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

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

*تغريد حسن الغوطي [1] شادي محمد أبو بريك [2]

[1] وزارة الصحة الفلسطينية – غزة tr-gh007@hotmai.com

[2] وزارة الصحة الفلسطينية – غزة shad1232009@hotmail.com

تاريخ الإرسال: 2022/02/21 تاريخ القبول: 2022/03/22 تاريخ النشر: 2023/06/09

ملخص: هدفت الدراسة إلى تقييم واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة، وقد اعتمد الباحثان لإجراء الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم أسلوب المسح الشامل وقد تم استخدام برنامج (SPSS)لإدخال البيانات ومعالجتها وأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: وجود تخطيط استراتيجي بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة وبدرجة كبيرة وقد جاء بوزن نسبي (72.80%). أظهرت النتائج أن واقع استدامة الخدمات الصحية في قطاع غزة جاء بوزن نسبي (77.40%). كما أظهرت النتائج أنه يوجد أثر لمحاور الشراكة (التخطيط الاستراتيجي، والمعلومات الصحية، والرقابة، والتمويل) على استدامة الخدمات الصحية والأكثر تأثيراً محور المعلومات الصحية والرقابة، بينما محور الإطار القانوني لا يؤثر في استدامة الخدمات الصحية. وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز نظم المعلومات الصحية بين القطاع الصحي والمؤسسات الأهلية الصحية لما له من دور في تعزيز استدامة الخدمات الصحية. تعزيز مشاركة القطاع الصحي الحكومي للمؤسسات الأهلية الصحية في صياغة الخطة الاستراتيجية الصحية الوطنية للقطاع الصحي بشكل عام وتحديد الاحتياجات والأولويات الصحية بدقة من أجل استدامة الخدمات الصحية. تعزيز دور الرقابة على الخدمات الصحية المشتركة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية، على أن تتم عملية الرقابة بشكل منظم وأكثر دورية بالإضافة إلى اشراك الإدارات والوحدات ذات العلاقة في ذلك.

الكلمات المفتاحية: الشراكة، القطاع الصحي الحكومي، المؤسسات الأهلية الصحية، الاستدامة

Abstract: *The study aimed at assessing the reality of partnership between the public health sector and health NGOs and its impact on the sustainability of health services in the Gaza Strip. The researchers used the descriptive analytical approach, and a Census method was used to collect data from the respondents, they used (SPSS) for entering, analyzing data. The most important findings were: There is strategic planning between the governmental health sector and health NGOs in the Gaza Strip at a relative weight of (72.80%). The results showed that the reality of the sustainability of health services in the Gaza Strip came with a relative weight (77.40%). Also there is an impact of the partnership dimensions (strategic planning, health information, monitoring, and financing) on the sustainability of health services, and the most influential are the health information and control dimension, while the legal framework dimension does not affect the sustainability of health services. the most important recommendations were: the need to strengthen health information systems between the health sector and private health institutions because of its role in promoting the sustainability of health services. Enhancing the participation of the government health sector for health NGOs in formulating the national health strategic plan for the health sector, and accurately identifying health needs and priorities for the sustainability of health services. Strengthening the role of monitoring the joint health services between the government health sector and health NGOs, provided that the process of oversight takes place in an orderly and more periodic manner, in addition to involving the relevant departments and units in this.*

Keywords: *Partnership, Public health sector, Health NGOs, Sustainability*

* المؤلف المرسل

المقدمة:

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

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

إنَّ الشراكة بين القطاع الصحي العام والأهلي، تعد وسيلة ناجعة لتعزيز استدامة الخدمات الصحية، من خلال تبادل الأفكار والموارد والخبرات الطبية بين القطاعين، ورفع مستواها، وترشيد الإنفاق على منظومة الرعاية الأولية؛ من أجل تقديم خدمات صحية نوعية للمواطنين. وهذا ما أثبتته الدراسات السابقة كدراسة (حمدونة،2017) أنَّ الشراكة تعد مدخلًا مناسبًا للقطاع العام الذي يعاني من القصور في جوانب قدرته على توفير البنية التحتية وخدمات أفضل بكفاءة أعلى، هذا ما أكّدته آراؤهم بنسبة موافقة 29.79% من المستطلع آراؤهم على ذلك. وبناء على ما تقدم فقد ركزت هذه الدراسة على تناول موضوع مهم وحيوي يتعلق بأثر الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية بقطاع غزة على استدامة الخدمات الصحية.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

يعد القطاع الصحي الحكومي في قطاع غزة أكثر القطاعات تضررًا بسبب الحصار ونقص الأدوية، والمعدات الطبية اللازمة لإنقاذ حياة المرضى، وفي ظل الزيادة السكانية المضطردة في قطاع غزة، ووفقاً لتقارير وزارة الصحة بقطاع غزة، فقد أظهرت تلك التقارير أنَّ نسبة المواليد في حالة ارتفاع دائم، حيث بلغ عدد المواليد في عام (2016) نحو (58170) مولودًا، فيما بلغ عام (2017) نحو (58954)، بالإضافة إلى ارتفاع في نسبة المراضة، فإن هذا يعني أنَّ القطاع الصحي يواجه تحديات من جانبين: الجانب الأول، هو نقص الإمكانات المادية والبشرية والتقنية، أما الجانب الثاني، زيادة العبء والطلب على الخدمة الصحية. وفي ظل هذه التحديات التي يمر بها القطاع الصحي بشكل عام (الحكومي، الخاص، الأهلي)، قد يكون رفع مستوى التعاون والتكامل بين مؤسسات المجتمع المحلي لا سيما الصحية منها السبيل الأمثل لمواجهتها؛ وذلك لضمان استدامة الخدمات الصحية المقدمة لسكان قطاع غزة.

ومن هنا فإن إشكالية الدراسة تتمحور في السؤال الرئيس التالي:

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

وتنبثق منه الأسئلة الفرعية التالية:

1- ما واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية في قطاع غزة.
2- ما أثر التخطيط الاستراتيجي بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة على استدامة الخدمات الصحية.
3- ما أثر الإطار القانوني بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة على استدامة الخدمات الصحية.
4- ما أثر الرقابة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة على استدامة الخدمات الصحية.
5- ما أثر تبادل المعلومات الصحية بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة على استدامة الخدمات الصحية.
6- ما أثر التمويل بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة على استدامة الخدمات الصحية.

