دولة ليبيا

المؤتمر الوطني العام

مجلس التخطيط الوطني

الإستراتيجية الوطنية للصحة في ليبيا 2013 ميلادي

إعداد : فريق الإستراتجية الوطنية للصحة المشكل بقرار اللجنة التسييريه للمجلس رقم 12 لسنة 2012 م الصادر بتاريخ 12 .11. 2012 م

قرار اللجنة التسييرية لمجلس التخطيط الوطني
رقم (12) لسنة 2012م
بشأن تشكيل فريق عمل وتحديد مهامه

اللجنة التسييرية لمجلس التخطيط الوطني

بعد الاطلاع على :

-الإعلان الدستوري الصادر عن المجلس الوطني الانتقالي بتاريخ 3- رمضان – 1432هـ الموافق 03-08-2011م وتعديلاته.
-القانون المالي للدولة.
-القانون رقم (13) لسنة 1430ميلادية بشأن التخطيط ولائحته التنفيذية وتعديلاته.
-القانون رقم (12) لسنة 2010م بشأن إصدار قانون علاقات العمل ولائحته التنفيذية.
-قرار مجلس التخطيط الوطني رقم (10) لسنة 1369 و.ر بشأن إصدار اللائحة الداخلية لمجلس التخطيط العام.
-برنامج العمل الاستثنائي (2012-2013م) لمجلس التخطيط الوطني ، وتنفيذاً للمشروعات الإستراتيجية الواردة به.
-قرار اللجنة التسييرية بالمجلس رقم (9) لسنة (2012م) بشأن تشكيل لجنة استشارية متخصصة.

قـــــــــررت

المادة الأولى

يشكل فريق عمل متخصص على النحو التالي :

1. د. ابراهيم علي جبيـــــــــــــل	رئيساً.
2. د. أبوبكر محمد الفقـــــــــــــي	عضواً.
3. د. علي مسعود المقدمـــــــــــــي	عضواً.
4. د. محمد مصباح السانـــــــــــــح	عضواً.
5. د. عبدالواحد الطاهر عمر جديـــدو	عضواً.
6. د. نصرالدين محمد الحامـــــــــــــدي	عضواً.
7. د. عامر التوائـــــي رحومـــــــــــــة	عضواً.
8. د. عادل ابراهيم التاجـــــــــــــوري	عضواً.
9. د. هشام زقـــــــــــــلام	عضواً.
10.د. محمد علي الكحـــــــــــــة	عضواً.
11.أ.محمد ابراهيم صالـــــــــــــح	عضواً.
12.د. عبدالرحمن محمد فـــــــــــــراره	عضواً.
13.مندوب عن وزارة الصحـــــــــــــة	عضواً مستعان به.
14.مندوب عن المركز الوطني للإمـــراض	عضواً مستعان به.
15.مندوب عن الهيئة العامة للبيئـــــــــــــة	عضواً مستعان به.
16.مندوب عن المؤسسات الطبية الخاصة	عضواً مستعان به.
17.أ.محمد البهلول بن عمـــــــــــــران	مقرراً.

المادة الثانية

يقوم الفريق المشكل بنص المادة السابقة بإعداد دراسة تتضمن مقترح لوضع الإستراتيجية الوطنية للصحة على أن يتم انجاز عمل ومهام الفريق على مرحلتين :

المرحلة الأولى : ويتم فيها إعداد مقترح حول ملامح هذه الإستراتيجية يتم تقديمه خلال فترة أقصاها نهاية العام (2012)م.

المرحلة الثانية : ويتم فيها تقديم التقرير النهائي لهذه الدراسة متضمناً أهم المحاور والمخرجات والتوصيات التي يمكن الارتكاز عليها في وضع هذه الإستراتيجية مرفقة بخطة عمل لتنفيذها.

هذا وللفريق في سبيل انجاز مهامه القيام بالأعمال التالية :

- تجميع الدراسات والتقارير السابقة ذات العلاقة بعمل الفريق وصياغتها في ملخصات مختصرة .
- الاطلاع على بعض التجارب والنماذج الدولية الناجحة في هذا المجال والاستفادة منها في عمل الفريق.
- التنسيق مع الجهات الوطنية المعنية بهذا العمل من خلال مندوبيها والاستفادة من خبراتها وأعمالها في هذا المجال.

المادة الثالثة

للفريق حق الاستعانة ببعض الخبراء من داخل وخارج ليبيا للمساعدة في إنجاز بعض الأعمال النوعية المتخصصة ذات العلاقة بمهام الفريق ، كما للفريق حق الاستعانة بمن يرى الاستعانة بهم للقيام بالأعمال الإدارية وأعمال الخدمات العامة وغيرها في سبيل تسهيل وإعداد الأعمال المطلوبة ، وذلك باقتراح من رئيس الفريق يتم اعتماده بموجب تكليف من رئيس اللجنة التسييرية.

المادة الرابعة

يعقد الفريق اجتماعات عادية دورية لمناقشة ومتابعة تنفيذ المهام المناطة به بحسب مقتضيات العمل وكلما استدعت الحاجة إلى ذلك ، على أن ينتهي الفريق من تنفيذ الأعمال المكلف بها في أجل أقصاه (6) أشهر من تاريخ صدور هذا القرار.

المادة الخامسة

يقدم الفريق تقارير متابعة دورية مختصرة حول أهم ما قام به من أعمال أولاً بأول ، كما يقوم الفريق بتقديم تقريراً شاملاً ونهائياً متضمناً محاور ومخرجات هذا العمل ، مرفقاً بورقة تتضمن خطة عمل لتنفيذها.

المادة السادسة

تصرف مكافأة مالية لرئيس وأعضاء الفريق
، كما تصرف للأخوة المستعان بهم مكافأة مالية يتم اقتراحها من رئيس الفريق واعتمادها من الأخ / رئيس اللجنة التسييرية ، على أن يمنح أعضاء الفريق والمستعان بهم الذين تتطلب المهام المكلفين بها السفر والمبيت بمدينة طرابلس منحة مالية إضافية يتم تقديرها من طرف رئيس اللجنة التسييرية ، وفي كل هذه الأحوال يتم تغطية كافة هذه المصروفات من بند اللجان العلمية وفرق العمل.

المادة السابعة

يعمل بهذا القرار من تاريخ صدوره وعلى المعنيين بأحكامه تنفيذه.

اللجنة التسييرية بالمجلس

صدر بطرابلس:

الموافق: 31 / 10 /2012م

العنوان	رقم الصفحة
المقدمـــــة	2
الباب الأول	
1.1 لمحة عامة على ليبيا .	5
2.1 الوضع الحالي للصحة في ليبيا	8
الباب الثاني	
1.2 السياسة الصحية في ليبيا.	15
2.2 التحديات التي تواجه قطاع الصحة .	17
3.2 التحليل الرباعي للصحة في ليبيا .	20
4.2 الرؤية .	22
5.2 الرسالة .	22
6.2 القيم .	22
7.2 الأهداف الإستراتيجية للصحة .	23
8.2 الأهداف الإنمائية للألفية.	26
الباب الثالث	
الحوكمة	28
3 الرعاية الصحية	31
1.1.3 الرعاية الصحية الأولية.	31
2.1.3 الرعاية الصحية الثانية و الثالثة .	50
3. 2الإسعاف وطب الطوارئ.	54
3.3 صحة الفم والأسنان .	57
4.3 الوسائل التشخيصية .	64
5.3 المختبرات .	66
1.5.3 المختبرات الطبية	66
2.5.3 الطب الشرعي والسموم	69
3. 6 الموارد البشرية .	71
3. 7 الأدوية والمستلزمات الطبية .	85
8.3 الغذاء وسلامة الغذاء .	69
9.3. مصارف الدم وسلامة الدم .	99
10.3 . ذوى الإعاقة .	101
11.3. الصحة النفسية .	105
12.3. الجودة .	108
13.3. القطاع الخاص .	111
14.3. نظم المعلومات الصحية .	113
15.3 . التمويل .	117
الباب الرابع	
1.4 المؤشرات الصحية	136

المقدمـــــة

بســـم الله الرحمـــن الرحيـــم

انطلاقاً من التعريف المعتمد للصحة بدستور منظمة الصحة العالمية للصحة ، بأنها (حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياوإجتماعياً وليست مجرد إنعدام المرض أو العجز) ، وما نص عليه الدستور من أن التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه هو احد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية .

وبما إن جميع الدول المنتسبة للمنظمة قد ألتزمت بنصوص الدستور الذي جاء فيه بأن الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها ولايمكن الوفاء بهذه الالتزامات إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية ولذلك تتولى الحكومات القيام بمهامها وفقاً لما نص عليه دستور المنظمة للعمل على أن يبلغ مواطنيها أعلى مستوى صحي ممكن ليمكنهم من أن يكونوا منتجين اقتصاديا واجتماعيا .وأن تعتمد نظام صحي يكفل المحافظة على الصحة واستعادتهاوتوفير بيئة سياسية و اقتصادية واجتماعية تعمل جميعها لتحقيق ذات الهدف من هذا المنطلق تبني الفريق الأسلوب المعتمد للتخطيط الصحي الاستراتيجي الذي استنار بالأدلة المعتمدة في مجال التخطيط الصحي وعدد من الخطط المعدة ببعض الدول العربية و الأجنبية كما تمكن الفريق من جمع المراجع والوثائق التي تخص عمله حيث تم الاسترشاد بمراجع ومشروعات وخطط ودراسات وتقارير صادرة من وزارة الصحة أو من خلال أعمال لجان تمت بإشراف مجلس التخطيط الوطني أو غيره من القطاعات وفقاً لمراجع الخطة واستنار بإستراتيجيات دول أخرى .

وقد اعتمد الفريق بأن تشمل الخطة بشكلها الكامل جميع الجوانب التي رأى بأنها ضرورية في إعداد الخطة الإستراتيجية التي تمثل الاستجابة لحاجة ليبيا خلال المدة الممتدة حتى عام 2030 ميلادي والمخاطر المحتملة والتدخلات اللازمة للمحافظة على الصحة واستعادتها ولذلك اتفق الفريق على إن تكون الخطة شاملة لجميع الجوانب الصحية من تحليل الوضع الراهن للصحة إلى المشاكل والتحديات والمشاكل ذات الأولوية في الصحة بمحاور واضحة لمختلف المشاكل الصحية ذات الأولوية .

وقد اعتُمدت قائمة المؤشرات الصحية العامة المعتمدة من منظمة الصحة العالمية بعدد 124 مؤشر تغطي كافة الجوانب كمعيار لمراقبة التقدم والتقييم الدوري للخطط التي تعتمد خلال الفترة حتى عام 2030 ميلادي و قد تم اختيار عدد 66 مؤشرا كمؤشرات للقياس حيث أن التخطيط للصحة لا يمكن إن يكون في معزل عن الخطط الاقتصاديةوالاجتماعية التي يجب إن يكون محورها الرئيسي وهدفها النهائي المحافظة على صحة الإنسان وإطالة عمره وهو يتمتع بالصحة وفي أفضل الظروف التي تمكنه من إن يكون منتجاً اقتصاديا واجتماعيا لذا يجب أنتتضمن خطط الوزارات ذات العلاقة تدخلات تحقق هذا الهدف وخاصة في مجتمع كالمجتمع الليبي الذيتبين الدراسات الحديثة بأن أنماط الحياة السائدة بين أفراده لا تخدم الصحة ، وليس من الممكن بأن تتضمن خطة وزارة واحدة إي تدخلات لتغيير نمط الحياة إلى ما يخدم الصحةبل يجب أن تتعاون جميع الوزارات والمؤسسات الأهلية من أجل الحفاظ على الصحة وتعزيز صحة الأصحاء والوقاية من المخاطر التي تهدد صحة الإنسان .

ولقد رأي الفريق بأن تشمل التدخلات في الخطة الإستراتيجية الأعمدة الأساسية للصحة وهي كالأتي :

1. الحوكمة (الطريقة التي يدار بها النظام الصحي) .
2. التمويل .
3. نظام المعلومات الصحية .
4. الأدوية والتقنيات الصحية .
5. الموارد البشرية .
6. تقديم الخدمات .

وذلك من أجل وضع برامج لتنفيذ الوظائف الأساسية للأنظمة الصحية والتي تتمحور حول البرامج الأساسية الثلاثة التالية :

أولاً : تطوير النظام الصحي بكامل وظائفه لكي يتمكن من أداء عمله وقيامه بمهامه في الجوانب التالية :

1. **الحوكمة(القوامه) ، (الإدارة والتسيير)**
2. **التمويـــــــل .**
3. **تقديم الخدمات .**
4. **تدبير الموارد .**

ثانياً : مواجهة عبء الأمراض والإصابات.

ثالثاً : المؤثرات الخارجية على الصحة .

ولهذا فإن الخطة تحتوي مجموعة من البرامج التي تتناول التحديات التي تواجه النظام الصحي بكل جوانبه وتتناول البرامج تحليلا لكل مشكلة ذات الأولوية وتحديد الأهداف والتدخلات لتحقيق هذه الأهداف ومتطلبات القيام بهذه التدخلات معتمده المؤشرات العالمية للرقابة والتقييم .

أ.د.ابراهيم على جبيل

رئيس الفريق

الباب الأول

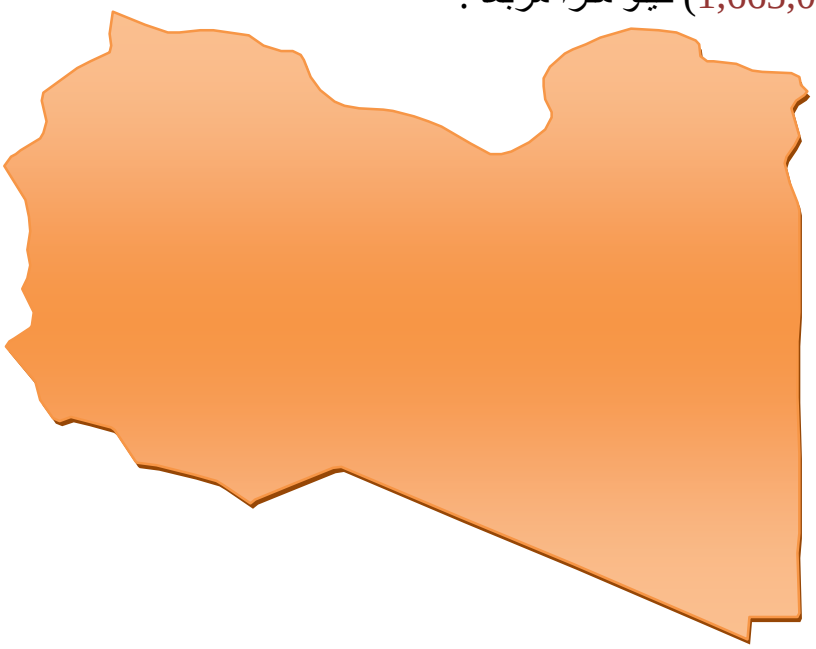
لـمحـــة عامــة علي ليبيا

الموقع الجغرافي والمساحة

تقع ليبيا في الوسط الشمالي من قارة أفريقيا بين خطي عرض (18- 33) شمالاً وخط طول (9- 25) شرقاً وتشرف على البحر المتوسط من الشمال بساحل طوله 1900 كيلومتراً ويحدها مـــن الشـــرق جمهوريتي مصـــر العربية والسودان ، ومن الجنوب جمهوريتي تشاد والنيجر ، ومـــن الغرب جمهوريتي تونس والجزائر ، ويلاحظ أن ليبيا تتوغل في أفريقيا مسافة تقدر بحوالي 1900 كيلو متر من البحر المتوسط حتى الحدود الشمالية لتشاد والنيجر والسودان .

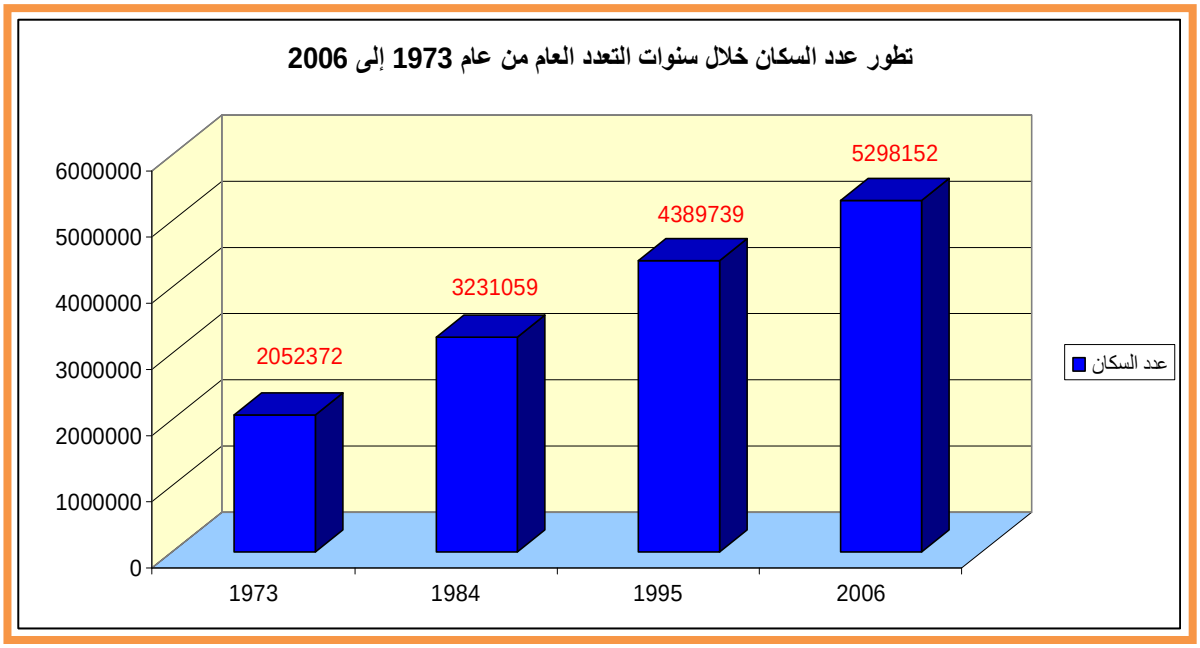
مساحة ليبيا :-

تحتل مساحة ليبيا المركز الثالث من حيث المساحة في أفريقيا بعد الســـودان والجزائر والمـركز الرابع في الوطن العربي حيث تبلغ مســاحتها حـــوالي (1,665,000) كيلو متراً مربعاً .

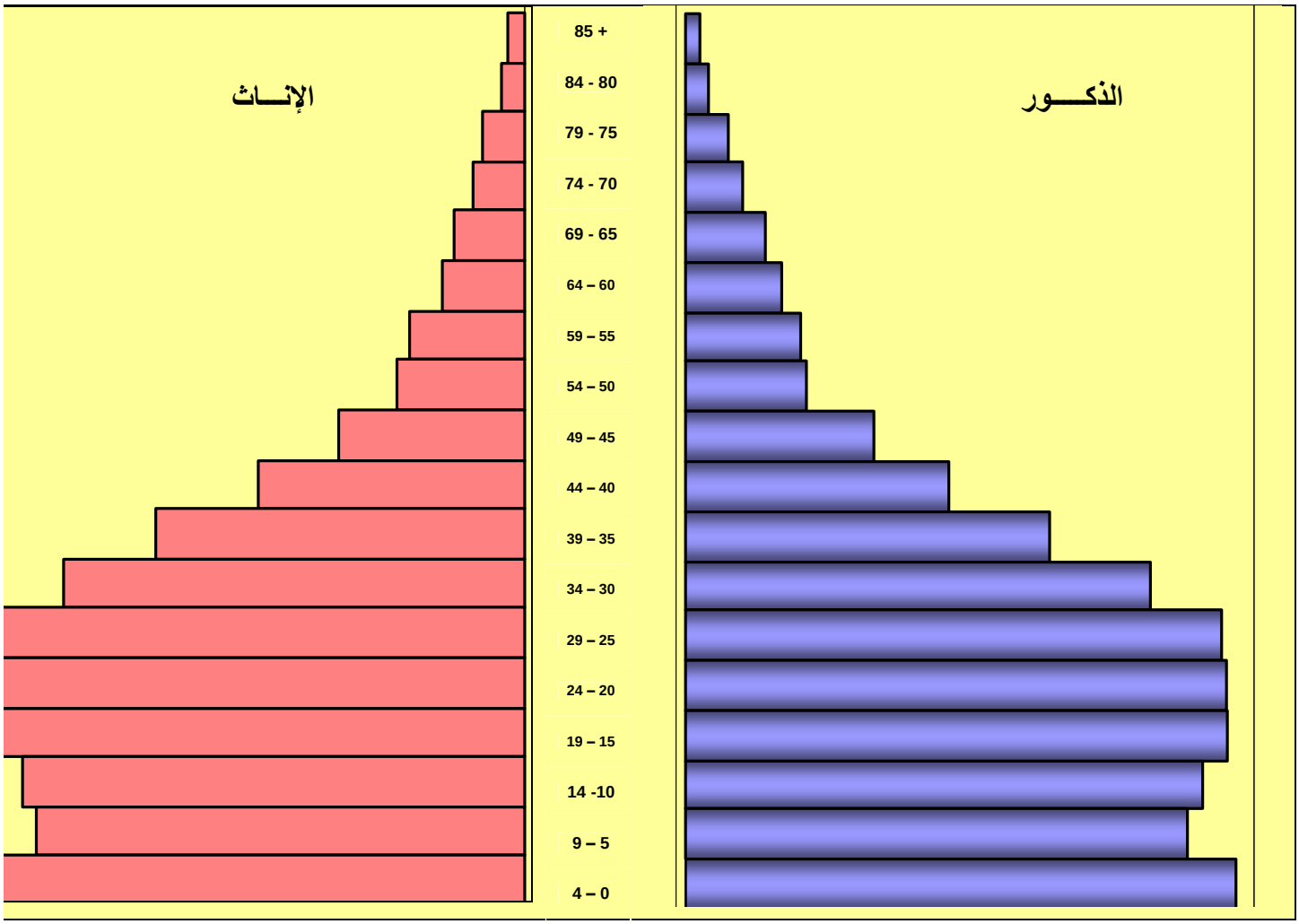


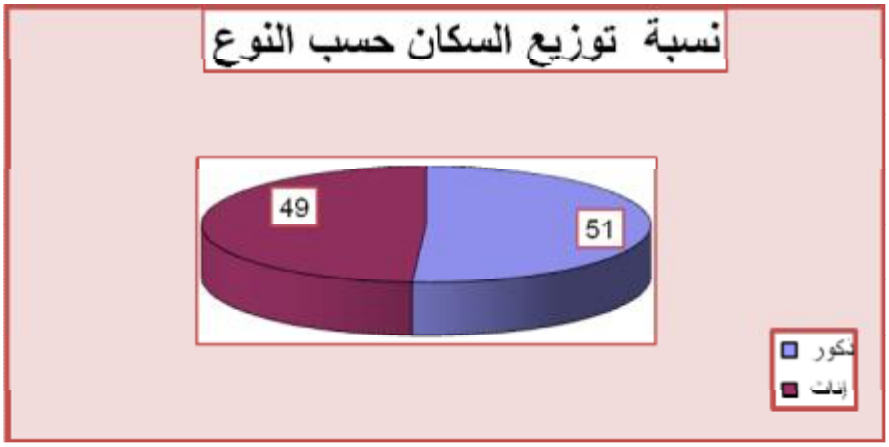
تطورعددالسكان (أهم ملامح السكان بليبيا)

- تضاعف عدد سكان ليبيا ثلاث مرات خلال أربعة عقودمن1.79 مليون إلى 5.6 مليون نسمة .
- يبلغ عدد الأسر الليبية حوالي مليون أسرة تقريباً حيث متوسط حجم الأسرة الليبية (5.9) فرد .
- انخفضت نسبة الزيادة بين فترات تعداد السكان (1984 – 1995) من4.2% إلى 2.9% وبين (1995 – 2006) الى 1.8 % .
- تقلصالفارق بين الذكور والإناث حيث تبلغ نسبة السكان الذكور (50.7) % والإناث (49.3) %
- تبلغ الكثافة السكانية (3.3) فرد للكيلومتر المربع الواحد ويمثل سكان الحضر نسبة 85 % من سكان ليبيا.



الهرم السكاني لليبيا حسب النتائج النهائية للتعداد السكان 2006


الإنـــاث
الذكـــور
85 +
84 - 80
79 - 75
74 - 70
69 - 65
64 – 60
59 – 55
54 – 50
49 – 45
44 – 40
39 – 35
34 – 30
29 – 25
24 – 20
19 – 15
14 -10
9 – 5
4 – 0


نسبة توزيع السكان حسب النوع
49
51
ذكور
إناث

تقديرات عدد السكان الليبيين خلال الفترة (2006- 2014) م			
سنة	عدد ذكور	عدد إناث	إجمالي السكان
2006	2,708,415	2,589,737	5,298,152
2007	2,756,625	2,635,834	5,392,459
2008	2,805,693	2,682,751	5,488,444
2009	2,840,487	2,762,418	5,602,905
2010	2,898,157	2,814,748	5,712,905
2011	2,953,960	2,868,945	5,822,905
2012	3,009,763	2,923,142	5,932,905
2013	3,015,346	2,977,339	5,992,685
2014	3,071,149	3,031,536	6,102,685

الوضع الحالي للصحة في ليبيا :

مرت الصحة في ليبيا بالعديد من التغيرات في العقود الماضية في أنماط الإدارة والتمويل والتأرجح بين القطاع العام والخاص وعدم كفاءة المبالغ المالية المخصصة والمسيلة للقطاع من الميزانية العامة للدولة وازدياد عدد العاملين التسييريين في الصحة (البطالة المقنعة) ولم يكن هناك تنسيق بين القطاعات ذات العلاقة بالصحة ولم يواكب القطاع ثورة المعلومات والاتصالات الأمر الذي جعله لم يستفد من برامج التعليم والتطبيب عن بعد .

والجداول التالية تبين وضع الصحة في ليبيا :

إجمالي القوى العاملةبقطاع الصحة لسنة2010 م

البـــيـــــــــان	العـــدد
إجمالي القوى العاملة بدواوين وزارة الصحة	3459
إجمالي القوى العاملة (وطنية،غيروطنية) بالمحافظات	60629
إجمالي القوى العاملة (وطنية – غيروطنية) بالمستشفيات	46908
القوى العاملة الفعلية بالجهات التابعة	2474
الإجمـــــــــالي	113,470

عددالعناصرالطبيةوالطبيةالمساعدةوالإدارية (الوطنيةوغيرالوطنيةبالمرافق الصحية لسنة 2010 م)

التخصص	أطباء	أطباء أسنان	صيادلة	تمريض وقابلات	فنيين صحيين	إدارية وخدمية	المجموع
عدد العناصر العاملة بالمستشفيات	8280	124	503	16878	6398	14725	46908
عدد العناصر العاملة بالمحافظات	3043	3052	598	24048	10242	19646	60629
المجموع	11323	3176	1101	40926	16640	34371	107,537

مجموع العاملين بقطاع الصحة 113.470 موزعين كالآتـي :-

1. دواوين المناطق 3467 .
2. الجهات التابعة للقطاع 2478 .
3. العاملين بالمستشفيات والرعاية الصحية الأولية107537.

وأضيف للقطاع خلال عام 2012 عدد 15000 موظف من فائض الملاكات خلال الأعوام الماضية. ولكن توزيع العمالة الطبية والطبية المساعدة في ليبيا يمثل مشكلة محورية وفق التالي :-

- عدد الأطباء في منطقة طرابلس 2.4 لكل 1000 من السكان .
- عدد الأطباء في منطقة الزاوية 1.55 لكل 1000 من السكان .
- عدد الأطباء في منطقة تاجوراء 0.4 لكل 1000 من السكان .
- عدد الأطباء في منطقة غات 0.7 لكل 1000 من السكان .
- عدد التمريض في منطقة غات28 لكل 1000 من السكان .

- عدد التمريض في منطقة بنغازي 4 لكل 1000 من السكان .
- عدد التمريض في منطقة طرابلس 4 لكل 1000 من السكان .
- عدد التمريض في منطقة غدامس13 لكل 1000 من السكان .

وهذا يعني أن ليبيا في حاجة ماسة لإعادة توزيع الكليات الطبية وكليات ومعاهد التمريض وكليات ومعاهد التقنية الطبية وإعادة توزيع العاملين الحاليين في ليبيا وفق الحاجة واستجلاب التمريض التخصصي وبعض التخصصات الطبية النادرة .

والجداول التالية توضح عدد المرافق الصحية على مستوي ليبيا بمختلف مستوياتها والتي توضح إن ليبيا ليست بحاجة لإضافة مرافق صحية جديدة ولكنها بحاجة إلى تطوير القائم حاليا والبحث عن مواقع جديدة لبعض منها وإنشاء بديل عن القائم حاليا مثل مستشفى الأمراض النفسية بطرابلس و بنغازي و كل من مستشفى الأطفال والنساء والولادة بطرابلس :

عدد مرافق الرعاية الصحية الأولية

فروع المركز الوطني لمكافحة الامراض	العيادات المجمعة	المراكز الصحية	عيادات الاسنان المركزية	الحجر الصحي	وحدة صحية نوع- ا	وحدة صحية نوع- ب	وحدة صحية نوع-ج
27	37	535	15	17	86	591	143

توزيع مرافق الرعاية الصحية الأولية على المناطق حسب مستوى تقديم الخدمات

المناطق	العيادات المجمعة	المراكزالصحية	عيادات الأسنان	وحدات الرعاية الصحية			
				حجر صحي	أ	ب	ج
البطنان	1	18	1	2	0	42	2
درنة	2	41	1	1	0	12	0
الجبل الأخضر	3	17	1	0	1	39	0
المرج	0	37	0	0	6	25	2
بنغازي	6	27	1	2	0	38	1
الواحات	0	7	0	0	0	18	0
اجدابيا	1	18	1	0	0	3	0
الكفرة	0	9	0	3	0	1	3
سرت	1	11	1	0	15	11	3
الجفرة	0	5	0	0	4	3	0
مرزق	1	17	0	1	8	25	1
سبها	1	8	1	0	0	13	3
غات	0	7	0	0	0	6	0
وادي الحياة	0	12	0	0	8	16	0
وادي الشاطئ	0	23	0	0	10	12	20
مصراتة	4	37	1	1	2	23	4
المرقب	2	49	0	1	0	84	0
طرابلس	11	53	3	1	0	35	4
الجفاره	0	39	0	1	3	67	11
الزاوية	2	7	1	0	6	41	3
المنطقة الغربية	1	45	3	2	0	35	1
الجبل الغربى	1	30	0	0	17	28	82
نالوت	0	18	0	2	6	14	3
المجموع	**37**	**535**	**15**	**17**	**86**	**591**	**143**
المجموع الكلي للمرافق الصحية (1424)							

المستشفيات العاملة في ليبيا

تخصصية	مركزية	عامة	قروية	المجموع	عدد الأسرة	أسرة القطاع الخاص	عدد الأسرة في القطاعين
26	18	21	32	97	20689	2149	22858

والجدول التالي يوضح المعدلات الصحية ومؤشرات الأمراض المستهدفة بالتحصين والتي تعكس وجود مؤشرات جيدة محققة الأمر الذي يتطلب معه الحفاظ عليها وتطويرها وتحقيق التكامل بين القطاعات ذات العلاقة بالصحة .

المؤشرات المتعلقة بالحالة الصحيـــة

المؤشـــــر	المعدل
متوسط العمر	72.3
متوسط العمر للرجال	70.3
متوسط العمر للنساء	74.9
معدل الوفيات الخام لكل ألف مولود حي	4.1
معدل المواليد الخام لكل ألف	24.9
معدل وفيات الرضع لكل ألف مولود حي	23
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمرلكل 1000 مولود حي	20.1
متوسط نسبة التغطية بالتطعيمات	(100-97) %98
نسبة الوفيات بسبب الحوادث	100.000:43

خدمات الرعاية الصحية في ليبيا

وضع البلاد في مجال تقديم الخدمات الصحية :

- تتوفر خدمات الرعاية الصحية الأولية لجميع السكان بنسبة 100 % من خلال97 مستشفي وعدد 1424 عيادة مجمعة ومراكز ووحدات الرعاية الصحية الاولية ولكنها ليست بالجودة والكفائة المطلوبتين .
- تتوفر خدمات الإيواء لجميع الحالات التي تستوجب خدمه إيوائية من خلال (97) مستشفى بجميع مناطق ليبيا حيث بلغت حالات الإيواء بالمستشفيات العامة (590862) حالة إيواء خلال العام 2008 م.
- ارتفعت نسبة الولادات تحت الرعاية الطبية إلى 99.88 % سنة 2010م .
- حقق البرنامج الموسع للتمنيع نسبة تغطية عالية تفوق 95 % في المتوسط ضد عدد (11) مرض معدي .
- تتولى مرافق الرعاية الصحية الأولية تقديم خدمات الصحة المدرسية من خلال زيارة المدارس الواقعة في نطاقها وفحص الطلبة دورياً وفقاً للبرنامج المعتمد وإجراء التحصينات المقررة للطلبة .
- تقدم خدمات الغسيل الكلوي لعدد (2585) لجميع المرضى مجاناً من خلال (39) مركز غسيل بجميع أنحاء ليبيا بها (925) جهاز للغسيل الكلوي .

القطـــاع العـــــام

- وصل عدد المستشفيات سنة 2009 الى 97 مستشفى .
- بلغ عدد الأسرَّة 20689 سريرا (بمعدل 37) سريراً لكل عشرة آلاف مواطن عام 2010 (أسرة وزارة الصحة فقط) .
- وصلت عدد المستشفيات التخصصية 25 مستشفى ..
- مستشفيات متخصصة للولادة وأقسام متخصصة في هذا المجال بجميع المستشفيات العامة
- مستشفيات متخصصة للأطفال وأقسام متخصصة في رعاية الأطفال بجميع المستشفيات العامة
- تقدم خدمات علاج مرضى العيون من خلال مستشفيين متخصصين في أمراض العيون يجرى بها عمليات متقدمة لعلاج الحالات المرضية (زراعة القرنية ، تصحيح النظر أو البصر) .
- مراكز وأقسام متخصصة لعلاج وجراحة أمراض القلب والأوعية الدموية .
- مستشفيات وأقسام متخصصة في مجال الحوادث والجراحات المختلفة
- مركز لجراحة حالات الحروق والتجميل يتولى الجراحات للحالات التي تحال اليه من جميع أنحاء ليبيا .
- معهد متخصص لتشخيص وعلاج الأورام وأقسام متخصصة بعدد من المستشفيات والمركز الطبية لتشخيص وعلاج الأورام .
- يوجد برنامج وطني لزراعة الاعضاء واخر لزراعة القرنية .

مع العلم بأن أغلب المرافق الصحية لا تعمل بالجودة و الكفاءة المطلوبتين لتقديم الخدمات الصحية الأمر الذي يتضطر معه المواطن العلاج بالقطاع الخاص أو السفر إلى الخارج و إن نسبة شغل الآسرة بالمستشفيات لا تزيد عن 25 % في أغلب الأحيان

البـــــاب الثاني

1-2 السياسة الصحية الحالية في ليبيا

تحدد القوانين التالية معالم السياسات الصحية المعمول بها في ليبيا

- **القانون الصحي 106 لسنة 1973 م :**

نص في المادة الأولى على الأتي : -

{الرعاية الصحية والطبية حق مقرر للمواطنين تكفله الدولة ، وتعمل وزارة الصحة على تطوير الخدمات الصحية والطبية ، والرفع من مستواها وزيادة كفاءتها بما يواجه حاجة المواطنين ويواكب التقدم العلمي في هذه المجالات وبما يساير الخطة الإنمائية للبلاد كما تعمل الوزارة على توفير ما تحتاج إليه المرافق الصحية من عناصر فنية}.

- كما حددت المادة الثانية دور القطاع في الأتي : -

{ تشرف وزارة الصحة على الصحة العامة ، والوقائية ، والطب العلاجي، والمؤسسات العلاجية ، والمنشآت الصيدلية ، وتراقب تداول الأدوية ، ومزاولة المهن الطبية والمهن المرتبطة بها }.

وقد بينت المادة الثالثة{ توفر وزارة الصحة للنشء ، جميع الخدمات الصحية والوقائية والعلاجية بما يحقق سلامة الجيل الجديد جسميا وعقليا واجتماعيا نص في المادة رقم (50)

{ العلاج الطبي وتوابعه بالمستشفيات والمصحات والوحدات العلاجية على اختلاف أنواعها ومسمياتها التي تنشأها الدولة حق مقرر لكل مواطن والجميع فيه على قدم المساواة }.

- **القانون رقم { 5 } لسنة 1999 ميلادية بشأن حماية الطفولة .**

نصت المادة الرابعة من القانون على أن تتولى المرافق الصحية بكل مستوياتها توفير الأمصال و التطعيمات اللازمة للأطفال بدون مقابل .

