

أثر عدم استقرار التقسيمات الإدارية للنظام السياسي الليبي على أداء ومتابعة تنفيذ السياسة الصحية 2000-1977

أ.عبير إبراهيم أمينة **

مقدمة :

كشفت دراسات تقييم السياسات العامة عن ارتباط فعالية أداء هذه السياسات بمدى استقرار وثبات البنى الهيكلية والمؤسسات الإدارية ، التي تقوم بوضع السياسات العامة وتؤثر على تنفيذها ومتابعتها .
ففي هذا الإطار ، خلصت كثير من الدراسات التي تناولت تأثير التغيرات الهيكلية والتنظيمية التي تعرضت لها المؤسسات المخولة بوضع وتنفيذ السياسات العامة على مدى استقرار القواعد واللوائح المنظمة لهذه المؤسسات عن اتسام النظام السياسي في ليبيا خلال عقدي الثمانينيات والتسعينيات بسمة عدم الثبات لكثير من مؤسساته وهياكله الإدارية ، حيث تجلّى ذلك في عدم استقرار الهياكل والبنى والمؤسسات الإدارية ، التي تضطلع بوضع وتنفيذ السياسات العامة في المجتمع ولمختلف القطاعات ، الأمر الذي أثار سلباً على فعالية وكفاءة أداء بعض هذه السياسات ، حيث لمست هذه التغيرات والتعديلات مستويات تنفيذية وإدارية مختلفة بهذه المؤسسات ، مما أدى إلى غياب الرؤية الواضحة لطبيعة مضمون سياساتها العامة وخلل في الأداء والتنفيذ ، فضلاً عن العجز في تحقيق الأهداف¹.

*ألقيت هذه الورقة في الندوة العلمية الأولى حول الإدارة الصحية ومعطيات العصر ، المنظمة من قبل أمانة اللجنة الشعبية للصحة والضمان الاجتماعي ببنغازي ، خلال الفترة 8-9/9/2001.

** استاذ محاضر ، قسم العلوم السياسية ، كلية الاقتصاد ، جامعة قاريونس ، بنغازي ، ليبيا

1. من أهم هذه الدراسات :- محمد زاهي المغيربي، "التغيرات الهيكلية وأثرها على وضع وتنفيذ السياسات العامة في ليبيا"، مجلة قاريونس العلمية ، السنة السادسة ، العدد الأول والثاني ، 1993 ، ص 209-223.

- عبير إبراهيم أمينة ، أثر التغيرات الهيكلية والتنظيمية لقطاع التعليم على أداء وتنفيذ سياسات التعليم العالي : دراسة تطبيقية على سياسة التنسيب بجامعة قاريونس 1980-1994 . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة قاريونس ، كلية الاقتصاد ، قسم العلوم السياسية ، بنغازي 1995 .
- نعيمة خليفة الجهاني ، أثر التوجهات الأيدلوجية على السياسات الاقتصادية في ليبيا خلال السنوات 1978-1995 ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة قاريونس ، كلية الاقتصاد ، قسم العلوم السياسية ، بنغازي 1996 .

- عبد الحميد المقيرحي ، أثر التغيرات السياسية والاقتصادية على السياسة العامة للإسكان في ليبيا ، 1969-1999 ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة قاريونس ، كلية الاقتصاد ، قسم العلوم السياسية ، 2000 .

والجدير بالإشارة هنا أن سمة عدم الاستقرار لحقت كذلك بالتقسيمات الإدارية على مستوى الدولة ، حيث تجلّى ذلك في عدم استقرار عدد الوحدات الإدارية التي تقسم وفقاً لها المناطق وفروعها ، ناهيك عن تباين التسميات الخاصة بهذه الوحدات.

من هنا تهدف هذه الدراسة إلى تتبع التغيرات التي لحقت بالتقسيمات الإدارية للدولة خلال الفترة 1977-2000 وأثرها على بنية اللجان الشعبية من جانب وعلى متابعة وتنفيذ السياسة الصحية من جانب آخر .

وبناء على ذلك تستند هذه الورقة على الفرضية التالية :
"اقتربت التغيرات التي لحقت بالتقسيمات الإدارية للنظام السياسي الليبي بعدم القدرة على أداء ومتابعة تنفيذ السياسة الصحية ."
سوف يتم اختبار هذه العلاقة على مستوى الدولة ككل ، وإن كنا في معرض تحليلنا سوف نشير إلى أداء القطاع الصحي " في شعبية بنغازي " .
ويقصد بالسياسة الصحية في إطار هذه الورقة مجموعة البرامج والأنشطة الأساسية ذات العلاقة بالمجال الصحي ، والتي تصاحبها مجموعة من القرارات تحدد كيف توضع الأهداف أو كيفية تنفيذها .

أولاً: التقسيمات الإدارية للنظام السياسي الليبي 1977-2000 :

كان إعلان قيام سلطة الشعب في 2 مارس 1977 نقطة البدء في تبلور مفهوم الإدارة الشعبية ، وإن كان أساسها السياسي والقانوني والعقائدي يمكن أن نرجعه إلى خطاب زواره عام 1973. ولقد أنهى هذا التطور عمل التقسيمات المركزية لشؤون إدارة الدولة ، وأصبحت تهيمن على الإدارة اللجان الشعبية، والتي منحتها التشريعات منذ بدء التجربة الصلاحيات الواسعة التي تتناسب مع الطرح الجديد لفلسفة النظام السياسي، والقائمة على ممارسة السلطة عن طريق المؤتمرات الشعبية ، فقد جاء بالمادة الثانية من قانون ممارسة اللجان الشعبية لمسؤولياتها الإدارية بتاريخ 15/10/1973 أنه " تقوم اللجان الشعبية في المحافظات والبلديات بممارسة السلطات والصلاحيات المقررة في القوانين واللوائح لمجالس المحافظات والمجالس البلدية وتكون لرؤساء اللجان الشعبية في فروع البلديات والمديريات والمحلات الاختصاصات المخولة لرؤساء الفروع والمديرين ومختاري المحلات حسب الأحوال " .²

² عبد السلام علي المزوغى، مفهوم الإدارة الشعبية وعلاقتها بالسلطة الشعبية دراسة مقارنة، طرابلس، منشورات المركز العالمي لدراسة وأبحاث الكتاب الأخضر ، 1984، ص 89.

من هنا شرع في التغييرات على مستوى التقسيمات الإدارية للدولة ، ففي عام 1977، كانت ليبيا مقسمة إلى عشر محافظات تتكون من 46 بلدية ، وذلك بموجب القانون رقم (62) لمجلس قيادة الثورة لسنة 1970 ، بشأن إصدار نظام الحكم المحلي الذي وضع النظام الأساسي للإدارة المحلية في ليبيا ، ودعمه باللائحة رقم (89) لسنة 1970 بشأن تقسيم المتصرفيات إلى مديريات بقرار من وزير الداخلية والحكم المحلي وتعيين المحافظين من مجلس قيادة الثورة في ليبيا .³

في عام 1979 ،ألغيت المحافظات وقسمت ليبيا إلى 44 بلدية ، وذلك بموجب القرار رقم (1) لسنة 1979 ، بشأن اللجنة الشعبية العامة في البلديات والذي نص على أن يكون لكل " لجنة شعبية عامة " في البلدية التي سميت لاحقاً " باللجنة الشعبية للبلدية " ميزانيتها الإدارية⁴ ، وتقسيم كل بلدية إلى مجموعة من الفروع البلدية بلغ مجموعها 174 فرعاً بلدياً .

لم تمض فترة طويلة حتى صدر في عام 1980 قرار من اللجنة الشعبية العامة تم فيه إعادة تنظيم البلديات ليتناقص العدد إلى 25 بلدية و173 فرعاً بلدياً ، ولقد عكست نتائج تعداد عام السكان لسنة 1984 تقسيم الوحدات الإدارية إلى 24 بلدية عوضاً عن 25 كما وردت في تقسيم سنة 1980، حيث تم بموجب هذا التغيير ضم بلدية الجفرة إلى بلدية سرت كما تقلص عدد الفروع البلدية من 173 فرعاً بلدياً إلى 134 فرعاً بلدياً⁵.

في عام 1986 نتيجة لاستمرار تدهور أسعار النفط وانخفاض العائدات من الصادرات النفطية عملت اللجنة الشعبية العامة على اتخاذ بعض الترتيبات لتقليص الإنفاق العام وتخفيض الميزانية " خاصة الإدارية " منها ، فخفضت عدد البلديات إلى 13 بلدية ، وعدد الفروع البلدية من 134 إلى 52 فرعاً بلدياً. وذلك بموجب قرار

³ خالد بن عمور ، أثر تغير التقسيمات الإدارية على عملية التنمية في منطقة الجبل الأخضر في الفترة الممتدة من 1951- 1997 : دراسة في الجغرافيا السياسية : رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ،قسم الجغرافيا ، جامعة قاريونس ، ص 65.

