عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة

شادي محمد أبو بريك

رسالة ماجستير

القدس – فلسطين

1441هـ/ 2020م

واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة

إعداد:

شادي محمد أبو بريك

بكالوريوس إدارة الأعمال من جامعة الأزهر – غزة

إشراف: د. تهاني جفال

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير من معهد التنمية المستدامة/ كلية الدراسات العليا/ جامعة القدس

1441هـ/2020م

جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
بناء المؤسسات وتنمية بشرية
معهد التنمية المستدامة

إجازة الرسالة

واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية قطاع غزة "

اسم الطالب: شادي محمد عكاشة أبو بريك
الرقم الجامعي: 21620251

إشراف: الدكتورة تهاني حسين جفال

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ:2019/12/31 من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتواقيعهم:

1- رئيس لجنة المناقشة: الدكتورة تهاني جفال التوقيع: .....

2- ممتحناً داخلياً: الدكتور بسام أبو حمد التوقيع: .....

3- ممتحناً خارجياً: الدكتورة سامية عبد المنعم التوقيع: .....

القدس – فلسطين

1441هـ/2020م

الإهداء

إلى معلم البشرية، النبي الحبيب صلوات الله وسلامه عليه.....

محمد بن عبد الله،،،

إلى شهدائنا الأبرار وأسرانا البواسل، الذين رسموا حدود هذا الوطن....

فلسطين الحبيبة،،،،

إلى صاحب اليد الحنونة التي رسمت لي طريق السير في هذه الحياة....

والدي العزيز المرحوم المغفور له بإذن الله،،،

إلى مَنْ هم سندي وعوني في هذه الحياة....

أمي الحنونة وأخي الغالي،،،،

إلى مَنْ شاركني الحياة سرائها وضرائها، إلى مَنْ أرى نور الحياة بهم....

زوجتي العزيزة وأبنائي الغوالي

لمى، لميس، محمد، محمود، ديما، دانا

إلى كل مَنْ مد يد العون وساعدني في إنجاز هذه الدراسة...

زملائي وزميلاتي الأفاضل،،،

الإقرار

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

التوقيع:

شادي محمد أبو بريك

التاريخ: 2019/12/31م

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين ... وأصلي وأسلم على أشرف الخلق أجمعين سيدنا محمد عليه أفضل الصلوات وأتم التسليم.

الحمد لله الذي جعلنا عبيداً له ومنّ علينا نعمة تلقي العلم وجعلنا نشكر أهل العلم بقوله تعالى: " ومن يشكر فإنما يشكر لنفسه"، وقول الرسول ﷺ : " من لا يشكر الناس لا يشكر الله".

في البداية أتقدم بالشكر إلى جامعة القدس وأعضاء هيئة التدريس، وأخص بالذكر الدكتورة الفاضلة/تهاني جفال على ما بذلته من جهد في الإشراف والتوجيه والإرشاد فجزاها الله خيراً وجعل ذلك في ميزان حسناتها.

كذلك أتقدم بالشكر الجزيل للدكتور /بسام أبو حمد والدكتورة/سامية عبد المنعم لتفضلهما بقبول مناقشة هذه الرسالة، وإبداء الملاحظات حول هذا العمل العلمي.

كما أتوجه بالشكر والامتنان لإخواني الزملاء العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية بغزة، وأخص بالذكر : الإخوة الأفاضل أ. وليد صباح مدير وحدة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية و أ. تغريد الغوطي رئيس قسم الاتفاقيات بالإدارة العامة للتعاون الدولي على دورهم المساند لي أثناء إعداد هذه الرسالة فجزاهما الله عني خير الجزاء.

وفى الختام أتقدم بالشكر والعرفان إلى كل من كان له نصيب في المساعدة في إظهار هذا العمل المتواضع إلى النور.

مصطلحات الدراسة

الشراكة: هي اتفاق طوعي بين فاعلين متعددين ومتساويين من قطاعات مختلفة مسبقًا، يتفقان على العمل سويًا؛ للوصول إلى هدف مشترك أو حاجة محددة تتضمن المشاركة في المخاطر والمسؤوليات والوسائل والكفاءات (المنتدى الاقتصادي العالمي، 2005).

القطاع الصحي الحكومي: ذلك القطاع الذي تمثله وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، والتي تشمل المستشفيات، والرعاية الأولية، والتي تقوم على تقديم الخدمات الصحية العامة والرعاية الصحية، وبجودة عالية للجميع (خليل، 2016).

المؤسسات الأهلية الصحية: هي أي منظمة أو مؤسسة غير حكومية، تقدم الخدمات الصحية للسكان، ولا يشمل ذلك المؤسسات الخاصة، وهي بمكانة دعامة للقطاع الصحي الحكومي.

الاستدامة: هي عملية مستمرة وليست منتجًا محددًا وثابتًا، وتعني تزويد الأجيال القادمة بحجم من الفرص يماثل أو يزيد على ما تمَّ تزويد الأجيال الحالية به (الاتحاد الدولي لحماية الطبيعة، 2008).

الخدمات الصحية: تشمل الخدمات الصحية جميع الخدمات التي تُعنى بتعزيز الصحة وصونها واستعادتها، وهي تشمل كل الخدمات الشخصية والمرتكزة على السكان (منظمة الصحة العالمية، 2016).

الملخص

هدفت الدراسة التعرف إلى واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وتكوَّن مجتمع الدراسة من (194) من مديري وزارة الصحة ومديري المؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة، وتمَّ استخدام أسلوب الحصر الشامل لجميع مفردات مجتمع الدراسة، واستخدم الباحث الاستبانة كأداة للدراسة، حيث تم إعدادها بصورتها الولية وتم عرضها على المحكمين، وتم التأكد من صدقها وثباتها، وتمَّ استرجاع (180)، أي بنسبة استرداد (92.73%)، وتمَّ استخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS لتحليل البيانات.

وتوصّلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها: وجود تخطيط استراتيجي بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة وقد جاء بوزن نسبي (72.80%)، وكذلك وجود درجة كبيرة من الموافقة من قبل أفراد مجتمع الدراسة لواقع الرقابة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة وقد جاء بوزن نسبي (70.80%)، وأن التشريعات القانونية الحالية تسمح بتحقيق الرقابة والتنظيم على عقود الشراكة بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية، بالإضافة إلى أن هناك تراجع ملحوظ في تمويل الخدمات الصحية من قبل الممولين والجهات الرسمية وضعف في توفير مصادر تمويل أكثر موثوقية بفعل الحصار المفروض على قطاع غزة.

وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات تقدير أفراد عينة الدراسة حول واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية و استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة تُعزى لمتغير (العمر، النوع، سنوات الخبرة، جهة العمل، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي).

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات، من أهمها: تكثيف الجهود بين أطراف العلاقة من أجل وضع سياسات وخطط تمويلية بديلة ومستدامة للقطاع الصحي. وكذلك تفعيل دور الجهات القانونية في وضع برتوكولات تعاون أو دليل شراكة يضمن حقوق الطرفين مع توضيح شامل للأدوار والمسؤوليات.

The reality of the partnership between the governmental health sector and the health NGOs and its impact on the sustainability of health services in the Gaza Strip

Prepared by: Shadi Mohammed Okasha Abu Break.

Supervisor: Tahani Jaffal

Abstract

The study aimed to identify the reality of the partnership between the government's health sector and the non-governmental health institutions and its impact on the sustainability of health services in the Gaza Strip. The study was based on the analytical descriptive approach, and the survey population consisted of (194) managers working in the Ministry of Health and managers of health NGOs in the Gaza Strip. A complete census was carried out addressing the entire study population, and a questionnaire was used as a study tool. It was drafted and submitted to the reviewers who confirmed its validity and reliability. (180) questionnaires were retrieved with a recovery rate of (92.73%). The SPSS statistical analysis program was used for data analysis.

The study reached a number of results; the most notable of which: the presence of strategic planning between the government's health sector and health NGOs in the Gaza Strip at a relative weight of (72.80%). Moreover, there appeared to be a considerable degree of consensus among the members of the population about the reality of control between the government's health sector and health NGOs in the Gaza Strip at a relative weight of (70.80%). In addition, the current legal enactments allow for the supervision and regulation of partnership contracts between the Ministry of Health and health NGOs. There is also a marked decline in funding health services by financiers and official bodies, and weakness in providing more reliable funding sources due to the blockade imposed on the Gaza Strip.

The results showed that there are no statistically significant differences at ($0.05 \geq \alpha$) between the mean scores of the sample regarding the reality of the partnership between the government's health sector and health NGOs and the sustainability of health services in the Gaza Strip considering the variables of age, gender, years of experience, workplace, Job title, educational qualifications.

The most important recommendations the study came to are asking the related authorities to exert more efforts on setting alternative and sustainable policies and funds for the health sector, and activating the role of legal entities in setting cooperation protocols or a partnership manual that guarantees the rights of all parties and clarifies their roles and responsibilities.

الفصل الأول

خلفية الدراسة

1-1 مقدمة

حظيت الشراكة بين القطاعين العام والأهلي مؤخرًا باهتمام كبير من الحكومات في مختلف أنحاء العالم؛ إدراكًا لأهمية العمل التعاوني والتشاركي بين القطاعين، بعد أنْ ثبت فعليًا عدم قدرة أحد القطاعين العمل بمفرده لتحقيق أهدافه؛ الأمر الذي تطلب إقامة علاقات تشاركية، يتم من خلالها الاستغلال الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة من قبل الطرفين، بهدف تحقيق التنمية المستدامة.

وتشير نتائج بعض الدراسات إلى أنَّ كُلَ تعاونٍ بين منظمات المجتمع المدني والدولة خاصة في القطاع الصحي يتطلب شراكات مختلفة، بالإضافة إلى التزام الدولة والمنظمات غير الحكومية بالتعاون، من أجل تحسين تقديم الخدمات، وتقليل التفاوتات الصحية (Hushie, 2016).

ويُعَدُّ القطاع الصحي بمؤسساته من أهم القطاعات التي يجب أنْ تحظى بدرجة كبيرة من الدعم والاهتمام؛ لِمَا يقع عليه من مسؤولية في المحافظة على صحة ورعاية المواطنين في أي دولة في العالم (الغوطي، 2015).

وتُعَدُّ وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من أهم المؤسسات الصحية وأكثرها حيوية، باعتبارها المقدم الرئيس لخدمة ورعاية سكان قطاع غزة، والبالغ عددهم (1.9) مليون نسمة، من خلال المستشفيات، ومراكز الرعاية الأولية التابعة لها (وزارة الصحة، 2016). ويؤثر الحصار المفروض

على قطاع غزة في كمية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة للسكان، لا سيما وأن وزارة الصحة تقدم الخدمات الصحية الثانوية لأكثر من (90%) من السكان (وزارة الصحة، 2013)، حيث بلغت حالات الدخول لمستشفيات وزارة الصحة (197.391) حالة سنويًا، و(32.725) في المستشفيات الأهلية (وزارة الصحة، 2018).

كما أنَّ المؤسسات الأهلية الصحية عانت نتيجة للحصار كبقية شرائح ومؤسسات المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة، ولكنها عملت جاهدةً على حماية القطاع الصحي الفلسطيني من الانهيار، حيث قامت بتنفيذ العديد من البرامج والمشاريع، ونتيجة لتردي وتراجع الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة الفلسطينية على أثر الحصار المفروض على قطاع غزة؛ طرأت زيادة ملحوظة على نوعية وعدد الخدمات التي تقدمها المؤسسات الأهلية الصحية في الفترة الأخيرة (منظمة الصحة العالمية، 2008).

إنَّ الشراكة بين القطاع الصحي العام والأهلي، تعد وسيلة ناجعة لتعزيز استدامة الخدمات الصحية، من خلال تبادل الأفكار والموارد والخبرات الطبية بين القطاعين، ورفع مستواها، وترشيد الإنفاق على منظومة الرعاية الأولية؛ من أجل تقديم خدمات صحية نوعية للمواطنين، وقد أثبتت الدراسات السابقة كدراسة (حمدونة،2017) أنَّ الشراكة تعد مدخلًا مناسبًا للقطاع العام الذي يعاني من القصور في جوانب قدرته على توفير البنية التحتية وخدمات أفضل بكفاءة أعلى، هذا ما أكّدته آراؤهم بنسبة موافقة 29.79% من المستطلع آراؤهم على ذلك.

وبناءً على ما سبق؛ سيقوم الباحث بدراسة واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

1-2 مشكلة الدراسة

يعد القطاع الصحي الحكومي في قطاع غزة من أكثر القطاعات تضررًا بسبب الحصار الإسرائيلي وما نجم عنه من نقص في الأدوية والمستهلكات والمعدات الطبية، وعدم توفر الوقود اللازم لتشغيل المولدات نتيجة الانقطاع المتكرر للتيار الكهربائي مما يعرض حياة المرضى للخطر، بالإضافة إلى الزيادة السكانية المضطردة في قطاع غزة، حيث أظهرت (تقارير الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2018) أنَّ هناك زيادة ملحوظة في أعداد السكان في العام (2017) من (1.876.66,1) إلى (1.932.843) في العام (2018) وكذلك ارتفاع في معدلات المراضة للأمراض المزمنة (وزارة الصحة، 2018).

لكل ما تقدم نستنتج أنَّ القطاع الصحي الحكومي يواجه تحديات جمة أهمها نقص الإمكانات المادية والبشرية والتقنية، وزيادة الطلب على الخدمة الصحية.

وقد يكون رفع مستوى التعاون والتكامل بين مؤسسات المجتمع المحلي لا سيما الصحية منها السبيل الأمثل لمواجهة هذه التحديات، وكون الباحث يعمل في وحدة التنسيق مع المؤسسات الأهلية بوزارة الصحة، ومن خلال اطلاعه على المراسلات والتقارير الإدارية والمالية لهذه المؤسسات، يتضح جليًا حجم التعاون والتنسيق والتشارك بين وزارة الصحة الفلسطينية وبين هذه المؤسسات ودورها الهام في تعزيز ومساندة وزارة الصحة الفلسطينية في تقديم الخدمات الصحية خاصة في ظل الأزمات والطوارئ، لكن هذا التعاون والتنسيق بحاجة إلى مزيداً من التخطيط والتنظيم بهدف تحقيق الأهداف الخاصة بالقطاع الصحي ككل وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية، ومن هنا يمكن حصر مشكلة الدراسة الحالية في السؤال الرئيس الآتي:

ما واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة؟

1-3 أهمية الدراسة

1-3-1 الأهمية العلمية

تكمن الأهمية العلمية للدراسة في النقاط الآتية:

1. أهمية العلاقة التشاركية بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية، تأتي من كون الشراكة من الموضوعات التي حظيت – وما زالت– باهتمام الباحثين والدارسين والمسؤولين في جميع المجالات وخاصة مجال الرعاية الصحية؛ لِمَا لها عظيم الأثر في تحسين الخدمات الصحية.
2. يأمل الباحث أنْ تسهم هذه الدراسة في إضافة مادة علمية جديدة للمكتبات الفلسطينية والعربية.
3. تنبع أهمية هذه الدراسة من كونها محاولة في ميدان البحث العلمي في هذا الاطار، حيث تعد هذه الدراسة الأولى من نوعها – في حدود علم الباحث– التي تناولت دراسة واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة، وفق أسس علمية ومنهجية واضحة.

1-3-2 الأهمية العملية

1. من المتوقع أنْ تقدم الدراسة الحالية لصانعي القرار في الحكومة بشكل عام والقطاع الصحي بشكل خاص، صورةً حقيقية عن واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة؛ الأمر الذي يسهم ويعزز استدامة وتحسين الخدمات الصحية، رغم ما يعانيه قطاع غزة من انقسام سياسي، وحصار إسرائيلي، وهجمات إسرائيلية متكررة، أدت إلى إضعاف قدرة القطاع الصحي على الصمود في ظل تلك المتغيرات.

2. من المتوقع أنْ تسهم الدراسة الحالية في تحديد المتطلبات الرئيسية لعملية الشراكة التي من شأنها أنْ تؤدي إلى استدامة الخدمات الصحية، وتقديمها بشكل آمن للمواطنين من قبل المؤسسات الصحية الفلسطينية.

3. يأمل الباحث بأنْ تتوصل الدراسة الحالية إلى نتائج وتوصيات تسهم في تحقيق أفضل السبل التي تعزز من عملية الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية.

1-4 أهداف الدراسة

تسعى الدراسة إلى تحقيق الآتي:

1. توضيح طبيعة الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية في قطاع غزة.
2. التعرف على مستوى استدامة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العاملة بقطاع غزة.
3. الكشف العلاقة بين "الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية" واستدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.
4. التعرف على أثر للشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الصحية الأهلية على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.
5. الكشف عن فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات تقدير أفراد عينة الدراسة حول تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة تُعزى لمتغيرات (العمر، النوع، سنوات الخبرة، جهة العمل، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي).

1-5 أسئلة الدراسة

انطلاقًا من مشكلة الدراسة وسؤالها الرئيس وأهدافها، فإنَّ الدراسة تتمحور حول الأسئلة الآتية:

1- ما طبيعة الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية في قطاع غزة؟

2- ما مستوى استدامة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العاملة في قطاع غزة؟

3- هل يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية واستدامة الخدمات الصحية في قطاع غزة.

4- هل يوجد أثر دال إحصائياً للشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الصحية الأهلية على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات تقدير أفراد عينة الدراسة حول تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة تُعزى لمتغيرات (العمر، النوع، سنوات الخبرة، جهة العمل، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي).

1-6 فرضيات الدراسة

- الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية للشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية في تحقيق استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

وينبثق من الفرضية الرئيسية الأولى الفرضيات الفرعية الآتية:

1. يوجد علاقة ذات دلالة إحصائيًة عند ($\alpha \leq 0.05$) بين التخطيط الاستراتيجي واستدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.
2. يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha \leq 0.05$) بين الإطار القانوني واستدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.
3. يوجد علاقة ذات دلالة إحصائيًة عند ($\alpha \leq 0.05$) بين المعلومات الصحية واستدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.
4. يوجد علاقة ذات دلالة إحصائيًة عند($\alpha \leq 0.05$) بين الرقابة واستدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.
5. يوجد علاقة ذات دلالة إحصائيًة عند ($\alpha \leq 0.05$) بين التمويل واستدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

الفرضية الرئيسية الثانية: يوجد أثر دال إحصائياً لمكونات الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية في تحقيق استدامة الخدمات الصحية.

الفرضية الرئيسية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات تقدير أفراد عينة الدراسة حول تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة تُعزى لمتغيرات (العمر، النوع، سنوات الخبرة، جهة العمل، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي).

1-7 حدود الدراسة

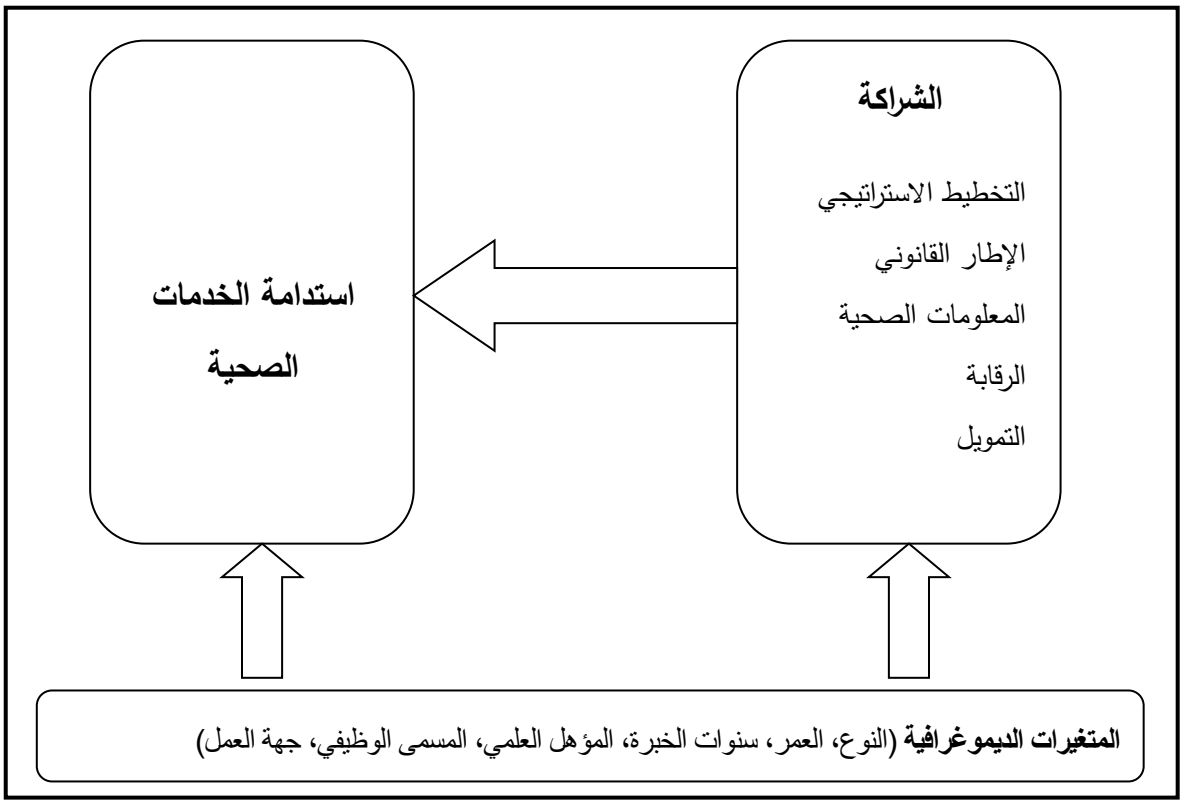
1- **الحدود المكانية:** اقتصرت الدراسة الحالية على محافظات غزة.
2- **الحدود الزمنية:** اقتصرت الدراسة على العام (2018م).
3- **الحدود البشرية:** تمَّ تطبيق الدراسة على عينة عشوائية طبقية من شاغلي الوظائف الإشرافية (العليا، الأولى) في وزارة الصحة بقطاع غزة، متمثلة في (وكيل وزارة، وكيل وزارة مساعد، مدير عام، نائب مدير عام، مدير دائرة)، بالإضافة لمديري المؤسسات الأهلية الصحية.
4- **الحدود الموضوعية:** واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

1-8 محددات الدراسة ومعوقاتها

لا يخلو أي عمل بحثي من محددات ومعوقات، ومن المعوقات التي يتوقع الباحث أنْ تواجهه في إعداد الدراسة ما يلي:

1- نقص المراجع والمصادر المتعلقة بالشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الصحية الأهلية.
2- صعوبة الحصول على الإحصاءات والتقارير المتعلقة بالبرامج والأنشطة المشتركة بين القطاع الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية.
3- معوقات تتعلق بخصائص القطاع الصحي في قطاع غزة، خاصةً في ظل ظروف الحصار والحروب، وحالة الانقسام الفلسطيني.

1-9 متغيرات الدراسة:



شكل رقم (1-1) يوضح العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة والديموغرافية بالاعتماد على مخرجات جلستي تفاكر بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية وأداتي PSAT ,PATH.

المصدر: إعداد الباحث

1-10 هيكلية الدراسة:

تشتمل الدراسة على خمسة فصول وهي مقسمة على النحو التالي:

الفصل الأول: يعرض خلفية الدراسة وتشمل خلفية الدراسة ومشكلتها وأهميتها وتفصيل هيكلية الدراسة

الفصل الثاني: يتضمن محتويات الإطار النظري والدراسات السابقة.

الفصل الثالث: يتطرق إلى منهج الدراسة وأدواته والمجتمع الذي أجريت عليه الدراسة وعينة الدراسة وخصائصها وإجراءات التحقق من صدق الدراسة وثباتها ويبين أيضاً حدود الدراسة الزمانية والمكانية والبشرية والتحليل الإحصائي.

الفصل الرابع: يعرض نتائج التحليل الإحصائي للبيانات التي سيتم الحصول عليها ثم عرض تلك النتائج والإجابة عن أسئلة الدراسة والتحقق من صحة الفرضيات.

الفصل الخامس: يتضمن الاستنتاجات والتوصيات التي بنيت عليها نتائج الدراسة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

2-1 المبحث الأول: الشراكة

2-1-1 المقدمة

أضحت الشراكة بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية من البدائل الحديثة المطروحة لتحقيق التنمية والحد من المشاكل الاجتماعية للمجتمعات، فلم يعد بمقدرة الدول المتقدمة والنامية على حدٍ سواء، أنْ تضطلع بكل المهام التنموية في مجتمعاتها.

وقد بات جلياً أن احتياجات المجتمعات كثيرة جدًا ومشاكلها شديدة التعقيد إلى درجة أن أي من القطاعات الثلاثة (الحكومي والخاص والأهلي) لن تتمكن من تلبية تلك الاحتياجات لوحده لذلك وفي هذا الإطار يتوجب على تلك القطاعات المتنوعة التعاون مع بعضها البعض لتحقيق رؤيتها المتمثلة في مجتمع أفضل. لا سيما وأن الشراكة تمكن مختلف الشركاء من الوصول إلى موارد جديدة لم يكن لهم أن يملكوها من غير العمل مع الآخرين من بينها التمويل والمعلومات والخبرات والمهارات، الأمر الذي ألزم العديد من الدول حول العالم خلال السنوات الماضية في تقدير فضائل الشراكة والتعاون عن قرب بين الجهات الحكومية والمنظمات غير الحكومية لمواجهة التحديات لتلبية الاحتياجات، وقد شهدت العقود القليلة الماضية زيادة كبيرة في شراكات المنظمات غير الحكومية العامة في القطاع الصحي في العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل كوسيلة لتحسين صحة الجمهور (لجنة تنسيق المنظمات غير الحكومية لأجل العراق، 2019).

ويمكن القول أنَّ الطريق للوصول إلى شراكة فاعلة ليست بالطريقة السهلة، ولكن تعترضها الكثير من المعوقات والتحديات التي لا مجال لمواجهتها، فلا بُدَّ من تحديد منهجية وأسس واضحة للشراكة. لا سيما وأن هناك توجهات حثيثة لتوسيع نطاق وأشكال التعاون، ولمأسسة هذه الشراكة، وذلك لضمان استمرارها واستدامتها (المركز الدولي لقوانين المجتمع المدني، 2014).

وسنتطرق في هذا المبحث لمفهوم الشراكة، وتعريفها، وأهميتها، وأهدافها، ومبادئها، ومبادئ الشراكة الجيدة، ومتطلباتها، وفوائد الشراكة، وعوامل نجاح الشراكة، وطبيعة الشراكة بين القطاع الحكومي والمنظمات غير الحكومية، بالإضافة إلى تحديات ومعوقات الشراكة.

2-1-2 ماهية الشراكة

إنَّ مفهوم الشراكة Partnership يختلط بمفاهيم عدة أخرى لها علاقة به (الاجتماعي، الاقتصادي، السياسي)، إلا أنَّ دلالة كل مفهوم تختلف عن الآخر، ومن ذلك مفهوم المشاركة Participation، أو التعاون، أو التنسيق. إلا أن مفهوم الشراكة من وجهة نظر تنموية فهي يتضمن علاقة تكامل، بين قدرات وإمكانات طرفين أو أكثر، تتجه لتحقيق أهداف محددة، وفي إطار من المساواة بين الأطراف، لتعظيم المزايا النسبية التي يتمتع بها كل طرف، وأيضًا في إطار احترام كل طرف للآخر، وتوزيع الأدوار، وتحمل المسؤوليات بقدر كبير من الشفافية (العتيبي، 2009).

ويعد أيضًا مفهوم الشراكة من المفاهيم التي لم تحظَ بتحديد قاطع، شأنه في ذلك شأن معظم المفاهيم في مجال العلوم الإنسانية، كما أنَّ مفهوم الشراكة يبدو ملموسًا حديثًا في أدبيات العلوم الإنسانية والاجتماعية (بعلوشة، 2013).

ويشير أبو (أبو النصر، 2007) إلى أنَّ مفهوم الشراكة "يدعو إلى التعاون، واعتماد متبادل بين طرفين أو أكثر لتحقيق أهداف مشتركة، لها عائد إيجابي على أطراف هذه العلاقة".

وبحسب قاموس **Merriam_ Webster online** بوصفها علاقة قانونية موجودة بين اثنين أو أكثر من الأشخاص والشراكات مرتبطين تعاقدياً كمدراء مشتركين في عمل تجاري أما قاموس Collins essential English فقد عرفها بأنها العلاقة التي فيها يعمل اثنين أو أكثر من الأشخاص أو المنظمات أو البلدان سوية بوصفهم شركاء (Miller and Ahmad, 2000).

ولقد عرَّف (حسن، 2004) الشراكة بأنَّها: "ميثاق بين طرفين يقوم على أساس التفاعل البناء والاتصال المستمر والشفافية المطلوبة بينهما، وتحدد بمقتضاه الأهداف والتوقعات والاهتمامات والمصالح والمسؤوليات المشتركة بين الشركاء".

وقد عرَّفها (بعلوشة، 2013) بأنَّها: وسيلة لتحقيق الأهداف، وهي هدف بحد ذاتها، وفرصة لتنمية التفاعل الإنساني الهادف، وأهم مبادئها أنَّ مَنْ يشترك في صنع القرار سيكون المدافع الأول عنه والملتزم الأساسي به.

كما عرفها دوور وجوين بأنَّها: "العلاقة التي تنتج عن أوجه التعاون المشترك بين منظمات المجتمع المختلفة في أحد مجالات التنمية، والتي تقوم على أساس مشترك في الرؤية والأهداف والمراقبة والتعليم، والتي تتطور مع مرور الوقت" (Durr & Gwen, 2001).

ويعرفها ابن حبيب (2002) بأنَّها: "اتفاقية يلتزم بمقتضاها شخصان طبيعيان أو معنويان أو أكثر، على المساهمة في مشروع مشترك، بتقديم حصة من عمل أو مال، بهدف اقتسام الربح الذي ينتج عنها بلوغ هدف اقتصادي ذي منفعة مشتركة؛ كاحتكار السوق أو رفع مستوى المبيعات".

وتعرفها قنديل (2005) بأنَّها: "علاقة بين طرفين أو أكثر، تتوجه لتحقيق النفع العام أو الصالح، وتستند إلى اعتبارات المساواة والاحترام والعطاء المتبادل، الذي يستند إلى التكامل، حيث يقدم كل طرف إمكانية بشرية ومادية وفنية أو جانب منها لتعظيم المردود، وتحقيق الأهداف"

وتعد الشراكةُ تجسيدًا لشكل من أشكال التعاون بين أشخاص ذوي مرجعيات وثقافات أحيانًا متباينة، أو بين مؤسسات مختلفة في بنياتها ووظائفها، ولكن روح التضامن والرغبة في المساهمة والمشاركة، سواءً كانت مادية أو معنوية، ويتضح ذلك من خلال تبادل الخبرات بين الأطراف المتعاقدة، تذوب هذه الاختلافات، وتستنفر طاقات الجميع نحو تحقيق مشروع مشترك (جمعية العمل الاجتماعي، 2012).

مما تقدم يستنتج الباحث أنَّ الشراكة مفهوم حديث، متعدد الأوجه، ذو أهمية متزايدة، وهي بمثابة علاقة تعاقدية طويلة الأجل بين طرفين أو أكثر أحدهما القطاع العام والطرف الآخر قد يكون (أشخاص، منظمات غير حكومية، شركات خاصة) تنشأ بهدف تقديم خدمات للمجتمع في مناحي مختلفة اقتصادية واجتماعية وصحية وتعزيز الدور التكاملي والمسؤولية المشتركة بينهما لتحقيق أهداف كل طرف بشكل خاص وأهداف المجتمع بشكل عام.

2-1-3 مبررات الشراكة

تعد شراكة القطاعين العام والأهلي نموذجًا متطورًا لأنشطة الأعمال التي تساعد القطاع العام على الوفاء باحتياجات المجتمع من الخدمات العامة بأساليب مستحدثة، ويمكن حصر مبررات اللجوء إلى أسلوب الشراكة بالنقاط الآتية:

1. عدم قدرة الحكومات على تحقيق التنمية المستدامة بمفردها (إدارة الدراسات الاقتصادية والمالية، 2010).

2. محدودية الموارد المالية والبشرية والتكنولوجية لدى العام، بسبب تعدد المجالات والمشاريع التي يتطلب تنفيذها، وتعمل الشراكة على تخفيف حدة المنافسة بين هذه المجالات، من خلال تبادل الالتزامات بين الشركاء.
3. نقص موارد التمويل المخصصة لبرامج التنمية الاجتماعية، ومطالبة المواطنين بتحسين الخدمات المقدمة من المؤسسات الحكومية.
4. زيادة الفاعلية والكفاءة من خلال الاعتماد على الميزة المقارنة، وعلى تقسيم العمل العقلاني.

ويرى الباحث أنَّ ما يتعرض له قطاع غزة من حصار، وانقسام سياسي، واعتداءات إسرائيلية متكررة، أثَّر وبشكل مباشر على واقع الخدمات الصحية، وبذلك كان لزاماً على وزارة الصحة البحث في عدة بدائل والتي تعد الشراكة أحد أهم هذه البدائل؛ للتخفيف من أثر العوامل السابقة على الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين وضمان استمراريتها.

2-1-4 أهمية الشراكة

تبرز أهمية الشراكة في كونها وسيلة لتحقيق أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية خصوصاً في الدول الأقل نمواَ، حيث يتمحور دور الدولة في رسم السياسيات، واتخاذ القرارات ، أما المؤسسات الأهلية فهي بطبيعتها تسعى إلى تقديم بعض الخدمات والاحتياجات الاجتماعية التي تعجز عنها الحكومة ومن هنا تظهر العلاقة التكاملية في الجانبين من تحقيق المصلحة العامة.

وقد ذكر إبراهيم (2007) أن أهمية الشراكة المجتمعة، تتمثل في أنها إحدى الأدوات التي يمكن من خلالها النهوض بالمجتمع والارتقاء به، والعمل على تحسين مستوى حياة المواطنين اجتماعيًا واقتصاديًا، ذلك من خلال إسهام أبناء المجتمع تطوعًا في جهود التنمية، سواءً بالرأي أو بالعمل أو بالتمويل، وحث الآخرين على المشاركة، وعدم وضع العراقيل أمام الجهود المبذولة من جانب قيادات المجتمع، وغير ذلك من الأمور التي تؤدي إلى تنمية المجتمع وتحقيق أهدافه.

فيما ذكر (Al Haq, 2004) أنَّ أهمية الشراكة مع المنظمات غير الحكومية تكمن في أنَّها تعمل على خفض المخاطر، والتخفيف من مسؤوليات الحكومة، وتقليل ديون القطاع العام، وتحسين نوعية الخدمات المقدمة فيه.

وعليه يمكن القول أن أهمية الشراكة تكمن في أنَّها تساهم مباشرة في إنجاح البرامج الصحية، وتحقق التعاون والتكامل بين المؤسسات الصحية المختلفة، وتلبية احتياجات المجتمع؛ من أجل الارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

2-1-5 أهداف الشراكة

إنَّ مشاركة المؤسسات غير الحكومية في الدور التنموي هو بمكانة نقلة نوعية في أهداف تلك المنظمات، من كونها ليس مؤسسات لتقديم العمل الخيري فحسب، بل تحولها إلى كيان فاعل في تحقيق التنمية الشاملة، وإحداث تغييرات إيجابية في حياة المجتمع للأفضل، بحيث يشارك فيها المجتمع (حجازي، 2000).

إنَّ الهدف من التعاون بين الدولة ومنظمات المجتمع المدني هو تعزيز مؤسسات الدولة، وخلق مناخ يكون فيه التزام مدني قابلًا للتطبيق. كما أنَّ الأهداف الرئيسية للشراكة بين القطاع العام ومنظمات المجتمع المدني هي تحقيق كفاءة أكبر (Jesica, 2004).

ويرى الباحث أنَّ الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية تهدف إلى:

- تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في المجتمع.
- تعزيز القدرة على تغطية الأولويات من الاحتياجات الصحية في المجتمع.
- تعزيز الثقة المتبادلة بين أطراف الشراكة من أجل تحقيق التنمية في المجتمع.
- زيادة درجة التعاون والتنسيق بين أطراف الشراكة لصالح خدمة المجتمع.
- تعزيز الشعور بالانتماء، وتحمل المسؤولية لدى أطراف الشراكة اتجاه المجتمع.

2-1-6 مبادئ الشراكة

توجد جملة من المبادئ التي لا يتحقق للشراكة معنى إلا من خلالها، لذلك؛ يجب التوافق على قاعدة مشتركة مبينة على المبادئ الآتية: (الإدارة العامة للسياسات_ حكومة دبي، 2011):

- **الالتزام والتعهد:** وهو أن يتم إنجاز وتنفيذ القرارات التنموية وفقاً لمنهجية وأهداف تحدد دور كل شريك في ظل مناخ إداري فعال يتعهد كل طرف فيه بالالتزام بالدور المحدد له من قبل.
- **الاستمرارية:** غالباً ما تستمر مشاريع الشراكة إلى فترات طويلة وخلال هذه المدة من المحتمل أن تتغير سياسات الدولة مما قد يؤدي بدوره إلى إلغاء مشروعات الشراكة. لذا يجب الأخذ في الاعتبار المدد الزمنية الملائمة عند تنفيذ مشروعات لها درجة من الحساسية السياسة، أو يجب تحديد الإطار العام ومنهجية الإدارة في ظل المتغيرات التي حكم عملية الشراكة.
- **الشفافية:** وتعني التنسيق من خلال رؤية واضحة للأساليب التي ينتهجها الشريك لتنفيذ الأهداف الموضوعة، مع التعامل بصدق ووضوح مع المتغيرات الداخلية والخارجية التي تحدث خلال فترة الشراكة.

1. **مبادئ الشراكة الجيدة:** (Durr & Gwen, 2001)

هناك بعض المبادئ عن الشراكة الجيدة، نذكر منها:

1. رسم وبناء خطة لاستدامة الشركات.
2. الاعتراف المتبادل باحتياج كل شريك للطرف الآخر.
3. بناء الثقة ين الأطراف المشتركة.
4. وجود رؤية وأهداف وقيم ومصالح مشتركة.
5. احترام إمكانات الآخر.
6. العمل وفق ثقافة تقوم على الدعم المتبادل، واحترام اختلافات الآخر.
7. إيجاد فرص للتعاون الإبداعي.
8. توجيه الصعوبات التي تكتنف العلاقات.
9. النظر إلى الشراكة بوصفها عملية تعلم مستمرة.
10. تقاسم السلطة.
11. التكيف مع السياق المحدود والطبيعة الديناميكية للشراكة.

2-1-7 معايير إقامة الشراكة

بحسب (عبد التواب، 2010) فإن هناك مجموعة من المعايير اللازم توفرها من أجل إقامة شراكة فاعلة وحقيقية تتمثل تلك المعايير في الآتي:

1. تتناول الأهداف المشتركة للجهات المشاركة فيها.
2. تقوم وفق أهداف ومعايير وقيم واضحة.
3. قادرة على تقديم وتطوير برامج فعّالة، من حيث التكلفة، والوقت المناسب.
4. أنْ تحقق أكبر استفادة وأثر في إطار عمل تعاوني لا يتحقق إذا تمَّ بشكل فردي.
5. يعزز الشركاءُ كُلًا منهما الآخر.
6. تعزز فرص الوصول إلى البرامج والخدمات والمعلومات.
7. الحد من ازدواجية الخدمات.
8. محافظة كل شريك على هويته في إطار رؤية واضحة للعمل التعاوني المشترك .
9. الشعور المتبادل والرغبة الحقيقية في العمل كشركاء.
10. مساهمة كل شريك بخبراته في إطار من المسؤولية المشتركة.
11. يعمل كل شريك على تحقيق أهداف الشراكة، وإظهار نتائجها.
12. العمل ضمن تكافؤ الفرص بين الشركاء.

ويرى الباحث أنَّ وزارة الصحة تقدَّمت بخطوات جادة نحو البدء بتفعيل أدوات الشراكة، من خلال عقد الاجتماعات الموسعة لجميع مزودي الخدمات، والتعرف إلى احتياجاتها لتقديم الخدمات

الصحية، بالإضافة إلى تسويق هذه الاحتياجات للداعمين لتوفيرها. كما وقامت الوزارة ومن خلال وحدة التنسيق والمؤسسات غير الحكومية؛ بعقد جلسة تفاكر مع هذه المؤسسات للتعرف إلى أهم متطلبات الشراكة بين الجانبين، ووضع الأسس اللازمة لإنجاحها.

بالإضافة إلى ذلك. ونظرًا لأهمية الشراكة في تقديم الخدمات الصحية؛ فقد عملت وزارة الصحة على تضمين الاستراتيجية الصحية الوطنية2014–2016 لهدف خاص يدعو إلى تعزيز الشراكة والتعاون والتنسيق بين مختلف الشركاء في القطاع الصحي، لا سيّما مقدمي الخدمات الصحية من جهة، ومقدمي الخدمات والشركاء الآخرين، كالمؤسسات، والجامعات، ومعهد الصحة العامة، ومراكز البحوث الصحية، والنقابات الصحية، بالإضافة إلى الجهات الداعمة والمانحة للقطاع الصحي. كما أنَّه من الضروري العمل على تفعيل التنسيق بين مختلف الشركاء، من خلال إيجاد آليات للتنسيق والتواصل المستمر على جميع المستويات، وتشجيع مذكرات التفاهم والشراكات ما بين الوزارة ومقدمي الخدمات الصحية الرئيسية، والتزام جميع الأطراف بالقوانين والأنظمة الموضوعة، ورفع مستوى التطبيق، والمشاركة الفعّالة في تبادل المعلومات، وتجتنب الازدواجية في تزويد الخدمات في نفس الموقع، إنَّ هذه الشراكة ستقلل من ازدواجية الخدمات وهدر الموارد في النظام الصحي (وزارة الصحة، 2014).

2-1-8 خطوات البدء بالشراكة:

يرى أبو حجر (2017) أن الخطوة الأساسية في بناء الشراكة هي الضمان بأنَّ جميع الشركاء على علم في ماهيّة الشراكة، وكل شريك ماذا يعمل؟، وما هي النتائج المتوقعة. إذا أمكن، ينبغي بناء شراكة وفقًا للهياكل أو الأنظمة الملائمة الموجودة بالفعل في المنطقة. إنشاء وتنفيذ الشراكة هو في أساس عملية ديناميكية. ويشمل هذا الإجراء مراحل عدة: التحضير والإعداد، ووضع العقد (عندما تلزم الحاجة)، وضع برنامج عمل، وتنفيذ برنامج العمل، والمتابعة والتقييم على أساس مستمر.

1. التحضير: العمل التحضيري هو أمر حاسم لتطوير شراكة ثابتة وفعّالة والبحث الدقيق في السياق جزءًا من هذه المرحلة، وتصميم التدابير الفعّالة، وواحدة من أهم جوانب هذه المرحلة هو تحديد الشركاء المناسبين، ووضع أدوار واضحة لكل منهم.

2. الخلاصة التعاقدية: وغالبًا ما تكون الشراكة قائمة على التزام رسمي تمَّ تأسيسه من قبل عدد من الشركاء الموقعين على العقد، المرتبطون بهذا العقد سيشاركون استراتيجية، وسيقومون بتنفيذ برنامج العمل المنسق لمدة تحددها الشراكة.

إعداد برامج العمل: برامج العمل ينبغي أنْ تبيِّن مصالح وأهداف جميع الشركاء، وتشمل الأنشطة والتدابير التي من شأنها أنْ تساهم في تحسين المنطقة.

التنفيذ: في هذه المرحلة يكون الشركاء على اتصال منتظم أو دوري من أجل تنسيق التنفيذ، لتمديد وإضافة إجراءات جديدة لبرنامج العمل، وفي بعض الحالات اختبار التوجهات الجديدة، يجب أنْ تقوم أنشطة العلاقات العامة بإعلام أكبر عدد من الجمهور عن الأهداف والأنشطة وإجراءات الشراكة.

المتابعة: هناك حاجة لاستخدام نظام المتابعة الشامل لتقييم إنجازات الشراكة، وتحديد التحسينات اللازم اتخاذها والتكيف لعملية التخطيط القادمة. ينبغي أنْ يتم تقييم الشراكة بشكل دوري ونشر التقارير للتدليل على القيمة المضافة من عملها.

2-1-9 فوائد الشراكة

يؤكد العالي والسيد (2006) أنَّ أهم فوائد الشراكة هي:

1. بناء استراتيجية ووضع الخطط الشاملة والمرحلية والإجرائية.
2. مأسسة الشراكة على فلسفة قائمة على المعرفة، والمهارة، والخبرة، والتغيير القيمي.
3. توفير الدعم والتأييد، واستثمار الوقت والجهد.
4. إصدار الأنظمة واللوائح التنظيمية للشراكة.
5. توضيح مفهوم الشراكة ووضع هيكليتها.
6. إشهار مؤسسات الشراكة ووضع لوائحها التنفيذية.
7. تحديد الاختصاصات ونظام الإشراف والتقويم والمراقبة.
8. تقديم الاستشارات الفنية.
9. التحفيز والتشجيع على المشاركة الفاعلة.
10. التدريب والتأهيل والتوعية والتثقيف.
11. تقديم مختلف التسهيلات لتحقيق الشراكة الحقيقية.

ويرى (Ira, 2009) أنَّ للشراكة فوائد متعدد ومختلفة باختلاف المجال الذي تعمل فيه فهي تعمل على تحقيق وتعزيز الممارسات الديمقراطية داخل المجتمع، وتحقيق الفائدة لجميع المشاركين، بالإضافة إلى تعزيز علاقات التعاون بين مؤسسات المجتمع، كما أنها تعمل على تدعيم مفهوم العمل الجماعي.

2-1-10 عوامل نجاح الشراكة:

لقد أشار أبو النصر (2007) إلى أنَّ هناك مجموعة من العوامل تساهم في نجاح الشراكة وهي كما يلي:

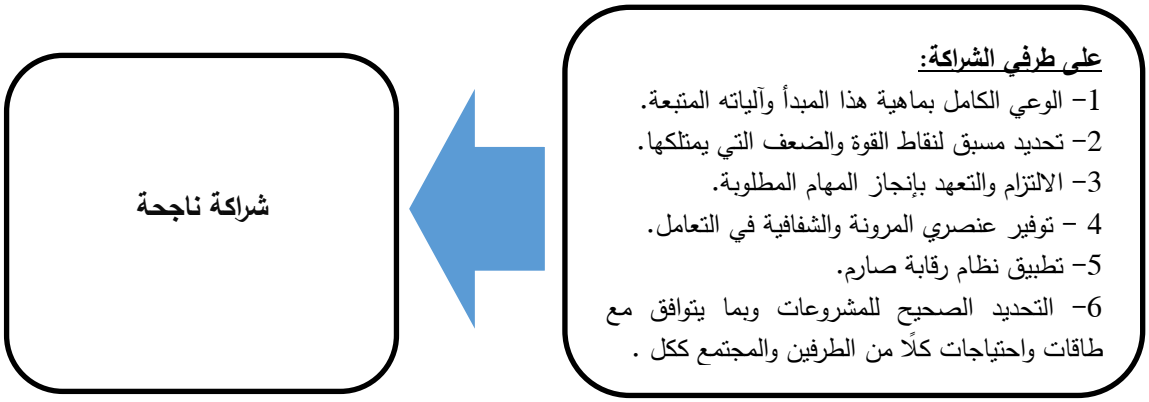
1. وجود الحاجة إلى الشراكة.

2. إدراك أطراف الشراكة للحاجة لها.
3. وجود أهداف للشراكة.
4. تحقيق مصالح مشتركة لجميع الأطراف من تحقيق أهداف الشراكة.
5. رفع شعار التكامل في الشراكة بين أطرافها.
6. الالتزام بقيمة المساواة بين أطراف الشراكة.
7. الابتعاد عن التعالي بين الشركاء.
8. مراعاة الاحترام المتبادل بين أطراف الشراكة.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك مجموعة من السمات الجوهرية التي وفي حال توفرها من شأنها أن تدعم نجاح الشراكة مثل: توفير آليات واضحة للتنسيق بين الشركاء، وتوزيع الأدوار والمسؤوليات بشكل واضح، من خلال المشاركة في تخطيط وتنفيذ الأعمال المشتركة، والعمل على تذليل العقبات والمشاكل التي تعيق عمل الشراكة، بالإضافة إلى التدفق الحر للمعلومات للاستفادة منها(أبو النصر، 2007).

ومن خلال مراجعة بعض الدراسات التي حددت متطلبات نجاح الشراكة خلصنا إلى ما يلي (تلالوة، 2017):

1. توفر ثقافة مجتمعية داعمة للشراكة تشجع هذا النشاط مع وجود تصور واقعي مشترك للشراكة مبني على نقاط القوة والضعف المتوفرة لدى أطراف الشراكة.
2. توضيح خطوط الالتزامات والمسؤوليات بين الشركاء.
3. وجود حوافز اقتصادية للشركاء.



شكل رقم (2-1) يبيِّن متطلبات الشراكة الناجحة

(هاشم، 2015: 34)

وبناء على ما سبق يمكن القول بأنَّ أهم عوامل نجاح الشراكة تتمثل فيما يلي :

1. الوضوح والفهم العميق لرؤية ورسالة وأهداف الشراكة، وآليات تطبيقها.
2. أنْ تكون الشراكة مدرجة ضمن إطار قانوني يلزم أطراف الشراكة اتجاه قضايا المجتمع.
3. سهولة تبادل المعلومات بين أطراف الشراكة، وخاصة في أوقات الأزمات والطوارئ.
4. التنسيق والتعاون بين أطراف الشراكة عبر وسائل الاتصال المتعددة.
5. تقديم جميع الإمكانات المتوفرة لدى أطراف الشراكة (مادية، بشرية).
6. ضرورة توفر دليل إجراءات عمل يوضح المسؤوليات، وتوزيع الأدوار والقيام بها بين أطراف الشراكة.

