

## إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

### 'عنوان الرسالة كما هو معتمد في نتيجة الحكم'

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتائج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وإن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

كما أقر بحق أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا في حقوق النشر لهذه الرسالة وأنه لا يجوز النشر إلا بموافقة رسمية مكتوبة من الأكاديمية.

والله خير الساهدين

## DECLARATION

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

I also acknowledged the right of the **Management and Politics Academy for Postgraduate Studies** to the copyright of this thesis and that its publication is admissible only through a formal, written consent by the Academy.

Student's name:

اسم الطالب: **تفريد محمد الخطوطي**

Date:

التاريخ: 03 ربيع الأول، 1437 هـ 2015-12-14

Signature:

التوقيع: 



البرنامج المشترك بين أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا وجامعة الأقصى  
فلسطين - غزة



## التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة

إعداد الباحثة:

تغريد حسن الغوطي

إشراف الدكتور:

محمد عبد العزيز الجريسي

قُدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير

في القيادة والإدارة

1436هـ - 2015م



## نتيجة الحكم على أطروحة الماجستير

بناءً على موافقة المجلس الأكاديمي بأكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحثة/ تغريد حسن محمد الغوطي، لنيل درجة الماجستير في تخصص القيادة والإدارة وموضوعها:

"التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة"

وبعد المناقشة التي تمت اليوم الخميس 07 صفر 1437 هـ، الموافق 2015/11/19 م الساعة الثانية عشر ظهراً، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

د. محمد عبد العزيز الجريسي مشرفاً ورئيساً  
د. يحيى عوض عابد مناقشاً خارجياً  
د. محمد إبراهيم المدهون مناقشاً داخلياً

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحثة درجة الماجستير في تخصص القيادة والإدارة. واللجنة إذ تمنحها هذه الدرجة فإنها توصيها بتقوى الله ولزوم طاعته وأن تسخر علمها في خدمة دينها ووطنها.

والله ولي التوفيق،،،

رئيس الأكاديمية  
د. محمد إبراهيم المدهون

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا  
عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ}

صدق الله العظيم

[المائدة: 2]

## إهداء

من طبعي الوفاء وطموحي كالسماء إلى كل مريض أرهقه المرض، اللهم أزل عنه الداء والعلل  
وأعد إليه الصحة والشفاء ..... راجين المولي عز وجل أن نرسم البسمة على ثغور جميع  
مرضانا.....

إلى جميع شهداء الشعب الفلسطيني الذين عطروا بدمائهم الزكية ثرى الأرض المباركة .....

إلى الأسرى والجرحى الذين جسدوا بصمودهم معاني الصبر والرباط .....

إلى روح والدي طيب الله ثراه....

إلى والدتي.... بركة دعائها أمد الله في عمرها بالصالحات....

إلى من هم أقرب إلى نفسي ..... أبنائي الأعمام

إلى كل من علمني، وأثار شمعة علم في حياتي.....

إلى الشموع التي تحترق لتتير درب الآخرين.....

إلى المنظمات الدولية المانحة التي ساهمت في تقديم العون والعطاء للشعب الفلسطيني

إلى كل الأخوة العاملين بوزارة الصحة الفلسطينية عامة وإلى الأخوة العاملين بالإدارة العامة

للتعاون الدولي خاصة.....

إلى طلاب الدراسات العليا... نسأل الله أن تكون هذه الدراسة عوناً لكل من استعان بها في

مسيرته العلمية

إليهم جميعاً أهدي ثمرة جهدي هذا

## شكر وتقدير

أشكر الله مولاي وخالقي الذي منّ عليّ بإتمام هذا العمل المتواضع مع رجائي أن يتقبله مني ويجعله خالصاً لوجهه الكريم. انطلاقاً من قوله تعالى[... وَمَنْ شَكَرَ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ... [النمل: 40} وإيماناً بفضل الاعتراف بالجميل وتقديم الشكر والامتنان لأصحاب الفضل فإنني أتقدم بالشكر الجزيل والثناء العظيم لكل من ساعد في إنجاح هذه الرسالة وأخص بالذكر: أستاذي ومشرفي الفاضل د. محمد عبد العزيز الجريسي -حفظه الله -على قبوله الإشراف على هذا البحث ومتابعته له منذ الخطوات الأولى وعلى ما منحني من صدر واسع ونصح وإرشاد ساعد على إخراج هذا العمل بهذه الصورة. أسأل الله أن يجزيه عني خير الجزاء.

كما وأتقدم بالشكر الجزيل للسادة أعضاء لجنة المناقشة والحكم: د. محمد إبراهيم المدهون و د. يحيى عوض عابد -حفظهما الله-على تفضلهما بقبول مناقشة هذا البحث وإثرائه بالنصائح والتوجيهات التي تساعد في إخراجه بأفضل صورة. كما وأتقدم بالشكر والعرفان لأكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا التي شقت طريقاً صعباً حتى وصلت إلى هذه المكانة بين أضرحة العلم رئاسة وعمادة وأساتذة وإداريين.

كما أتوجه بالشكر والتقدير للأخوة المحكمين لما بذلوه من جهد في تحكيم وتصميم أداة الدراسة. ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر الجزيل لإخواني الزملاء العاملين في وزارة الصحة بغزة، وأخص بالذكر: الأخوة الأفاضل د. محمد الكاشف، و د. مثقال حسونة، ود. أشرف إسماعيل، ود. وليد صباح، ود. محمود رضوان، و أ. ندى صنع الله على دورهم المساند لي أثناء إعداد هذه الدراسة.

كما أتوجه بأسمى آيات الشكر والامتنان والتقدير إلى جميع مسؤولي التنسيق في المنظمات الدولية ممن كان لهم الدور الفعال في إثراء معلومات بحثي وأخص منهم بالذكر: د. أكرم نصار؛ مدير مكتب الهلال الأحمر القطري بغزة لمدى تعاونه واهتمامه الكبير معنا بتزويدنا بالبيانات الدقيقة في أداة الدراسة، و د. عبد الناصر صبح؛ مدير تنسيق إدارة المعلومات بمكتب منظمة الصحة العالمية بغزة، وما أولاه لي من الاهتمام وأمدني بتوجيهاته وإرشاداته وزودني بالمعلومات التي ساهمت في إنجاز هذه الدراسة، وأخيراً أتقدم بالشكر أ. د. جهاد العرجة لما بذله من جهد في تدقيق الرسالة لُغويًا.

## ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى التعرف على التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي بقطاع غزة، وتحديد المعوقات التي تقف حائلاً أمام عملية التنسيق، بالإضافة إلى التعرف على أهم المقترحات التي تساهم في تفعيل وتطوير عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي.

وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، معتمدة في جمع البيانات على أداة الاستبانة والمقابلة لمجمعي الدراسة، حيث تم تصميم استبانة لمسؤولي التنسيق في المنظمات الدولية وقد بلغ عدد الاستبانات الموزعة (63)، وتم استرداد (56) استبانة، بنسبة استجابة قدرها (88%)، كما أجريت (6) مقابلات مع مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي، بالإضافة إلى مقابلة مع مسؤول التنسيق في منظمة الصحة العالمية (WHO)، وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS.

### وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. أن التنسيق الجيد بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي يساهم بدرجة عالية في حسن استغلال التمويل لدعم هذا القطاع وقد جاءت بوزن نسبي (88.214%).
2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(0.05 \geq \alpha)$  بين متوسطات استجابات الباحثين حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي تعزي لمتغير نوع المنظمة لصالح المنظمات العربية.
3. أهم المعوقات التي تحد بدرجة كبيرة من التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي، وكان من أبرزها الأوضاع السياسية السائدة في قطاع غزة، وقد جاءت بوزن نسبي (82.500%).
4. أما مقترحات الباحثين لتفعيل عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي فقد بينت النتائج أنهم يقترحون بالدرجة الأولى بضرورة تحديث البيانات لأولويات احتياجات القطاع الصحي الحكومي وضرورة اطلاع المنظمات الدولية على تلك الاحتياجات وآخر المستجدات لهذا القطاع من خلال عقد الاجتماعات الدورية واعداد التقارير.

وفي ضوء أهم النتائج فقد أوصت الباحثة بالتالي:

1. المحافظة على التنسيق الجيد بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي للمساهمة في حسن استغلال التمويل لدعم هذا القطاع.
2. تقوية الشراكة مع المنظمات الدولية بشكل أفضل مما هو عليه، لاسيما المنظمات الأجنبية، من خلال إشراكهم في إعداد الخطط الصحية في قطاع غزة؛ لمواجهة الأزمات والطوارئ.
3. ضرورة توحيد العمل الصحي في كافة أرجاء الوطن وتحيده عن أي خلافات سياسية.
4. إعداد وتحديث دليل إرشادي بشكل دوري مدرج فيه أولويات الاحتياجات والأنشطة الصحية المختلفة للقطاع الصحي الحكومي.



## Abstract

The aim of the study is to identify the coordination with international organizations and its role in supporting the health sector in the Gaza Strip, and to recognize the obstacles that stand in the way of coordination process, as well as to identify the most important proposals that contribute in the development of coordination process between international organizations and the public health sector.

The researcher used the descriptive analytical methodology depending on data collection for questionnaire tool and interviews with community study. A questionnaire is designed to the coordination officials in international organizations; (63) questionnaires were distributed in which (56) questionnaires were returned, with response rate (88%). The interview tool was also used to the (6) of the coordination officials in the public health sector and one interview with WHO coordination official; data collected through the questionnaire tool were analyzed using SPSS program.

### **The study comes out with the following results:**

1. The results show in terms of coordination type that good coordination between international organizations and the public health sector contributes significantly in the proper utilization of funding to support this sector. The results come with a percentage of (%88.214)
2. There were differences in the response of the study sample at the level of significance ( $0.05 \geq \alpha$ ) in the coordination with international organizations and its role in supporting the health scoter due to the type of the organization in favor of Arab organizations.
3. The most important obstacles that highly limit from the coordination between the international organizations and the public health sector in which the most notably is the political situation in the Gaza Strip and its impact on the international organizations response to fund health projects;
4. In regards of the recommendations of the respondents to activate the coordination process between international organizations and the public health sector, the results show that they are proposing the need for updating data related to the priorities of the public health sector needs and the necessity to inform the international organizations about the required needs as well as keep updated with the latest situation through conducting regular meetings and preparing reports.

**In light of the most important outcomes, the researcher recommended the following:**

1. Enhance the role of good coordination between international organizations and the public health sector in order to contribute to the good use of funding to support this sector.
2. Strengthen the partnership with donors in better way especially foreign organizations through their participation in preparation of health plans in the Gaza Strip to cope with crises and emergencies.
3. Integrate the health work between Gaza and the west bank and neutralize it from any political conflicts.
4. Prepare and update a guideline regularly including the priorities of the various needs and activities of the public health sector.

## قائمة المحتويات

رقم الصفحة	العنوان
أ	أية قرآنية
ب	إهداء
ج	شكر وتقدير
د	ملخص الدراسة باللغة العربية
و	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
ح	قائمة المحتويات
م	قائمة الجداول
س	قائمة الأشكال
س	قائمة الملاحق
1	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
2	مقدمة
4	مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
5	متغيرات الدراسة
6	فرضيات الدراسة
7	أهداف الدراسة
8	أهمية الدراسة
8	حدود الدراسة

9	مصطلحات الدراسة
10	صعوبات الدراسة
<b>الفصل الثاني: الإطار النظري</b>	
12	<b>المبحث الأول: التنسيق</b>
13	مقدمة
14	مفهوم التنسيق
15	طبيعة وغرض التنسيق
16	أهمية التنسيق
18	أنواع التنسيق
19	مبادئ التنسيق
20	مبادئ التنسيق الفعال
21	متطلبات التنسيق
21	وسائل التنسيق
25	مجالات التنسيق
26	معوقات التنسيق
28	عوامل نجاح التنسيق
29	التنسيق وظيفية شمولية
30	التنسيق في المنظمات غير الحكومية
32	<b>المبحث الثاني: المنظمات الدولية</b>

33	مقدمة
34	تعريف المنظمة الدولية
35	تاريخ المنظمات الدولية
37	عناصر المنظمة الدولية
38	الطبيعة القانونية للمنظمات الدولية
38	مصادر المنظمات الدولية
39	أنواع المنظمات الدولية
41	الهيكل التنظيمي للمنظمات الدولية غير الحكومية ونظام تمويلها
44	تطور أهداف ومهام المنظمات الدولية
45	علاقة المنظمات الدولية مع حكومات الدول
47	أهم المنظمات التي تدعم القطاع الصحي الحكومي في قطاع غزة
55	<b>المبحث الثالث: القطاع الصحي الحكومي</b>
56	مقدمة
57	واقع القطاع الصحي الحكومي
57	الحقائق الديمغرافية والمؤشرات الصحية
59	النظام الصحي
72	الجهة المسؤولة عن التنسيق بوزارة الصحة (الإدارة العامة للتعاون الدولي)
<b>الفصل الثالث: الدراسات السابقة</b>	
78	مقدمة

78	الدراسات الفلسطينية
85	الدراسات العربية
87	الدراسات الأجنبية
92	التعقيب على الدراسات السابقة والفجوة البحثية
<b>الفصل الرابع: الطريقة وإجراءات الدراسة</b>	
96	مقدمة
96	منهج الدراسة
96	مصادر البيانات
97	مجتمع الدراسة
100	أدوات الدراسة
101	صدق أداة الدراسة
106	ثبات أداة الدراسة (الاستبانة)
107	خطوات إجراء الدراسة
108	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
109	اختبار توزيع البيانات
<b>الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها، والتوصيات والمقترحات</b>	
111	مقدمة
111	تحليل الدراسة وتفسيرها
138	نتائج الدراسة

139	التوصيات
145	الدراسات المقترحة
146	قائمة المصادر والمراجع
146	المصادر: أولاً القرآن الكريم
146	ثانياً: المراجع العربية
152	ثالثاً: المراجع الأجنبية
153	رابعاً: المقابلات
153	خامساً: المواقع الالكترونية
155	الملاحق

## قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
57	المؤشرات الديمغرافية في محافظات قطاع غزة 2010-2013	1.
59	مؤشرات صحة المرأة في قطاع غزة	2.
66	نسبة العاملين في القطاع الصحي	3.
67	عدد العاملين في المستشفيات	4.
67	عد مرافق وموارد وخدمات القطاع الصحي الحكومي لعام 2013	5.
74	إجمالي المشاريع الصحية المنفذة خلال عام 2014	6.
75	تكلفة المشاريع المنفذة خلال العام 2014	7.
76	المشاريع المنفذة حسب الجهات المانحة	8.
92	المقارنة بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة والفجوة البحثية	9.
97	خصائص عينة الدراسة بالنسبة لنوع المنظمة	10.
98	خصائص عينة الدراسة بالنسبة للعمر	11.
98	خصائص عينة الدراسة بالنسبة للمؤهل العلمي	12.
99	خصائص عينة الدراسة بالنسبة لسنوات الخبرة	13.
99	خصائص عينة الدراسة بالنسبة لعدد المشاريع	14.
102	معاملات الارتباط لمحاور الاستبانة	15.
102	معاملات الارتباط لفقرات محور طبيعة التنسيق	16.
103	معاملات الارتباط لفقرات محور مستوى التنسيق	17.
105	معاملات الارتباط لفقرات محور معوقات التنسيق	18.
106	معاملات ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة	19.
106	معاملات الارتباط بطريقة التجزئة النصفية لمحاور الاستبانة	20.
109	اختبار التوزيع الطبيعي لمحاور الاستبانة	21.
111	مقياس خماسي التدرج	22.



112	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "t" وقيمة "sig" والوزن النسبي لفقرات محور طبيعة التنسيق	23.
116	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "t" وقيمة "sig" والوزن النسبي لفقرات محور مستوى التنسيق	24.
119	نوعية المشاريع الصحية	25.
121	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "t" وقيمة "sig" والوزن النسبي لفقرات محور معوقات التنسيق	26.
126	إجابات مقترحات المبحوثين عن تفعيل عملية التنسيق	27.
129	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "t" وقيمة "sig" ومستوى الدلالة	28.
132	مجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "F" وقيمة "sig" ومستوى الدلالة	29.
133	الفروقات بين المجموعات تعزى لمتغير العمر في المحور الأول	30.
134	مجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "F" وقيمة "sig" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير المؤهل العلمي	31.
135	مجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "F" وقيمة "sig" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير سنوات الخبرة	32.
137	مجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "F" وقيمة "sig" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد المشاريع المنفذة	33.
141	مقترح خطة تنفيذية للتوصيات	34.

## قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1.	العلاقة بين المتغير المستقل والتابع	6
2.	هيكلية الإدارة العامة للتعاون الدولي	73

## قائمة الملاحق

الرقم	البند	الصفحة
1.	أسماء المنظمات الدولية الداعمة للقطاع الصحي الحكومي	156
2.	الاستبانة بصورتها الأولية	157
3.	قائمة بأسماء المحكمين	164
4.	الاستبانة بصورتها النهائية	165
5.	أسئلة المقابلة	171
6.	قائمة بأسماء المقابليين	172
7.	كتاب تسهيل مهمة باحثة "1"	173
8.	كتاب تسهيل مهمة باحثة "2"	174

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

### مقدمة

- |     |                          |
|-----|--------------------------|
| 1-1 | مشكلة الدراسة وتساؤلاتها |
| 2-1 | متغيرات الدراسة          |
| 3-1 | أهداف الدراسة            |
| 4-1 | أهمية الدراسة            |
| 5-1 | فرضيات الدراسة           |
| 6-1 | حدود الدراسة             |
| 7-1 | مصطلحات الدراسة          |

## مقدمة

إن عملية التنسيق من الوظائف الإدارية ذات الأهمية الكبيرة، ولها علاقة وثيقة بعملية التنظيم حيث يهدف التنسيق إلى إجراء ترتيبات في التنظيم بهدف ربط الأنظمة الفرعية للتنظيم مع بعضها بعضاً للوصول إلى أهداف محددة دون تكرار وبدون فجوات أو صراعات تنظيمية مما يقلل كثيراً من الجهد والوقت.

وتتبع الحاجة للتنسيق نظراً لاختلاف وجهات النظر بشأن كيفية تحقيق الأهداف الجماعية، أو كيفية عمل المجموعة بانسجام، فعادة ما يفسر الأشخاص الأهداف المتشابهة بطرق مختلفة كل من وجهة نظره، وكثيراً ما لا تتفق جهودهم لتحقيق تلك الأهداف مع جهود الآخرين ومن ثم تبرز أهمية التنسيق والتوفيق بين هذه الاختلافات في كيفية أداء العمل ومتابعته والاهتمام بالهدف الأساس (الفهيد، 2006: 2).

ويعمل التنسيق على التقريب بين وجهات النظر المختلفة وإيجاد روح التعاون في تقديم الخدمات والواجبات التي يلزم أن يقوم بها أكثر من هيئة بما يكفل عدم الازدواج والتضارب بين الهيئات المختلفة، والتنسيق من أهم العمليات التي تمارس فيها طريقة تنظيم المنظمات، لذلك من الضروري لأي منظمة سواء أكانت حكومية أم غير حكومية (دولية أم محلية) من وجود عنصر التنسيق بينها وبين غيرها من المنظمات، حيث تعتمد كفاءة وفعالية أي منظمة على عدد من المقومات والمبادئ الأساسية من أهمها: تنسيق الجهود بين منظمة ومنظمات أخرى ذات علاقة، والتحديد الواضح للأهداف وترتيب أولويتها خصوصاً أوقات الطوارئ وفي خضم الأزمات والكوارث. وهنا يأتي دور المنظمات الدولية التي تعد عنصر الاستجابة السريعة للكوارث الإنسانية حول العالم. فالمنظمات الدولية تلعب دوراً رئيساً في المساعدات والتطويرات الإنسانية الضرورية بشكل مطلق من أجل السعي لتوحيد الجهود من خلال التعاون والتنسيق، واتفق الآراء.

ومن أهم الأدوار التي تقوم بها هذه المنظمات هو تعبئة موارد المجتمع ودفع أفراده لتحديد احتياجاته وترتيب أولوياته والمساهمة في تدبير التمويل لتنفيذ المشروعات التنموية المطلوبة لتلبية هذه الاحتياجات (صالح، 2012: 2).

والمنظمات الدولية تشكل عاملاً مساعداً في تحقيق بعض المهام التي يصعب على منظمات حكومية تحقيقها وتصنف تلك المنظمات إلى منظمات حكومية وغير حكومية وأمية. وهي عبارة عن هيئات خيرية عالمية تضطلع بجمع التبرعات من مجموعة متنوعة من المصادر، شاملة عموم الجمهور، بهدف مساندة المشروعات في بلدان العالم النامية. وتكون هذه المنظمات أحياناً منظمات متخصصة، حيث تركز على مجالات بعينها، مثل: الرعاية الصحية، أو الزراعة، أو جهود الإغاثة في حالات الطوارئ، أو البيئة، أو التعليم، أو تنمية المجتمعات المحلية، أو الإقراض الأصغر، أو مزيج من هذه المجالات. (world bank، 2011: نت)<sup>1</sup>

وتُعد الرعاية الصحية من أهم المجالات والتي يجب أن تحظى بدرجة كبيرة من الدعم والاهتمام، لما يقع عليها من مسؤولية في المحافظة على صحة ورعاية المواطنين في أي دولة في العالم.

إن وزارة الصحة الفلسطينية - الممثلة بالقطاع الصحي الحكومي - بمستشفياتها ومراكزها للرعاية الأولية من أهم الوزارات الفلسطينية بصفتها راعية صحة المواطن الفلسطيني من خلال الخدمات الصحية المباشرة التي تقدمها للمواطن الفلسطيني والتي لا غنى عنها، أو من خلال إشرافها على مراكز ومؤسسات صحية سواء أكانت خاصة أم غير حكومية، وقد أنشئت وزارة الصحة الفلسطينية منذ عام 1994 وقد حقق القطاع الصحي الحكومي نمواً كبيراً في الأعوام الأخيرة بزيادة عدد المستشفيات في القطاع وتأهيل وترميم الأبنية في المستشفيات القديمة وتجهيزها بالأدوات والمعدات الحديثة اللازمة (التقرير السنوي لوزارة الصحة ، 2012:1).

ويتحمل القطاع الصحي الحكومي النسبة الأكبر من الإنفاق على الخدمات الصحية المقدمة للجمهور في الأراضي الفلسطينية، ويشكل الإنفاق على الصحة في فلسطين الأعلى في الدول العربية من حيث نسبة هذا الإنفاق من الناتج المحلي؛ حيث يبلغ حوالي 15 % تقريباً. وعلى الرغم من الجهود التي تقوم بها وزارة الصحة والحكومة إلا أن الاعتماد على وجود تمويل خارجي لتغطية النفقات في هذا القطاع بسبب شح الموارد المحلية وعدم مقدرة قطاع التأمين الصحي على توفير الموارد السكانية نظراً لمظروف السياسية والاجتماعية التي يعاني منها سكان قطاع غزة (التقرير السنوي للتأمين الصحي، 2013: 1).

ويتركز نشاط القطاع الصحي الحكومي في مجالي الخدمات الصحية الوقائية وفي مجال الرعاية الصحية الأولية، وفي مجال المستشفيات العامة، ويشترك القطاع الحكومي في هذا المجال قطاعي الأونروا - كمنظمة دولية- والمنظمات غير الحكومية، بينما يتركز نشاط القطاع الخاص في الطب العلاجي (شلبي ولدادوة، 2007: 4).

وتقدم وزارة الصحة الفلسطينية الخدمات الصحية لحوالي 1.8 مليون نسمة في قطاع غزة من خلال 13 مستشفى و 54 مركزاً للرعاية الأولية، ويؤثر حصار وإغلاق قطاع غزة على الخدمات الصحية المقدمة للسكان والذي يُعد 39% منهم تحت خط الفقر، و 28% يعانون البطالة، وتقدم وزارة الصحة الخدمات الصحية الثانوية لأكثر من 90% من السكان من خلال المستشفيات الحكومية وتبلغ حالات الدخول ما يقرب من 170,000 حالة سنوياً (تقرير الوضع الصحي، 2013: 1)، وسكان قطاع غزة بحاجة إلى الدعم الدائم لتلك الخدمات.

## 1-1 مشكلة الدراسة وتساولاتها

في ظل الظروف الصعبة التي يعيشها قطاع غزة من حصار امتد لعدة سنوات ولا زال الأمر الذي أثر على كافة الأصعدة الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والثقافية والتي ازدادت سوءاً في ظل الحروب التي تعرض لها قطاع غزة في عامي 2008 و 2012 وآخرها حرب يوليو - 2014، والتي أدت إلى تدهور الوضع الصحي الحكومي الذي بات يواجه أزمة تكمن في نقص الأدوية والمستهلكات والمعدات الطبية اللازمة لعلاج المرضى وجرحى الحرب، بالإضافة إلى أزمة الوقود، وهذا بدوره أدى إلى الحاجة لتعزيز دور التنسيق مع كافة المنظمات الدولية ذات العلاقة، وليس فقط في حالات الطوارئ، وإنما بصورة دائمة ومستمرة وذلك بهدف دعم القطاع الصحي الحكومي بكافة أنواع التمويل اللازم والتي تحتاج له مستشفيات ومراكز الرعاية الأولية في قطاع غزة من أجل تقديم الخدمات الطبية لكافة سكان قطاع غزة. وبناء على ما سبق وجدت الباحثة أنه من الضروري إبراز دور التنسيق في دعم القطاع الصحي من خلال عملها كموظفة إدارية في الإدارة العامة للتعاون الدولي بوزارة الصحة الفلسطينية، واطلاعها على بعض التقارير التي كانت ترسلها الإدارة العامة للصحة الفلسطينية عن أزمة الأدوية والمستهلكات الطبية والوقود، والمكاتب التي كانت ترسلها الإدارة العامة للتعاون الدولي والتي تتعلق بالمناشدات العاجلة للمنظمات الدولية في ظل الأزمات التي كان يواجهها القطاع الصحي الحكومي وخاصة في الحرب الأخيرة على غزة، بالإضافة إلى مكاتبات الجهات المعنية بالاحتياج في الوزارة والتي كانت تُخاطب بها الإدارة العامة للتعاون الدولي للتواصل مع الجهات المانحة لتوفير ذلك

الاحتياج حيث إن الإدارة العامة للتعاون الدولي كونها الجهة الممثلة للوزارة بالتنسيق وتسويق المشاريع الصحية الحكومية، من خلال التعاون والتواصل مع الجهات المانحة لاسيما المنظمات الدولية لدعم القطاع الصحي، وعليه تبرز أهمية الدراسة الحالية، نظراً للحاجة الملحة للتنسيق الفعال مع المنظمات الدولية لخدمة القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة. لذلك جاءت هذه الدراسة لمحاولة الإجابة عن السؤال الرئيس التالي:

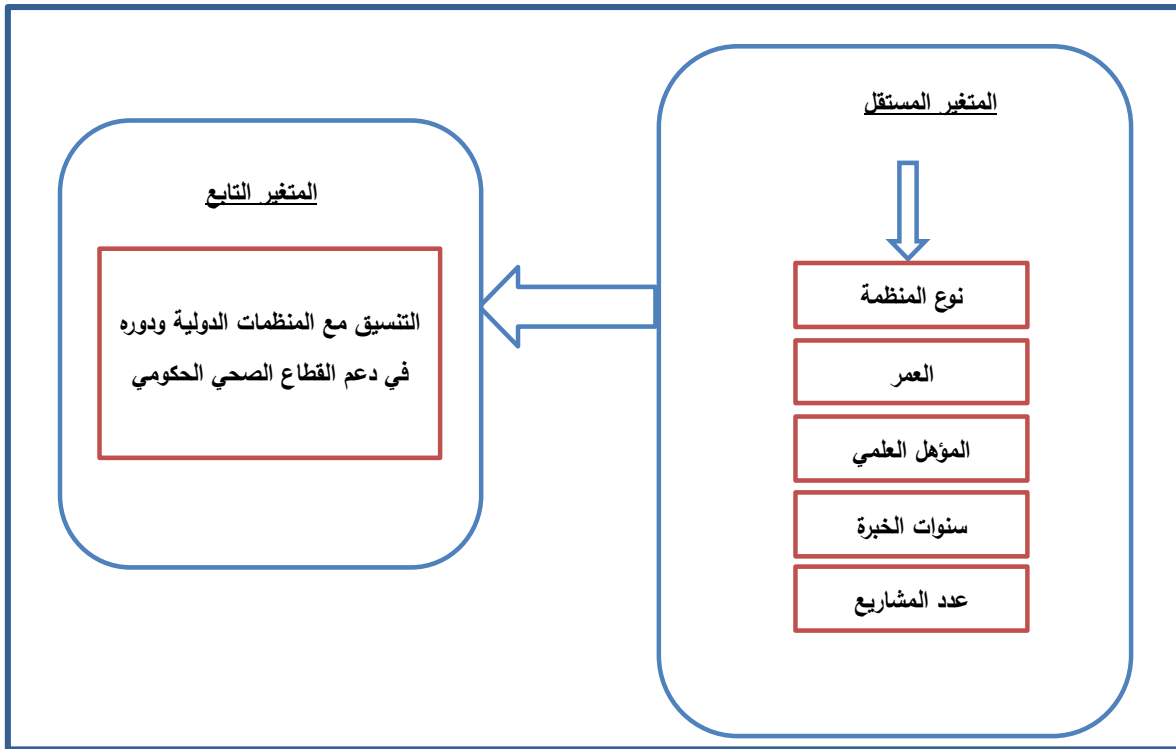
**ما دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة؟**

**وينبثق عن السؤال الرئيس التساؤلات الفرعية التالية:**

1. ما طبيعة التنسيق بين القطاع الصحي الحكومي والمنظمات الدولية بقطاع غزة؟
2. ما مستوى التنسيق بين القطاع الصحي الحكومي والمنظمات الدولية بقطاع غزة؟
3. ما نوعية المشاريع الصحية الأكثر تمويلاً من قبل المنظمات الدولية لخدمة القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة؟
4. ما المعوقات التي تواجه عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة من وجهة نظر القائمين عليها؟
5. ما أهم المقترحات لتفعيل عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة؟

## **1-2 متغيرات الدراسة**

- **المتغير المستقل:** (نوع المنظمة، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، عدد المشاريع).
- **المتغير التابع:** التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي.



الشكل رقم (1) العلاقة بين المتغير المستقل والتابع  
(جاءت بواسطة الباحثة بعد الاطلاع على أدبيات الموضوع)

### 3-1-3 فرضيات الدراسة:

يمكن حصر فرضيات الدراسة بالفرضية الرئيسية التالية:

1. لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) بين متوسطات استجابات الباحثين حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى للمتغيرات: (نوع المنظمة، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، عدد المشاريع).

ويتفرع من الفرضية الرئيسية السابقة الفرضيات الفرعية التالية:

- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) بين متوسطات استجابات الباحثين حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي تعزى لمتغير نوع المنظمة (أجنبية، عربية).
- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) بين متوسطات استجابات الباحثين حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي تعزى لمتغير العمر (أقل من 30، 30-أقل من 40، 40-أقل من 50، 50 فما فوق).



- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي تعزى لمتغير المؤهل العلمي (دبلوم، بكالوريوس، دراسات عليا).
- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي تعزى لمتغير الخبرة (أقل من 5 سنوات، 5-10 سنة، 11-15 سنة، أكثر من 15 سنة).
- لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $0.05 \geq \alpha$ ) بين متوسطات استجابات المبحوثين حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي تعزى لعدد المشاريع (أقل من 5، 5-10، 11-15، 16 فما فوق).

#### 1-4 أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

- التعرف إلى طبيعة التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة.
- إبراز دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة.
- معرفة مستوى التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة.
- الكشف عن الفروق الدالة إحصائياً بين متوسطات استجابات المبحوثين حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغيرات (نوع المنظمة، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، عدد المشاريع).
- بيان نوعية المشاريع الصحية الأكثر تمويلاً من قبل المنظمات الدولية لخدمة القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة.
- رصد آراء المبحوثين في بعض المعوقات التي قد تواجه عملية التنسيق مع القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة بهدف تلافيها مستقبلاً.
- بيان أهم المقترحات لتفعيل عملية التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة.

## 1-5 أهمية الدراسة

### • الأهمية النظرية:

1. تتبع أهمية الدراسة من أهمية التنسيق ذاته والتي تفرض الاهتمام به كعنصر إداري أساسي لدى القائمين عليه في الإدارة التنفيذية.
2. تأمل الباحثة أن تسهم هذه الدراسة في إضافة مادة علمية جديدة للمكتبة الفلسطينية والعربية.
3. تبرز أهمية هذه الدراسة من كونها محاولة في ميدان البحث العلمي في ذلك المجال، حيث تُعدُّ هذه الدراسة من أولى الدراسات (في حدود علم الباحثة) التي تحاول التعرف إلى دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة، وفق أسس ومنهجية علمية واضحة.

### • الأهمية التطبيقية:

1. من المتوقع أن تقدم الدراسة الحالية لمتخذي القرار في المنظمات الحكومية صور حقيقة عن دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الحكومي بقطاع غزة، وهذا بدوره يعزز ويساهم في رفع كفاءة العمل الإداري في مجال التنسيق في مختلف المنظمات الحكومية مما ينعكس بدوره على توفير الدعم المطلوب وسد العجز في الاحتياجات والخدمات اللازمة للقطاع الحكومي في حالات الطوارئ في المستقبل.
2. من المتوقع أن تسهم الدراسة الحالية في تحسين التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي من خلال التعرف على أفضل السبل لزيادة فعالية التنسيق بينها.
3. تأمل الباحثة بأن تسهم النتائج التي ستحققها هذه الدراسة وتوصياتها في تحقيق النقلة النوعية التي نرجوها لدى المسؤولين على عمليات التنسيق في القطاع الصحي الحكومي مع المنظمات غير الحكومية بشكل عام والمنظمات الدولية بشكل خاص.

## 1-6 حدود الدراسة

- الحد المكاني: أجريت هذه الدراسة على المنظمات الدولية العاملة في قطاع غزة، والإدارة العامة للتعاون الدولي في المجمع الإداري لوزارة الصحة بغزة.
- الحد الزمني: 2014 - 2015م.
- الحد البشري: طبقت هذه الدراسة على مسؤولي التنسيق في المنظمات الدولية والعاملين في الإدارة العامة للتعاون الدولي في المجمع الإداري لوزارة الصحة بغزة.

## 7-1 مصطلحات الدراسة

### • التنسيق (Coordination):

1. "توجيه جهود وعلاقات الهيئات الخيرية بالشكل الذي يحقق أهداف العمل الخيري، وبصفة عامة فإن عملية التنسيق تعنى محاولة خلق نوع من الارتباط والانسجام في نشاط الهيئات القائمة على تحقيق أهداف مشتركة حتى تستطيع القيام بأعمالها دون تضارب أو تداخل أو ازدواج مما يحقق وفراً في الجهد والوقت والمال" (المشهوراوي، 2013: 84).

2. **وتعرف الباحثة التنسيق:** بأنه عملية إدارية تعتمد على الاتصالات وتبادل المعلومات بطريقة منظّمة وفعّالة بين وزارة الصحة الفلسطينية بغزة والمنظمات الدولية التي تدعم القطاع الصحي الحكومي من خلال الأفراد القائمين عليها عبر تعاون مشترك بينهم وذلك من أجل تحقيق الأهداف المرجوة لتلك القطاع.

### • المنظمات الدولية (International Organizations):

1. تعرف بأنها " هيئة تنشئها مجموعة من الدول بهدف التعاون والتنسيق فيما بينها في مجال واحد أو مجالات عدة، وتحقق أهدافاً مشتركة للدول الأعضاء" (بورنين، 2010: 15).

### 2. وتعرف الباحثة المنظمات الدولية:

بأنها مجموعة من الهيئات أو الجمعيات المستقلة التي تتلقى المساعدات أو تعتمد على مصادر التمويل من خارج البلد الذي هي فيه من خلال مكاتب أو أجهزة تابعة لها في عدة دول، وتمارس عملها ضمن القوانين والأنظمة والضوابط الرسمية، وتهدف إلى رعاية بعض المصالح المشتركة أو تحقيق أهداف خيرية على الصعيد الدولي.

### • القطاع الصحي الحكومي (Public Health Sector):

1. هو القطاع المسؤول عن الصحة العامة للمواطنين، حيث تتبع له جميع المستشفيات والمراكز الطبية العلاجية المنتمية إلى القطاع العام (Wikipedia، 2014: نت)<sup>2</sup>

2. **وتعرف الباحثة القطاع الصحي الحكومي:** بأنه ذلك القطاع غير الربحي الذي يهدف إلى تقديم الخدمات الصحية لسكان قطاع غزة من خلال 13 مستشفى و54 مركزاً للرعاية الأولية.

## صعوبات الدراسة:

واجهت الباحثة عدة صعوبات أثناء إعداد هذه الدراسة تتلخص فيما يأتي:

1. عدم وجود مراجع تناولت موضوع التنسيق بشكل مباشر في المكتبات الفلسطينية، كما أن أغلب الدراسات السابقة ركزت على دور المنظمات غير الحكومية والتمويل الدولي ولم تتطرق لموضوع التنسيق بدرجة كبيرة.
2. قلة المراجع الأجنبية التي تناولت موضوع الدراسة.
3. صعوبة الوصول إلى بعض المنظمات.
4. إجهام بعض المنظمات عن التعاون والاهتمام بتزويدنا بالمعلومات المطلوبة للدراسة.

## الفصل الثاني

### الإطار النظري

المبحث الأول: التنسيق

المبحث الثاني: المنظمات الدولية

المبحث الثالث: القطاع الصحي الحكومي

## المبحث الأول

### التنسيق

#### مقدمة

1-1-2 مفهوم التنسيق

2-1-2 طبيعة وغرض التنسيق

3-1-2 أهمية التنسيق

4-1-2 أنواع التنسيق

5-1-2 مبادئ التنسيق

6-1-2 متطلبات التنسيق

7-1-2 وسائل التنسيق

8-1-2 مجالات التنسيق

9-1-2 معوقات التنسيق

10-1-2 عوامل نجاح التنسيق

11-1-2 التنسيق وظيفية شمولية

12-1-2 التنسيق في المنظمات غير الحكومية

## المبحث الأول: التنسيق

### " COORDINATION "

#### مقدمة:

يعد موضوع التنسيق من الموضوعات الإدارية التي جذبت انتباه منظري الإدارة في المراحل الأولى لنشأة وتطور النظريات الإدارية. هذا الاهتمام بموضوع التنسيق من قبل هؤلاء المنظرين يمكن إعادته إلى الأهمية التي يحظى بها هذا الموضوع سواء أكان ذلك في مجال التنظيم أو القيادة الإدارية، حيث يعد عنصراً مهماً فيما يتعلق بتحقيق أهداف المنظمة بكفاءة وفاعلية (عبد العزيز، 2006: 33).

وتتبع الحاجة إلى التنسيق من اختلاف وجهات النظر بشأن كيفية تحقيق الأهداف الجماعية أو كيفية عمل المجموعة بانسجام وتوافق، حيث غالباً ما يفسر الأشخاص الأهداف المتشابهة بطرق مختلفة، وكثيراً ما لا تتفق جهودهم لتحقيق تلك الأهداف مع جهود الآخرين ومن ثم تصبح مهمة المدير التوفيق بين الاختلافات في كيفية أداء العمل وتوقيته والاهتمامات والأهداف الفردية والجماعية، ويتضمن القيام بالتنسيق الاطمئنان إلى أن كل المجموعات وجميع الأشخاص يعملون اتجاه الهدف الرئيسي (العلاق، 2008: 329).

ولكي يتم تحقيق الانسجام والتوافق فيما بين مختلف الهيئات المكونة للجهاز الإداري بدعاميته المادية والبشرية، فضلاً عن توفير الارتباط الوثيق والتآلف يجب عدم الاكتفاء بوجود البرنامج الجيد للعمل أو التنظيم المثالي القادر على أدائه، وإنما يتعين أن يوجد إلى جانب ذلك تنسيق بين كافة العناصر السابقة (عفيفي، 1990: 234)، ومثل ذلك التوافق والتآلف لا يمكن الوصول لإدراكه دون وجود وسائل اتصالية مثالية وملائمة فيما بين الوحدات الإدارية المختلفة بصدد أداء كافة ومختلف المهام المتعين أدائها والوفاء بمتطلباتها بصورة رشيدة ومؤكدة.

ويقتضي إنجاز كل من التنسيق والاتصال على وجهيها الصحيح مع الأخذ بالاعتبار أي عملية فنية أم إدارية وذلك من أجل تحقيق الأهداف. فالمنظمة الكفاء تعمل على خلق تنسيق فعال، والتنسيق الفعال بين أنشطة المنظمة هو محصلة الأداء الفعال لجميع وظائفها.

وفي ضوء تلك المقدمة سوف نتناول موضوع التنسيق بشيء من التفصيل.

## 2-1-1 مفهوم التنسيق

### أ. التنسيق لغة:

يعرف لسان العرب التنسيق بأنه: مشتق من نسق ويعرف كلمة نسق بمعنى الاستواء فنقول نسق الكلام إذا عطف بعضه على بعض (ابن منظور، 1997: 179).

### ب. التنسيق اصطلاحاً:

يفهم مرة بأنه أساس العملية الإدارية، ومرة على أنه وظيفة من وظائفها ومرة أخرى على أنه يحل محل التنظيم أو جزء منه أو أداة من أدواته، ورغم ذلك فالإجماع منعقد على أن التنسيق جزء من العملية الإدارية؛ لأن التنسيق يعبر عن المهمة المركزية أو الأساسية في جعل الأطراف تعمل سوية لتحقيق أهداف مفهومة ومتفق عليها (السالم، 1988: 91).

**فقد عرف بعض الكتاب في ميدان الإدارة التنسيق بتعريفات متعددة نذكر منها الآتي:**

- التنسيق هو توجيه جهود وعلاقات الهيئات الخيرية بالشكل الذي يحقق أهداف العمل الخيري، وبصفة عامة فإن عملية التنسيق تعنى محاولة خلق نوع من الارتباط والانسجام في نشاط الهيئات القائمة على تحقيق أهداف مشتركة حتى تستطيع القيام بأعمالها دون تضارب أو تداخل أو ازدواج مما يحقق وفراً في الجهد والوقت والمال" (المشهوراوي، 2013: 84).

- عرف التنسيق أنه " ربط الموارد والعمليات معاً لتحقيق أهداف مرغوبة" (Jenning&krane,1994:54).

- ويعرف بأنه " تحقيق التوافق والانسجام والترابط بين عمل الوحدات التي تمارس نشاطاً مشتركاً تسعى إلى تحقيق هدف مشترك وذلك بقصد منع التناقض أو التضارب فيما بينها وتوحيد جهودها المشتركة لتسير معاً في الطريق الذي يكفل تحقيق ذلك الهدف بأفضل صورة ممكنة (نجم، 1989:184).

وعلى الرغم من تعدد وجهات نظر الباحثين والمهتمين بتعريفهم للتنسيق إلا أنها تتفق حول المحاور الأساسية التالية: (السعدان، 1998: 31)

أ. إن التنسيق يعني تكامل الجهود الجماعية داخل المنظمة وبينها وبين المنظمات الأخرى ذات العلاقة من أجل تحقيق الأهداف المشتركة.



- ب. بث روح التعاون والانسجام في العمل المشترك.
- ت. منع التضارب والازدواجية في العمل.
- ث. تكامل الأعمال المشتركة والمتداخلة.
- ج. انسيابية كافة الجهود عبر جميع القنوات في بوتقة واحدة.
- ح. رفع الروح المعنوية الجماعية لجميع الأعضاء.
- خ. تقليل التكلفة وزيادة الكفاءة والفاعلية.
- د. حينما تتعد الجهات التي تشارك في انجاز الأهداف فإن التنسيق ضروري لتحديد أولويات العمل وترتيبه، بما يكفل التوافق بين الجهود لتحقيق الهدف المشترك بدون تعارض أو ازدواجية.

ويلاحظ من التعريفات السابقة أن التنسيق هو انسجام الجهود وتضافرها لتحقيق الأهداف المشتركة لوحدات التنظيم المختلفة ويمكن تعريف التنسيق بشكل مبسط وشامل بأنه عملية إدارية مستمرة تعتمد على الاتصالات وتبادل المعلومات بطريقة منظمة وفعالة من خلال الأفراد القائمين عليها وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة لمنظمة (ما).

ومن المهم أنه لا بد من التفريق بين التعاون والتنسيق، فالتعاون يعني تعامل الأفراد مع بعضهم البعض للوصول إلى الأهداف المشتركة طواعية دون إكراه، لكن التنسيق يتم بموجبه توجيه الموظفين بشكل مدروس من خلال سلطة المدير للوصول إلى الأهداف المحددة (أبو سلطان، 2006: 72).

وتعرف الباحثة مسؤول التنسيق بأنه الشخص المسؤول في منظمة ما عن الاتصال والتواصل مع منظمات أخرى باستخدام وسائل اتصال مختلفة يتم من خلالها تبادل المعلومات بين طرفين أو أكثر من أجل الوصول إلى أهداف معينة تخدم تلك المنظمة.

## 2-1-2 طبيعة وغرض التنسيق:

إن التنسيق هو العملية التي تهدف إلى تحقيق وحدة العمل بين الأنشطة المتداخلة. ويكون التنسيق ضرورياً حيثما وجد اثنان وأكثر من الأفراد المتداخلين، أو الجماعات المتداخلة أو الأقسام المتداخلة تسعى لتحقيق هدف عام. ونجد أن مسؤولية التنسيق تقع أساساً على

مجلس الإدارة أو المدير التنفيذي، والحاجة إلى هدف رئيسي يُعدُّ أمراً إلزامياً، حيث بدون وجود هدف واحد في أذهان الناس فإن تنسيق الجهود يستحيل تحقيقه.

وحيث إنه لا يمكن إجبار الناس على التعاون فإنه من المهم وجود بيئة مناسبة لتبادل المعلومات دون وجود أي نزاعات بين الإدارة والعاملين، وينبغي تهدئة تلك النزاعات والقضاء عليها من خلال الاهتمام بالنواحي الإنسانية للعاملين، وبذلك فإن التنسيق وظيفة إدارية وضرورة مهمة لنجاح التنظيم في تحقيق أهدافه المرسومة، كما أن درجة وثقل أبعاد التنسيق لا تتشابه في جميع المنظمات والحالات والظروف فبعض الأقسام تتسم بالتداخل الشديد، ويتعين على المدير بذل جهود كبيرة لضمان التنسيق. ومن ناحية أخرى فإن عمل بعض الأقسام لا يتضمن تقريباً أي تدخل، وهنا تكون وظيفة تحقيق التنسيق بين الأعمال المستقلة بسيطة نسبياً، طالما أنه ليس بالضرورة أن تعمل هذه الأقسام بصورة تبعتها عن استقلالها (العلاق، 1999: 315).

### 2-1-3 أهمية التنسيق:

إن المتأمل في عملية التنسيق يلاحظ أن أهميتها أخذت تتعاظم في عصرنا الحاضر، وذلك على أثر التطور الهائل الذي تشهده تقنيات الإدارة الحديثة، فالتنسيق لم يعد عنصراً من عناصر العملية الإدارية، بل أضحي بمثابة الروح لهذه العملية، مما دعا بعضهم إلى القول بأن التنسيق يُعدُّ المبدأ الأول للإدارة، وأن بقية المبادئ مساعدة له أو مشتقة منه (الدويش، 1998: 17).

ومن ناحية أخرى، فإن مهارة الرئيس الإداري في ممارسة دوره كقائد إداري لمنظمة ما، تتوقف إلى حد كبير على مدى قدرته على التنسيق بين فروع ووحدات لمنظمة في نشاطها تجاه تحقيق الأهداف المرسومة.

وبدون التنسيق الفعال الذي يحقق التجانس والانسجام بين أعضاء المنظمة الإدارية، ويمنع وقوع التضارب وحدوث التنارع في العمل، سيفشل الرئيس الإداري في توجيه دفة منظمته تجاه الأهداف المنشودة (عبد الله، 1983: 309).

والتنسيق الفعال يعتمد على التخطيط السليم لكي تسير الأنشطة في اتجاه واحد لتحقيق الأهداف المخططة. كما أن هناك أهمية كبرى للتنسيق بين الخطط والسياسات الفرعية، والسياسات

العامة للمنظمة. فالغرض الأساس من التنسيق عامة هو العمل على أن تكون أنشطة المنظمة متزامنة (Dimock, 1983: 210).

