ومثال على ذلك أن بعض المدن يوجد فيها عيادة مجمعة واحدة تقدم خدماتها لعدد سكان أكبر من القدرة الاستيعابية لهذه العيادة، حيث صممت هذه العيادات لتغطية عدد 60,000 نسمة من السكان، مما ينعكس سلباً على كفاءة الخدمة الصحية التي تقدمها هذه العيادات، ونجد في مدن أخرى عدداً فائضاً من العيادات بالنسبة لتعداد سكانها، وكذلك وجود بعض المدن ذات كثافة سكانية عالية ولا توجد فيها عيادات مجمعة، مثل مدينة الكفرة و الجفرة ووادي الحياة،

وينطبق هذه الأمر أيضاً على عدد وحدات الرعاية الصحية الأولية ومراكز الرعاية الصحية الأساسية بهذه المدن، وهذا يتناقض مع فلسفة الرعاية الصحية في ليبيا، والتي تقوم على العدالة في تقسيم الموارد الصحية والاجتماعية والاقتصادية، و تغطية السكان بخدمات صحية، وسهولة الحصول عليها، وكذلك عدم مراعاة بُعد المسافات بين المدن الليبية، مما تسبب في صعوبة حصول المواطن على الخدمات الصحية.

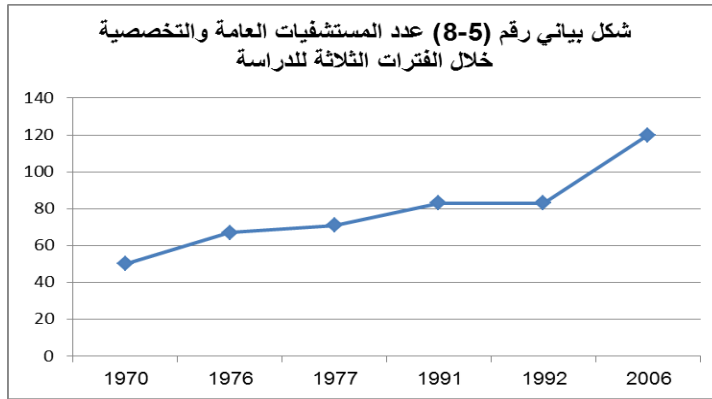


7- عدد السكان لكل مرفق صحي: انخفض عدد السكان من (4292) نسمة لكل مرفق صحي واحد عام 1970 إلى (3289) نسمة لكل مرفق صحي واحد عام 1976 بنسبة انخفاض إجمالية 23%، وخلال السنوات 1991/1977 تدنى معدل التغطية بالنسبة لهذا المؤشر حيث ارتفع عدد السكان من (2837) نسمة إلى عدد (4491) نسمة لكل مرفق صحي واحد وبنسبة ارتفاع إجمالية 58%، وذلك راجع إلى أن الزيادة في عدد المرافق الصحية كانت خلال هذه الفترة زيادة قليلة بمعدل 2% مقارنة بحدوث أكبر معدل زيادة في عدد السكان، حيث كانت الزيادة بعدد مليون ونصف نسمة وبمعدل نمو إجمالي 62%، وخلال السنوات 2006/1992 بدأ هذا المؤشر بالتحسن حيث انخفض عدد السكان من (4565) إلى عدد (3744) نسمة لكل مرفق صحي واحد وبنسبة انخفاض إجمالية 18%، وذلك راجع إلى زيادة عدد المرافق الصحية بنسبة نمو إجمالي 60% وبمعدل نمو إجمالي لعدد السكان بنسبة 30%.

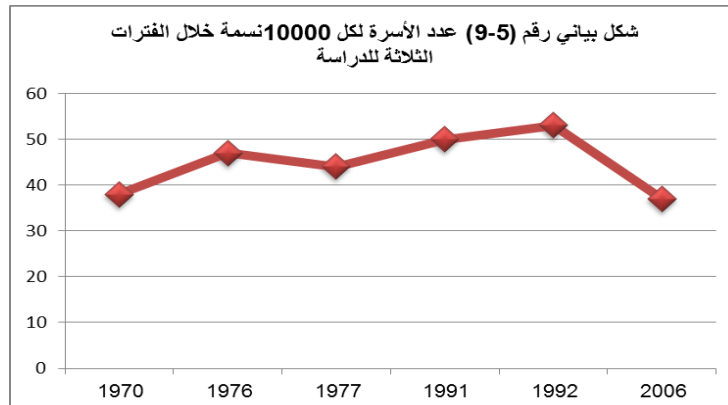
8- عدد للمستشفيات العامة والتخصصية بالنسبة إلى عدد السكان: بالنسبة للمستشفيات العامة والتخصصية فقد زادت بعدد 20 مستشفى في نهاية الفترة الزمنية 1976/1970 بنسبة نمو إجمالي قدره 34%، كما لوحظ ارتفاع عدد المستشفيات خلال الفترة الزمنية 1991/1977 بعدد 12 مستشفى وبنسبة نمو إجمالي قدره 17%، وقد تحققت أكبر نسبة



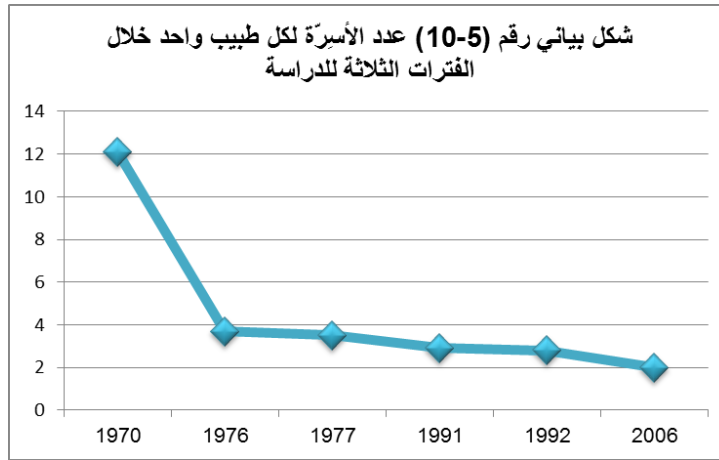
نمو إجمالي خلال الفترة 2006/1992 والتي قدرت بنسبة 45% وبزيادة عدد 37 مستشفى موزعة على جميع مناطق البلاد.



9- عدد الأسيرة لكل 10,000 نسمة: استهدفت خطة التنمية الاقتصادية 1975/1973 فيما يخص زيادة عدد الأسرة بالمستشفيات زيادة عدد الأسرة من 4.2 سرير لكل 1000 مواطن إلى 7 أسرة لكل 1000 مواطن عام 1975، واستهدفت خطة التنمية 1980/1976 زيادة عدد الأسرة من 4.7 سرير لكل 1000 مواطن إلى 7 أسرة لكل 1000 مواطن في نهاية الخطة، وهدفت خطة التحول 1985-1981 زيادة عدد الأسرة من 4.5 سرير لكل 1000 مواطن إلى 6 أسرة لكل 1000 مواطن في نهاية الخطة، وقد وصل معدل الأسرة إلى 4.7 لكل 1000 نسمة في نهاية 1976، وهذا المعدل أقل من المعدل المستهدف بخطة 1975/1973، وارتفع معدل الأسرة لكل 10,000 نسمة من 38 سريراً عام 1970 إلى 47 سرير لكل 10,000 نسمة عام 1976، وزيادة عدد 9 أسرة، وارتفع المعدل من 44 سريراً عام 1977 إلى عدد 50 سريراً عام 1991 بزيادة قدرها 6 أسرة، وانخفض معدل الأسرة من 53 لكل 10,000 نسمة عام 1992 إلى عدد 37 سريراً عام 2006 بانخفاض قدره 16 سريراً، وهذا راجع إلى أن الزيادة في معدل النمو السكاني لا تصاحبها زيادة في عدد الأسرة في المستشفيات.



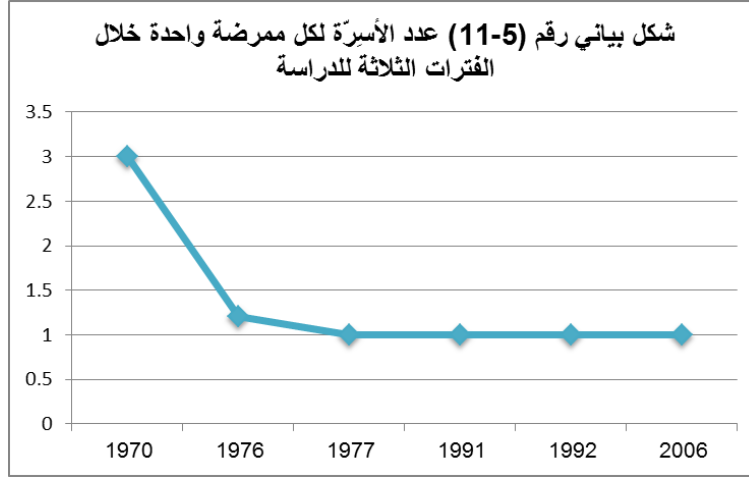
**10- معدل عدد السكان للسرير الواحد:** انخفض معدّل عدد السكان للسرير الواحد من 261 شخصاً للسرير الواحد عام 1970 إلى 212 شخصاً للسرير الواحد عام 1976، وبمعدل تغطية مرتفع خلال هذه الفترة نتيجة إلى زيادة عدد الأسرة بنسبة 73%، وتدهورت معدلات التغطية خلال الفترة الزمنية 1991/1977 من 187 شخص للسرير الواحد إلى عدد 202 شخص لكل سرير واحد عام 1991، وبهذا انخفض معدل التغطية لهذه الخدمة بنسبة 15% نتيجة انخفاض معدل نمو الأسرة من نسبة 61% خلال الفترة السابقة إلى نسبة 50%، واستمر هذه المؤشر في التدهور بالنسبة لعدد المنتفعين من هذه الخدمة خلال الفترة 2006/1992 من عدد 207 شخصاً للسرير الواحد إلى عدد 261 شخصاً للسرير الواحد عام 2006، بنسبة انخفاض 54% عن معدل التغطية المطلوب، بانخفاض معدل نمو الأسرة خلال هذه الفترة بنسبة 4.1%، وحسب بيانات التقرير الإحصائي السنوي للصحة 2007، فقد قُبل عدد من المستشفيات وخروج الأسرة بهذه المستشفيات عن الخدمة منها مستشفى زوارة (282) سريراً، مستشفى 7 أبريل بنغازي (500) سرير، مستشفى صلاح الدين طرابلس (500) سرير.



**11-** ومن خلال توزيع الأسرة على المستشفيات حسب ما كان يعرف بالشعبيات في نهاية عام 2006، اتضح عدم وجود تناسب بين توزيع الأسرة وعدد السكان في الشعبيات المختلفة، وهذا الخلل في توزيع الأسرة يتعارض مع أهم مبادئ الاستراتيجية الصحية الذي سعى النظام السياسي لتحقيقها، ألا وهو مراعاة العدالة والمساواة في توزيع الخدمات الصحية جغرافياً.

**12- عدد الأسرة لكل طبيب وممرضة:** حددت خطة التنمية الاقتصادية 1980/1976 توافر طبيب واحد لكل 10 أسرة وممرضة مساعدة ممرضة لكل سريرين، ونلاحظ من خلال الجدول تطور هذا المعدل من 12 سريراً لكل طبيب عام 1970 إلى 3.7 أسرة لكل

طبيب عام 1976، وعدد 1.2 سرير لكل ممرضة، ثم وصل المعدل إلى 2.9 سرير لكل طبيب عام وعدد سرير واحد لكل ممرضة عام 1991، وبعد ذلك وصل المعدل إلى 2.0 سرير لكل طبيب وعدد سرير واحد لكل ممرض ممرضة عام 2006، عليه نجد أن ليبيا وصلت لتحقيق المعدل المطلوب المتفق عليه دولياً لهذا المؤشر.



جدول رقم (5-2)

عدد المستشفيات والأسرة ومعدلاتها بالنسبة لعدد السكان

البيان	1970	1976	مقدار الزيادة	1977	1991	مقدار الزيادة	1992	2006	مقدار الزيادة
عدد السكان "بألف نسمة"	1978.8	2589.1	833.6	2420.5	3921.0	1501	4030.9	5298.1	1268
عدد المستشفيات العامة والتخصصية	50	67	17	71	83	12	83	120	37
عدد الأسرة	7589	12241	4652	12959	19433	6474	19433	20229	796
عدد الأسرة لكل 10000 نسمة	38	47	9	44	50	6	53	37	16-
عدد السكان للسرير الواحد	261	212	49	187	202	15	207	261	54
عدد الأسرة لكل طبيب واحد	12.1	3.7	-8.4	3.5	2.9	0.6-	2.8	2.0	0.8-
عدد الأسرة لكل ممرضة واحدة	3.0	1.2	-1.8	1.0	1	0	1	1	0

- ولقد ورد من ضمن أهداف خطة التحول الاقتصادي 1981-1985 فيما يخص القطاع الصحي استحداث نظام البطاقة والملف الصحي وربط المواطن بطبيب الرعاية الطبية حيث تحملت الدولة مسؤولية توافر كتيبات صحية عائلية، وربط المواطن بعيادة صحية عن

طريق التسجيل العائلي في هذا الكتيب، وعلى الرغم من توافر هذه الكتيبات الطبية وتوزيعها من قبل العيادات على المواطنين إلا أنه لم يعمل بهذا النظام، وذلك نتيجة للتسيب والفساد الإداري داخل ادارات هذه المصحات والعيادات، وعدم وجود متابعة ورقابة على هذه العيادات حيث نجد المواطن ينتقل من عيادة إلى أخرى دون استخدام السجل الطبي الخاص به.

- ولوحظ غياب التنسيق بين المرافق الصحية المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية حسب المستويات الصحية حيث نجد المراكز الصحية والمستشفيات التي تقع في المستوى الثالث والرابع من مستويات تقديم الخدمة الصحية والمسؤولة عن توافر الخدمات العلاجية والإيوائية للحالات المحالة من المستوى الثاني الذي يشمل المراكز والعيادات المجمع، حيث تقدم خدمات علاجية لحالات تأتي إليها مباشرة دون إحالة من هذه العيادات، وذلك في ظل غياب المراجعة لجميع قنوات أداء الخدمة الصحية وعدم توافر احتياجات العيادات من أدوية وأجهزة وعناصر طبية.

### 13- المرافق الصحية الأولية والمستشفيات في القطاع الخاص:

بالنسبة للمرافق الصحية الأولية والمستشفيات في القطاع الخاص التابعة للجهات الاعتبارية، فقد كان عدد العيادات الخاصة عام 1974 يصل إلى 3 عيادات ونسبتها إلى مجموع المرافق الصحية الأولية لم تصل إلى واحد صحيح، ثم ارتفع هذا العدد إلى 324 عيادة في نهاية عام 1998، وفي نهاية عام 2006 وصل العدد إلى 431 عيادة موزعة على جميع المدن الليبية وإن كانت أكبر نسبة تركز في المدن الكبيرة مثل طرابلس وبنغازي، ارتفع عدد المصحات الإيوائية التابعة للجهات الاعتبارية والقطاع الخاص من 16 مصحة وعدد 620 سريراً عام 1998 إلى عدد 84 مصحة وعدد 1361 سرير في نهاية عام 2006، سجلت عيادات الأسنان عدد 259 عيادة عام 2006، ارتفع عدد المعامل والمختبرات من 24 مختبر عام 1998 إلى عدد 191 مختبر عام 2006، ارتفع عدد الصيدليات من 5 صيدليات وبنسبة أقل من واحد صحيح بالنسبة لإجمالي الصيدليات عام 1974 إلى عدد 745 صيدلية عاد 1998 ثم إلى عدد 1502 صيدلية عام 2006، وترى الباحثة أن الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص بهذا العدد من المرافق الطبية وعدد الأسرة وعدم ثقة المستثمر في التشريعات المنظمة للقطاع الخاص، بالإضافة إلى غياب الإشراف والتقييم لأداء القطاع الصحي الخاص بشكل منهجي ومنظم، هي خدمات ضعيفة ومحدودة، ودخل القطاع الخاص منذ بدايته في عملية تنافسية مع القطاع العام مما ترتب على ذلك انعدام أي شكل من أشكال التكامل والتنسيق بينهما من أجل تقديم الخدمات الصحية، وزيادة نسبة سهولة الوصول إليها،

وتقديم خدمات متميزة عن القطاع العام، حيث نلاحظ أن خدمات القطاع الخاص هي نفس خدمات القطاع العام وفي نفس المستوى، ومن يستطيع الحصول على هذه الخدمات هم القادرون مالياً من المواطنين، ومن يشملهم التأمين الصحي عن طريق جهات توفرها لمستخدميها مثل قطاع المصارف والشركات النفطية، وكذلك تركّز نشاط القطاع الخاص في المدن الكبيرة، وعدم مشاركة القطاع العام في حملات التطعيم ومكافحة الأمراض، وتحويل بعض الحالات المرضية الحرجة من مصحات القطاع الخاص إلى القطاع العام مثل حالات الولادة، واعتماد القطاع الخاص سياسة الأطباء الزوار من الدول الشقيقة، وهم كوادِر في أغلب الأحيان غير مؤهلة علمياً وعملياً بالشكل الكافي نتيجة لانعدام الرقابة علي هذه المصحات، هذه المشاكل التي يعانيتها القطاع الخاص تجعل المواطنين غير القادرين مادياً اللجوء إلى مرافق القطاع العام لتلقي الرعاية الطبية برغم ما تحتاجه هذه المرافق من صيانة وإصلاح وموارد بشرية مؤهلة أكاديمياً وسريراً، وما تعانیه من نقص في الأسرة والإمدادات الصحية والأدوية، الأمر الذي أدى إلى فقدان المريض الليبي الثقة في الطب الليبي والطبيب الليبي، سواء في القطاع العام أو الخاص، فسافر أغلب المواطنين إلى الدول العربية خاصة تونس ومصر والأردن لتلقي العلاج المناسب والقليل منهم يذهب إلى دول أوروبية، على الرغم من عدم القدرة المادية للمواطن الليبي للعلاج بالخارج.

#### ب- تطور الموارد البشرية ومعدلاتها بالنسبة لعدد السكان:

تعدّ الموارد البشرية من الركائز الرئيسية لكل نظام اجتماعي واقتصادي، ونظراً لطبيعة العمل في النظام الصحي والاحتكاك المباشر والمستمر بأفراد المجتمع، فإن الموارد البشرية لها أهمية خاصة فالخدمات الصحية تعتمد بصفة اساسية على هذه الموارد، ومع تنوع التكنولوجيا وتطورها وتقدمها ازدادت الحاجة إلى الموارد البشرية، وهذا نقيض ما حصل في القطاعات الاخرى كالصناعات والزراعة، حيث أدت الميكنة إلى الاقلال من الحاجة إلى الموارد البشرية<sup>(1)</sup>، وفي هذا المجال استهدفت خطة التنمية الاقتصادية 1975/1973 زيادة عدد الأطباء من طبيب واحد لكل 1400 نسمة إلى طبيب واحد لكل 1000 نسمة، وهدفت خطة التنمية الخمسية 1980/1976 توافر طبيب بشري لكل 750 مواطناً وتوافر طبيب أسنان لكل 7500 مواطن، و توافر فرد من هيئة التمريض لكل 250 مواطن، وهدفت خطة التحول

(1) هبة احمد نصار، دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر، مرجع سبق ذكره، ص 75.

الخمسية 1985/1981 زيادة عدد الأطباء من طبيب واحد لكل 755 نسمة إلى طبيب واحد لكل 750 نسمة، وزيادة عدد هيئة التمريض للوصول إلى ممرضة واحدة لكل 240 مواطناً. وقد توصلت الدراسة بمقارنة معدلات عدد العاملين بالقطاع الصحي (أطباء - هيئة تمريض - فنيين) مع عدد السكان خلال الفترة محل الدراسة إلى ما يلي:

1. **تطور عدد الاطباء:** تزايدت أعداد الأطباء وأطباء الأسنان بمقدار 2333 طبيباً خلال الفترة الزمنية 1976/1970 وبمعدل نمو إجمالي نسبته 298%، وواصل هذا المؤشر الارتفاع بزيادة قدرها 2531 طبيباً وبمعدل نمو إجمالي نسبته 70%، وذلك خلال الفترة الزمنية 1991/1977، وارتفعت هذه الأعداد بزيادة قدرها 3084 طبيباً وبمعدل نمو إجمالي نسبته 45% خلال الفترة الزمنية 2006/1992، وبالنظر إلى هذه الأرقام والنسب نجد أن أكبر زيادة حدثت في عدد الأطباء كانت خلال الفترة 1992/2006، وإن أكبر نسبة نمو إجمالي كانت خلال الفترة 1976/1970.

2. **معدل الاطباء لكل 10,000 نسمة:** زاد معدل الأطباء خلال الفترة الزمنية 1976/1970 من 4 أطباء لكل 10,000 نسمة إلى معدل 12 طبيباً لكل 10,000 نسمة، وارتفع هذه المعدل خلال الفترة الزمنية 1991/1977 من 14 طبيباً إلى 16 طبيباً لكل 10,000 نسمة عام 1985 ثم انخفض المعدل إلى 15 طبيباً لكل 10,000 نسمة حتى نهاية الفترة الزمنية.

3. **عدد السكان لكل طبيب واحد:** تحسن معدل عدد السكان لكل طبيب واحد خلال الفترة الزمنية 1976/1970 من 2562 مواطناً لكل طبيب واحد عام 1970 إلى عدد 911 مواطناً لكل طبيب واحد عام 1976 بمقدار نقص يعادل 1651 مواطناً وبنسبة 64%، ثم انخفض عدد السكان من 667 مواطناً إلى عدد 636 مواطناً لكل طبيب واحد خلال الفترة 1991/1977، وبمقدار نقص 31 مواطناً وبنسبة 5%، وخلال الفترة 2006/1992 انخفض عدد السكان من 590 مواطناً إلى عدد 534 مواطناً لكل طبيب واحد، وبمقدار نقص 56 مواطناً وبنسبة نقص 9.5%، وكانت أفضل نسبة تحسن في المعدل خلال الفترة الأولى من الدراسة يليها الفترة الأخيرة من الدراسة.

4. **تطور هيئة التمريض:** ارتفع عدد هيئة التمريض خلال الفترة 1976/1970 بمقدار زيادة 8098 ممرضة وبنسبة نمو إجمالي 247%، وكان مقدار الزيادة خلال الفترة 1991/1977 بعدد 6756 ممرضة وبنسبة نمو إجمالي 53%، وتحققت أكبر زيادة في عدد هيئة التمريض خلال الفترة 2006/1992 بعدد 12,803 ممرضة وبمعدل نمو إجمالي نسبته 66%، وكانت أكبر نسبة نمو خلال الفترة الأولى من الدراسة بليها الفترة الأخيرة من الدراسة.

