



جامعة القدس  
عمادة الدراسات العليا

" دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز  
النظام الصحي الفلسطيني "

عائد محمود مصطفى ياغي

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

2009 - 1430هـ



جامعة القدس  
عمادة الدراسات العليا

" دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز  
النظام الصحي الفلسطيني "

عائد محمود مصطفى ياغي

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1430هـ - 2009

" دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز  
النظام الصحي الفلسطيني "

مقدمة من :

عائد محمود مصطفى ياغي

بكالوريوس طب وجراحة - جامعة أذربيجان الحكومية - الاتحاد السوفيتي سابقا

المشرف: د. بسام أبو حمد

أ. مساعد في الإدارة الصحية

قدمت هذه الرسالة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الصحة  
العامة

القدس - فلسطين

2009 - 1430هـ

جامعة القدس  
عمادة الدراسات العليا  
كلية الصحة العامة / برنامج ماجستير الصحة العامة

### إجازة الرسالة

"دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز  
النظام الصحي الفلسطيني"

اسم الطالب: عائد محمود ياغي

الرقم الجامعي: 20511996

المشرف: د. بسام أبو حمد

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2009/1/24 من لجنة المناقشة المدرجة أسمائهم و

تواقيعهم:

1- رئيس لجنة المناقشة: د. بسام أبو حمد التوقيع

2- ممتحنا داخليا: د. يحيى عابد التوقيع

3- ممتحنا خارجيا: د. مفيد المخلاتي التوقيع

القدس - فلسطين

2009 - 1430هـ

## شهادة

أقر أنا مقدم الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، و انها نتيجة ابحاثي الخاصة باستثناء ما تم الاشارة له حيثما ورد.  
وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

التوقيع.....

عائد محمود ياغي

غزة في: يناير 2009

## إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع الى والدي ووالدتي - أطال الله في عمرهما - والى إخواني وأخواتي ولزوجتي الغالية وابنتي الحبيبتين ولابني الحبيب.  
والى مؤسستي " جمعية الاغاثة الطبية الفلسطينية "، وجميع الهيئات المسؤولة والعاملين فيها.

عائد محمود ياغي

## شكر وتقدير

أنتقدم بجزيل شكري وعظيم امتناني إلى كل أولئك الذين لولاهم لما رأى هذا البحث النور، ومن عميق وخالص مشاعري أنتقدم بكل آيات الشكر والتقدير لكل من ساعدني ووقف جانبي في هذا العمل المتواضع، فأتوجه بالشكر إلى الأخ العزيز د. بسام أبو حمد الذي أشرف على رسالتي هذه، والذي قدم لي كل ما لديه من خبرات وعلم.

كما اشكر كافة المنظمات الأهلية التي قدمت لي كل أشكال المساعدة، وسهلت لي الحصول على ما احتجت إليه من معلومات لإنجاح هذه الدراسة.

كما لا يفوتني أن أنتقدم بالشكر إلى زملائي وأساتذتي الخبراء الذين قاموا بتحكيم الاستبيان الخاص في رسالتي، والذين أتاحوا لي جزءاً من وقتهم الثمين كي اجري معهم المقابلات. ولا أنسى أن أنتقدم بجزيل شكري وامتناني إلى جميع الهيئات المسؤولة في جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية، التي وفرت لي الفرصة للارتقاء بنفسي علمياً وعملياً، وهيات لي كل أسباب التقدم والنجاح، وكذلك الشكر الموصول إلى زميلاتي وزملائي في العمل وكافة الأصدقاء الذين وقفوا بجانبي على الدوام.

وأخيراً... لا أنسى أسرتي الغالية التي وفرت لي الدعم والمساندة والصبر وكذلك المناخ الملائم طيلة فترة الدراسة.

الباحث

عائد محمود ياغي

## الخلاصة

هدفت هذه الأطروحة إلى دراسة دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني في قطاع غزة عبر تحديد الخصائص الرئيسية لهذه المنظمات، وأنواع الخدمات التي تقدمها، والوقوف على واقع التنسيق والتعاون بين هذه المنظمات من جهة، وبينها وبين وزارة الصحة الفلسطينية من جهة أخرى، وكذلك تقديم استنتاجات تساعد على تعزيز الدور التكاملي للمنظمات الصحية الأهلية.

صممت هذه الأطروحة لتكون مقطعية كمية ونوعية، حيث طبقت الطريقة الكمية لدراسة جميع المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية العاملة في قطاع غزة عبر استبيان تم توزيعه على 43 منظمة صحية أهلية، وكانت نسبة الاستجابة 96%، واستخدمت الطريقة النوعية عبر إجراء مقابلات معمقة مع ثمانية من الخبراء في قطاع غزة وبلغت نسبة الاستجابة 100% وذلك في الفترة ما بين يناير وسبتمبر 2008.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن 62% من المنظمات الصحية الأهلية في قطاع غزة تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية عبر 49 مركز صحي، و 16.7% منها تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية من خلال 7 مستشفيات تبلغ عدد الأسرة فيها 287 سريراً. وبينت الدراسة عدم ترخيص 30% من المنظمات الصحية الأهلية من قبل وزارة الصحة والذي اعتبر مظهر من مظاهر الفلتان، وارجع ذلك إلى إهمال وزارة الصحة.

وأظهرت الدراسة بان عدد العاملين والعاملات في المنظمات الصحية الأهلية بلغ 2171 موظفاً وموظفة، وان 26.5% من هؤلاء الموظفين يعملون بوظيفة جزئية، وقد أظهرت الدراسة أن هناك تراجعاً في روح العمل الطوعي داخل هذه المنظمات.



وأشارت نتائج الدراسة إلى تراجع عدد المنظمات الصحية الأهلية التي لديها اتفاقيات تعاون مع وزارة الصحة في الوقت الحالي حيث بلغت نسبة هذه المنظمات 9.5%، وأكدت الدراسة على أهمية وجود اتفاقيات تعاقدية مكتوبة بين وزارة الصحة وتلك المنظمات، وعلى ضرورة إشراك وزارة الصحة المنظمات الصحية الأهلية في عملية التخطيط .

وأوضحت الدراسة بأن 73.8% من المنظمات لها عضوية في إحدى الهيئات أو الاتحادات التنسيقية، وأكدت 93% من المنظمات المستطلعة على أهمية التنسيق فيما بينها، وعلى الرغم من ذلك فلقد أظهرت الدراسة ضعف التنسيق بين المنظمات الصحية الأهلية .

وقد أوصت الدراسة بضرورة تعزيز التنسيق بين مزودي الخدمات الصحية، وضرورة تطوير الخدمات المقدمة من المؤسسات الصحية المختلفة مع المحافظة على عدم تكرار وازدواجية تقديم الخدمات وكذلك تحديث الأنظمة الإدارية الداخلية لديها، والتركيز على التخطيط. كما وتوصي الدراسة بضرورة إيجاد إجراءات واضحة لترخيص وتنظيم ومتابعة مرافق وعمل المنظمات الصحية الأهلية، والعمل على مشاركة المنظمات الصحية الأهلية في وضع الخطط الصحية الوطنية، بحيث تضمن التكامل في تقديم الخدمات والابتعاد عن الازدواجية عبر تشجيع عقد اتفاقيات تعاقدية مكتوبة، والعمل على تشكيل إطار وطني للتعاون يشمل كافة مقدمي الخدمات الصحية.

## Abstract

The aim of this study is to assess the role of the Palestinian health Non-Governmental Organizations (NGOs) in promoting the health system in the Gaza Strip through investigating their profiles, identifying the services they provide and exploring the status of coordination among them and with other health providers particularly the Palestinian Ministry of Health (MOH).

The design of this study is quantitative, qualitative, cross sectional descriptive one. The quantitative component included all the health NGOs operating in the Gaza Strip and were implemented using a structured interviewed questionnaire distributed to 43 health NGOs among them 42 positively responded (96%). The qualitative component implemented through conducting in-depth interviews with purposively selected eight related experts who all positively responded.

The results of the study show that 62% of health NGOs in the Gaza Strip provide primary health care services through 49 health centers and 16.7% of them provide secondary health care services through 7 hospitals which operate 287 beds. Considerable number of NGOs was found to be not licensed by the MOH (30%) which is regarded as a manifestation of chaos and partially attributed to the inability of the MOH to perform its regulatory role effectively. Additionally, the study shows that the total number of human resources working in the health NGOs is 2171 persons; 26.5% of them were working on part-time basis and many were working in other health organizations. The study shows that the spirit of voluntarism is declining within these organizations.

Furthermore, the study shows that 9.5% of health NGOs have had cooperation agreements with the MOH and there was a consensus among experts on the importance of having written contractual agreements between the MOH and these organizations. Also, there was a consensus that health NGOs should be systematically involved in the national health planning processes. The study shows that 73.8% of organizations surveyed have a membership in the NGOs coordinating bodies and 93% of the interviewed NGOs stressed on the importance of coordination between them. Broadly, there was a consensus that the coordination level is regarded as poor between health NGOs and other health providers particularly the MOH which is by the Palestinian law; the responsible coordinating body.

The study recommends that health NGOs need to strengthen the coordination among themselves and between themselves and the other health providers. Additionally, health NGOs need to design and provide their services in a complementary rather than duplicative way. Supporting financial and management systems within NGOs is a priority area. It is also recommended that the MOH should reinforce its regulatory roles through appropriate licensing and follow-up.

## فهرس المحتويات

| الصفحة  | الموضوع                        |
|---------|--------------------------------|
| أ ..... | الإقرار                        |
| ب ..... | الإهداء                        |
| ج ..... | شكر وتقدير                     |
| د ..... | ملخص الدراسة باللغة العربية    |
| و ..... | ملخص الدراسة باللغة الانجليزية |
| ز ..... | فهرس المحتويات                 |

### الفصل الأول

#### خلفية الدراسة

|         |   |
|---------|---|
| 1.....  | 1.1 تقديم                                   |
| 3.....  | 1.2 مشكلة الدراسة                           |
| 4.....  | 1.3 مبررات الدراسة                          |
| 5.....  | 1.4 أهداف الدراسة                           |
| 5.....  | 1.5 تساؤلات الدراسة                         |
| 6.....  | 1.6 خلفية الدراسة                           |
| 6.....  | 1.6.1 الوضع الديموغرافي                     |
| 7.....  | 1.6.2 الوضع السياسي                         |
| 8.....  | 1.6.3 الوضع الاجتماعي والاقتصادي            |
| 9.....  | 1.6.4 الوضع الصحي                           |
| 11..... | 1.6.5 اثر الحصار على الخدمات الصحية المقدمة |
| 13..... | 1.7 تعاريف                                  |
| 13..... | 1.8 إطار الدراسة                            |

## الفصل الثاني مراجعة الأدبيات

- 2.1 الإطار النظري للدراسة.....16
- 2.2 النظام الصحي الفلسطيني.....19
- 2.2.1 خلفيّة دراسة .....19
- 2.2.2 تقويم الخدمات الصحية.....22
- 2.2.3 تمويل القطاع الصحي.....23
- 2.3 المجتمع المدني .....24
- 2.3.1 تطور مفهوم المجتمع المدني.....24
- 2.3.2 مفهوم المجتمع المدني في الفكر العربي.....25
- 2.3.3 المجتمع المدني في فلسطين.....26
- 2.4 المنظمات الأهلية (غير الحكومية) .....27
- 2.4.1 نظرة تاريخية على قطاع العمل الأهلي الفلسطيني.....28
- 2.4.2 دور المنظمات الأهلية.....33
- 2.4.3 دور المنظمات الصحية الأهلية في تقديم الخدمات الصحية.....35
- 2.4.4 النظم الإدارية في المنظمات الأهلية .....38
- 2.4.5 واقع التخطيط .....40
- 2.4.6 التعاون والتنسيق.....42
- 2.4.7 التمويل.....47

## الفصل الثالث

### منهجية الدراسة وإجراءاتها

- 3.1 نوع الدراسة.....51
- 3.2 مجتمع الدراسة.....52

|         |  |
|---------|--|
| 53..... | 3.3 حجم عينة الدراسة ومعدل الاستجابة.....        |
| 53..... | 3.4 م.....                                       |
| 53..... | الدراسة.....                                     |
| 54..... | 3.5 مكان الدراسة .....                           |
| 54..... | 3.6 الاعتبارات الأخلاقية والإدارية للدراسة ..... |
| 55..... | 3,7 أدوات البحث.....                             |
| 56..... | 3.8 الدراسة الأولية.....                         |
| 56..... | 3.9 طريقة جمع المعلومات.....                     |
| 57..... | 3.10 معالجة البيانات.....                        |
| 58..... | 3.11 المصدقية والثبات .....                      |
| 59..... | 3.12 عيوب ومعوقات الدراسة.....                   |

## الفصل الرابع

### النتائج ومناقشتها

|          |  |
|----------|--|
| 60.....  | 4.1 الخصائص العامة للمنظمات الصحية الأهلية.....                    |
| 73.....  | 4.2 الخصائص الديموغرافية لمدراء المنظمات الصحية الأهلية.....       |
| 77.....  | 4.3 مرافق المنظمات الصحية الأهلية.....                             |
| 80.....  | 4.4 خدمات المنظمات الصحية الأهلية.....                             |
| 84.....  | 4.5 النظم الإدارية .....   |
| 87.....  | 4.6 الموارد البشرية.....   |
| 90.....  | 4.7 التطوع في المنظمات الصحية الأهلية.....                         |
| 92.....  | 4.8 التوجهات الإستراتيجية.....                                     |
| 94.....  | 4.9 التخطيط في المنظمات الصحية الأهلية.....                        |
| 101..... | 4.11 البنية الداخلية للمنظمات الصحية الأهلية.....                  |
| 106..... | 4.12 التعاون والتنسيق.....   |
| 118..... | 4.14 تمويل المنظمات الصحية الأهلية.....                            |
| 124..... | 4.15 احتياجات المنظمات الصحية الأهلية.....                         |
| 125..... | 4.16 نقاط القوة ونقاط الضعف في عمل المنظمات الصحية الفلسطينية..... |
| 126..... | 4.17 نصائح ومقترحات .....  |

## الفصل الخامس الاستنتاجات والتوصيات

- 5.1 الاستنتاجات.....129  
5.2 التوصيات.....133

### المراجع

- المراجع باللغة العربية.....136  
المراجع باللغة الانجليزية.....143

### الجدول

- جدول رقم (4.1) توزيع المنظمات حسب خصائصها.....61  
جدول رقم (4.2) توزيع المنظمات حسب الخصائص الديموغرافية لمدائها.....73  
جدول رقم (4.3) توزيع المنظمات حسب المرافق وعدد أسرة المستشفيات.....77  
جدول رقم (4.4.1) توزيع المنظمات حسب مجال عملها في المحافظات.....80  
جدول رقم (4.4.2) توزيع المنظمات حسب خدماتها المقدمة في المجال الصحي.....81  
جدول رقم (4.5) توزيع المنظمات حسب لوائحها الإدارية وإجراءات التوظيف.....84  
جدول رقم (4.6) توزيع المنظمات حسب الموارد البشرية.....87  
جدول رقم (4.7) توزيع المنظمات حسب التطوع.....90  
جدول رقم (4.8) توزيع المنظمات حسب التوجهات الإستراتيجية.....92  
جدول رقم (4.9) توزيع المنظمات حسب التخطيط.....94  
جدول رقم (4.10) توزيع المنظمات حسب معيقات تنفيذ الخطة.....99  
جدول رقم (4.11) توزيع المنظمات حسب بنيتها الداخلية.....101  
جدول رقم (4.12) توزيع المنظمات حسب الشراكة والتنسيق مع وزارة الصحة.....106  
جدول رقم (4.13) توزيع المنظمات حسب الشراكة والتنسيق مع المؤسسات الأخرى.....113

- جدول رقم (4.14) توزيع المنظمات حسب متغيراتها المالية.....118  
جدول رقم (4.15) توزيع المنظمات حسب احتياجاتها الحالية .....124

### الأشكال

- رسم بياني (4.1) توزيع المنظمات حسب المحافظة.....62  
رسم بياني (4.2) توزيع المنظمات حسب سنة التأسيس.....65  
رسم بياني (4.3) توزيع مدراء المنظمات حسب الجنس.....74  
رسم بياني (4.4) الفئة العمرية لمدراء المنظمات .....75  
رسم بياني (4.5) المرافق التابعة للمنظمات الصحية الأهلية.....77  
رسم بياني (4.6) توزيع أسرة المستشفيات.....79  
رسم بياني (4.7) توزيع الموارد البشرية في المنظمات .....87  
رسم بياني (4.8) توزيع المنظمات حسب وجود الخطط لديها.....95  
رسم بياني (4.9) توزيع المنظمات حسب جهة تقديم التقارير.....102  
رسم بياني (4.10) توزيع المنظمات حسب نظرتها للعلاقة مع وزارة الصحة.....107  
رسم بياني (4.11) توزيع المنظمات حسب اتفاقيات تعاون مع وزارة الصحة.....110  
رسم بياني (4.12) توزيع المنظمات حسب إفصاحها عن موازاناتها .....119

### الملاحق

- ملحق رقم (1) أسماء الخبراء الذين تم إجراء المقابلات المعمقة معهم.....145  
ملحق رقم (2) الاستبيان.....146  
ملحق رقم (3) قائمة بأسماء المحكمين .....156  
ملحق رقم (4) أسئلة المقابلات .....157  
ملحق رقم (5) قائمة بأسماء المنظمات التي شملتها الدراسة.....158  
ملحق رقم (6) رسالة تحكيم.....160  
ملحق رقم (7) رسالة مركز المعلومات.....161

## الفصل الأول

### خلفية الدراسة

#### 1.1 تقديم

لعبت المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية دوراً مهماً و متميزاً خلال الأعوام الماضية في ضمان توفير الخدمات الصحية للمجتمع الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، وشكلت جزءاً أساسياً من بنية النظام الصحي الفلسطيني، فقبل قيام السلطة الوطنية الفلسطينية بذلت المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية جهداً كبيراً للتخفيف من ظروف الحياة الصعبة التي عاشها المواطن الفلسطيني بفعل ممارسات وسياسات الاحتلال الإسرائيلي فكانت المهمة الملقة على عاتقها كبيرة في ظل الاحتلال.

ويمكن تلخيص دور المنظمات الأهلية بالاستجابة السريعة لمتطلبات المرحلة واحتياجات المجتمع المحلي وتحريك وتعبئة المجتمع الدولي تجاه الحقوق الوطنية الفلسطينية، وفضح الانتهاكات الإسرائيلية من خلال العديد من المبادرات والأنشطة، وكذلك تنفيذ برامج الطوارئ والإغاثة لمواجهة تبعات العدوان الإسرائيلي وحالة الحصار الشامل المفروضة على الأراضي الفلسطينية. وقد اتصفت فترة الاحتلال الإسرائيلي بالتعددية والازدواجية في تقديم الخدمات الصحية وانعدام التعاون والتنسيق مع القطاع الحكومي الرسمي.

وكانت السمة الرئيسية لطبيعة العلاقات بين المنظمات الصحية الأهلية ووزارة الصحة الفلسطينية والتي تطورت منذ عام 1994م مع استلام الفلسطينيين لزام الأمور في المجال الصحي هي التعاون والتنسيق وصولاً إلى إقامة علاقات شراكة بين مقدمي الخدمات الصحية في كافة القطاعات



الأهلية والرسمية بهدف تقليل الإزدواجية والتكامل في إطار خطة وطنية شاملة للرعاية الصحية، والاتفاق على أنظمة عمل موحدة. فقد شهدت الفترة السابقة تنسيقاً ملحوظاً بين المنظمات الأهلية بالقطاع الواحد وبين هذه المنظمات والوزارات المعنية، حيث نشأت لجان ومجالس مشتركة، ساهمت إلى حد ما في بلورة السياسات القطاعية العامة، كما ساهمت في بلورة إطار تشاوري ممأسس بين المنظمات الأهلية وبعض الوزارات ( عبد الهادي، 2002 ).

وستتناول هذه الدراسة الدور الذي تقوم به المنظمات الصحية الأهلية في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني في قطاع غزة، وكذلك حالة التنسيق والتشبيك في الواقع الفلسطيني والذي يكتسب أهمية استثنائية، نظراً للمخاطر المحيطة بالواقع السياسي الفلسطيني، ونظراً لقلّة المصادر المتاحة، بالإضافة إلى الأهمية الكبيرة للتنسيق والتخطيط الإستراتيجي للعمل الأهلي.

فقد اتسمت علاقة المنظمات الأهلية فيما بينها بالتنافس، وابتعدت في كثير من الأحيان عن التنسيق الفعال فيما بينها، إلا أن هذه المنظمات أدركت فيما بعد أهمية التنسيق والتشاور والتعاون فيما بينها، وقامت بعض المنظمات الأهلية بتأسيس شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية في عام 1994م، والتي أصبحت الآن تضم عدداً واسعاً من المنظمات الأهلية والتي تقدم خدمات نوعية ومتميزة للمجتمع الفلسطيني في كافة المجالات والتي استطاعت خلال الأعوام الماضية ترسيخ وجودها ودورها الوطني والتنموي والمجتمعي (شبكة المنظمات الأهلية، 1994).

وستناقش الدراسة كذلك العلاقة بين وزارة الصحة الفلسطينية والمنظمات الصحية الأهلية والتي اتسمت بالمد والجزر، بحيث كانت علاقة جيدة في مراحل وغير جيدة في مراحل أخرى، وهذا له علاقة بتغيير الأشخاص القائمين على الوزارة وبخاصة الوزراء، حيث أن وجود وزير غير مقتنع بأهمية وبدور المنظمات الأهلية يؤثر كثيراً على العلاقة ( منتدى العمل الاهلي، 2006 ). كما ستحاول الدراسة الوصول إلى اقتراحات لتحسين التعاون ما بين المنظمات الأهلية العاملة في

القطاع الصحي من جهة و وزارة الصحة من جهة أخرى، قائم على أساس الشراكة الكاملة بما تعنيه الشراكة من تحديد الأولويات والاحتياجات والتنظيم والتخطيط والتنفيذ والمتابعة والمراقبة والتقييم بشكل مشترك وحقيقي.

## 1.2 مشكله الدراسة

لعبت المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية دورا مهما و متميزا خلال الأعوام الماضية في توفير الخدمات الصحية للمجتمع الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، وشكلت جزءا أساسيا من بنية المجتمع الفلسطيني، ومع أن مئات الآلاف من سكان الضفة والقطاع يستفيدون من خدمات هذه المنظمات، التي يصل تمويلها حوالي 54 مليون دولار سنويا ( Rome Conference, 2004 )، إلا أنه وحتى يومنا هذا لم يتم دراسة إلى أي مدى تتكامل الخدمات المقدمة من المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية مع الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمات الآخرين. وكذلك لم يجد الباحث أحدا قد قام بالتطرق مسبقا إلى مدى مساهمة هذه الخدمات في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني في أي دراسة متخصصة أو بحث حول هذا الموضوع .

مما سبق وكون الباحث يعمل في إحدى المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية التي تعمل في قطاع غزة منذ ما يزيد عن العشرين عاما، وقيامه بدور المنسق للقطاع الصحي في شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة والتي تضم أكثر من ستين منظمة أهلية، فقد شعر الباحث أنه من الضروري القيام بهذه الدراسة للوصول إلى استنتاجات تساعد صناع القرار في المنظمات الأهلية والمنظمات الصحية الأخرى إلى تعزيز الدور التكاملي للمؤسسات الأهلية.

### 1.3 مبررات الدراسة

بسبب خصوصية الوضع الفلسطيني فإن النظام الصحي الفلسطيني يختلف عن غيره من الأنظمة الصحية في الدول الأخرى بتعدد الأطراف المقدمة للخدمات الصحية، والتي من بينها المنظمات الأهلية الفلسطينية والتي تقوم بتقديم خدماتها للمواطنين الفلسطينيين في العديد من مناطق تواجدهم، ولقد تباينت التقارير الصادرة عن الجهات المختلفة حول عدد المنظمات الأهلية التي تقدم خدمات صحية، وكذلك تباين الحديث عن أهمية الخدمات التي تقدمها هذه المنظمات ودورها في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني، نظرا للاعتقاد بان هناك ضعف في التنسيق والتعاون بين مقدمي الخدمات الصحية المختلفة والذي أدى إلى ازدواجية وتكرار في بعض الخدمات المقدمة، وضعف بعض الخدمات الأخرى.

ولهذه الدراسة أهمية خاصة كونها تأتي في فترة يتم فيها إعادة تشكيل وإصلاح النظام الصحي الفلسطيني، تلك الخطوات التي بدأت منذ فترة وما زالت مستمرة، حيث أنه وحتى يومنا هذا لم تتم دراسة هذا الموضوع الحيوي والهام، حيث أن جميع الدراسات السابقة عالجت جوانب معينة وتطرقت إما إلى المنظمات الأهلية بشكل عام، أو إلى المنظمات الأهلية العاملة في القطاع الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة.

ومن هذا المنطلق وللأسباب والمبررات السابق ذكرها ارتأى الباحث أن يقوم بهذه الدراسة. إن نتائج هذه الدراسة ستوفر معلومات أكثر تفصيلية عن المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية العاملة في قطاع غزة، وستساعد في التعرف على دور المنظمات الصحية الأهلية ونوعية الخدمات التي تقدمها، وستكون هذه النتائج مفيدة للقائمين على والمستفيدين من مراجعة وإصلاح النظام الصحي، وستساهم في الوصول إلى استنتاجات تساعد صناع القرار لدى مقدمي الخدمات الصحية المختلفين

في التخطيط السليم للقطاع الصحي الفلسطيني، والذي سيساعد بدوره في تعزيز الدور التكاملي للمنظمات الأهلية في النظام الصحي الفلسطيني، وقد تقيّد هذه الدراسة في فتح آفاق جديدة أمام مزيد من الدراسات الأخرى في هذا المجال.

#### 1.4 أهداف الدراسة

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف على الخدمات الصحية المقدمة من المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة، ومدى مساهمتها في تعزيز الخدمات الصحية.
2. تحديد الخصائص الرئيسية للمنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة وأنواع الخدمات التي تقدمها .
3. دراسة مدى تكامل الخدمات المقدمة من المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية مع الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمات الآخرين.
4. استخلاص الاستنتاجات التي تساعد صناع القرار في المنظمات الأهلية والمنظمات الصحية الأخرى على تعزيز الدور التكاملي للمؤسسات الصحية الأهلية.

#### 1.5 تساؤلات الدراسة

تسعى هذه الدراسة الى الاجابة عن التساؤلات التالية :

- 1- ما هي أهم الخصائص الرئيسية للمنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة من حيث نشأتها، وتوزيعها الجغرافي، ونطاق عملها، ونظم إدارتها، ومصادر تمويلها، ودورها المجتمعي؟

- 2- ما هي الخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة؟
- 3- ما هي الفئات الأكثر استهدافا في عمل المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة؟
- 4- ما نسبة اعتماد المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة على التمويل الخارجي؟
- 5- هل هناك تنسيق وتعاون بين المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية ووزارة الصحة الفلسطينية؟
- 6- ما هي مجالات التدخل لتحسين التنسيق والتعاون بين مقدمي الخدمات الصحية؟
- 7- إلى أي مدى تتكامل الخدمات المقدمة من المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية مع الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمات الآخرين؟
- 8- ما هي أهم المعوقات التي تواجه المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في عملها؟
- 9- ما هي التوصيات والمقترحات التي يمكن أن تساعد في تعزيز مساهمة المنظمات الصحية الأهلية في تطوير القطاع الصحي الفلسطيني؟

## 1.6 خلفية الدراسة

### 1.6.1 الوضع الديموغرافي:

حيث أن الدراسة تعني بدراسة المنظمات الصحية الأهلية العاملة في قطاع غزة، فإنه من الضروري ان نتطرق الى الوضع الديموغرافي للقطاع. فقطاع غزة هو منطقة من منطقتين جغرافيتين منفصلتين هما الضفة الغربية وقطاع غزة تتكون منهما أراضي السلطة الفلسطينية، وتقوم مساحة الضفة الغربية مساحة قطاع غزة بأكثر من خمس عشرة مرة "5655 كم مربع

مقابل 365 كم مربع" ( فلسطين، وزارة الصحة ، 2007 )، ويبلغ تعداد الفلسطينيين في هاتين المنطقتين 3,761,646 مليون نسمة ( فلسطين، مركز الإحصاء الفلسطيني، 2008 ). فقطاع غزة شريط ساحلي ضيق ومزدحم بالسكان يتكون من خمس محافظات، ويبلغ عدد سكانه 1,416,539 مليون نسمة. هذا وتعتبر محافظة غزة أكبر محافظات قطاع غزة من حيث عدد السكان، إذ يبلغ عدد سكانها حوالي 496 ألف نسمة، وتعتبر محافظة رفح أقل محافظات قطاع غزة من حيث عدد السكان، فقد بلغ عدد سكانها حوالي 173 ألف نسمة ( فلسطين، مركز الإحصاء الفلسطيني، 2008 ).

وأظهرت البيانات أن المجتمع الفلسطيني المقيم في قطاع غزة فتياً حيث تبلغ نسبة السكان تحت سن خمسة عشر عاماً 49.1% من مجمل السكان. ولوحظ انخفاض نسبة الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 65 سنة فأكثر حيث قدرت هذه النسبة منتصف عام 2006م بحوالي 2.6% في قطاع غزة ( فلسطين، وزارة الصحة ، 2007 ). وبلغت الكثافة السكانية لعام 2007 نحو 625 فرد/كم<sup>2</sup> في الأراضي الفلسطينية، بواقع 3,881 فرد/كم<sup>2</sup> في قطاع غزة ( صحيفة الحياة، 2008، 11 يوليو )، ومن المتوقع أن يزداد عدد السكان بنسبة تقدر بحوالي 50% بحلول عام 2020 ( فلسطين، وزارة الصحة ، 2007 ).

هذا ويمكننا القول بان المؤشرات السكانية العامة تؤكد الحاجة إلى ايلاء عناية واهتمام خاص بالجانب الصحي وتمكين الأسرة في المجتمع.

## 1.6.2 الوضع السياسي:

تتأثر الأوضاع السياسية في قطاع غزة بعدة عوامل منها:

### 1.6.2.1 الاحتلال الإسرائيلي: فعلى الرغم من ادعاء إسرائيل بانسحابها من قطاع غزة على أثر

تنفيذ خطة إعادة الانتشار في سبتمبر 2005م، إلا أن الاحتلال الإسرائيلي ما زال موجوداً قانونياً

ومادياً ( متى، 2005 )، وما زال يواصل اعتدائه على المواطنين الفلسطينيين وممتلكاتهم، حيث خلفت هذه الاعتداءات منذ بدء الانتفاضة آلاف الشهداء والجرحى.

**1.6.2.2 الانقسام الداخلي الفلسطيني:** لقد أدت الخلافات بين حركتي فتح وحماس إلى وقوع اشتباكات مسلحة بينهما، انتهت بسيطرة حركة حماس على قطاع غزة في منتصف يونيو 2007م، لينشأ واقع جديد عزز من حالة الانقسام الجغرافي بين الضفة الغربية وقطاع غزة، ونتج عن ذلك حكومة في الضفة الغربية وحكومة أخرى في قطاع غزة، وتعطلت أعمال المجلس التشريعي الفلسطيني كهيئة موحدة.

وقد عكست حالة الانقسام والمناكفات السياسية نفسها على قطاع الصحة في قطاع غزة، فشهد انعكاساتاً سلبية عديدة أثرت على أداء القطاع الصحي وهددت وجوده، مما انعكس سلباً على صحة المواطن الفلسطيني، وقد ينذر بوضع صحي كارثي، وهذا يعود للعديد من الممارسات غير المهنية نتيجة للتضارب والخلل الإداري بين جناحي الوطن في الضفة والقطاع.

### **1.6.3 الوضع الاجتماعي والاقتصادي:**

عند الحديث عن الصحة يجب ان نتذكر المحددات الرئيسية للصحة والتي يقف في مقدمتها العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية، والتي أوجبت على الباحث ان يتطرق في دراسته للوضع الاجتماعي والاقتصادي لقطاع غزة حيث يتم اجراء الدراسة فقد أصبح سكان قطاع غزة أكثر اعتماداً في معيشتهم على المساعدات الإنسانية التي تقدمها مؤسسات دولية مثل الأنروا وبرنامج الغذاء العالمي والمنظمات الأهلية الفلسطينية ( الشوا، 2008 )، وذلك بسبب الظروف الحياتية في القطاع، والتي تدهورت منذ اندلاع الانتفاضة في سبتمبر 2000م، والتي ازدادت تدهوراً خلال العامين الماضيين نتيجة تشديد الحصار الإسرائيلي لقطاع غزة، وكذلك نتيجة الانقسام السياسي والذي أدى إلى ضعف دور السلطة في تقديم الخدمات. وبناء على تقارير المؤسسات الدولية فقد

وصلت نسبة اعتماد الأسر الفلسطينية في قطاع غزة على المساعدات الغذائية الدولية إلى 80% في بداية 2008 مقارنة مع 63% في عام 2006 ( OCHA, 2008 )، ومع توقف حركة استيراد المواد الخام والتصدير، وتوقف مشاريع البناء والبنية التحتية وإغلاق الآلاف من المصانع والمنشآت الإنتاجية ارتفعت نسبة البطالة بين عمال قطاع غزة بشكل غير مسبوق لتصل إلى 65% ( الشوا، 2008، غير منشور). ومما زاد من حدة الفقر والبطالة في القطاع قيام قوات الاحتلال الإسرائيلي بتدمير البنية التحتية للمدن والقرى الفلسطينية، وتدمير العديد من المؤسسات الإنتاجية والخدماتية، بما فيها مؤسسات السلطة الأمنية. ورافق ذلك اقتلاع وتدمير القطاع الزراعي بما فيه من أشجار معمرة مثمرة وحقول فواكه وخضار وثروة زراعية وحيوانية ومناحل للعسل، كانت تشكل أكثر من 40% من حجم الناتج الإجمالي المحلي الفلسطيني ( الشوا، 2008، غير منشور).

#### 1.6.4 الوضع الصحي:

عند التطرق إلى الوضع الصحي في قطاع غزة يجب أن لا نغفل العوامل التي تؤثر على الصحة ومحدداتها ومنها الوضع الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والتعليم والبطالة والدخل، والمساواة والديمقراطية، وهي محددات مهمة وضرورية عند الحديث عن الوضع الصحي في القطاع، فالمشاكل الصحية الحالية التي نعاني منها ليست جديدة، وذلك لأسباب عديدة يقف في مقدمتها وجود الاحتلال الإسرائيلي، والذي يعد أطول احتلال في التاريخ الحديث، فقطاع غزة حالياً يمر بفترة الانتقال الوبائي ويعاني من الأمراض الناجمة عن الفقر المدقع، الأمراض الناجمة عن التوتر والضغط النفسي كأمراض القلب والضغط والسكري والسرطان، وإضافة لذلك الإصابات الناتجة عن الاعتداءات الإسرائيلية والقتال الداخلي ( أبو حمد، 2007 ).



ولكن مقارنة بالدول الأخرى ذات الدخل المتوسط والمنخفض فإن مؤشرات الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية تعتبر جيدة، حيث يبلغ معدل الوفاة بين الاطفال الرضع 23 لكل ألف مولود، فيما يقدر معدل وفيات الأمهات ب 13.8 لكل (100,000) مئة ألف مولود حي ( فلسطين، وزارة الصحة، 2007 ) وتعد الأمراض المصاحبة للولادة المبكرة والأطفال المبتسرين وأمراض الجهاز التنفسي والتشوهات الخلقية والموت المفاجئ للأطفال حديثي الولادة من أهم أسباب الوفاة للأطفال الرضع، بينما كانت الحوادث من أهم أسباب الوفاة للفئة العمرية من 5-19 سنة بنسبة بلغت 29.2% فيما لعبت الأورام دوراً رئيساً في وفاة البالغين عند عمر 20-59 عاماً بنسبة بلغت 14.3%، فيما تشكل أمراض القلب عند المسنين الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق العامل الرئيس للوفاة وبمعدل 28.9% ( فلسطين، وزارة الصحة، 2006 ). إن المحافظة على هذا الوضع الصحي الجيد قد لا تكون ممكنة في ظل التدهور المستمر في الوضع الاقتصادي حيث انخفض الناتج القومي المحلي في عام 2006 بنسبة الثلث مقارنة مع عام 1999م، وبلغت نسبة الفقر 60% (البنك الدولي، 2007).

وتجدر الإشارة إلى أن هناك فروقاً في الأحوال الصحية ومحدداتها بين قطاع غزة والضفة الغربية، حيث ان معدلات الإنجاب والوفيات ووفيات الأطفال، والفقر والبطالة والافتقار السكاني في قطاع غزة أعلى من مثيلاتها في الضفة الغربية. كما أن هناك اختلافاً بين الضفة والقطاع في نمط الخدمات الصحية والإستشفائية وتوزيعها ودور مقدميها، وفي توفر المهنيين الصحيين ودرجة تأهيلهم، وفي القوانين والنظم التي تحكم العمل الصحي وتنظمه، وفي معدلات ونمط الإنفاق على الصحة ( عاشور، 2006 ).

## 1.6.5 اثر الحصار على الخدمات الصحية المقدمة:

وعلى أثر إندلاع الانتفاضة الثانية في سبتمبر 2000م عانى قطاع غزة كباقي الاراضي الفلسطينية من الاعتداءات الاسرائيلية المتكررة، بالإضافة إلى حصار وعزل قطاع غزة عن العالم الخارجي و تحويله الى سجن كبير، وبعد التغيرات الدراماتيكية في الوضع السياسي على أثر الانتخابات التشريعية في بداية 2006م، وتشكيل حركة حماس للحكومة العاشرة في نهاية آذار 2006م وما تبعها من خلافات داخلية انتهت بسيطرة حماس على قطاع غزة في منتصف حزيران 2007م، لجأت إسرائيل إلى فرض عقوبات جماعية وإعلان غزة كيان معاد. ونتيجة ذلك كله تأثر القطاع الصحي عامة ووزارة الصحة خاصة بالأزمة الاقتصادية الحادة التي مرت بها السلطة الوطنية الفلسطينية بعد توقف اسرائيل عن تحويل عائدات الضرائب ووقف المساعدات الدولية، والتي أدت إلى عدم قدرة السلطة الوطنية الفلسطينية على دفع رواتب العاملين ومن بينهم العاملين في وزارة الصحة خلال الفترة بين آذار 2006م وتموز 2007م، ولم تعد وزارة الصحة قادرة على توفير نفقاتها التشغيلية وتوقفت جميع المشاريع التطويرية، وقد شكل هذا كله عبئاً إضافياً على كاهل مقدمي الخدمات الصحية الآخرين وخاصة المنظمات الصحية الأهلية. وقد أشارت منظمة الصحة العالمية في تقاريرها المختلفة إلى وجود نقص في العشرات من أصناف الأدوية والمئات من أصناف المستلزمات الطبية المختلفة، بالإضافة إلى تعطل العديد من الأجهزة الطبية نتيجة عدم توفر قطع الغيار ( WHO, 2008 )، ونتيجة لاستمرار إغلاق معابر القطاع ارتفع عدد المتوفين من المرضى الذين لم يتمكنوا من العلاج في الخارج الى 252 مريضاً (صحيفة القدس، 2008، 20 أكتوبر).

وأظهرت الدراسة التي أجرتها اليونيسيف بالتعاون مع جمعية أرض الإنسان حول تقييم الوضع الغذائي للأطفال في قطاع غزة، إنحداراً مستمراً في مؤشرات التغذية في قطاع غزة منذ عام

2000م، حيث قدرت الدراسة عدد الأطفال دون سن الخامسة في قطاع غزة بحوالي 255 ألف طفل منهم 26.265 طفل يهدد الخطر وضعهم الصحي أي بنسبة 10.3 % بسبب تدهور الوضع التغذوي لديهم ومنهم 657 طفل صنفوا بالحالات الصعبة. وأرجعت هذه الدراسة تدهور الوضع الغذائي لدى الأطفال إلى ارتفاع نسب الفقر والبطالة في قطاع غزة وتدني مستوى الخدمات وبخاصة خدمات الصرف الصحي وكذلك الحصار الإسرائيلي المفروض على قطاع غزة، وحسب نفس الدراسة فإن نسبة ضعف الدم لدى الأطفال الرضع ارتفعت بمعدل 70% مقارنة ببيانات الفترة من يونيو الى سبتمبر 2006م ( UNICEF, 2008 ). ويشير برنامج غزة للصحة النفسية الى أن الحصار والمعاناة الإنسانية التي يعيشها المواطنون الفلسطينيون أدت إلى تأثيرات كارثية على وضع الصحة النفسية، وخاصة بين الأطفال والنساء، وأدت إلى ارتفاع معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية.

ونتيجة لهذا كله عانت المنظمات الصحية الأهلية نتيجة للحصار كبقية شرائح ومؤسسات المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة، ولكنها عملت جاهدة على حماية القطاع الصحي الفلسطيني من الإنهيار وعملت على تحييده عن الصراعات السياسية، وقامت بتنفيذ العديد من البرامج والمشاريع، وطرأت زيادة ملحوظة على نوعية وعدد الخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية الأهلية في الفترة الأخيرة، نتيجة لتردي وتراجع الخدمات التي تقدم من قبل وزارة الصحة الفلسطينية على أثر الحصار المفروض على قطاع غزة، والإضرابات المتتالية في القطاع الصحي الحكومي، ولقد أثر هذا بدوره على جودة الخدمة المقدمة في هذه المنظمات، وأثر على مخزون الأدوية لدى هذه المنظمات، حيث أن المنظمات الأهلية لا تملك الموارد البشرية والمالية الكافية لتغطية هذا العجز (WHO, 2008).

## 1.7 تعاريف :

**النكبة:** مصطلح يستخدم من قبل الفلسطينيين وآخرين لوصف تشريد مئات الآلاف من الفلسطينيين من أراضيهم على أثر إعلان دولة إسرائيل بعد نهاية حرب 1948م .

**الأراضي الفلسطينية المحتلة:** بدأ استخدامه من قبل الأمم المتحدة والمقصود به الأراضي

الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة والتي احتلت من قبل إسرائيل على اثر حرب 1967.

**اتفاقية أوسلو:** اتفاقية إعلان مبادئ وقعت في واشنطن للسلام بين منظمة التحرير الفلسطينية

وحكومة إسرائيل في 13 سبتمبر/أيلول 1993م، وأصبحت تعرف فيما بعد باتفاقية اوسلو بسبب

عقد جلسات المفاوضات السرية في مدينة أوسلو في النرويج ( سعيد، 2002 ).

**محددات الصحة:** هي العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والتعليمية والثقافية والبيئية التي

تترك أثراً على صحة المواطن.

**المنظمات الأهلية الفلسطينية:** هي المنظمات أو المؤسسات غير الحكومية الفلسطينية العاملة في

الأراضي الفلسطينية المحتلة.

**المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية:** أي منظمة أو مؤسسة غير حكومية فلسطينية تقدم خدمات

صحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة، ولا يشمل ذلك المؤسسات الخاصة.

## 1.8 إطار الدراسة:

تحتوي هذه الدراسة على 5 فصول على النحو التالي:

### 1.8.1 الفصل الأول: مقدمة ويشمل:

- مشكله ومبررات وأهداف وتساؤلات وخلفية الدراسة.

- الوضع الديموغرافي في قطاع غزة .
- الوضع السياسي والاجتماعي والاقتصادي.
- الوضع الصحي وأثر الحصار على الخدمات الصحية المقدمة.
- تعريفات.

### 1.8.2 الفصل الثاني - مراجعة الأدبيات ويشمل:

- خلفية تاريخية عن النظام الصحي الفلسطيني.
- تقديم الخدمات الصحية بما فيها الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة والرعاية الثانوية والثالثة.
- المجتمع المدني وتطوره في الفكر العربي وفي فلسطين.
- دور المنظمات الصحية الأهلية والخدمات التي تقدمها، ونظمها الإدارية، و واقع التخطيط فيها.
- التعاون والتنسيق بين المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية و وزارة الصحة الفلسطينية.
- واقع تمويل المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية وتمويل القطاع الصحي.

