



عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

بحث بعنوان

تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية بمستشفيات وزارة الصحة

(قطاع غزة) خلال الفترة الواقعة بين 2006م - 2014م

إعداد الطالب: ماهر محمود عبد الهادي شامية

رسالة ماجستير

القدس- فلسطين

1437 هـ - 2016 م

تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية بمستشفيات وزارة الصحة
(قطاع غزة) خلال الفترة الواقعة بين 2006م - 2014م

إعداد

ماهر محمود عبد الهادي شامية

بكالوريوس طب وجراحة/ جامعة أم درمان الإسلامية - جمهورية السودان

المشرف: د. بسام أبو حمد

أستاذ مشارك- إدارة صحية

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في السياسات والإدارة الصحية

جامعة القدس

1437 هـ - 2016 م



عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

إجازة الرسالة

تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية بمستشفيات وزارة الصحة

(قطاع غزة) خلال الفترة الواقعة بين 2006م - 2014م

إعداد الطالب: ماهر محمود عبد الهادي شامية

الرقم الجامعي: 21212740

المشرف: د. بسام أبو حمد

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ / / من لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتواقيعهم:

1. رئيس لجنة المناقشة: د. بسام أبو حمد التوقيع:.....
2. ممتحناً داخلياً: د. يحيى عابد التوقيع:.....
3. ممتحناً خارجياً: د. رياض الزعنون التوقيع:.....

القدس - فلسطين

1437هـ - 2016م

إقرار:

أقر أنا مقدم الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو جزء منها لم يقدم لنيل أية درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

التوقيع:

.....

ماهر محمود عبد الهادي شامية

التاريخ: / /

إهداء

إلى معلم البشرية، ومنبع العلم، إلى قدوتنا وعزتنا، نبينا محمد (صلوات الله عليه وسلم) .

إلى والدي العزيز ووالدتي الغالية....

إلى من ساندتني دوماً ووقفت بجانبني... زوجتي الغالية....

إلى من تحملوا انشغالي وغيابي عنهم ... أبنائي الأحبة وزهرتي الرائعتين....
إلى إخواني وأخواتي الأكارم....

إلى من شجعني على اختيار هذا البحث والمضي فيه... الدكتور الإنسان
"مفيد المخللاتي" رحمه الله وأسكنه فسيح جناته....

إلى الأكرم منا جميعاً... شهدائنا الأبرار وأسرانا البواسل....

إلى كل من ساهم وساعد في إنجاز هذا الجهد المتواضع....

أهدي ثمرة جهدي، هذا البحث...

ماهر محمود شامية

شكر وتقدير

"قل ربّ أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليّ وعلى والدي وأن أعمل صالحاً ترضاه" الأحقاف 15

الحمد لله رب العالمين ، حمداً لشكره أداءً، ولحقه قضاءً، ولحبه رجاءً، ولفضله نماءً، ولثوابه عطاءً.

سبحانك يا رب، اسمك خير اسم، وذكرك شفاء للسقم، حبك راحة للروح والجسم، فضلك لا يحصى بعداً أو علماً.

ثم الصلاة والسلام الأتمان الأكملان على معلم البشرية الخير، رسول الخير والرحمة والمغفرة القائل (من لم يشكر الناس لم يشكر الله).

فإنه يطيب لي أن أتقدم بعظيم الشكر والامتنان إلى كل من شجعني في رحلتي إلى التميز والنجاح، وإلى كل من ساندني ووقف بجانبني، وأخص بالذكر:

أستاذي الفاضل: د. بسّام عبد الجواد أبو حمد

الذي تفضل بالإشراف على هذه الرسالة، وبذل جهداً كبيراً في توجيهي وإرشادي ومتابعتي، ولم يدخر جهداً ولا عوناً في مساعدتي، فغمرني بعلمه وملاحظاته القيمة، جزاه الله عني كل خير. كما أتوجه بخالص الشكر والعرفان لأساتذتنا الكبار عضوي لجنة المناقشة الدكتور: يحيى عابد - حفظه الله - مناقشاً داخلياً.

الدكتور: رياض الزعنون - حفظه الله - "وزير الصحة المؤسس" مناقشاً خارجياً.

والشكر موصول للأخ الأستاذ: جهاد عكاشة على إبداعاته معي في التحليل الإحصائي والتقييم. والأخ الطيب: مجدي أبو عبد الله في الطباعة والتصميم.

كما أشكر الأستاذ: سهيل أبو زهير المدقق اللغوي لهذا البحث.

والشكر والتقدير موصولان لكل من مد لي يد العون والمساعدة في إنجاز هذا العمل المتواضع.

فجزى الله الجميع خير الجزاء وجعله في موازين أعمالهم.

ماهر محمود شامية

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة التعرف إلى تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة الصحة في غزة خلال الفترة 2006م-2014م، وأيضاً دراسة لفعالية استراتيجيات المواجهة والتكيف التي اتبعتها الوزارة للتخفيف من آثار الحصار على الوضع الصحي للسكان. استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي الكمي، ويتكون مجتمع الدراسة من مقدمي الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، من جميع التخصصات، حيث بلغ حجم العينة (400) مشارك تم اختيارهم من (4) مستشفيات، تم فرزها عشوائياً، والذين أجابوا على الاستبانة التي تم بناؤها حسب الإطار الذي وضعته منظمة الصحة العالمية للبنات البنائية الست، وكان معدل الاستجابة 81.0٪، وتم استخدام برنامج (SPSS) لتحليل البيانات، وكانت مصداقية وموثوقية الاستبانة عالية في جميع المجالات.

وأظهرت الدراسة تأثيراً سالباً للحصار على تقديم الخدمات بشكل عام، كما أن الآثار السلبية للحصار أثرت على العناصر البنائية الست، وفق الترتيب التالي: الأدوية والمستهلكات والأجهزة والمعدات الطبية الأعلى تأثيراً، يليها الحوسبة ونظم المعلومات الصحية، بينما كان الأقل تأثيراً تمويل وزارة الصحة. وفيما يتعلق باستراتيجيات المواجهة، فقد تضمنت استراتيجيات المواجهة المختلفة الترشيد في استخدام الدواء والمهام الطبية والتكاليف التشغيلية، والاستعانة بالفود الطبية من خارج غزة، والحد من العمليات الجراحية المجدولة، وشراء بعض الخدمات من المنظمات غير الحكومية، والاستثمارات الضخمة في مجال بناء القدرات والتدريب.

وتشير الإحصاءات إلى اختلاف النتائج حول التصورات السلبية لتأثير الحصار، ولم تكن ذات دلالة إحصائية تبعاً للعمر والجنس والمسمى الوظيفي، وعلى العكس، فحاملو درجة البكالوريوس، والموظفون الذين ينلقون رواتبهم من الحكومة في رام الله، وموظفو مستشفى ناصر ومستشفى الشفاء والأطباء، كانت انطباعاتهم أكثر سلبية تجاه تأثيرات الحصار من نظرائهم، مع فروق ذات دلالة إحصائية. أوصت هذه الدراسة بضرورة الالتزام باستمرارية توفير وتعزيز الخدمات التشخيصية والعلاجية في المستشفيات، كما ينبغي تعزيز قدرة المستشفيات على تقديم خدمات تستجيب لمطالب السكان، كما ينبغي تكثيف الجهود لإنهاء الاحتلال والحصار والانقسام السياسي من قبل الجميع.

فهرس المحتويات

IV	إقرار
V	إهداء
VI	شكر وتقدير
VII	ملخص الدراسة

الفصل الأول

1	تقديم
3	مشكلة البحث
3	مبررات وأهمية البحث
4	الغاية
5	الأهداف
5	خلفية البحث
5	الجغرافيا السياسية لقطاع غزة
6	ديموغرافيا قطاع غزة
8	الوضع الاقتصادي
10	الحروب الصهيونية المتلاحقة على القطاع
11	الحصار
11	الكهرباء
12	المياه
12	الصرف الصحي
13	الضمان الاجتماعي
13	التعليم
14	الأمن الغذائي
14	الانقسام السياسي
15	الحالة الصحية والنظام الصحي الفلسطيني
15	القطاعات التي تزود الخدمات الصحية
15	ملاحظ عامة للنظام الصحي الفلسطيني
16	ملاحظ الحالة الصحية
16	صحة الطفل

17.....	صحة المرأة.....
18.....	الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع.....
20.....	القوى العاملة في وزارة الصحة الفلسطينية.....
21.....	واقع الأدوية والمهمات الطبية بوزارة الصحة.....
22.....	واقع الهندسة والصيانة.....
23.....	الإدارة والتنظيم بوزارة الصحة.....
24.....	تمويل النظام الصحي الفلسطيني.....
24.....	تمويل وزارة الصحة.....
25.....	التأمين الصحي.....
25.....	مصطلحات البحث.....

الفصل الثاني

27.....	الإطار النظري والأدبيات.....
28.....	اللبات البنائية الست للنظام الصحي.....
29.....	العوامل الدخيلة ذات العلاقة باللبات البنائية الست.....
30.....	استراتيجيات التكيف مع الحصار.....
32.....	الصحة.....
32.....	المحددات الصحية.....
33.....	الحالة الصحية العامة للسكان.....
34.....	الخدمات الصحية في قطاع غزة.....
34.....	خدمات الطوارئ.....
35.....	أبرز مهددات الصحة في قطاع غزة.....
37.....	تصنيف اللبات البنائية الست للنظام الصحي الفلسطيني (المستشفيات الحكومية نموذجاً).....
37.....	الموارد البشرية والوفود الطبية الزائرة.....
37.....	القوى العاملة في القطاع الصحي عموماً والمستشفيات الحكومية خصوصاً.....
38.....	تطوير وتأهيل الكادر البشري في وزارة الصحة.....
39.....	الوفود الطبية الزائرة لوزارة الصحة.....
41.....	الخدمات الصحية.....
41.....	المستشفيات الحكومية في قطاع غزة.....
41.....	المؤشرات الرئيسية للمستشفيات.....
42.....	معدلات المساهمة الفعلية للمستشفيات الحكومية من إجمالي الخدمات المقدمة في القطاع الصحي (قطاع غزة).....
42.....	خصائص الخدمات الصحية الجيدة حسب منظمة الصحة العالمية.....
42.....	تأثير الحروب المتكررة على المستشفيات الحكومية.....
43.....	الأدوية والمستهلكات الطبية والهندسة والصيانة.....

43	الواقع الإداري للصيدلة والصيدالة في وزارة الصحة
43	الصيدلة في المستشفيات الحكومية
43	قيمة الاحتياج الفعلي من الأدوية والمستهلكات الطبية بوزارة الصحة
44	القائمة الأساسية للأدوية والمستهلكات الطبية
44	معاناة القطاع الصيدلاني الحكومي في ظل الحصار
45	الخدمات المتأثرة بشدة من نقص الأدوية والمستهلكات الطبية
45	قطاع الهندسة والصيانة في وزارة الصحة وأهميته
46	مشاكل الهندسة والصيانة في وزارة الصحة
47	التأثيرات المباشرة للحصار على الهندسة والصيانة في وزارة الصحة
48	الإدارة والحكم الرشيد "الحوكمة"
48	الرؤية والرسالة لمفهوم الحوكمة في أدبيات وزارة الصحة
49	التخطيط بوزارة الصحة
50	أثر الانقسام السياسي على الواقع التخطيطي والإداري في وزارة الصحة
51	تنظيم وهيكل وزارة الصحة
51	التحديات الإدارية للنظام الصحي الحكومي
54	نظم المعلومات الصحية وتكنولوجيا المعلومات
54	أهمية نظم وتكنولوجيا المعلومات الصحية
54	دور وزارة الصحة في تأسيس وتطوير البنية المعلوماتية الصحية
55	أهداف التركيز على استخدام تكنولوجيا المعلومات في وزارة الصحة
55	إسهامات وحدة تكنولوجيا المعلومات في وزارة الصحة
57	التمويل
57	مصادر تمويل النظام الصحي الفلسطيني
58	الإنفاق الحكومي الصحي
59	المساهمات الخارجية في الإنفاق الصحي
60	الجهات الخارجية الممولة للقطاع الصحي الحكومي بعد الانقسام السياسي
60	النفقات على المرضى والمستشفيات الحكومية
63	استراتيجيات التكيف مع حالة الحصار

الفصل الثالث

71	المنهجية والإجراءات
71	منهجية البحث
71	مجتمع العينة
72	حجم العينة
72	معايير الإدراج والاستبعاد

73.....	أداة الدراسة " الاستبانة".....
73.....	إعداد وتجهيز أداة الدراسة "الاستبانة".....
74.....	صدق الاستبانة.....
74.....	ثبات أداة البحث "الاستبانة".....
75.....	أخلاقيات البحث.....
75.....	الدراسة الاستطلاعية.....
75.....	جمع وتحليل البيانات.....
76.....	معوقات البحث.....

الفصل الرابع

77.....	النتائج والتحليل.....
77.....	جدول رقم (4.1): توزيع استجابات المشاركين حسب الخصائص الشخصية.....
79.....	جدول رقم (4.2) : توزيع استجابات المشاركين حسب البيانات الخاصة بالعمل.....
82.....	جدول رقم (4.3): توزيع استجابات المشاركين حسب تأثير الحصار على العمل (في إطار المستوى الشخصي).....
82.....	جدول رقم (4.4) : توزيع استجابات المشاركين حسب الرأي الشخصي في دور الموظف في دعم استمرارية تقديم الخدمة.....
83.....	جدول رقم (4.5) : توزيع استجابات المشاركين حسب وجهة النظر الخاصة في تأثير الحصار بالإجمال على اللبنات الست... ..
85.....	جدول رقم (4.6) : توزيع استجابات المشاركين حول محور الموارد البشرية.....
89.....	جدول رقم (4.7): توزيع استجابات المشاركين حول " تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية ".....
101.....	جدول رقم (4.8): توزيع استجابات المشاركين حول " الأدوية والمستهلكات والأجهزة والمعدات الطبية".....
104.....	جدول رقم (4.9): توزيع استجابات المشاركين حول "الحوسبة و نظم المعلومات الصحية".....
106.....	جدول رقم (4.10): توزيع استجابات المشاركين حول الإدارة والحكم الرشيد " الحوكمة".....
110.....	جدول رقم (4.11): توزيع استجابات المشاركين حول تمويل وزارة الصحة.....
113.....	جدول رقم (4.12): يوضح توزيع استجابات المشاركين حول "اعتماد وزارة الصحة استراتيجيات فاعلة لمواجهة الحصار.....
118.....	جدول رقم (4.13) : توزيع استجابات المشاركين حسب متوسطات المحاور.....
119.....	جدول رقم (4.14): الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب العمر.....
120.....	جدول رقم (4.15) : الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب المؤهل العلمي.....
121.....	جدول رقم (4.16): الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب المسمى الوظيفي.....
122.....	جدول رقم (4.17): الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب سنة التوظيف.....
123.....	جدول رقم (4.18): الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب جهة صرف الراتب.....
125.....	جدول رقم (4.19): الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب المستشفى.....
126.....	جدول رقم (4.20): الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب التخصص.....
127.....	جدول رقم (4.21) : الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب الجنس.....

الفصل الخامس

128	الاستنتاجات
130	التوصيات
131	الباحثون

المراجع

132	المراجع العربية.....
141	مراجع باللغة الإنجليزية
142	روابط ذات علاقة:.....

المرفقات

144	مرفق رقم(1): استبانة البحث.....
160	مرفق رقم(2): كتاب الجامعة لتسهيل مهمة الباحث.....
161	مرفق رقم(3): كتاب الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية بوزارة الصحة لتسهيل مهمة الباحث.....
162	مرفق رقم(4): كتاب لتحكيم أداة الدراسة " استبانة البحث".....
163	مرفق رقم(5): كشف بأسماء السادة محكمي استبانة البحث
164	مرفق رقم(6): صورة عن موافقة المجلس الفلسطيني للبحث العلمي.....
165	مرفق رقم(7): صورة لنتيجة اختيار عدد عينة البحث
166	مرفق رقم(8): توصيات تفصيلية إضافية للبحث.....

المخططات

27	مخطط رقم(1): الإطار النظري للبحث.....
31	مخطط رقم (2): لهيكلية مبسطة للنظام الصحي.....
80	مخطط رقم (3): جهة صرف الراتب.....
117	مخطط رقم (4) : يوضح توزيع استجابات المشاركين حول "اعتماد وزارة الصحة استراتيجيات فاعلة لمواجهة الحصار ...
169 ABSTRACT

الفصل الأول

1. تقديم:

وتتوالى سنوات الحصار الخانق على قطاع غزة منذ العام 2006، العام الذي احتقل فيه الشعب الفلسطيني بنجاح عرسه الديمقراطي، الذي شهد له كل العالم، إلا أن ما أفرزته الانتخابات التشريعية الفلسطينية في عام 2006، من فوز لحركة حماس، لم يرق لدولة الاحتلال الصهيوني، ولا للعديد من القوى والدول الإقليمية والعالمية، فقامت دولة الاحتلال الصهيوني بفرض حصار جائر ومشدد على قطاع غزة.

إن الحصار المفروض على قطاع غزة، جزء لا يتجزأ من الحصار المفروض على أبناء الشعب الفلسطيني كله، سواء بصورة مباشرة، كما هي الحال في الضفة الفلسطينية، عبر الاعتقالات اليومية والحواجز، والجدار، أو بصورة غير مباشرة كما هي حال اللاجئيين الفلسطينيين في المنافي، الذين يتعرضون إلى العديد من الإجراءات التي تركز معاناتهم الاقتصادية والسياسية والاجتماعية.

لكن الحصار الإسرائيلي لقطاع غزة يختلف في كونه الأكثر بشاعة وهمجية، سواءً في دوافعه وأسبابه الاقتصادية والسياسية المباشرة والآنية، أو في دوافعه السياسية البعيدة المدى وفق المخطط الإسرائيلي.

وهو أيضاً حصار يختلف من حيث شكل ممارسته وأهدافه عن أشكال الحصار المعروفة في التاريخ الحديث والمعاصر، فهو على النقيض من حصار القوى الإمبريالية للثورة الروسية عام 1917، وعلى النقيض من حصار الثورة الكوبية، كما هو على النقيض من حصار العراق وكوريا الشمالية، فهو حصار لا يستهدف إنهاء انقسام أو إسقاط حكومة، بقدر ما يستهدف تفكيك البنيان السياسي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي للشعب الفلسطيني كله، وإيصاله إلى حالة من الإحباط واليأس عبر تراكم عوامل الإفقار والمعاناة والحرمان التي تمهد - بدورها - إلى إرباك الأولويات في الذهنية الشعبية الفلسطينية تجاه الصراع مع العدو والصمود في مواجهته ومقاومته، ليصبح أولوية ثانية أو ثانوية، لحساب أولوية توفير الحد الأدنى من مستلزمات الحياة ولقمة العيش، ارتباطاً بانسداد الأفق السياسي، وتفاقم مظاهر البطالة والفقر، التي تراكم بدورها مظاهر الإحباط واليأس، حيث "يغيب العقل حين يغيب الدقيق" كما يقال، فما هو مآل فقراء شعبنا الذين قد يصبرون على غياب الدقيق في ظروف التوحد السياسي والاجتماعي الداخلي، التي توفر مقومات الصمود الوطني والمجتمعي بمثل ما تحافظ على بقاء الآمال الوطنية الكبرى حية وقوية في عقول وقلوب الجماهير الفلسطينية.

لكنهم في ظروف الانقسام والتفكك السياسي والاجتماعي، علاوة على الحصار المحكم، تعرضوا - وما زالوا - إلى حالة من القلق والإحباط، قد تدفع بهم صوب المزيد من نفاذ صبرهم، في ظل انسداد الأفق في وجه أهدافهم الوطنية أو آمالهم الكبرى، وهي أهداف وآمال هبطت إلى قاع مشاعرهم وسلم أولوياتهم بعد

أن باتت "الكابونة" أو "سلة الغذاء" المدفوعة الثمن من الخارج، ملاذاً يسعى إليه المحرومون مع اضطرارهم إعلان الولاء لهذه الجهة "المغيثة" أو تلك، من الأحزاب والفصائل أو المنظمات غير الحكومية - لا فرق عندهم - في ظل تراجع الآمال بالنسبة للاستقلال والوحدة الوطنية (الصوراني، 2009).

وفي ظل انتشار البطالة والفقر المدقع والعوز والحرمان، بصورة غير مسبوقه في قطاع غزة، التي تعمقت وتزايدت بعد الاعتداءات والحروب المدمرة التي شنتها قوات الاحتلال الإسرائيلي على غزة، ما أعاد إلى الأذهان صور ومشاهد المحرقة النازية في القرن الحادي والعشرين، الأكثر بشاعة من سابقتها، وبما يؤكد على أن الهدف الإسرائيلي من فرض الحصار والعدوان، استمرار العمل على تفكيك النظام السياسي الفلسطيني وإدامة أمد الانقسام الداخلي بما يضيف ويعزز الذرائع الإسرائيلية في رفضها لمبدأ قيام دولة فلسطينية مستقلة، وذلك بطريق مباشر أو غير مباشر هذا أولاً، أما ثانياً والأهم، تحقيق تفكك وانقسام الهوية الوطنية بين هوية وطنية رثة فاقدة لجوهرها النضالي، وهوية الإسلام السياسي بقيادة حركة حماس (الصوراني، 2009).

ومما زاد الطين بلة، والوضع تعقيداً، قيام السلطات المصرية بإجراءات صارمة في معبر رفح البري، وإغلاقه أغلب فترات العام، التي ساهمت بشكل مباشر في تشديد الحصار على قطاع غزة، وتعمقت مأساة حوالي مليون وثمانين ألف مواطن فلسطيني - هم مجموع سكان القطاع -، ولقد انعكست آثار الحصار على كل الأشكال الحياتية (الصحية، المعيشية، والاقتصادية) للمواطنين في قطاع غزة.

وبرز التحدي الأكبر لدى وزارة الصحة الفلسطينية، من خلال سعيها الجاد لضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية في ظل هذه الظروف القاهرة من حصار قاس، ونقص وشح شديدين في الموارد، والانقطاع الطويل للتيار الكهربائي، مع عدم القدرة على الاستمرار في إمدادات كافية للوقود، إضافة إلى تضيق كبير على الموارد المالية وتجفيف - لما أسموه - ينابيع التمويل والإمداد وذلك على فرضية أن القطاع كيان معادٍ!!!.

2. مشكلة البحث:

قطاع غزة لا يزال يبرز تحت حصار خانق، من جهاته الأربع، بحيث أصبح سجنًا خانقًا لمليون وسبعمائة وتسعين ألف مواطن فلسطيني (جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، 2014)، وطالت تأثيراته كافة مناحي الحياة في القطاع، بما فيها الجوانب الصحية، ولقد كتب البعض مقالات أو نشر إحصاءات أو دراسات محدودة عن تأثيرات الحصار الإسرائيلي على المستشفيات الحكومية في قطاع غزة، إلا أنه لم تر أي دراسة النور مكتملة أو شاملة تسلط الضوء وبشكل شامل على تأثيرات هذا الحصار اللإنساني على قطاع غزة وأهله بشكل عام، وعلى قطاع الخدمات الصحية بشكل خاص، والمستشفيات منها بوجه أخص.

وعليه كان لا بد من تسليط الضوء حول تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية، كونها الواجهة الأهم في تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية الثنائية والثلاثية عبر ثلاثة عشر مستشفى منتشرة على مساحة القطاع (وزارة الصحة، 2014).

أي بمعنى واضح، أن هذه الدراسة تجيب عن السؤال الرئيس: ما تأثير الحصار على الخدمات المقدمة في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة " في الفترة ما بين (2006 - 2014)؟، وإلى أي مدى تأثرت الخدمات المقدمة لسكان القطاع؟ وكيف تكيف النظام الصحي مع ذلك الحصار؟.

3. مبررات وأهمية البحث:

يعد هذا البحث من الأبحاث المهمة، كونه لم يُقدّم من قبل ذلك بحث شامل يغطي تأثيرات الحصار على تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، في ظل حالة الحصار الهتمي المفروض والمستمر على قطاع غزة، رغم طول فترة الحصار الخانق على غزة، رغم سلسلة الحروب المتكررة والمدمرة على القطاع في هذه الفترة، حيث أقدم العدو الصهيوني على شن عدوان عسكري شرس في العام 2008-2009، وتكرر العدوان في العام 2012، ثم كان العدوان الأوسع والأكثر شراسة وتدميرًا في العام 2014، لم تخل الفترات الأخرى من عمليات عسكرية هنا أو هناك، واجتياحات جزئية لمناطق متفرقة من القطاع، ما زاد العبء جسامة وثقلًا على كاهل القطاع الصحي - المنهك أصلاً-، فما بالك والقطاع يعيش حالة انعدام أفق لانتهاه هذا الكابوس المزعج للشعب الفلسطيني، وتحديدًا لأهل غزة، وبالأخص للكوادر الطبية.

وإزاء ما تقدم أصبح لزاماً على صانع القرار في قطاع غزة، وتحديدًا مسؤولي القطاع الصحي الحكومي، تطوير الآليات اللازمة لاستمرار تقديم الخدمات الصحية لشعبنا في غزة في ظل هذه الظروف الصعبة، بل ينبغي أن يتعدى الأمر إلى دراسة هذا الواقع بكل تجلياته (سلبياته وإيجابياته)، ليتسنى لنا أخذ العبر

والدروس من أجل تحصين هذا القطاع، وزيادة فاعليته، وصموده، باعتباره خط دفاع قوي في إطار المشروع الوطني الفلسطيني.

ومما لا شك فيه أن مثل هذه الدراسات تسهم في إثراء المعلومة بشكل علمي وشفاف، وذلك فيما يتعلق بموضوع الحصار على غزة، وتأثيراته على قطاع الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية كشريحة دراسية، ما سيعزز جانب المدافعة والمناصرة عن حقوق الشعب الفلسطيني، باعتبار أن هذه الدراسات سوف تسهم في فضح جرائم من فرضوا الحصار على الشعب الفلسطيني في غزة، وعليه فإنه من المتوقع أن يكون هذا البحث مفيداً للمستوى القيادي الصحي والسياسي، وذلك من خلال عرضه للحقائق المجردة لتأثيرات هذا الحصار، لعنا نصل إلى مرحلة نستطيع فيها الاستفادة من النتائج والتوصيات بهذا الخصوص.

كما أنه من المتوقع أن يكون هذا البحث مفيداً للنظام الصحي برمته، من خلال استخلاص الدروس والعبر لفترة عصبية جداً، شكل فيها النظام الصحي نقطة ارتكاز مهمة لصمود وثبات الشعب الفلسطيني وقيادته، ويتوقع أن يكون للمهنيين والفنيين والإداريين العاملين في الوزارة حظٌ معتبر للاستفادة من نتائج هذه الدراسة. إن الباحث من موظفي وزارة الصحة ويشغل منصباً مسئولاً فيها، لذا فإنه يتوقع أن يكون للبحث ومخرجاته فائدة كبيرة عليه شخصياً ومهنياً.

ومن الأهمية بمكان أن ينجح الباحث بالوقوف على الواقع الحقيقي للخدمات التي تقدمها وزارة الصحة من خلال مستشفياتها أثناء الحصار، والوقوف - أيضاً - على مدى تأثيرات هذا الحصار على تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية المنتشرة على مساحة القطاع كله. ولعله من عظيم الفائدة الوقوف على سياسات الوزارة التي اتبعتها في مواجهة الحصار، ودراسة سبل التكيف معه، وضمان استمرارية تقديم الخدمة الصحية - برغم قلة الإمكانيات -.

4. الغاية:

دراسة تأثير الحصار على الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات وزارة الصحة في قطاع غزة خلال الفترة 2006م-2014م، بهدف استخلاص الدروس المستفادة للمساهمة في تعزيز الحالة الصحية للشعب الفلسطيني في غزة.

5. الأهداف:

- دراسة أثر الحصار على الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات الوزارة خلال الفترة المذكورة.
- تحليل التحديات التي واجهها مقدّمو الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية " قطاع غزة " نتيجة الحصار خلال الفترة المذكورة.
- معاينة فعالية استراتيجيات التكيف التي اتبعتها الوزارة لمواجهة الحصار اللإنساني لقطاع غزة .
- الخروج بتوصيات قد تساعد في زيادة فعالية استراتيجيات مواجهة الحصار الظالم على قطاع غزة .

6. خلفية البحث:

6.1: الجغرافيا السياسية لقطاع غزة:

قطاع غزة شريط حدودي ضيق من الأرض، يحده شرقاً الأراضي الفلسطينية المحتلة عام 1948، ويحده غرباً البحر الأبيض المتوسط، كما يحده شمالاً الأراضي المحتلة عام 1948، أما حدوده الجنوبية فهي بوابة القطاع مع جمهورية مصر العربية .

ويبلغ طول القطاع (45 كم)، وعرضه يتراوح ما بين (6-12 كم)، وتبلغ مساحته (365 كيلو متر مربع) (جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، 2014)، وبعد الحرب العالمية الأولى، حيث كان القطاع - ككل فلسطين - جزءاً من الخلافة العثمانية، والتي منيت بالهزيمة في الحرب العالمية الأولى 1914-1918، وترتب عليها وضع فلسطين تحت الانتداب البريطاني .

وبعد إقامة دولة الكيان الصهيوني على أرض فلسطين، وُضع قطاع غزة تحت الإدارة المصرية المباشرة، وذلك خلال الفترة ما بين 1948-1967، ثم تم احتلاله بالكامل بعد هزيمة حزيران عام 1967، واستمر الحكم العسكري الصهيوني الشامل والمباشر لقطاع غزة حتى 1994، حيث تم تسليمه للسلطة الفلسطينية (مع بقاء مستعمراتها فيه)، وذلك وفقاً لاتفاق أوسلو "إعلان المبادئ" الذي تم توقيعه بين إسرائيل ومنظمة التحرير الفلسطينية .

وفي سنة 2005 انسحبت (إسرائيل) انسحاباً أحادي الجانب من القطاع، غير أنها أبقت سيطرتها وهيمنتها على المنافذ البرية والبحرية والجوية للقطاع.

وتمّ وضع ترتيبات خاصة لمعبر رفح مع مصر، ضمن اتفاقية مشتركة بين السلطة الفلسطينية و(إسرائيل) وبالتنسيق مع الدول الأوروبية، وبالتالي، ظلت (إسرائيل) قوة احتلالية من الناحية العملية في نظر القانون الدولي (الزيتونة، 2014).

ولقد كان لإنشاء السلطة الفلسطينية، وإقامة الحكم الذاتي المحدود في عام 1994، تأثير كبير في حياة الفلسطينيين في قطاع غزة وكيانهم الخاص، إذ جاءت بعد سنوات طوال من القهر والظلم والتهميش، ناهيك عن حالة الشتات التي كان يعيشها الآلاف من أبناء القطاع،

سواء في العمل المدني خارج فلسطين، أو كمقاتلين في صفوف الثورة الفلسطينية وقواتها التي تم توزيعها على مساحة الوطن العربي بعد الخروج من بيروت عام 1982، إلا أن دولة الكيان الصهيوني لا تزال تسيطر على حدود القطاع البرية والبحرية وتستطيع أجواءه، بل اختزلت المعابر مع قطاع غزة إلى معبرين أساسيين، هما: معبر بيت حانون (إيرز) وهو معبر للأفراد، ومعبر كرم أبو سالم، وهو معبر وحيد حالياً للبضائع، أما معبر رفح، بوابة القطاع مع الشقيقة مصر، فهو مصنف على أنه معبر للأفراد فقط وليس معبراً تجارياً. ويعدّ الاحتلال الإسرائيلي أهم وأخطر المهددات للصحة في الأراضي الفلسطينية، كذلك ممارساته التعسفية، والتوسع الاستيطاني، والاستمرار في بناء جدار الفصل العنصري، والحصار المفروض على غزة، ونقاط التفنيس العسكرية، وغيرها من القيود التي أثرت - ولا تزال - تؤثر على الوضع الصحي للفلسطينيين، وعلى نوعية حياتهم، كما أنها تشكل تحدياً كبيراً أمام محاولات وضع نظام صحي فاعل (وزارة الصحة، 2010).

وفي الآونة الأخيرة ومع التغيرات السياسية في مصر، غلب على معبر رفح حقيقة أنه مقفل دوماً، ولا يفتح إلا استثناءً، ولأيام قليلة، وللحالات الطارئة فقط، وبدا واضحاً مدى هيمنة دولة الكيان الصهيوني على بوابات القطاع ومنافذه، من خلال التحكم بالحركة الاقتصادية، ودخول البضائع، والتحكم في معبر الأفراد، والتحكم العسكري في الحدود البحرية، والأجواء الفلسطينية، كما تم تدمير مطار غزة الدولي بالكامل، ومنع حركة الملاحة الجوية منه وإليه، كما طال الحصار البحري منع دخول السفن إلى المياه الإقليمية الفلسطينية، ومنع الخروج منها، كما تم تقليص مناطق الصيد البحري من عشرين ميلاً بحرياً إلى ستة أميال بحرية، سرعان ما قام العدو الصهيوني باختزالها إلى ثلاثة أميال بحرية فقط (الزيتونة، 2014).

6.2: ديموغرافيا قطاع غزة :

يقدر عدد السكان الفلسطينيين نهاية العام 2014 (12,095,660) نسمة، منهم (6,078,903) نسمة وبمعدل 50,3% من مجموع الفلسطينيين الكلي هم سكان (محافظة الضفة الغربية بما فيها محافظة القدس، محافظات قطاع غزة، والفلسطينيون داخل الخط الأخضر)، في حين توزع (6,016,757) نسمة خارج فلسطين (الدول العربية، الدول الأجنبية) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014).

وبلغ عدد السكان الفلسطينيين المقيمين في محافظات الضفة الغربية، بما فيها محافظة القدس، ومحافظات قطاع غزة حتى نهاية 2014 (4,616,418) نسمة بمعدل 38,2% من إجمالي السكان الفلسطينيين حول العالم، في حين بلغ عدد سكان قطاع غزة (1,790,010) نسمة أي ما نسبته 38,8% من سكان محافظات الضفة الغربية وقطاع غزة والقدس، في حين توزع (2,826,404) نسمة على محافظات الضفة الغربية

والقدس، أي ما نسبته 61,8% من سكان الضفة الغربية وقطاع غزة والقدس، منهم (714.000) نسمة في الضفة الغربية مصنفيين كلاجئين، وعدد مخيمات اللاجئين (19) مخيماً، بينما (1.216.759) نسمة مصنّفون كلاجئين في قطاع غزة، وعدد مخيمات اللاجئين (8) مخيمات (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014).

والجدير ذكره أن مساحة قطاع غزة (365) كم²، بكثافة سكانية (4,904) نسمة/كم²، موزعة على خمس محافظات هي: (محافظة شمال القطاع، محافظة غزة، المحافظة الوسطى، محافظة خان يونس، ومحافظة رفح)، وتشكل مساحة قطاع غزة 1,35% من إجمالي مساحة فلسطين التاريخية، وكانت الكثافة السكانية بمحافظة غزة البالغة (8328 نسمة/كم²) هي الأعلى كثافة في القطاع، بينما كانت الكثافة السكانية في محافظة خان يونس هي الأقل على مستوى القطاع وقدرت بحوالي (3113 نسمة/كم²) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014).

والمجتمع الفلسطيني في قطاع غزة مجتمع فتي جداً، حيث شكلت الفئة العمرية (15-44) سنة ما نسبته 45,2% من إجمالي سكان القطاع، في حين شكلت الفئة العمرية (45 فأكثر) ما نسبته 11,7% من إجمالي سكان القطاع، وبالتالي تتوزع وتتوعد احتياجات هذه الفئات العمرية من الرعاية الصحية (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014).

وكان توقع البقاء على قيد الحياة للذكور 71,2 سنة، بينما كان للإناث 74,1 سنة، ومتوسط حجم الأسرة 5,8 فرداً، ومعدل الزيادة الطبيعية 3,4. (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014)

في حين بلغ معدل المواليد الخام في قطاع غزة (31,2) لكل ألف نسمة، ومعدل الخصوبة الكلي 4 لكل سيدة في عمر الإنجاب، بينما بلغ معدل المواليد الأقل من (2500 جم)، في القطاع 6,3% كما أن ارتفاع نسبة الولادات في القطاع، وتحديدًا في المستشفيات الحكومية، التي سجلت 76,5% من الولادات فيها يشكل تحدياً جدياً لمقدمي الخدمات الصحية، يتمثل في ضرورة الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية، وتوزيع الأعباء بشكل يضمن وصول هذه الخدمات بشكل سلس وعادل لكل المرضى. (وزارة الصحة، 2014)

وحسب التقرير السنوي للسكان والصحة (2014)، الصادر عن وزارة الصحة بغزة، فإنه يوجد لكل (10.000) نسمة حوالي (16.0) سريراً، بينما يخدم كل (10.000) نسمة مركز صحي تقريباً في قطاع غزة، ويعمل في القطاع الصحي (14.156) ألف موظف، منهم 63,8% في وزارة الصحة، و22,4% في المؤسسات الأهلية و6,8% في وكالة الغوث الدولية، و6,5% في الخدمات الطبية العسكرية التابعة لوزارة الداخلية والأمن الوطني.

بلغ عدد المواليد في العام 2014 (54,886 مولوداً) في قطاع غزة، منهم 76.5% مولودون في المستشفيات الحكومية (مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات العسكرية) والواضح، ومن خلال هذه المعلومات، أن قطاع غزة يواجه تحدي الزيادة السكانية المضطربة، والكثافة السكانية العالية، التي تؤثر - بدورها - على المرافق العامة، وعلى رأسها المرافق الصحية (وزارة الصحة، 2014). وإن الزيادة السكانية أوجدت تحدياً إضافياً للنظام الصحي الفلسطيني، المثقل أساساً، ويقع على عاتقه تلبية الاحتياجات الاعتيادية والطارئة للمجتمع الفلسطيني.

في حين بلغت نسبة الوفيات في المنازل 11.8% من إجمالي الوفيات، وكانت أعلى نسبة وفيات للفئة العمرية الأكبر من (35) سنة بنسبة 64.7% (وزارة الصحة، 2014). بلغت حالات الوفاة المسجلة للعام 2014 ما مجموعه (7169) حالة، وكان منهم 60% ذكور، 40% إناث، وكان معدل الوفيات الخام 4,08 لكل (1000) من السكان، علماً بأنه في العام 2013 كان عدد الوفيات 5,050 حالة منهم 52,6% ذكور، 47,4% إناث وكان معدل الوفيات الخام 2,9 لكل (1000) من السكان للعام 2013، ويعزى الارتفاع الملحوظ في أعداد حالات الوفاة إلى عدوان صيف 2014 على قطاع غزة، الذي أدى إلى استشهاد (2322) شهيداً وقد شكل ما نسبته 32,2% من إجمالي الوفيات.

وبقيت أمراض القلب في مقدمة الأسباب المؤدية للوفاة و بنسبة 17.4% في كلا الجنسين، يليها أمراض السرطان بنسبة 9%، يليها الأمراض الدماغية الوعائية، وذات الرئة والأمراض التنفسية، وارتفاع ضغط الدم الأساسي، وداء السكري (وزارة الصحة، 2014).

6.3: الوضع الاقتصادي:

على الرغم من النمو الاقتصادي في الآونة الأخيرة، فإن وضع الغزيين - بشكل عام - أسوأ مما كان عليه في التسعينيات، وتوسع الاقتصاد بشكل كبير في العام 2012، في ظل زيادة حقيقية لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بنسبة بلغت 19%، وزيادة في الناتج المحلي الإجمالي بنسبة 23% (نصر، 2009).

كان هذا النمو بشكل أساسي نتيجة للتوسع في البناء بنسبة (119%) في العام 2011م، وليس نتيجة للتوسع في القطاعات الإنتاجية في الاقتصاد.

إلا أن نصيب الفرد في غزة، من الناتج المحلي في الإجمالي، بلغ (165.1) دولاراً (تسعيرة الدولار مقابل الشيفل سنة 2004 م)، وهو ما يعادل 88% من الناتج المحلي للفرد في عام 1994م، و 61% من الناتج

المحلي الإجمالي للفرد في الضفة الغربية، وبلغت البطالة بين النساء 47% خلال الربع الأول من العام 2012 م، وبلغت 58% بين أوساط من تتراوح أعمارهم بين 20 -24 عاماً (نصر، 2009). وكان حصار قطاع غزة - ولا يزال - أحد الأسباب الرئيسية لعدم مقدرة الاقتصاد على استعادة معدلات النمو التي كان عليها قبل عام 2000، وأشارت وزارة الاقتصاد الوطني إلى أن الحصار تسبب في عرقلة نمو بمبلغ (19) مليار دولار في العام 2010 وحده .

وكشفت دراسة صادرة عن المجلس الاقتصادي الفلسطيني للتنمية والإعمار (بكدار) عن مواصلة الاقتصاد الفلسطيني في العام 2014 حالة التراجع والتدهور التي عاشها منذ العام 2013؛ إذ شهد انكماشاً في حجم الناتج المحلي الإجمالي بلغت نسبته 0.37% (بكدار، 2014).

وتوقفت العملية الإنتاجية؛ إذ سجلت المؤشرات الاقتصادية انحداراً هائلاً لم يشهده القطاع في أي وقت، ويعتبر المركز أن العام 2014 الأسوأ منذ بدء الحصار على قطاع غزة، بسبب العدوان والدمار (بكدار، 2014).

ومما لا شك فيه أن تردي الأوضاع الاقتصادية زاد من الأعباء على النظام الصحي، حيث قلت قدرة المواطن على المساهمة في تغطية النفقات الصحية.

وارتفعت معدلات البطالة في قطاع غزة قبل الحرب الثالثة بشكل جنوني، بلغت وبحسب بيانات الربع الثاني من عام 2014 الصادرة عن مركز الإحصاء الفلسطيني، 45% وتجاوز عدد العاطلين عن العمل أكثر من (200,000) شخص، وفقد أكثر من (700,000) مواطن في قطاع غزة دخلهم اليومي ، وهو ما يمثل أكثر من ثلث سكان قطاع غزة، هذا بالإضافة إلى ارتفاع معدلات الفقر والتي بلغت 50%، وانتشار لظاهرتي الفقر المدقع وعمالة الأطفال بشكل كبير، وأزمة الرواتب الأخيرة الخاصة بموظفي غزة، حيث لم يتقاض أكثر من (45 ألف) موظف رواتبهم على مدار شهور عديدة متواصلة، وسادت حالة الركود التجارية ، وضعفت القدرة الشرائية للمواطنين، التي تم رصدها مع بدء شهر رمضان الكريم، أي قبل الحرب بأيام معدودة.

وتظهر الدراسة أن البطالة في الأراضي الفلسطينية ارتفعت لتبلغ العام (2013) 26.9% بزيادة 3% عن العام الذي سبقه (الغرفة التجارية الفلسطينية، غزة ، 2014).

6.4: الحروب الصهيونية المتلاحقة على القطاع:

خلفت الحرب على غزة (2008 - 2009) ما يزيد عن (1300) شهيد، منهم (900) شهيد من المدنيين بينهم (280) طفلاً و(111) امرأة، أما الجرحى فقد وصلت أعدادهم إلى (5300) جريح بينهم (1855) طفلاً و(750) امرأة، وكان من نتيجة ذلك العدوان - أيضاً - تدمير حوالي (25000) منزل منها (5000) دمرت تدميراً كلياً (وزارة العدل، 2009).

أنت الحرب الثالثة على القطاع خلال الفترة من (7-7-2014 حتى 26-8-2014) واستمرت على مدار (51) يوماً متواصلة في ظل أوضاع اقتصادية وإنسانية كارثية تمر على قطاع غزة لم يسبق لها مثيل خلال العقود الأخيرة، وذلك بعد حصار ظالم وخانق استمر لمدة 8 سنوات، كما أنها أنت وقطاع غزة لا يزال يعاني من آثار الحرب الأولى في عامي 2008 - 2009، والحرب الثانية في عام 2012، ولا زالت مناظر الدمار والخراب والتشريد، والمجازر الذي خلفتها تلك الحروب في الأذهان، هذا بالإضافة إلى آلاف الشهداء والجرحى، والآثار السلبية على كافة مناحي الحياة الاقتصادية والاجتماعية والصحية والنفسية والبيئية (الصوراني، 2009³)، وفي حرب الفرقان (2008-2009) تضررت (47) منشأة صحية منها (33) مركز صحي حكومي و(9) مستشفيات حكومية، كما وتضرر (20) سيارة إسعاف، علماً بأن عدد شهداء الطواقم الطبية (14) شهيداً (وزارة الصحة، 2012¹).

وأظهر تقرير الجزيرة نت مقتل (1742) فلسطينياً جراء حرب 2014 على غزة 81% منهم من المدنيين، بينهم (530) طفلاً، و(302) امرأة، (64) حالة لم ييتم لتعرف على جثثهم لما أصابها من حرق وتشويه، ومقتل (340) مقاوماً فلسطينياً، وجرح (8710) من مواطني قطاع غزة، كما قتل (11) من العاملين في وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (أونروا)، 23 من الطواقم الطبية العاملة في الإسعاف (الجزيرة نت، 2014).

ولقد بلغ عدد سيارات الإسعاف الإجمالي في العام 2010 (142 سيارة إسعاف)، بينما بلغ عدد سيارات الإسعاف في العام 2011 (133) سيارة موزعة على وزارة الصحة والهلال الأحمر الفلسطيني والدفاع المدني والخدمات الطبية العسكرية (وزارة الصحة، 2011¹).

وفي العام 2012 بلغ عدد المستشفيات والمراكز الطبية المتضررة بسبب الاعتداءات الصهيونية (16) موزعة كالتالي (13) مركز رعاية أولية 9 منهم تابعة للحكومة إضافة لثلاث مستشفيات حكومية، والباقي تابع للقطاع الأهلي والخاص (وزارة الصحة، 2012²).

وفي تقرير الحرب على غزة (2014) الصادر عن وزارة الصحة في غزة، أظهر تضرر (47) سيارة إسعاف منها: 14 سيارة تم تدميرها كلياً و33 تضررت بشكل جزئ (21 منها تابعة للهلال الأحمر الفلسطيني، 22 منها تابعة لوزارة الصحة، 4 تابعة للخدمات الطبية العسكرية).

6.5: الحصار :

الحصار ليس جديداً، فهو سمة من سمات العدو الإسرائيلي، وجزء حيوي من سياساته ضد شعبنا في الضفة وقطاع غزة، حيث تم فرض الحصار والإغلاقات على قطاع غزة بدرجات وأساليب متنوعة خلال السنوات (1995 حتى عام 2000)، فقد اشتدت وتائرته وأساليبه أثناء الانتفاضة، وبعدها حتى يناير 2006، وصولاً إلى الانقسام في 2007/06/14، وأصبح الحصار مطبقاً بصورة شاملة على قطاع غزة منذ ذلك التاريخ إلى اليوم، وسعت السياسة الإسرائيلية لضمان تطبيق "لا تنمية، ولا رخاء، ولا أزمة إنسانية في غزة" (شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية، 2009)، وقد اتسم هذا الحصار بأنه حصار شامل، بري وبحري وجوي، وحتى مطار غزة الدولي، الذي تأسس عام 1998 بموجب اتفاق أوسلو، قامت (إسرائيل) بإغلاقه عام 2000، ثم قامت بقصف المهبط الوحيد للطائرات في القطاع، وتدميره خلال العدوان على قطاع غزة في العام (2008-2009)، وتم تقليص العمق البحري للصيد من (20) ميلاً بحرياً بموجب ملاحق اتفاق أوسلو إلى (6) أميال بحرية، ثم قلصتها (إسرائيل) إلى ثلاثة أميال بحرية فقط.

وقد دفعت هذه التراكمات إلى مزيد من تردي الأوضاع الاقتصادية والمجتمعية لمعظم سكان القطاع المعزولين تماماً عن بقية العالم، ويعتمدون في جانب من معيشتهم على المساعدات الإغاثية من وكالة الغوث الدولية والتبرعات من الخارج، الأمر الذي خلق ما يسمى بالاقتصاد الموازي أو اقتصاد الإغاثة والتوكل جنباً إلى جنب مع أنشطة اقتصاد السوق السوداء والمحتكرين والمهربين والمافيات المتنوعة، بعد أن تراجع القسم الأكبر من الأنشطة الاقتصادية الرئيسية (الصوراني، 2009).

وقد ترك الاقتصاد المنهار القليل من الموارد المالية لشراء القليل من الطعام والاحتياجات من السوق، وقد أخذت قدرة التجمعات المحلية، على شراء الأدوية المطلوبة، وعلى المساهمة في دفع الرسوم الطبية، وعلى توفير وسائل النقل للوصول إلى المرافق، تتأثر بشكل كبير (شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية، 2009).

وقد ظهرت آثار الحصار عبر الجوانب الحياتية التالية:

6.5.1: الكهرباء:

يواجه سكان قطاع غزة معضلة حقيقية متمثلة بالانقطاع الطويل للإمداد الكهربائي؛ حيث إنه، وفي أفضل الأحوال والظروف المثالية، يتم توفير (242 ميغا وات) من الكهرباء (120 ميغا وات) من الخطوط (الإسرائيلية)، و100 ميغا وات من محطة توليد الكهرباء الوحيدة في غزة " لو تم تشغيل كل مولداتها الأربعة "، بينما تقوم مصر بإمداد غزة بـ (22 ميغا وات)، في حين يحتاج القطاع إلى كمية كهرباء تقدر بـ (350 ميغا وات) ، وتتوقع شركة توزيع كهرباء غزة أن يرتفع الطلب على الكهرباء ليصل إلى

(550 ميغا وات) بحلول عام 2018، وهي نسبة تعدّ (عملياً) ضعف الطلب في الفترة الحالية (الأمم المتحدة، سلطة الطاقة، 2012).

وتعرض قطاع غزة لأزمة كهرباء خانقة بعد استهداف محطة توليد الكهرباء الوحيدة في قطاع غزة أثناء الحرب الأخيرة بتاريخ 2014/07/28 من قبل الطيران الحربي الإسرائيلي، ما أدى إلى توقفها عن العمل وانقطاع التيار الكهربائي عن قطاع غزة بشكل كلي في ظل انقطاع كافة خطوط الكهرباء الواردة من (إسرائيل) بفعل تدمير تلك الخطوط والمحولات المغذية لها، وأصبح أكثر من (1.8) مليون مواطن في قطاع غزة يعيشون بدون كهرباء تماماً ، وبعد أشهر عديدة من انتهاء الحرب تم إصلاح محطة التوليد بشكل جزئي وعادت الكهرباء لبرنامج (8) ساعات يومياً، ومع نهاية عام 2014 بدأت مرة أخرى تلوح بالأفق أزمة توريد السولار الصناعي الخاص بمحطة التوليد وتوقفت المحطة، وتم العودة إلى برنامج (6) ساعات يومياً (الطباع، 2014).

6.5.2: المياه:

في تقارير صادرة عن البنك الدولي وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، تبين أن أوضاع الفلسطينيين في قطاع غزة تدق ناقوس الخطر فيما يخص ملفي المياه والصرف الصحي، وحسب سلطة المياه الفلسطينية والمؤسسات الدولية ذات العلاقة، بأن نسبة المياه الجوفية الصالحة للشرب (10%) فقط، وأن (90%) من المياه الجوفية غير صالح للشرب بدون وجود طرق للوقاية، وتقول سلطة المياه بأن كمية الطلب على المياه الطبيعية سترتفع إلى (260) مليون متر مكعب سنوياً بحلول عام 2020، ما يشكل ارتفاعاً بنسبة (60%) عن الاحتياج الحالي من المياه الجوفية، وفي الوقت الذي تتناقص فيه كمية المياه الجوفية ، فإن مياه البحر تتسرب من البحر الأبيض المتوسط القريب من المياه الجوفية، وبذلك ارتفعت مستويات الملوحة في المياه، وأصبحت بعيدة عن المستوى الذي وضعته منظمة الصحة العالمية للشرب الآمن، ومما فاقم هذه المشكلة تلوث طبقة المياه الجوفية بمادة النترات الناجمة عن عدم التحكم في مياه الصرف الصحي والأسمدة الزراعية (سلطة المياه، 2013).

6.5.3: الصرف الصحي:

تسبب الوضع الناتج عن معالجة المياه العادمة، أو مياه الصرف الصحي بالكثير من المشكلات، حيث يتم معالجة ما نسبته 25% من مياه الصرف الصحي أي حوالي (30.000) كوب مكعب يومياً، ويعاد استخدامها في الرّي الزراعي في الأراضي الزراعية، والمناطق المزروعة في الشوارع والحدائق العامة، ويتم تصريف (90.000) كوب مكعب من مياه الصرف الصحي إلى المناطق القريبة من البحر الأبيض المتوسط (أي ما مجموعه 33 مليون كوب مكعب سنوياً)، مخلفة مشاكل في التلوث والاقتصاد السمكي ومخاطر صحية عامة، ويخلف قطاع غزة في الوقت الراهن

ما مجموعه (44 مليون متر مكعب) من مياه الصرف الصحي، وهذا الرقم مرشح للارتفاع ليصل إلى (57 مليون متر مكعب سنوياً) بحلول العام 2020 (الأمم المتحدة، 2012).

6.5.4: الضمان الاجتماعي:

يمكن تعريف " الحماية الاجتماعية " بأنها مساعدات عامة تضم دعماً مادياً وغيره، بهدف زيادة خدمات الصحة والتعليم، أو التغذية، ليس للفقراء فحسب، بل للمهمشين اجتماعياً. وبلغت نسبة المساعدات الاجتماعية من إجمالي إنفاق الأسرة الأشد فقراً 2009 (31%)، بينما بلغت نسبة الأسر التي استفادت من شكل واحد من المساعدات الاجتماعية 2009 (71%)، وسيظل عدد الذين يتلقون مساعدات اجتماعية مرتفعاً ما لم يتحسن الوضع الاقتصادي (الأمم المتحدة 2012).
فبالرغم من الحديث المتكرر عن ضرورة تطوير ومأسسة نظام الحماية الاجتماعية، إلا أن هذا النظام لا يزال يتسم بالعجز، سواء على صعيد التشريعات، أو الموارد المالية المخصصة له، أو البنى المؤسسية لتطبيقه (الصوراني ، 2014).

6.5.5: التعليم:

يعتبر شعب غزة متعلماً نسبياً، حيث بلغت نسبة الذين يجيدون القراءة والكتابة منه 96% في عام (2011) (93% نساء، و98% رجالاً) وفقاً للإحصاءات الرسمية، وحتى الآن تعد نسبة الأمية منخفضة، وبلغ مجموع المدارس التي تغطي التعليم الأساسي (الابتدائي والإعدادي) والثانوي في قطاع غزة (690) مدرسة للعام الدراسي 2013/2014، أما المدارس الحكومية في القطاع فقد بلغ عددها (395) مدرسة بنسبة (57.2%) من مجموع مدارس القطاع. ويعوض نقص المدارس في القطاع -إلى حدّ ما- وجود مدارس وكالة الأونروا التي يبلغ عددها (245) مدرسة، في مقابل (97) مدرسة لهذه الوكالة في الضفة الغربية (الزيتونة، 2014). ويعكس وجود نسبة مدارس أعلى لوكالة الأونروا في القطاع حالة الفقر والعوز التي تُعانيها أعداد أعلى من مواطني القطاع.

وفي تقرير لوزارة التربية والتعليم (2011) -مثلاً- فقد بلغ عدد الأطفال الذين داوموا في المدارس لعام (2010- 2011) (450.000) طفل نصفهم إناث، وانخفض معدل الالتحاق بالمدارس الثانوية ليصل إلى 79% (84% طالبات، و74% طلاب، والذين تركوا مدارسهم للبحث عن عمل)، كما أن هناك نقصاً في المدارس بحوالي 250 مدرسة (الأمم المتحدة، 2012).

6.5.6: الأمن الغذائي:

يعانى كثير من سكان غزة من انعدام الأمن الغذائي، وذلك بسبب غياب السبل الاقتصادية أكثر من كونه نقصاً في الغذاء.

كما يعانى حوالي نصف البيوت في غزة من انعدام الأمن الغذائي إلى ما نسبته (44%)، أو تعاني نقصاً في الغذاء بنسبة (16%)، حتى مع وضع مراكز توزيع الغذاء، التابعة للأمم المتحدة التي يستفيد منها (1.1 مليون) نسمة، في عين الاعتبار.

و تتفق الأسر ما معدله (50%) من أموالها على الغذاء، ويستقبل (80%) من السكان شكلاً من أشكال المساعدات، ويعيش (39%) منهم تحت خط الفقر، وينتج ذلك بسبب انخفاض مستويات الدخل لدى الفرد. وتشكل القيود المفروضة على الوصول إلى الأراضي الزراعية، والصيد على بعد ثلاثة أميال بحرية فقط، تحديات كبيرة لسكان القطاع.

وتؤثر القيود المفروضة على البر والبحر على (178,000) غزيّ، بنسبة (12%) من عدد السكان تقريباً، وتتسبب في خسارة سنوية تقدر بـ (76,6 مليون دولار) من الإنتاج الزراعي والسمكي (الأمم المتحدة، 2012).

