



الجامعة الإسلامية-غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية التجارة
قسم إدارة الأعمال

إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة
الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيها

**The Contributions of the International Funds to Developing
the Palestinian Health Care Sector in the Ministry of Health-
Gaza, Managers' Perspectives.**

إعداد

عائشة يوسف محمود البسيوني

إشراف

أ. د. فارس أبو معمر

قُدِّمَ هذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال

1435هـ - 2014م

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في

قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيها

**The Contributions of the International Funds to Developing the
Palestinian Health Care Sector in the Ministry of Health-Gaza,
Managers' Perspectives.**

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج 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 أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

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

Student's name:

اسم الطالب: عائشة يوسف محمود البسيوني

Signature:

التوقيع: 

Date:

التاريخ: 2014/5/31

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم... ج.س.ع/35/Ref

التاريخ 2014/05/31م
Date.....

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحثة/ عائشة يوسف محمود البسيوني لنيل درجة الماجستير في كلية التجارة/ قسم إدارة الأعمال وموضوعها:

إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزراء الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيها

وبعد المناقشة التي تمت اليوم السبت 02 شعبان 1434هـ، الموافق 2014/05/31م الساعة الحادية عشرة صباحاً بمبنى القدس، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

.....	مشارفاً ورئيساً	أ.د. فارس محمود أبو معمر
.....	مناقشاً داخلياً	أ.د. يوسف حسين عاشور
.....	مناقشاً خارجياً	د. يحيى عوض عابد

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحثة درجة الماجستير في كلية التجارة/قسم إدارة الأعمال.

واللجنة إذ تمنحها هذه الدرجة فإنها توصيها بتقوى الله ولزوم طاعته وأن تسخر علمها في خدمة دينها ووطنها.

والله ولي التوفيق ،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

د. فؤاد علي العاجز
أ.د. فؤاد علي العاجز



ص.ب. 108 الرمال، غزة، فلسطين هاتف +970 (8) 286 0700 Tel: فاكس +970 (8) 286 0800 fax: P.O. Box 108, Rimal, Gaza, Palestine
public@iugaza.edu.ps www.iugaza.edu.ps

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فَلِلَّهِ الْحَمْدُ رَبِّ السَّمَوَاتِ وَرَبِّ الْأَرْضِ رَبِّ الْعَالَمِينَ ﴿٣٦﴾ وَلَهُ

الْكِبْرِيَاءُ فِي السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ وَهُوَ الْعَزِيزُ الْحَكِيمُ ﴿٣٧﴾

صَدَقَ اللهُ الْعَظِيمُ

﴿ سورة الجاثية ﴾

ملخص الدراسة

يعتبر التمويل الدولي مصدراً هاماً للتمويل في البلدان النامية بما فيها فلسطين وقطاعها الصحي الحكومي في قطاع غزة. تهدف 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%)، و تم استخدام حزمة برنامج SPSS لتحليل البيانات.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن كل من إدارة التمويل الدولي في الوزارة، إدارة 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. وأشار المدراء إلى أن التمويل الدولي ساهم في تنفيذ أنشطة ومشاريع ذات مردود وفائدة كبيرة (68.7%)، كما أن برامجه ومشاريعه ملائمة لأهداف القطاع الصحي (66%)، وهو فعال (66.4%)، وناجح (64.8%)، وساهم في استقلالية وزارة الصحة عن الاعتماد عليه (52.4%).

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.

Abstract

International Fund (IF) is considered an important source in developing countries including Palestine and its government health sector in Gaza. The study aims to assess the role of IF in developing the Palestinian Health sector at the Ministry Of Health (MOH)in Gaza strip. The study used questionnaire as the main instrument for gathering information beside in-depth semi- structured interviews with IF key informants. The study population consisted of the officials in the High and Middle level of Management at MOH counted (172). With response rate (86%), and the SPSS program has been used for the analysis of the questionnaire data.

The research findings show that all of IF management in the MOH, IF donors' management and prevalent political conditions affect the contributions of the IF to developing the health care sector in the MOH at statistical significance level (0.05). Responses also showed that IF is necessary and vital to the health sector (83.8%), and has made outstanding contributions in crisis and emergency situations(74.6%), and contributed to the development of primary and secondary health care systems (70%). However, IF is a safe financial source (51.6%) and is sustainable (34.6%) . And it is sufficient for the implementation of the necessary health activities (49.8%). The prevalent political conditions was the main difficulty faced by the MOH in securing IF. Managers indicated that IF has contributed to the implementation of activities and projects of a great return and benefit (68.7%), projects funded with IF is appropriate to the goals of the health sector (66%), IF is effective (66.4%), it is efficient (64.8%), the IF contribution to the independence of the MOH (52.4%).

The most important recommendations are mutual cooperation and coordination towards optimum exploitation to that fund, building sustained capacity for the entire health system, beside the administration of costs' sources at the MOH effectively, and activate the national health strategic plan as the guide for IF process in its all phases.

إهداء

إلى والدي و والديتي ... أصل الخير ونبع العطاء الذي لا ينضب.

إلى زوجي وقرّة عيني ... عاطف.

إلى خالد وباسل وحازم ... أغلى ما أملك في هذه الدنيا.

إلى إخوتي وأخواتي ... ذكري وأحبابي.

إلى روح أخي "طارق" ... ملهمي الصبر و التوكل على الله وحده.

إلى كل طالب علم وناشد معرفة.

وإلى كل من ساهم بإنجاح هذه الدراسة.

إليكم جميعاً أهدي هذا البحث

عائشة يوسف البسيوني

شكر و تقدير

الحمد لله في الأولى والآخرة، سبحانه ميسر كل خير، وصاحب كل فضل.
ثم الشكر لكل من ساهم في دعمي لإنجاح هذا العمل.
لمشرفي الفاضل أ.د. فارس أبو معمر على متابعته الدعوية ونصائحه وصبره، وللسادة
أعضاء لجنة المناقشة والحكم أ.د. يوسف عاشور و د. يحيى عابد لتفضلهم بقبول
مناقشة هذا البحث وإثرائه بما قدموه من ملاحظات.
والشكر الجزيل للسادة المحكمين الذين قاموا بتحكيم الإستبانة، وأخص بالذكر د. فؤاد
العيسوي مدير عام الرعاية الأولية بوزارة الصحة، و د. بسام أبو حمد المنسق العام
لبرامج الصحة العامة، و د. يحيى عابد الأستاذ في جامعة القدس، و د. محمد الكاشف
مدير عام الإدارة العامة للتعاون الدولي بوزارة الصحة، لكرمهم وعطائهم العلمي.
كما وأتقدم بالشكر إلى زوجي الكريم الدكتور عاطف زيارة الذي ساندني في توزيع
وجمع الاستبيان، وتوضيح المفاهيم الصحية، وكل التقدير لصبره ودعمه بكل أشكال
الدعم. والشكر الجزيل للذين رحبوا بي وقدموا لي الدعم والمساعدة خلال جمعي
للمعلومات في وزارة الصحة الفلسطينية من مكان عملهم.
و الشكر موصول لكل من ساهم ولو بكلمة طيبة لمساندتي ودعمي.

لكم مني جميعاً جزيل الشكر والامتنان

والله ولي التوفيق

الباحثة

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع	الرقم
ب	آية قرآنية	1
ج	ملخص الدراسة باللغة العربية	3
د	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية	4
هـ	إهداء	5
و	شكر وتقدير	6
ز	قائمة المحتويات	7
ي	قائمة الجداول	8
ل	قائمة الأشكال	9
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة		
2	المقدمة	1.1
3	مشكلة الدراسة	1.2
4	متغيرات الدراسة	1.3
5	أنموذج الدراسة	1.4
5	فرضيات الدراسة	1.5
6	أهداف الدراسة	1.6
6	أهمية الدراسة	1.7
8	سياق الدراسة	1.8
10	منهجية الدراسة	1.9
الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة		
المبحث الأول: تمويل نظام الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية		
14	مقدمة	2.1.1
14	نبذة عن وزارة الصحة الفلسطينية	2.1.2
15	تمويل نظام الرعاية الصحية الفلسطيني	2.1.3

18	تمويل القطاع الصحي الحكومي في قطاع غزة	2.1.4
22	دور التمويل الدولي في تقوية ودعم النظام الصحي الفلسطيني	2.1.5
المبحث الثاني: تطور قطاع الرعاية الصحية الفلسطيني		
24	مقدمة	2.2.1
24	مفهوم نظام الرعاية الصحية	2.2.2
25	أهمية متابعة نظام الرعاية الصحية في فلسطين	2.2.3
25	تطور نظام الرعاية الصحية في فلسطين	2.2.4
المبحث الثالث: التمويل الدولي		
30	مقدمة	2.3.1
31	مفهوم التمويل الدولي	2.3.2
31	أهمية التمويل الدولي	2.3.3
32	دوافع التمويل الدولي	2.3.4
32	أشكال ومصادر التمويل الدولي	2.3.5
33	التمويل الدولي للسلطة الوطنية الفلسطينية	2.3.6
الفصل الثالث: الدراسات السابقة		
44	الدراسات العربية	3.1
50	الدراسات الأجنبية	3.2
53	التعليق على الدراسات السابقة	3.3
الفصل الرابع: المنهجية والإجراءات		
57	المقدمة	4.1
57	أسلوب الدراسة	4.2
58	مجتمع الدراسة	4.3
59	عينة الدراسة	4.4
60	أداة الدراسة	4.5
61	صدق الاستبيان	4.6
66	ثبات الاستبيان	4.7
67	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة	4.8
الفصل الخامس: تحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة		
70	مقدمة	5.1

70	الوصف الإحصائي لعينة الدراسة المستجيبة	5.2
85	اختبار الفرضيات وتحليل النتائج	5.3
الفصل السادس: النتائج والتوصيات		
108	نتائج الدراسة	6.1
110	توصيات الدراسة	6.2
111	دراسات مقترحة	6.3
المراجع		
113	المراجع العربية	1
119	المراجع الأجنبية	2
الملاحق		
123	ملحق رقم (1): كتاب التحكيم	1
124	ملحق رقم (2): قائمة بأسماء المُحكِّمين	2
125	ملحق رقم (3): صحيفة الاستبانة	3
132	ملحق رقم (4): أسئلة المقابلات الشخصية	4
134	ملحق رقم (5): قائمة شخصيات المقابلة	5
135	ملحق رقم (6): كتاب وزارة الصحة	6
136	ملحق رقم (7-A): جداول توضح توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية حسب مقدمي الخدمات والمنطقة. ملحق رقم (7-B): مؤشرات الرعاية الأولية في وزارة الصحة. ملحق رقم (7-C): مؤشرات الرعاية الثانوية (المستشفيات) في وزارة الصحة.	7
137	ملحق رقم (8): جدول يوضح حجم المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة حسب نوع المساعدات بالنسب المئوية و بالشيكِل.	8
138	ملحق رقم (9): جدول يوضح المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي خلال السنوات من 2007 - 2012 بحسب الجهة المانحة وإجمالي المساعدات بالشيكِل.	9
141	ملحق رقم (10): شكل يوضح هيكلية تنسيق المساعدات الدولية للسلطة الفلسطينية.	10

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
17	التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في فلسطين، مصنفة حسب مصادر التمويل للأعوام 2010، 2011، 2012.	2.1.1
21	نسبة التمويل الحكومي الفعلي ونسبة الإيرادات ونسبة المساعدات للقطاع الصحي الحكومي ما بين عام 2009-2012 من إجمالي نفقات وزارة الصحة بالشيكول.	2.1.2
28	بعض المؤشرات الصحية لقطاع غزة خلال الفترة من 2006 - 2012	2.2.1
38	أكبر عشرين وكالة مانحة للمؤسسات غير الحكومية في قطاع غزة (2012)	2.3.1
58	أعداد المدراء العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية	4.1
60	درجات مقياس ليكرت الخماسي	4.2
62	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " واقع التمويل الدولي لقطاع الصحة في وزارة الصحة الفلسطينية " والدرجة الكلية للمجال	4.3
63	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " إدارة التمويل الدولي خارجياً " والدرجة الكلية للمجال	4.4
64	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " تأثير الأوضاع السياسية السائدة " والدرجة الكلية للمجال	4.5
65	معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " إدارة التمويل الدولي داخلياً " والدرجة الكلية للمجال	4.6
66	معامل الارتباط بين درجة كل مجال من مجالات الإستبانة والدرجة الكلية	4.7
67	معامل ألفا كرونباخ لمجالات الدراسة لقياس ثبات الإستبانة	4.8
68	نتائج اختبار التوزيع الطبيعي	4.9
70	أفراد عينة الدراسة وفق الجنس	5.1

71	أفراد عينة الدراسة وفق العمر	5.2
71	أفراد عينة الدراسة حسب الموقع الوظيفي	5.3
72	أفراد عينة الدراسة وفق المهنة الأساسية	5.4
72	أفراد عينة الدراسة وفق المؤهل العلمي	5.5
73	أفراد عينة الدراسة وفق طبيعة العمل	5.6
73	أفراد عينة الدراسة وفق عدد سنوات الخبرة المهنية الداخلية	5.7
74	نتائج اختبار "t - لعينة مستقلة" والمتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) فيما يتعلق بطبيعة و واقع التمويل الدولي لقطاع الصحة في وزارة الصحة	5.8
77	أهم الصعوبات والعقبات على صعيد تأمين التمويل الدولي للوزارة	5.9
79	أسباب العجز في وزارة الصحة الفلسطينية	5.10
80	أهم احتياجات القطاع الصحي والتي تعتبر من الأولويات لتقديم الخدمات الصحية بالطريقة الملائمة	5.11
81	مصدر الفكرة الرئيسية للمشاريع الممولة دولياً	5.12
83	لتحسين عملية إدارة التمويل الدولي ينبغي التركيز على عملية	5.13
83	العلاقة بين مصادر التمويل الدولي ووزارة الصحة الفلسطينية	5.14
84	العوامل التي تؤثر سلباً على كفاءة التمويل الدولي لوزارة الصحة الفلسطينية	5.15
85	المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " إدارة التمويل الدولي خارجياً "	5.16
90	المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " إدارة التمويل الدولي داخلياً "	5.17
94	المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " الأوضاع السياسية السائدة "	5.18
97	المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لجميع فقرات مجالات الاستبيان	5.19
98	نتائج اختبار " t - لعينتين مستقلتين " فيما يتعلق بالجنس	5.20
99	نتائج اختبار " التباين الأحادي " فيما يتعلق بالعمر	5.21
100	نتائج اختبار " التباين الأحادي " وفقاً للموقع الوظيفي	5.22
102	نتائج اختبار " التباين الأحادي " وفق المهنة الأساسية	5.23

103	جدول المقارنات المتعددة "Post Hoc Test"	5.24
104	نتائج اختبار "التباين الأحادي" وفق المؤهل العلمي	5.25
105	نتائج اختبار "التباين الأحادي" وفق طبيعة العمل	5.26
106	نتائج اختبار "التباين الأحادي" وفق لعدد سنوات الخبرة الداخلية	5.27

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
5	العلاقة بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة	1.1
16	الاتجاه العام للإنفاق على الصحة في فلسطين للأعوام 2000-2012	2.1.1
19	حجم المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة حسب نوع المساعدات والنسب المئوية من 2007 - 2012.	2.1.2

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

المقدمة	1.1
مشكلة الدراسة	1.2
متغيرات الدراسة	1.3
أنموذج الدراسة	1.4
فرضيات الدراسة	1.5
أهداف الدراسة	1.6
أهمية الدراسة	1.7
سياق الدراسة	1.8
منهجية الدراسة	1.9

1.1 مقدمة

يعتبر تقديم الخدمات الصحية وظيفتها في جميع المجتمعات الإنسانية، وفي المجتمع الفلسطيني على وجه الخصوص، فهو يجثم تحت عدوان الاحتلال الإسرائيلي منذ ما يزيد عن ستين عاماً، ويتعرض بشكل مستمر لممارساته العدوانية التي تشكل خطراً على حياة وصحة الأفراد، مما توجب ضرورة توافر تلك الخدمات الصحية للمحافظة على صحة وسلامة الإنسان. والمجتمع الفلسطيني في قطاع غزة يتصف بالتنوع الديموغرافي، كما ويخضع لأشكال العذاب المتنوعة من قبل الاحتلال الإسرائيلي، مما يجعل لتلك الخدمات أهمية كبرى، لسد حاجاتهم الصحية، والحد من الآثار الجانبية الاجتماعية والاقتصادية لتردى الأوضاع الصحية في قطاع غزة. لذا فإن القيام بتحليل مدى مساهمة التمويل الخارجي لدعم وزارة الصحة الفلسطينية، باعتبارها المزود الرئيس لخدمات الرعاية الصحية للمواطن الفلسطيني، يقدم نظرة عامة هامة حول عملية التنمية في فلسطين فيما يتعلق بهذا الجانب.

يعتمد تمويل الرعاية الصحية الفلسطينية على التمويل الخارجي إلى حد كبير، وبالتالي فإن كثير من السياسات والخدمات الصحية تعتمد على هذه الأموال (Badawi and Qasem, 2010). ويؤكد ذلك ما ذكرته الخطة الإستراتيجية الوطنية الصحية بأن السلطة الوطنية تعتمد بشكل كبير على المساعدات المالية من الجهات المانحة. وتسعى وزارة الصحة أن يكون هذا الدعم ضمن أولوياتها الوطنية (وزارة الصحة، 2013). حيث لاحظ البنك الدولي أن " كميات كبيرة من المعونة المقدمة قد أنتجت نمواً ضئيلاً وزيادة في التبعية الاقتصادية على الرغم من التحسن الثابت في حكومة السلطة الفلسطينية و الأداء الأمني " (Roy, 2010).

كما أكد تقرير لمركز بيسان للبحوث والإتماء (2008) أن نسبة المساعدات الخارجية ارتفعت خلال عشرة أعوام (1998 - 2008) إلى أكثر من 200%، ورغم ذلك لم تحقق نسب نمو دائمة كحال البلدان التي اعتمدت المساعدات الخارجية كطريق للتنمية المستدامة، وأن الفلسطينيين يحصلون على مساعدات تفوق العديد من الدول في أفريقيا، وآسيا، وهي مساعدات أكبر مما تحصل عليه مصر، الأردن، اليمن، الكونغو، هايتي، جمهورية نبال ولبنان مجتمعات، وذلك من حيث نصيب الفرد، حيث بلغ نصيب الفرد في تلك الدول من المساعدات الخارجية مجتمعة عام 2008 (550 دولاراً أمريكياً)، وارتفعت المساعدات للفرد في فلسطين في نفس العام إلى (685.5 دولاراً أمريكياً)، مما يعني ازدياد اعتماد الفلسطينيين أكثر من غيرهم على المساعدات الخارجية.

ورغم أهمية هذا التمويل للسلطة الوطنية وبالتحديد لوزارة الصحة إلا أن البعض يرى أن هذا التمويل يسعى إلى تحويلنا جميعاً إلى لاجئين يعيشون على برامج الطوارئ والمساعدات الإنسانية

والإغاثة الطارئة متحولاً هو إلى وكالة غوث (مركز بيسان للبحوث والإنماء، 2010، ص174). بالإضافة إلى استخدامه لدعم عملية السلام، ففي الوقت الذي تنشط فيه المفاوضات، تزداد فيه المساعدات، وفي الوقت الذي تتوقف فيه العملية السلمية، تقل هذه المساعدات (حمدان، 2011).

ولعل ما سبق يظهر أهمية دراسة إدارة تمويل قطاع الصحة والاعتماد الكبير لنفقات هذا القطاع الحيوي على التمويل الدولي، حيث بلغ حجم المساعدات الدولية المقدمة للقطاع الصحي الحكومي خلال الفترة ما بين 2009-2012 حوالي (933,6) مليون شيكل، أي حوالي (2,425) مليون دولار، والقيمة الإجمالية لنسبة التمويل الفعلي من الحكومة للقطاع الصحي الحكومي خلال نفس الفترة هي (137,9) مليون شيكل، وهو يعادل حوالي (358) مليون دولار، بينما القيمة الإجمالية لإيرادات القطاع الصحي لنفس الأعوام (80) مليون شيكل، أي ما يعادل حوالي (20) مليون دولار (حمدان، 2013).

1.2 مشكلة الدراسة:

تعتمد الكثير من مشاريع النظام الصحي بشكل عام و وزارة الصحة الفلسطينية بشكل خاص على التمويل الدولي، فقد بلغ إجمالي المساعدات المقدمة في عام 2012 وحده لدعم القطاع الصحي الحكومي المتمثل بوزارة الصحة في قطاع غزة (878,5) مليون شيكل (حمدان، 2013) أي حوالي (228,2) مليون دولار، وهو أكثر بما يزيد عن ست مرات من التمويل الفعلي من الحكومة للقطاع الصحي لأربع سنوات من (2009-2012). كما أن هذا التمويل شكل دعماً ثابتاً للفلسطينيين منذ حرب 1948م، إلا أن طريقتهم، وأنواعه، وقنواته اختلفت مع الزمن بشكل واضح (حمدان، 2012). وقد شاركت العديد من المساعدات الدولية بقدر كبير من الاستثمارات المالية والتقنية. وعلى الرغم من تحقيق إنجازات هامة، فإنه ليس من الواضح تحسن نوعية الرعاية أو أن الاحتياجات الصحية الأكثر إلحاحاً قد تم مواجهتها (Giacaman et al, 2009). ومن ناحية أخرى فإن ممارسات الاحتلال (الإسرائيلي) على الأرض تعمل على تدمير ما تم إنجازه، حيث قام الاحتلال بهدم الكثير من المشاريع والبنية التحتية التي مولت برأسمال فلسطيني أو من الممولين الدوليين (الإستراتيجية الوطنية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية بحلول العام 2015، 2012). إضافة إلى أن فلسطين تمر وبشكل مستمر في سياق انتقالي ومضطرب، وبالتالي فإن التحديات التي تواجه القطاع الصحي الفلسطيني كبيرة (Abed, 2007).

ويمكن صياغة مشكلة الدراسة من خلال :

تقييم إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في

قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيها.

وينبثق عنها الأسئلة الفرعية التالية:

- 1 - ما هي العوامل التي تؤثر وتتأثر بالتمويل الدولي؟
- 2 - إلى أي مدى المشاريع الممولة دولياً فعالة، ذات كفاءة ومستدامة في مجال الصحة؟
- 3 - هل يساهم التمويل الدولي في التنمية الصحية لمؤسسات وزارة الصحة ويحقق أهدافها؟
- 4- ما هي نقاط القوة ونقاط الضعف في عملية إدارة التمويل الدولي داخل وزارة الصحة الفلسطينية، ومع الجهات المانحة؟
- 5- ما هي الاقتراحات والاستنتاجات التي يمكن أن تُقدم لمتخذي القرار والباحثين في التخطيط والتنمية الصحية لاستغلال واستثمار التمويل الدولي بالشكل الأمثل؟

1.3 متغيرات الدراسة:

المتغير التابع: إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية

المتغيرات المستقلة:

تم تقسيمها إلى متغيرات تتعلق بإدارة التمويل الدولي داخلياً (في وزارة الصحة الفلسطينية)، ومتغيرات تتعلق بإدارة التمويل الدولي خارجياً (الجهات المانحة والممولين الخارجيين)، إضافة إلى متغيرات الحالة السياسية والاستقرار الداخلي، وهي في تفصيلها كالتالي:

أولاً: إدارة التمويل الدولي خارجياً (جهات خارجية)، وتشمل :

- سياسات التمويل (إجراءات، أهداف، مبادئ وشروط).
- نوعية المشاريع الممولة (إغاثية أم تنموية).
- حجم التمويل.

ثانياً: إدارة التمويل الدولي داخلياً (وزارة الصحة الفلسطينية)، وتشمل:

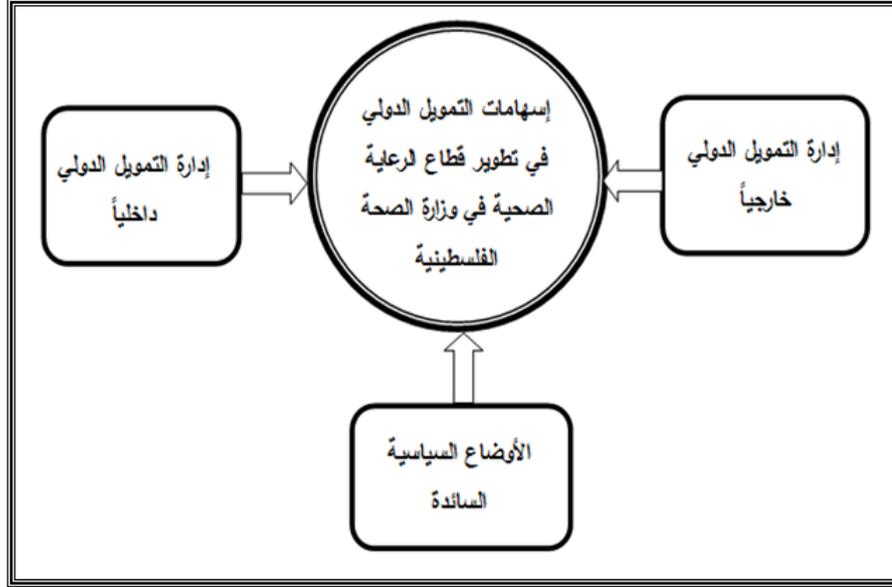
- مدى توافق المشاريع الممولة مع الأجندة الصحية الوطنية لوزارة الصحة الفلسطينية.
- القدرة على التوظيف الأمثل للتمويل الدولي الوارد.

ثالثاً: الوضع السياسي، ويشمل:

- ممارسات الاحتلال الإسرائيلي و الانقسام الداخلي

1.4 أنموذج الدراسة

شكل (1.1): العلاقة بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة



المصدر: جُرد بواسطة الباحثة، 2014.

1.5 فرضيات الدراسة

توجهاً نحو تحقيق أهداف الدراسة تم صياغة الفرضيات التالية:

- 1- تتأثر إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية بعملية إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة.
- 2- تتأثر إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية بعملية إدارة التمويل الدولي داخلياً في وزارة الصحة الفلسطينية.
- 3- تتأثر إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية بالأوضاع السياسية السائدة.
- 4- تؤثر العوامل المستقلة مجتمعة (إدارة التمويل الدولي داخلياً في وزارة الصحة الفلسطينية، إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة، الأوضاع السياسية السائدة) على إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية.

5- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابة المبحوثين حول إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية تعزى للمتغيرات الشخصية التالية: (الجنس، العمر، الموقع الوظيفي، المهنة الأساسية، المؤهل العلمي، طبيعة العمل، عدد سنوات الخبرة المهنية داخل الوزارة).

1.6 أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى تقييم مدى إسهامات التمويل الدولي من خلال وزارة الصحة الفلسطينية لتطوير خدمات الرعاية الصحية في قطاع غزة، وبالتالي المساعدة في توفير اقتراحات حول المنهجية الأمثل للتعامل مع جهات التمويل والأموال الممنوحة لتحسين الحالة الصحية للسكان الفلسطينيين في قطاع غزة.

الأهداف الفرعية للدراسة :

- لتوضيح طبيعة وملامح واتجاهات التمويل الدولي.
- لتقييم أهمية وملائمة وفعالية واستدامة التمويل الدولي.
- لتقييم مساهمة التمويل الدولي لدعم مكونات نظام الرعاية الصحية المختلفة.
- لتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف التي تواجه التمويل الدولي والعوامل المؤثرة على ذلك.
- لتقديم توصيات حول الاستفادة الفضلى من التمويل الدولي في دعم خدمات الرعاية الصحية.

1.7 أهمية الدراسة

في ظل الأوضاع الجارية، لا يخفى أن بعض البلدان ستظل تعتمد اعتماداً كبيراً على المساعدات الخارجية، كما أن صفة ذلك التمويل الدولي أنه ليس دعماً انتقالياً قصير الأجل. لذا فإنه من المهم النظر لشكل الترتيبات الناظمة لتلك العلاقة بين المانحين والمتلقين، وضمان كونها أكثر استقراراً والتزاماً ونزاهة وعدالة. لذا فإن هذه الدراسة واهتمامها بمدى فعالية التمويل الخارجي هو على درجة كبيرة من الأهمية سواء للجهات المتلقية لذلك الدعم أم المانحة.

إضافة إلى أهميتها للجهات الأخرى مثل:

أ- وزارة الصحة الفلسطينية:

فهناك القليل من الدراسات السابقة قد أجريت بشأن إدارة التمويل الدولي وخاصة لبرامج الصحة الممولة من الخارج ومشاريع تعزيز خدمات الرعاية الصحية. فبإمكان هذه الدراسة أن تزود الوزارة

برؤية عميقة حول نقاط القوة ونقاط الضعف في عملية إدارة التمويل الدولي الموجه لها. والمساهمة في توفير رؤى واضحة حول إنجازات تمويل المانحين لقطاع غزة ودورهم في دعم مجال الصحة، وسبل تعزيز مقدرة القطاع الصحي الحكومي في التعامل مع التمويل الدولي بالشكل الذي يضمن أولوية الأجندة الصحية الوطنية.

ب- المجتمع الفلسطيني:

1- بمناقشة سبل التنمية والتطوير لقطاع الصحة الذي ينعكس بدوره على باقي القطاعات وبالتالي على المجتمع بأسره.

2- أن تحليل أهمية ومساهمات التمويل الدولي لقطاع الصحة في وزارة الصحة في غزة، هو أول دراسة محلية وأكاديمية يجريها باحث فلسطيني في قطاع غزة لمعالجة هذا الموضوع في مثل هذا العمق في المجال الصحي (على حد علم الباحثة)، مما يعزز من معرفة وتعليم المجتمع بقضية مهمة وموضع تساؤل ونقاش.

3- تفنيد الأقوال والادعاءات حول التشكيك في أهمية دور التمويل الخارجي، وتفنيد أدلة و مؤشرات ضعف الإدارة من قِبَل السلطات على ذلك التمويل والتي من الممكن أن تساهم في إساءة استخدام التمويل.

4- زيادة الوعي المجتمعي حول مفهوم التمويل الدولي ومدى إسهامه في دعم القطاع الصحي، بتحليل مختلف الآراء، والخروج بنتائج وتوصيات تعزز من قدرة المجتمع على فهم دوره بكونه محور الاهتمام وبالتالي طرف صانع للقرار.

ج- الباحثين و المهتمين:

1- إثراء البحث العلمي في مجال التمويل الدولي، وخاصة الموجه لدعم القطاع الصحي.

2- يعتبر هذا البحث دراسة مكمل لدراسة محلية سابقة حول إسهامات التمويل الدولي في تطوير نظام الرعاية الصحية في المنظمات الغير حكومية في قطاع غزة، مما قد يساهم برسم صورة أوضح للموضوع.

3- المساهمة في فتح آفاق بحثية جديدة للباحثين حول سبل التطوير والتنمية لقطاع الصحة، وكفاءة استخدام التمويل وسبل الاكتفاء الذاتي والاستدامة المالية للمؤسسات الوطنية .

4- من الممكن اعتباره مرجع أكاديمي علمي في موضوع إدارة التمويل الدولي والاستفادة منه في مكتبة الجامعة، وكذلك يمكن أن تكون هذه الدراسة الأساس لبحوث تطبيقية أخرى.

د- جهات التخطيط والتعاون الدولي وصناع القرار:

فمن خلال هذا البحث، ستقوم الباحثة بدراسة آلية التمويل الدولي لوزارة الصحة، والمتعلقة بفعالية وكفاءة هذا التمويل في دعم خدمات الرعاية الصحية. وسوف يتم إدراج الاقتراحات والدروس المستفادة التي يمكن أن تساعد متخذي القرار في تطوير القطاع الصحي على المستويين العام والخاص، وصياغة سياسات التنمية الصحية وفقاً لما سيتم التوصل إليه.

هـ- الباحثة:

هذا البحث يمثل تجربة تطبيقية هامة في ممارسة وتطبيق منهجية البحث العلمي والتحليل الإحصائي، والاستفادة كذلك من خبرات ومعرفة أشخاص عديدين ذوي كفاءة ومستوى علمي عالي، مما يشكل حافزاً للاستمرار في مسيرة طلب العلم.

1.8 سياق الدراسة

أولاً : سياق القطاع الصحي

يشارك وزارة الصحة في تقديم الخدمات الصحية في فلسطين المؤسسات الصحية غير الحكومية، والخدمات الطبية للأمن العام والشرطة، ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا)، و القطاع الخاص (المستشفيات الربحية وغير الربحية) (وزارة الصحة الفلسطينية، 2012). ومنذ عشرة سنوات لم تسجل في فلسطين أية إصابة بمرض الحصبة، كما لم تسجل أية حالات جديدة لمرض الكزاز أو الكزاز الوليدي. وفلسطين خالية تماماً من أمراض الملاريا، وشلل الأطفال، والكوليرا، والدفتيريا، والطاعون، والحمى النزفية، وحمى النيل الغربي، وداء الكلب (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2013). وفي قطاع غزة، وزارة الصحة هي أكبر مقدمي الخدمات الصحية الثانوية، حيث تمتلك السعة السريرية الأكبر ونسبة الإشغال الأعلى، كما وتتفرد بتقديم العديد من الخدمات التخصصية كجراحة القلب والقسطرة القلبية، وغسيل الكلى ورعاية أمراض الدم والأورام، وهي الجهة الوحيدة في قطاع غزة المسؤولة عن خدمات التحويل للعلاج بالخارج، وتقوم بشراء الخدمة من بعض المستشفيات غير الحكومية والمراكز الصحية التخصصية (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، غزة، 2011).

أشارت معطيات مركز المعلومات الصحية الفلسطيني أن معدل المواليد الخام بلغ في فلسطين في العام 2012 (27,1) لكل 1000 نسمة، بينما بلغ معدل الوفيات الخام في نفس العام (2,6) لكل 1000 من السكان، ومعدل الخصوبة الكلي بين النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) في

فلسطين قد بلغ في العام 2010 (4,2) مولودا لكل امرأة، بواقع (4,9) في قطاع غزة و (3,8) في الضفة الغربية، وفي قطاع غزة بلغ عدد الذكور 850 ألف ذكر، أما الإناث فعددهن 823 ألف أنثى، بنسبة جنس مقدارها 103.2:100 (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2012). بلغ عدد المواليد الأموات المبلغ عنهم 96، منهم 58 ذكور و38 إناث، وهناك تقصير كبير في الإبلاغ عن المواليد الأموات في عدد من المستشفيات (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2013).

ثانياً: الإدارة في وزارة الصحة الفلسطينية

النظام الصحي في القطاع العام يتأثر بنقص تفويض المسؤوليات على القرارات حول الموارد المالية والبشرية (Abu Hamad, Shalabi, 2013). كما إن وزارة الصحة لها سلطة محدودة على العاملين وعلى الميزانية، ويتم التحكم في عملية التوظيف من قبل ديوان الموظفين الحكومي ووزارة المالية، والميزانية تتأثر بشدة ويتم السيطرة عليها بقرارات وزارة المالية (Abed, 2007, P27). كما أن المدراء غير قادرين على ممارسة أفضل خياراتهم لأنه ليس لديهم قدرة كبيرة على المدخلات والموارد، مع نقص في المهارات الإدارية. علاوة على ذلك، العديد من الممارسات الإدارية والتنظيمية بحاجة إلى مراجعة وتحسين (Abed, 2007). وأشار أبو حمد وشلبي بأنه ليس هناك إطار للمتابعة والتقييم لقطاع الصحة، أي أنه لا يوجد أساس مشترك لمتابعة التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الإستراتيجية في القطاع الصحي، كما أن وزارة الصحة تمر بتغيير جذري في هيكلها التنظيمي بسبب الوضع السياسي الذي يؤثر على جميع جوانب الحياة في قطاع غزة. فقد أدى الصراع السياسي إلى إعادة توزيع ونقص في القوى العاملة في وزارة الصحة، إضراب الموظفين، وعدم وحدة القيادة، الانقسام بين الفلسطينيين، المساعدات التي تحكمها السياسة والمحسوبية السياسية كل ذلك يؤثر على الهيكل الحالي ضمن وزارة الصحة (Abu Hamad, Shalabi, 2013).

ثالثاً: السياق الاجتماعي والاقتصادي

الوضع في غزة يزداد تفاقماً بسبب العزلة السياسية والمادية، مما يتسبب أيضاً في التوزيع غير المتكافئ من الموارد والموظفين بالمقارنة مع الضفة الغربية، وتقييد الوصول إلى الخدمات (الطبية خاصة) المقدمة من خارج قطاع غزة. وعلى الرغم من التدفقات الكبيرة من المساعدات الدولية، فإنه يعيش (50%) من السكان الفلسطينيين في الضفة الغربية و(70%) من سكان غزة في الفقر، مع معدلات بطالة فوق (18%) و(39%) على التوالي (The World Bank, 2011). بالإضافة إلى أن الاقتصاد الفلسطيني معزول ويفتقر إلى السيادة، وهو مجزأ و في أزمة منذ عام 2000.

فالإغلاق الصارم وقيود الحركة التي تفرضها (إسرائيل) أدت إلى اضطرابات في العمل والوصول التجاري، إغلاق الأعمال، تسريح العمال في القطاع الخاص، ونقص في السلع الأساسية (البنك الدولي، 2011). وبحلول عام 2012، انخفضت المساعدات الخارجية بما يزيد عن النصف، وهبط نمو إجمالي الناتج المحلي من 9% بين عامي 2008 و 2011 إلى 5.9% بحلول عام 2012، ثم إلى 1.9% في النصف الأول من عام 2013، مع نمو سلبي في الضفة الغربية بنسبة 0.1% (البنك الدولي، 2013).

رابعاً: الوضع السياسي في قطاع غزة

يقبع قطاع غزة تحت حصار مشدد و سياسة إسرائيلية تسعى لضمان أن "لا تنمية ولا رخاء ولا وجود لأزمة إنسانية"، ولكن علامات الأزمة الإنسانية واضحة للعيان. الحكومة الإسرائيلية أوقفت كل شيء تقريباً (باستثناء المواد الغذائية الأساسية و بعض الأدوية)، فضلاً عن المواطنين كلهم تقريباً، من دخول ومغادرة قطاع غزة. وفي أواخر عام 2007، أعلنت إسرائيل قطاع غزة " كياناً معادياً " (Abu Hamad, Shalabi, 2013).

بدأت الحكومة الإسرائيلية في وقت لاحق خفض إمدادات الوقود والكهرباء لقطاع غزة مما أدى إلى مزيد من الدمار للاقتصاد المنهك وتشويه الخدمات الأساسية بما في ذلك الخدمات الصحية. على الرغم من أنه تم التوصل إلى هدنة بين الإسرائيليين والفلسطينيين في يونيو 2008، لا يزال هناك إغلاق صارم جدا و الحصول على السلع و الخدمات الضرورية الأساسية محدود جدا. الحرب الأخيرة على غزة والتي بدأت في 27 ديسمبر 2009، زادت من تدهور ذلك البؤس، وتجلت آثار الحرب و الحصار في الآلاف من الضحايا، هدم آلاف المنازل، تدمير المرافق الصحية و المؤسسات المدنية، واختلال أنظمة العمل العادية، حرمان الحصول على الخدمات الصحية، تعليق الأنشطة التنموية، وانقطاع أنشطة بناء القدرات (Abu Hamad, Shalabi, 2013).

