

Administrative Challenges and Their Impact on the Quality of Health Services in the Libyan Health System (An Analysis of Policy Realities and Required Reforms)

Saleh Salam Mabrouk Alhayyali ^{1*}, Mohammed Abdulsalam Khalleefah Tumeen ², Mohamad Salam Mabrok Alhiali^{3*}

^{1,2} Department of Medical Professions, Higher Institute of Science and Technology, Tiji, Libya

³ Department Civil Engineering, Higher Institute of Science and Technology, Tiji, Libya

*Corresponding author: asl20122000@gmail.com

Received: March 15, 2025

Accepted: June 10, 2025

Published: July 22, 2025

Abstract:

High-quality healthcare services are a fundamental requirement for achieving economic and social development in contemporary societies. Access to such services depends largely on the availability of economic resources, foremost among them the human element. Given the inherent scarcity of resources, effective and precise management—guided by well-formulated policies—is essential to ensure that administrative processes achieve maximum productivity at minimal cost.

This study aims to examine the impact of administrative policies on the quality of healthcare services provided within the Libyan health system. Adopting a descriptive-analytical approach, the research offers a detailed account of the phenomenon under investigation and applies rigorous statistical methods. Data were collected through two separate questionnaires: one directed to healthcare service providers (381 forms) and another to healthcare service recipients (359 forms), both of which were suitable for statistical analysis.

The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was employed to analyze the data and test the research hypotheses. The findings reveal that administrative policies exert a significant and direct influence on the quality of healthcare services, representing the most critical determinant of service quality in the examined context.

Keywords: Administrative policies, healthcare services, service quality.

التحديات الإدارية وأثرها على جودة الخدمات الصحية في النظام الصحي الليبي (تحليل واقع السياسات والإصلاحات المطلوبة)

صالح سلام مبروك الهياي^{1*}، محمد عبدالسلام خليفة طمين²، محمد سلام مبروك الهياي³

^{1,2} قسم المهن الطبية، المعهد العالي للعلوم والتقنية، تيجي، ليبيا

³ قسم الهندسة المدنية، المعهد العالي للعلوم والتقنية، تيجي، ليبيا

المخلص

تعتبر الخدمات الصحية الجيدة مطلباً أساسياً لتحقيق وبلوغ التنمية الاقتصادية والاجتماعية في المجتمعات المعاصرة، للوصول بالمواطن إلى درجة الرفاهية الصحية، والتي تُعنى بأهم مورد من الموارد الاقتصادية ألا وهو العنصر البشري، وبحكم أن الموارد الاقتصادية دائماً ما تنصف بالندرة النسبية، فلا بد من إدارتها بسياسات مرسومة بعناية واتقان، بحيث تصل بالعملية الإدارية لأعلى مستويات الإنتاج وبأقل التكاليف الممكنة، وهذا ما خصت به هذه الدراسة حيث هدفت إلى التعرف على بيان الأثر الذي تتركه السياسات الإدارية المتبعة في النظام الصحي الليبي على جودة الخدمات الصحية المقدمة، ولتحقيق ذلك انتهج الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وذلك لوصف الظاهرة محل الدراسة وصفاً دقيقاً، وتحليل البيانات التي تم جمعها من خلال الاستبانة التي تم تصميمها لهذا الغرض، والتي بلغت مفرداتها (381) مفردة قابلة للتحليل لمقدمي الخدمات الصحية، وعدد (359) مفردة قابلة للتحليل لمتلقي الخدمات الصحية، وقد استخدم البرنامج الإحصائي SPSS لتحليل البيانات واختبار الفرضيات، وقد أظهرت النتائج أن متغير السياسات الإدارية له الأثر البالغ في بلوغ متغير جودة الخدمات الصحية.

المقدمة

تُعد السياسات الإدارية في النظم الصحية الدولية، من المقاييس الرئيسية التي تقيس مستوى الخدمات المقدمة، كما أنها الركيزة التي تسعى من خلالها الدول لبلوغ الهدف الأساسي لهذه النظم، وهو الوصول بالمواطن إلى الرفاهية الصحية بتحقيق رغباته دون إنقاص، وهذا يتم من خلال إدارة الموارد المتاحة بكل فاعلية واتقان وبأقل التكاليف الممكنة. ومن الممكن القول بأن السياسات الإدارية الناجحة هي تلك التي تتبع المنهج الإداري السليم من تخطيط وتنظيم وتنسيق وتوجيه ورقابة شاملة، وتتبع منهج التطوير والتحسين حتى تصل إلى ما وصلت إليه العلوم الإدارية الحديثة وهو الحوكمة الإدارية (الإدارة بالمشاركة)، ومن ثم مخرجات سليمة تصل إلى مرحلة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية المقدمة. ومن المسلم به أن جودة الخدمات الصحية ترتبط ارتباطاً طردياً مع التنمية الاقتصادية والاجتماعية داخل الدولة، لأن المجتمعات تزدهر وتقدموا ونموها بزيادة اهتمامها بصحة وسلامة العنصر البشري الذي يُعد أساس بناء الدولة، وبالتالي تحتم على جميع الدول التي بطبيعتها دائماً تسعى وراء التنمية المستدامة بلوغ هذا الهدف. مما سبق يتبين أن جودة الخدمات الصحية لا تتحقق إلا من خلال تطبيق سياسات إدارية ناجعة تقوم على التصحيح والتقويم، وهذا ما دفع الباحث للقيام بهذه الدراسة لإيضاح واقع السياسات الإدارية في النظام الصحي الليبي، وما مدى تطبيقه لمعايير جودة هذه الخدمات.

مشكلة الدراسة:

إنه من خلال الاطلاع على العديد من التقارير الدورية والسنوية الصادرة عن جهات رسمية في الدولة الليبية، وأيضاً بعض المسوحات التي قامت بها منظمة الصحة العالمية ومنظمات دولية أخرى، على الخدمات الصحية في ليبيا، ومقارنتها لما ألتزمه الباحث لمعاملتهم مع العديد من المرافق الصحية القائمة على هذه الخدمات، تبين أن هناك خلل واضح وصريح في إدارة الموارد داخل هذه المؤسسات، ومن المؤشرات السلبية التي يمكن اعتبارها خرق واضح في السياسات الإدارية داخل المنظومة الصحية بليبيا هي (القرارات العشوائية في ترفيع المرافق الصحية، غياب التوزيع العادل للعناصر الطبية والطبية المساعدة على المرافق الصحية، التكدر الوظيفي للعناصر الإدارية في القطاع الصحي العام). مما أدى إلى تدني في مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

ومن هنا فإن المشكلة البحثية قد تركزت في التساؤل التالي:

ما مدى تأثير السياسات الإدارية المتبعة في المنظومة الصحية بليبيا على جودة الخدمات المقدمة؟

أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من كون الطبيعة الاقتصادية للموارد المتاحة دائماً ما تتصف بالندرة، وبالتالي لابد من إدارة هذه الموارد بشكل سليم لبلوغ الهدف بأعلى جودة وأقل تكاليف، وخاصة عندما يتعلق الأمر بصحة وسلامة الإنسان، فهذا يتطلب جهد أعلى وتركيز أدق، كذلك باعتبار أن ليبيا تمر بأزمات متتالية نتيجة للتغيير السياسي الذي نتج عنه العديد من الصراعات والحروب التي أثرت بشكل مباشر في مؤسسات الدولة، وبالتالي فإن التفكير السليم والتركيز على الدراسات العلمية أصبح واجب وطني على كل باحث ينتمي لهذه الدولة، حتى يسهل على السياسيين رسم السياسات الصحية التي تبنى على أسس علمية.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة للوصول إلى التالي:

- 1- المساهمة في إيضاح واقع السياسات الإدارية المتبعة في المنظومة الصحية بليبيا.
- 2- مدى إدراك العاملين في القطاع الصحي بمعايير جودة الخدمات الصحية.
- 3- المساهمة في وضع استراتيجية مناسبة لتحسين الحالة الصحية للفرد والمجتمع.
- 4- التعرف على العراقيل والصعوبات التي تحول دون بلوغ الجودة في الخدمات الصحية بالمرافق العامة.

فرضيات الدراسة:

الفرضية الأساسية (الصفرية): لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للسياسات الإدارية المتبعة داخل المنظومة الصحية في ليبيا على جودة الخدمات الصحية.

الفرضية البديلة: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للسياسات الإدارية المتبعة داخل المنظومة الصحية في ليبيا بشكل مباشر على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

وقد تفرعت الفرضية البحثية (الفرضية البديلة) إلى مجموعة من التساؤلات التي ندرجها في التالي:

