

دراسة تحليلية لوضع النظام الصحي الليبي وتوصيات استراتيجية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة

د. فتحية احميده بن صالح

كلية الطب البشري، جامعة طرابلس، ليبيا.

المؤهل العلمي: الزمالة العربية والليبية في تخصص طب الأطفال، بالإضافة الى دبلومة إدارة المستشفيات.

الدرجة العلمية: محاضر بكلية الطب البشري، جامعة طرابلس، ليبيا.

التخصص: طب أطفال، مهتمة بأمراض الجهاز الهضمي وامراض الإسعاف والطوارئ.

قسم الأطفال – كلية الطب البشري – جامعة طرابلس – ليبيا.

fathiahamed@gmail.com

ملخص البحث:

هدفت الدراسة إلى تحليل الوضع الحالي للنظام الصحي في ليبيا من خلال مراجعة وثائق وتقارير وطنية ودولية، وتحديد أبرز التحديات التي تعيق تحقيق التغطية الصحية الشاملة. واعتمدت الدراسة على المنهج التحليلي متعدد الأدوات.

وأظهرت النتائج أن إصلاح النظام الصحي يتطلب مقاربة شاملة، تتضمن تعزيز الحوكمة، استدامة التمويل، وتفعيل الرعاية الأولية، بالتكامل مع تنمية الموارد البشرية والتكنولوجية الرقمية الحديثة. وتعد هذه العناصر ضرورية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

واقترحت الدراسة خارطة طريق شاملة تتضمن إصلاحات تشريعية ومؤسسية، وتطوير البنية التحتية، وتعزيز نظم المعلومات، وتفعيل دور الرعاية الصحية الأولية، مع التركيز على شراكة فعالة مع القطاع الخاص. وخلصت الدراسة إلى ضرورة توفر الإرادة السياسية والتنسيق بين القطاعات والاستفادة من الخبرات الدولية من أجل بناء نظام صحي مستدام وعادل.

الكلمات المفتاحية: التغطية الصحية الشاملة، الحوكمة، الجودة، التمويل المستدام، نظام المعلومات الصحية، الرقمنة الصحية.

تاريخ الاستلام:

2025/07/10م

القبول:

2025/07/24م

تاريخ النشر:

2025/09/20م

Analytical Study of the Libyan Health System and Strategic Recommendations for Achieving Universal Health Coverage

Fathia Hamed Ben Saleh

Academic Qualification: Arab and Libyan fellowship in paediatrics, in addition to the diploma in hospital management.
Academic Degree: Lecturer at Faculty of Medicine, University of Tripoli, Libya.
Specialization: Paediatrics, with interests in gastroenterology and emergency medicine.
Paediatric Department, Faculty of Medicine, University of Tripoli, Libya.
fathiahameda@gmail.com

Abstract:

This study aims to analyze the current situation of the health system in Libya by reviewing national and international documents and reports, and identifying the main challenges hindering the achievement of universal health coverage. The study relied on the multi-tool analytical approach.

The results revealed that reforming the health system requires a comprehensive approach that includes strengthening governance, ensuring sustainable financing, and activating primary healthcare, in conjunction with the development of human resources and modern digital technology. These elements are essential for

Received (date):

2025/07/10م

Accepted (date):

2025/07/24م

Published (date):

2025/09/20م

achieving universal health coverage.

The study proposed a comprehensive roadmap that includes legislative and institutional reforms, infrastructure development, enhancement of information systems, and activation of the role of primary healthcare, with a focus on effective partnership with the private sector. The study concluded that political will, Intersectoral coordination, and leveraging international expertise are necessary to build a sustainable and equitable health system.

Keywords: Universal Health coverage, Governance, Quality, Sustainable Financing, Health information system, Digital Health.

1. المقدمة:

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله أما بعد:

تعد النظم الصحية أساساً محورياً في تحقيق التنمية المستدامة والتقدم نحو التغطية الصحية الشاملة، كما حددته الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 2015. [1] [2] [3].

ورغم التقدم الملحوظ في العديد من البلدان، لا تزال بعض الدول النامية، ومن بينها ليبيا، تواجه تحديات هيكلية ومعقدة تعيق بناء نظام صحي متكامل وفعال.

فالنظام الصحي الليبي يعاني من ضعف في الحوكمة، وتدهور البنية التحتية، وتفاوت في جودة الخدمات، وتعدد مصادر التمويل غير المستدام، إلى جانب غياب التخطيط القائم على الأدلة [4] [5]. وتبرز أهمية هذه الدراسة من خلال عدة جوانب وهي:

- أولاً: تناولها لأحد أهم محاور الإصلاح في القطاع المجتمعي العام، وهو النظام الصحي.
- ثانياً: السعي إلى تعزيز الحق في الصحة من خلال تقديم إطار عملي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- ثالثاً: تطرقها إلى نماذج من النظم الصحية العالمية الناجحة بهدف الاستفادة من تجاربها في تطوير نظام الرعاية

الصحية في ليبيا.

- رابعاً: إمكانية الاستفادة من نتائج الدراسة في تطوير السياسات الصحية الوطنية، وتعزيز دور الشركاء المحليين والدوليين في دعم النظام الصحي الليبي.

2. مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

2.1 على الرغم من أن الحق في الصحة مكفول بموجب المواثيق الدولية، ومنها دستور منظمة الصحة العالمية، فإن النظام الصحي الليبي لا يزال يعاني من اختلالات كبيرة تؤثر سلباً على فعالية تقديم الخدمات الصحية. فعلى الرغم من مجانية الرعاية الصحية من الناحية الرسمية، فإن الإنفاق الشخصي المباشر من جيب المواطن في ازدياد، بسبب ضعف كفاءة المرافق العامة، مما يضطر العديد من المواطنين إلى اللجوء إلى القطاع الخاص داخل البلاد أو السفر للعلاج في الخارج، وتتجلى المشكلة في تدهور البنية التحتية، ونقص الأدوية والمستلزمات، وتدني جودة الخدمات، إلى جانب غياب آليات تنظيمية فعالة لدمج جهود القطاعين العام والخاص، مما يفرض تحديات كبيرة أمام تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

2.2 تنطلق الدراسة من تساؤل رئيسي وهو: هل يمكن للمريض الليبي الحصول على رعاية صحية ذات جودة عالية، في أي وقت، بغض النظر عن قدرته المالية ومكان إقامته؟ ويتفرع من هذا التساؤل الرئيسي مجموعة من الأسئلة الفرعية:

- ما هي الركائز الأساسية لصمود النظام الصحي؟
- ما دور الإدارة الصحية والحوكمة في رفع كفاءة النظام الصحي؟
- كيف يمكن تنظيم العلاقة بين القطاعين العام والخاص؟
- كيف تسهم التكنولوجيا والموارد البشرية في تحقيق التغطية الصحية الشاملة؟

3. أهداف الدراسة:

انطلاقاً من الإشكاليات هدفت الدراسة إلى

- i. تحليل الوضع الراهن للنظام الصحي في ليبيا، من خلال مراجعة وثائق وتقارير وطنية ودولية.
- ii. تسليط الضوء على أبرز التحديات التي تواجه النظام الصحي.

iii. عرض نماذج عالمية ناجحة كالنموذج البريطاني NHS والنموذج الكوبي، بهدف الاستفادة من تجاربها في تطوير نظم الرعاية الصحية، واقتراح خطة إصلاح شاملة تركز على مبادئ العدالة والإنصاف والاستدامة. ولتحقيق أهداف الدراسة، يجب تفعيل أدوار الحكومة الليبية ومؤسساتها التشريعية والتنفيذية، وزارة الصحة، وزارة المالية، بالإضافة إلى متلقي الخدمة (المجتمع).

