Journal of Libyan Academy Bani Walid 2025
مجلة الأكاديمية الليبية بني وليد
e-ISSN: 3104-3860
المجلد الأول، العدد الثالث (الجزء الثاني)، 2025
الموقع الإلكتروني للمجلة: https://journals.labjournal.ly/index.php/Jlabw/index

النفقات العامة في النظام الصحي الليبي وأثرها على الخدمات الصحية المقدمة: دراسة تحليلية للفجوة بين التمويل وجودة الخدمات من وجهة نظر مقدمي الخدمة

صالح سلام مبروك الهيالي[1*]، محمد عبدالسلام خليفة طمين [2]، محمد سلام مبروك الهيالي[3]
[1،2] قسم المهن الطبية، المعهد العالي للعلوم والتقنية، تيجي، ليبيا
[3] قسم الهندسة المدنية، المعهد العالي للعلوم والتقنية، تيجي، ليبيا
[*]البريد الإلكتروني (للباحث المرجعي): asl20122000@gmial.com

Public Expenditures in the Libyan Health System and Their Impact on the Provided Health Services: An Analytical Study of the Gap Between Financing and Quality of Services from the Perspective of Service Providers

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

Received: 10-07-2025; Accepted: 01-09-2025; Published: 18-09-2025

الملخص

يهدف هذا البحث إلى التعرف على الأثر الذي يتركه الإنفاق العام الصحي على الخدمات الصحية المقدمة في نطاق المرافق الصحية بالدولة الليبية، ولتحقيق ذلك استخدم البحاث المنهج الوصفي التحليلي وذلك لوصف الظاهرة وصفاً دقياً وتحليل البيانات التي تم جمعها عن طريق أداة جمع البيانات التي اعتمدت في هذا البحث وهي الاستبانة، وبالاعتماد على برنامج الحزم الإحصائية SPSS لتحليل فرضيات البحث التي ارتكزت على بُعدين الأول يدرس الإنفاق الجاري والأخر الإنفاق الاستثماري للقطاع الصحي، أظهرت النتائج بأن بُعد الإنفاق الجاري(الأجور والمرتبات وما في حكمها) تؤثر بشكل مباشر على الخدمات الصحية المقدمة، بينما بعد الإنفاق الاستثماري كان تأثيره غير مباشر.

الكلمات المفتاحية: النفقات العامة، النظام الصحي، الخدمات الصحية.

Abstract

This study aims to identify the impact of public health spending on health services provided within health facilities in Libya. To achieve this, descriptive and analytical research was used to accurately describe the phenomenon and analyze the data collected using the questionnaire, the data collection tool used in this study. The study also relied on the statistical package SPSS to analyze the study's hypotheses, which were based on two dimensions: the first examines current spending and the second examines investment spending in the health sector. The results revealed that the current spending dimension (wages, salaries, and similar items) directly affects health services provided, while the investment spending dimension had an indirect impact.

Keywords: Public expenditures, health system, health services.

المقدمة

أن كل عمليات الإنتاج سواءً كانت إنتاج سلع أو خدمات تقوم على مجموعة من الموارد الأساسية، كالموارد المالية والبشرية والطبيعية، التي تتفاعل بدورها ضمن دائرة متكاملة لتحقيق أفضل استخدام لها، حيث يتم استغلالها بأمثل صورة لتلبية احتياجات المستفيدين مع تحقيق الجودة بأقل التكاليف، وهذا يحتاج إلى مدخلات كافية لتوفير ما هو مطلوب لعملية الإنتاج.

وعند الحديث عن عملية إنتاج الخدمات الصحية، وما حضت به من اهتمام في المجتمعات القديمة والمعاصرة، لارتباطها المباشر بصحة وسلامة الانسان، يجب أن تكون دائرة الإنتاج لهذه الخدمات ذات جودة عالية، وهذا يعتمد على مدى توافر العنصر الأساسي لهذه الدائرة وهو تدفقات نقدية تلبي كل ما تحتاجه هذه العملية من بنية تحتية للمرافق والمؤسسات الصحية إلى الأجهزة والمعدات الطبية والمواد التشغيلية وعنصر بشري كفء قادر على إدارة وتشغيل هده الدائرة.

مما سبق يتضح أن التدفقات النقدية والمتمثلة في النفقات العامة بالقطاع الصحي العام هي أحد أهم الركائز التي يستند عليها النظام الصحي لأي دولة، وهذا ما أكده (تقرير منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والبنك الدولي، 2018 ، ص17) حيث جاء فيه أن "الخدمات الصحية ذات الجودة المطلوبة لا يمكن أن تأتي بالمجان، أي لابد من تأهيل وتدريب العنصر البشري القائم على تقديم الخدمات الصحية، وتوفير التجهيزات اللازمة بما يتماشى مع المعايير المطلوبة، والإنفاق على البنية التحتية للنظام الصحي، وأن الاستثمار في الجودة سيحقق صحة أفضل للفرد والسكان، كما سيحقق القيمة مقابل المال، والعائد على الاستثمار في ضمان رعاية عالية الجودة، كما أن الافتقار إلى الجودة هو تكلفة لا يمكن تحملها، وذلك لان أثارها السلبية تنعكس على قوة الانتاج داخل الدولة".

وباعتبار أن ليبيا من الدول التي تملك مصدر مالي قوي أساس إيراداتها وهو النفط فإن لديها المقومات الأساسية للدفع في هذا الاتجاه، من هنا واجب على النظام الصحي للدولة الليبية بلوغ وتحقيق ما يسمى بالأمن الصحي المحلي، الذي تحث عليه المنظمات الدولية للوصول إلى الأمن الصحي العالمي، وهذا يتحقق عند خدمات صحية عالية الجودة، وعلى هذا الأساس قامت هذه البحث، التي تقيس الاثر الذي تتركه النفقات العامة للدولة على هذه الخدمة، ولكي يصل البحث إلى ما تصبوا إليه، لأبد من استعراض واقع النظام الصحي العام بليبيا، والتركيز على النفقات العامة لقطاع الصحة باعتبارها من أهم المقومات التي من خلالها يتم تقديم الخدمات الصحية للمواطن، وما هي أهم المعوقات التي تواجه عمل المؤسسات الصحية.

مشكلة البحث:

إنه عند دراسة التقارير السنوية الصادرة عن مركز المعلومات والتوثيق التابع لوزارة الصحة الليبية، يتبن أن ليبيا تصرف ما بين خمسة إلى سبعة بالمئة من الناتج المحلي الإجمالي على الخدمات الصحية، وعند ملامسة الواقع من خلال الزيارات التي أجراها البحاث للعديد من المرافق الصحية، والاطلاع على بعض التقارير الصادرة عن ديوان المحاسبة الليبي(الرقابة المالية)، يتضح أن هناك فجوة بين حجم النفقات العامة الموجهة للنظام الصحي ومستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، وتكمن هذه الفجوة بأن نسبة كبيرة من هذه الأموال لا تترجم إلى خدمات فعالة، فمثلاً نجد أن نسبة تغطية الخدمات الصحية الأساسية لا تتجاوز 40% في بعض المناطق، مع وجود نقص حاد في المعدات والأدوية في أغلب المرافق الصحية، كما تجد أن بعض المرافق الصحية في المناطق النائية قد قفلت نتيجة لعدم وجود المقومات الأساسية لها. (منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع مركز التوثيق والمعلومات الصحية بوزارة الصحة الليبية، 2017) .

إن هذا التناقض يؤثر سلباً على رضا المستفيدين وصحتهم العامة، من هنا تبرز الحاجة إلى فهم العوامل التي تؤثر في استخدام هذه النفقات وفعاليتها، خاصة في ظل التحديات التي تواجه النظام الصحي الليبي والدولة ككل. من هنا يمكن صياغة المشكلة البحثية في التساؤل التالي:

ما مدى تأثير النفقات العامة بالنظام الصحي الليبي على الخدمات الصحية المقدمة؟

أهمية البحث:

تنبع أهمية هذا البحث من الحاجة الماسة لفهم العلاقة بين النفقات العامة وجودة الخدمات الصحية في ليبيا، خاصة في ظل الظروف الاقتصادية والسياسية الصعبة التي تمر بها البلاد. كما أن هذا البحث يساعد في تسليط الضوء على مدى فعالية استخدام الموارد المالية في تحسين صحة المواطنين، كما يساهم في تقديم توصيات تدعم صناع القرار في تطوير سياسات صحية أكثر كفاءة وشفافية، وكذلك فإن دراسة هذا الموضوع تسهم في تعزيز الوعي المجتمعي بأهمية الرقابة والشفافية في إدارة الموارد الصحية.

أهداف البحث:

يهدف هذه البحث للوصل إلى التالي:

1- تحليل أثر النفقات العامة على الخدمات الصحية المقدمة في ليبيا.
2- تقييم فعالية استخدام الموارد المالية في القطاع الصحي.
3- محاولة تحديد العوامل التي تؤثر على كفاءة النفقات العامة.
4- فهم العراقيل والتحديات التي تواجه النظام الصحي في تقديم خدمات عالية الجودة.

فرضيات البحث:

الفرضية الأساسية (الصفرية): لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين حجم النفقات العامة والخدمات الصحية المقدمة في ليبيا.

الفرضية البديلة: هناك علاقة دلالة إحصائية تؤكد تأثير حجم النفقات العامة على الخدمات الصحية المقدمة في ليبيا

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

1. هل الأجور والمرتبات المعتمدة في النظام الصحي الليبي توفر مستوى عيش كريم لمقدمي الخدمات الصحية؟
2. هل يطبق نظام الحوافز والمكافأة في النظام الصحي الليبي ويحفز مقدمي الخدمة على تحسين الأداء؟
3. هل الجاهزية في المرافق الصحية في ليبيا (خاصة في توافر الأدوية والمستلزمات الطبية) جيدة وتنال رضى متلقي الخدمة؟
4. هل هناك رقابة مالية مصاحبة لعمل المؤسسات الصحية تسعى إلى ضبط أوجه الإنفاق وفقاً لما هو مخطط له؟

منهجية البحث:

لقد اتبع هذا البحث المنهج الوصفي التحليلي وذلك لوصف ما هو قائم حول موضوع البحث، وتحليل البيانات والمعلومات التي تم جمعها وتخص مشكلة البحث، وذلك من خلال تتبع المنهج الإحصائي لاختبار التساؤلات التي وضعها هذا البحث. وسيتم إيضاح المنهجية بنوع من التفصيل في الجانب العملي لهذا البحث.

