

# حقوق الأطقم الطبية

مشروع تعزيز مبادرات سيادة القانون في ليبيا "المرحلة الرابعة"

بتمويل من الاتحاد الأوروبي

المنظمة الحقوقية لترسيخ العدالة الدستورية مصراتة / ليبيا

الطبعة الأولى نوفمبر 2021

## إعداد المادة:

الطبيب/عمر عبدالسلام الكولاص المحامي. ناشط حقوقي / عبدالرحمن بشير المحيشي

## تدقيق قانوني:

المحامي. ناشط حقوقي / عبدالرحمن بشير المحيشي

## مراجعة لغوية:

الصديق محمد حديد

محتويات هذا الكتيب تعبر عن رأي الكاتب / ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر الاتحاد الأوروبي أو مشروع شارب.

## مشروع سيادة القانون في ليبيا تحت مظلة مشروع "شارب" وبدعم من الاتحاد الأوروبي

إن أهداف هذا المشروع من الممكن أن تُشكّل أساساً في المستقبل  
لخارطة طريق بمساعدة الأمم المتحدة وجهات دولية أخرى  
كما يركز على الربط بين التنمية والأمن، ومنع نشوب النزاعات بين  
الأطراف الليبية لتعزيز نظام ديمقراطي وشامل  
كما نعتبره خطوة مهمة في اتجاه تعزيز مبادئ العدالة والانصاف من  
أجل رفع المعاناة على المواطنين..

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَقُلِ أَعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ  
وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَتُرَدُّونَ إِلَىٰ عِلْمِ الْغَيْبِ  
وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ

اللَّهُ  
الْحَقُّ  
الْعَظِيمُ

(التوبة - 105)

## مقدمة

لا يسع أعضاء المنظمة الحقوقية لترسيخ العدالة الدستورية إلا أن يتقدموا بجزيل الشكر ووافر الامتنان لكل من ساهم في إعداد وتجهيز هذه المادة التوعوية حتى تخرج إلى حيّز الوجود بعد ستة أشهر من العمل المضني والشاق بسبب ندرة المصادر وافتقار المعلومات وقلة الوثائق التاريخية التي ترسم ملامح الحياة الطبية في ليبيا منذ أقدم العصور.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى إدارة مشروع "شارب" والاتحاد الأوروبي لإشرافها بكافة إمكانياتها على إنجاح هذا المشروع الذي يسهم بشكل كبير في تعميق سبل الاستقرار خصوصاً في ظل سيادة القانون بالدولة الليبية.

تتبع أهمية هذه "المادة التوعوية" من الحاجة الملحة لدراسة قطاع الخدمات الصحية، وما يعانيه الأطقم الطبية من عدم التوازن في قضية الحقوق وما لها من تأثيرات وانعكاسات على الخدمات الصحية التي تقدم للمواطن وما تعتريه من قصور أصحاب القرار، ووجود تباين واختلاف في المعاملات بين الأطقم الطبية الوطنية والأجنبية، وعدم توفير الإمكانيات الملائمة للارتقاء بالعمل المهني الطبي، وعند الرجوع للقانون الصحي رقم 106 لسنة 1973 نجده مصاباً بشلل رباعي فهو لا يقوى على الحركة بسبب فقدانه للتطور الذي يشهده قطاع الطب في العالم، فلا يوجد تخطيط مستقبلي للخدمات الصحية في ليبيا من خلال تحليل وتقييم الواقع الحالي وتحديد الاحتياجات والمتطلبات والمعوقات ومن ثم وضع بعض الاستراتيجيات والمقترحات حول التخطيط والتطوير للخدمات الصحية في ضوء التطور السكاني والعمراني للدولة الليبية ثم التوصل إلى النتائج المرجوة من ذلك التخطيط عبر المتابعة والتقييم والتقويم المصاحب لكل مرحلة منه.

## ”حقوق الأطقم الطبية“



صورة تعود إلى بدايات القرن الماضي.. من داخل مستشفى يفن التركي القديم.

### مقدمة عن تاريخ الطب في ليبيا:

تاريخ الطب من المواضيع القديمة الحديثة أي أنه عُرف منذ قديم الزمن إلا أنه في كل يوم يتجدد ويتطور وتضاف له محاور جديدة، وموضوع تاريخ الطب يجمع ما بين التاريخ والطب كموضوع مستقل ولكن لا ينفصل عنهما ومثال ذلك عندما نكتب بحثاً عن مرض ما يفضل أن نقدم نبذة عنه في السابق وأول من وصفه والأدوية التي استعملت لعلاجها، وكذلك يعتمد تاريخ الطب على كتب التاريخ ومراجعته كتب الرحلات، وأيضاً الروايات الشفوية وذاكرة كبار السن، وقد تم تجميع العديد من الروايات الشفوية حول أنواع الأمراض قديماً ومكافحة الأوبئة، وكذلك أوائل الأطباء وتراجم حياتهم، ومن أمثلة الأطباء الليبيين:



د. عارف أدهم عريف

1- الدكتور عارف أدهم عريف سنة 1884م -  
1935م عمل بالمستشفى العثماني بشارع الزاوية بطرابلس، ثم طبيباً ضابطاً بالجيش العثماني في البلقان برتبة رائد وأرسل إلي مدينة جدة بالحجاز وعين مديراً للمستشفى بها، وتنقل بعدها عبر دول كثيرة، وتم اعتقاله وأسير في مصر من قبل الانجليزي بالإسكندرية لمدة خمس سنوات، رجع إلى طرابلس سنة 1921م وعمل بالصحة المدرسية وبمستوصف المدينة القديمة، وكانت له عيادة خاصة في الفترة المسائية



بمحلة "كوشة الصفار" وتوفي رحمه الله بطرابلس سنة 1935م ودفن بها، وقد صدرت باسمه طوابع بريدية.

2- الطبيب محمد علي امسيك ولد في غريان سنة 1883م وانتقل إلى تركيا التي تلقى فيها تعليمه وكان من أوائل الليبيين الذين تخصصوا في طب العيون، عاد إلى ليبيا في الثلاثينيات واستقر في طرابلس التي افتتح فيها عيادة أمام مدرسة الفنون والصناعات ومن أصدقائه وزبائنه الأستاذ (الهادي المشيرقي)

الذي كتب عنه وعن علمه وخبرته.. وقد كان الإيطاليون الأثرياء يقصدون عيادته أيضاً يفضلونه على أطباء إيطاليا وتوفي رحمه الله في مسقط رأسه بغريان سنة 1945م.

ولا يمكن أن نبدأ هذا الموضوع دون الإشارة لتأريخ هيرودوت (1) عن ليبيا وعادات الليبيين الصحية، فقد تحدث هيرودوت في كتابه الرابع وعنوانه (الكتاب الليبي) عن القبائل الليبية وعاداتها، وتأسيس المدائن الإغريقية ببرقة مثل قورينا وأبولونيا وطمميثة وهسبرايديسي وحدائقها التي تشبه الجنة حسبما يصفها، وذكر أن من عادة الليبيين أن يكووا بالنار رؤوس وأصداغ أطفالهم عندما يصلون أربع سنوات من العمر حتى لا يصابوا بالأمراض ثم استطرده قائلاً: "والحقيقة أنه ليس من المعروف لدينا من الشعوب من هو في مثل صحة الليبيين"، وقال في فقرة أخرى: "ولست أستطيع القول بدقة ما إذا كان ذلك بسبب هذه العادة ولكنهم أصح الناس بالتأكيد"، وأضاف في كتابه أيضاً: "المصريون أصح الناس أجساماً بعد الليبيين والليبيون يشربون الحليب ولباسهم من جلود الماعز، إن قوة أجسامهم ترجع إلى جودة الهواء واعتداله وقلة تقلباته."

إن أول نبات يُنقش على العملة المعدنية كان في ليبيا، حيث نقشت صورة السلفيوم على عملة دولة قورينا وهو نبات تحدث عن فوائده الطبية أبقراط وبليني وثيوفرا ستوس وجالينوس وديسقوريدس وانقرض في القرن الأول للميلاد، وقبل ذلك كان نبات السلفيوم موجوداً أيضاً بسوريا واليونان، إلا أن أجوده حسب قول أبقراط كان موجوداً بقورينا، ويسميه ابن البيطار الانجدان ويسميه ابن سينا الحلتيت، ويوصف السلفيوم بأنه ترياق لكل صعب مزمن ويشفي العديد من الأمراض.

1 - هيرودوت أو هيرودوتس باليونانية (Ἡρόδοτος)، باللاتينية (Herodotus) كان مؤرخاً إغريقياً يونانياً أسبويًا عاش في القرن الخامس قبل الميلاد (حوالي 484 ق. ... هيرودوتس كان بالأحرى أول إغريقي في التاريخ يطلق اسم فلسطين على إقليم فلسطين التاريخية وكان ذلك في القرن الخامس قبل الميلاد.

## أهم الأمراض التي أصابت ليبيا منذ عام 1551م عهد الدولة العثمانية:

رغم موقع ليبيا الجغرافي حيث يكون البحر الأبيض المتوسط عازلاً عن أوروبا وتكون الصحراء عازلاً عن أواسط أفريقيا إلا أنه لا يحدث وباء في أي جارة من الدول المجاورة إلا وينتقل إلى ليبيا ومنها: (الطاعون والجذري والكوليرا والزهري والسحائي) وغيرها وباعتبار الإصابات والوفيات تكون أقل بسبب جفاف الجو وبعُد المسافات بين المدن والواحات عن بعضها، وعدم وجود مدن مكتظة بالسكان أو كثرة تلوث مياه الشرب مثل الأنهار والعيون، وهكذا كانت ليبيا عرضة لعديد الأمراض والأوبئة المتوطنة مثل (البلهارسيا والتراكوما والدرن).

والحقيقة أنه عندما تُذكر الأوبئة في ليبيا لا بد أن تُذكر (المس تؤولي) وكتابها الشهير (عشر سنوات في طرابلس) فهي تتحدث عن وباء سنة 1785م والذي حدث بعد سنوات (قحط وغلاء ومجاعة شديدة) وقضى على (ربع السكان) وحسب وصفها كانت "جثث الموتى ملقاة في الشوارع وكثيراً ما تدفن في المنازل نفسها وسبب المرض غير معروف" والعديد فرّ إلى الدواخل و كان العلاج الوحيد المستعمل هو فتح خراجات المرض والأحجية والتبخير وعدم الاختلاط بالزوار والجيران. تعرضت (الدولة الليبية) لأوبئة مشابهة عدة مرات خلال عهدٍ مختلفة السنوات (1858م ثم 1913م ثم 1922م) وكان السبب آنذاك بواخر الحُجاج، قدوم جنود من الحبشة أوائل الغزو الإيطالي، انعدام الرعاية الصحية، نقص الوعي الصحي وأيضاً الجهل بأسباب المرض وطرق انتقاله، وحيث أنه لكل هذه الأوبئة قصة مع ليبيا فسندكر بعضاً منها لما له علاقة بتاريخ الطب في ليبيا:

### 1- الطاعون Plague :

من الأمراض المتوطنة بالشمال الأفريقي، وقد تعرضت ليبيا لعدة هجمات منه ولكن أشدها الذي حدث بالقرن السادس الميلادي ثم القرن الرابع عشر أو ما عُرف بالموت الأسود الذي تسبب في مئات الوفيات في كل دول العالم ثم طاعون لندن سنة 1665م حيث قضى على أكثر من مائة ألف إنسان والذي اختفى بعد حريق لندن الشهير، ومن الهجمات المشهورة أيضاً وأخطرها طاعون درنة سنة 1816م ثم بعد قرن في سنة 1913م وآخر الأوبئة من هذا النوع ذلك الذي حدث سنة 1940م وقد وثقته النشرات الصحية للإدارة البريطانية بطرابلس.

### 2- الجذري Smallpox :

من أخطر الأمراض التي عانت منها البشرية وأدت إلى وفيات عديدة وفقدان البصر وتشوهات بالوجه لكثيرين، قد يسأل البعض إذا كان الجذري Smallpox هو الطفح الصغير فلماذا سمي هكذا؟، إن الزهري Syphilis هو الطفح الكبير Great pox أو المرض الخطير.

وكما هو معروف فإن "منظمة الصحة العالمية" أعلنت رسمياً القضاء التام على الجذري، وذلك في شهر ديسمبر 1980م، وذلك قبل خمسة أشهر من ظهور أول حالات

مرض نقص المناعة الإيدز؛ وقد وجدت آثار الجدري على وجه (المومياء الفرعونية) الملك رمسيس يدل ذلك على قدم المرض، ولا بد من الإشارة هنا إلى الطبيب المسلم (أبو بكر الرازي) بأنه أول من فرّق كلينيكيا بين الجدري والحصبة من حيث الأعراض العامة وسير المرض وشكل الطفح.

وقد ألقى القنصل الليبي (قاسم آغا) محاضرة على أطباء من الجمعية الملكية سنة 1720م حول التطعيم في طرابلس ضد الجدري كما كان يطبق شعبيا لكل الأطفال ويعطى مناعة مدى الحياة، وذلك قبل اكتشاف (جينر) التطعيم من الجدري البقري وذلك سنة 1798م أي بعد نصف قرن من وصف وكلمة قاسم آغا؛ وتجدر الإشارة هنا إلى (الليدي مونتاج) زوجة السفير البريطاني بإسطنبول حيث وصفت التطعيم الشعبي ضد الجدري بتركيا سنة 1817م بشكل مقارب جداً من وصف قاسم آغا المشار له، وهذه إشارة مهمة لتاريخ الجدري بليبيا. ونخص بالذكر أيضاً ما نشره الدكتور (ديكسون) في مقالة بمجلة:

Journal of Hygiene سنة 1946م حول تجربة البنسلين على 500 مريض بالجدري في ليبيا!

في المستشفى المركزي كانت تصدر مجلة طبية باسم النشرة الصحية وكانت تُعرض إحصائيات الأمراض المعدية كل شهر فرصدت سنة 1922م (60) حالة من مرض الجدري وفي سنة 1925م (77) حالة ثم قلت الحالات تدريجياً بفضل التطعيم الإجباري والتقييد بالبطاقات العالمية للتطعيم وكانت آخر حالة ظهرت بطنابلس سنة 1948م.

### 3- الملاريا – الحمى أو البرداء Malaria:

لقد عرف الإنسان منذ زمن بعيد ارتباط مرض الحمى البرداء بالمستنقعات والبرك ولم يعرف أن البعوض ينقل الطفيلي عامل المرض إلى الإنسان إلا سنة 1814م بفضل أبحاث الدكتور (باتريك مانسون)، وكان يعتبر المرض الخطير الثالث بليبيا بعد التراكوما والسل.

وفي سنة 1911م بعد الغزو الإيطالي لاحظ الإيطاليون وجود سُبخات ومُستنقعات كبيرة في كل من (عين زارة وتاجوراء وجنزور وزوارة) فقاموا بترديدها كأول إجراء لمكافحة المرض، وقد لاحظ طبيب إيطالي انتشار الملاريا بين الرجال والأطفال وقلة جداً من النساء، وقد عز ذلك للعطر النفاذ التي تستعمله النساء ويسبب في ابتعاد البعوض عنهن.

وبذلت جهود كبيرة من قبل منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة لحصار هذا المرض والتخلص منه ووصلت الإصابات إلى أكثر من 60% في تاورغاء سنة 1932م نتيجة للسباح والمستنقعات.



منذ سنوات أدخل طفل عمره ثمانية أشهر إلى مستشفى الأطفال يشكو من حرارة من عدة أيام ولم تفلح معه مخفضات الحرارة أو المضادات الحيوية، وجاءت النتيجة من المعمل الطبي هي حمى الملاريا، فقالت الأم أن الطفل لم يخرج من حجرته مطلقاً، ثم عرف سر هذه الحالة حيث كان الأب يعمل بالخطوط الجوية على خط طرابلس - الخرطوم ويعود في نفس اليوم إلى طرابلس إلا أنه في المطار تقدم له سلة بها متنوع الفواكه فكانت بعوضة مصابة هي التي نقلت المرض للطفل، وهكذا نرى أن الطائرة تقوم بدور مهم في نقل الأمراض من مكان لآخر.