⁴ الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية ، اللجنة الشعبية للعدل ، الجريدة الرسمية ، السنة 17 ، مارس 1979. ص159

⁵ - الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية ،أمانة تخطيط الاقتصاد ، مصلحة الإحصاء والتعداد، النتائج النهائية للتعداد العام للسكان ، سنة 1984 ، ص 471.

اللجنة الشعبية العامة رقم " 459 " لسنة 1986 بشأن تقسيم الجماهيرية إلى 13 بلدية، والثاني رقم "609" بشأن تقسيم البلديات إلى فروع بلدية⁶.

في عام 1990 تم تخفيض البلديات إلى سبع بلديات وتقليص عدد الفروع البلدية من 52 فرعاً إلى 39 فرعاً بلدياً ، وذلك بموجب قرار اللجنة الشعبية العامة رقم " 1038 " لسنة 1990⁷.

في أواخر عام 1991 تم إلغاء نظام البلديات والفروع البلدية بالكامل وأنيطت كافة اختصاصاتها للمؤتمرات الشعبية الأساسية كل حسب حدوده الإدارية ، ولقد أنيط تحديد العدد في تكوين هذه الوحدات الإدارية للمؤتمرات الشعبية ، ونصت المادة الثالثة من القانون على أن يكون لكل مؤتمر شعبي أساسي في ظل نطاقه الإداري الاستقلالية المالية وأيضاً الإدارية بطبيعة الحال⁸ ، ومن هنا بلغ عدد المؤتمرات " كومونات " 1496 مؤتمراً على مستوى الجماهيرية ليقتضى القانون رقم "3" لسنة 1993 بدمجها إلى 450 مؤتمراً.

لعل من نافلة القول أن هذا التقسيم ساهم في تفتيت وتقزيم الوحدات الإدارية المحلية ، الأمر الذي أدى إلى تضاعف عددها ، بالرغم أنه قد ارتوى من تبنى نظام الكومونات تجسيد مبدأ التنمية الذاتية المحلية، بحيث يصبح تمويل الوحدات يتم بشكل ذاتي من خلال موارد المحلة وإيراداتها ، خاصة في ظل تراجع دور الدولة في مجال الخدمات . إلا إنه لما كانت هذه الكومونات ليست لديها الموارد المالية الكافية لتشكيل وحدة إدارية مستقلة ، لم تستمر هذه التجربة إلا بضعة أشهر حيث نَعذر على بعض المحلات الاستمرار ، ورأت تلك المحلات الشعبية الاندماج مع بعضها البعض ، فتقلص بناء على ذلك عدد المحلات إلى 295 محلة . في عام 1995 ووفقاً لقرار اللجنة الشعبية العامة رقم " 572 " الصادر عام 1423 ميلادية، وإلى قرارها رقم 184 لعام 1424 " 1995 إفرنجي " تم تقسيم الدولة إلى ثلاث عشرة منطقة جغرافية⁹.

⁶ خالد بن عمور ، مرجع سبق ذكره ، ص 82.

⁷ الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية ، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام ، الجريدة الرسمية ، العدد 12 ، 1991 ، ص 451

⁸ الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام ، الجريدة الرسمية ، العدد 33 ، 1992 ، ص 1160

⁹ وردت هذه المعلومات في : الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية ، الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق ، النتائج النهائية للتعداد العام للسكان، ص 25.

ولغرض تحديد النطاق الإداري للمناطق في عام 1996 ، وبموجب قرار اللجنة الشعبية العامة رقم 155 لسنة 1426 والقاضي بتحديد النطاق الإداري للمناطق في ليبيا ، تم تقسيم ليبيا إلى 44 منطقة بواقع 385 محلة ، ولقد قسمت بنغازي إلى 24 محلة¹⁰، وشكلت بكل منطقة لجنة تنفيذية لكل قطاع برئاسة الأمين المساعد وعضوية أعضاء اللجنة الشعبية العامة النوعية المختصة بالمحلات الواقعة في النطاق الجغرافي للمنطقة يتولى القيام بالأعمال الإدارية للقطاع بمنطقة دون الإخلال بأي من الاختصاصات أو المهام المقررة للجان الشعبية بالمحلات أو أمنائها أو أعضائها¹¹. وتمارس اللجنة الشعبية للمحلة في حدود نطاقها الإداري وميزانيتها المعتمدة اختصاصات اللجنة الشعبية العامة واللجان الشعبية النوعية أينما وردت في التشريعات النافذة¹².

في شهر الربيع "مارس" من عام 1998 أضيف إلى التقسيم السابق منطقة إدارية جديدة تحمل رقم 45 القبة " ليصبح عدد التقسيمات 46 منطقة إدارية جديدة، وذلك بموجب قرار اللجنة الشعبية العامة رقم 70 لسنة 1428 ميلادية بتقرير حكم في شأن القرار الصادر بتحديد النطاق الإداري للمناطق¹³.

في شهر أكتوبر من العام نفسه "1998" ، تم إعادة التقسيم الإداري لتتغير معه التسمية إلى الشعبيات عوضا عن المناطق ، لتصبح ليبيا مكونة من 26 شعبية و 359 موطمرا بنغازي 22 موطمرا.

وبصدور القرار رقم 1 لسنة 1430 بشأن نظام عمل المؤتمرات الشعبية واللجان الشعبية أعيد تقسيم الشعبيات ليزداد ويصير عددها 31 فيصبح إجمالي المؤتمرات التي تتكون منها شعبية بنغازي 25 موطمرا، وتختص اللجنة الشعبية للشعبية ووفقا للمادة الثانية عشرة من القانون رقم "1" لسنة 1430 ميلادية بشأن نظام عمل

¹⁰ راجع: الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى ، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام ، الجريدة الرسمية 1995، العدد 15 ، ص 540

¹¹ نفس المرجع السابق .ص540-541.

¹² القانون رقم (1) لسنة 1425 ميلادية بشأن نظام عمل المؤتمرات الشعبية واللجان الشعبية ولائحته التنفيذية، طرابلس ، مطبعة اللجنة الشعبية العامة للاتصال الخارجي والتعاون الدولي ، ص 578.

¹³ الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية ، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام ، الجريدة الرسمية ، العدد 7 ، 1998، ص 218.

المؤتمرات الشعبية واللجان الشعبية بتنفيذ قرارات المؤتمرات الشعبية الأساسية ، فيما يتعلق بالإنتاج والخدمات بـ¹⁴:-

1. بتنفيذ قرارات المؤتمرات الشعبية الأساسية داخل نطاق الشعبية.
2. اقتراح خطط التنمية والموازنة السنوية والميزانيات التسييرية.
3. تنفيذ المشروعات المقررة في خطط التنمية .
4. إدارة الخدمات والمرافق .
5. إصدار القرارات التنفيذية لتوزيع الميزانية الشعبية على المحلات والقطاعات والمشروعات ، وكذلك، النقل من مخصصات بند إلى آخر ومن مخصصات لجنة شعبية لمحلة أو قطاع داخل الباب الواحد بالميزانية ، وذلك وفقا للتشريعات النافذة.

بعد هذا تتبع لعمليات الفصل والدمج بين عدة وحدات المناطق وتباين تقسيمات الوحدات الإدارية ، نشير إلى أهم النتائج المترتبة على التغيرات المستمرة في التقسيمات الإدارية المختلفة للدولة وهي¹⁵ :

1. نجم عن هذه التقسيمات صعوبة إيجاد العناصر الإدارية الكفوة في كثير من الوحدات الإدارية .
2. عدم التوازن في حجم العمل بين اللجان النوعية المتناظرة في مختلف البلديات أو الوحدات الإدارية أيا كانت تسمياتها .
3. أثرت التغيرات على الدراسات التخطيطية المكانية ، حيث أن كثيرا من البلديات التي ألغيت قد نقلت من إقليم تخطيطي إلى آخر، مما أربك الدراسات التخطيطية التي تعتمد على تقسيم إداري محدد.
4. اعتبار المنطقة الزراعية وفقا " لتقسيم المحلات الشعبية " وحدة إدارية مستقلة بالرغم من عدم توافر المرافق والأجهزة العامة فيها ، بل لا يمكن أن يتوافر فيها مزايا المجتمع الحضري الذي يمكن اعتباره مركزا للوحدة الإدارية فيها.
5. إن تقسيم البلاد إلى عدد كبير نسبيا من المحلات أو المؤتمرات يساهم في تضخيم الجهاز الإداري ، فعلى سبيل المثال بلغت المحلات المقسمة وفقا لها الدولة 295 محلة في فترة من فترات الدراسة ، وحيث أن لكل لجنة شعبية

¹⁴ الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية مؤتمر الشعب العام ، قرار رقم 14 لسنة 1430 ميلادية بإصدار اللائحة العامة للقانون رقم 1 لسنة 1430 ميلادية بشأن نظام عمل المؤتمرات الشعبية واللجان الشعبية ، ص ص 41-44.