### 1.8.3 الفصل الثالث - منهجية البحث ويشمل:

- مدة الدراسة، ومكانها.
- نوع الدراسة، ومجتمع الدراسة.
- حجم العينة ومعدل الاستجابة.
- الاعتبارات الأخلاقية والإدارية للدراسة.
- إجراء الدراسة الأولية.
- أدوات البحث.

- طريقة جمع المعلومات ومعالجتها.
- المصادقية والثبات.
- عيوب ومعوقات الدراسة.

#### 1.8.4 الفصل الرابع - النتائج والتحليل:

- الخصائص العامة للمنظمات الصحية الأهلية من ناحية جهة التسجيل وسنة التأسيس.
- الخصائص الديموغرافية لمدرء المنظمات الصحية الأهلية من حيث الجنس والفئة العمرية والمؤهل العلمي.
- مرافق المنظمات الصحية الأهلية وأنواعها .
- النظم الإدارية والموارد البشرية في المنظمات الصحية الأهلية.
- التوجهات الإستراتيجية والتخطيط في المنظمات الصحية الأهلية.
- التعاون والتنسيق مع المؤسسات الأخرى و وزارة الصحة.
- مصادر تمويل المنظمات الصحية الأهلية.
- نقاط القوة والضعف في عمل المنظمات الصحية الأهلية.
- مقترحات لتعزيز دور المنظمات الصحية الأهلية التكاملية مع وزارة الصحة.

#### 1.8.5 الفصل الخامس: الاستنتاجات والتوصيات ويشمل:

- استنتاجات الدراسة.
- توصيات الدراسة.

## الفصل الثاني

### مراجعة الأدبيات

سيعرض هذا الفصل خلفية عن النظام الصحي الفلسطيني وهيكلته، والخدمات الصحية المقدمة، وسيتناول أيضا تطور مفهوم المجتمع المدني، ثم سيتم التطرق إلى المنظمات الأهلية الفلسطينية، ودور المنظمات الصحية والخدمات التي تقدمها، والنظم الإدارية فيها وخاصة سياسة التوظيف والموارد البشرية ونظام التحفيز، و واقع التخطيط لدى المنظمات الصحية الأهلية .

وسيتم التطرق إلى علاقة المنظمات الأهلية الفلسطينية مع السلطة الوطنية الفلسطينية، وسيتم التركيز على علاقة المنظمات الصحية الأهلية مع وزارة الصحة الفلسطينية، وكذلك سيتم تناول التعاون والتنسيق بين المنظمات الصحية الأهلية فيما بينها، وينتهي الفصل باستعراض لنشأة التمويل وخاصة تمويل المنظمات الأهلية الفلسطينية والقطاع الصحي الفلسطيني.

#### 2.1 الإطار النظري للدراسة:

الإطار النظري هو خارطة توضح حدود البحث والمتغيرات المشمولة به، ونظرا لأن هذا البحث وصفي، كمي، كيفي، وبعد مراجعة الأدبيات ذات العلاقة وانسجاما مع أهداف البحث ومشكلته، شمل الباحث المفاهيم والمتغيرات التالية والتي شكلت إطارا نظريا لهذه الأطروحة:

- المتغيرات الديمغرافية للمدراء: اشتمل البحث على متغيرات ذات علاقة بمدراء المنظمات الصحية الأهلية، نظرا لأنها تشكل عاملا هاما في الدور الذي تلعبه المنظمات الصحية الأهلية، وتشمل تلك المتغيرات الجنس والعمر والمؤهل العلمي.

- الخصائص العامة للمنظمات الصحية الأهلية: اشتمل البحث على متغيرات خاصة بالمنظمات الصحية الأهلية، مثل توزيع هذه المنظمات حسب المحافظة، ومنطقة نشاطها، وجهة تسجيلها، والتجمعات السكنية والفئات المستهدفة من عملها، وكذلك نوع الخدمة المقدمة من قبلها وذلك لفحص مدى مساهمتها في ضمان تغطية الخدمات ودورها في تعزيز الصحة في المناطق المهمشة.
- مرافق المنظمات الصحية الأهلية: تم التطرق إلى نوع هذه المرافق سواء مراكز رعاية صحية أولية أو مستشفيات أو مراكز أخرى مثل مراكز للعلاج الطبيعي ومراكز للتأهيل ومراكز لفحص السمع والنطق ومراكز للتأهيل، وكذلك عدد أسرة المستشفيات وتوزيعها على المحافظات سواء أسرة الولادة والجراحة والباطنة والأطفال وأسرة إعادة التأهيل، وذلك بهدف الوقوف على دور المنظمات الصحية الأهلية ومساهمتها في تقديم الخدمات الصحية.
- خدمات المنظمات الصحية الأهلية: اشتمل البحث على متغيرات عديدة لها علاقة بخدمات المنظمات الصحية الأهلية، ولقد تم التفريق بين مجال العمل الرئيسي مثل: المساعدات الاجتماعية والصحية والشئون النسوية، وشئون الطفولة حقوق الإنسان ورعاية المسنين والمعاقين والتعليم ومجالات عمل أخرى.
- والخدمات المقدمة في المجال الصحي مثل: الرعاية الصحية الأولية والثانوية والخدمات التشخيصية وخدمات التأهيل والتثقيف الصحي والزيارات المنزلية وتطوير الموارد البشرية خارج المؤسسة، وتطوير سياسات القطاع الصحي، وإجراء الأبحاث الصحية، وذلك بهدف التطرق إلى مجالات عمل المنظمات الصحية الأهلية ومدى مساهمتها في تعزيز الصحة كمفهوم شامل.



- النظم الإدارية: نظرا لحساسية النظم الإدارية ودورها المركزي في عمل وأداء المنظمات الصحية الأهلية، فلقد تم اشمال متغيرات ذات طابع إداري مثل: معايير وإجراءات تعيين الموظفين، وجود وصف وظيفي مكتوب، نظام الحوافز، وجود سياسة لتنمية مهارات القوى البشرية، آلية تنمية القدرات والمهارات.
- الموارد البشرية: عدد الموظفين وتوزيعهم حسب تخصصاتهم، ونوعية الوظائف التي يشغلونها سواء وظائف دائمة أو وظائف على مشاريع أو وظائف جزئية، وكذلك توزيعهم حسب الجنس.
- التوجهات الإستراتيجية لدى المنظمات الصحية الأهلية: اشتمل البحث على متغيرات ذات علاقة بالتوجهات الإستراتيجية، نظرا لأن هذه المتغيرات تشكل عاملا هاما في دراسة واقع هذه المنظمات مثل: الرؤية والرسالة ووضوحها للعاملين في المؤسسة، و وجود معيقات تحد من تحقيق هذه الرؤية والرسالة، وطبيعة هذه المعيقات، وكذلك تم التطرق إلى وجود خطط عمل لدى هذه المنظمات، والجهات المشاركة في وضع هذه الخطط ، وهل تشارك الفئات المستهدفة في وضع هذه الخطط ، وماهية المعيقات التي تعيق تنفيذ الخطة.
- التعاون والتنسيق: نظرا للأهمية القصوى للتنسيق ولعدم وضوح الأدوار كما هو ملاحظ من قبل الباحث فلقد تم مراعاة متغيرات هامة في هذا الإطار مثل: الشراكة والتعاون مع المؤسسات الأخرى، والعلاقة مع وزارة الصحة، ووجود اتفاقيات تعاون موقعة مع وزارة الصحة، دور وزارة الصحة الإشرافي، العضوية في اتحادات وهيئات تنسيقية، وأهمية التنسيق بين المنظمات الأهلية.
- الوضع المالي للمنظمات الصحية الأهلية: بهدف الوقوف على الوضع المالي للمنظمات الصحية الأهلية، وعلاقة ذلك بمدى مقدرة هذه المنظمات على الاستمرار في تأدية خدماتها،

وكذلك تم التطرق إلى متغيرات مثل: الإفصاح عن الموازنات السنوية، مصادر التمويل، معايير قبول التمويل الخارجي، العجز المالي لدى هذه المنظمات.

## 2.2 النظام الصحي الفلسطيني

يتكون النظام الصحي الفلسطيني من أربع جهات مقدمة للخدمات الصحية وهي: الحكومية والشبه حكومية أو الوطنية ( وتشمل وزارة الصحة الفلسطينية والخدمات الطبية العسكرية، جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني)، وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين - الاونروا، المنظمات الأهلية الفلسطينية، والقطاع الخاص.

### 2.2.1 خلفية عن النظام الصحي:

عند دراستنا للنظام الصحي الفلسطيني لا يمكننا فصل تطوره في الأراضي الفلسطينية المحتلة عن تاريخ المنطقة والأحداث المأساوية التي حدثت في الأراضي الفلسطينية في القرن الماضي. فمنذ القرن السادس عشر وحتى عام 1917 وقعت فلسطين تحت حكم الإمبراطورية العثمانية، و خلال هذه الفترة لم تكن هناك خدمات صحية شاملة، وكانت الخدمات الصحية عبارة عن خدمات الحجر الصحي وترخيص الأطباء.

وبعد نهاية الحرب العالمية الأولى في عام 1917 وقعت فلسطين تحت الانتداب البريطاني، وكان تقديم الخدمات الصحية يتم عبر دائرة الصحة الحكومية التابعة للإدارة المدنية البريطانية، لعلاج البريطانيين (الموظفين والجنود) الذين كانوا يخدمون في فلسطين، ولم تهتم الإدارة المدنية البريطانية بتحسين المستوى الصحي للمواطنين الفلسطينيين، فعلى سبيل المثال بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع 205 حالة لكل 1000 ولادة في عام 1922م ( Ashour, 2004 ).

وهدفت سياسة الاستعمار البريطاني في ذلك الوقت إلى تحديد وتقليص الاستثمار في الخدمات الاجتماعية في فلسطين، وعانى الكثير من الفقراء الفلسطينيين من سكان المناطق الريفية من صعوبة الوصول للخدمات الصحية، بينما تمكن العديد من سكان المدن من الانتفاع من مستشفيات البعثات الخيرية الدينية والمستشفيات الحكومية في المدن الرئيسية ( Giacaman et al, 2003 )، وبعد النكبة -على اثر نهاية حرب 1948م- أعلنت دولة إسرائيل على 78% من أراض فلسطين التاريخية، و وقعت كل من الضفة الغربية تحت الحكم الأردني و قطاع غزة تحت الإدارة المصرية، وبالتالي تم تأسيس نظامين صحيين منفصلين، وعلاوة على ذلك أنشأت الأمم المتحدة وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، ويمكننا القول بان خدمات صحية عصرية نسبيا قدمت للفلسطينيين في هاتين المنطقتين عبر الوكالة والحكومتين المصرية والأردنية، حيث اقتصرت هذه الخدمات على الخدمات العلاجية ( Giacaman, 1994 ).

وبعد الاحتلال الإسرائيلي للضفة والقطاع في عام 1967م، سيطرت إسرائيل على الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة من عام 1967- 1994م ، وتعاملت الإدارة العسكرية الإسرائيلية مع النظام الصحي على أسس اتسمت أحيانا بالممارسات التدميرية والانتقائية ، فعلى سبيل المثال بعد احتلال شرق القدس في عام 1967م ، قام الجيش الإسرائيلي بتحويل مباني المستشفيات إلى مراكز قيادة للشرطة ( Giacaman, 1994 )، وخلال هذه الفترة انخفض عدد أسرة المستشفيات في حين تضاعف عدد السكان ( Ashour, 2004 )، بينما ركز الاحتلال الإسرائيلي على تعزيز بعض مؤشرات الرعاية الصحية الأولية خصوصا ما يتم مراقبته من قبل منظمة الصحة العالمية (أبو حمد، 2008).

ولمواجهه الممارسات الإسرائيلية واستجابة للاحتياجات الصحية الحادة للمجتمع ، قامت مجموعة من الأطباء الفلسطينيين والمهنيين الآخرين من نشطاء الأحزاب والفصائل السياسية بتنظيم و

تأسيس لجان صحية ، والتي أصبحت فيما بعد مؤسسات غير ربحية فاعلة في القطاع الصحي ( Giacaman et al, 2003 )، وكان لهذه المؤسسات خبرة ومساهمة كبيرة في تقديم الرعاية الصحية، فمنذ عام 1967م وحتى عام 1992م ازدادت مساهمة القطاع الأهلي في تقديم الرعاية الصحية من 8% إلى 68% ، ووفقا للدراسات فان 84% من العيادات أقيمت بعد عام 1967م ( Daibs and Barghouthi, 1990 ).

هذا وأسست 60% من هذه العيادات من قبل اللجان الصحية و40% المتبقية أسست من قبل المؤسسات الخيرية والقطاع الخاص، وعلاوة على ذلك فان 49% من خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثلاثية وجميع خدمات التأهيل كانت تقدم من قبل القطاع الأهلي ( Daibs and Barghouthi, 1990 ). وفي حين ركزت المؤسسات الخيرية في خدماتها على التوجه الطبي للرعاية الصحية وقدمت هذه الخدمات في المناطق الحضرية، وكان توجه اللجان الصحية المختلفة مختلفا جذريا عن هذا التوجه، فقد نظرت هذه اللجان للصحة كحصيلة ونتاج لمجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والبيئية، واعتبرت أن الرعاية الصحية الأولية الفعالة ضرورية لتقليل تكلفة الرعاية الصحية الثانوية والثلاثية، وركزت هذه اللجان في عملها على التثقيف الصحي والرعاية الصحية الوقائية ( Daibs and Barghouthi, 1990 ).

واثر توقيع اتفاقية أوسلو للسلام بين منظمة التحرير الفلسطينية وحكومة إسرائيل في سبتمبر/أيلول 1993م، تأسست السلطة الوطنية الفلسطينية في أيار/ مايو 1994م التي أنشأت وزارة الصحة بعد ذلك بقليل واتخذت من مدينة غزة مقرها الرئيس، حيث تولت الوزارة مسؤولية الخدمات الصحية في الضفة الغربية و قطاع غزة. ومنذ توقيع اتفاقية أوسلو مثلت وزارة الصحة الفلسطينية الطرف الرئيس المقدم للرعاية المجانية في الأراضي الفلسطينية، كما حملت أيضا المسؤولية الرئيسية تجاه تعزيز وحماية صحة السكان ورفاهيتهم ( فلسطين، وزارة الصحة، 2007).

## 2.2.2 تقديم الخدمات الصحية

### 2.2.2.1 الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة:

تعتبر الرعاية الصحية الأولية العمود الفقري للخدمات الصحية والمحور الأساس ليس فقط في المحافظة على الوضع الصحي الحالي للشعب الفلسطيني، وإنما أيضاً في العمل على تعزيزه وتحسينه، وتحتل الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة قمة أولويات مقدمي الخدمات الصحية ( فلسطين، وزارة الصحة، 2007 ).

هذا وتقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة في قطاع غزة عبر 129 مرفق رعاية صحية أولية وصحة عامة من أصل 654 مرفقاً موجوداً في فلسطين، فيما تشغل المنظمات الأهلية 55 مرفقاً وعيادة بنسبة 42.6% ، وتشغل وكالة غوث وتشغيل اللاجئين 18 مرفق وعيادة بنسبة 13.9% من هذه المرافق ( فلسطين، وزارة الصحة، 2006 ).

### 2.2.2.2 الرعاية الثانوية والثالثة:

حسب التقارير الصادرة عن وزارة الصحة الفلسطينية فقد بلغ عدد الأسرة الخاصة بالرعاية الثانوية و الثالثة حتى نهاية عام 2006م في قطاع غزة 2053 سريراً موزعة على 24 مستشفى وبنسبة 1.4 سرير لكل ألف نسمة ، 75% من هذه الأسرة موجودة في مستشفيات وزارة الصحة والتي يبلغ عددها 12 مستشفى. وبلغ عدد أسرة المستشفيات التابعة للمنظمات الأهلية 399 بنسبة تتراوح 19.4% من إجمالي عدد الأسرة. وتوزع الأسرة المتبقية على كل من القطاع الخاص بنسبة 1.7 % والخدمات العسكرية الطبية بنسبة 3.5% ( فلسطين، وزارة الصحة، 2007 ).

### 2.2.3 تمويل القطاع الصحي:

هذا ويعتمد تمويل النظام الصحي الفلسطيني على 3 مصادر رئيسية وهي: موازنة السلطة الوطنية الفلسطينية، ما يتم صرفه من جيب المواطن الفلسطيني، والتمويل الخارجي. هذا وقد تم صرف ما مجموعه 8.6% من الناتج المحلي الإجمالي في الأراضي الفلسطينية على القطاع الصحي في عام 2001م ( فلسطين، وزارة الصحة، 2002 ) ، وفي عام 2004م تم صرف ما مجموعه 13% ( فلسطين، وزارة الصحة، 2005 )، أما في عام 2006م فإن ما تم صرفه على القطاع الصحي في فلسطين شكل ما بين 8-9% من الناتج المحلي ( فلسطين، وزارة الصحة ، 2007 ). وتجدر الإشارة إلى انه في عام 2001م صُرف في مصر ما مجموعه 3.8% من الناتج المحلي على القطاع الصحي، وفي الأردن تم صرف 8.1% من الناتج المحلي، وفي اسرائيل تم صرف ما مجموعه 10.9% ( Ashour, 2006 ).

وقد بلغت نسبة ما صرف على الرواتب والأجور لموظفي وزارة الصحة الفلسطينية 45.3% من إجمالي موازنة وزارة الصحة في عام 2000م، وارتفعت هذه النسبة لتصل إلى 52.4% في نهاية عام 2005م ( فلسطين، وزارة الصحة، 2007 ). في حين أن ما يصرف على رواتب الموظفين في الدول النامية يشكل ثلثي إجمالي موازنة الصحة في هذه الدول ( Hamdan, 2003 ). ولقد أظهر مسح مقدمي الخدمات الصحية الذي نفذته الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عام 2006 أن 42% من الإنفاق على الصحة تتحمله وزارة الصحة، و25% تتحمله الأسر، و12% تتحمله وكالة الغوث الدولية، و21% تتحمله المنظمات غير الحكومية (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006).

## 2.3 المجتمع المدني

### 2.3.1 تطور مفهوم المجتمع المدني:

مفهوم المجتمع المدني مصطلح أوروبي قديم تمت صياغته خلال النصف الثاني للقرن الثامن عشر لإبراز تحول أوروبا الغربية من الاستبداد إلى الديمقراطية البرجوازية، وقد اختلف هذا المفهوم منذ النصف الثاني للقرن التاسع عشر ولم يظهر من جديد إلا من خلال المفكر الإيطالي انتونيو غرامشي بعد الحرب العالمية الأولى وانتصار الحزب الشيوعي الروسي، بهدف التفكير في الخصوصية التي تميز الحركات الشيوعية في المجتمعات ذات التقاليد الديمقراطية البرجوازية ( الزغل، 1991). هذا وعاود مفهوم المجتمع المدني غيابه بعد غرامشي ليظهر من جديد بعد انهيار الدولة الاشتراكية السابقة في أوروبا الشرقية حيث عاد الغرب لترديد المفهوم للتعبير عن قدرة النقابات والمنظمات الجماهيرية في إسقاط الأنظمة الشمولية ( سالم، 1999).

وفي العقود الأخيرة من القرن العشرين عاد الاهتمام بمصطلح المجتمع المدني في ظل تحولات كبرى وتغيرات دراماتيكية مثل : ثورة العلم والتكنولوجيا وصناعة المعلومات، وسياسات الخصخصة وانهيار المنظومة الاشتراكية وتفكك الاتحاد السوفيتي، وقد اكتسب مفهوم المجتمع المدني مدلولات جديدة مع تطور الدولة الحديثة والتحويلات في النظام الدولي واكتسب المفهوم بعداً أيديولوجياً لربطه بالحركات التي شهدتها بلدان أوروبا الشرقية في عقد الثمانينات والتي توجهت نحو تقليص سيطرة الدولة على الاقتصاد والتشكيلات السياسية والحركات الاجتماعية والنقابات والاتحادات النقابية والمهنية ( هلال، 2004 ).

### 2.3.2 مفهوم المجتمع المدني في الفكر العربي:

هناك اختلاف واضح بين المفكرين العرب حول جعل مفهوم المجتمع المدني مفتوحا ليضم بنى ومؤسسات تقليدية بما فيها التنظيمات الارثية، فقد رأى أستاذ علم الاجتماع المصري إبراهيم أن المجتمع المدني يتكون من التنظيمات غير الارثية في المجتمع، أي التنظيمات التي ينضم إليها الفرد طواعية ولا يولد فيها أو يرثها كما هو الحال في التنظيمات التقليدية كالعائلة والعشيرة والقبيلة (إبراهيم، 1998)، ولكن أستاذ علم الاجتماع السوري غليون أصر على عدم التمييز بين أنواع التنظيمات الاجتماعية، ويؤكد غليون بان الجمعيات والنقابات والتكوينات العشائرية والطائفية والقبلية والعائلية والثقافة والأخلاق والعادات والتقاليد كلها من ميدان المجتمع المدني (غليون، 2001)، أما المفكر المغربي الجابري فقفز عن هذه الإشكالية واعتبر أن المجتمع المدني هو قبل كل شئ مجتمع المدن الذي تنتظم فيه العلاقات بين أفرادها على أسس من الديمقراطية، أي المجتمع الذي يمارس فيه الحكم على اساس أغلبية سياسية حزبية وتحترم فيه حقوق المواطن السياسية والاقتصادية والثقافية في حدها الأدنى على الأقل، وان مؤسساته هي تلك التي ينشئها الناس بينهم في المدينة لتنظيم حياتهم، وهي مؤسسات إرادية أو شبه إرادية يقيمها الناس وينخرطون فيها أو يحلون فيها أو ينسحبون منها، وذلك على النقيض من المجتمع البدوي أو القروي الذي يتميز بمؤسسات طبيعية يولد الفرد منتما إليها مندمجا فيها لا يستطيع الانسحاب منها مثل القبيلة والطائفة ( الجابري، 1997).

ولكن أستاذ العلوم السياسية الفلسطيني جقمان يرى بان المجتمع المدني يشكل ذلك الحيز المجتمعي الذي يعمل فيه الفرد كفاعل اجتماعي من خلال تنظيمات المجتمع بانفصال نسبي عن الدولة، وبالتالي يمكن للنقابات والجمعيات والأحزاب أن تقع ضمن هذا الحيز ويشكل البرلمان والقضاء المستقل عنصرين من عناصر الدولة الديمقراطية وشرطين ضروريين لوجود مجتمع مدني



( جقمان، 1995 )، وهو يصر على أن تنظيمات المجتمع المدني هي التنظيمات والهيئات والأطر والجمعيات والمؤسسات التي لها مصلحة في وجود نظام ديمقراطي وتتوفر لها إمكانية الازدهار في وجود حيز مجتمعي تعمل فيه باستقلال نسبي عن الدولة.

### 2.3.3 المجتمع المدني في فلسطين:

إن قضية وجود مجتمع مدني في فلسطين من عدمه أثارت اجتهادات كثيرة، فهناك رأي يقول بأن التجربة الفلسطينية المكونة من غياب الدولة من ناحية والظروف القاهرة التي عاشها الفلسطينيون سواء في الشتات أو تحت الاحتلال الإسرائيلي من ناحية أخرى، أدت بالضرورة إلى تشكل وتطور مؤسسات ومنظمات فلسطينية غير رسمية شكلت بمجملها شبكة فاعلة من مجتمع مدني نشط وخصوصا داخل الضفة الغربية وقطاع غزة ( أبو عمرو، 1995 ). ففي الحالة الفلسطينية انطوى مفهوم المجتمع المدني على إشكالية خاصة تتعلق بغياب الدولة ذات السيادة على إقليم وطني وفي ظل استمرار حالة التشتت بين أبناء الشعب الفلسطيني.

وهناك من يرى أهمية الأحزاب السياسية بين مكونات المجتمع المدني الفلسطيني نظراً للدور التاريخي الذي لعبته في مراحل النضال الوطني والدفاع عن الهوية وتكريس قيم التعدد والتنوع، يليها المنظمات الأهلية بوصفها أداة فاعلة ومؤثرة في مجرى حياة المجتمع وتطوره والتي تشكل القطاع الأوسع بين قطاعات المجتمع المدني، هذا ويجب الإشارة إلى أن بعض القوى السياسية الوطنية اليسارية منها والإسلامية تدير عمل منظمات أهلية وتشرف عليها ( هلال، 2004 ). وفي هذا الخصوص فقد ذكر تقرير صادر عن جامعة بيرزيت:

"يضم المجتمع الفلسطيني مجموعتين من المؤسسات الاجتماعية ، يطلق على الأولى التشكيلات

التقليدية و التي تتكون من البنى ما قبل المدنية : كالعشائر و الحمائل و العائلات و الروابط

المدنية و القروية و العائلية و الطائفية و المؤسسات الدينية، أما المجموعة الثانية فهي التشكيلات

الحدائية : كالأحزاب السياسية و الجمعيات الخيرية و الاتحادات النقابية ( العمالية و المهنية ) و الروابط النسوية و المنظمات غير الحكومية التنموية و الإعلام و منظمات خدمية أخرى ، وتختلف التشكيلات التقليدية و الحدائية عن بعضها البعض في العديد من الجوانب سواء أكان ذلك من حيث الرؤى أو من حيث الشكل و البنية ، و تجدر الإشارة إلى أن هناك درجة عالية من التباين داخل كل نوع من التشكيلات " ( تقرير التنمية البشرية، 2004 ).

## 2.4 المنظمات الأهلية (غير الحكومية)

المنظمات الأهلية (غير الحكومية) تضم عدداً كبيراً من ألوان الطيف في الدول النامية والمتقدمة على حد سواء، وتطلق العديد من المسميات على هذه المنظمات من قبل العديد من الممولين و المعاهد والأجسام الحكومية في العديد من البلدان، وتستخدم الأمم المتحدة تعبير "المنظمات غير الحكومية" لوصف المنظمات القائمة في الدول المستقلة ( سالم، 1999 ).

فالبعض يطلق مصطلح المنظمات غير الربحية أو المنظمات الطوعية الخاصة، أو المنظمات الوسيطة كما يطلق عليها في الولايات المتحدة الأمريكية، أو المنظمات التطوعية أو الخيرية كما يطلق عليها في بريطانيا أو وكالات تطوعية كما يطلق عليها في الهند، أو الجمعيات الأهلية كما يطلق عليها في غالبية الدول العربية ومن ضمنها فلسطين ( Abu – El Jedian, 2007 ).

وقد تطورت المنظمات غير الحكومية وازدهرت في الدول الصناعية، وهي تعتبر جزء رئيس من النسيج المجتمعي في الدول النامية، وهي تنمو وبسرعة في المجتمعات الديمقراطية وتلعب دوراً مهماً في الأنظمة الأقل ديمقراطية ( الغلابيني، 2007 ). هذا وتعمل المنظمات غير الحكومية في كل مكان وذلك بسبب الطبيعة البشرية التي تدفع الناس للعمل وبشكل جماعي لتقديم خدمات لهم و لغيرهم، وللتحالف ضد إساءة المعاملة ضد المواطنين والبيئة ( Hudson, 1995 ).

هذا ويطلق مصطلح المنظمات غير الحكومية في فلسطين على قطاع عريض من المنظمات الأهلية التي لا تستهدف الربح وتعمل طوعاً في مجالات خدمية إنسانية واجتماعية، أو تنموية أو تربوية، وقد صنفت هذه المنظمات إلى جمعيات خيرية وتعاونية، وهي الأقدم في فلسطين ومتأثرة بالبنية التقليدية للمجتمع الفلسطيني، ومنظمات جماهيرية أو جماعات المصالح مثل المنظمات النسائية والنقابات العمالية والمهنية، والمنظمات التنموية ( البرغوثي، 1996 ).

هذا وتشكل هذه المنظمات القطاع الأوسع بين قطاعات المجتمع المدني، وتدير بعض الحركات و الأحزاب السياسية مؤسسات تنموية مؤثرة اجتماعياً مثل اطر الإغاثة والرعاية التابعة أو المنبثقة عن أحزاب وطنية ويسارية، وكذلك المؤسسات الإسلامية (تقرير التنمية البشرية ، 2004 ).

#### 2.4.1 نظرة تاريخية على قطاع العمل الأهلي الفلسطيني:

لعبت المنظمات الأهلية ومنذ مطلع القرن الماضي دوراً بالغ الأهمية في تطوير المجتمع الفلسطيني، فمنذ نشأتها كانت جزءاً لا يتجزأ من عملية التحرر الوطني والتنمية الوطنية، و ارتبطت عملية تطورها بالواقع السياسي والاجتماعي المتغير في فلسطين. هذا واتسمت المنظمات الأهلية بروح خلاقة وقدرة على الصمود والعمل في بيئة على درجة بالغة من التعقيد. هذا ويعود تاريخ العمل الأهلي في فلسطين إلى أواخر العهد العثماني، حين أقرت الدولة العثمانية قانوناً أصبح يعرف في فلسطين بقانون الجمعيات العثمانية، والذي ما زالت تعمل به كثير من الجمعيات في مناطق 1948 والضفة الغربية بما فيها القدس وقطاع غزة، وقد شكل هذا القانون مدخلاً لتسجيل غالبية المنظمات الأهلية الفلسطينية الحديثة. وقد تزامنت نشأة المنظمات الأهلية في فلسطين مع تزايد الامتيازات الأجنبية في فلسطين نظراً للإصلاحات العثمانية، سيما في الربع الأخير من القرن التاسع عشر، وكان للمسيحيين الفلسطينيين بشكل خاص، وعدد من المثقفين السابق

في إنشاء جمعية الغيرة المسيحية للشبان الروم الأرثوذكس في القدس، وتشكلت في عكا جمعية شعبية المعارف وغيرها ( سالم، 1999 ).

هذا وارتبط العمل الأهلي الفلسطيني تاريخياً بعوامل وطنية وسياسية، وظل رافداً هاماً من روافد العمل الوطني، وداعماً ومسانداً أساسياً للحركة الوطنية الفلسطينية، فمع انتهاء الحرب العالمية الأولى واحتلال فلسطين عام 1917م، وإعلان الانتداب البريطاني عليها عام 1922م، ومن ثم إصدار وعد بلفور وقيام دولة إسرائيل عام 1948م، لعبت المنظمات الأهلية الفلسطينية خلال هذه المرحلة ( 1917-1948م ) دوراً هاماً على صعيد مقاومة الهجرة اليهودية ومصادرة الأراضي، كما نشأ العديد من الجمعيات الفلسطينية، التي ركزت نشاطاتها على تقديم جميع أنواع المساعدات الإغاثية والإنسانية ( عبد الهادي، 2002 ).

ومن جهته فإن الباحث الفلسطيني سالم يرى بان الجمعيات في فلسطين في تلك الفترة ولدت مسيسة ومنقسمة على أسس سياسية، ولم تلب حاجات اجتماعية للقطاعات التي تمثلها وتدافع عنها، وهو يرى بان الجمعيات في ذلك الوقت تراوحت بين ثلاثة أنواع: أولها الجمعيات الرسمية التي كانت محسوبة على الحسينيين وثانيها الجمعيات المحسوبة على المعارضة الموالية لبريطانيا وثالثها الجمعيات المستقلة عن النوعين السابقين وهي جمعيات شعبية كفاحية ( سالم، 1999 ).

ولم يستمر الدور الفعال للمنظمات الأهلية خلال فترة التواجد الأردني في الضفة الغربية والتواجد المصري في قطاع غزة ( الفترة 1949-1967م )، حيث شهدت هذه الفترة هبوطاً ملحوظاً في منسوب العمل الأهلي نتيجة عوامل عديدة منها: الإحباط في صفوف المجتمع الفلسطيني التي رافقت أوضاع النكبة عام 1948م، إضافة إلى القيود المفروضة على حركة وحرية الفلسطينيين في الضفة الغربية وقطاع غزة، وكذلك ضعف الأحزاب السياسية في تلك الفترة ( عبد الهادي، 2002 ).

وتميزت تلك الفترة بامتداد بعض المؤسسات العربية إلى الضفة الغربية بسبب اتصالها بالوطن العربي، وذلك من خلال الاتحادات العربية النوعية التي قامت في عقدي الخمسينات والستينات، وكذلك نشاط بعض المؤسسات الإسلامية، بفروعها والنقابات العمالية والجمعيات المختلفة عبر نظيراتها الأردنية في الضفة الغربية، فيما بقى قطاع غزة معزولا ويعانى من مشكلات متعددة يأتي في مقدمتها ارتفاع فجائي في الكثافة السكانية بنسبة عالية وهبوط في مستوى المعيشة، ولم يبق في تلك الفترة من المؤسسات المدنية الا عدد قليل منها ( الدقاق، 2001 ). لقد تركز مضمون العمل الأهلي في هذه الحقبة التاريخية على مقاومة كافة مشاريع التوطين، إضافة إلى العمل الاغاثي الخيري، حيث قامت الجمعيات الخيرية بتقديم خدمات عامة طارئة للاجئين الفلسطينيين.

ومع احتلال الضفة الغربية وقطاع غزة على اثر حرب حزيران 1967م، دخل العمل الاهلي منعطفا جديدا، إذ تحول مضمون عمل المنظمات الأهلية من الطابع الخيري الإغاثي إلى طابع النشاط المجتمعي المقاوم و بأساليب أخذت تبتدعها تلك المنظمات ( الشوا، 2008 ).

وقد عمدت سلطات الاحتلال إلى وضع قيود على التنمية الاقتصادية والثقافية والتعليمية و الاجتماعية في الضفة والقطاع، حيث عمل الاحتلال على إضعاف المنظمات الأهلية التي كانت قائمة قبل عام 1967م، والتي كانت في اغلبها منظمات خيرية تقدم مساعدات للفئات الفقيرة، حيث صدر العديد من الأوامر العسكرية التي تحدد تشكيلها وأوجه نشاطها، وقلص إلى أقصى مدى علاقتها بالمجتمع لتقتصر على تقديم المعونات المادية التي تخفف من مسؤوليات السلطة المحتلة ( محمد، 2007 ). ويقول الدقاق بان هذه المرحلة شهدت بروز نوعين من المؤسسات المدنية، وهي المؤسسات المسجلة رسميا كالجمعيات الخيرية ومؤسسات التعليم الأهلية التي تعترف بها السلطة القائمة، والمؤسسات القاعدية والتي تميزت بعدم استئذانها أحدا لبدء نشاطها، وكان ظهورها استجابة واقعية وتلقائية لحاجات مجتمعية ( الدقاق، 2001 ).

وقد شكلت فترة الثمانينات ( 1982 - 1987م ) مرحلة متميزة في تاريخ المنظمات الأهلية الفلسطينية، حيث ركزت الفصائل الفلسطينية المختلفة على إنشاء اطر ولجان وهيئات جماهيرية مثل اللجان الزراعية والصحية والنسوية والنقابية والطلابية والفلاحية والشبابية، لتتمكن من خلال هذه اللجان ممارسة العمل السياسي وتقديم خدمات تنموية للجماهير الفلسطينية في نفس الوقت ( عبد الهادي، 2002 ). وقدمت هذه اللجان بديلا تنمويا مختلفا عن المؤسسات الأهلية التقليدية التي كانت موجودة أصلا، حيث اختلفت وجهة البرامج والمنشأ الطبقي ووجهة التنظيم الإداري والفئات المستهدفة. ولقد ركزت هذه المؤسسات الجديدة على الجانب التنموي والسياسي أكثر من الاغاثي، وعمدت إلى إنشاء هياكل تنظيمية ديمقراطية تشكلت قيادتها من الفئات المتوسطة والفقيرة، كما وجهت خدماتها إلى الفئات الأكثر احتياجا بالمجتمع.

وقد واصل القطاع الأهلي زخمه في خضم الانتفاضة الأولى التي اندلعت في نهاية عام 1987م، والتي شكلت رد الفعل الشعبي الفلسطيني على تدهور أوضاعهم، وشهدت فترة الانتفاضة (1988 - 1993م ) نشوء منظمات أهلية فلسطينية جديدة، سميت بالمؤسسات والمراكز المهنية المتخصصة المساندة للمنظمات القاعدية باعتبارها أدوات التغيير الاجتماعي والتنموي المنشود، وفتحت الحاجة الفلسطينية في هذه المرحلة للدعم المالي الباب أمام مؤسسات رسمية أو شبه رسمية أجنبية لتقديم المساعدة بغرض تنمية نفوذها السياسي داخل المجتمع الفلسطيني، ولتعزيز تبعيته للخارج ( الدقاق، 2001 ). ويشير الكاتب الفلسطيني خضر إلى ما شهدته هذه المرحلة من توسع ملحوظ في عدد وحجم ونشاط المنظمات الأهلية التي استفادت من المبادرات المحلية ومن أموال الدعم الخارجية سواء من جهات أجنبية أو من منظمة التحرير الفلسطينية ودول عربية، ومن ميل الأحزاب والقوى السياسية للخروج إلى العلن عبر واجهات مهنية ونقابية وثقافية ( خضر، 2003 ).

وقد شهدت هذه الفترة نشوء عدد لا يستهان به من المراكز والمؤسسات المهنية المتخصصة،

والتي هدفت إلى دعم وإسناد وتمكين عمليات البناء الجارية، وتطوير المؤسسات الجماهيرية والقاعدية ذات العضويات الواسعة، حيث تشكلت المنظمات الأهلية العاملة في مجالات الصحة والزراعة والتعليم والتنمية... الخ. ويرى الباحث الفلسطيني حليلة بان النمو المتسارع للمؤسسات الأهلية الجديدة بقيادة الفئات الشابة والمهنية، قد ساهم أيضا في إحداث تحولات مهمة في بعض الجمعيات الخيرية التقليدية، من حيث توجهاتها ومجالات عملها، فقد بادر بعضها إلى إنشاء الجامعات والمستشفيات ومراكز التدريب والتشغيل والإقراض الصناعي والزراعي، وبعض المشاريع المدرة للدخل والمرتكزة على أساس إنتاج الغذاء والأعمال اليدوية (حليلة 1999) كما ورد في الشوا، 2008)).

وقد قادت المفاوضات بين منظمة التحرير الفلسطينية وإسرائيل إلى اتفاق إعلان المبادئ في أيلول 1993م، والذي أصبح يعرف باتفاق أوسلو، وعلى ضوء هذا الاتفاق والوقائع الجديدة التي أحدثها هذا الاتفاق، قامت المنظمات الأهلية الفلسطينية بإجراء مراجعة شاملة لأهدافها وبرامجها لتتسجم أكثر مع الوقائع السياسية الجديدة ( عبد الهادي، 2002 ).

ومن جهته فان الباحث الفلسطيني أبو رمضان يرى أن العمل الأهلي وبعد قيام السلطة الفلسطينية اخذ الطابع المهني والتخصصي بما استلزم ذلك من بنى إدارية وهيكلية ومالية تفرضها متطلبات الواقع الجديد ( أبو رمضان، 2006 ). وقد اعتبر أستاذ العلوم السياسية الفلسطيني أبو عمرو إن الاتفاقات التي وقعت مع إسرائيل شكلت عبئا على تطور المجتمع المدني الفلسطيني، فهذه الاتفاقات فرضت قيودا سياسية وقانونية على السلطة الفلسطينية وعلى المجتمع الفلسطيني بشكل عام ( أبو عمرو، 1995).

وبعد اندلاع الانتفاضة في سبتمبر من عام 2000م، اهتمت المنظمات الأهلية الفلسطينية بعدم إجراء تغيير جذري على أهدافها وبرامجها وأدوارها واستراتيجيات عملها وزادت قناعتها بضرورة

الربط المحكم بين البرامج الطارئة قصيرة المدى وأهداف التنمية قصيرة ومتوسطة المدى، وتمتعت بعض المؤسسات الأهلية بالقدرة والمرونة الكافية لإضافة محاور برامجية جديدة مكنتها من الاستمرار في تنفيذ برامجها العادية ( الشوا، 2008 ).

#### 2.4.2 دور المنظمات الأهلية :

هناك عدة نظرات مختلفة لدور المنظمات غير الحكومية في تعزيز المجتمع المدني، فالأولى يحملها الليبراليين والذين ينظرون للمنظمات غير الحكومية كقطاع ثالث يسعى لمعالجة الضعف المؤسسي في الحكومة والقطاع الخاص، والثانية يحملها الليبراليين الجدد الذين يرون المنظمات غير الحكومية كجزء من القطاع الخاص يقدم خدمات رخيصة ودون جدوى للفقراء، أما النشطاء اليساريون فهم يرون المنظمات غير الحكومية كمؤسسات للإصلاح ويطمحون أن تخلق هذه المؤسسات سياسيين جدد يؤمنون بالتحول البنيوي للمجتمع ( Clarke, 1998 ).

وهناك وجهة نظر أخرى ترى المنظمات غير الحكومية بأنها تعمل كوكلاء لوكالات المساعدات الدولية والتي تعمل بناء على مصالح القوى الامبريالية عبر العديد من المنظمات كالبنك الدولي ووكالات التنمية الحكومية الغربية ( سمارة، 2003 ). وهناك وجهة نظر للزعيم الجنوب أفريقي نيلسون مانديلا الذي يرى أن المنظمات غير الحكومية تعمل على إضعاف تأثير الحركات التحررية، وتعمل كأداة للحكومات والمنظمات الأجنبية ( Mandela, 1997 ).

ومن جهة أخرى فإن الناشطة المصرية الباز قد اعتبرت المنظمات غير الحكومية " إطاراً تعبويًا لتنظيم المواطنين من أجل المشاركة الفاعلة في العملية التنموية المعتمدة أساساً على البشر، كما يمكن اعتبارها بمثابة وسائط اجتماعية لإحداث التغيير في ظل سياسات الخصخصة وتراجع دور الدولة، وقاعدة للتحويل الديمقراطي" ( الباز، 1997 ).



أما المفكر الفلسطيني بشارة فيقول في احد كتبه:

"يرى البعض بان المنظمات غير الحكومية تعتبر التجسيد المعاصر لمفهوم المجتمع المدني لوجودها خارج اعتبارات الربح وخارج اعتبارات السيطرة، ولكونها تتشكل على أساس المصلحة المشتركة، ولعقلانية عملية اتخاذ القرار فيها من خلال الحوار المباشر، كما أنها تجسد الديمقراطية المباشرة، ولكن البعض يحذر من خطر تحولها إلى خدمة الأهداف الخاصة وسعيها إلى الربح المادي، ومن إمكانية وصولها إلى مراكز النفوذ السياسي والاقتصادي"

( بشارة، 1996 ).

وفي مقالة له نشرت في صحيفة الأيام الفلسطينية يرى الناشط اليساري عوض الله بان الأهداف الإستراتيجية للمؤسسات الداعمة للمنظمات غير الحكومية تتمثل في " خلق نخب محلية متعلمة متحررة من عقد الوطنية، من خلال تعبئتها وتحفيزها وإعادة تربيتها بالقيم العالمية المشتركة و بالمكاسب المادية، ورفع مكانتها القيادية في هذه المجتمعات تمهيدا لتأثيرها السياسي الذي يجب أن يعبر عن نفسه في سن القوانين والتشريعات والقرارات السياسية والاقتصادية مستقبلا "(عوض الله، 2000). ومن جهته فان الباحث الفلسطيني جميل هلال يرى بان دور هذه المنظمات يحظى في المناطق التي تعيش فترات تحول واستقلال سياسي باهتمام خاص نظراً لما تتمتع به من ديناميكية عالية وقدرة على التجاوب مع حاجات الناس وتخلو من البيروقراطية المعطلة، وتعتمد على مشاركة أوسع من قبل الجمهور المستهدف والجمهور المحلي ( هلال ، 2000 ).

أما الناشط الفلسطيني البرغوثي يرى بان نشأة المنظمات الأهلية كانت لمقاومة الاحتلال، ولكن بعد قيام السلطة الفلسطينية تحول دورها نحو تعزيز الدور الديمقراطي ( البرغوثي، 2000 ).

وفي دراسة حديثة حددت خمسة ادوار رئيسة للمنظمات الأهلية الفلسطينية وهي: الدفاع عن الحقوق الوطنية، وتقديم الخدمات الأساسية، وتعزيز المجتمع المدني، وتشجيع الحوار، وتمكين المجتمع

(Songco, 2006).

### 2.4.3 دور المنظمات الصحية الأهلية في تقديم الخدمات الصحية:

تقوم المنظمات الأهلية في دول العالم المختلفة بتقديم خدمات عديدة ومتنوعة، فهي تعمل كمقدم مباشر للخدمات وذلك بالتعاون مع الدولة أو عبر التعاقد معها في بعض الدول، وتعمل هذه المنظمات في المناطق التي تحجم الدولة عن العمل فيها، وهي تقوم بتقديم الخدمات الصحية والتأهيلية سواء الوقائية والعلاجية أو التعزيزية (Akbar- Zaidi, 1999).