#### 4- الدرن أو السل Tuberculosis:

اكتشف الدكتور (كوخ) سبب المرض "عصيات كوخ" سنة 1882م واكتشف المضاد الحيوي "الستربتومايسين" سنة 1944م، وكان الدرن سبباً مهماً في حدوث الوفيات ومشكلة اجتماعية كبيرة، ومن أسبابه تلوث الهواء ونقص التغذية والجهل بأسباب المرض وطرق انتقاله للإنسان، في أوائل القرن الماضي كان 11% من المرضى مصابون بالدرن و25% من الوفيات هي بسبب الدرن وأكثر الإصابات بالمدن نظراً للازدحام ونقص الماء النقي.

كان أول مستشفى خاص بالدرن هو مستشفى كانيفا بالهضبة الخضراء وتحول فيما بعد إلى مستشفى الضمان الاجتماعي حيث أصبح مستشفى أبي ستة لعلاج الدرن والأمراض الصدرية ومصحة شحات أيضاً خاصة لعلاج وحالات النقاهاة من المرض.

#### 5- التراكوما - الرمد Trachoma:

من الأمراض التي كانت متوطنة ومن أهم أسباب فقد البصر والسبب هو حرارة الجو والذباب وقلة الماء والنظافة، وصلت نسبة انتشاره بين الأطفال إلى 70% خلال أوائل القرن الماضي و60% من السكان في الجنوب الليبي وأكثر من 30% من سكان السواحل وهذه الأرقام بعد حملات وإحصائيات قام بها الإيطاليون خلال عهدهم بطرابلس.

هنا لا بد من الإشارة لطبيب العيون الإيطالي الدكتور (توماس سارنيللي) فقد أتقن اللغة العربية خلال إقامته بطرابلس ونما لديه حب دراسة وتحقيق المخطوطات الطبية العربية فقد سمع عن وجود مخطوطة فريدة للمفردات الطبية (للمغافقي) بطرابلس فما زال يبحث عنها حتى وجدها لدى أسرة ليبية بطرابلس فقام بتحقيقها ونشرها في ثلاثينيات القرن الماضي (سارنيللي) يذكرنا بطبيب العيون بمصر (ماكس مايرهوف) وهو أيضاً مغرم بالمخطوطات الطبية العربية وقد كتب العديد من المقالات والكتب حول هذا الموضوع، ووجب ذكر أن الطبيب محمد علي امسيك هو أول طبيب ليبي في أمراض العيون.

#### 6- التيفوس Typhus:

لازلنا إلى اليوم نشاهد عدة حالات من التيفوس رغم النظافة العامة وتحسن ظروف المعيشة من حيث القضاء على القمل والقراد، وكان المرض يسبب وفيات قبل اكتشاف

المضادات الحيوية المناسبة خصوصاً فترات الحروب والمجاعات، هناك مقالة مهمة حول التيفوس في ليبيا نشرت بمجلة **Lancet** المعروفة سنة **1893**م يصف الكاتب سير المرض والأعراض والعلامات والمضاعفات، وفي أوائل القرن الماضي سنة **1904** مر الرحالة الألماني الطبيب (**هيلدا برند**) بليبيا ووصف أيضاً انتشار حالات التيفوس وعزا السبب إلى الفقر والجفاف والمجاعة.

## 7- الزهري Syphilis

من الأمراض الجنسية نسبة إلى كوكب الزهراء حيث أن الزهراء هي فينوس آلهة الحب والجمال، وكان يعتقد أن بعض الكواكب تسبب أمراضاً على جسم الإنسان وهي نظرية إغريقية قديمة انتقلت إلى الطب العربي، ازداد انتشار الزهري بليبيا خلال الفترة بين الحربين الأولى والثانية وقد انقرض بعد اكتشاف البنسلين.

بالنسبة للزهري في ليبيا لدينا بعض المحطات أولاً كتاب الزهري في **فزان ألفه طبيب تركي** كان منفيًا بمرزق التي كانت تسمى آنذاك **باريس الصحراء** حيث تلقتي بها القوافل القادمة من الشمال والجنوب، وهذا الطبيب لاحظ انتشار هذا المرض ويعرض الطريقة الشعبية لعلاجها، وتتخلص في تناول عصير الحنظل ومسحوق الطرونة، ويؤكد أنه رأى حالات شفيت بهذا العلاج، وهو **كتاب مطبوع وترجم إلى العربية من منشورات مركز الجهاد بطرابلس**.

## 8- البلهارسيا Bilharsia:

أول من كتب عن البلهارسيا في ليبيا هو **الطبيب الإيطالي (ترافرسا ماكوتا)** سنة 1916م حيث شخص حالات في فزان وبراك ومرزق ثم في درنة ووادي لثرون، وكذلك في زوارة وعين زارة ومصراتة، وكل هذه البؤر اختفت الآن، وقد وصلت الإصابات بين السكان في منطقة الشاطئ **بفزان في الثلاثينيات** من القرن الماضي إلى 86% حسب مراجع إيطالية. (**ناختيجال**) **طبيب ألماني** زار مرزق أواخر القرن التاسع عشر وقال إن الأهالي يعتقدون أن الصبي الذي يصاب بالتبول الدموي قد وصل مرحلة البلوغ وقد يكون ذلك من أعراض **البلهارسيا**.

## 9- الكالازار أو الليشمانيا الجلدية والحشوية Kalaazar:

أول من وصف هذا المرض **الكالازار** طبيب اسمه (**تحسين إبراهيم**) سنة 1910م لدى مريضين بعمر (11 سنة و7 سنوات) بالمستشفى الحكومي بطرابلس، وكان التقرير باللغة الفرنسية ونشرته مجلة "نشرة الجمعية الطبية الفرنسية"، بعد ذلك اكتشف الإيطاليين حالات عديدة في كل مناطق ليبيا، وتتركز الآن **الليشمانيا الجلدية** بمناطق الجبل الغربي وتاورغاء والحشوية بمناطق الجبل الأخضر: درنة - البيضاء - شحات - ورأس الهلال.

## 10- الحمى المالطية **Brucellosis Malta Fever**

اكتشف الدكتور (بروس) سنة 1887م أول حالة للحمى المالطية بين الجنود البريطانيين بجزيرة **مالطا** لذلك نُسب لها إلا أنها موجودة في جميع أنحاء العالم، أما أول حالة في **ليبيا** تم التبليغ عنها فكانت بواسطة **الدكتور (تحسين إبراهيم)** سنة 1910م، ثم وصف الإيطاليين عدة حالات في ثاني تقرير سنة 1918م من قبل **(ميدولا) الطبيب الإيطالي** بقسم الأمراض المعدية الذي يقول إن المرض حدث نتيجة شرب **حليب الماعز دون غليه**، وقد وجد نفس الطبيب أن **20%** من الماعز مصاب بهذا المرض بمناطق الجبل الأخضر سنة 1934م، كان **للأطباء الإيطاليين** إسهامات في مجال الصحة والوقاية من الأمراض حيث قاموا **بحملات مسح** في كل ليبيا عن **الدرن والتراكوما والطاعون** وغيرها من الأمراض المعدية وكانت تصدر مجلة شهرية ترصد إحصائيات عدد من الحالات في كل مناطق ليبيا، ونود الإشارة إلى **بعضهم على سبيل المثال لا الحصر**، وممن ترك بصمات هامة سواء في **التاريخ الطبي المحلي أو العالمي** نبدأ **بالطبيب:**

**1- كازوني:** مكتشف اختبار كازوني رغم أن أهميته قد قلت الآن، إلا أنه كان معروفا عالميا وكانت محاولاته الأولى على مرضى ليبين بترابلس.

**2- بيستوني:** اكتشف عامل مرض التيفوس بليبيا ثم توفى بنفس المرض أثناء إجراءه اختبارات على عامل المرض.

**3- موديك:** اكتشف في تاورغاء أن إصابات الملاريا قليلة لدى الزوج المصابين بفقر الدم المنجلي.

**4- زافاتاري:** اكتشف أن بعوضة (**Anopheles Multicolor**) هي عامل نقل الملاريا في الجنوب وإنها تعيش وتتكاثر في المياه شديدة الملوحة بالبحيرات والسبخات. كذلك تعرف على القشريات التي تسمى الدود في بحيرات الجنوب وسماها، وله إسهامات كثيرة في التعرف على أنواع وفصائل الطفيليات والحشرات والحيوانات والنباتات بليبيا أيضا.

### تاريخ الطب خلال عهد الإدارة البريطانية في ليبيا:

تهدف هذه اللمحة التاريخية إلى التذكير وشغل الفكر بما قدمته (الإدارة البريطانية في ليبيا) من خدمات صحية في منطقتي (طرابلس وبرقة) حيث تكونت (الإدارة البريطانية العسكرية) بعد انتصار الحلفاء على إيطاليا، التي كانت تحتل ليبيا، في الحرب العالمية الثانية، وبعد رحيل الجيش الإيطالي عن ليبيا مباشرة. والوثائق (البريطانية) هي المصدر الأساسي لتلك الأحداث وللأسف هناك ندرة للمعلومات ولعدم توفر تلك الوثائق محليا، وحيث أن (الإدارة البريطانية) التي **اشتغلت** كانت في بدايتها عسكرية، فكانت أولوياتها الجوانب العسكرية ولم تهتم بالجوانب المدنية التي من ضمنها الصحة، وقد كانت الأمور أسوأ في برقة لأنها تعرضت لدمار شبه شامل نتيجة لتبادلها عدة مرات بين أيدي القوات

المتحاربة، ولكن حتى في طرابلس تعطلت الشؤون المدنية نظراً لعدم وجود إدارة مدنية وعدم وجود الإمكانيات المالية والبشرية لتسييرها، وبدلاً من المساعدة على إصلاح المستشفيات المدمرة وإنشاء أخرى جديدة، قامت الإدارة العسكرية باحتلال المباني التي تركها الجيش الإيطالي وجعلتها مقار لعساكرها وعائلاتهم، واعتبرت الشؤون المدنية من مسؤوليات الأمم المتحدة والجمعيات الخيرية، وقد كان الوضع الصحي في طرابلس وبرقة طيلة فترة الإدارة سيئاً رغم المحاولات المتواضعة (للصليب الأحمر البريطاني) و(الهلال الأحمر المصري) لتحسينه، وأكتفت (الإدارة البريطانية) بكتابة التقارير التي تدعي تحسن الوضع الصحي وأحياناً تسرد الصعوبات دون وضع حلول لها والاكتفاء بطرح ميزانيات ضئيلة غير ذات جدوى، وهكذا استمرت الأمراض مثل الدرن الرئوي والجذري والتيفوس والأمراض المعوية وغيرها منتشرة وفي مقابل عدم اهتمام الإدارة البريطانية بالشؤون المدنية، كانت تخطط وتفكر في الطرق التي تمكنها من الاستمرار في التواجد في ليبيا عن طريق معاهدات واتفاقيات عسكرية طويلة الأجل لضمان بقاء قواتها على الأراضي الليبية، الأمر الذي حققته فيما بعد بسهولة.

### تاريخ الطب إبان عهد المملكة الليبية في ليبيا:

لم يعرف الليبيون المستشفيات المركزية إلا بعد الاحتلال الإيطالي، عندما بدأ الإيطاليون بإنشاء عدد من المستشفيات، أهمها مستشفى طرابلس المركزي، ومستشفى بنغازي المركزي، وفي أواخر الخمسينيات بلغ عدد المستشفيات بما في ذلك الصغيرة منها والمصحات حوالي (عشرين)، منتشرة في المراكز السكنية الرئيسية، مع العلم أن البلاد لا تقع في منطقة بؤر الأوبئة الرئيسية، إلا أن هناك عدد من الأمراض التي كانت منتشرة بصفة واسعة، وأهم هذه الأمراض أمراض (العيون) وخصوصاً المرض المعروف بالترخوما، والذي قدرت التقارير الطبية

الموضوعة في الخمسينيات أنه يصيب حوالي 75% من الأطفال، ويتسبب في نسبة عالية من فقدان البصر، كما كان مرض الدرن من الأمراض الواسعة الانتشار أيضاً وقدرت وفيات الأطفال خلال (الخمسينيات) بحوالي (550) لكل 1000 طفل<sup>(1)</sup>، وقد كانت الإمكانيات الصحية خلال الخمسينيات محدودة جداً، ومع



بداية الستينيات قامت الحكومة بوضع خطة وطنية للصحة استهدفت تقويم المشاكل

1 - مصطفى أحمد بن حليم ، صفحات من تاريخ ليبيا السياسي، وكالة الأهرام للتوزيع ، مطابع الأهرام التجارية،

قليوب، مصر، 1992، ص159.

الصحية الرئيسية والنهوض بتنمية الخدمات الصحية في ليبيا، وبالفعل تم إنشاء (60) مركزاً صحياً (183) مستوصفاً في أنحاء مختلفة من البلاد، وذلك بمعدل مركز صحي واحد وثلاثة مستوصفات لكل عشرين ألف نسمة في المحافظات الشرقية والغربية، ومركز مع ملحقاته (ثلاث مستوصفات) لكل عشرة آلاف نسمة في محافظتي الجنوب.

والجدول التالي يبين المراكز الصحية وملحقاتها التي تم إنشاؤها خلال السنوات (1964م - 1965م).

**المراكز الصحية وملحقاتها التي تم إنشائها خلال السنوات (1964م - 1965م):**

مواقع المراكز الصحية	مواقع المستوصفات الملحقة بالمراكز
1	القربولي
2	مزدة
3	الجغبوب
4	جالو
5	برقن
6	أم الأرابب
	الخوالق - الوادي الغربي - ابن الأشهر
	طبقة - القريات - نسمة
	العدم - بئر الأشهب
	أوجلة - سواني - مشرق
	أدري - ونزريك - قطة
	مرزق - القطرون - تراغن

**المصدر: المملكة الليبية، مجلس التخطيط القومي، التقرير السنوي الثاني بشأن النشاط الإنمائي للسنة المنتهية في 31 مارس 1965م، ص76.**

أما بالنسبة للمستشفيات فقد رصدت الحكومة مبلغاً وقدره: 4,250,000 لبناء المستشفيات ومن أهمها مستشفى طرابلس المركزي (الفرناج) ويضم 700 سريراً، مستشفى زليتن يضم 120 سريراً، ومستشفى الخمس يضم 120 سريراً، ومستشفى أجدايا يضم 120 سريراً، بالإضافة إلي توسيع المستشفيات القديمة، وإنشاء مساكن للأطباء بمستشفى ترهونة، توسيع مستشفى الزاوية، وإنشاء مستشفى البركة بينغازي الذي يضم 1200 سريراً، ولرفع المستوى الصحي داخل المجتمع الليبي ووقايته من الأمراض السارية قامت الحكومة بإنشاء ثلاثة مراكز رئيسية لمكافحة مرض السل في كل من بنغازي، وطرابلس، وسبها، وستة عيادات في كل من غريان، وصبراتة، وترهونة، والبيضاء، ودرنة، وإجدابيا، بالإضافة إلى شراء أربع وحدات طبية متنقلة، هذا إلى جانب المصحات السابقة لمعالجة مرض السل وهي مصحة أبو ستة وتضم 150 سريراً، وشحات تضم 150 سريراً، وفي سبها 40 سريراً، وقد تم توفير عشر سيارات لعملية رش المستشفيات ومكافحة الذباب، ولمكافحة هذه الأمراض تم تزويد المستشفيات بالمختبرات، والمباني، والمعدات، والخبراء اللازمين<sup>(1)</sup>.

1 - مجلس التخطيط القومي ، التقرير السنوي، المصدر السابق ص79.