4. منهج البحث:

بسبب طبيعة البيئة الليبية، وصعوبة الوصول إلى بيانات ميدانية دقيقة، اعتمدت الدراسة على المنهج التحليلي متعدد الأدوات. هذا المنهج يجمع بين التحليل الوصفي "لتقديم صورة دقيقة عن الوضع الصحي الحالي في ليبيا" والتحليل المقارن "من خلال دراسة تجارب دول كالمملكة المتحدة وكوبا"، بالإضافة إلى التحليل الاستقرائي "لاستنتاج السياسات الملائمة من الأدلة والممارسات المثبتة".

ولجمع المعلومات تم استخدام تحليل تقارير رسمية صادرة عن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، الدراسات الأكاديمية المنشورة في مجالات علمية محكمة، بالإضافة إلى الوثائق الوطنية المتعلقة بالقطاع الصحي الليبي، وأدبيات مقارنة حول نظم التغطية الصحية الشاملة عالمياً.

5. مفاهيم ومصطلحات الدراسة

تماشياً مع مشكلة الدراسة تم تضمين الأفكار التالية في تأسيس المبادئ والقيم التوجيهية الأساسية التي بنيت عليها الرؤية:

- التنمية المستدامة: هي عملية تلبية احتياجات الحاضر دون المساس بقدرة الأجيال القادمة على تلبية احتياجاتها، وترتكز على تحقيق التوازن بين ثلاثة أبعاد (الاقتصادية والاجتماعية والبيئية).
- تسعى إلى تحسين ظروف المعيشة وتطوير الإنتاج بطرق لا تستنزف موارد الأرض الطبيعية، وضمان استمراريتها للأجيال القادمة.

- التغطية الصحية الشاملة (الهدف الثالث للتنمية المستدامة): مصطلح يعني أن يكون بوسع كل الناس والمجتمعات أن يستخدموا الخدمات الصحية المعززة الوقائية والعلاجية والتأهيلية والمُطَفَّة التي يحتاجون إليها، على أن تتسم تلك الخدمات بالجودة الكافية لتحقيق الفعالية المنشودة، وعلى أن يُكفَّل أيضاً في الوقت ذاته ألا يُعرَّض استخدامها المستفيد منها لمشقة مالية.

- الحوكمة الرشيدة: نظام للرقابة والتوجيه على المستوى المؤسسي، وهو يحدد المسؤوليات والحقوق والعلاقات مع جميع الفئات المعنية؛ ويوضح القواعد والاجراءات اللازمة لصنع القرارات الرشيدة المتعلقة بعمل المؤسسة؛ وهو نظام يدعم العدالة والشفافية والمساءلة المؤسسية ويعزز الثقة والمصادقية في بيئة العمل.
 - السياسة الصحية: القرارات والخطط والإجراءات التي يتم اتخاذها لتحقيق أهداف رعاية صحية محددة داخل المجتمع.
 - الجودة: تقديم خدمات صحية فعالة، مأمونة، متمركزة حول المريض، وفي الوقت المناسب.
 - الرعاية الصحية الأولية: المستوى الأساسي من الرعاية الذي يضمن الوصول إلى الخدمات الأساسية لكل المواطنين.
 - الموارد البشرية الصحية: جميع العاملين بقطاع الصحة بمختلف تخصصاتهم ومواقعهم المهنية والإدارية، أو كل من يمارس أعمالاً هدفها الأساسي تحسين الصحة.
 - النظم الصحية: الكيان المؤسسي الذي ينظم الأشخاص والموارد لتقديم خدمات صحية فعالة للسكان.
 - الشراكة الفاعلة: التنسيق بين مختلف القطاعات المعنية (حكومي، خاص، مجتمعي) لتحقيق أهداف النظام الصحي.
 - الصحة الرقمية وتكنولوجيا المعلومات الصحية: استخدام الأدوات الرقمية لتحسين إدارة النظام الصحي وتسهيل الوصول إلى الخدمات.
 - الأمن الصحي العالمي: مصطلح يشير إلى كل من الأنشطة الاستباقية والأنشطة التفاعلية على حد سواء، للتقليل إلى أقصى حد من التعرض لأحداث الصحة العامة الحادة؛ التي تهدد بالخطر الصحة الجماعية للفئات السكانية التي تعيش عبر أقاليم جغرافية وحدود دولية.
6. الدراسات السابقة:
- تعد الدراسة الحالية خطوة نحو تحديد أوجه القصور في النظام الصحي الليبي وسبل الوصول إلى إصلاحه من خلال التعريف بمفهوم التغطية الصحية الشاملة، وسبل الوصول إليها، مع تقديم خطة إصلاح شامل ومقترحات لتطويرها.
- وقامت الباحثة بالاطلاع على ما استطاع من الدراسات، والكتب، وأوراق العمل، والوثائق واستفادت في جوانب

مختلفة منها (الأهداف، منهجية البحث وصياغة التساؤلات وبعض التوصيات والمقترحات). وفيما يلي بعض الدراسات (وعدها ستة، ولها علاقة مباشرة بموضوع الدراسة الحالية)، وقد رتبنا وفق التسلسل الزمني من الأقدم إلى الأحدث.

6.1 تم الاطلاع على "كتاب رعايتنا الصحية خياراتنا. مساراتنا. قراراتنا"،

الذي أعده د. محمد بو حجي وآخرون، الطبعة الأولى يوليو (2013) / البحرين.

وكان الهدف الرئيسي للكتاب هو تطوير الخدمات الصحية في المنطقة العربية، حيث بدأت بعض دول المنطقة تتوجه إلى تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل، من خلال مؤشرات ترفع العدالة وتحقق التكامل في النظرة للأدوار المطلوبة من الأفراد والأسرة والمجتمعات والمؤسسات العامة.

واتفقت الدراسة الحالية مع "كتاب رعايتنا الصحية خياراتنا. مساراتنا. قراراتنا" في بعض النتائج وأهمها: توفير الخدمات المتكاملة الصحية والاجتماعية والبيئية والاقتصادية، الاعتماد على رعاية صحية أولية وشاملة، بالإضافة إلى تفعيل دور طب العائلة في بناء التواصل المجتمعي لتمكين المواطن من معرفة كيف يمكن أن تتوفر جودة الحياة والرفاه الاجتماعي له ولمجتمعه. [1]

6.2 وتم الاطلاع على كتاب "النظم الصحية والصحة والثروة والرفاهية الاجتماعية/ تقييم الحالة للاستثمار في النظم الصحية"

الذي حرره كلا من جوسيب فيجويراس، ومارتن ماكيبو. وقام بترجمته د. معاوية عبد الله قديمت، وآخرون. وبمراجعة وتحرير المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية / دولة الكويت / سلسلة المناهج الطبية العربية / البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org، سنة (2015).

وكان الهدف من الكتاب توضيح كافة الجوانب التي تهدف إلى تطوير النظم الصحية، والوصول إلى تقديم أفضل الخدمات الصحية.

واتفقت الباحثة مع الكتاب في التأثير والعلاقة المتبادلة بين النظم الصحية والاقتصاد الوطني والرفاه الاجتماعي. أما النقطة الخلافية فهي اقتصار الكتاب على الدول المستقرة مادياً وسياسياً (الدول الأوروبية)، ولم يقدم حلولاً للدول النامية والفقيرة، أو الغير مستقرة سياسياً، والتي تعاني من تدني الموارد المالية اللازمة لقيام النظم الصحية.

[2]

6.3 كذلك تم الاطلاع على حلقة نقاش اعدتها مجلة الجودة الصحية/ المحور السادس الصادرة من مركز أسبار الدراسات والبحوث والاعلام، في اكتوبر (2015)، والتي عرضت من خلالها د. سامية العمودي ورقة عمل حول قضية "الخدمات الطبية والتأمين الطبي في المملكة السعودية الإشكالات والحلول".

