

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة النجاح الوطنية

كلية الدراسات العليا

التوجه نحو تطبيق اللامركزية الإدارية

في مستشفى جنين

إعداد

مجدولين عبد الله يوسف نعيرات.

إشراف

الدكتور سليمان خليل

الدكتور قاسم المعاني

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الصحة العامة بكلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.

2006

التوجه نحو تطبيق اللامركزية الإدارية

في مستشفى جنين

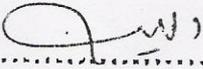
إعداد

مجدولين عبيد الله يوسف تعبيرات

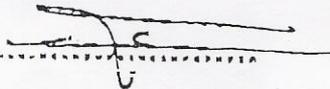
تمت هذه الأطروحة بتاريخ 20/ 9/ 2006 وأجيزت

التوقيع

أعضاء لجنة المناقشة


.....

.....

.....

.....

.....

1- الدكتور سليمان خليل مشرفا ورئيسا

2- الدكتور قاسم المعاني مشرف ثانيا

3- الدكتور معتصم حمدان ممتحنا خارجيا

4- الدكتور حسين الأعرج ممتحنا داخليا

5- الدكتور جمال العالول ممتحنا خارجيا

الإهداء

إلى الذي انتظر ولادة هذا البحث بصبر ومحبة، ومهد لي الطريق وشجعني على الثبات.

إلى اللذان سارا معي مشوار الحياة خطوة خطوة، ولم يحسبا لي يوما حجم التضحية علي أنال، منهما الرضا... والدعاء، ويسامحاني عن كل تقصير... إلى أبي وأمي.

إلى زوجي وولداي اللذان انتظرتهما طويلا أقدم ثمرة إنتاجي.

مجدولين نعيرات

شكر وتقدير

الشكر لله رب العالمين، والحمد له دائما وأبدا وفي كل حين، والشكر لأستاذي الدكتور قاسم المعاني، الذي لم يتوان عن تقديم كل عون ومساعدة من خلال إشرافه على هذا البحث، وما بذله من جهد ومتابعة، والشكر أيضا لكلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية، التي أتشرف بالانتساب إليها، وعلى رأسها الأستاذ الفاضل الدكتور سليمان خليل، الذي لم يبخل علي بملاحظة أو تنبيه أو تشجيع، والشكر لكل من تفضل بمساعدتي على إتمام هذا البحث، وبالغ شكري وتقديري لأعضاء لجنة المناقشة الكرام، وأرجو الله عز وجل أن يكون عملي وعملهم في ميزان حسناتنا يوم القيامة.

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	اسم الفصل	رقم الفصل
1	الفصل الأول	
	مقدمة البحث ووصف موضوع الدراسة	
2	المقدمة	1-1
5	الحدود الزمانية للدراسة	2-1
5	الحدود المكانية للدراسة	3-1
6	لمحة عن محافظة جنين	4-1
8	مشكلة الدراسة	5-1
10	أهداف البحث	6-1
11	أسئلة الدراسة	7-1
11	فرضيات البحث	8-1
12	لمحة موجزة عن النظام الصحي الفلسطيني بعد العام 2002	9-1
15	أهمية الموضوع	10-1
19	وصف مكان الدراسة	11-1
26	الفصل الثاني	
	اللامركزية	
27	مقدمة	1-2
28	اللامركزية (المفهوم والأبعاد)	2-2
28	الاستقلال الذاتي	1-2-2
29	المصالح المحلية المشتركة	2-2-2
29	تعريف اللامركزية	3-2
30	اللامركزية السياسية	1-3-2
30	اللامركزية الإدارية	2-3-2
32	اللامركزية المالية	3-3-2
32	اللامركزية الاقتصادية ولامركزية السوق	4-3-2
33	شروط تطبيق اللامركزية	5-3-2

34	أسباب التوجه العالمي نحو اللامركزية	6-3-2
36	أهمية اللامركزية	4-2
36	أهمية المشاركة المجتمعية في الإدارة اللامركزية	5-2
37	دراسة خصائص المجتمع ومؤسساته	1-5-2
37	ميادين مشاركة المجتمع	2-5-2
40	الأبعاد السياسية والاقتصادية لمساهمة المجتمع المحلي	3-5-2
42	رقابة السلطة المركزية	6-2
43	نماذج من اللامركزية	7-2
44	النموذج العمودي	1-7-2
44	النموذج الأفقي	2-7-2
44	إعادة المركزية	3-7-2
44	علاقات المحيط المركزي	4-7-2
46	الفصل الثالث	
	دراسات سابقة	
47	مقدمة	1-3
49	التجربة الفلسطينية	2-3
51	التجربة اللبنانية	3-3
53	التجارب العالمية	4-3
66	الفصل الرابع	
	خطة ومنهجية البحث	
67	أيدولوجية الدراسة	1-4
68	أدوات الدراسة وأساليبها	2-4
68	الطريقة والإجراءات	3-4
68	منهجية الدراسة	4-4
69	مجتمع الدراسة	5-4
69	عينة الدراسة	6-4
72	أداة الدراسة	7-4
72	إعداد الاستبانة	8-4
72	أقسام الاستبانة	9-4

73	صدق الأداة	10-4
74	ثبات الأداة	11-4
74	متغيرات الدراسة	12-4
75	إجراءات الدراسة	13-4
75	المعالجات الإحصائية	14-4
77	الفصل الخامس	
	نتائج الدراسة	
	تحليل النتائج	1-5
78		
98	مناقشة نتائج التحليل	2-5
99	الفصل السادس	
	البناء الهيكلي	
100	البناء التنظيمي للمستشفى	1-6
100	أسس البناء الهيكلي والتنظيمي للمستشفى.	2-6
103	الخارطة التنظيمية	3-6
103	الدليل التنظيمي	4-6
105	أهم الأمور الإدارية المهمة	5-6
106	الهيكلية الإدارية المقترحة من قبل وزارة الصحة	6-6
113	الفصل السابع	
	النتائج والتوصيات	
114	المقدمة	
114	النتائج	1-7
114	التوصيات	2-7
119	المراجع العربية	
122	المراجع الاجنبية	
124	الملاحق	

