



برنامج إدارة الأعمال
كلية الدراسات العليا

انعكاس الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016)
على محافظة الخليل

"The Effect of Implement of the Strategic Health Plan of Palestinian
Ministry of Health(2014-2016) on Hebron Governorate"

إعداد الباحثة

م. أحلام علان

إشراف

د. محمد الجعبري

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات نيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال بكلية
الدراسات العليا في جامعة الخليل

2017

إجازة الرسالة

انعكاس الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016)
على محافظة الخليل

إعداد الباحثة

م. أحلام علان

إشراف

د. محمد الجعبري

نوقشت هذه الرسالة يوم الأربعاء بتاريخ 2017/12/13، وأجيزت من أعضاء لجنة المناقشة

التوقيع



..... مشرفاً ورئيساً


..... ممتحناً خارجياً


..... ممتحناً داخلياً

أعضاء لجنة المناقشة

1. د. محمد الجعبري

2. د. معتصم حمدان

3. د. أسامة شهوان

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

(وَقُلْ رَبِّ زَكَاةً نُّعِيْ
عِلْمًا)

مصطفى الله العظيم

سورة طه، آية 114

... إلى الأبد ...

إلى مروح... أمي

إلى مروح... أبي

إلى مروح... أبي الثاني عمي الدكتور فتحي علان

إلى جنتي... أخي الغالي

إلى سندي في الحياة... نروجي

إلى من أعشق برق أعينهم... أطفالي

إلى نرميلاتي ونرملائي... طلبة العلم

كما لا يفوتني أن أهدي هذا الإنجاز المتواضع إلى كل الذين لهم علي حقُّ الواجب والتقدير

إلى الذين قدموا لي الدعم والمساعدة لإنجاز هذه الدراسة المتواضعة

... إليكم أهدي ثمرة جهدي...

الشكر والافتكار

الحمد والشكر لله رب العالمين، الذي أعانني على إتمام رسالتي هذه، وأسأله تعالى أن يجعلها عملاً ينفع به، وأتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان والعرفان للدكتور الفاضل محمد الجعبري، الذي تواضع مشكوراً وأشرف على هذه الدراسة، مقدماً ملاحظاته وتوجيهاته القيمة التي ساهمت في إنجاز هذه الدراسة، ولأعضاء الهيئة التدريسية الأجلاء في كلية الدراسات العليا، برنامج ماجستير إدارة الأعمال في جامعة الخليل وذلك لما بذلوه مخلصين في مسؤولياتهم العلمية تجاه طلبة الكلية، والذين قدموا لي ولزملائي خلاصة خبراتهم ومعارفهم، وأخص بالذكر الدكتور سمير أبو زنيد عميد كلية الإدارة في جامعة الخليل، الدكتور راتب الجعبري، الدكتور يوسف أبو فارة، الدكتور أسامة شهوان.

وأتقدم بالشكر والعرفان لأعضاء لجنة المناقشة لهذه الرسالة على ما قدموه لي من تقييم وملاحظات وتوجيهات قيمة، وكذلك المحكمين الأفاضل الذين قاموا بتحكيم أداة الدراسة لما كان لإرشادهم وملاحظاتهم من فائدة في إثراء هذه الرسالة.

كما وأتقدم بالشكر والتقدير إلى مديري المؤسسات الحكومية بمحافظة الخليل، وأخص بالذكر الدكتور الفاضل محمد وليد زلوم.

وأتقدم بجزيل الشكر من زملائي وزميلاتي في البرنامج، لحسن تعاونهم وروحهم الطيبة، وأخص بالشكر الزميلة الأستاذة المهندسة (غدير قسراوي) لعطائها الدؤوب وتوجيهاتها القيمة دون كلل أو ملل. وأخيراً وليس آخراً أشكر كل أولئك الذين تعاونوا معي بشكل أو بآخر لإتمام هذه الدراسة، وأخص بالذكر زوجي علاء علان، أخي ومهجة قلبي الدكتور محمود علان وزوجته، صديقتي واختي المهندسة رغد، والى الجندي المجهول في حرصها على بيتي وأولادي لينا، والى صديقتي والعريزة علي هنادي، والى عائلة زوجي والى جدتي وأعمامي وعماتي وجميع أقاربي.

الباحثة: أحلام علان

فهرس المحتويات

إجازة الرسالة.....	خطأ! الإشارة المرجعية غير معرفة.
ال...الإهداء.....	ج.....
الشكر والتقدير	د.....
فهرس المحتويات.....	ه.....
فهرس الجداول.....	ح.....
فهرس الملاحق.....	ط.....
ملخص الدراسة باللغة العربية.....	ي.....
Abstract.....	م.....
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.....	1.....
1-1 المقدمة.....	2.....
2-1 مشكلة الدراسة.....	4.....
3-1 أسئلة الدراسة.....	7.....
4-1 أهداف الدراسة.....	8.....
5-1 أهمية الدراسة.....	9.....
6-1 مصطلحات الدراسة.....	9.....
7-1 حدود الدراسة.....	12.....
الفصل الثاني: الإطار النظري.....	15.....
المبحث الأول.....	16.....
الإطار النظري.....	17.....
1-2 الإدارة الاستراتيجية.....	17.....
1-1-2 مقدمة.....	17.....
2-1-2 مفهوم الإدارة الاستراتيجية.....	18.....
3-1-2 أهمية الإدارة الاستراتيجية ودورها في تطوير القطاع العام والخاص.....	19.....
4-1-2 أهداف الإدارة الاستراتيجية.....	21.....
5-1-2 مراحل التخطيط الاستراتيجي.....	21.....
1-5-1-2 مرحلة الإعداد.....	21.....
2-5-1-2 مرحلة التنفيذ الاستراتيجي.....	25.....
3-5-1-2 مرحلة الرقابة وتقييم الاستراتيجية.....	28.....

30	6-1-2 معوقات التخطيط الاستراتيجي
32	المبحث الثاني
33	2-1 القطاع الصحي الفلسطيني
33	1-2-1 مقدمة
34	2-2-2 الوضع الصحي الفلسطيني
37	3-2-2 النظام الصحي في فلسطين
38	3-2-2 محاور القطاع الصحي الفلسطيني
41	4-2-2 تقديم الخدمات الصحية في فلسطين
43	المبحث الثالث
44	3-2 الوضع الصحي في محافظة الخليل
44	1-3-2 مقدمة
45	2-3-2 الوضع الصحي في محافظة الخليل
48	3-3-2 واقع المؤشرات الصحية في محافظة الخليل
54	المبحث الرابع
55	4-2 وزارة الصحة الفلسطينية وخطتها الاستراتيجية الصحية
55	1-4-2 المقدمة
56	2-4-2 وزارة الصحة الفلسطينية
62	3-4-2 الاستراتيجية الصحية الفلسطينية 2014-2016
63	1-3-4-2 الأهداف الاستراتيجية الصحية الفلسطينية 2014-2016
67	2-3-4-2 البرامج الصحية التنفيذية
68	3-3-4-2 الأهداف الاستراتيجية ومؤشرات القياس
70	4-3-4-2 النظرة المستقبلية لخدمات وزارة الصحة الفلسطينية
73	الفصل الثالث: منهجية الدراسة
74	1-3 مقدمة
74	2-3 منهج الدراسة
75	3-3 جمع البيانات والمعلومات
75	4-3 مجتمع الدراسة وعينته
77	5-3 أداة الدراسة
80	6-3 إجراءات تطبيق أدوات الدراسة
81	7-3 عملية معالجة البيانات وتحليلها

84	الفصل الرابع: تحليل وعرض النتائج
85	1-4 مقدمة
85	2-4 تحليل المقابلات غير المهيكلة
86	3-4 تحليل نتائج المقابلات المهيكلة في محافظة الخليل وعرضها
163	4-4 مناقشة نتائج أسئلة الدراسة
175	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات
176	1-5 ملخص النتائج
178	2-5 الاستنتاجات
180	3-5 التوصيات
181	4-5 مقترح آلية تنفيذ
184	قائمة المصادر والمراجع
190	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
76	جدول رقم (1-3) توزيع مجتمع الدراسة على المديریات الصحية بمحافظة الخليل	1
76	جدول رقم (2-3) توزيع مجتمع الدراسة على المستشفيات الحكومية بمحافظة الخليل	2

فهرس الملاحق

الصفحة	الملحق	الرقم
191	نموزج أسئلة المقابلة المهيكلة	1
194	أسماء محكمي المقابلة المهيكلة	2
195	ترميز المقابلات	3
196	طلب تحكيم المقابلة	4
197	شهادة تدقيق إملائي ولغوي	5
198	مقترح آلية تنفيذ	6

ملخص الدراسة باللغة العربية

" انعكاس تنفيذ الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية على محافظة الخليل "

هدفت الدراسة الحالية إلى دراسة الواقع الصحي في محافظة الخليل وتحليله ومعرفة من خلال المؤشرات الصحية والخدمات الصحية المقدمة في هذه المحافظة المرتبطة بأهداف الخطة الصحية الاستراتيجية، لمعرفة مدى انعكاس تنفيذ الوزارة للبرامج والأهداف الواردة في الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016) على محافظة الخليل.

وانطلاقاً من طبيعة الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة موضوع الدراسة في الوقت الحاضر كما هي في الواقع وتحليل النتائج، ومن أجل تحقيق هذا الهدف استخدمت الباحثة أسلوب تحليل المحتوى لتحليل المقابلات، ومدى توافقها مع الأهداف الاستراتيجية للخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016)، حيث قامت الباحثة بإجراء مقابلات غير مهيكلة مع عينة قصديه ممن لديهم الخبرة في مجال إعداد الخطة الاستراتيجية، ثم قامت الباحثة بإجراء مقابلات مهيكلة مع مجتمع الدراسة، وتكون من مديري المؤسسات الصحية الحكومية بالمحافظة، وتم حصر المؤسسات الصحية الحكومية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية في المحافظة في أربع مديريات صحية حكومية، وثلاثة مستشفيات حكومية، وتم اعتماد أسلوب المسح الشامل حيث أخذت الباحثة مجتمع الدراسة كاملاً كعينة للدراسة، وتكون من 21 مدير مؤسسة صحية، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

- وجود تحسن في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، ووجود تحسن في انتشار عيادات الرعاية الصحية الأولية في المناطق النائية مقارنة مع السنوات الماضية، إلا أن هذا التحسن لم يغطِ احتياجات المحافظة لخدمات الرعاية الصحية الأولية بالشكل اللازم حسب الخطة

الصحية الاستراتيجية وأهدافها المتوقعة حيث ان محافظة الخليل تعد الأعلى بين محافظات الضفة الغربية من حيث الإصابة بالعديد من الأمراض غير السارية مثل السرطان والقلب وأمراض السكري.

• وجد عند مقارنة محافظة الخليل مع بقية المحافظات أنها كانت ولا تزال الأقل حظاً بالمحاصصة في الخدمات الصحية من حيث نسبة المرضى لكل مركز صحي وعدد المرضى لكل سرير وعدد المستشفيات مقارنة" مع عدد السكان.

• عدم توفير الموازنات المالية الكافية لنجاح تعزيز الرعاية الصحية الوقائية، وعدم تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة.

• وجود ضغط كبير على المؤسسات الصحية في المحافظة، وكذلك على الكوادر الطبية المتوفرة، ووجود نقص في توفير المعدات اللازمة، مما ينعكس سلباً على تحقيق الجودة التي تشكل دوراً رئيساً للمتابعة والتقييم ومن ثم المساءلة والتصحيح للوصول إلى الرضا الطبي لسكان المحافظة.

• من خلال الدراسة تبين وجود مشاريع تنموية للمحافظة موافق عليها من الوزارة، إلا إنه لم يتم تنفيذها بشكل كامل حتى نهاية عام 2016.

• عدم وجود أنظمة معلومات صحية وتكنولوجية تعزز التواصل بين مختلف الوحدات بالمحافظة.

• عدم وجود نظام رقابي مركزي دوري في المحافظة، وعدم وجود كادر متخصص بالمحافظة للقيام بالرقابة اللازمة لتحسين الأداء وتعديل الأخطاء.

• تبين أن من أهم المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية والبرامج التابعة لها في المنطقة عدم كفاية الموازنة الموضوعة من الوزارة بما يتناسب مع الوضع الصحي

للمحافظة، ويمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال اتخاذ الدولة قرارات قائمة على العدالة في توزيع الإمكانيات المتاحة، أما بالنسبة لمقترحات التحسين للبنى التحتية فتكون من خلال أن يكون لأصحاب القرار بالمحافظة كالبلديات دور في تفعيل المحاصصة، وبناء مستشفيات جديدة تفي بالاحتياجات اللازمة.

Abstract

"The Effect of Implement of the Strategic Health Plan of Palestinian Ministry of Health (2014-2016) on Hebron Governorate"

The study aimed to study the analysis and the reality of health through health indicators ,and the health services offered in Hebron Governorate that is connected to the aims of the Strategic Health Plan to know the extent implement of the ministry to the programs and the incoming aims in the Strategic Health Plan for the Palestinian Health Ministry (2014-2016) on Hebron Governorate.

Starting from the nature of the study, the researcher used the descriptive approach that depends on studying the phenomenon as a subject of the study, at the moment and as it is in reality and analyzing the results. In addition to the content analysis way to analyze the interviews and check to which level does it agree with the strategic aims compared to the Strategic Plans of the Ministry of Health (2014-2016). The researcher depended in her study on the qualitative method to collect data and analyze it. Where some unstructured interviews were done with intended sample whom have experience in the field of setting a strategic plan, then structured interviews were performed with the society of the study and it included the managers of the health institutions in the governorate The health institutions were incarcerated, the ones following the ministry of health in the Governorate in four Governmental Health departments, three governmental hospitals in the governorate. The - researcher- counted - on - the comprehensive survey, also she took the community of study as whole as a symbol for the study, and it existed of **21** manager of a health institution, and the study came to several main results.

-The Hebron Governorate suffers from the increase and spread of the amount of non-communicable disease. Although having progress in serving first healthcare services and the spreading of healthcare clinics in the poor areas comparing with the past few years, but these progresses didn't cover the needs of the Hebron Governorate's first healthcare services as planned in the Strategic Health Plan and its expectations.

-The Hebron governorate is the most deprived governorate in terms of providing the second health services; (hospitals) and the third health services (specialized medical services), and its hospitals lack specialized departments.

-When we compared Hebron with the rest of the Governorates, we found out that Hebron Governorate was and still less fortunate in the allocation of health services than other Governorates whose population does not exceed the number of villagers in one of Hebron villages.

- Hebron Governorate lacks sufficient funds to successfully promote preventive health care, and the Ministry failure to implement the National Chronic diseases Registry System.

- Lack of financial resources to maintain an effective and durable quality system due to a budget deficit, which reflects negatively on the quality of achievement, which is a key role for monitoring and evaluation then accountability and correction to reach the medical satisfaction of the population of the Governorate.

- Lack of the reinforcement of the institutional development in the governorate of Hebron because of the lack of health centers in the Governorate which works on computerized systems. In addition to that, despite the existence of development projects for the province approved by the ministry, they were not fully implemented until the end of 2016. Moreover, the Governorate lacks information systems and centralized periodic control system, as well as the lack of specialized staff in the Governorate to carry out the necessary supervision to improve performance and correct errors.

-As a result the Obstacles to the implementation of the health strategic plan and its programs in the region are found to be in the poor implementation of strategic plans based on the poor infrastructure of health institutions, and the lack of provision of all requirements. The lack of justice in the distribution of resources, the shortage in the number of health centers and sites, the unavailability of the necessary health personnel and the shortage of medical equipment and equipment available in the health centers in the region.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1-1 مقدمة

2-1 مشكلة الدراسة

3-1 أسئلة الدراسة

4-1 أهداف الدراسة

5-1 أهمية الدراسة

6-1 مصطلحات الدراسة

7-1 حدود ومحدداتها

1-1 المقدمة

يعتمد الوضع الصحي لأي مجتمع على ظروف ذلك المجتمع الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية، ويقاس تطور أي مجتمع بمقدار ما يقدمه هذا المجتمع لمواطنيه من خدمات صحية موزعه بشكل عادل بين جميع فئات المجتمع، ويعتبر التخطيط وعدم العشوائية أحد أهم سمات الخدمات الصحية الجيدة، لذلك فإن تبني التخطيط الاستراتيجي المنهج المبني على الأدلة والبراهين العلمية في وزارة الصحة يساهم في رسم صورته مستقبلية لما سيكون عليه واقع المؤسسات الصحية، من خلال برنامج عمل قابل للتنفيذ يساهم في تحقيق الكثير من النجاح، وتجنب الكثير من المشكلات والتعقيدات (جمعية الصحة العالمية الثامنة والستون، 2015).

والتخطيط الاستراتيجي ومنه التخطيط الصحي هو تخطيط بعيد المدى، يأخذ في الاعتبار المتغيرات الداخلية والخارجية ويحدد القطاعات المستهدفة، ويعد كأداة أساسية للمؤسسات، لكي تستمر وتتطور إذا أرادت تحقيق حالة من التميز وتطوير أهدافها الصحية، والاستجابة بطريقة فعالة للمتغيرات المجتمعية الآخذة بالتسارع، والعمل للوصول إلى تلك الأهداف في إطار منظم لتقييم المخاطر الخارجية، والفرص المتاحة والمراجعة الداخلية لعناصر القوة والضعف. والتخطيط الاستراتيجي الصحي هو عبارة عن أسلوب يمكن لوزارة الصحة أن تحاول من خلاله جعل مواردها المتاحة الحالية والمستقبلية أكثر فاعلية لتحقيق الوصول للأهداف الصحية المحددة لها، وهذا المفهوم يتضمن وضع أهداف صحية واقعية واضحة، وتوفير موارد كافية، وخدمات صحية بتغطية شاملة لكافة فئات المجتمع، مع تغطية المناطق النائية بالخدمات الصحية اللازمة. (العامري، 2009)

كما وتعد الإدارة الاستراتيجية بشكل عام من أهم المجالات التي حازت على اهتمام الباحثين، وذلك لكونها تعد من الإدارات التي تعنى بالتخطيط بعيد المدى الذي يأخذ بعين الاعتبار المتغيرات البيئية والظروف المحيطة في المؤسسات. وهو عملية متجددة شاملة يتم تحديثها باستمرار لمواكبة التغيرات البيئية، وتشير الإدارة الاستراتيجية إلى التوجه الإداري في تطبيق المدخل الاستراتيجي في إدارة المنظمة كنظام شامل ومتكامل. فهي طريقة بالتفكير، وأسلوب في الإدارة، ومنهجية في صنع واتخاذ القرارات الاستراتيجية. فالإدارة الاستراتيجية هي سلسلة من القرارات والأفعال التي تقود إلى تطوير إستراتيجية، أو استراتيجيات فعالة لتحقيق أهداف المنظمة (ياسين، 2010).

وتضطلع وزارة الصحة الفلسطينية بالمسؤولية حيال جميع وظائف النظام الصحي الفلسطيني، بما في ذلك أعمال التنسيق والتمويل، وتوفير الخدمات، والترخيص، والتنظيم. وقد أعاق التركيز على توفير طيف عريض من الخدمات وتلبية الاحتياجات الصحية للسكان، في ظل ظروف تكتنفها أزمات مزمنة وأوضاع طارئة حادة-أعاق إلى حد ما- قيام الوزارة بممارسة دورها الإشرافي الكامل، وقدرتها على توجيه أعمال التخطيط لأمد أطول. حيث يعمل النظام الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة في ظل ضغوط حادة يفرضها النمو السكاني السريع، وقلة الفرص الاقتصادية وعدم كفاية الموارد المالية، ونقص الإمدادات الأساسية، والقيود المتأصلة المتمثلة في الاحتلال والحصار. (مانينتي وآخرون، 2016).

و القطاع الصحي الفلسطيني يشمل ثلاثة محاور رئيسية، وهي الرعاية الصحية الأولية، والرعاية الصحية الثانية (المستشفيات)، والرعاية الصحية الثالثية (الخدمات الطبية المتخصصة)، وتعد وزارة الصحة الفلسطينية المشغل الرئيسي لهذه الخدمات، أي أن القطاع الحكومي الصحي يشكل

الجزء الأكبر من نظام تقديم الخدمات الصحية في فلسطين، وعليه فانه يتحمل الجزء الأكبر في تطبيق السياسات المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية، وضمان حصول الجميع على الخدمات الصحية بعدالة، وجودة عالية معتمدة على المعايير العالمية والوطنية (وزارة الصحة، 2016).

وهناك عدد من التوصيات التي صيغت ضمن التقارير المقدمة لوزارة الصحة التي أوصت بضرورة الالتزام بالحق في الصحة، وتعزيز التنسيق بين الشركاء الوطنيين والدوليين، وضرورة تعزيز جمع البيانات الصحية وتحسينها، وضرورة متابعة تنفيذ الخطط الاستراتيجية بفعالية وجودة عالية (هليلة، 2014).

وركزت هذه الدراسة على تقديم المزيد من التوصيات لوزارة الصحة وصياغتها، وذلك كنتيجة لدراسة واقع المؤشرات الصحية في محافظة الخليل وتحليلها، وواقع تنفيذ البرامج والأهداف الصحية، حيث تتعرض محافظة الخليل من خلال التحليل الأولي لبعض المؤشرات الصحية لكثير من أشكال المعاناة، كنقص عدد المستشفيات وخدمات الرعاية الصحية المختلفة مقارنة بعدد السكان، وارتفاع نسبة الإصابة بالعديد من الأمراض وغيرها، والارتفاع الكبير بعدد السكان مقارنة مع بقية المحافظات مما يستدعي زيادة التركيز عليها.

1-2 مشكلة الدراسة

نظرا لأهمية التخطيط الاستراتيجي في رفع أداء المنظمات وفي دعم القطاع الصحي، وتقديم خدمات صحية مستدامة آمنة وبعادلة لكافة الفئات في جميع المناطق الجغرافية، قامت وزارة الصحة الفلسطينية من خلال الإدارة العامة للتخطيط والسياسات الصحية إلى تيسير وتوجيه عملية التخطيط الاستراتيجي في القطاع الصحي الفلسطيني، الذي كان نتاجه الخطط الصحية الاستراتيجية المتعاقبة، ومن ضمنها الخطة الصحية الاستراتيجية (2014-2016)، حيث

تضمنت العديد من الأهداف والمشاريع التي تركز على التحسين للبنى التحتية للارتقاء بالوضع الصحي لكافة أفراد المجتمع ولكافة المناطق الجغرافية، من خلال تطبيقها لأهدافها وبرامجها.

وبعد الرجوع للأدبيات السابقة التي أكدت بأن القطاع الصحي في محافظة الخليل يواجه الكثير من التحديات (حمدان، 2008). وكذلك محافظة الخليل تتعرض من خلال التحليل للمؤشرات الصحية الوطنية التي تعكس الوضع الصحي لكثير من أشكال المعاناة فيما يتعلق بنقص عدد المستشفيات مقارنة " بعدد السكان، حيث يوجد في المحافظة المستشفيات الحكومية قليل مقارنة 3 مستشفيات تغطي 24% من سكان الضفة الغربية مما أدى إلى ارتفاع نسبة الاشغال 135% وهي أعلى نسبة اشغال بين بقية المحافظات، وكذلك ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض غير السارية مثل القلب والسرطان والسكري حيث تعد الأعلى نسبة مقارنة" مع بقية المحافظات. (مانينتي وآخرون، 2016). (التقرير الصحي السنوي، 2015).

ولكي تتمكن الباحثة من تحديد وبلورة مشكلة الدراسة قامت بجمع الملاحظات الأولية عن الوضع الصحي في المحافظة الذي يمثل انعكاس تطبيق أهداف الخطط الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية باعتبار وزارة الصحة الفلسطينية المشغل الرئيسي والأكبر من نظام تقديم الخدمات الصحية في فلسطين، وذلك من خلال إجراء بعض المقابلات غير المهيكلة مع بعض الأطباء والإداريين في المؤسسات الصحية الحكومية، التي أكدت بأن هناك ضغط يقع على عاتق المؤسسات الصحية الحكومية بالمحافظة، بالإضافة إلى الضغط الذي يقع على الكوادر والمعدات المتوفرة.

وفي هذا السياق ذكرت دراسة لمعهد أريج عن الاحتياجات التطويرية لمحافظة الخليل أن 77% من التجمعات السكانية بحاجة ماسة إلى بناء مراكز وعيادات صحية جديدة، و 30% من

التجمعات بحاجة ماسة إلى إعادة تأهيل وترميم المراكز والعيادات الصحية، وأن 35% من التجمعات بحاجة ماسة إلى شراء تجهيزات طبية للمراكز الصحية (معهد الأبحاث التطبيقية، 2008).

ومن ضمن الملاحظات الأولية التي حصلت عليها الباحثة وجود ضغط على المؤسسات الصحية في المحافظة مقارنةً مع بقية محافظات الضفة الغربية، حيث ذكرت دراسة حمدان وجود تباين هائل بين مختلف مناطق الضفة الغربية من ناحية توفير المراكز والخدمات الصحية، وكانت ولا زالت محافظة الخليل الأكثر حرماناً من الخدمات الصحية مقارنةً بمحافظات الضفة الغربية (حمدان، 2008).

ونظراً إلى وجود الكثير من المشكلات الصحية التي يعاني منها القطاع الصحي في محافظة الخليل، ووجود ضغط على المؤسسات بالإضافة إلى وجود تباين بين محافظة الخليل وبقية محافظات الضفة الغربية من ناحية توفير الخدمات الصحية مقارنةً بعدد السكان، حيث أن هذا الواقع لا يتماشى مع تحقيق أهداف الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016)، لهذه الأسباب تظهر الحاجة لدراسة الواقع الصحي في محافظة الخليل وتحليله من خلال الأهداف والبرامج الصحية الاستراتيجية الموضوعية وأين تم الوصول في تحقيقها وأثرها على المؤشرات الصحية في المحافظة. وعليه تكمن مشكلة الدراسة في دراسة مدى انعكاس تنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016) على محافظة الخليل؟

1-3 أسئلة الدراسة

من أجل معالجة مشكلة الدراسة، ومن ثم تقديم النتائج والمقترحات لزيادة التركيز في تحسين الأوضاع الصحية في محافظة الخليل، تسعى الدراسة للإجابة عن الأسئلة التالية:

• السؤال الرئيس :

ما مدى انعكاس تنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014- 2016) على المؤشرات الصحية الوطنية على محافظة الخليل؟

ومن السؤال الرئيس تندرج الأسئلة الفرعية الآتية:

1. ما مدى انعكاس تنفيذ البرامج اللازمة لتحقيق الهدف الأول " ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لجميع فئات الشعب" من الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية

(2014- 2016) على المؤشرات الصحية الوطنية المرتبطة به على محافظة الخليل؟

2. ما مدى انعكاس تنفيذ البرامج اللازمة لتحقيق الهدف الثاني " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية " من الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014- 2016) على المؤشرات الصحية الوطنية المرتبطة به على محافظة الخليل؟

3. ما مدى انعكاس تنفيذ البرامج اللازمة لتحقيق الهدف الثالث " بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع نواحي تقديم الخدمة الصحية " من الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014- 2016) على المؤشرات الصحية الوطنية المرتبطة به على محافظة الخليل؟

4. ما مدى انعكاس تنفيذ البرامج اللازمة لتحقيق الهدف الرابع " توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية " من الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014- 2016) على المؤشرات الصحية الوطنية المرتبطة به على محافظة الخليل؟

5. ما مدى انعكاس تنفيذ البرامج اللازمة لتحقيق الهدف الخامس " تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية " من الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014- 2016) على المؤشرات الصحية الوطنية المرتبطة به على محافظة الخليل؟

6. ما هي المعوقات والمقترحات التي تحد من تنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية والبرامج التابعة لها على المحافظة؟

1-4 أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. تحليل واقع الخدمات الصحية المقدمة في محافظة الخليل ومعرفتها، وتحليل مدى تأثيرها بتنفيذ وزارة الصحة الفلسطينية لخطتها الصحية الاستراتيجية للأعوام 2014-2016.
2. معرفة مدى انعكاس تنفيذ الوزارة للبرامج اللازمة لتحقيق أهداف خطتها الصحية الاستراتيجية على الواقع الصحي في محافظة الخليل، وهي خمسة أهداف جاءت كما يلي (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014):

- ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لجميع فئات الشعب.
- تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية .
- بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع نواحي تقديم الخدمة الصحية.
- توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

• تعزيز التنمية المؤسساتية والحوكمة الصحية.

3. الخروج بتوصيات تساهم في تحسين تنفيذ الوزارة للبرامج الصحية اللازمة لتحقيق أهداف

الخطة الصحية الاستراتيجية في محافظة الخليل.

1-5 أهمية الدراسة

في حدود علم الباحثة تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة التي تدرس العلاقة بين تنفيذ الخطط الصحية الاستراتيجية وانعكاسها على الواقع الصحي، حيث لم يحظ هذا الموضوع باهتمام الدارسين والمهتمين في العالم العربي عامة، وفي فلسطين خاصة، وبالتالي فإنه يتوقع من هذه الدراسة أن تشكل مساهمة في هذا المجال، مما يتيح الفرص أمام دراسات أخرى لنتناول الموضوع ذاته وتطبيقه على دول أخرى ومؤسسات، كما وتتيح هذه الدراسة فرصة لوزارة الصحة الفلسطينية لإعادة النظر في مدى أهمية الخطط التي تصوغها، وتنفيذها على الوضع الصحي في فلسطين عامة ومحافظة الخليل خاصة.

1-6 مصطلحات الدراسة

الاستراتيجية: هي تحديد الأهداف الأساسية طويلة الأمد للمنظمة، واختيار طرق التصرف وتخصيص الموارد الضرورية لغرض تحقيق الأهداف (الغالب، 2011).

الإدارة الاستراتيجية: عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بتحديد رسالة المنظمة وتكوين سياساتها وتحديد أهدافها، والذي يحدد أسلوبها وشخصيتها، ويميزها عن غيرها من المنظمات (الحملوي، 2012).

التخطيط الاستراتيجي: هو عملية تحدد شكل المؤسسة ومستقبلها، وتسعى لتخطيط بعيد المدى يأخذ في الاعتبار المتغيرات الداخلية والخارجية، ويحدد القطاعات المستهدفة، ويهتم بتصميم استراتيجيات ووضع أهداف وبرامج زمنية تجعل المؤسسة قادرة على توظيف استخدام أمثل للموارد المتاحة (ياسين، 2010).

التخطيط الاستراتيجي الصحي: هو الأسلوب الذي يمكن لوزارة الصحة من خلاله جعل مواردها المتاحة الحالية والمستقبلية أكثر فاعلية، لتحقيق الوصول للأهداف الصحية المحددة لها. وهذا المفهوم يتضمن أهدافاً صحية واقعية وواضحة وفعالية وموارد محددة وأهدافاً مستقبلية وتغطية شاملة للخدمات الصحية لفئات المجتمع كافة وتغطية المناطق النائية بالخدمات الصحية اللازمة. (العامري، 2009)

مرحلة التحليل الاستراتيجي: تحليل منهجي شامل للمنظمة من خلال الفرص والتهديدات الحالية والمتوقعة في بيئة أعمال المنظمة من جهة ، ولعناصر القوة والضعف الذاتية الموجودة في داخل المنظمة من جهة أخرى (العارف، 2007).

مرحلة التنفيذ الاستراتيجي: سلسلة من الأنشطة المترابطة مع بعضها البعض والتي تتضمن تكوين متطلبات الاستراتيجية التي يتم اختيارها (الدوري، 2005).

مرحلة الرقابة الاستراتيجية: هي نوع من أنواع الرقابة التنظيمية، تركز على تقييم عمليات الإدارة الاستراتيجية للتأكد من أن هذه العمليات تجري وفق الأسس السليمة، وهذا يعني أن الرقابة الاستراتيجية عمليات مستمرة تتأكد بموجبها الإدارة العليا من أن الأمور تسير سيراً حسناً بالمشورات العامة، دون التفاصيل التي يمكن أن تعتمد في الأنواع الأخرى للرقابة (إدريس والغالبي، 2011)

وزارة الصحة: هي الجسم المسئول عن قيادة عمل القطاع الصحي الفلسطيني وتنظيمه، من خلال الحوكمة الرشيدة والإدارة السليمة للقطاع الصحي وضمان الموارد اللازمة لاستدامته وتطويره ، فهي المسئولة عن وضع السياسات والتشريعات والقوانين والخطط، وتفعيل الشراكات بين مختلف الشركاء في القطاع ومع القطاعات الأخرى، وإدارة الموارد المتاحة واستثمارها بشكل أفضل (شلبي ولدادوة، 2013).

انعكاس الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية: الفجوة بين المؤشرات الصحية للصفة الغربية والمؤشرات الصحية في محافظة الخليل، من خلال تطبيق أهداف وبرامج الخطة الصحية الاستراتيجية.

الرعاية الصحية الأولية: هي الرعاية الصحية التي تشمل الفحص الأولي والرعاية الشاملة والمتواصلة، بما فيها التشخيص، والعلاج الأولي، والإشراف الصحي، وإدارة الخدمات الصحية الوقائية، والحالات المزمنة، ولا يتطلب توفير الرعاية الصحية الأولية معدات وأجهزة متطورة أو مصادر متخصصة (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014).

الرعاية الصحية الثانوية: هي الرعاية الصحية التي تشمل العلاج من قبل اختصاصي في المستشفى للمريض المحول من الرعاية الصحية الأولية، أو في حالة الطوارئ (التقرير الصحي السنوي، 2015).

الرعاية الصحية الثالثة: هي الرعاية الصحية التي تشمل الرعاية الاستشارية المتخصصة التي تحول عادة من الرعاية الصحية الأولية أو الثانوية، وتقدم في مركز لديه مرافق للفحوصات والعلاج المتخصص (تقرير المعهد الوطني للصحة العمومية، 2014).

المؤشرات الصحية الوطنية: هي مجموعة من المؤشرات التي تدلل على الوضع الصحي العام في فلسطين وتساعد في معرفة مدى تحقيق اهداف الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة

الفلسطينية مثل توقع البقاء على قيد الحياة، وفيات الرضع، وفيات الأمهات، نسبة الأمراض غير السارية مثل أمراض القلب والسرطان والسكري. (الخطة الصحية، 2014-2016)

1-7-1 حدود الدراسة

1-7-1 الحدود الموضوعية

تناولت الدراسة موضوع مدى انعكاس تنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2016-2014) على الواقع الصحي في محافظة الخليل ضمن الحدود الآتية:

1. دراسة الأهداف والبرامج الاستراتيجية للخطة الصحية الوطنية للأعوام 2014-2016 والبرامج اللازمة لتحقيقها.

2. دراسة وتحليل المؤشرات الصحية الوطنية الواردة في الخطة بتحقيق أهداف الخطة الصحية الوطنية للأعوام 2014-2016 والبرامج اللازمة لتحقيقها.

3. دراسة مدى انعكاس تطبيق أهداف الخطة الصحية الاستراتيجية على المؤشرات الصحية الواردة في الخطة الصحية الاستراتيجية (2014-2016) في محافظة الخليل، مع تجاهل العوامل الأخرى خارج نطاق البحث.

1-7-2 الحدود البشرية

اقتصرت الدراسة على المديرين الإداريين والطبيين في المؤسسات الصحية الحكومية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية في محافظة الخليل.

1-7-3 المحدد الأدائي

أ-المقابلات غير المهيكلة

ب- الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية(2014-2016).

ج-البيانات والتقارير الصحية الصادرة عن جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني لدراسة الواقع الصحي في محافظة الخليل، من خلال تحليل المؤشرات الصحية الواردة فيها المرتبطة بأهداف الخطة الصحية الاستراتيجية (2014-2016)، وتحديد محاور اهتمام الدراسة، وتحديد أداة الدراسة.

د_ المقابلات المهيكلة من أجل تحديد الأسباب وراء وجود فجوة بين الخطة الصحية الاستراتيجية(2014-2016) والواقع الصحي في محافظة الخليل.

1-7-4 الحدود المكانية

- مديريات الخدمات والرعاية الصحية في محافظة الخليل (الشمال والوسط والجنوب ويطا)، وتشكل أربع مديريات بحسب التقرير الإحصائي السنوي للعام 2015.
- المستشفيات وهي مستشفى عالية الحكومي، ومستشفى أبو الحسن القاسم، ومستشفى محمد علي المحتسب.

1-7-5 الحدود الزمنية

أجريت الدراسة في الفترة ما بين الفصل الثاني من العام 2016م والفصل الأول من العام 2017م.

1-7-6 محددات الدراسة

تعرضت الباحثة لبعض الصعوبات في إعداد الدراسة، من أهمها: صعوبة في جمع المعلومات نظرا لانشغال المبحوثين، مما استغرق وقتا أطول في عملية جمع المعلومات، والحاجة إلى إعادة ترتيب بعض المواعيد من أجل المقابلات بالرغم من تحديد مواعيد مسبقا لها.

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول: الإدارة الاستراتيجية

المبحث الثاني: القطاع الصحي الفلسطيني

المبحث الثالث: الوضع الصحي في محافظة الخليل

المبحث الرابع: وزارة الصحة الفلسطينية وخطتها الاستراتيجية الصحية

المبحث الأول

الإدارة الاستراتيجية

❖ مقدمة

❖ مفهوم الإدارة الاستراتيجية

❖ أهمية الإدارة الاستراتيجية ودورها في تطوير القطاع العام والخاص

❖ أهداف الإدارة الاستراتيجية

❖ مراحل التخطيط الاستراتيجي

❖ معوقات التخطيط الاستراتيجي

الإطار النظري

1-2 الإدارة الاستراتيجية

1-1-2 مقدمة

تعتبر الإدارة الاستراتيجية حقل دراسة ينظر إلى المؤسسة ككل، ويحاول أن يفسر لماذا تنمو بعض المؤسسات وتتقدم بينما تتوقف بعضها. وتركز الإدارة الاستراتيجية على تحليل الفرص والتهديدات التي تواجه المؤسسة، وتتعلق قراراتها الاستراتيجية بمستقبل المؤسسة على المدى البعيد، باعتبارها مدخلاً إدارياً شاملاً يساعد من خلال مراحلها المختلفة في تحقيق تحسن ملحوظ في أدائها، وذلك بحشد طاقاتها لتحقيق إنجازات إستراتيجية طبقاً للأولويات التي تضعها الإدارة (شحادة، 2008).

وفي الواقع تمثل الإدارة الاستراتيجية فكراً إدارياً جديداً، وتوليفة جديدة ومنتوعة من التقنيات والنماذج العملية في الإدارة الحديثة، ومنهجاً علمياً واضحاً وديناميكياً في اتخاذ القرارات الاستراتيجية التي تؤدي إلى تحقيق رسالة المنظمة وأهدافها الاستراتيجية. وتشكل الإدارة الاستراتيجية أحد المفاهيم الإدارية التي يمكن استخدامها في مختلف أنواع المؤسسات بصفة عامة، والمؤسسات الصحية بصفة خاصة، حيث تسهم ممارسة الإدارة الاستراتيجية في المؤسسات الصحية في تطوير الهياكل التنظيمية التي توضح خطوط المسؤولية والصلاحيات، وتسهم في تسريع عملية اتخاذ القرارات وتنفيذها، وإزالة الازدواجية والتعارض إن وجد، ومراجعة الإجراءات الإدارية واختصارها < من أجل إزالة التعقيد والبيروقراطية، وتقديم خدمات صحية عالية الجودة (الطويل، 2006) (عرقاوي، 2015).

من هنا تبرز ضرورة دراسة مفهوم الإدارة الاستراتيجية وأهميتها وأهدافها ومراحلها، نظرا لما لها من مساهمة فعالة ومباشرة في تحسين أداء المؤسسات وزيادة جودة خدماتها.

2-1-2 مفهوم الإدارة الاستراتيجية

في إطار توضيح مفهوم الإدارة الاستراتيجية نجد الكثير من الكتاب الذين قاموا باستعراض أفكارهم حول مفهوم الإدارة الاستراتيجية، فهناك من يعرفها بأنها "عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بتحديد رسالة المنظمة وتكوين سياساتها وتحديد أهدافها، والذي يحدد أسلوبها وشخصيتها ويميزها عن غيرها من المنظمات (الحملوي، 2012).

وعرفها (ارمسترينج): بأنها مجموعة من القرارات والنظم الإدارية التي تحدد رؤية المنظمة ورسالتها في الأجل الطويل في ضوء ميزاتها، وتسعى نحو تنفيذها من خلال دراسة ومتابعة الفرص وتقييمها، والتهديدات البيئية وعلاقتها بالقوة والضعف التنظيمي، وتحقيق التوازن بين مصالح الأطراف المختلفة (زعيبي، 2014).

في حين عرفها ياسين: أنها عملية تشير إلى التوجه الإداري الحديث، في تطبيق المدخل الاستراتيجي في إدارة المنظمة كنظام شامل ومتكامل. فهي طريقة في التفكير وأسلوب في الإدارة، ومنهجية في صنع القرارات الاستراتيجية واتخاذها (ياسين، 2010).

ورغم أن هذه التعاريف تميل أكثر إلى العمومية والتوصيف لطبيعة العمل الاستراتيجي الإداري، فإن هناك من عرف إدارة الاستراتيجية من منطلق الأدوار والمراحل الضرورية لإتمامها، وكان أهمهم تعريف (فريد ديفيد) الذي عرفها: بأنها "صياغة وتطبيق وتقويم التصرفات والأعمال التي من شأنها أن تمكن المنظمة من وضع أهدافها موضع التنفيذ " (David، 2016).

فيما يرى (الصرن، 2002) أن التخطيط الاستراتيجي هو: " العملية التي يتم بواسطتها تصور مستقبل المنظمة وتخليه، وعملية تطوير الإجراءات والعمليات الضرورية اللازمة لتحقيق هذا المستقبل".