وتعمل المنظمات الأهلية في ظروف عالية الخطورة، وتقدم خدماتها للسكان الفقراء والمهمشين في التجمعات القروية الفقيرة وفي التجمعات السكنية غير الرسمية، وخاصة للنساء والمعاقين نتيجة الصراعات السياسية ( Barnes, 2001 ) ، وفي بعض الدول تقوم المنظمات الأهلية بالتعبئة المجتمعية من أجل الوصول إلى التغيير، وفي بلدان أخرى تقوم بحملات للتأثير في السياسات العامة ومنها السياسات الصحية مثل حملات من أجل السلامة على الطرق ووقف التدخين، والصحة الإنجابية والوقاية من الإيدز ( Ellevset, 1999 ) ، ويعتبر البعض أن المنظمات الأهلية هي الأكثر قدرة على الاستجابة للتحديات الجديدة والطارئة مثل الإيدز، وذلك عبر ابتكار برامج محلية وحملات مناصرة على الصعيد الوطني ( Connor, 2000 ).

في حين ينظر آخرون إلى المنظمات الأهلية أنها كالجسر بين الممول الخارجي وموارد المنظمات الأهلية الدولية من ناحية والبرامج الوطنية من ناحية أخرى ( Lopes de Carvalho, 1998 ).

وبالرغم من التحديات التي واجهتها المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية بعد حرب الخليج الثانية وتراجع الدعم المالي العربي لها، وعقب توقيع إعلان المبادئ في أوسلو وما تلاه من إقامة أول سلطة فلسطينية و أول وزارة فلسطينية للصحة، الذي أدى إلى تركيز التمويل الأجنبي إليها وتغيير دور المنظمات الأهلية واضطرار بعضها إلى تقليص خدماتها ( Barghouthi, 1997 )، فإن بعضها الآخر حافظ على دوره كمزود مهم للخدمات الأساسية، كخدمات الرعاية الصحية الأولية

والتأهيل المبني على المجتمع وبرامج الصحة النفسية والتثقيف الصحي، وتشكل المنظمات الأهلية الفلسطينية منبرا محوريا في الجدل حول القضايا المتعلقة بالسياسات والتخطيط الصحي، والمركزية واللامركزية، والتنسيق وتبادل المعلومات ( Giacaman and Abdul-Rahim, 2003 ).

هذا وتقدم المنظمات الأهلية في قطاع غزة خدماتها الصحية المختلفة سواء الأولية أو الثانوية عبر 57 مركز رعاية صحية أولية، و10 مستشفيات، وتضم هذه المستشفيات 399 سريرا، وتشكل هذه النسبة 19.4% من إجمالي الأسرة في مستشفيات قطاع غزة ( وزارة الصحة، 2008)، ويرى الأكاديمي أبو حمد أن المنظمات الأهلية الفلسطينية تقوم بدور مهم، فهي تقوم بتقديم خدمات تأهيل المعاقين في قطاع غزة عبر 67 منظمة أهلية ( أبو حمد، 2008 ).

هذا ولقد أظهرت دراسة لمعهد بيسان التنموي بان المنظمات الأهلية تقدم جميع الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة باستثناء التطعيمات، فهي تقدم خدمات التثقيف الصحي وإعادة التأهيل و الأنشطة المجتمعية المختلفة، وهي تقدم خدماتها لجميع فئات المجتمع الفلسطيني و خاصة للفئات المهمشة من الأطفال والمرأة والمعاقين وذوي الأمراض المزمنة، فالعشرات من مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة للعديد من المنظمات الأهلية الصحية قدمت 7.1% من إجمالي الفحوصات الروتينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، و 8.2% من خدمات الطوارئ، و 10.4% من خدمات الاختصاص، و 7.4% من خدمات الأمومة، و 20.7% من أنشطة التثقيف الصحي، و 24.8% من خدمات الصحة النفسية والاستشارات النفسية، 19% من خدمات العلاج الطبيعي ( Bisan and World Bank, 2006 ).

وحسب تقارير الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني يتم عبر مرافق المنظمات الصحية الأهلية تقديم 3.2% فقط من خدمات تنظيم الأسرة في قطاع غزة، بينما تزود وكالة الغوث 60% و وزارة الصحة 17% والقطاع الخاص 30% من هذه الخدمة للمنتفعين من خدمات تنظيم الأسرة

ويتشارك كل من برنامج الصحة في وكالة الغوث بنسبة 65% ووزارة الصحة بنسبة 35% في تقديم خدمات التطعيمات الوطني في قطاع غزة، بينما لا تشارك المنظمات الأهلية إلا في حالة وحيدة ونادرة في تقديم هذه الخدمة (Palestinian Central Bureau of Statistics, 2007).

وبالرغم من محدودية المساهمة الكمية للمنظمات الأهلية في مجال الرعاية الصحية الأولية مقارنة بحجم الموارد البشرية والمالية المتوفرة لها فإن جودة وتكلفة الخدمات التي تقدمها هذه المنظمات تفوق ما يقدمه الكثير من مقدمي خدمات الرعاية الصحية الآخرين، فلقد أظهرت دراسة سابقة لمشروع مرام بأن المنظمات الأهلية الفلسطينية التي تقدم خدماتها الصحية عبر 36 مركزاً صحياً في قطاع غزة، تقدم في 30.6% من هذه المراكز خدمات الطفل السليم، وفي 97% من هذه المراكز تقدم الخدمات المخبرية داخل مراكزها الصحية (Maram, 2003). كما أن متوسط فترة انتظار المرضى في مراكز المنظمات الأهلية الصحية بلغت 23 دقيقة وهي أقل من الفترة التي ينتظرها المريض في المراكز الصحية الحكومية (Maram, 2003).

وأظهرت دراسة أجراها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في عام 2005 أن 85.1% من عينة الدراسة المستطلعة قد أبدوا رضاهم عن تواجد الأخصائيين في مراكز المنظمات الأهلية الصحية، بينما كانت نسبة الرضا 65.7% في مراكز وزارة الصحة (Palestinian Central Bureau of Statistics, 2006).

وحسب دراسة أجراها مركز بيسان للدراسات التنموية لصالح البنك الدولي فإن معدل الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة كانت أعلى لدى المنتفعين من المؤسسات الصحية الربحية الخاصة بنسبة 92.7%، ومن ثم لدى المنتفعين من الخدمات الصحية للمنظمات الأهلية بنسبة 89.2%، وبفرق أكبر لدى المنتفعين من الخدمات الصحية للأثروا بنسبة 75.1% وبنسبة 66.6% لدى منتفعي وزارة الصحة (Bisan and World Bank, 2006).

ويرى الناشط الفلسطيني في العمل الأهلي عبد الهادي بان عمل المنظمات الأهلية توسع في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية واتخذ مسارات نوعية جديدة، واختلفت أدواتها وأشكال عملها من الإغاثة والتطوع والتعبئة من اجل مواجهة سياسات الاحتلال، لتتخذ استراتيجيات جديدة قوامها التعبئة والتأثير والضغط من أجل سن قوانين وتشريعات واقتراح سياسات عامة للسلطة، أو التأثير في العامل الدولي والإقليمي هذا من جهة، ومن جهة ثانية بناء وتطوير وعي مجتمعي في مجالات مختلفة، ومن جهة ثالثة ظلت الحاجة إلى استمرار تقديم الخدمات وكذلك التطوير المؤسسي والتنظيمي وتنمية الموارد البشرية ( عبد الهادي، 2004 ).

ويرى بعض خبراء التنمية أن المنظمات الأهلية ليست دائماً على المستوى الفعال المتوقع فيما يتعلق بالتكلفة أو نوعية الخدمات المقدمة، أو المشاركة المجتمعية أو المساواة الجندرية أو الاستمرارية، وأنها لا تكون بالضرورة أكثر فعالية من المؤسسات الحكومية أو الخاصة فيما يتعلق بتقديم الخدمات وعملية الديمقراطية ( محيسن، 2001 ).

#### 2.4.4 النظم الإدارية في المنظمات الأهلية

##### 2.4.4.1 سياسة التوظيف:

إن الهدف من إتباع إجراءات تعيين الموظفين هو قياس الصفات الفردية للمتقدمين للوظائف ومقارنتها مع متطلبات الوظيفة الشاغرة، بهدف اختيار الشخص المناسب، فعندما تفشل الإدارة باختيار الشخص المناسب فإن أداء الموظف والرضا الوظيفي لديه سيتأثران ( Robbins, 2006 ).

أما في القطاع الصحي الفلسطيني فيرى البعض بان التوظيف لا يتم بناء على احتياجات العمل والخدمات، وإنما وفق أهداف توفير فرص العمل ( فلسطين، وزارة الصحة، 2007 ). وحسب تقرير مراجعة القطاع الصحي الفلسطيني فان قرارات وزارة الصحة الفلسطينية بخصوص

استقطاب الموارد البشرية وتوظيفها وترقيتها ومنحها الحوافز، أو فرض العقوبات عليها يجب أن تبنى على سياسات منصفة وشفافة ( فلسطين، وزارة الصحة، 2007 ). ويعتقد الباحث الفلسطيني حمدان بان جميع مزودي الخدمات الصحية المختلفين باستثناء وزارة الصحة الفلسطينية لهم سياساتهم الخاصة في عملية التوظيف، ويشير بان هناك منافسة واضحة بين الحكومة والقطاع الخاص على الكفاءات الصحية ( Hamdan, 2003 ).

#### 2.4.4.2 الموارد البشرية:

الموارد البشرية تعتبر عامل رئيس لنجاح أو فشل عملية تطوير وإصلاح النظام الصحي، ويرى البعض بان هناك علاقة مباشرة بين الموارد البشرية والمهام الرئيسية للنظام الصحي، ولهذا السبب فان تدريب وإدارة الموارد البشرية والتخطيط الاستراتيجي للموارد البشرية تساعد وتساهم في إصلاح النظام الصحي في الدولة ( Martinez J, 1998 ). ويرى الباحث الفلسطيني حمدان بان إدارة الموارد البشرية في القطاع الصحي هي عملية معقدة، وان محاولة إصلاح القطاع الصحي الفلسطيني تتطلب الاهتمام بوضع استراتيجيات للموارد البشرية وذلك لدعم عملية الإصلاح المطلوبة ( Hamdan, 2003 ). إن سوء توزيع الموارد البشرية في القطاع الصحي، وغياب التحفيز للعاملين في القطاع العام، و تضارب المعلومات ، كل ذلك يؤكد على الحاجة الإستراتيجية الواضحة لإدارة الموارد البشرية. ومن جهته فان الباحث الفلسطيني عبد الهادي يعتقد بان المنظمات الأهلية لن تتطور ولن تحقق أهدافها بنجاح دون عملية تعليمية داخلية ( عبد الهادي، 2004 ).

هذا ويعمل في القطاع الصحي الفلسطيني حوالي 40000 كادر من الأطباء والتمريض والمهن الطبية المساعدة والإداريين وموظفي الخدمات المساندة ( فلسطين، وزارة الصحة، 2007 )،

وتعتبر وزارة الصحة المشغل الرئيس للقوى البشرية في القطاع الصحي، وقد بلغ عدد موظفيها في قطاع غزة في عام 2006م 7933 موظفاً وموظفة ( فلسطين، وزارة الصحة، 2008 ). هذا ولا توجد إحصائيات رسمية ودقيقة عن عدد موظفي المنظمات الأهلية العاملة في القطاع الصحي الفلسطيني في قطاع غزة. ولكن الدراسة التي تم إجراؤها في منتدى العمل الأهلي أظهرت بان عدد موظفي المنظمات الأهلية العاملة في القطاع الصحي الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة بلغ 9632 موظفاً وموظفة،(منتدى العمل الأهلي، 2006 ).

### 2.4.4.3 نظام التحفيز:

تجدر الإشارة إلى أن البعض يعتقد وبالخطأ بان التحفيز هو عبارة عن ميزة شخصية يحصل عليها البعض ولا يحصل عليها البعض الآخر، ومن جهته فإن Maslow يعتقد بان نظام التحفيز هو تلبية لبعض الاحتياجات الفردية للموظف، ولكن بشرط وجود الرغبة لديه لبذل درجة عالية من الجهد اتجاه تحقيق أهداف المؤسسة ( Maslow, 1954 ). هذا وقد أوصى مؤتمر روما الذي عقد في ديسمبر 2004م بهدف مراجعة القطاع الصحي الفلسطيني بضرورة وضع نظام لتحفيز للعاملين في القطاع الصحي وخاصة الأطباء والتمريض وبقية العاملين الصحيين وخاصة العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية ( Rome Conference, 2004 ).

### 2.4.5 واقع التخطيط:

يرى بعض خبراء الإدارة بأن التخطيط يساعد على تحقيق نسبة أعلى من النجاح لجميع الأعمال، وهذا النجاح يشجع العديد من المؤسسات لكي تخوض تجربة التخطيط، فعملية التخطيط لا تبدأ إلا بعد أن تؤمن الجهات المعنية بالتخطيط وأهميته، فالمؤسسات لا تقدم على التخطيط إلا من أجل

ضمان إحداث نقلة نوعية في عملها ( خميس، 1999).

هذا وأكدت الأبحاث أن إنجازات المؤسسات التي تعمل وفق خطة إستراتيجية تفوق إنجازات المؤسسات التي ليس لديها خطة إستراتيجية ( Andersen, 2000 )، وأظهرت دراسة أجريت على بعض المؤسسات في الولايات المتحدة الأمريكية التي تلجأ إلى عمل تغيير في إستراتيجيتها وهيكلتها عند تغير البيئة المحيطة فيها أن إنجازات هذه المؤسسات لا تتغير ( Wheelen, 2006 )، والبعض أكد بان التوافق بين بيئة هذه المؤسسات وإستراتيجيتها وهيكلتها وسير العمل فيها له تأثير ايجابي في أداء هذه المؤسسات ( Zajac, 2000 ).

ويعتقد الباحث الفلسطيني أبو حمد بان المنظمات الأهلية الفلسطينية لا تؤخذ فيها القرارات بناء على التخطيط والمعلومات والأبحاث، وإنما تدار عبر الطريقة التقليدية ( أبو حمد، 2008، غير منشور)، ولكن البعض يؤكد بان هناك اهتمام واضح من المنظمات الأهلية الفلسطينية بعملية التخطيط، حيث أظهرت دراسة لمعهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني بان 82% من المنظمات الأهلية الفلسطينية تضع خطة زمنية لتنفيذ برامجها ونشاطاتها ( شلبي، 2001). و يرى البرغوثي بان غياب الرؤية الإستراتيجية للقطاع الصحي الفلسطيني والفجوة بين الخطط النظرية بما فيها الخطة الوطنية الصحية والتطبيق العملي لهذه الخطة على الأرض بالإضافة إلى غياب النقاش والتفاعل بين مقدمي الخدمات من الصعوبات الرئيسة التي تواجه القطاع الصحي الفلسطيني ( البرغوثي، 1997). في حين أن الباحث الفلسطيني عبد الهادي يرى بأن وضوح الرؤى والاستراتيجيات هي عوامل هامة من عوامل استمرار المنظمات الأهلية، و واحدة من أهم تحديات البناء المؤسسي والحكم السليم (عبد الهادي، 2004).



## 2.4.6 التعاون والتنسيق

### 2.4.6.1 العلاقة بين المنظمات الأهلية الفلسطينية والسلطة الوطنية الفلسطينية:

من الصعب دراسة ونقاش هذا الموضوع بمعزل عن مناقشة التعاون والتكامل الغائب بين المنظمات الأهلية نفسها، وكذلك بمعزل عن مناقشة ودراسة التكامل الغائب أيضا بين مختلف وزارات وأجهزة السلطة الوطنية، وكذلك مناقشة التعاون والتكامل المطلوب بين السلطة والمنظمات الأهلية من جهة وبين بقية مكونات المجتمع الفلسطيني من جهة أخرى ومنها البلديات والمجالس القروية والعشائر والأحزاب السياسية والجامعات والمدارس و وسائل الإعلام والمؤسسات الاقتصادية وغيرها (سالم، 1999).

وقد رأت المنظمات الأهلية في وجود السلطة الوطنية الفلسطينية فرصة ذهبية لبلورة وتطوير سياسات تنموية وطنية عامة، بحيث يتعاظم تأثير برامج ونشاطات هذه المنظمات، وبما يخدم أهداف التنمية الوطنية الشاملة. وقد استطاعت المنظمات الأهلية الفلسطينية خلال الفترة الماضية من عمر السلطة الوطنية الفلسطينية، أن تبلور نموذجا مهنياً جيداً للتعامل مع السلطة قائماً على مبدأ الشراكة الكاملة، مستنداً على أهمية مشاركة المنظمات الأهلية بكافة مراحل إدارة البرامج التنموية، ابتداء بتحديد الاحتياجات والتخطيط مروراً بالتنفيذ وانتهاء بالمراقبة والتقييم (عبد الهادي، 2000). ومنذ بداية تأسيس السلطة الوطنية الفلسطينية اتسمت علاقتها بالمنظمات الأهلية بالتنافس والارتباب، وقد حاولت السلطة مرارا احتواء نشاط هذه المنظمات، إلا أن شكلا جديدا بدأ بالتبلور بعد الانتفاضة الثانية، إذ بدأت وزارة الداخلية مع بداية عام 2004م بمجموعة من الإجراءات العملية لتحسين العلاقة بين المؤسسات الحكومية ومنظمات المجتمع المدني ( تقرير التنمية البشرية، 2004). هذا وقد ذكر معهد الأبحاث والسياسات الاقتصادية الفلسطيني ( ماس ) أسبابا وعوامل عديدة أثرت في العلاقة بين المنظمات الأهلية والسلطة الوطنية الفلسطينية منها:

- 1- التنافس على التمويل والذي يعد سبباً أساسياً من أسباب توتر العلاقة بين الجهتين.
- 2- الدور السياسي الذي تلعبه بعض المنظمات الأهلية، ورغبة المنظمات الأهلية في التأثير بالسياسات العامة للسلطة الوطنية وتعزيز الديمقراطية.
- 3- غياب موقف موحد من المنظمات الأهلية تجاه السلطة الوطنية الفلسطينية.
- 4- حداثة تجربة السلطة وخاصة ميل السلطة الوطنية الفلسطينية إلى فرض إدارة مركزية (شلبي، 2001).

ويقول الباحث الفلسطيني عبد الهادي بان هناك نموذجين للعلاقة بين المنظمات الأهلية والسلطة الوطنية الفلسطينية، حيث يتسم النموذج الأول بالعلاقة التنافسية على الدور والمجال وعلى تقديم الخدمات، أما النموذج الثاني فيتسم بعلاقة شراكة وتنسيق ذات طابع قطاعي (عبد الهادي، 2000). وتذكر جمعية الإغاثة الطبية في نشراتها بان علاقة الشراكة والتنسيق ذات الطابع القطاعي تتبع من تقدير المنظمات الأهلية والسلطة الوطنية لأهمية دور كل منهما، ولضرورة التنسيق والتعاون في بعض المجالات وبعض الأنشطة، " فالسلطة لا تستطيع تجاهل دور المنظمات الأهلية وتاريخها، والإنجازات التي حققتها في التطور الاقتصادي والاجتماعي وعلاقتها التاريخية مع الممولين، والمجتمع المحلي " ( الإغاثة الطبية، 2007).

#### 2.4.6.2 العلاقة بين وزارة الصحة الفلسطينية والمنظمات الصحية الأهلية:

لقد كانت السمة الرئيسية لطبيعة هذه العلاقة والتي تطورت منذ عام 1994م وبعد استلام الفلسطينيين لزام الأمور في الصحة، هي التعاون والتنسيق وصولاً إلى إقامة علاقات من الشراكة بين وزارة الصحة الفلسطينية وعدد من مقدمي الخدمات من المنظمات الأهلية الصحية بهدف تقليل الازدواجية والتكامل في إطار خطة وطنية شاملة للرعاية الصحية، والاتفاق على أنظمة تشغيل موحدة، فقد

شهدت الفترة السابقة تنسيقاً ملحوظاً بين المنظمات الأهلية الصحية ووزارة الصحة، حيث نشأت لجان ومجالس مشتركة، ساهمت إلى حد ما في بلورة السياسات الصحية العامة، كما ساهمت في بلورة إطار للتشاور (منتدى العمل الأهلي، 2006).

وعلاوة على ذلك فإن السلطة استفادت من خدمات الرعاية الصحية التي كانت تقدم من المنظمات الأهلية، بالإضافة إلى الخدمات الصحية العديدة والتي كانت تقدم من المنظمات الأهلية ولم تكن تقدمها وزارة الصحة، وكذلك مشاركة هذه المنظمات الأهلية للسلطة في مشاريع مشتركة. وقد وصفت الباحثة الفلسطينية ريما حبش التعاون بين وزارة الصحة والمنظمات الصحية الأهلية بالرائع والاستثنائي، وذلك مقارنة بالتعاون بين السلطة الوطنية الفلسطينية والمنظمات الأهلية الأخرى (ريما حبش، بدون تاريخ). وفي عام 1996م ونتيجة لعدة اجتماعات وورش عمل نفذت من قبل معهد الإعلام والسياسات الصحية في رام الله، وبمشاركة العديد من المنظمات الأهلية ووزارة الصحة الفلسطينية تم الاتفاق على التمييز بين 3 مستويات ونماذج للتعاون والتنسيق لتقليل الازدواجية وزيادة الاستخدام المثمر والفعال للموارد المتاحة، المستوى الأول للتنسيق يعود إلى المواضيع العامة من السياسات الصحية مثل توزيع الموارد المتاحة، أما المستوى الثاني فانصب على التعاون في قطاعات مختلفة من تقديم الرعاية الصحية مثل خدمات المستشفيات والإسعاف الأولي، أما المستوى الثالث من التنسيق فركز على الخدمات الصحية للفئات المهمشة مثل النساء والأطفال والمعاقين و كبار السن (ريما حبش، بدون تاريخ)، وقد ذكر منتدى العمل الأهلي بان:

" العلاقة بين وزارة الصحة الفلسطينية والمنظمات الصحية الأهلية اتسمت بالمد والجزر، بحيث

كانت علاقة جيدة في مراحل معينة، وعلاقة مشوشة في مراحل أخرى، وهذا يعود إلى أسباب

عديدة منها ما له علاقة بتغير الشخوص القائمين على الوزارة وبخاصة الوزراء، حيث أن وجود

وزير غير مقتنع بأهمية وبدور المنظمات الأهلية يؤثر كثيرا على هذه العلاقة" (منتدى العمل

الأهلي، 2006).

أما جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية فإنها تنظر إلى التعاون كأداة ذات قيمة في عملية التخطيط لسياسات الرعاية الصحية، وتعمل من خلال التنسيق والتعاون مع وزارة الصحة من أجل "إعادة تأهيل نظام الرعاية الصحية باتجاه التركيز على الرعاية الصحية الأولية كإستراتيجية أساسية لتطوير النظام الصحي الفلسطيني، وتطوير جودة الخدمات المقدمة ورفع مستوياتها، وبناء نماذج صحية تنموية تؤكد حق الإنسان في الصحة وفي الحياة الكريمة ونقل هذه التجارب للآخرين" (الإغاثة الطبية، 2007).

### 2.4.6.3 التنسيق بين المنظمات الأهلية الفلسطينية:

يكتسب التنسيق والتشبيك بالواقع الفلسطيني أهمية استثنائية، نظراً للمخاطر المحيطة بالواقع الفلسطيني، ونظراً لقلّة المصادر المتاحة حالياً ونظراً لأهمية تضافر الجهود لبناء الدولة الفلسطينية المستقلة وبناء مجتمع ديمقراطي مدني قوي وقادر. ويرى الباحث الفلسطيني عبد الهادي بان "التحديات الكبيرة التي طرحها الواقع الجديد، قد مهدت الطريق إلى تعزيز التحالف والتشبيك والتعاون بين أنواع مختلفة من منظمات المجتمع المدني، ما كان لها أن تتحالف سابقاً (عبد الهادي، 2004). هذا وتعمل كل واحدة من المنظمات الأهلية الفلسطينية في فضاءها الخاص، كما تعمل في فضاءات مشتركة مع غيرها، كما تتشابك نشاطاتها مع نشاطات بعض المنظمات الرسمية في صيانة النسيج الاجتماعي الفلسطيني (تقرير التنمية البشرية، 2004).

وقد اتسمت العلاقة بين المنظمات الأهلية فيما بينها في البداية بالتنافس، وابتعدت في كثير من الأحيان عن التنسيق الفعال فيما بينها، إلا أن هذه المنظمات أدركت فيما بعد أهمية التنسيق

والتشاور والتعاون فيما بينها، وقامت بعض المنظمات الأهلية بتأسيس شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية، والتي أصبحت الآن تضم عدداً كبيراً من المنظمات الأهلية والتي تقدم خدمات نوعية ومتميزة للمجتمع الفلسطيني في كافة المجالات والتي استطاعت خلال الأعوام الماضية ترسيخ وجودها ودورها الوطني والتنموي والمجتمعي ( شبكة المنظمات الأهلية، 2004 ). ومن جهته فان الناشط الفلسطيني في العمل الأهلي أبو الجديان يرى أن المنظمات الأهلية تعمل من اجل تحسين التنسيق والتشبيك فيما بينها لتعزيز موقعها أمام الممولين الغربيين وأيضاً للتأثير في السياسات الحكومية ( Abu – El Jedian, 2007 ). أما جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية فتري أن تحسين التنسيق والتشبيك بين المنظمات الأهلية يساعد في التأثير على أعضاء المجلس التشريعي لصنع السياسات الوطنية السليمة وتمرير القوانين، والتأثير في التشريعات والإجراءات والسياسات العامة، والضغط من اجل إصلاح القطاع الصحي بالاستناد إلى التشريعات، وتفعيل الدور الرقابي لوزارة الصحة ووضع شروط ملائمة للرعاية الأولية وآلية توزيع الخدمات، والضغط على وزارة الصحة من اجل إنشاء نظام معلومات صحية وطني ( الإغاثة الطبية، 2007 ).

وحسب دراسة لمعهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني ( ماس ) فان هناك عوامل عديدة تؤثر في التنسيق بين المنظمات الأهلية ومن هذه العوامل حجم المؤسسة وبرامجها الرئيسية ونشاطاتها وتبعيتها لحزب سياسي معين والمنافسة على التمويل، والعلاقات الشخصية بين قادة المنظمات الأهلية المختلفين ( شلبي، 2001 ). ويعتقد الباحث الفلسطيني عبد الهادي بان علاقات التنسيق بين هذه المنظمات حققت بعض النجاحات، لكنها نجاحات غير كافية ولكن يمكن البناء عليها وتطويرها ( عبد الهادي، 2004 ).

## 2.4.7 التمويل

### 2.4.7.1 نشأة التمويل الدولي:

لقد بدأت قضية المعونات الدولية والتمويل تظهر على السطح في القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين، حينما أخذت القوى الغربية بعين الاعتبار مستعمراتها والبلدان الفقيرة. ففي بريطانيا كان قرار تنمية المستعمرات 1929م هو الذروة لعملية طويلة من التحرك من سياسة عدم التدخل في العمليات الاقتصادية للمستعمرات إلى المساعدة، ولكن كان ذلك بقيود محددة، أما الولايات المتحدة الأمريكية فوجهت معوناتها في ثلاثينيات وأربعينيات القرن الماضي إلى بلدان أمريكا اللاتينية تحت إطار سياسة الجوار الجيد (Kanbur, 2003) كما ورد في الشوا، (2008)).

وفي أعقاب الحرب العالمية الثانية خرجت مبادرتان هامتان في مجال التمويل وتقديم المعونة على المستوى الدولي، كانت أولهما هي إنشاء البنك الدولي الذي بدأ أعماله بالمساعدة في إعادة بناء أوروبا بعد الحرب العالمية الثانية، فيما كانت المبادرة الثانية هي مشروع مارشال الذي مولته الولايات المتحدة بغرض إعادة إعمار الدول الأوروبية التي تضررت من جراء الحرب العالمية الثانية. أما في ستينيات وسبعينيات القرن الماضي خلال الحرب الباردة فقد توسعت المساعدات الثنائية بين الدول، كذلك الأمر بين المؤسسات المتعددة الأطراف وبخاصة البنك الدولي، وذلك في أعقاب انتهاء مصادر إعمار أوروبا واليابان في الستينات، وتم توجيه المعونات متعددة الأطراف بشكل كبير للدول النامية (Kanbur, 2003) كما ورد في الشوا، (2008)).

### 2.4.7.2 تمويل السلطة الوطنية الفلسطينية:

هذا وفي الفترة من عام 1994م حتى عام 2002م اعتبرت الولايات المتحدة الأمريكية في مقدمة الدول المانحة التي تقدم المساعدات الدولية للسلطة الوطنية الفلسطينية، ثم تلاها الاتحاد الأوروبي

واليابان والنرويج، وقد بلغ إجمالي المساعدات التي تم التعهد بها من طرف الدول المانحة للسلطة الوطنية الفلسطينية خلال هذه الفترة نحو 6.8 مليار دولار، وبلغ إجمالي الالتزام من هذه الدول نحو 5.7 مليار دولار، حيث قدمت الولايات المتحدة ما نسبته 17% مما قدمته الدول المانحة عن هذه الفترة ( فلسطين، وزارة الخارجية، 2008). وتقدم الولايات المتحدة الأمريكية معظم المعونات للسلطة الفلسطينية عبر وكالة التنمية الأمريكية والمؤسسات الدولية الأخرى مثل: البنك الدولي ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين " الأنروا" ( لبد، 2004).

وأشار د.هاورد سومكا مدير عام الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية "USAID" في الأراضي الفلسطينية، أن الحكومة الاميركية تعتبر المانح الأكبر للفلسطينيين وأن "USAID" قدمت حوالي 1.7 مليار دولار للشعب الفلسطيني منذ عام 1993م عبر برامجها المختلفة، وذكر أيضا بأن برامج الصحة والمساعدات الإنسانية المقدمة للفلسطينيين حظيت خلال سنوات 1993-2007م بدعم بلغ مقداره 160.930.738 دولار (سومكا، 2008).

### 2.4.7.3 تمويل المنظمات الأهلية الفلسطينية:

يعد التمويل من أكثر الجوانب أهمية بالنسبة للمنظمات الأهلية، فعليه يتوقف حجم برامجها وأنشطتها ونوعية ومستوى هذه البرامج وأثرها على الفئات المستفيدة والمجتمع، وتزداد هذه الأهمية نتيجة لطبيعة مصادر تمويل المنظمات التي تتسم بالمرونة والتغيير وتأثرها بالمناخ السياسي والاجتماعي للبلاد ( الشوا، 2008 ).

إن المنظمات الأهلية الفلسطينية تعتمد في تمويلها على مصادر عديدة ومتنوعة، وحسب معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس) فإن نسب التمويل من كل مصدر كما يلي: التمويل الخارجي وبنسبة 60.9 % ، التمويل الذاتي 21.5% ، التمويل الحكومي 0.7% ، التمويل من

المجتمع المحلي 9.3% الداخلي، التمويل من داخل الخط الأخضر 3.7%، بالإضافة إلى التمويل من جهات أخرى مختلفة (شلبي، 2001).

ويرى الناشط الفلسطيني البرغوثي بان معظم التمويل الخارجي الذي تتلقاه المنظمات الأهلية الفلسطينية يأتي أما من منظمات أهلية دولية وإما من مصادر مخصصة لتمويل المنظمات الأهلية، وليس من الهيئات الحكومية وبكلمات أخرى إن المنظمات الأهلية الفلسطينية تتنافس ليس مع السلطة الفلسطينية بل مع منظمات أهلية في بلدان أخرى ( البرغوثي، 1997).

وقد شهدت المنظمات الأهلية ومنذ إنشاء السلطة الفلسطينية هبوطا حادا في تمويل مشاريعها فطبقا لمصادر البنك الدولي فإن المساعدة الدولية للمنظمات الأهلية والتي بلغت 220 مليون دولار أمريكي عام 1993م قد هبطت إلى 74 مليون دولار عام 1997م أي انخفاض بنسبة 66% وادي ذلك إلى إغلاق 69 عيادة تابعة للمنظمات الأهلية ( World Bank, 1993 ).

هذا ولا توجد أرقام دقيقة عن حجم تمويل المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية، فجميع الدراسات التي تم نشرها عن هذا الموضوع تعتمد على معلومات تقديرية، ففي مؤتمر روما الذي عقد في نهاية عام 2004م تم التطرق إلى تمويل المنظمات الأهلية الفلسطينية الذي وصل إلى حوالي 54 مليون دولار في عام 2003م ( Rome Conference, 2004 ).

وبناء على معلومات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني فان المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية صرفت 64.5 مليون دولار أمريكي على الرواتب والمصاريف الجارية (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006)، ويعتبر الباحث الفلسطيني عاشور بان هذا الرقم لا يشير بصورة دقيقة إلى حجم تمويل المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية خاصة إذا علمنا بان مجموع عوائد هذه حسب ما تم إيرادها من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني قد بلغ 17 مليون دولار



أمريكي، وحسب اعتقاد عاشور فان الفارق بين مصاريف وموارد المنظمات الأهلية والذي يقدر بحوالي 47.5 مليون دولار يمول من الممولين الخارجيين ( عاشور، 2006 ).

## الفصل الثالث

### منهجية الدراسة وإجراءاتها

#### مقدمة:

يتناول الباحث في هذا الفصل نوع الدراسة ومجتمع الدراسة والعينة ومدة إجراء الدراسة ومكانها، كما يتناول أدوات الدراسة والاعتبارات الأخلاقية والإدارية للدراسة، ويتطرق إلى طريقة جمع المعلومات، وتحليل البيانات، وعيوب ومعوقات الدراسة كما هو مدون أدناه.

#### 3.1 نوع الدراسة:

استخدم الباحث دراسة وصفية، مقطعية، كمية، نوعية، لما يخدم هذا النوع من الدراسات موضوع البحث، باعتبار أن البحث سيعطي صورة عامة عن دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني، كما أن الدراسة الوصفية المقطعية غير مكلفة وسهلة التطبيق. وحيث أنه لا توجد في فلسطين دراسات سابقة تبحث في هذا الموضوع بصورة تفصيلية، فقد فضل الباحث أن يقوم من خلال هذه الدراسة بإلقاء نظرة وصفية على دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني قبل الخوض في دراسات معمقة وتفصيلية حول المحاور الرئيسية لهذا الموضوع، لذلك فإن استخدام هذا النوع من الدراسة مناسب لموضوع البحث وتمشي معه، لكي يساعد في فتح الآفاق أمام الباحثين مستقبلاً للتطرق لموضوعات أكثر تفصيلاً حول دور وعمل المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة، وطرح أسئلة أكثر تعمقاً في مثل هذا الموضوع الشائك.

## 3.2 مجتمع الدراسة:

### 3.2.1 الطريقة الكمية: تشمل هذه الطريقة جميع المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية العاملة في

قطاع غزة، والتي تم حصرها من خلال الحصول على قوائم المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية

من وزارة الصحة الفلسطينية، وقائمة أعضاء القطاع الصحي في شبكة المنظمات الأهلية

الفلسطينية، كذلك المنظمات الأهلية التي وردت في دليل الأمم المتحدة للمنظمات غير الحكومية

العاملة في قطاع غزة (مكتب المنسق الخاص للأمم المتحدة، 2007)، وكذلك تم الاستعانة بقوائم

من مشروع مرام (Maram, 2003)، فبعد الحصول على القوائم المذكورة أعلاه تم وضعها في

قائمة واحدة حيث شطب منها أسماء المنظمات الأهلية المكررة والمنظمات التي توقفت عن

العمل، هذا وتم وضع القائمة النهائية للمنظمات الأهلية بالاسترشاد بالمعايير التي اعتمدت في

دراسات سابقة لتحديد من هي المنظمة الأهلية، والمعايير المستخدمة في هذه الدراسة هي:

- 1- أن يكون لها واقع رسمي مقنن: وهذا يعني وجود درجة من المؤسسة للمنظمة .
- 2- أن تكون مستقلة: أي منفصلة عن الحكومة، وتكون ذات شخصية اعتبارية، وأن تحكم وتدار ذاتياً، بمعنى أن تكون مستعدة وقادرة على التحكم والسيطرة على أنشطتها.
- 3- أن لا تستهدف جني الربح: أي ليس من أهدافها تحقيق الربح للقائمين عليها، وإن استهدفت الربح فيجب أن يكون ذلك لخدمة الأهداف التي قامت المنظمة من أجل تحقيقها.
- 4- أن لا تكون إرثية: بمعنى أن تكون العضوية طوعيه، وأن لا تكون عضوية الفرد فيها قائمة على رابطة الدم، كما هو الحال في الروابط العشائرية.
- 5- أن لا تكون تمثيلية: بمعنى عدم اقتصار عضويتها على قطاع محدد، وهدفها الدفاع عن مصالح وامتيازات ذلك القطاع.

6- أن تكون مرخصة من جهة ما.

على أنه ووفقاً للتعريف، وكي تعتبر المنظمة جزءاً من قطاع المنظمات الأهلية يجب أن تتوفر فيها الشروط السابقة.

### 3.2.2 الطريقة النوعية: شملت الدراسة النوعية الالتقاء وإجراء مقابلات معمقة مع ثمانية من

الخبراء وصناع القرار وأصحاب الرأي من ناشطي العمل الصحي الأهلي و الرسمي

(In-depth interviews with key informants and policy makers)، وقد تم اختيار

هؤلاء بعد التفكير والتشاور مع مشرف الدراسة وآخرين من العاملين في القطاع الأهلي والصحي

الفلسطيني ( ملحق رقم 1 ).

### 3.3 حجم عينة الدراسة ومعدل الاستجابة:

#### 3.3.1 الطريقة الكمية: كل المجتمع الأصلي " مجتمع الدراسة " أي جميع المنظمات الصحية

الأهلية الفلسطينية العاملة في قطاع غزة بالإضافة إلى المنظمات الرئيسية العاملة في مجال تأهيل

المعاقين في قطاع غزة. هذا وقد بلغ معدل الاستجابة 96 % من مجموع المنظمات الأهلية التي تم

استهدافها وعددها 43 منظمة صحية أهلية عاملة في قطاع غزة.

#### 3.3.2 الطريقة النوعية: تم اختيار مجموعة من الخبراء وصناع القرار من مقدمي الخدمات

الصحية المختلفين من قبل الباحث بطريقة انتقائية هادفة وعددهم ثمانية.

### 3.4 مدة الدراسة:

تمت هذه الدراسة في الفترة ما بين شهري يناير 2008 م وسبتمبر 2008 م، وذلك على النحو

التالي:

#### 3.4.1 الجزئية الكمية: بدأت هذه الدراسة في شهر يناير 2008 م، وذلك بعد استكمال جميع

الإجراءات الإدارية والأخلاقية المتبعة في مثل هذه الدراسات، وقد استمرت عملية تعبئة الاستبيان

وجمع المعلومات من المؤسسات المستهدفة لمدة 4 أسابيع وذلك خلال شهر مايو 2008م، وتم بعد ذلك البدء في عملية إدخال وتحليل البيانات باستخدام الطرق الإحصائية.

**3.4.2 الجزئية النوعية:** بدأت هذه المرحلة من الدراسة بعد الانتهاء من تحليل المعلومات التي تم جمعها في الدراسة الكمية، وذلك في الأسبوع الأخير من شهر يوليو 2008 م، حيث قام الباحث بإجراء المقابلات المعمقة مع الخبراء، ومن ثم تم تفريغ هذه المقابلات وتحليلها واستمرت هذه المرحلة من الدراسة لمدة 4 أسابيع حتى نهاية شهر أغسطس 2008 م.

### **3.5 مكان الدراسة :**

تم إجراء هذه الدراسة في محافظات قطاع غزة في فلسطين وهو مكان مجتمع الدراسة.

### **3.6 الاعتبارات الأخلاقية والإدارية للدراسة :**

تجدر الإشارة إلى انه ومنذ المراحل الأولى للدراسة وقبل البدء بأي خطوة من خطوات البحث، قام الباحث بالأخذ بعين الاعتبار جميع الإجراءات الإدارية والأخلاقية المتبعة، حيث تم عرض موضوع البحث على عمادة الدراسات العليا في جامعة القدس التي أعطت موافقتها لإجراء هذه الدراسة، ومن ثم تم الحصول على قائمة المنظمات الصحية الأهلية المرخصة في وزارة الصحة الفلسطينية، ومن شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية، وتم مراعاة الاعتبارات الأخلاقية الأخرى المتعلقة بموضوع الدراسة على النحو التالي:

#### **3.6.1 الجزئية الكمية:** تم الحصول على الموافقة من جميع المنظمات الصحية الأهلية التي

شاركت في هذه الدراسة، وذلك بعد الشرح التفصيلي لإدارة هذه المنظمات عن هذه الدراسة وأهمية مشاركتهم فيها، كما تم التأكيد على سرية المعلومات التي سيتم الإدلاء بها من قبلهم والتأكيد على اقتصار استخدام هذه المعلومات على أغراض البحث العلمي فقط .

**3.6.2 الجزئية النوعية:** تم الاتصال والالتقاء مع جميع الخبراء الذين تم مقابلتهم وذلك بهدف الحصول على موافقتهم المسبقة على اجراء المقابلات وتسجيلها في كاست صوتي، والتأكيد على اقتصار استخدام هذه المعلومات على أغراض البحث العلمي، وتحديد موعد ملائم لإجراء المقابلات.

### **3.7 أدوات البحث :**

نظرا لاستخدام الباحث دراسة وصفية، مقطعية، كمية، نوعية، وبهدف الحصول على نتائج أكثر دقة حول موضوع الدراسة لجأ الباحث إلى طريقتين للحصول على المعلومات اللازمة للدراسة عبر:

**3.7.1 الاستبيان:** حيث تم جمع البيانات والمعلومات من المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية التي شملتها الدراسة من خلال استبيان لمعرفة الخصائص الرئيسة لهذه المنظمات وأنواع الخدمات التي تقدمها، حيث شمل الاستبيان البيانات التالية: البيانات التعريفية وشملت معلومات شخصية والبيانات التعريفية بالمؤسسة، البيانات التفصيلية وشملت معلومات عن الخدمات التي تقدمها المؤسسة، ونظم الإدارة، ومعلومات خاصة بالموظفين، ومعلومات عن الفئة المستهدفة، ومواقع العمل، والتعاون والتنسيق، ومعلومات عن التمويل (ملحق رقم 2).

**3.7.2 المقابلات المعمقة:** حيث تم جمع البيانات والمعلومات اللازمة عن طريق اجراء مقابلات معمقة شبه ممعيرة (Semi structured interview) لدراسة التنسيق والتعاون بين المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية ووزارة الصحة الفلسطينية ، والخدمات التي يجب أن تقدم من المنظمات الأهلية، وتم التطرق إلى نقاط الضعف والقوة في عمل المنظمات الصحية الأهلية، وذلك من خلال إجراء ثمان مقابلات معمقة، كل مقابلة على حدة وكانت على النحو التالي: أربع مقابلات معمقة مع صانعي القرار في المنظمات الأهلية، مقابلتان مع صناع القرار في وزارة

الصحة الفلسطينية ، مقابلة مع مدير دائرة الصحة في وكالة غوث و تشغيل اللاجئين الفلسطينيين السابق، ومقابلة مع احد الخبراء والاكاديمين في الصحة. هذا ولقد تم إجراء تحكيم لمحاور وأسئلة المقابلات من قبل نفس محكمي الاستبيان (ملحق رقم 3).

### 3.8 الدراسة الأولية:

اجري الباحث دراسة أولية من اجل الوقوف على ملائمة أداة الدراسة من خلال جمع البيانات والمعلومات من منظمتين من مجموع مجتمع الدراسة، وذلك بهدف التأكد من سلامة الأسئلة والمتغيرات التي شملها الاستبيان وتناسبها مع أهداف الدراسة، وكذلك للتأكد من سهولة فهم الأسئلة، وقياس المدة الزمنية التي يستغرقها تعبئة الاستبيان، ومن ثم تم تعديل بعض الاسئلة وإعداد النسخة النهائية من الاستبيان بالشكل الذي يضمن وضوح الأسئلة وسهولة الإجابة عليها.