ومن الجدير ذكره أن وزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة، قد حققت النقاط الأربع الأولى من هذه العوامل، من خلال دعوة المؤسسات الأهلية إلى اجتماعات ولقاءات مختلفة، خاصة فيما يتعلق بالخطط الاستراتيجية للقطاع الصحي بشكل عام، وإدراجهم في جميع جوانب الخطط التشغيلية، وخاصة خطة الطوارئ، كما وقامت الوزارة بالعمل على تعزيز الشراكة، من خلال شراء بعض الخدمات الصحية، مثل: خدمات الولادة. وبعض العمليات الصغرى المجدولة.

بالإضافة إلى تنفيذ زيارات ميدانية تكريمية لجميع المؤسسات الأهلية العاملة في القطاع الصحي لدورهم الفاعل في تقديم الخدمات الصحية أثناء أحداث مسيرات العودة (عكاشة، حزيران 2019، مقابلة شخصية).

2-1-11 تحديات الشراكة

إنَّ الطريق إلى شراكة فاعلة بين السلطات العامة والمنظمات غير الحكومية هي ليست طريق سهلة، وهي طريق تكتنفها الكثير من التحديات التي لا مجال لمواجهتها إلا من خلال تحديد أسس واضحة لولوج هذا المجال، وتعزيز العمل فيه. إنَّ وضع أسس متينة للشراكة بين المنظمات غير الحكومية والسلطات الحكومية يحتاج إلى إخراج الأمر من إطاره النظري إلى الخطوات العملية التي تضمن مشاركة ناشطة بين كِلا الجانبين، ولعلّ من أهم تلك الخطوات العملية استحداث الأطر القانونية اللازمة لشراكة فاعلة بين السلطات والعامة والمنظمات غير الحكومية؛ تبرز جملة من التحديات التي يوجهها العمل المشترك بين المنظمات غير الحكومية والسلطات العامة، لعلّ من أبرزها:

1. ضعف الثقة بين الطرفين، وسوء الفهم للأدوار المشتركة، والتوقعات الخاطئة لِمَا يمكن أنْ يقدمه كِلا الطرفين. مفهوم الملكية وإطار التمثيل، فكيف يكون تمثيل المنظمات غير الحكومية، وكيف يتم اختيار ممثلي المنظمات غير الحكومية، وما هي حدود التفويض الذي سيمنح لهم، وما هي الواجبات التي سيقومون بها.
2. الهياكل الإدارية القديمة التي لازالت السمة الغالبة في بلدنا، وانعدام الخبرة في التواصل.
3. مستويات الشفافية والمساءلة الضعيفة، سواءً في جانب السلطات العامة أو في جانب المنظمات غير الحكومية هي من العوامل المعوقة لأي شراكة (لجنة تنسيق المنظمات غير الحكومية لأجل العراق، 2019).

ويرى الباحث أنَّ أهم التحديات التي تواجه الشراكة بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية في قطاع غزة، وخاصة التي تقدم الخدمات الصحية، هي:

1. قلة الموارد المالية والمعنوية.
2. ندرة الإمكانات البشرية المتخصصة في مجال تقديم الخدمات الصحية.
3. هجرة العقول إلى خارج قطاع غزة.
4. صعوبة الحصول على التمويل للمشاريع الصحية.
5. قلة تدريب الكوادر الطبية في التخصصات النادرة.

2-1-12 أبعاد الشراكة

قام الباحث باشتقاق أبعاد الشراكة من خلال اطلاعه على ثلاث مصادر رئيسية وهي:

1. (PATH) Partnership Assessment Tool for Health

وهي أداة مخصصة لمنظمات المجتمع المدني التي تقدم الخدمات الإنسانية ومنظمات الرعاية الصحية التي تعمل في ظل الشراكة والتي تعرف الشراكة على أنها ترتيب منظم بين منظمة للرعاية الصحية (مثل النظام الصحي، مستشفى، مزود، شركة تأمين، قسم صحة عامة محلي) وغير ربحية أو منظمة ربحية مجتمعية (مثل وزارة الإسكان، وكالة تنمية القوى العاملة، بنك الطعام، مزود التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة) إلى تقديم الخدمات لذوي الدخل المنخفض أو السكان المعرضين للخطر.

وتهدف (PATH) إلى مساعدة المنظمات الشريكة على العمل معاً بشكل أثر فاعلية لتحقيق أكبر قدر من تأثير الشراكة وضمان استمراريتها لخدمة المجتمع. من خلال إجراء حوار مفتوح وصادق حول نقاط القوة والثغرات والتحديات والفرص الضرورية للشركاء للحفاظ على التوافق، وتركيز الاتصالات، وتحديد أولويات التغييرات والضغط، كما أنها تتضمن الأبعاد التالية (Partnership for Healthy Outcomes, 2017):

أ- **العلاقات الداخلية والخارجية:** يتمثل العنصر الأساسي للشراكة الفعالة في إقامة علاقات قوية بين الشركاء ومع أصحاب المصلحة الأخرين مثل الممولين والمجتمع.

ب- **تقديم الخدمات ومتابعة العمل:** يتمثل العنصر الأساسي الفعالة في تقديم الخدمات المناسبة بطريقة تحقق أهداف الشراكة من خلال وضع مقاييس خاصة لمتعة سير العمل.

ت- **التمويل:** يتمثل أحد العناصر الأساسية للشراكات في وجود نموذج تمويل يدعم تقديم الخدمات ويمكن الشراكة من تحقيق النتائج.

ث- **البيانات والنتائج:** يتمثل أحد العناصر الأساسية للشراكات الفعالة في القدرة على جمع البيانات واستخدامها في عملية اتخاذ القرارات وتحقيق النتائج المرجوة.

2. (PSAT) Program Sustainability Assessment Tool

وهي أداة دولية معتمدة تم تطويرها لتقييم استدامة البرامج وهي مجموعة مكونة من (40) عنصر كمياً، بواسطة جامعة واشنطن، سانت لويس، ميسوري. وتحتوى هذه الوثيقة على عناصر **(PASAT)** بالإضافة إلى أسئلة مفتوحة تم تطويرها بواسطة مقيمين في مركز إدارة الأمراض المزمنة، جامعة ميشيغان، حيث أن هذه الأداة تهدف لفهم مجموعة من العوامل التنظيمية والسياقية المحددة التي يمكن أن تؤثر على قدرة البرنامج الحالية على الاستدامة بشكل أفضل، لا سيما وأن الإجابات ستحدد نقاط القوة والتحديات التي تواجه الاستدامة، وهذه العوامل هي (Center for Public Health Systems Science, 2013):

أ- **الدعم السياسي:** مدى توفير البيئة السياسية (الداخلية، الخارجية)المناسبة التي تدعم البرنامج.

ب- **الاستقرار المالي:** إنشاء قاعدة تمويلية موثوقة لبرنامجك.

ت- **الشراكات:** تنمية الروابط بين البرنامج وأصحاب المصلحة (أشخاص، شركات، مؤسسات).

ث- **القدرات التنظيمية:** الحصول على الدعم والموارد الداخلية اللازمة لإدارة برنامجك وأنشطته بفاعلية.

ج- **تقييم البرامج:** قيم البرنامج لتعرف ما تم تحقيقه من الخطة وتوثيق النتائج.

ح- **القدرة على التكيف:** اتخاذ الإجراءات التي تكيف البرنامج الخاص بك لضمان فعاليته المستمرة.

خ- **الاتصالات:** التواصل الاستراتيجي مع أصحاب المصلحة والجمهور حول برنامجك.

د- **التخطيط الاستراتيجي:** استخدام العمليات التي توجه البرنامج وأهدافه واستراتيجياته.

3. مخرجات جلستي تفاكر بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية.

قامت وحدة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية بوزارة الصحة بعقد جلستي تفاكر كل على حدا مع كل من ذوي العلاقة بوزارة الصحة بتاريخ (2018/8/8) ومدراء المؤسسات الأهلية الصحية وممثلي منظمة الصحة العالمية بتاريخ (2018/8/10). لبحث الأسس التي يجب أن تقام عليها العلاقة التشاركية بين الطرفين وقد خرجت الجلستين باعتماد خمس أبعاد محورية كمتطلبات رئيسية لإقامة شراكة حقيقية بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية وهي كالتالي:

أ- **التخطيط الاستراتيجي:** حيث اتفق المجتمعين على ضرورة وجود خطة استراتيجية ورؤية مشتركة بين الجانبين لتنفيذ الخدمات الصحية المشتركة. وتحديد الأدوار والمسؤوليات وفقاً للخطة الموضوعة.

ب- **الإطار القانوني:** حيث اتفق الجانبان على ضرورة وجود إطار قانوني ينظم العلاقة التشاركية بينها فيما يتعلق في تقديم الخدمات الصحية المشتركة، وإعادة النظر كل من نظام التأمين الصحي الحكومي (حيث يوجد ازدواجية في تقديم الخدمة "حكومة وكالة ") وقانون الصحة العامة رقم (2004/20) والدور القانوني لوزارة الصحة، ونظام الإجازة والتراخيص المعمول به في قطاع غزة.

ت- **المعلومات الصحية:** وقد أجمع الطرفان على أهمية وجود قاعدة بيانات مشتركة توفر معلومات صحية وافية ودقيقة لكافة الخدمات والمشاريع الصحية المشتركة التي يتم تنفيذها من قبل المؤسسات الأهلية، بحيث يسهل الوصول إليها من قبل الجهات المعنية والأشخاص ذوي العلاقة. مع ضرورة وجود جهة معينة تشرف على إدارتها.

ث- **الرقابة:** حيث اتفق الجانبان على أحقية وزارة الصحة الفلسطينية بممارسة دورها الرقابي على المؤسسات الأهلية الصحية باعتبارها المنظم الرئيس للقطاع الصحي بشكل عام في قطاع غزة من خلال نظام رقابي فاعل يستند إلى أكثر المعايير الرقابية كفاءة وفاعلية يعمل على تصحيح الانحرافات والتجاوزات وتصويبها بهدف تقديم خدمات صحية أمنة وبجودة عالية.

ج- **التمويل:** اعتبر الجانبان أن ترشيد الانفاق الصحي وضمان استمرارية التمويل وتعزيز الشراكات والاستثمار الأمثل للموارد المتاحة للجانبين والتقليل من الازدواجية في تقديم الخدمات الصحية والعمل المشترك والحثيث لتأمين مصادر تمويل مستدامة تضمن استدامة تقديم الخدمات الصحية.

وعليه فإن الباحث يرى أن الأبعاد الخمس التالية (التخطيط الاستراتيجي، الإطار القانوني، المعلومات الصحية، الرقابة، التمويل) هي الأكثر ملائمة لدراسة واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية.

2-1-13 معوقات الشراكة

1. عدم وجود قنوات اتصال وتبادل معلومات واضحة تمكِّن الشراكة من تحقيق أهدافها.
2. عدم توفر الخبرات الإدارية والفنية لدى المنظمات غير الحكومية.
3. النزعة البيروقراطية في العمل لدى المؤسسة الحكومية والمنظمات غير الحكومية (شتوي، 2005).
4. تسيس عمل جزء كبير من المؤسسات الأهلية.
5. عدم الفهم الواضح لدور المنظمات غير الحكومية (حسن، 2011).
6. أنَّ المنظمات غير الحكومية ترى أنَّ غياب التنسيق الحقيقي أدى إلى إعاقة تحسين أداء المنظمات غير الحكومية، وأنَّ نقص التنسيق والمنافسة على التمويل بين المنظمات غير الحكومية والحكومة أدى إلى تبني توجهات تنموية وسياسية مختلفة (Mas, 2008).

ويرى الباحث أنَّ من أهم المعوقات التي تقف أمام الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة والمؤسسات الأهلية الصحية، هي:

1. ضعف التمويل والإمكانات المادية في القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية.
2. عدم تحقيق جزء كبير من أهداف الخطط الاستراتيجية المشتركة بين القطاعين بسبب قلة الموارد المالية.
3. عدم تحييد القطاع الصحي عن التجاذبات السياسية.
4. قلة الكوادر الطبية الذين لديهم الخبرة والمهارات العالية.
5. الأوضاع السياسية غير المستقرة التي يعاني منها المجتمع الفلسطيني.

2-1-14 طبيعة الشراكة بين القطاع الحكومي والقطاع الأهلي

يمكن للشراكات بين المنظمات غير الحكومية والجهات الحكومية أنْ تتخذ أشكالًا مختلفة، تتراوح بين ما هو غير رسمي وغير منظم إلى ما هو رسمي ومنظم. ويمكن إقامة علاقات شراكة، حيث يتم تبادل المعلومات ذات الصلة مع بعض البعض بانتظام لتبادل الخبرات والأفكار والتجارب. كما يمكن أنْ تكون هناك علاقات تعاونية عالية التنظيم، حيث يتم تصميم وإدارة المشاريع المشتركة (لجنة تنسيق المنظمات غير الحكومية لأجل العراق، 2019).

وتقوم فكرة الشراكة بين الحكومة والمجتمع المدني على التعاون والتكامل بين الأطراف المتشاركة، مع تحديد مجالات العمل والنشاط لكل طرف؛ بهدف تعبئة أفضل لإمكانات المجتمع، وإدارة أكثر رشادة لشؤون الدولة.

وتعد المؤسسات الأهلية أكثر قدرة وفاعلية على تحديد احتياجات وأولويات السكان في مجتمعاتها المحلية بكفاءة وواقعية. ولذا؛ فالجمعيات الأهلية لها علاقة وظيفية تبادلية مع الدولة في إطار تحقيق الأهداف التنموية المختلفة (عبد المجيد، 2006).

2-1-15 الإطار القانوني للشراكة بين وزارة الصحة الفلسطينية والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة.

يعتبر الإطار القانوني هو دليل لتوثيق الشراكة بين طرفين أو عدة أطراف مختلفة، فمن الضرورة بمكان أن تقوم الشراكة على إطار تشريعي صالح وداعم للشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والقطاع الصحي غير الحكومي في مشروعات الخدمات الصحية، فقد تكون الشراكة بين الطرفين أما على هيئة عقود خدماتية أو مذكرات تفاهم توضح طبيعة الأدوار والمهام بين الطرفين لتقديم بعض الخدمات الصحية قد تكون خدمات تكميلية أو خدمات نوعية أو خدمات عامة. فالاطار القانوني بدوره ينظم العلاقة بين أطراف الشراكة.

وقد أفاد العجلة (يناير 2019، مقابلة شخصية) بوزارة الصحة الفلسطينية أن الإطار القانوني الذي تتم من خلاله عملية الشراكة بين وزارة الصحة والمستشفيات الأهلية، هو نظام شراء خدمة استنادًا إلى أحكام قانون اللوازم العامة 2008/9 المعمول به في وزارة الصحة ، والذي يتم على أساسه مراسلة وزارة المالية حول نية الوزارة شراء خدمة معنية تكون عادةً غير متوفّرة في الوزارة، أو يكون شراؤها أفضل من تفعيلها داخل الوزارة، من حيث التكلفة أو من حيث توفّر المهارة الطبية المطلوبة.. إلخ، وقد تكون هذه الخدمات لوجستية (الطعام، النظافة، الصيانة.. إلخ) أو طبية (الجراحة العامة والعمليات، الولادة، وخدمات التأهيل) أو خدمات تشخيصية (القسطرة، التصوير المقطعي، الرنين المغناطيسي)، وتتم شراء هذه الخدمة وفقًا للإجراءات الآتية:

1. تجهيز المواصفات والشروط المطلوبة.
2. الإعلان عن الخدمة المطلوبة.
3. فتح المظاريف، وتشكيل لجان فنية لدراسة العرض.
4. الترسية وإبلاغ الشركات الفائزة.
5. تقوم الشركة بإعداد مسوغات الصرف.
6. إعلان المخالصات الضريبية.

ومما تقدم؛ يمكننا القول إنَّه رغم أهمية الإطار القانوني للشراكة إلا أنه لا يوجد قانون خاص بالشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية ، و أنَّ الشراكة بين الجانبين

تكون وفق عقود مبرمة بينهما تتسم بالسمة القانونية، وتنطلق من مفهوم التعاون المتبادل المبنى أساساً على الاتفاق، بحيث يتم التعاون فيما بينهم لتوظيف الإمكانات البشرية والمالية والإدارية والتكنولوجية والمعرفية، على أساس من الشراكة والالتزام بالأهداف، والمسؤولية المشتركة من أجل تحقيق هذه الأهداف.

والجدير بالملاحظة أنَّ نجاح الشراكة لا يعتمد على التشريعات والأنظمة فقط، وإنما ينبغي إيجاد روابط بينها وبين مفهوم الحوكمة، فكلاهما له أبعاد متعددة ذات جوانب إدارية واقتصادية واجتماعية تلتقي في نقاط مشتركة مستندة إلى مبادئ الشفافية، والإفصاح، وتحديد المسؤوليات، من أجل رفع كفاءة استخدام الموارد، وجذب مصادر التمويل؛ وذلك لتعزيز التنمية المستدامة في المجتمع.

2-1-16 نماذج شراكة ناجحة

تعاني معظم دول العالم من تضخم كبير في الطلب على الرعاية الصحية، وتشهد نمواً مطرداً في الإنفاق عليها، مما يشكل عبئاً ثقيلاً على موازناتها في الوفاء على الطلب المتنامي لتلك الخدمة والعمل على استدامتها. الأمر الذي يتطلب البحث عن طرق وآليات جديدة لمواجهة هذا الطلب وتعتبر الشراكة بين القطاعين العام والخاص أحد هذه الطرق (المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2015م).

وفيما يلي بعض نماذج ونتائج لشراكات ناجحة عربية وأجنبية، والتي يعتقد الباحث بأنه يمكن الاستفادة منها في إدارة النظام الصحي الفلسطيني.

نماذج عربية:

1. شركة الحوسبة الصحية (حكيم)- الأردن:

تمَّ تأسيس شركة الحوسبة الصحية (EHS) في بداية العام 2009، بهدف دعم وتعزيز قطاع الرعاية الصحية في الأردن. وهي شركة خاصة غير ربحية، تعتمد التكنولوجيا في توفير حلولٍ تقنية فعّالة، بهدف تعزيز جودة وكفاءة خدمات الرعاية الصحية العامة في الأردن.

وبغرض تطبيق برنامج حكيم تبنت الشركة نظام فيستا للمعلومات الصحية وهندسة المعلومات والتكنولوجيا، وهو نظام معلوماتي مستخدم على مستوى عالٍ لدى إدارة شؤون المحاربين القدامى في الولايات المتحدة الأمريكية، طبق بنجاح في 168 مركزًا صحياً في الولايات المتحدة الأمريكية، بالإضافة إلى تطبيقه في العديد من الدول حول العالم، مثل: الدنمارك، مصر، فلندا، ألمانيا، الهند، كينيا، ماليزيا، المكسيك، نيجيريا، الباكستان.

وقد تم تطوير برنامج حكيم ومواءمته ليتوافق مع الأنظمة المعمول بها في الأردن، من حيث اللغة العربية والثقافة المحلية ومن ثم إخضاعه لاختبارات الجودة؛ للتأكد من إمكانية وفعالية النظام.

فوائد برنامج حكيم:

فوائد البرنامج للمريض:

- يهتم البرنامج بالرعاية الصحية الوقائية للمريض، من خلال العديد من المزايا التي من شأنها رفع مستوى الرعاية الصحية المقدمة، مثل: خاصية تنبيه الطبيب للتعاطي بصورة أفضل مع حالات الأمراض المزمنة، والاكتشاف المبكر للمرض للتسريع في مراحل الشفاء؛ مما يسهم في خفض معدلات الوفاة.
- إنشاء ملف طبي إلكتروني للمريض يمكن الوصول إليه من أي منشأة صحية محوسبة.
- يُمكِّن مقدمي الرعاية الصحية من فحص السجلات الصحية الإلكترونية لمرضاهم؛ وذلك باستخدام أرقامهم الوطنية، وتحتوى تلك السجلات على (الأدوية الحالية والتجاوب معها أو الحساسية منها، عدد وأوقات زيارة المستشفى أو العيادة الخارجية ،التاريخ الطبي، نتائج المختبر وصور الأشعة).

فوائد البرنامج للمنشأة الصحية:

- النهوض بالمعايير المستخدمة في المنشآت الطبية تماشيًا مع المعايير العالمية.
- تخفيض الكلف التشغيلية في المؤسسات الصحية، من خلال:
- السيطرة على تكرار صرف الأدوية، وزيادة كفاءة إدارة المخزن.
- الاستخدام الأمثل للموارد عن طريق حفظ وتخزين الملفات وصور الأشعة إلكترونيًا، وتحسين جودة صور الأشعة، بالإضافة إلى تقليل مخاطر تعرض المرضى والأطباء لأشعة أجهزة التصوير.
- الحد من الهدر الناتج عن تكرار الفحوصات المخبرية.
- تقديم الخدمة الصحية لمرضى في العيادات الخارجية بدلًا من تلقيهم الرعاية داخل المستشفى.
- التخفيف من عبء المراجعين من خلال الإجراءات الإلكترونية، مثل: حوسبة نظام المواعيد، والصيدلية، والأشعة، والمختبر.
- إنشاء قاعدة شاملة لبيانات المرضى لدعم الأبحاث والدراسات العلمية، من خلال توفير الإحصائيات اللازمة والدورية للجهات المعنية لمساندة عملية صنع القرار، ووضع السياسات العلاجية اللازمة للنهوض بالرعاية الصحية في الأردن.
- يوفر البرنامج تقارير دورية، بالإضافة إلى مجموعة من التقارير اللحظية التي تساهم في عملية اتخاذ القرار، وبالتالي تحسين كفاءة العمل في المنشآت الصحية.
- تقليل الأخطاء الطبية والإدارية من قبل كادر المنشأة. (موقع شركة الحوسبة الصحية، ب.ت)

2.نموذج شركة مستشفيات الضمان الصحي– الكويت

تأسست شركة مستشفيات الضمان الصحي (ضمان) بناءً على مرسوم برغبة أميرية ضمن خطة تنمية دولة الكويت التي أقرَّها مجلس وزراء دولة الكويت في 2010، من أجل توفير أعلى مستوى من خدمات الرعاية الصحية.

أسست الشركة عام 2015 كشراكة بين القطاعين العام والخاص، برأس مال مطروح قدره 230 مليون دينار كويتي (760 مليون دولار أمريكي)، وبحصة 24% تمتلكها الجهات الحكومية ممثلة في الهيئة العامة للاستثمار والمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية، وحصة 26% للقطاع الخاص. ممثلة بالشريك الاستراتيجي شركة (مجموعة عربي)، وخصصت 50% من أسهم الشركة للمواطنين الكويتيين.

وتهدف شركة مستشفيات الضمان الصحي (ضمان) إلى أنْ تصبح الشركة الأولى في الكويت ودول مجلس التعاون الخليجي في مجال منظومة الرعاية الصحية، وتمثّلت مشاريع ضمان في الرعاية الصحية من خلال:

المستشفيات: حيث تم إنشاؤها طبقًا لأحدث معايير الجودة العالمية في ثلاث محافظات (الأحمدي، الجهراء، الفروانية)، وتشمل تخصصات الجراحة، والباطنة، وطب الأطفال، وأمراض النساء، وغرف العمليات والطوارئ، والمختبرات المركزية، والأشعة.

مراكز الرعاية الأولية: سلسلة مراكز على مستوى دولة الكويت، تقدم خدمة الرعاية الصحية الأولية، وتعد نقطة الاتصال الأولى داخل النظام الصحي، ونقطة مركزية لجميع خدمات الرعاية الصحية اللازمة للمريض، حيث توفر الرعاية الصحية الأولية وخدمات تعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض، والمحافظة على الصحة، والاستشارة وتثقيف المرضى، والتشخيص والعلاج من الأمراض الحادة والمزمنة.

وتعمل (ضمان) عبر قطاعات متعددة تشمل قطاع التشغيل الطبي الذي يتولى خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية، واستيراد وتصدير الأدوية، وقطاع المشروعات الذي يقوم ببناء وتصميم وإدارة المرافق الطبية من مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات والعيادات، وصيانتها وتجهيزها؛ القطاع المالي والتأمين الذي ينفذ أنشطة التأمين الصحي والتحصيل والوساطة المالية، إضافة إلى قطاع التدريب والاستشارات وخدمات التكنولوجيا والمعلوماتية ووسائل الاتصال.

3 نموذج الشراكة في جمهورية مصر العربية (مستشفى بور سعيد).

وقعت وزارة الصحة والسكان المصرية بروتكولات تعاون بينها وبين عدد من المجموعات الطبية الخاصة، من أجل إجراء برامج تدريب وتطوير للكوادر الطبية والإدارية للعاملين بالمستشفيات التي تشملها منظومة التأمين الصحي الشامل في محافظة بورسعيد، وقد كانت هذه الشراكات على النحو الآتي:

جدول (2-1): نموذج الشراكة في جمهورية مصر العربية بمستشفى بور سعيد

الرقم	الطرف الأول	الطرف الثاني	الهدف من المشروع
1	وزارة الصحة والسكان	مجموعة مستشفيات السلام الدولي	تطوير مستشفى بور سعيد العام
2	وزارة الصحة والسكان	مجموعة دار الفؤاد	تقديم الخبرات الطبية والفنية بمستشفى الزهور ببور سعيد
3	وزارة الصحة والسكان	مجموعة مستشفيات كليوبترا	تطوير مستشفيات التضامن والنصر للأطفال والنساء والولادة
4	وزارة الصحة والسكان	مجموعة الأميدا للرعاية الصحية	تطوير مستشفى بور فؤاد المركزي

إنَّ هذه البروتكولات من شأنها أنْ تعمل على المساهمة في الارتقاء بالخدمات الطبية المقدمة داخل مستشفيات منظومة التأمين الصحي الشامل، عن طريق الاستعانة باستشاريي تلك المجموعات الطبية الخاصة حسب الحاجة، لتقديم الرأي الفني والمشورة الطبية، والتدريب الميداني للأطقم الطبية بهذه المستشفيات وفق جدول زمني محدد لفريق العمل بمستشفيات التأمين الصحي الشامل.

كما أنَّ هذه المساهمات تأتي في إطار الشراكة بين القطاع العام والخاص دون أي مقابل مادي، وليست نوعًا من الخصخصة، حيث إنَّ مستشفيات التأمين الصحي ستعمل بمنظومة التشغيل الخاصة بمستشفيات القطاع الخاص، وأنَّ القطاع الخاص سيقوم بتدريب القائمين على مستشفيات الحكومة، وسوف يشاركون أيضًا في وضع مؤشرات الأداء والتقييم الخاصة بالمنظومة (مطاوع، 2019).

نماذج أجنبية:

1. أنموذج آليزرا في فلنسيا

من الشراكات المبتكرة في مجال الرعاية الصحية بين القطاع الصحي الحكومي والقطاع الخاص، أنموذج آلزيرا المطبق في إقليم فلنسيا الإسباني، حيث سعت الحكومة الإقليمية إلى السيطرة على التكاليف المتزايدة للرعاية الصحية عبر منحها عقدًا لشركة خاصة لبناء وتشغيل منطقة طبية متكاملة، حيث يقوم القطاع الصحي الحكومي بتمويل وتنظيم ومراقبة الخدمات الصحية ضمن المنطقة، فيما يقوم القطاع الخاص ببناء المرافق وامتلاكها وتشغيلها، وتدفع الحكومة رسومًا سنوية إلى الشركة الخاصة، على أنْ تعود في النهاية ملكية الأصول إليها بعد انقضاء حق الامتياز الذي يمتد لعشرين عامًا، وتكمن نقاط القوة في أنموذج آليزا في وجود هدف واضح تمَّ تحديده مسبقًا، وأدوار ومسؤوليات محددة بشكل جيد، وتقاسم متكافئ للمخاطر والعائد، إضافة إلى إدارته المستمرة للأداء (سلسلة بحوث القمة الحكومية، 2013).

وفيما يلي بعض نماذج للشراكة بين الحكومة والقطاع الخاص في المجال الصحي والتي تم عرضها في ندوة الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الذي تم عقده في الأردن (2015)، والذي تضمن مجموعة من الأهداف أهمها دراسة وتحليل كيفية استدامة الخدمات الصحية من خلال الشراكة بين القطاعين.

جدول (2-2): نماذج ناجحة للشراكة بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص

1	**اسم المشروع**	**تكنولوجيا معلومات أفضل لصحة أفضل– ألمانيا**
	مخرجات المشروع	بلغ متوسط الادخار 2.3 مليار يورو. انخفاض في المكالمات الهاتفية في المستشفى بنسبة 66%. 50 دقيقة في اليوم المحفوظة في الممارسات الطبية. الوصفات المرسلة إلكترونيًا إلى الصيدليات. 97 ٪ من نتائج المختبر أرسلت إلكترونيًا. 84 ٪ خطابات التفريغ نقلها إلكترونيًا إلى الأطباء.
2	**اسم المشروع**	**مشاركة خدمة تعقيم المستشفى الإقليمي– أستراليا**
	مخرجات المشروع	تخفيض التكلفة المقدرة بقيمة 2 مليون يورو. الدفع المتفق عليه لكل صندوق تعقيم ثابت بتكلفة الإنتاج. تخصص أفضل وجودة عالية.
3	**اسم المشروع**	**تكنولوجيا معلومات أفضل لصحة أفضل– ألمانيا**
	مخرجات المشروع	ساهمت بطاقة المريض الإلكترونية في المشاركة والتحكم بالمعلومات بشكل أفضل وأكثر فاعلية. ساهمت الوصفة الطبية الإلكترونية في تحقيق فوائد مالية بقيمة 516 مليون يورو.
4	**اسم المشروع**	**خصخصة مستشفى جوران في السويد**
	مخرجات المشروع	ينظر إليها كأنموذج قوي للعمل في الشراكة بين القطاع العام والخاص. مازال الأفضل بين باقي المشاريع المماثلة. انخفاض في التكاليف نتيجة تبسيط العمليات والإدارة. أقصر وقت للانتظار، وتغير جداول العمل نتيجة خفض تكلفة الموظفين.

جرد بواسطة الباحث (مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، الأردن، 2015)

من خلال ما تمَّ استعراضه من نماذج للشراكة بين القطاع العام والخاص في مجال الرعاية الصحية في العديد من البلدان، وما آلت إليه أنظمة الرعاية الصحية في تلك الدول من تحسين وتطوير بفعل هذه الشراكات انعكست على حياة الفرد والمجتمع، من خلال الارتقاء بمستوى وجودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، وتمثّل ذلك في زيادة مؤشرات جودة الحياة.

و يرى الباحث أنَّ القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية كلاهما مدعو للاستفادة من هذه النماذج؛ لِمَا لها من عظيم الأثر في تحسين وتطوير النظام الصحي الفلسطيني بشكل خاص، ودفع عجلة التنمية المستدامة بشكل عام.

كما أنَّ الشراكة تعد أداة ذات أهمية بالغة في ظل الظروف الصعبة التي يواجهها القطاع الصحي الحكومي من شح للموارد المادية والمالية والبشرية، وأنَّ المؤسسات الأهلية الصحية لها القدرة والفعالية بالتعاون مع القطاع الصحي الحكومي لسد الاحتياجات الفعلية للمجتمع، ولكن من الضرورة الالتزام بالمعايير ومبادئ الشراكة، والتي تقوم على الشفافية، والمسؤولية، والتكامل، والأهداف المشتركة؛ للتغلب على التحديات التي تواجه القطاعين؛ بهدف النهوض بالمجتمع والارتقاء به.

2-2 المبحث الثاني: القطاع الصحي الحكومي

2-2-1 مقدمة:

يعد القطاع الصحي الحكومي من أهم القطاعات الاجتماعية في الأراضي الفلسطينية، والمتمثل في وزارة الصحة وهي المسؤولة عن قيادة وتنظيم عمل القطاع الصحي، وضمان الموارد اللازمة لاستدامته وتطويره استجابة إلى الاحتياجات المتغيرة والمتنامية لجميع السكان. ولقد حدد قانون الصحة العامة مهام ومسؤوليات وزارة الصحة، بما في ذلك تقديم الخدمات الصحية الحكومية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية، وتنظيم العمل في القطاع الصحي بما يضمن تناغمًا وتكاملًا عاليًا بين مقدمي الخدمات الصحية والقطاعات المختلفة، ووضع الأنظمة والقوانين والسياسات الصحية الوطنية، وضمان تعزيز نظام التمويل الصحي، واستثمار الموارد المتاحة بالشكل الأفضل.

وتسعى وزارة الصحة الفلسطينية وبشكل دؤوب بالتعاون مع جهات تقديم الخدمات الصحية الأساسية للمواطن الفلسطيني إلى رفع المستوى الصحي في المجتمع الفلسطيني ككل، من خلال تعزيز صحة الفرد والمجتمع، وضمان توفير خدمات صحية مستدامة شاملة عالية الجودة لجميع المواطنين. إلا أنَّه ونظرًا لقلة الموارد الاقتصادية والزيادة السكانية، بالإضافة إلى العديد من المشكلات المرتبطة بخصوصية الواقع الصحي الفلسطيني، فإنَّ القطاع الصحي لا يزال غير قادر على تجاوز العديد من المشكلات، وتلبية حاجات الموطنين (أبو زينة، 2010).

وللتغلب على المشكلات التي قد تعتلي استدامة الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الصحي الحكومي، لا بُدَّ من تعزيز مبدأ الشراكة الفاعلة، والتعاون الكامل مع جميع مقدمي الخدمات الصحية في القطاعات الصحية المختلفة، وتبادل الخبرات فيما بينهم، ومواكبة التطور التقني والعلمي في مجال تقديم الخدمات الصحية وأنظمة المعلومات والتكنولوجيا الصحية، لا سيّما وأنَّ الشراكة ستقلل من ازدواجية تقديم الخدمات، وهدر الموارد المحدودة في النظام الصحي، والعمل على تعزيز الكفاءة والفاعلية.

وسيتم تناول دراسة واقع النظام الصحي الحكومي من حيث تعريفه ومفهومه ومكوناته والإطار القانوني الذي يعمل به واستعراض بعض الحقائق الديموغرافية والمؤشرات ذات العلاقة وبالإضافة إلى تاريخ ونشأة النظام الصحي الحكومي الفلسطيني.

2-2-2 النظام الصحي:

مفهوم النظام الصحي: هو مجموعة من المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساسًا لتحسين الصحة، ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين، وأموال، ومعلومات، وإمدادات، ووسائل نقل واتصال وتوجيهات واتجاهات عامة، ولا بُدَّ لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة، والسعي ذاته إلى معاملة الناس على نحو لائق (منظمة الصحة العالمية، 2005).

النظام الصحي الفلسطيني:

يتضمن القطاع الصحي الفلسطيني أربعة شركاء رئيسيين، هم: وزارة الصحة، والخدمات الطبية العسكرية، ووكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا)، المنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص الذين يتشاركون في تقديم الخدمات الصحية المختلفة بمستوياتها الثلاث: الرعاية الصحية الأولية، الرعاية الثانوية والرعاية الصحية الثالثة (وزارة الصحة، 2017).

الإطار القانوني للنظام الصحي الفلسطيني:

في عام 2004 أقرَّ المجلس التشريعي قانون الصحة العامة الذي يحدد مسؤوليات وزارة الصحة ودورها كمقدم منظم للخدمات الصحية، بالإضافة إلى دورها في التخطيط ووضع السياسات، وإدارة وتمويل القطاع الصحي، ويركز القانون على دور وزارة الصحة في الإشراف على الصحة العامة بما في ذلك سلامة الغذاء والمياه، بالإضافة إلى المتابعة والمراقبة المستمرة للمرافق الصحية الحكومية وغير الحكومية لضمان امتثالها للقوانين والمعايير الموضوعة. كما وتعمل وزارة الصحة على مراجعة هذه الإجراءات والتعليمات بما يتلاءَم مع التطورات والمستجدات (الخطة الاستراتيجية الوطنية الصحية، 2011-2013).

2-2-3 واقع القطاع الصحي الحكومي:

تاريخيًا أُدير 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 حتّى عام 1994(الزيتونة، 2014)، وبعد توقيع اتفاقية أوسلو ودخولها حيز التنفيذ، باستلام السلطة الوطنية الفلسطينية إدارة قطاع غزة وأريحا في مايو عام 1994، ثم بقية الضفة الغربية في نهاية العام1994، تمَّ إنشاء وزارة الصحة لتنظيم القطاع الصحي (خضر، 2015م).

ورثت وزارةُ الصحة الفلسطينية وضعًا صحيًا متهالكًا يفتقر لأدنى مقومات التطور والتقدم، وضعفًا كبيرًا في الإمكانات؛ الأمر الذي دفعها للجوء إلى تحويل الكم الكبير من الحالات التي تحتاج إلى مهارات للعلاج في الخارج (الخطة الاستراتيجية الوطنية للصحة، 2003).

إلا أنَّه رغم حداثتها إلا أنَّها جعلت من أهم أولوياتها الاستمرار في تقديم الخدمة الصحية للمواطنين، والعمل دومًا على تطوير هذه الخدمة، فكان التوسع على صعيد الرعاية الثانوية "المستشفيات" ليصل إلى (13) مستشفىً حكوميًا، منها (6) مستشفيات تخصصية (النصر للأطفال، الرنتيسي، الطب النفسي، العيون، الدرة، الهلال الإماراتي)، و(7) مستشفيات عامة (مجمع الشفاء الطبي، مجمع ناصر الطبي، غزة الأوروبي، شهداء الأقصى، بيت حانون، أبو يوسف النجار)، حيث يعد مستشفى الشفاء أكبر هذه المستشفيات من حيث القدرة الاستيعابية، وعدد العاملين في كمية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة المتعلقة بأمراض القلب والقسطرة القلبية، وكذلك زراعة الكُلى.

أما على صعيد الرعاية الأولية، فقد بلغ عدد مراكز الرعاية الأولية (158) مركزًا صحيًا(51) مركز يتبع لوزارة الصحة أي ما يقارب 32% من إجمالي المراكز الصحية في قطاع غزة علماً بأنها تستحوذ على النسبة الأكبر من خدمات الرعاية الصحية الأولية وتنوع الخدمة وكبر حجمها مقارنة مع المؤسسات الأهلية التي تقدم خدمة تشخيصية وعلاجية فقط والتي يبلغ عددها 80 مركز وشكلت ما نسبته 51% من إجمالي المراكز في قطاع غزة. (وزارة الصحة، 2018).

ومع هذا التطور في الخدمات الصحية، أصبحت هناك حاجة ماسة لدى وزارة الصحة للبحث عن نوعية وكيفية الخدمة المقدمة للمواطنين، من أجل بناء نظام صحي متكامل ومستدام، يرتكز إلى العدالة والشفافية في تقديم الخدمات الصحية بجميع أشكاله ومستوياتها وفق أفضل المعايير الدولية (وزارة الصحة، 2015).

2-2-4 الحقائق الديمغرافية والمؤشرات الصحية:

المؤشر	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
عدد السكان	1.616.490	1.672.865	1.730.737	1.730.737	1.790.010	1.912.267	1.899.291
أعداد المواليد	57.880	56.504	55.897	54.886	57.864	58.170	58.954
توقع البقاء ذكور	70.5	70.7	71	71.2	71.5	71.5	71.5
توقع البقاء إناث	73.2	73.5	73.8	74.1	74.4	74.6	74.6
معدل المواليد الخام /1000نسمة	36.4	34.4	32.9	31.2	31.8	30.9	31.0
معدل الزيادة الطبيعية	3.3	3.5	3.4	3.4	3.4	3.3	3.3
معدل الخصوبة الكلي	4.6	4.5	4.3	4.0	4.2	3.8	3.9
المواليد<2500 جم	6.3	6.2	6.8	5.3	5.5	6.3	6.9

المصدر: تقرير إنجازات وزارة الصحة، 2017.

يستنتج الباحث من خلال هذه المؤشرات أنَّ هناك زيادة مضطردة وبشكل واضح في عدد سكان قطاع غزة؛ مما يوحي بزيادة العبء على معظم المرافق الحياتية في قطاع غزة، وبالتحديد المرافق الصحية؛ الأمر الذي يتطلب ضرورة التحسين والتطوير المستمر على الخدمات الصحية بكل مستوياتها وأنواعها، كما ويلاحظ أيضًا زيادة عدد المواليد في العام 2017 مقارنة بالأعوام السابقة؛ مما يتطلب توفير جميع الاحتياجات الصحية الضرورية للتعامل مع هذه الفئة لا سيّما وأنَّ نسبة المواليد أقل من 2500 جم، كانت 6.9 %، وهذا يمثل تحديًا جديًا لمقدمي الخدمات الصحية في قطاع غزة، يتطلب تكثيف وتكامل في الجهود والأدوار، وتوزيع الأعباء بشكل يضمن الوصول لمنافذ تقديم الخدمة، وبالتالي ضمان استمراريتها. وقد شكّلت نسبة الولادات في المستشفيات الحكومية– مستشفيات وزارة الصحة– ما نسبته (68.9%).

كما أظهرت التقارير الواردة من وزارة الصحة أنَّ المجتمع الفلسطيني مجتمعٌ فتيٌ، إذ قدر نسبة الأفراد في الفئة العمرية (0–14) ما نسبته 42.7% في قطاع غزة.

كما ويلاحظ أنَّ نسبة توقع البقاء على قيد الحياة بالنسبة للذكور قد ارتفعت من 70.5 عام 2011 إلى71.5 عام 2017، وبالنسبة للإناث قد ارتفعت من (73.2) عام (2011) إلى (74.6) عام (2017)، ويأتي ذلك نتيجة للجهود التي يبذلها القطاع الصحي الحكومي بالشراكة مع كافة مقدمي الخدمات الصحية، سواءً على المستوى المحلي أو المستوى الدولي، من أجل تحسين صحة الناس، وتعزيز جودة الحياة لديهم، والقضاء على العديد من الأمراض، ومنها: الحصبة، والسل على سبيل المثال، التي كانت السبب الرئيس لوفيات الرضع والأطفال والأمهات.

2-2-5 الأهداف الاستراتيجية للقطاع الصحي:

ترتكز استراتيجية القطاع الصحي 2017_ 2022 على ستة أهداف وطنية تم التشاور والتوافق عليها مع كافة الشركاء وتتمثل بما يلي:

1. ضمان توفير خدمات صحية شاملة لجميع المواطنين والعمل على توطين الخدمات الصحية في فلسطين.
2. تعزيز برامج إدارة الأمراض غير السارية والرعاية الصحية الوقائية والوعي الصحي المجتمعي وقضايا النوع الاجتماعي.
3. مأسسة نظم الجودة في كافة نواحي تقديم الخدمة الصحية.
4. تعزيز وتطوير نظام إدارة الموارد البشرية الصحية.
5. تعزيز الحوكمة الصحية بما في ذلك الإدارة الفاعلة للقطاع الصحي وتعزيز القوانين والتشريعات والتنسيق عبر القطاعات والتكامل ما بين مقدمي الخدمات.

6. تعزيز التمويل الصحي وتعزيز الحماية لمالية للمواطن الفلسطيني في مواجهة التكاليف الصحية. (وزارة الصحة، 2017).

يتضح للباحث من خلال المبادئ والأهداف التي تتبناها وزارة الصحة؛ حرصها الشديد على تقديم الخدمات الصحية لجميع فئات الشعب الفلسطيني، باختلاف شرائحه، مع التركيز على الفئات الهشة والمعوزة استناداً إلى مبدأ التغطية الشاملة والشفافية (أهداف التنمية المستدامة)، حيث تعمل في سبيل ذلك على إرساء مبادئ ومفاهيم الحكم الرشيد، وتعزيز فرص الحصول على التمويل الصحي المستدام، وتعزيز الشراكة والتكامل مع جميع القطاعات المعنية.

2-2-6 سلة الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الصحي الحكومي الفلسطيني:

ويقصد بسلة الخدمات الصحية الحكومية بأنَّها: مجموعة الخدمات الصحية التي تقدمها وزارة الصحة مباشرة للمواطنين من خلال المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة (وزارة الصحة، 2017).

ويمكن تصنيف الخدمات الصحية المقدمة على النحو الآتي: (مركز الإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة، 2018).

- **خدمات الرعاية الصحية الأولية:** هي الفحص الأولي والرعاية الصحية الشاملة المتواصلة، بما فيها التشخيص، والعلاج الأولى، والإشراف الصحي، وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة، ولا يتطلب توفير الرعاية الصحية الأولية معدات وأجهزة متطورة أو مصادر متخصصة.
- **خدمات الرعاية الصحية الثانوية:** هي العلاج من قبل اختصاصي في المستشفى، المقدم للمريض المحول من الرعاية الصحية الأولية أو في حالة طوارئ.
- **خدمات الرعاية الصحية الثالثة:** هي الرعاية الاستشارية المتخصصة، التي عادة ما تحول من الرعاية الصحية الأولية أو من الرعاية الطبية الثانوية، وتقدم في مركز لديه مرافق للفحوصات والعلاج المتخصص.
- **مراكز التأهيل:** وهي المرافق التي تقدم العلاج والتدريب، بهدف التأهيل، وهي المراكز التي تقدم العلاج الوظيفي، العلاج الحركي، العلاج المهني، وتدريبات خاصة كعلاج النطق للاستشفاء من الإصابة أو المرض إلى الحد الطبيعي الممكن. الخدمات الوقائية والصحة العامة. وتضم الخدمات المصممة لتعزيز الوضع الصحي للسكان، وتختلف عن الخدمات العلاجية والصحية التي تعنى بإصلاح الخلل الوظيفي. وقد تكون بالعادة خدمات وبرامج تثقيفية وحملات التطعيم، وتنقسم إلى:
  - صحة الأم والطفل، وتنظيم الأسرة، وتقديم المشورة.
  - الوقاية من الأمراض المعدية.
  - الوقاية من الأمراض غير المعدية.

- الرعاية الصحية المهنية.

بالإضافة إلى الخدمات الأخرى التي تخرج عن إطار الخدمات الصحية المباشرة، والتي يمكن اعتبارها كجزء من الإنفاق على الصحة، مثل: خطط الطوارئ، وحماية البيئة.

- **الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين:** وهي الرعاية الطبية المقدمة للمرضى ممن هم بحاجة لمبيت، وتقديم جميع الخدمات الطبية والعلاجية أثناء إقامته في المراكز الصحية.
- **الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية:** وهي الرعاية الطبية والخدمات الطبية المساندة المقدمة من خلال مراكز الرعاية الأولية والعيادات الخارجية، والتي تقدم خارج المستشفيات للمرضى ممن ليسوا بحاجة للخدمات الطبية الخاصة بالمبيت. وقد تكون جزءًا من خدمات المستشفى على سبيل المثال قد يحتوي المستشفى على عيادات خارجية متخصصة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013).

2-2-7 تصنيف مزودي الخدمات الصحية:

1. **المستشفيات:** ويضم هذا البند المؤسسات المرخص لها، والعاملة بشكل أساسي في توفير العلاج الطبي والتشخيص، وتقديم الخدمات التي تشمل: الأطباء، والتمريض، وغيرها، من الخدمات الصحية للمرضى المقيمين، بالإضافة إلى خدمات السكن والخدمات المتخصصة التي يتطلبها المرضى، ويمكن أيضًا أنْ تقدم المستشفيات خدمة العيادات الخارجية كنشاط ثانوي. وكثير من هذه الخدمات لا يمكن توفيرها إلا باستخدام المرافق والمعدات المتخصصة التي تشكل عاملًا مهمًا لا يتجزأ من عملية الإنتاج. وفي بعض البلدان، المرافق الصحية تحتاج إلى الحد الأدنى من المعدات (مثل عدد الأَسِرة) لتسجل باعتبارها مستشفى.
2. **المستشفيات العامة:** تضم هذه الفئة المؤسسات المرخصة المشتركة بصورة أولية في تقديم المعالجة التشخيصية والطبية (الجراحية وغير الجراحية) للمرضى المدخلين في مجموعة متنوعة واسعة من الحالات الطبية. كما يمكن لهذه المؤسسات أنْ تقدم خدمات أخرى، مثل: خدمات المرضى الخارجيين، أو الخدمات الباثولوجية التشريحية، أو الخدمات الإشعاعية التشخيصية، أو الخدمات المختبرية السريرية أو خدمات غرف العمليات لمجموعة متنوعة من الإجراءات والخدمات الصيدلية، التي يستخدمها عادة المرضى المدخلين، بالإضافة إلى المرضى الخارجين.

وتعد المستشفيات العامة لما يتوفر لها من إمكانات فنية وتكنولوجية وبشرية ضخمة ومتخصصة، من أهم المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الأولية الطبية، كما تعد الأولى من حيث تكلفة الإنشاء والتجهيز والتشغيل؛ مما يترتب عليها القيام بدور مهم في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية بمفهومها الواسع والصحيح (نصيرات، 2011).

3. **مستشفيات الصحة النفسية:** وهي المؤسسات المرخصة المشتركة بصورة أولية في تقديم المعالجة التشخيصية والطبية، وخدمات المراقبة للمرضى الداخلين الذين يعانون من مرض نفسي وخيم أو اضطرابات ناتجة عن معاقرة المخدرات. وتتطلب المعالجة غالبًا إقامة مطولة في بيئة للمرضى الداخلين، تتضمن معالجة دوائية مركزة، ولتحقيق هذه المجموعة المعقدة من ألمها، تقدم مستشفيات الصحة النفسية عادةً خدمات غير خدمات المرضى الداخلين، كالرعاية الصحية النفسية للمرضى الخارجيين، والاختبارات المخبرية السريرية. ويستبعد من مستشفيات الصحة النفسية وحدات المرضى الداخلين النفسية مجتمعية المركز في المستشفيات العامة.

4. **المستشفيات المتخصصة:** يضم هذا البند المؤسسات المرخصة المشتركة بصورة أولية في تقديم المعالجة المتخصصة والطبية، إضافة إلى خدمات المراقبة للمرضى المقيمين "بنوع محدد من المرض أو الحالة الطبية".

5. **مراكز الرعاية الأولية:** وتضم المؤسسات العاملة في مجال توفير مجموعة واسعة من الخدمات للمرضى من قبل فريق من الأطباء والعاملين في مجال الطب، وموظفي الدعم في كثير من الأحيان، وعادة ما يجمع بين تخصصات عدة، لتقديم وظائف محددة في خدمة الرعاية الأولية والثانوية. هذه المؤسسات بصورة عامة تقدم العلاج للمرضى الذين لا يحتاجون لمبيت.