وتستبين أهمية التنسيق من خلال الارتباط الوثيق بين هذه العملية والوظائف الإدارية الأخرى، ولذلك فإن العديد من رجال الإدارة يؤكدون على أن نشاط التنسيق ليس وظيفة إدارية مستقلة، وإنما يدخل في نطاق مختلف العمليات الإدارية الأخرى، وعلى اعتبار أن التنسيق هو جوهر ولب الإدارة، وفي كل وظيفة إدارية يلعب التنسيق دوره وتبرز مكانته وأهميته (هاشم، 1987: 76).

وهناك ارتباط وثيق بين وظيفتي التنسيق والتنظيم وذلك أن التنسيق يكمل وظيفة التنظيم. فالتنظيم السليم وفاعلية بنائه من شأنه أن يسهل عملية التنسيق بتحديد مسؤوليات واختصاصات كل وحدة في المنظمة، ومع تحديده للإطار العام للعلاقات المتعددة والمتشعبة فيها. وهنا يصبح التنسيق عملية مكملة لعملية التنظيم. (الفهيد، 2006: 17).

وعملية التنسيق تأخذ الجانب الأكثر أهمية في مراحل التخطيط، فالتخطيط يساعد في التنسيق بين جميع أعمال المنظمة على أسس من التعاون والانسجام بين الأفراد وبين إداراتهم المختلفة؛ للحد من التعارض والتضارب عند تنفيذ الأنشطة المختلفة (النمر وآخرون، 2001: 98).

وتبرز أهمية التنسيق في توضيح الرؤية الصحيحة للعمل في اتجاه واحد نحو تحقيق أهداف المنظمة، عندما يطغى نشاط على أحد الأنشطة الأخرى في المنظمات، حيث ترتفع معه حدة الصراع والتضارب في العمل، علاوة على أن هناك بعض الوحدات التي قد تجهل أعمال الوحدات الأخرى المكملة لعمل المنظمة لتحقيق أهدافها. يضاف إلى ذلك أن هناك الصراعات الشخصية بين الأفراد للاستئثار بأكبر قدر ممكن من الاهتمام بنواحي العمل عن الآخرين؛ نتيجة للطمع والجشع، وبحثاً عن مزيد من النفوذ والأهمية (Sharma & Litt, 1980: 130).

إن أهمية التنسيق بناء على ما تقدم تتبع من تداخله في جميع العمليات الإدارية، لكي يحقق التوافق والتكامل بين مختلف الأنشطة الإدارية في المنظمة. هذا بالإضافة إلى العوامل

الأخرى التي ترفع من درجة أهمية التنسيق في المنظمات، ويتضح ذلك جلياً بسبب اتساع حجم العمل في منظمات الإدارة العامة، وتنوع نشاطها، واتسام العمل فيها بالضخامة، وتعدد الوحدات، إلى جانب تطبيق قواعد التخصيص، وتقسيم العمل فيها (شيحا، 2001: 365-366).

وتزداد أهمية التنسيق كلما اتسع حجم التنظيم، وتعددت مستوياته ومسؤولياته ونشاطاته. ولا تقتصر مهمة التنسيق على مجرد ترتيب الجهود داخل المنظمة الواحدة، بل تتعداه إلى علاقة الإدارة بغيرها من الإدارات الأخرى ضمن المنظمة الواحدة، وفي علاقتها بالمنظمات والجهات الأخرى، ولذلك فإن عملية التنسيق ليست قاصرة على الموظفين المختصين، بل يشترك فيها أيضاً القادة والإداريون على مختلف مسؤولياته (حبيش، 1991: 81).

## 2-1-4 أنواع التنسيق:

التنسيق عملية مستمرة لا تتقطع من بداية العملية الإدارية وحتى نهايتها، وفي كل مرحلة من مراحل العملية الإدارية تدعو الحاجة إلى نوع معين من التنسيق بحسب ما يتطلبه الوضع أو كلما دعت الحاجة والضرورة لإزالة التضارب والتنافس والازدواج أو إحداث التكامل بين جهتين أو أكثر. وتختلف أنواع التنسيق ونذكر منها الآتي:

### أ. التنسيق الداخلي والتنسيق الخارجي: (أبو سلطان، 2013: 75-76).

والتنسيق الداخلي هو الذي يتم بين الفروع والأقسام المختلفة التابعة لمنظمة واحدة لغرض إيجاد نوع من التوافق والانسجام بين نشاط الأفراد داخل كل فرع أو قسم وبين نشاط الأفراد في الفروع والأقسام المختلفة داخل المنظمة.

أما التنسيق الخارجي فيقصد به إيجاد نوع من التوافق والانسجام بين أوجه نشاط المنظمة الواحدة ككل، وبيت أوجه النشاط الذي تقوم به غيرها من المنظمات على اختلاف مستوياتها، ومثال ذلك التنسيق الذي يتم بين المحافظات أو بين المحافظة والقرى الداخلة في ولايتها.

## ب. التنسيق الرأسي والأفقي:

والرأسي هو الذي يربط بين أعلى سلطة في المنظمة الواحدة (المدير العام) مثلاً، وأسفل سلطة في التنظيم كرئيس الفرع. أما الأفقي فهو التنسيق الذي يتم بين المستويات المتماثلة في المنظمة الواحدة والمنظمات الأخرى.

## ت. التنسيق الجماعي:

وهو الذي يستهدف تضافر جهود الجماعة، ويتم من خلال معرفة كل فرد لدور الآخر لتتكامل الجهود فيما بينهما لإنجاز المهام المطلوبة.

## ث. التنسيق الإجرائي:

هذا النوع من التنسيق هو الذي يستهدف تحقيق الانسجام بين كافة النظم الإجرائية المعمول بها، بحيث تكون هذه الإجراءات أدعى إلى تحقيق الهدف منها بلا مشاكل أو تعقيدات لا مبرر لها.

## ج. التنسيق المادي:

هو نوع من أنواع التنسيق يتضمن الاستفادة من المواد المتاحة، بالقدر الذي يفي بحاجة كل جهة من الجهات المشاركة.

## ح. التنسيق الزمني:

هو التنسيق الذي يكون عند الحاجة لترتيب الأولويات في عمليات التنفيذ للوحدات المشاركة والتي ترتبط بمواعيد زمنية محددة.

## 2-1-5 مبادئ التنسيق:

تتعدد وتختلف مبادئ التنسيق المطبقة بشأنه، وذلك تبعاً لتعدد وتنوع معايير تقسيمه من جانب واختلاف وتغيير الظروف والأوضاع المحيطة بتطبيقه من جانب آخر، ويشير فقهاء الإدارة العامة إلى أن هناك بعض التوجيهات والمبادئ التي يمكن الاسترشاد بها عند مباشرة عملية التنسيق سواء كان هذا التنسيق داخلياً أو خارجياً أو رأسياً أو أفقياً.

ويمكن إجمال هذه التوجيهات أو تلك المبادئ فيما يلي: (الأحمدي، 2004: 57).

أ. يجب أن يبدأ التنسيق مبكراً؛ أي عند القيام بإعداد الخطة.

ب. يجب أن يكون التنسيق مرناً.

ت. أن التنسيق عمل مستمر ودائم بمعنى أنه لا يقف عند حد معين.

ث. يوجد تناسب طردي بين ضرورة التنسيق وبين ضخامة حجم التنظيم واتساع نطاق الإدارة.

- ج. كلما اتسع مجال الأخذ بمبدأ العمل في التنظيم كلما زادت الحاجة إلى ضرورة التنسيق. هناك ارتباط جذري بين التنسيق كوظيفة وبين بناء التنظيم.
- ح. التنسيق يعتمد على السلطة التي يمنحها التنظيم للإداريين كما يعتمد -أيضاً- على كفاءة المرؤوسين ودرجة الفهم والتعاون المتبادل بينهم.
- خ. كلما زاد فهم الأفراد في جميع مستويات التنظيم لأهدافه وسياساته سهل تحقيق التنسيق الجيد والفعال.
- د. كلما كانت طرق ومنافذ الاتصال مباشرة وجيدة تحقق التنسيق بسهولة وفعالية.
- ذ. كلما انتشرت روح التعاون الاختياري بين العاملين في المنظمة كلما أدى ذلك إلى سهولة التنسيق وتحقيق ما يسمى بالتنسيق التلقائي.
- ر. أن التنسيق يمتد ليشمل وسائل تحقيق أهداف الخطة وأساليب تنفيذ البرامج التي تتطلبها الخطة.
- ز. سلامة التنسيق تتوقف على كفاءة القيادة الإدارية ومثانة البناء التنظيمي للجهاز الإدارية ويرى علماء الإدارة العامة أن معيار الحكم على القائد الإداري هو مدى نجاحه بالقيام بمهام التنسيق وتؤدي هذه المبادئ إلى ضمان فعالية التنسيق من أجل تحقيق الأهداف المطلوبة كما أنها تؤدي دوراً مهماً في زيادة فعالية وظيفة التنسيق بين كافة المستويات الفردية والجماعية وسواء كان التنسيق داخلياً أم خارجياً.

### 5.1 مبادئ التنسيق الفعال: (العلاق، 1999: 321).

هناك مبادئ وأساسيات تحكم التنسيق الفعال، وهذه المبادئ هي:

1. إن أول الأساليب التي ينبغي على المدير تنفيذها هي: القواعد والأهداف والهرمية وهي تعد أبسطها، كما أنها تيسر عملية التنسيق بصفة رئيسية، ويتحول المديرون بشكل نمطي إلى طرق أخرى عندما لا تصبح هذه الأساليب فعالة في المدى الطويل لتحقيق التنسيق.
2. كلما ازداد التنوع في الأهداف وقيم وميول الأقسام المطلوب تنسيقها زادت صعوبة وظيفة التنسيق بين الأقسام، لذا الأمر يتطلب تشكيل لجان خاصة، وتعزيز الاتصال وتحقيق التكامل.
3. طالما أن المشكلات غير المتوقعة تميل إلى التزايد، فإنه يتعين على المدير الاعتماد على القواعد والأهداف في التنسيق، وأن يزيد اعتماده على اجتماعات اللجان المجدولة وغير المجدولة، لتحقيق الاتصال والتكامل، ولهذا فإن المنظمات الميكانيكية تعتمد أكثر على

القواعد والأهداف والتدرج الهرمي من أجل تحقيق التنسيق، أما المنظمات العضوية فهي تعتمد بشكل أكبر على اللجان، والاتصال، والتكامل.

## 2-1-6 متطلبات التنسيق:

يشتمل التنسيق على المتطلبات التالية: (عبد العزيز، 2006: 25).

- توحيد الجهود وتوجيهها.
- تحديد كمية ونوعية العمل المطلوب أدائه من كل فرد أو مجموعة.
- تحديد الزمن اللازم لإتمام العملية.
- تحديد الأسلوب أو الشكل الذي ينبغي أن يتم به العمل المطلوب.
- كذلك فإن التنسيق يدخل ضمن وظيفة من وظائف الإدارة.

## 2-1-7 وسائل التنسيق:

إن نجاح العمل الإداري يعتمد أساساً على القدرة على القيام بمهام التنسيق داخل المنظمة الإدارية الواحدة، أو بينها وغيرها من المنظمات الأخرى، وتتعدد الوسائل التي يمكن أن تحقق التنسيق بطريقة فعالة بين المنظمات الإدارية ذات العلاقة أو داخل المنظمة المعينة وتتركز وسائل التنسيق فيما يلي: (السعدان، 1998: 39).

أ. اللقاءات المباشرة بين القيادات الإدارية.

ب. المجالس.

ت. اللجان.

ث. الاجتماعات الدورية.

ج. التنسيق عن طريق وسائل الاتصال المختلفة.

وسوف نقوم بشرحها بالتفصيل كما يلي:

أ. اللقاءات المباشرة بين القيادات الإدارية:

حيث يعمل كل قائد في تنظيمه ونطاق إدارته على تحقيق التجانس بين من يعملون معه، والتوفيق بين نشاطاتهم لكي تتحقق الأهداف المرسومة. حتى القيادة العليا والتي تتمثل بالوزير بالنسبة إلى وزارته أو رئيس مجلس الإدارة بالنسبة للمؤسسات العامة أو الأهلية، فإنهم تقع

عليهم مهمة التنسيق بين الأقسام الرئيسية في الوزارة أو المؤسسة، ويكون كل واحد منهم مسئولاً، مسؤولية قيادية، على تحقيق الانسجام والترابط بين رؤساء الأقسام، وتنمية "روح الفريق الواحد" بينهم ولا يضير القائد الاستعانة بأهل الخبرة والتجربة والرأي السديد فيما يعترضه من مشكلات خلال عمله التنسيق (Delnek, 2006:45).

وعلى القيادة العليا أن تشرك أعضاء التنظيم في رسم سياسته، وأهدافه واقناعهم بروح التساند والترابط لتحقيق أهداف التنظيم.

وهنا يأتي دور القيادات الوسطي "رؤساء الأقسام ومديري الإدارات والمصالح والفروع" كقناة تنسيق بين القيادات العليا، والقيادة في المستويات الدنيا. هذه القيادات لها الدور الفعال في انسياب العمل ووضع الأهداف موضع التطبيق الفعلي والعملية (أبو سلطان، 2013: 79).

#### ب. المجالس:

وهي المجالس التي يتم تشكيلها بين القادة الإداريين في منظمة معينة، أو بين القادة في منظمات متعددة على سبيل الدوام، وذلك بهدف تبادل وجهات النظر والعمل على تحقيق الأهداف المشتركة وإزالة ما قد يعترضها من احتمالات التداخل أو التثابك (شيحا، 1994: 372-373).

#### ت. اللجان:

يقصد باللجان في هذا الخصوص اللجان التي يتم تشكيلها لتحقيق التنسيق بين إحدى المنظمات الإدارية وغيرها من المنظمات التي ترتبط بها. ويتم تشكيل هذه اللجان من كبار الإداريين والمسؤولين، وقد يتم تشكيلها بصفة دائمة أو بصفة عرضية لحل مشكلة معينة، وتوجد هذه اللجان داخل الوزارات والشركات والمؤسسات غير حكومية، وهذه اللجان لها أهمية في عمل الآتي: (بن حبتور، 2009: 203).

- في تطبيق أساليب الإشراف لتوحيد التوجيه.
- التنسيق بين البرامج طويلة الأمد والقصيرة.
- تحقيق المرونة في معالجة الظروف المستجدة.
- توحيد الخبرات الواسعة للمديرية باتجاه هدف تحقيق حسن مسار التنظيم.



### ث. الاجتماعات الدورية:

وهذه الاجتماعات تتيح الفرصة للمشاركين فيها لتبادل الآراء والأفكار، وهذه المناقشات تتيح الفرصة لتحقيق الانسجام والترابط بين الوحدات الإدارية في المنظمة وتكامل أنشطتها أو بينها وبين المنظمات الأخرى المتشابهة معها (كشك، 1997: 26).

ويعتمد نجاح هذه اللقاءات على درجة إحساس كل عضو في التنظيم بقدرته في التعبير بحرية عن أفكاره وآرائه بحيث يستفيد المدراء من هذه الأفكار وتلك الآراء . ويشير كُتَّاب الإدارة إلى أهمية هذه الاجتماعات الدورية لأعضاء التنظيم فيما يتعلق بوظيفة التنسيق لما تحققه من فوائد جمة منها: (شيحا، 1994: 373-374)

- أنها تعطي لكل عضو في التنظيم الشعور بوحدة العمل وترابطه.
- أنها تُعدُّ وسيلة لإحاطة أعضاء التنظيم بالمشاكل الجديدة وسبل حلها من الناحية العملية.
- أنها تعمل على إعطاء فرصة حسنة للمرؤوسين لطرح مقترحاتهم التي قد يكون لها شأن في تسيير العمل وتنسيقه بين أقسام التنظيم.
- تفيد في التعرف على نقاط الخلاف والتعارض بين الأقسام المختلفة في التنظيم، غير أنه رغم المزايا التي تحققها تلك اللقاءات أو الاجتماعات إلا أنه قد تحول بعض الصعوبات دون عقدها كعدم رغبة المديرين في عقدها خشية الكشف عن أوجه القصور أو النقص الذي قد يعترى المنظمة، الأمر الذي قد يؤدي إلى تحريك مسؤوليتهم، أو أن يعمل المدراء على حجب المسائل الحيوية والمهمة والاكتفاء بعرض الأمور قليلة الأهمية وغير المؤثرة في حياة المنظمة.

### ج. التنسيق عن طريق وسائل الاتصال المختلفة: (العلاق، 2008 : 331-330)

- التنسيق عن طريق وسائل الاتصال المكتوبة ومنها المنشورات الدورية، والتقارير المكتوبة التي تقدمها كل إدارة من الإدارات المختلفة داخل المنظمة أو بين المنظمات الأخرى.
- التنسيق عن طريق أجهزة الاتصال الحديثة بحيث تسهل مهمة نقل الأفكار والمعلومات التي تشكل القاعدة الأساسية للتنسيق.
- التنسيق عن طريق الاتصالات غير الرسمية، وهذا النوع من الاتصالات مكمل للاتصالات الرسمية حيث تعمل هذه الاتصالات على تنمية العلاقات الودية بين الأفراد المهتمين بالتنسيق، خاصة عندما يكون التنسيق بين شخصين أو منطمتين ليس لأحدهما سلطة على الأخرى، أو ليس على نفس المستوى الإداري.

وهناك أساليب أخرى لتحقيق التنسيق، ومن أبرزها ما يلي: (السالم، 1999: 25).

#### أ. التنسيق بالقواعد أو الإجراءات والأهداف:

إذا كان العمل المطلوب أداءه يمكن التنبؤ به، ويمكن تخطيطه مسبقاً، فإن المدير سوف يكون قادراً على التحديد المسبق للأفعال التي يجب على تابعيه أو مرؤوسيه القيام بها، وهكذا فإن القواعد والإجراءات تكون مفيدة لتنسيق الأنشطة الروتينية المتكررة، يقوم معظم المديرين بتحديد الأهداف والغايات لمرؤوسيهم لتسهيل التنسيق.

#### ب. التنسيق الهرمي:

إن جميع المديرين يستعملون سلسلة الأوامر لتحقيق التنسيق؛ فاستخدام التنسيق الهرمي (اثنان أو أكثر) من المرؤوسين يذهب إلى رئيسهما طلباً للقرار، فإنه سيقوم بتنفيذ القرار طالما أن عدد الاستثناءات أو المشكلات التي تدفع المدير لاتخاذ قرار بصددها ليس كبيراً، أما في حالة تعدد وتعدد المشكلات، فإن المدير سوف يكون مثقلاً بشكل يفوق طاقته على التحمل، عندها يصبح المدير غير قادر على أداء وظيفته بفعالية.

#### ت. استخدام التكامل المستقل للتنسيق:

إن وظيفة التكامل المستقل هي تنسيق الأنشطة للعديد من الأقسام المتداخلة. ويختلف ممارسو التكامل عن رجال الاتصالات في أن الأولين يكونون مستقلين عن (أي غير متصلين) الأقسام التي يشرفون على التنسيق معها. وبدلاً من ذلك، يكونوا مسئولين أمام المدير الذي يكون مسئولاً عن الأقسام التي يتم التنسيق بينها، وقد يحصل التكامل على مستوى الأفراد والأقسام.

#### ث. التنسيق من خلال التكيف المتبادل:

إن التكيف المتبادل يحقق التنسيق من خلال الاتصالات غير الرسمية، ويعد ذلك مدخلاً بسيطاً للتنسيق وهكذا فإنه يستخدم في الأشكال البسيطة للمنظمات مثلاً، بواسطة شخصين يبدأ فيها كلا الشخصين بالتنسيق التام فيما بينهما، أحياناً يستخدم التكيف المتبادل في الحالات المعقدة غير المستقرة والتي يصعب التنبؤ بها.

في ضوء ما سبق يصبح من المؤكد أنه ليس ثمة وسيلة أضمن أو أفضل من أسلوب الاجتماع الدوري لتحقيق وحدة الإدارة والتضافر فيما بين الجهود المبذولة والتعاون المثمر بينها وبصورة تلقائية الناتج عن الاتفاق فيما بين رؤساء الأجهزة والأقسام والفروع المختلفة بالجهاز أو المنظمة المعنية حول هدف عام فيما بينهم وذلك في حضور الرئيس الأعلى أو القائد الإداري المسئول أولاً وأخيراً عن إنجاز العمل وتحقيق أهدافه.

## 2-1-8 مجالات التنسيق: (أبو سلطان، 2013: 84).

في دراسة تناولت مجالات التنسيق أثناء الأزمات والكوارث تم ذكر أهم مجالات التنسيق وهي كالتالي:

### أ. التنسيق داخل المؤسسة:

ويقصد به التعليمات والأوامر التي تنظم كيفية العمل لمواطن الكوارث والأزمات وأولوياته وحدوده ومسئولية كل عنصر والمسئول عن تنسيق كل مرحلة من مراحل الأزمة وضوابط هذا التنسيق وبما يضمن الأداء المتقن وبأقل خسائر ممكنة وفي أقصر وقت ممكن.

### ب. التنسيق بين المؤسسة والمستوى الأعلى:

ويعدُّ هذا التنسيق أساسياً حيثُ يعدُّ هو اللبنة الأولى في عمل إدارة الأزمات حيث يحدد المستوى الأعلى مدى وحدود مسؤولية المستوى الأدنى في مجابهة الكوارث أو التعامل مع الأزمات ويعتبر الأساس هذا في تحديد هذه المهام أن تكون من الكوارث والأزمات البسيطة والدورية والتي تدخل في إمكانية المستوى الأقل والتي تدخل في مهمته المباشرة والأساسية أما الأزمات العنيفة وغير المتكررة فهي تدخل في نطاق المستوى الأعلى ويحدد المستوى الأعلى ما هي حدود التنسيق الواجب اتباعها في كل نوع من هذه الأزمات.

### ت. التنسيق أثناء مرحلة التخطيط:

ويهدف إلى ضمان استنباط السيناريوهات والقرارات السليمة للعمل بين المنظمات ومن خلال تنسيق وجمع وتصنيف وتحليل المعلومات وتحديد الأسلوب الأمثل لها، وتنسيق كيفية أسلوب طلبها وتداولها وأيضا مسؤوليات الأفراد، وتنسيق أسلوب التعاون بين عناصر التخطيط والتحليل من جهة، وبين عناصر جمع وتحليل المعلومات من جهة أخرى.

### ث. التنسيق أثناء مرحلة التنفيذ:

ويهدف إلى ضمان توحيد جهود كل الإدارات المعنية والمختصة أثناء عملية التنفيذ، وأن يكون هناك ضمان في سيولة المعلومات والأنشطة الخاصة بالمتابعة الدقيقة والموقوتة لكل خطوات سيناريو العمل، مع الاستعداد لتنسيق تدفق الجهود الإضافية لعدم تضارب اختصاصاتها أثناء مرحلة التنفيذ.

### ج. التنسيق بعد انتهاء العمل: (مسعود، 1997: 15-13)

ويهدف إلى ضمان التأكد من تحقيق الأهداف طبقاً للمخطط المرسوم، مع تنسيق تداول المعلومات الجديدة بما يضمن إعادة السيناريوهات الأخرى وتعديلها بما يتناسب مع الموقف الجديد، مع تنسيق إعادة الأوضاع إلى ما كانت عليه سواء بالإمكانيات المتوفرة أو بالاستعانة بمصادر جديدة.

### ح. التنسيق بين الطواقم الإدارية الميدانية:

ويهدف التنسيق أساساً إلى عمل المجموعات المختلفة مع القطاعات الأخرى، بما يضمن أداء العمل طبقاً للخطة المرسومة ومنعاً لعرقلة العمل.

### خ. التنسيق بين المستويات الإدارية:

ويتم هذا التنسيق من خلال أوامر وتعليمات يحددها المستوي الأعلى عن مهام ومسئولية كل جهة، وبعدها يقوم كل مسئول إداري بإجراء التنسيق بناء على هذه المهام والمسئوليات، ويتم هنا تنسيق توقيت وامكانيات كل عنصر في المنظومة القيادية، ومن المفضل أن يتم ذلك من خلال محاضر عمل مكتوبة ومصادق عليها من المستوي الأعلى لكي يتم التأكيد على ضمان العمل بالقرارات المتخذة، ويجب الأخذ بالاعتبار أهمية وجود نظام ولوائح تحدد أساليب التنسيق الواجب إتباعها.

### 2-1-9 معوقات التنسيق:

التنسيق كغيره من الوظائف الأخرى يواجه بعض العقبات بعضها يتعلق بالهيكل التنظيمية وبعضها في الأوامر والتعليمات في حين تكمن بعض العقبات في العاملين أنفسهم ومن أبرز

المعوقات أمام التنسيق الفعال ما يلي: (مسعود، 1997: 16)

أ. عدم وضوح قنوات الاتصال الأفقي والرأسي.

ب. الطمع والأنانية وحب الظهور من قبل بعض العاملين مما يؤثر سلباً على انسيابية الأداء نحو الأهداف.

- ت. تضارب الأوامر والتعليمات والقرارات المرتجلة.
- ث. التعارض في المصالح والتباين في تحديد الأهداف.
- ج. عدم الجدية في العمل على تحقيق الأهداف من قبل البعض مما يولد ضعف الانسجام بين الوحدات.
- ح. إن الاهتمام ببناء نظم معلومات حديثة وإنشاء الروابط عن طريق الإنترنت خاصة بالمنظمة المعنية بالتنسيق مع المنظمات الأخرى من العناصر التي تمكن من التنسيق الفعال، وإن عدم الحرص على ذلك يؤثر سلباً على ممارسة وظائف التنسيق (النويصر، 2002: 100).
- خ. عدم الاهتمام بالمراجعة والتقييم المستمر للأداء التنسيقي وأدواته وفعاليتها، وذلك لتدعيمه وتطوير أساليبه.

#### وترى الباحثة أن من معوقات التنسيق في أي منظمة ما يأتي:

1. عدم توفر الوسائل والإمكانيات المادية التي من شأنها تساعد على انسياب عملية التنسيق بكل سهولة.
2. قلة الخبرة والمهارة والقدرة على التفاوض وبناء العلاقات مع الآخرين لدى القائمين على عمليات التنسيق له دور كبير في إعاقة عملية التنسيق.
3. ضعف المسؤولية والمساءلة لدى الجهات المعنية بالتنسيق.
4. إهمال الحوافز المادية والمعنوية التي تدعم عمليات التنسيق لدى القائمين عليها.
5. ضعف الإدارة العليا والتنفيذية لأهمية التنسيق والتخطيط المسبق له من شأنه يشكل عائقاً أمام عملية التنسيق.
6. عدم قيام التنسيق على أسس علمية ومنهجية ومخططة.

ويرى كل من **Lawrence & Lorsh** أن هناك أربعة أنواع من الخلافات في المواقف وأنماط العمل بين الوحدات التنظيمية المختلفة والتي تحول دون التنسيق بفاعلية بين أنشطة التنظيم وهذه الخلافات، هي: (دره وآخرون، 1994: 328).

- الخلافات في التوجه نحو الوصول إلى أهداف معينة.
- الخلافات حول الوقت.
- الخلافات بين الأشخاص.
- الخلافات حول الهيكل التنظيمي.

وعلى أية حال فإن بيئة التنظيم بشكل عام تؤدي دوراً مهماً في نجاح أو فشل وظيفة التنسيق. فالهيكل التنظيمي ونمط اختيار العاملين وتدريبهم وتوجيههم وتأقلم العاملين والتعاقد السيكلوجي ومشاركة العاملين في عملية اتخاذ القرارات. كل ذلك يولد لديهم الالتزام والولاء التنظيمي مما يسهل وظيفة التنسيق لخدمة مصلحة التنظيم.

## 2-1-10 عوامل نجاح التنسيق:

ولكي يصبح التنسيق فعالاً يسهم في تحقيق الأهداف ترى الباحثة أنه لا بد من توافر العديد من العوامل لعل من أهمها: (علاقي، 1998: 553).

1. أن يتفهم المديرون طبيعة وظيفة التنسيق وأهداف المنظمة المطلوب تحقيقها خلال أية فترة زمنية. ذلك أنه إذا لم يكن المدير على معرفة تامة بالأهداف المطلوبة فإن من الصعوبة عليه شرح وتوصيل المعلومات إلى مرؤوسيه وتحديد ما يطلب منهم من أعمال. إن عملية التنسيق بلا شك هي عملية اتصالات وتبادل معلومات وإذا لم يكن الشخص المكلف بها على علم تام بمضمون هذه المعلومات فإنه لا يستطيع بالتالي أن يوصلها إلى مراجعها كما ينبغي. وقد يؤدي ذلك إلى أن يستقبل منه الأشخاص هذه المعلومة بطرق مختلفة وتكون النتائج عندئذ اختلاف بين ما هو مطلوب وما ينفذ أو ما قد نفذ.
2. أن يتم التنسيق في المراحل الأولى من تحديد الأهداف والخطط واتخاذ القرارات حتى لا تقوم الإدارات، أو الأقسام، أو الأفراد باتخاذ سلسلة لاحقة من القرارات والسياسات متناقضة مع بعضها البعض.
3. من المفيد أن يشترك العاملون على تنفيذ الخطط في التنسيق لكي يشعروا بأهمية مواقعهم وكذلك أهمية التوافق بين الأفكار والنتائج بين الإدارات المختلفة نحو تحقيق الأهداف المرسومة.
4. ولكي يحقق التنسيق أهدافه فلا بد من أن تحس الإدارة بمطالب الإدارات والأفراد وتعمل على تحقيقها. ذلك أنه من الصعب أن تطلب الإدارة من الفرد أن يؤدي عملاً على نحو (ما) وفي حدود وقت معين إذا كانت احتياجات هذا الفرد بعيدة من التحقيق، كذلك فإن على الإدارة يجب أن توفر الاحتياجات المطلوبة للأقسام المختلفة.
5. لا بد وأن يكون هناك توافقاً بين الإدارات المختلفة لكي يتم تحقيق فعالية التنسيق الأفقي. فالتناظر بين مديري هذه الإدارات والتصارع على تحقيق المكاسب الشخصية أو الذاتية لكل إدارة على حدة قد يخل بمبدأ توحيد الجهود المشتركة نحو تحقيق الأهداف وهو ما يهدف إليه التنسيق.

## 2-1-11-11-2 التنسيق وظيفية شمولية: (العلاق، 1999: 323-322).

لقد اعتبرنا التنسيق وظيفية شمولية حيوية من وظائف الإدارة. ووافقنا في هذا الرأي عدد كبير من علماء الإدارة وممارسيها، ولتوضيح دور التنسيق كوظيفة شمولية نذكر الحالات التالية:

1. في مرحلة التخطيط، يناقش المدير العام مع مديري الإدارات الخطط الفرعية المقترحة ويتم التنسيق بين الخطط والسياسات العامة للمشروع، ويتم شرح الخطط والسياسات لكافة العاملين القائمين على تنفيذها، كما أن التنسيق الفعال يعتمد على التخطيط السليم الجيد لضمان سير الخطط والبرامج معاً في نفس الاتجاه لتحقيق الهدف المشترك.
2. الغرض من التنظيم هو التنسيق بين الجهود وتحقيق التكامل والتوازن بينها فعندما يقوم المدير بتحديد أوجه النشاط ويحدد الاختصاصات، والسلطات والمسؤوليات، والوظائف والعلاقات بينهما، يراعي تحقيق التنسيق بين الجهود الجماعية في المشروع وتفاذي أي تعارض أو ازدواج بينها.
3. في التوجيه أيضاً يمارس المدير نشاط التنسيق. فجوهر إعطاء الأوامر والتعليمات يعني التنسيق بين أوجه النشاط المختلفة مما يكفل تحقيق الأهداف المرسومة.
4. في الرقابة يمارس المدير نشاط التنسيق. فعند ممارسته للرقابة وكشفه لأي انحرافات عن الخطط والبرامج الموضوعية، يبحث المدير عما إذا كان يوجد نقص في التنسيق وعندما يتبين للمدير وجود انحرافات يتخذ الإجراءات لمعالجتها وإعادة توحيد الجهود؛ أي أنه يمارس التنسيق من داخل الرقابة.

وترى الباحثة أن التنسيق ليس فقط وظيفة من وظائف الإدارة وإنما هو جوهر العملية الإدارية باعتبار أن الإدارة تتمثل في التنسيق بين الجهود الجماعية وتحقيق التكامل والتعاون بينها بما يضمن بلوغ الأهداف المرسومة.

## 2-1-11-11-2-1-11-11-2 التنسيق والتنظيم وظيفتان مترابطتان:

يعد التنسيق عنصراً مكملاً للتنظيم وهو الذي يضع هذا التنظيم في حالة حركة فإذا كان التنظيم هو العناية بالبناء الأساسي أو الهيكل العضوي للوحدة فإن التنسيق يعني بضبط وإحكام الأعمال والإجراءات والجهود والإمكانات خلال ممارسة النشاط وسائر الوظائف الإدارية مرتكزاً بشكل عام على التنظيم نفسه، فيسير على آثاره ويكملها من خلال الممارسة المستمرة الدورية أو

اليومية وبشكل يضمن الترابط والتوافق بين أجزاء وفروع تلك الوحدة ونشاطاتها المتعددة. (دباس، 1983: 100).

## 2-1-12 التنسيق في المنظمات غير الحكومية:

### 2-1-12-1 مفهوم التنسيق في المنظمات غير الحكومية:

أيضاً تعد المنظمات غير الحكومية جزء من النسيج المجتمعي تقوم وتنشط وتتفاعل في إطار ظروف اجتماعية واقتصادية وسياسية وتمويلية، ويتحرك ويتبدل وفق تحولات المجتمع ويتقدم ويتراجع ويظهر ويختفي وينشط ويضعف متأثراً بهذه الظروف حيث تعد منظمات غير جامدة من حيث تأثرها بالبيئة الخارجية وأوضاعها الداخلية أو وظائفها أو علاقتها مع جمهورها أو مع غيرها من منظمات غير الحكومية أو مع مصادر تمويلها أو مع السلطة المركزية (المشهوراوي، 2013: 7).

ومن وجهة نظر الباحثة فإن التنسيق بالنسبة لتلك المنظمات هي نوع من التعاون الذي يهدف إلى الخير من خلال تلبية حاجات الأفراد والفئات المهمشة والجهات التي بحاجة إلى تقديم يد العون والمساعدة لها وقد تكون هذه المساعدة عينية من خلال الأموال أو الأشياء المادية، أو قد تكون هذه المساعدة هي استقطاب خبراء في مجال معين لتعليم وتدريب الأفراد ذوي العلاقة. وهذه المنظمات بأنشطتها تتيح للأفراد التمكن من الخيرات والمنافع العامة دون تدخل مباشر من الدولة.

### 2-1-12-2 أهداف التنسيق في المنظمات غير الحكومية: (المشهوراوي، 2013: 84)

1. تطوير قدرات المنظمات المشاركة في مجالات التنسيق داخل الدولة الواحدة.
2. توفير الجهد والوقت والمال في سبيل تحقيق الهدف المشترك للمنظمات.
3. تطوير المشاريع والأنشطة التي تشرف عليها الهيئات من خلال التنسيق المشترك وتبادل الخبرات بينها.
4. بث روح التعاون الإيجابي لدى المنظمات.
5. توزيع الاختصاصات حسب طبيعة ونشاط وموقع كل هيئة منعاً للتعارض والازدواجية في الاختصاصات



## 2-1-12-3 إيجابيات التنسيق بين المنظمات: (المشهوراي، 2013: 85).

1. المساهمة الفعالة في حل مشاكل التنمية الاجتماعية في المجتمعات التي تعمل فيها المنظمات الخيرية.
2. منع الازدواجية والتضارب في مجال تنفيذ العمل الخيري.
3. العمل على تنفيذ مشاريع مشتركة في مختلف المجالات.
4. توفير المعلومات والبيانات من حيث نوعية المشاريع التي تحتاجها الدولة التي تعمل فيها تلك المنظمات.
5. تبادل الخبرات بين المنظمات مما يساهم في تطوير قدراتها على تنفيذ برامجها.
6. الاستفادة من التوسع الإقليمي لبعض المؤسسات.

## 2-1-12-4 معوقات التنسيق بين المنظمات: (المشهوراي، 2013: 86-87).

إن الناظر إلى عمل لجان ومجالس التنسيق للمنظمات الخيرية والأنشطة المتشعبة التي تقوم بها من خلال أجهزتها، يرى إنجازات كثيرة قد تحققت بفضل إخلاص العاملين في تلك المؤسسات وتفانيهم في العمل. ورغم تحقيق تلك الإنجازات إلا أن عملية التنسيق لم تكن بمستوى الطموح المطلوب ويرجع ذلك إلى بعض الأسباب والمعوقات نذكر بعضها وهي باختصار كالاتي:

1. تعد مشكلة التمويل ودفع اشتراكات ومساهمات الأعضاء من أبرز المشاكل التي تواجه مجالس ولجان التنسيق وهي العائق الرئيسي لاستمرار تلك اللجان.
2. عدم التفريق بين الأهداف الخاصة بالهيئة والأهداف العليا لمجمل العمل الخيري.
3. سيطرة الشخصيات الاعتبارية على لجان ومجالس تنسيق العمل الخيري مما يؤدي مراعاة جوانب عدة.
4. اختلاف الأفكار والأيدولوجيات بين القائمين على إدارة وتسيير الهيئات يؤثر بالطبع على الرؤية والأولويات والاهتمامات وينعكس ذلك في التطبيق على الواقع.
5. ضعف الجانب الإداري لدى القائمين على إدارة لجان ومجالس التنسيق وعدم قدرتهم على تحقيق الأغراض الأساسية من تلك اللجان.
6. سيطرة فكر معين على الهيئة الإدارية أو التنفيذية لمجلس التنسيق قد يكون له انعكاس سلبي على أداء العمل التنسيقي وعدم تفاعل باقي الأعضاء مع الأطروحات والأفكار والتي لا تتماشى مع أهداف المجلس.
7. البطء في اتخاذ القرارات الحيوية والحاسمة والتي تتطلب العمل السريع ويرجع السبب في ذلك إلى صعوبة دعوة الأعضاء لتبادل الآراء وتكوين رأي واحد.

## المبحث الثاني المنظمات الدولية

### مقدمة

1-2-2 تعريف المنظمة الدولية

2-2-2 تاريخ المنظمة الدولية

3-2-2 عناصر المنظمة الدولية

4-2-2 الطبيعة القانونية للمنظمات الدولية

5-2-2 مصادر المنظمات الدولية

6-2-2 أنواع المنظمات الدولية

7-2-2 الهيكل التنظيمي للمنظمات الدولية غير الحكومية ونظام تمويلها

8-2-2 تطور أهداف ومهام المنظمات الدولية

9-2-2 علاقة المنظمات الدولية مع حكومات الدول

10-2-2 أهم المنظمات الدولية التي تدعم القطاع الصحي الحكومي

## المبحث الثاني: المنظمات الدولية (International Organizations)

### مقدمة:

يطلق على العصر الراهن بعصر المنظمات الدولية، لما تضطلع له من أهداف سياسية واقتصادية واجتماعية وقانونية وثقافية، فقد تطور مفهوم المنظمة الدولية بشكل كبير وسريع كما اتسع نطاقها، وتدخلت في تنظيم جوانب عديدة من نشاطات كانت متروكة إلى عهد قريب للدول، ونتيجة إلى التطور الهائل في مختلف العلوم وخاصة في مجال وسائل المواصلات والاتصالات الدولية، فرض على المجتمع الدولي أن يضع الوسائل الكفيلة في تنظيم العلاقات بين الدول وتنسيق مصالحها عن طريق إنشاء منظمات دولية تتولى تنظيم المصالح الدولية بين الدول بشكل يحقق المنافع المتبادلة للجميع (الفتلاوي، 2010: 15).

وقد تعددت الأنشطة لتلك المنظمات وتغيرت بحسب الظروف والمتغيرات التي تطرأ على المجتمعات التي بحاجة إلى مساعدة تلك المنظمات، بحيث شملت كافة المجالات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتعليمية بالإضافة إلى الدور الإغاثي الذي تلعبه تلك المنظمات في أوقات الأزمات والطوارئ من خلال تقديم المساعدات الدولية لتلك المجتمعات في أنحاء العالم ولا سيما في أوقات الحروب.

هناك العديد من المنظمات الدولية التي تزاوُل أنشطتها في قطاع غزة والضفة العربية بتقديم خدماتها ومساعدتها في إطار أنشطتها المعتادة كمنظمات دولية منبثقة عن الأمم المتحدة أو مستقلة عنها. وهي تسعى لتكثيف أنشطتها وخاصة في أعقاب الحرب الإسرائيلية على غزة، 2008، وتضطر هذه المنظمات لاستنهاض همم المتبرعين والداعمين، وتوجيه مناشدات للمجتمع الدولي من حين لآخر لتوفير الأموال الضرورية. (التقرير الاستراتيجي، 2010: 375) وقد شهد القطاع ارتفاعاً ملحوظاً في عدد المنظمات التي قدمت للعمل فيه بشكل مباشر (دليل الجمعيات الأجنبية، 2014: 10).

وقد حظي القطاع الصحي الحكومي في السنوات الأخيرة بدعم تلك المنظمات ولاسيما في فترة العدوان الأخير على قطاع غزة في عام 2014 مما ساهم في توفير الخدمات الصحية الأساسية للمواطن الفلسطيني.

## 2-2-1 تعريف المنظمة الدولية:

عرفها الفتلاوي بأنها: "هيئة دولية دائمة تضم عدداً من الدول، تتمتع بإرادة مستقلة، تهدف إلى حماية المصالح المشتركة للدول الأعضاء" (الفتلاوي، 2010: 21).

والمنظمة الدولية هي "هيئة أنشأتها مجموعة من الدول بإرادتها للإشراف على شأن من شؤونها المشتركة، وتمنحها اختصاصات ذاتية تباشرها هذه الهيئة في المجتمع الدولي وفي مواجهة الدول الأعضاء أنفسهم" (الحديثي، 2010: 170).

تعرف بأنها: "شخص معنوي من أشخاص القانون الدولي العام ينشأ من اتحاد إرادات مجموعة من الدول لرعاية مصالح مشتركة دائمة بينها، ويتمتع بإرادة ذاتية في المجتمع الدولي وفي مواجهة الدول الأعضاء" (الغيثي، 2006: 9).

كما تعرف بأنها جمعية أو تجمع أو حركة مكونة بصفة دائمة، تنشأ ليس باتفاق بين الدول ولكن بمبادرة خاصة أو مشتركة تجمع أشخاص طبيعيين أو معنويين خواص أو عموميين من جنسيات مختلفة للقيام بنشاط دولي أي أنها تمتد لدول متعددة وليس لها طابع ربحي" (Fentanel, 2005: 9).

وتعرف أيضاً: بأنها تلك المنظمات التي ليس لها هدف ربحي، وهو شرط أو إحدى الخصائص التي تميزها عن غيرها من المنظمات والشركات الربحية التي تستهدف الربح في نشاطها، كما تتميز المنظمات الدولية بالاستقلالية عن عضويتها بمعنى استقلالية في نشاطاتها عن سلطة أو تأثير الحكومة (lindblon, 2005: 4).

وعرفت أيضاً بأنها: "كل تجمع لعدد من الدول في كيان متميز ودائم يتمتع بالإرادة الذاتية والشخصية القانونية الدولية، تتفق هذه الدول على إنشائه كوسيلة من وسائل التعاون الاختياري فيما بينهم في مجال أو مجالات يحددها الاتفاق المنشئ للمنظمة" (عبد الحميد، 2000: 6).

وفي ضوء ما تقدم، يمكن تقديم تعريف مختصر لهذه المنظمات من خلال سماتها هي إنها "منظمات تطوعية إرادية معلنة، تنشأ باتفاق غير حكومي، وهي مستقلة عن الحكومات وتقوم بقصد تحقيق أهداف إنسانية لها سمة عالمية دون استهداف تحقيق الربح، وتمارس نشاطها عبر حدود الدول؛ أي في أكثر من دولة".

## 2-2-2 تاريخ المنظمات الدولية:

### 2-2-2-1 نشأة المنظمات الدولية:

ترجع نشأة المنظمات الدولية إلى فكرة المؤتمر الدولي؛ لأنها في حقيقة الأمر ليست إلا امتداداً لهذه المؤتمرات ، بعد إعطاء عنصر الدوام لها من خلال تطورات حدثت في نطاق أمانات المؤتمرات ، خاصة أن المؤتمرات تعالج المسائل المشتركة للدول وهي تستجيب للمطالب العملية وتتخذ قراراتها بالإجماع ، لذا فهي تبحث عن اتخاذ موقف مشترك أكثر من كونها تمارس سلطة فعلية؛ لأنها تحاول الحصول على مواقف متسقة بين الدول المشاركة في المؤتمر؛ ولكنها لا تفرض عليها إرادة خارجية ، لكن المنظمات الدولية حصلت على إرادة ذاتية مستقلة عن الدول الأعضاء وبسكرتارية مستقلة ، وقرارات تتخذ بالأغلبية البسيطة أو الموصوفة ، ومن خلال أجهزة مكونة من أشخاص أخرى غير ممثلي الدول وتتمثل في (الإدارة المدنية الدولية للمنظمة الدولية) أو الموظفون الدوليون، وامتلكت المنظمات سلطات ذاتية ناتجة عن تفويض حقيقي من الدول. وغير ذلك من المكنات التي رسمت للمنظمة الدولية هيئة قوية فوق الدول (جعفر، 1990: 18).

### 2-2-2-1 نبذة عن مراحل تطور المنظمات الدولية:

#### مرت ظاهرة المنظمات الدولية بمراحل أساسية:

**المرحلة الأولى:** المنظمات الدولية في الفترة من 1815 حتى 1914: وهي تلك التي تبدأ من مؤتمر فيينا عام 1814 و1815 وحتى بداية الحرب العالمية الأولى، علماً بأن التطور الفعلي للمنظمات الدائمة لم يقع حتى النصف الثاني من القرن العشرين.

**المرحلة الثانية:** وهي مرحلة ما بين الحربين العالميتين. التي شهدت إنشاء عصبة الأمم ومنظمة العمل الدولية في اتفاقية قرساي، والمرحلة امتدت إلى انشاء محكمة العدل الدولية الدائمة وتنتهي بقيام الحرب العالمية الثانية.

**المرحلة الثالثة:** وهي مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية. وتبدأ من نهاية الحرب العالمية الثانية وتمتد حتى الوقت الراهن وهي التي شهدت قيام منظمة الأمم المتحدة والعديد من المنظمات الأخرى.

وقد أعطت كل من هذه المراحل التاريخية مساهمتها في تطور ظاهرة المنظمات الدولية (جعفر، 1990: 205).

## 2-2-2-1-2 أسباب النشأة والتطور للمنظمات الدولية:

أما المنظمات الدولية فإن أسباب نشأتها وتطورها دفعت الباحثين والمفكرين لتفسير نمو تلك المنظمات وتعاضم دورها على المستوى الداخلي والدولي.

1. فقد برر البعض الصعود المفاجئ وللافت للنظر للمنظمات الدولية غير الحكومية بأنه لا يعدو إلا أن يكون استجابة لتزايد الوعي والإدراك بضرورة وأهمية بناء مجتمع مدني عالمي وفي إطار عالم متزايد التعقيد بما يتضمن تحقيق مفهوم المواطنة الدولية وذلك من خلال ما يتطلبه بناء المجتمع المدني العالمي من بناء شبكة معقدة من التجمعات والتنظيمات التطوعية التي تسمح بتعددية الجامعات الاجتماعية من خلال إتاحة وتأكيد المشاركة والتعبير عن الرأي بما يتضمن في التحليل الأخير تمثيل الجماعات المهمشة ودعم الأفراد ومنحهم القوة وإزالة عدم المساواة والقمع والعنف بصوره تفوق ما تفعله الحكومات في هذا الشأن.

2. ويرتبط بما سبق ما ذهب إليه البعض من أن تنوع وتعقد المشكلات والتحديات العالمية على نحو يفوق الدول فرادى وكذلك المنظمات الدولية الحكومية المقيدة بالعديد من القيود القانونية والسياسية والعملية بما يحد من دورها، كل ذلك اقتضى الحاجة إلى دور المنظمات غير الحكومية التي تتميز بالمرونة والكفاءة والبعد عن التوترات السياسية والتعقيدات الإدارية الروتينية بما يمكنها من سرعة التحرك الفعال في مواجهة الظروف الطارئة والكوارث الإنسانية كالمجاعات والكوارث الطبيعية والإغاثة والهجرة.

3. ويذهب الرأي في تفسير الأسباب والعوامل الكامنة وراء انتشار المنظمات غير الحكومية وتنامي دورها إلى القول بأن ذلك يرجع ضمن ما يرجع إلى ما تقدمه كثير من المنظمات الحكومية الدولية والدول الغربية المانحة من دعم وتمويل للمنظمات الحكومية المحلية والدولية.

4. وقد ذهب فريق من الباحثين إلى القول بوجود مجموعه من الأزمات والتغيرات الثورية كانت بمثابة الدافع الرئيسي لانتشار المنظمات غير الحكومية وتنامي دورها وتحصل هذه التغيرات وتلك الأزمات فيما أطلق عليه " أزمة دولة الرفاهية " التي جسدت لشعبها قصور إمكانات الدولة وتقلص نفوذها في توفير الرعاية والرفاهية لشعبها (معمر، 2011: 15-16).