### 3.9 طريقة جمع المعلومات:

كما تم ذكره مسبقا، فإن جميع المعلومات قد تم جمعها عبر أداتين وهما:

3.9.1 الاستبيان: أقدم الباحث على الاتصال هاتفيا بجميع مدراء ومسؤولي المنظمات الصحية الأهلية والتي شملتها الدراسة، وذلك بهدف اطلاعهم على موضوع البحث وعلى الاستبيان وأهم محاوره، وطلب تحديد موعد لإجراء مقابلة وجها لوجه مع هؤلاء المدراء، وتم إرسال الاستبيان بشكل مسبق للمنظمات الأهلية، وذلك بهدف تجهيز المعلومات اللازمة لتعبئة الاستبيان بطريقة صحيحة، ومن ثم قام الباحث بزيارة هذه المنظمات الأهلية لتعبئة الاستبيان حيث تم تعبئته من قبل الباحث نفسه وذلك أثناء عقد لقاء وجها لوجه مع مدراء المنظمات الصحية الأهلية.

### 3.9.2 المقابلات المعمقة: لقد استمر إجراء المقابلات مع الخبراء لمدة 4 أسابيع، حيث كان يتم

الاتفاق مسبقا على مكان وزمان المقابلة، وقد استغرقت المقابلة الواحدة من 45 دقيقة إلى 60 دقيقة، وقد استعان الباحث بمساعدة تم تدريبها مسبقا، وقد تم تسجيل جميع المقابلات عبر مسجل،

وفور انتهاء كل مقابلة كان الباحث والمساعدة يعقدان اجتماعاً قصيراً وذلك بهدف تلخيص أهم محاور المقابلة وكتابة تقرير عنها، ومن ثم تم تفرغ تسجيل كل مقابلة ومراجعتها.

### **3.10 معالجة البيانات :**

#### **3.10.1 الاستبيان:**

**3.10.1.1 تدقيق البيانات:** تم تدقيق البيانات المجمعّة من الميدان عبر الباحث وذلك بهدف التأكد من سلامة عملية جمع البيانات.

**3.10.1.2 إدخال البيانات:** تم عمل نموذج بيانات لإدخال كافة بيانات ومعلومات الاستبيان على الحاسوب الشخصي للباحث وبواسطته من خلال برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) اصدار 13 حيث يتمتع هذا البرنامج بخيارات متعددة للتعامل مع كل الاحتمالات المتوقعة في مثل هذه الدراسة، وتم إدخال البيانات بشكل يومي، حيث حرص الباحث على إدخال البيانات أول بأول.

**3.10.1.3 تحليل البيانات:** تم تحليل البيانات بواسطة البرنامج الإحصائي (SPSS)، بحيث تم في البداية تنظيف البيانات ومعالجتها، ثم عمل الاختبارات الإحصائية اللازمة.

#### **3.10.2 المقابلات المعمقة:**

استخدم الباحث طريقة التوبيب المفتوح (Open Coding) بعد الانتهاء من عقد كل مقابلة تم كتابة تقرير موجز عن المقابلة، ومن ثم مقارنة ما جاء في هذا التقرير مع محضر التقرير المبني على تفرغ التسجيلات الخاصة بالمقابلات المعمقة، تم إعطاء كل خبير ممن تم إجراء المقابلات معهم رمزا معيناً، وتم تصنيف مجمل ما ورد في كل مقابلة من المقابلات الى محاور رئيسية، ثم تم تجميع ما ورد في كل محور في قائمة منفصلة على حدة، ومن ثم تلخيص كل محور من



المحاور، وفي بعض الأحيان رأى الباحث انه من المفيد للبحث و نتائجه أن يتم توثيق ما ذكره الخبراء حرفيا بدون اي تصرف من الباحث.

### 3.11 المصادقية والثبات :

تم مراعاة المبادئ التالية بهدف تعزيز المصادقية و الثبات في هذا البحث:

**توحيد الأدوات والإجراءات:** لقد تم توحيد الأدوات المستخدمة في الدراسة عبر استخدام استبيان موحد لجميع المنظمات الاهلية التي شملتها الدراسة، و كذلك تم تعبئة هذا الاستبيان بنفس الطريقة لجميع هذه المنظمات.

**تحكيم الأدوات:** للتأكد من صدق الأدوات المستخدمة في الدراسة ، تم عرض الاستبيان وأسئلة المقابلات التي تم اجراؤها مع الخبراء على عدد من المحكمين والمختصين ومن لهم إطلاع وصلة بهذه الدراسة، إذ بلغ عدد المحكمين (10) محكمين ممن لديهم الخبرة في مجال البحث العلمي والإدارة والصحة وأساتذة الجامعات المختلفة والعمل الأهلي من الضفة الغربية وقطاع غزة، وقد أخذ الباحث بعين الاعتبار التعديلات والملاحظات التي وضعت من قبل المحكمين.

**مراجعة الزملاء:** خلال مراحل الدراسة المختلفة تم مراجعة واستشارة بعض الزملاء وذلك في كيفية اختيار عينة الدراسة، وكذلك عند مقارنة النتائج الكمية والكيفية ، وعند الشروع في تحليل المقابلات المعمقة.

**مراجعة المشاركين:** للحصول على درجة عالية من المصادقية لجأ الباحث الى مراجعة المشاركين في الدراسة، حيث تم إرسال محضر المقابلة إلى احد الخبراء الذين تم إجراء المقابلات معهم لمراجعة مقابله.

**مقارنة النتائج الكمية والكيفية:** النتائج التي تم الحصول عليها نتيجة الدراسة الكمية تم مناقشتها والاستفسار عنها مع الخبراء اثناء اجراء الدراسة الكيفية ( المقابلات المعمقة )، وتم مقارنة هذه النتائج ببعضها البعض للحصول على درجة عالية من المصدقية والثبات.

**التدريب:** حيث تم تدريب مساعدة الباحث التي تم الاستعانة بها عند إجراء المقابلات المعمقة للمساعدة في الأمور اللوجستية وأخذ الملاحظات وتسجيل المقابلات.

### 3.12 عيوب ومعوقات الدراسة :

يجب أن نذكر أن من مساوئ هذا النوع من الدراسات المقطعية أنها تعطي صورة لحظية وقد تختلف النتائج بصورة كبيرة، فهذا النوع من الدراسات يدرس حالة المؤسسة لحظة جمع البيانات، وبذلك من الصعب مقارنة هذه الدراسات ببعضها البعض، أو استخدام نتائجها للمقارنة في غياب معايير ومقاييس ثابتة يتم القياس عليها عند إجراء الأبحاث .

هذا وتعتبر تطورات الأوضاع السياسية والأمنية التي يمر بها قطاع غزة من أهم المعوقات التي تواجه الباحثين، وبالإضافة إلى ذلك فإن هناك معوقات أخرى قد واجهت الباحث منها:

- 1- قلة المصادر والمراجع العربية والأبحاث السابقة في مجال الدراسة .
  - 2- صعوبة في الالتقاء بالأشخاص المؤهلين للإدلاء بالبيانات، خاصة في المؤسسات الكبرى.
  - 3- القيود والتحفظات على إعطاء المعلومات المطلوبة للدراسة .
  - 4- صعوبة المواصلات بسبب عدم توفر الوقود نتيجة الحصار وخاصة فترة جمع البيانات.
- وقد عمل الباحث على التغلب على قلة المراجع والمصادر بالاعتماد على نتائج الاستبيان وتقارير المنظمات الأهلية، وتقارير وزارة الصحة، والتقارير ذات العلاقة. وقد عمل الباحث جاهدا على الالتقاء بمدراء المنظمات الأهلية لإقناعهم بالمشاركة في البحث.

## الفصل الرابع

### النتائج ومناقشتها

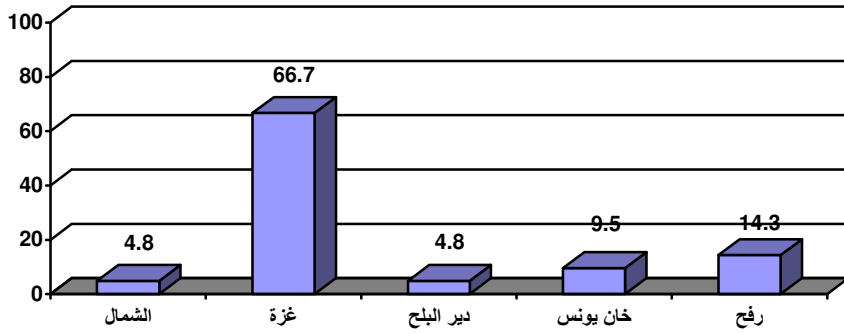
يستعرض هذا الفصل نتائج تحليل ونقاش المعطيات التي تم جمعها عن المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية العاملة في قطاع غزة من خلال الاستبيان والمقابلات المعمقة التي تم إجراؤها مع مجموعة من أصحاب القرار في وزارة الصحة الفلسطينية ونشطاء في العمل الأهلي الفلسطيني. وعبر عرض 16 جدولاً سيتم استعراض الخصائص العامة للمنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية، وكذلك الخصائص الديموغرافية لمدراء المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية. وسيتم توضيح توزيع مرافق المنظمات الصحية الأهلية، والنظم الإدارية والتوجهات الإستراتيجية وعملية التخطيط والبنية الداخلية لدى المنظمات الصحية الأهلية. وسيتم في هذا الفصل أيضاً استعراض لمعطيات ومعلومات نوعية عن عمل المنظمات الصحية الأهلية توفرت من خلال المقابلات المعمقة، وكذلك أهم النصائح والمقترحات التي تم تقديمها من الخبراء أثناء المقابلات بهدف تعزيز دور المنظمات الأهلية التكاملية مع وزارة الصحة الفلسطينية.

## 4.1 الخصائص العامة للمنظمات الصحية الأهلية

### جدول رقم (4.1) : توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب خصائصها

| النسبة المئوية  | العدد     | المتغير                           |
|---|-----------|-----------------------------------|
| <b>1. توزيع المنظمات حسب المحافظة</b>                   |           |                                   |
| 4.8   | 2         | شمال غزة                          |
| 66.7  | 28        | غزة                               |
| 4.8   | 2         | دير البلح                         |
| 9.5   | 4         | خان يونس                          |
| 14.3  | 6         | رفح                               |
| <b>100.0</b>  | <b>42</b> | <b>المجموع</b>                    |
| <b>2. جهة التسجيل</b>                                   |           |                                   |
| 92.8  | 39        | وزارة الداخلية                    |
| 71.4  | 30        | وزارة الصحة                       |
| 26.2  | 11        | وزارة الشؤون الاجتماعية           |
| <b>3. سنة التأسيس</b>                                   |           |                                   |
| 26.2  | 11        | ما قبل العام 1983                 |
| 26.2  | 11        | من العام 1983 الى 1993            |
| 31  | 13        | من العام 1994 الى 2000            |
| 16.6  | 7         | بعد عام 2000                      |
| <b>100.0</b>  | <b>42</b> | <b>المجموع</b>                    |
| <b>4. التجمعات السكنية المستهدفة</b>                    |           |                                   |
| 9.5   | 4         | داخل المخيم                       |
| 2.4   | 1         | خارج المخيم                       |
| 88.1  | 37        | مختلط                             |
| <b>100.0</b>  | <b>42</b> | <b>المجموع</b>                    |
| <b>5. منطقة نشاط المنظمات</b>                           |           |                                   |
| 31.0  | 13        | على صعيد المحافظة                 |
| 61.9  | 26        | على صعيد قطاع غزة                 |
| 7.1   | 3         | على الصعيد الوطني ( الضفة و غزة ) |
| <b>100.0</b>  | <b>42</b> | <b>المجموع</b>                    |
| <b>6. الفئات المستهدفة</b>                              |           |                                   |
| 52.4  | 22        | النساء                            |
| 45.2  | 19        | الأطفال تحت سن الخامسة            |
| 31.0  | 13        | المسنين                           |
| 40.5  | 17        | المعاقين                          |
| 38.1  | 16        | الفقراء                           |
| 26.2  | 11        | اللاجئين                          |
| 42.9  | 18        | كافة السكان                       |
| <b>7. نوع الخدمة المقدمة من المنظمات الصحية الأهلية</b> |           |                                   |
| 61.9  | 26        | خدمات الرعاية الأولية الصحية      |
| 16.7  | 7         | رعاية ثانوية                      |
| 45.2  | 19        | خدمات تأهيل                       |

#### 4.1.1 توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب المحافظة:



#### رسم بياني (4.1) توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب المحافظة

بلغ عدد المنظمات الصحية الأهلية في قطاع غزة والتي شملتها الدراسة 42 منظمة، توزعت على محافظات قطاع غزة الخمس. وهذا يتفق إلى حد ما مع ما ورد في دليل المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة لعام 2007م والصادر عن مكتب المنسق الخاص للأمم المتحدة (مكتب المنسق الخاص للأمم المتحدة، 2007)، حيث ورد في هذا الدليل أن عدد المنظمات التي تعمل في مجال الصحة في قطاع غزة 47 مؤسسة، والتي كان من بينها 5 مؤسسات دولية غير حكومية، ولكن تجدر الإشارة إلى أن هذا العدد (عدد المنظمات الأهلية الصحية الأهلية في قطاع غزة والتي شملتها الدراسة 42 منظمة) يختلف عن عدد المنظمات الصحية الأهلية الذي أظهرته دراسة منتدى العمل الأهلي وهو 51 منظمة (منتدى العمل الأهلي، 2006)، ويعود هذا الاختلاف إلى أن الدراسة المذكورة قد شملت مؤسسات وطنية أخرى مثل الهلال الأحمر الفلسطيني والتي لا تعد مؤسسة أهلية بل هي مؤسسة رسمية تابعة لمنظمة التحرير الفلسطينية، أو منظمات أهلية لم تعد تعمل خلال فترة الدراسة مثل مؤسسة ومستشفى فتا.

واظهر جدول رقم (1) تباينا في توزيع هذه المنظمات وذلك حسب وجود مكتبها الرئيس، حيث بلغ عدد المنظمات العاملة في محافظة غزة 28 منظمة بنسبة بلغت 66.7 %، في حين أن محافظة دير البلح هي الأقل حفا من حيث عدد المنظمات حيث بلغ عددها منظمتان بنسبة 4.8 %، وكذلك

بالنسبة لمحافظة شمال غزة. ولقد ارجع احد خبراء الصحة العامة الذين تمت مقابلاتهم ارتفاع عدد المنظمات العاملة في محافظة غزة عن بقية المحافظات إلى " أن الكل يندفع للعمل حول العاصمة غزة وبجوار مركز القرار". وبالإضافة إلى ذلك فإنه يمكن إرجاع ذلك إلى ارتفاع عدد السكان في محافظة غزة مقارنة بعددهم في بقية المحافظات، مع أن عدد سكان محافظة غزة والذي يشكل حوالي 35% من إجمالي عدد سكان القطاع لا ينسجم مع عدد المنظمات، أما بالنسبة إلى انخفاض عدد المنظمات الصحية الأهلية في محافظة دير البلح فتم إرجاعه إلى وجود مراكز رعاية صحية أولية لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين تقوم بتقديم خدماتها المجانية للاجئين المسجلين لدى وكالة الغوث، وأما عن انخفاض عدد المنظمات الأهلية في محافظة شمال غزة فذلك بسبب قربها الجغرافي من محافظة غزة والتي لا يمكن فصلها بشكل فعلى عنها، مما ساعد المنظمات الصحية الأهلية العاملة في شمال غزة أن يكون مقرها الرئيس في محافظة غزة، وتجدر الإشارة إلى أن هذه النسب تتطابق مع النسب الواردة في دراسة منتدى العمل الأهلي (منتدى العمل الأهلي، 2006).

ويود الباحث التنويه إلى أن وجود المقر الرئيس للمنظمة الأهلية في محافظة ما لا يعني بالضرورة اقتصر عمل المنظمة على تلك المحافظة، فبعض المنظمات لها أفرع أو مراكز في محافظات أخرى، و يرى الباحث بان على المنظمات الصحية الأهلية مراعاة التوزيع الجغرافي العادل للخدمات الصحية المقدمة من قبلها.

#### 4.1.2 جهة التسجيل:

هذا ويتضح من الجدول السابق بان 93% من المنظمات الصحية الأهلية مسجلة في وزارة الداخلية وفق قانون الجمعيات الخيرية والهيئات الأهلية رقم ( 1 ) لعام 2000م، وهذا يعطي انطباعا بان غالبية المنظمات اهتمت بتوفيق أوضاعها وفق القانون المذكور، والذي يلزم المنظمات الأهلية

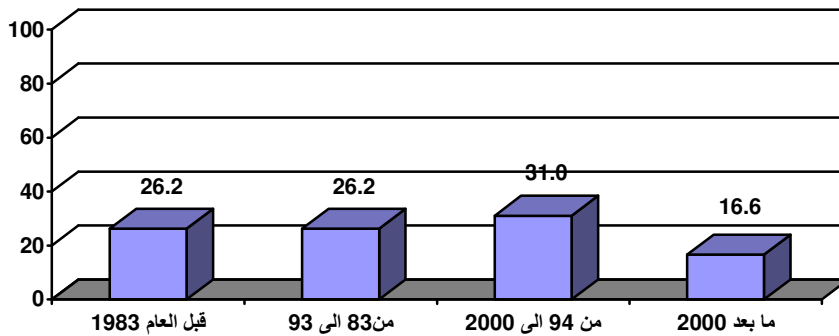
المسجلة بان تحرص على وجود هيئات حاكميه لها كمجالس الإدارة، وضرورة عقد انتخابات دورية لمجالس الإدارة، ويظهر الجدول نفسه أيضا بان حوالي 7% من المنظمات تعمل مخالفة للقانون الفلسطيني من ناحية الترخيص حيث أنها لم تسجل لدى أي جهة رسمية. ولقد أظهرت الدراسة بان 71% من المنظمات الصحية الأهلية حرصت على التسجيل في وزارة الصحة، وهذا يشير إلى أن 29% من المنظمات الصحية الأهلية غير مرخصة من وزارة الصحة الفلسطينية، في حين أن المادة الثانية من قانون الصحة العامة لعام 2004م تعطي الصلاحية لوزارة الصحة الفلسطينية بترخيص ومراقبة المنظمات الأهلية التي تعمل في الأراضي الفلسطينية ( فلسطين، قانون الصحة العامة الفلسطيني، 2004 ).

وهذه النسب لا تتفق مع ما ورد في دراسة معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني، والخاصة بتعداد المنظمات غير الحكومية الفلسطينية العاملة في الضفة الغربية وقطاع غزة، والتي أظهرت بان 41.8% من المنظمات الأهلية العاملة مسجلة لدى وزارة الداخلية ( شلبي، 2001)، وان 80% من هذه المؤسسات مسجلة لدى وزارة الاختصاص، ويمكننا إرجاع هذا التناقض إلى عدة أسباب منها: أن الدراسة المذكورة أجريت في الضفة الغربية وقطاع غزة عام 2000م أي في نفس السنة التي اقر فيها قانون الجمعيات الخيرية والهيئات الأهلية، بالإضافة إلى أن الدراسة شملت جميع المنظمات الأهلية وليس المنظمات الصحية الأهلية فقط.

وعند التطرق في المقابلات إلى عدم ترخيص هذه المنظمات من قبل وزارة الصحة اعتبر عدد كبير من الناشطين في العمل الأهلي ذلك " أمرا خطيرا جداً وتسيباً غير مبرر ومظهراً من مظاهر الفلتان"، في حين حمل البعض المسؤولية عن ذلك لوزارة الصحة نتيجة إهمالها، والتي تستطيع أن تمنع هذه المنظمات من العمل، حيث أكدوا في هذا المجال بان هذه المنظمات لا تستطيع أن تعمل بدون ترخيص من وزارة الصحة. ولكن مسئولاً ذو علاقة بهذا الموضوع في وزارة الصحة

السلطنتنة أءء بأنه لا ؤوءء ما ؤمنع المنظماء الأهلة من الأرخفص ؤفء لا ؤوءء ؤعقءاء أو صعوباء فف الأرخفص، "قالبعص ؤعءءء أن الءصول على الأرخفص من وزارة الءاءلفة ؤاف، ولكن الأرخفص للمراكز الصءفة ؤفب أن ؤكون أرءفصا فنفا"، وإن عءم الأرخفص لفص فف مصلءة المنظماء الأهلة، فالمنظماء الأهلة المرءصة ؤءءم القانون على ؤمافءها والءءفاع عنها من قبل الوزارة، وأشار فف هءا المجال على "إنهم لا ؤمارسون ءورهم بالضعء، ؤفء لا ؤوءء سلءة ؤنففءفة ولا قوائن ؤسمء لهم باءلاق المنظماء ؤفر المرءصة، وأءء بان وزارة الصءة باءاة إلى لوائء وقوة ؤنففءفة ؤءى ؤمارس ءورها ؤما ؤنبءف". وؤرى الباءء بان على وزارة الصءة أن ؤقوم بوضع لوائء ؤنففءفة ؤمكنها من ممارسة ءورها فف أرءفص المرافق الصءفة للمنظماء الأهلة، وأن ؤقوم بهذا ءور فعلا ؤفء أن القانون ؤفءء لها ءلك. وبعءء الباءء بان أرءفص المؤسساء هو أمر بءفءف ؤءوجب القفام به، فإءراءاء الأرخفص ؤهءف بالأساس إلى ؤماية المواءن وضمآن أن المؤسسة الصءفة مؤهلة ومءهزة لءءءم الءءماء الصءفة. .

### 4.1.3 سنة الأأسفص:



رسم بفاى (4.2) ؤوزفص المنظماء الصءفة الأهلة ؤسب سنة الأأسفص



هذا وأظهرت نتائج الدراسة أن 47 % من إجمالي المنظمات-التي تم دراستها- قد تأسست بعد عام 1994م أي بعد قيام السلطة الوطنية الفلسطينية، وان 16.6% من المنظمات قد تأسست بعد عام 2000م، وهي نسبة تتوافق تقريباً مع دراسة منتدى العمل الأهلي ( منتدى العمل الأهلي، 2006)، التي أظهرت بان 16.4% فقط من المؤسسات أسست بعد عام 2000م.

هذا وارجع العديد ممن تم مقابلتهم النسبة العالية للمؤسسات التي تم تأسيسها بعد قيام السلطة لعدة عوامل أهمها اعتماد قانون الجمعيات الخيرية والهيئات الأهلية، حيث أصبح هناك تشريع ينظم العلاقات ما بين المنظمات الأهلية والسلطة التنفيذية، والى حالة الضعف التي عانت منها السلطة الوطنية الفلسطينية والتي ازدادت مع بداية انتفاضة سبتمبر 2000م نتيجة ممارسات الاحتلال الإسرائيلي، ورغبة نشطاء المجتمع في تغطية الحاجة الملحة للخدمات الصحية والتأهيلية خاصة مع ارتفاع عدد جرحى ومصابي الانتفاضة، وكذلك نقص التمويل الحاد للسلطة من قبل المجتمع الدولي، وتوجه عدد كبير من المانحين لتمويل المجتمع المدني والمنظمات الأهلية، واتفق ذلك مع ما ذكره احد مؤسسي العديد من المنظمات الأهلية بان حقيقة وجود التمويل أغرى كثيراً من الأشخاص بفتح منظمات للبحث عن " نوع من الاستفادة الشخصية "، في حين ارجع احد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية ذلك إلى " أن العديد من المنظمات الأهلية أصبحت مصدر للارتزاق".

في حين يقول مدير إحدى المنظمات الصحية الأهلية بأنه لا يذكر أن هناك مؤسسة صحية نشأت بعد عام 2000م ولديها خدمات صحية ممكن أن تلفت النظر. ويرى الباحث انه من الضرورة مراجعة إجراءات الترخيص والعمل على إتباع سياسات جديدة بهذا الخصوص بهدف حماية المواطن من سوء الأداء لدى بعض المنظمات الأهلية.

#### 4.1.4 التجمعات السكانية المستهدفة:

لقد أظهرت الدراسة بان 88.1% من المنظمات الصحية الأهلية تعمل وتستهدف جميع التجمعات السكانية سواء داخل أو خارج المخيمات الفلسطينية، في حين اقتصرت نسبة المنظمات الصحية الأهلية العاملة في قطاع غزة والتي تستهدف المخيمات الفلسطينية فقط على 9.5%، وهذه النسبة تتوافق مع ما خلصت إليه دراسة منتدى العمل الأهلي (منتدى العمل الأهلي ، 2006) . هذا وارجع احد نشطاء العمل الأهلي تدني نسبة المنظمات التي تستهدف المخيمات، إلى لعب وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين دورا رئيسا ومهما في تقديم الخدمات لسكان المخيمات الفلسطينية، و يعتبر هذا توجهها ايجابيا يساهم في تقليل الازدواجية ويعزز التكامل.

#### 4.1.5 مناطق نشاط المنظمات الصحية الأهلية:

ويتضح من الجدول السابق بان 62% من المنظمات التي شملتها الدراسة تعمل على صعيد جميع محافظات قطاع غزة، في حين أن 31% من هذه المنظمات تعمل على صعيد المحافظة المتواجدة فيها فقط، وكذلك فإن 7% من المنظمات الصحية الأهلية العاملة في قطاع غزة فقط تعمل على الصعيد الوطني (الضفة الفلسطينية بما فيها القدس و قطاع غزة )، وهي نسبة ضعيفة جدا، ويعود ذلك إلى حالة الفصل الجغرافي والسياسي، وسياسات الاحتلال وصعوبة الحركة وصعوبة التواصل بين الضفة والقطاع منذ بداية الانتفاضة في سبتمبر عام 2000م، وكذلك إلى اختلاف احتياجات المواطنين من منطقة إلى أخرى. ويود الباحث التأكيد على أن هذه النسب تتوافق مع ما توصلت إليه دراسة منتدى العمل الأهلي ( منتدى العمل الأهلي، 2006) عن مناطق عمل منظمات المجتمع المدني العاملة في المجال الصحي.

#### 4.1.6 الفئات المستهدفة من نشاط المنظمات الصحية الأهلية :

يشير الجدول السابق إلى أن 43% من المنظمات الصحية الأهلية العاملة في قطاع غزة تستهدف كافة السكان في عملها، أما المنظمات الأهلية التي تستهدف النساء في عملها فبلغت 52.4%، في حين بلغت نسبة المنظمات التي تستهدف الأطفال تحت سن 5 سنوات 45% من اجمالي المنظمات العاملة، وذكرت 31% من المنظمات أنها تستهدف المسنين في برامجها المختلفة. وتعكس هذه النسب اهتمام المنظمات الصحية الأهلية بالفئات المهمشة من المجتمع الفلسطيني، ويود الباحث التأكيد على أهمية قيام المنظمات الأهلية بتقديم خدمات صحية للأم والطفل متعددة الجوانب و خصوصاً للفئات المهمشة، والتركيز على الجانب الحقوقي والاجتماعي، إن هذا التركيز على تلك الفئات المهمشة يساهم في ضمان وجود شبكة آمان لتغطية الاحتياجات المتنامية لهذه الفئات والتي من الصعب تلبيتها من قبل المؤسسات الرسمية ذات الأجندة المتراحمة والمكتظة.

#### 4.1.7 دور المنظمات الصحية الأهلية:

عند التطرق إلى دور المنظمات الصحية الأهلية في المقابلات التي تم إجراؤها اعتبر احد نشطاء العمل الأهلي أن المنظمات الأهلية الفلسطينية لعبت دوراً من أجل تحقيق التنمية والصمود والمقاومة وخاصة خلال فترة الانتفاضة الأولى، وبعد تشكيل السلطة الوطنية الفلسطينية في عام 1994م لعبت هذه المنظمات دوراً في اتجاه التأثير في القوانين والتشريعات وأيضاً في تقديم الخدمات للفئات المهمشة، ويعتقد هذا الناشط أن:

"هناك أدواراً رئيسية لمنظمات العمل الأهلي الفلسطيني: فالدور الأول يكمن في تقديم الخدمات، واستهداف فئات مهمشة لا تركز عليها السلطة، أما الدور الثاني فهو الدور التمكيني بمعنى القدرة على تمكين الفئات المهمشة والضعيفة لإدراك حقوقها ومصالحها، والدور الثالث: هو الجانب القائم على الضغط والمناصرة، وهو جانب محوري فعلى المنظمات الأهلية أن تضغط باتجاه تشريعات

وقوانين تناصر الفئات الاجتماعية التي تستهدفها، والدور الرابع والمركزي وهو قدرة هذه المنظمات على التشبيك مع منظمات أهلية موجودة بالعالم، وهذه الأدوار الأربعة تشكل أدواراً محورية لنشاط منظمات العمل الأهلي في فلسطين".

ويمكننا التذكير بدور آخر للمنظمات الصحية الأهلية وهو تقديم الخدمات الصحية التوعوية والعلاجية.

ومن جهة أخرى فإن أحد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية يرى أن هذه المنظمات تقوم بسد الفجوة في الخدمات الصحية التي لا تقدمها الحكومة، ويعتقد بأن هذه المنظمات هي الأكثر قدرة على التواصل، وهو يرى "إن جزءاً من المنظمات الصحية الأهلية لعب دوراً هاماً في تقديم الخدمات الصحية وسد الفجوة بين الخدمات التي تقدمها السلطة والخدمات المرجوة، ولعبت دوراً هاماً في تأطير الشباب الفلسطيني الذي يمتن المهن الطبية والمهن الطبية المساعدة في عمل مجتمعي يفيد ويعزز روح المقاومة في الضفة والقطاع. و يرى أحد مؤسسي العديد من المنظمات الأهلية بأن:

"دور المنظمات الأهلية الفلسطينية في تنمية وتطوير القطاع الصحي الفلسطيني دور تاريخي ومعروف، ففي السنوات الخمس عشرة الأخيرة نما القطاع الصحي الأهلي بشكل ملحوظ، وبدأ بتقديم خدمات صحية للمواطنين على شكل خدمات صحية أولية وخدمات صحية ثانوية بل أنه بدأ يخطو خطوات نحو تقديم خدمات صحية ثالثة، لذلك فإن دوره دور كبير ومكمل للدور الذي تقوم به وزارة الصحة الفلسطينية، ويشكل في كثير من الأحيان نسبة كبيرة من مجموع مقدمي الخدمات".

ويختلف مع هذا الرأي أحد خبراء الصحة العامة فمن وجهة نظره إن هناك دوراً للمنظمات الأهلية، ولكن "هذا الدور بسيط لا يتعدى أصابع اليد لأنه إذا نظرت لهذا الدور فهو دور تكرر لما هو موجود، حيث يصعب إيجاد أدوار في المنطقة التي تقدم فيها الخدمات الصحية مجانية". ومن جهته فإن مدير إحدى المنظمات الصحية الأهلية يعتقد بأن وجود المنظمات الصحية الأهلية أمر ضروري

في كل دول العالم فهو يعزز ويساهم في الشراكة في تقديم الخدمات الصحية وتكاملها ما بين المنظمات الصحية الأهلية في أي بلد وما بين وزارة الصحة في نفس البلد وهذا يكون ضمن خطة وطنية مشتركة تقوم بصياغتها وزارة الصحة بالشراكة مع المنظمات الصحية الأهلية. و يرى بأنه " نتيجة للتردي في الوضع الصحي الفلسطيني وعجز وزارة الصحة الفلسطينية عن تقديم الحد الأدنى من المتطلبات الصحية، يقع على عاتق المنظمات الصحية الأهلية دور اكبر في معالجة الوضع الصحي الفلسطيني المتردي، ونتيجة لذلك يقع على عاتق المنظمات الأهلية الصحية الفلسطينية مهام أكبر مما هي عليه في الدول التي تعيش ظروف طبيعية".

و لقد أقر أحد صناع القرار في وزارة الصحة الفلسطينية بأن الوزارة لا تستطيع أن تقوم بتلبية جميع متطلبات المواطنين الصحية، فلذلك فان التوجه الصحيح أن تكون الوزارة مقدمة للخدمات الصحية الأساسية والضرورية مثل التطعيم و مكافحة الأوبئة وفحص المياه والمأكولات والرقابة على مستوى الجودة عند مقدمي الخدمات الصحية غير الحكوميين وترخيص المؤسسات الصحية والعاملين فيها، لذلك فان:

"دور مقدمي الخدمات الصحية غير الحكوميين هو دور رئيس يجب أن يتوسع كثيرا في فلسطين ليقدم

ليس فقط الرعاية الأولية و لكن أيضا يساهم مساهمة فعالة في الرعاية الثانوية والثالثة لتكون

المستشفيات المتقدمة هي البديل عن تحويل المرضى لخارج فلسطين وإهدار ملايين الدولارات على

هذه التحويلات على حساب بناء مرافق صحية متقدمة تبقى للوطن و للأجيال". أما احد مسؤولي

وزارة الصحة الفلسطينية فهو يرى بأن لهذه المنظمات" دور ممتد ورئيس فهي لعبت دورا رائعا في

المساهمة في سد العجز والاهتمام بالناس الأكثر فقرا في المناطق التي لا يوجد بها خدمات".

وعلى الرغم من أن من تم مقابلتهم اتفقوا على إن المنظمات الصحية الأهلية قامت وتقوم بدور ما

في التأثير في السياسات الصحية الفلسطينية ، إلا أنه كان هناك تباينا واضحا في آرائهم حول هذا

الموضوع.

ففي حين اعترف احد نشطاء العمل الأهلي بأن " المنظمات الصحية الأهلية لا تقوم بدور كاف في هذا المجال، حيث أكد أن هذا الدور هو دون المستوى المطلوب، وهو أقل مما هو متوقع منها". ولكن احد مؤسسي العديد من المنظمات الأهلية يختلف مع هذه الآراء فهو يرى بأن " هذه الآراء ظالمة ومجافية للحقيقة"، فهو من خبرته و تجربته العملية يؤكد بأن "المنظمات الصحية الأهلية لها دور كبير في التأثير في السياسات الصحية الفلسطينية، فدورها كموج البحر...مرة يرتفع ومرة أخرى ينخفض ويعتمد على الأحوال السياسية وتفاعل الوزير...". ، و تطرق في هذا المجال إلى الحملة التي قام بها القطاع الصحي في شبكة المنظمات الأهلية أثناء نقاش قانون الصحة العامة، والنجاح في إدخال العديد من التعديلات في هذا القانون التي طالبت بها المنظمات الأهلية، وهو يؤكد بأن " هذا يعد إنجاز مسجل للمنظمات الأهلية ولا يمكن لأحد إنكاره". ومن وجهه نظر الباحث فان هذا يعني أن هناك دور مهم للمنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية العاملة في قطاع غزة، ولكن يجب بذل المزيد من الجهد لتحسين دور المنظمات الأهلية التكاملية.

#### 4.1.8 الخدمات المقدمة من قبل المنظمات الصحية الأهلية:

لقد أظهرت الدراسة بأن المنظمات الصحية الأهلية العاملة في قطاع غزة تقدم أكثر من خدمة رئيسية، ففي حين أن 26 منظمة أهلية تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية أي بنسبة 62 % من إجمالي المنظمات، فان هناك 7 منظمات أهلية تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية أي بنسبة 16.7 %، أما عن خدمات التأهيل فهي تقدم من قبل 19 منظمة أهلية أي بنسبة 45%، و تجدر الإشارة بان هناك العديد من المنظمات التي تقدم أكثر من خدمة سواء خدمات الرعاية الأولية والرعاية الثانوية معاً، أو الرعاية الأولية وخدمات التأهيل معاً.

وعند الطلب ممن تم مقابلتهم ( الخبراء ) تحديد الخدمات التي يجب أن تقدم حصراً من المنظمات الصحية الأهلية ، كان رأي احد مسؤولي وزارة الصحة بأن جميع الخدمات والمجالات مفتوحة أمام

المنظمات الصحية الأهلية وغير مقتصرة على مجالات محددة، ولكنه يرى أن خدمات هذه المنظمات يجب أن تركز على الرعاية الصحية الثالثة بحيث تقدم خدمات أكثر تميزاً من ناحية الجودة، ويجب أن تركز أكثر على تقديم الخدمات التشخيصية. إلا أن احد صناعات القرار في وزارة الصحة الفلسطينية يرى بأنه:

"يمكن أن توزع على المنظمات الصحية الأهلية ومن خلال التأمين الصحي خدمات الرعاية الأولية العلاجية مثل الباطنة والأطفال وأمراض النساء وكذلك أفرع الرعاية الأولية الأخرى مثل التنقيف الصحي والصحة المدرسية وصحة شباب الجامعات والتوعية البيئية وصحة الفم والأسنان، وكذلك المشاركة الفاعلة في علاج الأمراض المزمنة غير المعدية مثل السكر والضغط والقلب والكلى والأورام وإعادة التأهيل، أما على مستوى الرعاية الثانوية فيمكن للمنظمات الصحية الأهلية أن تقدم خدمات الجراحة التخصصية وخاصة جراحة الأنف والأذن والحنجرة، وجراحة العيون وجراحة المناظير، وعلى مستوى الرعاية الثالثة فيمكنها تقديم خدمات الجراحات المتقدمة مثل جراحة القلب والصدر والمخ والأعصاب وجراحات زرع الكلى والنخاع الشوكي وكذلك التأهيل الطبي".

ويتفق معه إلى حد ما أحد خبراء الصحة العامة، والذي يرى بأن المنظمات الصحية الأهلية يمكنها أن تقدم خدمات طبية متقدمة مثل الجراحات الخاصة، بالإضافة إلى تقديم الأدوية لعلاج الحالات الخاصة، وخدمات المختبرات لان تكلفتها عالية مع ضرورة الحفاظ على عدم تكرار هذه الخدمات، وعلى مستوى الرعاية الأولية يجب على المنظمات الصحية الأهلية أن تهتم بالتنقيف الصحي. ومن جهته فان احد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية يرى بان "على المنظمات الصحية الأهلية أن تقوم بتغطية الخدمات التي لا تقدمها الحكومة أو الخدمات التي لا ترغب الحكومة بتقديمها، والتركيز أكثر على التنقيف الصحي والاهتمام بقضايا المرأة والأطفال والشباب وربط الصحة بقضايا المجتمع بالمعنى الشمولي للصحة".

ومن جهته فان مدير إحدى المنظمات الصحية الأهلية يرى بان على المنظمات الصحية الأهلية أن تطور من خدماتها الصحية، وأن تقدم خدمات تشخيص متطورة مثل الرنين المغناطيسي، عمليات الجراحة النادرة، وقسطرة القلب، والعلاج الكيماوي لمرضى السرطان. ويرى الباحث في هذا المجال بان على المنظمات الأهلية أن تهتم بالرعاية الصحية الأولية وتسعى جاهدة للحفاظ على جودة الخدمات الصحية المختلفة التي تقدمها، وتسعى لتطوير هذه الخدمات عبر الاهتمام بخدمات غير موجودة مثل الأمراض المزمنة. إن لكل من الآراء السابقة ايجابياته وسلبياته، وبإمكان المنظمات الأهلية لعب دورا هاما ومكملا للمؤسسة الصحية الرسمية من خلال التخطيط السليم و الاتفاق على الأدوار والالتزام بذلك، إن هذا فقط من شأنه أن يعطي دورا هاما للمنظمات الصحية الأهلية في تعزيز النظام الصحي.

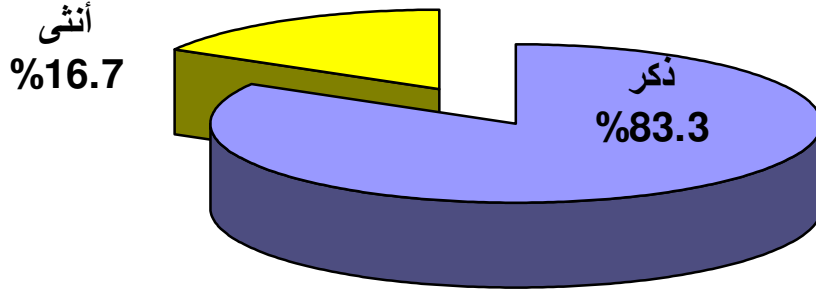
#### 4.2 الخصائص الديموغرافية لمدراء المنظمات الصحية الأهلية

جدول رقم (4.2): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب الخصائص الديموغرافية لمدرائها

| المتغير                 | العدد | النسبة المئوية |
|-------------------------|-------|----------------|
| <b>1. الجنس</b>         |       |                |
| ذكر                     | 35    | 83.3           |
| أنثى                    | 7     | 16.7           |
| المجموع                 | 42    | 100.0          |
| <b>2. الفئة العمرية</b> |       |                |
| 40 سنة فأقل             | 10    | 23.8           |
| 41 الى 49 سنة           | 14    | 33.3           |
| 50 الى 59 سنة           | 12    | 28.6           |
| 60 سنة فما فوق          | 6     | 14.3           |
| المجموع                 | 42    | 100.0          |
| <b>3. المؤهل العلمي</b> |       |                |
| دبلوم متوسط             | 6     | 14.3           |
| بكالوريوس               | 13    | 31.0           |
| دراسات عليا             | 23    | 54.8           |
| المجموع                 | 42    | 100.0          |



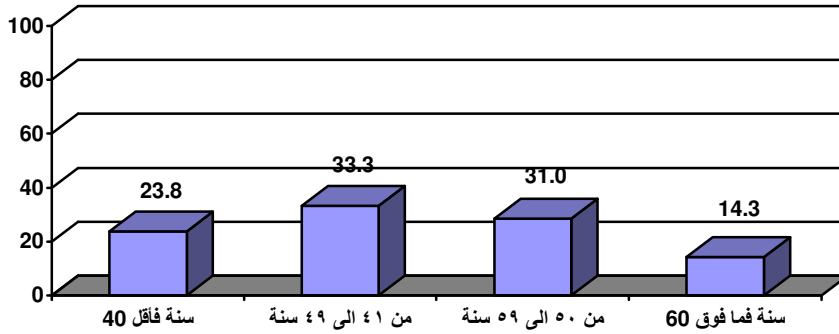
#### 4.2.1 توزيع مدراء المنظمات الصحية الأهلية حسب الجنس:



#### رسم بياني (4.3) توزيع مدراء المنظمات الصحية الأهلية حسب الجنس

يشير الجدول السابق إلى أن 16.7% من مجموع مدراء المنظمات الصحية الأهلية هم من الإناث، و هذا يدل على النسبة المتدنية لتبوء النساء بالنسبة للرجال مواقع قيادية في المنظمات الصحية الأهلية، والذي يعكس بدوره الواقع الشرقي الذكوري للمجتمع الفلسطيني، والتحيز لعمل الرجال، وبالمقابل فان هذه النسبة أعلى من نسبة تقلد المرأة للوظائف القيادية باليابان حسب تقرير لمنظمة العمل الدولية، حيث لم تزد هذه النسبة على 10.1% عام 2005 بالرغم من أن نسبة المرأة العاملة تشكل 50% من قوة العمل في اليابان ( منظمة العمل الدولية، 2005 ). ويعتقد الباحث بان مسؤوليات البيت المترتبة على المرأة الفلسطينية بالإضافة إلى طبيعتها النفسية والفسولوجية تدفعها لان تتمتع بعلاقة ود مع زملائها في العمل أكثر من تمتعها بعلاقة تحكم معهم.

## 4.2.2 توزيع مدراء المنظمات الصحية الأهلية حسب الفئة العمرية:



### رسم بياني (4.4) الفئة العمرية لمدراء المنظمات الصحية الأهلية

هذا ويتضح من الجدول السابق بان 23.8% من مدراء المنظمات الصحية الأهلية هم من سن 40 عاما فأقل، أي أن حوالي ربع هؤلاء المدراء هم من فئة الشباب وهذا يشير إلى إيمان هذه المنظمات بأهمية إعطاء الدور القيادي لهذه الفئة، وعلى الرغم من هذا إلا أن 14.3% من مجموع مدراء المنظمات الصحية الأهلية هم من الفئة العمرية فوق الستين عاما، أي الفئة العمرية التي ينطبق عليها سن التقاعد حسب القانون الفلسطيني. ولقد أثارت هذه النتائج تباينا بين من تم مقابلتهم، ففي حين ذكر احد نشطاء العمل الأهلي بان هذه النسب قليلة جدا، وأكد على أن المنظمات الأهلية تعمل على إعطاء فرص اكبر للشباب، وهذا لا يعني الاستغناء عن الخبرات و خاصة "بأننا غير ملزمين بقانون الخدمة المدنية"، ومن جهته فان احد مؤسسي العديد من المنظمات الأهلية اعترف بان هناك " بعض مؤسسات المختررة حيث يبقى المختار موجوداً وليس لديه خبرة إدارية وكبير بالسن، ولكن يكون له في بعض الأحيان دور مميز". ويعترف احد مؤسسي احدى المنظمات الصحية الأهلية بان بعض المواقع المهمة تحجب عن الشباب وهذا ما يجعل رموز العمل الأهلي محدودين جدا في فلسطين. ويعتقد الباحث بان على المنظمات الأهلية أن تسعى لوضع لوائح واضحة لتبوء المناصب العليا حتى تتمكن من تأدية دورها على أسس إدارية مهنية.