- **القانون رقم 13 لسنة 1980 بشأن الضمان الاجتماعي .**

الذي نص على المنافع العينية في المادة 12 منه الفقرة 2 توفير الرعاية الصحية النوعية والسلامة العمالية ورعاية حالات إصابات العمل وأمراض المهنة و إعادة التأهيل ورعاية العجزة والمعوقين وتقديم الخدمات الصحية لنزلاء دور الرعاية الاجتماعية .

- **القانون رقم 5 لسنة 1987 بشأن المعاقين .**

خصص القانون المذكور لرعاية المعاقين وشمل كافة جوانب الرعاية لهم سواء كانت صحية أو غيرها .

- قرار الحكومة الليبية رقم {24} لسنة 1996 ميلادية بشأن اعتماد الإستراتيجية الوطنية لتوفير الصحة للجميع وبالجميع

- قرار الحكومة الليبية رقم { 11 } لسنة 2004 ميلادي، بشأن إعادة تنظيم خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- قرار مجلس الوزراء رقم (11) لسنة 2013 ميلادي بشأن تجديد مهام وزارة الصحة والهيكل التنظيمي لها .
- القانون رقم (20) لسنة 2008ميلادي بشأن صندوق الرعاية الإجتماعية .
- القانون رقم (20) لسنة 2010ميلادي بشأن التأمين الصحي .

هذه القوانين والسياسات التي تحتاج إلى تحديث وتعديل وتطوير ، وقد قام فريق الاسترتيجية الوطنية للصحة بإعداد مقترح بإستحداث قانون خاص بالدواء ونتظيم مهنة الصيدلة وتحديث وتطوير القانون الصحي رقم 106 لسنة 1973 م بما يتمشى والتطورات الحديثة في ليبيا والتي ستتضح معالمها بعد إصدار الدستور برسالة مجلس التخطيط الوطني رقم م.ت. و .404 بتاريخ 9. 4 . 2013 م .

2-2 التحديات التي تواجه قطاع الصحة

2-2-1 معدل انتشار الأمراض السارية وبعض الإمراض المستهدفة بالتطعيم

المرض	معدل الانتشار العام
الالتهاب الفيروسي نوع(ب)	2.18%
الالتهاب الفيروسي نوع(ج)	% 1.19
معدل الانتشار الفيروسي للايدزAIDS	% 0.13
شلل أطفال	لم تسجل أي حالة من سنة1991
الكزاز الوليدي	لم تسجل أي حالة من سنة 1993
عدد حالات الإعاقة	(2009)82196
معدل انتشار مرض الدرن	7لكل 100.000مواطن
نسبة الوفيات بسبب الحوادث	100.000 : 43

2-2-2عوامل الإختطار المشتركة للأمراض

(التدخين – الوزن الزائد – 5 حصص من الفواكه والخضروات يوميا – ضغط دم مرتفع – نشاط بدني منخفض)

عامل الأختطار	ذكور	إناث	المجموع
نسبة الذين ليس لديهم أي عوامل الاختطار	%0.4	%0.1	%0.2
نسبة الذين لديهم 3أوأكثر من عوامل الاختطار (25-44سنة)	%57.4	%44.5	%51.2
نسبة الذين لديهم 3 أوأكثر من عوامل الاختطار(45-64 سنة)	%80.2	%76.0	%78.0
نسبة الذين لديهم 3أو أكثر من عوامل الاختطار (65-74سنة)	%62.3	%52.2	%57.4

2-2-3 نسبة التدخين في ليبيا

المجموع	ذكور	إناث	استخدام التبغ
نسبة المدخنين الحاليين خلال الدراسة	% 49.6	%0.7	% 25.1
التدخين السلبي بالمنزل	%34.6	% 34	% 34.3
التدخين السلبي بمكان العمل	% 55.4	%14.9	%35

2-2-4 المشاكل والمؤثرات السلبية التي يعاني منها النظام الصحي :-

1- التغيير المستمر والسريع في هيكلية قطاع الصحة على المستوى المركزي والطرفي .

2- عدم كفاية المخصصات المالية المخصصة للقطاع بسبب عدم اعتماد مقترح القطاع عند إعداد الميزانيات وعدم تسييل المبالغ المالية المعتمدة رغم تقليصها قبل اعتمادها .

3- تغيير طبيعة عمل بعض المرافق الصحية عن وظيفتها الأصلية وبقاء العديد من المرافق الصحية تحت الصيانة لمدة طويلة من الزمن .

4- ثقل كاهل القطاع بالعمالة التسييرية الإدارية حيث وصلت نسبة الجهاز الإداري إلى 31 % من العاملين بالصحة .

5- سوء توزيع العناصر الطبية والطبية المساعدة على المناطق .

6- ضعف برامج التدريب والتأهيل وإعادةالتأهيل والدورات والمؤتمرات وورش العمل .

7- ضعف مرتبات العاملين بالقطاع وهجرة العديد من الخبراء للخارج .

8- ضعف خدمات الإسعاف بجميع أنواعها " البرية – والبحرية – والجوية"وضعف برامج الإسعافوإنقاذ الحياة .

مشكلات القطـاع "حسب نتائج دراسة ميدانية على فئة الأطباء"

المشاكل	النسبة
ضعف آليات التخطيط الصحي	% 87
مشكلة الصيانة	% 67
الإنفاق على القطاع الصحي	% 60
مشكلة توفر المعدات	% 43
القوى العاملة الصحية	% 40
مشكلة توزيع الخدمات الطبية	% 30
نوعية الخدمات الصحية المقدمة	% 27

5-2-2 ومايعيب الخدمات الصحية في المرحلة السابقة 8 مشاكل رئيسية :-

- تخبط في الادارة والهيكلية والجمع بين التخطيط والتنفيذ والرقابة في آن واحد .
- تذبذب ونقص في ما يخصص للقطاع من أموال .
- هدر الكثير من الامكانيات المادية والبشرية .
- فقدان الثقة بين المواطن والطبيب الليبي وإتجاه العديد من المرضى للخارج لتلقي العلاج .
- عدم وجود خطة واضحة المعالم قابلة للتنفيذ للخدمات الصحية في ليبيا .
- انخفاض مستوى الخدمات التمريضية في ليبيا .
- عدم جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن .
- انعدام نظام الإحالة.

6-2-2 المشاكل الصحية ذات الأولوية للصحة في ليبيا :

1. أمراض الجهاز الدوري وأمراض القلب .
2. الأورام.

3. الحوادث .
4. أمراض الغدد الصماء ،الداء السكري-أمراض الغدة الدرقية-أمراض الغدة الكضرية .
5. داء الفشل الكلوي .
6. الأمراض السارية .
7. الأمراض المنقولة جنسيا ،، الايدز .
8. وفيات الإسهالات .
9. وفيات الأمهات .
10. الأمراض المتوطنة ، بلهارسيا - اللشمانيا - الأكياس المائية .
11. أمراض المسنين وأمراض الشيخوخة.
12. التشوهات الخلقية لدى الأطفال .
13. أمراض سوء التغذية .
14. الإعاقة بجميع أنواعها .
15. العادات والسلوكيات الضارة ،، التدخين – المخدرات .
16. تلوث البيئة .
17. الاضطرابات العقلية والنفسية .
18. موضوع الجرحى ومبتوري الأطراف .
19. المشاكل النفسية وتأهيل المصابين .
20. أمراض العيون .

3-2 التحليل الرباعي للصحة في ليبيا :

من خلال دراسة وتقييم الوضع الصحي في ليبيا و الاجتماعات العديدة التي عقدها فريق الاستراتيجية و الخبراء الذين شاركوا الفريق و المحك الحياتي اليومي و الواقع المعاش لصحة في ليبيا تبين أن هناك مصادر قوة ومكامن ضعف في الخدمات الصحية كما تتوافر فرص لتطوير العمل الصحي في ليبيا وفي المقابل تواجه الخدمات الصحية التهديدات الخارجية ويمكن عرضها وتحليلها في ضوء المنهج العلمي المعروف بالتحليل الرباعي (SWOT) وذلك على النحو التالي :

1-3-2 مصـــادر القـــوة :

- وجود عدد كبير من الموارد البشرية في قطاع الصحة التي يمكن تأهيلها وإعادة تأهيلها وتدريبها والإستفادة من خدماتها .
- الإنتشار الأفقى للمرافق الصحية في مختلف مناطق ليبيا التي تحتاج إلى صيانة وتطوير وتجهيز ويمكن إستغلالها الإستغلال الأمثل في الخدمات الصحية وتقريب الخدمات الصحية للمواطنين .
- وجود عدد من الموراد البشرية المتخصصة في المجالات الطبية الرئيسية (الجراحة ، الباطنة ، الأطفال ، النساء و الولادة).

2-3-2 مكـامـــن الضعـــف :

- النقص الواضح في العديد من التخصصات المهمة بين الليبيين مثل التخذير والعناية الفائقة ، والحروق والتجميل ، العظام ، جراحة الأعصاب ، الأطباء النفسيين وأطباء الأعصاب والتمريض التخصصي والتخصصات الصيدلانية المتخصصة والاسنان وجراحة الفم .
- ضعف التعاون بين الوزارات ذات العلاقة بالصحة مثل التعليم والمرافق والإسكان .
- عدم تطبيق معايير الجودة والتقييم وسلامة المرضى .
- عدم وجود الوصف والتوصيف الوظيفي للعاملين بالقطاع .
- تدني كفاءة الخدمات الفندقية بالمستشفيات .
- تركيز الانفاق على الرعاية الصحية الثانية و الثالثة على حساب الرعاية الصحية الاولية .

3-3-2 الفــرص :

- توفر الإرادة السياسية على دعم قطاع الخدمات الصحية الخاص والعام .
- توفر الإمكانيات والميزانيات والموازنات لقطاع الصحة .
- تطور القطاع الخاص الذي بدأ في الظهور للوجود .
- تطور الإمكانيات التقنية للإتصالات والمواصلات .
- تطور وتوفر الإمكانيات التقنية لتشخيص الأمراض .
- ارتفاع نسبة التعليم في ليبيا .
- وجود مجلس التخصصات الطبية للتخصص في المجالات الطبية المختلفة
- وجــود مركز تنمية القوى العاملة الطبية لتأهيل وتدريب العناصر الطبية و الطبية المساعدة .
- وجود إتفاقيات تعاون مع المنظمات الدولية و عدد من الدول العربية و الأجنبية

4-3-2 التهديدات :

1. التغير في نمط النمو السكاني في ليبيا .
2. ظهور الأمراض الجديدة والمستجدة.
3. التوسع غير المقنن في القطاع الخاص.
4. عدم وجود التنسيق بين القطاعات ذات العلاقة بالصحة.
5. غياب السياسة التعليمة التي توائم بين المدخلات والمخرجات.
6. إرتفاع تكلفه الخدمات الصحية المقدمة.
7. إرتفاع توقعات المواطنين في الحصول على خدمات صحية فعالة.
8. التقدم المتسارع في التقنيات الطبية.
9. التحول النمطي للامراض .
10. إهتزاز الثقة بين المواطن ومقدمي الخدمات الصحية في ليبيا.
11. عدم الثقة في نوعية الخدمة المقدمة للمواطن.
12. إتساع مساحة ليبيا الجغرافية وإنتشار السكان بشكل متناثرفي مدن وقرى ليبيا.
13. غياب السياسة الصحية الواضحة المعالم والأهداف.
14. عدم كفاية المخصصات المالية المخصصة للقطاع.
15. انعدام نظام الاحالة ..
16. نزوح العديد من المرضى إلى الخارج لعدم رضاهم على الخدمات المقدمة محليا.

4-2 الرؤيــة

مجتمع ليبي معافى يتمتع بأرقى مستوى صحي وخدمات صحية ذات جودة عالية تمكّنه من الحياة الآمنة والمنتجة اجتماعيا واقتصاديا .

5-2 الرسالة

بناء نظام صحي متكامل يعتبر المواطن محوره الرئيسي، يُحسّن الحالة الصحية للمواطن ويلبي احتياجاته، ويحضي بثقته ورضاه من خلال تقديم خدمات صحية تعزيزية ووقائية وعلاجية وتأهيلية متكاملة.

6-2 القيم

1. عدم التمييز .
2. الكرامـــة .
3. الكفـــاءة .
4. الشفافيـــة .
5. الجـــودة .
6. التمـــيز .
7. الصـــدق .

7-2الأهداف الإستراتيجية (بعيدة المدى)

أولاً : تطوير آداء النظام الصحي :

1. ضمان حق المواطن في الحصول على خدمات صحية شاملة، وقائية وعلاجية وتأهيلية بالمساواة بين المواطنين.
2. تبني نظام تمويل يقوم على تأمين صحي تكافلي شامل يسمح بتقاسم عبء المرض ويخفض الإنفاق الصحي المباشر من الجيب .
3. تطوير نظام المعلومات الصحية وتبني إستراتيجية وطنية للصحة الإكترونية .
4. بناء نظام إدارة الجودة وكفاءة الخدمات الصحية.
5. تطوير أداء الإدارة الصحية (المركزية والمتوسطة والمحلية) والرفع من كفاءتها وتعزيز الشفافية وإعتماد آليات المساءلة والمحاسبة .
6. تنظيم ودعم القطاع الخاص في مجال الصحة بما يحقق الإستفادة من الإمكانيات المتوفرة به في خدمة المواطنين ودعم الاقتصاد الوطني والشراكة بين القطاعين .
7. ميكنة نظم توفير ومراقبة جودة وترشيد ووصْف وصرف واستهلاك الأدوية.
8. تنمية القوى العاملة بالقطاع بما يضمن تحقيق جودة الأداء والمعدلات المناسبة في مجال العناصر الطبية والطبية المساعدة ورفع كفاءة العناصر العاملة بالقطاع.
9. اعتماد السياسة الوطنية للادوية واصدار قانون الدواء وتنضيم مهنة الصيدلة وتدريب العامليين الازمين لتنفيذ هذه السياسة .
10. دعم برامج البحوث الصحية والدوائية وبحوث النظم الصحية.
11. إعداد خطط وطنية للاستجابة للطوارئ مع بناء القدرات الوطنية لتنفيذها.

ثانيا : في مجال مكافحة عبء الأمراض :

1. مكافحة الأمراض المعدية والمتوطّنة للتخلص من العبء الناتج عن علاجها .
2. الوقاية من الحوادث وخاصة حوادث السير بالتعاون مع الوزارات المعنية .
3. مكافحة الأمراض غير المعدية وخاصة أمراض القلب والأوعية الدموية / الأورام / وداء السكري، والأمراض النفسية، من خلال تعزيز أنماط الحياة الصحية ومواجهة عوامل الإختطار المسببة لها وتعزيز صحة المسنّين.

ثالثا : في مجال تحسين وتطوير الخدمات الصحية :

1. تحسين خدمات الرعاية الصحية الأولية وتطبيق نظام طبيب الأسرة.
2. إعادة تأهيل الخدمات الطبية ذات التخصصات الدقيقة في مجالات جراحة القلب، والمخ والأعصاب والعمود الفقري، علاج الأورام، وزراعة الأعضاء.
3. تنظيم و تطوير خدمات الأسنان بجميع المناطق و بإشراف لجنة وطنية مختصة .
4. دعم خدمات الأمومة والطفولة والعمل على خفض وفيات الأمومة والطفولة وبما يتمشى وأهداف الألفية .
5. تطوير الخدمات الطبية ذات التخصصات الدقيقة في مجالات جراحة القلب، والمخ والأعصاب والعمود الفقري، علاج الأورام، وزراعة الأعضاء والأنسجة.

رابعاً : في مجال مواجهة المحددات الخارجية للصحة :

1. العمل على تأمين الغذاء الصحي وسلامة الغذاء بما فيها المياة الصالحة للشرب وضمان الرقابة الصحية الفاعلة على المنافذ .
2. المساهمة في برنامج مكافحة نواقل الأمراض والأمراض المشتركة عن طريق القضاء على القوارض والآفات الناقلة للأمراض.
3. تعزيز صحة البيئة وضمان تحقيق البيئة التي تخدم الصحة العامة والتخلص الآمن والعلمي من المخلفات بمختلف أنواعها .
4. ضمان إدراج الصحة في صلب جميع الخطط القطاعية دون إستثناء .

الأهداف المرحلية :

1. ضمان رعاية كاملة للجرحى وذوي الإعاقة وإعادة تأهيلهم النفسي والجسدي ، والتأكد من استمرار الرعاية اللازمة لهم .
2. اعتماد برنامج إعادة بناء خدمات الصحة النفسية بما يتمشى والظروف المترتبة على ما بعد الأحداث .
3. إعادة تأهيل الخدمات الصحية في جميع مرافق الرعاية الصحية الأولية.
4. إعادة تأهيل ودعم الخدمات الطبية الإيوائية بالمستشفيات وضمان توفير الخدمات الاساسية .
5. تطوير نظام مكافحة العدوى في المرافق الصحية الإيوائية ومراكز الرعاية الصحية الأولية.
6. تطوير نظام المعلومات الصحية الإحصائية باستخدام التقنيات الحديثة وتنفيذ بعض الدراسات والبحوث اللازمة لتقييم الحالة الصحية وحالة الخدمات الصحية حاليا.

7. بناء نظام إدارة الجودة وكفاءة الخدمات الصحية وتطوير الإدارة الصحية بكل مستوياتها.
8. إعتماد خطة تخفيض وفيات الأمومة والمواليد والرضع وبما يتمشى وأهداف التنمية الألفية (خفض وفيات الأمهات بمقدار ¾ الرقم المحقق عام 1990 ووفيات الرضع 2/3 الرقم المحقق عام 1990 بحلول عام 2015). الوضع الحالي لوفيات الأمهات 23 لكل 100.000 مولود حيّ (معدّل أم لكل أسبوعين تقريبا).
9. تنظيم القطاع الخاص في مجال الصحة وبما يحقق الاستفادة من الإمكانيات المتوفرة به في خدمة المواطنين.
10. ضمان إنسياب أصناف الإمداد الطبي وتطوير نظم توفير ومراقبة جودة وترشيد وصْف وصرف واستهلاك الأدوية.
11. دعم مكافحة الأمراض المعدية والمتوطنة والسيطرة عليها واستمرار تحقيق نسب التغطية العالية من التحصينات ضدها.

الأولويات المرحلية من الخدمات :

العمل على استرجاع الثقة وترسيخها لدى المواطن في المجال الصحي :

1. تفعيل خدمات الرعاية الصحية الأولية .
2. ضمان تقديم خدمات صحية إيوائية بالمستشفيات بما يتمشى مع الخدمات الصحية العالمية، وتحسين خدمات الإسعاف.
3. الاهتمام ببرنامج الغسيل الكلوي وتوفير مستلزماته بشكل منظم.
4. العمل على انسيابية توفير الأدوية والمستلزمات الطبية والتطعيمات والتحصينات.
5. إعادة النظر في العلاج بالخارج.
6. تحسين مستوى الصحة النفسية.
7. تفعيل برنامج العلاج الطبيعي وإعادة التأهيل.
8. توفير النواقص من العناصر الطبية والطبية المساعدة من خلال تحفيز العناصر الوطنية أوإستقدام عناصر من الدول الصديقة و الشقيقة .

8- الأهداف الإنمائية للألفية

الصحة في المرامي الإنمائية للألفية

المؤشرات الصحية	الأهداف الصحية

المرامي والأهداف والمؤشرات المتعلقة بالصحة في مجموعة المرامي الإنمائية للألفية

المرمى 1: القضاء على الفقر الشديد والجوع	
الهدف 1: تخفيض نسبة السكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار واحد الى نصف عددهم في الفترة ما بين 1990 و 2015	
4. عدد الأطفال ناقصي الوزن (الذين يقل عمرهم عن خمس سنوات) 5. نسبة السكان الذين لا يحصلون على الحد الأدنى لاستهلاك الطاقة الغذائية.	الهدف 2. تخفيض نسبة السكان الذين يعانون من الجوع الى النصف في الفترة ما بين 1990 و 2015.
المرمى 2: تحقيق تعميم التعليم الابتدائي	
الهدف 3: ضمان تمكن الأطفال في كل مكان سواء الذكور أو الإناث منهم، من اتمام مرحلة التعليم الابتدائي بحلول عام 2015	
المرمى 3: تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة	
الهدف 4: إزالة التفاوت بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي وبالنسبة لجميع مراحل التعليم في موعد لا يتجاوز عام 2015	
المرمى 4: تخفيض معدل وفيات الأطفال	
13. معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة. 14. معدل وفيات الرضع . 15. نسبة الاطفال بعمر سنة واحدة الممنعين ضد الحصبة.	الهدف 5: تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة ما بين 1990 و 2015
المرمى 5: تحسين صحة الأمهات.	
16. معدل وفيات الأمهات. 17. نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عاملين صحيين من ذوي المهارة.	الهدف 6: تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين 1990 و 2015.
المرمى 6: مكافحة فيروس العوز المناعي البشري/الايدز والملاريا وغيرهما من الأمراض.	
18. معدل انتشار فيروس العوز المناعي البشري لدى النساء الحوامل اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و 24عاماً. 19. معدل استخدام العوازل الذكرية من بين وسائل منع الحمل. 20. عدد الأطفال الميتين بسبب فيروس العوز المناعي البشري الأيدز. 21. معدلات الانتشار والوفيات المرتبطة	الهدف 7: وقف انتشار فيروس العوز المناعي /الايدز بحلول عام 2015 وبدء انحساره اعتباراً من ذلك التاريخ الهدف 8: وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية بحلول عام 2015 وبدء انحسارها اعتباراً من ذلك التاريخ.

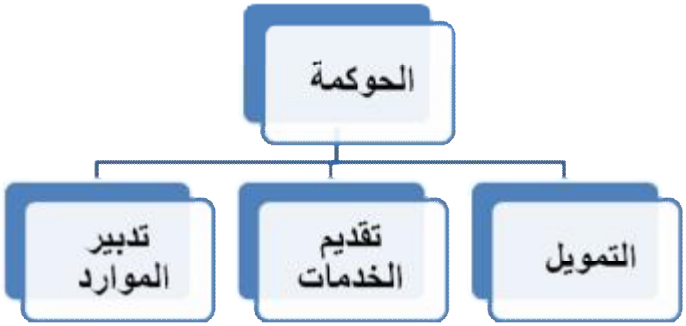
بالملاريا. 22. نسبة السكان المقيمين في المناطق المعرضة لخطر الملاريا الذين يتخذون تدابير فعالة للوقاية من الملاريا وعلاجها. 23. معدلات الانتشار والوفيات المرتبطة بالسل. 24. عدد حالات السل التي اكتشفت وتم شفاؤها في إطار استراتيجية المعالجة القصيرة الامد تحت الإشراف المباشر.	
المرمى 7: ضمان الاستدامة البيئية	
29. نسبة السكان الذين يستخدمون الوقود الصلب. 30. نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على مصدر محسن للمياه في الريف والحضر بصورة مضمونة للاستمرار. 31. نسبة سكان الحضر الذين يمكنهم الحصول على إصحاح محسن.	الهدف 9: إدماج مبادئ التنمية المستدامة في السياسات والبرامج القطرية وانحسار فقدان الموارد البيئية. الهدف 10: تخفيض نسبة الاشخاص الذين لا يمكنهم الحصول على مياه الشرب المأمونة الى النصف بحلول عام 2015 الهدف 11: تحقيق تحسن كبير لمعيشة لما لا يقل عن 100 مليون من سكان الأحياء الفقيرة بحلول عام 2020.
المرمى 8: إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.	
الهدف 12: المضي في إقامة نظام تجاري ومالي يتسم بالانفتاح والتقيد بالقواعد ويتميز بقدرته على التنبؤ وعدم إحداث التمييز بين الناس. الهدف 13: تلبية الاحتياجات الخاصة لأقل البلدان نمواً. الهدف 14: تلبية الاحتياجات الخاصة للبلدان غير الساحلية والدول النامية الصغيرة الجذرية. الهدف 15: المعالجة الشاملة لمشاكل ديون البلدان النامية باتخاذ تدابير على المستويين الوطني والدولي لجعل تحمل ديونها ممكناً في المدى الطويل. الهدف 16: التعاون مع البلدان النامية لوضع وتنفيذ استراتيجيات تتيح للشباب عملاً لائقاً ومنتجاً.	
46. نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على الأدوية الأساسية بأسعار ميسورة بشكل مضمون الاستمرار.	الهدف 17: التعاون مع شركات المستحضرات الصيدلانية لإتاحة الأدوية الأساسية بأسعار ميسورة في البلدان النامية.
الهدف 18: التعاون مع القطاع الخاص في اتاحة فوائد التكنولوجيات الجديدة، وبخاصة تكنولوجيا المعلومات والاتصال.	

الباب الثالث

محـــاور الإستراتيجية

الحوكمة (إدارة وتسيير قطاع الصحة)

وهي الجزء الأهم في أي نظام صحي ويمثل القيام بمهمة القوامة على جميع وظائف النظام الصحي الأخرى كما يعتبر أحد الركائز الأساسية لأي نظام صحي وتصور مهمة القوامة على النحو **التالي :**



وبذلك تكون مهمة الحوكمة لها مسؤولية إدارة النظام الصحي لتحقيق أهدافه والقيام بوظائفه وتنقسم مهمة القوامة إلى العناصر التالية :

1. صياغة السياسات الصحية .
2. الإستراتيجية الصحية الوطنية و إعداد الخطط .
3. بنية وهيكلية النظام الصحي .
4. التشريعات والنظم والضوابط .
5. الشفافية ، والمبادئ الأخلاقية .
6. اللامركزية .
7. نظام المعلومات الصحية .
8. بحوث النظم الصحية .
9. المساءلة والمحاسبة .
10. الشراكة بين القطاعين العام والخاص .
11. الإستجابة .

وبتحليل الوضع القائم لما يتعلق بالحوكمة في النظام الصحي القائم وفقاً للتشريعات القائمة والهيكلية المعتمدة يتضح ما يلي :

1. لاتوجد أي هيكلة واضحة لإعداد الخطط الصحية أو إقتراح السياسات الصحية على المستوى المركزي أو المحلي .
2. إنعدام آلايات التخطيط المشترك بين الوزارات وبما يخدم الصحة .
3. عدم وضوح بعض جوانب الهيكلية من حيث تبعية الجهات التابعة للوزارة .
4. تضارب الإختصاصات بين بعض الجهات وعدم إسناد بعض المهام إلى أي جهة
5. تأخر تقسيم الدولة إلى محافظات أو بلديات ادى إلى عدم إعتماد هيكليات للصحة على المستوى المتوسط .
6. ضعف آلية تعيين المسؤولين بالمناطق والمستشفيات وإنعدام آليات التقييم والمحاسبة .
7. عدم تبني إجراءات تعزز الشفافية في مجال الخدمات الصحية .
8. الحاجة إلى تطوير بعض التشريعات لتعزيز الشراكة بين القطاعات المختلفة .

الهدف

تحقيق الحوكمة الجيدة للنظام الصحي

إجراءات لتعزيز الحوكمة في النظام الصحي

1. تضمين الدستور ما يفيد حق المواطن في الرعاية الصحية .
2. إقرار سياسات صحية واضحة بقانون .
3. إعتماد إستراتيجية صحية ورؤيا واضحة .
4. إعداد خطط مرحلية متواصلة بعيداً عن تنفيذ المشروعات إستجابة لضغط الطلب .

5. الصحة يجب ان تكون في صلب وهدف خطط جميع الوزارات من خلال تشكيل مجلس أعلى للصحة بإشراك الوزارات ذات العلاقة بدعم وتعزيز الصحة والخدمات الصحية .
6. تثبيت الهيكلية بالوزارة وعلى مستوى المناطق .
7. التأكد من أن هيكلية القطاع تستجيب لجميع مكونات الحوكمة الجيدة .
8. إعتماد هيكلية مناسبة لإدارة المستشفيات وآلية تعيين إداراتها وكيفية تقييم آداءها ومحاسبتها .

المؤشرات

تعتبر قائمة مفردات مكونات الحوكمة (الإدارة والتسيير) كوجود إستراتيجية وخطة معتمدة ورؤيا خاصة بالوزارة وغيرها من عناصر الحوكمة ، قائمة للمؤشرات الكمية التي تعبر عن وجود مكونات الحوكمة إلا ان نتائج الحوكمة الجيدة يعبر عنها جميع مؤشرات آداء النظام الصحي .

1.3 الرعاية الصحية:

1.1.3الرعاية الصحية الأولية .

الرعاية الصحية الأولية هي العمود الفقري للنظام الصحي الوطني. وهي تشمل الرعاية الصحية الأساسية التي يجب أن تتوفر لكافة الأفراد في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة بروح من الاعتماد على الذات و حرية الارادة، وباستعمال تقانة ملائمة صالحة عمليا وسليمة علميا ومقبولة اجتماعيًا، بتكاليف يمكن للمجتمع والدولة ان توفرها و بالتعاون و التنسيق والتكامل في الخدمات بين مختلف القطاعات بما في ذلك منظمات المجتمع المدني و السلطات المحلية.

الرعاية الصحية الأولية هي بوابة الولوج إلى الخدمات الصحية في النظام الصحي الوطني، فهي تقرب الرعاية بقدر الامكان إلى حيث يعيش الناس و يعملون،وهي مفتاح الحل لاحتواء ارتفاع التكاليف المالية المترتبة على الخدمات الصحية، وهي ضابط تحكم و اداة توازن للنظام الصحي الوطني الذي يسعى ويحتاج إلى نجاعة و تكامل عمل المؤسسات الصحية المختلفة. في سبيل تحقيق ذلكتحتاج الرعاية الصحية الأولية إلى تقسيم المهام بينها وبين مستويات الرعاية الأخرى كما تحتاج ايضا الى تغيير وتعديل تفكير و قيم واتجاهات الناس.

الوضع الراهن للرعاية الصحية الأولية:

التركيب:

تشكل المدن الكبرى 60% من إجمالي عدد السكان، وتبلغ نسبة الحضر 86% من اجمالى السكان. متوسط حجم الأسرة هو 6.1 فرد لكل أسرة كما يبلغ صغار السن (<15 سنة) 32% من السكان بينما يبلغ عدد المسنين (≥65 سنة) حوالي 4.8% من مجموع السكان.

تمد شبكة المياه العامة 44.1 % من الأسر بالماء (7.7-99%) فيما يستعمل 18.5% الآبار و 13.1 % الصهاريج والتي تمد أكثر من نصف السكان (52-53% من الأسر) في بعض المناطق و تمد شبكة الكهرباء العامة 98.35 % من الأسر. وبينما تغطي الشبكة العامة للصرف الصحي 63.1 % من الأسر ، فان 32.0 % يستعملون الآبار السوداء، بينما لا تتجاوز نسبة الأسر التي تستعمل الحفر 3% إلا أن هذه النسبة ترتفع إلى 17-27% في بعض المناطق. أكثر من نصف الأسر لا يتوفر لها طرق جمع وتخلص مقبولة من القمامة بانتظام (43.9%).

تنفق الأسرة الليبية ما يقارب 400 دينار سنويا (10-60 % من مجمل الانفاق على الصحة) من أموالها الخاصة على العلاج الطبي من ضمنها 60 دينار على الأدوية.

يبلغ عدد المرافق المختلفة التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية 1424 مرفق .

التحديات الرئيسية:

هناك عدة تحديات رئيسية من الضرورة اخذها في الاعتبار من أجل اعادة بناء النظام الصحي الوطني الذي يجب أن يكون مرتكزا على الرعاية الصحية الأولية، و هناك عدة أسباب تجعل كثير من الناس يتجنبون مراكز و وحدات الرعاية الصحية الأولية التي يجب أن تصبح الخط الأول في الرعاية الطبية للناس لأن هذهلا تقدم رعاية شاملة ، متكاملة ، متصلة ، ومنسقه و على سبيل المثال، لا تقدم مراكز الرعاية أي خدمات صحة عقلية أو إعادة التأهيل وكذلك رعاية منزلية و الأدوية غير متوفرة في معظمها بشكل منتظم. بالاضافة إلى انعدام الفاعلية فان مراكز الرعاية الصحية الأولية يقتصر عمل معظمها على الأوقات الصباحية. تغيب نظم المعلوماتية الصحية بشكل كبيرعنها وإنعدام الميكنة فيها وتفتقر هذه المراكز إلى وجود موارد بشرية لتفعيل هذا المستوى من الرعاية ، كما يغيب التنسيق بين الموارد في هذا المستوى من الرعاية والمستويات التخصصية الأخرى ونظام الاحالة غير مفعل و عدم وجود التنسيق ودور لشراكات بين القطاع العام والخاص في هذا المستوى من الرعاية الصحية لذا يجب أن تبنى سياسة وطنية واضحة للتعاون والشراكة بين القطاع العام والخاص و قطاعات التنمية الآخرى للرفع من مستوى الرعاية الصحية الأولية. كما انه من المهم انشاء دليل سريري لمجموعة من المشاكل الصحية الشائعة والمهمة. انه من الضرورة بمكان وضع حوافز للعاملين في القطاع، و ايجاد مصادر محلية غير مركزية لميزانية مرافق الرعاية الصحية الأولية، ودعم استقلالية و حرية حركة ادارات هذه المرافق.

المفاهيم الأساسية للرعاية الصحية الأولية:

- الرعاية الصحية الأولية هي المحور الأساسي للنظام الصحي الوطني.
- الرعاية الصحية الأولية جزء من التنمية الاقتصادية الشاملة للمجتمع.
- هي المستوى الأول لاتصال الأفراد و الأسر و المجتمع بالنظام الصحي ، كما انها تقرب الرعاية الصحية إلى حيث يعيش الناس ويعملون.
- مشاركة وتمكين المجتمع في كل مرحلة من مراحل تطورها. وهي في ذلك تؤسس مبدأ الجودة الذي يرتكز على تلبية متطلبات متلقي الخدمة.

- الاعتماد على الذات وحرية الارادة.
- الاعتماد على الوسائل والتقنيات الصالحة عمليا والسليمة علميا والمقبولة اجتماعيا والميسرة لكافة أفراد المجتمع.

السياسات:

- خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تقدمها وزارة الصحة والقطاعات الصحية الأخرى وتطويرها هي حجر الزاوية في النظام الصحي .دعم خدمات القطاع العام ضروري لتحقيق رفع الكفاءة وتطبيق آلية منهجية الرعاية الصحية الشاملة المتكاملة لجميع السكان.
- تحقيق توزيع متوازن للخدمات الصحية بما في ذلك الخدمات التخصصية جغرافيًا وسكانيًا وبما يُلبّي الاحتياجات الصحية الحقيقية لجميع أفراد المجتمع وفئاته في جميع مناطق ليبيا.
- تنويع مصادر تمويل الأنشطة الصحية بالتوسع في تطبيق الضمان الصحي التعاوني ، وتفعيل دور المجتمع المدني والأوقاف في دعم خدمات الرعاية الصحية ، وترشيد الإنفاق العام مع الاستخدام الأمثل للموارد ، على أن تظل الميزانية العامة للدولة ممولا رئيسيًا للخدمات الصحية الأساسية .
- تطويرنظم الإدارة والتشغيل في المرافق الصحية بما يلائم طبيعة الخدمات الصحية ويحقق كفاءة الإدارة ، ومستوى الخدمة ، وذلك بالأخذ بمنهج الحد من المركزية في الإدارة ، وتخصيص ميزانية مستقلة للمناطق الصحية ، وللمستشفيات التخصصية والمرجعية وللخدمات الطبية بالجهات الصحيةالأخرى ، مع تطبيق الإجراءات والأساليب المناسبة لتحقيق الترشيد ورفع الكفاءة.
- تفويض الصلاحيات والحد من المركزية في الإدارة ، والتأكد من تطبيق معايير الجودة ، وضمان توفير الرعاية الصحية الشاملة المتكاملة لجميع السكان بطريقة عادلة وميسرة ، وتطبيق آليات التنسيق في ذلك مع الجهات الصحية من خلال السلطات المحلية مع التزام الجهات الصحية الحكومية الأخرى بأداء دورها في نطاق الأهداف والسياسات التي تشتمل عليها استراتيجية الرعاية الصحية في ليبيا.
- تنفيذ آليات زيادة العمالة الوطنية في المجال الصحي بما يمكن من الوصول إلى الاكتفاء الذاتي من الطاقات الصحية الوطنية.
- الاستفادة القصوى من تطور التقنية وادخال مفاهيم وتطبيقات الصحة الالكترونية ودعم نظم المعلومات في القطاعات الصحية باستخدام الأساليب المتقدمة في مجال تقنية المعلومات بما يحقق توفير جميع البيانات على المستوى القطاعي والمستوى الوطني.