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في كون أهمية مبدأ الشراكة في بناء المؤسسات حيث أنها تخدم كل الأطراف في تحقيق أهدافها المنشودة، كما إن إبرام الشراكات مع كافة الجهات ذات الاهتمامات المشتركة سيشكل نقلة نوعية في عمل تلك المؤسسات – لاسيما المؤسسات الصحية- وفي زيادة إنتاجها وفي فعالية وكفاءة أداءها الأمر الذي سينعكس بالضرورة على تأهيل الكوادر البشرية العاملة في تلك المؤسسات وبالتالي يُعزز استدامة وتحسين الخدمات الصحية. كما أنه من المتوقع أنْ تسهم الدراسة الحالية في تحديد المتطلبات الرئيسية لعملية الشراكة التي من شأنها أنْ تؤدي إلى استدامة الخدمات الصحية، وتقديمها بشكل آمن للمواطنين من قبل المؤسسات الصحية الفلسطينية.

أهداف الدراسة:

1- توضيح طبيعة وواقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة.
2- بيان أثر الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية بقطاع غزة على استدامة الخدمات الصحية.
3- الخروج بمجموعة من النتائج والتوصيات التي تساهم في تحقيق استدامة وتطوير الخدمات الصحية بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية.

حدود الدراسة:

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

متغيرات الدراسة:

- **المتغير المستقل:** (أبعاد الشراكة: التخطيط الاستراتيجي، الإطار القانوني، المعلومات الصحية، الرقابة، التمويل).
- **المتغير التابع:** استدامة الخدمات الصحية.

الإطار النظري:

مفهوم الشراكة:

إنَّ مفهوم الشراكة Partnership يختلط بمفاهيم عدة أخرى لها علاقة به (الاجتماعي، الاقتصادي، السياسي)، إلا أنَّ دلالة كل مفهوم تختلف عن الآخر، ومن ذلك مفهوم المشاركة Participation، أو التعاون، أو التنسيق. إلا أن مفهوم الشراكة من وجهة نظر تنموية فهي يتضمن علاقة تكامل، بين قدرات وإمكانات طرفين أو أكثر، تتجه لتحقيق أهداف محددة، وفي إطار من المساواة بين الأطراف، لتعظيم المزايا النسبية التي يتمتع بها كل طرف، وأيضًا في إطار احترام كل طرف للآخر، وتوزيع الأدوار، وتحمل المسؤوليات بقدر كبير من الشفافية (العتيبي، 2009). ويعد أيضًا مفهوم الشراكة من المفاهيم التي لم تحظَ بتحديد قاطع، شأنه في ذلك شأن معظم المفاهيم في مجال العلوم الإنسانية، كما أنَّ مفهوم الشراكة يبدو ملموسًا حديثًا في أدبيات العلوم الإنسانية والاجتماعية (بعلوشة، 2013).

أهمية الشراكة:

وذكر إبراهيم (starshams: نت) أهمية الشراكة المجتمعة، حيث إنَّها إحدى الأدوات التي يمكن من خلالها النهوض بالمجتمع والارتقاء به، والعمل على تحسين مستوى حياة المواطنين اجتماعيًا واقتصاديًا، ذلك من خلال إسهام أبناء المجتمع تطوعًا في جهود التنمية، سواءً بالرأي أو بالعمل أو بالتمويل، وحث الآخرين على المشاركة، وعدم وضع العراقيل أمام الجهود المبذولة من جانب قيادات المجتمع، وغير ذلك من الأمور التي تؤدي إلى تنمية المجتمع وتحقيق أهدافه. وذكر Al Haq (2004) أنَّ أهمية الشراكة مع المنظمات غير الحكومية تكمن في أنَّها تعمل على

خفض المخاطر، والتخفيف من مسؤوليات الحكومة، وتقليل ديون القطاع العام، وتحسين نوعية الخدمات المقدمة فيه. وتكمن أهمية الشراكة في المؤسسات الصحية أنَّها تساهم مباشرة في إنجاح البرامج الصحية، وتحقق التعاون والتكامل بين المؤسسات الصحية المختلفة، وتلبية احتياجات المجتمع؛ وذلك للارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

أهداف الشراكة:

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

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

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

مبادئ الشراكة الجيدة: (Durr&Gwen,2001)

هناك بعض المبادئ عن الشراكة الجيدة، نذكر منها:

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

أبعاد الشراكة:

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

1. Partnership Assessment Tool for Health (PATH)

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

وتهدف (PATH) إلى مساعدة المنظمات الشريكة على العمل معاً بشكل أثر فاعلية لتحقيق أكبر قدر من تأثير الشراكة وضمان استمراريتها لخدمة المجتمع. من خلال إجراء حوار مفتوح وصادق حول نقاط القوة والثغرات والتحديات والفرص الضرورية للشركاء للحفاظ على التوافق، وتركيز الاتصالات، وتحديد أولويات التغييرات والضغط.

كما أنها تتضمن الأبعاد التالية:

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

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

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

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

2. Program Sustainability Assessment Tool (PSAT)

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

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

ب- الاستقرار المالي: إنشاء قاعدة تمويلية موثوقة لبرنامجك.

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

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

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

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

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

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

3. مخرجات جلستي تفاكر بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية(تاريخ):

قامت وحدة التنسيق مع المؤسسات غير الحكومية بوزارة الصحة بعقد جلستي تفاكر كل على حدا بين مدراء المؤسسات الأهلية الصحية وذوي العلاقة بوزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية. حيث خرجت الجلسات باعتماد خمس أبعاد محورية كمتطلبات رئيسية لإقامة شراكة حقيقية بين وزارة الصحة والمؤسسات الأهلية الصحية وهي كالتالي:

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

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

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

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

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

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

مفهوم الاستدامة:

ورد في تقرير حوار مستقبل الاستدامة في الوطن العربي، أنَّ الاستدامة هي عملية مستمرة وليست منتجًا محددًا وثابتًا، وتعني تزويد الأجيال القادمة بحجم من الفرص يماثل أو يزيد على ما تمَّ تزويد الأجيال الحالية به، حيث يجعل هذا التعريف الاستدامة عملية تتعلق بالحق في الحق بالحصول على الفرص المستدامة، بالإضافة لكونها متعلقة بإدارة الموارد؛ مما يعطيها بعدًا إنسانيًا واضحًا (الاتحاد الدولي لحماية الطبيعة، 2008: 17).

مفهوم الاستدامة الصحية:

ويمكن تعريف الاستدامة بالمفهوم الصحي بأنَّها: "تخطيط وإدارة وتقديم الرعاية الصحية المنصفة التي تتسم بالكفاءة والفعالية، والتي تساهم في التنمية الطويلة الأجل بطريقة مستدامة" (منظمة الصحة العالمية، 2016:29).