6. **مقدمو الخدمات الصحية المساندة:**

تضم هذه الفئة المؤسسات التي تقدم نوعًا من الخدمات المساندة محدد مباشرة للمرضى ضمن العيادات الخارجية، بإشراف المهنيين في مجال الصحة وغير المغطاة بالمعالجة في المستشفيات، أو مرافق الرعاية التمريضية، أو مقدمي الرعاية الإسعافية أو مقدمي الرعاية للآخرين. وهي تشمل مقدمي نقل المرضى والإنقاذ والطوارئ والمختبرات الطبية والتشخيصية، ومختبرات الأسنان. ويمكن لمقدمي الرعاية المتخصصين هؤلاء طلب الدفع من مرضاهم مباشرة مقابل تقديم خدماتهم أو تقديم هذه الخدمات المساندة كمنافع عينية في عقود خدمات خاصة (الجهاز المركز للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة، 2018).

2-2-8 القوى العاملة في القطاع الصحي:

يعد العنصر البشري هو الركيزة الأساسية التي تبنى عليها المؤسسات والمنظمات، ويقع على عاتقه العمل والبحث والتطوير لخدمة أهداف الإنسانية السامية، لهذا؛ فإنَّ الاهتمام بالمورد البشري أضحى موضوعًا في غاية الأهمية، ولا ينحصر فقط في كيفية أدائه لعمله، وإنما يتعدى ذلك باعتباره المحرك الرئيسي لكل الأدوات والأجهزة والمعدات والموارد الأخرى التي تصل في النهاية إلى منتج أو خدمة تقدمها المؤسسة وقد بلغ عدد العاملين في القطاع الصحي (14.650) موظفًا موزعين على مختلف القطاعات المقدمة للخدمات الصحية. (وزارة الصحة، 2018).

جدول (2-3): نسبة العاملين في القطاعات الصحية

القطاع	%
وزارة الصحة	73.3
المؤسسات غير الحكومية	15.3
وكالة الغوث	6.5
الخدمات الطبية العسكرية	5.8
المجموع	100

المصدر: التقرير السنوي للقوى العاملة في القطاع الصحي، 2017.

ويلاحظ من الجدول السابق (2–3) أنَّ القطاع الصحي الحكومي (وزارة الصحة) يحظى بالنسبة الأكبر من نسبة العاملين في القطاع الصحي ككل؛ مما يترتب عليه زيادة في تحمل عبء تقديم الخدمات الصحية دون غيره من القطاعات الصحية الأخرى.

2-2-9 تمويل النظام الصحي:

يعتمد تمويل النظام الصحي الفلسطيني على ثلاثة مصادر رئيسية، هي: موازنة السلطة الوطنية الفلسطينية، وما يدفعه المواطن الفلسطيني، إضافة إلى التمويل الخارجي، وقد أظهرت الحسابات الصحية الوطنية الفلسطينية أنَّ نسبة مساهمة المؤسسات الأهلية، من الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين حسب وكلاء التمويل عن العام 2015 (5.6%)، في حين ارتفعت عام 2016 إلى 8%.(الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة، 2018).

2-2-10 التأمين الصحي:

هو تعويض عن خسارة مادية ترتبط بتغطية التكاليف المتعلقة بمشكلة صحية وعلاجها، وهو عقد ما بين المُؤَمن والمؤمن عليه بتغطية التكاليف المتعلقة بمشكلة صحية ما وعلاجها. (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2018م).

وقد بلغ عدد التأمينات الصحية حتّى نهاية عام 2018 (220.588) عائلة، وتشمل كلا من تأمين النظام الرسمي (128.860) بنسبة 58.2% والمجاني (92.728) بنسبة 47.8% (التقرير السنوي، 2018).

وينقسم التأمين الصحي الحكومي إلى نوعين من التأمينات:

1. التأمين بتعرفه: يتمثل في كل من التأمين الإلزامي، الاختياري، الشؤون الاجتماعية، الاشتراك الجماعي، أسر الشهداء والجرحى.. وغير ذلك.

2. التأمين المجاني: يشمل تأمين العمال، تأمين مجاني حسب قرار الوزير، تأمين كبار السن، تأمين الحالات الاجتماعية.. وغير ذلك.

ويذكر أنَّ وزارة الصحة ونتيجة للواقع الحالي الصعب اضطرت لمنح إعفاءات لرسوم التأمين تصل لأكثر من 50%، من أجل أنْ يحصل المواطن على خدمة التأمين الصحي، وليتسنى له تلقي الخدمات الصحية العلاجية والتشخيصية.

3. التأمين الإلزامي: وهو الذي ينطبق على موظفي القطاع الحكومي المؤمن عليهم تلقائيًا مقابل أقساط التأمين الشهرية التي تخصم من رواتبهم، بغض النظر عن التزامهم بتأمينات أخرى، وتكون بحد أدنى 50 شيكلًا وحد أعلى 75 شيكلًا، حيث يتم استقطاع ما نسبته 5% من الراتب الأساسي، بالإضافة إلى استثناء المتقاعدين الذين يتقاضون رواتبهم من هيئة التأمين والمعاشات من الحد الأدنى.

4. التأمين الاختياري: وهو عبارة عن تأمينات لأعمال فردية "ملف تجاري، بلديات، عمل داخل مؤسسات غير مشتركة في نظام التأمين الصحي والتأمينات برسوم رمزية.. إلخ، وتمثل ما قيمته 5% من الراتب(50 شيكلًا لحد أدنى، و75 شيكلًا كحد أعلى).

5. تأمين وزارة الشؤون الاجتماعية: يشمل الحالات الاجتماعية المؤمن عليها، والتي تكون مدرجة ضمن قائمة الحالات الاجتماعية في وزارة الشؤون الاجتماعية، والمنضمة إلى نظام التأمين الصحي على نفقة وزارة الشؤون الاجتماعية، ويقوم هذا النظام على تولي وزارة الشؤون الاجتماعية بدفع 50 شيكلًا عن كل مؤمن من قبلها لوزارة الصحة(وزارة الصحة، 2017).

6. تأمين الاشتراك الجماعي: تتقاضى وزارة الصحة من البلديات والشركات والجمعيات والمؤسسات الأهلية، وذلك عبر عقد جماعي يتم من خلاله خصم (5%) من الراتب الإجمالي لكل موظف، مقابل الاشتراك في التأمين الصحي على أنْ يكون الحد الأدنى 50 شيكلًا والحد الأعلى 75 شيكلًا، علمًا بأنَّه تمَّ استثناء البلديات بقرار من مجلس الوزراء ليتم التعامل معهم كموظفي الحكومة، وتخصم قيمة الاشتراكات من خلال مستحقاتهم في وزارة المالية (وزارة الصحة، 2013).

2-2-11 حجم الإنفاق على القطاع الصحي الحكومي:

أظهر تقرير مشترك أعدَّه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، بالتعاون مع وزارة الصحة حول النتائج الأولية للحسابات الصحية 2016، أنَّ نسبة الإنفاق الحكومي على نشاط الصحة من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين سجلت ارتفاعًا بنسبة 10.7% خلال العام 2016، مقارنة بالأعوام السابقة.(الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة، 2018).

ويتحمل القطاع الصحي الحكومي الجزء الأكبر من الصرف على تقديم الخدمات الصحية للمواطنين في قطاع غزة مقارنة بباقي القطاعات الأخرى المقدمة للخدمات الصحية، وتشير التقارير الصادرة من وزارة الصحة بأنَّ مجموع النفقات الرأسمالية عن العام 2017 بلغ (47.9) مليون شيكلًا، في حين بلغ مجموع النفقات التشغيلية لنفس العام (396.5) مليون شيكلًا، حيث شكل بند العلاج بالخارج أعلى قيمة إنفاق بنسبة (35.1)% من الإجمالي الكلي للنفقات (وزارة الصحة،2017).

نستنتج مما سبق؛ بأنَّ القطاع الصحي الحكومي يحظى بأكبر نسبة إنفاق حكومي على النشاط الصحي؛ الأمر الذي يتطلب زيادة الدعم الحكومي، والبحث عن مصادر تمويل جديدة ومتعددة؛ لضمان استمرارية هذا القطاع المهم في تقديم خدماته الصحية للمواطنين في قطاع غزة. لاسيما في ظل المرحلة الحرجة التي يعيشها القطاع الصحي الحكومي من أزمات متتالية، نتيجة الحصار الإسرائيلي الخانق، وحالة الانقسام السياسي، والتعنت الحزبي الذي يطغى على الحالة الفلسطينية في جميع مناحي الحياة، بالإضافة إلى قلة الموارد المالية، وتشتت مصادرها، وزيادة الحاجة الصحية، كل هذه الأسباب وغيرها تستدعي بناء نظام صحي مستدام، يعمل على تعزيز الاستدامة المالية ومصادر التمويل الصحي، وبالتالي تعزيز الحماية المالية للمواطن الفلسطيني في مواجهة التكاليف الصحية المتزايدة.

2-2-12 التحديات التي تواجه النظام الصحي الفلسطيني في غزة:

يعمل النظام الصحي الفلسطيني على تقديم العديد من الخدمات العلاجية، وبناء المراكز الصحية والمستشفيات، والتي تشمل جميع التخصصات في قطاع غزة، ويأتي ذلك نتيجة الزيادة السكانية المضطردة، وارتفاع نسبة الأمراض المزمنة والإعاقات؛ الأمر الذي يزيد من حجم الأعباء والمسؤوليات على القطاع الصحي، ويزيد من الضغط على الموارد المحدودة، وبالتالي زيادة المنافسة في الحصول على الخدمات التي يقدمها هذا النظام. وتتمثل أهم التحديات التي يواجهها القطاع الصحي الحكومي في الآتي:

1- الزيادة المضطردة في الطلب على الخدمات الصحية الحكومية، وبالتالي ارتفاع فاتورة التحويل للعلاج خارج مؤسسات وزارة الصحة.

2- التفكير بصورة استراتيجية في هذه المسألة بما في ذلك إحداث تغيير جدري في النظام الصحي، وتعزيز درجة الاعتماد على الذات في تمويل البرامج المهمة.
3- استمرار التركيز على خدمات الطوارئ يضعف إمكانية تطوير الخدمات الصحية الأساسية، وبالتالي ضعف إمكانية متابعتها وتحسين فاعليتها (شلبي ولدادوة، 2007)

وتشير دراسة (حمد، 2012) إلى جملة من التحديات التي يعاني منها القطاع الصحي الحكومي، وهي كالآتي:

1. ضعف الأداء وعدم القدرة على تقديم الخدمات الصحية للمواطنين في حدوده التي حددتها المعايير الدولية لحقوق الإنسان كأساس لتمتع الإنسان بالحق في الصحة.
2. ضعف الموارد المالية المخصصة لموازنة وزارة الصحة التي وقفت عائقًا أمام فرص تطوير قطاع الصحة.
3. ممارسات الاحتلال الإسرائيلي التي تنتهك قواعد حقوق الإنسان والقانون الإنساني لا سيّما الحصار المشهود، وتدميره للبنية التحتية والصحية، ومنع لدخول الوفود الطبية والأدوية، واستهدافه للمنشآت الصحية وسيارات الإسعاف والطواقم الطبية.
4. فقدان الثقة بين المواطن الفلسطيني والأطباء الفلسطينيين.
5. نوعية الإصابات الخطيرة التي يصاب بها الفلسطينيون من قبل الاحتلال الإسرائيلي، حيث الإصابات الخطيرة التي شاهدها الأطباء لم يروها ولم يسمعوا عنها من قبل.
6. ضعف مصادر التمويل؛ مما أدى إلى عدم استقرار الوضع الصحي للمجتمع الفلسطيني.

بينما التحديات التي تواجه عمل المستشفيات الحكومية في الأراضي الفلسطينية فتتمثل في (علاونة، 2009).

أ- نقص الكوادر البشرية الطبية المؤهلة.
ب- عدم التأهيل الكافي للمستشفيات الحكومية.
ت- نقص المعدات الطبية في المستشفيات الحكومية.
ث- غياب استراتيجية واضحة تتعلق برسم وتنفيذ السياسة الصحية.

وقد أظهرت بعض التقارير الصادرة عن وزارة الصحة للعام (2018) عن كثير من التحديات التي تواجه النظام الصحي الحكومي الفلسطيني، كان أبرزها:

1- زيادة نسبة الإنفاق على الأدوية والمهمات الطبية بنسبة (29.1%)، وتمثل المرتبة الثالثة لإنفاق وزارة الصحة بعد الرواتب والعلاج بالخارج، علمًا بأنَّ جزءًا كبيرًا من التحويلات تكون بسبب نقص في بعض الأدوية، وخاصة أدوية السرطان (التقرير السنوي للصيدلة 2017) فيما أظهر التقرير أنَّ العدد الكلي للأصناف المتداولة من المهمات الطبية في وزارة الصحة (853) صنف بتكلفة مالية إجمالية

(623.763) دولار شهريًا، وقد قدر عدد الأصناف الصفرية (163) بتكلفة مالية (218.343) دولار، بنسبة عجز بلغت 30% من الأصناف المتداولة.

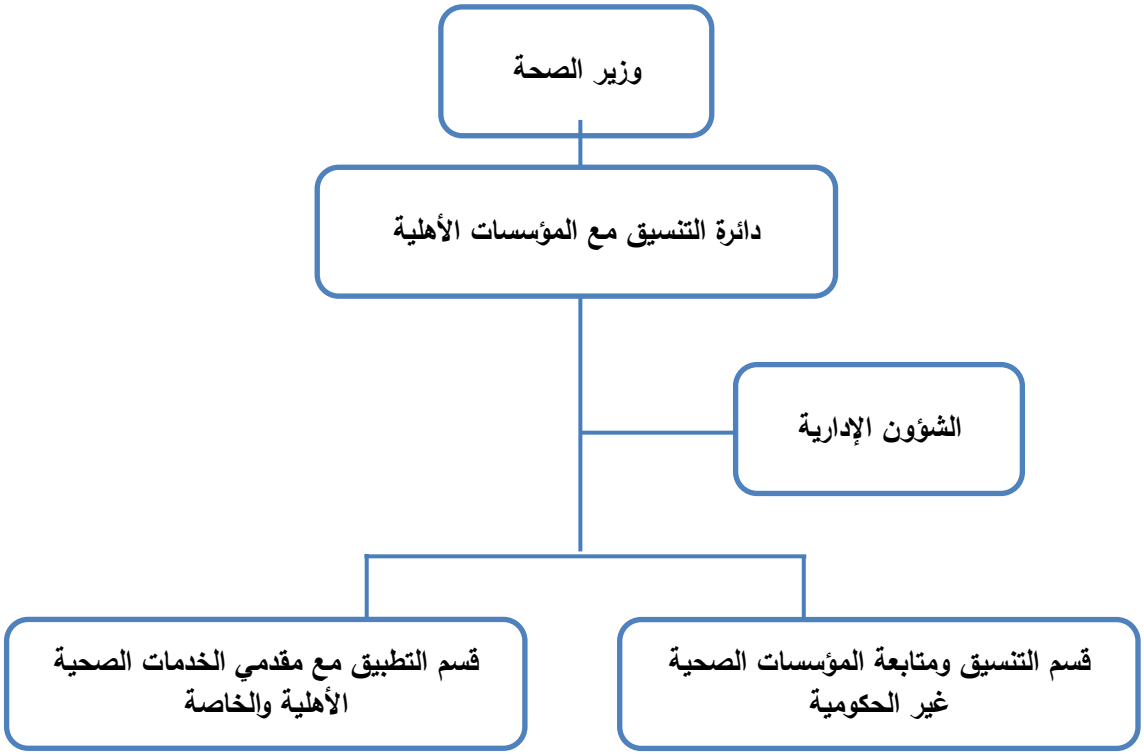
2- بلغت نسبة العجز المالي للعام (2017) في توفير الاحتياجات المخبرية (30%) من الاحتياج السنوي، كما أنَّ خدمة المختبرات غير متوفرة في مستشفى العيون ومستشفى الطب النفسي، ويتم تحويل الحالات منها إلى مختبر مستشفى النصر للأطفال. (وزارة، 2017)، كما أوضح التقرير أنَّ هناك تراجعًا في عدد الفحوصات المقدمة في المستشفيات الأهلية بنسبة (2.9%).

3- بلغت النفقات التشغيلية ما يقارب (396.5) مليون شيكلًا، حيث شكّل بند العلاج بالخارج أعلى قيمة إنفاق بنسبة (35.1%) من الإجمالي الكلي للنفقات، فيما بيَّن التقرير المالي لوزارة الصحة(2017) أنَّ معدل إيراد وزارة الصحة شكل ما نسبته(7.9%) من نفقاتها التشغيلية، وهذا يتطلب توفير دعم مالي للوزارة؛ كي تقوم بخدماتها بالشكل الأفضل، وأنَّ الديون المتراكمة على وزارة الصحة وغير المسددة بلغت (4.291.449).

ويرى الباحث أنَّ هناك الكثير من التحديات الأخرى التي يعاني منها القطاع الصحي بخلاف ممارسات الاحتلال الإسرائيلي، والتي تتعلق بتحديات سهولة الوصول للخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة، وعدم كفاية الموارد المالية والبشرية، وضعف عملية التنسيق بين وزارة الصحة ومقدمي الخدمات الصحية؛ مما يؤثر سلبًا على استدامة وجودة الخدمات الصحية.

2-2-13 الجهة المسؤولة عن التنسيق بين وزارة الصحة والمؤسسات الصحية الأهلية:

تعد وحدة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية من الوحدات الأساسية في وزارة الصحة، حيث تقوم على تنسيق الأعمال والأنشطة ومتابعتها بين وزارة الصحة والمؤسسات الصحية الأهلية(الخيرية/غير الربحية، والخاصة/الربحية)، ولها الدور الأساسي في تعزيز مبدأ الشراكة والتعاون والتكامل ما بين القطاع الصحي والحكومي والقطاع الصحي الأهلي لتحقيق التنمية الصحي المستدامة.



شكل رقم (2-2): هيكلية وحدة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية

2-2-14 مهام وحدة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية:

1. تسجيل الجمعيات الصحية الخيرية في وزارة الصحة، والإشراف على عملها، ومتابعة أنشطتها.
2. تسهيل عمل المؤسسات الصحية غير الحكومية مع إدارات ووحدات الوزارة ومع الوزارات الأخرى، مثل: (المالية، النقل والمواصلات، سلطة الأراضي، الداخلية).
3. توجيه المؤسسات الصحية غير الحكومية للالتزام بالأنظمة والقوانين الصادرة عن وزارة الصحة.
4. التخطيط والتوجيه والمتابعة للحد من الازدواجية، وتحقيق عدالة التوزيع فيما يتعلق بالخدمات الصحية التابعة للجمعيات الخيرية الصحية.
5. اعتماد المشاريع والبرامج الصحية وآلية تنفيذها، وتوجيه المؤسسات الصحية غير الحكومية فيما يخص ذلك حسب الخطة الصحية الوطنية.
6. العمل على مساعدة المؤسسات الصحية غير الحكومية في تسويق مشاريعها لدى الجهات المانحة.
7. إشراك الكوادر الصحية العاملة في المؤسسات الصحية غير الحكومية في برامج التطوير والتدريب التي تنفذها وزارة الصحة.

8. إنشاء وتطوير قاعدة بيانات خاصة بالمؤسسات الصحية غير الحكومية، وتزويد إدارات ووحدات الوزارة والجهات الأخرى بالمعلومات المطلوبة عن المؤسسات الصحية غير الحكومية.
9. المشاركة في الأبحاث والدراسات المتعلقة بالمؤسسات الصحية غير الحكومية.
10. المشاركة في وضع الخطط والاتفاقيات لشراء الخدمات الصحية من المؤسسات الصحية غير الحكومية.
11. المشاركة في اللجان الصحية الوطنية ذات العلاقة بعمل القطاع الصحي غير الحكومي.
12. التنسيق لتمثيل مقدمي الخدمات الصحية من القطاع الصحي غير الحكومية في لجان العمل المختلفة وفي اللجان الصحية الوطنية.
13. التعاون والتنسيق مع الهيئات المحلية والداعمة للجمعيات الصحية غير الحكومية مثل: (شبكة المنظمات الأهلية، مركز تطوير المؤسسات الأهلية الفلسطينية..).
14. التعاون والتنسيق مع مقدمي الخدمات الصحية الأخرى (برنامج الصحة بوكالة الغوث، الخدمات الطبية العسكرية، الهلال الأحمر الفلسطيني).

(وزارة الصحة الفلسطينية، 2019)

2-3 المبحث الثالث: المؤسسات الأهلية الصحية

2-3-1 مقدمة

تلعب المؤسسات الأهلية دروًا بالغ الأهمية في تنمية وتطوير المجتمع الفلسطيني، وذلك باعتبارها جزءًا لا يتجزأ من مكونات المجتمع الفلسطيني، كما أنَّها تتكامل مع القطاع العام والخاص في تقديم الخدمات الاجتماعية.

ولا يقتصر دور المؤسسات على تقديم الخدمات والإغاثة فقط، بل يتعدى ذلك المشاركة في تعزيز العمل الاجتماعي والإنساني، لتحقيق التنمية المستدامة بواسطة هياكل وأفراد المجتمع(الكفارنة، 2015).

لذا؛ فإنَّ هذا المبحث سيتناول المؤسسات الأهلية من جوانب عدة، من حيث المفهوم والأهمية والخصائص والتصنيفات مع التركيز على المؤسسات الأهلية الصحية؛ كونها جزءًا مهمًا في الدراسة.

2-3-2 تعريف المؤسسات الأهلية:

تطلق مسميات عدة على المؤسسة الأهلية، مثل: مؤسسات العمل المجتمعي، المؤسسات غير الربحية، المؤسسات الخيرية، المؤسسات الوسيطة، المؤسسات التطوعية الخاصة، الجمعيات الأهلية، أما تعريفها في مجموعة كبيرة من المنظمات المستقلة عن الدولة، وتتسم بأنَّ أهدافها تعاونية أو إنسانية أكثر مما هي تجارية، وتسعى لتخفيف المعاناة، أو تعزيز مصالح الفقراء (زيادة، 2012).

وعرف مبارك (2017) المؤسسات الأهلية بأنَّها: جمعيات أو منظمات خاصة تنشأ بمبادرة خاصة من الأفراد، وبعيدًا عن تأثير الحكومة، وعادة تنشأ كاستجابة تلقائية نتيجة للشعور بالحاجة لتنظيم الصفوف لأجل ممارسة نشاط معين، وتقوم على أساس طوعي عن طريق تطوع الأفراد للانضمام إليها؛ لإيمانهم بالأهداف التي تسعى لتحقيقها، ويطلق عليها صفة غير حكومية للتمييز بينها وبين المنظمات الحكومية، والتي قد يكون عملها المجال نفسه.

ويعرفها الباحث إجرائيًا بأنَّها: عبارة عن كيانات مستقلة عن الدولة لها شخصيتها الاعتبارية، وغير هادفة للربح تعتمد بالأساس على العمل الطوعي الخيري، بهدف تقديم خدمات اجتماعية، إنسانية، كرعاية الفقراء والأيتام والفئات المهمشة وغيرها، وتقوم الدولة بتنظيم عملها وفقًا لأحكام القانون.

2-3-3 عناصر المؤسسات الأهلية:

هناك مجموعة من العناصر يجب أنْ يؤخذ بعين الاعتبار عند تعريف المؤسسات الأهلية، حيث يجب أنْ تكون (العابد، 2016):

1. مستقلة ومنفصلة عن الدولة التي تعمل فيها.
2. هدفها إنساني من الدرجة الأولى.
3. لا تهدف لتحقيق الربح المالي.
4. لا تنتمي لحزب سياسي.
5. لا تقوم على أساس التعاون المجتمعي، إبراز المساهمة التطوعية فيها.
6. وضوح شكلها.

2-3-4 أهمية المؤسسات الأهلية:

يناط بالمؤسسات الأهلية الفلسطينية دورًا رئيسيًا في إدارة وتنمية المجتمع الفلسطيني، فهي تلعب دورًا مهمًا في تعزيز بقاء الشعب الفلسطيني على أرضه من خلال تقديمها البرامج الإغاثية والاجتماعية والتنموية والخدمات التعليمية والصحية وغيرها، وأصبحت المؤسسات الأهلية الفلسطينية طرفًا أساسيًا عملية التنمية، من حيث نوع وحجم وطبيعة مشاركتها (المشهراوي، 2014).

فيما أوضح (مبارك،2017) أنَّ أهمية المؤسسات الأهلية تكمن في الاهتمام بالفئات المهمشة والمحتاجة، ومشاركة المرأة في عملية التنمية، والاهتمام بالنمو الديمغرافي، والمشاكل السكانية، الاهتمام بالتعليم والصحة والتربية والسكن.

2-3-5 خصائص المؤسسات الأهلية:

تتمثل خصائص المؤسسات الأهلية، والتي تميزها عن غيرها من تنظيمات الأعمال فيما يلي (أبو الحسنى، 2016):

1. الهيكل الرسمي لها يتسم بالدوام إلى حد كبير.
2. غير هادفة لتحقيق الربح بالمفهوم العام، بمعنى أنْ لا يكون هدف تحقيق الربح من أحد أهدافها.
3. تبنى على أساس المشاركة التطوعية.
4. تكون ذاتية الحكم تتخذ قرارتها بنفسها لنفسها.
5. لا يكون لها أي تحالف أو انتماء سياسي.
6. تعد مؤسسات رسمية تهتم بإشباع احتياجات المجتمع، وتحقيق الرفاهية للمواطنين.

7. سياستها الفلسفية تستمد من النظام الأساسي لها، وتستطيع وضع تشريع اللوائح وتعديلها إذا استلزم الأمر بسهولة أكثر من المؤسسات الحكومية.
8. الهيكل التنظيمي للمؤسسة يبدأ من القمة والمتمثلة في الجمعية العمومية، وهي أعلى سلطة، ومن ثم مجلس الإدارة واللجان المعاونة لها، والأجهزة الإدارية والفنية القائمة على أداء الخدمات.
9. طريقة العمل في المؤسسة تمتاز بالمعرفة، حيث تستطيع أنْ تعدل نظام وقواعد العمل في المؤسسة وأهدافها والجهاز الإداري فيها، وهي التي تحد النظام والقعدة الإدارية والمالية المرنة لنفسها لكي تناسب متطلبات حدوث أي تغيير في المجتمع.
10. تمتاز المؤسسة غير الحكومية بسلطة أكبر من حيث اختيار موظفيها وفقًا لِما تحدده قوانين العمل فيها، حيث يجب أنْ يكونوا متخصصين في مجالات الخدمة الاجتماعية، بالإضافة إلى الاستعانة بالفنيين الآخرين الذي يشترط وجوهم نوعية الخدمات المقدمة.

2-3-6 أهداف المؤسسات الأهلية:

لقد بدا واضحًا ومن خلال مراجعة الأدبيات التي تناولت مفهوم المؤسسات الأهلية، والتي أجمعت على أنها مؤسسات طوعية خيرية، تهدف إلى تقديم الخدمات للفئات والشرائح الاجتماعية المهمشة التي لا تتمكن الحكومة المحلية من الوصول إليها، وفي مجالات كثيرة ومتعددة، وقد ذكرت (الشيخلي، 2013) بعض هذه الأهداف، وهي على النحو الآتي:

1. تمكين وتطوير المجتمع المحلي، وتنفيذ البرامج والأنشطة المستدامة التي تلبي الاحتياجات والرغبات، وذلك تماشيًا مع التوجهات الاستراتيجية للتنمية المحلية والعالمية بالتعاون مع أهداف برامج الأمم المتحدة التي تعمل من أجلها.
2. تحديد الاحتياجات لبناء قدرات المجتمع المحلي التي تعمل من أجلها.
3. التعاون مع الحكومات المحلية المعنية.
4. ضمان المصالح المشتركة مع أصحاب المصالح stakeholders المعنين ومشاركتهم في الأنشطة والإنجازات المتحققة.
5. تعزيز ودعم الشراكة المحلية والعالمية بين مؤسسات المجتمع المحلي والمنظمات العالمية.
6. تقديم برامج متميزة فعّالة وكفؤة لدعم التنمية الاقتصادية.

فيما اعتبرت دراسة (العابد، 2016) أنَّ الهدف الأساس من وجودها هو خدمة وتلبية وتغطية جميع احتياجات الفئات المهمشة من كل النواحي الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والصحي وغيرها، وتحسين أوضاع تلك الفئات في المجتمع.

2-3-7 دور المنظمات الأهلية في فلسطين:

إنَّ المنظمات الأهلية تعمل كإطار تعبوي لتنظيم المواطنين، من أجل المشاركة الفاعلة في العملية التنموية المعتمدة أساسًا على البشر، كما يمكن اعتبارها وسائط اجتماعية لإحداث التغيير في ظل سياسات الخصخصة وتراجع دور الدولة، ويرى البعض بأنَّ المنظمات الأهلية تُعد التجسيد المعاصر لمفهوم المجتمع المدني، لوجودها خارج اعتبارات الربح وخارج اعتبارات السيطرة، ولكونها تعمل على أساس المصلحة المشتركة، ولعقلانية عملية اتخاذ القرار فيها، ولجودة مخرجاتها (معهد أبحاث السياسات الاقتصادية، ماس، 2010).

2-3-8 الخدمات التي تقدمها المؤسسات الأهلية:

تسعى المؤسسات الأهلية إلى تحقيق أهدافها المنشودة والمخططة لها من خلال قيامها بأنشطة تخدم في مجالات عدة؛ خيرية، وصحية، وتعليمية، وترفيهية، ورياضية، ودينية وغيرها، وتقدم هذه الخدمات في إطار غير تجاري ربحي أو سياسي ولكن في إطار النفع العام، وبذلك فهي تؤمن بيئة منظمة للعمل الإنساني، يعمل فيها الناس باختيارهم الخاص، وأحيانًا متطوعين بإرادتهم مستقلين عن الإدارة الحكومية من الاهتمامات الاقتصادية والاجتماعية والصحية والبيئية والإنسانية على اختلاف أنواعها(سنو والطراح، 2002).

ويمكن تلخيص أهم الخدمات تقدمها المؤسسات الأهلية، على النحو التالي (شبير، 2004؛ والسعدي، 2001)

1. توفير خدمات في مجالات أساسية منها رعاية الأيتام والأسر المحتاجة.
2. إنشاء مدارس ورياض الأطفال ومرافق تربوية.
3. رعاية أشخاص ذوي الإعاقة، وإعادة تأهيلهم.
4. تقديم خدمات صحية وزراعية واجتماعية على المستويات المختلفة.
5. إنشاء مشروعات إنتاجية، وتوفير فرص العمل.
6. متابعة وتوثيق الحقوق الإنسانية المنتهكة.
7. إيجاد نوادٍ رياضية واجتماعية ومراكز ثقافية وفنية.
8. تطوير البنية التحتية والمساهمة في التنمية الزراعية، وغيرها من القطاعات.
9. رفع الكفاءة المهنية البشرية من خلال الدورات التدريبية.
10. حماية البيئة.

2-3-9 المؤسسات الأهلية الصحية في قطاع غزة:

لا تختلف المؤسسات الأهلية الصحية كثيرًا في تعريفها ومفهومها وخصائصها عن غيرها من المؤسسات الأهلية العاملة في قطاع غزة، سوى أنَّها تركز في عملها على تقديم الخدمات الصحية المباشرة لجمهور المواطنين الفلسطينيين في قطاع غزة.

وعرفت منظمة الصحة العالمية (2002) المؤسسات الأهلية الصحية بأنها: "تلك المؤسسات التي غير الحكومية وغير هادفة للربح شكّلت بشكل طوعي من خلال مؤسسات المجتمع المدني".

كما عرفتها الوكالة الوطنية لإدارة الكوارث (2011) بأنَّها: "مؤسسات غير حكومية أجنبية أو محلية يتم تنظيمها وظيفيًا، ولا تكون ممثلة لحكومة معينة أو منظمات دولية، يتم تشكيلها بشكل منفصل عن دولة معينة تمَّ تأسيس المنظمة فيها".

ويعرفها الباحث بأنَّها: مؤسسات غير حكومية تقدم خدمات صحية مختلفة بجميع مستوياتها الأولية، والثانوية، والتأهيل، بالإضافة لخدمات التوعية والتثقيف الصحي، ومسجلة بوزارة الصحة، وتمارس عملها وفقًا لأحكام القانون.

2-3-10 تصنيف المؤسسات الأهلية الصحية العاملة في قطاع غزة:

حسب إحصائية أعدتها وحدة التنسيق مع المؤسسات الأهلية بوزارة الصحة، فقد بلغ عدد المؤسسات الأهلية الصحية المحلية والهيئات الأجنبية، والتي تعتبر وزارة الصحة هي الوزارة المتخصصة بها (69) مؤسسة تعمل في قطاع غزة، فيما بلغ عدد المؤسسات الأهلية الصحية المحلية (54)، منها (24) مؤسسة تمتلك مستشفيات أو مراكز صحية أو الاثنين معًا، بينما توجد (30) جمعية تنفذ برامج ومشاريع في مجالات صحية مجتمعية متعددة (وزارة الصحة، 2019).

2-3-10-1 المؤسسات الاجتماعية الخيرية:

هناك بعض المؤسسات يتم تصنيفها حسب وزارة الداخلية بأنَّها جمعيات اجتماعية، ولكنها تمارس نشاط صحي من خلال المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لها، وقد بلغ عددها (30) جمعية، وتتوزع هذه الجمعيات على محافظات القطاع على النحو التالي: (شمال غزة_4، مدينة غزة_13، المنطقة الوسطى_4، خانيونس_8، رفح_1).

2-3-10-2المؤسسات الأهلية الصحية:

شكّلت المؤسسات الأهلية الصحية جزءًا أساسيًا من بنية النظام الصحي الفلسطيني، وقد قامت العلاقة بين هذه المؤسسات ووزارة الصحة الفلسطينية على التعاون والتنسيق والمشاركة في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، والثانوية، والتأهيل، وقد بلغ عددها (86) مؤسسة.

جدول (2-4): المؤسسات الأهلية الصحية (المحلية).

الرقم	المحافظة	الشمال	غزة	الوسطى	خانيونس	رفح	المجموع
1	المستشفيات	2	7	1	2	1	13
2	المراكز الصحية	14	21	11	19	6	71
المجموع							84

(المصدر: وحدة التنسيق مع المؤسسات الأهلية، 2019).

وتتشارك هذه المؤسسات مع القطاع الصحي الحكومي في تقديم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة، ووفقاً للتقارير الواردة من وزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة. فقد بلغ عدد أسرة المستشفيات في قطاع غزة بلغ (2943) سريرًا (2240) سريرًا تتبع لوزارة الصحة، و(526) سريرًا تتبع المؤسسات غير الحكومية، و(177) سريرًا تتبع لوزارة الداخلية والأمن الوطني، وقد لوحظ زيادة مطردة في عدد الأسرة خلال الأعوام الستة الماضية (وزارة الصحة، 2018).

وسنتطرق في هذا المبحث للحديث عن المؤسسات الأهلية الصحية التي تقدم خدماتها الصحية من خلال المستشفيات التابعة لها، والبالغ عددها (13) مستشفىً رئيسية والتي شملتها الدراسة حسب التوزيع الجغرافي لها، ابتداءً من شمال قطاع غزة حتّى الجنوب (مستشفى الكرامة، مستشفى العودة، مستشفى الخدمة العامة، مستشفى القدس، المستشفى الأهلي العربي، مجمع الصحابة الطبي، مستشفى سان جون، مستشفى أصدقاء المريض، مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي والجراحة التخصصية، مستشفى يافا الطبي، مستشفى الأمل، مستشفى دار السلام، المستشفى الكويتي).

1. مستشفى الكرامة

تأسّس مستشفى الكرامة عام 2007م تحت رعاية جمعية رعاية المريض التي تقدم خدماتها في المجال الصحي التثقيفي والرعاية لسكان محافظتي غزة وشمالها، والتي يزيد فيها عدد المستفيدين عن 300000 نسمة، وتضم المستشفى عددًا من العيادات التخصصية، مثل: الأطفال، والأنف والحنجرة، والأسنان، والعظام، والجلدية، والنساء والولادة، والمسالك البولية، والعيون، والأعصاب، وتهدف المستشفى إلى المساهمة في تقديم خدمات صحية متميزة في جميع التخصصات المتوفرة، ونشر الوعي والتثقيف الصحي، وتطوير كفاءة العاملين في القطاع الصحي، ويتكون طاقم المستشفى من

(65) موظفًا موزعين بين ممرض وطبيب وصيدلي وعمال (الجدي،2018)، كما يقدم المستشفى خدمات الاستقبال والطوارئ، بالإضافة إلى قسم الجراحة العامة، قسم الأشعة، قسم المختبر، الصيدلية (دليل الخدمات الصحية،2011).

2. مستشفى العودة:

مستشفى العودة تابعة لجمعية اتحاد لجان العمل الصحي، تم افتتاحها عام 1997 وتحتوي على نحو 77 سرير، ويقدم المستشفى الخدمات التشخيصية والعلاجية من خلال الأقسام التالية: قسم الاستقبال والطوارئ والرعاية اليومية ، وقسم النساء والولادة ، قسم الجراحة، قسم العيادات الخارجية (الجراحة العامة، جراحة العظام ، العيون، الأنف والأذن والحنجرة، جراحة المسالك ، المناظير والجهاز الهضمي، الباطنة والقلب، الأوعية الدموية، الأسنان، الجلدية، جراحة التجميل، التغذية، التشخيص المبكر للأورام، جراحة التجميل، المخ والأعصاب، الأمراض الصدرية، الأطفال وجراحة الأطفال) قسم الأشعة والألترا ساوند، العناية المركزة ، مختبر أشعة وتعمل على مدار الساعة لتقديم خدمات الجراحة العامة والتخصصية، العناية الفائقة، حضانة الأطفال، العيادات الخارجية، مناظير الجهاز الهضمي، الاستقبال والطوارئ، الأشعة التخصصية، المختبرات، الصيدلية . (اتحاد لجان العمل الصحي (2013).

3. مستشفى الخدمة العامة:

مستشفى الخدمة العامة تابع لجمعية الخدمة العامة لأحياء مدينة غزة، ويقدم خدماته في المجالات التالية: عيادات تخصصية (أطفال، الأسنان، العظام، أنف وأذن وحنجرة، القلب، الجلدية، المسالك والكلى، التجميل والحروق، الباطنة، الجراحة العامة)، بالإضافة إلى قسم الولادة الذي يعمل على مدار الساعة، وقسم العمليات الجراحية، والذي يعمل على مدار الساعة أيضًا، قسم مناظير الجهاز الهضمي، وأقسام طبية مساندة مثل: الصيدلية، الأشعة السينية، أشعة بانوراما، ألتراساوند. (دليل الخدمات الصحية،2011)، ويقدر عدد العاملين في المستشفى بأكثر من (275) موظفًا إداريًا وفنيًا، ويحتوي المستشفى على (69) سريرًا، ويخدم أكثر من(5000) مريضًا شهريًا. (الجدي،2018).

4. مستشفى القدس

مستشفى القدس ويتبع لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، تم تأسيسه في غزة عام 2000 كمستشفى عام وتعليمي يضم على 120 سرير بنسبة إشغال 80% ، ويقدم خدمات صحية شاملة تتضمن الجراحات بمختلف أنواعها: الباطنة ، الأطفال، النساء والولادة ، الحضانة ، العناية المركز ، فحص الأشعة بمختلف أنواعها (الأشعة المقطعية، الأشعة الملونة ، الأشعة السينية، الرنين

المغناطيسي ، تفتيت الحصى) ، الأسنان ، العلاج الطبيعي قسم الطوارئ، بالإضافة العيادات الخارجية بجميع التخصصات). (جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، د.ت)

5. مستشفى الأهلي العربي:

يقدم مستشفى الأهلي العربي خدمات الإسعاف والطوارئ على مدار الساعة، ويقدم خدمات داخلية وعيادات خارجية في المجالات التالية: الجراحة العامة، باطنة عامة، جراحة مسالك بولية وكُلى، وجراحة عظام، جراحة أنف وأذن وحنجرة، عيادة القلب والضغط، أمراض سكري، الأشعة وتشمل(الفوق صوتية، أشعة كشف سرطان الثدي المبكر)، صيدلية، مختبر، التحاليل، التحاليل المخبرية، علاج طبيعي(دليل الخدمات الصحية، 2011).

6. مجمع الصحابة الطبي:

مجمع الصحابة الطبي يقدم الخدمات التالية: الولادة على مدار 24 ساعة، والجراحة النسائية، وعيادات خارجية (عيادة النساء، عيادة أطفال، عيادة أسنان)، خدمات مساندة: (مختبر، صيدلية، أشعة(دليل الخدمات الصحية، 2011).

7. مستشفى سان جون

ويتبع مستشفى سان جون بالقدس، ويقدم خدمات جراحة العيون: عمليات المياه البيضاء، الحول، وترقيع القرنية واستبدالها، تصحيح ضغط العين، الكيس الدهني، الجفون، كيس الدمعة، ظفر العين، طب العيون، فحص نظر، قياس نظر، عمليات الليزر، وتوجد صيدلية تتوفر بها أدوية خاصة بالعيون(دليل الخدمات الصحية، 2011).

8. مستشفى أصدقاء المريض

مستشفى جمعية أصدقاء المريض الخيرية تابع لجمعية أصدقاء المريض الخيرية، ويقدم خدمات في المجالات التالية: عيادات تخصصية (أطفال، أسنان، عظام، أنف وأذن وحنجرة، قلب، جلدية، مسالك وكلى، التجميل والحروق، باطنة، عيون، أعصاب، جراحة عامة)، وقسم ولادة يعمل على مدار الساعة، قسم عمليات جراحية، وقسم مناظير الجهاز الهضمي، أقسام طبية مساندة (صيدلية، مختبر، أشعة عادية، أشعة بانوراما، الترا ساوند، قسم علاج طبيعي)، ويعمل المستشفى على مدار الساعة(دليل الخدمات الصحية،2011).

9. مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي والجراحة التخصصية

مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي والجراحة التخصصية تابع لجمعة الوفاء الخيرية، يعم المستشفى على مدار الساعة ويقدم خدماته من خلال العيادات الخارجية(عيادة عظام ، عيادة أعصاب، عيادة تأهيل)، بالضافة إلى العمليات الجراحية (أعصاب، عظام) وخدمات التأهيل من خلال الإشراف الطبي والتمريض التأهيلي المتخصص، العلاج الطبيعي والوظيفي ، تأهيل الإدراك والسلوك وعلاج مشاكل

النطق والاتصال، علاج وتأهيل الإخراج البولي من خلال جهاز فحص ديناميكية التبول ، علاج مشاكل القدم السكري، الرعاية الاجتماعية والنفسية للمرضى. والخدمات المساندة (صيدلية ومختبر وأشعة) (دليل الخدمات الصحية،2011).

10. مستشفى يافا الطبي:

مستشفى يافا الطبي هو أحد المؤسسات الأهلية الصحية العاملة في قطاع غزة، وهو المستشفى الأهلي الوحيد الذي يخدم سكان المنطقة الوسطى بالتحديد منطقة دير البلح، كما أنَّه يقدم كل ما يلزم من فحوصات وعلاج، وتدخل جراحي، وتأهيل طبي، وتوجد في المستشفى الأقسام التالية: العيادات الخارجية (عيادة طب الأسرة، عيادة الباطنة والجهاز الهضمي، عيادات نساء وولادة، عيادة أسنان، عيادة عيون، عيادة عظام، عيادة الأعصاب، عيادة المسالك البولية، عيادة أنف وأذن وحنجرة، عيادة جلدية، عيادة القلب). الإسعاف والطوارئ، الجراحة العامة والتخصصية، قسم التوليد يعمل على مدار الساعة، تصوير تلفزيوني، التأهيل الطبي والعلاج الطبيعي، فحص سمعيات، قسم البصريات، تثقيف صحي، مختبر، صيدلية، أشعة) (دليل الخدمات الصحية،2011).

11.مستشفى الأمل:

مستشفى الأمل ويتبع لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، تم افتتاحها عام 1997 في المنطقة الجنوبية _ خانيونس ويقدم الخدمات العلاجية والرعاية الأولية والوقائية وتضم عدداً من الأقسام والعيادات المتنوعة والمجهزة بأحدث التقنيات وتشمل التخصصات الطبية كافة مثل: الجراحة العامة، جارحة العيون، جراحة المسالك البولية ، جراحة الأنف والأذن والحنجرة، وجراحة الأعصاب ، جراحة العظام، قسم الأشعة ، قسم المناظير ، قسم السمعيات، قسم الأمراض الجلدية قسم النساء والولادة، قسم الأسنان، قسم المختبر والتحاليل الطبية (https://www.palestinercs.org)

12.مستشفى دار السلام:

مستشفى دار السلام تابع لجمعية الوفاء الخيرية، ويقع في المنطقة الجنوبية (مدينة خانيونس)، ويقدم خدماته التالية: قسم الولادة على مدار الساعة، عمليات جراحية تخصصية، العيادات التخصصية كعيادة الباطنة، الجراحة العامة، النساء والولادة، المسالك البولية، العظام، الأنف والأذن والحنجرة، الجلدية، الأعصاب، المختبر والأشعة والصيدلية (دليل الخدمات الصحية،2011). بالإضافة إلى عيادة الأطفال، العيون، الأطراف الصناعية، ويبلغ عدد العاملين في المستشفى (70) موظفًا، مقسمين على (5) طوابق تخصصية، سعة كل طابق (20) سريرًا، ويبلغ متوسط عدد المرضى الذي يخدمهم 4000 مريضًا شهريًا (الجدي، 2018).

13.المستشفى الكويتي:

المستشفى الكويتي التخصصي هو أحد المؤسسات الصحية الأهلية العاملة في قطاع غزة بشكل عام، وبالتحديد المنطقة الجنوبية – مدينة رفح، ومن أهم الخدمات التي يقدمها: جراحة تخصصية، الإسعاف والطوارئ، العيادات الخارجية التخصصية، مثل: عيادة النساء والولادة، عيادة الأطفال، عيادة الجراحة العامة، جراحة أوعية دموية، ومسالك بولية، أنف وأذن وحنجرة، عيادة العظام، عيادة الجلدية، عيادة الباطنة، عيادة الأسنان، مختبر، قسم الأشعة، الصيدلية، يعمل المستشفى على مدار 24 ساعة.(دليل الخدمات الصحية،2011)، ويبلغ عدد موظفي المستشفى نحو (81) موظفًا بمختلف الفئات، ويضم (11) قسمًا طبيًا (30) سريرًا، كما أنَّ المستشفى يقدم خدماته لنحو (3000) مريضًا شهريًا (الجدي، 2018).

ويرى الباحث أن المؤسسات الأهلية الصحية تعتبر مكون مهم ورئيس من مكونات التشكيل السياسي الحكومي بشكل عام والنظام الصحي الفلسطيني بشكل خاص، ويناط بها العديد من المهام المجتمعية لا سيما تلبية الاحتياجات الصحية والتنموية على أساس الحق الإنساني، عبر العيادات والمراكز والبرامج الصحية المختلفة. حيث عملت على تعزيز الارتباط بين المفهوم الصحي والتنموي، فأدمجت العمل التنموي بالصحي وقامت ببناء نماذج تنموية صحية ريادية للفئات الأكثر تهميشاً كالنساء وكبار السن والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم.

إلا أن هناك جملة من المتغيرات (الحصار، الانقسام السياسي، التمويل المشروط...)أفرزت واقعاً جديداً نحو تعزيز الاستخدام الأمثل للموارد عبر بناء شراكات مختلفة مع وزارة الصحة، وبناء نماذج صحية تنموية لا تقوم بها وزارة الصحة فتميزت بها.

2-4 المبحث الرابع: الاستدامة

2-4-1 تمهيد:

من خلال هذا المبحث سنحاول استعراض العديد من الجوانب التي تتعلق بالاستدامة والتنمية المستدامة، من حيث مفهومها، وتعريفها، وهدفها، وأبعادها المختلفة الاقتصادية والبيئة والاجتماعية والسياسية بشيء من التفصيل، بالإضافة إلى أنواعها وخصائصها، والوسائل والمداخل المتاحة لتحقيق التنمية المستدامة، وسنتطرق في هذا المبحث أيضًا إلى توضيح الأطراف المشاركة في عملية الاستدامة، كما سنتعرف إلى واقع التنمية في فلسطين، وسنعرض أهم تحديات والمعوقات التي تعرقل أهداف التنمية المستدامة، وأخيرًا ووصولًا بعد التمهيد إلى بند استدامة الخدمات الصحية، والذي هو الهدف الأساس من هذا المبحث، سنتكلم عنه بشيء من التفصيل، وأخيرًا سيتناول هذا المبحث مؤشرات نجاح استدامة الخدمات الصحية.

2-4-2 مفهوم الاستدامة:

ورد في تقرير حوار مستقبل الاستدامة في الوطن العربي، أنَّ الاستدامة هي عملية مستمرة وليست منتجًا محددًا وثابتًا، وتعني تزويد الأجيال القادمة بحجم من الفرص يماثل أو يزيد على ما تمَّ تزويد الأجيال الحالية به، حيث يجعل هذا التعريف الاستدامة عملية تتعلق بالحق في الحق بالحصول على الفرص المستدامة، بالإضافة لكونها متعلقة بإدارة الموارد؛ مما يعطيها بعدًا إنسانيًا واضحًا (الاتحاد الدولي لحماية الطبيعة، 2008).

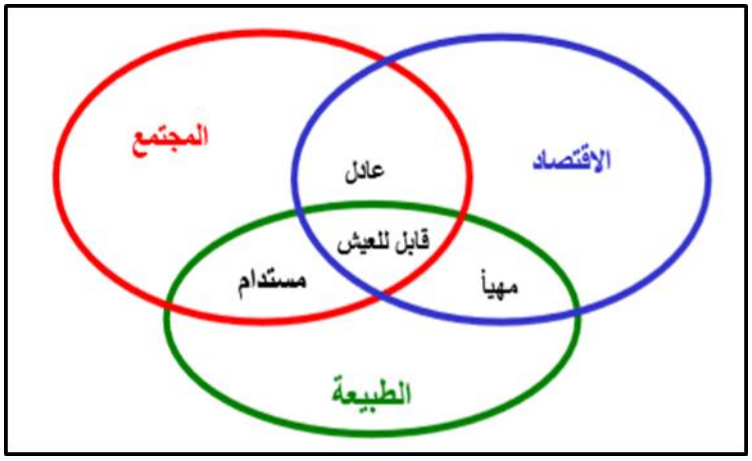
وقد اقترحت (UNICEF, 1992) تعريف للاستدامة: "قدرة النظام على إنتاج فوائد قيمة بشكل كافٍ من خلال المستخدمين وأصحاب المصلحة لتأمين موارد كافية لمواصلة الأنشطة على المدى البعيد".