فهرس الصور الفوتغرافية

الصفحة	البيان	رقم الصورة والشكل
6	صورة فوتغرافية لمستشفى جنين	شكل رقم (1-1)
7	موقع المستشفى من التصوير الجوي لمدينة جنين	شكل رقم (2-1)
21	مخطط الموقع العام لمستشفى جنين موضحا المباني القائمة الجديدة	شكل رقم (3-1)
22	المخطط المعماري للمبنى الجديد في الدور الارضي	شكل رقم (4-1)

فهرس الجداول

رقم الصفحة	اسم الفصل	عنوان الجدول	رقم الجدول
65	الفصل الثالث	مقارنة نسبة العاملين في الدولة من مجموع السكان لمجموعة OECD و سوريا	جدول رقم (1-3)
70	الفصل الرابع	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس	جدول رقم (1- 4)
70	الفصل الرابع	توزيع أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي	جدول رقم (2- 4)
71	الفصل الرابع	توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة.	جدول رقم (3- 4)
71	الفصل الرابع	توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص	جدول رقم (4- 4)
74	الفصل الرابع	ثبات الأداة	جدول رقم (5-4)
80	الفصل الخامس	استجابة أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس	جدول رقم (1- 5)
82-81	الفصل الخامس	استجابة أفراد العينة تبعاً لمتغير الخبرة	جدول رقم (2- 5)
83-82	الفصل الخامس	استجابة أفراد العينة في مجالات الدراسة تبعاً لمستوى متغير المؤهل العلمي (بكالوريوس، دبلوم، ودراسات عليا)	جدول رقم (3- 5)
84	الفصل الخامس	استجابات أفراد ألعينة لمجالات الدراسة على مستوى متغير عدد سنوات الخبرة (اقل من 3سنوات+1- 3سنوات+3 سنوات فأكثر)	جدول رقم (4- 5)
86-85	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة لمجالات الدراسة تبعاً لمتغير التخصص (طبيب، ممرض، وإداري)	جدول رقم (5- 5)
88	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بتطبيق اللامركزية وانتقال الإدارة والسلطة للعاملين تبعاً لمتغير الجنس	جدول رقم (6- 5)
88	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بتطبيق اللامركزية وانتقال الإدارة والسلطة للعاملين تبعاً لمتغير الخبرة	جدول رقم (7- 5)
89	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بتطبيق اللامركزية وانتقال الإدارة والسلطة للعاملين تبعاً لمتغير المؤهل العلمي	جدول رقم (8- 5)
90-89	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بتطبيق اللامركزية وانتقال الإدارة والسلطة للعاملين تبعاً لمتغير التخصص	جدول رقم (9- 5)
90	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق ب إلى أي مستوى من العاملين يتم انتقال الصلاحيات تبعاً لمتغير الجنس	جدول رقم (10- 5)
91-90	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق ب إلى أي مستوى من العاملين يتم انتقال الصلاحيات تبعاً لمتغير الخبرة	جدول رقم (11- 5)

91	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق ب إلى أي مستوى من العاملين يتم انتقال الصلاحيات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.	جدول رقم (5- 12)
92	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق ب إلى أي مستوى من العاملين يتم انتقال الصلاحيات تبعاً لمتغير التخصص	جدول رقم (5- 13)
92	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير الجنس.	جدول رقم (5- 14)
93	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير الخبرة.	جدول رقم (5- 15)
94-93	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.	جدول رقم (5- 16)
95	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير التخصص.	جدول رقم (5- 17)
95	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير الجنس.	جدول رقم (5- 18)
96	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير الخبرة.	جدول رقم (5- 19)
97-96	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.	جدول رقم (5- 20)
97	الفصل الخامس	استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير التخصص.	جدول رقم (5- 21)

فهرس الملاحق

رقم الصفحة	اسم الملحق	رقم الملحق	
125	الاستبانة	الملحق رقم(1)	
138	الهيكليات القائمة والمقترحة من قبل وزارة الصحة الفلسطينية	0-2	الملحق قم(2)
139	الهيكلية الإدارية المتبعة في مستشفى جنين	1-2	
140	النموذج العمودي للامركزية	2-2	
141	أنواع وأشكال اللامركزية	3-2	
142	كتاب الموافق من الإدارة العامة للمستشفيات	4-2	
143	كتاب أعداد العاملين في مستشفى جنين	5-2	
144	المستشفى كنظام مفتوح	6-2	
145	هيكلية الإدارة العامة للمستشفيات	1-7-2	
146	هيكلية الإدارة ومدراء الدوائر في مستشفى جنين	2-7-2	
147	هيكلية مدير الشؤون الإدارية في مستشفى جنين	3-7-2	
148	هيكلية دائرة التمريض	4-7-2	
149	هيكلية دائرة الشؤون الطبية	5-7-2	
150	هيكلية الدوائر والأقسام التابعة لها في المستشفى	6-7-2	
151	مصدر الأمر في مستشفى جنين	8-2	
152	ازدواجية السلطة التنفيذية في مستشفى جنين	9-2	
153	نتائج تحليل عينة الدراسة حسب SPSS	0-3	الملحق قم(3)

التوجه نحو تطبيق اللامركزية الإدارية

في مستشفى جنين

إعداد

مجدولين عبد الله يوسف نعيرات

إشراف

د. سليمان خليل

د. قاسم المعاني

الملخص

نظراً للتوجه العالمي نحو اللامركزية بشكل عام لتغيير أنظمة الحكومات كجزء من التطوير والإصلاح، وسعي السلطة الوطنية الفلسطينية في تبني هذا المنهج وتطبيقه في مؤسساتها، تم طرح موضوع اللامركزية ونوقش في أكثر من ميدان، وأكثر من مجال، في محاولة لإبراز أهمية الدور الذي تلعبه اللامركزية بشكل عام، واللامركزية الإدارية بشكل خاص، في الإصلاح المؤسسي، ولقد جاءت هذه الأطروحة تجسيدا لهذه الأفكار وكتجربة قابلة للتطبيق في إحدى مؤسسات السلطة الوطنية، ولبحث إمكانية تطبيق أسس اللامركزية الإدارية وتغيير الأساليب والأنظمة المعمول بها في تلك المؤسسة على نحو لامركزي، وإفساح المجال أمام المؤسسة للنهوض والتطور، والمحافظة على دورها وكيانها الإداري في ظل المتغيرات الحالية وخاصة السياسية منها، والتي جعلت من الوطن قطعا متناثرة الأوصال، الأمر الذي أجهد المؤسسة الوطنية ووضع على كاهلها عبئا كبيرا يدفعها للاستقلال الذاتي إدارياً ومالياً، وبالنظر إلى مفاهيم اللامركزية ومبادئها فهي تتسجم مع الواقع الفلسطيني، وتأتي حلاً للعديد من المشاكل العالقة والتي من شأنها أن تلعب دوراً بارزاً في إصلاح نظام الحكم المحلي.