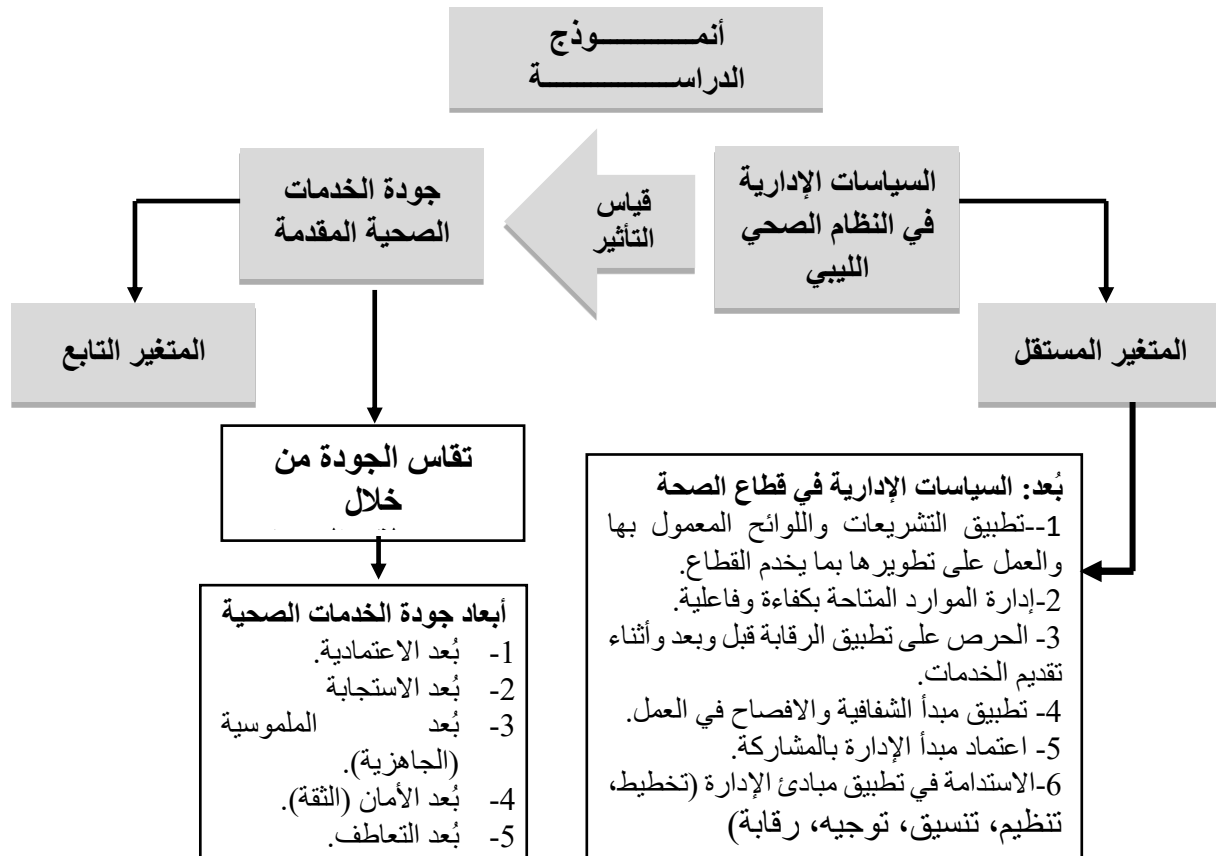
- 1- هل تهتم النظم الإدارية المتبعة بمراقبة معايير وأبعاد الجودة؟ وهل هناك إدراك لهذه المعايير من قبل القائمين على تقديم الخدمات الصحية؟

- 2- هل هناك رقابة إدارية تسعى إلى ضبط مسارات السياسات الإدارية المتبعة؟ وتقوم على مبدى الرقابة المصاحبة التي تتجنب وقوع الأخطاء قبل حدوثها؟
- 3- هل السياسات الإدارية المتبعة بالمؤسسات الصحية تعمل بفاعلية لإدارة المدخلات داخل المنظومة الصحية؟

منهجية الدراسة:

لقد اتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي وذلك لوصف ما هو قائم حول موضوع الدراسة، وتحليل البيانات والمعلومات التي تم جمعها وتخص مشكلة الدراسة، وذلك من خلال تتبع المنهج الإحصائي لاختبار التساؤلات التي وضعتها هذه الدراسة.

أنموذج متغيرات موضوع الدراسة:



شكل 1. أنموذج متغيرات موضوع الدراسة.

حدود الدراسة:

- 1- الحدود المكانية: تتمثل الحدود المكانية في دراسة الأثر الذي تتركه السياسات الإدارية في المنظومة الصحية على جودة الخدمات المقدمة في نطاق المرافق الصحية بالدولة الليبية.
- 2- تغطي هذه الدراسة الفترة التي أجريت فيها والمتمثلة في النصف الثاني لسنة 2024.

مصطلحات الدراسة:

- 1- **السياسات الإدارية:** عرف موقع البورد العالمي للتنمية البشرية (2022) السياسات الإدارية على أنها "مجموعة من المبادئ والمفاهيم التي توضع كمعايير لتفسير عليها مختلف المستويات الإدارية عند اتخاذها القرارات" (طراد، 2022).
- 2- **الخدمات الصحية:** هي تلك النظم التي تعنى بتوفير وتقديم كل سبل ووسائل العلاج، واجراء الفحوصات اللازمة للمرضى، وذلك وفقاً للأصول والقواعد الطبية والفنية، فضلاً عن متابعة حالات المرضى، والتنسيق بين كافة الاقسام العلاجية المختلفة بالمؤسسة الصحية، بغية تحقيق أفضل رعاية طبية ممكنة. (غنيم، 2006)

3- **جودة الخدمات الصحية:** لقد عرفت منظمة الصحة العالمية الجودة في مجال الخدمات الصحية بأنها (الالتزام بالمعايير والاتجاهات الصحية بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبتكاليف مقبولة أيضاً، وبما يؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، ونسبة الوفيات، والاعاقة وسوء التغذية) (حسين، 2014). كما عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية (jcah) جودة الرعاية الصحية بأنها (هي الأداء المناسب وفق المعايير للتدخلات المعروفة بسلامتها، والتي يمكن تحمل نفقاتها من قبل المجتمع، ولها تأثير إيجابي على معدلات الوفيات والاعاقة وسوء التغذية). (حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، 2012).

الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة من العناصر الرئيسية التي يعتمد عليها الباحث في البناء الهيكلي السليم لدراسته، حيث أنها تمثل سلسلة أبحاث تتقاطع في نقاط جوهرية مع دراسته القائمة، وتُعد الدليل الجوهري للباحث في المنهج البحثي المناسب للدراسة، بالإضافة إلى كونها تساعد في تجاوز الأخطاء التي قد يقع فيها الباحث. ويمكن سرد الدراسات السابقة التي استعانة بها الباحث في هذه الدراسة على النحو التالي:

1- فتحة أبوبكر محمد أبوشويبة 2024.

نشرت في مجلة جامعة بني وليد للعلوم الإنسانية والتطبيقية – ليبيا المجلد التاسع العدد الأول لسنة 2024 بعنوان دور نظم الرقابة الإدارية في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضى (دراسة ميدانية في مستشفى ابن سينا التعليمي)، وقد هدفت الدراسة إلى تحديد واقع نظم الرقابة الإدارية في مستشفى ابن سينا التعليمي بمدينة سرت، وبيان مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفى، وقد اعتمدت المنهج الوصفي التحليلي لأنه يتماشى مع طبيعة دراسة البيانات اللازمة، من عينة مكونة من 88 مفردة اعتمدت في تحليلها على برنامج الحزم الإحصائية SPSS لتحليل البيانات واختبار الفرضيات، وخلصت إلى مجموعة من النتائج أهمها أن مستوى تطبيق نظم الرقابة الإدارية كان متوسطاً، ومستوى جودة الخدمات المقدمة كان متوسطاً.

2- صلاح على الأشقر وآخرون 2021.

نشرت في المؤتمر العلمي الدولي الخامس لكلية الاقتصاد والتجارة- مستقبل الاقتصاديات العربية في ظل انتشار الأوبئة والجوائح الصحية تحت عنوان أثر تطبيق الإدارة الإلكترونية على جودة الخدمات الصحية في ظل جائحة كورونا covid 19 (دراسة حالة مستشفى الخمس التعليمي)، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الإدارة الإلكترونية على جودة الخدمات الصحية في مستشفى الخمس التعليمي، واتبعت المنهج الوصفي والتحليلي باعتبارهم الأنسب لمثل هذه الدراسة، كما استخدمت أسلوب الاستبانة لجمع المعلومات بعدد 50 كراسة ونظراً لصغر حجم العينة اعتمدت على أسلوب المسح الشامل، وخلصت إلى أن هناك أثر بالغ تتركه الإدارة الإلكترونية على جودة الخدمات الصحية، وقدمت توصيات كان أهمها الاستمرار على تطوير وتحسين الأجهزة والمعدات المستخدمة في هذا المجال.

3- فاطمة عبد الله عيت الله عمر 2019.

نشرت في المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث، مجلة العلوم الطبية والصيدلانية- العدد الثاني – المجلد الثالث 2019، كلية الصحة العامة جامعة بنغازي – ليبيا. تحت عنوان تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة بمركز بنغازي لتشخيص وعلاج السكر من وجهة نظر المترددين، هدفت إلى محاولة التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية في أحد أهم المراكز العاملة والمتخصصة في علاج مرضى السكر بمدينة بنغازي من وجهة نظر المترددين، ومعرفة العراقيل التي تعيق تقديم الخدمات الصحية الجيدة بالمركز، وقد استخدمت الاستبانة كطريقة لجمع البيانات من عينة بلغ عددها 378 مفردة، وقد خلصت الدراسة إلى أهمية العمل على رفع مستوى جودة الخدمات المقدمة في المركز، وذلك من خلال التركيز على التدريب للعاملين ومحاضرات تثقيفية للمترددين، وسد العجز من الأخصائيين.

4- دراسة حسن عبد المجيد والي: 2010.

أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، نوقشت في جامعة تونس المنار بالجمهورية التونسية بعنوان التحليل الاقتصادي للنظام الصحي في ليبيا (النجاعة والإنصاف)، وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى نجاعة وإنصاف النظام الصحي القائم في ليبيا من ناحية المدخلات والمخرجات، وما هي مؤشرات قياس الوضع الصحي، وقد استخدم الباحث المنهج الاستقرائي، وذلك باستخدام التحليل الوصفي والتاريخي المقارن، حيث اعتمدت على بعض المعدلات واستخدامها على البيانات التاريخية في إعداد واستخراج بعض المؤشرات التي تعكس التطور الحاصل على النظام الصحي في ليبيا خلال فترة الدراسة، بالإضافة إلى استخدام أسلوب التحليل الإحصائي البسيط والقياسي؛ وذلك باستخراج بعض المؤشرات الدالة على مدى نجاعة الأداء الاقتصادي لقطاع الصحة، ومدى الإنصاف في التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في ليبيا.

5- دراسة عطية عبد الواحد سالم 2021.

نشرت في مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية المجلد 08 العدد 01 مارس 2021 بعنوان تقييم دور إدارة الرعاية الطبية في إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية (دراسة ميدانية عن مستشفى طرابلس الجامعي في بلدية طرابلس الكبرى) وقد هدفت الدراسة إلى معرفة واقع جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الطبية العاملة في بلدية طرابلس الكبرى من وجهة نظر مقدمي الخدمات الصحية، وكذلك التعرف على الدور الذي يقوم به مقدمي الخدمات في مجال إدارة الرعاية الطبية، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد فعلاً بالواقع، وذلك بالاستعانة

بالعديد من المراجع العربية والأجنبية التي لها علاقة بموضوع البحث لتغطية الجانب النظري، واستمارة الاستبانة كأداة رئيسية للحصول على البيانات والمعلومات المتعلقة بالجانب الميداني، وتوصلت الدراسة إلى نتائج أهمها، عدم توفر أبعاد جودة الخدمات الصحية، وكذلك وجود صعوبات تحد من عمل مقدمي الخدمات الصحية في المستشفى قيد الدراسة.