6.6: الانقسام السياسي:

ويسميه البعض "صراع الإخوة" وهو مصطلح يشير إلى نشوء سلطتين سياسيتين وتنفيذيتين في صيف عام 2007 في الضفة الغربية وقطاع غزة، إحداهما تحت سيطرة حركة فتح في الضفة الغربية، والأخرى تحت سيطرة حركة حماس في قطاع غزة، وذلك بعد فوز حركة حماس في الانتخابات التشريعية في مطلع عام 2006، ونشوء أزمة سياسية ارتبطت بعراقيل للانتقال السلمي للسلطة داخلياً وخارجياً، وخضوع أجهزة السلطة الفلسطينية للحزب الذي كان تقليدياً، ومنذ توقيع اتفاقية أوسلو، يمسك بزمام الحكم الذاتي الفلسطيني (حركة فتح).

وأثر الانقسام السياسي على القيم والنظم الاجتماعية، وإنتاجية العمل، وغياب نظام المساءلة في العمل، وتفكك النسيج الاجتماعي، وازدياد التعصب الحزبي، وأصبح الانتماء للجهة التي تدفع الراتب، وليس لأهداف المؤسسة، وكمثال لحالة الفوضى التنظيمية امتنع أكثر من ألفين من موظفي وزارة الصحة عن القيام بوظائفهم، وجلسوا في بيوتهم خوفاً من قطع رواتبهم، في حين تم قطع رواتب الكثيرين ممن رفضوا الاستكفاف وترك العمل (وزارة الصحة، 2014).

6.7.: الحالة الصحية والنظام الصحي الفلسطيني:

6.7.1: القطاعات التي تزود الخدمات الصحية: هناك أربع جهات مزودة للخدمات الصحية

في فلسطين على رأسها وزارة الصحة، التي تحظى بالنصيب الأكبر من تقديم الخدمات والإشراف ومساندة المؤسسات الأخرى، ويليهما المؤسسات الصحية غير الحكومية (NGOs)، إضافة إلى وكالة الغوث الدولية للاجئين الفلسطينيين (UNRWA)، ثم القطاع الخاص الصحي، والجدير ذكره أن خدمات الرعاية الأولية تقدّم من خلال (54) مركز رعاية صحية أولية في قطاع غزة تابعة لوزارة الصحة الفلسطينية، إضافة إلى حوالي (22) مركز رعاية صحية أولية تابعة إلى وكالة الغوث الدولية (UNRWA)، كما أن الخدمات الطبية الثانوية (المستشفيات) تقدم غالبيتها العظمى من خلال وزارة الصحة، وتقوم الوزارة -أيضاً- بشراء بعض الخدمات الطبية من القطاع غير الحكومي والخاص في مناطق السلطة الفلسطينية (وزارة الصحة، 2013).

6.7.2: ملامح عامة للنظام الصحي الفلسطيني: يتعدد مقدمو الخدمة الصحية، وتعتبر وزارة الصحة

المصدر الأساسي الأكبر لتقديم الخدمات الصحية، كما يعاني من عامل التجزئة، سواء على صعيد الجغرافيا أو حتى على صعيد مقدمي الخدمات الصحية، كما يعاني ضعف الكفاءة والفعالية، ومشاكل تمويل مزمنة، ومنذ العام 2006 والحالة الصحية تعاني من استمرار حالة الطوارئ وظروف أشبه بالحرب، وتحت حصار عسكري خانق لقطاع غزة، كما أن النظام الصحي يفتقر إلى الأدوات الأساسية التي يمكن ترجمتها إلى تحسين في صورة النظام الصحي الفلسطيني، ولا يزال النظام الصحي في قطاع غزة يعاني من تعقيدات كثيرة، إضافة لافتقاره إلى المهارات اللازمة لتحليل التكاليف الفاعلة.

تاريخياً أدير القطاع الصحي الفلسطيني من خلال الإدارة المصرية لقطاع غزة، والإدارة الأردنية للضفة الغربية، وذلك قبل الاحتلال الإسرائيلي لقطاع غزة والضفة الغربية والقدس الشرقية عام 1967، حيث خضعت الأراضي الفلسطينية بالكامل للحكم العسكري الإسرائيلي حتى عام 1994 (الزيتونة، 2014).

والجدير ذكره أن الاحتلال الإسرائيلي جسد عملية فصل مطلق بين نظامين صحيين أحدهما في الضفة الغربية، والآخر في قطاع غزة، بهيكلية مختلفة، وبروتوكولات وسياسات صحية مختلفة، وبعد توقيع اتفاقية أوسلو ودخولها حيز التنفيذ، باستلام السلطة الوطنية الفلسطينية إدارة قطاع غزة وأريحا في مايو عام 1994، ثم بقية الضفة في نهاية العام 1994 تم إنشاء وزارة الصحة لتنظم القطاع الصحي (خضر، 2015).

6.7.3: ملامح الحالة الصحية:

بلغ إجمالي الحالات المسجلة من الأمراض المزمنة في قطاع غزة (105.698) حالة، يضاف إلى هذا العدد (11.064) مريضاً مسجلين بوزارة الصحة كمرضى قلب وكلى وصدرية ونفسية، وأمراض أخرى، ليصبح إجمالي الأمراض المزمنة (116.762) مريضاً .

كما بلغ معدل انتشار مرض ارتفاع ضغط الدم في قطاع غزة (1000/27.4) نسمة ، بينما بلغ معدل انتشار مرض السكري والضغط معاً (1000/16.2) نسمة، كما بلغ معدل انتشار مرض السكري (1000/15.4) نسمة ، وشكلت الفئة العمرية (40- 59) 61.7% من إجمالي مرضى السكري، في حين شكلت ما نسبته 58.4% من إجمالي مرضى الضغط، واحتلت أمراض القلب والسرطان والأمراض النفسية النسب التالية، على التوالي لما سبق عرضه من أمراض مزمنة.

في حين بلغ إجمالي الأمراض المزمنة المسجلة في مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوكالة الغوث الدولية (71.433) حالة ، شكلت نسبة مرضى الضغط 47.5% من إجمالي الحالات، يليه مرضى السكري والضغط معاً بنسبة 34,1%، بينما شكل سكري النوع الثاني 16,8% من إجمالي المسجلين، في حين بلغت نسبة الإناث من إجمالي المسجلين، كأمراض مزمنة في وكالة الغوث 60,8% (وزارة الصحة ، 2014) • صحة الطفل :

تقدم الخدمات لرعاية الأطفال من خلال (54) عيادة رعاية صحية أولية تابعة لوزارة الصحة، و(21) عيادة تديرها وكالة الغوث الدولية، إضافة إلى أكثر من (20) عيادة تديرها المؤسسات الأهلية الصحية في قطاع غزة، وإلى عدد من العيادات الخاصة.

وتقدم الخدمات الصحية للأطفال دون سن 12 سنة من خلال (3) مستشفيات حكومية متخصصة إضافة إلى (11) مستشفى توفر الخدمات للأطفال ضمن جملة من الخدمات التي تقدمها، ويقدر عدد أسرة الأطفال في الوزارة (560) سريراً، منها (23) سريراً للعناية المركزة، (106) أسرة لحضانة رعاية الأطفال حديثي الولادة وأكثر من (50) سريراً للرعاية اليومية (وزارة الصحة، 2013).

وكانت أهم أسباب وفيات الأطفال الرضع في قطاع غزة في عام 2010 التشوهات الخلقية، الولادة المبكرة، الظروف المحيطة بالولادة، الأمراض المعدية، متلازمة الموت الفجائي، أسباب أخرى.

ومنذ سنوات عديدة لم يتم تسجيل حالة من حالات شلل الأطفال الدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز الوليدي، والحصبة.

وأظهرت التقارير الوبائية، الصادرة عن وكالة الغوث الاتجاه المتزايد والمستمر لحالات الإسهال المائي في السنوات الثلاث الماضية، مع التذبذب في معدلات الإصابة وفقاً للظروف الحالية.

وارتفعت معدلات الإصابة بحمى التيفوئيد إلى ثلاثة أضعاف منذ العام 2003، ما يشير إلى تدهور واضح في نوعية مياه الشرب، والتلوث (وكالة الغوث الدولية، 2013) بلغت نسبة الأطفال في الفئة العمرية من (0 إلى 4 سنوات) 16.8% من إجمالي سكان قطاع غزة، ونسبة التطعيمات في القطاع 99.3%. (المساعدات الطبية للفلسطينيين، وحماية الأطفال، 2013). كما بلغ معدل وفيات الرضع (14.3) لكل (1000) مولود حيّ للعام 2014 (وزارة الصحة، 2014). في حين كانت (20 - 22 حالة / 1000) مولود حيّ في قطاع غزة (وزارة الصحة، وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين الدولية، 2009).

وتشير تقارير وكالة الغوث الدولية إلى بقاء الرقم دون تغيير خلاف ما نشرته وزارة الصحة، بينما كانت التشوهات الخلقية السبب الرئيسي لوفيات الرضع، في حين كانت الحوادث بأنواعها السبب الأول للوفاة لدى فئة الأطفال والمراهقين (1- أقل من 5 سنوات) (وزارة الصحة، 2014).

كما بلغ معدل وفيات الرضع المبكرة (0 - 28 يوماً) للعام 2014 (1000/8,7) من المواليد الأحياء. وتشير التقارير أن هناك نقصاً في عدد الحاضنات وغيرها من المعدات الأساسية اللازمة لتقديم الخدمات الصحية لحديثي الولادة، مثل: أجهزة التنفس الصناعي، وأجهزة قياس نسبة تشبع الأكسجين في الدم، وأجهزة العلاج الضوئي، والأنابيب الخاصة بتوصيل الأكسجين للأنف، وغيرها الكثير (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2011).

ويشير مكتب تسجيل الأورام في وزارة الصحة إلى أن أمراض الأورام تتزايد بين الأطفال دون سن الخامسة، وقد ازداد معدل انتشار الأورام بين الأطفال الذكور من (84,8) حالة لكل مليون نسمة سنة (2000)، إلى (132) حالة سنة (2007) (وزارة الصحة، 2010).

وتعتبر وزارة الصحة الجهة الوحيدة التي تستقبل الحالات المرضية للأطفال، التي تتعلق بالأبيض والتغذية وخصوصاً التبول الفيولي ونقص إفراز الغدة الدرقية الخلقية (وزارة الصحة، 2014).

• صحة المرأة:

يقدم خدمات التوليد ما يقرب من (16) مستشفى ومركزاً صحياً، من بينها (4) مستشفيات حكومية، وقد وصل معدل إشغال الأسرة في أقسام التوليد إلى أكثر من (100%) في السنوات الأخيرة.

ويعتبر عدم التشخيص الدقيق من الأسباب الكامنة وراء وفاة الأمهات خلال فترة الإنجاب، وعدم الإبلاغ الدقيق عن الأمور التي تعرقل تقديم صورة أكثر دقة، وكانت الأسباب الرئيسة لوفيات الأمهات الانسداد الرئوي، وأمراض القلب، والنزف، وتسمم الدم (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2011).

وتشير الأدبيات إلى أن المشاكل الصحية الأكثر انتشاراً أثناء فترة الحمل هي الالتهابات (التهابات المسالك البولية والتهابات الجهاز التناسلي)، وفقر الدم، وارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2011³).

كما تشير إحصاءات وزارة الصحة ووكالة الغوث الدولية، ومجلس اتحاد الكنائس العالمي في غزة إلى أن حوالي 20% من حالات الحمل تعدّ من حالات الحمل الخطر.

ويبلغ متوسط بقاء الأم بعد الولادة الطبيعية-عادة- أقل من ساعتين، وتبقى جودة خدمات الرعاية ما بعد الولادة إشكالية كبيرة، كما تم تسجيل معدلات العمليات القيصرية بنسبة تزيد عن (20%) من مجمل الولادات (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2011⁴).

والمقصود بـ "وفاة المرأة" خلال فترة الحمل أو خلال (42) يوماً من إنهاء الحمل بدون النظر إلى مدة أو مكان الحمل، شرط أن يكون سبب الوفاة متعلقاً بالحمل وليس بأسباب أخرى، وقد تم تسجيل (17) حالة وفاة أمومة في قطاع غزة خلال العام 2014 بمعدل (100000/31) من المواليد الأحياء.

أما في العام 2014 فقد شكلت الوفاة الناتجة عن الجلطة في الرئة أعلى نسبة؛ حيث بلغت 29.4% من إجمالي حالات وفيات الأمهات، يليها النزيف الحاد و بمعدل 17.6%، وأمراض القلب بمعدل 11.8%، وتسمم الدم 11.8%، إضافة إلى أسباب غير مباشرة وأسباب غير معروفة. وبلغت نسبة الحالات المتوفاة داخل المستشفيات في قطاع غزة 58.8% من إجمالي وفيات الأمهات، في حين كانت نسبة وفيات الأمهات في الخارج 29.4% (40% من إجمالي الوفيات في الخارج كانت في مستشفيات الخط الأخضر، و 40% في مستشفيات الضفة الغربية بما فيها القدس، و 20% في مستشفيات مصر) وبلغت نسبة الوفيات في المنزل 11.8% من إجمالي الوفيات (وزارة الصحة، 2014¹¹).

6.8: الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع:

بلغ عدد المستشفيات في قطاع غزة (30) مستشفى بقدره سريرية (2.864) سريراً، منها (2.245) سريراً في القطاع الحكومي (وزارة الصحة والداخلية)، والمستشفيات غير الحكومية (619) سريراً، كما تدير وزارة الصحة (2.107) أسرة بما يمثل 73.6% من مجموع الأسرة القطاع، وتدير وزارة الداخلية (138) سريراً بما يمثل 4.8% من إجمالي الأسرة، والمستشفيات غير الحكومية (619) سريراً بما يمثل 21.6% من إجمالي الأسرة (وزارة الصحة، 2014¹²).

كما بلغ عدد حالات الدخول إلى المستشفيات في قطاع غزة (220، 557) حالة، حيث تم إدخال 87.8% منها إلى مستشفيات وزارة الصحة، وبلغت نسبة الدخول في المستشفيات غير الحكومية 10.5% من مجموع حالات الدخول، وفي مستشفيات وزارة الداخلية بلغت نسبة الدخول 1.7% من مجموع حالات الدخول، وبلغت نسبة إشغال الأسرة في مستشفيات وزارة الصحة 86.0%، ومتوسط مدة مكوث 2.8 يوماً، ومعدل دوران السرير السنوي 112 مرة، وفترة خلو السرير بلغت 0.4 يوماً، بينما بلغت نسبة إشغال الأسرة في المستشفيات غير الحكومية 19.6%، ومتوسط مدة المكوث 1.7 يوماً، ومعدل دوران السرير السنوي 42 مرة، وفترة خلو السرير بلغت 7.0 أيام، وفي مستشفيات وزارة الداخلية بلغت نسبة إشغال الأسرة 27.3%، ومتوسط مدة المكوث 1.8 يوماً، ومعدل دوران السرير السنوي 41 مرة، وفترة خلو السرير 4.7 أيام (وزارة الصحة، 2014¹³) .

وأجريت في مستشفيات القطاع ما مجموعه (104.268) عملية جراحية ، 61.5% منها تم إجراؤها في مستشفيات وزارة الصحة، كما سجل في مستشفيات القطاع (53.631) حالة ولادة 75.5% منها في مستشفيات وزارة الصحة، وتردد على أقسام الطوارئ في مستشفيات القطاع (1.287.720) مريضاً، بينما كان عدد مراجعي العيادات الخارجية (998.314) مراجعاً (وزارة الصحة، 2014¹⁴).

كما بلغ عدد حالات التصوير الطبي والأشعة (641.010) حالة، تم إجراء 81.0% منها في مستشفيات وزارة الصحة، وبلغ عدد الفحوصات المخبرية (4.241.420) فحصاً، تم إجراء 91.8% منها في مستشفيات وزارة الصحة.

كما تم إجراء (1.988) عملية قسطرة في مستشفيات وزارة الصحة (الشفاء والأوروبي)، بالإضافة إلى (943) عملية قسطرة قلبية في مركز الحياة لقسطرة القلب "مركز قطاع طبي خاص"، كما تم إجراء (348) عملية جراحة قلب مفتوح في مستشفيات وزارة الصحة (الشفاء والأوروبي)، بالإضافة إلى (38) عملية جراحة قلب مفتوح في مستشفى "القلب والأوعية الدموية التابع لجمعية الخدمة العامة" (وزارة الصحة، 2014¹⁵).

كما أجرت مستشفيات وزارة الصحة (68.751) جلسة غسيل كلوي لحوالي (557) مريض فشل كلوي، و (15.595) جلسة علاجية لمرضى الدم والأورام، وكذلك تم فحص (5.541) عينة من فحوصات الأنسجة والخلايا، وقدمت المستشفيات خدمات العلاج الطبيعي لحوالي (51.119) متردداً، وقد بلغ عدد الجلسات (165.195) جلسة، بمعدل (3.2) جلسة لكل مريض سنوياً (وزارة الصحة، 2014¹⁶).

6.9: واقع العلاج التخصصي والتحويلات الطبية (العلاج بالخارج): والمدقق لتقارير وحدة العلاج التخصصي للأعوام (2006←2014) يلحظ تزايداً في إعداد المرضى المحولين للعلاج بالخارج، حيث كان إجمالي المحولين سنة 2006م (8256) مريضاً، في حين بلغ إجمالي المحولين سنة 2014م (18484) حالة مرضية (وزارة الصحة، 2014).

ووفق التقرير السنوي لوحدة العلاج التخصصي بوزارة الصحة للعام 2014م فإن التحويلات زادت في العام 2013 بواقع 23% مقارنة بالعام 2012، وزادت في العام 2014م 9.5% عن العام 2013 في سنوات اشتداد الحصار.

وأشار تقرير 2014 إلى زيادة ملحوظة في تحويلات الأورام، التي احتلت المرتبة الأولى بحصولها على العدد الأكبر من التحويلات بمعدل 16.3%، حيث ارتفعت في العام 2014م بنسبة 16% عن العام 2013، وسجلت خدمة التحويل لخدمة الرنين المغناطيسي أكبر نسبة ارتفاع وصلت إلى 122.2% مقارنة بالعام 2013، وفي الإجمال شكلت الفئة العمرية من (41←60) النسبة الأعلى دائماً بواقع 34.4% من إجمالي الحالات المحولة، في حين شكل الأطفال دون الرابعة 10.1%، وشكل كبار السن فوق (60) عاماً ما نسبته 18.9%، كما زادت فاتورة العلاج بالخارج لمرضى القطاع من (154.615.651 شيفلاً) للعام 2011 إلى (160.135.681 شيفلاً) للعام 2014 (وزارة الصحة، 2014).

6.10: القوى العاملة في وزارة الصحة الفلسطينية :

بلغ عدد موظفي وزارة الصحة، الذين هم على رأس عملهم (9030) موظفاً، من مختلف الفئات الوظيفية، بينما بلغ عدد الكوادر البشرية العاملة في مستشفيات الوزارة، الذين هم على رأس عملهم (5788) بنسبة 65.58% من العدد الإجمالي لموظفي وزارة الصحة، الذين هم على رأس عملهم، علماً بأن أعلى نسبة موظفين في مستشفيات وزارة الصحة هي في مجمع الشفاء الطبي بعدد كلي (1738) موظفاً بنسبة (30%) من إجمالي موظفي المستشفيات، يليه مجمع ناصر الطبي بعدد (877) موظفاً بنسبة (15.2%) من إجمالي موظفي المستشفيات ومستشفى غزة الأوروبي بعدد موظفين (783) موظفاً بنسبة 13.5%، بينما كان أدنى عدد موظفين في مستشفى العيون (126) موظفاً بنسبة (2.1%) من إجمالي موظفي المستشفيات (وزارة الصحة، 2013).

بينما بلغ عدد المستكفين (الرافضين للعمل بسبب الانقسام السياسي) بوزارة الصحة (2345) مستكفاً، موزعين حسب الفئات الوظيفية على مرافق وزارة الصحة، حيث بلغت نسبة المستكفين في المستشفيات (49.2%) من إجمالي الموظفين المستكفين، بينما بلغت نسبة المستكفين في الرعاية الأولية (26.1%) من إجمالي الموظفين المستكفين (وزارة الصحة، 2013).

وبلغ معدل طبيب/ لكل 1000 نسمة(0.9)، ومعدل ممرض/ لكل 1000 نسمة(1.2)، ومعدل صيدلي لكل 1000 نسمة(0.1)، ومعدل طبيب أسنان لكل 1000 نسمة(0.1)، ومعدل ممرض/ طبيب (1.3)(وزارة الصحة، 2013).

وأظهرت نتائج أطروحة ماجستير موسومة بـ"الانغماس الوظيفي وعلاقته بسلوك المواطننة التنظيمية: دراسة ميدانية على المستشفيات الحكومية في قطاع غزة أن الأطباء بالرغم من الصعاب التي يواجهونها من كثرة ضغوط العمل وعدم توفر رواتب إلا أنهم متعلقون بالعمل بشكل كبير ، ويعتبرون العمل جزءاً مهماً من حياتهم لإنقاذ أرواح شعبهم (المصري، 2015).

6.11: واقع الأدوية والمهمات الطبية بوزارة الصحة:

الدواء والمهمات الطبية من الملفات الحساسة جداً بوزارة الصحة، والتي تستهلك أكثر بنود الموازنة التشغيلية للوزارة، وتحتمل الإدارة العامة للصيدلة مسؤولية إدارة هذا الملف المهم، وقد تم إنشاء هذه الإدارة عام 1994.

ومنوط بهذه الإدارة العامة إدارة أمور الصيدلة والدواء، وهي المسئولة عن وضع وإعداد مقترحات السياسات الدوائية، ووضع التعليمات والمتطلبات والمواصفات الفنية اللازمة لذلك، كما يمتد دورها ليشمل الإشراف ومتابعة تطبيقها، كما تعنى بوضع الأنظمة واللوائح التي تضمن سلامة وجودة وفاعلية الدواء، وضمان توافره للمواطن المحتاج له بصورة مستمرة وبأسعار مناسبة، وصولاً لتحقيق مبادئ الأمن الدوائي . وعليه فإن الإدارة العامة للصيدلة في وزارة الصحة تقوم، بالتعاون مع الجهات ذات العلاقة بالوزارة بتحديد الاحتياجات اللازمة من الأدوية والمهمات الطبية لكافة مرافق الوزارة، كما تتعاون وتتسق مع المؤسسات لمراقبة جودة الأدوية والمهمات الطبية المتداولة في السوق الدوائي المحلي ، وتقوم أيضاً بالرقابة على تداول الأدوية المخدرة، والمؤثرات العقلية، والسلائف الكيميائية، وإصدار التراخيص والتصاريح اللازمة للسماح بتداولها .

كما تعنى بمتابعة الدراسات الصيدلانية، ووضع التصورات لترشيد استخدام الأدوية، وتفعيل برامج المعلومات الدوائية المبنية على أسس علمية (وزارة الصحة، 2012).

ومن الأهمية بمكان، وفي زمن الأزمات، أن تباشر الجهة الصيدلانية الناظمة وضع معايير للأزمة الدوائية كجزء مهم في قياس أزمة الخدمة المقدمة للمستهلك.

ولقد بلغت المساحة التخزينية للأدوية والمهمات الطبية في عام 2012 ما يعادل (5550 متراً مربعاً)، وتقدر الموازنة السنوية للأدوية في وزارة الصحة بما يقارب (35) مليون دولار، فيما تقدر للمهمات الطبية بما يقارب (5.5) مليون دولار (بدون احتساب لوزم عمليات القسطرة القلبية وعمليات القلب المفتوح) (وزارة الصحة ، 2013).

ويشكل عدد الصيادلة العاملين في الإدارة العامة للصيدلة ما نسبته 24.3% من إجمالي عدد الصيادلة العاملين في وزارة الصحة، ويمثل الإداريون 25.8% من إجمالي العاملين في الإدارة العامة للصيدلة. ولقد تم اعتماد القائمة الأساسية للأدوية من (480) صنف دوائياً، كما تم اعتماد قائمة المهام الطبية الأساسية من (902) صنفاً، وقد تم توزيع القائمة الأساسية للأدوية على عشر خدمات أساسية، كما تم توزيع قائمة المهام الطبية على عشر خدمات أساسية أيضاً، وذلك بالتنسيق الكامل والاتفاق مع الإدارة العامة للمستشفيات، والإدارة العامة للرعاية الأولية (وزارة الصحة، 2013).

6.12: واقع الهندسة والصيانة:

تقوم الإدارة العامة للهندسة والصيانة بتقديم كافة خدمات الهندسة والصيانة اللازمة لوزارة الصحة بمختلف أقسامها ودوائرها في مجالات عديدة ومتنوعة، كما أن الإدارة العامة للهندسة والصيانة تعمل على توفير المناخ المناسب وتقديم الدعم اللوجستي، لكي تتمكن الطواقم الطبية والطواقم الطبية المساعدة من أداء مهامها على الوجه الأكمل، ويبلغ عدد الموظفين العاملين في الإدارة العامة للهندسة والصيانة (395) موظفاً موزعين على عشرة دوائر، وذلك حسب التخصصات المختلفة (إداريين، مهندسين، فنيين) (وزارة الصحة، 2013).

6.13: واقع الإسعاف والطوارئ:

وتتبع خدمات الطوارئ في المستشفيات الخدمات الخارجية في المستشفيات، وقد شهدت اهتماماً كبيراً، حيث تم رفع عدد أسرّتها من (94) سريراً عام 2008 إلى (162) سريراً عام 2012، بزيادة قدرها 72.3% حيث شكلت أسرة الطوارئ 36.7% من إجمالي أسرة الرعاية في المستشفيات والناظر لتقارير وزارة الصحة، وتقارير مركز المعلومات 2009 و 2012 و 2014 حول أداء أقسام الطوارئ في الحروب على غزة، ليلحظ التميز الشديد من خلال الحضور المميز للطواقم العاملة في الطوارئ وسرعة فرز الحالات، إضافة إلى سرعة ودقة الإجراءات الطبية، وتطور عمليات التنسيق بين أقسام الطوارئ، والأقسام الداخلية والعمليات، ناهيك عن رصد واضح للخبرات المتراكمة للطواقم في التعامل مع الأوضاع الطارئة، ولقد شهد كثير من الوفود، التي قدمت لقطاع غزة في حرب عام (2008-2009) وحرب عام 2012 ثم في عام 2014 لطواقم الطوارئ في غزة بالكفاءة العالية.

كما يتركز عمل وحدة الإسعاف والطوارئ في وزارة الصحة بالمهام الآتية:

- نقل مرضى داخل المستشفيات.
- نقل مرضى بين المستشفيات.
- نقل مرضى للمراكز التخصصية.
- نقل مرضى للمعابر والحدود.
- نقل حالات طارئة بناء على طلب استغاثة من الهلال الأحمر أو من الجمهور.

- نقل حالات مرضى غسيل الكلى التي تحتاج شيلالات .
 - نقل حالات طارئة على إثر اعتداءات صهيونية ووقوع العديد من الإصابات .
 - المشاركة بالفعاليات والمسيرات الوطنية.
 - نقل الحالات الحرجة جداً، التي تحتاج إلى تدخل إضافي (مراقبة القلب: التنفس الصناعي)
- مع العلم أن سيارات الإسعاف التابعة للوحدة عددها (68) سيارة، كما يبلغ إجمالي القوى العاملة في الإسعاف والطوارئ والتي هي على رأس عملها(162) موظفاً، في حين أن عشرة آخرين (مستتكفين) تركوا العمل تحت ذريعة الانقسام السياسي (وزارة الصحة، 2013:9).

6.14: الإدارة والتنظيم بوزارة الصحة:

قامت وزارة الصحة في غزة بإعداد هيكل تنظيمي خاص بها عام 2009، وتم اعتماده من مجلس الوزراء (الحكومة في غزة) وأحيل لديوان الموظفين العام للعمل به.

ولقد قامت وزارة الصحة في أوائل العام 2014 باستحداث إدارتين عامتين جديدتين، هما: الإدارة العامة للوحدات الفنية المساندة وتضم: (وحدة التمريض، وحدة المختبرات وبنوك الدم، وحدة العلاج الطبيعي)، إضافة إلى الإدارة العامة للوحدات الإدارية المساندة وتضم: (وحدة نظم المعلومات الصحية، وحدة التأمين الصحي، وحدة العلاج التخصصي) (وزارة الصحة، 2014:18) .

6.15: تمويل النظام الصحي الفلسطيني:

يعتمد القطاع الصحي الفلسطيني - بشكل هائل- على المساعدات الخارجية، وبنسبة تزيد عن 55% من احتياجاته، ويغطي الباقي من نفقات الصرف الحكومية المرحّلة من الضرائب أو من خلال التأمين الصحي، إضافة إلى الاستثمارات الخاصة في هذا القطاع، ونفقات الأسر على الخدمات الصحية، وحسب إحصائية البنك الدولي فإن السلطة الوطنية الفلسطينية تنفق 13% من إجمالي الناتج المحلي "GDP" على النفقات الصحية.

وفي دراسة حول دور الدبلوماسية الفلسطينية في إدارة الأزمة الصحية أثناء الحصار على محافظات غزة 2006-2013، رأى الباحث في نتائجه أن وزارة الصحة الفلسطينية تعمل بين الدوائر والبرامج المختلفة العاملة والمعنية بإدارة الأزمات، حيث إن الأزمة تحتاج للتعاون والتنسيق بين الدوائر المختلفة لتوفير الخدمة والتعامل مع الأزمة بشكل سريع، خاصة دوائر الهندسة والخدمات والتوريدات والتعليم (عمارة ، 2014) .

تمويل وزارة الصحة:

إنه، بحسب القانون رقم (7) لسنة 1998م بشأن تنظيم الموازنة العامة والشؤون المالية، فإن وزارة الصحة تقوم بإعداد موازنتها السنوية خلال شهر يوليو من كل عام وفق كتاب بلاغ إعداد الموازنة المستلم من وزارة المالية، وتقدم وزارة الصحة موازنتها إلى وزارة المالية مع نهاية شهر يوليو من كل عام، وتقوم وزارة المالية بعرض الموازنة على مجلس الوزراء، ويقدم مجلس الوزراء مشروع قانون الموازنة العامة إلى المجلس التشريعي قبل شهرين على الأقل من بداية السنة المالية، ويحيل المجلس التشريعي المشروع إلى لجنة الموازنة والشؤون المالية لدراسته وإبداء الرأي فيه تفصيلياً، وترفع توصياتها بشأنه إلى المجلس التشريعي، وعند اعتماد الموازنة السنوية من المجلس التشريعي تصبح قانوناً واجب التنفيذ.

وتعتمد وزارة الصحة في نفقاتها، الأوامر المالية الصادرة عن وزارة المالية في غزة، ما نسبتها (30%) تقريباً من قيمة الموازنة المقررة من المجلس التشريعي، وتقوم وزارة الصحة بتغطية باقي نفقاتها من خلال التبرعات المحلية والخارجية والمشاريع المتنوعة عبر مؤسسات دولية وغير دولية، وجزء من المخصصات المختلفة من الأدوية والمهمات الطبية الواردة من رام الله (وزارة الصحة، 2014).

6.16: التأمين الصحي:

ويدير هذا الملف في الوزارة وحدة التأمين الصحي، وهي إدارة خدماتية تُعنى بتقديم خدمات الاشتراك في نظام التأمين الصحي للجمهور، ويسمح من خلالها تلقي الخدمات الصحية في المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة، ويتم تقديم الخدمة لجميع فئات المجتمع، وتنقسم التأمينات الصحية إلى قسمين **القسم الأول** : يتعلق بالتأمينات العادية المتعلقة بالنظام الرسمي، مثل: التأمينات الإلزامية (موظفو الحكومة)، والتأمينات الاختيارية والاشتراكات الجماعية إضافة للحالات المحولة من وزارة الشؤون الاجتماعية، وأسر الشهداء والجرحى.

أما **القسم الثاني** فيتعلق بالتأمينات المجانية التي تمنحها الوزارة لبعض فئات المجتمع نتيجة الوضع الراهن، ويشمل تأمين العمال والتأمينات المجانية حسب قرارات الوزير، وتأمين كبار السن، وينحصر العلاج بموجب القسم الثاني داخل مرافق وزارة الصحة فقط. والجدير ذكره أنه في نهاية العام 2014 بلغ إجمالي عدد العائلات المؤمنة (188.812) عائلة، وتشمل النظام الرسمي والمجاني، التي انخفضت عن العام 2013 بنسبة 4.4%، وبلغ الإجمالي العام للعائلات المؤمنة بالتأمين المجاني (80.959) عائلة، منها (61.677) عائلة من العمال، وذلك وفق التقارير المعتمدة والمنشورة من وحدة التأمين الصحي للعام 2014 (وزارة الصحة، 2014a).

6.17: مصطلحات البحث:

يتبنى الباحث التعريفات الآتية:

- 1. النظام الصحي:** عبارة عن "كيان مشترك من الموارد والجهات الفاعلة والمؤسسات ذات العلاقة والتنظيم، وتوفير جميع الأنشطة التي تهدف أساساً لتحسين وإصلاح الصحة" (منظمة الصحة العالمية، 2000)
- 2. المساعدات الخارجية:** عبارة عن "الموارد المقدمة من الحكومات الخارجية، أو المنظمات غير الحكومية، أو الأفراد، أو المؤسسات في المجتمع المدني لتعزيز الصحة وقت الأزمات" (عبد الحميد، 2000)
- 3. التمويل الدولي:** "توفير الأموال اللازمة للقيام بالمشاريع الاقتصادية وتطويره، في أوقات الحاجة إليها، إذ إنه يخص المبالغ النقدية، وليس السلع والخدمات، وأن يكون بالقيمة المطلوبة، وفي الوقت المطلوب" (الحسني، 1999).

4. **الحصار:** " قامت دولة الكيان الصهيوني بفرض حصار على قطاع غزة، عقب نجاح التجربة الديمقراطية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية،" و زاد إحكام هذا الحصار بعد الانقسام السياسي سنة 2007م، حيث أغلقت المعابر والممرات وفرضت الحصار البرى والبحري والجوي على القطاع، بل وتم تقنين دخول السلع والمستهلكات ولوازم الحياة ولوازم الزراعة والصناعة والصحة... إلخ من المعابر الصهيونية، وأعلنت الحكومة الصهيونية بأن قطاع غزة كيان معادٍ " (الصوراني، 2009).

5. **المنظمة الدولية:** " الكيان الدائم الذي تقوم الدول بإنشائه من اجل تحقيق أهداف مشتركة، يلزم لبلوغها منح هذا الكيان إرادة ذاتية مستقلة" (الدقاق، 1990).

6. **المستشفى:** " كل مكان معد لاستقبال المرضى، وإقامتهم فيه لمدة تزيد عن يوم واحد، لغايات التشخيص والمعالجة، أو التوليد، أو التأهيل، أو التمريض " (وزارة الصحة، 2014).

أ. تصنيف المستشفيات حسب هيكلية وزارة الصحة:

▪ **مجمع طبي:** مجمع يحوي أكثر من مستشفى، بشرط أن يكون لكل مستشفى تخصص مختلف عن المستشفيات الأخرى.

▪ **مستشفى كبير:** المستشفى الذي تبلغ قدرته السريرية (100) سرير فأكثر.

▪ **مستشفى صغير:** المستشفى الذي تبلغ قدرته السريرية (100) سرير فأقل.

ب. تصنيف المستشفيات على أساس التخصص:

▪ **مستشفى عام:** المستشفى الذي يحتوي على جميع الإمكانيات لتقديم خدمات الرعاية الطبية الثانوية في فروع الطب الأساسية الأربعة: الجراحة، والباطنة، والنسائية والتوليد، وأمراض الأطفال.

▪ **مستشفى تخصصي:** المستشفى الذي يحتوي على جميع الإمكانيات لتقديم خدمات الرعاية الطبية الثانوية، وفيه تخصص واحد فقط.

ت. تصنيف المستشفيات على أساس مقدمي الخدمة: (وزارة الصحة، 2014)

▪ **مستشفيات وزارة الصحة:** وهي التي تديرها وزارة الصحة.

▪ **مستشفيات وزارة الداخلية:** وهي التي تتبع للخدمات الطبية في وزارة الداخلية والأمن الوطني.

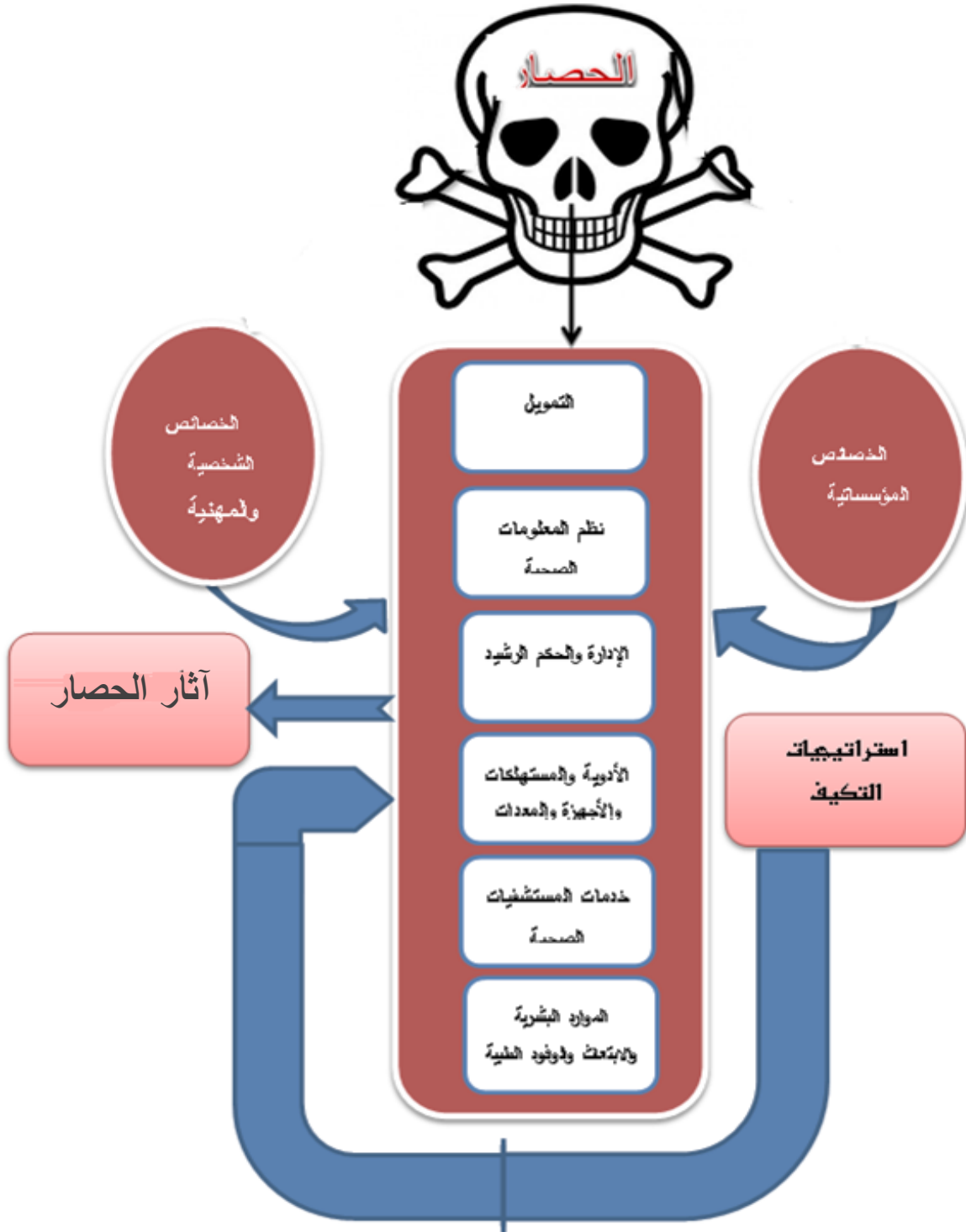
▪ **المستشفيات الأهلية (غير الحكومية):** وهي التي تتبع للجمعيات والمؤسسات الأهلية.

▪ **المستشفيات الخاصة:** وهي التي تتبع للقطاع الخاص، ولا تتبع لمؤسسات المجتمع المدني.

الفصل الثاني

الإطار النظري والأدبيات

مخطط رقم(1): الإطار النظري للبحث



تم اعتماد إطار نظري بناءً على مراجعة الأدبيات ، معتمداً على اللبنة الست البنائية ، وذلك حسب الإطار المقترح من منظمة الصحة العالمية ، حيث يظهر المخطط رقم(1) الحصار ، وهو المتغير المستقل في هذه الدراسة، وينطلق منه السهم باتجاه المتغيرات الست التابعة والمتمثلة بالموارد البشرية والابتعاث والوفود، والخدمات التي تقدمها المستشفيات الحكومية في قطاع غزة وعددها ثلاثة عشر مستشفى، والأدوية والمستهلكات الطبية والمعدات الطبية اللازمة لتقديم الخدمة الصحية، والإدارة والحكم الرشيد بما يتضمنه من أدبيات إدارية وتنظيمية وقيمية ، وإدارة نظم المعلومات الصحية، وذلك موزع بين تكنولوجيا المعلومات ونظم المعلومات ، وانتهاء بالتمويل بما يتضمنه من إيرادات ومصروفات وأوامر مالية وموازنات، علماً بأن تأثير الحصار قد يختلف من لبنة إلى أخرى .

كما يظهر المخطط تأثير المتغير الدخيل المتمثل بالخصائص المؤسساتية، مثل: نوع المستشفى، وتخصصه، ومكان العمل، والمسمى الوظيفي:(موظف ، رئيس قسم ومشرف، مدير دائرة فما فوق) على اللبنة البنائية الست، إضافة لتأثير المتغير الدخيل الآخر المتمثل بالخصائص الشخصية، التي تشمل الجنس والعمر ومكان السكن ومستوى الدراسة وآخر مؤهل علمي، والتخصص:(فني / إداري / أخرى) على اللبنة البنائية الست.

كما يظهر المخطط تأثيرات وسائل التكيف التي تبنتها الوزارة مع حالة الحصار وتبعاتها المدمرة على اللبنة الست، بما تتضمنه كل لبنة بنائية من تفاصيل وعناوين.

اللبنة البنائية الست للنظام الصحي : تشمل المحاور التالية، على اعتبار أن كل لبنة منها يمثلها محور من المحاور الست أدناه:

الموارد البشرية في وزارة الصحة بغزة: توزيعها، ومن هم في الخدمة حالياً، وأعداد المنقطعين عن أداء أعمالهم بدعوى الانقسام السياسي(المستكفين)، إضافة للحديث عن واقع التدريب والتطوير والتأهيل لهذه الطواقم الفنية والإدارية، سواء على الصعيد الداخلي، أي "في قطاع غزة"، أو على الصعيد الخارجي أي "خارج قطاع غزة" (البعثات الدراسية)، ويسلط الضوء في هذا المحور على حركة الوفود الطبية الزائرة، وإسهاماتها، وأبرز تخصصاتها، والدول التي قدموا منها، والمؤسسات النازمة، والمنسقة لحركة الوفود الطبية المتضامنة مع القطاع الصحي المحاصر في غزة .

الخدمات الصحية التي تقدمها مستشفيات وزارة الصحة بغزة : حيث تقدم المستشفيات الخدمات الثنائية الرئيسية، والمتمثلة بخدمات: الباطنة، والجراحة العامة وفروعها، والنساء والولادة، إضافة إلى خدمات طب الأطفال، كما تقدم في المستشفيات الخدمات المساندة مثل التصوير الطبي التشخيصي، والمختبرات الطبية، وفحوصات الأنسجة، والعلاج الطبيعي، كما تم إضافة بعض الخدمات العلاجية التخصصية، مثل: قسطرة وجراحة القلب المفتوح، والمناظير العلاجية.

الأدوية والمستهلكات الطبية، والأجهزة والمعدات الطبية: علماً بأن حاجة الوزارة في غزة من الأدوية والمستهلكات الطبية بقيمة (40) مليون دولار سنوياً، منها (33) مليون للأدوية و(7) ملايين للمستهلكات الطبية، ناهيك عن الحاجة الماسة لقطع الغيار والأجهزة الطبية، والحاجة لاستبدال الكثير من الأجهزة المتهاكلة أو التي استنفدت عمرها الافتراضي، وزد على ذلك تعقيدات أزمة الانقطاع الطويل للتيار الكهربائي، وصعوبة تدريب الطواقم الهندسية خارج القطاع بسبب إقفال المعابر وليس آخرها عدم وجود وكالات لكثير من الأجهزة الطبية.

الإدارة والحكم الرشيد "الحوكمة": وتشمل الحديث عن الهيكل الإداري للوزارة والمستشفيات والأدبيات الإدارية التي تؤمن بها الوزارة، وعن معايير الحوكمة والحكم الرشيد.

إدارة نظم المعلومات الصحية: حيث إن الأمر موزع بين محورين، أولهما: إدارة تكنولوجيا المعلومات، وثانيهما إدارة نظم المعلومات الصحية، وتطويرها بحيث ترقى إلى مستوى علمي، وبحثي معتبر، مرتكز على إطار معلوماتي دقيق يعتد به، بحيث يسهل على صانع القرار اتخاذ القرار المناسب، إضافة إلى إثراء وتنشيط الحالة البحثية في وزارة الصحة.

التمويل: وهذا جانب مهم للغاية، كونه يسلط الضوء على حجم الإنفاق الصحي، والموازنات الخاصة بوزارة الصحة، وحقيقة الصرف الفعلي، والأوامر المالية الفعلية، وحجم الإيرادات الداخلية، وحجم المعونات الخارجية، وتعقيدات الوضع المالي ما بين المأمول والواقع.

العوامل الدخيلة ذات العلاقة بالبنات البنائية الست:

الخصائص المؤسسية: وزارة الصحة هي وزارة خدمية بامتياز، وبنائها التنظيمي هرمي ذو قاعدة واسعة، ولديها إطار قيمى أخلاقي يرتكز على تعاليم ديننا الإسلامى السمحة، وعلى الموروثات الأخلاقية الاجتماعية العربية الأصيلة، ولدى الوزارة فاعلية تنظيمية وقدرة على الاستمرار والتكيف مع الظروف المحيطة نحو تحقيق أهدافها، كما تعتمد مبدأ التعاون الجاد في تقديم الخدمات، وتعزز فكرة العمل كفريق متناغم لإنجاز التكاليف المطلوبة وفق الرؤية الشاملة لأهداف المؤسسة.

والشفافية: وتعني الصراحة والمواجهة والمكاشفة والإبداعية، أما المساءلة فتعني إخضاع جميع العاملين للمساءلة حسب الظروف والحاجة، وإعطاء كل ذي حق حقه ومساواتهم أمام القانون.

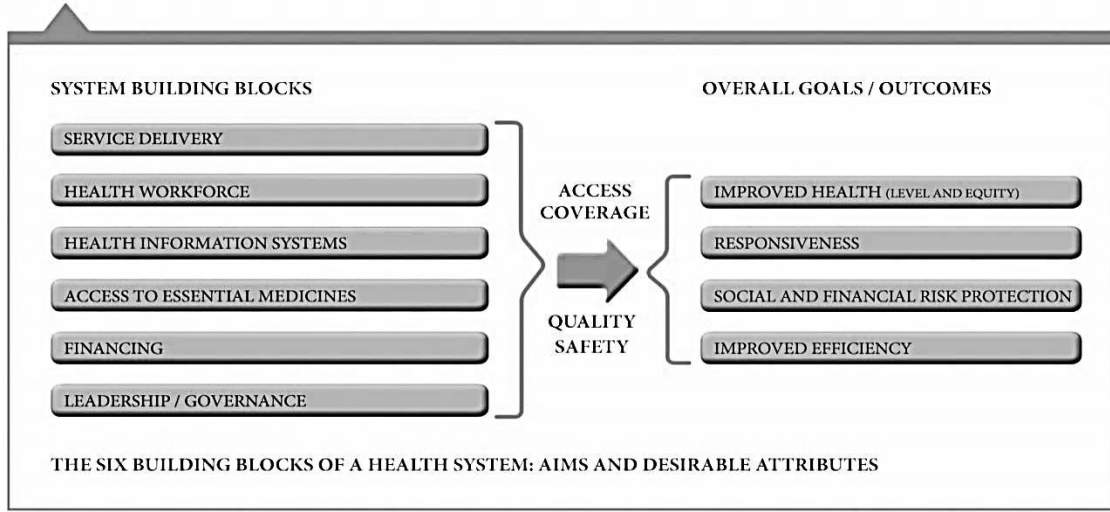
والمساواة: وتعني إتاحة الفرصة لجميع العاملين لتحسين ظروف حياتهم وتحقيق الرفاهية.

أما الكفاءة: فتعني قدرة الوزارة على إشباع الحاجات واستثمار كل الطاقات، ومشاركة العاملين، كما تعني إعطاء العاملين حرية وفرصة المشاركة في اتخاذ القرار.

الخصائص الشخصية والمهنية: وتشمل الجنس، والعمر، ومكان السكن، ومستوى الدراسة، وآخر مؤهل علمي، والتخصص (فني / إداري/ أخرى)، أما الخصائص المهنية فتشمل مكان العمل، وتصنيفه، والمسميات الوظيفية فيه، واعتبارات سنوات التوظيف، وجهات صرف الرواتب .

استراتيجيات التكيف مع الحصار: والمقصود -هنا- عرض الاستراتيجيات التي تبنتها الوزارة للتعامل مع حالة الحصار وتبعاتها المدمرة على اللبنات الست البنائية للنظام الصحي الفلسطيني في قطاع غزة. والمقصود **بالتكيف:** الآليات والإجراءات الإدارية والفنية والعملية التي استخدمتها الوزارة لضمان استمرارية تقديم الخدمات في ظل التأثير الحاد على واقع القوى العاملة في الوزارة توظيفاً وتأهيلاً وتطويراً أو تأثيرات الحصار على الواقع الدوائي والمهمات الطبية، وكيفية تعامل الوزارة مع هذه الأزمات ما بين ترشيد وتسويق وتحويل، ويضاف إلى ذلك تأثيرات الحصار على واقع الأجهزة والمعدات الطبية وكيفية التعامل مع ملف الصيانة وقطع الغيا وتكهن الأجهزة واستبدالها، واعتماد المواصفات القياسية وآليات التغلب على أزمة الكهرباء وتأثيراتها على عمل الأجهزة الطبية واللوجستية، وكذلك تأثيرات الحصار على أنظمة الحوسبة وتكنولوجيا المعلومات في ظل حالة الإغلاق المستمر للمعابر ومنع إدخال التجهيزات مزدوجة الاستخدام، ومنع تدريب الأطم العاملة ، ثم كيف كيفت الوزارة أمورها الإدارية والوظيفية والتمويلية في ظل هذا الحصار الخانق؟.

مخطط رقم (2) لهيكلية مبسطة للنظام الصحي The WHO Health Systems Framework



الملاحظ في المخطط رقم(2) انطلاق السهم، من مجموع اللبنة البنائية الست للنظام الصحي، نحو تحقيق الغايات والأهداف الرئيسية الأربعة لهذا النظام .

علماء بأن منظومة الغايات والأهداف الكبيرة تتأثر بمحددات الوضع الاقتصادي والسياسي والتعليمي والاجتماعي، وهذه المحددات من خارج الإطار العام للنظام الصحي.

ومن المعلوم أن النظام الصحي هو مجموع المنظمات، والمؤسسات، والموارد والنشاطات والأشخاص والعاملين على تحسين الصحة، التي يكون غرضها وغايتها الأولية تدعيم واستعادة والحفاظ على الصحة (منظمة الصحة العالمية، 2000).

وفي التقرير الخاص بالصحة في العالم للعام (2000) حول أداء النظم الصحية، حيث تم إعداد الهيكلية المستخدمة في ذلك التقرير، الذي قامت منظمة الصحة العالمية في تقريرها الخاص بالصحة للعام (2007) بإعادة هيكلة وظائف الأربع، حيث أضحت ست لبنات أساسية، أي أنها قامت بزيادة الوظائف فقط، وأبقت الهيكلية على حالها.

ومن المسلم به أن أي نظام صحي سليم، الذي هو عبارة عن كيان مشترك من الموارد والجهات الفاعلة والمؤسسات ذات العلاقة والتنظيم، وتوفير جميع الأنشطة التي تهدف أساساً لتحسين وإصلاح الصحة، يقوم على تعزيز الأهداف بغية تحقيق الغايات، وفي كل بلد له خصوصياته التي بموجبها يتم ترتيب هذه الغايات، وذلك حسب الأهمية النسبية له، بشرط أن يتم تكيف هذه الغايات وفق العوامل التي تؤثر في النظام الصحي "من خارجه"، مثل العوامل السياسية، والاجتماعية، والمستويات التعليمية في البلد.

وفي المخطط رقم(2) تم إبراز اللبنة الست للنظام الصحي، كما تم إظهار عوامل التعزيز، التي لو تم العمل بها فإنها ستقود إلى النتائج المتوقعة.

الصحة:

حالة من العافية الكاملة، البدنية، والنفسية، والعقلية، والاجتماعية، وهي ليست حالة انتفاء المرض (منظمة الصحة العالمية، 1946)، إلا أن ذلك لا ينفي كونها مفهوماً اجتماعياً فضفاضاً، من الصعب تعريفه بدقة أو حتى قياسه، كما أن الرعاية الصحية هي جميع السلع والخدمات التي صممت لتعزيز الصحة، وتشمل الخدمات الوقائية والعلاجية والتلطيفية والتداخلية بشكل مباشر، للأشخاص، أو للتجمعات السكانية. ومن هنا فإن مفهوم نظام الرعاية الصحية عبارة عن جميع الموارد المكرسة، أو المخصصة لتقديم خدمات الرعاية الصحية لمجموعات سكانية، أو للأمة ككل.

النظام الصحي:

ويمثل كل النشاطات التي يكون غرضها وغايتها الأولية تدعيم واستعادة والحفاظ على الصحة (منظمة الصحة العالمية، 2000)، كما أنه عبارة عن كيان مشترك من الموارد والجهات الفاعلة، والمؤسسات ذات العلاقة والتنظيم، وتوفير جميع الأنشطة التي تهدف -أساساً - لتحسين وإصلاح الصحة (منظمة الصحة العالمية، 2010).

وتقدم الخدمات الصحية في فلسطين من قبل وزارة الصحة، ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا)، والخدمات الطبية العسكرية التابعة لوزارة الداخلية الفلسطينية، إضافة إلى المؤسسات الصحية الأهلية غير الربحية، ومؤسسات القطاع الخاص، وتعتبر وزارة الصحة المقدم الرئيس للخدمات الصحية، وتقدم ما نسبته 76% من إجمالي الخدمات الصحية في قطاع غزة، إضافة إلى قيامها بدور تنظيم ومراقبة وترخيص مراكز الخدمات الصحية (وزارة الصحة، 2014).

المحددات الصحية:

على الرغم من أن المحددات الصحية لأي مجموعة من السكان تشمل السلام، والأمن، والاقتصاد المستقر والدخل الكافي، والتعليم، والديمقراطية، والعدالة، وتمكين المرأة، والبيئة الآمنة المستقرة، والتغذية المناسبة، وغيرها.

وتقع معظم المحددات الصحية خارج نطاق نظام الرعاية الصحية، وتعدّ العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والتعليمية والبيئية - كما سلف - من المحددات المهمة للقطاع الصحي، ومن المعروف أن المجتمعات التي تقدمت وبشكل ملحوظ في مجال الصحة هي المجتمعات التي تبنت الصحة كمفهوم اجتماعي.

وبشكل عام فإن القطاع الصحي الفلسطيني يتبنى المنحى الطبي كمفهوم للصحة، وعلى أية حال فإن المحددات الصحية تأثرت سلباً بالحصار المفروض على قطاع غزة، وبالحرّوب المتكررة التي شنت عليه، التي انعكست سلباً على صحة الناس (وزارة الصحة، 2014).

الحالة الصحية العامة للسكان:

تعدّ مؤشرات الوضع الصحي العام للفلسطينيين في غزة جيدة نسبياً، بالمقارنة مع بلدان أخرى على مستوى مماثل من الوضع الاجتماعي والاقتصادي، ويرجع ذلك جزئياً إلى الأداء المتميز في معظم مكونات الصحة العامة، والرعاية الصحية الأولية (شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية، 2009).

ويعدّ تعليم المرأة العالي، والالتزام العائلي، والقيم الثقافية -أيضاً- من العوامل المهمة في هذا الصدد، كما يوجد التزام سياسي -أيضاً- تجاه القطاع الصحي، الذي يتضح من خلال الإنفاق العالي على الصحة بما يقارب من 9 - 12% من الدخل المحلي الإجمالي، الذي زاد في الآونة الأخيرة ووصل إلى أكثر من 15% من ناتج الدخل المحلي (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة، 2011)؛ إذ إنه أعلى من منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (2012) التي تنفق 9,5% على الصحة .

ونظراً لتعقيدات الوضع الصحي بشكل عام، وبالذات في ظل نقص الموارد، وعدم الاستقرار، والعواقب الكارثية للانقسام السياسي بين الأطراف الفلسطينية وتوسع احتياجات الناس، إضافة إلى معاناة النظام الصحي من الأمراض المرتبطة بالفقر مثل سوء التغذية، وفقر الدم، والأمراض الصحية ذات الصلة، التي تفاقمت في ظل الحصار والإغلاقات، فإن الحفاظ على استمرارية تقديم الخدمات للمواطنين مؤشر إنجاز يسجل للقطاع الصحي الفلسطيني، ناهيك عن الأعباء المتزايدة على النظام الصحي من الأمراض غير المعدية، مما يجعلها أولوية في السياق الصحي الفلسطيني (عبد، 2007).