5. **معدل هيئة التمريض لكل 10,000 نسمة:** زاد معدل هيئة التمريض خلال الفترة الزمنية 1976/1970 من 17 ممرضاً وممرضة إلى عدد 46 ممرضة لكل 10,000 من السكان بزيادة قدرها 29 ممرضة وبنسبة 170%، وخلال الفترة الزمنية 1991/ 1977 ونتيجة لانخفاض معدل نمو هيئة التمريض انخفض المعدل من 53 إلى عدد 50 ممرضة لكل 10,000 من السكان وبنسبة انخفاض -6%، وتزايد المعدل بنسبة 13% فارتفع العدد من 48 إلى 61 ممرضة لكل 10,000 من السكان خلال الفترة 2006/1992.

6. **عدد السكان لكل ممرض وممرضة:** تحسن معدل عدد السكان لكل ممرض وممرضة من 653 مواطناً لكل ممرض وممرضة إلى 286 مواطناً لكل ممرض وممرضة وبمعدل نقص قدره 367 مواطناً وبنسبة 56% خلال الفترة 1976/1970، وشهدت الفترة 1991/1977 تراجعاً في هذا المؤشر من 189 مواطناً إلى 200 مواطن لكل ممرضة وبزيادة قدرها 11 مواطناً وبنسبة 6%، ثم عاد وتحسن هذا المؤشر خلال الفترة 2006/1992 من 206 إلى 163 مواطناً لكل ممرض وممرضة بنقص قدره 43 مواطناً وبنسبة 21%.

7. **معدل الممرضات لكل طبيب واحد:** انخفض معدل الممرضات لكل طبيب من 4 ممرضات إلى 3 ممرضات لكل طبيب خلال الفترة 1976/1970، ومن 3.5 إلى 3 ممرضات لكل طبيب خلال الفترة 1991/1977، وبقي المعدل هذا المعدل حتى نهاية الفترة الزمنية 2006/1992، وهذا العدد يشير إلى وجود فائض كبير في عدد الأطباء وقصور واضح في هيئة التمريض، إذ يحدد المعدل المتفق عليه دولياً أن يقابل كل طبيب 4 ممرضات من هيئة التمريض، بينما هذا المعدل لم يتحقق خلال فترة الدراسة، وهذا سبب من أسباب ضعف مستوى أداء العناصر البشرية في القطاع الصحي، ويرجع هذا إلى عدم ارتباط مناهج التعليم الصحي في المؤسسات الأكاديمية باحتياجات قطاع الصحة، فنجد أن زيادة نسبة القبول في الكليات ناتج عن التهاون في تطبيق شروط التسجيل ومعدل القبول في هذه الكليات، وكذلك زيادة عدد الكليات الطبية، الأمر الذي أدى إلى الزيادة في عدد الخريجين منها، بالمقابل نجد عزوفاً كبيراً على الدراسة في معاهد التمريض، وخصوصاً في الفترة الزمنية الثانية والثالثة، من الدراسة وكذلك انخفاض معدل النمو بالنسبة لمعاهد التمريض الأمر الذي أدى على سبيل المثال إلى تناقص أعداد الخريجين من هذه المعاهد من 12,175 خريج وخريجة من معاهد التمريض المختلفة لعام 1991 إلى عدد 7,748 خريج وخريجة من معاهد التمريض لعام 2003، وكذلك عدم وجود هيئة تمريض مؤهلة تأهيلاً

عالياً، وغياب التنسيق بين الجهات المسؤولة عن رسم السياسات الصحية من ناحية والمؤسسات التعليمية من ناحية أخرى.

8. **تطور عدد الفنيين والمساعدين:** تضاعفت أعداد الفنيين والمساعدين خلال الفترة الزمنية 1970/ 1976 من عدد 385 فنياً إلى عدد 1447 بزيادة قدرها 1062 فنياً بنسبة نمو إجمالي 276%، ويرجع السبب إلى أن هذه الفترة شهدت إنشاء عدد من المعاهد الصحية متضمنة هذه التخصصات المختلفة، وزاد العدد من 1640 إلى 5841 فنياً وبزيادة قدرها 4201 فنياً وبنسبة نمو إجمالي 256% وذلك خلال الفترة الزمنية 1977/1991، وخلال الفترة الزمنية 1992/2006 زاد عدد الفنيين من 6476 إلى 15698 فنياً بزيادة قدرها 9222 فنياً وبنسبة نمو إجمالي 142%.

9. **عدد السكان لكل فني واحد:** نتيجة لنمو أعداد الفنيين تحسن مؤشر عدد السكان لكل فني واحد من عدد 2510 من السكان إلى عدد 1712 من السكان لكل فني واحد خلال الفترة الزمنية 1970/1976، ومن عدد 1475 إلى عدد 667 من السكان لكل فني واحد خلال الفترة الزمنية 1977/1991، وواصل المؤشر تحسنه بعدد 622 إلى عدد 337 من السكان لكل فني واحد خلال الفترة 1992/2006.

10- **معدل الفنيين لكل 10,000 نسمة:** زاد معدل الفنيين من 2 فني صحي لكل 10,000 من السكان إلى معدل 6 فنيين صحيين خلا الفترة 1970/1976، وخلال الفترة 1977/1991 ارتفع المعدل من 7 فنيين صحيين إلى معدل 15 فنياً صحياً 10,000 من السكان، وارتفع هذه المعدل من 16 فنياً صحياً إلى معدل 30 فنياً صحياً لكل 10,000 من السكان خلال الفترة 1992/2006.

11 - على الرغم من المؤشرات السابقة للعناصر البشرية في القطاع الصحي فإن القطاع يعاني سوء توزيع مقدمي الخدمة الصحية بما فيها الأطباء، حيث تنخفض نسبة الأطباء إلى السكان في بعض المدن وترتفع في مدن أخرى.



جدول رقم (3-5)

عدد الموارد البشرية ومعدلاتها بالنسبة لعدد السكان

مقدار الزيادة	2006	1992	مقدار الزيادة	1991	1977	مقدار الزيادة	1976	1970	البيان
1268	5298.1	4030.9	1501	3921.0	2420.5	833.6	2589.1	1978. 8	عدد السكان "بألف نسمة"
3084	9915	6831	2531	6158	3627	2333	3116	783	عدد الأطباء مع أطباء الأسنان
56-	534	590	31-	636	667	-1651	911	2562	عدد السكان لكل طبيب
1	17	16	1	15	14	8	12	4	معدل الاطباء لكل 10000 مواطن
1280 3	32332	19529	6759	19529	12770	7587	10660	3073	عدد هيئة التمريض
43-	163	206	11	200	190	-367	243	644	عدد السكان لكل فرد من هيئة التمريض
13	61	48	3-	50	53	29	46	17	معدل هيئة التمريض لكل 10000 مواطن
-	3	3	-	3.0	3.5	-	3	4	معدل هيئة التمريض لكل طبيب واحد
9222	15698	6476	4201	5841	1640	1062	1447	385	عدد الفنيين المساعدين
285-	337	622	808-	667	1475	-798	1712	2510	عدد السكان لكل فرد من الفنيين والمساعدين
14	30	16	8	15	7	4	6	2	معدل الفنيين لكل 10000 مواطن

- استهدفت خطط التنمية الثلاثة لتلييب القطاع الصحي، وتمثل الاتجاه الرئيسي لخطة التحول الخمسية 1985/1981 بالنسبة لقطاع الصحة في تحويل التركيز من النمو الكمي إلى رفع درجة الكفاءة في استغلال الإمكانيات الصحية والبشرية المتاحة، وبذل الجهود لتنمية القوى المنتجة في المجال الصحي نظراً للنقص الحاد في عدد العاملين الليبيين في المجالات الطبية، وكان الهدف زيادة عدد الأطباء الليبيين من نسبة 1.5% إلى نسبة 40%، وزيادة هيئة التمريض الليبية من نسبة 57.8% إلى نسبة 90%، وزيادة عدد الفنيين الصحيين الليبيين من نسبة 41.3% إلى نسبة 90% من المجموع الكلي للقوى البشرية في القطاع، وصدر القرار رقم 828 لسنة 1423 الخاص بتلييب المهن الطبية والطبية المساعدة في قطاع الصحة، وبقراءة الجدول رقم (4-5) نجد ان القطاع الصحي وصل إلى النسب المستهدفة من عدد القوى العاملة في القطاع في نهاية خطة 1985/1981، ارتفعت نسبة الأطباء الليبيين إلى المجموع الكلي إلى 40%، وارتفعت نسبة هيئة التمريض والفنيين

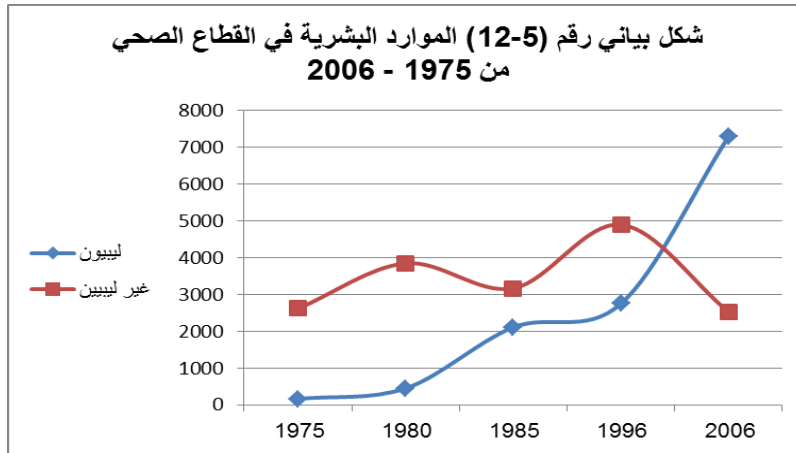
والمساعدين إلى نسبة 90%، وفي نهاية عام 1996 انخفضت نسبة الأطباء الليبيين إلى 36%، وانخفضت نسبة هيئة التمريض والفنيين والمساعدين على التوالي إلى 75%، 86%، وفي نهاية عام 2006 ارتفعت نسبة الأطباء الليبيين إلى 74% وارتفعت نسبة هيئة التمريض إلى 92%، وارتفعت نسبة الفنيين والمساعدين الليبيين إلى 96%.

- هدفت خطة التحول 1981-1985 استحداث مشروع طببيب الأسرة، والتركيز على مهمة الطبيب الثائر فيما يخص التثقيف الصحي.

#### جدول رقم (4-5)

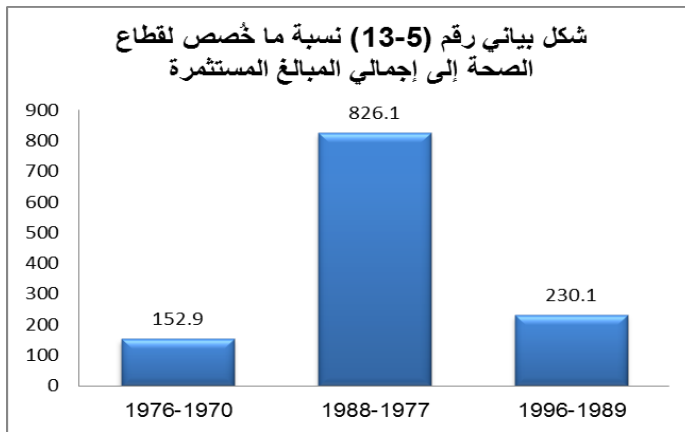
#### القوى العاملة الطبية والطبية المساعدة 1975-2006

السنوات	عدد الأطباء			عدد هيئات التمريض			عدد الفنيين والمساعدين					
	ليبيون	غير ليبيون	مجموع	% ليبيون	ليبيون	غير ليبيون	مجموع	% ليبيون	ليبيون	غير ليبيون	مجموع	% ليبيون
1975	162	2617	2779	8.5	5669	3719	9388	60.4	566	769	1335	42.4
1980	450	3850	4300	5.10	7800	5700	8500	57.8	950	1350	2300	41.3
1985	2110	3170	5280	0.40	14850	1650	16500	90.0	4347	483	4830	90.0
1996	2752	4902	7654	36	15062	4892	19954	75	5499	908	6407	86
2006	7303	2527	9830	74	29136	2488	31624	92	13042	610	13652	96



- استطاع النظام الصحي في ليبيا زيادة العناصر البشرية العاملة في المجال الصحي بأعداد كبيرة وخفض العمالة الأجنبية في القطاع بنسبة كبيرة أيضاً وذلك بمقارنة تطور هذه العناصر خلال فترة الدراسة، وهذه النتيجة من الناحية النظرية تصب في مصلحة القطاع والمواطن والوطن وذلك بالتقليل من الاعتماد على العناصر الأجنبية وتحقيق الاكتفاء الذاتي في القطاع، ولكن من الناحية العملية فإن مخرجات التعليم الطبي، وخصوصاً مخرجات معاهد التمريض، غير مؤهلة علمياً وعملياً لتحل محل هذه العناصر البشرية، لهذا نجد أن القطاع يعتمد بشكل أو بآخر على العنصر غير الوطني وخصوصاً في بعض

المهن، ومن أهم المشاكل فيما يخص هيئة التمريض هي زيادة عدد الخريجات من المعاهد التي تعمل بنظام الدورات السريعة للتمريض، وذلك أدى إلى ضعف المؤهل العلمي لتلك الخريجات وضعف إلمامهن باللغة الانجليزية، وهي اللغة المعمول بها في المجال الطبي، أدى هذا الأمر إلى عدم التفاهم والانسجام المهني بين الطبيب والمرضة، في حين أنه من الطبيعي أن يقع العبء الكبير على عاتق الممرضة في متابعة الملف الصحي للمريض، وكما نعرف فإن الخدمات الصحية هي خدمات حساسة لأنها تمس صحة الإنسان وسلامته ولا يصح التهاون اتجاه توافر العناصر البشرية المؤهلة علمياً وعملياً، وساهم عدم امتلاك العنصر البشري الليبي للمهارات والتأهيل العالي والتدريب المستمر في سفر المواطنين للعلاج في الخارج، الأمر الذي أدى إلى شيوع ظاهرة الأطباء الزائرين، وفي ذات الوقت هجرة العديد من الأطباء الليبيين للعمل في الخارج بنسب كبيرة، وكذلك ظاهرة عزوف الأطباء عن العمل في القطاع العام وذهابهم إلى العمل في القطاع الخاص، الأمر الذي أدى إلى تدني الخدمة العلاجية في القطاع العام، ولجوء المواطن لتلقي العلاج في عيادات ومستشفيات القطاع الخاص، ومع غياب نظام التأمينات الصحية خلال فترة زمنية كبيرة، وبعدها توافر التأمينات الصحية لبعض القطاعات فقط مثل قطاع المصارف وقطاع المؤسسة النفطية، وعدم اتباع القطاعات التابعة للدولة لهذا النظام، أدى ذلك إلى تكبد المواطن للمصروفات الكبيرة من مدخراته الخاصة للعلاج في المصحات الخاصة داخل وخارج ليبيا، بالإضافة إلى ذلك فإن المرافق الطبية في ليبيا من عيادات ومستشفيات تفتقر



إلى وجود عناصر بشرية متخصصة ولديها المؤهلات العلمية والخبرة العملية في مجال إدارة المستشفيات، أدى هذا الأمر إلى عدم قدرة هذه الإدارات على تقديم مقترحات ومشروعات قرارات بخصوص

احتياجات القطاع للجهة التشريعية في البلاد، وأيضاً انعكس سلباً على تنفيذ السياسات الصحية على أرض الواقع، ويتفاقم الأمر بعدم وجود مراقبة وتقييم لأداء هذا القطاع.

## ت- المخصصات المالية والإنفاق العام على قطاع الصحة خلال الفترات الثلاثة:

يستعرض في هذا الجزء من الدراسة المخصصات المالية للقطاع الصحي خلال الفترات الثلاثة الدراسة لمعرفة قيمة الاستثمار الحكومي على البرامج الصحية مقارنة بالقطاعات الأخرى، ومن خلال الجدول رقم (5-5) يتضح ما يأتي:

1- أن نسبة ما حُصص لقطاع الصحة إلى إجمالي المبالغ المستثمرة خلال الفترة الزمنية الممتدة من 1970-1976 بلغت 3%، وبذلك جاء قطاع الصحة في الترتيب العاشر من حيث الأهمية النسبية مقارنة بالقطاعات الأخرى، ثم ارتفع معدل الاستثمار في المجال الصحي، حيث احتل القطاع الترتيب الثامن خلال الفترة 1977-1988، ونلاحظ أيضاً من خلال الجدول أن مخصصات قطاع الصحة ارتفعت في الفترة 1977-1988 إلى ما قيمته (826.2) مليون دينار وبزيادة قدرها 763 مليون دينار وبنسبة بلغت (440%)، وترجع أسباب هذا الارتفاع إلى أن هذه الفترة شهدت وضع خطتي التنمية الاقتصادية 1976/1980-1981/1985، وارتفاع أسعار النفط، ثم خصص للقطاع ما قيمته (230.1) مليون دينار بانخفاض قيمته 596 مليون دينار ونسبته (-0.7%) خلال الفترة 1989-1996، حيث شهدت هذه الفترة توقف وضع الخطط الاستثمارية طويلة ومتوسطة الأجل، وانخفاض أسعار النفط والحصار الغربي على ليبيا، ونظراً لعدم توافر بيانات التكوين الاستثماري للأنشطة الاقتصادية عن الفترة 1989 وحتى عام 2006 كي نتمكن من مقارنة مخصصات قطاع الصحة بباقي القطاعات الاقتصادية، اعتمدت الباحثة على مقارنة مخصصات قطاع الصحة، حسب ما هو موضح في الجدول الخاص بالإنفاق الفعلي للقطاع، ومن خلال الجدول رقم (5-6) نلاحظ أن نسبة ميزانية الصحة التي تشمل (الميزانية التسييرية - الإنفاق الاستثماري) من إجمالي الميزانية العامة انخفضت من نسبة 12% عام 2000 إلى ما نسبته 7.5% عام 2006، على الرغم من ارتفاعها في الفترة الأولى وانخفاضها في الفترة الثانية.

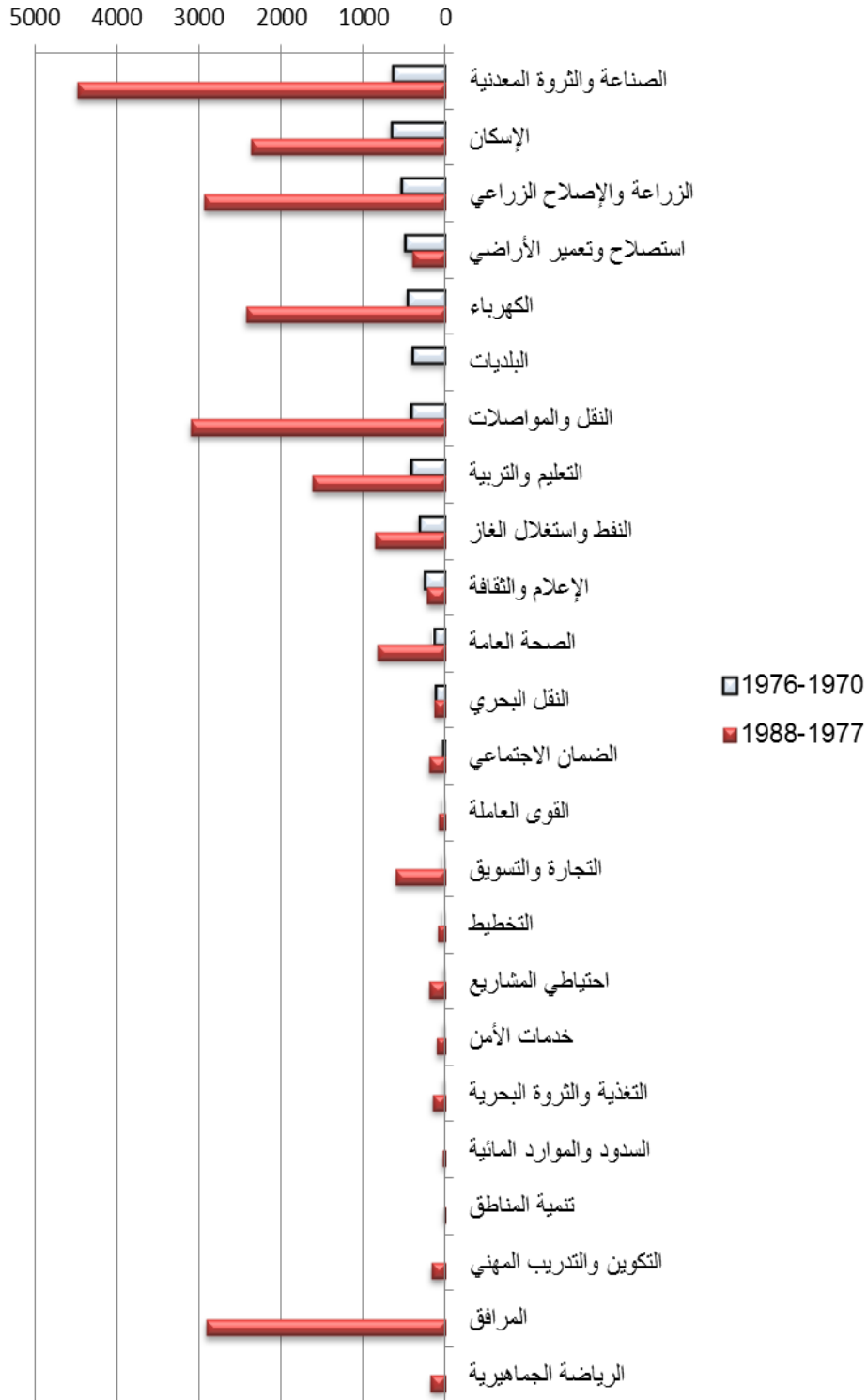
2- من خلال جدول الإنفاق الفعلي يلاحظ أن حجم الاستثمار ارتفع من ما قيمته (152.9) مليون دينار خلال الفترة 1970-1976 إلى ما قيمته (993.1) مليون دينار خلال الفترة 1977-1991 بزيادة قدرها (840.2) مليون دينار وبنسبة 549%، حيث شهدت هذه الفترة خطتي التنمية الاقتصادية 1976-1980 و1981-1985، وارتفع حجم الاستثمار إلى (3107.3) مليون دينار خلال الفترة 1992-2006 بزيادة قدرها (2114.2) مليون دينار وبنسبة 212% وبذلك شهدت هذه الفترة أكبر حجم استثماري في القطاع.