ثانياً: الجانب النظري للدراسة:

إن جودة المنتج سواء كان على صعيد السلع أو الخدمات أصبح هدفاً أساسياً لكل الإدارات الحديثة في المؤسسات العامة والخاصة، فكلها تسعى وراء تحقيق أكبر منفعة، فمصطلح الجودة أو الإتقان أو الدقة في العمل وبالتالي المخرج النهائي كلها تشير إلى تفسير واحد وهو (أن يكون العمل قد لبي رغبات القائم به والمستفيد منه).

وعند الحديث عن الجودة في الجانب الصحي يزداد الأمر أهمية وذلك لمساس الأمر بحياة الإنسان، وهذا ما نادى به أغلب المنظمات الدولية وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية التي أصدرت تقريرها خلال سنة 2019 بالتعاون مع منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والبنك الدولي الذي حمل عنوان (تقديم خدمات صحية عالية الجودة ضرورة عالمية للتغطية الصحية الشاملة)، والذي أكد على "ضرورة حصول كافة الأشخاص والمجتمعات في كل مكان في العالم على الخدمات الصحية عالية الجودة، وأن الرعاية الصحية دون المستوى المطلوب هي هدر للكثير من الموارد وتضر صحة السكان وتدمر رأس المال البشري" (الدولي، 2019).

مما سبق يتبين أنه لكي نصل إلى خدمات صحية ذات كفاءة وفعالية لا بد من أن تكون هناك سياسة سليمة في إدارة الموارد المتاحة لهذا المجال، وهذا ما دعانا إلى دراسة متغير السياسات الإدارية في النظم الصحية وقياس أثره على جودة الخدمات المقدمة.

1- مفهوم السياسات الإدارية:

"تعد السياسات الإدارية أحد أهم عناصر البنية التنظيمية في أي منظمة أو مؤسسة، فهي تشكل الإطار الذي يوجه عمل المؤسسة وتحدد القواعد والتوجيهات التي يجب على الأفراد اتباعها أثناء تأدية مهامهم، وتهدف السياسات الإدارية إلى تحقيق التنظيم والتوجيه الفعال للعمليات والسلوكيات داخل المؤسسة" (كردي، 2024).

2- مفهوم الخدمات الصحية:

تعتبر الخدمات الصحية جزءاً مهماً للوصول بالمجتمع إلى التنمية المجتمعية وتحقيق الرفاهية والوصول إلى العدالة الاجتماعية، لذلك اهتمت الحكومات بالأشراف والرقابة على تقديم هذه الخدمات.

وتعرف الخدمات الصحية على أنها: (النظام الذي يعني بتوفير وتقديم كل سبل ووسائل العلاج، وإجراء الفحوصات اللازمة للمرضى، وذلك وفقاً للأصول والقواعد الطبية والفنية، فضلاً عن متابعة حالات المرضى، والتنسيق بين كافة الأقسام العلاجية المختلفة بالمؤسسة الصحية، بغية تحقيق أفضل رعاية طبية ممكنة) (غنيم، 2006، صفحة 25).

كما عرفت أيضاً بأنها (مجموعة البرامج والأنشطة الصحية التي تهدف إلى وقاية المجتمع من المشكلات الصحية وعلاج هذه المشكلات في حالة حدوثها). (الطراونة، صفحة 24)

مما تقدم يتبين بأن مفهوم الخدمات الصحية ينحدر من المفهوم العام للخدمات، إلا أنه يعني بتقديم الخدمات والإرشادات الطبية إلى طالبي هذه الخدمة، وبذلك يمكن تقسيمه إلى قسمين رئيسيين هما:

1-2 الخدمات الصحية العلاجية: وهي التي ترتبط بصحة الفرد بشكل مباشر، كخدمات التشخيص أو العلاج (دوائية، سريرية، جراحية).

2-2 الخدمات الصحية الوقائية: وهي التي ترتبط بصحة المجتمع ككل كخدمات الإرشادات التي تقدم للحماية من الأمراض المعدية والأوبئة، والتنبيه عن التلوث البيئي وغيره.

3- مفهوم جودة الخدمات الصحية

لقد أشارت العديد من البحوث والدراسات أن أول من استخدم وطبق الجودة في العصر الحديث على قطاع الخدمات الصحية هي ممرضة بريطانية تدعى (فلورنس نايتنجيل) حيث كانت تشرف على تقديم خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم في عام 1853م، وذلك بتطبيق بعض المعايير البسيطة أثناء تأدية عملها، الأمر الذي لوحظ من خلاله تحسن ملحوظ على حالات الاستشفاء (الطويل، 2010، صفحة 13).

3-1 تعريف جودة الخدمات الصحية: لقد عرفت منظمة الصحة العالمية الجودة في مجال الخدمات الصحية بأنها (الالتزام بالمعايير والاتجاهات الصحية بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبتكاليف مقبولة أيضاً، وبما يؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، ونسبة الوفيات، والاعاقة وسوء التغذية) (حسين، 2014، صفحة 68).

كما عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية (jcah) جودة الرعاية الصحية بأنها (هي الأداء المناسب وفق المعايير للتدخلات المعروفة بسلامتها، والتي يمكن تحمل نفقاتها من قبل المجتمع، ولها تأثير إيجابي على معدلات الوفيات والاعاقة وسوء التغذية) (حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، 2012، صفحة 168).

مما سبق يمكن أن نستنتج بأن جودة الخدمات الصحية تتحقق عندما نصل إلى درجة رضى المرضى، وبأقل تكلفة ممكنة، وهذا لا يمكن الوصول إليه حتى تكون الجودة قد تحققت على ثلاث مستويات أساسية وهي:

- تحقيق الجودة عند المريض: وهذا يقاس عن طريق رضى المريض نفسه عن الخدمات المقدمة، ومقارنته بما كان مأمول.
- تحقيق الجودة المهنية: وهي تقديم أفضل الخدمات وفقاً لأحدث الطرق العلمية والمهنية من قبل الأطقم الطبية.

- تحقيق الجودة الإدارية: وهي تعني كيفية استخدام الموارد المتوفرة لتغطية الاحتياجات اللازمة، والقدرة على جذب مزيد من الموارد، وتقديم الخدمات المميزة وبأقل التكاليف.
- 3-2- أهمية جودة الخدمات الصحية:** (باشيوة، 2011، الصفحات 568-569) إن لجودة الخدمات الصحية المقدمة على مستوى الفرد أو المجتمع ككل أهمية بالغة، تستمد من كونها تركز على صحة العنصر البشري وسلامته، ولما لهذا العنصر من أساس متين تبنى عليه المقومات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في المجتمعات، وهو الثروة الحقيقية لأي دولة، ولتحقيق تنمية مستدامة في هذه الدولة، وجب الاهتمام بجودة الخدمات الصحية المقدمة، وعلى هذا الأساس تكونت المؤسسات المحلية والمنظمات الدولية التي تهتم بصحة وسلامة الأفراد، بحيث تهدف في مجملها إلى التالي:
 - ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
 - تُعد الجودة المميزة في الخدمات الصحية مؤشراً مهماً في قياس رضى المرضى عن طريق الخدمات المقدمة لهم، وهذا يتم عن طريق ابعاد الجودة المعتمدة في هذا المجال (الاعتمادية – الاستجابة – الامان – التعاطف – الملموسية).
 - تمكن المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفعالية.
 - جودة الخدمات المقدمة تساعد على تنافس المنظمات الصحية وبالتالي ضمان الاستمرارية في التحسين والتطوير، وإيجاد بيئة هادفة إلى تحقيق الشمولية والدقة في الأداء.
 - الرفع من مستوى أداء العاملين، إذ ان جودة الخدمات الصحية تتطلب دعم العاملين والرفع من مستوى أدائهم، وفق التقنيات المتوفرة والحديثة.
 - تساهم جودة الخدمات الصحية في تقديم الرعاية الطبية اللازمة. وبأقل تكاليف ممكنة.
 - أن تطبق نظام إدارة الجودة في المنظمات الصحية من شأنه مساعدتها في التعرف على الموارد المهدرة من الوقت والطاقة والقدرة الذهنية المتمثلة في الموارد البشرية، بالإضافة إلى الموارد المادية، ومن ثم العمل على التخلص منها في نفس الوقت.
- 3-3- أبعاد (معايير) جودة الخدمات الصحية:** (حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، 2012، الصفحات 170-175) تشير الدراسات السابقة إلى ان هناك العديد من الأبعاد والمعايير لقياس جودة الخدمات الصحية، ولقد اعتمدنا في هذا البحث الأبعاد المتفق عليها من أغلب رواد هذا المجال وهي:
 - الجوانب الملموسة:** وتشمل المتغيرات الآتية:
 - جاذبية المباني والتسهيلات المادية، التصميم والتنظيم الداخلي للمباني، حداثة المعدات والأجهزة الطبية، مظهر الأطباء والعاملين.
 - الاعتمادية:** وتشمل المتغيرات الآتية:
 - الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة، الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج، توافر التخصصات المختلفة، الثقة في الأطباء والأخصائيين، الحرص على حل مشكلات المريض، الاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.
 - الاستجابة:** وتشمل المتغيرات الآتية:
 - السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى، إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها منها.
 - الأمان:** ويشمل المتغيرات الآتية:
 - الشعور بالأمان في التعامل، المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء، الأدب وحسن الخلق لدى العاملين، استمرارية متابعة حالة المريض، سرية المعلومات الخاصة بالمريض، دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.
 - التعاطف:** ويشمل المتغيرات الآتية:
 - تفهم احتياجات المريض، وضع مصالح المريض في مقدمة الإدارة والعاملين، ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة، العناية الشخصية بكل مريض، تقدير ظروف المريض والتعاطف معه، الروح المرحبة والصداقة في التعامل مع المريض.
- 4- واقع السياسات الإدارية في النظام الصحي الليبي:**

يعتبر قطاع الصحة العام في ليبيا هو المزود الرئيسي للخدمات الصحية المقدمة للمواطن، حيث تقدم الخدمات الصحية (العلاجية أو الوقائية) لجميع المواطنين مجاناً، ويعمل وفقاً لمنظومة إدارية لا مركزية ما عدا المستشفيات والمراكز المتخصصة.