¹⁵ خالد بن عمور ، مرجع سبق ذكره ، ص ص 88-90.

للمحلة تتكون من 13 عضوا مصعدا شعبيا ، لا يمكنهم القيام بأعمالهم دون الاستعانة بعدد مماثل على أقل تقدير من الإداريين والفنيين والموظفين من اللجان النوعية بالمناطق التنفيذية ، أمام هذا الوضع وجدت الدولة نفسها أمام جهاز إداري ضخم مما يؤدي إلى ارتفاع في النفقات بشكل كبير .

6. استمرارية تركيز الخدمات في مراكز البلديات وفروعها السابقة ، وعدم إعادة توزيع الخدمات على المحلات الشعبية المستحدثة .

7. إن هناك تطابقا بين الحد القبلي والحد الإداري لبعض الوحدات الإدارية المحلية الصغيرة ، على اعتبار أن بعض هذه الوحدات البعيدة والنائية تشكل قبيلة واحدة أو عائلة واحدة ، وقد أدى هذا الوضع إلى أن يتطور أي تدخل أو نزاع قبلي إلى تنازع إداري بين الوحدات الإدارية ، مما يسبب مشاكل عديدة وإرباكا في الإجراءات الإدارية وتأخرها ، فضلا عن تأخير عملية تنفيذ المشاريع التنموية .

إن التغير المستمر في عملية إعادة تقسيم المنطقة إلى وحدات إدارية محلية بشكل مفاجئ يسبب تأثيرات وصعوبات عديدة لأجهزة الإدارة المحلية ، من حيث متابعة تنفيذ المشاريع العامة وضياح الوثائق والبيانات والمعلومات عن تلك المشاريع .

إن هذه التغيرات المستمرة لا بد وأن تؤثر أيضا على هيكلية وكفاءة أداء اللجان الشعبية النوعية ، لارتباط عدد أعضاء اللجان الشعبية النوعية " الصحة ، التعليم ، الاقتصاد ، الإسكان .. الخ " بعدد البلديات ، وباستعمال اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي كمثال توضيحي فإن الأشكال 1، 2، 3، 4، والجدول رقم 1 يبين مدى تأثير حجم اللجنة الشعبية العامة للصحة بهذه التغيرات ، وما يصاحب ذلك من إعادة توزيع للحدود ، والاختصاصات الإدارية والتنفيذية ، مما يؤثر على استقرار وكفاءة أداء اللجان الشعبية النوعية * .

* أثرت هذه التغيرات أيضا على حجم اللجنة الشعبية العامة للتعليم والاقتصاد وأثرت كذلك في استقرار الهيكل التنظيمي للأمانتين ، لمزيد من المعلومات يمكن مراجعة : محمد زاهي المغيربي ، المجتمع المدني والتحول الديمقراطي في ليبيا 1977-1993 ، دراسة مقدمة إلى ندوة : المجتمع المدني والتحول الديمقراطي ، القاهرة ، 1994 ، ص 33 . عبير إبراهيم أمينة ، أثر التغيرات الهيكلية والتنظيمية لقطاع التعليم على أداء وتنفيذ سياسات التعليم العالي : دراسة تطبيقية على سياسة التسريب بجامعة قاريونس 1980-1994 ، مرجع سبق ذكره .

من ناحية أخرى ، فإن اللجنة الشعبية العامة شهدت هي الأخرى العديد من التغيرات سواء من حيث هيكليتها أم مدة عملها ، الأمر الذي يجعل من الصعب وضع ومتابعة تنفيذ سياسات عامة ومتسقة ، فلقد تم تصعيد أول لجنة شعبية عامة من قبل مؤتمر الشعب العام في 2 مارس 1977 وحتى عام 2000 تم تعديلها 18 مرة ، بمتوسط 15 شهرا لكل لجنة شعبية عامة .

في نفس الإطار تعرض حجم اللجنة الشعبية العامة للعديد من التغيرات ، فقد تغير حجم اللجنة الشعبية العامة من 26 أمانة كحد أقصى إلى ثمانى أمانات كحد أدنى وذلك خلال الفترة 1977-2000 فبموجب القرار رقم "3" لمؤتمر الشعب العام بإعادة تنظيم أمانة اللجنة الشعبية العامة وأيلولة اختصاصات الصحة إلى الأمين المساعد لشؤون الخدمات ، الذي يختص بالإشراف على سير العمل بالهيئات والأجهزة والمصالح المختلفة بمباشرة الأنشطة الخدمية¹⁶ وهذا مما يعنى إلغاء أمانات ودمج أمانات أخرى وإضافة أخرى جديدة ، وليس من الصعوبة إدراك تأثير ذلك على تخطيط ومتابعة تنفيذ إدارة السياسات العامة والقرارات المختلفة .

¹⁶ الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية ، اللجنة الشعبية للعدل الأمن العام ، الجريدة الرسمية ، العدد 6، 2000، ص ص 187-188

الجدول رقم 1
تغير الهيكلية الإدارية وأثرها على حجم اللجنة الشعبية العامة
للصحة والضمان الاجتماعي
2000-1979

السنة	عدد الوحدات الإدارية	عدد الفروع	حجم اللجنة الشعبية العامة للصحة
1979	44 بلدية	174 فرعاً بلدياً	44 عضواً
1980	25 بلدية	173 فرعاً بلدياً	25 عضواً
1984	24 بلدية	134 فرعاً بلدياً	24 عضواً
1986	13 بلدية	13 فرعاً بلدياً	13 عضواً
1990	7 بلديات	39 فرعاً بلدياً	7 أعضاء
1992	ألغيت	1496 مؤتمراً	1496 عضواً
1993	ألغيت	459 مؤتمراً	459 عضواً
1996	13 منطقة	385 مؤتمراً	385 عضواً
1998	26 شعبية	359 مؤتمراً	26 عضواً
2000	31 شعبية	400 مؤتمراً	ألغيت

المصدر: تم تجميع بيانات هذا الجدول من كل من :

1. خالد بن عمور ، أثر التقسيمات الإدارية على عملية التنمية في منطقة الجبل الأخضر في الفترة الممتدة من 1951 - 1997 ، مرجع سبق ذكره
 2. أعداد متفرقة من الجريدة الرسمية
- ألغيت اللجنة الشعبية العامة للصحة بموجب القرار رقم 8 لسنة 2000 لمؤتمر الشعب العام ، يمكن مراجعة : الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى ، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام، الجريدة الرسمية ، العدد 6 ، مرجع سبق ذكره ، ص 189

الجدول رقم 2
التقسيمات الإدارية على مستوى الدولة
2000-1977

السنة	عدد الوحدات الإدارية	عدد الفروع
1977	10 محافظات	46 بلدية
1979	44 بلدية	174 فرعاً بلدياً
1980	25 بلدية	173 فرعاً بلدياً
1984	24 بلدية	134 فرعاً بلدياً
1986	13 بلدية	52 فرعاً بلدياً
1990	7 بلديات	39 فرعاً بلدياً
1992	ألغيت	1496 مؤتمراً
1993	ألغيت	450 مؤتمراً
1996	13 منطقة	385 مؤتمراً
1998	26 شعبية	359 مؤتمراً
2000	31 شعبية	400 مؤتمراً

المصدر :-

- تم تجميع بيانات هذا الجدول من
1. خالد بن عمور ، مرجع سبق ذكره
 2. أعداد متفرقة من الجريدة الرسمية

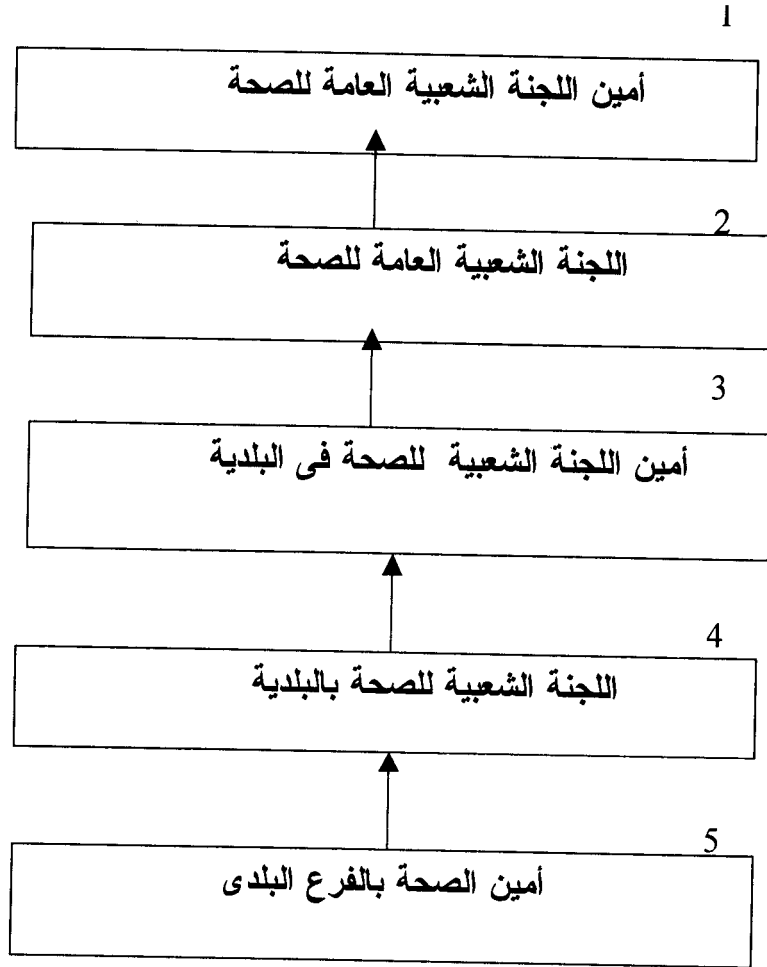
الجدول رقم 3
التقسيمات الإدارية على مستوى الدولة وعدد الفروع
على مستوى منطقة بنغازي 1979-2000