وترى الباحثة أن هذه التعريفات ركزت على التفكير الاستراتيجي في مستقبل المنظمة من خلال معرفة الوضع النهائي المراد أن يكون عليه شكل المنظمة، وبناءً على هذه التعريفات السابقة فإنه يمكن الخروج بتعريف شامل للإدارة الاستراتيجية: بأنها منظومة متكاملة من العمليات والأنشطة ذات العلاقة بتحليل البيئة الداخلية والخارجية، وصياغة استراتيجية مناسبة وتطبيقها وتقييمها في ضوء تحليل أثر المتغيرات البيئية عليها، وذلك بما يضمن تحقيق أهداف المؤسسة وتحقيق ميزة تنافسية استراتيجية مؤكدة لها.

2-1-3 أهمية الإدارة الاستراتيجية ودورها في تطوير القطاع العام والخاص

تتبع أهمية الإدارة الاستراتيجية من خلال (البطنجي والمدهون، 2013):

- أنها تساعد على تكامل جهود الأفراد في خط واحد في اتجاه الهدف.
- أنها تعمل على تقليل مقاومة الأفراد للقرارات الإدارية، وتساعد على رؤية مشاكل المؤسسة رؤية موضوعية.
- الإدارة الاستراتيجية تشجع على التفكير العلمي الموضوعي.
- تركيز الإدارة الاستراتيجية على اتخاذ القرارات الاستراتيجية التي تتفاعل مع القضايا ذات الأثر المستقبلي طويل الأجل على المؤسسة (زعيبي، 2014).

- تؤدي الإدارة الاستراتيجية إلى درجة من الانضباط والنظام التي تساعد على حسن إدارة المؤسسة (الكردى، 2010).

تواجه كافة منظمات الأعمال سواء أكانت عامة أو خاصة إنتاجية أم خدمية تحديات كثيرة نتيجة للتغيرات والتطورات العلمية والتقنية السريعة والمستمرة، وأمام تلك التحديات المحمومة أضحت الإدارة التقليدية بعملياتها ووسائلها عاجزة عن جعل المنظمة قادرة على المنافسة، الأمر الذي يحتم على هذه المنظمات استخدام كل ما يتاح لها من أساليب إدارية معاصرة تمكنها من ذلك. وقد وجد الباحثون ضالتهم في أسلوب الإدارة الاستراتيجية كونه يمثل منهجاً فكرياً يتميز بالحدثة والريادية، ويتسم من خلال عملياته ووسائله بالقدرة على زيادة القدرات التنافسية للمنظمة وتطوير أدائها. هذا الأسلوب الذي تبنته معظم منظمات الأعمال في البلدان المتقدمة كان له الأثر الأكبر في تفوقها وتميزها، وتتبع أهمية الإدارة الاستراتيجية من حقيقة، مفادها أن كل المنظمات تحرص على تحسين أدائها وتطويره للوصول إلى الأداء الفعال، وأن واقع المنظمات يشير إلى أن مستوى نجاح المنظمات في تحقيق ذلك يتفاوت حسب كفاءتها في إدارة استراتيجياتها، وانطلاقاً من ذلك باتت ممارسة منظماتنا العامة والخاصة لأسلوب الإدارة الاستراتيجية - بشكل جدي - ضرورة ملحة وحتمية إن أرادت زيادة قدراتها التنافسية وتطوير أدائها (Kare,2013) (Salkic,2014).

ومن هنا ترى الباحثة أن تطبيق منظمات القطاع العام والخاص في فلسطين لعملية الإدارة الاستراتيجية بمفهومها العلمي ضرورة ملحة حتمية، لاسيما وإن كليهما يشكلان الركيزة الأساسية للتنمية الشاملة.

2-1-4 أهداف الإدارة الاستراتيجية

تهدف الإدارة الاستراتيجية إلى تحقيق الأهداف الآتية (الشامسي، 2010):

1. توجيه الإدارة العليا للموضوعات ذات الأولوية.
2. تركيز الموارد على الأشياء الهامة.
3. توفير المعلومات للإدارة العليا بحيث تتخذ قرارات أفضل.
4. تحليل نقاط القوة والضعف والفرص ومعوقات العمل.
5. تحقيق تنسيق أفضل بين الأنشطة المختلفة في المؤسسة.
6. إحكام الرقابة على العمليات الإدارية والفنية (العتيبي، 2012).
7. تحديد أهداف أكثر واقعية (العارف، 2007).
8. تدعيم قدرات الموارد البشرية، وتحسين الاتصال فيما بينهم (عبد العظيم، 2005).

2-1-5 مراحل التخطيط الاستراتيجي

يُمر التخطيط الاستراتيجي بثلاث مراحل رئيسية (الكردي، 2010) (الدجني، 2016)

(David, 2016) (Kare, 2013):

2-1-5-1 مرحلة الإعداد

تتضمن مرحلة الإعداد للتخطيط الاستراتيجي عدة خطوات (Julian, 2013) :

1. التحليل الاستراتيجي

تتطلب مرحلة التحليل تجميع كم هائل من البيانات والمعلومات للمساعدة في اتخاذ القرارات

السليمة، فالحقائق المتوافرة لدى القائمين على التخطيط ستؤثر بالتأكيد على التوجهات نحو القرار

المتخذ (سلسلة الإدارة المثلى، 2002).

وينطلق التخطيط الاستراتيجي من تحليل منهجي شامل للمنظمة، من خلال الفرص والتهديدات الحالية والمتوقعة في بيئة أعمال المنظمة من جهة ، ولعناصر القوة والضعف الذاتية الموجودة في داخل المنظمة من جهة أخرى (مصلح، 2010).

والتحليل الاستراتيجي هو تحليل دقيق لبيئتين رئيسيتين (الكردي، 2010) (David,2016):

أ. تحليل البيئة الخارجية

تعد دراسة العوامل البيئية الخارجية وتحليلها من الأمور المهمة والضرورية عند اختيار الاستراتيجية المناسبة من خلال تحديد الفرص المتاحة للمنظمة، والتعرف إلى الظروف المحيطة بها في فترة زمنية محددة، وتتمكن المنظمة من استغلال تلك الفرص لتحقيق أهدافها الاستراتيجية (Wagen,2006)، وتحديد التهديدات أو المخاطر المحتملة التي قد تسبب خطراً أو أثراً سلبية للمنظمة سواء بدخول منافسين للسوق، أو تغيرات في أذواق المستهلكين (الدوري، 2005).

ب. تحليل البيئة الداخلية

يقصد بتحليل البيئة الداخلية إلقاء نظرة تفصيلية على داخل التنظيم لتحديد مستويات الأداء، ومجالات القوة، والضعف. وتهتم المنظمات بتحليل كافة العوامل الداخلية وتقييمها، وذلك بغرض رئيس يتمثل في بيان نقاط القوة والضعف التي يتسم بها كل عامل من العوامل الداخلية، مع الاستعانة بنتائج تحليل العوامل الخارجية مما يساعد على اتخاذ قراراتها الاستراتيجية، واختيار البدائل المناسبة لها (إدريس ومرسي، 2002).

ويعتبر تحليل SWOT القائم على تحليل البيئة الداخلية والخارجية أداة مفيدة لمقارنة الفرص والتهديدات بعناصر القوة والضعف ، وبالتالي تحليل الوضع العام للمنظمة (الدجني، 2016).

2. صياغة الاستراتيجية

يساعد توافر الاستراتيجية على تحقيق الضمان ، والتأكد من أن القرارات التي يتم اتخاذها يومياً تتوافق مع المصالح بعيدة المدى للمؤسسة، كما يشجع وجود استراتيجية واضحة لجميع العاملين على العمل سويًا لتحقيق الأهداف المشتركة ، ويحدد الإطار الاستراتيجي التالي لمراحل صياغة الاستراتيجية (صيام، 2010).

وتبدأ صياغة الاستراتيجية بتعريف الطرق العملية التي تؤدي إلى تحليل المهام الاستراتيجية (غنيم، 2015)، ويضيف الدوري (الدوري، 2005) أن اختيار الاستراتيجية يستمد أساساً من نتائج تقييم مصفوفة (SWOT).

3. وضع الخطة الاستراتيجية

ويمر وضع الخطة الاستراتيجية للمؤسسة بثلاث خطوات (صيام، 2010) (البطني والمدهون، 2013):

أ- صياغة رؤية المؤسسة ورسالتها

❖ الرؤية الاستراتيجية

يعتبر وجود رؤية استراتيجية واضحة ومميزة بمثابة حجر الزاوية في بناء الاستراتيجية الفعالة وتحقيقها، فالرؤية ليست مجرد سباق في انتقاء الألفاظ والشعارات والعبارات الجذابة، ولكنها منهج في الفكر الاستراتيجي الخلاق حول مستقبل المنظمة ، ونوعية أنشطتها المرغوبة، ومكانتها السوقية المتوقعة. وتُعرف الرؤية الاستراتيجية بأنها المسار المستقبلي للمنظمة الذي يحدد الوجهة التي ترغب في الوصول إليها، والمركز السوقي الذي تنوي تحقيقه، ونوعية القدرات والإمكانات التي تخطط لتنميتها (David, 2016) (المرسي وآخرون، 2005).

❖ الرسالة

تمثل الرسالة عنصراً هاماً وأساساً ترتكز عليه المنظمة في تحديد رؤيتها وغاياتها، وتحديد الإطار المميز للمنظمة عن غيرها من المنظمات الأخرى، من حيث مجال نشاطها ومنتجاتها وعملياتها وأسواقها، والتي تعكس السبب الجوهري لوجود المنظمة وهويتها ، ونوعيات عملياتها ، وأشكال ممارستها (Seibert,2004) (Smith, 2010).

ويرى داركر في توضيحه لمفهوم الرسالة بأنه لا بد أن تسأل المنظمة نفسها: ما هو عملنا؟ وما الذي سيميز المنظمة عن غيرها من المنظمات ؟ وسبب تفردنا وأوجه نشاطها؟ (الزهيري، 2007).

ب- وضع الأهداف الاستراتيجية

تمثل الأهداف الاستراتيجية العنصر المحوري في عمليات التخطيط والإدارة الاستراتيجية حيث تحدد الإطار العام والأنشطة التي تقوم بها المنظمة ، وتساعد في تحويل الرؤية الاستراتيجية والرسالة التنظيمية إلى مستويات مرغوبة للأداء، ومن ناحية أخرى فإن الأهداف تسهم في توجيه القدرات الاستراتيجية وتحديد أولوياتها وأهميتها النسبية ، وتشير الأهداف إلى النتائج المطلوب تحقيقها لترجمة مهام المنظمة ورسالتها إلى واقع عملي ، وتنتمى بالتحديد الدقيق ، وإمكانية القياس والميل إلى التفصيل (العبد، 2013) (Julian,2013).

2-5-1-2 مرحلة التنفيذ الاستراتيجي

تعتبر مرحلة التنفيذ الاستراتيجي أكثر مراحل الإدارة الاستراتيجية تطلبا للحذر واليقظة، فالتنفيذ غير الفعال للخطط والسياسات يؤدي إلى الفشل، بينما التنفيذ الصحيح والفعال يؤدي إلى التعويض عن التخطيط غير المناسب. لذلك تولى المؤسسات اهتماما متزايدا إلى عملية التنفيذ الإستراتيجي، حيث أن التنفيذ الناجح يعتمد على مجموعة من المتغيرات العامة التي تقع جميعها ضمن بيئة المؤسسة الداخلية، وهي (القطامين، 2009):

- البناء التنظيمي المناسب.
- التخصيص المتوازن للموارد وللنشاطات التنفيذية المختلفة.
- وجود نظام ملائم للتحفيز.
- وجود أنظمة فعالة للمعلومات الإدارية.
- وجود ثقافة تنظيمية مشجعة للعمل (David,2016).

وتعد مرحلة التنفيذ الاستراتيجي من المراحل المهمة في ترجمة الأهداف الاستراتيجية إلى واقع عملي، ويعرف تنفيذ الاستراتيجية بأنه عبارة عن سلسلة من الأنشطة المترابطة مع بعضها بعضاً، والتي تتضمن تكوين متطلبات الاستراتيجية التي يتم اختيارها، وتنفيذ الاستراتيجية يرتبط بعدة عوامل هامة منها ، الهيكل التنظيمي، وأساليب التنفيذ المتبعة ، ومدى توافر الموارد البشرية، إضافة إلى ذلك عن الثقافة التنظيمية (الدوري، 2005).

ويتم تطبيق الاستراتيجية من خلال وضع الإطار العملي المتمثل بالخطط التنفيذية التي تشمل ما يلي (حنا، 2012):

1. الأهداف قصيرة الأجل

بعد مرحلة وضع الأهداف طويلة الأجل من قبل الإدارة العليا، يتم نشر هذه الأهداف وإعلام الإدارة الوسطى والإدارة التشغيلية بها لوضع خططهم التشغيلية، الأمر الذي يستلزم اشتقاق الأهداف قصيرة الأجل لتحويل الأهداف العامة إلى واقع عملي، وتعرف الأهداف قصيرة الأجل بأنها " عبارة عن نتائج مطلوب التوصل إليها في فترة تقل عادة عن سنة ، وتسهم في تحقيق الأهداف طويلة المدى (Gilbert,2005).

2. وضع البرامج التنفيذية

تعتبر البرامج خطط تنفيذية يتم تصميمها متضمنة مجموعة من الأنشطة لتحقيق هدف معين، وينتهي البرنامج بمجرد تحقيق هذا الهدف، فالبرنامج خطة مؤقتة تستخدم لمرة واحدة (العبد، 2013).

3. الموازنات المالية

الموازنة هي خطة مالية تغطي فترة زمنية محددة، وهي توضح الكيفية التي يتم الحصول بموجبها على الأموال المطلوبة، وكيفية توزيعها على الاستخدامات المختلفة (Robinson,2005).

4. الإجراءات

هي سلسلة من المهام التي يتم تنفيذها من قبل عدة أشخاص بصورة متتالية أو متوازية (الحوالي، وآخرون، 2005)، ويعرفها (العبد، 2013: 126) بأنها "الخطط التي تحدد الخطوات التي يجب إتباعها لإنجاز عمل معين".

5. البدائل الاستراتيجية

تأتي صياغة البدائل الاستراتيجية بعد الانتهاء من تحديد موقف وحدة الأعمال الاستراتيجية وفق مجموعة المتغيرات التي يعتقد المحلل الاستراتيجي أنها ذات تأثير واضح على المركز الحالي والمستقبلي لوحدة الأعمال الاستراتيجية، ويتم توليد مجموعة من البدائل الممكنة في ضوء المتغيرات القائمة والمتوقعة، والبدائل الاستراتيجية ترتبط بمستويات الإدارة المختلفة على مستوى المنظمة، وعلى مستوى وحدات الأعمال الاستراتيجية، وعلى المستوى الوظيفي (حنا، 2012) (عرقاوي، 2015).

وفي دراسة هامة قام بها الباحث الأمريكي (إليكساندر) على عينة مكونة من ثلاث وتسعين مؤسسة أمريكية، أفادت النتائج بأن أهم عشر مشاكل واجهت هذه المؤسسات في مرحلة التنفيذ هي الآتية مرتبة حسب تكرارها (Steven، 2005):

1. تطلبت عملية التنفيذ وقتاً أطول مما كان مخططاً له.
2. حدثت مجموعة من المشاكل غير المتوقعة.
3. لم تكن النشاطات التنسيقية فعالة بالمستوى المطلوب.
4. حدثت أزمات أدت إلى إعطاء عملية التنفيذ اهتماماً أقل مما يجب.
5. لم تكن الموارد البشرية كافية لإنجاز العمل بالكفاءة المطلوبة.
6. لم يكن تدريب العاملين كافياً أو فعالاً خاصة في المستويات الدنيا من الهرم الإداري.
7. حدثت أحداث في البيئة الخارجية لم تكن المؤسسة قادرة على وضعها تحت السيطرة.
8. لم تكن عمليات القيادة والتوجيه على مستوى الإدارة الوسطى في المستوى المطلوب من الفاعلية.

9. لم تكن عملية تحديد المهام التنفيذية الرئيسة بالمستوى المطلوب من الدقة.

10. لم تكن أنظمة المعلومات الإدارية على المتابعة فعالة.

2-1-5-3 مرحلة الرقابة وتقييم الاستراتيجية

تأتي عملية الرقابة والتقييم للاستراتيجية في إطار كونها جزءاً ومكوناً رئيساً من عملية الإدارة الاستراتيجية، والرقابة لا تستهدف بالدرجة الأولى التعرف أو رصد الأخطاء، أو التجاوزات أو الانحرافات، وإنما تهدف أساساً إلى التأكد من صحة التفكير ودقة التخطيط وكفاءة التنفيذ، وإن عملية الرقابة على تطبيق الخطة الاستراتيجية تمتد من التأكد من جودة التفكير الاستراتيجي، والتأكد من جودة الخطة الاستراتيجية. كما أن كل الاستراتيجيات تخضع لعملية تقييم لمعرفة مدى تناسبها مع التغييرات التي تحدث في البيئة الداخلية والخارجية، ولتقييم مدى دقة التنبؤات التي تحتويها الخطط، ويتطلب ذلك مقارنة النتائج الفعلية بالأهداف المتوقعة من تطبيق الاستراتيجية، وبالتالي اكتشاف الانحرافات في تصميم وتطبيق الاستراتيجية (أبو بكر، 2006) (الكردي، 2010).

وتصنف الرقابة إلى ثلاثة مستويات، هي (Wagen,2006):

- الرقابة على المستوى الاستراتيجي (Strategic Control): التي تهدف إلى إحكام الرقابة على الاتجاه الاستراتيجي العام للمنظمة نحو المستقبل وعلاقتها مع المجتمع الذي تخدمه.
- الرقابة على المستوى التكتيكي (Tactical Control): التي تهدف إلى إحكام الرقابة على عملية تنفيذ الخطط الاستراتيجية، والتأكد من مطابقتها الأداء مع الأهداف الموضوعية.
- الرقابة على المستوى التشغيلي (Operational Control): التي تهدف إلى إحكام الرقابة على النشاطات والخطط قصيرة الأمد.

والرقابة الاستراتيجية هي نوع من أنواع الرقابة التنظيمية تركز على تقييم عمليات الإدارة الاستراتيجية للتأكد من أن هذه العمليات تجري وفق الأسس السليمة، وهذا يعني أن الرقابة الاستراتيجية عمليات مستمرة تتأكد بموجبها الإدارة العليا من أن الأمور تسير سيرا حسنا بالمشورات العامة، دون التفاصيل التي يمكن أن تعتمد في الأنواع الأخرى للرقابة (إدريس والغالبي، 2011).

وتهتم الإدارة الاستراتيجية بصورة ملحوظة بتقييم الأداء الكلي للمؤسسة من خلال مراجعة الاستراتيجية لأداء المؤسسة ككل، وبيان مدى النجاح الذي حققته إستراتيجية المنظمة على تحسين هذا الأداء، بالإضافة إلى مراجعة الاستراتيجيات المطبقة وتقييمها على مستوى وحدات الأعمال الاستراتيجية، ومستوى المجالات الوظيفية لكل وحدة إستراتيجية (ياسين، 2010).

ولكي يكون نظام الرقابة الاستراتيجي فعالاً، لا بد من توفر بعض الشروط والمتطلبات الأساسية لذلك، منها (الشاعر، 2007):

1. التركيز في النظام الرقابي على القضايا الحيوية والأساسية بغض النظر عن صعوبة إيجاد معايير سهلة للقياس.
2. من الضروري أن تزود الرقابة متخذي القرارات بالمعلومات المطلوبة في الوقت المناسب.
3. الابتعاد عن التصور التقليدي المرتبط بكون نظام الرقابة يعطي كماً هائلاً من المعلومات، في حين يحتاج الأمر إلى أن تكون هذه المعلومات مركزة ومفيدة، بحيث تتيح للإدارة إعطاء أحكام دقيقة حول الموقف المراد اتخاذه أو الحالة المطلوب تصحيحها.
4. يفترض أن تكون مؤشرات الرقابة الاستراتيجية مرتبطة ومنسجمة مع جوانب الأداء متوسط الأمد وقصيرة.

6-1-2 معوقات التخطيط الاستراتيجي

تقسم المعوقات إلى معوقات عامة ومعوقات تنظيمية، وتتلخص المعوقات العامة في النقاط الآتية (Robinson, 2005):

1. عدم الدقة في المعلومات والبيانات.
2. اتجاهات العاملين السلبية تجاه الخطة.
3. عدم صحة التنبؤات والافتراضات.
4. إغفال الجانب الإنساني، مما يؤدي إلى معارضة العاملين للخطة وعرقلة تنفيذها.
5. الاعتماد على جهات خارجية في وضع الخطة.
6. عدم مراعاة التغيير في الواقع كنوع الاقتصاد، والمركز المالي للمنظمة.
7. أسباب متعلقة بعدم مراعاة إتباع خطوات التخطيط الرئيسية.

ويضيف (الفراء، 2005) أن من بين المعوقات العامة أيضاً:

- عدم وضوح المسؤوليات المتعلقة بالتخطيط والاعتقاد الخاطئ بأن التخطيط الاستراتيجي هو مسؤولية الإدارة العليا فقط.
- عدم توفر الوقت الكافي للإدارة بسبب ميلها للمركزية وانشغالها بالأعمال الروتينية والإجرائية.

أما المعوقات التنظيمية فيمكن إيجازها فيما يلي (الدهدار، 2006):

1. معوقات مرتبطة بنمط الإدارة، كالدكتاتورية، وعدم وضوح الأهداف، ووجود قيود زمنية غير منطقية، والمماطلة في اتخاذ القرار (التعطيل).

2. معوقات مرتبطة بنمط العمل، كالتمسك بالإجراءات الرسمية، والبيروقراطية، وإحباط

الأفكار الجديدة، وعدم التحفيز، وعدم التفويض لعدم الثقة في قدرات الآخرين.

3. معوقات مرتبطة بمناخ العمل، كالخوف من الفشل، وسياسة إرضاء جميع الأطراف،

ومقاومة التغيير، وانعدام التقييم السليم (الشاعر، 2007).

وترى الباحثة أن من أهم معوقات التخطيط الاستراتيجي والمشكلات التي تواجهه هي مشكلات

المتابعة وتنفيذ الخطط، حيث إن كثيراً من الخطط جيدة الصياغة ومتكاملة العناصر لا ينجح

القائمون على الإدارات في تنفيذها لاعتبارات كثيرة، أهمها: ضعف الثقافة بأهمية التخطيط

الاستراتيجي، وقلة الخبرات والمؤهلات الإدارية المتعلقة بأدوات الإدارة الاستراتيجية.

المبحث الثاني القطاع الصحي الفلسطيني

❖ مقدمة

❖ الوضع الصحي الفلسطيني

❖ النظام الصحي في فلسطين

❖ محاور القطاع الصحي الفلسطيني

❖ تقديم الخدمات الصحية في فلسطين

1-2 القطاع الصحي الفلسطيني

1-2-1 مقدمة

على مر العصور كانت الصحة من الأمور المهمة جداً للإنسان والمجتمع والدولة بشكل عام، ومما لا شك فيه أن قيمة المجتمع تحدد بما يتمتع أفراده من صحة تساعد على العمل، وتجعلهم قادرين على حماية حقوقهم، لذلك فقد كان تحسين صحة الأفراد أحد أهم مطالب تحقيق التنمية الاجتماعية، التي تحتاج إلى تخطيط طبي شامل يهدف إلى تخفيف نسبة الوفيات ومعدلات انتشار الأمراض (صالح، 2010).

ويهدف القطاع الصحي إلى تقديم الرعاية والتوعية والتوجيه سعياً لرفع المستوى الصحي لأفراد المجتمع، وتأمين الوقاية الصحية المناسبة والخدمات الطبية، وتوفير الاحتياجات الخاصة والمعانيات الطبية الدورية والرعاية الأولية، وتنظيم برنامج توجيهي يهدف إلى رفع مستوى الوعي الصحي لدى فئات المجتمع المختلفة، وتأمين الوقاية الضرورية من الأمراض المنتشرة، كل ذلك بإشراف هيئة استشارية متخصصة تتابع جميع أعمال هذا القطاع (أبو زينة، 2010).

ويعد تنمية قطاع الصحة وتحسينه من الأولويات المهمة بالنسبة للدولة، ويعتبر التخطيط وعدم العشوائية أحد أهم سمات الخدمات الصحية الجيدة، وتحتاج إدارة القطاع والمؤسسات الصحية - أمام الاحتياجات المتزايدة لتحسين الوضع الصحي - إلى السير قدماً لتقديم خدمات صحية لفئات المجتمع الفلسطيني كافة، وفق أولويات وأهداف واضحة عملت وزارة الصحة على إدراجها في الخطط الاستراتيجية المتتالية لوزارة الصحة. وبما أن الإدارة الاستراتيجية تعد منظوراً متكاملاً يتجسد بصياغة إستراتيجية شمولية لغرض تحقيق الأهداف التي تسعى إليها المؤسسة، فبعد قيامها بتحليل بيئتها الداخلية والخارجية وتشخيصها تكون قد حددت اتجاهها نحو المستقبل

المرغوب، المتضمن رسالتها ومنظومة قيمها، بالإضافة إلى رؤيتها وأهدافها الاستراتيجية (مشاقي، 2008).

2-2-2 الوضع الصحي الفلسطيني

ما يزال الوضع الصحي في فلسطين متأثراً بغياب السيطرة الإدارية المركزية الفلسطينية الموحدة الكاملة على الضفة الغربية وقطاع غزة. ناهيك عن الحصار الطويل الأمد والقيود الصارمة التي يفرضها الاحتلال على الصحة الجسدية والنفسية للسكان، وكذلك على إمكانية مواصلة تطوير خدمات صحية عالية الجودة، وقد تفاقم هذا الوضع بفعل الانقسام السياسي الفلسطيني الداخلي، وبفعل الأزمة المالية التي تواجهها السلطة الفلسطينية (الأمانة العامة لمجلس الوزراء، 2015).

ويعتبر الاحتلال الإسرائيلي وممارساته التعسفية المتواصلة أهم المحددات الرئيسية وأخطرها للصحة في أراضي الدولة الفلسطينية المحتلة، فاضطهاد الاحتلال الإسرائيلي للفلسطينيين في مختلف أنحاء الضفة الغربية وغزة والقدس الشرقية، وبناء المستوطنات الإسرائيلية وتوسيعها وجدار الفصل العنصري، والحصار والحواجز العسكرية، وغيرها من القيود التي أثرت وما زالت تؤثر على الوضع الصحي للفلسطينيين وعلى نوعية حياتهم، كما أنها تشكل تحدياً كبيراً أمام محاولات وضع نظام صحي فاعل. (تقرير إجراءات الاستجابة الدولية للطوارئ في غزة، 2015)

ولقد ضاعفت الحكومة من جهودها خلال السنوات السابقة لتعزيز الحكم الرشيد، وتوطيد أركانه والارتقاء بالخدمات العامة التي تقدمها للمواطنين، ومن ضمنها الخدمات الصحية رغم قلة الموارد المالية المتاحة، وقد ركزت السياسات العامة على تعزيز عمل المؤسسات العامة وتم تشييد مشاريع البنية التحتية، وإدخال التحسينات المادية الملموسة على الحياة اليومية للمواطنين

الذين يعيشون في التجمعات السكانية التي عزلها الاحتلال، وألحق بها أضراراً فادحة بفعل سياساته (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014).

ويعيش السكان في الأرض الفلسطينية المحتلة حالياً في مرحلة التحول الوبائي، في ظل ارتفاع عبء الأمراض غير السارية. ففي 2014، كانت أمراض القلب تمثل السبب الرئيس للوفيات في الضفة الغربية، حيث تسببت في 31.2% من جميع الوفيات التي تم الإبلاغ عنها. أما أمراض السرطان - عند دمجها معاً - فإنها تأتي في المرتبة الثانية بين الأسباب الرئيسة المؤدية للوفاة، حيث كانت مسؤولة عن 14.2% من الوفيات التي تم الإبلاغ عنها، تليها الأمراض القلبية الوعائية 11.3%، ثم السكري 8.9%، وأمراض الرضع وحالات ما قبل الولادة 5.2%، وقد أسهم هذا العبء المرضي في ارتفاع التكاليف داخل القطاع الصحي، واستوجب إيلاء تركيز أكبر على مجالات الوقاية الصحية، والتدبير المتكامل للأمراض، بما يشمل الصحة النفسية (التقرير الصحي السنوي، 2015).

وعلى الرغم من الأزمة التي طال أمدها - وبحسب ما ذكرته وكالة الصحة الفلسطينية - فقد تم بدعم من المجتمع الدولي تحقيق إنجازات تتصل ببعض المؤشرات الصحية خلال السنوات الأخيرة، رغم أنها تأتي سالبة عند مقارنتها بالمؤشرات الصحية في إسرائيل ففي عام 2014 بلغ مأمول الحياة 71.3 عاماً لدى الرجال، و 74.1 عاماً لدى النساء، وانخفض معدل الوفيات لدى الأطفال دون سن الخامسة إلى 14.9%، ومعدل وفيات الرضع إلى 12.6% لكل ألف مولود حي، وتقترب نسبة التغطية بالتطعيم من 100%، ويتلقى معظم النساء خدمات الرعاية في أثناء الحمل، كما أن 99.7% من المواليد الجدد المسجلين قد ولدوا في مستشفيات (التقرير الصحي السنوي، 2015).

ومع ذلك، فإن الانخفاض الذي تحقق في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، لم يكن كافياً لبلوغ الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية، الذي يستهدف الوصول إلى معدل وفيات يقل عن 14 طفلاً لكل ألف مولود حي، ونسبة الانخفاض في هذا المعدل في فلسطين هي الأقل، عند مقارنتها بجميع البلدان العربية، وعلى نحو مشابه، فإنه على الرغم من كون معدل وفيات الأمهات أفضل من المتوسط الإقليمي في هذا المجال، فإنه يظل أعلى من المعدل المستهدف (هليلة، 2014).

ووفقاً لنتائج المسوحات التغذوية التي أجريت في 2009 و 2014، فقد لوحظ انخفاض في معدل انتشار الهزال، والتقرم، ونقص الوزن بين الأطفال دون سن الخامسة، غير أن فرط الوزن ارتفع من 5% إلى 8%، وتم الإبلاغ عن العديد من حالات عوز المغذيات زهيدة المقدار التي تثير قلقاً شديداً. ورغم أنه لم يبلغ عن حالات فقر دم حاد، فقد مثلت حالات فقر دم 33% بين الأطفال، و 35% بين الحوامل، ويؤدي العبء المتزايد لسوء التغذية إلى حدوث ارتفاع في حالات الإصابة بالأمراض غير السارية (مانينتي وآخرون، 2016).

وبالنسبة للأمراض المعدية، فهي - على وجه الإجمال - تحت السيطرة، وكانت غزة قد واجهت فاشية للكاف منذ نيسان /أبريل 2013، استمرت في الانتشار بمعدل متزايد، وكذلك فاشية لالتهاب السحايا الفيروسي، والتي بدأ ظهورها في آذار /مارس 2014، وواصلت انتشارها، لكن بمعدل متناقص، وينخفض معدل وقوع حالات السل عنه في البلدان المحيطة، وتم إعلان الأرض الفلسطينية المحتلة خالية من شلل الأطفال (تقرير المعهد الوطني للصحة العمومية، 2014).

2-2-3 النظام الصحي في فلسطين

للنظام الصحي الفلسطيني ملامح ثلاثة بارزة: ملامح سياسي، مالي، خاص بالتنسيق: (مشاقي، 2008)

- يعمل في ظل ظروف تتسم بعدم الاستقرار السياسي وبالنزاعات، الأمر الذي يقوض أي نظام فعال من حيث الحوكمة وتصريف الشؤون.
- قابلية هذا النظام للاستمرار محدودة بشكل كبير بفعل اعتماده على التمويل من جانب الجهات المانحة، والتي تخضع للتقلبات استناداً إلى الاعتبارات السياسية.
- تشكل التحديات المتعلقة بالتنسيق والتعاون لتنفيذ برامج وزارة الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة مزيداً من العقبات في مجال تخطيط الخدمات الصحية وإدارتها في ظل الاحتلال.

وتتفاقم هذه الأوضاع بفعل التحديات الجيوسياسية الخاصة بكل منطقة، ففي حين يتسم قطاع غزة بكونه أرضاً واحدة لكنها مقفلة وتتصف الضفة الغربية بالتفتت إلى عشرات من المناطق المعزولة بفعل وجود المستوطنات، والمناطق العسكرية، والطرق المراقبة، والحواجز، مما يستلزم توفير التغطية بالخدمات الصحية لمجتمعات فلسطينية صغيرة يصعب الوصول إليها (حمدان، 2008).

وتضطلع وزارة الصحة بالمسؤولية حيال جميع وظائف النظام الصحي، بما في ذلك أعمال التنسيق والتمويل، وتوفير الخدمات، والترخيص، والتنظيم. وقد أعاق التركيز على توفير طيف عريض من الخدمات وتلبية الاحتياجات الصحية للسكان، في ظل ظروف تكتنفها أزمات مزمنة

وأوضاع طوارئ حادة، أعاق -إلى حد ما- قيام الوزارة بممارسة دورها الإشرافي الكامل، وقدرتها على توجيه أعمال التخطيط لأمد أطول (عودة، 2010).

وتستمد غالبية التمويلات الخاصة بخدمات وزارة الصحة من المساعدات الخارجية ومن الضرائب، ويتم توفير خدمات التأمين الصحي بشكل رئيس عن طريق خطة التأمين الحكومي الخاصة بالسلطة الفلسطينية، في حين يأتي 37.7% من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في قطاع غزة والضفة الغربية كمدفوعات مباشرة من جيوب المرضى. (عرقاوي، 2015).

2-2-3 محاور القطاع الصحي الفلسطيني

لقد شهد القطاع الصحي في السنوات الثلاث الماضية وخاصة القطاع الحكومي تحسينات نوعية في إطار البنية التحتية للمرافق الصحية من خلال العديد من مشاريع البناء، وإعادة التأهيل للمرافق الصحية المختلفة وتوسيعها في قطاعي الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، بالإضافة إلى تحسن ملحوظ في عدد الخدمات الصحية المقدمة ونوعيتها بمستوياتها المختلفة، ويشمل القطاع الصحي الفلسطيني ثلاثة محاور رئيسة لتقديم خدمات الرعاية الصحية (تقرير القطاع الصحي المشترك، 2014):

المحور الأول: الرعاية الصحية الأولية

تشمل الفحص الأولي والرعاية الشاملة والمتواصلة، بما فيها التشخيص والعلاج الأولي والإشراف الصحي، وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة، ولا يتطلب توفير الرعاية الصحية الأولية معدات وأجهزة متطورة أو مصادر متخصصة. حيث يتم تقديم الرعاية الصحية الأولية من مختلف مقدمي الخدمات الصحية من وزارة الصحة ومنظمات غير الحكومية ووكالة غوث اللاجئين الفلسطينيين وتشغيلهم، والخدمات الطبية العسكرية والهلال الأحمر الفلسطيني. وتشكل

وزارة الصحة المشغل الأكبر بواقع 61.3% من إجمالي المراكز العاملة في مجال الرعاية الصحية الأولية (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014).

تعتبر خدمات الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة هي العمود الفقري للنظام الصحي الفلسطيني، حيث تلتزم الوزارة بضمان حق جميع الفلسطينيين في الحصول على رعاية صحية أولية ذات جودة عالية، ومن أجل ذلك عملت الوزارة على استكمال تطوير نظام الرعاية الأولية من خلال إنشاء عيادات رعاية صحية أولية وصيانتها في مختلف المناطق الجغرافية المأهولة، وعلى مختلف مستويات هذه العيادات، بحيث تضمن وصول خدمات الرعاية الأولية إلى مختلف التجمعات السكنية، والتأكد من أن هذه العيادات مزودة بالأجهزة الطبية اللازمة (جمعية الصحة العالمية 68، 2015).

المحور الثاني: الرعاية الصحية الثانوية

تشمل العلاج من قبل اختصاصي في المستشفى للمريض المحول من الرعاية الصحية الأولية أو في حالة الطوارئ، وتعتبر وزارة الصحة المشغل الرئيس لخدمات الرعاية الثانوية في فلسطين، حيث تملك 2979 سريراً وتديرها موزعة على خمس وعشرون مستشفى في جميع محافظات الوطن (التقرير الصحي السنوي، 2015).

تركز الوزارة على ضمان وجود خدمات طبية من المستوى الثاني ذات جودة عالية من خلال دعم قطاع المستشفيات بالكوادر الطبية المتخصصة والأجهزة والتقنيات الحديثة، والعمل على تطبيق معايير الجودة العالمية، وتطبيق برامج المستشفيات الصديقة للطفل وأخرى الصديقة للمريض وتكامل هذه الخدمات مع القطاعات الطبية الأخرى. وعملت الوزارة على تحسين وتطوير البنية التحتية في قطاع المستشفيات من خلال توسعة العديد من الأقسام في

المستشفيات وإعادة تأهيلها في مختلف المحافظات، لا سيما مستشفيات الخليل وسلفيت وقلقيلية ورفيديا وجنين وطولكرم وأريحا والوطني وبيت جالا ومجمع فلسطين الطبي، وبناء طابق إضافي في مستشفى يطا، وإنشاء قسم سرطان الأطفال في مستشفى بيت جالا (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014).

المحور الثالث: الرعاية الصحية الثالثة

تشمل الرعاية الاستشارية المتخصصة التي عادة ما تحول من الرعاية الصحية الأولية أو الثانوية، وتقدم في مركز لديه مرافق للفحوصات والعلاج المتخصص. وذلك ضمن التوجهات الوزارية في ترشيد النفقات والمحافظة على جودة عالية من الخدمات، وعملت وزارة الصحة على إيجاد البدائل المحلية لهذا النوع من الخدمات الطبية، وذلك من خلال تطوير مراكز متخصصة، كمجمع فلسطين الطبي (جراحة القلب والقسطرة وزراعة الكلى، وغيرها) أو البحث عن هذه الخدمات في القطاع الأهلي (غير الحكومي) أو الخاص، كما سعت الوزارة إلى تطوير آليات شراء الخدمة من خلال تطوير عقود الشراء، كما تستمر الوزارة في إتاحة الفرص أمام الفرق الطبية المتخصصة، للعمل داخل مستشفياتها لتخفيف عبء التنقل على المرضى واحتواء التكاليف (تقرير المعهد الوطني للصحة العمومية، 2014).

2-2-4 تقديم الخدمات الصحية في فلسطين

تقدم وزارة الصحة الخدمات الصحية للفلسطينيين الموجودين تحت ولايتها القضائية وفقا للقانون الأساسي الفلسطيني، الذي يعد بمثابة الدستور المؤقت، وكذلك وفقا لقانون الصحة العمومية.

- تضم وزارة الصحة شبكة مؤلفة من 472 مركز رعاية صحية أولية، 415 مركزا منها موجودة في الضفة الغربية، و54 في قطاع غزة، و 26 مستشفى 13 في الضفة الغربية، و 13 في قطاع غزة (التقرير الصحي السنوي، 2015).
- تقوم المنظمات غير الحكومية بدور مهم في مجال تقديم الخدمات، ولاسيما تقديم خدمات الرعاية الثالثية (التخصصية)، والرعاية الإسعافية، وخدمات التأهيل، ففي عام 2014 قامت المنظمات غير الحكومية بتشغيل 137 مركز رعاية صحية أولية، 129 منها في الضفة الغربية و 8 في قطاع غزة، و 34 مستشفى، 20 منها في الضفة الغربية و 14 في قطاع غزة (موقرة بذلك نحو ثلث الأسرة المتاحة في فلسطين)، وتعد هذه المنظمات من بين الجهات المهمة في توفير الخدمات الصحية، ولاسيما تقديم المشورة في مجال الصحة النفسية، والعلاج الطبيعي، والتأهيل (مانينتي وآخرون، 2016).
- تقدم وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا) الخدمات بصفة رئيسة، من خلال عيادات رعاية صحية أولية ثابتة ومنتقلة، علاوة على مستشفيات متعاقدة معها، وذلك للاجئين المسجلين في الضفة الغربية من خلال 42 مركز رعاية صحية أولية ومستشفى واحد، وفي قطاع غزة من خلال 22 مركز رعاية صحية أولية. وقد استفاد نحو 74% من اللاجئين المستحقين من الخدمات الصحية التي وفرتها الوكالة في 2014 (عرقاوي، 2015).

- يشهد القطاع الصحي الخاص نمواً واعداداً، ففي عام 2014 توفر 8.6% من السعة السريرية، بالإضافة إلى الصيدليات، والمختبرات، ومراكز التأهيل، كما تطورت الصناعة الدوائية التي يمكنها توفير نحو نصف إجمالي الطلب الفلسطيني من أدوية الوصفات الطبية (التقرير الصحي الوطني، 2015).
- تدير وزارة الداخلية 23 عيادة للرعاية الصحية الأولية، وثلاثة مستشفيات للموظفين العسكريين، دون عائلاتهم (تقرير المعهد الوطني للصحة العمومية، 2014).

المبحث الثالث الوضع الصحي في محافظة الخليل

❖ مقدمة

❖ الوضع الصحي في محافظة الخليل

❖ واقع المؤشرات الصحية في محافظة الخليل

2-3 الوضع الصحي في محافظة الخليل

2-3-1 مقدمة

محافظة الخليل محافظة فلسطينية واقعة في جنوب الضفة الغربية، تبلغ مساحتها 997 كم²، وتحدها من الشمال محافظة بيت لحم، بينما يحدها الخط الأخضر والبحر الميت من الجهات الأخرى، وهي أكبر محافظات الضفة من ناحية المساحة والسكان، حيث تبلغ مساحتها 16% من أراضي الضفة الغربية، وتتكون المحافظة من 100 قرية ومدينة، أبرزها الخليل ودورا ويطا والسموع والظاهرية وحلحول، بالإضافة إلى مخيم الفوار والعروب (عقيلان، 2016).