تقوم وزارة الصحة بالعمل من خلال منظومة من القوى العاملة الإدارية والفنية ووفقاً لهيكل تنظيمي واسع النطاق يرأسه وزير الصحة، يستمد صلاحياته من المنظومة العامة للدولة، مجلس النواب الذي يختص بالجانب التشريعي ورئاسة الوزراء التي تختص بالجوانب التنفيذية.

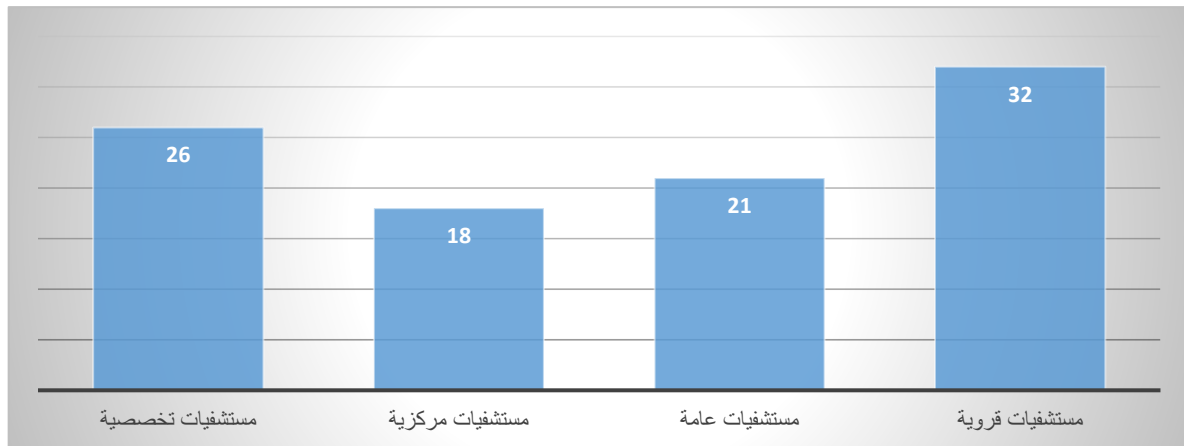
كما أن فلسفة النظام الإداري في القطاع الصحي بليبيا تتمحور حول توفير خدمات صحية تتوافق مع توقعات ورغبات متلقي هذه الخدمة، وهذا ما تؤكد عليه أغلب المنظمات الدولية، وعلى هذا الأساس فإن الخدمات الصحية الجيدة هي الهدف الذي

تسعى إليه هذه الفلسفة، وللوصول إلى هذا الهدف لابد من توافر العديد من المقومات التي تبنى من خلالها، والتي يمكن توافرها بتوافر العنصر المادي والعنصر البشري المدرب والقادر على إدارة هذه العملية. وعند الحديث عن واقع النظام الصحي الليبي تجد أنه قادر على توفير هذه المقومات، بل ويملكها، ولكنه يقف عاجزاً أمام تلبية رغبات المواطن الليبي في توفير خدمات صحية جيدة تتوافق مع رغباته وتطلعاته. مما يدفعه في الغالب لتفكير بتلقي هذه الخدمات من خارج الدولة.

وهذا ناتج عن مجموعة من المشاكل التي عرقلت عمل المنظومة الصحية وفي مقدمة هذه المشاكل ضعف السياسة الإدارية المتبعة، والتي نتج عنها غياب تام للتخطيط السليم ورسم السياسات المحكمة، في إدارة القطاع الصحي العام، أدى إلى عرقلة العمل في كافة المؤسسات الصحية، وبالتالي تدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة، كما أن غياب الرقابة المصاحبة التي تعمل على تصحيح الخطأ واستدراكه قبل وقوعه والتنبؤ بالمخاطر التي قد تسبب في إهدار المال العام وتقضي ظاهرة الفساد الإداري والمالي، كان سبباً آخر في انهيار المؤسسات الصحية العامة للدولة، ونتج عن ذلك العديد من المظاهر السلبية التي نوجزها في التالي:

القرارات العشوائية لتحويل مراكز الرعاية الصحية الأولية (خط الدفاع الأول) إلى مستشفيات قروية:

إن مؤسسات الرعاية الصحية الأولية (المراكز الصحية ووحدات الرعاية الصحية الأولية) أسست بناءً على خطة وضعت خلال سنة 1973، وقد قسمها النظام الصحي إلى ثلاث مستويات تقدم من خلالها الخدمات الصحية الوقائية والأولية، تتوفر في جميع المناطق الليبية وفقاً للتجمعات السكانية، والتصنيف (c) للتجمعات السكانية التي تقل عن 1000 نسمة، والتصنيف (b) للتجمعات السكانية من 1000-3000 نسمة، والتصنيف (a) من 3000-5000 نسمة، استمر العمل بها إلى غاية 2012، حتى صدر أول قرار ترقيع من مجلس الوزراء خلال سنة 2013 يتضمن ترقيع تسعة مراكز صحية إلى مستشفيات قروية، وكان قبل صدور هذا القرار، عدد المستشفيات المنشأة والموزعة على كافة جغرافيا ليبيا لا يتجاوز 97 مستشفى بسعة سريرية تقدر بنحو 20689 سرير. والشكل البياني التالي يوضح تصنيفها (مركز التويق والمعلومات بوزارة الصحة الليبية، 2012-2022، صفحة 42):



الشكل 2. عدد المستشفيات والمراكز الطبية حسب النوع.

واستمرت قرارات الترفيع حتى وصل عدد المستشفيات خلال سنة 2022 إلى 182 مستشفى، بواقع زيادة 85 مستشفى قروي مرفع، بنسبة 53% مما كانت عليه، هذا كله لم يزد في السعة السريرية الا 1330 سرير أي بنسبة زيادة 6.4% للسعة السريرية، وبمتوسط 15 سرير لكل مستشفى، مما أثر سلباً على عمل الرعاية الصحية الأولية، لأن أغلب هذه الترفيعات لم تنشأ لها مباني مستقلة بل تمارس مهامها من مبنى المركز المرفع الذي لم ينشأ لهذا الغرض، وتجد أن مناطق في ليبيا لم تعد تملك مركزاً للرعاية الصحية الأولية، أيضاً كان التأثير واضح على زيادة حجم الميزانية، وذلك لأن قرارات الترفيع تعطي الذمة المالية المستقلة للمرفق الذي تم ترقيعه.

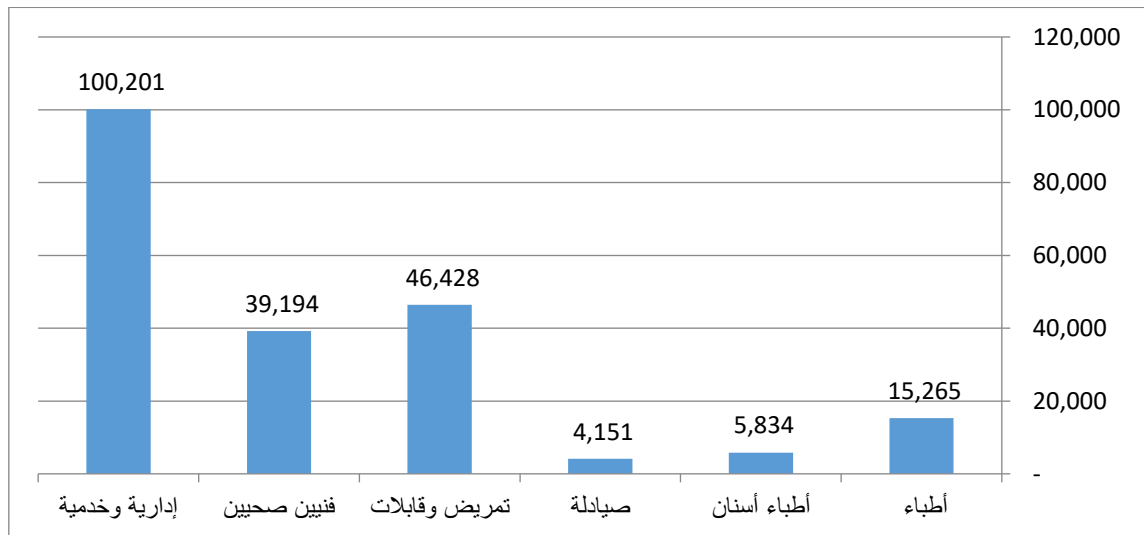
2-4- التكدس الوظيفي الناتج عن قرارات توظيف فاقت الاحتياج:

يعتبر العنصر البشري الكفاء والمعد اعداداً جيداً من المدخلات الرئيسية لأي عملية إنتاجية أو خدمية، وهذا المعيار الذي تسعى جميع المنظمات للوصول إليه، فتميز الكادر الوظيفي ومواكبته للتطورات التي تحدث في مجال تخصصه يدفع المنظمة لبلوغ الهدف المنشود، ويعتبر تأهيل وتدريب العناصر الطبية والطبية المساعدة والفنية في قطاع الصحة هو الثروة الحقيقية لأي مؤسسة صحية، وذلك لتقديم خدمات صحية عالية الجودة، وبأقل ما يمكن من الإمكانيات.

وعند الحديث عن القوى العاملة في النظام الصحي الليبي تظهر لنا المؤشرات التي توصلت إليها بعض المسوحات أن مؤشر القوى العاملة الصحية وصل إلى نسبة 76 من العاملين الصحيين الأساسيين لكل 10.000 نسمة من السكان، وهذا يزيد بثلاثة مرات عن الهدف المحدد من منظمة الصحة العالمية المقدر بـ 23 عاملاً صحياً لكل 10.000 نسمة من السكان، وكذلك يعتبر

أعلى بكثير من هدف التنمية المستدامة البالغ 45 لكل 10.000 نسمة (منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع مركز التوثيق والمعلومات الصحية بوزارة الصحة الليبية، 2017، صفحة 11).