وكما أشار (الغامدي، 2007) لمفهوم الاستدامة،: أنَّ الاستدامة ظاهرة جلية، حيث يتراوح الزمن الكافي للاستدامة من 25- 50 سنة، مستوى القياس، فالاستدامة هي عملية تحدث في مستويات عدة (إقليمي، دولي، محلي)، المجالات المتعددة، حيث تتكون الاستدامة من ثلاثة مجالات: اقتصادية، وبيئة، واجتماعية، وأخيرًا ينبغي الإشارة إلى أنَّ الجدل الدولي حول مفهوم الاستدامة قد خلق بالتأكيد مجالًا جديدًا من الخطاب، ويمكن النظر إلى تلك الظاهرة كمؤثر إيجابي في إبراز قضية الاستدامة لتحتل الصدارة في النقاش العام.

2-4-3 العناصر الأساسية للاستدامة:

وهي تشمل ثلاثة أبعاد مع اعتبار الوزن النسبي لكل بعد ومراعاة مبدأ العدالة بين الأجيال (الجبالي، 2016):

1. البعد الاجتماعي: والذي يساهم في علاج المشاكل الاجتماعية مثل البطالة والتنمية المحلية والإقليمية، والرعاية الصحية، والثروات والترابط الاجتماعي، توزيع الخدمات.
2. البعد الاقتصادي: والذي يركز التنمية الاقتصادية والتنافس والنمو الاقتصادي والإبداع والتنمية الصناعية.
3. البعد البيئي: والذي يراعي الحفاظ على جمال الطبيعة ونوعية المياه والهواء والتربة وتغير المناخ والتنوع البيولجي.



شكل رقم (2-3) الأبعاد الثلاثة للاستدامة

المصدر: (Burgenmier, 2005)

2-4-4 العناصر الإجرائية للاستدامة:

لخص (الجبالي، 2016) العناصر الإجرائية للاستدامة كالآتي:

1. اتخاذ القرار: يجب تحليل الأبعاد الثلاثة وإدراجها في عملية اتخاذ القرار.
2. التوازن: يجب توضيح كيفية الموازنة بين الأبعاد الثلاثة إلى المعنين والمجتمع بشكل عام.
3. الحلول البديلة: يجب أن تؤخذ في الاعتبار.
4. المشاركة الشعبية والتشاور: يجب تشجيعها.
5. أدوات تقييم الأثر: يجب تطبيقها عملية صناعة القرار.

2-4-5 أنواع الاستدامة:

1. **الاستدامة السياسية:** وهي التزام حكومة، بيئة سياسية مواتية، مصلحة أصحاب المصالح، جماعات الضغط القوية والنفوذ السياسي والضغط.
2. **الاستدامة الاجتماعية:** وهي الدعم الاجتماعي والقبول والالتزام المجتمعي والتماسك الاجتماعي.
3. **الملكية:** لا للمجتمعات والحكومة المحلية والأسر تقبل أو تمتلك نتائج المشروع بطريقة سليمة.
4. **الاستدامة المؤسسية:** وهي الدعم المؤسسي، وتنفيذ السياسات، والتوظيف، والميزانيات المتكررة.
5. **الاستدامة الاقتصادية والمالية:** القدرة على التكيف مع الصدمات الاقتصادية، والجدوى المالية، والحد من التعرض للأسر المعيشية، وزيادة القدرة على التعامل مع المخاطر والصدمات.
6. **الاستدامة التقنية:** السلامة التقنية والحلول المناسبة، والتدريب التقني للعمليات، والصيانة، والوصول إلى تكاليف قطع الغيار والإصلاحات.
7. **الاستدامة البيئية:** إيجابية وسلبية مساهمات المشاريع لحفظ التربة والمياه وإدارتها، والقدرة على التكيف مع صدمات البيئة الخارجية (Tango International، 2009).

2-4-6 استدامة الخدمات الصحية:

2-4-6-1مفهوم الاستدامة الصحية:

1. ويمكن تعريف الاستدامة بالمفهوم الصحي بأنَّها: "تخطيط وإدارة وتقديم الرعاية الصحية المنصفة التي تتسم بالكفاءة والفعالية، والتي تساهم في التنمية الطويلة الأجل بطريقة مستدامة" (منظمة الصحة العالمية، 2016).

وتعرف أيضًا أنَّها تقديم خدمات الرعاية الصحية المتشارك فيها لجميع الناس بطريقة تلبي احتياجات جميع مراحل العمر، ويتم تنسيقها عبر استدامة الرعاية، وتكون شاملة وآمنة، وتقدم في التوقيت المناسب، وتكون فعّالة ومقبولة، ويكون لدى جميع مقدمي الرعاية الحافز والمهارة، ويعملون في بيئة داعمة (منظمة الصحية العالمية، 2016).

وقد عرفها (أولسن، 1998) بأنَّها: تشغيل الخدمة الصحية بواسطة نظام تنظيمي على المدى البعيد، والقدرة على تخصيص موارد كافية للأنشطة التي تلبي احتياجات الفرد والمجتمع.

وقد تناول تقرير التحالف الكندي للرعاية الصحية المستدامة (2014) تعريف الاستدامة على أنَّها: "التوازن المناسب بين البيئات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية المصممة لتلبية احتياجات الرعاية الصحية للمواطنين". وقد تضمن التقرير أربعة مبادئ أساسية لدعم السياسيين وصناع القرار، وتوجيه

المبادرات الاستراتيجية والخطط التي من شأنها المساهم في استدامة الرعاية الصحية، هي: (Canadian Alliance, 2014).

1- **المساءلة عن النتائج:** لضمان العمل على الصعيد الاجتماعي والفردي، والعوامل الثقافية والتقنية والاقتصادية والسياسية والفنية التي تؤثر على استدامة الرعاية الصحية، وتؤدي إلى تحسينات في أداء النظام الصحي.
2- **القيمة مقابل المال:** لضمان نتائج أفضل لمستويات الاستثمار المماثلة.
3- **الوصول العادل في الوقت المناسب:** هذا المبدأ يحظى بأولوية عالية لا سيّما أنَّ عدم تمكن السكان من الوصول العادل، وفي الوقت المناسب يؤثر وبشكل مباشر على صحة السكان ويقوض ثقتهم في النظام الصحي ككل. وبالتالي؛ فإنَّ اعتماد الوصول العادل وفي الوقت المناسب كمبدأ لتوجيه عملية صنع القرار، وتوفير الدعم السياسي والمالي مهم للحفاظ على نظام سليم للرعاية الصحية.
4- **الملاءمة:** لضمان الاستخدام أفضل الموارد (المالية والبشرية والتكنولوجية) في أفضل الأوقات لتقديم الخدمات للحصول على أفضل النتائج، وهذا يدعم الاستخدام الأمثل للموارد، وتقليل النفايات.

2-4-6-2 عوامل أساسية ضرورية لدعم الصحة المستدامة:

1- الوقاية الفعّالة من الأمراض، وتعزيز الصحة من خلال تحسين السيطرة على الأمراض المزمنة، ومنع بل إدارة عوامل الخطر- التدخلات الشخصية (التدخين، الوجبات الغذائية غير الصحية) والتدخلات السياسية (لتغيير الطريقة التي ينظر بها الناس إلى صحتهم).
2- نظم رعاية صحية فعّالة من خلال زيادة استخدام تكنولوجيا الاتصالات والمعلومات كالسجلات الطبية الإلكترونية، والتركيز على توليد القيمة والرعاية المبنية على الأدلة بدلًا من التركيز على احتواء التكلفة.
3- نماذج تمويل تعمل على التغير السلوكي المطلوب لموازاة الحوافز مع أهداف النظام، وتحقيق الوفرة الممكنة في التكاليف، من خلال تحسين الجودة، وإمكانية التنافس بين الرعاية الصحية العامة والخاصة.
4- الاستفادة من الابتكار والتقنيات المبتكرة لدعم الإنتاجية وتحسين الجودة.
5- التطوير الأمثل والمواءمة ودعم الموارد البشرية الرسمية وغير الرسمية، من خلال التعاون متعدد التخصصات والفرق متعددة التخصصات، ووضع أسس ومبادئ موجهة لإدارة المواهب والقيادة والأخلاق، ودعم مقدمي الرعاية غير الرسميين وتشجيعهم.
6- التوافق الاستراتيجي مع المحددات الصحية لحشد وتنسيق العمل عبر القطاعات التي تُعنى بالحالة الصحية للسكان (Canadian Alliance, 2014).

2-4-6-3العوامل التي تؤثر على الاستدامة في الرعاية الصحية:

- زيادة قلق الحكومات في العديد من البلدان بشأن قضايا الاستدامة في الرعاية الصحية، على سبيل المثال: وضع السياسات لتوفير الطاقة، والحفاظ على البيئة، ودفع العديد من مؤسسات الرعاية الصحية إلى صياغة الاستدامة من خلال ممارستها (Paper et al., 2012).
- التغيرات التي تحدث على المستوى البيئي، مثل: الاحتباس الحراري، والتلوث، ونقص الموارد الطبيعية (e.g. energy and water) تتطلب من صناع الصحة إيجاد سبل لدمج الممارسات القائمة على الاستدامة في عملها (Paper et al., 2012).
- التعليم ورفع الوعي المجتمعي حول كيفية استخدام الموارد الطبيعية في الأعمال، وكيف تساهم الأنشطة الناتجة عنها في نقص الموارد والتلوث؛ مما أدى إلى زيادة الطلب على الرعاية الصحية، وبالتالي وجب تطبيق الممارسات القائمة على الاستدامة في عملياتها (Paper et al., 2012).
- استدامة الشراكات أصحبت ذات أهمية متزايدة في العديد من مؤسسات الرعاية الصحية في بعض الجوانب، مثل: تنمية الموظفين، والثقافة التنظيمية، والابتكار، والمسؤولية الاجتماعية. والسلوك الأخلاقي يتم توجيهه تلقائيًا نحو دمج الاستدامة في الرعاية الصحية (Kantaburta, 2011).
- ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية في العديد من البلدان يدفعهم للتركيز على الاستدامة كوسيلة لخفض تكاليف التشغيل (Hudson, 2013).

2-4-6-4 العوامل التي تهدد استدامة الرعاية الصحية:

- النقص في الموارد البشرية.
- عدم المساواة في تقديم الخدمات الصحية.
- سلامة الخدمات والتي تعني مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.
- ضعف الإنتاجية.
- تراجع ثقة الجمهور وتغير توقعاتهم في نظام الرعاية الصحية.

(Canadian Alliance, 2014)

ويرى الباحث أن استدامة الخدمات الصحية في قطاع غزة تهددها مجموعة من العوامل يتمثل بعضها في الحصار الإسرائيلي وإغلاق المعابر، وما نجم عن ذلك من شح في الموارد المالية، ونقص في الأدوية، والمستهلكات الطبية، وتوقف بعض الأجهزة والمعدات الطبية عن العمل، لا سيما وأن جزء كبير منها أصبح متهالك نتيجة عدم توفر قطع الغيار اللازمة لصيانتها، ناهيك عن الانقطاع المتكرر للتيار الكهربائي وعدم تمكن وزارة الصحة من ابتعاث الكوادر(الطبية والإدارية) للتدريب خارج قطاع غزة، واكتساب الخبرات العلمية والتقنية اللازمة، لتحسين جودة الخدمات الصحية.

2-4-6-5 .متطلبات استدامة الخدمات الصحية:

حسب الاستراتيجية الصحية الوطنية 2014-2016، فإن وزارة الصحة الفلسطينية مستمرة في دعمها لجميع مقدمي الخدمات الصحية التخصصية في الوطن من القطاعين الخاص والأهلي، من أجل تخفيض التحويلات الطبية، وشراء الخدمات الصحية من مستشفيات خارج الوطن؛ وذلك من أجل العمل على استدامة الخدمات الصحية وفق المتطلبات الآتية:

1. ضمان توفر التمويل الكافي لتقديم الخدمات الصحية.
2. الإدارة الرشيدة في المراكز الصحية المختلفة.
3. ضمان التزام جميع مقدمي الخدمات الصحية بالخطط الموضوعة.
4. تحسين التنسيق بين مقدمي الخدمات والتكامل جغرافيًا وخدماتيًا.
5. تحسين الدور القيادي لوزارة الصحة في عملية التنسيق والرقابة.
6. العمل على إيجاد آليات لزيادة الالتزام من قبل جميع مقدمي الخدمات والشركاء في القطاع الصحي.

2-4-6-6التنمية المستدامة للخدمات الصحية في فلسطين:(وزارة الصحة، 2017)

إنَّ وزارة الصحة الفلسطينية تؤمن بأنَّ الصحة حق لجميع المواطنين وخاصة الفئات المهمشة والفقيرة، وفي سياق هذا الالتزام تركز الوزارة على استدامة تقديم خدمات الرعاية الأولية والصحة العامة حسب رزمة الخدمات المعتمدة للرعاية الصحية الأولية ذات الجودة العالية، من خلال بناء نظام فعّال لجودة هذه الخدمات، وتفعيل تطبيق بروتوكولات، ومعايير الجودة الصحية.

وقد اعتمدت وزارة الصحة العمل من خلال ثلاث برامج صحية رئيسية هي: برنامج خدمات رعاية صحية أولية مستدامة ذات جودة عالية، وتعزيز أنماط الحياة الصحية، وبرنامج خدمات رعاية صحية ثانية وثالثة مستدامة ذات جودة عالية والبرنامج الإداري والحكمة الصحية، وذلك سعيًا لتحقيق الأهداف الاستراتيجية.

جدول (2-5): الربط ما بين البرامج الصحية والأهداف الاستراتيجية الصحية الوطنية

البرنامج	الأهداف الاستراتيجية
البرنامج الأول: خدمات رعاية صحية أولية مستدامة ذات جودة عالية وتعزيز أنماط الحياة الصحية.	- ضمان توفر خدمات صحية شاملة لجميع المواطنين، والعمل على توطين الخدمات الصحية في فلسطين. - تعزيز إدارة الأمراض غير السارية والرعاية الصحية الوقائية والوعي الصحي المجتمعي. - مأسسة نظم الجودة في جميع نواحي تقديم الخدمة الصحية.
البرنامج الثاني: خدمات رعاية صحية ثانوية وثالثة مستدامة ذات جودة عالية.	- ضمان توفر خدمات صحية شاملة لجميع المواطنين والعمل على توطين الخدمات الصحية في فلسطين. - مأسسة نظم الجودة في جميع نواحي تقديم الخدمة الصحية.
البرنامج الثالث: البرنامج الإداري والحوكمة الصحية.	- ضمان توفر خدمات صحية شاملة لجميع المواطنين والعمل على توطين الخدمات الصحية في فلسطين. - تعزيز وتطوير نظام إدارة الموارد البشرية الصحية. - تعزيز الحوكمة الصحية بما في ذلك الإدارة الفاعلة للقطاع الصحي، وتعزيز القوانين والتشريعات والتنسيق بين القطاعات والتكامل ما بين مقدمي الخدمات. - تعزيز التمويل الصحي وتعزيز الحماية المالية للمواطن الفلسطيني في مواجهة التكاليف الصحية.

وتسعى وزارة الصحة ضمن غاية ضمان استدامة تقديم وتطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة حسب سلة الخدمات المعتمدة إلى ما يلي:

1. ضمان توفير الأدوية والمستهلكات والمستلزمات الطبية والمطاعيم في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
2. توفير كوادر صحية كافية ومدربة ومؤهلة في عيادات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.
3. ضمان توفر خدمات الغدية في عيادات الرعاية الأولية.
4. ضمان توفر خدمات الصحة المدرسية والصحية السنية.
5. ضمان تقديم وتطوير خدمات الصحية المجتمعية وصحة المرأة والصحة الإنجابية، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة في عيادات الرعاية الأولية.
6. ضمان توفر خدمات صحة البيئة.
7. ضمان توفر خدمات الصحة النفسية المجتمعية في عيادات الصحة العامة.

ويرى الباحث أنَّ وزارة الصحة من خلال هذه الأهداف والبرامج تسعى بالدرجة الأولى إلى استدامة وتطوير الخدمات الصحية الأولية والثانوية والثالثة والصحة العامة بجودة عالية، حسب الرزمة

المعتمدة في سلة الخدمات الصحية، وهذا يتم إنجازه من خلال دعم الموارد المادية والبشرية، والتنسيق بين مقدمي الخدمات الصحية، مع الالتزام بالقوانين والتشريعات، بالإضافة إلى تعزيز التمويل الصحي.

2-4-6-7 مؤشرات نجاح استدامة الخدمات الصحية:

إنَّ هذه المؤشرات تعكس مدى نجاح الدول في تحقيق التنمية المستدامة، وهي تقيم بشكل رئيسي حالة الدول من خلال معايير رقمية يمكن حسابها ومقارنتها مع دول أخرى، كما يمكن متابعة التغيرات والتوجهات Trends في مدى التقدم أو التراجع في قيمة هذه المؤشرات؛ مما يدل على سياسات الدول في مجالات التنمية المستدامة فيما إذا كانت تسير في الطريق الصحيح نحو تحقيق التنمية المستدامة أم أنها لا زالت متباطئة ومترددة، كما هي معظم دول العالم، ووجود مثل هذه المؤشرات الرقمية بشكل دائم ومتجدد يساهم في إعطاء صورة واضحة عن حالة التنمية المستدامة في الدولة، وبالتالي يقدم المعلومات الدقيقة اللازمة لمتخذي القرارات في الوصول إلى القرار الأكثر صوابًا ودقة لِمَا فيه المصلحة العامة، والابتعاد عن القرارات العشوائية والتي غالبًا ما تكون مبنية على معلومات خاطئة أو ميالة إلى المجاملة والانتقائية. وتتمحور مؤشرات التنمية المستدامة حول القضايا الرئيسية التي تضمنتها توصيات الأجندة 21، وهي التي تشكل إطار العمل البيئي في العالم، والتي حددتها لجنة التنمية المستدامة في الأمم المتحدة ومن ضمنها الصحة العامة.

حيث إن هناك ارتباط وثيق ما بين الصحة والتنمية المستدامة، فالحصول على مياه شرب نظيفة وغذاء صحي ورعاية صحية دقيقة هو من أهم مبادئ التنمية المستدامة. وبالعكس، فإنَّ الفقر وتزايد التهميش السكاني، وتلوث البيئة المحيطة، وغلاء المعيشة، كل ذلك يؤدي إلى تدهور الأوضاع الصحية، وبالتالي فشل تحقيق التنمية المستدامة. وفي معظم دول العالم النامي، فإنَّ الخدمات الصحية والبيئية العامة لم تتطور بشكل يوازي تطور السوق والاقتصاد وغلاء المعيشة. وقد وضعت الأجندة 21 بعض الأهداف الخاصة بالصحة، وأهمها: تحقيق احتياجات الرعاية الصحية الأولية، وخاصة في المناطق المهمشة، والتي تقاس نسبة السكان القادرين على الوصول إلى المرافق الصحية، والسيطرة على الأمراض المعدية، وحماية المجموعات الهشة (مثل الأطفال وكبار السن)، وتقليص الأخطار الصحية الناجمة عن التلوث البيئي (الجبالي، 2016).

ويمكن تلخيص مؤشرات القضية الصحية لقياس الاستدامة في الجدول الآتي (2-6):

جدول (2-6): مؤشرات القضية الصحية لقياس الاستدامة

القضية	الاستدامة الاقتصادية	الاستدامة الاجتماعية	الاستدامة البيئية
الصحة	زيادة الإنتاجية من خلال الرعاية الصحية والوقائية وتحسين الصحة والأمان في موقع العمل.	فرض معايير للهواء والمياه والضوضاء لحماية صحة البشر وضمان الرعاية الأولية للأغلبية الفقيرة.	ضمان الحماية الكافية للموارد البيولوجية والأنظمة الأيكولوجية والأنظمة الداعمة للحياة.

المصدر: (وردم، 2003: 194)

ومن وجهة نظر الباحث فإن مؤشرات نجاح استدامة الخدمات الصحية يمكن الإشارة إليها من خلال مايلي:

- مشاركة وتعاون المؤسسات الصحية في تقديم الخدمات الصحية لعدد أكبر من شرائح المجتمع.
- كفاية الموارد وعدالة توزيعها بين المؤسسات الصحية لسد حاجة المستفيدين من الخدمات الصحية.
- تنامي الاتجاه نحو التكنولوجيا الحديثة؛ وذلك لضمان الاستمرارية في تقديم الخدمات الصحية لكافة أفراد المجتمع، وضمان تبادل المعلومات بين المؤسسات الصحية، وبالتالي تحسين جودة الخدمة الصحية.
- وجود عدد أكبر من الموارد البشرية المدربة في المؤسسات الصحية على التقنيات والبرتوكولات الصحية العالمية الحديثة.
- وجود عدد كافٍ من الأطباء والتمريض ذات الكفاءة والفعالية في المؤسسات الصحية لسد حاجة المجتمع من الخدمات الصحية النوعية، بالإضافة إلى تبادل الخبرات الطبية بين المؤسسات الصحية.
- الخطط الاستراتيجية والسياسات المنفذة بين المؤسسات الصحية لضمان سير المنظومة الصحية نحو الاتجاه الصحيح من خلال الحد من العقبات والمعوقات التي تعرقل مسيرتها، ووضع الحلول والسيناريوهات البديلة لحلها.

وبشكل عام، يمكن تحقيق نظام رعاية صحية مستدامة من خلال توفير رعاية صحية عالية الجودة، وتحسين الصحة العامة دون استنفاذ الموارد الطبيعية والصحية.

لا سيما وأنَّ الاستدامة عملية تستهدف تسخير جميع الإمكانات المادية والبشرية والطاقات المؤهلة في جميع المجالات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والبيئة في خدمة التنمية المحلية، حيث تبيَّن أنَّ الاستدامة تتمحور حول هذه الأبعاد الرئيسية، وكل التعريفات للاستدامة والتنمية المستدامة اتفقت على ذلك مع ضمان استمراريتها والمحافظة عليها لخدمة الأجيال المستقبلية، فهي لا ترتبط بالبيئة فقط، بل إنها تتعلق بصحة المجتمعات وضمان عدم تعرض الناس إلى المعاناة.

كما يمكن أنْ نستنتج أنَّ من أكثر التحديات التي تعرقل سير الاستدامة هو عدم كفاية الموارد وخاصة المورد البشري الذي بحاجة إلى دعمه وتعزيزه، والذي يعد الركيزة الأساسية لعملية التنمية، أيضًا عدم كفاية مصادر التمويل، وهذا تمَّ الاتفاق عليه من خلال استعراض التحديات، بالإضافة إلى أنه ينبغي أن يكون هناك أطراف مشاركة وحشد للطاقات والهمم لدفع عجلة التنمية كما أنَّ النظام السياسي السائد في أي دولة قد يعرقل عملية التنمية المستدامة، وهذا ما ينطبق على البيئة السياسية الفلسطينية، لذلك لا بُدَّ من وضع السيناريوهات والحلول البديلة للحد من العقبات، والتي تعرقل مسيرة الاستدامة في أي مجال وخاصة المجال الصحي، والذي يتطلب بتوفر جميع الإمكانات والموارد والاستخدام الأمثل لتلك الموارد للمحافظة على صحة السكان في المجتمع، والاستفادة من لدعم الإنتاجية، بهدف تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة للمجتمع بكافة شرائحه وبشكل عادل، وفي الوقت المناسب وذلك من خلال التعاون متعدد التخصصات بين المؤسسات الصحية (تفعيل الأطراف المشاركة)، وتبادل الخبرات والمعلومات فيما بينهم، وهذا من إحدى مؤشرات نجاح استدامة الخدمات الصحية وضمان استمراريتها.

2-5 الدراسات السابقة

تطرق بعض الباحثين والمختصين إلى الشراكة بين المؤسسات الحكومية والمؤسسات غير الحكومية، وتحقيق الاستدامة، ويعرض الباحث بعض الجهود والدراسات السابقة المرتبطة بمتغيرات الدراسة، حيث جرى عرض هذه الدراسات وفق تسلسل زمني من الأحدث إلى الأقدم، وفق منهجية محددة، حيث جرى عرض كل دراسة من حيث الأهداف والمنهجية والإجراءات المتبعة، وأهم النتائج، إضافةً إلى أهم التوصيات.

2-5-1 دراسات فلسطينية:

دراسة (رجب، 2018): واقع عمليات التشبيك في الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة وسبل تحسينه.

هدفت الدراسة التعرف إلى واقع عمليات التشبيك في الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة، ووضع سبل لتحسين عمليات التشبيك في الجامعات، واستخدمت المنهج الوصفي التحليلي؛ لتحقيق أهداف الدراسة، وتكوّن مجتمع الدراسة من جميع العمداء ونوابهم ورؤساء الأقسام في الجامعات الفلسطينية الثلاثة (الإسلامية، الأقصى، فلسطين)، والبالغ عددهم (189) مبحوثًا، وتمَّ استرداد (172) الاستبانة، أي بنسبة (91%) من مجتمع الدراسة، وتمَّ استخدام برنامج الحاسوب الإحصائي (SPSS) لمعالجة بيانات الدراسة، واستخدام الاستبانة كأداة رئيسية للدراسة.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، من أهمها: واقع عملية التشبيك في الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة جاءت بدرجة كبيرة، وبوزن نسبي قدره (71.53%)، وحصل المجال الثالث في الدراسة (خدمة المجتمع، والتعليم المستمر) على المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (75.4%)، بينما حصل المجال الأول (التدريس، والتبادل الأكاديمي) على المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره(70.2%)، في حين حصل المجال الثاني (البحث العلمي) على المرتبة الأخيرة بوزن نسبي (69%).

أهم التوصيات: استقطاب الكفاءات المتميزة من الكادر البشري، مع ضرورة الاهتمام بعقود اتفاقيات التعاون والشراكة مع المنظمات الدولية لنقل المعرفة، وإنشاء قاعدة بينات رائدة، بالاشتراك مع جامعات عربية وأجنبية.

دراسة (جبريل، 2018): التشبيك بين وزارة الصحة الفلسطينية والمؤسسات الأهلية الصحية وأثره على جودة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

هدفت الدراسة التعرف إلى واقع التشبيك بين وزارة الصحة المؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة، ولتحقيق أهداف الدراسة فقد استخدمت الباحثة الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وتمَّ استخدام المنهج

الوصفي التحليلي لدراسة الظاهرة، وتكوّن مجتمع الدراسة من (1479) موظفًا ممن يشغلون مناصب إشرافية في وزارة الصحة، فيما بلغت عينة الدراسة (330) موظفًا، واستخدمت الباحثة العينة العشوائية الطبقية، وقد تمَّ استرداد الاستبانات بسنبة (95.15%).

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها: أنَّ واقع التشبيك بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة جاء بدرجة متوسطة ووزن نسبي(56.50%)، ومشاركة المعلومات في المرتبة الأولى بوزن نسبي (58.84%)، وتبيَّن أنَّ مستوى جودة الخدمة الصحية جاء بدرجة كبيرة وبوزن نسبي (64.74%)، وأنَّ استخدام التكنولوجيا ووسائل الاتصال في جمع ومشاركة المعلومات لها أثر على جودة الخدمات الصحية.

وقد كانت أهم التوصيات: ضرورة إرساء أسس العمل المشترك في إعداد الخطط الاستراتيجية ذات الاهتمام بين وزارة الصحة والمؤسسات الصحية. تجسيد علاقة استراتيجية على أرض الواقع تبنى على تكامل الأدوار وفقًا للرؤية الاستراتيجية المشتركة بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية. إنشاء جسم رقابي على البرامج والمشاريع والأنشطة للأعمال المشتركة بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية لتقييم حجم النفقات في وزارة الصحة.

دراسة (مرعي،2017) بعنوان: الشراكة بين الهيئات المحلية والقطاع الخاص ودورها في تنمية الاقتصاد المحلي في فلسطين.

هدفت الدراسة التعرف إلى دور الشراكة بين الهيئات المحلية والقطاع الخاص في تنمية الاقتصاد المحلي في فلسطين، وذلك من خلال طرح مجموعة من الأسئلة، أهمها: طبيعة الشراكة بين الهيئات المحلية والقطاع الخاص وطبيعة المشاريع المشتركة وحجمها، وكذلك توجهات وآراء مسؤولي الهيئات المحلية حول الشراكة، بالإضافة إلى التحديات والصعوبات التي تواجهه هذه الشراكة، والمتطلبات الأساسية والضرورية لإنشاء شراكة بين الهيئات المحلية والقطاع الخاص. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، واستخدم الباحث الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية، وبلغ مجتمع الدراسة من (124) هيئة محلية في الضفة الغربية، وقد تمَّ اختيار (54) بلدية، وتمَّ استرداد (45) استبانة منها بنسبة استرداد (83%)، ومن أهم النتائج التي خرجت بها الدراسة: أنَّها كشفت عن وجود مردودات وعوائد مالية على البلديات التي لديها مشاريع شراكة مع القطاع الخاص، وغياب ثقافة الشراكة، بالإضافة إلى عدم توفر إطار تشريعي وقانوني كافٍ، وعدم وجود مناخ سياسي مستقر يعزز من تلك الشراكات.

ومن أبرز التوصيات التي اقترحتها الدراسة: ضرورة إدراج وحدة خاصة بتفعيل الشراكة مع القطاع الخاص في هيكلية الهيئة المحلية، مهمتها الأساسية البحث عن شراكات مع القطاع الخاص، كما

أوصت الدراسة بضرورة تطوير الإجراءات والأنظمة الهادفة إلى تسهيل وتحفيز الشراكات بين الهيئات المحلية والقطاع الخاص، ومراجعة عدد من الأنظمة، والتي تشكل عائقًا أمام عملية التنمية المحلية، وضرورة تشجيع القطاع الخاص، ومنحه التسهيلات اللازمة لعمل شراكات مع الهيئات المحلية.

دراسة (العباسي، 2017): تقييم جودة عملية التنسيق بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة.

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة التنسيق بين وزارة الصحة والمؤسسات الصحية المحلية والدولية من خلال عوامل عدة تتمثل في (ثقافة المؤسسات الصحية– التمويل– تكلفة التنسيق– جودة نظام التنسيق– أجندة المانحين)، كما هدفت الدراسة التعرف إلى معايير وآليات التنسيق المتبعة، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وتكوّن مجتمع الدراسة من وزارة الصحة، والمؤسسات الصحية المحلية، والمؤسسات الصحية الدولية المتمثلة في (الأونروا، منظمات UNA gencies)، واعتمدت الدراسة في جمع البيانات على الاستبانة والمقابلة، حيث تمَّ توزيع (150) استبانة على مجتمع الدراسة.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها: درجة تقييم جودة التنسيق بين وزارة الصحة والمؤسسات الصحية المحلية والدولية في ضوء ثقافة المؤسسات الصحية بوزن نسبي (70.26%)، بينما بلغ الوزن النسبي لمحور التمويل (46.41%)، وتكلفة التنسيق بمقدار (68.07%)، وبلغ جودة نظام التنسيق بوزن نسبي (79.01%).

أهم التوصيات: تعزيز مفهوم التنسيق والمشاركة بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية المحلية والدولية.

دراسة (حمدونة، 2017) بعنوان: العوامل المحددة للشراكة بين القطاعين العام والخاص ودورها في نمو الاقتصاد الفلسطيني: من وجهة نظر القطاع الخاص بقطاع غزة.

هدفت الدراسة إلى تحليل طبيعة العلاقة والشراكة بين القطاع العام والخاص، ودراسة العوامل المحددة للشراكة، واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، وبلغ مجتمع الدراسة (400) منشأة ومؤسسة ناشطة وعاملة في قطاع غزة وتم توزيع (230) استبانة على مجتمع الدراسة باستخدام طريقة العينة العشوائية وقد تم استرداد (197) استبانة بنسبة استجابة (85.7%). وتم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في تحليل بينات الاستبانة بالإضافة إلى عدد من المقابلات مع ذوي الاختصاص

فتوصّلت الدراسة إلى أنَّ نجاح الشراكة بين القطاعين العام والخاص يتوقف على عوامل عدة، أهمها: التشريعات ونصوص القانون، والسياسات الضريبية المطبقة، وتوافر البنية التحتية، وسياسات اقتصادية

ملائمة، وبحث علمي وتطوير متجدد، وكذلك الأوضاع السياسية المستقرة؛ الأمر الذي ينتج عنه تحقيق معدلات نمو اقتصادي مطردة للدولة، بالإضافة إلى أنَّ غياب المحاكم المختصة بالنزاعات التجارية، وقِدَم القوانين والأحكام المطبقة في المحاكم المدنية، أضعفَ من ثقة القطاع الخاص في القطاع الحكومي؛ مما قلّل من فرص الدخول في شراكات بينهما.

وخلصت الدراسة إلى توصيات مهمة منها: ضرورة تشريع قوانين خاصة بالاستثمار تعمل على توفير الضمان والدعم للمستثمرين وتشجيعهم على الشراكة مع القطاع العام في النشاط الاقتصادي. وتشكيل جهة مركزية تتولى سياسة وبرامج الشراكة بين القطاع الخاص وكل ما يتعلق بإجراءاتها وتعمل وفق تنظيم إداري قانوني محدد مع وجود مرجعية رقابية على قرارات هذه اللجنة كأن تكون وزارة المالية أو الاقتصاد أو مجلس الوزراء . الاستفادة من التجارب الدولية الناجحة في الشراكة مع القطاع العام، وتقييمها وتلافي السلبيات الناجمة عنها.

دراسة (أبو سمرة، 2017): دور الاستثمار في تحقيق الاستدامة في عمل الجمعيات الخيرية في فلسطين- دراسة حالة قطاع غزة، دراسة ماجستير غير منشورة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا وجامعة الأقصى، غزة، فلسطين.

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور الاستثمار في تحقيق الاستدامة في عمل الجمعيات الخيرية العاملة في محافظات غزة، واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي لإجراء الدراسة، وقد أعدَّ الباحث استبانة كأداة لجمع البيانات، تمَّ توزيعها على (375) شخصًا من العاملين في الفئة المتوسطة والعليا في الجمعيات الخيرية العاملة في محافظات غزة، حيث تمَّ استرداد (368) استبانة منها بنسبة 93.3%.

وكان من أهم نتائج التي توصّلت إليها الدراسة: أنَّ تطوير عمل الجمعيات الخيرية العاملة في قطاع غزة يساهم في تحقيق الاستدامة فجاء بوزن نسبي (85.64%)، واستمرارية تقديم الخدمات في عمل الجمعيات الخيرية العاملة في قطاع غزة يساهم في تحقيق الاستدامة فيها جاء بوزن نسبي (81.06%).

وقد أوصت الدراسة بتوفير الحكومة لبيئة عمل مشجعة للاستثمار في الجمعيات الخيرية، من خلال سنِّ قوانين، وعمل تسهيلات تشجع الاستثمار، وتعزيز فرص الشراكة بين الجمعيات الخيرية ومؤسسات المجتمع المدني المختلفة، بما يكفل نجاح المشاريع الاستثمارية في الجمعيات الخيرية.

دراسة الخضري (2016): دور إدارة الموارد البشرية في استدامة الخدمات الصحية الحكومية في محافظات غزة.

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور إدارة الموارد البشرية في استدامة الخدمات الصحية الحكومية، وكذلك التعرف إلى واقع الاستدامة في الخدمات الصحية، وتكوّن مجتمع الدراسة من عينة العاملين في وزارة الصحة الذين يحملون الدرجات الوظيفية العليا من مدير إلى وكيل وزارة، والبالغ عددهم (129)، وقد تحدي عينة الدراسة وفقاً لاعتبارات خاصة وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وقد اعتمد الباحث على الاستبانة كأداة رئيسية في جمع البيانات حيث بلغت نسبة الاسترداد (93%).

وقد خلصت الدراسة إلى نتائج عدة، أهمها: أن دور إدارة الموارد البشرية في استدامة الخدمات الصحية الحكومية في قطاع غزة كانت بدرجة كبيرة ، وكما تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات (النوع، المؤهل العلمي، نوع الوظيفة) بالإضافة إلى أنَّ عملية الاستقطاب والاختيار والتعيين لها دور كبير في اختيار الأفراد ذات مهارات وتخصصات تخدم المؤسسة الصحية، وأنَّ عملية التدريب تحافظ على العاملين، وتعمل على تحسين مستواهم وأدائهم.

وقد أوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بعملية الاستقطاب والاختيار والتعيين، وتدريب الطواقم الفنية والطبية والإدارية العاملة في المؤسسة الصحية، والاهتمام بعملية التقييم داخل المؤسسة، والاهتمام بالحوافز العاملين والترقيات، والعمل على تدريب وتأهيل الطواقم الطبية والإدارية العاملة في وزارة الصحة وتزويدهم بكفاءات عالية من أجل زيادة استدامة الخدمات الصحية ومواكبة التطورات التكنولوجية الحديثة والتي تؤدي إلى تحقيق الاستقرار في الوزارة وتعزيز قدراتها في تنفيذ أنشطتها وتحقيق الاستدامة.

دراسة (الحجار، 2016): واقع التشبيك وأثره على جودة الخدمات المقدمة من مؤسسات ذوي الإعاقة بمحافظات قطاع غزة.

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع التشبيك، والذي يشمل الأبعاد (الثقافة التنظيمية، الموارد البشرية، المقومات المالية، الهيكل التنظيمي، التطور التكنولوجي)، وأثره على جوده الخدمات المقدمة من مؤسسات ذوي الإعاقة بمحافظات قطاع غزة، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وتكوّن مجتمع الدراسة من مؤسسات ذوي الإعاقة بقطاع غزة، وعددها (69) مؤسسة، مكونة من (مجلس إدارة المؤسسة، مدير المؤسسة، العلاقات العامة، المشاريع) واعتمدت الدراسة على الأداة الاستبانة كأداة رئيسية في جمع البيانات، وتمَّ توزيع (276) استبانة، وتمَّ استرداد (231) بنسبة (83.59%).

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها: مستوى التشبيك بين وزارة الصحة الفلسطينية والمؤسسات الأهلية جاء بدرجة جيدة بوزن نسبي (78.92%)، وجاء بُعد الثقافة التنظيمية بوزن نسبي

(83.14%)، وجاء بُعد الموارد البشرية بوزن نسبي (79.49%)، وجاء بُعد المقومات المالية بوزن نسبي (79.41%)، وكذلك بُعد التطور التكنولوجي بوزن(75.22%)، وجاء بُعد الهيكل التنظيمي بوزن (77.19%).

وأوصت الدراسة بضرورة أنْ يكون التشبيك بين المؤسسات بغض النظر عن كبر وصغر المؤسسة، والعمل على وضع خطط واضحة تكون مفهومة وفق القبول الدولي.

دراسة (مليحة، 2016): واقع التخطيط الاستراتيجي ودوره في استدامة منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة، دراسة ماجستير، أكاديمية الإدارة والسياسة، غزة، فلسطين.

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع التخطيط الاستراتيجي، ودوره في استدامة منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة، وتكونت عينة الدراسة من مديري منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة، والبالغ عددهم (209) مديرًا، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وقد استخدم الباحث الاستبانة لتحقيق كأداة لتحقيق أهداف الدراسة.

وخلصت الدراسة إلى عدد من النتائج، أهمها: واقع التخطيط الاستراتيجي لدى منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة جاء بنسبة مرضية، بدرجة كبيرة جدًا 76.0% على جميع عناصر التخطيط الاستراتيجي للمنظمات، وأنَّ واقع الاستدامة في منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة جاء بنسبة مرضية، بدرجة كبيرة (76.7%)، وهي تشير إلى مستوى جيد لعمليات الاستدامة في منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة.

وأوصت الدراسة بضرورة نشر وتعزيز مفهوم التخطيط الاستراتيجي لدى منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة، من خلال التركيز على (الرؤية والرسالة، الأهداف التخطيط والتنفيذ، الرقابة، التقييم)، وعقد دورات متخصصة في التخطيط الاستراتيجي والتنمية المستدامة بهدف صقل خبرات المديرين، ورفع درجة الوعي لديهم، وضرورة الاهتمام بوجود خطة تنفيذية استراتيجية للمنظمة مكتوبة وواضحة، وتبني نظام رقابي وتقييمي واضح ومكتوب يتلاءم مع طبيعة عمل المنظمة، والسعي لتنويع الموارد المالية، سواءً الداخلية أو الخارجية للمنظمة، والتشبيك مع المؤسسات غير الربحية ذات العلاقة؛ وذلك لتعزيز وتنامي فصول التعلم المتبادل ذات الخبرات المختلفة والإمكانات المتنوعة.

دراسة (عويضة، 2015) بعنوان: "واقع العلاقة التكاملية بين القطاعين العام والخاص في المجال الاقتصادي في محافظات غزة وسبل تحقيقها في ظل التجارب الدولية والتحديات المحلية". دراسة ماجيستير، أكاديمية السياسة والإدارة، غزة، فلسطين.

هدفت الدراسة إلى تشخيص واقع العلاقة التكاملية بين القطاعين الحكومي الخاص في المجال الاقتصادي في محافظات غزة، وسبل تحقيقها في ظل التجارب الدولية والتحديات المحلية، والتعرف

إلى أهمية دور التكامل بين القطاعين في تحقيق التنمية الاقتصادية المنشودة. ولتحقيق هدف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وتمَّ استخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وتمَّ استخدام أسلوب الحصر الشامل، وتوزيع (110) استبانة على عينة الدراسة، وقد تمَّ استرداد (97) استبانة، حيث استخدام مجموعة الأساليب الإحصائية لتحليل بينات الدراسة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية SPSS.

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان أهمها: أنَّ القطاع الحكومي لا يقوم بمشاركة القطاع الخاص بفاعلية في إعداد الخطط المستقبلية والسياسات والأنظمة وصياغة القانون، وكذلك عدم قيام القطاع الخاص بدوره في التشغيل وتأهيل الكفاءات الشبابية، وأنَّ الحصار والانقسام من أهم التحديات التي تواجه تحقيق التكامل بين القطاعين الحكومي والخاص.

وكان من أهم التوصيات التي أوصت بها الدراسة: إعطاء دور فاعل وحقيقي للقطاع الخاص من خلال تسهيل الإجراءات الإدارية، ومساهمته فيها لدى مؤسسات القطاع الحكومي.

دراسة (العكشية، 2015) قياس مدى فاعلية النهج التشاركي لتخطيط وتقييم ورقابة الموارد البشرية في تحقيق استدامة مؤسسات المجتمع المدني العاملة في القطاع الزراعي في قطاع غزة.

هدفت الدراسة التعرف إلى مدى مساهمة تطبيق النهج التشاركي لتخطيط وتقييم ورقابة الموارد البشرية في تحقيق استدامة منظمات المجتمع المدني العاملة في القطاع الزراعي في قطاع غزة وعددها (41) منظمة ، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وقد تمثّل مجتمع الدراسة في العاملين في منظمات المجتمع المدني العاملة في قطاع الزراعة في قطاع غزة، والبالغ عددهم (38)، وقد تمثّلت العينة بالفئات الآتية: (مدير تنفيذي، مدير برنامج، مدير مشروع، منسق مشروع، موظف) وقد اعتماد العينة العشوائية الطبقية لتحقيق أغراض البحث.
وخلصت الدراسة إلى أن وظائف التخطيط والرقابة التشاركية للموارد البشرية تساهم في استدامة المنظمات حيث كانت الاستجابات إيجابية مع الحاجة للتحسين والتعديل في بعض الجوانب للوصول لحالة أفضل كذلك تبين وجود علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين كل من وظائف التخطيط والرقابة والتقييم التشاركية مع استدامة منظمات المجتمع المدني.

وقد أوصت الدراسة بضرورة مراجعة برامج المنظمات بهدف دمج مبدأ المشاركة الفاعلة لمنح الموظفين العاملين فيها الدافعية لتحقيق الاستدامة كذلك الاهتمام بإدارة الموارد البشرية وتنميتها تطوير استراتيجية خاصة بها والعمل على تنمية قدرات الموظفين من خلال البرامج التدريبية المختلفة في منظمات المجتمع المدني.

دراسة (بعلوشة، 2013) بعنوان: واقع الشراكة بين إدارات مدارس المرحلة الأساسية والمنظمات غير الحكومية في محافظات غزة وسبل تطويره.

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع الشراكة بين إدارات مدارس المرحلة الأساسية والمنظمات غير الحكومية في محافظات غزة وسبل تطويره، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث الاستبانة كأداة لجمع البيانات من مجتمع الدراسة، البالغ 505 مديرًا ومديرة من مديري ومديرات مدارس المرحلة الأساسية التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم ووكالة الغوث الدولية بغزة، استجاب منهم (451) مديرًا ومديرة، وكذلك عقد لقاءً بؤريًا لمجموعة من (18) خبيرًا من وزارات السلطة الوطنية، والجامعات الفلسطينية، والمنظمات غير الحكومية.

وقد توصّلت الدراسة إلى العديد من النتائج، أهمها: أنَّ الآليات لتطوير الشراكة بين إدارات مدارس المرحلة الأساسية والمنظمات غير الحكومية حصلت على أعلى وزن نسبي (79.20%)، بينما جاء مفهوم الشراكة في المرتبة الثانية، وجاء مجال معوقات الشراكة في المرتبة الثالثة، أما مجال أهداف الشراكة جاء في المرتبة الرابعة، بينما تأرجح كُل من مجال واقع الشراكة حاليًا بين إدارات مدارس المرحلة الأساسية، والمنظمات غير الحكومية، ومجالات الشراكة على وزن نسبي (56.20%) و(54.35%) بالتوالي، ويُعدُّ تقديرًا متوسطًا على معيار الدراسة.

وأوصت الدراسة بضرورة وضع خطة وطنية واضحة المعالم والأهداف، تشارك في صياغتها إدارات المدارس والإدارات التعليمية والإدارة التربوية والمنظمات غير الحكومية والشبكات الممثلة لها. تفعيل وتطوير قنوات التواصل مع المنظمات غير الحكومية. أنْ تشارك المنظمات غير الحكومية في التخطيط لبرامج وأنشطة المدارس.

دراسة (أبو سلطان، 2013): واقع التنسيق بين منظمات المجتمع المدني بين منظمات المجتمع المدني وأثرها على التنمية الزراعية المستدامة في قطاع غزة.

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع وأساليب التنسيق بين منظمات المجتمع المدني وأثره على التنمية الزراعية في قطاع غزة، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، كما اعتمدت منهجية متكاملة في جمع البيانات، اشتملت على المجموعات البؤرية، حيث استخدمت الاستبانة كأداة لجمع البيانات، واستهدفت الدراسة جميع منظمات المجتمع المدني العاملة في القطاع الزراعي، وعددها (41) منظمة، وتمَّ استخدام أسلوب المسح الشامل للعاملين في هذه المنظمات من (رؤساء لمجالس الإدارة، المديرين التنفيذيين، مسؤول التنسيق أو العلاقات العامة)، وتمَّ توزيع استبانة على مجتمع الدراسة، وعددهم (123) فردًا، وتمَّ استرداد (113) أي بنسبة (82%.)

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، من أهمها: أنَّ التنسيق بين منظمات المجتمع المدني والقطاع الحكومي يؤثر إيجابيًا على كفاءة التدخلات في الزراعة، حيث جاء الوزن النسبي الكلي لطبيعة التنسيق بين منظمات المجتمع المدني والقطاع الحكومي بمقدار 75.79%.

وأهم التوصيات: ضرورة تطوير عملية التنسيق في إطار مهني ومؤسساتي، وأكدت على ضرورة عقد دورات تدريبية لتحسين مستوى الإدارة العليا لمنظمات المجتمع المدني في التنسيق.

دراسة (شلش، 2012): دور التشبيك في تعزيز التكامل بين المؤسسات الفلسطينية الأهلية.

هدفت الدراسة التعرف إلى دور التشبيك في تعزيز التكامل في العمل داخل المؤسسات من وجهة نظر المديرين والموظفين في شبكة المنظمات الأهلية البيئية الفلسطينية، والتعرف إلى الإيجابيات والسلبيات لتعزيز التكامل في المؤسسات، ولتحقيق الهدف تمَّ تصميم استبانة لقياس تعزيز التكامل داخل المؤسسات، وتمَّ اختيار عينة الدراسة من المديرين والموظفين عدد (76) موظفًا، وتمَّ استخدام الاستبانة كأداة للدراسة، واعتمدت المنهج الوصفي التحليلي في التعامل مع البيانات الإحصائية.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، من أهمها: أنَّ هناك تكاملًا بين المنظمات عن طريق تطبيق التشبيك لديها بواسطة تبادل المعلومات والخبرات بين مؤسسات الشبكة، وبناء قدرات المؤسسة الشريكة.

وأوصت الدراسة بضرورة تطوير السياسات والقوانين والأنظمة، وتعزيز التشبيك والتنسيق التكاملي بين المؤسسات الأهلية.

دراسة (الحلو، 2012): دور تطبيق مبادئ الحكم الرشيد في المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة في تحقيق التنمية المستدامة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة فلسطين.

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور تطبيق مبادئ الحكم الرشيد في أكثر من 100 منظمة غير حكومية في قطاع غزة، وأثرها على مساهمة هذه المنظمات في تحقيق التنمية المستدامة في المجتمع، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، حيث قام بمراجعة الأدبيات النظرية والدراسات السابقة لتحديد مبادئ الحكم الرشيد. وتحديد معايير التنمية المستدامة، كما أعدَّ الباحث استبانة بغرض البحث كأداة رئيسية، وتمَّ توزيعها على رؤساء مجلس الإدارة والمديرين التنفيذيين لأكبر (100)منظمة غير حكومية في قطاع غزة، وقد تمَّ استرداد (145) استبانة من أصل (200) استبانة.