ويعد ضمان توفير الرعاية والخدمات الصحية الشاملة والمتكاملة للسكان بطريقة عادلة وميسرة دون تمييز، ومن أهم أهداف النظام الصحي لأي بلد في الحفاظ على صحة الفرد والمجتمع من الأوبئة والأمراض المختلفة، وتحقيق مبادئ العدالة في الصحة بشقيها الأفقي والعمودي، وضمان سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية، والحصول عليها بمستوياتها الثلاثة: الأولية والثانوية والثالثية من أبرز التحديات التي ما زالت تواجه النظم الصحية في البلدان النامية، ولا شك أن لمحدودية الموارد المالية والبشرية والإمكانات التقنية المتاحة للنظام الصحي دوراً رئيساً في إعاقة التحقيق الكامل للمبادئ المذكورة أعلاه (ابو زينة، 2010).

والوضع الصحي لأي مجتمع يعتمد على ظروف ذلك المجتمع الاقتصادية والاجتماعية، من خلال توفر الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة للنهوض به (حمدان، 2007). ووجود نظام صحي فاعل يتضمن تحسيناً في تقديم الخدمات الصحية والبنية التحتية، وكذلك تنمية الموارد البشرية، ووجود نظام مالي مستدام (الخطة الصحية الاستراتيجية، 2013). وستستعرض الباحثة في سياق هذا المطلب الأوضاع الصحية بمحافظة الخليل من خلال الاطلاع على المؤشرات

الصحية المنشورة في التقرير الصحي للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني والدراسات السابقة ذات الصلة.

2-3-2 الوضع الصحي في محافظة الخليل

تعد محافظة الخليل الأعلى من حيث عدد السكان، حيث بلغ في منتصف العام 2015 (706.508 نسمة) أي ما نسبته 15.1% من سكان الضفة التي يعيش بها ما نسبته 61.1% من إجمالي سكان فلسطين (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015).

ويواجه القطاع الصحي في محافظة الخليل الكثير من التحديات، وبصرف النظر عن الإجراءات والممارسات الإسرائيلية التي تعرقل عمل الطاقم الطبي وتعيق وصول المواطنين إلى مراكز الخدمات الصحية، فإن قطاع الصحة في المحافظة يعاني من: نقص التمويل، وعدم كفاية الطاقم الطبي المتوفر، وقلة عدد المستشفيات والمراكز الصحية، ونقص في اللوازم والمعدات الطبية الحديثة. ويوجد في محافظة الخليل 147 مركزاً للخدمات الصحية، منها 84% يديرها القطاع الحكومي. وهناك خمسة مستشفيات عامة، وخمسة مستشفيات للولادة، إلا أن نصف عدد هذه المستشفيات موجود في مدينة الخليل. الأمر الذي يزيد من معاناة المواطنين في الوصول إليها، خاصة أولئك الذين يقطنون التجمعات الصغيرة والنائية (دليل مدينة الخليل، 2009) (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015).

وتتعرض محافظة الخليل من خلال التحليل للمؤشرات الصحية لكثير من أشكال المعاناة فيما يتعلق بنقص عدد المستشفيات مقارنة بعدد السكان، وخدمات الرعاية الصحية المختلفة، وارتفاع نسبة الإصابة بالعديد من الأمراض، وقد أدرجت وزارة الصحة من خلال خططها المتعاقبة عبر

السنوات العديد من الأهداف والمشاريع التي تحت على تحسين البنى التحتية للارتقاء بالوضع الصحي، ويتم تقديم خدمات قطاع الصحة في مدينة الخليل عن طريق المراكز الحكومية والخاصة والمجتمعية ومن المؤسسات الصحية الرئيسية في المحافظة (مستشفى عالية الحكومي، مستشفى الأهلي، مستشفى الميزان، مستشفى الهلال الأحمر، مستشفى يطا أبو الحسن القاسم، مستشفى محمد علي المحتسب، بالإضافة إلى عيادات طب الأطفال والولادة (مانينتي وآخرون، 2016).

ومن خلال الاطلاع على التقرير الصحي السنوي لجهاز الإحصاء الفلسطيني لعام 2015، وجد أن من أهم أسباب الوفيات بالمحافظة انتشار وارتفاع نسبة الإصابة في الأمراض الخطيرة، مثل: السرطان والقلب والرئة، حيث تبلغ حالات الوفاة لعام 2015 في محافظة الخليل 3.6/1000 نسمة، وهي أعلى من نسبة الوفيات بالضفة الغربية التي بلغت 2.6/1000 نسمة، ويعد من الأسباب وراء ارتفاع هذه النسبة بمحافظة الخليل هو ارتفاع نسبة الإصابة بأمراض القلب والرئة، حيث يشكل المسبب الأول للوفاة ونسبة 35.5%، وكذلك نسبة الإصابة بالسرطان حيث يسبب حالات وفاة بنسبة 11.9% (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015).

وبالنسبة للرعاية الصحية الأولية التي تعد العمود الفقري للنظام الصحي والمفتاح الرئيسي لتحقيق الصحة للجميع من خلال توفير مراكز الرعاية الصحية الأولية في جميع التجمعات السكانية وتوفير الكوادر اللازمة والسيطرة على الأمراض وتوفير الأدوية اللازمة، فقد سجلت محافظة الخليل النسبة الأعلى من حيث عدد المراجعين للطبيب العام، فقد بلغ عدد المراجعين لكل مركز صحي (10.046) مراجعاً سنوياً. وسجلت محافظة الخليل أعلى نسبة توزيع حالات السكري المسجلة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، حيث أظهرت الإحصائيات أن 41.1%

من حالات السكري موجودة في محافظة الخليل، وسجلت أعلى نسبة وفيات بسبب السكري حيث بلغت نسبة الوفيات بسبب السكري في المحافظة 36.5/10000مواطن، وسجلت أعلى نسبة وفيات الأمهات حيث بلغت 28.9 / 100000 من الأمهات، وأعلى نسبة ولادات ميتة حيث بلغت 1.6ولادة ميتة /1000من الولادات (التقرير السنوي للرعاية الصحية الأولية، 2015).

أما بالنسبة للوضع التغذوي، فقد ازداد انتشار سوء التغذية بين الأطفال بسبب تردي الوضع الاقتصادي الذي يعيشه الشعب كافة ، حيث تبين أن محافظة الخليل هي الأدنى من حيث صرف المقويات للأطفال المسجلين في مركز الأمومة والطفولة، حيث بلغت النسبة بين عدد الأطفال المسجلين بالمراكز الصحية ونسبة صرف المقويات 0.4/طفل، وسجلت أعلى نسبة بين توزيع أوزان المواليد الجدد التي تقل أوزانهم عن 2500غم، حيث بلغ عدد الأطفال 30 طفلاً تقل أوزانهم عن 2500غم، وأعلى نسبة حالات فقر الدم بين الأطفال حيث بلغت النسبة إلى 47.9%، أما بالنسبة للأمهات اللواتي يعانين من فقر الدم بالمحافظة فتعد محافظة الخليل الأعلى نسبه بين المحافظات، حيث بلغت النسبة 23.9%، توزيع معطيات مستشفيات المحافظة الحكومية، ونسبة السكان الذين تخدمهم المستشفيات التابعة للوزارة 24% ، وعدد الأسرة 8.9/10000 من السكان (جهاز الإحصاء، 2015).

وكذلك الأمر ارتفاع نسبة حالات فقر الدم بين الاطفال تعد محافظة الخليل الأعلى حيث تبلغ النسبة الى 47.9%، اما بالنسبه للامهات اللواتي يعانين من فقر الدم بالمحافظه تعد محافظة الخليل الاعلى نسبه بين المحافظات حيث تبلغ النسبة 24%، وكذلك الأمر بالنسبة لوفيات الأمهات تعد محافظة الخليل الأعلى بين المحافظات من حيث وفيات الأمهات حيث تبلغ نسبة

وفيات الأمهات لكل 100000 مولود 30%، محافظة الخليل هي الأدنى من حيث صرف المقويات للأطفال المسجلين في مركز الامومه والطفوله حيث تبلغ نسبة صرف المقويات للأطفال المسجلين في مراكز الأمومة والطفولة في محافظة الخليل 0.4 (التقرير السنوي للرعاية الصحية الأولية، 2015). بالإضافة الى النقص الكبير في المعدات حيث يتوفر في المحافظة 30 ماكينة غسيل كلى ل300 مريض.

2-3-3 واقع المؤشرات الصحية في محافظة الخليل

تركز الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016) على خمسة اهداف محددة مقاسة بعدد من المؤشرات الصحية للمتابعة والتقييم ولمعرفة مدى تحقيق هذه الأهداف، وقد قامت الباحثة بتطبيق هذه المؤشرات على محافظة الخليل لقياس مدى تطبيق هذه الأهداف والتي تعكس الواقع الصحي الأوضاع الصحية فيها، وتم التوصل إليها من خلال الاطلاع على المؤشرات الصحية المنشورة في التقرير الصحي للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2015، وكذلك اجابات عينة الدراسة، وفيما يلي استعراض للمؤشرات الصحية التابعة لكل هدف من أهداف الخطة الصحية كل على حدة:

اما بالنسبة للهدف الثالث (بناء نظام فعال ودائم للجودة) فقد ورد بالخطة عدد من المؤشرات التي تقيس هذا الهدف ومن ضمنها وجود نظام متابعة وتقييم في المؤسسات الصحية لضمان ديمومة نظام الجودة فقد توقعت الوزارة الى ان يتم تطبيق هذا النظام بنسبة 30% لغاية عام (2016) الا أن الواقع أن الوزارة لديها برامج للجودة ومعايير الا أن نسبة التطبيق في المحافظة قليل بالإضافة الى عدم تخصيص الوزارة الكوادر اللازمة لمتابعة الجودة في المؤسسات الصحية بالمحافظة، اما بالنسبة لعدد المستشفيات التي تطبق معايير الجودة وسلامة المريض فقد تبين أن

المؤسسات الصحية بالمحافظة لديها برامج ومعايير معمة من قبل الوزارة الا أن نسبة التطبيق قليلة، وكذلك الأمر بالنسبة لمأسسة رصد العدوى داخل المؤسسات الصحية فقد توقعت الوزارة الا ان يتم مأسسته في كافة المؤسسات الصحية بنسبة 90%، الا أن الواقع في المحافظة لم يطبق الا بنسبة تصل الا 5% فقط في مستشفى عالي الحكومي اما فبقية مستشفيات المحافظة فهو غير مطبق ، وترى الباحثة على أن هذه دلائل من هذه المعطيات ان انعكاس الهدف الثالث مقاسة بالموشرات لم ينعكس على المحافظة في المدة الزمنية من (2014-2016).

1. المؤشرات المرتبطة بالهدف الأول من الخطة الصحية الاستراتيجية الأول " ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها ":

- معدل عدد المراجعين للطبيب العام في مراكز الرعاية الصحية الأولية اليومي/طبيب، حيث استهدفت الوزارة ان يكون 50 مراجع لكل طبيب إلا ان الواقع في المحافظة لعام 2016 يصل في بعض المناطق 250 مراجع لكل طبيب (جهاز الإحصاء الفلسطيني،2015)، و500 مراجع للطبيب العام في مناطق أخرى (مقابلات محافظة الخليل) انظر الملحق رقم(3).

- نسبة الأشغال: حيث هدفت الوزارة ان تكون نسبة الإشغال بالمستشفيات في محافظات الضفة لعام (2016) 77%، إلا أن الواقع بالمحافظة لعام (2016) يصل إلى 135% (جهاز الإحصاء الفلسطيني،2015). وبينت المقابلات أن نسبة الإشغال في مستشفيات المحافظة قد تفوق 200%(مقابلات محافظة الخليل)

- معدل أصناف الأدوية من قائمة الأدوية الأساسية التي يقل رصيدها عن حد الطلب الطارئ 70 صنفاً (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015)، (مقابلات محافظة الخليل) انظر الملحق رقم (3).
- معدل الأسرة لكل 10.000 من السكان، معدل الاسرة لكل 10,000 من السكان هدفت الوزارة أن يكون الوضع بمستشفيات الضفة 13.3، إلا أن الواقع بالمحافظة لعام (2016) هو 6.8 سرير/10000 من السكان (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015).
- نسبة شراء الخدمات الصحية من المستشفيات المحلية داخل فلسطين مقارنة مع شراء الخدمة من المراكز الصحية خارج فلسطين 85% (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015).
- 2. المؤشرات المرتبطة بالهدف الثاني "تعزيز الرعاية الصحية الوقائية، وتحسين إدارة الأمراض غير السارية":
- مؤشرات عوامل الخطورة المسببة للأمراض المزمنة 10/8 مواطنين لديه عامل خطورة (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015).
- مؤشر مأمول الحياة النساء 73 سنة وللرجال 71 (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015).
- معدل الإصابات الجديدة بمرض السرطان، هدفت الوزارة من خلال هذا الهدف إلا أن يتم تقليل معدل الإصابات الجديدة بمرض السرطان لكل 100.000 من السكان إلى 68 إصابة، إلا أن الواقع في المحافظة بلغ معدل الإصابات الجديدة بمرض السرطان لكل 100.000 من السكان هو 100 إصابة (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015).

- عدد المرضى المصابين بمرض السكري: هدفت الوزارة إلى أن يتم تقليل العدد إلى 222.2 حالة، إلا أن عدد حالات المصابين بمرض السكري بالمحافظة لعام (2016) 1293 حالة أي ما نسبته 41.4% من حالات السكري تتركز في محافظة الخليل، أي ما نسبته 41.4% من حالات السكري تتركز في محافظة الخليل (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015).

3. المؤشرات المرتبطة بالهدف الثالث "بناء نظام فعال ودائم للجودة":

- مؤشر وجود نظام متابعة في المؤسسات الصحية وتقييمها لضمان ديمومة نظام الجودة فقد هدفت الوزارة إلى أن يتم تطبيق هذا النظام بنسبة 30% لغاية عام (2016) (الخطة الاستراتيجية، 2014-2016)، لكن الواقع أن الوزارة لديها برامج للجودة ومعايير لكن نسبة التطبيق في المحافظة قليل (مقابلات محافظة الخليل).
- مؤشر عدد المستشفيات التي تطبق معايير الجودة وسلامة المريض، فقد تبين أن المؤسسات الصحية بالمحافظة لديها برامج ومعايير معمة من قبل الوزارة، إلا أن نسبة التطبيق قليلة (مقابلات محافظة الخليل).
- مؤشر مأسسة رصد العدوى داخل المؤسسات الصحية فقد توقعت الوزارة إلا أن يتم تطبيقه في كافة المؤسسات الصحية بنسبة 90%، إلا أن الواقع في المحافظة لم يطبق سوى بنسبة تصل 5% فقط في مستشفى عالي الحكومي أما بقية مستشفيات المحافظة فهو غير مطبق (مقابلات محافظة الخليل).

4. المؤشرات التي تقيس الهدف الرابع "توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات

صحية ذات جودة عالية"

مؤشر إنجاز المرصد الوطني للموارد البشرية بشكل كامل لقد توقعت الوزارة أن يتم إنجاز المرصد الوطني للموارد البشرية بشكل كامل حتى نهاية العام 2016، إلا أن برامج هذا النظام لم تطبق على المؤسسات الصحية بالمحافظة.

مؤشر وجود وصف وظيفي للكوادر الطبية بالمحافظة، اهدفت الوزارة أن يصبح وجود وصف وظيفي كامل مطبق بنسبة 100% حتى نهاية العام 2016، إلا أن الواقع يتم تقسيم المهام من خلال الكوادر نفسها وقد يقوم موظف بعمل ليس ضمن تخصصه.

5. المؤشرات التي تقيس الهدف الخامس " تعزيز التنمية المؤسساتية والحوكمة الصحية"

• مؤشر تعميم نظام المعلومات على المؤسسات الصحية كافة: فقد توقعت الوزارة إلى أن يتم تعميم نظام المعلومات على كافة المؤسسات الصحية إلا أن الواقع لم يطبق إلا في مستشفى عالية الحكومي، وهو نظام جديد على المستشفى، والعمل جارٍ به لغاية نهاية العام 2016 ولم ينته، أما بالنسبة للمراكز الرعاية الصحية الأولية فهو غير موجود (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015).

• مؤشر عدد القوانين والأنظمة التي تم مراجعتها الخاصة بتنظيم عمل المهن فهو 4 قوانين نص نظام صحي عام على كل المحافظات (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015).

• مؤشر نسبة تنفيذ الأنشطة والسياسات المختلفة الواردة في الاستراتيجية الوطنية، بالنسبة لهذا المؤشر فقد تمت الإجابة عن هذا المؤشر من خلال سؤال بعض المبحوثين، وتبين أن هناك عجزاً كاملاً في المحافظة، سواء من ناحية عدد المستشفيات أو المعدات والكوادر، بالإضافة إلى النقص في الأدوية.

- نسبة المعونات والمشاريع التي يتم تنفيذها حسب الخطط الموضوعة 18% (جهاز الإحصاء الفلسطيني، 2015).
- عدد الأبحاث والدراسات الصحية، فقد هدفت الوزارة إلى وجود 10 دراسات (الخطة الاستراتيجية، 2014-2016) إلا أن الواقع يشير إلى عدم وجود أبحاث علمية والموجود عبارة عن دراسات وصفية.
- وضع مؤشرات قياس الكفاءة والفعالية، فقد هدفت الوزارة إلى أن يتم وضع 10 مؤشرات (الخطة الاستراتيجية، 2014-2016) تبين أن هناك وجوداً لهذه المؤشرات، إلا أن نسبة تطبيق هذه المؤشرات جزئية بسبب نقص المعدات والكوادر.

المبحث الرابع

وزارة الصحة الفلسطينية وخطتها الاستراتيجية الصحية

2016-2014

❖ المقدمة

❖ وزارة الصحة الفلسطينية

❖ الاستراتيجية الصحية الفلسطينية 2016-2014

2-4 وزارة الصحة الفلسطينية وخطتها الاستراتيجية الصحية

2-4-1 المقدمة

يعتبر التخطيط الاستراتيجي في المنظمات الصحية الأسلوب الذي يمكن أن تحاول من خلاله المؤسسات استغلال مواردها المتاحة الحالية والمستقبلية بصورة أكثر فاعلية، لتحقيق الوصول للأهداف المحددة لها، وهذا المفهوم يتضمن أهداف واقعية وواضحة وفعالية، وتغطية شاملة للخدمات الصحية لكافة فئات المجتمع وتغطية المناطق النائية بالخدمات الصحية اللازمة (العامري، 2009).

وضمن توجهات الحكومة بالعمل على ترسيخ وبناء مؤسسات الدولة الفلسطينية و تقديم خدمات مستدامة و آمنة و بعدالة للفئات كافة في جميع المناطق الجغرافية، قامت وزارة الصحة بإعداد الخطة الصحية الاستراتيجية للأعوام 2014-2016 بالشراكة الكاملة مع كافة مقدمي الخدمات الصحية في فلسطين من القطاع الأهلي و الخاص، من أجل تحقيق التوجهات الوطنية (الأمانة العامة لمجلس الوزراء، 2015).

إن هذه الخطة تعتبر عنصراً أساسياً من عناصر خطة التنمية الوطنية التي تشكل الإطار التنظيمي الموجه لعمل المؤسسات الحكومية، وتضمن التوزيع الأمثل للموارد المحدودة بكفاءة وفعالية. واعتمدت هذه الخطة في إعدادها على ما تم تنفيذه في السنوات السابقة، و تم تحديد الأولويات على العديد من العوامل التي تؤثر في المحددات الصحية، منها: الوبائية، إضافة إلى المستجدات و المتطلبات المتعلقة بالمجتمع الفلسطينية (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014).

2-4-2 وزارة الصحة الفلسطينية

إن وزارة الصحة هي الجسم المسئول عن قيادة عمل القطاع الصحي الفلسطيني وتنظيمه من خلال الحوكمة الرشيدة والإدارة السليمة للقطاع الصحي، وضمان الموارد اللازمة لاستدامته وتطويره، فهي المسئولة عن وضع السياسات والتشريعات والقوانين والخطط و تفعيل الشراكات بين مختلف الشركاء في القطاع مع القطاعات الأخرى، وإدارة الموارد المتاحة واستثمارها بالشكل الأفضل، وتعمل وزارة الصحة على قيادة النشاطات الرقابية والتنظيمية والتخطيطية وتطويرها، ورسم السياسات للنظام الصحي، واعتماد المهن الصحية المختلفة وترخيصها. كما تعمل على تطوير اللوائح والأنظمة الصحية لا سيما المتعلقة باستخدام الدواء والعقاقير الخطرة، وإدارة الأمراض غير السارية، كذلك تعزيز التمويل الصحي وتطوير نظام التأمين الصحي وشراء الخدمات، إضافة إلى توسيع شبكة النظام المحوسب ليشمل المرافق الصحية كافة.(شليبي ولدادوة، 2013)

رؤية وزارة الصحة الفلسطينية

نظام صحي شامل متكامل يساهم في تحسين مستدام للوضع الصحي وتعزيزه بما فيه المحددات الرئيسية للصحة في فلسطين (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014: 10).

رسالة وزارة الصحة الفلسطينية

إن وزارة الصحة في السلطة الوطنية الفلسطينية كأحدى مؤسسات دولة فلسطين المستقلة ملتزمة بمبدأ العمل المشترك مع جميع الشركاء، لتطوير الأداء في القطاع الصحي والارتقاء به، وذلك لضمان إدارة القطاع الصحي بشكل مهني سليم، وخلق قيادة قادرة على وضع السياسات وتنظيم

العمل، وضمان توفير خدمات نوعية في كل القطاع الصحي عامة وخاصة (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014: 10).

المبادئ العامة لوزارة الصحة الفلسطينية

وقد لخصت وزارة الصحة الفلسطينية مبادئها العامة بما يلي (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014: 10):

1. الحق في الصحة لجميع أبناء الشعب الفلسطيني ذكوراً وإناثاً.
2. الحصول على خدمات صحة عامة، ورعاية صحية ذات جودة عالية للجميع بمساواة وعدالة.
3. الاهتمام بالشرائح المهمشة، وعلى الأخص تلك المعزولة في الأغوار والقدس الشرقية وتلك المتضررة من جدار الفصل العنصري وسكان قطاع غزة.
4. الشراكة والتنسيق بين مختلف مقدمي الخدمات الصحية، والشركاء والمؤسسات ذات العلاقة بالقطاع الصحي الفلسطيني.
5. الحكم الرشيد للقطاع الصحي الفلسطيني.
6. الرعاية الصحية الأولية تشكل العمود الفقري للنظام الصحي الفلسطيني.

الأهداف الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية

جاءت الأهداف الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية موضحة كما يلي (الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة الفلسطينية):

1. تعزيز الإدارة والقيادة.
2. تعزيز التخطيط والإدارة والتمويل المستدام للاستخدام الأمثل للإمكانيات المتاحة.

3. تعزيز أنماط الحياة الصحية وتحسين إدارة الأمراض المزمنة.
4. ضمان الحصول على خدمات صحية ذات نوعية جيدة من قبل الجميع وخاصة الفقراء والفئات الضعيفة.
5. تعزيز التمويل والإدارة المالية من أجل الاستدامة والشفافية.
6. تعزيز فعالية المعونات في دعم الاستراتيجية الوطنية للصحة.
7. تعزيز الشراكة والتكامل بين القطاعين العام والخاص.
8. تعزيز التعاون بين القطاعات وتطويرها ومن ضمنها الجانب الصحي الذي ورد في الخطة الوطنية للتعامل مع الكوارث والطوارئ.

وعملت الوزارة في السنوات الماضية على تعزيز دورها القيادي والمنظم في القطاع الصحي

اللسطيني، وذلك من خلال (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014):

1. سياساتها الهادفة إلى تفعيل القوانين والأنظمة وتطبيقها والتي تنظم عمل القطاع الصحي.
2. رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.
3. وضع الاستراتيجيات والخطط التنموية .
4. وضع الأنظمة والآليات لتحفيز تطبيق القوانين التي تنظم العمل في القطاع الصحي (كأنظمة تراخيص المهن الصحية).
5. تفعيل الدور الرقابي للوزارة ودعمه على مختلف المستويات، مثل: (الرقابة الدوائية، والرقابة على الأداء في المستشفيات الخاصة، ودائرة الشكاوي).
6. وضع معايير وطنية لجودة الخدمات الصحية المختلفة.

7. تعزيز التنسيق مع الشركاء كافة في القطاع الصحي، بما في ذلك مقدمي الخدمات الصحية

من جهة والجهات المانحة والداعمة للقطاع الصحي من جهة أخرى.

8. تعزيز التنسيق مع الجهات المانحة المختلفة من أجل العمل على زيادة الالتزام بدعم

الاستراتيجية الوطنية وتنفيذها والخطط التنفيذية التي تضعها الوزارة.

ولقد واجهت الوزارة العديد من التحديات المتزايدة في السنوات الأخيرة، والتي أثرت سلباً على

أدائها وتنفيذها لخططها التنموية، لاسيما الضائقة المالية المتفاقمة التي تشهدها الحكومة، والتي

أدت إلى التأخر عن صرف الرواتب، وزيادة العجز في الموازنة وزيادة المديونيات، واستمرار

النقص في الإمدادات الأساسية من الأدوية والمستلزمات الطبية. فقد ارتفع معدل عدد أصناف

الأدوية غير المتوفرة في مستودعات الأدوية المركزية أو التي يقل رصيدها عن حد الطلب

الطارئ إلى 134 صنفاً في العام 2012 مقارنة مع 100 صنف في العام 2011 و 41 صنفاً

في العام 2010. كما أن الإضراب الذي شهده القطاع الصحي في نهاية العام 2012 واستمر

حتى نهاية شهر شباط 2013 قد زاد من تلك الصعوبات، حيث وصل عدد أيام الإضراب عن

العمل إلى 23 يوم عمل لما يقارب 6315 موظفاً يعملون في القطاع الصحي، وأدى إلى شلل

العمل في مديريات الصحة والعديد من الأقسام في المستشفيات الحكومية خلال تلك الفترة

(تقرير المعهد الوطني للصحة العمومية، 2014).

وانطلاقاً من أن وزارة الصحة هي المسئول الأكبر عن القطاع الصحي الفلسطيني، فقد سعت من

خلال الإدارة العامة للتخطيط والسياسات الصحية إلى تيسير عملية التخطيط للقطاع الصحي

وتوجيهه، وذلك بالتعاون والتنسيق مع الشركاء كافة في القطاع الصحي، حيث كان نتاج هذا

العمل إعداد الاستراتيجيات الوطنية الصحية، جاء آخرها الاستراتيجية الصحية الوطنية للأعوام 2011-2013 و الاستراتيجية الصحية الوطنية للأعوام 2014-2016(عرقاوي، 2015).

وهدفت الاستراتيجية الصحية الوطنية 2011-2013 في إطارها العام إلى العمل على تعزيز النظام الصحي الفلسطيني وتقويته لضمان أداء فعال للقطاع الصحي، وتعزيز الخدمات الصحية المقدمة لأبناء الشعب الفلسطيني كافة بمختلف قطاعاته وأماكن سكنه. ولقد تم إعداد الاستراتيجية وما تضمنته من أهداف ونتائج مرجوة بالتوافق والمشاركة الفعالة من الشركاء الرئيسيين كافة في القطاع الصحي بقيادة وزارة الصحة. وتضمنت الاستراتيجية 2011-2013 ثمانية أهداف إستراتيجية رئيسة عامة تم ربطها بعدة نتائج ومخرجات متوقعة مع نهاية العام 2013. تم اختزال هذه الأهداف ضمن أربعة برامج وطنية، هي : برنامج الحصول على خدمات صحية مستدامة ذات جودة عالية (المستوى الأول والثاني والثالث)، وبرنامج الصحة العامة وتعزيز أنماط الحياة الصحية، وتنمية الموارد البشرية، والحكم الرشيد. ومن جهة أخرى انعكست هذه البرامج والأهداف في الخطط التنفيذية السنوية لوزارة الصحة، وما تضمنته من أنشطة محددة ومشاريع مختلفة (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2011).

وجاءت نتائج تقييم الاستراتيجية الصحية الوطنية 2011-2013 ببعض العبر والدروس المستفادة في وضع الخطة الصحية الاستراتيجية الفلسطينية 2014-2016، حيث تم التركيز على هذه الدروس من أجل إنجاز عملية التخطيط وتحويل هذه الخطط إلى واقع عملي، ومنها على سبيل المثال لا الحصر (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014):

1. إن عملية التخطيط بحاجة إلى التزام عالٍ من قيادات القطاع الصحي كافة.

2. توجيه هذه القيادات إلى ضرورة الالتزام بالإستراتيجيات الموضوعة والمتفق عليها قدر الإمكان، بحيث تعتبر الاستراتيجية الصحية هي المرجعية لتحسين وتطوير القطاع الصحي.
3. لقد أصبح هناك وعي في عملية التخطيط على مستوى القطاع الصحي، ولكن ليس بالمستوى المطلوب، بحيث يجب إشراك شريحة أوسع من ذوي الشأن في القطاع الصحي لإعطاء قيمة أكبر لعملية التخطيط ، وكذلك يجب إشراك متلقي الخدمات الصحية في عملية التخطيط أيضاً لتلمس الواقع بشكل أكثر، ولكي نتمكن من مواءمة عملية التخطيط مع الاحتياجات الفعلية لمتلقي الخدمات الصحية.
4. يجب تعزيز عملية التنسيق والتكامل بين مؤسسات القطاع الصحي، وعلى هذا يجب تفعيل المجلس الوطني للتخطيط والسياسات الصحية لأخذ الدور القيادي في توجيه عملية التخطيط وتصويبها.
5. تعزيز عملية المتابعة والتقييم، بحيث تكون بشكل مستمر ومع شركاء القطاع الصحي كافة، وذلك لضمان الالتزام بالاستراتيجيات والخطط الموضوعة.
6. عدم وجود استراتيجيات وخطط تنفيذية لكل مؤسسة صحية على حدة، بحيث تنسجم مع الاستراتيجية الصحية الوطنية، وذلك لضمان تنفيذها بشكل حقيقي، ولكي يسهل عملية المتابعة والتقييم على مستوى القطاع الصحي.
7. التوازن والتوازي في الموازنة ما بين الخطط التشغيلية والتطويرية، وأن لا يتم قضم الموازنة الخاصة بالخطط التطويرية لصالح الخطط التشغيلية.

2-4-3 الاستراتيجية الصحية الفلسطينية 2014-2016

تم إعداد الخطة الصحية الاستراتيجية الوطنية للأعوام 2014-2016 بإتباع منهجية التخطيط الاستراتيجي، التي تركز على مبدأ المشاركة الواسعة والتنسيق والتعاون المتبادل مع جميع الجهات المعنية داخل الوزارة وخارجها، آخذين بعين الاعتبار العلاقة مع القطاعات الأخرى، ومحدودية الموارد في القطاع الصحي الفلسطيني وخصوصية الظروف الفلسطينية السياسية والاجتماعية والاقتصادية. وتأتي هذه الاستراتيجية ضمن عملية التخطيط الاستراتيجي، في القطاع الصحي الفلسطيني، وعليه فقد ارتكزت إلى المنهج العلمي في التخطيط الاستراتيجي ووضع السياسات الوطنية من خلال المراجعة المستفيضة للإستراتيجية السابقة وما تضمنته من سياسات وأهداف إستراتيجية، وجمع وتحليل ما تم إنجازه، وما طرأ من تغييرات في القطاع الصحي على المستويين الوطني والحكومي، وتحليل المعوقات والدروس المستفادة ، ووضع التوجهات المستقبلية والسياسات المقترحة للسنوات 2014-2016 (جمعية الصحة العالمية 68، 2015).

وحيث إن عملية التخطيط هي عملية مستمرة ، وإن هذه الاستراتيجية والتوجهات تأتي استمراراً للإستراتيجية والتوجهات للسنوات 2011-2013، وتأتي بنفس الإطار من الحكم الرشيد وبناء مؤسسات الدولة، فقد تم مراجعة الأهداف الاستراتيجية السابقة وإعادة صياغتها لتكون أكثر تحديداً واستكمالاً لما تم البدء بتنفيذه في السنوات السابقة (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014).

2-4-3-1 الأهداف الاستراتيجية الصحية الفلسطينية 2014-2016

ترتكز إستراتيجية الصحة الفلسطينية 2014-2016 على خمسة أهداف إستراتيجية محددة في إطار الحكم الرشيد وبناء مؤسسات الدولة، وتتمثل بما يلي (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014):

الهدف الأول: ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها

يشمل هذا الهدف ضمان استدامة الخدمات المقدمة الحالية من جهة، بما فيها خدمات الرعاية الصحية الأولية (حسب رزمة الخدمات المعتمدة)، والخدمات الصحية المختلفة في المستشفيات، وخدمات الإسعاف والطوارئ، والعمل على تطوير هذه الخدمات لتواكب التطور العلمي والطبي في المحافظة، واستحداث خدمات جديدة في المراكز الحكومية والوطنية حسب الاحتياجات المحلية من جهة أخرى، سعياً إلى تقليل التحويلات وشراء الخدمة من خارج الوطن (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014).

يركز هذا الهدف على الفئات الأكثر احتياجاً للرعاية الصحية لا سيما الأطفال، والنساء، والمراهقين، وكبار السن وذوي الاحتياجات الخاصة. أما من الناحية الجغرافية فإن التركيز على الفئات الأكثر لا تأثراً بالأوضاع السياسية والاقتصادية الحالية، أي المناطق المهمشة والمعزولة، لا سيما مناطق (ج)، والمناطق القريبة والمتأثرة من الجدار، وقطاع غزة والقدس الشرقية، وتعمل الوزارة على تطوير الرعاية الطبية التخصصية ودعمها في فلسطين، وهذا من شأنه أن يسهم في تحقيق المساواة في تقديم الخدمات الصحية، وزيادة رضى المواطنين وتخفيض أعداد التحويلات للعلاج خارج الوطن (مانينتي وآخرون، 2016).

الهدف الثاني: تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية

إن الدراسات والبراهين العالمية، تثبت أن الرعاية الصحية الوقائية وتعزيز أنماط الحياة الصحية لدى المجتمع والأفراد له أثر كبير في الحد من انتشار الأمراض غير السارية المختلفة، فان وزارة الصحة وبالتعاون مع الشركاء كافة تركز مزيدا من الجهود على تعزيز الصحة الوقائية، وبرامج الصحة العامة، والكشف المبكر عن الأمراض غير السارية من جهة، وتعزيز تطبيق البروتوكولات والدلائل الإرشادية الخاصة بإدارة الأمراض غير السارية المختلفة وعلاجها، من أجل التقليل من الوفيات والحالات الخطرة من جهة أخرى (أبو زينة، 2010).

ويشمل الهدف كذلك العمل على تعزيز أنماط الحياة الصحية في المجتمع الفلسطيني، من خلال الاستراتيجيات الوطنية الصحية بهذا الخصوص، ورفع الوعي المجتمعي حول السلوكيات الصحية والغذائية السليمة للأفراد والمجتمع، والعمل المشترك مع القطاعات المختلفة لتوفير البيئة الصحية الآمنة للسكان (المنازل والمدارس وأماكن العمل)، وكذلك البيئة الخالية من المخدرات والعنف والملوثات البيئية. ومن جهة أخرى تسعى وزارة الصحة إلى ضمان توافر معلومات دقيقة حول الأمراض غير السارية والوضع الصحي الفلسطيني، وعليه تهدف الوزارة إلى بناء نظام وطني لرصد الأمراض غير السارية وتسجيلها ، وتعزيز أنظمة الرصد والمسح الصحي المختلفة الموجودة حاليا خاصة حول عوامل المخاطرة للأمراض المزمنة (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014).

الهدف الثالث: بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية

تعمل الوزارة على تحسين نظام الجودة على المستويات كافة وفي المرافق الصحية كذلك استجابة لاحتياجات المواطنين، بتوفير خدمات ذات جودة مناسبة ومرضية، ضمن الإمكانيات المتاحة في الوضع الراهن، وذلك من أجل العمل على تغيير الثقافة الإدارية السائدة، وتشجيع المواطنين على المطالبة بتحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة.

تهدف الوزارة من خلال العمل المشترك مع مقدمي الخدمات كافة والمؤسسات ذات العلاقة على تأسيس نظام الجودة في القطاع الصحي الفلسطيني، استناداً إلى معايير وطنية، يتم تحديدها والاتفاق عليها بالتشامشي مع المعايير العالمية ومعايير منظمة الصحة العالمية، والاستفادة من الخبرات المحلية والوطنية المكتسبة خلال السنوات الأخيرة، وتسعى الوزارة من خلال هذا الهدف إلى توحيد كافة سياسات وإجراءات العمل، التي تضمن وجود نظام فعال للمتابعة والتقييم، ومن ثم المساءلة والتصحيح، كأساس يمكن الرجوع إليه والاستفادة منه لزيادة فرص تحسين الجودة وسلامة المريض. (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014).

الهدف الرابع: توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

لا تزال هناك حاجة ملحة للعمل على تبني التخطيط المنهجي، المبني على الأدلة والبراهين في مجال تنمية الموارد البشرية الصحية، وذلك من أجل ضمان توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية. ودعمًا لهذا التوجه تسعى الوزارة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والنقابات الصحية لإنشاء المرصد الوطني للموارد البشرية، حيث يشمل قاعدة بيانات وطنية للقوى البشرية العاملة في القطاع الصحي (عرقاوي، 2015).

تسعى الوزارة إلى تطوير برامج التعليم المستمر ومأسسته، وتوفير التدريب اللازم للاختصاصيين والفنيين ودورات التطوير الإلزامي للعاملين الصحيين، كذلك هناك حاجة ملحة على العمل على وضع آليات تهدف إلى تحسين أداء العاملين وتطبيقها في القطاع الصحي وتحفيزهم والمساهمة في زيادة إنتاجهم، وذلك من خلال اعتماد الوصف الوظيفي للعاملين في القطاع الصحي الحكومي، واعتماد نظام الحوافز وتطبيقه ومأسسة عملية توجيه الموظفين الجدد ودمجهم في المؤسسات الصحية (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014).

الهدف الخامس: تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية

تعمل الوزارة وبالتنسيق مع الشركاء كافة على تحسين أداء القطاع الصحي الفلسطيني من خلال التطوير المؤسساتي والإدارة الفاعلة للنظام الصحي الفلسطيني، و تطوير الشراكة والتعاون الكامل مع مقدمي الخدمات الصحية في القطاعات الصحية المختلفة، وتبادل الخبرات فيما بينهم، ومواكبة التطور التقني والعلمي في مجال تقديم الخدمات الصحية وأنظمة المعلومات والتكنولوجيا الصحية، لتعزيز التواصل بين مختلف الإدارات والوحدات في الوزارة من جهة، وبين الوزارة والشركاء من جهة أخرى.

وسوف تستكمل الوزارة جهودها، في مأسسة عملية التخطيط الاستراتيجي في القطاع الصحي من خلال التركيز على أنظمة المعلومات الصحية، وتحليل المعلومات والمؤشرات، واستكمال حوسبة النظام الصحي في المستشفيات والعيادات والمراكز المختلفة، والتركيز على نظام المتابعة والتقييم للأنشطة والخطط والاستراتيجيات الوطنية المختلفة، دعماً للمنهج التخطيطي القائم على الأدلة والبراهين، وتنظيم عمل القطاع الصحي والمهن الصحية المختلفة، من خلال وضع القوانين واللوائح التنفيذية والبروتوكولات المختلفة، والعمل على ترشيد الإنفاق الصحي وضمان استمرارية

التمويل، وتعزيز الشراكات والاستثمار الأفضل للموارد والتقليل من الازدواجية (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014).

2-4-3-2 البرامج الصحية التنفيذية

سعى إلى تسهيل عملية الدمج ما بين الموازنة والتخطيط من أجل الوصول إلى إستراتيجية وطنية أكثر قابلية للتنفيذ وتحسين الأداء والفاعلية في القطاع الصحي، فقد تم دمج أنشطة وزارة الصحة كافة من خلال ثلاثة برامج ، كل برنامج يتضمن برامج فرعية، ويسعى إلى تحقيق أهداف محددة بما يتوافق مع الأهداف الاستراتيجية الوطنية، سعياً إلى الوصول إلى نتائج ومخرجات محددة ضمن إطار زمني وتكلفة متوقعة حسب التدخلات المقترحة (الاستراتيجية الصحية الوطنية، 2014).

• البرنامج الأول: خدمات رعاية صحية أولية مستدامة ذات جودة عالية وتعزيز أنماط الحياة الصحية:

البرنامج الفرعي الأول: خدمات الرعاية الصحية الأولية وتعزيز أنماط الحياة الصحية.

البرنامج الفرعي الثاني: تطوير البنية التحتية لخدمات الرعاية الأولية.

البرنامج الفرعي الثالث: تشغيل نظام صحي محوسب وتفعيله لخدمات الرعاية الأولية.

• البرنامج الثاني: خدمات رعاية صحية ثانية و ثالثة مستدامة ذات جودة عالية:

البرنامج الفرعي الأول: خدمات صحية ثانية وثالثة ذات جودة عالية.

البرنامج الفرعي الثاني: تطوير البنية التحتية لخدمات الرعاية الثانية والثالثة.

البرنامج الفرعي الثالث: تشغيل نظام صحي محوسب وتفعيله لخدمات الرعاية الثانوية والثالثية.

• البرنامج الثالث: البرنامج الإداري و الحوكمة الصحية:

البرنامج الفرعي الأول: تعزيز المهام الرقابية والتخطيطية والتطوير المؤسساتي وتنمية الموارد

البشرية.

البرنامج الفرعي الثاني: تطوير البنية التحتية.

2-4-3-3 الأهداف الاستراتيجية ومؤشرات القياس

تركز الاستراتيجية الحالية على خمسة أهداف إستراتيجية محددة، لقد تم اختيار عدة مؤشرات صحية لمتابعة كل هدف استراتيجي وتقييمه وقياس مدى تحسن هذه المؤشرات، ليعكس مدى تحقق الأهداف. وعملية المتابعة والتقييم وقياس هذه المؤشرات يأخذ بعين الاعتبار المحافظة الجغرافية، الفئات العمرية والجنس، وفيما يلي توضيح لهذه المؤشرات حسب الأهداف الاستراتيجية:

1. الهدف الأول: ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها:

- مؤشر عدد عيادات الرعاية الصحية الأولية الجديدة في مناطق (ج).
- مؤشر معدل عدد المراجعين للطبيب العام في مراكز الرعاية الصحية الأولية اليومي/ طبيب.
- مؤشر نسبة الأشغال في المستشفيات الحكومية.