حدود البحث:

1- الحدود المكانية: تتمثل الحدود المكانية في دراسة الأثر الذي تتركه النفقات العامة بالنظام الصحي الليبي على الخدمات الصحية المقدمة في نطاق المرافق الصحية العامة للدولة الليبية.

2- يغطي هذا البحث الفترة التي أجريت فيها والمتمثلة في النصف الثاني لسنة 2024.

مصطلحات البحث:

1- **النفقات العامة:** يعرف علماء المالية العامة النفقات العامة بأنها مبلغ نقدي يقوم بإنفاقه شخص عام بقصد تحقيق نفع عام. وعلى ذلك فإن للنفقات العامة ثلاث عناصر أساسية هي (الصفة النقدية، الصفة العمومية، إشباع حاجة عامة) (دراز، 1971، صفحة 165).

2- **النظام الصحي**: يعرف العلماء النظام الصحي على أنه الآلية المجتمعية التي يتم من خلالها تحويل الموارد المتاحة أو (المدخلات) إلى مخرجات متخصصة في صورة خدمات صحية تستهدف مواجهة المشكلات الصحية في المجتمع. (العبار، 2016، صفحة 35)

3- **الخدمات الصحية:** هي تلك النظم التي تُعني 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، صفحة 25).

الدراسات السابقة:

تُعد الدراسات السابقة من أهم العناصر الرئيسية التي يعتمد عليها الباحث في البناء الهيكلي السليم لدراسته، حيث أنها تمثل سلسلة أبحاث تتقاطع في نقاط جوهرية مع دراسته القائمة، كما أنها 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 هذا البحث على النحو التالي:

1- دراسة مفتاح عبدالسلام عليش وسامي عمر ساسي 2022

نشرت في مجلة دراسات الانسان والمجتمع العدد 20 لشهر نوفمبر 2022 بعنوان محددات الانفاق العام في الاقتصاد الليبي خلال الفترة (1995 – 2020) حيث هدفت إلى دراسة وتحليل المحددات الرئيسية للإنفاق العام في الاقتصاد الليبي، وتحديد مدى تأثير كلا منها على التوسع الذي طرأ على حجم الإنفاق العام خلال فترة الدراسة، وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وذلك لوصف وتحليل متغيرات الدراسة، بالإضافة إلى اسلوب التحليل القياسي الكمي المتمثل في اختبارات جذور الوحدة Unit root tests واختبار ARDL ، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة توازنيا بين حجم الانفاق العام كمتغير تابع، وحجم الناتج المحلي الإجمالي، وحجم الدين العام، وحجم السكان، ومعدل النمو في الإيرادات العامة، في الأجل الطويل، بينما كانت العلاقة عكسية الأثر في الأجل القصير.

2- دراسة مجدي الورشفاني وأيوب محمد الفارسي 2022.

نشرت في المجلة الأمريكية الدولية للعلوم الانسانية والاجتماعية في 31 يناير 2022 بعنوان الإنفاق العام وأثره على الناتج المحلي الإجمالي للاقتصاد الليبي دراسة قياسية للفترة من 1970-2014، حيث هدفت هذه الدراسة إلى قياس الأثر الذي يتركه الانفاق العام على الناتج المحلي الاجمالي باعتبار الانفاق العام من الادوات المستخدمة من قبل الدولة في الانتعاش الاقتصادي وتحفيز الطلب الكلي، وأن النمو في الناتج يقاس من خلال التطور في الموارد الطبيعية والبشرية وراس المال والتقدم التقني، وأن تدني مستويات النمو تدل على هشاشة الاقتصاد الوطني، وقد انتهجت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي واستخدمت النموذج القياسي بطريقة ARDL وقد توصلت الدراسة إلى أن الإنفاق الحكومي خلال فترة الدراسة قد حقق نمو اقتصادي ولم يحقق تنمية اقتصادية.

3- 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.

4- دراسة ياسر إبراهيم محمد داود 2017

نشرت في مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية، جامعة الإسكندرية، العدد الأول، المجلد الرابع والخمسون، يناير 2017، بعنوان الأثار الاقتصادية لتفعيل دور الإنفاق العام في تحسين الخدمات الصحية والعلاجية بالمستشفيات العامة والمركزية في مصر، حيث تضمنت مجموعة من الأهداف أهمها:

- توضيح أوجه القصور المادي والوظيفي والمؤسسي في قطاع الصحة في مصر.
- تحليل الأهمية النسبية للمستشفيات العامة والمركزية على مستوى إجمالي المستشفيات في مصر وعلى مستوى المستشفيات الحكومية والتخصصية.
- الأهمية المكانية والديموغرافية للمستشفيات العامة والمركزية في مصر.
- أوجه الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في مصر خلال السنوات الأخيرة وخاصة الإنفاق على خدمات المستشفيات العامة والمركزية.

ولقد انتهج الباحث المنهج الاستقرائي بالإضافة إلى استخدام الأسلوب التحليلي من خلال البيانات والمعلومات المتوافرة، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها أن الخدمات الصحية والعلاجية المقدمة بالمستشفيات العامة والمركزية في جمهورية مصر متدني والسبب في ذلك هو عدم القدرة الاستيعابية على تقديم الخدمات الصحية والعلاجية للكم الهائل من السكان والتزاحم الشديد من قبل طالبي الخدمات الصحية، وانخفاض المعروض من الامكانيات العلاجية والصحية على مستوى المستشفيات العامة والمركزية، وبدلك لابد من زيادة الانفاق على البنية التحتية الصحية والتوسع في انشاء المستشفيات العامة والمركزية.

5- دراسة محمد بن موسى عثمان عقيلي 2021

نشرت في المجلة العربية للإدارة المجلد 41 العدد الثاني يونيو 2021 بعنوان العلاقة بين الإنفاق على الرعاية الصحية والنمو الاقتصادي في دول مجلس التعاون الخليجي، دراسة تطبيقية باستخدام التكامل المشترك والعلاقة السببية، حيث هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة بين الإنفاق على الرعاية الصحية والنمو الاقتصادي في دول مجلس التعاون الخليجي للفترة من عام 2000 إلى 2020 وذلك لكون دول مجلس التعاون الخليجي (السعودية ، الكويت ، الإمارات ، قطر ، سلطنة عمان ، البحرين) تهتم بشكل كبير بتطور المنظومة الصحية لديها من خلال زيادة الإنفاق على القطاع الصحي كأحد أهم القطاعات التي تعنى بالإنسان، وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصف التحليلي من خلال التأسيس النظري للدراسة لقطاع الصحة وأهميته، وتأثير ذلك على معدلات النمو الاقتصادي لدول مجلس التعاون الخليجي، والتحليل الإحصائي الاقتصادي القياسي الذي يشمل توصيف وتقدير العلاقة السببية بين الإنفاق على الرعاية الصحية في دول مجلس التعاون الخليجي والنمو الاقتصادي، وذلك باستخدام اختبار التكامل المشترك وتحليل السببية بين المتغيرين الأمر الذي يمكن من التعرف على قيم وإشارات المؤشرات (المعاملات) المصاحبة للدالة وفحصها، ومن ثم تحليل النتائج الإحصائية وتحديد السلوك الاقتصادي لهذه الدالة، وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي متكاملان في جميع دول مجلس التعاون الخليجي، مما يدل على وجود ارتباط طويل المدى بينهما، كما أظهرت نتائج اختبار Granger causality أن هناك علاقة سببية قوية بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي في دول مجلس التعاون الخليجي سواءً في المدى القصير أو المدى الطويل.

6- دراسة علي دحمان محمد 2017

أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، نوقشت في جامعة أبوبكر بلقايد تلمسان بالجمهورية الجزائرية بعنوان تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على مختلف العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى تحسين وتطوير مستوى وكفاءة المنظمات الصحية ومدى فعالية الإنفاق الصحي على دعمها، وقد اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي عبر إظهار الإطار النظري للاقتصاد الصحي وماهية النظام الصحي، ثم يكون تحليلياً عند الحديث عن جانب التمويل (الإنفاق على القطاع الصحي)، كما اعتمد على المنهج الإحصائي خلال الفترة محل الدراسة، ومن ثم إظهار علاقة الإنفاق الصحي بمخرجات القطاع عن طريق الاعتماد على نموذج التكامل المشترك المتزامن وقد توصلت الدراسة أن القطاع الصحي بالجزائر لا يحتاج إلى زيادة في معدلات الانفاق لتوفير الموارد اللازمة بقدر ما هو يحتاج إلى ترشيد وتسيير هذه الموارد وذلك لضمان خدمات صحية ذات جودة وفعالية لجميع أفراد المجتمع.

الجانب النظري للدراسة:

إن فلسفة النظم الصحية السائدة في العالم تتمحور حول توفير خدمات صحية تتوافق مع توقعات ورغبات متلقي هذه الخدمة، وعلى هذا الأساس فإن الخدمات الصحية الجيدة والمتاحة لكل أطياف المجتمع هي الهدف التي تسعى إليه مختلف الأنظمة الصحية في العالم، وللوصول إلى هذا الهدف لابد من توافر العديد من المقومات، التي تبنى من خلالها هذه الفلسفة، والتي يمكن توافرها بتوافر العنصر المادي والعنصر البشري المدرب والقادر على إدارة هذه العملية.

وعلى هذا الأساس فإن الوصول إلى مرحلة الرفاهية الصحية المجتمعية يرتبط ارتباط مباشر مع مدى قدرة الدولة على تمويل النظام الصحي لديها، شريطة أن يترجم هذا التمويل إلى خدمات صحية فعالة.

مما سبق يتضح أن النفقات العامة الرشيدة على الأنظمة الصحية لها علاقة طردية مع الخدمات الصحية المقدمة، فكلما زاد دعم الدولة لتمويل النظم الصحية والرقابة على هذا التمويل كلما زاد مستوى الخدمات المقدمة للمواطنين وتوسع رقعت هذه الخدمات لتشمل جميع أطياف المجتمع، وباعتبار أن الانفاق الصحي هو انفاقاً على رأس المال البشري داخل الدولة لأنه يرتبط بصحة وسلامة الفرد والمجتمع ككل فإنه أساساً لتعزيز التنمية البشرية والاقتصادية للدولة.