الجدول رقم (5-5)

التكوين الرأسمالي الثابت الإجمالي لبعض القطاعات خلال الفترة 1970-1988 (بالمليون دينار)

الأهمية النسبية	1988-77	الأهمية النسبية	1976-70	القطاعات
%18	4487.8	%13	641.7	الصناعة والثروة المعدنية
%10	2364.9	%13	663.4	الإسكان
%12	2936.9	%10	545.2	الزراعة والإصلاح الزراعي
%0.5	408.7	%10	497.6	استصلاح وتعمير الأراضي
%10.1	2435	%9	467.3	الكهرباء
-	-	%8	411.2	البلديات
%12.4	3108.9	%8	422.5	النقل والمواصلات
%6.8	1617.9	%8	417.3	التعليم والتربية
%3.7	856.7	%6	321.8	النفط واستغلال الغاز
%1	226.5	%3	267	الإعلام والثقافة
<b>%3.4</b>	<b>826.1</b>	<b>%3</b>	<b>152.9</b>	<b>الصحة العامة</b>
%1	133.3	%2	134.3	النقل البحري
%1	201.5	%0.01	48.9	الضمان الاجتماعي
%0.4	88.1	%0.01	31.9	القوى العاملة
%2.3	607.7	%0.01	28.5	التجارة والتسويق
%0.4	95.1	%0.01	30.2	التخطيط
%1	192.8	0.003	15.4	احتياطي المشاريع
%0.5	105.5	0.002	10	خدمات الأمن
%0.6	160	0.002	12.7	التغذية والثروة البحرية
%0.2	41.7	-	-	السدود والموارد المائية
%0.1	24	-	-	تنمية المناطق
%0.6	170.31	-	-	التكوين والتدريب المهني
%12	2915.7	-	-	المرافق
%1	179.2	-	-	الرياضة الجماهيرية
<b>100</b>	<b>24184.31</b>	<b>%100</b>	<b>5119.8</b>	<b>المجموع</b>

شكل بياني رقم (5-14) التكوين الرأسمالي الثابت الإجمالي لبعض القطاعات خلال الفترة 1970-1988 (بالمليون دينار)

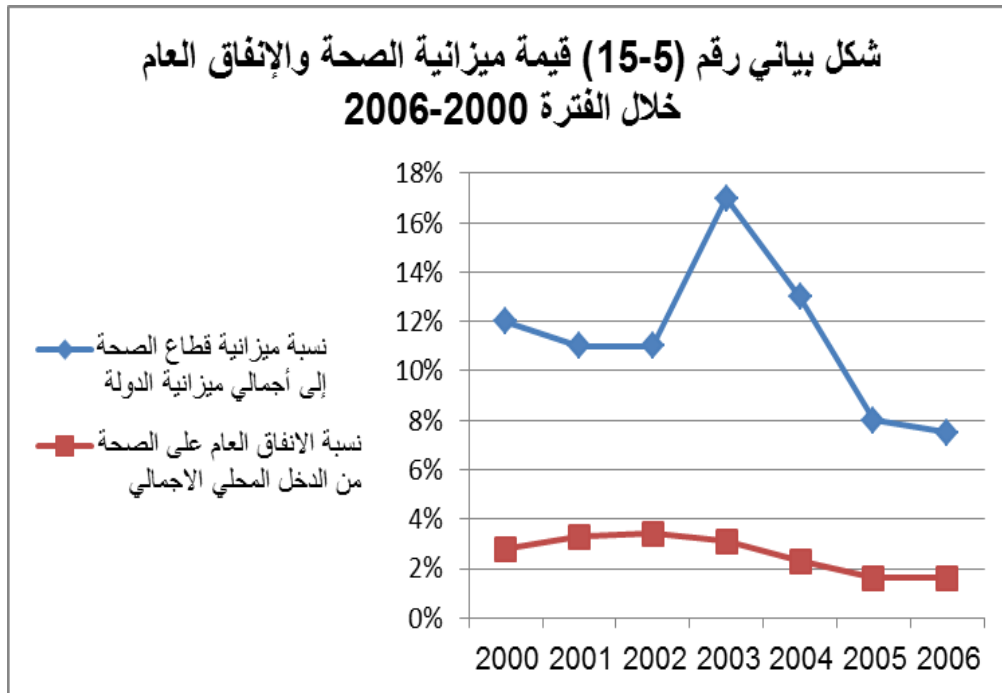


3- من خلال الجدول رقم (5-7) نجد أن ما تم رصده من مخصصات لقطاع الصحة لا يتم صرفه بالكامل على المشروعات الصحية، وذلك واضح خلال الفترتين 1970-1976 و1992-2006، ونلاحظ أن نسبة الإنفاق الفعلي على القطاع خلال الفترة 1977-1991 فاقت ما تم تخصيصه للقطاع وبنسبة 139% وذلك خلال تنفيذ خطتي التحول الاقتصادية 1976-1980 و1981-1985 مما ترتب على ذلك مديونيات متراكمة على قطاع الصحة في ليبيا.

#### جدول رقم (5-6)

قيمة ميزانية قطاع الصحة والإنفاق العام خلال الفترة 2000-2006م

البيانات	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
نسبة ميزانية قطاع الصحة إلى إجمالي ميزانية الدولة	12%	11%	11%	17%	13%	8%	7.5%
نسبة الإنفاق العام على الصحة من الدخل المحلي الإجمالي	2.8%	3.3%	3.4%	3.1%	2.3%	1.6%	1.6%

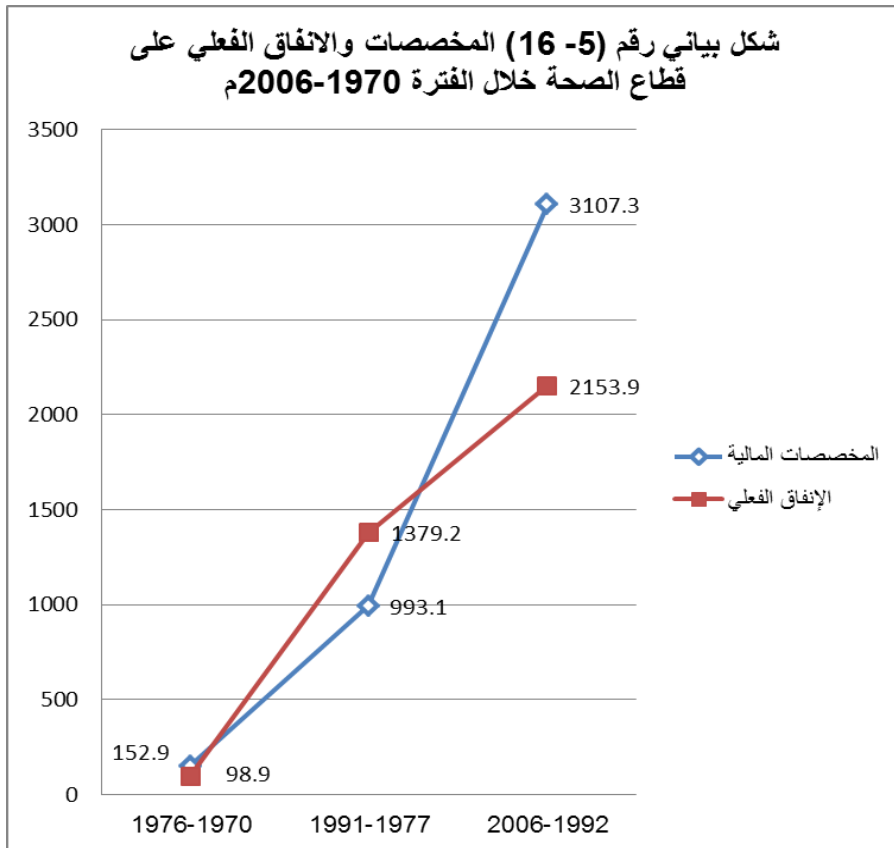


4- ويلاحظ من جدول الانفاق الفعلي رقم (5-7) أن حجم الاستثمار وصل ما قيمته (152.9) مليون دينار خلال الفترة 1970-1976م، وإلى ما قيمته (993.1) مليون دينار خلال الفترة 1977-1991م أي بزيادة قدرها (840.2) مليون دينار وبنسبة 549%، حيث شهدت هذه الفترة البدء في تنفيذ خطتي التنمية الاقتصادية 1976-1980 و1981-1985م، وارتفع حجم الاستثمار إلى (3107.3) مليون دينار خلال الفترة 1992-2006م وبزيادة قدرها (2114.2) مليون دينار وبنسبة 212%، وبذلك شهدت هذه الفترة أكبر حجم استثماري في قطاع الصحة في فترة الدراسة.

#### جدول رقم (5-7)

#### المخصصات والانفاق الفعلي على قطاع الصحة خلال الفترة 1970-2006م

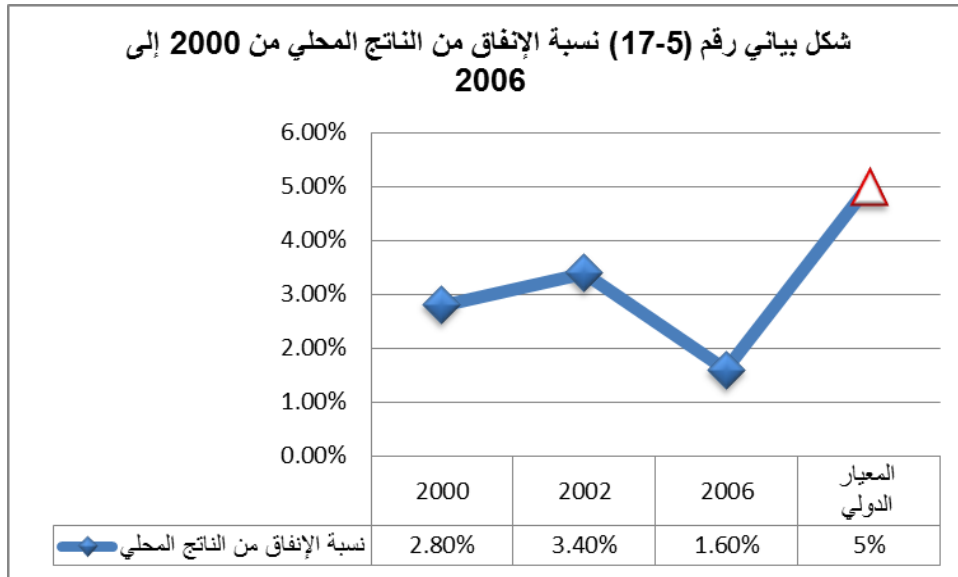
الفترة الزمنية للدراسة	المخصصات المالية	الانفاق الفعلي	نسبة الصرف
1976-1970	152.9	98.9	65%
1991-1977	993.1	1379.2	139%
2006-1992	3107.3	2153.9	69%
المجموع	4253.3	3632.7	85%





5- يلاحظ أن حصة الفرد من الميزانية العادية للصحة زادت زيادة قليلة جداً مقارنة بطول الفترة الزمنية للدراسة حيث كان عام 1970 فقط 8.8 دينار وارتفع إلى 50 ديناراً عام 2006.

6- ونظراً لنقص البيانات عن نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من الناتج المحلي الإجمالي عن الفترة 1970-1999 الأمر الذي أثر على فاعلية هذا المؤشر للمقارنة بين الفترات الثلاث للدراسة، وبالمقارنة بين الفترة الزمنية 2000-2006 نجد أن هذا المعدل انخفض من نسبة 2.8% خصص للخدمات الصحية من الناتج المحلي الإجمالي عام 2000 إلى ما نسبته 1.6% عام 2006، وهذا يبين أن هذه النسب أقل من معدل الاستثمار المستهدف لقطاع الصحة في الدول النامية وفقاً للمعيار المتفق عليه دولياً أن لا يقل عن 5% من الناتج المحلي الإجمالي، ونجد أن هذا المؤشر اقترب نوعاً ما من المعدل الدولي خلال عام 2002 بنسبة 3.4%.



- ويلاحظ أن ما تم رصد من مخصصات مالية لقطاع الصحة لغرض توافر الخدمات الصحية كنسبة من الميزانية العامة للدولة، وكنسبة من الناتج المحلي، كان خاضعاً للظروف السياسية والاقتصادية التي مرت بها البلاد، على الرغم من وضع النظام السياسي لفلسفة صحية تتبنى مبادئ اشتراكية نصت على عدم الأخذ بالعوامل الاقتصادية عند إقرار السياسة الصحية وتنفيذها وتوافر الخدمات الصحية، وإن تعارضت مع اقتصاديات الإنفاق، واعتبار التنمية الصحية عملية استثمارية، لهذا نجد أن النظام السياسي،

منذ بداية فترة هذه الدراسة وحتى نهايتها، لم يراعِ الزيادة المستمرة في عدد السكان، والتغير في نمط الأمراض من أمراض مُعدية وسارية استطاع النظام إلى حد كبير جداً القضاء عليها حسب التقارير الدولية بالخصوص، إلى أمراض مزمنة تحتاج إلى رعاية طويلة الأمد، وبالتالي تحتاج إلى أجهزة تشخيصية وعلاجات متطورة ذات تكلفة عالية جداً، لهذا نرى وبقراءة الميزانية العامة للدولة خلال هذه السنوات، الأهمية النسبية المتدنية لمخصصات قطاع الصحة بالنسبة للمبالغ المستثمرة خلال هذه الفترة مقارنة بالقطاعات الأخرى، وبالنظر إلى نسبة الإنفاق العام والخاص على الخدمات الصحية خلال نفس الفترة، نجد أنه لم يتعدَ نسبة 2.4% في نهاية عام 2006، ولم يصل إلى الرقم المتفق عليه دولياً ألا وهو 5% من الناتج المحلي لأي دولة تنفق على الخدمات الصحية، وهذه النسبة تتساوى مع نسب الإنفاق العسكري في ليبيا عام 2004 التي قدرت بنسبة 2% من الناتج المحلي الإجمالي<sup>(1)</sup>.

---

(1) البنك الدولي، تقرير التنمية البشرية لعام 2006 . [www.data.albankaldawli.org](http://www.data.albankaldawli.org)

## المبحث الثاني

### أثر الخدمات الصحية المقدمة على المستوى الصحي للسكان خلال الفترة الزمنية محل الدراسة

تهدف هذه الدراسة من خلال هذا المبحث إلى تحديد فاعلية السياسات الصحية وذلك بقياس المنافع العائدة على السكان، وذلك بمقارنة الخدمات الصحية وأداء مقدمي الخدمات الصحية ومعدلات أداء الخدمات الصحية، على اعتبار أن توافر الخدمات الصحية يسهم في تحسين المستوى الصحي للسكان وسيتم تقسيم هذه المبحث إلى محورين يتناول الأول المؤشرات الصحية للسكان ويتناول الثاني تفسير العلاقة بين المؤشرات الصحية للسكان ومعدلات الأداء الصحي خلال الفترات الثلاثة للدراسة.

**أ- المؤشرات الصحية للسكان:**

أعدت منظمة الصحة العالمية وثيقة تساعد الدول الاعضاء بالمنظمة في اختبار المؤشرات على الصعيدين الوطني والدولي كجزء من عملية مراقبة وتقييم التقدم في توافر الصحة للجميع، وهي تقترح مؤشرات متعلقة بالسياسة الصحية وبالعوامل الاجتماعية والاقتصادية الرئيسية التي تقيد القطاع الصحي وتؤثر عليه، وبتقديم الرعاية الصحية، وبالحالة الصحية للسكان وتجري مراقبة التنفيذ والتقييم على مستويين وهما مستوى رسم السياسة والمستوى الإداري والفني، وعلى مستوى رسم السياسة هناك حاجة لمعرفة ما إذا كان الوضع الصحي للسكان في تحسن وما إذا كانت هناك ضرورة إلى ادخال تعديلات على السياسة والاستراتيجية وخطط العمل وعلى المستوى الإداري والفني هناك حاجة لمعرفة ما إذا كانت البرامج ذات الصلة تصاغ بصورة ملائمة وما إذا كانت الخدمات والأنشطة اللازمة لتنفيذها تصمم بصورة وافية بالغرض<sup>(1)</sup>، وسوف نستعين بعدد من هذه المؤشرات لتقييم نتائج السياسة الصحية في ليبيا خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة وهي كالتالي:

#### أولاً- معدل الإصابة بالأمراض الوبائية والمعدية والسارية وانتشارها:

يعرف معدل الحدوث بأنه عدد جميع حالات المرض التي تبدأ أثناء فترة معينة من الوقت وتتعلق بالعدد المتوسط للأشخاص المعرضين للخطر خلال هذه الفترة ويعبر عن المعدل لكل (1000) أو (10000) أو (100000) شخص في السنة، ويعدّ معدل الحدوث كمؤشر عن الحالة الصحية مفيداً بصدد اتخاذ إجراءات لمكافحة الأمراض وللبحث في أسباب الأمراض وتوزيعها والتعرف على مدى فاعلية الإجراءات الوقائية والعلاجية، كما يمكن أن يفيد التحليل

(1) وضع مؤشرات لمراقبة التقدم نحو توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000، مرجع سبق ذكره، ص 10.

الذي يجرى على الاختلافات في معدلات الحدوث المبلغ عنها من مختلف المجموعات الاجتماعية والاقتصادية والمناطق الجغرافية بأفكار واضحة مفيدة عن مدى كفاءة الخدمات الصحية المقدمة<sup>(1)</sup>، وقد استهدفت خطط التحول الاقتصادي خلال الفترة الزمنية محل الدراسة والاستراتيجية الوطنية للصحة للجميع وبالجميع القضاء على الأمراض السارية والمتوطنة وإيصال نسبة التطعيمات لجميع الأمراض المستهدفة بالتطعيم إلى نسبة 100%، واتخاذ الوسائل العلاجية والوقائية اللازمة لرعاية الأطفال بما يعمل على تخفيض نسبة وفيات الأطفال، وزيادة العمر المتوقع للفرد عند الميلاد، وتنفيذ برامج الترصد لجميع الأمراض، وصدر القانون رقم (5) لعام 1427 (1996) بشأن حماية الطفولة، حيث نصت المادة الرابعة من القانون على أن تتولى المرافق الصحية بكل مستوياتها توافر الأمصال والتطعيمات اللازمة للأطفال دون مقابل، وبمتابعة عملية تحقيق هذه الأهداف خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة وبقراءة الجدول رقم(5-8) يتضح ما يلي:

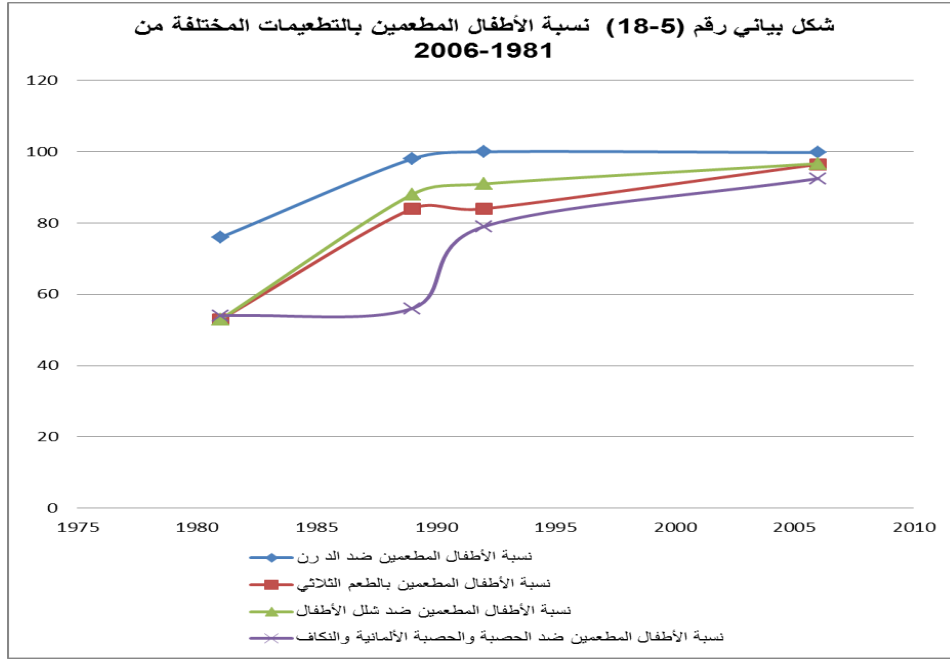
- تطور نسبة الأطفال المطعمين ضد الدرن الرئوي من 76% عام 1981 إلى نسبة 100% عام 1992 وانخفاض هذا المؤشر قليلاً عام 2006.
- تطور نسبة الأطفال المطعمين بالطعم الثلاثي من نسبة 53% عام 1981 إلى نسبة 96.5% عام 2006.
- تطور نسبة الأطفال المطعمين ضد شلل الأطفال من نسبة 53% عام 1981 إلى نسبة 96.7% عام 2006.
- تطور نسبة الأطفال المطعمين ضد الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف من نسبة 54% عام 1981 إلى نسبة 92.5% عام 2006.

#### جدول رقم (5-8)

تطور نسبة التغطية بالتحصينات الأساسية خلال الفترة 1981-2006م

السنوات				المؤشر
2006	1992	1989	1981	
99.8	100	98	76	نسبة الأطفال المطعمين ضد الدرن
96.5	84	84	53	نسبة الأطفال المطعمين بالطعم الثلاثي
96.7	91	88	53	نسبة الأطفال المطعمين ضد شلل الأطفال
92.5	79	56	54	نسبة الأطفال المطعمين ضد الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف

(1) نفس المرجع السابق، ص 108.