وتعدّ أمراض القلب وأمراض الأوعية الدموية الدماغية والسرطان، المسبب الرئيسي للمرض والوفيات في قطاع غزة .

والجدير ذكره أن قطاع الصحة بذل جهوداً كبيرة، ليس للحفاظ على استمرارية تقديم الخدمات الصحية فحسب، بل تعدى الأمر ليشمل محاولات جادة وناجحة لتحسين وتقديم بعض الخدمات الجديدة، مثل: قسرة وجراحة القلب، والاستثمار الكبير في مجال تكنولوجيا ونظم المعلومات الصحية، والتدريب وتنمية الموارد البشرية في بعض التخصصات الفرعية .

وبصفة عامة فإن خدمات الرعاية الصحية فاعلة، خاصة عند مقارنة المؤشرات الصحية في غزة بتلك الموجودة في الإقليم، بالذات فيما يتعلق بمؤشرات الوفاة، ومعدل وفيات الرضع، ومعدل وفيات الأمهات، وتغطية التطعيمات، وأسباب الوفاة عند البالغين، وغيرها .

ويعد الوصول الفعلي للخدمات الصحية مقبولاً في الوضع العادي، ولكن عادة ما يكون ضعيفاً أثناء حالات الطوارئ.

بشكل عام يوجد رضا عن معظم الخدمات الأساسية المقدمة من حيث التغطية والحصول على الخدمات، في حين أن جودة الرعاية أمر مختلف عليه، بسبب عدم وجود معايير أو بروتوكولات مناسبة، وضعف تنفيذ المعايير المتاحة منها، كما لا يزال الحصول على خدمات الرعاية المتقدمة-أيضاً- التحدي الحقيقي الذي يواجه نظام الرعاية الصحية في غزة (وزارة الصحة، 2014:25).

الخدمات الصحية في قطاع غزة:

تشكل الرعاية الصحية الأولية خط الصحة الأول، حيث تقدم فيه الرعاية الصحية الأساسية والشاملة، التي تقدم لجميع أفراد المجتمع، وهي قائمة على أسس طبية ونفسية واجتماعية، وهي تعدّ البوابة الأولية للخدمات الصحية بمستوياتها الثلاثة، حيث تقدم الخدمات الصحية الثانوية والثلاثية في مستشفيات وزارة الصحة بشكل أساسي، علماً بأن وزارة الصحة في قطاع غزة تتحمل أكثر من ثلاثة أرباع الخدمات التي يقدمها إجمالي النظام الصحي في القطاع، حيث أن وزارة الصحة تقدم خدماتها من خلال (54) مركزاً صحياً، و(13) مستشفى حكومياً.

وتأتي الحاجة للتركيز على الرعاية الصحية الثانوية والمتقدمة في الخطة الاستراتيجية (2014) من حقيقة الوضع الحالي لقطاع غزة، والمحاصر بشكل كلي ومحكم، الذي يتعرض لهجمات واعتداءات الاحتلال الصهيوني المتكررة.

وفي هذا السياق ينبغي تقديم عناية متقدمة للمرضى، علماً بأنه في الوقت الحالي يعدّ تقديم معظم الخدمات الثانوية والمتقدمة متوفراً بشكل مقبول في قطاع غزة، وبدرجة متقاربة مع دول الجوار (وزارة الصحة، 2014:26)

خدمات الطوارئ:

الوضع الصحي في قطاع غزة هو وضع طوارئ مزمن، وسياسي بالدرجة الأولى، ومن صنع الإنسان، ولا يمكن إنهاؤه إلا من خلال الحلول السياسية.

ووصف مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية الوضع في قطاع غزة بأنه يمثل حالة طوارئ مستمرة. وتتبع خدمات الطوارئ في المستشفيات إلى الخدمات الخارجية في المستشفيات، وقد شهدت اهتماماً كبيراً، حيث تم رفع عدد أسرّتها من (94) سريراً عام 2008 إلى (162) سريراً عام 2012، بزيادة قدرها 72.3% وشكلت أسرّة الطوارئ 36.7% من إجمالي أسرّة الرعاية في المستشفيات، والناظر إلى تقارير وزارة الصحة، وتقارير مركز المعلومات (2009 و2012 و2014) حول أداء أقسام الطوارئ في الحروب على غزة، يلحظ التمييز الشديد من خلال الحضور المميز للطواقم العاملة في الطوارئ، وسرعة فرز الحالات،

إضافة إلى سرعة ودقة الإجراءات الطبية، وتطور عمليات التنسيق بين أقسام الطوارئ، والأقسام الداخلية، والعمليات.

وتشكل نسبة الوفيات الناجمة عن الحوادث والصدمات لدى الأطفال الأقل من (5) سنوات 34,2% في حين تشكل لدى الأشخاص من (5 - 20) 44,2% ، ومن (20 - 60) 29,9% ، كما تؤكد معظم التقارير الدورية بأن مقصود الحوادث بين عامي (2000 - 2010) هي حوادث الاعتداءات الإسرائيلية وحوادث المرور والسقوط من علو، والملاحظ أن خدمات الطوارئ في غزة تقدم حصرًا في مستشفيات وزارة الصحة، وتشكل عدد الإصابات التي لا يمكن السيطرة عليها عائقًا أمام توفير رعاية الطوارئ المناسبة، وعليه كان من الأهمية بمكان ضرورة تعزيز هذه الخدمة في مراكز الرعاية الأولية.

من المهم خلال فترة الطوارئ التركيز على انقاذ حياة المصابين والجرحى، إضافة إلى الحفاظ على تقديم خدمات القطاعات الأخرى التي تقدم العلاج، والخدمة الأساسية، كما يجب توظيف الموارد لتحقيق توازن الاستثمار في الحفاظ على الجرحى، وضمان تقديم الخدمات الأساسية، مثل: التطعيمات، والخدمات أثناء الحمل، الأمراض المزمنة، وحماية السكان المعرضين للخطر، وضمان تقديم الخدمات النفسية والاجتماعية خلال الحرب وبعدها.

وتشير الأدبيات إلى أن تأمين المصادر المعيشية خلال الحرب، لم يكن فاعلاً وكان الناس يتضورون جوعاً (المساعدات الطبية للفلسطينيين، حماية الأطفال، 2012).

وهناك حاجة إلى تدخلات موحدة متعددة القطاعات خلال الطوارئ من أجل تعزيز صمود الناس.

في عام (2011) تم إعداد خطة طوارئ لتعزيز الاستجابة الاستباقية للقطاع الصحي، وتعتمد استراتيجية الاستجابة المذكورة في الوثيقة على خمس قواعد مهمة هي: الجاهزية للطوارئ، وتأمين الموارد اللازمة، والشراكة الفاعلة، وتوحيد الجهود بين مقدمي الخدمات الصحية ومستويات الطوارئ، ومرونة الأنشطة وتفويض المسؤوليات، وأخيراً مشاركة المجتمع والمستفيدين (وزارة الصحة، 2014).

أبرز مهددات الصحة في قطاع غزة:

ولعل القطاع الصحي من أكثر القطاعات تأثراً بالحصار المجرم واستمراره طيلة هذه السنوات - وما يزال -، وذلك من خلال شح الموارد اللازمة لتوريد الأدوية والمستهلكات الطبية، وقطع الغيار والأجهزة الطبية، ناهيك عن صعوبة خروج الطواقم الطبية والهندسية للتدريب والتأهيل، وارتفاع معدلات مهددات الصحة، حيث شكل الحصار التهديد الأكبر والأخطر على الصحة العامة. وما تبعه من أزمة اقتصادية، وارتفاع معدلات الفقر، والبطالة، وسوء التغذية، والتلوث، وضعف الضمان الاجتماعي، وزيادة معدلات التسرب من المدارس وإكمال الدراسة بالذات في المرحلة الثانوية.

إضافة إلى أزمة المياه، التي ما عاد يصلح أكثر من 10% منها للاستخدام الآدمي، وأزمة الكهرباء، التي استعصت على الحل - لغاية الآن -.

كما يمثل تلوث الهواء والتربة، والتصحر، وندرة المياه العذبة، وملوحة المياه المتوفرة حالياً، ومعالجة مياه الصرف الصحي، والأمراض المنقولة عن طريق المياه، وتدهور التربة، وسوء إدارة النفايات الصلبة، واستنزاف المياه الجوفية، وتلوثها تحديات بيئية إضافية (وزارة الصحة، 2014).

إضافة إلى الحروب الصهيونية الهمجية الظالمة المدمرة، وبتواطؤ دولي وإقليمي مفضوح، حيث شنت دولة الكيان الصهيوني ثلاثة حروب شاملة بين العامين (2006-2014)، ناهيك عن عشرات التوغلات العسكرية والاجتياحات للأطراف مما سبب دماراً هائلاً في البنية التحتية، في الطرق، والماء، والكهرباء، وشبكات ومحطات الصرف الصحي، وتخریب للأراضي الزراعية، وتسميم للتربة بسبب إلقاء آلاف الأطنان من الأسلحة والمتفجرات، التي أكدت تقارير دولية أن الكثير منها محرم دولياً، بل وزادت مشاكل المياه، وتعالقت صرخات المؤسسات الدولية بإنقاذ الوضع المائي الكارثي في القطاع من ارتفاع هائل للأملح، والكلور، والنترات فيه، إضافة لتلوث أجزاء من الخزان الجوفي بفعل تسرب سمّيات القذائف المحرمة دولياً، والتي زادت نسب الإشعاع في مناطق القصف، وارتفعت معدلات تشوه الأجنة ثلاثة أضعاف المعدل العالمي، كما ارتفعت نسب المشخصين كمرضى سرطانات عقب كل حرب (وزارة الصحة، 2014).

وكان للحصار تأثيرات اجتماعية عميقة بارتفاع معدلات الفقر والبطالة، كما ارتفعت نسب الأطفال المصابين بفقر الدم وسوء التغذية، وارتفعت معدلات التوتر بين سكان القطاع، وكان أكثر المتأثرين بالحروب المتكررة على القطاع هم الأطفال، فزاد معدل الاكتئاب، والخوف، والتبول اللاإرادي، وقلة التركيز، وتدني التحصيل العلمي، واليأس، وكلها من المؤثرات على الصحة (لانسينت، 2010).

ومما لا شك فيه أن الحصار الخانق على قطاع غزة سبب أزمة مجتمعية متعددة الأبعاد والتأثير، والمشكلة الصحية تمثل مرحلة من مراحل الأزمة، لكنها لا تمثل الأزمة كلها، فهي جزء من الأزمة، وهي عبارة عن عائق أو عقبة تحول دون تحقيق الفرد والمؤسسة لأهدافها.

ويعاني النظام الصحي حالياً بشدة جراء اشتداد واستمرار الحصار، وضعف التمويل بعد نكوص الممولين الكبار، والتشردم والتشظي جراء استمرار وتعمق مظاهر الانقسام السياسي الفلسطيني، ناهيك عن تضاؤل الإيرادات بفعل الفقر المدقع، وارتفاع معدلات البطالة، مع استمرار وتيرة الإنفاق الصحي بالازدياد تحت ضغط الحاجة.

تفصيل اللبانات البنائية الست للنظام الصحي الفلسطيني (المستشفيات الحكومية نموذجاً)

1) الموارد البشرية والوفود الطبية الزائرة:

1.1 : القوى العاملة في القطاع الصحي عموماً والمستشفيات الحكومية خصوصاً:

تعتبر منظمة الصحة العالمية أن أي نظام صحي يمكن رصده وتقييمه من خلال المكونات الأساسية الست للنظام الصحي، المتمثلة في تقديم الخدمات، والقوى العاملة في المجال الصحي، وتوفير قاعدة البيانات الصحية (نظم المعلومات الصحية)، والتمكن من الحصول على الأدوية الأساسية والمستلزمات الطبية ومدى توفرها، وتوفير التمويل للنظام الصحي، مع وجود للحكومة ووضوح أدبياتها وآلياتها (منظمة الصحة العالمية، 2007) .

ومن أهم العوامل التي تعكس جودة خدمات الرعاية الصحية، من وجهات نظر المرضى، توافر الأدوية بنسبة 67%، يليها الاحترام بنسبة 46,5%، ثم تماثلهم للشفاء بنسبة 34% (عان، 2011).

ويعتبر العنصر البشري أحد مقومات المنظمة، التي يجب الحفاظ عليها، والسعي لتطويرها من أجل الرقي بها نحو الأفضل، ونحو تحقيق الأهداف الموضوعية (حريم، 2003).

بلغ إجمالي القوى العاملة في القطاع الصحي الفلسطيني (14.156) موظفاً (وزارة الصحة، وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين، الخدمات الطبية العسكرية، والمؤسسات غير الحكومية)، وقد شكلت وزارة الصحة أعلى نسبة من القوى العاملة، حيث بلغت ما نسبته 64% من إجمالي العاملين في القطاع الصحي (9030) موظفاً غير شامل للمستكفين البالغ عددهم (2.345) موظفاً، وأقل نسبة كانت الخدمات الطبية؛ حيث بلغت 6.2% من إجمالي العاملين في القطاع الصحي (وزارة الصحة، 2014).

وفي وزارة الصحة كانت نسبة فئة التمريض التي تشمل المسميات الوظيفية التالية: (حكيم، ممرض، قابلة، ووظيفة إشرافية تمريض) تشكل 26% من إجمالي نسبة العاملين في وزارة الصحة كأكثر نسبة، يليها فئة الأطباء (بشريين وأطباء أسنان، ووظائف إشرافية للأطباء) بنسبة 22.8%، وبلغت نسبة العاملون في المستشفيات 64.1% من (9030) موظفاً منهم (1358 طبيياً، 1992 تمريضاً، 643 مهنة طبية مساعدة، 136 صيدلياً، 865 إدارياً، 756 خدمات وعمال وفنيين، 33 مهندسين ومبرمجين، وأخصائيين نفسيين واجتماعيين، و3 مفتشي صحة) (وزارة الصحة، 2012).

وفي إطار دراسة معدل القوى العاملة في مستشفيات وزارة الصحة حسب التخصص بالنسبة للسكان والأسرة إذ بلغ عدد السكان (1.790.010)، وكان المعدل عند دراسة أعداد الأطباء-مثلاً- بالقياس لعدد الأسرة (0.6) فقط علماً بأن عدد الأسرة في المستشفيات (2.107 أسرة)، وبالقياس لأعداد المرضى منسوباً لعدد الأسرة كان 0.9 فقط (وزارة الصحة، 2014).

وشكلت أعلى نسبة موظفين في مجمع دار الشفاء الطبي بنسبة 30% (1738)، ومستشفى ناصر 15.2% (877)، ومستشفى غزة الأوروبي 13.5% (783)، كما شكل مستشفى الدكتور عبد العزيز الرنتيسي للأطفال نسبة 4.3% بواقع (248 موظفاً)، وأقلها مستشفى العيون 2.1% بواقع (126 موظفاً) (وزارة الصحة، 2014:33).

1.2: تطوير وتأهيل الكادر البشري في وزارة الصحة: على الرغم من أنه كانت هناك حاجة ماسة للكثير من الأخصائيين في المراكز، والقطاعات الصحية المختلفة، إلا أنّ الكثير من الأطباء الفلسطينيين كانوا يبقون بدون عمل وخاصة في الوظائف من ميزانية الخدمات الحكومية، كما أن العاملين في الحقل الطبي كانوا يفقدون لفرص التدريب والاختصاص (فياض، 2009).

وفي دراسة حول واقع التمكين الإداري في المؤسسات خرج الباحث فيها بتوصيات عديدة، كان أهمها تخصيص الإدارة ميزانية ملائمة لبرامج تدريب الموظفين، وتقييم البرامج التدريبية التي يشارك فيها الموظفون بشكل منتظم (صيام، 2015).

وفي ذات السياق فإن حصول الموظفين على صلاحيات وحرية أكبر في مجال الوظيفة المحددة التي يقوم بها الموظف، ومنحه حرية المشاركة وإبداء الرأي في أمور، في سياق الوظيفة وخارجها، هو المفهوم الحقيقي للتمكين الإداري (ملحم، 2006).

وعلى صعيد المشاريع التطويرية للكادر البشري، فقد اهتمت وزارة الصحة بالارتقاء بالكادر البشري، والعمل على تطويره، وتضمين ذلك في أهداف الوزارة الاستراتيجية، وتم وضعه ضمن أحد أهم أولويات خطط الوزارة التطويرية، كما أن الوزارة استطاعت أن تحقق نقلة نوعية بالكادر الصحي من خلال ابتعاثها عدداً كبيراً من الأطباء للحصول على الدرجات العليا، وكذلك الارتقاء بالمخرجات التعليمية، والبيئية العلمية والعملية بكافة جوانبها .

ومن أهم إنجازات الوزارة في مجال تطوير وتدريب الكادر البشري-على سبيل المثال- وذلك حسب ما ورد في تقرير الوزارة للعام (2014) عبر التعليم عن بعد: (أمسيات علمية، ومحاضرات، دبلومات ودورات عبر الفيديوكونفرنس)، والدراسات العليا الداخلية (دبلومات وماجستير)، والبعثات الخارجية (منح في تخصصات متعددة)، والدورات التدريبية (في الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية، إضافة إلى الدورات التي انعقدت بالتعاون مع ديوان الموظفين العام)، وبرنامج البورد الفلسطيني؛ (حيث بلغ عدد الملتحقين في برامج البورد الفلسطيني 182 طبيباً) (وزارة الصحة، 2014:34).

علماً بأن الوزارة تصدر كل عام تقارير حول الأداء التدريبي والتطويري لكوادرها الفنية والإدارية، التي تبدأ عادة ببعثات التخصص الخارجية (ماجستير ودكتوراه)، مروراً ببرامج التدريب الداخلي (البورد الفلسطيني في التخصصات الطبية)، إضافة إلى قائمة طويلة بأسماء الدورات، في كل المجالات الفنية والإدارية، ناهيك عن الدبلومات التي تشرف عليها الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية في الوزارة.

1.3 : الوفود الطبية الزائرة لوزارة الصحة:

أهداف الوفود الطبية الزائرة لوزارة الصحة: وعلى صعيد الوفود الطبية الزائرة والمتضامنة مع غزة، فقد عكفت وزارة الصحة على وضع استراتيجية للاستفادة من حركة هذه الوفود الزائرة، وتوجيهها نحو سد النقص في الكفاءات في مجالات محددة، أو باتجاه منحى تدريبي للطواقم العاملة في وزارة الصحة بشكل أساسي، إضافة للاستفادة منها في القطاع الصحي غير الحكومي.

ولقد زادت وتيرة قدوم هذه الوفود أثناء الحروب المتكررة التي شنها الاحتلال الإسرائيلي على غزة، بالذات حرب (2008-2009)، وحرب 2012، وحرب 2014.

وحسب تقرير وزارة الصحة للعام (2014) - مثلاً- والتي شهدت حرباً مدمرة لمدة (51) يوماً، فقد كان عدد الوفود التي استقبلتها وزارة الصحة (93) وفداً، منها 85 وفداً صحياً بنسبة 91.4% وهي عبارة عن وفود طبية وجراحية تخصصية، ووفود تدريبية، إضافة إلى (8) وفود تضامنية بنسبة 8.6%، كانت تقوم بزيارات ميدانية لمستشفيات ومراكز وزارة الصحة في إطار الدعم الإنساني وتوفير بعض اللوازم الطبية أحياناً.

أهم تخصصات الوفود الطبية الزائرة لوزارة الصحة: وتبين أن نسبة الوفود المتخصصة في جراحة القلب للأطفال والكبار، والتجميل، والعظام قد احتلت المراتب الأعلى من إجمالي الوفود الصحية.

وهي تعكس استمرار احتياج قطاع غزة لمثل هذه الجراحات، إما بهدف إجراء عمليات نوعية، أو تطوير قدرات وتدريب الكوادر الفلسطينية في القطاع، بالإضافة إلى استحداث خدمة جديدة، هي خدمة زراعة الكلى.

كما شمل بند الجراحة التخصصية والمناظير جراحة القولون واليد والعمود الفقري، والإسعاف والطوارئ، والتأهيل، والعلاج الطبيعي، والعناية المركزة.

أهم الدول التي تنتمي إليها الوفود الطبية الزائرة: وتنتمي حركة الوفود إلى ما يمكن تسميته "الدبلوماسية الشعبية" ويعد نوعاً من أنواع الاتصال الذي يستخدم كأسلوب من أساليب تغيير اتجاهات الرأي العام في الأزمات (عبد الهادي، 1995).

وهي ذلك النشاط الذي يبذله بلد أو دولة ممثلة في شعبها لكسب الرأي العام الخارجي بعيداً عن نشاط السفارات والبعثات الرسمية، ولقد أضحت الدبلوماسية الشعبية أعمق تأثيراً من الدبلوماسية الرسمية، باعتبارها أوسع انتشاراً وأكثر فاعلية (خلف، 1987).

والجدير ذكره أن نسبة الوفود الصحية الأعلى كانت من الولايات المتحدة الأمريكية وإيطاليا وفلسطين، ويقصد بهم الفلسطينيون المقيمون بالخارج أو داخل الخط الأخضر، أما البلدان الأخرى فقد شملت دول متنوعة، مثل: (الجزائر، تشيلي، ماليزيا، السودان، المكسيك، لبنان، سويسرا، سورية، بلجيكا، نيوزيلندا، السعودية) (وزارة الصحة، 2014:35).

أماكن توزيع الوفود الطبية: كما أنّ أكبر نسبة للوفود الصحية كانت في مجمع الشفاء الطبي (84.12%)، ومستشفى غزة الأوروبي (28.85%)، ويعزى ذلك إلى كبر حجم ونطاق الخدمات المقدمة في مثل هذه المستشفيات، إضافة إلى الإمكانيات واللوجستيات المتوفرة فيها، خاصة تلك المتعلقة بجراحة القلب وجراحة المخ والأعصاب، وجراحة التجميل، وجراحة المسالك البولية، وجراحة العظام، وخدمات زراعة الأعضاء (وزارة الصحة ، 2014:36).

أهم المؤسسات العاملة على استقدام الوفود الطبية: إن أكبر مؤسسة صحية عملت في مجال استقدام الوفود الطبية كانت جمعية إغاثة أطفال فلسطين (43.01%) لاعتمادها برنامجاً لجراحة قلب الأطفال في الأوروبي، الذي يهدف إلى استقدام خبرات طبية في هذا المجال لإجراء عمليات وتدريب كوادر الوزارة، يليها أطباء بلا حدود -فرنسا- (18.28%) بالإضافة إلى العديد من المؤسسات الأخرى: (مؤسسة بيما، أطباء العالم -إسبانيا- ، التعاون الإسلامي، العون الطبي - بريطانيا، برنامج غزة للصحة النفسية، "مؤسسة جازيلا " جوليتا" مكتب غزة) (وزارة الصحة ، 2014:37).

(2) الخدمات الصحية:

توطئة: الرعاية الصحية عبارة عن عملية تتوحد فيها جهود الأطباء والممرضين والصيدالدة وغيرهم من العاملين في الحقل الصحي لتوفير الرعاية للمرضى كل حسب خبرته، ويجب على الصيدالدة كأعضاء في فريق رعاية المريض أن يقدموا الرعاية المباشرة للمرضى وذلك بتطبيق كل ما لديهم من المعلومات والكفاءات للتوصل إلى أفضل النتائج العلاجية (الجديلي، 2006).

وينبغي التأكيد-هنا- أن الخدمات العلاجية مرتبطة وبشكل تكاملي بتحسين وتطوير الخدمات التشخيصية، التي تطورت عالمياً بإدخال أحدث تجهيزات التصوير الطبي بما فيها المناظير الطبية، والتشخيص المخبري بمختلف عناوينه ومسمياته، مروراً بالخدمات العلاجية وبكل مستوياتها، على قاعدة تقديم اللازم والأفضل والأكثر أماناً للمريض، وصولاً إلى حالة العافية.

2.1: المستشفيات الحكومية في قطاع غزة: بلغ عدد المستشفيات التي تديرها وزارة الصحة في قطاع غزة (13) مستشفى حكومياً، بما فيها مستشفى الصحة النفسية، كما تدير وزارة الصحة (2,107) أسرة بما يمثل 73.6% من مجموع الأسرة في القطاع، البالغ عددها (2.864) سريراً (وزارة الصحة، 2014:38).

2.2: المؤشرات الرئيسية للمستشفيات : ولدى دراسة المؤشرات العامة للأعوام 2009م -2012م تم ملاحظة أن نسبة إشغال الأسرة في العام 2009 كانت 69.32%، بينما في 2010 كانت 82%، وفي العام 2011م كانت 82.53%، وفي العام 2012م كانت 94%، بمعنى أن نسبة الإشغال كانت تسير بشكل تصاعدي .

ولدى دراسة متوسط مكوث المرضى في عام 2009 كانت (4.15)، وفي عام 2010 (2.9)، وفي عام 2011 كانت (2.94)، وكانت في عام 2012 (3.4).

وفي مؤشر دوران السرير كانت في العام 2009 (96.9)، وفي العام 2010 (103)، وفي العام 2011 (107)، وفي العام 2012 (104) وفي العام 2013 (106).

وفي مؤشر وفيات الأقسام كان في العام 2009 (2410)، وفي العام 2010 (2484)، وفي العام 2011 (3034)، وفي العام 2012 (9025) (وزارة الصحة، 2013:10).

كما شكلت نسبة حالات الدخول إلى مستشفيات وزارة الصحة 87.8% من إجمال حالات الدخول إلى المستشفيات في قطاع غزة، البالغة (220.557) حالة، وبلغت نسبة إشغال الأسرة في مستشفيات وزارة الصحة 86.0%، ومتوسط مدة مكوث (2.8) يوماً، ومعدل دوران السرير السنوي (112) مرة، وفترة خلو السرير بلغت يوماً (وزارة الصحة، 2014:39).

2.3: معدلات المساهمة الفعلية للمستشفيات الحكومية من إجمالي الخدمات المقدمة في القطاع

الصحي (قطاع غزة) :

في تقرير أداء الإدارة العامة للمستشفيات في وزارة الصحة- غزة جاء فيه أنه تم إجراء ما نسبته 61.5% عملية جراحية من مجموع العمليات الجراحية في القطاع، والبالغة (104.268) عملية جراحية في قطاع غزة، كما سجلت مستشفيات وزارة الصحة 75.5% من إجمالي حالات الولادة في مستشفيات القطاع، البالغة (53.631) حالة ولادة، وتردد على أقسام الإسعاف والطوارئ في مستشفيات القطاع (1.287.720) مريضاً أغلبها لمستشفيات وزارة الصحة، بينما كان عدد مراجعي العيادات الخارجية (998.314) متردداً.

كما تم إجراء (1.988) عملية قسطرة في مستشفيات وزارة الصحة (الشفاء والأوروبي)، إضافة لإجراء (348) عملية جراحة قلب مفتوح في مستشفيات وزارة الصحة (الشفاء والأوروبي).

كما وأجريت 81% من إجمالي حالات التصوير الطبي والأشعة في القطاع، البالغة (641.010) حالة، كما أجريت 91.8% من إجمالي الفحوصات المخبرية، البالغة (4.241.420) فحصاً.

كما أجرت مستشفيات وزارة الصحة (68.751) جلسة غسيل كلوي لحوالي (557) مريضاً بالفشل الكلوي، و(15.595) جلسة علاجية لمرضى الدم والأورام، وكذلك تم فحص (5.541) عينة من فحوصات الأنسجة والخلايا، وقدمت المستشفيات خدمات العلاج الطبيعي لحوالي (51.119) متردداً، وقد بلغ عدد الجلسات (165.195) جلسة، بمعدل (3.2) جلسة لكل مريض سنوياً.

2.4: خصائص الخدمات الصحية الجيدة حسب منظمة الصحة العالمية: وفي التقرير الخاص بالصحة

في العالم للعام 2008م الصادر عن منظمة الصحة العالمية، والذي أبرزت فيه الخصائص الرئيسية لتقديم الخدمات الجيدة وكانت حسب الترتيب (الشمولية، إمكانية الوصول، التغطية، استمرارية الرعاية، وتنظيم تقديم الخدمات، الجودة، وتنظيم الخدمات حول الشخص " لا المرض أو التمويل"، ثم التنسيق بين الشبكات المحلية التي تقدم الخدمات الصحية والقطاعات الأخرى والشركاء، وآخرها إدارة الخدمات الصحية بشكل جيد) (منظمة الصحة العالمية، 2008) .

2.5: تأثير الحروب المتكررة على المستشفيات الحكومية: لقد كان تأثير

الحروب المتلاحقة على قطاع غزة في الأعوام (2008، 2009، 2012، 2014) مدمراً، ناهيك عن عشرات التوغلات العسكرية، والاجتياحات، والقصف الجوي، والبحري، والبري لكل مناطق القطاع، ووقوع آلاف الضحايا بين قتيل وجريح ومعاق، كما تم استهداف البنية التحتية، فأحدثت الحروب دماراً هائلاً في البنية التحتية من شبكات مياه وصرف صحي وتعطيل لخدمات الكهرباء والمياه والاتصالات، وتدمير

للبیوت والمدارس والمستشفيات، واستهداف للمراكز الصحية، والطواقم الطبية العاملة، والمؤسسات المدنية، ما أدى إلى حرمان شريحة واسعة من المواطنين للخدمات الصحية (وزارة الصحة، 2013، 11).

(3) الأدوية والمستهلكات الطبية والهندسة والصيانة:

3.1: الواقع الإداري للصيدلة والصيدالة في وزارة الصحة: يتم تنظيم هذا القطاع بوزارة الصحة عبر الإدارة العامة للصيدلة، ويعمل في وزارة الصحة (230) صيدلياً قانونياً، إضافة إلى (164) مساعد صيدلي (4.3% من إجمالي العاملين حالياً في وزارة الصحة)، ويعمل من هذا المجموع (136) كصيدالة في المستشفيات الحكومية، أي بواقع 2.4% من مجموع العاملين في مستشفيات وزارة الصحة، البالغ (5788)، وذلك حسب تقرير القوى العاملة للعام 2014م (وزارة الصحة، 2014، 41).

يعدّ عدد الصيدالة ومساعدی الصيدالة الحاصلین على ترخيص من وزارة الصحة أعلى من النسب العالمية، حيث تبلغ نسبتهم (138) لكل (100.000) نسمة، علماً بأن مقياس منظمة الصحة العالمية (50) لكل (100.000) نسمة (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، 2012).

3.2: الصيدلة في المستشفيات الحكومية: وتشرف على إدارتها وتنظيمها دائرة الصيدلة بالإدارة العامة للمستشفيات، وتعدّ صيدلة المستشفيات جزءاً من الرعاية الصحية المختصة بتوفير وتخزين وصرف الدواء والمهمات الطبية اللازمة لكل من المرضى المنومين في الأقسام الداخلية بالمستشفى ومراجعي العيادات الخارجية بالإضافة إلى تقديم النصيحة للفريق الطبي والمرضى عن استخدام الدواء بطريقة فاعلة وأمنة (أبو عزيز، 2010).

3.3: قيمة الاحتياج الفعلي من الأدوية والمستهلكات الطبية بوزارة الصحة: حسب تقرير وزارة الصحة للعام 2012م فإن قائمة الأدوية الأساسية تستهلك (40) مليون دولار أمريكي سنوياً، إضافة إلى (6) ملايين دولار للأدوية خارج القائمة الأساسية، وتستهلك قائمة المستهلكات (8) ملايين دولار سنوياً تقريباً.

في حين مثل الصرف على شراء الأدوية والمستهلكات الطبية جزءاً كبيراً من موازنة وزارة الصحة، حيث كانت في عام 2000م (17%)، وأصبحت في عام 2009م (25%) (وزارة الصحة، 2012).

علماً بأن أدوية ومستهلكات القسطرة القلبية غير مدرجة في الأرقام الواردة في تقرير الصحة للعام 2012م. وفي إطار دراسة بحثية حول تقييم نظام إدارة المستودعات الطبية الحكومية المركزية فقد خلصت الدراسة إلى أن مساحة المستودعات غير كافية بشكل عام، كما أكدت الدراسة وجود أصناف مكدسة في أماكن التخزين، وفي توصياتها جاءت بضرورة اتباع مبادئ الممارسة الجيدة، وتوسيع منطقة التخزين، ومراقبة وتوثيق درجة الحرارة والرطوبة في جميع المخازن، وتحسين نظام مراقبة المخزون وذلك حسب المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بهذا الخصوص (القيق، 2005).

وفي دراسة حول المستودعات في المنظمات الأهلية ووكالة الغوث، خلصت إلى أن المستودعات بحاجة إلى مزيد من الاهتمام لدورة إدارة الأدوية، وضمان توافر مقاييس السلامة، وبعدها تدريب المسؤولين عن تخزين الأدوية أمراً ضرورياً مع التركيز على المتابعة والإشراف بعد التدريب (طبش، 2011).

3.4 القائمة الأساسية للأدوية والمستهلكات الطبية: وتتكون قائمة الأدوية الأساسية المتداولة في وزارة الصحة من (481) صنفاً دوائياً، في حين تتكون قائمة المهمات الطبية الأساسية، التي تم اعتمادها في 2012 من (902) صنفاً، وتقدر الموازنة السنوية للأدوية والمهمات الطبية في وزارة الصحة بما يقارب (40) مليون دولار، منها: (33) مليون دولار للأدوية و7 ملايين دولار للمهمات الطبية (وزارة الصحة، 2014).

علماً بأن قائمة الأدوية الأساسية، وبتوافق بين الإدارة العامة للصيدلة مع الإدارة العامة للمستشفيات والإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية، قد تم توزيعها على عشر خدمات أساسية، تتمثل في خدمة الجراحة، والعناية الفائقة، وخدمة الرعاية الصحية الأولية، وخدمة العيون، وخدمة جراحة القلب المفتوح والقسطرة، وخدمة الغسيل الدموي ومرضى زراعة الكلى، وخدمة الصحة النفسية، ومثبطات المناعة لزرعي الأعضاء وكذلك تم توزيع أصناف قائمة المهمات الطبية الأساسية على خدمة الغسيل الدموي ومرضى زراعة الكلى، خدمة العظام، خدمة الأسنان، خدمة السمعيات، خدمة الأشعة، خدمة الحضانة، بالإضافة إلى أصناف المهمات العامة التي يعدّ توفرها متطلباً لاستمرار جميع الخدمات (وزارة الصحة، 2013).

3.5: معاناة القطاع الصيدلاني الحكومي في ظل الحصار: ويواجه قطاع الصحة في غزة نقصاً حاداً في الأدوية والمستهلكات الطبية، وهي ناتجة عن الحصار المستمر، وشح الموارد المالية، إضافة إلى ضعف التعاون بين جانبي وزارة الصحة الفلسطينية في الضفة الغربية وغزة، ناهيك عن الاستخدام غير المرشد للأدوية والمستهلكات، وهناك نقص دائم في الأدوية الخاصة بالأمراض المزمنة والمستهلكات، مثل أدوية جراحة القلب المفتوح والمستهلكات اللازمة لهذا النوع من الجراحات، أو بعض المضادات الحيوية، وأدوية مرضى الأورام، وبعض أدوية ومستلزمات العمليات الجراحية، والغسيل الدموي "الكروي"، وبعض أدوية العناية المركزة، وبعض أنواع أدوية التخدير، ومثبطات المناعة لمرضى زراعة الأعضاء، وأمراض الدم، والأدوية النفسية، وبعض مستلزمات جراحات العيون، والقسطرة القلبية، ومستلزمات جراحة القلب المفتوح، وطال العجز الدوائي للأدوية المستخدمة في مستشفيات الأطفال، أما على صعيد المستهلكات فكان النقص في كثير من أنواع الحقن، والشاش، وأفلام صور الأشعة، وفلاتر ترشيح أجهزة غسيل الكلى، والمستهلكات المستخدمة لأجهزة فحص نبض الأجنة، وطال العجز الورق الخاص بتخطيط القلب، ومستهلكات المناظير، وأجهزة الضغط الوريدي المركزي، ومستلزمات المختبرات الطبية ... إلخ (وزارة الصحة، 2013).

وقد أكدت التقارير السنوية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية صدقية هذه القراءات فيما يخص الأدوية والمستهلكات الطبية، والجدير ذكره أن الوارد من الأدوية والمهمات الطبية لمستودعات الإدارة العامة للصيدلة في المحافظات الجنوبية يتم توريده من ثلاثة مصادر رئيسية، تتمثل في كل من مستودعات وزارة الصحة في رام الله، ومشترياتها في غزة، إضافة إلى التبرعات الخارجية، فقد جاء متوسط التوريد عبر التبرعات حوالي (14) مليون دولار من إجمالي التوريدات، (5) ملايين دولار متوسط توريدات رام الله، (3.5) ملايين دولار مشتريات الوزارة في غزة، أي حوالي (25) مليون دولار من أصل احتياج سنوي (40) مليون دولار (وزارة الصحة ، 2013).

كما أن العلاج التخصصي كان في بدايته هو "NEDL" أي الأدوية خارج القائمة الأساسية، ومع المدة أصبح من الأدوية غالية الثمن، لأن غالب هذه الأصناف تم إدراجها ضمن قائمة الأدوية الأساسية (وزارة الصحة، 2012).

3.6: الخدمات المتأثرة بشدة من نقص الأدوية والمستهلكات الطبية: وعن بعض الخدمات العلاجية التي توقفت بسبب نقص الأدوية والمستهلكات الطبية فقد كان على رأسها خدمة الأورام، وبالتحديد المرضى الذين يحتاجون جرعات العلاج الكيماوي في المستويين الثالث والرابع، أو الذين يحتاجون علاجاً ذرياً حيث يتم تحويلهم للعلاج بالخارج، أما خدمات القسطرة القلبية وجراحة القلب المفتوح فقد توقفت في أحيان كثيرة داخل الوزارة بسبب نقص المستهلكات الطبية قبل أن تعاود عملها، وكذلك بعض الجراحات لنقص المستهلكات، مثل بعض جراحات العظام وزراعة مفاصل، وعلاج التهاب الكبد الوبائي (وزارة الصحة، 2012).

3.7: قطاع الهندسة والصيانة في وزارة الصحة وأهميته: كما هو معلوم فإن أبجديات العملية التشخيصية والعلاجية القائمة تعتمد على وجود التجهيزات الطبية والمخبرية الكافية، نظراً للتطور الكبير في استخدام الأجهزة والمعدات الطبية، وعليه كان من الضروري الاعتماد على برامج هندسية، تضمن سلامة هذه المعدات الطبية وصلاحياتها للاستخدام، والتأكد من دقة نتائجها.

وقد أشرفت الإدارة العامة للهندسة والصيانة - وفق تقرير أداء الوزارة - على تنفيذ عدد من المشاريع الإنشائية، والطبية والتي بلغت كلفتها (51.937.651) دولاراً، منها مشاريع طبية بتكلفة (43.201.000) دولاراً.

وجاء في تقرير أداء الوزارة للعام 2014م أن عدد طلبات الصيانة بلغ (42174) طلباً تم إنجازها في المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية، وفي جميع التخصصات، كما تقوم هذه الطواقم، وعلى مدار الساعة، بمتابعة محطات الأكسجين، ومولدات الكهرباء، والمشاركة في لجان المناقصات وعروض الأسعار (342) مناقصة وعرض سعر في عام 2014م وحده، وبالمشاركة في (55) لجنة استلام في العام 2014م،

وذلك للتأكد من المواصفات الفنية لما تمت الترسية عليه، وجاء في تقارير الوزارة للعام 2013م بنود تخص الإدارة العامة للهندسة والصيانة، تركزت في مجملها على مشاريع الصيانة، والترميم والتأهيل، والإنشاءات، وصيانة الأجهزة الطبية، والأنظمة الكهروميكانيكية، وقطع الغيار (وزارة الصحة، 2014: 43).

3.8: مشاكل الهندسة والصيانة في وزارة الصحة: إلا أنه، وحسب تقرير منظمة الصحة العالمية (2009م)، الذي أشار إلى أن الأجهزة الطبية، كثير منها، أو غالباً ما تكون متعطلة، أو بحاجة لصيانة وقطع غيار، وفي بعض الأحيان تكون قد انتهت صلاحيتها للعمل .

ولقد شكل استمرار الحصار الإسرائيلي لقطاع غزة، وفرض قيود على الحركة والتنقل عبر المعابر الحدودية المشتركة بين دولة الكيان الصهيوني والقطاع إلى تفاقم الحالة الصعبة لقطاع الهندسة والصيانة في وزارة الصحة، كما شكل ضعف التنظيم الداخلي لخدمات الصيانة الهندسية عبئاً إضافياً على هذا القطاع، ويعاني القطاع حالياً أوضاعاً حرجية نتيجة للحصار وتدمير البنية التحتية، خاصة بعد الاجتياح الإسرائيلي في كانون الأول 2008م ← 2009م، وتسبب الاجتياح بتدمير المنازل والمرافق العامة والصحية (منظمة الصحة العالمية، 2009: 1).

كما أن هناك أعطالاً متكررة تطال المعدات الطبية نتيجة عوامل عديدة، منها: انقطاع التيار الكهربائي والمياه الشائبة (وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، 2013).

وفي أثناء الحرب الإسرائيلية على غزة في ديسمبر 2008 ← يناير 2009م وبعدها، قامت كثير من الجهات المانحة بإدخال معدات طبية كثيرة إلى قطاع غزة دون استشارة وزارة الصحة، أو حتى الاتفاق معها على نوعية وإمكانيات هذه الأجهزة وعمرها الافتراضي، والتأكد من وجود أنظمة صيانة لها في غزة ، أو وكالات لشركاتها المنتجة لها، ما أدى إلى تفاقم المشاكل (منظمة الصحة العالمية، 2010: 1). وعلى فرضية صعوبة استخدام هذه الأجهزة المتبرع بها، أو صيانتها والحفاظ عليها بشكل صحيح، إلا أنه ومع تراكم الخبرات، أصبحت كل مستشفيات الوزارة تحظى بإمكانية الحصول على خدمات الصيانة الهندسية.

والجدير ذكره أن معظم العاملين في الإدارة العامة للهندسة والصيانة من مهندسين وفنيين وإداريين قد امتنعوا عن القيام بواجبهم الوظيفي، واستتفوا عن أداء مهماتهم تحت بند الانقسام السياسي، وذلك بعد الحسم العسكري الذي قامت به حركة حماس في يونيو 2007م .

وفي استطلاع أجرته منظمة الصحة العالمية في مايو 2009م وجد أن ثلاثة أرباع المهندسين والفنيين الذين شملهم الاستطلاع لم يتجاوز وجودهم على رأس أعمالهم عاماً واحداً، والباقي موظفون جدد (منظمة الصحة العالمية، 2009: 2).

3.9: التأثيرات المباشرة للحصار على الهندسة والصيانة في وزارة الصحة: وبسبب الحصار المفروض على غزة فإن معظم المعدات الطبية الموجودة هي من التبرعات، ما شكل عدم وجود ضمانات على الأجهزة، ولم تتوفر خدمات ما بعد الضمانة، بل إنه بعد الحرب على غزة 2008-2009 وُجد أن الكثير من هذه المعدات المتبرع بها لا يمكن استخدامها أصلاً، لأنها لم تكن مطلوبة، وليس معها أي وثائق أو أدلة للتشغيل والصيانة، أو حتى أدلة المواصفات الفنية، ناهيك عن عدم تلقي الطاقم الصحي التدريب عليها، كما وجد تعدد كبير في الأنواع والموديلات الموجودة، ما أضعاف الفرصة للاستفادة الحقيقية من هذه الأجهزة الطبية (منظمة الصحة العالمية، 2010).

وقد أدى تقليص إمدادات الوقود، وزيادة مشاكل توليد وتوزيع الكهرباء إلى مزيد من الضغط والإنهاك للقطاع الاقتصادي، والخدمات، بما فيها القطاع الصحي (عبد، 2007).

وأكدت دراسة لمنظمة الصحة العالمية منشورة في العام (2010) أن ضعف نظام جرد الأجهزة الطبية، وعدم فعالية نظام مشتريات مركزي مبنى على أسس وإجراءات مناسبة، إضافة إلى عدم الوضوح في توزيع المهام بين الأقسام، والخلط بين المهام والمسئوليات، وانتهاء بالنقص في الأدوات، ومساحة ورش الصيانة، وأجهزة اختبار السلامة، كل ذلك زاد من التحديات المتعلقة بتنظيم خدمات الهندسة والصيانة في غزة (منظمة الصحة العالمية، 2010).

وفي دراسة أخرى أجريت لتقييم إدارة المعدات الطبية في المرافق الحكومية بغزة، وُجد أن النسبة الغالبة للمستطلعين من مديري القطاع الطبي والأطباء والمرمضين المسؤولين عن الأجهزة لم يتلقوا أي دورات تدريبية على صيانة المعدات في السنوات الثلاث الماضية، وأكدت النسبة الغالبة منهم أيضاً عدم وجود مساحات كافية، أو مخازن لحفظ واستخدام الأجهزة الطبية، كما أكدوا أنه لا يوجد نظام للصيانة الوقائية في أقسامهم، وأظهرت غالبيتهم عدم الرضى عن وضع إدارة المعدات الطبية في أقسامهم وأن معظم الأجهزة المتعطلة عندهم في أقسامهم لا يوجد لها قطع غيار (مراد، 2010).

المعاناة زادت بزيادة معيقات العمل بسبب الحصار الخانق على قطاع غزة، مثل مشكلة انقطاع التيار الكهربائي، ونقص الوقود، إذ لم يعد بمقدور شركة توزيع كهرباء غزة تلبية الطلب على الكهرباء في غزة ما يضطرها لفرض برنامج تقنين صارم لتوزيع الكهرباء، ويواجه الفلسطينيون في غزة انقطاعاً منتظماً للتيار الكهربائي، وهذا يؤثر على الشركات الخاصة، والمنازل، والخدمات الصحية، ومحطات معالجة المياه العادمة، والمدارس، فتضطر هذه المنشآت إلى الاعتماد على مولدات الطاقة الكهربائية الاحتياطية المكلفة والضارة بالبيئة (وكالة الغوث الدولية، 2013).

كما ساهم نقص المنح الخاصة بتوفير قطع الغيار اللازمة لإصلاح الأجهزة الطبية، ونقص التمويل الخاص بتوفير المستهلكات والمواد اللازمة لتشغيل أجهزة المختبرات، ووقف البرامج التدريبية الخاصة بتطوير مهارات المهندسين، وذلك بسبب إغلاق المعابر، ما ساهم -أيضاً- بزيادة المعاناة، ناهيك عن أن هناك العديد من الأجهزة الطبية التي يتم توريدها من القوافل المتبرعة تكون، إمّا من نوعيات رديئة، أو من نوعيات مختلفة لا يوجد لها وكلاء في الأراضي الفلسطينية يمكن التواصل معهم لشراء قطع غيار لها عندما تتعطل. وقد توقفت بعض الأجهزة بشكل جزئي، وترى دائرة التخصصات الفنية بالإدارة العامة للمستشفيات، أنه لم يحصل تراجع في حجم التجهيزات والمعدات الطبية الخاصة بالتصوير الطبي، بل زادت كماً، وتحسنت نوعاً، وذلك لأنه خلال فترة الحصار ركزت معظم الجهات المانحة على دعم القطاع الصحي في غزة استجابة لمشروع تقييم الاحتياجات للأجهزة الطبية الذي أشرفت عليه وزارة الصحة حيث قامت بإعداد قوائم تحديث الأجهزة المتهاكلة والقديمة وقد تم استبدالها، وذلك للمحافظة على القدرة التشغيلية للأقسام الطبية المختلفة في المستشفيات، إضافة إلى تطوير بعض الخدمات مثل المناظير الجراحية والتشخيصية - العيون - فحص القلب الإيكو - الألتراساوند دوبلر - المختبرات - العناية المركزة، أجهزة الكلى الصناعية، الحضانات، الأشعة العادية، والسمعيات، وغرف العمليات).

كما تم استحداث خدمات جديدة في الوزارة، مثل: الرنين المغناطيسي، وتفتيت الحصى، وجراحة القلب وتصوير القلب بالأشعة المقطعية وديجتال فلوروسكوبي، وغير ذلك (وزارة الصحة، 2014:44).

4 الإدارة والحكم الرشيد "الحوكمة":

4.1 : الرؤية والرسالة لمفهوم الحوكمة في أدبيات وزارة الصحة:

باتت الصحة في القرن الحادي والعشرين مسئولية مشتركة، تتطوي على ضمان المساواة في الحصول على خدمات الرعاية الأساسية، وعلى الوقوف بشكل جماعي لمواجهة الأخطار.

كما لا ينبغي أن يحرم أي شخص من التدخلات الرامية إلى تعزيز الصحة لأسباب غير عادلة بما فيها الأسباب القائمة على أسس اقتصادية أو اجتماعية (منظمة الصحة العالمية، 2007).

وجاء في الرؤية والرسالة لوزارة الصحة، وحسب ما ورد في الخطة الاستراتيجية التي أطلقتها في العام 2014م، اعتماد جملة من المصطلحات وتعريفات متوافق عليها في القطاع الصحي بشكل عام، فعلى سبيل المثال: عند الحديث عن مفهوم الإنسان، يرى أنه مخلوق فريد من نوعه فسيولوجياً، ونفسياً، واجتماعياً، وروحياً، خلقه الله ووهبه إرادة وحرية وكرامة بشكل فطري، وهذا الإنسان هو وحدة كاملة لا تتجزأ، ذو خصائص وصفات محددة خاصة به، وله حقوق مقرة تتفق مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان، وتعكس قيمها الأساسية كالعدالة، والاحترام، والكرامة، واحترام الحرية الذاتية لجميع المستفيدين والطاقم الصحي، كما

تلتزم طواقم وزارة الصحة فكرياً وعاطفياً بتنفيذ الرعاية الصحية، والالتزام الدائم نحو المجتمع، وتطبيق أخلاقيات العمل الصحي.

وترى الوزارة أن طواقمها أعلى ما يملكون، وأنها تثمن التعددية، وتؤمن بشكل عميق بأن الاختلافات بين البشر أمر طبيعي، لا يقصد بها العزل أو الإقصاء، وهم باختلافهم يدركون مدى حاجة بعضهم البعض. كما أظهرت الوزارة تثمينا للعدالة في التوظيف، والعدالة في التوظيف تعني تطبيق مبادرات لإزالة التمييز في مكان العمل، كما تثمن الإنصاف الاجتماعي ويعني ذلك العدالة في المعاملة بين الذكر والأنثى، ويعني العدالة في تلقي الخدمات كلاً حسب احتياجاته الخاصة، وكذلك العدالة في الواجبات، والامتيازات، والفرص. ومن وجهة نظر واضعي الاستراتيجية الصحية فإن الهشاشة المجتمعية مرتبطة بتدني المؤشرات الصحية، والاقتصادية، والسياسية، والجغرافية، والتغيرات المرتبطة بالبيئة الاجتماعية.

ومن المهم هنا أن نستعرض -أيضاً- فهم الوزارة لمفهوم الجودة، فوجدها الباحث قد تبنت تعريف منظمة الصحة العالمية للجودة، الذي ينص على أن الجودة هي (الأداء الصحيح طبقاً للمعايير الآمنة، التي يستطيع غالبية المجتمع الفلسطيني تحمل مهامها، التي لها القدرة على الحد من المراضة، والوفاء، والإعاقة، وسوء التغذية) (وزارة الصحة، 2014:45).

4.2: التخطيط بوزارة الصحة : مرت وزارة الصحة بتغيير جذري في هيكلها التنظيمي، بسبب الوضع السياسي، فقد أدى الصراع السياسي وإضراب الموظفين وعدم وحدة القيادة، والانقسام بين الفلسطينيين، إلى نقص وإعادة توزيع القوى العاملة في وزارة الصحة، والمساعدات التي تحكمها السياسة والمحسوبية السياسية كل ذلك أثر على الهيكل الحالي لوزارة الصحة (أبو حمد، وشلبي، 2013). ويعتبر التخطيط الاستراتيجي صعباً للغاية، عندما يكون الوضع السياسي هلامياً، وغير مستقر، (وتعدّ الوظيفة لأي خطة صحية هي تلبية الاحتياجات المعقدة التي يعاني منها السكان إن أمكن) (ليند وسمان، 1978).

وحيث إن التخطيط هو البديل عن الاعتماد على الحظ الجيد (كوفمان، 1992)، ويمارس التخطيط في كافة مناحي الحياة ، وعلى جميع المستويات، سواء الفرد أو المؤسسات أو الدول ، وفي كافة التخصصات سواء التربوية أو الاقتصادية أو الاجتماعية أو السياسية ، وينحصر الاختلاف في حجم ونوعية الأهداف المراد تحقيقها (الحديدي، 2009).

ورغم أن مفهوم الاستراتيجية هو مفهوم مختلف على معناه، باختلاف الأفراد، إلا أن فهم وزارة الصحة باستقراء العديد من الخطط التي أطلقتها منذ تأسيس السلطة الفلسطينية، جاء على اعتبار أن الخطة الاستراتيجية هي نموذج، أو خطة تعمل على دمج الأهداف الأساسية، والسياسات والإجراءات المتتالية والموارد المخصصة للمؤسسة بطريقة فريدة، وقابلة للتطبيق بالاستناد إلى نقاط القوة والضعف، والتغيرات البيئية المتوقعة، والأنشطة المحتملة بواسطة المعارضين الأذكياء (منتزيرغ، 1991).

وعليه، ومنذ قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية سنة 1994، تم وضع أول خطة صحية وطنية استراتيجية سنة 1994، ثم وضعت خطة أخرى مؤقتة للسنوات (1996 إلى 1998)، ثم في عام 2000 أعلن عن الخطة الصحية الاستراتيجية الخماسية، حيث غطت الفترة ما بين (1999 إلى 2003)، ثم تم وضع خطط قصيرة ومتوسطة الأجل غطت الفترة من عام (2004 حتى عام 2006)، ثم أطلقت الوزارة في غزة خطتها الاستراتيجية الخمسية سنة 2014.

4.3: أثر الانقسام السياسي على الواقع التخطيطي والإداري في وزارة الصحة: بعد الانقسام السياسي سنة 2007 وضعت وزارة الصحة في غزة، ونظيرتها في رام الله خطط عمل مختلفة بدون المشاورات المفترضة بين غزة والضفة الغربية، حيث قامت وزارة الصحة في الضفة الغربية بإطلاق خطة مؤقتة غطت الفترة ما بين (2008 إلى 2010)، وأتبعها بخطة أخرى بعنوان "الخطة الاستراتيجية الفلسطينية" التي ركزت على الضفة الغربية في الأساس، ثم تم وضع الخطة الاستراتيجية لقطاع الصحة في غزة، التي من المفترض أن تغطي الفترة بين (2014 إلى 2018).

أثر الانقسام السياسي بين الحزبين السياسيين الرئيسيين: (فتح وحماس) في عام 2007 على القيم والنظم الاجتماعية، وإنتاجية العمل، وضعف نظام المساءلة في العمل، وتفكك النسيج الاجتماعي، وازدياد التعصب السياسي الحزبي، حيث أصبحت القاعدة العامة للتعامل في البيئة الوظيفية، وأصبح الانتماء للحزب وليس لأهداف المؤسسة.

ولعل من أبشع صور الفوضى التنظيمية امتناع آلاف الموظفين في الوزارات الحكومية عن الالتزام بأداء أعمالهم، منهم أكثر من ألفي موظف يعملون في وزارة الصحة، كانوا يشغلون وظائف فنية وإدارية مهمة في الوزارة وذلك خوفاً من قطع رواتبهم، في حين تم قطع رواتب أولئك الذين رفضوا الاستكفاف عن أداء أعمالهم الوظيفية .

4.4: تنظيم وهيكل وزارة الصحة: يعرف التنظيم بأنه " تحديد الأنشطة والمهام والأدوار اللازمة لتحقيق أهداف المؤسسة، وإسنادها إلى الأفراد ، بما يتواءم مع مهاراتهم من خلال إيجاد آلية لتنفيذ الخطط " (مصطفى، 2005)، كما يعرفه عطوي بأنه "عملية حصر الواجبات اللازمة لتحقيق الهدف وتقسيمها إلى اختصاصات للإدارات والأفراد، وتحديد توزيع السلطة والمسئولية، وإنشاء العلاقات لتمكين مجموعة من الأفراد من العمل معاً في انسجام وتعاون بأكثر كفاية لتحقيق هدف مشترك " (عطوي ، 2004).

وفي إطار تنظيم العمل الإداري، عمدت وزارة الصحة في غزة إلى إعداد واعتماد الهيكلية الإدارية للوزارة، وذلك عام 2009م، وتم أخذ موافقة مبدئية عليها من مجلس الوزراء في غزة، ثم تم إنزالها للتطبيق على أن تتم إعادة تقييمها ومراجعتها، وذلك على اعتبار أن الهيكلية نمط العلاقات بين المستويات الإدارية المختلفة والعاملين فيها، وعلى اعتبار أن الهيكلية هي التصميم الأساسي لأي منظمة، وهي ضرورية لضمان استخدام المعلومات الناتجة عن عملية المراقبة والتقييم في اتخاذ القرارات.