1.9 منهجية الدراسة

لقد أنتجت جهود الباحثين والمهتمين بعملية تحسين وتطوير القطاع الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة كميات ضخمة من البيانات والتحليلات. وهذا يشمل- وليس على سبيل الحصر- خطط التنمية الفلسطينية، الخطط الاستراتيجية الوطنية، البيانات الأساسية من الجهاز المركزي لإحصاء الفلسطيني، التحليلات الفنية، وتقديرات الجهات المانحة، تحليلات البنك الدولي، وتقارير ودراسات العديد من المنظمات الدولية الأخرى، والوثائق التي أعدت لاجتماعات لجنة الدول

المانحة، والتقارير الصحفية والمواقع الإلكترونية، والعديد من التحليلات المنشورة وغير المنشورة التي تقوم بها المنظمات غير الحكومية والأكاديميين المحليين والدوليين. وفي فحص كل من هذه المجالات، تم أخذ اعتبارين آخرين. الأول يتعلق بالحاجة لاعتماد منهج مرن وذو قرائن واقعية في تقييم فعالية التمويل الدولي المقدم لقطاع الصحة. والاعتبار الثاني هو الرغبة في تعظيم القيمة المضافة من هذه الدراسة من خلال البناء على نتائج الأعمال السابقة، وليس مجرد التكرار.

ويغرض تحقيق الهدف الرئيسي، والإجابة على أسئلة الدراسة، سيتم استخدام الأساليب التالية:

- جمع واستخدام البيانات المالية والصحية الصادرة عن وزارة الصحة والمالية بالإضافة لوزارة الداخلية والتخطيط وصندوق النقد الدولي والبنك الدولي.

- تحليل هذه البيانات للبحث عن حقيقة إسهامات التمويل الدولي والمساعدات الخارجية في دعم القطاع الصحي.

- مراجعة الدراسات السابقة والأدبيات المختصة بإدارة التمويل وطرق التوظيف الأنجع للتمويل الخارجي بغية الاستفادة منها.

- تصميم استبيان يستهدف الإدارة العليا في وزارة الصحة الفلسطينية بصفتهم المسؤولين عن إدارة التمويل الدولي. وتحليل البيانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) من قبل الباحثة.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: تمويل نظام الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية

المبحث الثاني: تطور نظام الرعاية الصحية.

المبحث الثالث: التمويل الدولي.

المبحث الأول

تمويل نظام الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية

2.1.1 مقدمة

2.1.2 نبذة عن وزارة الصحة الفلسطينية

2.1.3 تمويل نظام الرعاية الصحية الفلسطينية

2.1.4 تمويل القطاع الصحي الحكومي في قطاع غزة

2.1.5 دور التمويل الدولي في تقوية ودعم النظام الصحي الفلسطيني

2.1.1 مقدمة

أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة التركيز على تمويل النظم الصحية عن طريق المساهمات المالية المتفق عليها للخطط الصحية الوطنية بدلاً من استمرار المعونات المستندة إلى البرامج، وأن التمويل الدولي لقطاع الصحة ينبغي أن يكون قابلاً للتنبؤ وأن يكون بعيد الأمد، لأنه عندما لا تكون البلدان قادرة على التعويل على تمويل ثابت ومستمر يكون من المستحيل واقعياً التخطيط للمستقبل (منظمة الصحة العالمية، 2010). و"على الحكومات تعبئة مواردها وأن تستعمل الموارد الخارجية المتوفرة بصورة رشيدة" (WHO, 2000). و"أن تضع الصحة في أعلى سلم أولوياتها" (منظمة الصحة العالمية، 2010). ولقد تأثرت صحة سكان الأراضي الفلسطينية المحتلة والخدمات الصحية بشكل سلبي من قبل الاحتلال الإسرائيلي للأراضي الفلسطينية (WHO, 2010).

2.1.2 نبذة عن وزارة الصحة الفلسطينية

أقر المجلس التشريعي في عام 2004 قانون الصحة العامة الذي يحدد مسؤوليات وزارة الصحة ودورها كمقدم وكمنظم للخدمات الصحية، بالإضافة إلى دورها في التخطيط ووضع السياسات وإدارة تمويل القطاع الصحي. ويركز القانون أيضاً على دور وزارة الصحة في الإشراف على الصحة العامة بما في ذلك ضمان سلامة الغذاء والمياه وسلامة البيئة. كما تقوم وزارة الصحة بعمليات الترخيص والاعتماد لتقديم الخدمات الصحية من الأفراد والمؤسسات. كما تقوم بمتابعة ومراقبة مستمرة للمرافق الصحية الحكومية وغير الحكومية لضمان امتثالها للقوانين والمعايير الموضوعية (الخطة الإستراتيجية الوطنية الصحية 2011-2013).

وبحسب ما جاء في الخطة الإستراتيجية الوطنية الصحية 2011-2013 لوزارة الصحة الفلسطينية فإن لديها مبادئ أساسيين يتمثلان في :

- الحق في الصحة لجميع أبناء الشعب الفلسطيني.
- الحصول على خدمات صحة عامة ورعاية صحية ذات جودة عالية للجميع بمساواة وعدالة و الاهتمام بالشرائح المهمشة.

والتالي هو تفصيل لأهم الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة الفلسطينية بدورها لدعم نظام الرعاية الصحية الفلسطينية:

أولاً: الرعاية الصحية الأولية:

تقدم الرعاية الصحية الأولية بواسطة مختلف مقدمي الخدمات الصحية من وزارة الصحة ومنظمات غير حكومية ووكالة غوث اللاجئين الفلسطينيين والخدمات الطبية العسكرية والهلال الأحمر الفلسطيني، وتلعب الإدارة العامة للرعاية الأولية في وزارة الصحة دوراً مميزاً في هذا المجال. اتسعت شبكة مراكز الرعاية المنتشرة في مختلف محافظات الوطن من 454 مركزاً عام 1994 إلى 750 مركزاً في العام 2012، منها 147 مركزاً في قطاع غزة، وتشكل المراكز التابعة لوزارة الصحة ما نسبته 61,3% من إجمالي المراكز العاملة في مجال الرعاية الصحية الأولية ويوجد في قطاع غزة 54 مركزاً حكومياً، انظر ملحق رقم (7-A) و (7-B) (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2013).

ثانياً: الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات):

تعتبر وزارة الصحة المقدم الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات) في فلسطين، حيث تملك وتدير (2,979) سرير موزعة على (25) مستشفى موزعة على جميع محافظات الوطن، وذلك من أصل (79) مستشفى عاملة في فلسطين بسعة سريرية تبلغ (5,487) سريراً بمعدل (794) نسمة لكل سرير، منها (49) مستشفى في محافظات الضفة الغربية بسعة سريرية قدرها (3,163) سرير و (849) نسمة لكل سرير في الضفة الغربية، وبنسبة (57,6%) وباقي الأسرة في محافظات قطاع غزة بمعدل (720) نسمة لكل سرير في قطاع غزة (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2013). وبحسب التقرير السنوي للمستشفيات في قطاع غزة، بلغ عدد المستشفيات في قطاع غزة (29) مستشفى بعدد أسرة (2,769) منها (1,937) سريراً تديرها وزارة الصحة الفلسطينية (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2011). ويوضح ملحق (7-C) مؤشرات الرعاية الثانوية (المستشفيات) في قطاع غزة.

2.1.3 تمويل نظام الرعاية الصحية الفلسطينية

أولاً: إيرادات النظام الصحي في وزارة الصحة الفلسطينية :

تشمل إيرادات النظام الصحي ما يلي (Badawi and Qasem, 2010):

أولاً: المساعدات الدولية التي كانت ولا تزال الداعم الرئيسي للقطاع الصحي في فلسطين، موزعة على هيئة دعم ميزانية وزارة الصحة الدورية (Recurrent Budget) بنسبة (8%)، استثمارات وزارة الصحة (16%)، والأونروا (10%)، والمنظمات غير الحكومية (14%).

ثانياً: التمويل القائم على الضرائب (Tax-based Financing)، والذي انخفض استجابة للوضع الاقتصادي الصعب مع نسبة عالية من البطالة.

ثالثاً: التأمين الصحي العام (Public Health Insurance)، والذي زادت تغطيته في السنوات من 1995 وحتى 2000. ومع ذلك، وبعد الانتفاضة الثانية (سبتمبر 2000)، الآلاف من الأسر أصبح لديها تغطية تأمينية مجانية للطوارئ لتوفر لهم الخدمات الصحية العامة.

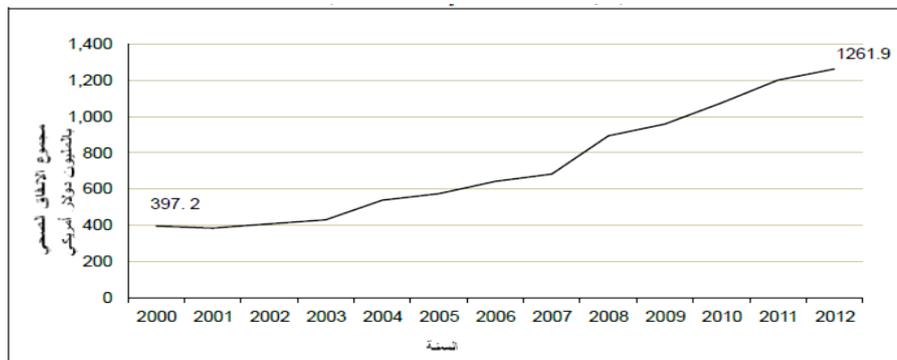
رابعاً: مدفوعات الجيب (Copayments)، التي يدفع فيها الأشخاص المؤمنين حصة من التكاليف للأدوية، فحوصات المختبر، وحالات الإحالة إلى الخارج.

ثانياً: نفقات النظام الصحي في وزارة الصحة الفلسطينية:

حسب المعطيات الواردة من الإدارة العامة للشؤون المالية في وزارة الصحة فقد بلغ إجمالي نفقات وزارة الصحة للعام 2012 حوالي (1,582) مليون شيكل، وهو ما يعادل حوالي (395) مليون دولار أمريكي. وقد شكلت الرواتب ما نسبته (38.3%) من إجمالي هذا الإنفاق. وبلغ الإنفاق الفعلي على البنود التشغيلية المحددة ما نسبته (35.9%) من إجمالي الإنفاق الفعلي. أما النفقات التشغيلية الأخرى في وزارة الصحة فقد بلغت نسبتها (25.8%) من إجمالي الإنفاق الفعلي في وزارة الصحة، علماً بأنه يوجد فواتير لم يتم تسديدها في العام 2012، وتم تدويرها للعام 2013 (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2013).

وتشير بيانات الحسابات الصحية إلى ارتفاع مجموع ما أنفق في مجال الصحة خلال عام 2012 من جميع القطاعات المؤسسية بنسبة 5,1%، حيث سجل مجموع الإنفاق ما قيمته (1,261.9) مليون دولار أمريكي مقارنة مع العام 2011 الذي سجل (1,201) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014). وهذا ما يوضحه الشكل البياني التالي:

شكل (2.1.1) الاتجاه العام للإنفاق على الصحة في فلسطين للأعوام 2000-2012



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة، 2014، الحسابات الصحية الوطنية 2011-2012، نتائج أساسية، رام الله، فلسطين، ص 17.

الإنفاق وفق مصدر التمويل:

بالنظر إلى جانب التمويل، وبحسب الحسابات الصحية الوطنية 2011-2012، نجد أن نسبة تمويل قطاع الحكومة العامة للأنشطة الصحية (من خلال وزارة المالية، الصحة،... إلخ بالإضافة إلى المؤسسات غير الربحية التي تمول من قبل الموازنة العامة للدولة) بلغت 38.7% خلال العام 2012. وأن تمويل قطاع الأسر المعيشية من خلال الإنفاق على الصحة خلال العام 2012 بلغ 39.8%، وهو يشمل ما تدفعه الأسر المعيشية على الخدمات الصحية المقدمة من الحكومة العامة، والمؤسسات غير الهادفة للربح أو المنظمات غير الحكومية. في حين بلغ تمويل المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية 18.3%. وسجل التمويل من باقي العالم بشكل مباشر على الخدمات الصحية المقدمة في فلسطين انخفاضاً للعام 2012 عن ما كان عليه في العام 2011، حيث بلغت النسبة 0.9% للعام 2012، بينما سجل في عام 2011 نسبة 1.1%، ويشمل هذا البند جميع الوحدات غير المقيمة ضمن حدود الأراضي الفلسطينية، وتوفر الرعاية الصحية للمرضى والمستخدمين المقيمين كمستقبل نهائي للخدمة (المواطنين) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014)

ويوضح الجدول التالي نسب التوزيع للإنفاق على الصحة يوضح أن النسب الأعلى هي لمساهمة الأسر المعيشية يليها إنفاق الحكومة.

جدول (2.1.1): التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في فلسطين، مصنفة حسب مصادر التمويل للأعوام 2010، 2011، 2012

2012	2011	2010	مصادر التمويل
38,7	35,3	36,3	الحكومة العامة
2,3	15	2,5	شركات التأمين الخاصة
39,8	43,1	40,9	الأسر المعيشية
18,3	19,0	18,2	المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية
0,9	1,1	2,1	باقي العالم
100	100	100	المجموع
1,261,917,2	1,201,043,5	1,074,742,8	الإنفاق الكلي (ألف دولار أمريكي)

المصدر: جرد بواسطة الباحثة، 2014. نقلاً عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة، لعامي 2013 و2014، و الحسابات الصحية الوطنية 2010-2011 و2011-2012، نتائج أساسية، رام الله، فلسطين.

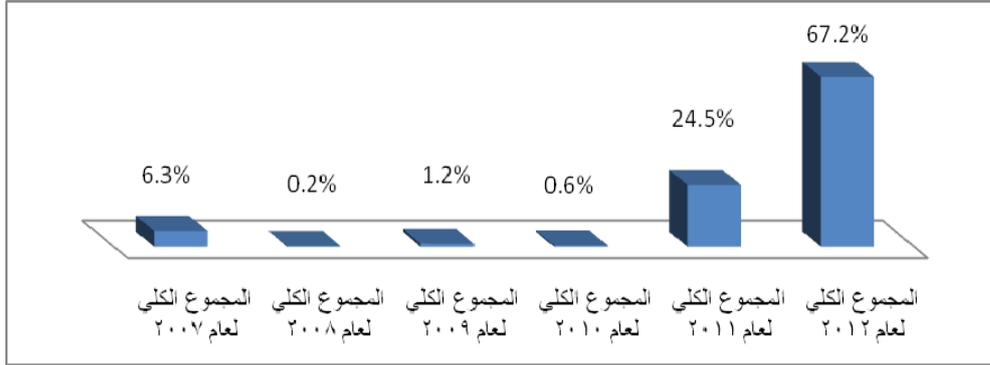
الإنفاق وفق مزودي الخدمات الصحية: (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014، ص19)

تقسم المستشفيات حسب أنواعها إلى مستشفيات عامة، مستشفيات الصحة النفسية والعلاج من الإدمان، بالإضافة إلى المستشفيات المتخصصة. وبالنظر إلى ما أنفق من خلال مزودي الخدمات الصحية نجد أن المستشفيات الحكومية العامة قد أنفقت ما يعادل 55.6% من مجموع ما أنفقته المستشفيات العامة خلال العام 2012 بينما نسبة مساهمة المستشفيات العامة التابعة للقطاع غير الهادف للربح ويخدم الأسر المعيشية فقد بلغ الإنفاق لها خلال العام 2012 ما يعادل 25% من مجمل ما أنفق من خلال المستشفيات العامة كمزود للخدمات الصحية. كما بلغت نسبة الإنفاق الصحي من خلال المستشفيات العامة التابعة للقطاع الربحي كمزود للخدمة 18% خلال العام 2012 بالإضافة إلى نسبة 1.4% من الإنفاق على المستشفيات العامة التي لم يتم تصنيفها حسب القطاع الاقتصادي. كما سجلت مراكز وعيادات الرعاية الأولية ارتفاعاً بين العامين 2011، 2012 فيما يتعلق بأنشطة الرعاية الأولية التي تشمل العيادات الخارجية المستقلة، بالإضافة إلى العيادات الخارجية التابعة للمستشفيات. حيث سجلت قيمة ما أنفق خلال عام 2011 ما يقارب 291 مليون دولار أمريكي، وارتفعت خلال عام 2012 لتصل إلى حوالي 315,6 مليون دولار أمريكي.

2.1.4 تمويل القطاع الصحي الحكومي في قطاع غزة

بلغ حجم المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي خلال الفترة ما بين 2007-2012 (1,307) مليون شيكل، أي ما يقارب (340) مليون دولار أمريكي، وتفصيل ذلك في مرفق رقم (8) الذي يوضح حجم المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة حسب نوع المساعدات بالنسب المئوية و بالشيكال على مدى تلك الأعوام. والشكل البياني التالي يوضح ذلك:

شكل (2.1.2) : حجم المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة حسب نوع المساعدات والنسب المئوية من 2007 – 2012



المصدر: حماد، 2013. بالرجوع إلى مصادر متعددة في وزارة الصحة في قطاع غزة، ص 79.

وتجدر الإشارة إلى تفصيل بيانات الجدول المبين في مرفق رقم (8) والذي يشير إلى أن إجمالي المساعدات المقدمة في عام 2012 للقطاع الصحي الحكومي المتمثل بوزارة الصحة بقطاع غزة بلغت (878,5) مليون شيكل، أي بنسبة 67.2%، وهي أعلى نسبة منذ 6 سنوات تُقدّم بها المساعدات إلى وزارة الصحة، وكان إجمالي المساعدات المقدمة في عام 2011 يُقدر (319,9) مليون شيكل أي بنسبة 24.5%، وهي ثاني أعلى نسبة منذ 6 سنوات تقدم بها المساعدات إلى وزارة الصحة، مما يدل على أن المساعدات في تزايد ملحوظ لوزارة الصحة في قطاع غزة. أما إجمالي المساعدات المقدمة في عام 2010 فقد بلغت (7,241) مليون شيكل أي بنسبة 0.6%، وفي عام 2008 كانت (3,185) مليون شيكل بنسبة 0.2%، وهذا مؤشر يدل على ضعف المساعدات المقدمة لوزارة الصحة في قطاع غزة برغم الظروف والأزمات التي مر بها القطاع الصحي الحكومي ولاسيما حرب الفرقان التي خلف فيها الاحتلال ورائه أكثر من 1,500 شهيد وما يزيد عن (7,000) جريح، ما ترتب عليه استهلاك موارد القطاع الصحية أثناء تلك الأزمات التي مر بها القطاع. كان الإجمالي الكلي للمساعدات المقدمة لوزارة الصحة خلال 6 أعوام ما بين 2006 – 2012، ما يقدر (1,306,6) مليون شيكل، وهذا مؤشر يدل على مدى اعتماد القطاع الصحي الحكومي على المساعدات الخارجية للاستمرار في تقديم الخدمات الصحية لمواطني قطاع غزة، كما أن هناك تزايد في المساعدات المقدمة لوزارة الصحة خلال الأعوام الستة الماضية مما يدل على أن هناك اهتمام من الدوال المانحة للوضع الصحي الفلسطيني في قطاع غزة. وإجمالي المساعدات المقدمة خلال الستة أعوام ما بين عام 2006 – 2012 من الأدوية والتي تقدر (803,9) مليون شيكل وبنسبة 61.5% وهي أعلى نسبة في المساعدات المقدمة لوزارة الصحة خلال الأعوام الست الماضية، أما إنشاءات جديدة وبني تحتية فتقدر (274,6) مليون شيكل

وبنسبة 21%، وأما مساعدات المهام الطبية في المرتبة الثالثة وقدرها (93,7) مليون شيكل وبنسبة 7.2% من إجمالي المساعدات المقدمة لوزارة الصحة، وأما باقي المساعدات مثل (الأثاث - الأجهزة الكهربائية - أجهزة الحاسوب - المحروقات - الأقمشة - النظافة - القرطاسية - الأغذية - الهندسة و الصيانة - سيارات الإسعاف - سيارات النقل - النقدية) كل هذه المساعدات تأتي بنسبة متقاربة تقريبا 1% (حماد، 2013). أما المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي خلال السنوات من 2007 - 2012 بحسب الدول المانحة وإجمالي المساعدات، فالجدول في مرفق رقم (9) يتناول تلك المساعدات من كل دولة على حدة مع تحديد تصنيف المساعدات المقدمة وقيمتها بالشكل.

ويشير الجدول إلى أن جمهورية مصر العربية احتلت المركز الأول في حجم المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة خلال الفترة من 2007-2012 بقيمة إجمالية بلغت (266,7) مليون شيكل وبنسبة 20.42% من إجمالي التبرعات، وكان الاهتمام الأكبر بتقديم المساعدات في الأدوية وبلية الأجهزة والمعدات الطبية. أما المملكة العربية السعودية تأتي في المركز الثاني في حجم المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة بقيمة إجمالية بلغت (216,3) مليون شيكل وبنسبة 16.56% من إجمالي التبرعات، وكان الاهتمام الأكبر بتقديم المساعدات في الإنشاءات الجديدة والبنى التحتية للقطاع الصحي الحكومي وبلية الأدوية. وكانت المملكة المتحدة (بريطانيا) في المركز الثالث في حجم المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة بقيمة إجمالية بلغت (215,5) شيكل وبنسبة 16.49% من إجمالي التبرعات، كان الاهتمام الأكبر بتقديم المساعدات للأدوية وبلية المهام الطبية. كما تحتل دولة البحرين المركز السادس والثلاثون والأخير في حجم المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة بقيمة إجمالية بلغت (5,003) شيكل وبنسبة 0.001% من إجمالي التبرعات (حماد، 2013).

وفيما يتعلق بنسبة التمويل الفعلي الحكومي ونسبة الإيرادات ونسبة المساعدات للقطاع الصحي الحكومي خلال الأعوام من 2009-2012 من إجمالي نفقات وزارة الصحة، فقد بلغت القيمة الإجمالية لنسبة التمويل الفعلي من الحكومة للقطاع الصحي الحكومي خلال الأعوام من 2009 وحتى 2012 (9, 137) مليون شيكل، أي حوالي (358) مليون دولار، بينما بلغت القيمة الإجمالية لإيرادات القطاع الصحي الحكومي لنفس الأعوام (80) مليون شيكل، أي حوالي (20) مليون دولار، أما القيمة الإجمالية للمساعدات المقدمة خلال تلك الأعوام (933,6) مليون شيكل، أي حوالي (2,425) مليون دولار. وجدول (2.1.2) يوضح هذه القيم كل عام على حدة، بالإضافة إلى النسبة المئوية لكل منهم:

جدول (2.1.2): نسبة التمويل الحكومي الفعلي ونسبة الإيرادات ونسبة المساعدات للقطاع الصحي الحكومي ما بين عام 2009-2012 من إجمالي نفقات وزارة الصحة بالشيكال

السنة	الموازنة المعتمدة	الموازنة المستنفذة	إجمالي الإيرادات	الفرق بين الموازنة المستنفذة و إجمالي الإيرادات	إجمالي المساعدات	نسبة المساعدات من إجمالي النفقات	نسبة التمويل الحكومي الفعلي	نسبة الإيرادات	الإجمالي بالشيكال
عام 2009	102,302,000	43,228,500	25,323,874	17,904,626	15,845,726	26.8%	30.3%	42.9%	59,074,226
عام 2010	104,230,000	46,149,203	26,731,650	19,417,553	7,240,947	13.6%	36.4%	50.1%	53,390,150
عام 2011	114,481,000	61,397,439	26,323,874	35,073,565	31,998,233	34.3%	37.6%	28.2%	93,395,672
عام 2012	225,443,000	67,041,080	26,900,065	40,141,015	878,483,911	92.9%	4.2%	2.8%	945,524,991
المجموع الكلي	546,456,000	217,816,222	79,955,589	137,860,633	933,568,817	81.1%	12.0%	6.9%	1,151,385,039

المصدر: حماد، 2013، بالرجوع إلى مصادر متعددة في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، جدول ص 85، والجدول في ملحق رقم (3).

2.1.5 دور التمويل الدولي في تقوية ودعم النظام الصحي الفلسطيني

الجهات المانحة الدولية قدمت مساهمات كبيرة في تطوير النظام الصحي الفلسطيني من أجل جهود التنمية، وسوف تكون هناك حاجة للجهات المانحة الدولية أن تظل مشاركة في المستقبل القريب. في الواقع، ربما ستكون هناك حاجة إلى زيادة مستويات الاستثمار في النظام الصحي. في الوقت نفسه، العائد على هذا الاستثمار، من حيث الوضع الصحي والرضا عن النظام الصحي، من المرجح أن يزيد إذا تم توجيهه واسترشاد تصرفات مجتمع المانحين من قبل مؤسسات محلية فعالة. وتحقيقاً لهذه الغاية، ينبغي الحرص على استخدام الدعم الدولي لتعزيز - ولكن ليس ليحل محل مسؤولية وزارة الصحة وغيرها من المؤسسات الوطنية- النظام الصحي الفلسطيني. على وجه الخصوص، فإن الدعم الدولي للنظام الصحي الفلسطيني يجب أن يرتبط ارتباطاً وثيقاً مع الأولويات والأهداف الصحية الفلسطينية، لتقليل الصراع بين جدول الأعمال الوطني - والتي هي في نهاية المطاف مسؤولية حكومية- و جداول أعمال جهات مانحة معينة أو المنظمات غير الحكومية (Schoenbaum et al, 2005). في عام 2002 تم تمويل القطاع الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة من خلال وزارة المالية الفلسطينية بنسبة 15%، والأسر المعيشية بنسبة 38%، والمانحين بنسبة 48% (Abed, 2007)، وبلغت قيمة التبرعات الدولية للنظام الصحي الفلسطيني حوالي 227 مليون دولار وذلك بين عامي 1994 و 2000، أي بمعدل 38 مليون دولار سنوياً (Schoenbaum et al, 2005).

إنجازات كبيرة قد تمت بمساعدة الجهات المانحة تمثلت في بناء مستشفيات جديدة في الضفة الغربية وقطاع غزة وزيادة عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية، كما وتم تحديد الهيكل الوزاري، تطوير نظام المعلومات الصحية الوطني، وضع خطط تنمية الموارد البشرية والتدريب، وتم القيام بالتخطيط القائم على المشاركة مع الفئات الأربع من مقدمي الخدمات (الحكومة و الأونروا والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص) في وضع السياسات والبروتوكولات في مجال صحة الأم والطفل (Giacaman et al, 2009).

ويؤكد عابد إلى أن وضع الموازنات بجانب اتساق التخطيط، وتدبير مراقبة التكاليف، وتحسين كفاءة التخصيص قد يكون فائدة إضافية تتمثل في تشجيع مجتمع المانحين للانتقال من مساعدات مشروع ما إلى دعم موازنة، وأنه ستبقى الجهات المانحة الممول المهم (وبالتالي الشريك) على مدى سنوات عديدة من الآن (Abed, 2007). وحيث إن الخدمات الصحية تكلف مالياً، فإن جمع أموال كافية من أجل الصحة أمر حتمي لا مفر منه، ولكن المطلب النهائي هو ضمان استخدام الموارد بالكفاءة المطلوبة (منظمة الصحة العالمية، 2010).

المبحث الثاني

تطور قطاع الرعاية الصحية الفلسطيني

2.2.1 مقدمة.

2.2.2 مفهوم نظام الرعاية الصحية.

2.2.3 أهمية متابعة نظام الرعاية الصحية في فلسطين.

2.2.4 تطور نظام الرعاية الصحية في فلسطين.

2.2.1 مقدمة

الصحة جانبٌ أساسي ومهم جداً في مقاييس نمو وتطور أي مجتمع، ويشكل الوصول إلى خدمة صحية جيدة وملائمة عنصراً هاماً من عناصر التنمية، ومجالاً أساسياً من مجالات الحماية الاجتماعية، وشعور الأفراد بالتححرر من القلق على استمرار حياتهم بشكل طبيعي (المرصد التنموي، 2010، ص8).

وفي فلسطين تُشكّل الصحة وقطاعها أولوية رابعة بعد الأمن والتعليم والشؤون الاجتماعية في موازنات السلطة المتعاقبة، غير أن ذلك لا يعني أن الاهتمام الحكومي بالصحة متماثل مع هذا التدرج بل يعكس الفجوة بين موازنات القطاعات المختلفة. فحين تساوي موازنة أجهزة الأمن ثلث موازنة السلطة تقريباً، نجد أن التعليم لا يحظى سوى بأقل من نصف موازنة أجهزة الأمن، والصحة تحظى بثلثي موازنة التعليم، وبالتالي فإن التدرج في الأولويات لا يعكس الحقيقة، بل ما يعكسه هو نسبة ما يُخصص للفرد الفلسطيني من هذه الموازنة الصحية وغيرها. وتؤكد الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان على تراجع نسبة الصحة في الموازنة العامة من 8.6% إلى 7.7%، وشكّل نصيب الفرد في الأعوام الثلاثة الأخيرة ما معدله 228 شيكلاً، وهو رقم ضئيل بالقياس مع دول مشابهة كالأردن (المرصد التنموي، 2010، ص13).

2.2.2 مفهوم نظام الرعاية الصحية

نظام الرعاية الصحية: النظام الصحي هو الكيان المشترك لجميع الموارد، الممثلين والمؤسسات ذات الصلة لتنظيم وتمويل وتوفير جميع الأنشطة التي القصد منها هو التحسين أو الحفاظ على الصحة (منظمة الصحة العالمية، 2000).

وهو يهدف إلى توفير الخدمات الصحية و تطويرها وتسهيل وصول مختلف القطاعات الشعبية إليها بالإضافة إلى عدالة توزيع الخدمات بين مختلف فئات المجتمع و في مختلف أماكن تواجده (وزارة الصحة الفلسطينية، 2010). أما الرعاية الصحية فتعرف بأنها معالجة وتشخيص المرض، والمحافظة على الصحة من خلال الخدمات التي تقدمها العلاجات الطبية، طب الأسنان، الخدمات التكميلية والبدلية، المستحضرات الدوائية، العلوم السريرية (التشخيص في المختبر)، التمريض، والمهن الصحية. وتشمل الرعاية الصحية جميع السلع والخدمات المقدمة لتعزيز الصحة، بما في ذلك "التدخلات الوقائية والعلاجية والمسكنة، سواء الموجهة للأفراد أو للسكان"، وتنقسم الرعاية الصحية إلى الرعاية الصحية الأولية، الرعاية الصحية الثانوية و الرعاية الصحية الثالثية (المتخصصة) (وزارة الصحة الفلسطينية، 2013).

سمات وخصائص نظام الرعاية الصحية

للرعاية الصحية مجموعة من الخصائص (Glied, 2008):

- غالباً ما ينظر إلى توفير العلاج والرعاية الصحية الحرجة كحق من حقوق الإنسان الأساسية، بغض النظر عن ما إذا كان الفرد لديه وسائل للدفع، فبعض العلاجات تكلف أكثر من معاش الحياة للعائلة النموذجية.
- المتخصصين في الرعاية الصحية ملزمون من خلال القانون وقسم الخدمة بتوفير العلاج المنقذ للحياة.
- مستوى المخاطرة العالي.

2.2.3 أهمية متابعة نظام الرعاية الصحية في فلسطين:

تتبع أهمية متابعة نظام الرعاية الصحية بأنها تقيّد في (Abed, 2007):

- 1- توفير المعلومات النوعية الحديثة المتعلقة بالنظام الصحي، وأدائه والإصلاحات الممكنة لاستخدامها من قبل واضعي السياسات.
- 2- توفير أساس سليم للعمل التحليلي المقارن حول قضايا محددة في النظام الصحي. كما أنها تمكن من الإحاطة بخمسة وظائف ذات صلة وثيقة فيما بينها، وهي:
 1. الوظيفة الوصفية (descriptive) والتي تمكننا من الحصول على قاعدة بيانات يمكن الوصول إليها بسهولة، والتي يتم تحديثها باستمرار.
 2. الوظيفة التحليلية (analytical) والتي تمكننا من استخلاص الدروس من النجاحات والإخفاقات التي يمكن أن تساعد واضعي السياسات في صياغة الاستراتيجيات المناسبة.
 3. وظيفة إرشادية (prescriptive) والتي تزود بالتوصيات المستقبلية للعمل.
 4. وظيفة الرصد (monitoring) والتي تركز على الجوانب التي يمكن تحسينها.
 5. بناء القدرات (capacity building) وهي وظيفة تعليمية تهدف إلى تطوير الشراكات وتبادل المعرفة في جميع أنحاء المنطقة.

2.2.4 تطور نظام الرعاية الصحية في فلسطين

كان للأحداث التاريخية خلال القرن الماضي تأثير عميق على خصائص النظام الصحي الناشئة اليوم (Giacaman et al, 2009)، فقد تطور نظام الرعاية الصحية الفلسطيني في فترات مختلفة شملت فترة الانتداب البريطاني (1920-1948)، الحكم الأردني والمصري (1948-1967)، الإدارة الإسرائيلية (1967-1994)، والسلطة الفلسطينية (1994-2000)، والفترة ما

بعد الانتفاضة الفلسطينية الثانية عام 2001 وحتى 2005، ثم في الفترة (2006-منتصف 2007) وهي الفترة ما بعد فوز حركة المقاومة الإسلامية "حماس" في الانتخابات التشريعية الفلسطينية وحتى الانقسام الفلسطيني الداخلي، ثم النظام الصحي الفلسطيني في الفترة من منتصف 2007 حتى الآن. وسيتم تفصيل تطور نظام الرعاية الصحية في الفترات التالية:

أولاً: النظام الصحي الفلسطيني في الفترة 2001-2005م :

الوضع العام للكساد الاقتصادي بعد الانتفاضة الثانية والتصدي للإجراءات الإسرائيلية لم يسمح لوزارة الصحة الفلسطينية بتنفيذ الخطة الوطنية الصحية الاستراتيجية (1999-2003). إضافة إلى ذلك، الانتفاضة نفسها زادت من أعباء الرعاية الصحية من خلال زيادة عدد القتلى والجرحى بما في ذلك العاملين في المجال الطبي، وتدمير مرافق الرعاية الصحية (Badawi, Qasem, 2010). في عام 2002 تم تمويل القطاع الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة من خلال وزارة المالية الفلسطينية بنسبة 15%، والأسر المعيشية بنسبة 38%، والمانحين بنسبة 48%. كان نصيب الفرد من النفقات الصحية 94 دولار أمريكي، ومن الناحية المقابلة بلغت نسبة الإنفاق الصحي من خلال وزارة الصحة 46% من النفقات، في حين كانت الأونروا مسؤولة عن 10%، والمؤسسات الأهلية 25%، والقطاع الخاص الريحي عن 17% من مجمل الإنفاق. وباستثناء القطاع الخاص الريحي، فإن 29% من الإنفاق على الصحة تم في مجال الرعاية الصحية الأولية و 49% في مجال قطاع المستشفيات (Abed, 2007). وكان نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في فلسطين في عام 2001 ، 122 دولار أمريكي، مقارنة مع 1641 دولار في إسرائيل، 46 دولار في مصر و 163 دولار في الأردن.

ثانياً: النظام الصحي الفلسطيني في الفترة 2006-منتصف 2007

ميز تلك الفترة الفصل الجغرافي بين الضفة وقطاع غزة، وجدار الفصل، وسياسات الإغلاق المفروضة على الأراضي الفلسطينية، والظروف الاقتصادية المتردية، والتي تمثلت بتدني متوسط الدخل، وارتفاع معدل الفقر، والاستغلال غير المناسب للتأمين الصحي، وضعف نظام المعلومات الصحية، خاصة فيما يتعلق بالأمراض المزمنة، والوراثية (المرصد التنموي، 2010). بالرغم من ذلك كانت مؤشرات الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية جيدة، حيث بلغ معدل الوفاة بين الأطفال الرضع (23) لكل ألف مولود، فيما قُدر معدل وفيات الأمهات (13,8) لكل (100,000) مئة ألف مولود حي. وإن المحافظة على هذا الوضع الصحي الجيد قد لا تكون ممكنة في ظل التدهور المستمر في الوضع الاقتصادي حيث انخفض الناتج القومي المحلي في عام 2006 بنسبة الثلث مقارنة مع عام 1999، وبلغت نسبة الفقر 60% (ياغي، 2009،

ص10). وبعد التغييرات الدراماتيكية في الوضع السياسي على أثر الانتخابات التشريعية في بداية 2006، وتشكيل حركة حماس للحكومة العاشرة في نهاية آذار 2006 وما تبعها من خلافات داخلية انتهت بسيطرة حماس على قطاع غزة في منتصف حزيران 2007، لجأت إسرائيل إلى فرض عقوبات جماعية وإعلان غزة كيان معاد. ونتيجة ذلك كله تأثر القطاع الصحي عامة و وزارة الصحة خاصة بالأزمة الاقتصادية الحادة التي مرت بها السلطة الوطنية الفلسطينية بعد توقف إسرائيل عن تحويل عائدات الضرائب ووقف المساعدات الدولية، والتي أدت إلى عدم قدرة السلطة الوطنية الفلسطينية على دفع رواتب العاملين ومن بينهم العاملين في وزارة الصحة، ولم تعد وزارة الصحة قادرة على توفير نفقاتها التشغيلية وتوقفت جميع المشاريع التطويرية، وقد شكل هذا كله عبئاً على كاهل مقدمي الخدمات الصحية الآخرين. وقد أشارت منظمة الصحة العالمية في تقاريرها المختلفة إلى وجود نقص في العشرات من أصناف الأدوية والمئات من أصناف المستلزمات الطبية المختلفة، ونتيجة لاستمرار إغلاق معابر القطاع ارتفع عدد المتوفين من المرضى الذين لم يتمكنوا من العلاج في الخارج إلى (252) مريضاً (ياغي، 2009).

يُشار إلى أن الزيادة الكبيرة في الدعم الخارجي أدت إلى تعويض جزء من انخفاض الإيرادات، فقد بلغ تمويل المانحين لدعم عمليات الموازنة المتكررة على مستوى الحكومة المركزية قرابة (٤٢٠) مليون دولار في الفترة إبريل - سبتمبر 2006، وهي زيادة ملحوظة عن الدعم الخارجي الذي تلقتة السلطة الفلسطينية في نفس الفترة من العام الماضي والذي بلغ (٢٣٠) مليون دولار، وزيادة أكبر عما تلقتة في عام ٢٠٠٥ ككل بمجموع (٣٥٠) مليون دولار. وجاء معظم الدعم الخارجي من المانحين العرب الذين قدموا خلال الشهور الستة الأخيرة حوالي (٣٠٠) مليون دولار أمريكي، أو (٥٠) مليون دولار شهرياً في المتوسط. ومن بين المانحين غير العرب، كان الاتحاد الأوروبي هو المساهم الأكبر في تمويل السلطة الفلسطينية بمساعدات قدرها (٩٠) مليون دولار (صندوق النقد الدولي، 2006).