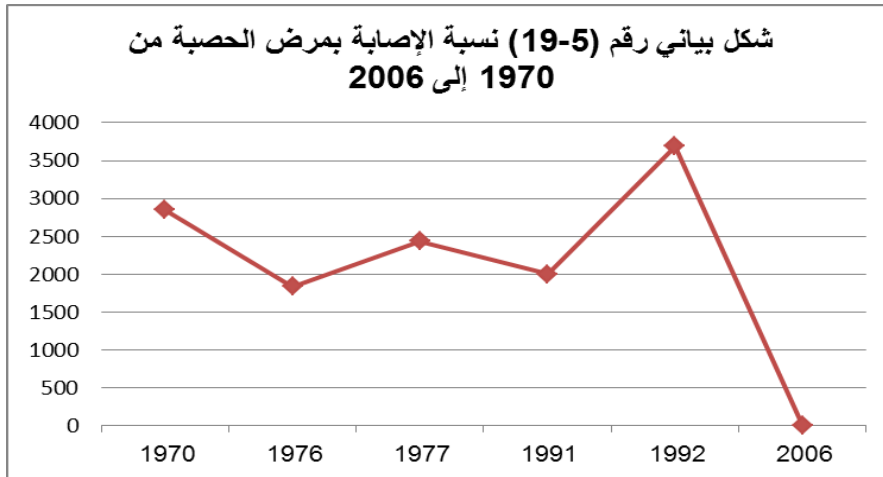
جدول رقم (5-9)

عدد حالات الإصابة بالأمراض خلال الفترة الزمنية 2006/1970

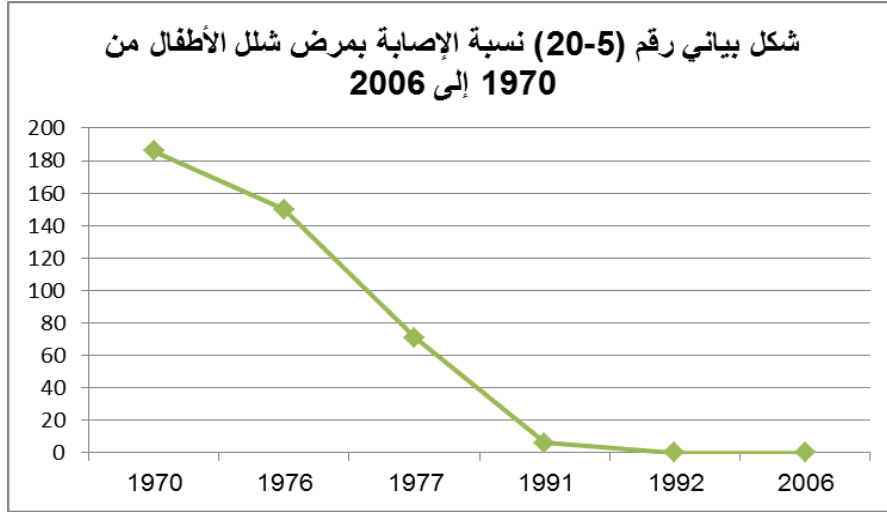
مقدار التغيير	2006	1992	مقدار التغيير	1991	1977	مقدار التغيير	1976	1970	البيان
1267.2	5298.1	4030.9	1500.5	3921	2420.5	610.3	2589.1	1978.8	عدد السكان
3690-	1	3691	439-	1995	2434	1014-	1836	2850	الحصبة
91.98-	0.02	92	50-	51	101	74-	80	154	معدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف نسمة
0	0	0	65-	6	71	36-	150	186	شلل الأطفال
0	0	0	2.8-	0.2	3	4-	6	10	معدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف نسمة
37	118	81	192-	108	300	332-	93	425	السعال الديكي
0	2	2	9-	3	12	19-	4	23	معدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف نسمة
0	0	0	8-	0	8	108-	19	127	الدفتريا
0	0	0	0.3-	0	0.3	6-	1	7	معدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف نسمة
447	745	298	413-	498	911	144-	2541	2685	الدرن الرنوي
7	14	7	25-	13	38	36-	109	145	معدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف نسمة
220-	10	230	67-	27	94	138	150	12	الملاريا
5.8-	0.2	6	3-	1	4	5	6	1	معدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف نسمة
9-	8	17	56-	13	69	102	106	4	الجذام
0.2-	0.2	0.4	2.7-	0.3	3	4.8	5	0.22	معدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف نسمة
330	413	83	16	123	107	-	-	-	ملازمة العوز المناعي (الأيذز)
502-	90	592	825	209	1034	1237-	1613	2850	البلهارسيا

وبالنسبة لمعدل الإصابة بالأمراض المعدية والسارية يتبين من الجدول رقم (5-9) يلاحظ بالخصوص ما يلي:

1. انخفض معدل الإصابة بمرض الحصبة خلال الفترة الزمنية 1976/1970 بنسبة إجمالية 36%، وخلال الفترة 1991/1977 انخفض المعدل بنسبة 18%، وكانت أكبر نسبة تحسن لهذا المعدل بنسبة انخفاض إجمالية 100% حيث انخفض عدد الإصابات من 3691 حالة إصابة عام 1992 إلى إصابة واحدة عام 2006.
2. بالنسبة لمعدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف من السكان، انخفض المعدل من 154 إصابة عام 1970 إلى معدل 80 إصابة لكل مائة ألف من السكان عام 1976، وانخفض هذه المعدل من 101 إصابة إلى 51 حالة إصابة لكل مائة ألف من السكان خلال الفترة 1991/1977، وخلال الفترة الزمنية 2006/1992 انخفض معدل الإصابة من 92 حالة إلى أقل من واحد صحيح لكل مائة ألف من السكان، وكانت أكبر نسبة تحسن في هذا المؤشر خلال الفترة الأولى من الدراسة ويليهما الفترة الثالثة.

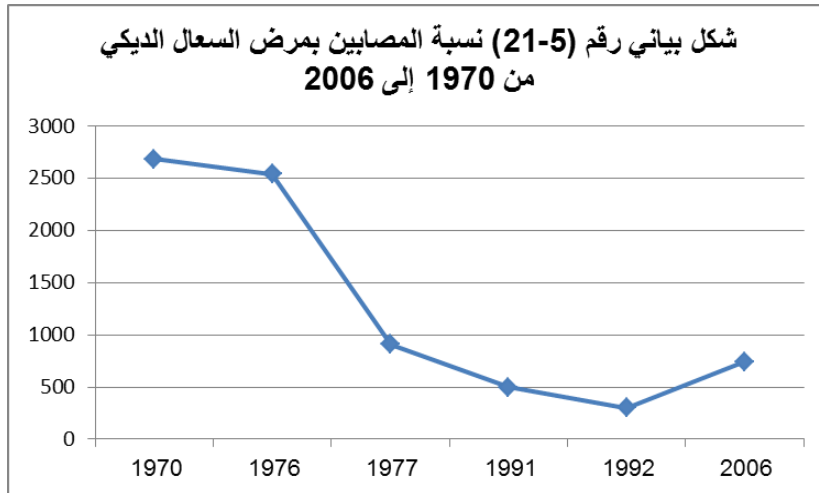


3. انخفض معدل الإصابة بمرض شلل الأطفال بمقدار عدد 36 حالة وبنسبة انخفاض إجمالي 19% خلال الفترة 1976/1970، واستمر هذا المؤشر بالانخفاض خلال الفترة 1991/1977 بمقدار 65 حالة وبنسبة انخفاض إجمالية 92%، وخلال الفترة الزمنية 2006/1992 لم يبلغ عن حالات إصابات جديدة بهذا المرض مما يعني خلو ليبيا منه.
4. انخفض معدل الإصابة بمرض شلل الأطفال لكل مائة ألف من السكان بمقدار 4 حالات وبنسبة انخفاض إجمالي 40%، وانخفض المعدل بمقدار 2.8 حالة وبنسبة انخفاض 93% خلال الفترة 1991/1977.



5. انخفض معدل الإصابة بمرض السعال الديكي خلال الفترة الزمنية 1976/1970 بنسبة إجمالية 78%، وخلال الفترة 1991/1977 انخفض المعدل بنسبة 64%، واستمر المعدل بنسبة انخفاض إجمالية 46% خلال الفترة الزمنية 2006/1992.

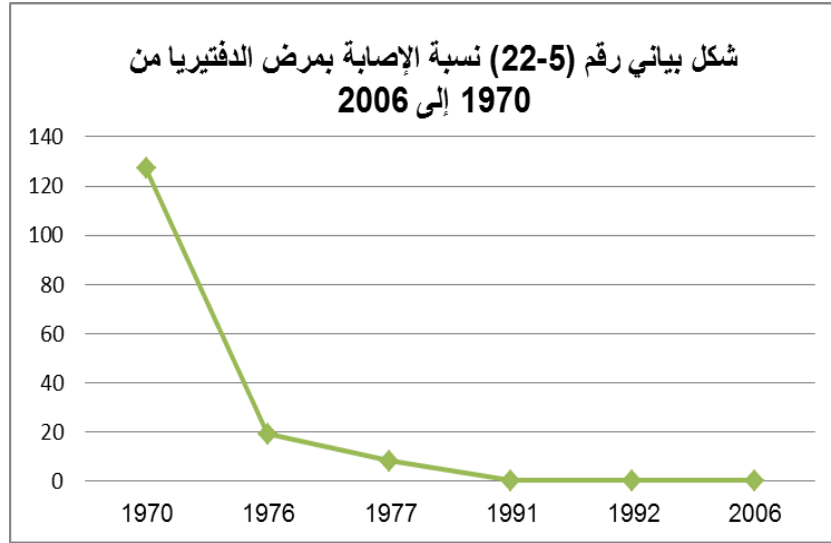
6. بالنسبة لمعدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف من السكان انخفض المعدل من 23 إصابة عام 1970 إلى معدل 4 إصابات لكل مائة ألف من السكان عام 1976، وانخفض هذه المعدل من 12 إصابة إلى 3 حالات إصابة لكل مائة ألف من السكان خلال الفترة 1991/1977، وخلال الفترة الزمنية 2006/1992 كان معدل الإصابة حالتين لكل مائة ألف من السكان.



7. انخفض معدل الإصابة بمرض الدفتيريا خلال الفترة الزمنية 1976/1970 بنسبة إجمالية 85%، وخلال الفترة 1991/1977 انخفض المعدل بنسبة 100%، وخلال الفترة الزمنية 2006/1992 لم يبلغ عن حالات إصابات جديدة بهذا المرض مما يعني خلو ليبيا منه.

8. وبالنسبة إلى معدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف من السكان انخفض المعدل من 7 إصابات عام 1970 إلى معدل حالة إصابة واحدة لكل مائة ألف من السكان عام 1976،

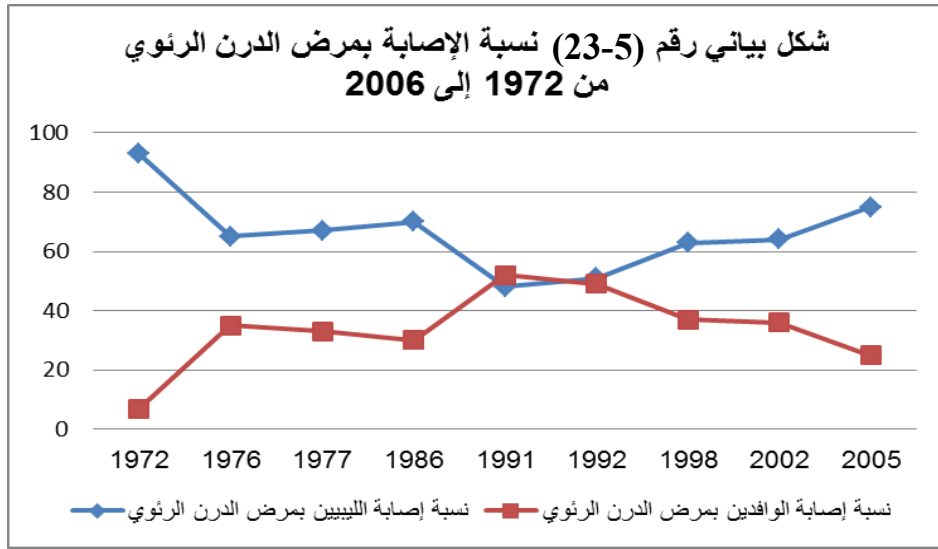
وانخفض هذه المعدل من أقل من واحد صحيح حالة إصابة إلى عدم حصول إصابات بهذا المرض لكل مائة ألف من السكان خلال الفترة 1991/1977.



9. انخفض معدل الإصابة بمرض الدرن الرئوي خلال الفترة الزمنية 1976/1970 بنسبة إجمالية 5%، وخلال الفترة 1991/1977 ارتفع معدل الإصابة بهذا المرض بنسبة 45%، وكانت أكبر نسبة ارتفاع بمعدل الإصابة بهذا المرض خلال الفترة 2006/1992 بنسبة ارتفاع إجمالية 150% حيث ارتفع عدد الإصابات من 298 حالة إصابة عام 1992 إلى 745 حالة إصابة عام 2006.

10. بالنسبة لمعدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف من السكان انخفض المعدل من 145 إصابة عام 1970 إلى معدل 109 إصابة لكل مائة ألف من السكان عام 1976، وانخفض هذه المعدل من 38 إصابة إلى 13 حالة إصابة لكل مائة ألف من السكان خلال الفترة 1991/1977، وخلال الفترة الزمنية 2006/1992 ارتفع معدل الإصابة من 7 حالات إلى 14 حالة إصابة لكل مائة ألف من السكان، وكانت أكبر نسبة تحسن في هذا المؤشر خلال الفترة الأولى ويليهما الفترة الثانية من الدراسة.

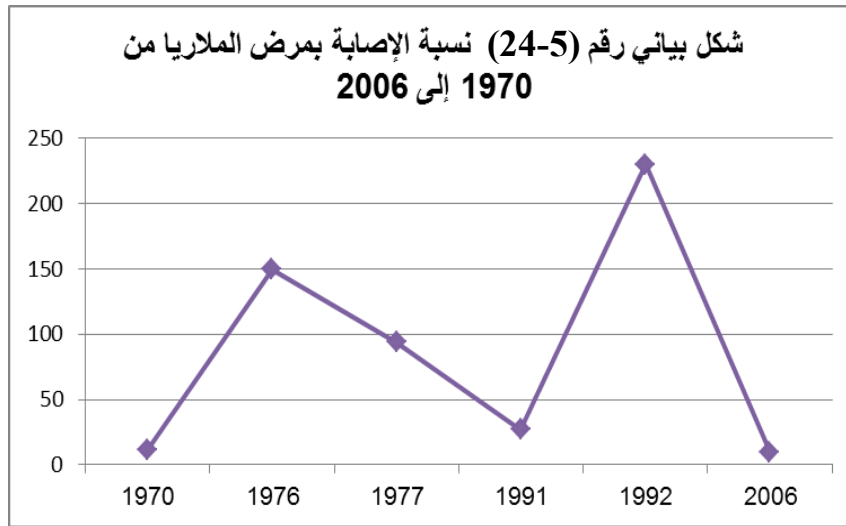




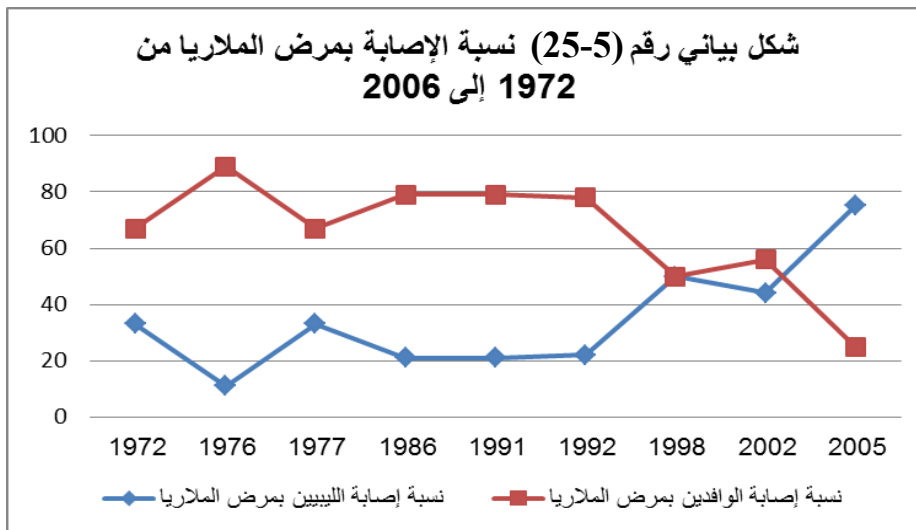
11. انخفضت نسبة الليبيين المصابين بمرض الدرن الرئوي من 93% من المجموع الكلي للحالات المسجلة في عام 1972 إلى نسبة 75% من المجموع الكلي للحالات المسجلة عام 2005.

12. ارتفع معدل الإصابة بمرض الملاريا خلال الفترة الزمنية 1976/1970 بنسبة إجمالية 1150%، وخلال الفترة 1991/1977 انخفض معدل الإصابة بهذا المرض بنسبة 71%، وكانت أكبر نسبة انخفاض بمعدل الإصابة بهذا المرض خلال الفترة 2006/1992 بنسبة انخفاض إجمالية 96% حيث انخفض عدد الإصابات من 230 حالة إصابة عام 1992 إلى 10 حالات إصابة عام 2006.

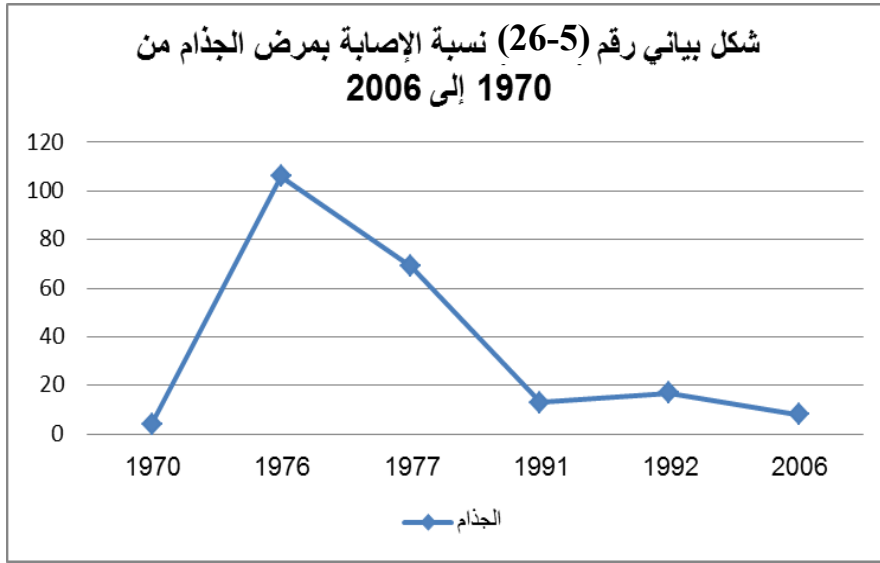
13. بالنسبة لمعدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف من السكان ارتفع المعدل من حالة إصابة واحدة عام 1970 إلى معدل 6 حالات لكل مائة ألف من السكان عام 1976، وانخفض هذا المعدل من 4 حالات إلى حالة إصابة واحدة لكل مائة ألف من السكان خلال الفترة 1991/1977، وخلال الفترة الزمنية 2006/1992 انخفض معدل الإصابة من 6 حالات إلى أقل من واحد صحيح حالة إصابة لكل مائة ألف من السكان، وكانت أكبر نسبة تحسن في هذا المؤشر خلال الفترة الثانية ويليها الفترة الثالثة من الدراسة.



14. ارتفعت نسبة الليبيين المصابين بمرض الملاريا من 33% من المجموع الكلي للحالات المسجلة بعام 1972 إلى نسبة 75% من المجموع الكلي للحالات المسجلة عام 2005.



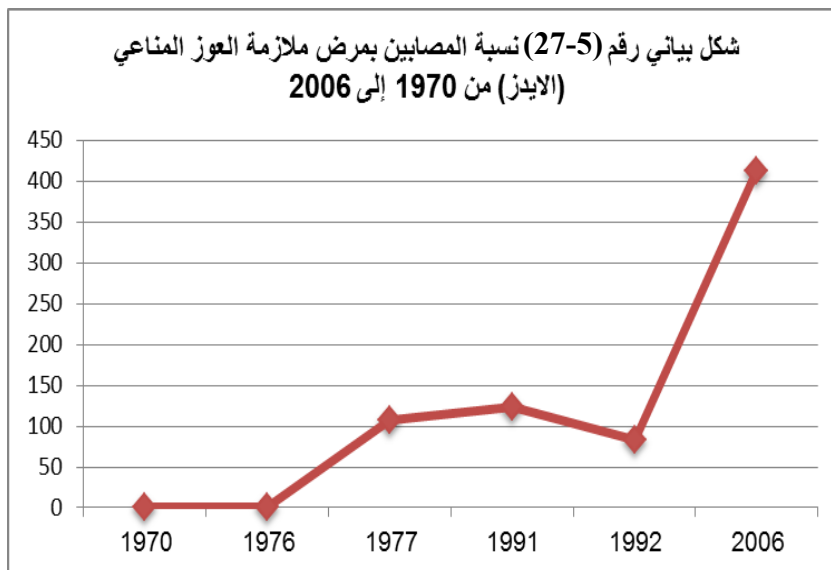
15. ارتفع معدل الإصابة بمرض الجذام خلال الفترة الزمنية 1976/1970 بنسبة إجمالية 2250%، وخلال الفترة 1991/1977 انخفض معدل الإصابة بهذا المرض بنسبة 81%، وانخفض معدل الإصابة بهذا المرض خلال الفترة 2006/1992 بنسبة انخفاض إجمالية 53% حيث انخفض عدد الإصابات من 17 حالة إصابة عام 1992 إلى 8 حالات إصابة عام 2006.



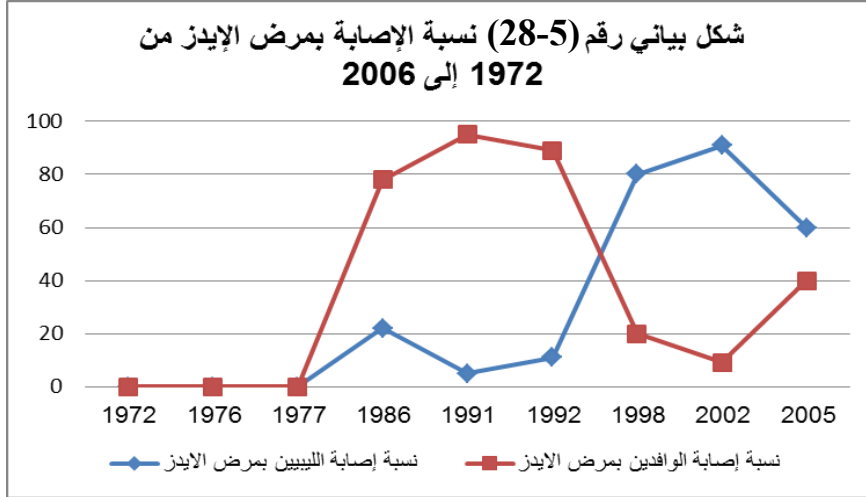
.b

16. بالنسبة لمعدل الإصابة بالمرض لكل مائة ألف من السكان ارتفع المعدل من أقل من واحد صحيح عام 1970 إلى معدل 5 حالات لكل مائة ألف من السكان عام 1976، وانخفض هذا المعدل من 3 حالات إلى أقل من واحد صحيح لكل مائة ألف من السكان خلال الفترة 1991/1977، وخلال الفترة الزمنية 2006/1992 انخفض معدل الإصابة إلى أقل من واحد صحيح حالة إصابة لكل مائة ألف من السكان، وكانت أكبر نسبة تحسن في هذا المؤشر خلال الفترة الثانية ويليها الفترة الثالثة من الدراسة.