### 4.2.3 المؤهل العلمي لمدراء المنظمات الصحية الأهلية:

أما عند السؤال عن المؤهل العلمي لمدراء المنظمات الصحية الأهلية فلقد أوضحت النتائج أن 54.8% من مدراء المنظمات الصحية الأهلية من حملة الشهادات العليا، وهذا يدل على أن لديهم المؤهل العلمي المناسب للقيام بمهامهم في إدارة هذه المنظمات بشكل مناسب، وفي نفس الوقت فإن هناك 14.3% من المدراء ممن كان مؤهلهم العلمي هو الدبلوم المتوسط.

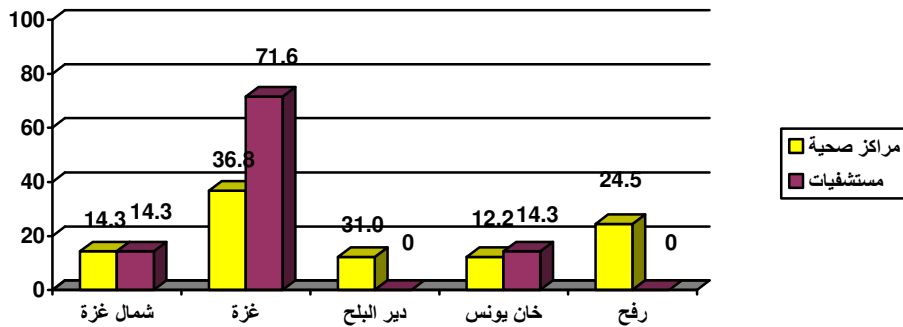
و لقد ذكر احد مؤسسي العديد من المنظمات الأهلية بأنه يؤيد ويخالف هذا الاستنتاج في نفس الوقت، فهو يرى بأنه من المحتمل أن تكون هذه الأرقام صحيحة، ولكن من ناحية الواقع العملي فإن معظم المنظمات الصحية الأهلية الكبيرة والفعالة في معظمها يديرها أصحاب الشهادات والخبرة العملية والعلمية. ويرجع احد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية أسباب ذلك إلى الأحزاب السياسية التي تميل إلى وضع أهل الثقة على حساب الكفاءة، بالإضافة إلى أن هذه المنظمات تلجأ إلى الاستقواء نتيجة ضعفها فتلجأ إلى وضع شخص قوي لدعم هذه المنظمات. ويتفق احد المسؤولين في وزارة الصحة مع الرأي السابق حيث يؤكد بان معظم المنظمات الأهلية هي ذات طابع سياسي "فهم يحافظون علي زلمتهم لأنه هو الأمين وهو الذي سوف يحافظ علي هذه المؤسسة حتى لو انه شخص غير كفاء لكنه يظل موجوداً". ويرى الباحث بان على المنظمات الأهلية أن تشتترط توفر مؤهل علمي عالي لتبوء موقع المدير، ولانجاز ذلك يتوجب تعزيز الإمكانيات الإدارية والعلمية للمدراء من خلال التدريب والمتابعة وتبني سياسات إدارية حديثة حيث أن مشكلة الإدارة هي من المشاكل العويصة في النظام الصحي الفلسطيني (أبو حمد، 2008).

### 4.3 مرافق المنظمات الصحية الأهلية

جدول رقم (4.3): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب نوع مرافقها ، عدد أسرة المستشفيات حسب المحافظات

| البيان                   | شمال غزة |       | غزة |       | دير البلح |      | خان يونس |      | رفح |      | المجموع |       |
|--------------------------|----------|-------|-----|-------|-----------|------|----------|------|-----|------|---------|-------|
|                          | عدد      | %     | عدد | %     | عدد       | %    | عدد      | %    | عدد | %    | عدد     | %     |
| 1. نوع المرافق           |          |       |     |       |           |      |          |      |     |      |         |       |
| مراكز صحية               | 7        | 14.3  | 18  | 36.8  | 6         | 12.2 | 6        | 12.2 | 12  | 24.5 | 49      | 100.0 |
| مستشفيات                 | 1        | 14.3  | 5   | 71.6  | 0         | 0.0  | 1        | 14.3 | 0   | 0.0  | 7       | 100.0 |
| أخرى                     | 5        | 21.7  | 10  | 43.5  | 2         | 8.7  | 5        | 21.8 | 1   | 4.3  | 23      | 100.0 |
| 2. توزيع أسرة المستشفيات |          |       |     |       |           |      |          |      |     |      |         |       |
| أسرة ولادة               | 13       | 17.1  | 61  | 80.3  | 0         | 0.0  | 2        | 2.6  | 0   | 0.0  | 76      | 100.0 |
| أسرة جراحة               | 13       | 11.6  | 83  | 74.1  | 0         | 0.0  | 16       | 14.3 | 0   | 0.0  | 112     | 100.0 |
| أسرة باطنة               | 0        | 0.0   | 16  | 100.0 | 0         | 0.0  | 0        | 0.0  | 0   | 0.0  | 16      | 100.0 |
| أسرة أطفال               | 0        | 0.0   | 7   | 100.0 | 0         | 0.0  | 0        | 0.0  | 0   | 0.0  | 7       | 100.0 |
| أسرة إعادة تأهيل         | 0        | 0.0   | 52  | 100.0 | 0         | 0.0  | 0        | 0.0  | 0   | 0.0  | 52      | 100.0 |
| أسرة أخرى                | 24       | 100.0 | 0   | 0.0   | 0         | 0.0  | 0        | 0.0  | 0   | 0.0  | 24      | 100.0 |
| المجموع                  | 50       | 17.4  | 219 | 76.3  | 0         | 0.0  | 18       | 6.3  | 0   | 0.0  | 287     | 100.0 |

### 4.3.1 أنواع مرافق المنظمات الصحية الأهلية:



### رسم بياني (4.5) المرافق التابعة للمنظمات الصحية الأهلية

يشير الجدول السابق بان المنظمات الصحية الأهلية العاملة في قطاع غزة والتي شملتها الدراسة و

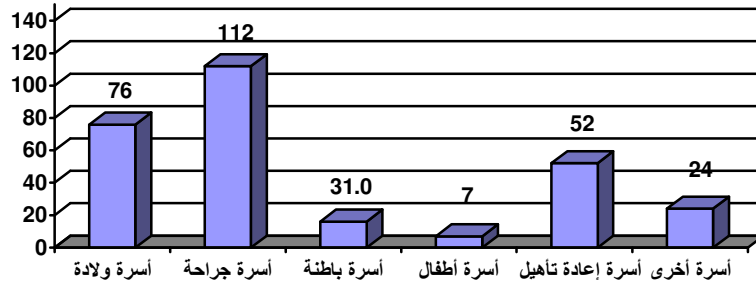
البالغة 42 منظمة أهلية تدير 79 مرفقا صحيا مختلفا، منها 49 مركزاً صحياً، و 7 مستشفيات، و 23

مركزاً آخر مثل مراكز العلاج الطبيعي والتأهيل وغيرها من المراكز. وقد بلغ عدد المراكز الصحية في محافظة شمال غزة 7 مراكز، أما في محافظة غزة فبلغ عدد المراكز الصحية 18 مركزاً، في حين بلغ عدد هذه المراكز 6 مراكز لكل من محافظة دير البلح ومحافظة خان يونس، أما المراكز الاثنى عشر المتبقية فكانت في محافظة رفح. وقد اظهر الجدول نفسه بان المنظمات الأهلية تدير 7 مستشفيات في قطاع غزة، منها خمس مستشفيات في محافظة غزة، في حين خلت محافظتا دير البلح و رفح من أي مستشفى أهلي. أما المراكز الأخرى وعددها 23 مركزاً فهي تشمل تخصصات عديدة منها مراكز للعلاج الطبيعي ومراكز للتأهيل ومراكز لفحص السمع والنطق ومراكز للتأهيل ومركزين لبنك الدم ومركز لمرضى التلاسيميا.

و يود الباحث التنويه بأن عدد المراكز الصحية والمستشفيات التي تديرها المنظمات الصحية الأهلية في قطاع غزة تختلف عما ورد في تقارير وزارة الصحة الفلسطينية الأخيرة (فلسطين، وزارة الصحة، 2008)، والتي أوردت بان المنظمات الأهلية في قطاع غزة تدير 57 مركز رعاية صحية أولية، و 10 مستشفيات، ويعود هذا الاختلاف إلى أن هذه الدراسة لم تشمل جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني حيث أنها مؤسسة وطنية شبه حكومية، و كذلك عند مراجعة أسماء المستشفيات التي اعتبرتها تقارير الوزارة بأنها تدار من قبل المنظمات الأهلية اتضح أن هناك مستشفيات للولادة يتبعان القطاع الخاص. وتجدر الإشارة إلى أن الدراسات السابقة أظهرت أن عدد المراكز الصحية التي تدار من قبل المنظمات الصحية الأهلية أقل من العدد المذكور أعلاه، حيث ذكرت الدراسة التي أعدت من قبل مشروع مرام في عام 2003م، بان المنظمات الصحية الأهلية تدير 14 مركز رعاية صحية أولية فقط، وتدير كذلك 8 مراكز لرعاية الأم والطفل بالإضافة إلى 36 مركزاً آخر ( Maram, 2003 )، أما الدراسة التي أعدها منتدى العمل الأهلي بالتعاون مع مركز التعليم المستمر في جامعة بيرزيت فقد ذكرت بأن عدد المراكز الصحية التي تدار من قبل المنظمات

الصحية الأهلية 36 مركزاً صحياً، وأن عدد المستشفيات في قطاع غزة 4 مستشفيات تابعة للمنظمات الصحية الأهلية (منتدى العمل الأهلي، 2006)، هذا ويمكن إرجاع الاختلاف في النتائج إلى أن دراسة مرام تمت في عام 2003، وكذلك فإن هناك منظمات أهلية جديدة حصلت على الترخيص، ومنظمات أخرى توسعت في خدماتها عبر إقامة مراكز جديدة لها، إن التغيرات الموضوعية في قطاع غزة ينتج عنه تغير في عدد و طبيعة عمل تلك المنظمات الصحية.

#### 4.3.2 عدد أسرة المستشفيات وتوزيعها:



#### رسم بياني (4.6) توزيع أسرة المستشفيات

يشير الجدول السابق أيضاً بان إجمالي عدد الأسرة في المستشفيات التي تديرها المنظمات الصحية الأهلية في قطاع غزة بلغ 287 سريراً، حيث بلغ عدد أسرة الولادة والجراحة 188 سريراً، وبلغ عدد أسرة إعادة التأهيل 52 سريراً، في حين كان عدد أسرة الباطنة والأطفال 23 سريراً فقط، ويمكن إرجاع قلة عدد أسرة الباطنة والأطفال في مستشفيات المنظمات الأهلية إلى أنها تهتم بالخدمات التي تدر عليها موارد مالية وذلك لتغطية جزء من موازنتها. وإذا نظرنا إلى توزيع الأسرة في المحافظات، فإننا نلاحظ وجود 219 سريراً في محافظة غزة بنسبة 76.3%، منها 52

سريرا لإعادة التأهيل، في حين تخلو محافظات جنوب غزة من أي سرير لإعادة التأهيل رغم حاجتها لمثل هذه الخدمات. ويجب التنويه بأن مركز المعلومات الصحية في وزارة الصحة ذكر بأن عدد الأسرة الإجمالي في قطاع غزة لجميع مقدمي الخدمات الصحية بلغ 2053 سريرا (فلسطين، وزارة الصحة، 2008)، وتدير المنظمات الأهلية منها 399 سريرا بواقع 19.4% من إجمالي عدد الأسرة، ويرجع الاختلاف في عدد الأسرة التابعة للمنظمات الصحية الأهلية في هذه الدراسة إلى المعلومات الواردة من مركز المعلومات في وزارة الصحة الفلسطينية لعدم شمول جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني في هذه الدراسة، ويود الباحث التأكيد على أهمية التوزيع العادل للمستشفيات و أسرتها، وعدم تركها في محافظة واحدة فقط، وكذلك على المنظمات الصحية الأهلية أن تخطط لإنشاء مستشفيات تخصصية، بحيث تعمل على تغطية الخدمات الغير مقدمة في وزارة الصحة و التي تحول إلى خارج الوطن.

#### 4.4 خدمات المنظمات الصحية الأهلية:

جدول رقم (4.4.1): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب مجال عملها الرئيسي في المحافظات

| المجموع               |     | رفح  |     | خان يونس |     | دير البلح |     | غزة  |     | شمال غزة |     | البيان                               |
|-----------------------|-----|------|-----|----------|-----|-----------|-----|------|-----|----------|-----|--------------------------------------|
| %                     | عدد | %    | عدد | %        | عدد | %         | عدد | %    | عدد | %        | عدد |                                      |
| 1. مجال العمل الرئيسي |     |      |     |          |     |           |     |      |     |          |     |                                      |
| 66.7                  | 28  | 17.9 | 5   | 10.7     | 3   | 7.1       | 2   | 57.1 | 16  | 7.1      | 2   | مساعداة اجتماعية وصحية               |
| 47.6                  | 20  | 20.0 | 4   | 15.0     | 3   | 10.0      | 2   | 50   | 10  | 5.0      | 1   | شئون نسويه                           |
| 59.5                  | 25  | 20.0 | 5   | 12.0     | 3   | 8.0       | 2   | 52   | 13  | 8.0      | 2   | شئون الطفولة                         |
| 26.2                  | 11  | 27.3 | 3   | 9.1      | 1   | 9.1       | 1   | 36.4 | 4   | 18.2     | 2   | حقوق إنسان                           |
| 9.5                   | 4   | 0.0  | 0   | 0.0      | 0   | 25.0      | 1   | 75   | 3   | 0        | 0   | رعاية مسنين                          |
| 35.7                  | 15  | 13.3 | 2   | 0.0      | 0   | 6.7       | 1   | 66.7 | 10  | 13.3     | 2   | رعاية معاقين                         |
| 52.4                  | 22  | 23.0 | 5   | 14.0     | 3   | 0.0       | 0   | 54.5 | 12  | 9.1      | 2   | تعليم                                |
| 16.7                  | 9   | 33.4 | 3   | 22.2     | 2   | 0.0       | 0   | 44.4 | 4   | 0        | 0   | أخرى(ثقافية، لدعوة الى الله، رياضية) |

#### 4.4.1 مجال العمل الرئيس للمنظمات الصحية الأهلية :

يظهر جدول رقم " 4.4.1 " أن 66.7% من المنظمات الأهلية ذكرت بأن مجال عملها الرئيس هو المساعدات الاجتماعية والصحية، في حين ان 9.5 % ذكرت بأن مجال عملها هو رعاية المسنين، وذكرت 9 مؤسسات أي بنسبة 16.7% بأن مجال عملها متنوع مثل الشؤون الثقافية والرياضية والدعوة إلى الله، هذا وتنوع مجال عمل بقية المنظمات بين مجالات حقوق الإنسان، والشؤون النسوية، وشؤون الطفولة، وهذا يشير إلى عدم تخصص هذه المنظمات بمجال عمل محدد. ويرى الباحث بان مجالات العمل المتنوعة للمنظمات الصحية الأهلية العاملة في قطاع غزة تعكس نظرة هذه المنظمات للصحة كمفهوم شامل، وفي نفس الوقت فإن مجالات العمل المختلفة والعديدة التي تعمل فيها هذه المنظمات تعكس من ناحية أخرى الضعف في التخطيط على الصعيد الوطني.

#### جدول رقم (4.4.2): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب خدماتها المقدمة في المجال الصحي

| نوع الخدمات                              | عدد | نسبة |
|--|-----|------|
| مجال الرعاية الأولية                     | 26  | 61.9 |
| مجال الرعاية الثانوية                    | 7   | 16.7 |
| تشخيصية                                  | 24  | 57.1 |
| تنقيف صحي                                | 38  | 90.5 |
| زيارات منزلية                            | 23  | 54.8 |
| تطعيم الأطفال                            | 1   | 2.4  |
| تطوير موارد بشرية خارج المؤسسة           | 16  | 38.1 |
| خدمات تأهيل                              | 19  | 45.2 |
| تطوير سياسات القطاع الصحي                | 11  | 26.2 |
| أبحاث صحية و مراقبة و تقييم القطاع الصحي | 9   | 21.4 |



#### 4.4.2 الخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية الأهلية:

وأوضحت بيانات الجدول السابق "4.4.2" بأن 61.9% من المنظمات الصحية الأهلية التي شملتها الدراسة تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية، في حين اقتصرت خدمات الرعاية الصحية الثانوية على 16.7%، أما الخدمات التشخيصية والتي يقصد بها خدمات المختبرات الطبية والتشخيص بالأشعة فإنها تقدم من قبل 57.1% من هذه المنظمات. وعلى الرغم بأن 90.5% من المنظمات الأهلية ذكرت بأنها تقدم خدمات التنقيف الصحي إلا أننا لم نلاحظ تغيراً كبيراً في بعض العادات والتقاليد والسلوك الصحي، والذي يتناسب مع حجم هذه الخدمات. وقد ذكرت أكثر من نصف المنظمات بأن طواقمها تقوم بزيارات منزلية مختلفة الأهداف. وذكرت منظمة أهلية واحدة فقط أي بنسبة 2.4% بأنها تقدم خدمات تطعيم الأطفال، وهذا يعود لكونها تدير عيادة بالشراكة مع وزارة الصحة الفلسطينية والتي تقوم بتزويد هذه المنظمة بالتطعيمات اللازمة للأطفال، ويمكن إرجاع انخفاض نسبة المنظمات التي تقدم خدمات تطعيم الأطفال بسبب تغطية هذه الخدمات من قبل وزارة الصحة ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين. وتجدر الإشارة إلى أن دراسة لمشروع مرام في عام 2003 عن تغطية خدمات التطعيم للأطفال أكدت بأن 4 مراكز رعاية صحية أولية تدار من منطمتين أهليتين تقدم خدمات تطعيم الأطفال (Maram, 2003)، وعند فحص السبب في اختلاف نتائج الدراسة عن نتائج دراسة مرام المذكورة، وجد أن إحدى هاتين المنطمتين والتي كانت تقدم خدمات التطعيم عبر 3 مراكز رعاية صحية أولية توقفت عن تقديم هذه الخدمة بعد خطة إعادة الانتشار في صيف 2005، ولافنتاح مراكز صحية سواء حكومية أو تابعة لوكالة الغوث قريبة من مراكز هذه المنظمة.

وأكدت 38.1% من المنظمات الصحية الأهلية بأنها تقدم خدمات في مجال تطوير الموارد البشرية خارج مؤسساتها في المجال الصحي. وذكرت 45.2% من المنظمات بأنها تقدم خدمات تأهيلية،

ولقد ذكرت 26.2% من المنظمات بأنها تقوم بتنفيذ برامج لها علاقة بتطوير سياسات القطاع الصحي. وحسب ما ذكرت 21.4% من المنظمات فإنها تقوم بتنفيذ أبحاث صحية وأنشطة في مجال مراقبة وتقييم للقطاع الصحي، ويود الباحث الإشارة إلى أن غالبية النسب المذكورة في الجدول السابق تتوافق مع النسب التي توصلت إليها دراسة منتدى العمل الأهلي ( منتدى العمل الأهلي، 2006).

إن تلك المنظمات الصحية الأهلية تقوم بأبحاث تطبيقية لخدمة أنشطة المؤسسة المختلفة، ويرى الباحث إن على المنظمات الصحية الأهلية أن تعزز مفهوم تطوير وحدة للأبحاث الصحية العلمية وخاصة داخل المنظمات الكبيرة والتي تملك الخبرات اللازمة لذلك، و الذي سيعتبر أثرا إيجابيا على آلية اتخاذ القرارات داخل هذه المنظمات، ويعتقد الباحث بأنه من المجدي أن تخطط المنظمات الصحية الأهلية الكبيرة باستحداث دائرة للبحث الصحي لديها.

## 4.5 النظم الإدارية :

جدول رقم (4.5): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب لوائحها الإدارية وإجراءات التوظيف

| المتغير  | العدد     | النسبة المئوية |
|--|-----------|----------------|
| <b>1. معايير و إجراءات تعيين الموظفين</b>        |           |                |
| بناء على معايير مكتوبة                           | 18        | 42.9           |
| بناء على نتيجة امتحان كتابي                      | 3         | 7.1            |
| بناء على نتيجة المقابلات                         | 30        | 71.4           |
| بناء على نتيجة المقابلة والامتحان الكتابي        | 14        | 33.3           |
| بناء على التطوع                                  | 20        | 47.6           |
| بناء على المعرفة و الواسطة                       | 10        | 23.8           |
| <b>2. وجود وصف وظيفي مكتوب</b>                   |           |                |
| نعم  | 37        | 88.1           |
| لا   | 5         | 11.9           |
| <b>المجموع</b>                                   | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>3. نظام الحوافز</b>                           |           |                |
| مكتوب  | 6         | 14.3           |
| غير مكتوب  | 15        | 35.7           |
| لا يوجد نظام                                     | 21        | 50.0           |
| <b>المجموع</b>                                   | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>4. وجود سياسة لتنمية مهارات القوى البشرية</b> |           |                |
| نعم  | 37        | 85.7           |
| لا   | 5         | 14.3           |
| <b>المجموع</b>                                   | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>5. آلية تنمية القدرات و المهارات</b>          |           |                |
| تدريب خلال العمل                                 | 33        | 78.6           |
| دورات تدريبية                                    | 36        | 85.7           |
| ورش عمل مختلفة                                   | 34        | 81.0           |
| تسهيل التحصيل العلمي                             | 24        | 57.1           |
| الابتعاث للخارج                                  | 15        | 35.7           |

### 4.5.1 إجراءات تعيين الموظفين:

يشير جدول رقم " 4.5 " بان 18 منظمة صحية أهلية فقط أي بنسبة 42.9% لديها معايير مكتوبة لتعيين الموظفين، وهي نسبة منخفضة وتثير التساؤل عن معايير الشفافية في عمل هذه المنظمات، وخاصة إذا علمنا من نفس الجدول بأن 10 منظمات أهلية أي بنسبة 23.8 % من مجموع المنظمات التي شملتها الدراسة أكدت على أن إجراءات التعيين لديها تتم بناء على المعرفة

والواسطة، في حين أن التعيين يتم بناء على نتائج الامتحان الكتابي والمقابلة الشخصية في 14 منظمة فقط أي بنسبة 33.3%، وهذه النتائج أيضا تعطي انطبعا غير حسن عن اهتمام هذه المنظمات بالكفاءة والجدارة أثناء إجراءات تعيين الموظفين ، في حين أكدت 20 منظمة أي بنسبة 47.6% بأنها تعطي أولوية للمتطوعين عند إجراءات التعيين، ويعتقد الباحث بان هذه المنظمات تهدف من ذلك إلى تشجيع العمل التطوعي والذي تراجع في السنوات الأخيرة لأسباب عدة. وتجدر الإشارة هنا إلى ما ذكره احد خبراء إدارة الموارد البشرية Robbins بان " الهدف من إتباع إجراءات تعيين الموظفين هو قياس الصفات الفردية للمتقدمين للوظائف ومقارنتها مع متطلبات الوظيفة الشاغرة، وذلك للاختيار الفعال للشخص المناسب، فعندما تفشل الإدارة باختيار الشخص المناسب فان أداء الموظف والرضا الوظيفي له سيتأثران" (Robbins, 2006).

ويشير الجدول السابق بأن 37 منظمة صحية أهلية أي بنسبة 88.1% أفادت بأنه يوجد لموظفيها وصف وظيفي مكتوب، وهي من النسب المرتفعة، ويرى الباحث أن السبب في ارتفاع النسب يعود إلى الشخصية الشرقية للمدراء وأصحاب القرار الذين يعطون في الغالب إجابات نموذجية و وردية عن منظماتهم.

ويود الباحث التنويه إلى أن المؤسسات الأهلية التي لا يوجد لديها معايير للتوظيف فإنها تتعرض للخطر حيث أن الموظفين هم أعلى ما تملكه المؤسسة لان أداء المؤسسة مرتبط بأداء العاملين فيها، ويرى الباحث بان على المنظمات الأهلية العمل على مراجعة معايير التوظيف لديها.

#### 4.5.2 نظام الحوافز:

وذكرت 50% من المنظمات الصحية الأهلية والتي شملتها الدراسة بأنه لا يوجد لديها نظام للحوافز، في حين أشارت 14.3% من هذه المنظمات بأن لديها نظام للحوافز مكتوب. وتجدر الإشارة إلى أن البعض يعتقد و بالخطأ بان التحفيز هو عبارة عن ميزة شخصية يحصل عليها

البعض و لا يحصل عليها البعض الآخر، ومن جهته فان Maslow يعتقد بان نظام التحفيز هو تلبية لبعض الاحتياجات الفردية للموظف، ولكن بشرط وجود الرغبة لديه لبذل درجة عالية من الجهد اتجاه تحقيق أهداف المؤسسة (Maslow, 1954). ويرى الباحث بان النسبة العالية من المنظمات الأهلية التي لا يوجد لديها نظام للتحفيز تثير القلق، فيجب على هذه المنظمات أن تسعى جاهدة لوضع نظام حديث لتحفيز الموظفين لديها.

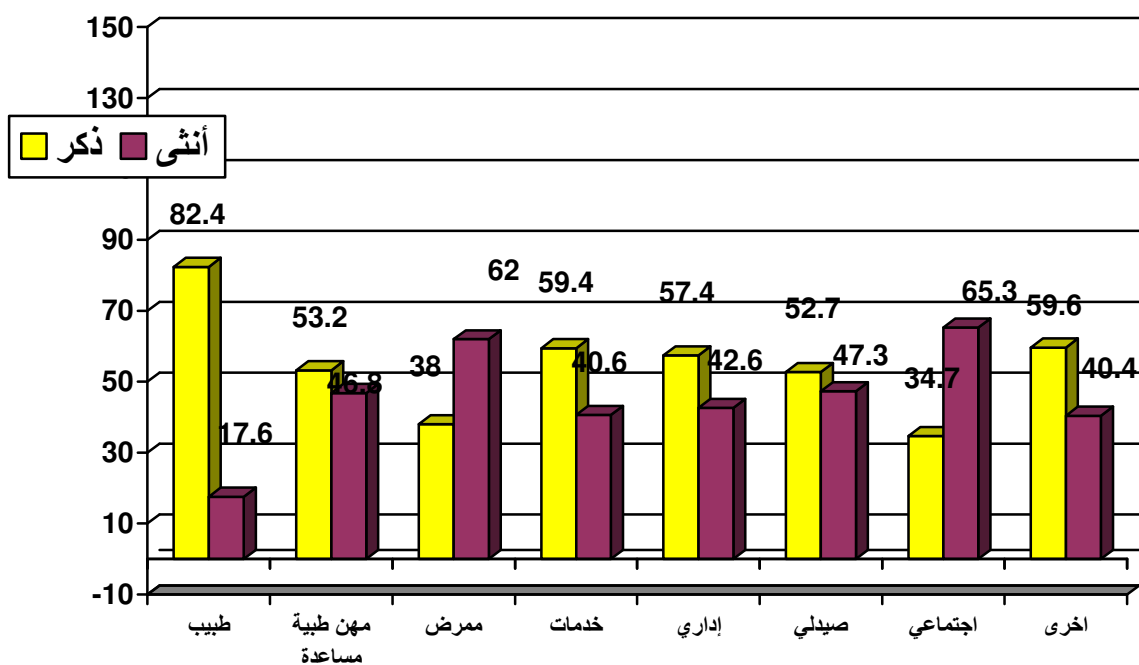
### 4.5.3 وجود سياسة لتنمية القوى البشرية:

وحسب بيانات الجدول السابق فان 85.7% من المنظمات الصحية الأهلية لديها سياسة لتنمية مهارات القوى البشرية، وذلك عبر آليات مختلفة منها تسهيل التحصيل العلمي لموظفيها والابتعاث للخارج والتدريب خلال العمل، حيث كانت نسب المنظمات الصحية الأهلية التي تتبع هذه الآليات 57.1%، 35.7%، 78.6% على التوالي، وهذا يعود إلى اهتمام المنظمات الأهلية برفع الكفاءة لدى موظفيها وخلق كوادر مدربة لخدمة القطاع الصحي بشكل عام، فالموظف الكفو لا يستطيع أن يحافظ على مهاراته وأدائه لفترة طويلة بدون المحافظة على التعليم و التدريب المستمر و خاصة مع التطور السريع في التكنولوجيا الحديثة.

## 4.6 الموارد البشرية:

جدول رقم (4.6): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب طبيعة الموارد البشرية

| البيان             | الدائمين |      | المشاريع |     | وظيفة جزئية |     | ذكر  |      | أنثى |     | المجموع |      |
|--------------------|----------|------|----------|-----|-------------|-----|------|------|------|-----|---------|------|
|                    | %        | عدد  | %        | عدد | %           | عدد | %    | عدد  | %    | عدد | %       | عدد  |
| طبيب/ة             | 43.0     | 195  | 5.5      | 25  | 51.5        | 234 | 82.4 | 374  | 17.6 | 80  | 21      | 454  |
| مهن طبية مساعدة    | 55.8     | 168  | 20.3     | 61  | 23.9        | 72  | 53.2 | 160  | 46.8 | 141 | 13.9    | 301  |
| ممرض/ة             | 51.0     | 153  | 8.0      | 24  | 41.0        | 123 | 38.0 | 114  | 62.0 | 186 | 13.8    | 300  |
| موظف/ة خدمات       | 66.8     | 191  | 15.0     | 43  | 18.2        | 52  | 59.4 | 170  | 40.6 | 116 | 13.2    | 286  |
| إداري/ة            | 76.5     | 212  | 9.0      | 25  | 14.4        | 40  | 57.4 | 159  | 42.6 | 118 | 12.7    | 277  |
| صيدلي/ة            | 85.3     | 128  | 4.7      | 7   | 10.0        | 15  | 52.7 | 79   | 47.3 | 71  | 6.9     | 150  |
| أخصائي/ة اجتماعي/ة | 49.0     | 24   | 32.7     | 16  | 18.4        | 9   | 34.7 | 17   | 65.3 | 32  | 2.2     | 49   |
| أخصائي نفسي/ة      | 40.0     | 14   | 45.7     | 16  | 14.3        | 5   | 14.3 | 5    | 85.7 | 30  | 1.7     | 35   |
| أخرى               | 64.3     | 205  | 27.0     | 86  | 8.8         | 28  | 59.6 | 190  | 40.4 | 129 | 14.6    | 319  |
| المجموع            | 59.4     | 1290 | 14.0     | 303 | 26.6        | 578 | 58.4 | 1268 | 41.6 | 903 | 100.0   | 2171 |



رسم بياني (4.7) توزيع الموارد البشرية في المنظمات الصحية الأهلية

قبل التطرق إلى نتائج ما أظهره الجدول السابق فإن الباحث يود الإشارة إلى أن عدد العاملين و  
العاملات في وزارة الصحة الفلسطينية (فلسطين، وزارة الصحة، 2008)، بلغ 7933 موظفاً  
وموظفة. وحسب نتائج الجدول السابق فإن عدد العاملين والعاملات في المنظمات الصحية الأهلية  
في قطاع غزة بلغ 2171 موظفاً وموظفة موزعين على 42 منظمة بمعدل 51.6 موظفاً وموظفة  
لكل منظمة (موزعين على مهن طبية وفنية وإدارية مختلفة)، وذكر أحد نشطاء العمل الأهلي بأن  
هذا العدد من الموظفين يؤكد بأن المنظمات الأهلية ساهمت وتساهم بتوفير العديد من فرص العمل  
في قطاع غزة، وتطابقت هذه النسب مع ما ورد في دراسة منتدى العمل الأهلي والتي أوردت أن  
عدد العاملين في المنظمات الصحية الأهلية بلغ 9632 موظفاً وموظفة موزعين على 189 منظمة  
أهلية بمعدل 50.9 موظفاً وموظفة لكل منظمة (منتدى العمل الأهلي، 2006). ويجدر بنا الإشارة  
هنا إلى دراسة معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (شليبي، 2001)، أشارت إلى أن  
قطاع المنظمات الأهلية يستوعب 10375 عاملاً موزعين على 573 منظمة بمعدل 18.1 موظف  
وموظفة لكل منظمة، ويمكن إرجاع هذا التباين في النتائج إلى اختلاف مجتمع الدراسة وسنة  
إجرائها.

وبلغت نسبة العاملين الدائمين 59.5%، وان 14% من العاملين يعملون على مشاريع و 26.5%  
من الموظفين يعملون بوظيفة جزئية سواء حسب نظام ما هو متعارف عليه بالنسبة أو مقابل  
ساعات عمل محددة، فالنسبة العالية للموظفين غير الدائمين تشكل خطراً على استمرارية المنظمات  
الأهلية في تقديم خدماتها، وتجعل هذه المنظمات التي تعتمد على موظفين غير دائمين تحت رحمة  
هؤلاء الموظفين، ومن جهة أخرى فإن الباحث يرى بأن أرقام العاملين في المنظمات الصحية  
الأهلية والتي أظهرتها الدراسة قد تكون أعلى من الواقع حيث أن جزءاً كبيراً من هؤلاء الموظفين  
يعملون في أكثر من مؤسسة في وقت واحد، ويمكن أن يكون جزء كبير منهم يعملون في نفس

الوقت في وظائف حكومية أو وظائف تابعة لوكالة الغوث، ومن وجهه نظر الباحث فان توظيف المنظمات الصحية الأهلية لموظفين وموظفات - يعملون في القطاع الحكومي - للعمل في مرافقها يتناقض مع ما تطالب وتسعى إليه المنظمات الأهلية وهو تخفيض نسبة البطالة بين الخريجين.

وطالب أحد خبراء الصحة العامة للمنظمات الصحية الأهلية " أن يكون العاملون فيها يعملون فقط في هذه المنظمات وأن لا يحدث معهم ظاهرة الاستنزاف".

أما بخصوص توزيع العاملين والعاملات حسب الجنس فلقد أظهرت النتائج بأن عدد العاملين من الذكور في المنظمات الصحية الأهلية أعلى من عدد العاملين من الإناث، فقد بلغت نسبة العاملين من الذكور في جميع المنظمات 58.4%، مقابل 41,6% من الإناث، ويمكن التنويه هنا إلى أن ارتفاع نسبة العاملين من الإناث ( لغير وظيفة المدير) يعكس انطبعا ايجابيا اتجاه توظيف الإناث في المنظمات الأهلية. وهذا يتنافى مع ما جاء في دراسة لمركز الإحصاء الفلسطيني والتي أظهرت بان نسبة النساء المشاركات في القوى العاملة - بشكل عام وليس في المنظمات الأهلية فقط - بلغت 14.1% (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006).

و حسب بيانات الجدول السابق فان نسبة الأطباء بلغت 21% من اجمالي العاملين في المنظمات الصحية الأهلية في قطاع غزة، وكانت نسبة الطبيبات منهم 17.6% و نسبة الأطباء 82.4% ، وهي نسبة تتوافق إلى حد ما مع ما جاء في دراسة مركز الإحصاء الفلسطيني، حيث ذكرت هذه الدراسة بان نسبة الإناث بين الأطباء بلغت 11.7% ( الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006). وبشكل عام ونتيجة لبيانات الجدول السابق فان عدد العاملين في المنظمات الصحية الأهلية في قطاع غزة يمثل حوالي 27.3% من إجمالي العاملين في القطاع الصحي الحكومي في قطاع غزة. ويعتقد الباحث بان على المنظمات الصحية الأهلية أن تسعى ليكون لديها طاقم وكادر خاص بها لتحافظ على استمرارية تقديم خدماتها.



#### 4.7 التطوع في المنظمات الصحية الأهلية:

##### جدول رقم (4.7): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب حالة التطوع

| المتغير      | العدد | النسبة المئوية |
|--------------|-------|----------------|
| وجود متطوعين |       |                |
| نعم          | 34    | 81.0           |
| لا           | 8     | 19.0           |
| المجموع      | 42    | 100.0          |
| عدد متطوعين  |       |                |
| 5 فأقل       | 14    | 43.8           |
| من 6 إلى 10  | 5     | 15.6           |
| أكثر من 10   | 13    | 40.6           |
| المجموع      | 32    | 100.0          |

يشير جدول رقم "4.7" إلى أن 81% من المنظمات الصحية الأهلية من إجمالي المنظمات التي شملتها الدراسة يعمل فيها متطوعون، وهذا يؤكد على أن المنظمات الصحية الأهلية تعتمد في تنفيذ برامجها على الموظفين بأجر، على متطوعين من المجتمع المحلي. وتجدر الإشارة هنا إلا أن هذه المنظمات لم تضيف الهيئات العامة والهيئات الحاكمة لها كمجلس الإدارة كمتطوعين في المؤسسة. ويود الباحث التأكيد على عدم التطرق إلى عدد المتطوعين الإجمالي في المنظمات الصحية الأهلية، حيث شعر بأنها غير منطقية وذلك لان غالبية هذه المنظمات تلجأ إلى تسجيل عدد المتطوعين في النشاط الواحد دون الأخذ بالاعتبار تكرار نفس المتطوع لعدة أنشطة .

وعند إجراء المقابلات كان هناك إجماع ممن تم مقابلتهم على تراجع العمل التطوعي في المؤسسات الأهلية بشكل عام، فمدير إحدى المنظمات الصحية الأهلية يؤكد على "تراجع العمل التطوعي لصالح الارتباط الوظيفي والراتب الشهري، وأصبح كل شيء مرتبط بمن يدفع أكثر ومن يصرف أكثر على الموظف، وبدأت تنتشوه مفاهيم العمل الطوعي لدى الناس"، ولقد أرجع احد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية ذلك إلى " فكرة الانتفاع وتراجع الفكرة الوطنية بشكل عام"، ويتفق معه في ذلك أحد المسؤولين في وزارة الصحة والذي ذكر بأنه " كان في الماضي هناك

هدف سياسي كبير ولذلك كانت هناك تضحيات من قبل الأشخاص ، و لكن الآن يقول البعض لماذا أتطوع ؟ حتى يأتي شخص آخر ويصبح زعيماً " ، ويذكر أسباباً أخرى لتراجع العمل الطوعي منها الوظائف الحكومية ، والوضع الاقتصادي الصعب الذي قتل روح التطوع " فالناس غير قادرين علي الحصول علي لقمة العيش".

ولقد ساهم الممولون في تحطيم روح التطوع عبر المرتبات العالية، ويضيف أحد نشطاء العمل الأهلي سببا آخر لتراجع العمل الطوعي وهو "التحولات التي تمت في إطار المنظمات الأهلية نفسها والتي دفعتها نحو المؤسسة والحرفية أو المهنية بحيث إنها اشترطت اشتراطات معينة لدى العاملين بها كأن تجيد اللغة الانجليزية على سبيل المثال وتجيد كتابة مشروع ومخاطبة الممول وهذه العوامل دفعت باتجاه التراجع عن مسألة التطوع"، ومن جهته فإن أحد خبراء الصحة العامة يرجع ذلك إلى " عدم الثقة بالمسئول نتيجة الوضع السياسي وما جرى من نزاعات، وأصبح المواطن العادي يقول اعمل من أجل من ؟ " .

ويعتقد الباحث انه وعلى الرغم من تراجع العمل الطوعي بشكل عام إلا أن هناك العديد من المنظمات الأهلية مازالت تحافظ على روح العمل الطوعي وتعمل على تشجيعه و ترسيخه، وعلى المنظمات الأهلية أن تعمل على إعادة روح العمل الطوعي بأساليب وأشكال جديدة مثل تكريم المتطوعين القدامى وتوفير جائزة للمتطوع المثالي، و يمكنها ممارسة الضغط على السلطة لإدراج مادة تعليمية تبرز أهمية التطوع في بناء المجتمع كمقرر دراسي في المناهج التعليمية. إن مفاهيم العمل التطوعي بحاجة إلى مراجعة ليتم تطويرها بطريقة تتناسب مع الواقع الاقتصادي والاجتماعي الحالي.

## 4.8 التوجهات الإستراتيجية:

جدول رقم (4.8): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب التوجهات الإستراتيجية لديها

| المتغير   | العدد     | النسبة المئوية |
|---|-----------|----------------|
| <b>1. الرؤية</b>                                    |           |                |
| نعم   | 24        | 100.0          |
| لا  | 0         | 0.0            |
| <b>المجموع</b>                                      | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>2. الرسالة</b>                                   |           |                |
| توجد شوهدت  | 29        | 69.0           |
| توجد و لم تشاهد                                     | 13        | 31.0           |
| <b>المجموع</b>                                      | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>3. وضوح الرسالة للعاملين في المؤسسة</b>          |           |                |
| نعم تماماً  | 35        | 83.3           |
| نعم جزئياً  | 7         | 16.7           |
| <b>المجموع</b>                                      | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>4. وجود معايير تحد من تحقيق الرؤية و الرسالة</b> |           |                |
| نعم   | 35        | 83.3           |
| لا  | 7         | 16.7           |
| <b>المجموع</b>                                      | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>4.1 طبيعة المعايير هي (لإيجابية نعم)</b>         |           |                |
| مالية   | 33        | 94.3           |
| اجتماعية  | 7         | 20.0           |
| إدارية  | 6         | 17.1           |
| فنية  | 10        | 28.6           |
| قانونية   | 3         | 8.6            |
| وجود الاختلال                                       | 24        | 68.6           |
| خلافات داخلية (فلسطينية)                            | 7         | 20.0           |

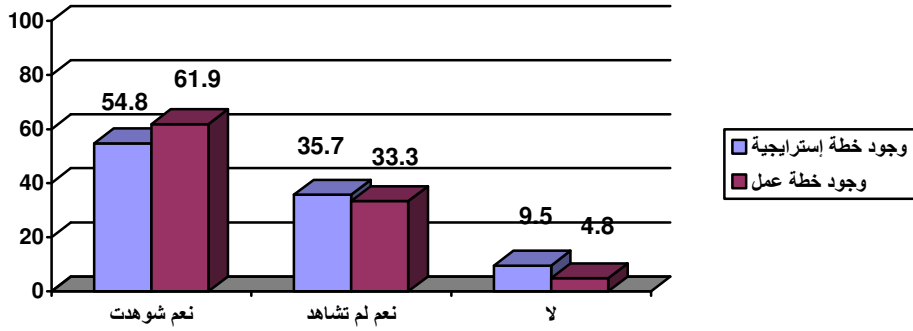
عند دراسة نتائج جدول التوجهات الإستراتيجية لدى المنظمات الصحية الأهلية تبين أن جميع المنظمات التي شملتها الدراسة وبنسبة 100% ذكرت بأن لديها رؤية محددة ورسالة واضحة، ولكن عند الطلب من هذه المنظمات الاطلاع على رسالة المنظمة لم تشاهد هذه الرسالة لدى 31% من هذه المنظمات، ويعتقد أحد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية بأن هذه المنظمات لا تعمل لتحقيق رسالة معينة. وأقرت هذه المنظمات بأن رسالتها غير واضحة بشكل تام لحوالي 17% من العاملين لديها. وقد اظهر الجدول السابق بأن 83% من المنظمات الصحية الأهلية تعاني من العديد

من المعوقات التي تحد من تحقيق رؤية ورسالة المنظمة، وقد تنوعت هذه المعوقات وكان من أبرز هذه المعوقات: المعوقات المالية بنسبة 94%، ويتضح أيضا من الجدول السابق بأنه وعلى الرغم من مرور سنوات عديدة على إنشاء السلطة الوطنية الفلسطينية فإن 68% من المنظمات ذكرت بأن وجود وإجراءات الاحتلال كان معيقا لتحقيق رؤية المنظمات الأهلية، أما المعوقات الفنية فهي واجهت 28% من المنظمات الصحية الأهلية، وقد ذكرت 20% من المنظمات بأنها تعاني من المعوقات التي لها علاقة بالوضع الداخلي كالمعوقات الاجتماعية ووجود خلافات سياسية داخل المجتمع، أما 17% من المنظمات فأكدت على وجود معوقات إدارية، والتي لها علاقة بإدارة المنظمة لديها، أما المعوقات القانونية التي واجهت المنظمات فكانت نسبتها 8% فقط.