السنة	عدد الوحدات الإدارية على مستوى الدولة	عدد الفروع البلدية على مستوى بنغازي	الفروع
1979	44 بلدية	8 فروع بلدية	بنغازي ، البركة ، الصابري ، رأس اعبيدة ، القوارشة ، بنينة ، العروبة ، النواقية .
1980	25 بلدية	15 فرعا بلديا	بنغازي ، البركة ، الصابري ، رأس اعبيدة ، القوارشة ، بنينة ، العروبة ، النواقية ، سيدى خليفة ، دريانة ، توكرة ، سلوق ، جردينيا المقرون ، قمينس .
1984	24 بلدية	8 فروع بلدية	بنغازي ، توكرة ، الساحل ، البركة ، السلوى ، سلوق ، قمينس ، الحزام الاخضر
1986	13 بلدية	6 فروع بلدية	بنغازي ، البركة ، السلوى ، توكرة ، الأبيار ، قمينس .
1990	7 بلديات	6 فروع بلدية	بنغازي ، البركة ، السلوى ، قمينس ، توكرة ، الأبيار .
1992	الغيت	50 تقريبا	
1993	الغيت	45 تقريبا	
1996	13 منطقة	24 مؤتمرا	بنغازي المدينة ، الكيش ، الهواري ، البركة ، السلماني بنغازي الجديدة ، رأس أعبيدة ، سيدى حسين ، سيدى عبيد ، الحدائق ، أبو عطنى ، قاريونس ، الثورة الشعبية ، المختار ، الصابري ، شهداء السلوى ، العروبة ، الكوفية الفويهات ، القوارشة ، أبوفاخرة ، بنينة ، اللثامة ، وادى القطارة .
1998	26 شعبية	22 مؤتمرا	بنينة ، أبوفاخرة ، القوارشة ، الفويهات ، الكوفية العروبة ، شهداء السلوى ، الصابري ، المختار ، الثورة الشعبية ، قاريونس ، أبو عطنى ، الحدائق ، سيدى أعبيد ، سيدى حسين ، رأس اعبيدة ، بنغازي الجديدة ، السلماني ، البركة ، الهواري ، الكيش ، بنغازي المدينة
2000	31 شعبية	25 مؤتمرا	بنينة ، أبوفاخرة ، القوارشة ، الفويهات ، الكوفية ، العروبة ، شهداء السلوى ، الصابري ، المختار ، الثورة الشعبية ، قاريونس ، أبو عطنى ، الحدائق ، سيدى أعبيد ، سيدى حسين ، رأس اعبيدة ، بنغازي الجديدة ، السلماني ، البركة ، الهواري ، الكيش ، بنغازي المدينة ، النواقية ، المقرحة ، سيدى خليفة .

المصدر : تم تجميع بيانات هذا الجدول من

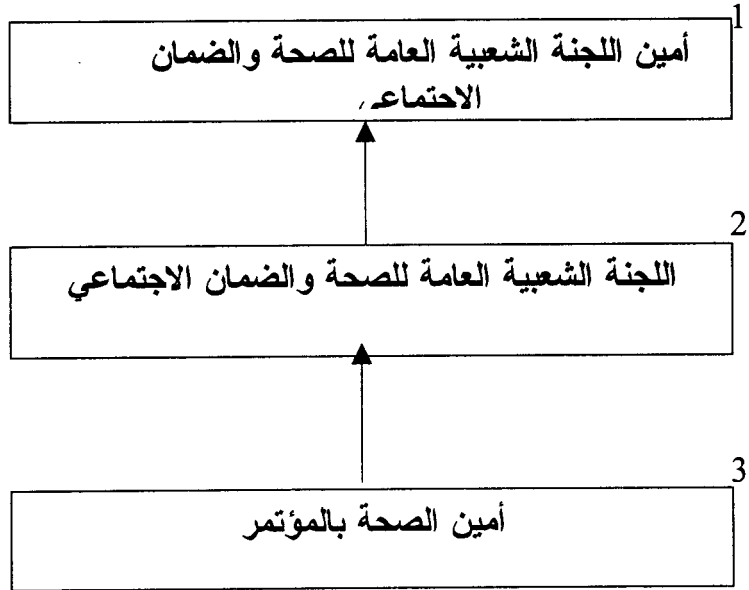
1. خالد عمور ، مرجع سبق ذكره
2. اعداد متفرقة من الجريدة الرسمية

الشكل رقم 1
هيكلية اللجنة الشعبية العامة للصحة
1992-1979



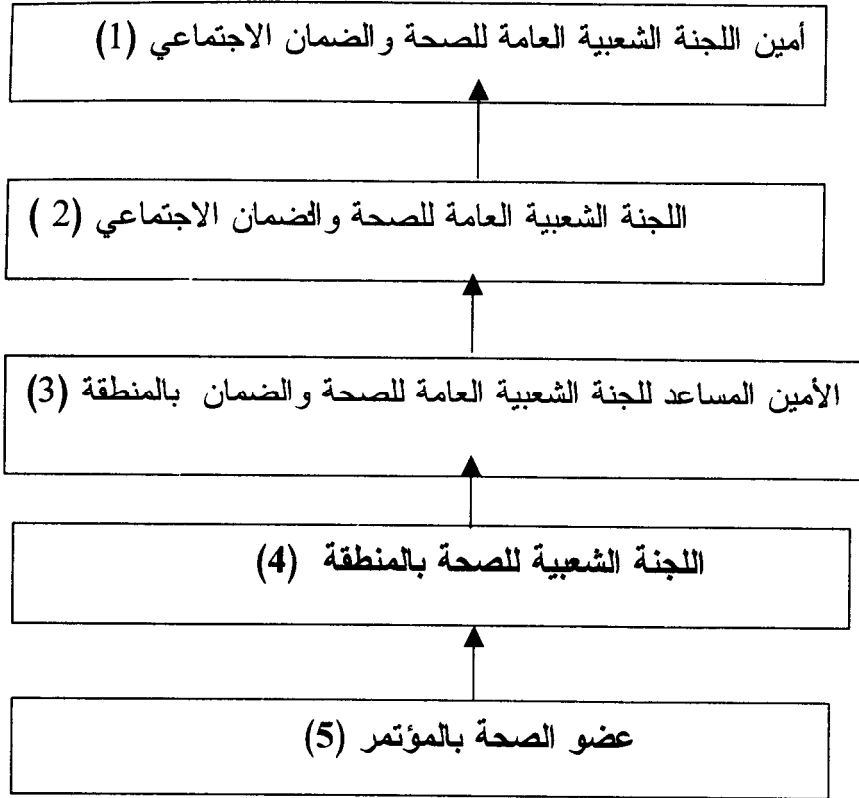
5 عضو في 4
3 عضو في 2
1 عضو في اللجنة الشعبية العامة

الشكل رقم 2
هيكلية اللجنة الشعبية العامة للصحة
1995-1993



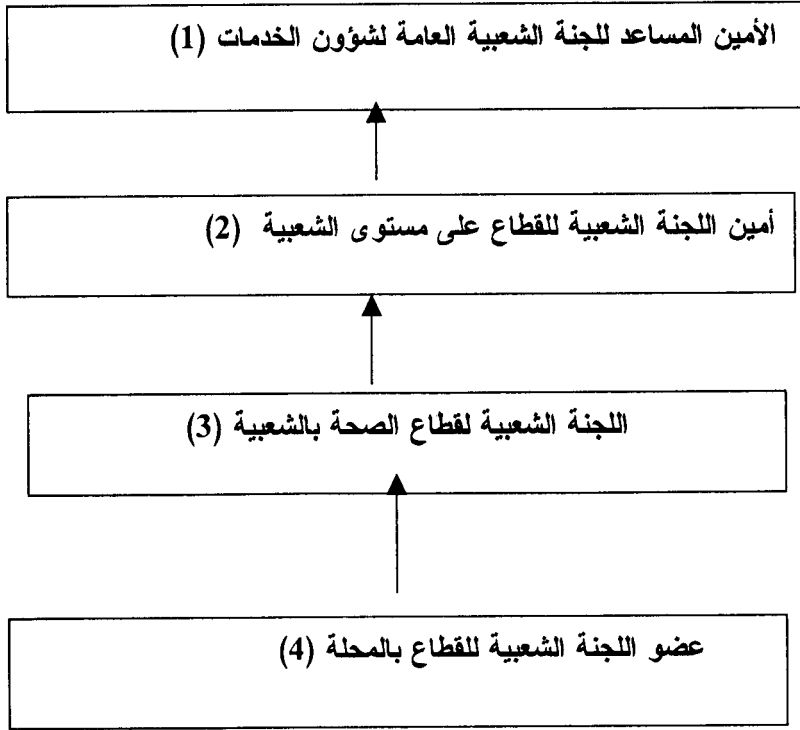
3 عضو في 2
1 عضو في اللجنة الشعبية العامة