- مؤشر معدل عدد أصناف الأدوية (من قائمة الأدوية الأساسية) التي يقل رصيدها عن حد الطلب الطارئ.
- مؤشر معدل الأسرة لكل 10000 من السكان.
- مؤشر نسبة شراء الخدمات الصحية من المستشفيات المحلية داخل فلسطين (مقارنة مع شراء الخدمة من المراكز الصحية خارج فلسطين).
- مؤشرات رضى المرضى.

2. الهدف الثاني: تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية.

- مؤشرات عوامل الخطورة المسببة للأمراض المزمنة (step-wise surveillance).
- مؤشر معدل توقع الحياة (توقع مأمول الحياة).
- مؤشر معدل حدوث الإصابات الجديدة بمرض مؤشر السرطان لكل 100000 من السكان
- مؤشر معدل حدوث الإصابات الجديدة من مرضى السكري لكل 100000 من السكان.

3. الهدف الثالث: بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية.

- مؤشر وجود نظام متابعة وتقييم في المؤسسات الصحية لضمان ديمومة نظام الجودة.
- مؤشر عدد المستشفيات التي تطبق معايير الجودة وسلامة المريض.
- مؤشر مأسسة رصد العدوى داخل المؤسسات الصحية.
- مؤشر عدد المستشفيات المطبقة معايير مستشفى صديق الطفل.

4. الهدف الرابع: توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

- مؤشر إنجاز المرصد الوطني للموارد البشرية الصحية.
- مؤشر وجود وصف وظيفي معتمد ومطبق عدد برامج التعليم المستمر التي يتم تطبيقها.

5. الهدف الخامس: تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية.

- مؤشر عدد العيادات والمستشفيات التي تعمل بنظام المعلومات المحوسب.
- مؤشر عدد القوانين والأنظمة الخاصة بتنظيم عمل المهن الصحية التي تم مراجعتها واعتمادها.
- مؤشر نسبة تنفيذ الأنشطة والسياسات المختلفة الواردة في الاستراتيجية الوطنية.
- مؤشر نسبة المعونات والمشاريع التي يتم تنفيذها حسب الخطط الموضوعة.
- مؤشر عدد الأبحاث والدراسات الصحية.
- مؤشر وضع مؤشرات قياس الكفاءة والفعالية.
- مؤشر نسبة الإنفاق الصحي من الناتج الإجمالي المحلي.
- مؤشر نسبة الإنفاق الحكومي من إجمالي الإنفاق.

2-4-3-4 النظرة المستقبلية لخدمات وزارة الصحة الفلسطينية

يتوقع من وزارة الصحة استكمال جهودها في تطوير خدمات القطاع الصحي وتمييتها من خلال

(الأمانة العامة لمجلس الوزراء، 2015) (هليلة، 2014):

1. التوسع في تطبيق مفهوم طب الأسرة، وإعداد الكوادر البشرية من الأطباء والتمريض،

المؤهلة للقيام بتنفيذ الخدمات الصحية مع التخطيط السليم لتوزيع هذه الخدمات.

2. التوسع في التأمين الصحي لتغطية جميع الفئات، وخاصة الأطفال شاملاً الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، وكذلك تطبيق التأمين الصحي على السيدات في فترة الحمل والإنجاب لتوفير خدمات الأمومة الآمنة.
3. التوسع في تطبيق برنامج الإصلاح الصحي، ويأتي في مقدمة ذلك التركيز على الرعاية الصحية الأساسية والوقائية من الأمراض، مع ضمان المساواة والجودة والشمولية في تقديم الخدمات مع تحسين الكفاءة واستمرارية الخدمات.
4. التركيز على الخدمات الصحية لحديثي الولادة، وإتباع أحدث الأساليب العلمية للتعامل مع الحالات الحرجة.
5. التحكم في الأمراض المعدية الخطيرة والأمراض الطفيلية، من خلال نظام جيد للتوحيد، وإدخال طعوم جديدة للوقاية من الأمراض.
6. الوقاية من إصابات الحوادث وعلاجها.
7. التركيز على رفع كفاءة التمريض كمهنة فنية وإنسانية، وتأهيل العاملين، مع مراعاة تحسين ظروف العمل والظروف الاقتصادية للفريق الطبي والتمريض.
8. الاهتمام ببعض المشاكل الصحية التي لم تكن واضحة من قبل، مثل الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، وأمراض الدم، مما يتطلب الاهتمام بالخدمات الصحية، وعمل الدراسات اللازمة لتحديد ووبائيات تلك المشاكل حجمها.
9. ضرورة وضع برامج صحية لفئة المراهقين، كما يجب توفير الخدمات الخاصة لمرحلة الشباب بما فيها من خدمات الصحة الإنجابية.
10. دمج برامج خدمات الطفولة وتقديم خدمة ورعاية متكاملة شاملة للأطفال.
11. تطبيق نظام جودة الخدمات الصحية (أبو زينة، 2010).

12. تشجيع المشاركة الفعالة للمجتمع لتقديم الخدمات الصحية ومتابعتها، وتقوية دور الجمعيات الأهلية (Ikuing،2007).

13. مواكبة التطور التكنولوجي، وابتكار أساليب حديثة للعلاج والوقاية واكتشاف الطعوم الجديدة، مع زيادة وسائل الاتصال، وتبادل الخبرات والمعلومات على المستوى العالمي، ومن شأنه أن يزيد الطلب على هذه الخدمات وأساليب الوقاية الحديثة التي يجب أن تكون على أتم الاستعداد للتعامل معها (العنبي،2012).

14. العمل على زيادة الموارد المالية، وتوفير الموازنات اللازمة لتنفيذ خطط واستراتيجيات تطوير الخدمة بوزارة الصحة (الشاعر،2007).

الفصل الثالث منهجية الدراسة

1-3 مقدمة

2-3 منهج الدراسة

3-3 جمع البيانات والمعلومات

4-3 مجتمع الدراسة وعينته

5-3 أداة الدراسة

6-3 إجراءات تطبيق أدوات الدراسة

7-3 معالجة البيانات وتحليلها

3-1 مقدمة

تناول هذا الفصل وصفا كاملا ومفصلا حول طريقة الدراسة وإجراءاتها التي قامت بها الباحثة، لتنفيذ هذه الدراسة وشمل وصف منهج الدراسة، والإجراءات التي اتبعت لجمع البيانات والمعلومات، ومجتمع الدراسة، وأداة الدراسة، وصدق الأداة وثباتها، وإجراءات تطبيق الدراسة، والأساليب الإحصائية المستخدمة فيها.

3-2 منهج الدراسة

انطلاقا من طبيعة الدراسة والمعلومات المطلوبة للإجابة عن أسئلتها وتحقيق أهدافها، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة موضوع الدراسة في الوقت الحاضر وكما هي في الواقع، وتحليل النتائج، وهو المنهج المناسب والأفضل لمثل هذه الدراسات، واستخدمته بعض الدراسات السابقة الشبيهة (Rubinson,2005); (Smith,2010); (Julian,2013) (Kare,2013).

بالإضافة لأسلوب تحليل المحتوى (Content Analysis) لتحليل المقابلات، ومدى توافقها مع الأهداف الصحية الاستراتيجية للخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة (2014-2016)، ومطابقة نتائج المقابلات مع المؤشرات الصحية الموضوعية بالخطة الاستراتيجية، لقياس مدى تحقيق الأهداف بالمحافظة، بالإضافة إلى استخدام بيانات جهاز الإحصاء الفلسطيني المتعلقة بالصحة للحصول على بعض المؤشرات الصحية، واعتمدت الباحثة في دراستها على الطريقة النوعية (Qualitative Method) لجمع البيانات وتحليلها.

3-3 جمع البيانات والمعلومات

تم جمع البيانات والمعلومات من مصادر أولية وثانوية:

1. المصادر الثانوية واشتملت على الأدب النظري والدراسات السابقة في الإدارة الاستراتيجية، حيث قامت الباحثة بزيارة مكتبات بعض الجامعات، وكذلك الإطلاع على عدد من الدوريات والمقالات العلمية المحكمة، ورسائل الدكتوراه والماجستير، بالإضافة إلى الحصول على بعض المصادر الثانوية من دائرة الإحصاء الفلسطيني التي تصدر تقارير توضح الوضع الصحي بالمحافظة.

2. المصادر الأولية، وتكونت من:

- مقابلات غير مهيكلة (Unstructured Interviews)، وتم أخذ عينة قصديه ممن لديهم الخبرة والمعرفة في مجال إعداد وتنفيذ الخطة الاستراتيجية، وتم مقابلتهم مقابلات غير مهيكلة، وذلك من أجل فتح آفاق الباحثة وتشكيل أساس لبناء أبعاد المقابلات المهيكلة.
- مقابلات مهيكلة (Structured Interviews)، بناءً على نتائج وتحليل المقابلات غير المهيكلة تم بناء وتصميم المقابلات المهيكلة. أنظر الملحق رقم (1)

3-4 مجتمع الدراسة وعينته

يتكون مجتمع الدراسة من مديري المؤسسات الصحية الحكومية في محافظة الخليل أعلى مستوى اداري صحي، وتم حصر المؤسسات الصحية الحكومية في المحافظة في أربع مديريات صحية حكومية، وثلاثة مستشفيات حكومية، وهي: مستشفى عالية الحكومي في وسط محافظة الخليل، ومستشفى محمد علي المحتسب في وسط محافظة الخليل، ومستشفى أبو الحسن القاسم في

جنوب محافظة الخليل يطا. (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014). والجداول رقم

(1-3) (2-3) توضح توزيع مجتمع الدراسة على المؤسسات الصحية الحكومية المبحوثة.

جدول رقم (1-3) توزيع مجتمع الدراسة على المديريات الصحية الحكومية في محافظة

الخليل

المجموع	مدير الخدمات الطبية المساندة	مدير إداري	مدير عام	
3	1	1	1	مديرية صحة شمال الخليل
3	1	1	1	مديرية صحة وسط الخليل
3	1	1	1	مديرية صحة جنوب الخليل دورا
3	1	1	1	مديرية صحة جنوب الخليل يطا

جدول رقم (2-3) توزيع مجتمع الدراسة على المستشفيات الحكومية في محافظة الخليل

المجموع	مدير إداري	مدير طبي	مدير عام	
3	1	1	1	مستشفى عالية الحكومي
3	1	1	1	مستشفى أبو الحسن القاسم
3	1	1	1	مستشفى محمد علي المحتسب

ومن الجدولين السابقين (3-1)(2-3) تبين أن المجموع الكلي للمقابلات المهيكلة 21

مقابلة.

3-5 أداة الدراسة

3-5-1 بناء أداة الدراسة

3-5-1-1 بناء أداة الدراسة النوعية الأولى (المقابلات غير المهيكلة)

بعد جمع البيانات والمعلومات من المصادر الثانوية حول موضوع الإدارة الاستراتيجية، وموضوع التخطيط الاستراتيجي في وزارة الصحة، والخطة الصحية الاستراتيجية، والرجوع إلى المؤشرات الصحية التي تساعد في تحديد الوضع الصحي من خلال التقارير الصحية لتكوين الملاحظات الأولية عن الوضع الصحي في محافظة الخليل، وبناء الإطار النظري، تم إجراء ثلاث مقابلات غير مهيكلة مع بعض القائمين على إعداد الخطط الصحية الاستراتيجية في دائرة التخطيط الاستراتيجي في وزارة الصحة الفلسطينية، وتم اختيارهم بناء على خبرتهم وتخصصهم في مجال الإدارة الاستراتيجية، وفي مجال صياغة الخطط الصحية الاستراتيجية، أي أن العينة كانت عينة قصديه، وذلك لفتح آفاق تفكير الباحثة، وترتيب أفكارها من أجل القدرة على تصميم نموذج المقابلات المهيكلة، ووضع عدد من المحاور والأسئلة لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها، وهؤلاء المديرون هم:

1. علا العكر المدير العام للتعاون الدولي ووزارة الصحة الفلسطينية.
2. سامر جبر مدير الاقتصاد وحدة التخطيط الاستراتيجي ووزارة الصحة الفلسطينية.
3. براق جمعة المدير العام للتخطيط الاستراتيجي ووزارة الصحة الفلسطينية.

3-5-1-2 بناء أداة الدراسة النوعية الثانية (المقابلات المهيكلة)

بعد جمع البيانات والمعلومات من المصادر الثانوية حول موضوع الإدارة الاستراتيجية وموضوع التخطيط الاستراتيجي في وزارة الصحة، الذي ساعد في بناء الإطار النظري، وبعد عمل ثلاث مقابلات غير مهيكلة، تم تصميم نموذج لمقابلات مهيكلة، وذلك بهدف التعرف إلى وجهة نظر القائمين والمشاركين في تنفيذ الخطة الاستراتيجية حول مدى تطبيق الخطة الاستراتيجية وتنفيذها لوزارة الصحة (2014-2016) على المؤشرات الصحية في محافظة الخليل، وانعكاس الأهداف الموضوعية للخطة على المحافظة، ومدى تحقيق المؤشرات الموضوعية بالخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية على محافظة الخليل. ويبين الملحق رقم (1) نموذج المقابلة، الذي تكون من ستة محاور رئيسة بحيث تعكس الأهداف الاستراتيجية للخطة الصحية (2014-2016) صيغت على النحو الآتي:

- أولاً: ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها.
- ثانياً: تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية.
- ثالثاً: بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة.
- رابعاً: توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.
- خامساً: تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية.
- سادساً: المعوقات والمقترحات.

3-5-2 صدق أداة الدراسة

3-5-2-1 المقابلات المهيكلة

للتحقق من صدق أداة الدراسة (المقابلات المهيكلة)، قامت الباحثة بعرض نموذج المقابلات على عدد من المحكمين، ممن لديهم الخبرة في مجال صياغة الخطط الاستراتيجية (انظر الملحق رقم 2). كما وقامت الباحثة باستخدام إستراتيجية التأمل (Reflexivity) وهي إستراتيجية تستخدم لتقليل أثر ميول وانحياز الباحث المحتمل في الدراسة، وتتمثل في مقدرة الباحث على تجاوز المسلمات، واكتشاف العلاقات، والتأكد من مصداقية البيانات، ومحاولة الباحث التعرف إلى مواطن انحيازه المحتملة، ومحاولة السيطرة عليها وتحديد الوسائل التي تمكنها من ذلك (حجر، 2003).

3-5-2-2 أسلوب تحليل المحتوى

للتحقق من صدق أداة الدراسة (تحليل المحتوى) قامت الباحثة باستخدام أسلوب المشاركة الاستراتيجية للمبحوثين (Participant Feedback) ويتمثل هذا الأسلوب في رجوع الباحثة إلى أفراد عينة الدراسة وذلك للتأكد من موافقتهم على ما تم التوصل إليه من تفسيرات لاستيضاح مواطن عدم الدقة في هذه التفسيرات، لكي تتمكن من إظهار مواطن عدم الدقة في تسجيلاتها (حجر، 2003).

3-5-3 ثبات أدوات الدراسة

يقصد بثبات الأداة أي درجة الاتساق في النتائج التي تعطيها إذا ما طبقت على عينة من الممتحنين أكثر من مرة في ظروف تطبيقية متشابهة (Sekaran, 2006).

وتم استخدام التناسق بين وجهات نظر عدد من المحكمين ونظرتهم إلى مفهوم معين، أو شرحهم إجابات المستقصى منهم، يسمى الثبات باستخدام التناسق بين آراء المحكمين (Interrater Reliability). ذلك أن الاعتماد على الثقة عن تناسق آراء عدد من المحكمين يكون مناسباً عندما يتم تجميع البيانات عن طريق الملاحظة، أو عن طريق اختبار دلالات الألفاظ، أو المقابلات غير المهيكلة، وفي جميع هذه الأساليب فإن هناك دوراً واضحاً للحكم أو التقدير الشخصي عند شرح هذه البيانات وتفسيرها (بسيوني، 2013). ووجد تناسق بين آراء المحكمين باتجاه الأسئلة التي تم طرحها في المقابلات المهيكلة وشبه المهيكلة.

3-6 إجراءات تطبيق أدوات الدراسة

بداية، تم إجراء ثلاث مقابلات غير مهيكلة مع بعض القائمين على إعداد الخطة الاستراتيجية وتصميم نموذج المقابلات المهيكلة، وإجراء المقابلات مع مديري الدوائر الصحية في المؤسسات الصحية الحكومية، حيث تم تنفيذ الإجراءات بالطريقة الآتية:

1. إجراء ثلاث مقابلات غير مهيكلة مع بعض القائمين على إعداد الخطة الاستراتيجية محل الدراسة، وتم اختيارهم بناء على خبرتهم وتخصصهم في مجال إعداد الخطة الاستراتيجية، أي أن العينة كانت عينة قصديه، وتم إجراء هذه المقابلات لفتح آفاق تفكير الباحثة وترتيب أفكارها، من أجل القدرة على تصميم نموذج المقابلات المهيكلة، ووضع عدد من المحاور والأسئلة لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها.

2. تصميم المقابلة المهيكلة " انظر الملحق رقم (1) " ، ثم التأكد من صدقها.

3. العمل على تحكيم أداة الدراسة (المقابلة المهيكلة) من قبل بعض المحكمين "انظر الملحق رقم (2)"، بعد تقديم طلب التحكيم "انظر الملحق رقم (4)".

4. التنسيق مع عينة الدراسة لإجراء المقابلات المهيكلة التي استغرق إجراؤها مدة شهرين تقريبا، وقد تم الاعتماد على التسجيل الإلكتروني واليدوي في المقابلات، واستخدمت الباحثة نموذج المقابلة المهيكلة المعتمد لطرح الأسئلة على المبحوثين.
5. تحليل المقابلات.

3-7 عملية معالجة البيانات وتحليلها

3-7-1 الطريقة النوعية (المقابلات المهيكلة)

تمت عملية تحليل بيانات المقابلات المهيكلة وفق الآلية الآتية:

1. تم تقسيم المقابلات حسب مواقع الدوائر الصحية الحكومية في المحافظة، وشملت مقابلات مع المدير العام والمدير الطبي والمدير الإداري للمستشفيات الحكومية بالمحافظة، ومديري مديريات الصحة الحكومية بالمحافظة، حيث أجريت ثلاث مقابلات في شمال المحافظة لحلول، وتسع مقابلات في الوسط (الخليل)، وثلاث مقابلات في الجنوب (دورا)، وست مقابلات في يطا.
2. ثم ترميز المقابلات، حيث تم إعطاء رمز تسلسلي للمقابلات السابقة حسب المحافظة، انظر الملحق رقم (3)، حيث كانت الرموز لمديري الدائرة الصحية الحكومية في حلول (1) إلى (3)، فمثلا المقابلة الأولى مع مدير مديرية صحة شمال الخليل رمزها (م ح 1)، والثانية مع المدير المالي والإداري (م ح 2)، والثالثة مع مدير الخدمات الطبية المساندة (م ح 3)، والرموز لمديري الدائرة الصحية الحكومية في الوسط (الخليل) من (م خ 1) إلى (م خ 9)، والرموز لمديري الدائرة الصحية الحكومية في الجنوب دورا من (م د 1) إلى (م د 3)، والرموز لمديري الدائرة الصحية الحكومية في يطا (م ي 1) إلى (م ي 6). أنظر الملحق رقم (3).

3. تم مراجعة إجابات أسئلة المقابلات الخاصة بكل موقع على حدة، ثم الخروج بنتائج كل محور لكل منطقة، ومن ثم مراجعة إجابات أسئلة المقابلات الخاصة بالمحافظة دفعة واحدة، حيث قامت الباحثة بقراءة إجابات المبحوثين بشكل سريع لتكوين انطباع أولي، ثم قراءة الإجابات بصورة مفصلة ودقيقة لمرات عديدة، وذلك من أجل تحديد المواضيع والعناوين الرئيسية التي تناولتها إجابات المبحوثين على أسئلة كل محور تم تحديد إجابات أسئلة المقابلات المتعلقة بكل محور من المحاور السابقة، وقراءة إجابات الأسئلة المتعلقة بالمحور الواحد لكل موقع ومن ثم للمواقع الأربعة دفعة واحدة، وبعدها تحديد المواضيع الرئيسية لكل محور من محاور الدراسة السالفة الذكر في بناء أداة النوعية للمقابلات غير المهيكلة.

- تم قراءة كل الاجابات للمحور الواحد.
- ثم قراءة الإجابات لهذا المحور لكل موقع .
- ثم قراءة كل اجابات لنفس المحور لكل المواقع دفعة واحدة، من أجل تحديد المعلومات والأفكار المتعلقة بكل محور، وتحديد الاقتباسات ذات الدلالة، وتوظيفها في عملية التحليل من أجل الوصول إلى النتائج والخروج بنت لكل محور لمحافظة الخليل.

فمن بين المواضيع والعناوين التي تناولتها الباحثة مثلاً إجابات المبحوثين انعكاس الهدف الأول للخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016) على كل موقع من المواقع الأربعة، فكان المحور الأول هو ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها، وبعد تحديد المحور الأول موضع الدراسة للموقع الأول (حلول)، وتحديد الأسئلة المتعلقة به، (1-5) أنظر الملحق رقم (1) ، قامت الباحثة بقراءة إجابة مقابلة مدير مديرية صحة حلحول على السؤال الأول، ومن ثم إجابة مقابلة المدير المالي لصحة حلحول، ثم قراءة

إجابة مدير الخدمات المساندة لصحة حلحول على السؤال الأول، وهكذا حتى انتهت من المقابلات الثلاثة. ومن ثم انتقلت للسؤال الثاني واستخدمت الآلية نفسها وهكذا حتى آخر الأسئلة. بعدها قامت بتحليل الأسئلة المتعلقة بالمحور الأول لشمال المحافظة (حلحول)، ثم خرجت بنتيجة المحور الأول في منطقة شمال المحافظة حلحول، ومن ثم قامت بتحليل الأسئلة المتعلقة بالمحور الأول لكل موقع على حدة، ثم خرجت بنتيجة المحور لكل موقع، بعدها قامت بدراسة إجابات الأسئلة المتعلقة بالمحور الأول لجميع المواقع دفعة واحدة وتحليلها، وبهذا تعرفت إلى نتائج المحور الأول للمقابلة المهيكلية المعتمدة للباحثة في محافظة الخليل، ثم انتقلت إلى المحاور التالية وبالآلية نفسها، حتى خرجت بنتيجة كل محور من المحاور الرئيسية في محافظة الخليل المعتمدة في المقابلة المهيكلية. وسيتم التطرق إلى تحليل المقابلات في الفصل الرابع.

الفصل الرابع

تحليل وعرض النتائج

1-4 مقدمة

2-4 تحليل نتائج المقابلات غير المهيكلة وعرضها

3-4 تحليل نتائج المقابلات المهيكلة وعرضها

- نتائج المقابلات المهيكلة لوسط محافظة الخليل
- نتائج المقابلات المهيكلة لشمال محافظة الخليل (طحول)
- نتائج المقابلات المهيكلة لجنوب محافظة الخليل (دورا)
- نتائج المقابلات المهيكلة يطا
- نتائج المقابلات المهيكلة لمحافظة الخليل

4-4 مناقشة نتائج أسئلة الدراسة

4-1 مقدمة

سيتناول هذا الفصل تحليل لنتائج الدراسة وعرضها من خلال تحليل نتائج المقابلات غير المهيكلة، ثم تحليل نتائج المقابلات غير المهيكلة وعرضها:

4-2 تحليل المقابلات غير المهيكلة

قامت الباحثة بعد تحديد مشكلة الدراسة وبعد تحديد عنوان الدراسة بأخذ عينة قصديه من ذوي الخبرة ومن القائمين على إعداد الخطة الاستراتيجية وتنفيذها، لإجراء مقابلات غير مهيكلة معهم، وذلك لفتح أفاق الباحثة في مجال الدراسة ولتتمكن من تحديد أداة الدراسة، والمساعدة بتحديد الأسئلة بشكل دقيق بما يتناسب مع الوضع الصحي في محافظة الخليل، وكذلك مطابقتها مع الخطة الاستراتيجية وأهدافها، وكانت الأسئلة عبارة عن أسئلة مفتوحة لمجرد المساعدة في تحديد محاور الدراسة وأسئلتها، ودعمت المقابلات غير المهيكلة المبدئية الدراسة وعنوانها وأداة الدراسة المناسبة لهذا النوع من الدراسة، ودعمت دراسة الأوضاع الصحية من خلال أهداف الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية باعتبارها المسئول الأكبر عن القطاع الصحي، لتحديد أوجه القصور في تحقيق أهدافها، لمساعدة متخذي القرارات بتحسين الوضع القائم في فلسطين بشكل عام، وفي محافظة الخليل بشكل خاص.

تشابهت الثلاث مقابلات غير المهيكلة أن تكون الأسئلة الموجهة لمجتمع الدراسة مشتقة من أهداف الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية المسئول الأكبر عن تقديم خدمات القطاع الصحي في فلسطين، لكي تتمكن الباحثة من الحصول على نتائج ومعرفة مدى انعكاس تنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية في محافظة الخليل، بالإضافة إلى ضرورة الأخذ بعين الاعتبار المؤشرات الصحية المرتبطة بأهداف الخطة الصحية الاستراتيجية التي تعكس الواقع

الصحي بالمحافظة، وتشكل دليلاً قوياً وهاماً يوضح مدى تحقيق الخطة الصحية الاستراتيجية لأهدافها القائمة، كما وأشارت المقابلات غير المهيكلة إلى ضرورة تحديد مجتمع الدراسة بصورة دقيقة، وذلك بالتوجه نحو المديرين الإداريين للمؤسسات الصحية والمستشفيات الحكومية في محافظة الخليل، للحصول على نتائج دقيقة ومرتبطة بأهداف الدراسة (المقابلات غير المهيكلة).

وكملخص لتحليل المقابلات غير المهيكلة، أظهرت المقابلات الثلاث أهمية التوجه نحو أهداف الخطة الصحية الاستراتيجية الأخيرة لوزارة الصحة الفلسطينية(2014-2016) وهي خمسة أهداف محددة تم ذكرها بشكل مفصل بالإطار النظري وكذلك ذكرت الباحثة المؤشرات الصحية المرتبطة بكل هدف الواردة بالخطة الصحية الاستراتيجية (2014-2016) كمحاور رئيسية لأداة الدراسة.

4-3 تحليل نتائج المقابلات المهيكلة في محافظة الخليل وعرضها

4-3-1 تحليل نتائج المقابلات المهيكلة في منطقة وسط الخليل وعرضها

ويحتوي ستة محاور رئيسة، هي:

أولاً: ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها

يتناول هذا المحور ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في المؤسسات الصحية المبحوثة على الأسئلة الخاصة بهذا المحور في منطقة وسط الخليل، على النحو الآتي:

1. فيما يتعلق بوضع شبكة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين بشكل يوفر الوصول الآمن

والسلس في محافظة الخليل ظهر أن:

- تشابهت بعض المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل من حيث ان خدمات الرعاية الصحية الأولية بالمحافظة شهدت تحسناً ملحوظاً خلال خمس السنوات الماضية، إلا أن الوضع الصحي للخدمات الثانية والثالثة غير كاملة بسبب النقص في عدد المستشفيات، والنقص في الكوادر الصحية المخصصة للمنطقة (م خ 1) (م خ 3) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 9).

- في مستشفى عالية الحكومي توفرت بعض الأقسام الجديدة إلا أن عدد الكوادر العاملة فيها غير كافٍ، وكذلك يوجد نقص ببعض الأقسام فيها، مثل قسم جراحة القلب والقسطرة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 4) (م خ 7) (م خ 9).

- وجود بعض مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تم إنشاؤها من المجتمع المحلي، ولكن الحكومة لم تعمل على تجهيزها أدى إلى زيادة الضغط على المراكز المتوفرة التي لا تتناسب مع ارتفاع عدد السكان، أي إن القطاع الصحي بالمحافظة لا يغطي الخدمات الرعاية الصحية الأولية بصورة شاملة (م خ 2) (م خ 5) (م خ 8).

2. من حيث الضمان لاستدامة الخدمات الصحية ذات الجودة العالية لفئات المجتمع الفلسطيني

جميعها وبناءً على المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل تبين أنه يتم من خلال :

- تعزيز الكوادر البشرية وزيادتها واستقطاب الكفاءات، وتفعيل المكافآت والحوافز، وتوجيه الموارد البشرية وتمكينهم أكاديمياً، وتوفير الدورات اللازمة لهم (م خ 1) (م خ 2) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 9).

- العمل على تحسين البنية التحتية للمؤسسات والمراكز الصحية الفلسطينية، لما لها من دور في استيعاب وتقديم الخدمات الصحية المطلوبة (م خ 3) (م خ 5) (م خ 6).
 - التوجه نحو التكنولوجيا الطبية الحديثة (م خ 4) (م خ 5) (م خ 8).
 - تضافر جهود المجتمع المحلي مع الوزارة (م خ 1) (م خ 7).
 - توفير مواقع صحية جديدة ومستشفيات جديدة (م خ 1) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 9).
3. فيما يتعلق بالبرامج الصحية التي تقدمها وزارة الصحة سواء أكانت برامج صحة الأسرة والصحة المدرسية والصحة الإنجابية، وفيما إذا تم تنفيذها بصورة كافية، وبدور وزارة الصحة بمحافظة الخليل في تنفيذ هذه البرامج، تبين أن:
- اتفقت المقابلات التسعة في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل تشابهت من حيث إن هناك تنفيذاً للبرامج الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية مثل برامج صحة الاسرة والصحة المدرسية، إلا أن معظم هذه البرامج تكون ممولة من جهات مانحة، ويقع دور الوزارة في الإشراف على تنفيذها.
 - بالرغم من وجود كتيبات تثقيفية تعمل الوزارة على توزيعها، إلا أن الكوادر المخصصة لتثقيف الصحي بالمحافظة غير كافية (م خ 5) (م خ 7)
4. من حيث البنية التحتية للخدمات الصحية على مستوى الخليل ومقارنتها في البنية التحتية لبقية المناطق:
- تشابهت بعض المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل، في أن البنية التحتية في عدد من العيادات الأولية ضعيفة سواء من مباني ومعدات وكذلك توفير كوادر، وكذلك الوضع بالنسبة للمستشفيات فإن البنية التحتية غير كافية على الرغم من وجود

تحسينات على مستشفى عاليًا إلا أنه هناك نقص في الكوادر والمعدات بالإضافة إلى نقص

المساحات اللازمة (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 9)

- وكذلك هناك محافظات أخرى لا تعادل جزءاً من محافظة الخليل من حيث عدد السكان والتوسع الجغرافي، إلا أن الخدمات فيها متوفرة بشكل جيد، حيث إن مستشفى (المحتسب) يفتقد العديد من الأجهزة والمعدات والموارد البشرية وأعمال الصيانة للأجهزة المتوفرة، وسوء في شبكة الصرف الصحي، وتحتاج إلى صيانة ومتابعة حتى إنها كانت فيما مضى ستقتل عدداً من الموظفين والمرضى بالرغم من أنه مستشفى تابع لوزارة الصحة حديثاً" ولكن طور التطور فيه غير كافي (م خ 1) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 8)

- أما بالنسبة لمستشفى عالية الحكومي فتبين أن هناك بعض التحسينات الجيدة المحدودة، كإضافة عدد من الأقسام، ولكن هذا لا ينسجم مع الوضع الصحي القائم والاحتياجات الملحة للمحافظة وزيادة على الخدمات الصحية مما أدى إلى تشكيل ضغط كبير على هذه المستشفى وأقسامها وكوادرها، وتتجاوز نسبة الأشغال فيه عن 130%، حيث ينقصه الكثير من الأقسام، مثل: جراحة القلب، والأعصاب وزراعة الكلى، ووحدة قسطرة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 7)

- على الرغم من قيام الوزارة بتوسعة بأقسام مستشفى عالية الحكومي إلا أن هناك ضغط في تقديم الخدمة بسبب الضغط الكبير الذي يقع على عاتق هذا المستشفى (م خ 1)
- وعند مقارنة الخليل مع بقية المحافظات اتفقت المقابلات على أن الخليل كانت ولا تزال الأقل حظاً" على سبيل المثال مستشفى رام الله الحكومي تتوفر فيه معظم التخصصات التي تنقص مستشفيات محافظة الخليل (م خ 1) (م خ 2) (م خ 4) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 9)

5. فيما يتعلق بمدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الأول للخطة الصحية "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها" على محافظة الخليل، أظهرت المقابلات كافة في المؤسسات الصحية الأولية والثانية والثالثة المبحوثة في منطقة وسط الخليل أن هناك استياء في تحقيق بعض المؤشرات، التي تقيس هذا الهدف حيث إن هناك ارتفاع بنسبة الأشغال بالمستشفيات، وكذلك زيادة عدد المراجعين للطبيب العام في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، بسبب نقص الكوادر، وتحسن نسبي في زيادة تقديم الأدوية.

6. فيما يتعلق بنتائج المحور الأول "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها" للمؤسسات الصحية الأولية والمستشفيات في منطقة وسط الخليل، أظهرت المقابلات أنه من حيث خدمات الرعاية الصحية الأولية شهدت المحافظة تحسناً ملحوظاً خلال خمس السنوات الماضية، إلا أن الوضع الصحي من ناحية الخدمات الثانية والثالثة غير كاملة، بسبب النقص في عدد المستشفيات، ونقص الكوادر الصحية المخصصة للمنطقة، ويكون الضمان لاستدامة الخدمات الصحية من خلال تعزيز وزيادة الموارد البشرية، وكذلك العمل على تحسين البنية التحتية لاستيعاب الخدمات المطلوبة، والتوجه نحو التكنولوجيا الطبية الحديثة، وتنفيذ المشاريع الموجودة المتعلقة بزيادة عدد المستشفيات، والذي بدوره سيعكس تحسينات في تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الأول في الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2014-2016)، وإن الوضع القائم أدى إلى ضعف في وجود ضمان لتوفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها. (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9)

ثانياً: تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية

يتناول هذا المحور تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة وسط الخليل، ما يلي:

1. فيما يتعلق بمدى تطبيق برامج الكشف المبكر للأمراض المزمنة والإعاقات وعوامل المخاطرة المرتبطة بالأمراض غير السارية، أظهرت المقابلات في المؤسسات الصحية الأولية والثانية والثالثة المبحوثة في منطقة وسط الخليل:

- وجود برامج الكشف المبكر، وهي برامج معتمدة في كل المؤسسات الصحية في فلسطين، ويوجد تطبيق لهذه البرامج بشكل عام إلا أن محافظة الخليل تعد من أعلى المحافظات بوجود مثل هذه الأمراض، مثل: مرض السكري، والسرطان، مما يزيد العبء الصحي على المؤسسات الصحية المتوفرة القليلة مقارنة مع عدد السكان (م خ 1)(م خ 2)(م خ 3).
- بالإضافة إلى النقل الكبير على الأجهزة المتوفرة للكشف عن هذه الأمراض مع وجود نقص في عدد هذه الأجهزة بالمحافظة (م خ 1) (م خ 5).

2. من حيث مدى تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة، وفيما يتعلق بمدى تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة، اتفقت المقابلات في منطقة وسط الخليل إلى وجود نظام سجل وطني للأمراض المزمنة، ولكنه غير مطبق أو معتمد في المحافظة، ويمكن الاعتبار أن النظام مطبق بشكل جزئي في مستشفى عالية الحكومي إلى حد ما (م خ 1) (م خ 2).

3. وفيما يتعلق بمدى تعزيز الوزارة لبرامج التثقيف الصحي، وضحت المقابلات التي أجريت في منطقة وسط الخليل ما يأتي:

- وجود برامج مميزة في الوزارة ولكن لم تنفذ بالشكل الكافي (م خ 1)(م خ 2)(م خ 3)(م خ 4).

- تعتبر الموارد البشرية المخصصة للتنقيف الصحي في المحافظة قليلة حيث إن هناك متقفاً صحياً واحداً يعمل جولة في العيادات حسب الضرورة والأهمية، وهذا غير كافٍ للوصول لتعزيز أنماط الحياة الصحية في المحافظة، ورفع الوعي المجتمعي حول السلوكيات الصحية للأفراد بالمحافظة، الذي يعد له دور كبير في الحد من انتشار الأمراض غير السارية، وبالتالي التقليل من الوفيات والحالات الخطرة (م خ 1) (م خ 4) (م خ 5).

4. ومن حيث تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الثاني للخطة الصحية " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية" على محافظة الخليل، أوضحت بعض المقابلات أن هناك تحسناً بطيئاً، ولكن لا يؤثر بدوره على المؤشرات الصحية، حيث إن المؤشرات الصحية في المحافظة تشير إلى زيادة في أعداد المرضى المصابين بالأمراض غير السارية، ونقص في معدل توقع الحياة (م خ 1) (م خ 3) (م خ 5) (م خ 9).

ثالثاً: بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية

يتناول هذا المحور بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة وسط الخليل، ما يأتي:

1. من حيث مدى وجود نظام تحسين جودة تقديم الخدمات الصحية في القطاع الصحي في محافظة الخليل، تشابهت المقابلات في الدوائر لصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل من حيث إن الوزارة تعمل على إيجاد نظام تحسين جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي،

وتعمل بشكل جدي إلى مأسسة نظام الجودة في المؤسسات الصحية كافة استناداً إلى معايير عالمية ومعايير منظمة الصحة العالمية (م خ 1)(م خ 2)(م خ 3)(م خ 4)(م خ 5)(م خ 6)(م خ 7)(م خ 8)(م خ 9)، إلا أن الإمكانيات والموارد المخصصة للمنطقة وضغط العمل يؤدي إلى إعاقة تحسين الجودة (م خ 4).

2. فيما يتعلق باعتماد برامج مساءلة للأخطاء الطبية والمطالبة بتحسين نوعية الخدمات:

• تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل، من حيث عدم وجود برامج محددة ومنظمة وواضحة للمساءلة بالأخطاء الطبية، والمطالبة بتحسين نوعية الخدمات في المحافظة تؤدي إلى حماية المريض (م خ 2)(م خ 3)(م خ 4)(م خ 5)(م خ 7)(م خ 8)(م خ 9).

• تتم المساءلة بعد وقوع الخطأ عن طريق لجنة التحقيق، ويتم العقاب من خلال وحدة شكاوى (م خ 1) (م خ 6).

3. وفيما يتعلق بتطبيق برامج الهدف الثالث وكفائتها سواء على مستوى الخطة الموضوعية أو على مستوى المحافظة مقارنة مع الضفة الغربية:

• تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل، من حيث إن التطبيق لبرامج هذا الهدف مثل تطبيق لجنة الجودة في كل المراكز الصحية غير كافٍ (م خ 1)(م خ 2)(م خ 3)(م خ 4)(م خ 5)(م خ 6)(م خ 7)(م خ 8)(م خ 9).

1. المعيق في تنفيذ هذه البرامج عدم توفر الموارد البشرية اللازمة لإدارة هذه البرامج، وعدم توفر الموارد المالية للحفاظ على نظام فعال ودائم للجودة (م خ 7).

2. وعند مقارنة محافظة الخليل مع بقية المناطق تبين أن هناك حملاً كبيراً يقع على عاتق المؤسسات الصحية بمنطقة وسط الخليل بشكل عام، ومستشفى عالية الحكومي بشكل خاص

بسبب قلة عدد المستشفيات وقلة المعدات والكوادر في المحافظة، مما ينعكس سلباً على تحقيق تقدمات ملحوظة في مستويات الجودة (م خ 1) (م خ 4) (م خ 7).

• من حيث مدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الثالث "بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية" على محافظة الخليل تشابهت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل، من حيث وجود نظام متابعة وتقييم في المؤسسات الصحية، ولكن نسبة تطبيقه في المحافظة ضئيل بسبب الحاجة لكوادر وموازنة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9).

• أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثالث "بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع نواحي تقديم الخدمة الصحية" فتبين أن منطقة وسط الخليل لديها نظام معمم من قبل الوزارة على المحافظات كافة، إلا أن نسبة تطبيقه ضئيلة بالمحافظة بسبب قلة الموارد البشرية المخصصة من قبل الوزارة للمنطقة لإدارة مثل هذه البرامج والعجز بالموازنة المقدمة، مما ينعكس سلباً على تحقيق الجودة، التي لها دور رئيسي للمتابعة والتقييم ومن ثم المساءلة والتصحيح للوصول إلى الرضى الطبي لسكان المحافظة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9).

رابعاً: توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية

يتناول هذا المحور توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة وسط الخليل، ما يلي:

1. فيما يتعلق بتطوير الوزارة لنظم إدارة الموارد البشرية من أجل جذب العدد والنوع الكافي للاحتياجات المستقبلية:

- تشابهت معظم المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل، من حيث وجود استقطاب للكفاءات الطبية، إلا أن نظام الحوافز المتبع يؤدي في معظم الأوقات إلى خروج هذه الكفاءات للعمل خارج مؤسسات الصحية الحكومية (م خ 1) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9).

- تعمل الوزارة على تطوير بعض الكوادر الموجودة من خلال ابتعاثهم للخارج، لعمل دورات من اجل تطوير بعض التخصصات، إلا أن نقص الكادر محكوم بعدد الشواغر، ولا يؤدي إلى تغطية الاحتياجات المطلوبة (م خ 2).

- وجود ضغط كبير في العمل بسبب زيادة عدد السكان، مما يزيد الحمل على الكوادر العاملة في القطاع الصحي بالمحافظة (م خ 6).

- تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل، من حيث عدم وجود قاعدة بيانات للقوى العاملة في محافظة الخليل، وعدم وصول المحافظة للرفاهية الطبية (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9).