العوامل التي تؤثر على الاستدامة في الرعاية الصحية: (Canadian Alliance, 2014)

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

متطلبات استدامة الخدمات الصحية:

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

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

الدراسات السابقة:

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

دراسة (رزان كم المز، 2018) هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على مفهوم الشراكة بين القطاعين العام والخاص، والتأكيد عليها بوصفها أداة فعّالة ومختبرة، ولا غنى عنها في إدارة الأزمة التنموية في سورية. ومن أجل الوصول للنتائج باستخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات، فقد تكوّن مجتمع الدراسة من مؤسسات بين القطاعين العام والخاص في مجال الاتصالات وخدمات الإنترنت، حيث تضمّنت عينة البحث (134) مفردة من العاملين في القطاع المذكور من كِلا الطرفين، مع استهداف أصحاب الخبرة في مواضيع الشراكة وإدارتها الخاصة، إضافةً إلى عامة الجمهور المهتم والمتابع. وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها: أنَّ دور الدولة ممثلة بالحكومة هو الأهم؛ كونه القيادي في إنجاح عملية الشراكة، بالإضافة إلى اعتبار تهيئة البيئة القانونية المناسبة هو العامل الحاسم الأهم في نجاح الشراكة، كما أنَّ لأداء القطاع العام تأثيرًا كبيرًا على نجاح الشراكة بين القطاعين، من خلال انتهاجه للشفافية، والانفتاح على الجمهور، ومراقبته للمشاريع المشتركة، واتخاذ الخطوات التصويبية خلال ذلك.

دراسة (الغامدي،2017)، هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الشراكة بين القطاعين العام والخاص على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، كما استخدمت الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وقد تمَّ تطبيق الدراسة على عينة مكونة من (350) من أصل (4233) موظف وموظفة من إداريين، وأطباء، والأقسام الطبية المساندة، وقد تم استرداد (212) استبانة أي بنسبة استجابة (60.5%). وقد خلصت الدراسة لعدد من النتائج، أهمها: أنَّ الشراكة بين القطاعين العام والخاص تسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، كما أن محور (تطوير الخدمات) كان الأكثر تأثيراً يليه (تحقيق الكفاءة)، بينما يأتي محور (توزيع المخاطر) كأقل المحاور تأثيراً على جودة الخدمات الصحية.

دراسة (مرعي،2017)، هدفت الدراسة التعرف إلى دور الشراكة بين الهيئات المحلية والقطاع الخاص في تنمية الاقتصاد المحلي في فلسطين، وذلك من خلال طرح مجموعة من الأسئلة، أهمها: طبيعة الشراكة بين الهيئات المحلية والقطاع الخاص وطبيعة المشاريع المشتركة وحجمها، وكذلك توجهات وآراء مسؤولي الهيئات المحلية حول الشراكة، بالإضافة إلى التحديات والصعوبات التي تواجهه هذه الشراكة، والمتطلبات الأساسية والضرورية لإنشاء شراكة بين الهيئات المحلية والقطاع الخاص. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، واستخدم الباحث الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية، وبلغ مجتمع الدراسة من (124) هيئة محلية في الضفة الغربية، وقد تمَّ اختيار (54) بلدية، وتمَّ استرداد (45) استبانة منها بنسبة استرداد (83%)، ومن أهم النتائج التي خرجت بها الدراسة: أنَّها كشفت عن وجود مردودات وعوائد مالية على البلديات التي لديها مشاريع شراكة مع القطاع الخاص، وغياب ثقافة الشراكة، بالإضافة إلى عدم توفر إطار تشريعي وقانوني كافٍ، وعدم وجود مناخ سياسي مستقر يعزز من تلك الشراكات.

دراسة (حمدونة، 2017)، هدفت الدراسة إلى تحليل طبيعة العلاقة والشراكة بين القطاع العام والخاص، ودراسة العوامل المحددة للشراكة، واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، وبلغ مجتمع الدراسة (400) منشأة ومؤسسة ناشطة وعاملة في قطاع غزة وتم توزيع (230) استبانة على مجتمع الدراسة باستخدام طريقة العينة العشوائية وقد تم استرداد (197) استبانة بنسبة استجابة (85.7%). وتم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في تحليل بينات الاستبانة بالإضافة إلى عدد من المقابلات مع ذوي الاختصاص. فتوصّلت الدراسة إلى أنَّ نجاح الشراكة بين القطاعين العام والخاص يتوقف على عوامل عدة، أهمها: التشريعات ونصوص القانون، والسياسات الضريبية المطبقة، وتوافر البنية التحتية، وسياسات اقتصادية ملائمة، وبحث علمي وتطوير متجدد، وكذلك الأوضاع السياسية المستقرة؛ الأمر الذي ينتج عنه تحقيق معدلات نمو اقتصادي مطردة للدولة، بالإضافة إلى أنَّ غياب المحاكم المختصة بالنزاعات التجارية، وقِدَم القوانين والأحكام المطبقة في المحاكم المدنية، أضعفَ من ثقة القطاع الخاص في القطاع الحكومي؛ مما قلّل من فرص الدخول في شراكات بينهما.

دراسة (الخضري،2016)، هدفت الدراسة إلى التعرف على دور إدارة الموارد البشرية في استدامة الخدمات الصحية الحكومية، وكذلك التعرف إلى واقع الاستدامة في الخدمات الصحية، وتكوّن مجتمع الدراسة من عينة العاملين في وزارة الصحة الذين يحملون الدرجات الوظيفية العليا من مدير إلى وكيل وزارة، والبالغ عددهم (129)، وقد تحدي عينة الدراسة وفقاً لاعتبارات خاصة وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وقد اعتمد الباحث على الاستبانة كأداة رئيسية في جمع البيانات حيث بلغت نسبة الاسترداد (93%). وقد خلصت الدراسة إلى نتائج عدة، أهمها: أن دور إدارة الموارد البشرية في استدامة الخدمات الصحية الحكومية في قطاع غزة كانت بدرجة كبيرة، وكما تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات (الجنس، المؤهل العلمي، نوع الوظيفة) بالإضافة إلى أنَّ عملية الاستقطاب والاختيار والتعيين لها دور كبير في اختيار الأفراد ذات مهارات وتخصصات تخدم المؤسسة الصحية، وأنَّ عملية التدريب تحافظ على العاملين، وتعمل على تحسين مستواهم وأدائهم.