وفي ليبيا يواجه النظام الصحي تحديات كبيرة نتيجة للصراعات السياسية وعدم الاستقرار ونشوب الحروب بين الحين والأخر، قد أثر سلباً على مستوى الخدمات الصحية المقدمة، وعلى ذلك فإن تعزيز معدلات الإنفاق العام على هذا النظام يعتبر خطوة في غاية الأهمية، ليستعيد النظام الصحي قواه نحو تحقيق الرفاهية الصحية وتحسين مؤشرات التنمية البشرية، وهذا ما دفع البحاث لدراسة الأثر الذي تتركه النفقات العامة على الخدمات الصحية المقدمة.

1- مفهوم الإنفاق الصحي العام:

تُعتبر النفقات العامة أداة من أدوات السياسة المالية للدولة، إذ تستخدمها من أجل إشباع الحاجات العامة، التي ترسمها الدولة كهدف تسعى لبلوغه، كما يعكس حجم النفقات العامة درجة تدخل الحكومة في النشاط الاقتصادي، وتُعد أيضاً مقياساً نقدياً للسلع والخدمات التي تقدمها الدولة لأفراد المجتمع.

وقد عُرفت النفقة العامة على أنها: "مبلغ نقدي يدفعه شخص عام من أجل إشباع حاجة عامة" (الطاهر، 1988، صفحة 109).

وعُرفت أيضاً بأنها: " مبلغ من النقود يخرج من الذمة المالية للدولة أو أحد المؤسسات التابعة لها من أجل اشباع حاجة عامة" (الأخضر، 2018، صفحة 62).

أما فيما يخص **الانفاق الصحي** الحكومي فهو جزء من الإنفاق العام للدولة ويقدر ضمن الموازنة العامة لها، **وقد عرفت منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD) الانفاق الصحي أنه"** الاستهلاك النهائي لسلع وخدمات الرعاية الصحية، أي الانفاق الصحي الجاري بما في ذلك الإنفاق على الرعاية التشخيصية

والتأهيلية والرعاية طويلة الأجل والخدمات المساعدة والسلع الطبية فضلاً عن خدمات الوقاية الصحية والصحة العامة" (الخفاجي، 2020، صفحة 3).

وعلى ذلك فإن الإنفاق الصحي العام هو الأساس في تكوين النظام الصحي للدولة، والذي يقاس من خلال بعض المؤشرات المتعارف عليها دولياً، كنسبة الانفاق الصحي العام من إجمالي الإنفاق للدولة، أو إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، حيث يمثل الناتج المحلي الإجمالي قيمة جميع السلع والخدمات النهائية المنتجة في دولة ما في سنة معينة، كما يوفر هذا المؤشر نسبة الموارد المخصصة للنظام الصحي من الدولة مقارنة بثرواتها، كذلك مؤشر الإنفاق الصحي للفرد الذي يعرف بأنه إجمالي الإنفاق الصحي للفرد معبراً عنه بسعر الصرف المتوسط للدولار الأمريكي في ذلك العام، ويتبين من هذا المؤشر إجمالي الإنفاق الصحي نسبة إلى عدد السكان المستفيدين معبراً عنه بالدولار الأمريكي لتسهيل المقارنة الدولية، ويمكن تقسيم النفقات العامة في النظم الصحية كما يلي. (منظمة الصحة العالمية، 2024)

1-1- النفقات الجارية (التشغيلية): وهي النفقات المتكررة والضرورية لتشغيل المرافق الصحية كرواتب وأجور العاملين في القطاع الصحي، وتكاليف شراء الأدوية والمستلزمات الطبية، وتكاليف الصيانة الدورية والنظافة والكهرباء والاتصالات وغيرها.

2-1- النفقات الرأسمالية (الاستثمارية): وهي النفقات التي تهدف إلى بناء أو شراء أو تطوير أصول ثابتة، مثل بناء المستشفيات والمراكز الصحية، وشراء أجهزة ومعدات طبية متطورة، وتطوير البنية التحتية للقطاع الصحي، والدورات التدريبية للكادر الوظيفي للقطاع وغيرها.

3-1- النفقات التحويلية: وهي النفقات التي تقدمها الحكومة كدعم مالي للأفراد أو المؤسسات الصحية، مثل دعم التأمين الصحي، وتقديم الإعانات المالية للمرضى ومحدودي الدخل.

2- مفهوم الخدمات الصحية:

تُعد الخدمات الصحية من المؤشرات المهمة التي تقيس مستوى تقدم الشعوب، ذلك لأنها هتم بصحة وسلامة الإنسان، مما يمنحها خصائص ومميزات تنفرد بها عن الخدمات الأخرى، وتزيد من مستوى تعقيدها، فهي لم تعد تقتصر على تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية فقط، وإنما امتدت إلى الخدمات الوقائية التي تبنى على نشر الثقافة والتوعية الصحية بين أفراد المجتمع.

وقد عرفت الخدمات الصحية على أنها:"جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية ."(مريزق، 2012، صفحة 35)

كما تعرف على أنها: "الخدمات التشخيصية العلاجية والتأهيلية، الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المختبرية) العادية والمتخصصة، وخدمات الإسعاف والطوارئ، وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية" (طعامنة، 2003، الصفحات 8-9)

ويمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى ثلاثة أقسام وهي (ذياب، 2009، الصفحات 37-39):

- خدمات علاجية: موجهة للفرد، وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات، سواء على مستوى المصالح الاستشفائية (الاستشفاء) أو مصالح الطب اليومي (العيادات الخارجية)، بالإضافة الى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة والتحاليل، إلى جانب خدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.
- خدمات وقائية: تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي داعمة لها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة. ومثال على ذلك الرقابة الصحية على الواردات.
- خدمات إنتاجية: تتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات والدم كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضا العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

3- الانفاق العام على النظام الصحي الليبي:

يقصد بالإنفاق العام للنظام الصحي: (هو كل ما تنفقه الدولة من الميزانية العامة على قطاع الصحة)، ومن هنا وجب تقسم الإنفاق إلى جزئيين رئيسيين بحسب تقسم النفقات في الإدارة المالية للدولة الليبية وهم:

أولاً: الإنفاق الجاري (التسييري): والذي يختص بالإنفاق على المرتبات والمهايأة والمكافأة فيما يسمى بالباب الأول من الميزانية، والمصروفات الإدارية (التسييرية) في الباب الثاني، كما يشمل مصروفات شراء وتوريد الأدوية والمستلزمات الطبية في الباب الرابع.

ثانياً: الإنفاق الاستثماري (التنموي): والذي يتم من خلاله الإنفاق على كل ما له علاقة بتنمية وتطوير القطاع، من جاهزية المرافق الصحية، والبنية التحتية للقطاع الصحي، ورفع كفاءة العناصر الطبية والطبية المساعدة والإدارية، وغيرها.

وإنه لكي تعكس الدراسة صورة واقعية للنفقات العامة على النظام الصحي الليبي تم اعتماد سلسلة زمنية رقمية توضع لنا حجم هذه النفقات، كما تم الاعتماد في قياس فاعليتها على بعض المؤشرات الدولية، كنسبة الانفاق الصحي العام من الانفاق العام للدولة، ونسبة الانفاق الصحي العام من الناتج المحلي الإجمالي، ونصيب الفرد من الانفاق الحكومي على الصحة، وفيما يلي تفصيل لهذه المؤشرات

3-1- نسبة الانفاق العام على الصحة من الانفاق العام للدولة خلال الفترة (2008 – 2022م):

نود قبل البدء في تفصيل هذه الجزئية أن نشير إلى أن هذه الترجمة الرقمية للسلسلة الزمنية 2008-2022 تم اعتمادها لتشمل فترة ما قبل الصراع السياسي وما بعده من خلال تتبع البيانات التي تعكس لنا استخدام الدولة لأداة الإنفاق العام التي تعتبر من الأدوات المهمة التي تستخدمها الدولة في التحسين والتطوير لمؤسساتها، ومدى فاعلية هذه الأداة، كما توضح لنا إن كان هناك فجوة بين حجم إنفاق الدولة على المنظومة الصحية والخدمات المرجوة من هذا الانفاق.

مما سبق ولما للأرقام من أهمية في ترجمة الواقع جاءت دراسة هذه الجزئية لتبين واقع إنفاق الدولة الليبية على الخدمات الصحية، والتي أُدرجت في الجدول رقم (1) الذي يظهر تطور حجم الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة نسبة للإنفاق الحكومي العام للدولة الليبية.

جدول 1. نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق العام خلال الفترة (2008-2022).

البيان السنوات	الانفاق العام للدولة	الإنفاق العام على الصحة	نسبة الانفاق على الصحة للإنفاق العام %	الانفاق الجاري على قطاع الصحة	نسبة الإنفاق الجاري للإنفاق العام على الصحة %	الانفاق الاستثماري على قطاع الصحة	نسبة الإنفاق الاستثماري للإنفاق العام على الصحة %
2008	44,115	2,622	5.94	1,542	58.81	1,080	41.19
2009	35,677	2,527	7.08	1,827	72.30	700	27.70
2010	54,498	3,125	5.74	2,480	79.37	645	20.63
2011	23,366	-	-	-	-	-	-
2012	53,941	5,683	10.54	4,167	73.33	1,516	26.67
2013	65,283	5,378	8.24	4,210	78.28	1,168	21.72
2014	43,814	3,983	9.09	2,983	74.89	1,000	25.11
2015	36,014	3,532	9.81	3,532	100.00	-	-
2016	29,171	2,932	10.05	2,932	100.00	-	-
2017	32,692	-	-	-	-	-	-
2018	39,286	4,403	11.21	4,195	95.28	208	4.72
2019	45,813	4,367	9.53	4,367	100.00	-	-
2020	37,310	4,117	11.04	4,117	100.00	-	-
2021	85,775	9,247	10.78	9,116	98.58	131	1.42
2022	127,894	4,679	3.66	4,679	100.00	-	-

المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على التقارير الإحصائية الصادرة (مركز التوثيق والمعلومات بوزارة الصحة الليبية، 2008-2022)

ومن خلال تحليل البيانات سالفة الذكر الواردة بهذا الجدول نستنتج التالي:

- أن نسبة الإنفاق على قطاع الصحة من الإنفاق الحكومي العام لم تتجاوز 11.2% طيلة فترة الدراسة، حيث جاء ذلك خلال سنة 2018 بينما وصلت في سنة 2022 إلى أدني مستوياتها وهي 3.66% وهذا يعد مؤشر منخفض جداً مما يؤثر بالسلب على جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- أن الانفاق الجاري في سنة 2008 قد بلغ 58.8% من إجمالي الإنفاق العام على الصحة، ويعتبر مرتفع.
- منذ سنة 2009 بدأ الإنفاق الجاري على قطاع الصحة في الزيادة حيث وصل إلى 72.3% من إجمالي الانفاق على الصحة، مما أثر سلباً على مخصصات الانفاق الاستثمار (التنموي)، وهذا ناتج عن زيادة التوظيف وتضخم بند المرتبات.
- وخلال الفترة الممتدة من سنة 2015 وإلى 2022 استحوذ الانفاق الجاري على كامل الميزانية العامة لقطاع الصحة تقريباً حيث وصلت إلى 100% في أغلب الفترة المذكورة، وبالتالي فإن هذا المؤشر يعتبر من المؤشرات السلبية التي تسجل على الإنفاق الصحي، إذ أن التنمية الفكرية للعناصر الطبية والطبية المساعدة قد أوقفت، وكذلك الانشاء وإعادة التعمير للبنية التحتية الصحية قد توقف هو الأخر.
- إن معدل الإنفاق على الباب الأول (المرتبات وما في حكمها) قد تضاعف إلى أكثر من خمسة أضعاف ونصف إذا ما اعتبرنا أن سنة 2008 كسنة أساس لهذه الدراسة، فقد وصل خلال سنة 2021 إلى ما يزيد عن 4 مليار دينار بينما كان في سنة الأساس 727 مليون دينار ليبي، ولكن هذه الزيادة قد تعزي الزيادة على مرتبات العناصر الطبية والطبية المساعدة لتحفيزهم خلال مرحلة مجابهة فايروس كورونا.
- إن نسبة الباب الأول بلغت أعلى مستوياتها في سنة 2016 بنسبة 75% بينما بلغت أقل مستوى لها سنة 2022 بنحو 33% من الانفاق الجاري على الصحة، ويعد هذا التذبذب وعدم الاستقرار في مصروفات الباب الأول لمجموعة من الأسباب منها:
  أ. صرف بعض المستحقات المتراكمة عن سنوات سابقة.
  ب. التذبذب الحاصل في الميزانية العامة لقطاع الصحة من سنة إلى أخرى.
- أن نسبة الإنفاق الاستثماري على قطاع الصحة من الإنفاق الحكومي العام على القطاع قد تناقصت بشكل ملحوظ خلال سنوات الدراسة الأولى، بل وكانت معدومة في بعض السنوات، إذ كانت خلال سنة 2008 تشكل ما نسبته 41.19% لتصل إلى الصفر خلال السنوات 2021،2020،2019،2016،2015 ولم تتجاوز 11.2% طيلة فترة الدراسة، حيث جاء ذلك خلال سنة 2018 بمبلغ وقدره 4,403 مليون دينار ليبي.
- خلال سنوات الدراسة الأولى 2008 - 2014 تراوحت نسبة الانفاق الاستثماري المتمثلة في (التجهيزات والبنية التحتية ورفع كفاءات العناصر الطبية والطبية المساعدة والخطط والبرامج التنموية) بقطاع الصحة ما بين 20.6% لسنة 2012 إلى 41% لسنة 2008 وهذا التذبذب ناتج عن تذبذب الميزانية العامة للصحة.
- انه خلال الفترة من 2015 – 2022 وصل الانفاق الاستثماري على قطاع الصحة إلى الصفر وهذا يعد من المؤشرات السلبية إذ أهمل خلالها الانفاق الذي يهدف إلى التنمية.
-

3-2-تطور نسبة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (2008 – 2022م):

جدول 2. تطور نسبة الانفاق الحكومي على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي

الأرقام بالمليون دينار ليبي

السنوات	الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية	الإنفاق الحكومي على الصحة	نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة للناتج المحلي الإجمالي %
2008	115828	2,622	2.26
2009	82,733	2,527	3.05
2010	103,982	3,125	3.01
2011	68,593	-	-
2012	131,841	5,683	4.31
2013	111,439	5,378	4.83
2014	85,484	3,983	4.66
2015	74,477	3,532	4.74
2016	74,653	2,932	3.93
2017	99,496	-	-
2018	112,250	4,403	3.92
2019	104,181	4,367	4.19
2020	69,931	4,117	5.89
2021	193,295	9,247	4.78

- إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة من تقارير (مركز التويق والمعلومات بوزارة الصحة الليبية، 2008-2022) و (وزارة التخطيط الليبية، 2020).
- لا تتوافر البيانات عن الانفاق العام الصحي لسنتي 2011 و2017.

- من خلال تتبع نسبة الانفاق على الصحة خلال سنوات الدراسة مقارنة بالناتج المحلي الإجمالي يتضح بان معدل الانفاق يعتبر منخفضاً جداً.
- الزيادة في سنة 2020 والتي كانت نسبتها 5.89% وهي أعلى نسبة سجلت خلال فترة الدراسة كانت بسبب الزيادة في الصرف على جائحة كورونا وكذلك بسبب انخفاض الناتج المحلي الإجمالي لنفس السنة الذي كان سببه انخفاض الطلب العالمي على المنتجات النفطية.

3-3- تطور نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة خلال الفترة (2008 – 2022م):

إنه من خلال قراءة البيانات الواردة بالجدول رقم (3) يتبين لنا التالي:

- يعتبر نصيب الفرد من الإنفاق الصحي العام في ليبيا منخفض حيث سجل خلال سنوات الدراسة متوسط 589 دينار ليبي.
- أثرت الزيادة في سعر الصرف على نصيب الفرد من الإنفاق الصحي العام إذا ما تم القياس بمقابل العملة الليبية للدولار، حيث سجلت أقل نصيب للإنفاق الحكومي على الفرد خلال سنة 2016 بقيمة قدرت 454 دينار وبواقع سعر صرف في تلك السنة 1.44 دينار للدولار الواحد وبذلك فإن نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي بالدولار لنفس السنة هو 315 دولار، وسجلت أعلى قيمة لنصيب الفرد خلال سنوات الدراسة في سنة 2021 حيث وصلت إلى 1310.2 دينار، وإذا ما قيست بسعر الصرف الذي يعادل 4.60 لنفس السنة فنجد أن نصيب الفرد من الانفاق الحكومي على الصحة بالدولار لا يتجاوز 285 دولار وهنا يظهر التأثير واضح.

جدول 3. تطور نصيب الفرد من الانفاق الحكومي على الصحة خلال الفترة (2008-2022).

الأرقام بالمليون دينار

السنوات	الإنفاق الحكومي على الصحة بالمليون دينار	عدد السكان	نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بالدينار	سعر صرف الدينار الليبي مقابل الدولار	نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بالدولار
2008	2622.000	5537340	473.5	1.25	378.8
2009	2527.000	5637012	484.3	1.24	390.5
2010	3125.000	5800232	538.8	1.25	431.0
2012	5683.000	6010919	945.4	1.25	756.3
2013	5378.000	6119116	878.9	1.25	703.1
2014	3983.000	6229260	636.4	1.33	478.5
2015	3532.000	6341387	557.0	1.39	400.7
2016	2932.000	6455532	454.2	1.44	315.4
2018	4403.000	6690023	658.1	1.39	473.5
2019	4367.000	6810443	641.2	1.39	461.3
2020	4117.000	6933031	593.8	1.33	476.5
2021	9247.000	7057826	1310.2	4.60	284.8
2022	4679.000	7184867	651.2	4.84	134.5

❖ إعداد الباحث بالاعتماد على مجموعة من التقارير الصادرة عن (مركز التوثيق والمعلومات بوزارة الصحة الليبية، 2008-2022) و (مصلحة الإحصاء والتعداد بليبيا، 2006).

ثالثاً: الجانب العملي للدراسة:

1- **منهجية البحث:** إنه كما أوردنا في الإطار العام بأن هذا البحث 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 هذا البحث والتي تهدف إلى معرفة الأثر الذي تتركه النفقات العامة للنظام الصحي الليبي على الخدمات الصحية المقدمة ، ولكي يستطيع البحث تحقيق أهدافه 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 البحث، 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 البحث. (خفاجي، 2002، صفحة 87).

2- **مجتمع البحث:** يتكون مجتمع البحث من جميع العاملين في المؤسسات الصحية بالقطاع العام بليبيا والبالغ عددهم (211) ألف موظف.

3- **عينة البحث:** لقد قام الباحث باختيار عينة البحث من مجتمع البحث الموضح في الفقرة السابقة، والذي يشير إلى كبر حجم المجتمع، وعلى ذلك تم الاعتماد على العينة العشوائية العنقودية، بحيث يتم تقسيم مجتمع البحث 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 تم اختيار مفردات البحث.

وعلى هذا الأساس تم تطبيق معادلة ريتشارد جيجر لتقدير حجم العينة المناسبة للعاملين بالقطاع الصحي الليبي، وكانت مفرداتها (384) شخص.

الجدول 4. الاستبيانات الموزعة والمستردة والصالحة للتحليل من عينة البحث

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

المصدر: إعداد الباحث

4- أداة البحث:

- **بناء أداة البحث:** لقد تم اعتماد أسلوب الاستبانة كأداة لجمع البيانات باعتبارها الأنسب لهذا البحث، حيث قسمت إلى جزئين، جزء خاص بالبيانات الديموغرافية للمبحوثين، والجزء الأخر خاص بأبعاد البحث مقسمة إلى بعدين، بُعد نقيس من خلاله مدى تأثير الانفاق الصحي العام الجاري على الخدمات الصحية المقدمة، وبُعد نقيس من خلاله تأثير الإنفاق الصحي العام الاستثماري على الخدمات الصحية المقدمة، موجه إلى مقدمو الخدمات الصحية، وأحتوى كلا البُعدين على 16 عبارة.
- **اختيار مقياس أداة البحث:** 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 (5) يبين الوزن المرجح لإجابات كل عبارة من العبارات على النحو التالي:

الجدول 5. الوزن المرجح لإجابات العبارات.