وكانت مشكلة الدراسة هي التحديات الكبيرة التي تواجهها الرعاية الصحية في المملكة السعودية، وهي نتاج تراكمي لعقود. وكان الهدف من حلقة النقاش ايجاد حلول للتحديات وعدد من القضايا الهامة والأساسية في نظام الرعاية الصحية السعودي (الذي لا يختلف كثيرا عن مشاكل وتحديات وقضايا النظام الصحي الليبي)، واهم الاشكالات التي تواجهها، ومن ثم اقترحت بعض الحلول. ومن خلال من حلقة النقاش تم طرح عدد من المقترحات والتوصيات القيمة. واتفقت الدراسة الحالية مع ورقة د. سامية العمودي تماما لان حلولها هو طريقنا للوصول للتغطية الصحية الشاملة؛ ومن بين هذه المقترحات والتوصيات "إعادة تنظيم معايير جودة الخدمات الصحية والاهتمام بالمرافق والأجهزة، تأهيل الكادر الطبي وفق أعلى المستويات، والتأمين الطبي يشكل أحد أهم البدائل المتاحة لاحتواء التكاليف المتصاعدة للخدمات الطبية وتمويل هذه الخدمات. [3]

6.4 وتم الاستفادة من وثيقة استراتيجية وطنية للتمويل الصحي بعنوان "توجيهات التمويل الصحي رقم 3" المؤطرة تحت مظلة منظمة الصحة العالمية، سنة 2018،

والتي وضعها جوزيف كوتزين وآخرون. وكان الهدف الاساسي من الوثيقة هو دعم البلدان في وضع استراتيجية شاملة للتمويل الصحي تدعم التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وهو ما استفادت منه الباحثة كمرجعية تقدم من خلالها افكار لتطوير النظام الصحي الليبي من عدة جوانب، ومن بينها جانب استدامة التمويل الصحي بمشاركة المجتمع. [4]

6.5 اما الدراسة التي اجراها د/ هاني محمد على الدمرداش بعنوان "نحو تغطية صحية شاملة في مصر (2019)، فقد استفادت منها الباحثة في اختيار منهج الدراسة وضمونها في دراستها. واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة الدكتور هاني في بعض التوصيات، واهمها ضمان استدامة جودة وكفاءة العنصر البشري في المنظومة الصحية من خلال النص في القانون على التعليم والتدريب المستمر للأطباء. [5]

6.6 استفادت الباحثة من الحلقة الدراسية التي نظمتها الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي (2021)،

بشأن إنشاء نظم صحية أكثر قدرة على الصمود، من ناحية التنوع في الطرح لموضوع تعزيز قدرة النظم الصحية على الصمود في مواجهة تفشي جائحة كورونا، وذلك من ناحية تشخيص اسباب تدني النظام الصحي القائم، ومحاولة الاستفادة من الثغرات لتطويره، مع التشديد على أهمية التغطية الصحية الشاملة ذات الجودة الرفيعة، ومدى ارتباطها بحشد المزيد من التمويل واستدامته وتأمين سلاسل الإمداد الطبية، مع ضمان ودعم (الموارد البشرية) والمرافق الصحية، وعلى أهمية الحلول الرقمية وتعزيزها، وهذا ما اثراها وجعلها نقطة بداية للدراسة الحالية. [6]

ومن خلال الاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة الحالية يمكن استنتاج ما يلي:
في حدود علم الباحثة:

- لوحظ نقص في عدد البحوث والدراسات التي تتعلق بموضوع الدراسة الحالية.
- اشتركت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في الاهداف والنتائج والتوصيات بنسب متفاوتة، ومنها: تطوير الخدمات الطبية ذات الجودة، الاعتماد على رعاية صحية أولية وشاملة، تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل، اعادة تأهيل الكادر الصحي، اعادة ضبط معايير الجودة، العلاقة المتبادلة بين الصحة والنمو الاقتصادي، واخيرا تعزيز قدرة النظم الصحية على الصمود.
- من حيث منهجية الدراسة: استفادت الباحثة من دراسة (الدكتور هاني الدمرداش) في التعرف إلى مجموعة من الجوانب البحثية المهمة، منها المنهجية والأدوات العلمية المستخدمة، وضمنتها في دراستها.
- من حيث بيئة الدراسة: اكتسبت الدراسة الحالية أهميتها من كونها تهدف إلى التعرف على واقع الحال الليبي، وإلقاء الضوء على أوجه قصور قطاع الصحة، وتقديم مقترحات لتطويره. بينما باقي الدراسات تمت في دول أخرى خارج ليبيا (دراسات عالمية اعدتها منظمة الصحة حول الواقع الصحي العالمي، او دراسات محلية تخص اقطار معينة).
- من حيث هدف الدراسة: أغلب الدراسات السابقة ركزت على جانب واحد من جوانب التغطية الصحية الشاملة، وهو جانب التمويل الصحي واستدامته؛ واغفلت باقي الجوانب. في حين ان الدراسة الحالية تميزت بالتطرق لمعظم البرامج الاستراتيجية ذات الأولوية في اصلاح وتطوير النظام الصحي، من اجل تحقيق الوصول

للتغطية الصحية الشاملة؛ وركزت بالأخص في جانب الرعاية الصحية الأولية، وجانب الهيكلة الادارية الصحية، بالإضافة الى جانب تنمية الموارد البشرية، وجانب القطاع الخاص، وجانب الصحة الالكترونية، بالإضافة لجانب الجودة، ولم تغفل جانب التمويل الصحي المستدام، وجانب السياسات والنظم الصحية، والاستفادة من بعض نماذج النظم الصحية الناجحة في العالم.

7. خطة البحث:

تشتمل خطة البحث على:

- i. التعرف بمفهوم النظام الصحي العالمي والتغطية الصحية الشاملة.
- ii. تحليل وضع النظام الصحي الليبي الحالي والتحديات الهيكلية والمؤسسية التي تواجهه.
- iii. لقاء الضوء على البرامج الاستراتيجية ذات الأولوية في إصلاح النظام الصحي.
- iv. تقديم نماذج من النظم الصحية العالمية الناجحة بهدف الاستفادة من تجاربها في تطوير نظم الرعاية الصحية، واقتراح توصيات قابلة للتطبيق.

8. متن البحث:

8.1 التعرف بمفهوم النظام الصحي العالمي والتغطية الصحية الشاملة [1] [2] [3]

تخضع النظم الصحية العالمية لمراجعة وتحديث مستمرين من قبل منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع الدول الأعضاء، استجابةً للتغيرات الصحية العالمية، بما في ذلك التحول الوبائي والتغيرات الديموغرافية. وتعد التغطية الصحية الشاملة (UHC) من أبرز أهداف التنمية المستدامة (الهدف الثالث)، حيث تؤكد على ضمان حصول جميع الأفراد على الخدمات الصحية الجيدة دون تحمل أعباء مالية مفرطة. وتشمل الأبعاد الأساسية للتغطية الصحية الشاملة: شمولية الخدمات الصحية الأساسية عالية الجودة والحماية المالية للأفراد من تكاليف العلاج بالإضافة الى المساواة في الحصول على الخدمات الصحية. وقد ساهمت تجارب دول مثل اليابان وفيتنام في إبراز دور القيادة السياسية والاستثمار الذكي في تحقيق التغطية الصحية الشاملة رغم محدودية الموارد. وتشكل التغطية الصحية الشاملة ركيزة أساسية لتحقيق العدالة الصحية، وتعزيز رفاهية السكان، وتقليل الفوارق الاجتماعية والاقتصادية.