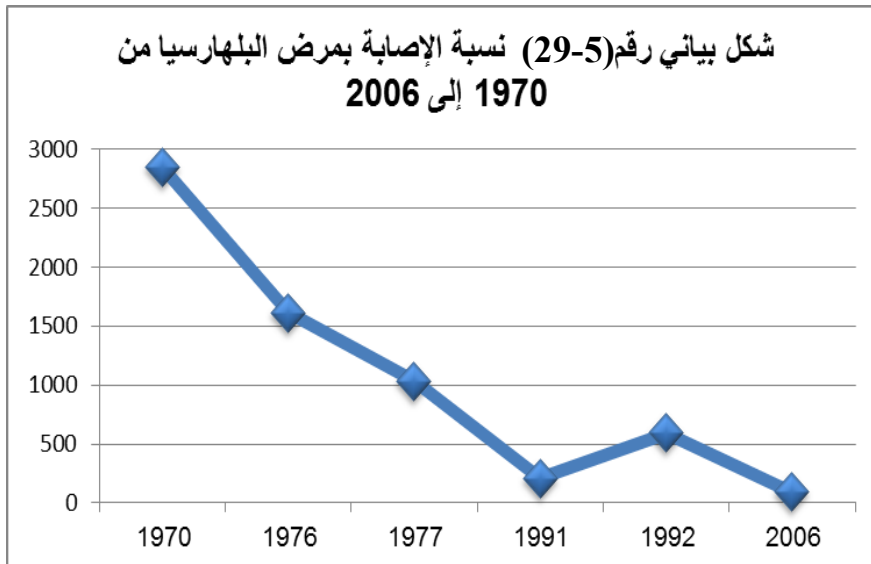
17. ارتفع معدل الإصابة بمرض الإيدز خلال الفترة الزمنية 1991/1986 بنسبة إجمالية 15%، وخلال الفترة 2006/1992 ارتفع معدل الإصابة بهذا المرض بنسبة 398%.

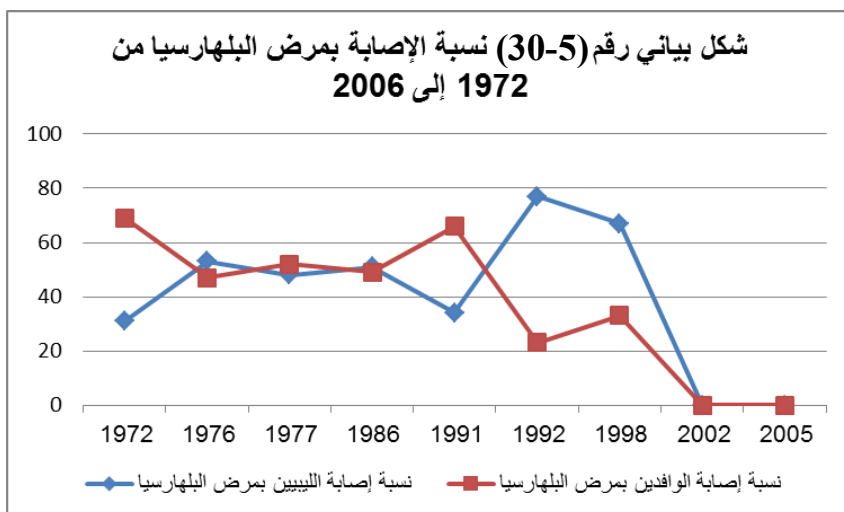


18. ارتفعت نسبة الليبيين المصابين بمرض الإيدز من 22% من المجموع الكلي للحالات المسجلة بعام 1986 إلى نسبة 60% من المجموع الكلي للحالات المسجلة عام 2005.



19. انخفض معدل الإصابة بمرض البلهارسيا خلال الفترة الزمنية 1976/1970 بنسبة إجمالية 43%، وخلال الفترة 1991/1977 انخفض معدل الإصابة بهذا المرض بنسبة 80%، وكانت أكبر نسبة انخفاض بمعدل الإصابة بهذا المرض خلال الفترة 2006/1992 بنسبة انخفاض إجمالية 84% حيث انخفض عدد الإصابات من 592 حالة إصابة عام 1992 إلى 9 حالات إصابة عام 2006.





جدول رقم (5-10)  
معدلات الإصابة عند الليبيين والوافدين ببعض الامراض

2005	2002	1998	1992	1991	1986	1977	1976	1972	البيان
75	64	63	51	48	70	67	65	93	نسبة إصابة الليبيين بمرض الدرن الرنوي
25	36	37	49	%52	30	%33	%35	%7	نسبة إصابة الوافدين بمرض الدرن الرنوي
75	44	50	22	21	21	33	11	33	نسبة إصابة الليبيين بمرض الملاريا
25	56	50	78	79	%79	%67	%89	%67	نسبة إصابة الوافدين بمرض الملاريا
60	91	80	11	5	22	-	-	-	نسبة إصابة الليبيين بمرض الايدز
40	9	20	89	%95	%78	-	-	-	نسبة إصابة الوافدين بمرض الايدز
-	-	67	77	34	51	48	53	31	نسبة إصابة الليبيين بمرض البلهارسيا
-	-	33	23	66	49	52	47	69	نسبة إصابة الوافدين بمرض البلهارسيا

- سجلت عام 2001 حدوث عدد 1821 حالات إصابة التهاب الكبد الفيروسي (ج)، وسجلت عام 2006 عدد 1349 حالة إصابة.

- سجلت عام 2000 عدد 26 حالة إصابة بالتهاب الكبد الفيروسي (ب)، وارتفع معدل الإصابة السنوي بهذا المرض فقد كانت حالات الإصابة بعدد 1672 عام 2006.

- حسب مفهوم الأمن الصحي الذي تم تناوله سابقاً خلال هذا البحث، نجد أن النظام الصحي الليبي استطاع أن يحد من انتشار الأمراض المعدية والمستوطنة والسارية، والسيطرة على بعض منها عند المواطنين، حيث نصت المادة الثانية من القرار رقم (686) لعام 1992 المعدل للألحة التحصين والتطعيم الإلجباري على إلزامية تطعيم الأطفال وتحصينهم إجبارياً بالطعوم والتحصينات وفقاً للجداول الصحية المعتمدة، وإخضاع المخالفين للمساءلة القانونية، وبالرغم من هذه الإجراءات وغيرها لم ينجح في حماية المجتمع من هذه الأمراض بسبب المتسللين والهجرة غير الشرعية عبر الحدود الليبية، فبالنظر إلى إحصائيات هذه الأمراض نجد أن النسبة الكبيرة من المصابين في ليبيا هي من بين الوافدين إلى البلاد بطرق غير مشروعة، ودون إجراءات صحية تثبت خلوهم من الأمراض، لذا فإن هذا الأمر يحتم على النظام السياسي تفعيل نظام مراقبة للمنافذ الحدودية والوافدين من الأجانب، وعلى الأخص المتسللين لضمان عدم تسرب الأمراض المعدية والسارية إلى البلاد، والأمر الثاني هو قلة الاستثمار في مجال مكافحة الأمراض هي من المشاكل التي تهدد الأمن الصحي الوطني كما تعرفها اللوائح الصحية الدولية 2005، وهو الإحساس الزائف لدى النظم السياسية بالأمان نظراً لعدم وجود أمراض معدية في البلاد، وبالتالي التساهل في التقييد ببرامج الوقاية الفعالة، وعلى سبيل المثال نجد أن هناك بعض الأمراض في ليبيا انخفضت نسبة الإصابة فيها لسنوات طويلة، وعادت وارتفعت هذه النسب في السنوات الحالية منها مرض الحصبة الذي كانت معدل الإصابة به عام 1992 يقدر بعدد (3691) حالة وارتفع هذا العدد سنتي 2002-2003 إلى عدد (5860) حالة، وحسب تقارير منظمة الصحة العالمية والتقارير المحلية، ارتفعت حالات مرض نقص المناعة الإيدز من 83 حالة إصابة عام 1992 إلى 413 حالة عام 2005، وكذلك مرض الدرن الرئوي حيث كان عدد الإصابات عام 1992 عدد 298 حالة وفي عام 2006 وصل العدد إلى 745 حالة.

جدول رقم (5-11)

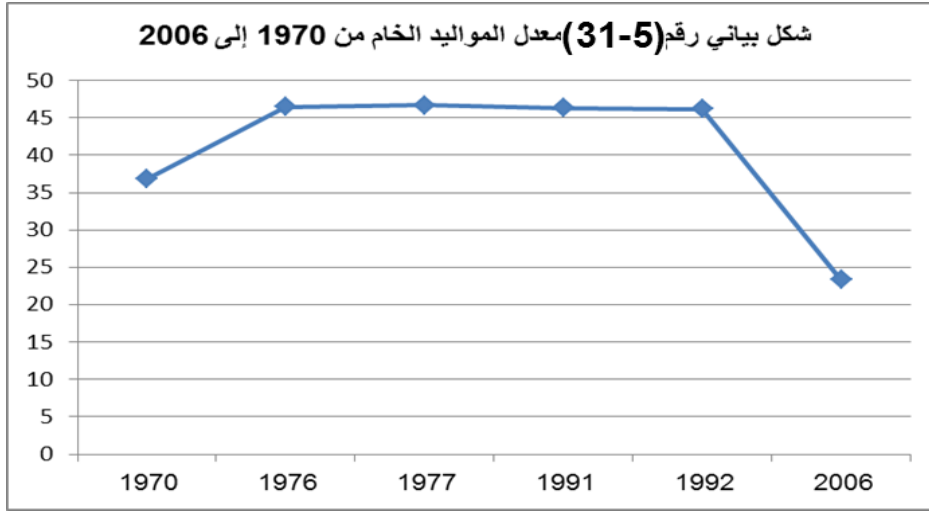
المؤشرات الصحية للسكان خلال الفترة 2006/1970

البيان	1970	1976	مقدار الزيادة	1977	1991	مقدار الزيادة	1992	2006	مقدار الزيادة
عدد السكان	1978.8	2589.1	610.3	2420.5	3921	1500.5	4030.9	5298.1	1267.2
عدد المواليد	72925	120636	47744	110743	177810	67067	182538	124541	57997
معدل المواليد الخام	36.8	46.5	9.7	46.7	46.3	0.4	46.2	23.3	22.9
عدد الوفيات العامة(الخام)	-	-	-	14677	29978	15301	32977	17975	15002
معدل الوفيات العامة الخام	16.8	14.8	2	6.2	7.7	1.5	8.3	3.4	4.9
عدد وفيات الاطفال الرضع	4.418	7.392	2.974	5584	4830	754	6715	1.709	5006
معدل وفيات الرضع من الالف	%58.9	%62.5	3.6	50.4	27.0	23.4	36.8	14.0	22.8
معدل الوفيات الاطفال دون سن الخامسة	-	-	0	73	42	-31	40	20	-20
متوسط العمر المتوقع	50.2	52.8	2.6	55	69	14	69	74	5

ثانياً- مؤشر معدل المواليد الخام: يحسب هذا المعدل على النحو التالي: عدد المواليد الاحياء في سنة معينة على عدد السكان عند منتصف السنة في 1000، ويتراوح معدل المواليد الخام من 10 لكل 1000 من السكان في البلدان ذات الخصوبة المرتفعة، ويقدر المتوسط العالمي بـ 29 لكل 1000 من السكان، ويبدل المعدل بالغ الارتفاع للمواليد الخام على كثرة الولادات بين الأمهات في سن المراهقة وفي السنوات المتقدمة من عمر الام، كما يدل كذلك على قصر الفترات بين الولادات<sup>(1)</sup> ويبين الجدول رقم (5-11) ارتفاع عدد المواليد خلال السنوات 1976/1970 من 72,925 عام 1970 إلى عدد 120,636 مولوداً عام 1976 بمقدار زيادة بلغ 47,744 مولوداً وبنسبة نمو إجمالية 65%، وخلال الفترة 1991/1977 ارتفع عدد المواليد من 110,743 إلى عدد 177,810 مولود بمقدار زيادة 67,067 مولوداً وبمعدل نمو إجمالي 61%، وانخفض عدد المواليد خلال السنوات 2006/1992 من 182,538 مولود إلى عدد 124,541 مولود وبمعدل انخفاض إجمالي 32%، وارتفع معدل المواليد الخام من 36.8 عام 1970 إلى معدل 46.5 عام 1976، ثم انخفض المعدل من 46.2 عام 1992 إلى معدل

(1) وضع مؤشرات لمراقبة التقدم نحو توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000، مرجع سبق ذكره، ص 103.

23.3 عام 2006، وكان هذا المعدل في السعودية 24 وفي الامارات 15 وفي تونس 17 عام 2006.



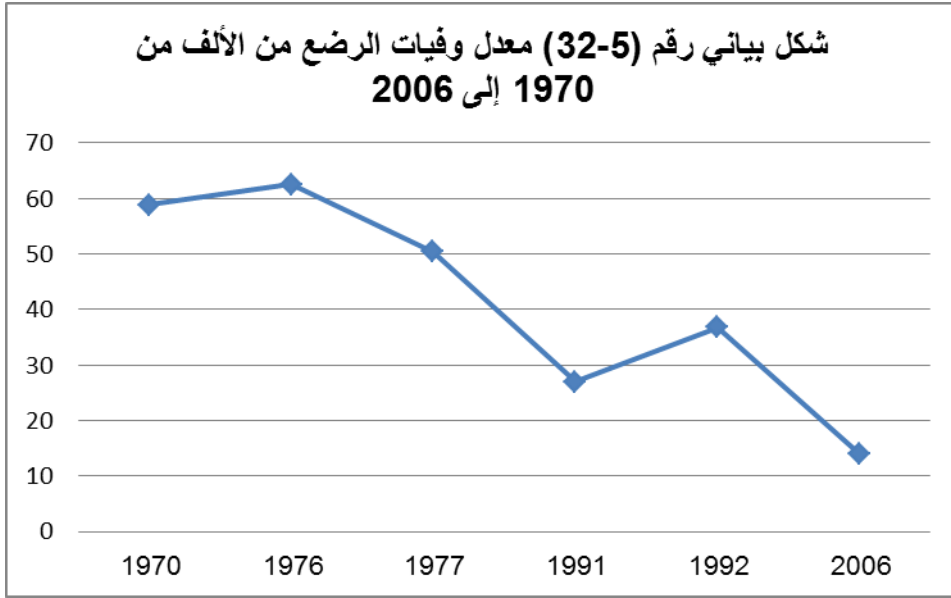
ثالثاً- مؤشر معدل الوفيات الخام: يبين الجدول (5-11) زيادة في عدد الوفيات في ليبيا خلال السنوات 1991/1977 من عدد 14677 حالة وفاة إلى عدد 29978 حالة وفاة وبنسبة زيادة إجمالية 104%، وارتفع معدل الوفيات الخام من 6.2 % إلى 7.7 % وبنسبة ارتفاع إجمالية 24%، وانخفض عدد الوفيات خلال السنوات 2006/1992 من عدد 32977 حالة وفاة إلى عدد 17975 حالة، وبلغت نسبة الانخفاض في هذا المعدل في عام 2006 بالمقارنة بعام 1992 بما يعادل 59%، حيث انخفض هذا المعدل من 8.3 إلى 3.4، وبالرغم من الانخفاض الملحوظ في معدل الوفيات العام في ليبيا في نهاية الفترة محل الدراسة؛ فإنه مازال أكثر من المعدلات السائدة في بعض دول إقليم شرق المتوسط، فقد بلغ في دولة الامارات 1 وفي البحرين 3 وأقل من المعدل في كل من تونس والسعودية حيث كان على التوالي 6 و4 حالة وفاة.

رابعاً- مؤشر وفيات الأطفال الرضع: يحسب معدل وفيات الرضع عدد الوفيات لكل 1000 مولود حي وأشارت الدراسات إلى ان المعدل في اقل البلدان نمواً قد يصل في ارتفاعه إلى 200 لكل 1000 مولود حي، في حين انه يقل عن 15 لكل 1000 مولود حي في البلدان الغنية وقدّر المتوسط العالمي لعام 1978 بحوالي 90 لكل 1000، ولا يعكس معدل وفيات الرضع المشكلات الصحية المسؤولة مباشرة عن وفاة الرضع فحسب، مثل الاسهال وعدوى الجهاز التنفسي وسوء التغذية إلى جانب امراض معدية معينة بل يعكس كذلك مستوى صحة الأمهات ومستوى الرعاية أثناء الحمل وما بعد الولادة للأمهات والرضع وحالة صحة البيئة وبصفة

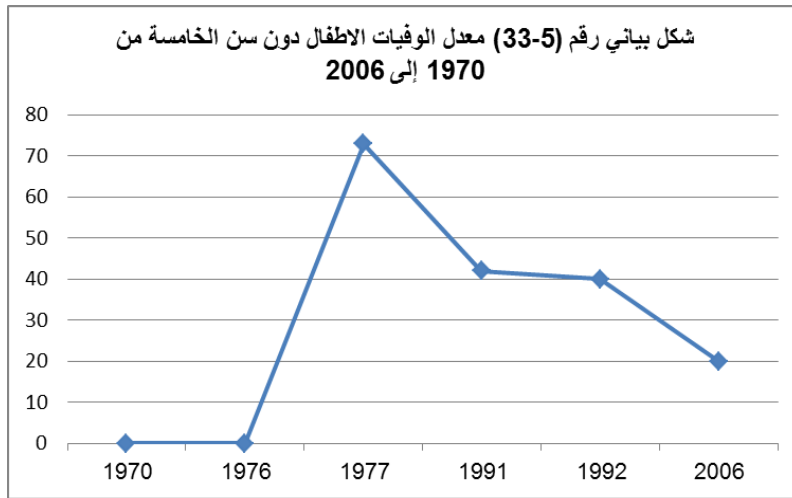


عامة التطور الاجتماعي والاقتصادي للمجتمع، ولقد وجد أيضاً داخل المجتمع في كل البلدان المتقدمة والنامية أن معدل وفيات الرضع يدل على ارتباط عكسي بالحالة الاقتصادية والاجتماعية للوالدين، ويدل معدل وفيات الرضع على التغييرات في الأحوال الصحية في البلاد على مدى الزمن ولوحظ على البلدان التي حسب فيها هذا المعدل لفترات طويلة هبوط مطرد في هذا المعدل مواز لما شهدته مستويات المعيشة والأحوال الصحية من التحسينات ومع زيادة إتاحة الخدمات الصحية للسكان وسهولة وصولهم إليها<sup>(1)</sup>، ويبين الجدول رقم (5-11) ارتفاع عدد وفيات الرضع في السنوات 1976/1970 من عدد 4418 إلى عدد 7392، بمقدار زيادة 2974 حالة وفاة وبنسبة زيادة 67%، وكان معدل وفاة الأطفال الرضع بنسبة 58.5% عام 1970 ارتفع إلى نسبة 62.6% عام 1975 وذلك بالنسبة لعدد المواليد الأحياء في نفس الفترة، ثم بدأ هذا المؤشر بالانخفاض خلال السنوات 1989/1977 مع انخفاض عدد وفيات الأطفال من 5584 إلى عدد 4830 حالة وفاة وبمقدار نقص 754 حالة وفاة وبنسبة 14%، وسجل معدل وفاة الأطفال الرضع خلال نفس السنوات انخفاضاً من نسبة 50.4% عام 1977 إلى نسبة 27.0% عام 1989 وذلك بالنسبة لعدد المواليد الأحياء في نفس الفترة، وقد بلغ المعدل أكبر نسبة انخفاض خلال السنوات 2006/1991 حيث كان عدد وفيات الأطفال 6715 حالة وفاة عام 1992 وتناقصت هذه الحالات إلى عدد 1709 حالة وفاة عام 2006 بمقدار نقص 5006 حالة وفاة وبنسبة انخفاض الحالات 74%، قد بلغ المعدل أقصاه خلال هذه السنوات حيث انخفض المعدل من 36.8% عام 1992 إلى نسبة 14.0% عام 2006. وبالرغم من أن السياسات الصحية قد نجحت في خفض معدل الوفيات الرضع بنسبة 14.0% في عام 2006 مقارنةً بعام 1970، إلا أن ذلك المعدل يعد معدلاً مرتفعاً في ليبيا بالمقارنة بالمعدلات المماثلة السائدة في الدول المتقدمة، فقد بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع في الولايات المتحدة 6.8، وفي فرنسا 4.5، وفي كندا 5.2 وذلك عام 2004 حسب ما ورد في الإحصائية السنوية للمنظمة الصحة العالمية عام 2006، ويعد هذا المعدل منخفضاً نسبياً بالمقارنة بالمعادلات المماثلة السائدة في بعض دول إقليم شرق المتوسط؛ منها دول مصدرة للنفط ودول ذات دخل منخفض، فنجد المعدل في السعودية 17 وفي الامارات 9 وفي تونس 17، وحسب الأقاليم المختلفة كان المعدل في أفريقيا 100 وفي إقليم شرق المتوسط 69 وفي إقليم أوروبا 18 حالة وأمريكا 21 حالة.

(1) وضع مؤشرات لمراقبة التقدم نحو توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000، مرجع سبق ذكره، ص 92



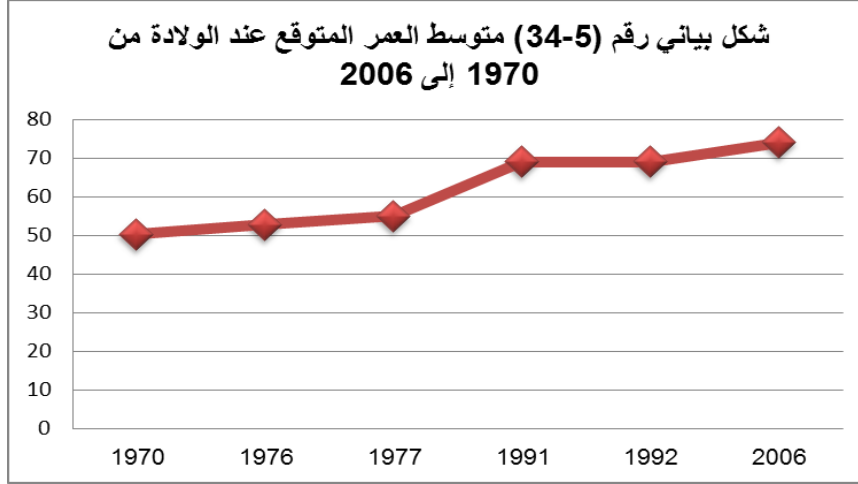
خامساً- معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل (1000) شخص: يحسب هذا المعدل بعدد الوفيات دون سن الخامسة في سمة معينة على مجموع عدد الاطفال دون سن الخامسة عند منتصف السنة في 1000، ويتجاوز هذا المعدل 100 حالة وفاة في البلدان ذات الاحوال صالحة بالغة السوء، أما في اكثر البلدان تقدماً فقد يصل في انخفاضه إلى 2 حالة وفاة فقط، ويعكس المعدل المرتفع لوفيات الاطفال دون سن الخامسة الأحوال غير الصحية التي تتعرض لها الأمهات حول الولادة واثار العوامل البيئية الضارة على الطفولة المبكرة (1)، ويلاحظ بالنظر إلى الجدول رقم (5-11) انخفاض هذا المعدل خلال السنوات 1991/1977 من 73 وفاة لكل 1000 شخص عام 1977 إلى معدل 31 وفاة عام 1991 وبنسبة انخفاض إجمالية 42%، وخلال السنوات 2006/1992 انخفض المعدل من 40 وفاة لكل 1000 شخص عام 1992 إلى معدل 20 وفاة عام 2006 وبنسبة انخفاض إجمالية 50%.