### كلية الطب في عهد المملكة الليبية<sup>(4)</sup>:

طلبت الحكومة الليبية من منظمة الصحة العالمية مساعدتها في إنشاء (كلية للطب) وعليه حضر فريق من أساتذة الطب في جامعات مختلفة بقصد دراسة إمكانية إنشاء (كلية للطب في ليبيا)، وقدموا تقريراً إلى الحكومة الليبية أوصوا فيه بضرورة الإسراع في إنشائها بحيث تبدأ الدراسة مع بداية العام الدراسي 1972 وتقبل سنوياً من (20 إلى 30 طالباً)، ويرتفع العدد تدريجياً حتى يصل إلى (100) طالب في السنة. وتتضمن هذه الكلية الفروع المختلفة للطب مع فرع للممرضات الجامعيات للإشراف على التمريض في المؤسسات المختلفة وتعليم التمريض للفئات المساعدة والتدريب عليه، وستكون هذه الكلية ضمن كليات الجامعة الليبية، ولكي تحقق الخدمات الصحية الهدف المرجو منها لا بد من الاهتمام بالناحية الوقائية حتى يتحسن مستوى البيئة العامة من الناحية الصحية، على أن يرتبط ذلك بالخدمات الأخرى، مثل تحسين الظروف السكنية وتخطيط المدن، وتوفير المياه الصالحة للشرب، والاهتمام بالمجاري ووسائل التخلص من الفضلات، ومراقبة المحلات العامة التي تباع فيها المواد الغذائية، محاربة تسرب الأمراض المعدية.

**وعليه** أن ينظر إلى قطاع الصحة على أساس أنه وحدة واحدة لا تتجزأ، وإن التركيز على جانب لا يعني عدم الاهتمام بغيره مما له تأثير مباشر أو غير مباشر على مستوى صحة وسلامة الأفراد والجماعات.

### مدارس التمريض والقابلات:

نظراً للنقص الشديد الذي تشهده المملكة في تلك الحقبة من الزمن وبالتحديد هذه الفئة، ومحاولة من الحكومة سد حاجة القطاع الصحي منها لتتوفر الحلقة التي تربط بين الطبيب والمرمضة الرئيسية وبين المريض، وعلى ضوء واقع البلاد الجغرافي والظروف الاجتماعية السائدة، لذا رأت الحكومة أن تعمل على إنشاء:

- 1- مدرسة ممرضات في بنغازي سعة 45 - 60 طالبة.
- 2- مدرسة ممرضات في سبها سعة 20 - 25 طالبة.
- 3- مدرسة قابلات في طرابلس سعة 200 طالبة.

1 - الخطة الخمسية الثانية 1969 - 1974 الجزء الثاني - القطاعات ، المملكة الليبية، وزارة التخطيط والتنمية،

ص308 - 309. مركز الدراسات الليبية أكسفورد - بريطانيا.

وهنا نتوقف لنذكر بعض طلبة الطب في تلك الحقبة على النحو التالي<sup>(1)</sup>:



**الاسم:** الطاهر أبو زيد دهان.  
**مكان وتاريخ الميلاد:** 1930/11/28م - زوارة.  
**الدراسة الجامعية:** كلية الطب جامعة الإسكندرية.  
**تاريخ التخرج:** 1962م.  
**الدراسات العليا:** بمصر وبريطانيا.  
**الوظائف التي شغلها:** مارس عدة وظائف سريرية وإدارية  
 ثم مدير لقسم الطب الوقائي وصحة المجتمع بأمانة الصحة،  
 مدير عام للمرافق الصحية، وكيل لأمانة الصحة، مدير  
 لشركة الأدوية، مدير لجمعية الهلال الأحمر الليبية، الممثل  
 الوطني لمنظمة الصحة العالمية بالجماهيرية.  
**متزوج:** وأب لولدين وبنيتين.  
**توفي:** في 06/ فبراير/ 1991م.



**الاسم:** محمد خليفة خالد.  
**تاريخ ومكان الميلاد:** 1922م، طرابلس.  
**مكان الدراسة الجامعية:** كلية الصيدلة جامعة كامبرينو،  
 إيطاليا.  
**تاريخ التخرج:** 04/ مايو/ 1952م.  
 أسس صيدلية ابن سينا بشارع عمر المختار، وكان  
 يديرها بنفسه حتى أواخر سنوات عمره.  
**متزوج:** وله ثلاث أولاد.  
**توفي في:** 25/ مارس/ 1984م، إثر حادث سير أليم.



**الاسم:** أحمد عبدالله الشريف.  
**تاريخ ومكان الميلاد:** 31/ يناير/ 1931م، في مدينة  
 بنغازي.  
**الدراسة الجامعية:** كلية الطب، جامعة القاهرة مصر.  
**تاريخ التخرج:** 1959م.  
**الدراسات العليا:** أمراض نساء وولادة جامعة دبلن،  
 صحة المجتمع وطب المناطق الحرة لندن بريطانيا.  
**الوظائف التي شغلها:** كلف بالإشراف وتنظيم قسم الطب  
 الوقائي وصحة المجتمع بأمانة الصحة وحضر ونظم  
 العديد من المؤتمرات العالمية في مجال تخصصه.

1 - منقول من شبكة التواصل الاجتماعي (مستشفى أوباري) أعلام من تاريخ الطب في ليبيا من كتاب د. عبدالكريم  
 عمر أبو شويرب.

ثم كُلف برئاسة جمعية الهلال الأحمر الليبية حيث جعل من هذه الجمعية إدارة فعّالة وأدت خدمات إنسانية داخليا وعلى المستوى العالمي.

متزوج: وأب.

توفي: في 25/سبتمبر/1995م.



الاسم: عبدالسلام شقيفة.

تاريخ ومكان الميلاد: بنغازي 1936م.

الدراسة الجامعية: كلية الطب البشري، استانبول، تركيا.

تاريخ التخرج: 1967م.

الدراسات العليا: أخصائي الأمراض الجلدية، القاهرة، مصر، طبيب قسم الأمراض الجلدية مستشفى الهوارى، بنغازي.

متزوج: وأب.

توفي في: سنة 1991م.

من ذلك كله نصل للحديث عن تعريف مهنة الطب وأهدافها، وكذلك أهمية هذا القطاع في الدولة:

**مفهوم الطب وأهدافه، والتعريف بالعاملين في مجال الرعاية الصحية، وأهميتهم في المجتمع:**

**الطب هو فن تشخيص الأمراض وعلاجها**، وهو العلم الذي يجمع الخبرات الإنسانية للاهتمام بالإنسان، وما يعتريه من اعتلالات وأمراض وإصابات تنال من بدنه أو نفسه ~~يته أو المحيطة الذي يعيش فيه، وكذلك~~ إيجاد العلاج بشقيه الدوائي والجراحي وإجرائه على المريض، كما يتناول الطب الظروف التي تشجع على حدوث الأمراض وطرق تفاديها والوقاية منها.

**وقد اتفقت الحضارات الإنسانية المتعاقبة منذ قديم الأزل على شرف ونبيل وقداسة مهنة الطب**، ومما زاد هذه المهنة تشريفا وتعظيما أنها كانت مهنة نبي الله عيسى عليه السلام، فهي مهنة إنسانية وعلمية وأخلاقية، تميزت بين المهن بتقاليد كريمة وميثاق شرف وقسم جرى العرف على أن يؤديه الأطباء قبل البدء بمزاولة المهنة التي تستلزم ممن يزاولها صفات ومواهب خاصة هي الشفقة والرحمة والرفق بالغير والنزاهة وحب التضحية، فضلا عن الكفاءة وصفاء الذهن وقوة الملاحظة. ومزاولة هذه المهنة لا تعتمد فقط على ما اكتسبه الطبيب من معرفة طبية فحسب، ولكن بما يحب أن يؤديه من واجبات تجاه المجتمع وواجبات تجاه المهنة، وما يمتلكه من أخلاقيات وثقافة قانونية تحكم مزاولة المهنة، وتضمن له حقوقه في المجتمع.



**الطبيب رسالة سلام؛ إنَّ الطبيب:** هو الشخص المؤهل لعلاج الناس، لديه حصيلة خبرات إنسانية ومهارات وقدرات تُمكنه من تشخيص الأمراض والعلل، وتحديد نوعها، والعلاج المناسب لها، وليصل الطبيب لأعلى درجات النجاح فهو يتعب ويكد في دراسته..

**وقد جعل المولى عز وجل لحفظ الأنفس ورعايتها درجة ومرتبة عظيمة.**

**أما العاملون في مجال الرعاية الصحية:** هم الأشخاص المؤهلين لتقديم العناية الصحية للأفراد الذين يُعانون من الأمراض، وهم الأطباء والممرضين والمسعفين وأخصائيو العلاج الطبيعي والصيدلة، وكل الأفراد العاملون بالمستشفيات ومراكز الإسعاف الأولية وسائقو الإسعاف، ومقدمو خدمات الإسعافات الأولية.. كل هؤلاء يشكلون فيما بينهم لبنة واحدة ويعملون لتحقيق هدف موحد وهو حماية أرواح البشر من كل أذى قد يحيط بها.

**أخلاقيات الطبيب الناجح، إنَّ الطبيب:** في مهنته هو لا يكف عن العطاء، بل يُحاول اكتشاف كل ما هو جديد، ولا يتّصف بالعطاء فقط، بل هو يتحلّى بكل صفات الود والاحترام، هذه الصفات التي تجعل العلاقة قائمة بينه وبين المرضى ومستمرة على ذلك.

**الطبيب إنسان في النهاية؛ إنَّ الطبيب:** هو ذلك الشخص الذي لا تتوافر به فقط إمكانيات مهنة الطب البشري، بل إنه قبل كل ذلك يقوم بعمل أكثر أهمية وهو عمل أخلاقي؛ إذ يغرس المعاني والعبارات الإنسانية والجميلة بين أفراد المجتمع، وهو في طبيعته إنسان في النهاية أي أنه يحتاج إلى الراحة، فالأطباء في كل البلاد يبرز دورهم في أكثر اللحظات صعوبة، وهنا يظهر مدى شرف مهنة الطب.



**أهمية مهنة الطب في المجتمع؛ إنَّ الطب:** مهنة نشأت

مع نشأة الإنسانية، فهي ضرورة من ضروريات الحياة، ولا حياة سليمة دونها، حيث يبذل الطبيب

قصارى جهده لإنقاذ حياة المريض، والتخفيف من ألامهم ومعالجة مشاكلهم الصحية، وإدخال السرور على قلوب الناس حين يشفى أحبائهم من أمراض هددت حياتهم، وينشأ بين الطبيب والأمراض صراع قوي ومرهق، والهدف الأسمى للطبيب في هذا الصراع؛ القضاء على المرض، ومعاونة المريض على العيش بصورة طبيعية، وبصحة ممتازة لا يحتاج من خلالها أي مساعدة، وكما يهدف الطبيب إلي المساهمة بشفاء المريض، وتوفير البيئة الخالية من الأوبئة والأمراض لجيل الغد.

## حقوق الطبيب المعالج والعاملين بقطاع الصحة:

ما مدى معرفة العاملين في القطاع الصحي لحقوقهم؟ ما هو الضامن لهذه الحقوق؟ ما مدى صلاحية هذا الضامن في ظل المشهد اليوم؟

نظراً لحجم الهدف النبيل والدور المهم الذي يؤديه العاملون في مجال الرعاية الصحية في المجتمع، فهم بحاجة لقدر كبير من الاجتهاد، والتطوير والثقة، و "الأمن والأمان" كما هي حاجتهم الملحة لنظام إداري ومهني قويم، وحماية قانونية مهنية، وغيرها من الأمور التي تتخذ شكل الحقوق الأصلية، كي يتسنى لهم اتخاذ القرار المناسب وحده، وفي التوقيت المناسب، وفي كل الظروف لإنقاذ المريض والحفاظ على سلامته؛ إن تلك الحقوق يجب أن تستند على قواعد قانونية، يتبناها ويكفلها القانون والدستور، كما أكدت العديد من المعاهدات والاتفاقيات الدولية. كما يجب أن يعيها العاملون في هذا المجال، حيث أن الوعي بأسباب القصور أو العجز هو أول الخطوات في طريق علاج المشكلة.

### انتقادات توجه للقانون الصحي الليبي رقم (106 لسنة 1973م):

وبمطالعة القانون المنوه إليه أعلاه وبمراجعة أحكامه ولائحته التنفيذية يتبين لنا أنه غرض البصر عن تطوير المستوى المهني للعاملين في هذا المجال، ولم يتطرق له بالذكر والاهتمام، وربما كان هذا سبباً رئيسياً لإهمال قطاع الصحة وتطويره من قبل المؤسسات المسؤولة عن جانب التطوير والتدريب والمتمثلة في (نقابة الأطباء ومجلس التخصصات الطبية)، وتحولها بموجب هذا القانون القديم لأجسام غير فاعلة... وسنتطرق للحديث عن نقابة الأطباء ومجلس التخصصات الطبية بشكل منفرد لاحقاً، وبالنظر إلى القانون الصحي المذكور آنفاً من حيث مدى تناوله لضمائم حقوق "الطبيب المعالج والعاملين بقطاع الرعاية الصحية"، يتضح لنا أنه من الإجحاف الاعتماد عليه كقاعدة قانونية، من شأنها أن تكفل حقوق العناصر

الطبية والطبية المساعدة العاملة في المؤسسات الصحية العامة، كون هذا القانون قديماً لا يواكب روح العصر، ولا يتفق مع دساتير الطب والاتفاقيات أو المعاهدات الدولية المهمة بالطب مهنة ومهنيين، ولا يتفق مع ما استجد على البلاد من أحداث مدت بظلالها على قطاع الصحة، ولم يخضع للتحديث أو إعادة الصياغة بحيث يتماشى مع روح العصر أو ما يتطلبه التطور الحادث في مسيرة العمل الصحي في ليبيا بشكل عام، أو بما يتماشى أو يتفق مع المعاهدات الدولية، سيما وأن ليبيا تعد طرفاً في تلك المعاهدات، لأنه كما يتبين لنا فهو قانون قديم قدم تكوين الدولة في تلك الحقبة وضعيف.. ولأن القانون يستند على الإعلان الدستوري المؤقت الصادر في ديسمبر سنة 1969، ولأن الدولة الليبية بعد سنة 1977 لم تصدر أي دستور أو وثيقة دستورية تتضمن تلك الحقوق إلا في مجموعة منشورات أو وثائق لا ترقى لإنشاء مرجع دستوري، فقد كان لكل تلك الأسباب مجتمعة تأثيرها المباشر على مهنة الطب وعلى العاملين في مجال الرعاية الصحية في ليبيا، ولكن عندما نتطرق للتقرير المقدم من النظام السابق عهد ((الجمهورية

العربية الليبية الاشتراكية)) نلاحظ أن هناك معلومات مقدمة من الدولة الليبية للأمم المتحدة بخصوص ما جاء في قطاع الصحة من تطوير وخطط استراتيجية لقطاع الصحة منذ سنة 1973 إلى 1999، وبإمعان النظر فيه من ناحية الواقع والتطبيق العملي نجده حبر على ورق، وسنتعرض لأجزاء منه على النحو التالي:

### تقرير التنمية البشرية 1999 [ الصحة والضمان الاجتماعي ]:

**المصدر:** الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، بالإضافة إلى ذلك فقد واجه الاقتصاد الليبي العديد من المختقات والصعوبات التي أثرت سلباً على أدائه ومن أبرزها تدني معدلات الإنتاج الوطني، وما تبع ذلك من انخفاض معدلات التشغيل في العديد من القطاعات الإنتاجية والخدمية؛ ظهور السوق الموازية نتيجة لفرض قيود مشددة على استخدامات النقد الأجنبي وما تبع ذلك من موجات تضخم كبيرة وانخفاض القوة الشرائية للدينار الليبي.

**المادة 12- الحق في التمتع بأعلى مستوى للصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه:**

85 - قامت الجماهيرية العربية الليبية بتقديم تقريرها الأولي حول تنفيذ العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية واشتمل التقرير المذكور على معلومات عن الحالة الصحية تغطي معظم المطلوب في هذه الفقرة مع إضافة ما يلي:

86 - أكدت الاستراتيجية العامة للصحة في ليبيا بداية من السبعينات على مبدأ الصحة للجميع وتقديم الخدمات الصحية الشاملة مكانياً وبشراً وتخصصياً واستمر هذا الالتزام في الاستراتيجيات اللاحقة حتى 1999م، ونص القانون الصحي رقم 106 لسنة 1973م على أن الرعاية الصحية والطبية حق مقرر للمواطنين تكفله الدولة.