وقد عملت الأطروحة على الإجابة عن السؤال التالي: كيف تعمل اللامركزية الإدارية على رفع كفاءة العاملين، وجودة الإنتاج في تقديم الخدمات الصحية من خلال تطوير الإطار التنظيمي للمؤسسة الصحية؟ وما هي وجهة نظر العاملين في المؤسسة الصحية عن ذلك؟

وحاولت الدراسة إثبات فرضية انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بعمل اللامركزية على رفع كفاءة العاملين، وجودة الإنتاج في تقديم الخدمات الصحية من خلال تطوير الإطار التنظيمي للمؤسسة الصحية تبعاً لمتغير الجنس، الخبرة، والمؤهل العلمي، والتخصص.

وقد جاءت الأطروحة في ستة أقسام متتالية، حيث عرض القسم الأول من هذه الدراسة أهم المشاكل في الدراسة، وتعريف المشكلة ومجتمع الدراسة والموقع وإبراز أهمية الدراسة، كما أعطى لمحة عن الوضع الصحي للسلطة الوطنية عامه في ظل الظروف السياسية والاقتصادية الراهنة.

وقدم القسم الثاني للدراسة تصورات لربط الإدارة وتطبيق اللامركزية ضمن إطار تطويري وتقدمي، كما ابرز أهم مفاهيم اللامركزية وتعريفها. كما تقدم برؤوس أقلام خلاصة العلاقة والروابط الرئيسية بين بناء الفريق الواحد وبين تطبيق اللامركزية في المستشفى، وناقش القسم الثالث من الدراسة الوضع العام للامركزية في العالم وناقش أهم المقاييس المتنوعة للديموقراطية واللامركزية، الإدارة، الحكم، وتطور البرامج عالمياً في محاولة لتصوير الممارسات الواسعة الانتشار والمتنوعة للحكومات الديموقراطية واللامركزية، وتناول القسم الرابع من الدراسة خطة ومنهجية البحث وآلية جمع المعلومات والبيانات ومصادرها. كما تناول القسم الخامس تحليل الدراسة وأهم النتائج المنبثقة عنها وتقديمها بعد معالجتها وتحليلها بأسلوب إحصائي باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وأما القسم السادس من هذا البحث عمل على وصف ودراسة وتقييم الوضع الإداري الحالي في المستشفى، من حيث الهيكلية القائمة أو المقترحة للمستشفى على مستوى مدير المستشفى، ورؤساء الأقسام والأخصائيين، كما ضم خلاصة الدراسة، توصيات الباحثة.

تتلخص أهداف الدراسة فيما يلي: تقييم بعض النماذج والأنماط لتطبيق أسس اللامركزية في القطاع الصحي، بيان أهم فوائد اللامركزية الموجودة في أدبيات البحث والربط بينها وبين المهارات والخدمات المقدمة في المستشفى، مرجعة أهم النتائج من جراء تطبيق اللامركزية في المستشفى، تقييم الايجابيات والسلبيات للخيارات المتنوعة من اللامركزية لصناع السياسة في

القطاع الصحي، تفحص الدروس والعبر من تجارب الدول في اللامركزية في قطاع الصحة، بيان أهمية تطبيق اللامركزية الإدارية في المستشفى، وبيان بعض الأسباب الداعية إلى تطبيق اللامركزية في المستشفى خاصة والقطاع الصحي عامة.

وتضمنت الأطروحة أيضا مجموعة من الملاحق، التي استخدمت في الدراسة منها الاستبانة، الهيكليات الإدارية القائمة والمقترحة، صور فوتوغرافية وصور جوية ومخططات هندسية لبناء المستشفى القائم، بالإضافة إلى تحليل البيانات الإحصائي.

اعتمدت الاستبانة كأسلوب لجمع المعلومات وقياس - إلى حد ما - فاعلية الإدارة القائمة في المستشفى ومقدرتها على النهوض بالمؤسسة وتطويرها من وجهة نظر العاملين في المستشفى، وقد تضمنت (9) محاور إدارية هامة توضح أهمية دور الإدارة في التطوير والقيادة الناجحة وبناء الفريق. واعتمد أيضا أسلوب المقابلة الشخصية حيث تمت مقابلة أعضاء من الإدارة العليا في المستشفى لمعرفة توجهاتهم نحو تطبيق اللامركزية الإدارية ومشاركة العاملين في الإدارة.

ضم مجتمع الدراسة (73) موظفاً في مستشفى جنين من الإداريين والأخصائيين والتمريض في مستشفى جنين. وتم اختيار عينة الدراسة والتي ضمت (36) من موظفي المستشفى وتم استبعاد (3) عينات بسبب أخطاء فنية، واعتمدت الدراسة على (33) عينة منها (23) ذكور و(10) إناث وقد اعتمدت أيضا على أربعة من المتغيرات الأساسية وهي الجنس، المؤهل، التخصص، والخبرة، والمتغيرات التابعة وهي (9) متغيرات أهداف إدارة المستشفى، التنظيم الإداري والهيكل للمستشفى، وظائف رئيس القسم، مفهوم اللامركزية، مهام مدير المستشفى، أساليب الإدارة، تقويم العاملين، وادوار رئيس القسم، ومميزات مدير المستشفى.

وبعد تحليل النتائج ومعالجتها توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

ازدياد الكادر الوظيفي في المستشفى في عهد السلطة الوطنية ولكن ليس بالقدر الذي يلبي احتياجات المستشفى، ارتفاع في مؤهلات الموظفين وتنوعها، أن الوظائف الإدارية تُشغل من قبل موظفين ذوي خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات في العمل الوظيفي، كما أشارت النتائج إلى

إجماع أفراد العينة ضمن جميع المتغيرات الأربعة المتنوعة وهي الجنس، الخبرة، المؤهل، التخصص أن إدارة المستشفى لا تلتزم في استراتيجيتها الإدارية مع قواعد ومبادئ اللامركزية الإدارية وان هناك حاجة للتغير كأسلوب لمواجهة التحديات وكاستراتيجية للتطور والنهوض بالمؤسسة من خلال إشراك العاملين وتطوير الكادر الإداري والمشاركة المجتمعية.