4.5: التحديات الإدارية للنظام الصحي الحكومي: الواقع أن النظام الفلسطيني يواجه تحديات إدارية كبيرة تؤثر على كل من كفاءة الخدمات الصحية وفعاليتها (شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية، 2009) .

ورغم مؤشرات الإخلاص في العمل والالتزام العالي للمستويات الإدارية، إلا أن الخبرة والكفاءة في مجال الإدارة الصحية غير كافية، وحسبك أنه لا يتم توظيف المهارات الإدارية والقيادية مثل إدارة الموارد البشرية، وتحفيز الطواقم الصحية والإدارة الاستراتيجية بشكل مناسب، حيث تفتقر إلى أدوات الإدارة والمعايير والمبادئ التوجيهية (منظمة الصحة العالمية، 2010).

وتعتبر درجة المركزية في النظام الصحي مرتفعة بشكل عام (شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية، 2009)، حيث لا يشارك المستوى المتوسط من المدراء في القضايا المالية والإدارية الكبيرة، بل إن إدارة التوظيف، والمكافآت والحوافز تدار مركزياً من قبل ديوان الموظفين العام، وتدار المالية مركزياً من وزارة المالية، ما يقلل الإبداع والابتكار والإنتاجية (منظمة الصحة العالمية، 2006).

وطوال عمر وزارة الصحة فإنها تعتمد على مستوى القيادة العليا المتمثل بوزير الصحة وطاقمه من المدراء العاملين والوكلاء المساعدين، وحتى بعد إطلاق مشروع هيكلية الوزارة، والذي مُنح في حينه فترة تجريبية امتدت للأسف حتى يومنا هذا!!!، والغريب أن الإضافات على الهيكلية زادت من الأعباء عليها، وباعدت بين المستويات الإدارية الدنيا والوسطى، وبين المستويات العليا، وفي دراسة بلعاوي، التي أفادت بأنه لم يتم تحديد وظيفة المراقبة والتقييم بشكل واضح في الهيكل التنظيمي للمؤسسة، كما لم تحدد جدلية العلاقة بين إدارة الجودة والرقابة الداخلية، حتى في طريقة أداء الرقابة الداخلية، وهي إحدى أهم المجالات الناظمة لعملية الحوكمة، فإنها لم تتفق مع الإدارات الأخرى على المبادئ، والمؤشرات، والبروتوكولات، ومتطلبات التقييم،

ورفع التقارير، وصولاً إلى التحقق الفعلي الموضوعي من الجانب التشغيلي للوظيفة الإدارية (بلعاوي ، 2013).

بل إن العملية الرقابية لا تعتمد نظاماً تقييمياً أساسه الخطة التشغيلية للوحدة الإدارية، مما أعجزها أن تقدم للوزارة صورة واضحة وعميقة ومترابطة لما تم إنجازه، وما لم يتم إنجازه، وعرض المعوقات ودراستها، بل لم يتم تقديم شكل محدد للعلاقة مع وحدة التخطيط في الوزارة، وعن توزيع الأدوار بينها فيما يخص الرقابة على الخطط، فالرقابة تستهدف قياس مدى النجاح في بلوغ الأهداف والتأكد أن جميع الأنشطة تسير في الطريق السليم وبأسلوب المخطط له، ولذا فإن الرقابة تسعى إلى التأكد من تنفيذ الخطط الموضوعية والسياسات المقررة، وبالتالي معالجة أوجه الخلل التي تنشأ أثناء تنفيذ الخطة، وتشمل تحديد المعايير الرقابية وتحديد المشكلات وعلاجها (صالحة، 2010).

ورغم أن الرقابة الداخلية تبذل مجهودات كبيرة، ومع تراكم الخبرات لدى الطواقم الرقابية العاملة، إلا أن الأمر لا يزال يحتاج إلى مراجعات مسئولة قائمة على تقييم هذه العملية، تقيماً علمياً والبناء عليه نحو تطوير عمل الجهات الرقابية وفق الأصول الإدارية والفنية، وينبغي أن يشعر الجميع بأن تحسين نظم الإدارة هو التحدي الحقيقي لجميع المؤسسات وخاصة المؤسسات الصحية (عبد، 2007).

ويعدّ توحيد الممارسات الخاصة بالعمل الصحي من المبادرات الرئيسية التي يجب تطويرها (اتحاد المنظمات الأهلية الفلسطينية، 2009).

وفي تقرير لوزارة الصحة 2010 جاء فيه أن أقسام الموارد البشرية تركز على الجوانب الإدارية المكتتية أكثر من تركيزها على الجوانب الفنية (منظمة الصحة العالمية، 2010).

وكذلك لم يتم تنفيذ أساسيات إدارة الموارد البشرية الأساسية مثل توفير الوصف الوظيفي، أو تقييم الأداء بشكل فاعل (منظمة الصحة العالمية، 2010).

وأثارت دراسة ميدانية حقائق مقلقة جداً عندما أشارت إلى أن عدداً كبيراً من العاملين في القطاع الصحي يعانون من الاحتراق الوظيفي (حليبي، 2013).

بل إن الكثير من الترتيبات أو المكافآت لم يتم وفق المعايير المنصوص عليها في قانون الخدمة المدنية، إنما كانت نتاج علاقات أسرية، أو اجتماعية، أو لها علاقة بالانتماء الحزبي السياسي، أو حتى المحاباة الشخصية مع علم الجميع بأن ذلك ستكون له عواقب وخيمة على أداء النظام الصحي برتمه، وأبرزت دراسة عن حالة رضا معقول للمرضى عن تقديم الخدمات بالإجمال في مستشفى غزة الأوروبي، حيث تراوحت نسب الرضا عن جميع الخدمات بين (73%-83%) (الحاج ، 2008)، إلا أنّ ذلك لا يعكس حقيقة ما يدور في جميع المستشفيات، فلا يمكن أن يقاس رضا المرضى أو ذويهم في مستشفى تخصصي هادئ، مثل مستشفى الرنتيسي، مع مجمع كبير كمجمع الشفاء الطبي،

حيث الاكتظاظ بالمرضى والمراجعين، والضغط الكبير على الخدمات بالإجمال، وقصور خدمات الفندقية قياساً بالمستشفيات الصغيرة، وقد يكون الرضا من عدمه هنا أو هناك عملية نسبية ينبغي ربطها دائماً بالواقع الحقيقي والإمكانات المتاحة.

ولقد شكلت ظاهرة قطع الرواتب مظهراً مقيتاً لم يسجل في أي بقعة من كرتنا الأرضية، حتى في ظل الحكم المباشر للاحتلال الصهيوني المجرم، وشوهت هذه الممارسات المستهجنة والمدانة صورة الشعب الفلسطيني، الذي عرفه العالم مثلاً للشعب المقاتل - ولا يزال - من أجل حريته وكرامته وإصراره على نيل حقوقه، والأدهى أن قطع الراتب لم يأت من الاحتلال، بل جاء من السلطة الفلسطينية نفسها، ما ترك الموظف المسكين يعاني على صعيبه الشخصي، والوظيفي بشكل قاسٍ، فكيف يستقيم الأمر أن من يعمل ويكد يُقطع راتبه ومن يجلس في بيته يتقاضاه ويجزل له العطاء؟!!!.

وحتى أبناء الحكومة في غزة فقد أعاق الحصار صرف بدلاتهم، مثل بدل المخاطرة، وغلاء المعيشة، والساعات الإضافية، والترقيات، والدرجات وغيرها، ما اضطر وزارة المالية إلى تحميلها على بند المستحقات. وقد عكست حالة الانقسام السياسي نفسها على قطاع غزة، فشهد انعكاسات سلبية عديدة أثرت على أداء القطاع الصحي، وهددت وجوده، فانعكس سلباً على صحة المواطن الفلسطيني، وينذر بوضع كارثي، وهذا يعود للعديد من الممارسات غير المهنية نتيجة التضارب والخلل الإداري بين الضفة والقطاع (ياغي، 2009).

هذا الانقسام الذي أبرز لنا ظاهرة المنقطعين عن أعمالهم، بحجة الانقسام السياسي، ولعله من المعلوم أن حوالي ألفي موظف من موظفي وزارة الصحة (فنيين/ إداريين) لا يزالون يقبعون في بيوتهم منذ العام 2007، فإذا علمنا -مثلاً- أن 70% من موظفي الإدارة العامة للهندسة والصيانة تركوا أعمالهم سنة 2007 بمجرد انتهاء الاشتباكات المسلحة بين الفصليين الكبارين في غزة، ورغم محاولات إعادة الكثير منهم إلا أنه لا يزال العدد الأكبر مستكفاً، ما جعل هذا الانقسام من أكبر التحديات لمقدم الخدمات الصحية الحكومية، سواءً على صعيب الأفراد أو على صعيب الإدارة، حيث برزت تكاليفات من الحكومة في رام الله لبعض الموظفين لشغل مواقع إشرافية في غزة، ولم تعترف بذلك الوزارة في غزة، ما عزز الواقع التناحري في حينه، كما أن القطاع الصحي في غزة لا يحصل من مخصصاته وموازناته إلا ما نسبته 20% فقط، وأغلبها مخصصة لشراء أدوية ومستهلكات طبية، ولم تلتزم الوزارة في رام الله بدفع أي مصاريف تشغيلية وتطويرية أو حتى تعيين كوادر جديدة، بل تعاملت مع الوزارة في غزة ببند الطوارئ رغم إعلانها دائماً أنها الإطار الشرعي المسئول عن الوزارة في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية كلها.

وأوصت دراسة علمية وزارة الصحة الفلسطينية بتعزيز الانغماس الوظيفي لدى الأطباء وتعظيم سلوك المواطنة لديهم ، في ظل عدم توفر أمان وظيفي قد يدفع ثمنها المريض، معتبرة إياه الصحية أولاً وأخيراً، وأوصت بتقييم احتياجات الأطباء والعمل على إشباع حاجاتهم وسد الفجوات من الناحية المادية والمعنوية، وإعطاء الآباء بدلات وإجازات سنوية لتخفيف ضغوط العمل المتراكمة على كواهلهم، حتى يخرجوا من قوقعة العمل، خصوصاً بعدما شاهده الأطباء أثناء الحروب الثلاثة في السنوات العشر الأخيرة على قطاع غزة، كما أوصت الدراسة بحسن انتقاء مدراء المستشفيات الحكومية، على أن تتوفر فيهم القدرة والمهارة لتشجيع مرؤوسيتهم على المشاركة في صياغة الخطط والأهداف، وتوفير مناخ مناسب وبيئة عمل مستقرة (المصري،2015) .

5) نظم المعلومات الصحية وتكنولوجيا المعلومات:

5.1: أهمية نظم وتكنولوجيا المعلومات الصحية: رغم أن الشعب الفلسطيني لا يزال يرزخ تحت الحصار الظالم، وربما زادت ظروف العامة سوءاً وبؤساً في ظل حالة الحصار المستمر منذ 2006، إلا أن الحالة الصحية تخضع-وباستمرار- لعملية تقييم منهجية من جهات الاختصاص، وعليه فقد قامت وزارة الصحة والتعاون، مع خبراء في المجال الصحي، بمحاولة جادة لوضع نظام لقياس المؤشرات الصحية 2005←2010 (وزارة الصحة ، 2010³)، كما يتم تطوير نظام قياس المؤشرات، وهناك مشروع لتصدير "المؤشرات الصحية في قطاع غزة خلال 2010 - 2014".

5.2: دور وزارة الصحة في تأسيس وتطوير البنية المعلوماتية الصحية: منذ قدوم السلطة الفلسطينية وتأسيس وزارة الصحة في عام 1994، تم إنفاق مبالغ مالية كبيرة على تدشين وتطوير نظم معلومات صحية وطنية، فعلى سبيل المثال تقوم وزارة الصحة بإصدار تقارير سنوية عن الحالة الصحية للسكان، وتقارير أداء المستشفيات، والرعاية الأولية، والإدارات العامة، والوحدات، وإصدار تقرير سنوي شامل للوزارة، ناهيك عن التقارير الخاصة، مثل: تقارير الأورام والموارد البشرية وصحة الطفل والأمومة...الخ.

أظهرت نتائج التقييم لكل من منظمة الصحة العالمية (2011)، ودراسة نصار (2011) أن عملية جمع ومعالجة وتحليل البيانات كانت أضعف مكون في الضفة الغربية وقطاع غزة من بين جميع مكونات نظام المعلومات الصحية.

ومن خلال الجهود الوطنية، تقوم استراتيجية نظم المعلومات الصحية على نتائج الدراسة المقطعية باستخدام نموذج منظمة الصحة العالمية لتقييم القياسات الصحية، وأدوات التوجيه الخاصة بالخطة الاستراتيجية التي وضعتها شبكة القياسات الصحية، والتي تغطي الفترة (2011 - 2015)، وتشكل إطاراً جيداً لتحسين نظم المعلومات الصحية.

ولقد ركزت الخطة الاستراتيجية، التي أطلقتها الوزارة، على هذا الجانب، وأكدت أنه لا بد من التركيز على إعادة هيكلة مركز المعلومات الصحية، وضرورة توفير الاحتياجات المالية والعينية والبشرية، مثل مختصي الأوبئة، ومختصي تكنولوجيا المعلومات، والإحصائيين، والباحثين، كما ركزت الخطة على ضرورة الاهتمام بتكنولوجيا المعلومات، وإعادة بناء شبكة الاتصالات لجمع البيانات (وزارة الصحة، 2014:46).

ولعله من الأهمية بمكان أن تقوم الحكومة الفلسطينية بإيجاد صيغة توافق وطني لكل الأطراف، التي لها علاقة بالقطاع الصحي نحو وضع مؤشرات صحية أساسية، مُجمع عليها ومعروفة، كما ينبغي الاتفاق على أسالي جمع البيانات ومصادرها وطرق معالجتها، وتنقيحها وتخزينها وإعادة استخدامها، ومن واجب الحكومة دعم استخدام المعلومات كأداة مهمة لاتخاذ القرارات وترسيخ الممارسات القائمة على الأدلة.

5.3: أهداف التركيز على استخدام تكنولوجيا المعلومات في وزارة الصحة:

على صعيد اهتمام وزارة الصحة بتطوير تكنولوجيا المعلومات، فقد جاء في تقرير إنجازات وزارة الصحة الفلسطينية (2011←2012)، والصادر عن مركز المعلومات الصحية الفلسطيني بوزارة الصحة في غزة أن الوزارة تمكنت، من خلال التوسع في تكنولوجيا المعلومات، تحقيق العديد من الأهداف السامية، وهي:

- تجهيز وزارة الصحة لتكون ضمن منظومة الحكومة الإلكترونية.
- ضمان الشفافية والنزاهة.
- تحقيق الضبط الإداري بجميع مرافق الوزارة.
- ترشيد الاستهلاك، وتوفير الوقت.
- التأكد من تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة .
- استغلال ثورة تكنولوجيا المعلومات.
- كسر الحصار من خلال التواصل الإلكتروني مع العالم الخارجي (وزارة الصحة، 2012:6).

5.4: إسهامات وحدة تكنولوجيا المعلومات في وزارة الصحة:

جاء في تقرير لوزارة الصحة 2012م أن وحدة تكنولوجيا المعلومات قامت بجهود كبيرة لتطوير وإنشاء برامج إلكترونية عديدة لإدارة الشؤون الإدارية والمالية والخدماتية بجميع مرافق الوزارة ونذكر من هذه الأنظمة ما يلي :

1. الأنظمة المالية والإدارية:

مثل: (نظام شؤون الموظفين الموحد، النظام المالي الحكومي الموحد، نظام التأمين الصحي، نظام المركبات، نظام المخازن، نظام الإجازة والتراخيص، نظام الأرشيف المركزي، نظام أرشيف الصادر والوارد، نظام الأدوية خارج القائمة الأساسية، نظام المراسلات الإلكترونية، نظام البريد المركزي) (وزارة الصحة، 2012:7).

II. حوسبة أنظمة الرعاية الأولية:

■ **نظام الرعاية الأولية:** وهو نظام ويب يعمل على قاعدة بيانات واحدة ومركزية، ويتم تشغيله من خلال شبكة (VPN) الموجودة في العديد من المراكز الصحية، وكذلك يمكن تشغيله من أي نقطة وصول إلى (الإنترنت).

وقد جاء في بحث ماجستير: تقييم نظام المعلومات المستخدمة " في وزارة الصحة بقطاع غزة"، وفي بند التوصيات بتطوير نظام الدعم الفني للمعدات، وذلك عن طريق عمل آليات أسهل للاستدعاء، والتبليغ عن وجود عطل معين، وتدريب عدد من العاملين في كل نظام على عمل الصيانة البسيطة للأجهزة والمعدات، وذلك لتسهيل حل الكثير من المشاكل الفنية البسيطة، التي لا تستدعي إحضار الدعم الفني لأمر بسيط يمكن حله، وبدون عناء، وتوفير التدريب اللازم لمستخدمي الأنظمة المحوسبة من جميع موظفي وزارة الصحة، وتدريب حديثي التوظيف على استخدام الحاسوب (الشرفاء، 2006) .

■ نظام تسجيل الموالييد.

1. نظام تسجيل الوفيات.

II. حوسبة أنظمة المستشفيات:

■ **برنامج إدارة المستشفيات:** وهو نظام يقوم بإدارة الجوانب الطبية والإدارية في المستشفيات، ويهدف إلى تمكين إدارة المستشفى والعاملين فيه من التعامل مع كافة المعلومات الطبية والمالية والإحصائية وغيرها، ومن شأنه المساهمة في تنظيم تسلسل العمل، وتوفير المعلومات والتقارير اللازمة للمدراء، ومتخذي القرارات، وكذلك الكوادر الطبية المتواجدة في بيئة عمل المستشفى خلال ثوان أو دقائق معدودة.

III. البيئة البحثية:

أجهزة الحواسيب في الوزارة، فقد تم توفير أجهزة حاسوب لتخدم تطبيق الأنظمة المحوسبة، حيث وصل عددها إلى (1500) جهاز في يناير 2012، منها (819) في المستشفيات.

■ شبكة التواصل اللاسلكي.

■ البوابة الإلكترونية والموقع الإلكتروني.

■ تطوير نظام حوسبة المستشفيات وحوسبة معظم النماذج والملفات المتعلقة بعمل المستشفيات من خلال أنظمة مترابطة ومتكاملة مع بعضها البعض.

■ نظام الشكاوى التابع لإدارة العامة لديوان وزير الصحة.

■ المكتبة الإلكترونية وتحتوي على مئات الكتب العالمية في المجال الطبي.

■ دليل الخدمات الإلكترونية (وزارة الصحة ، 2012g).

كما تم تنفيذ مخطط الربط اللاسلكي، من خلال تركيب أبراج الشبكة اللاسلكية المركزية في المستشفيات المركزية، ثم تم ربط وزارة الصحة بوزارتي الاتصالات والداخلية عبر اللاسلكي (وزارة الصحة ، 2013g).

ولقد تأثر هذا القطاع المهم في وزارة الصحة بالحصار الخانق على قطاع غزة؛ حيث إن إمكانيات التطوير التكنولوجي مرتبطة في كثير من مراحلها بتوفر التمويل، إضافة إلى توفر إمكانية إدخال مستلزمات عملية التطوير، من حواسيب ذات إمكانيات خاصة، وسيرفرات، ومقويات، ولوازم شبكات وقطع إلكترونية... الخ هذه المعوقات بطأت عملية التطوير، وأعاقت تشغيل بعض البرامج، ناهيك عن ارتباط عمليات تشغيل بعض البرامج بتسهيل تدريب وتطوير الكوادر الفنية، وهذا كله مرتبط بعملية فتح المعابر.

(6) التمويل:

6.1: مصادر تمويل النظام الصحي الفلسطيني: يعتمد تمويل النظام الصحي الفلسطيني على ثلاثة مصادر رئيسية، هي موازنة السلطة الفلسطينية، وما يدفعه المواطن الفلسطيني، إضافة إلى التمويل الخارجي، فعلى سبيل المثال: تم صرف 8.6% من إجمالي الناتج المحلي في مناطق السلطة الفلسطينية على القطاع الصحي في عام 2006 (وزارة الصحة، 2006).

وأظهرت الحسابات الصحية الوطنية الفلسطينية أن نسبة مساهمة المؤسسات الأهلية، من مجمل النفقات الصحية في الأراضي الفلسطينية خلال الأعوام 2001-2008 كانت 22%، في حين بلغ متوسط مساهمة شركات التأمين 3.3% فقط من إجمالي التمويل.

وكما جاء في دراسة مسحية للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عام 2006 أن وزارة الصحة أنفقت 42% من حجم الإنفاق على الصحة، وأن الأسر الفلسطينية تحملت 25% من الإنفاق، وأن 12% تحملته وكالة الغوث الدولية (UNRW)، وأن 21% من الإنفاق تحملته منظمات غير حكومية، في حين بلغ الإنفاق الصحي من قبل وزارة الصحة 10.5% من حجم موازنة السلطة للعام 2009، ويعتبر عماد التمويل في السلطة من الضرائب، والتأمين الصحي، ورسوم العلاج، والدفع المباشر، إضافة إلى المساعدات الخارجية والمنح والهبات الدولية.

6.2: نماذج للموازنات المالية لوزارة الصحة في قطاع غزة بعد الانقسام السياسي: حيث تعذر الحصول على موازنات وزارة الصحة خلال الفترة (2006 حتى نهاية 2008) لعدم توفرها، علماً بأنها كانت تشمل موازنة وزارة الصحة للضفة الغربية وقطاع غزة، في حين بلغت الموازنة المعتمدة لوزارة الصحة عن العام 2009 (102,302,000) شيقل، وعن العام 2010 (104,230,000) شيقل، وعن العام 2011 (114,481,000) شيقل، وعن العام 2012 (225,443,000) شيقل، وعن العام 2013 (240,104,000) شيقل، في حين كانت الموازنة المعتمدة للعام 2014 (239,915,000) شيقل، في حين بلغت إيرادات وزارة الصحة للعام 2014 (30,514,433) شيقل، أي ما يعادل (\$8.718,409) ونفقاتها التشغيلية لنفس العام (593.188,967) شيقل، أي ما يعادل (\$169,482,562)،

الموازنة المعتمدة والأوامر المالية لوزارة الصحة عن الأعوام(2009:2014)			السنة
الفرق	الأوامر المالية	الموازنة المعتمدة	
81,739,429	20,562,571	102,302,000	2009م
58,080,797	46,149,203	104,230,000	2010م
53,083,561	61,397,439	114,481,000	2011م
158,401,920	67,041,080	225,443,000	2012م
165,101,093	75,002,907	240,104,000	2013م
130,073,874	36,584,126	166,658,000	2014م

جدول يوضح الموازنة المعتمدة والأوامر المالية لوزارة الصحة عن الأعوام(2009: 2014) بالشيفل (وزارة الصحة ، 482014)

بينما بلغت الرأسمالية لنفس العام أيضاً (32,846,662) شيفل، أي ما يعادل (\$6,813,332)، وبلغت الديون غير المسددة لذات العام (3,059,082) شيفل، أي ما يعادل (\$874,023)، وبلغت التبرعات (86,518,179) شيفل، أي ما يعادل (\$24,719,497) (وزارة الصحة ، 472014).

كما بلغ إجمالي إيرادات وزارة الصحة في الأعوام 2010، 2011، 2012 نحو (7) ملايين دولار أمريكي سنوياً، وبلغت الموازنة للعام 2009 مثلاً (102.302.000) شيفل غير شاملة للرواتب، في حين بلغت الأوامر المالية فقط (20.562.571) شيفل، وفي عام 2010 بلغت الموازنة (104.230.000) شيفل، في حين كانت الأوامر المالية (17.382.748) شيفل، وفي عام 2014-مثلاً- كانت الموازنة (166.658.000) شيفل ، وكانت الأوامر المالية (36.574.126) شيفل، وحافظت الموازنة والأوامر المالية على نسبة ثابتة، إذ لم تتفق الأوامر المالية أكثر من 30% من الموازنة المعتمدة في أحسن الأحوال، ويتم الاعتماد على تبرعات إضافة للأدوية والمهمات الطبية ومواد المختبرات المرسله من مخازن الوزارة في رام الله لتغطية باقي النفقات، علماً بأن الإيرادات السنوية للوزارة تمثل حوالي 26 مليون شيفل فقط (وزارة الصحة ، 492014).

6.3: الإنفاق الحكومي الصحي: وفي دراسة أظهرت أن مستوى الإنفاق للفرد الواحد (130) دولاراً أمريكياً تقريباً في العام 2002 شاملاً النفقات الرأسمالية، وبلغ متوسط الإنفاق الصحي للفرد الواحد في الأراضي الفلسطينية خلال الأعوام 2000←2008 (\$165)، (منه 35←45% إنفاق حكومي والبقية من المكونات الأخرى) (الحسابات الفلسطينية، وزارة الصحة، 2011).

وأظهرت الحسابات الصحية الوطنية الفلسطينية التي صدرت في عام 2011م (الضفة الغربية وقطاع غزة) ازدياداً واضحاً في مستويات الإنفاق على الصحة، حيث كان في العام 2000 (384.30) مليون دولار أمريكي، ووصل في العام 2008 إلى (893.80) مليون دولار أمريكي، ولكن دون تفصيل هذه الأرقام بحيث

يظهر حجم الإنفاق في الضفة لوحدها وقطاع غزة لوحده، أي أنه زاد الإنفاق على الخدمات الصحية بما نسبته 9.5% من إجمالي الدخل المحلي عام 2000م إلى 15.6% في عام 2008م.

6.4: المساهمات الخارجية في الإنفاق الصحي: إن الدبلوماسية الحديثة اتسع نطاقها وأصبحت تعمل في نطاق العلانية ومتابعة وسائل الإعلام، وهي يجب أن تعطى دوراً فعالاً ومساهمة واسعة من أجل مساهمة القوى الجماهيرية ومنظماتها في ممارسة الدبلوماسية الشعبية بما يعزز دور القنوات الرسمية على صعيد إدارة العلاقات الخارجية، والإفادة من علاقات المنظمات غير الحكومية والجمعيات الأكاديمية في تطوير الممارسة الدبلوماسية (عبوشي، 1990).

وأصبحت إدارة الأزمات الدولية إدارة مهمة في العلاقات الدبلوماسية المعاصرة، نظراً لما يتعرض إليه المجتمع الدولي المعاصر من أزمات سياسية مختلفة نتيجة للاختلافات العقائدية، والسياسية، والاقتصادية بين الدول (بركات، 1991).

وفي الدراسة التي أجراها الاتحاد الأوروبي عام 2004 حول معدل الإنفاق الصحي للعام 2002 أظهرت النتائج أن نصف الإنفاق من مصادر فلسطينية محلية (50% منها من مدفوعات المرضى بشكل مباشر و50% الأخرى من مصادر السلطة الفلسطينية) في حين كانت الـ (50) المتبقية مساهمات الجهات المانحة الخارجية (منظمة الصحة العالمية، 2004).

وأوصت دراسة فلسطينية عام 2008م بضرورة إعادة النظر في التمويل المشروط للمؤسسات الفلسطينية، وكذلك تعزيز دور المنظمات الأهلية في التأثير في القضايا الوطنية العامة، وإرساء ركائز الديمقراطية في المجتمع الفلسطيني، وكذلك إعادة النظر في تقبل هذا التحويل (الشوا، 2008).

وأشارت دراسة لمعهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس) 2005م أن المساعدات الدولية ساعدت في توفير الموارد المالية الضرورية لضمان استمرار تقديم الخدمات الاجتماعية الأساسية كالتعليم، والرعاية الصحية للمواطن الفلسطيني وأبرزت الدراسة، ومن خلال المعطيات، البعد السياسي للمساعدات الخارجية، بما أثر على قدرة هذه المساعدات في بناء قاعدة للتنمية المستدامة (معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني، ماس ، 2005).

وفي تقرير لوزارة الصحة للعام 2012م أظهر أنها تلقت 13 مليون دولار تبرعات، منها 11 مليون دولار معدات طبية.

6.5: الجهات الخارجية الممولة للقطاع الصحي الحكومي بعد الانقسام السياسي: وأظهر تقرير الوزارة تغييراً كبيراً في الجهات المانحة التقليدية للقطاع الصحي مثل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، والبنك الدولي، والاتحاد الأوروبي، وأصبحت الجهات المانحة لغزة، في فترة ما بعد الانقسام السياسي، مركزة في جهات أهمها البنك الإسلامي للتنمية، والإغاثة الإسلامية، وجمعية الهلال الأحمر القطري، وجمعية قطر الخيرية، وهيئة الأعمال الخيرية الإماراتية، ومنظمة التعاون الإسلامي، ومنظمة الصحة العالمية، واتحاد الأطباء العرب، ونقابة الأطباء المصرية، ولجنة المساعدات النرويجية، ولجنة الإغاثة السعودية، ورابطة النقابات المهنية الأردنية، وفي خدمات الطوارئ التي تمولها منظمة الصليب الأحمر الدولي (منظمة الصحة العالمية، 2012).

ولقد أثار الانقسام على غياب كبار الممولين للنظام الصحي الفلسطيني كونهم يعترفون (سياسياً) بما تعترف به حكوماتهم، فانقل الدعم باتجاه الوزارة في رام الله، رغم أنها الأقل حاجة، وبقيت الوزارة في غزة تبحث عن مولين جدد لضمان استمرارية تقديم الخدمة، وحتى هؤلاء الممولين الجدد بدأت الوزارة في غزة تخسر بعضهم بعد إعلان حكومة الوفاق الوطني، فلا هي قدمت ما ينبغي تقديمه للوزارة في غزة، ولا هي رفعت الحرج عن المانحين في التعامل مع الوزارة في غزة، بل وأصرت على أن يكون التعامل فقط من خلال الوزارة في رام الله، ما عطل الكثير من المشاريع والمعونات.

6.6: النفقات على المرضى والمستشفيات الحكومية: أظهرت البيانات المتعلقة بالنفقات الصحية لرعاية المرضى (خلال فترة العلاج) في الفترة الواقعة بين العام (2000 ← 2008) أنه تم إنفاق 25.2% من إجمالي النفقات على الخدمات الصحية، ساهم القطاع الحكومي بـ(83%) منها وساهم القطاع الأهلي ب(11,2%) منها، 3.6% من خلال الدفع المباشر لخدمات الإقامة في مستشفيات القطاع الربحي، و2.1% من قبل شركات التأمين (الحسابات الوطنية الفلسطينية، وزارة الصحة، 2012).

ويحتل الإنفاق على المستشفيات رأس قائمة الإنفاق؛ فقد بلغ أكثر من ثلث الإنفاق الكلي على القطاع الصحي في العام 2008م (الحسابات الوطنية الفلسطينية، وزارة الصحة 2011).

كما زاد عدد الأسر الحاصلة على التأمين الصحي من (164) ألف أسرة إلى (197) ألف أسرة، وقد بلغ إجمالي الإعفاءات من التأمين الصحي على مدار (7) سنوات ما يقارب (600) مليون شيقل، وتجدر الإشارة إلى أن إجمالي النفقات التشغيلية قد ارتفع من ما يقارب (400) مليون شيقل في العام 2010م إلى (600) مليون شيقل تقريباً في العام 2013، كما أن مستوي الإنفاق وحده لا يشكل محدداً رئيسياً لتطوير الكفاءة الاقتصادية للنظام الصحي، ونلاحظ في هذا الصدد أن دولاً نامية تنفق مبالغ مالية متواضعة بالمقارنة مع ما ينفق في الدول المصنفة، وقد حققت نتائج جيدة في ما يخص تحقيق الأهداف الرئيسية،

والكفاءة العامة للنظام الصحي بالنظر لمستوى الإنفاق الصحي ومستوى التعليم العام مثل كوبا - على سبيل المثال - (صبري ، 2012).

وترى منظمة الصحة العالمية أن تمويل قطاع الصحة ينبغي أن يكون قابلاً للتنبؤ، وأن يكون بعيد الأمد.

6.7: تأثير الحصار على حركة تمويل القطاع الصحي الحكومي : والجدير ذكره أن الحصار المفروض على غزة أدى إلى تعطيل المشاريع التنموية، والتدريب، وأنشطة بناء القدرات منذ سنوات، فعلى سبيل المثال فإن المشاريع المقترحة في الخطط الفلسطينية المتعلقة بقطاع الصحة في غزة لم تنفذ منذ الانقسام 2007م، وما نفذ منه هو جزء يسير فقط، وبعبارة أخرى فإن نصيب قطاع غزة من المساعدات الدولية المخصصة لدعم السلطة الفلسطينية لا يزال مجمداً، بالإضافة إلى حرمان غزة من الدعم المالي باستثناء أموال المساعدات الإنسانية المحدودة (الحسابات الفلسطينية، 2009).

وقد تمكنت الوزارة من إحداث اختراق وكسر الحصار المفروض على القطاع منذ بداية الحكومة العاشرة عام 2006م، حيث بذلت الوزارة جهوداً كبيرة في التواصل مع الجهات المانحة، من أجل إقناعها بدعم القطاع الصحي، وإخراجه من الصراع السياسي، وتخطي عقبة الحصار المالي والسياسي المفروض على القطاع، وقد نجحت الوزارة في تذليل العقبات أمام تنفيذ العديد من المشاريع لتطوير وتحسين الخدمات الصحية.

وقد بلغت قيمة المشاريع المنفذة بالوزارة عام 2009 -مثلاً- حوالي (30) مليون دولار، وفي عام 2010 بلغت (8.7) مليون دولار، وفي عام (2011-2012) ما يزيد عن (53) مليون دولار، وجرّ تسويق مشاريع للوزارة بكلفة تصل (260) مليون دولار تم الموافقة على عدد منها (وزارة الصحة، 2013).

والمتابع لخارطة الداعمين للقطاع الصحي يلحظ غياب الأسماء الكبيرة منهم، مثل: وكالة التنمية الأمريكية (USAID) والمؤسسات التابعة للولايات المتحدة، البنك الدولي، الإغاثة الإسلامية، جامعة الدول العربية (AISPO)، وظهر ممولون جدد للقطاع الصحي الحكومي، مثل: الهيئة العربية الدولية لإعادة إعمار غزة، جمعية الرحمة الكويتية للإغاثة والتنمية، الإغاثة الإسلامية - كندا، (بيما UK)، (بيما AFRICA)، الأيدي المسلمة، إنتربال، والجدير ذكره أن المنظمات الدولية تلعب دوراً مهماً و متميزاً في توفير وتطوير الخدمات الصحية للمجتمع الفلسطيني، حيث تسعى العديد من المنظمات الدولية العاملة بقطاع غزة ، وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية للتخفيف من معاناة الشعب الفلسطيني والدفاع عن حقوقه محلياً ودولياً، من خلال الدعم الفني والمعنوي، والذي تظهره التقارير الصادرة عن منظمة الصحة العالمية حول الحالة الفلسطينية (خضر، 2015).

كما تلعب المنظمات الأهلية دوراً مهماً في تقديم الخدمات الصحية غير الربحية، ويقصد "بالأهلية" المجتمع المحلي، فهو أهلي بعباداته وتقاليده وعلاقاته، أي أنها جزء من المجتمع ، فيه ترابط وتعاون

وتشارك مع بعضه البعض في منظمة واحدة، بحيث لا تكون ملكاً للحكومة ولا للأفراد (شاهين، 2007) ولعبت المنظمات الدولية غير الحكومية وفي إطار العمل الخيري أبرز أشكال التعاون والتكافل لدى الشعب الفلسطيني على مدار تاريخه، كما كرس العمل الأهلي والخيري كل خصائص الشعب الفلسطيني المبنية على روح الجماعة، من أجل رفع مستوى المعيشة وتقديم الخدمات الاقتصادية والصحية والاجتماعية (الجديلي، 2005).

وحيث إن المنظمات الخيرية جزء من النسيج الفلسطيني ومكوناً رئيسياً من مكونات البنية التنظيمية له، وهي طرف مهم في العملية التنموية (شبات و الكفارنة، 2010).

ورغم أن منظمة الصحة العالمية قد أكدت في تقرير لها لسنة 2010م أن البلدان من المستحيل لها-واقعيًا- التخطيط للمستقبل إلا بناءً على تمويل ثابت (منظمة الصحة العالمية، 2010).

وكما جاء في التقرير الخاص بالصحة للعام 2010م بأن نظام التمويل ينبغي أن يضم تعميماً محدداً بحيث يضمن وصول الناس جميعاً إلى ما يلزم من الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية والملطفة الجيدة بما يكفي لأن تكون فاعلة مع ضمان ألا يؤدي استخدام هذه الخدمات-أيضاً- إلى تعريض المستخدم لمصاعب مالية (منظمة الصحة العالمية، 2010).

إلا أنه وعلى مدار سنوات الحصار ركزت الجهات الممولة على الخدمات الطارئة، حيث إن معظم عمل المؤسسات يتعلق بالجانب الإغاثي الإنساني، وذلك لعدم الاستقرار السياسي، وتعرض قطاع غزة إلى موجات عنيفة عديدة من الحروب، ما أدى إلى وضع القطاع الصحي في حالة من الأزمات والطوارئ، ولعل أشدها الحرب الأخيرة في عام 2014م، ومن ضمن المؤسسات البارزة التي أثرت على الجانب الإغاثي الصليب الأحمر الدولي وبالذات في حالة الحرب والطوارئ، ووكالة الغوث الدولية، ومنظمة الصحة العالمية، حيث زودت هذه المؤسسات وزارة الصحة-في غزة مثلاً- بالمعدات والأجهزة الطبية والأدوية والمستهلكات والوقود، إلا أن هناك مؤسسات تركز دعمها على المشاريع التنموية والتطويرية مثل مؤسسة(نوراك)، الهلال الأحمر القطري وجمعية قطر الخيرية، والبنك الإسلامي للتنمية - جدة، ومشروع استقدام الخبرات الطبية والتدريب الممول من الهلال الأحمر القطري مثل: مشروع ابتعاث الأطباء لحضور ورش عمل ودورات تدريبية، بالإضافة إلى عمل نظام محوسب للصيدلية المركزية بمخازن الأدوية الممول من قبل أطباء العالم - فرنسا، واتفاقية دبلوم التخدير والعناية المركزة الممول من الهلال الأحمر القطري لتحسين الخدمات الصحية، ودبلوم القبالة الممول من مؤسسة (النوروك) فيما يتعلق بتحسين خدمات الولادة، بالإضافة إلى إجراء عمليات زراعة كلى داخل مستشفيات قطاع غزة (مستشفى الشفاء) من قبل وفد طبي بريطاني، وتدريب الكادر الطبي المحلي على عمليات زراعة الكلى في المستشفى... إلخ.

استراتيجيات التكيف مع حالة الحصار:

إن إدارة الأزمات فن إدارة السيطرة، من خلال رفع كفاءة وقدرة نظام صنع القرارات، سواء على المستوى الجماعي أو الفردي، للتغلب على مقومات الآلية البيروقراطية الثقيلة، التي قد تعجز عن مواجهة الأحداث والمتغيرات المتلاحقة والمفاجأة، وإخراج المنظمة من حالة الترهل والاسترخاء التي هي عليها (الخضير، 1990).

ويطلب من وزارة الصحة، لكي تحسن نفسها من الأزمات، الإعداد المنسق للبدائل، وبوضوح نظام وأدوات الاتصال(الداخلية والخارجية)، وأن يكون لديها سلسلة من القرارات (التكتيكية والاستراتيجية)، وأن يكون لديها القدرة على التنبؤ والتحليل للأزمات المتوقعة، من خلال إنشاء قاعدة معلومات دقيقة، أو نظام معلومات متنوع فيه التخصصات المختلفة، ووضع قنوات الاتصال(الخضير، 1990).

وفي إطار التعامل مع الأزمة الصحية ينبغي-أولاً- أن يتحدد الموقف الخاص بالأزمة الصحية (يقصد بالتحديد الأزموي جملة من التصرفات التي قامت بها قوى صنع الأزمة وقوي كبحها، حيث تشمل تقدير مكونات هذه التصرفات، وما توصلت إليه من نتائج وردود أفعال، وآراء ومواقف محيطة مؤثرة أو متأثرة بها)، ويشمل تقدير الموقف تحليلاً صحيحاً لمضمون العلاقات، ومكونات القوة للطرفين ومصادر الوصول إلى النتائج الحالية، إبان نشوء المواقف الراهنة، وروافد تطور الموقف، وعلاقات المصالح والصراع والتنافس، والتكامل، التي ارتبطت به أو بعدت عنه(نصير، 1998)، -ثانياً- ينبغي تحليل موقف الأزمة الصحية، حيث يقوم مدير الأزمة الصحية بمساعدة معاونيه بتحليل الموقف وعناصره المختلفة ومكوناته، بهدف اكتشاف المصالح الحقيقية الكامنة وراء صنع الأزمة، والأهداف الحقيقية غير المعلنة التي يسعون إلى تحقيقها، ويتم الاستدلال- وصولاً إلى اليقين- عن طريق التمييز الواضح بين عناصر الموقف لتوضيح تلك العناصر مما تتركب، وتقسيمها ليتسنى إدراكها بشكل منظم للتوصل إلى معلومات جديدة عن صنع الموقف وكيفية معالجته (الحملوي، 1995).

وقد جاء في تقرير إنجازات وزارة الصحة بغزة، سنة 2013م، بأن الوزارة عمدت إلى إعداد الكوادر البشرية من ذوي الخبرات والكفاءات العالية وصولاً إلى الحد من إرسال المرضى للخارج، فضلاً عن ابتعاث الكوادر الصحية لتلقي الدورات التدريبية والدراسات العليا في مختلف التخصصات الصحية، وذكر التقرير أن وزارة الصحة عقدت مسابقات لاختيار أفضل المرشحين في وزارة الصحة لاجتياز البورد الأردني، حيث تم ابتعاث(16) طبيباً في العديد من التخصصات، كما حصل(20) طبيباً على البورد الفلسطيني في تخصصات مختلفة، إضافة إلى زيادة إعداد الملتحقين في برامج البورد الفلسطيني المختلفة .

كما تم تنظيم عشرات الدورات والدبلومات الفنية والإدارية في الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية، وعمدت وزارة الصحة إلى عقد المؤتمرات الطبية، والبالغ عددها (7) مؤتمرات من ضمنها مؤتمر الجراحة، ومؤتمر جراحة العظام، ومؤتمر الباطنة، ومؤتمر القلب، ومؤتمر الأطفال (وزارة الصحة، 2013:17).

وتجاوزت الوزارة عقبة الحصار المفروض على قطاع غزة، وسفر الكوادر الطبية لتلقي الدورات الطبية والعلوم الطبية في الخارج، فقد عقدت عشرات الدورات والمحاضرات بواسطة التعليم عن بعد بتقنية الفيديوكونفرنس، كما تم استقطاب كوادر ساهمت في تدعيم برامج التعليم الصحي وإجراء العديد من العمليات الجراحية تخفيفاً عن المواطنين.

وجاء في تقرير إنجازات الوزارة لـ (7) سنوات من الإنجاز عام 2013م أن الوزارة ابتعثت عدداً من الأطباء لتلقي دراسات عليا بعدد (144) مبتعثاً، كما قامت الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية، وفي إطار نشاطات دائرة التدريب والتعليم المستمر بعقد (48) دورة تدريبية في الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية خلال عام 2014 لموظفي وزارة الصحة (وزارة الصحة ، 2014:50).

وقد جاء في تقارير المستشفيات عن "دائرة الصيدلة" للأعوام (2013، 2014) نجاحهم الكبير في تطبيق برنامج الجرعة الواحدة للمرضي المنومين، والقيام بفحص النظام وسد الثغرات فيه، مما وفر على الوزارة الكثير من بنود الهدر، ونظراً لوجود العديد من التحديات، مثل: زيادة متوسط عمر السكان عند الوفاة ، والتغيرات التي طرأت على نمط المريض وما ترتب عليه من استحداث نماذج جديدة للعلاج، تبعه تغيرات مستمرة في المستحضرات الصيدلانية وتعدد أشكاله، كل ذلك استدعى تطوير مهنة الصيدلة داخل المستشفيات، وتحويلها من التركيز على إدارة الأصناف الدوائية إلى المشاركة الفاعلة في اختيار الدواء الملائم للمريض، حيث ساعد تطبيق نظام الجرعة الواحدة في أكثر من 50% من المستشفيات في عملية التطوير، والعمل جارٍ على تطبيق هذا النظام في جميع المستشفيات (أبو عزيز، 2010:2).

كما تم اعتماد طبيب الموظفين، وتحديدًا في المستشفيات، ولا يتم صرف أي رويته علاج إلا بعد الكشف الطبي وختم الطبيب، كما جاء تشكيل الوزارة للجنة العلاج التخصصي ضبطاً كبيراً، في الإطار الفني والإداري، لصرف الأدوية التخصصية، كما نجح البرنامج المحوسب بين الإدارة العامة للصيدلة، والإدارة العامة للمستشفيات في إظهار حركة الأدوية والمستهلكات من مخازن الصيدلة باتجاه مخازن الصيدلة في المستشفيات وفق برامج حديثة.

كما تقوم الإدارة العامة للصيدلة وبالتعاون مع دائرتي صيدلة المستشفيات وصيدلة الرعاية الأولية، بمراجعة قوائم الأدوية الأساسية وقوائم المستهلكات، ولقد نجحت الوزارة وعبر الإدارة العامة للتعاون الدولي بتسويق ما تحتاجه فعلاً من الأدوية والمستهلكات الطبية لدى المانحين، وتجاوز مرحلة التبرعات العشوائية، التي حوت كثيراً من الأدوية والمستهلكات غير المدرجة في قوائم الأدوية والمستهلكات الأساسية،

ناهيك عن قرب موعد انتهائها، وتجاوزها لأولويات الوزارة في التعامل الدوائي، زد على ذلك أن بعضها يأتي من مصادر دوائية غير مشهود لها بالجودة، وتجاوزت الوزارة-بالتالي- الهدر الكبير في كميات كبيرة من الأدوية والمستهلكات غير اللازمة، إضافة إلى قرب انتهاء تواريخ صلاحيتها، أو انتهائه فعلياً في كثير من الأصناف المتبرع بها، التي كانت تنقل مع قوافل الإغاثة والمتضامنين.

وفي قطاع الهندسة والصيانة وفي إطار عملية التقييم لتأثير الحصار على الأجهزة والمعدات الطبية، والتي تركزت في مشكلة انقطاع التيار الكهربائي، ونقص الوقود، ونقص المنح الخاصة بتوفير قطع الغيار اللازمة لإصلاح الأجهزة الطبية ونقص التمويل الخاص بتوفير المستهلكات والمواد اللازمة لتشغيل أجهزة المختبرات، ووقف البرامج التدريبية الخاصة بتطوير مهارات المهندسين، وذلك بسبب إغلاق المعابر، بالإضافة إلى ذلك فإن العديد من الأجهزة الطبية التي يتم توريدها من قوافل التبرعات تكون إما نوعية رديئة أو من نوعيات مختلفة لا يوجد لها وكلاء في الأراضي الفلسطينية يمكن التواصل معهم لشراء قطع غيار لها عندما تتعطل، ولتأمين حلول للخروج من جملة من المشاكل اتبعت الإدارة العامة للهندسة والصيانة الحلول الآتية:

- تأمين UPS للأجهزة الحساسة أثناء عملية الشراء لحمايتها من الانقطاع المتكرر للكهرباء.
- إجراء برامج تدريبية محلية لتطوير مهارات الكادر الهندسي على صيانة الأجهزة الطبية.
- تسويق العديد من مقترحات المشاريع لجلب المانحين وإقناعهم بأن أهمية توفير قطع غيار الأجهزة طبية لا يقل عن توفير الأجهزة.

- تبني مؤسسة الصليب الأحمر الدولية لتأمين قطع غيار أجهزة الكلى الصناعية منذ (6) سنوات.
- تبني مؤسسة (النورواك) لتأمين مبلغ سنوي يسد جزءاً من احتياجات الهندسة والصيانة لقطع غيار الأجهزة الطبية منذ (6) سنوات.

- تأمين بعض القطع المستهلكة والمتوقع عطلها أثناء مناقصات شراء الأجهزة الطبية.
- عمل برنامج لجرد وحصر بيانات الأجهزة في كافة المستشفيات.
- توحيد موديلات الأجهزة الطبية بقدر الإمكان من أجل سهولة الاستخدام والصيانة.
- دمج بعض الخدمات في المستشفيات، حيث قامت الإدارة العامة للهندسة والصيانة باعتماد سياسة الدمج بين الخدمات المتشابهة، بالذات بعد مشكلة استتلاف 70% من إجمالي موظفي الهندسة والصيانة بعد الانقسام السياسي في 2007م، حيث عملت الإدارة العامة وبكامل أطقمها كفريق واحد، بمنأى عن فصل الطواقم حسب التخصص، وذلك لجبر النقص العددي الهائل، واستمر الوضع إلى 2009م (وزارة الصحة، 2008).

- تدريب الطواقم الطبية على الاستخدام الأمثل للأجهزة الطبية لتقليل سوء الاستعمال.
- إعداد معايير وإجراءات شراء تضمن توفير أجهزة من نوعيات معروفة وذات جودة قوية وتتحمل ضغط العمل أثناء مناقصات الأجهزة الطبية وتعميمها على المؤسسات المانحة.
- اعتمدت الوزارة ودشنت تخصصات جديدة، مثل: (قسرة وجراحة القلب وزراعة الأعضاء) وهذا حقيقي، حيث نجحت الوزارة في فتح مركزين لجراحة القلب: (واحد في "مجمع الشفاء الطبي" والآخر في "مستشفى غزة الأوروبي")، واستقدمت، عبر تمويل الهلال الأحمر القطري، طاقات فلسطينية مهاجرة للعمل فيها، كما نجحت الوزارة في تدشين وتشغيل قسم القسرة القلبية في "مستشفى غزة الأوروبي" منذ العام 2006م، وأضافت آخر في العام 2014م في "مجمع الشفاء الطبي"، كما دشنت الوزارة، عبر مجهودات دولية "بريطانية"، مركز زراعة الكلى " وتم نقل زراعة الكلى لعدد من المرضى في غزة.
- لجأت الوزارة إلى تقليص أعداد العمليات المجدولة " عند اللزوم" ولعلّ رفع حالة الطوارئ قبيل حرب 2012م وقبيل حرب 2014م استلزم إيقاف العمليات المجدولة، والانتقال إلى بند العمليات الطارئة استعداداً للطوارئ، وتوفيراً للأدوية والمستهلكات، وإبقاء غرف العمليات جاهزة لكل طارئ وكذلك الطواقم الطبية(وزارة الصحة، 2012و).
- اعتمدت المستشفيات بروتوكولات العلاج في أقسام الطوارئ والحاضنات، وهذا حقيقي ومثبت من خلال تقارير الإدارة العامة للمستشفيات للأعوام (2012م-2013م)، الذي جاء تفصيلاً وتطويراً لبروتوكولات موجودة ومعمول بها سابقاً.
- عمدت الوزارة إلى شراء بعض الخدمات من القطاع الأهلي الطبي، وتمويلها عبر جهات داعمة للوزارة في غزة التي اشترت -ولا تزال- خدمات التأهيل الطبي من "مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي والجراحات التخصصية"، واشترت خدمات النساء والولادة من "مستشفى أصدقاء المريض"، واشترت بعض الخدمات التشخيصية مثل خدمة التنظير المراري (ERCP) من "مستشفى أصدقاء المريض"، كما تم شراء فحص ديناميكية التبول من "مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي والجراحات التخصصية" (وزارة الصحة ، 2013و18).
- ولقد قامت بعض المؤسسات الطبية الأهلية، مثل: "مستشفى القلب والأوعية الدموية بجمعية الخدمة العامة"، بتسويق خدمة القسرة القلبية لصالح الوزارة، ونجح في ذلك لعدد كبير من الحالات، حيث يتم تحويل الحالات مع الطواقم من الوزارة للعمل في "مستشفى القلب والأوعية الدموية" ويتمويل كامل من خارج الوزارة " المصاريف التشغيلية"، كما نجحت ذات المستشفى في تسويق عدد مقدّر من عمليات القلب المفتوح لصالح وزارة الصحة.

• وفي جهود مشتركة مع (وكالة غوث وتشغيل اللاجئين) قامت الوكالة بشراء خدمات النساء والولادة، والعيون، والجراحات، من مستشفيات أهلية عديدة تخفيفاً عن وزارة الصحة، وإسعافاً للواقع الصحي الصعب، بالذات أن أكثر من ثلثي سكان قطاع غزة من المصنفين كلاجئين.

• اعتمدت الوزارة سياسة دمج الخدمات المتشابهة، فقد قامت سنة 2013 بنقل خدمات القلب للأطفال من مستشفى الدرة إلى مستشفى الرنتيسي، كما قامت بالجمع الإداري والفني بين "مستشفى النصر للأطفال" و"مستشفى الرنتيسي" (وزارة الصحة، 2014:51).

• كما تم نقل جراحة العظام من "مستشفى أبو يوسف النجار" إلى "مستشفى غزة الأوروبي"، وتحويل حالات القسطرة إلى مركز القسطرة في "مستشفى غزة الأوروبي" قبل فتح مركز القسطرة الثاني في "مستشفى الشفاء الطبي"، واعتماد جراحة العظام في محافظة الشمال في "مستشفى كمال عدوان" فقط، وجراحة ENT في "مستشفى بيت حانون" وتركيز خدمات النساء والولادة في الشمال وغزة "بمستشفى الشفاء الطبي"، وكذلك غسل الكلى للشمال وغزة في "مستشفى الشفاء الطبي"، و تم توزيع الخدمات بين "مستشفى ناصر" و"مستشفى غزة الأوروبي" في محافظة خان يونس.

• كما تم نقل بعض الخدمات وتركيزها في مستشفى غزة الأوروبي في إطار تنظيم وتطوير الخدمات بين مستشفى الشهيد "أبو يوسف النجار" و"مستشفى غزة الأوروبي"، وهذا ما سهل تنظيم العمل الفني وتركيز الكفاءات، إضافة إلى زيادة الإمكانيات التطويرية في التخصصات المختلفة.

• أما فيما يخص الوفود الطبية فلا يتم استقدام الوفود الطبية إلا وفق رؤية وحاجات الوزارة والمستشفيات، حيث كان الأمر في أوله لا يتم بهذه الطريقة، وغلبت الإيجابية في التعامل مع هذا الملف، حتى تم تنظيمه على مستوى السلطة، علماً أن كثيراً من الوفود الطبية يأتي في إطار قوافل المتضامنين مع غزة (متعددة التخصصات، منهم: السياسي والاقتصادي والطبي والقانوني إلخ)، حيث تم إرساء سياسة أن التعامل مع الوفود الطبية لا يتم إلا وفق حاجة الوزارة، ووفق الضوابط المعمول بها من خلال تدقيق الأوراق والشهادات الثبوتية للقادمين، وضبط توزيعها في مستشفيات الوزارة، ومحاولة الاستفادة القصوى من بعضهم في عمليات نوعية، مثل: جراحة المخ والأعصاب، الأعصاب الطرفية، التجميل، العظام، جراحة الأطفال، جراحة قلب الأطفال، وتدريب طواقمنا من خلال العمل المشترك معهم.

• عززت الوزارة العمل بأنظمة الجودة؛ فقد قامت الإدارة العامة للمستشفيات، بالتنسيق مع وحدة الجودة بالوزارة، بتكليف لجان دائمة في كل مستشفى (لجان منع العدوى، ولجان الجودة) في محاولة منها لترسيخ مفاهيم الجودة ونشر ثقافتها، كما اعتمدت الوزارة الخطط والآليات اللازمة لمنع العدوى (وزارة الصحة، 2012:10).