دراسة (مليحة، 2016)، هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع التخطيط الاستراتيجي، ودوره في استدامة منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة، وتكونت عينة الدراسة من مديري منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة، والبالغ عددهم (209) مديرًا، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وقد استخدم الباحث الاستبانة لتحقيق كأداة لتحقيق أهداف الدراسة. وخلصت الدراسة إلى عدد من النتائج، أهمها: واقع التخطيط الاستراتيجي لدى منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة جاء بنسبة مرضية، بدرجة كبيرة جدًا 76.0% على جميع عناصر التخطيط الاستراتيجي للمنظمات، وأنَّ واقع الاستدامة في منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة جاء بنسبة مرضية، بدرجة كبيرة (76.7%)، وهي تشير إلى مستوى جيد لعمليات الاستدامة في منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة.

دراسة (الرفاعي والشطي، 2015)، هدفت الدراسة لعرض التجربة الكويتية في استدامة الخدمات الصحية عبر الشراكة المجتمعية، والتعرف إلى محددات الشراكة بين القطاع الخاص والحكومي في الكويت، والتعرف إلى دوافع القطاع الخاص للتبرع بالخدمات الصحية في الكويت، حيث قامت الباحثة بحصر المباني الصحية التي تمَّ إنشاؤها بتبرع من العوائل والقطاع الخاص، وهي ما يقارب (80) مركز. وتوصّلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها: أنْ ترسخ في ثقافة المجتمع الكويتي قبل النفط قيمًا راقية، مفادها أنَّ خدمات المجتمع مسؤولية جميع أفراده من أفراد وتجار كل حسب قدرته. بالإضافة إلى أنَّ تبرع أوائل المحسنين من الأفراد في الثمانينيات لبناء مراكز صحية قدوة لمن بعدهم حتّى أصبح التطوع ببناء مراكز صحية بميزانية معينة وشكل محدد هو أول ما يخطر في ذهن باقي المحسنين والشركات. كما أنَّ عجز الحكومة عن القيام بالخدمات الصحية على الوجه الأكمل هو الذي وجّه المحسنين لهذا الشكل من العطاء الصحي في فترة الثمانينيات وما بعدها. بالإضافة إلى أنَّ الدافع الرئيسي للتبرع من قبل المتبرعين هو الدافع الخيري، والرغبة في الأجر والثواب، وشعورهم بالمسؤولية تجاه وطنهم، وطبيعة الخدمات الصحية النافعة لشريحة كبيرة من المجتمع.

دراسة (بعلوشة، 2013)، هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع الشراكة بين إدارات مدارس المرحلة الأساسية والمنظمات غير الحكومية في محافظات غزة وسبل تطويره، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث الاستبانة كأداة لجمع البيانات من مجتمع الدراسة، البالغ 505 مديرًا ومديرة من مديري ومديرات مدارس المرحلة الأساسية التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم ووكالة الغوث الدولية بغزة، استجاب منهم (451) مديرًا ومديرة، وكذلك عقد لقاءً بؤريًا لمجموعة من (18) خبيرًا من وزارات السلطة الوطنية، والجامعات الفلسطينية، والمنظمات غير الحكومية. وقد توصّلت الدراسة إلى العديد من النتائج، أهمها: أنَّ الآليات لتطوير الشراكة بين إدارات مدارس المرحلة الأساسية والمنظمات غير الحكومية حصلت على أعلى وزن نسبي (79.20%)، بينما جاء مفهوم الشراكة في المرتبة الثانية، وجاء مجال معوقات الشراكة في المرتبة الثالثة، أما مجال أهداف الشراكة جاء في المرتبة الرابعة، بينما تأرجح كُل من مجال واقع الشراكة حاليًا بين إدارات مدارس المرحلة الأساسية، والمنظمات غير الحكومية، ومجالات الشراكة على وزن نسبي (56.20%) و(54.35%) بالتوالي، ويُعدُّ تقديرًا متوسطًا على معيار الدراسة.

دراسة (Edimond,2014)، هدفت الدراسة إلى تقييم مساهمة شراكة المنظمات غير الحكومية مع الحكومة المحلية في تقديم الخدمات الصحية الأساسية في مقاطعة نهر يائي في السودان، من خلال تحديد الأنشطة المختلفة التي تقوم بها المنظمات غير الحكومية في مستشفى يائي المدني، ومركز مارثا للرعاية الصحية الأولية، وتقدير الخدمات الصحية التي تقدمها للمستفيدين في المستشفى، وتقييم التحديات التي تواجهها

المنظمات غير الحكومية في دعم الرعاية الصحية، وطبقت دراسة الحالة على مستشفى يائي المدني، ومركز مارثا للرعاية الصحية، من خلال دراسة تصميم حالة، والتي تستخدم كل التقنيات النوعية والكمية، من خلال الاستبانة، وأداة المقابلة لجميع البيانات الأولية، ثم تحليلها باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (spss)، وتوصّلت الدراسة إلى أنَّ المنظمات غير الحكومية تقدم مساهمات ناجحة للصحة المختصة في الصحة الإنجابية وصحة الطفل، التي تديرها المنظمات غير الحكومية من وفيات الأطفال والأمهات في مستشفى مارثا للرعاية الصحية الأولية، ومستشفى يائي المدني إلى حٍد ما، كما سدت الشراكة بعض الثغرات في البرامج الصحية الحكومية، من خلال توفير معدات وموارد أطفال للمرافق الصحية.

دراسة (Kula & Fryat,2013)، هدفت الدراسة إلى تحليل وفهم العوامل التي تزيد من احتمال نجاح الشراكة بين القطاعين العام والخاص كهدف للسياسة العامة في المجال الصحي في جنوب أفريقيا، ومناقشة الفرص لتوسع هذه الشراكة، واستخدمت الدراسة استعراض للأدبيات، ولوائح الدولة الخاصة بالجودة والمعايير، وطبقت دراسة الحالة على أربع مؤسسات صحية في جنوب أفريقيا، وتوصّلت الدراسة إلى أنَّ هناك إطارًا تشريعيًا قويًا وعددًا من الإرشادات والأدوات التي طورتها وزارة المالية لإدارة الشراكة، كما أنَّ القطاع الخاص للهيئة الربحية يشارك بالفعل في عدد من المشاريع التي تتماشى بشكل وثيق مع أولويات إصلاح النظام الصحي. وخلصت الدراسة إلى أنَّ القطاع العام يتطلب قدرة كافية ليس فقط لإدارة الشراكة مع القطاع الخاص، ولكن أيضًا لتمكين الابتكار، وأنَّه يجب الاهتمام بالشراكة بين القطاعين العام والخاص كأهمية استراتيجية للأهداف الوطنية، مع تسخير الخبرات التعاقدية في القطاع الخاص، وتشجيع الابتكار والتعلم.