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

- **صدق أداة البحث:** وهو التأكد من إن الاستبانة تقيس ما أعدت من أجله، وللتحقق من صدق الاستبانة المستخدمة في البحث 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 اجراء تحكيم الاستبانة وتعديل الأداة وفقًا لآرائهم وملاحظاتهم؛ وذلك للوصول إلى الاستبانة النهائية.
  - **صدق الاتساق الداخلي:** بعد إتمام إجراءات الصدق الظاهري (صدق المحكمين) قام البحاث بتوزيع عدد (30) استمارة استبيان على عينة من المجتمع الأصلي وذلك لحساب صدق الاتساق الداخلي للمقاييس المستخدمة في البحث، 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 بهذا البحث وهم:

- **بُعد الانفاق الجاري (الأجور والمرتبات والحوافز والمكافأة) للعاملين بالقطاع الصحي الليبي.**

الجدول 6. معاملات الارتباط بين فقرات متغير بعُد الانفاق الجاري والدرجة الكلية للمتغير.

رقم العبارة	العبـــــــــــــــارات	الارتباط	
		القيمة	مستوى المعنوية
1	الاجور والمرتبات المعتمدة تغطي حاجة مقدمي الخدمات الصحية مما يدفعهم للعمل بجد وإخلاص	0.815**	0.000
2	يتحصل المهنيون المتميزون في عملهم والعاملين بالمؤسسات الصحية على حوافز مادية ومعنوية	0.667**	0.000
3	المكافأة عن العمل الإضافي لمقدمي الخدمات الصحية مجزية وتحفز على زيادة العمل بدقة واتقان.	0.541**	0.002
4	الحوافز التشجيعية تمنح لمستحقيها من الكوادر الطبية والطبية المساعدة والتسييرية	0.841**	0.000
5	تتفاوت المرتبات بين مقدمي الخدمات الصحية بناءً على التفاوت في دقة واتقان العمل.	0.645**	0.000
6	يمنح الزي الطبي لمقدمي الخدمات الطبية من قبل المؤسسة التي يعمل بها.	0.666**	0.000
7	يستطيع الموظف أو المهني التابع لقطاع الصحة أن يدخر من مرتبه.	0.847**	0.000
8	هناك زيادة في مرتبات العاملين بالقطاع الصحي تواكب الزيادة في مستويات المعيشة.	0.734**	0.000
9	عدم الرضا على الوضع المادي (المرتبات) للعاملين بقطاع الصحة يؤثر على الأداء الوظيفي لهم وبالتالي على حالة المرضى.	0.517**	0.003
10	تهتم الإدارة داخل المؤسسة الصحية بتدريب وتأهيل العناصر الطبية والطبية المساعدة لمواكبة التقدم التكنولوجي وبما يخدم مصلحة المرضى.	0.697**	0.000

❖ المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج برنامج (SPSS)

يتضح من الجدول رقم (5) والذي يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات التي تقيس بعُد الانفاق الجاري لعينة البحث الاستطلاعية أن أعلى درجة بين الفقرات كانت (0.847) وأقل درجة كانت (0.517) وجميع الفقرات دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) وهذا يدل على وجود علاقات ارتباط طردية وقوية بين جميع الفقرات التي وضعت لقياس بُعد الانفاق الجاري مقارنتا بالدرجة الكلية للمتغير، مما يؤكد صدق الاتساق الداخلي لهذا المحور.

- **بُعد الانفاق الاستثماري (مخصصات التنمية على القطاع الصحي الليبي).**

الجدول 7. معاملات الارتباط بين فقرات متغير بعُد الانفاق الاستثماري والدرجة الكلية للمتغير.

رقم العبارة	العبارات	الارتباط	
		القيمة	مستوى المعنوية
1	يهتم القطاع الصحي بليبيا بإنشاء وصيانة المرافق الصحية وفق التوزيع الجغرافي للسكان	0.847**	0.000
2	يتحصل المهنيون المتميزون العاملون بالقطاع الصحي على إيفاد لاستكمال دراستهم ومواكبة التطور الفكري في تخصصهم	0.895**	0.000
3	هناك رقابة مالية صارمة على ترشيد الإنفاق داخل المؤسسات الصحية (الصرف وفقاً للإجراءات القانونية وبما يخدم مصلحة المؤسسة	0.858**	0.000

	والمرضى)		
4	هناك متابعة دقيقة للتوريدات التي تقوم بها المؤسسات الصحية من أجهزة ومعدات طبية وتجهيزات للمباني.	0.885**	0.000
5	تقوم الإدارة باستجلاب أطباء زوار متخصصين ويتمتعون بكفاءة عالية لمعالجة المرضى داخل المؤسسة.	0.862**	0.000
6	تساهم الادارة داخل المؤسسة الصحية في عقد المؤتمرات العلمية وورش العمل المهنية التي تزيد من كفاءة العاملين بها.	0.895**	0.000

❖ المصدر: إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج برنامج (SPSS)

يتضح من الجدول رقم (7) والذي يوضح صدق الاتساق الداخلي للفقرات التي تقيس بعد الانفاق الاستثماري على الخدمات الصحية لعينة البحث الاستطلاعية أن أعلى درجة بين الفقرات كانت (0.895) وأقل درجة كانت (0.847) وجميع الفقرات دالة إحصائياً عند مستوي معنوية (0.01) وهذا يدل على وجود علاقات ارتباط طردية وقوية بين جميع الفقرات التي وضعت لقياس بُعد الانفاق الاستثماري مقارنتا بالدرجة الكلية للمتغير، مما يؤكد صدق الاتساق الداخلي لهذا المحور.
مما سبق يتبين 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.

- **ثبات أداة البحث:** 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 هذا البحث.

جدول رقم (8) نتائج اختبار كرونباخ ألفا

أبعاد جودة الخدمة	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ (الثبات)
بعد الانفاق الجاري (الأجور والمرتبات وما في حكمها)	10	0.838
بُعد الانفاق الاستثماري (جاهزية المرافق الصحية)	6	0.936

يتضح من الجدول السابق رقم (7) إن معامل التبات لمحور **بعد الانفاق الجاري** يساوي (0.838) حيث تعتبر هذه قيمة ممتازة لأنها أكبر من 0.8، وأما عبارات محور **بُعد الانفاق الاستثماري** والتي كانت نتيجتها 0.936 هي الأخرى قيمة ممتازة لأنها أكبر من 0.8 وبذلك يكون قد تم التأكد من صدق وثبات مقياس البحث مما يجعلها على ثقة بصحة المقياس وصلاحيته لتحليل النتائج.

5- عرض وتحليل نتائج البحث:

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

بطبيعة الأمر هناك تنوع واختلاف في خصائص مجتمع البحث من حيث الجنس والمسمى الوظيفي والعمر والمؤهل العلمي والخبرة ومتوسط الدخل الشهري، وهذه النسب والتكرارات المتعلقة بخصائص المجتمع موضحة في الجدول التالي:

جدول 9. خصائص مجتمع البحث.

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**
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 من5 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%
متوسط الدخل الشهري	أقل من 500 دينار	11	2.9%
	من 500 إلى 1000 دينار	92	24.2%
	من 1001 إلى 1500 دينار	122	32%
	من 1501 إلى 2000 دينار	120	31.5%
	من 2001 إلى 2500 دينار	34	8.9%
	أكثر من 2500 دينار	2	0.5%
	المجموع	381	100%

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- أن النسبة الأعلى من المجيبين هم الاناث بنسبة 65.60%، أما الذكور فكانت نسبتهم 34.40%، وذلك لأن أغلب المجيبين كانوا من العناصر الطبية والطبية المساعدة (الأطباء، والتمريض، وفنيي المختبرات،

والصيادلة) باعتبارهم الخط الأول في تقديم الخدمات الصحية بالقطاع الصحي بليبيا وهم أغلبهم من فئة الإناث.

- أن النسبة الأعلى من المجيبين الذين اعمارهم تتراوح بين 30 سنة - 40 سنة حيث بلغت نسبتهم 43.8% ويليها الذين اعمارهم من 41 - 50 سنة حيث كانت نسبتهم 29.1 %، أما النسبة الأقل كانت اعمارهم أكثر من 50 حيث بلغت 10%، وهذا المؤشر يُعد إيجابي باعتبار أن أغلب العاملون في القطاع الصحي العام بليبيا هم من الفئة الشابة القادرة على البدل والعطاء وتقديم أفضل الخدمات.
- تصدر المجيبين حسب المؤهل العلمي حملة الشهادة الجامعية أوما يعادلها بنسبة 58.30% من إجمالي المجيبين، ويأتي في المرتبة الثانية حملة الدبلوم المتوسط بنسبة 26.80%، ويليها حملة المؤهل العلمي الثانوي بنسبة 6.80%، وكانت نسبة حملة الماجستير3.10%، وبعدهم حملة التخصص الدقيق الدكتوراه بنسبة 1.90%، وأقلهم نسبة كان من مؤهلهم تعليم اساسي حيت بلغت 0.50%، وهذا المؤشر إذا ما تم اعتماده والقياس عليه فإنه يضع الصورة أمام راسمي السياسات الصحية إن أغلب العاملون بالقطاع الصحي العام هم من حملة المؤهلات الجامعية، الذي يساعد في الرقي بمستوى الخدمات المقدمة التي يطمح إليها المرضى، كما يوضح الصورة أن حملة التخصصات الدقيقة (الأطباء المتخصصين) نسبتهم ضعيفة وبإمكانهم دعم شريحة الأطباء العامين وافادهم للدراسات العليا حتى تُدعم شريحة الأخصائيين وبالتالي النهوض بالمنظومة الصحية ككل.
- أن النسبة الأعلى من المجيبين حسب التخصص كانت من العناصر الطبية المساعدة حيث بلغت 42.30%، ويليهم الفنيين بنسبة 16.30%، وأقل نسبة كان الأطباء المتخصصين إذ لم تتجاوز 4.50%، وهذا يؤكد ما أظهرته النقطة السابقة، بأن النظام الصحي يحتاج إلى دعم الأخصائيين.
- أن النسبة الأعلى للمجيبين الذين خبرتهم أكثر من 5 سنوات وأقل من 10 حيث كانت 27.80% ، ومن تم اللذين خبرتهم من 11 إلى 15 سنة بنسبة 19.70%، وأقلهم اللذين خبرتهم من 21 إلى 25 سنة بنسبة 10.80%، وبتفسير قراءة هذه النسب يتضح أن الأغلبية من يحملون خبرة عمل تزيد عن الخمس سنوات مما يؤهلهم إلى اكتساب المهارات الفنية والعملية اللازمة لأن يقدموا خدمات صحية ذات جودة.
- كما يتضح أن أعلى نسبه من المجيبين الذين متوسط دخلهم الشهري من 1001 إلى 1500 دينار فقد بلغت نسبتهم 32 %، ويليها مباشرة الذين متوسط دخلهم الشهري من 1501 إلى 2000 دينار فقد بلغت نسبتهم 31.5 %، وكانت اقل نسبة الذين متوسط دخلهم الشهري أكثر من 2500 دينار فقد بلغت 0.50%، وإذا ما أردنا تصور واقع مرتبات العاملون بالقطاع الصحي والوضع المالي لهم لابد من تفسيرها بصورة الواقع وهو كما يلي:

جدول 10. متوسط الدخل الشهري للمجيبين وفقاً لسعر الصرف.