ثالثاً: النظام الصحي الفلسطيني في الفترة من منتصف 2007 حتى الآن

في قطاع غزة، وبحسب ما جاء في التقرير السنوي للمستشفيات انعكس استمرار الحصار المفروض بصورة واضحة على قطاع الصحة، وتمثل ذلك في إمدادات الدواء والمستلزمات الطبية، والأجهزة الطبية والانقطاع المستمر في التيار الكهربائي، وصيانة المعدات والأجهزة في المستشفيات، مما أثر على تقديم الخدمات الصحية للمواطنين (مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2011). كما أن الوضع في غزة كان يزداد تفاقمًا بسبب العزلة السياسية والمادية، مما

تسبب في التوزيع غير المتكافئ للغاية من الموارد والموظفين بالمقارنة مع الضفة الغربية، وتقييد الوصول إلى الخدمات المقدمة من خارج قطاع غزة. (The World Bank, 2011).

وحسب معطيات الدائرة المالية في وزارة الصحة الفلسطينية فإن إجمالي النفقات الفعلية بلغ خلال عام 2008، (1,205) مليون شيكل، شكلت الرواتب ما نسبته 51% من إجمالي النفقات، وقد بلغ عدد مراكز الرعاية الأولية في فلسطين (672) مركزاً، منها (130) في قطاع غزة و (529) في الضفة الغربية. تتبع غالبية المراكز التي بلغ عددها (425) مركزاً لوزارة الصحة و (53) لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين و (194) للمنظمات غير الحكومية (مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، 2011). أما خلال العام 2010 فقد بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في فلسطين (706) مركزاً، منها (572) في الضفة الغربية و (134) في قطاع غزة، تتبع غالبية لوزارة الصحة الفلسطينية، حيث بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية (453) مركزاً صحياً، منها (394) في الضفة الغربية و (59) في قطاع غزة، بينما بلغ عدد مراكز وكالة الغوث الدولية التي تقدم خدماتها للاجئين الفلسطينيين (59) مركزاً منها (41) في الضفة الغربية و (18) في قطاع غزة، وبلغ عدد المراكز الصحية التي تديرها المنظمات غير الحكومية في فلسطين (194) مركزاً، منها (137) في الضفة الغربية و (57) في قطاع غزة. و كان معدل السكان لكل مركز رعاية صحية أولية في فلسطين في العام 2000 حوالي (5,746) نسمة، بينما بلغ معدل السكان لكل مركز رعاية صحية أولية في العام 2010 (5,734) رغم الزيادة في عدد السكان (وزارة الصحة، 2011). ويتناول الجدول التالي أهم المؤشرات الصحية في قطاع غزة :

جدول (2.2.1): بعض المؤشرات الصحية لقطاع غزة خلال الفترة من 2006 - 2012

المؤشرات	2006	2012
عدد مراكز الرعاية الأولية التابعة للوزارة	56	54
عدد مستشفيات وزارة الصحة	10	13
عدد أسرة وزارة الصحة (أسرة مبيت ورعاية يومية)	1,499	1,939
معدل سرير وزارة الصحة / 10000 نسمة	10.8	12.4
معدل طبيب لكل 1000 نسمة	1.1	1.6
معدل ممرض لكل 1000 نسمة	1.1	1.8
عدد الأسر المؤمنة في قطاع غزة	164,222	174,369
إيرادات التأمين الصحي بالمليون شيكل	غير معروف	6.9
إجمالي تكلفة الحالات المحولة للعلاج بالخارج بالمليون شيكل	88	134

المصدر: حماد، 2013، نقلاً عن تقرير مركز المعلومات الصحية الفلسطيني لعام 2012، و تقرير مركز الإحصاء المركزي الفلسطيني لعام 2012.

المبحث الثالث

التمويل الدولي

2.3.1 مقدمة.

2.3.2 مفهوم التمويل الدولي.

2.3.3 أهمية التمويل الدولي.

2.3.4 دوافع التمويل الدولي.

2.3.5 أشكال ومصادر التمويل الدولي.

2.3.6 التمويل الدولي للسلطة الوطنية الفلسطينية.

أولاً : آلية تقديم التمويل الدولي للمجتمع الفلسطيني

ثانياً: مصادر التمويل الدولي المقدم للمجتمع الفلسطيني

ثالثاً: انتقادات التمويل والمساعدات الدولية المقدمة للفلسطينيين

رابعاً: مقترحات تحقيق الكفاءة في التمويل الدولي المقدمة للفلسطينيين

2.3.1 مقدمة

تعتبر عملية البحث عن مصادر التمويل من بين التحديات التي تواجه الدول والمجتمعات، لاسيما الدول النامية للحصول على الأموال واستخدامها لتشغيل أو تطوير المشاريع القائمة من أجل العمل على توفير سبل أفضل لتحقيق متطلبات التنمية. وفي ظل سعي المجتمع الدولي للرقى بمستوى المجتمعات داخل الدول والتي تحتاج في عملية تنميتها إلى مصادر تمويلية، نشأ ما يعرف بالتمويل الدولي الذي يختص بشكل عام بالعلاقات النقدية والمالية بين البلدان، وهو موضوع دائم التطور، ويكتسب أهمية كبيرة في الأدب الاقتصادي (أبو حماد، 2011).

كما أصبح التمويل الدولي أحد أهم الآليات العالمية التي تتشكل في إطارها العلاقات الدولية التي يدور حولها جدل مستمر على كافة المستويات حول مدى ضرورة الاعتماد على التمويل الدولي كأحد آليات تحقيق التنمية داخل الدول (هلاي، 2010). وما يزال هذا الخطاب مستمراً إلى اليوم في تقلباته، وسجلاته، ووجهات نظره، وممارساته المختلفة (المرصد التنموي، 2010، ص5).

ويعد التمويل الخارجي العمود الفقري للاقتصاد الفلسطيني منذ تأسيس السلطة الفلسطينية، ولكن الظروف السياسية في الأراضي الفلسطينية والإجراءات (الإسرائيلية) وما تبعها من ردات فعل فلسطينية أدت إلى تراجع التمويل الخارجي من جانب، وتدمير الاحتلال (الإسرائيلي) السواد الأعظم من المنشآت والمشاريع التي بنيت بأموال المساعدات من جانب آخر (ساق لله، 2011). وحيث إن الخدمات الصحية تكلف مالياً، فإن جمع أموال كافية من أجل الصحة أمر حتمي لا مفر منه، بيد أن مجرد الحصول على المال لن يحقق التغطية الشاملة، كما لن تحققها إزالة الحواجز المالية المعرقلة، فالمطلب النهائي هو ضمان استخدام الموارد بالكفاءة المطلوبة (منظمة الصحة العالمية، 2010).

وبحسب تقرير منظمة الصحة العالمية، 2010، فإن مجالات التمويل الصحي تتمثل في جمع أموال كافية من أجل الصحة أو الحفاظ على التمويل في مواجهة الاحتياجات والمتطلبات، إزالة الحواجز المالية التي تعرقل الحصول على الخدمات، والاستفادة بشكل أفضل من الموارد المتاحة وذلك بتحسين الكفاءة وتحقيق الإنصاف في ما يختص بالطريقة التي تستخدم بها الأموال.

كما وذكرت المنظمة في سياق التقرير بأن تدفق مساعدات المانحين سيظل ضرورياً لمعظم البلدان الأكثر فقراً، لمدة طويلة، وعلى البلدان المانحة جمع مزيد من الأموال لتوجيهها إلى البلدان الأكثر فقراً، إلا أن عليها أيضاً القيام بالمزيد للوفاء بالتزاماتها الدولية المعلنه بشأن المساعدات الإنمائية الرسمية، وتقديم مزيد من المعونات التي يمكن التنبؤ بها على نحو أفضل، ولأمد بعيد.

2.3.2 مفهوم التمويل الدولي

يعرف Maurice Dobb "موريس دوب" التمويل بأنه وسيلة لتعبئة الموارد الحقيقية القائمة، أما BISH "بيش" فيعرفه على أنه الإمداد بالأموال اللازمة في أوقات الحاجة إليها، وأنه توفير المبالغ النقدية اللازمة لدفع وتطوير مشروع خاص وعام. كما يعرف التمويل على أنه أحد مجالات المعرفة تختص به الإدارة المالية وهو نابع من رغبة الأفراد ومنشآت الأعمال لتحقيق أقصى حد ممكن من الرفاهية (الجباري، 2009، ص4).

يشير مصطلح التمويل الدولي إلى مجموع الأموال النقدية وغير النقدية التي تحصل عليها دولة ما من أجل تشغيل هذه المصادر في المجالات المختلفة، ومصادر التمويل الدولي متعددة منها الدول والمؤسسات الدولية التابعة للحكومات والقطاع الخاص، وللخصوصية الفلسطينية فإن الغالبية العظمى من التمويل الدولي هو مقدم من الدول والمؤسسات الدولية التابعة للحكومات. كما يقصد بالتمويل الدولي ذلك الجانب من العلاقات الاقتصادية الدولية المرتبطة بتوفير وانتقال رؤوس الأموال دولياً، ويتخذ ذلك جوانب عديدة منها الجانب السلعي (الحقيقي) للاقتصاد الدولي، الجانب النقدي أو المالي، الذي عادة ما يرافق انسياب السلع والخدمات فيما بين دول العالم، التدفقات الدولية لرأس المال لأغراض الاستثمار الخارجي بمختلف صوره (الكردي، 2010).

وترى الباحثة بأن التمويل الدولي هو جميع أشكال الدعم (النقدي والعيني) الذي تقدمه الأطراف الخارجية المانحة إلى جهات محلية، بهدف المساهمة في تحقيق غايات وأهداف تنموية مشتركة.

2.3.3 أهمية التمويل الدولي

لكل بلد في العالم سياسة اقتصادية وتنموية يتبعها أو يعمل على تحقيقها من أجل تحقيق الرفاهية لأفراده، وتتطلب هذه السياسة التنموية وضع الخطوط العريضة لها والمتمثلة في تخطيط المشاريع التنموية و ذلك حسب احتياجات وقدرات البلاد التمويلية، ومهما تنوعت المشروعات فإنها تحتاج إلى التمويل لكي تنمو و تواصل حياتها، حيث يعتبر التمويل بمثابة الدم الجاري للمشروع (الجباري، 2009، ص8).

وترى الباحثة بأنه في الحالة الفلسطينية، فإن التمويل الدولي الداعم للاقتصاد المحلي المحدود الإمكانيات، وبأي شكل كان، سواء في صورة دعم للموازنات الوطنية أو كمشاريع تنموية أو إغاثية، هو أمر ضروري، يتطلب العديد من التحركات والانجازات المحلية والدولية ليتم التخلي عنه تدريجياً ضمن رؤية وطنية واضحة نحو الاعتماد أو الاكتفاء الذاتي.

2.3.4 دوافع التمويل الدولي

تتعدد دوافع مانحي المساعدات من دوافع سياسية ودوافع اقتصادية ودوافع إعلامية (الكاظم، 2001، ص 159-161)، إضافة إلى الدوافع الإنسانية و دوافع أخرى (حماد، 2013).

(أ) **الدوافع السياسية:** وتنطلق عادة من المصالح الإستراتيجية والاهتمامات السياسية الخارجية للدول المانحة، وقد لُخصت أهداف المساعدات الممنوحة لأسباب سياسية بهدفين توأمين. الأول هو تشجيع أنظمة الحكم على أن تبدأ أو تواصل التوفيق بين سياساتها الخارجية وحاجات الدول المانحة ورغباتها، والثاني هو دعم أنظمة الحكم التي تعد "صديقة" وإبقاؤها في السلطة.

(ب) **الدوافع الاقتصادية:** تشكل الدول النامية أهمية اقتصادية أساسية للدول المتطورة، لأنها تمثل مصدر هام للأيدي العاملة والمواد الأولية، ولتصريف السلع والاستثمارات، ومن الأهداف الاقتصادية ضمان أسعار سوق أعلى، وضمان مبيعات للمزارعين في الدول المانحة، وتغلغل الشركات في الأسواق الداخلية للدول المتلقية للمساعدات، ضمن شروط تجارية تتعلق بفرض التزام على هذه الدول بشراء جزء كبير من الاستيرادات من المواد الغذائية من الدول المانحة.

(ج) **دوافع إعلامية :** وتتبع من الرغبة في تحسين الصورة أمام المجتمع الدولي من خلال تقديم برامج مكافحة الفقر في العالم، أو تقديم مساعدات في حالات الكوارث.

(د) **دوافع إنسانية:** وهي المساعدة التي تأخذ في اعتباراتها إنقاذ الأرواح التي تعرضت لكارثة ما أو تخفيف معاناة المتضررين أثناء حالة الطوارئ وبعدها مباشرة، وتكون بسبب كارثة طبيعية أو بيئية أو تكنولوجية أو غيرها من شأنها تعريض حياة الناس للخطر.

(هـ) **أهداف أخرى للمساعدات :** وهي قد تكون بغرض تحقيق الأمن والاستقرار ودعم الحلفاء حيث تمنع أي مساعدة عن الدول الحليفة للدول المعادية. أو الرشاوى الدولية لشراء مواقف دول معينة أو كسب تصويتها أو استخدام قواعدها العسكرية ومجالها الجوي ويتم من خلال مساعدات اقتصادية وعسكرية. بالإضافة إلى الهدف المضمحل خلفها جميعاً وهو إحداث التغيير الاجتماعي حتى يتم إعادة هيكلة الدول بالصورة التي تفضلها الجماعات النشطة في الدول المانحة.

2.3.5 أشكال ومصادر التمويل الدولي

ينقسم التمويل الدولي إلى قسمين أساسيين: القسم الأول يعرف بالتمويل الدولي الخاص وهو مقدم من القطاع الخاص إلى الشركات والدول ذات الجدارة الائتمانية القوية، والقسم الثاني يعرف

بالتصويل الدولي الرسمي ويتم تقديمه من قبل الدول والمنظمات الدولية غير الربحية، وعادة يكون على شكل منح ومساعدات وقروض ذات شروط ميسرة. وتتخذ بعض المساعدات أشكالاً متعددة، قد تكون نقدية في صورة عملات قابلة للتحويل أو عينية بشكل سلع استهلاكية وإنتاجية، وقد تأتي المنح في صورة خدمات متمثلة في إيفاد خبراء دوليين وفنيين (الداية، 2006).

يقسم قورين التصويل الدولي إلى عدة أشكال تتلخص فيما يلي (قورين، 2011) :

1- التصويل المباشر وغير المباشر:

1.1 التصويل المباشر: ويعبر عن العلاقة المباشرة بين المقرض والمقترض والمستثمر دون تدخل أي وسيط مالي مصرفي أو غير مصرفي. وهذا النوع من التصويل يتخذ صور متعددة كما يختلف باختلاف المقترضين (مؤسسات، أفراد، هيئات حكومية).

1.2 التصويل غير المباشر : وتكون العلاقة بين المقرض والمقترض علاقة غير مباشرة وتتم عبر وسطاء ماليين، مثل سمسرة الأوراق المالية في الأسواق المالية والبنوك، ويتمثل دور الوسيط في محاولة التوفيق بين المتطلبات القانونية والاقتصادية للمدخرين والمستثمرين.

2- التصويل المحلي والتصويل الدولي: ينقسم هذا النوع إلى تصويل مصدره السوق والمؤسسات المالية الداخلية، وتصويل مصادر السوق المالية والهيئات المالية الدولية.

2.1 التصويل المحلي : وهو يعتمد على المؤسسات المالية والأسواق المالية المحلية ويضم المصادر المباشرة وغير المباشرة المحلية كالقروض والأوراق المالية والتجارية بمختلف أنواعها، وهذا النوع من التصويل يخدم قطاع المؤسسات الاقتصادية أكثر من الهيئات الحكومية.

2.2 التصويل الدولي : يعتمد بالدرجة الأولى على الأسواق المالية الدولية مثل البورصات، والهيئات المالية الدولية أو الإقليمية، مثل صندوق النقد الدولي أو البنك العالمي للإنشاء والتعمير وبعض المؤسسات الإقليمية، بالإضافة إلى البرامج التمويلية الدولية بشكل إعانات أو استثمارات.

2.3.6 التصويل الدولي للسلطة الوطنية الفلسطينية

بدأت الدول المانحة بتقديم المساعدات للسلطة الوطنية الفلسطينية عقب انعقاد مؤتمر الدول المانحة في شهر تشرين الأول/ أكتوبر من العام 1993، والذي عقد في واشنطن بمشاركة (42) دولة ومؤسسة مانحة، حيث كان الهدف الأساسي لهذا المؤتمر هو حشد المساعدات للشعب الفلسطيني، و"عملية السلام" ووضع آلية لتنسيق المساعدات المالية والفنية للسلطة الفلسطينية. وذلك لتمكينها من إدارة المناطق الفلسطينية التي ستؤول إليها بموجب الاتفاقيات السياسية مع

الجانب (الإسرائيلي)، إضافة إلى دورها في إعادة تأهيل البنية التحتية، وتمويل إدارة عملية التنمية في الأراضي الفلسطينية، وقد نجح التحرك الدولي فعلا في تأمين تعهدات إجمالية بلغت 2.4 بليون دولار في غضون ثلاثة شهور فقط من تاريخ انعقاد المؤتمر. وأخذت المساعدات الدولية تتدفق على الشعب الفلسطيني من جهات متعددة، وبقنوات مختلفة، ولأوجه إنفاق متنوعة، وبشروط عديدة غير منتظمة، إلى أن وصل حجمها التراكمي إلى ما يقارب (7) مليار دولار في نهاية العام 2004 (نصر، 2005، ص 118).

وقد اتفقت الدول المانحة على خطوط عريضة لأغراض وأهداف تقديم المساعدات الدولية للشعب الفلسطيني، والتي يمكن تلخيصها بما يلي (لبد، 2004، ص 470) :

1. دعم عملية السلام بين (إسرائيل) ومنظمة التحرير الفلسطينية عن طريق دفع عجلة التنمية الاقتصادية في المناطق الفلسطينية (الضفة والقطاع)، وتنفيذ المشاريع التي من المفترض أن تعمل على تحسين مستوى المعيشة ونوعية الحياة للفلسطينيين.
2. إنشاء نظام شرق أوسطي قائم على أساس الأمن الجماعي، والاستقرار والتقدم لشعوب المنطقة، ومن ثم إلحاقها كسوق مشترك، وواعد بالنظام الاقتصادي العالمي الجديد.
3. إزالة واحتواء أسباب النزاع والتوتر والعنف، وتشجيع اقتصاديات السوق وترسيخ عمل المؤسسات الديمقراطية، وحماية حقوق الإنسان.

وفي دراسة أعدها مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بوزارة التخطيط حول أثر المساعدات الدولية على التنمية الاقتصادية في فلسطين خلال العقدين الماضيين، أشارت إلى أن تدفق المساعدات الخارجية مر بمرحلتين رئيسيتين: الأولى أعقبت اتفاق أوسلو وكان نمط المساعدات مستقرًا، وتصدرت دول الاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة الأمريكية واليابان الجهات المانحة خلال الفترة 1994-2000، وحيث بلغت قيمة المساعدات (3,863) مليون دولار أمريكي، وذلك بغرض تطبيق اتفاقية السلام بين الاحتلال والسلطة الفلسطينية، بينما تميزت الفترة الثانية بالعديد من التقلبات، بعد الانتكاسة التي شهدتها عملية السلام واندلاع انتفاضة الأقصى وفيها تصدرت الدول العربية والإسلامية الجهات المانحة في الفترة 2001-2011، وبلغت قيمة المساعدات الدولية خلالها (11,116) مليون دولار أمريكي. وعلى نحو مميز خلال الفترة 2006-2011، وذلك مع فرض الحصار على قطاع غزة عقب فوز حركة حماس في الانتخابات التشريعية، وبعد الانقسام بين الضفة وغزة، وشن الحرب العدوانية على قطاع غزة في أواخر العام 2008 أصبحت أهم الجهات المانحة الدول والمنظمات الاقتصادية العربية، يليها الاتحاد الأوروبي والمساعدات الأمريكية. وقد تميزت المساعدات الدولية خلال الفترة 2002-2011 بأنها في الغالب إغاثية الطابع، وأقل اهتماما بالجوانب التنموية. وقد تعزز دور المساعدات العربية للسلطة الفلسطينية بعد

حدوث الأزمة المالية في 2008، والتي تأثر بها الاتحاد الأوروبي بشكل كبير وتأثرت بها كل من الولايات المتحدة الأمريكية واليابان (وزارة التخطيط، 2012).

وقد أظهرت نتائج الدراسة إلى أن المساعدات الدولية تشكل قدرًا مُعتبرًا من النشاط الاقتصادي ممثلًا بالنتائج المحلي الإجمالي. فقد ساهمت بما نسبته في المتوسط 15.8% خلال الفترة 2000-1994، وبما نسبته في المتوسط 20.1% من الناتج المحلي الإجمالي في الفترة 2001-2011. كما وقد ساهمت المساعدات الخارجية في النفقات العامة بما نسبته في المتوسط 64.7% و51.8% في الفترتين 2000-1994، 2001-2011، على التوالي (وزارة التخطيط، 2012).

كما أن الانقسام الذي جرى في منتصف حزيران 2007 أدى إلى خلق أعباء جديدة على السلطة الوطنية، إذ إن السلطة الوطنية تقوم بتحويل نحو 45% من الموازنة إلى قطاع غزة لدفع الرواتب والتحويلات الاجتماعية ومشتريات الأدوية ووسائل التعليم، بينما انخفضت مساهمة قطاع غزة في الإيرادات العامة من 28% عام 2005 إلى نحو 2% بعد الانقسام (ماس، 2012).

ومنذ سيطرة حركة حماس على قطاع غزة، طبق عدد من الدول المانحة سياسة "عدم الاتصال" مع سلطات حماس يحظر بموجبها إجراء أي شكل من أشكال الاتصال مع الموظفين الحكوميين، حتى على المستوى التقني. وهناك أيضا القيود المفروضة على التمويل التي تطبقها بعض الجهات المانحة، وبذلك تواجه الوكالات الإنسانية صعوبات في تأمين التمويل لبعض المشاريع في البلديات التي تسيطر عليها حماس، مما يفسر اختيار المستفيدين بصورة حيادية وغير متحيزة (الأمم المتحدة، 2010).

إضافة إلى تأثير الشقاق بين غزة ورام الله، فمنذ سيطرة حركة حماس على قطاع غزة، أدت العديد من القضايا النابعة من الشقاق السياسي بين السلطة الوطنية في رام الله وسلطات حماس في قطاع غزة إلى جعل عمليات المساعدة الإنسانية أكثر صعوبة (الأمم المتحدة، 2010).

كما وتجدر الإشارة إلى ما ذكره عبد الكريم في مؤتمر السياسة الخارجية الأوروبية تجاه القضية الفلسطينية، بأن التعهدات الدولية في مؤتمر باريس والذي انعقد في نهاية عام 2007 بلغت أكثر من 7,7 مليار دولار بغرض تمويل الخطة الوطنية للإصلاح والتنمية للأعوام 2008-2010، وبلغت المساعدات الفعلية خلال الأعوام 2008-2010 أكثر من 5 مليار دولار، بمتوسط سنوي تجاوز 1,6 مليار دولار (عبد الكريم، 2010).

وحظيت القطاعات الاجتماعية وبناء المؤسسات بالحصّة الأكبر من المساعدات على طول الفترة، فبلغت حصتها حوالي 6,5 مليار دولار أو ما نسبته 65% من الإجمالي، وأنفق في مجال البنية التحتية حوالي 2,5 مليار دولار شكلت 22% من إجمالي المساعدات، فيما لم تتجاوز حصة

القطاعات الإنتاجية الحقيقية 9% من مجموع المساعدات. وتم توجيه المساعدات إلى ثلاث جهات أساسية (موازنة السلطة الوطنية الفلسطينية، 2012):

- السلطة الفلسطينية بوزاراتها ومؤسساتها المختلفة، وتلقت حوالي 82% من مجموع المساعدات.
- المؤسسات الأهلية (NGOs) وتلقت 8% تقريباً من إجمالي هذه المساعدات.
- و الأونروا التي تلقت حوالي 10% من هذه المساعدات.

وأشار مختصون اقتصاديون إلى إن "التمويل الخارجي تراجع من سنة لأخرى نتيجة الظروف السياسية ومن خلال ربطه بالاستقرار في المنطقة، وقد عمد الاحتلال إلى تدمير كل ما تم إنجازه خلال السنوات الماضية، وشمل التدمير كافة القطاعات فضاء التمويل الدولي ونفشت ظاهرة الفقر والبطالة" (ساق الله، 2011، ص15).

أولاً: آلية تقديم التمويل الدولي للمجتمع الفلسطيني:

لقد قدم المجتمع الدولي تمويلاً يتخذ عدة أشكال منها المساعدات الدولية، القروض الدولية، الهيئات والمساعدات الفنية والتقنية للشعب الفلسطيني، ولقد تغير شكل وجوهر التمويل الدولي، ليتماشى مع متطلبات العملية السياسية، وجهود السلام فلقد بلغ معدل التمويل الدولي المقدم من عام 1994 إلى عام 2000 نحو 500 مليون دولار سنوياً، وتم توجيه تلك الأموال لتمويل مشاريع البنية التحتية وبناء المؤسسات، ومع اندلاع الانتفاضة الفلسطينية عام 2000 شهدت زيادة في حجم التمويل الدولي ليبلغ أكثر من مليار دولار سنوياً، إلا أنه تم توجيه معظمه نحو عمليات الإغاثة وحالات الطوارئ الناتجة عن الاحتلال الإسرائيلي، بدلاً من أن توجه نحو التنمية المستدامة، وتحسين المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية، والتي شكلت الأخيرة تراجعاً حاداً في معظم المؤشرات (الأمم المتحدة، 2004).

الشكل في ملحق رقم (10) يوضح هيكلية تنسيق المساعدات الدولية للسلطة الفلسطينية. وهو يوضح أن عملية تنسيق المساعدات تنقسم إلى مستويين، المستوى الدولي والمستوى المحلي، ففي المستوى الدولي هناك الهيئات المانحة التي تتمثل في اللجنة الرباعية، والاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة الأمريكية، وروسيا، والأمم المتحدة، وينسق هؤلاء الاتصال مع لجنة الاتصال المؤقتة للمانحين، والمؤلفة من (12) عضواً، وتسعى هذه اللجنة لتشجيع الحوار بين المانحين والسلطة الفلسطينية و(إسرائيل)، وترأسها النرويج وتشارك في رعايتها الولايات المتحدة الأمريكية، والاتحاد الأوروبي واليابان وكندا والسعودية، بينما تعد السلطة الفلسطينية و(إسرائيل) ومصر والأردن وتونس

أعضاء مشاركين، ويقوم البنك الدولي بدور الأمانة العامة للجنة (Devoir, Tartir, 2008, p18-19).

أما تنسيق المساعدات على المستوى المحلي، فتلعب سكرتارية تنسيق المساعدات المحلية دوراً مركزياً؛ وهي مسئولة عن التنسيق بين هيئات المساعدات والسلطة الفلسطينية. ويقودها كل من وزارة التخطيط والبنك الدولي والنرويج ومكتب المنسق الخاص للأمم المتحدة (Rex,2000).
يشار إلى أن أنواع المساعدات، تنقسم إلى ثلاثة أقسام (ديفوير وترتير، 2008، ص 97-98):

- 1- دعم الموازنة : ويشمل جميع المساعدات المقدمة لمؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية، ومنها على سبيل المثال، وزارة المالية، و وزارة الصحة.
- 2- المساعدات الطارئة : وتشمل كل أشكال التمويل عبر وكالة الغوث، وغيرها من المنظمات الإنسانية، وجميع أشكال التمويل التي هي استجابة مباشرة للنزاع مثل إعادة إعمار البنية التحتية، خلق فرص العمل، والمعونات الغذائية.
- 3- المساعدات التنموية : وتشمل كل المساعدات التي لا تتدرج ضمن الفئتين السابقتين، وهو تحديدا النوع الرئيسي من المساعدات للمؤسسات الأهلية الفلسطينية.

ثانياً: مصادر التمويل الدولي المقدم للمجتمع الفلسطيني

تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية في مقدمة الدول المانحة التي قدمت المساعدات الدولية للسلطة الوطنية الفلسطينية، ثم يليها كل من الاتحاد الأوروبي واليابان والنرويج، ويتم تقديم المعونات بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية بعد موافقة لجنة اعتماد العمليات الخارجية في مجلس الشيوخ الأمريكي، وهذه اللجنة قبل أن تقرر المصادقة على تقديم المعونة تنظر أولاً إلى تقرير ترفعه لها أجهزة المخابرات الأمريكية حول مدى علاقة منظمة التحرير الفلسطينية والسلطة الفلسطينية بالحركات الفلسطينية المعارضة وطبيعة إجراءاتها وفعاليتها لضمان أمن (إسرائيل)، أما بالنسبة للاتحاد الأوروبي فلا يضع أي شروط على تقديم هذه المساعدات غير تلك التي تملئها لجنة الأنظمة المالية والقانونية لدى السوق الأوروبية المشتركة في بروكسل. وتتخذ اليابان موقفاً مشابهاً للاتحاد الأوروبي في تقديم مساعدتها، أما من الناحية القانونية والإجرائية فإن معظم المساعدات اليابانية لا تزال تقدم عن طريق برنامج الأمم المتحدة الإنمائي أو الأونروا. كما ويعتبر البنك الدولي من أهم المؤسسات الدولية التي تقدم المساعدات للسلطة الوطنية الفلسطينية، وذلك لقدرته على وضع وتنفيذ السياسات الخاصة بصرف الأموال التي تقدمها الدول المانحة لمشاريع التنمية الفلسطينية، وهذا ما دفع أغلبية الدول المانحة ولأسباب إدارية وقانونية تقديم مساعدتها عبر البنك

الدولي، واعتماد البنك الدولي ومؤسساته المالية لإدارة هذه المساعدات. إلا أن هناك العديد من الدول المانحة وخاصة الاتحاد الأوروبي يفضل التعامل مباشرة دون المرور عبر قناة البنك الدولي وأهمها: ألمانيا، فرنسا، النرويج، كوريا، أسبانيا (وزارة التخطيط والتعاون الدولي، 2001، ص12).

وفيما يخص المؤسسات غير الحكومية العاملة في قطاع غزة فإن الخالدي يوضح ترتيب أكبر عشرين جهة مانحة لها حسب الجدول التالي:

جدول (2.3.1): أكبر عشرين وكالة مانحة للمؤسسات غير الحكومية في قطاع غزة (2012)

ترتيب المانح	وكالات المانحين	النسبة %
الأول	الإغاثة الإسلامية Islamic Relief IR	86
الثاني	الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي Arab Fund for Economic and Social Development	85
الثالث	جمعية الرعاية الاجتماعية Welfare Association WA	79
الرابع	منظمة البلدان المصدرة للبترول OPEC-OFID The Organization of the Petroleum Exporting Countries	67
الخامس	الولايات المتحدة الأمريكية للتنمية الدولية USAID United States of America for International Development	57
السادس	إنقاذ الطفل - المملكة المتحدة والسويد Save the Children SC -United Kingdom UK and Sweden	57
السابع	المؤسسة الأمريكية لإغاثة اللاجئين في الشرق الأدنى (أنيرا) American Near East Refugee Aid ANERA	46
الثامن	الرعاية الدولية Care International	44
التاسع	الندوة العالمية للشباب المسلم World Assembly of Muslim Youth WAMY	42
العاشر	وكالة الأمم المتحدة لإغاثة و تشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى الأونروا The United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East UNRWA	39

37	الاتحاد لحقوق الإنسان والحريات و الإغاثة الإنسانية IHH وYardim The Federation For Human Rights and Freedoms and Humanitarian Relief IHH and Yardim	الحادي عشر
29	Arab Medicines Union AMU اتحاد الأطباء العرب	الثاني عشر
29	Mercy Corps MC ميرسي كوريس (فيلق الرحمة)	الثالث عشر
28	لجنة أوكسفورد للتحرر من الجوع أوكسفام The Oxford Committee for Famine Relief OXFAM	الرابع عشر
28	مركز تطوير المنظمات غير الحكومية NDC Nongovernmental Organizations Development Center	الخامس عشر
27	Europe Union EU الاتحاد الأوروبي	السادس عشر
24	Muslim Hands MH الأيادي المسلمة	السابع عشر
23	Christian Aid CA المعونة المسيحية	الثامن عشر
22	صندوق الأمم المتحدة للسكان United Nations Population Fund UNFPA	التاسع عشر
19	Handicap International HI المنظمة الدولية للمعوقين	العشرون

المصدر: Al Khaldi، 2012، ملحق رقم (13).

ثالثاً: انتقادات التمويل والمساعدات الدولية المقدمة للفلسطينيين

تتضارب الآراء والأدبيات المنشورة حول تحقيق المساعدات الدولية المقدمة للشعب الفلسطيني للأهداف الفلسطينية المنشودة. فتشير بعض الدراسات إلى أن المعونة قد خذلت الشعب الفلسطيني. ومع ذلك، ثمة خلافٌ حول السبب وراء فشل المعونة، ففي المحصلة الفلسطينيون في الأرض الفلسطينية المحتلة هم من أكثر متلقي المعونة غير العسكرية في العالم من حيث نصيب الفرد (وايلدمان، الترتير، 2013). كما أن للتمويل الدولي مساهمة محدودة في تعزيز المشاركة المجتمعية في الحياة العامة من خلال إطلاق مبادرات تمكين الديمقراطية التي وصلت إلى مختلف القطاعات والفئات في المجتمع الفلسطيني. ومع ذلك، فإن هذا المفهوم لم يندمج اندماجا كاملا في المشاريع التي يدعمها من أجل المستفيدين ليصبحوا شركاء كاملين في صياغة واتخاذ القرارات المتعلقة بمجتمعاتهم (عبد الكريم، 2005). بينما أشار إبراهيم (2005) إلى استحالة تطور شامل في الأراضي الفلسطينية المحتلة في ظل الاحتلال، وأن المساعدات التي تلقاها الفلسطينيون من خلال المنظمات غير الحكومية لها دور رئيسي في عملية الصمود.

عبد الكريم (2008) يرى أنه بالرغم من بعض الإنجازات لهذه المساعدات وخصوصاً في مجال تطوير مرافق البنية التحتية وبناء مؤسسات وضمن استخدام تقديم الخدمات الاجتماعية الأساسية كالتعليم والرعاية العلمية للمواطنين وتمكين السلطة من الوفاء بالتزاماتها المالية تجاه موظفيها وتجاه المتعاقدين معها من القطاع الخاص الفلسطيني وخصوصاً بعد عام 2000، إلا أنه صاحب هذه المساعدات عدة إخفاقات أهمها:

- أخفقت المساعدات في تقليل اعتمادية فلسطين الرسمية والأهلية على المساعدات الخارجية ذاتها لصالح عجلة النمو الذاتي. بل على العكس من ذلك، يمكن أن تكون هذه المساعدات قد ساهمت ولو بشكل غير مقصود في تمويل أعباء إعادة الاحتلال (الإسرائيلي) لمناطق السلطة.

- ويؤخذ عليها أيضاً أنها أخفقت، خصوصاً تلك التي مرت عبر القنوات الأهلية، في نقل المجتمع الفلسطيني بنويًا وشموليًا إلى وضع تمكيني فاعل ومؤثر في إدارة الشأن العام.

- ويؤخذ عليها كذلك استفاد جزءًا كبيرًا منها (يصل إلى الخمس تقريبًا) في تغطية أتعاب مستشارين وخبراء من مواطني الدول المانحة، تمثلت معظم إسهاماتهم في أطنان من التقارير والدراسات بقيت محفوظة في الأدراج والخزائن).

- وأخيرًا، لم تستطع هذه المساعدات على كبرها من الوصول بالبنى المؤسسية والقانونية والتنظيمية للسلطة إلى وضع يمكنها من العمل بكفاءة وفاعلية تتناسب وحجم التحديات، وقد يعود هذا الإخفاق إلى غياب رؤية واضحة لدى المؤسسات الشريكة الحكومية والأهلية، والاعتماد على الجهود المتفرقة لكل على حدة بعيداً عن وجود خطة وطنية موحدة بشأن توظيف المساعدات.

أشارت دراسة لمؤسسة أوكسفام بأن المساعدات تلعب دوراً في إنقاذ حياة الملايين، وأن الانتقادات التي أطلقت على المساعدات، واستخدام النقاد لأمثلة فردية من المساعدات الفاشلة للاحتجاج بأن كل المساعدات سيئة وينبغي التقليل منها أو التخلص منها تماماً. غير صحيحة وغير مسئولة على حد سواء، وأضافت الدراسة إلى أن المساعدات التي لا تعمل على التخفيف من حدة الفقر وعدم المساواة، والمساعدات التي تدفعها المصالح الجيوسياسية، والتي كثيراً ما أهدرت على الاستشاريين باهظي الثمن أو التي أنتجت هياكل حكومة موازية للمساءلة أمام الجهات المانحة وليس المواطنين - من غير المرجح أن تنجح. وينطبق الشيء نفسه على المعونة التي صممت من قبل 'الخبراء' في واشنطن، جنيف، أو لندن، وفرضت من دون مشاورات مجدية مع أو بالمشاركة من قبل أولئك الذين تعترض مساعدتهم (Burnley, 2010). كما و تناول التقرير أدلة على أن النوعية الجيدة لمساعدات لقرن الواحد والعشرين لا تنفذ الأرواح فحسب، بل لا غنى عنها في تحرير قدرة الفقراء على العمل بطريقتهم الخاصة للخروج من الفقر، وأن بعض الانتقادات

للمساعدات صالحة، وتدعم الدعوات إلى إصلاح النظام، والعمل على إنجازه لحد من الفقر وعدم المساواة. وعلى العكس، فإن بعض النقاد يقولون أن المساعدات هي السبب الرئيسي للتبعية الاقتصادية، ونقص النمو، والفساد، وحتى الكسل بين الناس الذين يعيشون في فقر. هؤلاء النقاد يفضلون البدائل، ويجادلون بأن المساعدات نفسها ينبغي خفضها، ثم التخلص منها تماماً (Burnley, 2010).

وقد ناقش البعض أسباب فشل كفاءة المعونة ضمن أربعة مذاهب. وهي مذهب يرى بأن أساسيات خطة الاستثمار في السلام سليمة، وينبغي المحافظة عليها ولكنها تحتاج إلى تطبيق أفضل. وتميل هذه المجموعة إلى تجميل طبيعة الاحتلال وتتجاهل السياسات (الإسرائيلية) تجاه الأرض والشعب الفلسطيني. وهي تُلقي باللوم على السلطة الفلسطينية بسبب إخفاق المعونة في تحقيق النتائج. أما المجموعة الثانية، فهي تركز على الاحتلال باعتباره العقبة الرئيسية في طريق التنمية. ومع ذلك، تؤمن كلتا المجموعتين بقدرة السياسات على إحداث التغيير الإيجابي. تضم المجموعة الثالثة منتقدي نموذج أوسلو المتبع في المعونة، وكثيرون منهم يؤكدون على أنه جزء من الاحتلال ومصمم ليقوّض التنمية الفلسطينية ويعزز الاحتلال ويدعمه، بموازاة السياسات (الإسرائيلية). أن التنمية ليست السياسة الملائمة التي ينبغي تطبيقها، بل ينبغي مقاومة الهيمنة لأن الغرض المخفي من وراء المعونة الإنمائية في حالة فلسطين و(إسرائيل) إنما يرمي إلى تعزيز الاحتلال. ثمة مجموعة رابعة، وهي تؤمن بنجاح أوجه المعونة الخارجية، ولا سيما في الضفة الغربية حيث جرى تسكين حدة المقاومة الفلسطينية للاحتلال إلى حد كبير، ولهذا المنظور نفوذ كبير، وبخاصة في الولايات المتحدة (وايلدمان، الترتير، 2013).