الشكل رقم 3
هيكلية اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي
1996-1998



5 عضو في 4
3 عضو في 2
1 عضو في اللجنة الشعبية العامة

الشكل رقم 4
هيكلية اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي
2000 - 1998



4 عضو في 3

ثانياً: الإطار العام للسياسة الصحية :

يعد تطور الخدمات الصحية وتوفيرها لكافة أفراد المجتمع هدفاً أساسياً من أهداف التغيير الاجتماعي والاقتصادي ، فلقد كان بين أهداف خطط التحول الاقتصادي والاجتماعي في ليبيا خلال الفترة 1970-1992¹⁷:

1. توفير الخدمات الصحية وتحسين مستواها كما وكيفا ، وتحقيق عدالة التوزيع بين المناطق المختلفة .
2. التركيز على تنمية القوى البشرية الوطنية لتشغيل المرافق الصحية المختلفة من أطباء وصيادلة وهيئات تمريض وفنيين و إداريين .
3. زيادة معدل الأطباء " لكافة التخصصات " بالنسبة لعدد السكان .
4. تركيز الجهود في مجال مشروعات الصحة الوقائية للوقاية من الأمراض السارية ونشر الوعي الصحي والغذائي السليم.

لذلك فقد ركزت السياسة الصحية على جملة من الأسس والمنطلقات شكلت إطاراً عاماً لإستراتيجية التنمية على مستوى الصحة ، وتلخصت في¹⁸ :

1. اتخاذ الوسائل التنظيمية والإدارية والتشريعية التي تكفل الترابط بين الخدمات الصحية والخدمات الأخرى ذات العلاقة المباشرة والمكملة لها " التغذية ، الصحة ، الإسكان ، البيئة ،.. الخ " .
2. توفير الخدمات الصحية العلاجية منها والوقائية من مختلف مناطق البلاد مع إعطاء الأولوية لتلك الخدمات في المناطق النائية .
3. القضاء على الأمراض السارية والمستوطنة كأمراض الدرن والبلهارسيا والتراكوما وغيرها .
4. تجهيز وتطوير وتدعيم المؤسسات الصحية والطبية القائمة بأكثر الأجهزة حداثة وفعالية وتطوراً .
5. الاهتمام بالمعاهد الصحية ومدارس التمريض .

¹⁷ مجموعة باحثين ،ليبيا الثورة في ثلاثين عاماً، التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية 1969-1999 ، ص 554.

¹⁸ محمد كعيبه و آخرون ، واقع وآفاق الوضع السكاني في الاقتصاد الليبي، الهيئة القومية للبحث العلمي ، مركز البحوث الاقتصادية ، بنغازي ، 1996 ، ص 51.

واقع أداء القطاع الصحي :

كشفت تقارير لجان العمل الموكل لها متابعة أداء القطاع الصحي خلال فترة الثمانينيات عن جملة من المشكلات يعاني منها هذا القطاع تمثلت في :¹⁹

1. ضعف الإدارة وتفاوت قدراتها على الأداء وعدم استقرار قاعدتها التنفيذية
2. زيادة التكلفة خصوصاً في مجال التقنية الطبية .
3. انخفاض الموارد .
4. عدم الاهتمام بالاستخدام الأمثل للقوى البشرية .
5. عدم تبني سياسات واضحة المعالم وتحديد أولويات موضوعية في حدود الإمكانيات المتاحة والمختلفة .

فضلاً عن جملة من المشاكل الأخرى التي أوردها تقرير آخر للجان الخبراء المتعلقة بمتابعة أداء القطاع الصحي نذكر منها²⁰:

1. عدم وضوح العلاقة بين الصحة ومؤسسات التعليم الصحي في عمل المستشفيات
2. النقص الحاد في المقومات المادية وتخفيض الميزانيات .
3. عدم تخصيص موازنات سريعة لحل الإختناقات في المرافق الصحية.
4. النقص الحاد في الأجهزة والمعدات الطبية ومواد التشغيل .

و حيث تتعدد المؤشرات التي يمكن من خلالها تقييم الأداء في القطاع الصحي سوف يتم التركيز على ثلاثة منها فقط وهي :

- المخصصات الاستثمارية والإنفاق الفعلي .
- الموارد البشرية للنظام الصحي .
- البنية الصحية التحتية .

¹⁹ مجموعة العمل لبحث إنشاء نظام التأمين الصحي ، تقرير المرحلة الأولى بشأن مشروع نظام التأمين الصحي، ديسمبر 1991، ص 2

²⁰ مجموعة الخبراء ، الإطار العام لتقرير قطاع الرعاية الصحية لمنطقة بنغازي ، ب . ت ، نوفمبر 1993. بدون صفحات .

أولاً : المخصصات الاستثمارية و الإنفاق الفعلي :

لقد أستاذت القطاع الصحي بما نسبته 3.4 % من إجمالي الإنفاق الاستثماري والتنموي خلال الفترة 1970-1992 ، حيث تم الإنفاق على إنشاء البنية الأساسية اللازمة للخدمات الصحية ، وكذلك الإنفاق على تكوين رأس المال البشري في مجال المهن الطبية والطبية المساعدة .

يعكس الجدول "رقم 4 " تطور الإنفاق الاستثماري على القطاع الصحي 1970-1992 ، وكما هو واضح من الجدول بلغ إجمالي المبلغ المنفق على القطاع الصحي " 998.5 مليون دينار" ، كما يتضح أن المخصصات التنموية لقطاع الصحة ازدادت من 50.9 مليون دينار في الفترة 1970-1972 إلى 106.0 ملايين دينار في الفترة 1990-1991 ، أما فيما يخص الإنفاق الفعلي فإنه يلاحظ أن حجم الاستثمارات المخصصة والمنفذة في قطاع الصحة ازداد من 24 مليون دينار في الفترة 1991-1992 ، إلا أنه تجدر الإشارة إلى أن حجم الإنفاق الفعلي لم يتجاوز المبالغ المخصصة، حيث بلغت نسبة الإنفاق الفعلي 86% خلال الفترة 1970-1992 .²¹

وبالرغم من الارتفاع في حجم الاستثمارات المخصصة والمتعددة في قطاع الصحة نسبة إلى الإجمالي من المخصصات والاستثمارات الفعلية لخطط التنمية إذ ارتفعت من 3% في الفترة 1970-1972 إلى 7.9 % في الفترة 1976-1980. إلا أنها عادت إلى الانخفاض في الفترة 1990-1991 لتصل إلى 5.3 % ولتكون النسبة 3.4 % خلال الفترة 1970-1992.

كما يوضح "الجدول 4 " أن متوسط الإنفاق السنوي على القطاع الصحي لم يتجاوز 43 مليون دينار سنوياً وهو مبلغ ضئيل نسبة إلى تزايد الضغوط على الخدمات الصحية ، وفي إطار شعبية بنغازي بلغت مصروفات التنمية لقطاع الصحة للعام 2000 ما مجموعه 5.908.726 مليون لينخفض المخصص على الإنفاق عام 2001 إلى 1.614.641، بينما بلغت مصروفات الميزانية التشغيلية للقطاع على

²¹ محمد كعبية وآخرون ، مرجع سبق ذكره ، ص 52.

مستوى الشعبية للعام 2000 ما مجموعه 8.733.049 مليون دينار ليشهد العام 2001 انخفاض المخصص الى 4.729.857 مليون دينار²².