كما أن تحقيق التغطية الصحية الشاملة يسهم في تحسين مؤشرات الصحة العامة وتعزيز الإنتاجية المجتمعية والاقتصادية، بالإضافة الى تقليل الإنفاق الكارثي على الصحة. ووفقا لإطار منظمة الصحة العالمية، فإن النظام الصحي القوي يركز على ستة مكونات رئيسية تتمثل في:

- i. الخدمات الصحية: تقديم خدمات شاملة ومتكاملة تستجيب للاحتياجات السكان.
- ii. القوى العاملة الصحية: وجود عدد كاف من الكوادر الصحية المؤهلة والمحفزة.
- iii. نظام المعلومات الصحية: توافر بيانات دقيقة وفي الوقت المناسب لدعم اتخاذ القرار.
- iv. الإمدادات الطبية والتقنيات: توافر الأدوية والمستلزمات الطبية الأساسية بشكل آمن وميسر.
- v. التمويل الصحي المستدام: توفير موارد مالية مستدامة لتغطية تكاليف الخدمات الصحية على نحو عادل دون الاعتماد فقط على الميزانيات الحكومية.

vi. الحوكمة والقيادة: وجود سياسات واستراتيجيات واضحة مع شفافية ومساءلة لضمان كفاءة النظام الصحي. ويعتبر إصلاح النظام الصحي عملية مستمرة تهدف إلى تحسين كفاءته وفعاليته وعدالته. وفي السياق الليبي، يعد إصلاح القطاع الصحي ضرورة ملحة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

8.2 تحليل وضع النظام الصحي الليبي الحالي والتحديات الهيكلية والمؤسسية التي تواجهه من خلال مراجعة وثائق وتقارير وطنية ودولية [4] [5] [6] [7] [8]

يعاني النظام الصحي الليبي من تحديات بنيوية معقدة، ناتجة عن عقود من التدهور المؤسسي، وغياب استراتيجية وطنية موحدة للرعاية الصحية، إضافة إلى تداعيات النزاعات المسلحة.

ورغم وجود بعض المبادرات من وزارة الصحة بدعم من المنظمات الدولية مثل "منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف" لتحسين الخدمات الصحية الأولية وإعادة تأهيل بعض المؤسسات، إلا أن النظام لا يزال يفتقر إلى الحوكمة الرشيدة، والتخطيط القائم على الأدلة، والاستثمار في الموارد البشرية والتجهيزات الطبية. وعليه، فإن إعادة بناء النظام الصحي الليبي تتطلب إصلاحات عميقة على مستوى السياسات، والتمويل، والإدارة، مع الاستفادة من التجارب العالمية الناجحة في هذا المجال.

8.2.1. التحديات الهيكلية والمؤسسية التي تواجه النظام الصحي الليبي:

أكدت التقارير وجود اختلال في الحوكمة الرشيدة، وضعف في القدرة التنظيمية. كما أن هناك قصورا في

استخدام الأدوات التخطيطية والتحليلية، وغياب النظم المعلوماتية الدقيقة.

8.2.2 تحديات التمويل واستدامة النظام:

يعد التمويل أحد أكبر التحديات، حيث تعتمد ميزانية الصحة بشكل كبير على الإنفاق الحكومي المباشر، مما يجعل النظام عرضة للتقلبات الاقتصادية والسياسية. ولا توجد آلية وطنية شاملة للتأمين الصحي، والإنفاق الشخصي على الصحة مرتفع مقارنة بدول ذات دخل مماثل.

8.2.3 تحديات البنية التحتية وتوزيع الخدمات:

أظهرت البيانات أن توزيع المؤسسات الصحية غير عادل، مع تركيز المستشفيات والخدمات التخصصية في بعض المدن، في حين تعاني المناطق الطرفية من نقص في الخدمات والمعدات الطبية الأساسية.

8.2.4 تحديات النقص في الموارد البشرية:

تعاني ليبيا من نقص نوعي وكمي في القوى العاملة الصحية، بالإضافة إلى ارتفاع معدل الهجرة الخارجية للكفاءات الطبية. كما أن غياب خطط التدريب المستمر يؤدي إلى تراجع في جودة الخدمات.

8.2.5 تحديات غياب الإطار التنظيمي للقطاع الخاص:

برز من الوثائق غياب إطار تنظيمي واضح للقطاع الصحي الخاص، ما أدى إلى نموه بشكل عشوائي يفتقر إلى الرقابة والجودة. وقد ساهم ذلك في اتساع الفجوة بين الفقراء والأغنياء في الوصول إلى الرعاية الصحية.

8.2.6 تحديات نقص الأدوية والإمدادات الطبية:

تعاني المستشفيات الليبية من نقص حاد في الأدوية والمستلزمات الطبية، بسبب ضعف نظام الشراء والتوزيع، والفساد الإداري، مما يؤدي إلى حرمان المرضى من الأدوية الضرورية أو إجبارهم على شرائها بأسعار مرتفعة.

8.2.7 تحديات ضعف نظام المعلومات الصحية:

يفتقر النظام إلى قاعدة بيانات موحدة ومحدثة حول المؤشرات الصحية، مما يعرقل عمليات التخطيط والتقييم واتخاذ القرار القائم على الأدلة. كما لا توجد منصة وطنية رقمية موحدة لتتبع الموارد والخدمات.

8.2.8 تحديات تفاوت الجودة:

تتسم الخدمات الصحية في ليبيا بعدم الانتظام، وتفاوت الجودة، خاصة مع النقص المزمن في الكوادر الصحية المؤهلة، وتدهور البنية التحتية في المستشفيات والمراكز الصحية، إلى جانب ضعف نظام الإحالة وغياب نظام

معلومات صحي موحد. وقد كشفت جائحة كوفيد-19 عن هشاشة الاستجابة الطارئة وغياب منظومة إدارة مخاطر صحية فعالة.

8.2.9 فجوات في العدالة الصحية:

تعاني بعض الفئات مثل النازحين داخلياً، وذوي الدخل المحدود، وسكان المناطق النائية من ضعف في التغطية الصحية، ما يزيد من التفاوتات في الوصول إلى الرعاية، ويقوّض مبدأ العدالة الصحية.

8.3 البرامج الاستراتيجية ذات الأولوية في اصلاح وتطوير النظام الصحي

ويشمل الإصلاح إعادة هيكلة المؤسسات الصحية، تطوير التشريعات، تعزيز نظم التمويل، وتفعيل الحوكمة الرشيدة. كما يتطلب الإصلاح إشراك جميع الفاعلين في القطاع الصحي بما في ذلك المجتمع المدني والقطاع الخاص. وتأتي برامج اصلاح وتطوير النظام الصحي كما يلي:

8.3.1 تفعيل دور الرعاية الصحية الأولية [9] [8]

وتعد الرعاية الصحية الأولية حجر الأساس ألي نظام صحي فعال، وهي الوسيلة الأكثر كفاءة وإنصاف لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتغطي خدماتها الوقاية، والعلاج، والتأهيل، و تثقيف المجتمع، وتلعب دوراً محورياً في تعزيز الأمن الصحي عن طريق الوقاية من الوبئة من خلال اللقاحات، والمحافظة على خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية الأساسية.

ان الرعاية الصحية الأولية نهج يستهدف ضمان تحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة والرفاهية وتحقيق التوزيع المنصف للخدمات الصحية من خلال العمل على المستويات الثلاثة التالية:

i. تلبية الاحتياجات الصحية للناس عن طريق خدمات صحية شاملة ومتكاملة (خدمات معززة ووقائية وعلاجية وتأهيلية وملطفة)، طوال العمر، مع منح الأولوية للرعاية الأولية ووظائف الصحة العمومية الأساسية.

ii. التصدي على نحو منهجي لمحددات الصحة الأوسع نطاقاً (بما في ذلك العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، علاوةً على الخصائص والسلوكيات الفردية) عن طريق انتهاج سياسات تسترشد بالبيّنات واتخاذ إجراءات على صعيد جميع القطاعات.

iii. تمكين الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية، كي يتمتعوا بالمستوى الأمثل من الصحة كمناصرين للسياسات التي تعزز الصحة والرفاهية وتحمّهما، وباعتبارهم مشاركين في إعداد الخدمات الصحية والاجتماعية،

ويوصفهم مقدمي الرعاية لأنفسهم وللآخرين.