- تعزيزدورالقطاع الخاص الصحي بما يحقق التكامل مع القطاع الحكومي في تحقيق أهداف استراتيجية الرعاية الصحية وسياساتها .
- دعم الرعاية العلاجية وتطويرها في إطارمنهجية الرعاية الصحية الشاملة المتكاملة التي تضم ثلاثة مستويات علاجية أولي ، ثانية وثالثة.
- رفع مستوى كفاءة الخدمات الطبية الإسعافية بما يمكنها من تلبية احتياجات الأحوال العادية وحالات الكوارث.
- تطبيق آليات ضمان جودة الخدمات الصحية وكفاءتها بتبني أساليب تحسين الأداء وتجويد الخدمة وتقويم عوائدها وجعلها منهج عمل في جميع المرافق الصحية .
- التأكد من كفاية الخدمات المقدمة للمرضى وكفاءتها من قبل جميع العاملين في المؤسسات الصحية بما يحقق حفظ حقوق المرضى وحمايتهم من الممارسات الصحية والمهنية الخاطئة ويضمن رضا المستفيدين من الخدمة.
- توفير إشراف ومراقبة فعالة على إنتاج الغذاء والدواءواستيرادهما وتداولهما.
- التأكيدعلى الالتزام بآلية منضبطة لتداول النفايات الطبية.

الأهداف العامة:

- تحقيق أفضل مستوى صحي ممكن عن طريق تحسين الحالة الصحية العامة للسكان.
- توفيرالرعاية الصحية الشاملة المتكاملة لجميع السكان ،وتيسيرالحصول عليها وتقديمها بطريقة عادلة وجيدة ومأمونة وبتكلفة معقولة .
- إيجاد روافد تمويل جديدة لمساندة التمويل في الانفاق على الرعاية الصحية الأولية واحتواء التكاليف .
- تطويرنظم المعلومات الصحية ذات التقنيات المتقدمة والتوسع في استخدامها في جميع القطاعات والمرافق الصحية.
- تنمية وتمكين الموارد البشرية الصحية الوطنية وتطويرها وتوطين الوظائف الصحية .
- تحسين الجودة ورفع كفاءة الأداء ونظم الإدارة والتشغيل في المرافق الصحية .
- تفعيل دور وزارة الصحة بالإشراف ومراقبة الأداء،ووضع السياسات الصحية ، وضمان توفير الخدمات الصحية لجميع الفئات السكانية مع قيام كل جهة صحية بدورها المناط بها في تقديم الخدمات الصحية.
- تفعيل دورالقطاع الخاص لكونه موازيًا ومكملا لدور الدولة في تمويل الخدمات الصحية وتشغيلها وتقديمها .
- تعزيزالصحة بمفهومها الشامل من خلال ضمان وتطوير أنشطة الرعاية الصحية الأولية .

- رفع كفاءة الخدمات الطبية الإسعافية إلى أقصى حد ممكن في كل الظروف وفي جميع المناطق.
- توفيرالرعاية العلاجية والتأهيلية و المنزلية وتطويرها، وتأسيس خدمات صحية مرجعية بالمناطق.
- التوزيع المتوازن للخدمات الصحية جغرافيًا وسكانيًا وتيسيرالحصول عليها.

الأهداف الإستراتيجية:

1. التقليل من عبء المراضة على المجتمع وتحسين نوعية حياة الأفراد عن طريق توفير الخدمات الصحية التعزيزية، الوقائية، العلاجية، التأهيلية لجميع الفئات العمرية طوال حياتهم في إطار مفاهيم الرعاية الصحية الأولية.
2. ضمان وصول المجتمع بكافة فئاته إلى الخدمات الصحية الشاملة وبما يتناسب مع احتياجاتهم.
3. تعزيز بيئة الجودة عن طريق وضع نظام للجودة وتقديم خدمات صحية مرتكزة حول متلقي الخدمة تتطابق مع مبادئ الممارسة المهنية، والسلوك الأخلاقي على أساس حقوق الإنسان والمساواة في النوع، مع الاهتمام بتحسين الحالة الصحية للمجتمع.
4. تقوية خدمات الرعاية الصحية الأولية عن طريق تنمية شراكات منتجة ومستمرة مع الجهات المعنية وتحقيق نتائج صحية أفضل.
5. تيسير اتخاذ القرارات والتخطيط عن طريق توفير المعلومات الصحية لجميع العاملين الصحيين وبصورة واضحة ودقيقة وصحيحة وفي الوقتالمناسب، وإعداد هيكل تنظيمي داعم.
6. تعزيز كفاءة ومهارات المهنيين الصحيين وموظفي الخدمات الصحية المساندة، والمحافظة على مستوى أدائهم متماشيا مع أفضل المعايير الدولية، وتوفير بيئة عمل مناسبة.

البرامج المحققة للأهداف الإستراتيجية للرعاية الصحية الأولية في ليبيا:

الهدف الاستراتيجي الأول: التقليل من عبء المراضة على المجتمع وتحسين نوعية حياة الأفراد عن طريق توفير الخدمات الصحية التعزيزية، الوقائية، العلاجية، التأهيلية لجميع الفئات العمرية طوال حياتهم في إطار مفاهيم الرعاية الصحية الأولية.

1) التصدي المزدوج للأمراض غير المعدية.
2) التصدي المزدوج للأمراض المعدية.
3) تحسين صحة الأم والطفل، والصحة الإنجابية.

4) صحة نفسية أفضل.
5) تفعيل برامج صحة اليافعين .
6) تفعيل برامج صحة المسنين.
7) تفعيل برامج ذوي الاحتياجات الخاصة.
8) تعزيز الصحة وعلى رأسها التوعية والتثقيف الصحي.
9) تعزيز الصحة المدرسية.
10) تطوير الخدمات العلاجية البسيطة والخدمات الوقائية لصحة الفم والأسنان في الرعاية الصحية الأولية.

الهدف الاستراتيجي الثاني: ضمان وصول المجتمع بكافة فئاته إلى الخدمات الصحية الشاملة وبما يتناسب مع احتياجاتهم.

1) التوسع النوعي والكمي بإنشاء مرافق الرعاية الصحية الأولية بما يتناسب وحاجة المجتمع.
2) تطوير البنية التحتية لمرافق الرعاية الصحية الأولية.
- أولاً: تمديد وقت الاستشارة الطبية وتحسين وضع القوى العاملة .
- ثانياً: تطوير الأجهزة الطبية والمستلزمات الأساسية في الرعاية الصحية الأولية .
3) ضمان توفير الأدوية في الرعاية الأولية.

الهدف الاستراتيجي الثالث: تعزيز بيئة الجودة عن طريق وضع نظام للجودة وتقديم خدمات صحية مرتكزة حول متلقي الخدمة تتطابق مع مبادئ الممارسة المهنية، والسلوك الأخلاقي على أساس حقوق الإنسان والمساواة في النوع، مع الاهتمام بتحسين الحالة الصحية للمجتمع.

1) تطوير وتعزيز نظام الجودة في الرعاية الصحية الأولية.
2) تعزيز العلاقات العامة في الرعاية الصحية الأولية.

الهدف الاستراتيجي الرابع: تقوية خدمات الرعاية الصحية الأولية عن طريق تنمية شراكات منتجة ومستمرة مع الجهات المعنية وتحقيق نتائج صحية أفضل.

1) توثيق التعاون والتنسيق بين القطاعات الحكومية والقطاع الخاص لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- تعزيز التنسيق بين الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية الثانوية.
- تعزيز التنسيق بين الرعاية الصحية الأولية والقطاع الخاص.

- تنسيق التعاون بين القطاعات غير الحكومية (مؤسسات المجتمع المدني)، والمنظمات الإقليمية والدولية.

2) إشراك المجتمع في التخطيط والتنفيذ والتقييم.

الهدف الاستراتيجي الخامس: تيسير اتخاذ القرارات والتخطيط عن طريق توفير المعلومات الصحية لجميع العاملين الصحيين وبصورة واضحة ودقيقة وصحيحة وفي الوقت المناسب وإعداد هيكل تنظيمي داعم و ذلك بإتخاذ الإجراءات التالية :-

1) تعزيز وضع إدارة الرعاية الصحية في الهيكل التنظيمي.
2) وضع وتطوير نظام معلوماتي شامل والكتروني للرعاية الصحية الأولية.
3) تخصيص ميزانية مستقلة للرعاية الصحية الأولية.
4) تمكين القيادة في الرعاية الصحية الأولية.

الهدف الاستراتيجي السادس: تعزيز كفاءة ومهارات المهنيين الصحيين وموظفي الخدمات الصحية المساندة، والمحافظة على مستوى أدائهم متماشيا مع أفضل المعاييرالدولية، وتوفير بيئة عمل مناسبة.

1) تطوير التدريب في الرعاية الصحية الأولية.
2) تحسين رضا القائمين على تقديم الخدمات ومتلقيها بما فيها تحسين مهارات التواصل مع متلقي الخدمة.
3) التوسع والتعزيز لبرامج طب الأسرة والمجتمع بدرجتها العلمية وزيادة عدد الخريجين من الفئات الطبية المساعدة.
4) دعم البحوث والدراسات العلمية.

التدخلات و مؤشرات الأداء

مؤشرات قياس الأداء	الغايات	النشاطات المحققة للأهداف	الهدف الاستراتيجي
أولاً: 1) نسبة مرضى السكري بمستوى سكر مضبوط وضغط الدم المناسب ونسبة الكولسترول الطبيعية. 2) مدى التعامل المناسب مع المضاعفات المختلفة. 3) معدل حدوث المضاعفات المختلفة في المرضى تحت العلاج. 4) نسبة تحويل مرضى السكر والأمراض المزمنة الأخرى للمستشفيات بسبب المضاعفات. 5) نسبة إدخال مرضى السكر والأمراض المزمنة الأخرى إلى المستشفيات. 6) نسبة إجراء عمليات بتر الأطراف نتيجة لمرض السكري والأمراض المزمنة الأخرى. 7) تكلفة علاج مرضى الأمراض المزمنة في الرعاية الثانوية. **ثانياً:** 1) نسبة المراجعين في الفئات العمرية المختلفة والذين تم إدماجهم بعد اكتشاف حالات مرضية في برنامج تدخلي مناسب حسب المعايير المتفق عليها. 3) معدلات المراضة والوفيات المتعلقة بالمشاكل الصحية المدمجة في البرنامج. **ثالثاً:** 1) معدل الإصابة بالسمنة. 2) مدى التعامل السليم مع حالات السمنة. 3) معدل الإصابة بارتفاع الكوليسترول. 4) معدل الإصابة بارتفاع	**- تحسين جودة الرعاية الصحية للمرضى المصابين بالأمراض المزمنة عن طريق:** - تحسين نسبة ضبط مستوى السكر وضغط الدم والكولسترول في الدم. - خفض نسبة المضاعفات على العيون وفقدان البصر بنسبة الثلث. - خفض نسبة المضاعفات على القلب والشرايين بنسبة الثلث. - خفض نسبة المضاعفات على الكلى والفشل الكلوي بنسبة الثلث. - رفع مستوى الرعاية الصحية الفموية للمرضى المصابين بداء السكري وغيرها من الأمراض المزمنة. **- الاكتشاف المبكر للحالات المرضية والتعامل السريع معها حسب المعايير المتفق عليها في 10 % من المترددين على المراكز الصحية سنويا.**	التصدي المزدوج للأمراض غير المعدية.	**التقليل من عبء المراضة على المجتمع وتحسين نوعية حياة الأفراد عن طريق توفير الخدمات الصحية التعزيزية، الوقائية، العلاجية، التأهيلية لجميع الفئات العمرية طوال حياتهم في إطار مفاهيم الرعاية الصحية الأولية.**

ضغط الدم. 5) معدل التدخين. 6) معدل ممارسة الرياضة. 7) وجود بروتوكول للتعامل مـــع عوامـــل الاختطـــار المختلفة للأمراض المزمنة.	**- خفض معدل الإصابة بعوامل الاختطار للأمراض المزمنة المصاحبة للسمنة كالآتي:** - خفض معدل الإصابة بالسمنة بنسبة 10% أقل من النسبة الحالية. - خفض معدل الأمراض المزمنة المصاحبة للسمنة كأمراض القلب والدورة الدموية ومرض السكري، بنسبة 10%.		
1) نسبة الإصابة بالأمراض المعدية بين الفئات المختلفة. 2) مدى التعامل المناسب مع الحالات المكتشفة من الأمراض المعدية. 3) معدل حدوث المضاعفات المختلفة في المرضى تحت العلاج. 4) نسبة إدخال حالات الأمراض المعدية إلى المستشفيات.	§ خفض الإصابة بالأمراض المعدية بمعدل 10% سنوياً. § الاكتشاف المبكر للحالات المرضية والتعامل السريع معها حسب المعايير المتفق عليها.	التصدي المزدوج للأمراض المعدية.	
1) نسبة التعامل السليم مع الحالات غير الطبيعية التي يتم اكتشافها. 2) نسب إدخال المرضى من الأطفال والأمهات حول الولادة. 3) نسبة الرضاعة الطبيعية بين الأطفال. 4) نسبة المراضة المتعلقة بالحمل والولادة . 5) نسبة الوفيات من الأمهات حول الولادة.	تعزيز صحة الأم والطفل والصحة الإنجابية خلال ست سنوات.	تحسين صحة الأم والطفل، والصحة الإنجابية.	
1) نسبة التعامل السليم مع حالات الاضطراب في الصحة النفسية بدرجاتها، بناء على الدلائل الإرشادية. 2) نسبة الحالات المحولة للرعاية الثانوية بناء على معايير متفق عليها. 3) معدلات المراضه والوفيات المتعلقة بالصحة النفسية.	تعزيز الصحة النفسية وتسهيل الوصول إليها في جميع المراكز الصحية.	صحة نفسية أفضل.	
1) نسبة التعامل السليم مع الحالات غير الطبيعية التي يتم اكتشافها. 2) نسب الحالات المحولة للرعاية الثانوية بناء على المعايير المتفق عليها. 3) معدلات المراضة والوفيات المتعلقة بمشاكل	تعزيز صحة اليافعين والشباب من خلال تقديم خدمات صحية شاملة متكاملة وبرامج خاصة باليافعين والشباب (وقاية، إرشاد، مساندة) في جميع المراكز الصحية وتسهيل	تفعيل برامج صحة اليافعين.	

		الوصول إليها.	صحية في هذه المرحلة.
	تفعيل برامج صحة المسنين.	تعزيز صحة كبار السن وتوفير الحماية الصحية لهم من خلال تقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة (علاج، وقاية، وتأهيل) في جميع المراكز الصحية وتسهيل الوصول إليها. وتدعيم المشاركة النشطة للمسنين مع المجتمع.	1) معدل المراضة والوفيات بين المسنين. 2) مؤشر معدل الحياة للفرد. 3) نسبة التغيرات في المراضة النوعية بعد سن 60 سنة. 4) نسبة التغطية وفاعلية الخدمات الصحية المختلفة للمسنين (الصحة النفسية- الصحة الإجتماعية- الأمراض المزمنة- صحة الفم والأسنان). 5) نسبة تحويل كبار السن للتخصصات المختلفة بالرعاية الثانوية. 6) عدد الجهات المجتمعية المشاركة في صحة المسنين 7) عدد الحملات وبرامج التوعية التي تم تنفيذها لنشر ثقافة أنماط الحياة الصحية وتعزيزها بين المسنين.
	تفعيل برامج ذوي الاحتياجات الخاصة.	تعزيز الوقاية وتحسين الاكتشاف المبكر للإعاقات بأنواعها (الذهنية، الحركية والجسدية، الحسية، النفسية) وتسهيل الوصول للخدمات الشاملة لذوي الاحتياجات الخاصة في الرعاية الصحية الأولية وذلك على مدى ستة أعوام.	1) عدد الحالات غير الطبيعية والتي يتم اكتشافها خلال برامج الاكتشاف المبكر للإعاقات والتي يتم التعامل معها بالطريقة السليمة مثل برامج فحص الأطفال وبرامج الصحة المدرسية. 2) نسبة المراكز الصحية الجديدة بتسهيلات صديقة لذوي الاحتياجات الخاصة. 3) نسبة ذوي الاحتياجات الخاصة التي تحصل على تدخل ايجابي من قبل القائمين على كل من خدمة الدعم النفسي والبحث الاجتماعي. 4) نسبة الحالات التي تتحسن بعد إدماج خدمات العلاج الطبيعي. 5) نسبة الحالات التي يتحسن وضعها الوظيفي بعد إدماج العلاج بالعمل.
	تعزيز الصحة وعلى رأسها التوعية والتثقيف الصحي.	تعزيز صحة الفرد والمجتمع عن طريق تنفيذ برامج تعزيز الصحة بما يتناسب مع الوضع الصحي.	نسبة المشاكل الصحية وعوامل الخطورة التي تم بصددها تنفيذ برامج لتعزيز صحة الفرد والمجتمع بناء على نتائج المسوحات الوطنية بما يتناسب مع المعايير المتفق عليها.

- نسبة المشاكل الصحية وعوامل الخطورة التي تم اكتشافها وتحويلها للجهة المناسبة. - مدى رضا الهيئة التعليمية وأولياء الأمور والطلبة. - نسبة التحويلات من المدارس إلى المراكز الصحية حسب السياسات والأدلة الإرشادية.	تحسين الخدمات العلاجية والوقائية المقدمة للطلبة والهيئة التعليمية وجميع العاملين في المحيط المدرسي.	تعزيز الصحة المدرسية.	
1) نسبة المضاعفات في حالات خدمة صحة الفم والأسنان العلاجية. 2)نسبة تسوس – فقد – حشو للأطفال (من 12 شهر – 6 سنوات) وللطلبة والطالبات (12، 15 ، 18سنة) و للأمهات الحوامل. 3)نسبة التهاب النسيج المحيط بالأسنان – نزف اللثه – وجيوب ما بين الأسنان واللثة (CPI) للطلاب والطالبات (12، 15، 18 سنة) وللأمهات الحوامل. 4)نسبة الطلاب والطالبات الذين يستخدمون فرشاة الأسنان بالطريقة الصحيحة. 5) مدى رضى متلقي خدمات صحة الفم والأسنان العلاجية والوقائية. 6) مدى رضى مقدمي خدمات صحة الفم والأسنان العلاجية والوقائية.	1) تعزيز صحة الفم والأسنان عن طريق تطوير خدمات صحة الفم والأسنان العلاجية البسيطة والوقائية وتسهيل الوصول إليها. 2) خفض نسبة الإصابة بأمراض الفم والأسنان للفئات العمرية منذ الولادة – 18 سنة والفئات الخاصة الأخرى.	تطوير الخدمات العلاجية البسيطة والخدمات الوقائية لصحة الفم والأسنان في الرعاية الصحية الأولية.	

أولاً 1)مدى توفر مواعيد لطالبي الخدمة. 2)مدى تطابق مستوى الأداء في الخدمات مع المعايير المتفق عليها. 3)مدى الازدحام في المراكز الصحية الحالية باستخدام مؤشرات عملية في هذا السياق. **ثانياً** مدى تناسب عدد العيادات والمرافق الأخرى في المراكز الصحية مع الزيادة في القوى العاملة والتوسع في الخدمات.	§ تحسين وصول المواطنين والمقيمين إلى خدمات الرعاية الأولية بإنشاء مراكز صحية جديدة في المحافظات المختلفة على مدى عشر سنوات. وذلك للتخفيف من الازدحام في المراكز الصحية الحالية، وتحسين نوعية الخدمات المقدمة طبقاً للمعايير المعمول بها. § توفير المكان المناسب للقوى العاملة الإضافية لاستيعاب التوسعة في الخدمات تزامنا مع تنفيذ الخطط المختلفة، وذلك من أجل إيجاد البيئة الملائمة لمقدمي الخدمات ومتلقيها.	التوسع النوعي والكمي بإنشاء مرافق الرعاية الصحية الأولية بما يتناسب وحاجة المجتمع.	**تسهيل وصول المجتمع بكافة فئاته إلى الخدمات الصحية الشاملة وبما يتناسب مع احتياجاتهم.**
1)مدى تطابق مستوى الأداء في الخدمات مع المعايير المتفق عليها. 2)مدى توفر المواعيد لطالبي الخدمة. 3)نسبة التحويلات غير الضرورية من الرعاية الأولية إلى الرعاية الثانوية. 4)مدى رضا متلقي الخدمات. 5)مدى رضا مقدمي الخدمات. --- 1)مدى توفر الأجهزة الطبية والمستلزمات بما يتناسب مع الخدمات المقدمة وضغط	§ تحسين جوده الخدمات الطبية (الوقائية والعلاجية والتعزيزية) المقدمة في الرعاية الصحية الأولية، طبقاً للمعايير المتفق عليها. § تحسين الوصول إلى المواعيد في المراكز الصحية، وبما يتناسب مع ظروف المراجعينوذلك خلال ست سنوات. --- المساهمة في التشخيص المبكر للمريض باستعمال الأجهزة المناسبة والمستلزمات الأخرى مع الوضع في الاعتبار حق الجميع في الحصول على هذه الخدمات.	تطوير البنية التحتية لمرافق الرعاية الصحية الأولية. أولاً: تمديد وقت الاستشارة الطبية وتحسين وضع القوى العاملة --- ثانياً: تطوير الأجهزة الطبية والمستلزمات الأساسية في الرعاية الصحية الأولية	

العمل، والمعايير المتفق عليها. 2)مدى رضا مقدمي الخدمة عن توفر الأجهزة.			
1)مدى توفر الأدوية بما يتناسب مع معدلات المراضه في الرعاية الأولية. 2)نسبة الوصفات الطبية المطابقة للمعايير الموضوعة. 3)مدى رضا متلقي الخدمة عن توفر الأدوية. 4)مدى رضا مقدمي الخدمة عن توفر الأدوية.	الحفاظ على صحة المرضى عن طريق توفير الأدوية وصرفها بطريقة آمنة وسليمة ومبنية على أسس علمية، مع الوضع في الاعتبار الاستغلال الأمثل للموارد بناء على المعايير في هذا المجال.	ضمان توفير الأدوية في الرعاية الأولية.	
1)مدى التطبيق الصحيح للسياسات الموضوعة. 2)مدى التطبيق الصحيح للدلائل الإرشادية لتقديم الخدمات. 3)مدى توفر اعتراف دولي بمرافق الرعاية الصحية الأولية سواء كان وطني أو اقليمى أو دولي. 4)نسبة الإجراءات المطابقة للمعايير المتفق عليها لضمان سلامة المرضى ومراعاة حقوق الإنسان لمتلقي مقدم	تقديم خدمات يكون فيها متلقي الخدمة مركز الخدمة، ووفقا للمعايير الوطنية أو الإقليمية والدولية، مع الوضع في الاعتبار حق الجميع في الحصول على الخدمات من دون تحيز أو تمييز، عن طريق تطوير نظام تحسين الجودة وفق خطة زمنية محددة . ومن ثم تحسين الترتيب العالمي للخدمات الصحية في الدول العربية وفق معايير منظمة الصحة العالمية وتحسين رضا كل من مقدمي ومتلقي الخدمات.	تطوير وتعزيز نظام الجودة في الرعاية الصحية الأولية.	تعزيز بيئة الجودة عن طريق وضع نظام للجودة وتقديم خدمات صحية مرتكزة حول متلقي الخدمة تتطابق مع مبادئ الممارسة المهنية، والسلوك الأخلاقي على أساس حقوق الإنسان والمساواة في النوع، مع الاهتمام بتحسين الحالة الصحية للمجتمع.

الخدمة . 5)مدى رضا متلقي الخدمات الصحية. 6)مدى رضا مقدمي الخدمات الصحية.			
فئات المجتمع والقطاعات المعنية تتوفر لديها معلومات عن أنشطة وبرامج الرعاية الصحية الأولية.	حشد التأييد والمناصرة لخدمات الرعاية الصحية الأولية عن طريق التواصل الفاعل والمنتظم مع فئات المجتمع والقطاع الصحي داخلياً وخارجياً	تعزيز العلاقات العامة في الرعاية الصحية الأولية.	
§ نسبة التحويلات إلى الرعاية الثانوية حسب السياسات والدلائل الإرشادية. § نسبة التحويلات الصحيحة وبالتوثيق المناسب من الرعاية الأولية. § نسبة التغذية المرتجعة وبالتوثيق المناسب من الرعاية الثانوية إلى الرعاية الأولية. § مدى رضا الطرفين في الرعاية الأولية والثانوية عن النظام القائم وتطبيقه بإتباع مؤشرات عملية. § مدى رضا متلقي الخدمة. 1) نسبة الشراكات مع القطاع الخاص أو النظام مدفوع الأجر حسب السياسات والدلائل الإرشادية. 2) مدى رضا متلقي الخدمة.	تطوير الخدمات المشتركة بين الرعاية الصحية الأولية والثانوية وتقديمها بشكل أفضل وذلك عن طريق تحسين التواصل والتنسيق بين الطرفين، من أجل خلق مستوى مهني راق وباستغلال أقصى للموارد الصحية. تطوير الخدمات المشتركة بين الرعاية الصحية الأولية في القطاع الخاص والعام وتقديمها بشكل أفضل وذلك عن طريق تحسين التواصل بين الطرفين، من أجل خلق مستوى مهني راق وباستغلال أقصى للموارد الصحية. تطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية في القطاع العام، والقطاع الأهلي، وذلك عن طريق تحسين التواصل مع القطاع الأهلي والمنظمات الإقليمية والدولية.	توثيق التعاون والتنسيق بين القطاعات الحكومية والقطاع الخاص لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية: تعزيز التنسيق بين الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية الثانوية. تعزيز التنسيق بين الرعاية الصحية الأولية والقطاع الخاص.	تقوية خدمات الرعاية الصحية الأولية عن طريق تنمية شراكات منتجة ومستمرة مع الجهات المعنية وتحقيق نتائج صحية أفضل.

1) نسبة المشاريع التي تم انجازها بالتعاون مع المنظمات الإقليمية والدولية. 2)نسبة الشراكات التي تم استكمالها مع القطاع الأهلي.		تنسيق التعاون بين القطاعات غير الحكومية (مؤسسات المجتمع المدني)، والمنظمات الإقليمية والدولية.	
1)نسبة البرامج التي يتم تطبيقها في الرعاية الصحية الأولية الملبية لاحتياجات المجتمع. 2)مدى دعم الجهات المعنية من مؤسسات المجتمع المدني لبرامج الرعاية الصحية الأولية. 3)مدى رضا الجهات المعنية في المجتمع والقائمين على برامج الرعاية الصحية الأولية عن التنسيق في المجالات المختلفة.	دعم خدمات الرعاية الصحية الأولية بما يلبي احتياجات المجتمع من خلال تقييم احتياجات المجتمع وإشراك ممثلي المجتمع في التقييم	إشراك المجتمع في التخطيط والتنفيذ والتقييم.	
1) مدى تناسب نوعية وسرعة اتخاذ القرارات المناسبة مع المعايير المتفق عليها. 2) مدى كفاءة وفاعلية	تعزيز وتحسين اتخاذ القرار في الرعاية الصحية الأولية عن طريق تحديث وتطوير الهيكل التنظيمي.	تعزيز وضع إدارة الرعاية الصحية في الهيكل التنظيمي.	تيسير اتخاذ القرارات والتخطيط عن طريق توفير المعلومات الصحية لجميع العاملين الصحيين وبصورة واضحة ودقيقة وصحيحة وفيالوقت المناسب، وإعداد هيكل تنظيمي داعم.

			استكمال العمليات في الرعاية الصحية الأولية.
	وضع وتطوير نظام معلوماتي شامل والكتروني للرعاية الصحية الأولية.	التخطيط السليم واتخاذ القرارات السليمة المبنية على المعلومات، وتوفير البيانات ومن ثم المعلومات اللازمة للتعرف على الوضع الصحي وتحديد مجالات التحسين ذات الأولوية عن طريق تطوير نظام المعلومات بالرعاية الصحية الأولية وإدماج الملف الطبي الالكتروني في المراكز الصحية خلال ست سنوات.	1)مدى دقة وسرعة توفر البيانات المختلفة. 2)مدى مرونة الحصول على التقارير المختلفة في ظل توفر البيانات اللازمة. 3)مدى سرعة انجاز الإجراءات المختلفة الخاصة بالاستشارة الطبية ومخرجاتها. 4)مدى توفر المؤشرات المتفق عليها وطنيا ودوليا. 5)مدى سرية وخصوصية البيانات. 6)مدى إمكانية الحصول على معلومات عن الفجوة بين مستوى الأداء الفعلي والمستوى المتفق عليه. 7)تحسين الأداء بناءاً على المؤشرات.
	تخصيص ميزانية مستقلة للرعاية الصحية الأولية.	تعزيز الرعاية الصحية الأولية في تنفيذ برامجها عن طريق تخصيص ميزانية مناسبة للرعاية الصحية الأولية.	1)مدى تناسب ميزانية الرعاية الصحية مع الاحتياجات لتنفيذ البرامج بناء على احتياجات المجتمع. 2)مدى سهولة حصول

الرعاية الصحية الأولية على الميزانية اللازمة.			
1)عدد ونسبة كوادر القياديين في مجال الرعاية الصحية الأولية 2)مدى التناسق بين العمل الإداري والفني. 3)عدد ونسبة التوجيه في مجال السياسات في الرعاية الصحية الأولية. 4)هل تم تطبيق المراقبة المنظمة والقياسية. 5)مدى تحقيق تنسيق البرامج والمشاريع والأنظمة في قطاع وزارة الصحة وخارجها. 6)نسبة تحقيق رضا المراجع ومقدم الخدمة. 1)مدى مراقبة عملية تنفيذ الإستراتيجية وتشخيص المعوقات. 2)مدى تقبل ثقافة التغيير نحو تطبيق الإستراتيجية. 3)مدى مرونة المنظمة نحو المتغيرات. 4)عدد ونسبة تطبيق	- توفير القيادات الفعالة والقادرة على قيادة العمل وتوجيه الفريق الصحي وتمكينها بما يضمن تقديم الخدمات الصحية طبقاً للمعايير. - تحسين الفعالية، وتوفير التوجيه في مجال السياسات وتحديد دور الشركاء الآخرين بواسطة البناء المنهجي للاستراتيجيات، وتكامل أطر السياسات، والمراقبة المنظمة والقياسية، والتصاميم وتنسيق التحالفات والأنظمة. دعم وتقوية القيادة (الإدارة العليا) بالوزارة والإدارات المتوسطة بالمناطق نحو مسؤوليات توجيه المنظمة.	**تمكين القيادة في الرعاية الصحية الأولية.** أولاً: الحوكمة - تعزيز وتمكين القيادة. ثانياً: قيادة إستراتيجية الرعاية الصحية الأولية.	

الممارسات الأخلاقية التنظيمية. 5)عدد ونسبة تطبيق ممارسات روح المواطنة التنظيمية والمسؤولية الاجتماعية. 6)عدد ونسبة إستراتيجيات التغيير بالمنظمة.			
1)مدى ارتباط ما تم تحقيقه في التدريب بأهداف وخطط وخدمات الرعاية الصحية الأولية. 2)نسبة الإجراءات التطويرية التي تم تطبيقها من خلال التدريب. 3)نسبة التحويلات غير الضرورية من الرعاية الأولية إلى الرعاية الثانوية. 4)مدى رضا متلقي الخدمات. 5)مدى رضا مقدمي الخدمات.	الاهتمام بعملية التدريب في الرعاية الصحية الأولية، وتنفيذ جميع البرامج التدريبية المبنية على خطة الاحتياجات التدريبية، والمرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالخدمات والبرامج المتعلقة بتنفيذ الخطة الإستراتيجية للرعاية الصحية الأولية.	تطوير التدريب في الرعاية الصحية الأولية.	تعزيز كفاءة ومهارات المهنيين الصحيين وموظفي الخدمات الصحية المساندة، والمحافظة على مستوى أدائهم متماشيا مع أفضل المعايير الدولية، وتوفير بيئة عمل مناسبة.
1)مدى رضا مقدمي الخدمات. 2)مدى رضا متلقي الخدمات.	تعزيز الرعاية الصحية الأولية من خلال العمل على تحسين رضا القائمين على تقديم الخدمات ومتلقيها.	تحسين رضا القائمين على تقديم الخدمات ومتلقيها بما فيها تحسين مهارات التواصل مع متلقي الخدمة.	
1)نسبة الزيادة في عدد أطباء	تحسين جودة الخدمات في الرعاية الصحية الأولية عن طريق تأهيل أطباء	التوسع والتعزيز لبرامج طب	

العائلة المؤهلين حسب معايير محددة. 2)نسبة الزيادة في أعداد الفئات الطبية المساعدة المؤهلة حسب معايير محدده. 3)نسبة الحالات التي يتم التعامل معها حسب المعايير المتفق عليها.	أسرة، والفئات الطبية المساعدة بما يتناسب مع احتياجات المجتمع والكثافة السكانية بزيادة قدرها 10 -15% سنوياً.	الأسرة والمجتمع بدرجتها العلمية وزيادة عدد الخريجين من الفئات الطبية المساعدة.	
نسبة السياسات والقرارات التي يتم اتخاذها في الرعاية الصحية الأولية استنادا إلى نتائج البحوث في هذا المجال.	تعزيز اتخاذ القرار والسياسيات في الرعاية الصحية الأولية عن طريق ربطها بالقرائن والدلائل الناتجة عن بحوث النظم الصحية.	دعم البحوث والدراسات العلمية.	

2.1.3 الرعاية الصحية الثانية و الثالثة

المقدمــة :

تعتبر الخدمات الصحية ذات الجودة العالية من أهم الأهداف التي تسعى إليها الشعوب ويمكن إن يقاس تقدم الشعوب بالمؤشرات الصحية التالية:-

- معدل وفيات الأطفال.- متوسط الاعمار - معدل انتشار الامراض المعدية
- يسر وسهولة الخدمات الصحية .

ففي الوقت الذي نجحت فيه كثيرا من الدول في تقديم خدمات صحية راقية لمواطنيها كانت الخدمات الصحية في ليبيا في تردى وانعدمت الثقة لدى المواطن في الخدمات الصحية مما أدى إلى البحث عن العلاج في الخارج بالإضافة إلى ما خلفته حرب التحرير من جرحى ومبتوري الأطراف .

تحليل الوضع الراهن

إن مفهوم خدمات الرعاية الصحية الثانية والثالثة تعتمد على تقديم خدمات تشخيصية وعلاجية ذات كفاءة عالية ومميزة ضمن المعايير العالمية تشارك فيها كافة المرافق الصحية من مستشفيات عامة وتخصصية ومن خلال ما يتوفر من معلومات وإحصائيات من الجهات ذات العلاقة بتقديم الخدمات الصحية كما يستوجب نهوض قطاعات أخرى مثل المواصلات والاتصالات و المرافق و التعليم وغيرها بدورها في دعم الحالة الصحية للمواطن و خدمات الرعاية الصحية الثانية والثالثة التي تقوم بتقديمها وزارة الصحة من خلال المستشفيات العامة والقروية والمراكز الطبية الأتية :

مستشفيات عامة	مستشفيات قروية	مراكز طبية	المجموع
54	32	11	97

عدد الأسرة بالقطاع العام:20689 سرير

كما يساهم القطاع الخاص بتقديم خدمات الرعاية الصحية الثانية بالمصحات والعيادات الخاصة حيث وصل عدد الأسرة بالقطاع الخاص2088 سرير .

تحديات المحــور:

1) إتساع الرقعة الجغرافية و الانتشار العشوائي لسكان في جميع انحاء ليبيا.
2) عدم وجود آليات تنسيق بين مدخلات و مخرجات التعليم الطبي
3) ضعف الصيانة العامة و صيانة الاجهزة و المعدات الطبية و الكهروميكانيكة .
4) مقابلة طموح المواطن في الحصول على خدمات صحية ذات جودة عالية .
5) إنعدام نظام الإحالة .
6) نقص العناصر المتخصصة في المجالات التالية :-

أ- جراحة القلب والصدر والأوعية الدموية .

ب- بجراحة الحوادث.

ج- جراحة الأطفال .

د- جراحة الأعصاب .

هـ- زراعة الأعضاء .

و- الأورام .

ز- جراحة المناظير .

ك -الإمراض النفسية .

ل- علاج السموم .

الأهداف الإستراتيجية والسياسات الصحية على المستوى الوطني :

1. التخطيط المناسب والمتابعة على أسس علمية واتخاذ القرارات التي تؤدى إلى الرفع من مستوى وجودة الخدمات الصحية وذلك من خلال تجهيز المرافق وكفاءة العاملين .
2. تحسين الخدمات الصحية العلاجية .
3. توفير نظام معلوماتي متكامل بالقطاع .
4. إعادة الثقة لدى المواطن في الخدمات الصحية وذلك بتحسين تلك الخدمات .
5. الاهتمام وإعطاء الأولوية لبرامج التعليم المستمر.
6. التركيز على التخصصات الدقيقة والنادرة التي تتطلب مستوى عالي من التخصص والتقنيات في مراكز محددة .
7. تطبيق القوانين واللوائح الخاصة بالمسؤولية الطبية
8. عدالة الحصول على الخدمات الصحية .

الأهداف العامــة:

1. تحقيق أفضل مستوى صحي ممكن عن طريق تحسين الحالة الصحية للمواطنين وتوفير الرعاية الصحية الأولية والثانية و الثالثة لجميع المواطنين وتيسير الحصول عليها وتقديمها بطريقة عادلة ومأمونة وبكلفة معقولة .
2. تطوير نظم المعلومات الصحية ذات التقنيات العالية والتوسع في أستخدمها في جميع القطاعات والمرافق الصحية .
3. تنمية العناصر الطبية الوطنية .
4. تحسين الجودة ورفع كفاءة الأداء .
5. تفعيل دور وزارة الصحة بالإشراف والمراقبة على الأداء .
6. تفعيل دور القطاع الخاص بشكل موازى للقطاع العامبما يضمن شراكة حقيقية .
7. التوزيع المتوازن للخدمات الصحية جغرافيا وسكانيا وتيسير الحصول عليها .
8. رفع مستوى الوعي بالممارسات الصحية .