(1) نفس المرجع السابق، ص 94.

سادساً- مؤشر متوسط العمر المتوقع عند الولادة: يعرف هذا المؤشر بأنه متوسط عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها شخص في هذه السن حسب نمط الوفيات السائد في المجتمع المحلي، ويتراوح متوسط العمر المتوقع عند الميلاد من أقل من 40 سنة في أقل البلدان نمواً وإلى ما يزيد عن 70 سنة في البلدان المتقدمة، ويقدر المتوسط العالمي بـ 61 سنة ويحسب متوسط العمر المتوقع على أساس معدلات الوفاة حسب العمر أي عدد الوفيات في مجموعة عمرية معينة في سنة معينة على عدد السكان في المجموعة العمرية المعنية عند منتصف السنة في 1000، وكثيراً ما يحسب متوسط العمر المتوقع مستقلاً لكل من الجنسين ولهذا الغرض يتطلب الأمر الحصول على المعدلات حسب السن والجنس المبينة على الإحصاءات الخاصة بالسكان والوفيات مفصلة بشكل ملائم تبعاً للسن والجنس، ويعدّ متوسط العمر المتوقع مؤشراً عاماً عن مستوى المعيشة، غير أنه من وجهة نظر الصحة يمكن اتخاذ إجراء لتخفيض الوفيات حسب العمر من أجل تحسين متوسط العمر المتوقع، ويُزاول مستوى وفيات الرضع بالذات تأثيراً مهماً على متوسط العمر المتوقع، وإذا أمكن اكتشاف الأسباب الصحية الكامنة وراء الوفيات المرتفعة، فسوف يؤدي ذلك إلى اتخاذ إجراء ملائم<sup>(1)</sup>، ويبين الجدول رقم (5-11) حدوث ارتفاع قليل في العمر المتوقع عند الميلاد في الفترة 1970-1976 بقدر 2.4% حيث ارتفع المؤشر من 50.8 إلى 52.2 عاماً، ويعد متوسط سنوات البقاء على الحياة في ليبيا منخفض للغاية بالمقارنة بالمتوسطات السائدة في الدول المتقدمة خلال نفس الفترة، حيث كان المتوسط للعمر المتوقع في كندا 72.8 عاماً 1972 وكان في الولايات المتحدة الأمريكية 72.6 عاماً 1975، ولكنه أقرب إلى المعدل في الدول الفقيرة والتي كان المؤشر بها 44 عام خلال نفس الفترة، ثم ارتفع العمر المتوقع في السنوات 1977/1991 من 55 عاماً إلى 69 عاماً بمقدار زيادة 14 عاماً وبنسبة 25%، كذلك ارتفع العمر المتوقع في السنوات 1992/2006 من 69 إلى 74 عاماً بمقدار زيادة 5 سنوات وبنسبة 7%. وحسب التقديرات المقدمة لهذا المؤشر حتى عام 2000 في الدول العربية المختلفة تبين من خلال الدراسة أن ليبيا حققت المعدل المستهدف لهذا المؤشر في عام 1985 وهو 62 عاماً، ولم تصل حتى عام 2000 إلى المعدل المستهدف في ذلك العام وهو 74، حيث كان المعدل في ليبيا ذلك العام هو 73 عاماً.

(1) وضع مؤشرات لمراقبة التقدم نحو توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000، مرجع سبق ذكره، ص 96

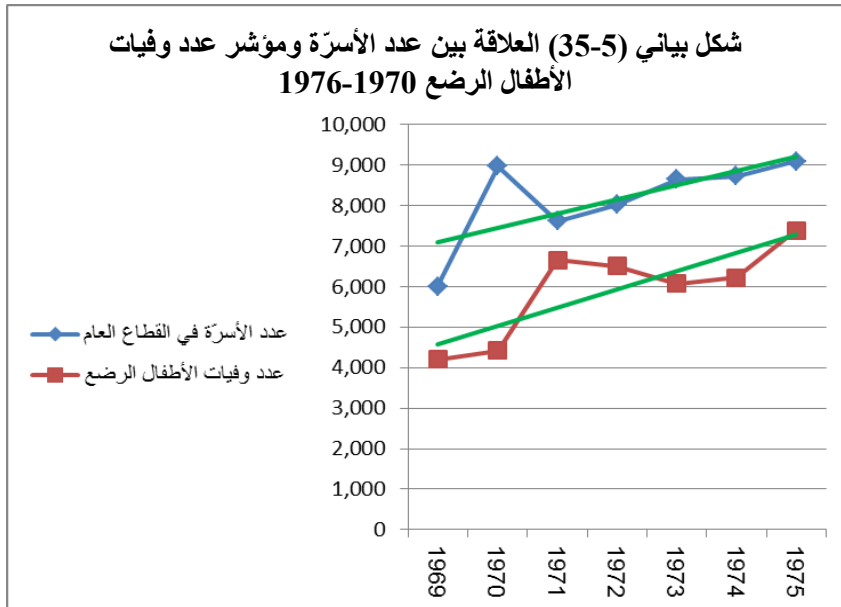


### ثانياً- تحليل العلاقة بين معدلات توفر الخدمات الصحية والمؤشرات الصحية للسكان:

بهدف معرفة أثر الخدمات الصحية والتي وفرتها الدولة خلال الفترة الزمنية محل الدراسة على المستوى الصحي للسكان وللإجابة على السؤال الثاني في البحث (هل نجحت سياسة توافر الخدمات الصحية في ليبيا في تحقيق أهدافها من خلال معرفة آثار تطبيق هذه السياسات على أفراد المجتمع؟) تم الاستعانة بعدد من المؤشرات لقياس مستوى أداء هذه الخدمات التي تم استعراضها سابقاً، وهي المعدلات التي تخص مدى توافر مرافق الصحية الأولية والمستشفيات وعدد الأسرة وهي: عدد السكان لكل مرفق صحي واحد، عدد المرافق الصحية لكل 10,000 من السكان، عدد الأسرة لكل 10,000 من السكان، معدل عدد السكان لكل سرير واحد، معدل عدد الأسرة لكل طبيب وممرضة، والمعدلات الأخرى تخص مدى توافر القوى العاملة في القطاع الصحي وهي: عدد السكان لكل طبيب / ممرضة / فني صحي، ومعدل الأطباء والممرضات والفنيين لكل 10,000 من السكان، معدل عدد الممرضات لكل طبيب، وبدراسة العلاقة بين هذه المعدلات وبين المؤشرات الصحية للسكان التي تم استخدامها في هذا البحث لتقويم السياسة الصحية في ليبيا وهي: معدل المواليد، معدل الوفيات العامة، معدل وفيات الأطفال الرضع، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، معدل متوسط العمر المتوقع عند الولادة، وقد توصلت الدراسة إلى الاستنتاجات التالية:

- تبين وجود علاقة طردية بين زيادة معدلات هذه الخدمات وبين المؤشرات الصحية للسكان، وذلك يعني أن توافر هذه الخدمات وزيادة معدلات الأداء لها يؤدي إلى تحسّن في المؤشرات الصحية للسكان، فنجد أنه وخلال السنوات 1976/1970 تحققت زيادة واضحة

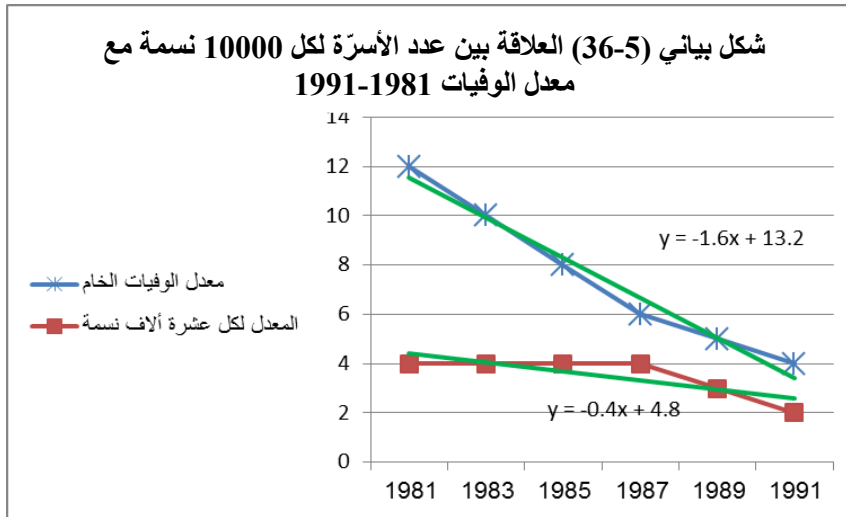
في عدد هذه الخدمات ومعدلاتها باستثناء معدل واحد وهو عدد الممرضات/طبيب واحد حيث انخفض هذا العدد من 4 ممرضات لكل طبيب واحد إلى 3 ممرضات لكل طبيب واحد عام 1976 أدت هذه الزيادة إلى خفض في معدل الوفيات الخام وإن كان معدل الانخفاض صغيراً جداً وأقل من المعدل الدولي المستهدف لتلك الفترة وهو (3-4%) حيث



كان المعدل المحقق في ليبيا هو 14.8%، وعدم توافر بيانات عن عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة عن هذه الفترة، وزيادة معدل المواليد الخام، وارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة ارتفاعاً قليلاً وأقل من المعدل الدولي والمستهدف في تلك الفترة وهو (62 سنة)، والمؤشر الآخر والمهم لقياس المستوى الصحي للسكان عدد وفيات الأطفال الرضع تبين وجود علاقة طردية بينه وبين معدلات الخدمات الصحية حيث ارتفعت نسبة حالات الوفاة من 58% إلى 62% في نهاية عام 1976، وقد يرجع السبب في الوصول لهذه العلاقة بين المتغيرين إلى عدم وجود تسجيل دقيق لوفيات الاطفال الرضع وكذلك عدم فاعلية البرامج الصحية المتعلقة والمؤثرة على الاطفال الرضع مثل برنامج متابعة الأمهات أثناء فترة الحمل والاطفال حديثي الولادة، وترى الباحثة أن قياس آثار تنفيذ أي سياسة عامة على الجماعات المستهدفة لهذه السياسة يحتاج إلى فترة زمنية طويلة وبالنسبة لهذه الفترة فقط كانت قصيرة جداً للقياس وهي (6 سنوات فقط).

- يتبين من خلال بيانات الفترة الزمنية 1977/1991 عدم وضوح العلاقة بين معدلات الأداء والمؤشرات الصحية للسكان نظراً لتدخل عامل آخر هو زيادة عدد السكان خلال هذه الفترة بنسبة 62%، حيث أثرت زيادة معدل النمو السنوي للسكان

بمقابل انخفاض معدل نمو المرافق الصحية على معدلات أداء الخدمات بالنسبة للسكان، مثل معدل السكان لكل مرفق صحي ومعدل المرافق لكل 10,000 من السكان، وبالنسبة للخدمات الأخرى فقد ارتفع عدد الأسرة بنسبة 50% وبالتالي تحسن معدل الأسرة لكل 10,000 من السكان بنسبة قليلة، وتدهور معدل عدد السكان لكل سرير واضح نتيجة للزيادة السكانية الكبيرة، ونتيجة لزيادة عدد الأسرة وزيادة عدد الأطباء وهيئة التمريض تحسن معدل الأسرة لكل طبيب ومرضة، وفاق المعدل المتفق عليه دولياً وهو (4 أو 5 أسرة لكل طبيب، وسريرين لكل ممرضة)، وبالنسبة لمعدلات الأداء الأخرى وهي القوى البشرية العاملة في القطاع الصحي، فجميع معدلات الأداء تحسنت اتجاه عدد السكان، ما عدا معدل هيئة التمريض لكل 10,000



من السكان ومعدل السكان لكل ممرضة انخفضت بنسبة صغيرة جداً، ومعدل الممرضات لكل طبيب ونتيجة للزيادة الكبيرة في عدد الأطباء لم يصل إلى المستهدف لهذا المعدل وهو 4 ممرضات لكل طبيب، انعكست الاختلافات في معدلات النمو للخدمات بالنسبة إلى السكان خلال هذه الفترة على المؤشرات الصحية للسكان، فنجد زيادة مؤشر عدد المواليد خلال هذه الفترة بنسبة 61%، وبالنسبة لمؤشر الوفيات الخام فقط زاد عدد الوفيات بنسبة 101% وبالتالي زاد معدل الوفيات الخام، وهذه الزيادة في معدل الوفيات ناتجة عن الزيادة في عدد السكان، وعلى الرغم من الاختلال الواضح في أغلب معدلات الأداء الصحي، وبعكس المؤشر السابق فقد انخفض عدد وفيات الأطفال الرضع بنسبة 14%، وانخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 42%، وارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة بنسبة 25%.

- تبين بيانات الفترة الزمنية 2006/1992 وجود علاقة عكسية بين معدلات الأداء للخدمات الصحية وبين تحسن المؤشرات الصحية للسكان، حيث أدت الزيادة في عدد هذه الخدمات والتطور في معدلات هذه للخدمات للسكان باستثناء معدل الأسرة لكل 10,000 من السكان ومعدل السكان للسرير الواحد نظراً للتفاوت بين الزيادة في عدد الأسرة والزيادة السكانية اجمالاً إلى انخفاض معدلات الوفيات بصفة عامة، حيث انخفض عدد الوفيات الخام بنسبة 45% وبالتالي انخفض المعدل بنسبة 59% وانخفض عدد وفيات الأطفال الرضع بنسبة 74% وبالتالي انخفض المعدل بنسبة 61%، وانخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 50%، ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة بنسبة 7% حيث وصل 74 سنة وهو العمر المستهدف دولياً.

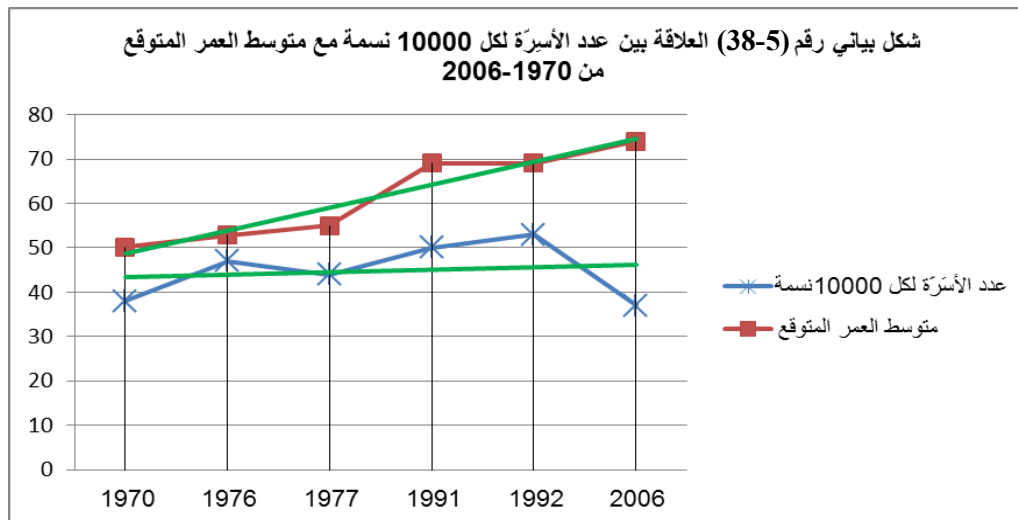
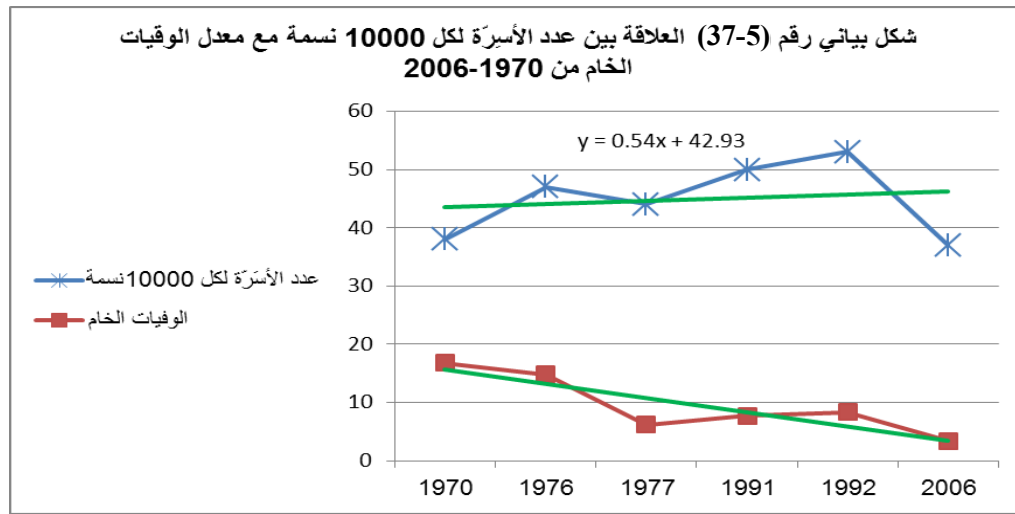
من خلال تفسير العلاقة بين المؤشرات الصحية والأداء الصحي تبين التحسن الواضح في المؤشرات الصحية للسكان وخاصة في الفترة الثانية والثالثة للدراسة وذلك بالرغم من الاختلال الواضح في الأداء الصحي من خلال معدلات الاستخدام التي تم الاستعانة بها بالدراسة، وذلك يرجع إلى حد ما إلى الخدمات الصحية والبرامج العلاجية والوقائية (الرعاية الصحية الأولية) التي نفذتها الدولة، وخصوصاً في فترة نهاية الثمانينيات والتسعينيات، وبعد وضع البرامج الملحقه للاستراتيجية الوطنية للصحة للجميع وبالجميع، وعلى سبيل المثال لا الحصر برنامج رعاية الأمومة والطفولة وبرنامج التطعيمات، حيث يتم من خلال برنامج رعاية الأمومة والطفولة ومتابعة السيدات الحوامل من خلال مراكز ووحدات الأمومة والطفولة بالمراكز الصحية الأولية، حيث تتم متابعة الحوامل منذ بداية الحمل وحتى الشهر الثامن، ثم تحول بعد ذلك إلى المستشفى الذي تتم فيه الولادة. هذه البرامج دعمت الوضع الصحي للمرأة الليبية، ويمكن قياس ذلك من خلال عدة مؤشرات منها نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف طبي كانت نسبتها 21.2% عام 1969، وصلت إلى نسبة 94% عام 1996 (تقرير التنمية البشرية 2006، ص 302)، نسبة وفيات الأمهات عند النفاس لكل (100,000 مولود حي) خلال الفترة 1990-2004 هي 77 حالة (التنمية البشرية 2006، ص 316)، وبلغت نسبة الأطفال ذوي الوزن المتدني عند الولادة ما بين سنتي 1996-2004 معدل 7%، وبلغت نسبة الأطفال دون مستوى الوزن الطبيعي بالنسبة لأعمارهم ما بين سنتي 1990-2004 ما قدره 5% (التنمية البشرية 2006، ص 306)، وفي نفس الاتجاه يشير تقرير التنمية

البشرية إلى برنامج التطعيمات الذي صدر بخصوصه القرار رقم (5) بشأن حماية الطفولة، حيث نصت المادة الرابعة من هذا القانون على أن " تتولى المرافق الصحية بكل مستوياتها توافر الأمصال والتطعيمات اللازمة للأطفال دون مقابل"، وبرنامج مكافحة الأمراض السارية والتدرن الرئوي الذي صدر بخصوصه القرار رقم (185) لعام 1993 الخاص بإنشاء المركز الوطني لمراقبة أمراض الدرن والأمراض الصدرية، وحسب (تقرير التنمية البشرية 2006، ص306) فإن نسبة الأطفال البالغين عام واحدة ويتلقون تحصينا كاملاً ضد مرض السل والحصبة بلغت عام 2004 ما معدله 99%، ناهيك عن برنامج التثقيف الصحي وبرنامج الصحة المدرسية، وكذلك لعبت العوامل البيئية كطبيعة المناخ ومدى توفر المياه النقية ومدى تلوث البيئة دوراً مهماً في تحديد قدرة النظام الصحي على توافر الرعاية الصحية المطلوبة وترتبط هذه العوامل ببرامج الصحة العامة والتي تتأثر ببرامج الصرف الصحي وبرامج الإسكان وتوافر الغذاء والملبس الملائم، لذا لا يمكن الحكم بدقة على تأثير النظام الصحي على المستويات الصحية للسكان دون توضيح العوامل البيئية والغذائية والإسكان، وهنا تشير البيانات إلى توافر المياه النقية تقريبا لكل السكان في ليبيا فتصل نسبة المواطنين الذين يتوافر لديهم إمداد من مياه الشرب إلى 98% وتصل نسبة المواطنين الذين يتوفر لديهم خدمات التخلص من الفضلات إلى 99% وذلك سنة 2006، ووصل عدد الأسر التي يتوفر لديها مياه عن طريق الشبكة العامة عدد (572.309) أسرة بنسبة (64.52%) من مجموع الأسر، وعدد الأسر التي تتحصل على المياه من الابار الخاصة عدد (154.007) أسرة وبنسبة (17.36%) من مجموع الأسر وعدد (139.911) أسرة تتحصل على المياه عن طريق الماجن وبنسبة (15.78%) ومن وسائل اخرى بعدد (20.751) أسرة وبنسبة (2.34%) من مجموع الأسر الليبية، ووصل عدد الأسر التي تتوفر لها انارة بالمساكن عن طريق الشبكة العامة عدد (872.322) أسرة وبنسبة (98.35%) من مجموع الأسر الليبية وعدد (9.081) أسرة عن طريق مولدات خاصة وبنسبة (1.02%) من مجموع الاسر الليبية وعدد (5.575) أسرة عن طريق وسائل اخرى وبنسبة (0.63%)، وبالنسبة للأسر التي يتوفر لديها صرف صحي بالمساكن عن طريق الشبكة العامة عدد (396.851) أسرة وبنسبة (44.74%) من مجموع الأسر الليبية، وعدد الاسر التي يتوفر لديها صرف صحي عن طريق خزان خاص وصل إلى (481.631) أسرة وبنسبة (54.3%) من مجموع الأسر، وعدد الاسر التي تتخلص من الفضلات بوسائل أخرى وصل إلى (8.496) أسرة وبنسبة (0.96%) (التقرير السنوي لقطاع الصحة والبيئة للعام 2002)،

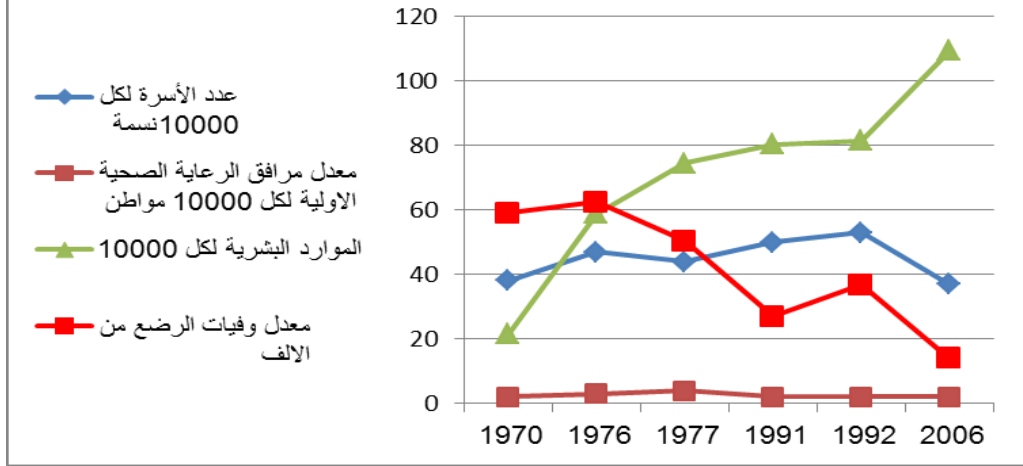


وفي ضوء ما سبق يمكن القول إن نسبة كبيرة من الأسر الليبية تتحصل على بيئة نظيفة تسهم إلى الحد الكبير من انتشار الامراض المعدية. وقد أسهمت هذه البرامج المعززة للنظام الصحي في توافر مقومات بنية صحية ادت إلى الحد من انتشار الامراض المعدية وتحسين الاوضاع الصحية للسكان.