8.3.2 تطوير النظام الصحي ورفع مستوى جودة الخدمات [11] [10]

يتكون النظام الصحي من مجموعة مترابطة من العناصر التي تعمل على تحقيق الرعاية الصحية المثلى للسكان. وتشمل هذه العناصر الموارد مثل المستشفيات والقوى العاملة الجيدة، السياسة الصحية والتي بدورها تشمل العمليات التشريعية والعمليات التنظيمية لوضع السياسات الأساسية. ويعتبر التمويل الصحي وإدارة الإمدادات الطبية، بالإضافة إلى نظم المعلومات الصحية مع القيادة والحوكمة من العناصر الأساسية في النظام الصحي. وتكامل هذه العناصر يحدد كفاءة النظام واستجابته للاحتياجات المواطنين. والجودة الصحية تعني تقديم رعاية آمنة، فعالة، متمحورة حول المريض، وفي الوقت المناسب. وتشمل عناصر تحسين الجودة التدريب المستمر للكادر الصحي، ومراقبة الأداء وسلامة المرضى، بالإضافة إلى تطوير نظم المعلومات الصحية لتقييم النتائج السريرية.

وقد أظهرت الدراسات أن ضعف الجودة مسؤول عن نسبة كبيرة من الوفيات القابلة للتفادي في الدول النامية. إن الجودة المتدنية في الرعاية لا تسهم فقط في زيادة العبء المرضي على صعيد الاحتياجات الصحية، بل إنها تؤثر أيضًا تأثيرًا اقتصاديًا كبيرًا، مع ما يترتب من تكاليف كبيرة على النظم والمجتمعات الصحية.

8.3.3 إعادة هيكلة وحوكمة قطاع الصحة [13] [12]

بما أن النظام الصحي يحتاج إلى تحديث وتطوير مستمر، فإن إدارته هي المفتاح ونقطة البدء في عملية إصلاح النظام الصحي وتطويره ليواكب متطلبات المجتمع وتطلعاته.

فالأهداف الصحية لن تتحقق بكفاءة وفعالية إلا من خلال تقوية النظم الصحية بما فيها الإدارة الصحية. وتعد الحوكمة الفعالة والإدارة الرشيدة من المقومات الجوهرية في إصلاح النظم الصحية.

وتشمل جهود الحوكمة تعزيز المساءلة والشفافية، وإعادة هيكلة الهياكل التنظيمية بالإضافة إلى تبني نهج اللامركزية والحوكمة متعددة المستويات. وترتبط هذه الإجراءات بتحقيق الأداء الفعال والاستجابة للاحتياجات الصحية المحلية.

8.3.4 رسم السياسات الصحية واستدامة تمويل النظم [14]

تشكل السياسات الصحية ركيزة أساسية في رسم التوجهات العامة للنظام الصحي، وتعد استدامة التمويل من

التحديات الجوهرية، لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وتأتي أهمية السياسة الصحية من دورها في تحديد الرؤية الصحية المستقبلية، وتحديد الأولويات والأدوار المتوقعة من مختلف المجموعات إضافة إلى بناء الثقافة الصحية. وتشمل مصادر التمويل الصحي: مصادر التمويل العمومية (الحكومة)، ومصادر التمويل الخاصة (التأمين الصحي الإلزامي والاختياري)، كذلك المساهمات الدولية. كما أن كفاءة استخدام الموارد وتحقيق الإنصاف في التوزيع يعززان استدامة النظم الصحية.

8.3.5 الرفع من كفاءة الموارد البشرية وتنميتها [13] [16] [15]

يُعتبر العاملين في مجال الرعاية الصحية من أهم مدخلات أنظمتها، حيث تعتمد الخدمات التي تقدمها بشكل كبير على كفاءتهم ومهاراتهم في الأداء، بالإضافة إلى قدرتهم على الاستخدام الأمثل للمستلزمات الطبية خلال تقديم الخدمة وضمان جودتها وبأقل التكاليف. لذا تبحث المؤسسات والمراكز الصحية عن موظفين من ذوي الاختصاص والمؤهلات المهنية والكفاءات في استخدام واستغلال الموارد المتاحة لديها بالشكل الأمثل، لتحقيق أهدافها. وتشمل تنمية الموارد البشرية: تدريب وتأهيل الكوادر الصحية، تحفيز بيئة العمل وتخفيض الإرهاق المهني، إضافة إلى تطوير السياسات الاستراتيجية لإدارة الكفاءات.

8.3.6 استدامة توفر الادوية والمعدات الطبية [20] [19] [18] [17]

استدامة توفر الادوية والمعدات الطبية والصيدلانية، وذلك لـ لـسد احتياجات السوق من أجل تقديم الرعاية الصحية العالية الجودة، ولتحقيق استدامة النظام الصحي، من خلال خفض تكلفة توفير هذه المنتجات. وينبغي إيلاء الدواء عناية خاصة عند تحديد حزمة الخدمات ذات الأولوية، حيث يعد توفر المنتجات والمعدات الطبية الأساسية شرطاً لضمان جودة واستمرارية تقديم الخدمات الصحية. ويعتبر نقص الإمدادات وارتفاع الأسعار، مع ضعف أنظمة الشراء والتوزيع من التحديات الشائعة لتوفر المنتجات والمعدات الطبية.

وقد وضعت منظمة الصحة العالمية عدة مواصفات نظام الإمدادات الصحية الموثوق فيه وهو الذي يدمج إدارة الإمدادات في تطوير النظام الصحي ويُعدّ نموذجاً مختلطاً فعّالاً للشراكات بين القطاعين العام والخاص. كما أنه يحافظ على جودة الأدوية في قنوات التوزيع ويزيد سبل الوصول إلى الأدوية الأساسية. ويتعين على الدولة أن تركز على توافر الأدوية والمعدات وتحسين الكفاءة في هذا المجال.

8.3.7 تنظيم دور القطاع الصحي الخاص [21] [22] [23]

يلعب القطاع الصحي الخاص دوراً تكميلياً في النظم الصحية، لكن يجب تنظيمه ضمن إطار وطني لضمان العدالة والجودة. ومن أهم آليات التفاعل مع القطاع الصحي الخاص هو تنظيم التراخيص والمراقبة، تشجيع الشراكات مع القطاع العام وضمان عدم التمييز في تقديم الخدمة.

8.3.8 دعم برامج تكنولوجيا المعلومات الصحية الرقمية [24] [25]

تمثل التكنولوجيا الرقمية أداة حيوية لتحسين الكفاءة والجودة وسرعة الوصول في تقديم الرعاية الصحية. وتشمل الاستخدامات: السجلات الصحية الإلكترونية، تطبيقات الصحة عن بعد والذكاء الاصطناعي لدعم اتخاذ القرار السريري.

8.4 نماذج من النظم الصحية العالمية الناجحة

تعد دراسة النماذج الصحية العالمية أداة مهمة لاستخلاص الدروس وإعادة تكيفها في تطوير نظم الرعاية الصحية المحلية. وهناك العديد من النماذج الصحية العالمية أهمها النموذج البريطاني والنموذج الكوبي:

8.4.1 أولاً: النموذج البريطاني [26] [27] [28]

يُعتبر النظام الصحي البريطاني (National Health Service -NHS) أحد أبرز النماذج العالمية للرعاية الصحية الممولة حكومياً، ويُصنف ضمن "نموذج بيفيريدج" Beveridge Model -يتم تمويله بالكامل من الضرائب العامة، ويوفر تغطية صحية شاملة ومجانية عند نقطة الاستخدام لجميع المواطنين والمقيمين الدائمين. وتتولى الدولة تنظيم وتمويل وتقديم الخدمات، مما يعزز من العدالة والكفاءة ويقلل من التكاليف الإدارية. ويمتاز هذا النموذج بوجود نظام إحالة منظم، وتركيز على الرعاية الأولية، إلى جانب منظومات فعالة لضمان الجودة وسلامة المرضى. ورغم قوته، يواجه تحديات تشمل قوائم الانتظار الطويلة، والضغط على الموارد البشرية، واحتياجات تمويل مستدامة بسبب شيخوخة السكان وزيادة الأمراض المزمنة.