كما يجادل نقاد المساعدات بأنه بدلا من قبول المساعدات، ينبغي على البلدان النامية أن يعتمدوا على بدائل مثل الاستثمار الأجنبي المباشر (foreign direct investment FDI). الذي ينبغي (وهو كذلك) أن يلعب دورا متزايد الأهمية في تحقيق النمو في البلدان النامية، ولكن عدد قليل من البلدان الفقيرة كان لديها نمو ناتج عن الاستثمار الأجنبي المباشر مرتفع بما يكفي لدعم توفير الخدمات الأساسية للسكان. وان مساعدات القرن الواحد والعشرين الجيدة ينبغي ان تساعد البلدان على تسخير الفرص الاقتصادية للتنمية لصالح الفقراء من خلال بناء رأس المال البشري والبنية التحتية الريفية مثل الطرق وإمدادات الكهرباء، والتي سوف تجعل البلدان أكثر جاذبية للمستثمرين الأجانب (Burnley, 2010).

والخلاصة أن المساعدات لا ينبغي ويجب أن لا يتم منحها لأسباب خاطئة، إلى الأشخاص الخطأ، أو من خلال نماذج غير فعالة. ولكن من خلال التحسينات، ووجود إستراتيجية لتقليل الاعتماد على المساعدات شيء ضروري، وسحب القابض على المساعدات الآن، حتى مع وجود

البدائل المالية المقترحة، يمكن أن يؤدي إلى زيادات هائلة في حالة الفقر (Burnley, 2010).

رابعاً: مقترحات تحقيق الكفاءة في التمويل الدولي المقدمة للفلسطينيين

إن الأجنحة الدولية لفاعلية المعونة، التي أعدت خلال ثلاثة منتديات رفيعة المستوى (روما 2003، وباريس 2005، وأكرا 2008)، قد تطورت من مجرد التشديد على التنسيق فيما بين المانحين إلى التركيز على قيادة البلد المعني ومسؤوليته. وأصبحت هذه الأجنحة أكثر شمولاً بمرور الوقت، إذ لم تعد تضم البلدان الشريكة والوكالات الثنائية والمتعددة الأطراف فحسب، بل أيضاً منظمات المجتمع المدني والشركاء غير التقليديين، والمؤسسات الخاصة، والبرامج العالمية، والبرلمانيين، والأكاديميين، وغيرهم (البنك الدولي، 2011).

كما يقترح وايلدمان و الترتير (2013) ضرورة تعزيز السلطة الفلسطينية لتتمكن من قيادة عملية التنمية بدلاً من أن تترك المانحين ليضعوا جدول الأعمال؛ وضمان أن المعونة لا تخلق التبعية أو تدعم الاحتلال؛ وإعادة توجيه المعونة من عمليات الإغاثة إلى التنمية؛ وزيادة مبلغ المعونة الذي يُنفق محلياً وخفض المبلغ العائد من الباطن إلى الجهات المانحة؛ وضمان أن المعونة لا تنتقص من التزامات (إسرائيل) باعتبارها السلطة القائمة بالاحتلال.

إن السبل إلى تحقيق فاعلية المعونة تشمل ما يلي (وايلدمان، الترتير، 2013):

- على المعونة أن تدعم حق الفلسطينيين في تقرير المصير وأن تُعينهم على مقاومة المشروع الاستعماري، وألا تدعم الاحتلال (الإسرائيلي).
- وجود برنامجٍ سياسي واقتصادي وتنموي فلسطيني موحد.
- على المعونة أن تمكن الفلسطينيين من تحدي سيطرة (إسرائيل) على الموارد والحدود، ويمكن ذلك مثلاً كاستغلال احتياطات الغاز قبالة شاطئ غزة والتي ما انفكت (إسرائيل) تحول دونها.
- هناك حاجة لوقف الاعتماد على الولايات المتحدة من خلال الربط مع القوى الإقليمية والدولية الأخرى ومع المجتمع المدني العالمي.
- لا بد من توفر السيادة السياسية لضمان فاعلية المعونة؛ فالتخصيص الأفضل للمعونة أو زيادة الموارد في إطار علاقة تبعية لن يغير شيئاً.
- ينبغي للجهات المانحة أن تؤيد مطالب الحركات الوطنية الفلسطينية مثل حركة المقاطعة وسحب الاستثمارات وفرض العقوبات.

الفصل الثالث الدراسات السابقة

3.1 الدراسات العربية.

3.2 الدراسات الأجنبية.

3.3 التعقيب على الدراسات السابقة.

3.1 الدراسات العربية

1. (حماد، 2013) بعنوان: " دور المساعدات التركبية في تحسين مستوى الخدمات الصحية الحكومية في قطاع غزة ".

هدفت الدراسة إلى تقييم دور المساعدات التركبية في تحسين مستوى الخدمات الصحية الحكومية في قطاع غزة، وتم اتباع المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة. أشارت النتائج أن الإسهام الكلي للمساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي في تغطية نفقات وزارة الصحة خلال الأعوام من 2007 -2012 شكلت ما نسبته (81.1%) بينما كانت نسبة الإسهام الحكومي في تغطية النفقات لنفس الأعوام (12%)، أما نسبة إسهام إيرادات وزارة الصحة في تلك الفترة بلغت (6.9%). كما وأشارت النتائج أن القطاع الصحي الحكومي يعاني عجزاً دائماً في الموازنة سنوياً . أوصت الدراسة بتعزيز التنسيق بين الجهات المانحة التركبية و القطاع الصحي الحكومي للمساهمة في تقديم أفضل الخدمات الصحية للمواطنين في قطاع غزة، كما وأوصت بضرورة تعزيز الاكتفاء الذاتي وتقليل الاعتماد على المساعدات وذلك من خلال تنويع مصادر القطاع الصحي الحكومي المالية والحث على مشاريع استثمارية لدر موارد مستدامة.

2. (Al khaldi، 2012) بعنوان: "إسهامات التمويل الدولي في تطوير النظام الصحي

الفلسطيني بالتركيز على المؤسسات الصحية غير الحكومية العاملة في محافظات غزة".

" The Contributions of the International Funds to Developing the Palestinian Health Care System: Focus on NGOs–Gaza"

هدفت الدراسة إلى تقييم دور التمويل الدولي في دعم النظام الصحي في المؤسسات غير الحكومية في محافظات غزة. واتبع الباحث في منهجيته الأسلوب الكمي والنوعي في تحليل البيانات. وخلصت الدراسة إلى أن الإسهام الكلي للتمويل الدولي تمثل بمعدل 2.05 من 3، أي بنسبة مئوية 68.46%. وأوصت الدراسة إلى أن الممول والمؤسسات غير الحكومية تحتاج إلى التنسيق لتحقيق احتياجات المجتمع الفلسطيني. ويتطلب ذلك تركيز أكبر على تطوير الرؤى المشتركة والتنسيق المتواصل والنجاحة والفاعلية المستدامة في تنفيذ مشاريع تطويرية، وأن يتمتع الممول بالشفافية في توزيع التمويل دون أي شروط مرتبطة به حيث أن على المؤسسات أيضاً أن تحسن من طاقتها لإدارة التمويل استراتيجياً بطريقة تعزز تحقيق أهداف وأولويات الصحة العامة.

3. (أبو حماد، 2011) بعنوان: "التمويل الدولي للمؤسسات الأهلية الفلسطينية وأثره على التنمية السياسية في قطاع غزة".

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. واتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان أهمها أن التمويل الدولي لا يحقق أولويات التنمية في فلسطين بسبب سعيه إلى تحقيق غايات سياسية للدول المانحة في المجتمع الفلسطيني. وأن المساعدات التي قدمتها المنظمات الدولية تمت وفق خطة تنموية تتناسب مع أهدافها السياسية، وليس مع احتياجات الشعب الفلسطيني. ويرى الباحث أن على مؤسسات المجتمع المدني التي تتلقى المساعدات من الاتحاد الأوروبي أن تتوخى الحذر من الشروط التي قد يضعها مقابل تمويل هذه المؤسسات، لأن الاتحاد الأوروبي يقدم هذه الأموال وفق رؤيته الخاصة وليس وفق خطة فلسطينية، كما تفرض وكالة التنمية شروطاً خاصة تتعلق ببنذ الإرهاب والتوقيع على الاتفاقية الخاصة بذلك.

4. (حمدان، 2010) بعنوان " المساعدات الخارجية وتشكيل الفضاء الفلسطيني " .

هدفت الدراسة إلى تناول دور المؤسسات المانحة، ودورها في إعادة صياغة الفضاء الفلسطيني، وارتكزت على فترة ما بعد (أوسلو)، كما ركزت على الانعكاسات البرنامجية لخطاب الممولين وتصوراتهم حول الشكل "المقترح" للمجتمع الفلسطيني، عبر معالجة مجموعة من برامج مانحين رئيسيين. واعتمدت في منهجيتها على المنشورات والتقارير السنوية، إضافة إلى مجموعة من المقابلات مع بعض مسؤولي برامج التمويل. اختتمت الدراسة بنتائج أهمها أن عملية نقد التمويل الخارجي في السياق الفلسطيني لا تعني ضرورة القطع منه نهائياً، وللشعب الفلسطيني الخاضع للاستعمار الحق في الحصول على هذه المساعدات، ولكن لا بد أن يترافق ذلك مع المشاركة المتساوية في السيطرة على الموارد. كما و أكدت الدراسة على أهمية التمويل العربي للسلطة الفلسطينية نظراً لعدم خضوعه لأثمان سياسية، وأن المساعدات الخارجية حوّلت الاقتصاد الفلسطيني إلى مجرد اقتصاد تابع وخادم للاحتلال، وهي لا تدعم بأي شكل من الأشكال استقلاله وتطوره بسبب غياب السياسات الحقيقية لتوظيف تلك المساعدات داخل السياق الفلسطيني.

5. (Giacaman et al., 2009) بعنوان : "الوضع الصحي والخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة".

"Health status and health services in the occupied Palestinian Territory" .

بحثت الدراسة العوامل التي تساهم في المشاكل الصحية و النظام الصحي الفلسطيني في السلطة الوطنية الفلسطينية، والاعتماد على المساعدات الدولية لتوفير الموارد. تم وصف الخصائص الديموغرافية، الحالة الصحية، والخدمات الصحية المقدمة للسكان الفلسطينيين في الأراضي الفلسطينية المحتلة. كان من نتائج الدراسة أن تعدد الجهات المانحة تعمل مع أجنادات مختلفة واعتماد السلطة على المساعدات المالية من الجهات المانحة تسببت في تجزئة البرامج، ومعظم ميزانية الصحة الفلسطينية المحتلة يتم تمويلها من قبل الوكالات المانحة التي لديها دورا مؤثرا في تحديد سياسة السلطة، واستنتجت أن كل تلك العوامل تساهم وتتفاعل معاً لتقويض قدرة الفلسطينيين على بناء النظام الصحي من الخدمات الصحية القائمة. أخيراً أوصت الدراسة بأن تحسين صحة و نوعية حياة الفلسطينيين سيكون موجوداً فقط عندما يدرك الناس أن الأوضاع الهيكلية والسياسية التي يتحملونها في الأراضي الفلسطينية المحتلة هي المحددات الرئيسية لصحة السكان .

6. (Mataria et al., 2009) بعنوان: " نظام الرعاية الصحية: التقييم و أجندة الإصلاح "

"The health-care system: an assessment and reform agenda".

قدمت الدراسة لمحة عن نظام الرعاية الصحية الفلسطيني وقامت بتحليل النظام بالاهتمام باللبنات الست 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 الأداء والعدالة. قامت الدراسة باستعراض الأعمال المنشورة والمقابلات لتحديد سبل لدمج النهج التتموي مع الاستجابات لحالات الطوارئ لخلق نظام صحي أكثر فعالية وكفاءة وعدالة. وأشارت إلى أن 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 و مثقلة بعدم الكفاءة والمحسوبية والفساد، إضافة إلى أولويات غير ملائمة لتلبية رغبات الجهات المانحة للمساعدات الخارجية. وأخيراً أوصت الدراسة بالنهج التتموي الذي ينبغي أن يكون متقدماً، ومتكاملاً مع الاستجابة لحالات الطوارئ.

7. (ديفوير، تريتير، 2009) بعنوان: " تتبع الدعم الخارجي للمنظمات الفلسطينية غير الحكومية في الضفة الغربية وقطاع غزة خلال الفترة 1999-2008".

هدف البحث إلى تتبع وتوثيق التمويل من الجهات المانحة الخارجية للمنظمات الفلسطينية غير الحكومية في الضفة الغربية وقطاع غزة على مدى عشر سنوات. مع التركيز على حجم المساعدات، إضافة إلى التوزيع الجغرافي والقطاعي والجهة المستفيدة من توزيع التمويل. وقد اتبعت الدراسة في منهجيتها مراجعة الأدبيات السابقة وعمل مقابلات، بالإضافة لإجراء مسحين لطرفي الدراسة: الأول 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. وتوصلت الدراسة إلى أن مبالغ المساعدات الخارجية التي دخلت الضفة الغربية وقطاع غزة ونوعها اختلفت وفقاً للأوضاع السياسية، إضافة لكون المساعدات الخارجية حيوية لكل من السلطة الفلسطينية وللمنظمات غير الحكومية الفلسطينية.

8. (Abed، 2007) بعنوان: "مراجعة قطاع الصحة"

" Health Sector Review (HSR)".

قامت الدراسة بعمل مراجعة لقطاع الصحة بهدف تزويد المانحين بمعلومات حديثة حول الاحتياجات والأولويات الصحية للقطاع العام أي وزارة الصحة، من خلال مبادرة تسعى إلى ترشيد قرارات الاستثمار لدى المانحين. استخدمت الدراسة التحقيقات الوصفية و التحليلية 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، زيادة الطلب، وعدم كفاية الميزانية والتبعية للجهات المانحة، كما أن إيرادات التأمين الصحي الحكومي غير كافية لتغطية الاحتياجات الأساسية. 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 و مختلف مقدمي الخدمات، كما ويجب لشراكة المانحين والمستفيدين أن تؤدي إلى شكل تنسيق أفضل في إطار البرامج الشاملة للقطاع .

9. (عبد الكريم، 2005) بعنوان: "تحو توظيف أنجع للمساعدات الخارجية المقدمة للشعب الفلسطيني".

هدفت الدراسة إلى إلقاء الضوء على المساعدات الخارجية للفلسطينيين، والدروس المستفادة من تجربة توظيفها على طول المرحلة التي بدأت مع توقيع اتفاقية أوسلو في نهاية العام 1993. ارتكزت منهجية البحث على التوصيف الكمي والتحليل للبيانات الثانوية بالإضافة إلى مراجعة للأدبيات السابقة حول هذه المساعدات من حيث أهدافها وأولوياتها وتأثيراتها الظاهرة على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية الفلسطينية. وأوصت الدراسة بضرورة منهجة عملية التنسيق في إدارة المساعدات بين المؤسسات الرسمية التابعة للسلطة، وبين مؤسسات المجتمع المدني. وضرورة قيام مؤسسات السلطة بتعميم برامج ومشاريع العمل التي تربط بين الإغاثة والتنمية، وضرورة إيجاد آليات لتعزيز المشاركة المجتمعية.

10. (لبد، 2004) بعنوان: "تجربة السلطة الفلسطينية في استغلال المساعدات الدولية (1994-2003)".

هدفت الدراسة إلى التعرف على أهداف وطبيعة المساعدات الدولية المقدمة للسلطة الوطنية الفلسطينية، وأثرها على تطورات الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية. إضافة إلى التعرف على مدى قدرة السلطة في التغلب على المعوقات التي تحول دون الاستغلال الأمثل للمساعدات الدولية. وقد استخدمت الدراسة في منهجيتها أسلوب التحليل المقارن. وأظهرت أن المساعدات الدولية المقدمة عبر السلطة الوطنية الفلسطينية لم تحقق الأهداف المرجوة منها، سواء كان ذلك بسبب العوامل المتعلقة بالجانب الفلسطيني أو بسبب العوامل الخارجية وأن الاعتماد على المساعدات الدولية يمثل عبئاً في القدرة على تحقيق الاستقلال الاقتصادي والسياسي. وأوصت الدراسة بإعطاء الأهمية للقطاعات الإنتاجية والتأكيد على عدم توجه مؤسسات السلطة للممولين مباشرة بل عبر وزارة التخطيط والتعاون الدولي ضمن خطة تنمية شاملة، ودعت الى تقليص أو دمج أو حتى حل المنظمات غير الحكومية، والتي تستأثر نسبة ذات أهمية من المساعدات الدولية، ودون أن يكون لها أي دور عملي في التنمية الوطنية.

11. (Giacaman et al., 2003) بعنوان : " إصلاح القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة : استهداف الغابات أو الأشجار ؟ " .

" Health sector reform in the Occupied Palestinian Territories (OPT): targeting the forest or the trees?"

الدراسة تهدف إلى تحليل بعض العقبات التي واجهت جهود الإصلاح للقطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة، والتي تشمل : الصراع الدائر، سياسات و ممارسات الجهات المانحة المتعددة. وكشفت الدراسة أنه منذ إنشاء السلطة الفلسطينية في عام 1994، كانت أنشطة الإصلاح تستهدف القطاع الصحي، وقد شاركت عدة منظمات إغاثة دولية ومحلية، باستثمارات مالية و فنية كبيرة. وعلى الرغم من الإنجازات الهامة التي تحققت، فإنه ليس من الواضح أن نوعية الرعاية قد تحسنت أو أن الاحتياجات الصحية الأكثر إلحاحاً قد تم معالجتها. وجدت الدراسة أن الجهات المانحة تعمل سعيًا لإيجاد حلول سريعة الأثر وغير مستدامة لمشاكل النظام الصحي، و تقوم بإهمال الحوار السياسي، مع التركيز على الخطط المستمدة من استراتيجيات المانحين بدلا من ذلك. و على الرغم من أن تقارير الجهات المانحة في كثير من الأحيان تذكر أهمية الملكية الفلسطينية لعملية التنمية إلا أن الواقع مختلف. لذا أوصت الدراسة أن جهود الإصلاح ينبغي أن تكون مرنة مع النظر بواقعية للسياقات السياسية والاقتصادية للنظام الصحي .

3.2 الدراسات الأجنبية

1- (Sridhar, Tamashiro, 2009) بعنوان : " التمويل الرأسي في قطاع الصحة: دروس

للتعلم من الصندوق العالمي و GAVI "

" Vertical Funds in the Health Sector: Lessons for Education from the Global Fund and 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 و نقص شديد في خدمات الرعاية الصحية. و خلصت 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 و تفتيت النظام الصحي. أخيرا أوصت الدراسة بأن الأثر الإيجابي وكذلك السلبي للتمويل الرأسي في قطاع الصحة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار قبل النظر في ما إذا كانت تلك الآليات يمكن توسيعها إلى قطاعات أخرى.

2- (Chkhatarashvili et al., 2009) بعنوان: " جورجيا: التأثيرات الواسعة على مستوى

النظام للتمويل العالمي على نظم الرعاية الصحية".

"Georgia: System-wide Effects of the Global Fund on Georgia's Health Care Systems".

الدراسة جزء من شبكة دراسة التأثيرات الواسعة للتمويل على النظام، التي تشارك في شبكة المبادرات العالمية لفيروس نقص المناعة البشرية، تم تقييم آثار تمويل التمويل العالمي على النظام الصحي في جورجيا في دراسة من مرحلتين، أجريت خلال الفترة من 2004 حتى 2008. تم تصميم الدراسة لتقييم الآثار المترتبة للتمويل العالمي على السياسة والبيئة، وعلى التدخلات بين القطاعين العام والخاص، وعلى الموارد البشرية، وعلى الوصول إلى خدمات مكافحة فيروس نقص

المناعة البشرية /الإيدز. النتائج المقدمة استمدت من مسح أجري على 35 مرفق صحي، في 26 مقاطعة، مع دراسة متابعة لاحقة بعد سنة، البيانات التي تم جمعها كانت كمية ونوعية، على أساس استبيانات منظمة مع مقدمي الخدمات، ومقابلات شبه منظمة مع 36 من أصحاب المصلحة الرئيسيين. وجدت الدراسة أن التمويل لجورجيا لخدمات الرعاية الصحية تعتمد بشكل كبير على مدفوعات الجيب، ونتيجة لذلك، فإنه لديها انخفاض في معدلات استخدام الخدمة. إلى جانب أن تأثير التمويل العالمي كان كبيراً في توليد نتائج إيجابية بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الأمراض المستهدفة. اقترحت الدراسة أن التمويل العالمي لعب دوراً هاماً في خلق الشبكات الاجتماعية من المرضى الذين يعانون من الأمراض المستهدفة مما سهل القدرة على تلبية وتبادل المعلومات، وعلى فهم أفضل للمشاكل الصحية والاجتماعية.

3- (Pereira, 2009) بعنوان: " فعالية المعونة في قطاع الصحة في إثيوبيا "

. " Ethiopia Aid effectiveness in the health sector "

الدراسة هي واحدة من سلسلة من الدراسات حول فعالية المعونة في قطاع الصحة في أفريقيا، واستخدمت في منهجيتها الطرق النوعية بجانب مراجعة الأدبيات. تناولت الدراسة بعض مؤشرات التقدم في القطاع الصحي. ووجدت أن هناك تركيز على فيروس نقص المناعة البشرية، أما الأمراض الأخرى التي تقتل مثله العديد من الناس لا يتم معالجتها بنفس القدر، أي إن توزيع الموارد في القطاع الصحي لمختلف الأمراض غير متكافئ، مما خلق مشاكل مع المواءمة والازدواجية في الهياكل، وأن التمويل يدعم مرافق الصحة عن طريق المساعدة مع بناء المراكز الصحية والمختبرات وغيرها من البنى التحتية التي لها آثار غير مباشرة في القطاع الصحي، كما وجدت الدراسة أن النمو الاقتصادي القوي والبرامج الصحية المبتكرة في القطاع الصحي تؤدي إلى تحسينات هامة في مجال الخدمات الصحية، وأن الدولة تعرف كيفية تأكيد ودفع أجنحتها الخاصة، وخلصت إلى أن السياسة هي جزء من لعبة المساعدات وأن المساعدة الإنمائية الرسمية ليس فقط للأعمال الخيرية وأنها أداة في خدمة السياسة الخارجية، وأوصت أنه ينبغي على الحكومة تعزيز دور منظمات المجتمع المدني. وتحسين التنسيق والمواءمة بين الجهات المانحة وقطاع الصحة .

4- (Pereira, 2009) بعنوان: " فعالية المعونة في قطاع الصحة في زامبيا "

. " Zambia Aid effectiveness in the health sector ", (Pereira, 2009)

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، انتظاماً و مملوكة من قبل الحكومة، وتظهر الإحصاءات الصحية تقدماً

جيدا بصحة الأطفال والأمهات، وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية في انخفاض، وعلى الرغم من التقدم المحرز في السنوات القليلة الماضية، خلصت الدراسة إلى 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، وأن 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 يُجمعون أموالهم في حساب تديره وزارة الصحة، وبعضهم يوفر دعم لموازنة قطاع للصحة، وأوصت الدراسة بمواءمة المساعدات مع خطة الحكومة وتحسين تنسيق المعونة، وتفعيل مؤسسات المجتمع المدني الصحية.

5- (Gill Walt et al., 1999) بعنوان: " تطوير قطاع الصحة: من تنسيق المساعدات إلى إدارة الموارد).

"Health sector development: from aid coordination to resource Management".

تبحث كيف نشأت الدعوة إلى التنسيق الأفضل للموارد الخارجية، من خلال الحديث عن فعالية المعونة، وبالاعتماد على دراسات حالات معينة، تصف آليات التنسيق للمساعدات في القطاع الصحي. تم فيها تصميم نماذج تزود بأفكار حول تعظيم الأثر لأفضل سلوك إداري، تقترح تنسيق المساعدات بالتركيز على المدخلات والعملية والمخرجات بشكل كلي، وخلصت إلى أن مجرد التركيز على المدخلات وهو التمويل سيكون من غير المحتمل أن يكون له أثر إيجابي على النظام ككل، وأوصت بتكامل عملية تنسيق الموارد لأن أثر أي موارد إضافية خارجية غالباً ما يكون مقيداً بالمهارات الإدارية الضعيفة والعمليات في كل من مكاتب مسئول النظام الصحي والوكالات المانحة، مما ينتج عنه إضاعة الموارد ومعدلات منخفضة لمدفوعات المساعدات. واقترحت لزيادة الموارد المالية للقطاع الصحي، زيادة المرونة في استخدامها، زيادة الموارد البشرية المؤهلة، تعريف أفكار وطرق عمل جديدة، واقترحت تقليل الازدواجية في أنشطة المانحين معهم ومع أي جماعة أخرى، تطوير التخطيط والخطط القومية، وتوجيه المساعدات نفسها لتقييم العملية ومتابعتها.

3.3 التعقيب على الدراسات السابقة:

بالاطلاع على الأدبيات السابقة والمتخصصة في الدراسات التنموية وأثر التمويل والمساعدات الدولية على عملية التنمية بشكل عام والتنمية الصحية بشكل خاص في الدول المختلفة، إضافة إلى الاطلاع على المحاولات المختلفة لوضع نُهج منطقية لدراسة مبدأً فعالية المساعدات الدولية، فإن الباحثة ترى أن محاور منهجية الدراسات تختلف تبعاً لخصوصية كل بلد موضع الدراسة، وتبعاً للظروف التي يمر بها، وتتفق على محاور أخرى عامة، ولا يخفى أبداً أن للوضع الفلسطيني خصوصيته بسبب الاحتلال الإسرائيلي للأراضي الفلسطينية، الذي كان له دور كبير في الحد من الإسهامات الفاعلة للتمويل الدولي، وهذا ما أشارت إليه (Giacaman et al. ،2003)، و (Giacaman et al. ،2009).

أما دراسة (حمدان، 2010) فقد كانت دراسة حديثة في أسلوب طرحها من حيث تناولها لدور المؤسسات المانحة بشكل معمق داخل المجتمع الفلسطيني، مع توضيح دقيق لأغلب التساؤلات المتعلقة بأثر تلك المساعدات على الواقع الفلسطيني وتطور الأهداف المعلنة للمساعدات، كما أن قيامها بتحليل خطابات كل من القطاع العام، المجتمع المدني، والقطاع الخاص إضافة للممولين والمانحين، قد ألقى الضوء على دور كل جهة ومسئوليتها تجاه المجتمع الفلسطيني. دراسة (ديفوير و ترتير، 2009) ارتكزت على تتبع مصادر تمويل المنظمات غير الحكومية وتحليل مسارات إنفاقها خلال عقد من الزمن، كما وقدمت مراجعة شاملة للمساعدات الدولية للأراضي الفلسطينية، الأمر الذي يدعو للتعاون والتكامل بين السلطة الفلسطينية و المنظمات غير الحكومية من أجل تعظيم الأثر الإيجابي لفعالية التمويل.

دراسة (Abed, 2007) تميزت في تحليلها المفصل لمجالات متعددة في النظام الصحي الفلسطيني، كنظام تقديم الخدمات، والإدارة، وتمويل الرعاية الصحية، والوضع الصحي ونتائجه، وأداء نظام الصحة، مما ساعد على تكوين صورة متكاملة حول الوضع الفعلي لقطاع الصحة، إضافة إلى تقديمه لمجموعة من الأفكار والمقترحات لتطوير وضمان فعالية المساعدات الأجنبية.

دراسة (عبد الكريم، 2005) و (البد، 2004) اشتركتا في طرحهما لموضوع التمويل والمساعدات الخارجية من حيث المفهوم والأهداف والمصادر والدوافع مع التركيز على العامل السياسي الذي يؤثر بشكل كبير على الوضع الاقتصادي الفلسطيني والذي يعزز من حالة التبعية الاقتصادية للاحتلال واستمرار الاعتماد على الدعم الخارجي، والخروج بتوصيات حول سبل زيادة فاعلية المساعدات الخارجية سعياً لتنمية المجتمع الفلسطيني اقتصادياً واجتماعياً، ولم تتطرق إحداها

لجانِب الرعاية الصحية. وقد ركزت دراسة عبد الكريم، (2005) فقد ركزت على الدروس المستفادة حول الاستخدام الأمثل للمساعدات الخارجية والمتمثل بتوجيهه نحو الأغراض التنموية التي تدفع العملية الإنتاجية و تشجع الاستثمار. أما دراسة لبد، (2004) فقد خصت بالذكر العقبات التي تحول دون الاستخدام الأمثل لتلك المساعدات مع تحميل السلطة الفلسطينية بجانب الدول المانحة والاحتلال الإسرائيلي مسؤولية قصور الاستفادة منها، وأنها تمثل "عبئاً" على الجانب الفلسطيني، وتحد من قدرته على تحقيق استقلاله الاقتصادي والسياسي، وشملت الدراسة الفترة من 1994 وحتى 2003، فكانت بمثابة دراسة مرجعية بسبب التغييرات الكبيرة التي تلت تلك الفترة.

دراسة (الخالدي، 2012) كانت دراسة حديثة في الإدارة الصحية، طرحت موضوع التمويل الدولي الموجه نحو المنظمات الصحية غير الحكومية في قطاع غزة، وتعتبر بمثابة مكمل لهذه الدراسة التي تتناول نفس الموضوع مع توجيه الاهتمام نحو وزارة الصحة الفلسطينية المتمثل للجانب الحكومي الوطني، وقد تميزت الدراسة في منهجيتها البحثية التي تناولت الأسلوب الكمي التحليلي والأسلوب النوعي، إضافة إلى تبني الباحث لنموذج "دونابيديان" (Donabedian approach) لضمان جودة الرعاية الصحية، وتعاملها مع الجانب الصحي كنظام له مدخلات، عمليات ومخرجات. كما وتعتبر دراسة (الخالدي، 2012)، ودراسة (حماد، 2013) من أهم الدراسات التي استفادت منها الباحثة سواء في المنهجية أو البيانات الصحية التي استعرضتها الأخيرة في طياتها. ولكنها تميزت في متغيراتها وفرضياتها وفي استهدافها لإسهامات التمويل الدولي من دون تحديد جهة بعينها، وكذلك استهدافها للتمويل الموجه لوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

أما الدراسات الأجنبية مثل (Pereira، 2009) والتي تناولت أثيوبيا و زامبيا، (Chkhatarashvili et al.، 2009) والتي تناولت جورجيا، فهي وإن اختلفت في عرضها تبعاً للاختلاف الطبيعي لبيئة وظروف ومحددات كل بلد، إلا أن ما جمعها هو تأكيدها على تعزيز الدور الحكومي في عملية التنسيق والموائمة بين أهداف المانحين والأهداف الصحية الوطنية، مع التأكيد على دفع الأجندات الوطنية أمام الممولين، وكذلك توصياتها بتعزيز دور مؤسسات المجتمع المدني الصحية. إضافة إلى ملاحظتها بأن المساعدات الخارجية لا تخلو من أهداف سياسية في نهاية المطاف.

دراسة (Gill Walt et al.، 1999) ركزت في هدفها الأساسي على تطوير قطاع الصحة من خلال استعراضها لنماذج تزود بأفكار حول تعظيم الأثر لأفضل سلوك إداري، وكانت رؤيتها الرئيسة تعتمد على أفضل تلك النماذج وهو ما يعنى بالتركيز على المدخلات والعملية والمخرجات للنظم الصحي الممول بشكل شمولي، بدءاً من تنسيق المساعدات إلى إدارة الموارد.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة

1. تم الاستفادة من الدراسات السابقة في كتابة الإطار النظري.
2. تم الاستفادة من المراجع المستخدمة في الدراسات السابقة.
3. كما تم الاستفادة منها في تصميم وإعداد بنود الاستبانة.
4. كما استفادت الدراسة من الدراسات السابقة في اختيار منهج الدراسة.
5. استفادت الدراسة من نتائج الدراسات السابقة في تقديم التوصيات والمقترحات .

أهم ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة

1. تعتبر هذه الدراسة إسهاماً هاماً لوزارة الصحة الفلسطينية في تناولها لموضوع إسهامات التمويل الدولي وبمتغيرات تشمل الإدارة داخلياً وخارجياً إضافة للأوضاع السياسية، والموجه للقطاع الصحي الحكومي المتمثل بوزارة الصحة الفلسطينية.
2. اعتمدت الدراسة في منهجيتها الأسلوب النوعي بجانب الأسلوب الكمي، الذي تميز بالمقابلات الشخصية مع أشخاص وثيقي الصلة بموضوع البحث من حيث الخبرة المهنية العالية والموقع الوظيفي المسئول بجانب المخزون المعرفي والأبحاث المرتبطة بالموضوع.
3. قدمت الدراسة توصيات لتعظيم دور إسهامات التمويل الدولي في تطوير القطاع الصحي الحكومي في وزارة الصحة الفلسطينية تشمل كلاً من الجهات المانحة ووزارة الصحة.

الفصل الرابع

منهجية الدراسة والإجراءات

- 4.1 المقدمة.
- 4.2 أسلوب الدراسة.
- 4.3 مجتمع الدراسة.
- 4.4 عينة الدراسة.
- 4.5 أداة الدراسة.
- 4.6 صدق الاستبيان.
- 4.7 ثبات الاستبيان.
- 4.8 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

4.1 المقدمة

تعتبر منهجية الدراسة وإجراءاتها محورا رئيسيا يتم من خلاله انجاز الجانب التطبيقي من الدراسة، وعن طريقها يتم الحصول على البيانات المطلوبة لإجراء التحليل الإحصائي للتوصل إلى النتائج التي يتم تفسيرها في ضوء أدبيات الدراسة المتعلقة بموضوع الدراسة، وبالتالي تحقق الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها.

تناول هذا الفصل وصفا للمنهج المتبع ومجتمع الدراسة، وكذلك أداة الدراسة المستخدمة وطريقة إعدادها وكيفية بنائها وتطويرها، ومدى صدقها وثباتها. كما يتضمن وصفا للإجراءات التي تم بها تصميم أداة الدراسة، والأدوات التي استخدمت لجمع بيانات الدراسة، وينتهي الفصل بالمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات واستخلاص النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

4.2 أسلوب الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي من خلاله يتم وصف وتقييم واقع إسهامات التمويل الدولي في تطوير نظام الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملون فيها، وعليه فإن الدراسة تتكون من جزأين رئيسيين وهما الجزء النظري والجزء الميداني، ويقوم الجزء النظري على البيانات الثانوية المنشورة، بينما يقوم الجزء الميداني على تجميع البيانات الأولية من ميدان البحث، أي من مجتمع الدراسة، وفيما يلي توضيح مصادر جمع المعلومات لكلا الجزأين:

1- المصادر الثانوية: يركز موضوع الدراسة على جانبين أساسيين وهما: الجانب الأول وهو التمويل الدولي وخاصة المستهدف لقطاع الرعاية الصحية، والثاني يرتبط بموضوع الإسهامات الفاعلة لتطوير نظام الرعاية الصحية، ولتغطية هذين الجانبين تم الحصول على البيانات من مختلف الكتب والمراجع والمجلات العلمية بما تشمله من أبحاث محكمة ومقالات، إضافة إلى الرسائل العلمية المقدمة بالجامعات، وكذلك تمت الاستعانة بالبيانات والتقارير الصادرة عن وزارة الصحة الفلسطينية، والمؤتمرات والندوات ذات العلاقة، وأخيراً البحث والمطالعة في مواقع الانترنت المختلفة.

2- المصادر الأولية: لمعالجة الجوانب التحليلية لموضوع البحث تم استخدام الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية من الميدان، وقد تم تصميمه خصيصاً ليخدم أهداف الدراسة ويجيب

على أسئلة البحث، وتتركز مصادر الحصول على تلك البيانات من الإدارة العليا من فئة (مدير عام، نائب مدير عام، مدير وحدة، مدير مستشفى، مدير طبي و مدير دائرة)، وبذلك يكون توزيع الاستبيان في مواقع عملهم المختلفة بحسب ما تم الحصول عليه من الإدارة العامة للشئون الإدارية والمالية، دائرة شئون موظفين وزارة الصحة الفلسطينية، وكذلك تم استخدام أسلوب المقابلة الشخصية والاستفادة من نتائجها في التعليق على نتائج الاستبيان (ملحق رقم 5).

4.3 مجتمع الدراسة

يشمل مجتمع الدراسة جميع العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من فئة مدير عام ونائب مدير عام، مدير مستشفى، مدير دائرة، مدير وحدة ومدير طبي، ومجموعهم 172 مديراً وفقاً للإدارة العامة للشئون الإدارية والمالية لشئون موظفي وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، موزعين كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (4.1) : أعداد المدراء العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية

مدير عام	نائب مدير عام	مدير مستشفى	مدير دائرة	مدير وحدة	مدير طبي
14	3	13	130	6	6

المصدر: الإدارة العامة للشئون الإدارية والمالية، دائرة شئون الموظفين، وزارة الصحة الفلسطينية، مدير دائرة شئون الموظفين أ. محمود حماد، تاريخ 31-3-2014. (جرد بواسطة الباحثة، 2014)

يُشار إلى أن هناك مسميات وظيفية عدد (3) مثل (مدير وحدة) وفي نفس الوقت يشغل (نائب مدير عام) فتم اعتبار المسمى الأعلى وهو (نائب مدير عام)، كذلك المسمى الوظيفي (قائم بأعمال مدير عام) عدد (3) فتم اعتباره ضمن فئة (مدير عام)، وذلك اعتماداً على رأي مدير دائرة شئون الموظفين المشار إليه سابقاً ووفقاً للمسئوليات والصلاحيات المناطة بهم. كما وتم تزويد الباحثة بأسمائهم وأماكن عملهم وتوزيعهم الجغرافي ومسمياتهم الوظيفية بالتحديد.

4.4 عينة الدراسة

تم إجراء عملية المسح على جميع أفراد مجتمع الدراسة، وتم توزيع عينة استطلاعية حجمها (40) استبيان لاختبار الاتساق الداخلي والصدق البنائي وثبات الاستبيان. وبعد التأكد من صدق وسلامة الاستبيان للاختبار تم اعتبار العينة الاستطلاعية ضمن عينة الدراسة، وبذلك يكون قد تم توزيع (169) استبيان على مجتمع الدراسة المكون من (172) فرداً، و تم استرداد (148) استبيان، أي كان هناك عدد (21) استبيان غير مرجعة لاعتذار المعنيين ورفضهم تعبئة الاستبيان، أي ما نسبته 87.57% مما وزع، وما نسبته 86.04% من مجتمع الدراسة الكلي.