## 2-2-3 عناصر المنظمة الدولية:

يتضح من تعريف المنظمة الدولية أن المنظمات الدولية تتطلب توافر العناصر الآتية:

### 1. مجموعة من الدول:

تمثل المنظمة الدولية مجموعة من الدول وهذا يعني أن لا يمكن لدولة واحدة إقامة منظمة دولية؛ لأن قيام دول بإنشاء منظمة يعني أنها تمثل الدولة. وبالتالي تتحمل الدول مسؤولية تلك المنظمة فتكون جزءاً منها وتصبح شخصية المنظمة الدولية هي الشخصية القانونية للدولة التي أنشأتها.

### 2. صفة الدوام:

يجب أن يكون إنشاء المنظمة الدولية بشكل دائم وليس لتحقيق غرض معين تنتهي بانتهائه ويقصد بالدوام توافر صفة الاستمرار فلا يتصور وجود منظمة مؤقتة ذلك؛ لأن المنظمة الدولية غير الدائمة تفقد استقلالها وتبقى معلقة بإرادة الدول في حين تعمل المنظمة الدولية في حماية مصالح الدول الأعضاء بصورة دائمة، ولا يقصد بصفة الدوام أن تعمل أجهزة المنظمة كلها بصفة دائمة دون توقف وإنما يكفي أن تكون المنظمة قادرة على ممارسة نشاطها في أي وقت تراه مناسباً لتحقيق أهدافها (الفتلاوي، 2010: 22).

### 3. الإرادة الخاصة بالمنظمة:

إن أهم ما تتميز به المنظمة أن لها إرادة مستقلة عن إرادة الدول الأعضاء وبهذا تتميز عن المؤتمرات الدولية. فالمنظمة الدولية تملك إرادة قانونية مستقلة خاصة بها. وتتمتع بمجموعة من الاختصاصات وإدارة خاصة طبقاً لمعاهدة إنشائها. والإرادة الخاصة المستقلة للمنظمة تعنى أنها تمارس أعمالها من دون أن تخضع لتوجيهات دولة معينة في المنظمة (جعفر، 1990: 7).

#### 4. الصفة الدولية:

غالباً ما تقوم المنظمات الدولية بين الدول عن طريق أشخاص طبيعيين يمثلونها في المنظمة، وتخضع لأحكام القانون الدولي فالمنظمة الدولية تضم عدداً من الدول الأعضاء كل منها تتمتع بالشخصية القانونية الدولية، هذه الدول جميعها اجتمعت في هذه المنظمة لتكون شخصية قانونية دولية جديدة تعمل على حماية مصالحها (يونس، 1991: 79).

#### 5. معاهدة دولية:

لا يمكن أن تنشأ منظمة دولية بدون معاهدة دولية تعقدها الدول الراغبة في إنشاء منظمة. وعرفت اتفاقية فيينا لقانون المعاهدات المعقودة عام 1969 المعاهدة بأنها "اتفاق دولي بين دول بصورة خطية وخاضع للقانون الدولي، سواء أثبت في وثيقة وحيدة أو في اثنين أو أكثر من الوثائق المترابطة، وأياً كانت تسميته الخاصة". ويشترط أن تكون معاهدة إنشاء المنظمة مكتوبة. فلا يعتد بالاتفاقات الشفوية بين الدول وبغض النظر عما إذا كان الاتفاق الخطي بوثيقة واحدة، أو أكثر من الوثائق المترابطة. والسبب في ذلك كون المعاهدات الدولية المكتوبة يجعلها أكثر وضوحاً وأيسر مثلاً من مصادر القانون الدولي الأخرى؛ لأنها تتضمن أحكاماً واضحة وضعتها الدول لتنظيم العلاقات بينها، وسهولة الرجوع إليها (عبد الكافي، 2012: 212).

### 2-2-4 الطبيعة القانونية للمنظمات الدولية:

تقوم المنظمة الدولية بناء على اتفاق دولي ينشئ المنظمة ويحدد نظامها القانوني وبين أهدافها واختصاصاتها والأجهزة التي ستعمل بها لتحقيق هذه الأهداف والقواعد التي تحكم سير العمل بها. وقد جرى العمل على أن يأخذ مثل هذا الاتفاق الدولي صورة المعاهدة الدولية. ولا يهم بعد ذلك تسمية هذه المعاهدة بالميثاق أو الدستور أو النظام السياسي (خضير، 2002: 16).

### 2-2-5 مصادر المنظمات الدولية:

يقصد بمصادر المنظمات الدولية القواعد القانونية التي تطبقها المنظمة، والمصادر الأساسية للمنظمات الدولية التي تعتمد في أعمالها، هي: (الفتلاوي، 2010: 25).

أ. معاهدة إنشاء المنظمة والتي تعد دستور المنظمة.

ب. المعاهدات الدولية التي تعقدها الدول الأعضاء في إطار المنظمة.



- ت. أحكام القانون الدولي ومصادره الواردة في المعاهدات الدولية أو في العرف أو الواردة في مصادر القانون الدولي الأخرى.
- ث. اللوائح الداخلية التي تضعها المنظمة الدولية لتسهيل تنفيذ أهدافها.
- ج. القرارات التي تتخذها المنظمة.
- ح. القواعد القانونية المكتوبة أو العرفية التي تستمد من نشاط أجهزة المنظمة الدولية وفروعها.

## 2-2-6 أنواع المنظمات الدولية:

إن تسليط هذه العناصر على المنظمات الدولية يدفعنا إلى التمييز بين المنظمات الدولية الحكومية والمنظمات الدولية غير الحكومية، حيث تفتقد هذه الأخيرة إلى الشخصية القانونية كونها تنشأ وفق نظام قانوني لدولة (ما) وليس وفقاً لمعاهدة دولية، وأن أعضائها غالباً ليسوا دولاً بل أفراداً عاديون، رغم وجود وظيفة تعاون لكن مداها يكون محدوداً بإرادة الدول ولا تلزمها في ذلك أي وثيقة دولية على عكس المنظمات الدولية الحكومية التي تثار مسؤوليتها الدولية بسبب الإخلال بالتزام دولي. أن تصنيف المنظمات الدولية يطرح أيضاً جملة من الاختلافات بين الدارسين، فيرى بعض الدارسين أنه يمكن تقسيم المنظمات من حيث الاختصاص إلى منظمات عامة تمارس أنشطة متعددة، مثل: منظمة الأمم المتحدة، ومنظمة الوحدة الإفريقية، ومنظمات متخصصة تقوم بنشاط واحد كصندوق النقد الدولي، كما يمكن تصنيفها من حيث البعد المكاني إلى منظمات عالمية يشمل نشاطها في نطاق محدد من الدول (بورنين، 2010: 10).

يقترح البعض الآخر معايير وعوامل مختلفة لتصنيف المنظمات الدولية، فبالنظر إلى العضوية في المنظمات الدولية يمكن تصنيفها إلى منظمات إقليمية مغلقة تقتصر عضويتها على بعض الدول ومنظمات دولية عالمية مفتوحة لكل الدول، وبالاعتماد على معيار الانضمام فتصنف المنظمات الدولية إلى منظمات مشروطة لا يقبل عضويتها إلا بتوفر شروط معينة ومنظمات غير مشروطة يكفي الطلب العادي للتعبير عن رغبة الدول في الانضمام إليها، أما بالاعتماد على معيار طبيعة النشاط فتصنف إلى منظمات دولية عامة ومنظمات دولية متخصصة، كما يذهب بعض الكتاب إلى تصنيف المنظمات على أسس التعاون (cooperation) والإدماج (integration) أو يعتمد على معيار الاختصاص فتصنف إلى منظمات عالمية ومنظمات متخصصة أو إقليمية وإلى منظمات ذات اختصاص عام (منظمة الأمم المتحدة وعصبة الأمم) ومنظمات متخصصة في الميدان الاجتماعي (منظمة العمل الدولية) أو في الميدان

الاقتصادي ( البنك الدولي للإنشاء والتعمير، صندوق النقد الدولي...الخ) (حجاج، 2014: 121).

**وقد صنفها البعض إلى أنواع أخرى:**

للمنظمات الدولية أنواع مختلفة ويمكن التمييز بين المنظمات الدولية من حيث نطاق عضويتها، ومجال نشاطها وطبيعة هذا النشاط.

### **1. من حيث نطاق العضوية:**

تتقسم المنظمات الدولية إلى منظمات عالمية وأخرى إقليمية: فالمنظمة العالمية هي تلك المنظمة التي تضم كل الدول أو تسمح بإمكانية انضمام كل الدول إليها كمنظمة الأمم المتحدة والبنك العالمي ومنظمة العمل الدولية.

أما المنظمة الإقليمية فهي تلك المنظمة الجزئية التي لا تضم في عضويتها إلا عدداً محدوداً من الدول بالنظر لوجود رابطة تضامن محدودة تجمع فيما بينها. وتتنوع روابط التضامن فقد تكون جغرافية كمنظمة الوحدة الإفريقية. ومنظمة الدول الأمريكية أو أمنية كمنظمة حلف شمال الأطلسي أو اقتصادية كمنظمة الدول المصدر للبتروول. بل قد تتواجد أكثر من رابطة للتضامن تسمح بإنشاء المنظمة الإقليمية كجامعة الدول العربية: فروابط التضامن العربي حضارياً وجغرافياً ساعدت على إنشاء هذه المنظمة الإقليمية (حجاج، 2014: 122).

### **2. من حيث مجال النشاط:**

يمكن تقسيم المنظمات الدولية إلى منظمات شاملة، وأخرى نوعية. فالمنظمات الدولية الشاملة تختص بكل النشاطات السياسية والأمنية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية كمنظمة الأمم المتحدة، وجامعة الدول العربية. أما المنظمات الدولية النوعية فيقتصر نشاطها على مجال معين: فقد يكون اقتصادياً كالبنك العالمي، أو ثقافياً كمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (اليونسكو)، أو اجتماعياً كمنظمة العمل الدولية (الدقاق وسلامة، 1990: 23).

### **3. من حيث طبيعة النشاط:**

تتنوع النشاطات التي تباشرها المنظمات الدولية فهي تشمل نوعين: نشاط سلوكي، وآخر مادي، أو عملي.

فالنشاط السلوكي عبارة عن تكوين قواعد دولية عامة أو خاصة أو العمل على تنفيذ ما سبق تقريره من قواعد في إطار المنظمات الدولية. فتأخذ شكل إنشاء الاتفاقيات والقرارات الدولية، ومراقبة احترام وسريان هذه الأعمال القانونية ومثال ذلك منظمة العمل الدولية. أما النشاط المادي أو العملي فيتحقق لدى قيام المنظمة ذاتها بالتصرف والإدارة، وذلك بمقتضى الوسائل والموارد التي تملكها أو عن طريق تلك التي تضعها الدول الأعضاء تحت تصرفها فعناصر النشاط المادي أو العملي تكمن في وجود سلطة تقوم باتخاذ القرار من خلال إدارة أو جهاز معين يتم تكوينه لغرض معين، مع وضع الوسائل المالية والمادية والبشرية تحت تصرفه كعمليات حفظ السلام عن طريق القوات الدولية وبرامج المساعدات الدولية كبرنامج الأمم المتحدة للتنمية (الدفاق وسلامة، 1990: 24).

## 2-2-7 الهيكل التنظيمي للمنظمات الدولية غير الحكومية ونظام تمويلها:

واقع الأمر أن الهيكل التنظيمي للمنظمات غير الحكومية بصفة عامة والمنظمات الدولية غير الحكومية على وجه الخصوص بما يقوم عليه من أجهزة ولجان رئيسية وفرعية وما يرتبط به من فروع ومكاتب خارج نطاق المنظمة إنما يتوقف ضيقاً أو اتساعاً وتنوعاً على العديد من الظروف والعوامل ذات الصلة بتاريخ المنظمة ونطاق عملها أو مجالات اهتمامها ذلك بالنسبة إلى الصالح العالم المشترك للمجتمع الذي تباشر فيه مهام أعمالها فضلاً عن نطاق العضوية في المنظمة ومدى تشعب علاقتها واتصالاتها بالغير من الدول والمنظمات الدولية الحكومية على اختلاف نمط العضوية فيها وتنوع اختصاصاتها (معر، 2011: 19).

وتوجد منظمات دولية غير حكومية يختزل هيكلها التنظيمي في وجود مدير تنفيذي يتولى إدارة المنظمة مع عدد من المديرين الذين يشكلون مع فريق اللجنة أو الأمانة التنفيذية لمنظمه كما هو الشأن مثلاً بالنسبة إلى الجمعية الملكية لتشجيع الصناعة والتجارة في مجال الفنون ومنظمة العدالة في مجال الملكية الفكرية ومركز الأبحاث في قانون البيئة الدولي والمكتب الأوروبي لجمعيات المستهلكين. وقد يتجسد الهيكل التنظيمي للمنظمات غير الحكومية في مجلس الأمناء الذي تكون له سلطات تنفيذية يتولى بمقتضاها إدارة أعمال المنظمة بدعم من أمانة رئيسيه وبعض الأمانات الإقليمية أو الفرعية تتولى إدارة أعمال المنظمة في بلد المقر كما هو الحال بالنسبة إلى شبكة العالم الثالث وثمة حالات أخرى لمنظمات دولية غير حكومية يتسع هيكلها التنظيمي ليضم إلى جانب مجلس المديرين لجنة تنفيذية ومكتباً يتألف من الرئيس

والأمين للخزانة مثلما هو الشأن في منظمة مستشاري الملكية الفكرية للمصلحة العامة (أفندي، 2006: 122).

## 2-2-7-1 تمويل المنظمات الدولية (غير الحكومية):

يُعد التمويل عصب الحياة للمنظمات الدولية (غير الحكومية)، فكلما أمكن التغلب على مشكلة شح الموارد المالية وتوفيرها من مصادرها المختلفة، كلما استطاعت هذه المنظمات أن تحقق الدور المنوط بها ولقد أثبتت كثير من الدراسات الميدانية التي طبقت على المنظمات غير الحكومية أن مشكلة التمويل هي من أهم المشاكل التي تعاني منها هذه المنظمات، وبصورة عامة يتم تمويل المنظمات من ثلاث مصادر أساسية تتمثل في التمويل العام (حكومي) والتمويل الذاتي من خلال مساهمات واشتراكات الأعضاء والهيئات والوصايا إضافة إلى ممارسة الأنشطة المولدة للدخل. أما المصدر التمويلي الثالث فهو التمويل الخارجي ممثلاً في معونات نقدية أو عينية تقدمها دول أو منظمات (سمك وصدقي، 2002: 34).

إن تحليل البيانات المالية للمنظمات غير الحكومية والتطوعية يكشف أن هناك تنوعاً في مصادر تمويلها ومكونات دخلها، ومن مصادر تمويل هذه المنظمات نذكر الآتي: (المطيري، 2003: 110).

- الرسوم والمنح والتي تقدمها الحكومة وإداراتها المحلية.
- المجموعة الأوروبية.
- الاستثمارات.
- المتبرعون.
- الشركات.

## 2-2-7-2 العوامل المؤثرة في قرارات تمويل المنظمات الدولية:

إن أساليب تمويل مختلف المنظمات الدولية تحددها خمسة عوامل مؤثرة في عمليات التمويل المختلفة للدول النامية: (صوفان، 2004: 258-257).

1. أن تتفق الدولة طالبة التمويل مع الشروط المطلوب توفرها بصورة عامة لحدوث التمويل، وهي في الغالب متشابهة إلى حد (ما) بين منظمات التمويل الدولية، والتي يحددها الوضع

الاقتصادي للدولة طالبة التمويل، وجهودها وجديتها في عملية التنمية، والتوزيع الجغرافي بين الدول.

2. ما يحدث عملياً أن تظهر بعض الدول دون غيرها بالتمويل نظراً لحصولها على ثقة المنظمات الدولية ولجدية المسؤولين فيها دون التركيز على حاجة البلد قدر ما يحقق من فائدة ملموسة بنشاطه، وهذا أدى إلى عدم حصول العديد من الدول النامية الأشد فقراً إلى ثقة المنظمات الدولية والحصول على تمويل منها، نظراً لتدني مستويات الأداء فيها ووجود الفوضى في مشروعاتها الإنسانية، والعامل الأكثر تأثيراً لفقدان الثقة، الفوضى الإدارية والفساد التي تسود منظمات تلك الدول.

3. طبيعة المشروعات المطلوب تمويلها، فكلما كانت المشروعات مدروسة دراسة متأنية من حيث البيئة والأساليب والجدوى والعائد الاقتصادي قصير أو طويل المدى، الذي يعود على الدولة طالبة التمويل كلما زادت فرصة الموافقة، والعكس صحيح، وتكون دائماً مبررات رفض تمويل مشاريع معينة يرجع إلى هذا الاعتبار وهو النظام الرسمي الذي تتبناه المنظمات في عدم موافقتها على تمويل المشاريع.

4. يرجع ذلك إلى مدى اختيار المنظمة المناسبة لتمويل معين، أو اختيار التوقيت المناسب لتقديم الطلب، وإجراء اتصالات ميدانية لمعرفة المؤثرات الخاصة بقبول الطلب والنتائج المتوقعة، إضافة إلى تأثير الأشخاص الذي يقفون وراء طلب التمويل وتأثيراتهم الشخصية وعلاقاتهم الواسعة ومكانتهم الدولية، مما يخلق لدى المنظمة طابعاً إيجابياً بكفاءات وجدية وخصوصية الذين تتعامل معهم المنظمة في الدول طالبة التمويل، على الرغم من أن المنظمات تحرص على سلوكها وتحاول في سياساتها التمويلية أن تبتعد عن أي اعتبار خاص.

5. هناك مؤثرات تتصل بمدى تمتع الدول طالبة التمويل، برضى مسؤولي الدول صاحبة الصوت الأقوى في المنظمة، مما يجعل المنظمة تواجه مشكلة تتصل بالاستقلالية والحياد في سياساتها التمويلية وتطبيق شروط التمويل على دولة دون أخرى لاعتبارات خارجية لا علاقة لها بميثاقها ولوائحها المنظمة.

مما سبق نستنتج أن مشكلات الدول النامية السياسة والتنظيمية تؤثر على علاقاتها مع المنظمات الدولية ووكالاتها المتخصصة، إضافة إلى طبيعة واختلاف السياسات التمويلية لمختلف المنظمات الدولية لدى التعامل مع الدول النامية، وهذا يتطلب التعامل مع البلاد النامية بالتركيز على الجوانب الإنسانية وحقوق الإنسان دون اعتبار لسياسات مسؤولي تلك الدول وذلك لتغليب النظام والعدل والمساواة وحقوق الإنسان الأساسية دون أية اعتبارات أخرى.

وتشير الباحثة إلى أن العوامل التي أثرت على قرارات التمويل من قبل الجهات المانحة في الأراضي الفلسطينية وخاصة في قطاع غزة، والتي باعتبارها شكلت عائقاً أمام عملية التمويل من قبل تلك الجهات، كاستمرار الحصار الإسرائيلي لمدة سنوات على قطاع غزة، وتراجع دور التمويل نتيجة الانقسام والوضع السياسي، فلم تعد تلك المنظمات قادرة على سد احتياجات المجتمع، بالإضافة إلى المتغيرات الإقليمية على الساحة العربية (الربيع العربي) التي أثرت على التمويل المتجه لقطاع غزة، حيث سحب منه لصالح المناطق التي تضررت بفعل الثورات مما أدى إلى شح ونقص التمويل في المنظمات الدولية، إلى جانب ضعف التمويل لدى المنظمات الدولية الممولة لصالح قطاع غزة. وهذا كله أثر على قرارات التمويل لبعض المنظمات، ما جعلها تتساق وراء رؤية وأجندة الممول، فأصبحت تنفذ المشاريع وفق أجندات يرسمها لها، حيث لم تعد الفئات المستهدفة تستفيد منها بشكل حقيقي، وهذا عكس سلباً على عمل المنظمات.

وترى الباحثة بأنه ينبغي أن يكون هناك تلاحماً على الصعيد الرسمي والعمل الدولي، لوضع حل لمشكلة العجز في التمويل، وذلك من خلال تنسيق و تعاون وشراكة حقيقية، وإعداد الدراسات ووضع الخطط لمعالجة هذه المشاكل، وأن نبذل الجهود المبنية على منهجية واضحة ومدروسة للتقليل من الأزمات التي تعاني منها المنظمات الحكومية ولا سيما القطاع الصحي الحكومي والذي بحاجة ماسة إلى استمرارية وتعزيز مصادر التمويل من قبل المنظمات الدولية الداعمة له، لذلك فالقطاع الصحي بحاجة إلى زيادة حجم التمويل المخصص له، وبتغطية العجز الحاصل في الموارد (الوقود) اللازمة لتشغيل المستشفيات والمراكز الصحية في ظل وجود الأزمات (انقطاع التيار الكهربائي) التي يعاني منها سكان قطاع غزة.

## 2-2-8 تطور أهداف ومهام المنظمات الدولية:

إن الأنشطة والمهام التي تضطلع بها المنظمات الدولية قد شهد تطوراً جوهرياً واسعاً بتطور مراحل النشأة التي مرت بها هذه المنظمات حتى باتت ظاهرة شائعة تفرض نفسها على مختلف الأصعدة وفي كافة المجالات. وبصفة عامة يمكن تصنيف الأهداف التي تنتشدها المنظمات الدولية من وراء مختلف الأنشطة والمهام التي تضطلع بها إلى نوعين رئيسيين من الأهداف يكمن أولهما في العمل على تحقيق أغراض اقتصادية بالمفهوم الواسع في حين يكمن النوع الآخر من هذه الأهداف في الدفاع عن قضايا معينة تؤرق المجتمعات الداخلية أو الدولية أو

كلاهما معا وتقديم الخدمات والاستشارات والقيام بالبحوث والدراسات المطلوبة لجهات معينة. وتوسع أهداف العمل من الفئة الأولى لتشمل العمل من جانب المنظمات الدولية على تحقيق الرفاهية من خلال تقديم الخدمات المختلفة إلى المحتاجين بما في ذلك الخدمات الصحية إلى جانب تقديم المساعدة وتلبية الحاجات الخاصة للفقراء، مثل: توزيع الأغذية والملابس والأدوية وغيرها من أشكال المساعدة وخاصة في أوقات الكوارث والأزمات الطبيعية وغير الطبيعية إلى جانب القيام بأعمال إنمائية تركز بصفه أساسيه على الجماعات الفقيرة بما يضمن في النهاية بلوغ التنمية الاقتصادية في الدول والمجتمعات الفقيرة عموماً إلى جانب تقديم خدمات استشارية وبحوث ودراسات لحساب جهات معينة بما في ذلك القيام بمشروعات خاصة بها من اجل ابتكار وتطوير مقترحات جديدة أو تحسين المقترحات القائمة لحل المشكلات الناشئة أو الموجودة في مجال معين (عبد العظيم، 2002: 50).

## 2-2-9 علاقة المنظمات الدولية مع حكومات الدول:

إن علاقة المنظمات الدولية غير الحكومية بحكومات الدول ليست ذات طبيعة واحدة، وإنما تتباين هذه العلاقات في طبيعتها من حالة لأخرى، كما وتتعدد الصور والأشكال التي تتخذها العلاقات المتبادلة فيما بين الجهتين. تتباين طبيعة العلاقات المتبادلة بين المنظمات الدولية غير الحكومية وبين حكومات الدول نتيجة للعديد من العوامل والمتغيرات ذات الصلة بطبيعة وتوجهات النظام السياسي في الدولة المعنية، فضلاً عن طبيعة النشاط الذي تضلع به المنظمات غير الحكومية وعلاقتها بالقوى الخارجية عموماً والقوى الكبرى الفاعلة في النظام الدولي على وجه الخصوص (معمّر، 2011: 23).

وبعبارة أخرى أكثر بياناً وتفصيلاً، فإننا نجد العلاقة المتبادلة ما بين المنظمات غير الحكومية- الأهلية منها والدولية- وبين الحكومات في دول العالم الثالث أو الدول الضعيفة والصغرى بصفه عامة تختلف في طبيعتها أو بدرجة واسعة عن تلك العلاقات المتبادلة بين هذه المنظمات ذاتها وبين حكومات الدول في العالم المتقدم، بما فيها حكومات الدول القوية والدول الكبرى عموماً، كما وتختلف العلاقات سالفه الذكر باختلاف طبيعة النظام السياسي الحاكم في أية دولة وموقفه من الديمقراطية، وبعبارة أخرى أكثر تحديداً، فالسمة الغالبة على العلاقات بين المنظمات غير الحكومية عموماً وبين حكومات دول العالم الثالث والدول غير الديمقراطية عامة أن هذه العلاقات تقوم على أساس من الشك والريبة وعدم الثقة المتبادل. فالمنظمات من جانبها لا ترى

في حكومات هذه الدول إلا حجر عثرة يحول بينها وبين تحقيق الأهداف المتوخاة من وراء إنشائها ، في حين لا تتظر حكومات الدول المعنية إلى تلك المنظمات إلا من منظور واحد مفاداة أن المنظمات الدولية لا تعدو إلا أن تكون معاول هدم تستخدمها القوى الخارجية وتدعمها لزعزعة الاستقرار الداخلي وتهديد الأمن والسلامة الوطنية للدول. (الهالي، 2007: 83-84).

وتتبدى علاقات الشك والريبة المتبادلة ما بين بعض الحكومات وبين المنظمات غير الحكومية في مظاهر وأشكال عده، منها ما يتمثل فيما تتضمنه تقارير المنظمات غير الحكومية من رصد وتسجيل الوقائع والأحداث الدالة على معاداة الحكومات لها وإعاقة أدائها لمهام عمله، ويقابل ذلك ما دأبت عليه الحكومات من تشديد إجراءات الرقابة السابقة واللاحقة على مباشرة المنظمات غير الحكومية لنشاطها (مجلة الدفاع الوطني، 2014: نت)<sup>3</sup>

وفيما يتصل بالمنظمات الدولية غير الحكومية، فإن أهم مظاهر الرقابة الحكومية اللاحقة تتمثل في إغلاق مقر المنظمة وإنهاء وجودها القانوني في الدولة إن كان للمنظمة مقر فيها، إلى جانب إنهاء مهمة وفد المنظمة وطرد مبعوثيها إلى الدول وإبعادهم من أراضيها. وبصفه عامة، فالملاحظ أن الديمقراطيات الغربية- بدرجه أو بأخرى -تسمح للمنظمات غير الحكومية بالوصول إلى أجهزة صنع القرار من خلال قنوات رسمية أو غير رسمية بما يتيح لهذه المنظمات أن تنتقد السياسات الحكومية أحياناً وأن تطالب بإدخال تغييرات أو تقديم خدمات جديدة معينة، الحال على خلاف ذلك تماماً في الدول ذات الحكم الشمولي أو الدول غير الديمقراطية والتي تضيق بعمل المنظمات غير الحكومية وتعدّها منافساً لها وتهديداً لدورها بل وتتنظر إليها على أنها عدو حقيقي أو محتمل وغني عن البيان أن تباين طبيعة العلاقات المتبادلة ما بين المنظمات الدولية غير الحكومية وبين حكومات الدول من حاله لأخرى من شأنه أن يؤثر- إيجاباً أو سلباً -على دور هذه المنظمات فيما تقوم به من العمل (أفندي، 2006: 46-47).

## 2-2-9-1 أشكال العلاقات المتبادلة مع حكومات الدول: (أفندي، 2006: 44).

يعد التأييد الحكومي أحد العوامل التي تسهم في نجاح المنظمات الدولية بوجه عام، وتعد العلاقة بين المنظمات الدولية والحكومة علاقة متناقضة ومعقدة إلى حد كبير، فأحياناً ما تكون تعاونية وأحياناً أخرى تكون صراعية وفي أحيان ثالثة قد تتطوي على بعض التضارب، ومن

<sup>3</sup> <http://www.lebarmy.gov.lb/ar/news/?40919#.VVCN29LvFG02014/7/1>



الصعب تصور وجود نمط واحد للعلاقة بين الطرفين، فهذه العلاقة تختلف من دولة لأخرى ومن نظام سياسي لأخر، ومن منظمة لأخرى، وحتى بالنسبة لنفس المنظمة من فترة زمنية لأخرى، ومن قضية إلى غيره، فالأمر يتوقف على طبيعة كل من المجتمع والحكومة والمنظمات الدولية واللحظة التاريخية والقضية موضع الاهتمام وتتعدد الصور والأشكال التي تتخذها العلاقات المتبادلة فيما بين المنظمات الدولية غير الحكومية وبين حكومات الدول:

1- فهناك أولاً فرصة الحصول على مقر في الدولة سواء للمركز الرئيسي أو لأحد مكاتب المنظمة الدولية غير الحكومية، حيث يتسنى لها من خلال المقر-رئيسياً كان أو فرعياً-تفعيل دورها وتعزيز علاقاتها بالمسؤولين في الدولة المعنية وبمختلف قطاعات الرأي العام فيها، بالنظر لما ينطوي عليه ذلك من مزايا مادية ومعنوية كثيرة من شأنها تدعيم دور المنظمة وتمكينها من الاضطلاع بمهام عملها على نحو منتج وفعال.

2- اتصال المنظمة الدولية غير الحكومية بالمسؤولين في مختلف الدول ومخاطباتهم بواسطة مذكرات أو بقرينات لحل مشكلات الأفراد بناء على قيام المنظمة المعنية برصد وتتبع حالة حقوق الإنسان في البلد المعنى.

3- وكذلك أيضاً ما تشهده العلاقات المتبادلة بين الطرفين من قيام المنظمة المعنية بإرسال خبراء ولجان تقصي الحقائق إلى دول معينة يتردد الحديث عن انتهاكها لحقوق الإنسان، بهدف إعداد تقارير والحصول على معلومات وبيانات دقيقة من أرض الواقع، يمكن للمنظمة أن تبني على أساسها خطتها في الدفاع عن قضية (ما) أو بذل المساعي بشأن تسويتها وحلها.

## 2-2-10 أهم المنظمات الدولية التي تدعم القطاع الصحي الحكومي في قطاع غزة:

عملت العديد من المنظمات الأجنبية في القطاع الصحي باختلاف أنشطته (كالدعم النفسي، أو العلاج الطبي، أو تقديم معدات وتجهيزات.... الخ)، حيث كانت نسبة الفروع العاملة في هذا القطاع من إجمالي الفروع العاملة في محافظات قطاع غزة (63%)، وهو يمثل القطاع الثاني بعد القطاع الإغاثي في دعم تلك المنظمات له (دليل الجمعيات الأجنبية، 2014: 12).

ومن المنظمات الدولية التي تعمل على رعاية أحوال اللاجئين الفلسطينيين في المجال الصحي:  
1. منظمة الصحة العالمية (WHO: World Health Organization):

هي واحدة من عدة وكالات تابعة للأمم المتحدة متخصصة في مجال الصحة، وقد أنشأت في 7 أبريل 1948م ومقرها الحالي في جنيف، سويسرا، وهي السلطة التوجيهية والتنسيقية ضمن منظومة الأمم المتحدة فيما يخص المجال الصحي. وهي مسؤولة عن تأدية دور قيادي في معالجة المسائل الصحية العالمية وتصميم برنامج البحوث الصحية ووضع القواعد والمعايير وتوضيح الخيارات السياسية المسندة بالبيّنات وتوفير الدعم التقني إلى البلدان ورصد الاتجاهات الصحية وتقييمها. في القرن العشرين، بدأت الحكومات تتخذ تدابير لأول مرة في التاريخ، ليس فقط للحفاظ على سكانها من الأمراض المستوردة، ولكن أيضاً من أجل العمل لحماية وتعزيز الصحة (يوسف، 2012: 17-18).

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

#### أهدافها:

- توفير أفضل ما يمكن من الحالة الصحية لجميع الشعوب حتى الآن.
- إنها تسعى إلى معالجة المسائل الصحية على الصعيد العالمي وضبط برنامج البحوث الصحية وتوفير الدعم التقني للبلدان الأعضاء.
- إصدار معلومات صحية موثوق بها وإرساء شراكة فاعلة مع عدة أطراف لتنفيذ البرامج الصحية (who، 2013: نت4)
- من أهم المشاريع الصحية: توفير الوقود للمستشفيات، وتوفير الأدوية والمستهلكات الطبية وتعزيز وصول المرضى النفسيين إلى الخدمات النفسية من خلال تعزيز مشاركة المجتمع المدني في تقديم الخدمات ومحاربة الوصمة والتمييز.

إن منظمة الصحة العالمية قد خصصت ميزانية لدعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة بلغت أكثر من 6 مليون دولار أمريكي؛ وذلك لتمويل المشاريع الصحية، وقد خصصت منها 4.5 مليون دولار لشراء وتوريد الأدوية والمستهلكات الطبية. كما ساهمت في تزويد المستشفيات

<http://www.who.int/about/role/ar> <sup>4</sup>

بالوقود، والتنسيق لإدخال معدات طبية، واستئجار مخازن لوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة (صبح، 2015)<sup>5</sup>

## 2. صندوق الأمم المتحدة لرعاية الطفولة (اليونيسف):

أنشأت الجمعية العامة في ديسمبر 1946م، صندوق الطوارئ الدوري للطفولة وفي عام 1953، أطلقت عليه اسم اليونيسف وفي عام 1965، تم منح الصندوق جائزة للسلام لدوره في الاهتمام بطفولة وصلة عمله بالسلام الدولي، يمارس اليونيسف نشاطه من خلال (37) مكتباً إقليمياً لخدمة (119) دولة نامية.

تتكون إدارة اليونيسف من مجلس تنفيذي يتألف من (41) عضواً، ويجتمع سنوياً لوضع السياسة العامة للصندوق، ودراسة برامجه وإقرار الميزانية، ويرأس المجلس مدير تنفيذي ومقر الصندوق مدينة نيويورك، أما موارد الصندوق فتأتي من مساهمات الحكومات والتبرعات التي تقدم من قبل المنظمات والهيئات والأفراد، ويساهم الأفراد مساهمة كبيرة في ميزانيته (صوفان، 2004: 286).

من أهم المشاريع الصحية: تحسين الخدمات للأطفال حديثي الولادة في مجمع الشفاء الطبي.

## 3. صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA):

بدأ صندوق الأمم المتحدة للسكان نشاطاته بوصفه صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، وكان يديره في الأصل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي.

وقد عينت الجمعية العامة للأمم المتحدة الصندوق للقيام بدور قيادي في منظومة الأمم المتحدة في مجال تعزيز البرامج السكانية، وتمثل البرامج والأنشطة الرئيسية للصندوق في مجال الصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي والسكان والتنمية. وخلال قمة الألفية سنة 2002 م أجمعت الدول الأعضاء من (189) دولة على مساعدة الدول الأكثر فقراً في العالم بنهاية 2015م.

من أهم المشاريع الصحية للصندوق:

- تخفيض معدل وفيات الأطفال.
  - تحسين الصحة الإنجابية.
  - مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/السيدا والملاريا وغيرهما من الأمراض
- (UNFPA، 2015: نت)<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> مكالمة هاتفية أجريت بتاريخ 2015/12/9 مع د. عبد الناصر صبح، مدير تنسيق إدارة المعلومات بمكتب منظمة الصحة العالمية (WHO)، غزة.

<sup>6</sup> <http://www.unfpa-tunisie.org/index.php/ar/cipd-a-omd/->.html

#### 4. الصليب الأحمر: ICRC

يقوم عمل اللجنة الدولية على اتفاقيات جنيف لعام 1949م وبروتوكولاتها الإضافية، ونظامها الأساسي، والنظام الأساسي للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، وقرارات المؤتمرات الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. واللجنة الدولية منظمة مستقلة ومحيدة تضمن الحماية والمساعدة في المجال الإنساني لضحايا النزاعات المسلحة وحالات العنف الأخرى. وتتخذ إجراءات لمواجهة حالات الطوارئ وتعزز في الوقت ذاته احترام القانون الدولي الإنساني وإدراجه في القوانين الوطنية. ويتمثل النشاط الرئيسي للمنظمة أنها منظمة غير متحيزة ومحيدة ومستقلة لها مهمة إنسانية بحتة تتمثل في حماية حياة وكرامة ضحايا النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى وتقديم المساعدة لهم. (icrc، 2010: نت)<sup>7</sup>

من أهم المشاريع الصحية: أدوية ومستهلكات طبية لأقسام الطوارئ في المستشفيات، دورات تدريبية للتعامل مع الحالات الطارئة، قطع غيار للمولدات والفلاتر وأجهزة غسيل الكلى وصيانة محطة التحلية في مجمع الشفاء الطبي، بالإضافة إلى ترميم أقسام الطوارئ في المستشفيات وصيانة محطة الصرف الصحي من تسرب المياه في مستشفى الأوروبي (التقرير السنوي للإدارة العامة للتعاون الدولي، 2014).

#### 5. وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا):

الأونروا هيئة تابعة لمنظمة الأمم المتحدة وتعمل الأونروا على إغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، وقد تأسست الأونروا بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1949 لغرض تقديم الإغاثة المباشرة وبرامج التشغيل للاجئين الفلسطينيين. وقد بدأت الوكالة عملياتها الميدانية في عام 1950. وتتعاون الأونروا مع القطاع الصحي الحكومي في تقديم الخدمات الصحية لسكان قطاع غزة.

ويعمل في الأونروا حوالي 22 ألف موظف كلهم (ما عدا مائة ونيف) فلسطينيون ويتمثل النشاط الرئيسي للمنظمة بتوفير خدمات التعليم والصحة والإغاثة والخدمات الاجتماعية للاجئين الذين يستحقون تلك الخدمات من بين اللاجئين الفلسطينيين.

<sup>7</sup> <https://www.icrc.org/ara/who-we-are/mandate/overview-icrc-mandate-mission.htm>

من أهم المشاريع الصحية للمنظمة: تأهيل وتجهيز مغسلة مجمع ناصر الطبي، تأهيل وتجهيز قسم العناية المركزة في مستشفى كمال عدوان وتزويد مستشفيات وزارة الصحة بالوقود. (الأونروا، 2015: نت)<sup>8</sup>

## 6. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP):

يؤدي المكتب الإقليمي للدول العربية ومقره نيويورك دور المقر الرئيسي للبرامج الإقليمية والمكاتب القطرية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي الموزعة على (17) بلداً عربياً بينما يوجد المكتب الثامن عشر في الأراضي الفلسطينية المحتلة ويبلغ عدد الموظفين فيه (76) موظفاً.

ويعتبر برنامج الأمم المتحدة الإنمائي شبكة الأمم المتحدة المعنية بالتنمية العالمية، وهو منظمة تدعو إلى التغيير وربط البلدان بالمعارف والخبرات والموارد بهدف مساعدة الشعوب على بناء حياة أفضل.

ترتكز أنشطة برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في منطقة الدول العربية على المجالات الخمسة التالية: الحد من الفقر، وفيروس نقص المناعة البشرية والتنمية، والشباب، ومنع الأزمات والانعاش، والطاقة البيئية. (undp، 2015: نت)<sup>9</sup>

## 7. أطباء العالم -فرنسا:

تأسست منظمة أطباء بلا حدود عام 1980م، وهي منظمة دولية مستقلة تعني بالشئون الإنسانية والطبية، توفر الرعاية للسكان الأكثر ضعفاً والمتضررين من الحروب والكوارث الطبيعية والمرض والمجاعة والفقر أو الاستعباد، ولديها الآن (64) مكتباً حول العالم. وتتكون من (14) جمعية أعضاء.

ويتمثل النشاط الأساسي للجمعية بالنشاط الصحي والنشاط الإغاثي. ومن أهم المشاريع الصحية للمنظمة هي: الاستعداد للطوارئ على المستوى المجتمعي، تأهيل العيادات الصحية في القطاع الصحي الحكومي، تطوير نظام الوقاية من العدوى ومكافحتها (دليل الجمعيات الأجنبية، 2014: 42).

<http://www.unrwa.org/atemplate.php?id=54> 8

<http://www.undp.org/content/rbas/ar/home> 9

## 8. اتحاد الأطباء العرب:

أنشئ اتحاد الأطباء العرب عام 1964م في القاهرة لخدمة الطب على مستوى العالم العربي ويتكون الاتحاد من مجموعة من الأطباء الأعضاء في النقابات والجمعيات والهيئات الطبية العربية، وانبثق عنه لجنة الإغاثة والطوارئ عام 1980؛ لتقديم الإغاثة العاجلة في حالات الأزمات والكوارث.

ويتمثل النشاط الأساسي للجمعية بالنشاط الصحي، ومن أهم المشاريع الصحية للمنظمة، هي: مشروع توفير الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية للمستشفيات في غزة (مرجع سابق، 2014: 23).

## 9. البنك الإسلامي للتنمية - جدة:

البنك الإسلامي للتنمية منظمة مالية دولية، أنشئت تطبيقاً لبيان العزم الصادر عن مؤتمر وزراء مالية الدول الإسلامية، وقد افتتح البنك رسمياً عام 1975. وتشتمل وظائف البنك على تقديم أشكال مختلفة من المساعدة الإنمائية لتمويل التجارة ومكافحة الفقر من خلال التنمية البشرية، والتعاون الاقتصادي، وتعزيز دور التمويل الإسلامي في التنمية الاقتصادية والاجتماعية. كما أنيطت بالبنك مهمة إنشاء وإدارة صناديق خاصة لأغراض معينة، ومن بينها صندوق لإعانة المجتمعات الإسلامية في الدول غير الأعضاء، وتولي النظارة على صناديق الأموال الخاصة.

وللبنك تعبئة الموارد المالية بالوسائل التي توافق أحكام الشريعة الإسلامية. ومن مسؤوليات البنك أن يساعد في تنمية التجارة الخارجية للدول الأعضاء، وأن يعزز التبادل التجاري بينها، وبخاصة في السلع الإنتاجية، وأن يقدم لها المساعدة الفنية، وأن يوفر التدريب للموظفين الذين يتولون أنواع النشاط الاقتصادي والمالي والمصرفي في الدول الإسلامية، طبقاً لأحكام الشريعة الإسلامية.<sup>10</sup> (Islamic، 2015: نت)

أهم المشاريع الصحية: المشاريع الإنشائية كتمويل مبنى الجراحات التخصصي في مجمع الشفاء الطبي، وبرنامج المنح الدراسية للتنمية لدرجة الماجستير في مجال الإدارة الصحية.

10

<http://www.isdb.org/irj/portal/anonymous?NavigationTarget=navurl://24de0d5f10da906da85e96ac356b7af0>

## 10. هيئة الإغاثة الإنسانية وحقوق الإنسان والحريات: (IHH)

تأسست هيئة الإغاثة والمساعدات الإنسانية على إثر مأساة البوسنة في العام 1992م، ويتمثل النشاط الأساسي للمنظمة، والاجتماعي، تعليمي، حيث تم توزيع الطرود الغذائية على أسر الأيتام والمتضررة من الحرب الأخيرة على قطاع غزة.

أهم المشاريع الصحية للمنظمة: برامج تدريب ودورات تدريبية، وطرود غذائية (دليل الجمعيات الأجنبية، 2014: 26).

## 11. قطر الخيرية:

جمعية خيرية غير حكومية تأسست في 1984 م ويشرف عليها مجلس إدارة منتخب من قبل الجمعية العمومية بقطر الخيرية، ومن أجل الإسهام في جهود التنمية والعمل الإنساني محليا ودوليا، تركز قطر الخيرية على مجال التنمية المستدامة ومكافحة الفقر وإغاثة المنكوبين في حالات الطوارئ، وتعمل قطر الخيرية في أكثر من 60 دولة في مختلف أنحاء العالم، ولها مكاتب ميدانية في 17 دولة ويتمثل النشاط الأساسي للمنظمة بالنشاط الإغاثي، الاجتماعي، والتنموي والطبي.

أهم المشاريع الصحية للمنظمة: تجهيز أقسام طبية وترميم المباني في المستشفيات. (qcharity، 2010: نت)<sup>11</sup>

## 12. الهلال الأحمر القطري:

منظمة تأسست عام 1978، لتخفيف حدة الكوارث دون أي تمييز أو تفرقة والمساهمة في الخدمات الاجتماعية والإنسانية بما يتفق مع رسالة الهيئة الدولية للهلال الأحمر الدولي. ويتمثل النشاط الأساسي للمنظمة بالنشاط الإغاثي، والطبي، والاجتماعي.

أهم المشاريع الصحية للمنظمة: إعداد خطة استراتيجية للقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة، وتأهيل وتطوير مضخات الصرف الصحي، استقدام الخبرات الطبية والتدريب، توفير الأدوية للمستشفيات بالإضافة إلى تجهيز المستشفيات بالمعدات والأجهزة الطبية. (qrcs، 2014: نت)<sup>12</sup>

<sup>11</sup> [http://www.qcharitytn.org/?page\\_id=2](http://www.qcharitytn.org/?page_id=2)

<sup>12</sup> <http://www.qrcs.org.qa/Arabic/WhoWeAre/Pages/default.aspx>

### 13. إغاثة أطفال فلسطين:

تأسست المنظمة في فلسطين رسمياً سنة 1991، خلال الانتفاضة الأولى لتوفير العون المجاني للأطفال والمصابين، وإرسالهم إلى الخارج للعلاج عندما يتعذر علاجهم داخل فلسطين. ويتمثل النشاط الأساسي للمنظمة بالنشاط الطبي والإغاثي.

أهم المشاريع الصحية للمنظمة: إرسال المرضى للعلاج في الخارج، استقدام وفود طبية لإجراء عمليات للمرضى داخل فلسطين (دليل الجمعيات الأجنبية، 2014: 16).



## المبحث الثالث: القطاع الصحي الحكومي

مقدمة

1-3-2 واقع القطاع الصحي الحكومي

2-3-2 الحقائق الديمغرافية والمؤشرات الصحية

3-3-2 النظام الصحي

4-3-2 الجهة المسئولة عن التنسيق بوزارة الصحة (الإدارة العامة للتعاون

الدولي)

## المبحث الثالث: القطاع الصحي الحكومي

### Public Health Sector

#### مقدمة:

يعتبر القطاع الصحي الحكومي من أهم القطاعات الاجتماعية في الأراضي الفلسطينية، والمتمثل بوزارة الصحة، التي باشرت عملها في العام 1994، وهي من أهم الوزارات الفلسطينية التي تميزت بأداء دور ريادي في تولي العديد من المهام، ومن أبرز مهام وزارة الصحة: تنظيم و تخطيط الرعاية الصحية والإشراف عليها، وذلك بالتنسيق مع جميع مقدمي الخدمات الصحية والمؤسسات التعليمية وغيرها من المؤسسات ذات العلاقة، إذ تقوم الوزارة بتفعيل وتنشيط برامج التثقيف الصحي المجتمعي من خلال إدارة ونشر المعلومات الصحية، إضافة إلى تطوير الكوادر البشرية وضمان تخصيص الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية بحيث يتلاءم مع احتياجات السكان في قطاع غزة (وزارة الصحة، 2008).

ويتوزع نظام تقديم الخدمات الصحية بين وزارة الصحة الفلسطينية ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا)، والمؤسسات الأهلية المهتمة بالقطاع الصحي، إضافة إلى القطاع الخاص. وتحاول هذه الجهات توفير الخدمات الصحية الأساسية للمواطن الفلسطيني، إلا أنه ونظراً لقلّة الموارد الاقتصادية والزيادة في عدد السكان، بالإضافة إلى العديد من المشكلات المرتبطة بالواقع الفلسطيني، لا يزال القطاع الصحي غير قادر على تجاوز العديد من المشكلات وتلبية حاجات المواطنين (أبو زينة، 2010: 18).

وللتغلب على الكثير من المشاكل والصعوبات والتي كان يواجهها القطاع الصحي الحكومي كانت هناك الحاجة للمزيد من بذل الجهود للتواصل والتنسيق مع الجهات المانحة لدعم القطاع الصحي الحكومي لا سيما في الحالات الطارئة من أجل تقديم الخدمات الصحية بشكل لائق وميسور لسكان قطاع غزة.

## 2-3-1 واقع القطاع الصحي الحكومي:

لم يكن الواقع الصحي العام أحسن حالاً بل هو امتداد لواقع الحصار والحرب وتواصل لواقع المواطنين المزري والمتراكم في الانحدار والتراجع، حيث تعرضت الأوضاع الصحية في القطاع إلى المزيد من التردّي والمعاناة للمرضى بسبب الحصار الإسرائيلي على قطاع غزة الذي أدى إلى وفاة المئات من المرضى بسبب النقص في الأدوية أو المعدات أو منعهم من السفر للعلاج في الخارج (أبو دية، 2012: 23).