8.4.2 ثانياً: النموذج الكوبي [29] [30] [31]

يُعد النظام الصحي في كوبا مثلاً مميّزًا على الرعاية الصحية الوقائية ذات التغطية الشاملة في دولة ذات موارد محدودة. ويستند النموذج الكوبي إلى تقديم الخدمات الصحية المجانية بالكامل، بتمويل وإدارة مركزية من قبل الدولة. ويُركز النظام على الرعاية المجتمعية والرعاية الأولية، حيث يتم تخصيص فريق طبي (طبيب وممرضة) لكل

حي سكني)، مما يتيح المتابعة المستمرة لكل فرد من السكان. وتُحقق كوبا مؤشرات صحية تضاهي الدول المتقدمة مثل انخفاض معدلات وفيات الرضع وارتفاع متوسط العمر المتوقع، رغم الحصار الاقتصادي. ويرجع هذا النجاح إلى التركيز على التعليم الطبي، والوقاية، والتوزيع العادل للموارد، والنظام المتكامل بين البحث العلمي والتطبيق السريري.

9. نتائج الدراسة وتحليلها:

بعد تحليل النظام الصحي الليبي ومقارنته بالتجارب الدولية

9.1 أظهرت النتائج الرئيسية أن:

- النظام الصحي الليبي بحاجة إلى إعادة هيكلة شاملة تشمل الجوانب التشريعية والمؤسسية.
- غياب التمويل المستدام والإدارة الفعالة يقوض قدرة النظام على تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- هناك فجوات كبيرة في التوزيع الجغرافي للخدمات والكوادر.
- تعزيز الحوكمة، وتطوير نظم المعلومات، والاستثمار في الرعاية الصحية الأولية، هي أولويات يجب معالجتها فوراً.

9.2 التحليل الأكاديمي للنتائج:

تتفق هذه النتائج مع ما ورد في أدبيات الإصلاح الصحي في الدول النامية، التي تشير إلى أن غياب الحوكمة الرشيدة، وضعف التمويل، وعدم عدالة التوزيع، تمثل العوائق الرئيسية أمام التغطية الصحية الشاملة. وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن تحسين النظم الصحية يتطلب نهجاً متعدد المستويات يشمل إصلاح السياسات، وتطوير الموارد، واستخدام التكنولوجيا.

وعند مقارنة النظام الصحي في ليبيا بتجارب دول عالمية يتضح أن نجاح هذه الدول في تحسين نظمها الصحية ارتبط بإصلاح الحوكمة، تعزيز الرعاية الأولية، وتحقيق التغطية التأمينية التدريجية. كما أن تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص ساهم في تحسين كفاءة الإنفاق وجودة الخدمات.

وبوضوح (جدول 1) مقارنة تحليلية بين النظام الصحي الليبي، والنموذج البريطاني (NHS – Beveridge)، والنموذج الكوبي، من حيث المكونات الأساسية، مصادر التمويل، مدى التغطية، جودة الخدمات، ودور الدولة.

جدول 1: ملخص تحليلي مقارنة بين النظام الصحي الليبي والنماذج العالمية

العنصر	النظام الصحي الليبي	النظام البريطاني (NHS)	النظام الكوبي	مصدر
نموذج التمويل	مختلط: تمويل حكومي جزئي، مع اعتماد كبير على الدفع المباشر من جيب المواطن.	تمويل حكومي شامل من الضرائب	تمويل حكومي كامل تديره الدولة.	[1] [2] [3] [9] [11], [25], [27]
التغطية الصحية	غير شاملة – تفاوت بين المناطق	تغطية شاملة لجميع السكان	تغطية شاملة ومجانية تمامًا	[1] [2] [3] [9] [11], [27]
المورد	نقص في الكوادر والمعدات	مستقرة لكنها تعاني من ضغط	مدربة محليًا وتوزيعها منظم	[4], [25]
نظام المعلومات الصحية	يفتقر إلى قاعدة بيانات موحدة حول المؤشرات الصحية مما يعرقل عمليات التخطيط والتقييم.	قوي	قوي	[1] [2] [3] [9] [11], [27]
الجودة والسلامة	غير متجانسة، تفتقر إلى نظام رقابة	مراقبة قوية وجودة عالية نسبيًا	تركز على الوقاية والرعاية الأولية	[10], [11], [12]
دور الدولة (الحكومة)	ضعيف نسبيًا في التنظيم والرقابة	قوي جدًا – حوكمة مركزية وتنظيم صارم للخدمات الصحية	الدولة مسؤولة بالكامل عن التشغيل	[8], [14], [23]
التحديات الحالية	تأثر بالنزاعات، نقص التمويل والمعدات	ضغط ديمغرافي وتمويل مستدام	الحصار والتكنولوجيا المحدودة	[1] [2] [3] [9] [11], [20]

10. التوصيات والمقترحات لإصلاح النظام الصحي

في ضوء التحديات البنيوية التي تواجه النظام الصحي الليبي، وسعيًا لتحقيق التغطية الصحية الشاملة كهدف وطني وإنساني، يوصي هذا البحث باتباع نهج شامل لإصلاح النظام الصحي يركز إلى رؤية متكاملة تعزز من كفاءة النظام، وتضمن عدالة التوزيع، وتحمي المواطنين ماليًا.

10.1 أبرز محاور التوصيات:

☐ تعزيز الحوكمة وبناء مؤسسات صحية فعالة

• ترسيخ مفهوم الصحة كحق إنساني ضمن التشريعات والسياسات العامة، وربط تحقيقه بالتنمية الوطنية

الشاملة.

- وضع إطار قانوني شامل لتنظيم القطاع الصحي.
- توحيد الهياكل الصحية وتقليل الازدواجية بين الجهات التنفيذية على المستويين المركزي والمحلي.
- تبني سياسة صحية وطنية موحدة، تعتمد رسميًا وتبنى عليها الخطط التنفيذية، مع الالتزام بالمتابعة والتقييم المستمر.
- إنشاء هيئة وطنية مستقلة لتنظيم القطاع الصحي تضمن الشفافية، وتضع معايير الجودة، وتراقب أداء المؤسسات.
- إطلاق برنامج وطني للتغطية الصحية الشاملة يشمل حزمة خدمات أساسية، وآلية تمويل عادل، ونظام تأمين حكومي مستدام.
- تبني نهج لتحقيق التغطية الصحية الشاملة يبدأ بالرعاية الأولية والخدمات الأساسية للفئات الأكثر هشاشة.
- بناء شراكات دولية استراتيجية للاستفادة من الدعم الفني والمالي والتجارب العالمية.
- أهمية وجود نظام تأمين صحي ممول حكوميًا يشمل جميع المواطنين.
- تفعيل دور الرعاية الصحية الأولية في تحقيق التغطية الصحية:
- التركيز على الرعاية الأولية كأساس لتحقيق العدالة الصحية وتقليل التكاليف.
- تقوية البنية التحتية للوحدات الصحية المجتمعية.
- توفير حزمة خدمات أساسية تشمل الرعاية الوقائية والعلاجية.
- تعزيز نظام الإحالة بين مستويات الرعاية الصحية لضمان استمرارية الخدمات.
- إدماج الرعاية النفسية والاجتماعية ضمن الحزمة الأساسية للخدمات.
- إصلاح نظام التمويل الصحي
- تقليل الإنفاق المباشر من جيب المواطن من خلال دعم الادوية والخدمات الأساسية.
- تصميم نظام تأمين صحي وطني يضمن تغطية أساسية للجميع، مع التركيز على الفئات الضعيفة.
- تنوع مصادر تمويل القطاع الصحي (الضرائب الصحية، المساهمات الاجتماعية، التبرعات).
- وضع آلية شفافة لتخصيص الموارد بناءً على الاحتياج السكاني ومستوى الأداء.