خطوات بناء الإستبانة:

تم إعداد أداة الدراسة لمعرفة واقع إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، واتباع الخطوات التالية لبناء الإستبانة:-

- 1- الإطلاع على الأدب المتعلق بإدارة التمويل والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، والاستفادة منها في بناء الإستبانة وصياغة فقراتها.
- 2- تم بناء الاستبانة استناداً إلى سؤال وأهداف ومتغيرات وفرضيات الدراسة.
- 3- استشارت الباحثة عدداً من أساتذة الجامعات الفلسطينية والمشرفين من الجامعة الإسلامية بغزة، والمختصين والخبراء في وزارة الصحة الفلسطينية في تحديد أبعاد الإستبانة وفقراتها، تحديد المجالات الرئيسية للإستبانة، وتحديد الفقرات التي تقع تحت كل مجال والملحق رقم (2) يبين أسماء أعضاء لجنة التحكيم.
- 4- في ضوء آراء المحكمين تم تعديل بعض فقرات الإستبانة من حيث الحذف أو الإضافة والتعديل، لتستقر الإستبانة في صورتها النهائية، وقد تكونت الاستبانة من (3) مجالات رئيسة و (60) بند، ملحق رقم (3).

4.5 أداة الدراسة

تم إعداد إستبانة حول "إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة". تتكون إستبانة الدراسة من 60 فقرة، موزعة على ثلاثة أقسام رئيسية هي:

القسم الأول: يشمل البيانات الشخصية والوظيفية للمدراء مجتمع الدراسة (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، المهنة الأساسية، المؤهل العلمي، طبيعة العمل من حيث كونه إداري، مالي، فني أو مختلط، عدد سنوات الخبرة المهنية داخل الوزارة، مكان العمل).

القسم الثاني: يشمل معلومات عن واقع التمويل الدولي لقطاع الصحة في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء، ويتكون من (22) فقرة، منها (15) فقرة يتم الاختيار فيها وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي، إضافة إلى (7) فقرات اتخذت شكل الاختيار المتعدد مع إمكانية اختيار أكثر من خيار.

القسم الثالث: يشمل مجالات الدراسة، ويتكون من (29) فقرة، موزعة على (3) مجالات :

المجال الأول: إدارة التمويل الدولي خارجياً، ويتكون من (15) فقرة.

المجال الثاني: تأثير الوضع السياسي، ويتكون من (5) فقرات.

المجال الثالث: إدارة التمويل الدولي داخلياً، ويتكون من (9) فقرات.

إضافةً الى سؤال مفتوح حول اقتراحات المدراء لزيادة فعالية و نجاعة التمويل الدولي لوزارة الصحة الفلسطينية ومؤسساتها الصحية، تم الاستفادة منه في تحليل النتائج والتوصيات.

تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات المبحوثين لفقرات الاستبيان حسب جدول (4.2):

جدول (4.2): درجات مقياس ليكرت الخماسي

الاستجابة	درجة ضعيفة جداً	درجة ضعيفة	درجة متوسطة	درجة كبيرة	بدرجة كبيرة جداً
الدرجة	1	2	3	4	5

اختارت الباحثة الدرجة (1) للاستجابة " بدرجة ضعيفة جداً " وبذلك يكون الوزن النسبي في هذه الحالة هو 20% وهو يتناسب مع هذه الاستجابة.

4.6 صدق الاستبيان

يقصد بصدق الإستبانة أن تقيس الأسئلة ما وضعت لقياسه (حسن، 2006)، وتم التأكد من صدق الإستبانة بطريقتين:

1- صدق المحكمين "الصدق الظاهري":

تم عرض الإستبانة على مجموعة من المحكمين تألفت من (7) متخصصين في مجالات إدارة الأعمال والإدارة المالية والتمويل الدولي وإدارة مشاريع الصحة العامة، و متخصصين في إدارة وتقييم المشاريع الصحية الممولة من الخارج، وتم إدراج أسماء المحكمين بالملحق رقم (2)، كما واستجابت الباحثة لآراء المحكمين من خلال إجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء المقترحات المقدمة، وبذلك خرج الاستبيان في صورته النهائية، انظر الملحق رقم (3).

2- صدق المقياس:

أولاً: الاتساق الداخلي Internal Validity

يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى اتساق كل فقرة من فقرات الإستبانة مع المجال الذي تنتمي إليه هذه الفقرة (حسن، 2006)، وقد قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي للإستبانة وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات الإستبانة والدرجة الكلية للمجال نفسه.

يوضح جدول (4.3) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " واقع التمويل الدولي لقطاع الصحة في وزارة الصحة الفلسطينية " والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوي معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

جدول (4.3) : معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " واقع التمويل الدولي لقطاع الصحة في وزارة الصحة الفلسطينية " والدرجة الكلية للمجال

م	القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل ارتباط بيرسون	الفقرة
1.	*0.013	.388	يعتبر حجم التمويل الدولي كافياً لتنفيذ الأنشطة الصحية اللازمة.
2.	*0.003	.456	التمويل الدولي ضروري وحيوي للقطاع الصحي.
3.	*0.000	.551	التمويل الدولي مصدر مالي آمن.
4.	*0.005	.439	التمويل الدولي مصدر مالي مستدام.
5.	*0.003	.465	تقي الجهات المانحة بكافة التزاماتها المالية والفنية تجاه القطاع الصحي.
6.	*0.000	.614	تتوفر لديكم ثقة ومصداقية بالتمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي.
7.	*0.000	.552	التمويل الدولي قدم إسهامات بارزة في الأزمات والظروف الطارئة والكوارث.
8.	*0.000	.614	التمويل الدولي يزود القطاع الصحي بخبرات وطرق عمل جديدة.
9.	*0.000	.575	التمويل الدولي يترك آثارا مستدامة على الخدمات الصحية حتى بعد انتهاءه.
10.	*0.000	.632	التمويل الدولي أسهم في تطوير نظام الرعاية الصحية الأولية.
11.	*0.000	.708	التمويل الدولي أسهم في تطوير نظام الرعاية الثانوية .
12.	*0.000	.579	التمويل الدولي أسهم في تطوير حوكمة النظام الصحي في وزارة الصحة .
13.	*0.000	.657	التمويل الدولي أسهم في تطوير نظم المعلومات الصحية.
14.	*0.000	.679	التمويل الدولي أسهم في تطوير المستلزمات والتكنولوجيا الطبية.
15.	*0.000	.550	التمويل الدولي أسهم في تطوير الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة.

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

جدول (4.4) : معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " إدارة التمويل الدولي خارجياً " والدرجة الكلية للمجال

م	الفقرة	معامل ارتباط بيرسون	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	إجراءات وممارسات الممولين تحد من الفساد وسوء استخدام التمويل الدولي.	.695	*0.000
2.	أهداف وسياسات التمويل الدولي تتوافق مع الأهداف الوطنية الصحية وأولويات المجتمع الفلسطيني.	.788	*0.000
3.	التمويل الدولي يحدد أولويات عمله الصحي وفقاً لاحتياجات المجتمع الفلسطيني الصحية.	.658	*0.000
4.	حجم التمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي يغطي جزء كبير من المعاناة التي يعيشها المواطنين في قطاع غزة.	.421	*0.007
5.	زيادة القيمة المادية للتمويل الدولي تؤثر إيجاباً على القطاع الصحي بشكل عام.	.337	*0.033
6.	هناك انتقائية غير عادلة في تمويل المشاريع وتغطية الاحتياجات الضرورية.	-.397	*0.011
7.	التمويل الدولي شفاف في تنفيذ المشاريع.	.805	*0.000
8.	التمويل الدولي شفاف في تبادل المعلومات.	.718	*0.000
9.	التمويل الدولي ساهم في تعزيز مبدأ الرقابة المالية على الأنشطة الصحية لوزارة الصحة.	.801	*0.000
10.	التمويل الدولي ساهم في تعزيز مبدأ الرقابة الإدارية على الأنشطة الصحية لوزارة الصحة.	.797	*0.000
11.	التمويل الدولي ساهم في تعزيز المساءلة ومسئولية الوزارة أمام المجتمع المحلي.	.743	*0.000
12.	التمويل الدولي ساعد وزارة الصحة على استغلال الموارد بكفاءة ومهنية عالية	.719	*0.000
13.	ساهم التمويل الدولي في تنفيذ أنشطة ومشاريع الوزارة وانجازها بطريقة مثلى.	.793	*0.000
14.	التمويل الدولي ساهم في تنفيذ أنشطة ومشاريع ذات مردود وفائدة كبيرة.	.695	*0.000
15.	أولويات التمويل الدولي في دعم المشاريع الصحية تتم بالتنسيق والتعاون مع وزارة الصحة الفلسطينية.	.628	*0.000

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

يوضح جدول (4.4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال "إدارة التمويل الدولي خارجياً" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه، مع ملاحظة كون معامل الارتباط للفقرة رقم (6) سالب، مما يدل على أن العلاقة بين الفقرة والمجال علاقة عكسية.

جدول (4.5) : معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال "تأثير الأوضاع السياسية السائدة والدرجة الكلية للمجال"

م	الفقرة	معامل ارتباط بيرسون	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	أثر الوضع السياسي الفلسطيني والانقسام الداخلي على عملية التمويل الدولي للقطاع الصحي مما انعكس على الخدمات الصحية.	.636	*0.000
2.	التمويل الدولي ساهم في تخفيف حدة آثار ممارسات الاحتلال من حصار وإغلاق واعتداءات وتحرير المجتمع الفلسطيني من التبعية.	.728	*0.000
3.	هناك أجنداث معينة خلف التمويل الدولي.	.762	*0.000
4.	الوضع السياسي الحالي أنتج تغييراً في مصادر التمويل الدولي.	.469	*0.002
5.	التمويل الدولي مرتبط بالمواقف السياسية.	.737	*0.000

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

يوضح جدول (4.5) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال "تأثير الأوضاع السياسية السائدة" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

جدول (4.6): معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال "إدارة التمويل الدولي داخلياً" والدرجة الكلية للمجال

م	الفقرة	معامل ارتباط بيرسون	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	تستثمر وزارة الصحة التمويل الدولي المقدم لها بطريقة إيجابية ومثلى.	.842	*0.000
2.	وزارة الصحة تقدم وتحدد الأجندة الصحية الوطنية للممولين.	.863	*0.000
3.	التمويل الدولي ساهم في استقلالية وزارة الصحة.	.794	*0.000
4.	تقديم مقترح مشروع مستند لحاجة الوزارة والمجتمع هو الوسيلة المتبعة لجلب التمويل.	.564	*0.000
5.	يمكن وصف التمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي بالفعال (أي يحقق الأهداف المنشودة).	.580	*0.000
6.	يمكن وصف التمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي بالناجع (أي لا يتم إضاعة الموارد)	.884	*0.000
7.	برامج ومشاريع التمويل الدولي ملائمة لأهداف القطاع الصحي وأجندته.	.852	*0.000
8.	الخدمات والمشاريع الصحية الممولة دولياً تُقيم وتُتابع باستمرار.	.832	*0.000
9.	التمويل الدولي يتم عبر دعم مشاريع محددة.	.445	*0.004

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

يوضح جدول (4.6) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مجال " إدارة التمويل الدولي داخلياً" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية 0.05 $\alpha =$ وبذلك يعتبر المجال صادق لما وضع لقياسه.

2- الصدق البنائي Structure Validity

يعتبر الصدق البنائي أحد مقاييس صدق الأداة الذي يقيس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها، ويبين مدى ارتباط كل مجال من مجالات الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الإستبانة (حسن، 2006).

يبين جدول (4.7) أن جميع معاملات الارتباط في جميع مجالات الإستبانة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$ وبذلك تعتبر جميع مجالات الإستبانة صادقه لما وضعت لقياسه.

جدول (4.7): معامل الارتباط بين درجة كل مجال من مجالات الإستبانة والدرجة الكلية للإستبانة

م	المجال	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	واقع التمويل الدولي لقطاع الصحة في وزارة الصحة الفلسطينية.	0.774	*0.000
2.	إدارة التمويل الدولي خارجياً.	0.899	*0.000
3.	تأثير الوضع السياسي.	0.544	*0.000
4.	إدارة التمويل الدولي داخلياً.	0.886	*0.000

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

4.7 ثبات الإستبانة

يقصد بثبات الإستبانة أن تعطي هذه الإستبانة نفس النتيجة لو تم إعادة توزيع الإستبانة أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط (حسن، 2006). وقد تحققت الباحثة من ثبات إستبانة الدراسة من خلال:

معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient :

تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ لقياس ثبات الإستبانة، وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول (4.8).

جدول (4.8) : معامل ألفا كرونباخ لمجالات الدراسة لقياس ثبات الإستبانة

م	المجال	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	الصدق الذاتي*
1.	واقع التمويل الدولي لقطاع الصحة في وزارة الصحة الفلسطينية.	15	0.842	0.918
2.	إدارة التمويل الدولي خارجياً.	15	0.880	0.938
3.	تأثير الوضع السياسي.	5	0.693	0.833
4.	إدارة التمويل الدولي داخلياً.	9	0.888	0.942
	جميع المجالات السابقة	44	0.935	0.967

*الصدق الذاتي = الجذر التربيعي الموجب لمعامل ألفا كرونباخ

النتائج الموضحة في جدول (4.8) تبين أن قيمة معامل ألفا كرونباخ مرتفعة حيث تتراوح بين (0.693 ، 0.888) بينما بلغت لجميع فقرات الإستبانة (0.935). وكذلك قيمة الصدق الذاتي مرتفعة حيث تتراوح بين (0.833 ، 0.942) بينما بلغت لجميع فقرات الإستبانة (0.967) وهذا يعنى أن معامل الثبات مرتفع.

وبذلك تكون الإستبانة في صورتها النهائية كما هي في الملحق (3) قابلة للتوزيع. وتكون الباحثة قد تأكدت من صدق وثبات إستبانة الدراسة مما يجعلها على ثقة تامة بصحة الإستبانة وصلاحيتها لتحليل النتائج والإجابة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

4.8 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

قامت الباحثة بتفريغ وتحليل الإستبانة من خلال برنامج التحليل الإحصائي Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)، والاستعانة بنصائح المختصين في مجال التحليل الإحصائي كالدكتور سمير صافي و ملاحظات الدكتور نافذ بركات.

اختبار التوزيع الطبيعي : Normality Distribution Test

تم استخدام اختبار كولمغوروف - سمرنوف (K-S) Kolmogorov-Smirnov Test لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، وذلك لتحديد نوعية الاختبارات التي سيتم استخدامها لمعالجة البيانات، وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول (4.9).

جدول (4.9) : نتائج اختبار التوزيع الطبيعي

م	المجال	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	إدارة التمويل الدولي خارجياً	0.278
2.	تأثير الوضع السياسي	0.135
3.	إدارة التمويل الدولي داخلياً	0.177
	جميع مجالات الاستبانة	0.165

وكما يتضح من النتائج الموضحة في جدول (4.9) أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع مجالات الدراسة كانت أكبر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبذلك فإن توزيع البيانات لهذه المجالات يتبع التوزيع الطبيعي وعليه سيتم استخدام الاختبارات المعلمية للإجابة على فرضيات الدراسة.

تم استخدام الأدوات الإحصائية التالية:

- 1- النسب المئوية والتكرارات والمتوسط الحسابي: يستخدم هذا الأمر بشكل أساسي لأغراض معرفة تكرار فئات متغير ما ويتم الاستفادة منها في وصف عينة الدراسة.
- 2- اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، لمعرفة ثبات فقرات الإستبانة.
- 3- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لقياس درجة الارتباط، وقد تم استخدامه لحساب الاتساق الداخلي والصدق البنائي للإستبانة .
- 4- اختبار "t" في حالة عينة واحدة (t-Test) لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلي الدرجة المتوسطة وهي 3 أم زادت أو قلت عن ذلك. ولقد تم استخدامه للتأكد من دلالة المتوسط لكل فقرة من فقرات الاستبانة واختبار الفرضيات.
- 5- اختبار "t" في حالة عينتين (Independent Samples t-Test) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجموعتين من البيانات المستقلة.
- 6- اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA (One Way Analysis of Variance) لمعرفة ما إذا كان هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين ثلاث مجموعات أو أكثر من البيانات.

الفصل الخامس

تحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة

5.1 المقدمة.

5.2 الوصف الإحصائي لعينة الدراسة المستجيبة.

5.3 اختبار الفرضيات وتحليل النتائج.

5.1 المقدمة

يتضمن هذا الفصل عرضاً لتحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة واستعراض نتائج الإستبانة التي تم التوصل إليها من خلال تحليل فقراتها، والوقوف على متغيرات الدراسة التي اشتملت (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، المهنة الأساسية، طبيعة العمل، عدد سنوات الخبرة المهنية داخل وزارة الصحة)، لذا تم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للدراسات الاجتماعية (SPSS).

5.2 الوصف الإحصائي لعينة الدراسة المستجيبة:

أولاً: عرض لعينة الدراسة وفق البيانات الشخصية والوظيفية:

1- أفراد عينة الدراسة وفق الجنس

الجدول التالي يبين التكرارات والنسب المئوية التي توضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.

جدول (5.1) : أفراد عينة الدراسة وفق الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية %
ذكر	142	95.9
أنثى	6	4.1
المجموع	148	100.0

يتضح من جدول (5.1) أن ما نسبته 95.9% من عينة الدراسة هم من الذكور، بينما الباقي 4.1% من الإناث. يعزى ذلك إلى أن أغلب العاملين في وزارة الصحة والذين يشغلون المناصب الإدارية هم من الذكور حسب دائرة شؤون الموظفين الخاصة بوزارة الصحة الفلسطينية، حيث يشغل الذكور مناصب (مدير عام، نائب مدير عام، مدير مستشفى، مدير طبي ومدير وحدة) بشكل خالص، بينما تشغل عدد (11) أنثى منصب مدير دائرة من أصل (130) ممن مساهم (مدير دائرة). وهنا نجد الفرق الملحوظ بين نسبة الذكور و الإناث العاملين في المناصب الإدارية والتي توضح الاتجاه السائد نحو توظيف فئة الذكور في المناصب الإدارية العليا. كما أن هذه النتيجة ليست بعيدة عن الوضع العام في فلسطين، حيث تبين الإحصاءات أن نسبة الإناث المشاركات في القوى العاملة تقدر 20,1%، أما نسبة الذكور فتصل إلى 71,9% (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014).

2- أفراد عينة الدراسة وفق العمر

الجدول التالي يبين التكرارات والنسب المئوية التي توضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر.

جدول (5.2): أفراد عينة الدراسة وفق العمر

العمر	العدد	النسبة المئوية %
من 20-30 سنة	4	2.7
من 31-40 سنة	42	28.4
من 41-50 سنة	60	40.5
من 51 فما فوق	42	28.4
المجموع	148	100.0

يتضح من جدول (5.2) أن حوالي 69% من عينة الدراسة تتراوح أعمارهم من 31-50 سنة، بينما 28.4% أعمارهم من 51 فما فوق.

3- أفراد عينة الدراسة حسب الموقع الوظيفي

الجدول التالي يبين التكرارات والنسب المئوية التي توضح توزيع أفراد عينة الدراسة المستجيبة حسب الموقع الوظيفي.

جدول (5.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الموقع الوظيفي

الموقع الوظيفي	العدد	النسبة المئوية %
مدير عام	12	8.1
نائب مدير عام	2	1.4
مدير وحدة	6	4.1
مدير دائرة	118	79.7
مدير مستشفى	6	4.1
مدير طبي	4	2.7
المجموع	148	100.0

يتضح من جدول (5.3) أن ما نسبته 79.7% هم مدراء دوائر. وهو يتناسب مع إحصائية العاملين في وزارة الصحة، كما أن هذه النسب تتفق مع دراسة حماد (2013)، بنسبة 72.3% (مدير دائرة).

4- أفراد عينة الدراسة وفق المهنة الأساسية

الجدول التالي يبين التكرارات والنسب المئوية التي توضح توزيع الموظفين حسب المهنة الأساسية.

جدول (5.4): أفراد عينة الدراسة وفق المهنة الأساسية

النسبة المئوية %	العدد	المهنة الأساسية
29.1	43	طبيب
12.2	18	صيدلي
12.8	19	ممرض
6.8	10	فني
39.2	58	خدمات مساندة
100.0	178	المجموع

يتضح من جدول (5.4) أن المهنة الأساسية لما نسبته 29.1% من عينة الدراسة هي طبيب، و 39.2% خدمات مساندة (الإدارة والخدمات). وهو ما يتناسب مع تقرير القوى العاملة في القطاع الصحي في قطاع غزة الصادر عن مركز المعلومات الصحية الفلسطيني التابع لوزارة الصحة الفلسطينية، 2010.

5- أفراد عينة الدراسة وفق المؤهل العلمي

الجدول التالي يبين التكرارات والنسب المئوية التي توضح أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي.

جدول (5.5): أفراد عينة الدراسة وفق المؤهل العلمي

النسبة المئوية %	العدد	المؤهل العلمي
36.5	54	بكالوريوس
3.4	5	دبلوم عالي
43.2	64	ماجستير
16.9	25	دكتوراه أو بورد
100.0	148	المجموع

يتضح من جدول (5.5) أن ما نسبته 36.5% من عينة الدراسة يحملون درجة البكالوريوس، و 43.2% يحملون درجة الماجستير. تتناسب هذه النسب مع دراسة حماد (2013).

6- أفراد عينة الدراسة وفق طبيعة العمل

الجدول التالي يبين التكرارات والنسب المئوية التي توضح أفراد عينة الدراسة حسب طبيعة العمل.

جدول (5.6): توزيع أفراد عينة الدراسة وفق طبيعة العمل

النسبة المئوية %	العدد	طبيعة العمل
32.4	48	إداري
3.4	5	مالي
7.4	11	فني
56.8	84	مختلط
100.0	148	المجموع

يتضح من جدول (5.6) أن طبيعة العمل لما نسبته 32.4% من عينة الدراسة هي "إداري"، 3.4% هي "مالي"، 7.4% هي "فني"، بينما 56.8% من طبيعة العمل هي "مختلط"، أي أنها تجمع بين كون العمل إدارياً و مالياً، أو إدارياً وفنياً، أو مالياً وفنياً. وهي النسبة الأعلى مما سبق. ولعل ارتفاع هذه النسبة يشير إلى العبء الذي يتحمله المدراء في عملهم.

7- أفراد عينة الدراسة وفق عدد سنوات الخبرة المهنية داخل وزارة الصحة الفلسطينية

الجدول التالي يبين التكرارات والنسب المئوية التي توضح توزيع أفراد عينة الدراسة المستجيبة حسب عدد سنوات الخبرة المهنية داخل وزارة الصحة الفلسطينية.

جدول (5.7) : أفراد عينة الدراسة وفق عدد سنوات الخبرة المهنية الداخلية

النسبة المئوية %	العدد	سنوات الخبرة
2.03	3	أقل من 5 سنوات
30.40	45	من 5 سنوات - أقل من 10 سنوات
67.57	100	من 10 سنوات فأكثر
100.0	148	المجموع

يتضح من جدول (5.7) أن ما نسبته 67.57% من عينة الدراسة سنوات خبرتهم 10 سنوات فأكثر. وتوضح النتائج أن سنوات الخبرة للنسبة الأكبر من عينة الدراسة هي 10 سنوات فأكثر.

ثانياً: عرض وجهات نظر عينة الدراسة فيما يتعلق بطبيعة و واقع إسهامات التمويل الدولي لقطاع الصحة في وزارة الصحة الفلسطينية

تم استخدام اختبار "one sample t test"، لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلي درجة الحياد وهي 3 أم لا. كما وتم حساب توزيع (التكرار والنسب المئوية) لوجهات نظر أفراد عينة الدراسة فيما يتعلق بطبيعة و واقع التمويل الدولي لقطاع الصحة في وزارة الصحة الفلسطينية، ومتوسط إجاباتهم والدرجة الكلية لكل بند من البنود، ويوضح ذلك جدول (5.8) التالي:

جدول (5.8): نتائج اختبار t لعينة مستقلة والمتوسط الحسابي والقيمة الاحتمالية (Sig.) فيما يتعلق بطبيعة و واقع التمويل الدولي لقطاع الصحة في وزارة الصحة الفلسطينية

البنود	المقياس	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة اختبار t	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1- يعتبر حجم التمويل الدولي كافياً لتنفيذ الأنشطة الصحية اللازمة.	تكرار	8	5	54	65	16	2.49	49.8	-6.72	*.000
	نسبة	5.4	3.4	36.5	43.9	10.8				
2- التمويل الدولي ضروري وحيوي للقطاع الصحي.	تكرار	64	56	20	8	0	4.19	83.8	16.67	*.000
	نسبة	43.2	37.8	13.4	5.4	0				
3- التمويل الدولي مصدر مالي آمن.	تكرار	6	23	45	51	23	2.58	51.6	-4.82	*.000
	نسبة	4.1	15.5	30.4	34.5	15.5				
4- التمويل الدولي مصدر مالي مستدام.	تكرار	3	5	28	55	57	1.73	34.6	13.74-	*.000
	نسبة	2	3.4	18.9	37.2	38.5				
5- تقي الجهات المانحة بكافة التزاماتها المالية والفنية تجاه القطاع الصحي.	تكرار	1	18	85	33	11	2.76	55.2	-3.66	*.000
	نسبة	0.7	12.2	57.4	22.3	7.4				
6- تتوفر لديكم ثقة ومصداقية بالتمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي.	تكرار	2	27	81	25	13	2.86	57.2	-1.90	*.059
	نسبة	1.4	18.2	54.7	16.9	8.8				
7- التمويل الدولي قدم إسهامات بارزة في الأزمات والظروف الطارئة والكوارث.	تكرار	14	87	42	3	2	3.73	74.6	12.41	*.000
	نسبة	9.5	58.8	28.4	2	1.4				
8- التمويل الدولي يزيد القطاع الصحي بخبرات وطرق عمل جديدة.	تكرار	2	36	88	19	3	3.10	62.1	1.74	*.083
	نسبة	1.4	24.3	59.2	12.8	2				

*000	5.573	66.6	3.33	0	19	64	62	3	تكرار	9- التمويل الدولي يترك آثارا مستدامة على الخدمات الصحية حتى بعد انتهاءه.
				0	12.8	43.2	41.9	2	نسبة	
*000	6.596	68.8	3.44	0	24	41	77	6	تكرار	10- التمويل الدولي أسهم في تطوير نظام الرعاية الصحية الأولية.
				0	16.2	27.7	52	4.1	نسبة	
*000	10.016	71.1	3.55	0	13	42	91	2	تكرار	11- التمويل الدولي أسهم في تطوير نظام الرعاية الثانوية (المستشفيات).
				0	8.8	28.4	61.5	1.4	نسبة	
*110	-1.608	57.8	2.89	6	46	56	39	1	تكرار	12- التمويل الدولي أسهم في تطوير حوكمة النظام الصحي في وزارة الصحة .
				4.1	31.1	37.8	26.4	0.7	نسبة	
*116	1.580	62.1	3.10	1	32	69	43	3	تكرار	13- التمويل الدولي أسهم في تطوير نظم المعلومات الصحية.
				0.7	21.6	46.6	29.1	2	نسبة	
*000	8.217	70.2	3.51	2	16	36	92	2	تكرار	14- التمويل الدولي أسهم في تطوير المستلزمات والتكنولوجيا الطبية.
				1.4	10.8	24.3	62.2	1.4	نسبة	
*580	.554	60.6	3.03	4	25	82	36	1	تكرار	15- التمويل الدولي أسهم في تطوير الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة.
				0.7	16.9	55.4	24.3	0.7	نسبة	
المتوسط = 3.10										جميع البنود

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

من جدول (5.8) يمكن استخلاص ما يلي:

- أن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000، وكذلك قيمة اختبار "t" موجبة للفقرة الثانية " التمويل الدولي ضروري وحيوي للقطاع الصحي"، بمتوسط حسابي نسبي 83.8، والفقرة السابعة " التمويل الدولي قدم إسهامات بارزة في الأزمات والظروف الطارئة والكوارث"، بمتوسط حسابي نسبي 74.6، والفقرة الرابعة عشرة " التمويل الدولي أسهم في تطوير المستلزمات والتكنولوجيا الطبية" بمتوسط حسابي نسبي 70.2، والفقرة الحادية عشرة " التمويل الدولي أسهم في تطوير نظام الرعاية الثانوية (المستشفيات)" بمتوسط حسابي نسبي 71.1، و الفقرة العاشرة " التمويل الدولي أسهم في تطوير نظام الرعاية الصحية الأولية" بمتوسط حسابي نسبي 68.8، والفقرة التاسعة " التمويل الدولي يترك آثارا مستدامة على الخدمات الصحية حتى بعد انتهاءه" بمتوسط حسابي نسبي 66.6، لذلك تعتبر هذه الفقرات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ ، وأن متوسط درجة الاستجابة لها قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرات.

وتمثل الفقرة الثانية أعلى نسبة موافقة تم الحصول عليها من قبل عينة الدراسة، وهو ما أكده أبو حمد، عابد، العيسوي والكاشف في المقابلات الشخصية. وأما الفقرات الأخرى فكما يشير حماد (2013) أن التمويل الخارجي ساهم بشكل كبير في التخفيف من حدة الآثار المدمرة وخصوصاً في فترة الحرب ذات الثمانية أيام الأخيرة التي شنت على قطاع غزة. وأن ازدياد مراكز الرعاية الأولية الحديثة وترميم القديمة منها، والتجهيزات الموجودة، وصيانتها المتكررة هي بفضل التمويل الدولي (عابد، 2014).

- أن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000، وقيمة اختبار "t" سالبة للفقرة الأولى " يعتبر حجم التمويل الدولي كافياً لتنفيذ الأنشطة الصحية اللازمة" بمتوسط حسابي نسبي 49.8، والفقرة الثالثة " التمويل الدولي مصدر مالي آمن" بمتوسط حسابي نسبي 51.6، و الفقرة الرابعة " التمويل الدولي مصدر مالي مستدام" بمتوسط حسابي نسبي 34.6، و الفقرة الخامسة " تفي الجهات المانحة بكافة التزاماتها المالية والفنية تجاه القطاع الصحي" بمتوسط حسابي نسبي 55.2، والفقرة السادسة " تتوفر لديكم ثقة ومصداقية بالتمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي" بمتوسط حسابي نسبي 57.2. لذلك تعتبر هذه الفقرات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ ، وأن متوسط درجة الاستجابة لها يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3. وهذا يعني أن درجة الموافقة على هذه الفقرة من قبل أفراد العينة تقل عن مستوى الحياد.

وتمثل الفقرة الرابعة " التمويل الدولي مصدر مالي مستدام " أعلى نسبة عدم موافقة تم الحصول عليها من قبل عينة الدراسة. وهو مؤشر لضعف ثقة المدراء بالتمويل الدولي كمصدر مالي طويل الأجل يمكن الاعتماد عليه لفترة طويلة، وضرورة البحث عن مصادر مالية أخرى تفي بمتطلبات القطاع الصحي. أما نتيجة الفقرة التي تنص أنه " يعتبر حجم التمويل الدولي كافياً لتنفيذ الأنشطة الصحية اللازمة"، و " التمويل الدولي مصدر مالي آمن"، فهو مؤشر لحاجة القطاع الصحي الغير مستوفاة، إضافة إلى ضعف ثقة المدراء بالتمويل الدولي كمصدر مالي موثوق ويمكن الاعتماد عليه بشكل تام، مما يدفع للبحث عن مصادر مالية أخرى موثوقة وآمنة. هذا وتتفق الباحثة مع أن حجم التمويل للقطاع الصحي الحكومي غير كاف، ولكنها لا تتفق مع الرأي "حجم التمويل الدولي لا يعتبر كافياً لتنفيذ الأنشطة الصحية اللازمة"، حيث توضح الأرقام بأن حجم المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي خلال الفترة ما بين 2007-2012 قد بلغ (1,307) مليون شيكل أي حوالي (339) مليون دولار، وكان للفترة ما بين 2009-2012 قد بلغ (1,222) مليون شيكل، أي ما يعادل حوالي (317) مليون دولار، وكانت نسبة المساعدات من إجمالي النفقات هي 81.1%، بينما كانت نسبة الدعم الفعلي للحكومة 12.0%، وشكلت الإيرادات ما نسبته 6.9% (وزارة الصحة، 2013).

بلغت وجهات نظر عينة الدراسة درجة الحياد " الدرجة المتوسطة" للبنود التي تشير إلى أن " التمويل الدولي يزود القطاع الصحي بخبرات وطرق عمل جديدة"، و أن " التمويل الدولي أسهم في تطوير حوكمة النظام الصحي في وزارة الصحة"، " التمويل الدولي أسهم في تطوير نظم المعلومات الصحية"، و " التمويل الدولي أسهم في تطوير الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة"، مما يعني بأنه يوجد دور وإسهامات واضحة للتمويل الدولي في تحسين وتطوير القطاع الصحي الحكومي في قطاع غزة، ولكن ليس بالشكل الذي تتطلع إليه وزارة الصحة لتحسين مستوى الخدمات الصحية للمواطنين في قطاع غزة، مما يعني الحاجة للمزيد من الخطوات وبذل الجهود للرقى بالواقع الصحي الفلسطيني في قطاع غزة فيما يتعلق بطرق ونظم العمل والخبرات الجديدة، إضافة للسعي لتطوير نظم المعلومات الصحية والموارد البشرية التي قد يكون وضع المعابر الحدودية ومشاكل السفر سواء لتدريب الكوادر في الخارج أو لجلب الكوادر التدريبية للتدريب في قطاع غزة هي أحد مسببات ضعفها.

- تحليل الأسئلة ذات الاختيار المتعدد :

فيما يلي تحليل إجابات أفراد العينة المستجيبية فيما يتعلق بالمحاور التالية:

1- أهم الصعوبات والعقبات التي تواجهكم على صعيد تأمين التمويل الدولي

جدول (5.9): أهم الصعوبات والعقبات التي تواجهكم على صعيد تأمين التمويل الدولي

النسبة المئوية %	العدد	الصعوبات والعقبات التي تواجهكم على صعيد تأمين التمويل الدولي
29.9%	147	الظروف السياسية السائدة
20.8%	102	وجود أولويات للممولين في بلدان أخرى
11.0%	54	عقبات إدارية
10.8%	53	خمول و عدم تفاعل الممولين
10.4%	51	أجندات خفية
7.7%	38	نقص الكفاءات في الوزارة في جلب التمويل
5.1%	25	عقبات قانونية
4.3%	21	خلافات داخلية في الوزارة
100.0%	491	المجموع

يوضح جدول (5.9) بأن أهم الصعوبات والعقبات التي تواجه وزارة الصحة الفلسطينية على صعيد تأمين التمويل الدولي هي الظروف السياسية السائدة بنسبة 29.9% ، ومن ثم وجود أولويات للممولين في بلدان أخرى بنسبة 20.8%.

وفيما يتعلق بالصعوبة ذات النسبة الأكبر وهي الظروف السياسية السائدة، فإنه كما تشير ساق الله (2011) أن التمويل الخارجي تراجع من سنة لأخرى نتيجة الظروف السياسية ومن خلال ربطه بالاستقرار في المنطقة، وقد عمد الاحتلال إلى تدمير كل ما تم إنجازه خلال السنوات الماضية، وشمل التدمير كافة القطاعات، كما ويؤكد ذلك تقرير الأمم المتحدة (2010) الذي يشير إلى تأثير الشقاق بين غزة ورام الله، وأن العديد من القضايا النابعة من الشقاق السياسي بين السلطة الوطنية في رام الله وسلطات حماس في قطاع غزة أدت إلى جعل عمليات المساعدة الإنسانية أكثر صعوبة.

أما الصعوبة المتمثلة في وجود أولويات للممولين في بلدان أخرى، كالدول المسماة "دول الربيع العربي" على سبيل المثال والتي لا تخفى حاجتها للدعم والتمويل، فذلك يتفق مع دوافع مانحي المساعدات التي قد تكون دوافع سياسية كما يشير الكاظم (2001) وهي تتبع من المصالح الإستراتيجية والاهتمامات السياسية الخارجية للدول المانحة، إضافة إلى الدوافع الإنسانية كما يشير حماد (2013)، والتي تأخذ في اعتباراتها إنقاذ الأرواح أو تخفيف معاناة المتضررين في الطوارئ. أما باقي الصعوبات المذكورة بالترتيب بأنها العقبات الإدارية، نقص الكفاءات في جلب التمويل، العقبات القانونية ومن ثم الخلافات الداخلية في الوزارة، فإنه كما يشير حماد (2013) بأنه على الرغم من أن الحجم الأكبر من المساعدات التي تدخل الضفة الغربية وقطاع غزة تحتاج إلى نظام لتنسيق تلك المساعدات، إلا أن هناك تساؤل حول استجابة هيكلية لاحتياجات الشعب الفلسطيني وأولوياته، وحول قدرة الوزارات الفلسطينية للتقدم بجدول أعمال مؤهل لتوجيه المانحين بدلاً من إبتاعهم. ويذكر هلاي (2010) بأن الهيئة المتلقية في أحيان كثيرة تكون غير مؤهلة تنظيمياً أو مؤسسياً لتلقي الدعم وهو ما يدفعها للتكيف مع الاعتبارات التي تطرحها هيئة التمويل.

وفيما يتعلق بالصعوبة المتعلقة بخمول وعدم تفاعل الممولين والأجندات الخفية، فإن أبو حماد (2011) يشير إلى استطاعة الجهة المانحة بدرجة كبيرة على فرض شروطها على الجهة المتلقية، ويذكر هلاي (2010) بأن الإشكالية الأولى للتمويل الأجنبي أنه يحمل - عادة - أجندته الخاصة التي تتكون من جملة من المفاهيم الأساسية التي يسعى إلى تعزيزها، انعكاساً لتطور خاص بها.

2- أسباب العجز في وزارة الصحة الفلسطينية، إن وُجدت:

جدول (5.10): أسباب العجز في وزارة الصحة الفلسطينية

النسبة المئوية %	العدد	أسباب العجز في وزارة الصحة الفلسطينية، إن وجدت
32.5%	130	عدم كفاية التمويل
28.3%	113	محدودية الموارد الذاتية
21.3%	85	ضعف قدرة المجتمع الاقتصادية
8.3%	33	غياب دور تجنيد الأموال وإدارة المشاريع
5.0%	20	تقديم المساعدات للفئات المستهدفة بشكل واسع
4.8%	19	إخفاق الإدارة المالية
100.0%	400	المجموع

يوضح جدول (5.10) إجابات أفراد عينة الدراسة حول أسباب العجز في وزارة الصحة الفلسطينية، وقد أشارت الإجابات التي كانت بالإيجاب بنسبة 32.5% لعدم كفاية التمويل بنسبة، 28.3% محدودية الموارد الذاتية، 21.3% ضعف قدرة المجتمع الاقتصادية.