وقد توصّلت الدراسة إلى نتائج عدة، أهمها: يتم تطبيق مبادئ الحكم الرشيد في المنظمات غير الحكومية بنسبة 77.77%، وهي نسبة مقبولة تظهر وعي عام لدى هذه المنظمات نحو الآثار الإيجابية للحكم الرشيد كأسلوب إداري. كما توجد علاقة طردية بين تطبيق مبادئ الحكم الرشيد في

المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة، والمساهمة في تحقيق التنمية المستدامة، حيث يساهم تطبيق تلك المبادئ في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والمجتمع.

وخلصت الدراسة إلى توصيات عدة، من أهمها: تخصيص الجهات المانحة لجزء من منحها لدعم المنظمات غير الحكومية بالتكاليف التشغيلية والتطويرية لتطبيق مبادئ الحكم الرشيد، وربط الأهداف العامة للمنح والتمويل بمعايير التنمية المستدامة. بالإضافة إلى تفعيل دور الحكومة في توجيه أنشطة ومشاريع المنظمات غير الحكومية نحو المساهمة في تحقيق التنمية المستدامة في قطاع غزة، عن طريق إشراكها في إعداد الخطط التنموية.

دراسة (زيد، 2010) مساهمة وظائف الموارد البشرية في استدامة منظمات المجتمع المدني في الضفة الغربية. جامعة القدس. فلسطين.

هدفت الدراسة للتعرف إلى مساهمة وظائف الموارد البشرية في استدامة منظمات المجتمع المدني في الضفة الغربية، وكذلك التعرف على واقع استدامة منظمات المجتمع المدني، وتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في الضفة الغربية والبالغ عددهم(104) مديراً، وتم تحديد العينة وفق اعتبارات خاصة من ضمنها أن المنظمة مسجلة رسمياً في وزارة الداخلية الفلسطينية. وتم تطبيق الدراسة على عينة قصدية قوامها (90) مديراً، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وقد استخدم الباحث الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات بهدف تحليلها بواسطة برنامج الحزم الإحصائية SPSS للوصول إلى النتائج الاستنتاجات.

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها: أن مساهمة وظائف إدارة الموارد البشرية في استدامة منظمات المجتمع المدني في الضفة الغربية كانت بدرجة كبيرة وبمتوسط حسابي قد(4.11) على جميع المحاور والمحور الكلي، كما تبين أن هناك علاقة ارتباط ايجابية بين وظائف إدارة الموارد البشرية وتحقيق الاستدامة وتبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متغيرات المؤهل العلمي، والتخصص، وطبيعة نشاط المنظمة، وعدد العاملين في المنظمة تبعاً لجميع محاور الدراسة ومحورها الكلي.

وقد أوصت الدراسة بمجموعة من التوصيات أهمها: ضرورة الاهتمام بعمليات التخطيط والتنسيق في أنظمة الموارد البشرية، وتقييم الوظائف وتحديد مستويات الأجور بشكل يحقق للموظفين العدالة والمساواة، ووضع سياسات واضحة تعتمد عليها في عمليا الاختيار والتعيين، للصول إلى أفضل العناصر البشرية وفق أنظمة حفز فعالة في منظمات المجتمع المدني.

2-5-2 دراسات عربية:

دراسة (رزان كم المز 2018) بعنوان: الشراكة الاستراتيجية بين القطاعين العام والخاص في مرحلة إعادة الإعمار. تحديد عوامل النجاح، دراسة تحليلية في قطاع الاتصالات في سورية.

هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على مفهوم الشراكة بين القطاعين العام والخاص، والتأكيد عليها بوصفها أداة فعّالة ومختبرة، ولا غنى عنها في إدارة الأزمة التنموية في سورية.

ومن أجل الوصول للنتائج باستخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات، فقد تكوّن مجتمع الدراسة من مؤسسات بين القطاعين العام والخاص في مجال الاتصالات وخدمات الإنترنت، حيث تضمّنت عينة البحث (134) مفردة من العاملين في القطاع المذكور من كِلا الطرفين، مع استهداف أصحاب الخبرة في مواضيع الشراكة وإدارتها الخاصة، إضافةً إلى عامة الجمهور المهتم والمتابع.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها: أنَّ دور الدولة ممثلة بالحكومة هو الأهم؛ كونه القيادي في إنجاح عملية الشراكة، بالإضافة إلى اعتبار تهيئة البيئة القانونية المناسبة هو العامل الحاسم الأهم في نجاح الشراكة، كما أنَّ لأداء القطاع العام تأثيرًا كبيرًا على نجاح الشراكة بين القطاعين، من خلال انتهاجه للشفافية، والانفتاح على الجمهور، ومراقبته للمشاريع المشتركة، واتخاذ الخطوات التصويبية خلال ذلك.

وقد أوصت بضرورة اتخاذ خطوات تشجيعية وإجراءات تحفيزية ملائمة لجذب الشركاء من القطاع الخاص(كالإعفاءات، والتخفيضات الضريبية، والتسهيلات الجمركية، وتوفير الأراضي اللازمة، ومستلزمات المشاريع وغيرها)، واستحداث وبناء قاعدة بيانات شاملة لمواضيع الشراكة ونشرها وتوفيرها للمهتمين، بالإضافة إلى استصدار تقارير وأدلة إجراءات عن الشراكة ودورها في التنمية.

دراسة (الغامدي، 2017) بعنوان: أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، دراسة ميدانية على مستشفيات محافظة جدة.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، كما استخدمت الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وقد تمَّ تطبيق الدراسة على عينة مكونة من (350) من أصل(4233) موظف وموظفة من إداريين، وأطباء، والأقسام الطبية المساندة ، وقد تم استرداد (212)استبانة أي بنسبة استجابة (60.5%).

وقد خلصت الدراسة لعدد من النتائج، أهمها: أنَّ الشراكة بين القطاعين العام والخاص تسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، كما أن محور (تطوير الخدمات) كان الأكثر تأثيراً

يليه (تحقيق الكفاءة)، بينما يأتي محور (توزيع المخاطر) كأقل المحاور تأثيراً على جودة الخدمات الصحية.

وأوصت الدراسة بضرورة تبني الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وخاصة في مجالات مهمة مثل مجال الرعاية الصحية لتحسين الخدمات الصحية المقدمة؛ مما ينعكس على التنمية المستدامة في المملكة السعودية. إيجاد مناخ تنظيمي يساعد على تطبيق مفهوم الشراكة بين القطاعين العام والخاص، خاصةً في مجال الرعاية الصحية. أهمية وجود جهة راعية رسمية محايدة تحدد السياسات والقوانين لمشاريع الشراكة بين القطاعين العام والخاص.

دراسة (الجمل،2016) بعنوان: الشراكة بين القطاعين العام والخاص كأداة لتحقيق التنمية المستدامة.

هدفت الدراسة إلى توضيح طبيعة الشراكة وعناصرها بين القطاعين العام والخاص كأداة لتحقيق التنمية المستدامة، ولتحقيق الأهداف جرى استخدام المنهج الوصفي والأسلوب المكتبي،

وتوصّلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: أنَّ نجاح الشراكة يقوم على أساس إقامة المشاريع، وتوفير التمويل، ونقل المعارف والخبرات والتكنولوجيا، وتحقيق الكفاءة، واستمرارية النمو الاقتصادي، وتحقيق البعد البيئي للشراكة، كما تبيَّن أنَّ دور القطاع الخاص مهم في تحقيق التنمية المستدامة، وأنَّ الشراكة أسلوب له إجراءات وقوانين، يجب الاعتماد عليها بجوار أنظمة الخصخصة.

دراسة (هاشم، 2015) الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الاقتصاد العراقي بين المتضمنات الأساسية والرؤية الاستراتيجية للتطبيق.

هدفت الدراسة إلى الوصول للإجراءات السليمة التي تعمل على تهيئة الأرضية الخصبة لتطبيق مبدأ الشراكة بين القطاع العام والخاص في الاقتصاد العراقي، وعلى نحو يخدم العملية التنموية في البلد، ويسهم في حل جزء بسيط من المشاكل الاقتصادية التي يعاني منها.

وقد توصّلت الدراسة إلى نتائج، أهمها: أنَّ الشراكة بين القطاعين العام والخاص أحد الحلول التي من الممكن أنْ تكون ناجحة في حل العديد من المشاكل المعقدة التي تعترض عمل الاقتصاد.

وقد أوصت الدراسة بضرورة إشراك القطاع الخاص، والاستفادة من خبراته في تصميم وإنجاز مشاريع البنى التحتية للتغلب على نقاط الضعف أو الثغرات التي قد يعاني منها القطاع العام في بعض الدول، بالإضافة إلى أنَّ الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص تمثل أحد الحلول الناجحة للعديد من المشاكل المعقدة التي تعترض الاقتصاد، وخصوصًا في مجال البنى التحتية الضخمة التي لا يمكن تنفيذها من قبل طرف واحد.

دراسة (الرفاعي والشطي، 2015): الشراكة بين القطاعين الخاص والحكومي لاستدامة الخدمات الصحية في الكويت.

هدفت الدراسة لعرض التجربة الكويتية في استدامة الخدمات الصحية عبر الشراكة المجتمعية، والتعرف إلى محددات الشراكة بين القطاع الخاص والحكومي في الكويت، والتعرف إلى دوافع القطاع الخاص للتبرع بالخدمات الصحية في الكويت، حيث قامت الباحثة بحصر المباني الصحية التي تمَّ إنشاؤها بتبرع من العوائل والقطاع الخاص، وهي ما يقارب (80) مركز.

وتوصّلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها: أنْ ترسخ في ثقافة المجتمع الكويتي قبل النفط قيمًا راقية، مفادها أنَّ خدمات المجتمع مسؤولية جميع أفراده من أفراد وتجار كل حسب قدرته. بالإضافة إلى أنَّ تبرع أوائل المحسنين من الأفراد في الثمانينيات لبناء مراكز صحية قدوة لمن بعدهم حتّى أصبح التطوع ببناء مراكز صحية بميزانية معينة وشكل محدد هو أول ما يخطر في ذهن باقي المحسنين والشركات. كما أنَّ عجز الحكومة عن القيام بالخدمات الصحية على الوجه الأكمل هو الذي وجّه المحسنين لهذا الشكل من العطاء الصحي في فترة الثمانينيات وما بعدها. بالإضافة إلى أنَّ الدافع الرئيسي للتبرع من قبل المتبرعين هو الدافع الخيري، والرغبة في الأجر والثواب، وشعورهم بالمسؤولية تجاه وطنهم، وطبيعة الخدمات الصحية النافعة لشريحة كبيرة من المجتمع.

وقد أوصت الباحثة بضرورة إجراء المزيد من البحوث الإدارية في مجال الشراكات المجتمعية والتحديات التر توجهها تلك الشراكات والحلول الممكنة، مع التدريب والتوعية لتكون الشراكات أكثر تأثيراً ونفعاً.

دراسة (الأمين، 2014): بعنوان "الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص في الجزائر دراسة حالة شركة المياه والتطهير لوهران sero، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر.

هدفت الدراسة إلى تأصيل المفاهيم المتعددة لمصطلح الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص، مع التنويه بالأهمية البالغة لهذا النمط من التمويل، بالإضافة إلى عرض مختلف التجارب الناجحة للعديد من دول العالم، ومحاولة استنتاج الوسائل والطرق المنتهجة في تلك الأخيرة، ومحاولة مقارنتها مع الجزائر. وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي.

وقد خلصت الدراسة إلى نتائج، أهمها: أنَّ الشراكة مع القطاع الخاص في ولاية وهران وفي قطاع المياه قد حققت نتائج إيجابية، ومهّدت الطريق للعديد من المشاريع العمومية المعطلة.

وقد أوصت الدراسة بضرورة وضع تأطير قانوني عام للشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص، من خلال وضع تشريع قانوني يتعلق بالشراكة؛ مما سيعطي نوعًا من الدافع النفسي للقطاع الخاص، من أجل الاستثمار في الميدان. بالإضافة إلى التقليل من القيود البيروقراطية التي تدفع بالمتعادين إلى

المواجهة بدلًا من التعاون، وكذلك التركيز على تمكين المجتمع المحلي من أنْ يكون طرفًا محوريًا وأساسيًا في الشراكة، من خلال التركيز على رفع درجة الوعي والإدراك بدور القطاع الخاص كشريك محوري في التنمية.

دراسة (صديق، 2014): أثر تجربة الشراكات القطاع الخاص في مشروعات القطاع العام بالسودان، دراسة ماجستير.

هدفت الدراسة إلى دراسة واقع التعاون والشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال مشاريع التشييد في السودان، وتقييم الواقع في ضوء الاتجاهات العالمية لصناعة التشييد. ولتحقيق أهداف الدراسة فقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وقد استخدم الاستبانة كأداة لجمع البيانات المطلوبة، وتكوّن مجتمع الدراسة من مهندسين لهم علاقة وثيقة بمجال الإنشاءات وخدمات المباني من (معماريين، مدنيين، مقاولين)، وعددهم (80) شخصًا، وبعد التطبيق الميداني حصل الباحث على (60) استبانة صالحة للتحليل الإحصائي، ويمكن اعتبارها عينة عشوائية ممثلة لمجتمع الدراسة.

وخلصت الدراسة إلى نتائج، أهمها: أنَّ هناك تأثيرًا إيجابيًا لشركات القطاع الخاص في مشروعات الدولة، وهناك قصور في الأدوار، وسلبية في التنظيم من قبل شراكات القطاع العام، بالإضافة إلى أنَّ هجرة العقول والكوادر لها علاقة مباشرة وغير مباشرة بصناعة التشييد، ومن الصعوبة اجتذاب الاستثمارات الخاصة بسبب غياب الإطار التشريعي والتجهيزات المؤسسية الناظمة للشراكة.

من أهم التوصيات التي توصلت إليها الدراسة: أنَّ الشراكة بين القطاعين العام والخاص تتميز بقدرتها على العمل بكفاءة، فهي تسمح للقطاع الخاص بتوفير الفرص الجديدة لطرح ممارسات أكثر فاعلية، تخفض من التكلفة الفائضة، وتحسن مردود الإيرادات، كما أنَّ الشراكة يمكن أنْ تساعد في زيادة الإنتاج الإجمالي للدولة، ولكن هذا يتوقف على عدد وقيمة الشراكة بين القطاعين.

دراسة (لايقة، 2013): واقع المشكلات التي تعترض المشروعات الصناعية الصغيرة في الأردن ومدى وجود تشبيك فيما بينهما أو مع المشاريع الأخرى المتوسطة والكبيرة.

هدفت الدراسة التعرف إلى واقع المشروعات الصناعية الصغيرة في الأردن، من ناحية المشكلات والعقبات التي تواجهها، وكذلك التعرف إلى مدى وجود تشبيك فيما بينهما وبين المشروعات الأخرى. وتمَّ استخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وتكوّن مجتمع الدراسة من جميع المشاريع الصناعية الصغيرة في محافظتي إربد وعمان، والبالغ عددها (1179)، وتمَّ سحب عينة شملت (274) مشروعًا.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها: أنَّ نسبة التشبيك بين المشروعات الصناعية الصغيرة والمشروعات الأخرى قليلة، إذ بلغت (45.40%)، بينما نسبة مَنْ لا يستخدمون التشبيك (54.60%)، كما بلغت نسبة التشبيك بين المشروعات الصناعية الصغيرة ومشروعات متوسطة أو

كبيرة حوالي (34.90%)، بينما بلغت نسبة مَنْ لا يقومون بالتشبيك (65.10%)، ويرجع ذلك لخصوصية المشروعات الصناعية والمنافسة في السوق.

وكانت من أهم التوصيات التي توصلت إليها الدراسة: زيادة الوعي بأهمية التشبيك وفوائده بين المشروعات الصناعية الصغيرة والمشروعات الأخرى، من خلال الندوات المحاضرات والمنشورات. كذلك اتخاذ الإجراءات اللازمة التي من شأنها زيادة مستوى التشبيك والتعاون بين المشروعات الصغيرة لتحقيق أفضل النتائج.

2-5-3 دراسات أجنبية:

دراسة (Kelly, 2017): برامج الشراكة بين القطاعين الأهلي والصحي الحكومي.

هدفت الدراسة إلى توضيح برامج الشراكة بين القطاع الأهلي الصحي والقطاع الصحي الحكومي، ولتحقيق الأهداف جرى استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتمثّلت الاستبانة بالأداة الأساسية للدراسة، حيث تكوّنت من (48) فقرة، موزعة على أربعة أبعاد رئيسة، وجرى تطبيقها على عينة ممثلة عن القطاع الحكومي، وعينة أخرى ممثلة للقطاع الأهلي بنيجيريا.

وتوصلت الدراسة إلى أنَّ القطاع الأهلي يوفر وفورات مالية للقطاع الحكومي الصحي، واتّضح أنَّ أكثر أبعاد الشراكة توفرًا الشراكة بالاتصال والشراكة بالمعارف، بينما جاء مجال توفر القوانين منخفضًا، واتّضح أنَّ هناك فروقًا في تصورات القطاعين للشراكة لصالح القطاع الأهلي.

دراسة (Hushie,2016): شراكات المنظمات العامة والمنظمات غير الحكومية من أجل الصحة، قسم العلوم السلوكية، كلية العلوم الصحية المساندة، جامعة دراسات التنمية، غانا.

هدفت الدراسة إلى البحث في الشراكة بين المنظمات غير الحكومية والدولة في القطاع الصحي في البلدان المنخفضة الدخل، واستكشاف محركات وطبيعة هذه الشراكات ومزاياها وعيوبها، في الجهود الرامية إلى تحسين صحة الجمهور، واستخدمت الدراسة المقابلات النوعية المتعمقة مع 17 مشاركًا من خمس منظمات غير حكومية مختلفة، لديها شراكات مع الدولة في قطاع الصحة في غانا، على المستويين الوطني والمحلي في أربع مناطق من البلاد، وتوصّلت الدراسة إلى أنَّ التعاون بين منظمات المجتمع المدني والدولة يتطلب شراكات مختلفة، يمكن أنْ تتراوح أنواعها بين التعاقد الرسمي واللامركزي وصولًا إلى أنواع المناصرة، كما أنَّ الشراكة بين المنظمات غير الحكومية والدولة تساهم في تحسين الخدمات الصحية، وأنَّ القيمة المضافة للمنظمات غير الحكومية تكمن في خبرتها وشرعيتها المجتمعية، وقدرتها على جذب التمويل من الجهات المانحة، من أجل تلبية الاحتياجات

الصحية في المناطق الجغرافية والمجتمعات المحلية التي لا تصل إليها خدمات الحكومة، وخلصت الدراسة إلى تقديم توصيات للمنظمات الحكومية وغير الحكومية والجهات المانحة والبحوث المستقبلية، من أجل استدامة هذه الشراكات لتحقيق نتائج صحية وفعّالة وذات كفاءة عالية؛ للوصول إلى أفضل الممارسات في مجال الصحة العالمية.

دراسة (Lynth, 2016): تأثير إصلاح الرعاية الصحية على استدامة المستشفيات غير الربحية، قسم إدارة الأعمال، جامعة ويلدن، الولايات المتحدة.

هدفت دراسة (لينث، 2016) إلى استكشاف الاستراتيجيات والتغييرات التي استخدمها 10 من القادة التنفيذيين للمستشفيات غير الربحية في ولاية ماريلاند في الولايات المتحدة، لمعالجة التحديات التشغيلية والمالية لـ PPACA، وللوصول إلى النتائج استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، حيث تمَّ بناء الإطار المفاهيمي لهذه الدراسة على نظرية النظم العامة، وتمَّ جمع البيانات من خلال مقابلات شبه منظمة ومن ثم فهرستها وترميزها، وتحليلها باستخدام طريقة van Kaam المعدلة، وتوصلت الدراسة إلى الكشف عن 3 موضوعات ناشئة في مجال الاستدامة الصحية، وهي: الاستثمار في موارد تكنولوجيا المعلومات لدعم نظام EMR، واستراتيجيات لمواجهة تحديات القوى العاملة في الرعاية الصحية، واستراتيجيات الاستدامة لخدمات العيادات الخارجية للرعاية المدارة، وسلامة المرضى، وجودة الرعاية، وأوصت الدراسة بالاستفادة من النتائج، من خلال تقديم السياسات والعمليات التي يمكن للمختصين الطبيين استخدامها لدعم إصلاح الرعاية الصحية المحلية والوطنية.

دراسة (Sehngelia, Pavlova & Groot, 2016): تأثير إصلاح الرعاية الصحية على التغطية الشاملة في جورجيا: مراجعة منهجية، كلية الصحة والطب وعلوم الحياة– المركز الطبي بجامعة ماستريخت– هولندا.

هدفت دراسة (سينقيليا وبافولفا وجروت، 2016) إلى إجراء مراجعة منهجية للأدلة التجريبية لتحليل نتائج الإصلاحات التي نفذتها جورجيا، بهدف تحسين الرعاية الصحية من حيث الاستدامة في تمويل الرعاية الصحية، والإنصاف والكفاءة والجودة وضبط التكاليف، عن طريق استخدام جورجيا لنهج خصخصة المرافق العامة، وللوصول إلى النتائج استخدمت الدراسة المنهج التحليلي، بناءً على تنفيذ مراجعة منهجية للأدلة في المنشورات السابقة، وتوصّلت الدراسة إلى أنَّ الإصلاحات لم تكن ناجحة بسبب نقص القدرة على صنع السياسات الاستراتيجية، كما أنَّ الإصلاحات أدت إلى تقويض الاستدامة في التمويل الصحي والكفاءة وجودة الرعاية الصحية، بسبب أنَّ الخصخصة للنظام الصحي تمت دون وجود آليات تنظيمية فعّالة، وأوصت الدراسة بتحسين الكفاءة والفعالية في قطاع الرعاية

الصحية، من خلال تحسين التغطية الصحية الشاملة، ونوعية الرعاية الصحية، والحماية المالية لعامة السكان، والاستدامة في تمويل النظام الصحي، وتحسين الإطار التنظيمي، ووضع نظام تنظيمي يمزج بين القطاعين العام والخاص.

دراسة (Marimuthua & Pauloseb, 2015): ظهور المناهج المبنية على الاستدامة في الرعاية الصحية.

توسيع البحث والممارسة – للباحثين : ماليجا ماريموثو باحث في كلية الإدارة– جامعة سينز– ماليزيا وهانا باولوس– باحث في قسم العلوم الإنسانية – جامعة ولاية أوهايو– الولايات المتحدة الأمريكية، ونشرت في الندوة البحثية الدولية– ماليزيا.

هدفت دراسة (ماريموثو وباولوس، 2015) إلى البحث في نطاق ممارسات الاستدامة في مجال الرعاية الصحية، عن طريق فحص الدراسات التي أجريت على القضايا المتعلقة باستدامة الرعاية الصحية، وذلك بالتركيز على أبعاد ممارسات الاستدامة في مجال الرعاية الصحية، ومحركات الممارسات المستدامة داخل الصناعة، واستراتيجيات تنفيذ الاستدامة بشكل فعّال في الرعاية الصحية، وتوصّلت الدراسة إلى وضع مقترحات بحثية لاستخدامها كنماذج مفاهيمية تعكس نطاق ممارسات الاستدامة في الرعاية الصحية، ووضع لمحة عامة عن كيفية تطور مفهوم الاستدامة مع مرور الوقت في قطاع الرعاية الصحية، وأوصت الدراسة باستخدام النتائج لتحفيز الباحثين على توسيع البحوث المتعلقة بالاستدامة في مجال الرعاية الصحية؛ لضمان تشكيل التميز في الخدمة لاستدامة الرعاية الصحية.

دراسة (Edimond, 2014): مساهمة المنظمات غير الحكومية في تقديم الخدمات الصحية الأساسية في إطار الشراكة مع الحكومة المحلية، كلية شرق أفريقيا الدبلوماسية، جامعة مارتيرز، أوغندا.

هدفت الدراسة إلى تقييم مساهمة شراكة المنظمات غير الحكومية مع الحكومة المحلية في تقديم الخدمات الصحية الأساسية في مقاطعة نهر يائي في السودان، من خلال تحديد الأنشطة المختلفة التي تقوم بها المنظمات غير الحكومية في مستشفى يائي المدني، ومركز مارثا للرعاية الصحية الأولية، وتقدير الخدمات الصحية التي تقدمها للمستفيدين في المستشفى، وتقييم التحديات التي تواجهها المنظمات غير الحكومية في دعم الرعاية الصحية، وطبقت دراسة الحالة على مستشفى يائي المدني، ومركز مارثا للرعاية الصحية، من خلال دراسة تصميم حالة، والتي تستخدم كل التقنيات النوعية والكمية، من خلال الاستبانة، وأداة المقابلة لجميع البيانات الأولية، ثم تحليلها باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (spss)، وتوصّلت الدراسة إلى أنَّ المنظمات غير الحكومية تقدم مساهمات ناجحة

للصحة المختصة في الصحة الإنجابية وصحة الطفل، التي تديرها المنظمات غير الحكومية من وفيات الأطفال والأمهات في مستشفى مارثا للرعاية الصحية الأولية، ومستشفى يائي المدني إلى حدٍ ما، كما سدت الشراكة بعض الثغرات في البرامج الصحية الحكومية، من خلال توفير معدات وموارد أطفال للمرافق الصحية.

وخلصت الدراسة إلى بعض التوصيات، أهمها: تحسين السياسات، وإنشاء بعض الأليات التنظيمية بإشراك المجتمع المحلي، من أجل تحسين خدمات الرعاية الأولية، وضمان المساواة بين الجمهور في الحصول على الرعاية اللازمة، كما أوصى الباحث المنظمات غير الحكومية بالتعاون مع الحكومة المحلية بشكل وثيق، وإشراك إدارتها في وضع خطط ربع سنوية وسنوية؛ للتعرف إلى الفجوات وملؤها.

دراسة (Kula & Fryat, 2013) التفاعلات بين القطاع العام والخاص في المجال الصحي في جنوب أفريقيا، فرص التوسع– وزارة التنمية الدولية، جنوب أفريقيا دراسة منشورة من قبل جامعة أكسفورد بالتعاون مع كلية لندن للصحة والطب المداري.

هدفت الدراسة إلى تحليل وفهم العوامل التي تزيد من احتمال نجاح الشراكة بين القطاعين العام والخاص كهدف للسياسة العامة في المجال الصحي في جنوب أفريقيا، ومناقشة الفرص لتوسع هذه الشراكة، واستخدمت الدراسة استعراض للأدبيات، ولوائح الدولة الخاصة بالجودة والمعايير، وطبقت دراسة الحالة على أربع مؤسسات صحية في جنوب أفريقيا، وتوصّلت الدراسة إلى أنَّ هناك إطارًا تشريعيًا قويًا وعددًا من الإرشادات والأدوات التي طورتها وزارة المالية لإدارة الشراكة، كما أنَّ القطاع الخاص للهيئة الربحية يشارك بالفعل في عدد من المشاريع التي تتماشى بشكل وثيق مع أولويات إصلاح النظام الصحي

وخلصت الدراسة إلى أنَّ القطاع العام يتطلب قدرة كافية ليس فقط لإدارة الشراكة مع القطاع الخاص، ولكن أيضًا لتمكين الابتكار، وأنَّه يجب الاهتمام بالشراكة بين القطاعين العام والخاص كأهمية استراتيجية للأهداف الوطنية، مع تسخير الخبرات التعاقدية في القطاع الخاص، وتشجيع الابتكار والتعلم.

دراسة (Barrows, Ian MacDonald, Bhanich, Supapol, Harvey-Rioux, 2011) بعنوان: الشركات العامة والخاصة في الرعاية الصحية الكندية دراسة حالة مستشفى (Brampton Civic).

هدفت الدراسة إلى توضيح وفحص طبيعة الشراكة بين القطاع الخاص والقطاع العام بالتطبيق على مستشفى (Brampton Civic)، ولتحقيق الأهداف جرى مراجعة الأدب النظري المتعلق بتفاهمات وشراكات المستشفى مع المؤسسات الصحية الخاصة، ولتحقيق الأهداف جرى استخدام المنهج الوصفي، والمنهج المقارن.

فتوصلت الدراسة إلى وجود شراكات بين القطاع العام والخاص، ومنها مبني على أساس مادي، وأنَّ هناك إيرادات تتحقق من قبل الشراكات، وأوضحت أنَّ الشراكات لها أهداف محددة، ويتم مناقشة الأهداف بعد الفترة الزمنية المحددة لعقود الشراكة.

وأوصت الدراسة بأهمية الاستفادة من التجارب العالمية في مجال الشراكة والتشبيك بين القطاع الصحي الحكومي والخاص.

دراسة إيجاز (Ejaz,. Shaikh, & Rizvi, 2011): الشراكة بين المنظمات غير الحكومية والحكومية لتعزيز النظم الصحية.

هدفت الدراسة إلى توضيح الأنموذج الباكستاني في الشراكة بين المنظمات غير الحكومية والحكومية لتعزيز النظم الصحية، ولتحقيق أهداف الدراسة جرى استخدام أسلوب المسح النوعي، وتمثلت أداة الدراسة بالمقابلات الشخصية، حيث أجريت على مجموعة من الموظفين في القطاع الحكومي، وممثلي المنظمات غير الحكومية، وكانت المقابلات تدور حول تصوراتهم لدور المنظمات غير الحكومية ومكانتها في دعم النظم الصحية.

فتوصّلت الدراسة إلى أنَّ المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية تعمل على سد فجوات العمل الصحي، وتساعد على تقديم خدمات بحثية في المجال الصحي، وتدعم النظم الصحية بشكل مباشر عبر التوجيهات، وبشكل غير مباشر عبر تعزيز الصحة العامة لدى المجتمع، وتبيَّن أنَّ إشراك المنظمات غير الحكومية في تعزيز النظام الصحي يسهم في إنشاء رعاية صحية بكفاءة عالية.
وأوصت الدراسة بأهمية وجود لوائح وتشريعات تنظم الشراكة والتعاون بين المنظمات غير الحكومية والحكومية في المجال الصحي، على أنْ تتضمن أدوار كل منها في الشراكة، والتحقق من تأثير هذه الأدوار في تطوير النظم الصحية.

دراسة (Jelinek, 2006): علاقة المنظمات غير الحكومية بالحكومة والمجتمعات المحلية.

هدفت الدراسة إلى البحث في العلاقة بين الجهات الحكومية والمحلية والمنظمات غير الحكومية في أفغانستان، وذلك للتعرف إلى التوترات بينهم، وإيجاد الصيغة الأفضل لمشاركة المنظمات غير الحكومية مع الجهات الحكومية والإقليمية والمحلية، وضمان التنسيق الفعّال بينهم، وقد تمَّ تنفيذ هذا البحث كبحث كمي مبني على المقابلات المنظمة وشبه المنظمة، والملاحظات والمناقشات ضمن مجموعات مركزة، وكان الهدف من ذلك بناء صورة شاملة للتصورات والعلاقات لدى العاملين في المنظمات غير الحكومية وأعضاء المجتمع والمسؤولين الحكوميين، وشملت المقابلات المستوى القروي، ومختلف الوزارات الحكومية في 3 مدن، وهي: هيرات، وكابول، وبالخط. ومن أهم النتائج التي توصّلت إليها الدراسة: أنَّ المشاريع المنفذة من قبل المنظمات غير الحكومية لم تراعِ احتياجات

الفئات الأكثر احتياجًا، بالإضافة إلى أنَّ ضعف العلاقات التنسيقية بين المنظمات غير الحكومية والجهات الحكومية؛ مما أثّر سلبًا في عمل هذه المنظمات.
وقدَّمت الدراسة مجموعة من التوصيات، أهمها: أنَّه على الحكومة تطوير شراكة استراتيجية مع المنظمات غير الحكومية، وإنشاء أسس للتواصل والتنسيق، كما أنَّه يجب على المنظمات غير الحكومية تخطيط برامجها بالتنسيق مع خطة التنمية الرسمية للحكومة.

دراسة (Wendy, 1999): الشراكة بين القطاع العام والمنظمات غير الحكومية. التعاقد على خدمات الرعاية الصحية الأولية.

هدفت الدراسة إلى بحث بعض الحالات في مجال الشراكات بين القطاع العام والمنظمات غير الحكومية والتعاقد على خدمات الرعاية الصحية الأولية، واقتصرت الدراسة على خمس حالات تمثل خمس بلدان، ولتحقيق الأهداف استخدمت الدراسة منهج دراسة الحالية، وتبيَّن من نتائج دراسة هذه الحالات أنَّ التعاقد على خدمات الرعاية الصحية الأولية للمنظمات غير الحكومية من أجل التسويق في نطاق التغطية، وزيادة توفير الأدوية والإمدادات الطبية، وتحسين جودة الرعاية، وتضمنت التعاقدات وجود إطار استراتيجية تهدف إلى التحكم في تكاليف القطاع العام، وعن طريقة تحويل المخاطر التعاونية.
وأوصت الدراسة بأهمية وجود قوانين ولوائح تنظم الشراكة بين القطاعين الأهلي الصحي والحكومي، وأهمية وجود جهات لتنسيق هذه الشراكة والجهود.

2-5-4 التعقيب على الدراسات السابقة

تناولت الدراسات السابقة مجموعة من الأهداف، أهمها: الشراكة ودورها في التنمية، وتحسين النظم الصحية، ويستعرض الباحث أوجه الاتفاق والاختلاف، مع بيان للفجوة البحثية.

أوجه الاتفاق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

تتفق الدراسة الحالية من حيث الأهداف مع دراسة (حمدونة، 2017)، ودراسة (كيللي، 2017)، ودراسة (الجمل، 2016)، ودراسة (إيجاز وشايكا وريزفاي، 2011)، ودراسة (باروز وآخرون، 2011)، ودراسة ويندي (1999) من حيث متغير الشراكة، وتتفق مع دراسات أخرى في متغير الاستدامة، مثل: دراسة (الجمل، 2016)، وتتفق مع بعض الدراسات من حيث المنهج، مثل: دراسة (حمدونة، 2017)، ودراسة (كيللي، 2017).

أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

تختلف الدراسة الحالية عن دراسات مثل (حمدونة، 2017) من حيث إنَّها تتعلق بالقطاع الصحي، والقطاع الأهلي، كما تختلف عن دراسة (الجمل، 2016) من حيث طبيعة الدراسة ومنهجها، وتختلف مع دراسة (إيجاز وشايكا وريزفاي، 2011) من حيث المتغير التابع، وتختلف عن دراسة (باروز وآخرون، 2011) من حيث طبيعة الشراكة، حيث استهدفت الشراكة بين القطاع الخاص والقطاع العام، بينما الدراسة الحالية تتعلق بالقطاع الأهلي والحكومي في المجال الصحي، وتختلف عن دراسة (ويندي، 1999) من حيث طبيعة الشراكة والمتغير التابع، حيث استهدفت دراسة ويندي الرعاية الصحية الأولية، بينما تستهدف الدراسة الحالية استدامة الخدمات الصحية.

#	أوجه المقارنة	الدراسة الحالية	أوجه التشابه والاختلاف مع الدراسات السابقة (الفجوة البحثة)	ما تميزت به الدراسة الحالية
1	**متغيـــــرات الدراسة**	تناولت هذه الدراسة متغيرين أ. المتغير المستقل: الشراكة • التخطيط الاستراتيجي • الإطار القانوني • المعلومات الصحية • الرقابة • التمويل ب. المتغير التابع • استدامة الخدمات الصحية	اتفقت مع دراسة جبريل في المتغير المستقل (التخطيط الاستراتيجي)، كما اتفقت مع دراسة حمدونة دراسة ألمز، ودراسة كيللي في المتغير المستقل (الإطار القانوني)، واتفقت مع دراسة العباسي والحجار في المتغير المستقل (التمويل)، واختلفت مع دراسة الغامدي في جميع أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع، واتفقت مع دراسة الخضري، ودراسة مليحة، ودراسة العكشية، ودراسة الرفاعي والشطي، ودراسة أبو سمرة، ودراسة لينث في المتغير التابع.	_تعد هذه الدراسة أولى الدراسات التي ألقت الضوء على دراسة واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية، رغم أنَّ هناك دراسات تناولت دراسة التنسيق والتشبيك بين الجانبين. _ حاولت الدراسة إبراز دور متطلبات عملية الشراكة المتمثلة في أبعاد المتغير المستقل وأثرها على استدامة الخدمات الصحية. _ ركّزت على المؤسسات الأهلية الصحية التي كان لها دور بالغ الأثر في دعم ومساندة القطاع الصحي الحكومي في الأزمات والطوارئ. _ ركّزت الدراسة في الإجابة عن أسئلة الدراسة على معرفة وجهة نظر المديرين في القطاع الصحي الحكومي ومديري المؤسسات الأهلية الصحية من خلال استخدام أداتين رئيسيتين، هما: الاستبانة، والمقابلة لتدعم النتائج التي خرجت بها الدراسة. _ تمَّ الاستعانة في تصميم الاستبانة بأداتين دوليتين (PATH) و(PAST) بعد مواءمتها لموضوع ومجتمع الدراسة.

#	أوجه المقارنة	الدراسة الحالية	أوجه التشابه والاختلاف مع الدراسات السابقة (الفجوة البحثة)	ما تميزت به الدراسة الحالية
2	منهج الدراسة	المنهج الوصفي التحليلي	اتفقت مع جميع الدراسات في استخدامها المنهج الوصفي التحليلي.	
3	حدود الدراسة أ. الحد الموضوعي	واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية	اتفقت الدراسة الحالية في هذا الجانب إلى حدٍ ما مع دراسة الغامدي، ودراسة ايدموند، ودراسة هيوشي، ودراسة كيللي، ودراسة وشايكا وريزفاي، ودراسة الرفاعي، والتي تناولت جميعها الشراكة بين الحكومة والمؤسسات غير الحكومية فيما يتعلق بالجانب الصحي، بينما اختلف مع حمدونة، ودراسة مرعي، ودراسة عويضة، ودراسة هاشم، ودراسة الأمين، ودراسة صديق، حيث إنَّها تناولت الشراكة بين القطاع العام والخاص من جانب، ومن جانب آخر الشراكة في جوانب متعددة غير صحية (تعليمية واقتصادية).	
	ب. الحد المكاني	وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية العاملة في قطاع غزة	معظم الدراسات أجريت بشكل عام في قطاع غزة، حيث اتفقت الدراسة بالحدود المكانية مع دراسة جبريل، ودراسة حمدونة، ودراسة العباسي، ودراسة أبو سمرة ودراسة الحجار، ودراسة العكشية، ودراسة عويضة، ودراسة مليحة واختلفت مع دراسة مرعي، حيث إنَّ الدراسة أجريت في الضفة الغربية، كما اختلف مع دراسة الغامدي أنَّ الدراسة أجريت في المملكة العربية السعودية، ودراسة هاشم أجريت في العراق، ودراسة الرفاعي أجريت في الكويت، ودراسة الأمين أجريت في الجزائر، ودراسة صديق أجريت في السودان.	

#	أوجه المقارنة	الدراسة الحالية	أوجه التشابه والاختلاف مع الدراسات السابقة (الفجوة البحثة)	ما تميزت به الدراسة الحالية
	ج. الحد البشري	أصحاب المسميات الإشرافية العليا فقط (وكيل وزارة، وكيل وزارة مساعد، مدير عام، مدير وحدة، مدير دائرة) في وزارة الصحة ومديري المؤسسات الصحية الأهلية (مدير طبي، مدير تمريض، مدير إداري)	اختلفت الدراسة مع معظم الدراسات السابقة في الحد البشري، واتفقت إلى حدٍ ما مع دراسة الخضري، ودراسة الغوطي التي تناولت مسؤولي التنسيق في وزارة الصحة ومسؤولي التنسيق في المنظمات الدولية، ودراسة جبريل حيث اعتمد الحد البشري فيها على أصحاب المسميات الإشرافية في وزارة الصحة فقط، وبشكل عام (من رئيس شعبة- وكيل وزارة).	
4	أداة الدراسة	الاستبانة والمقابلة	اتفقت الدراسة مع دراسة العباسي، ودراسة جبريل، ودراسة ايدموند في استخدامها أداتي الاستبانة والمقابلة لتحقيق أهداف الدراسة، بينما اختلف مع معظم الدراسات التي استخدمت أداة دراسة واحدة، سواءً كانت الاستبانة لوحدها كدراسة حمدونة، ودراسة مرعي، ودراسة الغامدي، والتي استخدمت المقابلة لوحدها كدراسة جيلينك jelinek ودراسة هيوشي hushie.	

الفصل الثالث

منهجية الدراسة وإجراءاتها

3-1 مقدمة

هدفت الدراسة الكشف عن واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة، ويتناول هذا الفصل وصفًا مفصلًا للإجراءات التي اتبعها الباحث في تنفيذ الدراسة من حيث منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة، وأدوات الدراسة، وصدقها، وثباتها، والأساليب الإحصائية المستخدمة، وخطوات إجراء الدراسة، ومصادر البيانات، واختبار توزيع البيانات، ومحك الاستبانة.

3-2 منهج الدراسة

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باعتماد المنهج الوصفي التحليلي، والذي يعتمد على دراسة الظاهرة (واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة) كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفًا دقيقًا، ويعبر عنها تعبيرًا كيفيًا وكميًا.

ويعرف الحمداني المنهج الوصفي التحليلي بأنه "المنهج الذي يسعى لوصف الظواهر أو الأحداث المعاصرة أو الراهنة فهو أحد أشكال التحليل والتفسير المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة ويقدم بيانات عن خصائص معينة في الواقع وتتطلب معرفة المشاركين في الدراسة والظواهر التي ندرسها والأوقات التي نستعملها لجمع البيانات" (الحمداني، 2006).

مصادر جمع البيانات

المصادر الأولية:

تم اعتماد الاستبانة كأداة لجمع البيانات لبناء الجانب التحليلي لموضوع الدراسة، وهي الأداة الرئيسية التي استخدمت لقياس واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحي بقطاع غزة، علماً بأن البحث قام بكافة الإجراءات العلمية لضبط الأداة، من حيث صدقها وثباتها، وتم تعبئة الاستبانة من خلال لقاءات مباشرة ومتعددة مع مفردات العينة.

المصادر الثانوية:

لمعالجة الإطار النظري للدراسة تمَّ اللجوء إلى مصادر البيانات الثانوية، والتي تتمثل في تجميع مخرجات الخطط التشغيلية والاستراتيجية والتقارير السنوية الصادرة عن وزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة، والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة والكتب العلمية، بالإضافة إلى الرسائل العلمية المحلية والخارجية، كما تمَّ الاعتماد على المقالات والتقارير المنشورة على المواقع الإلكترونية العلمية المتخصصة.

3-3 مجتمع الدراسة وعينة الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من أصحاب المسميات الإشرافية العليا في وزارة الصحة الفلسطينية وذلك حسب الهيكلية المعتمد في وزارة الصحة (وكيل وزارة، وكيل مساعد، مدير عام، مدير وحدة، مدير دائرة) بالإضافة إلى مديري المؤسسات الأهلية الصحية حيث بلغ المجموع الكلي لأفراد العينة (194) موظفًا وموظفة من الطرفين . ونظراً لصغر حجم مجتمع الدراسة استخدام الباحث طريقة المسح الشامل، وقد تمَّ تعبئة (180) استبانة، وكانت نسبة الاستجابة (92.78%).

جدول (3-1): مجتمع الدراسة

مدراء القطاع الصحي الحكومي	153
مدراء المؤسسات الأهلية الصحية	41
المجموع	194

3-4 عينة الدراسة:

العينة الاستطلاعية: تمَّ عمل عينة استطلاعية مكونة من 30 موظفًا من وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية في قطاع غزة؛ بغرض التأكد من صدق وثبات الاستبانة قبل توزيعها على مجتمع الدراسة بشكل نهائي.

3-5 أداة الدراسة "الاستبانة"

بعد الاطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، واستطلاع رأي عينة من المختصين (جلستي تفاكر لتحديد متطلبات عملية الشراكة) من داخل وخارج وزارة الصحة؛ قام الباحث ببناء الاستبانة وفق الخطوات الآتية:

1. تحديد المجالات التي شملتها الاستبانة، وصياغة الفقرات التي تقع تحت كل مجال.
2. إعداد الاستبانة في صورتها الأولية، والتي شملت (50) فقرة، والملحق رقم (1) يوضح الاستبانة في صورتها النهائية.
3. عرض الاستبانة على المشرف لاختبار مدى ملاءمتها لجمع البيانات، ومن ثم تعديلها بشكل أولي وفق ما يراه المشرف.
4. عرض الاستبانة على (12) من المحكمين المختصين في مجال الإدارة والسياسات الصحية، وإدارة الأعمال، والقانون، والاقتصاد، وتكنولوجيا المعلومات، وآخرون يعملون في وزارة الصحة، والملحق رقم (2) يبيِّن أعضاء لجنة التحكيم، وبعد إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون تمَّ تعديل وصياغة بعض الفقرات.
5. تمَّ توزيع العينة الاستطلاعية من الاستبانة على بعض أفراد عينة الدراسة لاستطلاع آرائهم واتجاهاتهم حول الفقرات التي تمَّ صياغتها للتوصل من خلالها إلى البيانات اللازمة للدراسة، ومن ثم تفريغها وتحليلها بواسطة برامج محوسبة تمثّلت في برنامجي الإكسل، وبرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

وصف الاستبانة:

تعكس الاستبانة باعتبارها أداة لجمع البيانات درجة موافقة المبحوثين من عينية الدراسة واتجاهاتهم حول موضوع الدراسة؛ لذا توجب الأمر تقسيم الاستبانة إلى ثلاثة أقسام رئيسية كما يلي:

القسم الأول: يشمل القسم الأول على البيانات الشخصية لعينة الدراسة المجيبين على الأسئلة، ويتكون من (6) فقرات، وهو ما تمَّ توضيحه ضمن المتغيرات الديمغرافية بالاستبانة.

القسم الثاني: يشمل القسم الثاني على المحاور الرئيسية للتحقق من فرضيات الدراسة والوصل تقييم متطلبات عملية الشراكة من وجهة نظر المديرين، بحيث تكونت الاستبانة من 50 فقرة، موزعة على 5 محاور أساسية يمكن توضيح هذه المحاور كالتالي:

المحور الأول: التخطيط الاستراتيجي، حيث بلغت عدد فقرات هذا المحور 8 فقرات.
المحور الثاني: الإطار القانوني، حيث بلغت عدد فقرات هذا المحور 7 فقرات.
المحور الثالث: المعلومات الصحية، حيث بلغت عدد فقرات هذا المحور 8 فقرات.
المحور الرابع: الرقابة حيث بلغت عدد فقرات هذا المحور 8 فقرات.
المحور الخامس: التمويل حيث بلغت عدد فقرات هذا المحور 6 فقرات.
القسم الثالث: يشمل القسم الثالث محور استدامة الخدمات الصحية، حيث بلغت عدد فقرات هذا المحور 13 فقرة.

المقياس المستخدم في الاستبانة:

تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس درجة الموافقة (Fifth Likert Scale) لاستطلاع آراء الأطراف المعنية في موضوع الدراسة؛ بهدف قياس درجة الموافقة على فقرات الاستبانة التي تم توزيعها عليهم، وتقع الإجابة عن الاستبانة على خمس مستويات، هي: (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة)، وتتراوح الدرجة لكل فقرة ما بين (خمس درجات حتى 1 درجة)، بمعنى إذا كانت الإجابة (5: موافق بشدة، 4: موافق، 3: محايد، 2: غير موافق، 1: غير موافق بشدة)، حيث تشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مستوى الموافقة على العبارة الواردة في الاستبانة والعكس صحيح، وقد كانت الإجابات عن كل فقرة وفق مقياس ليكرت الخماسي حسب الجدول (3-2):

جدول (3-2): درجات مقياس ليكارت الخماسي

التصنيف	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الدرجة	5	4	3	2	1

3-6 صدق أداة الدراسة

ويقصد بصدق الاستبانة شمولها لكل العناصر التي يجب أنْ تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناجية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل مَنْ يستخدمها (عبيدات وآخرون، 179:2001) وقد تم التأكد من صدق الاستبانة من خلال الآتي:

1. قياس صدق الاستبانة:

بعد أنْ تم إعداد وصياغة الاستبانة بالشكل الذي يخدم أغراض الدراسة تمهيدًا لتطبيقها في الدراسة الميدانية من أجل جمع البيانات قام الباحث بقياس، صدق الاستبانة، ويعني صدق الاستبانة أنْ تقيس الاستبانة ما صممت لقياسه، بحيث تشمل قائمة الأسئلة لكل العناصر التي يجب أنْ تدخل في التحليل، إضافة إلى وضوح فقراتها ومفرداتها، بحيث تكون مفهومة لكل مَنْ يستخدمها، وقد تم التأكد

من صدق الاستبانة بطريقتين، هما: صدق المحكمين، وصدق الاتساق الداخلي، وسوف نعرضها بالتفصيل من خلال التالي:

1. **صدق المحكمين "الصدق الظاهري لأداة الدراسة"**: ويقصد بصدق المحكمين أنْ يختار الباحث عددًا من المحكمين المختصين في محور موضوع الدارسة، ولقد استشار الباحث عددًا من أساتذة الجامعات الفلسطينية وعدد من المتخصصين في موضوع الدراسة في قطاع غزة لتحديد محاور الاستبانة وفقراتها، وقد تمَّ عرض الاستبانة على (12) من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس في كل من الجامعات الفلسطينية بغزة – وتم عرض أسماء المحكمين ضمن ملاحق الدراسة– ومتخصصين والإدارة والإحصاء، وقد طلب الباحث من المحكمين إبداء آرائهم حول مدى ملاءمة العبارات لقياس ما وضعت لأجله، ومدى وضوح صياغة العبارات التي تم استخدامها في الاستبانة ومدى مناسبة كل عبارة للمحور الذي تنتمي إليه، ومدى كفاية العبارات لتغطية كل محور من محاور متغيرات الدراسة الأساسية، هذا بالإضافة إلى اقتراح ما يرونه ضروريًا من تعديل صياغة العبارات أو حذفها، أو إضافة عبارات جديدة لأداة الدراسة، وكذلك إبداء آرائهم فيما يتعلق بالبيانات الشخصية الخاصة بالمجيبين عن الأسئلة من الأطراف ذات العلاقة، وتركزت توجيهات المحكمين على بعض العبارات من المحاور، وإضافة بعض العبارات إلى محاور أخرى، ولقد استجاب الباحث لآراء المحكمين، وتمَّ تعديل بعض فقرات الاستبانة من حيث الحذف والإضافة والتعديل لتستقر لاستبانة في صورتها النهائية على (50) فقرة، في ضوء مقترحاتهم بعد تسجيلها في أنموذج تم إعداده لهذا الغرض.