وتلخصت أهم التوصيات من هذه الدراسة فيما يلي:

1- ضرورة تغيير الأساليب الإدارية المتبعة في المستشفى

2- تأكيد الحاجة إلى اللامركزية الإدارية كأسلوب لحل المشكلات الإدارية.

3- تغيير الهيكلية التنظيمية على أساس لامركزي.

4- تفعيل المشاركة المجتمعية لتوفير مصادر الدعم البشري والمالي. تم اقتراح خارطة تنظيمية إدارية للمستشفى لتقديمها للقائمين على إدارة المستشفى من أجل المساهمة في تطوير نظام الإدارة.

الفصل الأول

مقدمة البحث ووصف موضوع الدراسة

الفصل الأول

مقدمة البحث ووصف موضوع الدراسة

1-1 المقدمة

تميّزت أنماط الإدارة المحلية في المؤسسات داخل فلسطين قبل مجيء السلطة الوطنية على أنها أنماط تقليدية جامدة وغير متطورة توارثت من عهود الحكم الأردني قبل العام 1967 والحكم العسكري الإسرائيلي (عام 1995-19976) ومع قيام السلطة الوطنية الفلسطينية ومؤسسات السلطة وبناء الوزارات، وتحت وطأت الظروف الصعبة التي رافقت قيام المؤسسات، أصبحت الغالبية العظمى من المؤسسات هي مؤسسات سلطة حكومية، وشرعت السلطة الوطنية ممثلةً بوزاراتها لتغير ورسم هيكليات إدارية، مثقلةً بأعباء الماضي، وتواجه في الوقت ذاته مشاكل الاحتلال العسكري الإدارية، المالية، الاجتماعية، وغيرها. وما يترتب على ذلك من أعباء وعوائق أمام تطبيق العديد من المشاريع والبرامج التي من شأنها تطوير النهج الإداري في المؤسسات وتقف عائقاً أمام النظر بالمنظور العالمي الأساليب الإدارة النوعية المتطورة في العالم مثل نظريات اللامركزية، إعادة المركزية، وخصخصة المؤسسات وغيرها. الأمر الذي يتقل كاهل الوزارات ويعيق تطور المؤسسات.

تشير العديد من الدراسات إلى أن علم الإدارة يعتبر علماً تطبيقياً مستخرجاً من علوم الاجتماع والاقتصاد والسياسة، ويهدف بالأساس لإدارة عجلة التنمية الاقتصادية مع مراعاة آخر التطورات في السياسة والاجتماع والثقافة. ولذا فإن علم الإدارة تطور مع تقدم الحياة السياسية والاقتصادية كان ذلك في بداية الأمر، كما يعلق على ذلك الدكتور الجمري "، ولكن ما ثبت في العقود الماضية هو أن تطور علم الإدارة وانتشاره في أوساط الطبقة الوسطى دفع باتجاه تطوير الحياة السياسية والاجتماعية، حاملاً معه مفاهيم الديمقراطية التي وجدت لها باباً خلفياً للدخول

إلى المجتمعات المختلفة".¹ كثير منا تعود على ربط الإدارة بإدارة الأعمال التجارية، غير أن الواقع هو أن الإدارة مطلوبة في كل مؤسسة من المؤسسات سواء كانت اقتصادية، اجتماعية، سياسية، ثقافية، طوعية، أو خيرية، وبما أننا نعيش في مجتمع معاصر قائم على المؤسسات في كل مجال من مجالات حياتنا، فإننا إذن نعتمد على العامل الذي يحرك المؤسسات التي تدير حياتنا. بل إننا نحتاج لعلم الإدارة أكثر في المؤسسات غير التجارية من المؤسسات التجارية. ويضيف الدكتور أجمري، "أن المؤسسات التجارية قائمة على وجوب طاعة الموظف والعامل لصاحب العمل. أما المؤسسات الأخرى فإن طاعة الأعضاء الداخليين فيها يتطلب عملاً سياسياً واجتماعياً وثقافياً لخلق المؤسسة الناجحة والعمل التنظيمي الفاعل القائم على مبدأ الشرعية النابعة من مجموع الناشطين والعاملين". إن مجتمعاتنا الحديثة تنتقل من نمطها التقليدي والقبلي إلى ما يطلق عليه " المجتمع المدني"، ذلك المجتمع القائم على المؤسسات والتنظيمات الاجتماعية، وهذه المنظمات تختص بشأن معين ويهدف موحد ومهام محددة، المستشفيات، المدرسة، المصنع، الجمعية، النادي، الصندوق، النقابة، البرلمان، المسجد، المآتم، المحكمة، الخ، كل واحد منها تمثل مؤسسة مجتمعية، وجميع هذه المؤسسات لديها أعضاء أو زبائن أو جمهور تستهدف إرضائه وإشباع رغباته، وكل مؤسسة بحاجة لعلم الإدارة لكي تستطيع أن تقدم منتجاتها وخدماتها بصورة أفضل مما يقدمه منافسيها".

تأتي الحاجة إلى إصلاح الوضع الإداري في المؤسسات الفلسطينية كحاجة ملحة وضرورية، وذلك لضمان نوع من الاستمرارية لهذه المؤسسات في ظل الأوضاع الراهنة، إضافة إلى توفير دعم وتمويل لها لمساعدتها على تقديم الخدمات، وفي الوقت نفسه ضمان جودة معينة للخدمات المقدمة من قبل تلك المؤسسات للمجتمع، ومستشفى جنين هو احد هذه المؤسسات ويعاني من نفس المشاكل تقريبا ويواجه نفس الظروف والأوضاع التي تمر بها باقي المؤسسات الحكومية في فلسطين.ومن خلال بعض المقابلات الشخصية لأعضاء من الإدارة وبعض العاملين

¹ أجمري. منصور. ديموقراطية من الباب الخلفي. ندوة جمعية الإداريين البحرينية. معهد البحرين للدراسات المصرفية والمالية. BIBF. مارس. 2002. ص 12.

والإداريين في المستشفى يتلخص لنا بعض الضعف العام من حيث الكم والنوع وعدم تلبيتها لحاجات المحافظة ورغبات المستفيدين من الخدمة في المستشفى.