ومن خلال تتبع الإحصائيات الرقمية لأعداد العاملين بالقطاع الصحي في ليبيا نجده قد تضاعف خلال الفترة الممتدة من 2008 إلى غاية 2020 بنسبة زيادة وصلت إلى 112% حيث كان إجمالي القوى العاملة بالقطاع الصحي الليبي (99567 موظف، وأصبح بتزايد حتى وصل في سنة 2020م إلى (211073) موظف، وقد تركزت أغلب هذه الزيادة في العناصر الإدارية والخدمية، مما يشير إشارة واضحة على التوظيف العشوائي دون التركيز على ما يحتاجه القطاع من الكوادر الطبية والطبية المساعدة المدربة والمؤهلة، والشكل البياني التالي يوضح عدد العاملين بالقطاع الصحي خلال سنة 2020 (مركز التوثيق والمعلومات بوزارة الصحة الليبية، 2012-2022).



الشكل 3. عدد العاملين في طاع الصحة حسب التخصص.

- نستنتج من الرسم البياني السابق ما يلي:
- أن عدد الوظائف الإدارية والخدمية قد شغل حوالي 47% من إجمالي الوظائف بالقطاع الصحي.
 - هناك نقص واضح في العديد من التخصصات الطبية، وتوافر يفوق حد الطلب في بعض التخصصات الأخرى، بما يعكس سوء السياسة المتبعة في إدراك ما هو مطلوب.
 - إن الزيادة في عدد العاملين في هذا القطاع قد أدى إلى تفاقم ظاهرة البطالة المقنعة (التكدس الوظيفي)، بحيث تجد الغرفة التي تحتاج إلى عدد 2 موظفين صحيين حتى تعطي معدل الأداء المطلوب، تجد فيها 4 أو أكثر مما يساهم في انخفاض معدل الأداء وبالتالي خدمات صحية رديئة، وبصورة أخرى قد وصل الأمر إلى أن يوجد (طبيب أو ممرض يشتغل يوم واحد في الأسبوع). (مركز المعلومات والتوثيق بوزارة الصحة، 2020، صفحة 15).
 - إن الزيادة في التوظيف تؤدي إلى زيادة غير مبررة في الإنفاق الحكومي على هذا القطاع، في منح المرتبات التي لن ينتج عنها أي أضافة في الخدمات الصحية المقدمة، وهذا نتاج العشوائية والتخبط في صياغة القرارات التنفيذية من قبل الحكومة (ديوان المحاسبة الليبي، 2021، صفحة 705).
 - يتمركز أغلب العاملين الصحيين (عناصر طبية وطبية مساعدة) في مراكز الرعاية الصحية الأولية بواقع 64% من إجمالي الموظفين الصحيين، بينما تجد حوالي 30% ممن يعملون في المستشفيات (مركز المعلومات والتوثيق بوزارة الصحة، 2020).
 - غياب العدالة في توزيع العناصر الطبية المؤهلة، بحيث كان التركيز في المدن وأهملت الأرياف، ففي مستشفى غات بالجنوب الليبي خلال سنة 2017م تبين أنه لا يوجد طبيب مقيم (مركز المعلومات والتوثيق بوزارة الصحة، 2020، صفحة 15)، وهذا يشير إلى أن توزيع الكادر الطبي على المرافق الصحية يتم بالرغبة لا عن طريق حاجة المرفق الصحي، مما أدى إلى عدم تكافؤ الفرص في الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة للمواطنين.

ثالثاً: الجانب العملي للدراسة:

- 1- **منهجية الدراسة:** إنه كما أوردنا في الإطار العام بأن هذه الدراسة اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي وذلك لوصف ما هو قائم وهذا ما أختص به الجانب النظري للدراسة وتحليل البيانات التي تم جمعها وهذا ما سيتم إدراجه في الجانب العملي، ونظراً لطبيعة هذه الدراسة والتي تهدف إلى معرفة الأثر الذي تتركه السياسات الإدارية المتبعة في النظام الصحي الليبي

العام على جودة الخدمات الصحية، ولكي تستطيع الدراسة تحقيق أهدافها استخدم هذا المنهج، لأنه يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، ولا يقف عند حد وصف الظاهرة فحسب بل يحلل واقعها ويفسر نتائجها من خلال معالجة بيانات الدراسة، كما يتضمن هذا المنهج قدراً من التفسير لهذه النتائج، بالإضافة إلى استخدام أساليب القياس والتصنيف والتفسير بهدف الحصول على استنتاجات ذات دلالة ومن ثم الوصول إلى تعميمات بشأن الظاهرة موضوع الدراسة (خفاجي، 2002، صفحة 87).

2- **مجتمع الدراسة:** يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المؤسسات الصحية بالقطاع العام بليبيا والبالغ عددهم (211) ألف موظف، بالإضافة إلى أعداد المترددين على المرافق الصحية التي سيتم اختيارها من خلال عينة الدراسة لقياس معدل رضى متلقي الخدمات.

3- **عينة الدراسة:** لقد قام الباحث باختيار عينة الدراسة من مجتمع الدراسة الموضح في الفقرة السابقة، والذي يشير إلى كبر حجم المجتمع، وعلى ذلك تم الاعتماد على العينة العشوائية العنقودية، بحيث يتم تقسيم مجتمع الدراسة إلى ثلاث عناقيد، وذلك من خلال التوزيع الجغرافي لسكان ليبيا، المنطقة الشرقية، المنطقة الغربية، المنطقة الجنوبية، ومن ثم يتم الاعتماد في اختيار العينة على العينة العشوائية الطبقية، بحيث تقسم هذه العناقيد إلى طبقات ومن ثم اختيار مفردات الدراسة. وعلى هذا الأساس تم تطبيق معادلة ريتشارد جيجر لتقدير حجم العينة المناسبة للعاملين بالقطاع الصحي الليبي، وكانت مفرداتها (384) شخص، وأيضاً نفس المفردات لمتلقي الخدمة.

الجدول 1. الاستبيانات الموزعة والمستردة والصالحة للتحليل من عينة الدراسة.

البيان	عدد الاستبيانات الموزعة	عدد الاستبيانات المستردة	عدد الاستبيانات المستبعدة	عدد الاستبيانات الصالحة للتحليل
مقدمي الخدمات الصحية	384	381	0	381
النسبة المئوية	100%	99.21%	0%	99.21%
متلقي الخدمات الصحية	384	370	14	356
النسبة المئوية	100%	96.60%	3.65%	92.95%

المصدر: إعداد الباحث

4- أداة الدراسة:

1-4 **بناء أداة الدراسة:** لقد تم اعتماد أسلوب الاستبانة كأداة لجمع البيانات باعتبارها الأنسب لهذه الدراسة، حيث قسمت إلى جزئين، جزء خاص بالبيانات الديموغرافية للمبحوثين، والجزء الآخر خاص بأبعاد الدراسة مقسمة إلى بعدين، بُعد نقيس من خلاله مدى تأثير السياسات الإدارية على جودة الخدمات الصحية المقدمة. موجه إلى مقدمو الخدمات الصحية، وبُعد نقيس من خلاله جودة الخدمات الصحية موجه إلى متلقي هذه الخدمة، وأحتوى كلا البُعدين على 39 عبارة.

2-4 **اختيار مقياس أداة الدراسة:** لقد تم اختيار مقياس ليكرت الخماسي، لأنه يعتبر من أكثر المقاييس استخداماً وذلك لسهولة فهمه وتوازن درجاته، والذي يتكون من الإجابات التالية: (موافق تماماً، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق على الإطلاق). والجدول رقم (2) يبين الوزن المرجح لإجابات كل عبارة من العبارات على النحو التالي:

الجدول 2. الوزن المرجح لإجابات العبارات.

الإجابة على الأسئلة	الرمز	طول الخلية	متوسط (درجة الموافقة)	الوسط النسبي %
غير موافق بشدة	1	1.8 – 1	متوسط يعبر على درجة غير موافق إطلاقاً	36-20
لا أوافق	2	2.6 -1.8	متوسط يعبر على درجة غير موافق	52-36
محايد	3	3.4-2.61	متوسط يعبر على درجة محايد	68-52
موافق	4	4.2-3.41	متوسط يعبر على درجة أوافق	84-68
موافق بشدة	5	5-4.21	متوسط يعبر على درجة أوافق جداً	100-84

3-4- صدق أداة الدراسة: وهو التأكد من إن الاستبانة تقيس ما أعدت من أجله، وللتحقق من صدق الاستبانة المستخدمة في الدراسة والتأكد من دقة فقراتها وتناسقها وتوافقها ووضوحها وملاءمتها للبيئة البحثية قام الباحث باختبارات الصدق الآتية:

- **صدق المحتوى (الصدق الظاهري):** يشير صدق المحتوى إلى القوة العلمية للأداة، ومدى شموليتها للنظريات العلمية المرتبطة بالظاهرة محل البحث، ولغرض التحقق من هذا الشكل من أشكال الصدق فإننا نلجأ إلى الخبراء والمختصين في الحقل الأكاديمي (المحكمين) باعتبارهم الجهة الأقدر على الحكم المرتبط بالمحتوى العلمي للأداة، وبناءً على ذلك قمنا بعرض الاستبانة على خبراء ومتخصصين بالمجال وبلغ عددهم (5) خبراء، وتم إجراء تحكيم الاستبانة وتعديل الأداة وفقاً لآرائهم وملاحظاتهم؛ وذلك للوصول إلى الاستبانة النهائية.

- **صدق الاتساق الداخلي:** بعد إتمام إجراءات الصدق الظاهري (صدق المحكمين) قام الباحث بتوزيع عدد (30) استمارة استبيان على عينة من المجتمع الأصلي وذلك لحساب صدق الاتساق الداخلي للمقاييس المستخدمة في الدراسة، ويعتبر صدق الاتساق الداخلي أحد أهم أشكال الصدق الذي يُعتمد عليه في تقييم جودة الأداة، ويشير مفهومه إلى مدى توافر الارتباطات بين الفقرات المعتمدة في أبعاد الأداة المتنوعة مع البعد ذاته أو المحور الذي تنتمي إليه، حيث يتم الحكم على توافر مثل هذا النوع من الاتساق من خلال نتيجة اختبار ارتباط بيرسون و من خلال حساب معامل الارتباط بين كل فقرة، والدرجة الكلية للمحور، وبعد التطبيق على البعدين الخاصين بهذه الدراسة وهم:

- بُعد السياسات الإدارية في النظام الصحي الليبي.