## 4.9 التخطيط في المنظمات الصحية الأهلية:

### جدول رقم (4.9): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب التخطيط لديها

| النسبة المئوية  | العدد     | المتغير                   |
|---|-----------|---------------------------|
| <b>1. وجود خطة إستراتيجية</b>                           |           |                           |
| 54.8  | 23        | نعم شوهدت                 |
| 35.7  | 15        | نعم لم تشاهد              |
| 9.5   | 4         | لا                        |
| <b>100.0</b>  | <b>42</b> | <b>المجموع</b>            |
| <b>2. وجود خطة عمل محددة</b>                            |           |                           |
| 61.9  | 26        | نعم شوهدت                 |
| 33.3  | 14        | نعم لم تشاهد              |
| 4.8   | 2         | لا                        |
| <b>100.0</b>  | <b>42</b> | <b>المجموع</b>            |
| <b>2.1 فترة الخطة</b>                                   |           |                           |
| 73.8  | 31        | سنوية                     |
| 9.5   | 4         | نصف سنوية                 |
| 11.9  | 5         | شهرية                     |
| 4.8   | 2         | لا توجد خطة               |
| <b>100.0</b>  | <b>42</b> | <b>المجموع</b>            |
| <b>2.2 الآليات التي تتبعها المؤسسة لتطوير عمل خطتها</b> |           |                           |
| 90.0  | 36        | تقدير الاحتياجات          |
| 65.0  | 26        | مشاركة الفئات المستهدفة   |
| 65.0  | 26        | حسب التمويل               |
| <b>3. الجهات المشاركة في وضع الخطة لمن لديه خطة</b>     |           |                           |
| 100.0   | 40        | مجلس الإدارة              |
| 72.5  | 29        | الإدارة العليا و المتوسطة |
| 62.5  | 25        | الموظفين الميدانيين       |
| 45.0  | 18        | المستشارين الخارجيين      |
| 40.0  | 16        | المستقيدين                |
| <b>4. تحقيق الخطة لأهدافها</b>                          |           |                           |
| 22.5  | 9         | نعم دائماً                |
| 65.0  | 26        | نعم غالباً                |
| 12.5  | 5         | نعم أحياناً               |
| <b>100.0</b>  | <b>40</b> | <b>المجموع</b>            |



رسم بياني (4.8) توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب وجود الخطط لديها

#### 4.9.1 وجود خطط :

عند سؤال المنظمات الصحية الأهلية التي شملتها الدراسة عن وجود خطة إستراتيجية لها أجابت حوالي 10% من هذه المنظمات بأنه لا يوجد لديها خطة إستراتيجية، في حين أجابت 90% من هذه المنظمات بأنه يوجد لديها خطة إستراتيجية، ولكن 35% من هذه المنظمات لم تشاهد خطتها الإستراتيجية عند الطلب منها، ويمكن الادعاء بأن هذا يعني بأن هذه المنظمات لا توجد لديها خطة إستراتيجية، وطالب احد خبراء الصحة العامة جميع المنظمات الصحية الأهلية أن تقدم خطة عملها للوزارة بحيث تحتوي الخطة على الهدف وسير العمل والصعوبات التي تواجهها عند التطبيق، وذكر أيضا بأنه "ينبغي على الوزارة عدم السماح لأي منظمة أهلية العمل بدون تخطيط مسبق معها لتفادي التكرار وإضاعة المصاريف وفرص العمل المتكررة". ووفقا لما ظهر في الجدول فإن 62% فقط من هذه المنظمات تباشر عملها وفق خطط زمنية، حيث ذكرت 74% من هذه المنظمات بأنها تعمل وفق خطط سنوية، في حين أن 10% من المنظمات تعمل وفق خطط نصف سنوية، أما 12% من المنظمات فإن خطة عملها تكون شهرية، وأكدت 5% فقط من المنظمات بأنها لا تعمل وفق أي خطط سنوية. وتجدر الإشارة إلى أن دراسة معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني

أوضحت بان 82.4% من إجمالي المنظمات في الضفة والقطاع تضع خطة زمنية لتنفيذ برامجها ونشاطاتها (شلبي، 2001).

ففي حين يرى البعض بأن التخطيط يساعد على تحقيق نسبة أعلى من النجاح لجميع الأعمال، وهذا النجاح بدوره يشجع العديد من المؤسسات لان تخوض تجربة التخطيط. فعلمية التخطيط لا تبدأ إلا بعد أن تؤمن الجهات المعنية بالتخطيط وأهميته، فالمؤسسات لا تقدم على التخطيط إلا من أجل ضمان إحداث نقلة نوعية في عملها ( خميس، 1999).

هذا وأكدت الأبحاث أن انجازات المؤسسات التي تتبع التخطيط الاستراتيجي في عملها تفوق انجازات المؤسسات التي لا تتبع التخطيط الاستراتيجي (Andersen, 2000)، فقد أظهرت دراسة أجريت على بعض المؤسسات في الولايات المتحدة الأمريكية "أن المؤسسات التي تلجا إلى تغيير إستراتيجيتها وهيكلتها عند تغير البيئة المحيطة في المؤسسة فان انجازات هذه المؤسسات لا تتغير" (Wheelen, 2006) فالتوافق بين بيئة هذه المؤسسات وإستراتيجيتها وهيكلتها وسير العمل فيها له تأثير ايجابي في أداء هذه المؤسسات ( Zajac, 2000 ).

هذا ولقد قسمت دراسة منتدى العمل الأهلي عملية التخطيط للقطاع الصحي الفلسطيني إلى ثلاثة مستويات، فالمستوى الأول يتعلق في التخطيط على مستوى المؤسسة، أما المستوى الثاني للتخطيط فهو على مستوى مؤسسات المجتمع المدني، في حين أن المستوى الثالث للتخطيط فهو على المستوى الوطني ( منتدى العمل الأهلي، 2006).

و يرى الباحث بأنه من الضروري الاهتمام بالتخطيط بناء على تحديد الاحتياجات والأولويات وبمشاركة جميع الأطراف بما فيها القطاع الخاص والقطاع الأهلي وبمشاركة فعالة من المجتمع المحلي والوزارات الأخرى ذات العلاقة، فالتخطيط يساعد على خلق رؤية مشتركة ويزيد من التزام جميع مقدمي الخدمات اتجاه تحقيق الخطة الموضوعية، ويساعد في تسهيل فرص التمويل، ويساهم

كذلك في رفع مستوى الوضع الصحي.

وعند التطرق أثناء المقابلات التي تم إجراؤها إلى مساهمة المنظمات الصحية الأهلية في وضع الخطط الصحية الوطنية، كان هناك إجماع بين الخبراء على ضرورة مشاركة المنظمات الصحية الأهلية في وضع الخطط الصحية الوطنية، حيث يرى أحد خبراء الصحة العامة بأن مساهمة المنظمات الأهلية في وضع هذه الخطط يعتمد على مستوى وحجم هذه المنظمات.

ولقد ذكر احد صناع القرار في وزارة الصحة بأن "مشاركة المنظمات ليست جديدة عليها، فهي شاركت في الخطة الصحية الأولى والتي وضعت بعد قيام السلطة الوطنية الفلسطينية مباشرة و كذلك شاركت وبشكل أوسع في الخطة الصحية الثانية 1999-2003"، ويتفق في ذلك احد مؤسسي العديد من المنظمات الأهلية فهو يؤكد بأن مشاركة المنظمات كبيرة في هذا المجال، وفي بعض الأحيان كانت "محرضة من أجل إقرار خطة صحية وطنية". ويعتقد أحد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية " بأنه لا يستفاد من خبرات المنظمات الصحية الأهلية في التخطيط، وذكر بأن دور هذه المنظمات يكون في بعض الأحيان دور ديكوري". ومن جهته فإن أحد نشطاء العمل الأهلي في القطاع ذكر بأن المنظمات الصحية الأهلية ساهمت في السابق في وضع الخطط الصحية الوطنية، ولكن في السنوات الماضية لم تكن هناك مساهمة وحمل السلطة الوطنية الفلسطينية ممثلة بوزارة الصحة المسؤولية عن ذلك.

و حين الاستفسار من المنظمات المبحوثة عن الآليات التي تتبعها لتطوير خطط عملها، ذكرت بان هناك آليات عديدة منها تقدير الاحتياجات حيث ذكرت 90% بأنها تتبع هذه الآلية، بينما 65% من المنظمات تعمل على مشاركة الفئات المستهدفة في وضع خططها، وأيضاً تضع خططها حسب توفر التمويل، وهذا يتوافق مع ما أظهرته دراسة المنتدى الأهلي من نسب.



## 4.9.2 الجهات المشاركة في وضع الخطة:

وعند التطرق الى الجهات المشاركة في وضع الخطة أكدت جميع المنظمات والتي تعمل وفق خطة محددة وبنسبة 100% بان مجلس الإدارة يشارك في وضع خطة العمل، وأكدت 72% من هذه المنظمات بان الإدارة العليا والمتوسطة هي من تشارك في وضع الخطة، في حين أكدت 62% من المنظمات بأن الموظفين الميدانيين هم من يشارك في وضع الخطة، بينما بلغت مشاركة كل من المستشارين الخارجيين والمستفيدين من خدمات المنظمات الصحية الأهلية في وضع خطط العمل نسبة 45% و 40% على التوالي. وأما عن تحقيق المنظمات الصحية الأهلية لأهدافها عبر الخطة الموضوعية فقد أكدت 22.5% من المنظمات التي لديها خطط بأنها تحقق خططها دائماً، في حين بلغت نسبة المنظمات التي تحقق خططها غالباً 65%، بينما بلغت نسبة المنظمات التي تحقق أهدافها أحياناً 12.5%. وتجدر الإشارة إلى أن هذه النسب تتوافق إلى حد ما مع ما أظهرته دراسة معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني ، حيث أظهرت بان 27.4% من خطط هذه المنظمات تحقق أهدافها دائماً، في حين أن 70.3% منها تحقق أهداف خططها أحياناً، وتؤكد هذه النسب على المعوقات الجديدة في تحقيق الخطة ( شلبي، 2001).

#### جدول رقم (4.10): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب معايير تنفيذ الخطة:

| النسبة المئوية                                   | العدد | المتغير                       |
|--|-------|-------------------------------|
| <b>1. معايير تنفيذ الخطة</b>                     |       |                               |
| 2.5  | 1     | ضعف في الخطة نفسها            |
| 15.0   | 6     | ضعف المتابعة                  |
| 80.0   | 32    | محدودية التمويل               |
| 35.0   | 14    | نقص الكوادر البشرية           |
| 25.0   | 10    | نقص الكفاءات القيادية المميزة |
| 30.0   | 12    | التنسيق                       |
| 25.0   | 10    | عدم تفاعل المستفيدين          |
| 12.5   | 5     | تدخل الجهات الخارجية          |
| 72.5   | 29    | الوضع السياسي                 |
| <b>2. دور الفئات المستهدفة في نشاطات المؤسسة</b> |       |                               |
| 57.1   | 24    | مشارك في تحديد الاحتياجات     |
| 21.4   | 9     | مشارك في التخطيط              |
| 38.1   | 16    | مشارك في التنفيذ              |
| 40.5   | 17    | مشارك في المتابعة             |
| 57.1   | 24    | مستفيد فقط                    |

#### 4.10.1 معايير تنفيذ الخطة:

و كما هو موضح في الجدول السابق فإن 80% من المنظمات التي لديها خطط قد أكدت بأن محدودية التمويل من أهم المعايير التي واجهت المنظمات الصحية الأهلية في تنفيذ خططها، في حين ذكرت 72.5% من المنظمات بان الوضع السياسي هو أحد معايير تنفيذ خططها، في حين جاءت الأسباب الذاتية التي لها علاقة بالمنظمات الصحية الأهلية مثل نقص الكوادر البشرية ونقص الكفاءات القيادية المميزة والتنسيق مع مقدمي الخدمات الآخرين وضعف المتابعة وضعف الخطة نفسها في المراتب وبالنسب المتعاقبة التالية 5%، 25%، 30%، 15%، 2.5%. في حين ذكرت 25% من المنظمات الصحية الأهلية بأن عدم تفاعل المستفيدين من خدماتها كان من معايير تنفيذها لخططها، وقد ذكرت 12.5% من المنظمات بأن تدخل الجهات الخارجية في عملها كان معيقا لتنفيذ خططها.

## 4.10.2 دور الفئات المستهدفة:

أما عن دور الفئات المستهدفة في نشاطات المنظمات الصحية الأهلية فقد أكدت 57% من المنظمات التي شملتها الدراسة بأن دورهم كان مشاركاً في تحديد الاحتياجات ومستفيداً فقط، في حين أكدت 40% من المنظمات بأن دور هذه الفئات كان عبر المشاركة في متابعة أنشطة هذه المنظمات، وأكدت 38% من المنظمات بأن الفئات المستهدفة كانت مشاركة في تنفيذ نشاطات هذه المنظمات، وأكدت 21% من المنظمات بأن الفئات المستهدفة كانت مشاركة في التخطيط. وأكدت 40% من المنظمات على أن الفئات المستهدفة شاركت في وضع الخطط، ولكن 21% من هذه المنظمات أكدت على أن دور هذه الفئات المستفيدة كان مشاركاً في التخطيط، وعند الطلب من أحد خبراء الصحة العامة وأثناء إجراء المقابلة معه تفسير هذه النتائج ارجع ذلك إلى عدم اقتناع الفئات المستفيدة من جدوى الخطط التي توضع من قبل المنظمات الصحية الأهلية. و يود الباحث الإشارة إلى الأهمية الكبرى لمشاركة الفئات المستهدفة في عملية التخطيط، فدور هذه الفئات هو دور مهم وفعال في عملية التخطيط بشرط أن يتم إشراكهم فعلياً في هذه العملية و مراحلها المختلفة، فمشاركة الفئات المستهدفة تساعد في تحديد الأولويات بشكل دقيق مما يساعد في اتخاذ القرارات اللازمة، و تساعد مشاركتهم في الشعور بالمسؤولية، وتزيد من انتمائهم لهذه المنظمات، وكذلك فان مشاركة الفئات المستهدفة في عملية التخطيط تؤدي إلى زيادة أوجه التعاون والتنسيق بين المجتمع المحلي وهذه المنظمات .

## 4.11 البنية الداخلية للمنظمات الصحية الأهلية:

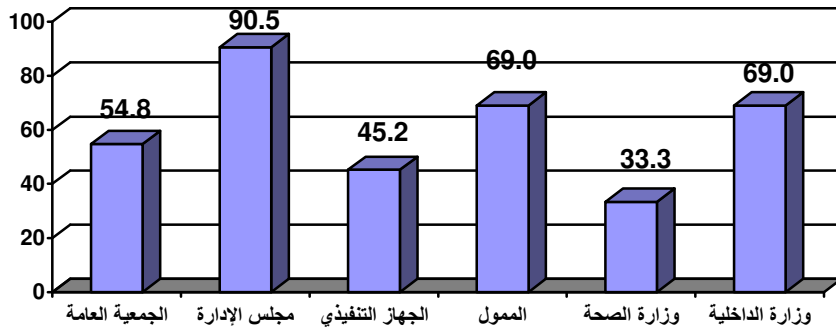
### جدول رقم (4.11): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب بنيتها الداخلية

| المتغير                                       | العدد     | النسبة المئوية |
|---|-----------|----------------|
| <b>1. مراجعة النظام الأساسي بشكل دوري</b>     |           |                |
| نعم   | 33        | 78.6           |
| لا  | 9         | 21.4           |
| <b>المجموع</b>                                | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>2. وجود نظام إداري</b>                     |           |                |
| نظام مكتوب                                    | 33        | 78.6           |
| غير مكتوب                                     | 8         | 19.0           |
| لا يوجد نظام                                  | 1         | 2.4            |
| <b>المجموع</b>                                | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>3. عمل تقارير متابعة</b>                   |           |                |
| نعم   | 42        | 100.0          |
| لا  | 0         | 0.0            |
| <b>المجموع</b>                                | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>3.1 الجهة التي تقدم لها التقارير</b>       |           |                |
| الجمعية العامة                                | 23        | 54.8           |
| مجلس الإدارة                                  | 38        | 90.5           |
| الجهاز التنفيذي                               | 19        | 45.2           |
| الممول  | 29        | 69.0           |
| وزارة الصحة                                   | 14        | 33.3           |
| وزارة الداخلية                                | 29        | 69.0           |
| <b>4. اجتماعات العاملين</b>                   |           |                |
| نعم   | 41        | 97.6           |
| لا  | 1         | 2.4            |
| <b>المجموع</b>                                | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>4.1 نوع اجتماعات العاملين</b>              |           |                |
| منتظمة  | 15        | 36.6           |
| شبه منتظمة                                    | 21        | 51.2           |
| متباعدة                                       | 4         | 9.8            |
| لا تعقد إلا باستثناء                          | 1         | 2.4            |
| <b>المجموع</b>                                | <b>41</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>5. وسائل الاتصال والتواصل بين العاملين</b> |           |                |
| الاجتماعات                                    | 37        | 88.1           |
| التقارير                                      | 37        | 88.1           |
| مذكرات داخلية                                 | 22        | 52.4           |
| اللقاءات الفردية                              | 27        | 64.3           |
| البريد الالكتروني                             | 8         | 19.0           |
| <b>6. وجود صندوق مقترحات أو شكاوي</b>         |           |                |
| نعم   | 18        | 42.9           |
| لا  | 24        | 57.1           |
| <b>المجموع</b>                                | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |

ولقد أظهرت بيانات الجدول السابق بأن 78.6% من المنظمات الصحية الأهلية والتي شملتها الدراسة تقوم بمراجعة نظامها الأساسي بشكل دوري، ويوجد لديها نظام إداري مكتوب، في حين أكدت 19% من المنظمات بأن لديها نظام إداري ولكن غير مكتوب، وأقرت 2.5% من المنظمات الصحية الأهلية بأنه لا يوجد لديها نظام إداري.

#### 4.11.1 الجهة التي تقدم لها التقارير:

ولقد أكدت جميع المنظمات وبنسبة 100% على أنها تقوم بعمل تقارير متابعة لعملها، ولكن اختلفت الجهات التي تقدم إليها هذه التقارير ففي حين اهتمت 90% من المنظمات بتقديم تقاريرها الدورية لمجالس إدارتها، و 69% من المنظمات تقدم تقاريرها لكل من الممول ووزارة الداخلية، في حين ان 55% من المنظمات أكدت أنها تقدم تقاريرها إلى جمعياتها العامة، و 45% من المنظمات تقدم تقاريرها إلى الجهاز التنفيذي، و ذكرت 33% من المنظمات التي شملتها الدراسة أنها تقدم تقاريرها لوزارة الصحة.



#### رسم بياني (4.9) توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب جهة تقديم التقارير

وعند سؤال أحد مسؤولي وزارة الصحة الفلسطينية عن عدد المنظمات الصحية الأهلية التي تقدم تقاريرها إلى وزارة الصحة، أكد هذا المسؤول ذلك وذكر أن هذا "كلام صحيح". هذا ويرى من تم

مقابلتهم من نشطاء العمل الأهلي انه يجب على المنظمات الصحية الأهلية تقديم تقاريرها في الوقت المناسب وأن تعلن تقاريرها لكل الجهات الممولة وغيرها و كذلك للجمهور، حيث أن ذلك مؤشر على التزام المنظمات الأهلية بالشفافية والمصداقية والمساءلة، ويتفق مع ذلك احد المسؤولين في وزارة الصحة الفلسطينية حيث أكد أن معظم المنظمات الصحية الأهلية الكبيرة تقدم تقاريرها إلي وزارة الصحة حيث أن هذه المنظمات تتمتع بالشفافية الكاملة حيث يتم عرض التقارير "علي النت وتنتشر بالصحف و الجرائد"، ولكن البعض اختلف مع وجهه النظر هذه حيث اعتبر أحد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية أن عدم تقديم تقارير المنظمات الصحية الأهلية لوزارة الصحة "خطأ من هذه المؤسسات"، واتفق معه في وجهة النظر هذه احد خبراء الصحة العامة الذي اعتبر ذلك " بسب وجود خطأ مهني"، وأضاف بان المنظمات الصحية الأهلية تهتم بالأمر القانونية وليس بالأمور الفنية، ومن جهته فان أحد مؤسسي العديد من المنظمات الأهلية ذكر بأن هذا الموضوع يعود " لضعف الوزارة "وطالبها بأن تستخدم سلطاتها للضغط على هذه المنظمات لتقديم تقاريرها. ويود الباحث التنويه إلى أن قانون الصحة العامة الفلسطيني منح وزارة الصحة الفلسطينية الصلاحية بترخيص ومراقبة المؤسسات الصحية غير الحكومية وذلك بالتنسيق مع الجهات المعنية (فلسطين، قانون الصحة العامة، 2005).

ومن جهته فان احد المسؤولين في وزارة الصحة الفلسطينية ذكر بأن الوزارة لا تطالب المنظمات الأهلية في اغلب الأحيان بتقديم تقاريرها إليها، وأكد أن وزارة الصحة إذا طلبت ذلك فإن المنظمات الأهلية تستجيب لها، وذكر انه لا يتذكر بان هذه المنظمات رفضت ذلك عند طلب التقارير منها، وارجع عدم تقديم التقارير من بعض المنظمات الأهلية التي شملتها الدراسة إلى "الكسل"، وردا على المنادين بضرورة أن تستخدم الوزارة سلطاتها للضغط على هذه المنظمات لتقديم تقاريرها، أكد بان "الوزارة لا تمارس هذا الدور بالإكراه ولكن بالتعاون".

ومن جهة أخرى فإن احد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية أرجع حرص المنظمات الأهلية على تقديم تقاريرها إلى وزارة الداخلية والممول إلى منطق المصالح " فعند وزارة الداخلية توجد العصا وعند الممول يوجد المال "، ويتفق معه في هذا الرأي إلى حد ما أحد نشطاء العمل الأهلي حيث ذكر بأن العلاقة بين المنظمات الأهلية والممول هي أقوى لأنها علاقة مصلحة، حيث أن هذه المنظمات مرتبطة بالمول، لأنه في غياب الممول تختفي هذه المنظمات، أما عن وزارة الداخلية فالوزارة يمكنها إغلاق هذه المنظمات. أما عن اهتمامها بتقديم تقاريرها إلى مجلس الإدارة وليس إلى الجمعية العامة والتي حسب القانون تعتبر الهيئة الحاكمة وأعلى سلطة في المنظمة الأهلية، فإن أحد ناشطي العمل الأهلي اعترف بأن بعض هذه الجمعيات العمومية هي ذات طابع شكلي.

#### 4.11.2 الاتصال والتواصل بين العاملين:

هذا وقد أظهرت بيانات الجدول السابق بأن 97% من المنظمات تحافظ على عقد اجتماعات للعاملين لديها، وعند سؤال هذه المنظمات عن نوع ودورية عقد هذه الاجتماعات، أكدت 51% من المنظمات بأن هذه الاجتماعات تعقد بشكل شبه منتظم، وأن 36% أكدت بأن اجتماعات العاملين لديها تعقد بشكل منتظم، وذكرت 10% من المنظمات بأن اجتماعات العاملين تعقد على فترات متباعدة، وكانت نسبة المنظمات التي أقرت بأن اجتماعات العاملين لديها تعقد بشكل استثنائي 2.5%.

وعند التطرق إلى وسائل الاتصال والتواصل بين العاملين في المنظمات الصحية الأهلية فقد أكدت 88% من المنظمات على أنها تتبع عقد الاجتماعات وكتابة التقارير، و ذكرت 65% من المنظمات بأنها تحافظ على عقد اللقاءات الفردية كشكل من أشكال الاتصال والتواصل بينها، وكانت نسبة

المنظمات التي تعتمد على المذكرات الداخلية في الاتصال هي 52%، بينما أقرت 19% من المنظمات بأنها تعتمد على البريد الإلكتروني في عملية الاتصال و التواصل بين العاملين فيها. ويشير هذا إلى أن غالبية هذه المنظمات ما زالت تتبع الشكل التقليدي في التواصل، وما زالت نسبة المنظمات التي تعتمد على وسائل التكنولوجيا الحديثة في التواصل ضعيفة مع توافر الإمكانيات المادية لدى هذه المنظمات. وعند الاستفسار من المنظمات الصحية الأهلية التي شملتها الدراسة عن وجود صندوق مقترحات أو صندوق شكاوي في مرافقها أكدت 57% من هذه المنظمات على عدم وجود مثل هذا الصندوق. ويعتقد الباحث بان على المنظمات الصحية الأهلية العمل على تحسين وسائل الاتصال والتواصل ما بين العاملين داخل المؤسسة، والاعتماد على وسائل التكنولوجيا الحديثة في التواصل، وكذلك يجب عليها أن تؤسس لآلية للتواصل مع الجمهور لقبول اقتراحاته وملاحظاته على عملها.



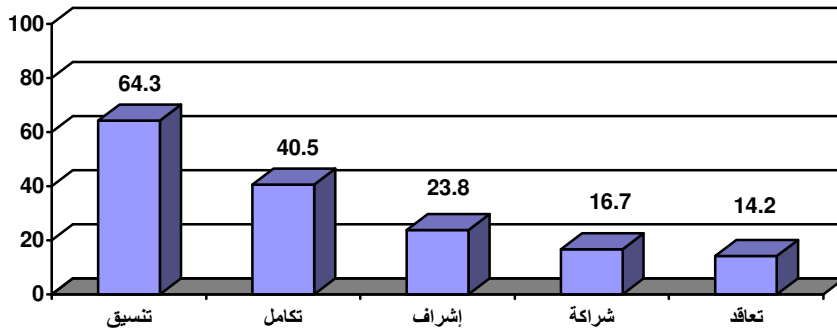
## 4.12 التعاون والتنسيق:

جدول رقم (4.12): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب الشراكة والتنسيق مع وزارة الصحة

| المتغير   | العدد     | النسبة المئوية |
|---|-----------|----------------|
| <b>1. جهة الشراكة أو التعاون</b>                    |           |                |
| وزارة الصحة   | 28        | 77.8           |
| مؤسسات صحية محلية غير حكومية                        | 28        | 77.8           |
| مؤسسات صحية دولية                                   | 24        | 66.7           |
| مؤسسات صحية أهلية دولية                             | 18        | 50.0           |
| مؤسسات صحية عربية                                   | 15        | 41.7           |
| مؤسسات صحية إسرائيلية                               | 2         | 5.6            |
| مؤسسات عربية غير صحية                               | 14        | 38.9           |
| منظمات دولية غير صحية                               | 24        | 66.7           |
| <b>2. نظرة المؤسسات للعلاقة مع وزارة الصحة</b>      |           |                |
| علاقة تنسيق   | 27        | 64.3           |
| علاقة تكامل   | 17        | 40.5           |
| علاقة إشراف   | 10        | 23.8           |
| علاقة شراكة   | 7         | 16.7           |
| علاقة تعاقد   | 6         | 14.2           |
| <b>3. وجود اتفاقيات تعاون موقعة مع وزارة الصحة</b>  |           |                |
| نعم حالياً  | 4         | 9.5            |
| نعم سابقاً  | 10        | 23.8           |
| لا  | 28        | 66.7           |
| <b>المجموع</b>                                      | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>4. رؤية المؤسسات للدور الإشرافي لوزارة الصحة</b> |           |                |
| نعم دائماً  | 3         | 7.1            |
| نعم أحياناً   | 15        | 35.7           |
| نادراً  | 10        | 23.8           |
| لا  | 14        | 33.4           |
| <b>المجموع</b>                                      | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>5. وجود نظام تحويل المرضى مع وزارة الصحة</b>     |           |                |
| نعم دائماً  | 7         | 17.1           |
| نعم أحياناً   | 10        | 24.4           |
| نادراً  | 7         | 17.1           |
| لا  | 17        | 41.5           |
| <b>المجموع</b>                                      | <b>41</b> | <b>100.0</b>   |

#### 4.12.1 العلاقة مع وزارة الصحة:

ولقد اظهر نفس الجدول بأن 65% من المنظمات المشمولة بالدراسة تنظر إلى علاقتها مع وزارة الصحة الفلسطينية كعلاقة تنسيق، أما عند سؤالهم إذا كانت هذه المنظمات تنظر لعلاقتها مع وزارة الصحة الفلسطينية كعلاقة تكامل فأجابت 40% على هذا السؤال بالإيجاب، أما 23.8% من المنظمات التي شملتها الدراسة فقد ذكرت بأنها تنظر لعلاقتها مع وزارة الصحة كعلاقة إشراف، في حين ذكرت 16 منظمة بنسبة 14.2% بأنها تنظر لعلاقتها مع وزارة الصحة كعلاقة تعاقد، وتجدر الإشارة إلى أن العديد من المنظمات الصحية الأهلية العاملة في قطاع غزة أشارت إلى أن نظرتها لعلاقتها مع وزارة الصحة الفلسطينية تأخذ أشكالاً عديدة.



#### رسم بياني (4.10) توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب نظرتها للعلاقة مع وزارة الصحة

و يرى احد صناع القرار في وزارة الصحة انه لتعزيز الدور التكاملي للمنظمات الصحية الأهلية يجب على وزارة الصحة أن تضع:

" خطة صحية متكاملة توضع فيها خريطة فلسطين و مقابل كل مدينة أو قرية أو مخيم ما فيه من خدمات صحية، ومن يقوم بها، وما تحتاج من خدمات أخرى، أو تطوير الموجود لمدة خمس سنوات، ثم توزع هذه الأعباء على المنظمات الصحية الأهلية بحسب إمكاناتها وتواجدها الجغرافي، ويكون

دور وزارة الصحة تغطية المناطق التي لا توجد فيها المنظمات الصحية الأهلية مع تشجيع قيامها في هذا المجال، لتتفرغ الوزارة إلى دور تحسين الجودة وإلى الصحة العامة والصحة الوقائية ".  
و عند التطرق إلى موضوع استحقاق وزارة الصحة اتجاه المنظمات الصحية الأهلية و بالعكس في المقابلات، ذكر احد صناع القرار في وزارة الصحة أن:

"متطلبات الوزارة من المنظمات الصحية الأهلية من الناحية الفنية هي الحفاظ على الجودة والالتزام بقانون الصحة العامة، وكذلك التكامل مع الوزارة في تغطية المناطق المهمشة التي لا تصلها الوزارة، وتقديم الخدمات للفقراء الذين لم تعفيهم الوزارة لسبب أو لآخر والعاطلين عن العمل، بمعنى آخر... يشيئوا مع الوزارة ، ثم أن تحدد الأدوار بشكل يمنع الازدواج ويغطي المحرومين من الرعاية الصحية".

واستطرد موضحاً، على سبيل المثال الصحة المدرسية لدينا في قطاع غزة ما يزيد عن 1200 مدرسة حكومية فالوزارة وحدها لا تستطيع تغطية الصحة المدرسية في هذا العدد الكبير من المدارس، فعبر التفاهم يمكن توزيع هذا العدد من المدارس على المنظمات الصحية الأهلية بحيث نضمن تحسين الرعاية الصحية في هذا المجال، ومثل ذلك ينطبق على التنقيف الصحي والتوعية البيئية والصحة الإنجابية....الخ. ومن جهته فإن احد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية ذكر بأنه:

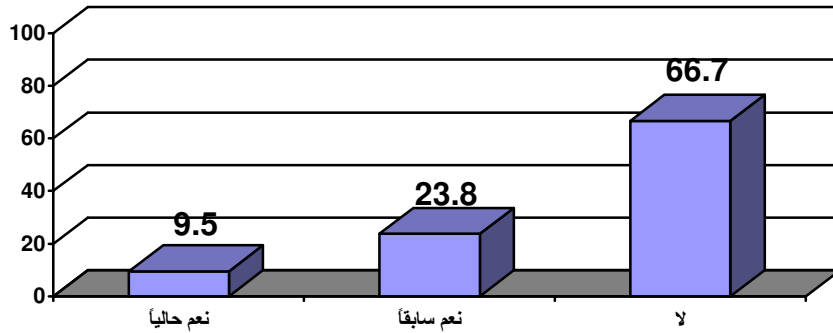
" يجب على وزارة الصحة أن تقر بالدور الذي تقوم به المنظمات الأهلية وذلك ارتباطاً بحجم الخدمات التي تقدمها هذه المنظمات والجمهور المستفيد من هذه الخدمات، وبقدرة هذه المنظمات على تقديم وتنفيذ برامج لا تقدر أو لا تستطيع وزارة الصحة تنفيذها، ويجب أن يتم إشراك المنظمات الأهلية في التخطيط الصحي بصورة أكثر جدية، ويجب أن تخصص الحكومة من خلال وزارة الصحة موازنة من ضمن أموال دافعي الضرائب لهذه المنظمات حتى تلعب دورها وحتى لا تلجأ بعض المؤسسات إلى جهات مشبوهة مانحة".

"يجب أن يكون لدي وزارة الصحة إيمان كامل في دور المنظمات الأهلية ونظرة إستراتيجية بأنهم شركاء مكملين ومهمين في تقديم الخدمات الصحية وإن الوزارة لا تستطيع تقديم هذه الخدمات بعيدا عن المنظمات الأهلية"، هذا مقتطف من حديث احد المسؤولين في وزارة الصحة عند سؤاله عن استحقاق وزارة الصحة تجاه المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية، وأضاف هذا المسئول بأنه يجب على وزارة الصحة أن تشرك المنظمات الأهلية في عملية التخطيط ووضع الإستراتيجية " لأننا إذا وضعنا الخطة الإستراتيجية بعيدا عنهم كيف نستطيع أن ننفذها وهم غير مشاركين فيها"، وذكر بأنه من المفروض أن تقوم وزارة الصحة بتسهيل عمل هذه المنظمات وألا يكون هناك بيروقراطية في التعاطي مع تقديم المساعدة لها بحيث تسهل عملهم واعتبار هذه المنظمات جزء أساسي من القطاع الصحي. أما مدير إحدى المنظمات الصحية الأهلية يرى بأنه على وزارة الصحة أن تلعب دورا رئيساً ودورا مبادرا في تحسين العلاقة مع المنظمات الأهلية التي تقوم بدور مكمل لدور وزارة الصحة في تقديم خدماتها وتحسين الوضع الصحي للمواطنين، فبالتالي المطلوب من الوزارة أن تلتقي باستمرار مع هذه المنظمات لدراسة الوضع الصحي وتحديد المشكلات الصحية ووضع الحلول لها من خلال منهجيات علمية وموضوعية. و يعتبر احد مؤسسي العديد من المنظمات الأهلية أن للمنظمات الأهلية حق على وزارة الصحة بأن تشركهم في التخطيط وتناقش معهم الوضع الصحي وان تدعوهم للمساهمة بالرأي والمشورة في حل المشاكل الصحية، وأيضا من حقوق هذه المنظمات على الوزارة أن تقوم برسم خريطة صحية بحيث تستطيع المنظمات الأهلية رسم مواقعها على هذه الخريطة الصحية، ومن حق هذه المنظمات أن تسهل الوزارة تمويلها فكثير من الممولين يطلب موافقة وزارة الصحة على الكثير من المشاريع، أما واجب وزارة الصحة على المنظمات الصحية الأهلية أن تتسق هذه المنظمات عملها مع الوزارة بحيث يكون متكامل معها وأن تطلع الوزارة على مشاريعها لأنها مقدمة من دول كمعونات للشعب الفلسطيني ولذلك يجب أن

توضع في مكانها الصحيح، ومن حق الوزارة أيضاً أن ترخص ومن ثم تتابع وتراقب كل المؤسسات على المستوى الحكومي وغير الحكومي من ناحية الأداء والخدمات التي تقدمها، ومن واجب المنظمات الصحية الأهلية أن تقدم تقاريرها سنوياً لوزارة الصحة بعد طلبها.

#### 4.12.2 وجود اتفاقيات تعاون موقعة مع وزارة الصحة

وقد أكدت 4 منظمات بنسبة 9.5% على وجود اتفاقيات تعاون مع وزارة الصحة في الفترة الحالية، في حين أكدت 10 منظمات بنسبة 23.8% على وجود اتفاقيات التعاون في فترات سابقة، في حين أن غالبية المنظمات 77.7% أكدت على عدم وجود اتفاقيات تعاون في الفترة الحالية أو في فترات سابقة.



#### رسم بياني (4.11) توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب وجود اتفاقيات تعاون مع وزارة الصحة

هذا وأرجع العديد من الخبراء الذين تم سؤالهم عن سبب تراجع عدد المنظمات الصحية الأهلية التي لها اتفاقيات تعاون مع وزارة الصحة في الوقت الحالي إلى عدة أسباب منها: حالة الانقسام السياسي بين غزة والضفة، وغياب الرؤية الواضحة الشاملة لدى وزارة الصحة، وكذلك اتفقوا على أن توجه وزارة الصحة في هذا المجال يحكمها توجهات و مزاج المسؤولين وعلاقتهم مع المؤسسات المختلفة، حتى أن احد هؤلاء الخبراء ذكر بأنه "إذا كانت الحكومة بلون سياسي معين

فهي لا تشجع على عمل اتفاقيات مع جمعيات بلون سياسي مختلف له حتى أن بعض المؤسسات وضعت في القائمة السوداء".

واعترف احد صناع القرار في وزارة الصحة بأهمية وجود اتفاقيات مكتوبة بين وزارة الصحة (بغض النظر عن شخص الوزير) وبين المنظمات الصحية الأهلية، حيث ذكر عدة فوائد لهذه الاتفاقيات منها: "إن هذه الاتفاقيات تضبط العلاقة بين وزارة الصحة والمنظمات الصحية الأهلية وتحد من تأثير الفرد، وتحدد هذه الاتفاقيات وبوضوح بان سياسة الوزارة ومصصلحة الوطن والمواطن هو استثمار إمكانات المنظمات الصحية الأهلية لتكملة دور وزارة الصحة في تقديم الخدمات المطلوبة للمواطن"، وتطرق إلى " أن التعاقد مع المنظمات الصحية الأهلية يجب أن يحكمه معايير و ضوابط عادلة و محترمة بعيدا عن الانتماء السياسي، والمعيار هو المعيار العالمي بحيث يضمن الجودة، إرضاء المريض، تقصير فترة الانتظار، النتائج العلمية والكلفة المالية المنصفة للأطراف المتعاقدة".

وعلى هذا الصعيد فقد ذكر البعض بان المنظمات الأهلية القادرة على عقد اتفاقيات تعاون عددها محدود وقليل، فليس كل المنظمات الأهلية على مستوى واحد من تقديم الخدمة من ناحية الجودة والكفاءة، ويؤكد احد خبراء الصحة العامة بان الخدمات الصحية الحكومية تطورت مما جعلها تتفوق في كثير من الأماكن، وأضاف بان الخدمات الصحية التي تقدم من المنظمات الأهلية هي خدمات مكررة وبسيطة، وأضاف "نريد خدمات غير حكومية منتقاة".

### 4.12.3 دور وزارة الصحة الإشرافي:

وعند سؤال المنظمات التي شملتها الدراسة عن رأيها في الدور الإشرافي الذي تقوم به وزارة الصحة الفلسطينية اتجاها المنظمات الأهلية ومرافقها الصحية، ذكرت 33.5% بان الوزارة لا تقوم

بهذا الدور، وان 24% من هذه المنظمات ترى بان الوزارة تقوم نادرا بهذا الدور، و ذكرت 7% من هذه المنظمات بان الوزارة تقوم بهذا الدور أحيانا. ومن وجهه نظر مدير إحدى المنظمات الصحية الأهلية، فان موضوع الإشراف من قبل وزارة الصحة من المواضيع الهامة والتي يجب على الوزارة القيام به بشكل دوري، وذلك لمراقبة التزام المرافق الصحية للمنظمات الأهلية بالقوانين والإجراءات التي تحكم عملها، مع العلم بان هناك إدارة منفصلة في وزارة الصحة الفلسطينية يرأسها مدير عام للتنسيق مع المنظمات الأهلية، وهي من أوائل الدوائر والإدارات التي أقيمت في وزارات السلطة المختلفة. ولقد أكدت 58% من المنظمات الصحية الأهلية العاملة في قطاع غزة على عدم وجود نظام لتحويل المرضى إلى مرافق وزارة الصحة.

جدول رقم (4.13): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب الشراكة والتنسيق مع المؤسسات الأخرى

| المتغير   | العدد     | النسبة المئوية |
|---|-----------|----------------|
| <b>1. شراكة و تعاون مع المؤسسات</b>   |           |                |
| نعم   | 35        | 83.3           |
| لا  | 7         | 16.7           |
| <b>المجموع</b>  | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>2. العضوية في هيئة أو اتحاد تنسيقي</b>   |           |                |
| نعم   | 31        | 73.8           |
| لا  | 11        | 26.2           |
| <b>المجموع</b>  | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>3. وجهة نظر المنظمات الصحية الأهلية في الهيئات أو الاتحادات التنسيقية ( للإجابة بنعم )</b> |           |                |
| فعالة جداً  | 5         | 16.1           |
| فعالة   | 15        | 48.4           |
| متوسطة الفعالية   | 7         | 22.6           |
| غير فعالة   | 4         | 12.9           |
| <b>المجموع</b>  | <b>31</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>4. أهمية تعزيز التنسيق بين المؤسسات الأهلية</b>  |           |                |
| نعم   | 39        | 92.9           |
| لا  | 3         | 7.1            |
| <b>المجموع</b>  | <b>42</b> | <b>100.0</b>   |
| <b>5. أسباب الحاجة لتعزيز التنسيق</b>   |           |                |
| تنسيق الأدوار   | 39        | 100.0          |
| بلورة نموذج   | 30        | 76.9           |
| إقرار تشريعات   | 30        | 76.9           |
| تلافي ازدواجية  | 37        | 94.9           |
| الحفاظ على الاستقلالية مع الممول  | 28        | 71.8           |
| <b>6. الشراكة مع القطاع الخاص</b>   |           |                |
| نعم   | 19        | 45.2           |
| لا  | 23        | 54.8           |
| <b>المجموع</b>  | <b>39</b> | <b>100.0</b>   |

**4.13.1 الشراكة والتعاون مع المؤسسات الأخرى:**

يظهر الجدول السابق إلى إن معظم المنظمات التي شملتها الدراسة وبنسبة بلغت 83.3 % تتمتع بعلاقات شراكة وتعاون مع مؤسسات أخرى، حيث ذكرت 77% من هذه المنظمات بان لها علاقات تعاون و شراكة مع كل من وزارة الصحة والمؤسسات الصحية غير الحكومية المحلية، في حين



أكدت 67% من المنظمات إن لها علاقات تعاون وشراكة مع المنظمات الدولية سواء صحية أو غير صحية، أما عن التعاون والشراكة مع المنظمات العربية فإن حوالي 40% من هذه المنظمات أكدت على وجود هذا التعاون، هذا وذكرت 5% من المنظمات التي شملتها الدراسة بان لها علاقات تعاون وشراكة مع المنظمات الصحية الإسرائيلية، وذكر أحد نشطاء العمل الأهلي أن المنظمات الصحية الأهلية التي لها علاقات مع منظمات صحية إسرائيلية تتعامل فقط مع المنظمات الإسرائيلية التي تتفق معها بضرورة إنهاء الاحتلال وتعترف بالحقوق الوطنية للشعب الفلسطيني.