87- ونصت المادة 1 من القرار رقم 24 لسنة 1995م باعتماد الاستراتيجية الوطنية لتوفير الصحة للجميع وبالجميع على أن الرعاية الصحية الأولية تعتمد أساساً على تغذية صالحة عملياً ومقبولة اجتماعياً بحيث تكون ميسرة لكافة الأسر والأفراد في المجتمع، وحددت المادة 3 من نفس القرار مشتملات الرعاية الصحية الأولية في الإعلام والتثقيف الصحي والاجتماعي وصحة الجسم والعقل، والتغذية السليمة والماء النقي المأمون، وتوفير الصرف الصحي، وسلامة البيئة ورعاية الأم والطفل، وتنظيم الأسرة، والتحصين ضد الأمراض المعدية، ومكافحة الأمراض السارية وغير السارية والإسعاف الأولي وتوفير الأدوية الأساسية، وضمان الصحة والسلامة المهنية والرعاية الاجتماعية للصحة.

ونص القرار رقم 686 لسنة 1992م المعدل للائحة التحصين والتطعيم الإجباري في مادته الثانية على إلزامية تطعيم الأطفال وتحصينهم إجبارياً بالطعوم والتحصينات وفقاً للجدول الصحية المعتمدة وإخضاع المخالفين للمساءلة القانونية.

88- وفي ظل الخطة الاستراتيجية الصحية في الجماهيرية العربية الليبية تفيد المؤشرات الصحية أن هناك تحسناً واضحاً حيث يصل عمر الرجال إلى 64 سنة و66 للنساء، وقد كان مؤشر طول العمر أو معدل توقع حياة الفرد الليبي (ذكر أو أنثى) لا يتجاوز 46 سنة في السبعينات، ووصل إلى حدود 70 سنة وفق تقديرات 1998م، وانخفضت معدلات وفيات الأطفال إلى نحو 30.1 لكل 1000 ولادة وانخفض المعدل من 118 بالألف في عام 1973م إلى 24.4 بالألف في عام 1995م ومن خلال البيانات والدراسات الميدانية يتضح بجلاء تقلص الفجوة بين معدلات وفيات الأطفال في المناطق الحضرية والمناطق الريفية، إذ تدلل التقديرات التي أجراها المسح الوطني لصحة الطفل الليبي عام 1995م على أن الانخفاض المقرر لنسبة الوفيات في الحضر 67 في المائة تزامن مع الانخفاض المقرر في الأماكن الريفية الذي بلغ 62 في المائة وانخفاض متوسط عدد الأطفال للمرأة الواحدة بنحو 0.91 عام 1984م إلى 0.51 في عام 1995م، م ما يؤكد فعالية الاستراتيجية الوطنية التي أقرت في هذا الخصوص التي تبنت نهج التوسع الأفقي في الخدمات الصحية وتوزيعها بالشكل العادل بين المناطق. كما لم تغفل الاستراتيجية الوطنية تأمين الرعاية الصحية للفئات الخاصة (كالمسنين والمعاقين من ذوي الاحتياجات الخاصة و النساء والأطفال) وضمان حصول المواطن في أي مرحلة من مراحل العمرية على خدمات ضمانية أفضل من حيث المستوى الصحي تنفيذاً للسياسة الصحية التي تهدف إلى الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية وتطوير البنية التحتية التي شهدت تطوراً وتحسناً عما كانت عليه سابقاً، وقد خصص لها مبلغ وقدره 60 000 000 دينار ليبي لسنة 2002م في الميزانية التسييرية الخاصة بقطاع الصحة.

ويتضح التطور الذي طرأ على قطاع الصحة خلال العقود الثلاثة الماضية من خلال التعرف على الجهود المبذولة لإنشاء البنية التحتية للنظام الصحي الليبي.

89 - فكما هو الأمر بالنسبة للتطور الزمني الذي عرفه إعداد القوى البشرية الصحية فإن الفترة التي شهدت قفزات هائلة في قيام البنية التحتية الصحية هي عقد السبعينات الذي تضمن تطبيق الخطتين الإنمائيين الأولى والثانية، حيث تم بناء نحو (89) وحدة للرعاية الصحية الأولية وقد بلغت عام 1988م، 931 وحدة، الأمر ذاته بالنسبة لمراكز الرعاية الصحية فقد أنشأ عدد 148 مركز عام 1980م فوصل إلى عدد 163 مركز عام 1998م، أما عن العيادات المجهزة فقد تم إنشاء 40 عيادة خلال العقد الأول للتنمية موزعة بين مختلف مناطق الجماهيرية وتناقص عددها بتحويل البعض منها إلى مراكز تخصصية.

90- وعند تشخيص طاقة المستشفيات، مقاسة بعدد الأسرة المتوفرة، يتضح التوسع السريع الذي شهده قطاع المستشفيات خلال العقود الماضية، وبالذات خلال فترة الخطط الإنمائية الثلاث 1973م - 1985م، حيث ارتفع من 3.6 أسرة لكل 1000 مواطن في بداية الفترة إلى 5.3 أسرة لكل 1000 مواطن عند نهاية عام 1985م.

وقد بلغت تلك المعدلات بالتراجع التدريجي نتيجة للزيادة السكانية، وبلغ عدد المستشفيات 83 مستشفى منها 23 مستشفى تخصصي كما حرصت الجماهيرية العربية الليبية على إنشاء مصنعين لتأمين احتياجات السوق المحلي من الأدوية هما مصنع المايا ومصنع الرابطة.

91- ولتيسير حصول المواطنين على خدمات صحية أفضل تم إشراك القطاع الخاص في خطة الدولة للقيام بدور إيجابي في تنفيذ الاستراتيجية الوطنية المقررة حيث صدر القانون رقم 6 لسنة 2000م بشأن النظام التشاركي في مجال التعليم والصحة، الذي خوّل المؤهلين في هذا المجال القيام بأي نشاط صحي من خلال تشاركيات تنشأ لهذا الغرض وفقاً لأحكام هذا القانون.

92- ونظراً للعلاقة الوثيقة بين البيئة وبين حق الإنسان في الصحة صدر القانون رقم لسنة 1982م بشأن حماية البيئة والقانون رقم 13 لسنة 1984م، بشأن الأحكام العامة للنظافة. وقد تضمن القانونين أحكاماً تكفل تمتع المواطن (ذكر وأنثى) ببيئة صحية لحمايته من الأمراض التي قد تنتج بسبب إساءة استعمال المحيط والقوانين الصادرة في هذا الخصوص على نحو يكفل نقاء البيئة وحمايتها من التلوث وضمان سلامة الهواء والماء والسكن وكل ما يتصل بهم من مسائل قد تؤثر على صحة الإنسان.

93- بالإضافة لما تقدم نذكر بالرعاية الصحية النوعية التي هدف من إقرارها كفالة الأمن الصناعي والسلامة العمالية ورعاية حالات إصابات العمل أو أمراض المهنة وإعادة التأهيل ورعاية العجزة والمعاقين وتقديم الخدمات الصحية لنزلاء دور الرعاية الاجتماعية، ولم تغفل سياسة التشريع الليبي ما للرعاية الاجتماعية من أهمية في تحسين أحوال المواطنين والرفع من مستوى معيشتهم فتم إنشاء صندوق للرعاية الاجتماعية بموجب أحكام القانون رقم 20 لسنة 1998م الأمر الذي انعكس بالإيجاب على صحة المواطن الليبي، وفق مؤشرات التحول الديمغرافي التي أفادت في ضوء نتائج الإحصاء الحيوية لعام 1995م أن معدلات الوفيات أصبح 3.1 بالألف بعد أن كان 9.4 بالألف عام 1973م.

### **ضمان حماية حقوق الأطقم الطبية وفقاً للدستور الليبي الجديد:**

فبناء على ما ذكر في العنوان هنا يستطيع أن يطالب العاملون في مجال الرعاية الصحية في ليبيا بحقوقهم، "استناداً إلى قاعدة قانونية سليمة منبثقة من القاعدة الدستورية الجديدة"، ضامنة لتلك الحقوق ومتفقة مع المعاهدات والاتفاقيات الدولية التي وقعت من قبل الدولة الليبية لتحقيق هذا الغرض، وفي ظل دستور قوي يكفل تلك الحقوق، وبالتالي يمنحهم الحق في المطالبة بحقوقهم ونيلها، وكذلك يضمن لهم الحصول على تلك الحقوق من أجل تحسين جودة العمل وفق ضوابط وقواعد مهنية وعلمية صحيحة، (تتضمنها القواعد المهنية السليمة) تساير الحدثة والتطور وتنتج عنها نتائج إيجابية مادية ملموسة تنعكس بشكل واضح على صحة الأفراد والمجتمع ككل. سيما وأن تحسين جودة قطاع الصحة يعكس مدى

تقدم الدول وسعيها الحثيث نحو المدنية وتمسكها بها... من ذلك يتبين لنا أن هناك عدة عوامل (تؤثر في عمل الطبيب المعالج والعناصر الطبية والطبية المساعدة) سنوجزها في الآتي:

### العوامل التي تؤثر في عمل الأطقم الطبية في مجال الرعاية الصحية:

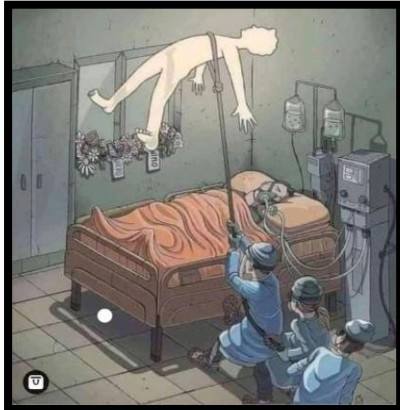
الطبيب والعناصر الطبية المساعدة التي تعمل جنباً إلى جنب لتحقيق أعلى مستوى صحي للمواطن وكما يجب أن يكون (حيث يعد الحق في الصحة من الحقوق الأصيلة التي تكفلها الدساتير للمواطن)، هذه العناصر لا يمكنها تحقيق ما هو مناط بها إذا لم يتوفر لها المؤهلات المنصوص عليها في القوانين والدساتير الطبية، والتي تؤثر بشكل مباشر في صميم عملها، ولعل من أهمها:

#### 1- القواعد المهنية والمستوى المهني للطبيب:

هذه القواعد هي التي تحدد الكفاءة المهنية وتحدد السلوكيات والاتجاهات التي ينتهجها العاملون في القطاع الصحي وتعتمد أولاً على تطوير العناصر الطبية المعالجة علمياً ومهنيًا إلى جانب التوعية بالأخلاقيات كما حددها المجلس الأمريكي للطب الباطني، والتي تشمل (الإيثار، والمساءلة، والتميز، والواجب، والشرف، والنزاهة، واحترام الآخرين) والتي يجب على القوانين الطبية أن تحدها وتصر عليها وأن يكفلها الدستور، بل ويجب أن ينظر لها بعين الاعتبار من فترة لأخرى بالتزامن مع التطور الذي يحدث في مسيرة الطب وما يجري عليه من تحديث وتطوير على الصعيد العلمي والعملية.

وقد تطرقت المعاهدات والاتفاقيات الدولية (كالميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية)، وغيرها من دساتير الطب، إلى هذه القواعد واعتبرتها من الأمور التي يجب اكتسابها، ووضعها ضمن الأولويات جنباً إلى جنب مع واجبات وأخلاقيات الطبيب والمهنة الطبية عموماً، وكان لا بد للقوانين الصحية الدولية والمحلية أن تسيّر في سياق هذه المعاهدات والمواثيق.

وما ينطبق على تلك القواعد، ينطبق أيضاً على المستوى المهني للطبيب والعناصر الطبية المساعدة، من خطط تطويرية وتدريبية من شأنها أن ترتقي بالمهنة والقطاع الصحي لتقديم أعلى مستوى صحي للفرد والمجتمع من حيث ضرورة النظر إليها ورعايتها، كما هو منصوص عليه في دساتير الطب في العالم، والمعاهدات والاتفاقيات الدولية التي اهتمت بمهنة الطب بشتى فروعها وتكويناتها. فلا سبيل لتوفير خدمات صحية بمستوى يليق بالمجتمع ما لم يتوفر هذا الشرط للعناصر الطبية والطبية المساعدة، وبتسليط الضوء على ما هو متبع في التشريعات المحلية للدولة الليبية نرى ما يلي:



بمطالعة القانون المنوه إليه أعلاه وبمراجعة أحكامه ولائحته التنفيذية يتبين لنا أنه التغاضي عن تطوير المستوى المهني للعاملين في هذا المجال، ولم يتطرق له بالذكر والاهتمام، وربما

كان هذا سببا رئيسيا لإهمال قطاع الصحة وتطويره من قبل المؤسسات المسؤولة عن جانب التطوير والتدريب (والمتمثلة في نقابة الأطباء ومجلس التخصصات الطبية)، وتحولها بموجب هذا القانون القديم لأجسام غير فاعلة.. وسنتطرق للحديث عن نقابة الأطباء ومجلس التخصصات الطبية بشكل منفرد لاحقا.

## 2- الظروف التي يوجد فيها الطبيب:

تُعد البيئة المحيطة ضرورية لتشخيص وعلاج المريض، من ضمنها الإمكانيات المادية والمعنوية للمرافق الصحية وتحسين جودة الخدمات داخل تلك المرافق، وكذلك توفير أنظمة الصحة والسلامة المهنية، علاوة على توفير الظروف الأمنية المناسبة للعاملين في مجال الرعاية الصحية أثناء تأدية واجباتهم المهنية، والعمل تحت إدارة طبية مهنية ومتخصصة، يمكن الحديث باقتضاب عن هذه الظروف في النقاط التالية:

### أ- المؤسسات الصحية المثالية: ((المرافق الصحية))

المستشفى هو المكان الذي يتم فيه الكشف على المرضى وفحص وتشخيص المرضى وتلقي العلاج، وفيه يحدد مدى حاجة المريض للعلاج إما عودة للبيت وإما دخول لقسم الإيواء، حيث الخدمات الصحية المركزة من عناية وفحوصات يومية تقوم بها الأطقم الطبية والطبية المساعدة داخل نطاق المستشفى.

وحيث أن أهم ما يؤثر في عمل الأطقم الطبية والطبية المساعدة هو طبيعة وتصميم وجاهزية مكان العمل أي المراكز الصحية التي يتواجدون ويتحركون في نطاقها، فإن الاهتمام بالتفاصيل التي تعنى بها من الحقوق التي يجب أن ينالها العاملون بالقطاع لتقديم أفضل الخدمات الصحية للمواطنين.

فتصميم المراكز الصحية يجب أن يتبع المواصفات العالمية من حيث اختيار الموقع لسهولة الوصول والبعد عن الضوضاء، ومراعاة التعبير المعماري والمقياس الإنساني الذي يفي بالاحتياجات النفسية إلى جانب الاحتياجات العضوية سواء للمرضى أو العاملين في مجال الرعاية الصحية في تلك المراكز.

**إن الجروح الشديدة ناحية الوظيفية في التصميم يؤدي إلى تحول المستشفيات إلى صناديق صامتا مترابطة تربطها طرقات باردة، يفقد فيها المرضى والعاملين في القطاع انسانيتهم وذاتيتهم ويتحولون فيها إلى مجرد آلات وأرقام.**

من المهم جدا أن يراعى في حال تصميم المراكز الصحية أن يكون التواصل والتقل بين أقسام الإسعاف والطوارئ وأقسام الإيواء، وكذلك الحال من وإلى أقسام التحاليل والأشعة العلاجية عبر الممرات والطرق الداخلية والمصاعد، تواسلا سهلا ويسيرا وداخل نطاق متصل، بشكل يتيح سرعة أداء العمل المناط بالعناصر العاملة ولا يعرقل أي خطة علاجية، خصوصا في حالات الطوارئ.