ومن وجهة نظر الباحثة فإن تلك الآراء تؤيد وجهات النظر السابقة حول حيوية وضرورة التمويل الدولي للقطاع الصحي، وأن التمويل الدولي مصدر مالي أساسي لتقديم الخدمات الصحية اللازمة ومن مسببات ذلك كما توضح الآراء عدم توفر كفاية من التمويل لدعم القطاع الصحي، إضافة إلى الموارد المالية الذاتية المحدودة بجانب الوضع الاقتصادي الذي يضعف من قدرة المجتمع على المشاركة، ويؤيد ذلك المرصد التنموي (2010) أنه في فلسطين على الرغم من أن الصحة تُشكّل أولوية رابعة بعد الأمن والتعليم والشؤون الاجتماعية في موازنات السلطة المتعاقبة، إلا أن ذلك لا يعني أن الاهتمام الحكومي بالصحة متماثل مع هذا التدرج بل يعكس الفجوة بين موازنات القطاعات المختلفة. وأن التدرج في الأولويات لا يعكس الحقيقة، بل ما يعكسه هو نسبة ما يُخصص للفرد الفلسطيني من هذه الموازنة الصحية. وتؤكد الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان على تراجع نسبة الصحة في الموازنة العامة من 8.6% إلى 7.7%. كما تشير نسبة من الآراء بأنه من أسباب العجز خلل في الإدارة المالية الداخلية في الوزارة وغياب دور تجنيد وحشد الأموال وإدارة المشاريع، وهو بشكل ما يؤيد فرضية الدراسة التي تقيد بأن إدارة التمويل داخلياً تؤثر في إسهامات التمويل الدولي لتطوير ودعم القطاع الصحي. وأما " تقديم المساعدات للفئات المستهدفة بشكل واسع" والتي كانت تمثل 5% من أسباب العجز فإنه مما لا شك فيه أنه من الناحية الديموغرافية فهناك تزايد كبير في عدد سكان القطاع وكل هذا يتطلب تكثيف المساعدات للقطاع الصحي

الحكومي في قطاع غزة ليستطيع تلبية احتياجاته لتقديم الخدمات الصحية لمواطني القطاع (حماد، 2013). كما ويؤيد ذلك إفادة (الكاشف، 2014) بوجود عجز في الأدوية والمستهلكات الطبية وهي تؤثر تأثيراً سلبياً على تقديم الخدمة كماً و كيفاً، إضافة إلى ضعف في دائرة الهندسة والصيانة لاعتمادها على القطع والمواد، و المسبب الرئيسي للمشكلة هو وجود أزمة الكهرباء التي عملت على تعطيل الكثير من الأجهزة الضرورية، إضافة إلى نقص في الكوادر الهندسية المدربة تدريباً جيداً.

3- أهم احتياجات القطاع الصحي والتي تعتبر من الأولويات لتقديم الخدمات الصحية بالطريقة الملائمة

جدول (5.11): أهم احتياجات القطاع الصحي والتي تعتبر من الأولويات لتقديم الخدمات الصحية بالطريقة الملائمة

النسبة المئوية %	العدد	أهم احتياجات القطاع الصحي والتي تعتبر من الأولويات لتقديم الخدمات الصحية بالطريقة الملائمة
14.9%	121	زيادة حجم التمويل الصحي
14.3%	116	توفير الأدوية
13.4%	109	كوادر بشرية متخصصة
11.2%	91	تطوير القدرات الإدارية
9.6%	78	تغطية مصاريف تشغيلية جارية
9.6%	78	التخطيط والتطوير
9.1%	74	أجهزة وتقنيات
6.2%	50	تحسين العلاقة مع المجتمع
5.9%	48	تطوير القدرات المالية
5.7%	46	علاقات تشبيك
100.0%	811	المجموع

يوضح جدول (5.11) إجابات العينة حول أهم احتياجات القطاع الصحي والتي تعتبر من الأولويات لتقديم الخدمات الصحية بالطريقة الملائمة، وكانت تلك الاحتياجات 14.9% لزيادة حجم التمويل الصحي، 14.3% توفير الأدوية، 13.4% كوادر بشرية متخصصة. وترى الباحثة بأنها احتياجات منطقية وضرورية لتقديم الخدمات الصحية بالطريقة الملائمة.

كما وتتفق الاحتياجات المتعلقة بزيادة حجم التمويل الصحي وتوفير الأدوية والأجهزة والتقنيات، مع ما جاء في الخطة التشغيلية لوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، (2012) وأن من التحديات التي واجهت القطاع الصحي الحكومي، عدم صرف المخصصات المالية على بند الموازنة حسب خطة القطاع الصحي، وأنه بنهاية العام 2012 بعض أصناف الأدوية و المستهلكات الطبية بلغ رصيدها صفر، من جانب آخر يشير حماد (2013) بأن إجمالي المساعدات المقدمة خلال الستة أعوام ما بين عام 2006-2012 من الأدوية تقدر (803,847,911) شيكل أي بنسبة 61.5%، وهي أعلى نسبة في المساعدات المقدمة لوزارة الصحة خلال الأعوام الست الماضية، ومن ذلك يمكن استنتاج مدى الاحتياج المتزايد والكبير جداً من الأدوية للوفاء بمتطلبات القطاع الصحية، ومدى الاعتماد على التمويل الدولي في ذلك. كما ولا تخفى الحاجة إلى ضرورة تحسين العلاقة مع المجتمع، علماً بأنه وفقاً لبيانات الجهاز المركزي للإحصاء كانت مساهمة قطاع الأسر المعيشية من إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي الحكومي قد بلغ 42.0% في عام 2009، و 40.9% خلال عام 2010 (وزارة الصحة، 2011). وكذلك الحاجة إلى إيجاد نظام صحي أشمل يضمن تقليل نفقات الأفراد لحصولهم على الخدمات الصحية اللازمة لهم بقدر الإمكان.

من جانب آخر يؤيد حاجة القطاع الصحي إلى تطوير القدرات الإدارية والمالية والحاجة للكوادر البشرية المتخصصة، ما أشار إليه عابد بأن المدراء غير قادرين على ممارسة أفضل خياراتهم لأنه ليس لديهم قدرة كبيرة على المدخلات والموارد، مع نقص في المهارات الإدارية عند مستويات النظام والمؤسسة. علاوة على ذلك، العديد من الممارسات الإدارية والتنظيمية بحاجة إلى مراجعة وتحسين (Abed, 2007).

4- مصدر الفكرة الرئيسية للمشاريع الممولة دولياً

جدول (5.12): مصدر الفكرة الرئيسية للمشاريع الممولة دولياً

النسبة المئوية %	العدد	مصدر الفكرة الرئيسية للمشاريع الممولة دولياً
44.7%	101	الإدارة العليا للوزارة
32.7%	74	المانحين
11.9%	27	المستفيدين
10.6%	24	الإدارة التنفيذية
100.0%	226	المجموع

يوضح جدول (5.12) إجابات عينة الدراسة حول مصدر الفكرة الرئيسية للمشاريع الممولة دولياً، والتي كانت بنسبة 44.7% بأن مصدرها هو الإدارة العليا للوزارة، 32.7% بأن مصدرها هم المانحين. وبحسب رأي عابد (2014) حول الجهة المسؤولة عن عملية إدارة المشاريع الممولة دولياً أوضح بأنه " في هيكل وزارة الصحة، الجهة المسؤولة عن الاتصال والتنسيق بجهة خارجية هي دائرة التعاون الدولي، فهي المسؤولة عن كافة المساعدات الخارجية الواردة، وهناك دوائر تقوم بالتنسيق ووضع السياسات وأخرى في التنفيذ، فالإدارة العامة للرعاية الأولية ترعى كافة أمور الرعاية الأولية، والإدارة العامة للمستشفيات ترعى شؤون المستشفيات فهي دائرة تنفيذية تنفذ العمل على الأرض".

كما ويؤيد تلك النسب رأي نفس المصدر السابق بأن " أفكار المشاريع تتبع أشكالاً متعددة، الغالبية تأتي ضمن احتياجات ترفعها وزارة الصحة الفلسطينية للجهات المانحة، وبالأخص كافة طلبيات الطوارئ المرفوعة مسبقاً من الإدارات العامة للأقسام المختلفة مثل الإدارة العامة للرعاية الأولية والإدارة العامة للمستشفيات، والمرفوعة إلى إدارة التعاون الدولي الذي يقوم بدوره بتسويق هذه المشاريع بإرسالها لمانحين مختلفين، وتختلف الاستجابة من مانح لآخر. وهناك شكل آخر وهو أن هناك بعض الدول التي لها أجنحتها الخاصة، مثل مبادرة بعض الدول كاليابان بشراء أجهزة طبية وتبدأ الوزارة بتحديد احتياجاتها حسب المنحة المعروضة، وتحضر قوائم بما يعادل لمبلغ المعروض، وتشكل لجان مشتريات خاصة، وهناك دول أخرى كالولايات المتحدة الأمريكية والتي تقوم بعرض ما يسمى "Soft Package" مثل خدمات تحسين الجودة والتدريب والتعليم، و إيطاليا التي تعرض خدماتها لدعم النظام الصحي الفلسطيني، فتقوم بتنفيذ المشاريع التي تسد ما يمكن وجوده من ثغرات في ذلك النظام. أما الاتجاه الأخير لمصدر أفكار المشاريع فهو الشكل التفاوضي، أي أنه قبل إعطاء لمنحة يقوم وفد بزيارة المكان ويستمع إلى الوزارة حول الاحتياجات الضرورية المطلوبة، ومن ثم يتم تشكيل شكل المشروع بالتداول، أما الصورة الأكثر تداولاً فهي بحسب الظرف القائم، ففي سنوات الطوارئ يكون الشكل الأول أي من وزارة الصحة إلى الجهات المانحة". وتشير الباحثة إلى الحاجة إلى تقوية دور المستفيدين والإدارات التنفيذية في تحديد أفكار المشاريع المطروحة للتمويل لأن المشاريع ذات الحاجة تتبع منهم أولاً. من ناحية أخرى يشير الكاشف (2014) إلى أن عدم وجود كفاءة في المستويات الأدنى رفعت المصدر للإدارة العليا.

5- لتحسين عملية إدارة التمويل الدولي ينبغي التركيز على :

يوضح جدول (5.13) إجابات العينة حول ما ينبغي التركيز عليه لتحسين عملية إدارة التمويل الدولي، فكانت بنسبة كبرى 18.9% لتحديد الأولويات الوطنية الصحية.

جدول (5.13): لتحسين عملية إدارة التمويل الدولي ينبغي التركيز على عملية

النسبة المئوية %	العدد	لتحسين عملية إدارة التمويل الدولي ينبغي التركيز على عملية
18.9%	124	تحديد الأولويات الوطنية الصحية
17.7%	116	التخطيط
14.7%	96	المتابعة
13.9%	91	التسويق للمشاريع
13.1%	86	التقييم
11.1%	73	الرقابة
10.5%	69	تحديد الأدوار وتوزيعها
100.0%	655	المجموع

وتتفق تلك النتائج المتعلقة في جملتها بإدارة التمويل الدولي داخلياً من قبل وزارة الصحة الفلسطينية مع Schoenbaum et al (2005) بأن الدعم الدولي للنظام الصحي الفلسطيني يجب أن يرتبط ارتباطاً وثيقاً مع الأولويات والأهداف الصحية الفلسطينية، لتقليل الصراع بين جدول الأعمال الوطني والذي هي في نهاية المطاف مسؤولية حكومية و جداول أعمال الجهات المانحة.

6- العلاقة بين مصادر التمويل الدولي ووزارة الصحة الفلسطينية

جدول (5.14): العلاقة بين مصادر التمويل الدولي ووزارة الصحة الفلسطينية

النسبة المئوية %	العدد	العلاقة بين مصادر التمويل الدولي ووزارة الصحة الفلسطينية هي
37.0%	133	علاقة تمويل (منح ودعم مالي)
15.3%	55	علاقة تنسيقية
13.9%	50	أنشطة مشتركة
9.7%	35	علاقة مهنية (تطوير إداري، مؤسسي...)
8.6%	31	علاقة تعاقدية
7.2%	26	علاقة شراكة
4.5%	16	علاقة إشراف
3.6%	13	علاقة تكاملية
100.0%	359	المجموع

يوضح جدول (5.14) إجابات عينة الدراسة حول طبيعة العلاقة بين مصادر التمويل الدولي ووزارة الصحة، فكانت بنسبة كبرى 37% أنها علاقة تمويل أي تقتصر على تقديم المنح والدعم المالي.

7- العوامل التي تؤثر سلباً على كفاءة التمويل الدولي لوزارة الصحة الفلسطينية

يوضح جدول (5.15) إجابات العينة حول العوامل التي تؤثر سلباً على كفاءة التمويل الدولي لوزارة الصحة الفلسطينية، فكانت بنسبة 21.1% ترجع إلى العوامل السياسية والأمنية، 14.9% سياسات الجهات المانحة في إدارة عملية التمويل، 13.3% تدهور الأوضاع الاقتصادية والمالية.

جدول (5.15): العوامل التي تؤثر سلباً على كفاءة التمويل الدولي لوزارة الصحة الفلسطينية

العوامل التي تؤثر سلباً على كفاءة التمويل الدولي لوزارة الصحة الفلسطينية	العدد	النسبة المئوية %
العوامل السياسية والأمنية	140	21.1%
سياسات الجهات المانحة في إدارة عملية التمويل	99	14.9%
تدهور الأوضاع الاقتصادية والمالية	88	13.3%
غياب الرؤى المشتركة والتنسيق المحلي والدولي لآليات وإجراءات التمويل	72	10.9%
التحديات الصحية والوبائية	62	9.4%
الافتقار للإدارة الاستراتيجية والخبرة والمسؤولية والإمكانيات	57	8.6%
عدم تعاون ومشاركة المجتمع المحلي والجمهور	54	8.1%
التحديات الديموغرافية والاجتماعية	48	7.2%
عدم انسجام أهداف الوزارة الصحية مع أهداف المانحين لتحقيق التنمية والمشاريع المنتجة	43	6.5%
المجموع	663	100.0%

ويؤيد ذلك ما أشار له حماد (2013)، بأن استمرار الاحتلال وعدم الاستقرار السياسي أبقى سلطة اتخاذ القرار في أيدي المانحين على المستوى الدولي، وحتى بالرغم من التغييرات الهيكلية، وأيضاً مع وجود سلطة فلسطينية مستقرة ومؤهلة فإن العلاقة بقيت علاقة العميل والمتلقي. وهو يتفق مع Badawi and Qasem (2010) بأن الاحتلال الإسرائيلي وسلوكه المدمر للإنسان والأرض والحياة يعد من أهم الصعوبات التي تواجه النظام الصحي الفلسطيني، ويتفق كذلك مع دراسة Giacaman et al. (2009). كما وتتفق تلك العوامل مثل تدهور الأوضاع الاقتصادية والمالية، و التحديات الديموغرافية والاجتماعية مع ما جاء في الخطة التشغيلية لوزارة الصحة في قطاع غزة، (2012) وأن من التحديات التي واجهت القطاع الصحي الحكومي أثناء القيام بدوره، عدم وجود مصدر مالي ثابت لتغطية تكاليف الأدوية والمستهلكات الطبية، إضافة إلى أزمة الكهرباء أثرت بصورة كبيرة على كفاءة عمل المولدات وعلى زيادة استهلاك الوقود وعلى الأجهزة، وكذلك الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.

5.3 اختبار فرضيات الدراسة:

لاختبار فرضيات الدراسة فقد تم استخدام الاختبارات المعلمية (اختبار t لعينة الواحدة، اختبار t لعينتين مستقلتين، التباين الأحادي)، وهذه الاختبارات مناسبة في حالة وجود أن توزيع البيانات يتبع التوزيع الطبيعي وقد تم التأكد من ذلك مسبقاً.

الفرضية الأولى:

تتأثر إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية بعملية إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة على عند مستوى دلالة إحصائية (0.05).

تم استخدام اختبار t لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الحياد وهي 3 أم لا. النتائج موضحة في جدول (5.16).

وتشمل إدارة التمويل الدولي خارجياً على: سياسات التمويل (إجراءات، أهداف، مبادئ وشروط)، ونوعية المشاريع الممولة (إغاثية أم تنموية)، وحجم التمويل.

جدول (5.17) : المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال " إدارة التمويل الدولي خارجياً "

الرتبة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسط الحسابي النسبي	المتوسط الحسابي	الفقرة	م
11	*.930	.088	60.2	3.01	إجراءات وممارسات الممولين تحد من الفساد وسوء استخدام التمويل الدولي.	1.
15	*.029	-2.207	57.0	2.85	أهداف وسياسات التمويل الدولي تتوافق مع الأهداف الوطنية الصحية وأولويات المجتمع الفلسطيني.	2.

13	*.268	-1.112	58.2	2.91	3. التمويل الدولي يحدد أولويات عمله الصحي وفقاً لاحتياجات المجتمع الفلسطيني الصحية.
10	*.924	.095	60.2	3.01	4. حجم التمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي يغطي جزء كبير من المعاناة التي يعيشها المواطنين في قطاع غزة.
1	*.000	16.964	83.2	4.16	5. زيادة القيمة المادية للتمويل الدولي تؤثر إيجاباً على القطاع الصحي بشكل عام.
8	*.021	2.332	63.6	3.18	6. هناك انتقائية غير عادلة في تمويل المشاريع وتغطية الاحتياجات الضرورية.
5	*.000	3.781	65.4	3.27	7. التمويل الدولي شفاف في تنفيذ المشاريع.
7	*.019	2.378	63.6	3.18	8. التمويل الدولي شفاف في تبادل المعلومات.
9	*.056	1.927	62.6	3.13	9. التمويل الدولي ساهم في تعزيز مبدأ الرقابة المالية على الأنشطة الصحية للوزارة.
12	*.920	-.100	59.8	2.99	10. التمويل الدولي ساهم في تعزيز مبدأ الرقابة الإدارية على الأنشطة الصحية لوزارة الصحة.
14	*.056	-1.930	57.8	2.89	11. التمويل الدولي ساهم في تعزيز المساءلة ومسئولية الوزارة أمام المجتمع المحلي.
6	*.001	3.262	64.4	3.22	12. التمويل الدولي ساعد وزارة الصحة على استغلال الموارد بكفاءة ومهنية عالية
4	*.000	4.512	65.6	3.28	13. ساهم التمويل الدولي في تنفيذ أنشطة ومشاريع الوزارة وانجازها بطريقة مثلى.
2	*.000	6.926	68.7	3.43	14. التمويل الدولي ساهم في تنفيذ أنشطة ومشاريع ذات مردود وفائدة كبيرة.
3	*.000	5.222	68.6	3.42	15. أولويات التمويل الدولي في دعم المشاريع الصحية تتم بالتنسيق والتعاون مع وزارة الصحة الفلسطينية.
	*.000	6.783	64.6	3.23	جميع فقرات المجال معاً

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

من جدول (5.16) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الخامسة " زيادة القيمة المادية للتمويل الدولي تؤثر إيجاباً على القطاع الصحي بشكل عام " يساوي 4.16 (الدرجة الكلية من 5)، وقيمة الاختبار 16.964 وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة. حيث نلاحظ أن الرتبة التي حصلت عليها هذه الفقرة (1) وهي تمثل أعلى نسبة موافقة تم الحصول عليها من قبل الفئة المستطلع أرائهم، وتعزو الباحثة ذلك لحاجة القطاع الصحي الكبيرة للتمويل وعدم كفاية التمويل الصحي الحالي، ويؤكد ذلك دراسة Badawi and Qasem (2010)، التي تشير إلى أن المساعدات الدولية كانت ولا تزال الداعم الرئيسي للقطاع الصحي في فلسطين، موزعة على هيئة دعم ميزانية وزارة الصحة الدورية (Recurrent Budget) بنسبة (8%)، استثمارات وزارة الصحة (16%)، والأونروا (10%)، والمنظمات غير الحكومية (14%).

- المتوسط الحسابي للفقرة الرابعة عشرة " التمويل الدولي ساهم في تنفيذ أنشطة ومشاريع ذات مردود وفائدة كبيرة" يساوي 3.43، وقيمة الاختبار 6.926 وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة. حيث نلاحظ أن الرتبة التي حصلت عليها هذه الفقرة (2)، ونفس التحليل الإحصائي يتبع الفقرات ذات الرتب 3,4,5,6,7,8 و9. وكما يشير عابد (2014)، فإن كل ما تم من إنجازات واقعية في القطاع الصحي مصدرها التمويل الدولي، فالمراكز الصحية الموجودة والأجهزة والمعدات وصيانتها وتجديدها هو من التمويل الدولي، وما على وزارة الصحة الفلسطينية سوى حسن الاستغلال لما يقدم. وكما يؤكد الكاشف (2014) على أن " أولويات التمويل الدولي في دعم المشاريع الصحية تتم بالتنسيق والتعاون مع وزارة الصحة الفلسطينية" وأن "التمويل الدولي قد ساعد وزارة الصحة على استغلال الموارد بكفاءة ومهنية"، كما و"ساهم في تنفيذ أنشطة ومشاريع الوزارة وانجازها بطريقة مثلى".

ولعل "هناك انتقائية غير عادلة في تمويل المشاريع وتغطية الاحتياجات لضرورية" يرجع إلى أكثر من مسبب، أحدها كما يؤكد الكاشف و عابد (2014)، بأن ذلك نابع من أجندة معينة خاصة بتلك الجهات المانحة و ليست بالضرورة أجندات سياسية، مثل توجه بعض الجهات المانحة بشراء أجهزة طبية ودعم الوزارة حسب احتياجها من تلك الأجهزة، أو قيام جهات أخرى بعرض خدمات

تدريبية وتعليمية، وأخرى بخدمات دعم النظام الصحي الفلسطيني، وغيرها تهتم بصحة الطفل والمرأة، وقد تدخل الأجندة السياسية في موضوع دعم القطاع الصحي من كون الجهات المانحة كالاتحاد الأوروبي تقوم بدعم مشاريع تخدم عملية السلام، أي تقوم بدعم تلك المشاريع التي قد تحرز تقارب فلسطيني إسرائيلي مثل المشاريع البحثية التي تجمع جامعات إسرائيلية وأخرى فلسطينية. وبالتالي فإن تلك الانتقائية لها أكثر من مبرر، وما على الجهات المحلية إلا حسن التدبير والتعامل وفقاً لأولويات والاحتياجات الوطنية الصحية.

- المتوسط الحسابي للفقرة الثانية " أهداف وسياسات التمويل الدولي تتوافق مع الأهداف الوطنية الصحية وأولويات المجتمع الفلسطيني " يساوي 2.85، قيمة الاختبار 2.207-، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.029 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3. وهذا يعني أن درجة الموافقة على هذه الفقرة من قبل أفراد العينة تقل عن مستوى الحياد. حيث نلاحظ أن الرتبة التي حصلت عليها هذه الفقرة (15) وهي تمثل أعلى نسبة عدم موافقة تم الحصول عليها من قبل الفئة المستطلع آرائهم. ومن وجهة نظر الباحثة فإن ذلك يرجع لحال الجهات المانحة الخارجية والتي تقدم الدعم للقطاع الصحي من منظورها الخاص والنابع من ثقافة بلد المنشأ، فعلى سبيل المثال، الدول التي تهتم داخلياً بموضوع الصحة الإنجابية، وضرورة الحث على تنظيم الأسرة والعناية بالأم والطفل، تقدم خدماتها وفقاً لرؤيتها وما تقدمه داخلياً والذي بطبيعة الحال قد لا يتفق أحياناً مع الدول المستقبلية لذلك الدعم. كما وترى الباحثة أن المانح غالباً ما يعطي خدمة هو بارع فيها وقد يزيد عليها الطلب في المستقبل إن نجح استغلالها في البلد المستقبل، مما يزيد من أرباحه المادية والمعنوية من قبل أطراف أخرى.

وتتفق مع هذه الفقرة الفقرات رقم (11) "التمويل الدولي ساهم في تعزيز المساءلة ومسئولية الوزارة أمام المجتمع المحلي"، ورقم (3) " التمويل الدولي يحدد أولويات عمله الصحي وفقاً لاحتياجات المجتمع الفلسطيني الصحية"، ورقم (10) " التمويل الدولي ساهم في تعزيز مبدأ الرقابة الإدارية على الأنشطة الصحية لوزارة الصحة"، والتي أخذت الرتب 14، 13 ثم 12. وفيما يتعلق بالفقرة (11) و(3) تجدر الإشارة إلى أنه من المهم أن نتذكر، في خضم هذا العمل التقني، أن الناس هم محور هذا الأمر، فمن ناحية هم الذين يقدمون الأموال المطلوبة لدفع تكاليف الخدمات، ومن الناحية الأخرى، أن السبب الوحيد لجمع هذه الأموال هو تحسين صحة هؤلاء الناس ومعافاتهم. والتمويل الصحي وسيلة تفضي إلى غاية، وليس غاية في حد ذاته (منظمة الصحة العالمية، 2010).

وهنا بشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي يساوي 3.23، وقيمة الاختبار 6.783، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك يعتبر مجال " إدارة التمويل الدولي خارجياً " دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال.

ولعل ذلك يرجع إلى أن الخطط الصحية التي وضعت قد تم الاستجابة لها وتغطيتها بمساعدات خارجية ودولية بنسبة كبيرة جداً، وأن هنالك وجهات نظر مشوهة حول صورة التمويل الدولي أمام المجتمع، إما لأن المجتمع لم يفهم أهميتها، أو أن الجهة المانحة مجرد أنها تعطي ما تستطيع تقديمه لنا، بمعنى أنها تدعمنا بقدر استطاعتها، وهذا يشير إلى دور وزارة الصحة التي ينبغي عليها أن تقلل من تلك الانتقادات وأن تتحرى الدقة في نقل وتصوير البيانات (عابد، 2014).

وعليه فإن نتيجة الفرضية:

تتأثر إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية بعملية إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة على عند مستوى دلالة إحصائية (0.05).

الفرضية الثانية:

تؤثر عملية إدارة التمويل الدولي داخلياً (في وزارة الصحة الفلسطينية) على إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية عند مستوى دلالة إحصائية (0.05).

تم استخدام اختبار t لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الحياد وهي 3 أم لا. النتائج موضحة في جدول (5.17).

وتشمل إدارة التمويل الدولي داخلياً من قبل وزارة الصحة الفلسطينية : القدرة على التوظيف الأمثل للتمويل الدولي الوارد ومدى توافق المشاريع الممولة مع الأجندة الصحية الوطنية لوزارة الصحة الفلسطينية من خلال تقديم وتحديد الأجندة الصحية الوطنية للممولين، و تقديم مقترحات المشاريع استناداً لحاجة الوزارة والمجتمع، وعمليات التقييم والمتابعة والتركيز على مفاهيم الكفاءة والفاعلية.

جدول (5.17): المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig). لكل فقرة من فقرات مجال " إدارة التمويل الدولي داخلياً "

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig)	الرتبة
1.	تستثمر وزارة الصحة التمويل الدولي المقدم لها بطريقة إيجابية ومثلى.	3.68	73.6	9.236	*0.000	1
2.	وزارة الصحة تقدم وتحدد الأجندة الصحية الوطنية للممولين.	3.50	70.0	5.640	*0.000	3
3.	التمويل الدولي ساهم في استقلالية وزارة الصحة.	2.62	52.4	-5.302	*0.000	9
4.	تقديم مقترح مشروع مستند لحاجة الوزارة والمجتمع هو الوسيلة المتبعة لجلب التمويل.	3.54	70.8	6.494	*0.000	2
5.	يمكن وصف التمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي بالفعال (أي يحقق الأهداف المنشودة).	3.32	66.4	4.472	*0.000	7
6.	يمكن وصف التمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي بالناجح (أي لا يتم إضاعة الموارد).	3.24	64.8	3.132	*0.002	8
7.	برامج ومشاريع التمويل الدولي ملائمة لأهداف القطاع الصحي وأجندته.	3.30	66.0	4.500	*0.000	6
8.	الخدمات والمشاريع الصحية الممولة دولياً تُقيم وتتابع باستمرار.	3.35	67.0	4.622	*0.000	5
9.	التمويل الدولي يتم عبر دعم مشاريع محددة.	3.45	69.0	4.716	*0.000	4
	جميع فقرات المجال معاً	3.3341	66.68	6.212	*0.000	

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

من جدول (5.17) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الأولى " تستثمر وزارة الصحة التمويل الدولي المقدم لها بطريقة إيجابية ومثلى" يساوي 3.68 (الدرجة الكلية من 5)، وقيمة الاختبار 9.236، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة. حيث نلاحظ أن الرتبة التي حصلت عليها هذه الفقرة (1) وهي أعلى نسبة موافقة في هذا المحور، وتعزو الباحثة ذلك إلى العديد من الوقائع كوجود بنية تحتية وكوادر مهنية كفوءة، كما أن لوزارة الصحة الفلسطينية رؤية ورسالة ومبادئ عمل واضحة ملتزمة بمبدأ العمل المشترك مع جميع الشركاء لتطوير الأداء في القطاع الصحي والارتقاء به، ومن جهة أخرى فإن أعباء الرعاية الصحية من خلال زيادة عدد القتلى والجرحى بما في ذلك العاملين في المجال الطبي، وتدمير مرافق الرعاية الصحية والناجمة عن الاعتداءات المتكررة على قطاع غزة إضافة إلى الموازنة المعتمدة والغير كافية لتقديم الخدمات الصحية بالشكل الأمثل، كل ذلك يضع وزارة الصحة الفلسطينية في موقف التصدي والقيام بكل ما يمكن القيام به من استغلال أمثل لمورد التمويل الدولي. كما وتتفق مع عابد (2014) بأن التمويل الدولي والمساعدات الخارجية هي ثمرة جيدة جداً إذا ما وجدت تربة صالحة لاستخدامها واستيعابها لأن تأتي بثمار جيدة يعود نفعها على الجميع.

- المتوسط الحسابي للفقرة الثالثة " التمويل الدولي ساهم في استقلالية وزارة الصحة" يساوي 2.62، قيمة الاختبار -5.302، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3. وهذا يعني أن درجة الموافقة على هذه الفقرة من قبل أفراد العينة تقل عن مستوى الحياد. حيث نلاحظ أن الرتبة التي حصلت عليها هذه الفقرة (9) وهي تمثل أعلى نسبة عدم موافقة تم الحصول عليها من قبل الفئة المستطلع آرائهم. ولعل ذلك يرجع إلى أحد إشكاليات التمويل الدولي وهو الاعتمادية أو التبعية ويقابله مدى القدرة والاستعداد على الاعتماد الذاتي ولواقع أن التمويل الدولي مصدراً مالياً غير مستدام. وهو بدوره ناتج من أسباب داخلية تتعلق بالموازنة الضئيلة والتي لا تتناسب مع متطلبات القطاع الصحي، بالتوازي مع الدعم الخارجي الموجه لمشاريع محددة كما توضح الفقرة رقم (9)، وغالبية هذه المشاريع تتعلق بتجاوز حالات الطوارئ المتكررة وليست في غالبيتها مشاريع تطويرية تعزز من قدرة الوزارة على الاكتفاء داخلياً اتفاقاً مع وايلدمان والترتير (2013) بشأن المساعلة المتبادلة وأن المانحين والشركاء مسئولون عن نتائج التنمية. إضافة إلى أنه وعلى الرغم من ضخامة الاستثمارات

المانحة، يبدو أن المساعدة الخارجية متفاوتة في حالة عدم وجود إطار واضح لتنمية القطاع الصحي. فقد تم تجزئة قطاع الصحة إلى حد كبير بين مختلف مقدمي الخدمات و تم تمويله من قبل عدد من مصادر التمويل المختلفة مثل التأمين الصحي الحكومي، ومدفوعات المستفيدين، والضرائب ومساهمات المانحين وعائدات التأمين الاجتماعي (Abed 2007).

بشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي يساوي 3.33، وقيمة الاختبار 6.212، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك يعتبر مجال " إدارة التمويل الدولي داخلياً " دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال. وترى الباحثة أن الاتفاق بين آراء أفراد عينة الدراسة في حسن الإدارة الداخلية للتمويل الدولي بشكل عام، وكذلك الاتفاق على أن التمويل الدولي لم يساهم في استقلالية وزارة الصحة، هو مؤشر إلى الحاجة لبذل المزيد من الجهود الرامية لتعزيز دور وزارة الصحة الفلسطينية من قبل السلطة الوطنية الفلسطينية لتتمكن من قيادة عملية التنمية الصحية بدلاً من أن تترك المانحين ليضعوا جداول الأعمال؛ وضمان أن هذا التمويل لا يخلق التبعية أو يدعم الاحتلال؛ وإعادة توجيه المعونة والمساعدات من عمليات الإغاثة إلى التنمية؛ وزيادة مبلغ المعونة الذي يُفقد محلياً وخفض المبلغ العائد من الباطن إلى الجهات المانحة، اتفاقاً مع حمدان (2010)، و (Abed 2007).

كما أن عملية إدارة التمويل الدولي داخلياً في وزارة الصحة تتم ضمن تضافر وتعاون بين جميع الإدارات، فالإدارة العامة للتعاون الدولي تقوم بجزء من عملية التخطيط وتسويق وإعداد المشاريع الصحية من حيث توقيع الاتفاقيات وجلب التمويل، كما وتقوم بترتيب وتجزئة وإعادة تشكيل المنح المقدمة بحسب احتياجات وزارة الصحة وبحسب الخطط التشغيلية والإستراتيجية للوزارة بالتوافق مع المانح. ومن ثم تقوم الجهات المسؤولة داخلياً والموجه لإدارتها المنحة، بعمل الإجراءات اللازمة، بمعنى أن الإدارات التنفيذية لها دور قبل الموافقة على المشروع من حيث تحديد الاحتياجات وتوصيفها، وبعد الموافقة عليه من حيث الإشراف والمتابعة وغيرها من العمليات الإدارية. كما أنه قد تتطابق الأجندات بين الجهات المانحة والوزارة وأحياناً قد تتعارض، وبذلك المشاريع التي يتم الاتفاق عليها هي المشاريع التي تهدف لتحسين الخدمات الصحية وتحقيق الأهداف الصحية في الخطط التشغيلية والإستراتيجية للوزارة (الكاشف، 2014).

وعليه فإن نتيجة الفرضية:

تتأثر إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية بعملية إدارة التمويل الدولي داخلياً (في وزارة الصحة الفلسطينية) عند مستوى دلالة إحصائية (0.05).

الفرضية الثالثة:

تؤثر الأوضاع السياسية السائدة على إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية عند مستوى دلالة إحصائية (0.05).

تم استخدام اختبار t لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الحياد وهي 3 أم لا. النتائج موضحة في جدول (5.18).

الوضع السياسي يشمل: ممارسات واعتداء الاحتلال الإسرائيلي و الانقسام الداخلي الفلسطيني.

جدول (5.18) : المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لكل فقرة من فقرات مجال
" الأوضاع السياسية السائدة "

م	الفرقة	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي النسبي	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الرتبة
1.	أثر الوضع السياسي الفلسطيني والانقسام الداخلي على عملية التمويل الدولي للقطاع الصحي مما انعكس على الخدمات الصحية.	4.51	90.2	24.809	*0.000	1
2.	التمويل الدولي ساهم في تخفيف حدة آثار ممارسات الاحتلال من حصار وإغلاق واعتداءات وتحرير المجتمع الفلسطيني من التبعية.	3.14	62.8	1.767	*0.079	5
3.	هناك أجنداث معينة خلف التمويل الدولي.	3.36	67.2	3.922	*0.000	4
4.	الوضع السياسي الحالي أنتج تغييراً في مصادر التمويل الدولي.	4.16	83.2	18.658	*0.000	2
5.	التمويل الدولي مرتبط بالمواقف السياسية.	3.59	71.8	5.301	*0.000	3
	جميع المجالات السابقة معاً	3.7527	75.05	14.387	*0.000	

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

من جدول (5.18) يمكن استخلاص ما يلي:

- المتوسط الحسابي للفقرة الأولى " أثر الوضع السياسي الفلسطيني والانقسام الداخلي على عملية التمويل الدولي للقطاع الصحي مما انعكس على الخدمات الصحية " يساوي 4.51 (الدرجة الكلية من 5) وقيمة الاختبار 24.809، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة. نلاحظ أن الرتبة التي حصلت عليها هذه الفقرة (1) وهي أعلى نسبة موافقة في المحور،

وتعزو الباحثة ذلك إلى حقيقة أن أحد دوافع الجهات المانحة لتقديم المساعدات هي الدوافع السياسية، وعلى صعيد الوضع السياسي الخارجي لا يمكن إنكار الخصوصية الفلسطينية بذلك الشأن، أما على الصعيد الفلسطيني الداخلي فيشير الكاشف (2014) بأن الكثير من الجهات المانحة مرتبطة بمواقف رسمية، وأنهم بحسب تعبيره يريدون لجنة موحدة لتوجيه التمويل لها ويفضلون التعامل مع "السلطة الشرعية" الملزمة بالمبادئ والقوانين الدولية. ويؤيد ذلك أبو حمد وشلبي (2013) بأن وزارة الصحة تمر بتغيير جذري في هيكلها التنظيمي بسبب الوضع السياسي الذي يؤثر على جميع جوانب الحياة في قطاع غزة، كما أدى هذا الصراع السياسي إلى إعادة توزيع ونقص في القوى العاملة في وزارة الصحة، إضراب الموظفين، عدم وحدة القيادة، الانقسام بين الفلسطينيين، و المساعدات التي تحكمها السياسة والمحسوبية السياسية .

- المتوسط الحسابي للفقرة الرابعة " الوضع السياسي الحالي أنتج تغييراً في مصادر التمويل الدولي" يساوي 4.16 ، وقيمة الاختبار 18.658، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة. نلاحظ أن الرتبة التي حصلت عليها هذه الفقرة (2). وهنا تشير الباحثة إلى أن المقصود بالتغيير في المصادر التمويلية هو من ناحية نقص تلك المصادر و زيادتها كإمتناع جهات معينة وإعراضها عن تقديم الدعم المادي، أو دخول جهات أخرى جديدة، ويشير الكاشف (2014) إلى وجود تغيير إيجابي كبير في دخول بعض الدول العربية والإسلامية التي زادت من تمويلها أو أصبحت جهة داعمة ولم تكن موجودة أصلاً. ويؤكد ذلك تقرير الأمم المتحدة (2010)، بأنه ومنذ سيطرة حركة حماس على قطاع غزة، طبق عدد من الدول المانحة سياسة "عدم الاتصال" مع سلطات حماس يحظر بموجبها إجراء أي شكل من أشكال الاتصال مع الموظفين الحكوميين، حتى على المستوى التقني. وهناك أيضاً القيود المفروضة على التمويل التي تطبقها بعض الجهات المانحة.

الفقرة الخامسة " التمويل الدولي مرتبط بالمواقف السياسية" بمتوسط الحسابي 3.59، وقيمة الاختبار فيها 5.301، والقيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000، فتعتبر هذه الفقرة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذه الفقرة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة. نلاحظ أن الرتبة التي حصلت عليها هذه الفقرة (3). وتتوافق معها الفقرة " هناك أجنادات معينة خلف التمويل الدولي"، والفقرة الثانية برتبة رقم (4)، (5) على التوالي.