- كما قامت الوزارة، بالتعاون مع الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية، بإطلاق برامج عديدة " دبلومات الجودة " ويدرسون عبر خدمة الفيديو كونفرنس مع مصر وتخرج منها عدد مقدر من أبناء المستشفيات، ولم يتوقف الحديث عن الجودة الفنية، بل تعدى إلى الحديث عن مجالات تطبيق الجودة في الأطر الإدارية والفنية معاً ووضع بروتوكولات لذلك.
- تفعيل برامج الخدمات المحوسبة وبجهود محلية، وهذا تثبته تقارير الوزارة لإنجازات(5) سنوات 2011، إضافة إلى تقارير الوزارة لإنجازات(7) سنوات 2013، واعتماد هذا العدد الكبير من البرامج المختلفة وصولاً للحوسبة الكاملة للوزارة، وكل ذلك تم في أتون الحصار، وبمجهودات محلية، وإبداعات موظفي الوزارة بوحدة تكنولوجيا المعلومات، وبالاتصال والتنسيق مع وزارة الاتصالات، والاستفادة من الوحدات المشابهة في الوزارات الأخرى، مثل: وزارة الداخلية والأمن الوطني.
- التحويل للعلاج بالخارج يعدّ من وسائل التكيف الاضطرارية مع الحصار، وذلك بمنأى عن التجاوزات في التطبيق، حيث -ووفق تقارير دائرة العلاج بالخارج بوزارة الصحة- ازدادت أعداد المحوّلين مع ازدياد شدة الحصار، فمثلاً مرضى الأورام، عند عدم توفر جرعات العلاج الكيماوي-مثلاً- لكل المستويات، نجد زيادة في التحويل، وعند تعطل جهاز الرنين المغناطيسي الوحيد في مستشفى غزة الأوروبي يزداد التحويل على هذا البند، وعند نفاد مستهلكات القسطرة القلبية يزداد التحويل على هذا البند، وهكذا تبنت سياسة الترشيد الشاملة في المصاريف التشغيلية، ولعل المتأمل لأوامر الصرف الصادرة عن الدائرة المالية في الإدارة العامة للشؤون الإدارية والمالية (2006←2014) يلحظ وبسهولة تقنياً شديداً، منسجماً مع واقع الحصار، حيث إن الصرف لا يتعدى 20←30% من الموازنة السنوية.
- سعت الوزارة إلى تعويض الممولين الكبار بممولين محليين وإقليميين ودوليين آخرين، كما تقوم بتسويق المشاريع والحاجات التشغيلية للوزارة من الزاوية الإنسانية المطلقة فقد حصل تغيير كبير في الجهات المانحة التقليدية للقطاع الصحي، مثل: الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، والبنك الدولي، والاتحاد الأوروبي وأصبحت الجهات المانحة لغزة في فترة ما بعد الانقسام السياسي مركزية في جهات أهمها البنك الإسلامي للتنمية، والإغاثة الإسلامية، وجمعية الهلال الأحمر القطري، وجمعية قطر الخيرية، وهيئة الأعمال الخيرية الإماراتية، ومنظمة التعاون الإسلامي، ومنظمة الصحة العالمية، واتحاد الأطباء العرب، ونقابة الأطباء المصرية، ولجنة المساعدات النرويجية، ولجنة الإغاثة السعودية، ورابطة النقابات المهنية الأردنية، وفي خدمات الطوارئ التي تمولها منظمة الصليب الأحمر الدولي (منظمة الصحة العالمية، 2012).

وكانت كوبا مثلاً حياً ومستمراً للنجاحات في التكيف مع الواقع الصعب، والتحدي لكل أساليب الحصار والعزلة التي فرضتها الولايات المتحدة الأمريكية في العام 1962 عليها من أجل إخضاعها للهيمنة الأمريكية فقد جاء في مقال في الذكرى السادسة والخمسين للثورة:

"سجلت كوبا إنجازات مهمة في بعض المجالات الصحية والاقتصادية والبيئية متجاوزة بعض الدول المتقدمة في العالم.

ففي كوبا يعيش 85 بالمائة من السكان في مساكن يملكونها هم، وحوالي (2000) مدرسة تكتفي بالطاقة الكهربائية الخضراء.

وقد ارتفع متوسط عمر الحياة للمواطن الكوبي إلى (77) عاماً ليبلغ مستوى الولايات المتحدة تقريباً حيث المتوسط هو (77,5) عاماً، وفي وقت يكون لكل (1000) نسمة من السكان (57) طبيباً في كوبا، يبلغ في أمريكا 28 طبيباً. قبل الثورة كان (312) عدد الأطباء في كوبا يسكنون ويعملون في العاصمة حيث الشركات وذوي الدخل العالي، أما خارج العاصمة فيندر وجود أطباء بينما ينعهد الطبيب تماماً في الأرياف. وفي بداية الستينيات غادر كوبا (3000) طبيب في الغالب إلى أمريكا.

ومع حلول عام 1990 أصبح لكل (120 - 160) عائلة في المدن أو الريف طبيباً واحداً وممرضة واحدة يسكنون في المنطقة ذاتها أو المجمع السكني ذاته، وأصبحت الإحصاءات الصحية الرسمية متاحة لكل الباحثين داخل وخارج كوبا.

في عام 1965 كانت حوالي 59% من وفيات الأطفال الرضع تسجل في المكاتب الرسمية، أما الآن فبحدود 99%.

تتفق كوبا 16,5 % من دخلها القومي الإجمالي مباشرة على النظام الصحي بما يصل إلى (320) دولاراً للمواطن الواحد في العام.

وبالأرقام المطلقة لا يعتبر المبلغ كبيراً لكنه إذا ما أخذت هيكلية توزيع الخدمات الطبية على مجموع المواطنين سواء كانوا في المدن أو الريف فإن نصيب الفرد من الخدمات الصحية سيبدو كافياً في الظروف التي تعيشها كوبا.

إجراءات الكشف الطبي التي تحتاج إلى أجهزة متقدمة تقنياً لا تتوفر خدماتها في الدول الصناعية إلا لمن يدفع باستثناء قلة منها وتتطلب انتظارا لشهور، أما في كوبا فمتاحة للمواطن العادي في (28) مستشفىاً.

أما نقل الأعضاء البشرية من مواطن لآخر فمتوفرة في كوبا منذ سنوات.

وإضافة لكل ذلك تستثمر كوبا بكثافة في مجال الطب البديل والصيدلة البديلة.

وبفضل المساعدة السوفيتية أثناء وجود الاتحاد السوفيتي تم تطوير المنتجات الصيدلانية مثل اللقاحات ضد الأمراض المختلفة كالإنفلونزا والحصبة وأمراض الجهاز العصبي والنفسي والسرطان وغيرها فحققت تقدماً باهراً وتشكل حالياً بنوداً مهمة من صادرات كوبا للسوق الخارجي ومصدراً مهماً للعملة الصعبة.

منذ 2002 سجلت كوبا أدنى مستوى لوفيات الأطفال الرضع جعلها في المرتبة الثانية في القارة الأمريكية. فنسبة الوفيات في كوبا تقل بنسبة 20% عن المستوى الذي تبلغه في أمريكا في أوساط الملونين، وتقل قليلاً عن نسبة الوفيات بين الأطفال البيض الأمريكيين.

بينما تتخفف بنسبة 50% عن نسبة وفيات الأطفال الرضع السود الأمريكيين.

وتقدم كوبا المساعدات للدول الأفريقية والأمريكية اللاتينية في مجال التعليم الطبي الأكاديمي، حيث تتيح لحوالي (6000) آلاف طالب الدراسة في جامعاتها دون مقابل.

في السنين الثلاثة الماضية أمكن إرسال (30000) طبيب وطبيب أسنان إلى المناطق الفقيرة في فنزويلا اعتماداً على اتفاقية التعاون الموقعة بينهما، وتشكل هذه الخدمات جزءاً من قيمة مستوردات النفط الخام من فنزويلا، كما تتيح كوبا لأنثويها وهائتي وغامبيا ودولا فقيرة أخرى المساعدة التعليمية والصحية دون مقابل وبالأخص في مجال التعليم الطبي والتمريض.

المشكلة التي تواجه الدول الفقيرة الأفريقية إن المتخرجين من الجامعات يغادرونها بعد تخرجهم إلى الدول المتقدمة.

المؤسسات الدولية الواقعة تحت تأثير الدول الرأسمالية الكبرى كصندوق النقد والبنك الدوليان تضغط على الدول الفقيرة لكبح دور الدولة في النظام الصحي.

ولو اتبعت الدول الفقيرة والمتوسطة النمو السياسة الصحية التي سارت عليها كوبا لكان المستوى الصحي في تلك البلدان أفضل كثيراً مما هو الآن.

المنجزات التي حققتها كوبا في مجالات التعليم والصحة والإسكان وتوزيع الدخل بين المواطنين لم تبلغها الكثير من الدول الأمريكية اللاتينية والآسيوية والأفريقية الأكثر غناً منها.

كوبا بفضل سياستها الإنمائية القائمة على تخطيط النشاطات الاقتصادية والتعليمية في مجال العلوم والتكنولوجيا والخدمات الصحية وضمان العدالة في توزيع الدخل أمكنها معالجة الكثير من المشاكل التي نتجت عن تبعيتها للاقتصادات الأجنبية، وقد حققت من النجاحات ما لم تحققه العديد من دول العالم بما فيها بعض الدول الأوروبية.

كوبا تعتبر مثلاً حياً وناجحاً لدولة نامية اختارت الطريق الاشتراكي للتنمية الاقتصادية فنجحت في تحسين حياة شعبها فيما فشلت عشرات الدول النامية الأخرى التي اختارت الطريق الرأسمالي (عن تحقيق ذلك) (الأسدي، 2014).

الفصل الثالث

المنهجية والإجراءات

توطئة: تعد منهجية الدراسة وإجراءاتها محورياً رئيسياً للدراسة برمتها، ويتم من خلالها إنجاز الجانب العملي التطبيقي من البحث، حيث يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً لكل الإجراءات التي قام بها الباحث لتنفيذ وإنجاز هذه الدراسة، ومن ذلك تعريف: منهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، وإعداد أداة الدراسة، التي جاءت على شكل استبانة، والتأكد من صدقها وثباتها.

كما يحتوى هذا الفصل على بيان بإجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمها الباحث في تحليل البيانات واستخلاص النتائج.

وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

3.1: منهجية البحث:

يرى الباحث أن استخدام المنهج الوصفي التحليلي الكمي، هو منهجية بحثية فاعلة، وذلك لمعالجة الجوانب التحليلية لهذه الدراسة؛ حيث إن هذا المنهج يركز على وصف ورصد موضوع الدراسة، ثم القيام بعملية تحليلية لنتائجها، ودراسة متغيراتها، وإمكانية الربط بينها، وصولاً لاستخلاص النتائج والعبر والتوصيات، والجدير ذكره أن مثل هذه المنهجيات في البحث تمكن الباحث من استقصاء آراء عدد كبير من الشرائح المطلوب سماعها، وتدوين آرائها، وقناعاتها، آخذين في الاعتبار أن استخدام الدراسة الوصفية المقطعية أقل تكلفة على صعيد الجهد والوقت، إضافة إلى سهولة التطبيق ويعرف هذا المنهج بأنه: (ذلك النوع من أساليب البحث الذي يمكن بواسطته معرفة ما إذا كان هناك ثمة علاقة بين متغيرين، ومن ثم معرفة العلاقة) (العساف، 2006).

3.2: مجتمع العينة :

يتكون مجتمع الدراسة من مقدمي الخدمات الصحية (إداريين، فنيين) في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، بحيث تشمل كافة الموظفين العاملين فيها: (أطباء- ممرضين- موظفي مهن طبية فنية مساعدة- صيادلة- إداريين- عمال خدمات- مهندسين وفنيين ومبرمجين- اختصاصيين نفسيين واجتماعيين- ومفتشي صحة) وهم على رأس عملهم وعددهم (5788)، مع مراعاة أن كل الفئات التي شكلت مجتمع الدراسة ضمت كل العاملين في القطاعات المذكورة، بغض النظر عن مستوى الشهادة العلمية، على أرضية وفلسفة أن هذه الفئات تشكل في مجموعها الطواقم العاملة في المستشفيات، والتي تتكامل أدوارها لتقديم الخدمة الصحية.

3.3: حجم العينة:

وذلك من خلال استبانة لعدد أربعمائة ممن ذكرنا آنفاً (تم حسابه رياضياً بالقياس إلى عدد القوى العاملة في القطاع الصحي الحكومي/ المستشفيات)، علماً بأن العاملين في مستشفيات وزارة الصحة يشكلون ما نسبته 64.1% من المجموع الكلي للعاملين في وزارة الصحة بقطاع غزة، البالغ عددهم (9030) موظفاً غير مشتملين على أعداد الموظفين المستكفين البالغ عددهم (2345) موظفاً.

بمعنى أن إجمالي العاملين في المستشفيات الحكومية من موظفين على رأس أعمالهم (5788) موظفاً. وذلك باستخدام برنامج "Survey System Evaluation Edition(11)"، حيث أفرز البرنامج حجم العينة بعدد (365)، مرفق رقم (7)، ولقد قام الباحث بتوزيع عدد (400) استبانة، في أربعة مستشفيات، هي: مجمع الشفاء الطبي ومجمع ناصر الطبي ومستشفى العيون التخصصي ومستشفى الشهيد عبدالعزيز الرنتيسي التخصصي للأطفال، وتم ذلك التوزيع بعد إجراء قرعة عشوائية بوجود المشرف.

ثم قام الباحث بتوزيع ال (400) استبانة على المستشفيات الأربعة كل حسب نسبته وفق عملية رياضية دقيقة فكان نصيب مجمع الشفاء الطبي (230) استبانة، وزعت على (167) من الفنيين و(63) من الإداريين وذلك بطريقة رياضية حسب نسب توزيع هذه الفئات، ثم قام الباحث، باستخدام الحاسوب، باختيار الأسماء المرشحة حسب الفئات ليتم توزيع الاستبانات عليها، وانسحب هذا الأمر على باقي المستشفيات وبالكيفية نفسها فكان نصيب مجمع ناصر الطبي (120) استبانة، منها (79) للفنيين (41) للإداريين، وكان نصيب مستشفى الرنتيسي التخصصي للأطفال (34) استبانة، وزعت (19) منها على الفنيين ووزعت (15) منها على الإداريين، أما مستشفى العيون التخصصي فكان نصيبه (17) استبانة، وزعت (10) منها على الفنيين و(7) على الإداريين .

وتم جمع حوالي (81%) من إجمالي ما تم توزيعه، حيث تم جمع (324) استبانة، وشكل مستشفى الشفاء لأعلى نسبة استبانات بواقع 52.8%، يليها مجمع ناصر الطبي بواقع 33.3%، ثم مستشفى الرنتيسي بواقع 9.6%، وأخيراً مستشفى العيون التخصصي بواقع 4.3%.

3.4: معايير الإدراج والاستبعاد:

تم إدراج كل الموظفين المسجلين ضمن كشوف موظفي وزارة الصحة، الذين عملوا في مستشفيات وزارة الصحة خلال الفترة المبحوثة 2006-2014، بغض النظر عن المسمى الوظيفي، أو جهة صرف الراتب، أو سنة التوظيف، وذلك حسب الكشوف المستلمة من دائرة شئون الموظفين بالإدارة العامة للشئون الإدارية والمالية بالوزارة، ودائرة الشئون الإدارية والمالية بالإدارة العامة للمستشفيات.

كما تم استبعاد أي موظف لم يكن على رأس عمله خلال الفترة المبحوثة، بغض النظر عن السبب سواء أكان السفر، أم الوفاة، أو الاستكاف، أو المرض المقعد.... الخ

3.5: أداة الدراسة " الاستبانة ":

وقد تم استخدام الطريقة الكمية المتمثلة باستبانة من تصميم الباحث، مرفق رقم(1)، وتعباً ذاتياً من قبل المشاركين في الدراسة، وتشمل استقراء آراء مقدمي الخدمات الصحية (إداريين، فنيين) في المستشفيات الحكومية بقطاع غزة، بحيث تشمل المدراء بكافة مستوياتهم والموظفين بكافة فئاتهم، وذلك من خلال استبانة لعدد أربعمئة ممن ذكرنا آنفاً، وتحتوي على الأجزاء التالية:

الجزء الأول ويحتوي على البيانات الشخصية:(الجنس، العمر، مكان السكن، الدراسة بعد الثانوية، آخر مؤهل علمي).

أما الجزء الثاني، فيتضمن بيانات خاصة بالعمل: (مكان العمل، المستشفى، المسمى الوظيفي، التخصص، سنة التوظيف، جهة صرف الراتب).

يليه الجزء الثالث، الذي يبحث تأثير الحصار المفروض على قطاع غزة خلال الفترة بين 2006م-2014م

على تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية من خلال دراسة المحاور التالية:-

المحور الأول: ويشمل الحديث عن الموارد البشرية في وزارة الصحة بغزة والوفود الزائرة.

المحور الثاني: ويتضمن الحديث فيه عن الخدمات الصحية التي تقدمها وزارة الصحة بغزة.

المحور الثالث: ويشمل الأدوية والمستهلكات الطبية، والأجهزة والمعدات الطبية.

المحور الرابع: الإدارة والحكم الرشيد "الحوكمة".

المحور الخامس: ويتحدث عن إدارة نظم المعلومات الصحية.

المحور السادس: التمويل.

وأخيراً الجزء الرابع والذي يبحث استراتيجيات وزارة الصحة لمواجهة الحصار والتكيف معه .

3.6: إعداد وتجهيز أداة الدراسة "الاستبانة":

بعد جلسات متتالية مع مشرف البحث، ثم قيام الباحث بإجراء عدد من المقابلات الشخصية

ذات طابع غير رسمي، قام الباحث ببناء استبانة البحث بعد تحديد المحاور الرئيسية للدراسة

وصياغة الفقرات التفصيلية لكل محور، ثم تم عرضها بشكل مبدئي على المشرف لإجراء التعديلات اللازمة

وإخراجها للعرض على هيئة المحكمين .

ثم تم عرض الاستبانة على عدد (11) من المحكمين المختصين، مرفق رقم (5)، وبعد جمع الاستبانات

الموزعة على السادة المحكمين، ثم تم مناقشة التعديلات التي أوصوا بها مع سعادة مشرف البحث، وبعد الأخذ

بالتوصيات والتعديلات تم إخراج الاستبانة بشكل شبه نهائي لتوزيعها على العينة الاستطلاعية

وكان عددها(30) استبانة، وبعد جمعها والتأكد من مصداقيتها وثباتها تم الشروع بتوزيع النسخة النهائية منها

على(400) مبحوث.

3.7: صدق الاستبانة:

قام الباحث بتقنين فقرات الاستبانة للتأكد من صدقيتها واتساقها الداخلي من خلال عرضها في صورتها الأولية على مجموعة من المختصين؛ حيث قاموا - مشكورين - بإبداء ملاحظاتهم وآرائهم حول مناسبة فقرات الاستبانة، ومدى انتماء الفقرات إلى كل محور، كما قاموا بتدقيق الصياغات اللغوية، وفي ضوء ذلك تم إجراء عدد من التعديلات، وإضافة بعض الجمل وحذف أخرى.

ولفحص الاتساق الداخلي تم توزيع الاستبانة التي تم تعديلها بعد عرضها على السادة المحكمين على عدد (30) من المبحوثين كعينة استطلاعية، ثم تم جمعها ودراستها وإجراء التعديلات النهائية عليها قبل توزيعها بشكلها النهائي.

3.8: ثبات أداة البحث "الاستبانة" :

المقصود بثبات الاستبانة أن تعطي هذه الاستبانة النتيجة نفسها لو تم إعادة توزيعها أكثر من مرة تحت الظروف والشروط نفسها، ولقد تم التأكد من ثبات الاستبانة من خلال حساب "معاملات ألفا كرونباخ" لمحاور تأثير الحصار كما هو مبين في الجدول التالي:

المحاور	ألفا كرونباخ
تأثير الحصار.	0.731
تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية.	0.817
القوى البشرية.	0.610
تقديم الخدمات.	0.762
الأدوية والمستهلكات والأجهزة والمعدات الطبية.	0.937
نظم المعلومات الصحية.	0.603
الإدارة والحكم الرشيد.	0.665
تمويل وزارة الصحة	0.600
وجود استراتيجيات	0.825

3.9: أخلاقيات البحث:

قام الباحث بالحصول على الموافقات اللازمة من جامعة القدس "الدراسات العليا" لإجراء البحث، المتمثل بتوزيع وجمع البيانات، سواء من خلال الاستبانات الموزعة، مرفق رقم (2). كما حصل الباحث على موافقة كل من الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية بوزارة الصحة، مرفق رقم (3)، ولجنة هلسنكي للبحث العلمي، مرفق رقم (6).

كما خاطب الباحث المحكمين كلاً باسمه ولقبه على حدة، مرفق رقم (4)، وذلك لتحكيم مسودة الاستبانة، كما حصل الباحث على موافقة المشاركين في هذه الدراسة، وضمان حقوق المشاركين، كون المشاركة طوعية، إضافة إلى ضمان السرية والخصوصية والموافقة على المشاركة، علماً بأن معلومات البحث ستستخدم فقط لغرض البحث العلمي، وأنه لن يطلع عليها إلا الباحث والمشرفين على الدراسة، وذلك حفاظاً على الخصوصية، كما أكد الباحث التزامه المطلق بأدبيات وأخلاقيات البحث العلمي.

3.10: الدراسة الاستطلاعية:

قام الباحث بإجراء عينة استطلاعية، حجمها ثلاثون استبانة، لدراسة المصادقية والثبات واختبار الاتساق الداخلي، وقد قام بتوزيعها، ومن ثم جمعها كلها، ثم تمت دراستها ومراجعتها مع المشرف، وبعد التأكد من صدق وسلامة الاستبانة التجريبية قام الباحث بتوزيع باقي الاستبانات على عينة الدراسة علماً بأن العينة الاستطلاعية لم تحتسب من إجمالي الاستبانات الموزعة بشكلها النهائي.

3.11: جمع وتحليل البيانات:

تم توزيع الاستبانات وجمع البيانات بواسطة الباحث واثنين من الباحثين، ثم تم تفريغ البيانات بإشراف الباحث على برنامج "spss" (V20)، حيث تم عمل نموذج بيانات لإدخال كافة البيانات ومعلومات الاستبانة بإشراف الباحث، ومن ثم تحليلها من خلال الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) (V20)، وبرنامج (إكسل)، حيث تم في البداية تنظيف البيانات ومعالجتها، ثم عمل الاختبارات الإحصائية اللازمة، ولمعرفة تكرار فئات متغير ما، ووصف عينة الدراسة والعلاقة بين المجالات والمتغيرات .

وتم استخدام الأساليب الإحصائية في التحليل، مثل: النسب المئوية، والتكرارات، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، حيث يستخدم هذا الأمر بشكل أساسي لأغراض معرفة تكرار فئات متغير ما، ويفيد في وصف بيانات عينة الدراسة، ومعامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة، واختبار أحادي التباين one-way anova، واختبار "t" للعينات المستقلة لدراسة الفروق الإحصائية بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة، واستخدام مقياس الإحصاء الوصفي، وتحليل البيانات الكيفية من خلال تصنيفها ووضعها في محاور.

3.12: معوقات البحث:

ينبغي التأكيد-هنا- أن هذا النوع من الدراسات المقطعية يعطي صورة لحالة المؤسسة فترة جمع البيانات، فالدراسة تعطي صورة لحظية قد تختلف نتائجها باختلاف التوقيت والظروف، وبالتالي أصبح من الصعوبة استخدام نتائج هذه الدراسات للمقارنة في ظل عدم وجود معايير ومقاييس بحثية معروفة ومتفق عليها.

كما أن الظروف الأمنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية، التي يعيشها قطاع غزة من أهم المعوقات التي تواجه الباحثين، بالذات الأبحاث التي لها امتدادات سياسية وأمنية، إضافة إلى معوقات أخرى واجهها الباحث منها:

1. صعوبة الحصول على المعلومات والبيانات المطلوبة للبحث.
2. عدم تفاعل بعض المبحوثين، ورفض البعض منهم استلام الاستبانة والإجابة عنها.
3. قلة المراجع العربية والمصادر والأبحاث السابقة التي تعرضت لموضوع البحث بشكل مباشر.

الفصل الرابع النتائج والتحليل

* جدول رقم (4.1): توزيع استجابات المشاركين حسب الخصائص الشخصية:

البيان	عدد	نسبة
الجنس		
ذكر.	248	76.5
أنثى.	76	23.5
المجموع	324	100.0
العمر		
35 سنة فأقل.	111	35.5
36 إلى 45 سنة.	102	32.6
أكثر من 45 سنة.	100	31.9
المجموع	313	100.0
مكان السكن		
شمال غزة.	35	11.3
غزة.	134	43.1
الوسطى.	41	13.2
خان يونس.	87	28.0
رفح.	14	4.5
المجموع	311	100.0
الدراسة بعد الثانوية العامة		
4 سنوات فأقل.	152	50.7
من 5 إلى 9 سنوات.	82	27.3
أكثر من 9 سنوات.	66	22.0
المجموع	300	100.0
آخر مؤهل علمي		
أقل من بكالوريوس.	59	19.7
بكالوريوس.	130	43.5
ما بعد البكالوريوس.	110	36.8
المجموع	299	100.0

■ كان مجموع ما تم جمعه من الاستبيانات الموزعة (324) من أصل (400) بنسبة 81%، منها 76.5% ذكور، و23.52% إناث.

■ وبلغ متوسط الأعمار في عينة الدراسة 68.1% (45 سنة فأقل)، وأكثر من 45 سنة كان 31.9%.

■ وتوزع المستطلعون على غزة وشمالها 54.4%، والوسطى 13.2%، وجنوب القطاع 32.5%.

■ كان معدل الدارسين بعد الثانوية (4 سنوات فأقل) 50.6%، ومن 5-9 سنوات 27.3%، أكثر من (9 سنوات) 22%، أي أن الدارسين في تخصصات عالية معدلهم الإجمالي حوالي 49.3%.

■ كان من المستطلعين ما نسبته 19.7% من الحاصلين على مؤهل أقل من بكالوريوس ، 43.5% حاصلين على درجة البكالوريوس، 36.8% حاصلين على درجة أعلى من بكالوريوس، ما يعني أن الشريحة تتضمن 80.3% من الحاصلين على درجة البكالوريوس وما بعدها.

وفي بحث ماجستير موسوم بـ " دور تمكين العاملين في فعالية الأداء الإداري " دراسة ميدانية على المؤسسات الأهلية الصحية في قطاع غزة " حيث كانت عينة البحث مكونة من (167) مبحوثاً، تم اختيارهم عشوائياً من أصحاب المواقع الإشرافية في المؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة، وكانت نسبة الذكور (حسب نتائج تحليل الاستبانة) 70.060%، والإناث 29.94%، وفي ذات الدراسة كانت نسبة الفئة العمرية من (20 سنة - أقل من 30 سنة) 31.73% ، والفئة العمرية من (30 سنة - أقل من 40 سنة) 26.946%، والفئة العمرية من 40 - أقل من 50 سنة 23.952% ، بينما كانت الفئة العمرية 50 سنة فأكثر 17.365%.

■ كما أظهرت ذات الدراسة توزيعاً للمستطلعين حسب المؤهل العلمي كالآتي : دبلوم متوسط فأقل بنسبة 31.138%، والحاصلون على درجة البكالوريوس 49.701%، والحاصلون على دراسات عليا ما نسبته 19.162%، ويشكل قريب جداً لما ظهر في عينة البحث موضوع الدراسة (صيام ، 2015).

■ وبالمقارنة بين النتائج في الجدول السابق (4.1) موضوع الدراسة، وما ورد في بحث ماجستير موسوم بـ " دور تمكين العاملين في فعالية الأداء الإداري " يلحظ التشابه في النتائج من حيث ارتفاع نسبة الموظفين الذكور على نسبة الموظفات ، كما أظهرت الدراسات تشابهاً في أن إجمالي الفئات دون الخمسين عاماً هم الفئة الغالبة بالمطلق، ولعل الموظفين دون الأربعين عاماً يتجاوزون 50% من إجمالي العينتين، ما يبرز ارتفاع نسبة الفئة الشابة في مراكز العمل .

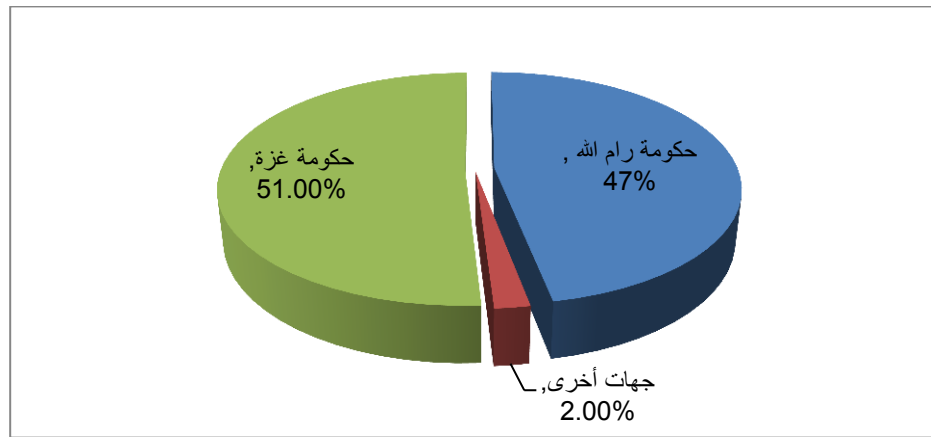
■ كما أظهرت العينتان ارتفاع نسبة الحاصلين على درجة البكالوريوس ، وكذلك الحاصلين على الدراسات العليا، ما يؤشر إلى تمكين الموظفين ذوي الإمكانات العلمية، كما يؤشر إلى منحى مهم متمثل بنزوع الموظفين نحو استكمال الدراسة، سواء البكالوريوس أو مواصلة المشوار الأكاديمي بالحصول على الدراسات العليا، والصورة ربما تكون أكثر وضوحاً في البحث موضوع الدراسة؛ حيث كانت نسبة الحاصلين على

دراسات عليا 36.8%، ونسبة الحاصلين على درجة البكالوريوس 43.5%، ما يدل على ارتفاع نسب الدارسين العاملين في المستشفيات الحكومية من كل الفئات، وبالعوم على نسب العاملين في المؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة.

✳ جدول رقم (4.2): توزيع استجابات المشاركين حسب البيانات الخاصة بالعمل:

م	البيان	عدد	نسبة
3.	مكان العمل		
	شمال غزة و غزة.	194	64.2
	الوسطى و الجنوب.	108	35.8
	المجموع	302	100.0
4.	المستشفى		
	الشفاء.	171	52.8
	العيون.	14	4.3
	الرننيسي.	31	9.6
	ناصر.	108	33.3
	المجموع	324	100.0
5.	المسمى الوظيفي		
	مدير دائرة فما فوق.	35	11.2
	رئيس قسم و مشرف.	101	32.4
	موظف.	176	56.4
	المجموع	312	100.0
6.	التخصص		
	طب.	99	31.0
	صيدلة.	18	5.6
	تمريض.	86	27.0
	إدارة.	43	13.5
	مهن مساعدة.	31	9.7
	أخرى (تخصصات هندسية ، تكنولوجيا، خدمات مرضى).	42	13.2
	المجموع	319	100.0
7.	سنة التوظيف		
	قبل 2007	175	55.2
	بعد 2007	142	44.8
	المجموع	317	100.0

تابع... جدول رقم (4.2): توزيع استجابات المشاركين حسب البيانات الخاصة بالعمل:			
8.	جهة صرف الراتب		
	حكومة رام الله.	147	46.5
	حكومة غزة.	161	50.9
	جهات أخرى (عقود خاصة).	8	2.5
	المجموع	316	100.0



مخطط رقم (3) جهة صرف الراتب

- في حين تتضمن بيانات العمل ما يلي:
- محافظتي شمال غزة وغزة و64.2%، وكان نصيب محافظات الوسطى وخانيونس ورفح 35.4%.
- وقد توزعت عينة البحث على مستشفى الشفاء بواقع 52.8% والعيون 4.3% والرنتيسي 9.6% مجمع ناصر 33.3%.
- وقد تضمنت الشريحة مدير دائرة فما فوق 11.2% ورئيس قسم ومشرف 32.4% (وظائف إشرافية 43.6%).
- بلغ مجموع الموظفين الذين لا يحملون أي مسمى إشرافي 56.4%، في حين كان التوزيع على التخصص الطب 31% من العينة، الصيدلة 5.6%، التمريض 27%، المهين الطبية المساعدة 9.6% (مجموع المهين الطبية والطبية المساعدة 73.3%)، وكان نصيب الإدارة 13.5%، والمهين الأخرى 13.2%.
- كان توزيع العينة 55.2% للموظفين قبل 2007، 44.8% للموظفين بعد 2007م أي بعد الانقسام السياسي.

■ وشكل الموظفون المستطلعون الذين يتقاضون راتباً من الحكومة في رام الله 46.5% من العينة، بينما الذين يتلقون من الحكومة في غزة 50.9%، والذين يتلقون رواتبهم من جهات أخرى 2.5%.

■ وبمراجعة رسالة ماجستير بعنوان " دور منظمة الصحة العالمية في تعزيز أداء النظام الصحي الفلسطيني في قطاع غزة " (خضر، 2015، 3) ، حيث كانت عينة البحث تشمل حصراً شاملاً لمدراء الدوائر والوحدات والإدارات العامة في وزارة الصحة بقطاع غزة وعددهم (172) موظفاً (فئة مدير عام ونائب مدير عام ومدير وحدة ومدير دائرة) وفقاً لبيانات الإدارة العامة للشؤون الإدارية والمالية ودائرة شئون الموظفين بوزارة الصحة في قطاع غزة، إضافة لمدراء المستشفيات والمؤسسات الأهلية الصحية الفلسطينية وعددها (40)، المسجلة لدى وزارة الصحة بوحدة التنسيق مع المؤسسات الأهلية، والمدراء الصحيين في وكالة الغوث وعددهم (10)، وهم مدراء دوائر بالمركز الرئيسي لوكالة الغوث، ليصبح مجتمع البحث (232) مديراً، في حين وفي بحث آخر بعنوان "دور المساعدات التركية في تحسين مستوى الخدمات الصحية الحكومية في قطاع غزة" (حماد، 2013،) تكونت عينة الدراسة من (190) موظفاً من فئة: (وزير، مدير عام، نائب مدير عام، مدير وحدة، مدير دائرة، مدير مستشفى).

■ الواضح في الدراستين المقابلتين (خضر، و حماد) أن عينة البحث في كليهما هي من أصحاب الوظائف الإشرافية، ولعل ذلك مُبرّر كون الموضوعين المبحثين في كلا الدراستين يحتاج إلى مثل هذه العينة الإشرافية التي يمكّنها موقعها من الاطلاع على البيانات والمعلومات التفصيلية، بالذات فيما يخص أدوار المساعدات والتمويل.

■ في حين أن الدراسة المبحوثة تبحث في قياس تأثيرات الحصار على تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية، ما أوجب أن تكون العينة شاملة لكل الفئات الوظيفية العاملة في المستشفيات، حيث كان مجموع الحاصلين على مسمى إشرافي ابتداءً من مشرف تمريض، مروراً برئيس قسم، ثم مدير فأكثر لا يتجاوز 43.6% من العينة ، وكان 56.4% من الموظفين الذين لا يحملون أي منصب إشرافي.

✳ جدول رقم (4.3): توزيع استجابات المشاركين حسب تأثير الحصار على العمل (في إطار المستوى الشخصي):

النسبة	عدد	الحصار وأثره على عملك (في إطار المستوى الشخصي)
75.8	241	نعم سلباً.
8.2	26	نعم إيجاباً.
12.3	39	لا.
3.8	12	لا أدري.
100.0	318	المجموع

- وبالإجمال أجاب 75.8% من العينة بأن للحصار تأثيراً سلبياً على تقديم الخدمات الصحية، في حين كان رأي 8.2% فقط من العينة بأن للحصار تأثيراً إيجابياً على تقديم الخدمات الصحية، ورفض أن يكون للحصار أي تأثير ما نسبته 12.3% " لا سلبى ولا إيجابي" بينما كان 3.8% من العينة محايدون.
- تظهر النتائج في هذا الجدول أن هناك حالة موافقة وبنسبة كبيرة جداً على أن للحصار تأثيراً سلبياً على تقديم الخدمات الصحية.

✳ جدول رقم (4.4) : توزيع استجابات المشاركين حسب الرأي الشخصي في دور الموظف في دعم استمرارية تقديم الخدمة:

النسبة	عدد	هل تشعر بأن لك دوراً في دعم استمرارية تقديم الخدمات الصحية في ظل الحصار.
87.9	277	نعم.
7.0	22	لا.
5.1	16	لا أدري.
100.0	315	المجموع

- ولدى سؤال العينة عن دوره في دعم استمرارية تقديم الخدمات الصحية في ظل الحصار، أجاب 87.9% بنعم، أي أنه يرى أن له دوراً في دعم استمرارية تقديم الخدمات الصحية، في حين رأى 7% أنه لا يرى له دوراً في ذلك.
- وهذا يعكس الاتجاه الإيجابي لدى عينة البحث نحو المساهمة في تنفيذ وإنجاح الاستراتيجيات التي تتبنى مواجهة الحصار والتكيف معه على أرضية الاستمرار بتقديم الخدمات الصحية.

✳ جدول رقم (4.5) : توزيع استجابات المشاركين حسب وجهة النظر الخاصة في تأثير الحصار بالإجمال على اللبنات الست:

المحاور	سليبي بشكل كبير	لا أرى أثراً	إيجابي	إيجابي بشكل كبير	المجموع
الموارد البشرية والابتعاث والوفود الطبية.	عدد	121	160	14	317
	نسبة	38.2	50.5	4.4	100
تقديم الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة الصحة.	عدد	41	201	37	316
	نسبة	13	63.6	11.7	100
الأدوية والمستهلكات الطبية والأجهزة والمعدات الطبية.	عدد	95	179	24	316
	نسبة	30.1	56.6	7.6	100
الإدارة والحكم الرشيد" الحوكمة".	عدد	31	131	86	315
	نسبة	9.8	41.6	27.3	100
الحوسبة ونظم المعلومات الصحية.	عدد	25	112	102	316
	نسبة	7.9	35.4	32.3	100
تمويل القطاع الصحي.	عدد	78	171	37	321
	نسبة	24.3	53.3	11.5	100
الوسط الحسابي: 44.57، الوسيط: 43.33، الانحراف المعياري: 12.17					

■ جاء المتوسط الحسابي (44,57) ، والوسيط (43,33)، وانحراف معياري (12,17) لتوزيع استجابات المشاركين حسب وجهة النظر الخاصة في تأثير الحصار بالإجمال على اللبنات البنائية الست للنظام الصحي "المستشفيات الحكومية في قطاع غزة نموذجاً"

■ وبشكل إجمالي، ومن وجهة نظر المستطلعين حول تأثير الحصار على الموارد البشرية والابتعاث والوفود الطبية، فقد كانت الموافقة على تأثيراته السلبية مرتفعة جداً وبنسبة 88.7%، في حين كان رأي 7% من العينة بأن له تأثيرات إيجابية، ولم ير 4.4% أي أثر.

■ وحول تأثيرات الحصار على تقديم الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة الصحة كان رأي ما نسبته من العينة 73.9% بأن تأثيراته سالبة، في حين رأى ما نسبته 11.7% أن تأثيراته إيجابية، في حين كان 11.7% لا يرون أي أثر.

■ وحول تأثيرات الحصار على الأدوية والمستهلكات الطبية والأجهزة والمعدات الطبية، رأى 86.7% من عينة البحث أن تأثيراته سالبة، في حين رأى 5.7% من ذات العينة أن تأثيراته إيجابية، ورأى 7.6% من المبحوثين بأنه لا يرى أثراً.

- وفي محور رصد تأثير الحصار على الإدارة والحكم الرشيد" الحوكمة"، رأى 51.4% أن تأثيراته سلبية، بينما رأى 21.3% أن تأثيراته موجبة، في حين أجاب 27.3% من عينة البحث بأنهم لا يرون أثراً.
- أما عن تأثيرات الحصار على الحوسبة ونظم المعلومات الصحية فقد رأى 43.3% من عينة البحث بأن تأثيراته سلبية، وأن ما نسبته 24.4% من ذات العينة يرون تأثيراته إيجابية، في حين أن 32.3% منها لا يرون أثراً، ويرى الباحث في تفسير ذلك أنه عائد إلى كون هذا الجانب ذا أبعاد تخصصية، وينبغي لمن يجيب عنه أن تتوفر له المعلومات الكافية، إضافة إلى الاهتمام والمتابعة الشخصية التي لا تتسجم مع كون أن أكثر من 73% من العينة هم من العاملين في القطاع الطبي والطبي المساعد.
- في حين رأى 77.6% من المبحوثين بأن الحصار أثر سلباً على تمويل القطاع الصحي، ورأى 10.9% منهم أن له تأثيراً إيجابياً على تمويل القطاع الصحي، في حين أن 11.5% لم ير أثراً يذكر.

* جدول رقم (4.6) : توزيع استجابات المشاركين حول محور الموارد البشرية:

المجموع	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة		الموارد البشرية
321	7	144	65	80	25	عدد	تطور الأداء الفني للعاملين في المستشفيات الحكومية رغم الحصار .
100	2.2	44.9	20.2	24.9	7.8	نسبة	
320	52	186	41	28	13	عدد	بسبب الحصار هناك نقص ملموس في التخصصات الدقيقة.
100	16.3	58.1	12.8	8.8	4.1	نسبة	
320	23	144	64	80	9	عدد	أثر الحصار على إمكانيات تحسين الأداء الإداري للعاملين.
100	7.2	45	20	25	2.8	نسبة	
321	13	116	93	84	15	عدد	نجحت الإدارة في استثمار الموارد البشرية بشكل كبير .
100	4	36.1	29	26.2	4.7	نسبة	
319	15	123	79	81	21	عدد	تم تسجيل نجاحات في تطوير الكادر البشري داخلياً.
100	4.7	38.6	24.8	25.4	6.6	نسبة	
317	9	64	61	133	50	عدد	ازداد الابتعاث الخارجي للكادر الفني في ظل الحصار .
100	2.8	20.2	19.2	42	15.8	نسبة	
319	8	43	74	129	65	عدد	ازداد الابتعاث الخارجي للكادر الإداري في ظل الحصار .
100	2.5	13.5	23.2	40.4	20.4	نسبة	
314	29	156	60	43	26	عدد	رغم الحصار فقد زادت حركة الوفود الطبية القادمة إلى القطاع.
100	9.2	49.7	19.1	13.7	8.3	نسبة	
318	16	126	99	64	13	عدد	أسهم الحصار في إبراز نجاحات وإبداعات للكثير من الكوادر الفنية.
100	5	39.6	31.1	20.1	4.1	نسبة	
320	9	122	97	76	16	عدد	أسهم الحصار في إبراز نجاحات وإبداعات للكثير من الكوادر الإدارية.
100	2.8	38.1	30.3	23.8	5	نسبة	
321	21	141	86	53	20	عدد	أثر الحصار على إمكانية التخطيط الاستراتيجي لتطوير الكادر البشري في وزارة الصحة وتنفيذه.
100	6.5	43.9	26.8	16.5	6.2	نسبة	
317	50	96	64	86	21	عدد	شكل امتناع عدد كبير من الموظفين عن العمل بحجة الانتماء السياسي (الاستكاف) تهديداً جدياً لاستمرار تقديم الخدمات الصحية.
100	15.8	30.3	20.2	27.1	6.6	نسبة	
322	56	181	48	26	11	عدد	قلص الحصار من إمكانيات الوزارة لاستيعاب كوادر كافية لتقديم خدمات صحية بشكل أفضل.
100	17.4	56.2	14.9	8.1	3.4	نسبة	

يتبع... جدول رقم (4.6): توزيع استجابات المشاركين حول محور الموارد البشرية:							
318	39	107	76	84	12	عدد	تراجعت دافعية الموظفين للعمل بسبب استمرار الحصار.
100	12.3	33.6	23.9	26.4	3.8	نسبة	
318	88	154	41	30	5	عدد	اعتقد أن أغلب الموظفين لا يشعرون بالرضا الوظيفي بسبب محدودية إمكانيات الوزارة في ظل الحصار.
100	27.7	48.4	12.9	9.4	1.6	نسبة	
317	22	184	46	43	22	عدد	يوجد وصف وظيفي لعملي في الوزارة / المستشفى.
100	6.9	58	14.5	13.6	6.9	نسبة	
320	8	107	90	72	43	عدد	في سنوات الحصار تم العمل بالوصف الوظيفي للموظفين.
100	2.50	33.44	28.13	22.50	13.44	نسبة	
319	26	128	97	48	20	عدد	ما زالت المشاركة في تقييم الأداء دون المستوى المقبول.
100	8.2	40.1	30.4	15	6.3	نسبة	
319	45	170	62	29	13	عدد	أثر الحصار على إمكانية إنجاز مشاريع تطويرية للكادر البشري.
100	14.1	53.3	19.4	9.1	4.1	نسبة	
الوسط الحسابي : 56.16، الوسيط : 56.84، الانحراف المعياري : 8.38							

- كان مجموع الفقرات في هذا المحور (19) فقرة، وجاء الوسط الحسابي (56.16)، والوسيط (56.84)، والانحراف المعياري (8.38).
- في جميع مكونات اللبنة الست تم احتساب المتوسط الحسابي والوسيط والنسب المئوية والانحرافات المعيارية، وتم إعطاء قيمة أعلى عندما وافق المشاركون على أن التأثير السالب في حده الأعلى، فمثلاً أعطي رقم (5) عندما وافق بشدة، وأعطي الرقم (1) عندما كان التأثير لم يوافق بشدة، وبالتالي فإن النسبة الأعلى تدل على تأثير أعلى للحصار على مدلول الفقرة، والنسبة الأقل تدل على تأثير أقل.
- وفي استطلاع عينة البحث حول " تطور الأداء الفني للعاملين في المستشفيات الحكومية رغم الحصار كانت الموافقة على هذا الطرح بنسبة 47.1% في مقابل ما نسبته 32.7% لم توافق.
- وأبدي ما نسبته 74.4% من حجم العينة موافقتهم على أن الحصار سبب نقص ملموس في التخصصات الدقيقة.
- كما أظهرت 52.2% من العينة أن الحصار أثر على إمكانيات تحسين الأداء الإداري للعاملين، وأظهرت 57.8% من العينة عدم موافقتهم على فرضية ازدياد الابتعاث الخارجي للكادر الفني في ظل الحصار.
- وأظهر ما نسبته 60.8% رفضهم فرضية ازدياد الابتعاث الخارجي للكادر الإداري في ظل الحصار.

- وأبدى 50.4% من عينة البحث موافقتهم على فرضية أن الحصار أثر على إمكانية التخطيط الاستراتيجي لتطوير الكادر البشري في وزارة الصحة.
- كما أظهرت العينة أن 43.3% منها موافقين أنه تم تسجيل نجاحات في تطوير الكادر البشري داخلياً، في مقابل 32% لا يوافقون على ذلك وكان 24.8% من العينة محايدون.
- ورغم الموافقة على أن النظام الصحي نجح في تسجيل نجاحات في تطوير الكادر البشري الفني والإداري إلا أن 67.4% من حجم العينة موافقة على فرضية أن الحصار أثر على إمكانية إنجاز مشاريع تطويرية للكادر البشري.
- ولم توافق الأكثرية من عينة البحث على فرضية ازدياد الابتعاث الخارجي للكادر الفني والإداري في ظل الحصار، ولدى مراجعة سجلات وكشوف الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية وجد الباحث حقائق دامغة على أن اتجاهات العينة البحثية في هذه الجزئيات لم تكن دقيقة، ولقد كان اتجاه العينة سالباً ونسبة 43.3% على أنه لم تسجل نجاحات في تطوير الكادر البشري داخلياً، ولدى قيام الباحث بتدقيق ذلك وجد أن هذا الاتجاه غير دقيق أيضاً، فمفهوم التدريب يتمثل بإدراك العاملين أن المنظمة التي يعملون فيها توفر لهم فرص النمو والتطور والتعلم المستمر، وتوسع مهاراتهم من خلال حياتهم العملية (الطويل، 2001).
- وخلال سنوات الحصار تم تفعيل العمل بنظام البورد الفلسطيني (المجلس الطبي الفلسطيني)، حيث يمنح الملتحقون ببرامجه الطبية التخصصية، وبعد استكمالها والنجاح في امتحاناتها الدكتوراه الإكلينيكية في التخصص المنتسب إليه الطبيب، ويؤكد المجلس الطبي الفلسطيني أن لديه حالياً عشرة برامج تخصصية علماً بأن أعداد الملتحقين ببرامج البورد الفلسطيني خلال مدة الدراسة بلغت (396) طبيبياً-مثلاً، كما أن أعداداً كبيرة من الطواقم الطبية والإدارية التحقت ببرامج تدريبية فنية وإدارية داخلية: (دورات - دبلوم - ماجستير) وتحت إشراف الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية (وزارة الصحة، 2014:52)
- ولعل اتجاهات العينة كانت سالبة كون أن هذه المعلومات التفصيلية غير حاضرة لدى أكثر العاملين في الحقل الطبي، كما بينت الدراسة موافقة المستطلعين على زيادة حركة الوفود الطبية القادمة لقطاع غزة رغم الحصار .

- كما بينت الدراسة الموافقة-أيضاً- على أن الحصار أسهم في إبراز نجاحات وإبداعات للكثير من الكوادر الفنية والإدارية، وليس أدلّ على ذلك من بروز منظومة من التخصصات النوعية.
- ووافقت عينة البحث على أن امتناع عدد كبير من الموظفين عن العمل بحجة الانتماء السياسي (الاستتكاف) شكل تهديداً جدياً لاستمرار تقديم الخدمات الصحية، كما تمت الموافقة على فرضية أن الحصار قلص من إمكانيات الوزارة لاستيعاب كوادر كافية لتقديم خدمات صحية بشكل أفضل.
- كما تمت الموافقة-أيضاً- على فرضية أن دافعية الموظفين للعمل تراجعت بسبب استمرار الحصار، وعلى فرضية أن أغلب الموظفين لا يشعرون بالرضا الوظيفي، بسبب محدودية إمكانيات الوزارة في ظل الحصار.
- ولعل هذا الرأي منسجماً مع فناعة الكثيرين بخطورة امتناع الموظفين عن أداء واجبهم والجلوس في بيوتهم، تحت بند المناكفة السياسية، لما لهذا الموضوع من تأثير مدمر على النظام الصحي برمته (وزارة الصحة، 2014:53).
- كما أن تأثير الحصار الضار على بيئة العمل قلصت الدافعية للعمل، كما قلصت الشعور بالرضا الوظيفي.
- ويرى الباحث أن هذا الأمر نسبي، وقد يكون له تبرير في بعض الأحيان، حيث أثر الحصار على مبدأ الوفرة في الأدوية والمستهلكات الطبية، وسلاسة عمليات الصيانة، وتوفر قطع الغيار، إضافة إلى توفر أعداد كافية من الطواقم الفنية والإدارية اللازمة لإنجاز المهمات، ناهيك عن واقع الحصار الاجتماعي والمعيشي، وظاهرة قطع الرواتب، وانتهاء بعدم إدراج موظفي حكومة غزة السابقة ضمن الهيكل الإداري والوظيفي للوزارة في ظل حكومة الوفاق الوطني ، والشعور العام بأن الحصار حوّل قطاع غزة إلى سجن كبير، وأصبحت المشاكل فيه مركّبة ، وليس أقلها مشكلة الكهرباء -مثلاً-، والمعلوم أن الموظف غير منبث عن واقعه، فما بالك بمثل واقع الحصار الطويل المزري، ولعل ذلك لا ينتقص من إرادة الحياة والصمود لدى عامة الناس، والطواقم الطبية على وجه الخصوص.
- وأبرزت العينة الموافقة على وجود وصف وظيفي للعاملين في مستشفيات وزارة الصحة، والموافقة أيضاً أنه تم العمل بالوصف الوظيفي للموظفين في سنوات الحصار، ويؤكد ذلك تقرير الإدارة العامة للشئون الإدارية والمالية للعام 2012 بهذا الخصوص.
- كما أبدت الأكثرية موافقتها على فرضية أنه ما زالت المشاركة في تقييم الأداء دون المستوى المقبول، ويرى الباحث أن هذا التوجه مقبول حالياً كون أن موضوع تقييم الأداء السنوي لا يزال أسير النمط التقليدي، رغم محاولات ديوان الموظفين العام، ودوائر شئون الموظفين بالوزارات لتفعيله بصورة تعبر عن التقييم الحقيقي لأداء الموظف، وبما يترتب عليه من استحقاقات وظيفية.

* جدول رقم (4.7): توزيع استجابات المشاركين حول " تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية ":

المجموع	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	عدد	تقديم الخدمات
322	32	151	46	69	24	عدد	حافظت المستشفيات على تقديم الخدمات الجراحية والعمليات بشكل جيد رغم الحصار.
100	9.9	47	14	21	8	نسبة	
318	31	110	67	96	14	عدد	تطورت بعض أقسام الجراحة بشكل ملفت للنظر.
100	9.7	34.6	21.1	30.2	4.4	نسبة	
317	88	147	49	24	9	عدد	ازدادت أعداد قوائم الانتظار للعمليات الجراحية بسبب اشتداد الحصار.
100	27.8	46.4	15.5	7.6	2.8	نسبة	
320	12	84	113	100	11	عدد	تطورت خدمات الباطنة المقدمة في ظل الحصار.
100	3.8	26.3	35.3	31.3	3.4	نسبة	
320	15	71	110	91	33	عدد	هناك طفرة في الأداء الفني لبعض أقسام الباطنة.
100	4.7	22.2	34.4	28.4	10.3	نسبة	
316	12	80	92	113	19	عدد	ساعت خدمات النساء والولادة في ظل الحصار.
100	3.8	25.3	29.1	35.8	6	نسبة	
318	13	55	150	80	20	عدد	تم إضافة خدمات جديدة في تخصص النساء والولادة في ظل الحصار.
100	4.1	17.30	47.20	25.20	6.30	نسبة	
319	14	81	124	83	17	عدد	تحسنت خدمات الأطفال في ظل الحصار.
100	4.4	25.4	38.9	26	5.3	نسبة	
319	65	157	65	20	12	عدد	شكل الحصار تهديداً إضافياً على صحة الأطفال في قطاع غزة.
100	20.4	49.2	20.4	6.3	3.8	نسبة	
321	17	91	123	75	15	عدد	رغم الحصار تم إضافة خدمات جديدة في مستشفيات الأطفال.
100	5.3	28.3	38.3	23.4	4.7	نسبة	
316	10	108	108	73	17	عدد	تحسنت الخدمات المقدمة في حضانات الأطفال في فترة الحصار.
100	3.2	34.2	34.2	23.1	5.4	نسبة	
315	26	138	80	55	16	عدد	زاد الحصار من اهتمام الإدارات الصحية بتطوير أقسام العناية المركزة في المستشفيات.
100	8.3	43.8	25.4	17.5	5.1	نسبة	
322	19	84	126	75	18	عدد	زادت القدرة الاستيعابية لحضانات الأطفال في ظل الحصار.
100	5.90	26.10	39.1	23.3	5.6	نسبة	

يتبع... جدول رقم (4.7): توزيع استجابات المشاركين حول "تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية":							
310	32	114	81	71	12	عدد	زادت القدرة الاستيعابية للعنايات المركزة في ظل الحصار.
100	10.30	36.80	26.1	22.9	3.9	نسبة	
315	130	116	43	21	5	عدد	تحتاج أقسام غسيل الكلى إلى زيادة في وحدات الغسيل الكلوي وتحديث الموجود.
100	41.30	36.80	13.7	6.7	1.6	نسبة	
318	118	149	37	12	2	عدد	تبدل أقسام غسيل الكلى جهوداً كبيرة لتغطية الأعداد المتزايدة للمرضى المحتاجين لغسيل الكلى.
100	37.1	46.9	11.6	3.8	0.60	نسبة	
321	164	104	36	11	6	عدد	عانى الكثير من مرضى السرطان من تأثيرات الحصار وإغلاق المعابر.
100	51.1	32.4	11.2	3.40	1.90	نسبة	
316	91	123	57	34	11	عدد	زاد الحصار من عمليات التحويل للعلاج بالخارج للعديد من الفئات المرضية.
100	28.8	38.9	18	10.80	3.50	نسبة	
320	52	123	97	30	18	عدد	تطورت خدمات الاستقبال والطوارئ في ظل الحصار.
100	16.3	38.4	30.3	9.4	5.6	نسبة	
320	64	171	54	18	13	عدد	شكل مرضى السرطان أعداداً كبيرة من المرضى المحولين للعلاج بالخارج بفعل الحصار.
100	20	53.4	16.9	5.6	4.1	نسبة	
321	102	144	41	26	8	عدد	كان أداء أقسام الطوارئ في ظل الاعتداءات والحروب الإسرائيلية مميزاً.
100	31.8	44.9	12.8	8.1	2.5	نسبة	
322	35	136	71	58	22	عدد	تحسن أداء العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية رغم الحصار.
100	10.9	42.2	22	18	6.8	نسبة	
317	28	152	75	50	12	عدد	حافظت المختبرات الطبية على تقديم خدماتها المعتادة في ظل الحصار.
100	8.8	47.9	23.7	15.8	3.8	نسبة	
319	23	156	80	51	9	عدد	استمرت خدمات التصوير الطبي في ظل الحصار وبشكل مقبول.
100	7.2	48.9	25.1	16	2.8	نسبة	
315	29	87	150	33	16	عدد	تحسنت الخدمات الفنية المقدمة في مستشفى العيون التخصصي في ظل الحصار.
100	9.2	27.6	47.6	10.5	5.1	نسبة	
318	31	128	114	40	5	عدد	لولا الحصار لأمكن تقديم خدمات نوعية أكثر في مجال طب العيون.
100	9.7	40.3	35.8	12.6	1.6	نسبة	
317	42	117	136	19	3	عدد	زاد عدد المراجعين لمستشفى وعيادات الصحة النفسية في ظل الحصار.
100	13.2	36.9	42.9	6	0.9	نسبة	
316	40	163	80	27	6	عدد	تطورت الخدمات الثلاثية(التخصصية) مثل قسرة وجراحة القلب المفتوح، والمناظير رغم الحصار.
100	12.7	51.6	25.3	8.5	1.9	نسبة	

يتبع... جدول رقم (4.7): توزيع استجابات المشاركين حول "تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية":							
316	22	131	61	81	21	عدد	قدمت المستشفيات خدماتها المعتادة دون تغيير طيلة فترة الحصار.
100	7	41.5	19.3	25.6	6.6	نسبة	
320	14	101	93	92	20	عدد	حدث تحسن في تقديم الخدمات الصحية في ظل الحصار.
100	4.4	31.6	29.1	28.8	6.3	نسبة	
321	26	145	73	65	12	عدد	شكل الحفاظ على استدامة الخدمات الصحية كماً ونوعاً تحدياً للإدارة الطبية في ظل الحصار.
100	8.1	45.2	22.7	20.2	3.7	نسبة	
الوسط الحسابي : 60.14، الوسيط : 59.35، الانحراف المعياري : 8.07							

■ جاء تحت هذا المحور (31) فقرة، وكان الوسط الحسابي (60.14) ، والوسيط ب (59.35)، والانحراف المعياري (8.07).