2. **صدق المقياس:**

أولًا: صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة Internal Validity:

يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة مع المحور الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد قام الباحث في سبيل الحصول على صدق الاتساق الداخلي لاستجابات المستقصي آرائهم نحو محاور الاستبانة، حساب معامل الارتباط بين نتيجة كل فقرة من فقرات محاور الاستبانة على حدة مع نتيجة الدرجة الكلية لمحاور الاستبانة ككل، وهو ما سيتم توضيحه عند الحديث عن اختبار صدق وثبات الاستبانة ، والذي يبيِّن أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة 0.05، حيث إنَّ مستوى الدلالة لكل فقرة أقل من 0.05، وبذلك تعد فقرات محاور الدراسة صادقة لما وضعت لقياسه.

يوضح الجدول التالي (3-3) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور " التخطيط الاستراتيجي" والدرجة الكلية للمحور، والذي يبين أنَّ معاملات الارتباط المبين دال إحصائيًا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يعتبر المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (3-3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور " التخطيط الاستراتيجي" والدرجة الكلية للمحور

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
.1	تعزز رؤية القطاع الصحي الحكومي التعاون المشترك مع المؤسسات الأهلية الصحية.	0.765*	0.000
.2	تتضمن رسالة القطاع الصحي الحكومي إشراك المؤسسات الأهلية الصحية في تقديم الخدمات الصحية	0.671*	0.000
.3	تتسم الأهداف المشتركة مع المؤسسات الأهلية الصحية بالوضوح وإمكانية التحقق.	0.735*	0.000
.4	يشارك القطاع الصحي الحكومي المؤسسات الأهلية الصحية في صياغة الخطة الاستراتيجية وتحديد الأولويات.	0.833*	0.000
.5	يقوم القطاع الصحي الحكومي بتحليل البيئة الخارجية للتعرف على المتغيرات(السياسية، الاجتماعية، الاقتصادية) التي تؤثر على عملية الشراكة بالتعاون مع المؤسسات الأهلية الصحية.	0.691*	0.000
.6	يقوم القطاع الصحي الحكومي بتحليل البيئة الداخلية للتعرف إلى المتغيرات(موارد بشرية، مالية، إدارية) التي تؤثر في عملية الشراكة ويطلع المؤسسات الأهلية الصحية عليها.	0.706*	0.000
.7	تنبثق البرامج والأنشطة المشتركة مع المؤسسات الأهلية الصحية من الخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي الحكومي.	0.666*	0.000
.8	تتضمن الخطة الاستراتيجية معايير أداء رقابية واضحة ومؤشرات على البرامج المشتركة.	0.732*	0.000

*الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يوضح الجدول التالي (3-4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور " **الإطار القانوني** "والدرجة الكلية للمحور، والذي يبيِّن أنَّ معاملات الارتباط المبين دال إحصائيًا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يعتبر المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (3-4): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور " الإطار القانوني" والدرجة الكلية للمحور

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
.9	يوجد قانون خاص ينظم الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية.	0.752*	0.000
.10	تبادر المؤسسات الأهلية الصحية لإعداد وتقديم مقترحات قانونية تعزز من العلاقة التشاركية مع القطاع الصحي الحكومي.	0.795*	0.000
.11	يوجد وعي قانوني لدى القطاع الصحي الحكومي حول أهمية تنظيم العلاقة التشاركية بين الطرفين.	0.814*	0.000
.12	يتميز المختصون بوضع أسس الشراكة بين الطرفين بالكفاءة.	0.818*	0.000
.13	تسعى الحكومة من خلال التشريعات واللوائح الحالية لتعزز دور المشاريع والبرامج الصحية المشتركة بين الطرفين.	0.803*	0.000
.14	تسمح التشريعات القانونية الحالية بتحقيق الرقابة والتنظيم وضبط عقود الشراكة بين الطرفين.	0.731*	0.000
.15	يلتزم الطرفان بتطبيق التشريعات والأنظمة الصحية الناظمة للعمل الصحي المشترك.	0.643*	0.000

*الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يوضح الجدول التالي (3-5) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور "**المعلومات الصحية**" والدرجة الكلية للمحور، والذي يبيِّن أنَّ معاملات الارتباط المبين دال إحصائيًا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يعتبر المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (3-5): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور "المعلومات الصحية" والدرجة الكلية للمحور.

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
.16	تتوفر مؤشرات كافية لقياس مستوى الخدمات الصحية المشتركة.	0.845*	0.000
.17	تتسم عملية جمع البيانات المشتركة بين الطرفين بالدورية والانتظام.	0.887*	0.000
.18	تتوفر الجودة والدقة في البيانات التي يتم جمعها عن الخدمات الصحية المشتركة.	0.870*	0.000
.19	تتسم عملية مراجعة البيانات الخاصة بالخدمات الصحية المشتركة بالدورية.	0.808*	0.000
.20	يتم تحليل البيانات المشتركة للاستفادة منها في عملية صنع القرارات.	0.774*	0.000
.21	يتم الوصول للبيانات المطلوبة بكل سهولة وفي الوقت المناسب.	0.834*	0.000
.22	يسمح تكامل البيانات بين الطرفين بإعطاء معلومات محدثة تلبي احتياجات القطاع الصحي بشكل عام.	0.864*	0.000
.23	يحسن تكامل البيانات بين الطرفين من أداء العمل الصحي المشترك.	0.702*	0.000

*الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يوضح الجدول التالي (3–6) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور "**الرقابة**" والدرجة الكلية للمحور، والذي يبيِّن أنَّ معاملات الارتباط المبين دال إحصائيًا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يعتبر المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (3-6): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور "الرقابة" والدرجة الكلية للمحور.

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
.24	يتم وضع معايير رقابية لمتابعة تنفيذ الخدمات الصحية المشتركة(فنية، إدارية، مالية).	0.841*	0.000
.25	تتميز معايير قياس الأداء المستخدمة في الرقابة على عملية الشراكة بالدقة والموضوعية.	0.825*	0.000
.26	تتميز إجراءات الرقابة على الخدمات الصحية المشتركة بالمرونة وسهولة الفهم.	0.856*	0.000
.27	تتنوع الأساليب المستخدمة في عملية الرقابة (استخدام الخطة، الملاحظة، التقارير، أسلوب التحليل المالي).	0.828*	0.000
.28	تساهم تقارير تقييم الأداء في معالجة جوانب القصور وتطوير أداء العمل المشترك.	0.788*	0.000
.29	يتمتع العاملون في لجان الرقابة على عملية الشراكة بالكفاءة.	0.771*	0.000
.30	تتسم عملية الرقابة على برامج العمل المشترك بالدورية والانتظام.	0.803*	0.000
.31	يتم التحقق من مدى فعالية أداء المؤسسات الأهلية الصحية وكفاءتها في تقديم الخدمات الصحية المشتركة.	0.770*	0.000

*الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يوضح الجدول التالي (3–7) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور "**التمويل**" والدرجة الكلية للمحور، والذي يبيِّن أنَّ معاملات الارتباط المبين دال إحصائيًا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) ، وبذلك يعتبر المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (3-7): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور "التمويل" والدرجة الكلية للمحور.

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
.32	توضع خطط تمويل الخدمات الصحية المشتركة بناء على الاحتياجات الصحية للمجتمع.	0.843*	0.000
.33	يتم توزيع الموارد المالية المتاحة على المؤسسات(الحكومية/الأهلية) الصحية حسب الأولويات.	0.880*	0.000
.34	تتوفر مصادر تمويل موثوقة لتغطية الخدمات الصحية المشتركة.	0.805*	0.000
.35	يسمح النظام المالي الحكومي بعقد الشراكات مع المؤسسات الأهلية الصحية.	0.436*	0.000
.36	تتميز سياسة التعاقدات الحكومية الخاصة بالخدمات الصحية المشتركة بالكفاءة والفاعلية.	0.669*	0.000
.37	تتميز سياسة التمويل الخارجي(غير الحكومي) الخاصة بالخدمات الصحية المشتركة بالكفاءة والفاعلية.	0.614*	0.000

*الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يوضح الجدول التالي (3-8) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور "**استدامة الخدمات الصحية**" والدرجة الكلية للمحور، والذي يبيِّن أنَّ معاملات الارتباط المبين دال إحصائيًا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك يعتبر المحور صادقًا لما وضع لقياسه.

جدول (3-8): معامل الارتباط بين كل فقر من فقرات محور "استدامة الخدمات الصحية" والدرجة الكلية للمحور.

م	الفقرة	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
.38	زيادة الاستفادة من الموارد البشرية المتاحة للطرفين.	0.787*	0.000
.39	زيادة الاستفادة من الموارد اللوجستية المتاحة للطرفين.	0.848*	0.000
.40	تقليل النفقات التشغيلية للخدمات الصحية في قطاع غزة.	0.873*	0.000
.41	تعزيز الاستفادة من التكنولوجيا الطبية (أجهزة تشخيصية) المتوفرة لدى الطرفين.	0.831*	0.000
.42	تبادل الخبرات والمعلومات والمعرفة بين الأطراف المتشاركة.	0.685*	0.000
.43	تنمية وتطوير قدرات العاملين بمختلف المستويات والتخصصات لدى الطرفين.	0.762*	0.000
.44	تحسين درجة وصول المواطنين للخدمات الصحية في المكان والوقت المناسب.	0.781*	0.000
.45	تقديم خدمات صحية آمنة للمواطنين.	0.738*	0.000
.46	تقليل المشاكل التي تواجه العاملين في المرافق الصحية الحكومية.	0.888*	0.000
.47	تساعد مديري المرافق الصحية الحكومية على إدارة مرافقهم بشكل أفضل.	0.820*	0.000
.48	مساعدة الفئات الهشة في الحصول على الخدمات الصحية المناسبة لهم.	0.819*	0.000
.49	تعزيز قدرات البحث الصحي ورسم السياسات الصحية.	0.875*	0.000
.50	تزيد من درجة رضى المرضى عن الخدمات الصحية التي تقدم لهم.	0.681*	0.000

*الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

ثانيًا: الصدق البنائي Structure Validity

يعد الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها، ويبيِّن مدى ارتباط كل محور من محاور الدارسة بالدرجة الكلية لفقرات الاستبانة.

يبيِّن الجدول التالي (3-9) أنَّ جميع معاملات الارتباط في جميع محاور الاستبانة دال إحصائيًا عند مستوى معنوي($\alpha \leq 0.05$)، وبذلك تعتبر جميع محاور الاستبانة صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول (3-9): معامل الارتباط بين درجة كل محور من محاور الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة

م	المحور	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
.1	التخطيط الاستراتيجي.	0.691*	0.000
.2	الإطار القانوني.	0.797*	0.000
.3	المعلومات الصحية.	0.839*	0.000
.4	الرقابة.	0.884*	0.000
.5	التمويل.	0.788*	0.000
.6	الاستدامة.	0.709*	0.000

*الارتباط دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

قياس ثبات فقرات الاستبانة Reliability :

يقصد بثبات الاستبانة هو أنْ تعطي الاستبانة نفس النتائج إذا أعيد تطبيقها مرات عدة متتالية، ويقصد به أيضًا إلى أي درجة يعطي المقياس قراءات متقاربة عند كل مرة يستخدم فيها، أو بعبارة أخرى أنَّ ثبات الاستبانة يعني الاستقرار في نتائج الاستبانة، وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعه على أفراد العينة مرات عدة خلال فترات زمنية (الجرجاوي، 2010م.، ويمكن للباحث التحقق من ثبات استبانة الدراسة من خلال احتساب معامل الثبات المسمى معامل ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha)، كما هو موضح في الجدول التالي (3-10) ، حيث يبين الجدول أنَّ معاملات الثبات مرتفع. ويتضح من خلال الجول التالي أنَّ معامل الثبات ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha) لكل محور من محاور الدارسة أكبر من 0.6؛ مما يدل على ثبات العبارة المكونة لكل محور من هذه المحاور، حيث تراوحت معاملات الثبات لمحاور الاستبانة الخمسة الموضحة في الجدول أدناه بين (0.808- 0.951)، وقد بلغ معامل الثبات ألفا كرونباخ للاستبانة الكلية ما قيمته 0.963، وهذا يعني أنَّ الثبات مرتفع ودال إحصائيًا، وأن الاستبانة بفقراتها تتمتع بمعامل ثبات عالٍ؛ مما يشير إلى صلاحية المقياس لقياس المحاور المذكورة أدناه وقابلة للتوزيع، وبذلك اعتمد الباحث هذه الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وللإجابة عن فروض وتساؤلات الدراسة.
ويكون الباحث قد تأكّد من صدق وثبات الاستبانة؛ مما يجعله على ثقة تامة بصحة الاستبانة وصلاحيتها لتحليل النتائج، والإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها. وكذلك يجعل الباحث مطمئن إلى صلاحية تطبيق الاستبانة على عينة الدراسة، مع الاعتماد علي نتائج قائمة الاستقصاء، وإمكانية تعميم النتائج على مجتمع الدراسة.

جدول (3-10): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة

م	المحور	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
.1	التخطيط الاستراتيجي.	8	0.863
.2	الإطار القانوني.	7	0.879
.3	المعلومات الصحية.	8	0.932
.4	الرقابة.	8	0.922
.5	التمويل.	6	0.808
.6	الاستدامة.	13	0.951
جميع المحاور معًا		50	0.963

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

اعتمد الباحث في الدراسة على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences_SPSS V.25) في معالجة وتحليل بيانات الدراسة من خلال مجموعة من الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية والتي تمثلت فيما يلي:

1- طريقة ألفاكرونباخ (Cronbach,s Alpha) وذلك بغرض قياس الثبات في البيانات.
2- معاملات ارتباط بيرسون البسيطة (Pearson Correlation Coefficient) لقياس الصدق البنائي وصدق الاتساق الداخلي.
3- الجداول التكرارية والنسب المئوية لوصف عينة الدراسة حسب المعلومات الشخصية، وكذلك التحقق من سلامة البيانات، والتأكد من خلوها من أخطاء الإدخال.
4- الوسط الحسابي (Mean) والوزن النسبي وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات مفردات الدراسة على الفقرات والمقاييس الرئيسية وأبعادها، والانحراف المعياري (Standard Deviation) للتعرف على مدى انحراف استجابات مفردات الدراسة لكل فقرة من الفقرات عن وسطها الحسابي، إلى جانب المجالات وأبعادها، فكلما اقتربت قيمته من الصفر تركزت الاستجابات وانخفض تشتتها.
5- تحليل التباين الأحادي (One way ANOVA) واختبار (Independent samples T-test) لاختبار الفروق في متوسطات إجابات أفراد العينة على متغيرات الدراسة وفقاً للمعلومات الشخصية حيث يستخدم اختبار(One way ANOVA) للمقارنة بين ثلاث مجموعات مستقلة أو أكثر بينما اختبار(T-test) يستخدم للمقارنة بين مجموعتين مستقلتين. وذلك للتعرف على الفروق في متوسطات الأفراد حول مقياس الشراكة ومقياس استدامة الخدمات الصحية.
6- طريقة المربعات الصغرى العادية (Ordinary Least Square - OLS) للانحدار الخطي البسيط المتعدد وذلك لاختبار أثر المتغيرات المستقلة على المتغير التابع.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

4-1 المقدمة:

يتضمن هذا الفصل عرضًا لتحليل البيانات من أجل تحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدارسة، واستعراض أبرز نتائج الاستبانة، والتي تمَّ التوصل إليها من خلال تحليل فقراتها، والوقوف على البيانات الشخصية للمستطلع آرائهم، لذا؛ تمَّ إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات المتجمعة من استبانة الدارسة، من خلال استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) للحصول على نتائج الدراسة التي تمَّ عرضها وتحليلها في هذا الفصل.

4-2 خصائص عينة الدراسة وفق البيانات الشخصية:

4-2-1 توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر:

يوضح الجدول التالي (4-1) توزيع عينة الدراسة حسب متغير الفئة العمرية.

جدول (4-1): توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية بالسنوات	العدد	النسبة المئوية (%)
40 أو أقل	27	15.0
45-41	37	20.6
50-46	44	24.4
55-51	39	21.7
أكثر من 55	33	18.3
المجموع	**180**	**100.0**

يتضح من الجدول السابق (4-1) أن الباحث قام بتقسيم مجتمع الدراسة إلى فئات عدة، ويرجع السبب في اختيار تلك التقسيم والبدء بالفئة العمرية 40 أو أقل سنة إلى أنَّ غالبية مجتمع الدراسة، والذين تمَّ استهدافهم من المديرين لاستطلاع آرائهم حول موضوع الدراسة، كانت أعمارهم في الفئات العمرية الأكثر من 40 سنة، وبالرجوع إلى الجدول السابق فقد أظهرت النتائج أن 24.4% من أفراد العينة أعمارهم تتراوح ما بين (46-50).

ويعزو الباحث ذلك إلى أنَّ هذه الفئة قادرة على الإبداع والتفكير وتحمل المسؤولية، وتتمتع بالخبرة العلمية والعملية الكافية لإدارة القطاع الصحي، لا سيما وأن معظمهم قد شارك من خلال المواقع الوظيفية التي تقلدوها خلال عملهم في الحقل الصحي في إعداد الخطط والبرامج الصحية المختلفة.

4-2-2 توزيع عينة الدراسة حسب متغير النوع:

يوضح الجدول التالي (4-2) توزيع عينة الدراسة حسب متغير النوع.

جدول (4-2): توزيع عينة الدراسة حسب النوع

النوع	العدد	النسبة المئوية (%)
ذكر	163	90.6
أنثى	17	9.4
المجموع	**180**	**100.0**

يتضح من الجدول السابق (4-2) بأنَّ بالمجيبين عن الأسئلة من عينة الدراسة كان معظمهم من الذكور، حيث بلغت نسبتهم 90.6%، في حين كانت نسبة الإناث فقط 9.4%.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن المجتمع الفلسطيني مجتمع ذكوري يميل لتعين الذكور أكثر من الإناث خاصة في المناصب الإشرافية العليا بالإضافة إلى خصوصية العمل في القطاع الصحي بالنسبة لفئة الإناث.

وتتفق هذه النتيجة مع (تقرير مركز الإحصاء الفلسطيني، 2017) في أن هناك فجوة في المشاركة للقوى العاملة بين الإناث والذكور كانت لصالح الذكور حيث بلغت نسبة مشاركة الذكور 68.8%. بينما بلغ نسبة الإناث 18.8%.

4-2-3 توزيع عينة الدراسة حسب متغير جهة العمل:

يوضح الجدول التالي (4-3) توزيع عينة الدراسة حسب متغير جهة العمل.

جدول (4-3): توزيع عينة الدراسة حسب جهة العمل

جهة العمل	العدد	النسبة المئوية (%)
القطاع الصحي الحكومي	145	80.6
المؤسسات الأهلية الصحية	35	19.4
المجموع	**180**	**100.0**

يتضح من الجدول السابق (4-3) أنَّ غالبية عينة الدراسة كانت من القطاع الصحي الحكومي بنسبة 80.6 % من عينة الدراسة، في حين شكلت نسبة مدراء المؤسسات الأهلية الصحية 19.4% فقط.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنَّ أعداد المؤسسات الصحية الحكومية تفوق بكثير أعداد المؤسسات الأهلية الصحية، لاسيما وأن معظم الخدمات الصحية المقدمة في قطاع غزة تكون من المستشفيات الحكومية الكبرى، فعلى سبيل المثال يعتبر مجمع الشفاء الطبي؛ المستشفى المركزي الأول في قطاع غزة، وهو الأعلى نسبة من حيث الموظفين (الإداريين والفنيين)، كما أنه يقدم خدمات صحية متخصصة وأكثر تقدماً، ويستقبل حالات محولة من جميع المستشفيات الأخرى.

4-2-4 توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي:

يوضح الجدول التالي (4-4) توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي.

جدول (4-4): توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي

المسمى الوظيفي	العدد	النسبة المئوية (%)
مدير عام فأعلى	26	14.5
مدير وحدة	21	11.7
مدير دائرة	133	73.9
المجموع	**180**	**100.0**

يتضح من الجدول (4-4) السابق أنَّ غالبية عينة الدراسة ممَنْ لديهم مسمى وظيفي مدير دائرة، حيث شكلت نسبتهم 73.9%، وهذا يتناسب مع الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة، والهياكل التنظيمية للمؤسسات الأهلية الصحية.

4-2-5 توزيع عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي:

يوضح الجدول التالي (4-5) توزيع عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي.

جدول (4-5): توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	النسبة المئوية (%)
بكالوريوس	53	29.4
ماجستير	93	51.7
دكتوراة	34	18.9
المجموع	**180**	**100.0**

يتضح من الجدول السابق (4-5) أنَّ غالبية عينة الدراسة هم من حملة الدراسات العليا (الماجستير والدكتوراة)، بحيث شكلت نسبتهم (70.6%) **ويعزو الباحث** ذلك إلى حرص هذه الفئة على اكتساب المهارات الفنية والإدارية العالية ومواكبة التطور العلمي في التكنولوجيا الطبية والتي لا يمكن أن تتأتى إلا من خلال المزيد من التعلم والحصول على الشهادات العليا.

4-2-6 توزيع عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة:

يوضح الجدول التالي (4-6) توزيع عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة.

جدول (4-6): توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	العدد	النسبة المئوية (%)
10 أو أقل	10	5.6
11-15	33	18.3
16-20	47	26.1
21-25	48	26.7
أكثر من 25	42	23.3
المجموع	**180**	**100.0**

يتضح من جدول السابق (4-6) أنَّ غالبية عينة الدراسة كانت خدمتهم أكثر من 20 سنة، سواء من مدراء القطاع الصحي الحكومي أو مدراء المؤسسات الأهلية الصحية لديهم تجربة وخبرة طويلة (فنية وإدارية) في العمل الصحي الأمر الذي عزز من دقة البيانات التي تحصل عليها الباحث.

4-3 المقياس المعتمد في الدارسة Scale:

جدول (4-7): المقياس المعتمد في الدارسة

المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	درجة الموافقة
من 1.0 – 1.80	من20% – 36%	قليلة جدًا
أكبر من 1.8 – 2.60	أكبر من 36% – 52%	قليلة
أكبر من 2.60 – 3.40	أكبر من 52%– 68%	متوسطة
أكبر من 3.40 –4.20	أكبر من 68%– 84%	كبيرة
أكبر من 4.20 – 5.0	أكبر من 84%– 100%	كبيرة جدًا

ولتفسير نتائج الدارسة والحكم على مستوى الاستجابة، اعتمد الباحث على ترتيب المتوسطات الحسابية على مستوى محاور الاستبانة، ومستوى الفقرات في كل محور، وقد حدد الباحث درجة الموافقة حسب المقياس المعتمد للدراسة.

4-3-1 الإجابة عن تساؤلات الدراسة:

- التساؤل الأول: ما طبيعة الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية في قطاع غزة؟

للإجابة عن هذا التساؤل قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل محور من محاور " الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية في قطاع غزة" بما فيها من فقرات.

4-3-1-1 "التخطيط الاستراتيجي"

جدول (4-8): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور " التخطيط الاستراتيجي"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
.1	تتضمن رسالة القطاع الصحي الحكومي إشراك المؤسسات الأهلية الصحية في تقديم الخدمات الصحية.	4.03	0.79	80.60	1	كبيرة
.2	تعزز رؤية القطاع الصحي الحكومي التعاون المشترك مع المؤسسات الأهلية الصحية.	3.94	0.83	78.80	2	كبيرة
.3	تتسم الأهداف المشتركة مع المؤسسات الأهلية الصحية بالوضوح وإمكانية التحقق.	3.64	0.80	72.80	3	كبيرة
.4	تتضمن الخطة الاستراتيجية معايير أداء رقابية واضحة ومؤشرات على البرامج المشتركة.	3.63	0.92	72.60	4	كبيرة
.5	تتبثق البرامج والأنشطة المشتركة مع المؤسسات الأهلية الصحية من الخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي الحكومي.	3.52	0.92	70.40	5	كبيرة
.6	يقوم القطاع الصحي الحكومي بتحليل البيئة الخارجية للتعرف إلى المتغيرات (السياسية، الاجتماعية، الاقتصادية) التي تؤثر على عملية الشراكة بالتعاون مع المؤسسات الأهلية الصحية.	3.47	0.92	69.40	6	كبيرة
.7	يقوم القطاع الصحي الحكومي بتحليل البيئة الداخلية للتعرف إلى المتغيرات (موارد بشرية، مالية، إدارية) التي تؤثر في عملية الشراكة ويطلع المؤسسات الأهلية الصحية عليها.	3.46	0.97	69.20	7	كبيرة
.8	يشارك القطاع الصحي الحكومي المؤسسات الأهلية الصحية في صياغة الخطة الاستراتيجية وتحديد الأولويات.	3.44	1.01	68.80	8	كبيرة
	جميع فقرات المحور معًا	**3.64**	**0.68**	**72.80**		**كبيرة**

من الجدول السابق (4-8) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة تتضمن رسالة القطاع الصحي الحكومي إشراك المؤسسات الأهلية الصحية في تقديم الخدمات الصحية" يساوي 4.03 (الدرجة الكلية من 5) أي أنَّ الوزن النسبي 80.6%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويعزو الباحث ذلك إلى حرص وزارة الصحة كمقدم ومنظم رئيس للخدمات الصحية في قطاع غزة على العمل المشترك وتوحيد الجهود بين كافة مقدمي الخدمات الصحية من أجل الارتقاء بالحالة الصحية العامة للمجتمع الفلسطيني. من خلال تقديم خدمات صحية مناسبة وعادلة وشاملة ورسم سياسات تشاركية ومتكاملة ومتعددة القطاعات .

- المتوسط الحسابي للفقرة "يشارك القطاع الصحي الحكومي المؤسسات الأهلية الصحية في صياغة الخطة الاستراتيجية وتحديد الأولويات "يساوي 3.44، أي أنَّ الوزن النسبي68.8%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويعزو الباحث ذلك إلى انسجام آراء المبحثوين مع ما تم فعلياً أثناء صياغة الخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي عام 2014 حيث عملت الوزارة على إشراك كافة شركاء العمل الصحي أفراداً ومزودي الخدمات الصحية ومستفيدين ومنظمات المجتمع المحلي وصانعي سياسات.

بشكل عام، يمكن القول بأنَّ المتوسط الحسابي لمحور "التخطيط الاستراتيجي" يساوي 3.64، أي أنَّ الوزن النسبي 72.8%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المحور.

ويعزو الباحث ذلك لإدراك الإدارة العليا في وزارة الصحة ومدراء المؤسسات الأهلية الصحية لأهمية التخطيط الاستراتيجي للقطاع الصحي ككل خاصة في ظل الاضطرابات السياسية الراهنة ومن حالة عدم التأكد واليقين السائدة إلا أن وزارة الصحة الفلسطينية وإيماناً منها بأهمية الدور التكاملي لكافة الشركاء في القطاع الصحي الفلسطيني في تقديم الخدمات الصحية وخاصة المؤسسات الصحية الأهلية فإن الوزارة تعمل دائماً على إشراك هذه المؤسسات في صياغة الخطة الاستراتيجية كونها عنصر فاعل ومهم في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

واتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج بعض الدراسات كدراسة (أبو سلطان، 2013) بأنَّه يوجد وعي لدى المسؤولين بالوزارة بأهمية التخطيط الاستراتيجي، واختلفت مع دراسة (جبريل، 2018) التي أشارت نتائجها أن القطاع الصحي الحكومي لا يقوم بمشاركة المؤسسات الأهلية في صياغة الخطط الاستراتيجية بالشكل الكافي والتي جاءت بوزن نسبي (55.00%) أي بدرجة متوسطة.

4-3-1-2 "الإطار القانوني"

تـمَّ اسـتخدام المتوسـط الحسـابي والانحـراف المعيـاري والـوزن النسـبي والترتيـب معرفـة درجـة الموافقة، والنتائج موضحة في الجدول التالي (4-9):

جدول (4-9): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور"الإطار القانوني".

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
.9	تسمح التشريعات القانونية الحالية بتحقيق الرقابة والتنظيم وضبط عقود الشراكة بين الطرفين.	3.63	0.93	72.60	1	كبيرة
.10	يلتزم الطرفان بتطبيق التشريعات والأنظمة الصحية الناظمة للعمل الصحي المشترك.	3.57	0.96	71.40	2	كبيرة
.11	تسعى الحكومة من خلال التشريعات واللوائح الحالية لتعزز دور المشاريع والبرامج الصحية المشتركة بين الطرفين.	3.55	0.94	71.00	3	كبيرة
.12	يتميز المختصون بوضع أسس الشراكة بين الطرفين بالكفاءة.	3.49	0.93	69.80	4	كبيرة
.13	يوجد وعي قانوني لدى القطاع الصحي الحكومي حول أهمية تنظيم العلاقة التشاركية بين الطرفين.	3.46	1.00	69.20	5	كبيرة
.14	يوجد قانون خاص ينظم الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية.	3.31	1.22	66.20	6	متوسطة
.15	تبادر المؤسسات الأهلية الصحية لإعداد وتقديم مقترحات قانونية تعزز من العلاقة التشاركية مع القطاع الصحي الحكومي.	3.09	1.13	61.80	7	متوسطة
	جميع فقرات المحور معًا	**3.44**	**0.81**	**68.80**		**كبيرة**

من الجدول السابق (4-9) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة " تسمح التشريعات القانونية الحالية بتحقيق الرقابة والتنظيم وضبط عقود الشراكة بين الطرفين" يساوي 3.63(الدرجة الكلية من 5)، أي أنَّ الوزن النسبي 72.6%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن القوانين الحالية التي تنظم العلاقة بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية تعمل على ضبط عقود الشراكة بين الطرفين وتسمح للوزارة بممارسة دورها الرقابي على تلك المؤسسات.

– المتوسط الحسابي للفقرة "تبادر المؤسسات الأهلية الصحية لإعداد وتقديم مقترحات قانونية تعزز من العلاقة التشاركية مع القطاع الصحي الحكومي". يساوي 3.09، أي أنَّ الوزن النسبي61.8%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن المؤسسات الأهلية الصحية لم تصل حتى الآن لحالة من النضج القانوني الكافي. _ربما لأسباب خاصة بها_ مما يجعلها لا تبادر بتقديم مقترحات قانونية لتنظيم الشراكة بينها وبين القطاع الصحي الحكومي.

بشكل عام، يمكن القول بأنَّ المتوسط الحسابي لمحور " **الإطار القانوني** " يساوي 3.44، أي أنَّ الوزن النسبي 68.8% ، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المحور.

يستنتج الباحث أن البيئة القانونية الحالية بما تحتويه من أنظمة وتشريعيات وقوانين وقرارات وزارية ناظمة تضبط وتنظيم العلاقة التشاركية بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية في تقديم الخدمات الصحية أما حول حيادية إجابات المبحوثين على الفقرة "تبادر المؤسسات الأهلية الصحية لإعداد وتقديم مقترحات قانونية تعزز من العلاقة التشاركية مع القطاع الصحي الحكومي". فإن الحيادية هنا لا تعني السلبية لا سيما وأن الفقرة حصلت على وزن نسبي (61.8%) أي أقرب للموافقة ولكن الحيادية هنا قد تكون ناجمة عن ضعف وقلة الخبرة القانونية لدى العاملين في المؤسسات الأهلية الصحية التي قد تمكنهم من تقديم مقترحات قانونية تساهم في تعزيز العلاقة التشاركية مع القطاع الصحي الحكومي.

وفي مقابلة مدير عام الشؤون القانونية بوزارة الصحة الذي أوضح بأن وزارة الصحة الفلسطينية تعمل على تحفيز تلك المؤسسات لتقديم مقترحات قانونية لتنظيم وضبط العمل الصحي المشترك من خلال إشراكهم باستمرار في وضع تصورات ومقترحات لأنظمة وأدلة إرشادية لتنظيم بعض الوظائف والمهن الصحية، مثل: قانون مهنة البصريات، المختبرات، الصيدلة، العلاج الطبيعي، وغيرها. إضافة إلى أنَّ هناك جملة من القوانين والتشريعات التي تعمل على تنظيم العلاقة التشاركية بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية وهي: قانون الصحة العامة رقم (2004/20)، وقانون الجمعيات (2000/1) الذي وضح دور الوزارة المختصة، ودور وزارة الداخلية، وشروط إنشاء الجمعيات. ونظام شراء الخدمة – قانون اللوازم العامة(1998/9) (البطة، 2019).

واتفقت الدراسة مع دراسة (حمدونة،2017) والتي أوضحت أنَّه من ضمن العوامل المحددة للشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص هو وجوب وجود التشريعات ونصوص القانون التي تنظم عملية الشراكة، والتي جاءت بوزن نسبي (71.63%) أي بدرجة موافقة كبيرة؛ مما يدلل على ضرورة تنظيم

عملية الشراكة وفق إطار قانوني محدد. ودراسة (Kula & Fryat, 2013) والتي توصّلت إلى أنَّ هناك إطارًا تشريعيًا قويًا وعددًا من الإرشادات والأدوات التي تمَّ تطويرها لإدارة الشراكة.

اختلفت الدراسة أيضًا مع دراسة (عويضة، 2015) التي توصّلت إلى أنَّ القطاع الحكومي لا يقوم بمشاركة القطاع الخاص بفاعلية في صياغة البنود القانونية، كما أوضحت الدراسة أنَّ الحصار والانقسام من أهم التحديات التي تواجه تحقيق التكامل القانوني بين القطاعين الحكومي والخاص

4-3-1-3 "المعلومات الصحية"

تمَّ استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمعرفة درجة الموافقة، والنتائج موضحة في الجدول التالي (4-10):

جدول (4-10): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور "المعلومات الصحية"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
.16	يحسن تكامل البيانات بين الطرفين من أداء العمل الصحي المشترك.	3.82	1.00	76.40	1	كبيرة
.17	يسمح تكامل البيانات بين الطرفين بإعطاء معلومات محدثة تلبي احتياجات القطاع الصحي بشكل عام.	3.51	0.97	70.20	2	كبيرة
.18	تتوفر مؤشرات كافية لقياس مستوى الخدمات الصحية المشتركة.	3.48	0.98	69.60	3	كبيرة
.19	تتوفر الجودة والدقة في البيانات التي يتم جمعها عن الخدمات الصحية المشتركة.	3.46	0.95	69.20	4	كبيرة
.20	تتسم عملية جمع البيانات المشتركة بين الطرفين بالدورية والانتظام.	3.36	0.97	67.20	5	متوسطة
.21	تتسم عملية مراجعة البيانات الخاصة بالخدمات الصحية المشتركة بالدورية.	3.32	1.00	66.40	7	متوسطة
.22	يتم الوصول للبيانات المطلوبة بكل سهولة وفي الوقت المناسب.	3.32	0.96	66.40	6	متوسطة
.23	يتم تحليل البيانات المشتركة للاستفادة منها في عملية صنع القرارات.	3.26	0.98	65.20	8	متوسطة
	جميع فقرات المحور معًا	**3.44**	**0.81**	**68.80**		**كبيرة**

من الجدول السابق (4-10) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة "يحسن تكامل البيانات بين الطرفين من أداء العمل الصحي المشترك" يساوي 3.82(الدرجة الكلية من 5)، أي أنَّ الوزن النسبي 76.4%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن هناك رغبة شديدة من قبل المدراء لتحسين أداء العمل الصحي المشترك بين وزارة الصحة الفلسطينية والمؤسسات الأهلية الصحية من خلال التكامل في البيانات بين الطرفين مما قد يؤدي إلى الحد من ازدواجية تقديم الخدمات الصحية للمواطنين والحفاظ على الموارد المتاحة.

- المتوسط الحسابي للفقرة "يتم تحليل البيانات المشتركة للاستفادة منها في عملية صنع القرار". يساوي 3.26، أي أنَّ الوزن النسبي 65.2%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويعزو الباحث إلى أن المستطلع أراءهم من المدراء اعتبروا أن عملية تحليل البيانات المشتركة رغم أهميتها إلا أنها لم تكن بالشكل المطلوب الأمر أضعف إمكانية الاستفادة منها في عملية صنع القرار.

بشكل عام، يمكن القول بأنَّ المتوسط الحسابي لمحور " **المعلومات الصحية** " يساوي 3.95، أي أنّ الوزن النسبي 68.8 %، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المحور.

ويعزو الباحث ارتفاع تأثير مجال المعلومات الصحية بشكل عام لما لها من أهمية بالغة من وجهة نظر المدراء في إدارة الخدمات الصحية المشتركة من حفظ ومعالجة واسترجاع وتبادل بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية بالتالي تقليل كلفة تقديم هذه الخدمات، لا سيما في ظل ظروف الحياة الصعبة والتقلبات السياسية التي يعيشها قطاع غزة، إضافة إلى تعدد الجهات المصدرة للتقارير الصحية السنوية كوزارة الصحة والمؤسسات الصحية المحلية والدولية والجهاز المركزي للإحصاء وتعطل تدفق المعلومات في كثير من الأحيان بحيث لا يعتبر التقرير السنوي

المصدر الوحيد للمعلومات الصحية في قطاع غزة كل هذه الأسباب وغيرها ربما تكون قد أسهمت في عدم الاستفادة من تلك البيانات في عملية صنع القرار.

فيما أوضح (نصار، تموز 2019، مقابلة شخصية) أنه لا يوجد تواصل بشكل مباشر بين وحدة نظم المعلومات ومُدخلي البيانات في المؤسسات الأهلية الصحية، وبالتالي عدم وضوح بعض المصطلحات والمفاهيم الصحية لديهم نتيجة عدم توحيد بروتوكولات العمل الصحي المشترك بين القطاع الصحي الحكومي والقطاع الأهلي؛ مما يؤدي إلى وجود تضارب في الإحصائيات النهائية.

أما بالنسبة لدرجة الحياد في بعض فقرات المجال لا يعني بالضرورة أنه لا يتم تحليل البيانات المشتركة للاستفادة منها في عملية صنع القرار ولكن قد تكون هذه العملية بحاجة لمزيد من التحسين.

وبالرجوع إلى مدير وحدة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية أوضح أنَّ المستشفيات الأهلية لديها كم كبير من المعلومات اليومية التي يصدر بها تقارير صحية بشكل سنوي فقط، وهذه المدة طويلة جدًا لمراجعة وتحليل البيانات، بهدف تعديلها وتصويبها من أجل تحسين مخرجات العمل. وكما هو معلوم أنَّ إعداد الخطة السنوية للقطاع الصحي بشكل عام يتم كل خمس سنوات، وعليه يصعب تحليل البيانات السابقة والاستفادة من مخرجاتها في اتخاذ القرار (صباح، حزيران 2019، مقابلة شخصية).

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة جبريل (2018) والتي درست أثر التشبيك بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على جودة الخدمات الصحية، والتي أظهرت أنَّ استخدام التكنولوجيا ووسائل الاتصال في جمع ومشاركة المعلومات كانت في المرتبة الأولى بوزن نسبي 58.84%. كما اتفقت الدراسة مع دراسة (شلش، 2012) التي أظهرت نتائجها أنَّ هناك تكاملًا بين المنظمات الأهلية عن طريق تطبيق التشبيك في تبادل المعلومات والخبرات بين المؤسسات الأهلية، وبناء قدرات تلك المؤسسات.

4-1-3-4 " الرقابة"

تمَّ استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمعرفة درجة الموافقة، والنتائج موضحة في الجدول التالي (4-11):

جدول (4-11): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور" الرقابة"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
.24	يتم وضع معايير رقابية لمتابعة تنفيذ الخدمات الصحية المشتركة (فنية، إدارية، مالية).	3.71	0.89	74.20	1	كبيرة
.25	تتميز إجراءات الرقابة على الخدمات الصحية المشتركة بالمرونة وسهولة الفهم.	3.57	0.90	71.40	2	كبيرة
.26	تتميز معايير قياس الأداء المستخدمة في الرقابة على عملية الشراكة بالدقة والموضوعية.	3.55	0.86	71.00	3	كبيرة
.27	تساهم تقارير تقييم الأداء في معالجة جوانب القصور وتطوير أداء العمل المشترك.	3.52	0.92	70.40	4	كبيرة
.28	يتمتع العاملون في لجان الرقابة على عملية الشراكة بالكفاءة.	3.51	0.86	70.20	5	كبيرة
.29	يتم التحقق من مدى فعالية أداء المؤسسات الأهلية الصحية وكفاءتها في تقديم الخدمات الصحية المشتركة.	3.51	0.91	70.20	6	كبيرة
.30	تتنوع الأساليب المستخدمة في عملية الرقابة (استخدام الخطة، الملاحظة، التقارير، أسلوب التحليل المالي).	3.50	0.97	70.00	7	كبيرة
.31	تتسم عملية الرقابة على برامج العمل المشترك بالدورية والانتظام.	3.46	0.96	69.20	8	كبيرة
	جميع فقرات المحور معًا	**3.54**	**0.76**	**70.80**		**كبيرة**

من الجدول السابق (4-11) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة "يتم وضع معايير رقابية لمتابعة تنفيذ الخدمات الصحية المشتركة (فنية، إدارية، مالية)" يساوي 3.71 (الدرجة الكلية من 5)، أي أنَّ الوزن النسبي 74.2%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويعزو الباحث ذلك إلى وزارة الصحة تقوم بمراقبة ومتابعة تنفيذ الخدمات الصحية المشتركة بينها وبين المؤسسات الأهلية الصحية وذلك من خلال وضع مؤشرات محددة لقياس أداء هذه المؤسسات، بهدف تجويد وتحسين الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

- المتوسط الحسابي للفقرة "تتسم عملية الرقابة على برامج العمل المشترك بالدورية والانتظام" يساوي 3.46، أي أنَّ الوزن النسبي 69.2%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن وزارة الصحة ورغم قلة الإمكانيات المتوفرة لديه إلا أنها تسعى إلى أن تجري عملية الرقابة على الخدمات الصحية المشتركة بشكل دوري ومنتظم بهدف معالجة أي مشاكل يمكن أن تقلل من جودة الخدمات الصحية.

بشكل عام، يمكن القول بأنَّ المتوسط الحسابي لمحور "الرقابة" يساوي 3.54، أي أنَّ الوزن النسبي 70.8% ، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المحور.

ويعزو الباحث ذلك للدور الهام والفاعل الذي تمارسه وزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة في تنظيم وإدارة الخدمات الصحية المشتركة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية من خلال الرقابة على هذه المؤسسات وقياس أدائها وفق جملة من المعايير الفنية والإدارية بهدف التحقق من فعاليتها وكفاءتها في تقديم الخدمات الصحية المشتركة.

وبالمقابلة الشخصية لمدير وحدة الإجازة والتراخيص أوضح أنَّ عملية الرقابة تتم بشكل دوري، وفق خطة مدروسة ومعدة مسبقاً من قبل وحدة الإجازة والتراخيص بوزارة الصحة وأنَّ متابعة هذه المؤسسات الأهلية الصحية غير ناضجة بالشكل الكافي، بسبب الضائقة المالية التي يمر به القطاع الصحي بشكل عام (الحكومي، والأهلي، والخاص) وارتفاع تكلفة النقل والحركة، وعدم كفاية أعداد الطواقم الرقابية أدى إلى الحد من التنوع في استخدام الأساليب الرقابية. (الشنطي، تموز 2019، مقابلة شخصية).

واتفقت الدراسة مع دراسة (مليحة، 2016)، التي كان من أهم محاور الدراسة دور الرقابة في تعزيز دور التخطيط الاستراتيجي، حيث حصل محور الرقابة على وزن نسبي 77.9%، وقد أكدت الدراسة على ضرورة بناء نظام رقابي وتقييمي واضح ومكتوب يتلاءم مع طبيعة الشراكة بين المؤسسات. كما اتفقت الدراسة مع دراسة (العكشية، 2015) التي أظهرت أنَّ الرقابة تساهم في استدامة عمل منظمات المجتمع المدني.

4-3-1-5 "التمويل"

تـمَّ اسـتخدام المتوسـط الحسـابي والانحـراف المعيـاري والـوزن النسـبي والترتيـب لمعرفـة درجـة الموافقة، والنتائج موضحة في الجدول التالي(4-12):

جدول (4-12): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور"مرحلة التمويل"

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
.32	تتميز سياسة التعاقدات الحكومية الخاصة بالخدمات الصحية المشتركة بالكفاءة والفاعلية.	3.46	0.85	69.20	1	كبيرة
.33	تتميز سياسة التمويل الخارجي (غير الحكومي) الخاصة بالخدمات الصحية المشتركة بالكفاءة والفاعلية.	3.45	0.92	69.00	2	كبيرة
.34	يسمح النظام المالي الحكومي بعقد الشراكات مع المؤسسات الأهلية الصحية.	3.42	1.07	68.40	3	كبيرة
.35	توضع خطط تمويل الخدمات الصحية المشتركة بناء على الاحتياجات الصحية للمجتمع.	3.29	1.05	65.80	4	متوسطة
.36	يتم توزيع الموارد المالية المتاحة على المؤسسات(الحكومية/الأهلية) الصحية حسب الأولويات.	3.14	1.00	62.80	5	متوسطة
.37	تتوفر مصادر تمويل موثوقة لتغطية الخدمات الصحية المشتركة.	3.07	1.11	61.40	6	متوسطة
	جميع فقرات المحور معًا	**3.31**	**0.78**	**66.20**		**متوسطة**

من الجدول السابق (4-12) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة "تتميز سياسة التعاقدات الحكومية الخاصة بالخدمات الصحية المشتركة بالكفاءة والفاعلية" يساوي 3.46(الدرجة الكلية من 5)، أي أنَّ الوزن النسبي 69.2%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن السياسات التعاقدية (عقود الشراكة) التي تتم من خلالها تنفيذ الخدمات الصحية المشتركة على درجة عالية من الكفاءة والفاعلية، يحدد بموجبها الحقوق والمسؤوليات لكل طرف من أطراف الشراكة.

- المتوسط الحسابي للفقرة "توزيع الموارد المالية المتاحة على المؤسسات (الحكومية/الأهلية) الصحية حسب الأولويات." يساوي 3.07، أي أنَّ الوزن النسبي 61.4%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أنه بسبب الحصار المالي الذي تمارسه المؤسسات المانحة وتحكمها في تنفيذ مشاريع صحية على حساب مشاريع صحية أخرى أكثر أهمية بحيث أصبحت وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية تصوغ مشاريعها بما يتناسب مع رغبة الممول وليس حسب الأولويات الصحية مما أثر بشكل سلبي على الموارد المالية المتاحة وطريقة توزيعها.

بشكل عام يمكن القول بأنَّ المتوسط الحسابي لمحور "التمويل" يساوي 3.31، أي أنَّ الوزن النسبي 66.2% ، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المحور.

ويستنتج الباحث أنه بسبب الأوضاع السياسية الحالية من انقسام داخلي وممارسات الاحتلال الإسرائيلي بفرض حصار خانق، وإغلاق للمعابر بشكل متواصل أو غير متواصل، والحروب المتكررة على قطاع غزة، وسياسة التضيق المالي على المؤسسات الدولية المانحة من قبل جهات خارجية ولأسباب سياسية بحتة؛ أدى إلى تراجع في استجابة المؤسسات المانحة لدعم القطاع الصحي الحكومي بشكل عام والقطاع الصحي الأهلي بشكل خاص؛ مما أدى إلى التأثير السلبي عليها وعلى قرارتها المالية، بحيث أصبحت هذه المؤسسات تفرض سياستها التمويلية وفقًا لأجندتها السياسية الخاصة.

ومن خلال المقابلة الشخصية لمدير عام التعاون الدولي ومديري الدوائر ذات العلاقة بوزارة الصحة للاستفسار عن النسب المذكورة، أوضحوا أنَّ الوزارة تقوم بوضع خطط التمويل المناسبة ولكن بسبب الوضع الراهن؛ فإنَّ الأولويات تتغير حسب طبيعة المرحلة التي يمر بها القطاع الصحي في قطاع غزة، وبالتالي يصعب بل تنعدم القدرة على تنفيذ الخطط المالية المقرة، كما أوضحوا أنَّه في حال توفر التمويل يتم التوزيع حسب الخدمات وحسب الأولويات، ولكن في أغلب الأحيان يكون التمويلُ محدودًا بسبب الظروف السياسية الراهنة؛ كونه لا توجد مصادر تمويل موثوقة يتم الاعتماد عليها لتغطية الخدمات الصحية المشتركة بشكل مستمر، كما أوضح أنَّ المصدر الوحيد المحلي الذي يفترض أنْ يتم الاعتماد عليه هو وزارة المالية بغزة، مع العلم أنَّه وفق أوليات وزارة المالية لا يمكن تغطية الخدمات الصحية المشتركة؛ لأنَّ حجم النفقات المحلية أكبر بكثير من حجم الإيرادات، وخير دليل على ذلك هو عدم تمكن وزارة المالية في قطاع غزة من صرف راتب كامل للموظفين (مهادي، كشكش، قديح، تموز 2019، مقابلة شخصية).

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية في أنَّ الأوضاع السياسية كان لها بالغ الأثر على التمويل مع دراسة الغوطي (2015)، ودراسة العباسي(2018) التي أظهرت نتائجها توفر التمويل بنسبة (46.41%) بدرجة متوسطة بين وزارة الصحة والمؤسسات الخيرية بقطاع غزة. واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة الحجار (2017) التي أشارت نتائجها إلى توفر التمويل بنسبة (79.41%)؛ أي بدرجة كبيرة بين المؤسسات ذوي الإعاقة في قطاع غزة، وكذلك دراسة لايقة (2015) التي أشارت نتائجها أنَّ عملية التمويل الخاصة بالتشبيك تواجه مشكلة ندرة مصادر التمويل للمشاريع، وهذا ما أظهرته أيضًا دراسة (البنك الدولي، ومركز بيسان للبحوث والإنماء، 2006) حيث أكّدت الدراسة أنَّ عمل المنظمات غير الحكومية يواجه قيودًا كبيرة بسبب التعقيد البالغ في سياسات التمويل.