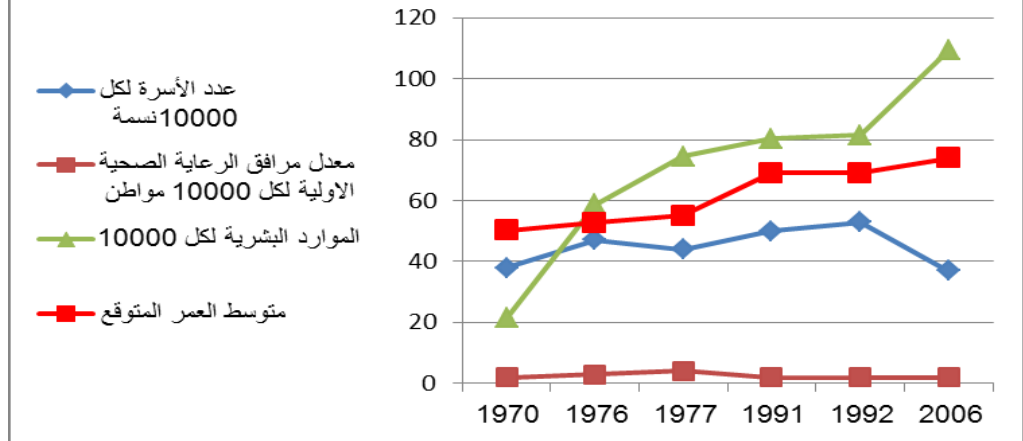
- ونظراً لعدم توفر البيانات عن كيفية توزيع هذه الخدمات بين المدن الليبية فلم نستطع معرفة المناطق التي تتحقق بها التغطية بهذه الخدمات، والمناطق التي تتدنى بها نسبة التغطية بهذه الخدمات .



شكل بياني رقم (5-39) العلاقة بين الأداء الصحي ومؤشر معدل وفيات الأطفال الرضع في فترة الدراسة



شكل بياني رقم (5-40) العلاقة بين الأداء الصحي ومؤشر معدل العمر المتوقع عند الميلاد في فترة الدراسة



## خلاصة:

تناول هذا الفصل عملية المقارنة بين سياسة توافر الخدمات الصحية في ليبيا حسب الفترات الزمنية للدراسة، وذلك تكملة لعملية التقييم التي تمت في المبحث الثالث من فصول الدراسة الثاني والثالث والرابع، وتم تقسيم هذا الفصل إلى مبحثين سعى المبحث الأول إلى المقارنة بين تطورات الخدمات الصحية والأداء الصحي متمثلاً في معدلات الاستخدام من مرافق صحية وأسرة وموارد بشرية خلال الفترات الزمنية الثلاثة، وتناول المبحث الثاني المؤشرات الصحية للسكان في ليبيا والعلاقة بين ما توصل اليه المستوى الصحي للسكان وبين مستوى الخدمات الصحية المقدمة خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة.

لقد أوضحت الدراسة حدوث تطور في الخدمات الصحية في الفترة الأولى 1976/1970، وتبين تحسناً واضحاً في المؤشرات الصحية للسكان باستثناء معدل وفيات الاطفال الرضع، وخلال الفترة الثانية 1991/1977 تبين وجود اختلال واضح في توافر الخدمات الصحية ومعدلات الأداء الصحي والزيادة في معدل نمو السكان وتحسن واضح في معدل وفيات الاطفال الرضع وباقي معدلات الوفيات وارتفاع معدل العمر المتوقع عند الميلاد، وخلال الفترة الثالثة 2006/1992 يتضح التحسن الواضح في معدلات الأداء والمؤشرات الصحية.

## خاتمة الدراسة

هدفت الدراسة إلى التعرف على الجهود التي تبذلها الدولة الليبية وأهم السياسات الصحية التي تتبناها لتوافر الرعاية الصحية الكاملة لأفراد المجتمع، ومعرفة مدى تطور الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع الليبي إلى جانب تقويم مقارن لآثار سياسات توافر الخدمات الصحية على المستوى الصحي للسكان خلال الفترة الزمنية الممتدة من 1969-2006م، وذلك من خلال الإجابة عن السؤالين التاليين:

1. ما أهداف السياسات الصحية في ليبيا كما حددتها خطط التنمية والتشريعات المختلفة؟
2. هل نجحت سياسة توافر الخدمات الصحية في ليبيا في تحقيق أهدافها من خلال معرفة آثار تطبيق هذه السياسات على أفراد المجتمع؟

وعلى هذه الأساس تم صياغة فرضية الدراسة التالية "ارتبط التغيير في مؤشرات الخدمات الصحية بتغير مستهدفات السياسة الصحية في فترات الدراسة الثلاثة".

وقد قسّم البحث إلى خمسة فصول رئيسية: حيث تناول الفصل الأول الإطار النظري للدراسة، المبحث الأول: ناقش هذا المبحث مفهوم السياسة العامة وتطوره بوصفه اقتراباً حديثاً في علم السياسة ومفهوم التقويم كمرحلة من مراحل صنع السياسات العامة. المبحث الثاني: اهتم بتحديد مفهوم النظام الصحي ومدخلاته ومخرجاته والعمليات التي تتم فيه، كذلك تعريف مفهوم الخدمات الصحية والسياسات الصحية وأنواعها والأطراف المسؤولة عن تقديمها. المبحث الثالث: تناول تطور النظام الصحي والخدمات الصحية في ليبيا. اهتم الفصل الثاني والثالث والرابع من البحث بدراسة سياسات توافر الخدمات الصحية خلال الفترة الزمنية 1969-2006، وقسمت كل من الفصول الثاني والثالث والرابع إلى مبحثين تناولنا الآتي: المبحث الأول: تناول سياسات توافر الخدمات الصحية خلال الفترة ما بين 1969-2006.

المبحث الثاني: اهتم بتقويم آثار ونواتج سياسات توافر الخدمات الصحية خلال الفترة ما بين 1969-2006. الفصل الخامس اهتم بالمقارنة بين الخدمات الصحية خلال الفترات الزمنية الثلاثة للدراسة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. اتبعت ليبيا سياسة صحية وطنية بموجب القانون رقم (106) لعام 1973، واتضحت معالم هذه السياسة مع وضع الخطة الثلاثية الأولى في السبعينات، حيث تميزت هذه الفترة بسياسة صحية تهدف أساساً إلى تعميم الخدمات الصحية في كافة مناطق الدولة والاستمرار في تطبيق نظام التأمين الصحي، وتشجيع القطاع الخاص على

تقديم الخدمات الصحية، وتوافر الخدمات الوقائية والعلاجية المجانية للمواطنين، والقضاء على الأمراض الوبائية والمستوطنة، وإنشاء وتجهيز المؤسسات العلاجية والتخصصية، ورعاية الامومة والطفولة، وتحقيق الكفاية الذاتية من العاملين في المجال الصحي، وفي فترة الخطة الخمسية 1976-1980 تم إلغاء نظام التأمين الصحي ومنع القطاع الخاص من تقديم الخدمات الصحية، وتميزت هذه الفترة بتعدد الأهداف الصحية وأعطيت الأولوية إلى الرعاية الصحية الأولية، والتركيز على الوقاية وإصحاح البيئة، واستئصال الأمراض السارية والمستوطنة وتلييب القطاع الصحي، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية، وفي الخطة الخمسية الثانية 1981-1985 كانت أهداف السياسة الصحية هي استمرار لنفس السياسات الفترة السابقة، وفي الفترة من نهاية الثمانينات وحتى نهاية الدراسة، ونتيجة لالتزام ليبيا بمقررات منظمة الصحة العالمية، وبما جاء في مؤتمر (ألما آتا) بخصوص بلوغ هدف الصحة للجميع عام 2000، وضعت ليبيا الإستراتيجية الوطنية للصحة للجميع وبالجميع، احتوت على أهداف من أهمها ربط المواطن بوحدات الرعاية الصحية الأولية وفق نظام تسجيل عائلي ونظام إحالة بين المستويات الصحية لتلقي الخدمات الوقائية والعلاجية من خلال نظام الملف الصحي وطبيب الأسرة، وبرامج رعاية الأمومة والطفولة وبرنامج التطعيمات، ووضع برامج للأمراض المزمنة ومكافحة الحوادث والتركيز على التوعية والتثقيف الصحي، واعتبار التنمية الصحة عملية استثمارية وجزءاً من التنمية الاقتصادية، واعتماد تقديم الخدمة التشاركية والأهلية في القطاع الصحي.

2. تطبيقاً للتوجه الاشتراكي للدولة فإن الخدمات العامة بما فيها الخدمات الصحية هي خدمات عامة يتكفل المجمع بتوافرها والإنفاق عليها من موارد الدولة، واستمرت الدولة ضامنة لهذه الخدمات حتى منتصف الثمانينات، حيث تراجعت الدولة من دولة ضامنة إلى دولة مساعدة في تقديم هذه الخدمات، وذلك بصدور عدة تشريعات تسمح للقطاع الخاص بتنفيذ المشاريع التنموية للصحة إلى جانب القطاع العام وتقديم الخدمات الصحية ووضع التشريعات واللوائح الخاصة بذلك، وعلى الرغم من هذه الإجراءات والتشريعات إلا أن الدور الكبير كان للقطاع العام في تنفيذ مشروعات الخطط التنموية وتوافر هذه الخدمات خلال فترة الدراسة.

3. اتسمت فترة الدراسة بظاهرة عدم الاستقرار التنظيمي والهيكلية طالت الهيكل المنفذ للسياسة العامة للصحة حيث تولت اللجنة الشعبية العامة للصحة مهمة تنفيذ المشاريع

الصحية خلال الفترة الممتدة من 1977-1992، ومن عام 1992 وحتى عام 2000 تم دمج الضمان الاجتماعي للجنة الشعبية العامة للصحة، ومن عام 2000 وحتى عام 2006 تم إلغاء اللجنة الشعبية العامة للصحة، وأوكلت مهامها لأمين مساعد للشئون الخدمات الصحية تابع للجنة الشعبية العامة، وخلال الفترة الممتدة من 1969-2006 تم تغيير الهيكل الإداري التنظيمي لقطاع الصحة بعدد (10) مرات.

4. ضعف عملية المراجعة والرقابة والتقويم بأسلوب منهجي ومنظم للأداء التنفيذي لقطاع الصحة، فلم تطبق الاستراتيجية الصحية بالشكل الصحيح، الأمر الذي نتج عنه تسبب إداري في جميع المرافق الصحية فلم يطبق نظام الملف الصحي والسجل العائلي ونظام الإحالة بين المستويات الصحية بالشكل الصحيح، حيث نجد المراكز الصحية والمستشفيات تقع في المستوى الثالث من مستويات تقديم الخدمة الصحية، وهو توافر الخدمات العلاجية للحالات المحالة من المستوى الثاني الذي يشمل المراكز والعيادات المجمع التي تقدم خدمات علاجية لحالات تأتي إليها مباشرة دون إحالة من هذه العيادات.

5. إن أهم مشكلة واجهت النظام الصحي هو عدم قدرة الخدمات الصحية المجانية التي تتكفل بها الدولة على الوفاء باحتياجات المواطنين الصحية، ويرجع السبب إلى الاختلال الواضح بين الزيادة في عدد السكان والزيادة في العناصر المادية والمالية للقطاع من مخصصات مالية وتجهيزات وأدوية طبية ومرافق وأسرة وعناصر بشرية، فالإمكانات المتاحة لا تغطي احتياجات المواطنين من هذه الخدمات.

6. على الرغم من اتخاذ الإنفاق على الصحة خلال فترة الدراسة اتجاهها تصاعدياً؛ إلا أن نصيب الصحة في الموازنة العامة كان متدنياً جداً بمقابل ارتفاع مستوى الإنفاق على القطاعات الأخرى والبنية التحتية الأساسية من إسكان وإمدادات مياه باعتبارها لها تأثير على المستويات الصحية للسكان، الأمر الذي أثر على مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات والوحدات الطبية.

7. رغم تحسن المؤشرات بالنسبة للعناصر البشرية في القطاع الصحي فإن القطاع يعاني من عدم ارتباط مناهج التعليم الصحي في المؤسسات الأكاديمية باحتياجات قطاع الصحة، وكذلك عدم وجود هيئة تريض مؤهلة تأهيلاً عالياً، وغياب التنسيق بين الجهات المسؤولة عن رسم السياسات الصحية من ناحية والمؤسسات التعليمية من ناحية أخرى.

8. تدني المستوى الأكاديمي للعناصر البشرية حديثة التخرج، خصوصاً في السنوات الأخيرة، مع العلم أن النظام قد ألغى الشروط والضوابط التي تنظم عملية قبول الطلبة في الكليات الطبية في فترة زمنية، مما ترتب عليه قبول أعداد كبيرة من الطلبة وأعداد كبيرة من الأطباء غير المؤهلين، وبسبب زيادة عد المنتسبين في هذه الكليات مع عدم توافر الضروريات العلمية اللازمة للدراسة، ونقص الكادر التعليمي أدى كل ذلك إلى انخفاض مستوى التحصيل العلمي في هذه الكليات.

9. لم توضع السياسات الصحية خلال فترة الدراسة وفق أسس وضوابط علمية، أو وفق احتياجات المواطنين والكثافة السكانية لكل مدينة، وكذلك دون دراسات أو مسح لمعرفة متطلبات واحتياجات المواطن، ومعرفة الإمكانيات البشرية لكل مدينة والموارد المالية المتوفرة للقطاع.

10. كان دور القطاع الخاص في توافر خدمات الرعاية الصحية محدوداً جداً بسبب خوف المستثمر وعدم ثقته في التشريعات المنظمة للقطاع الخاص، بالإضافة إلى غياب عملية الإشراف والتقييم والمراجعة لأداء القطاع الصحي الخاص بشكل منهجي ومنظم، لذلك دخل القطاع الصحي الخاص في ليبيا ومنذ البداية في عملية تنافسية مع القطاع العام، وترتب على ذلك انعدام أي شكل من أشكال التكامل والتنسيق بينهما من أجل تغطية الرعاية الصحية وزيادة نسبة سهولة الوصول إليها، وتقديم خدمات متميزة، وخدمات القطاع الخاص تكاد تكون في مستوى تقديم الخدمات الصحية في القطاع العام.

11. أثرت الزيادة السكانية على مستوى الخدمات الصحية في ليبيا خلال فترة الدراسة حيث فرض معدل النمو السكاني ضغطاً على القطاع الصحي وذلك بزيادة الطلب على الخدمات الصحية وعدم قدرة الدولة على توافر هذه الخدمات بما يتناسب مع عدد السكان وكذلك عدم جودة الخدمات المتوفرة.

12. سوء توزيع مقدمي الخدمة الصحية بما فيهم الأطباء، حيث تتخفف نسبة الأطباء إلى عدد السكان في بعض المدن، وترتفع في مدن أخرى، وعدم مراعاة لمبدأ العدالة بين المدن في توافر الخدمات الصحية.

13. على الرغم من نجاح النظام الصحي في القضاء على الأمراض المستوطنة في ليبيا والتقليل من معدلات الإصابة بهذه الأمراض، فإن ذلك لا ينفى وجود أمراض مزمنة يعانيتها المواطنون، لم تضع لها الدولة البرامج المناسبة لمتابعتها والحد من انتشارها؛ مثال أمراض السكر وأمراض القلب والأمراض السرطانية، حيث بلغ عدد الإصابات بالأمراض السرطانية في نهاية سنة 2004 بالمنطقة الشرقية 1077 حالة، وعدد

الوفيات من هذه الأمراض 530 متوفي، وسجلت عدد الإصابات بالأمراض السرطانية بالمنطقة الغربية سنة 2006 عدد 338 حالة، وبلغ عدد الوفيات من حوادث المرور عدد 1866 حالة وفاة سنة 2006، وبلغت عدد حالات الإعاقة سنة 2006 عدد 69230 حالة منها عدد (18976) حالة نتيجة المرض وعدد (7979) نتيجة الحوادث. (التقرير الاحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة 2007، ص 36).

14. بالرغم من الاختلال الواضح في معدلات الاستخدام للخدمات الصحية نسبة إلى عدد السكان خلال بعض فترات الدراسة، نجد أن ليبيا حققت معدلات عالية بالنسبة للمؤشرات الصحية للسكان مقارنة بالدول النامية.



## المراجع

اولاً: المصادر الأولية:

-القوانين والوثائق والتقارير:

1. البنك الدولي، تقرير التنمية البشرية لعام 2006 .
2. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، إدارة الإعلام والشؤون الثقافية، حقائق وأرقام، دون بيانات ناشر.
3. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، أمانة التخطيط، ميزانية التحول للسنة المالية 1978م، (دون بيانات ناشر).
4. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية للعدل، الجريدة الرسمية، العدد 5، 1978.
5. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، أمانة اللجنة الشعبية العامة للصحة، التقرير الإحصائي لسنة 1978، طرابلس: قسم الإحصاء الصحي، 1979.
6. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية اللجنة، الشعبية العام للتخطيط، المسح الاقتصادي والاجتماعي في الجماهيرية خلال الفترة 1978-1981.
7. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، التحولات الاقتصادية والاجتماعية خلال اثني عشر عاماً من ثورة الفاتح 1970-1981، طرابلس: 1981.
8. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل، الجريدة الرسمية، العدد 20، لسنة 1980م.
9. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية للإعلام الثوري، شعبة الشؤون الثقافية، ليبيا الجماهيرية، فرنسا: ABC، 1981.
10. الجماهيرية العربية الليبية، الإدارة العامة للتخطيط الاقتصادي والاجتماعي، المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية 1970-1980، قسم الحسابات القومية، 1982.
11. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية للتخطيط، الحسابات القومية 1971-1980، طرابلس: الإدارة العامة للتخطيط والاقتصاد.
12. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة، الصحة بالجماهير وللجماهير، الإدارة العامة للتخطيط والمتابعة، 1982.
13. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية للعدل، الجريدة الرسمية، العدد 28، 1982.

14. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، ملخص خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي 1981-1985.
15. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، أمانة اللجنة الشعبية العامة للصحة، الدليل الوطني للعاملين في الرعاية الصحية الأولية، 1990.
16. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية للعدل "القرار رقم (1) لسنة 1990م الخاص بتحديد مهام مراكز ووحدات الرعاية الصحية الأولية والخدمات التي تختص بتقديمها" **الجريدة الرسمية**، العدد 14، 1990.
17. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل، **الجريدة الرسمية**، العدد 14، 1990.
18. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل، "قرار رقم 740 مرتبات الموظفين بعقود"، **الجريدة الرسمية**، العدد 35، 1990.
19. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام "القانون رقم (9) لسنة 1992 بشأن مزاولة الأنشطة الاقتصادية" **الجريدة الرسمية**، العدد 4، لسنة 1993.
20. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل، "قرار رقم 875 الخاص بتنظيم أمانة اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي" **الجريدة الرسمية**، العدد 4، 1993.
21. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام، "قرار اللجنة الشعبية العامة رقم 185"، **الجريدة الرسمية**، العدد 11، 1993.
22. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام، "قرار رقم (828) لسنة 1994 الخاص باعتماد خطة تلييب المهن الطبية والمهن الطبية المساعدة بقطاع الصحة والضمان الاجتماعي" **الجريدة الرسمية**، العدد 4، 1994.
23. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام، "قرار اللجنة الشعبية العام رقم (24) لسنة 1424 (1995) بشأن اعتماد الاستراتيجية الوطنية لتوافر الصحة للجميع وبالجميع" **الجريدة الرسمية**، العدد 6، 1995.
24. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل، "قرار اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي رقم (13) لسنة 1999، بإصدار اللائحة الداخلية للمعاهد الصحية العليا" **الجريدة الرسمية**، العدد 4، 1999.
25. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي، **الخدمات الصحية والاجتماعية خلال ثلاثين عاماً 1969-1999**، الزاوية: الشركة العامة للورق والطباعة، مطابع الوحدة العربية.

26. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، المسح الاقتصادي والاجتماعي 2003/2002، الجزء الثالث بيانات الإنفاق والدخل العائلي.
27. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة للعام 2005.
28. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، الهيئة العامة للمعلومات، الكتاب الإحصائي 2005، طرابلس: الهيئة العامة للمعلومات، 2006 .
29. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة للعام 2007.
30. الجماهيرية العربية الليبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة، نتائج المسح الميداني للمرافق الصحية التشاركية والخاصة لسنة 2007، الهيئة العامة للمعلومات.
31. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، الهيئة العامة للمعلومات، الكتاب الإحصائي 2006، طرابلس: الهيئة العامة للمعلومات، 2007.
32. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي السنوي لقطاع الصحة والبيئة للعام 2008.
33. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، الهيئة العامة للمعلومات، السلسلة الزمنية للإحصاءات الحيوية 1977-2007، إدارة الإحصاء والتعداد .
34. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، مركز المعلومات والتوثيق، المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عاماً 1969-2009، مصراته: مطبعة الازدهار، 2009.
35. خطة التنمية للسنوات الخمس 1963-1968، (دون بيانات عن الناشر).
36. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "قرار وزير الصحة رقم (274) لسنة 1969 بالتنظيم الداخلي لأجهزة وزارة الصحة"، الجريدة الرسمية، العدد 45، 6 ديسمبر 1969م.
37. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بلائحة التطعيم والتحصين الإلزاميين" الجريدة الرسمية، العدد 47، 1969.
38. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "قرار وزير الصحة رقم 288 الصادر في 31 ديسمبر لسنة 1969 في شأن تحديد الرسوم على طلب ترخيص لفتح صيدلية" الجريدة الرسمية، العدد 6، 1970.
39. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل "القرار الخاص بتحديد مراكز التطعيم والتحصين الإلزاميين" الجريدة الرسمية، العدد 11، 1970.

40. الجمهورية العربية الليبية، الهيئة الفنية للتخطيط الإدارة العامة للتخطيط الاقتصادي والاجتماعي، **المسح الاقتصادي للجمهورية العربية الليبية 1964-1968**، طرابلس: الهيئة الفنية للتخطيط، 1971.
41. الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط، **ميزانية التنمية لعام 1970/71 معالمها وعوامل نجاحها**، لا يوجد بيانات عن الناشر.
42. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "قرار إنشاء اللجنة الدائمة للصحة"، **الجريدة الرسمية**، العدد 16، 1971.
43. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل "القرار الخاص بمنح صفة رجال الضبط القضائي لبعض الأطباء" **الجريدة الرسمية**، العدد 52، 1971.
44. الجمهورية العربية الليبية، "القرار الخاص بلائحة التطعيم والتحصين الإجباريين" **موسوعة التشريعات الليبية الحديثة، المجلد الثاني**، طرابلس: دار مكتبة الفكر، 1972.
45. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بتقرير علاوة خطر العدوى للعاملين في مرافق التدرن والجذام وأقسام الأشعة بقيمة 10 دنانير" **الجريدة الرسمية**، العدد 21، 1972.
46. الجمهورية العربية الليبية، "قانون رقم 35 لسنة 1971 بخصوص مخصصات قطاع الصحة من ميزانية التنمية للسنة المالية 1971-1972"، **موسوعة التشريعات الليبية الحديثة 1971-1972**، طرابلس: دار الفكر، 1973.
47. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل "القانون رقم (177) لسنة 1972 بشأن جواز تشريح الجثث للأغراض العلمية" **، الجريدة الرسمية**، العدد 3، 1973.
48. الجمهورية العربية الليبية، **موسوعة التشريعات الليبية الحديثة - 1973**، المجلد الثاني، طرابلس: دار مكتبة الفكر، 1974.
49. الجمهورية العربية الليبية، وزارة الصحة، **الخدمات الصحية العام 1973**، قسم البحوث والإحصاء، 1974.
50. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بمشروع إقامة عيادة مجمعة بمدينة الزاوية"، **الجريدة الرسمية**، العدد 1، 1974.
51. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بمشروع إقامة المرافق العامة اللازمة لحمام العلاج الطبيعي ببلدية العجيلات"، **الجريدة الرسمية**، العدد 2، 1974.
52. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بمشروع إقامة المجمع الصحي بمدينة درنة" **الجريدة الرسمية**، العدد 61، 1974.
53. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القانون رقم (107) الخاص بإنشاء نقابة للمهن الطبية"، **الجريدة الرسمية**، العدد 6، 1974.

54. الجمهورية العربية الليبية، موسوعة التشريعات الليبية الحديثة، المجلد الأول، 1973، طرابلس: دار مكتبة الفكر، 1974.
55. الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط، "موجز عن برامج التنمية في الخطة الثلاثية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية 1973-1975"، وزارة التخطيط، 1974.
56. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "قانون رقم (100) الصادر في 8 نوفمبر 1975م عن مجلس قيادة الثورة بالتصديق على الأحكام التأسيسية للشركة العربية للصناعات الدوائية والمستلزمات الطبية"، الجريدة الرسمية، العدد 62، 1975.
57. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بالموافقة على إبرام عقد إنشاء مستشفى مركزي بطرابلس مع الشركة العامة للمباني"، الجريدة الرسمية، العدد 19، 1975.
58. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "قانون رقم (78) لسنة 1975 صدر عن مجلس قيادة الثورة بتاريخ 14 أغسطس 1975، الخاص بالإذن لوزارة الصحة في التعاقد على شراء معدات وأجهزة ولوازم طبية"، الجريدة الرسمية، العدد 50، 1975.
59. الجمهورية العربية الليبية، وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي لعام 1975، طرابلس: قسم البحوث والاحصاء، 1976.
60. الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط والبحث العلمي، موجز عام لخطة التحول 76-1980، طرابلس: وزارة التخطيط والبحث العلمي مصلحة المساحة مجموعة الرسم والطباعة، 1976.
61. الجمهورية العربية الليبية، اللائحة التنفيذية للقانون الصحي رقم 106، الجريدة الرسمية، عدد خاص، 1976.
62. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "قانون رقم (96) لسنة 1976 الخاص بإنشاء نقابة للمهن الطبية والمهن الطبية المساعدة"، الجريدة الرسمية، العدد 18، 1977.
63. الجمهورية العربية الليبية، وزارة العدل، "القرار الخاص بتأسيس وتجهيز (30) مستشفى قروياً بالجمهورية" الجريدة الرسمية، العدد 27، 1977.
64. أمانة المؤتمر الشعب العام، التطورات الديموغرافية والاقتصاد الليبي بحث في العلاقات والسياسات، مركز الدراسات والبحوث.
65. المملكة الليبية المتحدة، ولاية برقة بنغازي، الإحصائيات العامة لولاية برقة لسنة 1959، مصلحة الإحصاء العام، نظارة المالية والتجارة.
66. المملكة الليبية المتحدة، حكومة ولاية برقة بنغازي، الإحصائيات العامة لولاية برقة لسنة 1960، مصلحة الإحصاء العام، نظارة المالية والاقتصاد.

67. المملكة الليبية، مجلس التخطيط القومي، التقرير السنوي الأول بشأن النشاط الإنمائي للسنة المنتهية في 1964/12/31، طرابلس: مطابع مولتى بريس.
68. منظمة الأمم المتحدة، الكتاب الإحصائي السنوي 1973، نيويورك 1974.
69. منظمة الصحة العالمية . وضع مؤشرات لمراقبة التقدم نحو توافر الصحة للجميع بحلول عام 2000، جنيف: 1981.
70. منظمة الصحة العالمية .معا نحو الصحة للجميع. الإسكندرية: المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، 1987 .
71. منظمة الصحة العالمية ، إقليم شرق المتوسط ، التقرير السنوي 1994.
72. منظمة الصحة العالمية ، إقليم شرق المتوسط ، التقرير السنوي 1999، الملامح القطرية الإحصائية.
73. منظمة الصحة العالمية. المتطلبات من القوى العاملة الصحية لتوافر الصحة للجميع بحلول عام 2000 عن طريق الرعاية الصحية الأولية، تقرير لجنة الخبراء بمنظمة الصحة العالمية رقم 717.
74. منظمة الصحة العالمية . تطور امن الصحة العمومية، التقرير الخاص بالصحة العالمية عام 2007.

#### ثانياً: المصادر الثانوية:

##### أ- الكتب العربية:

1. الأحمدى، طلال بن عايد، إدارة الرعاية الصحية، الرياض: مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، 1999.
2. اندرسون، جيمس، صنع السياسات العامة، ترجمة عامر الكبيسي، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 1999.
3. بارك، د.ج.ا. وآخرون، الموجز في طب المجتمع، ترجمة: الزروق الهوني وسالم الحضيري، طرابلس: مجمع الفاتح للجامعات، 1989.
4. البرغثي، علي سعيد ، وانس أبوبكر بعيرة، تقويم السياسات الصحية في ليبيا، في محمد زاهي المغربي وآخرون ،ابحاث مؤتمر السياسات العامة بنغازي 12-2007/6/14، (بنغازي: دار الاتقان للطباعة والنشر، دون تاريخ نشر.
5. بسيكري، السنوسي، أوراق في الاقتصاد الليبي، تقييم أداء الاقتصاد الوطني وقراءة تحليلية لمظاهر أزمته، وأسبابها ومساعي معالجتها 1973-2007، القاهرة: مكتبة وهبة، 2008.

6. البكري، ثامر ياسر ، إدارة المستشفيات، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005. البياتي، حسين ذنون علي ،المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، وجهة نظر معاصرة، (عمان: دار وائل للنشر، 2005)، ص120.
7. بن عامر، رؤوف محمد، تطور الوضع الصحي في ليبيا، بنغازي: دون بيانات ناشر، 1998م .
8. حسن، عبد المحي محمود، الصحة العامة وصحة المجتمع والأبعاد الاجتماعية والثقافية، القاهرة: دار المعرفة الجامعية، 2001.
9. حسين ،أحمد مصطفى ، مدخل إلى تحليل السياسات العامة، عمان: المركز العالمي للدراسات السياسية، 2002.
10. رحومة، سالم عبدالسلام: مؤشرات التنمية الاجتماعية في ليبيا من عام (1970-1980)، طرابلس: الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، 1988.
11. رشيد، أحمد ، والسيد عبد المطلب غانم، تحليل السياسات العامة في مصر، القاهرة: مركز البحوث والدراسات السياسية، 1988.
12. شامية، عبدالله إمام ، السياسات الاقتصادية لمرحلة إعادة الهيكلة، في محمد زاهي المغربي وآخرون، أبحاث مؤتمر السياسات العامة المنعقد في بنغازي 12-14/6/2007م، بنغازي: دار الاتقان للطباعة والنشر، دون تاريخ نشر.
13. شرنة، فرحات ،وسالم الفرجاني، المقومات الرئيسية للاستثمار في الاقتصاد الليبي، طرابلس: الدار الأكاديمية للطباعة والتأليف والترجمة والنشر، 2007.
14. الصديقي، سلوى عثمان، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، القاهرة: دار المعرفة الجامعية، 2005.
15. عبد القوى، خيرى ،دراسة السياسة العامة، الكويت: ذات السلاسل، 1989.
16. غانم ،السيد عبد المطلب ، معايير تقويم السياسة العامة في الإدارة العامة، في: السيد عبد المطلب غانم (محرر)، تقويم السياسات العامة، القاهرة: مركز البحوث والدراسات السياسية، 1989.
17. غورنى ،جودي ، ليبيا الاقتصاد السياسي للنفط ، ترجمة، محمد عزيز وقتحي بوسدره، بنغازي: منشورات جامعة قاربيونس.
18. الفهداوي ،فهمي خليفة ، السياسة العامة منظور كلى في البنية والتحليل، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2001" ص ص 310-311.
19. القلال ،احمد محمد ، سنوات الحرب والادارة العسكرية في برقة (1939-1949) ، بنغازي: منشورات جامعة قاربيونس، لا يوجد تاريخ.

20. قنديل، أماني، تحليل السياسات العامة كأحد مداخل دراسة النظم السياسية، في على عبدالقادر (محرر) اتجاهات حديثة في علم السياسة، القاهرة: مركز البحوث والدراسات السياسية، 1987.
21. قنديل، أماني، معايير التقييم في علم السياسة، السيد عبدالمطلب غانم (محرر) في، تقويم السياسات العامة، القاهرة: مركز البحوث والدراسات السياسية، 1989.
22. اللجنة الإدارية للإعلام الثوري، الإعلام الخارجي، منجزات ثورة الفاتح العظيم خلال 15 سنة ثورة، طرابلس: دار أفريقيا للطباعة والنشر والإنتاج الفكري.
23. المجبري، خديجة "السياسات السكانية ودورها في التأثير على الهيكل العمري للسكان الليبيين وعرض العمل رؤية مستقبلية"، في محمد زاهي المغربي وآخرون ، أبحاث مؤتمر السياسات العامة المنعقد في بنغازي 12-14/6/2007م، بنغازي: دار الإلتقان للطباعة والنشر.
24. مجموعة من الأساتذة في ليبيا، الثورة في عشرين عاماً التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية 1969-1989، طرابلس: الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، 1989.
25. المساعد، زكى خليل، تسويق الخدمات الصحية، عمان: دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، 1998، ص 23.
26. مسيرة الإنسان في الجمهورية العربية الليبية، طرابلس: إدارة الإعلام والشؤون الفنية ، 1976.
27. المنوفي، كمال، السياسة العامة وأداء النظام السياسي، في: على الدين هلال (محرر)، تحليل السياسات العامة قضايا نظرية ومنهجية، القاهرة: مركز البحوث والدراسات السياسية، 1988.
28. النجار، فريد راغب ، إدارة المستشفيات والمنظمات الصحية والطبية مدخل الإدارة بالأنظمة المتوازنة ، القاهرة: دار النهضة العربية ، 1981.
29. نخبة من الأساتذة في الجامعات العربية ، طب المجتمع ، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، بيروت: أكاديميا للنشر والطباعة، 1999.
30. نعمة، كاظم هاشم ، في السياسة المقارنة المداخل النظرية، طرابلس: تالة للطباعة والنشر، 1998.



31. نورماند، تشارلز، واكسل ويبر، التأمين الصحي الاجتماعي " دليل إرشادي للتخطيط، الإسكندرية: منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، 1997.

**ب- كتب باللغة الانجليزية :**

- Lerner ,Daniel ,and Harold D. Lass well, **The policy sciences; recent developments in scope and method**, Stanford: Stanford University Press, 1951

**ت- الدوريات:**

1. تيريس، ميلتون . " النظم العالمية الثلاثة للرعاية الطبية اتجاهاتها وتوقعاته". **مجلة منبر الصحة العالمي، المجلد الأول، العدد 1-2 (1980) :110.**
2. لنقي، زكريا ،ومحمد القندوز، ومحمد بالحاج. "الرعاية الصحية المستوى الثالث تحسين الخدمات بالمستشفيات ". **مجلة الخبرة (مارس 2007) :37.**
3. منظمة الصحة العالمية . "العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية" . **سلسلة الصحة للجميع رقم 5 (1981):19.**
4. نصير، فريد . "المستشفى العام ومفهوم الرعاية الصحية: دورها ومسؤولياتها". **المجلة العربية للإدارة، العدد الثاني(1984):65-70.**
5. وولر ،هانس تى. وغوران ستركى. " ما هي أفضل مؤشرات نوعية الرعاية الصحية"، **منبر الصحة العالمي، المجلد الخامس، العدد3 (1984) :13-21-308.**

**ث- المؤتمرات والندوات غير المنشورة:**

1. اشنين، ميلاد فرج، "بحث في مجال تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية"، **بحث مقدم بمؤتمر مشروع ليبيا 2025 رؤية استشرافية، 2007.**
2. بو دجاجة، عوض ، "الصحة للجميع وبالجميع بحلول عام 2025 "مرفق رقم 3، ورقة مقدمة لمشروع ليبيا 2025 رؤية استشرافية، 2007.
3. تامر، حبيب إسماعيل، "دراسة بشأن الإنفاق على الخدمات الصحية بالجامهيرية العظمى" ، ورقة مقدمة لمشروع ليبيا 2025 رؤية استشرافية، 2007.
4. الزوى، محمد إبراهيم ، "دراسة حول المرافق الصحية والموارد الصحية البشرية " ورقة مقدمة لمشروع ليبيا 2025 رؤية استشرافية، 2007 .
5. الشخترية، أمينة "مقترح بشأن تطوير التشريعات الصحية الليبية"، ورقة مقدمة لمشروع ليبيا 2025 رؤية استشرافية، 2007.
6. صقر، فوزي عبدالله ، "الوضع الحالي للخدمات الصحية احتياجات السكان لسنة 2025-الاقتراحات والبدائل لتحقيق الأهداف من الخدمات الصحية 2025" ، ورقة مقدمة لمشروع ليبيا 2025 رؤية استشرافية، 2007.

7. الطاهر ، السنوسي ، "تطوير آليات الإمداد الطبي"، ورقة مقدمة لمشروع ليبيا 2025 رؤية استشرافية، 2007.
8. الغزالي ، طارق ، وسمير عبدالوهاب، "العلاج على نفقة الدولة الإشكاليات والمقترحات"، ورقة مقدمة لمنتدى السياسات العامة، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، جامعة القاهرة، 2003.
- 9.

### ح- الدراسات العلمية غير المنشورة:

1. أبعبيرة، أنس أبوبكر. "التغيرات الهيكلية والتنظيمية وأثرها على تنفيذ السياسات العامة للقوى العاملة في ليبيا دراسة حالة: سياسات تنظيم سوق العمل الليبي خلال الفترة من 1977-2001". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة قاريونس، 2005.
2. أمينيه، عبير إبراهيم. "أثر التغيرات الهيكلية والتنظيمية لقطاع التعليم على تنفيذ وأداء سياسات التعليم العالي في الجماهيرية الليبية: دراسة تطبيقية على سياسة التنسيب بجامعة قاريونس 1980-1994". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة قاريونس، 1995.
3. بطرس، ماجد رضا. "تقييم أداء المعونة الأمريكية في قطاع الصحة في مصر دراسة تطبيقية على البرنامج الموسع للتطعيمات". رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، 1997.
4. الجهاني، نعيمة خليفة. "أثر التوجهات الأيديولوجية على السياسات الاقتصادية في ليبيا خلال السنوات 1978-1995". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة قاريونس، 1996.
5. الزغداني، عبد الحكيم محمد. "الجمعيات الأهلية في ليبيا ودورها في السياسة العامة، دراسة حالة - الجمعيات الأهلية بشعبية طرابلس". رسالة ماجستير غير منشورة، مدرسة الدراسات الإستراتيجية والدولية، قسم العلوم السياسية، أكاديمية الدراسات العليا طرابلس، 2007.
6. سلامة، نصر البهلول. "السياسة العامة للتعليم في ليبيا خلال الفترة (1970-2007)". رسالة ماجستير غير منشورة، مدرسة الدراسات الإستراتيجية والدولية، قسم العلوم السياسية، أكاديمية الدراسات العليا طرابلس، 2009. قناوي، إدريس محمد. "انعكاسات التوجهات الأيديولوجية للنظام السياسي الليبي على سياسات الضمان الاجتماعي خلال الفترة"، 1951-1969 و "1969-1999: دراسة مقارنة". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة قاريونس، 2001.
7. الفرجاني، عبد الفتاح عامر. "أهمية دراسة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام بمستشفى الحوادث أبو سليم شعبية طرابلس"، مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم الإدارة، أكاديمية الدراسات العليا طرابلس، 2008.

8. الفذافي، سعاد طاهر. "السياسة العامة الليبية في مجال النفط 1977-2005". رسالة ماجستير غير منشورة، مدرسة الدراسات الإستراتيجية والدولية، قسم العلوم السياسية، أكاديمية الدراسات العليا طرابلس، 2006.
9. قناوي ، إدريس محمد . "انعكاسات التوجهات الأيديولوجية للنظام السياسي الليبي على سياسات الضمان الاجتماعي خلال الفترة (1951-1969) (1969-1999) دراسة مقارنة"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاريونس كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 2011.
10. القويضي ، يوسف صالح . "السياسة الوطنية للمعلومات في ليبيا: دراسة تحليلية". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة قاريونس، 2004.
11. الكردي، الأزهر صالح . "تطور الخدمات الصحية وأثرها على التنمية البشرية في ليبيا خلال الفترة من 1980-2009". مدرسة العلوم الإدارية والمالية، قسم الاقتصاد، أكاديمية الدراسات العليا طرابلس، 2009.
12. مخلوف ،محمد مخلوف. "السياسة العامة للإسكان والتخطيط العمراني في ليبيا 1977-2007، دراسة تحليلية". رسالة ماجستير غير منشورة، مدرسة الدراسات الإستراتيجية والدولية، قسم العلوم السياسية، أكاديمية الدراسات العليا طرابلس ، 2010.
13. المغربي ، فادي محمد نوري. "تقويم السياسات النفطية في ليبيا خلال الفترة من 1969-2003". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة قاريونس 2004.المقيرحي ،عبد الحميد عبدالله . "اثر التغيرات السياسية والاقتصادية على السياسات العامة للإسكان في ليبيا خلال الفترة من 1969-1999".رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاريونس، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، 2003.
14. نصار، هبة أحمد . "دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقويم السياسات الصحية في مصر". رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة 1983.
15. النويقة، عطا الله بشير عبود . "سياسات تشجيع القطاع الخاص في مجال تقديم الخدمات الصحية مع التطبيق على قطاع الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية". رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، 2006.

#### ج- شبكة المعلومات الدولية:

1. صياغة السياسات العامة: إطار منهجي <http://www.ahlulbaitonline.com>

2. نحو استراتيجية مستقبلية لتوافر أفضل الخدمات الصحية للأعداد المتزايدة من السكان في المملكة السعودية وزارة الاقتصاد والتخطيط، المملكة العربية السعودية، [www.mep.gov.sa](http://www.mep.gov.sa).
3. ويكيبيديا الموسوعة الحرة، [www.wikipedia.org/wiki](http://www.wikipedia.org/wiki).
4. مها عبد اللطيف الحديثي، "الإطار المفاهيم للنظام السياسي والسياسية العامة"، (مركز الفرات للتنمية والدراسات الاستراتيجية)، <http://fcds.com/issues>.
5. Alex Scott- Samuel, Eileen O'Keefe، تقويم الآثار الصحية وحقوق الإنسان والسياسات العامة العالمية: تقويم نقدي، منظمة الصحة العالمية [www. Who.int /bulletin/volumes](http://www.who.int/bulletin/volumes).
6. البنك الدولي [www.data.albankaldawli.org](http://www.data.albankaldawli.org).
7. الأمن الصحي هدف عالمي، صحيفة الجزيرة. [www.al jazirah.com/magazine](http://www.al jazirah.com/magazine).
8. النظم الصحية وتقويم أدائها، الشؤون الفنية، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. [www.sgh.org.sa/fan.htm](http://www.sgh.org.sa/fan.htm).
9. عصر الأوبئة الأمن الصحي أولاً، الصحيفة الاقتصادية الالكترونية. [www.aleqt.com](http://www.aleqt.com).
10. هشام ديواني، الأمن الصحي والوقاية والعلاج، [www.mfort.com/news](http://www.mfort.com/news).