بشكل عام يمكن القول بأن المتوسط الحسابي يساوي 3.75، وأن قيمة الاختبار لجميع فقرات المجال يساوي 14.387، وأن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك يعتبر مجال " الأوضاع السياسية السائدة " دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة لهذا المجال يختلف جوهرياً عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على فقرات هذا المجال. وتعزو الباحثة أن ذلك التأثير ينتج من ترابط تقديم الخدمات الصحية لما يزيد عن مليون ونصف المليون نسمة، وفي مجتمع يجثم تحت عدوان الاحتلال الإسرائيلي منذ ما يزيد عن ستين عاماً، ويتعرض 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، أو المواقف المحايدة والتي تدعو إلى السلام والوئام بين الشعبين الفلسطيني واليهودي، أو تلك المواقف الداعمة والمناصرة بشكل مباشر أو غير مباشر للحكومة الإسرائيلية على حساب القضية الوطنية الفلسطينية، وذلك يتفق تماماً مع Giacaman et al. (2009) و (2003)، حمدان (2010)، وديفوير و ترثير (2009)، وكذلك مع Pereira (2009).

وعليه فإن نتيجة الفرضية:

تؤثر الأوضاع السياسية السائدة على إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية عند مستوى دلالة إحصائية (0.05).

الفرضية الرابعة:

تؤثر العوامل المستقلة مجتمعة (إدارة التمويل الدولي داخلياً في وزارة الصحة الفلسطينية، إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة، الأوضاع السياسية السائدة) على إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية عند مستوى دلالة إحصائية (0.05).

تم استخدام اختبار t لمعرفة ما إذا كانت متوسط درجة الاستجابة قد وصلت إلى درجة الحياد وهي 3 أم لا. النتائج موضحة في جدول (5.19).

جدول (5.19): المتوسط الحسابي وقيمة الاحتمال (Sig.) لجميع فقرات مجالات الاستبيان

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسط الحسابي النسبي	المتوسط الحسابي	البند
*0.000	10.021	66.94	3.347	جميع مجالات الاستبيان : 1. إدارة التمويل الدولي داخلياً. 2. إدارة التمويل الدولي خارجياً. 3. الأوضاع السياسية السائدة.

* المتوسط الحسابي دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

من جدول (5.19) يتبين أن المتوسط الحسابي لجميع الفقرات يساوي 3.347 (الدرجة الكلية من 5) وقيمة الاختبار 10.021، و أن القيمة الاحتمالية (Sig.) تساوي 0.000 لذلك تعتبر الفقرات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ ، مما يدل على أن متوسط درجة الاستجابة قد زاد عن درجة الحياد وهي 3 وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على الفقرات بشكل عام. ولعل ذلك يرجع إلى الارتباط والعلاقة التكاملية بين تلك العوامل كل بدوره، فمن جهة تقوم الجهات الخارجية بدعم وتقديم المساعدات للشعب الفلسطيني ولقطاع الصحة وتكون دوافعها مختلفة ومتفاوتة ما بين تلك المنظمات الإنسانية العالمية التي تنشر خدماتها وثقافتها في المجتمعات الأخرى، وتلك الجهات التي تدعم مشاريع محددة بحسب رؤيتها و ما يتوافر لديها، وأخرى تتبع المصلحة العامة من تقديم التسهيلات والدعم لاحتواء بعض الأمراض الوبائية أي مصلحتها مشتركة مع وزارة لصحة الفلسطينية، وغيرها من الجهات المانحة التي تنشأ التهذئة السياسية الإقليمية ودعم عملية السلام من خلال الدعم الصحي. وكل ذلك يتزامن مع حقيقة أن وزارة الصحة الفلسطينية قادرة كما أشار الكاشف (2014) على استيعاب كل تلك المشاريع الصحية، بل وتعتمد اعتماداً كبيراً في تقديم خدمات أساسية على ذلك التمويل، فهناك خدمات صحية ضرورية تنعدم بغياب التمويل وتحضر بتوفره. وذلك يتفق مع دراسة الخالدي، (2012)، و Pereira، (2009)، و Gill Walt et al. (1999).

الفرضية الخامسة:

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابة المبحوثين حول إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية تعزى للمتغيرات الشخصية التالية: (الجنس، العمر، الموقع الوظيفي، المهنة الأساسية، المؤهل العلمي، طبيعة العمل، عدد سنوات الخبرة المهنية داخل وخارج الوزارة).

تم استخدام اختبار " t لعينتين مستقلتين " لمعرفة ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية وهو اختبار معلمي يصلح لمقارنة متوسطي مجموعتين من البيانات. كذلك تم استخدام اختبار " التباين الأحادي " لمعرفة ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية وهذا الاختبار معلمي يصلح لمقارنة 3 متوسطات أو أكثر.

أولاً: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابة المبحوثين حول إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية تعزى للجنس.

جدول (5.20): نتائج اختبار " t - لعينتين مستقلتين " فيما يتعلق بالجنس

القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار	المتوسطات		المجال
		أنثى	ذكر	
*0.910	0.114	3.21	3.23	إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة
*0.998	.003	3.33	3.33	إدارة التمويل الدولي داخلياً في وزارة الصحة الفلسطينية
*0.565	- 0.577	3.90	3.74	الأوضاع السياسية السائدة
*0.939	- 0.077	3.36	3.34	جميع المجالات معاً

* الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

من النتائج الموضحة في جدول (5.20) تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار " t - لعينتين مستقلتين " أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معاً وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة

حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معاً تعزى إلى الجنس. وتعزو الباحثة ذلك إلى أن المدراء المستهدفين والعاملين في وزارة الصحة الفلسطينية (ذكور، إناث) يعيشون نفس ظروف العمل، وتحكمهم أنظمة وقوانين واحدة لذلك فهم متساوون في معرفتهم بموضوع تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية وما ساهم به التمويل من دعم وتطوير لهذا القطاع، كما وأنهم يعيشون في قطاع غزة ويتعرضون لنفس الممارسات السياسية الخارجية، مما يعني استقرار نتائج الدراسة وعدم تأثرها أو اختلافها نتيجة لمتغير الجنس. وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة حماد (2013)، الخالدي (2012) وجوادة (2011) بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ تعزى للجنس.

ثانياً: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابة المبحوثين حول إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية تعزى للعمر.

جدول (5.21): نتائج اختبار " التباين الأحادي " فيما يتعلق بالعمر

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسطات				المجال
		من 51 سنة فأكثر	من 50-41 سنة	من 40-31	من 30-20 سنة	
0.53	0.72	3.23	3.25	3.19	3.00	إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة
0.30	1.22	3.37	3.41	3.22	2.94	إدارة التمويل الدولي داخلياً في وزارة الصحة الفلسطينية
0.13	1.85	3.63	3.85	3.76	3.25	الأوضاع السياسية السائدة
0.27	1.30	3.36	3.39	3.29	3.02	جميع المجالات معا

* الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

من النتائج الموضحة في جدول (5.21) تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار " التباين الأحادي " أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معا وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معاً تعزى إلى العمر، وتعزو الباحثة ذلك إلى أنه بالرجوع

إلى تصنيف عينة الدراسة حسب العمر كان معظمهم أعمارهم تتراوح من 41-50 سنة، مما يجعلهم متجانسين في الآراء. كما أن سنوات خبرتهم داخل وخارج وزارة الصحة الفلسطينية، وطبيعة العمل في المواقع العليا للإدارة قد أكسبتهم المعرفة في المجالات السابقة، مما يعني استقرار نتائج الدراسة وعدم تأثرها أو اختلافها نتيجة لمتغير العمر.

اتفقت هذه الدراسة مع دراسة جوادة (2011)، الخالدي (2012) بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ تعزى للعمر.

ثالثاً: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابة المبحوثين حول إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية تعزى للموقع الوظيفي.

جدول (5.22): نتائج اختبار " التباين الأحادي " - وفقاً للموقع الوظيفي

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسطات						المجال
		مدير طبي	مدير مستشفى	مدير دائرة	مدير وحدة	نائب مدير عام	مدير عام	
*0.716	0.577	2.94	3.21	3.23	3.24	3.38	3.33	إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة
*0.536	0.821	2.77	3.35	3.33	3.37	3.00	3.49	إدارة التمويل الدولي داخلياً في وزارة الصحة الفلسطينية
*0.045	2.341	2.80	3.76	3.78	3.70	3.20	3.86	الأوضاع السياسية
*0.285	1.257	2.87	3.34	3.35	3.35	3.24	3.46	جميع المجالات معا

* الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

من النتائج الموضحة في جدول (5.22) تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار " التباين الأحادي " أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ لجميع المجالات والمجال الأول والثاني وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معاً تعزى إلى الموقع الوظيفي، وتعزو الباحثة ذلك إلى

تقارب وجهات نظر أفراد عينة الدراسة لأنهم من مستوى إداري واحد وهو الإدارة العليا، مما يؤدي إلى تجانس الآراء و عدم اختلافها.

أما فيما يتعلق بالمجال الثالث منفرداً، فقد تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أقل من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معاً وذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول مجال "الأوضاع السياسية السائدة"، ولتحديد مصدر الاختلاف تم إجراء الاختبارات البعدية أو " Post Hoc Test " كما هو موضح في جدول (4.24)، والذي يوضح أن هناك اختلاف معنوي حيث $\alpha \leq 0.05$ وذلك بين إجابات كل الذين موقعهم الوظيفي "مدير عام" و "مدير وحدة" و "مدير دائرة" و "مدير مستشفى" مع " مدير طبي" لصالح الذين موقعهم الوظيفي مدير عام. وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن أصحاب هذا الموقع الوظيفي وهم غالباً من الفئة العمرية الأكبر وأصحاب الخبرة المهنية الأكثر أيضاً، لديهم تصورهم وفهمهم الأشمل حول الأوضاع السياسية السائدة وتأثيرها على إسهامات التمويل الدولي في دعم القطاع الصحي بشكل أكبر ممن هم أدنى منهم إدارياً، وهذا يعني أن درجة الموافقة حول مجال " الأوضاع السياسية السائدة " كانت أكبر لدى أفراد العينة الذين بمنصب "مدير عام".

واختلفت هذه الدراسة مع دراسة جواده (2011) بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة تعزى للموقع الوظيفي.

جدول (5.23): جدول المقارنات المتعددة " Post Hoc Test "

مدير طبي		مدير مستشفى		مدير دائرة		مدير وحدة		نائب مدير عام		مدير عام		بيان
القيمة الاحتمالية (sig.)	متوسط الفرق											
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			مدير عام
*	*	*	*	*	*	*	*			0.163	0.667	نائب مدير عام
*	*	*	*	*	*			0.327	0.50-	0.593	0.167	مدير وحدة
*	*	*	*			0.745	0.085-	0.190	0.585-	0.665	0.082	مدير دائرة
*	*			0.945	0.018	0.853	0.067-	0.267	0.567-	0.748	0.100	مدير مستشفى
		0.017	**0.967	0.002	**0.985	0.027	**0.900	0.459	0.400	0.004	**1.06	مدير طبي

** الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

رابعاً: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابة المبحوثين حول إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية تعزى للمهنة الأساسية.

جدول (5.24): نتائج اختبار " التباين الأحادي " وفق المهنة الأساسية

القيمة الاحتمالية (.Sig)	قيمة الاختبار	المتوسطات					المجال
		خدمات مساندة	فني	ممرض	صيدلي	طبيب	
*0.675	0.583	3.27	3.37	3.20	3.20	3.18	إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة
*0.908	0.252	3.38	3.33	3.39	3.25	3.27	إدارة التمويل الدولي داخلياً في وزارة الصحة الفلسطينية
*0.411	0.997	3.71	4.02	3.75	3.92	3.66	الأوضاع السياسية السائدة
*0.762	0.463	3.37	3.46	3.34	3.33	3.28	جميع المجالات معا

* الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

من النتائج الموضحة في جدول (5.24) تبين أن القيمة الاحتمالية (.Sig) المقابلة لاختبار " التباين الأحادي " أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معا وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معا تعزى إلى المهنة الأساسية. تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى تشابه طبيعة العمل في المستويات الإدارية العليا بغض النظر عن المهنة الأساسية، فهناك تشابه في المهام والمسئوليات والصلاحيات التي تخص العمل الإداري ولا تتعلق بطبيعة التخصص. مما يعني استقرار نتائج الدراسة وعدم تأثرها أو اختلافها نتيجة لمتغير المهنة الأساسية.

خامساً: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابة المبحوثين حول إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية تعزى للمؤهل العلمي.

جدول (5.25): نتائج اختبار " التباين الأحادي " وفق المؤهل العلمي

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسطات				المجال
		دكتوراه	ماجستير	دبلوم عالي	بكالوريوس	
*0.124	1.951	3.09	3.26	2.98	3.29	إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة
*0.416	0.956	3.21	3.33	3.02	3.41	إدارة التمويل الدولي داخلياً في وزارة الصحة الفلسطينية
*0.447	0.892	3.58	3.75	3.92	3.81	الأوضاع السياسية السائدة
*0.154	1.779	3.20	3.36	3.14	3.41	جميع المجالات معاً

* الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

من النتائج الموضحة في جدول (5.25) تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار " التباين الأحادي " أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معاً وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معاً تعزى للمؤهل العلمي. ولعل ذلك يرجع إلى أن تشابه الخلفية العلمية من طب وصيدلة وتمريض وفنيين والتي شكلت النسبة الأكثر تمثيلاً من عينة الدراسة والتي تساوي 60.9%، مما انعكس على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء أفراد العينة، مما يؤدي إلى تجانس الآراء و عدم اختلافها تبعاً لمتغير المؤهل العلمي. وهي تتفق مع دراسة جوادة (2011)، و Chkhatarashvili et al (2009)، وأبو حماد (2011).

سادساً: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابة المبحوثين حول إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية تعزى لطبيعة العمل.

جدول (5.26): نتائج اختبار " التباين الأحادي " وفق طبيعة العمل

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسطات				المجال
		مختلط	فني	مالي	إداري	
*.017	3.531	3.14	3.44	3.45	3.32	إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة
*.064	2.479	3.24	3.13	3.42	3.53	إدارة التمويل الدولي داخلياً في وزارة الصحة الفلسطينية
*.661	.532	3.70	3.83	3.96	3.80	الأوضاع السياسية السائدة
*.042	2.812	3.26	3.41	3.52	3.46	جميع المجالات معا

* الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$.

من النتائج الموضحة في جدول (5.26) تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار " التباين الأحادي " أقل من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ لمجال " إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة " والمجالات مجتمعة معاً، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذا المجال تعزى إلى طبيعة العمل وذلك لصالح الذين طبيعة عملهم مالية فقط. هذا يعني أن درجة الموافقة حول هذا المجال كانت أكبر لدى أفراد العينة الذين تتصف طبيعة عملهم بالمالية، ولعل ذلك يعزى أن عملية إدارة التمويل الدولي هي في أساسها - مع الاعتبار بأهمية كل وظائف وعمليات الإدارة - عملية تتبع مجال الإدارة المالية من تجنيد الأموال واستلام التمويل ومتابعة لجان المشتريات وتوزيع وتخصيص المنح المالية وغيرها. فهم على اطلاع أكبر فيما يتعلق بإدارة التمويل خارجياً.

أما بالنسبة لباقي المجالات من إدارة التمويل الدولي داخلياً والأوضاع السياسية السائدة ، فقد تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) أكبر من مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات تعزى إلى طبيعة العمل. تعزو الباحثة ذلك إلى التشابه في المستوى الإداري الذي انعكس على عدم وجود

فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء فراد العينة، مما يؤدي إلى تجانس الآراء و عدم اختلافها تبعاً لمتغير طبيعة العمل، وهي تتفق مع جواده (2011).

سابعاً: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابة المبحوثين حول إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية تعزى لعدد سنوات الخبرة داخل وزارة الصحة الفلسطينية.

جدول (5.27): نتائج اختبار " التباين الأحادي " وفق لعدد سنوات الخبرة الداخلية

القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار	المتوسطات			المجال
		من 10 سنوات فأكثر	من 5 - أقل من 10 سنوات	أقل من 5 سنوات	
*.388	.953	3.20	3.30	3.21	إدارة التمويل الدولي خارجياً من قبل الجهات المانحة
*.408	.902	3.28	3.44	3.29	إدارة التمويل الدولي داخلياً في وزارة الصحة الفلسطينية
*.401	.919	3.70	3.85	3.86	الأوضاع السياسية السائدة
*.244	1.425	3.30	3.43	3.34	جميع المجالات معا

* الفرق بين المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى دلالة $0.05 \leq \alpha$.

النتائج الموضحة في جدول (5.27) تبين أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار " التباين الأحادي " أكبر من مستوى الدلالة $0.05 \leq \alpha$ لجميع المجالات والمجالات مجتمعة معا وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معا تعزى إلى سنوات الخبرة داخل وزارة الصحة الفلسطينية. تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن معظم أفراد عينة الدراسة عملوا لفترات طويلة داخل وزارة الصحة الفلسطينية. فمعظمهم، أي حوالي 67.57 % عمل فيها لما يزيد عن 10 سنوات، فلهذا الخبرة والكفاءة المطلوبة للاستجابة والحكم على واقع إسهامات التمويل الدولي في دعم القطاع الصحي في الوزارة التي يعملون فيها لفترة طويلة. مما أدى إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء فراد العينة، مما يؤدي إلى تجانس الآراء و عدم اختلافها تبعاً لمتغير عدد سنوات الخبرة داخل وزارة الصحة الفلسطينية.

الفصل السادس

النتائج والتوصيات

6.1 نتائج الدراسة.

6.2 توصيات الدراسة.

6.3 دراسات مقترحة.

6.1 نتائج الدراسة

بعد تحليل فقرات وفرضيات الدراسة توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

1. غالبية عينة الدراسة أجابت أن زيادة القيمة المادية للتمويل الدولي تؤثر إيجاباً على القطاع الصحي وشكلت ما نسبته 83.2%، كما أن ما نسبته 68.7% أكدوا أن التمويل الدولي ساهم في تنفيذ أنشطة ومشاريع ذات مردود وفائدة كبيرة، و 68.6% أجابوا بأن أولويات التمويل الدولي في دعم المشاريع الصحية تتم بالتنسيق والتعاون مع وزارة الصحة الفلسطينية، وأن حجم التمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي يغطي جزء كبير من المعاناة التي يعيشها المواطنين في قطاع غزة وذلك بنسبة 60.2%، كما و أوضحت آراء ما نسبته 69.0% من العينة بأن التمويل الدولي يتم عبر دعم مشاريع محددة.

2. ساهم التمويل الدولي في تنفيذ أنشطة ومشاريع الوزارة وانجازها بطريقة مثلى وذلك بنسبة 65.6%، كما أكد 65.4% أن التمويل الدولي شفاف في تنفيذ المشاريع. و 64.4% أن التمويل الدولي ساعد وزارة الصحة على استغلال الموارد بكفاءة ومهنية عالية.

3. أشار 63.6% من عينة الدراسة أن هناك انتقائية غير عادلة في تمويل المشاريع وتغطية الاحتياجات الضرورية، وأن ما نسبته 60.2% أجابوا بأن إجراءات وممارسات الممولين تحد من الفساد وسوء استخدام التمويل الدولي.

4. أكد 73.6% من عينة الدراسة على أن وزارة الصحة الفلسطينية تستثمر التمويل الدولي المقدم لها بطريقة إيجابية ومثلى، و 70.8% على أن تقديم مقترح مشروع مستند لحاجة الوزارة والمجتمع هو الوسيلة المتبعة لجلب التمويل، كما أن 70.0% أكدوا بأن وزارة الصحة تقدم وتحدد الأجندة الصحية الوطنية للممولين.

5. يعتقد 66% بأن برامج ومشاريع التمويل الدولي ملائمة لأهداف القطاع الصحي وأجندته، كما أوضح 66.4% منهم بأنه يمكن وصف التمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي بالفعال (أي يحقق الأهداف المنشودة)، و 64.8% منهم بأنه يمكن وصف التمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي بالناجح (أي لا يتم إضاعة الموارد).

6. أثبتت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معا تعزى إلى الجنس والعمر.

7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معا تعزى إلى الموقع الوظيفي لصالح الذين موقعهم الوظيفي مدير عام.

8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معا تعزى إلى المهنة الأساسية، أو إلى المؤهل العلمي.

9. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معا تعزى إلى طبيعة العمل وذلك لصالح الذين طبيعة عملهم مالية فقط.

10. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات عينة الدراسة حول هذه المجالات والمجالات مجتمعة معا تعزى إلى عدد سنوات الخبرة داخل وزارة الصحة الفلسطينية أو خارجها.

11. أكد 90.2% من أفراد العينة أن الوضع السياسي الفلسطيني والانقسام الداخلي قد أثر سلباً على عملية التمويل الدولي للقطاع الصحي مما انعكس على الخدمات الصحية.

12. أشار 83.2% بأن الوضع السياسي الحالي أنتج تغييراً في مصادر التمويل الدولي، وأن ما نسبته 71.8% يعتبرون التمويل الدولي مرتبطاً بالمواقف السياسية.

13. أفاد 67.2% بوجود أجنادات معينة خلف التمويل الدولي تتبع الوضع السياسي في قطاع غزة، و 62.8% اعتبروا أن التمويل الدولي ساهم في تخفيف حدة آثار ممارسات الاحتلال من حصار وإغلاق واعتداءات وتحرير المجتمع الفلسطيني من التبعية.

14. التمويل الدولي ضروري وحيوي للقطاع الصحي بنسبة 83.8%، وقد قدم إسهامات بارزة في الأزمات والظروف الطارئة بنسبة 74.6%، أسهم في تطوير نظام الرعاية الثانوية (المستشفيات) بنسبة 71.1%، وأسهم في تطوير المستلزمات والتكنولوجيا الطبية بنسبة 70.2%، وأسهم في تطوير نظام الرعاية الصحية الأولية بنسبة 68.8%.

15. التمويل الدولي مصدر مالي مستدام بنسبة 34.6%، وهو مصدر مالي آمن بنسبة 51.6%، ويعتبر حجم التمويل الدولي كافياً لتنفيذ الأنشطة الصحية اللازمة بنسبة 49.8%.

16. أشارت العينة بأن العوامل التي تؤثر سلباً على كفاءة التمويل الدولي لوزارة الصحة هي بنسبة 21.1% ترجع إلى العوامل السياسية والأمنية، و 14.9% ترجع لسياسات الجهات المانحة في إدارة عملية التمويل، و 13.3% نتيجة لتدهور الأوضاع الاقتصادية والمالية، بينما أفادوا أيضاً بأن ما نسبته 10.9% تعود لغياب الرؤى المشتركة والتنسيق المحلي والدولي لآليات وإجراءات التمويل.

6.2 توصيات الدراسة

انطلاقاً من نتائج الدراسة التي تم التوصل إليها، أوصت الدراسة إلى:

1- توحيد وضبط عملية التواصل الخارجي ضمن دائرة متخصصة وعلى اطلاع تام بالخطة الصحية الإستراتيجية والخطط الصحية التشغيلية.

2- ضرورة توجيه الدعم للمشاريع الصحية ذات الاحتياج الأكبر ضمن أولويات التمويل الدولي وأن تتم بالتنسيق والتعاون مع وزارة الصحة الفلسطينية بشكل كامل.

3- تطوير أساليب التسويق للمشاريع الصحية الضرورية، والمشاريع الصحية التطويرية التي يدوم أثرها على المدى الطويل، والعمل على تحفيز المانحين على تقديم الخدمات الصحية بواسطة الترويج الصادق ونقل الصورة الواقعية لانجازات التمويل الدولي على صعيد الخدمات الصحية أمام كل من المواطن الفلسطيني والجهة المانحة من خلال وزارة الصحة الفلسطينية.

4- التزام مبادئ الإدارة كافة وتطبيقها في كافة مراحل العملية التمويلية بدءاً من التخطيط والتسويق للمشاريع الصحية مروراً بجلب التمويل وتوزيع وإدارة المنح وحتى مرحلة تقييم المشاريع، والتأكيد مع المانحين على مبادئ الشفافية والصدق والنزاهة.

5- تطوير خطة متوسطة الأجل قائمة على استكشاف الفرص المتاحة لتعاون أقوى وأوسع مع جهات مانحة عربية سعياً لمساعدة السلطة الوطنية الفلسطينية لتقليل الاعتماد على المساعدات الأجنبية.

6- إدراج المشاريع ذات الأولوية ضمن الخطة الصحية الإستراتيجية، وتحديد الأدوار وتوزيعها بدقة ومهنية من خلال تنظيم عمل المؤسسات الصحية غير الحكومية وتوحيد استراتيجيات التمويل بما لا يؤدي إلى تكرار الخدمة وبالتالي إهدار الموارد.

7- العمل داخلياً ومن ثم بالتعاون مع الجهات المانحة على تطوير مقياس ومؤشر لتقييم فعالية المساعدات، يتم التركيز فيه بقوة على الجهات المانحة، بحيث يشمل التقييم بعض العوامل التي هي تحت سيطرة كلاً من الجهات المانحة و الحكومة المتلقية للمساعدات، مثل التدفقات المقررة للميزانية؛ المساعدة التقنية و التنسيق مع الإستراتيجية الوطنية؛ استخدام المانح لنظم المشتريات الحكومية؛ استخدام المانح لنظم الإدارة المالية العامة البلد؛ القدرة على التنبؤ بالمساعدات وتقلباتها؛ و نسبة المعونة المشروطة، وغيرها.

8- التركيز على السياسات الداخلية والإجراءات لكل وكالة المانحة من أجل فهم مدى نجاح الوزارة في التكيف مع نهجها في سياقات مختلفة، وبالتالي توفير القيمة مقابل المال، وذلك يتطلب تدريب الموظفين وأن تتسم إجراءات صنع القرار بالشفافية، وتتاح الفرصة لمشاركة الفئات المستفيدة أو ممثليهم، وأن يتم التقييم بناءً على مخرجات عملية التخطيط الاستراتيجي.

9- أن تتبلور لدى وزارة الصحة الفلسطينية رؤية بعيدة المدى تدعم بشكل مستمر استقلاليتها عن الموارد المالية الخارجية، ويتأتى ذلك من خلال التأكيد على رفع حصة وزارة الصحة من الموازنة الوطنية، السعي في الوقت الحالي على التسويق للمشاريع الصحية التطويرية والمنتجة، و تفعيل أساليب التمويل الابتكاري مثل النظر في وضع رسوم على زيارة السياح للأماكن الفلسطينية المقدسة، إضافة إلى التعلم من تجارب الدول الأخرى على صعيد تمويل قطاع الرعاية الصحية.

10- حسن إدارة التكاليف من خلال التحليل داخلياً في وزارة الصحة الفلسطينية والبحث عن الخدمات التي تستهلك تكلفة عالية وطرق التقليل منها، كتقليل الاعتماد المتزايد على المستشفيات لحل المشاكل الصحية، حيث أن غالبية المشاكل الصحية للأفراد العاديين تحدد وتعالج في المستوى الأول (الرعاية الأولية)، فبتقويته ودعمه سيتم تخفيف الضغط على المستشفيات التي تشكل مصدر تكلفة عالي.

11- تحسين العلاقة مع المجتمع المحلي والتعاون معه واستنباط حلول التمويل الابتكاري منه، بما يتناسب مع الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية السائدة، والرقى في جودة الخدمات الصحية المقدمة.

6.3 دراسات مقترحة

استناداً إلى النتائج التي تم التوصل إليها ، تقترح الباحثة الدراسات التالية:

1. الممارسات الإدارية المستخدمة في إدارة التمويل الدولي ودورها في تطوير النظام الصحي في قطاع غزة - دراسة حالة مقارنة بين وزارة الصحة الفلسطينية و وكالة غوث وتشغيل اللاجئين.
2. إعداد مقترح لتطوير طرق تمويل قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في ضوء الاتجاهات الحديثة.
3. المعوقات التي تواجه في وزارة الصحة الفلسطينية لتطبيق وتفعيل الخطط الاستراتيجية الصحية الوطنية.

المراجع

- المراجع العربية.
- المراجع الأجنبية.

أولاً/المراجع العربية

□ الكتب

- القرآن الكريم.
- أبو كريشه، عبد الرحيم (2003). "دراسات في علم اجتماع التنمية". الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
- بكري، كامل (1994). "التمويل الدولي". الطبعة الأولى، مؤسسة شهاب الجامعية للطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر.
- الحاج، طارق (2000). "مبادئ التمويل". الطبعة الثانية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- حنفي، عبد الغفار (2002). "أساسيات التمويل والإدارة المالية". دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية.
- عارف، نصر (2001). "الأبعاد الثقافية للمساعدات الخارجية للعالم العربي، في كتاب المساعدات الخارجية والتنمية في العالم العربي : رؤية من منظور عربي وإسلامي". الطبعة الأولى، المركز العلمي للدراسات السياسية، عمان، الأردن.
- الكاظم، صلاح (2001). "حدود العلاقة بين المساعدات الخارجية والحفاظ على سيادة الدول، في كتاب المساعدات الخارجية والتنمية في العالم العربي: رؤية من منظور عربي وإسلامي". الطبعة الأولى، المركز العلمي للدراسات السياسية، عمان، الأردن.
- محمود، منال (2003). "الموارد البشرية وتنمية المجتمع المحلي". الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.

□ التقارير والدوريات

- الأمم المتحدة (2010). "إعاقفة المساعدات: تحديات تواجه تلبية الاحتياجات الإنسانية للفلسطينيين". مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية في الأراضي الفلسطينية المحتلة، تقرير خاص، تاريخ النشر: الأربعاء، 3-8-2011، ص15، المصدر الإلكتروني:

http://www.ochaopt.org/documents/ocha_opt_special_focus_2010_05_27_english.pdf

- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (2010). "برنامج مساعدة الشعب الفلسطيني". صفحة الكترونية، تاريخ الاطلاع: 22-12-2013، www.undp.org.

- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (2004). "تقرير حول التمويل الدولي للسلطة الفلسطينية". صفحة الكترونية، تاريخ الاطلاع: 2013-12-22، www.undp.org.
- برنامج دراسات التنمية (2005). "تقرير التنمية البشرية". جامعة بيرزيت، رام الله، فلسطين.
- البنك الدولي، (2011)، "فعالية المعونة"، تقرير خاص، تاريخ الاطلاع: 2014-1-8، المصدر: <http://www.albankaldawli.org>
- البنك الدولي، (2012)، دراسة "التعامل مع الصراع: الفقر والاشتمال في الضفة الغربية وقطاع غزة". الموقع الالكتروني: <http://go.worldbank.org/4L390H8L70>، تاريخ الاطلاع: 2013-12-10.
- البنك الدولي (2013). "الضفة الغربية وقطاع غزة: المنطقة (ج) ومستقبل الاقتصاد الفلسطيني". تقرير منشور، وطن للأبناء، تاريخ الاطلاع: 2013-12-11
- تقرير منظمة الصحة العالمية (2010). "تمويل النظم الصحية، السبيل الى التغطية الشاملة". النسخة الالكترونية، المصدر: www.who.org
- الجباري، أكبر، (2009) "التمويل الدولي". جامعة الدنمارك العربية المفتوحة، دراسة غير منشورة، تاريخ الاطلاع: 2013-11-26.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2014). "الحسابات الصحية الوطنية 2011-2012، نتائج أساسية". رام الله، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2012). "كتاب محافظات قطاع غزة الإحصائي السنوي، 2011". رام الله - فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2012). "المرأة والرجل قضايا وإحصاءات". رام الله، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2013). "الحسابات الصحية الوطنية 2010-2011، نتائج أساسية". رام الله، فلسطين.
- حسن، السيد (2006). "الخصائص السيكومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية باستخدام SPSS". مركز البحوث التربوية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
- حمدان، آيات (2011). "المساعدات الخارجية وتشكيل الفضاء الفلسطيني". بيسان للبحوث والإتماء، 2011، رام الله، فلسطين.
- حنفي، ساري، طبر، ليندا (2006). "النجبة الفلسطينية المعولمة: المانحون، والمنظمات الدولية، والمنظمات غير الحكومية المحلية". المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية.

- ديفوير، جوزيف و ترتير، علاء (2008). "تتبع الدعم الخارجي للمنظمات الفلسطينية غير الحكومية في الضفة وقطاع غزة 1999-2008". معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني ماس، فلسطين.
- الرياحي، إياد (2008). "المانحون والاحتلال، روافع التنمية الفلسطينية". بدائل، نشرة تنموية، مركز بيسان للبحوث والإنماء.
- ساق الله، نرمين (2011). "التمويل الخارجي من دعم للمشاريع إلى دعم موازنة السلطة". بتاريخ: الجمعة، 3-8-2011، ص15، صحيفة فلسطين.
- ساق الله، نرمين (2011). "السلطة تفشل في إدارة المساعدات المالية". بتاريخ: الجمعة، 9-9-2011، ص15، صحيفة فلسطين.
- سعد، بشير (2003). "دليلك إلى البرنامج الإحصائي SPSS، الإصدار العاشر". المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية، العراق.
- سلمي، أميرة (2010). "وهم التنمية في نقد خطاب التنمية الفلسطيني: المنظمات غير الحكومية، أداة للتنمية؟". مركز بيسان للبحوث والإنماء، رام الله، فلسطين.
- شعبان، عمر (2004). "حول التمويل المشروط، التنمية البشرية والاستقلال". مجلة صوت الوطن، سبتمبر 2004. الموقع الإلكتروني: <http://pulpit.alwatanvoice.com/articles/2004/09/07/9435.html>, 10.07.2011)
- الشيخ علي، ناصر (2010). "دور منظمات المجتمع المدني في تعزيز المشاركة السياسية في فلسطين". المركز الفلسطيني للدراسات وحوار الحضارات.
- صندوق النقد الدولي (2006). "الضفة الغربية وغزة، التطورات الأخيرة في الموازنة والشؤون المالية". وثيقة صادرة في أكتوبر 2006.
- صندوق النقد الدولي (2006). "التطورات الأخيرة في الموازنة والشؤون المالية، الضفة الغربية وغزة".
- عبد الحي، وليد (2007). "القضية الفلسطينية والوضع الدولي، التقرير الإستراتيجي الفلسطيني لسنة 2007". مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، لبنان.
- عبد الكريم، نصر (2008). "أثر ممارسات الاحتلال وانعدام الأمن على فعالية المساعدات الدولية في الحالة الفلسطينية". معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، رام الله، فلسطين.
- عبد الكريم، نصر (2005). "نحو توظيف أنجع للمساعدات الخارجية المقدمة للشعب الفلسطيني". معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، رام الله، فلسطين.

- الفراء، وليد (2009). "تحليل بيانات الاستبيان باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS". الندوة العالمية للشباب الإسلامي.
- قباجة، أحمد (2012). "الاستدامة المالية للسلطة الوطنية الفلسطينية: التجربة التاريخية والآفاق المستقبلية". معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، فلسطين.
- قورين، حاج قويدر (2013). "مفهوم وأهمية وأنواع التمويل". منتدى المحاسبين العرب، تاريخ الاطلاع: 2013-11-26
- (http://www.acc4arab.com/acc/showthread.php?t=1888, 5.6.2011)
- الكردي، أحمد (2011). "التمويل الدولي: المفهوم، الأهمية، الأهداف". الموقع الإلكتروني: (http://kenanaonline.com/users/ahmedkordy/topics/75384/posts/158560, 28.06.2011)
- لبد، عماد (2004). "تجربة السلطة الفلسطينية في استغلال المساعدات الدولية (1994 - 2003)". مجلة الجامعة الإسلامية، سلسلة الدراسات الإنسانية، المجلد الثاني عشر، العدد الثاني، ص 467-501.
- محمد، جبريل (2012). "سوق بلا سيادة: رؤية نقدية في دور القطاع الحكومي في التنمية". مركز بيسان للبحوث والإنماء، فلسطين.
- المركز الإعلامي الحكومي، "فلسطين: دولة تحت الاحتلال". مكتب رئيس الوزراء، تلخيص التقرير الفلسطيني لاجتماع المانحين، 2013.
- المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان. "تقرير حول حالة المعابر في قطاع غزة". تاريخ النشر: 2011/11/3، تاريخ الاطلاع: 2013-12-22.
- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، "القوى العاملة في القطاع انصي في قطاع غزة". وزارة الصحة الفلسطينية، قطاع غزة، فلسطين، 2010
- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، "التقرير الصحي السنوي، فلسطين 2010". وزارة الصحة الفلسطينية، رام الله، فلسطين، 2011.
- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، "التقرير السنوي للمستشفيات في قطاع غزة- 2010". وزارة الصحة الفلسطينية، قطاع غزة، فلسطين، 2011.
- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، "المحددات الصحية في قطاع غزة". وزارة الصحة الفلسطينية، قطاع غزة، فلسطين، 2012.
- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، "المؤشرات الصحية قطاع غزة 2005-2010". وزارة الصحة الفلسطينية، قطاع غزة، فلسطين، 2012.

- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، " التقرير الصحي السنوي 2012 ". وزارة الصحة الفلسطينية، رام الله، فلسطين، 2013.
- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، " التقرير الصحي منتصف العام 2013 ". وزارة الصحة الفلسطينية، رام الله، فلسطين، 2013.
- مركز المعلومات الوطني الفلسطيني وفا، "الرعاية الصحية الأولية في عهد السلطة الوطنية". فلسطين، 2011.
- مركز بيسان للبحوث والإنماء، "المرصد التنموي". العدد الأول / كانون الأول، 2010، رام الله، فلسطين.
- معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، "موازنة السلطة الوطنية الفلسطينية 2012". رام الله، فلسطين، 2012.
- منتدى التمويل الإسلامي، "مفهوم وأهمية التمويل". الموقع الإلكتروني: (<http://islamfin.go-forum.net/t1246-topic>, 19.09.2013)
- النملة، حازم، "وهم التنمية في نقد خطاب التنمية الفلسطيني: مجتمع المانحين وإعادة صياغة المحلي: مراجعة نقدية في/ من زمن "التنمية" الفلسطيني ". مركز بيسان للبحوث والإنماء، رام الله، فلسطين، 2010.
- هلاي، محمود، "قضايا وإشكاليات التمويل الأجنبي للجمعيات الأهلية". مجلة العلوم الإجتماعية. 2010، الموقع الإلكتروني: (<http://swmsa.net/articles.php?action=show&id=1882>, 28.09.2013)
- الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، "واقع الحق في الصحة في الأراضي الفلسطينية". رام الله، فلسطين، 2010.
- وايلدمان، جيريمي، الترتير، علاء (2013). " كفاءة المعونة". موقع شبكة السياسات الفلسطينية، تاريخ النشر 19-9-2013، تاريخ الاطلاع 11-12-2013.
- وزارة التخطيط والتعاون الدولي، "تقرير المساعدات الدولية". الربع الثالث والربع الرابع، 2001.
- وزارة التخطيط والتنمية الإدارية، " تقرير الأهداف الإنمائية للألفية". فلسطين، 2010.
- وزارة التخطيط، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، "دراسة حول اثر المساعدات الدولية على التنمية الاقتصادية في فلسطين"، 2011. الموقع الإلكتروني: <http://www.mop.ps/ar/arabic>
- وزارة الداخلية الفلسطينية، "مقابلة مع الدكتور باسم نعيم حول تقييمه لحجم المساعدات الخارجية"، 2013. الموقع الإلكتروني: www.moi.gov.ps ، تاريخ الاطلاع: 21-2-2013.