- **التساؤل الثاني: ما مستوى استدامة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العاملة في قطاع غزة؟**

للإجابة عن هذا التساؤل قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور " استدامة الخدمات الصحية".

جدول (4-13): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور"الاستدامة "

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
.38	تعزيز الاستفادة من التكنولوجيا الطبية (أجهزة تشخيصية) المتوفرة لدى الطرفين.	4.06	0.94	81.20	1	كبيرة
.39	تحسين درجة وصول المواطنين للخدمات الصحية في المكان والوقت المناسب.	3.94	0.85	78.80	2	كبيرة
.40	تقليل النفقات التشغيلية للخدمات الصحية في قطاع غزة.	3.90	0.98	78.00	3	كبيرة
.41	تزيد من درجة رضا المرضى عن الخدمات الصحية التي تقدم لهم.	3.90	0.83	78.00	3	كبيرة
.42	تقديم خدمات صحية آمنة للمواطنين.	3.89	0.79	77.80	5	كبيرة
.43	زيادة الاستفادة من الموارد اللوجستية المتاحة للطرفين.	3.88	1.00	77.60	6	كبيرة
.44	مساعدة الفئات الهشة في الحصول على الخدمات الصحية المناسبة لهم.	3.88	0.87	77.60	6	كبيرة
.45	تنمية وتطوير قدرات العاملين بمختلف المستويات والتخصصات لدى الطرفين.	3.86	0.89	77.20	8	كبيرة
.46	زيادة الاستفادة من الموارد البشرية المتاحة للطرفين.	3.82	1.03	76.40	9	كبيرة
.47	تبادل الخبرات والمعلومات والمعرفة بين الأطراف المتشاركة.	3.82	0.96	76.40	9	كبيرة
.48	تعزيز قدرات البحث الصحي ورسم السياسات الصحية.	3.82	0.93	76.40	9	كبيرة
.49	تساعد مديري المرافق الصحية الحكومية على إدارة مرافقهم بشكل أفضل.	3.80	0.91	76.00	12	كبيرة
.50	تقليل المشاكل التي تواجه العاملين في المرافق الصحية الحكومية.	3.74	0.86	74.80	13	كبيرة
	جميع فقرات المحور معًا	**3.87**	**0.70**	**77.40**		**كبيرة**

من الجدول السابق (4-13) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة " تعزيز الاستفادة من التكنولوجيا الطبية (أجهزة تشخيصية) المتوفرة لدى الطرفين "يساوي 40.6 (الدرجة الكلية من 5)، أي أنَّ الوزن النسبي 81.2%، وهذا يعني أن هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أهمية الدور التكاملي بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية في تقديم الخدمات الصحية وأن الشراكة بين الطرفين تساهم بما لا يدع مجال للشك في تعظيم الاستفادة من الأجهزة التشخيصية المتوفرة لدى الطرفين كأجهزة الأشعة، وأجهزة الفحص المخبري، وأجهزة رسم وتخطيط القلب .....إلخ الأمر الذي قد يحسن من درجة وصول المواطنين للخدمات الصحية في أي وقت.

- المتوسط الحسابي للفقرة "تقليل المشاكل التي تواجه العاملين في المرافق الصحية الحكومية." يساوي 3.74، أي أن الوزن النسبي 74.8%، وهذا يعني أن هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن التعاون المشترك بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية ربما يساهم في الحد من المشاكل الإدارية والفنية التي قد يتعرض لها مدراء المرافق الصحية الحكومية مثل نقص الموارد البشرية والأدوية وبعض المستلزمات والمهمات الطبية وتعطل بعض الأجهزة في كثير من الأحيان وما ينجم عن ذلك من ارتفاع نسبة المراجعين وزيادة قوائم الانتظار للعمليات.

بشكل عام، يمكن القول بأنَّ المتوسط الحسابي لمحور "الاستدامة" يساوي 3.87، أي أنَّ الوزن النسبي 77.4%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المحور.

يستنتج الباحث أن الأفراد المبحوثين وهم فئة المدراء في القطاع الصحي الحكومي والأهلي قد أعطوا أعلى دراجات موافقة على محور الاستدامة، ويمكن أن يفسر ذلك بمدى وعي وحرص هذه الفئة على استمرارية تقديم الخدمات الصحية للمواطنين في قطاع غزة من خلال توفير المتطلبات الأساسية للشراكة بين الجانبين لما لها من أثر إيجابي خاصة وأن الشراكة تقلل من المشاكل التي يتعرض لها مدراء القطاع الصحي الحكومي في المرافق الصحية الحكومية الناجمة عن ضغط العمل وتكدس الحالات المراجعين وتعطل بعض الأجهزة أغلب الأحيان كما أن الشراكة تتيح المجال للاستفادة من التكنولوجيا الطبية وتبادل الخبرات والمعارف وتنمية وتطوير مهارة العاملين لدى الطرفين وبالتالي تقليل النفقات التشغيلية مما يفضي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية وزيادة درجة رضا المواطنين عن الخدمات المقدمة لهم.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة (مليحة، 2016) التي أظهرت أنَّ واقع الاستدامة في منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة جاء بنسبة مرضية بدرجة كبيرة (76.7%)، وهي تشير إلى مستوى جيد لعمليات الاستدامة في منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة. كما اتفقت مع دراسة (ماريموثو وباولوس، 2015) التي توصّلت إلى وجوب وضع مقترحات بحثية لاستخدامها كنماذج مفاهيمية تعكس نطاق ممارسات الاستدامة في الرعاية الصحية، كما وضحت لمحة عامة عن كيفية تطور مفهوم الاستدامة مع مرور الوقت في قطاع الرعاية الصحية، واتفقت الدراسة مع دراسة (**لينث، 2016) ودراسة (سينقيليا وبافولفا وجروت ،2016)** التي توصلت إلى أنَّ مجال الاستدامة الصحية يكون بالاستثمار في موارد تكنولوجيا المعلومات، والتفويض، وسلامة المرضى، وجودة الرعاية، واستراتيجيات لمواجهة تحديات القوى العاملة في الرعاية الصحية.

4-3-1-6تحليل جميع فقرات الاستبانة

تمَّ استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لمعرفة درجة الموافقة، والنتائج موضحة في الجدول التالي(4-14):

جدول (4-14): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل محور من محاور الاستبانة

م	المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة	قيمة ت	القيمة الاحتمالية
.1	الاستدامة	3.87	0.70	77.40	1	كبيرة	16.629	0.000
.2	التخطيط الاستراتيجي	3.64	0.68	72.80	2	كبيرة	12.623	0.000
.3	الرقابة	3.54	0.76	70.80	3	كبيرة	9.608	0.000
.4	الإطار القانوني	3.44	0.81	68.80	4	كبيرة	7.351	0.000
.5	المعلومات الصحية	3.44	0.81	68.80	5	كبيرة	7.262	0.000
.6	التمويل	3.31	0.78	66.20	6	متوسطة	5.259	0.000
	جميع محاور الاستبانة	**3.58**	**0.59**	**71.60**		كبيرة	13.231	0.000

من الجدول السابق (4-14) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للمحور "الاستدامة" يساوي 3.87 (الدرجة الكلية من 5)، أي أنَّ الوزن النسبي 77.4%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذا المحور.

- المتوسط الحسابي لمحور "التمويل" يساوي 3.31، أي أنَّ الوزن النسبي 66.2%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة على هذا المحور.

بشكل عام، يمكن القول بأنَّ المتوسط لمجموع محاور الاستبانة في الاستبانة يساوي 3.58، أي أنَّ الوزن النسبي 71.6% ودال إحصائيًا عند مستوى دلالة 0.05، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على جميع محاور الاستبانة.

يلاحظ الباحث أنَّ محاور الاستبانة نجحت في تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية، وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة من وجهة نظر أصحاب المسميات الإشرافية العليا، وتحديد نقاط القوة والضعف، وتسليط الضوء على هذه النقاط، ومحاولة تحسينها باللجوء إلى التحسين في الفقرات والمحاور الأقل وزن نسبي في جميع المراحل، ابتداءً بنقاط الضعف في التخطيط الاستراتيجي، الرقابة، الإطار القانوني، المعلومات الصحية، التمويل بهدف تحسين الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية من أجل استدامة الخدمات الصحية.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة (صديق، 2014) التي درست أثر تجربة شركات القطاع الخاص في السودان، وأظهرت النتائج أنَّ الشراكة بين القطاعين لها أثر إيجابي بنسبة (81.68%)، وهي تعد درجة كبيرة حسب المقياس المستخدم في الدراسة، واتفقت مع دراسة (بعلوشة، 2013) والتي بينت أنَّ مفهوم الشراكة بين إدارة مدارس المرحلة الأساسية والمنظمات غير الحكومية لدى مديري المدارس كان بدرجة كبيرة (74.4%). كما اتفقت الدراسة مع دراسة (اديموند، 2014) التي درست تقييم مساهمة شراكة المنظمات غير الحكومية مع الحكومة المحلية في تقديم الخدمات الصحية الأساسية في مقاطعة نهر يائي في السودان، وتوصلت الدراسة أنَّ المنظمات غير الحكومية تقدم مساهمات بدرجة كبيرة للصحة المختصة في الصحة الإنجابية والجنسية في العديد من المناطق في مقاطعة نهر يائي، وكما أوصت الدراسة بضرورة الشراكة بين المنظمات غير الحكومية مع الحكومة المحلية بشكل وثيق وإشراك إداراتها في وضع الخطط الصحية.

- **التساؤل الثالث: هل يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية واستدامة الخدمات الصحية في قطاع غزة.**

للإجابة عن هذا التساؤل قام الباحث بصياغة الفرضية الرئيسية الأولى، والتي تنص على:

- **الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية للشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية في تحقيق استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.**
  ولاختبار هذه الفرضية، تم تجزئتها للفرضيات الفرعية التالية:

- يوجد علاقة ذات دلالة إحصائيًة عند ($\alpha \leq 0.05$) بين التخطيط الاستراتيجي واستدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.
- يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha \leq 0.05$) بين الإطار القانوني واستدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.
- يوجد علاقة ذات دلالة إحصائيًة عند ($\alpha \leq 0.05$) بين المعلومات الصحية واستدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.
- يوجد علاقة ذات دلالة إحصائيًة عند($\alpha \leq 0.05$) بين الرقابة واستدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.
- يوجد علاقة ذات دلالة إحصائيًة عند ($\alpha \leq 0.05$) بين التمويل واستدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

ولاختبار كل من هذه الفرضيات الفرعية، **قام الباحث** باستخدام معامل الارتباط بيرسون لتوضيح العلاقة بين محاور واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية واستدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة، والجدول الآتي كما يلي:

جدول (4-15): معامل الارتباط بين درجة كل محور من محاور واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية مع محور استدامة الخدمات الصحية

م.	المحور	محور الاستدامة	
		معامل الارتباط بيرسون	القيمة الاحتمالية (sig)
1	**التخطيط الاستراتيجي**	0.432	0.000*
2	**الإطار القانوني**	0.357	0.000*
3	**المعلومات الصحية**	0.503	0.000*
4	**الرقابة**	0.518	0.000*
5	**التمويل**	0.398	0.000*
	جميع محاور الاستبانة	0.735	0.000*

يتضح من الجدول السابق (4-15) بأنَّ هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل محور من محاور واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية مع محور استدامة الخدمات الصحية، ولقد كانت أقوى علاقة بين محور الاستدامة مع محور الرقابة، ويليها العلاقة بين الاستدامة والمعلومات الصحية، من ثم التخطيط الاستراتيجي، وبعدها التمويل، وفي المرتبة الأخيرة جاءت العلاقة بين الاستدامة مع الإطار القانوني.

ويستنتج الباحث عدم وجود فروقات في درجة تأثير محاور المتغير المستقل "الشراكة" على محور المتغير التابع "الاستدامة" وأنَّ العلاقة الأقوى كانت مع محور الرقابة، وهذا دليل واضح على أن الجهات الرقابية (الفنية والإدارية) في وزارة الصحة تقوم بدورها بكفاءة وفعالية عالية في الرقابة الخدمات الصحية المشتركة مع المؤسسات الأهلية الصحية، والحفاظ على هذا الدور من أجل استدامة الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية. كما أنَّ الإطار القانوني جاء في المركز الأخير، **ويمكن تفسير** ذلك بأنَّ القوانين والتشريعات التي تنظم عملية الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية غير كافية إلى حد ما وبحاجة إلى تعديل لتصبح أكثر ملائمة لإدارة عملية الشراكة خاصة وأنه لا يوجد قانون خاص بالشراكة بين القطاعين على غرار قانون الشراكة الأردني رقم (2014/31) وقانون الشراكة اللبناني رقم (2017/48).

التساؤل الرابع: هل يوجد أثر دال إحصائياً للشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الصحية الأهلية على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة؟

وللإجابة عن هذا التساؤل تم صياغة الفرضية الرئيسية الثانية، والتي تنص على:

- الفرضية الرئيسية الثانية: يوجد أثر دال إحصائياً لمكونات الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية في تحقيق استدامة الخدمات الصحية.

ولاختبار هذه الفرضية قام الباحث باستخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد لاختبار أثر الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة، كما يلي:

جدول (4-16): تحليل الانحدار لاختبار الأثر

م.	المتغير التابع	معامل التحديد (R^2)	Adjusted R Square معامل التحديد المصحح (R^2)	الخطأ المعياري لأنموذج الانحدار (Std. Error)	F	الدلالة الاحصائية-P value
1	**محور الاستدامة**	0.326	0.306	0.585	16.819	0.000

الجدول السابق (4-16) يبين قيم المتغيرات المستقلة حيث كانت (R^2=0.326)، في حين كان معامل التحديد المصحح (R^2adj=0.306)؛ مما يعني أنَّ المتغيرات المستقلة التفسيرية وهي المحور الأول "التخطيط الاستراتيجي"، والمحور الثالث "المعلومات الصحية"، والمحور الرابع "الرقابة"، والمحور الخامس "التمويل" هم الذين يؤثرون في المجال التابع "الاستدامة" استطاعت أنْ تفسر (0.30) من متطلبات الاستدامة، والباقي (0.70) تُعزى إلى عوامل أخرى، علمًا بأنَّ الخطأ المعياري لأنموذج الانحدار (Std. Error=0.585).

جدول (4-17): تحليل الانحدار لاختبار الأثر

م	المتغيرات	الحد الثابت غير المعياري (B)	الخطأ المعياري Std. Error	T	الدلالة الإحصائية-P value
1	**الحد الثابت (Constant)**	1.747	0.254	6.885	0.000
2	**التخطيط الاستراتيجي**	0.195	0.090	2.174	0.031
3	**الإطار القانوني**	-0.097	0.087	-1.112	0.268
4	**المعلومات الصحية**	0.237	0.079	3.006	0.003
5	**الرقابة**	0.252	0.099	2.539	0.012
6	**التمويل**	0.011	0.092	0.121	0.903

الجدول السابق (4-17) يوضح أنَّ المتغيرات المستقلة التي كان لها تأثير على محور الاستدامة من الناحية الإحصائية حسب اختبار t عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، حيث كان الأكثر تأثيرًا هو محور المعلومات الصحية، والرقابة، والتخطيط الاستراتيجي، والتمويل على التوالي حسب قيمة t، إلا أنَّ المتغير المستقل الإطار القانوني، لم يكن ذا تأثير معنوي في أنموذج الانحدار المتعدد حسب اختبار T التي كانت مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$). وتشير إشارة t السالبة إلى التأثير السلبي في تقليل متوسط صنع القرار فيما تشير إشارة t الموجبة التأثير الإيجابي.

ويلاحظ الباحث أنَّ المحور الأول "التخطيط الاستراتيجي"، والمحور الثالث، "المعلومات الصحية" والمحور الرابع "الرقابة"، والمحور الخامس "التمويل" هم الذين يؤثرون على مجال "الاستدامة"، في حين أنَّ المحور الثاني "الإطار القانوني" ليس له أي تأثير على الاستدامة.

ويرى الباحث أنه يجب حث الجهات المختصة للاستفادة من المعلومات الصحية المتوفرة، وتفعيل دور الرقابة على الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية، وبناء التخطيط الاستراتيجي على أساس المعلومات الصحية لجلب التمويل اللازم، كما يدعو الباحث للتركيز على دور الإدارات القانونية لتكون أكثر فاعلية في استدامة الخدمات الصحية والشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية.

- التساؤل الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات تقدير أفراد عينة الدراسة حول تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة تُعزى لمتغيرات (العمر، النوع، سنوات الخبرة، جهة العمل، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي)؟

وللإجابة عن هذا التساؤل تم صياغة الفرضية الرئيسية الثالثة، والتي تنص على:

- الفرضية الرئيسية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات تقدير أفراد عينة الدراسة حول تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة تُعزى لمتغيرات (العمر، النوع، سنوات الخبرة، جهة العمل، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي).

ولاختبار هذه الفرضية تم تجزئتها للفرضيات الفرعية التالية:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات تقدير أفراد عينة الدراسة حول تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة تُعزى إلى متغير الفئة العمرية.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA، كما يلي:

جدول (4-18): نتائج اختبار "التباين الأحادي " لمتغير الفئة العمرية

المحور	الفئة العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار التباين	القيمة الاحتمالية
التخطيط الاستراتيجي	40 أو أقل	27	3.69	0.68	1.096	0.360
	45-41	37	3.81	0.66		
	50-46	44	3.65	0.59		
	55-51	39	3.53	0.70		
	أكثر من 55	33	3.53	0.79		
	المجموع	180	3.64	0.68		
الإطار القانوني	40 أو أقل	27	3.56	0.74	1.049	0.384
	45-41	37	3.63	0.76		
	50-46	44	3.39	0.76		
	55-51	39	3.31	0.79		
	أكثر من 55	33	3.36	0.96		
	المجموع	180	3.44	0.81		
المعلومات الصحية	40 أو أقل	27	3.48	0.77	0.224	0.925
	45-41	37	3.50	0.86		
	50-46	44	3.39	0.89		
	55-51	39	3.37	0.80		
	أكثر من 55	33	3.49	0.74		
	المجموع	180	3.44	0.81		

المحور	الفئة العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار التباين	القيمة الاحتمالية
الرقابة	40 أو أقل	27	3.57	0.72	1.566	0.185
	45-41	37	3.78	0.66		
	50-46	44	3.41	0.82		
	55-51	39	3.41	0.74		
	أكثر من 55	33	3.58	0.78		
	المجموع	180	3.54	0.76		
التمويل	40 أو أقل	27	3.29	0.74	1.450	0.220
	45-41	37	3.52	0.69		
	50-46	44	3.36	0.72		
	55-51	39	3.11	0.82		
	أكثر من 55	33	3.24	0.90		
	المجموع	180	3.31	0.78		
الاستدامة	40 أو أقل	27	3.83	0.78	0.745	0.562
	45-41	37	3.92	0.65		
	50-46	44	3.73	0.73		
	55-51	39	3.97	0.66		
	أكثر من 55	33	3.93	0.72		
	المجموع	180	3.87	0.70		
جميع محاور الاستبانة	40 أو أقل	27	3.61	0.56	0.780	0.540
	45-41	37	3.72	0.55		
	50-46	44	3.52	0.60		
	55-51	39	3.52	0.61		
	أكثر من 55	33	3.58	0.64		
	المجموع	180	3.58	0.59		

*الفرق بين المتوسطات دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يظهر الجدول السابق (4-18) أنَّ القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي "أعلى من مستوى الدلالة 0.05 لجميع محاور الاستبانة، بالإضافة للمجموع الكلي لمحاور الاستبانة، وهذا يدل على أنَّه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه محاور الاستبانة تُعزى إلى متغير الفئة العمرية. **ويستنتج الباحث** أنه لا توجد علاقة بين متغير العمر وبين تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

و **يعزو الباحث** ذلك إلى أنَّ جميع المديرين من مختلف الأعمار لديهم نفس التوجه في إقامة علاقات تشاركية وتكاملية بين مختلف مقدمي الخدمات الصحية لا سيما المؤسسات الأهلية الصحية.

واتفقت الدراسة مع دراسة (جبريل، 2018) ودراسة (الغوطي، 2015) التي أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير العمر.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات تقدير أفراد عينة الدراسة حول تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة تُعزى إلى متغير النوع

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، كما يلي:

جدول (4-19): نتائج اختبار"T- لعينتين مستقلتين " لمتغير النوع

المحور	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	القيمة الاحتمالية
التخطيط الاستراتيجي	ذكر	163	3.67	0.68	1.293	0.198
	أنثى	17	3.37	0.64		
الإطار القانوني	ذكر	163	3.47	0.82	0.389	0.698
	أنثى	17	3.20	0.66		
المعلومات الصحية	ذكر	163	3.45	0.83	1.980	0.049
	أنثى	17	3.37	0.70		
الرقابة	ذكر	163	3.58	0.74	0.880	0.380
	أنثى	17	3.20	0.80		
التمويل	ذكر	163	3.32	0.79	1.271	0.205
	أنثى	17	3.15	0.61		
الاستدامة	ذكر	163	3.89	0.71	1.589	0.114
	أنثى	17	3.67	0.58		
المجموع	ذكر	163	3.61	0.60	1.341	0.186
	أنثى	17	3.37	0.47		

*الفرق بين المتوسطات دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يظهر الجدول السابق (4-19) أنَّ القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة اختبار"T- لعينتين مستقلتين "أعلى من مستوى الدلالة 0.05 لجميع محاور الاستبانة، بالإضافة للمجموع الكلي لمحاور الاستبانة، وهذا يدل على أنَّه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه محاور الاستبانة تُعزى إلى متغير النوع. ويستنتج الباحث أنَّه لا توجد علاقة بين متغير النوع وبين تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

ويعزو الباحث ذلك أن المدراء من كِلا الجنسين سواء في القطاع الصحي الحكومي أو المؤسسات الأهلية صحية يعيشون نفس بيئة العمل كونهم يقومون بتقديم الخدمات الصحية للمواطنين ويدركون مدى الحاجة لإقامة شراكة حقيقية بين القطاعين من أجل استدامة هذه الخدمات.

واتفقت الدراسة مع دراسة (شلش،2013) بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في دور التشبيك في تعزيز التكامل بين المؤسسات الفلسطينية الأهلية. واختلفت مع دراسة الحجار (2018) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لمتغير النوع لصالح الإناث.

3. **توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات تقدير أفراد عينة الدراسة حول تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة تُعزى إلى متغير جهة العمل.**

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، كما يلي:

جدول (4-20): نتائج اختبار"T– لعينتين مستقلتين" لمتغير جهة العمل

المحور	جهة العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	القيمة الاحتمالية
التخطيط الاستراتيجي	القطاع الصحي الحكومي	145	3.66	0.68	−0.556	0.579
	المؤسسات الأهلية الصحية	35	3.55	0.70		
الإطار القانوني	القطاع الصحي الحكومي	145	3.43	0.82	−1.406	0.161
	المؤسسات الأهلية الصحية	35	3.51	0.77		
المعلومات الصحية	القطاع الصحي الحكومي	145	3.40	0.84	−1.391	0.166
	المؤسسات الأهلية الصحية	35	3.61	0.68		
الرقابة	القطاع الصحي الحكومي	145	3.50	0.77	−1.817	0.071
	المؤسسات الأهلية الصحية	35	3.70	0.67		
التمويل	القطاع الصحي الحكومي	145	3.25	0.80	−1.233	0.219
	المؤسسات الأهلية الصحية	35	3.52	0.67		
الاستدامة	القطاع الصحي الحكومي	145	3.84	0.73	−1.193	0.234
	المؤسسات الأهلية الصحية	35	4.00	0.58		
المجموع	القطاع الصحي الحكومي	145	3.56	0.60	1.341	0.186
	المؤسسات الأهلية الصحية	35	3.69	0.55		

*الفرق بين المتوسطات دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يظهر الجدول السابق (4-20) أنَّ القيمة الاحتمالية (Sig.)المقابلة اختبار"T- لعنتين مستقلتين "أعلى من مستوى الدلالة 0.05 لجميع محاور الاستبانة، بالإضافة للمجموع الكلي لمجالات الاستبانة، مما يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه محاور الاستبانة تُعزى إلى متغير جهة العمل. **ويستنتج الباحث** أنَّه لا توجد علاقة بين متغير جهة العمل وبين تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

ويعزو الباحث ذلك إلى تبني وجهة نظر موحدة للمستطلع آرائهم فهم يواجهون نفس الظروف في تقديم الخدمات الصحية خاصة في أوقات الأزمات والطوارئ ويتأثرون بها بنفس درجة التأثير تقريباً، بالإضافة إلى أنَّ معظم الفئة المستهدفة التي تعمل في المؤسسات الأهلية الصحية كانت تعمل في وزارة الصحة ، وبالتالي ستكون لهم نفس وجهات النظر.

واختلفت الدراسة مع دراسة (الغوطي، 2015) ودراسة (العباسي،2017) التي أظهرت بأنه توجد فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير نوع المنظمة وذلك لصالح المنظمات المحلية.

4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات تقدير أفراد عينة الدراسة حول تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة تُعزى إلى متغير سنوات الخبرة.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA، كما يلي:

جدول (4-21): نتائج اختبار "التباين الأحادي " لمتغير سنوات الخبرة

المحور	سنوات الخبرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار F	القيمة الاحتمالية
التخطيط الاستراتيجي	10 أو أقل	10	3.90	0.60	1.273	0.282
	11-15	33	3.83	0.70		
	16- 20	47	3.56	0.64		
	21-25	48	3.59	0.70		
	أكثر من 25	42	3.58	0.70		
	المجموع	180	3.64	0.68		
الإطار القانوني	10 أو أقل	10	3.61	0.88	0.688	0.601
	11-15	33	3.62	0.73		
	16- 20	47	3.38	0.76		
	21-25	48	3.41	0.83		
	أكثر من 25	42	3.37	0.87		
	المجموع	180	3.44	0.81		
المعلومات الصحية	10 أو أقل	10	3.51	0.83	0.330	0.857
	11-15	33	3.55	0.80		
	16- 20	47	3.34	0.88		
	21-25	48	3.45	0.80		
	أكثر من 25	42	3.44	0.79		
	المجموع	180	3.44	0.81		
الرقابة	10 أو أقل	10	3.86	0.78	1.477	0.211
	11-15	33	3.73	0.66		
	16- 20	47	3.41	0.76		
	21-25	48	3.55	0.68		
	أكثر من 25	42	3.45	0.87		
	المجموع	180	3.54	0.76		
التمويل	10 أو أقل	10	3.53	0.63	1.286	0.277
	11-15	33	3.53	0.66		
	16- 20	47	3.17	0.77		
	21-25	48	3.28	0.78		
	أكثر من 25	42	3.25	0.90		
	المجموع	180	3.31	0.78		
الاستدامة	10 أو أقل	10	3.73	0.84	0.497	0.738
	11-15	33	3.91	0.76		
	16- 20	47	3.78	0.68		
	21-25	48	3.96	0.72		
	أكثر من 25	42	3.87	0.65		
	المجموع	180	3.87	0.70		
جميع محاور الاستبانة	10 أو أقل	10	3.70	0.59	0.925	0.451
	11-15	33	3.72	0.59		
	16- 20	47	3.49	0.56		
	21-25	48	3.60	0.59		
	أكثر من 25	42	3.54	0.64		
	المجموع	180	3.58	0.59		

*الفرق بين المتوسطات دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يظهر الجدول السابق (4-21) أنَّ القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أعلى من مستوى الدلالة 0.05 لجميع محاور الاستبانة، بالإضافة للمجموع الكلي لمحاور الاستبانة، وهذا يدل على أنَّه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول محاور الاستبانة تُعزى إلى متغير سنوات الخبرة. **ويستنتج الباحث** أنَّه لا توجد علاقة بين متغير سنوات الخبرة بالنسبة لتقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

وبملاحظة المتوسطات يتضح أنَّ جميع الفئات لها نفس التقدير، **ويعزو الباحث** ذلك أن العدد الأكبر من عينة الدراسة كان لديهم خبرة أكثر من 10 سنوات، وأنَّ تقييم الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية لا يحتاج إلى خبرة أكثر من ذلك، وعليه كانت الآراء موحدة في هذه المحاور من وجهة نظر المدراء.

واتفقت الدراسة مع الدراسات كدراسة (بعلوشة، 2013) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين تقديرات عينة الدراسة لاستبانة واقع الشراكة بين إدارات مدارس المرحلة الأساسية والمنظمات غير الحكومية تعزى لمتغير سنوات الخبرة.

5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات تقدير أفراد عينة الدراسة حول تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة تُعزى إلى متغير المؤهل العلمي

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA، كما يلي:

جدول (4-22): نتائج اختبار "التباين الأحادي – " لمتغير المؤهل العلمي

المحور	لمتغير المؤهل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار التباين	القيمة الاحتمالية
التخطيط الاستراتيجي	بكالوريوس	53	3.78	0.77	1.550	0.215
	ماجستير	93	3.59	0.63		
	دكتوراه	34	3.56	0.68		
	المجموع	180	3.64	0.68		
الإطار القانوني	بكالوريوس	53	3.58	0.85	1.799	0.168
	ماجستير	93	3.43	0.77		
	دكتوراة	34	3.25	0.81		
	المجموع	180	3.44	0.81		
المعلومات الصحية	بكالوريوس	53	3.55	0.84	0.772	0.464
	ماجستير	93	3.41	0.82		
	دكتوراه	34	3.36	0.77		
	المجموع	180	3.44	0.81		
الرقابة	بكالوريوس	53	3.68	0.74	1.350	0.262
	ماجستير	93	3.47	0.79		
	دكتوراه	34	3.51	0.68		
	المجموع	180	3.54	0.76		
التمويل	بكالوريوس	53	3.44	0.73	1.206	0.302
	ماجستير	93	3.26	0.79		
	دكتوراة	34	3.22	0.81		
	المجموع	180	3.31	0.78		
الاستدامة	بكالوريوس	53	3.86	0.75	0.021	0.979
	ماجستير	93	3.88	0.68		
	دكتوراة	34	3.87	0.72		
	المجموع	180	3.87	0.70		
جميع محاور الاستبانة	بكالوريوس	53	3.68	0.64	1.025	0.361
	ماجستير	93	3.56	0.57		
	دكتوراة	34	3.52	0.57		
	المجموع	180	3.58	0.59		

*الفرق بين المتوسطات دال إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يظهر الجدول السابق (4-22) أنَّ القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة اختبار "التباين الأحادي" أعلى من مستوى الدلالة 0.05 لجميع محاور الاستبانة، بالإضافة للمجموع الكلي لمجالات الاستبانة، وهذا يدل على أنَّه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول محاور الاستبانة تُعزى إلى متغير المؤهل العلمي. **ويستنتج الباحث** أنَّه لا توجد علاقة بين المؤهل العلمي للمديرين وبين تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

ويعزو الباحث أنَّ عدم وجود فروقات تُعزى إلى متغير المؤهل العلمي قد يرجع إلى أن المبحوثين ومن خلال ممارستهم للشراكة بأطرها المختلفة جعلتهم يمتعون بخبرة ودراية عالية بهذا الجانب. وبالتالي أصبحوا يولون موضوع الشراكة بين القطاعين اهتماماً بليغاً لما لها من أثر إيجابي وملحوظ على استدامة الخدمات الصحية بغض النظر عن مؤهلاتهم العلمية.

واتفقت الدراسة مع دراسة (رجب، 2018) ودراسة (الحجار، 2016) بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول واقع التشبيك وأثره على جودة الخدمات المقدمة من مؤسسات ذوي الإعاقة بمحافظات قطاع غزة. تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات تقدير أفراد عينة الدراسة حول تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة تُعزى إلى متغير المسمى الوظيفي.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA، كما يلي:

جدول (4-23): نتائج اختبار "التباين الأحادي " لمتغير المسمى الوظيفي

المحور	المسمى الوظيفي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار التباين	القيمة الاحتمالية
التخطيط الاستراتيجي	مدير عام فأعلى	26	3.71	0.73	1.989	0.140
	مدير وحدة	21	3.89	0.66		
	مدير دائرة	133	3.59	0.67		
	المجموع	180	3.64	0.68		
الإطار القانوني	مدير عام فأعلى	26	3.37	0.84	0.851	0.429
	مدير وحدة	21	3.65	0.87		
	مدير دائرة	133	3.42	0.79		
	المجموع	180	3.44	0.81		
المعلومات الصحية	مدير عام فأعلى	26	3.50	0.95	1.027	0.360
	مدير وحدة	21	3.66	0.83		
	مدير دائرة	133	3.40	0.78		
	المجموع	180	3.44	0.81		
الرقابة	مدير عام فأعلى	26	3.70	0.75	1.960	0.144
	مدير وحدة	21	3.76	0.91		
	مدير دائرة	133	3.48	0.73		
	المجموع	180	3.54	0.76		
التمويل	مدير عام فأعلى	26	3.56	0.66	2.015	0.136
	مدير وحدة	21	3.40	0.86		
	مدير دائرة	133	3.24	0.78		
	المجموع	180	3.31	0.78		
الاستدامة	مدير عام فأعلى	26	3.82	0.86	1.265	0.285
	مدير وحدة	21	4.10	0.57		
	مدير دائرة	133	3.84	0.69		
	المجموع	180	3.87	0.70		
جميع محاور الاستبانة	مدير عام فأعلى	26	3.64	0.68	1.807	0.167
	مدير وحدة	21	3.80	0.61		
	مدير دائرة	133	3.54	0.57		
	المجموع	180	3.58	0.59		

يظهر الجدول السابق (4-23) أنَّ القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة اختبار" التباين الأحادي "أعلى من مستوى الدلالة 0.05 لجميع محاور الاستبانة، بالإضافة للمجموع الكلي لمجالات الاستبانة، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول محاور الاستبانة تُعزى إلى المسمى الوظيفي. **ويستنتج الباحث** أنَّه لا توجد علاقة بين المسمى الوظيفي للمديرين وبين تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن المبحوثين هم ممن يشغلون مناصب إشرافية عليا سواء في القطاع الصحي الحكومي أو في المؤسسات الأهلية الصحية وبالتالي كانت آراؤهم متقاربة جداً حول واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بغض النظر عن مسمياتهم الوظيفية.

واتفقت الدراسة مع دراسة (شلش، 2013) بعد وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المسمى الوظيفي حول دور التشبيك في تعزيز التكامل بين المؤسسات الفلسطينية الأهلية.

واختلف الدراسة مع دراسة (جبريل، 2018) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات العينة الدراسة في مجال التخطيط الاستراتيجي تعزى لمسمى إلى المسمى الوظيفي وذلك لصالح الذيم مسماهم مدير وحدة فما فوق.

الفصل الخامس

ملخص النتائج والاستنتاجات والتوصيات

5-1 مقدمة

يتناول هذا الفصل استعراض أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، والوقوف على واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة، في ضوء متطلبات الشراكة التي تمَّ استعراضها في الاستبانة، ومن ثم يقدم الباحث توصياته المقترحة في ضوء نتائج الدراسة، والاستنتاجات التي توصل إليها من خلال تلك النتائج. وينقسم هذا الفصل إلى المحاور الآتية:

5-2 ملخص النتائج والاستنتاجات

بعد إجراء هذه الدراسة، والتي هدفت إلى دراسة واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة، توصّل الباحث إلى النتائج والاستنتاجات الآتية:

- أظهرت النتائج أنَّ مجال التخطيط الاستراتيجي قد جاء بوزن نسبي عام قدره (72.80%)، أي بدرجة موافقة كبيرة؛ مما يدل على أنه يوجد تخطيط استراتيجي مشترك بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية، وهذا ما أكّدته الفقرة " تتضمن رسالة القطاع الصحي الحكومي إشراك المؤسسات الأهلية الصحية في تقديم الخدمات الصحية"، حيث جاءت بالمرتبة الأولى بدرجة موافقة مرتفعة وبوزن نسبي(80.60%)، بينما جاءت الفقرة "يشارك القطاع الصحي الحكومي المؤسسات

الأهلية الصحية في صياغة الخطة الاستراتيجية وتحديد الأولويات" بوزن نسبي (68.80%) في المرتبة الأخيرة.

- أظهرت النتائج أنَّ مجال الإطار القانوني حاز على وزن نسبي (68.80%)، أي بدرجة موافقة كبيرة. وهذا يدلل على أهمية توفر إطار قانوني ناظم لعملية الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية، حيث جاءت الفقرة "تسمح التشريعات القانونية بتحقيق الرقابة والتنظيم وضبط عقود الشراكة بين الطرفين في المرتبة الأولى بوزن نسبي (72.60%)، في حين أنَّ الفقرة "تبادر المؤسسات الأهلية الصحية بإعداد وتقديم مقترحات قانونية تعزز من العلاقة التشاركية مع القطاع الصحي الحكومي" جاءت بالمرتبة السابعة والأخيرة.
- أظهرت النتائج أنَّ مجال المعلومات الصحية حاز على وزن نسبي (68.8%)، أي بدرجة موافقة كبيرة، وهذا يشير إلى أنَّ وجود قاعدة بيانات متكاملة ومشتركة من شأنه أنْ يساهم في تحسين وتجويد الخدمات الصحية المشتركة، ومما يؤكد ذلك حصول الفقرة "يحسن تكامل البيانات بين الطرفين من أداء العمل الصحي المشترك" على المرتبة الأولى، وبوزن نسبي (76.40%)، بينما جاءت الفقرة "يتم تحليل البيانات المشتركة للاستفادة منها في عملية صنع القرار" في المرتبة الأخيرة بدرجة موافقة متوسطة وبوزن نسبي (65.20%)، مما يدلل على أنَّ هناك ضعفًا إلى حدٍ ما في عملية تحليل البيانات الخاصة بالخدمات المشتركة، والذي يصعب معه الاستفادة من تلك البيانات في عملية صنع القرار.
- أظهرت النتائج أنَّ مجال الرقابة حاز على وزن نسبي (70.80%)، أي بدرجة موافقة كبيرة، وما يفسر ذلك أنَّ وزارة الصحة رغم قلة الإمكانات المتاحة إلا أنها تمارس دورها الرقابي على الخدمات الصحية المشتركة بشكل فاعل وملموس، وما يعزز ذلك هو حصول الفقرة " يتم وضع معايير رقابية لمتابعة تنفيذ الخدمات الصحية المشتركة (فنية، إدارية، مالية)" على أعلى درجة موافقة بوزن نسبي (74.20%)، وبرغم أنَّ عملية الرقابة على الخدمات الصحية المشتركة تتم وفق جدول زمني محدد، وأنَّ الفقرة "تتسم عملية الرقابة على برامج العمل المشترك بالدورية والانتظام" جاءت بوزن نسبي (69.20%) وبدرجة موافقة كبيرة، إلا أنها جاءت بالمرتبة الأخيرة في المجال.
- أظهرت النتائج أنَّ مجال التمويل حاز على وزن نسبي عام (66.20%)، أي بدرجة موافقة متوسطة؛ مما يدلل على حصول تراجع ملحوظ في تمويل القطاع الصحي بشكل عام والخدمات الصحية المشتركة بشكل خاص، برغم كفاءة وفاعلية النظام المالي الحكومي الخاص بعقد الشراكات

مع المؤسسات الأهلية الصحية، والدليل على ذلك هو حصول الفقرة " تتميز سياسة التعاقدات الحكومية الخاصة بالخدمات الصحية المشتركة بالكفاءة والفاعلية" على أعلى درجة موافقة بوزن نسبي (69.20%)، بينما حصلت الفقرة " تتوفر مصادر تمويل موثوقة لتغطية الخدمات الصحية المشتركة" على أقل وزن نسبي وبدرجة موافقة متوسطة وفي المرتبة الأخيرة.

- أظهرت النتائج أن واقع استدامة الخدمات الصحية في قطاع غزة جاء بوزن نسبي (77.40%) أي بدرجة موافقة كبيرة، مما يدل على أن تطبيق الشراكة بين وزارة الصحة الفلسطينية والمؤسسات الأهلية الصحية بمتطلباتها الخمس (التخطيط الاستراتيجي، الإطار القانوني، المعلومات الصحية، الرقابة، التمويل) سوف يؤدي إلى تحقيق الاستدامة في تقديم الخدمات الصحية من خلال الاستفادة من الموارد البشرية وتبادل الخبرات والمعارف وتعزيز الاستفادة من التكنولوجيا الطبية المتوفرة بين الطرفين وتقليل النفقات التشغيلية وتحسين درجة وصول المواطنين للخدمات الصحية.

5-3 التوصيات:

بناءً على النتائج والاستنتاجات التي توصل إليها الباحث، وفي ضوء التحليل الإحصائي يمكننا الخروج بالتوصيات الآتية:

1. تعزيز مشاركة القطاع الصحي الحكومي للمؤسسات الأهلية الصحية في صياغة الخطة الاستراتيجية الصحية الوطنية للقطاع الصحي بشكل عام بما يضمن تحديد الاحتياجات والأولويات الصحية بدقة من أجل استدامة الخدمات الصحية لا سيما وأن التخطيط الاستراتيجي المشترك هو أحد أهم المتطلبات الرئيسية لتحقيق شراكة فاعلة بين الطرفين.
2. تشجيع المؤسسات الأهلية الصحية على المبادرة في تقديم وإعداد مقترحات قانونية من شأنها تنظيم العلاقة التشاركية بينها وبين القطاع الصحي الحكومي.
3. تهيئة البيئة القانونية لتنظيم وضبط عملية الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية من خلال تشريع قانون خاص للشراكة على غرار قانون الشراكة الأردني رقم (2104/31) .
4. تكثيف اللقاءات وورش العمل بين القطاعين بغرض التوصل لآلية واضحة ومفهومة للتحليل والمراجعة الدورية لبيانات العمل الصحي المشترك؛ بهدف تسهيل عملية المعالجة الإحصائية لتلك البيانات، والاستفادة منها في عملية صنع القرار من كِلا الجانبين الأمر الذي يزيد من كفاءة وفاعلية وجودة الخدمات الصحية المشتركة وضمان استدامتها .

5. تعزيز دور الرقابة على الخدمات الصحية المشتركة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية، على أن تتم عملية الرقابة بشكل أكثر دورية وانتظام واشراك الإدارات والوحدات ذات العلاقة في ذلك.
6. العمل على زيادة وتكاثف الجهود بين أطراف العلاقة من أجل وضع سياسات وخطط مشتركة تهدف إلى إيجاد أنظمة بديلة وجاذبة ومبتكرة وتؤدي إلى الاستدامة في تمويل القطاع الصحي.

تطوير وتحسين أنظمة إدارة التمويل الصحي كي يتم توزيع الموارد المالية المتاحة على المؤسسات (الحكومية والأهلية) الصحية حسب الأولويات وبشكل عادل ومراعاة التوزيع الديمغرافي والجغرافي للسكان. بالإضافة إلى إدخال التحسينات اللازمة على نظام التأمين الصحي بما ينسجم مع النظام الصحي الفلسطيني.

خطة عمل مقترحة لتفعيل عملية الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية.

#	النتائج	التوصيات	الأنشطة	الجهة المسؤولة	المدة الزمنية
1	يشارك القطاع الصحي الحكومي المؤسسات الأهلية الصحية في صياغة الخطة الاستراتيجية جاءت بوزن نسبي (68.80%).	تعزيز مشاركة القطاع الصحي الحكومي للمؤسسات الأهلية الصحية في صياغة الخطة الاستراتيجية	عقد لقاءات وورش عمل بين إدارات القطاع الصحي الحكومي والأهلي توزيع الأدوار والمسؤوليات حسب القدرات والمكان الجغرافي تشكيل فريق مشترك لإعداد وصياغة الخطط المشتركة تشكيل فريق مشترك لتقييم إنجازات الخطط التوعية المجتمعية بأهمية الشراكة في الخدمات الصحية (نشرات، مطبوعات، إعلام)	كافة الإدارات العامة والوحدات المعنية	كل 6 شهور
2	"تبادر المؤسسات الأهلية الصحية بإعداد وتقديم مقترحات قانونية تعزز من العلاقة التشاركية مع القطاع الصحي الحكومي" جاءت بوزن نسبي (61.80%)	تشجيع المؤسسات الأهلية الصحية على المبادرة في تقديم مقترحات قانونية لتنظيم العلاقة التشاركية بين الجانبين	تشكيل لجنة قانونية مشتركة من الخبراء والمختصين في القطاعين. مراجعة الأنظمة والقوانين المتعلقة بالشراكة. إعداد وثيقة العمل المشترك وتوزيع الأدوار. إشراك صناع القرار في التحضير لمشاريع القرارات والقوانين. اعتماد القرارات والقوانين. تشكيل لجنة لمتابعة تنفيذ القوانين. تمكين الإدارة العامة للشؤون القانونية (تدريب كوادر، صلاحيات....) تفعيل القوانين الناظمة للشراكة إعداد دليل الشراكة	وحدة التنسيق مع المنظمات غير الحكومية. وحدة الإجازة والتراخيص. الإدارة العامة للشؤون القانونية. المجلس التشريعي. المؤسسات الأهلية ذات العلاقة. شبكة المنظمات الأهلية.	كل 6 شهور

#	النتائج	التوصيات	الأنشطة	الجهة المسؤولة	المدة الزمنية
3	يتم تحليل البيانات المشتركة للاستفادة منها في عملية صنع القرار" جاءت بدرجة موافقة متوسطة وبوزن نسبي (65.20%)	تكثيف اللقاءات وورش العمل بشكل دوري بين الجانبين بغرض تحليل بيانات العمل الصحي المشترك للاستفادة منها في عملية صنع القرار	– إنشاء قاعدة معلومات صحية مشتركة بين القطاعين. – إعداد برامج محوسبة متطورة لإدارة المعلومات الصحية. – ترميم وتأهيل شبكة الحاسوب الحالية. – إعداد نظام يجمع المعلومات الدقيقة عن الوضع الديموغرافي والصحي والموارد الصحية ويجدولها ويوفرها لصانعي السياسات في المجال الصحي. – تحديد جهة للإشراف على إدارة قاعدة المعلومات – تدريب وتأهيل الكوادر البشرية اللازمة للتعامل مع قاعدة البيانات المشتركة. – الرقابة على قاعدة البيانات المشتركة	وحدة التنسيق مع المؤسسات الأهلية الصحية. وحدة الإجازة والتراخيص. وحدة تكنولوجيا المعلومات. مركز المعلومات الصحية. الرقابة الداخلية الشؤون القانونية. مركز الإحصاء الفلسطيني. وزارة الاتصالات. كافة الأطراف المعنية .	على مدار العام
4	تتسم عملية الرقابة على برامج العمل المشترك بالدورية والانتظام (69.20%)	تعزيز عملية الرقابة على الخدمات الصحية المشتركة وبشكل أكثر دورية وانتظام	– تشكيل لجنة رقابية من مختلف التخصصات الفنية والإدارية والمالية. – عقد اجتماعات دورية مشتركة بين القطاعين لتحديد ووضع مؤشرات رقابية واضحة. – تحديد واعتماد الأساليب الرقابية المناسبة للرقابة على الخدمات الصحية المشتركة. – رفع التقارير الدورية لصناع القرار	الإدارة العامة للرقابة الداخلية. وحدة الإجازة والتراخيص. المؤسسات الأهلية الصحية.	على مدار العام

#	النتائج	التوصيات	الأنشطة	الجهة المسؤولة	المدة الزمنية
5	تتوفر مصادر تمويل موثوقة لتغطية الخدمات الصحية المشتركة حصلت على وزن نسبي (61.40%)	العمل الجاد والمشترك من أجل تأمين مصادر تمويلية أكثر استدامة لتغطية الخدمات الصحية المشتركة.	– حصر كافة الاحتياجات الصحية وتحديد كلفة تقديمها. – تقييم النظام المالي الحالي للوقوف على مدى مساهمته في تعزيز الخدمات الصحية المشتركة. – مراجعة نظام التأمين الصحي خاصة فيما يتعلق بتغطية الخدمات الصحية المشتركة. – استحداث نظام مالي وإداري للتنسيق داخل القطاع الصحي وعبر القطاعات المختلفة من المنظمات الأهلية ووكالة الغوث. – تقوية العلاقة التشاركية مع المؤسسات المحلية والخارجية الداعمة للنظام الصحي من خلال الزيارات المتبادلة وتبادل وجهات النظر. – دراسة واقع التمويل للوقوف على أهم العقبات التي تواجه استدامة الخدمات الصحية وكيفية تذليل هذه العقبات. – البحث المشترك عن مصادر تمويل موثوقة ومستدامة لتغطية كافة احتياجات الخدمات الصحية المشتركة.	الإدارة العامة للتعاون الدولي. الإدارة العامة للشؤون المالية. وحدة التأمين الصحي. وزارة المالية. منظمة الصحة العالمية. كافة المؤسسات الدولية العاملة في المجال الصحي. كافة الوزارات والمؤسسات المعنية.	على مدار العام
6	يتم توزيع الموارد المالية المتاحة على المؤسسات الصحية (حكومية/أهلية) حسب الأولويات حصلت على وزن نسبي (62.80%).	تعظيم الجهود من كافة الأطراف المعنية من أجل توزيع الموارد المالية المتاحة على المؤسسات (الحكومية والأهلية) الصحية حسب الأولويات وبشكل عادل.	– تحديد الاحتياجات المادية المطلوبة. – إعداد الموازنات المالية لحصر وتحديد النفقات والإيرادات. – التأكد من أن الموازنة المطلوبة متسقة مع الخطط والأولويات. – إعداد تصنيف لكافة المؤسسات الصحية بناءً على مؤشرات واضحة. – منح التمويل حسب التصنيف المعتمد. – توزيع الموارد المالية حسب التوزيع الجغرافي وطبيعة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة. – عمل دراسات وأبحاث في هذا المجال للاستفادة من نتائجها ومقارنتها بالدول الأخرى.	الإدارة العامة للتعاون الدولي. الإدارة العامة للشؤون المالية وحدة التأمين الصحي. وزارة المالية. المنظمات الدولية الداعمة للقطاع الصحي (WHO).	على مدار العام

(إعداد: الباحث)

5-4 الدراسات المقترحة:

1. دور النظام المالي الحكومي في دعم الخدمات الصحية المشتركة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية.
2. معوقات الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها في استدامة الخدمات الصحية.
3. أثر تكامل البيانات بين وزارة الصحة ومقدمي الخدمات الصحية في تحسين جودة الخدمات الصحية.
4. تقييم إدارة عملية الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية.