2. تشابهت بعض المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل، من حيث عدم وجود مسارات مهنية محددة للكوادر الصحية، ولكن عند وجود جهة ممولة لمشروع معين، يتم ابتعاث بعض الأطباء لعمل دورات تدريبية (م خ 2) (م خ 3) (م خ 6) (م خ 9).

- تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل، من حيث تحقيق المؤشرات الموضوعية، لقياس الهدف الرابع للخطة الصحية " توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية " في محافظة الخليل في وجود نقص في تحقيق

هذه المؤشرات، وذلك بسبب عدم توفير الكوادر اللازمة لتغطية الاحتياجات الطبية للمحافظة

(م خ 1)(م خ 2)(م خ 3)(م خ 4)(م خ 5)(م خ 6)(م خ 7)(م خ 8)(م خ 9).

- أما فيما يتعلق بنتائج المحور الرابع "توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية"، منطقة وسط الخليل تعاني من نقص في الكوادر الصحية بمختلف الفئات، وعدم وجود سياسات واضحة لتوفير الكوادر اللازمة بحيث تؤدي إلى النهوض بالخدمة الصحية المقدمة، بالإضافة إلى عدم وجود وصف وظيفي للعاملين بالقطاع الصحي في منطقة وسط الخليل، بالإضافة لعدم وجود مسارات مهنية واضحة للعاملين بالقطاع الصحي بالمحافظة، وإن المحافظة بحاجة إلى تطبيق سياسات ملزمة لتلبية الاحتياجات الضخمة في المحافظة (م خ 1)(م خ 2)(م خ 3)(م خ 4)(م خ 5)(م خ 6)(م خ 7)(م خ 8)(م خ 9).

خامساً: تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية

يتناول هذا المحور تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة وسط الخليل، ما يأتي:

1. فيما يتعلق بالدور الرقابي والتنظيمي الذي تقوم به وزارة الصحة لمحافظة الخليل والآليات المستخدمة لذلك:

- تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل، حيث تبين وجود رقابة عشوائية وبشكل مؤقت وغير مستمر عند وقوع المشاكل (م خ 1)(م خ 2)(م خ 3)(م خ 4)(م خ 5)(م خ 6)(م خ 7)(م خ 8)(م خ 9).

- لا توجد رقابة دورية بناءة (م خ 7)
- الرقابة بحاجة إلى أن تُكثَّف بسبب التزايد في عدد السكان، وتزايد الحاجة الماسة إلى توفير المزيد من الكوادر المتخصصة (م خ 1) (م خ 4) (م خ 7)
- 2. فيما يتعلق بمدى مواكبة الخطط للتقدم العلمي والتقني في المؤسسات الصحية المختلفة:
 - تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل إلى وجود نقص كبير في الأجهزة الأقسام كافة، وتحتاج المحافظة إلى موازنات كبيرة لتغطية الاحتياجات اللازمة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9).
 - وعند تزويد الوزارة ببعض الأجهزة للمستشفيات فإن بعضها يكون مستعملاً من مستشفيات أخرى، بالإضافة إلى عدم توفير الكوادر اللازمة للعمل على الأجهزة المتوفرة (م خ 1).
- 3. أظهرت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل أن تطبيق المؤشرات الصحية المستخدمة لقياس الهدف الخامس للخطة الصحية " تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية " إلى عدم تحقيق التحسن المرجو بالمحافظة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9) .
- ما يتعلق بنتائج المحور الخامس " تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية " تبين أن منطقة وسط الخليل تعاني من نقص في تحقيق هذا الهدف، وذلك بسبب عدم استكمال وجود مراكز صحية بالمحافظة تعمل بالنظام المحوسب، بالإضافة إلى عدم وجود رقابة بشكل غير مستمر فقط عند وقوع المشاكل، ولا يوجد نظام دوري للرقابة، وأن الرقابة بحاجة إلى أن تكثف بسبب التزايد في عدد السكان، وبحاجة إلى توفير كوادر أكثر ومتخصصة بشكل أفضل بالإضافة إلى وجود نقص كبير في الأجهزة وفي الأقسام كافة، وتحتاج المحافظة إلى موازنات كبيرة لتغطية الاحتياجات اللازمة، بالإضافة لعدم توفير الكوادر اللازمة للعمل على

الأجهزة المتوفرة، مما أدى إلى عدم تحقيق المؤشرات الضرورية من أجل تحسين الوضع

القائم (م خ 1)(م خ 2)(م خ 3)(م خ 4)(م خ 5)(م خ 6)(م خ 7)(م خ 8)(م خ 9).

سادسا: المعوقات والمقترحات

تعددت وتنوعت المعوقات التي تحد من دور الوزارة في تحقيق الأهداف الموضوعية بالخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2014-2016)، وخصص هذا المحور من أجل التعرف إلى هذا المعوقات:

1. أظهرت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل أن المعوقات التي

تحد من تنفيذ الخطه الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة هي :

• عدم كفاية الموارد المالية والبشرية المخصصة للقطاع الصحي في المحافظة (م خ 1)(م خ

2)(م خ 3)(م خ 4)(م خ 5)(م خ 6)(م خ 7)(م خ 8)(م خ 9) .

• تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل، من حيث إنه يمكن

التغلب على هذه المعوقات من خلال قرار دولة قائم على العدالة في توزيع الإمكانيات

المتاحة، وتخصيص كوادر مالية وبشرية للمنطقة تفي بالاحتياجات الملحة للمنطقة،

بالإضافة إلى الأخذ بعين الاعتبار التضخم السكاني، والوضع الصحي بالمحافظة (م خ

1)(م خ 2)(م خ 3)(م خ 4)(م خ 5)(م خ 6)(م خ 7)(م خ 8)(م خ 9).

2. تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة وسط الخليل حول المقترحات

لتحسين البنى التحتية، وزيادة الكوادر الموارد المالية والبشرية، وإعادة توزيع الموارد بطريقة

عادلة لتقليص الفجوة بين عدد السكان والخدمات الصحية المقدمة لهم، بالقياس مع

المحافظات الأخرى، وكذلك الاستثمار بالكادر الموجود وتطوير مهاراته، وكذلك أصحاب القرار بالمحافظة كالبليات، بأن يكون لهم دور في تفعيل المحاصصة، وبناء مستشفيات جديدة تفي بالاحتياجات اللازمة، ليقبل الضغط عن المستشفيات القائمة حالياً وإيجاد برنامج محوسب في كافة المؤسسات الصحية، يظهر فيه الوضع الصحي لكل مواطن، مما يساهم في تحسين الوضع الصحي بالمحافظة، مع بناء هيكليات واضحة بالوزارة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9).

- أما فيما يتعلق بنتائج المحور السادس " المعوقات والمقترحات " تبين أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في منطقة وسط الخليل، تتمثل في عدم كفاية الموارد المالية والبشرية المخصصة للمنطقة، وكذلك من خلال اتخاذ الدولة قرارات قائمة على العدالة في توزيع الإمكانيات المتاحة وتخصيص كوادر مالية وبشرية للمنطقة تفي بالاحتياجات الملحة للمنطقة، وزيادة الكوادر الموارد المالية والبشرية، وإعادة توزيع الموارد بطريقة عادلة، لتقليص الفجوة بين عدد السكان والخدمات الصحية الأخرى كما في المحافظات الأخرى، وكذلك الاستثمار بالموارد البشرية الموجودة وتطوير مهاراته، أن يكون لأصحاب القرار بالمحافظة كالبليات دور في تفعيل المحاصصة. وبناء مستشفيات جديدة تفي بالاحتياجات اللازمة وتقليل الضغط على المراكز الصحية والمستشفى الوحيد بالمحافظة، وإنشاء برنامج محوسب في كافة المؤسسات الصحية يظهر فيه الوضع الصحي لكل مواطن، مما يساهم في تحسين الوضع الصحي بالمحافظة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9).

4-3-2 تحليل نتائج المقابلات المهيكلة في منطقة شمال الخليل وعرضها (لحلول)

ويحتوي ستة محاور ، هي:

أولاً: ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها

ويتناول هذا المحور تحليل هدف ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في المؤسسات الصحية المبحوثة على الأسئلة الخاصة بهذا المحور في منطقة شمال الخليل، ما يلي:

1. من حيث وضع شبكة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين بشكل يوفر الوصول الآمن والسلس في محافظة الخليل:

• تشابهت المقابلات الثلاثة في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل، من حيث إن هناك تحسناً بشكل جزئي في انتشار الشبكات الصحية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية ولكنه غير كافٍ، حيث إن هناك مديرية صحة جديدة في منطقة لحول تعمل على تغطية تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية لشمال الخليل (تقديم المطاعيم للأطفال وأمومة ورعاية الحوامل والطب العام)، ولكنها لا تفي بالحد المطلوب، حيث إن هناك نقصاً في عدد المراكز الصحية مقارنة بعدد السكان. (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3)

• يوجد نقص كبير في توفر المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانية (المستشفيات)، والثالثة (الخدمات الطبية التخصصية)، حيث إن منطقة شمال الخليل تعتمد في تلقيها هذا العلاج على مستشفى عالية الحكومي في منطقة وسط الخليل (م ح 1) (م ح 2)

2. من حيث الضمان لاستدامة الخدمات الصحية ذات الجودة العالية لفئات المجتمع جميعها:

• تشابهت المقابلات الثلاثة في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل (حلحول)، وخلصت إلى ضرورة أن يتوفر التزام حكومي لتحسين جودة الخدمات من خلال وضع قانون إلزامي لإنشاء مستشفيات ومراكز صحية جديدة، تفي بالحاجة في مختلف التخصصات والمجالات الصحية ضمن الإمكانيات المتاحة للوزارة، حيث إن هناك مشاريع وضع لها حجر الأساس، ولكن لم تنفذ بعد كوجود مستشفى حكومي في منطقة حلحول (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

• يعتبر العمل على زيادة تركيز واهتمام الوزارة ببرامج دعم الجودة الصحية وتحسينها من خلال الدورات التدريبية والبرامج ذات الصلة، لما لها من تأثير إيجابي على جودة الخدمات الصحية (م ح 2).

3. فيما يتعلق في البرامج الصحية التي تقدمها وزارة الصحة سواء أكانت برامج صحة الأسرة أو الصحة المدرسية أو الصحة الإنجابية تم تنفيذها بصورة كافية، وهل يوجد دور حقيقي لوزارة الصحة بمحافظة الخليل في تنفيذ هذه البرامج؟

• تشابهت المقابلات الثلاثة في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل (حلحول)، من حيث إن هناك تنفيذاً للبرامج الصحية بشكل كافٍ في مراكز الرعاية الصحية الأولية، من حيث وجود برامج صحة الأسرة والصحة المدرسية، ووجود سياسات واضحة ومكتوبة تشير إلى دور الوزارة في تحقيق الهدف (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

• بالنسبة للمستشفيات يوجد نقص في تحقيق هذا الهدف بالمحافظة، حيث يوجد تقصير ملحوظ في تنفيذ برامج الصحة الإنجابية، مما انعكس سلباً على مؤشرات نسبة وفيات الأمهات بالمحافظة، وصحة الأطفال وأوزان المواليد حديثي الولادة (م ح 1).

4. فيما يتعلق بالبنية التحتية للخدمات الصحية سواء على مستوى محافظة الخليل ومقارنتها في البنية التحتية لبقية المناطق، تشابهت المقابلات الثلاثة في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل، من حيث إن البنية التحتية في المحافظة مدمرة وضعيفة والبنائات قديمة، وفيما يخص مديرية صحة حلحول هي عبارة عن مبنى مستأجر مساحته لا تفي بالغرض، بالإضافة إلى النقص الكبير في الموارد البشرية مقارنة مع مجمع فلسطين الطبي، حيث بنية أفضل وأقسام جديدة، وموارد بشرية كافية، مما انعكس على جودة الخدمات التي تقدمها (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

5. فيما يتعلق بمدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الأول للخطة الصحية "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها " على محافظة الخليل:

- هناك استياء في تحقيق بعض المؤشرات التي تقيس هذا الهدف، حيث إن هناك ارتفاعاً بنسبة الاشغال بالمستشفيات، وكذلك زيادة عدد المراجعين للطبيب العام بسبب نقص الكوادر (م ح 2) (م ح 3).

- هناك تحسن في زيادة تقديم الأدوية (م ح 1).

6. فيما يتعلق بنتائج المحور الأول للدائرة الصحية في منطقة شمال الخليل "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها" تبين أن هناك تحسناً بشكل جزئي في انتشار الشبكات الصحية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية، وعدم توفر المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانية (المستشفيات)، والثالثة (الخدمات الطبية التخصصية) في المحافظة، حيث إن منطقة شمال الخليل تعتمد في تلقيها هذا العلاج على مستشفى عالية الحكومي في منطقة وسط الخليل، مع أهمية العمل على زيادة تركيز واهتمام الوزارة ببرامج دعم وتحسين الجودة الصحية من خلال الدورات التدريبية والبرامج ذات الصلة،

لما لها من تأثير إيجابي على جودة الخدمات الصحية، وعدم وجود قانون إلزامي لإنشاء مستشفيات جديدة تفي بالحاجة في مختلف التخصصات والمجالات الطبية، أدى إلى زيادة الوضع سوء، ووجود سياسات واضحة ومكتوبة تشير إلى دور الوزارة في تحقيق الهدف، مع إنشاء برامج صحية كافية وتنفيذها في مراكز الرعاية الصحية الأولية، مع وجود نقص في تطبيق هذه البرامج في المستشفيات، وتبين أن البنية التحتية في المحافظة مدمرة وضعيفة والبنائيات قديمة، وتبين أيضا وجود نقص كبير في الموارد البشرية، واستياء في تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الأول في الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة 2014-2016، مما أدى إلى ضعف في وجود ضمان لتوفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

ثانيا: تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية

يتناول هذا المحور تحليل هدف "تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية"، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة شمال الخليل، ما يلي:

1. فيما يتعلق بمدى تطبيق برامج الكشف المبكر للأمراض المزمنة والإعاقات وعوامل المخاطرة المرتبطة بالأمراض غير السارية:

- تشابهت المقابلات الثلاث في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل، من حيث التأكيد على وجود برامج الكشف المبكر للأمراض المزمنة والإعاقات، وهي برامج معتمدة في كل المؤسسات الصحية في فلسطين، ويوجد تطبيق لهذه البرامج بشكل عام. (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

• شكلت محافظة الخليل أعلى المحافظات من ناحية انتشار الأمراض المزمنة، مثل: مرض السكري، والسرطان، مما يزيد العبء الصحي على المؤسسات الصحية القليلة المتوفرة القليلة، بالإضافة إلى الثقل الكبير على الأجهزة المتوفرة للكشف عن هذه الأمراض مع وجود نقص في عدد هذه الأجهزة بالمحافظة (م ح 1).

2. من حيث مدى تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة، اتفقت المقابلات الثلاثة في منطقة شمال الخليل إلى عدم وجود تطبيق لهذا النظام في شمال الخليل، بالرغم من وجود نظام معتمد، ولكن مطبق بشكل جزئي فقط في مستشفى عالية الحكومي في وسط الخليل. (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

3. وفيما يتعلق بمدى تعزيز وتنفيذ الوزارة لبرامج التثقيف الصحي، خلصت المقابلات التي أجريت في منطقة شمال الخليل إلى:

• وجود برامج مميزة في الوزارة تعد من أحسن البرامج في الشرق الأوسط ، إلا أن الكادر البشري المخصص للتثقيف الصحي في المحافظة يعد قليلاً، حيث إن هناك مثقفاً صحياً واحداً يعمل جولة في العيادات حسب الضرورة والأهمية، وهذا غير كافٍ للوصول لتعزيز أنماط الحياة الصحية في المحافظة ورفع الوعي المجتمعي حول السلوكيات الصحية للأفراد بالمحافظة، لما له من دورٍ كبيرٍ في الحد من انتشار الأمراض غير السارية، وبالتالي التقليل من الوفيات والحالات الخطرة. (م ح 1) (م ح 3).

• وذكرت إحدى المقابلات: أنه لا يوجد أي برامج للتثقيف الصحي، ولا يوجد أي فعاليات ملموسة لها (م ح 2).

4. فيما يتعلق بمدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الثاني للخطة الصحية " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية" على محافظة الخليل، تبين أن

هناك تحسناً بطيئاً، حيث إن المؤشرات الصحية في المحافظة تشير إلى زيادة في أعداد المرضى المصابين بالأمراض غير السارية، ونقص في معدل توقع الحياة (العمر المتوقع للنساء والرجال) (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثاني " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية " فتبين أن تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية في منطقة شمال الخليل متواضعة جداً، بالرغم من وجود برامج في خطة الوزارة الصحية تخدم هذا الغرض، إلا أن هناك فجوة كبيرة بين ما هو مخطط له وما هو منفذ، وتعاني مرحلة تنفيذ الخطة من قصور كبير، وذلك بسبب عدم توفير الموازنات الكافية لنجاح عملية التنفيذ مع النقص الكبير في عدد الموارد البشرية، والمعدات اللازمة المخصصة من قبل الوزارة لتحقيق هذا الهدف، بالإضافة إلى عدم تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة، وكذلك وجود تراجع في المؤشرات الصحية بالمحافظة، وزيادة انتشار الأمراض غير السارية فيها بما يتعارض مع تحقيق مؤشرات القياس التي وضعتها وزارة الصحة في الخطة الاستراتيجية (2014-2016) لقياس هذا الهدف (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

ثالثاً: بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية

يتناول هذا المحور تحليل الهدف الثالث بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة شمال الخليل ما يلي:

1. فيما يتعلق بمدى وجود نظام تحسين جودة تقديم الخدمات الصحية في القطاع الصحي في محافظة الخليل أظهرت المقابلات أن:

- الوزارة تعمل على إيجاد نظام تحسين جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي، وتعمل بشكل جدي الى مأسسة نظام الجودة في كافة المؤسسات الصحية استناد الى معايير عالمية ومعايير منظمة الصحة العالمية (م ح 1)

- الإمكانيات المحدودة المخصصة من قبل الوزارة للمحافظة أدى إلى تطبيق نظام تحسين الجودة بشكل جزئي في المحافظة، وأن النظام قيد التطوير ويعد في مراحله الأولى (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

2. من حيث اعتماد برامج مساءلة للأخطاء الطبية، والمطالبة بتحسين نوعية الخدمات كشفت المقابلات ما يأتي:

- عدم وجود برامج محددة ومنظمة وواضحة للمساءلة بالأخطاء الطبية، والمطالبة بتحسين نوعية الخدمات في المحافظة من أجل حماية المريض (م ح 1).

- المساءلة تتم بعد وقوع الخطأ عن طريق لجنة التحقيق، ويتم العقاب حسب الشخص، وحسب حجم الخطأ (م ح 2).

- وجود وحدة شكاوى لها إدارة عامة، وبإمكان أي مواطن يشعر بسوء المعاملة من قبل الطواقم بتقديم ملاحظته وشكواه عبر المديرية، أو عن طريق صندوق الشكاوى، وهناك آلية لبحث هذه المشاكل، وإذا لم يستطع حلها فيتم رفعها مباشرة للإدارة العامة، وتكون سياسات لردع الخطأ بعد نتائج لجنة التحقيق (م ح 3).

3. فيما يتعلق بتطبيق برامج الهدف الثالث يعتبر كافيا سواء على مستوى الخطة الموضوعية أو على مستوى المحافظة، مقارنة مع الضفة الغربية أظهرت المقابلات ما يأتي:

- التطبيق لبرامج هذا الهدف مثل تطبيق لجنة الجودة في كل المراكز الصحية غير كافٍ، والمعيق في تنفيذ هذه البرامج عدم توفر الموارد البشرية اللازمة لإدارة هذه البرامج، وعدم توفر الموارد المالية للحفاظ على نظام فعال ودائم للجودة (م ح 1).
- وعند مقارنة محافظة الخليل مع بقية المناطق تبين أن هناك حملاً كبيراً يقع على عاتق المؤسسات الصحية بالمحافظة، بسبب قلة عدد المستشفيات، وقلة المعدات والكوادر، مما ينعكس سلباً على تحقيق تحسينات في جودة الخدمات الصحية (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

4. فيما يتعلق بمدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الثالث "بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية" على محافظة الخليل، تشابهت المقابلات الثلاث في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل (حلحول)، من حيث وجود نظام متابعة وتقييم في المؤسسات الصحية، ولكن نسبة تطبيقه في المحافظة ضئيل بسبب الحاجة لكوادر وميزانية (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثالث "بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع نواحي تقديم الخدمة الصحية" فتبين أن منطقة شمال الخليل لديها نظام معمم من قبل الوزارة على المحافظات كافة إلا أن نسبة تطبيقه ضئيلة بالمحافظة، والمعيق في تنفيذ هذه البرامج عدم توفر الموارد البشرية اللازمة لإدارة هذه البرامج وعدم توفر الموارد المالية للحفاظ على نظام فعال ودائم للجودة، بسبب وجود عجز بالموازنة المقدمة، مما ينعكس سلباً على تحقيق الجودة التي تشكل دوراً رئيساً للمتابعة والتقييم، ومن ثم المساءلة والتصحيح للوصول إلى الرضى الطبي لسكان المحافظة، وتبين أن هناك حملاً كبيراً يقع على عاتق المؤسسات الصحية بالمحافظة بسبب قلة عدد المستشفيات وقلة المعدات والكوادر، مما ينعكس سلباً

على تحقيق تحسينات في جودة الخدمات الصحية، وتبين وجود وحدة شكاوى لها إدارة عامة، وبإمكان أي مواطن يشعر بسوء المعاملة من قبل الطواقم بتقديم ملاحظته وشكواه عبر المديرية، أو عن طريق صندوق الشكاوى، وهناك آلية لبحث هذه المشاكل، وإذا لم يستطع حلها يتم رفعها مباشرة للإدارة العامة (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

رابعاً: توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية

يتناول هذا المحور تحليل هدف توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة شمال الخليل ما يلي:

1. فيما يتعلق بمدى تطوير الوزارة لتنظيم إدارة الموارد البشرية من أجل جذب العدد والنوع الكافي

للاحتياجات المستقبلية كشفت المقابلات ما يلي:

- عدم وجود خطة استراتيجية للكوادر الطبية، حيث من خلالها يتم الاضطلاع على الفئات الطبية كافة في السوق الفلسطيني، واستقطاب العدد والنوع الكافي لتغطية الاحتياجات الطبية (م ح 1).

- وجود نقص في كوادر مدربة في برامج الرعاية الصحية الثانية والثالثة (م ح 1) (م ح 2).
- تقوم الوزارة بتغطية الاحتياجات الطبية عند فتح مستشفى جديد بأخذ كوادر من مواقع أخرى، أي ان هناك جزئية في التعيينات، مما يؤدي إلى عجز في تقديم الخدمة (م ح 3).

2. من حيث توفير قاعدة بيانات لكافة القوى العاملة في القطاع الصحي لإنشاء المرصد

الوطني للموارد البشرية، تشابهت المقابلات الثلاث في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل، من حيث وجود قاعدة بيانات للقوى العاملة في وزارة الصحة الفلسطينية في

نابلس فقط (موظفي الوزارة بنابلس)، إلا أن ذلك غير موجود في منطقة شمال الخليل (م ح 3)
(1) (م ح 2) (م ح 3).

3. فيما يتعلق بوجود برامج لتطوير مسارات مهنية أكثر تنظيماً، وتوفير التطور المعني للكوادر الصحية العاملة والآليات المستخدمة لذلك من أجل تلبية الاحتياجات، أظهرت المقابلات الثلاث في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل:

- عدم وجود مسارات مهنية محددة للكوادر الصحية (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).
- عند وجود جهة ممولة لمشروع معين، فيتم ابتعاث بعض الأطباء لعمل دورات تدريبية كإحدى الآليات المستخدمة (م ح 2).

4. فيما يتعلق بمدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الرابع للخطة الصحية "توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية" في محافظة الخليل تشابهت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل، من حيث وجود تحسن ولكنه طفيف جداً، بسبب النقص في عدد المراكز الصحية، ونقص التخصصات الموجودة بالمقارنة مع الاحتياجات الموجودة (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الرابع "توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية" فتبين أن منطقة شمال الخليل تعاني من نقص كبير في الكوادر الصحية بمختلف الفئات مع عدم وجود سياسات واضحة لتوفير الكوادر اللازمة، كي تؤدي إلى النهوض بالخدمة الصحية المقدمة، وتبين أيضاً عدم وجود خطة استراتيجية للكوادر الطبية حيث يتم من خلالها الاضطلاع على الفئات الطبية كافة في السوق الفلسطيني، واستقطاب العدد والنوع الكافي لتغطية الاحتياجات الطبية، بالإضافة إلى عدم وجود وصف وظيفي للعاملين بالقطاع الصحي في منطقة شمال الخليل، ويتم تجزئة وتقسيم العمل من قبل

الموظفين أنفسهم، بالإضافة لعدم وجود مسارات مهنية واضحة للعاملين بالقطاع الصحي بالمحافظة (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

خامسا: تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية

يتناول هذا المحور تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة شمال الخليل، ما يلي:

1. من ناحية الدور الرقابي والتنظيمي الذي تقوم به وزارة الصحة لمحافظة الخليل والآليات المستخدمة لذلك، فقد تشابهت المقابلات الثلاثة في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل، من حيث وجود نظام رقابي مركزي مطبق على جميع المحافظات، وتتم الرقابة عن طريق ابتعاث مندوبين من الوزارة، ويتركز دورها حول تقديم توجيهات للتقويم وليس للمحاسبة (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

2. فيما يتعلق بمدى مواكبة الخطط للتقدم العلمي والتقني في المؤسسات الصحية المختلفة:

- تشابهت المقابلات الثلاث في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل من حيث توفر بعض الأجهزة الجديدة، بالرغم من وجود نقص كبير في الأجهزة، والحصة من الموارد الصحية قليلة بالمحافظة، وعدم توفر الأخصائيين اللازمين لأعمال الصيانة (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

- بالإضافة إلى عدم وجود أنظمة معلومات وتكنولوجية صحية تعزز التواصل بين مختلف الوحدات بالمحافظة (م ح 2).

3. فيما يتعلق بمدى تطبيق المؤشرات الصحية المستخدمة لقياس الهدف الخامس للخطة

الصحية "تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية " أظهرت المقابلات الثلاث في

الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل:

• عدم تحقيق التحسن المرجو، فيما يتعلق بالتنمية و الحوكمة بالقطاع الصحي بالمحافظة (م

ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

• وزارة الصحة بعيدة كل البعد عن برامج التنمية الصحية و الحوكمة الصحية، وذلك بسبب

غياب البرامج المحوسبة الصحية الداعمة (م ح 1).

4. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الخامس " تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية "

فاتضح أن منطقة شمال الخليل تعاني من نقص في تحقيق هذا الهدف، وذلك بسبب عدم

وجود مراكز صحية بالمحافظة تعمل بالنظام المحوسب، بالإضافة إلى أنه بالرغم من وجود

مشاريع تنموية للمنطقة موافق عليها من الوزارة إلا أنه لم يتم تنفيذها بشكل كامل حتى نهاية

عام 2016، بالإضافة إلى عدم وجود أنظمة معلومات وتكنولوجية صحية تعزز التواصل

بين مختلف الوحدات بالمحافظة، كما وأن وزارة الصحة بعيدة كل البعد عن برامج التنمية و

الحوكمة الصحية، وذلك بسبب غياب البرامج الصحية الداعمة، وهذا بدوره أدى إلى عدم

تحقيق التحسن المرجو فيما يتعلق بالتنمية و الحوكمة بالقطاع الصحي بالمحافظة (م ح 1)

(م ح 2) (م ح 3).

سادسا: المعوقات والمقترحات

تعددت وتنوعت المعوقات التي تحد من دور الوزارة في تحقيق الأهداف الموضوعية بالخطوة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2014-2016)، وخصص هذا المحور من أجل التعرف إلى هذا المعوقات:

1. كشفت المقابلات الثلاثة في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل أن المعوقات

التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة، هي:

• سوء تنفيذ الخطط الاستراتيجية القائمة، بسبب محدودية قدرات وخبرات منفي هذه الخطط (م ح 1).

• سوء البنية التحتية للمؤسسات الصحية، مع عدم توريد كافة المتطلبات وتوفيرها (م ح 1) (م ح 2).

• تهميش القطاع الصحي في محافظة الخليل بسبب عدم العدالة في توزيع الموارد (م ح 2)

• نقص في عدد المراكز والمواقع الصحية، وعدم توفر الكوادر الصحية اللازمة مع نقص في المعدات والأجهزة الطبية المتوفرة في المراكز الصحية المتوفرة في المحافظة. (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

2. خلصت المقابلات الثلاثة في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل إلى أنه يمكن

التغلب على هذه المعوقات من خلال:

• سعي المجتمع المحلي (البلديات) والجهات المفوضة إلى الضغط على الوزارة لإعطاء المحافظة أولوية في تخصيص الموارد (م ح 1) (م ح 3).

• إيجاد سلطة مختصة بالتنفيذ، والاهتمام الحكومي أكثر من ناحية التوظيف، وتوفير كوادر مدربة، وكوادر مالية متخصصة (م ح 2).

- تفعيل نظام المتابعة والتقييم في القطاع الصحي، استنادا إلى الأهداف الاستراتيجية (م ح 2) (م ح 3).

3. تشابهت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة شمال الخليل حول المقترحات لتحسين البنى التحتية من خلال:

- تطوير الكوادر الصحية من خلال البرامج الصحية التدريبية، مع العمل على حل مشكلة العجز القائم في عدد الموارد البشرية، واستقطاب الموارد البشرية الكفؤة (م ح 2) (م ح 3).
- أن يتم التنسيق بين المجتمع المحلي (البلديات) ووزارة الصحة على نوعية الخدمات الصحية المقدمة في المحافظة (م ح 1) (م ح 2).
- زيادة المشاريع والمراكز الصحية المخصصة في المحافظة، وبناء مستشفيات جديدة مزودة بالمعدات والأجهزة اللازمة، يشرف على تنفيذها خبراء ومختصون (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

4. أما فيما يتعلق بنتائج المحور السادس " المعوقات والمقترحات" فتبين أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة، تتمثل في سوء تنفيذ الخطط الاستراتيجية القائمة، بسبب سوء البنية التحتية للمؤسسات الصحية، عدم توريد وتوفير كافة المتطلبات، تهميش القطاع الصحي في محافظة الخليل وعدم العدالة في توزيع الموارد، ونقص في عدد المراكز والمواقع الصحية، وعدم توفر الكوادر الصحية اللازمة، مع نقص في المعدات والأجهزة الطبية المتوفرة في المراكز الصحية المتوفرة في المحافظة. ويمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال سعي المجتمع المحلي (البلديات) والجهات المفوضة إلى الضغط على الوزارة لإعطاء المحافظة أولوية في تخصيص الموارد، وإيجاد سلطة مختصة بالتنفيذ والاهتمام الحكومي أكثر من ناحية التوظيف وتوفير كوادر مدربة

وكوادر مالية متخصصة، وتفعيل نظام المتابعة والتقييم في القطاع الصحي استنادا إلى الأهداف الاستراتيجية، أما بالنسبة للمقترحات اللازمة لتحسين الوضع القائم فمن خلال تطوير الكوادر الصحية بالبرامج الصحية التدريبية، مع العمل على حل مشكلة العجز القائم في عدد الموارد البشرية، واستقطاب الموارد البشرية الكفوة، وأن يتم التنسيق بين المجتمع المحلي (البلديات) ووزارة الصحة على نوعية الخدمات الصحية المقدمة في المحافظة، وزيادة المشاريع والمراكز الصحية المخصصة في المحافظة، وبناء مستشفيات جديدة مزودة بالمعدات والأجهزة اللازمة يشرف على تنفيذها خبراء ومختصون (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

4-3-3 تحليل نتائج المقابلات المهيكلية في منطقة جنوب الخليل (دورا) وعرضها

ويحتوي ستة محاور رئيسية، هي:

أولاً: ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها:

يتناول هذا المحور ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في المؤسسات الصحية المبحوثة على الأسئلة الخاصة بهذا المحور في منطقة جنوب الخليل، ما يلي:

1. من حيث وضع شبكة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين بشكل يوفر الوصول الآمن والسلس في محافظة الخليل أظهرت المقابلات الثلاث في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل ما يلي:

• يوجد تحسن بشكل جزئي في انتشار الشبكات الصحية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية، بسبب وجود مديرية صحة جديدة في منطقة دورا تعمل على تغطية تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية لجنوب الخليل، كمحاولة لإيجاد جيل جديد خالٍ من الأمراض، ولكن ذلك لا يفي بالحد المطلوب، حيث إن هناك نقصاً في عدد المراكز الصحية مقارنة بعدد السكان في المحافظة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

• وجود نقص كبير في انتشار المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانية (المستشفيات)، والثالثية (الخدمات الطبية التخصصية)، حيث إن منطقة جنوب الخليل تخلو من وجود مستشفى يخدم المحافظة، ومحافظة الخليل تحديداً بحاجة ماسة لمستشفيات تغطي الخدمات الصحية الثانية والثالثية، ولتغطية هذا النقص يتم إضافة أحمال على القطاع الخاص، لتغطية النقص الكبير في خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية المقدمة من الحكومة (م د 3).

• يضطر بعض السكان للذهاب إلى القطاع الخاص، لتلقي الخدمة الصحية بسبب الارتفاع الكبير في قوائم الانتظار، حيث إن بعض المواعيد توضع لغاية عام 2019 (م د 2) (م د 3).

2. فيما يتعلق بضمان استدامة الخدمات الصحية ذات الجودة العالية لجميع فئات المجتمع الفلسطيني:

• تشابهت المقابلات الثلاثة في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل من حيث إن الضمان هو زيادة تركيز الوزارة واهتمامها بالمناطق الجنوبية والمناطق المهمشة، وعمل مواقع صحية جديدة في المناطق النائية بدلاً من العيادات المتنقلة. (م د 1) (م د 2) (م د 3)

- زيادة الكوادر الطبية وزيادة عدد المواقع الصحية، وتخصيص موازنة كافية لتغطية الاحتياجات اللازمة (م د 2).

4. من حيث البرامج الصحية التي تقدمها وزارة الصحة سواء أكانت برامج صحة الأسرة أم برامج الصحة المدرسية والصحة الإنجابية، وفيما إذا تم تنفيذها بصورة كافية، ودور وزارة الصحة بمحافظة الخليل في تنفيذ هذه البرامج، تشابهت المقابلات الثلاث في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل، من حيث أن هناك تنفيذاً للبرامج الصحية بشكل كافٍ في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ويتضح ذلك في وجود برامج صحة الأسرة والصحة المدرسية، ووجود سياسات واضحة ومكتوبة ومطبقة، بشكل يشير إلى دور الوزارة في تحقيق هذا الهدف، ولكن هذا لا ينطبق على المستشفيات، حيث إن هناك نقصاً في تحقيق هذا الهدف بالمحافظة، مثل برامج الصحة الإنجابية، حيث إن وضعها يحتاج إلى التحسين بشكل كبير، بسبب ارتفاع نسبة وفيات الأمهات بالمحافظة، وكذلك صحة الأطفال، وأوزان المواليد حديثي الولادة. (م د 1) (م د 2) (م د 3).

5. فيما يتعلق بالبنية التحتية للخدمات الصحية على مستوى الخليل ومقارنتها في البنية التحتية لبقية المناطق:

- أظهرت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل أن البنية التحتية في مراكز الرعاية الأولية تتجه نحو الأفضل، بعد وجود مديرية صحة خاصة بمنطقة الجنوب، بالرغم من وجود بعض النقص في الكوادر والمعدات، ولكن مقارنة مع السنوات الماضية تعد جيدة (م د 1) (م د 3).

• المحافظة بحاجة ماسة لمستشفى كامل التخصصات، يخدم المحافظة لتخفيف العبء على مستشفى عالية، أي إن منطقة دورا تخلو من وجود مستشفى حكومي، والوضع القائم للبنية التحتية غير كافٍ ويحتاج إلى تطوير مستمر (م د 1) (م د 2) (م د 3).

6. من حيث مدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الأول للخطة الصحية "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها" على محافظة الخليل، تشابهت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل، من حيث إنه تم بعض التحسينات، ولكنها ليست بالشكل المرجو، حيث الزيادة في عدد السكان مستمرة، وبالتالي ازدياد الطلب للخدمات الصحية مستمر، وسيزداد الوضع سوءا في ظل وجود مواقع صحية غير كافية وكوادر صحية قليلة، وبذلك سيزداد الضغط على الطواقم الطبية، مما سيؤثر على مستوى الخدمات (م د 1) (م د 2) (م د 3).

7. فيما يتعلق بنتائج المحور الأول "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها" للدائرة الصحية في منطقة جنوب الخليل، تبين أن هناك تحسناً بشكل جزئي في انتشار الشبكات الصحية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية، مع نقص كبير في إنشاء المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانية (المستشفيات)، والثالثة (الخدمات الطبية التخصصية) في المحافظة، وأن المحافظة بحاجة ماسة لتنفيذ مشروع مستشفى دورا، خاصة في ظل صعوبة نقل المرضى والحالات الحرجة، وذلك لبعدها المسافة وصولاً إلى أقرب مستشفى، وهو عالية الحكومي في وسط الخليل، حيث أن مشروع إقامة مستشفى في مدينة دورا يعود بالنفع الكبير على المواطنين، ويخفف من معاناتهم وانتظار طوابير الدور والأزمات، وتبين أن البنية التحتية في المحافظة مدمرة وضعيفة والبنائيات قديمة، والنقص الكبير في الموارد البشرية واستياء في تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس

الهدف الأول في الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة 2014-2016، مما أدى إلى ضعف في وجود ضمان لتوفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها في منطقة جنوب الخليل بصورة خاصة، ومحافظة الخليل بصورة عامة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

ثانياً: تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية

يتناول هذا المحور تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة جنوب الخليل، ما يلي:

1. فيما يتعلق بمدى تطبيق برامج الكشف المبكر للأمراض المزمنة والإعاقات وعوامل المخاطرة المرتبطة بالأمراض غير السارية أن المقابلات الثلاثة قد تشابهت في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل من حيث وجود برامج الكشف المبكر، وهي برامج معتمدة في كل المؤسسات الصحية في فلسطين، إلا أن نسبة التطبيق لهذه البرامج في منطقة الجنوب غير كافية، وبحاجة إلى دعم وتطوير من خلال زيادة الكوادر والمعدات اللازمة لاكتشاف الأمراض، وذلك للتخفيف من العبء الصحي الناتج من هذه الأمراض (م د 1) (م د 2) (م د 3).

2. وفيما يتعلق بمدى تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة اتفقت المقابلات الثلاث في منطقة جنوب الخليل، من حيث عدم وجود تطبيق لهذا النظام في المحافظة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

3. وفيما يتعلق بمدى تعزيز الوزارة لبرامج التثقيف الصحي أظهرت المقابلات الثلاث التي أجريت في منطقة جنوب الخليل ما يلي:

• وجود برامج مميزة في الوزارة إلا أن الكادر البشري المخصص للتتقيف الصحي في المحافظة يعد متواضعاً نسبياً (م د 1) (م د 3).

• هناك مثقف صحي واحد يعمل جولة في العيادات حسب الضرورة والأهمية، وهذا غير كافٍ للوصول لتعزيز أنماط الحياة الصحية في المحافظة، ورفع الوعي المجتمعي حول السلوكيات الصحية للأفراد بالمحافظة، الذي يعد له دور كبير في الحد من انتشار الأمراض غير السارية، وبالتالي التقليل من الوفيات والحالات الخطرة (م د 1) (م د 2).

4. فيما يتعلق بمدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الثاني للخطة الصحية " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية" على محافظة الخليل، فقد تشابهت المقابلات المعمولة بها في المحافظة، على أن منطقة جنوب الخليل تعد من اكثر مناطق فلسطين من حيث الاصابة الجديدة بأمراض السرطان والسكري والقلب والرئة، مما ينعكس سلباً على تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس هذا الهدف (م د 1) (م د 2) (م د 3).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثاني " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية" فتبين أن تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية في منطقة جنوب الخليل محدودة، بالرغم من وجود برامج وبروتوكولات مميزة بخطة الوزارة، إلا أن تنفيذ هذه البرامج في منطقة جنوب الخليل ضئيل، وذلك بسبب عدم توفر الكادر والمعدات اللازمة المخصصة من قبل الوزارة لتحقيق هذا الهدف، بالإضافة إلى عدم تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة، وكذلك وجود تراجع في المؤشرات الصحية بالمحافظة، وزيادة انتشار الأمراض غير السارية بالمحافظة بما يتعارض

مع تحقيق مؤشرات القياس التي وضعتها وزارة الصحة في الخطة الاستراتيجية (2014-2016) لقياس هذا الهدف (م د 1) (م د 2) (م د 3).

ثالثاً: بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية

يتناول هذا المحور بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة جنوب الخليل ما يلي:

1. فيما يتعلق بوجود نظام تحسين جودة تقديم الخدمات الصحية في القطاع الصحي في محافظة الخليل، فقد تشابهت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل من حيث وجود هذا النظام، إلى أنه طور العمل، ويحتاج إلى وقت كافٍ لتنفيذه، ويحتاج لموازنة أكبر من أجل توفير المراكز والمستشفى اللازمة، مع العمل على زيادة وتطوير الكادر الصحي بالمحافظة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

2. من حيث اعتماد برامج مساءلة للأخطاء الطبية والمطالبة بتحسين نوعية الخدمات:

• أظهرت مقابلتان في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل عدم وجود قوانين واضحة للمساءلة بالأخطاء الطبية، والمطالبة بتحسين نوعية الخدمات في المحافظة بهدف حماية المريض (م د 1) (م د 3).

• فيما أظهرت المقابلة الثالثة وجود توجهات جديدة وقوية نحو المطالبة بتحسين نوعية الخدمات وتنفيذ مشروع مشفى دورا (م د 2).