دراسة (Ijaz, Shaika, & Rizvai,2011)، هدفت الدراسة إلى توضيح الأنموذج الباكستاني في الشراكة بين المنظمات غير الحكومية والقطاع الحكومي لتعزيز النظم الصحية، ولتحقيق أهداف الدراسة جرى استخدام أسلوب المسح النوعي، وتمثلت أداة الدراسة بالمقابلات الشخصية، حيث أجريت على مجموعة من الموظفين في القطاع الحكومي، وممثلي المنظمات غير الحكومية، وكانت المقابلات تدور حول تصوراتهم لدور المنظمات غير الحكومية ومكانتها في دعم النظم الصحية. فتوصّلت الدراسة إلى أنَّ المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية تعمل على سد فجوات العمل الصحي، وتساعد على تقديم خدمات بحثية في المجال الصحي، وتدعم النظم الصحية بشكل مباشر عبر التوجيهات، وبشكل غير مباشر عبر تعزيز الصحة العامة لدى المجتمع، وتبيَّن أنَّ إشراك المنظمات غير الحكومية في تعزيز النظام الصحي يسهم في إنشاء رعاية صحية بكفاءة عالية.

الطريقة والإجراءات المنهجية:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحثان باعتماد المنهج الوصفي التحليلي، بهدف وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، والعلاقة بين مكوناتها، والآثار التي تحدثها. حيث تم الاعتماد في جمع المعلومات على:

1. المصادر الأولية: تم استخدام أداة الاستبانة لبناء الجانب التحليلي لموضوع الدراسة، وهي الأداة الرئيسية التي استخدمت لقياس واقع الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية وأثرها على استدامة الخدمات الصحي بقطاع غزة، علماً بأن البحث قام بكافة الإجراءات العلمية لضبط الأداة، من حيث صدقها وثباتها، وتم تعبئة الاستبانة من خلال لقاءات مباشرة ومتعددة مع مفردات العينة. وتم تقسيم الاستبانة إلى ثلاثة أقسام رئيسية كما يلي:

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

القسم الثاني: يشمل القسم الثاني على المحاور الرئيسية للتحقق من فرضيات الدراسة وتقييم متطلبات عملية الشراكة من وجهة نظر المديرين، بحيث تكونت الاستبانة من 50 فقرة، موزعة على 5 محاور أساسية (التخطيط الاستراتيجي، والإطار القانوني، والمعلومات الصحية، والرقابة، والتمويل).

القسم الثالث: يشمل القسم الثالث محور استدامة الخدمات الصحية، حيث بلغت عدد فقرات هذا المحور 13 فقرة.

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

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من أصحاب المسميات الإشرافية العليا في وزارة الصحة الفلسطينية وذلك حسب الهيكلية المعتمد في وزارة الصحة (وكيل وزارة، وكيل مساعد، مدير عام، مدير وحدة، مدير دائرة) بالإضافة إلى مديري المؤسسات الأهلية الصحية حيث بلغ المجموع الكلي لأفراد العينة (194) موظفًا وموظفة من الطرفين. ونظراً لصغر حجم مجتمع الدراسة استخدام الباحث أسلوب الحصر الشامل، وقد تمَّ تعبئة (180) استبانة، وكانت نسبة الاستجابة (92,78%).

جدول رقم (1) مجتمع الدراسة

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

المقياس المستخدم في الاستبانة:

تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس درجة الموافقة (Fifth Likert Scale) لاستطلاع آراء الأطراف المعنية في موضوع الدراسة؛ بهدف قياس درجة الموافقة على فقرات الاستبانة التي تم توزيعها عليهم كما هو موضح في الجدول رقم (2).

جدول رقم (2) مجتمع الدراسة

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

صدق الاستبانة:

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

1. صدق المحكمين "الصدق الظاهري لأداة الدراسة": ويقصد بصدق المحكمين أنْ يختار الباحث عددًا من المحكمين المختصين في محور موضوع الدارسة، ولقد استشار الباحث عددًا من أساتذة الجامعات الفلسطينية وعدد من المتخصصين في موضوع الدراسة في قطاع غزة لتحديد محاور الاستبانة وفقراتها، وقد تمَّ عرض الاستبانة على (10) من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس في كل من الجامعات الفلسطينية بغزة – وتم عرض أسماء المحكمين ضمن ملاحق الدراسة– ومتخصصين والإدارة والإحصاء، وقد طلب الباحث من المحكمين إبداء آرائهم حول مدى ملاءمة العبارات لقياس ما وضعت لأجله، ومدى وضوح صياغة العبارات التي تم استخدامها في الاستبانة ومدى مناسبة كل عبارة للمحور الذي تنتمي إليه، ومدى كفاية العبارات لتغطية كل محور من محاور متغيرات الدراسة الأساسية، هذا بالإضافة إلى اقتراح ما يرونه ضروريًا من تعديل صياغة العبارات أو حذفها، أو إضافة عبارات جديدة لأداة الدراسة، وكذلك إبداء آرائهم فيما يتعلق بالبيانات الشخصية الخاصة بالمجيبين عن الأسئلة من الأطراف ذات العلاقة، وتركزت توجيهات المحكمين على بعض العبارات من المحاور، وإضافة بعض العبارات إلى محاور أخرى، ولقد استجاب الباحث لآراء المحكمين، وتمَّ تعديل بعض فقرات الاستبانة من حيث الحذف والإضافة والتعديل لتستقر لاستبانة في صورتها النهائية على (50) فقرة، في ضوء مقترحاتهم بعد تسجيلها في أنموذج تم إعداده لهذا الغرض.

2. صدق المقياس:

أولًا: صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة Internal Validity:

يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة مع المحور الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقد قام الباحث في سبيل الحصول على صدق الاتساق الداخلي لاستجابات المستقصي آرائهم نحو محاور الاستبانة، حساب معامل الارتباط بين نتيجة كل فقرة من

فقرات محاور الاستبانة على حدة مع نتيجة الدرجة الكلية لمحاور الاستبانة ككل، وهو ما سيتم توضيحه عند الحديث عن اختبار صدق وثبات الاستبانة ، والذي يبيِّن أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة 0.05، حيث إنَّ مستوى الدلالة لكل فقرة أقل من0.05 ، وبذلك تعد فقرات محاور الدراسة صادقة لما وضعت لقياسه.