التسلسل	قيمة المرتب بالدينار الليبي	سعر صرف الدينار الليبي مقابل الدولار	قيمة المرتب بالدولار
1	500	4.48	112
2	1000	4.48	223
3	1500	4.48	335
4	2000	4.48	446
5	2500	4.48	558

ومن هنا يتضح أن أعلى نسبة من العاملين بالقطاع الصحي لا تتجاوز مرتباتهم الشهرية 335 $ دولار، وأقل نسبة والتي قدرت بنحو 0.50 % من يتقاضون 558$ دولار شهرياً، ومن هذا القياس يمكن القول بأن مرتبات العناصر الطبية والطبية المساعدة ضعيفة إذا ما قارناها بمستويات المعيشة خلال فترة البحث، وذلك بتتبع مؤشرات التضخم والتي فاقت 25.9% خلال سنة 2016 مقابل 9.8% في سنة 2015، مما سبب في انخفاض الدخول الحقيقية، ما نتج عنه إنخفاض مستوى المعيشة (الهيئة العامة للمعلومات، صفحة 20)، وزيادة في قيمة السلع والخدمات، كذلك فإنه لا تجد طبيب متخصص يعمل

براتب يومي لا يتجاوز 20$ ، وهذا أحد أهم المؤشرات السلبية التي دفعتنا لهذا البحث، والأكثر من ذلك عندما تجد موظف بمستشفى طرابلس الجامعي، يمارس مهنة التمريض وتحت تصنيف معاون صحي يعمل يومي بقسم عناية الأطفال وبراتب شهري يقل عن 90$.

من هنا يمكن القول بأن مؤشر المرتبات الذي يتمثل في الانفاق الجاري من هذا البحث من أهم المؤشرات التي يمكن الاعتماد عليها في تفسير واقع حال الموظف الليبي بالقطاع الصحي، وهل بإمكانه العمل بجد وإخلاص أم يقف عاجزاً عن تلبية احتياجاته المعيشية أمام راتب متدني في دولة نفطية وتصنف دولياً بأنها من الدول ذات المصدر المالي القوي.

2-5- تحليل بيانات محاور البحث:

المحور الأول: بعد الانفاق الجاري (المرتبات والحوافز والمكافأة) وأثرها على جودة الخدمات الصحية:

لمعرفة درجة الموافقة نقوم بتوضيح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل عبارة واتجاها نحو درجة الموافقة وترتيبها تنازليا حسب متوسطات الموافقة في الجدول التالي:

الجدول 10. المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

ت	العبـــــــارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الاتجاه	الترتيب
1	الاجور والمرتبات المعتمدة تغطي حاجة مقدمي الخدمات الصحية مما يدفعهم للعمل بجد وإخلاص	2.63	1.249	52.60%	متوسط	7
2	يتحصل المهنيون المتميزون في عملهم والعاملين بالمؤسسات الصحية على حوافز مادية ومعنوية	2.52	1.289	50.40%	منخفض	8
3	المكافأة عن العمل الإضافي لمقدمي الخدمات الصحية مجزية وتحفز على زيادة العمل بدقة واتقان.	2.97	1.389	59.40%	متوسط	4
4	الحوافز التشجيعية تمنح لمستحقيها من الكوادر الطبية والطبية المساعدة والتسييرية	3.02	1.418	60.40%	متوسط	3
5	تتفاوت المرتبات بين مقدمي الخدمات الصحية بناءً على التفاوت في دقة واتقان العمل.	2.86	1.289	57.20%	متوسط	5
6	يمنح الزي الطبي لمقدمي الخدمات الطبية من قبل المؤسسة التي يعمل بها.	3.24	1.457	64.80%	متوسط	2
7	يستطيع الموظف أو المهني التابع لقطاع الصحة أن يدخر من مرتبه.	2.36	1.207	47.20%	منخفض	9
8	هناك زيادة في مرتبات العاملين بالقطاع الصحي تواكب الزيادة في مستويات المعيشة.	2.72	1.317	54.40%	متوسط	6
9	عدم الرضا على الوضع المادي (المرتبات) للعاملين بقطاع الصحة يؤثر على الأداء الوظيفي لهم وبالتالي على حالة المرضى.	3.64	1.312	72.80%	مرتفع	1
10	تهتم الإدارة داخل المؤسسة الصحية بتدريب وتأهيل العناصر الطبية والطبية المساعدة لمواكبة التقدم التكنولوجي وبما يخدم مصلحة المرضى.	3.02	1.341	60.40%	متوسط	3
ت	الكـــــــلي	2.9	0.901	57.90%	متوسط	

من خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن أفراد عينة البحث اجابتهم على المحور متوسط بشكل عام وبلغ المتوسط الحسابي 2.90، ولمعرفة أكثر العبارات تم ترتيبها تنازليا كالاتي حسب درجة المتوسط الحسابي:

1- جاءت العبارة رقم (9) وهي " عدم الرضا على الوضع المادي (المرتبات) للعاملين بقطاع الصحة يؤثر على الأداء الوظيفي لهم وبالتالي على حالة المرضى بالمرتبة الأولى من حيث درجة الموافقة مرتفعة بمتوسط (3.64) وبوزن نسبي 72.8%، وفي هذه الفقرة استخدمت الوزن العكسي في مقياس الاوزان المستخدم، وذلك للتأكد من أن المجيبين يعون جيداً ما تهدف إليه كل فقرة من فقرات الاستبانة، وعلى ذلك فإن درجة الموافقة المرتفعة دلالة واضحة على أن عدم الرضا من قبل مقدمي الخدمات الصحية على مستوى الرواتب والأجور الممنوحة لهم قد أثرت على الأداء الوظيفي لهم، وبالتالي قد انعكست بالسلب على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

2- جاءت العبارة رقم (6) وهي يمنح الزي الطبي لمقدمون الخدمات الطبية من قبل المؤسسة التي يعمل بها. بالمرتبة الثانية من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (3.24) وبوزن نسبي 64.8%، وهذا يشير إلى أن هناك بعض المؤسسات الصحية ممن يوفرون الزي الطبي للعاملين، والبعض الأخر لا يوفره لهم، بالرغم من أن هناك مخصصات في الميزانية الإدارية (التسييرية) لكل المؤسسات الصحية خاصة بهذا البند.

3- جاءت العبارة رقم (10/4) وهي الحوافز التشجيعية تمنح لمستحقيها من الكوادر الطبية والطبية المساعدة والتسييرية " بالمرتبة الثالثة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (3.02) وبوزن نسبي 60.4%، ينص قانون علاقات العمل ولائحته التنفيذية في الدولة الليبية، على تكوين صندوق في كل مؤسسة يسمى صندوق التكافل الاجتماعي للمؤسسة، تكون له إيرادات وقد أوضحها القانون، ويصرف على العاملين بالمؤسسة، وذلك لتشجيعهم على العمل عن طريق منح الحوافز التشجيعية المادية والمعنوية (مؤتمر الشعب العام سابقاً، 2010)، وعند النظر إلى واقع المؤسسات تجد أن هذه المادة من القانون معطلة تماماً، وتمنح الحوافز التشجيعية في الغالب من مخصصات الأبواب الأخرى من الميزانية، وهي نادرة ما تحدث.

4- جاءت العبارة رقم (3) وهي المكافأة عن العمل الإضافي لمقدمي الخدمات الصحية مجزية وتحفز على زيادة العمل بدقة واتقان بالمرتبة الرابعة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (2.97) وبوزن نسبي 59.4%، وهذا ناتج عن إيقاف عقود التعاون للعمل الإضافي للعناصر الطبية والطبية المساعدة في المؤسسات الصحية من قبل ديوان المحاسبة الليبي خلال سنة 2015 تحسباً لحدوث ازدواج وظيفي، واقتصرت المكافأة على ما تمنحه المؤسسة للعمل الإضافي بداخلها، دون النظر إلى النقص الحاصل في الأطباء والتمريض، مما أدي إلى غلق بعض المراكز نتيجة عدم وجود طبيب فيها.

5- جاءت العبارة رقم (5) وهي" تتفاوت المرتبات بين مقدمي الخدمات الصحية بناءً على التفاوت في دقة واتقان العمل. بالمرتبة الخامسة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (2.86) وبوزن نسبي 57.2%، وهذا لأنه لم يعتمد في ليبيا مبدأ العمل مقابل الأداء، مما يعد من الظواهر السلبية التي تشوه عمل المؤسسات الصحية العامة في ليبيا، وذلك لأن من يعمل بجد ويتقن عمله يتقاضى مرتب متساوي مع من لا يهمه جودة واتقان العمل.

6- جاءت العبارة رقم (8) وهي" هناك زيادة في مرتبات العاملين بالقطاع الصحي تواكب الزيادة في مستويات المعيشة، بالمرتبة السادسة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (2.72) وبوزن نسبي 54.4%، ويمكن قراءة هذه النسب على أنه بعد تعديل سعر الصرف للدينار الليبي لم تعد الزيادة التي تحصل عليها العاملين في المؤسسات الصحية تواكب الزيادة في مستويات المعيشة، لأنه قد قفز من 1.28 دينار مقابل واحد دولار، ليصل الآن إلى ما قيمته 4.48 دينار مقابل واحد دولار.