- تقليص الإنفاق غير الفعال عبر المراقبة الإلكترونية للشراء والتوزيع.
- ② تطوير القوى العاملة الصحية (الموارد البشرية)
- إعادة توزيع الكوادر الطبية بما يضمن عدالة التوزيع الجغرافي للخدمات.
- فتح مسارات تدريب مهني مستمر وبعثات تخصصية في الداخل والخارج.
- تحسين بيئة العمل وتحفيز العاملين من خلال الأجور العادلة والاستقرار الوظيفي.
- اعتماد كادر مهني وطني موحد يشمل مزايا مهنية وأخلاقية موثقة.
- ② النهوض بالبنية التحتية الصحية
- إعادة تأهيل المستشفيات والمراكز الصحية المتضررة، خاصة في المناطق المهمشة.
- إدخال خدمات متنقلة للوصول إلى المناطق الريفية والناحية.
- ② إصلاح منظومة الإمدادات الطبية
- اعتماد نظام وطني إلكتروني لمشتريات الأدوية والمستلزمات الطبية لضمان الشفافية والكفاءة.
- إنشاء مراكز تخزين استراتيجية في مناطق متعددة لضمان التوزيع السريع.
- دعم الصناعة الدوائية المحلية وتشجيع الشراكات مع شركات دولية.
- ② بناء نظام صحي رقمي متكامل
- بناء منظومة صحية رقمية تدعم القرار القائم على البيانات، وتحسن من كفاءة تقديم الخدمات.
- بناء نظام معلومات صحي وطني موحد يدعم التوثيق والتحليل والتخطيط.
- رقمته الملفات الطبية ونظم إدارة المستشفيات.
- ربط المرافق الصحية بشبكة معلومات متكاملة تتيح تتبع الأداء وجودة الخدمة.
- استخدام تطبيقات الصحة الإلكترونية لتحسين التوعية والمتابعة.
- إنشاء منصات رقمية للرعاية عن بعد.
- ② تحسين جودة الخدمات الصحية
- وضع معايير وطنية موحدة لضمان الجودة وسلامة المرضى.
- إنشاء نظام اعتماد وتقييم دوري للمرافق الصحية.

- تفعيل نظام شكاوى المستفيدين وربطه بتحسين الخدمة.
- تعزيز اللامركزية والمشاركة المجتمعية في تقديم الرعاية
- تفعيل اللامركزية في تقديم الخدمات الصحية مع توفير الموارد والصلاحيات اللازمة للمناطق النائية.
- تحفيز القطاع الخاص على المساهمة في تقديم الخدمات ضمن إطار تنظيمي يضمن الجودة والعدالة وعدم التمييز، والتكامل مع القطاع العام.
- إشراك المجتمع المحلي والمنظمات غير الحكومية في تخطيط وتنفيذ المبادرات الصحية.
- إشراك المواطنين في وضع أولويات النظام الصحي من خلال آليات المشاركة المجتمعية.
- دعم المبادرات الصحية المحلية والمنظمات غير الحكومية.
- تعزيز التنقيف الصحي وتمكين الأسر والمجتمعات من اتخاذ قرارات صحية واعية.

10.2 اقترحت الدراسة خارطة طريق تتكون من ثلاث مراحل لإصلاح النظام الصحي، تلتخص في الجدول 2

جدول 2: خارطة الطريق للإصلاح

المرحلة	المدة الزمنية	الإجراءات الأساسية	الجهة المنفذة
قصيرة الأجل	1-2 سنة	تقييم الوضع الراهن، وإصلاح القوانين والتشريعات لتعزيز الحوكمة الرشيدة	الجهات التشريعية بمساعدة المجتمع المدني
متوسطة لأجل	3-5 سنوات	التأمين الصحي، تطوير الموارد، والتركيز على شراكة فعالة مع القطاع الخاص.	وزارة الصحة مع وزارة الضمان الاجتماعي بالإضافة الى وزارة المالية.
طويلة الأجل	6-10 سنوات	تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول 2030	وزارة الصحة مع وزارة الضمان الاجتماعي بالإضافة الى وزارة المالية.

10.3 تحديات تنفيذ التوصيات:

رغم وضوح الرؤية الإصلاحية، هناك تحديات متوقعة أمام التنفيذ أهمها:

- محدودية الموارد المالية والاقتصادية خاصة مع الأزمات السياسية.
- غياب الإطار القانوني الموحد الذي ينظم الشراكة ويضمن المساءلة.
- نقص الكفاءات الصحية المدربة، وهجرة الكوادر المؤهلة للخارج.
- مقاومة بعض الأطراف للتغيير، نتيجة مصالح اقتصادية أو إدارية.

11. محددات الدراسة

11.1 نقاط القوة في الدراسة:

- الاعتماد على مصادر موثوقة وحديثة: استخدمت الدراسة تقارير من منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، ووزارة الصحة الليبية، مما يمنح النتائج مصداقية وارتباطا مباشرا بالواقع الصحي المحلي والدولي.
- المنهجية الوثائقية التحليلية: مكنت مراجعة الوثائق من تغطية طيف واسع من المؤشرات والقطاعات الصحية دون الحاجة إلى جمع بيانات ميدانية في بيئة صعبة الوصول.
- التكامل بين العرض والتحليل: لم تقتصر الدراسة على عرض النتائج، بل قدمت تحليلا أكاديميا يربط بين الواقع الصحي الليبي والنظريات والتجارب الدولية في الإصلاح الصحي.
- خارطة طريق عملية وقابلة للتنفيذ: اقترحت الدراسة توصيات مدروسة على مراحل زمنية (قصيرة، متوسطة، طويلة)، مما يسهل استخدامها من قبل صانعي القرار أو الهيئات التنفيذية.

11.2 قيود الدراسة:

- غياب البيانات الميدانية أو الإحصائية المباشرة: نظرا لاعتماد الدراسة على مراجعة وثائقية فقط، فإنها قد لا تعكس بعض الأبعاد الميدانية الدقيقة أو المتغيرة بسرعة مثل رضا المرضى أو الكفاءة التشغيلية اليومية.
- عدم إشراك أصحاب المصلحة مباشرة: لم تشمل الدراسة آراء العاملين في القطاع الصحي أو المستفيدين، ما قد يؤثر على شمولية التقييم وتعدد وجهات النظر.
- تأثير التحليل بالسياق السياسي: بعض الوثائق المستخدمة قد تكون متأثرة بالاتجاهات السياسية أو غير محدثة بالكامل.

الخاتمة:

خلصت هذه الدراسة إلى أن النظام الصحي في ليبيا يواجه تحديات بنيوية وتنظيمية تمثل عقبة أمام تحقيق

التغطية الصحية الشاملة.

من خلال تحليل الوثائق الرسمية والدولية، تبين أن النواقص تمتد إلى التمويل، الحوكمة، البنية التحتية، والموارد البشرية.

وقد قدمت الدراسة إطارًا تحليليًا مدعومًا بتجارب دولية، وخارطة طريق عملية تنقسم إلى مراحل قصيرة، متوسطة وطويلة الأجل.

إن إصلاح النظام الصحي لا يتطلب فقط التوصيات النظرية، بل يتطلب إرادة سياسية فعالة، شراكات حقيقية بين القطاعين العام والخاص، وتعاونًا إقليميًا ودوليًا لتحقيق أهداف التنمية المستدامة في أفق عام 2030.

وتُعد هذه الدراسة مساهمة أولية في بناء قاعدة معرفية يمكن تطويرها من خلال دراسات ميدانية كمية ونوعية مستقبلاً يتم فيها إجراء مقابلات أو استبيانات لقياس رأي العاملين أو المرضى، لتكملة هذه الدراسة النظرية بنتائج تطبيقية تهدف إلى بناء نظام صحي أكثر عدالة وكفاءة واستدامة.

أن نتائج هذه الدراسة يمكن استخدامها فعليًا من قبل الحكومة ووزارة الصحة لتطوير سياسات فعالة وعادلة ومستدامة.

شكرو وتقدير:

أتقدم بالشكر الجزيل لـ د. طارق محمود تنتوش رئيس قسم الإدارة وبرامج الدكتوراه بأكاديمية الدراسات العليا – جنزور على دعمه وتوجيهاته القيمة خلال مراحل إعداد هذه الدراسة.