ثانيًا: الصدق البنائي Structure Validity

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

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

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

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

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

قياس ثبات فقرات الاستبانة Reliability:

يقصد بثبات الاستبانة هو أنْ تعطي الاستبانة نفس النتائج إذا أعيد تطبيقها مرات عدة متتالية، ويقصد به أيضًا إلى أي درجة يعطي المقياس قراءات متقاربة عند كل مرة يستخدم فيها، أو بعبارة أخرى أنَّ ثبات الاستبانة يعني الاستقرار في نتائج الاستبانة، وعدم تغييرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعه عل أفراد العينة مرات عدة خلال فترات زمنية (الجرجاوي ،2010)، وقد تحقق الباحث من ثبات استبانة الدراسة من خلال احتساب معامل الثبات المسمى معامل ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha)، كما هو موضح في الجدول التالي (4) ، حيث يبين الجدول أنَّ معاملات الثبات مرتفع. ويتضح من خلال الجول التالي أنَّ معامل الثبات ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha) لكل محور من محاور الدارسة أكبر من 0.6؛ مما يدل على ثبات العبارة المكونة لكل محور من هذه المحاور، حيث تراوحت معاملات الثبات لمحاور الاستبانة الخمسة الموضحة في الجدول أدناه بين (0,808- 0,951)، وقد بلغ معامل الثبات ألفا كرونباخ للاستبانة الكلية ما قيمته 0,963، وهذا يعني أنَّ الثبات مرتفع ودال إحصائيًا، وأن الاستبانة بفقراتها تتمتع بمعامل ثبات عالٍ؛ مما يشير إلى صلاحية المقياس لقياس المحاور المذكورة أدناه وقابلة للتوزيع، ويكون الباحث قد تأكّد من صدق وثبات الاستبانة؛ مما يجعله على ثقة تامة بصحة الاستبانة وصلاحيتها لتحليل النتائج، والإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها. وكذلك يجعل الباحث مطمئن إلى صلاحية تطبيق الاستبانة على عينة الدراسة، مع الاعتماد على نتائج قائمة الاستقصاء، وإمكانية تعميم النتائج على مجتمع الدراسة.

جدول (4) معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة

م	المحور	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
.1	التخطيط الاستراتيجي.	8	0.863
.2	الإطار القانوني.	7	0.879

.3	المعلومات الصحية.	8	0.932
.4	الرقابة.	8	0.922
.5	التمويل.	6	0,808
.6	الاستدامة.	13	0.951
جميع المحاور معًا		50	0.963

تحليل البيانات ومناقشة نتائجها:

يشتمل هذا الجزء على عرض وتحليل البيانات التي تم جمعها من خلال الاستبانة التي تم توزيعها على أفراد عينة الدراسة لمحاولة التعرف على أثر الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية على استدامة الخدمات الصحية بقطاع غزة).

الوصف الإحصائي لعينة الدراسة وفق البيانات الشخصية حيث ن=180:

جدول (5) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية

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

يتضح من الجدول السابق (5) أن الباحث قام بتقسيم مجتمع الدراسة إلى فئات عدة، ويرجع السبب في اختيار تلك التقسيم والبدء بالفئة العمرية 40 أو أقل سنة إلى أنَّ غالبية مجتمع الدراسة، والذين تمَّ استهدافهم من المديرين لاستطلاع آرائهم حول موضوع الدراسة، كانت أعمارهم في الفئات العمرية الأكثر من 40 سنة، وبالرجوع إلى الجدول السابق فقد أظهرت النتائج أن 24.4% من أفراد العينة أعمارهم تتراوح ما بين (50-46). **ويعزو الباحث** ذلك إلى أنَّ هذه الفئة قادرة على الإبداع والتفكير وتحمل المسؤولية، وتتمتع بالخبرة العلمية والعملية الكافية لإدارة القطاع الصحي، لا سيما وأن معظمهم قد شارك من خلال المواقع الوظيفية التي تقلدوها خلال عملهم في الحقل الصحي في إعداد الخطط والبرامج الصحية المختلفة.

جدول (6) توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس:

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

يتضح من الجدول السابق (6) بأنَّ بالمجيبين عن الأسئلة من عينة الدراسة كان معظمهم من الذكور، حيث بلغت نسبتهم 90.6% في حين كانت نسبة الإناث فقط 9.4%. **ويعزو الباحث** ذلك إلى أن المجتمع الفلسطيني مجتمع ذكوري يميل لتعين الذكور أكثر من الإناث خاصة في المناصب الإشرافية العليا بالإضافة إلى خصوصية العمل في القطاع الصحي بالنسبة لفئة الإناث.

جدول (7) توزيع عينة الدراسة حسب متغير جهة العمل

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

يتضح من الجدول السابق (7) أنَّ غالبية عينة الدراسة كانت من القطاع الصحي الحكومي بنسبة 80.6% من عينة الدراسة، في حين شكلت نسبة مدراء المؤسسات الأهلية الصحية 19.4% فقط. ويعزو الباحث ذلك إلى أنَّ أعداد المؤسسات الصحية الحكومية تفوق بكثير أعداد المؤسسات الأهلية الصحية، لاسيما وأن معظم الخدمات الصحية المقدمة في قطاع غزة تكون من المستشفيات الحكومية الكبرى.

جدول (8) توزيع عينة الراسة حسب المسمى الوظيفي

المسمى الوظيفي	العدد	النسبة المئوية (%)
وكيل وزارة مساعد	1	0.6
مدير عام	25	13.9
مدير وحدة	21	11.7
مدير دائرة	133	73.9
المجموع	**180**	**100.0**

يتضح من الجدول (8) السابق أنَّ غالبية عينة الدراسة ممَنْ لديهم مسمى وظيفي مدير دائرة، حيث شكلت نسبتهم 73.9%، وهذا يتناسب مع الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة، والهياكل التنظيمية للمؤسسات الأهلية الصحية.

جدول (9) توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

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

يتضح من الجدول السابق (9) أنَّ غالبية عينة الدراسة هم من حملة الدراسات العليا (الماجستير والدكتوراه)، بحيث شكلت نسبتهم (70.6%) ويعزو الباحث ذلك إلى حرص هذه الفئة على اكتساب المهارات الفنية والإدارية العالية ومواكبة التطور العلمي في التكنولوجيا الطبية والتي لا يمكن أن تأتى إلا من خلال المزيد من التعلم والحصول على الشهادات العليا.

جدول (10) توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

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

يتضح من جدول السابق (10) أنَّ غالبية عينة الدراسة كانت خدمتهم أكثر من 20 سنة، سواء من مدراء القطاع الصحي الحكومي أو مدراء المؤسسات الأهلية الصحية لديهم تجربة وخبرة طويلة (فنية وإدارية) في العمل الصحي الأمر الذي عزز من دقة البيانات التي تحصل عليها الباحث.