من جهة أخرى وبالنظر إلى بعض المؤشرات الاقتصادية فإننا نجد نسبة الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة 1986-1992 لم تتجاوز 1.01 % وهي نسبة متدنية جدا بكل المقاييس.. خاصة إذ أدركنا أن نصيب الفرد من الإنفاق على القطاع الصحي بلغ في المتوسط 50 ديناراً خلال الفترة 1970-1992.²³

الجدول رقم 4 تطور إنفاق الاستثمار على القطاع الصحي 1970-1992

الفترة	72-70	75-73	80-76	85-81	90-86	91-90	92-70
المخصصات الإجمالية	969.0	2585.9	8813.2	11780.0	6575.0	2195.0	33518.1
مخصصات قطاع الصحة	50.9	66.2	313.1	402.1	221.6	106.0	1159.9
النسبة(%)	5.2	2.5	3.5	3.4	3.3	3.7	3.4
الإنفاق الإجمالي	791.0	2203.0	3259.2	10693.0	4491.0	1985.5	28423.1
الإنفاق على قطاع الصحة	24.0	46.6	257.0	379.0	175.8	105.2	998.5
النسبة(%)	3.0	2.1	7.9	3.6	3.9	5.3	3.4

محمد كعيبة وآخرون ، واقع وأفاق الوضع السكاني في الاقتصاد الليبي ، الهيئة القومية للبحث العلمي ، مركز البحوث الاقتصادية ، بنغازي ، 1996 ، ص 52.

²² محمد زاهي المغربي وآخرون ، ، أطلس التنمية للشعبيات ، التقرير الأولي حول شعبية بنغازي 2001 ، الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق ، "غير منشور".

²³ محمد كعيبة وآخرون ، مرجع سبق ذكره ، ص 52 .

ثانياً : الموارد البشرية للنظام الصحي :

يوظف النظام الصحي الليبي في القطاع العام طبقاً لإحصاءات عام 1998 نحو 63656 من العاملين وهم بذلك يشكلون 5% من قوة العمل الإجمالية ، وباستبعاد المهن الإدارية والحرفية هناك 59% من الحاصلين على تدريب طبي وصحي متخصص ، والذين يشكلون الموارد البشرية الصحية ، أما النساء فيشكلن نحو 47% من تلك الموارد.²⁴

يعكس الجدول (رقم 5) تحليل القوى البشرية الصحية ونلاحظ من خلاله أن العدد الإجمالي للأطباء للعام 1998 هو 7096 " أخصائيون ، أطباء ممارسون ، أطباء أسنان "

ويبدو من الجدول أن أكثر من نصف الأطباء الأخصائيين هم من غير الوطنيين 54.2% وفي الوقت الذي يفوق فيه عدد الأطباء الليبيين نظرائهم الأجانب في حقل الممارسة العامة ، إلا أن الأمر يبدو على عكس ما هو عليه في المجالات التخصصية، حيث ترتفع نسبة الأجانب إلى 74%.

كما أوضح تقرير التنمية البشرية للعام 1999، بأن هناك نقصاً فادحاً في غالبية التخصصات الطبية ، وأن مجلس التخصصات الطبية المحلية لا يستطيع مقابلة الطلب المتنامي على القوى العاملة الطبية المتخصصة ، حيث لم يتجاوز عدد خريجي عام 1998 أكثر من 60 طبيباً تخصصياً، فعلى سبيل المثال يصل الاعتماد على العنصر غير الوطني في اختصاص التخدير إلى 98% وفي اختصاصات الأشعة والأنف والأذن والحنجرة يصل إلى 92% لكل منهما ، الأمر ذاته بالنسبة لجراحة الأعصاب 91% وتصل نسبة الاعتماد في تخصص الأمراض الصدرية إلى 87% والنفسية والعصبية 89%، أما اختصاص العلاج الطبيعي فتصل فيه نسبة الاتكال على العناصر غير الوطنية إلى 100% وفق بيانات 1998.²⁵

²⁴ الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق ،ليبيا -تقرير التنمية البشرية 1999، ص 107.

²⁵ نفس المرجع السابق ، ص 107.

الجدول رقم 5
إجمالي قوة العمل الصحية للعام 1998

المجموع	غير ليبي	ليبي	التخصص
2495	1848	647	أخصائون
4181	1805	2376	أطباء ممارسون
420	195	225	أطباء أسنان
518	151	367	صيدالة
22951	5005	17946	ممرضات وقابلات
6815	960	5855	فنيون
26276	13	26263	إداريون وحرفيون
63656	9977	53679	المجموع

المصدر :

الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق ،ليبيا -تقرير التنمية البشرية 1999، ص 107.

الأمر ذاته يصدق على القوى العاملة الطبية المساعدة حيث ما تزال العناصر غير الوطنية تمثل نسبة كبيرة من إجمالي القوى العاملة في قطاع الصحة تصل إلى حوالي 20% رغم أن خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية كانت تهدف إلى تلييب 90% من القوى العاملة الطبية المساعدة في نهاية الخطة الخمسية للتنمية (81-85) وأيضا خطط قطاع الصحة (1986-1990) والتي كانت تهدف من ضمن أولوياتها تلييب القوى العاملة الطبية المساعدة بالكامل أي بنسبة 100% ، إلا أن القطاع الصحي لم يتمكن حتى الآن من تحقيق أهم أهدافه في مجال القوى العاملة الطبية المساعدة على الرغم من إنفاق المبالغ الطائلة لإنشاء البنية الأساسية التحتية للتعليم الصحي²⁶.

كما تؤكد دراسة تقييمية لخطط التنمية في مجال إعداد وتشغيل العناصر الطبية المساعدة على أن قطاع الصحة مازال يعتمد بشكل كبير في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات والمراكز المتخصصة على العناصر غير الوطنية إذ تمثل

²⁶ محمد محمد أبو بكر الفلاح ، تقييم خطط التنمية في ليبيا في مجال إعداد وتشغيل العناصر الطبية المساعدة، رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية الآداب،قسم التخطيط والإدارة التربوية .2000،جامعة قاريونس ،ص 223.

العناصر غير الوطنية التي تعمل بالمرافق الصحية المختلفة غير المستشفيات حوالي 19% من إجمالي القوى العاملة الطبية المساعدة غير الوطنية العاملة بقطاع الصحة ، بينما كانت نسبة العناصر غير الوطنية التي تعمل في المستشفيات تمثل حوالي 81% من إجمالي القوى العاملة الطبية المساعدة غير الوطنية العاملة في قطاع الصحة²⁷ .

وفي إطار القوى العاملة الطبية المساعدة كشفت إحدى وثائق أمانة الصحة * بأن معدلات تشغيل القوى العاملة الطبية المساعدة لم تبين أساسا على عدد السكان، الأمر الذي أوجد تفاوتاً بين مناطق البلاد المختلفة، كما أن المعدلات الحالية تم التوصل إليها بتشغيل العناصر الطبية غير الوطنية²⁸ .

في هذا السياق يعكس "الجدول رقم 6 " التوزيع غير المتوازن لعناصر القوى العاملة الطبية الصحية من الفنيين الصحيين على مناطق البلاد المختلفة ، إذ تتباين معدلات تشغيل الفنيين الصحيين إلى عدد السكان تبانيا واضحا من منطقة إلى أخرى ، ففي بعض المناطق وصل هذا المعدل إلى أكثر من ثلاثة أضعاف مثيله في مناطق أخرى إذ ينخفض عدد السكان بالنسبة إلى المعاون الصحي الواحد إلى أدنى مستوياته في منطقتي الزاوية ، فزان " بينما يرتفع عدد السكان بالنسبة إلى الفني الواحد إلى " سوف الجين ، مصراته ، النقازة "، ويلاحظ في هذا الإطار أن معدلات تشغيل القوى العاملة الطبية المساعدة في مدينة بنغازي تسجل تدنى في نسبة هيئة التمريض والفنيين قياسا إلى عدد السكان ، ومن جهة أخرى رغم أن هناك العديد من المناطق التي حققت معدلات عالية في التشغيل تفوق المعدل الذي وضعته أمانة الصحة ضمن أهدافها .، إلا أنه لم يتم الاستغناء عن العمالة غير الوطنية ، ويرجع ذلك إلى أن إشكالية الاعتماد على عناصر القوى العاملة الطبية المساعدة غير الوطنية لا يرتبط بمشكلة النقص في قاعدة العرض من الناحية الكمية بقدر ما يرتبط بالناحية النوعية والتي تتعلق بمدى قدرة العناصر غير الوطنية على القيام بالمهام الطبية المساعدة وفق متطلبات العمل بالمرافق الصحية على اختلافها²⁹ .

²⁷ نفس المرجع السابق، ص 223.

* للاطلاع على هذه الدراسات يمكن الرجوع إلى نفس المرجع السابق ص 162

²⁸ نفس المرجع السابق، ص 162.

²⁹ نفس المرجع السابق ، ص 160 .

جدول رقم 6
معدلات تشغيل القوى العاملة الطبية المساعدة حسب التخصص والمنطقة

المنطقة	إجمالي عدد السكان	معدل ممرضة وقابلة واحدة إلى عدد السكان	معدل فني واحد إلى عدد السكان
البطنان	165.393	139	799
الجبل الأخضر	414.312	152	671
بنغازي	724.641	320	701
الوسطى	256.643	308	1846
الواحات	65.329	263	883
الجفرة	42.242	126	782
مصراته	529.755	413	1383
النقارة	264.469	334	1316
طرابلس	1.420.385	282	722
الزاوية	559.144	175	509
الجبل الغربي	343.371	193	784
سوف الجين	82.640	328	1722
فزان	338.339	112	611

المصدر:

محمد محمد أبو بكر الفلاح ، تقييم خطط التنمية في ليبيا في مجال إعداد وتشغيل العناصر الطبية المساعدة ، قسم التخطيط والإدارة التربوية ، كلية الأدب ، جامعة قاريونس 2000، ص 161.