- بُعد جودة الخدمات الصحية في النظام الصحي الليبي.

تبين أن جميع الفقرات دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05) وهذا يدل على وجود علاقة ارتباط طردية وقوية بين جميع الفقرات التي وضعت للقياس، مما يؤكد صدق الاتساق الداخلي.

4-4- ثبات أداة الدراسة: يعتبر الثبات أحد الاختبارات الهامة لتحديد ملائمة الأداة للاستخدام التطبيقي، وتعد أداة القياس ثابتة عند تحقيقها لمعامل ثبات يبلغ في حده الأدنى (0.60)، يمكن من خلالها الحكم بثبات الأداة.

وباستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) بعد توزيع وجمع عدد 30 نسخة من الاستبانة لغرض قياس ثبات الأداة، وبالاعتماد على نتائج ألفا كرونباخ، والذي يُعد من الاختبارات الإحصائية المهمة لتحليل بيانات الاستبانة، حيث تكون قيمته ما بين (0 - 1)، فعندما يكون قريب من الصفر يدل على عدم وجود ارتباط مطلق ما بين إجابات مفردات العينة، والعكس كلما اقتربت قيمة ألفا كرونباخ من الواحد حتى تصل إلى الارتباط التام عند الواحد الصحيح. ويبين الجدول التالي معامل ألفا كرونباخ لأبعاد هذه الدراسة.

جدول 3. نتائج اختبار كرونباخ ألفا.

أبعاد الدراسة	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ (الثبات)
بُعد السياسات الإدارية في النظام الصحي الليبي	8	0.957
بُعد جودة الخدمات الصحية في النظام الصحي الليبي	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ (الثبات)
1-1- الاعتمادية	6	0.624
1-2- الاستجابة	6	0.832
1-3- الجاهزية	8	0.801
1-4- الأمان	5	0.797
1-5- التعاطف	6	0.753

يتضح من الجدول السابق رقم (3) إن معامل الثبات لمحور السياسات الإدارية في النظام الصحي الليبي كانت 0.957 وهي الأعلى بين الفقرات وتعد ممتازة جداً لأنها أكبر من 0.8. وإن معامل ثبات لمحور الاعتمادية يساوي (0.624) تعتبر هذه قيمة مقبولة لأنها أكبر من 0.6، وأما عبارات محور الاستجابة هي 0.753 وهي جيدة لأنها أكبر من 0.7 وأما عبارات محور الجاهزية هي 0.801 وهي ممتازة لأنها أكبر من 0.8، وأما عبارات محور الأمان هي 0.797 وهي ممتازة لأنها أكبر من 0.7، وعبارات محور التعاطف هي 0.753 وهي قيمة ممتازة للثبات.

وبذلك يكون قد تم التأكد من صدق وثبات مقياس الدراسة مما يجعلها على ثقة بصحة المقياس وصلاحيته لتحليل النتائج والإجابة على فرضيات أو تساؤلات الدراسة.

5- عرض وتحليل نتائج الدراسة:

5-1- الوصف الإحصائي للبيانات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة:

تنوعت واختلقت خصائص مجتمع الدراسة من حيث الجنس والمسمى الوظيفي والعمر والمؤهل العلمي والخبرة، وهذه النسب والتكرارات المتعلقة بخصائص المجتمع موضحة في الجدول التالي:

جدول 4. نسب وتكرارات خصائص مجتمع الدراسة.

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة %
الجنس	ذكر	131	34.4%
	أنثى	250	65.6%
	المجموع	381	100%
العمر	أقل من 30 سنة	65	17.1%
	من 30 إلى 40 سنة	167	43.8%
	من 41 إلى 50 سنة	111	29.1%
	أكثر من 50	38	10%
	المجموع	381	100%
المتغير	الفئة	التكرار	النسبة %
المؤهل العلمي	أساسي	2	0.5%
	إعدادي	6	1.6%
	ثانوي	26	6.8%
	دبلوم متوسط	102	26.8%
	جامعي أو ما يعادله	222	58.3%
	ماجستير	12	3.1%
	دكتوراه	7	1.9%
	أخرى	4	1%
	المجموع	381	100%
التخصص	طبيبي متخصص	17	4.5%
	طبيب	49	12.8%
	عنصر طبي مساعد	161	42.3%
	إداري	53	13.9%
	تسييري	24	6.3%
	فني	62	16.3%
	أخرى	15	3.9%
	المجموع	381	100%
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	56	14.7%
	من 5 سنوات أقل 10	106	27.8%
	من 11 إلى 15 سنة	75	19.7%
	من 16 إلى 20 سنة	44	11.5%
	من 21 إلى 25 سنة	41	10.8%
	أكثر من 25 سنة	59	15.5%
	المجموع	381	100%

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- أن أعلى نسبة من المجيبين هم الإناث بنسبة 65.60%، أما نسبة الذكور كانت 34.40%، وهذا لأن مقدمي الخدمات الصحية، وخاصة العناصر الطبية والطبية المساعدة (التمريض، وفنيي المختبرات، والصيادلة) العاملون بالقطاع الصحي بليبيا أغلبهم من فئة الإناث، وكذلك كان لمتلقي الخدمة.
- أن أعلى نسبة من المجيبين الذين فئة اعمارهم من 30 سنة إلى 40 سنة فقد بلغت نسبتهم 43.8% ويليهما مباشرة الذين فئة اعمارهم من 41 سنة إلى 50 سنة فقد بلغت نسبتهم 29.1% وكانت اقل نسبة الذين فئة اعمارهم أكثر من 50 سنة فقد بلغت 10%، وهذه دلالة على أن النسبة الأكبر من العاملون في القطاع الصحي العام هم من الفئة الشابة القادرة على البذل والعطاء وتقديم أفضل الخدمات.

- أن أعلى نسبة من المجيبين حسب المؤهل العلمي كانوا جامعي وما يعادلها حيث وصلت نسبتهم إلى 58.30%، يليهم اللذين مؤهلهم دبلوم متوسط نسبتهم 26.80%، يليها اللذين مؤهلهم العلمي ثانوي نسبتهم 6.80%، يليهم حملة الماجستير حيث كانت نسبتهم 3.10%، وبعدهم حملة التخصص الدقيق الدكتوراه وكانت نسبتهم 1.90%، وأقل نسبة كان مؤهلهم تعليم أساسي حيث بلغت نسبتهم 0.50%، وعلى ذلك فإن نسبة حملة المؤهلات الجامعية هم الأغلب في الكادر الوظيفي بالقطاع الصحي الليبي، مما يساعد رسمي السياسات الصحية على نشر ثقافة الجودة وتطبيق معاييرها إن توافرت الإرادة.
- أن أعلى نسبة من المجيبين حسب التخصص عناصر طبية مساعدة نسبتهم 42.30%، يليهم اللذين تخصصهم فنيين نسبتهم 16.30%، وأقل نسبة كان الأطباء المتخصصين حيث بلغت نسبتهم 4.50%، وإذا ما فسرنا نسب المجيبين فإن العناصر الطبية المساعدة هي الفئة الأكبر وذلك لأن الدراسة قد استهدفت إجاباتهم لأنهم أكثر من يستطيع منح المريض خدمات صحية تحقق له مستوى من الرضا، أما فيما يخص النسبة الأكبر من العاملين في القطاع الصحي فقد أوضح الجانب الاستطلاعي من هذه الدراسة بأن العناصر الإدارية والتسييرية هي الأكبر وذلك من واقع الاحصائيات والتقارير الصادرة بالخصوص، كما يظهر من خلال نسبة الأطباء والأطباء المتخصصين فهم الشريحة الأقل من نسبة المجيبين وهذا يوافق الواقع بأنهم النسبة الأقل عدد من العاملين بالقطاع الصحي الليبي، حيث وصل نسبتهم بالعناصر الإدارية والتسييرية إلى 1.5 طبيب لكل 100 إداري وهذا تعادل يفوق الحد المعقول.
- أن أعلى نسبة للمجيبين خبرتهم أكثر من 5 سنوات وأقل من 10 وكانت نسبتهم 27.80% ويليه مباشرة اللذين خبرتهم من 11 سنة إلى 15 سنة وكانت نسبتهم 19.70%، وأقل نسبة اللذين خبرتهم من 21 سنة إلى 25 سنة بنسبة 10.80%، بمعنى آخر يمكن قراءة هذه النسب بأن الأغلبية من يحملون خبرة عمل تزيد عن الخمس سنوات وبذلك فإنهم يملكون من المهارات العملية ما يؤهلهم أن يقدموا خدمات صحية ذات جودة.

2-5- تحليل بيانات محاور الدراسة:

المحور الأول: بُعد واقع السياسات الإدارية في النظام الصحي الليبي وأثرها على جودة الخدمات الصحية:
لمعرفة درجة الموافقة نقوم بتوضيح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل عبارة واتجاهها نحو درجة الموافقة وترتيبها تنازلياً حسب متوسطات الموافقة في الجدول التالي:

الجدول 5. المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

ت	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الاتجاه	الترتيب
1	تقوم الإدارة في المؤسسة الصحية في ليبيا باتباع معايير الجودة في تقديم الخدمات الطبية (رضي المرضى أساس العمل الإداري)	3.02	1.245	60.4%	متوسط	1
2	يشارك الموظفون العاملون بالمؤسسات الصحية في وضع الخطط ورسم السياسات مع الإدارات العليا والوسطى (الإدارة بالمشاركة)	2.59	1.261	51.8%	منخفض	8
3	تتبع الإدارة داخل المؤسسة الصحية النظم الإدارية والإلكترونية الحديثة والقابلة للتطوير في تسيير العمل.	2.88	1.331	57.6%	متوسط	5
4	هناك تحسين مستمر وملحوظ في تقديم الخدمات للمرضى داخل المؤسسة الصحية	2.81	1.224	56.2%	متوسط	6
5	سياسة التوظيف المتبعة داخل المؤسسة الصحية تضمن لها استقطاب الكفاءات البشرية المتنوعة والتميزة في تقديم الخدمات.	2.69	1.293	53.8%	متوسط	7
6	يتوفر في المؤسسة الصحية إدارة للجودة تقوم بنشر ثقافة الجودة وتحت على تطبيق معاييرها.	2.92	1.267	58.4%	متوسط	4
7	يُكلف المسؤولون عن الإدارات العليا والوسطى في المؤسسات الصحية وفقاً للترج الوظيفي والخبرة	2.93	1.376	58.6%	متوسط	3
8	التشريعات واللوائح المعمول بها تساعد في ترشيد الانفاق على القطاع الصحي وتطوير الإدارة الصحية.	2.97	1.263	59.4%	متوسط	2
	الكلبي	2.85	1.013	57%	متوسط	

من خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن أفراد عينة الدراسة إجابتهم على المحور متوسط بشكل عام وبلغ المتوسط الحسابي 2.85، ولمعرفة أكثر العبارات تم ترتيبها تنازلياً كالاتي حسب درجة المتوسط الحسابي:

- 1- جاءت العبارة رقم (1) وهي " تقوم الإدارة في المؤسسة الصحية في ليبيا باتباع معايير الجودة في تقديم الخدمات الطبية (رضي المرضى أساس العمل الإداري) بالمرتبة الأولى من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (3.02) وبوزن نسبي 60.4%، حيث يعتمد القانون الليبي والهيكل التنظيمي لوزارة الصحة إدارة الجودة في كل المؤسسات الصحية، ولكن أن يعمل وفقاً لمعايير الجودة فتجدها في بعض المؤسسات التي يتوفر فيها عناصر طبية وطبية مساعدة وإدارية مدربين، وفي أغلب المؤسسات تكتفي بتسمية مدير لإدارة الجودة.
- 2- جاءت العبارة رقم (8) وهي التشريعات واللوائح المعمول بها تساعد في ترشيد الانفاق على القطاع الصحي وتطوير الادارة الصحية. بالمرتبة الثانية من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (2.97) وبوزن نسبي 59.4%، لأنه فعلاً تتوافر القوانين والتشريعات الذي نص عليها المشرع الليبي، وما تحتاجه سوى التنفيذ والتطوير بما يتماشى مع التطور العام في هذا المجال.
- 3- جاءت العبارة رقم (7) وهي يُكلف المسؤولون عن الادارات العليا والوسطى في المؤسسات الصحية وفقاً للتدرج الوظيفي والخبرة " بالمرتبة الثالثة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (2.93) وبوزن نسبي 58.6%، لان في سنوات الدراسة الأخيرة وفي ظل انتشار السلاح والانفلات الأمني، لم يعد المسؤول وفقاً للتدرج الوظيفي مما أثر سلباً على سير العملية الإدارية داخل المؤسسات الصحية.
- 4- جاءت العبارة رقم (6) وهي يتوفر في المؤسسة الصحية إدارة للجودة تقوم بنشر ثقافة الجودة وتحت على تطبيق معاييرها بالمرتبة الرابعة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (2.92) وبوزن نسبي 58.4%، عند الوصول إلى درجة نشر ثقافة الجودة والعمل وفقاً لمعاييرها، فهذا يشير إلى توافر خدمات صحية جيدة ونحتاج أن نطور منها، ولكن عندما يسعى المواطن إلى طلب الخدمات الصحية من خارج دولته فهذا ناتج لعدم توافق الخدمات المقدمة في الداخل مع رغباته.
- 5- جاءت العبارة رقم (3) وهي " تتبع الإدارة داخل المؤسسة الصحية النظم الإدارية والإلكترونية الحديثة والقابلة للتطوير في تسيير العمل. بالمرتبة الخامسة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (2.88) وبوزن نسبي 57.6%، وهذه إشارة إلى أن النظم الإدارية موجودة وجاهزة وقد نصت عليها اللوائح والقوانين الصحية، وما تحتاجه هو التطوير الذي يواكب التطور في النظم الصحية الدولية، ولكن العمل بها هو ما ينقص المؤسسات الصحية في ليبيا.
- 6- جاءت العبارة رقم (4) وهي " هناك تحسين مستمر وملحوظ في تقديم الخدمات للمرضى داخل المؤسسة الصحي، بالمرتبة السادسة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (2.81) وبوزن نسبي 56.2%، وذلك لان التحسين ينظر إليه المنهي في القطاع الصحي في ليبيا بأنه اجتهاد شخصي وغير مدعوم من الإدارة العليا للمؤسسة، فالموظف المجتهد في عمله لا يوجد ما يميزه عن غيره من الموظفين، وهذا يُظهر الخلل في السياسة الإدارية المتبعة في المؤسسات الصحية.
- 7- جاءت العبارة رقم (5) وهي سياسة التوظيف المتبعة داخل المؤسسة الصحية تضمن لها استقطاب الكفاءات البشرية المتنوعة والمتميزة في تقديم الخدمات الصحية بالمرتبة السابعة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (2.69) وبوزن نسبي 53.8%، الإجابة واضحة من خلال الحصر الرقمي للعاملين بالقطاع الصحي الليبي، الذي وصل فيه عدد العاملين في المجال الإداري والخدمي إلى ما يزيد عن مائة ألف موظف، أي ما يعادل العناصر الطبية والطبية المساعدة العاملين بنفس القطاع، وهذه زيادة غير مبررة وتشير إلى التكدر الوظيفي الذي يسبب في تدني معدلات الأداء، بالإضافة إلى أن الإدارة القائمة على هذه المؤسسات قد انتشرت فيها ظاهرة التسبب الإداري.
- 8- جاءت العبارة رقم (2) وهي " يشارك الموظفون العاملون بالمؤسسات الصحية في وضع الخطط ورسم السياسات مع الإدارات العليا والوسطى (الإدارة بالمشاركة) بالمرتبة الثامنة من حيث درجة الموافقة منخفض بمتوسط (2.59) وبوزن نسبي 51.8%، إن من المبادئ الرئيسة لحوكمة الإدارة الصحية وترشيدها وفقاً لنظام الجودة اتباع مبدأ الإدارة بالمشاركة، وتأتي الإجابة من عينة الدراسة بأن هذا المبدأ غير متوافر، وذلك لحصول هذه النقطة على درجة أقل موافقة.

المحور الثاني: بُعد واقع جودة الخدمات الصحية في النظام الصحي الليبي:

السؤال الرئيسي: ما مستوى تطبيق أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر متلقي الخدمة؟

في الجدول التالي نبين درجات الموافقة عن طريق المتوسط الحسابي والوزن النسبي، ونظراً لعدم وجود مساحة تسع التفصيل في هذا المحور، نكتفي بعرض النتائج النهائية له.

جدول 6. درجات الموافقة للمحاور الرئيسة

ت	المعوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1	التعاطف	3.62	0.903	72%	3	مرتفعة
2	الاعتمادية	3.64	0.768	73%	2	مرتفعة
3	الاستجابة	3.32	1.016	66%	5	متوسطة
4	الجاهزية	3.51	0.745	70%	4	مرتفعة
5	الامان	3.70	0.771	74%	1	مرتفعة
	جودة الخدمات الصحية ككل	3.55	0.733	71%		مرتفعة

يتبين من الجدول رقم (6) إن جودة الخدمات الصحية ككل درجتها مرتفعة بمتوسط حسابي 3.55 وبوزن نسبي 71%، وهذا من وجهة نظر متلقي الخدمة، وذلك لأن الأوزان التي استخدمت في هذه الدراسة تختص بالجوانب الملموسة من قبل المواطن، والتي لم تقصر الدولة الليبية في توفيرها، كالمباني وتوزيعها الجغرافي، والأجهزة والمعدات الطبية وغيرها، كذلك الجوانب الإنسانية التي يتمتع بها أغلب العاملين في القطاع الطبي الليبي والليبيين ككل، ولكن عند السؤال على مدى توافر الأدوية في الفقرة الرابعة من بُعد الجاهزية، تبين أن النسبة منخفضة حيث حصلت على درجة موافقة بمتوسط (2.42) وبوزن نسبي 48.4%، وأيضاً الفقرة التي تختص بتوافر المستلزمات الطبية في المرافق الصحية كانت نسبتها منخفضة بمتوسط (2.65) وبوزن نسبي 59.3%، هذا إذا ما نظرنا إلى أن ليبيا تقوم بالإتفاق على توفير هذه العناصر الأساسية في تقديم الخدمات الصحية ألا وهي الأدوية والمستلزمات الطبية، مما يعكس لنا أن هناك خلل في إدارة الموارد المالية، والذي أكدته أغلب التقارير المحاسبية الصادرة عن ديوان المحاسبة الليبي، وعلى ذلك فإن النسب في هذا المعيار قد لا تعكس لنا الواقع المعاش في إدارة القطاع الصحي، هذا لأن فقراته تتماشى مع المعايير الدولية الموضوعة دون الخوض في تفاصيل دقيقة قد تحدثت في دولة تقل فيها المعايير الرقابية والضبطية.

ولتحديد مستويات ابعاد الجودة وترتيبها، كما جاءت في نتائج الاستبانة الموزعة، سنرتبها تنازلياً من الأعلى الى الأقل كما في التالي:

- 1- أن اعلى درجة موافقة معيار الامان فهي مرتفعة بمتوسط حسابي 3.70 وزن نسبي 74% وبالتالي فهي أكثر المعايير تطبيقاً ومرتبها الاولى من وجهة نظر متلقي الخدمة.
- 2- المرتبة الثانية معيار الاعتمادية وهي مرتفعة بمتوسط حسابي 3.64 وبوزن نسبي 73%.
- 3- المرتبة الثالثة معيار التعاطف وهي مرتفعة بمتوسط حسابي 3.62 وبوزن نسبي 72%.
- 4- المرتبة الرابعة معيار الجاهزية وهي مرتفعة بمتوسط حسابي 3.51 وبوزن نسبي 70%.
- 5- المرتبة الخامسة وأقل المعايير تطبيق معيار الاستجابة من وجهة نظر متلقي الخدمة ودرجتها متوسطة بمتوسط حسابي 3.32 وبوزن نسبي 66%.

وبالتالي فإن مستوى الخدمات الصحية المقدمة يعتبر مقبولاً نوعاً ما حسب إجابات المبحوثين وما يحتاجه هو توفير ما ينقص المرافق والمؤسسات الصحية من أدوية ومستلزمات طبية، وتدريب وتأهيل الكوادر الطبية والطبية المساعدة، والتشديد على ضرورة أن يكون العمل مراقب بشكل مستمر، ونشر ثقافة الجودة بين العاملين في المؤسسات الصحية.