تحليل فقرات الاستبانة ومناقشة النتائج:

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

جدول (11) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب لكل محور من محاور الاستبانة

م	المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة	قيمة ت	القيمة الاحتمالية
.1	الاستدامة	3.87	0.70	77.40	1	كبيرة	16,629	0.000
.2	التخطيط الاستراتيجي	3.64	0.68	72.80	2	كبيرة	12,623	0.000
.3	الرقابة	3.54	0.76	70.80	3	كبيرة	9,608	0.000
.4	الإطار القانوني	3.44	0.81	68.80	4	كبيرة	7,351	0.000
.5	المعلومات الصحية	3.44	0.81	68.80	5	كبيرة	7,262	0.000
.6	التمويل	3.31	0.78	66.20	6	متوسطة	5,259	0.000
	جميع محاور الاستبانة	**3.58**	**0.59**	**71.60**		كبيرة	13,231	0.000

من الجدول السابق (11) يمكن استخلاص ما يلي:

– المتوسط الحسابي للمحور "الاستدامة" يساوي 3,87 (الدرجة الكلية من 5)، أي أنَّ الوزن النسبي 77.4%، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذا المحور.

– المتوسط الحسابي لمحور "التمويل" يساوي 3,31، أي أنَّ الوزن النسبي 66.2% ، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة على هذا المحور.

بشكل عام، يمكن القول بأنَّ المتوسط لمجموع محاور الاستبانة في الاستبانة يساوي 3,58، أي أنَّ الوزن النسبي 71.6% ودال إحصائيًا عند مستوى دلالة 0.05، وهذا يعني أنَّ هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على جميع محاور الاستبانة.

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

جدول (12) تحليل الانحدار لاختبار الأثر

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

الجدول السابق (12) يبين قيم المتغيرات المستقلة حيث كانت (R^2=0.326)، في حين كان معامل التحديد المصحح (R^2adj=0.306)؛ مما يعني أنَّ المتغيرات المستقلة التفسيرية وهي المحور الأول "التخطيط الاستراتيجي"، والمحور الثالث "المعلومات الصحية"، والمحور الرابع "الرقابة"، والمحور الخامس "التمويل" هم الذين يؤثرون في المجال التابع "الاستدامة" استطاعت أنْ تفسر (30%) من متطلبات الاستدامة، والباقي (30%) تُعزى إلى عوامل أخرى، علمًا بأنَّ الخطأ المعياري لأنموذج الانحدار (Std. Error=0.585).

جدول (13) تحليل الانحدار لاختبار الأثر

م	المتغيرات	الحد الثابت غير المعياري (B)	الخطأ المعياري Std. Error	T	الدلالة الإحصائية–P value
1	**الحد الثابت (Constant)**	1.747	0.254	6.885	0.000

2	التخطيط الاستراتيجي	0.195	0.090	2.174	0.031
3	الإطار القانوني	-0.097	0.087	-1.112	0.268
4	المعلومات الصحية	0.237	0.079	3.006	0.003
5	الرقابة	0.252	0.099	2.539	0.012
6	التمويل	0.011	0.092	0.121	0.903

الجدول السابق (13) يوضح أنَّ المتغيرات المستقلة التي كان لها تأثير على محور الاستدامة من الناحية الإحصائية حسب اختبارt عند مستوى معنوية ($\alpha\leq0.05$)، حيث كان الأكثر تأثيرًا هو محور المعلومات الصحية، والرقابة، والتخطيط الاستراتيجي، والتمويل على التوالي حسب قيمة t، إلا أنَّ المتغير المستقل الإطار القانوني، لم يكن ذا تأثير معنوي في أنموذج الانحدار المتعدد حسب اختبار t التي كانت مستوى معنوية ($\alpha\leq0.05$). وتشير إشارة t السالبة إلى التأثير السلبي في تقليل متوسط صنع القرار فيما تشير إشارة t الموجبة التأثير الإيجابي.

ويلاحظ الباحث أنَّ محور الثالث "المعلومات الصحية" هو الأكثر تأثيراً في استدامة الخدمات الصحية، ويله المحور الرابع "الرقابة" ثم المحور الأول "التخطيط الاستراتيجي"، والمحور الخامس، "التمويل" في حين أنَّ المحور الثاني "الإطار القانوني" ليس له أي تأثير على الاستدامة.

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

خاتمة

نتائج الدراسة:

النتائج المتعلقة بالمتغير المستقل (محاور الشراكة):

- أظهرت النتائج أنَّ مجال التخطيط الاستراتيجي قد جاء بوزن نسبي عام قدره (72,80%)، أي بدرجة موافقة كبيرة؛ مما يدل على أنه يوجد تخطيط استراتيجي مشترك بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية،
- أظهرت النتائج أنَّ مجال الإطار القانوني حاز على وزن نسبي (68,80%)، أي بدرجة موافقة كبيرة. وهذا يدلل على أهمية توفر إطار قانوني ناظم لعملية الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية
- أظهرت النتائج أنَّ مجال المعلومات الصحية حاز على وزن نسبي (68,8%)، أي بدرجة موافقة كبيرة، وهذا يشير إلى أنَّ وجود قاعدة بيانات متكاملة ومشتركة من شأنه أنْ يساهم في تحسين وتجويد الخدمات الصحية المشتركة
- أظهرت النتائج أنَّ مجال الرقابة حاز على وزن نسبي (70,80%)، أي بدرجة موافقة كبيرة، وما يفسر ذلك أنَّ وزارة الصحة رغم قلة الإمكانات المتاحة إلا أنها تمارس دورها الرقابي على الخدمات الصحية المشتركة بشكل فاعل وملموس
- أظهرت النتائج أنَّ مجال التمويل حاز على وزن نسبي عام (66,20%)، أي بدرجة موافقة متوسطة؛ مما يدلل على حصول تراجع ملحوظ في تمويل القطاع الصحي بشكل عام والخدمات الصحية المشتركة بشكل خاص، برغم كفاءة وفاعلية النظام المالي الحكومي الخاص بعقد الشراكات مع المؤسسات الأهلية الصحية.
- أظهرت النتائج أنه يوجد أثر لمحاور الشراكة (محور التخطيط الاستراتيجي، ومحور المعلومات الصحية، ومحور الرقابة، ومحور التمويل) على استدامة الخدمات الصحية والأكثر تأثيراً محور المعلومات الصحية والرقابة، بينما محور الإطار القانوني لا يؤثر في استدامة الخدمات الصحية.