**الجدير بالذكر** أن تحديد حجم المراكز الصحية وتجهيزها سريريا، وتزويدها بالأجهزة والمعدات والمختبرات وسبل التشخيص الأخرى والعلاج بما يتناسب مع المساحة السكانية المستفيدة من الخدمات الصحية المطلوبة، والتي حددتها النظم الدولية في هذا المجال بمقاييس فنية خاصة لعل من أمثلتها تحديد السعة السريرية لكل 1000 نسمة، تصل حد الرفاهية عند معدل الـ 10 أسرة لكل 1000 نسمة، لها تأثيرها المباشر على عمل الأطقم الطبية والطبية المساعدة ومدى الكفاءة في تقديم خدماتها للمواطن. فكلما اختلفت النسبة اختلف العمل وانعكس سلبا على الخدمات الصحية المقدمة لذلك سنوضح بشيء من الإيجاز تقسيم عناصر المستشفى في التالي:

### تنقسم عناصر المستشفى وظيفيا إلى 5 أقسام رئيسية وهي:

تصميم المراكز الصحية يجب أن يتبع المواصفات العالمية من حيث اختيار الموقع (ليوفر الجو الصحي والهادئ للمرضى وما يستلزم بالتالي بُعد المستشفى عن مصادر الضوضاء أو الازعاج والتلوث، كتقاطعات الطرق أو مناطق الورش والبرك والمستنقعات، وأن يحيط بالمستشفى الحدائق والبساتين أو المناطق الخلوية المفتوحة)، وكذلك من حيث حجم المستشفى وما يتوقف عليه من اعتبارات، كما يجب مراعاة الأسس العامة لتصميم مباني المستشفيات، والتي **تولي اهتماما للتعبير المعماري والمقياس الإنساني للبناء مع مراعاة الفراغات الوظيفية الانتفاعية، والعناصر الأساسية المكونة للمستشفيات والمتمثلة في:**

- 1- وحدات التمريض
- 2- أقسام الكشف والعلاج.
- 3- العيادات الخارجية.
- 4- الخدمات الطبية والطبية المساعدة.
- 5- الخدمات العامة.
- 6- الإدارة.
- 7- مباني السكن.
- 8- منشآت للدراسة والبحث.

### بالإضافة إلى:

1. أن يتم دراسة مساحات وأبعاد العناصر وعلاقتها مع بعضها البعض وعرض الأبواب والممرات والتمديدات الكهربائية والصحية والميكانيكية اللازمة والمواد المستخدمة بما يتطابق مع أنواع ومواصفات وقياسات الأجهزة والمعدات الطبية المستخدمة فيه.
2. يجب أن لا يقل عرض الممرات الداخلية الواقعة بين العيادات والأقسام وكذلك عرض السلالم عما حددته المعايير والمقاييس الدولية في هذا الشأن.
3. توفير التهوية والإضاءة الطبيعية لغرف إقامة المرضى وغرف الانتظار والمكاتب والصالات وتوفير التهوية الميكانيكية طبقا للمواصفات القياسية المعتمدة للعناصر الأخرى غير المتوفر لها تهوية طبيعية.



4. يجب أن تكون شدة الإضاءة الطبيعية والصناعية في جميع أجزاء المستشفى طبقاً للمواصفات القياسية العالمية.
5. يجب أن تكون غرف المرضى بعيدة بقدر الإمكان عن الشوارع ومواقف السيارات وأن يكون الجدار مانعاً لانتقال الصوت من غرفة لغرفة، مع توفير دورة مياه خاصة بكل غرف المرضى في المستشفى، وتوفير دورة مياه عامة واحدة لكل من الرجال والنساء لكل 20 سرير، كما يجب توفير دورات مياه ومغاسل بمعدل دورة مياه واحدة ومغسلة للرجال وأخرى للنساء لكل 3 عيادات.
6. يجب توفير مواقف للسيارات طبقاً لما ورد بالمادة 21 من وثيقة أنظمة وضوابط البناء المعتمدة للمخطط المحلي.
7. توفير غرف للقمامة ووسائل التخلص من المخلفات الطبية بأساليب علمية (الصحة والسلامة المهنية).
8. إقامة مبنى المستشفى من مبنى واحد أو عدة مباني وتوفير إقامة سكن الأطباء وهيئة التمريض ضمن حدود المستشفى مع مراعاة تحقيق الخصوصية لمداخل السكن. مع مراعاة أن تكون مداخل ومخارج المستشفى من جهة الشارع التجاري فقط ولا تفتح جهة الشوارع الفرعية.
9. التقيد بأنظمة البناء المعتمدة في المنطقة من ناحية الارتفاعات ونسب البناء والارتدادات، مع مراعات الجانب النفسي والإنساني في إنشاء الأبنية (إذ أن الجنوح الشديد ناحية الوظيفية في التصميم يؤدي إلى تحول المستشفيات إلى صناديق صامتة متراسة تربطها طرقات باردة، يفقد فيها المرضى والعاملين في القطاع إنسانيتهم وذاتيتهم ويتحولون فيها إلى مجرد آلات وأرقام).

### ب- السلامة والصحة المهنية:

هي مجموعة من القواعد والإرشادات المحلية والعالمية التي لا بد من توفرها في كافة المؤسسات بمختلف مجالاتها لتحقيق بيئة عمل نظيفة وأمنة للحد من الحوادث التي قد يتعرض لها العاملين في مجال الرعاية الصحية أثناء تأدية واجباتهم وللحد من الأمراض والتلوث، ولقد أصبحت قواعد السلامة المهنية مرتبطة بكل أنواع العمل، والتي تشمل العمل في القطاعات الصحية المختلفة، إذ تعد من الحقوق التي يجب أن يمتاز بها العاملون في مجال الرعاية الصحية.

واتصالاً بما تقدم وتحددنا عند حديثنا عن (إنشاء المؤسسات الصحية – التشييد والبناء) فهنا نذكر "بدور المؤسسات الصحية" وضرورة تصميمها وفقاً للمعايير العالمية، يجدر بنا توضيح أن تصميم مراكز صحية مناسبة لعمل الأطقم الطبية، وعلى أعلى مستوى من الأمن والنظافة العامة تعد من أولويات نظم الصحة والسلامة المهنية كونها مجهزة بكافة الوسائل والتقنيات الوقائية التي تحمي العاملين من مخاطر الإصابات والتلوث أمثلة على ذلك: (مخاطر التعرض للمخلفات أو النفايات الطبية من قبل الأطقم الطبية وعمال النظافة، وكذلك الحال بالنسبة لمخاطر

التعرض للأدوية والمواد الكيميائية السامة من قبل العاملين، وكذلك الحال بالنسبة لتعرض فنيي الأشعة للإشعاعات الضارة والعاملون بالمختبرات الطبية المعرضون لخطر التعامل مع مخلفات الإنسان)، ومن خلال حديثنا السابق يتبين أن هناك توضيح في هذا الإطار نشرح فيه النفايات والمخلفات الطبية على النحو التالى

### **النفايات والمخلفات الطبية (مخلفات الرعاية الصحية)**

#### **تمهيد:**

إن أنشطة الرعاية الصحية تحمي الصحة العامة وتعافيتها وتنقذ الأرواح، ولكن ماذا عن المخلفات والمنتجات الثانوية التي تنتجها؟ (مخلفات الرعاية الصحية)، من الكم الإجمالي لمخلفات أنشطة الرعاية الصحية تبلغ نسبة المخلفات العامة غير الخطرة 85%، وتعتبر النسبة المتبقية البالغة 15% مواد وميكروبات خطيرة يمكن أن تنقل العدوى أو تكون سامة أو مشعة، وهذا ما قد يلقي بضلاله الضارة على العاملين في مجال الرعاية الصحية قبل غيرهم (المرضى والبيئة المجاورة)، في حال انعدام الطرق المثلى للتعامل مع (معالجة) تلك المخلفات، وبالتالي يمكن تصنيف النفايات الطبية ومصادرنا إلى :

**النفايات المعدية:** وهي التي يشتبه في احتوائها على مسببات الأمراض (البكتيريا، الفيروسات، الطفيليات، أو الفطريات) بكميات وتراكيز تكفي لإحداث المرض، هذه الفئة تشمل:

- 1/ المستنبتات والعوامل الناقلة للعدوى من المختبرات.
- 2/ النفايات الناتجة من العمليات وتشريح المرضى الذين يعانون من الأمراض المعدية (مثل أنسجة الجسم، والمواد أو الأدوات بعد أن تتلامس مع الدم أو سوائل الجسم الأخرى).
- 3/ النفايات التي تنشأ من المرضى المصابين في أجنحة العزل (مثل البراز والبول وضمادات الجروح الملتهبة أو الضمادات الجراحية والملابس المتسخة بشدة بالدم أو سوائل الجسم الأخرى).
- 4/ نفايات أقسام الغسيل الكلوي (مثل أجهزة غسيل الكلى كالأنايبب والمرشحات، والمناشف، والقفازات، والمآزر، والمعاطف، والعباءات).

**النفايات الباثولوجية:** تشمل هذه النفايات الدم وسوائل الجسم والأنسجة والأعضاء وأجزاء الجسم والأجنة البشرية، والنفايات الباثولوجية الجراحية.

**الأدوات الحادة:** مثل السكاكين والمشارط والشفرات الأخرى، والإبر، ..إلخ، والتي يمكن أن تنقل العدوى مباشرة في مجرى الدم. وهي نفايات طبية خطيرة للغاية بغض النظر عن كونها ملوثة أم لا.

**المواد الكيميائية:** مثل المذيبات التي تُستعمل في التركيبات المخبرية، والمواد المطهرة، والفلزات الثقيلة الموجودة في المعدات الطبية (الزئبق الموجود في مقاييس الحرارة المكسورة) والبطاريات.

**المستحضرات الدوائية:** العقاقير واللقاحات المنتهية الصلاحية وغير المستعملة والملوثة.

**المخلفات السامة للجينات:** النفايات البالغة الخطورة والمسرطنة، مثل العقاقير السامة للخلايا والمُستخدمة لعلاج السرطان (العلاج الكيماوي)  
**المخلفات المشعة:** وهي المواد التشخيصية المشعة أو المواد التي تُستخدم في العلاج الإشعاعي.

**المخلفات غير الخطرة أو العامة:** وهي المخلفات التي لا تشكل أي خطر بيولوجي أو كيميائي أو إشعاعي أو مادي خاص.

لماذا يتعين علينا تكريس المزيد من الاهتمام بشأن معالجة النفايات المعدية؟ ما هو الغرض من وجود إدارة صحية مدربة تختص بالنفايات الطبية؟

للإجابة على هذا التساؤل يجب أن نوضح البيان الصادر عن منظمة الصحة العالمية التابعة للأمم المتحدة، [تسببت المعالجة غير السليمة للنفايات الطبية "الإبر والملوثات" بشكل أساسي في عام 2000 بالأمراض التالية في جميع أنحاء العالم، التهاب الكبد "B" مليون إصابة التهاب الكبد "C" مليون إصابة، - فيروس نقص المناعة المكتسبة: 260,000 إصابة].

علاوة على ما قد ينجم من أخطار نتيجة التعامل الخاطئ مع المخلفات الطبية من قبل العاملين على التخلص منها سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، ناهيك عن تأثير البيئة المجاورة وسكان المناطق المتاخمة للمؤسسات الصحية، لذا فإنه من المهم الحد من خطر الأضرار التي تلحق بالعاملين في الرعاية الصحية والسكان والبيئة، والحد من كمية النفايات بضمن تجميعها وفصلها، وإنشاء مواقع مناسبة لجمع النفايات في المرافق الطبية والمستشفيات، وكذلك إنشاء مسار نقل سليم للنفايات والتخلص منها بطرق صحية وصديقة للبيئة تتمثل في التالي:

1. الحرق.

2. التطهير الكيميائي.

3. المعالجة الحرارية الرطبة (التعقيم بالبخار).

4. أشعة الميكروويف.

5. التخلص من النفايات في البر.

6. المعالجة بالنتشيت.

وتوجد الآن بدائل للحرق مثال ذلك:

1. المعقمات العالية الضغط.

2. معالجة البخار المتكاملة مع المزج الداخلي.

3. المعالجة الكيميائية.

الجدير بالذكر أيضا أن معالجة مخلفات الرعاية الصحية والتخلص منها قد يشكل مخاطر صحية غير مباشرة من خلال إطلاق مسببات الأمراض والملوثات السامة

في البيئة، على سبيل المثال، قد تلوث مقالب القمامة مياه الشرب إذا لم تكن مبنية على نحو سليم، كما قد توجد مخاطر مهنية في مرافق التخلص من المخلفات حين لا تصمم أو تدار أو تتم صيانتها بشكل جيد.

إن حرق المخلفات على نطاق واسع، وعلى نحو غير ملائم قد يتسبب في إطلاق الملوثات في الهواء وإطلاق بقايا الرماد، ويمكن أن تولد المواد المحروقة المحتوية مواد مسرطنة للإنسان أو تؤدي إلى انتشار الفلزات السامة في البيئة.

ويقدر عدد الحقن التي تعطى كل عام في مؤسساتنا الصحية بأعداد ضخمة، ولكن هل يتم التخلص منها كلها بالطريقة السليمة بعد استعمالها؟ مما يقلل من مخاطرها الصحية بشكلها المباشر على العاملين في مجال الرعاية الصحية، في بعض الأحيان يتم حرق مخلفات الرعاية الصحية، بطريقة ينتج عنها انبعاثات في شكل غازات ومخلفات سامة تلوث الهواء والبيئة المجاورة.

إن عدم الوعي بالأخطار الصحية المتعلقة بمخلفات الرعاية الصحية، والتدريب غير الملائم على الإدارة السليمة للمخلفات، وغياب نظم إدارة المخلفات والتخلص منها، ونقص الموارد المالية والبشرية، وانخفاض مستوى الأولوية المعطاة للقضية، هي أكثر المشكلات ذات الصلة بمخلفات الرعاية الصحية شيوعاً.

كما وضعت منظمة الصحة العالمية أول وثيقة إرشادية عالمية وشاملة بعنوان "الإدارة المأمونة لمخلفات أنشطة الرعاية الصحية"، تتناول جوانب من قبيل الإطار التنظيمي، ومسائل التخطيط، للحد من المخلفات إلى أدنى مستوى ممكن وإعادة تدويرها، والخيارات الخاصة بمناولة المخلفات وتخزينها ونقلها ومعالجتها والتخلص منها، علاوة على التدريب على الممارسات الجيدة في إدارة مخلفات الرعاية الصحية، تلك الوثيقة موجهة إلى مديري المستشفيات وسائر مرافق الرعاية الصحية، وراسمي السياسات، والعاملين في مجال الرعاية الصحية، والمديرين المعنيين بإدارة المخلفات.

وبالإضافة إلى ذلك، دشنت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، مع الشركاء، في عام 2015 مبادرة عالمية لضمان (أن جميع مرافق الرعاية الصحية لديها ما يكفي من المياه وخدمات الإصحاح والنظافة الشخصية، ويشمل ذلك التعامل مع مخلفات الرعاية الصحية).

**والسؤال المطروح بشدة ويلح في طلب الإجابة. هل توجد مثل هذه الوثائق الدولية في إدارتنا المحلية الصحية؟ وما مدى تعاطي الحكومة في مجال مؤسسات الرعاية الصحية في ليبيا مع تلك الوثائق؟**

ومن ضمن الظروف التي يجب أن تتوفر للطبيب حتى يتمكن من خدمة المرضى وتحقيق الواجبات المهنية الواقعة عليه ومسائلته قانونياً إذا وقع في خطأ طبي نتيجة لإهماله أو تقصيره في أدائه لعمله المناط به، يجب أن تحيط به ظروف أمنية مناسبة يأتي ذكرها لاحقاً:

### ج- توفير الظروف الأمنية المناسبة لعمل العناصر الطبية:

في ظل ما تشهده الدولة الليبية من عدم استقرار في الأوضاع الأمنية في كافة القطاعات ومن ضمنها قطاع الصحة (مجال الرعاية الصحية)، وبسبب بعض التهديدات المتواترة التي يتعرض لها العاملون بهذا القطاع الحيوي، وما لذلك من الأثر النفسي والمعنوي كالشعور بالاضطهاد وانعدام الحماية الأمنية التي من المفروض أنها حق أصيل لكل مواطن، ولا سيما العاملين في المجال الصحي، فكلما ازدادت أعمال العنف، ازدادت الحاجة إلى الرعاية الصحية للأفراد القاطنين في محيط مناطق العنف القائم، هذه الاحتياجات تكون هي الأضخم عندما تكون ظروف تقديم الرعاية الصحية صعبة وغير آمنة أو غير مضمونة.