■ ولدى دراسة نتائج الاستبانة في هذا المحور وجد الباحث أن 56.9% من شريحة البحث وافقت على أن المستشفيات حافظت على تقديم الخدمات الجراحية والعمليات بشكل جيد، ورغم ذلك وافق 74.2% من هذه الشريحة البحثية على ازدياد أعداد قوائم الانتظار للعمليات الجراحية بسبب اشتداد الحصار.

■ في حين رأى 44.3% من شريحة البحث أن بعض أقسام الجراحة تطور بشكل ملفت للنظر، ولم يوافق على هذه الجزئية 34.6% من الشريحة، ولدى قيام الباحث بتدقيق هذه النتائج، ومقارنتها بتقارير وزارة الصحة بغزة، وتقارير الإدارة العامة للمستشفيات، تأكد لديه صحة هذه الوجة من حيث المحافظة على تقديم الخدمات الجراحية والعمليات بشكل جيد رغم الحصار.

■ ولا يتعارض ذلك مع ارتفاع قوائم الانتظار في بعض التخصصات الجراحية، حيث يُعزى ذلك إلى زيادة نسبة إشغال الأسرة في أقسام الجراحة، ناهيك عن الارتباط الوثيق بتوفر الأدوية والمستهلكات الجراحية. ولقد جاء في تقرير إنجازات وزارة الصحة: (خمس سنوات من العمل المتواصل) أن الوزارة افتتحت مستشفيات جديدة فيها تخصصات جراحية، وباطنة مثل مستشفى بيت حانون، كما قامت الوزارة، وتدعياً لنهج الاهتمام بهذا الجانب، بافتتاح مركز العلمي للحروق بمستشفى الشفاء الطبي، ومركز جراحة القلب المفتوح، بمستشفى غزة الأوروبي، وإضافة خدمات جراحة المناظير وجراحة الأعصاب الطرفية وتقنيات الحصى (وزارة الصحة، 2011).

■ ولعله من الأهمية بمكان الإشارة إلى أن 88% من العمليات الجراحية المختلفة تتم بوزارة الصحة، والباقي يتم بالخدمات الطبية العسكرية والمستشفيات الأهلية (وزارة الصحة، 2011).

■ وجاء في تقرير منشور للوزارة بعنوان "إنجازات 2011-2012" أن الوزارة قامت بالافتتاح الرسمي لقسم جراحة القلب المفتوح بمستشفى غزة الأوروبي، بتكلفة مالية بلغت (\$490.000)، ليكون القسم الثاني في قطاع غزة إلى جانب قسم جراحة القلب المفتوح في مستشفى دار الشفاء الطبي، كما تم تأهيل وافتتاح قسم جراحة الأعصاب مستشفى غزة الأوروبي بتكلفة (\$680.000)، كما تم تركيب وتشغيل جهاز تفتيت حصي الكلى وافتتاحه رسمياً في ذات المستشفى وبتكلفة بلغت (\$790.000)، كما تم افتتاح قسم العمليات وقسم العناية المركزة في مستشفى الشفاء الطبي وبتكلفة (2) مليون دولار، كما تم تدشين مشروع استكمال بناء وتشطيب مبنى الجراحات التخصصي في مجمع الشفاء الطبي وبتكلفة (\$10.300.000)، وقامت الوزارة في العام نفسه بمشروع لتأهيل وترميم مبنى الجراحة القديم رقم (8)، ومبنى الأورام والصدرية في مجمع الشفاء الطبي وبتكلفة (\$2.000.000) (وزارة الصحة ، 2012، 11).

■ وجاء في تقرير للوزارة عن إنجازاتها أن الوزارة افتتحت قسم عمليات اليوم الواحد في مستشفى الجراحة بمجمع الشفاء الطبي، للتخفيف عن المرضى بقوائم انتظار العمليات الجراحية، كما تم تجهيز غرفة العمليات الثالثة في مستشفى شهداء الأقصى (وزارة الصحة، 2013، 19).

■ ولدى تدقيق الباحث في نتائج البحث، فيما يخص خدمات الباطنة، وجد أن أعداد الموافقين على أن خدمات الباطنة تطورت في ظل الحصار، وأن الأداء الفني حدث فيه طفرة، قد سجلت نسبة أعلى من نسبة الراضين، وبمزيد من التدقيق وجد الباحث أن نسبة المحايدين في الإجابة على هذين البندين أعلى من نسبة الموافقين ونسبة غير الموافقين، وهذا يعطي مؤشراً أن موضوع قياس التطور أو زيادة الأداء الفني من عدمه هو موضوع تخصصي محض، ويلزمه معلومات واضحة، وموثقة ومؤشرات متفق عليها.

ولأن شريحة البحث فيها 43.6% من ذوي الوظائف الإشرافية: (رئيس قسم ومشرف، مدير دائرة فما فوق)، و73.3% منها تخصصات: (طب، صيدلة، تمريض، مهن مساعدة) فيرى الباحث أن ذلك منسجم مع تحليله لنتيجة البحث في هذه الجزئيات من كونهم (أي شريحة البحث) لا يعترفون إلا بقياسات تخصصية، ومؤشرات علمية، مركزة على واقع معلوماتي واضح، وموثق، وعلى أية حال فإن الوزارة سجلت اهتماماً بتخصص الباطنة بالإجمال، حيث جاء في تقرير إنجازات الوزارة لخمس سنوات (2006-2011) افتتاح مستشفى بيت حانون وفيه تخصص الباطنة بشكل رئيسي، كما تم افتتاح مركز القسطرة القلبية في مستشفى غزة الأوروبي (وزارة الصحة ، 2011، 4).

■ وعززت الوزارة اهتمامها بدعم وتطوير التخصص من خلال تطوير الكادر البشري عبر برنامج البورد الفلسطيني والزمالة المصرية، والابتعاث إلى الخارج، وتطوير التمريض العامل في أقسام الباطنة (وزارة الصحة ، 2012، 12).

■ وفي تقرير إنجازات وزارة الصحة السنوي للعام 2013 تم تجهيز وافتتاح قسم استقبال الباطنة الجديد بمستشفى دار الشفاء الطبي، كما تم إعداد بروتوكول عمل لجان مراجعة الوفيات بالمستشفيات، وتشكيل لجنة تدريب العاملين في أقسام الطوارئ بالمستشفيات، ولجنة السياسات والإجراءات، وتطبيق برنامج (triage)، وتدريب الممرضين على البرنامج في أقسام الاستقبال بالتعاون مع الصليب الأحمر الدولي، كما شمل الاهتمام والتطور في استخدام المناظير التشخيصية لقسم الباطنة بالذات في مستشفى الشفاء والأوروبي.

■ ويرى الباحث أن الوزارة ورغم بذلها مجهودات كبيرة لمواجهة زيادة عدد المرضى المراجعين لاستقبالات وأقسام الباطنة، إلا أن المواطن لا يلمس وجود نقلة حقيقية، كون المستشفى الأكبر في القطاع (مستشفى الباطنة) بمجمع الشفاء الطبي متهاك في بنائه، ولم تفلح عمليات الصيانة المتكررة في إبرازه بشكل مقبول، ناهيك عن عجز القدرة السريرية، في أوقات كثيرة من السنة، عن تلبية حاجات دخول المرضى للأقسام، إلا أنه ومن الإنصاف بمكان أن يذكر أن عدد المختصين أو الملتحقين ببرامج تخصصية في الباطنة، ناهيك عن الخبرات المتراكمة، هي مقبولة بشكل نسبي، ومشهود لها بالكفاءة.

■ وعند تدقيق نتائج الفقرات المتعلقة بالنساء والولادة لاحظ الباحث أن شريحة البحث لم توافق على أن خدمات النساء والولادة ساءت في ظل الحصار، ولم توافق أيضاً على أنه تم إضافة خدمات جديدة في تخصص النساء والولادة في ظل الحصار، وهذا في رأي الباحث منسجم مع الواقع؛ إذ إن الخدمات لم تسجل تراجعاً، وهذا واضح من خلال مراجعة معدلات وفيات الأمهات خلال سنوات الحصار.

■ إلا أن الفقرة الثانية والخاصة بإضافة خدمات جديدة في تخصص النساء والولادة قد سجلت ما نسبته 47.2% كإجابة محايدة، وهذا منسجم مع ما أسلف إليه الباحث أن شريحة البحث ومن خلال دراستها، وتصنيفها لا تركز إلا على معلومة ومؤشر واضح، وهذا للأسف غير متوفر بشكل عام.

■ ومن الجدير ذكره هنا أن يسجل الباحث قراءاته في تقارير وزارة الصحة فيما يخص تخصص النساء والولادة، حيث جاء أن الوزارة افتتحت مستشفى الهلال الإماراتي برفح، وهو مستشفى تخصصي للولادة، علماً بأن الوزارة تستقبل 76% من إجمالي حالات الولادة بقطاع غزة، يُجرى 44% منها بمستشفى الشفاء، وزادت أعداد الملتحقين ببرنامج البورد الفلسطيني في تخصص النساء والولادة (وزارة الصحة، 2012، 13).

■ أما فيما يخص حضانات الأطفال فقد وجد الباحث أن المحايدين (حول تحسن خدمات الأطفال في ظل الحصار وإضافة خدمات جديدة في مستشفيات الأطفال وزيادة القدرة الاستيعابية لحضانات الأطفال في ظل الحصار) هم أكثر من الموافقين وأكثر من عدم الموافقين، ورغم أن الموافقين على تحسن الخدمات المقدمة في حضانات الطفل في ظل الحصار هم أكثر من غير الموافقين إلا أن نسبة المحايدين قريبة من الرأيين، كما أن هناك اتفاقاً كبيراً بأن الحصار شكل تهديداً إضافياً على صحة الأطفال في قطاع

غزة، ويعزو الباحث ارتفاع نسبة المحايدين في الأسئلة المذكورة والمتخصصة (تحسين خدمات، إضافة خدمات) إلى نقص المعلومة، ناهيك أن شريحة البحث وحسب التوزيع العشوائي لها كان الجزء الأكبر منها بمجمع الشفاء الطبي، وهو مجمع لا يخدم هذه الشريحة إلا في الجانب الجراحي فقط، إضافة إلى أن مستشفى العيون (وهو جزء من عينة البحث) غير متخصص بالأطفال.

ويرى الباحث أن وزارة الصحة بذلت - ولا تزال - مجهودات كبيرة لتحسين بيئة العمل بمستشفيات الأطفال فقد جاء في تقرير إنجازات الوزارة خلال (5) سنوات 2006-2011 قيام الوزارة بافتتاح مستشفى الشهيد الدكتور عبد العزيز الرنتيسي التخصصي للأطفال، وهو مستشفى يغطي الجوانب التخصصية في طب الأطفال، مثل: (الأعصاب والأورام، والمسالك، القلب، الصدرية، الجهاز الهضمي) (وزارة الصحة، 2011).

■ وحسب تقرير إنجازات للأعوام 2011-2012 لوزارة الصحة أن عدد الملتحقين من أطباء الوزارة ببرنامج بورد الأطفال بلغ (32) طبيباً وتخرج (2) من الأطباء، كما تم إرسال عدد (5) من المرضين لدورات تخصصية أورام أطفال إلى الأردن-على سبيل المثال- (وزارة الصحة، 2012).

■ وكما جاء في تقرير إنجازات الوزارة لعام 2013 استعراض نتائج تحسين خدمات حديثي الولادة، وذلك بخفض نسبة الوفيات من 35% إلى 6% في أقسام حديثي الولادة (وزارة الصحة، 2013).

■ وفي تقرير إنجازات الوزارة للعام 2014 ذكرت الوزارة اهتمامها بهذا الجانب من خلال استقدام الوفود الطبية مثل استقدام الوفد الإيطالي لجراحة قلب الأطفال، وفي الفقرات المتعلقة بالعيادة المركزية فإن 52.1% من إجمالي عينة البحث وافقت على أن الحصار زاد من اهتمام الإدارات الصحية بتطوير أقسام العناية المركزة في المستشفيات (وزارة الصحة، 2014).

■ كما وافق 47.1% من هذه العينة على أن القدرة الاستيعابية للعناية المركزة قد زادت في ظل الحصار، ويعزز ذلك ما جاء في تقرير أداء الوزارة للعام 2011-2012 من أن الوزارة قامت بتأهيل قسم العناية المكثفة، وافتتاح قسم جراحة الأعصاب في مستشفى غزة الأوروبي، وبتكلفة للمشروع بلغت (\$760.000)، وفي ذات التقرير جاء فيه أنه تم افتتاح قسم العمليات وقسم العناية المركزة في مستشفى الشفاء، كما تمت الموافقة على مشروع تزويد حضانات الأطفال والعناية المركزة بأجهزة جديدة، وصيانة العديد من المستشفيات بتكلفة بلغت (\$1.800.000) بتمويل من الهلال الأحمر القطري والبنك الإسلامي للتنمية (وزارة الصحة، 2012).

■ وجاء في تقرير المستشفيات للعام 2013م أن الوزارة قامت بتجهيز العناية المركزة بمستشفى النصر للأطفال بواسطة عائلة العلمي بقيمة (\$126.600)، وجاء في تقرير الإدارة العامة للمستشفيات 2013 أن عدد أسرة العناية المركزة في المستشفيات بلغ (209) موزعة كالتالي (العناية المركزة 31، عناية القلب 36، عناية الأطفال 22، حديثو الولادة 120) (وزارة الصحة، 2013).

■ ونظراً لتعقيدات القطاع الصحي بوجه عام، وفي ظل نقص الموارد، والإغلاقات، والحصار، وعدم الاستقرار، والعواقب الوخيمة للانقسام السياسي بين الأطراف الفلسطينية، وتوسع احتياجات الناس فإن الحفاظ على استمرارية تقديم الخدمات للمواطنين مؤشر إنجاز للقطاع الصحي الفلسطيني، فما بالك بأن قطاع الصحة بذل جهوداً ضخمة، ليس للحفاظ على الخدمات الصحية فحسب، بل تعدى ذلك إلى تقديم بعض الخدمات الجديدة، مثل: جراحة القلب والقسطرة القلبية.

أما الحديث عن جودة الرعاية فهو أمر حسن، ولكنه مختلف عليه بسبب عدم وجود معايير واضحة وبروتوكولات قياسية، وضعف تنفيذ المعايير المتاحة منها، وحيث إن الجودة، وحسب تعريف منظمة الصحة العالمية لها، (هي الأداء السليم وفقاً للمعايير الموحدة للتدخلات التي تعرف بكونها آمنة وفي متناول الجميع ولديها القدرة على التأثير في معدل الوفيات ونسبة انتشار المرض والإعاقة وسوء التغذية) منظمة الصحة العالمية، (2009).

■ وجاءت المؤشرات الصحية لتدل على نجاح وزارة الصحة في إحراز تقدم في بعض مجالات الصحة العامة، والمحافظة على النظام الصحي في مجالات أخرى برغم الحصار والحروب التي تعرض لها القطاع، فقد انخفض معدل وفيات الأطفال (أقل من عام) من (20.8) إلى (17) حالة وفاة لكل (1000) مولود حي، كما انخفض معدل وفيات الأمهات من (36) إلى (19) حالة وفاة لكل (100,000) مولود حي، وارتفعت نسبة الولادات في مستشفيات وزارة الصحة من 68.1% إلى 71.8% (وزارة الصحة، 2014: 55).

■ كما ارتفع عدد المستشفيات من (10) مستشفيات حكومية في العام 2005م إلى (13) مستشفى في العام 2013، يضاف إلى ذلك مركز الحرازين للتوليد، كما زاد عدد أسرة المستشفيات من (1499) سريراً عام 2005 إلى (2.107) سريراً في عام 2014، وزاد معدل استعادة المواطنين من خدمات المستشفيات بالوزارة من 13% إلى 19%، وزاد توجه المواطنين نحو أقسام الاستقبال والطوارئ ليصبح (1.1) مليون زائر 2013، في حين كان نصف مليون زائر عام 2005م، وأجريت عمليات القلب المفتوح لعدد (800) مريض، بالإضافة إلى (8200) عملية قسطرة قلبية بالقطاع بعد افتتاحها مطلع 2010م (وزارة الصحة، 2014: 56).

■ أما الفقرات المتعلقة بأقسام غسيل الكلى فقد كانت هناك موافقة من عينة البحث على أن أقسام غسيل الكلى تحتاج إلى زيادة وتحديث، كما أن هناك موافقة كبيرة على أن أقسام غسيل الكلى تبذل جهوداً كبيرة لتغطية الأعداد المتزايدة للمرضى المحتاجين لغسيل الكلى. وتتبع هذه الخدمة في المستشفيات لخدمة الرعاية اليومية، والتي شكلت عدد أسرتها (441) سريراً بما نسبته 22% من المجموع العام للأسرة في المستشفيات حيث شهدت هذه الخدمة تطوراً ملحوظاً خلال الأعوام 2006←2012 بزيادة عدد الأسرة (90) سريراً بمعدل سنوي (15) سريراً.

■ توزعت عناوين هذه الخدمة "الرعاية اليومية" على: (الطوارئ، رعاية الأطفال، الدم والأورام، الولادة، جراحة اليوم الواحد، غسيل الكلى)، حيث بلغت أعداد أسرة غسيل الكلى (81) سريراً من أصل (441) سريراً، وهو مجموع أسرة الخدمة اليومية في المستشفيات بواقع 18.3%، وتوزعت بواقع (32) سريراً في مجمع الشفاء الطبي، (17) سريراً في مجمع ناصر، (12) سريراً في مستشفى أبو يوسف النجار، (12) سريراً في مستشفى شهداء الأقصى، (8) أسرة في مستشفى الرنتيسي (وزارة الصحة، 2014:57).

■ علماً بأن السرير الواحد في مستشفى الشفاء الطبي يتناوب عليه (3) فترات في اليوم الواحد، وبلغ إجمالي عدد أجهزة الغسيل الكلوي (115) جهاز غسيل، يعمل منها حوالي (81) جهازاً، والباقي بحاجة إلى صيانة وقطع غيار، كما بلغ إجمالي عدد المرضى الذين يتلقون هذه الخدمة بشكل منتظم (557) مريضاً خلال العام 2014م، بزيادة (79) حالة عن العام 2013، وازدياد ملحوظة خلال الأعوام الثلاثة (2012←2014) ، وقد يعزى ذلك إلى استخدام الأسلحة المحرمة دولياً، مثل الفسفور الأبيض، خلال الحروب المتلاحقة على قطاع غزة (وزارة الصحة، 2014:58).

■ وبلغ متوسط عدد الجلسات الأسبوعي لكل مريض (2.4) جلسة خلال 2014م، بينما كان المتوسط (2.5) خلال عام 2013، وهو مطابق للمعيار القياسي للخدمة حسب الخطة الوطنية الاستراتيجية 2008←2010، كما بلغ مؤشر معدّل عدد وحدات غسيل الكلية نسبة لعدد المرضى، خلال عام 2014، (1.6) وحدة غسيل لكل (4) مريض، في حين أن المؤشر القياسي (وحدة غسيل واحدة لكل 4 مريض).

■ وقد وافقت عينة البحث و بنسبة 83.5% على أن الكثير من مرضى السرطان عانوا من تأثيرات الحصار وإغلاق المعابر .

■ كما وافق 73.4% من العينة على أن مرضى السرطان شكلوا أعداداً كبيرة من المرضى المحولين للعلاج بالخارج، (إضافة إلى أن 67.7% من العينة وافقت على أن الحصار زاد من عمليات التحويل للعلاج بالخارج للعديد الفئات من المرضى).

■ وبحسب تقرير الإدارة العامة للمستشفيات للعام 2014، فإن مريض السرطان المشخص ينتقل في إجراءاته بين أقسام الباطنة والجراحة" حسب التشخيص" ثم ينتقل إلى برنامج الرعاية اليومية " رعاية الأورام"، حيث تحتل (33) سريراً من مجموع (441) سرير رعاية يومية بالمستشفيات بواقع 7.48%، وهي موزعة على مجمع الشفاء الطبي (19) سريراً، مستشفى غزة الأوروبي (8) أسرة، مستشفى الرنتيسي (10) أسرة.

■ ووفق التقرير السنوي للعام 2014 فإن التحويلات زادت في العام 2013 بواقع 23% مقارنة بالعام 2012، وزادت في العام 2014 بواقع 9.5% عن العام 2013 في سنوات اشتداد الحصار، وأشار تقرير 2014 إلى زيادة ملحوظة في تحويلات الأورام التي احتلت المرتبة الأولى بحصولها على العدد

الأكبر من التحويلات بمعدل 16.3%، حيث ارتفعت في العام 2014 بنسبة 16% عن العام 2013، وسجلت خدمة التحويل لخدمة الرنين المغناطيسي أكبر نسبة ارتفاع وصلت إلى 122.2% مقارنة بالعام 2013 (وزارة الصحة، 2014:59).

■ وقد وافق 54.7% من عينة البحث على أن خدمات الاستقبال والطوارئ قد تطورت في ظل الحصار. ووافق 76.7% من عينة البحث على أن أداء أقسام الطوارئ في ظل الاعتداءات والحروب كان مميزاً، وتتبع خدمات الطوارئ في المستشفيات إلى الخدمات الخارجية في المستشفيات، وقد شهدت اهتماماً كبيراً حيث تم رفع عدد أسرتها من (94) سريراً عام 2008 إلى (162) سريراً عام 2012، بزيادة قدرها 72.3% حيث شكلت أسرة الطوارئ 36.7% من إجمالي أسرة الرعاية في المستشفيات.

■ ولدى مراجعة تقرير الحرب على غزة 2008←2009 الذي صدر عن وزارة الصحة في غزة يلحظ إعجازاً في التعامل مع مئات الحالات التي نقلت إلى استقبال المستشفيات عقب الضربة العسكرية الجوية المفاجئة يوم 2008/11/27 الساعة 11 صباحاً، واستطاعت هذه الطواقم تحويل الممرات والغرف العادية إلى غرف عمليات، في مشهد يصعب أن تجده في دول ذات إمكانيات كبيرة (وزارة الصحة، 2009).

■ وقد وافق 56.7% من العينة على أن المختبرات الطبية حافظت على تقديم خدماتها المعتادة في ظل الحصار، والناظر إلى تقارير الإدارة العامة للمستشفيات يلحظ تزايداً في أعداد الفحوصات المخبرية، حيث كانت في عام 2008م (3.290.062) وفي عام 2014م -مثلاً- (3.648.532) فصلاً مخبرياً (وزارة الصحة، 2014:60).

■ كما وافق 53.1% من العينة على أن أداء العيادات الخارجية تحسن في المستشفيات الحكومية رغم الحصار، وفي تقرير الإدارة العامة للمستشفيات، في بند العيادات الخارجية حسب التخصص، شكلت عيادات الجراحات المختلفة 52% من المراجعين، والباطنة 30%، والولادة 10%، والأطفال 8% بمجموع مراجعين (569.814) (وزارة الصحة، 2014:61).

■ ولدى الحديث عن خدمات العيون أكد 50% من العينة أن الحصار أعاق إمكانية تقديم خدمات نوعية أكثر في مجال العيون، إلا أن 36.85% فقط وافق على أن الخدمات الفنية المقدمة في مستشفى العيون التخصصي تحسنت في ظل الحصار، واعترض 15.6% وكانت النسبة الأكبر 47.6% محايدة؟! ويرى الباحث في ذلك تأكيداً لحقيقة تأثيرات الحصار السالبة على تطوير الخدمات بشكل مقبول، إلا أن رصد التحسن لدى فئة مستطلعة، تم الحديث عن تصنيفها سابقاً، يحتاج إلى معلومات دقيقة ومنشورة بحيث تستطيع الإجابة، ومن هنا كانت نسبة 47.6% محايدة، وعليه يرى الباحث أن تحسين الخدمات الفنية المقدمة في مستشفى العيون التخصصي في ظل الحصار غير مرصودة لشريحة البحث؛ لأن أكثر توزيعها الجغرافي خارج مستشفى العيون، ناهيك عن غياب المعلومة، وتوزع خدمات العيون في المستشفيات:

(مستشفى العيون التخصصي وقسم العيون في مستشفى غزة الأوروبي)، وللأهمية وحسب تقرير 2012 للمستشفيات فإن 8% من إجمالي المراجعين للعيادات الخارجية في المستشفيات راجعوا العيادات الخارجية في مستشفى العيون التخصصي وحده، ناهيك عن قسم العيون في مستشفى غزة الأوروبي بواقع (44.853) سنة 2012 وحسب تقرير المستشفيات لذات العام شكل مستشفى العيون 9% من نسبة المناطق الأكثر كثافة بالمستشفيات من حيث عدد المراجعين، ويوجد في مستشفى العيون التخصصي بمدينة غزة (40) سريراً.

■ وقد وافق 50.1% من العينة على أن عدد المراجعين إلى مستشفى وعيادات الصحة النفسية زاد في ظل الحصار، وهذا شيء منطقي أمام ضغط الحصار الخانق، من إقفال للمعابر، ومنع التنقل، وشح الموارد، وارتفاع وغلاء المعيشة، وارتفاع نسب البطالة، والفقر، والحروب المتلاحقة، وأزمات الكهرباء والوقود، والإعمار... إلخ، كلها زادت من عوامل الضغط النفسي، وبالتالي زيادة عدد المراجعين.

والمتأمل في تقارير الإدارة العامة للصحة النفسية يلحظ ذلك بوضوح، حيث أدى الحصار الطويل على قطاع غزة إلى تفاقم المشاكل التي يعاني منها سكان القطاع، وزادت الاعتداءات الإسرائيلية على قطاع غزة والحروب المتكررة عليه من التأثيرات السالبة على سكان القطاع خاصة الأطفال والنساء، وأدى طول الحصار وضراوته، والاحتلال، وإغلاق المعابر، والحرمان الاقتصادي، ومنع السفر، والمشاكل المزمنة في أساسيات الحياة من الكهرباء وتوفر الوقود والأمن والدخل والعمل والتعليم إلى آثار صعبة على نفسيات الناس فظهرت الاضطرابات النفسية وازداد العنف الأسري، وزادت معدلات الطلاق، وازداد تعاطي المخدرات مثل الأترامادول وأشباهه، وازدادت مشاكل الأطفال تحديداً، مثل: التبول اللاإرادي والكوابيس والنشاط الزائد والسلوكيات العدوانية في المدرسة والمنزل (كوليارد، وأبو حمد، 2010).

■ في قطاع غزة لا يفضل الناس الذهاب إلى الأطباء النفسيين أو الاختصاصيين النفسيين، وعليه من الصعب إعطاء إحصائيات دقيقة ومؤشرات واضحة لواقع الصحة النفسية في قطاع غزة.

■ وينبغي الإشارة- هنا- أنه وحسب دراسة أجريت عام 2010 أن - ذكوراً وإناثاً- أيضاً يعانون من حالات اضطرابات ما بعد الصدمة، والاضطرابات المزاجية، مثل: الاكتئاب والاضطرابات الذهنية، مثل: انفصام الشخصية وجنون العظمة، وارتفاع معدلات الصرع بشكل كبير (كوليارد، وأبو حمد، 2010).

■ ولقد جاء في دراسة تأثيرات الحصار على جودة حياة المواطنين في غزة (قوتة، 2008) أن 84% من الأسر الفلسطينية اضطرت لتغيير أنماط حياتها بفعل الحصار، وأن 93% منهم تنازلوا عن المتطلبات المعيشية اليومية، فيما عبر 95% من أفراد الأسر تحديداً في مدينة غزة، عن استيائهم لتحويل القطاع إلى سجن كبير يقعون فيه على مدار الليل والنهار، وأظهرت الدراسة أن تأثيرات الحصار السلبية طالت كافة مناحي الحياة، وأثرت على المجتمع بصورة بالغة، وجمدت حراك الحياة الفاعلة فيه،

كما أظهرت أن الحصار رفع من درجة التوتر واليأس وعدم الاطمئنان للمستقبل لدى المواطنين، كما أوضح (د. قوتة) أن نتائج دراسته سجلت مؤشرات سلبية خاصة على الأطفال، والمرضى، والطلبة والعاطلين عن العمل، بما انعكس على سلوكهم، وزاد من حدة توتراتهم واضطرابهم، وبينت الدراسة أن 47% من المرضى في غزة غير قادرين على الحصول على الدواء اللازم، بعد أن أحكمت (إسرائيل) سيطرتها على المعابر، ومنعت دخول قوافل المساعدات الطبية لمستشفيات غزة، فيما زادت معاناة 38% من المرضى جراء عدم تلقيهم الخدمات الطبية.

■ وأظهرت الدراسة-مثلاً- أن الحزن خيم على 96% من المواطنين جراء استماعهم لشكاوى الناس ومعاناتهم المتزايدة، مما أوجد لديهم حالة مستديمة من القلق والخوف والتوتر، كما أظهرت نتائج الدراسة أن تأثيرات الحصار السالبة أثرت على الأطفال بصورة بالغة، حيث إن 51% من الأطفال لم تكن لديهم الرغبة في المشاركة في أي نشاطات تذكر، كما إن 47% منهم لم يعودوا قادرين على أداء الواجبات المدرسية والعائلية، فيما بدأت الأوجاع تغزو أجساد 41% منهم، حيث أصبح 48% يعانون من انخفاض الطاقة لسوء التغذية، ويسبب أوضاع الحصار القاسية على الأطفال بلغت نسبة التغيب عن الدراسة 40%، فيما عانى 50% من الطلبة غير المتغيبين من مشاكل التركيز خلال الدراسة (قوتة ، 2008).

■ وفي قطاع غزة لا يوجد أي جهات لديها الأهلية على إدارة ملفى خدمات الطب النفسي والصحة النفسية سوى وزارة الصحة وبرنامج غزة للصحة النفسية المجتمعية، ، ويوجد لدى وزارة الصحة في قطاع غزة مستشفى الصحة النفسية، إضافة إلى (6) مراكز للصحة النفسية المجتمعية موزعة في (6) من مراكز الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة، ويوجد في غزة جامعتان رئيسيتان توفران التعليم "مستوى التعليم بدرجة البكالوريوس" في مجال الصحة النفسية والماجستير في التمريض النفسي والصحة النفسية المجتمعية، إلا أن التدريب نظري بصورة كبيرة ، ويجهد من منظمة الصحة العالمية تم إطلاق الخطة الاستراتيجية للصحة النفسية التي غطت الفترة ما بين 2010 وحتى 2014، ومن المفترض إجراء مراجعات تقييمية لما تم إنجازه منها، والشروع بإعداد خطة وإطلاقها للفترة ما بعد 2014، والبناء على ما تم إنجازه، بالذات أن غزة دخلت بعد عام 2010 حربين كبيرتين مدمرتين تركتا آثاراً هائلة على صعيد البنية النفسية لسكان القطاع .

■ ولدى التدقيق في نتائج الاستبانة وجد أن 64.3% يرون أن الخدمات الثلاثية، مثل: القسرة القلبية وجراحة القلب المفتوح، والمناظير قد تطورت رغم الحصار، فقد جاء في تقرير إنجازات وزارة الصحة 2006←2013 إنشاء قسم القسرة القلبية 2006م، الذي يشكل نقلة نوعية في الخدمات الصحية المقدمة لمرضى انسداد الشرايين، حيث خففت من معاناة المواطنين في السفر لعمل القسرة التشخيصية والتداخلية بالخارج، كما أدت إلى توفير مبالغ كبيرة من العلاج بالخارج، وقد تم إجراء ما يزيد عن (8000) عملية قسرة، كما تم إنشاء قسم جراحة القلب المفتوح وأجريت فيه ما يزيد عن (800) عملية جراحية بأنواعها

المعقدة، وافتتح قسم جراحة المناظير ما أدى إلى تقليل آلام واحتمال حدوث التهابات ما بعد العملية بصورة كبيرة، وتقليل فترة مكوث المريض بالمستشفى، والفترة التي يحتاجها للعودة لحياته الطبيعية، كما تقلل التشوهات والندبات الناتجة عن العمليات المفتوحة، وتصنف خدمات القسطرة والمنظار الداخلي ضمن خدمات الرعاية اليومية، حيث شكلت القسطرة 1% منها، والمناظير 1% من إجمالي خدمات الرعاية النهارية وانحصرت القسطرة القلبية حتى تاريخ تقرير 2012 في مستشفى غزة الأوروبي بينما توزعت المناظير على مجمع الشفاء الطبي والأوروبي و مستشفى بيت حانون والرنيتسي، وافتتحت الوزارة مركزاً إضافياً للقسطرة عام 2014م في مجمع الشفاء الطبي، وتوسعت في خدمات ومراكز المناظير التشخيصية وأهمها مركز المناظير في مجمع الشفاء الطبي(وزارة الصحة،2014:62).

وقد وافق 78.5% من العينة ورفض 32.2% على أن المستشفيات توفر خدماتها المعتادة دون تغيير، فيما رأى ما نسبته 53.3% أن الحفاظ على استدامة الخدمات الصحية كماً ونوعاً شكلاً تحدياً للإدارة الطبية في ظل الحصار، وهذا ما تؤكدته تقارير وزارة الصحة والإدارة العامة للمستشفيات من أن الخدمات بشكل عام قدمت وبشكل مضطرب ولأعداد أكبر من المرضى وفي كل التخصصات .

■ والثابت أن الوزارة تقدمت كثيراً في مجال التشخيص والعلاج معاً، حيث إنها انتقلت إلى طور الخدمة الثلاثية في بعض المجالات، مثل: القسطرة القلبية، القلب المفتوح، المناظير التشخيصية والجراحية، وزراعة الأعضاء (الكلى والقرنبيات)، فقد جاء في تقرير إنجازات الوزارة 2006←2013 أن المؤشرات الصحية الأساسية تدل على نجاح وزارة الصحة في إحراز تقدم في بعض مجالات الصحة العامة، ومحافظة على النظام الصحي في مجالات أخرى برغم الحصار والحروب التي تعرض لها القطاع.

* جدول رقم (4.8): توزيع استجابات المشاركين حول "الأدوية والمستهلكات والأجهزة والمعدات الطبية":

المجموع	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	عدد	الأدوية و المستهلكات و الأجهزة و المعدات الطبية
319	51	161	61	37	9	عدد	أثر الحصار على إمكانية توفير الأدوية للمرضى بشكل مقبول.
100	16	50.5	19.1	11.6	2.8	نسبة	
316	78	147	44	40	7	عدد	عانت المستشفيات من نقص المستهلكات الطبية وبشكل مزمن.
100	24.7	46.5	13.9	12.7	2.2	نسبة	
316	69	176	38	18	15	عدد	حدث تراجع في التوريدات لأصناف دوائية تحتاجها المستشفيات بفعل الحصار.
100	21.8	55.7	12	5.7	4.7	نسبة	
322	66	155	63	32	6	عدد	هناك نقص حاد في عدد كبير من الأصناف الدوائية .
100	20.5	48.1	19.6	9.9	1.9	نسبة	
322	68	139	66	43	6	عدد	ازداد عدد أصناف المستهلكات الطبية غير المتوفرة.
100	21.1	43.2	20.5	13.4	1.9	نسبة	
315	66	177	37	31	4	عدد	حدث عجز في الدواء التخصصي في ظل الحصار.
100	21	56.2	11.7	9.8	1.3	نسبة	
319	68	170	47	30	4	عدد	عانت خدمات الهندسة والصيانة بشدة في ظل الحصار.
100	21.3	53.3	14.7	9.4	1.3	نسبة	
319	71	166	54	23	5	عدد	تقلص عدد الأجهزة الطبية الصالحة للاستخدام بسبب الحصار.
100	22.3	52	16.9	7.2	1.6	نسبة	
316	55	185	35	36	5	عدد	توقفت بعض الخدمات العلاجية بسبب نقص الأدوية والمستهلكات الطبية.
100	17.4	58.5	11.1	11.4	1.6	نسبة	
314	46	171	59	34	4	عدد	توقفت خدمات العديد من الأجهزة الطبية بسبب نقص المواد الأساسية المشغلة لها.
100	14.6	54.5	18.8	10.8	1.3	نسبة	
313	38	186	43	43	3	عدد	تراجع حجم التجهيزات والمعدات الطبية كماً.
100	12.1	59.4	13.7	13.7	1	نسبة	
319	36	167	70	41	5	عدد	تراجع حجم التجهيزات والمعدات الطبية نوعاً.
100	11.3	52.4	21.9	12.9	1.6	نسبة	
							الوسط الحسابي: 73.79، الوسيط : 78.33، الانحراف المعياري : 15.42

- حيث غطي هذا المحور اثنتي عشرة فقرة ، وكان المتوسط الحسابي لها (73,79)، والوسيط (78,33) بانحراف معياري قدره (15,42).
- فقد وافق 66.5% من عينة البحث على أن الحصار أثر على إمكانية توفير الأدوية للمرضى بشكل مقبول، بينما رأى 77.5% من ذات العينة أنه حدث تراجع في التوريدات لأصناف دوائية تحتاجها المستشفيات بفعل الحصار.
- كما وافق 68.6% من المستطلعين أن هناك نقصاً حاداً في عدد كبير من الأصناف الدوائية، ووافق 77.2% من العينة المستطلعة على أنه حدث عجز في الدواء التخصصي في ظل الحصار.
- وعلى صعيد المستهلكات الطبية فقد رأى 71.2% من العينة أن المستشفيات عانت من نقص المستهلكات الطبية وبشكل مزمن، كما وافق 64.3% من العينة على أنه قد ازداد عدد أصناف المستهلكات الطبية غير المتوفرة.
- وعن الأدوية والمستهلكات الطبية معاً فقد رأى 75.9% من عينة البحث أن بعض الخدمات العلاجية توقفت بسبب نقص الأدوية والمستهلكات الطبية.
- وعن الأدوية و المستهلكات الطبية والأجهزة والمعدات الطبية حيث رأى 86.7% من العينة المستطلعة أن الحصار كان له تأثير سلبي بالإجمال عليها وذلك موضح في الجدول رقم (4.5).
- وفي بحث ماجستير موسوما بـ (دراسة حول آثار نقص الأدوية الأساسية على خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية - محافظات غزة) حيث كشفت الدراسة أن 46.2% من المرضى عانوا من نقص الأدوية خلال العام 2014، وكذلك 97.2% من مقدمي الخدمة الصحية (66.79% في كثير من الأحيان، 20.2% من استمرار، 10.3% نادراً)، وكانت المجموعات الأكثر تأثراً بالنقص من الأدوية الأساسية الأدوية المضادة للعدوى، والفيتامينات والمكملات الغذائية، والمسكنات، والمحاليل، والمطهرات والمعقمات، ورأى 69.2% من المرضى أن السبب الرئيسي لنقص الأدوية هو الحصار، ورأى 82.9% من مقدمي الخدمات الصحية أن الحصار سبب نقص حاد في الأدوية (القيشاي، 2015).
- ولدى قيام الباحث بتحليل هذه النتائج السالبة في الإجمال، فيما يخص واقع الأدوية والمستهلكات الطبية في الفترة التي تغطيها الدراسة، وبمناقشة المعنيين بهذا الملف في الوزارة، وجد الباحث أن بعض الخدمات العلاجية قد توقفت -فعلاً- بسبب نقص الأدوية والمستهلكات الطبية وكان على رأسها خدمة الأورام، وبالتحديد المرضى الذين يحتاجون جرعات العلاج الكيماوي في المستوى الثالث والرابع، أو الذين يحتاجون علاجاً ذرياً فقد تم تحويلهم عبر دائرة العلاج بالخارج، كما أن خدمات القسطرة القلبية وجراحة القلب توقفت في أحيان كثيرة داخل الوزارة بسبب نقص المستهلكات الطبية قبل أن تعاود عملها، وكذلك بعض الجراحات لنقص المستهلكات مثل بعض جراحات العظام وزراعة مفاصل، ناهيك عن النقص المزمن في أدوية الأورام

- والثلاسيميا والهيموفيليا، وأدوية مرضى الكبد الوبائي، وقائمة كبيرة من المضادات الحيوية، وأدوية تخصص للعيون، وأصناف تخصص علاج مرضى الأعصاب والتشنجات والمرضى النفسيين.
- وقد رأى 74.6% من عينة البحث أن خدمات الهندسة والصيانة عانت بشدة في ظل الحصار ووافق 74.3 من العينة أنه قد تقلص عدد الأجهزة الطبية الصالحة للاستخدام بسبب الحصار.
 - كما وافق 69.1% من العينة على أن خدمات العديد من الأجهزة الطبية توقفت بسبب نقص المواد الأساسية المشغلة لها.
 - كما وافق 71.5% من عينة البحث على أنه حدث تراجع في حجم التجهيزات والمعدات الطبية كماً.
 - كما وافق 63.7% من ذات العينة أنه حدث تراجع في حجم التجهيزات والمعدات الطبية نوعاً.
 - وإنَّ المدقق في اتجاهات هذا المحور يجدها منسجمة تماماً مع إجابة الفقرة، وكما هو معلوم فإن أبعديات العملية التشخيصية والعلاجية القائمة في زمننا تعتمد على وجود التجهيزات الطبية والمخبرية الكافية، نظراً للتطور الكبير في استخدام الأجهزة والمعدات الطبية، وعليه كان من الضروري الاعتماد على برامج هندسية تضمن سلامة هذه المعدات الطبية وصلاحياتها للاستخدام ودقة نتائجها .
 - ورغم قسوة الحصار، وتأثيراته السالبة على حجم التجهيزات والمعدات الطبية كماً ونوعاً، إلا أنه تم استحداث خدمات جديدة في الوزارة، مثل: الرنين المغناطيسي، وتفتيت الحصى، وجراحة القلب، وتصوير القلب بالأشعة المقطعية وديجتال فلوروسكوبي، وغير ذلك.

* جدول رقم (4.9): توزيع استجابات المشاركين حول "الحوسبة و نظم المعلومات الصحية" :

المجموع	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	عدد	نظم المعلومات الصحية
321	28	157	86	42	8	عدد	تطور نظام الحوسبة في المستشفيات في ظل الحصار .
100	8.7	48.9	26.8	13.1	2.5	نسبة	
320	18	151	89	49	13	عدد	تطور أداء نظم المعلومات الصحية بشكل محدود جداً في ظل الحصار .
100	5.6	47.2	27.8	15.3	4.1	نسبة	
320	30	152	78	54	6	عدد	أعاق الحصار استكمال بعض برامج الحوسبة بسبب نقص التجهيزات الفنية.
100	9.4	47.5	24.4	16.9	1.9	نسبة	
321	40	174	65	29	13	عدد	أثر إغلاق المعابر على تأخير تدريب العاملين بأنظمة الحوسبة خارج القطاع.
100	12.5	54.2	20.2	9	4	نسبة	
318	24	177	82	25	10	عدد	أعاق الحصار إكانات شركات أنظمة الحوسبة "المتعاقد مع الوزارة " لتوفير كل احتياجات الوزارة من التجهيزات اللازمة.
100	7.5	55.7	25.8	7.9	3.1	نسبة	
315	28	166	86	25	10	عدد	أعاق الحصار إكانات استكمال وتطوير برامج الحوسبة في المستشفيات.
100	8.9	52.7	27.3	7.9	3.2	نسبة	
317	47	163	69	37	1	عدد	لولا الحصار لكان وضع الحوسبة في المستشفيات أفضل.
100	14.8	51.4	21.8	11.7	0.3	نسبة	
317	38	173	72	30	4	عدد	نجحت المستشفيات في تطبيق نظام الحجز المحوسب للعمليات الجراحية.
100	12	54.6	22.7	9.5	1.3	نسبة	
316	42	188	53	29	4	عدد	لو تكاملت خدمات الحوسبة في كل مفاصل وزارة الصحة لأمكن تخفيف العبء الإداري والمالي للوزارة ولملتقي الخدمات.
100	13.3	59.5	16.8	9.2	1.3	نسبة	

يتبع ... جدول رقم (4.9): توزيع استجابات المشاركين حول "الحوسبة و نظم المعلومات الصحية" .							
319	54	148	77	31	9	عدد	لم يتم وضع مؤشرات حقيقية ومقبولة لقياس الأداء بسبب الحصار .
100	16.9	46.4	24.1	9.7	2.8	نسبة	
316	20	128	114	43	11	عدد	تعتمد الوزارة على نظام معلوماتي جيد في صنع القرار .
100	6.3	40.5	36.1	13.6	3.5	نسبة	
321	17	127	117	44	16	عدد	اعتمدت الوزارة مؤشرات واضحة لقياس نسبة الإنجاز .
100	5.3	39.6	36.4	13.7	5	نسبة	
319	27	136	123	28	5	عدد	حافظت الوزارة على إصدار التقارير الطبية: الصحية المختلفة .
100	8.5	42.6	38.6	8.8	1.6	نسبة	
314	10	140	119	34	11	عدد	تقوم الوزارة بعملية تبادل للمعلومات مع الجهات المختلفة بشكل دوري .
100	3.2	44.6	37.9	10.8	3.5	نسبة	
الوسط الحسابي : 62.03، الوسيط : 62.86، الانحراف المعياري : 7.90							

■ جاء تحت هذا المحور (14) فقرة كان الوسط الحسابي للإجابات (62.03)، والوسيط (62.86) والانحراف المعياري (7.90).

■ ولدى فحص نتائج الاستبانة في هذا المحور وجد الباحث أن عينة البحث كانت موافقة بنسبة 57,6% على أنه حصل تطوّر في نظام الحوسبة في المستشفيات في ظل الحصار .

■ كما وافقت العينة وبنسبة 52,8% على أنه حصل تطور محدود في أداء نظم المعلومات الصحية في ظل الحصار .

■ كما وافقت العينة وبنسب كبيرة نسبياً على أن الحصار أعاق استكمال بعض برامج الحوسبة بسبب نقص التجهيزات الفنية ، وعلى أن إغلاق المعابر أثر على تدريب العاملين بأنظمة الحوسبة خارج القطاع ، وأن الحصار أعاق إمكانيات شركات أنظمة الحوسبة المتعاقدة مع الوزارة لتوفير كل احتياجات الوزارة من التجهيزات اللازمة، وأن الحصار أعاق إمكانيات استكمال وتطوير برامج الحوسبة في المستشفيات، وأنه لولا الحصار لكان وضع الحوسبة في المستشفيات أفضل، وأنه لو تكاملت خدمات الحوسبة في كل مفاصل الوزارة لأمكن تخفيف العبء المالي والإداري للوزارة وللمتلقي الخدمات ، وهذا منسجم مع تقارير وحدتي نظم المعلومات وتكنولوجيا المعلومات في الوزارة، ويرى الباحث أن هذه الآراء منطقية جداً ومنسجمة مع الحالة العامة لتأثيرات الحصار .

■ ووافقت العينة، وبنسبة كبيرة، على نجاح المستشفيات في تطبيق نظام الحجز المحوسب للعمليات الجراحية وعلى أنه لم يتم وضع مؤشرات حقيقية لقياس الأداء بسبب الحصار، وعلى أن الوزارة حافظت على إصدار التقارير الطبية والصحية المختلفة، وهذا ما تؤكدته تقارير الإدارة العامة للمستشفيات.

■ وكانت الموافقة نسبية ودون الـ 50%، وبنسبة أكبر من غير الموافقين على أن الوزارة تعتمد على نظام معلومات جيد في صنع القرار، وعلى أن الوزارة اعتمدت مؤشرات واضحة لقياس نسبة الإنجاز، وعلى أن الوزارة تقوم بعملية تبادل للمعلومات مع الجهات بشكل دوري، إلا أن المحايدين في الإجابة عن هذه الفقرات كانت نسبتهم كبيرة، ما يدل على صحة المبررات التي تعزو ذلك إلى أن هذه الفقرات تحتاج إلى معلومات نوعية لا تتوفر في الغالب للشريحة الأكبر في العينة من الموظفين غير الشاغلين لأي موقع إشرافي.

✳ جدول رقم (4.10): توزيع استجابات المشاركين حول الإدارة والحكم الرشيد:

المجموع	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	عدد	الإدارة و الحكم الرشيد
312	15	144	96.0	43.0	14.0	عدد	شكل الحفاظ على الأداء الإداري الجيد للطواقم الإدارية تحدياً حقيقياً.
100	4.8	46.2	30.8	13.8	4.5	نسبة	
323	22	162	91.0	37.0	11.0	عدد	أعاق الحصار إعداد خطط استراتيجية.
100	6.8	50.2	28.2	11.5	3.4	نسبة	
321	23	166	80.0	46.0	6.0	عدد	أعاق الحصار تنفيذ الخطط التشغيلية.
100	7.2	51.7	24.9	14.3	1.9	نسبة	
318	18	135	96.0	52.0	17.0	عدد	هناك مشاركة واسعة من كل المستويات الإدارية في وضع الخطط اللازمة لتحقيق الأهداف.
100	5.7	42.5	30.2	16.4	5.3	نسبة	
322	28	182	72	32	8	عدد	تأثرت الخدمات اللوجستية في المستشفيات بشدة في ظل الحصار.
100	8.7	56.5	22.4	9.9	2.5	نسبة	
313	26	130	108	34	15	عدد	لدى الوزارة استراتيجيات وأهداف ووسائل ومراحل واضحة لتطبيقها.
100	8.3	41.5	34.5	10.9	4.8	نسبة	
322	17	142	107	40	16	عدد	أدى الحصار إلى جعل إدارة الوزارات والمستشفيات إلى ما يشبه إدارة دائمة للطوارئ.
100	5.3	44.1	33.2	12.4	5	نسبة	
319	26	144	71	63	15	عدد	رغم الحصار لم تتراجع معدلات تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية.
100	8.2	45.1	22.3	19.7	4.7	نسبة	
323	18	144	88	58	15	عدد	هناك إمكانية لتنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية وبشكل مقبول.
100	5.6	44.6	27.2	18	4.6	نسبة	

يتبع... جدول رقم (4.10): توزيع استجابات المشاركين حول الإدارة والحكم الرشيد

321	10	138	119	40	14	عدد	شاركت المستويات الإدارية جميعاً في وضع خطط العمل والقبول بالرقابة عليها.
100	3.1	43	37.1	12.5	4.4	نسبة	
323	9	138	103	58	15	عدد	لدى الوزارة آليات للرقابة الداخلية تشمل مفاصل العمل الفني والإداري.
100	2.8	42.7	31.9	18	4.6	نسبة	
320	22	122	128	36	12	عدد	تضمن الوزارة متابعة نتائج الرقابة الداخلية والمساءلة بغض النظر عن المستوى الإداري.
100	6.9	38.1	40	11.3	3.8	نسبة	
320	20	116	135	38	11	عدد	مشكلة الوزارة مع الخطط المعدة تنحصر أساساً في عدم وضع آليات للتنفيذ ومتابعتها.
100	6.3	36.3	42.2	11.9	3.4	نسبة	
321	33	146	98	38	6	عدد	الهيكل الإداري للمستشفيات يحتاج إلى تطوير عملي.
100	10.3	45.5	30.5	11.8	1.9	نسبة	
319	33	144	99	35	8	عدد	وجود هيكلية إدارية للوزارة ساهم في ضبط المستويات الإدارية.
100	10.3	45.1	31	11	2.5	نسبة	
315	9	130	95	68	13	عدد	حرصت الإدارة الصحية على تقديم الخدمات الصحية بدرجة عالية من العدالة والمساواة
100	2.9	41.3	30.2	21.6	4.1	نسبة	
318	5	125	95	64	29	عدد	تعاملت الوزارة بعدالة مع العاملين فيها رغم الحصار الطويل.
100	1.6	39.3	29.9	20.1	9.1	نسبة	
316	5	113	108	59	31	عدد	أبدت الإدارات درجة معقولة من الشفافية في التعامل مع الموظفين.
100	1.6	35.8	34.2	18.7	9.8	نسبة	
321	7	121	99	76	18	عدد	وفرت الوزارة إمكانات واسعة لإنجاح عملية الرقابة الداخلية.
100	2.2	37.7	30.8	23.7	5.6	نسبة	
321	23	130	92	65	11	عدد	كان الحضور الإشرافي في كل المستويات الإدارية والفنية في المستشفيات واضحاً في ظل الحصار.
100	7.2	40.5	28.7	20.2	3.4	نسبة	
321	53	137	75	51	5	عدد	شكل انقطاع الرواتب عن بعض الموظفين انتكاسة على الصعيد الشخصي والوظيفي.
100	16.5	42.7	23.4	15.9	1.6	نسبة	
320	53	143	58	53	13	عدد	تعاملت الإدارات الطبية بمستوى جيد من النزاهة والحيادية والمساواة مع الموظفين.
100	16.6	44.7	18.1	16.6	4.1	نسبة	
318	76	131	56	41	14	عدد	أعاق الحصار صرف بدلات المخاطرة، والساعات الإضافية، وبدل الترقيات والدرجات وغيرها.
100	23.9	41.2	17.6	12.9	4.4	نسبة	

يتبع... جدول رقم (4.10): توزيع استجابات المشاركين حول الإدارة والحكم الرشيد						
316	75	152	58	30	1	عدد
100	23.7	48.1	18.4	9.5	0.3	نسبة
315	92	127	57	35	4	عدد
100	29.2	40.3	18.1	11.1	1.3	نسبة
الوسط الحسابي : 60.00، الوسيط : 59.20، الانحراف المعياري : 6.96						

- جاء تحت هذا المحور (25) فقرة، وكان الوسط الحسابي (60.00)، والوسيط (59.20) والانحراف المعياري (6.96).
- ولقد وافق 51% من عينة البحث على أن الحفاظ على الأداء الإداري الجيد للطواقم الإدارية شكل تحدياً حقيقياً.
- كما وافق 57% من العينة على أن الحصار أعاق إعداد خطط استراتيجية.
- كما وافق 58.9% -أيضاً- على أن الحصار أعاق تنفيذ الخطط التشغيلية.
- كما وافق 48.2% من عينة البحث على أن هناك مشاركة واسعة من كل المستويات الإدارية في وضع الخطط اللازمة لتحقيق الأهداف.
- كما وافق 46.1% على أن المستويات الإدارية جميعاً شاركت في وضع خطط العمل والقبول بالرقابة عليها.
- كما وافق 49.8% من العينة على أن لدى الوزارة استراتيجيات وأهدافاً ووسائل ومراحل واضحة لتطبيقها.
- إلا أن ذات العينة رأت وبنسبة 49.4% أن الحصار أدى إلى جعل إدارة الوزارة والمستشفيات كما يشبه إدارة دائمة للطوارئ والأزمات.
- إلا أنه، وعند الحديث عن الخطة الاستراتيجية، وجد الباحث أن 50.2% من العينة رأت أن هناك إمكانية لتنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية وبشكل مقبول.
- ويرى الباحث أن نتائج الاستبانة في هذا المحور منطقية؛ حيث شكل الحصار تحدياً حقيقياً تجاه إمكانية ضمان الأداء الجيد للطواقم الإدارية (الإدارات الإدارية والإدارات الفنية معاً)، حيث فرض الحصار بيوميته البائسة، وبضراوته، وشدته إيقاعاً أشبه ما يكون بإدارة الأزمة ولكن بصورة مستمرة، وهذا ما عبرت عنه شريحة العينة، والتي رأت أن هذا الواقع أعاق إمكانية إعداد خطط استراتيجية، أما الخطط التنفيذية فكانت

دوماً تصطدم بمعطيات شح الموارد، أو القرصنة الصهيونية على المعابر، أو سياسة الابتزاز السياسي، وغيرها من الأساليب التي اتبعت لتركيبة الشعب الفلسطيني في غزة.

■ والواضح في الإجمال أن عينة البحث ترى أن الوزارة تمارس الإدارة باستراتيجياتها ووسائلها ومراحل تنفيذها، وترى -أيضاً- أن الخطة الاستراتيجية التي أطلقتها وزارة الصحة عام 2014 يمكن تنفيذها. وقد ورد ذلك في تقرير إنجازات وزارة الصحة لسبع سنوات، والمنشور في 2013، كما أبرزت عينة البحث قناعتها بالمشاركة الرأسية في إعداد الخطط التشغيلية، وأبرزت موافقتها بالرقابة على تنفيذ هذه الخطط.

■ ولدى الحديث عن الرقابة وافق 45.5% من عينة البحث على أنه لدى الوزارة آليات للرقابة الداخلية تشمل مفاصل العمل الفني والإداري.

■ كما وافق 45% من العينة على أن الوزارة تضمن متابعة نتائج الرقابة الداخلية والمساءلة، بغض النظر عن المستوى الإداري أو الفني، في حين أن 40% من العينة سجلت أنها محايدة في هذه الجزئية.

■ كما وافق 39.9% من العينة على أن الوزارة وفرت إمكانيات واسعة لإنجاح عملية الرقابة الداخلية.