- وزارة الخارجية والتخطيط ، "الإستراتيجية الوطنية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية بحلول العام 2015". السلطة الوطنية الفلسطينية، فلسطين، 2012.
- وزارة الصحة الفلسطينية، "الخطة الاستراتيجية الوطنية الصحية 2011-2013". رام الله، فلسطين، 2013.

□ الأبحاث و دراسات الماجستير

- إبراهيم، جابر، (2005). " التمويل الأجنبي، الواقع والتحديات". بحث مُقدم إلى المؤتمر العلمي الأول، الاستثمار والتمويل في فلسطين بين آفاق التنمية والتحديات المعاصرة"، الجامعة الإسلامية، كلية التجارة، غزة .
- أبو حماد، ناهض " التمويل الدولي للمؤسسات الأهلية الفلسطينية وأثره على التنمية السياسية في قطاع غزة".(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين، 2011.
- أبو مصطفى، محمد " دور وأهمية التمويل الخارجي في تغطية العجز الدائم لموازنة السلطة الوطنية الفلسطينية". (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، 2009.
- جواده، سمر " مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيجما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا". (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، 2011.
- حماد، محمود " دور المساعدات التركية في تحسين مستوى الخدمات الصحية الحكومية في قطاع غزة". (رسالة ماجستير غير منشورة)، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا بالمشاركة مع جامعة الأقصى، غزة، فلسطين، 2013.
- الداية، وائل (2006). " قياس قدرة العاملين في وزارة المالية الفلسطينية على إدارة التمويل الدولي وتوجيهه نحو التنمية الاقتصادية والاجتماعية". دراسة تحليلية ميدانية، مقدم إلى مؤتمر تنمية وتطوير قطاع غزة بعد الانسحاب الإسرائيلي، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- سمارة، نادر " المساعدات الخارجية وآثارها على النمو الاقتصادي الفلسطيني". (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين، 2013.
- الشوا، أمجد "تمويل وكالة التنمية الامريكية وأثره على تعزيز الديمقراطية في قطاع غزة". (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس، غزة، فلسطين، 2008.

- القزاز، هديل (2006). "فيضان التمويل، سدود التنسيق وفرص الغرق في دوامة الفساد، الحالة الفلسطينية نموذجاً". ورقة مقدمة لورشة عمل الفساد في مرحلة إعادة الاعمار، عمان 5-6 مارس 2006.
- ياغي، عائد " دور المنظمات الصحية الأهلية الفلسطينية في قطاع غزة في تعزيز النظام الصحي الفلسطيني". (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس، غزة، فلسطين، 2009.

□ المقابلات الشخصية:

- د. بسام أبو حمد، كلية الصحة العامة، غزة. 2013/11/24، 2014/3/12.
- د. فؤاد العيسوي، الرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة. 2014/2/2.
- د. محمد الكاشف، الإدارة العامة للتعاون الدولي، وزارة الصحة الفلسطينية، غزة. 2014/4/20.
- د. يحيى عابد، كلية الصحة العامة، غزة. 2014/4/14.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Abed, Yehia (2007). " **Health Sector Review (HSR)**". a summary report, Italian Cooperation, Jerusalem, Palestine.
- Abu Hamad, Bassam, Shalabi, Arwa (2013). " **Applicability of the learning organization concept**". LAP LAMBERT Academic Publishing, Germany.
- Al-Khaldi, Mohammed (2012). "**The Contributions of the International Funds to Developing the Palestinian Health Care System: Focus on NGOs-Gaza**". Master thesis, Al-quds university, Palestine.
- Badawi , Khubaib, and Qasem, Mohammad (2010). "**Health Economics In Palestine Within A Global Context: A Review Study Till 2006**". ANU-MHSJ, December 2010, Vol. 1 Iss. 1, Faculty of Medicine, An-Najah National University, Nablus, Palestine.

- Birzeit University (2005). **"The Role of Civil Society Organizations in Society Building and Empowerment of the Palestinian People"**. Retrieved October, 09, 2011, from: <http://home.birzeit.edu/cds/publications/2005/ch4.pdf>.
- Blumenthal, Susan and Safdi, Stephanie (2008). **"Peace Through Health, A Mapping Of Cooperative Programs In Palestine And Israel"**. a report of the Palestine/Israel Health Initiative (PIHI), a center for the study of the presidency project for "advancing trust and reconciliation in Israel and Palestine". Brussels, Belgium, ministry of planning and administrative development, www.mop-gov.ps
- Brynen, Rex (2000) **"Very Political Economy: Peace building and Foreign Aid in the West Bank and Gaza"**. United States Institute of Peace, Library of Congress Cataloging, USA.
- Burnley, Jasmine (2010). **"21st Century Aid- Recognising success and tackling failure"**. Oxfam Briefing Paper.
- Burall, Simon and Roodman, David (2007). **"Developing a Methodology for Assessing aid effectiveness"**, an options paper, Overseas Development Institute ODI and Center for Global Development.
- Chkhatarashvili et al, (2009). **"Georgia: System-wide Effects of the Global Fund on Georgia's Health Care Systems"**, Georgia .
- Diallo, A. and Thuillier, D. (2004). **"The success dimensions of International development projects: the perceptions of African project coordinators"**. International Journal of Project Management 22. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science>.
- 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.

- Giacaman et al. (2003), " **Health sector reform in the Occupied Palestinian Territories (OPT): targeting the forest or the trees?**"
- Oxford University Press 2003, HEALTH POLICY AND PLANNING; 18(1): 59–67, http://www.oxfordjournals.org/our_journals/terms.html
- Glied, Sherry (2008). "**Health Care Financing, Efficiency, and Equity**". National Bureau of Economic Research, USA.
- Gill Walt et al. ."**Health sector development: from aid coordination to resource Management**", Oxford University Press 1999, Health Policy And Planning; 14(3): 207–218.
- Independent Evaluation Group (IEG), International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank (2011). "**The World Bank Group in the West Bank and Gaza, 2001–09, Evaluation of the World Bank Group Program**". Washington, D.C., Retrieved from: <http://www.worldbank.org/ieg>.
- Makkawi, M., et al. (2001). "**The External aid and Development in the Arab World: a vision from the perspective of Arab and Islamic**". Retrieved from: <http://acps.edu.jo/esdarat.html>.
- Mataria et al. (2009). "**The health-care system: an assessment and reform agenda**". Lancet 373: 1207–17; www.thelancet.com.
- McQuestion, M.J. (2006). "**Presentation: Quality of Care**". Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- MOH (2013). "**Palestine: a state under occupation**". the government of Palestine's report to the ad hoc liaison committee, march 19th, 2013
- Pereira , Javier (2009). "**Ethiopia, Aid Effectiveness In The Health Sector**". case study, published by Action For Global Health organization, Ethiopia.

- Pereira , Javier (2009). "**Zambia, Aid Effectiveness In The Health Sector**". case study, published by Action For Global Health organization, Zambia.
- Roy , Sara (2010). "**Perspectives on Palestinian (de-) Development**" Harvard University, Conference on Geographies of Aid Intervention in Palestine Middle East and North Africa Research Group, Birzeit University and Universities Gent, September 27-28, 2010.
- Schoenbaum, Michael, et. al, (2005) . "**Strengthening the Palestinian Health System Chapter Two :What Is a Successful Health System?**". RAND Corporation, Santa Monica, USA. www.rand.org.
- Sharp, Jeremy (2010). "**U.S. Foreign Assistance to the Middle East: Historical Background, Recent Trends, and the FY2011 Request**". Congressional Research Service report for congress, USA.
- Sridhar, Devi and Tamashiro Tami (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.
- WHO World Health Organization (2010). "**Country Cooperation Strategy for WHO and the Occupied Palestinian Territory 2009–2013**". Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo.
- World Bank (2011). "**The World Bank Group in the West Bank and Gaza, 2001-2009 Evaluation of the World Bank Group Program**". Retrieved from: <http://www.worldbank.org/ieg>.
- World Health Organization (2000). "**Health systems: improving performance**". World Health Report, Geneva, Retrieved from: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>

ملحق رقم (1): كتاب التحكيم



الجامعة الإسلامية - غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية التجارة

قسم إدارة الأعمال

الدكتور/ المحترم.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

تقوم الباحثة بدراسة حول " إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيها "، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال بالجامعة الإسلامية بغزة.

ولقد أعدت الباحثة إستبانة أولية كأداة رئيسية للدراسة والتي تتكون من ثلاث محاور رئيسية، وهي إدارة التمويل الدولي داخلياً، إدارة التمويل الدولي خارجياً، والعوامل السياسية.

ولإيماننا العميق بأنكم الأكثر معرفة في هذا المجال، كونكم أهل خبرة واختصاص، يسر الباحثة أن تضع بين أيديكم هذه الاستبانة لإبداء آرائكم وتضمن ملاحظاتكم ومقترحاتكم حولها.

وتقبلوا فائق الاحترام و التقدير،،،

الباحثة

عائشة البسيوني

ملحق رقم (2)

قائمة بأسماء محكمي الاستبيان

1- الدكتور بسام أبو حمد، المنسق العام لبرامج الصحة العامة، أستاذ مساعد في كلية

الصحة العامة، جامعة القدس، غزة.

2- الدكتور يحيى عابد، أستاذ مشارك في كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة.

3- الدكتور فؤاد العيسوي، مدير عام الرعاية الأولية في وزارة الصحة الفلسطينية،

غزة.

4- الدكتور فارس أبو معمر، أستاذ في كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة.

5- الدكتور وسيم الهابيل، رئيس قسم إدارة الأعمال و أستاذ مساعد في كلية التجارة،

الجامعة الإسلامية، غزة.

6- الدكتور ماهر درغام، أستاذ مشارك في كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة.

7- الدكتور ياسر الشرفا، أستاذ مساعد في كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة.

ملحق رقم (3) صحيفة الاستبيان



الجامعة الإسلامية - غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية التجارة

إدارة الأعمال

صحيفة استبيان

السيدات والسادة المدراء العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية ... المحترمين.

تحية طيبة وبعد ،،،

أنا الباحثة عائشة البسيوني، في كلية التجارة تخصص إدارة الأعمال، واستكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال. أقوم بإجراء دراسة حول:

" إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيها "

" The Contributions of the International Funds to Developing the Health Care Sector in the Ministry of Health-Gaza, Managers' Perspectives "

حيث تهدف الدراسة إلى التعرف على وتحديد مدى إسهام التمويل الدولي في دعم وتطوير النظام الصحي الفلسطيني من خلال وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة .

وباعتباركم أحد القائمين على تنفيذ برامج تطوير النظام الصحي، وتقديراً لخبراتكم ودوركم في هذا المجال، فأرجو منكم التكرم بتعبئة هذا الاستبيان بدقة وموضوعية بما يتفق مع وجهة نظركم، أملاً بتحقيق النتائج الصادقة، وسعيًا منا جميعاً للرقى بالواقع الصحي الفلسطيني. الإجابة عما ورد في الاستبانة قد تستغرق 15 دقيقة تقريباً، كما أن المشاركة فيه طوعية. مؤكداً لكم أن المعلومات التي سيتم الحصول عليها لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، ويسعدنا التواصل لإطلاعكم على أهم النتائج التي سنتوصل إليها.

أولاً: خصائص عامة عن المدراء العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية:	
1- الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	2- العمر: 30-20 <input type="checkbox"/> 40-31 <input type="checkbox"/>
3- الموقع الوظيفي: مدير عام <input type="checkbox"/> مدير دائرة <input type="checkbox"/>	نائب مدير عام <input type="checkbox"/> مدير مستشفى <input type="checkbox"/>
4- المهنة الأساسية: طبيب <input type="checkbox"/> صيدلي <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/>	5- المؤهل العلمي: بكالوريوس <input type="checkbox"/> دبلوم عالي <input type="checkbox"/>
6- طبيعة العمل: إداري <input type="checkbox"/> مالي <input type="checkbox"/> فني <input type="checkbox"/> مختلط <input type="checkbox"/> أخرى، حدد ذلك	ماجستير <input type="checkbox"/> دكتوراه <input type="checkbox"/>
7- عدد سنوات الخبرة المهنية الكلية: (أ) داخل الوزارة : سنة	(ب) خارج الوزارة: سنة
8- مكان العمل: شمال غزة <input type="checkbox"/> غزة <input type="checkbox"/> المنطقة الوسطى <input type="checkbox"/> خان يونس <input type="checkbox"/> رفح <input type="checkbox"/>	

درجة قليلة جداً	درجة قليلة	درجة متوسطة	درجة كبيرة	درجة كبيرة جداً	ثانياً: واقع التمويل الدولي لقطاع الصحة في وزارة الصحة الفلسطينية من وجهة نظرك تجاه:
					9- يعتبر حجم التمويل الدولي كافياً لتنفيذ الأنشطة الصحية اللازمة.
					10- التمويل الدولي ضروري وحيوي للقطاع الصحي.
					11- التمويل الدولي مصدر مالي آمن.
					12- التمويل الدولي مصدر مالي مستدام.
					13- تقي الجهات المانحة بكافة التزاماتها المالية والفنية تجاه القطاع الصحي.
					14- تتوفر لديكم ثقة ومصداقية بالتمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي.
					15- التمويل الدولي قدم إسهامات بارزة في الأزمات والظروف الطارئة والكوارث.
					16- التمويل الدولي يزود القطاع الصحي بخبرات وطرق عمل جديدة.
					17- التمويل الدولي يترك آثاراً مستدامة على الخدمات الصحية حتى بعد انتهاءه.
					18- التمويل الدولي أسهم في تطوير نظام الرعاية الصحية الأولية.
					19- التمويل الدولي أسهم في تطوير نظام الرعاية الثانوية (المستشفيات).
					20- التمويل الدولي أسهم في تطوير حوكمة النظام الصحي في وزارة الصحة .
					21- التمويل الدولي أسهم في تطوير نظم المعلومات الصحية.
					22- التمويل الدولي أسهم في تطوير المستلزمات والتكنولوجيا الطبية.
					23- التمويل الدولي أسهم في تطوير الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة.

ثالثاً: إدارة التمويل الدولي خارجياً				
درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
				24- إجراءات وممارسات الممولين تحد من الفساد وسوء استخدام التمويل الدولي.
				25- أهداف وسياسات التمويل الدولي تتوافق مع الأهداف الوطنية الصحية وأولويات المجتمع الفلسطيني.
				26- التمويل الدولي يحدد أولويات عمله الصحي وفقاً لاحتياجات المجتمع الفلسطيني الصحية.
				27- حجم التمويل الدولي المقدم للقطاع الصحي يغطي جزء كبير من المعاناة التي يعيشها المواطنين في قطاع غزة.
				28- زيادة القيمة المادية للتمويل الدولي تؤثر إيجاباً على القطاع الصحي بشكل عام.
				29- هناك انتقائية غير عادلة في تمويل المشاريع وتغطية الاحتياجات الضرورية.
				30- التمويل الدولي شفاف في تنفيذ المشاريع.
				31- التمويل الدولي شفاف في تبادل المعلومات.
				32- التمويل الدولي ساهم في تعزيز مبدأ الرقابة المالية على الأنشطة الصحية لوزارة الصحة.
				33- التمويل الدولي ساهم في تعزيز مبدأ الرقابة الإدارية على الأنشطة الصحية لوزارة الصحة.
				34- التمويل الدولي ساهم في تعزيز المساءلة ومسئولية الوزارة أمام المجتمع المحلي.
				35- التمويل الدولي ساعد وزارة الصحة على استغلال الموارد بكفاءة ومهنية عالية
				36- ساهم التمويل الدولي في تنفيذ أنشطة ومشاريع الوزارة وانجازها بطريقة مثلى.
				37- التمويل الدولي ساهم في تنفيذ أنشطة ومشاريع ذات مردود وفائدة كبيرة.
				38- أولويات التمويل الدولي في دعم المشاريع الصحية تتم بالتنسيق والتعاون مع وزارة الصحة الفلسطينية.

- في الأسئلة التالية يمكنك اختيار أكثر من إجابة (من 53-59):

53- أهم الصعوبات والعقبات التي تواجهكم على صعيد تأمين التمويل الدولي :

- الظروف السياسية السائدة
- خمول و عدم تفاعل الممولين
- عقبات إدارية
- عقبات قانونية
- خلافات داخلية في الوزارة
- وجود أولويات للممولين في بلدان أخرى
- نقص الكفاءات في الوزارة في جلب التمويل
- أجندات خفية
- غير ذلك، حدد.....

54- أسباب العجز في وزارة الصحة الفلسطينية، إن وُجد:

- عدم كفاية التمويل
- محدودية الموارد الذاتية
- تقديم المساعدات للفئات المستهدفة بشكل واسع
- غياب دور تجنيد الأموال وإدارة المشاريع
- إخفاق الإدارة المالية
- ضعف قدرة المجتمع الاقتصادية
- أخرى، حدد.....

55- أهم احتياجات القطاع الصحي والتي تعتبرونها من الأولويات لتقديم الخدمات الصحية بالطريقة الملائمة:

- زيادة حجم التمويل الصحي
- تحسين العلاقة مع المجتمع
- علاقات تشبيك
- تغطية مصاريف تشغيلية جارية
- تطوير القدرات الإدارية
- تطوير القدرات المالية
- التخطيط والتطوير
- كوادر بشرية متخصصة
- أجهزة وتقنيات
- توفير الأدوية
- أخرى، حدد.....

56- الفكرة الرئيسية للمشاريع الممولة دولياً عادة من:

- الإدارة العليا للوزارة
- الإدارة التنفيذية
- المستفيدين
- المانحين

57- لتحسين عملية إدارة التمويل الدولي ينبغي التركيز على عملية :

- التخطيط
- التقييم
- تحديد الأولويات الوطنية الصحية
- الرقابة
- التسويق للمشاريع
- تحديد الأدوار وتوزيعها
- المتابعة
- أخرى،
.....

58- العلاقة بين مصادر التمويل الدولي ووزارة الصحة الفلسطينية هي:

- علاقة تمويل (منح ودعم مالي)
- علاقة شراكة
- أنشطة مشتركة
- علاقة تكاملية
- علاقة مهنية (تطوير إداري، مؤسسي....)
- علاقة تعاقدية
- علاقة إشراف
- علاقة تنسيقية

59- العوامل التي تؤثر سلباً على كفاءة التمويل الدولي لوزارة الصحة الفلسطينية :

- التحديات الديموغرافية والاجتماعية
- العوامل السياسية والأمنية
- تدهور الأوضاع الاقتصادية والمالية
- التحديات الصحية والوبائية
- الافتقار للإدارة الإستراتيجية والخبرة والمسئولية والإمكانيات
- عدم تعاون ومشاركة المجتمع المحلي والجمهور
- غياب الرؤى المشتركة والتنسيق المحلي والدولي لآليات وإجراءات التمويل
- سياسات الجهات المانحة في إدارة عملية التمويل
- عدم انسجام أهداف الوزارة الصحية مع أهداف المانحين لتحقيق التنمية والمشاريع المنتجة
- أخرى، حدد.....

60- ما اقتراحاتك لزيادة فعالية ونجاعة التمويل الدولي لوزارة الصحة الفلسطينية ومؤسساتها الصحية؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

كل الشكر و التقدير لجهودكم الكريمة

الباحثة: عائشة البسيوني

ملحق رقم (4)

أسئلة المقابلات الشخصية

أولاً: البيانات الشخصية والوظيفية

1. الاسم:
2. المؤهل العلمي:
3. المنصب الإداري:
4. عدد سنوات الخبرة في وزارة الصحة الفلسطينية:

ثانياً: أسئلة المقابلة:

1- إسهامات التمويل الدولي في تطوير قطاع الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، بشكل عام ماذا يمكن وصفها؟ (إيجابية، فعالة، كافية، آمنة، مستدامة، حيوية، نزيهة وعادلة، أو العكس أو غيرها).

2- من وجهة نظرك، هل أنت راضٍ عن كيفية تخصيص، استخدام، وإدارة التمويل الدولي في حدود المكان المسئول عنه؟

3- ما الذي "كسبناه" من التمويل الدولي، وما الذي يمكن أن "نفقد" من الاستغناء عنه؟

4- هل بالإمكان أن تذكر باختصار محاسن ومساوئ التمويل الدولي؟

5- في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، من هي الجهة المسؤولة عن التخطيط الصحي؟ ومن هي الجهة المسؤولة عن التنسيق والتعاون مع الجهات المانحة؟ وهل هي نفسها الجهة المسؤولة عن استلام التمويل وإدارته؟ (مخطط بسيط للهيكيلية الإدارية ومسئولياتها فيما يتعلق بعملية التخطيط، التنظيم، الرقابة والتقييم للتمويل الدولي)

6- بالتركيز على وزارة الصحة الفلسطينية، كيف أسهم التمويل الدولي في مقابلة الحاجات الصحية، من ناحية:

أ- تحسين الأوضاع الصحية.

ب- تعزيز القدرة المؤسساتية للوزارة من ناحية :

- دعم مكونات النظام المختلفة.

- تطوير الموارد البشرية والقوى العاملة.

- تطوير الخدمات الفنية.
 - توافر المستلزمات والأدوات والأدوية اللازمة.
 - النظم الإدارية والمالية.
 - إدارة النفقات.
 - ت- مقابلة الأهداف الإنمائية للألفية.
- 7- هل ترى أن التمويل الدولي يتم استخدامه واستغلاله بشكل مناسب؟ وما الذي بالإمكان عمله لزيادة إسهاماته في دعم القطاع الصحي؟
- 8- كيف يمكن تقليل الانتقادات المتعلقة بالتمويل الدولي؟ وما الذي يمكن عمله من قبل :
- أ- الجهات المانحة. ب- وزارة الصحة الفلسطينية. ج- الجهات الصانعة للقرار.
- 9- هل ترغب بإضافة أي تعليقات أخرى؟

ملحق رقم (5)

قائمة بأسماء شخصيات المقابلة

قائمة بأسماء الأشخاص الذين تم عمل مقابلة شخصية معهم:

م	الاسم	الموقع الوظيفي
1	د. بسام أبو حمد	المنسق العام لبرامج الصحة العامة - أستاذ في جامعة القدس
2	د. فؤاد العيسوي	مدير عام الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة الفلسطينية
3	د. محمد الكاشف	مدير عام الإدارة العامة للتعاون الدولي في وزارة الصحة الفلسطينية
4	د. يحيى عابد	أستاذ في جامعة القدس - عميد كلية الصحة العامة سابقاً - مدير عام البحث والتخطيط في وزارة الصحة الفلسطينية سابقاً

ملحق رقم (6)

كتاب وزارة الصحة الفلسطينية

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



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية

التاريخ: 2014/03/06م

الرقم:

الأخوة / المدراء العامون المحترمون،،،
الأخوة / مدراء الوحدات المحترمون،،،
الأخوة / مدراء الدوائر المحترمون،،،
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

الموضوع/ تسهيل مهمة باحثة

بخصوص الموضوع أعلاه، يرجى تسهيل مهمة الباحثة/ عائشة يوسف النسيوني
الملتققة ببرنامج ماجستير إدارة الأعمال - كلية التجارة - الجامعة الإسلامية- غزة
في إجراء بحث بعنوان :-

" اسهامات التمويل الدولي في تطوير نظام الرعاية الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية

في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء العاملين فيها"

حيث الباحثة بحاجة لتعبئة استبانته من عدد من المدراء العاملين في مرافق الوزارة المختلفة، بما لا يتعارض مع
مصلحة العمل وضمن أخلاقيات البحث العلمي، و دون تحمل الوزارة أي أعباء أو مسؤوليات.

وتفضلوا بقبول التحية والتقدير،،،

د. ناصر رأفت أبو شعبان
مدير عام تنمية القوى البشرية



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

Gaza Tel / 08-2827298

Fax / 08-2868109

Email / hrd@moh.gov.ps

ملحق (7-A)

جدول يوضح توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية حسب مقدمي الخدمات والمنطقة، فلسطين،
2012

عدد السكان	مقدمي الخدمة					عدد السكان لكل مركز	المنطقة
	وزارة الصحة	منظمات غير حكومية	وكالة الغوث الدولية	الخدمات الطبية العسكرية	المجموع		
2,434,498	406	140	41	16	587	4,147	الضفة الغربية
1,672,865	54	66	20	7	147	11,380	قطاع غزة
328,689	8	13	3	1	25	13,148	شمال غزة
578,874	15	19	4	2	40	14,472	غزة
242,978	16	8	5	1	30	8,099	دير البلح
315,852	10	19	3	1	33	9,571	خانيونس
206,472	5	7	5	2	19	10,867	رفح
4,107,363	460	206	61	23	750	5,476	فلسطين

المصدر: وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، التقرير السنوي لعام 2012، تموز

.2013

ملحق (7-B)

جدول يوضح مؤشرات الرعاية الأولية في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة 2005-2010

2010	2005	المؤشرات
54	56	عدد مراكز الرعاية الأولية التابعة للوزارة
0.94	0.93	عدد مراكز الرعاية الأولية لكل 10,000 نسمة
4.5	1.05	معدل الزيارات السنوية لكل شخص لعيادات الطب العام
0.5	0.83	معدل الزيارات السنوية لكل شخص للطب المتخصص
0.3	0.37	معدل الزيارات السنوية التمريضية لكل شخص
66.7	96.3	نسبة تغطية الطلبة من قبل فرق الصحة المدرسية
100.0	99.0	نسبة تغطية التطعيمات للمواليد

المصدر: المؤشرات الصحية قطاع غزة 2005-2010، (2012)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة، قطاع غزة، فلسطين، ص6.

ملحق (7-C)

جدول يوضح مؤشرات الرعاية الثانوية (المستشفيات) في قطاع غزة 2005-2010

2010	2005	المؤشرات
29	22	عدد المستشفيات في قطاع غزة
13	10	عدد مستشفيات وزارة الصحة
2,769	2,018	عدد الأسرة في قطاع غزة (أسرة مبيت ورعاية يومية)
1,937	1,499	عدد أسرة وزارة الصحة (أسرة مبيت ورعاية يومية)
12.4	10.8	معدل سرير وزارة صحة / 10,000 نسمة
4.1	N.A	معدل سرير حضنة في وزارة الصحة / 10 أسرة ولادة
82.0	78.6	نسبة إشغال الأسرة في مستشفيات وزارة الصحة

المصدر: المؤشرات الصحية قطاع غزة 2005-2010، (2012)، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، وزارة الصحة، قطاع غزة، فلسطين.

ملحق رقم (8)

جدول يوضح حجم المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي بقطاع غزة حسب نوع المساعدات بالنسب المئوية و بالشيكل

النسبة المئوية	المجموع الكلي	سيارات نقل	نقدية	سيارات اسعاف	انشاءات وبني تخفية	هندسة وصيانة (اصلاحات)	اجهزة ومعدات طبية	اغذية	قرطاسية ومطبوعات	نظافة	اقمشة وملابس	محروفات	اجهزة حاسوب	اجهزة كهربائية	اثاث	مهمات طبية	ادوية	السنوات
67.2%	878,483,912	0	518,754	0	106,233,762	4,534,320	36,405,778	1,541,986	178,579	2,872	344,762	2,824,049	726,370	2,367,781	4,194,196	14,572,058	704,038,645	المجموع الكلي لعام ٢٠١٢
24.5%	319,986,232	0	0	0	165,368,607	1,629,571	40,272,931	744,858	147,444	86,402	101,099	1,813,710	899,130	849,227	954,543	7,309,444	99,809,266	المجموع الكلي لعام ٢٠١١
0.6%	7,240,947	0	0	0	2,989,276	0	1,636,118	0	0	0	0	0	123,751	448,429	118,832	1,924,541	0	المجموع الكلي لعام ٢٠١٠
1.2%	15,845,726	9,842,000	0	4,625,000	0	1,028,687	0	0	0	0	0	0	0	288,435	61,604	0	0	المجموع الكلي لعام ٢٠٠٩
0.2%	3,184,648	0	0	0	0	770,578	0	0	0	0	0	0	0	2,394,430	0	19,640	0	المجموع الكلي لعام ٢٠٠٨
6.3%	81,857,961	0	0	0	0	3,375,490	0	0	790,558	0	0	2,760,810	0	4,323,287	800,662	69,807,154	0	المجموع الكلي لعام ٢٠٠٧
100%	1,306,599,426	9,842,000	518,754	4,625,000	274,591,645	11,338,646	78,314,827	2,286,844	1,116,581	89,274	445,861	7,398,569	1,749,251	10,671,589	6,129,837	93,632,837	803,847,911	الاجمالي الكلي
		0.75%	0.04%	0.4%	21.0%	0.9%	6.0%	0.2%	0.1%	0.01%	0.03%	0.6%	0.1%	0.8%	0.5%	7.2%	61.5%	النسبة المئوية

المصدر: حماد، 2013. بالرجوع إلى مصادر متعددة في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، ص 79.

ملحق رقم (9)

جدول يوضح المساعدات المقدمة للقطاع الصحي الحكومي خلال السنوات من 2007 - 2012 بحسب الجهة المانحة وإجمالي المساعدات بالشيكال

م	الدولة	أدوية	مهمات طبية	أثاث	أجهزة كهربائية	أجهزة حاسوب	محروقات	أقمشة وملبوسات	نظافة	قرطاسية ومطبخات	أغذية	أجهزة ومعدات طبية	هندسة وصيانة (إصلاحات)	إنشاءات وبنى تحتية	سيارات خدمات نقل	سيارات إسعاف	تقنية	المجموع الكلي	الترتيب
1	مصر	257,588,262	573,383	52,789	0	296,000	0	0	0	306	6,880	7,513,193	48,600	39,000	518,000	0	266,636,413	الأولى	
2	السعودية	23,624,274	1,889,245	1,457	176,761	0	0	0	0	0	350,203	3,325,971	33,491	184,223,131	2,590,000	0	216,214,533	الثانية	
3	بريطانيا	208,855,192	3,716,667	34,629	12,202	0	0	0	0	0	214,770	967,056	1,528,700	570,000	0	0	215,899,216	الثالثة	
4	تونس	88,193,697	14,725	5,510	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	88,213,932	الرابعة	
5	قطر	2,271,593	2,848,884	1,715,336	122,830	8,326	0	0	0	0	0	22,068,896	6,500	51,552,100	1,942,500	0	82,536,965	الخامسة	
6	بنوك دولية و محلية	26,100	69,196,351	13,285	581,115	0	5,313,060	0	0	704,713	0	0	2,902,770	0	0	0	78,737,394	السادسة	
7	الأمم المتحدة	69,613,347	909,157	380,734	168,010	335,664	0	20,031	0	299,917	0	2,754,075	309,627	2,405,000	388,500	0	77,584,062	السابعة	
8	فلسطين	15,690,110	2,475,476	799,806	1,352,289	620,385	57,801	253,880	88,314	23,744	1,709,913	30,150,398	304,508	5,517,438	777,000	0	60,339,816	الثامنة	
9	قوافل كسر الحصار	50,954,579	126,308	90,585	2,450	11,350	0	80,000	0	0	0	133,200	39	0	0	0	51,398,511	التاسعة	
10	اليمن	46,249,947	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46,249,947	العاشر	

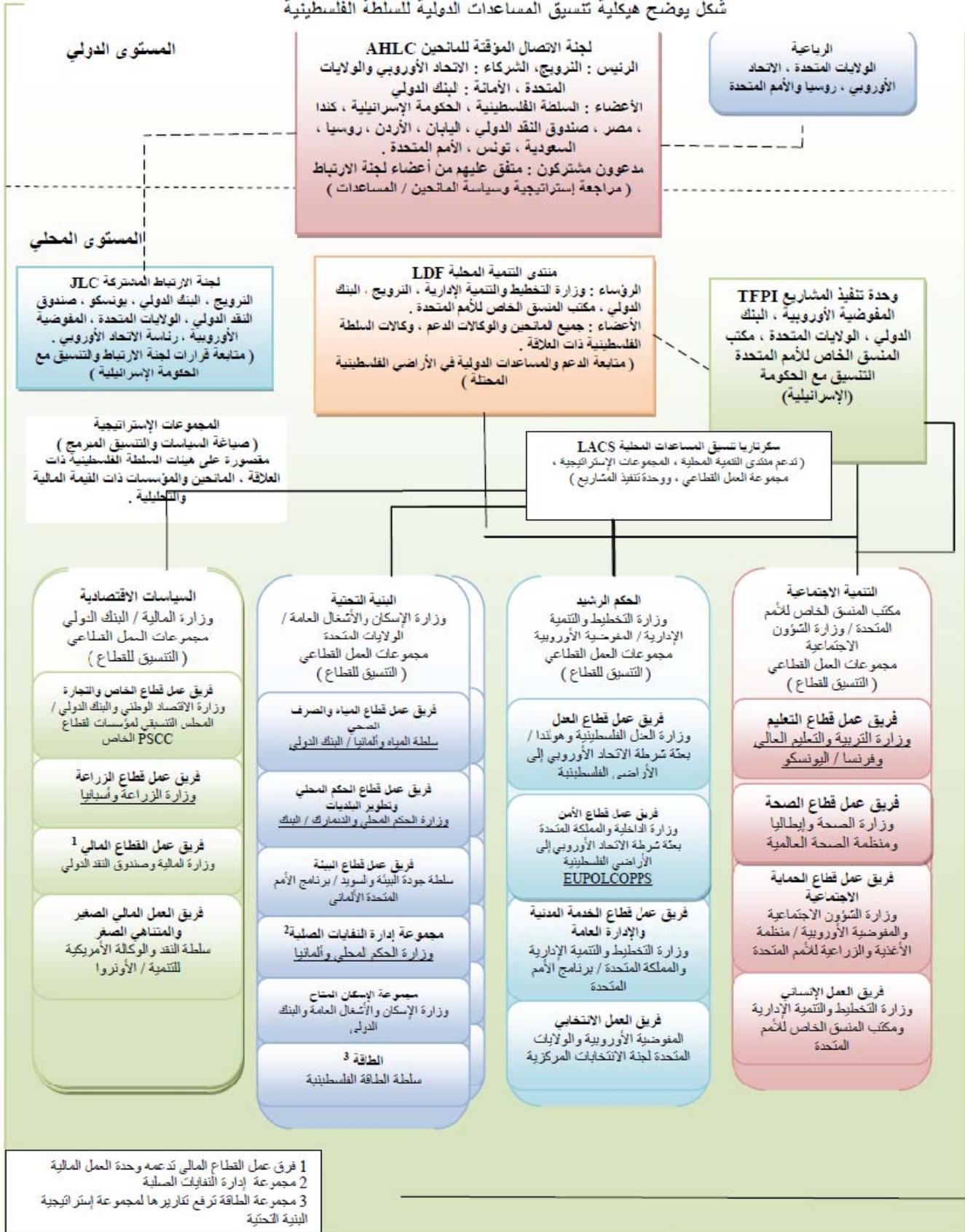
الحادي عشر	35,593,834	0	0	1,165,500	2,389,840	1,974,854	4,418,993	0	0	0	1,294	2,027,026	7,980	520,871	1,136,196	8,205,034	13,746,246	منظمات دولية عربية	11
الثاني عشر	22,675,492	0	4,625,000	0	4,004,660	531,400	1,119,593	0	0	0	0	0	0	632,522	746,912	852,844	10,162,561	تركيا	12
الثالث عشر	16,748,039	0	0	0	2,615,900	3,678,303	2,547,893	0	85,845	0	0	0	86,837	6,074,533	908,314	750,414	0	النرويج	13
الرابع عشر	15,168,373	0	0	0	15,100,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	63,801	4,572	اندونيسيا	14
الخامس عشر	7,156,209	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	81,213	7,074,996	سلطنة عمان	15
السادس عشر	5,232,321	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,210	5,227,111	أمريكا	16
السابع عشر	5,089,406	0	0	0	144,300	0	1,294,456	0	0	0	0	0	54,557	476,627	3,691	289,266	2,826,509	ماليزيا	17
الثامن عشر	4,813,267	0	0	388,500	4,000,000	0	20,350	0	0	0	2,500	0	0	1,002	0	7,490	393,425	الاردن	18
التاسع عشر	1,825,285	0	0	0	0	4,567	240,463	5,078	1,801	960	85,948	0	266,423	323,879	137,086	438,343	320,737	متبرعين	19
العشرون	1,813,000	0	0	0	1,813,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	بلجيكا	20
الواحد والعشرون	1,425,479	0	0	0	90,000	0	945,048	0	0	0	0	0	45,436	0	0	344,995	0	اليابان	21
الثاني والعشرون	953,062	0	0	0	0	0	524,656	0	0	0	0	0	7,400	1,650	1,750	214,905	202,701	فرنسا	22
الثالث والعشرون	431,902	0	0	259,000	0	0	0	0	255	0	0	0	0	0	0	6,194	166,453	ليبيا	23
الرابع والعشرون	315,340	0	0	129,500	0	0	37,000	0	0	0	0	0	4,329	0	0	9,582	134,929	الامارات	24

الخامس و العشرون	706,543	0	0	0	380,000	190,287	106,179	0	0	0	0	0	2,418	9,700	13,676	4,283	0	إيطاليا	25
السادس و العشرون	496,515	0	0	0	25,000	0	0	0	0	0	0	0	0	194,150	0	277,365	0	الكويت	26
السابع و العشرون	436,388	0	0	0	0	0	114,848	0	0	0	0	0	0	0	0	0	321,540	السويد	27
الثامن و العشرون	266,787	0	0	259,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,787	الجزائر	28
التاسع و العشرون	259,000	0	0	259,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	النمسا	29
الثلاثون	114,118	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,209	682	2,146	20,998	88,083	0	0	اسبانيا	30
الواحد و الثلاثون	87,890	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	87,890	اليونان	31
الثاني و الثلاثون	71,786	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71,786	جنوب إفريقيا	32
الثالث و الثلاثون	62,867	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48,938	13,929	سويسرا	33
الرابع و الثلاثون	32,560	0	0	0	0	0	32,560	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	روسيا	34
الخامس و الثلاثون	17,637	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,637	اسكوتلاند	35
السادس و الثلاثون	5,003	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,003	0	البحرين	36
	1,305,608,892	518,754	4,625,000	8,676,500	274,869,369	11,513,646	78,314,828	2,286,844	1,116,581	89,274	445,862	7,398,569	1,749,251	10,671,589	6,129,839	93,355,076	803,847,910	الإجمالي الكلي	

المصدر: حماد، 2013، بالرجوع إلى مصادر متعددة في وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، ص 83.

ملحق رقم (10)

شكل يوضح هيكلية تنسيق المساعدات الدولية للسلطة الفلسطينية



المصدر : حماد ، 2013 ، نقلًا عن معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، 2009.