التوصيات

1. الاهتمام بالمستشفيات والمراكز الطبية والتخصصية من حيث الصيانة والتجهيز بالمعدات الطبية .
2. تقديم الخدمات الصحية بالمقابل فى القطاع العام والقطاع الخاص على ان لا يتحمل المواطن تكاليف الخدمات بل يقوم بتحمل ذلك شركات التامين الطبي .
3. تطبيق الخدمات الالكترونية بالمرافق الصحية .
4. تأهيل العناصر الطبية والطبية المساعدة .
5. وضع ضوابط نظام الاحالة للمرضى الى مراكز الرعاية الصحية الثانية والثالثة.

الأهداف الإستراتيجية :

1 تطوير وتحسين الخدمات الصحية في المستشفيات .
2 تطوير البرنامج الوطني لأمراض القلب والأوعية الدموية .
3 تطوير البرنامج الوطني للأورام .
4 تطوير البرنامج الوطني لأمراض العيون .
5 تطوير البرنامج الوطني لداء السكري .
6 تطوير البرنامج الوطني للوقاية من الحوادث وتعزيز السلامة على الطرق .

7 تطوير خدمات جراحة الأعصاب .

التدخلات ومؤشرات الآداء :-

الأهداف الإستراتيجية	الإجراءات المحققة للأهداف	المؤشرات
8. تطوير ودعم البرنامج الوطني لزراعة الإعضاء	• اصدار قانون لزراعة الاعضاء • انشاء مبنى مستقل لزراعة الاعضاء في طرابلس وآخر في بنغازي • استحداث برنامج زراعة النخاع الشوكي في عدد من المستشفيات	• صدور القانون • استكمال الانشاءات • ظهور برنامج زراعة النخاع الشوكي للوجود
1. تطوير وتحسين الخدمات الصحية في المستشفيات .	• استكمال صيانة وتطوير وإعادة تجهيز المرافق الصحية القائمة . • استكمال افتتاح مركز بنغازي الطبي. • تدريب وتأهيل العاملين بالمستشفيات بمختلف شرائحهم .	• عدد المستشفيات التي تمت صيانتها وتطويرها • الافتتاح الكامل لمركز بنغازي الطبي . • عدد العناصر الطبية التي تم تأهيلها وتدريبها .
2. تطوير البرنامج الوطني لعلاج القلب والأوعية الدموية.	• تطوير وتحديث وتجهيز الأقسام القائمة حالياً • افتتاح مركز لعلاج القلب والأوعية الدموية في كل من :- (سبها ..المنطقة الغربية .. المنطقة الشرقية) • الاستعانة بالأساتذة الزوار عن طريق فرق طبية متكاملة .	• عدد الأقسام التي تم تطويرها وتحديثها . • افتتاح المراكز في الأماكن المستحقة . • عدد الأساتذة الزوار والفرق الطبية التي زارت ليبيا .
3. تطوير البرنامج الوطني لـ	• الاكتشاف المبكر للأورام . • افتتاح مركز لعلاج الأورام بالمنطقة الجنوبية . • تنفيذ برامج التوعية والتثقيف حول الأورام	• استكمال افتتاح المركز بالمنطقة الجنوبية • عدد البرامج التثقيفية التي تم تنفيذها .
4. تطوير البرنامج الوطني لأمراض العيون	• تنفيذ برنامج زرع القرنية في جميع المناطق. • الاكتشاف المبكر لأمراض العيون . • تنفيذ مركز لأمراض العيون في المنطقة الجنوبية .	• عدد الأماكن التي تم تنفيذ البرامج بها . • تنفيذ مركز للعيون بالجنوب .
5. تطوير البرنامج الوطني للداء السكري	• توفير أخصائيي للداء السكري والغدد الصماء في جميع المناطق . • التوعية والتثقيف الصحي على الداء السكري ومضاعفاته	• توفير الأخصائيين في جميع المستشفيات. • عدد البرامج التوعوية التي تم تنفيذها .
6. تطوير خدمات جراحة الأعصاب	• تزويد المستشفيات المركزية باستشاري في جراحة الأعصاب . • توفير الوسائل التشخيصية للأعصاب في المستشفيات .	• عدد الاستشاريين الأخصائيين بالمستشفيات . • عدد الوسائل التشخيصية التي تم توفيرها .
7. تطوير البرنامج الوطني للإسعاف وتعزيز السلامة على الطرق	• توفير أقسام الإسعاف بالمستشفيات . • افتتاح مستشفى للحوادث في المنطقة الشرقية .	• عدد ونوعية الخدمات بأقسام الإسعاف . • استكمال افتتاح مستشفى للحوادث بالمنطقة الشرقية .

2-3 الإسعاف وطب الطواري

المقدمة :

يمثل الإسعاف وطب الطواري العمود الفقري للخدمات الصحية الطارئة والسريعة وقد عملت جميع الدول على الإهتمام بهذا البرنامج إهتماماً خاصاً حيث قامت هذه الدول ببناء الإسعاف البري والجوي والبحري وكونت منظومة إتصالات كاملة وحديثة وموحدة من أجل تأمين الإتصال السريع المضمون في جميع مناطق البلاد والبرنامج يقتضي بناء العناصر البشرية بمختلف مستوياتها الطبية والطبية المساعدة والسائقين والبحارة والطيارين والإداريين والعاملين في برنامج الإتصالات والإدارة .

تعريف برنامج الإسعاف وطب الطواري :

هو برنامج لإنقاذ المرضى في مختلف مواقعهم في أسرع وقت ممكن وبطريقة أمنة مع تقديم الخدمات الإسعافية العاجلة والسريعة في موقع الحدث .

تحليل الوضع الراهن :

تعتمد خدمات الإسعاف الحالية في ليبيا على الإسعاف البري بصفة أساسية والإسعاف الجوي في بعض الأحيان حيث يوجد حوالي 863 سيارة إسعاف موزعة على مختلف مراكز الإسعاف بالمناطق ويوجد حالياً بجهاز الإسعاف الطائر عدد 3 طائرات وجهاز الإسعاف البحري لا يعمل حالياً .

وجميع المستشفيات مزودة بأقسام لطب الطواري والإسعاف تعمل خلال الأربعة والعشرون ساعة وقد فتح تخصص طب الطواري بمجلس التخصصات الطبية .

التحديات التي تواجه الإسعاف وطب الطواري :

1- اتساع رقعة ليبيا وانتشار السكان بشكل عشوائي في مختلف مناطق البلاد .
2- زيادة عدد حوادث السيارات حيث تمثل ليبيا البلد الأعلى بين بلدان العالم في نسبة الوفاة بسبب حوادث السير .
3- ضعف أداء العاملين الحاليين بجهاز الإسعاف .
4- انتشار السلاح في جميع المناطق و تعدد الاصابات و الحوادث نتيجة لذلك.

الأهداف العامة لبرنامج الإسعاف وطب الطواري :

1- تحقيق أسرع طريقة للإنقاذ والإسعاف والإغاثة .

2- بناء شبكة إتصالات فعالة .

3- تحسين خدمات الإسعاف والطواري .

4- رفع كفائة العاملين بجهاز الإسعاف وطب الطواري .

5- إعداد اللوائح و أدلة الاسعاف للعاملين في هذا المجال .

السياسات :

- العمل مع جميع الجهات ذات العلاقة بخدمات الإسعاف من أجل بناء منظومة متكاملة للإتصالات والمواصلات والتوعية والتثقيف والتعليم والتدريب وبناء القدرات في هذا المجال.
- توفير الإمكانيات اللازمة لبناء منظومة الإسعاف والطواري .
- تحقيق الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص .

الأهداف الإستراتيجية:

- تقديم خدمات إسعافية متميزة بجميع أنواعها البري والبحري والجوي .
- نشر مبادئ الإنقاذ والإسعافات الأولية بين أفراد المجتمع .
- تعزيز الشراكة بين القطاع الخاص والقطاع العام في مجال الإسعاف وطب الطواري .

التدخلات و مؤشرات الأداء :-

المؤشرات	الإجراءات المحققة للأهداف	الأهداف الإستراتيجية
- عدد السيارات والطائرات والزوارق التي تم شرائها . - عدد الموارد المادية التي تمت صيانتها . - تركيب المنظومة والبدء في تشغيلها . - عدد المتدربين .	- شراء سيارات إسعاف وطائرات وزوارق بحرية . - صيانة الموارد المادية الحالية . - تركيب منظومة إتصالات على مستوى ليبيا . - تدريب العاملين بجهاز الإسعاف البري والبحري والجوي .	- تقديم خدمات إسعافية متميزة بجميع أنواعها البري والبحري والجوي .
- عدد المتدربين على الإسعافات الأولية . - عدد الكتيبات والنشرات التوعوية. - عدد الدعايات والأفلام التثقيفية.	- إعطاء دورات تدريبية قصيرة ومتوسطة بجميع شرائح المجتمع بمشاركة الهلال الأحمر . - إصدار كتيبات ونشرات إرشادية وتوزيعها على مختلف المناطق . - إعداد وإصدار عدد من الدعايات والأفلام التوعوية في وسائل الإعلام المختلفة .	- نشر مبادئ الإسعاف والإنقاذ والإسعافات الأولية بين أفراد المجتمع .
- عدد العقود الموقعة في هذا المجال . - عدد الحالات المنفذ فيها موضوع شراء الخدمة .	- وضع وثيقة تعاون مشترك بين القطاعين . - البدء في تنفيذ موضوع شراء الخدمة من القطاع الخاص . - دعم القطاع الخاص .	- تعزيز الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص في مجال الإسعاف والطوارئ .

3-3 صحـة الفـم والأسنـان .

المقدمـــة :

يعتبر تسوس الأسنانِ وأمراض اللثة من أمراض الفم الأكثر شيوعاً حيث يعانى منها ما يقارب من 60 إلى 90 %مِنْ تلاميذِ المدارس حول العالم. هذا وبالإضافة إلى تسوس الأسنانِ وأمراض اللثة فإنه قد يحْدثُ في الفم عدة عيوب وخاصة عند الولادة (الوراثية) مثل الشفةِ والحلق المشقوقين و اللذان يظهرا في حوالي واحد لكل 500 - 700 من كُلّ الولادات وذلك حسب اختلافها وفق المناطقِ الجغرافيةِ والمجموعات العرقيةِ .

تمثل العناية الطبية التقليدية بالأسنان عبء اقتصادي هامّ عند العديد من البلدانِ ذات الدخلِ العالي، بحيث تصل نسبة الإنفاق فيما يَتعلّق بصحةِ الفم 5-10 % مِنْ إنفاقِ الصحة العامةِ ، وبهذا يعتبر علاج الأسنان مكلف ويشكل عبأً على كثير من الدول لارتفاع أسعار المواد الطبية اللازمة والأجهزة الطبية المستخدمة وكمية الموارد المطلوبة لتقديم العلاج اللازم .

و لقد أثبتت الدراسات في بلادنا أن نسبة التسوس قد زادت خلال 15 سنة الماضية، وذلك لتدهور خدمات الرعاية الصحية الأولية وافتقارها لأبسط أساسيات تقديم هذه الخدمة العامة للناس، وبالتالي فإن زيادة نسبة أمراض الأسنان في ليبيا قد تعكس الحالة التغذوية والسلوكية لأفراد المجتمع.

ونظراَ لما تشكله أمراض الفم والأسنان من مردود سلبي على الصحة العامة للأفراد إضافة إلى ما تتكبده الحكومات من أعباء مالية باهظة في سبيل علاج هذه الأمراض، فقد سارعت الكثير من المجتمعات بوضع برامج وقائية ومشاريع علاجية لرعاية صحةِ الفم والأسنان ، الأمر الذي أدى إلى انخفاض ملحوظ في معدل الإصابة بل والقضاء عليها كليا في بعض الدول الأوربية،.

تعريف صحة الفم والأسنان:

صحة الفم والأسنان هي تلك الصحة التي يجب أن يتمتع بها أي إنسان عندما يكون خاليا مِنْ أمراض الفَم والأسنان المُزمنِ منها والحاد ، وأن يكون كذلك متخلصا من أي الالم أو مضاعفات قد تصاحب هذه الأمراض.

تحليل الوضع الراهن لصحة الفم والأسنان في ليبيا:

أولا: الوضع الراهن لمستوى الموارد البشرية الصحية

- في بداية السبعينات كانت نسبة أطباء الأسنان إلى عدد السكان هي 1 : 13000
- في عام 1974 بلغ عدد أطباء الأسنان بليبيا حوالي 125 طبيب أسنان منهم 13 طبيب أسنان ليبي وعدد 25 فني أسنان .
- هذا وبعد السماح بفتح العديد من كليات طب الأسنان والتي بلغ عددها حالياً10 كليات في مختلف مناطق ليبيا. أصبح عدد الخريجين من هذه الكليات حتى عام 2006 م حوالي 4257 خريج.
- استوعب منهم قطاع الصحة عدد 1322 طبيب أسنان.
- هذا العدد (1322) قد تزايد بحوالي ثلاث مرات في عام 2010 حتى وصل إلى ما يقارب 3176 طبيب أسنان منهم 124 طبيب أسنان يعملون في المستشفيات العامة.
- من بين 1424 مرفق صحي يتم عن طريقها تقديم الرعاية الصحية الأولية تتواجد 297 عيادة أسنان يتم عن طريقها تقديم خدمات صحة الفم والأسنان للمواطنين.
- متوسط معدل زيارات المرضى لعيادات الأسنان يقل عن متوسط معدل زيارات المرضى لمرافق الرعاية الصحية الأولية والتي تقع بمعدل 3 زيارات لكل مواطن سنويا.

- مؤشرات أطباء الأسنان لكل 10.000 من السكان في بعض الدول في المنطقة العربية كالآتي :-

الدولة	ليبيا	الاردن	تونس	الامارات	مصر	سوريا	السعودية	عمان
أ.أسنان	6.0	7.3	2.4	4.0	4.2	7.9	2.8	1.9

- على الرغم من أن مؤشر أطباء الأسنان في ليبيا يعتبر مقبولا إلا أن معظم أطباء الأسنان تنقصهم الكفاءة والخبرة والتخصص .

ثانيا: الوضع الراهن لمستوى خدمات صحة الفم والأسنان :-

على الرغم من أن قطاع صحة الفم والأسنان في ليبيا من القطاعات الصحية التي كانت مهملة في الحقبة السابقة إلا أنها كانت تقوم بدور حتى ولو كان منقوصا في تقديم خدمات صحة الفم والأسنان من خلال التخصصات والفئات العاملة في هذا المجال .. بحيث يتم توزيع الخدمات المقدمة إلى السكان في مجال طب الأسنان عن طريق أربعة مستويات كالتالي :

المستوى الأول :عيادات الأسنان بمراكز الرعاية الصحية الأولية المتمثلة في المستوصفات والمجمعات الصحية. يخدم هذا المستوى كافة أفراد المجتمع ويقوم بتقديم الخدمة العلاجية والوقائية المتمثلة في: عمل الحشوات المناسبة وإزالة الرواسب الجيرية ونظافة الفم والعناية بالأسنان والتشديد عليها مع معالجة الحالات الطارئة.

المستوى الثاني: عيادات الأسنان المتواجدة في مراكز طب الأسنان الاستشارية (عيادات الأسنان المركزية) ، فبرغم قلة الأخصائيين والاستشاريين وعدم تجهيز هذه العيادات بالمعدات الحديثة والمناسبة إلا أنها تقدم الخدمة العلاجية والاستشارية في كافة التخصصات مع تقديم الخدمات المتمثلة في الخدمات العلاجية التخصصية للمحولين للعيادات:

المستوى الثالث: وهو عبارة عن عيادات الأسنان بأقسام الأسنان بالمستشفيات التخصصية والمتواجدة في كل من مركز طرابلس الطبي ، مركز بنغازي الطبي ،ويقدم هذا المستوى الخدمة العلاجية التخصصية للمحالين من الأقسام الإيوائية بالمستشفى نفسه وكذلك الخدمة العلاجية التخصصية للمترددين من خارج المستشفى كباقي العيادات الخارجية بالمستشفى.

المستوى الرابع: عيادات الأسنان التي تدار من قبل القطاع الخاص من خلال أخصائيين واستشاريين وأطباء أسنان غير خاضعين لوزارة الصحة، و يخدم هذا المستوى كافة أفراد المجتمع ويقوم بتقديم كافة الخدمات العلاجية والاستشارية في مجال طب الأسنان علاوة على تقديم الخدمات التي لا تقوم بها عيادات الأسنان بمراكزو وحدات الرعاية الصحية الأولية أو لا تقوم بها مراكز طب الأسنان الاستشارية (عيادات الأسنان المركزية).

التحديات التي تواجه الوضع القائم لصحة الفم والأسنان في ليبيا

إن المتتبع لقطاع الصحة بما في ذلك قطاع صحة الفم والأسنان يجده مثقلا بعدد كبير من العاملين غير المؤهلين ويعاني من عدة مشاكل ومثقلا بالتحديات المتمثلة في النقاط التالية:

- عدم إعتماد هيكلية لإدارة خدمات الاسنان على المستوى المركزي و الطرفي على حد سواء.
- عدم توافق المتوفر من العناصر الطبية والطبية المساعدة في مجال طب الأسنان مع الطلب بالإضافة إلى وجود عجز مستمر في بعض التخصصات وسوء توزيع هذه العناصر بين المرافق المختلفة .
- عدم توفر العناصر البشرية المؤهلة و التي من أهمها عدم توفر تمريض متخصص في طب الأسنان وذلك لعدم وجود فروع متخصصة في تمريض طب الأسنان ملحقة بكليات التمريض.
- التوسع الأفقي في إنشاء كليات طب الأسنان وعيادات الأسنان غير مجهزة أدى إلى بعثرت الجهود وضعف الأداء خلال العمل .
- افتقار كليات طب الأسنان إلى الإمكانيات البشرية والمادية اللازمة للعملية التعليمية مع افتقارها للوسائل التدريبية الحديثة الكفيلة بتخريج أطباء أسنان ذو كفاءة عالية .
- التوسع الأفقي للتعليم الطبي في مجال طب الأسنان أثر على مخرجات هذه الكليات ، مما أدى إلى ضعف كفاءة الخريجين وسوء توزيعهم على مستوى ليبيا مما أدى إلى تكدس العديد منهم في المدن الساحلية و ندرتهم في الأماكن النائية.
- عدم وجود مؤسسات تدريبية وتعليمية عليا في مجال طب الأسنان شأنها شأن التخصصات الطبية الأخرى.
- عدم اهتمام الدولة بقطاع طب الأسنان الأمر الذي جعل المرضى يهملون علاج أسنانهم أو يلتجئون إلى القطاع الخاص الذي يعمل دون رقابة أو تنظيم.
- ضعف المرتبات وعدم وجود الحوافز المالية أدى إلى هجرة الخبرات الوطنية في مجال طب الأسنان لخارج الوطن لأسباب مختلفة " مادية – علمية – معنوية".

الأهداف العامـــة:

1. نظام رعاية صحية شاملة عالية المستوى في مجال صحة الفم والأسنان. تصل إلى جميع السكان وفي جميع المناطق .
2. تعزيز صحة الفم والأسنان من خلال رفع مستوى الوعي الصحي لدى جميع أفراد المجتمع.
3. رعاية صحية وقائية تأخذ بالاعتبار الاحتياجات المختلفة للسكان بمختلف المناطققوى عاملة وطنية متخصصة في مجال صحة الفم والأسنان تكون قادرة على تقديم خدمات صحية عالية الجودة.
4. دراسات وأبحاث عالية المستوى تهدف إلى تحسين فعالية الرعاية الصحية وجودتها في مجال صحة الفم والأسنان.
5. بناء قاعدة معلومات لصحة الفم والأسنان على مستوى الدولة.
6. زيادة الوعي الصحي بالنسبة لأمراض الفم والأسنان في جميع أنحاء ليبيا.
7. تغيير المعتقدات والسلوكيات الخاطئة المتعلقة بأمراض الفم والأسنان.
8. تخفيض معدلات تسوس الأسنان إلى مستويات تتماشى مع أهداف منظمة الصحة العالمية.

الأهداف الإستراتيجية:

سياسة صحية وطنية تضع المعايير وتراقبها ، مع توحيد الجهود وتبادل الخبرات الداخلية والخارجية لتعزيز صحة الفم، من خلال تطبيق برنامج الصحة المدرسية المتمثل في برنامج تدريب المعلمين والمعلمات بالمدارس الابتدائية على كيفية رفع مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة والطالبات بصورة سليمة ومفيدة .

- بناء قاعدة معلومات عن صحة الفم والأسنان تتولى كليات طب الأسنان مع وزارة الصحة ومتابعة حصر وتوثيق كافة الدراسات والبيانات والمعلومات المتعلقة بصحة الفم
- إعداد خطة طويلة المدى لتأهيل وتدريب العناصر الطبية والطبية المساعدة في مجال طب الأسنان ، مع إعادة النظر في المرتبات وتحفيز العناصر الطبية والطبية المساعدة.
- خفض نسبة تسوس الأسنان عن طريق مادة الفلورايد التي يجب إضافتها لمياه الشرب المحلاة والمعبأة أوإضافتها لملح الطعام مع التأكيد على أن يكون جميع مياه الشرب تحتوي على الفلورايد حسب النسبة المعتمدة لدى وزارة الصحة .
- تبني وتعزيز برنامج وضع المادة السادة للشقوق وتطبيق الفلورايد الموضعي (فارنش الفلورايد) على أسنان الأطفال حتى عمر 12 سنة .
- إجراء مسح صحي لأمراض الفم والأسنان لكل مناطق ليبيا خلال النصف الأول من لعامالقادم ذا معايير موحدة لإيجاد قاعدة بيانات يتم الرجوع إليها مستقبلاً عند متابعة

تحسين صحة الفم والأسنان وعلى أن يشكل هذا المسح قاعدة بيانات أولية لمتابعة الخطة المستقبلية المزمع إعدادها.

- وضع برنامج توعوي موحد لصحة الفم والأسنان يستهدف الأم في مرحلة الحمل والرضاعة وكذلك الأطفال من الفئة العمرية التي تمتد من الولادة إلى سن الثانية عشرة.

السياسات:

1. من أجل دعم الإنجازات المتعلقة بالأهداف الإستراتيجية يجب تأسيس قسم خاص بصحة الفم والأسنان بوزارة الصحة ، يكون عمله من خلال مركز استشاري تقع على عاتقه مسؤولية الإشراف على القطاع الصحي وينظم عمل قطاع خدمات صحة الفم والأسنان على مستوى ليبيا .
2. إدراج برنامج صحة الفم والأسنان بمجلس التخصصات الطبية ، الليبي والعربي وبرنامج الزمالة وغيرها من البرامج العلمية المتعلقة بالتعليم الطبي.
3. إعادة هيكلة البنية الأساسية لقطاع صحة الفم والأسنان وتوفير التجهيزات اللازمة من خلال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لتمكين أطباء الأسنان وغيرهم من العاملين في عيادات ومراكز طب الأسنان من استخدام التكنولوجيا في كافة المرافق الصحية.
4. تحديث وتطوير التعليم الطبي والبحث العلميالمتعلق بصحة الفم والأسنان بالجامعات ومراكز البحوث الصحية والتنسيق فيما بينها وبينإدارات البحث العلمي في وزارة التعليم العالي والجامعات والكليات ،وذلك من أجل توحيد الجهود العلمية والبحثية ، حتى يكون البحث العلمي أكثر فائدة لتلبية حاجات المجتمع صحة الفم والأسنان.
5. إنشاء الخطط الواضحة التي من شأنها استقطاب الاستثمارات الخاصة في قطاع صحة الفم والأسنان ، مع وضع سياسة تمويل شاملة ومستدامة للرعاية الصحية تكفل توفير التغطية العلاجية للمرضى المترددين على العيادات.
6. وضع السياسات المتعلّقة بالصحة والسلامة العامة وتطويرها وحماية صحة المواطنين والأجانب المتواجدين في ليبيا، وذلك عبر تطويرالسياسات الصحية المتعلق بصحة الفم والأسنان من أجل الحدّ من الإصابات والأمراض وخاصة تلك الأمراضالمعدية والمحدقة بالصحة وتوعية المواطن بتفادي مخاطر العدوى الناشئة من سوء استعمال مهنة طب الأسنان ومن تبادل انتقال العدوى من العاملين بالعيادة إلى المريض والعكس.

الإجراءات التنفيذية :

1. تعزيز صحة الفم والأسنان من خلال رفع مستوى الوعي الصحي لدى جميع أفراد المجتمع.
2. تطبيق برنامج الصحة المدرسية من أجل تعزيز صحة الفم.
3. تطبيق البرامج الوقائية لصحة الفم والأسنان وخاصةً تلك المتعلقة ببعض فئات المجتمع كنزلاء :مراكز التأهيل ودور المسنين والسجون.
4. تعزيز الخدمات الوقائية من أمراض اللثة والعمل مع عيادات مرضى السكر من أجل وقاية تلك الفئة من المرضى .
5. تنظيم الأسابيع الصحية لصحة الفم والأسنان على مستوى المناطق الصحية والإشراف على تنفيذها وفعالياتها .
6. المشاركة في أنشطة الجمعيات الخيرية الصحية من أجل التوعية والتثقيف وتطبيق الأساليب الوقائية الممكنة ومراقبة النظم الغذائية.
7. دعم كليات طب الأسنان بمختلف تخصصاتها ، مع دعم الدراسات العليا في الداخل والخارج.
8. إعادة النظر في معدلات أداء من أجل إيجاد فرص عمل لجميع الخريجين للعمل في القطاع العام والقطاع الخاص .
9. عدم السماح ببيع منتجات تحتوي على السكر المصنع في الأطعمة التي تباع للطلبة

المؤشرات

- توافق المتوفر من العناصر الطبية والطبية المساعدة في مجال طب الأسنان مع الطلب.
- عدد خريجي كليات الأسنان والتقنية الطبية ومعاهد تمريض الأسنان.
- نسبة العاملين في قطاع الأسنان الذين يتم إستعابهم والذين يتركون الوظيفة.
- توفر الاحتياجات العلاجية والوقائية والتدريبية لدى وزارة الصحة.
- معدل انتشار أمراض الفم والأسنان.
- مستوى تقديم خدمات صحة الفم والأسنان الخاص منه والعام.

4-3 الوسائل التشخيصية .

المقدمـــة :

الوسائل التشخيصية من أهم البرامج للوصول إلى تشخيص نهائي للحالات المرضية وقد تطورت الوسائل التشخيصية في السنوات الماضية تطوراً كبيراً سواء في دقة أو سرعة التشخيص ورغم الكلفة العالية لهذا البرنامج إلا أنه من الأهمية بحيث يصرف عليه بكمية كبيرة لأن مردوده أكبر دائماً ويتم الحصول على نتائج جيدة في تشخيص الأمراض وتصنيفها ومتابعتها وتطورها وتحديد برامج العلاج اللازمة لها .

تعريف البرنامج :

الوسائل التشخيصية بمختلف أنواعها هي الوسيلة الوحيدة لتشخيص المرض وتحديد مراحله ومتابعته .

تحليل الوضع الراهن :

تنتشرالوسائل التشخيصية في جميع المرافق الصحية على مستوى ليبيا حيث يندر وجود مرفق صحي لا توجد به أحد الوسائل التشخيصية مثل الأشعة العادية والموجات فوق الصوتية وغيرها من الوسائل التشخيصية الأخرى وعدد أجهزة التصوير الطبي في المرافق الصحية العامة :

الرنين المغناطيسي	التصوير الشرائحي	الأشعة العادية	البند
20	40	201	العدد

ويوجد عددمن المستشفيات ملحقة بها معامل للتحليل النسيجي التشخيصي للأمراض .

التحديات التي تواجه هذا البرنامج :

1- النقص الحاد والشديد في العناصر المتخصصة في هذا المجال .
2- إتساع رقعة البلاد والحاجة الماسة لإستخدام الوسائل التشخيصية .
3- التطور السريع في الوسائل التشخيصية .
4- ضعف صيانة المعدات و الأجهزة التشخيصية و تعدد مصادرها .

الأهداف العامة :

1-تحقيق أفضل مستوى من التشخيص .
2-توفير الوسائل التشخيصية بصورة كاملة متكاملة للسكان .
3-تحسين جودة الوسائل التشخيصية .

السياسات :

- تبني مشروع متكامل لتدريب العناصر الوطنية وتأهيلها لإستعمال أحدث الوسائل التشخيصية .
- تنفيذ مبدأ الشراكة مع المؤسسات العالمية للتشخيص المبدئي ولتأكيد التشخيص .
- بناء الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص .

الأهداف الإستراتيجية :

1- نشر جميع الوسائل التشخيصية في مختلف المرافق الصحية .
2- التشخيص الدقيق للأمراض .
3- بناء القدرات في مختلف الوسائل التشخيصية .
4- ضمان صيانة الأجهزة و المعدات التشخيصية .

التدخلات والمؤشرات

المؤشرات	الإجراءات المحققة للأهداف	الأهداف الإستراتيجية
- استكمال دراسة تحديد الاحتياجات. - عدد الوسائل التشخيصية التي تم توزيعها .	- دراسة المرافق الصحية وتحديد مستوى الوسائل التشخيصية التي يجب توفرها . - تزويد المرافق الصحية بمختلف الوسائل التشخيصية .	1- نشر جميع الوسائل التشخيصية في مختلف المرافق الصحية .
- عدد الوسائل الحديثة التي تم توفيرها بالمرافق الصحية .	- توفير أحدث وأفضل الوسائل التشخيصية	2- التشخيص الدقيق للأمراض
- عدد المتدربين . - عدد الموفودين . - عدد المدعوين من الخارج للعمل في ليبيا .	- تدريب العاملين الحاليين بمختلف مواقع الوسائل التشخيصية . - إيفاد عدد كبير من الليبيين المؤهلين لاستكمال دوراتهم الوظيفية بالخارج . - دعوة المختصين والأساتذة لدعم التشخيص .	3- بناء القدرات في مختلف الوسائل التشخيصية .
- عدد العقود - عدد الاجهزة التي تم صيانتها - عدد المتدربين على الصيانة - الوقت المستغرق في الصيانة	- إبرام عقود شراء الخدمة لضمان الصيانة مع الشركات المصنعة . - تدريب العناصر الوطنية في مجال الصيانة	4- ضمان صيانة الأجهزة و المعدات التشخيصية

5-3 المختبرات.

1-5-3 المختبرات الطبية

المقدمة:

تعتبر الخدمات المخبرية من أهم أدوات التشخيص في الطب الحديث، حيث تساعد الأطباء على تشخيص الأمراض بالسرعة المطلوبة وفي الكثير من الأحيان قبل ظهور أعراض المرض، كما تعتبر النتائج التي تقدمها المختبرات الطبية من أهم عناصر الدعم الأساسي للإدارة الطبية حيث توفر التشخيص اللازم للمرض أو تؤكد هذا التشخيص في وقت مبكر.

وتعد هذه النتائج المرجع النهائي لتدقيق كافة الفعاليات الطبية والعلاجية، وهي المصدر الرئيس لكافة الأبحاث الطبية العالية المستوى، وبالتالي فإن أي نظام طبي لا يمتلك نظام طب مختبرات كفء وفعال يسانده، سيكون قاصرا وعاجزا عن التطور مهما بلغت نفقات تطوير هذا النظام. ولاشك فإن زيادة انتشار الأمراض المعدية والغير معدية والاهتمام بهذه الأمراض لا يمكن السيطرة عليها إذا لم يكن هناك مختبرات متطورة تواكب الحاجات التشخيصية وهذا يتطلب الدعم الإستراتيجي المستمر لها. لذلك فإن الامر أصبح واجب على كل دولة على ضرورة الاهتمام بالمختبرات الطبية للمساهمة فى تطوير الخدمات الصحية للدولة.

تحليل الوضع الرهن:

بالرغم من وجود اعداد لا بأس بها من المختبرات منتشرة على مستوى الدولة والتي تتبع القطاع العام بالمستشفيات العامة و عدداخر غير معروف من المختبرات الخاصة وبعضها ملحق في المصحات الخاصة تبقي الخدمات التى تقدمها هذه المختبرات دون المستوى المطلوب. إن خدمات المختبرات الطبية فى ليبيا تشكو لعدة عقود من غياب سياسة وطنية موحدة وملزمة لجميع المختبرات بالقطاع العام والخاص توضح وتنظم عمل هذة المختبرات كى تستطيع تقديم نتائج صحيحة يمكن الاعتماد عليها فى القرار الطبى للوصول للتشخيص الصحيح .

التحديات الخاصة:

1. عدم وجود سياسة وطنية موحدة و ملزمة للمختبرات الطبية .
2. نقص في الكفاءات البشرية المدربة في المجال.
3. نقص وعدم انتظام الموارد المالية اللازمة لتغطية هذة الخدمات.
4. غياب البنية التحتية المساعدة لتقديم هذه الخدمات.

5. استجلاب كثير من الاجهزة والمعدات للمختبرات دون اخذ في الاعتبار المواصفات الجيدة والمعتمدة.
6. عدم وجود مختبرات مرجعية لمراقبة التحاليل بالداخل.
7. لا يوجد برنامج للتدريب.
8. عد وجود نظام لترخيص المختبرات يتلائم مع المقاييس والمعايير العالمية.
9. عدم وجود برنامج وطني لضمان الجودة.

السياسات:

سياسة وطنية واضحة تؤسس و تحافظ على تطوير هذا القطاع بحيث يضمن جودة ودقة التحاليل في جميع أنحاء ليبيا.

الاهداف الاستراتيجية:

1. تطبيق مبادئ الإدارة لتطوير الممارسات الطبية للمختبرات .
2. التدريب على إجراء الفحوصات المخبرية بأحدث صورها .
3. التعلم والتدريب المستمر.
4. العمل على تطوير المختبرات الطبية في ليبيا للوصول إلى المعايير الدولية التي تعتمد على تواجد أخصائي مختبرات طبية مؤهلين و أكفاء و ذلك لتغطية الحاجات الوطنية .
5. تطوير المقررات الخاصة بالعلوم المختبرية السريرية للطلاب في الجامعات .
6. تطبيق مبادئ الأمان في عملية جمع العينات و التعامل معها .
7. التعرف على الأساليب والطرق المستخدمة فى جمع العينات ونقلها وتخزينها وتقييمها .
8. إعداد الكواشف المخبرية الضرورية لإجراء الاختبارات حسب الأصولالدوليه .
9. تجهيز العينات بصورة مناسبة و كما هو مطلوب.
10. التعرف على طرق جديدة للتشخيص السريع من العينات مباشرة .
11. ربط نتائج المختبر بنوع الحالة المرضية من خلال التواصل مع الطبيب.
12. تفعيل دور المختبرات المرجعية.
13. التعاون مع الخبرات المحلية و الدولية.
14. اعتماد المختبرات الطبية فى القطاع العام والخاص.

التدخلات:

1. وضع برنامج الاستراتجيه الوطنية لتطوير المختبرات من ضمن الاولويات للوزارة.
2. توحيد نظم العمل بالمختبرات.
3. تطبيق معايير الجودة
4. إنشاء مختبرات مرجعية حديثة بحيث تغطي جميع أنحاء ليبيا ويمكن الاستفادة منها ويرعي عند تحديد مكانها عدد سكان بالمنطقة و عدد المستشفيات العامة و التخصصية والبنية التحتية.
5. تأهيل الكوادر الطبية والطبية المساعدة والادارية مع تحديد الملاك الوظيفي والوصف الوظيفي للعاملين بالمختبرات الطبيه
6. انصاف فئة العاملين بالمختبرات فى القوانين الصادرة بالخصوص.
7. اعتماد المختبرات تحت النظم العالميه بالخصوص.
8. التدريب والتاهيل.
9. تطبيق نظام علمي واضح لمنح تراخيص القطاع الخاص .

المؤشرات:

1. قياس المؤشرات الصحية والعلمية والادارية بصفة سنوية لتحديد درجة الدقة فى النتائج ورضى المستفيد من الخدمه.
2. مدى تطبيق نظم الجودة .
3. مدى تطبيق نظم الاعتماد الدولية.
4. عدد المتدربين في مجال المختبرات .
5. توفر قائمة محددة من الفحوصات الطبية بكل مستوى من مستويات الرعاية الصحية الاولية .
6. عدد المختبرات العامة و الخاصة .
7. عدد الرخص الممنوحة بطريقة جيدة علمياً و إدارياً .

2-5-3 مختبرات السموم والطب الشرعي

المقـــدمـــة

لقد تطورت مختبرات السموم والطب الشرعي تقدماً كبيراً على مستوى العالم وأصبح تحديد أسباب الوفاة يتم عن طريق الكشف الطبي وإجراء التحاليل المعملية على مفرغات المريض وأنسجته التي تتم داخل المختبرات الخاصة بالسموم والطب الشرعي هذا التقدم أوصل العلماء إلي معرفة الأسباب الحقيقية للوفاة .