#### 4.13.2 العضوية في اتحادات تنسيقية:

وعلى صعيد عضوية هذه المنظمات في أي من الهيئات أو الاتحادات التنسيقية فقد أكدت 73.8% من المنظمات بان لها عضوية في إحدى هذه الهيئات، وهذا يدل على اهتمام المنظمات الصحية الأهلية في التنسيق والتعاون فيما بينها، وهذا له مردوده الإيجابي فيما يتعلق بقدرة المنظمات الأهلية على القيام بحملات الحشد والتأثير في السياسات والدفاع عن حقوق الفئات التي تستهدفها المنظمات الأهلية في عملها. وتجدر الإشارة إلى التقييم الإيجابي لعمل هذه الهيئات والاتحادات من قبل المنظمات التي شملتها الدراسة، حيث ذكرت حوالي 64% من هذه المنظمات بان هذه الهيئات والاتحادات فعالة وفعالة جدا، في حين ذكرت 22% من المنظمات بان فعالية هذه الاتحادات متوسطة الفعالية، وان 13% من المنظمات الأهلية ذكرت بان الهيئات والاتحادات التي تنتمي إليها غير فعالة. وتجدر الإشارة إلى أن هذه النتائج أظهرت اختلافا مع النتائج التي توصلت إليها دراسة منتدى العمل الأهلي حيث ذكرت تلك الدراسة بأن 50% من المنظمات ذكرت بان هذه الاتحادات غير فعالة أو متوسطة الفعالية ( منتدى العمل الأهلي، 2006).

### 4.13.3 أهمية التنسيق بين المنظمات الأهلية:

هذا وأكدت 39 منظمة صحية أهلية من أصل 42 منظمة شملتها الدراسة أي بنسبة تصل إلى 93% على أهمية التنسيق بين المنظمات الأهلية وذلك لتنسيق الأدوار فيما بينها وتلافي الازدواجية، في حين أكدت 77% من المنظمات التي على أهمية التنسيق لبلورة نموذج للتنسيق والتعاون والعمل على إقرار تشريعات صحية وطنية، في حين أكدت 72 % من هذه المنظمات بأنها بحاجة لتعزيز هذا التنسيق للحفاظ على استقلالية العمل الأهلي مع الممولين. هذا وتتفق هذه النسب مع أبحاث سابقة، إذ تؤكد دراسة لمعهد بيسان للبحوث والإنماء عام 2002 "إن اتفاق وتكاتف المنظمات الأهلية يؤدي إلى تحقيقها لانجازات ملموسة على صعيد تحقيق أهداف القطاع الأهلي" (عزت عبد الهادي، 2002)، مع أن دراسة أخرى بعنوان التأقلم مع التغيير عام 2000م ذكرت بان "الاتحادات أو الأجسام التنسيقية لم تساعد أعضائها في أعمالهم اليومية بشكل نوعي" (الشوا، 2000). وتجدر الإشارة إلى انه عند التطرق لمحور التنسيق سواء بين المنظمات الصحية الأهلية نفسها أو بينها وبين وزارة الصحة الفلسطينية كان تقييم من تم مقابلتهم بان درجة التنسيق ضعيفة وهي دون المستوى المطلوب لدرجة أن المسئول عن هذا الملف في وزارة الصحة ذكر بأنه " لا يوجد تنسيق ولا تشبيك فالتنسيق يظهر في المشاريع فقط وينتهي بنهاية المشروع"، ومن جهته فان احد صناع القرار في وزارة الصحة يرى "أن هناك تنافس وازدواجية وانتقائية لخدمات تدعمها الدول المانحة ، وترك خدمات مهمة لشعبنا لا تدعمها الدول المانحة"، ويتفق معه في وجهة النظر هذه مدير إحدى المنظمات الصحية الأهلية حيث أكد "أن هناك ازدواجية في الخدمات المقدمة من المنظمات الصحية الأهلية ووزارة الصحة والوكالة".

وقد اعترف احد نشطاء العمل الأهلي بغياب التنسيق على المستوى الوطني، وارجع ذلك إلى

غياب إطار ينسق بين المنظمات الأهلية وي طرح رؤية مشتركة ويدافع عن قضايا صحية على

المستوى العام "على الرغم من الجهد الكبير الذي بذل على مدار السنوات الماضية، والذي وفر أرضية لتكون هناك قاعدة للتنسيق والتشبيك"، حيث اقتصر التنسيق على قضايا محددة وعابرة وليس على قضايا إستراتيجية. في حين ذكر احد مؤسسي العديد من المنظمات الأهلية:

"بأننا نطمح و نطمح إلى المزيد ، فيجب أن يكون هناك تنسيق وتكامل بين المنظمات الصحية الأهلية و وزارة الصحة بصفتها المقدم الرئيس للخدمات، ثم أن يكون هناك تنسيق ما بين المؤسسات نفسها حتى لا تتكرر الخدمات بشكل سلبي أي لا تكون مكررة و لا لزوم لها وتضعف بعضها البعض وأن تكون إهدارا للموارد".

وأضاف بان التنسيق الذي يحدث الآن لا يسير بشكل متكامل، وارجع خلفيات عدم وجود التنسيق إلى الخلفيات السياسية، ويتفق معه احد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية حيث أكد بان "هناك بعض التنسيق منذ نشوء السلطة حتى اليوم وهذا التنسيق مرتبط بالحكومة وطبيعتها وبشخص الوزير مثلا احد وزراء الصحة السابقين كان متعاوناً جدا مع المؤسسات غير الحكومية ولكن طاقم الوزارة في فترته لم يكن متعاوناً وكذلك بعض الوزراء الآخرين لم يكونوا متعاونين، وضعف تأثيرهم".

واقر مدير إحدى المنظمات الصحية الأهلية بان هناك تقصيراً داخل المنظمات الأهلية وإن العلاقة بينها هي "علاقة موسمية تتقدم إذا كان هناك ما يستفز من قبل الطرف الموضوعي وتتأخر إذا كانت الأمور لا يوجد بها ما يستفز أو يدعوها بشكل طارئ إلى أن تعمل".

ويرى الباحث انه وبالرغم من النجاحات العديدة التي حققتها المنظمات الصحية الأهلية بعملها المشترك ضمن القطاع الصحي لشبكة المنظمات الأهلية ومنها: إقرار التعديلات التي طالبت بها المنظمات الصحية الأهلية عند نقاش وإقرار قانون الصحة العامة، وكذلك تبنيتها لموقف مشترك رافض لان تكون بديلا عن وزارة الصحة الفلسطينية في تقديم الخدمات وتلقي التمويل على اثر قطع المساعدات الخارجية بعد فوز حركة حماس بالانتخابات التشريعية في مطلع عام 2006م، إلا

أن الباحث يرى بأن التنسيق بين المنظمات الصحية الأهلية مازال دون المستوى المطلوب، ولم تسعَ هذه المنظمات إلى تراكم هذه النجاحات التي حققتها وخاصة في ظل الظروف السياسي والذي يعاني فيه القطاع الصحي الفلسطيني في قطاع غزة من التجاذبات والخلافات السياسية. ويعتقد الباحث بأن على المنظمات الصحية الأهلية أن تمارس الضغط على وزارة الصحة الفلسطينية للاتفاق على أدوار لجميع مقدمي الخدمات الصحية، ويجب على وزارة الصحة الفلسطينية أن تقوم بدورها من حيث المتابعة والرقابة، وكذلك الاهتمام بالخدمات الصحية سواء خدمات الرعاية الصحية الأولية أو خدمات المستشفيات وضمان عدالة توزيعها وجودتها، والسعي لتطوير نظام المعلومات الصحية وإتاحة الفرصة لجميع مقدمي الخدمات على صعيد الوطن للاستفادة منه.

#### 4.13.4 الشراكة مع القطاع الخاص:

هذا ولقد أظهرت نتائج الجدول السابق بأن غالبية هذه المنظمات وبنسبة تصل الى 55% لا تعتبر القطاع الخاص شريكا لها، ويرى الباحث أن السبب في ذلك يعود الى ضعف القطاع الخاص في قطاع غزة، واقتصار تقديم الخدمات الصحية على بعض المراكز و العيادات الخاصة والصيدليات.

#### 4.14 تمويل المنظمات الصحية الأهلية:

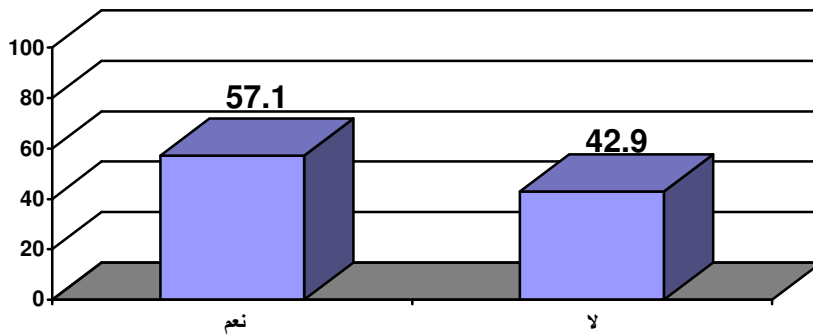
جدول رقم (4.14): توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب متغيراتها المالية

| النسبة المئوية   | العدد     | البيان                           |
|--|-----------|----------------------------------|
| <b>1. الإفصاح عن الموازنات السنوية</b>                     |           |                                  |
| 57.1   | 24        | نعم                              |
| 42.9   | 18        | لا                               |
| <b>100.0</b>   | <b>42</b> | <b>المجموع</b>                   |
| <b>2. مصادر التمويل</b>                                    |           |                                  |
| 76.2   | 32        | مصادر ذاتية                      |
| 64.3   | 27        | عربي - أهلي                      |
| 61.9   | 26        | أجنبي - أهلي                     |
| 52.4   | 22        | تبرعات محلية                     |
| 35.7   | 15        | أجنبي - حكومي                    |
| 35.7   | 15        | عرب في الخارج                    |
| 31.0   | 13        | فلسطينيين في الخارج              |
| 19.0   | 8         | منح من السلطة                    |
| 7.1  | 3         | داخل الخط الأخضر                 |
| <b>3. معايير قبول التمويل الخارجي</b>                      |           |                                  |
| 76.2   | 32        | وجود رؤية مشتركة                 |
| 71.4   | 30        | عدم وجود شروط                    |
| 78.6   | 33        | تمويل منسجم مع أنشطة المؤسسة     |
| <b>4. وجود العجز المالي خلال العام الاخير</b>              |           |                                  |
| 88.1   | 37        | نعم                              |
| 11.9   | 5         | لا                               |
| <b>100.0</b>   | <b>42</b> | <b>المجموع</b>                   |
| <b>5. أسباب العجز المالي</b>                               |           |                                  |
| 76.2   | 32        | عدم كفاية التمويل                |
| 76.2   | 32        | محدودية الموارد الذاتية          |
| 59.5   | 25        | تقديم المساعدات للفئات المستهدفة |
| 21.4   | 9         | إغلاق المشاريع                   |
| <b>6. الصعوبات التي تواجه المؤسسات لتأمين الدعم المالي</b> |           |                                  |
| 73.8   | 31        | عدم تفاعل الممول                 |
| 14.3   | 6         | نقص الكفاءات المميزة             |
| 4.8  | 2         | صعوبات إدارية                    |
| 4.8  | 2         | صعوبات قانونية                   |
| 4.8  | 2         | وجود خلافات داخلية               |
| 19.0   | 8         | أخرى                             |

قبل التطرق إلى استعراض نتائج الجدول السابق والخاص بالوضع المالي للمنظمات الصحية الأهلية، يود الباحث التأكيد على أنه هدف عند ذكره لمحور التمويل في استبيان البحث الوصول إلى نتائج دقيقة وصحيحة عن حجم تمويل المنظمات الصحية الأهلية، ومقارنة هذه النتائج مع ما يشاع عنها، حيث لم يجد الباحث معلومات وأرقاماً حقيقية منشورة عن حجم تمويل المنظمات الصحية الأهلية باستثناء ما تم التطرق إليه في مؤتمر روما الذي عقد في نهاية عام 2004م و الذي هدف الى تقييم القطاع الصحي الفلسطيني، حيث ذكر في هذا المؤتمر بان تمويل المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية ( في الضفة الغربية وقطاع غزة ) يصل إلى حوالي 54 مليون دولاراً سنوياً ( Rome Conference, 2004 )، ويعتقد الباحث بأن حجم التمويل للمنظمات الصحية الأهلية أعلى من هذا الرقم بكثير، حيث ان هذا الرقم اعتمد فقط على مصادر التمويل الأجنبية غير العربية.

#### 4.14.1 الإفصاح عن الموازنات السنوية:

وقد أظهرت نتائج الجدول السابق بان 43% من المنظمات التي شملتها الدراسة لم تفصح عن موازنتها، رغم تأكيد الباحث على أن هذه المعلومات ستستخدم للبحث العلمي فقط .



رسم بياني (4.12) توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب إفصاحها عن موازنتها السنوية

وقد اجمع من تم مقابلتهم على أن الأصل هو أن تفصح هذه المنظمات عن موازنتها لان هذا يندرج في إطار قيم ومبادئ العمل الأهلي، حيث أن الموازنة يجب أن تكون مكشوفة وتطرح في الصحف المحلية وصفحات الانترنت، فذكرها يعزز ثقة المجتمع المحلي بالمنظمات الأهلية، وذكروا بأن "عدم الإفصاح عن الموازنة هو من الأمور الخطيرة الخاطئة والغير مفهومة، ويعكس بعض السلبيات الموجودة"، وعند سؤالهم عن تفسيرهم لهذه الظاهرة أرجع احد مؤسسي العديد من المنظمات الأهلية ذلك إلى الوضع السياسي الغير ملائم، وقد يكون السبب ضعف وجهل لدى هذه المنظمات، ويتفق معه في هذا التفسير احد نشطاء العمل الأهلي، أما احد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية فانه يرجع ذلك إلى "أن موازنة بعض المنظمات غير صحيحة والبعض لا يوجد لديه موازنة وكذلك إلى عدم إدراك القائمين على هذه المنظمات لأهمية البحث العلمي في تطوير المنظمات الأهلية"، وهذا يثير تساؤلاً عن عدم اهتمامهم في تطوير المنظمات الأهلية. ومن جهته فان احد خبراء الصحة العامة يرجع ذلك إلى "العمل الغلط"، أما مدير إحدى المنظمات الصحية الأهلية فانه لم يجد تفسيراً سوى أن هناك شيء غير طبيعي أو غير صحيح لدى هذه المنظمات. ولكن احد نشطاء العمل الأهلي له تفسير آخر حيث ارجع ذلك إلى عدم وصول المجتمع المدني الفلسطيني لمرحلة متبلورة من القناعة بالشفافية، فالثقافة السائدة لم ترسخ قيم الشفافية والعلنية بصورة كاملة، وذكر أيضا "ربما تتضمن التقارير المالية ما لا يريد أن يظهر القائمين على هذه المنظمات بان هناك نفقات في بعض القضايا التي لم تشكل أولويات في عمل المنظمات الأهلية الأمر الذي قد يجرها أمام الرأي العام".

ومن جهة أخرى فإن احد مسؤولي وزارة الصحة أرجع ذلك إلى أن هذه المنظمات "غير مرتبة ماليا ولا يوجد عندها نظام مالي ولا تعمل بناء على خطط". ويمكن إضافة سبب آخر تخرج البعض من طرحه وهو كون الباحث يعمل في منظمة صحية أهلية فيمكن أن تكون هذه المنظمات

امتنتعت عن الإفصاح عن موازنتها خوفاً من أن تستغل هذه المعلومات لمعرفة مصادر تمويل هذه المنظمات ومنافستها على مصادر التمويل.

#### 4.14.2 مصادر التمويل:

وحسب الجدول السابق فإن المنظمات الصحية الأهلية التي شملتها الدراسة بمجملها تعتمد في تمويلها على مصادر متعددة، فهذه المنظمات تتلقى تمويلها من أكثر من مصدر في آن واحد. وقد بلغت نسبة المنظمات التي تعتمد في التمويل على مصادرها الذاتية 76%، وبلغت نسبة المنظمات التي تتلقى تمويلاً عربياً (أهلياً) 64% من إجمالي المنظمات، والتي تتلقى تمويلاً أجنبياً (أهلياً) 62% من إجمالي المنظمات، والتي تتلقى تبرعات محلية 52%، هذا وتساوت نسبة المنظمات التي تتلقى تمويلاً حكومياً أجنبياً أو تمويلاً من عرب في الخارج 35%، أما عن تمويل الفلسطينيين في الخارج فذكرت 31% من المنظمات بأنها تتلقى تمويلها منهم، أما المنظمات التي تتلقى تمويلاً ومنحاً من السلطة الوطنية الفلسطينية فبلغ نسبتها 19%، والمنظمات التي تتلقى تبرعات من مؤسسات أو أفراد فلسطينيين داخل الخط الأخضر 7%. ويجب التنبيه هنا بأن النسب السابقة تعبر عن نسبة المنظمات التي تتلقى التمويل من كل مصدر من المصادر المذكورة، ولا تعبر عن حجم المبالغ الذي تلقتة كل منظمة منها من هذا المصدر.

وحسب دراسة معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، فإنه لمعرفة إذا كان التمويل الذاتي يحتل مرتبة مهمة في تمويل المنظمات الأهلية، فيجب الكشف عن حجم التمويل الذاتي الإجمالي لهذه المنظمات، مقارنة بحجم التمويل من المصادر الأخرى (شليبي، 2001).



ويرى الباحث أن النسبة المرتفعة للمنظمات التي تعتمد في موازنتها على تمويلها الذاتي كمصدر رئيس، يعود إلى أن غالبية المنظمات الصحية الأهلية تقدم خدماتها مقابل رسوم رمزية تختلف قيمتها من منظمة إلى أخرى.

وعند البحث عن وجود معايير لتمويل السلطة الوطنية الفلسطينية للمنظمات الصحية الأهلية، لم يجد الباحث ما يمكنه الاستناد إليه من مراجع في هذا الخصوص، فعند إجراء المقابلات المعمقة كان هناك إجماع بعدم وجود معايير واضحة وشفافة لهذا التمويل، حيث ذكر أحد صناع القرار في وزارة الصحة انه " لم يكن هناك معايير لدعم السلطة للمنظمات الصحية الأهلية، لكن إذا وضعت الخطة الصحية بمشاركة ممثلي المنظمات الصحية الأهلية توضع المعايير والضوابط بحيث يكون هناك توزيع عادل للمرضى المستفيدين من التأمين الصحي، وهذا يحقق دخلاً منتظماً وثابتاً لمساعدة المنظمات الصحية الأهلية"، ومن جهته فان احد مسؤولي وزارة الصحة ذكر بأنه شخصياً لا يعرف أن هناك تمويل من وزارة الصحة للمنظمات الصحية الأهلية، ولكن حسب معلوماته فان السلطة تمول بعض المنظمات الأهلية وليس لوزارة الصحة أي علاقة في ذلك، وأكد بان "الوزارة تتعامل مع جميع المنظمات الأهلية بمستوي واحد وأن الوزارة تشتري خدمات هي بحاجة لها من المنظمات الصحية الأهلية ولا تقدم فلوس لها".

ومن جهته فان احد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية يؤكد انه " لا توجد معايير وأن هذا الموضوع مرتبط بمزاجية ورأي هذا الوزير أو ذلك"، ويتفق معه في وجهة النظر هذه مدير إحدى المنظمات الصحية الأهلية حيث يقول " لا يوجد معيار وإنما هناك معيار مبني على التمييز والتفرقة والعلاقات الغير سوية وحسب تبعية المؤسسة لأي حزب"، ويضيف بان هذه المنظمات محسوبة على السلطة أكثر من أنها محسوبة على العمل الأهلي، ويشير احد نشطاء العمل الأهلي انه " لا يوجد ضابط لعملية تمويل هذه المنظمات بهذه الأموال، فالسلطة لجأت لذلك لزيادة نفوذها الفكري

والسياسي بين أوساط المنظمات الأهلية"، في حين شدد أحد نشطاء العمل الأهلي على "ضرورة وجود معايير و إلا فان المؤسسات ستفقد استقلاليتها المالية، ويرى بان هذا التمويل يجب أن لا يزيد عن نسب محددة ومعروفة، ويجب أن لا يكون عبر انتماء حزبي وإنما وفق برنامج وإجراءات ونظم شفافة".

#### 4.14.3 معايير قبول التمويل الخارجي:

وعند سؤال هذه المنظمات عن معايير قبولها للتمويل الخارجي أكدت 78.6% من المنظمات على أهمية أن يكون التمويل منسجماً مع أنشطة المنظمة، في حين أكدت 71.5% من المنظمات على ضرورة وجود رؤية مشتركة مع الممول، في حين أكدت 71.5% من المنظمات الصحية الأهلية على رفضها للتمويل المشروط، وهذا يعكس التزام هذه المنظمات بالقانون الفلسطيني الذي يحظر قبول التمويل المشروط ( فلسطين، قانون الجمعيات الخيرية والهيئات الأهلية الفلسطينية، 2000).

#### 4.14.4 العجز المالي:

وعلى صعيد الوضع المالي بينت نتائج الجدول السابق بأن 88% من المنظمات الصحية الأهلية التي شملتها الدراسة عانت من عجز مالي خلال العام الماضي (عام 2007). وعند الاستفسار عن أسباب العجز المالي ذكرت 76% من هذه المنظمات أن السبب يعود لعدم كفاية التمويل ومحدودية الموارد الذاتية، في حين ذكرت 60% من المنظمات أن السبب يعود لتقديمها المساعدات للفئات المستهدفة، وأكدت 21.5% من المنظمات بأن سبب العجز المالي يعود لإغلاق مشاريع مدرة للدخل، ويود الباحث هنا الإشارة إلى أن جميع المنظمات التي شملتها الدراسة رفضت الإقرار بان سوء الإدارة المالية لديها سبب من أسباب العجز المالي لديها عند سؤالها عن ذلك.

أما عن الصعوبات التي تواجه المنظمات الصحية الأهلية التي شملتها الدراسة لتأمين الدعم المالي لاستمرارية عملها فأشار الجدول السابق إلى أن 74% من المنظمات أرجعت ذلك إلى عدم تفاعل الممولين، في حين أن 14% من المنظمات ذكرت أن نقص الكفاءات المميزة في المنظمات الصحية الأهلية من الصعوبات التي تواجهها على صعيد تأمين الدعم المالي لها، في حين أن 5% فقط من هذه المنظمات تطرقت إلى الصعوبات القانونية والإدارية والخلافات السياسية الفلسطينية كصعوبات واجهتها. ويرى الباحث بأن هذا يدل على استمرار إحالة جزء كبير من الصعوبات التي تواجهها في جميع نواحي حياتنا إلى العوامل الخارجية، وعدم الاعتراف والإقرار بالعوامل الذاتية والتي يجب التطرق إليها بصراحة وشجاعة لعلاجها.

#### 4.15 احتياجات المنظمات الصحية الأهلية:

جدول رقم (15) : توزيع المنظمات الصحية الأهلية حسب احتياجاتها الحالية

| النسبة المئوية            | العدد | البيان                        |
|---------------------------|-------|-------------------------------|
| احتياجات المؤسسات الحالية |       |                               |
| 81.0                      | 34    | حشد التمويل                   |
| 78.6                      | 33    | تغطية المصاريف الجارية        |
| 71.4                      | 30    | تطوير قدرات التخطيط و التطوير |
| 69.0                      | 29    | أجهزة و تقنيات                |
| 59.5                      | 25    | كوادر بشرية متخصصة            |
| 50.0                      | 21    | تعاون المجتمع                 |
| 42.9                      | 18    | علاقات تشبيك                  |

أظهرت نتائج الجدول السابق تنوعاً في الاحتياجات الحالية للمنظمات الصحية الأهلية التي شملتها الدراسة، حيث كانت النسبة الأعلى من احتياجات المنظمات الصحية الأهلية هي حشد التمويل حيث

بلغت النسبة 81%، وتتفق هذه النسب مع ما توصلت إليه دراسة المنتدى الأهلي حيث ذكرت بان 90% من المنظمات الصحية الأهلية بأنها بحاجة إلى حشد للتمويل، في حين بلغت نسبة المنظمات التي تحتاج لتغطية مصاريفها الجارية 78.5%، في حين ذكرت 71.5% من هذه المنظمات بأنها تحتاج لتطوير قدرات التخطيط والتطوير لدى العاملين لديها، وبلغت نسبة المنظمات التي بحاجة إلى الأجهزة والتقنيات التي تساعد في تنفيذ برامجها 69% من إجمالي المنظمات التي شملتها الدراسة، أما نسبة المنظمات التي ذكرت بأنها بحاجة إلى كوادر بشرية متخصصة فبلغت 60%، و تلا ذلك المنظمات التي تحتاج لتطوير علاقات التعاون مع المجتمع وعلاقات التشبيك مع المؤسسات الأخرى وكانت النسب 50% و 43% على التوالي.

ويعتقد الباحث بان معرفة الاحتياجات الحالية للمنظمات الصحية الأهلية في قطاع غزة، يمكن أن تساعد في خلق فرص واقعية للعمل على تلبية هذه الاحتياجات مما يساهم بشكل أو بآخر في تطوير القطاع الصحي .

#### 4.16 نقاط القوة ونقاط الضعف في عمل المنظمات الأهلية الصحية الفلسطينية:

أثناء المقابلات المعمقة التي تم إجراؤها مع الخبراء تم التطرق إلى العديد من نقاط القوة ونقاط الضعف في عمل المنظمات الأهلية الصحية الفلسطينية، والتي يمكن تلخيصها كما يلي:

##### 4.16.1 نقاط القوة:

1. صمود المنظمات الصحية الأهلية على مدار عشرات السنين وتطوير عملها رغم الظروف الغير عادية من احتلال وحصار واقتتال.
2. تاريخ هذه المنظمات وحفاظها على طابعها الديمقراطي.
3. مواصلتها لتقديم خدمات نوعية مميزة حيث نالت رضا الفئات المستفيدة من هذه الخدمات.

4. تشكيل حالة لا يمكن الاستغناء عنها لدى الشعب الفلسطيني في مختلف المجالات.
5. ارتباطها مع الفئات الاجتماعية المهمشة وبناء قاعدة جماهيرية.
6. المصداقية في العمل وكسب ثقة الممولين.
7. إبراز قادة مميزين من نشطاء العمل الأهلي.
8. نجاحها في التأثير في السياسات العامة والتشريعات، وبناء شبكة علاقات تضامنية دولية.

#### 4.16.2 نقاط الضعف:

1. الافتقار إلى مستوى من الشراكة والتعاون والتخطيط.
2. غياب التخطيط الاستراتيجي.
3. ضعف التنسيق بين المؤسسات الأهلية.
4. عدم توحيد المواقف بين المنظمات الأهلية في مواجهة الشروط المجحفة لسياسة التمويل.
5. الفئوية في التعيينات وفي تقديم الخدمات.
6. اعتبار المؤسسات الأهلية مصدر استنزاق لبعض القائمين عليها.
7. القيام بدور أكثر خدمة من دور توعوي تنقيفي.
8. نخبوية العمل الأهلي بعد عام 1994م.
9. ارتباط العديد من المنظمات باسم الشخص المؤسس.
10. عدم ربط الخدمة بالرسالة، وغياب الرؤية السياسية لدى العديد من منظمات العمل الأهلي.

#### 4.17 نصائح ومقترحات لتعزيز دور المنظمات الأهلية التكاملية مع وزارة الصحة الفلسطينية:

عند سؤال من تم مقابلتهم عن أهم النصائح والمقترحات التي يمكنهم توجيهها لمقدمي الخدمات الصحية المختلفين وكذلك للمانحين لتعزيز دور المنظمات الصحية الأهلية التكاملية مع وزارة

الصحة الفلسطينية، ذكر أحد صناعات القرار في وزارة الصحة انه ينبغي أن يكون لدى المنظمات الصحية الأهلية الثقة بدورها الأساسي والأصيل والعمل على تطويره وانه:

" كلما قويت وقل اعتماد الناس على المؤسسات الحكومية كلما أمكن للوزارة أن تلتفت لواجباتها في التخطيط و السياسات والرقابة وتحقيق الجودة ، ويجب عليها أن تؤمن بأنها الشريك الأهم بين مقدمي الخدمات والباقي والدائم، وأنها إذا قويت وقامت على أسس مهنية صحيحة تعطي ضماناً وأماناً للمواطن الفلسطيني، و يجب عليها أن لا تمل من تقديم نفسها وأنشطتها للمجتمع ولوزارة الصحة والدول المانحة وللمؤسسات الدولية من أجل بناء قناعات لدى هؤلاء جميعاً بان المنظمات الصحية الأهلية شريك يخفف ولا يناقض، يقوي ولا يضعف، يبني ولا يهدم، يضيف إضافات نوعية و يحرك طاقات هائلة وكامنة موجودة عند شعبنا، وفي المحصلة يخفف عن الوزارة ويقدم المزيد والأفضل للمواطن " .

ومن جهته فان أحد مؤسسي إحدى المنظمات الصحية الأهلية نصح المنظمات الصحية الأهلية بأن " تركز في عملها على تغطية برامج الرعاية الصحية الأولية وبالذات البرامج التي تربط الصحة بالواقع الاقتصادي والاجتماعي، وبرامج الإغاثة والطوارئ لأننا مازلنا نعيش تحت الاحتلال، وأن تسعى لتطوير خدماتها الصحية، وأن تهتم بالتنسيق" .

ولكن مدير إحدى المنظمات الصحية الأهلية يرى بأن على القطاع الصحي في شبكة المنظمات الأهلية أن يبادر لدعوة جميع المنظمات الصحية الأهلية لنقاش العلاقة ما بين هذه المنظمات نفسها ووزارة الصحة، وما هي المساهمة الرئيسية التي يمكن أن تقدمها هذه المنظمات.

ومن جهته فان احد المسؤولين في وزارة الصحة ذكر بان على المنظمات الأهلية أن تعمل على تشجيع روح العمل الطوعي، وأن "تسعى لتشكيل جسم قوي لتكون مؤثرة في السياسات وحتى تستطيع أن تأخذ حقوقها، وان تكون أكثر نزاهة و شفافية"، وطالب الممولين أن يتعاملوا مع المؤسسات المرخصة، " فعندما يرغبون في التعامل مع أي مؤسسة صحية يجب أن يتعاملوا مع

العنوان أي أن يأتوا من الباب وليس من الشباك، أي بمعنى آخر أن يستفسروا في وزارة الصحة لمعرفة هل هذه المؤسسة مرخصة وتعمل ضمن خطة إستراتيجية، وهل هذه المؤسسة تعمل في إطار تعاون وتنسيق مع وزارة الصحة أم لا؟، وهذا لا يعني أن يأخذوا الإذن منا ".ويتفق معه في وجهة النظر هذه احد خبراء الصحة العامة والذي يؤكد أن على الممول أن يتأكد قبل تمويل المنظمات الصحية الأهلية من برامج هذه المنظمات حتى لا تكون تكراراً لمنظمات أخرى.

## الفصل الخامس

### الاستنتاجات والتوصيات

#### 5.1 الاستنتاجات:

تأتي أهمية هذه الدراسة من حيث كونها تعتبر من أوائل الدراسات التي تبحث دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني، فقد جاءت هذه الدراسة بهدف تحديد الخصائص الرئيسية لهذه المنظمات من حيث نشأتها، وتوزيعها الجغرافي ونطاق عملها، وأنواع الخدمات التي تقدمها والفئات المستهدفة من عملها، ونظم إدارتها. وهدفت الدراسة إلى التعرف على نقاط القوة والضعف في عمل المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية، ودراسة مدى مساهمة وتكامل الخدمات الصحية المقدمة من المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز الخدمات الصحية مع الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمات الآخرين، والوقوف عن كثب على التنسيق والتعاون بين المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية ووزارة الصحة الفلسطينية، والعمل على الوصول إلى استنتاجات تساعد صناع القرار في المنظمات الأهلية والمنظمات الصحية الأخرى على تعزيز الدور التكاملي للمؤسسات الأهلية، وتوفير معلومات أكثر تفصيلية والتي من شأنها مساعدة أصحاب القرار في التخطيط السليم لتطوير القطاع الصحي الفلسطيني، وتفتح آفاق جديدة أمام مزيد من الدراسات الأخرى في هذا المجال.

هذا وقد لعبت المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية دورا مهما و متميزا خلال الأعوام الماضية في توفير الخدمات الصحية للمجتمع الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، وشكلت جزءا أساسيا من بنية المجتمع الفلسطيني ، و مع أن مئات الآلاف من سكان الضفة و القطاع يستفيدون من



خدمات هذه المنظمات ، إلا انه وحتى يومنا هذا لم يتم العمل على دراسة إلى أي مدى تتكامل الخدمات المقدمة من المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية مع الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمات الآخرين ، ولم يتم التطرق مسبقا إلى مدى مساهمة هذه الخدمات في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني .

وقد اختار الباحث أن تكون الدراسة التي يتناولها دراسة وصفية مقطعية كمية نوعية، لما يخدم هذا النوع من الدراسات موضوع البحث، حيث تم استخدام طريقتين للحصول على المعلومات اللازمة للدراسة، الطريقة الأولى استخدام الاستبيان لجمع البيانات والمعلومات من المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية، أما الطريقة الثانية عبر المقابلات المعمقة للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة من خلال إجراء ثمان مقابلات معمقة.

لقد أجريت الدراسة في محافظات قطاع غزة في فلسطين في الفترة ما بين شهري يناير 2008 م وحتى سبتمبر 2008 م، وبلغ معدل استجابة المنظمات الصحية الأهلية المبحوثة 96% من إجمالي عدد المنظمات الأهلية المستهدفة وعددها 43 منظمة صحية أهلية، وبلغ معدل استجابة الخبراء وصناع القرار ممن تم مقابلتهم 100% وعددهم ثمانية.

ومنذ المراحل الأولى للدراسة وقبل البدء بأي خطوة من خطوات البحث، قام الباحث آخذاً بعين الاعتبار جميع الإجراءات الإدارية والأخلاقية المتبعة، والتأكيد على سرية المعلومات التي سيتم الحصول عليها والتأكيد على اقتصار استخدام هذه المعلومات لأغراض البحث العلمي فقط. فبالإضافة إلى تطورات الأوضاع السياسية والأمنية التي يمر بها قطاع غزة والتي تواجه جميع الباحثين، فقد واجه الباحث مجموعة من المعوقات الأخرى أثناء إجرائه لهذه الدراسة، منها قلة المصادر والمراجع والأبحاث السابقة في مجال الدراسة، القيود والتحفظات على إعطاء المعلومات المطلوبة للدراسة، وصعوبة المواصلات.

هذا وقد أظهرت نتائج الدراسة أن عدد المنظمات الصحية الأهلية في قطاع غزة والتي شملتها الدراسة 42 منظمة، إلا أن توزيعها على محافظات قطاع غزة الخمس كان متبايناً وغير متناسب مع نسبة عدد السكان في كل محافظة. وكشفت الدراسة أن 93% من المنظمات الصحية الأهلية مسجلة في وزارة الداخلية، و71% من المنظمات الصحية الأهلية مسجلة في وزارة الصحة الفلسطينية، ولقد حمل بعض الخبراء الذين تم مقابلتهم أثناء الدراسة المسؤولية عن عدم ترخيص المنظمات الأهلية إلى وزارة الصحة.

وكذلك أظهرت الدراسة بأن 7% من المنظمات الصحية الأهلية تعمل على الصعيد الوطني، و52.4% منها تستهدف النساء، و62% من المنظمات الأهلية تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية، و16.7% تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية، وذلك عبر 49 مركزاً للرعاية الصحية الأولية، و7 مستشفيات، و23 مركزاً آخر شملت مراكز للعلاج الطبيعي ومراكز لفحص السمع والنطق ومراكز للتأهيل ومركزين لبنك الدم ومركز لمرضى الثلاسيميا. وبلغ عدد الأسر في المستشفيات التي تديرها المنظمات الأهلية 287 سريراً.

وأظهرت الدراسة بأن 16.7% من مجموع مدراء المنظمات الصحية الأهلية هم من الإناث، و14.3% من مدراء المنظمات الصحية الأهلية هم ممن فوق ستين عاماً، وأن 54.8% منهم من حملة الشهادات العليا.

وعند التطرق إلى النظم الإدارية التي تحكم عمل المنظمات الأهلية أظهرت الدراسة بأن 78.6% من المنظمات الصحية الأهلية يوجد لديها نظام إداري مكتوب، وأن 42.9% من هذه المنظمات لديها معايير مكتوبة لتعيين الموظفين، و88.1% من المنظمات يوجد لموظفيها وصف وظيفي مكتوب، و50% من هذه المنظمات يوجد لديها نظام للحوافز، و85.7% من المنظمات لديها سياسة لتنمية مهارات القوى البشرية. وأظهرت الدراسة أيضاً بأن 90% من المنظمات تعمل وفقاً لخطة

إستراتيجية، وان 80% من المنظمات الصحية الأهلية أكدت بأن محدودية التمويل من أهم المعوقات التي واجهتها في تنفيذ خططها.

وكشفت الدراسة بان عدد العاملين والعاملات في المنظمات الصحية الأهلية بلغ 2171 موظفا موظف وموظفة، بلغت نسبة الذكور منهم 58.4%، وبلغت نسبة العاملين الدائمين 59.5%. وأظهرت نتائج الدراسة بان 9.5% من المنظمات الصحية الأهلية لديها اتفاقيات تعاون مع وزارة الصحة، وان 58% من المنظمات أكدت على عدم وجود نظام لتحويل المرضى إلى مرافق وزارة الصحة. وكذلك أظهرت الدراسة بان 33% فقط من المنظمات تقدم تقاريرها لوزارة الصحة، وقد ذكر غالبية الخبراء بان السبب في ذلك يعود إلى ضعف وزارة الصحة بشكل أو بآخر. وعلى الرغم من أن 93% من المنظمات أكدت على أهمية التنسيق بين المنظمات الأهلية، إلا أن هناك شبه إجماع بين الخبراء على أن التنسيق ضعيف بين هذه المنظمات.

وأظهرت الدراسة بأن 43% من المنظمات رفضت الإفصاح عن موازنتها، وذكر الخبراء الذين تم مقابلتهم بان عدم إفصاح هذه المنظمات عن موازنتها من الأمور الخاطئة والغير مفهومة ، وأظهرت الدراسة أيضا بأن 88% من المنظمات الصحية الأهلية عانت من عجز مالي، و 71.5% من المنظمات أكدت على رفضها للتمويل المشروط.

## 5.2 التوصيات:

إن الخروج بتوصيات محددة خاصة بالمنظمات الصحية الأهلية مسألة في غاية الصعوبة، فهذه المنظمات تمتاز بالتنوع في أهدافها وبرامج عملها، ولا شك بأن هناك حاجة لدراسات معمقة عن المنظمات الأهلية بهدف تطوير عملها.

وبناء على ما تقدم فإن الباحث يتقدم بالتوصيات التالية الموجهة إلى:

المنظمات الأهلية نفسها، وموجهه أيضاً لصانعي القرار في وزارة الصحة الفلسطينية، والباحثين والمؤسسات البحثية.

### المنظمات الصحية الأهلية :

1. تعزيز التنسيق بين المنظمات الأهلية نفسها عبر تفعيل وتقوية الأطر التمثيلية القائمة، و العمل على تطوير قواعد عمل لهذه الأطر بحيث تشمل بنود مرجعية وخطط عمل، وتشجيع الدخول في ائتلافات وشراكات مع منظمات أهلية أخرى بهدف تحسين التنسيق فيما بينها و تعزيز الدور التكاملي فيما بينها من جهة ومع مقدمي الخدمات الصحية الآخرين من جهة أخرى، وذلك لتطوير برامج عملها وخططها للتأثير بالسياسات العامة المتعلقة بالقطاع الصحي .
2. السعي لتطوير الخدمات المختلفة للمنظمات الأهلية وتقديم إضافة نوعية لنظام الخدمات الصحية، مع المحافظة على عدم تكرار وازدواجية تقديم الخدمات التي تقدم من قبل مقدمي الخدمة الآخرين، ومراعاة التوزيع الجغرافي العادل للخدمات الصحية المقدمة.
3. تحديث الأنظمة الإدارية الداخلية بما يضمن وجود لوائح واضحة لتبوء المناصب العليا تمكنها من تأدية دورها على أسس إدارية مهنية بعيدا عن الاعتبارات الأخرى، ووضع أنظمة واضحة خاصة بإدارة القوى البشرية وتطويرها، وتنظيم الاستعانة بالموارد البشرية الموجودة لدى مقدمي

الخدمات الصحية الآخرين ، للحد من زيادة تشتت النظام الصحي، والاهتمام بالتخطيط والعمل على مشاركة جميع الأطراف والمجتمع المحلي في عملية التخطيط، وتحسين وسائل الاتصال والتواصل داخل المؤسسة نفسها، والاعتماد على وسائل التكنولوجيا الحديثة في التواصل.

4. العمل على زيادة فعالية تنسيق عمل المنظمات الأهلية مع وزارة الصحة وأن تطلع الوزارة على مشاريعها، وتقدم تقاريرها الدورية لوزارة الصحة.

5. الاهتمام ببلورة موقف موحد تجاه الممولين بما يضمن الحفاظ على الرؤية الوطنية للمنظمات الأهلية، وبما يضمن شفافية النظام المالي الخاص بهذه المنظمات.

6. العمل على إعادة الاعتبار للعمل الطوعي عبر أشكال جديدة، والعمل على إدراج مادة تعليمية عن التطوع كمقرر في الجامعات والمدارس.

### وزارة الصحة:

1. وضع لوائح تنفيذية وتبني منهجية واضحة تمكن الوزارة من ممارسة دورها في ترخيص وتنظيم ومتابعة ورقابة المرافق الصحية للمنظمات الأهلية .

2. العمل على مشاركة المنظمات الصحية الأهلية في وضع الخطط الصحية الوطنية، بحيث تضمن التكامل في تقديم الخدمات والابتعاد عن الازدواجية، عبر تشجيع الوزارة للمنظمات الصحية الأهلية على العمل في المناطق والمجالات التي لا تعمل فيها الوزارة وذلك عبر عقد اتفاقيات مكتوبة، على أن تقوم الوزارة بتسهيل عمل المنظمات الأهلية بعيدا عن البيروقراطية.

3. تشكيل إطار أو نموذج وطني للتعاون يشمل كافة مقدمي الخدمات الصحية ويقوم على أساس الشراكة الكاملة و تبادل الخبرات، ووضع السياسات التي تضمن ذلك.

4. السعي لتطوير نظام المعلومات الصحية لتحسين التنسيق بينها وإتاحة الفرصة لجميع مقدمي الخدمات للاستفادة منه.

## الباحثين:

يوصي الباحث بإجراء دراسات أكثر عمقا حول:

1. تمويل النظام الصحي الفلسطيني بشكل عام، وتمويل المنظمات الصحية الأهلية بشكل خاص.
2. التنسيق بين مقدمي الخدمات الصحية المختلفين بشكل عام، والتنسيق بين المنظمات الصحية الأهلية بشكل خاص.
3. آثار الحصار الإسرائيلي والانقسام الداخلي علي الخدمات الصحية المقدمة.

## المراجع العربية:

- إبراهيم، س. (1998): **العمل الأهلي في مصر**، مركز الدراسات السياسية والإستراتيجية في جريدة الأهرام. القاهرة، مصر.
- أبو حمد، ب. (2008): تقرير "مراجعة للقطاع الصحي"، غير منشور. غزة، فلسطين.
- أبو حمد، ب. (2007): "الوضع الصحي في قطاع غزة...الحقيقة والتحديات"، ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر لجان العمل الصحي (2007/12/11)، رام الله، فلسطين.
- أبو رمضان، م. (2006): نظرة تحليلية للعمل الأهلي في قطاع غزة منذ عام 1994، دراسة تقييمية للواقع ورؤية مستقبلية، برنامج دراسات التنمية، الطبعة الأولى. جامعة بيرزيت، رام الله، فلسطين.
- أبو عمرو، ز. (1995): **المجتمع المدني والتحول الديمقراطي في فلسطين**، المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية - مواطن. رام الله، فلسطين.
- الباز، ش. (1997) المنظمات الأهلية العربية على مشارف القرن الحادي والعشرين، لجنة المتابعة لمؤتمر التنظيمات العربية. القاهرة، مصر.
- البرغوثي، م. (1996): **منظمات المجتمع المدني ودورها في المرحلة المقبلة**، اتحاد لجان الإغاثة الطبية. القدس، فلسطين.
- البرغوثي، م. (1997): **الحقبة الراهنة والتغير في دور المنظمات الأهلية في فلسطين في التحرر الديمقراطي وبناء الدولة في العالم الثالث**، الطبعة الأولى، المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية - مواطن، رام الله، فلسطين.
- البرغوثي، م. (2000): **التحول الديمقراطي في فلسطين في التحرر الديمقراطي**، التقرير الدوري (7)، ملتقى الفكر المدني. القدس، فلسطين.