3. من حيث تطبيق برامج الهدف الثالث وهل يعتبر كافٍ سواء على مستوى الخطة الموضوعية أو على مستوى المحافظة مقارنة مع الضفة الغربية:

• أوضحت بعض المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل أن التطبيق لبرامج هذا الهدف غير كافية، وبحاجة إلى عمل أكثر وتخصيص إمكانيات أكبر لتحقيق هذه البرامج (م د 1) (م د 2)

• عند مقارنة محافظة الخليل مع بقية المناطق بالصفة، تبين أن هناك حملاً كبيراً يقع على عاتق المؤسسات الصحية بالمحافظة بسبب عدم وجود مستشفيات كافية بالمحافظة، مما يضع عبئاً كبيراً على المستشفيات القائمة بالمحافظة، بما فيها من بنية تحتية وأجهزة ومعدات وموارد بشرية مما ينعكس سلباً على تحقيق الجودة المطلوبة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

4. فيما يتعلق بمدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الثالث "بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية" في محافظة الخليل، تشابهت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل، من حيث وجود نظام متابعة وتقييم في المؤسسات الصحية، ولكنه غير مطبق بشكل مبرمج في المحافظة، وذلك بسبب عدم وجود مؤسسات صحية شاملة وكافية في المحافظة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثالث بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع نواحي تقديم الخدمة الصحية، فتبين أن منطقة جنوب الخليل لديها نظام معمم من قبل الوزارة على المحافظات كافة، إلا أن نسبة تطبيقه ضئيلة بالمحافظة، وذلك بسبب النقص في تقديم الخدمات الصحية الشاملة، وتعتمد في تلقيها هذا العلاج على مستشفى عالية الحكومي، بالرغم من أن عدد السكان كبير مما يزيد العبء على هذه المستشفى بما فيها من بنية تحتية وأجهزة ومعدات وموارد بشرية، مما ينعكس سلباً على تحقيق الجودة المطلوبة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

رابعاً: توفير موارد بشرية كفوة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية

يتناول هذا المحور توفير موارد بشرية كفوة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة جنوب الخليل، ما يلي:

1. فيما يتعلق بمدى تطوير الوزارة لنظم إدارة الموارد البشرية من أجل جذب العدد والنوع الكافي للاحتياجات المستقبلية:

• أوضحت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل أن هناك تحسناً طفيفاً ومحدوداً وليس بمستوى الموارد البشرية المطلوبة لسد الحاجة (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

• بالرغم من وجود كوادر طبية مميزة الا ان نسبة كبيرة من هذه الكوادر تخرج للعمل بالقطاع الخاص (م ح 3).

2. من حيث توفير قاعدة بيانات لكافة القوى العاملة في القطاع الصحي لإنشاء المرصد الوطني للموارد البشرية، تشابهت المقابلات الثلاث في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل، من حيث عدم وجود قاعدة بيانات للقوى العاملة في القطاع الصحي في منطقة جنوب الخليل (م د 1) (م د 2) (م د 3).

3. فيما يتعلق بوجود برامج لتطوير مسارات مهنية أكثر تنظيماً وتوفير التطور المعني للكوادر الصحية العاملة والآليات المستخدمة لذلك من أجل تلبية الاحتياجات:

• تشابهت الثلاث مقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل من حيث عدم وجود مسارات مهنية محددة للكوادر الصحية ، وعدم وجود برنامج ممنهج (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

- يمكن تحقيق بعض التحسينات من خلال ابتعاث عدد معين من الكوادر، لأخذ دورات تطويرية (م ح 1).

4. فيما يتعلق بمدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الرابع للخطة الصحية "توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية " في محافظة الخليل تشابهت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل، من حيث تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الرابع للخطة الصحية "توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية"، وأوضحت وجود بعض التحسينات، ولكنها متواضعة جداً حيث لا تلتم الاحتياجات الحالية، ولا تتوفر الموارد والإمكانيات اللازمة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الرابع " توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية" فأوضحت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل أن هناك تحسناً طفيفاً ومحدوداً وليس بمستوى الموارد البشرية المطلوبة لسداد الحاجة، وبالرغم من وجود كوادر طبية مميزة إلا أن نسبة كبيرة من هذه الكوادر تخرج للعمل بالقطاع الخاص، وكذلك عدم وجود قاعدة بيانات للقوى العاملة في القطاع الصحي في المحافظة، مع عدم وجود مسارات مهنية محددة للكوادر الصحية، ولا يوجد برنامج داعم ممنهج، ويمكن أن يتم بعض التحسينات من خلال ابتعاث عدد معين من الكوادر، لأخذ دورات تطويرية، حيث إن الإمكانيات والموارد الحالية لا تلتم الاحتياجات الحالية، ولا تتوفر الموارد والإمكانيات اللازمة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

خامساً: تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية

يتناول هذا المحور تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة جنوب الخليل، ما يلي:

1. من حيث الدور الرقابي والتنظيمي الذي تقوم به وزارة الصحة لمحافظة الخليل والليات المستخدمة لذلك تشابهت المقابلات الثلاث في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل، من حيث وجود نظام رقابي من خلال وزارة الصحة، ولكن بحاجة إلى كوادر أكبر وأكثر تخصص من أجل تنفيذه كما يجب (م د 1) (م د 2) (م د 3).

2. فيما يتعلق بمدى مواكبة الخطط للتقدم العلمي والتقني في المؤسسات الصحية المختلفة:

- أظهرت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل أنه تم توفير بعض الاجهزة الجديدة، إلى أن هناك نقصاً كبيراً بسبب التزايد المستمر في عدد السكان، والحصة من الموارد الصحية قليلة بالمحافظة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

- عدم وجود مستشفى يخدم المحافظة، بالإضافة إلى عدم وجود أنظمة معلومات وتكنولوجية صحية تعزز التواصل بين مختلف الوحدات بالمحافظة، مما جعل الوضع الصحي بالمحافظة بعيد كل البعد عن التقدم العلمي والتقني (م د 1) (م د 2).

3. فيما يتعلق بمدى تطبيق المؤشرات الصحية المستخدمة لقياس الهدف الخامس للخطة الصحية "تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية " أظهرت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل، أن تطبيق المؤشرات الصحية المستخدمة لقياس الهدف الخامس للخطة الصحية "تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية" ليس

بالمستوى المطلوب، بل ويعيد كل البعد عنه، مما أدى إلى عدم تحقيق التحسن المرجو بالمحافظة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

4. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الخامس " تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية "، فتبين أن منطقة جنوب الخليل تعاني من نقص في تحقيق هذا الهدف، وذلك بسبب عدم وجود مراكز صحية تعمل بالنظام المحوسب بالمحافظة، بالإضافة إلى أنه بالرغم من وجود مشاريع موافق عليها من الوزارة للمنطقة إلا أنه لم يتم تنفيذها بشكل كامل حتى نهاية عام 2016، بالإضافة لعدم وجود كادر متخصص بالمحافظة قائم بأعمال الرقابة اللازمة لتحسين الأداء وتعديل الأخطاء (م د 1) (م د 2) (م د 3).

سادسا: المعوقات والمقترحات

تعددت وتنوعت المعوقات التي تحد من دور الوزارة في تحقيق الأهداف الموضوعية بالخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2014-2016)، وخصص هذا المحور من أجل التعرف إلى هذا المعوقات:

1. أظهرت المقابلات الثلاثة في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل، أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة، هي:

- نقص في عدد المواقع الصحية (م د 1) (م د 2).
- نقص في المعدات والأجهزة الطبية المتوفرة في المحافظة (م د 1) (م د 2) (م د 3).
- نقص في عدد الكوادر الصحية اللازمة، مما يقلل الكفاءة بسبب الضغط الكبير الذي يقع على الكوادر الصحية (م د 1) (م د 2) (م د 3).

• المعيق الأكبر عدم تخصيص الوزارة الموازنة الكافية لمرحلة تنفيذ الخطة الصحية الموضوعية (م د 1).

2. اقترحت المقابلات الثلاثة في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل بأنه يمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال:

• زيادة عدد الموارد البشرية الكفوة والمدرية والعمل على استقطاب الكفاءات وتوظيفها (م د 2) (م د 3).

• التمويل الكافي للاحتياجات الصحية، وزيادة عدد المواقع الصحية (م د 1) (م د 2) (م د 3).

• زيادة الموازنات المخصصة لتنفيذ الخطط الصحية في المحافظة (م د 1).

3. تشابهت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل، حول المقترحات لتحسين البنى التحتية من خلال بناء عيادات ومستشفيات وزيادة الكوادر الطبية (م د 1) (م د 2) (م د 3).

4. أما فيما يتعلق بنتائج المحور السادس " المعوقات والمقترحات" فتبين أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة، هو عدم توريد المتطلبات الصحية كافة ، وسوء البنية التحتية للمؤسسات الصحية، وعدم توفر الكوادر الصحية اللازمة، ونقص في عدد المواقع الصحية، ونقص في المعدات والأجهزة الطبية المتوفرة في المحافظة، وعدم تخصيص الوزارة الموازنة الكافية لمرحلة تنفيذ الخطة الصحية الموضوعية، ويمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال زيادة الموازنات المخصصة لتنفيذ الخطط الصحية في المحافظة، وزيادة عدد الموارد البشرية الكفوة والمدرية، والعمل على

استقطاب الكفاءات وتوظيفها، وتحسين البنية التحتية للمؤسسات الصحية الموجودة، وإيجاد مواقع صحية جديدة للوزارة وتجهيزها بالمعدات والكوادر اللازمة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

4-3-4 تحليل نتائج المقابلات المهيكلة في منطقة يطا الخليل وعرضها

ويحتوي ستة محاور رئيسة، هي:

أولاً: ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها:

يتناول هذا المحور ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في المؤسسات الصحية المبحوثة على الأسئلة الخاصة بهذا المحور في منطقة جنوب الخليل (يطا)، ما يلي:

1. فيما يتعلق بوضع شبكة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين بشكل يوفر الوصول الآمن والسلس في محافظة الخليل أظهرت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل يطا ما يلي:

- الشبكات الصحية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية لمست تحسنا فيها بالفترة الماضية، حيث تم محاولة تغطية المحافظة بخدمات الرعاية الصحية الأولية، حتى أن الوزارة عملت على تغطية التجمعات البدوية بعيادات متنقلة مع فريق طبي (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 6).

- وجود نقص كبير في خدمات المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانية (المستشفيات)، والثالثية (الخدمات الطبية التخصصية)، حيث إن منطقة جنوب الخليل يطا يوجد فيها مستشفى حكومي واحد يغطي منطقة الجنوب، إلا أن هذا المشفى ينقصه الكثير

من التخصصات الهامة، مثل: قسم العناية المحتوية، وقسم الحضانة، وقسم الباطني وهذا يشكل عائقاً أمام المريض في تلقيه خدمات الرعاية الصحية الثانية والثالثة في منطقة يطا وضواحيها (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

- وجود نقص كبير في بعض الأجهزة الضرورية، مثل: جهاز التصوير بالموجات فوق صوتية (Ultrasound) وجهاز التصوير طبقي (CT- Scan)، وإن المريض في مناطق يطا يحصل على دور للتصوير في مستشفى عالية الحكومي في فترة تتراوح ما بين أربعة أشهر إلى سنة، وهذا يشكل سبباً رئيسياً في تدهور صحة المريض وزيادة فترة علاجه (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4).

2. من حيث الضمان لاستدامة الخدمات الصحية ذات الجودة العالية لفئات المجتمع الفلسطيني جميعها، وضحت المقابلات في المؤسسات الصحية المبحوثة في منطقة الجنوب (يطا)، ما يلي:

- وجود مؤسسات صحية تضمن تقديم جميع الخدمات للتسهيل على المواطنين، والحصول على خدمة تليق بالمريض (م ي 1) (م ي 4) (م ي 5).
- تحسين آليات الجودة الشاملة للنظام الصحي من خلال توفر الكادر البشري المؤهل والمطلوب (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 6).
- توفير المباني المطلوبة ضمن بيئة صحية ملائمة، و توفير الأجهزة والأدوية (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5).
- توفير نظام صحي محوسب، مما يعزز مبدأ الكفاءة والفعالية في تقليل التكاليف والأزمات وفترات الانتظار وصولاً إلى رضى المرضى (م ي 1) (م ي 6).

3. من حيث البرامج الصحية التي تقدمها وزارة الصحة سواء أكانت برامج صحة الأسرة والصحة المدرسية والصحة الإنجابية، وتنفيذها بصورة كافية أم لا، ومن حيث دور وزارة الصحة بمحافظة الخليل في تنفيذ هذه البرامج أظهرت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل (يطا):

- إن هناك تحسناً في تنفيذ البرامج الصحية بشكل كافٍ في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ويلمس ذلك من خلال وجود برامج صحة الأسرة والصحة المدرسية، ووجود سياسات واضحة ومكتوبة تشير إلى دور الوزارة في تحقيق الهدف (م ي 1) (م ي 3).
- لا ينطبق هذا التحسن على المستشفيات، حيث إن هناك نقصاً في تحقيق هذا الهدف بالمحافظة، مثل برامج الصحة الإنجابية، حيث إن وضعها يحتاج إلى التحسين بشكل كبير (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

4. فيما يتعلق بالبنية التحتية للخدمات الصحية على مستوى الخليل ومقارنتها في البنية التحتية لبقية المناطق، بينت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل (يطا)، أن:

- البنية التحتية في المراكز الصحية في منطقة (يطا) ضعيفة جداً، وتحتاج إلى تحسين كبير (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).
- المستشفيات غير مؤهلة لاستقبال جميع الحالات الصحية، وكذلك توزيع الأقسام غير مناسب والمساحات غير كافية، حيث إن مستشفى (أبو الحسن القاسم) يحتاج إلى توسعة بمقدار (5000 متر مربع) حتى يفي ببعض الاحتياجات الملحة للمنطقة وتقديمها برزمة واحدة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 6).

- بالإضافة إلى أن بعض العيادات التابعة لوزارة الصحة مستأجرة وغير مؤهلة أن تكون بمستويات متقدمة، وينقصها كوادر ومعدات عديدة (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).
- فيما يتعلق بمدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الأول للخطة الصحية "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها" على محافظة الخليل، فقد تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة (يطا)، من حيث ان هناك استياء في تحقيق بعض المؤشرات التي تقيس هذا الهدف، حيث ان هناك ازدياداً في عدد المراجعين للطبيب العام، بسبب نقص الكوادر، إلا ازدياد نسبة الأشغال حيث تفوق 115% (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

5. فيما يتعلق بنتائج المحور الأول " ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها" للدائرة الصحية في منطقة جنوب الخليل (يطا)، تبين أن الشبكات الصحية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية لمست تحسنا فيها بالفترة الماضية، بمحاولة تغطية المحافظة بخدمات الرعاية الصحية الأولية، ووجود نقص كبير في خدمات المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانية (المستشفيات)، والثالثية (الخدمات الطبية التخصصية)، حيث إن منطقة جنوب الخليل يوجد بها مستشفى حكومي واحد، يغطي منطقة الجنوب، إلا أن هذا المشفى ينقصه الكثير من الأقسام والتخصصات الهامة، مثل: قسم العناية المحتوية، وقسم الحضانة، وقسم الباطني، وهذا بدوره يشكل عائقاً أمام المريض في تلقيه خدمات الرعاية الصحية الثانية والثالثية في منطقة يطا وضواحيها، بالإضافة لوجود نقص كبير في بعض الأجهزة الضرورية، مثل: جهاز التصوير بالموجات فوق صوتية (Ultrasound)، وجهاز التصوير طبقي (CT- Scan)، وأن المريض في مناطق يطا يحصل على دور للتصوير في مستشفى عالية الحكومي، في فترة تتراوح ما بين أربعة أشهر

إلى سنة، وهذا يشكل سببا رئيسا في تدهور صحة المريض وزيادة فترة علاجه، وأن الضمان لاستدامة هذه الخدمات وجود مؤسسات صحية تضمن تقديم جميع الخدمات للتسهيل على المواطنين، والحصول على خدمة تليق بالمريض، وتوفير الأجهزة والأدوية، وتحسين اليات الجودة الشاملة للنظام الصحي من خلال توفير الكادر البشري المؤهل والمطلوب، وكذلك توفير المباني المطلوبة ضمن بيئة صحية ملائمة، وتوفير نظام صحي محوسب، مما يعزز مبدأ الكفاءة والفعالية في تقليل التكاليف والأزمات، وفترات الانتظار وصولاً إلى رضى المرضى، ووجود تحسن في تنفيذ البرامج الصحية بشكل كافٍ في مراكز الرعاية الصحية الأولية من حيث وجود برامج صحة الأسرة والصحة المدرسية، ووجود سياسات واضحة ومكتوبة تشير إلى دور الوزارة في تحقيق الهدف، ولكن هذا التحسن لا ينطبق على المستشفيات، حيث إن هناك نقصاً في تحقيق هذا الهدف بالمحافظة، مثل برامج الصحة الإنجابية، حيث إن وضعها يحتاج إلى التحسين بشكل كبير بسبب النقص الكبير بالكوادر، و إن البنية التحتية ضعيفة جداً، وتحتاج إلى تحسين كبير، وإن المستشفيات غير مؤهلة لاستقبال جميع الحالات الصحية، وكذلك توزيع الأقسام غير مناسب، والمساحات غير كافية، حيث إن مستشفى (أبو الحسن القاسم) يحتاج إلى توسعة بمقدار (5000 متر مربع)، حتى يفي ببعض الاحتياجات الملحة للمنطقة، بالإضافة إلى أن بعض العيادات التابعة لوزارة الصحة مستأجرة، وغير مؤهلة أن تكون بمستويات متقدمة، وينقصها كوادر ومعدات عديدة، وانعكس ذلك كله على المؤشرات الصحية، حيث إن هناك استياء في تحقيق المؤشرات التي تقيس هذا الهدف، كالإزدياد الحاصل في عدد المراجعين للطبيب العام بسبب نقص الكوادر، مما حمل عبئاً كبيراً على الموظف الواحد، وأيضاً كازدياد نسبة الأشغال،

حيث تفوق 115%، وبالتالي فإن تحقيق هذا الهدف في منطقة الجنوب غير كافٍ، ويحتاج

إلى الكثير حتى يتم تحقيقه بالمحافظة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

ثانياً: تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية

يتناول هذا المحور تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية، وقد

وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في

منطقة جنوب الخليل (يطا)، ما يلي:

1. من حيث مدى تطبيق برامج الكشف المبكر للأمراض المزمنة والإعاقات وعوامل المخاطرة

المرتبطة بالأمراض غير السارية، أوضحت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في

منطقة جنوب الخليل (يطا):

• وجود برامج الكشف المبكر، وهي برامج معتمدة في كل المؤسسات الصحية في فلسطين،

ويوجد تطبيق لهذه البرامج بشكل عام (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 6).

• محافظة الخليل تعد من أعلى المحافظات التي سجلت حالات تعاني من الأمراض غير

السارية، مثل مرض السكري والسرطان، مما يزيد العبء على المؤسسات الصحية المتوفرة

القليلة مقارنة مع عدد السكان، بالإضافة إلى الثقل الكبير على الأجهزة المتوفرة للكشف عن

هذه الأمراض، مع وجود نقص في عدد هذه الأجهزة بالمحافظة. (مقابلات الجنوب) (م ي

1) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

2. فيما يتعلق بمدى تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة،

وفيما يتعلق بمدى تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة، فقد توصلت

المقابلات في منطقة جنوب الخليل إلى عدم وجود تطبيق لهذا النظام في المحافظة (م ي

1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

3. وفيما يتعلق بمدى تعزيز الوزارة لبرامج التنقيف الصحي اتفقت المقابلات التي أجريت في

منطقة جنوب الخليل (بطا) إلى :

• وجود برامج مميزة في الوزارة، إلا أن الكادر البشري المخصص للتنقيف الصحي في

المحافظة محدود (م ي 1) (م ي 3) (م ي 5) (م ي 6).

• هناك منقّف صحي واحد، يعمل جولة في العيادات حسب الضرورة والأهمية، وهذا غير

كافٍ للوصول لتعزيز أنماط الحياة الصحية في المحافظة ورفع الوعي المجتمعي حول

السلوكيات الصحية للأفراد بالمحافظة، الذي يعد له دور كبير في الحد من انتشار الأمراض

غير السارية، وبالتالي التقليل من الوفيات والحالات الخطرة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م

ي 5).

4. فيما يتعلق بمدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الثاني للخطة الصحية " تعزيز

الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية" على محافظة الخليل، أظهرت

المقابلات في منطقة جنوب الخليل أن هناك تحسناً بطيئاً، حيث إن المؤشرات الصحية في

المحافظة تشير إلى زيادة في أعداد المرضى المصابين بالأمراض غير السارية، ونقص في

معدل العمر المتوقع للحياة (للنساء والرجال) (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي

6).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثاني " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض

غير السارية" فتبين أن تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية

في منطقة جنوب الخليل (بطا) قليلة، بالرغم من وجود برامج وبروتوكولات مميزة بالوزارة، إلا

أن تنفيذ هذه البرامج في المحافظة ضئيل، بسبب عدم توفر الكادر والمعدات اللازمة المخصصة من قبل الوزارة لتحقيق هذا الهدف، بالإضافة إلى عدم تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة ، وكذلك وجود تراجع في المؤشرات الصحية بالمحافظة، وزيادة انتشار الأمراض غير السارية، بالمحافظة بما يتعارض مع تحقيق مؤشرات القياس التي وضعتها وزارة الصحة في الخطة الاستراتيجية (2014-2016) لقياس هذا الهدف (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

ثالثاً: بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية

يتناول هذا المحور بناء نظام فعال ودائم للجودة، يشمل جميع نواحي تقديم الخدمة الصحية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة جنوب الخليل (يطا)، ما يلي:

1. فيما يتعلق بمدى وجود نظام تحسين جودة تقديم الخدمات الصحية في القطاع الصحي في محافظة الخليل، أظهرت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة (يطا) أن:
 - الوزارة تعمل على إيجاد نظام تحسين جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي، وتعمل بشكل جدي على مأسسة نظام الجودة في المؤسسات الصحية كافة، استناداً إلى معايير عالمية، ومعايير منظمة الصحة العالمية (م ي 1) (م ي 3) (م ي 5).
 - الإمكانيات المحدودة المخصصة من قبل الوزارة للمحافظة أدى إلى تطبيق نظام تحسين الجودة بشكل جزئي في المحافظة، وإن النظام قيد التطوير، ويعد في مراحله الأولى (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

2. من حيث اعتماد برامج مساءلة للأخطاء الطبية، والمطالبة بتحسين نوعية الخدمات، فقد تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل (يطا)، من حيث عدم وجود برامج محددة ومنظمة وواضحة للمساءلة بالأخطاء الطبية، والمطالبة بتحسين نوعية الخدمات في المحافظة تؤدي إلى حماية المريض، وتتم المساءلة بعد وقوع الخطأ عن طريق لجنة التحقيق (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

3. من حيث التطبيق لبرامج الهدف الثالث وكفايتها على مستوى الخطة الموضوعية أو على مستوى المحافظة مقارنة مع الضفة الغربية أظهرت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل (يطا):

- أن التطبيق لبرامج هذا الهدف مثل تطبيق لجنة الجودة في كل المراكز الصحية غير كافٍ (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).
- المعيق في تنفيذ هذه البرامج عدم توفر الكوادر اللازمة لإدارة هذه البرامج، وعدم توفر الموارد المالية للحفاظ على نظام فعال ودائم للجودة (م ي 1) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 6).
- عند مقارنة محافظة الخليل مع بقية المناطق، تبين أن هناك حملاً كبيراً يقع على عاتق المؤسسات الصحية بالمحافظة، بسبب النقص الكبير في خدمات المستشفيات وقلة المعدات والكوادر، مما ينعكس سلباً على تحقيق الجودة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

4. فيما يتعلق بمدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الثالث "بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية" على محافظة الخليل، فقد تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة (يطا)، من حيث وجود نظام متابعة

وتقييم في المؤسسات الصحية، ولكن نسبة تطبيقه في المحافظة ضئيل بسبب الحاجة لكوادر وميزانية . (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثالث " بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية" فتبين أن منطقة جنوب الخليل لديها نظام معمم من قبل الوزارة على المحافظات كافة، إلا أن نسبة تطبيقه ضئيلة بالمحافظة، بسبب قلة الموارد البشرية المخصصة من قبل الوزارة للمنطقة، لإدارة مثل هذه البرامج والعجز بالموازنة المقدمة، مما ينعكس سلبا على تحقيق الجودة، لما لها من دور رئيسي للمتابعة والتقييم، ومن ثم المساءلة والتصحيح للوصول إلى الرضا الطبي لسكان المحافظة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6)

رابعا: توفير موارد بشرية كفوة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية

يتناول هذا المحور توفير موارد بشرية كفوة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة جنوب الخليل (يطا)، ما يلي:

1. فيما يتعلق بمدى تطوير الوزارة لنظم إدارة الموارد البشرية من أجل جذب العدد والنوع الكافي للاحتياجات المستقبلية، فبينت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل (يطا):

- وجود نقص في تقنين وجود كوادر مدربة في برامج الرعاية الصحية الثانية والثالثة (م ي 1) (م ي 3) (م ي 4).

• عدم وجود خطة استراتيجية للكوادر الطبية الذي من خلاله يتم الاضطلاع على الفئات الطبية كافة في السوق الفلسطيني، واستقطاب العدد والنوع الكافي لتغطية الاحتياجات الطبية، بالإضافة إلى النقص الكبير في عدد الكوادر الطبية المخصصة للمنطقة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 5) (م ي 6).

2. من حيث توفير قاعدة بيانات للقوى العاملة كافة في القطاع الصحي لإنشاء المرصد الوطني للموارد البشرية، تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل (يطا)، من حيث وجود قاعدة بيانات للقوى العاملة في وزارة الصحة الفلسطينية (موظفي الوزارة بنابلس) فقط، إلا أن ذلك غير موجود في منطقة جنوب الخليل (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

3. فيما يتعلق بوجود برامج لتطوير مسارات مهنية أكثر تنظيماً، وتوفير التطور المعني للكوادر الصحية العاملة والآليات المستخدمة لذلك من أجل تلبية الاحتياجات، فقد تشابهت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل (يطا) من حيث عدم وجود مسارات مهنية محددة للكوادر الصحية (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

4. فيما يتعلق بمدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الرابع للخطة الصحية "توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية" في محافظة الخليل، فتشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة (يطا)، من حيث عدم وجود تحسن بسبب النقص في عدد المراكز الصحية، ونقص التخصصات الموجودة بالمقارنة مع الاحتياجات الموجودة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الرابع " توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية"، فتبين أن منطقة (يطا) تعاني من وجود نقص في تقنين وجود

كوادر مدربة في برامج الرعاية الصحية الثانية والثالثة، وعدم وجود خطة إستراتيجية للكوادر الطبية الذي من خلاله يتم الاضطلاع على الفئات الطبية كافة في السوق الفلسطيني واستقطاب العدد والنوع الكافي لتغطية الاحتياجات الطبية، بالإضافة إلى النقص الكبير في عدد الكوادر الطبية المخصصة للمنطقة، ونقص كبير في الكوادر الصحية بمختلف الفئات، وتعاني عدم وجود سياسات واضحة لتوفير الكوادر اللازمة، بحيث تؤدي إلى النهوض بالخدمة الصحية المقدمة، وعدم وجود قاعدة بيانات للقوى العاملة في وزارة الصحة الفلسطينية، بالإضافة لعدم وجود مسارات مهنية واضحة للعاملين بالقطاع الصحي بالمحافظة، ونقص كبير في تحقيق هذا الهدف بالمحافظة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

خامسا: تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية

يتناول هذا المحور تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في منطقة جنوب الخليل، ما يأتي:

1. فيما يتعلق بالدور الرقابي والتنظيمي الذي تقوم به وزارة الصحة لمحافظة الخليل والآليات المستخدمة لذلك، فقد أظهرت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة (يطا):
 - وجود نظام رقابي مركزي مطبق على جميع المحافظات، وتشمل الرقابة على التراخيص (م ي 2) (م ي 5).
 - أن الرقابة على الخدمات الصحية تكون من خلال المديرين ورؤساء الأقسام في كل مركز صحي (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

2. فيما يتعلق بمدى مواكبة الخطط للتقدم العلمي والتقني في المؤسسات الصحية المختلفة، فتشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل (يطا)، من حيث عدم مواكبة المؤسسات الصحية بالمحافظة لخطط التقدم العلمي بالمحافظة، بسبب النقص الكبير بالأجهزة والمعدات (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

3. تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل (يطا)، إلا أن تطبيق المؤشرات الصحية المستخدمة لقياس الهدف الخامس للخطة الصحية "تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية " إلى عدم تحقيق التحسن المرجو بالمحافظة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

6. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الخامس "تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية " فتبين أن منطقة الخليل تعاني من نقص في تحقيق هذا الهدف، وذلك بسبب عدم وجود مراكز صحية بالمحافظة تعمل بالنظام المحوسب، بالإضافة لعدم وجود كادر متخصص بالمحافظة للقيام بالرقابة اللازمة لتحسين الأداء وتعديل الأخطاء، حيث إن الرقابة على الخدمات الصحية تكون من خلال المديرين ورؤساء الأقسام في كل مركز صحي، بالرغم من وجود نظام رقابي مركزي مطبق على جميع المحافظات، وتشمل الرقابة على التراخيص، كما أن المحافظة تعاني من عدم مواكبة المؤسسات الصحية لخطط التقدم العلمي بالمحافظة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

سادسا: المعوقات والمقترحات

تعددت وتنوعت المعوقات التي تحد من دور الوزارة في تحقيق الأهداف الموضوعة بالخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2014-2016)، وخصص هذا المحور من أجل التعرف إلى هذا المعوقات:

1. تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل (يطا)، من حيث إن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة هي عدم توفر الكوادر الطبية اللازمة، وعدم وجود خطة لتجميع الخدمات في مواقع مختلفة بالمحافظة، وعدم توفر البنية التحتية الكافية، وعدم وجود مواقع صحية لتغطية المحافظة كاملة، وتقسيمه بناء المشفى غير المنظمة، والمساحات الضيقة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

2. تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل (يطا)، إلا أنه يمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال وجود حصة متساوية للمنطقة، مقارنة مع المناطق الأخرى لتعيين الكوادر وتطوير المستشفيات الموجودة للتخفيف من التحويلات، وتوفير كادر مهني متخصص (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

3. تشابهت المقابلات في الدوائر الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل، حول المقترحات لتحسين البنية التحتية للمراكز الصحية بالمحافظة، من خلال توفير المباني اللازمة لتطوير المستشفيات، وزيادة الكوادر الصحية ، وتوفير الأجهزة الطبية ، والتدريب من خلال عقد الدورات والبعثات التدريبية للكوادر الصحية، ومراعاة اللامركزية بالتوظيف، والتوظيف حسب حاجة المستشفيات، وإشراك الرقابة في التطوير، ومواكبة التطورات العلمية في الأجهزة ،

وتوفير الأدوية الحديثة، وتطبيق سياسة التدوير للموظف (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

4. أما فيما يتعلق بنتائج المحور السادس " المعوقات والمقترحات"، فتبين أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة، إلا أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة هو عدم توفر الكوادر الطبية اللازمة، وعدم وجود خطة لتجميع الخدمات في مواقع مختلفة بالمحافظة، وعدم توفر البنية التحتية الكافية، وعدم وجود مواقع صحية لتغطية المحافظة كاملة، وتقسيمة بناء المشفى غير المنظمة، والمساحات الضيقة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6)، إلا أنه يمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال إيجاد حصة متساوية للمنطقة مقارنة مع المناطق الأخرى لتعيين الكوادر، وتطوير المستشفيات الموجودة، للتخفيف من التحويلات وتوفير كادر مهني عالي الكفاءة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6). وجاءت المقترحات لتحسين البنى التحتية من خلال توفير المباني اللازمة لتطوير المستشفيات، وزيادة الكوادر الصحية ، وتوفير الأجهزة الطبية ، والتدريب من خلال عقد الدورات والبعثات التدريبية للكوادر الصحية، ومراعاة اللامركزية بالتوظيف، والتوظيف حسب حاجة المستشفيات، وإشراك الرقابة في التطوير، ومواكبة التطورات العلمية في الأجهزة ، وتوفير الأدوية الحديثة وتطبيق سياسة التدوير للموظف (م ي 1) (م ي 2) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

4-3-5 تحليل نتائج المقابلات المهيكلة في محافظة الخليل وعرضها

ويحتوي ستة محاور رئيسة، هي:

أولاً: ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها

يتناول هذا المحور ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية في المؤسسات الصحية المبحوثة على الأسئلة الخاصة بهذا المحور في المناطق الأربعة المبحوثة في محافظة الخليل، وهي (وسط الخليل، شمال الخليل (ححول)، جنوب الخليل (دورا)، (يطا))، ما يلي:

1. فيما يتعلق بنتائج المحور الأول "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها" للدائرة الصحية في منطقة وسط الخليل، فأظهرت المقابلات أنه من حيث خدمات الرعاية الصحية الأولية بالمحافظة، فقد شهدت تحسناً ملحوظاً خلال خمس السنوات الماضية، إلا أن الوضع الصحي من ناحية الخدمات الثانية والثالثة غير كاملة، بسبب النقص في عدد المستشفيات ونقص الكوادر الصحية المخصصة للمنطقة، ويكون الضمان لاستدامة الخدمات الصحية من خلال تعزيز وزيادة الموارد البشرية، وكذلك العمل على تحسين البنية التحتية عندما يكون لها دور في استيعاب الخدمات المطلوبة، والتوجه نحو التكنولوجيا الطبية الحديثة، وتنفيذ المشاريع الموجودة المتعلقة بزيادة عدد المستشفيات، والذي بدوره سيعكس تحسينات في تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الأول في الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2014-2016)، وأن الوضع القائم أدى إلى ضعف في وجود ضمان لتوفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها (م خ 1) (م خ 2) (م

خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9).

2. فيما يتعلق بنتائج المحور الأول للدائرة الصحية في منطقة شمال الخليل "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لجميع فئات الشعب" فتبين أن هناك تحسناً بشكل جزئي في انتشار الشبكات الصحية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية، وعدم توفر المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانية (المستشفيات)، والثالثة (الخدمات الطبية التخصصية) في المحافظة، حيث إن منطقة شمال الخليل تعتمد في تلقيها هذا العلاج على مستشفى عالية الحكومي في منطقة وسط الخليل، مع أهمية العمل على زيادة تركيز الوزارة واهتمامها ببرامج دعم الجودة الصحية وتحسينها من خلال الدورات التدريبية، والبرامج ذات الصلة لما لها من تأثير إيجابي على جودة الخدمات الصحية، وعدم وجود قانون إلزامي لإنشاء مستشفيات جديدة تفي بالحاجة في مختلف التخصصات والمجالات الطبية أدى إلى زيادة الوضع سوءاً، ووجود سياسات واضحة ومكتوبة تشير إلى دور الوزارة في تحقيق الهدف، مع إنشاء برامج صحية كافية وتنفيذها في مراكز الرعاية الصحية الأولية مع وجود نقص في تطبيق هذه البرامج في المستشفيات، وتبين أن البنية التحتية في المحافظة مدمرة وضعيفة والبنائيات قديمة، وتبين أيضاً وجود نقص كبير في الموارد البشرية، واستياء في تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الأول في الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة 2014-2016، مما أدى إلى ضعف في وجود ضمان لتوفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

3. فيما يتعلق بنتائج المحور الأول "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها" للدائرة الصحية في منطقة (جنوب الخليل دورا)، فتبين أن هناك تحسناً بشكل جزئي في انتشار الشبكات الصحية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية، بالإضافة إلى وأن معظم المؤسسات الصحية في المنطقة تعاني من نقص كبير في الأجهزة والمعدات، ونقص في

الكوادر الطبية والإدارية والفنية، مع انعدام إنشاء المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانية (المستشفيات)، والثالثية (الخدمات الطبية التخصصية) في جنوب المحافظة، وأن المحافظة بحاجة ماسة لتنفيذ مشروع مستشفى دورا، خاصة في ظل صعوبة نقل المرضى والحالات الحرجة، وذلك لبعدها المسافة وصولاً إلى أقرب مستشفى وهو عالية الحكومي في وسط الخليل، حيث إن مشروع إقامة مستشفى في مدينة دورا يعود بالنفع الكبير على المواطنين، ويخفف من معاناتهم، وانتظار طوابير الدور والأزمات، وتبين أن البنية التحتية في المحافظة مدمرة وضعيفة والبنائات قديمة، ونقص كبير في الموارد البشرية، واستياء في تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الأول في الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة 2014-2016، مما أدى إلى ضعف في وجود ضمان لتوفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها في منطقة جنوب الخليل بصورة خاصة، ومحافظة الخليل بصورة عامة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

4. فيما يتعلق بنتائج المحور الأول " ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها" للدائرة الصحية في منطقة جنوب الخليل (بطا)، فقد تبين أن الشبكات الصحية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية لمست تحسناً فيها بالفترة الماضية، بمحاولة تغطية المحافظة بخدمات الرعاية الصحية الأولية، ووجود نقص كبير في خدمات المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانية (المستشفيات)، والثالثية (الخدمات الطبية التخصصية)، حيث إن منطقة جنوب الخليل يوجد بها مستشفى حكومي واحد يغطي منطقة الجنوب، إلا أن هذا المشفى ينقصه الكثير من الأقسام والتخصصات الهامة، مثل: قسم العناية المحتوية، وقسم الحضانة، وقسم الباطني، وهذا بدوره يشكل عائقاً أمام المريض في تلقيه خدمات الرعاية الصحية الثانية والثالثية في منطقة بطا وضواحيها، بالإضافة لوجود

نقص كبير في بعض الأجهزة الضرورية، مثل: جهاز التصوير بالموجات فوق صوتية (Ultrasound)، وجهاز التصوير طبقي (CT- Scan)، وأن المريض في مناطق يطأ يحصل على دور للتصوير في مستشفى عالية الحكومي في فترة تتراوح ما بين أربعة أشهر إلى سنة، وهذا يشكل سببا رئيسا في تدهور صحة المريض وزيادة فترة علاجه، وأن الضمان لاستدامة هذه الخدمات وجود مؤسسات صحية تضمن تقديم جميع الخدمات للتسهيل على المواطنين، والحصول على خدمة تليق بالمريض، وتوفير الأجهزة والأدوية، وتحسين آليات الجودة الشاملة للنظام الصحي من خلال توفير الكادر البشري المؤهل والمطلوب، وكذلك توفير المباني المطلوبة ضمن بيئة صحية ملائمة، وتوفير نظام صحي محوسب مما يعزز مبدأ الكفاءة والفعالية في تقليل التكاليف، والأزمات وفترات الانتظار وصولا إلى رضى المرضى، ووجود تحسن في تنفيذ البرامج الصحية بشكل كافٍ في مراكز الرعاية الصحية الأولية من حيث وجود برامج صحة الأسرة والصحة المدرسية، ووجود سياسات واضحة ومكتوبة تشير إلى دور الوزارة في تحقيق الهدف، ولكن هذا التحسن لا ينطبق على المستشفيات، حيث إن هناك نقصاً في تحقيق هذا الهدف بالمحافظة، كبرامج الصحة الإنجابية، حيث إن وضعها يحتاج إلى التحسين بشكل كبير بسبب النقص الكبير بالكوادر، و إن البنية التحتية ضعيفة جدا وتحتاج إلى تطوير كبير، وإن المستشفيات غير مؤهلة لاستقبال جميع الحالات الصحية، وكذلك توزيع الأقسام غير مناسب، والمساحات غير كافية، حيث إن مستشفى (أبو الحسن القاسم) يحتاج إلى توسعة بمقدار (5000 متر مربع)، حتى يفي ببعض الاحتياجات الملحة للمنطقة، بالإضافة إلى أن بعض العيادات التابعة لوزارة الصحة مستأجرة وغير مؤهلة لتكون بمستويات متقدمة، وينقصها كوادر ومعدات عديدة، وانعكس ذلك كله على المؤشرات الصحية، حيث إن هناك استياء في تحقيق

المؤشرات التي تقيس هذا الهدف، كالأزدياد الحاصل في عدد المراجعين للطبيب العام بسبب نقص الكوادر، مما حمل عبئاً كبيراً على الموظف الواحد، وأيضاً كازدياد نسبة الأشغال، حيث تفوق 130%، وبالتالي فإن تحقيق هذا الهدف في منطقة الجنوب غير كافٍ ويحتاج إلى الكثير حتى يتم تحقيقه بالمحافظة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

5. اما فيما يتعلق بنتائج المحور الأول في محافظة الخليل (ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لجميع فئات الشعب)، فتبين أن انعكاس هذا الهدف لم يحقق بالشكل الكافي بالمحافظة، حيث أدى الوضع القائم إلى ضعف في وجود ضمان لتوفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها، بالرغم من وجود تحسن في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية في المحافظة في خمس السنوات الماضية، إلا أن هناك نقصاً كبيراً في عدد المراكز الصحية مقارنة بعدد السكان، بالإضافة إلى النقص الكبير في الكوادر الطبية مع زيادة الضغط على الكوادر المتوفرة، مما ينعكس سلباً على توفير الخدمات الصحية، أما بالنسبة لخدمات الرعاية الصحية الثانية والثالثة فتبين أن المحافظة تعاني بشكل كبير من نقص في عدد المستشفيات، وكذلك فإن المستشفيات المتوفرة تعاني من نقص في الأجهزة والمعدات ونقص في الكوادر، ونقص في الأقسام المتخصصة التي زادت الحاجة إليها في الآونة الأخيرة، بسبب ارتفاع نسبة الإصابة بالكثير من الأمراض غير السارية: كالسرطان، وأمراض القلب (جهاز الاحصاء الفلسطيني)، وبالتالي فإن الهدف الأول للخطة الاستراتيجية الصحية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016) لم ينعكس إيجابياً على المحافظة، وإن المؤشرات الموضوعية بالخطة لقياس الهدف الأول لم تحقق بالمحافظة، ويكون الضمان لتوفير واستدامة الخدمات الصحية بصورة شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها من خلال

تعزيز الموارد البشرية في القطاع الصحي بالمحافظة وزيادتها ، وتحسين آليات الجودة الشاملة للنظام الصحي من خلال توفير الكادر البشري المؤهل والمطلوب، وكذلك العمل على تحسين البنية التحتية لما لها من دور في استيعاب الخدمات المطلوبة، وكذلك توفير المباني المطلوبة ضمن بيئة صحية ملائمة، وتوفير الأدوية والأجهزة الطبية الحديثة الناقصة والضرورية، والتوجه نحو التكنولوجيا الطبية الحديثة، وتوفير نظام صحي محوسب، مما يعزز مبدأ الكفاءة والفعالية في تقليل التكاليف والأزمات، وفترات الانتظار وصولاً إلى رضا المرضى، وتنفيذ المشاريع الموجودة المتعلقة بزيادة عدد المستشفيات، والذي بدوره سيعكس تحسينات في تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الأول في الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9) (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3) (م د 1) (م د 2) (م د 3) (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6) .