تعريف البرنامج

مختبرات السموم والطب الشرعي من الضروريات الأساسية لعلاج المرضى وتشخيص حالاتهم بطريقة علمية سليمة .

تحليل الوضع الراهن :

يتبع الطب الشرعي بكل مكوناته إلى وزارة العدل ويتم فيه حالياً معرفة أسباب الوفاة المتعلقة بالجريمة ولا تتم فيه معرفة أسباب الوفاة للوفاة العادية ولا توجد مختبرات للسموم ولا مراكز علاجية ولا طب شرعي يتبع وزارة الصحة . ويوجد عدد من الأطباء الشرعيين المتخصصين في هذا المجال في بعض المدن الرئيسية الذين يقومون بالتشريح العادي للجثث بعد الكشف عليها ظاهرياً ويوجد مركزين للطب الشرعي بكلا من طرابلس وبنغازي .

التحديات التي تواجه هذا البرنامج :-

1. النقص الحاد في العناصر المتخصصة في مجالي الطب الشرعي والسموم .
2. عدم وجود مراكز للسموم داخل ليبيا .
3. التطور السريع في الوسائل التقنية لمعرفة أسباب الوفاة وعلاج السموم .

الأهداف العامة :-

- توفير التشخيص والعلاج السريعين لحالات التسمم بجميع أنواعها .
- معرفة أسباب الوفاة في جميع المتوفيين بغض النظر عن علاقتهم بالناحية الجنائية من عدمه .
- الاستفادة من مختبرات السموم و الطب الشرعي في مجالات البحث العلمي المختلفة .
- نشر ثقافة معرفة السبب الحقيقي للوفاة بين المواطنين.
- مساعدة المحاكم والنيابات بمختلف أنواعها في الجرائم الجنائية .

السياسات :

تبنى الدولة بجميع مكوناته مشروع وطني للسموم والطب الشرعي .

الأهداف الإستراتيجية :

1. الوصول إلي التشخيص الحقيقي لأسباب الوفاة .
2. تدريب ورفع كفاءة العاملين في هذا المجال .
3. الاكتشاف المبكر والعلاج النهائي لحالات التسمم .

التدخلات والمؤشرات

المؤشرات	الإجراءات المحققة للأهداف	الأهداف الإستراتيجية
- عدد المراكز التي تم أنشأها - تنفيذ المركزين بكل من طرابلس وبنغازي .	- إنشاء مراكز للطب الشرعي والسموم في جميع مراكز المدن . - إنشاء مركزين مرجعيين للسموم في كل من طرابلس وبنغازي .	- الوصول إلى التشخيص الحقيقي لأسباب الوفاة
- عدد المتدربين في هذا المجال - عدد النشرات والكتيبات والملصقات في هذا المجال . - إصدار القانون بصيغته الجديدة - عدد الموفدين في هذا المجال والحاصلين على دورات خارجية ومحلية	- تدريب العاملين في هذا المجال وإيفاد عدد كبير من الأطباء وخريجي المختبرات لتخصص في مجالي الطب الشرعي والسموم. - نشر ثقافة معرفة سبب الوفاة بين العاملين الصحيين والمواطنين . - تحديث وتطوير قانون جواز تشريح الجثث ومعرفة سبب الوفاة - منح دورات محلية وخارجية في هذا المجال	- الاكتشاف المبكر والعلاج النهائي لحالات التسمم - الايفاد للخارج للتخصص في الطب الشرعي - تدريب ورفع كفاءة العاملين

6-3 المـوارد البشـريـة

المقـــــــدمة:

في هذه المرحلة التي تستمر وتتزايد فيها الانتقادات لواقع تقديم الخدمات الصحية في مستشفيات ومؤسسات وزارة الصحة رغم الجهود المبذولة لرفع وتحسين مستوى الخدمات فإن دراسة واقع وزارة الصحة ومؤسساتها وإعادة تنظيمها بشكل شامل وتطوير أساليب الإدارة فيها وفي مستشفياتها ومراكزها الصحية ورفع كفاءة الجهات المعنية بإدارتها وإدخال منهجية التخطيط والمتابعة والتنظيم هي مهمة عاجلة لتقديم أرضية لها مبنية على المعلومات المتاحة وعلى المؤشرات التي يعتقد أنها تعكس أهم الإجراءات المطلوبة لإنجاز هذه المهمة وكذلك الإسهام في إعادة تنظيم وتحديد احتياجات وزارة الصحة والنهوض بواقع الخدمات الصحية المقدمة، وتقديم قاعدة أساسية لعمليات إعادة الهيكلة التي تسهم في معرفة واقع مخرجات التعليم ومدى ملائمتها وتوافرها لرفد احتياجات الخدمات الصحية، وتقديم المؤشرات والاقتراحات والحلول في ضوء اعتماد مقارنات مع معدلات عامة في وزارة الصحة وما تطرحه العديد من المؤشرات المتعلقة بأهمية الخدمات التي تقدمها وبواقعها التنظيمي وحالة القوى البشرية فيها من حيث ضعف الهيكلية وعدم وجود تحديد للمهام والمواصفات وأعداد الوظائف اللازمة لإنجازها، وتراكم أعداد كبيرة من الموظفين الذين لا تتناسب مؤهلاتهم أو تخصصاتهم مع شروط إشغال الوظائف أو القيام بالمهام وعدم وجود تخطيط علمي للاحتياجات وفق التخصصات الطبية والفنية والإدارية والمؤهلات العلمية والتوزيع الجغرافي والحاجة السكانية للوحدات الإدارية ومهامها والقوى العاملة فيها.

تعريف للموارد البشرية بوزارة الصحة :

تعتبر الموارد البشرية من أهم الموارد الإستراتيجية بالنسبة للقطاع الصحي حيث يتحدد كل جانب من جوانب أنشطة القطاع بكفاءة وفاعلية هذه الموارد ، وتعرف الموارد البشرية بأنها أغلى ثروات القطاع الصحي فهي نقطة الارتكاز لتقديم رعاية صحية عالية الجودة والتي يتوقعها الجميع وينتظرها ، الأمر الذي جعل إدارة الموارد البشرية من الوظائف ذات الأهمية البالغة حيث تمثل محور الأساس في تنظيم العلاقة بين القطاع والعاملين بجميع فئاتهم وترمي إلى تحقيق أهدافهم وهي بذلك توثر على إستراتيجية القطاع وعلى مشاريعه .

تتكون الموارد البشرية لوزارة الصحة من العناصر الآتية :-

الأطباء بمختلف التخصصات والدرجات وأطباء الأسنان ,والصيادلة والتمريض والقابلات والفنيين و الإداريين وموظفوا الخدمات .

تحليل الوضع الراهن :

تنتشر المرافق الصحية على نطاق واسع داخل ليبيا و توجد بها موارد بشرية كبيرة و تتوفر بهذه المراكز جميع التخصصات الطبية و في الجداول التالية التي توضح توزيع هذه العناصر على مستوى ليبيا و تقارن بين ليبيا و دول الأقليم حتى تقع ليبيا في موقع 16 و هذا مؤشر جيد للموارد البشرية و لكن هناك عيوب في توزيع العناصر الطبية و الطبية المساعدة على مستوى ليبيا و الجدول رقم 3 يوضح عدد الطلبة الليبين المسجلين بالكليات الطبية و الذي يتضح منه أن أعداد الخريجين للكليات البشرية سيكون به فائض في السنوات القادمة في بعض المدن مع وجود نقص في مدن أخرى و نقص حاد في التمريض التخصصي .

القوى العاملة الوطنية وغير الوطنية بالمرافق الصحية بالمناطق 2010 (1)

اسم البلدية	أطباء	أطباء أسنان	صيادلة	تمريض وقابلات	فنيين	إدارية وخدمية
طبرق	69	0	1	581	588	1620
درنة	81	29	30	1626	35	1769
الجبل الأخضر	84	15	27	1331	63	1388
المرج	74	37	9	1276	214	1214
بنغازى	407	304	40	1211	723	629
الواحات	32	7	0	454	48	374
إجدابيا	52	19	6	810	50	539
الكفرة	27	1	2	329	68	225
سرت	63	47	7	545	312	779
الجفرة	19	11	4	158	117	24
مرزق	37	19	1	853	322	423
سبها	57	60	7	470	274	350
غات	16	1	0	349	537	128
وادى الحياة	17	6	1	964	157	503
وادى الشاطئ	24	17	2	1647	293	340
مصراتة	239	189	13	1000	347	1176
الخمس	149	59	32	1362	746	2386
طرابلس	812	1664	270	1660	1683	1559
جفاره	236	129	68	2367	1549	1048
الزاوية	250	155	37	735	471	642
زوارة	94	100	20	2241	769	662
الجبل الغربى	171	181	13	1463	739	1317
نالوت	33	2	8	616	137	551
المجموع	3043	3052	598	24048	10242	19646

مقارنة مؤشرات القوى العاملة بين ليبيا ودول الإقليم

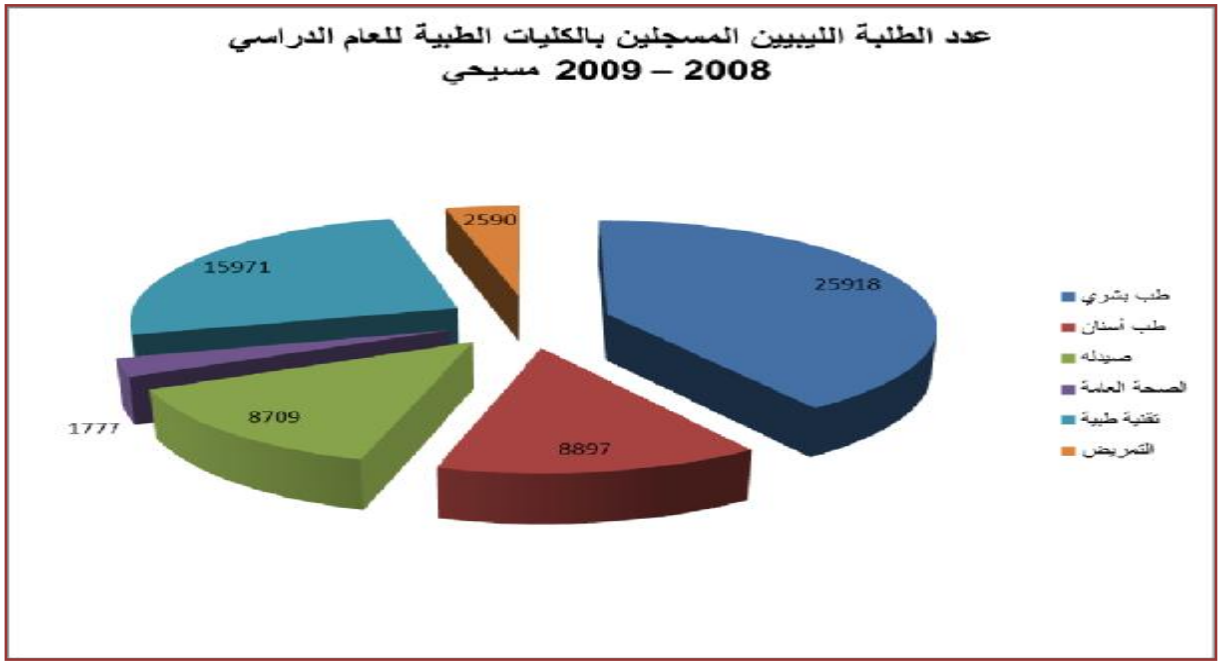
مقارنة مؤشرات القوى العاملة الطبية والطبية المساعدة بين دول الإقليم 2010 م

(2)

البلد	الأطباء البشريون	أطباء الأسنان	الصيادلة	الممرضون والممرضات والقابلات	السنة 2010
	المعدل لكل 10,000 نسمة				
	المعدل	المعدل	المعدل	المعدل	
الأردن	24.5	7.3	14.1	40.3	09
البحرين	21.1	3.2	6.0	42.0	08
تونس	11.9	2.4	2.0	32.8	09
ليبيا	19.0	6.0	3.6	68.0	09
جمهورية إيران الإسا	8.9	1.9	2.1	8.2	08
الجمهورية العربية الس	15.0	7.9	8.1	18.6	08
عمان	18.1	1.9	3.3	39.2	08
الكويت	18.0	3.0	2.0	139.0	08
لبنان	35.4	13.3	12.3	22.3	09
مصر	28.3	4.2	16.7	35.2	09
المغرب	6.2	0.8	2.7	8.9	09
المملكة العربية السعو	21.5	2.8	6.4	40.8	08

عدد الطلبة الليبيين المسجلين بالكليات الطبية للعام الدراسي2008 /2009 م (3)

الجامعة	التخصص					
	طب بشري	طب أسنان	صيدله	الصحة العامة	تقنية طبية	التمريض
العرب الطبية	3993	2213	1995	1777	0	177
جامعة طرابلس	10878	2561	3828	0	12722	464
7اكتوبر	1615	0	484	0	576	101
جامعة المرقب	941	659	658	0	43	0
جامعة سرت	829	268	0	0	369	207
جامعة الجبل الغربي	803	1386	0	0	559	263
جامعة الزاوية	4305	1470	491	0	984	0
جامعة سبها	834	340	0	0	0	1197
جامعة عمر المختار	1720	0	1253	0	718	181
الإجمالي	25918	8897	8709	1777	15971	2590



مـن الواضح أن إدارة وتنمية القوى البشريـة لا زالت بحاجة إلى مزيـد من الاستثمار والرعايـة ، حيث أن الموارد المتاحة والموجهة لتنميـة القوى البشرية محدودة بالإضـافـة إلى غيـاب سياسة واضحـة ومحددة لتنميـة الموارد البشريـة والمتعلقـة بالتوظيف وما يترتب عليـه من ترقية ونقل وإنهاء خدمة بالإضـافة إلى نظام البعثـات والدورات...الخ فإنــه لا يعالـج جميـع الجـوانـب المتعلقـة بالقوى البشريـة الأمر الذي يقتضـى تعديلـها مع الأخـذ بعين الاعتبار تحديث وتطوير الأنظمـة والتعليمات بما يتـلائم مع التطورات الكبيرة على القوى البشريـة.

أما فيما يتعلق بتقييـم الأداء فإن المعايير المعتمدة لا تقيس الأداء بموضوعيـة وباستثناء الرواتـب وبعض الفوائـد الماديـة فإن قضيـة تحفيـز ومكافـأة الموظفـين المبدعـين لا زالـت غائبـة عـن الطرح، كما أنه هناك حاجة ماسة لنظم المعلومات الخاصـة بالموارد البشريـة والتي تتماشى والاحتياجات الآنية والمستقبليــة. أمـا فيما يتعلق بالإدارة فإن هناك جوانب ما زالت بحاجـة إلى تطوير، فهناك ضرورة لإنجـاز الوصف الوظيفي لكافـة الوظائف بالإضـافة إلى ضرورة تحديد مفهوم الإشـراف في ظـل غيـاب خطـة إشرافيـة للمتابعة والمراجعـة.

غياب نظامـاً فعالاً لتأهيل الكوادر يعتمـد على إتاحـة فرص متكافئـة للموظفيـن وخاصـة المهنييـن للنمـو الوظيفـي، رغم تخصيص الوزارة نسبة محـددة من موازنتها لغايات التدريب الداخلي والخارجي. ومع ذلك تبقى هذه الجهود بحاجـة إلى أن تكون مبنيـة على تقييـم الحاجات الفعلية للموظفيـن وبما يخدم إنجاز أهداف الوزارة ومهامها وبما يتوافق مع التطورات الحاصلة في القطاع
الصحي والممارسـة الطبيـة.

أيضا لا بـد من التنسيق الفعال بين مقدمي الخدمات الطبيـة سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص والنقابات المهنيـة من جهة وبيـن المؤسسـات التعليميـة والأكاديميـة من جهـة أخرى من أجل تطوير التدريب في مرحلة ما قبل الوظيفـة وربـطـه بمتطلبات الوظيفـة وبالـرغـم

مـن جميع الجهود المبذولـة فإن الحاجـة تبدو ماسـة للانتقال من الإدارة المعتمـدة على الاستجابة للحاجـات الآنية إلى تجذير ثقافـة الإدارة المبادرة وفـي جميـع القطاعات الصحيـة من أجـل الحصول على أعلى درجـات الكفاءة في إدارة الخدمـات صحيـة،

التحديات بالموارد البشرية

أهم التحديات التي تواجه الموارد البشرية هي :-

1- ضعف التخطيط في مجال الموارد البشرية اللازمة للقطاع الصحي وخاصة التعليمي مما أدى إلى فائض لبعض التخصصات الطبية في مناطق وندرتها في مناطق اخري .

2- النقص في العناصر الطبية والطبية المساعدة والمؤهلة تأهيلاً جيداً.

3- عدم وجود خطط شاملة ومستمرة لتطوير وتدريب الموارد البشرية .

4- تدني الأجور والمرتبات للموظفين وانخفاض معدلات الأداء .

5- غياب التنسيق بين وزارتي الصحة والتعليم العالي ومعاهد وكليات التمريض لاستيعاب الاعداد المطلوبة من الموارد البشرية وفق خطة مستقبلية مدروسة .

6- ضعف الوعي التخطيطي لبعض المسئولين وعدم الاهتمام بتنفيذ برامج اعادة التأهيل والتدريب وفق الاحتياجات المرسومة وتحفيز الكفاءات.

7- عدم الاهتمام بتفعيل وإعداد العناصر التقنية في مجال نظم المعلومات والاستفادة منها في وضع قاعدة بيانات مرجعية للأبحاث والدراسات الطبية والتنسيق مع الجامعات والكليات الطبية .

8- النقص الحاد في مجال التخصصات الطبية الدقيقة .

9- التعاون المحلي في مؤشرات البشرية بين المناطق .

10-عدم وجود أدلة العمل و الوصف و التوصيف الوظيفي .

الاهــداف:

الأهداف العامة بمحور الموارد البشرية والتي اشتملت على الأتي :-

1. توفير الأطر (الكوادر) الطبية الجيدة من أطباء وأطباء أسنان وصيادلة بتخصصاتهم المختلفة.
2. توفير الأعداد الكافية من العناصر الطبية المساعدة المتخصصة واعتماد نظام التخصص الدقيق.
3. اعتماد وصف للوظائف وتوزيع العناصر على مستوى النظام الصحي توزيعا عادلا حسب التوصيف الوظيفي وتطوير نظام تقييم الأداء في كل المؤسسات.

4. وضع وتكملة ومراجعة السياسات والأنشطة الكفيلة بتحقيق أهداف الإستراتيجية الموضوعة.
5. بناء القدرات لتنمية الموارد البشرية الصحية بوزارة الصحة .
6. تطوير التشريعات و تعديل النظم المالية والإدارية لضمان استقطاب الكفاءات الطبية والطبية المساعدة و الفنية والإدارية المؤهلة والمدربة للعمل في وزارة الصحة والحفاظ عليها.
7. القضاء على البطالة المقنعة في بعض التخصصات الطبية وكذلك الادارية والفنية والناتجة عن تكدس بعض التخصصات الطبية في مناطق وندرتها في مناطق اخرى.
8. الاهتمام بالموارد البشرية في مجال الإدارة .

السياسات والتدخلات اللازمة لتحقيق الأهداف :

الهدف من وضع سياسة عامة هو توظيف الإمكانيات والموارد المتاحة لتقديمها بما يتناسب مع طموحات التطوير بمختلف المواقع والحفاظ على البيئة الصحية وتحقيق التوازن وتنظيم العمل الصحي وتطويره بشكل مستمر وإدخال التعديلات اللازمة عليه.

أولاً : سياسات قصيرة الاجل :

بالاعتماد على سياسة واضحة وعادلة في مجالات :-

1- التحفيز والأمن الوظيفي .
2- التقييم الدوري للعناصر الطبية .
3- التدريب على آخر المستجدات المهنية التقنية والتركيز على الجانب العملي للرفع من المهارات للعناصر الطبية والطبية المساعدة والإداريين من خلال التدريب المستمر والمحاضرات والندوات والمؤتمرات العلمية وضمان مواكبة أخر المستجدات كلا في مجاله.
4- توصيف الوظائف ووضع معايير لتعيين وشغل الوظائف .
5- النظر في المناهج وتحسين المستوى التعليمي بالمرافق الصحية التعليمية للعناصر الطبية كلا وفئته .
6- التركيز على التأهيل الاكاديمي والمهارات المعرفية والمهنية للقوى العاملة لتحقيق الكفاءة والكفاية من خلال نظام أداري متكامل العناصر يشتمل على التنسيق والتخطيط والمتابعة والتقويم والإشراف ومراقبة الجودة يقوم على توزيع الاختصاصات والصلاحيات الادارية بما يتناسب مع الاحتياجات .

7- تخطيط المسار الوظيفي بدل الاستخدام التقليدي للعاملين القائم على خصائص ثابتة وان يكون التميز هو المنطلق .

ثانياً : سياسات طويلة الاجل :

1- اعداد قيادات ادارية مدربة وفاعلة وقادرة على قيادة مؤسسات الخدمات الصحية بما يكفل تحقيق الجودة للخدمات الصحية المقدمة .

2- ارساء المعايير العلمية والموضوعية في تحديد الاحتياجات التدريبية الفعلية على مستوى الافراد بما يتناسق مع متطلبات المؤسسات الصحية من العناصر المؤهلة مع الالتزام بالأسس والضوابط المعمول بها في خطوات الترشيح لبرامج التدريب الداخلي والخارجي .

3- العمل على دعم ادارة التدريب بالوزارة باعتبارها نقطة الارتكاز في كافة عمليات التخطيط والتنفيذ والمتابعة لبرامج التدريب بكافة الامكانيات وبناء قاعدة معلومات متكاملة للموارد البشرية بكافة فئاتها .

4- التنسيق بين وزارتي الصحة والتعليم العالي لضبط مخرجات المؤسسات التعليمة الصحية او الطبية من العناصر الطبية بحيث تتفق اعدادها الكلية مع الاحتياجات الفعلية وخاصة في التخصصات الدقيقة والنادرة للمؤسسات الصحية وفق الاحتياجات وحسب الفئات والتوزيع الجغرافي و التي يتم اعتمادها.

8. استقطاب الخبرات الوطنية المهاجرة وغير الوطنية من اصحاب المهارات في مجال القيادة والتنظيم الاداري لرقي بمستوى الموارد البشرية الصحية الى اعلى معايير الجودة .

السياسات واهم الثآثيرات لمحور الموارد البشرية

1- أحداث تغييرفي نظام التعيينات غير المنظم واسس تقييم الاداء الضعيف وهناك حاجة للتحرك نحو التخطيط المنهجي لأحتياجات التوظيف وعملية تقييم الاداء على اسس ومعايير محددة مرتبطة بالمهام الوظيفية مع وضع نظام ترقيات وحوافز يتسم بالموضوعية والشفافية مما سيؤدي الى تحسين أداء الموظفين ورفع روحهم المعنوية والمساهمة في زيادة انتاجيتهم .

2- التأكد ان كل موظف يعمل في المكان المناسب وفي الوقت المناسب وفق المهام الوظيفية الموكلة اليه ووفقآ لمهاراته وقدراته وخبراته وان يتم تعيين الموظفين على اساس الجدارة من خلال منافسة مفتوحة .

3- ضمان ان مناهج التدريب الاساسي تطابق المعايير الدولية والوطنية ووضع برامج مهنية تعليمية مستدامة وبرامج اخرى لتنمية القدرات .

4- العمل مع مجلس التخطيط الوطني ووزارة التعليم العالي وباقي الوزارات والمنظمات الدولية والخبراء الوطنين وغير الوطنين للارتقاء بمستوى العاملين بالصحة والتعاون معهم لسيطرة على بعض المعيقات مثل الكوارث الطبيعية والحوادث ومكافحة التدخين ومكافحة الامراض المزمنة والانتقالية والاوبئة .

5- وضع استراتيجية وسياسة خاصة لتنمية الموارد البشريةعلى مستوى القطاع وتنفيدها بشكل شمولي.

6- اعتماد برامج اكاديمية متطورة وجديدة في الجامعات .

7- التعليم المستمر وتوفير الادوات لذلك .

8- ايجاد انظمة أكثر فاعلية لادارة الموارد البشرية وتقييم الاداء .

9- تطبيق النظم والاجراءات الحكومية الى أقصى حد ممكن على المستوى التنفيدي

10-تحسين اداء الموارد البشرية من خلال تجديد الطاقات والتحفيز وتشجيع المبادرة والابداع والانفتاح المباشر على العمل .

<u>مؤشرات الاداء الرئيسية :</u>

1- توفر نظام خاص لموظفي وزارة الصحة

2- نسبة الاطباء الذين يتركون الوظيفة سنويا من مجموع الاطباء بالوزارة .

3- توفر الوصف الوظيفي .

4- توفر الاحتياجات التدريبية السنوية للاطر الفنية والادارية في وزارة الصحة.

5- عدد الموفدين في بعثات دراسية و دورات ومؤتمرات سنويا .

6- عدد خريجي كليات التمريض ومعاهد المهن الطبية المساعدة .

7- توفير معايير تقييم الاداء المتميز .

<u>البرامج والانشطة :</u>

1-استكمال الوصف الوظيفي .

2- رفع كفاءة كليات التمريض ومعاهد المهن الطبية المساعدة .

3-وضع و تطوير قاعدة البيانات لانشطة التعليم المستمر .

4- تفعيل نظام تقييم الاداء للاطرالعاملة .

5- وضع اتفاقيات تعليمية ممنهجة مع المؤسسات التعليمية بالداخل والخارج وتفعيلها وتطويرها.

6- خطة تدريبية مستمرة ومتطورة للاطرالفنية والادارية المتميزة في الوزارة.

الغايات :

1- قيادة فاعلة للقطاع الصحي .

2- تعزيز القدرات المالية وتسيل الموازنات المخصصة لتنمية الموارد البشرية في مواعيدها دون تأخير اي العمل على تنظيم آلية بالتعاون مع وزارة التخطيط ووزارة المالية لتنظيم عملية ادارة الموازنات لتمكين وزارة الصحة من تحسين أدائها وربط برامجها بالموازنات المخصصة لها .

3- عمل الوزارة بشكل افقي كفريق واحد مع خطوط واضحة للمسائلة .

4- تنمية القدرات وتطوير الهياكل والنظم المنظمة للعلاقات لتمكن الوزارة على أحداث التغيير المطلوب .

5- تقرير قدرات الموارد البشرية وذلك بالإستعانة لبعض الإستشاريين والخبراء في تنفيذ الإستراتيجية.

6- تحديد شروط وأهداف المساعدة الفنية من خلال تكوين مجموعات عمل في القطاع الصحي من خلال هذه المجموعة يضمن أتباع الاستراتيجية الوطنية الصحية والالتزام بالإجراءات الوطنية والإدارية والفنية .

7- وضع قاعدة بيانات حديثه وقابلة للتطوير لكل الموارد البشرية بالقطاع يمكن الاستفادة منها أيضاً في صناعة القرار وكذلك التدريب والتطوير والتحفيز والمتابعة والمراقبة والتقييم والتوجيه للموارد البشرية.

الاهداف الاستراتيجية :-

1- **رفع كفاءة العناصر الفنية والإدارية في وزارة الصحة .**

2- **استقطاب العناصر البشرية المؤهلة والمدربة للعمل في وزارة الصحة والحفاظ عليها .**

3- **رفع كفاءة كليات التمريض ومعاهد المهن الطبية المساعدة .**

4- **حصر الإمكانيات المتاحة من الموارد البشرية.**

5- **تفعيل نظام الأداء للعاملين بوزارة الصحة .**

تدخلات و مؤشرات الأداء

النشاط (الهدف)	الإجراءات المطلوبة	المؤشرات
رفع كفاءة العناصر الفنية والإدارية في وزارة الصحة .	بناء القدرات الإدارية والفنية لوزارة الصحة.	توفر معلومات بالإحتياجات التدريبية السنوية أي عدد العناصر الفنية والإدارية التي تحتاج للتدريب بوزارة الصحة
	تطوير قاعدة بيانات التعليم وأنشطة التدريب المستمر .	توفر وثيقة الإحتياجات التدريبية السنوية للطواقم العاملة بوزارة الصحة
	خطة مستمرة لتدريب العناصر الطبية والطبية المساعدة الفنية والإدارية العاملة بوزارة الصحة .	حصر عدد العناصر الوفدة في بعثات دراسية ودورات ومؤتمرات سنوياً
	تفعيل نظام الأداء العناصر الطبية والطبية المساعدة الفنية والإدارية بوزارة الصحة .	عدد العاملين القادرين على أداء أعمالهم الحالية وقدراتهم المستقبلية ومدى استفادتهم من برامج التدريب
	وضع خطط تنمية القوى البشرية على المدى القصير والطويل.	توفر الإحتياجات المستقبلية من القوى البشرية بالعدد والنوعيات المناسبة بمختلف التخصصات والمهارات
	وضع برنامج لإنجاز التوصيف الوظيفي .	تحديد الواجبات والمسئوليات لكل وظيفة وبيان علاقته بالوظائف الأخرى . تحديد المتطلبات اللازمة لمن يشغل الوظيفة من حيث المؤهلات وسنوات الخبرة وموقع الوظيفة في الهيكل التنظيمي .
استقطاب العناصر البشرية المؤهلة والمدربة للعمل في وزارة الصحة والحفاظ عليها	وضع نظام خاص للعاملين بقطاع الصحة	تطوير التشريعات المتعلقة بالموارد البشرية .
رفع كفاءة كليات التمريض ومعاهد المهن الطبية المساعدة	تعزيز قدرات كليات التمريض ومعاهد المهن الطبية المساعدة التابعة للوزارة	جودة في مخرجات كليات التمريض ومعاهد المهن الطبية المساعدة
حصر الإمكانيات المتاحة من الموارد البشرية	استكمال التوصيف الوظيفي وتأسيس قاعدة البيانات والمعلومات بالوزارة	نسبة العاملين الذين يتركون الوظيفة سنويا من جميع المهن (أطباء – تمريض –فنيين –إداريين). تقليص التعامل بالسجلات اليدوية والمعاملات الورقية . السرعة في تخزين وتحليل البيانات الدقة في صنع القرارات .

تفعيل نظام الأداء للعاملين بوزارة الصحة	**تطوير خطة عمل للتقليل من مشاكل الأداء تتضمن:-** تحديد الأسباب الرئيسية لمشاكل انخفاض الأداء ومعالجتها وإعطاء معلومات عن معدل الأداء دوريا. التعاون بين الإدارة والعاملين من جهة والمسئولين الاختصاصين في هذا المجال .	الحصول على معلومات حول الأداء في الوقت المناسب . معرفة مدى توافر القدرات اللازمة وكذلك الترشيحات لشغل وظائف أعلى في المستقبل . عدد العناصر المستهدف للإيفاد في بعثات ودورات ومؤتمرات سنويا.

التوصيات :

إن وجود خبرات متخصصة وقادرة ومؤهلة لشغل الوظائف والحفاظ عليها سيزيد من تحسين مستوى الخدمات ويعزز من مركز القطاع الصحي في الأجل الطويل ، وان تبني برامج تساهم في تحفيز العاملين وتدفعهم الى بدل المزيد من قدراتهم سينعكس بدون شك على رضاهم الوظيفي مماسيزيد من فعاليتهم وبالتالي فعالية القطاع ككل ،وان المعالجة الصحيحة والعادلة لمشاكل محتملة في مجال الاختيار والتعيين وتقييم الاداء والتدريب والترقيات ستوفر تكاليف محتملة ناتجة على تدني معدلات الاداء وانخفاظها ويمكن حصر اهم التوصيات في النقاط التالية :-

1- أحداث تغيير في نظام التعيينات غير المنظم وأسس تقييم الأداء الضعيف و التحرك نحو التخطيط المنهجي لاحتياجات التوظيف وعملية تقييم الاداء على اسس ومعايير محددة مرتبطة بالمهام الوظيفية مع وضع نظام ترقيات وحوافز يتسم بالموضوعية والشفافية مما سيؤدي إلى تحسين أداء الموظفين ورفع روحهم المعنوية والمساهمة في زيادة إنتاجهم.
2- التأكد إن كل موظف يعمل في المكان المناسب وفي الوقت المناسب وفق المهام الوظيفية الموكلة اليه ووفقا لمهاراته وقدراته وخبراته وان يتم تعيين الموظفين على أساس الجدارة من خلال منافسة مفتوحة.
3- اعتماد برامج أكاديمية متطورة وجديدة في الجامعات.
4- التعليم المستمر وتوفير الادوات لذلك.
5- استخدام النظم والإجراءات الحكومية الى أقصى حد ممكن على المستوى التنفيذي .
6- تحسين أداء الموارد البشرية من خلال تجديد الطاقات والتحفيز وتشجيع المبادرة والإبداع والانفتاح المباشر على العمل .
7- ضمان إن مناهج التدريب الاساسي بالكليات والمعاهد تطابق المعايير الدولية والوطنية ووضع برامج مهنية تعليمية مستدامة وبرامج اخرى لتنمية القدرات.

8- العمل مع مجلس التخطيط الوطني ووزارة التعليم العالي وباقي الوزارات والخبراء الوطنيين وغير الوطنيين للارتقاء بمستوى العاملين بالصحة والتعاون معهم لسيطرة على بعض المعيقات مثل الكوارث الطبيعية والحوادث ومكافحة التدخين الأمراض المزمنة و المعدية.

9-وضع استراتيجية وسياسة تنمية الموارد البشرية وتنفيذها بشكل شمولي والحد من القيود التي تعيق توظيف القوى العاملة المؤهلة من الخبرات الوطنية الوافدة من الخارج .

7-3 الأدوية والمستلزمات الطبية .

مقـــدمـــة :

الإستراتيجية الصيدلانية طويلة الأجل تشكّلِ إلتزام ببلوغ هدف محدد ودليلا تهتدي به الإجراءات والتصرفات الحالية والمستقبلية في قطاع الصيدلة فهي تجسد الأهداف المتوسطة والطويلة الأجل التي تحددها الحكومة للقطاع الصيدلاني كافة وتوليها مرتبة الأولوية ، كما تحدد أبرز الأنشطة اللازمة لبلوغ هذه الأهداف وبذا فإنها تشكِّل إطارًا يمكن تنسيق أنشطة هذه القطاعات وفقًا له وتغطي القطاع العام والخاص والمهني والأكاديمي ، وتتطلَّب مشاركة جميع الجهات الفاعلة الرئيسية في ميدان الخدمات الصيدلانية.

إن مساهمة الصيادلة في الرعاية الصحية أمر ضروري وحيوي وفعال لضمان نجاح الرعاية الصحية بأكملها في الفترة المقبلة ولتحقيق خدمات صحية جيدة يتطلَّب من كل المعنيين بالصحة الوصول إلى فهم واضح للعلاقات بين العاملين فيه والمشكلات والإشكالات الإدارية والمهنية المختلفة التي تشكِّل المناخ التعاوني العلاجي وهنالك حاجة خاصة للصيادلة ليكونوا أكثر ثقة في مهنتهم وفي علاقاتهم مع العاملين في الحقل الصحي من المهن الأخرى.

إنا لصيادلة يحتاجون لإسماع صوتهم بوضوح وإظهار قوتهم وثقتهم وإن مساهمتهم الضرورية ستساعد في تطوير الرعاية الصحية وإنهم قادرون على مواجهة ومعالجة القصور الحالي في الإسهام في الرعاية الصحية.

هذه الوثيقة توضح إستراتيجية الدولة لقيادة مهنة الصيدلة نحو مستقبل زاهرسيؤدى فيه الصيادلة دوراً هاماً وفعالاً في الرعاية الصحية وذلك لأجل إيجاز سبل جديدة للتفكير وأداء المهام في مجال ممارسة مهنة الصيدلة.

تعريف محورالأدوية والمستلزمات الطبية:-

مهمة محور الأدوية والمستلزمات الطبية بلورة الإستراتيجيات اللازمة لتحقيق الغايات والأهداف الوطنية المنشودة للقطاع الصيدلاني وتحديد الأولويات والجهات الفاعلة المسؤولية لتنفيذ المكونات لرئيسية للإستراتيجية في هذا المجال ولكي تكون سجلا رسميًا للقيم والطموحات والغايات المرجوة والقرارات والالتزامات الحكومية المتوسطة الأجل إلى طويلة الأجل.