وتمثل وزارة الصحة الفلسطينية العمود الفقري لقطاع الصحة، إذ تنصدر المكانة الأبرز في مجال تقديم الخدمات الصحية الأولية، فهي تشرف على (13) مستشفى و(54) مركزاً للرعاية الأولية في قطاع غزة، ويتركز نشاط القطاع الصحي الحكومي في مجالي الخدمات الصحية الوقائية وفي مجال الرعاية الصحية الأولية، وفي مجال المستشفيات العامة (تقرير وزارة الصحة الفلسطينية، 2013).

## 2-3-2 الحقائق الديمغرافية والمؤشرات الصحية:

جدول رقم (1): المؤشرات الديمغرافية في محافظات قطاع غزة 2010-2014م

المؤشر	2010	2011	2012	2013	2014
نسبة الجنس ذكر / أنثى	103.1	103.1	103.2	103.2	103.3
نسبة الإعاقة	87.4	87.0	85.0	84.1	83.8
العمر الوسيط (سنة)	17.2	17.0	17.6	17.9	18.1
توقع البقاء على قيد الحياة ذكور (العمر المأمول)	70.2	70.5	70.7	71	71.2
توقع البقاء على قيد الحياة إناث (العمر المأمول)	72.9	73.2	73.5	73.8	74.1
متوسط حجم الأسرة	5.8	6.3	6.1	6.1	5.8
معدل المواليد الخام (لكل 1000 نسمة) قطاع غزة	38.3	36.4	34.4	32.9	31.2
معدل الزيادة الطبيعية	3.3	3.3	3.5	3.4	3.4
معدل الخصوبة الكلي قطاع غزة	5.7	4.6	4.5	4.3	4.0
المواليد الأقل من 2500 جم قطاع غزة	6.0	6.3	6.2	6.8	6.3

المصدر: (التقرير السنوي للصحة والسكان، 2014)

بلغ سكان قطاع غزة في نهاية العام 2014 حوالي (1,790,010) مليون نسمة في قطاع غزة بنسبة (38.8%) من إجمالي عدد السكان الفلسطينيين المقدر داخل الأراضي الفلسطينية (المركز الإحصائي الفلسطيني، 2014).

وتستنتج الباحثة من خلال هذه المؤشرات أن سكان قطاع غزة يشهد زياد سكانية مضطردة وكثافة سكانية مرتفعة مما يزيد الضغط على المرافق الحياتية وفي مقدمتها المرافق الصحية للحفاظ على مستوى خدمات صحية لائق وميسور لسكان قطاع غزة. وكما يلاحظ من خلال هذه المؤشرات فإن المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة يتميز بأنه مجتمع فتي إذ قدر نسبة الأفراد في الفئة العمرية (0-14) ما نسبته 43.1% وبلغ عدد المواليد الجدد في العام 2014 (54,886) مولوداً الأمر الذي يستدعي رفع قدرة القطاع الصحي على توفير الاحتياجات الصحية لهذه الفئة المهمة والكبيرة من السكان خاصة أن ما نسبته 6.3% تقع في الوزن عند الولادة أقل من 2500 جم. وهذا يمثل تحدياً فريداً لمقدمي الخدمات الصحية يتمثل بضرورة الارتقاء بمستوى هذه الخدمة وتوزيع الأعباء بشكل يضمن الوصول لمنافذ تقديم الخدمة وأن نسبة الإعالة انخفضت في عام 2014؛ أي بنسبة 83.8% وهذا لا يعبر عن الواقع الموضوعي بصورة حقيقية، حيث إن الواقع الفعلي يقول لنا إن هناك آلاف من الأسر بلا معيل - بسبب الاستشهاد أو الاعتقال والسجن أو الإعاقة جراء العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة في عام - 2012 نتيجة استمرار أوضاع الحصار والمعاناة والبطالة والفقر في الظروف الراهنة، ونتيجة لهذه المؤشرات والأوضاع التي يعاني منها سكان قطاع غزة فالقطاع الصحي الحكومي بحاجة ماسة إلى زيادة من الدعم وذلك؛ لأن المسؤولية الكبرى في تقديم الخدمات الصحية لسكان قطاع غزة تقع على كاهل هذا القطاع.

من جهة بلغ معدل الوفيات للأطفال الرضع حديثي الولادة لكل ألف مولود حي حسب إحصائيات 2014، 17.8 مولوداً، من جهة أخرى فقد انخفض عدد حالات الوفاة في نهاية عام 2014 من 5,697 إلى 5,375 قياساً بعام 2009 و2012 (التقرير السنوي للصحة والسكان، 2014: 25).

وتعزى الباحثة زيادة عدد الوفيات في عامي 2009 و2012 إلى العدوان الإسرائيلي الذي تعرض إليه قطاع غزة في تلك الفترة والذي خلف وراءه العديد من الشهداء والجرحى.

## جدول رقم (2): مؤشرات صحة المرأة في قطاع غزة لعام 2014

المؤشر	%
نسبة السيدات في عمر الانجاب من مجموع السكان	24.2
نسبة الولادات القيصرية في القطاع الصحي الحكومي	19.9
نسبة السيدات اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة	76.9
عدد عيادات تنظيم الأسرة في القطاع الصحي الحكومي	17

إن نسبة الولادات الجديدة تمثل تحدياً فريداً لمقدمي الخدمات الصحية يتمثل في ضرورة الارتقاء بمستوى هذه الخدمات وتوزيع الأعباء بشكل يضمن الوصول لمنافذ تقديم الخدمة حيث تقع وزارة الصحة في موقع المسؤولية الكبرى في هذا السياق حيث شكلت الولادات في المستشفيات الحكومية مستشفيات وزارة الصحة ما نسبته (76.5%)، كما أنه أصبح يوجد ثقافة إنجاب المبكر عند الأمهات للفئة العمرية الأقل من 14 عاماً شكلت ما نسبته (0.04%) وذلك لما يترتب عليه من مشاكل صحية سواء الأم أو للمولود. كما أن فترة الإنجاب المتأخر والتي تعدت 22 عاماً له أيضاً أثره على صحة الأم والطفل الأمر الذي يستدعي تقديم خدمات الصحة إنجابية لتشمل فترات ما قبل الحمل (التقرير السنوي للسكان والصحة، 2014).

وبناءً على هذه المؤشرات الصحية نستنتج أن هناك تقدماً ملحوظاً في مستوى الصحي الحكومي في كافة القطاعات وخاصة في أقسام الطوارئ ورعاية الأطفال.

لذلك تسعى وزارة الصحة الفلسطينية لتطوير الأداء في القطاع الصحي الحكومي والارتقاء به وذلك من أجل إدارة القطاع الصحي بشكل مهني سليم لضمان الحصول على خدمات صحية ذات نوعية جيدة لجميع المستفيدين من تلك الخدمات المقدمة.

### 2-3-3 النظام الصحي

**1. مفهوم النظام الصحي:** هو مجموعة من المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساساً إلى تحسين الصحة. ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات واتجاهات عامة. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي، في الوقت ذاته، إلى معاملة الناس على نحو لائق. (who، 2005: نت)<sup>13</sup>

<sup>13</sup> <http://www.who.int/features/qa/28/ar>

## 2. النظام الصحي الفلسطيني:

يعتبر النظام الصحي الفلسطيني أحد أقوى النظم الصحية في المنطقة والذي يحتل أهمية متقدمة في أولويات المستوى الحكومي والشعبي و بقى نقطة اهتمام مجتمع المانحين العرب والدوليين من حيث الاستثمار في البنى التحتية الصحية وبناء القدرات على المستوى الوطني ودليل ذلك أن بعض المؤشرات الصحية الوطنية تضاهي مثيلاتها في دول متوسطة أو حتى عالية الدخل (التقرير الخاص لوزارة الصحة الفلسطينية، 2014: 6).

إن الأنظمة الصحية تختلف من دولة إلى أخرى باختلاف الأهداف التي تطمح تلك الدولة في الوصول إليها، ويعد القطاع الصحي الركيزة الأساسية في الرقي والتقدم لأي دولة في العالم.

### 2.1 الإطار القانوني للنظام الصحي الحكومي:

ينظم قانون الصحة العامة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن الفلسطيني، وكذلك من خلال نظام التأمين الصحي والتحويل للخارج المقر من قبل مجلس الوزراء رقم 113 للعام 2004. بالإضافة إلى التعليمات المشتقة منهما والخاصة بمختلف الخدمات الصحية المقدمة. وينص قانون الصحة العامة الفلسطيني للعام 2004 على توفير التأمين الصحي للسكان ضمن الإمكانيات المتوفرة. وكذلك يدعو الوزارة إلى إعطاء الأولوية في نشاطها إلى صحة المرأة والطفل، وتقوم الوزارة بوضع برامج التطعيم الوقائي وتنفيذها مجاناً (شليبي ولدادوة، 2007: 5).

### 2.2 سلة الخدمات التي يقدمها النظام الصحي الحكومي:

وتتضمن سلة الخدمات الصحية التي يشملها النظام مجموعة من الخدمات الصحية التي يجري تقديمها في مؤسسات وزارة الصحة، وأخرى يتم شراؤها من مؤسسات صحية أخرى في الأراضي الفلسطينية أو خارجها. ويحدد النظام كذلك نسب مساهمة المؤمن المالية في تكاليف العلاجات المختلفة، وقيمة أقساط الاشتراك في التأمين الصحي (المالكي وآخرون، 2012: 53).

#### 2.2.1 الخدمات الصحية الحكومية:

الخدمات الصحية التي تقدمها مراكز الوزارة لجميع المواطنين سواء كانوا مؤمنين أو غير مؤمنين عليهم وتشمل على:

1. التطعيمات المشمولة ببرنامج التطعيم الموحد.
2. معالجة الأمراض المعدية بما فيها السل الرئوي والأوبئة أو أي مرض يعرض صحة الجمهور للخطر وفقا لقائمة الأمراض التي تنتشرها وزارة الصحة.
3. خدمات الرعاية الأولية في مراكز الأمومة والطفولة.
4. خدمات الصحة المدرسية التي تقدم بمبادرة من وزارة الصحة والمتعلقة بالصحة العامة.
5. خدمات الكوارث الطبيعية والحروب.
6. معالجة الأطفال حتى سن ثلاث سنوات.
7. معالجة المصابين بالأمراض العقلية المزمنة.
8. أي خدمات أخرى يوافق عليها مجلس الوزراء بتتسيب من وزير الصحة.
9. يحق للوزير في الحالات والظروف الطارئة اتخاذ القرارات المناسبة.
10. الخدمات الصحية الحكومية الأخرى التي تقدمها مراكز الوزارة لجميع المواطنين وهي معفاة من الدفع جزئيا للمؤمن عليهم فقط (تحصل من المراجعين فقط المساهمة التي يقرها النظام عند تلقي الخدمات الصحية) (مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، 2006).

## 2.2.2 الخدمات الصحية التي يتم شراؤها من خارج الوزارة:

هي مجموعة الخدمات الصحية المعفاة من الدفع جزئيا التي توفرها الوزارة للمؤمن عليهم فقط من خلال تعاقدتها مع المراكز الصحية غير التابعة لها سواء في داخل فلسطين أو خارج فلسطين (مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، 2006).

استمرت وزارة الصحة بتقديم خدماتها الصحية للمرضي بالرغم من الحصار المفروض على الشعب الفلسطيني وخاصة في مجال العلاج التخصصي (العلاج بالخارج) حيث بلغ إجمالي الحالات المحولة للخارج (9,605) حالة في جميع التخصصات لعام 2013 تم تحويلها للعلاج خارج المستشفيات التابعة لوزارة الصحة (التقرير السنوي للمستشفيات، 2013: 30).

### 2.2.2.1 خدمات الرعاية الصحية:

مفهوم الرعاية الصحية: معالجة وتشخيص المرض، والمحافظة على الصحة من خلال الخدمات التي تقدمها العلاجات الطبية، طب الأسنان، الخدمات التكميلية والبديلة، والمستحضرات الدوائية، والعلوم السريرية (التشخيص في المختبر)، والتمريض، والمهن الصحية. وتشمل الرعاية الصحية

جميع السلع والخدمات المقدمة لتعزيز الصحة، بما في ذلك "التدخلات الوقائية والعلاجية والمسكنة، سواء الموجهة للأفراد أو للسكان.

#### 2.2.2.1.1 تصنيفات الرعاية الصحية:

• **الرعاية الصحية الأولية:** هي الفحص الأولي والرعاية الصحية الشاملة المتواصلة 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.

• **الرعاية الصحية الثانوية:** هي العلاج من قبل اختصاصي في المستشفى المقدم للمريض المحول من الرعاية الصحية الأولية أو في حالة طوارئ.

• **الرعاية الصحية الثالثية:** هي الرعاية الاستشارية المتخصصة التي عادة ما تحول من الرعاية الصحية الأولية أو من الرعاية الطبية الثانوية وتقدم في مركز لديه مرافق للفحوصات والعلاج المتخصص.

• **مراكز التأهيل:** هي المرافق التي تقدم العلاج والتدريب بهدف التأهيل. وهي المراكز التي تقدم العلاج الوظيفي، العلاج الحركي، العلاج المهني، وتدريبات خاصة كعلاج النطق للاستشفاء من الإصابة أو المرض إلى الحد الطبيعي الممكن (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012: 27).

2.2.2.2 **الخدمات الوقائية والصحة العامة:** وتضم الخدمات المصممة لتعزيز الوضع الصحي للسكان وتختلف عن الخدمات العلاجية والصحية التي تعنى بإصلاح الخلل الوظيفي. وقد تكون بالعادة خدمات وبرامج توعية وحماية التلقيح. وهي بالتالي قد تشمل جميع ميادين الصحة العامة بأوسع معانيها، وتنقسم إلى:

- صحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة وتقديم المشورة.
- الوقاية من الأمراض المعدية.
- الوقاية من الأمراض غير المعدية.
- الرعاية الصحية المهنية.



- جميع خدمات الصحة العامة الأخرى، بعض هذه الخدمات يخرج عن إطار الخدمات الصحية التي يتم شمولها كجزء من الإنفاق على الصحة مثل خطط الطوارئ وحماية البيئة.

**2.2.2.3 الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين:** الرعاية الطبية بما فيها من خدمات مساندة المقدمة للمرضى ممن هم بحاجة لمبيت، وتقديم جميع الخدمات التي يحتاجها المريض من الناحية الطبية خلال إقامته.

**2.2.2.4 الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية:** الرعاية الطبية والخدمات الطبية المساندة المقدمة من خلال مراكز الرعاية الأولية والعيادات الخارجية والتي تقدم خارج المستشفيات للمرضى ممن ليسوا بحاجة للخدمات الطبية الخاصة بالمبيت. وقد تكون جزءاً من خدمات المستشفيات، على سبيل المثال قد يحتوي المستشفى على عيادات خارجية متخصصة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013: 29-28).

#### **2.2.2.5 التأمين الصحي:**

يُعد التأمين الصحي إحدى وسائل إيصال خدمة الرعاية الصحية إلى كافة المواطنين انطلاقاً من حقوق المواطنة.

يُعد التأمين الصحي فرعاً من فروع التأمين الاجتماعي، ووسيلة لتغطية تكاليف الرعاية الصحية وترجمة لمبدأ إعمال الحق في الصحة.

ويهدف التأمين الصحي الحكومي إلى إيصال خدمة الرعاية الصحية إلى أكبر شريحة من أفراد المجتمع مقابل أداء مالي من المشترك لا يتناسب مع القيمة المالية للخدمة الصحية المقدمة. كما يهدف التأمين الصحي الحكومي إلى تمكين الأفراد من الحصول على خدمة الرعاية الصحية بشكل ميسور وتحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي (نصر، 2007: 70-69).

وقد بلغ إجمالي العائلات المؤمنة حتى نهاية عام 2013 (197,499) عائلة بنسبة زيادة 6% عن العام 2012 (التقرير السنوي للتأمين الصحي، 2013: 3).

## 2.2.5.1 يشمل التأمين الصحي الحكومي على نظامين أو نوعين من التأمينات:

1. النظام الرسمي (حسب النظام) : يتمثل في كل من التأمين الإلزامي، الاختياري، الشؤون الاجتماعية، الاشتراك الجماعي، أسر الشهداء والجرحى.... وغيرها.
2. النظام المجاني: يشمل تأمين العمال، تأمين مجاني حسب قرار الوزير، تأمين كبار السن، تأمين حالات اجتماعية.... وغيرها.

### • التأمين الإلزامي:

ينطبق على موظفي القطاع الحكومي المؤمن عليهم تلقائياً مقابل أقساط التأمين الشهرية التي تخصم من رواتبهم بغض النظر عن التزامهم بتأمينات أخرى، حيث يستقطع 5% من الراتب الأساسي لموظفي القطاع الحكومي ومن في حكمهم بحد أدنى لا يقل عن 50 شيكل ويحد أعلى لا يزيد عن 75 شيكل، وبالإضافة إلى استثناء المتقاعدين الذين يتقاضون راتباً من هيئة التأمين والمعاشات من الحد الأدنى.

### • تأمين اختياري:

هو تأمين اختياري(طوعي) يدفعه المشتركون على أساس فردي 5% من قيمة الراتب الإجمالي (75 شيكل الحد الأعلى، و 50 شيكل الحد الأدنى) .

### • تأمين وزارة الشؤون الاجتماعية:

الحالة الاجتماعية المؤمن عليها: الحالة المدرجة على قائمة الحالات الاجتماعية في وزارة الشؤون الاجتماعية والمنظمة إلى نظام التأمين الصحي على نفقة وزارة الشؤون الاجتماعية ويقوم هذا النظام على تولى وزارة الشؤون الاجتماعية بدفع 50 شيكلاً عن كل مؤمن من قبلها لوزارة الصحة .

### • التأمين بعقد جماعي:

تتقاضى وزارة الصحة من البلديات والشركات والجمعيات والمؤسسات الأهلية وذلك عبر عقد جماعي يتم خلاله خصم (5%) من الراتب الإجمالي لكل موظف مقابل الاشتراك في التأمين الصحي على أن يكون الحد الأدنى 50 شيكل والحد الأعلى 75 شيكل علماً أنه تم استثناء البلديات بقرار من مجلس الوزراء ليتم التعامل معهم كموظفي الحكومة وتخصم قيمة اشتراكات موظفهم من خلال مستحقاتهم في وزارة المالية (التقرير السنوي للتأمين الصحي، 2013: 5).

## 2.2.2.5.2 توجهات مستقبلية:

تسعى وزارة الصحة الفلسطينية إلى بلورة تأمين صحي عام في الأراضي الفلسطينية مع بقاء أشكال التأمينات الصحية بوصفها تأمينات استكمالية لمن يريد التمتع بتأمينات إضافية. ويتضمن قانون التأمين الصحي المقترح الفصل بين مقدمي الخدمة ومشتريها، وضمان تعزيز الاستدامة المالية لنظام التأمين الصحي، وضمان الحصول على رعاية صحية عالية الجودة. وتشكيل هيئة مستقلة للتأمينات الصحية، وتطوير سلة الخدمات المشمولة في التأمين الصحي (المالكي وآخرون، 2012: 56).

## 2.2.3 مزودي الخدمة الصحية في النظام الصحي الحكومي:

**2.2.3.1 المستشفيات:** ويضم هذا البند المستشفيات العاملة بشكل أساسي في توفير العلاج الطبي والتشخيص وتقديم الخدمات التي تشمل: الأطباء، والتمريض، وغيرها من الخدمات الصحية للمرضى المقيمين بالإضافة إلى خدمات السكن والخدمات المتخصصة التي يطلبها المرضى. ويمكن أيضا أن تقدم المستشفيات خدمة العيادات الخارجية كنشاط ثانوي. وكثير من هذه الخدمات لا يمكن توفيرها إلا باستخدام المرافق والمعدات المتخصصة التي تشكل عامل هام لا يتجزأ من عملية الإنتاج. في بعض البلدان، المرافق الصحية تحتاج إلى الحد الأدنى من المعدات مثل (عدد الأسرة) لتسجل باعتبارها المستشفى وقد بلغت عدد المستشفيات التابعة للقطاع الصحي الحكومي 13 مستشفى.

### • مستشفيات عامة أو متعددة التخصص:

ويضم هذا البند المستشفيات العاملة بشكل أساسي في توفير العلاج الطبي سواء (جراحي أو غير جراحي) للمرضى الذين بحاجة إلى مبيت بحيث يتم تقديم الخدمات الطبية المتنوعة. إضافة إلى ذلك فإن هذه المستشفيات يمكن أن توفر خدمات أخرى غير خدمات العلاج بها، مثل الخدمات التشخيصية والأشعة السينية والخدمات السريرية وخدمات المختبرات، وغرفة العمليات والخدمات لمجموعة متنوعة من الإجراءات والخدمات الصيدلانية وينطبق هذا المسمى على المجمعات الطبية ومستشفى غزة الأوروبي ومستشفى الشهيد محمد يوسف النجار ومستشفى شهداء الأقصى ومستشفى كمال عدون ومستشفى بيت حانون.

#### • المستشفيات المتخصصة أو أحادية التخصص:

ويضم هذا البند المستشفيات المتخصصة في مجال معين وهذا ينطبق على مستشفيات النصر للأطفال، ومستشفى عبد العزيز الرنتيسي التخصصي للأطفال، ومستشفى الشهيد محمد الدرة، ومستشفى العيون (طب وجراحة العيون)، ومستشفى الهلال الإماراتي الذي يقدم خدمات النساء والولادة بالإضافة إلى مستشفى الطبي النفسي. ووظيفة هذه المستشفيات توفير العلاج الطبي للمرضى الذين لديهم نوع محدد من المرض (التقرير السنوي للمستشفيات، 2013: 8).

#### 2.2.3.2 مراكز الرعاية الأولية:

ويتضمن هذا البند العيادات التابعة للقطاع الصحي الحكومي والتي بلغ عددها (54) عيادة موزعة في محافظات غزة ووظيفتها تقديم الخدمات الأولية للمرضى من قبل الأطباء والعاملين في مجال الطب بتخصصات عدة لتقديم وظائف محددة في خدمة الرعاية الأولية وهذه العيادات تقدم العلاج للمرضى الذين لا يحتاجوا لمبيت. (وزارة الصحة، 2011: نت)<sup>14</sup>

#### 2.2.4 العاملون في القطاع الصحي الحكومي:

يبلغ عدد العاملين في القطاع الصحي 13,899 موظفاً موزعين على مختلف القطاعات.

جدول رقم (3): نسبة العاملين في القطاعات الصحية التالية:

القطاع	%
وزارة الصحة	62.2
المؤسسات الأهلية	22.7
وكالة الغوث (الأونروا)	7.2
الخدمات الطبية والعسكرية	21.4
المجموع	100

المصدر: التقرير السنوي للسكان والصحة، 2013

ونلاحظ من خلال الجدول السابق أن القطاع الصحي الحكومي يحظى بالنسبة الأكبر في تقديم الخدمات الصحية من خلال الكادر البشري الذي يعمل فيه.

<sup>14</sup> <http://www.moh.ps/attach/441.pdf>

جدول رقم (4): عدد العاملين في المستشفيات

الفئة	الأطباء	التمريض	الصيدلة	الفيون الطبيون	الإدارة والخدمات	المجموع
العدد	1592	1920	144	384	1260	5300
%	30	36	3	7	24	100%

المصدر: التقرير السنوي للمستشفيات، 2013

ويتبين من الجدول رقم (4) أن كادر التمريض يمثل أعلى نسبة من حيث عدد العاملين، وهذا يشير إلى أن القطاع الصحي الحكومي يعتمد بشكل أساسي على خدمات التمريض في المستشفيات وبحاجة إلى المزيد من هذا الكادر لتدريبه للعمل في المستشفيات والمراكز الصحية، وذلك لتقديم الخدمات الصحية بصورة أفضل ومستمرة وخاصة أن قطاع الصحي الحكومي واجهه الكثير من حالات الأزمات والطوارئ في ظل الحروب التي تعرض لها قطاع غزة والتي خلفت ورائها العديد من الجرحى والمصابين.

جدول رقم (5): عدد مرافق وموارد وخدمات القطاع الصحي الحكومي لعام (2013)

العدد	المرافق/الموارد/الخدمات	العدد	المرافق/الموارد/الخدمات
40,600	خدمات الولادة	13	المستشفيات
142,761	خدمات الأسنان	54	المراكز الصحية
33,369	خدمات العلاج الطبيعي	9,061	عدد العاملين في القطاع الصحي الحكومي
3,955,010	خدمات المختبرات	84,6479	خدمات العيادات (الخارجية والداخلية)
554,521	خدمات الأشعة	65,395	العمليات الجراحية
522,579	الخدمات الصيدلانية	4,414	خدمات الصحة النفسية المجتمعية
259,641	خدمات قسم البصريات	1,675	خدمات القسطرة القلبية
6,825	خدمات الباثولوجي الجراحية	4,153	خدمات التنظير الداخلي
1260	الخدمات الإدارية في المستشفيات	131,970	خدمات التمريض

جرد بواسطة الباحثة بالاستناد إلى:

(التقارير السنوية للمستشفيات والصحة والسكان لعام 2013م)

ويبين الجدول السابق مدى أهمية هذا القطاع لما يحتويه من مرافق وموارد يتم من خلالها تقديم العديد من الخدمات للأهالي الفلسطينيين في قطاع غزة (الجراحية، والقسطرة القلبية، والتمريض، والبصريات، والصيدلة، الأشعة، والمختبرات، الصحة النفسية المجتمعية، والتنظير الداخلي و الباثولوجي الجراحية) بالإضافة إلى خدمات العيادات (الخارجية والداخلية) والخدمات الإدارية في المستشفيات والوحدات الإدارية بوزارة الصحة، وهذا يشير كله أن القطاع الصحي الحكومي يتحمل درجة كبيرة من الضغط لتقديم تلك الخدمات، لذلك فهو يستحق المزيد من الجهود لدعمه وتطويره من خلال التنسيق مع المنظمات الدولية المانحة لتقديم الدعم المادي والمعنوي له.

### 2.2.5 حجم الإنفاق على القطاع الصحي الحكومي:

يشكل الإنفاق على الصحة في فلسطين الأعلى في الدول العربية من حيث نسبة هذا الإنفاق من الناتج المحلي حيث يبلغ حوالي 15% تقريباً، وعلى الرغم من الجهود التي تقوم بها وزارة الصحة والحكومة إلا أن الاعتماد على وجود تمويل خارجي لتغطية النفقات في هذا القطاع بسبب شح الموارد المحلية وعدم مقدرة قطاع التأمين الصحي على توفير الموارد السكانية نظراً للظروف السياسية والاجتماعية التي نعيشها في فلسطين. (التقرير السنوي للتأمين الصحي، 2013:1).

ويتحمل القطاع الحكومي النسبة الأكبر من الصرف على الخدمات الصحية في قطاع غزة (حوالي 42%) مقارنة بقطاعي الأونروا والمنظمات غير الحكومية، وحسب المعطيات الواردة من الدائرة المالية في وزارة الصحة الفلسطينية فإن إجمالي وزارة الصحة لعام 2010 بلغت حوالي (1.233 مليار شيقل) (مليار ومئتين وثلاثة وثلاثون مليون شيقل)، وقد شكلت الرواتب ما نسبته (43%) من إجمالي الإنفاق وبلغ الانفاق الفعلي على البنود التشغيلية المحددة ما نسبته (22%) من إجمالي الانفاق الفعلي، أما النفقات التشغيلية الأخرى في وزارة الصحة وقد بلغت نسبتها (35%) من إجمالي الانفاق الفعلي في وزارة الصحة (حمد، 2012: 35).

ونستنتج أن الصحة تستأثر بجزء كبير من الإنفاق الحكومي، فزيادة الإنفاق الصحي زيادة كبيرة تتطلب زيادة الدعم لهذا القطاع لضمان استمرار تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

إن قلة الموارد الاقتصادية والزيادة في عدد السكان - والتي نتج عنها زيادة الضغط على مرافق القطاع الصحي الحكومي في تقديم الخدمات الصحية لسكان قطاع غزة - بالإضافة إلى العديد من المشكلات المرتبطة بالواقع الفلسطيني - فإن القطاع الصحي الحكومي لا يزال غير قادر على تجاوز العديد من المشكلات وتلبية حاجات المواطنين، وهذا كله أدى إلى الحاجة الملحة للتنسيق بين القطاع الصحي الحكومي والمنظمات الداعمة له ولاسيما بعد الحرب الأخيرة عام 2014 والتي تعرض لها قطاع غزة وعلى أثرها أدت إلى تدهور الوضع الصحي، فكان لا بد من بذل الجهود وتعزيز دور التنسيق مع تلك المنظمات من أجل دعم ذلك القطاع وتحسين خدماته.

### 2.2.6 تحديات تواجه النظام الصحي الفلسطيني في قطاع غزة:

وتمثل التحديات التي يعيشها قطاع غزة عبئاً إضافياً على كاهل المسؤولين في القطاع الصحي الحكومي، وعقبة في طريق نجاحهم وقدرتهم على وضع حلول للمشاكل الصحية (البلعوي وآخرون، 2013: 7).

ويركز النظام الصحي الفلسطيني على تقديم خدمات علاجية مكلفة وبناء مستشفيات، وخاصة في قطاع غزة، وذلك على حساب تطوير النظام الصحي المجتمعي والتي تستهدف زيادة وتحسين الخدمات الصحية الأساسية. من جانب آخر فإن زيادة نسبة الأمراض المزمنة والإعاقات يزيد من الأعباء على القطاع الصحي الفلسطيني ويزيد الضغط على الموارد المحدودة، وبالتالي تزداد المنافسة على خدماته بين المرشحين للاستفادة منها.

وبالرغم من الجهود التي يقدمها النظام الصحي للارتقاء بواقع صحي مميز إلا أن هناك تحديات تواجه هذا النظام، من أهمها:

أ. الزيادة المضطردة في الطلب على الخدمات الصحية التابعة لوزارة الصحة، سواء الخدمات المقدمة من المؤسسات الصحية الحكومية، أو من خلال نظام التحويل للعلاج خارج هذه المؤسسات.

ب. ارتهان تطور، بل واستمرار الخدمات الطبية، بما فيها الرئيسية بتوفر الدعم الخارجي. وهذا يضع علامة استفهام على استدامة هذه الخدمات، ويضع على عاتق الجهات المعنية مهمة

التفكير بصورة استراتيجية في هذه المسألة، بما في ذلك إحداث تغيير جذري في النظام الصحي، وتعزيز درجة الاعتماد على الذات في تمويل البرامج المهمة.

ج. استمرار التركيز على خدمات الطوارئ يضعف إمكانية تطوير الخدمات الصحية الأساسية وبالتالي ضعف إمكانية متابعتها وتحسين نجاعتها (شليبي ولدادوة، 2007: 6).

### 2.2.6.1 من أهم التحديات التي يواجهها القطاع الصحي الحكومي في ظل الأوضاع الصحية لعام 2014م:

1. تعاني الخدمات الصحية من عجز كبير يتمثل في 140 صنفاً من الأدوية رصيدها صفر و80 صنفاً تكفي لمدة أقل من 3 شهور؛ أي أن الرصيد يكون 220 صنفاً حوالي 45%. وهناك أكثر من 400 صنف من المستهلكات الطبية رصيدها صفر، وهذا النقص الشديد يؤثر على تقديم خدمات صحية أساسية للمرضى الفلسطينيين.
2. فقد تراجعت الأرصدة الدوائية في مستشفيات قطاع غزة بنسبة 30% والتي كانت تصل إلى قطاع غزة عبر معبر رفح البري بشكل رسمي، إضافة إلى حرمان المرضى من علاجاتهم، بسبب نفاذ تلك الأصناف من الأدوية، إضافة إلى نحو مائة صنف مهددة بالنفاذ خلال الفترة المتبقية من هذا العام (تقرير الإدارة العامة للصيدلة، 2014).
3. توقف جزئي لعمليات البناء في سبعة مراكز رعاية أولية، إضافة إلى خمس مستشفيات رئيسية وأدت إلى حرمان المرضى من الخدمات الجراحية والتشخيصية المقدمة، وذلك بسبب الحصار المفروض والمستمر على قطاع غزة منذ عدة سنوات.
4. وتأجل قدوم الوفود الطبية التخصصية من مختلف دول العالم بسبب إغلاق معبر رفح البري مما زاد من معاناة المرضى وخاصة عمليات زراعة الكلى وجراحة قلب الأطفال.
5. حرمان حوالي (1,000) مريض من الحالات المرضية التخصصية من الوصول إلى المستشفيات المصرية المتخصصة، منهم ما يزيد عن 300 حالة شهرياً يتم تحويلها رسمياً من قبل قطاع الصحة.
6. نقص مستمر في واردات المحروقات اللازمة لعمل المولدات الكهربائية وسيارات الإسعاف والنقل الصحي، تزامناً مع زيادة فترات انقطاع التيار الكهربائي إلى 16 ساعة يومياً، يذكر أن المستشفيات والمراكز الطبية والمختبرات وبنوك الدم تحتاج إلى 10 آلاف لتر من السولار لتشغيلها شهرياً، إلى جانب 22 ألف لتر من السولار و 150 ألف لتر من البنزين يحتاجهم القطاع شهرياً لتشغيل سيارات النقل الصحي والإسعاف والطوارئ.



7. انقطاع التيار الكهربائي لفترة طويلة تصل إلى 16 ساعة متتالية يؤثر بشكل مباشر على صحة المرضى في المستشفيات والمراكز الصحية، لاسيما أقسام الطوارئ والعناية المركزة وغرف العمليات وحضانات الأطفال وغسيل الكلى والولادة والمختبرات الطبية والأشعة وبنوك الدم وثلاجات التطعيمات وثلاجات الأدوية الحساسة، وخدمات الرعاية الصحية للأطفال (تقرير منظمة المؤتمر الإسلامي، 2013: 7).
8. يعاني القطاع الصحي الحكومي من عجز في قطاع الادوية والمهمات الطبية بلغت منذ مطلع العام 2014 وحتى هذه اللحظة قرابة 10 مليون دولار.
9. نقص قطع الغيار اللازمة لإصلاح الأجهزة الطبية بسبب عدم توفر بنود مالية وكذلك سلفٍ مالية للأمور العاجلة جداً، إلى جانب عدم توفر أجهزة طبية وخاصة في الأقسام المهمة والحساسة كقسم العمليات، وقسم عناية غسيل كلى.
10. عدم توفير موازنة كافية للخدمات التي تقدمها الوزارة في المحافظات الجنوبية يؤثر على أداء الخدمة الصحية المقدمة ورضا المواطن عن تقديم هذه الخدمة.

وقد أوصى د. رياض الزعنون بتفعيل الدور المجتمعي المحلي والدولي وإطلاعهم على مستجدات القطاع الصحي وأولويات الاحتياجات الصحية له. (paltimes، 2014: نت)<sup>15</sup>

وتعرض قطاع غزة إلى إغلاق صارم وحصار ظالم على مدى تسع سنوات، زادت حدته قبل العدوان الصهيوني الأخير، أدى إلى تدهور هائل في الظروف المعيشية، وزيادة معدلات البطالة والفقر وتراجع مؤشرات التنمية الاقتصادية والاجتماعية. بدوره تراجع مستوى الرعاية الصحية في القطاع الصحي حيث دخلت جميع المؤسسات الصحية في قطاع غزة الازمة مثقلة بنقص شديد في الامدادات الطبية واللوجستية حيث أشارت تقارير وزارة الصحة الفلسطينية ومنظمة الصحة العالمية الى نقص كبير في قدرة النظام الصحي على التعامل مع خدمات الرعاية لصحية الروتينية وتلبية احتياجات المرضى اليومية بسبب النقص الحاد في الموارد والإمكانات (التقرير الخاص لوزارة الصحة الفلسطينية، 2014: 5).

وترى الباحثة أن القطاع الصحي الحكومي يواجه الكثير من التحديات في ظل الحصار المفروض على قطاع غزة منذ سنوات إلا أن عملية التنسيق بين القطاع الصحي الحكومي والمنظمات المانحة له قد زادت في فترة العدوان الأخير على غزة والتي على إثره زاد كسب تعاطف

<sup>15</sup> - http://paltimes.net/details/news/73808

تلك الجهات المانحة واستجابتها السريعة للمناشدات العاجلة من أجل تقديم المساعدات اللازمة لدعم هذا القطاع.

## 2-3-4 الجهة المسؤولة عن التنسيق بوزارة الصحة (الإدارة العامة للتعاون الدولي)

### مقدمة:

ضمن إطار واستراتيجية وزارة الصحة الفلسطينية لتحسين جودة الخدمات المقدمة وللنهوض بمستوى الواقع الصحي للمواطنين، فقد سعت الإدارة العامة للتعاون الدولي خلال عامي 2013 و2014 لبذل كافة الجهود للتواصل مع كافة الشركاء والجهات المانحة (الأهلية، العربية، الدولية، والأممية) لجلب التمويل اللازم في سد احتياجات القطاع الصحي من خلال دعم مشاريع الإنشاءات، والترميم والتأهيل، والأجهزة الطبية، والتجهيز والتأثيث، والأدوية والمستهلكات الطبية، والتدريب والتعليم.

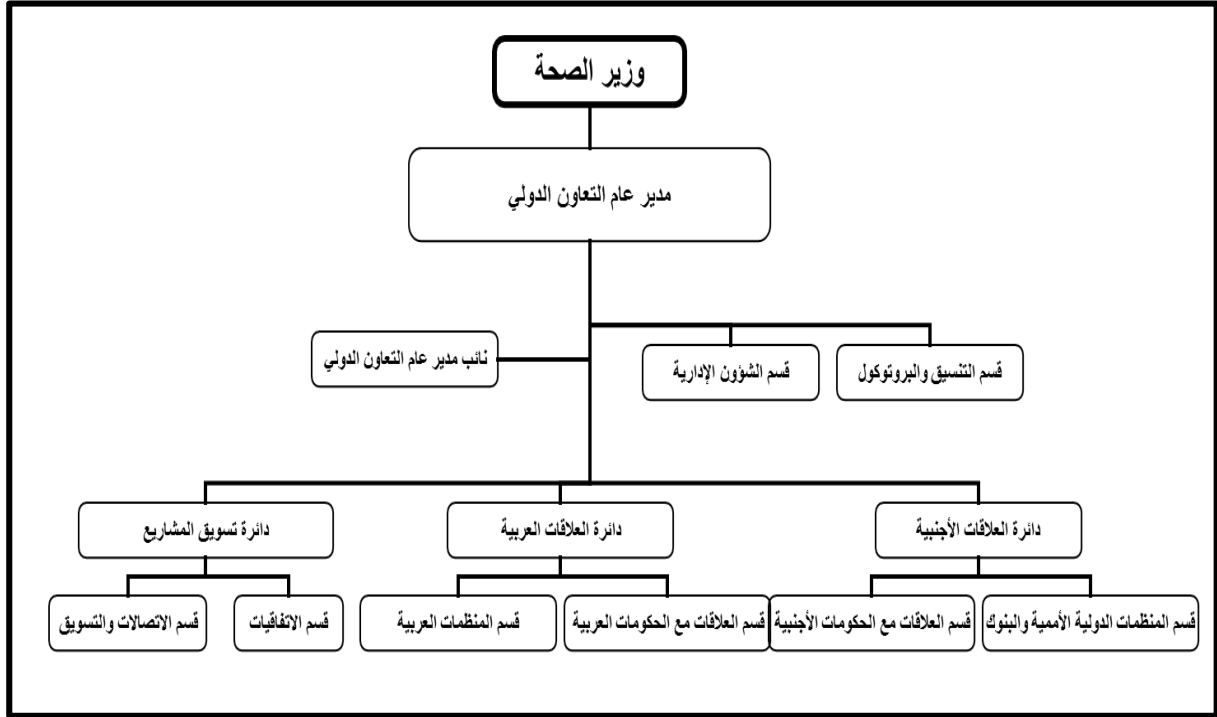
وعلى الرغم من الأزمات المتلاحقة والتي كانت تعصف بالقطاع الصحي منذ تشديد الحصار عام 2006 وحتى يومنا هذا خاصةً الاعتداءات والحروب المتكررة الأمر الذي دفع القطاع الصحي الحكومي لتغيير أولوياته لأكثر من مرة استجابةً للاحتياجات الصحية الطارئة ومع ذلك بقيت الجهود مستمرة لتتعدى مرحلة الاستجابة للأزمات إلى مرحلة تحسين الخدمات بل وإضافة خدمات نوعية جديدة كان أبرزها ما شهده قطاع غزة من نجاح أولى عمليات زراعة الكلى ولأول مرة في قطاع غزة (التقرير السنوي للإدارة العامة للتعاون الدولي، 2014).

### 4.3.2.1 المهام التي تقوم بها الإدارة العامة للتعاون الدولي:

1. عمل التواصل والتنسيق اللازم للعلاقات بين الوزارة والمؤسسات الدولية الأجنبية والعربية.
2. عمل الترتيبات واللقاءات وجداول الزيارات للوفود الزائرة من المؤسسات الدولية والدول الأجنبية والعربية والمغادرة إليها.
3. توثيق وحفظ ما يتم من تواصل ولقاءات ونشاطات مع المؤسسات الدولية والدول الأجنبية والعربية.
4. إعداد التقارير الدورية والطارئة للمسئول المباشر.
5. التواصل بشأن تسويق المشاريع في الوزارة والبحث عن مصادر التمويل لها.

6. تطوير اتفاقيات المشاريع مع المؤسسات الدولية بالتنسيق مع الجهات المعنية في الوزارة.

7. تنسيق المساعدات الطارئة للوزارة (moh، 2011: نت)<sup>16</sup>



شكل رقم (2): هيكلية الإدارة العامة للتعاون الدولي، 2009

المصدر: [www.moh.gov.ps](http://www.moh.gov.ps)

إن الجهة المنسقة بوزارة الصحة - الإدارة العامة للتعاون الدولي تسعى جاهدة للعمل على توفير التمويل للمشاريع الصحية والبحث الدائم عن النواذ والفرص التمويلية والتعرف على شروط الاستفادة منها وتنسيق عملية توزيع التمويل المتاح على البرامج والمشاريع الصحية المختلفة وذلك بالتعاون مع الجهات المانحة، كما تسعى الإدارة إلى تطوير علاقات التعاون مع هذه الجهات وبناء علاقات مع جهات جديدة بهدف توفير الدعم المالي والفني للمشاريع الصحية في القطاع الصحي.

وترى الباحثة من خلال عملها في الإدارة العامة للتعاون الدولي كجهة منسقة لوزارة الصحة، بأن تطوير آليات تنسيق المساعدات وإدارة عمليات التمويل المقدمة للبرامج والمشاريع الصحية المختلفة ومتابعة التزام المصادر التمويلية ببرامج المساعدات المتفق عليها بروتوكولياً من شأنها أن تساهم بدرجة كبيرة في دعم القطاع الصحي الحكومي.

<sup>16</sup> /<http://www.moh.gov.ps/portal/category/s6-2011-06-05-06-58-23/c14-text-ads>

1. توزيع المشاريع المنفذة حسب الجهة المستفيدة:

جدول رقم (5): إجمالي المشاريع الصحية المنفذة خلال عام 2014

م.	الجهة المستفيدة	العدد	النسبة
1	الإدارة العامة للمستشفيات.	40	48.19%
2	الإدارة العامة للصيدلة.	17	20.48%
3	الإدارة العامة للشؤون الإدارية والمالية.	10	12.05%
4	الإدارة العامة للرعاية الأولية.	6	7.23%
5	الإدارة العامة للهندسة والصيانة.	6	7.23%
6	الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية.	2	2.41%
7	وحدة تكنولوجيا المعلومات.	1	1.20%
8	المؤسسات الصحية في غزة.	1	1.20%
	<b>المجموع</b>	<b>83</b>	<b>100.00%</b>

المصدر (التقرير السنوي للإدارة العامة للتعاون الدولي، 2014)

يتضح من الجدول (6) أن المستشفيات تحتل النسبة الأكبر (48.19%) في المشاريع المنفذة نتيجة حجم مشاريع الأجهزة الطبية والتجهيز والتأثيث ومشاريع الترميم والتأهيل المنفذة خلال العام، ويتضح ان الصيدلة احتلت المرتبة الثانية (20.48%) من المشاريع المنفذة على اعتبار ان كافة مشاريع الادوية والمستهلكات الطبية تستفيد منها الادارة العامة للصيدلة من خلال الاستلام والتوزيع على مرافق وزارة الصحة.

جدول رقم (6): تكلفة المشاريع المنفذة خلال العام 2014

الرقم	المؤسسة المانحة	المبلغ بالدولار الأمريكي	الرقم	المؤسسة المانحة	المبلغ بالدولار الأمريكي
1	اللجنة القطرية	2,446,235	17	نقابة المهندسين الأردنيين	142,857
2	البنك الإسلامي للتنمية بجدة	2,179,000	18	انتربال	136,000
3	النورواك	1,383,700	19	الرحمة العالمية الكويتية	105,000
4	الصليب الأحمر	1,033,951	20	صندوق الاوبك للتنمية الدولية	100,000
5	جمعية الهلال الأحمر الكويتي	867,835	21	مؤسسة إغاثة أطفال فلسطين	100,000
6	الإغاثة الإسلامية	861,100	22	ميرسي ماليزيا	100,000
7	فاعل خير	793,488	23	السلام والتضامن التركية	89,000
8	تيكا	470,000	24	الهلال الأحمر الإندونيسي	85,000
9	مؤسسة التعاون	432,770	25	اتحاد العاملين بالأونروا	60,000
10	هيئة الاعمال الخيرية	330,815	26	مؤسسة نداء الانسان الدولية	34,000
11	جمعية الإصلاح البحرين	300,000	27	جمعية غيث للإغاثة والتنمية	33,944
12	MAP-UK	284,115	28	فريق العون الصحي الدولي - بيما	29,748
13	جاياكا	200,000	29	مؤسسة بيما بريطانيا	27,000
14	UNDP	200,000	30	UNFPA	9,400
15	الهلال الاحمر القطري	155,000	31	WHO	6,799
16	اللجنة الأردنية	150,000	32	متبرعين و متضامنين بريطانيين	4,605
<b>المجموع بالدولار الأمريكي</b>					<b>13,151,363</b>

المصدر: (التقرير السنوي للإدارة العامة للتعاون الدولي، 2014)

يتضح من الجدول (7) أن اللجنة القطرية تحتل النسبة الأكبر في المشاريع المنفذة بسبب المنحة الطارئة التي تم تنفيذها خلال العدوان الأخير على غزة صيف 2014 بالإضافة إلى المؤسسات الأخرى التي تم الانتهاء من تنفيذ منحها الخاصة بالأدوية والمستهلكات الطبية والأجهزة الطبية.

## 2. توزيع المشاريع المنفذة حسب الجهات المانحة:

تم الانتهاء من تنفيذ 83 مشروعاً خلال العام 2014 بتكلفة إجمالية حوالي 13 مليون دولار أمريكي كما هو موضح في الجدول أدناه:

### جدول رقم (7): المشاريع المنفذة حسب الجهات المانحة

الرقم	المؤسسة	العدد	النسبة
1	MAP-UK	9	10.84%
2	الصليب الأحمر	7	8,43%
3	هيئة الاعمال الخيرية	6	7,23%
4	البنك الإسلامي للتنمية بجدة	5	6,2%
5	أهل الخير	5	6,2%
6	منظمة الصحة العالمية	4	4.82%
7	جمعية الهلال الأحمر الكويتي	4	4,82%
8	المساعدات النرويجية	4	4,82%
9	UNFPA	3	3.61%
10	السلام والتضامن والإغاثة	3	3,61%
11	اللجنة القطرية	3	3,61%

المصدر: (التقرير السنوي للإدارة العامة للتعاون الدولي، 2014)

يشير الجدول (8) أن العون الطبي الفلسطيني MAP-UK كانت أكثر الجهات تنفيذاً للمشاريع بنسبة (10,84%)، والتي كان معظمها استجابة للوضع الطارئ الذي أفرزه العدوان الأخير، تلتها اللجنة الدولية للصليب الأحمر بنسبة (8,43%).

وترى الباحثة أن مسؤولي التنسيق في الإدارة العامة للتعاون الدولي كان لهم الجهد المبذول في التنسيق والتواصل مع تلك المنظمات الداعمة للقطاع الصحي الحكومي وخاصة في فترة العدوان الأخير على قطاع غزة عام 2014 من أجل تسويق وجلب التمويل للمشاريع الصحية بالإضافة إلى المناشدات العاجلة والموجهة للجهات المانحة والتي كانت تهدف إلى تقديم المساعدات اللازمة في حالات الأزمات والطوارئ التي يتعرض لها القطاع الصحي الحكومي.