النتائج المتعلقة بالمتغير التابع الاستدامة:

أظهرت النتائج أن واقع استدامة الخدمات الصحية في قطاع غزة جاء بوزن نسبي (77.40%) أي بدرجة موافقة كبيرة. مما يدل على أن تطبيق الشراكة بين وزارة الصحة الفلسطينية والمؤسسات الأهلية الصحية بمتطلباتها الخمس (التخطيط الاستراتيجي، الإطار القانوني، المعلومات

الصحية، الرقابة، التمويل) سوف يؤدي إلى تحقيق الاستدامة في تقديم الخدمات الصحية من خلال الاستفادة من الموارد البشرية وتبادل الخبرات والمعارف وتعزيز الاستفادة من التكنولوجيا الطبية المتوفرة بين الطرفين وتقليل النفقات التشغيلية وبالتالي تحسين درجة وصول المواطنين للخدمات الصحية.

التوصيات:

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

1. تعزيز نظم المعلومات الصحية بين القطاع الصحي والمؤسسات الأهلية الصحية لما له من دور في تعزيز استدامة الخدمات الصحية.
2. تعزيز مشاركة القطاع الصحي الحكومي للمؤسسات الأهلية الصحية في صياغة الخطة الاستراتيجية الصحية الوطنية للقطاع الصحي بشكل عام وتحديد الاحتياجات والأولويات الصحية بدقة من أجل استدامة الخدمات الصحية لا سيما وأن التخطيط الاستراتيجي المشترك هو أحد أهم المتطلبات الرئيسية لتحقيق شراكة فاعلة بين القطاعين.
3. تشجيع المؤسسات الأهلية الصحية على المبادرة في تقديم وإعداد مقترحات قانونية من شأنها تنظيم العلاقة التشاركية بينها وبين القطاع الصحي الحكومي.
4. تهيئة البيئة القانونية لتنظيم وضبط عملية الشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية من خلال تشريع قانون خاص للشراكة على غرار قانون الشراكة الأردني رقم (2104/31).
5. تعزيز دور الرقابة على الخدمات الصحية المشتركة بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية، على أن تتم عملية الرقابة بشكل أكثر دورية وانتظام واشراك الإدارات والوحدات ذات العلاقة في ذلك.
6. العمل على زيادة وتكاثف الجهود بين أطراف العلاقة من أجل وضع سياسات وخطط مشتركة تهدف إلى إيجاد أنظمة بديلة وجاذبة ومبتكرة وتؤدي إلى الاستدامة في تمويل القطاع الصحي.
7. تطوير وتحسين أنظمة إدارة التمويل الصحي كي يتم توزيع الموارد المالية المتاحة على المؤسسات (الحكومية والأهلية) الصحية وفقاً للأولويات.
8. ضرورة الاهتمام بجانب تبادل الخبرات من الموارد البشرية وبناء القدرات بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الأهلية الصحية مما يسهم بدوره في استدامة الخدمات الصحية في قطاع غزة.

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

1. الخضري، محمد (2016): "دور إدارة الموارد البشرية في استدامة الخدمات الصحية الحكومية في محافظات غزة رسالة ماجيستير، أكاديمية السياسة والإدارة للدراسات العليا، غزة، فلسطين.
2. حمدونة، محمد (2017): " العوامل المحددة للشراكة بين القطاعين العام والخاص ودورها في نمو الاقتصاد الفلسطيني: من وجهة نظر القطاع الخاص بقطاع غزة، دراسة ماجستير الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
3. عويضة، حاتم (2015): " واقع العلاقة التكاملية بين القطاعين العام والخاص في المجال الاقتصادي في محافظات غزة وسبل تحقيقها في ظل التجارب الدولية والتحديات المحلية". دراسة ماجيستير، أكاديمية السياسة والإدارة، غزة، فلسطين.
4. بعلوشة، محمود (2013): " واقع الشراكة بين إدارات مدارس المرحلة الأساسية والمنظمات غير الحكومية في محافظات غزة وسبل تطويره. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
5. مليحة، محمود (2016): "واقع التخطيط الاستراتيجي ودوره في استدامة منظمات الخدمات الاجتماعية في قطاع غزة"، دراسة ماجستير، أكاديمية الإدارة والسياسة، غزة، فلسطين.
6. الرفاعي، عروب، الشطي، خالد (2015): المؤتمر العربي الرابع عشر للأساليب الحديثة في إدارة المستشفيات. "الشراكة بين القطاعين العام والخاص في استدامة الخدمات الصحية، عمان، الأردن.

7. كم الماز، رزان وصقور، مجد (2017): "الشراكة الاستراتيجية بين القطاع العام والخاص في مرحلة إعادة الإعمار: تحديد عوامل النجاح دراسة تحليلية للشراكات في قطاع الاتصالات في سورية" الجامعة الافتراضية السورية.
8. العتيبي، محمد (2009): " منظمات المجتمع المدني النشأة الآليات وأدوات العمل وتحقيق الأهداف"، مجلة الحوار المتمدن 54 (2724) 422-453.
9. مرعي، بلال (2017): "الشراكة بين الهيئات المحلية والقطاع الخاص ودورها في تنمية الاقتصاد المحلي في فلسطين". رسالة ماجستير، إدارة السياسات الاقتصادية، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.
10. الجرجاوي، زيد (2010): "القواعد المنهجية التربوية لبناء الاستبيان"، غزة، فلسطين، مطبعة أبناء الجراح، الطبعة الثانية.
11. https://www.starshams.com/2021/03/educational-، ، موقع شمس التعليمي، تاريخ الزيارة: 2019/2/15.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

12. Alghamdi, F. A. (2017). The Impact of Partnership between the Public and Private Sectors on the Quality of Health Services in Hospitals (A Field Study on Hospitals in the Governorate of Jeddah).
13. Kula, N., & Fryatt, R. J. (2014). Public–private interactions on health in South Africa: opportunities for scaling up. Health policy and planning, 29(5), 560-569.
14. Durr, B., & Gwen, T. (2001). Partnership Principles: What we Have learned About Partnering and institute. April u, vv6fe Pnocrij, USA.
15. Haque, M. S. (2004). Governance based on partnership with NGOs: implications fordevelopment and empowerment in rural Bangladesh. International Review of Administrative Sciences, 70(2), 271-290.
16. Ejaz, I., Shaikh, B. T., & Rizvi, N. (2011). NGOs and government partnership for health systems strengthening: a qualitative study presenting viewpoints of government, NGOs
    a. and donors in Pakistan. BMC health services research, 11(1), 1-7.