7- جاءت العبارة رقم (1) وهي الاجور والمرتبات المعتمدة تغطي حاجة مقدمي الخدمات الصحية مما يدفعهم للعمل بجد وإخلاص. بالمرتبة السابعة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (2.63) وبوزن

نسبي 52.6%، وهذه العبارة التي استخدمتها معكوسة في العبارة رقم 9 في الاستبانة، وذلك كما أوضحنا في الفقرة الأولى من هذا التحليل، وبذلك قد وافقت هذه العبارة ما وضعت من أجله، وذلك بأن المجيبين يعون ما تتضمنه فقرات الاستبانة، وأن الأجور والمرتبات كانت بمستويات من المتوسطة إلى الضعيفة.

8- جاءت العبارة رقم (2) وهي " يتحصل المهنيون المتميزون في عملهم والعاملين بالمؤسسات الصحية على حوافز مادية ومعنوية بالمرتبة الثامنة من حيث درجة الموافقة منخفض بمتوسط (2.52) وبوزن نسبي 50.4%، إن المؤسسات التي لا تعمل على تمييز من يستحق التمييز، فإنها لا تعمل من أجل بلوغ جودة العمل، ذلك لان الحوافز للمهنين المتميزون تساهم في جذب أكثر للتميز والكفاءات.

9- جاءت العبارة رقم (2) وهي " يستطيع الموظف أو المهني التابع لقطاع الصحة أن يدخر من مرتبه بالمرتبة التاسعة من حيث درجة الموافقة منخفض بمتوسط (2.36) وبوزن نسبي 47.2%، حيث أن الادخار هو أحد أهم العوامل التي تساعد في زيادة معدلات الاستثمار في كل الاقتصاديات، ويشير إلى بلوغ درجة من الرفاه الاقتصادي، وعليه فيمكن اعتباره أداة للقياس، وجاءت الدلالة واضحة بأن الموظف لا يمكنه بلوغ هذه المرحلة، بدرجة موافقة ضعيفة.

وبالتالي يمكن القول بأن الرواتب والأجور للعناصر الطبية والطبية المساعدة العاملين في المؤسسات الليبية في القطاع العام تُعد ضعيفة ولا تحفز العاملين لإنتاج خدمات صحية ذات جودة وفعالية.
وضعف الأجور والمرتبات يدفع بالعاملين للبحث على مصادر أخرى للدخل حتى يستطيع تغطية الزيادة في مستويات المعيشة، وبالتالي فإن هذا الأمر يؤثر وبشكل مباشر على جودة الخدمات الصحية المقدمة.

المحور الثاني: بُعد الانفاق الاستثماري (مخصصات الميزانية العامة على قطاع الصحة) وأثرها على الخدمات الصحية المقدمة.

لمعرفة درجة الموافقة نقوم بتوضيح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل عبارة واتجاها نحو درجة الموافقة وترتيبها تنازليا حسب متوسطات الموافقة في الجدول التالي:

الجدول 11. المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

ت	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الاتجاه	الترتيب
1	يهتم القطاع الصحي بليبيا بإنشاء وصيانة المرافق الصحية وفق التوزيع الجغرافي للسكان	3.13	1.279	%62.6	متوسط	2
2	يتحصل المهنيون المتميزون العاملون بالقطاع الصحي على إيفاد لاستكمال دراستهم ومواكبة التطور الفكري في تخصصهم	2.68	1.406	%53.6	متوسط	5
3	هناك رقابة مالية صارمة على ترشيد الإنفاق داخل المؤسسات الصحية (الصرف وفقاً للإجراءات القانونية وبما يخدم مصلحة المؤسسة والمرضى)	2.92	1.230	%58.4	متوسط	4
4	هناك متابعة دقيقة للتوريدات التي تقوم بها المؤسسات الصحية من أجهزة ومعدات طبية وتجهيزات للمباني.	3.02	1.272	%60.4	متوسط	3
5	تقوم الإدارة باستجلاب أطباء زوار متخصصين ويتمتعون بكفاءة عالية لمعالجة المرضى داخل المؤسسة.	3.02	1.293	%60.4	متوسط	3
6	تساهم الادارة داخل المؤسسة الصحية	3.16	1.316	%63.2	متوسط	1

	في عقد المؤتمرات العلمية وورش العمل المهنية التي تزيد من كفاءة العاملين بها.					
	الوزن الكلـــــــي	2.99	1.029	%57.9	متوسط	

من خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن أفراد عينة البحث اجابتهم على المحور متوسط بشكل عام وبلغ المتوسط الحسابي 2.99، ولمعرفة أكثر العبارات تم ترتيبها تنازليا كالاتي حسب درجة المتوسط الحسابي:

1- جاءت العبارة رقم (6) وهي " تساهم الادارة داخل المؤسسة الصحية في عقد المؤتمرات العلمية وورش العمل المهنية التي تزيد من كفاءة العاملين بها بالمرتبة الأولى من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (3.16) وبوزن نسبي 63.2%، تحصلت هذه النقطة على أعلى درجة موافقة نتيجة لزيادة مخصصات هذا الجانب في ميزانية الدولة وتحت مسمة بند التحسين والتطوير.

2- جاءت العبارة رقم (1) وهي يهتم القطاع الصحي بليبيا بإنشاء وصيانة المرافق الصحية وفق التوزيع الجغرافي للسكان بالمرتبة الثانية من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (3.13) وبوزن نسبي 62.6%، وهذه إشارة إلى أن البنية التحتية للمؤسسات الصحية تعتبر جيدة، وتخصص الدولة ميزانيات دورية للصيانة، بالرغم من توقف الإنشاءات منذ فترة طويلة.

3- جاءت العبارة رقم (5/4) وهي هناك متابعة دقيقة للتوريدات التي تقوم بها المؤسسات الصحية من أجهزة ومعدات طبية وتجهيزات للمباني. / تقوم الإدارة باستجلاب أطباء زوار متخصصين ويتمتعون بكفاءة عالية لمعالجة المرضى داخل المؤسسة " بالمرتبة الثالثة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (3.02) وبوزن نسبي 60.4%، هذا لأن هناك بعض المؤسسات من تخصص لهم ميزانية لاستجلاب أطباء زوار وخاصة في المؤسسات الصحية الكبيرة، كما أن الرقابة والمتابعة للتوريدات تُعد متوسطة لعدم وجود منظومة موحدة وبرقابة مشددة على مخازن التوريدات الطبية بليبيا.

4- جاءت العبارة رقم (3) وهي هناك رقابة مالية صارمة على ترشيد الإنفاق داخل المؤسسات الصحية (الصرف وفقاً للإجراءات القانونية وبما يخدم مصلحة المؤسسة والمرضى) بالمرتبة الرابعة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (2.92) وبوزن نسبي 58.4%، هذا يوافق ما جاءت به تقارير ديوان المحاسبة والتي تشير في مضمونها إلى تفشي ظاهرة الفساد المالي والإداري في أغلب المؤسسات الصحية.

5- جاءت العبارة رقم (2) وهي" يتحصل المهنيون المتميزون العاملون بالقطاع الصحي على إيفاد لاستكمال دراستهم ومواكبة التطور الفكري في تخصصهم. بالمرتبة الخامسة من حيث درجة الموافقة متوسطة بمتوسط (2.68) وبوزن نسبي 53.6%، لان الإيفاد لاستكمال الدراسة يُعد متوقف منذ سنة 2015.

3-5- التحقق من فرضيات البحث

الفرضية الصفرية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في دور الإنفاق العام على الصحة للوصول إلى خدمات صحية ذات جودة وفعالية في المؤسسات الصحية بليبيا؟

الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في دور الإنفاق العام على الصحة للوصول إلى خدمات صحية ذات جودة وفعالية في المؤسسات الصحية بليبيا؟

وباعتبار أن الانفاق العام على الصحة يتفرع إلى فرعين رئيسيين وهم الإنفاق الجاري على قطاع الصحة والانفاق الاستثماري وتم تسميتهم في هذا البحث بأبعاد الانفاق العام كمتغيرات مستقلة فرعية فسيكون القياس وفقاً للبعدين.

الفرضية الأولى:

الفرضية الصفرية: لا يؤثر بعد الانفاق الجاري (المرتبات والحوافز والمكافأة) على الخدمات الصحية المقدمة؟

الفرضية البديلة: يؤثر بعد الانفاق الجاري (المرتبات والحوافز والمكافأة) على الخدمات الصحية المقدمة؟

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

جدول رقم (12) المتوسطات الحسابية وقيم اختبار t ومستوى الدلالة لبعد الانفاق الجاري

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة
381	2.76	0.846	380	5.323	0.000

يتضح من الجدول السابق إن المتوسط الحسابي يساوي (2.76) وقيمة اختبار t المحسوبة تساوي (5.323) عند درجة حرية 380 وهي أكبر من قيمة t الجدولية (1.96) ومستوى دلالة أقل من مستوى الدلالة 0.05 المعتمد في البحث، ومن خلال ذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائلة: يؤثر بعد الانفاق الجاري (المرتبات والحوافز والمكافأة) على جودة الخدمات الصحية.

الفرضية الثانية

الفرضية الصفرية: لا يؤثر بُعد الانفاق الاستثماري على الخدمات الصحية.

الفرضية البديلة: يؤثر بُعد الانفاق الاستثماري على الخدمات الصحية.

للتحقق من الفرضية تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيم اختبار t (One Sample T-test) وتم اختيار هذه الاختبار نظرا لوجود متغيرين الدراسة مجتمعة في كل فقرة ومستوى الدلالة للتأكيد إن كان المستوى عالي ودو دلالة احصائية، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول 13. المتوسطات الحسابية وقيم اختبار t ومستوى الدلالة بعد الانفاق الاستثماري.

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة
381	2.99	1.029	380	0.224	0.823

يتضح من الجدول السابق إن المتوسط الحسابي يساوي (2.99) وقيمة اختبار t المحسوبة تساوي (0.224) عند درجة حرية 380 وهي أقل من قيمة t الجدولية (1.96) ومستوى دلالة أكبر من مستوى الدلالة 0.05 المعتمد في البحث، ومن خلال ذلك نقبل الفرضية الصفرية القائلة: لا يؤثر بُعد الانفاق الاستثماري (مخصصات الميزانية العامة على قطاع الصحة) على الجودة بقطاع الصحة.