## الفصل الثالث: الدراسات السابقة:

### مقدمة

1-3 دراسات محلية

2-3 دراسات عربية

3-3 دراسات أجنبية

4-3 التعقيب على الدراسات السابقة والفجوة البحثية

## مقدمة:

تمثل الدراسات السابقة رافداً أساسياً من روافد المعرفة النظرية والعملية، وكذلك خبرات وتجارب السابقين والاطلاع على أهم إنجازاتهم والنتائج والتوصيات التي خلصت إليها دراساتهم وبحوثهم، والتي لها الأثر الكبير في إثراء معرفة ومعلومات الباحثة، مما يساعدها في تكون خلفيه جيدة عن موضوع دراستها، ومما يسهل أمر إنجازها بشكل أفضل وأكثر عمقاً وشمولاً، وكذلك تجنب الأخطاء والهفوات التي وقع بها الباحثون السابقون، وقد استعرضت الباحثة أهم الدراسات السابقة التي تناولت موضوعات ذات علاقة بموضوع الدراسة، سواء أكانت بشكل مباشر أم غير مباشر، حيث قامت الباحثة بتقسيمها إلى ثلاثة أقسام: دراسات محلية، ودراسات عربية، ودراسات أجنبية وكذلك تم ترتيبها من الأحدث إلى الأقدم حسب تاريخها. وبعد الاطلاع على ما توفر من الدراسات المتعلقة بموضوع التنسيق تم ملاحظة ندرة الدراسات الأجنبية المتوفرة في هذا المجال، بينما كانت هناك دراسات محلية عديدة تناولت الموضوع بشكل غير مباشر أما الدراسات العربية فقد تناولت الموضوع بشكل مباشر.

### 3-1 الدراسات الفلسطينية:

1. دراسة: البسيوني (2014). "إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيه".

هدفت الدراسة إلى تقييم دور التمويل الدولي في تطوير القطاع الصحي الفلسطيني في وزارة الصحة في قطاع غزة، وتم اعتماد الاستبانة كأداة رئيسة لجمع المعلومات معززة ذلك بمقابلات معمقة مع مختصي التمويل الدولي في الوزارة. وشمل مجتمع الدراسة المدراء من المستويات الإدارية العليا والوسطى في وزارة الصحة والبالغ عددهم (172)، بنسبة استجابة قدرها (86%)، وتم استخدام حزمة برنامج SPSS لتحليل البيانات.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- أظهرت النتائج أن كل من إدارة التمويل الدولي في الوزارة، وإدارة التمويل الدولي من قبل الجهات المانحة، والأوضاع السياسية السائدة تؤثر على إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة عند مستوى دلالة إحصائية (0.05).



- كما وأوضحت النتائج أن التمويل الدولي ضروري وحيوي لقطاع الصحة (83.8%)، وقد قدم إسهامات بارزة في الأزمات والظروف الطارئة (74.6%)، وأسهم في تطوير الرعاية الصحية الأولية والثانوية بدرجة كبيرة (70%).
- من ناحية أخرى أظهرت النتائج أن التمويل الدولي يعد مصدراً مالياً آمناً (51.6%) ومستداماً (34.6%)، كما أنه كافياً لتنفيذ الأنشطة الصحية اللازمة (49.8%)، وكانت الظروف السياسية السائدة هي الصعوبة الرئيسية التي تواجهها وزارة الصحة في تأمين التمويل الدولي.
- ولعل من أهم التوصيات ضرورة التعاون والتنسيق المتبادل من أجل الاستغلال الأمثل لهذا التمويل، وبناء القدرات المستدامة للنظام الصحي بأكمله. إضافة إلى إدارة مصادر التكاليف في وزارة الصحة بشكل فعال وتفعيل الخطة الاستراتيجية الصحية الوطنية في جميع مراحل العملية التمويلية.

## 2. دراسة: حماد(2013). "المساعدات التركية في تحسين مستوى الخدمات الصحية في قطاع غزة".

هدفت الدراسة إلى تقييم دور المساعدات التركية في تحسين مستوى الخدمات الصحية في قطاع غزة، وأتبع في الدراسة المنهج الوصفي التحليلي حيث تم استخدام استبانة كأداة لجمع البيانات، وتألّف مجتمع الدراسة من (190) من الفئة الخاصة والفئة العليا والفئة الأولى القائمين على وزارة الصحة وقد استجاب منهم (137) بنسبة (72%). وقد استخدم الباحث لتحليل البيانات البرنامج الإحصائي SPSS.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- تشير نتائج الدراسة أن نسبة المساعدات التركية للقطاع الصحي الأهلي من إجمالي المساعدات التركية المقدمة للقطاع الصحي خلال الفترة من 2008 - 2012 بلغت (94.5%) بينما كانت نسبة القطاع الصحي الحكومي من إجمالي المساعدات التركية في تلك الفترة ما نسبته (5.5%).
- بلغت نسبة المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي خلال الفترة الواقعة ما بين 2007 - 2012 (98.26%) من الإجمالي الكلي للمساعدات، بينما كانت نسبة المساعدات التركية في نفس الفترة (1.74%) من الإجمالي الكلي للمساعدات المقدمة لوزارة الصحة الفلسطينية.
- كما أشارت النتائج إلى أن القطاع الصحي الحكومي يعاني عجزاً دائماً في الموازنة سنوياً.

### 3. دراسة: أبو سلطان (2013). " واقع التنسيق بين منظمات المجتمع المدني وأثره على التنمية الزراعية المستدامة في قطاع غزة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع وأساليب التنسيق بين منظمات المجتمع المدني وأثره على التنمية الزراعية المستدامة في قطاع غزة، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي كما اعتمدت منهجية متكاملة في جمع البيانات اشتملت على أسلوب المجموعات البؤرية حيث استخدمت الاستبانة كأداة لجمع البيانات. استهدفت الدراسة جميع منظمات المجتمع المدني العاملة في القطاع الزراعي وعددها (41) منظمة، ولصغر مجتمع الدراسة تم استخدام أسلوب المسح الشامل للعاملين في هذه المنظمات ممن يعملون كرؤساء لمجالس الإدارة والمدراء التنفيذيين ومسؤولي التنسيق أو مسؤولي العلاقات العامة، حيث تم توزيع استبانة؛ على مجتمع الدراسة، وبلغ عددهم (123) فرداً وقد تم استرداد (113) استبانة؛ أي بنسبة 82%.

#### ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- إدراك المسؤولين في الوزارة وفي منظمات المجتمع المدني لأهمية التنسيق، ومع ذلك فهناك ضعف في وجود آليات فعالة لتطبيق التنسيق على الأرض، وذلك بسبب ضعف الإطار القانوني المنظم للعلاقة بين المنظمات والقطاع الحكومي. من وجهة نظر المستفيدين، فإن عدم إشراكهم في تحديد احتياجاتهم من قبل منظمات المجتمع المدني من أهم معوقات التنسيق.
- في المقابل أظهرت الدراسة أن التنسيق له نتائج اقتصادية على صعيد التنمية الزراعية على المستوى الوطني وعلى مستوى المزرعة أهمها التوسع في الرقعة الزراعية وزيادة مساهمة الزراعة في إجمالي الناتج المحلي.

### 4. دراسة: الخالدي (2012). "إسهامات التمويل الدولي في تطوير النظام الصحي الفلسطيني بالتركيز على المؤسسات الصحية غير الحكومية العاملة في محافظات غزة".

هدفت الدراسة إلى تقييم دور التمويل الدولي في دعم النظام الصحي في المؤسسات غير الحكومية في محافظات غزة. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، اتبع الباحث في دراسته البحث الكمي والنوعي، حيث تم جمع البيانات من خلال أداة الاستبانة والمقابلات مع (8) مسؤولين مهمين، وتضمنت الدراسة (52) منظمة غير حكومية، حيث استجاب منهم (48) بنسبة 88%. واستخدم الباحث برنامج التحليل الإحصائي SPSS في تحليل البيانات.

## ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- أن الإسهام الكلي للتمويل الدولي تمثل بمعدل 3 من 2.05 بنسبة مئوية. 68.46% وأوصت الدراسة إلى أن الممول والمؤسسات غير الحكومية تحتاج إلى التنسيق لتحقيق احتياجات المجتمع الفلسطيني. ويتطلب تركيزاً أكبر على تطوير الرؤى المشتركة والتنسيق المتواصل والنجاعة والفاعلية المستدامة في تنفيذ مشاريع تطويرية.
- أظهرت نتائج البحث أن 85.4% من مدراء المنظمات غير الحكومية هم من الذكور، ومعظمهم حاصلين على شهادة البكالوريوس، ولديهم 15 سنة خبرة.
- وأشارت النتائج أن 95% من المنظمات غير الحكومية لها علاقة بتقديم الخدمات الصحية.

## 5. دراسة: الرفاتي(2011). " مدى قدرة المنظمات الأهلية الصحية بقطاع غزة على تطبيق بطاقة الأداء المتوازن (BSC) كأداة لتقويم الأداء التمويلي".

هدفت هذه الدراسة إلى تبيان مفهوم بطاقة الأداء المتوازن ومدى قدرة تطبيقها بالمنظمات الصحية الأهلية بقطاع غزة في قياس وتقويم الأداء التمويلي، ومعرفة مدى توفر المقومات اللازمة في هذه المنظمات لتطبيق بطاقة الأداء المتوازن، والعلاقة بين تطبيق بطاقة الأداء المتوازن وكفاءة الأداء التمويلي، ودراسة الأبعاد الأربعة الخاصة التي تقوم عليها بطاقة الأداء المتوازن ومدى ملاءمتها لبيئة المنظمات الصحية الأهلية بقطاع غزة. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي كما أنه استخدم أسلوب العينة العشوائية الطبقية في اختياره لعينة الدراسة، واستخدم الاستبيان كأداة في جمع البيانات الأولية، حيث يتكون مجتمع الدراسة من كل فرد من العاملين في المنظمات الصحية الأهلية في قطاع غزة يعمل كعضو لمجلس الإدارة أو مدير مالي أو مدير تنفيذي أو رئيس قسم، وقد بلغ حجم مجتمع الدراسة (130) شخصاً من العاملين وقد تم اختبار عينة عشوائية تتكون من (70) شخصاً وتم توزيع أداة الدراسة عليهم وقد تم استرداد 61 استبيان من العاملين مجتمع الدراسة.

## ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها يتمثل في أن المقومات اللازمة لتطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المنظمات الصحية الأهلية بقطاع غزة لتقويم الأداء التمويلي تتوفر بنسبة 76.18%، وأن إدارة المنظمات الصحية الأهلية تهتم بدرجة كبيرة بتقويم أدائها التمويلي من جوانب غير مالية بالإضافة إلى الجوانب المالية بنسبة % 72.13 ، وأن تطبيق بطاقة

الأداء المتوازن يؤدي إلى زيادة كفاءة الأداء التمويلي بدرجة كبيرة بنسبة 72.13%، وأن أبعاد بطاقة الأداء المتوازن ملائمة لبيئة المنظمات الصحية الأهلية بقطاع غزة بدرجة كبيرة.

#### 6. دراسة: حماد (2010). " تقييم المشاريع في المنظمات غير الحكومية بقطاع غزة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على تقييم المشاريع في المنظمات غير الحكومية بقطاع غزة من وجهة نظر مديري المشاريع، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وصمم استبانة خصيصاً لجمع البيانات، ثم استخدام العينة العشوائية المنتظمة، حيث تم توزيع 160 استبانة واسترد 145، أي ما نسبته 90.6%.

ومن أهم النتائج التي توصلت لها الدراسة ما يلي:

- أظهرت الدراسة أنه يتم تقييم المشاريع اعتماداً على معيار الارتباط بنسبة 73.9%، ومعيار الكفاءة بنسبة 69.16%، ومعيار الفاعلية بنسبة 68.23%، ومعيار الأثر بنسبة 70.93%، ومعيار الاستدامة بنسبة 69.34%.
- وكما أظهرت الدراسة عدم وجود فروق تعزى إلى كل من المتغيرات الشخصية " العمر، الجنس، المؤهل العلمي وسنوات الخبرة"، وخصائص المنظمات غير الحكومية عمرها، عدد المشاريع وعنوان المنظمة"، ووجود فروق تعزى لمتغير سنوات الخبرة وعنوان المنظمة بالنسبة لمعيار الفاعلية.

#### 7. دراسة: (أبو حماد، 2011). "التمويل الدولي للمؤسسات الفلسطينية وأثره على التنمية السياسية في قطاع غزة عام 2000 - 2010 م دراسة ميدانية".

هدفت هذه الدراسة إلى الوقوف على دور التمويل الدولي للمؤسسات الأهلية الفلسطينية، ومعرفة تأثيره على التنمية السياسية في قطاع غزة، ومدى الدور الذي لعبه التمويل الدولي في تحقيق متطلبات التنمية السياسية للمجتمع الفلسطيني وفق احتياجاته. إن المقاربة التي اعتمدت عليها الدراسة تقوم على توصيف وتحليل مدى مساهمة التمويل الدولي في أحداث تنمية سياسية في قطاع غزة، وعن برامج التنمية السياسية التي نفذتها المؤسسات الأهلية الفلسطينية المتلقية للدعم ومدى وملاءمتها لبرامجها التنموية، مستخدمة أداة الاستبيان على مجتمع المؤسسات الدولية وشركائهم من المؤسسات الأهلية المحلية التي تنبث برامج تنموية سياسية. يشكل مجتمع الدراسة من العاملين في برامج التنمية السياسية المجتمعية في قطاع غزة والبالغ عددهم (170) موظف.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- أن التمويل الدولي لا يحقق اولويات التنمية في فلسطين بسبب سعيه الى تحقيق غايات سياسية للدول المانحة في المجتمع الفلسطيني.
- أن المساعدات التي قدمتها المنظمات الدولية تمت وفق خطة تنموية تتناسب مع اهدافها السياسية، وليس مع احتياجات الشعب الفلسطيني.
- أن المؤسسات الأهلية الفلسطينية ليس لديها أجندة وطنية واضحة تجاه اولويات التمويل وهي تستجيب بشكل مباشر لبرامج وسياسات المانحين مما انعكس بشكل سلبي على واقع التنمية السياسية.

**8. دراسة: شبكات والكفارنة (2010). " الصعوبات التي تواجه منظمات المجتمع المدني في الحد من نسبة الفقر والبطالة في قطاع غزة - من وجهة نظر مديري شبكة المنظمات الأهلية الفلسطينية"**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الصعوبات التي تواجهها منظمات المجتمع المدني في الحد من نسبة الفقر والبطالة في قطاع غزة الذي يواجه الحصار الظالم المفروض من قبل الاحتلال الإسرائيلي، بالإضافة إلى ما خلفته الحرب الأخيرة على أبناء القطاع من قتل ودمار وتهجير، تمثلت عينة الدراسة في المنظمات المدرجة في شبكة المنظمات الأهلية في قطاع غزة، ومستبعبدين الضفة الغربية منها لصعوبة الوصول إلى البيانات، وبلغ عددها 61 منظمة. وقد استخدم الباحثان أسلوب المنهج الوصفي التحليلي على أساس المسح الشامل لعينة الدراسة من وجهة نظر مدراء تلك المنظمات.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- إن التنسيق بين المنظمات الأهلية ضعيف ويحتاج إلى آليات تعزيز وتطوير عملية من أجل تقليص نسبة البطالة والفقر في قطاع غزة.
- كذلك اعتبر إغلاق المعابر معيقاً بصورة واضحة في وصول الاحتياجات اللازمة للفئات المحتاجة والمهمشة، وقد أوصى الباحثان توزيع الموارد المتاحة بطريقة شفافة وعادلة.
- ووجد أن التنسيق بين الجهات الحكومية والمنظمات الأهلية أيضاً ضعيف ويحتاج إلى تطوير من أجل مساندة الفئات المحتاجة والمهمشة، وقد أوصى الباحثان بضرورة مبادرة الجهات الحكومية بالتنسيق مع المنظمات الأهلية من أجل مساندة تلك الفئات وعدم التركيز على الإجراءات الإدارية والقانونية فقط.

9. دراسة: (ديفويروترير، 2009). "تتبع الدعم الخارجي للمنظمات الفلسطينية غير الحكومية في الضفة الغربية وقطاع غزة خلال الفترة 1999-2008".

هدفت الدراسة الى تتبع وتوثيق التمويل من الجهات المانحة الخارجية للمنظمات الفلسطينية غير الحكومية في الضفة الغربية وقطاع غزة على مدى العشر سنوات. مع التركيز على حجم المساعدات، إضافة الى التوزيع الجغرافي والقطاعي والجهة المستفيدة من توزيع التمويل. وقد اتبعت الدراسة في منهجيتها مراجعة الادبيات السابقة وعمل مقابلات، بالإضافة لإجراء مسحين لطرفي الدراسة: الاول يركز على المانحين الخارجيين والآخر يركز على المنظمات الفلسطينية غير الحكومية (41 مؤسسة)، ومن ثم مقارنة المعلومات مع البيانات المتوفرة في نظام رصد المساعدات الفلسطيني لدى وزارة التخطيط والتنمية الإدارية.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- ان مبلغ المساعدات الخارجية التي دخلت الضفة الغربية وقطاع غزة نوعها اختلفت وفقا للأوضاع السياسية إضافة لكون المساعدات الخارجية حيوية لكل من السلطة الفلسطينية وللمنظمات غير الحكومية الفلسطينية.

10. دراسة: أبو نحلة (2008). " دور المنظمات غير الحكومية الفلسطينية في استغلال أموال الدعم الخارجي لخلق فرص عمل مستدامة ودعم الرياديين". هدفت الدراسة إلى التعرف على دور المنظمات غير الحكومية في استغلال أموال الدعم الخارجي في خلق فرص عمل مستدامة ودعم الرياديين، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي معتمدة في جمع البيانات على أداة الاستبانة للمستهدفين العاملين في قطاع التنمية في المنظمات غير الحكومية الفلسطينية في قطاع غزة، ومجموعتين مركزيتين من الرياديين من مختلف المستويات التعليمية من كلا الجنسين والتي تتراوح أعمارهم ما بين 18-22 سنة واشتملت كل مجموعة على (10) أشخاص، بالإضافة إلى أنه تم إجراء مقابلات مع المسؤولين عن برنامج البطالة في المركز الرئيسي للأونروا في قطاع غزة.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- إن تدهور القضايا السياسية وخاصة النزاع الداخلي (الانقسام السياسي) بين الحكومتين في قطاع غزة والضفة قد أدى إلى غياب حكومة قوية وفعالة وقد أثر هذا سلباً على العلاقة بين المنظمات الفلسطينية غير الحكومية والسلطة الوطنية الفلسطينية والذي أدى بدوره إلى غياب

الدور الإيجابي للسلطة الفلسطينية في التنسيق بين المنظمات غير الحكومية الفلسطينية والجهات المانحة والذي انعكس سلباً على إمكانية توفير فرص عمل ثابتة.

• إن المنظمات غير الحكومية غير مسؤولة في أغلب الأحيان عن احتياجات ومتطلبات الجهات المستفيدة، ولا تقوم المنظمات غير الحكومية بالتدخلات تبعاً لتقييم الاحتياجات للفئات المستهدفة، وقد كان ذلك واضحاً في نوعية الخدمات التي تقدمها المنظمات الفلسطينية غير الحكومية للجهات المستفيدة. إن 50% من مشاريع المنظمات الفلسطينية غير الحكومية تركز على برامج التدريب بينما 16% تركز على دعم الرياديين وخلق فرص مستدامة.

#### أوصت الدراسة بما يلي:

- أن تقوم السلطة الوطنية بزيادة جهودها لتلعب دوراً أكثر فاعلية في التنسيق بين المؤسسات الأهلية والداعمين.
- وأن توحد السلطة الفلسطينية جهودها مع المؤسسات الأهلية الفلسطينية للوصول إلى تكامل فيما بينها وليس التنافس.

### 3-2 الدراسات العربية:

1. دراسة: الفهد (2006). "التنسيق بين الأجهزة الأمنية ودوره في مواجهة الأزمات في مدينة الجبيل الصناعية بالمملكة العربية السعودية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور التنسيق بين الأجهزة الأمنية في مواجهة الأزمات والتعرف على أساليب التنسيق والمعوقات التي تحد من التنسيق، واستخدم الباحث أداة الاستبانة في جمع البيانات، وتمثل مجتمع الدراسة في جميع العاملين بغرف العمليات والمشرفين عليهم في الأجهزة الأمنية والأمن الصناعي بمدينة الجبيل الصناعية، والبالغ عددهم (250) فرداً، وتمكن الباحث من استعادة (223) من أصل (250) استبانة موزعة مما يمثل نسبة (80,92) % من إجمالي الاستبانات التي تم توزيعها. استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي في تحليل البيانات.

#### واهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- وجود تنسيق عالٍ بين الأجهزة الأمنية المسؤولة عن مواجهة الأزمات، وكان في مقدمته "إدراك المسؤولين أهمية التنسيق فيما بينهم لمواجهة الأزمات الأمنية".

- وجود أساليب تنسيقية بدرجة قوية بين الأجهزة الأمنية لمواجهة الأزمات، وكان من أهمها "التنسيق عن طريق غرف العمليات".
- هناك معوقات تحد بدرجة كبيرة من التنسيق بين الأجهزة الأمنية في مواجهة الأزمات، وكان من أبرزها "إغفال تنمية وتطوير الأساليب والأدوات المتبعة في التنسيق وممارستها بصورة مستمرة مع عدم الأخذ بما هو حديث من أساليب".
- أوصت الدراسة بما يلي:
- العمل على وضوح الأهداف من التنسيق، ووضوح الدور والمهام والمسئوليات وتنفيذها بدقة، مع البعد عن الغموض والاجتهادات غير الفعالة في الأجهزة المعنية بمواجهة الأزمات الأمنية.
- ضرورة الحرص على ترسيخ وتعميق مفاهيم وقيم التعاون والمشاركة في روح الجماعة بين الجهات المعنية بمواجهة الأزمات الأمنية.

## 2.دراسة: عبد العزيز (2006). " دور مجالس المناطق والمجالس المحلية في التنسيق بين الأجهزة الحكومية الخدمية في منطقة الرياض بالمملكة العربية السعودية".

هدفت الدراسة إلى تحليل دور مجالس المناطق والمجالس المحلية في التنسيق بين الأجهزة الحكومية الخدمية في منطقة الرياض، والتعرف على الأنشطة التي يتم التنسيق فيها وإيضاح الأساليب التنسيقية لمجالس المناطق في المملكة العربية السعودية، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتمثل مجتمع الدراسة بأعضاء مجلس منطقة الرياض من أجهزة حكومية وأهالي فضلاً عن المجالس التابعة لها في منطقة الرياض والتي يبلغ عددها (19) مجلساً وتم توزيع (260) استبانة على أعضاء مجلس المنطقة والمجالس المحلية وكانت عدد الاستبانات الصالحة (116)، كما تم توزيع الاستبانة على أعضاء مجلس المنطقة والمجالس المحلية من الأهالي عددها (190)، وكان عدد الاستبانات الصالحة منها (95)، وتم استخدام أداة المقابلة لأصحاب السمو الملكي وأعضاء مجلس المنطقة وأعضاء المجالس المحلية.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- تبين أن أفراد العينة المدروسة من المسؤولين في الأجهزة الحكومية يوافقون على جميع الآليات المقترحة للتنسيق، أهمها: آلية الاجتماعات واللقاءات، والتخطيط للتنسيق مع فروع الأجهزة الحكومية ذات العلاقة المشتركة، ووجود ضابط اتصال مسؤول لتولي متابعة التنسيق.



- من أهم المعوقات من وجهة نظر المسؤولين في الأجهزة الحكومية نقص الاعتمادات المالية المخصصة لعمليات التنسيق وعدم تجديد الوسائل والتقنيات لتسهيل عمليات التنسيق.
- تبين أن أفراد العينة المدروسة من الأهالي يوافقون بشدة على مجموعة من الاقتراحات لزيادة التنسيق بين الجهات المختلفة أثناء التخطيط، مثل: تحسين كفاءة الأفراد المعنيين بالتنسيق، وزيادة مستوى التعاون بين الجهات المعنية بالتنسيق، وتوضيح الأهداف الموضوعية لعمليات التنسيق.

وأوصت الدراسة بما يلي:

- تعزيز الاهتمام بزيادة فاعلية التنسيق للإدارة المحلية، مع توضيح الاختصاصات لكل جهة.
- التركيز على إيجاد آليات أكثر فاعلية للتنسيق والتي تتطلب التدريب على وسائل الاتصال التقني مثل الشبكات والبريد الإلكتروني وغيرها.

### 3-3 الدراسات الأجنبية:

1. دراسة: (Hedlund,2010). "القوة العددية: مراجعة التنسيق بين المؤسسات غير

الحكومية في الميدان - دراسة حالة في هايتي".

هدفت الدراسة إلى التعرف على بعض القضايا الرئيسية الخاصة بالتنسيق في الميدان بين المنظمات غير الحكومية بتكليف من المجلس الدولي المسؤول عن التنسيق للهيئات الخيرية، وتمثل مجتمع الدراسة بالمنظمات غير الحكومية المحلية في هايتي والتي تتراوح عددها (3000-20000) واشتملت عينة الدراسة على الأعضاء المسؤولين في تلك المنظمات غير الحكومية الدولية وعددهم (400)، وتم استخدام أداة المقابلة للحصول على المعلومات، ودراسة محاضر الاجتماعات التي كانت تعقد بين المنظمات الدولية غير الحكومية والمحلية.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- عدم وجود تعاون بين المنظمات المحلية والمنظمات الدولية غير الحكومية في تقديم المساعدات والدعم المطلوب واللازم للشعب الهايتي.
- كانت هناك تقارير تدل على الفساد وسوء استخدام المساعدات الإنسانية من قبل المسؤولين في الكوارث السابقة.
- عدم وجود تنسيق في بعض القضايا كان له سلبياته وأدى إلى استجابة غير فعالة وغير مناسبة.

وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات كما يلي:

- يجب أن يكون الدعم لعملية التنسيق بين المنظمات غير الحكومية يلبي احتياجات أصحاب المصالح بأقصى درجة ممكنة، ويركز على بعض الإنجازات السريعة على المدى القريب.
- التنسيق يتطلب وسطاء لديهم مهارات التواصل والقدرة على التفاوض وبناء علاقات جديدة وأن يكون لديهم الوعي بالتأثير على الجهات المختلفة المعنية بالتنسيق.

## 2. دراسة: " (Sridhar , 2009). " التمويل الرأسي في قطاع الصحة: دروس لتعلم من الصندوق العالمي GAVI".

ناقشت الدراسة وقامت بتحليل الكثير من حالات تجارب تمويل البلدان لقطاعها الصحي، ووجد أن التدخلات الخارجية يمكن أن تعمل على النحو الأمثل في البيئات المحدودة الموارد للغاية مع محدودية في البنية التحتية، وضعف في النظم الصحية الأساسية ونقص شديد في خدمات الرعاية الصحية. وخلصت أيضا إلى أن إدخال التمويل الرأسي في البلدان المنخفضة الدخل له عيوبه، بالإضافة إلى عدد من العوامل الخارجية السلبية للبلدان المتلقية. مثل إقبال البلدان المتلقية بعمليات متعددة، متطلبات التمويل، وهياكل إعداد التقارير، والتي تجعل من الصعب بالنسبة لهم وضع استراتيجية شمولية لأولويات القطاع الصحي في بلدانهم. والتي تؤدي إلى وجود تكامل محدود من البرامج الرأسية مع خدمات الصحة العامة في البلدان المتلقية، والتي تؤدي إلى ازدواجية الجهود التي تحدث فيها أوجه القصور في تقديم الرعاية الصحية وتفتت النظام الصحي .

أخيرا أوصت الدراسة بأن الأثر الإيجابي وكذلك السلبي للتمويل الرأسي في قطاع الصحة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار قبل النظر فيما إذا كانت تلك الآليات يمكن توسيعها إلى قطاعات أخرى.

## 3. دراسة: (Pereira, 2009). "فعالية المعونة في قطاع الصحة في أفريقيا".

الدراسة هي واحدة من سلسلة من الدراسات حول فعالية المعونة في قطاع الصحة في أفريقيا، وفي منهجيتها تم استخدام الطرق النوعية بجانب مراجعة الأدبيات. وجدت الدراسة أن المساعدات في زامبيا الآن أفضل تنسيقاً وانتظاماً ومملوكة من قبل الحكومة، وتظهر الإحصاءات الصحية تقدماً جيداً، بصحة الأطفال والأمهات، وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية في انخفاض، وعلى الرغم من التقدم المحرز في السنوات القليلة الماضية.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- أنه ليس من الواضح أن قيمة كل دولار أمريكي من المساعدات هي الآن أعلى مما كانت عليه في الماضي، وأن الأرقام الصحية قد تعكس مجرد الزيادة في تدفقات المعونة وليست دليلاً على فعالية المعونة.
- أن هناك تضارب في الآراء بين المختصين حول فعالية التمويل الدولي وعدمه، وهناك انتقادات لبعض الممارسات.
- كما وذكرت استخدام ما أسمتهم بشركاء التنمية لطرائق مختلفة للمساعدات لدعم القطاع الصحي، مثل أن بعض المانحين يجمعون أموالهم في حساب تديره وزارة الصحة، وبعضهم يوفر دعم لموازنة قطاع الصحة.

#### وأوصت الدراسة بما يلي:

- وأوصت الدراسة بمواءمة المساعدات مع خطة الحكومة وتحسين تنسيق المعونة، وتفعيل مؤسسات المجتمع المدني الصحية.

#### 4. دراسة: (Giacaman et al., 2009). "الوضع الصحي والخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة".

بحثت الدراسة العوامل التي تساهم في المشاكل الصحية والنظام الصحي الفلسطيني في السلطة الوطنية الفلسطينية، والاعتماد على المساعدات الدولية لتوفير الموارد. وصف الخصائص الديموغرافية، الحالة الصحية المقدمة للسكان الفلسطينيين في الأراضي الفلسطينية المحتلة.

#### ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

أن الجهات المانحة تعمل مع اجندات مختلفة واعتماد السلطة على المساعدات المالية من الجهات المانحة تسببت في تجزئة البرامج. أن معظم ميزانية الصحة الفلسطينية المحتلة يتم تمويلها من قبل الوكالات المانحة تسببت في تجزئة البرامج، والتي لديها دوراً مؤثراً في تحديد سياسة السلطة.

## 5. دراسة: (Mataria et al ,2009). "نظام الرعاية الصحية: التقييم وأجندة الإصلاح".

قدمت الدراسة لمحة عن نظام الرعاية الصحية الفلسطيني وقامت بتحليل النظام بالاهتمام باللبنيات لإطار منظمة الصحة العالمية المتعلقة بأنظمة الصحة: وهي تقديم الخدمات، القوى العاملة، نظم المعلومات، الأدوات والتكنولوجيا الطبية، التمويل، والقيادة والحوكمة. وأكدت على تعقيد بناء النظام الصحي في ظل ظروف الاحتلال العسكري، واستعرضت السيناريوهات السياسية المستقبلية، كما اقترحت سبل لتحسين الاداء والعدالة. قامت الدراسة باستعراض الاعمال المنشورة والمقابلات لتحديد سبل لدمج النهج التنموي مع الاستجابات لحالات الطوارئ لخلق نظام صحي أكثر فعالية وكفاءة وعدالة.

### ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- ان فشل المحاولات لخلق مثل هذا النظام هي ناتجة عن ترتيبات للرعاية الصحية وضعتها الحكومة العسكرية الإسرائيلية.
- وطبيعة السلطة الوطنية الفلسطينية، التي لديها ممارسة قليلة في السلطة ومثقلة بعدم الكفاءة والمحسوبية والفساد.
- إضافة الى اولويات غير ملائمة لتلبية رغبات الجهات المانحة للمساعدات الخارجية. واخيرا اوصت الدراسة بالنهج التنموي الذي ينبغي ان يكون متقدما، ومتكاملا مع الاستجابة لحالات الطوارئ.

## 6. دراسة: (Abed,2007). "مراجعة قطاع الصحة".

قامت الدراسة بعمل مراجعة لقطاع الصحة بهدف تزويد المانحين بمعلومات حديثة حول الاحتياجات والأولويات الصحية للقطاع العام أي وزارة الصحة، من خلال مبادرة تسعى الى ترشيد قرارات الاستثمار لدى المانحين. استخدمت الدراسة التحقيقات الوصفية والتحليلية من قبل مجموعة من الخبراء الدوليين والمحليين، في الفترة 2003 -2005 في قطاع غزة والضفة الغربية، وجدت الدراسة أن الوضع المالي لوزارة الصحة يتأثر بشكل كبير من ارتفاع تكاليف الخدمات، وزيادة الطلب وعدم كفاية الميزانية والتبعية للجهات المانحة، كما ان إيرادات التأمين الصحي الحكومي غير كافية لتغطية الاحتياجات الاساسية.

وتبين أنه على الرغم من ضخامة المعونة المقدمة من المانحين، تظهر المساعدات الخارجية مجزأة في ظل عدم وجود إطار واضح لتنمية القطاع الصحي. لذلك أوصت الدراسة بالعمل على احتواء التكاليف، وإعادة تنظيم الخدمات من خلال دمج أفضل لمستويات الرعاية ومختلف مقدمي الخدمات، كما ويجب لشراكة المانحين والمستفيدين أن تؤدي إلى شكل تنسيق أفضل في إطار البرامج الشاملة للقطاع.

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

هدفت الدراسة إلى البحث في العلاقة بين الجهات الحكومية والمحلية والمنظمات غير الحكومية في أفغانستان، وذلك للتعرف على التوترات بينهم، وإيجاد الصيغة الأفضل لمشاركة المنظمات غير الحكومية مع الجهات الحكومية الإقليمية والمحلية وضمان التنسيق الفعال بينهم. وقد تم تنفيذ هذا البحث كبحث كمي مبني على المقابلات المنظمة وشبه المنظمة، والملاحظات، والمناقشات ضمن مجموعات مركزة، وكان الهدف من ذلك بناء صورة شاملة للتصورات والعلاقات لدى العاملين في المنظمات غير الحكومية وأعضاء المجتمع والمسؤولين الحكوميين. وشملت المقابلات المستوى القروي ومختلف الوزارات الحكومية في 3 مدن، وهي: هيرات، وكابل، وبالكه.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- المشاريع المنفذة من قبل المنظمات غير الحكومية لم تراعى احتياجات الفئات الأكثر احتياجًا.
- ضعف العلاقات التنسيقية بين المنظمات غير الحكومية والجهات الحكومية، مما أثر سلباً على عمل هذه المنظمات.

وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات كما يلي:

- على الحكومة تطوير شراكة استراتيجية مع المنظمات غير الحكومية وإنشاء أسس للتواصل والتنسيق.
- يجب على المنظمات غير الحكومية تخطيط برامجها بالتنسيق مع خطة التنمية الرسمية للحكومة.

### 3-4 التعقيب على الدراسات السابقة والفجوة البحثية:

تم إعداد الجدول رقم (9) والذي يوضح الفجوة البحثية وذلك من خلال التحدث عن أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة التي تناولت بعض الجوانب المتعلقة

بالدراسة الحالية، ومن ثم ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة.

جدول رقم (9): المقارنة بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة والفجوة البحثية

#	أوجه المقارنة	الدراسة الحالية	أوجه التشابه والاختلاف مع الدراسات السابقة (الفجوة البحثية)	ما تميزت به الدراسة الحالية
1.	متغيرات الدراسة	تناولت هذه الدراسة متغيرين: 1. المتغير المستقل: • نوع المنظمة • العمر • المؤهل العلمي • سنوات الخبرة • عدد المشاريع 2. المتغير التابع: التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم	اتفقت مع دراسة الخالدي في المتغير المستقل المؤهل العلمي كما اتفقت مع دراسة أبو سلطان ودراسة البسيوني في المتغير المستقل سنوات الخبرة والمؤهل العلمي وأيضاً مع دراسة البسيوني في المتغير التابع الرعاية الصحية الأولية والثانوية بوزارة الصحة الفلسطينية، و مع دراسة Sridhar, Pereira، و اتفقت مع دراسة أبو حماد في اختيارها نوع المنظمة كمتغير مستقل كما اتفقت مع دراسة الخالدي في المتغير التابع هو النظام الصحي الفلسطيني، ودراسة حماد في تناولها مستوى الخدمات الصحية كمتغير تابع ودراسة Giacaman و Mataria في الوضع الصحي كما متغير تابع وأيضاً دراسة ديفوير و تريير في الدعم الخارجي كمتغير تابع. بينما اختلفت مع دراسة أبو سلطان في اختيارها عمر المنظمة كمتغير مستقل ودراسة الفهيد في المتغير المستقل هو التنسيق، ومع دراسة أبو	تعدُّ هذه الدراسة أولى الدراسات التي ألفت الضوء على دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي، رغم أن هناك دراسات سابقة قد ذكرت جانب دعم القطاع الصحي من خلال التمويل الدولي بشكل عام لكن معظمها لم تركز على دعم القطاع الصحي الحكومي بشكل خاص. أيضاً هذه الدراسة حاولت إبراز وتعزيز دور عنصر التنسيق في دعم القطاع الصحي الحكومي، بالإضافة ما يميز هذه الدراسة أنها ركزت على المنظمات الدولية بشكل كامل والتي ساهمت بدورها في دعم القطاع الصحي الحكومي وذلك من خلال عملية التنسيق مع تلك المنظمات، أيضاً ما يميز هذه الدراسة أنها ستركز في الإجابة على أسئلة الدراسة من وجهة

		القطاع الصحي الحكومي	نحلة في المتغير التابع وهو خلق فرص العمل ودعم الرياديين، كما اختلفت مع دراسة حماد في المتغير المستقل كما اختلفت مع دراسة الرفاتي ودراسة شببات، ودراسة Jelinek والكفارنة أيضاً في تحديد المتغيرات.
2.	منهج الدراسة	المنهج الوصفي التحليلي	اتفقت مع جميع الدراسات في استخدامها المنهج الوصفي التحليلي.
3.	حدود الدراسة: أ. الحد الموضوعي للدراسة	التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة	اتفقت في هذا الجانب بدرجة كبيرة مع دراسة البسيوني ودراسة الخالدي ودراسة حماد والتي تناولت اسهامات التمويل الدولي في تطوير النظام الصحي الفلسطيني. كما اتفقت مع دراسة أبو سلطان، الفهيد، وعبد العزيز و Hedlund بالتركيز على موضوع التنسيق، كما اتفقت مع دراسة حماد (2010) في التعرف على المشاريع للمنظمات غير الحكومية ودراسة شببات والكفارنة في تناولها الدراسة على منظمات المجتمع المدني من وجهة نظر المنظمات غير الحكومية. أيضاً اتفقت مع دراسة أبو نحلة في اختبارها المنظمات غير الحكومية واتفقت مع دراسة Difuer في تناولها الدعم الخارجي للمنظمات الفلسطينية غير الحكومية ودراسة Giacaman و Abed و Pereira و Mataria و Sridhar في تناولها قطاع الصحة. ولكنها اختلفت مع دراسة أبو حماد في تناولها التنمية السياسية.
	ب. الحد المكاني	المنظمات الدولية العاملة في قطاع غزة	معظم الدراسات أجريت بشكل عام في قطاع غزة، حيث اتفقت الدراسة بالحدود المكانية مع دراسة البسيوني و الخالدي، ودراسة أبو نحلة، ودراسة وداي والأشقر وأبوحماد، وشببات وكفارنة بالإضافة إلى دراسة درغام ودراسة Difuer و Giacaman و Abed و Mataria، اختلفت

			مع دراسة Difer لأن الدراسة أجريت أيضاً في الضفة الغربية، كما اختلفت مع دراسة الفهيد، وعبد العزيز والتي أجريت في المملكة العربية السعودية ودراسة Jelinek التي طبقت في أفغانستان ودراسة Hedlund التي طبقت في هايتي ودراسة Sridhar في التي أجريت في أتيوييا ودراسة Pereira التي أجريت في زامبيا.
	مسئولي التنسيق في المنظمات الدولية ومسئولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي	ج. الحد البشري للدراسة	اتفقت في الحد البشري مع دراسة أبو سلطان في اختيار مسئولوي التنسيق واختلفت مع سائر الدراسات السابقة في ذلك وخاصة مع دراسة البسيوني في أنها اختارت اسهامات التمويل الدولي من وجهة نظر المدراء العاملين بوزارة الصحة الفلسطينية.
4.	التنسيق، المنظمات الدولية، دعم لقطاع الصحي الحكومي.	مصطلحات الدراسة	اتفقت مع دراسة أبو سلطان والفهيد، وعبد العزيز ودراسة Hedlund في تناول المصطلح العلمي التنسيق في الدراسة. واتفقت مع دراسة ديفوير و ترتير في تناولها مصطلح الدعم، اتفقت مع دراسة الخالدي، و البسيوني ، ودراسة أبو حماد في المصطلح العلمي المنظمات الدولية ودراسة أبو حماد أبو نحلة بالإضافة إلى دراسة Jelinek في تناول المصطلح العلمي بشكل غير مباشر للمنظمات غير الحكومية، كما اتفقت مع دراسة Giacaman و Mataria و Abed و Pereira في تناولها مصطلح قطاع الصحة كما اختلفت مع دراسة الرفاتي في تناولها مصطلح الأداء التمويلي، كما اختلفت أيضاً مع دراسة حماد في تناول مصطلح تقييم المشاريع وشباب والكفارنة في تناول مصطلح الفقر والبطالة.
5.	الاستبانة والمقابلة	أداة الدراسة	اتفقت مع جميع الدراسات السابقة باستخدام أداة الدراسة الاستبانة وأضافت بعضها أداة المقابلة كدراسة البسيوني ودراسة ديفوير وترتير ودراسة أبو سلطان.



## الفصل الرابع: الطريقة وإجراءات الدراسة

### مقدمة

1-4 منهج الدراسة

2-4 متغيرات الدراسة

3-4 مصادر الدراسة

4-4 مجتمع الدراسة

5-4 أدوات الدراسة

6-4 صدق أداة الدراسة (الاستبانة)

7-4 ثبات أداة الدراسة (الاستبانة)

8-4 خطوات إجراء الدراسة

9-4 الأساليب الإحصائية

## الفصل الرابع

### الطريقة وإجراءات الدراسة

#### مقدمة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة، ويتناول هذا الفصل منهجية الدراسة التي تم اتباعها، من حيث منهج الدراسة ومجتمع الدراسة وعينة الدراسة وأدوات الدراسة وصدق وثبات الاستبانة والأساليب الإحصائية المستخدمة وخطوات إجراء الدراسة ومصادر البيانات.

#### 4-1 منهج الدراسة

اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي، والذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفا دقيقا، ويعبر عنها تعبيراً كلفياً وكمياً، كما لا يكتفي هذا المنهج عند جمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة من أجل استقصاء مظاهرها وعلاقاتها المختلفة، بل يتعدى ذلك إلى التحليل والربط والتفسير، للوصول إلى استنتاجات، يبني عليها التصور المقترح، ويعرف هذا المنهج بأنه ذلك النوع من أساليب البحث الذي يمكن بواسطته معرفة ما إذا كان هناك ثمة علاقة بين متغيرين، ومن ثم معرفة العلاقة.

#### 4-2 مصادر البيانات

تنقسم مصادر البيانات في هذه الدراسة إلى نوعين، وهما:

1. **البيانات الرئيسية:** وذلك بالبحث في الجانب الميداني وتتمثل في أدوات الدراسة (الاستبانة والمقابلة)، وذلك للتعرف على دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة.

2. **البيانات الثانوية:** وتتمثل في الأدبيات والدراسات السابقة وما تحويه المكتبات من دراسات وأبحاث وكتب ومراجع في مجال موضوع الدراسة، وذلك بهدف إثرائها بشكل علمي.

#### 3-4 مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من مسؤولي التنسيق في المنظمات الدولية، والبالغ عددهم (73)، و يبلغ عدد المنظمات الدولية (36) منظمة، منها (24) منظمة أجنبية، و(12) منظمة عربية، بالإضافة إلى مسؤولي التنسيق في الإدارة العامة للتعاون الدولي في القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة والبالغ عددهم (6).

وتم استخدام أسلوب المسح الشامل وذلك لصغر حجم مجتمع الدراسة، حيث تم توزيع الاستبانات على مجتمع الدراسة (73) (أنظر إلى الملحق رقم "1")، باستثناء العينة الاستطلاعية (10)؛ أي على عدد (63) من مسؤولي التنسيق في المنظمات الدولية، وقد تم استرداد (56) استبانة صالحة للتحليل الإحصائي، بالإضافة إلى إجراء (6) مقابلات مع مسؤولي التنسيق في الإدارة العامة للتعاون الدولي بالقطاع الصحي الحكومي، كما أجريت مقابلة مع مسؤول التنسيق في منظمة الصحة العالمية (WHO).

والجداول التالية توضح خصائص عينة الدراسة:

جدول رقم (10): خصائص عينة الدراسة بالنسبة لنوع المنظمة

م	نوع المنظمة	العدد	النسبة
1	أجنبية	40	71.429
2	عربية	16	28.571
	المجموع	56	100.0%

ويتبين من الجدول السابق أن نسبة المنظمات الأجنبية (71.4%) وأن نسبة المنظمات العربية (28.5%) أي أن عدد المنظمات الدولية الأجنبية يفوق عن عدد المنظمات الدولية العربية التي تدعم القطاع الصحي الحكومي، وقد يرجع السبب في ذلك أن المنظمات الدولية الأجنبية تعمل في أكثر من قطاع أي متاح أمامها توفير التمويل في أكثر من مجال في قطاع غزة لذا نرى أن معظم المنظمات الدولية الأجنبية لها دور إغاثي كبير في عملها وخاصة في الحرب الأخيرة التي تعرض لها القطاع غزة في عام 2014 وأيضاً نتيجة الأوضاع الاقتصادية الصعبة التي يمر بها قطاع غزة بسبب الحصار وإغلاق المعابر.

جدول رقم (11): خصائص عينة الدراسة بالنسبة للعمر

م	العمر	العدد	النسبة
1	أقل من 30	17	30.357
2	30-أقل من 40	19	33.929
3	40-أقل من 50	13	23.214
4	50 فما فوق	7	12.500
المجموع		56	%100.0

يتضح من تقديم بيانات الجدول السابق الذي يبين توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً للعمر، أنه بالنسبة الفئة العمرية من 30 - إلى أقل من 40 قد حازت على التصنيف الأول بنسبة قدرها (33.9) وتليها الفئة العمرية الأقل من 30 والتي بلغت (30.3)، ويمكن أن نستنتج من هذا الجدول أن معظم مسؤولي التنسيق في المنظمات الدولية من الشباب وتعزى الباحثة ذلك إلى أن المجتمع الفلسطيني مجتمع فتي فالنسبة الأكبر فيه تمثل فئة الشباب.

جدول رقم (12): خصائص عينة الدراسة بالنسبة للمؤهل العلمي

م	المؤهل العلمي	العدد	النسبة
1	دبلوم	6	10.714
2	بكالوريوس	35	62.500
3	دراسات عليا	15	26.786
المجموع		56	%100.0

ويوضح الجدول السابق أن (62.5%) من عينة الدراسة مؤهلهم العلمي بكالوريوس، و (26.7%) من عينة الدراسة مؤهلهم العلمي دراسات عليا، بينما (10.7%) مؤهلهم العلمي دبلوم متوسط وكون أن أغلبية أفراد العينة من حملة البكالوريوس والدراسات العليا، فهذا يشير إلى أن القائمين على عمليات التنسيق في المنظمات على مستوى علمي عالي، وتفسر الباحثة ذلك أن المجتمع الفلسطيني أصبح لديه توجه بدرجة كبيرة نحو التعليم العالي.

**جدول رقم (13): خصائص عينة الدراسة بالنسبة لسنوات الخبرة**

م	سنوات الخبرة	العدد	النسبة
1	أقل من 5	17	30.357
2	5-10	21	37.500
3	11-15	10	17.857
4	أكثر من 15	8	14.286
المجموع		56	%100.0

أوضحت نتائج عملية المسح بخصوص سنوات الخبرة وفقاً لما تبين في الجدول السابق أن (37.5%) من مجتمع الدراسة قد بلغت خبرتهم الحالية في مجال العمل 10 سنوات فأقل، وقد حازت بالتصنيف الأول وتليها (30.3%) قد بلغت خبرتهم أقل من 5 سنوات ، وترى الباحثة أن الفترة 10 سنوات فترة كافية لاكتساب الشخص الخبرة في أي مجال وهذا يشير إلى أن القائمين على عمليات التنسيق من أفراد عينة الدراسة على مستوى عال من الخبرة، والخبرات المتراكمة عبر التجارب تسهم إلى حد كبير في تكوين اتجاهات إيجابية أو سلبية نحو موضوع معين، كما أنها تعزز الدور المطلوب نحو تحقيق الهدف بصورة أفضل. وقد اتفقت في ذلك مع نتائج دراسة (أبو سلطان، 2013) حيث حازت سنوات الخبرة من 10 سنوات فأقل على النسبة الأكبر بالنسبة لأفراد مجتمع الدراسة.