### مساوئ عدم توفير الظروف الأمنية للطاقم الطبي تلخصها<sup>(1)</sup>:

يضطر العديد من المنتسبين لهذا القطاع إلى التوقف عن تقديم خدماتهم والتزام البيت، خاصة العناصر الطبية والطبية المساعدة من فئة النساء، في حين يتجه البعض الآخر من الجنسين لمغادرة البلاد والبحث عن فرص عمل أخرى بعد استحالة قيامهم بدورهم الإنساني والأخلاقي تجاه أفراد مجتمعهم على أكمل وجه بسبب تلك الظروف التي تحدثنا عنها سابقاً.

وللتدليل على صحة قولنا نستند لما أشارت إليه بعثة الأمم المتحدة في تقريرها الصادر بتاريخ (22 مايو لعام 2018م) للدكتور غسان سلامة الممثل الخاص للأمين العام في ليبيا ورئيس البعثة) الذي جاء بعنوان (الرعاية الصحية في ليبيا في دائرة الهجوم) والذي أشارت في مقتضاه إلى الهجمات التي يتعرض لها الطواقم الطبية من قبل مسلحين، ونوهت فيه إلى أن تأمينهم عن طريق التشكيلات الشرطة في ليبيا لا زال يلاقي صعوبات وتحديات في ظل عجز الحكومات المتعاقبة على فرض الأمن والسيطرة على الوضع الأمني.

كما نوهت منظمة الصحة العالمية في تقريرها السنوي للعام 2020م بشأن قطاع الصحة في ليبيا، والذي تناقلته صحيفة المرصد الإلكترونية بتاريخ (5 ديسمبر لعام 2020م)، أن ليبيا سجلت ثاني أكبر حصيلة للاعتداءات على قطاع الرعاية الصحية بعد (أفغانستان).

من الملاحظ أن النتائج التي يشهدها حالياً قطاع (الصحة) في الوقت الراهن كان سببه ليس ما عمقته الحرب على العاصمة الليبية طرابلس (2019 - 2020) من خسائر بالقطاع الطبي بمدن الغرب الليبي بل بسبب تراكمات العهد السابق على قطاع الصحة بشكل عام، وما صاحب ذلك من (خلل واهمال) في المنظومة التشريعية والإدارية لقطاع الصحة، ومن جملة تلك الظروف التي جعلت (الأطقم الطبية) هدفاً سهلاً، السلبيات التي نشأت بسبب الظروف التي صاحبت (الحرب على طرابلس) حيث زادت في حدة ذلك (الخلل والاهمال) فعمق حالة من عدم

1 - تقرير بعثة الأمم المتحدة ، ليبيا: الرعاية الصحية في دائرة الهجوم، 22مايو/ايار 2018 موقع البعثة.

الاستقرار في قطاع الصحة، إضافة للقصف المتبادل بين القوتين المتحاربتين على تخومها، الذي أدى إلى ارتكاب الكثير من الجرائم المسجلة لمقتل (الأطقم الطبية). إن كل ما نوهنا إليه من ظروف وضرورة تحسينها يعد من الحقوق الأساسية التي يجب أن يمتاز بها (الأطقم الطبية) لتقديم أعلى مستوى من الخدمات الطبية للمريض، فمن غير المعقول توجيه اللائمة للعنصر الطبي العامل ومحاسبته على أي قصور في إيصال أي خدمة طبية للمريض بما في ذلك ما يندرج تحت بند الخطأ الطبي ما لم تتوفر للأطقم هذه الظروف والإمكانات.

**وننتبين من العرض السابق علاقة سيادة القانون في الدولة الليبية بمعنى تطبيق القانون على الجميع وإعطاء الحقوق للمواطنين كل حسب تخصصه ومجاله، وانطلاقاً من الشرعية الدستورية التي تنبثق من القاعدة القانونية والتي تكون مصدرها الشعب.**

استناداً على ما ذكر من حديث عن حقوق الطبيب يتضح لنا من النص التشريعي للقانون المنوه عليه أعلاه في مادته 114 من القانون الصحي الليبي ذكراً أن: (لا يكون الطبيب مسؤولاً عن الحالة التي وصل إليها المريض إذا ثبت أنه بذل العناية اللازمة ولجأ إلى جميع الوسائل التي يستطيعها من كان في مثل ظروفه لتشخيص المرض ووصف العلاج...)، ولربط الأفكار بعضها ببعض ولخلق حالة انسجام في المادة التوعوية من حيث المعاني والألفاظ وترتيب العناوين فهنا سوف نتحدث في هذه النقطة على العوامل المؤثرة في عمل العناصر الطبية والطبية المساعدة في توالياً: توافق الجهود المبذولة من الأطباء والعناصر الطبية المساعدة، (بما توفر لهم من ظروف وإمكانات) مع الأصول العلمية الثابتة التي حددتها (أمانة الصحة سابقاً) وكما هو منصوص عليه في القانون رقم 17 لسنة 1986م بشأن المسؤولية الطبية.

ومما يجب اعتباره من الأصول العلمية الثابتة هي الواجبات التي تقع على عاتق العناصر الطبية من فئة الأطباء خاصة، حيث تنقسم تلك الواجبات إلى واجبات تجاه المجتمع وواجبات تجاه المهنة، وأخرى تجاه المرضى، وتشمل أيضاً مشاركة المعلومة الطبية في حال طلب الاستشارة بين طبيب وآخر (إمكانية التواصل والاتصال).

### الحماية القانونية للأطقم الطبية:

من خلال هذا العنوان نطرح عدة تساؤلات نحتاج إليها لمناقشة المشاكل والمعضلات التي تحدث دائماً للأطباء بصفة خاصة والعاملين في مجال الرعاية الصحية بصفة عامة والتي تتبلور في الآتي:

- 1- هل توجد مكاتب للشؤون القانونية في أغلب مؤسساتنا الصحية؟
- 2- هل يقوم بدورها الذي حددها لها القانون؟ في حال وجدت.
- 3- ماذا يعرف العاملون في مجال الرعاية الصحية عن النقابات الطبية؟
- 4- ما هو دور النقابات الطبية في الحماية القانونية للعاملين في مجال الرعاية الصحية؟

5- كيف يتعامل القانون الليبي مع العاملين في مجال الرعاية الصحية من حيث الحماية القانونية؟

6- هل للعقوبات التي تواجه الطبيب نصا وتسلسلا قانونيا أم أنها ترجع لوجهة نظر إدارة المؤسسة الصحية؟ (تدرج العقوبات).

### ما مدى وعي الأطقم الطبية بالقوانين الطبية التي تهمهم؟

قبل الحديث عن الحماية القانونية (الأطقم الطبية)، يجب أولا التعرّيج بالحديث على **نقابة الأطباء** ودورها في فرض الحماية القانونية والدفاع عن منتسبيها.

**تعريفها..** نقابة الأطباء تنظيم مهني يضم الأطباء المشتغلين في مهنة الطب، ويضم أيضا إلى جانب الأطباء البشريين، الأطباء العاملين في طب الأبحاث والفحوص المعملية، الأطباء العاملين في الأشعة والتحليل التشخيصية والعلاجية والأطباء العاملين في الطب الشرعي والأطباء العاملين في الطب الوقائي.

**تأسيسها..** وقد تأسست نقابة أطباء ليبيا استناداً على القانون الصحي الليبي 106 لسنة 1973م وعلى القانون 96 لسنة 1976م بشأن انشاء النقابات والاتحادات والروابط المهنية.

**أهدافها وحقوقها وواجباتها..** وتسعى ضمن **أهدافها** العديدة إلى جمع كلمة الأطباء والدفاع عن حقوقهم والمحافظة على مصالحهم المادية والمعنوية المشروعة ورفع مستواهم المهني، ومشاركة الجهات المختصة في وضع مشروعات القوانين أو القرارات ذات العلاقة بالمهنة الطبية، وتطوير العلاقات مع النقابات الطبية الأخرى، وإعطاء المشورة للجهات المختصة في القطاع الصحي بالدولة الليبية فيما يتعلق بالتخطيط والتنظيم في المجال الصحي، إضافة لدورها في رسم سياسة التعليم الطبي، والمساهمة في نشر الوعي الصحي لأفراد المجتمع، ورفع المستوى الصحي والاجتماعي للأعضاء المنتسبين لها وأسرهم، والمحافظة على شرف وآداب وسلوكيات المهنة.. إن تلك الأهداف تتضمن في جوهرها الحماية القانونية للطبيب في حالة خضوعه للمساءلة القانونية حال حدوث الخطأ الطبي.

**حقوقها..** ويحق للنقابة من أجل تحقيق ما هو مناط بها من أهداف وواجبات أن تمتلك أموالا وأصولا ثابتة ومنقولة، وإبرام عقود مشتركة باسم النقابة مع من يستخدمون أعضائها، وتعيين وانتداب وتكليف الموظفين اللازمين لإنجاز أعمال النقابة وفق التشريعات النافذة، كما يحق لها التقاضي باسم أعضائها في كل ما له علاقة بالمهنة. واقتراح ما من شأنه الحفاظ على حقوق أعضائها وإقامة الدورات المهنية والعلمية لأعضائها بالتعاون مع الجهات ذات الصلة، وإبداء الرأي في العناصر التي تقترح لتولي مسؤولية إدارة المؤسسات المتعلقة بالمهنة، كما لها حق المشاركة في الإجراءات المتعلقة بمنح وتجديد التراخيص للمؤسسات الصحية.

وهنا تساؤل يطرح نفسه وبإلحاح الإجابة عليه: أين تقف نقابة الأطباء من الحماية القانونية لمنتسبيها من أصحاب المهن الطبية في حال حدوث الخطأ الطبي والشكاوى والاستجوابات؟ وهل هذه الحماية موجودة على أرض الواقع؟

يتضح لنا من خلال دراسة حقوق وواجبات النقابة الطبية أنها تهدف لحماية منتسبيها قانونيا عبر الآتي:

### أ- الوقاية من الوقوع في الخطأ.

إن الخطوة الأهم التي تتخذها النقابة لحماية منتسبيها قانونيا، هو العمل على منع وقوع هذه الأخطاء من الأساس عبر تفعيل دورها في (رفع الكفاءة المهنية للأعضاء والارتقاء بمستواهم الفني والثقافي وتشجيع برامج التعليم الطبي المستمر عن طريق التدريب وورش العمل والنشرات الدورية، وكذلك عن طريق توثيق العلاقات بالمراكز العلمية الطبية المحلية والدولية).

لأن لهذه الإجراءات تأثيرها الواضح في تقليص حدوث الخطأ الطبي، والتعرض للمساءلة القانونية، وما يترتب عليه من تكبيد الدولة لتكاليف التأمين الطبي للتعويض حال حدوث الخطأ الطبي.

كما أن تثقيف العنصر الطبي بالقانون المتعلق بمهنة الطب، والسبل التي تمكنه من تجنب الوقوع في الأخطاء يعد من المهام التي تتولى نقابة الأطباء تفعيلها، والعمل على استمراريتها، فالعناصر الطبية المطلعة والمدركة للقوانين هي العناصر الأكثر حذرا من الوقوع في الأخطاء الطبية، ويتفق هذا الجانب مع جملة مهام نقابة الأطباء مع ما ذكرته المواثيق الدولية بهذا الخصوص وبالرجوع للمادة 114 من القانون الصحي الليبي:

(لا يكون الطبيب مسؤولا عن الحالة التي وصل إليها المريض إذا ثبت أنه بذل العناية اللازمة ولجأ إلى جميع الوسائل التي يستطيعها من كان في مثل ظروفه لتشخيص المرض ووصف العلاج..).

وتتضمن هذه الظروف، المستوى المهني والعلمي الذي وصل إليه العنصر الطبي المعالج والذي وفرته له المؤسسة الصحية والنقابة ومجلس التخصصات الطبية.

### ب- الحماية القانونية للطبيب في حالة وقوع الخطأ الطبي:

من حق العاملين في مجال الرعاية الصحية أن يعرفوا الجهة الموكلة بالتحقيق معهم في حالة إيقافهم وتوجيه التهم إليهم بخصوص الأخطاء الطبية، وكونهم ينتمون لنقابات طبية، إذ إن من أولى مهام نقابة الأطباء ونقابات المهن الطبية الأخرى هي حماية مصالح أعضائها والدفاع عن حقوقهم المهنية والمحافظة على مصالحهم المادية والمعنوية المشروعة. حفظا لكرامتهم، واحتراما لقدرهم ومكانتهم، وتماشيا مع المواثيق والاتفاقيات الدولية التي اهتمت بالطب، مهنة وعناصر.

**وبمطالعة صيغ النظام الأساسي لنقابة أطباء ليبيا ووزن عباراته يتضح لنا أن المادة (20) من تلك الصيغ تنص على أنه (إذا اتهم عضو من أعضاء النقابة بجناية أو جنحة متصلة بمهنته، وجب على النيابة العامة إخطار النقابة بذلك قبل البدء في التحقيق وللنيابة العامة السماح للأمين أو لمن يندبه من أعضاء أمانة النقابة بحضور التحقيق. وإذا رأت النيابة أن الاتهام لا يستوجب المحاكمة الجنائية أو المدنية أبلغت نتيجة التحقيق إلى أمانة النقابة للنظر في محاكمة العضو تأديبيا).**



وبعد العرض السابق، الذي حددنا فيه من مهام وحقوق وواجبات تقع على عاتق نقابة الأطباء في ليبيا، نطرح التساؤلات الآتية:

### **دور القانون الليبي في حماية الأطقم الطبية في ليبيا:**

بالعودة للتشريع الليبي واستنادا على القانون الصحي في هذا الجانب نجد أن المادة 117 من القانون رقم 106 لسنة 1973م تنص على أنه:

(في غير حالات التلبس بالجريمة لا يجوز البدء في استجواب الطبيب أو سؤاله عن تهم مسندة إليه بسبب مزاولته للمهنة إلا بعد إخطار وزير الصحة، وللوزير أن يكلف من يرى من الأطباء للحضور مع الطبيب عند سؤاله).

### **هل الطبيب وحده من يتحمل المسؤولية الطبية في حالة وقوع الخطأ الطبي؟**

حسب ما نصت عليه المادتين 25 و26 من القانون 17 لسنة 1986 نستطيع أن نستشف منهما أن هذا القانون ينصف الطبيب المعالج ولا يحملة كامل المسؤولية الطبية، فالمؤسسة الصحية والطاقم الفني المصاحب والجهة المسؤولة عن توريد الأدوية والمعدات وحتى وزارة الصحة، كل هذه الجهات تتحمل مع الطبيب تبعات حدوث الخطأ الطبي.

واستئناساً بما سبق ذكره فإن الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية ينص في المادة 96: (أن من حق الطبيب أن يعامل بما يستحقه من احترام وتقدير، وأن توفر له جميع الحقوق المدنية التي يتمتع بها غيره من الأشخاص الطبيعيين، وأن لا يوقف عن ممارسة المهنة إلا في حدود القانون، وأن تصان كرامته أثناء أي إجراء تحقيقي أو قضائي، وأن توفر له الحماية القانونية وحق الدفاع عن نفسه في حالة ارتكابه لأي خرق لأحكام القانون).

### **يظل التساؤل يلح بالإجابة:**

إلى أي مدى يتم تطبيق تلك القوانين في ليبيا؟ وهل هناك أي نوع من المتابعة لهذه المواد من القانون التي تقف في صف العناصر الطبية من حيث تطبيقها، أو مرجعتها وتحديثها؟

### **تطوير الأطقم الطبية في مجال الرعاية الصحية:**

هنالك جيش كبير من الأطباء والتمريض والعاملين بهذا القطاع داخل المستشفيات التعليمية، يقدمون خدمات كثيرة وجيدة رغم محدودية الإمكانيات المتوفرة في هذه المستشفيات وغياب الجانب التطويري للعناصر الطبية، لا ينقصهم إلا رفع مستوى كفاءتهم وتوفير الإمكانيات اللازمة لهم حتى يتمكنوا من أداء مهامهم والرقى بالخدمات الصحية.

جاء في الميثاق الإسلامي العالمي ما يلي:

#### المادة 94:

(من حق الطبيب أن يُوفّر له المجتمع وسائل التدريب والتأهيل العلمي، ووضع النظم التي تكفل ضمان جودة المؤسسات الصحية وأدائها وفقاً للمعايير العالمية المتعارف عليها).