تحليل الوضع الراهن للإمداد الطبي :

- رغم وجود سياسة دوائية وطنية ليبية كوثيقة معتمدة منذ سنة 2003م وتحديثها سنة 2010 إلا أنها لم تجد طريقها للتنفيذ بل إنه لم يتم التعريف بها وتعميمها للمعنيين بها، كما أنه سبق وأن تم وضع خطة عمل زمنية لتنفيذها سنة 2005 إلا أن هذه الأخرى واجهت نفس المصير لعدم جدية المسؤولين في حينه علي الاستفادة من هاتين الوثيقتين الهامتين مما ترتب عليه أن القطاع الصحي كان لايعمل من خلال سياسة دوائية وطنية مكتوبة وأستمر الحال حتى الآن خلافاً لما توصي به منظمة الصحة العالمية لكافة الدول بضرورة كتابة سياسة صحية شاملة تنبثق عنها سياسة دوائية وطنية وتشريع دوائي رصين قابلة جميعها للتطبيق والقياس والعمل بها.
- لازال الباب الرابع من القانون الصحي رقم 106 لسنة 1973 هو المعمول به لتنظيم مهنة الصيدلة والدواء. ورغم المحاولات المتكررة منذ أكثر من عقد من الزمن لإصدار قانون الدواء وتنظيم مزاولة مهنة الصيدلة إلا أن مشروع القانون الذي تم إعداده ومراجعته وتنقيحه عدة مراتولم يجد طريقه للإصداروكذلك القانون رقم 69 لسنة 1972 بشأن تنظيم تجارة الأدوية و الذى ينص على احتكار تجارة الادوية.
- نقص عدد العناصر البشرية الفنية و الإدارية اللازمة لتنفيذ السياسة الدوائية المستهدفة و عدم تدريبها وتأهيلها التأهيل اللازم.
- انعدام البُنى التحتية اللازمة لتنفيذ السياسة الدوائية المستهدفة مثل مخازن مناسبة للأدوية ومنظومة الحلقة الباردة ولوجستياتها ووسائل النقل والمناولة ، كما أنها لا تتوفر في الحضائر الجمركية وكذلك عدم وجود الأماكن المناسبة للعمل ووسائل الإتصال و غيرها.
- عدم وجود لجان دواء بالمستشفيات تساهم فى إنتقاء الأصناف الدوائية خاصة و أصناف الإمداد الطبي الأخرى عامة مما أثرسلباً على القوائم النمطية للأدوية والمستلزمات الطبية حيث يلاحظ زيادة كبيرة فى عدد الأصناف دون جدوى علاجية و دون مراعاة أصول اقتصاديات العلاج.
- لم يتم تسجيل أي صنف دوائي منذ العام 1995م والإقتصار على تسجيل الشركات المصنعة فقط.
- عدم وجود صناعة دوائية وطنية باستثناء مصنع الماية المتوقف عن العمل منذ عدة سنوات.
- الممارسة السيئة للإعلام الدوائي وذلك بعدم الإلتزام بالمعايير الأخلاقية للإعلام الدوائي المنوه عنها بالسياسة الدوائية.
- عدم وجود أدلة علاجية تنظم الوصف الرشيد للدواء وكذلك عدم وجود كتاب أدوية وطنى
- لا يتوفر مختبر وطني للرقابة الدوائية يتبع وزارة الصحة وعدم التأهيل المطلوب للعناصراللازمة في هذا المجال.
- عدم الإهتمام بتنظيم الأعشاب الطبية والطب البديل.

- الإنتشار العشوائي في إنشاءَ كليات صيدلة وكليات تقنية ومعاهد صيدلة تخرج صيادلة وتقنيين وفنيي صيدلة من خلال التعليم العام والخاص المعتمد وغير المعتمد بإعداد هائلة وعدم مراعاة مخرجات التعليم الصيدلي التي يحتاجها سوق العمل، إضافة إلي عدم التركيز علي التدريب والتعليم المستمر والعالي.
- تشير منظمة الشفافية الدولية إلي أن ليبيا تعتبر من بين الدول الأكثرفساداً في سلم الشفافية و قطاع الإمداد الطبي غير مستثني من ذلك.
- هنالك فوضي عارمة في القطاع الخاص من حيث التوريد والتخزين والتوزيع في غياب التشريعات وتنفيذها والرقابة الصارمة والتفتيش الصيدلي الكفؤ وإبتداع التفتيش علي الشحنات بالداخل والخارج غير المجدي والمهدر للمال العام.
- عدم وجود نظام آمن للتخلص من المنتجات الطبية (أدوية ومستلزمات طبية) المنتهي الصلاحية وغير المرغوب فيها حيث يتكدس فى المرافق الصحية المختلفة ما يقدر بحوالي مائة الف (100.000) طن من المنتجات الطبية المنتهية الصلاحية وغير المرغوب فيها منذ اكثر من عقدين، تشغل مساحات هامة من السعة التخزينية، تجذب الكثير من القوارض والتي قد تنشرالعديد من الأمراض.
- عدم إعتماد القائمة الاساسية للأدوية .

التحـديـات:

من خلال تحليل الوضع الراهن للقطاع الصيدلاني برزت واضحة المشاكل التى تمثل تحديات آنية ومستقبلية للقطاع و أهمها مايلي:-

1- التوسع فى الطلب على الخدمات الصيدلانية و زيادة الطلب علي الإمداد الطبي.
2- ضعف و تذبذب الموارد المالية المخصصة للقطاع الصيدلانى.
3- غياب التخطيط و السياسات الضرورية لإنجاز مهام القطاع الصيدلي.
4- غياب تأهيل العناصر البشرية الفنية تأهيلا راقياً و متقدماً ليواكب التطور العلمى العالمي الهائل الحاصل في المهنة.
5- عشوائية القطاع الخاص و ضرورة تنظيمه.
6- تدني الأجور و المرتبات.
7- إحجام القطاع الخاص عن الإستثمار في صناعة الإمداد الطبي و عدم تشجيع الحكومة له علي ذلك.
8- عدم الإقبال علي إستغلال تقنية المعلومات و المنظومات الحاسوبية فى تنظيم و ضبط الخدمات الصيدلانية كافة.
9- غياب الفكر المؤسساتي وإنعدام الشفافية.
10- عدم إدراك صنَاع القرار السياسي لأهمية القطاع الصيدلي.
11- التدخل في ممارسة المهنة من غير ذوى الإختصاص.
12- عدم إتباع المعايير الأخلاقية لممارسة المهن الطبية المختلفة.

الأهداف العامة للمحور

أهداف قصيرة إلي متوسطة الأجل: وهي التي يمكن الشروع في تنفيذها مباشرة وقد تستمر إلي مدة أقصاها سنتان:

1- إعتماد السياسة الوطنية الليبية للأدوية المحدثة 2013م.

2- إستحداث تشريع رصين و فاعل و ذلك بإصدار قانون للدواء وتنظيم مهنة الصيدله.

3- هيكلية جيدة و إدارة رشيدة و تحسين البنية التحتية اللازمة لتنفيذ عناصر هذه السياسة و علي أن تكون الإدارة قادرة و مؤهلة تطبق الإدارة الشاملة الجيدة .

4- تطبيق نظام تسجيل مصادر التزويد بالإمداد الطبي وأصنافها والتفتيش الصيدلي وضبط الجودة الفاعلة والتقييم الجيد.

5-تحسين الإستخدام الرشيد للإمداد الطبي من قبل الأطباء و الصيادلة والمهنيين الصحيين في كل مستويات الرعاية الصحية .

6-توحيد مواصفات التجهيزات الطبية في المرافق الصحية في الدولة وإيجاد قاعدة بيانية لها.

7- ميكنة قطاع التخزين والتوزيع للإمداد الطبي بإستعمال الحواسيب وبرمجياتها بشبكة المعلومات .

8-- الرفع من مستوى البنية التحتية للإمداد الطبي من مخازن ووسائل نقل ومناولة ومباني إدارية.

9-إستخدام شبكة معلوماتية وإحصائية للإمداد الطبي تربط كافة قنوات الإمداد وبالإدارات الرئيسية بما فيها الإدارة العامة للصيدلة والرقابة الدوائية بالوزارة وتشجيع البحوث في هذا المجال.

10- إستحداث أدلة علاجية وطنية جيده متفقٍ عليها لتحقيق الوصف الرشيد .

11- إيجاد نظام مُحكم لأسعار الإمداد الطبي ومراقبته.

12- إستحداث دلائل إرشادية للتخلص الآمن من الأدوية والمستلزمات الطبية التالفة والفاسدة والمنتهية الصلاحية.

13- وضع دلائل لإدارة الآزمات في الأدوية والمستلزمات الطبية.

13- وضع دليل التعامل مع الهبات في الأدوية والمستلزمات الطبية.

أهداف طويلة الأجل وهي التي يمكن الشروع في تنفيذها مباشرة و تستمر إلي حين تحقيقها.

1- تثقيف الجمهور بخصوص الإستعمال الرشيد للأدوية والإمداد الطبي.

2- الإستمرار في تدريب السلطات الناظمة (سلطات تنظيم) للإمداد الطبي والقائمين عليه ورفع كفاءتهم الإدارية والتقنية.

3- تشجيع القطاع الصناعي للإمداد الطبي المحلى والإستثمار في هذا المجال محلياً وخارجياً لمنافسة المستورد لسدِ جزءاٍ كبيراٍ من الإحتياجات المحلية.

4-تنظيم الإعلام العلمي الموجه عن الدواء خاصة والإمداد الطبي عامة بما يتماشى والأهداف المطروحة.

5- إنشاء مركز لليقظــة الدوائيـــة (الإحتراس الدوائى).

6- إنشاء مركز سموم.

7- إنشاء مركز للمعلومات الدوائية.

8- تنظيم التداوئى بالأعشاب الطبية.

9- التعاون مع المنظمات المحلية والدولية ذات العلاقة.

10- التنسيق مع الوزارات كوزارة التخطيط والمالية والتعليم والإقتصاد وسلطات المنافذوالمصالح ذات العلاقة.

11- التنسيق مع المؤسسات التعليمية وإسداء المشورة المهنية العلمية لهمبقصد توجيه التعليم الصيدلاني والصحي والطبي والتدريب.

12- الإهتمام بصيانة التجهيزات الطبية بالمرافق الصحية و حث الحكومة علي إستحداث جهة للمعايرة بالدولة .

13- تحديث و تطويرالقوانين و اللوائح المنظمة للمخدرات و المؤثرات العقلية بالتعاون مع الجهات ذات العلاقة و سبل إنفاذها، و التوعية اللازمة بشأنها و مكافحة إسأة إستعمالها.

14-إستحداث برامج للرصد والتقييم بقصد التحقق من مدى الوصول إلي النتائج المرجوة حسب المؤشرات الموضوعة و نسبة النجاح و الإخفاق في تحقيقها و إستنباط الحلول اللازمة.

15- الإنتباه إلي المخاطر المترتبة على أتفاقيات التجارة الدولية و حماية حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بالتجارةو أثرها علي توفر الأدوية وإحتكارها و إرتفاع تكلفتها.

السياسة:-

حيث انه توجد سياسة دوائية وطنية مكتوبة و المسماة (السياسة الوطنية الليبية للأدوية) والمعتمدة بقرار اللجنة الشعبية العامة رقم 108 لسنة 2003م والتي هدفها هو توفير أدوية فعالة ومأمونة وذات جودة عالية وأن تتوفر في كل الأماكن والأوقات بالسعر المناسب للدولة وللفرد وأن تستعمل استعمالا رشيداً. هذا وقامت اللجنة بإجراء التحديث الذي رأته مناسباً عليها وتأمل أن يتم عرضها علي مجلس الوزراءَ لاعتماد النسخة المعدلة المرفقة منها وأن يتم تعميمها فيما بعد عن طريق وزارة الصحة والشروع في تنفيذها فور ذلك.

هذا كما تأمل اللجنة أن يتم عرض مشروع قانون الدواءَ ومهنة الصيدلة الذي أجرت عليه بعض التعديلات علي المؤتمر الوطني العام لإصداره في أقرب الأجال ليتم العمل به كعنصرأساسي من عناصر السياسة الدوائية.

المؤشرات:

1-صدور قانون الدواء و مهنة الصيدلة و العمل به.
2- إعتماد السياسة الوطنية للأدوية المحدثة 2013م.
3- إعادة تنظيم إدارة الصيدلة والرقابة الدوائية حسب الهيكل الجديد.
4- إنشاء وحدة للتسعيرة بإدارة الصيدلة.
5- صدور دليل التعامل مع الهبات في الأدوية والمستلزمات الطبية.
6- إنشاء مركز لليقظــة الدوائيـــة (الإحتراس الدوائى).
7- عدد الصيادلة الذين تم تدريبهم و نوع التدريب .
8- عدد الأصناف التي تم تسجيلها ونسبتها من العدد الكلي للأصناف المتداولة .
9- إجمالي المخازن المنشأة و المصانة .
10- عدد المخازن التي تم ميكنتها وأنواعها.
11- عدد لجان الدواءَ التي بدأت العمل في المحافظات والبلديات.
12- نوع الأدلة العلاجية التي تم إستحداثها.
13- كمية الإمداد الطبي غير المرغوب فيها التي تم التخلص منها.
14- المبالغ التي تم إضافتها لميزانية الصيدلة .
15-عدد ونوع التجهيزات الطبية التي تم إعداد المواصفات القياسية وغير المنحازة لها.

تدخلات و مؤشرات الأداء

النشـــاط (الهدف)	الإجراءات المطلوبة	المؤشـرات	النتائج
إستحداث تشريع رصين و فاعل و ذلك بإصدار قانون للدواء وتنظيم مهنة الصيدله.	إحالة مشروع القانون على المؤتمر الوطنى العام لإصداره.	صدور القانون و العمل به.	تحسن في ممارسة المهنة و حماية المواطن
هيكلة الإدارة العامة للصيدلة والرقابة الدوائية.	إعتماد الهيكل المقترح للإدارة من مجلس الوزراء.	إعادة تنظيم الإدارة حسب الهيكل الجديد	تحسن أداء الإدارة.
تطبيق نظام تسجيل اصناف الأدوية و مصادر التزويد بالإمداد الطبي.	- تدريب العاملين. - تشكيل لجان مختصة.	عدد الأصناف المسجلة عدد الأصناف المرفوضة	- ضبط السوق الدوائى. - حماية المستهلك. - الإستغناء عن الاصناف غير الآمنة. – توفير الإنفاق.
تحسين الإستخدام الرشيد للأدوية من قبل الأطباء و الصيادلة والمهنيين الصحيين في كل مستويات الرعاية الصحية .	- تدريب العناصر المستهدفة - تشكيل لجان الدواء بالمستشفيات .	- الإقلال من الأثار الجانبية. – إنخفاض إستهلاك الأدوية.	- حسن وصف الأدوية. – حماية المرضى. – الإقلال من المقاومة البكتيرية للمضادات. – توفير في الإنفاق.
توحيد مواصفات التجهيزات الطبية وإيجاد قاعدة بيانية لها.	- تشكيل لجان مختصة - ألإستعانة بالمنظمات الدولية	- نوعية وعدد الأجهزة التي تم وضع المواصفات لها. معدل الإنخفاض في الإنفاق علي توفير التجهيزات الطبية.	- تحسن اداء الأجهزة الطبية. توفير الجهد و الوقت. – توفير في الإنفاق.
ميكنة قطاع التخزين والتوزيع للإمداد الطبي بإستعمال الحواسيب وبرمجياتها.	توفير تجهيزات منظومة الحواسيب وبرمجياتها. - تدريب العناصر الفنية اللازمة عليها.	معدل الإنخفاض في الإعتماد علي المعاملات الورقية. مدى سرعة و دقة إنجاز المعاملات.	- الدقة و الملاءمة. توفير الجهد و الوقت. – توفير في الإنفاق.
الرفع من مستوى البني التحتية للقطاع الصيدلى من مخازن ووسائل نقل ومناولة ومباني إدارية.	-إنشاء و صيانة مخازن طبية في المناطق حسب الحاجة و بمواصفات حديثة. -توفيروسائل النقل والمناولة.	عدد المخازن التي أنجزت و جهزت تجهيز كامل	- ضمان التخزين والتوزيع الجيد الإقلال من الهدر
إستخدام شبكة معلوماتية وإحصائية للإمداد الطبي تربط كافة قنوات الإمداد وبالإدارات الرئيسية بما فيها الإدارة العامة للصيدلة والرقابة الدوائية بالوزارة وتشجيع البحوث في هذا المجال.	توفير وتركيب الشبكة وتدريب العاملين عليها وإستخدامها.	ربط المخازن الرئيسية بالمخازن الفرعية عدد المخازن التي تم ربطها	السرعة و الدقة في إعداد التقاريرعن المخزون و أعمال الجرد. متابعة التوريد بشكل جيد. إنجاز الأمور المالية و إعداد الميزانيات.
إستحداث أدلة علاجية وطنية جيده	-تشكيل لجان لإنجاز صياغة الدلائل.	عدد الأدلة العلاجية التى تم إنجازها و	- تحسن الوصف

النشـــاط (الهدف)	الإجراءات المطلوبة	المؤشـرات	النتائج
متفقٍ عليها لتحقيق الوصف الرشيد .	- الإستعانة بالمنظمات الدولية بالخصوص.	طباعتها و تعميمها	- حماية المرضى . - توفير في الإنفاق
إيجاد نظام مُحكم لأسعار الإمداد الطبي ومراقبته .	إستحداث وحدة للتسعيرة بإدارة الصيدلة	قيام وحدة للتسعيرة بإدارة الصيدلة	- توحيد تسعيرة الدواء - حماية المستهلك - توفير في الإنفاق.
إستحداث دلائل إرشادية للتخلص الآمن من الأدوية والمستلزمات الطبية غير المرغوب فيها.	إعتماد الدلائل المرفقة مع وثيقة استراتيجية محورالأدوية والمستلزمات الطبية و تعميمها	كمية الإمداد الطبي غير المرغوب فيها التي تم التخلص منها	- توفير السعة التخزينية – حماية المواطن و البيئة.
وضع دلائل لإدارة الآزمات في الأدوية والمستلزمات الطبية.	إعتماد الدلائل المرفقة مع وثيقة استراتيجية محورالأدوية والمستلزمات الطبية بعد مراجعتها و تنقيحها و من ثم تعميمها	عدد العناصر الذين تم تدريبهم على إدارة الأزمة.	- تقليل الخسائر البشرية و المادية. – توفيرالجهد و الوقت – تجنب الإرباك في حالة الأزمة.
وضع دليل التعامل مع الهبات في الأدوية والمستلزمات الطبية.	إعتماد الدلائل المرفقة مع وثيقة استراتيجية محورالأدوية والمستلزمات الطبية و تعميمها	عدد الجهات التى تم تعميم الدليل عليها و عدد الذين تم تدريبهم علي التعامل مع الهبات	- تحقيق الإستفادة القصوى من الهبات - تجنب المعاناة الناجمة عن الهبات السيئة.
مكافحة المنتجات الطبية المغشوشة	إنشاء وحدة للإهتمام بالمنتجات الطبية المغشوشة	عدد الأصناف المغشوشة المظبوظة – عدد المصادر – عدد الحالات المتضررة	- حماية المستهلك –_تخفيض حجم المشكلة – التخلص من مصادر الغش – توفير المال.
تثقيف الجمهور بخصوص الإستعمال الرشيد للأدوية والإمداد الطبي.	الإعداد والمراجعة الدورية لقوائم الأصناف التي تصرف بدون وصفة طبية وتعميمها والتوعية الإعلامية للجمهور	عدد الندوات والبرامج الإعلامية المقامة بالخصوص وعدد القوائم المعممة.	- حماية المستهلك – توكيد حق المرضي في معرفة الدواءَ الذي يتناولونه وخاصة للعلاج الذاتي.
الإستمرار في تدريب السلطات الناظمة للإمداد الطبي والقائمين عليه ورفع كفاءتهم الإدارية والتقنية.	إختيار العناصر المستهدفة ووضع الخطط اللازمة للتدريب والأعداد المطلوبة والممكن البدء بتدريبها.	عدد العناصر الذين تم تدريبهم	التنظيم الجيد لتنفيذ السياسة الدوائية.
تشجيع القطاع الصناعي للإمداد الطبي المحلى و الإستثمار في هذا المجال محلياً و خارجياً.	- تسهيل إجراءات التراخيص - التنسيق مع وزارتي الصناعة و المالية لمنح القروض	عدد التراخيص الممنوحة – النسبة المحققة لسد الإحتياج من التصنيع المحلى	- تحقيق جزء من الأمن الدوائي. – المساهمة في دعم الإقتصاد الوطني – توفير فرص عمل -- توطين الصناعة الدوائية.
تنظيم الإعلام العلمي الموجه عن الدواء خاصة والإمداد الطبي عامة بما يتماشى والأهداف المطروحة.	إصدار لوائح لتنظيم الإعلام - تكوين قسم للإعلام الدوائي بالإدارة - تدريب العناصر اللازمة	عدد ونوع التراخيص الممنوحة لهذا النشاط عدد ونوع المنشورات والندوات العلمية	القضاءَ علي الممارسات المتحيزة من قبل الموردين وتجنب الترويج للمنتجات غير المجدية أو الضارة.

النشـــاط (الهدف)	الإجراءات المطلوبة	المؤشـرات	النتائج
		الصادرة عن القسم	
إنشاء مركز لليقظــة الدوائيـــة (الإحتراس الدوائى)	- إصدار القرارات اللازمة بالخصوص وتجهيز المركز.. - تأهيل العناصر الفنية اللازمة. - التنسيق مع مركز منظمة الصحة العالمية.	عدد التقارير المعدة عن الأثار العكسية. التقارير المحالة إلى مركز المنظمة المختص.	حماية المرضى من مخاطر الأدوية. جودة الإختيار للأدوية. توفير في الإنفاق.
إنشاء مركز للسموم.	- إصدار القرارات اللازمة بالخصوص. تجهيز المركز. -تأهيل العناصر الفنية اللازمة.	عدد الحالات المتعامل معها. النسبة في إزدياد أو النقص في إستعمال الدرياقات. النسبة في الإقلال من االمضاعفات و أيام الإيوا بالمستشفيات.	إنقاذ حياة المتسممين. تقليل المضاعفات. معرفة أنواع السموم الأكثر شيوعاً. توفير الدريقات اللازمة.
إنشاء مركز للمعلومات الدوائية.	- إصدار القرارات اللازمة بالخصوص. تجهيز المركز. - تأهيل العناصر الفنية اللازمة.	عدد المطبوعات الصادرة عن المركز. عدد الندوات العلمية.	تحسين اداء المهنيين الطبيين دوائياً. تثقيف و توعية الجمهور بشأن الأدوية. تقليل مخاطر الأدوية. توفير في الإنفاق.
تنظيم التداوئى بالأعشاب الطبية.	- تكوين وحدة التداوئى بالأعشاب الطبية بالإدارة. - تأهيل العناصر الفنية اللازمة. التعاون مع المنظمات الدولية.	عدد الأعشاب الطبية التى تم حصرها و تسجيلها. عدد التراخيص االممنوحة بالخصوص.	حماية المرضى من مخاطر الأعشاب الطبية. مساهمة التدواي بالأعشاب في تخفيف عبْ المرض.
إنشاء مركز للهندسة الطبية.	- إصدار القرارات اللازمة بالخصوص. تجهيز المركز. - تأهيل العناصر الفنية اللازمة.	معدل الإنخفاض في حدوث الأعطال. معدل الخدمة للأجهزة (يوم/سنة). الزيادة في عدد الحالات المستفيدة من خدمات الأجهزة.	- تحسن اداء الأجهزة الطبية. - توفير في الإنفاق. - تقليل المخاطر. توفير الجهد و الوقت.
تحديث و تطويرالقوانين و اللوائح المنظمة للمخدرات و المؤثرات العقلية	المشاركة مع الجهات ذات العلاقة محليا ودوليا.	معدل الإنخفاض في الطلب. معدل الزيادة في إعداد التقارير السنوية	خفض الطلب على المخدرات و المؤثرات العقلية.

النشـــاط (الهدف)	الإجراءات المطلوبة	المؤشـرات	النتائج
و مكافحة إسأة إستعمالها.		عن المخدرات و المؤثرات العقلية.	تحسن التعاون علي المستوى الدولي. حماية المواطن.
إعادة تبعية المركز الوطني للرقابة الدوائية إلى وزارة الصحة.	- إصدار القرارات اللازمة بالخصوص. - إعادة تجهيز المركز وتطويره. - تأهيل العناصر الفنية اللازمة.	معدل الزيادة في التحاليل التي تم إجراؤها. إنخفاض الإعتماد علي المختبرات والخبرات الأجنبية.	التحسن فى إختيار المصنعين والموردين. المراقبة العملية الفعلية للإمداد الطبى. حماية المواطن.
الإهتمام بالتفتيش الصيدلى.	- تفعيل دور قسم التفتيش بالإدارة. - إصدار القرارات اللازمة بالخصوص ومنها منح صفة الضبط القضائي. - تأهيل العناصر الفنية اللازمة.	عدد المنشأت الصيدلية التي تم التفتيش عليها. عدد المخالفات المضبوطة. عدد المنشأت التي إستجابت لتحسين أوضاعها.	التحسن في اداء خدمات القطاع الصيدلى. المساهمة في مكافحة الغش في المنتجات الطبية. حماية المواطن.
التعاون مع المنظمات المحلية و الإقليمية والدولية ذات العلاقة.	تفعيل دور وحدة التخطيط و السياسات بالإدارة. - إصدار القرارات اللازمة بالخصوص. - تأهيل العناصر الفنية اللازمة.	مدى توثيق العلاقة مع المنظمات مثل منظمة الصحة العالمية و التجارة الدولية.....، عدد العناصر الذين تم تدريبهم و تنمية مهارتهم. المناشط التى تم تحقيقها.	تحقيق الإستفادة القصوى من خبرات و إمكانيات المنظمات الدولية و الإقليمية في القطاع الصيدلي. إستغلال المرونة المتعلقة بقوانين حقوق الملكية الفكرية TRIPS & TRIPS PLUS. للتخلص من مسأوى العولمة فى مجال المستحضرات الصيدلانية.
تطوير التعليم الصيدلي بما يوافق متطلبات سوق العمل.	-وضع سياسة القبول وأعداد الطلاب بكليات الصيدلة. - التنسيق بين مناهج كليات الصيدلة المختلفة -وضع المواصفات والمتطلبات اللازمة لتقييم كليات الصيدلة. - التفتيش على الكليات بصفة دورية للتأكُّد من التزامها بالمواصفات العالمية.	- عدد و نوع المناهج التي تم تعديلها أو إضافتها لتتناسب و متطلبات سوق العمل - معدل الزيادة في الدورات التأهيلية لأعضاء هيئة التدريس. - التخصصات المستحدثة لتأهيل الخريجين . - عدد الصيادلة الذين تم إلتحاقهم ببرنامج التعليم المستمر	- رفع كفاءة أعضاء هيئة التدريس و الطلبة و الخريجين. - تحسين الاداء الصيدلي. - خلق فرص عمل للصيادلة محلياً و خارجياً. - زيادة في آفاق مهنة الصيدلة. - الإستغناء عن الخبرات الأجنبية. - رضى المجتمع عن المهنة وممارسيها

8-3 الغـــــــذاء وسلامة الغذاء.

المقدمـــــة :

الغذاء هو العنصر الأساسي في بناء الجسم والحماية من الأمراض وتقليل نسبة الوفيات والمراضة في المجتمع ويشمل الغذاء توفر المواد الغذائية وسلامتها من مسببات الأمراض والسموم بمختلف أنواعها وتوفر العناصر الأساسية في الغذاء من مواد كربوهيدراتية وبروتينات وفيتامينات وعناصر أساسية وهذا البرنامج من مهمة الدولة من خلال برامج مقاومة الفقر والعوز وتوفير المواد الأساسية لمختلف شرائح المجتمع .

تعريف المحور :

الغذاء بمختلف مكوناته من العناصر الأساسيةللحفاظ على الصحة وسلامة الغذاء من المهام الرئيسية للدولة ووجود غذاء كامل وسليم من أهم مؤشرات تقدم الشعوب .

تحليل الوضع الراهن :

عملت الدولة على توفير المواد الغذائية بأسعار منخفضة ولذلك وصل متوسط السعرات الحرارية التي يتحصل عليها الفرد إلى (3769) سعرة حرارية وهو معدل عال ويفوق بكثير المعدل الدولي الذي يبلغ حوالي (2400) سعرة حرارية ومن ناحية أخرى تراجعت نسبة الإنفاق على الغذاء في إنفاق الأسرة الليبية حيث كانت في سنة 1992 ، 46% ووصلت في السنوات الماضية إلى 38 % مما يشير إلى إهتمامات الفرد والأسرة توجه إلى الصرف في مجالات أخرى غير جانب الغذاء ويرتبط نمو الأطفال بشكل مباشر على الحالة الغذائية للأم في مرحلة الحمل وتوفر الرضاعة والأكل للأطفال في ما بعد ومن خلال الدراسات الميدانية يتضـح أن نسبـة الأطفـال ناقصي الوزن دون الخامسـة من العمر لا يتجاوز (4.8 %) كما إن نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن بالنسبة للطول (3.6 %) ونسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من مشاكل في الحالة التغذوية كالأتي :

- قصر القامة (15.3 %) .
- نقص الوزن بالنسبة للعمر (4.8 %) .
- نسبة النحافة (5.3 %) .
- زيادة في الوزن (16.9 %) .

وفي ليبيا يقوم المركز الوطني للرقابة على الأغذية والأدوية ، بمهمة الرقابة على الأغذية وهو المسؤول الأول على سلامة الغذاء حيث يوجد له في جميع المنافذ نقاط للرقابة على الأغذية وسلامتها كما أعطيت صفة مأموري الضبط القضائي للمفتشين الصحيين ومراقبي

الأغذية وهم الذين تقع عليهم مسئولية الرقابة على الأغذية في المحلات التجارية بالتعاون مع رجال الحرس البلدي .

تحديات برنامج الغذاء وسلامة الغذاء :

- تعدد المنافذ الحدودية مما أدى الى ضعف الرقابة على دخول المواد الغذائية .
- إتساع رقعة ليبيا وصعوبة الرقابة على الأغذية .
- تدني مرتبات الأسر الليبية أدى إلى نقص الصرف على الغذاء .
- إعتماد ليبيا على استيراد أغلب أصناف الأغذية من الخارج .
- عدم وجود رقابة عالية المستوى على الغذاء تقوم على أساس التنسيق بين الوزارات والمؤسسات ذات العلاقة بسلامة الغذاء .
- عدم تفعيل وتطبيق التشريعات الملزمة للرقابة على الغذاء .
- المستوى المتواضع للعناصر في مختلف التخصصات الفنية
- النمط الغذائي الليبي لا يوجد البرامج الصحية ناحية نوعية الغذاء و مكوناته.
- عدم وجود نظام معلومات يمكن من التخطيط العلمي لأنشطة الرقابة على الغذاء ووضع نظام مبكر لأزمات الغذاء .

الأهداف العامة :

- توفر وتحسين جودة الغذاء .
- بناء جيل ذو ثقافة عالية في الغذاء وسلامته .
- تحسين مستوى حياة المواطن التغذوية من خلال المساهمة في حماية صحته عن طريق ضمان سلامة الغذاء ونوعيته وصلاحيته للاستهلاك البشري في جميع مراحل تداوله بما في ذلك المواد الأولية الداخلة في صناعته .
- وضع نظام رصد فعال للأغذية المنتهية صلاحيتها والمجهولة التركيبة للسيطرة على التسممات الغذائية والأمراض المنقولة بالغذاء وللتعرف على الأمراض الأكثر شيوعاً والعوامل التي تؤدي للإصابة .

السياسات :

- تبني تدخلات تهدف إلى تغيير السلوك الغذائي لدى المواطنين بما يخدم صحة المواطن .
- تبني توفر الغذاء السليم للمواطنين بأسعار تناسب دخل الأسرة .
- الرقابة الصارمة على المواد الغذائية المستوردة من المنشأ إلى المستهلك .
- التعليم والتدريب ورفع كفاءة المتعاملين مع الغذاء وسلامته .

الأهداف الإستراتيجية :

- إجراء دراسات دقيقة على السلوك الغذائي و مكونات الوجبات الليبية .
- توفير الأغذية لجميع طبقات المجتمع بلأسعار مناسبة .
- الرقابة على الأغذية وسلامتها .
- التعلم والتدريب ورفع كفاءة العاملين على سلامة الغذاء .

- توفر الأغذية الخاصة بالأمراض الوراثية .

التدخلات ومؤشرات الأداء :

المؤشرات	الإجراءات المحققة للأهداف	الأهداف الإستراتيجية
إجراء دراسة على أرض الواقع	- دراسة الغذاء الليبي	إجراء دراسات دقيقة على السلوك الغذائي و مكونات الوجبات الليبية .
القيمة المالية المصروفة للفرد ومقابل الغذاء .	- دعم السلع والمواد الغذائية الأساسية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة .	توفير الأغذية لجميع طبقات المجتمع بأسعار مناسبة .
- **عدد** المختبرات الخاصة بالأغذية في المنافذ ومراكز المدن الرئيسية . - **وجود** المواصفات الليبية للغذاء. - **رفع** مرتبات المتعاملين مع الأغذية .	- **توفير** مختبرات وتحليل الأغذية في جميع المنافذ البرية والبحرية والجوية. - **توفير** مختبرات الأغذية داخل المدن الرئيسية . - **وضع** المواصفات والمقاييس والمعايير الليبية وإدارة جودة وأمان الأغذية . - **دعم** مأموري الضبط القضائي من مفتشين صحيين ومراقبي أغذية .	الرقابة على الأغذية وسلامتها .
- عدد المتدربين محلياً وخارجياً في مجال الأغذية وسلامتها .	- تدريب وتأهيل المتعاملين مع الغذاء محلياً وخارجياً .	التعليم والتدريب ورفع كفاءة العاملين على سلامة الغذاء .
- توفر أصناف الغذاء الخاص في مختلف المناطق بكمية وسعر مناسبين .	- العمل على توفير جميع أصناف الغذاء الخاصة بالأمراض الوراثية بأسعار مناسبة .	توفير الأغذية الخاصة بالأمراض الوراثية .

9-3مصارف الدم وسلامـــة الـــدم .

المقــدمــة :

الدم من الأشياء الأساسية والمهمة جداً في إنقاذ المرضى في حالات فقدان الدم والنزيف بجميع أنواعه الداخلي والخارجي وهو مادة لم يتم الوصول إلى تصنيعها بالكامل رغم الحصول على بعض المواد التي تحل محل بعض مكونات الدم وهو مادة مهمة جداً يجب أن تتوفر وقت الحاجة وبكمية مناسبة وأمنة وخالية من مسببات الأمراض والسموم وعملت الدول على بناء مصارف للدم في المدن الرئيسية وأعدت مصارف دم فرعية داخل المرافق الصحية .

تعريف المحور :

الدم من أهم العناصر اللازمة لإنقاذ المرضى المحتاجين له في كل وقت وحين وهو مادة تحتاج إلى إهتمام من نوع خاص للحفاظ على سلامتها .

تحليل الوضع الراهن :

تقوم جميع المستشفيات الكبرى بجمع الدم وتخزينه وتوزيعه على المرضى عند الحاجة ولذا فإن مصارف الدم تقوم بدور في حفز المتطوعين على التطوع بالدم وإجراء التحاليل اللازمة لذلك وفصل الدم إلى مكوناته الأساسية من بلازما وكرات الدم والصفائح الدموية وغيرها ويوجد مركز واحد للدم به جميع المكونات الأساسية لمصارف الدم بمدينة بنغازي وقد وضعت وزارة الصحة برنامج وطني للدم وسلامة الدم .

تحديات برنامج الدم وسلامة الدم :

- الحاجة الكبيرة الماسة للدم ومكوناته في كل مكان وفي كل زمان .
- عدم القدرة على تصنيع الدم كمكون متكامل .
- قلة المتطوعين للتبرع بالدم .
- ضعف الوعي الجماهيري بأهمية الدم والتطوع من أجل توفيره .

الأهداف العامة :

- نشر الوعي بأهمية الدم بين المواطنين .
- تحسين مستوى تجميع الدم وتخزينه وتوزيعه .
- وضع نظام فعال ومنظومة لمعرفة الفصائل النادرة بين الجميع .

السياسات :

- على الدولة تبني برنامج وطني للدم وسلامته على مستوى الدولة وتوفير الإمكانيات اللازمة لذلك .
- الرقابة الصارمة على جمع الدم والتأكد من سلامته .
- تدريب العاملين في هذا المجال .

الأهداف الإستراتيجية :

- توفير الدم بجميع فصائله ومكوناته في جميع المرافق الصحية .
- الرقابة على الدم والتأكد من سلامته .
- بناء القدرات العاملة في هذا المجال .

التدخلات ومؤشرات الأداء :

المؤشرات	الإجراءات المحققة للأهداف	الأهداف الإستراتيجية
- عدد مصارف الدم التي يتم إنشاءها . عدد ونوعية الأجهزة داخل مصارف الدم والمستشفيات .	- إنشاء مصارف للدم في المدن الرئيسية وإنشاء مصارف فرعية للدم بالمستشفيات . - توفير الأجهزة والمعدات اللازمة لفصل الدم وحفضه وسلامة مكوناته .	- توفير الدم بجميع فصائله ومكوناته في جميع المرافق الصحية .
- عدد ونوعية التحاليل الخاصة لسلامة الدم في السنة . عدد المبردات الثابتة والمنقولة.	- إجراء جميع التحاليل اللازمة لسلامة الدم قبل توزيعه . - توفير المبردات الثابتة والمنقولة لنقل الدم ومكوناته .	- الرقابة على الدم والتأكد من سلامته.
- عدد العاملين الذين تم تدريبهم. - عدد العناصر الطبية والطبية المساعدة الذين تم إيفادهم في السنة .	- تدريب وتأهيل العاملين والمتعاملين مع الدم ومكوناته . - إيفاد عدد من العناصر الطبية والطبية المساعدة للتخصص في الدم وسلامته .	- بناء القدرات العاملة في هذا المجال

10-3 ذوي الإعاقـة.