بشارة، ع. (1996): **مساهمة في نقد المجتمع المدني**، المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية - مواطن، الطبعة الأولى. رام الله ، فلسطين.

البنك الدولي (2007): **الاستثمار في الإصلاح والتنمية الاقتصادية الفلسطينية**، تقرير خاص بمؤتمر تقديم التعهدات. باريس، فرنسا.

تقرير التنمية البشرية (2004): **برنامج دراسات التنمية**، جامعة بيرزيت، ص: 85، 86، 91. رام الله، فلسطين.

الجابري، م. (1997): **الديمقراطية وحقوق الإنسان** ، مركز دراسات الوحدة العربية، الطبعة الثانية. بيروت، لبنان.

جقمان، ج. (1995): **مداخلة حول المجتمع المدني والسلطة في الديمقراطية الفلسطينية**، أوراق نقدية، المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية - مواطن، الطبعة الأولى. رام الله ، فلسطين.

جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية (2007): **الخطة الاستراتيجية (2008-2012)**، رام الله، فلسطين.

خضر، ح. (2003): **خصوصية نشوء وتكوين النخبة الفلسطينية**، معهد إبراهيم أبو لغد للدراسات الدولية، الطبعة الأولى. جامعة بيرزيت، فلسطين.

خميس، م. (1999): **"مدخل إلى التخطيط"**، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى. عمان، الأردن.

الدقاق، أ. (2001): **مدخل إلى دراسة المجتمع المدني الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة في المجتمع المدني في الوطن العربي ودوره في تحقيق الديمقراطية**، مركز دراسات الوحدة العربية، الطبعة الثانية. بيروت، لبنان.



الزغل، ع. (1991): مفهوم المجتمع المدني والتحول نحو التعددية الحزبية في "غرامشي وقضايا المجتمع المدني"، مركز البحوث العربية، دار كنعان للدراسات والنشر، الطبعة الأولى. دمشق، سوريا.

سالم، و. (1999): المنظمات المجتمعية التطوعية والسلطة الوطنية الفلسطينية نحو علاقة تكاملية، منتدى أبحاث السياسات الاجتماعية والاقتصادية في فلسطين-ماس، الطبعة الأولى. رام الله، فلسطين.

سعيد، أ. (2002): نهاية عملية السلام - أوسلو وما بعدها، دار الآداب للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى. بيروت، لبنان.

سمارة، ع. (2003): منظمات غير حكومية، أم قواعد للآخر؟. دار الشرق للنشر. رام الله، فلسطين.

سومكا، د. (2008): الولايات المتحدة ملتزمة بالاستمرار في دعم الاحتياجات الإنسانية للشعب الفلسطيني، تصريح صحفي 2008/4/23، وكالة الأنباء الفلسطينية- وفا. رام الله، فلسطين.

شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية (2004): "الوثيقة البرنامجية 2001-2004". رام الله، فلسطين.

شليبي، ي. وآخرون (2001): تعداد المنظمات غير الحكومية الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني - ماس، الطبعة الأولى. رام الله، فلسطين.

الشوا، أ. (2008): "قطاع غزة واقع مريع ومستقبل مجهول .... احتياجات وبرامج تدخل"، ورقة عامه مقدمه الى مؤسسة التعاون، غير منشورة. غزة، فلسطين.

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

الشوا، س. (2000): "التأقلم مع التغيير: دراسة حالة لأربع منظمات أهلية فلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة (1994-1998)، منتدى أبحاث السياسات الاجتماعية والاقتصادية. رام الله، فلسطين.

- صحيفة الحياة (2008، 11 يوليو): "عشية اليوم العالمي للسكان: الإحصاء: 3.761 مليون نسمة عدد سكان الأراضي الفلسطينية وفق التعداد العام 2007"، ص 10. رام الله، فلسطين.
- صحيفة القدس (2008، 20 أكتوبر): " تقرير اللجنة الشعبية لمواجهة الحصار"، ص 25. رام الله، فلسطين.
- عبدالهادي، ع. والنحاس، ز. (2000): دراسة دور المنظمات الأهلية في بناء المجتمع المدني، مركز بيسان للبحوث والإنماء، الطبعة الأولى. رام الله، فلسطين.
- عبدالهادي، ع. (2002): دراسة دور المنظمات الأهلية الفلسطينية في بناء المجتمع المدني، مركز بيسان للبحوث والإنماء، الطبعة الأولى. رام الله، فلسطين.
- عبدالهادي، ع. (2004): رؤية أوسع لدور المنظمات الأهلية الفلسطينية في عملية التنمية، مركز بيسان للبحوث والإنماء. رام الله، فلسطين.
- عوض الله، ح. (2000): " NGOs"، مقالة رأي، صحيفة الأيام الفلسطينية، 5 ديسمبر 2000، رام الله، فلسطين.
- الغلاييني، ع. (2007): دور الحكم الصالح في ادرارة وتنمية المؤسسات غير الحكومية في قطاع غزة من وجهة نظر مدير عام المؤسسة. الجامعة الإسلامية. غزة، فلسطين .
- غليون، ب. (2001): بناء المجتمع المدني العربي: دور العوامل الداخلية و الخارجية في المجتمع المدني في الوطن العربي ودوره في تحقيق الديمقراطية ، الطبعة الثانية، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان.
- فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ( 2006): المرأة والرجل في فلسطين: قضايا و إحصاءات 2005، رام الله، فلسطين.

فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2008): التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007، المؤتمر الصحفي لإعلان النتائج الأولية للتعداد ( السكان، المباني، المساكن، و المنشآت ). رام الله، فلسطين.

فلسطين، المجلس التشريعي الفلسطيني (2000): قانون الجمعيات الخيرية والهيئات الأهلية الفلسطينية رقم (1)، لسنة 2000م، غزة، فلسطين.

فلسطين، المجلس التشريعي الفلسطيني (2005): قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004م. غزة، فلسطين.

فلسطين، وزارة الخارجية الفلسطينية (2008): الولايات المتحدة الأمريكية - فلسطين، نبذة عن العلاقات الثنائية.

[http://www.mofa.gov.ps/arabic/Relations/details2.php?country\\_id=190/](http://www.mofa.gov.ps/arabic/Relations/details2.php?country_id=190/) accessed on 10.9.2008

فلسطين، وزارة الصحة (2002): " الوضع الصحي في فلسطين"، التقرير السنوي 2001. غزة، فلسطين .

فلسطين، وزارة الصحة (2003): " الوضع الصحي في فلسطين"، التقرير السنوي 2002. غزة، فلسطين .

فلسطين، وزارة الصحة (2005): " الوضع الصحي في فلسطين"، التقرير السنوي 2004. غزة، فلسطين .

فلسطين، وزارة الصحة (2006): " الوضع الصحي في فلسطين"، التقرير السنوي 2005. غزة، فلسطين.

فلسطين، وزارة الصحة، وحدة التخطيط (2007): " الخطة الإستراتيجية الوطنية للصحة - خطة التنمية متوسطة الأمد 2008-2010". رام الله، فلسطين.

فلسطين، وزارة الصحة (2007): "تقرير مشترك عن مراجعة القطاع الصحي"، صادر عن وزارة الصحة الفلسطينية والبنك الدولي، ومنظمة الصحة العالمية، والاتحاد الأوروبي، التعاون الايطالي.

فلسطين، وزارة الصحة ( 2008): رسالة مدير مركز المعلومات. غزة، فلسطين.

لبد، ع. (2004): المعونات الأمريكية (اسرائيل - مصر - السلطة الفلسطينية)، مجلة رؤية- الهيئة العامة للاستعلامات، العدد 28 آذار. غزة، فلسطين.

محمد، ج.(2007): **مسألة العمل الأهلي الفلسطيني دراسة تقييمية**، الائتلاف من اجل النزاهة و المساءلة(أمان)، الطبعة الأولى. رام الله، فلسطين.

محيسن، ت. (2001): **التنظيمات السياسية والمنظمات التطوعية في السياق الفلسطيني**، رؤية **سوسيولوجية**، برنامج الدراسات العليا. جامعة بيرزيت، فلسطين.

متى، ل. (2005)، "خطة الانفصال أحادية الجانب عن قطاع غزة وشمال الضفة الغربية"، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الخاص بتأثيرات وأبعاد خطة الفصل الإسرائيلية أحادية الجانب، شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية. غزة، فلسطين.

مكتب المنسق الخاص للأمم المتحدة في الأراضي الفلسطينية (2007): **دليل المؤسسات غير الحكومية في قطاع غزة**. غزة، فلسطين.

منتدى العمل الأهلي (2006): **تعداد منظمات المجتمع المدني العاملة في المجال الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة**. جامعة بيرزيت، فلسطين.

هلال، ج. (2000): "انتفاضة الأقصى: الأهداف المباشرة ومقومات الاستمرار"، مجلة الدراسات الفلسطينية، العدد (44) ، ص 61.

هلال، ج. (2004): **حول إشكاليات مفهوم المجتمع المدني، - مداخلته حول ندوة المجتمع المدني** أكتوبر 2004، بيروت، لبنان. ( موقع مؤسسة هينرخ بل - مكتب الشرق الأوسط الالكتروني): <http://www.boell-meo.org/ar/web/219.html/> accessed on 28.7.2008

منظمة العمل الدولية ( 2005): تقرير عن عمالة المرأة في العالم.

[/http://www.amanjordan.org/a-new](http://www.amanjordan.org/a-new)(accessed on 10.9.2008)

Abu – El Jedian, Y. ( 2007 ): " **Palestinian NGOs in the Gaza Strip, A Study of development and struggle against occupation**". University of Wales Swansea, USA.

Akbar zaidi S. (1999): Institutional failure, state failure or the failure of "civil" society? The rural water supply and sanitation sector in Pakistan. *The labore Journal of Economics* 5:71-90.

Andersen T. ( 2000 ): " Strategic planning, autonomous actions and corporate performance", long range planning, April 2000,184- 200.

Ashour, M.( 2004 ): **The Health Care System and Health Conditions in The Occupied Palestinian Territories: Beyond the Tanks and Ambulances**. University of Minnesota School of Public Health. USA.

Ashour, M. (2006): " Financing Under Adversity: The Case of Palestinian Health Care System." In: Yfantopoulos, J.N., Papanikos, G.T. and Boutsioli, Z. (Eds.) *Health Care Issues: An International Perspective*. 417-436. Athens Institute for Education and Research. Athens

Barghouthi,M. & Lennox, J. (1997): Health in Palestine: Potential and Challenges. Palestine Economic Policy Research Institute- Mass. Ramallah.Palestine.

Barnes H. (2000): Collaboration in community action: a successful partnership between indigenous communities and researchers. *Health promotion International* 15 :17-25 .

Bisan Center for Research and Development &The World Bank Group(2006): The Role and Performance of Palestinian NGOs In Health, Education and Agriculture. Rammallah, Palestine.

Clarke, G. (1998): The Politics of NGOs in South-East Asia: Participation and protest in the Philippines. London, Routledge.

Connor C. (2000): Contracting non- governmental organisations for HIV/AIDS: Brazil case study. *Special Initiative Report No.30:1-76*.

Daibes, I. and Barghouthi, M. ( 1990 ): Infrastructure and Health Services in the Gaza Strip: The Gaza Strip Primary Health Care Survey. Ramallah. Palestine.

Ellevset , L. (1999): The role for NGOs in road safety. *Road Safety in Bangladesh* 1-7. Bangladesh.

Giacaman, R.(1994 ): "Health conditions and Services In the The West Bank and Gaza Strip", UNCTAD , 19

Giacaman,R. Abdul-Rahim,H. And Wick,L.(2003 ) : Health Sector Reform in the Occupied Palestinian Territories (OPT): Targeting the forest or the Trees? – Health Policy And Planning ;18(1) 59-67

Habasch R.( W.D.): The Evolving Relationship between the Union of Palestinian Medical Relief Committees and the Palestinian Authority.

Hamdan M., Defever M. (2003): **Human resources for health in Palestine: a policy analysis Part I: Current situation and recent developments.** School of Public Health, Katholieke Universiteit Leuven. Leuven, Belgium.

Hamdan M., Defever M. (2003): **Human resources for health in Palestine: a policy analysis. Part II. The process of policy formulation and implementation.** School of Public Health , Katholieke Universiteit Leuven. Leuven, Belgium.

Hudson, M.(1995): Managing without Profit – The art of Managing Third Sector Organizations, Penguin Books. England.

Lopes de Carvalho, F. (1998 ): Fighting extreme poverty in Brazil: the influence of citizens action on government policies. OECD Technical papers 142: 1-47. France.

Mandela, N.(1997): The Observer ,December 21, 1997 .London. UK

MARAM (2003): Immunization coverage and service delivery assessment in the West Bank & Gaza Strip. Ramallah, Palestine.

Martinez J, Martineau T.(1998): Rethinking human resources: an agenda for the millennium, Health Policy Plan;13(4):345\_ 58

Maslow, A. (1954): Motivation and personality, New York .

OCHA, (2008): UNOCHA Protection of Civilians Weekly Report ,10 - 16 September, Jerusalem, Palestine.

Palestinian Central Bureau of Statistics, (2006): Health Care Providers and Beneficiaries Survey, 2005: Preliminary Results. Ramallah, Palestine.

Palestinian Central Bureau of Statistics, (2007): Palestinian Family Health Survey, 2006: Final Report. Ramallah, Palestine.

Robbins S.(2006): **Organizational Behavior**, 552.

Rome Health Conference (2004): Rome 14-16 Dec.2004, 127. Rome, Italy.

Songco,D.(2006): "Proposed Strategy for the Development of the Palestinian NGO Sector", a Study commissioned by the project Management Office- The Palestinian NGO project.

Sufian, S.(2002): Arab Health Care during the British Mandate , 1920- 1948 in (Separate and Cooperate, Cooperate and Separate. Edited by Tamara Bernea and Rafiq Hussein. Praeger publishers.

UNICEF,(2008):Feedback on the Rapid Nutritional Assessment of Children 6-59 months in the Gaza Strip –April 2008, Gaza, Palestine.

Wheelen,T., Hunger, J.(2006): Strategic Management Policy, concepts, 5-6.

World Bank.(1993): Developing The occupied Territories, An investment in peace. Volume 6.

World Health Organization , (2008): Health Situation in Gaza, WHO Report on 15 April 2008, Jerusalem, Palestine.

World Health Organization(2008): Health Coordination Meeting, Summary note16/10/2008. Gaza, Palestine.

Zajac E., Kraatz M., and Bresser R.( 2000): "Modeling the dynamics of strategic fit: A normative approach to strategic charge", Strategic Management Journal, 429-453.



## ملحق رقم ( 1 )

قائمة بأسماء الخبراء الذين تم إجراء المقابلات المعمقة معهم

1. امجد الشوا - مدير شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية.
2. د. أيوب العالم - مدير دائرة الصحة السابق في وكالة الغوث.
3. د. رباح مهنا - مؤسس ورئيس اتحاد لجان العمل الصحي السابق.
4. د. رياض الزعنون - وزير الصحة الفلسطيني الأسبق.
5. عبد العزيز أبو القرايا - مدير جمعية الهلال الأحمر لقطاع غزة.
6. محسن أبو رمضان - ناشط مجتمعي.
7. د. مفيد المخللاتي - عميد كلية الطب - الجامعة الإسلامية.
8. د. يوسف عوض الله - مدير عام دائرة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية - وزارة الصحة الفلسطينية.

## ملحق رقم ( 2 )

السيد / .....المحترم  
بعد التحية ،

### الموضوع : تعبئة استبيان خاص لدراسة الماجستير

أنا الباحث عائد محمود ياغي من كلية الصحة العامة - جامعة أبو ديس - القدس، أقوم ببحث حول " دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني "، وهو جزء من متطلب الدراسة للحصول على درجة الماجستير - تخصص إدارة صحية .

ويهدف البحث لتحديد الخدمات الصحية المقدمة من المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة، ومدى مساهمتها في تعزيز الخدمات الصحية.  
أمل منكم المشاركة في تعبئة الاستبيان الخاص بهذا البحث، والذي سيأخذ من وقتكم الثمين حوالي 40 دقيقة .

مع العلم بان جميع المعلومات التي ستقدمونها ستستخدم في البحث العلمي فقط، ونعدكم بالمحافظة على سرية المعلومات التي سوف تزودونا بها .

و اقبلوا فائق التقدير و الاحترام

الباحث عائد محمود ياغي

غزة

التاريخ:

رقم الاستبيان :

مدلي البيانات: ----- وظيفة مدلي البيانات : -----

**أولاً: معلومات شخصية:**

- 1- أسم المدير أو الشخص المسئول:-----
- 2- العمر : -----
- (الرجاء وضع إشارة X أمام الإجابة المناسبة)
- 3- الجنس: ( ) ذكر ( ) أنثى
- 4-المستوى العلمي:
- ( ) ثانوية عامة فأقل ( ) دبلوم متوسط ( ) بكالوريوس ( ) دراسات عليا
- 5- عدد سنوات خبرة العمل داخل المؤسسة:-----
- 6- عدد سنوات خبرة العمل خارج المؤسسة:-----

**ثانياً: البيانات التعريفية بالمؤسسة :**

- 1- أسم المنظمة أو الجمعية ( المؤسسة ) -----
- 2- العنوان البريدي:-----
- 3- رقم الهاتف:-----
- 4- رقم الفاكس ( إن وجد ) :-----
- 5- البريد الإلكتروني:-----
- 6- الصفحة الإلكترونية:-----
- 7- سنة تأسيس المؤسسة:-----

**ثالثاً : البيانات التفصيلية:**

- 1- ما هي سنوات عمل المؤسسة منذ نشأتها :-----
- 2- هل المؤسسة هي فرع لمؤسسة رئيسية اخرى تعمل خارج قطاع غزة ؟  
( ) نعم ( ) لا
- 3- هل المؤسسة مسجلة لدى أي جهة رسمية: ( ) نعم ( ) لا
- 4- إذا كانت الإجابة بنعم، فلدى أية جهة تم تسجيل المؤسسة:
- ( ) وزارة الداخلية ( ) وزارة الصحة ( ) جهات أخرى ، حدد:-----
- 5- ما هو عدد أعضاء الجمعية العمومية ؟ -----
- 6- متى كان اخر اجتماع للجمعية العمومية ؟ -----
- 7- ما هو عدد أعضاء مجلس الإدارة ( الهيئة الإدارية )؟-----

8- كم مرة اجتمع مجلس الإدارة خلال عام 2007:-----

9- هل اجتماعات مجلس الإدارة توثق في محاضر رسمية ؟

( ) نعم شوهدت ( ) نعم لم تشاهد ( ) لا

#### رابعا: معلومات عن الخدمات التي تقدمها المؤسسة:

( ) لا

1- هل يوجد عيادات أو مراكز صحية تابعة لمؤسستكم : ( ) نعم

2- ما هو عدد هذه العيادات أو المراكز الصحية: -----

3- أين توجد هذه العيادات أو المراكز الصحية حسب المحافظة:

| المحافظة  | عدد العيادات |
|-----------|--------------|
| شمال غزة  |              |
| غزة       |              |
| دير البلح |              |
| خانيونس   |              |
| رفح       |              |

( ) لا

4- هل يوجد مستشفيات تابعة للمؤسسة/الجمعية: ( ) نعم

5- اذا كانت اجابة السؤال السابق نعم ،فما هو عدد هذه المستشفيات: -----

6- أين توجد هذه المستشفيات حسب المحافظة:

| المحافظة  | عدد المستشفيات |
|-----------|----------------|
| شمال غزة  |                |
| غزة       |                |
| دير البلح |                |
| خانيونس   |                |
| رفح       |                |

7- ما هو عدد هذه الأسرة الطبية ، صنفها حسب الجدول التالي :

| المحافظة  | أسرة ولادة | جراحة | أسرة باطنة | أسرة أطفال | أسرة إعادة تأهيل | أسرة أخرى | ملاحظات |
|-----------|------------|-------|------------|------------|------------------|-----------|---------|
| شمال غزة  |            |       |            |            |                  |           |         |
| غزة       |            |       |            |            |                  |           |         |
| دير البلح |            |       |            |            |                  |           |         |
| خانيونس   |            |       |            |            |                  |           |         |
| رفح       |            |       |            |            |                  |           |         |
| المجموع   |            |       |            |            |                  |           |         |

( ) لا

8- هل لدى مؤسستكم خدمات ونشاطات اخرى غير المجال الصحي : ( ) نعم

9- في حال كانت الإجابة بنعم ، فهل مجال عمل مؤسستكم الرئيسي هو :

|                              |         |        |
|------------------------------|---------|--------|
| المساعدات الاجتماعية والصحية | ( ) نعم | ( ) لا |
| شئون نسوية                   | ( ) نعم | ( ) لا |
| شئون الطفولة                 | ( ) نعم | ( ) لا |
| حقوق إنسان                   | ( ) نعم | ( ) لا |
| رعاية مسنين                  | ( ) نعم | ( ) لا |
| رعاية معاقين                 | ( ) نعم | ( ) لا |
| تعليم                        | ( ) نعم | ( ) لا |
| زراعة                        | ( ) نعم | ( ) لا |

أخرى ، حدد \_\_\_\_\_

10- ما هي الخدمات التي تنفذها مؤسستكم في المجال الصحي:

|  |         |        |
|--|---------|--------|
| صحة عامة   | ( ) نعم | ( ) لا |
| خدمات الرعاية الصحية الأولية                       | ( ) نعم | ( ) لا |
| خدمات المستشفيات                                   | ( ) نعم | ( ) لا |
| خدمات تشخيصية                                      | ( ) نعم | ( ) لا |
| تنقيف صحي  | ( ) نعم | ( ) لا |
| زيارات منزلية                                      | ( ) نعم | ( ) لا |
| تطعيمات الأطفال                                    | ( ) نعم | ( ) لا |
| تطوير الموارد البشرية في مجال الصحة (خارج مؤسستكم) | ( ) نعم | ( ) لا |
| تطوير البنية التحتية للقطاع الصحي                  | ( ) نعم | ( ) لا |
| خدمات تأهيل  | ( ) نعم | ( ) لا |
| تطوير سياسات القطاع الصحي                          | ( ) نعم | ( ) لا |
| أبحاث صحية ومراقبة وتقييم للقطاع الصحي             | ( ) نعم | ( ) لا |

أخرى، حدد:-----

#### خامسا:نظم الإدارة :

- 1- هل للمؤسسة رؤية واضحة : ( ) نعم ( ) لا
- 2- هل للمؤسسة رسالة واضحة تسعى لتحقيقها :  
( ) نعم شوهدت ( ) نعم لم تشاهد ( ) لا
- 3- هل تعتقد أن هذه الرسالة واضحة و مفهومة للعاملين في المؤسسة :  
( ) واضحة كلياً ( ) واضحة جزئياً ( ) غير واضحة
- 4- هل تتم مراجعة النظام الاساسي بين الحين و الآخر : ( ) نعم ( ) لا
- 5- هل تعتقد ان هناك معيقات جدية تحد من تحقيق رؤية و رسالة المؤسسة ؟ ( ) نعم ( ) لا

- 6- إذا كانت نعم ، فهل هي معيقات : (يمكن أكثر من خيار)  
 ( ) مالية ( ) اجتماعية ( ) إدارية ( ) فنية  
 ( ) قانونية ( ) ناجمة عن وجود الاحتلال ( ) ناجمة عن خلافات داخلية  
 7- هل يوجد نظام اداري لمؤسستكم :  
 ( ) يوجد نظام مكتوب ( ) يوجد نظام غير مكتوب ( ) لا يوجد نظام  
 8- هل يوجد لمؤسستكم خطة استراتيجية ؟ ( ) نعم شوهدت ( ) نعم لم تشاهد ( ) لا  
 9- هل تباشر مؤسستكم عملها وفق خطة محددة: ( ) نعم شوهدت ( ) نعم لم تشاهد ( ) لا  
 10- اذا كانت الاجابة نعم ، فهل هي :  
 ( ) خطة سنوية ( ) نصف سنوية ( ) شهرية ( ) لا توجد خطة  
 11- اذا كانت الإجابة بنعم، فما هي الآليات التي تتبعها المؤسسة لتطوير خططها: (يمكن أكثر من خيار)  
 تقدير احتياجات المجتمع من قبل المؤسسة نفسها: ( ) نعم ( ) لا  
 مشاركة الفئات المستهدفة في التخطيط: ( ) نعم ( ) لا  
 تحديد مكونات الخطة حسب توفر التمويل: ( ) نعم ( ) لا  
 12- من الذين يشاركون في وضع الخطة في مؤسستكم ؟ (يمكن أكثر من خيار)  
 ( ) مجلس الادارة ( ) الإدارة العليا و المتوسطة ( ) الموظفين الميدانيين  
 ( ) المستشارين الخارجيين ( ) المستفيدين  
 13- هل تحقق الخطة أهدافها:  
 ( ) نعم دائما ( ) نعم غالبا ( ) نعم أحيانا ( ) نادرا  
 14- هل هناك معوقات تعيق من تحقيق خططكم لأهدافها: ( ) نعم ( ) لا  
 15- في حال كانت الإجابة بنعم، فما هي هذه المعوقات:  
 ضعف في الخطة نفسها ( ) نعم ( ) لا  
 ضعف المتابعة ( ) نعم ( ) لا  
 محدودية التمويل ( ) نعم ( ) لا  
 نقص الكوادر البشرية في المؤسسة ( ) نعم ( ) لا  
 نقص الكفاءات القيادية المميزة في المؤسسة ( ) نعم ( ) لا  
 التنسيق مع مقدمي الخدمات الآخرين ( ) نعم ( ) لا  
 عدم تفاعل المستفيدين مع الخطة ( ) نعم ( ) لا  
 تدخل الجهات الخارجية في الخطة ( ) نعم ( ) لا  
 معوقات ناجمة عن الوضع السياسي ( ) نعم ( ) لا  
 16- هل تقوم مؤسستكم بإعداد تقارير متابعة منتظمة لنشاطاتها: ( ) نعم ( ) لا  
 17- لمن تقدم هذه التقارير:  
 ( ) الجمعية العامة ( ) مجلس الادارة ( ) الجهاز التنفيذي  
 ( ) الممول ( ) وزارة الصحة ( ) وزارة الداخلية

**سادسا: معلومات خاصة بالموظفين :**

- 1- ما هو عدد الموظفين (يشمل موظفي المشاريع) :-----
- 2- هل يتم تعيين الموظفين في مؤسستكم حسب : (يمكن أكثر من خيار)
- ( ) معايير مكتوبة ( ) من خلال مقابلة ( ) من خلال امتحان كتابي
- ( ) من خلال مقابلة و امتحان كتابي ( ) التطوع ( ) عن طريق المعرفة
- ( ) عن طريق الوساطة
- 3- هل يوجد لكل موظف وصف وظيفي يحدد مهامه و مسؤولياته و صلاحياته ؟
- ( ) نعم ( ) لا
- 4- هل يتم مكافأة الموظفين المتميزين و معاقبة المقصرين حسب نظام مكتوب و معروف لدى الجميع؟
- ( ) نعم ( ) لا
- 5- اذا كانت الاجابة نعم فهل :
- ( ) يوجد نظام مكافآت و حوافز مكتوبة و معروفة " شوهد "
- ( ) يوجد نظام مكافآت و حوافز غير مكتوب
- ( ) لا يوجد نظام مكافآت و حوافز
- 6- توزيع الموظفين بأجر حسب الجدول التالي:

| المجموع | إناث | ذكور | موظفين<br>بوظيفة جزئية | عدد الموظفين<br>( مشاريع ) | عدد الموظفين<br>( الدائمين ) | حسب طبيعة العمل |
|---------|------|------|------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------|
|         |      |      |                        |                            |                              | طبيب/ة          |
|         |      |      |                        |                            |                              | أخصائي نفسي     |
|         |      |      |                        |                            |                              | صيدلاني/ة       |
|         |      |      |                        |                            |                              | أخصائي اجتماعي  |
|         |      |      |                        |                            |                              | ممرض/ة          |
|         |      |      |                        |                            |                              | مهن طبية مساعدة |
|         |      |      |                        |                            |                              | إداري/ة         |
|         |      |      |                        |                            |                              | موظف/ة خدمات    |
|         |      |      |                        |                            |                              | أخرى            |
|         |      |      |                        |                            |                              | المجموع         |

- 7- هل يوجد متطوعين في المؤسسة؟ ( ) نعم ( ) لا
- 8- ما هو عدد المتطوعين في المؤسسة:-----
- 9- هل يوجد للمؤسسة سياسة واضحة تهدف الى تنمية قدرات و مهارات العاملين فيها :
- ( ) نعم ( ) لا





- مشارك في المتابعة و التقييم ( ) نعم ( ) لا  
مستفيد و متلقي خدمة فقط ( ) نعم ( ) لا

### ثامنا: التعاون و التنسيق :

- 1- هل يوجد لديكم شراكة أو تعاون مع مؤسسات أخرى في تنفيذ برامجكم:  
( ) نعم ( ) لا
- 2- إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هي هذه المؤسسات التي تربطكم معها علاقات شراكة أو تعاون:  
( ) وزارة الصحة ( ) منظمات صحية محلية غير حكومية  
( ) منظمات صحية دولية ( ) منظمات صحية أهلية دولية  
( ) منظمات صحية عربية ( ) منظمات صحية إسرائيلية  
( ) منظمات عربية غير صحية ( ) منظمات دولية غير صحية
- 3- هل تقومون بزيارات لهذه المؤسسات لتعزيز التعاون بينكم ؟  
( ) نعم دائما ( ) نعم أحيانا ( ) نادرا ( ) لا
- 4- إذا كانت الإجابة بنعم ، فمتى كانت اخر زيارة قمتم بها ؟ و من هي الجهة التي قمتم بزيارتها ؟

- 5- في حال كان لمؤسستكم علاقة مع وزارة الصحة الفلسطينية، فكيف ترون هذه العلاقة: (يمكن أكثر من خيار)  
( ) علاقة تمويل ( ) علاقة شراكة ( ) علاقة تكاملية  
( ) علاقة تعاقدية ( ) علاقة إشراف ( ) علاقة تنسيق
- 6- هل تقوم وزارة الصحة بدور الأشراف المفترض أن تقوم به :  
( ) نعم دائما ( ) نعم أحيانا ( ) نادرا ( ) لا
- 7- متى قامت وزارة الصحة باخر زيارة لكم ؟ -----
- 8- هل هناك اتفاقيات تفاهم بينكم و بين وزارة الصحة الفلسطينية ؟  
( ) نعم حاليا ( ) نعم سابقا ( ) لا
- 9- هل هناك اتفاقيات تعاون بينكم و بين وزارة الصحة لشراء خدمات ؟  
( ) نعم حاليا ( ) نعم سابقا ( ) لا
- 10- إذا كانت الإجابة نعم ، فما هي هذه الخدمات :

- 11- هل هناك نظام لتحويل المرضى لمرافق وزارة الصحة ؟  
( ) نعم دائما ( ) نعم أحيانا ( ) نادرا ( ) لا
- 12- هل مؤسستكم عضو في أي هيئة تنسيقية أو اتحاد ؟ ( ) نعم ( ) لا
- 13- إذا كانت الإجابة نعم ، ففي أي جسم: -----

- 14- ما هو تقييمكم لعمل الهيئة التي لديكم عضوية فيها:  
 ( ) فعالة جدا ( ) فعالة ( ) متوسطة الفاعلية ( ) غير فعالة
- 15- ما هو معدل عدد الاجتماعات السنوية للأجسام التي لديكم عضوية فيها:-----
- 16- اذا كانت الاجابة لا ، فهل تشاركون باجتماعات و أنشطة مشتركة مع اجسام او اتحادات قائمة ؟  
 ( ) نعم دائما ( ) نعم احيانا ( ) نادرا ( ) لا
- 17- هل تعتقد بان هناك حاجة لتعزيز التنسيق بين المؤسسات الاهلية في هذه المرحلة :  
 ( ) نعم ( ) لا
- 18- اذا كانت الاجابة نعم ، فهل ترجع الاسباب ذلك الى:  
 ضرورة تنسيق الأدوار للمنظمات الاهلية ( ) نعم ( ) لا  
 بلورة نموذج تنموي من خلال علاقات الشراكة ( ) نعم ( ) لا  
 ضمان اقرار انظمة و تشريعات و سياسات ملائمة ( ) نعم ( ) لا  
 تلافي الازدواجية و التكرار ( ) نعم ( ) لا  
 للحفاظ على استقلالية القطاع الأهلي في علاقاته مع الممولين الخارجيين ( ) نعم ( ) لا
- 19- هل تعتبرون بان القطاع الخاص شريكا لكم ؟  
 ( ) نعم ( ) لا
- 20- اذا كانت الاجابة نعم، فهل علاقة مؤسستكم به هي:  
 علاقة مهنية( تطوير اداري، تطوير مؤسسى....) ( ) نعم ( ) لا  
 علاقات تمويل( تلقي منح و دعم مالي ) ( ) نعم ( ) لا  
 نشاطات مشتركة ( ) نعم ( ) لا  
 علاقات تنسيقية تبعا لموضوعات و أنشطة محددة ( ) نعم ( ) لا

### تاسعا: معلومات عن التمويل:

- 1- ما هو معدل الميزانية السنوية للعوام الثلاثة الماضية:  
 عام 2005 : ----- عام 2006:----- عام 2007:-----
- 2- ما هي مصادر تمويل مؤسستكم (مصادر تمويل البرامج الصحية فقط):  
 اجنبي -حكومي ( ) نعم ( ) لا  
 أجنبي - أهلي ( ) نعم ( ) لا  
 عربي - اهلي ( ) نعم ( ) لا  
 تبرعات من عرب في الخارج ( ) نعم ( ) لا  
 تبرعات من مؤسسات و أفراد داخل الخط الأخضر ( ) نعم ( ) لا  
 تبرعات من فلسطينيين في الخارج ( ) نعم ( ) لا  
 منح من السلطة ( ) نعم ( ) لا  
 تبرعات وهبات محلية ( ) نعم ( ) لا  
 مصادر ذاتية ( ) نعم ( ) لا
- غير ذلك، حدد:-----

3- ما هي المعايير التي تستند اليها المؤسسة في قبول المنح الخارجية ، هل هي:

- وجود رؤية مشتركة مع الجهة الممولة ( ) نعم ( ) لا ( )
- عدم وجود شروط من الجهة الممولة ( ) نعم ( ) لا ( )
- إذا كان التمويل منسجماً مع برامج و نشاط المؤسسة ( ) نعم ( ) لا ( )
- 4- هل سبق و ان تلقيتم تمويلاً مشروطاً ؟ ( ) نعم ( ) لا ( )
- 5- كيف تنظرون للعلاقة بين مؤسستكم و بين الجهة او الجهات التي تقدم دعماً مالياً للمؤسسة ؟ ( ) نعم ( ) لا ( )

6- هل تعاونون من عجز مالي في مؤسستكم (اقتصار الإجابة على البرامج الصحية): ( ) نعم ( ) لا ( )

7- ما هي أسباب العجز في مؤسستكم (في البرامج الصحية إن وجد):

- عدم كفاية التمويل ( ) نعم ( ) لا ( )
- سوء الإدارة المالية ( ) نعم ( ) لا ( )
- إغلاق أو خسارة مشاريع مدرة للدخل ( ) نعم ( ) لا ( )
- محدودية الموارد الذاتية ( ) نعم ( ) لا ( )
- تقديم المؤسسة لمساعدات للفئات المستهدفة ( ) نعم ( ) لا ( )

8- ما هي الصعوبات التي تجابهكم على صعيد تأمين الدعم المالي؟

- نقص الكفاءات في المؤسسة ( ) نعم ( ) لا ( )
- عدم تفاعل الممولين ( ) نعم ( ) لا ( )
- إدارية ( ) نعم ( ) لا ( )
- قانونية ( ) نعم ( ) لا ( )
- ناجمة عن خلافات داخلية ( ) نعم ( ) لا ( )

غير ذلك، حدد:-----

9- ما هي احتياجات مؤسستكم (الاحتياجات المرتبطة بالمجال الصحي فقط):

- حشد التمويل ( ) نعم ( ) لا ( )
- مصاريف جارية ( ) نعم ( ) لا ( )
- أجهزة وتقنيات ( ) نعم ( ) لا ( )
- علاقات تشبيك ( ) نعم ( ) لا ( )
- تعاون المجتمع ( ) نعم ( ) لا ( )
- كوادر بشرية متخصصة ( ) نعم ( ) لا ( )
- تطوير قدرات التخطيط والتطوير ( ) نعم ( ) لا ( )

ملاحظات: \_\_\_\_\_

### ملحق رقم (3)

#### قائمة بأسماء المحكمين

1. امجد الشوا - مدير شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية.
2. د. جهاد مشعل - مدير عام جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية.
3. د. رياض الزعنون - وزير الصحة الفلسطيني الأول.
4. د. ريتا جقمان - جامعة بير زيت.
5. د. عبد العزيز ثابت - جامعة القدس.
6. م. علاء الغلابيني - ناشط في العمل الأهلي.
7. د. مجدي عاشور - باحث في السياسات الصحية.
8. د. يحيى عابد - جامعة القدس.
9. د. يوسف أبو الجديان - مدير مكتب مؤسسة كير في قطاع غزة.
10. د. يوسف عوض الله - مدير عام دائرة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية - وزارة الصحة الفلسطينية.

## ملحق رقم (4)

### أسئلة المقابلات

- 1- هل يمكنك تحديد دور المنظمات الأهلية الصحية الفلسطينية؟
- 2- بماذا تفسرون تراجع روح العمل التطوعي في المنظمات الصحية الأهلية؟
- 3- الى ماذا ترجعون الزيادة في تأسيس المنظمات الأهلية بعد عام 2000 عن الأعوام التي سبقتة؟ و بماذا تفسرون قلة عدد المنظمات الصحية الاهلية التي تعمل على صعيد وطني؟
- 4- كيف تنظرون الى بقاء بعض مدراء المنظمات في مناصبهم الإدارية مع بلوغهم سن التقاعد؟ و عدم حصول البعض منهم على مؤهل علمي عالي؟
- 5- ما هي الخدمات التي تعتقد بانه يجب تقديمها حصرا من المنظمات الأهلية الصحية الفلسطينية؟
- 6- إلى أي درجة تتكامل الخدمات المقدمة من المنظمات الأهلية الصحية الفلسطينية مع الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمات الآخرين و خاصة مع وزارة الصحة الفلسطينية؟
- 7- هل تقوم هذه المنظمات بدور كاف في التأثير في السياسات الصحية الفلسطينية؟
- 8- ما رأيكم في مساهمة المنظمات الأهلية الصحية الفلسطينية في وضع الخطط الصحية الوطنية؟
- 9- كيف تنظرون للعلاقة بين وزارة الصحة الفلسطينية والمنظمات الأهلية الصحية الفلسطينية؟ الى ماذا ترجعون ان حوالي 40 % من المنظمات الصحية الاهلية غير مرخصة لدى وزارة الصحة؟
- 10- بماذا تفسرون حرص المنظمات الصحية الاهلية على تقديم تقاريرها الى الممول و وزارة الداخلية على حساب تقديمها الى وزارة الصحة؟
- 11- بماذا تفسرون قلة عدد المنظمات الاهلية التي لها اتفاقيات تعاون موقعة مع وزارة الصحة في الوقت الحالي عن الفترات السابقة؟
- 12- بماذا تفسرون بان هناك 43 % من المنظمات الصحية الاهلية لم تفصح عن موازنتها عند تعبئة الاستبيان ، مع تأكيد الباحث على سرية المعلومات و انها ستستخدم للبحث العلمي فقط؟
- 13- من وجهة نظركم هل توجد معايير لتمويل المنظمات الاهلية من السلطة الوطنية الفلسطينية؟
- 14- كيف تقيمون درجة التنسيق و التشبيك بين المنظمات الأهلية الصحية الفلسطينية؟
- 15- ما هي مقترحاتكم ليكون دور المنظمات الأهلية الصحية الفلسطينية أكثر فاعلية في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني؟
- 16- هل تريد ذكر ملاحظات اخرى : \_\_\_\_\_

## ملحق رقم ( 5 )

### قائمة بأسماء المنظمات التي شملتها الدراسة

1. جمعية الخدمة العامة
2. جمعية اتحاد الكنائس
3. برنامج غزة للصحة النفسية
4. جمعية أصدقاء المريض الخيرية بغزة
5. جمعية جباليا للتأهيل
6. جمعية الهلال الأحمر لقطاع غزة
7. جمعية بنك الدم المركزي
8. جمعية أطفالنا للصم
9. اتحاد لجان العمل الصحي
10. مجمع الصحابة الطبي
11. مركز الجرح الفلسطيني الطبي
12. المستشفى الأهلي العربي
13. جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية
14. الجمعية الوطنية لتأهيل المعوقين بقطاع غزة
15. جمعية تنمية المغرقة
16. م. دار السلام
17. جمعية الأمل لتأهيل المعاقين - رفح
18. جمعية إنقاذ المريض الخيرية
19. جمعية المعاقين حركيا - قطاع غزة
20. مؤسسة الثقافة والفكر الحر - مركز صحة المرأة البريج
21. الوفاء للتأهيل الطبي و الجراحة التخصصية
22. جمعية الحق في الحياة
23. جمعية رعاية المريض الخيرية
24. مركز الأطراف الصناعية وأجهزة الشلل
25. جمعية البيت السعيد لرعاية الأم والطفل
26. جمعية التكافل للتنمية المجتمعية
27. فلسطين المستقبل - مركز التلاسيما
28. المركز الوطني للتأهيل المجتمعي
29. جمعية الصلاح الإسلامية
30. جمعية أرض الإنسان الفلسطينية الخيرية
31. جمعية الصخرة المشرفة الخيرية

32. الجمعية الإسلامية-المركز الطبي الخيري رفح
33. جمعية أصدقاء الستوما
34. جمعية الأقصى للإغاثة والتنمية
35. جمعية الطفل الجريح الخيرية
36. جمعية دار الكتاب والسنة
37. جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية
38. جمعية دار الهدى
39. الجمعية الإسلامية
40. جمعية الخدمة العامة لحي كندا
41. اتحاد لجان الرعاية الصحية
42. جمعية بيتنا للتنمية و التطوير المجتمعي

## ملحق رقم ( 6 )

### رسالة تحكيم

السيد  
بعد التحية ،

المحترم

#### الموضوع : وضع ملاحظات على الاستبيان و الاسئلة المرفقة

- ارجو من سيادتكم وضع ملاحظتكم بخصوص الاستبيان و الاسئلة التي ستوجه للخبراء و المدراء اثناء المقابلات المعمقة والخاصة بالبحث " دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني " ، حيث انهما جزء من متطلب الدراسة للحصول على درجة الماجستير من جامعة القدس - كلية الصحة العامة- تخصص إدارة صحية ، علما بان أهداف البحث هي:
1. التعرف على الخدمات الصحية المقدمة من المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة، ومدى مساهمتها في تعزيز الخدمات الصحية.
  2. تحديد الخصائص الرئيسية للمنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة و أنواع الخدمات التي تقدمها .
  3. دراسة مدى تكامل الخدمات المقدمة من المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية مع الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمات الآخرين.
  4. استخلاص استنتاجات تساعد صناع القرار في المنظمات الأهلية و المنظمات الصحية الأخرى على تعزيز الدور التكاملي للمؤسسات الأهلية .

و اقبلوا فائق الاحترام و التقدير

مقدمه الطالب

عائد محمود ياغي



## ملحق رقم ( 7 )

### رسالة مركز المعلومات

2008/7/14

المحترم

السيد / د. رياض عواد

مدير مركز المعلومات - وزارة الصحة الفلسطينية

بعد التحية ،

### الموضوع : تزويدي بمعلومات خاصة لدراسة الماجستير

أنا الباحث عائد محمود ياغي من كلية الصحة العامة - جامعة أبو ديس - القدس ، أقوم ببحث حول " دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني " ، وهو جزء من متطلب الدراسة للحصول على درجة الماجستير - تخصص إدارة صحية .

و يهدف البحث لتحديد الخدمات الصحية المقدمة من المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة، ومدى مساهمتها في تعزيز الخدمات الصحية.

أمل منكم الموافقة على تزويدي بالمعلومات و الإحصائيات المرفقة ، علما بان جميع المعلومات التي ستقدمونها ستستخدم في البحث العلمي فقط.

و اقبلوا فائق التقدير و الاحترام

الباحث عائد محمود ياغي