وهناك العديد من الأسباب التي تقف وراء ذلك، منها ما هو بحاجة للبحث والتمحيص، ومنها ما هو واضح للعيان، ومن هذه الأسباب ما يمكن حله وإيجاد علاج ناجح ومنها ما يكون الحل أصعب واكبر وبحاجة إلى جهات أخرى للمشاركة في حله وعلاجه، وعند سؤالنا عن أهم الأسباب التي تقف وراء هذا الضعف في تقديم الخدمات للقائمين على إدارة المستشفى وبعض العاملين فيه حصلنا على مجموعة من الإجابات نجل أهمها فيما يلي:

1. الوضع السياسي العام الذي تمر به فلسطين والمؤسسات الفلسطينية.
2. الوضع الاقتصادي سواء للمجتمع أو المؤسسات والذي بالتالي ينعكس على وضع القطاع العام.
3. الوضع الإداري في مؤسسات السلطة بشكل عام، ووزارة الصحة بشكل خاص وما تعانيه من مركزية مفرطة تقف حائلاً دون تطور المؤسسات.
4. قلة الوعي المجتمعي وغياب دور المسئول.
5. جمود العلاقة بين المؤسسات والمجتمع المحلي، وعدم مشاركة المجتمع ومساهمته في تطوير المؤسسات.
6. استخدام الوزارات والمؤسسات "العشوائية" في العمل وليس الأسلوب العلمي المنظم، المبني على التخطيط الهادف.
7. غياب دور الرقابة على المؤسسات، وقلة المصداقية في التعامل ضمن المؤسسة الواحدة أو بين المؤسسات.

8. قلة عدد العاملين في المؤسسات وخاصة المؤسسات الصحية.

9. عدم وجود نظام حوافز لزيادة دافعية العاملين وتشجيعهم.

هذه الأسباب وغيرها مجتمعة تعمل إلى حدٍ ما في تأخر الخدمات وعدم نجا عنها كما ونوعاً من وجهة نظرهم، وهنا قامت الباحثة، باختيار الوضع الإداري لمستشفى جنين والهيكلية التنظيمية للمستشفى لدراستها وتحديد مساهمتها في تطوير أو الحد من تطوير المستشفى بالشكل المطلوب، والنهوض بمستوى الخدمات المقدمة للمواطنين.

ومن هنا تناولت الباحثة الهيكلية التنظيمية في المستشفى على مدار سنوات متفاوتة بدأت منذ تأسيس المستشفى عام 1961 وحتى العام 2006 متضمنة فترات الحكم التي مرت بها المنطقة من الحكم الأردني، ثم الإدارة المدنية والحكم العسكري الإسرائيلي، وبعد تلك الفترة ما بعد أوصلو وحتى يومنا هذا.

1-2 الحدود الزمانية للدراسة

يقوم البحث على دراسة الهيكلية الإدارية في مستشفى الدكتور خليل سليمان (مستشفى جنين الحكومي سابقاً)، والتطورات التي طرأت عليها منذ تأسيسه في العام 1961 وحتى العام 2006.

1-3 الحدود المكانية للدراسة.

تدور أحداث الدراسة في مستشفى الدكتور خليل سليمان (مستشفى جنين الحكومي سابقاً)، والذي يقع في مدينة جنين في الجزء الجنوبي الغربي من المدينة، على مقربة من الشارع الرئيسي في المدخل الجنوبي للمدينة، ويبين شكل رقم (1-1) بين صورة فوتغرافية لمستشفى جنين.



شكل رقم (1-1) صورة فوتوغرافية لمستشفى جنين

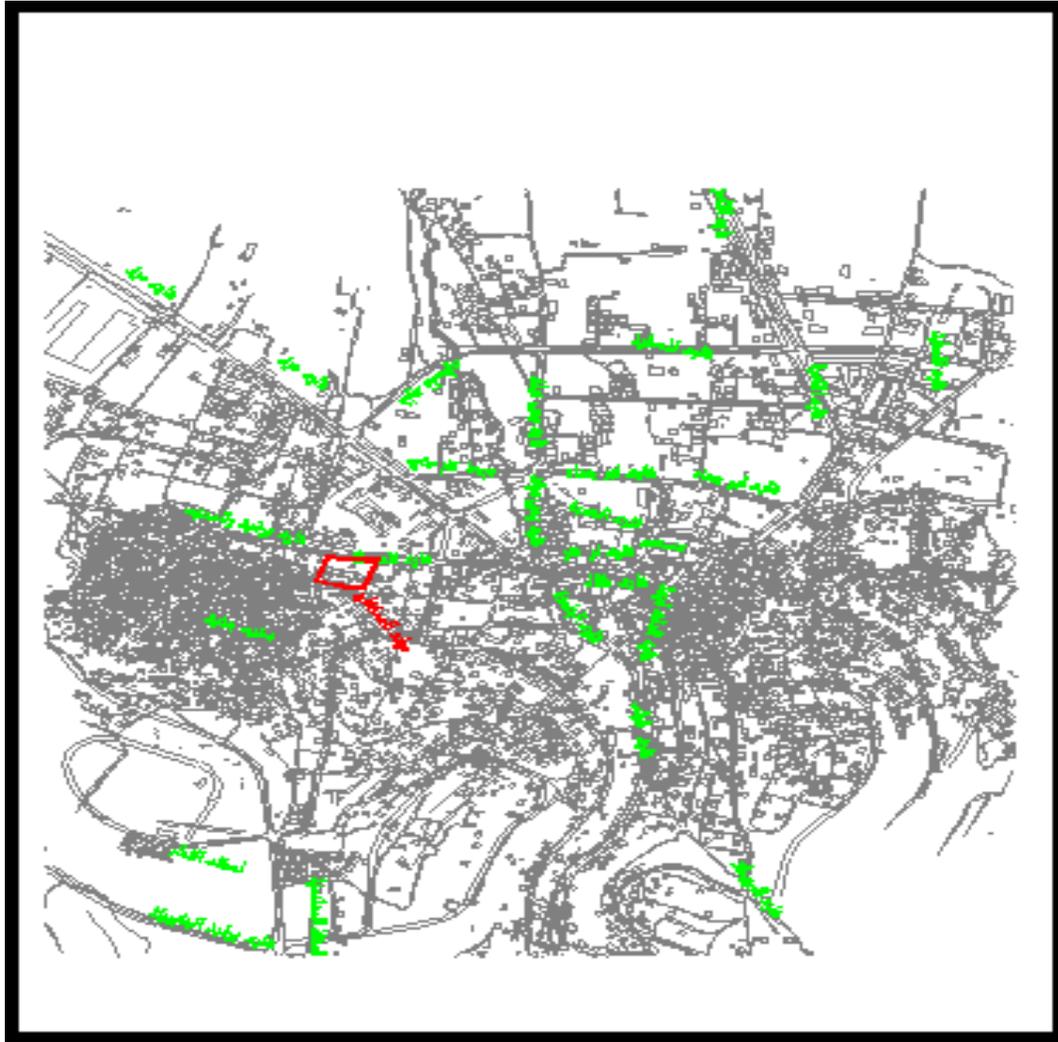
4-1 لمحة عن محافظة جنين.