رعاية ذوي الإعـاقـة

المقدمـة :

الإعاقــة هي تغير في الوظيفة الأساسية لأحد مكونات الجسد البشري ومنها إعاقة حركية وإعاقة عقلية وبتر في الأطراف ولقد تعددت أسباب الإعاقة منها الخلقي والحوادث والحروب والأمراض وغيرها ولقد زادت عدد حالات الإعاقة بعد أحداث سنة 2011 م خصوصا الإعاقة الحركية والحالات النفسيةوتلبية لإحتياجات المجتمع الليبي الذي ينادي لتقديم أفضل الخدمات لذوي الإعاقة بما يخدم جميع شرائح المجتمع التي تحتاج إلى تقديم الخدمة ومن خلال وزارة الشؤون الاجتماعية المتمثلة في المراكز والمؤسسات التأهيلية التابعة لها. وبالتعاون مع وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي وبرعاية من مجلس التخطيط الوطني وكذلك المؤسسات والهيئات المحلية والدولية ذات العلاقة والشروع في وضع إستراتيجية شاملة آخذة في إعتبار إحتياجات ليبيا الحالية والمستقبلية من خلال خطة عمل تنفيذية هادفة قادرة على تلبية جميع الإحتياجات عن طريق تطوير التشريعات والإجراءات اللازمة لإنجاح هذه الإستراتيجية .

تعريف المحور:

الشخص المعاق هو الشخص الذي لديه قصور في نوع أو مقدار النشاط الذي يؤديه بسبب صعوبة مستمرة تعزى الى حالة بدنية أوحالة عقلية أومشكلة طال أمدها أكثر من سته أشهر وتشمل الفئات التالية :

1) المتخلفون عقليّاً.

2) المصابون بعاهة تعيقهم عن ممارسة السلوك العادي في المجتمع ولو لم يقترن ذلك بعجز ظاهر عن أداء العمل وهم:

1) المكفوفون. 2) الصم 3) البكم. 4) ضعاف البصر الذين لا يجدي فيهم تصحيح النظر.

5) ضعاف السمع الذين لا يجدي فيهم تصحيح السمع.6) مبتورو أحد الأطراف أو أكثر.

7) المشلولون.8) المقعدون.

3) المصابون بأمراض مزمنة تعيقهم عن أداء العمل ولو لم يقترن ذلك بعجز ظاهر عن ممارسة السلوك العادي في المجتمع

4) المصابون ببتر أو عجز دائم في جزء من أجسامهم.

تحليل الوضع القائم

قلة المراكز المتخصصة لذوي الإعاقة وإن وجدت بعض المراكز فهي تحتاج إلى الكوادر ورفع مستوى الكفاءات لتقديم الخدمات التأهيلية وعدم وجود ورشة صناعية حديثة والمواد الخام الخاصة بتصنيع الأطراف الصناعية . حيث يوجد مراكز متخصصة لتقديم خدمات متواضعة ونظراً لما شاهده العالم من تطور ملحوظ في مجال الأطراف الصناعية فإن الوضع الحالي في ليبيا لم يطرأ عليها أي تطور من جانب تطوير العناصر الفنية الوطنية ولا من جانب توفير المعدات والأجهزة والمواد الخام الداخلة في التركيب حيث وصل عدد مبتوري الأطراف مابعد ثورة 17 فبراير حوالي 1000 مبتور موزعون كالتالي:

400حالة بتر من مدينة مصراتة وحواليها و300 حالة بتر بالمنطقة الشرقية و300 حالة بتر من المنطقة الغربية .

وخلال الإحصائيات الدقيقة اتضح بأن هذه الحالات جلهم من عناصر الشباب في أعمار العشرينات الذين يحتاجون إلى رعاية لاحقة لعشرات السنين القادمة وأغلب حالات البتر للأطراف العليا حوالي الثلث من إجمالي الحالات وهذه الحالات تحتاج إلى رعاية خاصة بأجهزة حديثة ومتطورة ذات تقنية حديثة .

التحديات :

- تعدد الجهات التي تتبنى تقديم الخدمات للمعاقين .
- عدم توفر البنية التحتية للتشغيل على ذوي الإعاقة في ارتياد الأماكن العامة.
- عدم تفعيل اللوائح والقوانين والمنافع الخاصة لذوي الإعاقة .
- نقص الخبرات الفنية المتخصصة في مجال تأهيل ذوي الإعاقة .
- لا يوجد توزيع جغرافي عادل لمراكز ذوي الإعاقة.

- عدم وجود إستقرار إداري للمؤسسات والأجهزة التي تقدم خدمات لذوي الإعاقة ضعف الرواتب التي تمنح للعمالة اللصيقة بالنزلاء داخل المراكز التي تقدم خدمات ذوي الإعاقة والمؤسسات الإجتماعية.

الاهــداف :

- تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من ممارسة حياة مستقلة كريمة عبر التشخيص الدقيق والبرامج التأهيلية المتخصصة، وتنفيذ خطط الرعاية الشاملة واستثمار جميع الإمكانيات المتاحة لدى الفرد والأسرة والمجتمع وإزالة المعوقات المحيطة وإيجاد البيئة الحاضنة وفق أحدث المعايير العلمية المتوفرة
- تقديم أفضل الخدمات التأهيلية المختلفة للأفراد ذوي الإعاقة بكل أمانة ومصداقية وعدم إشعارهم بأن الخدمات المقدمة إليهم هي منة من أى جهة بل هو حق مكتسب يجب أن يقدم إليهم بكل شفافية ونزاهة ومهنية.
- حصر وإعداد قوائم حالات البتر والإعاقة ما قبل وبعد حرب التحرير.
- تحديد نوع التأهيل اللازم لكل إعاقة على حدة ووضع برنامج تأهيلي زمني على أسس علمية متطورة وذلك من خلال مراكز التأهيل وإعادة التأهيل المتخصصة.

السياسات المحققة للاهداف

- إنشاء المجلس الأعلى للأشخاص ذوي الإعاقة برئاسة مجلس الوزراء وعضوية الوزارات ذات العلاقة والمهتمين والخبراء في مجال ذوي الإعاقة.
- وضع إستراتيجية للحد من الإعاقات الخلقية والمكتسبة بالمجتمع الليبي.
- تطوير القوانين واللوائح والتشريعات المعمول بها بما يتماشى مع الإتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

المؤشرات :

- وجود مجلس أعلى للأشخاص ذوي الإعاقة على أرض الواقع .
- عدد الحالات المكتشفة من الإعاقات الخلقية والمكتسبة خلال الحمل وفي السنوات الأولى من العمر .
- صدور القوانين واللوائح والتشريعات الخاصة بذوي الإعاقة .

11-3 الصحــة النفسيــة :

المقدمة :

إزداد عدد سكان ليبيا خلال السنوات الماضية وتطورت تقنيات المعلومات والإتصالات و أضحى للعالم الافترضي تأثير على سلوك وتربية الاطفال وأصبحت تربيتهم و بنائهم النفسي و الاجتماعي مرتبط مع المجتمع الافتراضي من خلال الشبكة العنكبوتية و مواقع التواصل الاجتماعي كذلك دخلت على الليبين العديد من المفاهيم الجديدة على المجتمع وأثرت التطورات التي حدثت خلال السنوات الماضية على المواطنين بمختلف فئاتهم العمرية و الثقافية كل هذا وذاك أدى إلى اضطرابات نفسية وعقلية وكذلك تطورت عقلية المواطنين الثقافية والعلمية مما أدى إلى أن يتقدم الإنسان إلى الطبيب النفسي والمعالج ويعلن عن مرضه ونقص الخوف من العنصرية المرتبطة سابقاً بالأمراض النفسية مما يدعو الدولة إلى وضع برامج خاصة بالحالة النفسية والعصبية .

تعريف المحور :

هو برنامج خاص يعالج الحالات النفسية والعصبية في المنازل أو وحدات الرعاية الصحية الأولية أو داخل المستشفيات التخصصية .

تحليل الوضع الراهن :

زادت عدد الحالات النفسية والعصبية لأسباب عديدة داخل ليبيا واحداث السنوات الماضية أثرت على النساء والأطفال والشباب الذين عاشوا الأحداث يوماً بيوم وسوف يستمر هذا الوضع النفسي إلى سنوات عديدة حيث تصل التأثيرات النفسية الناتجة عن الحروب إلى عدة سنوات وفي ليبيا هناك عزوف على طلب الاستشارة النفسية بين المواطنين خصوصا فئة النساء والشباب و يوجد مركزين للأمراض

النفسية بكل من طرابلس وبنغازي وهما غير كافيين لتقديم الخدمات النفسية وقد أتجه المواطنون لطلب العلاج من الروحانيين والمعالجة بالرقية الشرعية والقرآن الكريم وكذلك السحرة والمشعوذين .

التحديات :

- ازدياد عدد الحالات النفسية والعصبية .
- قلة المرافق الصحية المتخصصة .
- نقص الأطباء المختصين في هذا المجال .
- إنتشار المخدرات والمسكرات ومغيبات العقل .

الأهداف العامة :

- تعزيز صحة الأصحاء .
- وضع برنامج عام على مستوى الدولة من أجل التعريف بالأمراض النفسية والإكتشاف المبكر لها .

السياسات :

- تبني وزارة الصحة برنامج وطني للأمراض النفسية .
- بناء القدرات البشرية للعلاج والمتابعة اللاحقة .

الأهداف الإستراتيجية :

1- تقديم الخدمات النفسية للمواطن في أقرب نقطة لسكنه .
2- علاج الحالات المرضية في مراكز متخصصة للعلاج النفسي .

التدخلات ومؤشرات الأداء

المؤشرات	الإجراءات المحققة للأهداف	الأهداف الإستراتيجية
– وجود إخصائي الأمراض النفسية والعصبية في المراكز الصحية والعيادات المجمعة . – عدد النشرات والملصقات والبرامج الإذاعية في مجال الصحة النفسية . – عدد المتدربين والموفدين للتخصص في مجال الطب النفسي العصبي .	– نشر إخصائي الأمراض النفسية والعصبية في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية والعيادات المجمعة . – الاستفادة من الاخصائيين الاجتماعيين في الدعم النفسي والاجتماعي – وضع برامج للتوعية والتثقيف الصحي في مجال الصحة النفسية . – رفع كفاءة العاملين لهذا المجال .	– تقديم الخدمات النفسية للمواطن في أقرب نقطة لسكنه .
– استكمال الصيانة – إنشاء مستشفيات جديدة بديلة عن القائم حاليا – وجود اقسام للأمراض النفسية و العصبية بالمستشفيات المركزية – إستكمال إنشاء المستشفيات الجديدة بكل من طرابلس و بنغازي و سبها و المنطقة الغربية –تنفيذ مراكز علاج الادمان	– صيانة المستشفيين القائمين . – البحث عن مواقع جديدة بكل من طرابلس وبنغازي بعيدة عن مراكز المدن ومتوفر بها المرافق اللازمة للعلاج النفسي . – تخصيص عدد من الاسرة بكل مستشفىمركزي للأمراض النفسية مع توفير الإحتياجات المطلوبة لعلاج مثل هذه الحالات . – إنشاء مستشفيات جديدة بكل من طرابلس وبنغازي وسبها والمنطقة الغربية . – انشاء ثلاثة مراكز لعلاج الادمان في ليبيا	– علاج الحالات المرضية في مراكز متخصصة للعلاج النفسي . – علاج حالات الادمان

12-3 الجـــــــودة .

المقدمـــــة :

الجودة تعني العديد من المفاهيم و هي :

- القيام بالعمل الصحيح من أول مرة وفي كل مرة.
- إتقان الخدمة .

- إرضاء المستفيدين من الخدمة.
- خفض نسبة العيوب .
- التطوير والتحسين المستمرين.
- الملائمة للمواصفات .

وتقييم الخدمات الصحية من أجل الارتقاء بهذه الخدمات مهم جداً وتعميمها لكل مجتمع من المجتمعات والعمل يجب أن يشمل جميع مستويات تقديم الخدمات الصحية علي مستوى ليبيا،الأمر الذي يتطلب وضع معايير ومقاييس محلية لتقييم الأداء والعمل علي اعتماد المؤسسات الصحية عالمياً وعربياً ومحلياً وفق معايير الجودة ، ولإعتماد أي مؤسسة صحية توجد مراحل للإعتماد وهي :

- اعتماد معايير أداء وطنية قابلة للتنظيف ومناسبة.
- تدريب فرق المراجعين.
- إعداد الدليل الإرشادي للتقييم .
- إعداد دليل السياسات وإجراءات الاتحاد .
- اختيار المعايير في المنشأة الصحية .

تحليل الوضع الراهن :

بدأت وزارة الصحة بالاهتمام والتركيز علي الجودة بمفهومها الحديث منذ نهاية العشرية الماضية حيث قامت الوزارة بإصدار كتيب عن الجودة تحت مسمي أداة الاعتماد الليبية للمؤسسات الصحية ، وأنشأهمجلسللجودة تحت اسم مجلس جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى ولكنه لم يفعل ويعمل به ولقد قامت الوزارة بإنشاء إدارة للجودة حيث يبلغ عدد الموظفين بهذه الإدارة عدد 8 موظفين وحثت الوزارة جميع مكاتب الخدمات الصحية ، علي فتح مكاتب للجودة وتقييم الأداء للموظفين .

التحديات التي تواجه الجودة :

- عدم انتشار ثقافة الجودة بين مقدمي الخدمة وصناع القرار.
- قلة العناصر التسييرية المؤهلة في مجال الجودة وتقييم الأداء .
- ضعف نظام المعلومات الصحية بالمستشفيات والنظام الصحي .
- الارتفاع المستمر في معدل توقعات مقدمي ومتلقي الخدمة .
- التفاوت في جودة الخدمات المقدمة في القطاع الخاص وداخل القطاع العام .
- عدم وجود هيئة اعتماد مهنية مستقلة للعناصر الطبية والعناصر الطبية المساعدة .

الأهـــداف

الهدف العـــــام :

رفع مستوى وفعالية وكفاءة الخدمات المقدمة من وزارة الصحة بما يساهم في تعزيز وتحسين الوضع الصحي لملتقي الخدمة .

الأهداف الخاصة :

- اعتماد المنشأة التي تطابق المعايير المعتمدة .
- وضع أدلة العمل السريري .
- وضع معايير الأداء .
- تحسين استخدام الموارد لتقليل الهدر في الأموال .
- المساهمة الفعالة في إنشاء وتطوير نظام اعتماد وطني في القطاعات الصحية .
- بناء وتدريب العناصر المتخصصة في مجال الجودة .

السياسات والتدخلات اللازمة لتحقيق الأهداف :

- نشر ثقافة الجودة والممارسات الجيدة .
- تطوير القدرات وتدريب العاملين في مكاتب الجودة وتقييم الأداء بمختلف مواقعهم .
- إجراء الدراسة الذاتية للمرافق الصحية .
- الاستمرار في بناء النظام الداخلي للجودة في وزارة الصحة والمؤسسات التابعة لها .
- التقييم المستمر للأداء ومتابعة عملية تحسين الجودة .
- دعم وتشجيع التميز في العمل الطبي والإداري والمالي والبحث العلمي وخدمة المجتمع .
- إعداد مطويات إرشادية للتعريف بمفاهيم ضمان الجودة واعتماد المؤسسات الصحية .
- إنشاء نظام معلومات خاص بإدارة الجودة .

إنشاء هيئة ليبية لإعتماد المؤسسات الصحية يوكل لها الأتي :

- وضع السياسات وإجراءات العمل .
- اعتماد معايير الأداة .
- اعتماد ميزانية التمويل للبرامج .
- التصديق على الاعتماد .

- مراجعة ومتابعة وتنظيم البرامج .
- التحديث المستمر للبرامج .

المؤشرات :

- عدد المتدربين في مجال الجودة وتقييم الأداء.
- عدد المطويات الإرشادية الخاصة بالجودة .
- عدد مكاتب الجودة بمختلف المرافق الصحية .
- عدد المؤسسات الصحية التي خضعت للتقييم الذاتي والتدقيق .
- عدد المؤسسات الصحية التي تم إعتمادها .
- عدد و معدلات الأخطاء المهنية .

13-3 القطـــاع الخـــــاص

مقدمـــــة :

الخدمات الصحية خدمة عامة شاملة تشمل جميع السكان في كل مكان وفي كل وقت ولذا فإن الدولة لا تستطيع بكل المقاييس تحمل تكلفة الخدمات الصحية سواء من حيث التمويل أو الإنتشار أو التخصص لذا فإن القطاع الخاص شريك أساسي للدولة في تقديم الخدمات الصحية وجميع دول العالم بها قطاع خاص يسعى لتقديم الخدمات الصحية لمواطني هذه الدول و يساهم في إقتصاد الدولة مثل برامج السياسة الصحية المطبقة في كل من الأردن وتونس .

تعريف المحور :

القطاع الخاص هو داعم وشريك في تقديم الخدمات الصحية وتتوفر به ميزة المرونة والرقابة والشفافية .

تحليل الوضع الراهن :

مرت الخدمات الصحية الخاصة في ليبيا بالعديد منالتغيرات منذ الاستقلال حيث كانت أحد قنوات تقديم الخدمات الصحية المعتمدة ثم تغيرت سياسة الإقتصاد في ليبيا إلى الإقتصاد الاشتراكي وقفلت جميع مؤسسات القطاع الخاص وإعتباراً من سنة 1988 م فتح الباب من جديد بطريقة عشوائية غير منظمة ولا خاضعة لقوانين ولوائح رقابية ومتابعة مما جعل القطاع الخاص بكل مكوناته ، عيادات ، مصحات ، صيدليات ، مختبرات أو غيرها إلى فتح القطاع الخاص في أماكن غير جيدة ولم تكن مؤهلة يوماً للعمل بها لتقديم الخدمات الصحية ووصل العدد الحالي للقطاع الخاص في ليبيا إلى 3129 مؤسسة موزعة حسب التخصص كالأتي :

مصحة إيوائية	عدد الاسرة	عيادة أسنان	صيدليات	عيادات	مختبرات	تصوير شرائحي	تصوير مقطعي	المجموع
103	**2088**	**279**	**1934**	**415**	**311**	**20**	**12**	**3192**

التحديات :

- سوء تصميم المباني وعدم ملائمتها للعمل الطبي وعدم وجود مواقع للخدمات الصحية في مخططات المدن .
- عدم وجود تشريع ينظم القطاع الخاص .
- المنافسة الأجنبية من الإستثمارات الخارجية .
- ضعف رأس المال المحلي وعدم دعم الدولة مادياً للقطاع الخاص .
- عدم وجود تشريع يسمح بنظام شراء الخدمة .

الأهداف العامة :

- تقديم خدمات تخصصية جيدة في كل مكان وكل حين .
- تطوير الخدمات الصحية في القطاع الخاص بما يجعله ينافس الخدمات الصحية المتوفرة في الخارج .

السياسات :

- وضع سياسة واضحة المعالم في الدولة توضح فيها الإتجاه الإقتصادي .
- صدور تشريع خاص بالقطاع الصحي الخاص .
- تبني الدولة القطاع الخاص كشريك لتقديم الخدمات الصحية مع القطاع العام .

الأهداف الإستراتيجية :

- دعم القطاع الخاص واعتباره شريك في تقديم الخدمات الصحية مع القطاع العام .
- وضع برنامج للتخطيط والمتابعة والرقابة على القطاع الخاص .

التدخلات والمؤشرات :

المؤشرات	الإجراءات المحققة للأهداف	الأهداف الإستراتيجية
- قيمة الدعم المقدم للقطاع الخاص .	- دعم القطاع الخاص بصورة مباشرة أو غير مباشرة .	- دعم القطاع الخاص واعتباره شريك في تقديم الخدمات الصحية مع القطاع العام .
- إصدار تشريع للقطاع الخاص. - صدور معالم واضحة للشراكة مع القطاع الخاص . - صدور معالم واضحة للشراكة مع الشريك الأجنبي .	- إصدار تشريع ينظم القطاع الخاص . - تنظيم الشراكة مع القطاع العام . - إعداد شراكة واضحة مع الشريك الأجنبي . - المراقبة والتفتيش على القطاع الخاص .	- وضع برنامج للتخطيط والمتابعة والرقابة على القطاع الخاص .

14-3 نظم المعلومات الصحية :

مقدمـة :

أدى اتساع الرقعة الجغرافية لليبيا و تركز السكان فى المدن الساحلية الكبرى الى تفاوت كبير فى مستوى الخدمات الصحية المقدمة حيث تركزت الخدمات الطبية والخبرات فى المدن الرئيسية،مما أدى الى اضطرار مواطن المناطق الداخلية الى السفر إلى المدن الرئيسية لإجراء أبسط الاختبارات التشخيصية ناهيك عن تلقى العلاج.

كل هذا علاوة على المشاكل المزمنة التى يعانى منها القطاع على مدى عدة عقود قد ادى الى تزايد الانتقادات وعدم الرضى على الخدمات الصحية المقدمة من قبل وزارة الصحة.

مما سبق فان تقدم تقنية الاتصالات والمعلومات يعطي فرصة كبيرة لتحسين الواقع سواء توفير المعلومات الصحيحة لصانعى القرار فى الوقت المناسب أو توفير الجهد والوقت من خلال تطبيقات الطب البعدى للمناطق النائية وتحسين المخرجات السريرية. ولكن هذا لا يتأتى إلابإدخال تطبيقات نظم تقنية المعلومات والاتصالات عبر استراتيجية وطنية مدروسة

وعليه يجب أن تعمل وزارة الصحة وفقا لأهداف وإستراتيجية عمل متقنة والتي ُتقدم عن طريق الصحة الإلكترونية.

تعريف المحور :

تُعرف الصحة الإلكترونية بالاستخدام المشترك لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات في القطاع الصحي حسب تعريف منظمة الصحة العالمية. تقوم الدول بتبني الصحة الإلكترونية لتطوير إعداد وتوفير خدمات الرعاية الصحية وذلك لأجل أهميتها ودعم متطلبات العمل. واقامت بعض المشاريع لحوسبة القطاع إلا انها اعتمدت على المفهوم القديم لتقنيات تكنولوجيا المعلومات على انه الأداة التي تحوسب الأعمال الداخلية للمؤسسة من خلال معالجة البيانات وإبقاء تكنولوجيا المعلومات منعزلة عن الاتجاه الرئيسي للمؤسسة، بينما النموذج الجديد يرتكز على استخدام تقنيات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لدعم وتكامل جميع نشاطات المؤسسة للوصول للحوكمة عن طريق معالجة وتوصيل البيانات مما يضع في نهاية المطاف أنظمة المعلومات في قلب إصلاح المنظومة الصحية ككل والمواطن هو محور وهدف هذا العمل .

التحــديات :

- إعتبار مشاريع الصحة الالكترونية عالية التكلفة دون النظر فى المردود الخدمى لها على المنظومة الصحية ككل أو على مستوى المرضى .
- ضعف الطلب على منظومات الصحة الالكترونية من قبل مديرى المؤسسات الصحية .
- ضعف البنية التحتية للتقنية الاتصالات و المعلومات سواء على مستوى شبكات البيانات المحلية وغرف الخوادم للوحدات الصحية أو على مستوى الربط البينى بشبكات ذو سرعة عالية مثل كوابل الألياف البصرية وغيرها .
- غياب استراتيجية عامة للحكومة الالكترونية تكون شاملة للصحة الالكترونية .
- عدم كفاية القوانين والتشريعات الحالية لتواكب تطبيقات الصحة الالكترونية وذلك للحفاظ على خصوصية المرضى وسرية البيانات وعدم الوصول اليها من الاطراف غير المخولة أو معنية بذلك .
- عدم اعتماد المعايير على المستوى الوطنى لخصوصية البيانات الطبية وأمنها .
- عدم الالمام بتطبيقات نظم المعلومات الصحية و تأثيرها على مخرجات النظام الصحى سواءعلى المرضى أو على المستوى التخطيطى للمؤسسة الصحية أى كان حجمها .
- عدم اعتبار نظم المعلومات الصحية أولويات أى من المرافق الصحيةالتحديات .
- غياب الفكر المؤسساتى و انعدام الشفافية .
- ضعف أقسام الاحصاء الحيوى و أقسام السجلات الطبية و انعدام الدعم الكافى لها.
- غياب اعتماد معايير تبادل البيانات الطبية على المستوى الوطنى .
- قلة العناصر البشرية المؤهلة لتنفيذ برامج الصحة الالكترونية .

الأهــداف

- إنشاء نظام الكتروني وطني فعال ومتكامل للصحة الإلكترونية ، يتيح تكامل الخدمات الصحية المقدمة على المستويات الثلاث، ويضمن التوافق من حيث التنفيذ على مستوى وزارة الصحة و تكون قابلة للدمج مع الحكومة الالكترونية.

السياسات والتدخلات اللازمة لتحقيق الأهداف :

يعتبر محور الصحة الالكترونية محور متداخل مع جميع المحاور الأخرى للإستراتيجية الوطنية الصحية فى ليبيا وإن تنسيق أهداف الإستراتيجية للصحة الإلكترونية وتلك التابعة لوزارة الصحة من شأنه إرساء قاعدة قوية لتحقيق أعلى القيم على المستوي الطبي.

لذا فإن كل هدف إستراتيجي لوزارة الصحة يجب أن يقابله هدف إستراتيجي في الصحة الإلكترونية .

الهدف الاستراتيجى الأول:

1- تعزيز و تكوين نظم معلومات الكترونية للرعاية الصحية الأولية .
2- تحديد الحد الأدنى من الأنظمة اللازمة للرعاية الصحية الأولية .
3- تحديد المعايير المطلوبة لتبادل البيانات لأنظمة الرعاية الصحية الأولية .
4- تحديد الادوات المستخدمة للتحقق من صحة وجودة البيانات .
5- مطابقة الأنظمة المطلوبة للمعايير .
6- أن تكون جميع أنظمة الرعاية الصحية الأولية مطابقة للمعايير فى جودة وصحة البيانات .
7- تشغيل مراكز الرعاية الصحية الأولية .
8- ديمومة تشغيل أنظمة الرعاية الصحية الأولية .

الهدف الاستراتيجى الثانى:

1- دعم وتعزيز مكاتب المعلومات التابعة لمركز معلومات وزارة الصحة .
2- تحديد نوعية الاتصالات المطلوبة لمراكز المعلومات .
3- تحديدالمواصفات الفنية لغرف الخوادم والمعاييراللازمة للسرية و الامان فى تبادل البيانات .
4- توصيل جميع مراكز المعلومات ببنية اتصالات سريعة وأمنة .
5- تحديد الحد الأدنى من المنظومات الادارية للمراكز بحيث تدعم الادارات المختلفة لوزارة الصحة .

الهدف الاستراتيجى الثالث:

1- تقوية وتعزيز دور أقسام الاحصاء الحيوى بالوحدات الصحية على جميع مستوياتها .
2- تعزيز وتأكيد وضع أقسام الإحصاء بالمستشفيات والمراكز الصحية .

3- تقوية وتعزيز تسجيل الوفيات بالاستخدام الامثل ICD .
4- تحديد وتعميم المعايير المنظومات المستخدمة بأقسام الاحصاء .
5- تعزيز التحقق من جودة و سلامة و نشر البيانات.

الهدف الاستراتيجى الرابع:

1- تكوين نظم معلومات المستشفيات متصلة عبر تزويد المستشفيات بنظم معلومات الكترونية ذو معايير موحدة تكون شاملة للمنظومات السريرية والإدارية والموارد البشرية والأدوية والمعدات .
2- تحديد حزم أنظمة معلومات المستشفيات .
3- تطابق الحزم مع معايير تبادل البيانات و السرية والأمان .
4- تحديد الجاهيزية الالكترونية للمستشفيات و تشمل العاملين .
5- تحديد مستشفيات للتبنى المسبق لنظم المعلومات .
6- إشراك مدراء المستشفيات ومدراء الادارات والأقسام .

الهدف الاستراتيجى الخامس:

1- تقوية أنظمة المعلومات الصحية عن طريق تنميةعلاقات تعاون وشراكة مع الجهات المعنية .
2- توثيق التعاون مع السجل المدنى لتعزيز تسجيل المواليد والوفيات خاصة شهادات الوفاة .
3- التعاون مع الجهات المعنية بشأن استخدام الرقم الوطنى .
4- تعزيز التعاون مع الجهات المعنية بالإحصاءات و التعدادت السكانية .
5- التعاون مع مراكز المعلومات للوزارات المختلفة لتبني معايير البيانات اللازمة لتطبيقات الحكومة الإلكترونية وتكامل تطبيقات نظم المعلومات الجغرافية .
6- التعاون مع وزارة الاتصالات والشركات المزودة لخدمات الاتصالات الخلوية بغرض الاستفادة من البنى التحتية المتوفرة .

المخرجات

- مشاركة وتكامل جميع الادارات على مستوى وزارة الصحة ومع مزودى الخدمة من خارج الوزارة .
- إطار إدارى متخصص.
- معايير وطنية، مسميات، وقواعد تشغيل .
- ضمان سرية بيانات المرضى وأمن المعلومات.
- برامج تعليمية وتدريبية.
-

15-3 محـــور التمويـــل.

مقدمـــة

تعتبر وظيفة تمويل الرعاية الصحية وظيفة أساسية من وظائف النظم الصحية وجزء لا يتجزء من تركيبتها ، ونظراً لأهمية نمط التمويل في آداء باقي وظائف النظام الصحي وأهدافه تعتبر مسألة اختيار نظام تمويل خدمات الرعاية الصحية المناسب مسألة مهمة بل الشغل الشاغل لجميع دول العالم تقريباً و التي تعمل جاهدة على إختيار النمط الذي يناسبها من أنماط تمويل الرعاية الصحية فليس هناك من شك بأن الإنفاق سيتم لتغطية تكاليف الرعاية الصحية ولا يمكن أن يترك الأفراد والأسر يواجهون عبء المرض بمفردهم مهما كانت قدراتهم .

ويمكن من خلال الإطلاع على هيكلية النظم الصحية وتفاصيل وظائفها ومعرفة ركائزها ، التأكد من مدى أهمية نمط التمويل الذي يعتبر العنصر الأهم في مدى نجاح النظام الصحي بشكل شامل في آداء وظائفه .

تصنيف التحديات التي تواجه النظم الصحية

أولاً : تحديات متعلقة بوظائف النظام الصحي.

1. **الإدارة (القوامة).**
2. **التمويل.**
3. **الموارد (بشرية ، ومرافق ، وتقنية).**
4. **تقديم الخدمات.**

ثانياً : عبء الأمراض.

1. **الأمراض المعدية.**
2. **الأمراض غير المعدية.**
3. **الإصابات (الحوادث).**

ثالثاً : المحددات الخارجية للصحة.

(البيئة، الفقر، البطالة، التعليم، العولمة، السلوك)

الركائز الرئيسية للنظم الصحية

1. الحوكمة (الإدارة والتسيير.)
2. نظـــام التمويـــــــــل .
3. نظام المعلومات الصحية .
4. الموارد البشريـــــــــة .
5. التقنية في مجال الصحة .
6. تقديم الخدمات الصحيــة .

وظيفة تمويل الرعاية الصحية

وتشتمل هذه الوظيفة على ثلاثة خطوات رئيسية :-

1. تحصيل الإشتراكات .
2. تجميعها .
3. شراء الخدمة .

وترتبط هذه المراحل بأهداف النظام الصحي

تعريف الإنفاق على الصحة

- الانفاق على الصحة ، هو الإنفاق على الأنشطة التي تهدف بالدرجة الأولى الى المحافظة على الصحة وتحسينها واسترجاعها سواء على مستوى الدولة او الفرد خلال فترة زمنية محدده ، بغض النظر عن من يدفع قيمة الأنشطة والجهات التي تدير التمويل أو الجهة التي تقدم الخدمة .

أبعاد الإنفاق على الصحة

- البعد المكاني : هو الإنفاق من المواطنين والمقيمين في الدولة ويشمل الإنفاق الذي تقوم به المواطنون والمقيمون على العلاج بالخارج ، وكذلك الإنفاق الذي تقوم به الوكالات الدولية كمدخلات للصحة وذلك في إطار الدولة .
- البعد الزماني : تحدد المدة الزمنية التي تم فيها الإنفاق والتي هي عادة السنة المالية التي وقع فيها الالتزام المالي بالخصوص .
- ويشمل نطاق الإنفاق على الصحة (الإجراءات التي تهدف للتأكد من صلاحية مياه الشرب والدعم الغذائي للأطفال لتجنب سوء التغذية ، التعليم الطبي وتدريب الكوادر أثناء العمل ، والبحوث الصحية وبحوث الخدمات الصحية) .

الإنفاق على الرعاية الصحية

- تنفق جميع دول العالم جزء هام من الناتج المحلي الإجمالي السنوي على الصحة يصل في بعض الدول الصناعية إلى (15 %)من الدخل المحلي الإجمالي وفي ليبيا يبلغ متوسط الإنفاق (4 %) من الناتج المحلي الإجمالي .
- تخصص الحكومات جزءهام من ميزانياتها لتمويل الخدمات الصحية .
- الإنفاق على الصحة ليس من مسؤولية الدولـة بمفردها بل أيضاً الأفراد وجهات العمل وغيرها .

ما هي مسؤولية الدول

هناك عدد من الأمور الأساسية التي ينتفع بها جميع السكان هي بدون شك مسؤولية الدولة (الحكومة) منها :

- توفير السلع العامة مثل المياه الصالحة للشرب وبنية الإصحاح.
- (التخلص من الفضلات بأنواعها) والسيطرة على نواقل الأمراض ومسبباتها .
- الوقاية من الأمراض والعوامل الخارجية التي تؤثر في نمط الحياة الصحية للأفراد ، التحصين ضد الأمراض المعدية وعلاجها، ومواجهة عوامل الإختطار كفرض القيود على التدخين ومنعه في الأماكن العامة وأماكن العمل ، وتطبيق التشريعات الصحية .
- توفيرأو دعم خدمات الرعاية الصحية للسكان ذوي الدخول المتدنية .
- ولخصوصية سوق الخدمات الصحية فإن حماية مستهلك الخدمات الصحية ووضع التشريعات والمعايير وفرض تنفيذها مسؤولية الدولة.
- تعتبر هذه المهمة الحد الأدنى ، بالإضافة الى أن وضع أهداف السياسات الصحية مسؤولية الدولة .

أداة تجميع البيانات حول الإنفاق

قياس الإنفاق على الصحة
(الحسابات الصحية الوطنية)

مصادر التمويل: وتتمثل بالمؤسسات أو الوحدات التي تقدم المال اللازم للاستعمال في النظام بواسطة وكلاء التمويل .

وكلاء التمويل: المؤسسات أو الوحدات التي ترشد إلى توزيع الأموال المقدمة من مصادر التمويل وتستخدم هذه الأموال في الدفع أو الشراء أو الإنفاق على الخدمات ضمن حدود الحسابات الصحية

المقدمون: هي الوحدات أو الكيانات التي تتلقى الأموال كتعويض أو سلف لإنتاج الفعاليات المطلوبة ضمنحدود الحسابات الصحية .

الوظائف: تمثل أنماط البضائع والخدمات المقدمة والفعاليات المنجزة ضمن نطاق حدود الحسابات الصحية تكاليف الموارد : تشمل العوامل أو المُدخلات (الواردات) المستخدمة من قبل المقدمين أو وكلاء التمويل لإنتاج البضائع والخدمات المستهلكة أو الفعاليات التي تتم في النظام .

المستفيدون: هم الناس الذين يتلقون البضائع الصحية والخدمات أوالمستفيدون من تلك الفعاليات .

(يمكن تصنيف المستفيدين بطرق مختلفة بما فيها حسب العمر والجنس والحالة الاجتماعية الاقتصادية والحالةالصحية وبحسب المواقع).

تحليل الوضع الحالي

أولا : الوضع الحالي لتمويل الرعاية الصحية .