كما يوضح "الجدول رقم 7" توزيع القوى العاملة الطبية المساعدة العاملة في المستشفيات بقطاع الصحة 1998 ، ونلاحظ من الجدول أن نسبة العناصر الوطنية العاملة في المستشفيات تنخفض إلى 62 %، إذ بلغت نسبة العناصر غير الوطنية 38 % من إجمالي القوى العاملة الطبية المساعدة العاملة في المستشفيات ، وقد كان ذلك ناجماً من انخفاض نسبة عناصر التمريض الوطنية العاملة في المستشفيات إلى حوالي 60% إذ بلغت عناصر التمريض غير الوطنية حوالي 40% من إجمالي عناصر التمريض العاملة بالمستشفيات وكذلك انخفاض نسبة القابلات الوطنيات العاملات في المستشفيات إلى 5.55% فقط إذ تصل نسبة إجمالي القابلات غير الوطنيات العاملات في المستشفيات إلى 94.4%. غير أن نسبة الفنيين الصحيين الوطنيين العاملين في المستشفيات رغم انخفاضها تصل إلى حوالي 79% إلا أنها لا تزال تمثل نسبة كبيرة

إذ بلغت نسبة العناصر غير الوطنية من الفنيين الصحيين حوالي 21% من إجمالي الفنيين الصحيين³⁰

الجدول رقم 7 توزيع القوى العاملة الطبية المساعدة في قطاع الصحة حسب التخصص والجنسية عام 1998

التخصص	العناصر الوطنية		العناصر غير الوطنية		إجمالي القوى العاملة الطبية الصحية	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
التمريض	5353	59.80%	3598	40.20%	8951	100%
القبالات	34	5.55%	579	94.45%	613	100%
الفنيون الصحيون	2496	78.96%	665	21.04%	3161	100%
الإجمالي	7883	61.95%	4842	38.05%	12725	100%

المصدر:-

محمد محمد أبو بكر الفلاح ، تقييم خطط التنمية في ليبيا في مجال إعداد وتشغيل العناصر الطبية المساعدة ، قسم التخطيط والإدارة التربوية ، كلية الآداب، جامعة قاربيونس 2000، ص 153.

ثالثاً : البنية التحتية الصحية :

تساعد معرفة طاقة المستشفيات والمؤسسات الصحية خلال العقود الثلاثة المنصرمة على معرفة أداء القطاع الصحي في مضمار تأسيس البنية التحتية، والملاحظ في هذا الشأن أن الفترة التي شهدت تطورات ملحوظة في قيام البنية التحتية الصحية هي عقد السبعينيات الذي تضمن تطبيق الخطتين الإنمائيتين الأولى والثانية ، حيث تم بناء 89 % من وحدات الرعاية الصحية الأولية المتواجدة حالياً ، أما عن العيادات المجهزة فقد تم إنشاء ما يعادل 75% من مجموعها الحالي خلال العقد الأول للتنمية ، غير أن عدد العيادات المركزية بدأ بالتناقص بعد أن تم تحويل وظيفة البعض منها من المستوى الثاني إلى مراكز تخصصية في المستوى الثالث ، الأمر الذي أثر على شكل الانتفاع من الخدمات الصحية وعلى الفئات الاجتماعية المستهدفة من ذلك

³⁰ نفس المرجع السابق ، ص 153.

المستوى من الرعاية الصحي، حيث تقلص عددها من 40 عيادة إلى 21 عيادة مجمعة³¹، على الرغم من التزايد المستمر في معدلات التحضر وعدد السكان، لم تطرأ خلال الفترة 1980-1996 أية زيادة على الوحدات الصحية المجمعة إذ استقر عددها عند 18 عيادة³².

وعند تشخيص طاقة المستشفيات قياساً لعدد الأسرة المتوفرة يتضح التوسع السريع الذي شهده قطاع المستشفيات خلال فترة الخطط التنموية الثلاث 1973-1985، حيث ارتفع من 3.6 سرير لكل 1000 من السكان في بداية الفترة إلى 5.3 سرير لكل 1000 مواطن عند نهاية عام 1985، ولقد بدأت تلك المعدلات بالتراجع التدريجي نتيجة لتفوق عدد السكان على زيادة الأسرة المضافة لتستقر عام 1998 عند 4.2 سرير لكل 1000 مواطن³³.

بالرغم من إشارة التقرير الوطني للتنمية البشرية للعام 1999 بأن حصة مدينتي بنغازي وطرابلس من ناحية الأسرة عالية وتصل إلى نحو 49% من المجموع، إلا أن واقع الحال في شعبية بنغازي ينبئ بغير ذلك إذ أنه قد تأثرت السعة السريرية بالشعبية بعدة عوامل، أهمها عدم افتتاح أي مستشفيات جديدة خلال السنوات الماضية لمواكبة الزيادة في عدد السكان وخاصة مشروع مستشفى بنغازي المركزي 1200 سرير، ولاسيما مع ارتفاع نسبة الأجهزة الطبية غير العاملة في الشعبية والتي بلغت 444 من إجمالي 568 جهازاً³⁴، بالإضافة إلى إغلاق مستشفى السابع من أبريل بسعة حوالي 500 سرير لغرض الصيانة مما أثر في السعة السريرية بشكل مفاجئ وكبير، ولم تكن مشروعات التوسيع المحدودة بالمستشفيات القائمة قادرة على استيعاب ما ترتب على قرار الإغلاق من نقص في الخدمات الطبية بالمنطقة وعدم توفير بدائل لبعض التخصصات.³⁵

³¹ تقرير التنمية البشرية، مرجع سبق ذكره، ص 109.

³² محمد كعبيبة، مرجع سبق ذكره، ص 54.

³³ نفس المرجع السابق، ص 110.

³⁴ محمد زاهي المغيربي وآخرون، أطلس التنمية للشعبيات، التقرير الأولي حول شعبية بنغازي، 2001، مرجع سبق ذكره.

³⁵ اللجنة الشعبية لشعبية بنغازي، "مقترح مشروع الخطة الخمسية 2000-2006 لقطاع الصحة والضمان الاجتماعي شعبية بنغازي"، مشروع خطة التحول الاقتصادية والاجتماعية 2000-2006، بدون أرقام.

الخاتمة :

تم خلال هذه الورقة استعراض أهم التغيرات التي لحقت بالتقسيمات الإدارية للدولة خلال الفترة 1977-2000 ، ولقد تمت ملاحظة سمة عدم الثبات والاستقرار لهذه التقسيمات والاختلافات في عدد فروعها عند كل تغيير ، ولقد تم تتبع أثر هذه التغيرات على حجم اللجنة الشعبية للصحة والضمان الاجتماعي حتى صدور قرار إلغائها ، وأبرز التحليل سمة عدم الثبات على كافة المستويات سواء كان ذلك بالنسبة للتقسيمات الإدارية أم لعدد أعضاء الصحة بالمؤتمرات أو بالنسبة لحجم اللجنة الشعبية العامة " الأمر الذي لابد وان يكون له الأثر على القدرة على متابعة السياسات العامة وتقييمها خاصة وان هناك دراسات قطاعية عكست هذه التأثيرات .

في الجز الثاني من الورقة تم تناول السياسة الصحية في ليبيا وعرض بعض مؤشرات الأداء في القطاع الصحي ، وعلى الرغم أن الإطار العام للسياسة الصحية في ليبيا ينبئ بأنها قد حادت عن مضامينها مع الاعتراف بان تنفيذ مثل هذه الإستراتيجية الطموحة ليس بالأمر الهين .