■ ويرى الباحث أن نتائج الاستبانة في جزئية الرقابة من هذا المحور تعكس صورة غير منسجمة مع قناعات العينة تجاه العمل الإداري والخطط والرقابة عليه بالقبول بذلك، ورغم أن نتائج الموافقين على الأسئلة أعلاه أكثر من غير الموافقين، إلا أن ظاهرة ارتفاع نسب المحايدين تعكس صورة مفادها أن موضوع الرقابة موجود لكن أثره غير واضح أو ربما يكون غير معروف.

■ وقد وافق 55.4% من عينة البحث على أن وجود هيكلية إدارية للوزارة ساهم في ضبط المستويات الإدارية.

■ كما وافق 55.8% من ذات العينة على أن الهيكل الإداري للمستشفيات يحتاج إلى تطوير عملي.

■ ووافق 47.7% من عينة البحث على أن الحضور الإشرافي في كل المستويات الإدارية والفنية في المستشفيات كان واضحاً في ظل الحصار.

■ كما وافق 61.3% من عينة البحث على أن الإدارات الطبية تعاملت بمستوى جيد من النزاهة والحيادية والمساواة مع الموظفين.

■ كما أبدت أكثرية المستطلعين موافقة نسبية على تعامل الوزارة بشفافية وعدالة مع العاملين رغم ظروف الحصار الطويل.

▪ ويرى الباحث أن موضوع الشفافية والعدالة والنزاهة والحيادية والمساواة موضوعات غاية في الأهمية، وهي عصب عملية الحكم الرشيد، والإطار القيمي للعملية الإدارية الناجحة المقبولة، إلا أن موضوع قياسها موضوع نسبي، ولعل الاستبانة تعطي مؤشرات مهمة، إلا أن دراسة هذا المحور تحتاج إلى تفصيلات وأدلة ووقائع نستطيع من خلالها التأكد من دقة إجابات الاستبانة.

▪ ثم وافق 59.2% من العينة أن انقطاع الرواتب عن بعض الموظفين شكل انتكاسة على الصعيد الشخصي والوظيفي ويرى الباحث أن الراتب حق شرعي لكل موظف على رأس عمله، وأن قطع راتبه لا ينسجم مطلقاً مع القانون الذي يشترط لذلك لجاناً وقضاءً وآليات، لا أن يكون الموضوع كيدياً وعشوائياً وانتقامياً، قائماً على تقارير كيدية أمنية لا أخلاقية أساسها العقاب على الولاء السياسي، ناهيك عن البعد الشرعي الذي لا يجوز فيه عقاب الناس دون دليل، وقطع أرزاقهم وأرزاق أولادهم ومن يعيلون.

▪ ولقد شكلت ظاهرة قطع الرواتب مظهراً مقبلاً لم يسجل في أي بقعة من كرتنا الأرضية، حتى في ظل الاحتلال، وشوهت هذه الخطوات الأحادية صورة الشعب الفلسطيني الذي عرفه العالم مثلاً للشعب المقاتل - ولا زال - من أجل حريته وكرامته وإصراره على نيل حقوقه.

▪ ووافق 69.5% من عينة البحث على أن الانقسام السياسي يعدّ أحد التحديات التي واجهها مقدم الخدمات الصحية في المستشفيات أثناء الحصار.

▪ ويرى الباحث أن الانقسام يعدّ النكبة الكبرى لشعبنا ولقضيته العادلة، فالانقسام أضر القضية وأعادها للوراء، وأشغل الشعب ونخبه في صراع داخلي، المستفيد الأوحده منه الاحتلال، وجاء ذلك بموافقة الشريحة المستطلعة بنسبة 65%.

* جدول رقم (4.11): توزيع استجابات المشاركين حول تمويل وزارة الصحة:

المجموع	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	عدد	تمويل وزارة الصحة
316	62	153	49	31	21	عدد	أعاق الحصار إمكانية توفير مصاريف تشغيلية كافية للمستشفيات.
100	19.6	48.4	15.5	9.8	6.6	نسبة	
322	55	111	64	63	29	عدد	ازدادت إيرادات المستشفيات أثناء الحصار.
100	17.1	34.5	19.9	19.6	9	نسبة	
317	16	99	84	90	28	عدد	زاد حجم تمويل الوزارة والمستشفيات في ظل الحصار بشكل حقيقي.
100	5	31.2	26.5	28.4	8.8	نسبة	
323	24	137	93	52	17	عدد	تقلصت إيرادات الرسوم الرمزية للخدمات في ظل الحصار.
100	7.4	42.4	28.8	16.1	5.3	نسبة	

يتبع... جدول رقم (4.11): توزيع استجابات المشاركين حول تمويل وزارة الصحة:							
317	39	127	101	43	7	عدد	تقلص حجم التمويل للقطاع الصحي في ظل الحصار.
100	12.3	40.1	31.9	13.6	2.2	نسبة	
316	27	132	90	60	7	عدد	تغيرت اتجاهات الجهات الممولة في ظل الحصار مما غيب الممولين الكبار.
100	8.5	41.8	28.5	19	2.2	نسبة	
321	34	126	127	29	5	عدد	من الواضح امتناع الجهات المانحة الكبرى عن دعم وزارة الصحة في ظل الحصار.
100	10.6	39.3	39.6	9	1.6	نسبة	
317	15	155	111	30	6	عدد	أثناء الحصار ظهر ممولون جدد للقطاع الصحي الحكومي.
100	4.7	48.9	35	9.5	1.9	نسبة	
321	30	150	97	34	10	عدد	ركزت الجهات الممولة على الخدمات الطارئة.
100	9.3	46.7	30.2	10.6	3.1	نسبة	
319	23	139	124	26	7	عدد	أشعر أنه بالإمكان زيادة مظلة المانحين للخدمات الصحية.
100	7.2	43.6	38.9	8.2	2.2	نسبة	
322	32	144	93	47	6	عدد	لم تركز الجهات الممولة على خدمات تحسين الجودة وتطوير النظام الصحي.
100	9.9	44.7	28.9	14.6	1.9	نسبة	
320	33	149	118	15	5	عدد	تراجعت إيرادات التأمين الصحي في ظل الحصار.
100	10.3	46.6	36.9	4.7	1.6	نسبة	
316	28	160	84	34	10	عدد	ازداد الإنفاق الأسري على الصحة أثناء الحصار.
100	8.9	50.6	26.6	10.8	3.2	نسبة	
الوسط الحسابي : 56.03، الوسيط : 56.92، الانحراف المعياري : 6.78							

- جاء تحت هذا المحور (13) فقرة، وكان الوسط الحسابي (56.03) والوسيط (56.92) والانحراف المعياري (6.78).
- ولدى قيام الباحث بتحليل نتائج الاستبانة في هذا المحور وجد أن أغلبية عينة البحث قد وافقت بنسبة 68% بأن الحصار أعاق إمكانية توفير مصاريف تشغيلية كافية للمستشفيات.
- ووافقت نسبة 52.4% بأن حجم التمويل للقطاع الصحي قد تقلص في ظل الحصار.
- كما وافقت العينة وبالأغلبية على تغيير اتجاهات الجهات الممولة في ظل الحصار، ما غيب الممولين الكبار.
- كما وافق 53.6% من العينة على ظهور ممولين جدد للقطاع الصحي الحكومي.
- ووافق 56% على أن الجهات الممولة ركزت على الخدمات الطارئة.

- ووافق 54.6% أن الجهات الممولة لم تركز على خدمات تحسين الجودة وتطوير النظام الصحي.
- كما وافق 49.9% على امتناع الجهات المانحة الكبرى عن دعم وزارة الصحة في ظل الحصار.
- وأظهر 59.5% من العينة موافقتهم على ازدياد الإنفاق الأسري على الصحة في ظل الحصار.
- ولم توافق العينة على فكرة ازدياد حجم تمويل الوزارة والمستشفيات في ظل الحصار، ووافقت بنسبة 49.8 على تقليص إيرادات الرسوم الرمزية للخدمات في ظل الحصار.
- ويرى الباحث أن هناك حالة من عدم تطابق الأرقام المنشورة حول الإنفاق السنوي على النظام الصحي الفلسطيني بين تقارير الوزارة في غزة ونظيرتها في رام الله، الذي تفاقم في ظل حالة الانقسام السياسي، وعليه لم يكن هناك إمكانية للتدقيق في المسائل المتعلقة بالموازنات سواء المدخولات، أو الأوامر المالية، وآليات الإنفاق، والرصد الحقيقي للقيم الرقمية للمساعدات المالية والعينية وفي الموضوعات المشتركة بينهما مثل موضوع التوريدات لمخازن الصيدلة والمختبرات .

* جدول رقم (4.12): يوضح توزيع استجابات المشاركين حول "اعتماد وزارة الصحة استراتيجيات فاعلة لمواجهة الحصار والتكيف معه":

المجموع	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	عدد	استراتيجيات فاعلة لمواجهة الحصار والتكيف معه".
323	28	150	77	46	22	عدد	نجحت الوزارة في برامج التدريب المحلي لتطوير الكادر الفني والإداري.
100	8.7	46.4	23.8	14.2	6.8	نسبة	
320	22	158	90	45	5	عدد	اعتمدت الوزارة سياسة الترشيد للأدوية والمستهلكات.
100	6.9	49.4	28.1	14.1	1.6	نسبة	
320	12	167	78	45	18	عدد	يتم استخدام الوفود الطبية وفق رؤية وحاجات المستشفيات.
100	3.8	52.2	24.4	14.1	5.6	نسبة	
320	16	176	65	51	12	عدد	عززت الوزارة عمليات الصيانة المحلية للأجهزة والمعدات.
100	5	55	20.3	15.9	3.8	نسبة	
319	47	154	67	32	19	عدد	تم اعتماد وتدشين تخصصات جديدة مثل (قسطرة وجراحة القلب، وزراعة الأعضاء...)
100	14.7	48.3	21.0	10.0	6.0	نسبة	
320	33	172	63	37	15	عدد	تم تقليص أعداد العمليات المجدولة "عند اللزوم".
100	10.3	53.8	19.7	11.6	4.7	نسبة	
316	20	157	73	52	14	عدد	تم زيادة عدد غرف العمليات وأقسام العناية المركزة.
100	6.3	49.7	23.1	16.5	4.4	نسبة	
319	18	143	110	41	7	عدد	اعتمدت المستشفيات بروتوكولات العلاج في أقسام الطوارئ والحضانات والعنايات المركزة.
100	5.6	44.8	34.5	12.9	2.2	نسبة	
319	27	143	86	54	9	عدد	اعتمدت الوزارة الخطط والآليات اللازمة لمنع العدوى .
100	8.5	44.8	27	16.9	2.8	نسبة	
318	20	160	78	41	19	عدد	تم شراء بعض الخدمات من القطاع الأهلي الطبي وتمويلها عبر جهات داعمة.
100	6.3	50.3	24.5	12.9	6	نسبة	
318	22	167	79	39	11	عدد	تم اعتماد آليات ووسائل لمتابعة التطوير المستمر للكوادر العاملة في الوزارة.
100	6.9	52.5	24.8	12.3	3.5	نسبة	
317	22	160	93	37	5	عدد	تبنت الوزارة سياسة الترشيد الشاملة في المصاريف التشغيلية.
100	6.9	50.5	29.3	11.7	1.6	نسبة	
317	14	203	72	24	4	عدد	تم تفعيل برامج الخدمات المحوسبة وبجهود محلية.
100	4.4	64	22.7	7.6	1.3	نسبة	

يتبع... جدول رقم (4.12): يوضح توزيع استجابات المشاركين حول "اعتماد وزارة الصحة استراتيجيات فاعلة لمواجهة الحصار والتكيف معه"							
عدد	12	41	94	154	18	319	تم اعتماد سياسة دمج الخدمات المتشابهة.
نسبة	3.8	12.9	29.5	48.3	5.6	100	
عدد	8	51	108	140	11	318	عززت الوزارة العمل بأنظمة الجودة .
نسبة	2.5	16	34	44	3.5	100	
عدد	13	70	84	137	14	318	تعززت الصيانة الدورية الهندسية للتجهيزات والمعدات.
نسبة	4.1	22	26.4	43.1	4.4	100	
عدد	7	62	117	125	7	318	عمدت الوزارة إلى توسيع هوامش المشاركة المجتمعية.
نسبة	2.2	19.5	36.8	39.3	2.2	100.0	
عدد	10	49	95	144	20	318	يعتبر التحويل للعلاج بالخارج من وسائل التكيف الاضطرارية مع الحصار.
نسبة	3.1	15.4	29.9	45.3	6.3	100.0	
الوسط الحسابي : 65.00، الوسيط : 66.67، الانحراف المعياري : 11.00							

■ جاء تحت هذا المحور (18) فقرة ، و كان الوسط الحسابي (65.00)، والوسيط (66.67) والانحراف المعياري (11.00).

■ تتمثل آليات احتواء وحل الأزمة الصحية في مجموعة من العناصر التي تعكس مدى قيام الإدارة بتنفيذ الخطط الموضوعة، وترجمة الاستعدادات، وتنفيذ ما خطط له في مرحلة الاستعداد والوقاية والحيلولة دون تفاقم الأزمة وانتشارها (عوده، 2008).

■ ولدى قيام الباحث بتحليل نتائج الاستبانة في هذا المحور وافق 55.1% من عينة البحث على أن الوزارة نجحت في برامج التدريب المحلي لتطوير الكادر البشري.

■ كما وافق 59.4% من العينة على أن الوزارة اعتمدت آليات ووسائل لمتابعة التطوير المستمر للكوادر البشرية العاملة في الوزارة ، وقد جاء في تقرير إنجازات وزارة الصحة للعام 2013 بأن الوزارة عمدت إلى إعداد الكوادر البشرية من ذوي الخبرات والكفاءات ، وتعزيز برنامج البورد الفلسطيني وبرامج التعليم المستمر... إلخ (وزارة الصحة، 2013).

■ وقد جاءت موافقة 56.3% من عينة البحث على أن الوزارة اعتمدت - فعلاً- سياسة الترشيح للأدوية والمستهلكات، حيث إن مؤشرات رعاية المريض التي تنقسم إلى مجموعات، تعتمد على المشاكل المتعلقة بالدواء، ويجب على الرعاية الصيدلانية تحديدها وحلها (اسليم، 2007)، إضافة إلى مؤشرات العمليات، التي تنقسم إلى اثنتين وعشرين مجموعة لتغطية العمليات المتعلقة بالدواء في الصيدلية، مثل: نظام دليل الأدوية، والجرد، وتحضير الدواء، وتوزيع الدواء، والمحاسبة، والتعويض، والمعلومات الدوائية، والجودة، وإدارة المخاطر، واستمرارية الرعاية الصيدلانية، وتقييم التقنية التكنولوجية، وتنقيف المرضى، والتدوين،

والتخلص من النفايات الخطرة، واستعمال الموارد والنظم الآلية، ونظام الأدوية الإسعافية والتسهيلات، والتجهيزات، والمراقبة العلاجية للدواء، والأدوية المخزنة خارج قسم الصيدلانية، والأدوية الخاضعة للدراسات .

■ ونظراً لوجود العديد من التحديات، مثل: زيادة متوسط عمر السكان عند الوفاة، والتغيرات التي طرأت على نمط المريض وما ترتب عليه من استحداث نماذج جديدة للعلاج، تبعه تغيرات مستمرة في المستحضرات الصيدلانية وتعدد أشكالها، كل ذلك استدعى تطوير مهنة الصيدلة داخل المستشفيات، وتحويلها من التركيز على إدارة الأصناف الدوائية إلى المشاركة الفاعلة في اختيار الدواء الملائم للمريض، حيث ساعد تطبيق نظام الجرعة الواحدة في أكثر من 50% من المستشفيات في عملية التطوير، والعمل جارٍ على تطبيق هذا النظام في جميع المستشفيات (أبو عزيز، 2010).

■ أما فيما يخص "الهندسة والصيانة" فقد وافق 60% من عينة البحث أنّ الوزارة عززت عمليات الصيانة المحلية للأجهزة والمعدات، كما كانت نسبة الموافقين أغلبية على أن الوزارة اعتمدت الصيانة الدورية الهندسية للتجهيزات والمعدات، ويؤكد ذلك تقرير الإدارة العامة للهندسة والصيانة بوزارة الصحة، الذي استعرض جهود الإدارة وطواقمها في أعمال الصيانة والإنشاءات ووضع الحلول لمشاكل الكهرباء والماء وقطع الغيار والتدريب، والمشاركة في إعداد وتسويق المشاريع التطويرية للمنشآت والبنى التحتية في الوزارة...الخ(وزارة الصحة، 2014).

■ كما وافق 64.1% من عينة البحث أن الوزارة لجأت إلى تقليص أعداد العمليات المجدولة " عند اللزوم" ولعلّ رفع حالة الطوارئ قبيل حرب 2012 وقبيل حرب 2014 استلزم إيقاف العمليات المجدولة، والانتقال إلى بند العمليات الطارئة استعداداً للطوارئ، وتوفيراً للأدوية والمستهلكات، وإبقاء غرف العمليات جاهزة لكل طارئ وكذلك الطواقم الطبية.

■ كما وافق 50.4% أن المستشفيات اعتمدت بروتوكولات العلاج في أقسام الطوارئ والحضانات، وهذا حقيقي ومثبت من خلال تقارير الإدارة العامة للمستشفيات للأعوام 2012←2013، الذي جاء تفصيلاً وتطويراً لبروتوكولات موجودة ومعمول بها سابقاً.

■ كما وافق 56.6% من عينة البحث أن الوزارة عمدت إلى شراء بعض الخدمات من القطاع الأهلي الطبي في تخصصات التأهيل الطبي وخدمات الولادة وبعض الإجراءات التشخيصية، مثل: فحص التنظير المراري وفحص ديناميكية التبول (وزارة الصحة، 2013).

■ كما وافق 53.9% من عينة البحث أن الوزارة اعتمدت سياسة دمج الخدمات المتشابهة، وتحديداً في المستشفيات، ومحاولة توزيع الخدمات على مساحة القطاع وعبر الانتشار الجغرافي لهذه المستشفيات، كما قامت الإدارة العامة للهندسة والصيانة باعتماد سياسة الدمج بين الخدمات المتشابهة، بالذات بعد مشكلة استتلاف 70% من إجمالي موظفي الهندسة والصيانة بعد الانقسام السياسي في 2007م، حيث عملت الإدارة

العامّة وبكامل أطقمها كفريق واحد، بمنأى عن فصل الطواقم حسب التخصص، وذلك لجبر النقص العددي الهائل، واستمر الوضع إلى عام 2009.

■ أما فيما يخص الوفود الطبية فقد وافق 56% من الشريحة المستطلعة أن استقدام الوفود الطبية يتم وفق رؤية وحاجات الوزارة والمستشفيات.

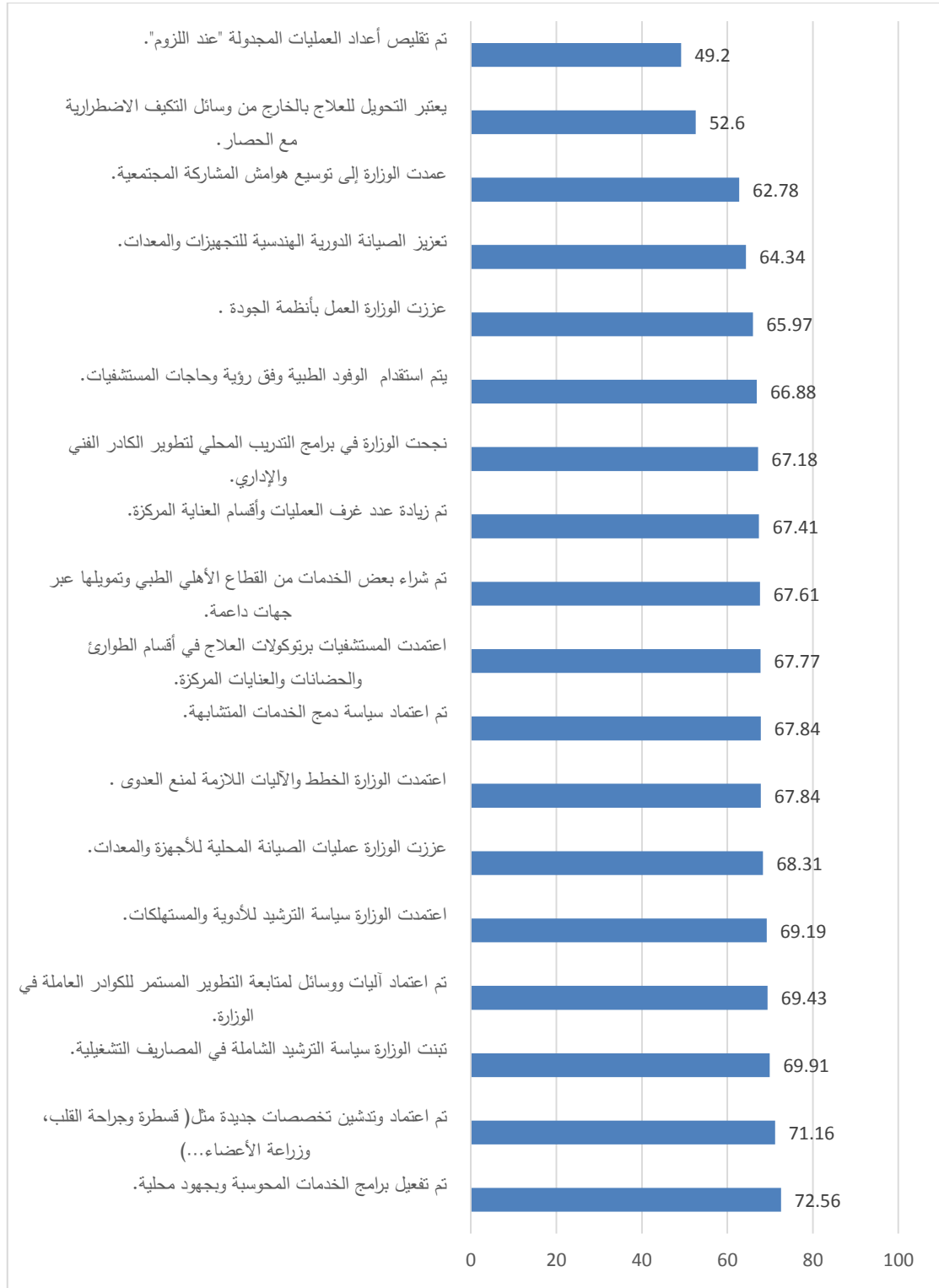
■ كما وافق 68.4% من الفئة المستطلعة أنه تم تفعيل برامج الخدمات المحوسبة وبجهود محلية. كما وافق 53.3% من عينة البحث على أن الوزارة اعتمدت الخطط والآليات اللازمة لمنع العدوى.

■ كما سجل 47.5% من ذات العينة موافقتهم على أن الوزارة عززت العمل بأنظمة الجودة، فقد قامت الإدارة العامّة للمستشفيات وبالتنسيق مع وحدة الجودة بالوزارة بتكليف لجان دائمة في كل مستشفى (لجان منع العدوى، ولجان الجودة)، في محاولة منها لترسيخ مفاهيم الجودة ونشر ثقافتها (وزارة الصحة، 2013:23).

■ كما وافق 41.5% من عينة البحث أن الوزارة عمدت إلى توسيع هوامش المشاركة المجتمعية، ولعل إطلاق (جمعية أصدقاء المستشفيات الحكومية) دليل على ذلك، والتي أطلقت العديد من المساهمات المادية الملموسة في مجال تطوير البنية التحتية للمستشفيات .

■ كما وافق 51.6% من عينة البحث على أن التحويل للعلاج بالخارج يعدّ من وسائل التكيف الاضطرارية مع الحصار، ويعتقد الباحث أن ذلك صحيح بمنأى عن التجاوزات في التطبيق، حيث وفق تقارير دائرة العلاج بالخارج بوزارة الصحة ازدادت أعداد المحوّلين مع ازدياد شدة الحصار فمثلاً: مرضى الأورام عند عدم توفر جرعات العلاج الكيماوي لكل المستويات نجد زيادة في التحويل، وعند تعطل جهاز الرنين المغناطيسي الوحيد في مستشفى غزة الأوروبي يزداد التحويل على هذا البند، وعند نفاد مستهلكات القسطرة القلبية يزداد التحويل على هذا البند، وهكذا.

■ وقد وافق 57.4% من عينة البحث على أن الوزارة تبنت سياسة الترشيح الشاملة في المصاريف التشغيلية، ولعل المتأمل لأوامر الصرف الصادرة عن الدائرة المالية في الإدارة العامّة للشؤون الإدارية والمالية (2006←2014) يلحظ وبسهولة تقنياً شديداً، منسجماً مع واقع الحصار، حيث إن الصرف لا يتعدى 20←30% من الموازنة السنوية.



مخطط رقم (4) يوضح توزيع استجابات المشاركين حول "اعتماد وزارة الصحة استراتيجيات فاعلة لمواجهة الحصار والتكيف معه".

* جدول رقم (4.13) : توزيع استجابات المشاركين حسب متوسطات المحاور:

م.	المحاور	الوسط الحسابي	الوسيط	الانحراف المعياري
1.	تأثير الحصار على اللبنات البنائية الست.	61.36	62.20	8.92
1.1	الموارد البشرية.	56.16	56.84	8.38
1.2	تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية.	60.14	59.35	8.07
1.3	الأدوية و المستهلكات و الأجهزة و المعدات الطبية.	73.79	78.33	15.42
1.4	الحوسبة ونظم المعلومات الصحية.	62.03	62.86	7.90
1.5	الإدارة والحكم الرشيد " الحوكمة".	60.00	59.20	6.96
1.6	تمويل وزارة الصحة.	56.03	56.92	6.78
2.	وجود استراتيجيات فاعلة لمواجهة الحصار و التكيف معه.	65.00	66.67	11.00

- كان الوسط الحسابي لمجموع اللبنات الست بواقع 61.36، حيث سجل محور الأدوية والمستهلكات والأجهزة والمعدات الطبية أعلى أثر بواقع 73.79، يليه محور الحوسبة ونظم المعلومات الصحية بواقع 62.03 بينما كان تمويل وزارة الصحة هو الأقل تأثراً بالحصار بواقع 56.03.
- وبلغ الوسط الحسابي لوجود استراتيجيات فاعلة لمواجهة الحصار والتكيف معه بواقع 65.0.

الفروق بين المتوسطات:

*جدول رقم (4.14): الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب العمر:

الدلالة الإحصائية	قيمة ف	الانحراف	الوسط	العدد	الفئات العمرية	المحاور
0.830	0.186	10.93	44.26	108	35 سنة فأقل.	أثر الحصار بشكل عام.
		14.06	45.28	96	36 إلى 45 سنة.	
		11.77	44.51	96	أكثر من 45 سنة.	
		12.23	44.67	300	المجموع	
0.865	0.145	4.35	63.07	111	35 سنة فأقل.	تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية (المحاور الست).
		5.97	63.27	102	36 إلى 45 سنة.	
		4.69	63.44	99	أكثر من 45 سنة.	
		5.02	63.25	312	المجموع	
0.626	0.469	10.13	64.81	111	35 سنة فأقل.	وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه.
		9.57	66.10	102	36 إلى 45 سنة.	
		12.46	64.88	100	أكثر من 45 سنة.	
		10.74	65.25	313	المجموع	

■ لوحظ التقارب الشديد في المتوسطات الحسابية، لتأثير الحصار بشكل عام حسب العمر، وتأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية (المحاور الست) حسب العمر، كما لوحظ التقارب الشديد في المتوسطات الحسابية حول وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه حسب العمر، مما يعكس تقارباً شديداً في وجهات النظر لكل الفئات العمرية المبحوثة تجاه المحاور أعلاه، كما لا يوجد أي فروق ذات دلالة إحصائية.

* جدول رقم (4.15) : الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب المؤهل العلمي:

المحاور	المؤهل العلمي	العدد	الوسط	الانحراف	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
أثر الحصار بشكل عام.	أقل من بكالوريوس.	139	45.28	11.71	1.113	0.330
	بكالوريوس.	80	44.63	12.04		
	أكثر من بكالوريوس.	63	42.54	13.07		
	المجموع	282	44.48	12.12		
تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية(المحاور الست).	أقل من بكالوريوس.	151	61.84	6.60	4.543	0.011
	بكالوريوس.	82	64.04	4.84		
	أكثر من بكالوريوس.	66	63.73	5.56		
	المجموع	299	62.86	6.01		
وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه.	أقل من بكالوريوس.	152	65.06	12.46	0.09	0.914
	بكالوريوس.	82	65.14	8.93		
	أكثر من بكالوريوس.	66	64.43	10.64		
	المجموع	300	64.94	11.17		

■ من خلال الجدول السابق يتضح أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية (المحاور الست) والمؤهل العلمي، حيث كانت قيمة ف = (4.543) وقيمة الدلالة الإحصائية (0.011) علماً بأن الفروق الإحصائية كانت لصالح حملة درجة البكالوريوس بوسط حسابي (64.04) يليها الأكثر من بكالوريوس بوسط حسابي (63.73) و باستخدام اختبار (scheffe) وجد أن الفروق كانت لصالح حملة البكالوريوس للفئة نفسها.

✳ جدول رقم (4.16): الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب المسمى الوظيفي:

م	المحاور	المسمى الوظيفي	العدد	الوسط	الانحراف	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
	أثر الحصار بشكل عام.	مدير دائرة فما فوق.	34	44.61	12.47	1.598	0.204
		رئيس قسم - مشرف.	92	46.30	12.26		
		موظف.	167	43.51	11.81		
		المجموع	293	44.52	12.05		
	تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية (المحاور الست).	مدير دائرة فما فوق.	35	62.23	6.14	0.397	0.672
		رئيس قسم - مشرف.	101	63.21	5.72		
		موظف	175	62.72	6.27		
		المجموع	311	62.82	6.07		
	وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه.	مدير دائرة فما فوق.	35	65.59	13.47	0.44	0.644
		رئيس قسم - مشرف.	101	65.62	9.98		
		موظف.	176	64.44	10.86		
		المجموع	312	64.95	10.89		

■ الملاحظ في محور المسمى الوظيفي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للمحاور المبحوثة،

وهناك اتفاق كبير بين المسميات المذكورة حول المحاور الثلاثة، بدليل التقارب الشديد للمتوسطات الحسابية

لكل محور حسب المسمى الوظيفي.

*جدول رقم (4.17): الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب سنة التوظيف:

المحاور	سنة التوظيف	العدد	الوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
أثر الحصار بشكل عام.	قبل 2007	167	45.31	12.96	0.962	0.337
	بعد 2007	132	43.94	11.24		
تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية(المحاور الست).	قبل 2007	175	63.47	4.62	2.056	0.041
	بعد 2007	141	62.10	7.14		
وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه.	قبل 2007	175	65.52	10.12	0.900	0.369
	بعد 2007	142	64.41	11.70		

- كما لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول تأثير الحصار حسب سنة التوظيف في المحور الثاني من الجدول أعلاه (تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية- المحاور الست-)، حيث كانت النسبة الأكبر لصالح الموظفين قبل 2007م أي قبل الانقسام وأغليبتهم من موظفي قبل انتخابات 2006م، وهؤلاء تمت الإشارة-سابقاً- إلى أن قدرتهم على استحضار مدى تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية أكثر من غيرهم؛ لأنهم شهود على مرحلة ما قبل الحصار، ومرحلة ما بعد فرض الحصار.
- كما لوحظ تقارب المتوسطات الحسابية في المحورين الأول والثالث، وذلك حسب سنة التوظيف، ما يعكس أيضاً تطابق وجهات النظر في الموضوعات المبحوثة.
- ويرى الباحث أن الحصار بشكل عام، وطول فترته، واستمراريته، واشتداده المضطرد، وقسوته، وتأثيراته على كل مناحي الحياة اليومية التي يكابدها المواطن في قطاع غزة، ناهيك عن تأثيراته على القطاع الصحي، أوجد حالة فريدة من الاتفاق بين كل الشرائح المستطلعة على تأثيرات الحصار السالبة على المحاور آنفة الذكر.

* جدول رقم (4.18): الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب جهة صرف الراتب:

المحاور	المسمى الوظيفي	العدد	الوسط	الانحراف	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
أثر الحصار بشكل عام.	حكومة رام الله.	139	45.37	13.18	1.06	0.348
	حكومة غزة.	153	44.12	11.24		
	جهات أخرى.	6	38.89	10.04		
	المجموع	298	44.60	12.17		
تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية(المحاور الست).	حكومة رام الله.	147	63.22	5.40	4.272	0.015
	حكومة غزة.	160	62.80	5.66		
	جهات أخرى.	8	57.02	13.79		
	المجموع	315	62.85	5.91		
وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه	حكومة رام الله.	147	64.44	11.32	3.748	0.025
	حكومة غزة.	161	65.93	10.37		
	جهات أخرى.	8	55.56	15.17		
	المجموع	316	64.97	11.04		

من خلال الجدول السابق يتضح أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين كل من تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية(المحاور الست) ووجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه مع جهة صرف الراتب، حيث كانت قيمة ف = (4.272 ، 3.748) على التوالي، وكانت الدلالة الإحصائية (0.015 ، 0.025) على التوالي وفيما يتعلق بتأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية(المحاور الست) كانت الفروق لصالح موظفي حكومة رام الله بوسط حسابي (63.22) و باستخدام (scheffe) وجد الباحث أن الفروق كانت لصالح الفئة نفسها، ولعل ذلك يعزى إلى شعور الموظفين الذين يتلقون رواتبهم من " رام الله " بالفروقات التي حصلت كون أغلبهم من الموظفين الذين تم تعيينهم قبل الانتخابات التشريعية سنة 2006، التي جاءت بحركة حماس لقيادة الحكومة، وأعقبها تجفيف للمعونات الخارجية وفرض الحصار الشامل، وهذه المقارنة بين حقتين الأولى فيها الوفرة بحكم واقع الدعم الدولي المستند على الوضع السياسي في حينه، والثانية المستندة على المتغير السياسي الذي أزعج أطراف العملية السياسية التفاوضية، وعلى رأسهم دولة الكيان الصهيوني وحلفاؤها الإقليميون والدوليون، قاد إلى عنوان المرحلة في حينه، والمتمثل بفرض الحصار وإجهاض التجربة الديمقراطية، والمستمر لغاية الآن، وهذا لا يتأتى للموظفين الذين تم استيعابهم في ظل

الحكومة العاشرة والحكومات التي تلتها في غزة وتحديداً بعد الانقسام السياسي، حيث من الصعب رصدتهم لدرجة التغيير الحاصل بين الحقبين وتأثير ذلك على تقديم الخدمات الصحية.

■ أما على صعيد وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه فقد وجد الباحث أن الفروق كانت لصالح موظفي حكومة غزة بوسط حسابي (65.93) وباستخدام (scheffe) وجد الباحث أن الفروق كانت لصالح الفئة نفسها، ويبدو أن هذا منسجم مع جهة صرف الراتب وأطروحاتها السياسية وفلسفتها في فهم حالة الحصار والتعامل معه، بل وفهم وتقييم استراتيجيات المواجهة والتكيف مع حالة الحصار، حيث إنه من الواضح أن هذه الفئة ترى أن هناك وجوداً حقيقياً لاستراتيجيات المواجهة، وترى أن هناك نجاحات في التكيف مع حالة الحصار، وتعتبر عن نفسها بأدبيات وزارة الصحة من خلال إبراز حالات الإنجاز في ظل الحصار ويؤكد ذلك تقارير الوزارة المتكررة لإبراز إنجازاتها تارة في خمس سنين ، وتارة أخرى في إنجازات سبع سنين ، وهكذا دواليك في ظل انتشار ثقافة المقاومة والممانعة، بينما الحال مختلف قليلاً لدى الموظفين الذين يتلقون رواتبهم من الحكومة في " رام الله "، إذ إن الأمر عندهم -أيضاً- مرتبط نسبياً بجهة صرف رواتبهم التي تختلف في نظرتها للحصار، ولمدى شدته وتأثيره ومسيبته، بل تختلف بشكل فج مع الحكومة في غزة في آليات الإدارة والحكم ، ومن هنا برز التباين بين الفئتين.

■ أما تأثيرات الحصار بشكل عام (حسب) جهة صرف الراتب، فقد لوحظ تقارب وجهات النظر إلى حد التطابق، ما يعكس وحدة رؤية تجاه تأثيرات الحصار بشكل عام.

*جدول رقم (4.19): الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب المستشفى:

المحاور	المستشفى	العدد	الوسط	الانحراف	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
أثر الحصار بشكل عام.	الشفاء.	164	43.03	10.66	2.402	0.068
	العيون.	13	48.72	14.82		
	الرننيسي.	21	48.41	15.04		
	ناصر.	107	45.67	13.15		
	المجموع	305	44.57	12.17		
تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية(المحاور الست).	الشفاء.	171	63.40	4.36	18.89	0.001
	العيون.	13	63.44	5.33		
	الرننيسي.	31	55.64	12.41		
	ناصر.	108	63.77	3.98		
	المجموع	323	62.78	6.01		
وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه.	الشفاء.	171	65.91	9.52	3.092	0.027
	العيون.	14	63.02	19.40		
	الرننيسي.	31	59.64	16.30		
	ناصر.	108	65.36	9.50		
	المجموع	324	65.00	10.99		

■ من خلال الجدول السابق يتضح أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين كل من تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية(المحاور الست) ووجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه مع المستشفى، حيث كانت قيمة ف = (18.89، 3.092) على التوالي، و كانت الدلالة الإحصائية (0.001 ، 0.027) على التوالي وفيما يتعلق بتأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية(المحاور الست) كانت الفروق لصالح مستشفى ناصر بوسط حسابي (63.77) و باستخدام (scheffe) وجد الباحث أن الفروق كانت لصالح الفئة نفسها.

أما على صعيد وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه، فقد وجد الباحث أن الفروق كانت لصالح مستشفى الشفاء بوسط حسابي(65.91) وباستخدام(scheffe) وجد الباحث أن الفروق كانت لصالح الفئة نفسها.

■ وهذا منطقي كون مستشفى ناصر من المستشفيات الكبرى في القطاع من حيث حجم الخدمات والقدرة الاستيعابية، أو من حيث أعداد العاملين، ويصنف لدى وزارة الصحة كمجمع طبي لا يقل أهمية عن مستشفى الشفاء بمدينة غزة، فلا عجب أنه تأثر بالحصار على صعيد تقديم الخدمات أكثر من غيره،

ولأهمية هذه المستشفيات/ المجمعات، فقد تم إخضاعها لكل استراتيجيات المواجهة والتكيف مع حالة الحصار، وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية فيها، ومن هنا فلا ريب أن نجد مستشفى الشفاء قد تأثر باستراتيجيات التكيف ومواجهة الحصار أكثر من غيره، حيث إن العاملين فيه قد يكونون - بحكم مكان العمل- الأكثر إحساساً بحالة الحصار، فهم الفئة المنوط بها تبني وتطبيق استراتيجيات المواجهة والتكيف.

*جدول رقم (4.20): الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب التخصص:

الدلالة الإحصائية	قيمة ف	الانحراف	الوسط	العدد	التخصص	المحاور
0.879	0.355	13.60	43.61	96	طب	أثر الحصار بشكل عام.
		14.48	46.67	17	صيدلة	
		10.27	44.63	82	تمريض	
		11.19	45.79	42	إدارة.	
		13.81	45.48	31	مهن طبية مساعدة.	
		11.39	43.90	35	أخرى.	
		12.21	44.59	303	المجموع	
0.010	3.094	4.69	64.18	99	طب.	تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية(المحاور الست).
		6.87	61.72	18	صيدلة.	
		3.76	62.99	86	تمريض.	
		4.27	62.94	42	إدارة.	
		4.87	63.80	31	مهن طبية مساعدة.	
		9.88	60.37	42	أخرى.	
		5.64	63.01	318	المجموع.	
0.553	0.797	9.48	64.42	99	طب.	وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه.
		16.01	64.14	18	صيدلة.	
		9.66	66.86	86	تمريض.	
		13.37	64.88	43	إدارة.	
		9.03	64.98	31	مهن طبية مساعدة.	
		12.47	63.23	42	أخرى.	
		10.92	65.02	319	المجموع	

من خلال الجدول السابق يتضح أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية (المحاور الست) مع التخصص، حيث كانت قيمة ف = (3.094) وقيمة الدلالة الإحصائية (0.010)، علماً بأن الفروق الإحصائية كانت لصالح تخصص الطب بوسط حسابي (64.18) باستخدام اختبار (scheffe) وجد أن الفروق كانت لصالح الفئة نفسها، وهذا متفهم كونهم المنوط بهم تقديم الخدمة الصحية بشكلها النهائي والمباشر لمتلقي الخدمة الصحية، ومن هنا يمكن استيعاب مدى تأثير هذه الفئة أكثر من غيرها .

▪ كما لوحظ تقارب المتوسطات الحسابية في محوري تأثير الحصار بشكل عام، ووجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه مما يعكس اتفاقاً في وجهات النظر .

*** جدول رقم (4.21) : الفروقات في أثر الحصار ووسائل التكيف حسب الجنس**

المحاور	الجنس	العدد	الوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
أثر الحصار بشكل عام.	ذكر	232	44.60	12.60	0.075	0.94
	أنثى	73	44.47	10.78		
تأثير الحصار على تقديم الخدمة الصحية (المحاور الست).	ذكر	247	62.78	6.01	-0.016	0.987
	أنثى	76	62.79	6.05		
وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه.	ذكر	248	64.53	11.22	-1.407	0.16
	أنثى	76	66.55	10.12		

▪ تم ملاحظة تقارب المتوسطات الحسابية في المحاور الثلاثة أعلاه وتأثيراتها حسب الجنس، ما يعكس تقارباً، وأحياناً، تطابقاً في وجهات نظر الجنسين في عينة البحث تجاه المحاور المبحوثة، كما لا يوجد أي فروقات ذات دلالة إحصائية .

الفصل الخامس

الاستنتاجات والتوصيات

5.1: الاستنتاجات:

○ كان تأثير الحصار سالباً بالمجمل على قطاع غزة، ولعل تأثيره كان أشد، على قطاع الأدوية والمستهلكات والأجهزة الطبية ثم على الحوسبة ونظم المعلومات الصحية ثم تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية ثم على الإدارة والحكم الرشيد ثم على الموارد البشرية، وكان أقلها تأثيراً قطاع التمويل في وزارة الصحة.

○ هناك موافقة واسعة من كل الفئات المستطلعة سواءً أكانت عمرية، أو حسب المسمى الوظيفي، أو حسب الجنس، على أن الحصار له تأثيرات سلبية على المحاور المذكورة أعلاه، ولكن بدون وجود دلالات إحصائية.

○ هناك موافقة على تأثيرات الحصار السالبة على المحاور البنائية الست المذكورة أعلاه، مع وجود دلالة إحصائية للموظفين الحاصلين على درجة " البكالوريوس"، والموظفين الذين يتلقون رواتبهم من الحكومة في رام الله.

○ وفي المستشفيات لوحظ وجود الدلالة الإحصائية لدى موظفي مجمع ناصر الطبي، وكذلك في فئة الموظفين قبل العام 2007 أشد من غيرهم، وفي كل الأحوال قد تكون مبررة.

○ كما اتفقت ذات الفئات على وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه، و لوحظ وجود دلالة إحصائية في محور " وجود استراتيجيات لمواجهة الحصار والتكيف معه " لدى فئة الموظفين الذين يتلقون رواتبهم من الحكومة في غزة، وفي مستشفى الشفاء الطبي أكثر من غيره .

○ الواضح، ومن خلال ملامسة الواقع المبني على الأدلة والبراهين، أن حالة الحصار الظالم المفروض على غزة ولد حالة مضادة له قوامها الصمود والتحدي وبذل كل جهد ممكن للتغلب عليه، وتجاوز تداعياته من خلال سياسات تضمن الاستمرار بتقديم الخدمات الصحية ومنع توقفها، بل ومحاولات التطوير، مروراً باستراتيجيات التدريب والتأهيل للكوادر الفنية والإدارية في الوزارة، واعتماد سياسات الاستخدام الرشيد للأدوية والمستهلكات الطبية، وتوسيع مصادر التمويل والبحث الدائم عن ممولين جدد، وتطوير بنية المعلوماتية بالوزارة، وانتهاءً بالمحاولات الجادة لاعتماد وتطبيق المنهج التخطيطي، واعتماد أركان الإدارة الرشيدة في تقديم الخدمات والتعامل مع الجمهور والعاملين في المستشفيات.

○ لا تعارض البتة مع كون الحصار الظالم ذا تأثير مدمر على كل القطاعات المجتمعية عامة، وعلى القطاع الصحي خاصة، فلا تزال قطاعات الصيدلة والتمويل والصيانة والهندسة ونظم المعلومات والقوى البشرية، وتقديم الخدمات، والأطر الإدارية وآلياتها تعاني حالة الحصار الخانق، رغم أن آليات المواجهة والتكيف كانت ذات نتائج ميدانية رائعة، ولا أدل على ذلك من تعبير أحد الباحثون الكبار بأننا نشهد (معجزة).

○ الجدلية المنطقية تقودنا بالضرورة إلى أن الواقع الصحي - لو ترك دون تدخل في ظل الحصار- لكناً أمام مؤشرات كارثية ، كون أن مهددات الصحة كبيرة، ولا غرابة في حديث البعض وتحذيراته عن انهيار هذا القطاع - لا سمح الله- ومن هنا يمكننا استحضر مدى الجهد الذي بذل - ولا يزال - لمواجهة الحصار، والتغلب على تأثيراته الضارة .

○ إن وجود استراتيجيات واضحة للتعامل مع المحاور الست المبحوثة، وتفاوت نسبة النجاح فيها ليفرض على صناع القرار ضرورة مراجعة كل ملف على حدة ، ودراسته، وتطوير آليات الصمود والنهوض فيه.

○ نجاح القطاع الصحي الحكومي في الاستمرار بتقديم الخدمات الصحية دون تقليص يذكر، بل تطور في بعض التخصصات ليشمل خدمات صحية ثلاثية، مثل: قسطرة وجراحة القلب المفتوح، والمناظير التشخيصية والعلاجية، والتطور الكبير في خدمات التصوير الطبي، وإن هذا النجاح ليحسب لكل العاملين في القطاع الصحي، وشركائهم في الوطن وخارجه.

○ رغم تقارير النجاحات الميدانية، فلا تزال أعداد المرضى المحولين في ازدياد، ولا تزال الزيادة مضطربة في إعداد المرضى، وما تزال بعض مؤشرات صحة الأطفال والأمهات مزعجة، كما لا يزال القطاع الصيدلاني يعاني من حالة القوائم الصفرية في الأدوية والمستهلكات الطبية حتى في القائمة الأساسية، كما لا يزال قطاع الهندسة والصيانة، وقطاع نظم وتكنولوجيا المعلومات يئن تحت سوط شح قطع الغيار والنقص الحاد في الإمداد الكهربائي، ولا تزال الكوادر الطبية والإدارية تعاني المنع على المعابر المغلقة طويلاً.

○ الانقسام السياسي مثل طعنة نجلاء للمشروع الوطني الفلسطيني برمته، ولقد عانى النظام الصحي بشدة - ولا تزال - تداعيات هذا الانقسام البغيض، إذ لا تزال مشكلة المنقطعين عن أعمالهم (المستكفين) مستمرة، كما لا تزال مشكلة المقطوعة رواتبهم مستمرة أيضاً، ولا يزال موظفو حكومة غزة السابقة يعانون عدم استلامهم رواتبهم قرابة العامين، رغم أنهم يؤدون أعمالهم بانتظام!!!.

○ الانقسام السياسي وتبعاته أثر بشدة على الدافعية للعمل، وقلل من مستوى الرضا الوظيفي.

○ ينبغي البحث الجاد نحو زيادة إيرادات وزارة الصحة، وبما لا يتقل كاهل المواطن المعدم، والمس بشريحة الفقراء، بل ينبغي وضع مراجعات لكل منظومة الإيرادات الداخلية، والبحث في تعظيمها، كما ينبغي زيادة وتعزيز الأدوار التكاملية مع الشركاء في النظام الصحي مثل القطاع الأهلي، والخدمات الطبية، والقطاع الخاص، وإعادة توزيع الأحمال، كما أن الحاجة أضحت ماسة لإيجاد بدلاء عن الممولين الكبار، الذين غابوا عن الخارطة التمويلية، وذلك على قاعدة المساعدات غير المشروطة أو المسيئة.

5.2: التوصيات:

1. العمل الجاد لإنهاء الحالة الاحتلالية الصهيونية للأرض الفلسطينية.
2. العمل الجاد لإنهاء حالة الحصار المطبق على قطاع غزة من كل الجهات.
3. العمل الجاد لإنهاء حالة الانقسام السياسي الفلسطيني والعودة إلى برنامج الوحدة الوطنية.
4. الالتزام باستمرار توفير وتعزيز الخدمات العلاجية والتشخيصية الجيدة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة.
5. التوسع المدروس باتجاه زيادة القدرة الاستيعابية للمستشفيات، بما يتناسب مع حاجات المجتمع وزيادته المضطربة.
6. العمل الجاد من خلال وزارة الصحة وشركائها نحو تحصين النظام الصحي الفلسطيني، وضمان جاهزيته المستمرة للتعامل مع الأزمات والطوارئ بشكل فاعل.
7. الاهتمام بتطوير العلاقة بين النظام الصحي الحكومي والأهلي والخاص، وتعزيز دور شركاء هذا النظام وصولاً إلى تكامل العلاقة بين مكوناته.
8. ضمان توفر طواقم فنية وإدارية ذات كفاءة عالية، وبأعداد مناسبة لأداء المهام، من خلال تفعيل الكفاءات الوطنية في مجالات التدريب المختلفة محلياً، والمعتمد على وسائل الربط الإلكتروني في التواصل مع بيئة التدريب الخارجية.
9. توفير الأجهزة والأدوية والمستهلكات الطبية والمخبرية ومستلزمات التصوير الطبي، ودعم خدمات الهندسة والصيانة من خلال توفير الكادر المؤهل، وقطع الغيار، والميزانيات اللازمة لاستمرارية خدمات الصيانة.
10. تفعيل، وتجذير سياسة ترشيد الموارد والاستخدام الأمثل لها، و تفعيل العمل بالبروتوكولات العلاجية، و بروتوكولات الترشيح للاستخدام الأمثل للدواء والمستهلكات.
11. مراجعة وتطوير الهيكل الإداري المعتمد حالياً، ومراجعة العلاقات البنينة الإدارية بين أركانه ووضع السياسات الضابطة لعملية التواصل الإيجابي الفاعل بين مختلف الأقسام الفنية والإدارية في المستشفيات.
12. تعزيز نظام الحوسبة في المستشفيات، وتقوية أنظمة المعلومات الصحية، واعتماد المشاركة الفاعلة في إنجاح وتنفيذ الاستراتيجية الوطنية للمعلومات الصحية.

13. العمل الجاد على زيادة إيرادات الوزارة، والبحث الجاد نحو توسيع دائرة شركاء القطاع الصحي، والداعمين له محلياً وإقليمياً ودولياً.

14. تعزيز إمكانات صمود القطاع الصحي أمام الحصار، وتطوير استراتيجيات فاعلة لمواجهة والتكيف معه. كما ينبغي التأكيد على أن القطاع الصحي في أمس الحاجة لاستعادة عافيته، ولم شمل العاملين فيه على أساس أن الخدمة الصحية ليست خدمة فئوية ولا تنظيمية، إنما هو خدمة قوامها الأداء الإنساني الراقي وعلى أساس الحفاظ على النفس كمقصد من مقاصد الشريعة الإسلامية الغراء .
ملاحظة: لمزيد من التوصيات التفصيلية مراجعة مرفق رقم(8).

■ الباحثون:

يوصي الباحث بإجراء دراسات أكثر تعمقاً حول:

- تأثير الحصار المفروض على غزة على تقديم الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة خلال الأعوام 2006-2015.
- تأثير الحصار المفروض على غزة على تقديم الخدمات في قطاع الصحة العامة التابع لوزارة الصحة خلال الأعوام(2006-2015).
- الحوكمة في وزارة الصحة بين الواقع والمأمول.
- آثار الحصار على غزة في واقع الخدمات الفندقية بوزارة الصحة.
- هيكلتنا وزارة الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة "دراسة مقارنة" وإمكانيات الدمج واستيعاب الموظفين في ظل المصالحة.

انتهى بحمد الله

المراجع

أ. المراجع العربية:

- أبو حمد، بسام (2008): تقرير مراجعة للقطاع الصحي، غير منشور، غزة، فلسطين.
- أبو رميلة، نيفين (2010م): الحصار يمثل عقبة رئيسية أمام تحسين ظروف معيشة وحياة السكان، معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بيرزيت، فلسطين.
- أبو عيشة، نور (2014): تقرير نقص الأدوية يفاقم آلام مرضى السرطان في غزة، صحيفة رأي اليوم 14/ إبريل، شبكة نوى، غزة، فلسطين.
- أبوعزيز، سامى (2010 ←3): معوقات إدارة الأزمات في وزارة الصحة الفلسطينية في ظل الحصار " دراسة حالة قطاع غزة"، رسالة ماجستير (غير منشورة)، الجامعة الإسلامية - غزة، فلسطين.
- الإحصاء الفلسطيني، ووزارة الصحة (2012): النتائج الأولية للحسابات الصحية الوطنية في فلسطين، بالأسعار الجارية للعامين 2011-2012، رام الله، فلسطين.
- الأسدي، علي (2014): كوبا الاشتراكية في ذكراها السادسة والخمسون، موقع الحوار المتمدن الإلكتروني العدد: 4599، في 10 أكتوبر.
- اسليم، وسام (2007): إدارة الأزمات في المؤسسات الحكومية الفلسطينية، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- الأمم المتحدة في الأراضي الفلسطينية، المكتب الإقليمي (2012 ←4): تقرير مترجم: غزة لن تكون مكاناً ملائماً للعيش في 2020، مركز الدراسات السياسية والتنمية، غزة، فلسطين.
- الأونروا (2011): تقرير: غزة الحياة تحت الحصار، 16 حزيران، المكتب الإقليمي، غزة، فلسطين.
- بركات، جمال (1991): الدبلوماسية ماضيها وحاضرها ومستقبلها، الطبعة الأولى، القاهرة.
- بيتسليم: مركز المعلومات الإسرائيلي لحقوق الإنسان في الأرض المحتلة (2011): حالة الجهاز الصحي في قطاع غزة، تقرير صدر في الأول من يناير 2011، الموقع الإلكتروني للمركز.
- تقرير CNN بالعربي (2010): تأثير تخفيف الحصار على غزة "محدود"، 31 ديسمبر، القدس، فلسطين.
- الجديلي، محمد (2005): دور الموازنة كأداة تخطيط مالي في المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة"، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التجارة بالجامعة الإسلامية، غزة.
- الجديلي، ربحي (2006): واقع إدارة الأزمات في المستشفيات الحكومية، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
- الجزيرة نت (2014): تقرير العدوان الإسرائيلي على غزة، 2014، موقع إلكتروني.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2014 ← 6): محافظات قطاع غزة الإحصائي السنوي 2013، رام الله، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2012): محافظات قطاع غزة الإحصائي السنوي 2011، رام الله - فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة (2009): إحصاءات الحسابات القومية، رام الله - فلسطين.
- الحديدي، عماد أمين (2009): درجة ممارسة القيادة التربوية بوزارة التربية والتعليم العالي الفلسطينية لدورها الإداري في ضوء الفكر الإداري الحديث، رسالة ماجستير (غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- حريم، حسين (2003): إدارة الصراع التنظيمي: دراسة ميدانية على القطاع المصرفي في الأردن، المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية، عمان، الأردن.
- الحسني، عرفان (1999): التمويل الدولي، دار مجدلاوي للنشر، الطبعة الأولى، عمان - الأردن، 1999.
- حلس، رائد محمد (2013): تأثير الحصار وإغلاق المعابر على الوضع الاقتصادي لقطاع غزة بعد مرور سبع سنوات، الحوار المتمدن، العدد: 4234، 3 أكتوبر، موقع إلكتروني.
- حماد، محمود (2013): دور المساعدات التركية في تحسين مستوي الخدمات الصحية الحكومية في قطاع غزة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، أكاديمية السياسة والإدارة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.
- الحملاوي، محمد (1995): التخطيط لمواجهة الأزمات، عشر كوارث هزت مصر، القاهرة: مكتبة عين شمس.
- خضر، يحي أمين (2015 ← 3): دور منظمة الصحة العالمية في تعزيز أداء النظام الصحي الفلسطيني بقطاع غزة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، أكاديمية السياسة والإدارة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.
- الخصيري، محسن (2003): إدارة الأزمات، القاهرة: مجموعة النيل العربية، دليل الجامعة الإسلامية.
- الخصيري، محسن (1990)، إدارة الأزمات منهج اقتصادي إداري لحل الأزمات على مستوى الاقتصاد القومي والوحدة الاقتصادية، ط2، القاهرة: مكتبة مدبولي.
- خلف، محمود (1987): مدخل إلى علم العلاقات الدولية، الطبعة الثانية، زهران للنشر، عمان.
- الدقاق محمد، و حسين مصطفى (1990): المنظمات الدولية المعاصرة، الطبعة الأولى، الدار الجامعية للنشر و التوزيع، الإسكندرية.