ثانياً: تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية

يتناول هذا المحور تعزيز الرعاية الصحية الوقائية، وتحسين إدارة الأمراض غير السارية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية إلى الأسئلة الخاصة بهذا المحور في المناطق الأربعة المبحوثة في محافظة الخليل، وهي: (وسط الخليل، شمال الخليل (ححول)، جنوب الخليل (دورا)، جنوب الخليل (يطا))، ما يلي:

1. فيما يتعلق بنتائج المحور الثاني " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية"، فقد تبين أن تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية في منطقة وسط الخليل قليلة، بالرغم من وجود برامج وبروتوكولات مميزة بالوزارة، إلا

أن تنفيذ هذه البرامج في المحافظة غير كافي، بسبب عدم توفر الموارد البشرية والمعدات اللازمة المخصصة من قبل الوزارة لتحقيق هذا الهدف، بالإضافة إلى عدم تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة، وكذلك وجود تراجع في المؤشرات الصحية بالمحافظة وزيادة انتشار الأمراض غير السارية بالمحافظة، بما يتعارض مع تحقيق مؤشرات القياس التي وضعتها وزارة الصحة في الخطة الاستراتيجية (2014-2016) لقياس هذا الهدف (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9)

2. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثاني " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية " فتبين أن تعزيز الرعاية الصحية الوقائية، وتحسين إدارة الأمراض غير السارية في منطقة شمال الخليل متواضعة جداً، بالرغم من وجود برامج في خطة الوزارة الصحية تخدم هذا الغرض، إلا أن هناك فجوة كبيرة بين ما هو مخطط له وما هو منفذ، وتعاني مرحلة تنفيذ الخطة من نقص وذلك بسبب عدم توفير الموازنات الكافية لنجاح عملية التنفيذ مع النقص الكبير في عدد الموارد البشرية، والمعدات اللازمة المخصصة من قبل الوزارة لتحقيق هذا الهدف، بالإضافة إلى عدم تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة، وعوامل المخاطرة، وكذلك وجود تراجع في المؤشرات الصحية بالمحافظة وزيادة انتشار الأمراض غير السارية بالمحافظة، بما يتعارض مع تحقيق مؤشرات القياس التي وضعتها وزارة الصحة في الخطة الاستراتيجية (2014-2016) لقياس هذا (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

3. فيما يتعلق بنتائج المحور الثاني " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية" فقد تبين أن تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية في منطقة جنوب الخليل محدودة، بالرغم من وجود بروتوكولات وأهداف مميزة بخطة الوزارة تخدم هذا الغرض، إلا أن تنفيذ هذه البرامج في منطقة جنوب الخليل قليل، وذلك بسبب عدم توفر الكادر والبنية التحتية اللازمة المخصصة من قبل الوزارة لتحقيق هذا الهدف، بالإضافة إلى عدم تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة، وكذلك وجود تراجع في المؤشرات الصحية بالمحافظة، وزيادة انتشار الأمراض غير السارية فيها بما يتعارض مع تحقيق مؤشرات القياس التي وضعتها وزارة الصحة في الخطة الاستراتيجية (2014-2016) لقياس هذا الهدف (م د 1) (م د 2) (م د 3) (م ي 1) (م ي 2) .

4. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثاني " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير الساري" فتبين أن تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية في منطقة جنوب الخليل (بطا) قليلة، بالرغم من وجود برامج داعمة لهذا الهدف بخطة الوزارة، إلا أن تنفيذ هذه البرامج في المحافظة محدود بسبب عدم توفر الكادر اللازم المخصص من قبل الوزارة لتحقيق هذا الهدف، بالإضافة إلى عدم تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة، وكذلك وجود تراجع في المؤشرات الصحية بالمحافظة وزيادة انتشار الأمراض غير السارية بالمحافظة بما يتعارض مع تحقيق مؤشرات القياس التي وضعتها وزارة الصحة في الخطة الاستراتيجية (2014-2016) لقياس هذا الهدف (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6) .

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثاني "تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين ادارة الامراض غير السارية" في محافظة الخليل فتبين أن الجهود قليلة ومتواضعة جدا، بالرغم من وجود برامج وبروتوكولات جيدة في خطة الوزارة الصحية تخدم هذا الغرض، إلا أن هناك فجوة كبيرة بين ما هو مخطط له وما هو منفذ، وتعاني مرحلة تنفيذ الخطة من قصور كبير، وذلك بسبب عدم توفير الموازنات الكافية لنجاح عملية التنفيذ مع النقص الكبير في عدد الموارد البشرية، والمعدات اللازمة، والبنى التحتية المخصصة من قبل الوزارة لتحقيق هذا الهدف، بالإضافة إلى عدم تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة، وكذلك وجود تراجع في المؤشرات الصحية بالمحافظة، وزيادة انتشار الأمراض غير السارية بالمحافظة، بما يتعارض مع تحقيق مؤشرات القياس التي وضعتها وزارة الصحة في الخطة الاستراتيجية (2014-2016) لقياس هذا الهدف، وبالتالي فإن انعكاس الهدف الثاني للخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية على المحافظة لم يحقق حسب التوقع الذي وضعته الوزارة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9) (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3) (م د 1) (م د 2) (م د 3) (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

ثالثاً: بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية

يتناول هذا المحور بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية عن الأسئلة الخاصة بهذا المحور في المناطق المبحوثة في محافظة الخليل، وهي: (وسط الخليل، شمال الخليل (حلحول)، جنوب الخليل (دورا)، جنوب الخليل (يطا))، ما يلي:

1. فيما يتعلق بنتائج المحور الثالث بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية فتبين أن منطقة وسط الخليل لديها نظام معمم من قبل الوزارة على المحافظات كافة إلا أن نسبة تطبيقه غير كافية بالمحافظة، بسبب قلة الموارد البشرية المخصصة من قبل الوزارة للمنطقة لإدارة مثل هذه البرامج، والعجز بالموازنة المقدمة، مما ينعكس سلباً على تحقيق الجودة التي لها دور رئيس للمتابعة والتقييم، ومن ثم المساءلة والتصحيح للوصول إلى الرضى الطبي لسكان المحافظة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9).

4. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثالث بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية، فتبين أن منطقة جنوب الخليل لديها نظام جودة، تم وضعه عند وضع الخطة الصحية القائمة من قبل الوزارة، وتم تعميمه على المحافظات كافة، إلا أن نسبة تطبيقه غير كافية، وذلك بسبب أن المحافظة تعاني من نقص في تقديم الخدمات الصحية الشاملة، وتعتمد منطقة دوراً في تلقيها هذا العلاج على مستشفى عالية الحكومي، بالرغم من أن عدد السكان كبير مما يزيد العبء على هذه المستشفى، بما فيها من بنية تحتية وأجهزة ومعدات وموارد بشرية، مما ينعكس سلباً على تحقيق الجودة المطلوبة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثالث " بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية" فتبين أن منطقة جنوب الخليل (يطا) لديها نظام معمم من قبل الوزارة على المحافظات كافة، إلا أن نسبة تطبيقه ضئيلة بالمحافظة، بسبب قلة الموارد البشرية المخصصة من قبل الوزارة للمنطقة لإدارة مثل هذه البرامج، والعجز بالموازنة المقدمة، مما ينعكس سلباً على تحقيق الجودة التي تعد دوراً رئيساً للمتابعة والتقييم، ومن ثم المساءلة

والتصحيح للوصول إلى الرضا الطبي لسكان المحافظة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6) .

3. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الثالث "بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية" في محافظة الخليل فتبين أن المحافظة لديها نظام جودة تم وضعه وصياغته عند وضع الخطة الصحية القائمة من قبل الوزارة، وتم تعميمه على المحافظات كافة، إلا إن نسبة تطبيقه غير كافي بالمحافظة، بسبب قلة الكوادر المخصصة من قبل الوزارة للمنطقة لإدارة مثل هذه البرامج، والنقص في المعدات والأجهزة، وقلة عدد المواقع الصحية مقارنة بعدد السكان، وعدم توفر الموارد المالية للحفاظ على نظام فعال ودائم للجودة، بسبب وجود عجز بالموازنة المقدمة، مما ينعكس سلباً على تحقيق الجودة التي تعد دوراً رئيساً للمتابعة والتقييم، ومن ثم المساءلة والتصحيح للوصول إلى الرضا الطبي لسكان المحافظة، وتبين أن هناك حملاً كبيراً يقع على عاتق المؤسسات الصحية بالمحافظة، بسبب قلة عدد المستشفيات وقلة المعدات والكوادر، مما ينعكس سلباً على تحقيق تحسينات في جودة الخدمات الصحية، وتبين وجود وحدة شكاوى لها إدارة عامة، وبإمكان أي مواطن يشعر بسوء المعاملة وسوء جودة الخدمة المقدمة من قبل الطواقم بتقديم ملاحظته وشكواه عبر المديرية، أو عن طريق صندوق الشكاوى، وهناك آلية لبحث هذه المشاكل في المركز الصحي نفسه وإذا لم يستطع حلها يتم رفعها مباشرة للإدارة العامة، وبالنسبة للمؤشرات التي وضعتها الوزارة لقياس هذا الهدف لم تحقق بالمحافظة حيث نسبة تطبيق هذه البرامج لم تشمل المواقع الصحية كافة بالمحافظة، وبالتالي فإن انعكاس الهدف الثالث على المحافظة لم يحقق بالشكل المأمول واللازم من أجل تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9) (م ح 1) (م ح 2)

(2) (م ح 3) (م د 1) (م د 2) (م د 3) (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5)
(م ي 6) .

رابعاً: توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية

يتناول هذا المحور توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مديري الدوائر الصحية عن الأسئلة الخاصة بهذا المحور في المناطق المبحوثة في محافظة الخليل، وهي: (وسط الخليل، شمال الخليل (لحول)، جنوب الخليل (دورا)، (بطا)، ما يأتي:

1. فيما يتعلق بنتائج المحور الرابع " توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية"، فتبين أن منطقة وسط الخليل تعاني من نقص كبير في الكوادر الصحية بمختلف الفئات، وعدم وجود سياسات واضحة لتوفير الكوادر اللازمة، بحيث تؤدي إلى النهوض بالخدمة الصحية المقدمة، بالإضافة إلى عدم وجود وصف وظيفي للعاملين بالقطاع الصحي في منطقة وسط الخليل، بالإضافة لعدم وجود مسارات مهنية واضحة للعاملين بالقطاع الصحي بالمحافظة، وأن المحافظة بحاجة إلى تطبيق سياسات ملزمة لتلبية الاحتياجات الضخمة في المحافظة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9).

2. وفيما يتعلق بنتائج المحور الرابع " توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية" فتبين أن منطقة شمال الخليل تعاني من نقص كبير في الكوادر الصحية بمختلف الفئات، مع عدم وجود سياسات واضحة لتوفير الكوادر اللازمة كي تؤدي إلى النهوض بالخدمة الصحية المقدمة، وتبين أيضاً عدم وجود خطة إستراتيجية للكوادر الطبية

التي من خلالها يتم الاضطلاع على الفئات الطبية كافة في السوق الفلسطيني، واستقطاب العدد والنوع الكافي لتغطية الاحتياجات الطبية، بالإضافة إلى عدم وجود وصف وظيفي للعاملين بالقطاع الصحي في منطقة شمال الخليل، ويتم تجزئة العمل وتقسيمه من قبل الموظفين أنفسهم، بالإضافة لعدم وجود مسارات مهنية واضحة للعاملين بالقطاع الصحي بالمحافظة (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

4. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الرابع " توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية" فأوضحت المقابلات في الدائرة الصحية المبحوثة في منطقة جنوب الخليل (دورا) أن هناك تحسناً طفيفاً ومحدوداً، وليس بمستوى الموارد البشرية المطلوبة لسداد الحاجة، وبالرغم من وجود كوادر طبية مميزة، إلا أن نسبة كبيرة من هذه الكوادر تخرج للعمل بالقطاع الخاص، وكذلك عدم وجود قاعدة بيانات للقوى العاملة في القطاع الصحي في المحافظة، مع عدم وجود مسارات مهنية محددة للكوادر الصحية، ولا يوجد برنامج دعم ممنهج، ويمكن أن تتم بعض التحسينات من خلال ابتعاث عدد معين من الكوادر لأخذ دورات تطويرية، حيث ان الإمكانيات والموارد الحالية لا تلئم الاحتياجات الحالية، ولا تتوفر الموارد والإمكانيات اللازمة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الرابع " توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية"، فتبين أن منطقة جنوب الخليل (يطا) تعاني من وجود نقص في تقنين وجود كوادر مدربة في برامج الرعاية الصحية الثانية والثالثة، وعدم وجود خطة إستراتيجية للكوادر الطبية التي من خلالها يتم الاضطلاع على الفئات الطبية كافة في السوق الفلسطيني، واستقطاب العدد والنوع الكافي لتغطية الاحتياجات الطبية، بالإضافة إلى النقص الكبير في عدد الكوادر الطبية المخصصة للمنطقة، ونقص كبير في الكوادر

الصحية بمختلف الفئات، وتعاني عدم وجود سياسات واضحة لتوفير الكوادر اللازمة، بحيث تؤدي إلى النهوض بالخدمة الصحية المقدمة، وعدم وجود قاعدة بيانات للموارد البشرية العاملة في وزارة الصحة الفلسطينية، بالإضافة لعدم وجود مسارات مهنية واضحة للعاملين بالقطاع الصحي بالمحافظة، ونقص كبير في تحقيق هذا الهدف بالمحافظة (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6) .

6. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الرابع "توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية" في محافظة الخليل فتبين أن المحافظة تعاني من نقص كبير في الكوادر الصحية بمختلف الفئات، وعدم وجود سياسات واضحة لتوفير الكوادر اللازمة تؤدي إلى النهوض بالخدمة الصحية المقدمة، وبالرغم من وجود كوادر طبية فلسطينية مميزة، إلا أن نسبة كبيرة من هذه الكوادر تخرج للعمل بالقطاع الخاص، وتبين أن منطقة المحافظة تعاني أيضا من وجود نقص في تقنين وجود كوادر مدربة في برامج الرعاية الصحية الثانية والثالثة، وعدم وجود خطة استراتيجية للكوادر الطبية التي من خلالها يتم الاضطلاع على الفئات الطبية كافة في السوق الفلسطيني، واستقطاب العدد والنوع الكافي لتغطية الاحتياجات الطبية، وأن المؤشرات التي وضعت لقياس الهدف الرابع في الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية لم تحقق، بسبب عدم وجود وصف وظيفي للعاملين بالقطاع الصحي في المحافظة، ويتم تجزئة العمل من قبل الموظفين أنفسهم، وعدم وجود قاعدة بيانات للموارد البشرية العاملة في وزارة الصحة الفلسطينية، بالإضافة لعدم وجود مسارات مهنية واضحة للعاملين بالقطاع الصحي بالمحافظة، مما ينعكس سلبا على تحقيق الهدف الرابع في المحافظة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م

خ (9 م ح 1) (2 م ح 2) (3 م ح 3) (م د 1) (2 م د 2) (3 م د 3) (م ي 1) (2 م ي 2) (م ي 3)
(3 م ي 4) (5 م ي 5) (6 م ي 6) .

خامسا: تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية

يتناول هذا المحور تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية، وقد وجدت الباحثة بعد دراسة دقيقة وتحليل كمي مكثف لمحتوى إجابات مدراء الدوائر الصحية عن الأسئلة الخاصة بهذا المحور في المناطق الأربعة المبحوثة في محافظة الخليل، وهي: (وسط الخليل، شمال الخليل (حلول)، جنوب الخليل (دورا)، (يطا))، ما يلي:

1. ما يتعلق بنتائج المحور الخامس " تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية " فتبين أن منطقة وسط الخليل تعاني من نقص في تحقيق هذا الهدف، وذلك بسبب عدم استكمال وجود مراكز صحية بالمحافظة تعمل بالنظام المحوسب، بالإضافة إلى عدم وجود رقابة بشكل مستمر فقط عند وقوع المشاكل، ولا يوجد نظام دوري للرقابة، وأن الرقابة بحاجة إلى اهتمام أكبر بسبب التزايد في عدد السكان، والذي دعا إلى زيادة عدد الكوادر الصحية المتخصصة بشكل أفضل، بالإضافة إلى وجود نقص كبير في الأجهزة والأقسام كافة، وتحتاج المحافظة إلى موازنات كبيرة لتغطية الاحتياجات اللازمة، بالإضافة لعدم توفير الكوادر اللازمة للعمل على الأجهزة المتوفرة، مما أدى إلى عدم تحقيق المؤشرات الضرورية من أجل تحسين الوضع القائم (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9).

2. فيما يتعلق بنتائج المحور الخامس " تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية " فقد تبين أن منطقة شمال الخليل تعاني من نقص في تحقيق هذا الهدف، وذلك بسبب عدم وجود مراكز صحية بالمحافظة تعمل بالنظام المحوسب، بالإضافة إلى أنه بالرغم من وجود

مشاريع تنموية للمنطقة موافق عليها من الوزارة، إلا أنه لم يتم تنفيذها بشكل كامل حتى نهاية عام 2016، بالإضافة إلى عدم وجود أنظمة معلومات وتكنولوجية صحية تعزز التواصل بين مختلف الوحدات بالمحافظة، كما وأن وزارة الصحة بعيدة كل البعد عن برامج التنمية و الحوكمة الصحية، وذلك بسبب غياب البرامج المحوسبة الصحية الداعمة لذلك، وهذا بدوره أدى إلى عدم تحقيق التحسن المرجو فيما يتعلق بالتنمية و الحوكمة بالقطاع الصحي بالمحافظة (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

3. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الخامس " تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية "، فتبين أن منطقة جنوب الخليل دورا تعاني من نقص في تحقيق هذا الهدف، وذلك بسبب عدم وجود مراكز صحية تعمل بالنظام المحوسب بالمحافظة، بالإضافة إلى أنه بالرغم من وجود مشاريع موافق عليها من الوزارة للمنطقة، إلا أنه لم يتم تنفيذها بشكل كامل، بالإضافة لعدم وجود كادر متخصص بالمحافظة قائم بأعمال الرقابة اللازمة لتحسين الأداء وتعديل الأخطاء (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

4. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الخامس " تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية " فتبين أن منطقة الخليل تعاني من نقص في تحقيق هذا الهدف، وذلك بسبب عدم وجود مراكز صحية بالمحافظة تعمل بالنظام المحوسب، بالإضافة لعدم وجود كادر متخصص بالمحافظة للقيام بالرقابة اللازمة، لتحسين الأداء وتعديل الأخطاء، حيث إن الرقابة على الخدمات الصحية تكون من خلال المديرين ورؤساء الأقسام في كل مركز صحي، بالرغم من وجود نظام رقابي مركزي مطبق على المحافظات جميعها، وتشمل الرقابة على التراخيص، كما أن المحافظة تعاني من عدم مواكبة المؤسسات الصحية لخطط التقدم العلمي (م د 1) (م د 2) (م د 3).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور الخامس " تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية" في محافظة الخليل فتبين أن المحافظة تعاني من قصور في تحقيق هذا الهدف، وذلك بسبب عدم استكمال وجود مراكز صحية بالمحافظة تعمل بالنظام المحوسب، بالإضافة إلى أنه بالرغم من وجود مشاريع تنموية للمنطقة موافق عليها من الوزارة إلا أنه لم يتم تنفيذها بشكل كامل حتى نهاية عام 2016، بالإضافة إلى عدم وجود أنظمة معلومات وتكنولوجية صحية تعزز التواصل بين مختلف الوحدات بالمحافظة، كما أن وزارة الصحة لم تحقق برامج التنمية و الحوكمة الصحية اللازمة، بسبب عدم وجود نظام رقابي مركزي دوري في المحافظة، وعدم وجود كادر متخصص بالمحافظة للقيام بالرقابة اللازمة لتحسين الأداء وتعديل الأخطاء، حيث إن الرقابة على الخدمات الصحية تكون من خلال المديرين ورؤساء الأقسام في كل مركز صحي، و الرقابة بحاجة إلى اهتمام أكبر بسبب التزايد المستمر في عدد السكان، والذي دعا إلى زيادة عدد الكوادر الصحية المتخصصة بشكل أفضل، بالإضافة إلى وجود نقص كبير في الأجهزة والأقسام كافة، وتحتاج المحافظة إلى موازنات كبيرة لتغطية الاحتياجات اللازمة، بالإضافة لعدم توفير الكوادر اللازمة للعمل على الأجهزة المتوفرة، كما وتعاني المحافظة من عدم مواكبة المؤسسات الصحية فيها لخطط التقدم العلمي، مما أدى إلى عدم تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الخامس بالخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016)، من أجل تحسين الوضع القائم بالمحافظة (م خ 1) (م خ 2)(م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9) (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3) (م د 1) (م د 2) (م د 3) (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6) .

سادسا: المعوقات والمقترحات

تعددت وتنوعت المعوقات التي تحد من دور الوزارة في تحقيق الأهداف الموضوعية بالخطوة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2014-2016)، وخصص هذا المحور من أجل التعرف إلى هذا المعوقات:

1. فيما يتعلق بنتائج المحور السادس " المعوقات والمقترحات" تبين أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في منطقة وسط الخليل، تتمثل في عدم كفاية الموارد المالية والبشرية المخصصة للمنطقة، بسبب سوء خطة الموازنة الموضوعية، ويمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال اتخاذ الدولة قرارات قائمة على العدالة في توزيع الإمكانات المتاحة، وتخصيص كوادر مالية وبشرية للمنطقة تفي بالاحتياجات الملحة للمنطقة، وزيادة الكوادر الموارد المالية والبشرية، وإعادة توزيع الموارد بطريقة عادلة لتقليص الفجوة بين عدد السكان والخدمات الصحية الأخرى كما في المحافظات الأخرى، وكذلك الاستثمار بالموارد البشرية الموجودة وتطوير مهاراتها، وأن يكون لأصحاب القرار بالمحافظة كالبلديات دور في تفعيل المحاصصة، وبناء مستشفيات جديدة تفي بالاحتياجات اللازمة، وتقليل الضغط على المراكز الصحية والمستشفى الوحيد بالمحافظة، وإنشاء برنامج محوسب في المؤسسات الصحية كافة يظهر فيه الوضع الصحي لكل مواطن، مما يساهم في تحسين الوضع الصحي بالمحافظة، وبناء هيكل واضح بالوزارة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9).

2. أما المحور السادس ونتائجه " المعوقات والمقترحات" فتبين أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في شمال المحافظة لحول تتمثل في سوء تنفيذ الخطط الاستراتيجية القائمة، بسبب سوء البنية التحتية للمؤسسات الصحية، مع عدم توريد

وتوفير المتطلبات كافة من كوادر ومعدات، مع تهميش القطاع الصحي في محافظة الخليل بسبب عدم العدالة في توزيع الموارد مقارنة" مع بقية المحافظات عدد سكانها لا يتجاوز عدد سكان قرية من قرى محافظة الخليل، ونقص في عدد المراكز والمواقع الصحية، وعدم توفر الكوادر الصحية اللازمة مع نقص في المعدات والأجهزة الطبية المتوفرة في المراكز الصحية المتوفرة في المحافظة، ويمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال سعي المجتمع المحلي (البلديات) والجهات المفوضة إلى الضغط على الوزارة لإعطاء المحافظة أولوية في تخصيص الموارد، وإيجاد سلطة مختصة بالتنفيذ، والاهتمام الحكومي أكثر من ناحية التوظيف، وتوفير كوادر مدربة وكوادر مالية متخصصة، وتفعيل نظام المتابعة والتقييم في القطاع الصحي استناداً إلى الأهداف الاستراتيجية، أما بالنسبة للمقترحات اللازمة لتحسين الوضع القائم، تطوير الكوادر الصحية من خلال البرامج الصحية التدريبية، مع العمل على حل مشكلة العجز القائم في عدد الموارد البشرية، واستقطاب الموارد البشرية الكفوة، وأن يتم التنسيق بين المجتمع المحلي (البلديات) ووزارة الصحة على نوعية الخدمات الصحية المقدمة في المحافظة، وزيادة المشاريع والمراكز الصحية المخصصة في المحافظة، وبناء مستشفيات جديدة مزودة بالمعدات والأجهزة اللازمة، ويشرف على تنفيذها خبراء ومختصون (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3).

3. أما فيما يتعلق بنتائج المحور السادس " المعوقات والمقترحات " فتبين أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة، هو عدم توريد كافة المتطلبات الصحية، وسوء البنية التحتية للمؤسسات الصحية، وعدم توفر الكوادر الصحية اللازمة، ونقص في عدد المواقع الصحية، ونقص في المعدات والأجهزة الطبية المتوفرة في المحافظة، وعدم تخصيص الوزارة الموازنة الكافية لمرحلة تنفيذ الخطة الصحية الموضوعية، ويمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال زيادة الموازنات المخصصة لتنفيذ الخط

الصحية في المحافظة، وزيادة عدد الموارد البشرية الكفؤة والمدرية، والعمل على استقطاب الكفاءات وتوظيفها، وتحسين البنية التحتية للمؤسسات الصحية الموجودة، وإيجاد مواقع صحية جديدة للوزارة وتجهيزها بالمعدات والكوادر اللازمة (م د 1) (م د 2) (م د 3).

4. أما المحور السادس بنتائجه "المعوقات والمقترحات"، فتبين أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة، إلا أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة، هو عدم توفر الكوادر الطبية اللازمة، وعدم وجود خطة لتجميع الخدمات في مواقع مختلفة بالمحافظة، وعدم توفر البنية التحتية الكافية، وعدم وجود مواقع صحية لتغطية المحافظة كاملة، وتقسيمه بناء المشفى غير المنظمة، والمساحات الضيقة، إلا أنه يمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال إيجاد حصة متساوية للمنطقة مقارنة مع المناطق الأخرى، لتعيين الكوادر وتطوير المستشفيات الموجودة للتخفيف من التحويلات، وتوفير كادر مهني عالي الكفاءة، وجاءت المقترحات التحسين للبنى التحتية من خلال توفير المباني اللازمة لتطوير المستشفيات، وزيادة الكوادر الصحية، وتوفير الأجهزة الطبية، والتدريب من خلال عقد الدورات والبعثات التدريبية للكوادر الصحية، ومراعاة اللامركزية بالتوظيف، والتوظيف حسب حاجة المستشفيات، وإشراك الرقابة في التطوير، ومواكبة التطورات العلمية في الأجهزة، وتوفير الأدوية الحديثة وتطبيق سياسة التدوير للموظف (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6).

5. أما فيما يتعلق بنتائج المحور السادس "المعوقات والمقترحات" فتبين أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة، تتمثل في سوء تنفيذ الخطط الاستراتيجية القائمة بسبب سوء البنية التحتية للمؤسسات الصحية، وعدم توريد

وتوفير المتطلبات كافة، مع تهميش القطاع الصحي في محافظة الخليل، ونقص في عدد المراكز والمواقع الصحية، بحيث لا تغطي المناطق كافة، وعدم توفر الكوادر الصحية اللازمة مع نقص في المعدات والأجهزة الطبية المتوفرة في المراكز الصحية المتوفرة في المحافظة، ويمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال اتخاذ الدولة قرارات قائمة على العدالة في توزيع الإمكانات المتاحة، وتخصيص كوادر مالية وبشرية للمنطقة تفي بالاحتياجات الملحة للمحافظة، وذلك من خلال زيادة الموازنات المخصصة لتنفيذ الخطط الصحية في المحافظة، وزيادة عدد الموارد البشرية الكفؤة والمدربة، والعمل على استقطاب الكفاءات وتوظيفها، وتحسين البنية التحتية للمؤسسات الصحية الموجودة، وتطوير المستشفيات الموجودة للتخفيف من التحويلات، وأن يتم التنسيق بين المجتمع المحلي (البلديات) ووزارة الصحة على نوعية الخدمات الصحية المقدمة في المحافظة، وزيادة المشاريع والمراكز الصحية المخصصة في المحافظة، وبناء مستشفيات جديدة وتجهيزها بالمعدات والأجهزة اللازمة، بحيث يشرف على تنفيذها خبراء ومختصون مع إشراف البلديات أنفسهم، أما بالنسبة لمقترحات التحسين للبنى التحتية فتكون من خلال توفير المباني اللازمة لتطوير المستشفيات، ومن خلال التدريب والدورات للكوادر الصحية، وتطبيق سياسة التدوير للموظف، واللامركزية بالتوظيف، والتوظيف حسب حاجة المستشفيات، وجاءت المقترحات لتحسين البنى التحتية من خلال توفير المباني اللازمة لتطوير المستشفيات، وزيادة الكوادر الصحية، وتوفير الأجهزة الطبية الحديثة ذات التكنولوجيا العالية، ومواكبة التطورات العلمية في الأجهزة والتدريبات والبعثات وتوفير الأدوية الحديثة (م خ 1) (م خ 2) (م خ 3) (م خ 4) (م خ 5) (م خ 6) (م خ 7) (م خ 8) (م خ 9) (م ح 1) (م ح 2) (م ح 3) (م د 1) (م د 2) (م د 3) (م ي 1) (م ي 2) (م ي 3) (م ي 4) (م ي 5) (م ي 6) .

4-4 مناقشة نتائج أسئلة الدراسة

تمت الإجابة عن سؤال الدراسة الرئيس "ما مدى انعكاس تنفيذ الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016) على المؤشرات الصحية الوطنية في محافظة الخليل؟" من خلال نتائج المقابلات المهيكلة في محافظة الخليل التي تمثل محاورها أسئلة الدراسة الفرعية التالية:

4-4-1 مناقشة نتائج سؤال الدراسة الفرعي الأول

السؤال الأول: ما مدى انعكاس تنفيذ البرامج اللازمة لتحقيق الهدف الأول "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لجميع فئات الشعب" من الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية، على المؤشرات الصحية الوطنية المرتبطة به في محافظة الخليل؟

تبين أن انعكاس هذا الهدف لم يحقق بالشكل الكافي بالمحافظة، وذلك لان انعكاس هذا الهدف يتطلب وجود ضمان لتوفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة، إلا أن الوضع في محافظة الخليل لا يعكس وجود هذه الضمانات المتمثلة بخدمات الرعاية الصحية الأولية والثانية والثالثة (المستشفيات، والأقسام المتخصصة)، حيث تبين وجود تحسن جزئي في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية في المحافظة في الخمس سنوات الماضية ولكنه غير كافي.

حيث أن هناك نقصاً كبيراً في عدد المراكز الصحية الأولية مقارنة بعدد السكان، ووجود الكثير من مراكز الرعاية الصحية المستأجرة والبنية التحتية فيها ضعيفة، وينقصها الأجهزة والمعدات الضرورية التي تساعد في الكشف الأولي عن الأمراض، بالإضافة إلى النقص الكبير في الكوادر

الطبية وبالتالي زيادة الضغط على الكوادر المتوفرة، مما انعكس على جودة الخدمة الصحية، وقد عملت وزارة الصحة على تغطية بعض المناطق النائية بالمحافظة بعيادات متنقلة، بالرغم من أنها نقطة ايجابية ولكنها لا تفي بتحسين وتخفيف معاناة المرضى بالشكل الكافي مقارنة" مع وجود مبنى متوفر فيه كوادر طبية ومعدات، وبالتالي عدم تحقيق هدف وزارة الصحة في إيجاد جيل جديد خالي من الأمراض.

وكذلك نقص كبير في توفير المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانية (المستشفيات)، والثالثية (الخدمات الطبية التخصصية) في المحافظة، بما لا يتناسب مع الارتفاع الكبير في أعداد السكان، وارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض الخطيرة، بالإضافة إلى الضغط الكبير على مستشفى عالي الحكومي ضمن إمكانياته المتاحة، حيث يعد المشفى الوحيد بالمحافظة الذي يقدم خدمات طبية متخصصة، والبنية التحتية الضعيفة، بالإضافة إلى وجود نقص في الأقسام والتخصصات الهامة مثل جراحة القلب والقسطرة والسرطان، بالرغم من بعض التحسينات التي أجريت على المشفى من المجتمع المحلي والتبرعات وتوفير الوزارة بعض الأجهزة، إلا أن ارتفاع عدد السكان والضغط على الكوادر يفوق قدرة هذه التحسينات، وكذلك الأمر بالنسبة لمستشفى أبو الحسن القاسم ومستشفى محمد علي المحتسب، حيث البنية التحتية ضعيفة جدا وتحتاج إلى تطوير كبير، وهي غير مؤهلة لاستقبال جميع الحالات المرضية، وكذلك توزيع الأقسام غير مناسب، والمساحات غير كافية، حيث إن مستشفى (أبو الحسن القاسم) يحتاج إلى توسعة بمقدار (5000متر مربع) حتى يفي ببعض الاحتياجات الملحة للمنطقة.

وتبين أن المحافظة بحاجة الى مشاريع تطويرية من أهمها مشروع مستشفى لحول، ومستشفى دورا، خاصةً في ظل صعوبة نقل المرضى والحالات الحرجة، وذلك لبعدها المسافة وصولاً إلى

أقرب مستشفى وهو عالية الحكومي في وسط الخليل، حيث إن مشروع إقامة مستشفى في مدينة دورا يعود بالنفع الكبير على المواطنين، ويخفف من معاناتهم، وانتظار طوابير الدور والأزمات، ويقلل العبء على المرضى من التحويل إلى القطاع الخاص.

أما بالنسبة للبنية التحتية في المؤسسات الصحية في المحافظة مدمرة وضعيفة والبنائيات قديمة، وجود مباني مستأجرة مساحتها لا تفي بالغرض، نقص في الموارد البشرية مقارنة مع مجمع فلسطين الطبي حيث بنية أفضل وأقسام جديدة، وموارد بشرية كافية، مما انعكس على جودة الخدمات التي تقدمها، وتطوير أداء النظام الصحي في المحافظة بشكل متكامل.

أما بالنسبة للبرامج الصحية التي تقدمها وزارة الصحة مثل برامج صحة الأسرة والصحة المدرسية التي يكون لها الدور الكبير في تعزيز أنماط الحياة الصحية، وتحقيق أهداف الخطة الصحية الاستراتيجية، حيث تبين وجود سياسات واضحة ومكتوبة تشير إلى محاولة الوزارة في تنفيذ هذه البرامج، إلا أن الكوادر الطبية الموزعة بالمحافظة قليلة، أما بالنسبة للمستشفيات يوجد تقصير ملحوظ في تنفيذ برامج الصحة الإنجابية، مما انعكس سلباً على مؤشرات نسبة وفيات الأمهات بالمحافظة، وصحة الأطفال وأوزان المواليد حديثي الولادة.

ويكون الضمان لتوفير واستدامة الخدمات الصحية بصورة شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها من خلال:

- توفير التزام حكومي لتحسين جودة الخدمات من خلال وضع قانون إلزامي لإنشاء مستشفيات ومراكز صحية جديدة، تفي بالحاجة في مختلف التخصصات والمجالات الصحية ضمن الإمكانيات المتاحة للوزارة، بما يتناسب مع الزيادة الكبيرة في أعداد السكان.
- وكذلك العمل على تحسين البنية التحتية لما لها من دور في استيعاب الخدمات المطلوبة وكذلك توفير المباني المطلوبة ضمن بيئة صحية ملائمة.

• والتوجه نحو التكنولوجيا الطبية الحديثة وتوفير نظام صحي محوسب، مما يعزز مبدأ الكفاءة والفعالية في تقليل التكاليف والأزمات، وفترات الانتظار وصولاً إلى رضا المرضى.

وقد توصلت الباحثة من خلال تحليلها للمقابلات المهيكلة أن هذه الضمانات غير متوفرة في محافظة الخليل.

وكذلك استياء في تحقيق المؤشرات التي تقيس هذا الهدف، كالازدياد الحاصل في عدد المراجعين للطبيب العام بسبب نقص الكوادر، مما حمل عبئاً كبيراً على الموظف الواحد، وأيضاً كازدياد نسبة الأشغال حيث تفوق 120%.

وبناءً على نتائج الأسئلة الفرعية للسؤال الأول (1-5) أنظر الملحق رقم (1)، التي تم التوصل إليها من المقابلات المهيكلة، توصلت الباحثة إلى ضعف انعكاس وتحقيق الهدف الأول (وجود ضمان لتوفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها) للخطة الصحية الاستراتيجية (2014-2016) في محافظة الخليل.

4-4-2 مناقشة نتائج سؤال الدراسة الفرعي الثاني

السؤال الثاني: ما مدى انعكاس تنفيذ البرامج اللازمة لتحقيق الهدف الثاني " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية " من الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية على المؤشرات الصحية الوطنية المرتبطة به على محافظة الخليل؟

انعكاس هذا الهدف يتطلب وجود برامج للكشف المبكر للأمراض المزمنة من خلال توفير الأجهزة والكوادر، وتعزيز التنقيف الصحي، وتوفير البيئة الآمنة في المحافظة، وكذلك وجود لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة، وتعد محافظة الخليل بحاجة ماسة لتنفيذ هذه البرامج لما لها من دور هام في توفير معلومات دقيقة و موثوقة عن الحجم الحقيقي

للمشاكل الصحية في المحافظة من اجل مواجهتها والحد من أعبائها على المؤسسات الصحية المتوفرة في المحافظة، بسبب الارتفاع الكبير بنسبة الإصابة بالأمراض الخطيرة، بالإضافة إلى عدم توفر الأقسام المتخصصة والكوادر اللازمة في مستشفيات المحافظة للعناية بهذه الأمراض.

وبالرغم من أهمية وجود هذه البرامج للكشف المبكر للأمراض المزمنة لتحقيق هذا الهدف، وبالرغم من وجود برامج وبروتوكولات جيدة في خطة الوزارة الصحية تخدم هذا الغرض، إلا أن هناك فجوة كبيرة بين ما هو مخطط له وما هو منفذ، وتعاني مرحلة تنفيذ هذا الهدف في محافظة الخليل من قصور كبير، وذلك بسبب عدم توفير الموازنات الكافية لنجاح عملية التنفيذ لهذه البرامج في المؤسسات الصحية في المحافظة، مع النقص الكبير في توفير الموارد البشرية والمعدات اللازمة والبنى التحتية المخصصة من قبل الوزارة لتحقيق هذا الهدف، بالإضافة إلى عدم توفير المعدات والأجهزة اللازمة للمساعدة في الكشف المبكر عن الأمراض.

وكذلك عدم تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة، وكذلك وجود تراجع في المؤشرات الصحية في المحافظة، مثل زيادة انتشار الأمراض غير السارية في المحافظة، بما يتعارض مع تحقيق مؤشرات القياس التي وضعتها وزارة الصحة في الخطة الصحية الاستراتيجية(2014-2016) لقياس هذا الهدف.

وبالتالي فإن انعكاس الهدف الثاني للخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية(2014-2016) على المحافظة لم يحقق حسب التوقع الذي وضعتة الوزارة.

4-4-3 مناقشة نتائج سؤال الدراسة الفرعي الثالث

السؤال الثالث: ما مدى انعكاس تنفيذ البرامج اللازمة لتحقيق الهدف الثالث " بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية " من الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية على المؤشرات الصحية الوطنية المرتبطة به على محافظة الخليل؟
تبين أن المحافظة لديها نظام جودة، تم وضعه وصياغته عند وضع الخطة الصحية القائمة من قبل الوزارة، وتم تعميمه على المحافظات كافة، إلا أن نسبة تطبيقه ضئيلة بالمحافظة بسبب:

- قلة الكوادر المخصصة من قبل الوزارة للمنطقة لإدارة مثل هذه البرامج، والنقص في المعدات والأجهزة، وقلة عدد المواقع الصحية مقارنة بعدد السكان.
- بالإضافة إلى الحمل الكبير الذي يقع على عاتق المؤسسات الصحية بالمحافظة بسبب قلة عدد المستشفيات وقلة المعدات والكوادر، وضيق المساحات في المستشفيات وعدم انتظام تقسيماتها، مما ينعكس سلباً على تحقيق تحسينات في جودة الخدمات الصحية.
- بالإضافة إلى زيادة في عدد ساعات العمل لبعض التخصصات والتي تؤثر بشكل سلبي على سلامة المريض، الذي يعد أهم أهداف الجودة رضا متلقي الخدمة.
- وعدم توفر الموارد المالية للحفاظ على نظام فعال ودائم للجودة بسبب وجود عجز بالموازنة المقدمة، مما ينعكس سلباً على تحقيق الجودة التي تعد دوراً رئيساً للمتابعة والتقييم، ومن ثم المساءلة والتصحيح للوصول إلى الرضا الطبي اكبر نسبة ممكنة من السكان.
- ولا يوجد برامج مساءلة للأخطاء الطبية والمطالبة بتحسين نوعية الخدمات، وكذلك عدم وجود الثقافة لدى المواطنين للمطالبة بتحسين نوعية الخدمات.