#### المادة 95:

(من حق الطبيب أن تتاح له فرص التعليم والتدريب الطبي المستمر وذلك من خلال المؤتمرات والندوات واللقاءات العلمية والمكتبات والبعثات الدراسية ودورات صقل المعلومات والمهارات وغيرها، وعليه أن يحرص على متابعة أحدث التطورات المهنية في مجال تخصصه، وألا يتوانى عن التفاعل معها).

ما هي الجهات أو الأجسام المعنية بتطوير العاملين في مجال الرعاية الصحية؟ هل تقوم هذه الجهات بما هو مناط بهم في هذا الخصوص؟ تتولى مهمة التطوير للعناصر الطبية والطبية المساعدة، النقابات الطبية ونقابات المهن الطبية المساعدة، إلى جانب مجالس التخصصات الطبية.

### مجلس التخصصات الطبية:

تأسيسه: قبل سنة 1984م كانت وزارة التعليم العالي هي من تقوم بالإشراف على الدراسات العليا في مجال الطب، ولكن ليس لوحدها، كما لم تكن تبعية هذه الدراسات لجهة واحدة فقط؛ ولم توجد جهة رسمية بلدياً في السابق تقوم بإعداد وتدريب الأطباء بعد استكمال دراستهم الطبية بكليات الطب في ليبيا. من هنا تأسس "مجلس التخصصات الطبية" سنة 1984م لكي يكون نواة هذا التدريب.

### دور مجلس التخصصات الطبية في الارتقاء بالأطقم الطبية ومهنة الطب:

من أولويات برامج مجلس التخصصات الطبية، تدريب وتأهيل الملاكات الوطنية المتخصصة محلياً تأهيلاً دقيقاً وعالياً لسد احتياجات ليبيا من الأطباء المتخصصين في مختلف فروع الطب وذلك لأن الاعتماد على الإيفاد للخارج لتوفير هذه الكوادر لا يمثل الحل النموذجي والأمثل، الأمر الذي استوجب إيجاد البدائل العملية التي تهدف لتجاوز كل العقبات بالاعتماد على الإمكانيات الذاتية والخبرات الوطنية، ومن خلال برامج محلية.

ومنذ أن تأسس هذا المجلس وهو يحاول وضع استراتيجية معينة لتسيير عمل المجلس. وهناك كم كبير من الكتابات والمسودات التي توضح عمل هذا المجلس، لعل أهمها وأشهرها الهيكل الفني والتنظيمي لمجلس التخصصات الطبية.

بشكل موجز يتجسد دور مجلس التخصصات الطبية الليبي حسب ما ورد في الهيكل الفني والتنظيمي للمجلس في وضع البرامج التدريبية لكل تخصص ومتابعته وتقييمه بشكل دوري والإشراف عليه ومتابعة وتقييم المتدربين والقائمين على التدريب والتقييم الدوري لمراكز التدريب المتمثلة في المستشفيات التعليمية وتجديد الاعتراف

بها من عدمه، واقتراح استحداث مراكز تدريبية جديدة متى توفرت الشروط اللازمة لذلك. لما للعناصر الطبية من أهمية في العمل داخل المستشفيات التعليمية الخاضعة لمجلس التخصصات الطبية؛ إضافة إلى إعداد الامتحانات والإشراف عليها.

### التأمين الصحي للأطقم الطبية الليبية:

التأمين الصحي هو تأمين ضد المخاطر الصحية التي تعترض حياة الناس، ويشمل تكاليف الفحص والتشخيص والعلاج، والدعم النفسي والجسدي، كما قد يتضمن تغطية الانقطاع عن العمل لفترة معينة أو العجز الدائم، وهو إحدى طرق إيصال الرعاية الصحية إلى الأفراد والمجموعات. وتقوم فلسفة التأمين الصحي على مبدأ تجميع مخاطر الإصابة بالأمراض التي تصيب المجتمع أو مجموعة معينة، وتقاسمها بين الأفراد بشكل متساو.

وهو بذلك نظام اجتماعي يقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده عبر الانتساب لأحد فروع التأمين التي تنظم الاستفادة من برنامج التأمين الصحي لقاء أجر معلوم لتوفير رعاية صحية شاملة، ويشرف على هذا البرنامج مؤسسات حكومية أو شركات خاصة، أو كيانات غير ربحية.

والعاملون في مجال الرعاية الصحية في ليبيا عناصر مهمة وشخصيات اعتبارية في المجتمع، إضافة لكونهم مواطنين في الدولة الليبية، لهم حق التمتع بالتأمين الصحي الذي تكفله لهم الدولة الليبية، حيث ينص القانون رقم (20) لسنة 2010 بشأن نظام التأمين الصحي أن:

#### مادة 1

الانتساب لنظام التأمين الصحي إلزامي لجميع المواطنين والمقيمين، وذلك من خلال الاشتراك بإحدى أدوات التأمين المرخص لها بمزاولة نشاط التأمين الصحي بليبيا.

#### مادة 3

تقوم جهات العمل العامة والخاصة بالاشتراك لصالح منتسبيها في إحدى أدوات التأمين الصحي والمساهمة في حصة المشترك، وتبين اللائحة التنفيذية لهذا القانون قيمة الاشتراك ونسبة مساهمة جهة العمل فيه.

من المفارقات أن هناك الكثير من القطاعات في الدولة يتمتع منتسبيها عبر مؤسساتهم بالتأمين الصحي، الذي يلعب فيه العاملون في مجال الرعاية الصحية الدور الأبرز عبر المستشفيات والمصحات التي تتعامل عبر شركات التأمين مع تلك القطاعات، في الوقت الذي تفتقر فيه تلك الطواقم لهذا الامتياز، بل وبالعودة للعقود المبرمة بين المؤسسات الصحية العامة وبين الطبيب المعالج، لا يوجد أي بند في العقد يهتم ويضمن للطبيب تأميناً صحياً، وهذا بحد ذاته يتنافى مع القانون 20 لسنة 2010م.. فأين يكمن الخلل؟

بالعودة للقانون الصحي 106 لسنة 1973م لا نجد ذكراً للتأمين الصحي للعناصر الطبية وهذا يتنافى مع المواثيق الدولية بالخصوص ويتنافى مع الحاضر الذي يفرض وجود مثل هذا التأمين لما فيه من حفظ لكرامة الطبيب وصونا لحقه الأصيل

في الصحة كونه فردا من أفراد المجتمع كما تنص الدساتير الدولية والإنسانية، كما يكمن الخلل أيضا في عدم وجود حقيقي لنقابة الأطباء، للمطالبة بتعديل القوانين التي تحرم العناصر الطبية من هذا الحق الأصيل.

### ماذا يترتب عن عدم نيل العناصر الطبية لحقوقهم المهنية والاجتماعية؟

هناك العديد من النتائج السلبية التي قد تحدث نتيجة لغياب الحقوق التي يجب أن يتمتع بها العناصر الطبية والتقصير في معاملة الطبيب المعالج كإنسان له كرامة ومن بيئة اجتماعية مرموقة، لعل من أبرزها:

1- هجرة الكوادر الطبية إلى الخارج، بحثا عما فقدوه من حقوق مادية ومعنوية. وهذا ن شأنه إفراغ المراكز الصحية في الداخل على المدى الطويل من الخبرات والعناصر الطبية، مما سيلقي بظلاله على صحة الفرد والمجتمع.

2- تولد شعور لدى العناصر الطبية المعالجة بالدونية، بالإضافة لتولد شعور لدى المرضى والمواطنين بالتدني المهني والاجتماعي للعنصر الطبي المحلي سيما مع الدعاية المنهجية ضد الطبيب الليبي عبر وسائل التواصل الاجتماعي، تحت شعار ما يسمى بحرية النقد التي بات ينتهجها غير المختصين، وما لهذا من أثر سيء شعبيا، أصبح الطبيب الليبي محل سخرية من أبناء الوطن لدرجة قد ترقى لنوع من الاضطهاد الاجتماعي والحرب النفسية التي تشن على العنصر الطبي المحلي، مع الأسف تحت ذريعة النقد البناء، بل شاهدنا في الآونة الأخيرة صورا من الاعتداءات اللفظية التي تحمل طابع السخرية والهجوم المعنوي الموجهة للأطباء أشخاص من المفترض أنهم مسؤولين في قطاع الصحة بل وعلى رأس المؤسسة الصحية.

### المشهد اليوم والنتائج [التوصيات]:

لا بُد للمجتمع الذي يهدف إلي تحقيق التقدم الاجتماعي والاقتصادي من العمل على تنمية الخدمات الصحية والصحة العامة بكل مستوياتها الاجتماعية حتى تزداد قدرة هذا المجتمع على الإنتاج في جميع المجالات والميادين.

ومن المعروف أن الخدمات الصحية جزء لا يتجزأ من الخدمات الاجتماعية التي تهدف إلى تطوير وتنمية للموارد البشرية اللازمة لتحديد الغايات من التنمية الاقتصادية، والتخطيط الصحي ليس مجرد إضافة منشآت جديدة ولكنه يعني أيضاً تطوير المنشآت القائمة وزيادة كفاءتها بإعادة تنظيمها أو بتدعيمها بالإمكانيات والكفاءات، كما أن رفع مستوى وفعالية الخدمات الصحية لا يتأتى بتحسين خدمات العلاج الطبي وحدها، بل يتطلب العناية بالجوانب الأخرى التي لها علاقة وأثر على صحة وسلامة الأفراد والجماعات في المجتمع، لذا كان لابد من الاهتمام بتنمية وتحسين الجوانب الأخرى، مثل الوقاية الصحية وبرامجها التثقيفية المختلفة والتدريب المتعدد الجوانب واللازم لنوفر الأطباء والفئات المساعدة، كما يجب الاهتمام بالبحوث والدراسات، وجمع الاحصائيات الضرورية اللازمة لعملية التخطيط، ووضع البرامج الهادفة إلى زيادة فعالية الخدمات الصحية، ولكي تحقق

الخدمات الصحية الهدف المرجو منها لا بُد من الاهتمام بالناحية الوقائية حتى يتسنى مستوى البيئة العامة من الناحية الصحية، على أن يرتبط ذلك بالخدمات الأخرى، مثل تحسين الظروف السكنية، وتخطيط المُدن، وتوفير المياه الصالحة للشرب، والاهتمام بتصريف المجاري والمياه السوداء ووسائل التخلص من الفضلات، ومراقبة المحلات العامة التي تباع فيها المواد الغذائية، ومحاربة تسرب وانتشار الأمراض المعدية.

إن معركة الانتاج التي تخوضها البلاد لبناء صرح اقتصادي قوي متين تضع فوق كاهلنا عبء النهوض بصحة الأفراد، لذا يمكننا الاستفادة من **الخطة الخمسية الثانية الصادرة في عهد المملكة الليبية المتحدة من وزارة التخطيط والتنمية لسنوات (1969م - 1974م)** الخاص بقطاع الصحة والتي تبين لنا الخطة المتبعة من الحكومة مع مستشاريها في تلك الحقبة تحديداً في **[الصفحة (307) وما بعدها]** فيما يتعلق بالأهداف على النحو الآتي:<sup>(1)</sup>

في السابق وضعت الحكومة إمكاناتها مع نخبة من الوطنيين وعدد من الخبرات الغير محلية للقضاء على المشاكل والعقبات التي تعترى قطاع الصحة، وكانت تهدف من وراء ذلك إلى تحقيق العديد من الخدمات والرعاية الصحية لمواطنيها وهي كالتالي:

**1. محاولة تعويض النقص وسد العجز في اليد العاملة المدربة الفنية لتحقيق الاكتفاء الذاتي في قطاع الصحة، لاسيما بين الأطقم المساعدة حتى يتوفر لنا عند نهاية الخطة المنوه إليها أعلاه، (5,800) من فئات المساعدين في مهنة الطب، وتوفير (900) طبيب بمعدل (2-4) لكل (10,000) نسمة، وعندما نقوم بعملية اسقاط على الوضع الراهن وحسب المشهد اليوم نضع مثال على ذلك في مدينة مصراتة بمنطقة تعرف بـ(الغيران) ندرس من خلالها مدى توفر احتياجات المنطقة من الأطباء، فنطبق عليها نفس المعطيات والنسب المعدة للخطة المدرجة في عهد المملكة الليبية (1969م - 1974م) فيوضح التالي:**

- عدد سُكان منطقة (الغيران) بمدينة مصراتة تقريباً (50.000 نسمة - خمسين ألف نسمة)، وحسب المتصور يجب أن يكون العدد الإجمالي المستهدف من الأطباء يتراوح ما بين (10 - 20) طبيب.

فهل المرفق الصحي في سنة 2021 يكفي لسعة هؤلاء الأطباء، وكذلك يكفي لتقديم الخدمات والرعاية الصحية للمواطنين بهذا التعداد السكاني؟!!

- ويفترض أنه موجود حسب "الخطة الموضوعية مسبقاً" وهي الخطة الخمسية لسنوات (1969م - 1974م) بل المفترض أن يكون هناك تطوير فيها بما يتماشى مع روح العصر، خصوصاً بعد (40) أربعين عاماً من قيام ثورة سبتمبر في 1969م وإنهاء الفترة الملكية.

1- الخطة الخمسية الثانية 1969 - 1974 - الجزء الثاني، القطاعات، ص208، المملكة الليبية المتحدة - وزارة التخطيط والتنمية - الطبعة الأولى 2012 مركز الدراسات الليبية، أكسفورد - بريطانيا.

2. تحسين العوامل البيئية التي تؤثر على صحة الأفراد حتى تتم وقاية المجتمع من الأمراض، والقضاء على الأمراض السارية والمستوطنة في أماكن انتشارها. [يتعلق بالخطة الخمسية (1969م - 1974م) المذكورة أعلاه].

3. العمل على تحسين الرعاية الطبية في كافة المؤسسات الصحية وتدعيمها بالكفاءات والمعدات الطبية، وذلك بتوفير (12.093) سريراً عند نهاية الخطة بمعدل (5.4) أسرة لكل (1000) نسمة ومركز صحي بكامل ملحقاته لكل (53.000) نسمة [يتعلق بالخطة الخمسية (1969 - 1974) المذكورة أعلاه].

وبنفس الكيفية والطريقة التي أوضحناها في النقطة رقم (1) بخصوص استيعاب الأطباء، نقوم بإسقاطات على الوضع الراهن بما هو موجود ومخطط له حالياً في سنة 2021م على النحو التالي:

فمن المفترض أن تكون (السعة السريرية) حسب المعطيات والنسبة المدرجة في [الخطة الخمسية (1969م - 1974م) المذكورة أعلاه] وهي (5.4) أسرة لكل 1000 نسمة نعطي مثال على المرفق الصحي (الغيران) بمدينة مصراتة بحيث يقارب عدد السكان (50.000 نسمة - خمسين ألف نسمة تقريباً)، فمن المتصور أن يكون العدد الإجمالي من الأسرة (200 - 250 سريراً) لعدد يقدر بـ (50.000 - خمسين ألف نسمة تقريباً).

نصل إلي عرض التوصيات والحلول المقترحة كبداية لتنظيم قطاع الصحة بالركون للتفاصيل المعروضة في (المادة التوعوية) وما قمنا به من تحليلات لحقب مختلفة وما تعرض له قطاع الصحة من انتكاسات واصلاحات وتجاذبات سياسية، نعالج تلك العقبات بالطرح، وفي هذا الإطار فإننا نوصي بما يلي:

1. ينبغي على الحكومة الليبية أن تسد فجوة الفراغ الدستوري وأن تسعى لإدخال الإصلاحات وتعديل القوانين الموروثة من حقبة النظام السابق والاستبدادي، لذلك وجب في ليبيا إصلاح المنظومة القانونية والتخلي عن القوانين الموروثة من النظام السابق ذات الطابع الزجري، والتي لا تزال سارية المفعول إلى اليوم، فلا يستقيم في ليبيا التعاطي مع الفضاء الرقمي استناداً إلى قانون العقوبات القديم أو قانون الإرهاب بالنظر إلى الجانب التقني المعقد وتطور نوعية الجرائم والإخلالات الممكن حدوثها على الإنترنت، كما أن الخلط بينها يمكن أن يؤدي إلى اعتداء صارخ على حرية التعبير ومجمل حقوق الإنسان.