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

1. أبو الحسنى، ع. (2016): دور العوامل التنظيمية والوظيفية في نجاح إدارة مشاريع المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.(رسالة ماجستير غير منشورة)
2. أبو النصر، م. (2007): إدارة منظمات المجتمع المدني"، الطبعة الأولى، ايتراك للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة.
3. أبو جحر، م. (2017): تطوير نموذج استراتيجي للعلاقة والشراكة بين سلطة جودة البيئة والبلديات بقطاع غزة ، الجامعة الإسلامية، غزة. فلسطين(رسالة ماجستير غير منشورة)
4. أبو سمرة، ح.2017): دور الاستثمار في تحقيق الاستدامة في عمل الجمعيات الخيرية في فلسطين_ دراسة حالة قطاع غزة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا وجامعة الأقصى، غزة، فلسطين.(دراسة ماجستير غير منشورة).
5. الاتحاد الدولي لحماية الطبيعة (2008): تقرير حول مستقبل الاستدامة في الوطن العربي، الإسكندرية، مصر.
6. اتحاد لجان العمل الصحي (2013). مستشفى العودة. تاريخ زيارة الموقع 2019/8/12، http://gaza-health.com/ar/index.php?act=page&id=9
7. إدارة الدراسات الاقتصادية والمالية (2010): الشراكة بين القطاع العام والخاص"، الدائرة المالية، دبي- الإمارات العربية المتحدة.
8. إدارة الدراسات الاقتصادية والمالية-دائرة المالية. (2010). الشراكة بين القطاع العام (الحكومة) والقطاع الخاص، حكومة دبي، الأمارات العربية المتحدة.
9. بارود، ن. (2005): متطلبات التنمية المستدامة والمتكاملة من المؤشرات الإحصائية، ، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.(رسالة ماجستير غير منشورة).
10. بعلوشة، م. (2013): واقع الشراكة بين إدارات مدارس المرحلة الأساسية والمنظمات غير الحكومية في محافظات غزة وسبل تطويره، ، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين. (رسالة ماجستير غير منشورة).
11. بن حبيب، ع.، بومدين، خ. (2002): الشراكة ودورها في جلب الاستثمارات الأجنبية، الملتقى الوطني الأول حول الاقتصاد الجزائري في الألفية الثالثة، 21. 22 مايو، بليدة، الجزائر.
12. تلالوة، م. (2017). الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الاقتصاد الفلسطيني ومعوقات تطبيقها من وجهة نظر متخذي القرار في القطاع الخاص. سلسلة العلوم الإنسانية، 19(2)، 179-206.

13. الجبالي، ح. (2016). التنمية المستدامة استغلال الموارد الطبيعية والطاقة المتجددة. عمان: دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع.
14. جبريل، و. (2018): التشبيك بين وزارة الصحة الفلسطينية والمؤسسات الأهلية الصحية وأثره على جودة الخدمات الصحية بقطاع غزة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا وجامعة الأقصى، غزة، فلسطين.(دراسة ماجستير غير منشورة).
15. الجدي، ب. (2018): أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظات غزة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
16. جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، (د.ت). مستشفى القدس–فرع غزة تاريخ الاطلاع: 3 أكتوبر 2019، https://www.palestinercs.org/
17. الجمل، هـ. (2016): الشراكة بين القطاعين العام والخاص كأداة لتحقيق التنمية المستدامة. مجلة كلية الشريعة والقانون بطنطا. العدد (31)، الجزء (4). 1686 – 1749.
18. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة (2016): الحسابات الوطنية الفلسطينية، رام الله – فلسطين.
19. حجاب، م. (2009): الإعلام والتنمية الشاملة، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.
20. حجازي، ع. (2000): الجمعيات الأهلية وتحديات العولمة، أعمال المؤتمر السنوي الثاني، في الفترة 32–24 إبريل، الاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الخاصة، الجزء الأول.
21. حسن، ر. (2011): تفعيل دور المشاركة المجتمعية في حل بعض المشكلات المدرسية بمحافظة حلوان دراسة ميدانية، مجلة مستقبل التربية، مج (18)، ع(68)، القاهرة، ص ص 113–238.
22. حسن، م. (2004): الشراكة الأبوية في التعليم، تقرير صحفي، مجلة التربية، الأمانة العامة للجنة القطرية للتربية والثقافة والتعليم، مج (149)، ع (33)، قطر.
23. حمايزية، ل، ورزقين، ع. (2015): التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري. دراسة مقارنة بين الجزائر، تونس، المغرب. مجلة رؤى اقتصادية، العدد (9). 254 – 273.
24. حمد، م. (2012): أثر تكلفة العلاج بالخارج على تمويل موازنة وزارة الصحة الفلسطينية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.(رسالة ماجستير غير منشورة).
25. الحمداني، م. (2006): مناهج البحث العلمي، مؤسسة الوراق للنشر. عمان.
26. حمدونة، م. (2017): العوامل المحددة للشراكة بين القطاعين العام والخاص ودورها في نمو الاقتصاد الفلسطيني. من وجهة نظر القطاع الخاص بقطاع غزة. الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.(رسالة ماجستير غير منشورة).

27. خضر، ي. (2015): دور منظمة الصحة العالمية في تعزيز أداء النظام الصحي بقطاع غزة، أكاديمية السياسة والإدارة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.(رسالة ماجيستير غير منشورة)
28. الخضري، م. (2016): دور إدارة الموارد البشرية في استدامة الخدمات الصحية الحكومية في محافظات غزة. الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
29. خليل، خ. (2016): فعالية البرامج التدريبية الممولة من الخارج في القطاع الصحي الحكومي. دراسة حالة أقسام الأشعة في قطاع غزة، أكاديمية السياسة والإدارة للدراسات العليا، غزة، فلسطين
30. رجب، آ. (2018): واقع عمليات التشبيك في الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة وسبل تحسينه، الجامعة الإسلامية، غزة ، فلسطين.(دراسة ماجستير غير منشورة).
31. الرشود، ع. (2007): آليات تنظيم العمل التطوعي على المستوى الوطني، دراسة ميدانية مطبقة على مديري جمعيات ومنظمات العمل الخيري بمنطقة الرياض، المؤتمر العلمي الدولي العشرون للخدمة الاجتماعية (ص 3320-3371)، جامعة حلوان، القاهرة.
32. زيادة، ف. (2012): أثر التدريب على مقدرة المؤسسات الدولية العاملة في قطاع غزة على إدارة الأزمات، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.(رسالة ماجستير غير منشورة).
33. الزيتونة للاستشارات والدراسات، مركز (2014): قطاع غزة: التنمية والإعمار في مواجهة الحصار والدمار، بيروت، لبنان.
34. سلسلة بحوث القمة الحكومية، (2013): الاستفادة من قوة الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في مجال الرعاية الصحية، الإمارات.
35. سنو، غ. والطراح، ع. (2002): العولمة والدولة، الوطن والمجتمع العالمي، دار النهضة العربية، بيروت.
36. سويلم، س. (2008): استراتيجيات استدامة الشوارع التجارية التقليدية حالة دراسية خان النجار في مدينة نابلس، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.(رسالة ماجستير غير منشورة).
37. شبير، ر. (2004): واقع إدارة الموارد البشرية في المؤسسات غير الحكومية الفلسطينية في قطاع غزة وسبل تطويره، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
38. شتوي، ع. (2005): آليات تطوير الشراكة المؤسسية بين الجامعات ومؤسسات القطاع الخاص- دراسة استكشافية لآراء القيادات الأكاديمية بجامعة الملك وقيادات القطاع الخاص" بمنطقة عسير" مجلة التربية، ع (16)، ص 255-318، السعودية.
39. شلبي، ي والسعدي، ن. (2001): تعداد المنظمات غير الحكومية الفلسطينية في الضفة وقطاع غزة، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس)، رام الله، فلسطين.
40. شلبي، ي. ولدادوة، ح.(2007): الثقافة المهنية في القطاع الصحي الحكومي في الأراضي الفلسطينية، رام الله: الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة.

41. الشيخلي، أ. (2013): أثر التخطيط على كفاءة أداء المؤسسات غير الربحية العاملة في الأردن ودور التوجه الريادي، جامعة الشرق الأوسط، الأردن.
42. ضمان (شركة مستشفيات الضمان الصحي). (2019): برنامج ضمان لإدارة المستشفيات. تاريخ الاطلاع: 2 سبتمبر 2019، الموقع: http://www.dhaman.co/ar/index.html
43. العالي، س. والسيد، ع. (2006): الشراكة المجتمعية في العمل البلدي، ورقة عمل مقدمة في العمل البلدي الأول،26-27 مارس2006، البحرين.
44. العباسي، أ. (2017): تقييم جودة التنسيق بين وزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية الصحية في قطاع غزة، جامعة القدس، القدس، فلسطين.
45. عبد التواب ، ن. (2010): الشراكة المجتمعية بين مؤسسات المجتمع المدني ومؤسسات تعليم الخدمة الاجتماعية لدعم الممارسات المهنية للخدمة الاجتماعية بالمؤسسات التعليمية"، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ع(28)، إبريل (2010)، الجزء (3)، ص 1341-1419.
46. عبد المجيد، م. (2006): الجمعيات الأهلية والتنمية المستدامة، دراسة ميدانية على عينة من جمعيات تنمية المجتمع المحلي بمحافظة الغربية، جامعة طنطا، مصر.
47. عبيدات، ذ. وعدس، ع. ، وعبد الحق، ك. (2001): البحث العلمي_ مفهومه وأدواته، وأساليبه، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
48. العتيبي، ح. (2009): "منظمات المجتمع المدني النشأة الآليات وأدوات العمل وتحقيق الأهداف، مقدمة إلى المشاركين في البرنامج التدريبي تأهيل القيادات والمنظمات الغير حكومية على الإدارة الديمقراطية ومهارات التحالف والتغيير"، مدينة تعز، جمهورية اليمن.
49. عريقات، ح. وآخرون (2009م): مفاهيم أساسية في علم الاقتصاد الكلي. ط(1). عمان. دار وائل للنشر والتوزيع.
50. علاونة، ياسر، (2009): واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان.
51. علي، أ. (2013): دور البحث العلمي والدراسات العليا في الجامعات الفلسطينية في تحقيق التنمية المستدامة – جامعات غزة نموذجاً، ، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين. (رسالة ماجستير غير منشورة).
52. الغامدي، ع. (2007): التنمية المستدامة بين الحق في استغلال الموارد الطبيعية والمسئولية عن حماية البيئة، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
53. غانم، س. (2012): معوقات التنمية المستدامة في دول العالم الإسلامية. دراسة تحليلية بالتطبيق على جمهورية مصر العربية، جامعة شقراء، المملكة العربية السعودية.

54. الغوطي، ت. (2015): التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي بقطاع غزة أكاديمية الإدارة والسياسة، غزة، فلسطين. (دراسة ماجستير منشورة).
55. القناوي، ق. (2018): المشاركة المجتمعية في التخطيط العمراني، ط1، دار البشير للثقافة والعلوم، القاهرة– مصر.
56. قنديل، أ. (2005): دور الجمعيات الأهلية في تنفيذ الأهداف الإنمائية ، القاهرة، جمعية العزيمة الإسلامية.
57. الكبيسي، ع وآخرون. (2015): دراسات حول التنمية المستدامة، دار جامعة نايف للنشر، المملكة العربية السعودية.
58. كردي، أ. (2010): كيف يمكن قياس التنمية المستدامة، تاريخ زيارة الموقع 2019/6/15. http://kenanaonline.com/users/ahmedkordy/posts/159112
59. الكفارنة، م. (2015). دور الجمعيات الأهلية في بناء رأس المال الاجتماعي في دولة فلسطين. دراسة تطبيقية اتحاد لجان العمل الزراعي في قطاع غزة (2004–2001)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.(رسالة ماجستير غير منشورة).
60. اللجنة الوطنية للتنمية المستدامة. (2010): نحو استراتيجية وطنية للتنمية المستدامة – وثيقة اطار الاستراتيجية الوطنية للتنمية المستدامة منهجية وإعداد المؤشرات لها، رئاسة مجلس الوزارة، جمهورية مصر العربية.
61. لجنة تنسيق المنظمات غير الحكومية لأجل العراق (2019). المنح والمقترحات . تاريخ الاطلاع: 2 سبتمبر 2019، https://www.ncciraq.org/ar
62. مبارك، ع. (2017): دور المنظمات الدولية المتخصصة والمنظمات غير الحكومية في حماية البيئة من التلوث، جامعة المسيلة، مجلة المفكر، 1 (14)، 614–633.
63. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية (2015): مؤتمر استراتيجية شراكة القطاع والعام والخاص لاستدامة الرعاية الصحية، عمان، الأردن.
64. مرعي، ب. (2017). الشراكة بين الهيئات المحلية والقطاع الخاص ودورها في تنمية الاقتصاد المحلي في فلسطين، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.(رسالة ماجستير منشورة).
65. مركز المعلومات الفلسطيني (موقع نت). تاريخ الاطلاع: 2 سبتمبر 2019، الموقع: https://www.ncciraq.org/ar/archive-ar/opneds-ar/item/426
66. المشهراوي، أ. (2014): مدخل إلى إدارة منظمات المجتمع المدني، ط2، غزة، فلسطين.
67. مطاوع، م. (2019م). الدولة تستعين بالقطاع الخاص لتدريب الأطباء والعاملين على منظومة التأمين الصحي الشامل الجديدة.. وهالة زايد تؤكد: لا خصخصة لمشروع

التـــأمين الصـــحي الشـــامل الجديـــد. تـــاريخ الاطـــلاع: 2 ســـبتمبر 2019، الموقـــع: https://www.elbalad.news/3790859

68. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس) (2010): تعداد المنظمات غير الحكومية الفلسطينية، غزة، رام الله، فلسطين.
69. معهد الأبحاث التطبيقية. (2006): نحو التنمية المستدامة في فلسطين، دولة فلسطين.
70. المنظمـــة العربيـــة للتنميـــة الإداريـــة. (7–9، 2015م): الاتجاهـــات الحديثـــة فـــي إدارة المستشفيات. الشراكة بين القطاعين العام والخاص في استدامة الخدمات الصحية. المؤتمر العربي الرابع عشر. وزارة الصحة الأردنية، عمان–المملكة العربية الهاشمية.
71. موقـــع شـــبكة المعرفـــة البيئـــة المصـــرية (2014): " التنميـــة المســـتدامة"، (تاريخ زيارة الموقع 2019/7/1) https://www.eekn.net/posts/606705
72. موقـع شـركة الحوسـبة الصـحية. (د.ت). برنـامج حكـيم. (https://ehs.com.jo/ar. 03.07.2019)
73. نصـيرات، ف. (2011): إدارة المنظمـات الرعايـة الصـحية، دار الميسـرة للنشـر والتوزيـع، ط3، عمان.
74. هاشم، ح. (2015): الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الاقتصاد العراقي بين المتضمنات الأساسية والرؤية الاستراتيجية للتطبيق، دراسة ميدانية، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، كلية الاقتصاد والإدارة، جامعة الكوفة، العراق.
75. وردم، ب. (2003): العـالم لـيس للبيـع. مخـاطر العولمـة علـى التنميـة المسـتدامة، دار الأهليـة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.
76. وزارة الصحة (2003): الخطة الوطنية الاستراتيجية، غزة، فلسطين.
77. وزارة الصحة (2011): دليل الخدمات الصحية، غزة، فلسطين.
78. وزارة الصحة (2014): الإدارة العامة للتخطيط والسياسات الصحية. رام الله، فلسطين.
79. وزارة الصحة (2017): الاستراتيجية الصحية الوطنية 2017–2022، رام الله، فلسطين.
80. وزارة الصحة (2017): الاستراتيجية الصحية الوطنية 2017–2022، رام الله، فلسطين.
81. وزارة الصحة ، مركز المعلومات الصحية (2016): تقرير الإدارة للمستشفيات، غزة، فلسطين.
82. وزارة الصحة، غزة، مركز نظم المعلومات الصحية (2016): تقرير الأمراض المزمنة، غزة، فلسطين.
83. وزارة الصـحة، غـزة، مركـز نظـم المعلومـات الصـحية (2016): تقريـر الصـحة والسـكان، غـزة، فلسطين.

84. وزارة الصحة، غزة، مركز نظم المعلومات الصحية (2018): التقرير السنوي، غزة، فلسطين.
85. وزارة الصحة، مركز نظم المعلومات الصحية (2013): تقرير التأمين الصحي السنوي، غزة، فلسطين.
86. وزارة الصحة، مركز نظم المعلومات الصحية (2015): تقرير المستشفيات السنوي، غزة، فلسطين.
87. وزارة الصحة، مركز نظم المعلومات الصحية (2017): التقرير المالي السنوي، غزة، فلسطين.
88. وزارة الصحة، مركز نظم المعلومات الصحية (2017): تقرير التأمين الصحي السنوي، غزة، فلسطين.
89. وزارة الصحة، مركز نظم المعلومات الصحية (2017): تقرير الصيدلة السنوي، غزة، فلسطين.
90. وزارة الصحة، مركز نظم المعلومات الصحية (2017): تقرير المختبرات السنوي، غزة، فلسطين.
91. وزارة الصحة، مركز نظم المعلومات الصحية (2017): تقرير المستشفيات السنوي، غزة، فلسطين.
92. وزارة الصحة، مركز نظم المعلومات الصحية (2017): تقرير إنجازات وزارة الصحة، غزة، فلسطين.
93. وزارة الصحة، مركز نظم المعلومات الصحية (2018): تقرير الأمراض المزمنة، غزة، فلسطين.
94. وزارة الصحة، مركز نظم المعلومات الصحية (2018): تقرير الرعاية الأولية، غزة، فلسطين.
95. وزارة الصحة، مركز نظم المعلومات الصحية (2018): تقرير القوى العاملة السنوي، غزة، فلسطين.
96. وزارة الصحة، (8–10 آب، 2018). جلسة تفاكر حول وضع أسس ومتطلبات الشراكة بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية.
97. وزارة الصحة، الإدارة العامة للتعاون الدولي. (2013): تقرير الوضع الصحي في قطاع غزة، غزة، فلسطين.
98. وزارة الصحة، وحدة التنسيق مع المؤسسات الأهلية (2019): تقرير حصر المؤسسات الأهلية الصحية، غزة، فلسطين.
99. وزارة الصحة الفلسطينية (2019). نبذة عن وحدة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية، غزة، تاريخ زيارة الموقع 2019/7/1، الموقع: https://www.moh.gov.ps/portal/about

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1. AL Haq, M. (2004) "Governance based on partnership with NGOs: implications for development and empowerment in rural Bangladesh" international Review of Administrative Sciences (2)07, Banglades.
2. Barrows (2011): Public Private Partnerships in Canadian Healthcare: A Case Study of THE Brampton Civic Hospital.
3. Barrows, D. et. al, (2011): Public Private Partnerships in Canadian Healthcare: A Case Study of THE Brampton Civic Hospital. PREPARED for the OECD - march 2011.
4. BURGENMIER,B. (2005):"Economics of Sustainable Development", 2nd edition, Edition DE BOECK, Brussels, Belgium.
5. C J Lynth, (2016), " the effect of healthcare reform on the sustainability of nonprofit hospitals", Walden University
6. Canadian Alliance (2014):" Defining Health and Health Care Sustainability", Report, Canadian Alliance for Sustainable Health Care, JULY 2014.
7. Center for Public Health Systems Science (CPHSS) (2013). PSAT (Program Sustainability Assessment Tool). Retrieved April 6, 2018, from: https://www.sustaintool.org/wp-content/uploads/2016/12/Sustainability-ToolV2_w-scoring_12.11.13.pdf
8. Durr,B. &, Gwen, Th. (2001): Partnership Principles: What we
9. Ejaz, I. Shaikh, T. S, & Rizvi, N. (2011): NGOs and government partnership for health systems strengthening: A qualitative study. presenting viewpoints of government, NGOs and donors in Pakistan. Health Services Research. Vol. (11), No. (112).
10. Ejaz, Shaikh, & Rizvi (2011): NGOs and government partnership for health systems strengthening: A qualitative study.
11. Godard, O.,(2004):"The economic enterprise of sustainable Development - Issues and Environmental Policies", French notebooks No. 306, France.
12. Have learned About Partnering and institu April u,vv6fe Pnocrij, U.S.A.
13. Hudson, C. G., & Vissing, Y. M. (2013): "Sustainability at the edge of chaos: Its limits and possibilities in public health",BioMed Research international, 1-7.
14. Hushie, M. (2016), "Public-non-governmental organization partnerships for health: an exploratory study with case studies from recent Ghanaian experience", Department of Behavioral Sciences, School of Allied Health Sciences, University for Development Studies, P.O. Box 1883, Tamale, N/R, Ghana
15. Ira, M. (2009) : "University – School – Community Partnerships", Fat Youth Development, N. J.
16. Jesica, J. (2004): "The Feasibility of Government Partnerships with NGOs in the Reproductive Health Field in Mexico", Reproductive Health Matters, 12:24, 42-55, DOI: 10.1016/S0968-8080(04)24146-5.
17. Kantaburta, S. (2011): "Sustainable leadership in a Thai healthcare service provider",International Journal Care Quality assurance, 24 (1), 67-80.
18. Kelly (2017): Partnership between public and health sectors programs – Nigeria.
19. Kelly (2017): Partnership between public and health sectors programs – Nigeria.

20. Marimuthua & Pauloseb, (Aug., 2015)," Emergence of Sustainability Based Approaches in Healthcare: Expanding Research and Practice", 6th International Research Symposium in Service Management, Malaysia
21. MAS (2008): Social Protection in The West bank and Gaza strip 2006 /
22. Miller C., and Ahmad. Y., (2000), "Collaboration and Partnership: An Effective Response to Complexity and Fragmentation or Solution Built on Sand " International Journal of Sociology and Policy, 20 (5/6), 65-88.
23. Paper, R., pinzone, M., Lettieri, E., & Masella, C.(2012): "Sustainability in Healthcare: Combining Organizational and Architectural levers Regular" ,Paper, 4 , 1-9.
24. Pardy, B., (1999): "Sustainable Development, In search of A legal Rule", Journal of Business Administration and Policy Analysis.
25. Partnership for Healthy Outcomes (2017). Partnership Assessment Tool for Health. Retrieved April 7, 2018, from: https://www.chcs.org/media/Partnership-Assessment-Tool-for-Health_-FINAL.pdf.
26. Sehngelia, Pavlova & Groot, (2016) " Impact of Healthcare Reform on Universal Coverage in Georgia: A Systematic Review", Diversity & Quality in Health and care.
27. Tango International (2009):"Sustainability of rural development projects : Best practices and lessons learned by IFAD in Asia, Vietnam Case Study " , The eighth in a series of discussion.
28. UNICEF (1992):"Health policies and strategies, sustainability, integration and capacity_ building". E/ICEF/1992/L.2.New York: UNICEF.
29. Wendy (1999): Partnerships between the Public Sector and Non-governmental Organizations: Contracting for Primary Health Care Services
30. Wendy, B. (1999): Partnerships between the Public Sector and Non-governmental Organizations: Contracting for Primary Health Care Services: A State of the Practice Paper. Health Sector Reform Initiative.
31. World Bank Group Engagement in Health PPPs (2016): Learning Product Public-Private Partnerships in Health.
32. World Economic Forum Financing For Development Initiative Building On The Monterrey Consensus: The Growing Role Of public –Private Partnership In Mobilizing Resources For Development, United Nations High_ Level Plenary Meeting On Financing For Development, Geneva, September 2005, p8
33. World Health Organization, (2008): Health Situation in Gaza, WHO Report on 15 April 2008, Jerusalem, Palestine.

ثالثاً: المقابلات:

1. أشرف أبو مهادي (تموز، 2019): "مقابلة أجراها الباحث، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة الفلسطينية_ غزة.
2. إياد قديح (تموز، 2019): "مقابلة أجراها الباحث، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة الفلسطينية_ غزة.

3. باسم نصار (تموز، 2019): "مقابلة أجراها الباحث، مركز نظم المعلومات الصحية، وزارة الصحة الفلسطينية_ غزة.
4. جهاد عكاشة (حزيران، 2019): "مقابلة أجراها الباحث مع مدير مكتب وكيل الوزارة المساعد، وزارة الصحة الفلسطينية غزة.
5. رائد كشكش (تموز، 2019): " مقابلة أجراها الباحث، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة الفلسطينية_ غزة.
6. الشنطي (تموز، 2019): "مقابلة أجراها الباحث، وحدة الإجازة والتراخيص، وزارة الصحة الفلسطينية_ غزة.
7. عبد العزيز العجلة (يناير، 2019): "مقابلة أجراها الباحث"، دائرة المشتريات، وزارة الصحة الفلسطينية–غزة.
8. وليد صباح (حزيران، 2019): " مقابلة أجراها الباحث، وحدة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية، وزارة الصحة الفلسطينية_غزة.

الملاحق

ملحق رقم (1): الاستبانة

جامعة القدس _ أبوديس
عمادة الدراسات العليا
معهد التنمية المستدامة
بناء مؤسسات وتنمية موارد بشرية

رقم الاستبيان ( )

السيد/ة.....الفاضل/ة.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان "**واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة**" وذلك استكمالاً لنيل درجة الماجستير في تخصص بناء المؤسسات وتنمية الموارد البشرية_ معهد التنمية المستدامة _ جامعة القدس.

ونظراً لما تتمتعون به من خبرة علمية وعملية والمتعلقة بموضوع الدراسة فإن الباحث يأمل من سيادتكم التكرم بقراءة أسئلة الاستبانة والإجابة عليها بوضع درجة الموافقة على كل عبارة من العبارات الواردة حسب ما ترونه مناسباً، علماً بأن هذه البيانات ستكون موضع السرية التامة، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

تعريف بعض المصطلحات المتعلقة بالدراسة:

الشراكة: هي اتفاق طوعي بين فاعلين متعددين من قطاعات مختلفة مسبقاً يتفقان على العمل سوياً للوصول إلى هدف مشترك أو حاجة محددة تتضمن المشاركة في المخاطر والمسؤوليات والوسائل والكفاءات.

استدامة الخدمات الصحية: تخطيط وإدارة الرعاية الصحية المنصفة وتقديمها بحيث تتسم بالكفاءة والفعالية وتساهم في التنمية طويلة الأجل وبطريقة مستدامة.

شاكراً ومقدراً لكم حسن تعاونكم

الباحث/ شادي محمد أبو بريك

جوال:0597760081

أولاً : البيانات الشخصية والوظيفية:

النوع : ☐ ذكر ☐ أنثى.

العمر : .....

سنوات الخبرة :.....

المؤهل العلمي : ☐ بكالوريوس ☐ دبلوم عالي ☐ ماجستير ☐ دكتوراة ☐ بورد

المسمى الوظيفي : ☐ وكيل وزارة ☐ وكيل وزارة مساعد ☐ مدير عام ☐ مدير وحدة ☐ مدير دائرة

جهة العمل: ☐ القطاع الصحي الحكومي ☐ المؤسسات الأهلية الصحية

ثانياً : متطلبات عملية الشراكة

يرجى التكرم بقراءة العبارات الآتية بدقة ووضع علامة(✓) في المكان الذي تراه مناسباً.

م.	المحور الأول: التخطيط الإستراتيجي.	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
.1	تعزز رؤية القطاع الصحي الحكومي التعاون المشترك مع المؤسسات الأهلية الصحية.					
.2	تتضمن رسالة القطاع الصحي الحكومي إشراك المؤسسات الأهلية الصحية في تقديم الخدمات الصحية					
.3	تتسم الأهداف المشتركة مع المؤسسات الأهلية الصحية بالوضوح وإمكانية التحقق.					
.4	يشرك القطاع الصحي الحكومي المؤسسات الأهلية الصحية في صياغة الخطة الإستراتيجية وتحديد الأولويات.					
.5	يقوم القطاع الصحي الحكومي بتحليل البيئة الخارجية للتعرف على المتغيرات(السياسية، الاجتماعية، الاقتصادية) التي تؤثر على عملية الشراكة بالتعاون مع المؤسسات الأهلية الصحية.					

.6	يقوم القطاع الصحي الحكومي بتحليل البيئة الداخلية للتعرف على المتغيرات(موارد بشرية، مالية، إدارية) التي تؤثر في عملية الشراكة ويطلع المؤسسات الأهلية الصحية عليها .					
.7	تنبثق البرامج والأنشطة المشتركة مع المؤسسات الأهلية الصحية من الخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي الحكومي.					
.8	الخطة الاستراتيجية تتضمن معايير أداء رقابية واضحة ومؤشرات على البرامج المشتركة .					
المحور الثاني: الإطار القانوني.		**غير موافق بشدة**	**غير موافق**	**محايد**	**موافق**	**موافق بشدة**
.9	يوجد قانون خاص ينظم الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية.					
.10	تبادر المؤسسات الأهلية الصحية لإعداد وتقديم مقترحات قانونية تعزز من العلاقة التشاركية مع القطاع الصحي الحكومي.					
.11	يوجد وعي قانوني لدى القطاع الصحي الحكومي حول أهمية تنظيم العلاقة التشاركية بين الطرفين.					
.12	يتميز المختصون بوضع أسس الشراكة بين الطرفين بالكفاءة.					
.13	تسعى الحكومة من خلال التشريعات واللوائح الحالية لتعزز دور المشاريع والبرامج الصحية المشتركة بين الطرفين.					
.14	تسمح التشريعات القانونية الحالية بتحقيق الرقابة والتنظيم وضبط عقود الشراكة بين الطرفين.					
.15	يلتزم الطرفان بتطبيق التشريعات والأنظمة الصحية الناظمة للعمل الصحي المشترك.					
المحور الثالث: المعلومات الصحية.		**غير موافق بشدة**	**غير موافق**	**محايد**	**موافق**	**موافق بشدة**
.16	تتوفر مؤشرات كافية لقياس مستوى الخدمات الصحية المشتركة.					
.17	تتسم عملية جمع البيانات المشتركة بين الطرفين بالدورية والانتظام.					
.18	تتوفر الجودة والدقة في البيانات التي يتم جمعها عن الخدمات الصحية المشتركة.					
.19	تتسم عملية مراجعة البيانات الخاصة بالخدمات الصحية المشتركة بالدورية .					

20.	يتم تحليل البيانات المشتركة للاستفادة منها في عملية صنع القرارات.					
21.	يتم الوصول للبيانات المطلوبة بكل سهولة وفي الوقت المناسب.					
22.	يسمح تكامل البيانات بين الطرفين بإعطاء معلومات محدثة تلبي احتياجات القطاع الصحي بشكل عام.					
23.	يحسن تكامل البيانات بين الطرفين من أداء العمل الصحي المشترك.					
	المحور الرابع: الرقابة .	**غير موافق بشدة**	**غير موافق**	**محايد**	**موافق**	**موافق بشدة**
24.	يتم وضع معايير رقابية لمتابعة تنفيذ الخدمات الصحية المشتركة (فنية ، إدارية ، مالية).					
25.	تتميز معايير قياس الأداء المستخدمة في الرقابة على عملية الشراكة بالدقة والموضوعية.					
26.	تتميز إجراءات الرقابة على الخدمات الصحية المشتركة بالمرونة وسهولة الفهم.					
27.	تتنوع الأساليب المستخدمة في عملية الرقابة (استخدام الخطة، الملاحظة، التقارير، أسلوب التحليل المالي).					
28.	تساهم تقارير تقييم الأداء في معالجة جوانب القصور وتطوير أداء العمل المشترك.					
29.	يتمتع العاملون في لجان الرقابة على عملية الشراكة بالكفاءة.					
30.	تتسم عملية الرقابة على برامج العمل المشترك بالدورية والانتظام.					
31.	يتم التحقق من مدى فعالية أداء المؤسسات الأهلية الصحية وكفاءتها في تقديم الخدمات الصحية المشتركة.					
	المحور الخامس: التمويل.	**غير موافق بشدة**	**غير موافق**	**محايد**	**موافق**	**موافق بشدة**
32.	توضع خطط تمويل الخدمات الصحية المشتركة بناء على الاحتياجات الصحية للمجتمع.					
33.	يتم توزيع الموارد المالية المتاحة على المؤسسات(الحكومية/الأهلية)الصحية حسب الأولويات.					
34.	تتوفر مصادر تمويل موثوقة لتغطية الخدمات الصحية المشتركة.					

35.	يسمح النظام المالي الحكومي بعقد الشراكات مع المؤسسات الأهلية الصحية.					
36.	تتميز سياسة التعاقدات الحكومية الخاصة بالخدمات الصحية المشتركة بالكفاءة والفاعلية.					
37.	تتميز سياسة التمويل الخارجي(غير الحكومي) الخاصة بالخدمات الصحية المشتركة بالكفاءة والفاعلية.					

ثالثاً: محور استدامة الخدمات الصحية:

من وجهة نظرك إلى أي مدى تساهم الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية في تحقيق ما يلي.

	ثالثاً: الاستدامة	غير موافق	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
38.	زيادة الاستفادة من الموارد البشرية المتاحة للطرفين.					
39.	زيادة الاستفادة من الموارد اللوجستية المتاحة للطرفين.					
40.	تقليل النفقات التشغيلية للخدمات الصحية في قطاع غزة.					
41.	تعزيز الاستفادة من التكنولوجيا الطبية(أجهزة تشخيصية) المتوفرة لدى الطرفين.					
42.	تبادل الخبرات والمعلومات والمعرفة بين الأطراف المتشاركة.					
43.	تنمية وتطوير قدرات العاملين بمختلف المستويات والتخصصات لدى الطرفين.					
44.	تحسين درجة وصول المواطنين للخدمات الصحية في المكان والوقت المناسب.					
45.	تقديم خدمات صحية أمنة للمواطنين.					
46.	تقليل المشاكل التي تواجه العاملين في المرافق الصحية الحكومية.					
47.	تساعد مدراء المرافق الصحية الحكومية على إدارة مرافقهم بشكل أفضل.					
48.	مساعدة الفئات الهشة في الحصول على الخدمات الصحية المناسبة لهم.					

49.	تعزيز قدرات البحث الصحي ورسم السياسات الصحية.					
50.	تزيد من درجة رضى المرضى عن الخدمات الصحية التي تقدم لهم.					

شاكرين لكم حسن تعاونكم،،،

ملحق رقم (2): قائمة المحكمين

	المحكم	التخصص	مكان العمل
1	د. وائل ثابت	كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية	جامعة الأزهر
2	د. مازن أبو قمر	صحة عامة	جامعة الأزهر
3	د. محمود صبرة	رئيس قسم الاقتصاد	جامعة الأزهر
4	د. خليل ماضي	أستاذ مساعد كلية التجارة	جامعة الأزهر
5	د. عبد الكريم رضوان	كلية التمريض	الجامعة الإسلامية
6	د. سمير صافي	رئيس قسم الإحصاء	الجامعة الإسلامية
7	د. يوسف عوض	أستاذ مساعد كلية المهن الصحية	جامعة فلسطين
8	د. أحمد الأغا	عميد كلية القانون	جامعة فلسطين
9	د. محمد عوض	أستاذ مساعد	جامعة فلسطين
10	د. مثقال حسونة	مدير دائرة الأطباء سابق بالإدارة العامة للمستشفيات	وزارة الصحة
11	أ. وليد صباح	مدير وحدة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية	وزارة الصحة
12	جهاد عكاشة	مدير مكتب وكيل الوزارة المساعد	وزارة الصحة

ملحق رقم (3): تسهيل مهمة باحث

STATE OF PALESTINE

Ministry Of Health

Department of Coordination with NGOs

NGOs@moh.gov.ps

دولـة فلسـطين

وزارة الصحـة

وحدة التنسيق مع المؤسسات

الرقم: 35 /2019 التاريخ: 2019/5/12

السادة/ مدراء المستشفيات غير الحكومية المحترمون

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،

الموضوع/ تسهيل مهمة الباحث/ شادي محمد أبو بريك

بالإشـارة للموضـوع أعـلاه ، وبنـاء على موافقـة الإدارة العامـة لتنميـة القوى البشريـة بوزارة الصحة يرجى تسهيل مهمـة **الباحث/ شادي محمد أبو بريك** الملتحق ببرنامج ماجستير التنمية المستدامة – جامعة القدس أبو ديس غزة في إجراء بحث بعنوان:

"واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية – قطاع غزة"

حيث أن الباحث بحاجة لتعبئة استبانة من مدراء المستشفيات غير الحكومية في قطاع غزة بما لا يتعارض مع مصلحة العمل وضمن أخلاقيات البحث العلمي ودون تحمل الوزارة أي أعباء أو مسئولية.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،،،

أ. وليد أحمد صبّاح

مدير وحدة التنسيق مع المؤسسات

نسخة مع الاحترام:

- مستشفى العودة.
- مستشفى الكرامة.
- مستشفى الأملي.
- مستشفى اصدقاء المريض الخيرية.
- مستشفى الخدمة العامة.
- مستشفى القدس.
- مستشفى سان جون.
- مجمع الصحابة الطبي.
- مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي.
- مستشفى يافا.
- مستشفى دار السلام.
- مستشفى الأمل.
- مستشفى الكويتي.

غزة – ش. الوحدة – بناية أمان شرق السويدي – تلفون: 2820797: تلفاكس : 2830661

ملحق رقم (4): تسهيل مهمة وزارة الصحة

State of Palestine
Ministry of health

دولة فلسطين
وزارة الصحة

التاريخ:27/08/2019

رقم المراسلة 356516

السيد : رامي عيد سليمان العبادله المحترم

مدير عام بالوزارة /الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية ـ /وزارة الصحة

السلام عليكم ,,,

الموضوع/ تسهيل مهمة الباحث/ شادي أبو بريك

التفاصيل //
بخصوص الموضوع أعلاه، يرجي تسهيل مهمة الباحث/ **شادي محمد أبو بريك**
الملتحق ببرنامج ماجستير بناء المؤسسات و التنمية موارد بشرية ـ معهد التنمية المستدامة – جامعة القدس أبو ديس ـ فرع غزة في إجراء بحث بعنوان :ـ
" واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الاهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية ـ قطاع غزة "
حيث الباحث بحاجة لتعبئة استبانة من عدد من ذوي المسميات الإشرافية (الفئتين الأولى و العليا) في وزارة الصحة، بما لا يتعارض مع مصلحة العمل وضمن أخلاقيات البحث العلمي، ودون تحمل الوزارة أي أعباء أو مسئولية.
وتفضلوا بقبول التحية والتقدير،
ملاحظة / تسهيل المهمة الخاص بالدراسة أعلاه صالح لمدة 3 أشهر من تاريخه.

محمد ابراهيم محمد السرساوي
مدير دائرة/الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية ـ

التحويلات

■ محمد ابراهيم محمد السرساوي(مدير دائرة) ← رامي عيد سليمان العبادله(مدير عام بالوزارة) إجراءاتكم بالخصوص(27/08/2019)

Gaza Tel. (+970) 8-2846949
Fax. (+970) 8-2826295

غزة تلفون. (+970) 8-2846949
فاكس. (+970) 8-2826295

فهرس الجداول

جدول (2-1): نموذج الشراكة في جمهورية مصر العربية بمستشفى بور سعيد.....27

جدول (2-2): نماذج ناجحة للشراكة بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص.....28

جدول (2-3): نسبة العاملين في القطاعات الصحية.....36

جدول (2-4): المؤسسات الأهلية الصحية (المحلية). 48

جدول (2-5): الربط ما بين البرامج الصحية والأهداف الاستراتيجية الصحية الوطنية 59

جدول (2-6): مؤشرات القضية الصحية لقياس الاستدامة 61

جدول (3-1): مجتمع الدراسة 87

جدول (3-2): درجات مقياس ليكارت الخماسي 89

جدول (3-3): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور " التخطيط الاستراتيجي" والدرجة الكلية للمحور.....91

جدول (3-4): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور " الإطار القانوني" والدرجة الكلية للمحور 92

جدول (3-5): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور "المعلومات الصحية" والدرجة الكلية للمحور. 93

جدول (3-6): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور "الرقابة" والدرجة الكلية للمحور. 94

جدول (3-7): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات محور "التمويل" والدرجة الكلية للمحور. 95

جدول (3-8): معامل الارتباط بين كل فقر من فقرات محور "استدامة الخدمات الصحية" والدرجة الكلية للمحور....96

جدول (3-9): معامل الارتباط بين درجة كل محور من محاور الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة.....97

جدول (3-10): معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة 98

جدول (4-1): توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية.....100

جدول (4-2): توزيع عينة الدراسة حسب النوع 101

جدول (4-3): توزيع عينة الدراسة حسب جهة العمل 102

جدول (4-4): توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي.....102

جدول (4-5): توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي.....103

جدول (4-6): توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة.....103

جدول (4-7): المقياس المعتمد في الدارسة.....104

جدول (4-8): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور " التخطيط الاستراتيجي" 105

جدول (4-9): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور"الإطار القانوني". 107

جدول (4-10): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور"المعلومات الصحية" 109
جدول (4-11): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور" الرقابة" 112
جدول (4-12): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور"مرحلة التمويل" 114
جدول (4-13): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل فقرة من فقرات محور"الاستدامة " 116
جدول (4-14): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل محور من محاور الاستبانة. 118
جدول (4-15): معامل الارتباط بين درجة كل محور من محاور واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية مع محور استدامة الخدمات الصحية 121
جدول (4-16): تحليل الانحدار لاختبار الأثر 122
جدول (4-17): تحليل الانحدار لاختبار الأثر 122
جدول (4-18): نتائج اختبار "التباين الأحادي " لمتغير الفئة العمرية 124
جدول (4-19): نتائج اختبار"T– لعينتين مستقلتين " لمتغير النوع..... 126
جدول (4-20): نتائج اختبار"T– لعينتين مستقلتين" لمتغير جهة العمل 127
جدول (4-21): نتائج اختبار "التباين الأحادي " لمتغير سنوات الخبرة 129
جدول (4-22): نتائج اختبار "التباين الأحادي – " لمتغير المؤهل العلمي 131
جدول (4-23): نتائج اختبار "التباين الأحادي " لمتغير المسمى الوظيفي..... 133

فهرس الأشكال

شكل رقم (1-1): الإطار المفاهيمي للدراسة 7

شكل رقم (2-1): متطلبات الشراكة الناجحة.....17

شكل رقم (2-2): هيكلية وحدة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية 41

شكل رقم (2-3): الأبعاد الثلاثة للاستدامة.....54

فهرس الملاحق

ملحق رقم (1): الاستبانة 154
ملحق رقم (2): قائمة المحكمين 160
ملحق رقم (3): تسهيل مهمة باحث 161
ملحق رقم (4): تسهيل مهمة وزارة الصحة 162

فهرس المحتويات

الإهداء.....1
الإقرار .....ب
شكر وتقدير.....ج
مصطلحات الدراسة.....د
الملخص.....هـ
Abstract.....و
الفصل الأول: خلفية الدراسة.....1
1-1 مقدمة.....1
1-2 مشكلة الدراسة.....2
1-3 أهمية الدراسة.....3
1-3-1 الأهمية العلمية.....3
1-3-2 الأهمية العملية.....4
1-4 أهداف الدراسة.....4
1-5 أسئلة الدراسة.....5
1-6 فرضيات الدراسة.....5
1-7 حدود الدراسة.....6
1-8 محددات الدراسة ومعوقاتها.....6
1-9 متغيرات الدراسة.....7
1-10 هيكلية الدراسة.....8
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة.....9
2-1 **المبحث الأول: الشراكة**.....9
2-1-1 المقدمة.....9
2-1-2 ماهية الشراكة.....10
2-1-3 مبررات الشراكة.....11
2-1-4 أهمية الشراكة.....12
2-1-5 أهداف الشراكة.....13
2-1-6 مبادئ الشراكة.....13

2-1-7 معايير إقامة الشراكة..... 14
2-1-8 خطوات البدء بالشراكة..... 15
2-1-9 فوائد الشراكة 16
2-1-10 عوامل نجاح الشراكة..... 16
2-1-11 تحديات الشراكة 18
2-1-12 أبعاد الشراكة..... 19
2-1-13 معوقات الشراكة..... 22
2-1-14 طبيعة الشراكة بين القطاع الحكومي والقطاع الأهلي 22
2-1-15 الإطار القانوني للشراكة بين وزارة الصحة الفلسطينية والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة. 23
2-1-16 نماذج شراكة ناجحة 24
2-2 **المبحث الثاني: القطاع الصحي الحكومي**..... 29
2-2-1 مقدمة..... 29
2-2-2 النظام الصحي 30
2-2-3 واقع القطاع الصحي الحكومي 30
2-2-4 الحقائق الديمغرافية والمؤشرات الصحية..... 31
2-2-5 الأهداف الاستراتيجية للقطاع الصحي 32
2-2-6 سلة الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الصحي الحكومي الفلسطيني 33
2-2-7 تصنيف مزودي الخدمات الصحية 34
2-2-8 القوى العاملة في القطاع الصحي..... 35
2-2-9 تمويل النظام الصحي..... 36
2-2-10 التأمين الصحي..... 36
2-2-11 حجم الإنفاق على القطاع الصحي الحكومي..... 38
2-2-12 التحديات التي تواجه النظام الصحي الفلسطيني في غزة..... 38
2-2-13 الجهة المسؤولة عن التنسيق بين وزارة الصحة والمؤسسات الصحية الأهلية 40
2-2-14 مهام وحدة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية 41
2-3 **المبحث الثالث: المؤسسات الأهلية الصحية**..... 43
2-3-1 مقدمة..... 43
2-3-2 تعريف المؤسسات الأهلية..... 43
2-3-3 عناصر المؤسسات الأهلية..... 44

2-3-4 أهمية المؤسسات الأهلية..... 44
2-3-5 خصائص المؤسسات الأهلية..... 44
2-3-6 أهداف المؤسسات الأهلية..... 45
2-3-7 دور المنظمات الأهلية في فلسطين..... 46
2-3-8 الخدمات التي تقدمها المؤسسات الأهلية..... 46
2-3-9 المؤسسات الأهلية الصحية في قطاع غزة..... 47
2-3-10 تصنيف المؤسسات الأهلية الصحية العاملة في قطاع غزة..... 47
2-3-10-1 المؤسسات الاجتماعية الخيرية..... 47
2-3-10-2 المؤسسات الأهلية الصحية..... 48
2-4 **المبحث الرابع: الاستدامة**..... 53
2-4-1 تمهيد 53
2-4-2 مفهوم الاستدامة..... 53
2-4-3 العناصر الأساسية للاستدامة..... 54
2-4-4 العناصر الإجرائية للاستدامة..... 54
2-4-5 أنواع الاستدامة..... 55
2-4-6 استدامة الخدمات الصحية 55
2-4-6-1 مفهوم الاستدامة الصحية..... 55
2-4-6-2 عوامل أساسية ضرورية لدعم الصحة المستدامة..... 56
2-4-6-3 العوامل التي تؤثر على الاستدامة في الرعاية الصحية 57
2-4-6-4 العوامل التي تهدد استدامة الرعاية الصحية..... 57
2-4-6-5 .متطلبات استدامة الخدمات الصحية..... 58
2-4-6-6 التنمية المستدامة للخدمات الصحية في فلسطين(وزارة الصحة، 2017) ... 58
2-4-6-7 مؤشرات نجاح استدامة الخدمات الصحية 60
2-5 **الدراسات السابقة**..... 63
2-5-1 دراسات فلسطينية..... 63
2-5-2 دراسات عربية..... 73
2-5-3 دراسات أجنبية..... 77
2-5-4 التعقيب على الدراسات السابقة..... 82
الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها..... 86
3-1 مقدمة 86

2-3 منهج الدراسة 86
3-3 مجتمع الدراسة وعينة الدراسة 87
4-3 عينة الدراسة 88
5-3 أداة الدراسة "الاستبانة" 88
6-3 صدق أداة الدراسة 89
الفصل الرابع: نتائج الدراسة 100
1-4 المقدمة 100
2-4 خصائص عينة الدراسة وفق البيانات الشخصية 100
1-2-4 توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر 100
2-2-4 توزيع عينة الدراسة حسب متغير النوع 101
3-2-4 توزيع عينة الدراسة حسب متغير جهة العمل 102
4-2-4 توزيع عينة الدراسة حسب المسمى الوظيفي 102
5-2-4 توزيع عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي 103
6-2-4 توزيع عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة 103
3-4 المقياس المعتمد في الدارسة Scale 104
1-3-4 الإجابة عن تساؤلات الدراسة 105
1-1-3-4 "التخطيط الاستراتيجي" 105
2-1-3-4 "الإطار القانوني" 107
3-1-3-4 "المعلومات الصحية" 109
4-1-3-4 "الرقابة" 112
5-1-3-4 "التمويل" 114
6-1-3-4 تحليل جميع فقرات الاستبانة 118
الفصل الخامس: ملخص النتائج والاستنتاجات والتوصيات 135
1-5 مقدمة 135
2-5 ملخص النتائج والاستنتاجات 135
3-5 التوصيات 137
4-5 الدراسات المقترحة 142
قائمة المراجع 143
أولاً: المراجع العربية 143
ثانياً: المراجع الأجنبية 150

ثالثاً: المقابلات 151
الملاحق 153
فهرس الجداول 163
فهرس الأشكال 165
فهرس الملاحق 166
فهرس المحتويات 167