مما سبق يتبين أن بُعد الإنفاق الجاري يؤثر بشكل مباشر على الخدمات الصحية المقدمة وهذا ما يؤكده البحث أما فيما يخص بُعد الإنفاق الاستثماري فإنه لا يؤثر بشكل مباشر بحسب لغة القياس في هذا البحث وذلك لوجود توزيع شبه عادل للمرافق الصحية على ربوع الدولة، بالرغم من إهمالها خلال العقد الأخير بعد تعرضها للتخريب والنهب فترة الحروب التي مرة بها البلاد، وأيضاً لما يشاهده المبحوثين من توريدات للأجهزة والمعدات الطبية التي تحتاجها المرافق الصحية، ولكن يبقى السؤال قائم هل هذه الأجهزة تقدم ما وردت من أجله أم تبقى معطلة حتى تخرد؟ ، كما يمكن القول أن إيقاف التدريب والتطوير للعناصر الطبية والطبية المساعدة وعدم إيفادهم لاستكمال دراستهم قد أثر سلباً في تطوير وتحسين الخدمات المقدمة.

من هنا وجب القول بأن المبحوث قد وقف عند التأثير المباشر دون النظر إلى التأثيرات غير المباشرة على الخدمات المقدمة.

الخاتمة العامة:

تتضمن الخاتمة العامة النتائج والمقترحات التي توصل إليها هذا البحث والتي لابد من أن يقوم البحاث بمطابقتها مع أهداف وفرضيات البحث وهي على النحو التالي:

أولاً: نتائج البحث:

1- هناك تأثير يتركه الإنفاق الصحي على الخدمات الصحية المقدمة وخاصة الإنفاق الجاري المتمثل في الأجور والمرتبات وما في حكمها.

2- أثرت الزيادة في سعر الصرف على أجور ومرتبات العاملين بالقطاع الصحي حيث كان 1.25 دينار ليبي للدولار الواحد وارتفع ليصل خلال سنة 2021 إلى 4.48 دينار ليبي للدولار الواحد مما أدى إلى الزيادة في مستوى المعيشة وانخفاض قيمة الدينار الليبي، بحكم أن أغلب السلع المستهلكة داخل الدولة هي من السلع الموردة من الخارج والتي تتأثر بشكل مباشر بالزيادة في سعر الصرف وبالتالي بمستوى معيشة المواطن.

3- انخفاض نسبة الإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي حيث لم يتجاوز 5.9% عند أعلى نقطة خلال سنوات البحث وكانت في سنة 2020 التي زاد فيها معدل الإنفاق على الصحة نتيجةً لمجابهة فايروس كورونا (كوفيد 19).

4- انخفاض نصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة أذ لم يتجاوز في المتوسط العام له خلال سنوات البحث 589 دينار ليبي، وإذا ما نظرنا إلى سنة 2022 الذي وصل فيها نصيب الفرد من الانفاق الحكومي على الصحة إلى 651 دينار وعند قياسه بسعر الصرف مقابل الدولار فنجده لا يتجاوز 145 دولار، بينما نجد دول أخرى يتقارب ناتجها المحلي الإجمالي من ليبيا، كدولة الكويت مثلاً والذي وصل فيها الإنفاق الصحي الحكومي على الفرد إلى حوالي 2850 دولار لسنة 2022 بحسب التقرير الاقتصادي للبنك الدولي.

5- لوحظ غياب شبه تام للإنفاق على تنمية وتطوير الموارد البشرية، العنصر الأساسي في تقديم الخدمات الصحية وهذا ناتج عن تقطع الانفاق الاستثماري (التنموي) في أغلب سنوات البحث، وأيضا عن سوء إدارة الموارد البشرية بالمؤسسات الصحية في ليبيا.

6- غياب شبه تام للرقابة المصاحبة التي تعمل على تصحيح الأخطاء قبل وقوعها.

7- ضعف الإنفاق الاستثماري وغيابه عن ميزانية الصحة في أغلب سنوات البحث كان سبباً رئيساً في عرقلة إعادة إعمار المرافق الصحية.

8- تضخم نسبة القوى العاملة في القطاع الصحي العام بشكل كبير جداً حيث وصلت خلال فترة البحث 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 زيادة معدلات الإنفاق الجاري (المرتبات) دون أن تعادلها خدمات، وهذا يعكس الصورة السلبية داخل المؤسسات الصحية للتكدس الوظيفي الذي أثر بشكل مباشر على عمل العناصر الطبية والطبية المساعدة وبالتالي على الخدمات الصحية المقدمة.

9- تحويل مرافق صحية تقدم في الخدمات الطبية الوقائية إلى مستشفيات قروية لا تتجاوز سعتها السريرية 15 سرير، قد أثرت في تقديم الخدمات الوقائية، وأيضاً في زيادة المخصصات العامة من الميزانية لهذه المرافق دون أن يقابل هذه المخصصات خدمات صحية تعادل زيادة الانفاق الصحي، فقد وصل عدد المرافق الصحية المرفعة إلى مستشفيات قروية منذ سنة 2012 وحتى سنة 2022 إلى 85 مستشفى قروي مستحدث، لم يضف هذا العدد إلى السعة السريرية العامة الا 6.4% سرير من إجمالي الأسرة.

10- أن مخصصات الميزانية للأدوية والمستلزمات الطبية قد تأثرت بضعف الانفاق الحكومي على الصحة مما تسبب في نقص حاد للأدوية حيث أنها لم تتجاوز 10% من نسبة توافر الأدوية في المرافق الصحية.

ثانياً: المقترحات

1- العمل على دعم النظام الصحي الليبي بالخبرات الإدارية والقانونية والفنية، التي تستطيع التغيير ورسم السياسات الهادفة إلى التطوير والتحسين المستمر، الذي يبنى على التخطيط السليم، والقدرة على ترجمة هذه الخطط إلى واقع يرتقي به النظام الصحي وبالتالي الخدمات الصحية.
2- ترشيد سياسة الإنفاق العام على النظام الصحي، وتشديد المراقبة عليه بحيث يكون الإنفاق وفقاً للاحتياج.
3- زيادة مخصصات الميزانية العامة للنظام الصحي، مع التركيز على الانفاق التنموي لدعم وتطوير الكوادر المهنية، مما يؤدي إلى تحسين العمل في تقديم الخدمات الصحية.
4- تفعيل صندوق التكافل الاجتماعي في المؤسسات الصحية الذي نص عليه قانون علاقات العمل الليبي رقم 12 لسنة 2010، والذي يعمل على تحفيز وتشجيع الكوادر المهنية المتميزة، على أن تمنح هذه الميزة لمستحقيها.
5- استخدام الحوافز المادية المجزئة للعناصر الطبية والطبية المساعدة للعمل في المناطق النائية، وأيضاً لسد العجز في المستشفيات العامة والتخصصية حتى نصل إلى العدالة الاجتماعية في تقديم الخدمات الصحية.
6- دعم ومراقبة الامداد الطبي الذي تسند إليه مهمة توفير الادوية في المرافق الصحية، وذلك بزيادة مخصصاته من النفقات العامة.
7- إعادة النظر في المرتبات الخاصة بالعناصر الطبية والطبية المساعدة بحيث تلبي رغباتهم المعيشية وتحد من ظاهرة هجرة الكفاءات الطبية وتزيد من استقطاب العناصر الطبية المؤهلة والمدربة التي تعمل على تقديم خدمات صحية ذات جودة وفعالية.

قائمة المراجع

1. أحمد محمد غنيم. (2006). إدارة المستشفيات رؤية معاصرة. المنصورة، مصر: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.
2. الهيئة العامة للمعلومات. (بلا تاريخ). التقرير الوطني الخامس للتنمية البشرية (تحديات التنمية في ليبيا). طرابلس: الهيئة العامة للمعلومات.
3. تقرير منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والبنك الدولي. (2018). تقديم خدمات صحية عالية الجودة ضرورة عالمية للتغطية الصحية الشاملة. جنيف: منظمةو الصحة العالمية.
4. دردوري الحسن ، لقليطي الأخضر. (2018). أساسيات الماليية العامة (المجلد الطبعة الأولى). مصر: دار حميرا للنشر والترجمة.
5. رمزي مبارك الطراونة. (بلا تاريخ). أثر استخدام منهج سيجما ستة في تحسين جودة الخدمات الصحية في وزارة الصحة الأردنية. عمان / الأردن.
6. صلاح محمود ذياب. (2009). إدارة المستشفيات واتلمراكز الصحية الحديثة منظور شامل (المجلد الطبعة الأولى). عمان: دار الفكر.
7. عبدالله الشيخ محمود الطاهر. (1988). مقدمة في اقتصاديات المالية العامة (المجلد الطبعةة الأولى). الرياض / السعودية: دار جاممعة اللملك سعود للنشر.
8. عبدالعزيز مخيمر ومحمد طعامنة. (2003). الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات). المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، بحوث ودراسات.
9. ععبدالكرييم صاددق بركات ، حاممد عبدالمجيد دراز. (1971). علمم االمالية الععامة. الإسكندرية / ممصصر: ممؤسسة شباب الجامعة.
10. عماد الحسن احمودة إبراهيم. (2015). اطار محاسبي لقياس تكلفة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في ليبيا. رسالة ماجستير. السودان: جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
11. فاطمة صابر وميرفت خفاجي. (2002). أسس ومبادئ البح العلمي (المجلد الطبعة الأولى). مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية.

12.فجرية خليفة العبار. (2016). تقويم السياسات الصحية في ليبيا(دراسة حالة سياسة توفير الخدمات الصحية 1969-2006). بنغازي: جامعة بنغازي كلية الاقتصاد.
13.محمد جاسم الخفاجي. (2020). تطور الانفاق الصحي في العراق بحسب مؤشرارت منظمة الصحة العالمية للمددة 2007-2017. مجلة الإدارة والاقتصاد.
14.محمد عثمان مريزق. (2012). مدخل في الإدارة الصحية. عمان: دار الرآية.
15.مركز التويق والمعلومات بوزارة الصحة الليبية. (2008-2022). تقارير سنوية. طرابلس: وزارة الصحة.
16.مصلحة الإحصاء والتعداد بليبيا. (2006). تقرير سنوي. طرابلس: مصلحة الإحصاء والتعداد.
17.منظمة الصحة العالمية. (2024). التغذية وبيان الصحة والتنمية المتعلة بالتغذية. تم الاسترداد من who.int.
18.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.
19.مؤتمر الشعب العام سابقاً. (2010). قانون علاقات العمل الليبي رقم 12. سرت / ليبيا: مؤتمر الشعب العام سابقاً.
20.وزارة التخطيط الليبية. (2020). نشرة الحسابات القومية(2006-2019). طرابلس: وزارة التخطيط.