تقع مدينة جنين وهي كبرى مدن المحافظة في الشمال الفلسطيني، في أطراف مرج بن عامر، وكانت قديماً تعرف بثالث مدن المثلث الشمالي، وتبعد جغرافياً حوالي 50 كم عن مدينة نابلس، ويبلغ عدد سكانها 55 ألف نسمة إضافة إلى 65 ألف نسمة في القرى المحيطة. وتضم محافظة جنين حوالي 50 قرية ما بين بلدة وقرية وتجمع سكاني.

تضم مدينة جنين عدداً من المؤسسات الحكومية وغير الحكومية المختلفة، والتي منها المؤسسات الصحية، فالقطاع الصحي الحكومي يتكون من مستشفى الدكتور خليل سليمان (مستشفى جنين الحكومي سابقاً)، وهو موضوع الدراسة، ومديرية صحة جنين والتي تتكون من ثلاث مراكز رئيسية. أما القطاع الخاص، فهناك ثلاث مستشفيات خاصة وهي مستشفى الرازي التابع للجنة أموال الزكاة، ومستشفى الأمل التابع لجمعية أصدقاء المريض، ومستشفى الشفاء الخاص، والتي

تضم في مجموعها (50) سريراً في المستشفيات الخاصة، إضافة إلى عددا من المراكز الطبية التي يمتلكها القطاع الخاص سواء كان في المدينة أو في القرى والبلدات المحيطة.

وإذا أخذنا ذلك بعين الاعتبار نرى أهمية المستشفى للمدينة بشكل خاص والمحافظة بشكل عام، فهو يمثل الشريان الحيوي الذي يقدم الخدمات الطبية بشكل أساسي لما يقارب من ثلاثة أرباع المحافظة، ويبين شكل رقم (2-1) صورة جوية للمدينة تبين موقع المستشفى بالنسبة للمدينة.



شكل (2-1) موقع المستشفى من التصوير الجوي لمدينة جنين

1-5 مشكلة الدراسة

اختلف القائمون على الإدارات وصناع السياسة والقرار في مؤسسات السلطة الوطنية من حيث فهمهم لمفهوم اللامركزية وإمكانية تطبيقها والطرق والآليات اللازمة والمتوفرة لتنفيذها، إضافة إلى إعداد الخطط من قبل معديها، فتناولت كل وزارة مفهوم اللامركزية من وجهة نظرها وقامت بترجمته وتطبيقه بأسلوب خاص بها دون أن يكون هناك جوانب مشتركة بين تلك الوزارات لتثبيت مفهوم واضح، ووضع أسس تطبيقية للامركزية في إدارة المؤسسات.¹

ويستند مبدأ اللامركزية إلى أساس: تطوير نوعية الوظيفة وتحسين جودتها من خلال إدارتها ذاتياً من قبل منفذها. ويستلزم ذلك اعترافاً من الوزارة بالوحدة القانونية للوظيفة (المستشفى أو مديرية الصحة) كوحدة إدارية وإقليمية، والوحدات التابعة لها من عيادات خارجية أو متنقلة، وخضوع مثل هذه الوحدات للرقابة والمتابعة المركزية (وزارة الصحة) ضمن برنامج وهيئة رقابة خاصة يتم تشكيلها من خلال جسم نقابي انتخابي (مجلس الرقابة الصحية).²

وقامت وزارة الصحة بالعديد من الدراسات في هذا المضمار وإعداد الخطط المتعددة لتطبيق اللامركزية، إلا أنه لم يتم تطبيق عملي لأي من هذه الدراسات ولا حتى إجراء أي دراسة ميدانية على أي وحدة من وحدات الوزارة كما أعلمنا من بعض الإداريين في وزارة الصحة والمستشفى، واقتصر التطبيق على مناقشة اللامركزية ضمن اجتماعات المدراء العاميين ومدراء المستشفيات والدوائر، وعلى ندوات وأيام دراسية أشرفت عليها الوزارة. وإن عدم تنفيذ مثل هذه الدراسات ميدانياً يحجب الضوء عن اللامركزية ويؤدي إلى عدم وضوح مفهومها وأهدافها، ويضع العوائق أمام آلية تنفيذها، ويؤدي بالتالي إلى وضع برنامج دراسة اللامركزية، وإمكانية تنفيذها ومتابعتها في الخانة الرسمية (المركزية/الوزارة)، مما يؤدي إلى نتائج غير مرغوبة وأهمها:

¹ قسم الدراسات، وزارة التربية والتعليم العالي، مفهوم اللامركزية في الإدارة التربوية، رام الله، فلسطين. (2005).

² Aas IHM, *Organisational Change: Decentralization in Hospitals*. *International Journal of Health Planning and Management* 12: (1997). 103-114

1- عدم مشاركة الإداريين في الوحدات الإدارية في المستوى المتوسط (مدراء المستشفيات والدوائر) ورؤساء الأقسام الإدارية، والدارسين في هذا المجال من جامعيين أو أعضاء مؤسسات أهلية ذات اهتمام بالشأن الصحي والامركزية الإدارة الصحية.

2- عدم مشاركة عناصر المجتمع والمستفيدين من اللامركزية في القطاع الصحي (Stakeholders) في المستوى المتدني (ممثلي المؤسسات المجتمعية والبلديات والحكم المحلي مما يؤدي إلى خلل في تنفيذ الخطط وفرديتها، الأمر الذي يعيق شمولية التطبيق ومصدافية النتائج، وبالتالي فإن مثل هذه الدراسات ستوفر عند تنفيذها، قاعدة بيانات غنية ومثمرة ودقيقة إلى حد ما يعتمد عليها الدارسين والمهتمين والقائمين على التخطيط لصناعة المستشفيات المنافسة إقليمياً.