**جدول رقم (14): خصائص عينة الدراسة بالنسبة لعدد المشاريع**

م	عدد المشاريع	العدد	النسبة
1	أقل من 5	24	42.857
2	5-10	26	46.429
3	11-15	3	5.357
4	16 فأكثر	3	5.357
المجموع		56	%100.0

يتبين من الجدول السابق أن ما نسبته (46.4%) من عدد المشاريع المنفذة تتراوح ما بين 5 إلى 10 مشاريع وهي النسبة الأكبر في عدد المشاريع المنفذة تليها المشاريع التي عددها من 5 مشاريع فأقل وتبلغ نسبتها (42.8%)، بينما عدد المشاريع المنفذة الأكثر من 10 و 16 مشروع ما فوق، فقد بلغت نسبتها (5.3%)، ومن النسب السابقة يتضح بأن (56%) من إجمالي المنظمات الدولية قامت بتنفيذ أكثر من خمس مشاريع في العام 2014 وهذا يدل على أهمية دور المنظمات الدولية في تنمية وتطوير الفئات المستهدفة. وقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع

نتائج دراسة (حماد، 2010)، حيث بلغت النسبة الإجمالية حسب نتائج الدراسة السابقة للمشاريع المنفذة الأكثر من خمس (84.2%) بينما المشاريع الأقل من 5 فكانت نسبتها (15.3%)، وقد يعود انخفاض نسبة المشاريع المنفذة من قبل المنظمات الدولية إلى الأوضاع السياسية غير مستقرة في قطاع غزة من تحولات سياسية طرأت على النظام الفلسطيني قد أدت إلى تقليص عدد المشاريع المنفذة من قبل المنظمات الدولية لصالح القطاع الصحي الحكومي.

#### 4-4 أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة في دراستها الأدوات البحثية التالية:

1. أداة الاستبانة.

2. أداة المقابلة.

وفيما يلي بيان ذلك:

#### الأداة الأولى: الاستبانة

تعد الاستبانة هي أنسب الأدوات التي تتسق مع المنهج الوصفي التحليلي في التعرف على الموضوع محل الدراسة وهو التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة، لما يمتاز به من صفات وجوانب إيجابية، حيث يؤمن بتشجيع حرية التعبير عن الرأي بعيداً عن المراقبة والمحاسبة (إبراهيم، 2012: 3).

#### • طريقة تصميم الاستبانة:

وبعد اطلاع الباحثة على الأدبيات والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة، قامت الباحثة ببناء الاستبانة وفق الخطوات التالية:

- تحديد المحاور الرئيسية التي شملتها الاستبانة.
- صياغة الفقرات التي تقع تحت كل محور.
- إعداد الاستبانة في صورتها الأولية، والتي شملت (38) فقرة، والملحق رقم (2) يوضح الاستبانة في صورتها الأولية.
- عرض الاستبانة على المشرف من أجل اختيار مدى ملاءمتها لجمع البيانات.
- تعديل الاستبانة بشكل أولي وفقاً لما يراه المشرف.

- عرض الاستبانة على (10) من المحكمين المختصين، بعضهم من أعضاء هيئة التدريس في أكاديمية الإدارة والسياسة، والجامعة الإسلامية، جامعة القدس المفتوحة (أبو ديس)، وإداريين صحيين من وزارة الصحة، والملحق رقم (3) يبين أعضاء لجنة التحكيم.
- بعد إجراءات التعديلات التي أوصى بها المحكمون ثم حذف وتعديل وصياغة بعض الفقرات على ثلاثة محاور: طبيعة التنسيق ويتكون من 12 فقرة، مستوى التنسيق ويتكون من 14 فقرة، ومعوقات التنسيق وتتكون من 12 فقرة، حيث أُعطي لكل فقرة وزن مدرج وفق مقياس خماسي التدرج (كبيرة جداً، كبيرة، متوسطة، قليلة، قليلة جداً) بالإضافة إلى إدراج سؤال مفتوح في الاستبانة والذي يبين مقترحات أفراد عينة الدراسة من المنظمات الدولية.
- توزيع الاستبانة على جميع أفراد عينة الدراسة لجمع البيانات اللازمة للدراسة وقد تم تقسيم الاستبانة إلى قسمين:

**القسم الأول:** يحتوي على البيانات العامة لعينة الدراسة: (نوع المنظمة، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، عدد المشاريع، المشاريع الأكثر تمويلاً).

**القسم الثاني:** يتكون من (38) فقرة، موزعة على ثلاثة محاور كالتالي:

#	المحور	عدد الفقرات
1	طبيعة التنسيق	12
2	مستوى التنسيق	14
3	معوقات التنسيق	12

#### 4-5 صدق أداة الدراسة:

##### 1. صدق الاستبانة من وجهة نظر المحكمين:

قامت الباحثة بعرض أداة الدراسة (الاستبانة) في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجالات البحث العلمي للحكم عليها وبلغ عدد المحكمين (10) محكمين، من أجل التأكد من سلامة الصياغة اللغوية للاستبانة، ووضوح تعليمات الاستبانة، وانتماء الفقرات لأبعاد الاستبانة، ومدى صلاحية هذه الأداة لقياس الأهداف المرتبطة بهذه الدراسة، وفي ضوء التوجيهات التي أبداها المحكمون، قامت الباحثة بإجراء التعديلات التي أشار إليها أكثر المحكمين سواءً بتعديل الصياغة أو حذف بعض العبارات بعد تحديد مواضع الالتباس والضعف فيها أو إضافة عبارات جديدة، وبذلك تم التأكد من صدق الاستبانة من وجهة نظر المحكمين.

## 2. صدق الاتساق الداخلي:

وتم أيضا حساب صدق الاتساق الداخلي لمحاور وفقرات الاستبانة بعد تطبيقها على عينة استطلاعية قوامها (10) من مجتمع الدراسة، ومن خلال إيجاد معاملات الارتباط لمحاور وفقرات الاستبانة، كما هو مبين في الجداول التالية:

جدول رقم (15): معاملات الارتباط لمحاور الاستبانة

م	المحور	معامل الارتباط	قيمة "Sig"	مستوى الدلالة
1	طبيعة التنسيق	0.816	0.000	دالة عند 0.01
2	مستوى التنسيق	0.821	0.000	دالة عند 0.01
3	معوقات التنسيق	0.917	0.000	دالة عند 0.01

\* قيمة ر عند درجة حرية (8) ومستوى دلالة (0.05) = (0.632).

\* قيمة ر عند درجة حرية (8) ومستوى دلالة (0.01) = (0.765).

يتضح من الجدول السابق أن محاور الاستبانة تتمتع بمعاملات ارتباط دالة إحصائية، وهذا يدل على أن جميع محاور الاستبانة تتمتع بمعاملات صدق عالية.

جدول رقم (16): معاملات الارتباط لفقرات محور طبيعة التنسيق

م	الفقرة	معامل الارتباط	قيمة "Sig"	مستوى الدلالة
1	يتم الاجتماع الدوري بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي من خلال الإدارة العليا والقائمين على عمليات التنسيق.	0.938	0.000	دالة عند 0.01
2	تعتمد المنظمة المانحة على الزيارات الميدانية من أجل متابعة وتقييم أنشطة المشروع للتأكد من تحقيق الأهداف المطلوبة.	0.875	0.000	دالة عند 0.01
3	تعتمد المنظمة المانحة على الاتصالات المكتوبة في التنسيق مع القطاع الصحي الحكومي.	0.929	0.000	دالة عند 0.01
4	تنظم المنظمة المانحة ورش عمل مع القطاع الصحي الحكومي.	0.846	0.000	دالة عند 0.01
5	يوجد ضمن هيكلية المنظمة المانحة دائرة تُعنى بالتنسيق الصحي.	0.910	0.000	دالة عند 0.01
6	يتم الاتفاق بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي من خلال مذكرة تفاهم يتم التوقيع عليها من قبل الطرفين.	0.836	0.000	دالة عند 0.01



7	يوجد تحديد للأدوار والمهام الواجب القيام بها بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي.	0.810	0.000	دالة عند 0.01
8	يتم وضع برامج ومشاريع المنظمة المانحة بناء على الخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي الحكومي.	0.834	0.000	دالة عند 0.01
9	تبادر المنظمة المانحة بتقديم مشاريعها إلى المسؤولين في القطاع الصحي الحكومي من أجل الموافقة على تنفيذها.	0.837	0.000	دالة عند 0.01
10	التنسيق الجيد بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يساهم في حسن استغلال التمويل لدعم هذا القطاع.	0.942	0.000	دالة عند 0.01
11	يسهم التنسيق الفعال بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي إيجابياً على كفاءة أداء المنظمة لعملها.	0.813	0.000	دالة عند 0.01
12	يوجد لدى المنظمة المانحة سياسات تمويلية واضحة لدعم القطاع الصحي الحكومي.	0.975	0.000	دالة عند 0.01

\* قيمة ر عند درجة حرية (8) ومستوى دلالة (0.05) = (0.632).

\* قيمة ر عند درجة حرية (8) ومستوى دلالة (0.01) = (0.765).

يتضح من الجدول السابق أن فقرات محور **طبيعة التنسيق** تتمتع بمعاملات ارتباط دالة إحصائية، وهذا يدل على أن جميع فقرات المحور تتمتع بمعاملات صدق عالية.

#### جدول رقم (17): معاملات الارتباط لفقرات محور مستوى التنسيق

م	الفقرة	معامل الارتباط	قيمة "Sig"	مستوى الدلالة
1	الاتصالات بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي لها تأثير فعال في نجاح عملية التنسيق.	0.847	0.000	دالة عند 0.01
2	مستوى تبادل المعلومات بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يحقق الغاية المرجوة منه.	0.911	0.000	دالة عند 0.01
3	يوجد تعاون مشترك وفعال بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي.	0.852	0.000	دالة عند 0.01
4	التنسيق الحالي بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يقلل من الوقت والجهد.	0.968	0.000	دالة عند 0.01
5	التنسيق الحالي بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يحقق الأهداف بالدرجة المطلوبة.	0.933	0.000	دالة عند 0.01
6	يوجد تحديد واضح للمهام المطلوب تنسيقها لدى القائمين على التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.	0.843	0.000	دالة عند 0.01

دالة عند 0.01	0.000	0.855	7 يطبق مسئولو التنسيق في القطاع الصحي الحكومي عملية التنسيق بناءً على أسس ومفاهيم علمية مدروسة.
دالة عند 0.01	0.000	0.830	8 يوجد كفاءة وخبرة لدى القائمين على عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.
دالة عند 0.01	0.000	0.911	9 يتم تحديد الأولويات للمشاريع الصحية المراد تسويقها من قبل القطاع الصحي الحكومي.
دالة عند 0.01	0.000	0.895	10 يتم متابعة تنفيذ المشاريع من قبل القائمين على عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي بعد اعتمادها من المنظمة المانحة.
دالة عند 0.01	0.000	0.847	11 تتلقى المنظمة المانحة المعلومات المحدثة التي تتعلق باحتياجات الجهات المختلفة في القطاع الصحي الحكومي عند الحاجة إليها.
دالة عند 0.01	0.000	0.911	12 احتياجات القطاع الصحي الحكومي مدرجة في الخطة الاستراتيجية له.
دالة عند 0.01	0.000	0.852	13 يتوفر لدى الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي خطة طوارئ مدرج بها الاحتياجات الطارئة له.
دالة عند 0.01	0.000	0.832	14 يوجد وعي لدى مسئولين في القطاع الصحي الحكومي بأهمية المساعدات الخارجية وكيفية الاستفادة القصوى منها.

\* قيمة ر عند درجة حرية (8) ومستوى دلالة (0.05) = (0.632).

\* قيمة ر عند درجة حرية (8) ومستوى دلالة (0.01) = (0.765).

يتضح من الجدول السابق أن فقرات محور **مستوى التنسيق** تتمتع بمعاملات ارتباط دالة إحصائية، وهذا يدل على أن جميع فقرات المحور تتمتع بمعاملات صدق عالية.

جدول رقم (18): معاملات الارتباط لفقرات محور معوقات التنسيق

م	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	ضعف إدراك الإدارة العليا والتنفيذية في القطاع الصحي الحكومي لأهمية عنصر التنسيق في دعم هذا القطاع.	0.862	دالة عند 0.01
2	قلة القدرة على تطبيق عملية التنسيق على أسس ومفاهيم علمية مدروسة في القطاع الصحي الحكومي.	0.958	دالة عند 0.01
3	يوجد ازدواجية في المشاريع الصحية لدى القطاع الصحي الحكومي المراد التنسيق لها من قبل المنظمة المانحة.	0.895	دالة عند 0.01
4	ضعف الثقة لدى الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي بضرورة التخطيط المسبق لاحتياجات القطاع الصحي الحكومي	0.949	دالة عند 0.01
5	ضعف كفاءة الأفراد القائمين على عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.	0.866	دالة عند 0.01
6	عدم الاهتمام الكافي بالتدريب المستمر لتدعيم عمليات التنسيق لدى مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي في الداخل والخارج.	0.930	دالة عند 0.01
7	ضعف تنمية وتطوير الأساليب والأدوات المتبعة في عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.	0.856	دالة عند 0.01
8	تداخل الصلاحيات من قبل الجهات غير معنية بالتنسيق داخل القطاع الصحي الحكومي بالتنسيق مع المنظمة المانحة.	0.830	دالة عند 0.01
9	السياسات والإجراءات المتبعة في القطاع الصحي الحكومي تمثل عائقاً أمام تسهيل إدارة المنح التمويلية.	0.954	دالة عند 0.01
10	عدم تخصيص الحوافز المادية والمعنوية التي تدعم عمليات تنفيذ المشاريع لدى مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.	0.857	دالة عند 0.01
11	وجود نظام مركزي في القطاع الصحي الحكومي يمثل عائقاً أمام عملية التنسيق بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي.	0.862	دالة عند 0.01
12	الأوضاع السياسية السائدة تؤثر على عملية التنسيق بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي.	0.9765	دالة عند 0.01

\* قيمة ر عند درجة حرية (8) ومستوى دلالة (0.05) = (0.632).

\* قيمة ر عند درجة حرية (8) ومستوى دلالة (0.01) = (0.765).

يتضح من الجدول السابق أن فقرات محور **معوقات التنسيق** تتمتع بمعاملات ارتباط دالة إحصائية، وهذا يدل على أن جميع فقرات المحور تتمتع بمعاملات صدق عالية.

#### 4-6 ثبات أداة الدراسة (الاستبانة):

أجرت الباحثة خطوات التأكد من ثبات الاستبانة وذلك بعد تطبيقها على أفراد العينة الاستطلاعية بطريقتين، وهما معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

##### 1. الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

تم التأكد من ثبات الاستبانة من خلال حساب "معاملات ألفا كرونباخ" لمحاور الاستبانة، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (19): معاملات ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة

م	المحور	معاملات ألفا كرونباخ
1	طبيعة التنسيق	0.979
2	مستوى التنسيق	0.945
3	معوقات التنسيق	0.856
	الاستبانة ككل	<b>0.867</b>

يتضح من الجدول السابق أن معاملات ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة هي معاملات ثبات عالية، وتفي بأغراض الدراسة.

##### 2. الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

وتم التأكد أيضا من ثبات الاستبانة من خلال حساب معاملات الارتباط بطريقة التجزئة النصفية لمحاور الاستبانة، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (20): معاملات الارتباط بطريقة التجزئة النصفية لمحاور الاستبانة

م	المحور	معاملات الارتباط	
		قبل التعديل	بعد التعديل
1	طبيعة التنسيق	0.760	0.864
2	مستوى التنسيق	0.777	0.875
3	معوقات التنسيق	0.741	0.851
	الاستبانة ككل	<b>0.867</b>	<b>0.929</b>

ينضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط لمحاور الاستبانة هي معاملات ثبات عالية، وتفي بأغراض الدراسة.

#### • إجراءات تطبيق أداة الدراسة:

- إعداد الأداة بصورتها النهائية.
- حصلت الباحثة على كتاب موجه من أكاديمية الإدارة والسياسية؛ لتسهيل مهمة الباحثة في توزيع الاستبانات على المنظمات الدولية في قطاع غزة وملحق رقم (7) يوضح ذلك.
- بعد الحصول على التوجيهات والتسهيلات، تم توزيع (10)؛ استبانات أولية؛ للتأكد من صدق الاستبانة وثباتها.
- بعد إجراء الصدق والثبات قامت الباحثة بتوزيع الاستبانات على مجتمع الدراسة (73)، باستثناء العينة الاستطلاعية (10)؛ أي على عدد (63) من مسئولي التنسيق في المنظمات الدولية، وقد تم استرداد (56) استبانة صالحة للتحليل الاحصائي.

#### الأداة الثانية: المقابلة الشخصية

تم إجراء مقابلات شخصية مع بعض مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي (الإدارة العامة للتعاون الدولي) والذي كان لهم الدور البارز في التنسيق مع المنظمات الدولية المانحة لدعم القطاع الصحي الحكومي (انظر لملحق رقم "5")، والهدف من المقابلات الشخصية هو استئثار بعض المعلومات والتركيز على ما هو مهم واستبعاد المعلومات غير الجوهرية، حيث تعد المقابلة من أهم طرق جمع المعلومات والبيانات وأكثرها صدقاً، حيث يستطيع الباحث التعرف على مشاعر وانفعالات المقابل، وكذلك اتجاهاته وميوله، كما تتيح للمقابل بالتعبير عن رأيه بكل حرية من خلال الإجابة على بعض تساؤلات الدراسة، وهذا مالا يستطيع الوصول إليه إلا من خلال المقابلة، كما أنها تعد أداة دعم وتأكيد لصحة البيانات التي تم الحصول عليها من خلال الاستبانة.

#### 4-7 خطوات إجراء الدراسة:

تم إتباع الخطوات التالية:

1. الاطلاع على الدراسات السابقة في مجال الدراسة، وتلخيصها والتعليق عليها.
2. الاطلاع على الأدب النظري السابق في مجال الدراسة، وبناء الإطار النظري للدراسة.

3. بناء أداة الدراسة (الاستبانة)، والتحقق من صدق وثبات الاستبانة.
4. اختيار مجتمع وعينة الدراسة.
5. توزيع أداة الدراسة (الاستبانة) على عينة الدراسة وجمعها.
6. تحليل البيانات وعرضها في جداول والتعقيب عليها.
7. إجراء المقابلات الشخصية.
8. تفسير النتائج ومناقشتها، وصياغة التوصيات والمقترحات.

#### 4-8 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

وللإجابة على أسئلة الدراسة تم استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) (معامل ارتباط بيرسون، معامل ارتباط سبيرمان، معامل ألفا كرونباخ، طريقة التجزئة النصفية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، قيمة "T" للعينة الواحدة، وقيمة "Sig."، الوزن النسبي، اختبار T-Test، اختبار One-Way ANOVA، اختبار LSD) في إجراء التحليلات الإحصائية اللازمة للدراسة.

1. معامل ارتباط بيرسون: لحساب صدق الاتساق الداخلي.
2. معامل ألفا كرونباخ: لحساب ثبات الاستبانة.
3. طريقة التجزئة النصفية: لحساب ثبات الاستبانة.
4. المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، قيمة "T" للعينة الواحدة، قيمة "Sig."، الوزن النسبي: للتعرف على ترتيب محاور وفقرات الاستبانة بالنسبة للوزن النسبي يستخدم هذا الأمر بشكل أساسي لأغراض معرفة تكرار فئات متغير ما ويتم الاستفادة منها في وصف عينة الدراسة.
5. اختبار T-Test للعينتين المستقلتين: للتعرف على الفروق بين المجموعات في حال وجود مجموعتين.
6. اختبار One-Way ANOVA، اختبار LSD: للتعرف على الفروق بين المجموعات في حال وجود ثلاث مجموعات فأكثر.

#### 4-9 اختبار توزيع البيانات

تم استخدام اختبار كولمجوروف - سمرنوف (K-S) Kolmogorov - Smirnov Test لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، وكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول التالي:

#### جدول رقم (21)

#### اختبار التوزيع الطبيعي لمحاور الاستبانة

م	المحور	قيمة "Sig."
1	طبيعة التنسيق	0.200
2	مستوى التنسيق	0.200
3	معوقات التنسيق	0.200

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "Sig." لجميع محاور الاستبانة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على أن جميع محاور الاستبانة تتبع التوزيع الطبيعي.

**الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها،  
والتوصيات، والمقترحات**

**مقدمة**

**1-5 تحليل الدراسة وتفسيرها**

**2-5 نتائج الدراسة**

**3-5 التوصيات**

**4-5 المقترحات**



## مقدمة:

يتناول هذا الفصل تحليل بيانات الاستبانة، واختبار فرضيات الدراسة، ثم تفسير النتائج ومناقشتها، ومن ثم بيان أوجه الاتفاق والاختلاف مع الدراسات السابقة.

ستقوم الباحثة بعرض نتائج الدراسة، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة واستعراض أبرز نتائج الاستبانة والمقابلة التي تم التوصل إليها من خلال تحليل فقراتها، بهدف التعرف على التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي بقطاع غزة، وقد تم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات التي تم جمعها من استبانة الدراسة باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، للحصول على نتائج الدراسة التي سيتم عرضها ومناقشتها في هذا الفصل.

حيث إنه قد تم استخدام مقياس خماسي التدرج، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (22): مقياس خماسي التدرج

الوزن النسبي		المتوسط الحسابي		الدرجة
إلى	من	إلى	من	
35.99	20.00	1.79	1.00	قليلة جدا
51.99	36.00	2.59	1.80	قليلة
67.99	52.00	3.39	2.60	متوسطة
83.99	68.00	4.19	3.40	كبيرة
100.00	84.00	5.00	4.20	كبيرة جدا

## 5-1 تحليل الدراسة وتفسيرها

### النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ينص السؤال الأول على:

ما طبيعة التنسيق بين القطاع الصحي الحكومي والمنظمات الدولية بقطاع غزة؟

ولقد تم الإجابة على هذا السؤال باستخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "T" للعينات الواحدة وقيمة "Sig." والوزن النسبي، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (23): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "T" للعينة الواحدة والوزن

النسبي لفقرات محور طبيعة التنسيق

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "T"	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1	يتم الاجتماع الدوري بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي من خلال الإدارة العليا والقائمين على عمليات التنسيق.	3.589	0.987	27.220	71.786	10	كبيرة
2	تعتمد المنظمة المانحة على الزيارات الميدانية من أجل متابعة وتقييم أنشطة المشروع للتأكد من تحقيق الأهداف المطلوبة.	4.393	0.802	41.000	87.857	2	كبيرة جدا
3	تعتمد المنظمة المانحة على الاتصالات المكتوبة في التنسيق مع القطاع الصحي الحكومي.	4.393	0.679	48.414	87.857	2	كبيرة جدا
4	تنظم المنظمة المانحة ورش عمل مع القطاع الصحي الحكومي.	3.036	1.144	19.865	60.714	12	متوسطة
5	يوجد ضمن هيكل المنظمة المانحة دائرة تُعنى بالتنسيق الصحي.	3.304	1.306	18.926	66.071	11	متوسطة
6	يتم الاتفاق بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي من خلال مذكرة تفاهم يتم التوقيع عليها من قبل الطرفين.	4.179	0.993	31.495	83.571	5	كبيرة
7	يوجد تحديد للأدوار والمهام الواجب القيام بها بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي.	4.089	0.793	38.608	81.786	6	كبيرة
8	يتم وضع برامج ومشاريع المنظمة المانحة بناء على الخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي الحكومي.	3.804	1.052	27.063	76.071	9	كبيرة
9	تبادر المنظمة المانحة بتقديم مشاريعها إلى المسؤولين في القطاع	3.875	0.992	29.231	77.500	8	كبيرة

						الصحي الحكومي من أجل الموافقة على تنفيذها.	
كبيرة جدا	1	88.214	42.259	0.781	4.411	التنسيق الجيد بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يساهم في حسن استغلال التمويل لدعم هذا القطاع.	10
كبيرة جدا	4	85.357	41.243	0.774	4.268	يسهم التنسيق الفعال بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي ايجابياً على كفاءة أداء المنظمة لعملها.	11
كبيرة	7	78.571	27.753	1.059	3.929	يوجد لدى المنظمة المانحة سياسات تمويلية واضحة لدعم القطاع الصحي الحكومي.	12
كبيرة		<b>78.780</b>	<b>58.324</b>	<b>0.505</b>	<b>3.939</b>	<b>المجموع</b>	

وقد تبين من الجدولين السابقين أن:

- أعلى ترتيب فقرة رقم (10) وهي (التنسيق الجيد بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يساهم في حسن استغلال التمويل لدعم هذا القطاع)، وقد جاءت بوزن نسبي (88.214) وهي بدرجة (كبيرة جدا).
- أدنى ترتيب فقرة رقم (4) وهي (تنظم المنظمة المانحة ورش عمل مع القطاع الصحي الحكومي)، وقد جاءت بوزن نسبي (60.714) وهي بدرجة (متوسطة).
- وبشكل عام فإن الوزن النسبي لمجموع فقرات محور (طبيعة التنسيق) يساوي (78.780) وهو بدرجة (كبيرة).
- وقد تبين من الجدول السابق أن:

التنسيق الجيد يساهم في حسن استغلال التمويل بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي وبالتالي يساعد على تحقيق الأهداف بدرجة كبيرة جداً؛ أي بوزن نسبي (88.214)، وقد أشار الكاشف، وقديح(2015)<sup>17</sup> أن الوزارة قامت بتشكيل لجنة طوارئ عليا لوضع خطة للتعامل مع القطاع الصحي في أوقات الطوارئ والأزمات، وذلك لاستغلال ما يتوفر من الأدوية والمستهلكات

<sup>17</sup> مقابلة مع محمد الكاشف، مدير عام التعاون الدولي السابق وإياد قديح مدير وحدة الأزمات، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة، 10 و15/6/2015.

الطبية لعلاج المرضى وجرحى الحرب وأكدت الكفارنة<sup>18</sup> (2015) أن التنسيق الجيد يساعد على توجيه المنظمة المانحة نحو اختيار المشروع الذي في يصب في مجال عملها من أجل تمويله، وهذا يؤدي بدوره إلى الاستغلال الأمثل للموارد المادية لتلبية احتياج القطاع الصحي الحكومي.

كما وينظر الكثير من الكتاب والباحثين في ميدان الإدارة إلى التنسيق أنه أحد أهداف الإدارة وليس أحد وظائفها، وعليه فإن التنسيق الفعال بين الأنشطة هو محصلة الأداء الفعال لجميع وظائفها (العجمي، 2008: 4). وكما أشارت دراسة (أبو سلطان، 2013: 70) أن التنسيق يمتاز بأهمية خاصة في مجتمعنا الفلسطيني وخاصة في قطاع غزة، مما له الأهمية البالغة والدور البارز في دعم وتقديم المجتمع وذلك لقلّة الموارد المتاحة، حيث يتم التنسيق مع الجهات المانحة وجلب التمويل من أجل البناء والنهوض بالمجتمع الفلسطيني، وبالتالي ضمان تحقيق الأهداف المرسومة بكفاءة وفاعلية، مما ينعكس إيجاباً على ديمومة واستمرار التمويل في كافة القطاعات.

وقد اتضح من نتائج الجدول السابق أن أدنى ترتيب فقرة رقم (4) وهي (تنظيم المنظمة المانحة ورش عمل مع القطاع الصحي الحكومي)، وقد جاءت بوزن نسبي (60.714%) وهي بدرجة (متوسطة).

وتفسر الباحثة ذلك أن طبيعة التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي تتم في الأغلب من خلال الاجتماعات الدورية والزيارات الميدانية والاتصالات المكتوبة بين الطرفين حيث يتم فيها تبادل الآراء والخبرات وتقديم الاقتراحات والخروج بتوصيات يلتزم بها ويستفيد منها كلا الطرفين للوصول إلى تحقيق الأهداف المطلوبة، وهذا ما أكده مسؤولو التنسيق في القطاع الصحي الحكومي (الكاشف وقديح و الكفارنة واصرف، 2015)<sup>19</sup> أن هناك فعالية عالية في الاجتماعات الدورية وتبادل المعلومات، حيث يتم تقييم الأنشطة للمشاريع الصحية من خلال هذه الاجتماعات، ويتم أيضاً من خلالها اطلاع المنظمات الدولية على آخر المستجدات للاحتياجات القطاع الصحي الحكومي، حيث ذكر الكاشف (2015) "أن الاجتماعات المتعلقة في وضع تفصيل مهام العمل فعالة مثل: مذكرة التفاهم وتحديد الأدوار للأطراف" وهذا ما أكده صبح (2015)<sup>20</sup> " أن الاجتماعات تتم بصورة دورية وهي مفيدة جداً للوقوف على آخر المستجدات

<sup>18</sup> مقابلة مع اكسينا الكفارنة، رئيس قسم في العلاقات الأجنبية، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة الفلسطينية، 2015/6/12.

<sup>19</sup> مقابلة مع محمد الكاشف، مدير عام التعاون الدولي السابق وإياد قديح مدير وحدة الأزمات وحازم اصرف منسق المشاريع، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة، 10 و15/6/2015.

<sup>19</sup> مقابلة مع اكسينا الكفارنة رئيس قسم في العلاقات الأجنبية، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة الفلسطينية، 2015/6/12.

<sup>20</sup> مقابلة مع عبد الناصر صبح، مدير تنسيق إدارة المعلومات، مكتب منظمة العالمية، غزة، 2015/6/21.

للقطاع الصحي " أيضاً تتم عملية التنسيق من خلال المراسلات المكتوبة بالإضافة إلى الاتصالات الهاتفية بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي وهي من أكثر وسائل التنسيق فعالية.

كما أن عملية الإعداد والتحضير لورش العمل تحتاج إلى المزيد من الوقت والجهد، بالإضافة إلى أنها مكلفة اقتصادياً، ولا تضمن التزام المدعويين للورش بالحضور، كما أنها لا تعطي نتائج إيجابية مجدية لأن المنظمات الدولية تعقدها من منطلق التباهي والافتخار، ويمكن الاستعاضة عنها بوسائل أخرى مجدية كالاتماعات الدورية. وقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية في ذلك مع نتائج دراسة (ابو سلطان، 2013). حيث إنه يتم الاعتماد في مجال التنسيق بدرجة كبيرة على ورش العمل.

• وبشكل عام فإن الوزن النسبي لمجموع فقرات محور (طبيعة التنسيق) يساوي (78.780) وهو بدرجة (كبيرة). وبناءً على ذلك ترى الباحثة أن محور (طبيعة التنسيق) بشتى وسائله يسير بدرجة جيدة بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي وبالتالي يساعد على عملية دعم هذا القطاع.

#### النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ينص السؤال الثاني على:

ما مستوى التنسيق بين القطاع الصحي الحكومي والمنظمات الدولية بقطاع غزة؟

ولقد تم الإجابة على هذا السؤال باستخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "T" للعينة الواحدة وقيمة "Sig." والوزن النسبي، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (24): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "T" للعينة الواحدة والوزن النسبي لفقرات محور مستوى التنسيق

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "T"	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1	الاتصالات بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي لها تأثير فعّال في نجاح عملية التنسيق.	4.321	0.690	46.842	86.429	1	كبيرة جدا
2	مستوى تبادل المعلومات بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يحقق الغاية المرجوة منه.	4.036	0.762	39.637	80.714	2	كبيرة
3	يوجد تعاون مشترك وفعال بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي.	3.875	0.833	34.829	77.500	5	كبيرة
4	التنسيق الحالي بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يقلل من الوقت والجهد.	3.893	0.928	31.394	77.857	4	كبيرة
5	التنسيق الحالي بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يحقق الأهداف بالدرجة المطلوبة.	3.911	0.940	31.147	78.214	3	كبيرة
6	يوجد تحديد واضح للمهام المطلوب تنسيقها لدى القائمين على التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.	3.768	0.934	30.188	75.357	7	كبيرة
7	يطبق مسئولو التنسيق في القطاع الصحي الحكومي عملية التنسيق بناءً على أسس ومفاهيم علمية مدروسة.	3.500	0.915	28.639	70.000	11	كبيرة
8	يوجد كفاءة وخبرة لدى القائمين على عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.	3.464	0.934	27.771	69.286	12	كبيرة
9	يتم تحديد الأولويات للمشاريع الصحية المراد تسويقها من قبل القطاع الصحي الحكومي.	3.536	1.078	24.542	70.714	9	كبيرة
10	يتم متابعة تنفيذ المشاريع من قبل القائمين على عملية التنسيق في	3.679	0.936	29.401	73.571	8	كبيرة

						القطاع الصحي الحكومي بعد اعتمادها من المنظمة المانحة.	
كبيرة	10	70.357	30.876	0.853	3.518	تتلقى المنظمة المانحة المعلومات المحدثة التي تتعلق باحتياجات الجهات المختلفة في القطاع الصحي الحكومي عند الحاجة إليها.	11
كبيرة	6	76.429	32.642	0.876	3.821	احتياجات القطاع الصحي الحكومي مدرجة في الخطة الاستراتيجية له.	12
كبيرة	14	68.571	28.779	0.892	3.429	يتوفر لدى الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي خطة طوارئ مدرج بها الاحتياجات الطارئة له.	13
كبيرة	12	69.286	24.046	1.078	3.464	يوجد وعي لدى مسئولين في القطاع الصحي الحكومي بأهمية المساعدات الخارجية وكيفية الاستفادة القصوى منها.	14
كبيرة		<b>74.592</b>	<b>44.516</b>	<b>0.627</b>	<b>3.730</b>		<b>المجموع</b>

وقد تبين من الجدول السابق أن:

• أعلى ترتيب فقرة رقم (1) وهي (الاتصالات بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي لها تأثير فعال في نجاح عملية التنسيق)، وقد جاءت بوزن نسبي (86.429) وهي بدرجة (كبيرة جدا).

وتفسر الباحثة ذلك بأن الاتصال كما ذكر في السابق من قبل المنظرين الإداريين هو عملية مشاركة في الأفكار والمعلومات، عن طريق عمليات إرسال وبحث للمعنى، ثم الاستقبال بكفاءة معينة، لخلق استجابة معينة في وسط اجتماعي معين. كما أن الاتصال بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي يوفر الوقت والجهد في شتى أنواع وسائل الاتصال المستخدمة بين طرفي الاتصال سواء كان عبر البريد الإلكتروني أو الاتصال هاتفي أو اتصالات مكتوبة عبر الفاكس بشكل واضح ومفهوم مما ينعكس بدوره على عملية التنسيق الفعال بين تلك الجهات. واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (أبو سلطان، 2013) في أن وسائل الاتصال الحديثة والمختلفة المستخدمة في عملية التنسيق تساهم في تحقيق الأهداف المرجوة، وتتفق هذه النتيجة مع ما تم التوصل له من نتائج من خلال المقابلات الشخصية التي أجريت مع مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي (2015) في أن الاتصالات تعد أكثر الوسائل الفعالة

والأكثر استخداماً في عملية التنسيق مع المنظمات الدولية وخاصة المراسلات المكتوبة والهاتف وهي أكثر فعالية عملية ولها تأثير فعّال في نجاح عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي، بالإضافة إلى التواصل من خلال الاجتماعات المباشرة التي يتم فيها تبادل الآراء بين الأطراف المختلفة.

• أدنى ترتيب فقرة رقم (13) وهي (يتوفر لدى الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي خطة طوارئ مدرج بها الاحتياجات الطارئة له)، وقد جاءت بوزن نسبي (68.571) وهي بدرجة (كبيرة).

وقد يعود ذلك -أيضاً- إلى عدم توفر الموازنات التشغيلية لتمويل وتحديث خطة الطوارئ الخاصة بالوزارة في حالات الطوارئ والأزمات بالإضافة إلى أنه يوجد نقص في الكفاءات البشرية القائمة على عملية إعداد وتحديث خطة الطوارئ، وتتفق هذه النتيجة مع ما تم التوصل له من نتائج من خلال المقابلات التي أجريت مع مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي (الكاشف وإسماعيل وشعت، الكفارنة، 2015)، حيث أنه توجد خطة طوارئ للقطاع الصحي الحكومي ولكن بحاجة إلى تطوير وتحديث. وهي تعمل ضمن الخطة الوطنية واستجابتها تعتبر ذو فعالية متوسطة بسبب النقص في الموارد المادية ونقص الكفاءة في الموارد البشرية التي تقوم على إعداد الخطة وتحديثها باستمرار ضمن أولويات ومتطلبات القطاع الصحي الحكومي في وقت الأزمات والطوارئ لكن في أوقات الطوارئ يجرى التطوير عليها ولكن بشكل نسبي، حيث أنه لا بد من حل المشاكل التي تواجه المستشفيات في أوقات الطوارئ. وقد ذكر صبح (2015) "حسب وزارة الصحة، يوجد خطط للاستجابة لحالة الطوارئ خاصة ما يتعلق بالحروب والاجتياحات التي ينجم عنها قتلى وجرحى وقد اثبتت نجاحها إلى حد ما في مواجهة حالات الطوارئ في الأعوام السابقة؛ إلا أنها في الكثير من الأحيان تعتمد على المساعدات الخارجية عوضاً على أنه ينقصها التكامل مع خطط المؤسسات الدولية والأهلية الأخرى العامة في غزة". وأشار الكاشف (2015) أنه يوجد ضعف بالتنسيق بين القطاع الصحي الحكومي والمؤسسات الوظيفية العاملة بالطوارئ مثل: البلديات ووزارة الأشغال والزراعة والتعليم. وقد أوضح قديح (2015) أنه توجد عقبة لدى المنظمات الدولية بعدم التزامهم بالاحتياجات المدرجة في خطة الطوارئ.

وقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية في ذلك مع نتائج دراسة (عبد العزيز، 2006) أن أفراد العينة المدروسة يقومون بدرجة جيدة جداً بمجموعة من الأنشطة مثل تحديد احتياجات المنطقة وإدراجها في خطة التنمية للدولة.



• وبشكل عام فإن الوزن النسبي لمجموع فقرات محور (مستوى التنسيق) يساوي (74.592) وهو بدرجة (كبيرة).

وهذا يشير إلى أنه يوجد موافقة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال، وتتفق هذه النتيجة مع ما تم التوصل له من نتائج من خلال آراء مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي مستوى التنسيق الجيد بين القطاع الصحي والحكومي والمنظمات الدولية يحقق الأهداف، ولكن ليس بالدرجة المطلوبة.

### النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

ينص السؤال الثالث على:

ما نوعية المشاريع الصحية الأكثر تمويلاً من قبل المنظمات الدولية لخدمة القطاع الصحي الحكومي؟

ولقد تم الإجابة على هذا السؤال باستخدام التكرار والنسبة المئوية، كما هو مبين في الجدول التالي:

### جدول رقم (25): نوعية المشاريع الصحية

م	المشاريع الأكثر تمويلاً	التكرار	النسبة المئوية
1	أدوية ومستهلكات طبية	42	75.000
2	أجهزة طبية	41	73.214
3	تأهيل وترميم	27	48.214
4	إنشائية	10	39.286
5	تعليم وتدريب	22	39.286
6	أثاث	18	32.143
7	قطع غيار	22	17.857
	المجموع	56	100.0%

• يبين الجدول رقم (32) المشاريع الأكثر تمويلاً من قبل المنظمات الدولية لخدمة القطاع الصحي الحكومي، فقد حاز مشروع الأدوية والمستهلكات الطبية على النسبة الأكبر في التمويل، حيث بلغت نسبة تمويل الأدوية والمستهلكات الطبية (75%) وتليها مشاريع الأجهزة الطبية وقد بلغت نسبتها (73.2%)، وتفسر الباحثة هذه النسبة أن الأوضاع السياسية التي يتعرض لها قطاع غزة من حصار وحروب وخاصة القطاع الصحي الحكومي الذي يواجه أزمة حقيقة تتمثل في نقص الأدوية والمستهلكات والأجهزة الطبية بشكل مستمر لا سيما في أوقات الحرب، فهو

بحاجة ماسة إلى توفير مثل هذه الاحتياجات نتيجة إلى الضغط الكبير في استهلاك الأدوية والأجهزة الطبية من أجل تقديم الخدمات الصحية للمرضى ومصابي الحرب مما يدفع المسؤولين في القطاع الصحي الحكومي للقيام بمناشآت عاجلة واجتماعات طارئة للمنظمات الدولية لحل هذه الأزمات الجهات المانحة، واتفقت مع دراسة (البسيوني، 2014) أن التمويل الدولي قدم اسهامات بارزة في الظروف الطارئة والكوارث بنسبة (74%).

وكما أكد قديح، والكاشف (2015) في المقابلات الشخصية التي أجريت أن الجهات المانحة تضع في أجندتها التمويلية الأولوية للمشاريع الإغاثية نتيجة للحالة الطوارئ والأزمات التي يتعرض لها قطاع الصحي. وأشارت الكفارنة (2015) أن هذه المنظمات الاجنبية تركز على دعم الحاجات الانسانية وليس الحاجات الانشائية والنظامية، وكما أشار صبح (2015) في مقابلة أجريت له أن معظم المشاريع الممولة هي إغاثية وإنسانية وتفتقر إلى عامل الاستدامة ورغم ذلك فإن هناك البعض منها خاصة ما يتعلق ببناء البنية التحتية أو تأهيل مباني صحية، واتفق هذا الجانب أيضاً مع نتائج دراسة (البسيوني، 2014)، ودراسة (ديفيور وتيرتر، 2009)، وهو أن غالبية هذه المشاريع تتعلق بتجاوز حالات الطوارئ المتكررة وليست في غالبيتها مشاريع تنموية تعزز من قدرة الوزارة على الاكتفاء داخلياً. كما اتفقت مع دراسة الخالدي (الخالدي، 2012). والتي اشارت الى التركيز في تطوير الرؤى المشتركة والتنسيق المتواصل والنجاعة والفاعلية المستدامة في تنفيذ مشاريع تطويرية، وكما اشارت دراسة (Mataria et al, 2009) بالنهج التنموي الذي ينبغي أن يكون متقدماً، ومتكاملاً مع الاستجابة لحالات الطوارئ.

ونظراً إلى تدهور الأوضاع الاقتصادية والسياسية والزيادة المضطردة في عدد سكان قطاع غزة مما يجعل الطلب على استهلاك الأدوية والمستهلكات والأجهزة الطبية مرتفعاً وهذا أدى بدوره إلى التركيز على المشاريع الإغاثية بدرجة أعلى من المشاريع التنموية. أما بالنسبة للمشاريع تأهيل والترميم فكانت نسبتها من الدعم (48%) وتأتي بمرتبة الثالثة في الأولوية بعد المشاريع الإغاثية، لأن المنظمات تضع في أجندتها التمويلية المشاريع الطارئة والعاجلة كالأدوية والمستهلكات ثم بعد ذلك تبدأ بعد ذلك بتمويل المشاريع التنموية من تأهيل وترميم المباني القديمة والمباني التي تضررت أثناء الحروب التي تعرض إليها قطاع غزة، وكما أشارت دراسة (حماد، 2013) أن التمويل الدولي ساهم بشكل كبير في التخفيف من حدة الآثار المدمرة وخصوصاً في فترة الحرب ذات الثمانية أيام الأخيرة التي شنت على قطاع غزة.

أما بالنسبة لأدنى نسبة في التمويل فكانت المشاريع التي تتعلق بتوفير قطع الغيار (الصيانة)، وقد يعود ذلك إلى أن المانحين في المنظمات الدولية يرغبون في إبراز دورهم في التمويل الذي يقدموه للمشاريع الصحية التي يتم دعمها من خلال وضع شهادة أو إثبات على أنه تم دعمها من قبل جهة مانحة معينة، ومشاريع قطع الغيار لا تبرز هذا الدور باعتبارها نفقات تشغيلية أو تكميلية لمشاريع أساسية. وقد أشار الكاشف (2015) "أن هناك منظمات مهتمة بنوع محدد من المشاريع كالأجهزة الطبية وهناك مؤسسات مهتمة بالتعليم والتدريب وبالإضافة إلى منظمات الاغاثة الإنسانية".

#### النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

ينص السؤال الرابع على:

ما معوقات التنسيق بين القطاع الصحي الحكومي والمنظمات الدولية بقطاع غزة؟

ولقد تم الإجابة على هذا السؤال باستخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "T" للعينات الواحدة والوزن النسبي، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (26): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "T" للعينات الواحدة والوزن

النسبي لفقرات محور معوقات التنسيق

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "T"	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1	ضعف إدراك الإدارة العليا والتنفيذية في القطاع الصحي الحكومي لأهمية عنصر التنسيق في دعم هذا القطاع.	3.000	0.874	25.690	60.000	11	متوسطة
2	قلة القدرة على تطبيق عملية التنسيق على أسس ومفاهيم علمية مدروسة في القطاع الصحي الحكومي.	3.196	0.980	24.404	63.929	9	متوسطة
3	يوجد ازدواجية في المشاريع الصحية لدى القطاع الصحي الحكومي المراد التنسيق لها من قبل المنظمة المانحة.	3.304	1.008	24.535	66.071	8	متوسطة
4	ضعف الثقة لدى الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي بضرورة التخطيط المسبق	2.964	0.894	24.821	59.286	12	متوسطة

						لاحتياجات القطاع الصحي الحكومي.	
متوسطة	10	60.357	20.777	1.087	3.018	ضعف كفاءة الأفراد القائمين على عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.	5
كبيرة	3	70.000	25.077	1.044	3.500	عدم الاهتمام الكافي بالتدريب المستمر لتدعيم عمليات التنسيق لدى مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي في الداخل والخارج.	6
متوسطة	6	67.500	27.883	0.906	3.375	ضعف تنمية وتطوير الأساليب والأدوات المتبعة في عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.	7
متوسطة	5	67.857	24.039	1.056	3.393	تداخل الصلاحيات من قبل الجهات غير المعنية بالتنسيق داخل القطاع الصحي الحكومي بالتنسيق مع المنظمة المانحة.	8
متوسطة	7	66.786	24.643	1.014	3.339	السياسات والإجراءات المتبعة في القطاع الصحي الحكومي تمثل عائقاً أمام تسهيل إدارة المنح التمويلية.	9
كبيرة	2	72.500	28.703	0.945	3.625	عدم تخصيص الحوافز المادية والمعنوية التي تدعم عمليات تنفيذ المشاريع لدى مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.	10
كبيرة	3	70.000	25.505	1.027	3.500	وجود نظام مركزي في القطاع الصحي الحكومي يمثل عائقاً أمام عملية التنسيق بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي.	11
كبيرة	1	82.500	34.463	0.896	4.125	الأوضاع السياسية السائدة تؤثر على عملية التنسيق بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي.	12
متوسطة		<b>67.232</b>	<b>42.184</b>	<b>0.596</b>	<b>3.362</b>	<b>المجموع</b>	

وقد تبين من الجدول السابق أن:

- أعلى ترتيب فقرة رقم (12) وهي (الأوضاع السياسية السائدة تؤثر على عملية التنسيق بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي)، وقد جاءت بوزن نسبي (82.500) وهي بدرجة (كبيرة).

وتفسر الباحثة ذلك أن العوامل التي أثرت على قرارات التمويل من قبل الجهات المانحة في الأراضي الفلسطينية وخاصة في قطاع غزة، والتي باعتبارها شكلت عائقاً أمام عملية التمويل تعود إلى استمرار سياسية فرض الحصار على قطاع غزة لمدة سنوات، وأيضاً تراجع التمويل من قبل تلك المنظمات نتيجة الانقسام السياسي، فلم تعد المنظمات قادرة على سد احتياجات المجتمع، بالإضافة إلى المتغيرات الإقليمية على الساحة العربية (ثورات الربيع العربي) التي أثرت على التمويل الموجه إلى قطاع غزة، وهذا كله أثر على قرارات التمويل لبعض المنظمات، مما جعلها تتساق وراء رؤية وأجندة الممول، فأصبحت تنفذ المشاريع وفق أجندات يرسمها لها، وهذا بدوره أثر سلباً على عمل تلك المنظمات، وقد اتفقت الآراء أفراد العينة مع آراء مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي، حيث كانت الاستجابات ضعيفة من قبل تلك المنظمات لدعم القطاع الصحي الحكومي؛ مما أثرت بشكل كبير أمام عملية تمويل المشاريع الصحية، حيث كان لها التأثير المباشر بتقليل عدد من المنظمات الدولية لأنشطتها بسبب صعوبة الوصول إلى المكان، والتي ترجع إلى إغلاق الحدود و المعابر على قطاع غزة، وكما أشارت دراسة ( أبو سلطان، 2013) ودراسة (شبات والكفارنة، 2010) أن من هذه المعوقات على سبيل المثال إغلاق المعابر في وجه التصدير منذ أحداث الانقسام بين شطري الوطن في الرابع عشر من يونيو 2007، وكذلك اعتبر إغلاق المعابر معيقاً بصورة واضحة في وصول الاحتياجات اللازمة للفئات المحتاجة والمهمشة.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية فإن الأوضاع السياسية كان لها تأثير كبير على التمويل مع ذلك مع دراسة (البسيوني، 2014) ودراسة (أبو حماد، 2011) أن الأوضاع السياسية لها تأثير كبير على مصادر التمويل الدولي وعلى اسهاماته، واتفقت مع دراسة (أبو نحلة، 2008) أن الانقسام السياسي أثر سلباً على العلاقة بين المنظمات غير الحكومية والحكومة، كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (ديفويروترير، 2009) بأن مبالغ المساعدات الخارجية التي دخلت الضفة الغربية وقطاع غزة ونوعها اختلفت وفقاً للأوضاع السياسية، وايضاً اتفقت الدراسة مع دراسة (Giacaman et al.) بأن المشاكل الصحية والنظام الصحي تأثر بشكل كبير بالأوضاع السياسية. وكما أكد الكاشف، وإسماعيل، والكفارنة، وشعت، واصرف، وقديح، وصبح (2015)

في المقابلات الشخصية أن الظروف السياسية لها تأثير كبير على عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي. ولا يمكن التغلب على هذا العائق لأنه خارج عن السيطرة، فلا بد من تحقيق الوحدة الوطنية ولا بد من تحييد القطاع الصحي الحكومي عن أي تجاذبات سياسية، وقد أثر ذلك على درجة استجابة المنظمات الدولية ولاسيما بعد فترة الانقسام الداخلي. واختلفت مع نتائج دراسة (عبد العزيز، 2006) التي ذكرت أن من أهم المعوقات التي تواجه مسؤولي التنسيق في الأجهزة الحكومية هي نقص الاعتمادات المالية المخصصة للتنسيق، وعدم تجديد الوسائل والتقنيات لتسهيل عملية التنسيق.