2. بعد المراجعة والدراسة والاطلاع الدقيق للقانون الصحي الليبي رقم 106 لسنة 1973م وتشريح مواده يتضح جلياً أنه لم يتطرق للظروف الطارئة أو الاستثنائية التي يمكن أن تحدث للدولة من كوارث طبيعية أو غير اعتيادية، من حروب وانقلابات وثورات، وانعكاس مثل هذه الظروف الطارئة على القطاع الصحي، وحماية أمن العناصر الطبية والطبية المساعدة أثناء عملها إبان ذلك، وهذا كما ذكرنا مسبقاً لضعف القانون الصحي وقدمه وعدم تماشيه مع روح العصر وما نصت عليه الاتفاقيات والمعاهدات الدولية بالخصوص، لذا فإنه من الواجب العمل على تعديل القوانين المحلية بحيث تتوافق مع ما جاء في القوانين الدولية

والإنسانية المعنية بحماية الكوادر العاملة في مجال الرعاية الصحية، والعمل على إصدار تشريع جديد من قبل الجهات التشريعية، يؤمن المستشفيات، ويغلب العقوبات على مرتكبي الاعتداءات على العاملين في مجال الرعاية الصحية بعد أن تتحمل نقابة الأطباء ونقابات المهن الطبية المساعدة مسؤولياتها الكاملة تجاه الوضع الراهن، والضغط باتجاه استصدار هذا القانون.

لذلك يجب إعادة النظر في القانون الصحي وتحديث مواده والعمل على سن قانون يُحمل الحكومة أولاً بما فيها وزارة الصحة ثم بالتبعية نقابة الأطباء ومجلس التخصصات الطبية، المسؤولية التامة على فشل التدريب الطبي وإهماله (كون التدريب الطبي المستمر من الواجبات والأهداف التي تقع على عاتق مجلس التخصصات الطبية ونقابة الأطباء) وبالتالي تحميلها جزءاً من مسؤولية أي خطأ طبي يأتي نتيجة لإهمال هذا الجانب.

3. من حق العاملين في مجال الرعاية الصحية أن يعرفوا الجهة الموكلة بالتحقيق معهم في حالة إيقافهم وتوجيه التهم إليهم بخصوص الأخطاء الطبية، وكونهم ينتمون لنقابات طبية، فإن نقابة الأطباء تحمل على عاتقها ضمن مهامها العديدة مسؤولية الدفاع عن حقوق منتسبيها القانونية، فيما يتعلق بالإجراءات التي تتخذ من قبل جهات أمنية عديدة في حوادث متكررة ضد الطبيب المعالج والعاملين في مجال الرعاية الصحية الذين ينتسبون للنقابة العامة والنقابات الفرعية من [قبض واستيقاف وتحفظ وتحقيق] معهم بطرق مهينة دون مراعاة (للكرامة الإنسانية والمركز الاجتماعي والعلمي الذي يتمتعون به)، ولا يستثنى في أسلوبهم: الاستخدام المفرط في العنف وإهانتهم أثناء وجودهم قيد التوقيف والتحقيق) على خلفية وقوع أخطاء طبية غير متعمدة، وبناء على شكاوى من مواطنين، بل ربما اتخذت إجراءات القبض والتحفيز أحيانا صيغة الإخفاء القسري حيث يجهل المتحفظ عليهم من العناصر الطبية والطبية المساعدة الجهة التي تولت أمر القبض والتحقيق والجهة التي تم اقتيادهم إليها أحيانا وافتقار بعضها لأي سند قانوني أو أوامر من النيابة العامة، وبمشهد يتنافى مع نصوص القانون الليبي بشكل صريح ومع نصوص الاتفاقيات والمعاهدات الدولية ومع دساتير الطب، وفي المقابل لم تتخذ النقابة الطبية أي إجراء حيال ذلك.

- فيجب تخصيص يوم وطني للطبيب الليبي، يوم يشار فيه إلى الطبيب الليبي بالبنان ويعين الرضا من مجتمعه ويُذكر بوظيفته وواجبه الاجتماعي والمهني، فالطبيب الليبي إنسان ومواطن له احتياجات وعليه واجبات. **فهل من المعقول أن يصدر مؤخراً قرار من أحد وزراء الصحة بزيادة مرتبات الأطباء الأجانب دون الأطباء المحليين؟!!**

4. إن نقابة أطباء ليبيا والنقابات الفرعية أجسام معطلة لا تقوم بالمهام المناطة بها وغير معنية بمنسبها إلا في أضيق الحدود، ولعل إغفال القانون الصحي لوضع قانون ملزم يتابع آلية عمل النقابة هو ما أدى إلى تدهور الأمور إلى هذا الحد.

5. لا وجود للشروط والمقاييس المتفق عليها عالميا في تصميم مؤسساتنا الصحية، والتي تعتبر من الفنون الهندسية القابلة للتطور بما يتناسب مع التطور الحاصل في قطاع الرعاية الصحية، وفي حال توفر بعضها، كثيرا ما نشهد انهيار منظومة تلك المقاييس في حال خضوع بعض تلك المؤسسات لأعمال الصيانة التي تستوجب نقل الأطقم والمعدات لمراكز صحية أولية ومستوصفات ومصحات خاصة لم تصمم للعمل كمستشفيات مركزية عامة، مما يسبب أرباك في سير العمل، على غرار ما شهدته مدن عديدة في فترات سابقة أثر دخول المستشفيات العامة بالمدينة في أعمال الصيانة، في خطوة امتدت بظلال السلبية على الحالة الصحية لكثير من المرضى آن ذاك، وانتهى المطاف بفقدان حياة بعض المرضى في أثناء الانتقال عبر الأقسام المنفصلة، لذا فإنه من المهم العمل على تصميم المراكز الصحية وفق الضوابط الدولية لتأسيس المؤسسات الصحية ومراعاة الشروط والمقاييس العالمية المتبعة في هذا المجال، ولذلك علينا العودة لنصوص القانون الصحي رقم 106 لسنة 1973م، وما نصت عليه اللائحة التنفيذية في هذا الصدد وتحديد الخلل ومعالجة وتطوير القانون.

6. ولما كانت السلامة والصحة المهنية حقا أصيلا من حقوق العناصر الطبية بمختلف فئاتها، فإن النظر إليها بعين الاعتبار وتوفيرها أو توفير الحلول المناسبة في حال غيابها أمرا يجب البث فيه وتوجيه النظر إليه، وذلك بالعمل على تفعيل إدارة وأنظمة الأمن والسلامة والصحة المهنية وفق المعايير الدولية المتفق عليها، وتحت إدارة خاضعة للتدريب في هذا المجال، وتوفير ما يلزم لعمل هذه المنظومة من معدات وقائية، والعمل على توعية العاملين في القطاع الصحي بمفهوم وأهمية أنظمة السلامة والصحة المهنية. وتدريبهم على كيفية العمل بهذا النظام، وتشديد الرقابة على هذه الأنظمة ومتابعة سير عملها عبر برنامج لمراقبة هذه النظم والفرق العاملة عليها والقيام بصيانة دورية للتالف منها أو توفيره على الدوام.

7. هناك تغاضي عما جاء في نصوص الهيكل التنظيمي لمجلس التخصصات فيما يخص الجانب التدريبي، هذا التغاضي يلعب البعض من رؤساء الأقسام الدور الأبرز فيه، بالإبقاء على الأطباء في قسم واحد طوال فترة التدريب، وبهذا يتحول الطبيب لمجرد موظف في المؤسسة الصحية ولا يخضع لأي برنامج تدريب قد يحول دون تواجده في ذلك القسم وتغطية جدول العمل، وهذا بالتالي ينعكس سلبا وبشكل



مباشر على تحصيله العلمي والمهني (وبالتالي على صحة الفرد والمجتمع) كونه لا يتلقى أي برنامج تأهيلي، ودون وجود حلول على المدى المنظور، ناهيك عن التدهور الملحوظ في مستوى المستشفيات التعليمية وانعكاس ذلك على الارتقاء بالمستوى العلمي للطبيب.

**8.** بالرغم من إصدار المجلس الرئاسي لحكومة الوفاق للقرار رقم (557) لسنة 2017م بشأن إعادة تنظيم مجلس التخصصات الطبية كمؤسسة علمية تعليمية تتمتع بالشخصية الاعتبارية والذمة المالية المستقلة، وبمنحها شهادة عليا في مجال التخصص، ورئيس تصدر تسميته من مجلس الوزراء، بحيث يكون لهذا المجلس هيكله التنظيمي، وبالرغم من توافق أهداف ومهام مجلس التخصصات مع ما ورد في الاتفاقيات والمعاهدات الدولية من حيث أهمية تطوير العناصر الطبية وتثقيفهم عبر الدورات والبعثات والمؤتمرات والندوات، كما جاء في بنود الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية، إلا أن المجلس يعاني الكثير من المشاكل وأولها سوء القيادة وعدم قدرته على تفعيل التدريب أو استحداث أنظمه جديدة وقوية من شأنها رفع كفاءة الأطباء الجدد والمتدربين والمدرّبين.. وفي ظل غياب عمل المجلس تحول التدريب في المستشفيات التعليمية إلى عملية فوضوية تقتصر إلى التنظيم والمتابعة لعدم الالتزام من بعض المدرّبين وغياب رقابة المجلس على المدرّبين والمتدربين.

ولهذا فإنه لا بد من العمل على متابعة وتفعيل القرار المنوه إليه أعلاه الصادر من المجلس الرئاسي لحكومة الوفاق بشأن إعادة تنظيم مجلس التخصصات الطبية، وما يترتب عن ذلك من تغيير قيادات مجلس التخصصات والبدء في تفعيل التدريب ومراقبة المدرّبين والمتدربين وعمل دورات للرفع من كفاءة المدرّبين وموظفي مجلس التخصصات (القيادات الجدد)، والعمل على إدخال برامج التدريب على التنمية البشرية للعاملين في مجال الرعاية الصحية كجزء من برامج التدريب في المجلس.

**9.** تنسيق العمل بين مجلس التخصصات الطبية والنقابة العامة للأطباء من أجل الرفع من مستوى التدريب الطبي تحت إشراف مباشر من الجهة التشريعية والتنفيذية للدولة، إذ تلتقي أهداف النقابة العامة للأطباء ونقابات المهن الطبية المساعدة مع أهداف مجلس التخصصات الطبية في كثير من النقاط لعل أهمها التطوير والتدريب الطبي المستمر لرفع كفاءة العاملين في مجال الرعاية الصحية.

**ولنقابة الأطباء الحق في الضغط على السلطة التشريعية في البلاد (البرلمان) والتنفيذية (الحكومة)، لإصدار تشريعات جديدة أو تعديل التشريعات القديمة فيما يخص إعادة تنظيم عمل المجلس، وكذلك الضغط على السلطة التنفيذية (الحكومة) ممثلة بوزارة الصحة لتنفيذ هذه**

التشريعات، بالإضافة لتنظيم حملات مناصرة بالتعاون مع منظمات المجتمع المدني المحلية والدولية في حال تأخر أو عرقلة تنفيذ هذه التشريعات أو تنفيذها بما يخالف القاعدة الدستورية المنبثقة منها القاعدة القانونية من الجهات التنفيذية بعد إصدارها من الجهات التشريعية.

**10.** على الحكومة الليبية أن تتخذ خطوات جديّة لحماية حرية التعبير عن الرأي ووضع حد للممارسات التعسفية التي تخلق رقابة ذاتية على مستوى الأفراد وتضعف من التعددية والتشاركية في المجتمع. إذ يجب أن تعمل الدولة على مساءلة ومحاسبة الجهات التي تقوم بمراقبة الناشطين والمعارضين والاعتداء عليهم وتوفير سبل انتصاف لضحايا هذه الانتهاكات.

**11.** إن حماية وتأمين حياة الأطقم الطبية والطبية المساعدة يشكلان جزءا لا يتجزأ محاور إنجاح المنظومة الصحية، التي تلقي بظلالها على صحة الأفراد وصحة المجتمع.

**12.** كفي من ظلم الطبيب الليبي وإحباطه. لا بد من توقف النظر إليه كمواطن من الدرجة الثانية، مُنع من التحضير بالخارج لسنوات عديدة، مُنع من الدعم المالي للمشاركة في المؤتمرات الطبية وأخيرا يُرفع من مرتب الطبيب الأجنبي، (الطبيب الليبي كان عاجبه باهي كان هذا "يشرب من ماء البحر" كما قيل سابقا للمواطن الليبي). هذا أمر لا يستقيم وعلى الجمعيات المهنية ومؤسسات المجتمع المدني المختلفة إبداء الرأي بالخصوص.

**" تم بفضل الله وحمده "**

## المصادر والمراجع:

1. مصطفى بن حليم/ صفحات من تاريخ ليبيا السياسي/ وكالة الأهرام للتوزيع، مطابع الأهرام التجارية/ قليب، مصر، 1992م/ ص159.
2. / كتاب أخلاقيات مهنة الطب pdf / كلية الطب جامعة المنصورة.
3. القانون الصحي الليبي رقم 106 لسنة 1973م.
4. القانون رقم 17 لسنة 1986م بشأن المسؤولية الطبية/ وزارة العدل.
5. القانون رقم 20 لسنة 2010م بشأن قانون التأمين الصحي.
6. النظام الأساسي لنقابة أطباء ليبيا pdf.
7. اللائحة التنفيذية لمجلس التخصصات الطبية pdf.
8. الخطة الخمسية الثانية/ المملكة الليبية المتحدة/ وزارة التخطيط والتنمية السنة 1969م- 1974م/ مركز الدراسات الليبية أكسفورد.
9. الرعاية الصحية في خطر/ اللجنة الدولية للصليب الأحمر/ المركز الإقليمي للإعلام/ القاهرة.
10. م. د. مريم عدنان إبراهيم 2019م - 2020م/ محاضرات السلامة المخبرية pdf / كلية التربية للعلوم الصرفة، قسم علوم الحياة/ جامعة تكريت.
11. من إعداد يوسف شليك وعادل التاجوري/ إصلاح النظام الصحي في ليبيا pdf / 2021م مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك).
12. بعثة الأمم المتحدة للدعم في ليبيا/ ليبيا: الرعاية الصحية في دائرة الهجوم pdf / 22- مايو- 2018م/ متاح على موقع الأمم المتحدة.
13. منظمة الصحة العالمية/ اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط – الدورة 52/ EM/RC52/7 ش م ل إ 52 / 7، الدستور الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية/ أيلول سبتمبر 2005.
14. د. ناجي بركات/ مقالة صحفية/ مأساة التدريب الطبي بليبيا – كارثة لا يمكن السكوت عليها؟/ نُشرت السبب، 01/ مارس 2014م/ متاح على موقع عين ليبيا.

## فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع	ر. م
4	المقدمة	1
6 – 5	تاريخ الطب في ليبيا	2
11 – 10 – 9 – 8 – 7	أهم الأمراض التي حدثت في ليبيا منذ العهد العثماني 1551	3
12 – 11	تاريخ الطب في العهد الإدارة البريطانية	4
16- 15 – 14 – 13 – 12	تاريخ الطب في عهد المملكة الليبية المتحدة	5
19-18	حقوق الطبيب المعالج والعاملين بقطاع الصحة	6
21 - 20 – 19	تقرير التنمية البشرية 1999 (الصحة والضمان الاجتماعي)	7
25- 24 – 23 – 22 – 21	ضمان حماية حقوق الأطقم الطبية وفقاً للدستور الليبي الجديد	8
29- 28 – 27 – 26 – 25	السلامة والصحة المهنية (مخلفات الرعاية الصحية)	9
30- 29	مساوئ عدم توفير الظروف الأمنية للأطقم الطبية	10
33- 32 – 31 – 30	الحماية القانونية للأطقم الطبية	11
33	دور القانون الليبي في حماية الأطقم الطبية	12
34	دور مجلس التخصصات الطبية في الارتقاء بالأطقم الطبية ومهنة الطب	13
36-35	التأمين الصحي للطبيب الليبي	14
40 – 39 – 38 – 37 – 36 42- 41 – 41 –	المشهد اليوم والنتائج / التوصيات	15
43	المصادر والمراجع	16