- وتشمل الخطوة الأولى والثانية من خطوات وظيفة التمويل حيث تتولى الدولة من خلال قانون الميزانية السنوي تخصيص ميزانية لوزارة الصحة تمثل في الحقيقة قيمة إشتراك لكل مواطن ممول من خلال الإيرادات العامة ومجمع بوزارة المالية يتم وضعه تحت تصرف وزارة الصحة التي تتولى تقديم الخدمات من خلاله وفيما يلي بعض الجداول التي تبين هذه المخصصات خلال السنوات السابقة :

حصة الفرد من الإنفاق على الصحة

تقديرات الإنفاق على صحة الفرد 2008 المبلغ بـ (000)	
الإنفاق العام (ميزانية الدولة)	2,622.105
الإنفاق الأسري على الصحة .	377.000
إنفاق جهات أخرى .(تقديري) .	120.000
الإجمالي :	3.119.105
نصيب الفرد من الإنفاق الإجمالي على الصحة 2008	568 دينار ليبي

إنفاق الدولة على الخدمات الصحية
مخصصات الخدمات الصحية في الميزانية التسييرية (2009 – 2010)

مخصصات ميزانية قطاع الصحة للعام 2009 - 2010 م		
البند	2009	2010
الباب الأول	901,386.600	1,382,659,600
الباب الثاني	326,133,755	398,332,500
الباب الثالث	700,000,000	645,000,000
الأدوية	600.000.000	700,000,000
الإجمـالي	2,527,520,355	3,125,992,100

حصة الفرد من مخصصات الميزانية العامة للعام 2008 - 2010		
التسييرية فقط	من إجمالي المخصص	السنة
295 دينار	472 دينار	2008
326 دينار	451 دينار	2009
435 دينار	548 دينار	2010

مخصصات الميزانية العامة للعام 2012 م

ت	الميـزانيـــة	الباب الأول	الباب الثاني	المجمـوع
1	الميزانية التسييرية	1,888,293,000	1,035,137,500	2,923,430,500
2	مخصصات التحول	1,516,000,000		
3	الأدوية	1,244,511,000		
	الإجمـــالي	5,683,941,500		

توزيع مخصصات الميزانية العامة للعام 2012 م

إسم الجهة	المخصصات المعتمدة عن العام 2012 م	
	الباب الأول	الباب الثاني
وزارة الصحة	6,630,000	64,000,000
إدارة الخدمات الصحية بالمناطق	873,345,000	39,000,000
المركز الوطني لمكافحة الأمراض	17,518,000	6,200,000
البرنامج الوطني لزراعة الأعضاء	2,035,000	1,000,000
مجلس التخصصات الطبية	997,000	900,000
الهيئة العامة للبيئة	0	0
تحسين الخدمات الصحية و العلاجية والحالات المستعصية	0	400,000,000
تحسين التغذية بالمستشفيات التعليمية والعامة و القروية	0	0
المصابين بمرض فقدان المناعة	0	0
مركز المعلومات و التوثيق بوزارة الصحة	359,000	400,000
المستشفيات التعليمية	539,146,000	213,783,000
المستشفيات العامة والقروية	285,921,000	146,354,500
مركز الرقابة على الأغذية و الأدوية	7,959,000	5,800,000
إستجلاب عناصر طبية وطبية مساعدة	150,000,000	4,000,000
العلاج بالخارج	0	150,000,000
جهاز خدمات الإسعاف	3,805,000	2,000,000
معهد تنمية القوى العاملة الطبية	560,000	1,700,000

مقارنة الإنفاق على الصحة بين دول إقليم شرق المتوسط ـ منظمة الصحة العالمية

البلـد	نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة	نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة	النفقات الصحية الإجمالية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي	الإنفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي	الإنفاق من الجيب كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي	ميزانية وزارة الصحة كنسبة مئوية من الميزانية الحكومية	
	بالدولار الأمريكي	بالدولار الأمريكي	%	%	%	%	السنة
الأردن	357	242	8	68	25	6.3	2011
الإمارات العربية المتحدة	1450	1078	2.8	74	20.3	7.3	2010
البحرين	864	634	5	73	14	7.4	2011
تونس	238	129	6	54	40	7.9	2011
ليبيا	484	276	4	66	33	5.7	2010
جمهورية إيران الإسلامية	317	127	6	40	58	4.7	2011
الجمهورية العربية السورية	97	44	3	46	54	5	2011
عمان	574	391	3	80	13.5	4.6	2010
قطر	1489	1153	2	77	16	4	2011
الكويت	1223	983	3	80	18	6.6	2011
لبنان	651	255	7	39	45	2.7	2011
مصر	123	47	5	37	57	4.0	2010
المغرب	148	56	5	38	54	5.7	2011
المملكة العربية السعودية	680	427	4	63	19	6.9	2011

مقارنة الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي ببعض دول العالم ونسبة الإنفاق الحكومي من إجمالي الإنفاق على الصحة

البلـد	السنة	النفقات الصحية الإجمالية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي	الإنفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي
		%	%
استراليا	2009	9.1	76
كندا	2011	11.2	70.4
ايطاليا	2011	9.1	79
السويد	2010	9.6	81
بريطانيا	2008	6.1	82.5
أمريكا	2010	17.6	84.2
فرنسا	2010	11.6	77
ليبيا	2010	4	66

الإنفاق على الصحــة من خارج الميزانية

الانفاق الاسري على الصحة من الجيب الخاص .

- هو الإنفاق المباشر من المواطنين على كل ماله علاقة بالصحة يتم عند نقطة تلقي الخدمة ، مثل الرسوم مقابل الإستشارة الطبية أو ثمن الدواء ، أو الرسوم مقابل الخدمات التشخيصية ، أو الإيواء بالمستشفى .
- لا يشمل التعريف المبالغ التي يعاد دفعها للمستفيد من طرف ثالث .

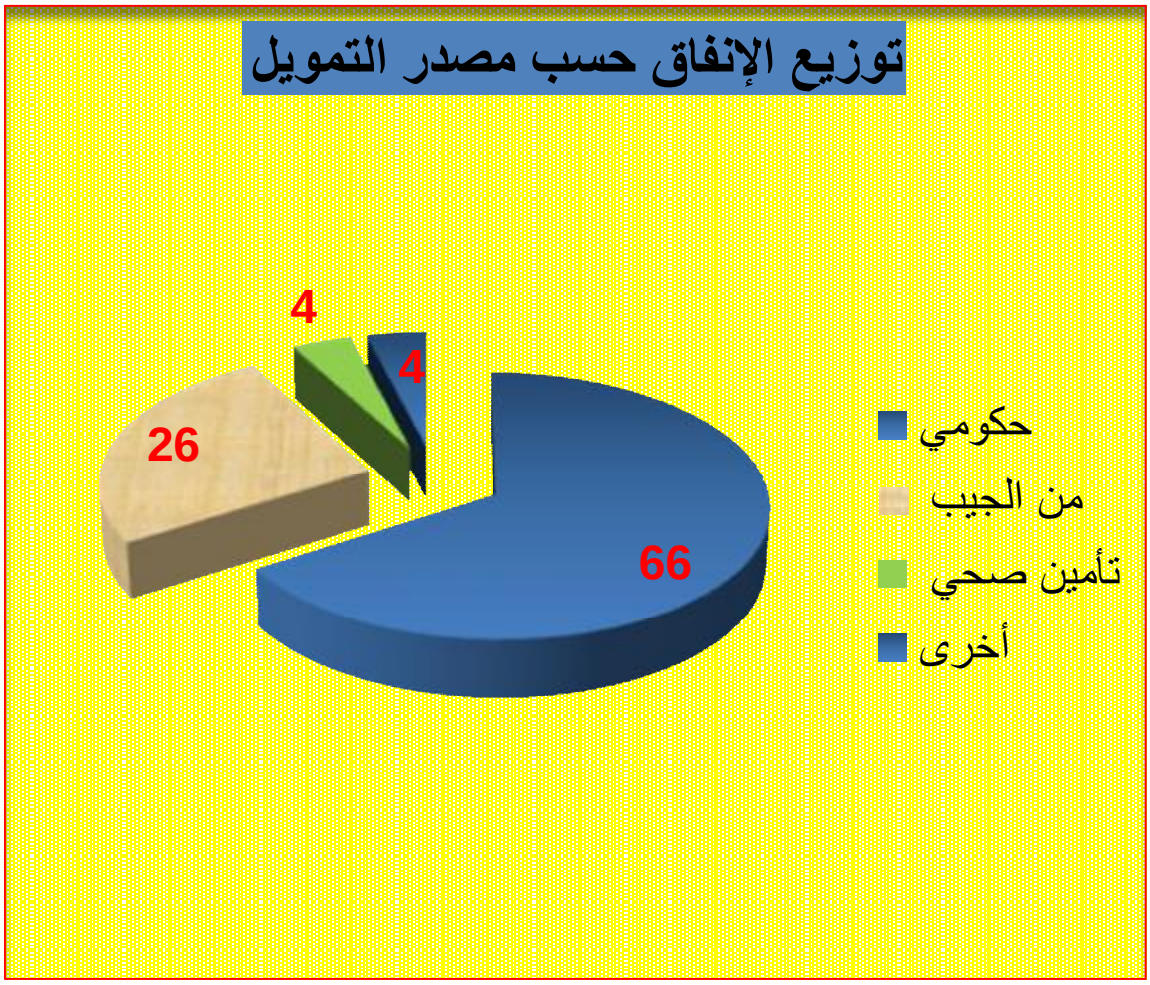
نتـائـج المسـح الـوطنـي للأنفــاق الأسـري بليبيا 2008 م

- **متوسط إنفاق الأسر والفرد السنوي والشهري لمجموعة العناية الصحية حسب نوع التجمع السكاني**

أبواب الإنفاق الرئيسية	نوع التجمع السكاني	متوسط إنفاق الأسرة			متوسط إنفاق الفرد	
		السنوي	الشهري	%	السنوي	الشهري
الخدمات والرعاية الصحية	حضر	183.87	15.32	49.71	29.55	2.46
	ريف	242.21	20.18	54.66	36.36	3.05
	المجموع	190.30	15.86	50.35	30.37	2.53
الأدوية والمعدات الطبية	حضر	186.01	15.50	50.29	29.89	2.49
	ريف	200.93	16.74	45.34	30.39	2.53
	المجموع	187.65	15.64	49.65	29.95	2.50
المجموع	حضر	369.88	30.82	100.00	59.44	4.95
	ريف	443.14	36.93	100.00	67.02	5.58
	المجموع	377.95	31.50	100.00	60.32	5.03

- مساهمة المشتركين في الضمان الاجتماعي :
- يلزم قانون الضمان الاجتماعي رقم (13) لسنة 1980 المشتركين بدفع 2.5 % من دخولهم مقابل منفعة الصحة النوعية التي تشمل تدابير الأمن الصناعي وإعادة التأهيل والعناية بالمعوقين والعجزة وتقدير العجز الصحي وعلاج نزلاء دور الرعاية الإجتماعية .
- انفاق الشركات والمؤسسات على صحة موظفيها .
- العديد من شركات النفط والمصارف والشركات الاخرى تدفع مبالغ لتوفير خدمات صحية للعاملينبها يصعب حصرها .

تقديرات بمصادر تمويل الخدمات الصحية في ليبيا



بيان بالمخصصات والمصروفات بميزانية التحول على وزارة الصحة خلال الفترة 1972 - 2010 م

السنة	المخصصات (بالمليون دينار)	المصروفات (بالمليون دينار)	السنة	المخصصات (بالمليون دينار)	المصروفات (بالمليون دينار)
1972	24.1	15.4	1992	76.0	58.5
1973	16.7	9.8	1993	57.0	4.6
1974	22.9	15.9	1994	95.0	20.6
1975	26.6	20.9	1995	50.0	22.3
1976	35.8	28.3	1996	60.0	66.0
1977	47.1	36.3	1997	61.5	52.8
1978	68.1	53.5	1998	65.4	27.3
1979	69.1	69.8	1999	77.9	69.2
1980	93.0	69.1	2000	132.4	107.4
1981	106.1	115.6	2001	189.2	135.7
1982	92.7	84.0	2002	536.0	397.1
1983	75.8	68.7	2003	389.3	326.0
1984	71.3	63.2	2004	411.6	249.0
1985	55.2	48.4	2005	509.5	343.2
1986	64.6	47.7	2006	396.5	274.2
1987	60.4	49.2	2007	635.3	484.9
1988	53.1	32.4	2008	1080	.363.2
1989	36.8	31.9	2009	700	*193
1990	42.4	22.3	2010	645	645
1991	57.8	37.1			

ثانياً : شراء الخدمات

- تتولى وزارة الصحة بماشرة تقديم الخدمات الصحية عن طريق المرافق التابعة لها ومن خلال الكوادر التي يتم تعيينها .
- منحت المرافق الصحية وهي المستشفيات والمراكز الطبية إستقلالية مالية وإدارة وخصصت لها ميزانيات وفقاً لقرارات انشاؤها وتحدد مخصصاتها مباشرة بموجب جداول بقانون الميزانية .
- لا تسمح التشريعات النافذة لأي مرفق أو إدارة صحية عامة بشراء الخدمات الصحية نظراً لأن المخصصات المالية لا تسمح بشراء هذا النوع من الخدمات ولكن تسمح هذه التشريعات بشراء بعض الخدمات المساعدة كالنظافة والتغذية والصيانة والتشغيل للأجهزة الكهروميكانية .

خيارات نظم الدفع مقابل خدمات المستشفيات

ستة طرق لتغطية تكاليف الإيواء بالمستشفيات هي :

1. الميزانيات المبوبة (المعمول بها حالياً).
2. الدفع وفق تكلفة الإجراء (عن كل الخدمة) .
3. الدفع وفق الحالة (التشخيص) .
4. الدفع وفق يوم الإيواء (مبلغ متفق عليه) .
5. وفق عدد السكان (عن كل فرد) .
6. الدفع بالمبلغ المقطوع(ميزانية) .

وصف الوضع الحالي لتمويل الرعاية الصحية في ليبيا

- يتم تمويل الخدمات الصحية العامة بالكامل عن طريق الميزانية العامة ومن خلال النظام الضريبي أو الإيرادات العامة .
- تقدم الخدمات الصحية والأدوية من خلال المرافق العامة مجاناً وبدون أي إحتساب لقيمة الخدمات .
- يدفع مستخدموا القطاع الخاص مقابل الخدمات المقدمة لهم نقداً ومباشرة بدون وجود أي نظام تـأميني .
- تقوم بعض جهات العمل الوطنية والأجنبية بالتعاقد مع بعض المصحات الخاصة التي تقدم الخدمات مباشرة من مرافقها أو من خلال المرافق التابعة للغير .
- بدأت بعض الشركات في تقديم خدمات التأمين الصحي إلا أنه مازال محدود .

الإيجابيات في نظام التمويل الحالي

- تجاوب هذه السياسة مع مبادئ ما يعرف بالحق الدستوري للمواطن في الحصول على خدمات صحية ، فقد وُفرت الخدمات وبمساواة تامة بين المواطنين بغض النظر عن دخولهم.
- يعتبرنظام التمويل القائم على الإيرادات العامة او ما يسمى بالنظام الضريبي من النظم التأمينية التي تحقق تقاسم المخاطر بين المواطنين بالدولة .

- إنجاز شبكة من مرافق الرعاية الصحية في جميع مناطق ليبيا وكذلك مرافق الدعم اللازمة لها .
- تقديم خدمات صحية وخاصة الأساسية منها في المجال الوقائي والعلاجي من خلال المرافق الصحية العامة .
- تم تحقيق مستوى مقبول من المؤشرات الخاصة بالحالة الصحية ومعدلات الموارد والخدمات الصحية المختلفة .

سلبيات النظام الحالي للتمويل

- عدم قدرة نظام التمويل الحالي الممول من الميزانية العامة على تغطية كافة تكاليف الخدمات الصحية وتذبذب المخصصات السنوية وانخفاض الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي مع سوء توظيف الموارد المالية المتاحة وتقديم الخدمات حسب المتاح من الموارد وليس حسب الاحتياج الفعلي لها .
- عدم صلاحية أسلوب تقديم الخدمات المجانية بدون إحتساب تكاليف هذه الخدمة وعدم ربط المخصص المالي بالنتائج المحققة ، مما أدى إلى إهدار الموارد رغم محدوديتها وعدم توظيفها توظيفاً أمثل.
- لا تأخذ السياسة الحالية في الحسبان وجود قنوات أخرى لتقديم الخدمات الصحية إلى جانب القطاع العام حيث لا يمكن التكامل بين القطاعين أو أي إمكانية لشراء الخدمات بدل تقديمها مباشرة .
- أسلوب ونمط تقديم الخدمة المجانية لا يخضع لأي نظـام من حيث تنظيم التردد والإحالة بين المرافق الصحية والأحقية في تلقى الخدمة من عدمها.
- لا يتم إحتساب تكاليف الخدمات التي تقدم لمتلقي الخدمة على مختلف المستويات وما يترتب عليها من سلبيات تتعلق بالتسيير غير الاقتصادي للمرافق الصحية من قبل العاملين بها وعدم تثمين الخدمة من قبل متلقيها .
- اضطرار المواطنين بمختلف شرائحهم إلى الدفع النقدي المباشر مقابل حصولهم على الخدمة الصحية من القطاع الخاص مما يثقل كاهل المواطنين وعلى الخصوص ذوي الدخل المحدود ، كما أن أعداد كبيرة تضطر إلى بيع مدخراتها أو الإقتراض والوقوع في ما يسمى { الإنفاق الكارثي} .
- تستهلك المرتبات نسبة كبيرة من مخصصات الميزانية لتعيين أعداد كبيرة من العمالة وهو ما يستنفذ جزء كبير من الميزانيات التي تخصص للخدمات الصحية.
- الآلية الحالية في صرف مخصصات القطاع غير مناسبة حيث لا يوجد ربط بين المخصصات والأولويات .
- النظام التمويل الحالي يفترض تساوي دخول جميع المستفيدين من الخدمات وهو ما لم يعد قائماً .
- النظام المالي الحالي لا يسمح بمكافأة العناصر العاملة وفقاً للأداء وغير محفز للعناصر العاملة ولا يربط المردود بالخدمة .
- نتيجة لعدم إحتساب التكاليف في أي مرحلة من مراحل الخدمة أدى إلى هدر الموارد كطول مدة إقامة المريض في المستشفيات.

- دفع مستحقات المستشفيات يتم بطريقة غير مناسبة ولا تحقق أفضل مردود من الموارد المخصصة لها .

تأثير نظام التمويل على مستوى الخدمات الصحية

- عدم رضا مقدمي الخدمات الصحية على الاستمرار في تقديم الخدمات وفق السياسات الحالية ، لعدم كفاية الميزانيات المخصصة لمرافقهم الصحية وكذلك بسبب عدم قدرتهم على إقناع المواطن بالخدمات التي يقدمونها وفي جميع المستويات .
- انعدام الحافز عند المهنيين العاملين بالمرافق الصحية العامة ، لعدم ربط المردود بحجم العمل الذي يقدمه المهني حيث يساوي بين المهنيين بغض النظر عن الخدمات التي يقدمونها .
- عدم رضا متلقي الخدمات الصحية والمستفيد الأول منها (المواطن) ، عن الخدمات التي تقدم له رغم ما يخصص من مبالغ لها.
- لجوء المواطن إلى القطاع الخاص أو السفر للخارج ، لتلقي هذه الخدمة وفي الحالتين يضطر لدفع مقابل الخدمـات نقداً ومباشرة من جيبه الخاص بدون القدرة الحقيقية على دفع هذه التكاليف
- قيام الدولة بدور الممول ومقدم الخدمة ومراقبها في نفس الوقت أدى إلى انخفاض جودة الخدمات الصحية .

قانون التأمين الصحـي رقم (20) لعام 2010 م

صدر قانون التامين الصحي الليبي عام 2010 م ورغم أن القانون لم يصدر بشأنه لائحة تنفيذية بعد إلا ان نصوص القانون تحتوي بعض الإيجابيات والسلبيات وهذه الأخيرة قد تؤدي الى عدم إمكانية تطبيق القانون ويمكن تلخيص الإيجابيات في الأتي :

1. القانون يعتمد التغطية الشاملة أي جميع المواطنين والمقيمين .
2. الإنتساب إلزامي ومن خلال جهات العمل .
3. يغطي القانون غير العاملين ومحدودي الدخل من خلال الدولة .
4. حدد الخدمات الأساسية التي يجب ان تقدم من خلال التأمين وما تتولى الدولة تقديمة
5. يعطي القانون للمنتسب حق الإختيار في مقدم الخدمة .

السلبيات التي تضمنها القانون 20 لسنة 2010 م

- لم ينص القانون على إنشاء جهة عامة للتأمين (هيئة أو صندوق) بل أوكلها لأدوات التأمين الخاصة وهو ما يجعل تكلفة التأمين عالية .
- يُلزم القانون العاملين على حساب أنفسهم والعاملين بالقطاع الخاص بتحمل تكاليف الإنتساب لهم ولأسرهم وهو ما سيكون من غير الممكن خصوصاً في حالة أدوات التأمين الخاصة .

- التوسع في جهات التأمين (الصناديق أو الشركات) سيضعف من إمكانية التكافل وقد يتعرض بعضها لخطر سوء إدارة هذه الأموال .
- أن المادة التاسعة التي حددت قنوات تقديم الخدمات لم تتضمن المستشفيات العامة ولذلك لابد من النص عليها باعتبارها القناة الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية في ليبيا .
- التأمين الخاص تامين ربحي وبذلك سيحاول الإثراء على حساب الخدمة التي يقدمها للمنتسب كما أن قسط التأمين مرتفع التكلفة

سيـــاســـات التمـــويل

مبادئ أساسية

- الخدمات الصحية ليست سلعة سوق ولا يمكن أن تترك العلاقة بين مقدم الخدمة ومستخدمها فقط .
- المشاركة في المخاطر أهم عناصر أي سياسة تتعلق بتبني نمط تمويل الرعاية الصحية .
- إن المبلغ الذي يجب إنفاقه على الخدمات الصحية لا مجال لتخفيضه أو تأجيله ، وتخفيض المبلغ الذي يجب إنفاقه إلى المبلغ الممكن توفيره يعني تدني في مستوى الخدمات التي تقدم وهو ما يؤدي الى زعزعة الثقة في الخدمات التي لا يمكن إعادتها بعد ذلك بأي مبلغ .
- إن جميع الأنماط المطروحة في هذا المجال لها ميزاتها وعيوبها وليس هناك نمط تمويل مثالي .
- أن الحد الأدنى المطلوب انفاقه من الدخل القومي على الخدمات الصحية هو 5 % على الأقل .
- إن الهدف من استحداث نظام تمويل ليس فقط الحصول على مبالغ مالية لتمويل الرعاية الصحية ، ولكن ايضاً الحصول على افضل مردود من المبالغ التي يتم انفاقها من خلال ضمان الحصول على خدمات مرضية .

خيارات نظم التمويل

- التمويل عن طريق الإيرادات العامة أو الضرائب .
- التمويل عن طريق نظام تأمين صحي اجتماعي تكافلي شامل .
- تمويل عن طريق نظام تأمين صحي خاص .
- نظام تمويل من مزيج من الخيارات مع دفع جزء من تكلفة الخدمات .

الإستنتاج

رغم تباين أنماط تمويل خدمات الرعاية الصحية فـــإن كل نمط حقق نجـاح في عـدد من هذه الدول التي يشار إلى أنضمتها الصحية على أنها ناجحة .

التحديات (التأمين ليس وصفة جاهزة)

- إن ما يجب الانتباه إليه هو أن نظام التمويل المبني على التأمين الصحي لا يعني أنه وصفة جاهزة لحل مشاكل الأنظمة الصحية ، بل له عيوب يجب الإحتياط لها ومنها :

- توفير تكاليف إدارة نظام التأمين ذاته .
- صعوبة إدارة نظم التأمين الصحي .
- صعوبة تحصيل أقساط التأمين من المنتسبين .
- صعوبة احتواء تكاليف الخدمات الطبية .
- التلاعب في مستندات طلب تكلفة الخدمات.

الأهـــــداف

1. بناء نظام تمويل يغطي تكلفة الخدمات الصحية .
2. تقليص المبالغ المدفوعة مباشرة من الجيوب .
3. تغطية جميع السكان بقائمة من الخدمات الصحية بالجودة المطلوبة .

مواصفات نظام التمويل المقبول

- يغطي التكلفة الفعلية للخدمات الصحية .
- يفصل الممول عن مقدم الخدمات لكي يكون الأول ضامن لمستوى الخدمات المطلوبة .
- يجنب المنتسب الدفع المباشر عند الحاجة الى استخدام الخدمة الصحية ويجنب الوقوع في الفقر .
- يسمح بالمشاركة في تحمل المخاطرويوفر أمان إجتماعي .

يسمح بشراء الخدمة من مقدموها بالقطاع العام أوالخاص بأعلى مستوى من الجودة .

قبل إختيار نمط التمويل :

- لا يمكن تطوير نظام التمويل بمعزل عن باقي مكونات النظام الصحي وبدون إشراك الوزارات ذات العلاقة وأصحاب القرار والشركاء.
- يجب تنفيذ تطوير نظام تمويل الرعاية الصحية الجديد تدريجياً .
- تنظيم الخدمات والحد من التوسع الأفقي وتركيز الخدمات في بعض المرافق ومراجعة السعة السريرية والعمالة الزائدة قبل الشروع في البرنامج .
- يجب التأكد من أن مساهمة المواطن في نظام التمويل عادلة وفي حدود قدرته .
- مسؤولية الدولة القيام بدور محكم لمراقبة أدوات التمويل ومقدمي الخدمات لضمان تنفيذها لإلتزاماتها التعاقدية.
- ضرورة تنظيم خدمات الرعاية الصحية الأولية بإعتبارها بوابة الدخول إلى النظام الصحي وقناة الإحالة إلى المستشفيات .

- يجب أن يؤخذ في الإعتبار أن الدولة هي مقدم الخدمة الرئيسي للخدمات الصحية في ليبيا وتمتلك عدد حوالي 97 مستشفى وعدد 1424 مركز ووحدة رعاية صحية وعيادة مجمعة ، كما أنها توضف عدد يفوق (130) ألف عنصر طبي وطبي مساعد وإداري وخدمي .

نظام التمويل المقترح

الخيار الأول :

1. الإستمرار في تمويل الرعاية الصحية من خلال الإيرادات العامة (النظام الضريبي الحالي) مع تخصيص مبالغ إضافية .
2. الشروع في إحتساب تكاليف الرعاية الطبية بالمستشفيات كتمهيد لمرحلة التسيير الإقتصادي لهذه المرافق ومعالجة معوقاته كفائض العمالة .
3. إعتماد علاقة تعاقدية مع المستشفيات وتحديد نمط دفع تكاليف خدمات المستشفيات وفق المخرجات وليس المدخلات .
4. إقرار مبدأ شراء الخدمة من المرافق الصحية بالقطاع الخاص.
5. إعتماد لأئحة خاصة لتحفيز العناصر الطبية بربط المردود بالخدمة .
6. تعديل نظام تمويل الرعاية الصحية الأولية بنظام دفع مباشرأكثر فاعلية .

الخيار الثاني:

- تبني خيار التأمين الصحي بتعديل قانون التامين الصادر بالقانون رقم (20) ومعالجة العيوب التي سبق ذكرها .
- إنشاء صندوق عام أو غير ربحي لتجميع الإشتراكات على مستوى الدولة .
- تهيئة المرافق الصحية العامة لبيع خدماتها وتحضيرها للمنافسة وإصدار تشريعات تنظم ذلك ومعالجة وضع فائض العمالة .
- تحديد نمط دفع تكاليف خدمات المستشفيات وفق المخرجات وليس المدخلات .
- تخصيص إنفاق إضافي خلال مرحلة التحول وتنفيذ برنامج التأمين الصحي لضمان عدم حدوث أي خلل بالخدمات الأساسية .
- مسؤولية الدولة القيام بدور محكم لمراقبة أدوات التمويل ومقدمي الخدمات في القطاع الخاص لضمان تنفيذها لإلتزاماتها التعاقدية .

المــؤشــرات المتعلقة بالتمويل : -

- نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة .
- نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة.
- النفقات الصحية الإجمالية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي.
- الإنفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي .
- الإنفاق من الجيب كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي.
- ميزانية وزارة الصحة كنسبة مئوية من الميزانية الحكومية .

قائمة بالمؤشرات الصحية والمؤشرات الإقتصادية والإجتماعية ذات العلاقة بالصحة

1. المعلومات المتعلقة بمحددات الصحة وعوامل الإختطار

- عدد السكان (ذكور- إناث).
- السكان (حضر – ريف).
- معدل المواليد الخام – معدل الوفيات الخام .
- معدل زيادة السكان .
- السكان حسب الشرائح العمرية <15 -65 + (نسبة مئوية).
- نسبة الإعتمادية .
- معدل الخصوبة .
- معدل التعليم بين البالغين (ذكور – إناث) فوق سن 15
- معدل الإلتحاق العام بالمدارس بالتعليم الأساسي (ذكور – إناث)
- معدل الإلتحاق العام بالمدارس المرحلة الثانية (ذكور – إناث)
- نسبة السكان الذين تتوفر لهم مصادر المياه الصالحة للإستعمال.
- نسبة السكان الذين تتوفر لهم التخلص الصحي من الفضلات .
- معدل البطالة .
- معدل استخدام التدخين بين البالغين ((ذكور – إناث)).
- نسبة المواليد بوزن منخفض .
- نسبة الأطفال بوزن أقل من الطبيعي .
- نسبة النحافة لدا الأطفال .
- أسباب الوفاة مُصنفة (ذكور – إناث).
- الوفيات بين عُمر 30 إلى 70 سنة .
- الأطفال اللذين تم إرضاعتم لمدة 6 أشهر .
- السمنة لدا البالغين فوق سن 15 سنة .
- متوسط تناول الملح في اليوم .
- عدم القيام بنشاط بذني .
- إنتشار ضغط الدم المرتفع
- إنتشار السكر في الدم .

2. مؤشرات الحالة الصحية .

- العمر المتوقع عند الولادة (ذكور – إناث) .
- معدل وفيات الرضع .
- معدل وفيات الاطفال تحت سن 5 سنوات .
- معدل وفيات الامهات .
- الأسباب الرئيسية للمرض .

- أسباب الوفيات الرئيسية .
- أسباب الإعاقة الرئيسية.
- معدلات الإصابة بالسرطان حسب النوع لكل 100 آلف من السكان .
- معدلات الإصابة بالدرن بين البالغين من السكان .
- معدلات الإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة بين سن 15 إلى 49 سنة .

3. مؤشرات الإنفاق على الصحة .

- حصة الفرد من الدخل المحلي الإجمالي .
- حصة الفرد من الإنفاق الإجمالي على الصحة
- حصة الفرد من انفاق الحكومة العام على الصحة
- نسبة الإنفاق الإجمالي على الصحة من الدخل المحلي الإجمالي
- الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الإنفاق العام على الصحة
- نسبة الإنفاق ا لخاص (من الجيب) على الصحة كنسبة من الإنفاق العام على الصحة
- الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من إجمالي الإنفاق الحكومي
- نسبة الميزانية المخصصة لوزارة الصحة إلى إجمالي ميزانية الدولة .

4. الموارد الصحية البشرية :

- معدل الأطباء لكل عشرة الأف من السكان (حضر وريف)
- معدل اطباء الأسنان لكل عشرة الأف من السكان (حضر وريف)
- معدل الصيادلة لكل عشرة الأف من السكان (حضر وريف)
- معدل التمريض والقابلات لكل عشرة الأف من السكان (حضر وريف)
- عدد الخريجين سنوياً من المهنيين الصحيين من المؤسسات التعليمية الصحية .

5. نظام المعلومات الصحية

- المواليد الجدد المسجلين .
- الوفيات المسجلة حسب السبب .

6. الأدوية .

- متوسط توفر عدد 14 صنف مختار في المرافق الصحية العامة والخاصة . .
- متوسط أسعار الأدوية المختارة .

7. تقديم الخدمات (التوفر والجاهزية وإمكانية الوصول).

- عدد الأسرة لكل عشرة الأف من السكان.
- عدد وحدات ومراكز الرعاية الصحية لكل عشرة الأف من السكان
- معدل الزيارات للعيادات الخارجية .
- قياس جاهزية الخدمات الصحية (قائمة خدمات محدده).
- عدد مرافق الرعاية الصحية التي تقدم خدمات صحية محددة .

8. التغطية بالتدخلات الصحية المناسبة .

- معدل استخدام موانع الحمل .
- نسبة التغطية بخدمات رعاية الحوامل (4 زيارات على الأقل).
- نسبة الولادات التي تتم تحت رعاية عامل صحي مدرب .
- نسبة الأطفال الذين تمت رعايتهم بواسط عناصر مدربة .
- نسبة التغطية بالتطعيمات بالتطعيمات المقررة للأطفال .
- نسبة النساء المطعمات بجرعتين من طعم الكزاز .
- الاطفال الذين تتوفر لهم الأملاح التعويضية عند الإصابة بالإسهالات .
- توفر العلاج للمتعاشين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة .
- خدمات مسح سرطان عنق الرحم (20 - 64) .

قائمة المشاركين

1- أعضاء الفريق الذي أعد الإستراتيجية الوطنية للصحة :

1. أ.د. إبراهيم علي جبيل **رئيساً**
2. أ.د. عبد الرحمن فرارة **عضواً**
3. أ. محمد إبراهيم صالح **عضواً**
4. أ.د. عبد الله محمد الرابطي **عضواً**
5. أ.د. علي مسعود المقدمي **عضواً**
6. د. عبد الواحد الطاهر جديدو **عضواً**
7. د. محمد علي الكوحه **عضواً**
8. د. أبوبكر محمد الفقي **عضواً**
9. د. محمد مصباح السائح **عضواً**
10. د. نصر الدين محمد الحامدي **عضواً**
11. د. محمد عمر أبو غالية **عضواً**
12. د. كمال مصطفى أبو قرين **عضواً**
13. د. امحمد محمد إخشيبة **عضواً**
14. د. عادل إبراهيم التاجوري **عضواً**
15. د. علاء الدين علي بن إسماعيل **عضواً**
16. م. محمد البهلول بن عمران **مقرراً**
17. م. سناء فوزي الهمالي القبائلي **إدارية**

2- خبراء تمت الإستعانة بهم :

1. د. سعيد مسعود قاسم .
2. د. محفوظ على قدور .
3. د. محمود عياد الميحاط .
4. د. ميلاد عبد النبي محمد .
5. د. خالد عبد الحفيظ المغبوب .

3 - السادة الذين ساهموا بآرائهم في بعض محاور الإستراتيجية :

1. د. هشـــــام زقـــــــلام .
2. د. مروان بشير المرغني .
3. د. مـــــرعي أرجيعه الجـــازوي .
4. م. عادل أحمـــد زريبـــة .
5. د. نـــزار الكـــريكشـــــي .
6. أ. فوزي خضر .

4- وساهم الخبراء المذكورين أسمائهم في ما بعد في عددمن إجتماعات الفريق :

1. أ.د. إبراهيـــم بيت المـــال	خبير منظمة الصحة العالمية
1. د. الزهـــراء بن مـــوسى	خبيرة منظمة الصحة العالمية
2. د. عبد المنعم نجاتي السراج	رئيس اللجنة الوطنية لخدمات
3. د. عياد عيسى عيود	عضو اللجنة الوطنية لخدمات
4. أ. الصديق علي السائح	رئيس قسم التخطيط بوزارة

المـــراجـــــع

1. التقارير السنوية لوزارة الصحة الليبية الصادرة عن مركز المعلومات والتوثيق
2. تقارير منظمة الصحة العالمية .
3. القانون الصحي رقم 106 لسنة 1973 م ولائحته التنفيذية .
4. القانون رقم 20 لسنة 2010 م بشأن نظام التأمين الصحي .
5. تقرير وزارة الصحة إلى تاريخ 31 / 10 / 2012 م الصادر عن وزارة الصحة بالحكومة الليبية المؤقتة – بالمجلس الوطني الإنتقالي .
6. نتائج التعداد العام للسكان 2006 م .
7. هيئة تخطيط الرعاية الصحية (2004) نتائج مسح التبغ بين الشباب .
8. المركز الوطني للوقاية من الأمراض السارية والمتوطنة ومكافحتها (2003) المسح العنقودي المتعدد المؤشرات .
9. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي – تقرير التنمية البشرية (2003) .
10. الخطة الإستراتيجية لقطاع الصحة (2006) مجلس التخطيط العام .
11. الأهداف التنموية للألفية في ليبيا نحو 2015 : الإنجازات والتطلعات صادر عن الهيئة الوطنية للمعلومات .
12. الإستراتيجية الصحية الأردنية – وزارة الصحة الأردن .
13. خطة التنمية التاسعة (2010 – 2014) للمملكة العربية السعودية الصادرة عن وزارة الإقتصاد والتخطيط .
14. دراسة واقع خدمات الرعاية الصحية والقوى البشرية الأردنية .
15. الخطة الإستراتيجية لتطوير الرعاية الصحية الأولية بالدول العربية (2011 – 2016) الصادرة عن الأمانة العامة قطاع الشؤون الإجتماعية – لمجلس وزراء الصحة العرب .
16. السياسة الوطنية الليبية للادوية المعتمدة سنة 2003م .
17. استراتيجية توفير الامداد الطبي سنة 2006م .
18. الاستراتيجية الصيدلانية ربع القرنية لدولة السودان (2029/2005م) .
19. منظمة الصحة العالمية للدلائل الارشادية للتخلص الآمن من المستحضرات الدوائية غير المرغوبة في حالات الطوارئ و ما بعدها .
20. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي – تقرير التنمية البشرية (2012) .