المحور الثالث: التحقق من فرضيات الدراسة:

الفرضية الأساسية (الفقرية): لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للسياسات الإدارية المتبعة داخل المنظومة الصحية في ليبيا على جودة الخدمات الصحية.

الفرضية البديلة: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للسياسات الإدارية المتبعة داخل المنظومة الصحية في ليبيا بشكل مباشر على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

وقد تفرعت الفرضية البحثية (الفرضية البديلة) إلى مجموعة من التساؤلات التي ندرجها في التالي:

- 1- هل تهتم النظم الإدارية المتبعة بمراقبة معايير وأبعاد الجودة؟ وهل هناك إدراك لهذه المعايير من قبل القائمين على تقديم الخدمات الصحية؟
- 2- هل هناك رقابة إدارية تسعى إلى ضبط مسارات السياسات الإدارية المتبعة؟ وتقوم على مبدى الرقابة المصاحبة التي تتجنب وقوع الأخطاء قبل حدوثها؟
- 3- هل السياسات الإدارية المتبعة بالمؤسسات الصحية تعمل بفاعلية لإدارة المدخلات داخل المنظومة الصحية؟

للتحقق من الفرضية تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيم اختبار t (One Sample T-test) وتم اختيار هذه الاختبار نظراً لوجود متغيرين للدراسة مجتمعة في كل فقرة ومستوى الدلالة للتأكيد ان كان المستوى عالي ودو دلالة إحصائية، وجاء النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (7) المتوسطات الحسابية وقيم اختبار t ومستوى الدلالة لبُعد السياسات الإدارية

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة
381	2.85	1.013	380	2.857	0.005

يتضح من الجدول السابق إن المتوسط الحسابي يساوي (2.85) وقيمة اختبار t المحسوبة تساوي (2.857) عند درجة حرية 380 وهي أكبر من قيمة t الجدولية (1.96) ومستوى دلالة أقل من مستوى الدلالة 0.05 المعتمد في الدراسة، ومن خلال ذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة:

تؤثر السياسات الإدارية القائمة في النظام الصحي بليبيا بشكل مباشر على جودة الخدمات الصحية.

الخاتمة العامة:

تتضمن الخاتمة العامة النتائج والمقترحات التي توصلت إليها هذه الدراسة والتي لا بد من أن يقوم الباحث بمطابقتها مع أهداف وفرضيات الدراسة وهي على النحو التالي:

أولاً: نتائج الدراسة:

- 1- لوحظ غياب شبه تام لتنمية وتطوير الموارد البشرية، العنصر الأساسي في تقديم الخدمات الصحية وهذا ناتج عن سوء إدارة الموارد البشرية بالمؤسسات الصحية في ليبيا.
- 2- يمتلك النظام الصحي الليبي الجاهزية لتقديم أفضل الخدمات الصحية، وما يحتاجه هو تصحيح المسارات التي تنتهجها إدارة هذا النظام.
- 3- تتوافق التشريعات التي يعمل من خلالها النظام الصحي الليبي مع إمكانيات تطبيق وممارسة معايير الجودة في المؤسسات الصحية.
- 4- غياب شبه تام للرقابة المصاحبة التي تعمل على تصحيح الأخطاء قبل وقوعها.
- 5- أثرت الحروب والصراعات السياسية والانفلات الأمني على النظام الصحي الليبي.
- 6- عدم الموائمة بين مخرجات التعليم الصحي ومتطلبات سوق العمل الليبي قد تسبب في نقص بعض التخصصات الطبية والطبية المساعدة التي يحتاجها القطاع الصحي.
- 7- تضخم نسبة القوى العاملة في القطاع الصحي العام بشكل كبير جداً حيث وصلت خلال فترة الدراسة بنسبة 112% مما كانت عليه في سنة 2008 وقد كانت أغلب هذه الزيادة في العناصر الإدارية والخدمية ووصلت إذا ما عودلت بعدد الأطباء إلى 1.5 طبيب لك 100 موظف إداري وخدمي، مما تسبب في تكديس وظيفي ونشوب ظاهرة البطالة المقنعة داخل المؤسسات الصحية وهذا قد أثر على عمل العناصر الطبية والطبية المساعدة وبالتالي انعكس سلباً على جودة الخدمات الصحية.
- 8- يتركز أغلب العاملين الصحيين (عناصر طبية وطبية مساعدة) في مراكز الرعاية الصحية الأولية بواقع 64% من إجمالي الموظفين الصحيين، بينما تجد حوالي 30% ممن يعملون في المستشفيات.
- 9- غياب العدالة في توزيع العناصر الطبية المؤهلة على المؤسسات الصحية في ليبيا، بحيث كان التركيز في المدن وأهملت الأرياف وقد أدى هذا إلى عدم تكافؤ الفرص في الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة للمواطنين.
- 10- يعد مؤشر التمريض مقابل الأطباء منخفض مقارنة بالمعيار الدولي الذي يتطلب توفير 5: 1 طبيب، بينما تجده في ليبيا 3: 1 مما يدل على نقص في هيئة التمريض مقابل الأطباء.
- 11- تحويل مرافق صحية تقدم في الخدمات الطبية الوقائية إلى مستشفيات قروية لا تتجاوز سعتها السريرية 15 سرير، قد أثرت في تقديم الخدمات الوقائية، فقد وصل عدد المرافق الصحية المرفعة إلى مستشفيات قروية منذ سنة 2012 وحتى سنة 2022 إلى 85 مستشفى قروي مستحدث، لم يضاف هذا العدد إلى السعة السريرية العامة إلا 6.4% سرير من إجمالي الأسرة، مما يشير إلى ضعف في التخطيط الإداري في النظام الصحي الليبي.
- 12- لا توجد ضوابط رقابية لتوريد وصرف الأدوية من وإلى المرافق الصحية، مما تسبب في نقص حاد للأدوية حيث أنها لم تتجاوز 10% من نسبة توافر الأدوية في المرافق الصحية.
- 13- إهمال شبه تام لقياس معدلات الأداء الذي يعتبر من أهم مؤشرات التمييز بين القوى العاملة في النظم الصحية، فتجد من ينتج في عمله بطاقة عمل تصل إلى 100% ومن لا ينتج ولا تتعدى معدل إنتاجيته 5% هم متساويين في الاجر والراتب، وهذا ناتج عن غياب الرقابة الإدارية في النظام الصحي الليبي وتفشي ظاهرة الفساد الإداري الذي يبني فيه التعامل مع الموظف على العلاقات الشخصية.

ثانياً: مقترحات الدراسة:

- 1- ضرورة بناء استراتيجية وطنية تدعم النظام الصحي في ليبيا بحيث يكون أساسها التخطيط السليم المبني على تشريعات وقوانين قابلة للتطوير والتحسين.
- 2- العمل على انشاء قاعدة بيانات شاملة لكل المؤسسات الصحية في النظام الصحي الليبي توفر معلومات رقمية وفقاً لإحصائيات دقيقة يقوم عليها كادر مدرب بحيث تسهل عملية وضع الخطط ورسم السياسات.

- 3- العمل على نشر ثقافة الجودة داخل المؤسسات الصحية، وذلك بالتركيز على الندوات والمؤتمرات وورش العمل العلمية في كامل المؤسسات الصحية.
- 4- وضع نظام فعال في اختيار القيادات الإدارية والتنفيذية على اتخاذ القرارات الصائبة في وقت مناسب.
- 5- دراسة الاستراتيجية التعليمية للعناصر الطبية والطبية المساعدة في الأمد الطويل وفقاً لاحتياجات النظام الصحي من هذه العناصر.
- 6- دعم الخدمات الوقائية وترشيدها وفقاً لدراسات علمية وانتهاج مسيرة التطوير المستمر في المجال.

قائمة المراجع

- 1- أحمد السيد كردي. (2024). مفهوم السياسات الإدارية. بوابات كنانة أونلاين.
- 2- أحمد محمد غنيم. (2006). إدارة المستشفيات رؤية معاصرة. المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.
- 3- أكرم أحمد الطويل. (2010, 01 01). إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية. مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، 6(19).
- 4- ديوان المحاسبة الليبي. (2021). تقرير ديوان المحاسبة الليبي 2021. طرابلس: ديوان المحاسبة الليبي.
- 5- رمزي مبارك الطراونة. (بلا تاريخ). أر استخدام منهج سيجما ستة في تحسين جودة الخدمات الصحية في وزارة الصحة الأردنية. عمان / الأردن.
- 6- فاطمة صابر وميرفت خفاجي. (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي. طرابلس / ليبيا: مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية.
- 7- مركز التوثيق والمعلومات بوزارة الصحة الليبية. (2012-2022). التقرير الإحصائي السنوي. طرابلس: مركز التوثيق والمعلومات بوزارة الصحة الليبية.
- 8- مركز المعلومات والتوثيق بوزارة الصحة. (2020). دراسة مؤسسات التعليم والتدريب الطبي والصحي في ليبيا. طرابلس: مركز المعلومات والتوثيق بوزارة الصحة.
- 9- مظفر أحمد حسين. (2014, 01 01). استراتيجية الموارد البشرية وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية. مجلة جامعة كركوك للعلوم الإدارية والاقتصادية، 4، صفحة 68.
- 10- منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع مركز التوثيق والمعلومات الصحية بوزارة الصحة الليبية. (2017). تقييم توفر وجاهزية الخدمات في المرافق الصحية العامة بليبيا. جنيف: منظمة الصحة العالمية.
- 11- منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والبنك الدولي. (2019). تقديم خدمات صحية عالية الجودة ضرورة عالمية للتغطية الصحية الشاملة. جنيف: منظمة الصحة العالمية.
- 12- نزار عبدالمجيد البروراي، لحسن عبدالله باشيوة. (2011). إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة - مفاهيم وأسس وتطبيقات. عمان: دار الوراق للنشر والتوزيع.
- 13- نورالدين حاروش. (2012). الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة. عمان/الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 14- نورة منصور مرعي طراد. (2022, 4 1). دور تطبيق السياسات الإدارية في تنمية مهارات التمكين الإداري لمديرات المدارس الثانوية بمدينة أبها الحضرية. مجلة كلية التربية جامعة المنصورة، 118، صفحة 1606.