دورية لانسيت (2010): حصار غزة له أضرار طويلة الأجل على صحة الفلسطينيين، لندن، المملكة المتحدة .

الزيتونة للاستشارات والدراسات، مركز (2014←3): قطاع غزة: التنمية والإعمار في مواجهة الحصار والدمار، بيروت، لبنان.

الزيناوي، أسامة محمد، (2014): دور أخلاقيات المهنة في تعزيز المسؤولية الاجتماعية في المستشفيات الحكومية الفلسطينية (مجمع الشفاء الطبي نموذجاً)، رسالة ماجستير، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.

سلطة الطاقة (2012): تقرير حول الكهرباء في غزة، فلسطين.

سلطة المياه (2013): تقرير حول أزمة المياه في غزة، فلسطين.

شاهين، سمر محمد (2007): واقع الرقابة الإدارية الداخلية في المنظمات الأهلية في قطاع غزة، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، الجامعة الإسلامية، غزة ، فلسطين .

شبات جلال ، والكفارنة وفاء (2010): الصعوبات التي تواجه منظمات المجتمع المدني في الحد من نسبة الفقر و البطالة في قطاع غزة - من وجهة نظر مديري شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية ، مؤتمر رؤية تنموية لمواجهة آثار الحرب والحصار على قطاع غزة، الجامعة الإسلامية ، غزة .

الشرفاء، علاء(2006): تقييم نظام المعلومات المستخدمة في وزارة الصحة بقطاع غزة، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، جامعة القدس، فلسطين.

الشوا، أمجد (2008): تمويل وكالة التنمية الأمريكية وأثره على تعزيز الديمقراطية في قطاع غزة"، رسالة ماجستير، جامعة القدس، القدس، فلسطين.

صالحة، فايز أحمد (2010) : دور مركز التطوير التربوي بوكالة الغوث الدولية بغزة في تطوير الأداء الإداري لمديري المدارس وسبل تفعيله ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، الجامعة الإسلامية -غزة ، فلسطين.

صبري، بلقاسم (2002، مارس) "الدور الاستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها" مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة.

الصليب الأحمر (2010): تقرير رقم "14 حول الحصار على قطاع غزة، غزة، فلسطين.

صندوق الأمم المتحدة للسكان(2011): تقرير عن صحة الطفل والأم في قطاع غزة بالتعاون مع وزارة الصحة، غزة، فلسطين.

الصوراني، غازي (2009←6): دراسة الآثار الاقتصادية للحصار على قطاع غزة ، مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات- بيروت، لبنان.

صيام، نصر (2015) : دور تمكين العاملين في فعالية الأداء الإداري "دراسة ميدانية على المؤسسات الأهلية الصحية في قطاع غزة ، رسالة ماجستير ، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.

الطباع، ماهر(2014): تقرير بعنوان " العام 2014 الأسوأ اقتصادياً على قطاع غزة منذ خمسة عقود"، غزة، فلسطين.

الطويل، هاني (2001): الإدارة التعليمية-مفاهيم وآفاق " الطبعة الثالثة" ، عمان ، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع .

عبد الحميد، محمد (2000): قانون المنظمات الدولية، الطبعة التاسعة، منشأة المعارف للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر .

عبد الهادي، محمد (1995): المعلومات ودورها في اتخاذ القرار وإدارة الأزمة، المجلة العربية للمعلومات، العدد "101".

عبوشي، صلاح (1990): كتاب المراسم، السفير، الطبعة الأولى ،الناشر شركة المطبوعات للتوزيع والنشر بيروت .

عدالة (2012): الحقيقة حول غزة: الاحتلال، الحصار وسياط الحرب، صادر عن المركز القانوني لحقوق الأقلية العربية في إسرائيل (عدالة)، في تشرين ثاني 2012.

العساف ، صالح أحمد (2006): المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية ، الرياض : العبيكان للطباعة والنشر، السعودية.

عطوي، جودت (2004): الإدارة التعليمية والإشراف التربوي وأصولها وتطبيقاتها ، دار الثقافة-عمان ، الأردن.

عمارة، موسى حلمي (2014): دور الدبلوماسية الفلسطينية في إدارة الأزمة الصحية أثناء الحصار على محافظات غزة 2006-2013 ، رسالة ماجستير، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.

غزة نيوز (2014) : دراسة أممية : آثار عميقة على الصحة الإنجابية للمرأة ، 18 أكتوبر 2014.

فياض، علي (2009): الدبلوماسية الفلسطينية، مجلة شؤون الأوسط، العدد 74، بيروت، لبنان.

قوتة، سمير (2008): تأثيرات الحصار على جودة حياة المواطنين في غزة ، غزة، فلسطين.

القيشاي، نسرین (2015): دراسة حول آثار نقص الأدوية الأساسية على خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية - محافظات غزة ، رسالة ماجستير ، جامعة القدس، القدس، فلسطين.

المجلس الاقتصادي الفلسطيني للتنمية والأعمار " بكدار " (2014، 2) : تقرير الاقتصاد الفلسطيني يواصل حالة التراجع والتدهور منذ 2013، رام الله والبيرة، فلسطين، الموقع الإلكتروني.

مركز الإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة (2011-2012) : الحسابات الصحية الوطنية، رام الله ، فلسطين.

المصري، (2015): الانغماس الوظيفي وعلاقته بسلوك المواطنة التنظيمية" دراسة ميدانية على المستشفيات الحكومية في قطاع غزة " ، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة .

مصطفى، أحمد سيد (2005) : إدارة السلوك التنظيمي: الرؤية المعاصرة، القاهرة، دار النهضة العربية. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني، ماس (2005): نحو توظيف أكثر فاعلية للمساعدات الدولية للفلسطينيين.

ملحم، يحي سليم (2006) : التمكين كمفهوم إداري معاصر ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، القاهرة ، مصر .

منظمة الصحة العالمية (1946): دستور منظمة الصحة العالمية، نيويورك 1946.

منظمة الصحة العالمية (2000^{1,2}): التقرير العالمي للصحة.

منظمة الصحة العالمية (2009^{1,2}): تقييم مبدئي للحالة الصحية في قطاع غزة.

منظمة الصحة العالمية (2010): تقرير حول آثار الحصار على قطاع الخدمات الصحية.

منظمة الصحة العالمية (2012^{1,2}): تقرير الصحة في قطاع غزة.

منظمة الصحة العالمية (2010¹ ← 8): تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010، منظمة الصحة العالمية، جنيف.

منظمة الصحة العالمية (2004): التقرير العالمي للصحة، جنيف، سويسرا.

منظمة الصحة العالمية (2006): العمل من أجل الصحة " التعريف بمنظمة الصحة العالمية 2006، جنيف، سويسرا.

منظمة الصحة العالمية (2007): التقرير العالمي للصحة، جنيف، سويسرا.

منى ، لمياء (2005): خطة الانفصال أحادية الجانب عن قطاع غزة و شمال الضفة الغربية ، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الخاص بتأثيرات و أبعاد خطة الفصل الإسرائيلية أحادية الجانب ، شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية، غزة، فلسطين.

نصر ، عبدالكريم (2005) : نحو توظيف أنجع للمساعدات الخارجية المقدمة للشعب الفلسطيني، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، رام الله، فلسطين.

نصر، عبدالكريم (2012): دراسة بعنوان " قراءة في الوضع الراهن للاقتصاد الفلسطيني، رام الله، فلسطين.

نصير، وافي (1998): إطار مقترح لسيناريو أزمة مستقبلية محتملة، المؤتمر السنوي الثاني لإدارة الأزمات والكوارث، جامعة عين شمس، القاهرة .

وزارة الاقتصاد الوطني، غزة (2013): وضع غزة الاقتصادي، مؤتمر صحفي في المكتب الإعلامي الحكومي، غزة، فلسطين.

وزارة التربية والتعليم العالي (2012): تقرير حول التعليم في قطاع غزة، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (12008): تقرير إدارة القطاع الصحي في ظل الحصار، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (22008): تقرير الإدارة العامة للهندسة والصيانة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2009): تقرير الحرب على غزة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2009): تقرير حول آثار الحصار على الوضع الصحي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (12010): تقرير الوزارة السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (22010): تقرير مكتب تسجيل الأورام، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (32010): المؤشرات الصحية الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (12011): تقرير وحدة الإسعاف والطوارئ، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (22011 ← 5): تقرير إنجازات وزارة الصحة "خمس سنوات من العمل المتواصل"، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (9,2,12012): تقرير أداء وزارة الصحة في إدارة الطوارئ خلال العدوان الثمانية أيام، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة .

وزارة الصحة، غزة (32012 ← 5): تقرير الإدارة العامة للصيدلة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (62012 ← 8): تقرير أداء وحدة تكنولوجيا المعلومات، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (13,12,102012): تقرير أداء الإدارة العامة للمستشفيات، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2012،14): تقرير إنجازات وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة. ، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة(2012،15،11): تقرير أداء الإدارة العامة للتعاون الدولي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2013،1): تقرير أداء وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2013،2): تقرير صحة الطفل، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2013،4،3): تقرير الإدارة العامة للشئون الإدارية والمالية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2013،23،10،5): تقرير أداء الإدارة العامة للمستشفيات، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2013،14،13،12،7،6): تقرير الإدارة العامة للصيدلة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2013،8): التقرير السنوي للهندسة والصيانة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2013،9): تقرير وحدة الإسعاف والطوارئ، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2013،11): تقرير أداء وزارة الصحة في حرب 2012، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2013،15): تقرير أداء وحدة تكنولوجيا المعلومات، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2013،16): تقرير الإدارة العامة للتعاون الدولي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2013،22،17): تقرير الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014): تقرير سبع سنوات من الإنجاز، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014): تقرير أداء الإدارة العامة للمستشفيات، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 2: التقرير السنوي للسكان والصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 55,4: تقرير الوفيات، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 5: تقرير الوفيات، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 6: الخطة الصحية الاستراتيجية الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 7: تقرير الأمراض المزمنة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 8: تقرير صحة الطفل، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 11: تقرير صحة المرأة والوفيات في قطاع غزة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 12: تقرير أداء الإدارة العامة للمستشفيات، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 17: تقرير وحدة العلاج التخصصي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 18: تقرير الإدارة العامة للشئون الإدارية والمالية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 20a: تقرير وحدة التأمين الصحي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 20: تقرير أداء الإدارة العامة للمستشفيات، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 23: تقرير أداء وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 24: الخطة الصحية الاستراتيجية الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014) 30: التقرير السنوي للقوى العاملة بوزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014:34): تقرير الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014:38-40): تقرير أداء الإدارة العامة للمستشفيات، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014:41-42): تقرير الإدارة العامة للصيدلة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014:43,63): التقرير السنوي للهندسة والصيانة ، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014:44,51): تقرير أداء الإدارة العامة للمستشفيات، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014:45-46): الخطة الصحية الاستراتيجية الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014:47-49): تقرير الإدارة العامة للشئون الإدارية والمالية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014:50,52): تقرير الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014:53): تقرير الإدارة العامة للشئون الإدارية والمالية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014:54): تقرير الإدارة العامة للتعاون الدولي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وزارة الصحة، غزة (2014:56-62): تقرير أداء الإدارة العامة للمستشفيات، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، فلسطين.

وكالة الغوث الدولية لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (2013:3): استجابة الأونروا العملياتية، غزة، في العام 2020 .

ياغي ، عائد (2009): دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني ، جامعة القدس ، غزة ، فلسطين.

- Abed,Y(2007),Health Sector Review,Summary Of Findings.
- ANAN ,H (2011),Clients Centeredness of the Governmental Primary HealthCare Services, Gaza Governorate.
- Balawi,O(2013)•Evaluation Of Monitoring System Implemental At The Ministry Of Health-Gaza,Master Thesis-Al Quds University.
- Blocks of Health Systems,(2010): Ahand book of indicators and their Measurment Strategies.
- Colliard,C,and Hamad,B(2010),Evaluation Of Gaza Community Mental Health Program.
- El Haj,M(2008),Perception Of Hospitalized Patients About The Services Provided At European Gaza Hospital, master Thesis-Al Quds University.
- El-Geeg, (2005),EvaluationOfGovermental Central Medical Warehouse Management System, Master Thesis-Al Quds University.
- Halabi,D (2013)•Burnout among nurses Working At Primary Health Care Sector – Gaza Governorates, Master Thesis-Al Quds University.
- Kaufman,R (1992),Strategic planning plus An Organizational Guide, Sage ,London.
- Lind,G, Wiseman C (1978),Setting Health Priorities, Areview Of Concepts and approaches, Journal Of Social Policy Vol,4,Issue4,411-440.
- Map and Save the children (2012),Gazas Children:Falling behind the Effect Of The Blockade On Child Health in Gaza,Gaza,Palestine.
- Ministry Of Justice(2009),The Central Commission For Documentation and Pursuit Of Israeli War Criminals ,Gaza.
- Mintzberg,H(1991),Structure Of Five ,Designing effective Organization Prentice Hall Mobile International Surgical Teams(MisT)(2009),Orthopedic Initiative For The Gaza Strip,August 2009.
- Murad,A(2010),Evaluation Of Medical Equipment Management in Govermental Health Facilities in Gaza Governorates.
- Nassar,A(2011),Evaluation Of The Use Of health Information System Indecision Making In Non-Govermental Organization,gaza governorates.

OECD,(2012),Health Data 2012,Frequently Requested data About OECD.

PCBS and MOH,(2011),NationalHealth Accounts 2000-2008 Main findings,Ramallah, Palestine

PCBS,(2010),Palestine Statistical Annual Report no,Palestine.

PCBS,(2012),GazaGovernorates Annuual Statistics Book,Ramallah,Palestine.

PNGo,(2009),Priorities and Needs Of Health Sector In Gaza Governorates consequences Of The Long Siege and The Last war On Gaza.

Tabash, M and Hamad,B(2013),assessment Of Governmental Medical supply Warehouses In Gaza Governarates, master Thesis-Al Quds university.

UNFPA(2011),Emergency Assistance to the Palestinian Health Care System in GAZA:Focus On Ensuring Access to Emergency Obstetric Care.

UNFPA, and WHO ,and MO War in Gaza, Victims in the Shadows,Gaza post-crisis Re productine health assessment,(October).

United Nation,(2012),Gaza In 2020 Aliveable Place? Areport By The united nations country Team In The OPT.

UNRWA,(2013),The Annual Report Of The department Of health,Geneva.

WHO and UNRWA,(2009),UNRWA Infant Mortality Survey, Causes and Determinants Of Infant Death Among Palestine Refugees In The near east unrwa.

Yaghi,A (2009),The Role Of NGOs In Supporting The Palestinian Health sector, master Thesis-Al Quds University.

ج. روابط ذات علاقة:

- قطاع غزة: التنمية والإعمار في مواجهة الحصار والدمار: الزيتونة

<http://www.alzaytouna.net:permalink:79858.html>

- معاناة المريض الفلسطيني تحت الاحتلال الإسرائيلي: الزيتونة

<http://www.alzaytouna.net:permalink:5079.html>

- الحصار: دراسة حول معاناة الشعب الفلسطيني ومحاولات إسقاط حكومة حماس: الزيتونة

<http://www.alzaytouna.net:permalink:4979.html>

- تقرير حول تحديات الرقابة على الأغذية في قطاع غزة وغياب الحق في الحصول على غذاء آمن
<http://www.alzaytouna.net:permalink:70492.html> صحيا الزيتون

- تقرير صادر عن وزارة الصحة الفلسطينية يبين النتائج الكارثية لحصار قطاع غزة: الزيتون
<http://www.alzaytouna.net:permalink:5155.html>

- الجزيرة نت: تقرير العدوان الإسرائيلي على غزة 2014
www.aljazeera.net/news/reportsandinterviews/2014.

- المجلس الاقتصادي الفلسطيني للتنمية والأعمار " بكدار "
<http://www.pecdar.org>

- الموقع الإلكتروني للحوار المتمدن
<http://www.ahewar.org>.

المرفقات:

مرفق رقم (1): استبانة البحث

بسم الله الرحمن الرحيم

استبانة لبحث بعنوان

((تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية بمستشفيات وزارة الصحة (قطاع غزة)
خلال الفترة الواقعة بين (2006م-2014م))

الرقم المتسلسل.....

الرقم المبرمج.....

عزيزي المشارك:

أنا الباحث: ماهر محمود شامية طبيب ملتحق بكلية الصحة العامة - جامعة القدس أبو ديس ماجستير سياسات وإدارة صحية، أقوم بإجراء بحث موسوم بـ (تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية بمستشفيات وزارة الصحة (قطاع غزة) خلال الفترة الواقعة بين 2006م - 2014م) باعتباره متطلباً للحصول على درجة الماجستير، وتم اختيارك بناءً لمطابقتك شروط اختيار العينة. نشكر لك مشاركتك في هذه الدراسة بالإجابة عن كل الأسئلة، مع العلم أنها تستغرق حوالي 20 دقيقة تقريباً. مشاركتكم تطوعية ويمكنكم رفض المشاركة في تعبئة هذا الاستبيان، لكن أُرغب أن أؤكد لكم أن المعلومات التي تذكرونها ستكون سرية وبدون ذكر الأسماء، وستستخدم فقط لغرض البحث العلمي، وستنشر على شكل مجموعات.

وشكراً لكم حسن تعاونكم

الباحث: د. ماهر محمود عبد الهادي شامية

للاستفسار الرجاء الاتصال على الرقم: 0599905739

هاتف أرضي: 2623041

بريد إلكتروني : ch-maher2013@hotmail.com

الجزء الأول:

معلومات شخصية

عزيزي المشارك يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بوضع دائرة حول الخيار المناسب وملء الفراغ بالإجابة المناسبة.

بيانات شخصية
الجنس: 1. ذكر 2. أنثى
العمر:
مكان السكن: 1. محافظة شمال غزة 2. محافظة غزة 3. محافظة الوسطى 4. محافظة خان يونس 5. محافظة رفح
سنوات الدراسة ما بعد الثانوية العامة:
آخر مؤهل علمي حصلت عليه: 1. أقل من بكالوريوس 2. بكالوريوس 3. ما بعد البكالوريوس
بيانات خاصة بالعمل
مكان العمل: 1. محافظة شمال غزة 2. محافظة غزة 3. محافظة الوسطى 4. محافظة خان يونس 5. محافظة رفح
اسم المستشفى: الدائرة التي تعمل فيها..... القسم الذي تعمل فيه :
المسمى الوظيفي الحالي: 1. مدير عام 2. مدير دائرة 3. مدير وحدة 4. رئيس قسم 5. مشرف 6. مسمى آخر (حدد اسمه).....
نوع التخصص الأساس: 1. طب 2. صيدلة 3. تمريض 4. إدارة 5. مهن طبية مساندة 6. تخصص آخر (حدد النوع)
سنة التوظيف: 1. قبل 2007 2. بعد 2007
جهة صرف الراتب: 1. حكومة رام الله 2. حكومة غزة 3. جهات أخرى.....

الجزء الثاني:

الحصار وأثره على عملك (في إطار المستوى الشخصي)

هل أثر الحصار على تقديمك للخدمات الصحية؟ : 1. نعم سلباً 2. نعم إيجاباً 3. لا 4. لا أدري
ملاحظة: إذا كانت الإجابة نعم سلباً أو نعم إيجاباً الرجاء اختيار ما يناسب من القائمة أدناه (يمكن اختيار أكثر من سبب)

حدث تراجع في تقديم الخدمات الصحية.	
تراجع تدريب الكوادر الصحية.	
تأثرت طرق الإدارة سلباً بسبب الحصار.	
عدم كفاية الموارد المالية المطلوبة .	
برامج نظم المعلومات الصحية تأثرت سلباً.	
استنهض الحصار إمكانياتي لبذل أقصى جهد ممكن.	
فجر الحصار كوامن إبداعية لم تكن لتظهر دونه.	
زاد الحصار من انتمائي للمؤسسة وشعوري بالمسئولية تجاهها.	
تم إيقاف خدمات كانت تقدم قبل الحصار.	
عدم توفر الأدوية والمستهلكات الطبية.	
تغير الإدارات أثر سلباً على الأداء خلال الحصار.	
ضعف إمكانات الهندسة والصيانة.	
عدم وجود خطط تشغيلية مناسبة.	
عدم توفر الأجهزة والمعدات الطبية.	
زاد الحصار من اتصالي بالمراجعين وذويهم.	
تم استحداث خدمات جديدة للتخفيف من وطأة الحصار.	

هل تشعر بأن لك دوراً في دعم استمرارية تقديم الخدمات الصحية في ظل الحصار؟ :

1. نعم 2. لا 3. لا أدري

ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم الرجاء اختيار ما يناسب من القائمة أدناه (يمكن اختيار أكثر من إجابة).

أن أعزز انتمائي لمؤسستي.
أن أدمم القرار المؤسسي وأعمل على إنجاحه.
أدافع عن مؤسستي وأحشد لدعمها وتقويتها.
الالتزام بالدوام والعمل بغض النظر عن جهة صرف الراتب.
أن أتقدم باقتراحاتي وأفكاري للمسئولين.
أن أطور أدائي الفني والإداري.
أسباب أخرى.

3. حدد الأشياء التي كنت تود عملها "ولم تتمكن من عملها" بسبب الحصار (احصرها في مجال العمل):

.....

.....

.....

.....

.....

4. بشكل إجمالي ومن وجهة نظرك الخاصة، كيف أثر الحصار على :

م	المحاور الآتية	سلبي بشكل كبير	سلبي	لا أرى أثراً	إيجابي	إيجابي إلى حد كبير
1	الموارد البشرية والابتعاث والوفود الطبية.					
2	تقديم الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة الصحة.					
3	الأدوية والمستهلكات الطبية والأجهزة والمعدات الطبية.					
4	الإدارة والحكم الرشيد.					
5	الحوسبة ونظم المعلومات الصحية.					
6	تمويل القطاع الصحي.					

الجزء الثالث :

م	تأثير الحصار المفروض على قطاع غزة خلال الأعوام 2006←2014م على تقديم الخدمات في المستشفيات الحكومية.	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
أولاً:	المحور الأول: القوى البشرية					
1.	تطور الأداء الفني للعاملين في المستشفيات الحكومية رغم الحصار.					
2.	بسبب الحصار هناك نقص ملموس في التخصصات الدقيقة.					
3.	أثر الحصار على إمكانيات تحسين الأداء الإداري للعاملين.					
4.	نجحت الإدارة في استثمار الموارد البشرية بشكل كبير.					
5.	تم تسجيل نجاحات في تطوير الكادر البشري داخلياً.					
6.	ازداد الابتعاث الخارجي للكادر الفني في ظل الحصار.					
7.	ازداد الابتعاث الخارجي للكادر الإداري في ظل الحصار.					

					رغم الحصار فقد زادت حركة الوفود الطبية القادمة لقطاع غزة.	8.
					أسهم الحصار في إبراز نجاحات وإبداعات للكثير من الكوادر الفنية.	9.
					أسهم الحصار في إبراز نجاحات وإبداعات للكثير من الكوادر الإدارية.	10.
					أثر الحصار على إمكانية التخطيط الاستراتيجي لتطوير الكادر البشري في وزارة الصحة وتنفيذه.	11.
					شكل امتناع عدد كبير من الموظفين عن العمل بحجة الانتماء السياسي (الاستنكاف) تهديداً جدياً لاستمرار تقديم الخدمات الصحية.	12.
					قلص الحصار من إمكانيات الوزارة لاستيعاب كوادر كافية لتقديم خدمات صحية بشكل أفضل.	13.
					تراجعت دافعية الموظفين للعمل بسبب استمرار الحصار.	14.
					أعتقد أن أغلب الموظفين لا يشعرون بالرضا الوظيفي بسبب محدودية إمكانيات الوزارة في ظل الحصار.	15.
					يوجد وصف وظيفي لعملك في الوزارة: المستشفى.	16.
					في سنوات الحصار تم العمل بالوصف الوظيفي للموظفين.	17.
					لا زالت المشاركة في تقييم الأداء دون المستوى المقبول.	18.
					أثر الحصار على إمكانية إنجاز مشاريع تطويرية للكادر البشري .	19.

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	المحور الثاني: تقديم الخدمات	ثانياً:
					حافظت المستشفيات على تقديم الخدمات الجراحية والعمليات بشكل جيد رغم الحصار.	1.
					تطورت بعض أقسام الجراحة بشكل ملفت للنظر.	2.
					ازدادت أعداد قوائم الانتظار للعمليات الجراحية بسبب اشتداد الحصار.	3.
					تطورت خدمات الباطنة المقدمة في ظل الحصار.	4.
					هناك طفرة في الأداء الفني لبعض أقسام الباطنة.	5.
					ساعات خدمات النساء والولادة في ظل الحصار.	6.
					تم إضافة خدمات جديدة في تخصص النساء والولادة في ظل الحصار.	7.
					تحسنت خدمات الأطفال في ظل الحصار.	8.
					شكل الحصار تهديداً إضافياً على صحة الأطفال في قطاع غزة.	9.
					رغم الحصار تم إضافة خدمات جديدة في مستشفيات الأطفال.	10.
					تحسنت الخدمات المقدمة في حضانات الأطفال في فترة الحصار.	11.
					زاد الحصار من اهتمام الإدارات الصحية بتطوير أقسام العناية المركزة في المستشفيات.	12.
					زادت القدرة الاستيعابية لحضانات الأطفال في ظل الحصار.	13.
					زادت القدرة الاستيعابية للعنايات المركزة في ظل الحصار.	14.

					تحتاج أقسام غسيل الكلى إلى زيادة في وحدات الغسيل الكلوي وتحديث الموجود.	15.
					تبذل أقسام غسيل الكلى جهوداً كبيرة لتغطية الأعداد المتزايدة للمرضى المحتاجين لغسيل الكلى.	16.
					عاني الكثير من مرضى السرطان من تأثيرات الحصار وإغلاق المعابر.	17.
					زاد الحصار من عمليات التحويل للعلاج بالخارج للعديد من الفئات المرضية.	18.
					تطورت خدمات الاستقبال والطوارئ في ظل الحصار.	19.
					شكل مرضى السرطان أعداداً كبيرة من المرضى المحولين للعلاج بالخارج بفعل الحصار.	20.
					كان أداء أقسام الطوارئ في ظل الاعتداءات والحروب الإسرائيلية مميزاً.	21.
					تحسن أداء العيادات الخارجية في المستشفيات الحكومية رغم الحصار.	22.
					حافظت المختبرات الطبية على تقديم خدماتها المعتادة في ظل الحصار.	23.
					استمرت خدمات التصوير الطبي في ظل الحصار وبشكل مقبول.	24.
					تحسنت الخدمات الفنية المقدمة في مستشفى العيون التخصصي في ظل الحصار.	25.
					لولا الحصار لأمكن تقديم خدمات نوعية أكثر في مجال طب العيون.	26.

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	يتبع ← تقديم الخدمات	
					زاد عدد المراجعين لمستشفى وعيادات الصحة النفسية في ظل الحصار.	27.
					تطورت الخدمات الثلاثية (التخصصية) مثل قسطرة وجراحة القلب المفتوح، والمناظير رغم الحصار.	28.
					قدمت المستشفيات خدماتها المعتادة دون تغير طيلة فترة الحصار.	29.
					حدث تحسن في تقديم الخدمات الصحية في ظل الحصار.	30.
					شكل الحفاظ على استدامة الخدمات الصحية كماً ونوعاً تحدياً للإدارة الطبية في ظل الحصار.	31.
					المحور الثالث: الأدوية والمستهلكات والأجهزة والمعدات الطبية.	ثالثاً:
					أثر الحصار على إمكانية توفير الأدوية للمرضى بشكل مقبول.	1.
					عانت المستشفيات من نقص المستهلكات الطبية وبشكل مزمن.	2.
					حدث تراجع في التوريدات لأصناف دوائية تحتاجها المستشفيات بفعل الحصار.	3.
					هناك نقص حاد في عدد كبير من الأصناف الدوائية.	4.
					ازداد عدد أصناف المستهلكات الطبية غير المتوفرة.	5.
					حدث عجز في الدواء التخصصي في ظل الحصار.	6.
					عانت خدمات الهندسة والصيانة بشدة في ظل الحصار.	7.

					تقلص عدد الأجهزة الطبية الصالحة للاستخدام بسبب الحصار.	8.
					توقفت بعض الخدمات العلاجية بسبب نقص الأدوية والمستهلكات الطبية.	9.
					توقفت خدمات العديد من الأجهزة الطبية بسبب نقص المواد الأساسية المشغلة لها.	10.
					تراجع حجم التجهيزات والمعدات الطبية كماً.	11.
					تراجع حجم التجهيزات والمعدات الطبية نوعاً.	12.
					المحور الرابع: نظم المعلومات الصحية	رابعاً:
					تطور نظام الحوسبة في المستشفيات في ظل الحصار.	1.
					تطور أداء نظم المعلومات الصحية بشكل محدود جداً في ظل الحصار.	2.
					أعاق الحصار استكمال بعض برامج الحوسبة بسبب نقص التجهيزات الفنية.	3.
					أثر إغلاق المعابر في تأخير تدريب العاملين بأنظمة الحوسبة خارج القطاع.	4.
					أعاق الحصار إكاثيات شركات أنظمة الحوسبة "المتعاقدة مع الوزارة " لتوفير كل احتياجات الوزارة من التجهيزات اللازمة.	5.
					أعاق الحصار إكاثيات استكمال وتطوير برامج الحوسبة في المستشفيات .	6.
					لولا الحصار لكان وضع الحوسبة في المستشفيات أفضل.	7.

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	يتبع ← نظم المعلومات الصحية	
					نجحت المستشفيات في تطبيق نظام الحجز المحوسب للعمليات الجراحية.	8.
					لو تكاملت خدمات الحوسبة في كل مفاصل وزارة الصحة لأمكن تخفيف العبء الإداري والمالي للوزارة ولمتلقي الخدمات.	9.
					لم يتم وضع مؤشرات حقيقية ومقبولة لقياس الأداء بسبب الحصار.	10.
					تعتمد الوزارة على نظام معلوماتي جيد في صنع القرار.	11.
					اعتمدت الوزارة مؤشرات واضحة لقياس نسبة الإنجاز.	12.
					حافظت الوزارة على إصدار التقارير الطبية/ الصحية المختلفة.	13.
					تقوم الوزارة بعملية تبادل للمعلومات مع الجهات المختلفة بشكل دوري.	14.
					المحور الخامس: الإدارة والحكم الرشيد	خامساً:
					شكل الحفاظ على الأداء الإداري الجيد للطواقم الإدارية تحدياً حقيقياً.	1.
					أعاق الحصار إعداد الخطط الاستراتيجية.	2.
					أعاق الحصار تنفيذ الخطط التشغيلية.	3.
					هناك مشاركة واسعة من كل المستويات الإدارية في وضع الخطط اللازمة لتحقيق الأهداف.	4.

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	يتبع ← الإدارة والحكم الرشيد	
					تأثرت الخدمات اللوجستية في المستشفيات بشدة في ظل الحصار.	.5
					لدى الوزارة استراتيجيات وأهداف ووسائل ومراحل واضحة لتطبيقها.	.6
					أدى الحصار إلى جعل إدارة الوزارة والمستشفيات إلى ما يشبه إدارة دائمة للطوارئ والأزمات.	.7
					رغم الحصار لم تتراجع معدلات تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية.	.8
					هناك إمكانية لتنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية وبشكل مقبول.	.9
					شاركت المستويات الإدارية جميعاً في وضع خطط العمل والقبول بالرقابة عليها.	.10
					لدى الوزارة آليات للرقابة الداخلية تشمل مفاصل العمل الفني والإداري.	.11
					تضمن الوزارة متابعة نتائج الرقابة الداخلية والمساءلة بغض النظر عن المستوى الإداري والفني المقصود.	.12
					مشكلة الوزارة مع الخطط المعدة تنحصر أساساً في عدم وضع آليات للتنفيذ ومتابعتها.	.13
					الهيكل الإداري للمستشفيات يحتاج إلى تطوير عملي.	.14
					وجود هيكلية إدارية للوزارة ساهم في ضبط المستويات الإدارية.	.15
					حرصت الإدارة الصحية على تقديم الخدمات الصحية بدرجة عالية من العدالة والمساواة للجميع.	.16

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	يتبع ← الإدارة والحكم الرشيد	
					تعاملت الوزارة بعدالة مع العاملين فيها رغم الحصار الطويل.	17.
					أبدت الإدارات درجة معقولة من الشفافية في التعامل مع الموظفين.	18.
					وفرت الوزارة إمكانات واسعة لإنجاح عملية الرقابة الداخلية.	19.
					كان الحضور الإشرافي في كل المستويات الإدارية والفنية في المستشفيات واضحاً في ظل الحصار.	20.
					شكل انقطاع الرواتب عن بعض الموظفين انتكاسة على الصعيد الشخصي والوظيفي.	21.
					تعاملت الإدارات الطبية بمستوى جيد من النزاهة والحيادية والمساواة مع الموظفين.	22.
					أعاق الحصار صرف بدلات المخاطرة، والساعات الإضافية وبدل الترقيات والدرجات وغيرها.	23.
					يعدّ تطوير جودة الخدمات المقدمة للجمهور من التحديات الكبيرة في ظل الحصار .	24.
					يعدّ الانقسام السياسي أحد التحديات التي واجهها مقدم الخدمات الصحية في المستشفيات أثناء الحصار.	25.
					المحور السادس: تمويل وزارة الصحة	سادساً:
					أعاق الحصار إمكانية توفير مصاريف تشغيلية كافية للمستشفيات.	1.
					ازدادت إيرادات المستشفيات أثناء الحصار.	2.

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	يتبع - تمويل وزارة الصحة	
					زاد حجم تمويل الوزارة والمستشفيات في ظل الحصار بشكل حقيقي.	.3
					تقلصت إيرادات الرسوم الرمزية للخدمات في ظل الحصار.	.4
					تقلص حجم التمويل للقطاع الصحي في ظل الحصار.	.5
					تغيرت اتجاهات الجهات الممولة في ظل الحصار مما غيب الممولين الكبار.	.6
					من الواضح امتناع الجهات المانحة الكبرى عن دعم وزارة الصحة في ظل الحصار.	.7
					أثناء الحصار ظهر ممولون جدد للقطاع الصحي الحكومي.	.8
					ركزت الجهات الممولة على الخدمات الطارئة.	.9
					أشعر أنه بالإمكان زيادة مظلة المانحين للخدمات الصحية.	.10
					لم تركز الجهات الممولة على خدمات تحسين الجودة وتطوير النظام الصحي.	.11
					تراجعت إيرادات التأمين الصحي في ظل الحصار.	.12
					ازداد الإنفاق الأسري على الصحة أثناء الحصار.	.13

م	اعتمدت وزارة الصحة استراتيجيات فاعلة لمواجهة الحصار والتكيف معه.	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
1.	نجحت الوزارة في برامج التدريب المحلي لتطوير الكادر الفني والإداري.					
2.	اعتمدت الوزارة سياسة الترشيد للأدوية والمستهلكات.					
3.	يتم استقدام الوفود الطبية وفق رؤية وحاجات المستشفيات.					
4.	عززت الوزارة عمليات الصيانة المحلية للأجهزة والمعدات.					
5.	تم اعتماد وتدشين تخصصات جديدة مثل { قسطرة وجراحة القلب، وزراعة الأعضاء...}					
6.	تم تقليص أعداد العمليات المجدولة "عند اللزوم".					
7.	تم زيادة عدد غرف العمليات وأقسام العناية المركزة.					
8.	اعتمدت المستشفيات بروتوكولات العلاج في أقسام الطوارئ والحضانات والعنايات المركزة.					
9.	اعتمدت الوزارة الخطط والآليات اللازمة لمنع العدوى .					
10.	تم شراء بعض الخدمات من القطاع الأهلي الطبي وتمويلها عبر جهات داعمة.					
11.	تم اعتماد آليات ووسائل لمتابعة التطوير المستمر للكوادر العاملة في الوزارة.					

					12. تبنّت الوزارة سياسة الترشيد الشاملة في المصاريف التشغيلية.
					13. تم تفعيل برامج الخدمات المحوسبة وبجهود محلية.
					14. تم اعتماد سياسة دمج الخدمات المتشابهة.
					15. عززت الوزارة العمل بأنظمة الجودة .
					16. تعزيز الصيانة الدورية الهندسية للتجهيزات والمعدات.
					17. عمدت الوزارة إلى توسيع هوامش المشاركة المجتمعية.
					18. يعدّ التحويل للعلاج بالخارج من وسائل التكيف الاضطرارية مع الحصار.

لطفاً اكتب بتعبيرك الخاص عن رؤيتك الشخصية حول التأثيرات المحتملة للحصار على الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات الوزارة - ولم تذكر في الاستبانة - .

أرجو التكرم بالحديث عن أهم ثلاث نقاط قوة وأهم ثلاث نقاط ضعف في استراتيجيات الوزارة في مواجهة الحصار (حسب وجهة نظرك الخاصة).

.....
.....

لطفاً اكتب بتعبيرك الخاص أهم ثلاثة من التحديات والمعوقات التي واجهها مقدم الخدمة الصحية في المستشفيات نتيجة الحصار ولم تسلط الاستبانة عليها الضوء (حسب وجهة نظرك الخاصة).

.....
.....

أرجو التكرم بالحديث عن استراتيجيات إضافية (لم تستخدمها الوزارة) للتكيف ومواجهة الحصار.

.....
.....

شكراً لحسن تعاونكم وجزاكم الله خيراً

الباحث: ماهر محمود عبد الهادي شامية

مرفق رقم (2): كتاب الجامعة لتسهيل مهمة الباحث

Al-Quds University
Jerusalem
School of Public Health



جامعة القدس

القدس

كلية الصحة العامة

التاريخ : 2015/2/8

الرقم/ك ص ع-غ / 21/2015

حضرة الأخ الدكتور/ ناصر أبو شعبان المحترم
مدير تنمية القوى البشرية بوزارة الصحة
تحية طيبة وبعد ،،،

د. نوره ليلان
21/2/15

الموضوع: تسهيل مهمة الطالب ماهر شامية

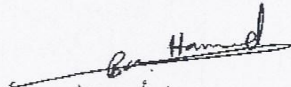
يقوم الطالب المذكور بأعلاه بإجراء بحث بعنوان :

تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية بمستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة خلال الفترة الواقعة بين 2006-
2014

كمتطلب للحصول على درجة الماجستير في برنامج السياسات والإدارة الصحية وعليه نرجو التكرم والإيعاز لمن ترونه مناسب بتسهيل مهمة الطالب في جمع البيانات اللازمة والخاصة ببحثه من الإدارات العامة وذات العلاقة بوزارة الصحة وهي :
- الإدارة العامة للمستشفيات - الإدارة العامة للهندسة والصيانة - الإدارة العامة للشؤون الإدارية والمالية - الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية
- الإدارة العامة للتعاون الدولي - مركز المعلومات الصحية - الإدارة العامة للصيدلة - وحدة التمريض - وحدة المختبرات وبنوك الدم - بالإضافة إلى ديوان الوزير ومكتب الوكيل حيث سيتم جمع البيانات من الملفات بالإضافة للأشخاص الذين لهم علاقة بالموضوع. علماً بأن المعلومات ستكون متوفرة لدى الباحث والجامعة فقط وستقوم بإطلاعكم على النتائج في حينها .

شاكرين لكم حسن دعمكم للمسيرة العلمية،،،

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام والتقدير،،،


د. بسام أبو حمد
منسق عام برامج الصحة العامة
جامعة القدس - فرع غزة



نسخة: الملف

Jerusalem Branch/Telefax 02-2799234

Gaza Branch/Telefax 08-2644220-2644210

P.O. box 51000 Jerusalem

فرع القدس / تليفاكس 02-2799234

فرع غزة / تليفاكس 08-2644220-2644210

ص.ب. 51000 القدس

001

School public health

08/02 2015 13:52 FAX 0097282878177

مرفق رقم (3): كتاب الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية بوزارة الصحة لتسهيل مهمة الباحث

The Palestinian National Authority
Ministry of Health
Directorate General of Human Resources Development



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية

التاريخ: 2015/02/05م

الرقم:

الأخ / د. عبد الطيف الحاج
مدير عام المستشفيات
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،
المحترم،،

الموضوع/ تسهيل مهمة باحث

بخصوص الموضوع أعلاه، يرجى تسهيل مهمة الباحث/ د. ماهر محمود شامية
المتحقق ببرنامج ماجستير الإدارة والسياسات الصحية- كلية الصحة العامة- جامعة
القدس في إجراء بحث بعنوان :-

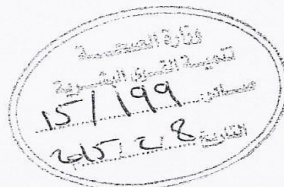
“تأثير الحصار علي تقديم الخدمات الصحية بمستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية

(قطاع غزة) خلال الفترة بين 2006-2014م“

حيث الباحث بحاجة لتعبئة استبانته من مقدمي الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة الصحة وكذلك عقد
مجموعات بؤرية مع مرضى السرطان ومرضى الفشل الكلوي ومراجعي العيادات الخارجية في مجمع
الشفاء الطبي، بما لا يتعارض مع مصلحة العمل وضمن أخلاقيات البحث العلمي، و دون تحمل الوزارة
أي أعباء أو مسئولية.

وتفضلوا بقبول التحية والتقدير،،،

د. ناصر رأفت أبو شعبان
مدير عام تنمية القوى البشرية



صورة لـ /
- الإدارة العامة للرقابة الداخلية
- صاحب العلاقة

مرفق رقم(4): كتاب لتحكيم أداة الدراسة " استبانة البحث

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد الدكتور:.....حفظه الله،،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،،

الموضوع: التكرم بتحكيم أداة الدراسة "الاستبانة"

يقوم الباحث بإجراء دراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في السياسات والإدارة الصحية، بعنوان "تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية بمستشفيات وزارة الصحة (قطاع غزة) خلال الفترة الواقعة بين 2006م - 2014م". مما تطلب من الباحث إعداد الاستبانة اللازمة للتحقق من صحة الفرضيات..

ونظراً لخبرتكم الواسعة، واهتمامكم بالغ الأهمية، في مجال البحث العلمي، فإنه من دواعي سروري وارتياحي، أن تكون سيادتكم من المحكمين لتلك الاستبانة، وإبداء رأيكم الصائب من خلال ملحوظاتكم، مما سيكون له -بإذن الله- مردود إيجابي على الاستبانة، ومن ثم على الدراسة ككل؛ لذلك أرجو من سيادتكم التكرم بالاطلاع على الفقرات من حيث وضوحها، ومناسبتها لموضوع الدراسة، وإضافة أو حذف ما ترونه مناسباً، مناسبة الفقرات لغوياً ودقة الصياغة، وسهولة الإجابة عنها.

شاكرين لكم جهودكم وتعاونكم معنا وجزاكم الله كل خير،،

الباحث: ماهر محمود عبد الهادي شامية

إشراف الدكتور: بسام أبو حمد

مرفق رقم(5): كشف بأسماء السادة محكمي استبانة البحث

أسماء السادة الذين تكرموا بتحكيم استبانة البحث الموسوم بـ"تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية بمستشفيات وزارة الصحة (قطاع غزة) خلال الفترة الواقعة بين 2006م- (2014م).

د. رياض الزعنون	وزير الصحة الأول.
د. يحيى عابد	جامعة القدس-أبو ديس.
د. ختام أبو حمد	جامعة القدس- أبو ديس.
د. رضوان بارود	وزارة الصحة.
د. يوسف عوض	وزارة الصحة.
د. فضل نعيم	الجامعة الإسلامية- بغزة.
د. خميس الإسي	الجامعة الإسلامية- بغزة.
د. وائل الداية	الجامعة الإسلامية- بغزة.
د. مثقال حسونة	وزارة الصحة.
د. عبد اللطيف الحاج	وزارة الصحة.
د. محمود ضاهر	منظمة الصحة العالمية- مكتب غزة.

مرفق رقم(6): صورة عن موافقة المجلس الفلسطيني للبحث العلمي



المجلس الفلسطيني للبحث العلمي Palestinian Health Research Council

تعزيز النظام الصحي الفلسطيني من خلال مأسسة استخدام المعلومات البحثية في صنع القرار

"Developing the Palestinian health system through institutionalizing the use of information in decision making"

Helsinki Committee For Ethical Approval

Date: 07\12\2015

Number: PHRC/HC/68/15

Name: Maher M. Shamia

الاسم: ماهر محمود عبد الهادي شامية

We would like to inform you that the committee had discussed the proposal of your study about:

نفيدكم علماً بأن اللجنة قد ناقشت مقترح دراستكم حول:-

تأثير الحصار على تقديم الخدمات الصحية بمستشفيات وزارة الصحة

The committee has decided to approve the above mentioned research. Approval number PHRC/HC/68/15 in its meeting on 07/10/2015

و قد قررت الموافقة على البحث المذكور عاليه بالرقم والتاريخ المذكوران عاليه

Signature

Member

Member



Yehia Abeel

General Conditions:-

1. Valid for 2 years from the date of approval.
2. It is necessary to notify the committee of any change in the approved study protocol.
3. The committee appreciates receiving a copy of your final research when completed.

Specific Conditions:-

The subject was approved following the World Medical Association Declaration of Helsinki-Ethical principles for medical research involving human subjects, adopted by the 18th World Medical Association General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended by the 59th WMA General Assembly, Seoul, Korea, October 2008.

E-Mail: pal.phrc@gmail.com

Gaza - Palestine

غزة - فلسطين

مرفق رقم(7): صورة لنتيجة اختيار عدد عينة البحث

Sample Size Needed

Confidence Level

80%

90%

95%

98%

99%

Confidence Interval: 5

Population: 5788

Sample Size Needed: 360

OK Cancel

مرفق رقم (8): توصيات تفصيلية إضافية للبحث

توصيات تفصيلية إضافية للبحث:

أولاً: على صعيد تعزيز محور تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية:

- تعزيز خدمات الرعاية الصحية الثانوية لتلبي احتياجات المجتمع الفلسطيني.
- ضمان توفير الخدمات الصحية الثانوية والتخصصية المقدمة وبجودة عالية.
- الالتزام باستمرارية توفير الخدمات العلاجية والتشخيصية الجيدة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة.
- الالتزام باستمرارية توفير خدمات الصحة النفسية.
- التوسع المدروس باتجاه زيادة القدرة الاستيعابية للمستشفيات بما يتناسب مع حاجات المجتمع وزيادته المضطربة.
- اعتماد البروتوكولات العلاجية في أقسام الطوارئ والحضانات والعنايات المركزية.
- تفعيل آليات، ضبط الجودة في المستشفيات، واستحداث اللجان العاملة والناظمة لذلك.
- اعتماد مبادئ الجودة في تقديم الخدمات، والعمل على تنفيذها رغم الظروف الصعبة التي تعيشها المستشفيات.

ثانياً: على صعيد تعزيز محور الصيدلة والهندسة والصيانة:

- الالتزام بتوفير متطلبات استمرارية تقديم الخدمات الصحية وبجودة وكفاءة عالية (تشخيصياً وعلاجياً).
- توفير الأجهزة والأدوية والمستهلكات الطبية والمخبرية ومستلزمات التصوير الطبي.
- دعم خدمات الهندسة والصيانة من خلال توفير الكادر المؤهل، وقطع الغيار، والميزانيات اللازمة لاستمرارية خدمات الصيانة.
- السعي الجاد نحو توفير أدوية القائمة الأساسية، وقائمة المستهلكات الطبية، كحد أدنى دعماً لاستمرارية العملية العلاجية.
- البحث عن سبل توفير قائمة الأدوية التخصصية بما يعزز سياسة العلاج المحلي ويقلل من أعباء التحويلات.

ثالثاً: على صعيد تعزيز محور الموارد البشرية والوفود الزائرة:

- ضمان توفر طواقم فنية وإدارية ذات كفاءة عالية وبأعداد مناسبة لأداء المهمات.
- تنفيذ السياسات الفاعلة لإدارة الموارد البشرية في المستشفيات.
- ضمان استمرارية عملية تطوير القدرات للموارد البشرية العاملة (فنياً وإدارياً).

○ التوسع في مجالات التدريب المحلي، والمعتمد على وسائل الربط الإلكتروني في التواصل مع بيئة التدريب الخارجية.

○ تفعيل الكفاءات الوطنية في مجالات التدريب المختلفة.

○ اعتماد مبادئ التعليم المستمر أساساً لعملية الارتقاء الوظيفي.

○ تنمية وتطوير الموارد البشرية باستخدام سياسات التأهيل المستمر وتطوير القدرات وتفعيل سياسات الثواب والعقاب وصولاً لحالة إدارية وفنية منضبطة بشكل كبير.

○ تكثيف الجهود لتدريب الطواقم العاملة على التعامل مع الأنظمة المحوسبة، وتحسين أدائها.

○ توجيه حركة الوفود الطبية الزائرة نحو سد العجز في التخصصات النادرة والتدريب عليها.

رابعاً: على صعيد تعزيز محور الحوسبة ونظم المعلومات الصحية:

○ تعزيز نظام الحوسبة في المستشفيات، وتقوية أنظمة المعلومات الصحية

○ اعتماد المشاركة الفاعلة في إنجاز وتنفيذ الاستراتيجية الوطنية للمعلومات الصحية.

○ تدعيم أنظمة الحوسبة القائمة وتطويرها.

○ زيادة الاهتمام بإجراءات التوثيق الصحي، وإعداد التقارير.

○ تعزيز العملية البحثية في إطار المستشفيات، القائمة على استخدام المعلومات المتوفرة.

○ الاستفادة القصوى من عملية الحوسبة في تطوير الأنظمة الرقابية في المستشفيات.

خامساً: على صعيد تعزيز محور الحوكمة والحكم الرشيد:

○ تعزيز الأنظمة الإدارية وتطويرها.

○ مراجعة وتطوير الهيكل الإداري المعتمد حالياً، ومراجعة العلاقات البنوية الإدارية بين أركانه.

○ وضع السياسات الضابطة لعملية التواصل الإيجابي الفاعل بين مختلف الأقسام الفنية والإدارية في المستشفيات.

○ تطوير الآليات الناجحة للوصول إلى صورة مثالية للحكومة، قائمة على أسس العدالة، والنزاهة، والشفافية، والمساواة، والاحترام المتبادل، وصولاً إلى حالة الانسجام التام والرضا الوظيفي العام.

سادساً: على صعيد تعزيز محور التمويل:

○ تعزيز العمل بالأنظمة المالية والرقابة عليها وتطوير إيراداتها.

○ مواصلة البحث الجاد عن شركاء جدد وفاعلين للنظام الصحي الفلسطيني.

○ تسويق مشاريع إبداعية بغرض زيادة المعونات الخارجية.

○ إعادة مراجعة وتقييم نظام التأمين الصحي وتطبيقاته.

○ مراجعة وتقييم وتقنين ملف العلاج بالخارج والبحث عن بدائل.

سابعاً: على صعيد تعزيز محور استراتيجيات التكيف ومواجهة الحصار:

- تفعيل العمل بالبروتوكولات العلاجية، وبروتوكولات الترشيد للاستخدام الأمثل للدواء والمستهلكات الطبية.
- تفعيل، وتجذير سياسة ترشيد الموارد والاستخدام الأمثل لها .
- تعزيز إمكانات صمود القطاع الصحي أمام الحصار وتطوير استراتيجيات فاعلة لمواجهته والتكيف معه.
- التوسع في التخصصات محلياً، وتطويرها.
- اعتماد بروتوكولات الطوارئ والتدريب عليها.
- تعزيز أنظمة الصيانة المحلية للأجهزة والمعدات، واعتماد سياسة الصيانة الدورية الهندسية الوقائية.
- إشراك القطاع الصحي غير الحكومي، والتكامل معه، وشراء بعض الخدمات منه.
- زيادة القدرة الاستيعابية في المستشفيات في الأقسام والعنايات المركزة وغرف العمليات.
- تعزيز ومتابعة العمل بأنظمة الترشيد الشاملة في الاستخدام الدوائي والمستهلكات، وفي المصاريف التشغيلية، وبما لا يؤثر سلباً على تقديم الخدمات الصحية.
- تعزيز برامج التدريب المحلي لتطوير الكادر الفني والإداري .
- العمل الجاد من خلال وزارة الصحة وشركائها نحو تحصين النظام الصحي الفلسطيني، وضمان جاهزيته المستمرة للتعامل مع الأزمات والطوارئ بشكل فاعل.
- الاهتمام بتطوير العلاقة بين النظام الصحي الحكومي، والأهلي، والخاص، وتعزيز دور شركاء هذا النظام وصولاً إلى تكامل العلاقة بين مكونات هذا النظام.
- تعزيز وتوسيع هوامش المشاركة المجتمعية.
- حصر التحويل للعلاج بالخارج في الحالات التي لا يمكن التعامل معها محلياً.
- أن الأوان لإنهاء وطى صفحة الانقسام البغيض، والعمل الجاد، ومن كل شرائح المجتمع، نحو استعادة الوحدة الوطنية، ووأد كل مظاهر الانقسام المقيت ومن ضمنها الانقسام الحاصل في إدارة الحياة المدنية.
- كما ينبغي التأكيد على أن القطاع الصحي في أمس الحاجة لاستعادة عافيته، ولم شمل العاملين فيه على أساس أن الخدمة الصحية ليست خدمة فئوية ولا تنظيمية، إنما هي خدمة قوامها الأداء الإنساني الراقي وعلى أساس الحفاظ على النفس كمقصد من مقاصد الشريعة الإسلامية الغراء .
- توسيع مواعين الإيرادات المالية، وتوسيع مظلة داعمي وممولي القطاع الصحي الحكومي، سواء المحليين أو الإقليميين أو الدوليين.

Effects of Siege on the Provision of Health Services at the Ministry of Health Hospitals in Gaza during the period 2006-2014

Prepared by: Maher Mahmoud Shamia

Supervised by: Dr Bassam Abu Hamad

Abstract

The siege imposed on the Gaza Strip since June 2006 and the consequences of repeated conflicts have taken an enormous effects on all the life aspects in Gaza including health. This study aims to investigate the effect of siege on the delivery of health services at the MOH Hospitals in Gaza during the period 2006-2014.

Also, the study examined the coping strategies utilized by the MOH in order to mitigate the effects of the siege on the health status of the population.

The researcher used cross-sectional descriptive analytical design. The target population included the service providers at the MOH hospitals from all specialties and professions. The sample size was 400 participants chosen from a randomly selected 4 hospitals (two general and two special), who completed a self-developed questionnaire that has been framed around the WHO's six building blocks.

The response rate was 81%, and the overall reliability consistency test was very high (over 0.8) and also the reliability of all the domains constituting the questionnaire was high. The SPSS program was used for data analysis.

Findings indicate that more than half of participants are regular employees who are not occupying managerial positions.

The most dominant group among the participants was physicians who represented over 30% followed by nurses.

Interestingly, half of the participants are being paid by Gaza government. Participants' diversity gives more credibility to the findings of this research.

In response to a direct question, nearly 76% of participants indicated that the siege has negatively affected their work at hospitals.

In contrast, 8% indicated that the siege has positive effects on their work as it stimulated creativity and growth.

The vast of participants (88%) indicated that they had contributed to sustaining the provision of health services.

Regarding the WHO six building blocks findings showed that the siege has affected the delivery of services in a negative way in general

The negative effects of the siege affected the six components in the following order; availability of drugs followed by computerization and health information system.

The least affected component was health financing and resourcing.

Possibly, the resources recruited through donations and external support have somewhat alleviated the effects of siege on the delivery of health services.

Regarding coping strategies, various coping strategies were utilized to mitigate the effects of siege including rationalization of drug use and operational costs, recruitment of medical delegates from outside Gaza, reduction of elective surgeries, procurements of services from NGOs and heavy investment in capacity building and training. Despite the siege, some specialized tertiary services were introduced such as cardiac catheterization and cardiac surgery.

Inferential statistics show that differences in the negative perceptions of the effect of the siege were not statistically significant in relation to age, gender, and position. Contrarily, bachelor degree holders, employees being paid by Ramallah government, employees of Naser and Shifa hospitals, and physicians had reported more negative perceptions as a result of the siege than their counterparts with statistically significant differences.

The study recommended showing more commitment to maintain and promote the provision of diagnostic and therapeutic services at hospitals.

The capacity of hospitals to provide services responding to the demands of the population should be promoted.

The effects of the siege could be minimized through better preparedness, expanding the provision of services, securing needed equipment and strengthening the relationships between the governmental and non-governmental sector.

Also, heavy investment in training is recommended to ensure self-sufficiency coincided with improving the governance and leadership in order to better manage risks associated with siege.

Increasing investment in health information system and monitoring practices is also essential.

Essentially, the capacity of MOH to recruit resources needs to be promoted.

Finally, given the utmost importance of health as a fundamental human right, indivisible from other human rights, it is critically important for all parties to exert every possible effort to ensure sustainable access to health care for the Palestinians at all circumstances. Consequences of the above situations imply that urgent measures need to be taken to support the delivery of health services and to meet the increasing demands for health services particularly for vulnerable groups.

Because the ultimate solution is political in nature, advocacy and lobbying measures should be taken by all parties to end up the occupation, break the siege and promote the internal Palestinian reconciliation.