ومن خلال عمل الباحثة كمرضة في مستشفى جنين، ومديرة في إحدى مدارس وزارة التربية والتعليم، قدم لها إطلاعاً واضحاً وتصوراً شاملاً عن حجم العوائق والتعقيدات التي تسببها الأنظمة واللوائح الإدارية المركزية التي تنتهجها الوزارات في ظل الظروف السياسية، الحالية، والتي تجعل من الوطن شرائح متناثرة تعيق الاتصال والتواصل بين مؤسسات الجسم الواحد، وأثرها السلبي على الأداء وتقديم الخدمات بالشكل الذي يليق ويلبي حاجات المجتمع. وعُرضت بعض الدراسات التي تناقش موضوع اللامركزية في بعض دول العالم، كما أثبت ذلك نتائج بعض الدول في العالم، فكرة استقلالية المؤسسة للنهوض بها كوحدة إدارية قادرة على تسيير أمورها وإدارة مرافقها وشؤونها، وتقديم الخدمات المناطه بها بنوعية جيدة، مع الأخذ بعين الاعتبار حجم المسؤولية، وشُح المصادر، والترهل الإداري، والمالي، والسياسي الذي تعاني منه مؤسساتنا الوطنية في ظل الظروف الراهنة من الإغلاق، والحصار، وتدمير البنية التحتية للمؤسسة الوطنية وظروف الانتفاضة، فجاءت فكرة تطوير آلية تنفيذ نهج اللامركزية في مستشفى جنين في القطاع الشمالي من الضفة الغربية لتطويره إدارياً وتنظيمياً والإجابة على السؤال التالي كمشكلة للدراسة:

كيف تعمل اللامركزية على رفع كفاءة العاملين، وجودة الإنتاج في تقديم الخدمات الصحية من خلال تطوير الإطار التنظيمي للمؤسسة الصحية؟ وما هي وجهة نظر العاملين في المؤسسة الصحية عن ذلك؟

1-6 أهداف للدراسة.

إن الهدف العام للدراسة هو التعرف على كيفية مساهمة اللامركزية الإدارية في رفع كفاءة العاملين وجودة الإنتاج في تقديم الخدمات الصحية في المستشفى من وجهة نظر العاملين (الإداريين، الأخصائيين، ورؤساء الأقسام)

إضافةً للهدف العام هناك أهداف أخرى تفصيلية والتي منها:

1. العمل على تقييم الأنماط المتعددة لتطبيق أسس اللامركزية في القطاع الصحي.
2. توضيح الدراسة نظريات وفوائد اللامركزية الموجودة في أدبيات البحث، والربط بينها وبين المهارات والخدمات المقدمة في المستشفى.
3. تبين الدراسة بعض الأسباب الداعية لتطبيق اللامركزية الإدارية في مستشفى جنين.
4. تقييم الإيجابيات والسلبيات للخيارات المتنوعة من اللامركزية لصناع السياسة في القطاع الصحي.
5. تفحص العبر والدروس المتوخاة من تجارب الدول في اللامركزية في القطاع الصحي.
6. إعطاء صورة موجزة عن اللامركزية الإدارية وأهميتها في المستشفى.

7-1 أسئلة البحث.

تسعى الدراسة إلى الإجابة عن السؤال التالي:

كيف تعمل اللامركزية على رفع كفاءة العاملين، وجودة الإنتاج في تقديم الخدمات الصحية من خلال تطوير الإطار التنظيمي للمؤسسة الصحية؟ وما هي وجهة نظر العاملين في المؤسسة الصحية عن ذلك؟

ويتفرع عن ذلك الأسئلة التالية:

1. ما مدى التزام إدارة المستشفى باستراتيجية منظمة على أساس لامركزي في إدارة شؤون المستشفى؟

2. هل هناك حاجة إلى تطبيق اللامركزية في المستشفى وانتقال السلطة والإدارة للعاملين في؟ إلى أي مستوى من العاملين تفضل انتقال المهام والصلاحيات؟ وهل وجود اللامركزية في المستشفى يمكن أن يقدم مستوى خدمات أفضل؟.

8-1 فرضيات البحث

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية (0.05α) بين إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بمستوى التزام إدارة المستشفى بتطبيق استراتيجية إدارية بالمفهوم اللامركزي في إدارة شؤون المستشفى تبعاً لمتغير الجنس والخبرة والمؤهل العلمي.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية (0.05α)، ولا توجد فروق بين إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالحاجة إلى تطبيق اللامركزية في المستشفى وانتقال السلطة والإدارة للعاملين في؟ أو إلى أي مستوى من العاملين يتم انتقال الصلاحيات؟ وهل وجود اللامركزية في المستشفى يمكن أن يقدم مستوى خدمات أفضل؟

1-9 لمحة موجزة عن النظام الصحي الفلسطيني ما بعد العام 2002.

يشير الدكتور مجدي عاشور أن هيكلية وبنية النظام الصحي الفلسطيني تتميز بالفسيفسائية،¹ والتفتت على الصعيدين الكلي و الجزئي؛ "فعلى الصعيد الكلي، يعتبر هذا النظام خليطاً مركباً من الجهات الأربعة التي تقدم الخدمات الصحية، وهي الجهاز الصحي الحكومي، الذي يتمثل بوزارة الصحة و بمديرية الخدمات الطبية للأمن العام، ووكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، والقطاع الغير الحكومي، والقطاع الخاص الربحي؛ و تتميز العلاقة بين مكونات هذا النظام بالضعف الواضح للتنسيق فيما بينها". أما على الصعيد الجزئي، فوزارة الصحة تعاني من عدم وجود هيكلية واضحة لها و من الصراع بين مراكز النفوذ فيها و وجود فصل بين جزئها في الضفة و غزة ، أما الوكالة فلا توجد بين فرعيها في الضفة و غزة أية علاقة مباشرة و لا يربطهما سوى صلة كل فرع منهما بالمركز الموجود خارج الأراضي المحتلة، و القطاع غير الحكومي هو عبارة عن العشرات من المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية بشكل منفصل عن البعض الأخر، والقطاع الخاص غالباً ما يكون عبارة عن مجموعة من الأفراد و المهنيين الصحيين أو المشاريع الصغيرة، في ظل ندرة المؤسسة".