• أدنى ترتيب فقرة رقم (4) وهي (ضعف الثقة لدى الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي بضرورة التخطيط المسبق لاحتياجات القطاع الصحي الحكومي)، وقد جاءت بوزن نسبي (59.286) وهي بدرجة (متوسطة).

وتفسر الباحثة ذلك أن الإدارة العليا لديها الاهتمام بالتخطيط المسبق ورسم السياسات الصحية آخذة بعين الاعتبار الخطط الاستراتيجية السابقة، فقد أعدت الخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي من عام 2014-2018، وذلك بالتنسيق الكامل مع كافة الأطراف ذات العلاقة ومشاركة كافة القطاعات الأهلية و ذلك بالتنسيق مع وزارة التخطيط والتنمية الإدارية وغيرها من الوزارات والمؤسسات من أجل توفير احتياجات القطاع الصحي الحكومي في المستقبل، فقد أكد مسؤولو التنسيق في القطاع الصحي الحكومي من خلال المقابلة التي أجريت لهم أنه يوجد خطة استراتيجية تساهم إلى حد كبير في دعم القطاع الصحي الحكومي، حيث يتم تحدد أولويات المشاريع وتتميز الخطة الاستراتيجية بتحديد الأولويات للمستويات المساهمة المختلفة مما يتيح أكبر عدد من المنظمات الدولية للمشاركة المادية، كما يتاح للمنظمات الدولية باختيار المشاريع التي تتفق مع البند المالي المتاح لها، وقد ساهمت هذه الخطة في توزيع المساهمات فيما يغطي الفجوات المطلوبة بدون ازدواجية أو تعارض، كما احتوت الخطة على عدة أنشطة التي تتعلق بالمشاريع الصحية موزعة بالتعاون مع المنظمات الدولية لضمان عدم ازدواجية في تنفيذها.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية في ذلك مع دراسة (البلعاوي وآخرون، 2013)، أنه يوجد تخطيط مسبق لدى الإدارة العليا بوزارة الصحة كما اتفقت مع دراسة (أبو سلطان، 2013) بأنه يوجد إدراك لدى المسؤولين بالوزارة بأهمية التخطيط، واختلفت مع دراسة (البيسيوني، 2013) التي أشارت إلى الالتزام بمبادئ الإدارة كافة وتطبيقها في كافة مراحل العملية التمويلية بدءاً من التخطيط والتسويق للمشاريع الصحية واختلفت مع دراسة (Sridhar,2009) والتي تجعل

البلدان المتلقية التمويل من الصعب بالنسبة لهم وضع استراتيجية شمولية لأولويات القطاع الصحي في بلدانهم.

• ويشكل عام فإن الوزن النسبي لمجموع فقرات محور (معوقات التنسيق) يساوي (67.232) وهو بدرجة (متوسطة).

وهذا يرجع إلى أن أفراد عينة الدراسة من المبحوثين متفقين على أن هناك معوقات تحد من عملية التنسيق وكان أبرزها الأوضاع السياسية، لكن هناك بعض المعوقات التي واجهت عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي كوجود نظام مركزي في القطاع الصحي الحكومي يمثل عائقاً أمام عملية التنسيق بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي بنسبة (70%) من استجابات المبحوثين وهذا ما أكدته شعت<sup>21</sup> والكفارنة (2015) من خلال المقابلة التي أجريت له أنه يوجد درجة عالية من الروتين لدى المسؤولين في القطاع الصحي من خلال الاجراءات و السياسات المتبعة في تنفيذ المشاريع الممولة من المسؤولين في الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي. بالإضافة إلى عدم تخصيص الحوافز المادية والمعنوية التي تدعم عمليات تنفيذ المشاريع لدى مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي وكانت نسبتها (72%).

#### النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

ينص السؤال الخامس على:

ما اقتراحاتك لتفعيل عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي الهادفة لدعم هذا القطاع؟

وللإجابة على هذا على هذا السؤال؛ قامت الباحثة بتوجيه سؤال مفتوح إلى أفراد عينة الدراسة، حيث قامت بتجميع إجابات المبحوثين، وتوضيح تكرار كل إجابة، كما هو مبين في الجدول التالي:

<sup>21</sup> سامر شعت، رئيس قسم العلاقات العربية، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة، 2015/6/8.

جدول رقم (27): إجابات مقترحات المبحوثين لتفعيل عملية التنسيق

م	الإجابة	التكرار	%
1	إطّلاع المنظمات الدولية على الاحتياجات اللازمة وآخر المستجدات من خلال عقد الاجتماعات الدورية وإعداد التقارير والتعاون في تحديث بيانات أولويات القطاع الصحي الحكومي.	27	42.85
2	اتباع سبل التواصل الاجتماعي والأساليب الحديثة في التواصل من خلال الإيميل والفيديوكونفرنس.	17	26.98
3	تحديد الجهات المختصة للتواصل والتنسيق مع المنظمات الدولية.	14	22.22
4	تدريب وتنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي الحكومي على كيفية التواصل مع المنظمات المانحة.	10	15.87
5	التعاون في وضع خطة واضحة الأركان.	7	11.11
6	عدم مركزية القرار وحل المشاكل البيروقراطية داخل القطاع الصحي الحكومي.	7	11.11
7	البعد عن الازدواجية في طلب الدعم للمشاريع الصحية.	4	6.34
8	الشفافية في نشر المعلومات التي تعتمد عليها القرارات التمويلية.	4	6.34
9	التفاعل مع مجموعة المنظمات الدولية التي تعمل في المجال الصحي نحو خدمة أهداف التنسيق	3	4.76
10	تقديم المقترحات والمعلومات المسبقة للمشاريع قبل وقت كاف.	2	3.17
11	متابعة تدخلات الجهات الدولية والعلاقة بينها ومتابعة المنح مع المؤسسات المانحة.	2	3.17
12	زيارات دورية للمشاريع المختلفة.	2	3.17
13	تقييم المشاريع المنتهية بشكل علمي وتزويد المنظمات بالتقارير المتعلقة بالمشاريع.	2	3.17
14	الإيمان بالتكاملية والتعاون في العمل.	2	3.17
15	معرفة المبادئ والأسس المتعلقة ببناء العلاقات مع المنظمات الدولية وتوقيع مذكرات التفاهم بين الطرفين.	2	3.17
16	حل مشكلة تأخير المشاريع الناتجة عن السياسات والإجراءات الروتينية المتبعة في القطاع الصحي الحكومي.	2	3.17
17	توطيد العلاقات الاجتماعية مع المنظمات المانحة من خلال تنسيق زيارات رسمية من قبل القطاع الصحي الحكومي إلى المنظمات المانحة.	2	3.17
18	الالتزام بالمواعيد المقترحة.	1	1.58
19	وضع مشاريع وبرامج مشتركة بين القطاع الصحي والمنظمات الدولية.	1	1.58



1.58	1	توضيح الأدوار المطلوبة من الجهات الدولية المانحة.	20
1.58	1	حصر الأدوية في المخازن.	21
1.58	1	الاهتمام بتوظيف كفاءات في المناصب الحساسة وخصوصاً التعاون الدولي.	22
1.58	1	تحديد القطاع الصحي من تجاذبات السياسة.	23
1.58	1	مراجعة ومحاسبة القطاع الصحي.	24
1.58	1	التنسيق بشكل دوري ومستمر.	25

ويتضح من الجدول رقم (25) والذي يتضمن مقترحات مسؤولي التنسيق في المنظمات الدولية لتفعيل عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي والهادفة لدعم هذا القطاع، تقترح بالدرجة الأولى ضرورة اطلاع المنظمات الدولية على الاحتياجات اللازمة وآخر المستجدات للقطاع الصحي الحكومي من خلال عقد الاجتماعات الدورية وإعداد التقارير المتعلقة بأولويات احتياجات هذا القطاع، فقد اقترح صبح (2015) في المقابلة التي أجريت له بضرورة المحافظة على جدول الاجتماعات الدولية، وإصدار تقارير تعكس الواقع الصحي بصورة منتظمة ودورية.

وكما أنه يتضح من خلال آراء ومقترحات مسؤولي التنسيق في المنظمات الدولية أنهم بحاجة إلى تزويدهم بقائمة من البيانات والمعلومات المحدثة بما يخص أولويات الاحتياجات للقطاع الصحي الحكومي والاطلاع على آخر مستجدات احتياجات هذا القطاع، وتفسر الباحثة ذلك أن حاجة المنظمات إلى تزويدهم ببيانات محدثة نظراً للأوضاع غير المستقرة التي يواجهها قطاع غزة من حالات الطوارئ والأزمات التي يتعرض لها القطاع الصحي الحكومي وعلى إثرها يقوم المسؤولون في القطاع الصحي بمناشدة تلك المنظمات لتلبية الاحتياج المطلوب بشكل عاجل، وقد اقترح الكاشف وإسماعيل (2015) بإعداد وتحديث دليل الاحتياجات للمشاريع والأنشطة والمختلفة. وتليها في المرتبة الثانية بضرورة اتباع سبل التواصل الاجتماعي والأساليب الحديثة من خلال الإيميل والفيديوكونفرنس، وترى الباحثة بأن وسيلة التواصل من خلال الإيميل تعد وسيلة فعالة؛ لأنها تعمل على توفير الوقت والجهد والتكلفة، خصوصاً ونحن نواكب عصر تكنولوجيا المعلومات وشبكات التواصل الاجتماعي، كما ترى الباحثة أن وسيلة الاتصال من خلال الاجتماعات الدورية تعد وسيلة فعالة ومجدية؛ لأنها تعمل على توضيح الصورة وتقريب وجهات النظر وتبادل المعلومات بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي واتفقت في ذلك مع دراسة (الفهيد، 2006). كما اتفقت مع دراسة

(Pereira, 2009) بمواءمة المساعدات مع خطة الحكومة وتحسين تنسيق المعونة، وتفعيل مؤسسات المجتمع المدني الصحية. واتفقت مع دراسة (Abed,2007) أنه كما ويجب لشراكة المانحين والمستفيدين أن تؤدي إلى شكل تنسيق أفضل في إطار البرامج الشاملة للقطاع، واتفقت مع نتائج دراسة (Hedlund,2010) بعدم وجود تنسيق في بعض القضايا كان له سلبياته وأدى إلى استجابة غير فعالة وغير مناسبة. وقد أكد صبح (2015) "على ضرورة مشاركة المنظمات الدولية في التخطيط والاستفادة من خبرات المنظمات الدولية في تعزيز القدرات الوطنية وليس الاعتماد عليها في حل المشاكل التي تواجه القطاع الصحي".

كما يرى مسؤولو التنسيق في المنظمات الدولية بضرورة تحديد الجهات المختصة بالتنسيق مع المنظمات الدولية ويرجع ذلك إلى قيام بعض الجهات المختلفة بالقطاع الصحي الحكومي بالتنسيق مع المنظمات الدولية دون الرجوع إلى الجهة المسؤولة عن التنسيق في القطاع الصحي الحكومي، وهذا يؤدي بدوره إلى خلق الازدواجية في العمل في دعم المشاريع الصحية، كما أنه لا بد من توحيد نظام الاتصال مع المنظمات الدولية المانحة من خلال خطوط واضحة لمنع الازدواجية وهذا ما أكده مسؤولو التنسيق في القطاع الصحي الحكومي (شعت، والكفارنة، والكاشف، وقديح، واصرف) حيث اقترحوا بتوحيد الجهة المنسقة التي تتعامل مع المنظمات المانحة أو وجود مرجعية واضحة للتنسيق مع وزارة الصحة. كما تم الاتفاق بدرجة كبيرة من قبل مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي ضرورة تطوير وتنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي الحكومي وتدريبهم على المهارات الإدارية وخاصة كيفية التواصل والتنسيق مع المنظمات الدولية المانحة، بالإضافة إلى تفعيل عنصر التعاون في وضع خطط واضحة الأركان بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي واتفقت في ذلك مع دراسة (البسيوني، 2014)، وقد يرجع السبب في ذلك لتقليل الازدواجية في المشاريع المنفذة ومعرفة احتياجات وأولويات القطاع الصحي الحكومي من قبل الجهات الداعمة له في المستقبل ولاسيما في أوقات الطوارئ والأزمات التي يتعرض لها هذا القطاع واستمرارية العمل في التنسيق لإقامة مجموعات متكاملة من المنظمات الدولية (Health Cluster) لدعم الخدمة حيث يتم تقسيم الأنشطة فيما بينهم بدون ازدواجية ضمن خطة واضحة ومتفق عليها وقد اقترح الكاشف (2015) بضرورة تعزيز مجموعات العمل الصحية المشابهة في مجالات الخدمة كمشروع العلاج الطبيعي، كما أكد صبح (2015) على ضرورة مشاركة المنظمات الدولية في التخطيط والاستفادة من خبرات المنظمات الدولية في تعزيز القدرات الوطنية وليس الاعتماد عليها في حل المشاكل التي تواجه القطاع الصحي.

• اختبار الفرضيات ومناقشتها:

اختبار فرضيات استبانة التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة.

ينص السؤال على: هل توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات استجابات المبحوثين حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغير: (نوع المنظمة، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، عدد المشاريع)؟ ولإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة بصياغة الفرضيات التالية:

**الفرض الأول: بالنسبة لمتغير نوع المنظمة**

ينص الفرض الأول من فروض الدراسة على: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغير نوع المنظمة: (أجنبية، عربية).

ولقد تم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار t-Test، كما هو مبين في الجدول التالي:

**جدول رقم (28): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "T" للعينة الواحدة وقيمة sig" ومستوى الدلالة بالنسبة لمتغير نوع المنظمة**

م	المحور	نوع المنظمة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "T"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
1	طبيعة التنسيق	أجنبية	40	3.908	0.525	-0.714	0.478	غير دالة
		عربية	16	4.016	0.459			
2	مستوى التنسيق	أجنبية	40	3.600	0.614	-2.567	0.013	دالة
		عربية	16	4.054	0.552			
3	معوقات التنسيق	أجنبية	40	3.317	0.475	-0.890	0.377	غير دالة
		عربية	16	3.474	0.836			
	الاستبانة ككل	أجنبية	40	3.608	0.361	-2.319	0.024	دالة
		عربية	16	3.859	0.376			

\* قيمة "T" الجدولية عند درجة حرية (54) وعند مستوى دلالة (0.05) = 2.000

ملاحظة: قيمة "T" إذا كانت موجبة فهي لصالح المنظمات الدولية الأجنبية وإذا كانت سالبة فهي لصالح المنظمات الدولية العربية، لذلك النسبة (-2.319) أي سالبة فهي لصالح المنظمات

الدولية العربية، ويوضح ذلك المتوسط الحسابي الأكبر هو للمنظمات الدولية العربية وبلغ (3.859).

وقد تبين من الجدول السابق أن:

قيمة "T" المحسوبة أكبر من قيمة "T" الجدولية في الاستبانة ككل وفي المحور الثاني (مستوى التنسيق)، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغير نوع المنظمة، ولصالح (المنظمات الدولية العربية)، وقد يرجع السبب في ذلك أن المنظمات العربية الدولية "تركز في دعمها على المشاريع الصحية الضخمة والتي تحتاج إلى ميزانية مرتفعة كما أن المنظمات العربية قامت مشاريعها ضمن إطار منحة البنك الإسلامي وصندوق الأقصى المخصص لإعادة اعمار غزة مما أتاح للمنظمات العربية قيام مشاريع مستدامة" (مقابلة مع الكاشف، 2015)، كما أن العلاقة العربية لها دور كبير في عملية التنسيق والدعم، حيث إن المنظمات العربية الدولية تقع تحت ظروف متشابهة وتجاربهم السابقة في بعض الدول العربية أدت إلى سرعة التفهم للاحتياجات الصحية في قطاع غزة، ومن جانب آخر نرى أن المنظمات الأجنبية تركز في دعمها على الجانب الإغاثي والإنساني دون التركيز بشكل كبير على دعم المشاريع الإنشائية، بل المشاريع التي توفر الاحتياجات الاستهلاكية؛ أي معظم مشاريعها غير مستدامة، كما أن شح التمويل لدى المنظمات الدولية الأجنبية -أيضاً- يرجع إلى الأوضاع السياسية التي أدت إلى تراجع استجابة هذه المنظمات إلى تلبية الاحتياجات الضرورية للقطاع الصحي الحكومي، برغم أن عددها يفوق عدد المنظمات العربية، حيث إنها توزع أنشطتها ومجال عملها في أكثر من قطاع. واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (البيسوني، 2014) بأن تقديم الخدمات الصحية يعتمد بشكل كبير على المساعدات والمنح الخارجية، التي غالباً ما ترتبط بالمواقف السياسية سواء تلك المواقف الداعمة لقضية الشعب الفلسطيني بالتعاطف والشعور بالمسئولية الوطنية والإسلامية والأخلاقية تجاه الشعب الفلسطيني شأن كثير من الدول العربية وكذلك يتفق تماماً مع دراسة (Giacaman et al., 2009) ودراسة (وديفوير و تريتير، 2009) التي ارتكزت على تتبع مصادر تمويل المنظمات غير الحكومية وتحليل مسارات إنفاقها خلال عقد من الزمن، كما وقدمت مراجعة شاملة للمساعدات الدولية للأراضي الفلسطينية وكذلك مع دراسة (Pereira, 2009).

• قيمة "T" المحسوبة أقل من قيمة "T" الجدولية في المحور الأول والثالث، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغير نوع المنظمة.

وتفسر الباحثة بما يتعلق بالمحور الأول **طبيعة التنسيق** بين المنظمات الدولية سواء كانت أجنبية ام عربية لا توجد فروق بينهم في طبيعة التنسيق مع القطاع الصحي الحكومي فهي تتبع نفس الآليات والوسائل المستخدمة في عملية التنسيق مع القطاع الصحي الحكومي سواء من خلال الاتصالات المكتوبة أو الشفوية، وحسب وجهة نظر مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي بما يتعلق بطبيعة وآلية التنسيق مع المنظمات الدولية، فقد تبين أن إحدى الاسس الرئيسية للتنسيق والعلاقة مع المنظمات الدولية ( أجنبية أو عربية ) هو وجود دليل يتم من خلاله تحديد الاحتياجات الأولية، من جانب آخر يتم ترشيح شخص اتصال مناسب مع المنظمة ومن جانب آخر يتم ترشيح شخص من قبل المنظمة ليقوم بعملية التنسيق واتخاذ القرارات بما يخص تمويل المشاريع الصحية، حيث تتم عملية التنسيق من خلال المراسلات المكتوبة والإيميل والهاتف والأهم من ذلك كان يتم عقد لقاءات مباشرة مع تلك المنظمات لتوضيح هذه الاحتياجات والاطلاع على آخر مستجدات القطاع الصحي الحكومي و ذلك بإشراك عدد كبير من مسؤولي التنسيق في الإدارة العامة للتعاون الدولي كجهة مسؤولة عن التنسيق مع تلك المنظمات.<sup>22</sup>

أما بالنسبة للمحور الثالث **معوقات التنسيق** حيث أنه تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات المبحوثين بما يخص معوقات التنسيق، وتفسر الباحثة ذلك أن المنظمات الدولية العربية والأجنبية تواجه نفس المعوقات أثناء عملية التنسيق مع القطاع الصحي الحكومي والتي كانت محصورة أكثر في الأوضاع السياسية، وهذا ما أكده مسؤولو التنسيق من خلال المقابلة حيث إن هناك تحديات خارجية كالحصار والإغلاق أثرت على دعم المشاريع الدولية حيث يمثل الانقسام نكبة حقيقية لسكان قطاع غزة، بالإضافة إلى عدم وجود تحديث للدليل الإرشادي بصورة مستمرة للاحتياجات والأولويات للخدمات الصحية.

ووجود المركزية والضعف الإداري في القطاع الصحي الحكومي تتمثل في وجود موارد بشرية غير مؤهلة وتدخل موضوع الحزبية في العمل وانفقت الدراسة مع نتائج دراسة ( البسيوني، 2014) فإن هناك معوقات للتنسيق تتمثل بالوضع السياسي الفلسطيني والانقسام الداخلي.

<sup>22</sup> مقابلة مع محمد الكاشف مدير عام التعاون الدولي السابق، في المجلس الطبي الفلسطيني، غزة، 16/6/2015.

## الفرض الثاني: بالنسبة لمتغير العمر

ينص الفرض الثاني من فروض الدراسة على: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغير العمر: (أقل من 30، من 30-أقل من 40، من 40-أقل من 50، 50 فما فوق).

ولقد تم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA، كما هو مبين في الجدول التالي:

**جدول رقم (29): مجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "F" وقيمة "Sig." ومستوى الدلالة بالنسبة لمتغير العمر**

م	المحور	المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
1	طبيعة التنسيق	بين المجموعات	2.243	3	0.748	3.294	0.028	دالة
		داخل المجموعات	11.805	52	0.227			
		المجموع	14.048	55				
2	مستوى التنسيق	بين المجموعات	2.446	3	0.815	2.211	0.098	غير دالة
		داخل المجموعات	19.174	52	0.369			
		المجموع	21.620	55				
3	معوقات التنسيق	بين المجموعات	2.664	3	0.888	2.733	0.053	غير دالة
		داخل المجموعات	16.896	52	0.325			
		المجموع	19.559	55				
	الاستبانة ككل	بين المجموعات	0.535	3	0.178	1.255	0.299	غير دالة
		داخل المجموعات	7.395	52	0.142			
		المجموع	7.931	55				

\* قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (3، 52) وعند مستوى دلالة (0.05) = 2.760

وقد تبين من الجدول السابق أن:

قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في الاستبانة ككل وفي المحور الثاني والثالث، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغير العمر، وقد يعود ذلك إلى عدم تأثير متغير العمر على متوسط التقديرات لمستوى ومعوقات التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة، وتفسر الباحثة ذلك بأن

مستوى ومعوقات التنسيق لها علاقة بالمؤسسة ككل وأنظمتها وإجراءاتها المتبعة وطبيعة عمل الشخص، بغض النظر عن عمره، واتفقت نتائج الدراسة الحالية في ذلك مع نتائج دراسة (عبد العزيز، 2006) ، و دراسة (وادي والأشقر، 2006)، و دراسة (الفهيد، 2006).

• قيمة "F" المحسوبة أكبر من قيمة "F" الجدولية في المحور الأول، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغير العمر.

ولإيجاد الفروقات بين المجموعات تعزى لمتغير العمر، تم استخدام اختبار LSD، كما هو مبين في الجدول التالي:

**جدول رقم (30): الفروقات بين المجموعات تعزى لمتغير العمر في المحور الأول**

العمر	أقل من 30	30-أقل من 40	40-أقل من 50	50 فما فوق
أقل من 30	1			
30-أقل من 40	0.950*	1		
40-أقل من 50	0.448*	-0.002	1	
50 فما فوق	0.322	-0.128	-0.125	1

• ملاحظة توضيحية للجدول: يوجد فروق بين المجموعة في الاتجاه الأفقي (30-أقل من 40) والمجموعة في الاتجاه الرأسي (أقل من 30) ولصالح مجموعة (30-أقل من 40) وذلك لوجود إشارة النجمة (0.950\*) مقابل مجموعة (30-أقل من 40)، وهكذا المجموعة الأخرى.

وقد تبين من الجدول السابق أنه:

• يوجد فروقات بين مجموعة (30-أقل من 40) ومجموعة (أقل من 30) ولصالح مجموعة (30-أقل من 40).

• يوجد فروقات بين مجموعة (40-أقل من 50) ومجموعة (أقل من 30) ولصالح مجموعة (40-أقل من 50).

يوجد تأثير لمتغير العمر على متوسط التقديرات لطبيعة التنسيق، وتفسر الباحثة ذلك أن الفئة العمرية الأصغر سناً بطبيعتها تميل إلى استخدام وسائل الاتصال والتكنولوجيا الحديثة والتواصل الاجتماعي عبر الإنترنت في عملية التنسيق، بينما الفئة العمرية الأكبر سناً تميل إلى استخدام الوسيلة الأكثر رسمية من خلال الاجتماعات واللقاءات الدورية والمباشرة بالإضافة إلى استخدام المراسلات المكتوبة في عملية التنسيق. واختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (حماد،

(2010) ودراسة (البسيوني، 2014) بعدم وجود فروق إحصائية تعزى لمتغير العمر في معيار الكفاءة في تقييم المشاريع.

### الفرض الثالث: بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي

ينص الفرض الثاني من فروض الدراسة على: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي تعزى لمتغير المؤهل العلمي: (دبلوم، بكالوريوس، دراسات عليا).

ولقد تم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA، كما هو مبين في الجدول التالي:

**جدول رقم (31): مجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "F" وقيمة "Sig." ومستوى الدلالة بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي**

م	المحور	المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
1	طبيعة التنسيق	بين المجموعات	0.137	2	0.068	0.261	0.772	غير دالة
		داخل المجموعات	13.912	53	0.262			
		المجموع	14.048	55				
2	مستوى التنسيق	بين المجموعات	0.858	2	0.429	1.096	0.342	غير دالة
		داخل المجموعات	20.761	53	0.392			
		المجموع	21.620	55				
3	معوقات التنسيق	بين المجموعات	0.067	2	0.034	0.092	0.912	غير دالة
		داخل المجموعات	19.492	53	0.368			
		المجموع	19.559	55				
	الاستبانة ككل	بين المجموعات	0.127	2	0.063	0.430	0.653	غير دالة
		داخل المجموعات	7.804	53	0.147			
		المجموع	7.931	55				

\* قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (2، 53) وعند مستوى دلالة (0.05) = 3.150

وقد تبين من الجدول السابق أن:

قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في الاستبانة ككل وفي جميع المحاور، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغير المؤهل العلمي، وهذا يشير إلى عدم تأثير المؤهل العلمي على متوسط التقديرات لطبيعة ومستوى ومعوقات



التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة، وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية في ذلك مع نتائج دراسة (عبد العزيز، 2006) ودراسة (أبو سلطان، 2013)، ودراسة (الرفاتي، 2011) ودراسة (البسيوني، 2014)، وتفسر الباحثة ذلك بأنه قد يرجع طبيعة ومستوى ومعوقات التنسيق إلى أن أفراد العينة المبحوثة من خلال ممارستهم لعملية التنسيق والمهام التنسيقية فهم على دراية كاملة ووعي بهذا الجانب الذي اكتسبوه من خلال خبرتهم العملية وبغض النظر عن المؤهل العلمي للشخص. وهذا ما أكده وأجمع عليه مسؤولو التنسيق في القطاع الصحي الحكومي من خلال المقابلات التي أجريت لهم بأن مستوى أداء الكادر القائم على عملية التنسيق في المنظمات الدولية ممتاز وذو كفاءة عالية، ويوجد لديهم متابعة وتقييم للمشاريع التي يتم تنفيذها، كما أنه يوجد هناك كفاءة وخبرة لبعض المسؤولين عن إدارة المنح التمويلية في المنظمات الدولية التي تم التعامل معها حيث يتم توظيف المشاريع في مكانها الصحيح لتحقيق الهدف منها.

#### الفرض الرابع: بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة

ينص الفرض الرابع على: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغير سنوات الخبرة: (أقل من 5، من 5-10، من 11-15، أكثر من 15).

ولقد تم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (32): مجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "F" وقيمة "Sig." ومستوى الدلالة

#### بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة

م	المحور	المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
1	طبيعة التنسيق	بين المجموعات	0.784	3	0.261	1.025	0.389	غير دالة
		داخل المجموعات	13.264	52	0.255			
		المجموع	14.048	55				
2	مستوى التنسيق	بين المجموعات	1.102	3	0.367	0.931	0.432	غير دالة
		داخل المجموعات	20.517	52	0.395			
		المجموع	21.620	55				

غير دالة	0.174	1.722	0.589	3	1.767	بين المجموعات	معوقات التنسيق	3
			0.342	52	17.792	داخل المجموعات		
				55	19.559	المجموع		
غير دالة	0.928	0.152	0.023	3	0.069	بين المجموعات	الاستبانة ككل	

• قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (3، 52) وعند مستوى دلالة (0.05) = 2.760

وقد تبين من الجدول السابق أن:

• قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في الاستبانة ككل وفي جميع المحاور، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغير سنوات الخبرة. وتعزو الباحثة ذلك إلى أن جميع أفراد عينة الدراسة ومهما كانت خبراتهم في مجال التنسيق فهم مطالبين بالقيام بمهام تنسيقية مما يجعل الأفراد القائمين على عمليات التنسيق متفقيين في خبراتهم حول التنسيق ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي، وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية في ذلك مع دراسة (أبو سلطان، 2013)، واختلفت في ذلك مع دراسة (عبد العزيز، 2006) ودراسة (الفهيد، 2006)، حيث إنه توجد علاقة إيجابية بين سنوات الخبرة وبين نوع اختلاف الأنشطة وفعاليتها في عملية التنسيق لها، ودراسة (البيسوني، 2014) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في واقع اسهام التمويل الدولي تعزى لمتغير سنوات الخبرة، وقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (الرفاتي، 2011) بوجود فروق ذو دلالة إحصائية لتقييم الأداء التمويلي تعزى لمتغير سنوات الخبرة. وقد أكد مسؤولو التنسيق في القطاع الحكومي من خلال المقابلة التي أجريت لهم أن المنظمات الدولية التي تم التعامل معها سواء ما يتعلق بطبيعة التنسيق أو مستواه أو معوقاته فهم متفقون في آرائهم واجاباتهم بما يخص ذلك بغض النظر عن سنوات الخبرة للشخص القائم على عملية التنسيق، فطبيعة ومستوى ومعوقات واحدة في الغالب، لذلك لا يوجد هناك أي تأثير لمتغير الخبرة على التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي وفقاً لاستجابات أفراد العينة المبحوثة، كما أكد صبح(2015) مسؤول التنسيق في منظمة الصحة العالمية بأن وزارة الصحة تقوم بالتنسيق من خلال الاجتماعات الشهرية المحدثة للاطلاع على الوضع الصحي والتحديات التي تواجهه والاقتراحات لسد هذا العجز، وكذلك يتم مراجعة التقارير التي تزودنا بها وزارة الصحة، عوضاً عن الاجتماعات الثنائية بين المنظمة والوزارة والمؤسسات الأخرى العاملة في القطاع الصحي.

### الفرض الخامس: بالنسبة لمتغير عدد المشاريع المنفذة

ينص الفرض الخامس على: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغير عدد المشاريع المنفذة: (أقل من 5، من 5-10، من 11-15، 16 فأكثر). ولقد تم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA، كما هو مبين في الجدول التالي:

**جدول رقم (33): مجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "F" وقيمة "Sig." ومستوى الدلالة بالنسبة لمتغير عدد المشاريع المنفذة**

م	المحور	المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
1	طبيعة التنسيق	بين المجموعات	0.394	3	0.131	0.501	0.683	غير دالة
		داخل المجموعات	13.654	52	0.263			
		المجموع	14.048	55				
2	مستوى التنسيق	بين المجموعات	0.729	3	0.243	0.605	0.615	غير دالة
		داخل المجموعات	20.890	52	0.402			
		المجموع	21.620	55				
3	معوقات التنسيق	بين المجموعات	1.104	3	0.368	1.037	0.384	غير دالة
		داخل المجموعات	18.455	52	0.355			
		المجموع	19.559	55				
	الاستبانة ككل	بين المجموعات	<b>0.350</b>	<b>3</b>	<b>0.117</b>	<b>0.800</b>	<b>0.499</b>	غير دالة
		داخل المجموعات	<b>7.581</b>	<b>52</b>	<b>0.146</b>			
		المجموع	<b>7.931</b>	<b>55</b>				

\* قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (3، 52) وعند مستوى دلالة (0.05) = 2.760

وقد تبين من الجدول السابق أن:

قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في الاستبانة ككل وفي جميع المحاور، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في دور التنسيق مع المنظمات الدولية في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة تعزى لمتغير عدد المشاريع المنفذة، وترى الباحثة أنه لا يوجد اختلاف في عملية التنسيق في عدد للمشاريع لدى المنظمات الدولية سواء على مستوى المشروع المادي أو الخدماتي أو الإغاثي فطبيعة التنسيق ومستواه

ومعوقاته واحدة بالنسبة للمشاريع، لذلك لا يوجد أي تأثير لعدد المشاريع على التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي وفقاً لاستجابات أفراد عينة الدراسة. وقد أوضح مسؤولو التنسيق أن أثر تنفيذ هذا المشروع يعود على مدى المنفعة المتحققة من المشروع والتي تتمثل في تقديم خدمة للمرضى والمواطنين، والتعرف على مدى تحسن الحاصل من تنفيذ المشروع وعمل قائمة بالآليات التي يمكن اتخاذها لمعرفة النتائج الإيجابية المتحققة من المشروع المنفذ كالزيارات الميدانية وغيرها، والعمل على المتابعة والتقييم المستمر للمشاريع المنفذة، وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (حماد، 2010).

## 5-2 نتائج الدراسة:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء أفراد عينة الدراسة حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي تعزي لمتغير نوع المنظمة لصالح المنظمات العربية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء أفراد عينة الدراسة في طبيعة التنسيق بين المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي تعزي لمتغير العمر.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء أفراد عينة الدراسة حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي تعزي لمتغير (المؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، عدد المشاريع المنفذة).
- أن المشاريع الأكثر تمويلاً من قبل المنظمات الدولية هي مشاريع إغاثية (أدوية ومستهلكات طبية وبلغت نسبتها 75% تليها الأجهزة الطبية وبلغت نسبتها 73%).
- أن التنسيق الجيد بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يساهم في حسن استغلال التمويل لدعم هذا القطاع وقد جاءت بوزن نسبي (88.214%)، وفي المرتبة الثانية تعتمد المنظمة المانحة على الزيارات الميدانية من أجل متابعة أنشطة المشروع للتأكد من تحقيق الأهداف وقد جاءت بوزن نسبي (87.857%)، وفي المرتبة الثالثة يساهم التنسيق الفعال بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي إيجاباً على كفاءة أداء المنظمة لعملها وقد جاءت بوزن نسبي (85.375%). بينما جاءت: تنظم المنظمة المانحة ورش عمل مع القطاع الصحي في أدنى ترتيب وبوزن نسبي (60.714%).
- أن الاتصالات بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي لها تأثير فعال في نجاح عملية التنسيق، وقد جاءت بوزن نسبي (86.429%)، بينما جاءت: يتوفر لدى الإدارة العليا

في القطاع الصحي الحكومي خطة مدرج بها الاحتياجات الطارئة له) بوزن نسبي (68.571%).

– أن أعلى ترتيب بالنسبة لمعوقات التنسيق هي: الأوضاع السياسية السائدة التي تؤثر على عملية التنسيق بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي وقد جاءت بوزن نسبي (82.500%). وجود نظام مركزي في القطاع الصحي الحكومي يمثل عائقاً أمام عملية التنسيق بين المنظمات الدولية وهذا القطاع وقد جاءت بوزن نسبي (70%). وأدنى ترتيب هي: ضعف الثقة لدى الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي بضرورة التنسيق المسبق لاحتياجات القطاع الصحي الحكومي وقد جاءت بوزن نسبي (59.285%).

– أما أهم المقترحات لتفعيل عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة من مسؤولي التنسيق في المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي فهي تقترح بالدرجة الأولى ضرورة تحديث البيانات لأولويات احتياجات القطاع الصحي الحكومي وضرورة اطلاع المنظمات الدولية على تلك الاحتياجات وآخر المستجدات لهذا القطاع من خلال عقد الاجتماعات الدورية وإعداد التقارير وقد جاءت بوزن نسبي (42.85%)، وتليها في المرتبة الثانية ضرورة استخدام أساليب التكنولوجيا الحديثة في التواصل من خلال البريد الإلكتروني والفيديوكونفرنس، ومواقع التواصل الاجتماعي وقد جاءت بوزن نسبي (26.98%)، وفي المرتبة الثالثة تحديد الجهات المختصة للتواصل والتنسيق مع المنظمات الدولية وذلك لمنع الازدواجية في العمل وقد جاءت بوزن نسبي (22.22%)، و تليها تدريب وتنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي الحكومي وقد جاءت بوزن نسبي (15.87%)، وفق نتائج المقابلات المتعلقة المقترحة من مسؤولي التنسيق كانت تميل إلى البعد عن مركزية القرار وحل مشاكل البيروقراطية داخل القطاع الصحي الحكومي، واستمرارية العمل في التنسيق لإقامة مجموعة العمل الصحي التعاوني ( Health Cluster ) وتوزيع الأنشطة عليها لمنع الازدواجية من أجل دعم الخدمة الصحية المقدمة.

### 3-5 التوصيات:

بناءً على النتائج التي توصلت إليها الدراسة توصي الباحثة بما يلي:

1. المحافظة على التنسيق الجيد بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي للمساهمة في حسن استغلال التمويل لدعم هذا القطاع.

2. تقوية الشراكة مع المنظمات الدولية بشكل أفضل مما هو عليه لاسيما المنظمات الأجنبية من خلال إشراكهم في عملية إعداد الخطط الصحية في قطاع غزة لمواجهة الأزمات والطوارئ.
3. استمرارية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي لإقامة مجموعة العمل الصحي التعاوني (Health Cluster) لدعم الخدمة من خلال تقسيم الأنشطة فيما بينهم بدون ازدواجية ضمن خطة واضحة ومتفق عليها.
4. إعداد وتحديث دليل إرشادي بشكل دوري مدرج فيه أولويات الاحتياجات والأنشطة الصحية المختلفة للقطاع الصحي الحكومي مع ضرورة توفر المعلومات الدقيقة التي تتعلق بتلك الاحتياجات وسهولة تبادلها داخل مرافق الوزارة والتي من شأنها تسهيل من عملية التنسيق مع المنظمات الدولية المانحة.
5. تعزيز الاتصالات (المكتوبة، والشفوية) بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي مما يساهم في نجاح عملية التنسيق.
6. استخدام أساليب التكنولوجيا الحديثة في التواصل من خلال البريد الإلكتروني والفيديوكونفرنس، ومواقع التواصل الاجتماعي من أجل تقليل الوقت والجهد في عملية التنسيق.
7. تفعيل خطة الطوارئ وتحديثها من قبل الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي لتحسين الاستجابة لحالة الطوارئ والازمات.
8. الاهتمام بالتدريب المستمر للموارد البشرية في مختلف مرافق وزارة الصحة على مهارات الإدارية من أجل رفع كفاءة الأداء التنسيقي مع المنظمات الدولية المانحة.
9. توحيد الجهة المنسقة في القطاع الصحي الحكومي والتي يمكن الرجوع إليها عند التواصل مع المنظمات الدولية المانحة وذلك لمنع الازدواجية.
10. تعزيز التنسيق بين الوحدات الإدارية والجهة المسؤولة عن التنسيق في القطاع الصحي الحكومي فيما يخص تمويل المشاريع الصحية.
11. الحد من المركزية في الإجراءات والسياسات المتبعة في القطاع الحكومي فيما يتعلق باعتماد وتنفيذ المشاريع الصحية من خلال تفويض الصلاحيات.
12. ضرورة توحيد العمل الصحي في كافة أرجاء الوطن وتحييده عن أي خلافات سياسية.
13. إبراز الدور الإعلامي للمشاريع التي يتم تمويلها من قبل المنظمات الدولية، وإبرازها للخدمات التي يقدمها القطاع الصحي الحكومي على أنها خدمات إنسانية وإغاثية مما يساهم بدوره في دعم استجابة المنظمات الدولية لتلك الخدمات.
14. تعزيز اهتمام وتركيز المنظمات الدولية المانحة باتجاه تمويل المشاريع التنموية.

جدول رقم (34) مقترح خطة تنفيذية للتوصيات

#	النتائج	التوصيات	الانشطة لتنفيذ التوصية	الجهة المسؤولة	المدى الزمني
1.	وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء أفراد عينة الدراسة حول التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي تعزي لمتغير نوع المنظمة لصالح المنظمات العربية.	تقوية الشراكة مع المنظمات الدولية بشكل أفضل مما هو عليه لاسيما المنظمات الأجنبية من خلال إشراكهم في عملية إعداد الخطط الصحية في قطاع غزة لمواجهة الأزمات والطوارئ.	إعداد نشرة دورية حول القطاع الصحي الحكومي في قطاع غزة وتوزيعها على المنظمات الشريكة. دعوة المنظمات الدولية للاجتماعات التحضيرية لإعداد خطط التدخل في القطاع الصحي الحكومي. دعوة المنظمات الدولية لحضور اجتماعات لمواجهة الأزمات التي تواجه قطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة.	-وحدة العلاقات العامة والإعلام بوزارة الصحة. -وحدة التخطيط ورسم السياسات بوزارة الصحة.	على مدار العام بداية كل عام في وقت الأزمات
2.	أن التنسيق الجيد بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يساهم في حسن استغلال التمويل لدعم هذا القطاع وقد جاءت بوزن نسبي (88.214%). أن الاتصالات بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي لها تأثير فعال في نجاح عملية التنسيق، وقد جاءت بوزن نسبي (86.429%).	المحافظة على التنسيق الجيد بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي للمساهمة في حسن استغلال التمويل لدعم هذا القطاع من خلال شتى وسائله المختلفة (الاتصالات المكتوبة، الشفوية).	- قياس معدل الاتصالات الإدارية الشفوية (الاجتماعات، العروض، تلفون...) والاتصالات المكتوبة (مذكرات، تقارير، مخاطبات) الحالية بين المنظمات ووزارة الصحة. - المحافظة على المعدل الحالي من الاتصالات الإدارية الشفوية والمكتوبة.	-وحدة التخطيط ورسم السياسات. - جميع الدوائر والإدارات العامة بوزارة الصحة.	يناير، 2016م يناير - ديسمبر، 2016
3.	ضرورة اطلاع المنظمات الدولية على تلك الاحتياجات وآخر المستجدات لهذا القطاع من خلال عقد الاجتماعات الدورية وإعداد	إعداد وتحديث دليل إرشادي بشكل دوري مدرج فيه أولويات الاحتياجات والأنشطة الصحية المختلفة للقطاع الصحي الحكومي مع ضرورة توفر المعلومات الدقيقة التي تتعلق بتلك	- مخاطبة الدوائر الفنية الوظيفية بوزارة الصحة لتحديد الاحتياجات. - تجميع الاحتياجات حسب القطاعات (أدوية، مستهلكات، أجهزة، قطع غيار، تدريب، موارد بشرية إضافية وأخرى بتخصصات جديدة)	-وحدة العلاقات العامة والإعلام بوزارة الصحة.	النصف الأول من شهر يناير، 2016م.

<p>التقارير وقد جاءت بوزن نسبي (42.85%).</p>	<p>الاحتياجات وسهولة تبادلها داخل مرافق الوزارة والتي من شأنها تسهل من عملية التنسيق مع المنظمات الدولية المانحة.</p>	<p>ترتيب الاحتياجات حسب الأولوية والتنسيق بينها (مثلا كوادر بشرية بتخصصات جديدة قد تكون بحاجة لتجهيزات غير متوفر). إعداد دليل إرشادي سنوي يسهل الوصول إليه من خلال الموقع الالكتروني لوزارة الصحة.</p>	<p>التقارير وقد جاءت بوزن نسبي (42.85%).</p>
<p>4.</p> <p>أن المشاريع الأكثر تمويلاً من قبل المنظمات الدولية هي مشاريع إغاثية (أدوية ومستلزمات طبية وبلغت نسبتها 75% تليها الأجهزة الطبية وبلغت نسبتها 73%).</p>	<p>تعزيز اهتمام وتركيز المنظمات الدولية المانحة باتجاه تمويل المشاريع التنموية.</p>	<p>توجيه اهتمام المنظمات الدولية إلى التخصيص الأمثل للموارد والذي يشير إليه الدليل الإرشادي في البند السابق</p>	<p>4.</p> <p>أن المشاريع الأكثر تمويلاً من قبل المنظمات الدولية هي مشاريع إغاثية (أدوية ومستلزمات طبية وبلغت نسبتها 75% تليها الأجهزة الطبية وبلغت نسبتها 73%).</p>
<p>5.</p> <p>يتوفر لدى الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي خطة مدرج بها الاحتياجات الطارئة له) بوزن نسبي (68.571%).</p>	<p>تفعيل خطة الطوارئ وتحديثها من قبل الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي لتحسين الاستجابة لحالة الطوارئ والازمات.</p>	<p>دعوة لجان الطوارئ في محافظات غزة المختلفة إلى تقديم المقترحات لتعديل خطط الطوارئ لديهم. دعوة لجان الطوارئ للاجتماع مع الإدارة العليا بوزارة الصحة لمناقشة المقترحات. دعوة المنظمات الدولية لحضور الاجتماع. اعتماد خطط الطوارئ لمحافظة غزة.</p>	<p>5.</p> <p>يتوفر لدى الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي خطة مدرج بها الاحتياجات الطارئة له) بوزن نسبي (68.571%).</p>



		- التنسيق بين خطط الطوارئ المعتمدة والدليل الإرشادي للاحتياجات.			
الأسبوع الأول من العام 2016م خلال العام 2016م	- الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية الصحة بوزارة	- إعداد الاحتياجات التدريبية بناء على تقييم المدراء التنفيذيين لمروسيهم. - ترتيب الاحتياجات حسب الأولوية. - إعداد خطة التدريب. - تنفيذ خطة التدريب. - تقييم المتدربين.	الاهتمام بالتدريب المستمر للموارد البشرية في مختلف مرافق وزارة الصحة على مهارات الإدارية من أجل رفع كفاءة الأداء التنسيقي مع المنظمات الدولية المانحة.	6.	ضعف كفاءة الأفراد القائمين على عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.
الأسبوع الأول من العام 2016م خلال العام 2016م	- وحدة تكنولوجيا المعلومات بوزارة الصحة. - الدوائر الفنية المعنية بالتنسيق.	- إعداد الاحتياجات من البنية التحتية للتكنولوجيا اللازمة للدوائر الفنية بوزارة الصحة التي تضطلع بمهام التنسيق مع المنظمات الدولية. - إعداد خطة التنفيذ. - التنفيذ. - التقييم.	استخدام أساليب التكنولوجيا الحديثة في التواصل من خلال البريد الإلكتروني والفيديوكونفرنس، ومواقع التواصل الاجتماعي من أجل تقليل الوقت والجهد في عملية التنسيق.	7.	ضرورة استخدام أساليب التكنولوجيا الحديثة في التواصل من خلال البريد الإلكتروني والفيديوكونفرنس، ومواقع التواصل الاجتماعي وقد جاءت بوزن نسبي (26.98%).
بداية العام الجديد 2016م	- مكتب عطفة وكيل وزارة الصحة. - المسؤولين في الجهات الفنية بوزارة الصحة. - مسؤولي التنسيق في المنظمات الدولية وعلى	- توجيه تعميم من قبل الإدارة العليا للجهات المستفيدة (المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية) بالوزارة بتزويد الإدارة العامة للتعاون الدولي-الجهة المسؤولة عن التنسيق بالوزارة-بنسخ عن المكاتبات والاتفاقيات التي تتم مع بعض المنظمات الدولية التي لا ترغب التعامل إلا معها دون الرجوع للتعاون الدولي كمرجعية في التنسيق. - والتأكيد على المنظمات الدولية الداعمة للقطاع الصحي الحكومي وعلى رأسها منظمة الصحة	توحيد الجهة المنسقة في القطاع الصحي الحكومي والتي يمكن الرجوع إليها عند التواصل مع المنظمات الدولية المانحة وذلك لمنع الازدواجية.	8.	تحديد الجهات المختصة للتواصل والتنسيق مع المنظمات الدولية وذلك لمنع الازدواجية في العمل وقد جاءت بوزن نسبي (22.22%).