فمن خلال تحليلنا السابق لمؤشرات ثلاثة من مؤشرات الأداء الصحي ، اتضح لنا قصور هذه المؤشرات وعجزها في الوصول بالأداء إلى الأهداف التي تضمنتها خطط التنمية ، فالأنفاق على القطاع الصحي لم ينجح في توفير الخدمات الصحية وتحسين مستوياتها كما وكيفا ، والتركيز على تنمية القوى البشرية الطبية الوطنية اللازمة بمستوياتها المختلفة لتشغيل المرافق الصحية المتنوعة لم يتم تحقيق الحد المرجو منه قياسا إلى عدد السكان الأمر الذي أدى إلى الاستعانة بالعمالة الأجنبية في كثير من التخصصات ، أما عن البنية التحتية فقد اعترها العجز فلم تستجب لكثير من احتياجات البيئة المحلية التي تتوجه إليها بخدماتها وبقي عدد المنشآت الصحية ثابتا مع التناقص في المعدات وضعف القدرة على الأداء مقابل زيادة مطردة في عدد السكان ، ولقد اقترن تدنى الأداء بحالة من عدم الاستقرار والثبات تجلت في التغيرات المستمرة التي لحقت بالتقسيمات الإدارية - حيث كان متوسط عمر كل تقسيم سنتين على أقصى تقدير - ترتب عن ذلك بطبيعة الحال تغيرات في حدود المناطق الإدارية وبنية اللجان الشعبية ، وارتبط أيضا بتغيرات على مستوى اللجان الشعبية النوعية

الأمر الذي أدى إلى حالة من الإرباك الإداري وعدم القدرة على متابعة أداء وتنفيذ كثير من السياسات فضلا عن تقييم الخطط وتعثر تنفيذها ولاسيما في هذا القطاع. إن هذه التغيرات وإن لم تكن السبب الوحيد لقصور الأداء في القطاع الصحي، حيث لا نغفل في هذا التحليل محددات البيئة الخارجية من " حصار مفروض .. انخفاض أسعار البترول ... الخ " ألا أنها من أهم الأسباب لذلك، حيث يعد الاستقرار الإداري عاملا مهما في تنفيذ الخطط ومتابعتها فضلا عن استقرارها وثباتها، ولقد دلت على ذلك أيضا نتائج استقصاء ميداني ضم عينة من الأطباء الليبيين " على مستوى الدولة " من مختلف الاختصاصات ومن ذوى الخبرة الفنية والإدارية الواسعة في الواقع الصحي الليبي للتعرف على آرائهم بشأن العديد من القضايا والمحاو التي يمكن أن تشكل نسقا لتقييم الأداء في القطاع . ففي عرض لقائمة المشكلات الرئيسية التي تواجه القطاع الصحي أكد 87% من المبحوثين أن المشكلة القصوى في أداء القطاع الصحي تتمثل في ضعف آليات التخطيط الصحي والتي تم إرجاعها إلى عدم وجود الثبات والاستقرار الإداري الأمر الذي أدى إلى عرقلة في تنفيذ الخطط والمتابعة³⁶ .

في معرض الدراسة ذاتها رأيت 83% من العينة بأن المخصصات مكن الأنفاق على القطاع الصحي بشقيه " الاستثماري والجاري " غير كافية ويجب إعادة النظر ببنود الإنفاق وفق أولويات الاحتياجات وتطوير القطاع الصحي والتي تتمثل أهمها في³⁷

1. الصيانة الدورية لمستلزمات التشغيل والمحافظة على المرافق الصحية .
2. تطوير الخدمات والتدريب المستمر .
3. الإنفاق على الجوانب الوقائية .
4. التركيز على خدمات الرعاية الصحية الأولية .

هذا فضلا عن أن 37% من العينة أكدت على أن واقع تخطيط القوى العاملة الطبية غير مرضي ، وغير ملائم أيضا ، حيث أجمع الباحثون على ضرورة إتباع أسلوب علمي وواقعي في تحديد الاحتياجات ، ووضع خطة مستقبلية لإجراء التقديرات وبصورة فعلية على معايير سكانية ومعايير مهنية للتوزيعات ونسب توازن المستويات المختلفة " نسب الممرضات للأطباء والمساعدين والإداريين .. الخ " ³⁸ .

³⁶ نفس المرجع السابق ، ص 117 .

³⁷ نفس المرجع السابق ، ص 117 .

³⁸ تقرير التنمية البشرية ، مرجع سبق ذكره ، ص 116 .

من المفارقة أن هذه النتائج التي تضمنها تقرير التنمية البشرية والمستخلصة من آراء عينة من المختصين في القطاع الصحي على مستوى الدولة تكاد تكون متشابهة إلى حد كبير جداً من نتائج دراسة مسحية على مستوى شعبية بنغازي فقط* والتي أجمعت على المشاكل والصعوبات ذاتها التي تلازم القطاع الصحي وتحد من الوصول إلى أهدافه الإستراتيجية ، ولا سيما فيما يتعلق عدم الاستقرار الإداري .

* يمكن مراجعة : محمد زاهي المغيربي وآخرون ، مشدوع اطلس للتنمية ، مرجع نكره

المراجع

أولاً : المصادر الأولية :

1. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية ، اللجنة الشعبية للعدل ، الجريدة الرسمية ، السنة 17 ، مارس 1979.
2. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية ، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام ، الجريدة الرسمية ، العدد 12 ، 1991.
3. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام ، الجريدة الرسمية ، العدد 33 ، 1992.
4. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام من الجريدة الرسمية ، العدد 15 1995.
5. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية ، اللجنة الشعبية العامة للعدل والأمن العام ، الجريدة الرسمية ، العدد 7 ، 1998.
6. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية ، مؤتمر الشعب العام ، قرار رقم 14 لسنة 1430 ميلادية بإصدار اللائحة العامة للقانون رقم 1 لسنة 1430 ميلادية بشأن نظام عمل المؤتمرات الشعبية واللجان الشعبية ، بدون اية معلومات أخرى.
7. القانون رقم لسنة 1425 ميلادية بشأن نظام عمل المؤتمرات الشعبية واللجان الشعبية ولائحته التنفيذية، كتيب مطبوع . بدون معلومات أخرى.
8. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية ، أمانة تخطيط الاقتصاد ، مصلحة الإحصاء والتعداد ، النتائج النهائية للتعداد العام للسكان سنة 1984 .
9. الجماهيرية العربية الليبية الشعبية العظمى ، الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، النتائج النهائية للتعداد العام للسكان 1999.

ثانياً :المصادر الثانوية :

أ- الكتب :

- 1.مجموعة باحثين ، ليبيا الثورة فى ثلاثين عاماً، التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية 1969-1999 .
- 2.المزوغى، عبد السلام على مفهوم الإدارة الشعبية وعلاقتها بالسلطة الشعبية دراسة مقارنة ، منشورات المركز العالمي لدراسات وأبحاث الكتاب الأخضر ، 1984.
- 3.الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق ، ليبيا -تقرير التنمية البشرية 1999.

ب-الدوريات :

1.المغيربي، محمد زاهي ،" التغيرات الهيكلية وأثرها على وضع وتنفيذ السياسات العامة في ليبيا"، مجلة قاريونس العلمية ، السنة السادسة ،العدد الأول والثاني ، 1993، ص ص209-223

ج . دراسات وتقارير:

- 1.كعيبة ، محمد و آخرون ، واقع وآفاق الوضع السكاني في الاقتصاد الليبي، الهيئة القومية للبحث العلمي ، مركز البحوث الاقتصادية ، بنغازي ، 1996 .
- 2.اللجنة الشعبية لشعبية بنغازي ، " مقترح مشروع الخطة الخمسية 2000-2006 لقطاع الصحة والضمان الاجتماعي شعبية بنغازي "، مشروع خطة التحول الاقتصادية والاجتماعية 2000-2006 ، بدون معلومات أخرى .
- 3.مجموعة الخبراء ، تقرير المرحلة الأولى بشأن مشروع نظام التأمين الصحي ، ديسمبر 1991.
- 4.مجموعة الخبراء ، الإطار العام لتقرير قطاع الرعاية الصحية لمنطقة بنغازي ، نوفمبر 1993.
- 5.المغيربي ، محمد زاهي وآخرون ،أطلس التنمية للشعبيات ، التقرير الأولى حول شعبية بنغازي، 2001، الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق ، " غير منشور ".

د . الاطروحات الجامعية:

1. أمينة ، عبير إبراهيم ، أثر التغيرات الهيكلية والتنظيمية لقطاع التعليم على أداء وتنفيذ سياسات التعليم العالي : دراسة تطبيقية على سياسة التنسيب بجامعة قاريونس 1980-1994. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قار يونس، كلية الاقتصاد ، قسم العلوم السياسية ، بنغازي 1995.
2. بن عمور ، خالد ، أثر تغير التقسيمات الإدارية على عملية التنمية في منطقة الجبل الأخضر في الفترة الممتدة من 1951- 1997 : دراسة في الجغرافيا السياسية : رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة قار يونس ، كلية الآداب ، قسم الجغرافيا .بنغازي ، 2000 .
3. الجهاني ، نعيمة خليفة أثر التوجهات الأيدلوجية على السياسات الاقتصادية في ليبيا خلال السنوات 1978-1995 ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة قار يونس،كلية الاقتصاد ، قسم العلوم السياسية ، بنغازي 1996.
4. الفلاح ، محمد محمد أبو بكر ، تقييم خطط التنمية في ليبيا في مجال إعداد وتشغيل العناصر الطبية المساعدة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة قاريونس ، كلية الآداب، قسم التخطيط والإدارة التربوية ، 2000.
5. المقيرحي ،عبد الحميد ، اثر التغيرات السياسية والاقتصادية على السياسة العامة للإسكان في ليبيا ، 1969-1999 ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة قاريونس، كلية الاقتصاد ، قسم العلوم السياسية ، 2000 .