- وبالنسبة للمؤشرات التي وضعتها الوزارة لقياس هذا الهدف لم تحقق بالمحافظة، حيث نسبة تطبيق هذه البرامج لم تشمل المواقع الصحية كافة بالمحافظة.

ونظرا" للأسباب السالفة الذكر التي يتطلب وجودها لتحقيق الجودة حسب أهداف وبرامج الخطة الصحية الاستراتيجية، وبالتالي فإن انعكاس الهدف الثالث على المحافظة لم يحقق بالشكل المأمول واللازم من أجل تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية.

4-4-4 مناقشة نتائج سؤال الدراسة الفرعي الرابع

السؤال الرابع: ما مدى انعكاس تنفيذ البرامج اللازمة لتحقيق الهدف الرابع " توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية " من الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية، على المؤشرات الصحية الوطنية المرتبطة به على محافظة الخليل؟
من خلال نتائج تحليل المقابلات المهيكلة تبين أن المحافظة تعاني من نقص كبير في الكوادر الصحية بمختلف الفئات (طبية، فنية، وإدارية).

وعدم وجود سياسات واضحة لتوفير الكوادر اللازمة تؤدي إلى النهوض بالخدمة الصحية المقدمة، وبالرغم من وجود كوادر طبية مميزة في المحافظة، إلا أن نسبة كبيرة من هذه الكوادر تخرج للعمل بالقطاع الخاص.

وتبين أن المحافظة تعاني أيضا من نقص في تقنين وجود كوادر مدربة في برامج الرعاية الصحية الثانية والثالثة، وعدم وجود خطة إستراتيجية للكوادر الطبية التي من خلالها يتم الاطلاع على الفئات الطبية كافة في السوق الفلسطيني، واستقطاب العدد والنوع الكافي لتغطية الاحتياجات الطبية.

وأن المؤشرات التي وضعت لقياس الهدف الرابع في الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية لم تحقق، بسبب عدم وجود وصف وظيفي للعاملين بالقطاع الصحي في المحافظة ويتم تجزئة العمل من قبل الموظفين أنفسهم، مما ينعكس على جودة الخدمة، وزيادة العبء على الكوادر المتوفرة، وعدم وجود قاعدة بيانات للموارد البشرية العاملة في وزارة الصحة الفلسطينية، بالإضافة لعدم وجود مسارات مهنية واضحة للعاملين بالقطاع الصحي بالمحافظة، مما ينعكس سلباً على تحقيق الهدف الرابع في المحافظة.

4-4-5 مناقشة نتائج سؤال الدراسة الفرعي الخامس

1. السؤال الخامس: ما مدى انعكاس تنفيذ البرامج اللازمة لتحقيق الهدف الخامس " تعزيز التنمية المؤسسية و الحوكمة الصحية " من الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية على المؤشرات الصحية الوطنية المرتبطة به على محافظة الخليل؟

تبين أن المحافظة تعاني من قصور في تحقيق هذا الهدف، بسبب عدم قيام الوزارة بالنشاطات الرقابية والتنظيمية اللازمة في المحافظة، انعكس ذلك من خلال النقص الكبير الذي تعانيه المحافظة في الكوادر والأقسام المتخصصة.

بالإضافة إلى أنه بالرغم من وجود مشاريع تنموية للمنطقة موافق عليها من الوزارة إلا أنه لم يتم تنفيذها حتى نهاية عام 2016 من ضمنها مستشفى حلحول ومستشفى دورا، وبالتالي الخدمات الصحية المتوفرة لا تفي باحتياجات كافة المواطنين في المحافظة.

بالإضافة إلى عدم وجود أنظمة معلومات وتكنولوجية صحية تعزز التواصل بين مختلف الوحدات بالمحافظة، لتقديم خدمة ذات جودة عالية ومستدامة.

بالإضافة لعدم وجود نظام رقابي مركزي دوري في المحافظة، يعمل على تفعيل التقارير الدورية وجمع المعلومات عن مدى تحقيق النتائج المتوقعة من تحقيق الأهداف، التي تأخذ بعين الاعتبار المناطق الجغرافية من خلال تتبع المؤشرات لتقدير الاحتياجات الطبية والكوادر اللازمة. وعدم وجود كادر متخصص بالمحافظة للقيام بالرقابة اللازمة، لتحسين الأداء وتعديل الأخطاء، حيث إن الرقابة على الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية في المحافظة تكون من خلال المديرين ورؤساء الأقسام في كل مركز صحي، وبالتالي عدم توثيق الأخطاء بشكل يمكن الرجوع إليه لتحديد الأداء الكلي للقطاع الصحي في المحافظة للمساعدة في تحديد أوجه القصور وإيجاد الحلول المناسبة، وأن الرقابة بحاجة إلى اهتمام أكبر بسبب التزايد المستمر في عدد السكان، والذي دعا إلى زيادة عدد الكوادر الصحية المتخصصة بشكل أفضل، للحصول على الخدمات الصحية لكافة المواطنين.

كما تعاني المحافظة من عدم مواكبة المؤسسات الصحية فيها لخطط التقدم العلمي، بالإضافة إلى عدم وجود ضمان لتطوير مهني وتقني مستمر.

مما أدى إلى عدم تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الخامس بالخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016)، من أجل تحسين الوضع القائم بالمحافظة.

4-4-6 مناقشة نتائج سؤال الدراسة الفرعي السادس

السؤال السادس: ما هي المعوقات والمقترحات التي تحد من تنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية والبرامج التابعة لها في المحافظة؟

وجد أن المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها في المحافظة تتمثل في:

- سوء خطة الموازنة الموضوعية، تتمثل في عدم كفاية الموارد المالية والبشرية المخصصة للمنطقة.
- وسوء البنية التحتية للمؤسسات الصحية والمساحات الضيقة وعدم توريد المتطلبات الكافية وتوفيرها.
- تهميش القطاع الصحي في محافظة الخليل، المتمثل في نقص توفير كافة الخدمات الصحية، وعدد المراكز والمواقع الصحية بحيث لا تغطي كافة المحافظة.
- وعدم توفر الكوادر الصحية اللازمة مع نقص في المعدات والأجهزة الطبية المتوفرة في المؤسسات الصحية المتوفرة في المحافظة.
- سوء تنفيذ الخطة الاستراتيجية القائمة، بسبب محدودية قدرات وخبرات منفذي هذه الخطط، عدم وجود التزام عالي من كافة القيادات على تنفيذ الخطة الاستراتيجية، ضمن الإمكانيات المتاحة للوزارة.

ويمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال:

- اتخاذ الدولة قرارات قائمة على العدالة في توزيع الإمكانيات المتاحة.
- وتخصيص كوادر مالية وبشرية للمنطقة تفي بالاحتياجات الملحة للمحافظة، والعمل على استقطاب الكفاءات وتوظيفها.
- زيادة الموازنات المخصصة لتنفيذ الخطط الصحية في المحافظة.

- وتحسين البنية التحتية للمؤسسات الصحية الموجودة، وتطوير المستشفيات الموجودة للتخفيف من التحويلات للقطاع الخاص.
 - أن يتم التنسيق بين المجتمع المحلي (البلديات) ووزارة الصحة والقطاع الخاص على نوعية الخدمات الصحية المقدمة في المحافظة.
 - سعي المجتمع المحلي (البلديات) والجهات المفوضة إلى الضغط على الوزارة لإعطاء المحافظة أولوية في تخصيص الموارد.
 - وإيجاد سلطة مختصة بالتنفيذ.
 - والاهتمام الحكومي أكثر من ناحية التوظيف وتوفير كوادر مدربة وكوادر مالية متخصصة.
 - وتفعيل نظام المتابعة والتقييم في القطاع الصحي استناداً إلى الأهداف الاستراتيجية.
- أما بالنسبة للمقترحات لتحسين البنى التحتية فتكون من خلال:
- توفير المباني اللازمة لتطوير المستشفيات، والتدريب والدورات للكوادر الصحية وتطبيق سياسة التدوير للموظف، واللامركزية بالتوظيف، والتوظيف حسب حاجة المستشفيات.
 - توفير الأجهزة الطبية الحديثة ذات التكنولوجيا العالية، ومواكبة التطورات العلمية في الأجهزة والتدريبات والبعثات وتوفير الأدوية الحديثة.
 - وإعادة توزيع الموارد بطريقة عادلة لتقلي الفجوة بين عدد السكان والخدمات الصحية الأخرى كما في المحافظات الأخرى.

- وأن يكون لأصحاب القرار بالمحافظة كالبليات دور في تفعيل المحاصصة، وبناء مستشفيات جديدة تفي بالاحتياجات اللازمة.
- وإنشاء برنامج محوسب في المؤسسات الصحية كافة يظهر فيه الوضع الصحي لكل مواطن، مما يساهم في تحسين الوضع الصحي بالمحافظة.

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

1-5 ملخص النتائج

2-5 الاستنتاجات

3-5 التوصيات

4-5 آليات التنفيذ

5-1 ملخص النتائج

بعد إجراء هذه الدراسة التي هدفت إلى دراسة انعكاس الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014- 2016) في محافظة الخليل، وصلت الباحثة إلى عدة نتائج تم إجمال أهمها فيمايلي:

1. تبين أن انعكاس تنفيذ الهدف الأول من الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية(2014-2016) " ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومنكاملة لجميع فئات الشعب"، لم يحقق بالشكل الكافي بالمحافظة، حيث هناك نقص كبير في توفير عدد ونوعية الخدمات الصحية بمستوياتها.

2. أظهرت نتائج الدراسة وجود ارتفاع بنسبة الإصابة بالأمراض غير السارية مثل أمراض القلب والسرطان في المحافظة، ومع ذلك تبين وجود نقص في تقديم الخدمات المتخصصة في المؤسسات الصحية في المحافظة لعلاج هذه الأمراض، ووجود نقص في توفير الموارد البشرية لتنفيذ الحملات التثقيفية اللازمة لرفع الوعي المجتمعي حول العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بهذه الأمراض، ونقص في المعدات والأجهزة اللازمة للمساعدة في الكشف المبكر عنها، وبالتالي انعكس ذلك على وجود قصور في تحقيق الهدف الثاني " تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية " من الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية(2014-2016)

3. أظهرت نتائج الدراسة وجود ضغط كبير يقع على عاتق المؤسسات الصحية بالمحافظة بسبب قلة عدد المستشفيات وقلة المعدات والكوادر، وضيق المساحات في المستشفيات وعدم انتظام تقسيماتها، مما ينعكس سلبا على تحقيق تحسينات في جودة الخدمات الصحية

المقدمة للمواطنين، وبالتالي فإن انعكاس الهدف الثالث للخطة الصحية الاستراتيجية لم يحقق بالشكل المأمول .

4. وقد تبين أن انعكاس تنفيذ البرامج اللازمة لتحقيق الهدف الرابع " توفير موارد بشرية كفوة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية " من الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية(2014-2016) على محافظة الخليل غير ملموس، حيث انعكس ذلك من النقص الكبير في الكوادر الصحية بمختلف الفئات (طبية، فنية، وإدارية)، وكذلك من وجود نقص في تقنين كوادر مدربة في برامج الرعاية الصحية الثانية والثالثة.

5. أما بالنسبة لانعكاس تنفيذ البرامج اللازمة لتحقيق الهدف الخامس " تعزيز التنمية المؤسسية و الحوكمة الصحية " من الخطة الصحية الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية(2014-2016)، وجد أن المحافظة تعاني من قصور في تحقيق هذا الهدف، وذلك بسبب عدم قيام الوزارة بالنشاطات الرقابية والتنظيمية اللازمة في المحافظة، حيث تبين ذلك من خلال النقص الذي تعانيه المحافظة في الكوادر الطبية والأقسام المتخصصة، وعدم وجود كادر متخصص بالمحافظة للقيام بالرقابة اللازمة لتحسين الأداء وتعديل الأخطاء.

6. تبين أن من أهم المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية والبرامج التابعة لها في المحافظة عدم كفاية الموازنة الموضوعة من الوزارة بما يتناسب مع الوضع الصحي للمحافظة، تهميش القطاع الصحي في محافظة الخليل مقارنة مع بقية المحافظات، ويمكن التغلب على هذه المعوقات من خلال اتخاذ الدولة قرارات قائمة على العدالة في توزيع الإمكانيات المتاحة، أما بالنسبة لمقترحات التحسين للبنية التحتية فتكون من خلال أن يكون

لأصحاب القرار بالمحافظة كالبليات دور في تفعيل المحاصصة، وبناء مستشفيات جديدة
تفي بالاحتياجات اللازمة.

5-2 الاستنتاجات

تفسر الباحثة نتائج الدراسة التي تم طرحها سابقاً بالآتي:

- خلل في الموازنة الموضوعية تتمثل في عدم كفاية الموارد المالية والبشرية والمعدات في المؤسسات الصحية الموجودة في المحافظة.
- عدم وجود التزام كافي من مجلس الوزراء للنهوض بالوضع الصحي المتردي في محافظة الخليل.
- وجود نسبة كبيرة من المناطق النائية في المحافظة لم تصلها خدمات الرعاية الصحية الشاملة.
- وجود قصور في توفير التنقيف الصحي والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة للكشف المبكر عن الأمراض المزمنة لدى فئة من محافظة الخليل وخاصة "النائية منها".
- بعد المسافة من مختلف المناطق في المحافظة وصولاً إلى أقرب مستشفى متخصص وهو عالية الحكومي في وسط مدينة الخليل، وبالتالي صعوبة نقل المرضى والحالات الحرجة.
- الزيادة الكبيرة في أعداد السكان حيث يشكل سكان محافظة الخليل 30% من سكان الضفة الغربية.
- عدم وجود قانون إلزامي لإنشاء مستشفيات ومراكز صحية جديدة.
- عدم تنفيذ مشروع مستشفى حلحول، ومستشفى دورا.

- عدم وجود نظام رقابي مركزي دوري لتعزيز المتابعة والتقييم وجمع المعلومات عن مدى تحقيق النتائج المتوقعة من تحقيق الأهداف في المحافظة.
- نقص في قيام الوزارة بإشراك شريحة أوسع من ذوي الشأن في القطاع الصحي في المحافظة ومتلقي الخدمات الصحية في عملية التخطيط لكي تتمكن من موائمة عملية التخطيط مع الاحتياجات الفعلية لمتلقي الخدمات الصحية.
- عدم وجود استراتيجيات وخطط تنفيذية لكل مؤسسة على حدة تتواءم مع الاستراتيجية الوطنية لوزارة الصحة، وذلك لضمان تنفيذها بشكل حقيقي وتسهيل عملية المتابعة والتقييم.
- عدم وجود خطة إستراتيجية موجهة للكوادر الطبية، وكذلك نظام الحوافز والمكافآت لا يحقق المحافظة على الكوادر الطبية وخصوصاً المتخصصة من الذهاب إلى العمل في القطاع الخاص.
- نقص في توفير التثقيف اللازم لترشيد استعمال الأدوية.
- عدم اعتماد الوزارة القوانين والأنظمة لكثير من المهن الطبية في مجال أنظمة الاعتماد والتراخيص والإجازات.
- وكذلك عدم وجود الثقافة لدى المواطنين للمطالبة بتحسين نوعية الخدمات، وعدم اعتماد قانون للمساءلة عن الأخطاء الطبية.
- نقص في توفير نظم المعلومات الصحية للتواصل بين الوحدات الصحية المختلفة للتنسيق حول تقديم الخدمة الصحية اللازمة للمريض.

3-5 التوصيات

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، ومن خلال تحليل هذه النتائج تبين أن انعكاس أهداف الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية، لم يحقق بالشكل الكافي، لذا فإن الباحثة توصي بضرورة زيادة نسبة التركيز على المحافظة، باعتبارها أكثر محافظات الضفة الغربية حرماناً من الخدمات الصحية الكافية، والبدء في معالجة القصور والمعوقات التي تحول دون ذلك، ومن أجل ذلك وضعت الباحثة عدة توصيات جاءت على النحو التالي:

1. تزويد وزارة الصحة الفلسطينية بنتائج الدراسة والتي تؤكد على أهمية زيادة التركيز على المحافظة، وإبلاغها أن الوضع الصحي بحاجة ماسة إلى دراسة أسباب الارتفاع الكبير بالعديد من الأمراض المزمنة، مع العمل على أخذ الاحتياطات اللازمة في الصحة الوقائية للحد من ارتفاع نسبة الأمراض .

2. زيادة عدد المراكز الصحية الأولية في المحافظة كافة، وزيادة التركيز على المناطق النائية، لما لها دور كبير في الكشف المبكر عن الأمراض، وزيادة الكوادر الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتزويدها بالأجهزة اللازمة بما يتماشى وعدد السكان، وتدريب اختصاصيين في أحدث الأساليب والوسائل المستخدمة في حقل الهندسة والصيانة، لعمل الصيانة اللازمة وحل المشاكل بشكل سريع، وعدم التأخير في تقديم الاحتياجات اللازمة للمرضى.

3. تضافر الجهود بحيث يكون التنسيق بين المجتمع المحلي (البلديات) في مختلف مناطق المحافظة ووزارة الصحة على نوعية الخدمات المقدمة في المحافظة، وبناء المستشفيات الجديدة للنهوض بالوضع الصحي بالمحافظة.

4. ضرورة قيام المجتمع المحلي بالضغط من خلال المحافظة على الوزارة لإعطاء المحافظة أولوية في تخصيص الموارد، وزيادة المشاريع المخصصة للمنطقة.

5. تعزيز عملية المتابعة والتقييم، بحيث تكون بشكل مستمر لضمان الالتزام بالخطط الموضوعة.

6. وتوصي الباحثة تعزيز نظام الحوافز والمكافآت، لما له من أثر في رفع المعنويات والإخلاص في إتقان العمل، وكذلك للمحافظة على الكوادر الطبية وخصوصاً المتخصصة من الذهاب إلى العمل في القطاع الخاص بحيث تؤدي إلى النهوض بالخدمة الصحية المقدمة، وتغطية الاحتياجات الصحية الضخمة بالمحافظة، وكذلك إيجاد مسارات مهنية واضحة وموجهة للعاملين بالقطاع الصحي بما يتناسب مع الاحتياجات الصحية في المحافظة.

4-5 مقترح آلية تنفيذ

من خلال التوصيات التي توصلت إليها الدراسة، اقترحت الباحثة بعض آليات التنفيذ من خلال عقد ورشة عمل في جامعة الخليل:

• خطوات التحضير والإعداد لورشة العمل المقترح إقامتها في جامعة الخليل:

1. أخذ الموافقة من جامعة الخليل لعقد ورشة العمل في حرمها.
2. تحديد الموعد المناسب لعقد ورشة العمل.
3. تجهيز المادة العلمية التي سيتم عرضها في ورشة العمل، ووسائل العرض المناسبة لعرض المادة بالصورة المناسبة.

4. توجيه دعوة رسمية لوزارة الصحة لحضور الورشة.
 5. توجيه دعوة رسمية لمدراء المؤسسات الصحية في محافظة الخليل.
 6. توجيه دعوة رسمية لرؤساء البلديات في المحافظة.
 7. توجيه دعوة رسمية لمحافظ محافظة الخليل.
- **عنوان ورشة العمل:** " تحليل الاحتياجات الصحية في محافظة الخليل واتخاذ القرارات الرسمية لتطوير المحاور الرئيسية للخدمات الصحية في محافظة الخليل "
 - **الموعد الزمني للورشة:** 2017/12/20م.
 - **الموعد المكاني للورشة:** مبنى الدراسات الاستراتيجية، حرم جامعة الخليل، محافظة الخليل، فلسطين.

- **الفئات المستهدفة:**

- مدراء المؤسسات الصحية في محافظة الخليل.
- وزارة الصحة الفلسطينية.
- عدد من الخبراء في إعداد الخطط الصحية الاستراتيجية.
- عمداء كليات في الجامعة.
- المجتمع المحلي والمحافظة.

- **أهداف الورشة:**

تهدف الورشة إلى تعريف المشاركين بالوضع الصحي في محافظة الخليل، وأن الوضع الصحي بحاجة ماسة إلى دراسة أسباب الارتفاع الكبير بالعديد من الأمراض المزمنة، وتوجيه القيادات إلى ضرورة الالتزام بتنفيذ الخطط الصحية الاستراتيجية بحيث تعتبر هذه الخطط المرجع للتحسين والتطوير في القطاع الصحي، وتضافر الجهود بحيث يكون التنسيق بين المجتمع

المحلي (البلديات) في مختلف مناطق المحافظة ووزارة الصحة والمحافظة على نوعية الخدمات المقدمة في المحافظة، وبناء المستشفيات الجديدة للنهوض بالوضع الصحي بالمحافظة، وضرورة قيام المجتمع المحلي بالضغط من خلال المحافظة على الوزارة لإعطاء المحافظة أولوية في تخصيص الموارد، وزيادة المشاريع المخصصة للمنطقة، للنهوض بالوضع الصحي في المحافظة.

• محاور الورشة:

- أهمية تحديد الاحتياجات الصحية في المحافظة.
- أهمية الالتزام بتنفيذ الخطط الصحية الاستراتيجية.
- إيجاد الحلول الجادة للتقليل من المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الصحية الاستراتيجية.

• المحاضرون:

- الدكتور محمد الجعيري.
- الباحثة م. أحلام علان.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية

- أبو زينة، محمد. (آذار / 2010). تحليل خدمات قطاع الصحة الحكومي من منظور النوع الاجتماعي: دراسة ميدانية من وجهة نظر الفئات المستفيدة: ط1. فلسطين: منشورات مفتاح.
- الأمانة العامة لمجلس الوزراء، و دائرة تخطيط الجودة في وزارة الصحة. (2015). تقييم مراكز الرعاية الصحية الأولية في المحافظات الشمالية من وجهة نظر المراجعين والكادر الطبي. فلسطين.
- البطنجي، عبير. (2013). التخطيط الإستراتيجي باستخدام بطاقة الأداء المتوازن دراسة تطبيقية على مركز التدريب المجتمعي وإدارة الأزمات. الجامعة الإسلامية، درجة الدبلوم العالي، غزة.
- الدجني، اياد. (2011). دور التخطيط الإستراتيجي في جودة الأداء المؤسسي. جامعة دمشق، رسالة ماجستير، سوريا.
- الشاعر، عدلي. (2007). معوقات تطبيق التخطيط الإستراتيجي لدى مديري المدارس الحكومية في محافظات غزة . الجامعة الإسلامية، رسالة ماجستير، غزة.
- العامري، نجاه. (2009). تسويق الخدمات الصحية/ دراسة حالة: مصحة أبو القاسم بسكيكة. جامعة محمد خضير، رسالة ماجستير، الجزائر.
- العنبي، عامر. (2012). أثر التخطيط الإستراتيجي والتحسين المستمر على فاعلية المؤسسات المستقلة في دولة الكويت. جامعة الشرق الأوسط، رسالة ماجستير، الكويت.
- الكردي، رنا. (2010). درجة تطبيق التخطيط الإستراتيجي في مديريات التربية والتعليم في محافظات الضفة الغربية من وجهة نظر العاملين فيها. جامعة النجاح الوطنية، رسالة ماجستير، نابلس.
- تقرير اجراءات الإستجابة الدولية للطوارئ في غزة. (آذار / مارس 2015). النثم الجروح والإعاقة. قطاع غزة.

- تقرير القطاع الصحي المشترك. (أيلول/ سبتمبر 2014). المجموعة الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة. قطاع غزة.
- تقرير المعهد الوطني للصحة العمومية. (2014). الأمراض المتوقاه باللقاحات في فلسطين. فلسطين.
- تقرير جهاز الإحصاء الفلسطيني، ووزارة الصحة. (2015). الحسابات الصحية الفلسطينية. فلسطين.
- جمعية الصحة العالمية الثامنة والستون. (أيار/ 2015). تقرير وزارة الصحة الفلسطينية حول الأوضاع الصحية للسكان في فلسطين المحتلة.
- حمدان، أفنان. (2008). واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطوير والتخطيط. جامعة النجاح الوطنية، رسالة ماجستير، نابلس.
- حنا، فاضل. (2012). متطلبات تطبيق الإدارة الاستراتيجية من وجهة نظر أعضاء الهيئة التعليمية في كلية التربية في جامعة دمشق 4 (28). مجلة جامعة دمشق .
- زعبي، رحمة. (2014). أثر التخطيط في أداء مؤسسات التعليم العالي الجزائري/ دراسة حالة جامعة محمد خضير بسكرة. رسالة ماجستير، جامعة محمد خضير، الجزائر.
- صيام، أمال. (2010). تطبيق التخطيط الإستراتيجي وعلاقته بأداء المؤسسات الأهلية النسوية. رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة.
- عراقوي، سامر. (2015). واقع التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية في القطاع الصحي الفلسطيني وأثره في تنمية الموارد: محافظة جنين. مؤتمر تنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي الفلسطيني: واقع وتطلعات. رام الله.
- عقيلان، نانسي. (2016). معوقات تطبيق الخطط الاستراتيجية في بلديات محافظة الخليل. جامعة الخليل، رسالة ماجستير، الخليل.

- عودة، مها. (2010). *استراتيجية تنمية مدينة طوباس وانعكاسها على التخطيط العمراني للمدينة*. جامعة النجاح الوطنية، رسالة ماجستير، نابلس.
- فقوسة، ثائر، و وكرزم، جورج. (آذار، 2008). *تفشي الأمراض المرعبة في قرى جنوب الخليل*. مجلة آفاق البيئة والتنمية ، صفحة العدد (1).
- مانينتي وآخرون. (شباط/ 2016). *تقرير عن تقييم ميداني للأحوال الصحية في فلسطين المحتلة*. منظمة الصحة العالمية.
- مركز المعلومات الصحية الفلسطينية. (آب/ أغسطس 2015). *التقرير الصحي السنوي*. فلسطين.
- مشاقي، عوني. (2008). *تحليل وتقييم توزيع الخدمات الصحية والتعليمية والثقافية والترفيهية في مدينة نابلس*. جامعة النجاح الوطنية، رسالة ماجستير، نابلس.
- مصلح، عطية. (2010). *واقع التخطيط الإستراتيجي في الوزارات الحكومية في محافظات قلقيلية من وجهة نظر مواطنيها*. جامعة القدس المفتوحة، دراسة علمية، قلقيلية.
- معهد الأبحاث التطبيقية. (2009). *دليل مدينة الخليل*. القدس.
- وزارة الصحة الفلسطينية. (2011). *الاستراتيجية الصحية الوطنية 2011-2013*. فلسطين.
- وزارة الصحة الفلسطينية. (2014). *الاستراتيجية الصحية الوطنية 2014-2016*. فلسطين.

ثانياً: المواقع الإلكترونية

- *وزارة الصحة الفلسطينية*. (بلا تاريخ). تاريخ الاسترداد 23 يناير، 2017، من الموقع الإلكتروني لوزارة

الصحة الفلسطينية: <http://www.moh.ps/index/about/Language/ar>

ثالثاً: المقابلات الشخصية

- مقابلة مع المدير علا العكر، التعاون الدولي، وزارة الصحة الفلسطينية، 15 تموز 2016.
- مقابلة مع براك جمعة، المدير العام للتخطيط الاستراتيجي، وزارة الصحة الفلسطينية، 15 تموز 2016.
- مقابلة مع سامر جبر، مدير الاقتصاد، وحدة التخطيط الاستراتيجي، وزارة الصحة الفلسطينية، 15 تموز 2016.
- مقابلة مع المدير العام، مستشفى عالي الحكومي، 14 أيار 2017.
- مقابلة مع المدير الاداري والمالي ، مستشفى عالية الحكومي، 14 ايار 2017.
- مقابلة مع المدير الطبي ، مستشفى عالي الحكومي، 14 أيار 2017.
- مقابلة مع المدير العام، مديرية صحة الخليل، 18 أيار 2017.
- مقابلة مع مدير المهن الطبية المساندة ، مديرية صحة الخليل، 19 أيار 2017.
- مقابلة مع المدير المالي والإداري، مديرية صحة الخليل ، 19 أيار 2017.
- مقابلة مع المدير العام ، مستشفى محمد علي المحتسب، 22 أيار 2017.
- مقابلة مع المدير الإداري والمالي ، مستشفى محمد علي المحتسب، 22 أيار 2017.
- مقابلة مع مدير الشؤون الطبية المساندة ، مستشفى محمد علي المحتسب، 22 أيار 2017.
- مقابلة مع المدير العام، مديرية صحة شمال الخليل، 28 أيار 2017.
- مقابلة مع مدير الشؤون الإدارية والمالية ، مديرية صحة شمال الخليل ، 28 أيار 2017.
- مقابلة مع مدير المهن الطبية المساندة، مديرية صحة شمال الخليل ، 28 أيار 2017.

- مقابلة مع المدير العام، مديرية صحة جنوب الخليل، 29 أيار 2017.
- مقابلة مع المدير الإداري والمالي، مديرية صحة جنوب الخليل، 29 أيار 2017.
- مقابلة مع مدير الخدمات الطبية المساندة، مديرية صحة جنوب الخليل، 29 أيار 2017.
- مقابلة مع المدير العام، مستشفى الشهيد أبو الحسن القاسم، 31 أيار 2017.
- مقابلة مع مدير الشؤون الإدارية والمالية، مستشفى الشهيد أبو الحسن القاسم، 31 أيار 2017.
- مقابلة مع الدكتور هيثم الهدرة، المدير الطبي، مستشفى الشهيد أبو الحسن القاسم، 31 أيار 2017.
- مقابلة مع المدير العام، مديرية صحة يطا، 31 أيار 2017.
- مقابلة مع المدير المالي والإداري، مديرية صحة يطا، 31 أيار 2017.
- مقابلة مع مدير المهن الطبية المساندة، مديرية صحة يطا، 31 أيار 2017.

رابعاً: المراجع الأجنبية

- Fred, R. D. (2016). *Strategic Management concept and casses14/ed*. Pearson Education.
- Gilbert, B. (2005). Strategic Management of Puplic Organizations and Communication. *Strategic Manangement Journal, VOl 23, Issue 8* , PP 561-597.
- Ikuing, B. (2007). *Awareness of the planning comittees and the community college of the state of California to the entrance of the impact of shared responsibility on the strategic planning process*. A Docrate Dissertation, Capella university.
- Julian, O. (2013). *Relationship between Strategic Planning and organization's Performance in non governmental organization (NGOS)*. Master thesis university of Nairobi, Kenia.

- Kare, S. (2013). *Strategic Planning and Business Performance of Micro, Small and Medium- Sized Enterprises*. Journal of competitiveness, Vol 5, Issue 4, PP 57-72.
- Robinson, R. (2005). *Overcoming Barriers to Strategic planning* . ABARIS Consulting Inc., Baris.
- Salkic, I. (2014). *Impact of Strategic Planning on Management of Puplic Organization in Bosnia and Herzagovina*. Interdisciplinary Descriptia of complex Systems, Vo 12, Issue 1, PP 61-77.
- Seibert, M. J. (2004). *The Identification of strategic management conseling competencies essential for the small Business and Technology Development Center*. north Carolina state university, Carolina.
- Smith, J. (2010). *Strategic Management in the Public Senter*. School of Economics and Law Berlin, Germany.
- Steven, S. (2005). *Barriers and Strategies for successful her Implementation*. Sayers Healthcare.
- wagen, R. (2006). *Conversation on Planning Investigation Between Strategies, Actions and Performance*. Edit Cown University, Australia.

الملاحق

❖ ملحق رقم (1): نموذج أسئلة المقابلة المهيكلية

❖ ملحق رقم (2): قائمة بأسماء محكمي المقابلة

❖ ملحق رقم (3): ترميز المقابلات

❖ ملحق رقم (4): طلب تحكيم المقابلة

❖ ملحق رقم (5): شهادة تدقيق املائي ولغوي

❖ ملحق رقم (6): مقترح آلية تنفيذ

ملحق رقم (1)

نموذج أسئلة المقابلة المهيكلة

التاريخ:

المؤسسة الصحية:

المسمى الوظيفي:

❖ محاور المقابلة

المحور الأول: ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لجميع فئات الشعب

1. ما رأيك في وضع شبكة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين بشكل يوفر الوصول الآمن والسلس في محافظة الخليل؟

2. ماهو الضمان لاستدامة الخدمات الصحية ذات الجودة العالية لجميع فئات المجتمع الفلسطيني؟

3. برأيك، البرامج الصحية التي تقدمها وزارة الصحة سواء أكانت برامج صحة الأسرة والصحة المدرسية والصحة الإنجابية تم تنفيذها بصورة كافية، وهل يوجد دور حقيقي لوزارة الصحة بمحافظة الخليل في تنفيذ هذه البرامج؟

4. ما رأيك في البنية التحتية للخدمات الصحية على مستوى الخليل، ومقارنتها في البنية التحتية لبقية المناطق؟

5. ما مدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الأول للخطة الصحية "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لفئات الشعب جميعها" على محافظة الخليل؟

المحور الثاني: تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية

1. ما مدى تطبيق برامج الكشف المبكر للأمراض المزمنة والإعاقات وعوامل المخاطرة المرتبطة بالأمراض غير السارية؟

2. ما مدى تنفيذ الوزارة لنظام السجل الوطني للأمراض المزمنة وعوامل المخاطرة؟

3. ما مدى تعزيز وتنفيذ الوزارة لبرامج التثقيف الصحي؟
4. ما مدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الثاني للخطة الصحية "تعزيز الرعاية الصحية الوقائية وتحسين إدارة الأمراض غير السارية" على محافظة الخليل؟

المحور الثالث: بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية

1. ما مدى وجود نظام تحسين جودة تقديم الخدمات الصحية في القطاع الصحي في محافظة الخليل؟
2. هل تم اعتماد برامج مساءلة للأخطاء الطبية والمطالبة بتحسين نوعية الخدمات؟
3. هل التطبيق لبرامج الهدف الثالث كافٍ سواء على مستوى الخطة الموضوعية أو على مستوى المحافظة مقارنة مع الضفة الغربية؟ (البرامج كتنفيذ تطبيق بروتوكولات ومعايير الجودة الصحية وسلامة المريض وتنشيط لجنة الجودة في كل المراكز الصحية).
4. ما مدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الثالث "بناء نظام فعال ودائم للجودة يشمل جميع مناحي تقديم الخدمة الصحية" على محافظة الخليل؟

المحور الرابع: توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية

1. ما مدى تطوير الوزارة لنظم إدارة الموارد البشرية من أجل جذب العدد والنوع الكافي للاحتياجات المستقبلية؟
2. هل تم توفير قاعدة بيانات لكافة القوى العاملة في القطاع الصحي لإنشاء المرصد الوطني للموارد البشرية؟
3. ما مدى وجود برامج لتطوير مسارات مهنية أكثر تنظيماً وتوفير التطور المعني للكوادر الصحية العاملة وما الآليات المستخدمة لذلك من أجل تلبية الاحتياجات؟
4. ما مدى تحقيق المؤشرات الموضوعية لقياس الهدف الرابع للخطة الصحية " توفير موارد بشرية كفؤة قادرة على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية " في محافظة الخليل؟

المحور الخامس: تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية

1. ما الدور الرقابي والتنظيمي الذي تقوم به وزارة الصحة لمحافظة الخليل، وما الآليات المستخدمة لذلك؟
2. ما مدى مواكبة الخطط للتقدم العلمي والتقني في المؤسسات الصحية المختلفة (جلب أجهزة طبية جديدة)؟

3. ما مدى تطبيق المؤشرات الصحية المستخدمة لقياس الهدف الخامس للخطة الصحية " تعزيز التنمية المؤسساتية و الحوكمة الصحية "؟

برامجه (الشراكة والتعاون والتنسيق بين مختلف المراكز الصحية وغير الصحية، وتنفيذ البرامج والمشاريع من خلال اتباع سياسات صحية داعمة لذلك، وتوفير التمويل المالي المستدام من خلال تطوير استراتيجية تربط بين التخطيط والموازنة مع ضمان الشفافية في الإدارة المالية، إنشاء قاعدة بيانات وطنية عن الموارد البشرية ولما له من أهمية في التخطيط وتقدير الاحتياجات من الكوادر الفنية والمتخصصة بناء على البراهين)

المحور السادس: المعوقات والمقترحات

1. ما هي المعوقات التي تحد من تنفيذ الخطة الاستراتيجية الصحية والبرامج التابعة لها؟
2. كيف يمكن التغلب على هذه المعوقات من وجهة نظرك؟
3. ما هي المقترحات لتحسين البنى التحتية؟

ملحق رقم (2)

قائمة بأسماء محكمي المقابلة المهيكلة

الرقم	أسماء محكمي المقابلة	مكان العمل
1.	الدكتور حسين الجبارين	جامعة الخليل
2.	الدكتور غسان شاهين	جامعة البوليتكنيك
3.	الدكتور محمود علان	رئيس قسم/ مستشفى عالية الحكومي
4.	الدكتور مروان جلعود	جامعة البوليتكنيك
5.	الأستاذ مصطفى القواسمة	مدير مركز تكنولوجيا المعلومات
6.	الدكتورة ميرفت شاهين	جامعة البوليتكنيك

ملحق رقم (3) ترميز المقابلات

الرقم	المقابلة	الرمز
1.	مقابلة مع المدير العام لمستشفى عالية الحكومي (وسط المحافظة) "الدكتور وليد زلوم"	م خ 1
2.	مقابلة مع المدير الإداري والمالي لمستشفى عالية الحكومي (وسط المحافظة) "السيد إسماعيل عطاونة"	م خ 2
3.	مقابلة مع المدير الطبي لمستشفى عالية الحكومي (وسط المحافظة) "الدكتور طارق مضية"	م خ 3
4.	مقابلة مع مدير مديرية صحة وسط الخليل "الدكتور نزيه عابد"	م خ 4
5.	مقابلة مع مدير المهن الطبية المساندة لمديرية صحة وسط الخليل "خالد ربيعي"	م خ 5
6.	مقابلة مع المدير الإداري والمالي لمديرية صحة وسط الخليل "سعيد ابو سنيينة"	م خ 6
7.	مقابلة مع المدير العام لمستشفى محمد علي المحتسب وسط الخليل "جمعة بدوي"	م خ 7
8.	مقابلة مع المدير المالي والإداري لمستشفى محمد علي المحتسب وسط الخليل "حازم البرادعي"	م خ 8
9.	مقابلة مع مدير المهن الطبية المساندة لمستشفى محمد علي المحتسب وسط الخليل "نضال اوريدات"	م خ 9
10.	مقابلة مع مدير مديرية صحة شمال الخليل (حلحول) "الدكتور علي حروب"	م ح 1
11.	مقابلة مع المدير الإداري والمالي لمديرية صحة شمال الخليل (حلحول) "السيد وجدي قباجة"	م ح 2
12.	مقابلة مع مدير المهن الطبية المساندة لمديرية صحة شمال الخليل (حلحول) "السيد أنور الجنازرة"	م ح 3
13.	مقابلة مع مدير مديرية صحة جنوب الخليل (دورا) "الدكتور رامي القواسمة"	م د 1
14.	مقابلة مع المدير الإداري والمالي لمديرية صحة جنوب الخليل (دورا) "السيد محمد عمر أبوصبحة"	م د 2
15.	مقابلة مع مدير المهن الطبية المساندة لمديرية صحة جنوب الخليل (دورا) "السيد أحمد عواد"	م د 3
16.	مقابلة مع المدير العام لمستشفى الشهيد أبو الحسن القاسم (بطا) "الدكتور زياد حسن أبو زهرة"	م ي 1
17.	مقابلة مع مدير الشؤون الإدارية والمالية لمستشفى الشهيد أبو الحسن القاسم (بطا) "السيد عيسى النجار"	م ي 2
18.	مقابلة مع المدير الطبي لمستشفى الشهيد أبو الحسن القاسم (بطا) "الدكتور هيثم الهدرة"	م ي 3
19.	مقابلة مع مدير مديرية صحة جنوب الخليل (بطا) "الدكتور عفيف العطاونة"	م ي 4
20.	مقابلة مع المدير الإداري والمالي لمديرية صحة جنوب الخليل (بطا) "شاهر إدعيس"	م ي 5
21.	مقابلة مع مدير المهن الطبية المساندة لمديرية صحة جنوب الخليل (بطا) "نضال أبو عفيفة"	م ي 6

ملحق رقم (4)
طلب تحكيم المقابلة



كلية الدراسات العليا

برنامج ماجستير إدارة الأعمال

التاريخ/ _____

السيدة/ _____ الفاضل/ة

تقوم الباحثة بإجراء دراسة ميدانية بهدف دراسة انعكاس الخطة الصحية الفلسطينية (2014-2016) على محافظة الخليل، وذلك لاستيفاء متطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال المعاصرة من كلية التمويل والإدارة في جامعة الخليل.

وتتطلع الباحثة إلى ملاحظاتكم وآرائكم النيرة التي ستكون ذات تأثير كبير في إخراج المقابلة المرفقة بشكل يتسم بالمنهجية العلمية و تحقيق الأهداف المرجوة منهما، وذلك بإجراء تعديلات أو ملاحظات ترونها مناسبة وتثري هذه الدراسة. وتهدف المقابلة إلى دراسة انعكاس الخطة الصحية الفلسطينية (2014-2016) على المؤشرات الصحية في محافظة الخليل.

شكرا على حسن تعاونكم

الباحثة: أحلام علان

ملحق رقم (5)

شهادة تدقيق إملائي ولغوي

تحية وبعد ...

الموضوع: تدقيق رسالة الماجستير

فأنا الموقع أدناه مراد عبد الرحمن محمود جوابرة أشهد أنه تم تدقيق النسخة قبل النهائية لرسالة الماجستير التي بعنوان: انعكاس الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة الفلسطينية (2014-2016) على محافظة الخليل.

وعليه فإنني لا أتحمل مسؤولية ما يرد في النسخة النهائية لرسالة الماجستير.

توقيع:

مراد جوابرة

ملحق رقم (6)

مقترح آلية تنفيذ