	رأسها منظمة الصحة العالمية (WHO).	العالمية باطلاع وتزويد الإدارة العامة للتعاون الدولي بالتقارير التي تتعلق بالتنسيق مع الجهات الفنية بالوزارة وذلك بهدف جمع المعلومات والبيانات بشكل دقيق عن حجم التمويل الحقيقي للمشاريع الصحية التي تقدمه المنظمات الدولية المانحة كل عام.			
9.	تعزيز التنسيق بين وحدة العلاقات العامة والاعلام وبين الجهة المسؤولة عن التنسيق في القطاع الصحي الحكومي فيما يخص تمويل المشاريع الصحية.	إبراز الدور الإعلامي للمشاريع التي يتم تمويلها من قبل المنظمات الدولية، وإبرازه للخدمات التي يقدمها القطاع الصحي الحكومي على أنها خدمات إنسانية وإغاثية مما يسهم بدوره في دعم استجابة المنظمات الدولية لتلك الخدمات.	- اعداد خطة اعلامية تتضمن الوسائل الاعلامية المختلفة (مرئية، مكتوبة، مسموعة) والرسائل التي تنقل عبر تلك الوسائل مستهدفة عدة قطاعات منها المنظمات الدولية في غزة، الجمهور من خارج غزة، الجمهور من داخل غزة. - تنفيذ الخطة.	- وحدة العلاقات العامة والإعلام بوزارة الصحة النصف الأول من شهر يناير للعام 2016م. ما تبقى من العام 2016م	
10.	العمل في التنسيق لإقامة مجموعة العمل الصحي التعاوني ( Health Cluster ) وتوزيع الأنشطة عليها لمنع الازدواجية من أجل دعم الخدمة الصحية المقدمة.	استمرارية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي لإقامة مجموعة العمل الصحي التعاوني (Health Cluster) لدعم الخدمة من خلال تقسيم الأنشطة فيما بينهم بدون ازدواجية ضمن خطة واضحة ومتفق عليها.	يتم تحقيقه من خلال البنود 1، 3، 5 الواردة سابقا	خلال العام 2016	
11.	البعد عن مركزية القرار وحل مشاكل البيروقراطية داخل القطاع الصحي الحكومي.	الحد من المركزية في الإجراءات والسياسات المتبعة في القطاع الحكومي فيما يتعلق باعتماد وتنفيذ المشاريع الصحية من خلال تفويض الصلاحيات.	- تمكين وتفويض الصلاحيات للعاملين في الوحدات الإدارية بالوزارة باتخاذ الإجراءات التي تتعلق باعتماد وتنفيذ المشاريع الصحية.	-مكتب عطوفة وكيل الوزارة. -المدراء العامون في الوحدات الإدارية بالوزارة.	

من اعداد الباحثة بناء على النتائج والتوصيات التي توصلت إليها الدراسة

## 3-5 الدراسات المقترحة

في ضوء هذه الدراسة والنتائج التي توصلت إليها تقترح الباحثة الدراسات المستقبلية في قطاع غزة:

1. أثر الانقسام السياسي على استجابة المنظمات المانحة في دعم احتياجات القطاع الصحي الحكومي.
2. معوقات التنسيق بين القطاع الحكومي والمنظمات غير الحكومية وأثرها على تنمية ودعم المجتمع الفلسطيني.
3. التنسيق بين الوحدات الإدارية في القطاع الصحي الحكومي ودوره في مواجهة الأزمات والطوارئ.
4. مهارات الاتصال والتواصل لدى مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي ودورها في رفع الأداء التنسيقي مع المنظمات المانحة.
5. مأسسة العلاقة مع الجهات المانحة ودورها في بناء وتعزيز الثقة لدعم القطاع الصحي الحكومي.
6. مدى مساهمة تقدير الاحتياجات الفعلية في دعم القطاع الصحي الحكومي.
7. تقييم فاعلية التنسيق بين القطاع الصحي الحكومي والمنظمات الدولية المانحة.

## قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المصادر:

- القرآن الكريم

ثانياً المراجع العربية:

أ. الكتب العربية:

- ابن منظور، محمد (1997): لسان العرب، مج6، دار صادر للطباعة والنشر، بيروت.
- جعفر، عبد السلام(1990): المنظمات الدولية دراسة فقهية وتأصيلية للنظرية العامة للتنظيم الدولي والأمم المتحدة والوكالات المتخصصة والمنظمات الدولية. ط6، دار النهضة العربية، القاهرة.
- الحبتور، صالح (2009): مبادئ الإدارة العامة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن
- حبيش، فوزي (1990): الإدارة العامة والتنظيم الإداري، دار النهضة، بيروت.
- الحديثي، علي (2010): القانون الدولي العام المبادئ والأصول، ط1، دار النهضة العربية، القاهرة.
- خضير، عبد الكريم (2002): الوسيط في التعاون الدولي العام: الكتاب الرابع: المنظمات الدولية. ط1، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- دبّاس، أحمد (1983): آراء ونظريات في الإدارة، مكتبة الجامعة الإسلامية، غزة.
- دره ، وآخرون (1994): الإدارة الحديثة المركز العربي للخدمات الطلابية. عمان، الأردن.
- الدقاق، محمد وحسين، سلامة (1990): المنظمات الدولية المعاصرة، ط1، الدار الجامعية، مكتبة الجامعة الإسلامية، غزة.
- السالم، مؤيد (1988): نظرية المنظمة: مدخل وعمليات، مطبعة شفيق، بغداد.
- السالم، مؤيد (1999): نظرية المنظمة: الهيكل والتصميم، دار وائل للطباعة والنشر، بغداد.
- شيحا، عبد العزيز (2001): أصول الإدارة العامة، أبو العزم للطباعة، الإسكندرية.
- شيحا، عبد العزيز (1994): الإدارة العامة: العملية الإدارية، الدار الجامعة، بيروت.
- صوفان، عاكف (2004): المنظمات الإقليمية والدولية، ط1، دار الأحمدي للنشر، القاهرة.
- عبد الحميد، محمد (2000): قانون المنظمات الدولية: الأمم المتحدة، ط9، مطبعة المعارف، الإسكندرية.

- عبد الكافي، اسماعيل(2012): أسس ومجالات العلوم السياسية، ط1، مركز الإسكندرية للكتاب، جمهورية مصر العربية.
- عبد الملك، محمد (2009): مسؤولية المنظمات الدولية عن أعمالها والقضاء المختص بمنازعاتها، دار الثقافة، عمان.
- العجمي، محمد (2008): الاتجاهات الحديثة في القيادة الإدارية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن.
- عطية، أفندي (2006): المنظمات غير الحكومية: مدخل تنموي، كلية الاقتصاد والعلوم
- عفيفي، مصطفى(1990): مبادئ وأصول علم الإدارة العامة: دراسة نظرية وتطبيقية لتنظيم الإدارة ومشكلاتها في دولة الإمارات العربية المتحدة والدول الأجنبية، ط1، كلية حقوق طنطا-كلية شرطة دبي.
- العلق، بشير (1999): أسس الإدارة الحديثة: نظريات ومفاهيم، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
- العلق، بشير (2008): الإدارة الحديثة: نظريات ومفاهيم. ط3، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
- علاقي، عبد القادر (1998): الإدارة: دراسة تحليلية للوظائف والقرارات الإدارية، ط8، مكتبة دار جدة للنشر والتوزيع، جدة.
- الفتلاوي، حسين (2010): مبادئ المنظمات الدولية العالمية والإقليمية، ط1، دار الثقافة، عمان.
- كشك، بهجت (1997): مدخل إلى إدارة المنظمات الاجتماعية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، الاسكندرية.
- المشهراوي، أحمد (2013): مدخل إلى منظمات المجتمع المدني، مطبعة إيتقان، غزة.
- نجم، أحمد (1998): مبادئ الإدارة العامة، ط1، دار الفكرة العربي، القاهرة.
- النمر، وآخرون (2001): الإدارة العامة: الأسس والوظائف، مطابع الفرزدق التجارية، الرياض.
- يوسف، خالد (2012): الوظيفة التشريعية لمنظمة الصحة العالمية، دار الجامعة الجديدة للنشر، الاسكندرية.
- يونس، منصور(1991). مقدمة لدراسة العلاقات الدولية. جامعة ناصر.

## ب. الرسائل العلمية العربية:

- إبراهيم، دالي (2012): ماهية الاستبيان، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التيسير، جامعة الجزائر.
- ابو حماد، ناهض (2011): التمويل الدولي للمؤسسات الأهلية الفلسطينية وأثره على التنمية السياسية في قطاع غزة 2000م -2010م (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، غزة.
- أبو دية، علاء (2012): اللاجئين الفلسطينيون في قطاع غزة-واقع وتحديات: دراسة تحليلية: لواقع وظروف حياة اللاجئين في قطاع غزة.
- أبو زينة، محمد (2010): تحليل خدمات القطاع الصحي الحكومي من منظور النوع الاجتماعي: دراسة ميدانية من وجهة نظر الفئات المستفيدة، المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية - مفتاح.
- أبو سلطان، أشرف (2013): واقع التنسيق بين منظمات المجتمع المدني وأثره على التنمية الزراعية المستدامة في قطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة)، أكاديمية الإدارة والسياسية للدراسات العليا - جامعة الأقصى، غزة.
- أبو نحلة، حنين (2008): دور المنظمات غير الحكومية الفلسطينية في استغلال أموال الدعم الخارجي لخلق فرص عمل مستدامة ودعم الرياديين (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التجارة - الجامعة الإسلامية، غزة
- الأحمدى، عبد الله (2004): مدى إسهام مركز القيادة والسيطرة في تنسيق العمليات الأمنية في موسم الحج (رسالة ماجستير غير منشورة)، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
- أزم، زكريا وحجاج، عبد الفتاح (2014): العلاقات الدولية والأطراف الفاعلة في المجتمع الدولي (رسالة دكتوراه غير منشورة)، كلية العلوم القانونية والاقتصادية بسطات والاجتماعية، جامعة الحسن الأول، المغرب.
- أورابح، بورنين (2010): جهود المنظمات الدولية لضمان حق إنشاء نقابات (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الحقوق - جامعة مولود معمري -تيزي وزو.

- البسيوني، عائشة (2014): إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيها (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التجارة - الجامعة الإسلامية، غزة.
- البلعوي، أسامة وآخرون (2013): دراسة العلاقة بين التفكير الاستراتيجي والابتكار لدى المدراء في وزارة الصحة في قطاع غزة، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة.
- حماد، رشاد (2010): تقييم المشاريع في المنظمات غير الحكومية بقطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية - جامعة الأزهر، غزة.
- حماد، محمود (2013): دور المساعدات التركية في تحسين مستوى الخدمات الصحية الحكومية في قطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة)، أكاديمية الإدارة والسياسية للدراسات العليا - جامعة الأقصى، غزة.
- حمد، منيرة (2012). أثر تكلفة العلاج بالخارج على تمويل موازنة وزارة الصحة الفلسطينية (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، غزة.
- الخالدي، محمد (2012): إسهامات التمويل الدولي في تطوير النظام الصحي الفلسطيني بالتركيز على المؤسسات الصحية غير الحكومية العاملة في محافظات غزة (رسالة ماجستير منشورة)، جامعة أبو ديس - القدس، غزة.
- الدويش، سعود (1998): دور مجالس المناطق في التنسيق بين الأجهزة الحكومية منظور جديد لمفهوم التحديث: دراسة تطبيقية على مجلس المنطقة في أمانة المنطقة الشرقية بالمملكة العربية السعودية (رسالة ماجستير غير منشورة)، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- ديفوير، جوزيف وترتير، علاء (2009): تتبع الدعم الخارجي للمنظمات الفلسطينية غير الحكومية في الضفة الغربية وقطاع غزة 1999-2008، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس) القدس ورام الله.
- الرفاتي، عادل (2011): مدى قدرة المنظمات الأهلية الصحية بقطاع غزة على تطبيق بطاقة الأداء المتوازن (BSC) كأداة لتقويم الأداء التمويلي (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التجارة - الجامعة الإسلامية، غزة.
- السعدان، محمد (1998): مدي التنسيق بين الأجهزة الأمنية بوزارة الداخلية (رسالة ماجستير غير منشورة)، قسم العلوم الشرعية، جامعة الأمير نايف - السعودية.

- سمك، نجوى والسيد، عابدين (2002): دور المنظمات غير الحكومية في ظل العولمة: الخبرتان المصرية واليابانية، مركز الدراسات الآسيوية، القاهرة.
- شلبي، ياسر ولدادوة، حسن (2007). الثقافة المهنية في القطاع الصحي الحكومي في الأراضي الفلسطينية، رام الله: الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة.
- عبد العظيم، زينب (2002): الدور المتغير للمنظمات غير الحكومية في ظل العولمة (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة القاهرة، مركز الدراسات الآسيوية.
- الغيثي، جميل (2006): صنع السياسات العامة في المنظمات الإقليمية والدولية: دراسة تطبيقية على جامعة الدول العربية، أكاديمية السادات للعلوم الادارية، جمهورية مصر العربية.
- الفهيد، عبد المحسن (2006). التنسيق بين الأجهزة الأمنية ودوره في مواجهة الأزمات، دراسة مسحية على الأجهزة الأمنية بمدينة جبل الصناعية. (رسالة ماجستير غير منشورة). أكاديمية نايف - العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- المالكي، مجدي وآخرون (2012): الضمان الاجتماعي في الأراضي الفلسطينية: الوضع الراهن التحديات: دراسة استكشافية، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، القدس ورام الله.
- محمود، ماجدة (2007): المنظمات غير الحكومية الدولية: دراسة نظرية (رسالة دكتوراه غير منشورة)، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة.
- المزيني، على (2008): واقع بعض المنظمات الدولية والإقليمية (دراسة علمية منشورة)، مجلة الجامعة الإسلامية - بالمدينة المنورة.
- المطيري، بدر (2003): مستقبل الوقف في الوطن العربي، ندوة الوقف والمجتمع المدني في الوطن العربي، تحرير إبراهيم البيومي غانم، مركز دراسات الوحدة العربية والأمانة العامة للأوقاف، بيروت.
- معمر، إبراهيم (2011): دور المنظمات الدولية غير الحكومية في حماية حقوق الإنسان (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة.
- النويصر، إبراهيم (2002): المعوقات الإدارية التي تواجه الأجهزة الأمنية في التعامل مع الأزمات، دراسة تطبيقية على قوات الأمن الخاصة والدفاع المدني بمدينة الرياض (رسالة ماجستير غير منشورة)، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- الهلالي، هالة (2007): دور المنظمات الدولية غير الحكومية في حماية حقوق الإنسان: دراسة لحالتي اللجنة الدولية للصليب الأحمر ومنظمة العفو الدولية (رسالة دكتوراه غير منشورة)، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة.



## ج. التقارير:

- فلسطين، وزارة الصحة (2013): التقرير السنوي للصحة والسكان، مركز نظم المعلومات، غزة.
- فلسطين، وزارة الصحة (2013): التقرير السنوي للتأمين الصحي، مركز نظم المعلومات، غزة.
- فلسطين، وزارة الصحة (2013): التقرير السنوي للمستشفيات، مركز نظم المعلومات، غزة.
- فلسطين. وزارة الصحة. التقرير السنوي. غزة، 2012.
- تقرير شهر نوفمبر (2013): **الوضع الصحي في قطاع غزة، الإدارة العامة للتعاون الدولي** - وزارة الصحة، غزة.
- صالح، محمد (2012): **برنامج تدبير التمويل بالمنظمات غير الحكومية وتعبئة موارد المجتمع، جمعية المدربين المصريين للتنمية**. الأمين العام لشبكة الحوار مع منظمات المجتمع المدني لدول البحر الأبيض المتوسط.
- التقرير الاستراتيجي الفلسطيني (2010): مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات.
- التقرير السنوي (2014): الإدارة العامة للتعاون الدولي - وزارة الصحة الفلسطينية، غزة.
- تقرير خاص (2014): **العدوان الصهيوني وإدارة القطاع الصحي، وزارة الصحة - السلطة الوطنية الفلسطينية، غزة، يوليو - أغسطس 2014**.
- تقرير منظمة التعاون الإسلامي (2013): **الوضع الإنساني في قطاع غزة**. مقدم إلى مؤتمر منظمة التعاون الإسلامي الخامس لمنظمات المجتمع المدني في العالم الإسلامي.
- تقرير الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة (2012): **الحسابات الصحية الوطنية (2009-2010)**، نتائج أساسية. رام الله - فلسطين.
- تقرير الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة (2013): **الحسابات الصحية الوطنية 2010-2011**، نتائج أساسية، رام الله - فلسطين.
- تقرير الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2014): **السلطة الوطنية الفلسطينية، رام الله - فلسطين، كانون اول/ ديسمبر، 2014**.
- نصر، خديجة (2007): **نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية**. سلسلة تقارير قانونية رقم (69)، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله.
- الإدارة العامة للتعاون الدولي، (2014): **دليل المؤسسات**. وزارة الصحة، غزة.
- دليل الجمعيات الأجنبية (2014): وزارة الداخلية، غزة.

- مركز المعلومات الوطني الفلسطيني (2006): **تقرير نظام التأمين الصحي والعلاج خارج الوزارة رقم (11)**، السلطة الوطنية الفلسطينية، ديوان رئيس الوزراء.
- تقرير السنوي للإدارة العامة للصيدلة (2013): وزارة الصحة، غزة.
- مسعود، عادل (1997): **أوراق في إدارة الأزمات والتفاوض: دورة إدارة الأزمة**. كلية التدريب، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

### ثالثاً: المراجع الأجنبية:

#### أ. الكتب الأجنبية:

- Dimock, M. etal, (1983), public Administration, N. Y: College Publishing.
- Sharma, M. & Litt D., (1980),Public Administration In Theory And practice, Delhi: Kitab Mahal.
- Jennings, T. & Krane,D. (1994) Coordination and Walfare Reform: the Quest for the Philosopher's Stone, Public Administration Review, July/August, Vol. 54,No. 4,PP 341-348.
- Lindblon, A.(2005): **Non-governmental organizations in international law**,UK :Cambridge university press.
- Fontanel, J.(2005): **Les Organisations non-gouvernementales** , office des publications Universitaires , Alger.

#### ب. الرسائل العلمية الأجنبية:

- Hedlund, K. (2010). **Case study of strength in numbers: A Review of NGO Coordination in the Field** in Haiti- united states of America
- Jelinek, E. (2006).**A study of NGO Relation with Government and Communities in Afghanistan**. Agency Coordination Body for Afghan Relief.
- Pereira , J. (2009). **Zambia, Aid Effectiveness In The Health Sector. case study**, published by Action For Global Health organization, Zambia.
- Sridhar, D. & Tamashiro ,T. (2009). **Vertical Funds in the Health Sector: Lessons for Education from the Global Fund and GAVI**. Paper commissioned for the EFA Global Monitoring Report 2010.

- The Secretariat of the Ad Hoc Liaison Committee (1999). "Aid Effectiveness in the West Bank and Gaza". Draft Report, Palestine.
- Abed, Y. (2007). **Health Sector Review (HSR)**, a summary report, Italian Cooperation, Jerusalem, Palestine.
  - Giacaman et al. (2009). "**Health status and health services in the occupied Palestinian Territory**", Lancet 373:837-49; Human Development Report 2009/10 Investing in Human Security for a Future State, UNDP. Retrieved from: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
  - Mataria et al. (2009). "**The health-care system: an assessment and reform agenda**". Lancet 373: 1207-17; [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).

#### رابعاً: المقابلات الشخصية:

- إسماعيل، أشرف (2015): "مقابلة أجرتها الباحثة"، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة - غزة، 2015/6/11.
- اصرف، حازم (2015): "مقابلة أجرتها الباحثة"، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة-غزة، 2015/6/17.
- شعت، سامر (2015): "مقابلة أجرتها الباحثة"، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة-غزة، 2015/6/8.
- صبح، عبد الناصر (2015): "مقابلة أجرتها الباحثة"، منظمة الصحة العالمية، غزة، 2015/6/21.
- قديح، إياد (2015): "مقابلة أجرتها الباحثة"، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة - غزة، 2015/6/10.
- الكاشف، محمد (2015): "مقابلة أجرتها الباحثة"، الإدارة العامة للتعاون الدولي، المجلس الطبي الفلسطيني، -غزة، 2015/6/15.
- الكفارنة، اكسينيا (2015): "مقابلة أجرتها الباحثة"، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة-غزة، 2015/6/21.

#### خامساً: المواقع الالكترونية:

- (البنك الدولي، <http://web.worldbank.org>)، 2014/10/12، الساعة 3 مساءً.
- (ويكيبيديا، <http://ar.wikipedia.org/wiki>)، 2014/11/5، الساعة 4 مساءً.

- (منظمة الصحة العالمية، <http://www.who.intr>، 2015/1/7، الساعة 10 مساءً.
- (مجلة الدفاع الوطني، <http://www.lebarmy.gov>، 2015/1/14، الساعة 8 مساءً.
- (صندوق الأمم المتحدة للسكان، <http://www.unfpa-tunisie.org>، 2015/1/2، الساعة 10 صباحاً.
- ( منظمة الصليب الأحمر، <https://www.icrc.org>، 2015/2/8، الساعة 11 مساءً.
- (فلسطين الآن، <http://paltimes.net>، 2015/2/23، الساعة 2 مساءً.
- (الأونروا، <http://www.unrwa.org>، 2015/3/18، الساعة 5 مساءً.
- (وزارة الصحة- السلطة الوطنية الفلسطينية، <http://www.moh.ps>، 2015/3/25، الساعة السابعة مساءً.
- (برنامج الأمم المتحدة الانمائي، <http://www.undp.org>، 2015/4/10، الساعة 10:30 صباحاً.
- (البنك الإسلامي للتنمية، <http://www.isdb.org>، 2015/4/16، الساعة 9 صباحاً.
- (قطر الخيرية، <http://www.qcharitytn.org>، 2015/4/16، الساعة 9:30 صباحاً.
- (الهلال الأحمر القطري، <http://www.qrcs.org.qa>، 2015/4/16، الساعة 10 صباحاً.
- (وزارة الصحة - غزة، <http://www.moh.gov.ps>، 2015/4/23، الساعة 9 صباحاً.

## الملاحق

ملحق رقم (1): أسماء المنظمات الدولية الداعمة للقطاع الصحي الحكومي

أولاً: المنظمات الدولية الأجنبية		
عدد مسؤولي التنسيق	اسم المؤسسة	#
2	منظمة الصحة العالمية (WHO)	1
3	اتحاد العاملين الموظفين في وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين (UNRWA)	2
2	اللجنة الدولية للصليب الأحمر	3
1	أمان فلسطين - ماليزيا	4
3	العون الطبي للفلسطينيين MAP-UK	5
2	أطباء العالم - فرنسا	6
1	أطباء العالم - أسبانيا	7
1	الهلال الأحمر التركي	8
1	بيما	9
2	منظمة رعاية الأمومة والطفولة (Unicef)	10
2	الأيدي المسلمة	11
2	هيئة التنسيق والتعاون الدولية التركية (تيكا)	12
2	أطباء بلا حدود - فرنسا	13
1	ياردم إلي	14
1	السلام والتضامن والإغاثة	15
3	مؤسسة دعم كبار السن	16
3	برنامج الأمم الانمائي للتنمية (UNDP)	17
3	الإغاثة الإسلامية	18
2	وكالة التعاون الدولية اليابانية (جايجا)	19
4	انتريال	20
1	جمعية إغاثة أطفال فلسطين	21
2	صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)	22
2	ميرسي اندونيسيا	23
2	هيئة الإغاثة الإنسانية التركية (IHH)	24
ثانياً: المنظمات الدولية العربية		
4	البنك الإسلامي للتنمية	1
3	الهلال الأحمر القطري	2
2	قطر الخيرية	3
3	الهيئة العربية الدولية لإعمار غزة	4
1	الهلال الأحمر الكويتي	5
1	منظمة المؤتمر الإسلامي	6
1	مؤسسة الامة الخيرية	7
3	هيئة الأعمال الخيرية	8
1	الهيئة العمانية للأعمال الخيرية	9
2	مؤسسة التعاون	10
2	الرحمة الكويتية للإغاثة والتنمية	11
2	اتحاد الأطباء العرب	12
73	العدد الكلي	

ملحق رقم (2): الاستبانة بصورتها الأولى



بسم الله الرحمن الرحيم

استبانة حول

"التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي بقطاع غزة"

أكاديمية الإدارة والسياسة-لدراسات العليا

برنامج الماجستير في الإدارة والقيادة

غزة - فلسطين

السيدة/..... الفاضل/ة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

يطيب لي أن أضع بين يديك هذه الاستبانة التي تم تصميمها لأغراض البحث العلمي بهدف جمع المعلومات اللازمة لرسالة الماجستير التي أقوم بإعدادها للحصول على درجة الماجستير في الإدارة والقيادة بعنوان (التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي بقطاع غزة).

أرجو التكرم بتعبئة الاستبانة بعد قراءة كل عبارة بعناية ومن ثم وضع العلامة المناسبة بالمكان المناسب، وسوف تكون المعلومات كافة، موضع السرية التامة ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

شاكراً ومقدراً ما بذلتموه من وقت وجهد

وتقبلوا فائق الاحترام والتقدير،،،

الباحثة

تغريد حسن الغوطي

الرجاء استيفاء البيانات التالية أو تحديد البيان المطلوب بوضع علامة (✓) في الخانة المناسبة:

أولاً: البيانات الشخصية:

نوع المنظمة:

1. أجنبية  عربية

2. العمر: 25-30  31-40  41-50  فما فوق

3. المؤهل العلمي: دبلوم  بكالوريوس  ماجستير  دكتوراه

4. سنوات الخبرة: \_\_\_\_\_

المشاريع الأكثر تمويلاً لخدمة القطاع الصحي الحكومي.

إنشائية  تطويرية  تأهيلية  خدمات مساندة  تعليم   
وتدريب



## ثانياً: محاور الدراسة:

### 1. طبيعة التنسيق:

يهدف هذا الجزء للتعرف على رأيك في طبيعة التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي. الرجاء قراءة العبارة بدقة ووضع علامة (✓) في المكان الذي تراه مناسباً.

رقم	العبارة	أوافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	2	3	4	5	6	7
1.	يتم الاجتماع بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي من خلال الإدارة العليا والقائمين على عمليات التنسيق.					
2.	يتم تبادل الزيارات بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي من أجل متابعة أنشطة المشروع.					
3.	تعتمد المنظمة على الاتصالات المكتوبة في التنسيق مع القطاع الصحي الحكومي.					
4.	تنظم المنظمة المانحة ورش عمل مع القطاع الصحي الحكومي.					
5.	يوجد في المنظمة دائرة خاصة بالتنسيق.					
6.	يتم الاتفاق بين المنظمة والقطاع الصحي الحكومي من خلال مذكرة تفاهم يتم التوقيع عليها من قبل الطرفين.					
7.	يوجد تحديد للأدوار والمهام الواجب القيام بها بين المنظمة والقطاع الصحي الحكومي.					
8.	يتم وضع برامج ومشاريع المنظمة بناء على الخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي الحكومي.					
9.	تعتبر العلاقة بين المنظمة والقطاع الصحي الحكومي علاقة تعاونية وتكاملية.					
10.	يتمتع العاملون بالمنظمة بالخبرة اللازمة للتنسيق مع المنظمات الحكومية الأخرى.					
11.	يؤثر التنسيق بين المنظمة والقطاع الصحي الحكومي إيجابياً على كفاءة أداء المنظمة لعملها.					

## 2. مستوى التنسيق:

يهدف هذا الجزء بالتعرف على رأيك في مستوى التنسيق مع القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة، الرجاء قراءة العبارة بدقة ووضع علامة (✓) في المكان الذي تراه مناسباً.

الرقم	العبارة	أوافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	2	3	4	5	6	7
1.	الاتصالات بين المنظمة والقطاع الصحي الحكومي لها تأثير فعال في نجاح عملية التنسيق.					
2.	مستوى تبادل المعلومات بين المنظمة والقطاع الصحي الحكومي جيد.					
3.	يوجد تعاون مشترك بين الجهات المعنية بالتنسيق.					
4.	التنسيق الحالي بين المنظمة والقطاع الصحي الحكومي يقلل من الوقت والجهد.					
5.	التنسيق الحالي بين المنظمة والقطاع الصحي الحكومي يحقق الأهداف بدرجة المطلوبة.					
6.	يوجد تحديد واضح للمهام المطلوب تنسيقها لدى القائمين على التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.					
7.	يطبق مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي عملية التنسيق بناءً على أسس ومفاهيم علمية مدروسة.					
8.	يوجد كفاءة وخبرة لدى القائمين على عملية التنسيق في مجال التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.					
9.	يتم تحديد الأولويات للمشاريع الصحية المراد تسويقها في القطاع الصحي الحكومي.					
10.	هل يتم متابعة تنفيذ المشاريع بعد اعتمادها من الجهة المانحة في القطاع الصحي الحكومي.					
11.	تتوفر الوسائل والتقنيات اللازمة لتسهيل عمليات التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.					
12.	تحديد احتياجات القطاع الصحي الحكومي وإدراجها في الخطة الاستراتيجية للقطاع.					

### 3. معوقات التنسيق:

يهدف هذا الجزء بالتعرف على رأيك على المعوقات التي تحد من التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة، الرجاء قراءة العبارة بدقة ووضع علامة (✓) في المكان الذي تراه مناسباً.

الرقم	العبارة	أوافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
		5	4	3	2	1
1.	عدم إدراك الإدارة العليا والتنفيذية لأهمية التنسيق والتخطيط المسبق له في القطاع الصحي الحكومي.					
2.	التجاهل في تطبيق عملية التنسيق على أسس ومفاهيم علمية مدروسة في القطاع الصحي الحكومي.					
3.	قلة الخبرة والمهارات والقدرة على التفاوض وبناء العلاقات مع الجهات المانحة الأخرى لدى القائمين على عمليات التنسيق.					
4.	عدم توفر الوسائل والإمكانيات المادية التي من شأنها تساعد على انسياب عملية التنسيق بكل سهولة.					
5.	انعدام الثقة لدى الإدارة الحكومية في القطاع الصحي بضرورة التنسيق.					
6.	ضعف كفاءة الأفراد القائمين على عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.					
7.	عدم الاهتمام الكافي بالتدريب المستمر لتدعيم عمليات التنسيق داخل المنظمة وخارجها.					
8.	إغفال تنمية وتطوير الأساليب والأدوات المتبعة في التنسيق وممارستها بصورة مستمرة مع عدم الأخذ بما هو حديث من أساليب ومعدات وغيرها.					
9.	عدم الاهتمام ببناء نظم معلومات حديثة من شأنه يوفر قاعدة بيانات تتعلق باحتياجات الجهات المختلفة في القطاع الصحي الحكومي.					
10.	عدم الشعور بالاستقرار الوظيفي لدى القائمين على عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.					

					11	عدم تخصيص الحوافز المادية والمعنوية التي تدعم عمليات التنسيق لدى القائمين عليها.
					12	عدم وجود تنسيق متكامل (أفقياً، ورأسياً) داخل وخارج المنظمة.
					13	الانقسام السياسي والحصار والأوضاع الاقتصادية غير المستقرة تؤثر على عملية التنسيق بين المنظمة والقطاع الصحي الحكومي.

#### 4. مؤشرات دعم القطاع الصحي الحكومي:

يهدف هذا الجزء بالتعرف على المؤشرات التي تشير إلى دعم القطاع الصحي الحكومي من خلال عملية التنسيق مع المنظمات الدولية، الرجاء قراءة العبارة بدقة ووضع علامة (✓) في المكان الذي تراه مناسباً.

الرقم	العبارة	أوافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
		5	4	3	2	1
1.	يسهم التنسيق في تحسين الخدمات الصحية المقدمة لجميع مرضى في قطاع غزة.					
2.	التقليل من عبء التكاليف الملقاة على عاتق القطاع الصحي الحكومي من التحويلات لعلاج المرضى في الخارج.					
3.	تدريب الكادر الطبي المحلي في المستشفيات لتقديم خدمة طبية ذات جودة أعلى.					
4.	استقدام أطباء في تخصصات مختلفة ذوي كفاءات وخبرات عالية من خارج وداخل قطاع غزة.					
5.	تجهيز المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية التابعة لوزارة الصحة بالأجهزة والمعدات الطبية، بحيث تكفي لتقديم الخدمات الصحية لجميع مرضى قطاع غزة.					
6.	إنشاء وترميم المباني في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة.					
7.	يسهم التنسيق مع المنظمة في تضيق فجوة الفقر والبطالة من خلال تقديم المساعدات الإغاثية.					

					8. رضى المرضى في قطاع غزة عن الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الصحي الحكومي.
					9. تطوير الخدمات الصحية المقدمة من خلال توفير خدمات طبية جديدة في مستشفيات وزارة الصحة.
					10. يسهم التنسيق مع المنظمات الدولية في رفع الوعي الصحي لدى سكان قطاع غزة من خلال عمل ندوات وكتيبات للتثقيف الصحي.
					11. يسهم التنسيق مع الوفود الطبية الزائرة لقطاع غزة في تقديم خدمات صحية ذو جودة عالية وبأقل التكاليف.
					12. ساهم التنسيق مع المنظمة في تمكين برامج الصحة الإنجابية وتحسين معدل الخصوبة.
					13. ساهم التنسيق مع المنظمة في زيادة معدل العمر الافتراضي من خلال تعزيز برامج صحية لتحسين نمط الحياة.
					14. ساهم التنسيق مع المنظمة في الحد من وفيات الأمهات والأطفال من خلال دعم وتحسين برامج صحة الأم والطفل.

### ملحق رقم (3): قائمة بأسماء المحكمين

#	الاسم	الدرجة الوظيفية
1.	د. سامي أبو الروس	أستاذ مشارك في كلية التجارة بالجامعة الإسلامية بغزة
2.	أ. د. سمير صافي	أستاذ مشارك بكلية التجارة في الجامعة الإسلامية بغزة
3.	د. مثقال حسونة	نائب مدير عام الإدارة العامة للمستشفيات بوزارة الصحة الفلسطينية
4.	د. محمد الكاشف	مدير عام التعاون الدولي السابق بوزارة الصحة الفلسطينية
5.	د. محمود رضوان	رئيس قسم العلاقات العربية في التعاون الدولي بوزارة الصحة الفلسطينية
6.	د. نبيل اللوح	مدير عام الادارة العامة للتدريب والتطوير في ديوان الموظفين العام بغزة
7.	د. وليد صباح	مدير وحدة التنسيق مع المنظمات غير الحكومية بوزارة الصحة الفلسطينية
8.	د. ياسر الشرفا	أستاذ مساعد بكلية التجارة في الجامعة الإسلامية بغزة
9.	أ. د. يحيى عابد	أستاذ مشارك في كلية الصحة العامة في جامعة القدس بغزة
10.	د. يوسف بحر	أستاذ مشارك بكلية التجارة في الجامعة الإسلامية بغزة

## ملحق رقم (4): الاستبانة بصورتها النهائية



بسم الله الرحمن الرحيم

استبانة حول

"التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة"

أكاديمية الإدارة والسياسة- للدراسات العليا

برنامج الماجستير في الإدارة والقيادة

غزة-فلسطين

السيدة/.....الفاضل/ة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

يطيب لي أن أضع بين يديك هذه الاستبانة التي تم تصميمها لأغراض البحث العلمي بهدف جمع المعلومات اللازمة للدراسة التي أقوم بإعدادها وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة والقيادة بعنوان (التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة).

أرجو التكرم بتعبئة الاستبانة، وذلك بعد قراءة كل عبارة بعناية، ومن ثم وضع العلامة المناسبة بالمكان المناسب، وسوف تكون المعلومات كافة، موضع السرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

شاكراً ومقدراً ما بذلتموه من وقت وجهد

وتقبلوا فائق الاحترام والتقدير،،،

الباحثة

تغريد حسن الغوطي

جوال: 0599447901

ايميل: tr-gh007@hotmail.com

الرجاء استيفاء البيانات التالية أو تحديد البيان المطلوب بوضع علامة (✓) في الخانة المناسبة:

أولاً: بيانات عامة:

5. نوع المنظمة التي تعمل بها:

أجنبية  عربية

6. العمر:

أقل من 30  30- أقل من 40  40 - أقل من 50  50 فما فوق

7. المؤهل العلمي:

دبلوم  بكالوريوس  دراسات عليا

8. سنوات الخبرة في العمل الحالي:

أقل من 5 سنوات  5-10 سنة  11-15 سنة  أكثر من 15 سنة

9. المشاريع الأكثر تمويلاً من قبل المنظمة المانحة لخدمة القطاع الصحي الحكومي:

(يمكن اختيار أكثر من إجابة).

إنشائية  تأهيل وترميم  أجهزة طبية  قطع غيار

أدوية ومستهلكات طبية  أثاث  تعليم وتدريب  أخرى حددها \_\_\_\_\_.

10. عدد المشاريع الصحية المنفذة من قبل المنظمة في العام 2014:

أقل من 5 مشاريع  5-10 مشاريع  11-15 مشروع  16 مشروع فأكثر



## ثانياً: محاور الدراسة:

### 1. طبيعة التنسيق:

يهدف هذا الجزء للتعرف على رأيك في الآلية التي تتم بها عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي. الرجاء قراءة العبارة بدقة ووضع علامة (✓) في المكان الذي تراه مناسباً.

الرقم	العبارة	كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً
		5	4	3	2	1
1.	يتم الاجتماع الدوري بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي من خلال الإدارة العليا والقائمين على عمليات التنسيق.					
2.	تعتمد المنظمة المانحة على الزيارات الميدانية من أجل متابعة وتقييم أنشطة المشروع للتأكد من تحقيق الأهداف المطلوبة.					
3.	تعتمد المنظمة المانحة على الاتصالات المكتوبة في التنسيق مع القطاع الصحي الحكومي.					
4.	تنظم المنظمة المانحة ورش عمل مع القطاع الصحي الحكومي.					
5.	يوجد ضمن هيكله المنظمة المانحة دائرة تُعنى بالتنسيق الصحي.					
6.	يتم الاتفاق بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي من خلال مذكرة تفاهم يتم التوقيع عليها من قبل الطرفين.					
7.	يوجد تحديد للأدوار والمهام الواجب القيام بها بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي.					
8.	يتم وضع برامج ومشاريع المنظمة المانحة بناء على الخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي الحكومي.					
9.	تبادر المنظمة المانحة بتقديم مشاريعها إلى المسؤولين في القطاع الصحي الحكومي من أجل الموافقة على تنفيذها.					
10.	التنسيق الجيد بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يساهم في حسن استغلال التمويل لدعم هذا القطاع.					
11.	يسهم التنسيق الفعال بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي ايجابياً على كفاءة أداء المنظمة لعمليها.					
12.	يوجد لدى المنظمة المانحة سياسات تمويلية واضحة لدعم القطاع الصحي الحكومي.					

## 2. مستوى التنسيق:

يهدف هذا الجزء للتعرف على رأيك في مستوى أداء التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي، الرجاء قراءة العبارة بدقة ووضع علامة (✓) في المكان الذي تراه مناسباً.

الرقم	العبارة	كثيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً
		5	4	3	2	1
1.	الاتصالات بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي لها تأثير فعال في نجاح عملية التنسيق.					
2.	مستوى تبادل المعلومات بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يحقق الغاية المرجوة منه.					
3.	يوجد تعاون مشترك وفعال بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي.					
4.	التنسيق الحالي بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يقلل من الوقت والجهد.					
5.	التنسيق الحالي بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي يحقق الأهداف بالدرجة المطلوبة.					
6.	يوجد تحديد واضح للمهام المطلوب تنسيقها لدى القائمين على التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.					
7.	يطبق مسؤولو التنسيق في القطاع الصحي الحكومي عملية التنسيق بناءً على أسس ومفاهيم علمية مدروسة.					
8.	يوجد كفاءة وخبرة لدى القائمين على عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.					
9.	يتم تحديد الأولويات للمشاريع الصحية المراد تسويقها من قبل القطاع الصحي الحكومي.					
10.	يتم متابعة تنفيذ المشاريع من قبل القائمين على عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي بعد اعتمادها من المنظمة المانحة.					
11.	تتلقى المنظمة المانحة المعلومات المحدثة التي تتعلق باحتياجات الجهات المختلفة في القطاع الصحي الحكومي عند الحاجة إليها.					
12.	احتياجات القطاع الصحي الحكومي مدرجة في الخطة الاستراتيجية له.					
13.	يتوفر لدى الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي خطة طوارئ مدرج بها الاحتياجات الطارئة له.					
14.	يوجد وعي لدى مسؤولين في القطاع الصحي الحكومي بأهمية المساعدات الخارجية وكيفية الاستفادة القصوى منها.					

### 3. معوقات التنسيق:

يهدف هذا الجزء للتعرف على رأيك على المعوقات التي تحد من التنسيق بين المنظمات الدولية المانحة والقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة، الرجاء قراءة العبارة بدقة ووضع علامة (✓) في المكان الذي تراه مناسباً.

الرقم	العبارة	كبيرة جداً	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جداً
		5	4	3	2	1
1.	ضعف إدراك الإدارة العليا والتنفيذية في القطاع الصحي الحكومي لأهمية عنصر التنسيق في دعم هذا القطاع.					
2.	قلة القدرة على تطبيق عملية التنسيق على أسس ومفاهيم علمية مدروسة في القطاع الصحي الحكومي.					
3.	يوجد ازدواجية في المشاريع الصحية لدى القطاع الصحي الحكومي المراد التنسيق لها من قبل المنظمة المانحة.					
4.	ضعف الثقة لدى الإدارة العليا في القطاع الصحي الحكومي بضرورة التخطيط المسبق لاحتياجات القطاع الصحي الحكومي.					
5.	ضعف كفاءة الأفراد القائمين على عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.					
6.	عدم الاهتمام الكافي بالتدريب المستمر لتدعيم عمليات التنسيق لدى مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي في الداخل والخارج.					
7.	ضعف تنمية وتطوير الأساليب والأدوات المتبعة في عملية التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.					
8.	تداخل الصلاحيات من قبل الجهات غير معنية بالتنسيق داخل القطاع الصحي الحكومي بالتنسيق مع المنظمة المانحة.					
9.	السياسات والإجراءات المتبعة في القطاع الصحي الحكومي تمثل عائقاً أمام تسهيل إدارة المنح التمويلية.					
10.	عدم تخصيص الحوافز المادية والمعنوية التي تدعم عمليات تنفيذ المشاريع لدى مسؤولي التنسيق في القطاع الصحي الحكومي.					
11.	وجود نظام مركزي في القطاع الصحي الحكومي يمثل عائقاً أمام عملية التنسيق بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي.					
12.	الأوضاع السياسية السائدة تؤثر على عملية التنسيق بين المنظمة المانحة والقطاع الصحي الحكومي.					

ماهي اقتراحاتك لتفعيل عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي  
الهادفة لدعم هذا القطاع؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ملحق رقم (5): أسئلة المقابلة

1. من وجهة نظركم كيف تتم آلية التنسيق بين المنظمات الدولية المانحة والقطاع الصحي الحكومي فيما يخص تمويل المشاريع الصحية؟
2. ما مدى تحقق معيار الاستدامة للمشاريع الصحية الممولة من قبل المنظمات الدولية؟ وكيف يمكن قياسه؟ أو ما هي الآليات التي يتم اتخاذها لضمان الاستدامة؟
3. هل لديكم خطة استراتيجية؟ وإلى أي مدى تساهم خططكم الاستراتيجية في دعم القطاع الصحي الحكومي؟
4. هل يوجد لدى القطاع الصحي الحكومي خطط أو برامج للاستجابة لحالة الطوارئ؟ وكيف تقيمون فعالية هذه الخطط؟
5. كيف تتأكدون من عدم ازدواجية العمل الذي تتم بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي؟
6. كيف تقيم مستوى أداء الكادر الذي يعمل في إدارة المنح التمويلية في المنظمات الدولية؟
7. من وجهة نظركم كيف تقيمون فعالية الاجتماعات الدورية وتبادل المعلومات التي تتم بين منظماتكم والقطاع الصحي الحكومي للاطلاع على آخر مستجدات القطاع الصحي الحكومي؟
8. ما مدى تأثير الأوضاع السياسية على درجة استجابة المنظمات الدولية للاحتياجات الفعلية للقطاع الصحي الحكومي؟ وما مدى تأثير ذلك على التزام فعالية القطاع الصحي الحكومي بالمشاريع المتفق عليها؟
9. ما هي اقتراحاتك لتفعيل عملية التنسيق بين المنظمات الدولية والقطاع الصحي الحكومي الهادفة لدعم هذا القطاع؟

ملحق رقم (6): قائمة بأسماء المقابلين

#	الاسم	المسمى الوظيفي	الجهة
1.	د. محمد الكاشف	مدير عام التعاون الدولي سابقاً	الإدارة العامة للتعاون الدولي-وزارة الصحة
2.	د. أشرف إسماعيل	مدير دائرة العلاقات الأجنبية	الإدارة العامة للتعاون الدولي-وزارة الصحة
3.	أ. إياد قديح	مدير دائرة الأزمات	الإدارة العامة للتعاون الدولي-وزارة الصحة
4.	أ. كسينيا الكفارنة	رئيس قسم العلاقات الأجنبية	الإدارة العامة للتعاون الدولي-وزارة الصحة
5.	م. حازم اصرف	منسق المشاريع	الإدارة العامة للتعاون الدولي-وزارة الصحة
6.	أ. سامر شعت	رئيس قسم - دائرة العلاقات العربية	الإدارة العامة للتعاون الدولي-وزارة الصحة
7.	د. عبد الناصر صبح	مدير تنسيق إدارة المعلومات	منظمة الصحة العالمية (WHO)

ملحق رقم (7): كتاب تسهيل مهمة باحثة "1"

www.mpa.edu.ps  
info@mpa.edu.ps

أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا  
Management & Politics Academy for Postgraduate Studies  
مسار النخبة



التاريخ : 2015/03/25  
الرقم : MPA,EX-R,120

## تسهيل مهمة باحث

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد،،،

تُفيد أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، بأن/

برقم جامعي: 220120012

الطالبة: تغريد حسن محمد الغوطي،

تخصص: القيادة والإدارة، تقوم بإعداد رسالة ماجستير بعنوان:

(التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة)

ونظراً لحاجة الطالبة للعديد من المعلومات والبيانات، نأمل منكم تسهيل مهمتها في الحصول عليها.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،،،

مدير القبول والتسجيل

أ. محمد مروان أبو جاسر



+970 8 2821838  
+970 8 2844470  
+970 8 2861245

فلسطين - غزة - شارع جمال عبد الناصر (الثلاثيني)  
دوار الصناعة - بناية رقم 2070/84 1421

ملحق رقم (8): كتاب تسهيل مهمة باحثة "2"

The Palestinian National Authority  
Ministry of Health  
Directorate General of Human Resources Development



السلطة الوطنية الفلسطينية  
وزارة الصحة  
الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية

التاريخ: 2015/05/07م

الرقم: .....

المحترم،،،

الأخ / د. مدحت عباس

مدير عام التعاون الدولي

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

الموضوع/ تسهيل مهمة باحثة

بخصوص الموضوع أعلاه، يرجى تسهيل مهمة الباحثة/ تغريد حسن الغوطي  
الملتحة ببرنامج ماجستير القيادة والإدارة - أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات  
العليا بغزة في إجراء بحث بعنوان :-

" التنسيق مع المنظمات الدولية ودوره في دعم القطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة "

حيث الباحثة بحاجة لإجراء مقابلات مع عدد من مسؤولي التنسيق مع المنظمات الدولية في الإدارة  
العامة للتعاون الدولي، بما لا يتعارض مع مصلحة العمل وضمن أخلاقيات البحث العلمي، و دون تحمل  
الوزارة أي أعباء أو مسئولية.

وتفضلوا بقبول التحيّة والتقدير،،،

د. ناصر رأفت أبو شعيبان  
مدير عام تنمية القوى البشرية



صورة/  
- الإدارة العامة للرقابة الداخلية  
- صاحب/ة العلاقة