المصادر والمراجع وفقاً لـ APA النسخة السابعة:

- [1]World Health Organization. Tracking Universal Health Coverage. Global Monitoring Report [Internet]. 2017. [Cited 2021-08-22].
- [2]World Health Organization. (2023). tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. World Health Organization.
- [3]World Health Organization. (2024). Universal Health Coverage/Life Course Cluster biennial

report 2022–2023: advancing health for all.

[4] Allen, L. N., Wild, C. E., Loffreda, G., Kak, M., Aghilla, M., Emahbes, T., & El Saeh, H. M. (2022). Non-communicable disease policy implementation in Libya: A mixed methods assessment. *PLOS Global Public Health*, 2(11), e0000615 .

[5] Mathura, M. I. (2024). Humanitarian Intervention and Regime Change: A Case of North Atlantic Treaty Organization Military Operation in Libya, 2011-2022 (Doctoral dissertation, Doctoral dissertation, Kenyatta University) .

[6] Elhakim, M., Hamid, M., Elkholy, A., & Samhoury, D. (2025). Leveraging International Health Regulations (2005) to enhance health security in the Eastern Mediterranean Region: a retrospective analysis from 2016 to 2023. *BMJ Public Health*, 3.(1)

[7] Allen, L. N., Hatefi, A., Kak, M., Herbst, C. H., Mallender, J., & Kareem, G. (2024). A rapid mixed-methods assessment of Libya's primary care system. *BMC Health Services Research*, 24(1), 721.

[8] Brundtland, G. H. (2022). Public financing for primary health care is the key to universal health coverage and strengthening health security. *The Lancet Global Health*, 10(5), e602-e603 .

[9] World Health Organization. (2024). Universal health coverage partnership annual report 2022: More than 10 years of experiences to orient health systems towards primary health care. World Health Organization.

[10] Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academies Press.

[11] World Health Organization. (2020). Action framework to advance universal access to safe, effective and quality-assured blood products 2020–2023. World Health Organization.

[12] Kickbusch, I., Piselli, D., Agrawal, A., Balicer, R., Banner, O., Adelhardt, M., & Wong, B. L. H. (2021). The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up

in a digital world. The Lancet, 398(10312), 1727-1776.

[13] Lim, M. Y. H., & Lin, V. (2021). Governance in health workforce: how do we improve on the concept? A network-based, stakeholder-driven approach. Human Resources for Health, 19(1), 1.

[14] Hanson, K., Brikci, N., Erlangga, D., Alebachew, A., De Allegri, M., Balabanova, D., ... & Wurie, H. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. The Lancet Global Health, 10(5), e715-e772.

[15] Agyeman-Manu, K., Ghebreyesus, T. A., Maait, M., Rafila, A., Tom, L., Lima, N. T., & Wangmo, D. (2023). Prioritising the health and care workforce shortage: protect, invest, together. The Lancet Global Health, 11(8), e1162-e1164 .

[16] Martineau, T., Ozano, K., Raven, J., Mansour, W., Bay, F., Nkhoma, D., & Caffrey, M. (2022). Improving health workforce governance: the role of multi-stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of health. Human Resources for Health, 20(1), 47.

[17] Vogler, S. (2024). Tackling medicine shortages during and after the COVID-19 pandemic: Compilation of governmental policy measures and developments in 38 countries. Health Policy, 143, 105030 .

[18] Brown, A. N., Chovitz, B., Dos Santos, R., Egharevba, M., McHenry, B., Meier, E., & Zwinkels, D. (2025). Presenting a framework to professionalize health supply chain management. Global Health: Science and Practice, 13(Supplement 1).

[19] Alam, S., Gupta, A., & Panas, A. (2022). McKinsey on Healthcare: Weathering the storm.

[20] Lima, M. (2024). Strengthening healthcare supply chains: A comprehensive strategy for resilience in the face of natural disasters. Health Economics and Management Review, 5(2), 47-67.

[21] Ali, D., Woldegiorgis, A. G. Y., Tilaye, M., Yilma, Y., Berhane, H. Y., Tewahido, D., & Mandal, M. (2022). Integrating private health facilities in government-led health systems: a case study of the

public–private mix approach in Ethiopia. BMC Health Services Research, 22(1), 1477.

[22]Clarke, D., Coccozza, A., Bascolo, E., Salah, H., Pastorino, G., Anye, M. N., & Sam, O. (2023). The Country Connector on Private Sector in Health: a global governance platform. BMJ Global Health, 8(Suppl 5), e014454.

[23]Amri, M., Sam, O., Anye, M., Zibwowa, Z., Karamagi, H., & Nabyonga-Orem, J. (2025). The governance of private sector engagement in health in the African Region: a descriptive case study. Journal of Global Health Economics and Policy, 5, e2025002.

[24]Topol, E. (2019). Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again. Hachette UK.

[25] Sheikh, A., Anderson, M., Albala, S., Casadei, B., Franklin, B. D., Richards, M., & Mossialos, E. (2021). Health information technology and digital innovation for national learning health and care systems. The Lancet Digital Health, 3(6), e383-e396.

[26] McGowan, J., Attal, B., Kuhn, I., Hinton, L., Draycott, T., Martin, G. P., & Dixon-Woods, M. (2024). Quality and reporting of large-scale improvement programmes: a review of maternity initiatives in the English NHS, 2010–2023. BMJ Quality & Safety, 33(11), 704-715.

[27] Herrick, C. (2025). Medical futurology: the National Health Service and the politics of inevitable conclusions. Antipode, 57(2), 559-577 .

[28]Manoliu- Hamwi, E. M., Dascălu, C. G., Zegan, G., Cărauşu, E. M., Ghiciuc, C. M., Ivănescu, M. C., & Stan, C. D. (2024). Patient’s satisfaction level with community pharmacies services in Romania: a questionnaire-based study. Journal of Pharmaceutical Policy and Practice, 17(1), 2381104.

[29]Al Mustanyir, S. (2024). From oil reliance to financial resilience: have economic sanctions made OPEC countries’ healthcare financing independent from oil? Cogent Business & Management, 11(1), 2331281.

[30] Konieczny, P., & Lewoniewski, W. (2024). Quantifying Americanization: Coverage of American Topics in Different Wikipedias. Social Science Computer Review, 42(4), 977-996.

[31] Baggott, R., & Lambie, G. (2019). Hard currency, solidarity, and soft power: the motives, implications, and lessons of Cuban health internationalism. International Journal of Health Services, 49(1), 165-185.

مراجع الدراسات السابقة:

[1] د. محمد بو حجي، د. مريم الجلاهمة، د. جميلة السلطان/ كتاب رعايتنا الصحية خياراتنا. مساراتنا. قراراتنا الطبعة الأولى يوليو 2013 م / البحرين/نشر خاص.

[2] جوسيب فيجويراس، ومارتن ماي/ النظم الصحية والصحة والثروة والرفاهية الاجتماعية / تقييم الحالة للاستثمار في النظم الصحية/المترجمون: د. معاوية عبد الله قديمات وآخرون/ مراجعة وتحرير المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية / دولة الكويت / سلسلة المناهج الطبية العربية / البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org الطبعة الأولى 2015

[3] د. سامية العمودي/ ورقة عمل حول قضية الخدمات الطبية والتأمين الطبي في المملكة الإشكالات والحلول/ مجلة الجودة الصحية/ المحور السادس / الصادرة من مركز أسبار الدراسات والبحوث والاعلام/12 أكتوبر 2015

[4] جوزيف كوتزين، صوفي ووتر، ماثيو جويت، دورسورين بايارساياخان، / وضع استراتيجية وطنية لتمويل الصحي/دليل مرجعي/توجهات التمويل ال صحي3./منظمة الصحة العالمية 2018.

[5] هاني الدمرداش/ نحو تغطية صحية شاملة في مصر (دراسة مقارنة) / جامعة طنطا/ كلية التجارة/مجلة التجارة والتمويل/مارس2019

[6] حلقة دراسية شبكية نظمها الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي (الإيسا)

<https://ww1.issa.int/ar/analysis/building-more-resilient-health-systems> /ابريل2021

.2