" كما أن هنالك ضعفاً واضحاً في قيام وزارة الصحة بدورها في القوامة Stewardship على النظام الصحي فلقد كان تقديم الوزارة للخدمات الصحية على حساب الدور المفترض للوزارة في الرقابة والإشراف على نظام الرعاية الصحية، وفي تقييم الأحوال الصحية، وفي وضع القواعد المنظمة للعمل الصحي ورسم السياسات الصحية و الخطط المستقبلية للنظام الصحي".²

¹عاشور، مجدي، تقرير حول تأثيرات خطة الفصل أحادية الجانب على النظام الصحي في قطاع غزة، مركز الإعلام والمعلومات، -آب-2005. غزة، فلسطين.

²عاشور، مجدي، تقرير حول تأثيرات خطة الفصل أحادية الجانب على النظام الصحي في قطاع غزة، مركز الإعلام والمعلومات، -آب-2005. غزة، فلسطين.

" ثمة معضلات حقيقية تواجه طرق تمويل النظام الصحي و مستقبل استدامة هذا التمويل، و هنالك خشية مبررة على استمرار حصول الفقراء و المهمشين على الرعاية الصحية في ظل عدم وجود آليات تضمن الحماية المالية من المرض، و بينما تستمر نسبة الإنفاق الحكومي علي الصحة كجزء من ميزانية السلطة بالانخفاض سنةً بعد أخرى ليشكل جزءاً ضئيلاً منها، فإن نسبة الإنفاق العام على الصحة كجزءٍ من الناتج الإجمالي المحلي تستمر سنةً بعد أخرى لتصل إلى أرقام غير مسبوقه عالمياً¹. فنسبة الإنفاق الحكومي علي الصحة هي 6.8% من ميزانية السلطة لعام 2005، (WHO) و إذا خصمنا مساهمات المؤمنين صحياً و الرسوم التي يدفعها مستهلكي الخدمات الصحية الحكومية فإن نسبة الإنفاق الحكومي علي الصحة كجزء من ميزانية السلطة سيبلغ 4.7% لذات العام (المركز الفلسطيني للإحصاء)².

و تجدر الإشارة إلى أن النظام الصحي الفلسطيني يقع تحت وطأة الاحتلال والإغلاقات و تقييدات الحركة داخل الأراضي الفلسطينية المحتلة و بين أجزائها و منها و إليها، التي بدأت تفرضاها القوات الإسرائيلية بعد حرب الخليج الثانية، و التي اشتدت بعد اندلاع انتفاضة الأقصى، كما أن الأوضاع الصحية تتميز بوجود عدد كبير من الوفيات و الإعاقات الناتجة عن الحوادث و الإصابات، فهناك أكثر من 3500 شهيد و 50000 مصاب منذ بدء الانتفاضة بينهم 2500 يعانون من الإعاقات الجسدية الدائمة. كما أن ترتيب الوفيات الناتجة عن الإصابات و الحوادث أصبح الثاني في عام 2002، و هو العام الذي اجتاحت فيه القوات الإسرائيلية معظم التجمعات السكانية الفلسطينية، بعد أن كان ترتيبها السابع في السنوات التي سبقت اندلاع الإنتفاضة (WHO)³.

وقد أوضح الدكتور عاشور انه "بالرغم من أن الدعم المالي الأجنبي قد لعب دوراً محورياً في تمويل القطاع الصحي فان حجم التمويل الموجه للصحة كان ضئيلاً بالنسبة للقطاعات الأخرى،

1. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، برنامج إدارة الحكم في الدول العربية POGAR . UNDP، النشر الإخبارية الفصلية-العدد الخامس كانون الثاني-آذار-2006 فلسطين.

² Palestinian Central Bureau of Statistics, Demographic and Health Survey, Palestine, 2004.

³ World Bank. 2001. Decentralization and Governance: Does decentralization Improve Public Service Delivery? The World Bank

ففي السنوات الأربع الأولى التي أعقبت توقيع أوسلو كما أوضح ذلك تقرير الدكتور عاشور لم يتجاوز نسبة الدعم الموجه للصحة أل (8%) من حجم الدعم الموجه لكافة القطاعات، ومن غير المتوقع أن تزيد هذه النسبة،¹ فمن المتوقع أن يتجه الجزء الأكبر من التمويل الأجنبي إلي برامج خلق فرص العمل، لمنع احتقانات في الأوضاع الاقتصادية السيئة أساساً، و إلى تدعيم المقدرة المالية للسلطة عبر دعم ميزانيتها، و إلي إعادة تأهيل قوى الأمن الفلسطينية. كما تبين هذه التجربة أن التعهدات كانت أكبر من حجم التمويل الحقيقي، فالتمويل الأجنبي الذي تم توجيهه إلي القطاع الصحي في الفترة التي أعقبت توقيع اتفاقيات أوسلو و التي سبقت اندلاع انتفاضة الأقصى يبين أن الوفاء بالوعد كان نصف حجم تلك الوعد.²

وقد جاء في التقرير أيضا "سيكون لطبيعة النظام السياسي الفلسطيني ومدي انفتاحه على القوى السياسية و الاجتماعية الموجودة في الساحة الفلسطينية، و درجة شفافية السلطة وتطبيقها لمبادئ الحكم الصالح تأثيرات و انعكاسات علي الصحة كما يشير إلى ذلك الدكتور مجدي في دراسته:" "فالتجربة السابقة أوضحت أن إدارة القطاع الصحي الحكومي انحصرت في أيدي أعضاء و قادة حزب السلطة الحاكم، و تم إهمال الكفاءات المحلية التي كانت خارج مدارات نفوذ الحزب الحاكم، كما أن طبيعة و نمط إدارة السلطة للقطاع الحكومي العام قد أدت إلي انحسار متزايد في تمويل ميزانيتها للصحة، و انعكس نمط عمل المجلس التشريعي على عدم إقرار أي قانون ينظم العمل الصحي على أسس عصرية، كما أن دعاة النظام السياسي قد أدت إلي شراء الولاءات أو تدعيمها عبر توظيف الآلاف في القطاع الصحي بغض النظر عن الكفاءة و المئات لمجرد الانتماء الحزبي أو العلاقات بمراكز النفوذ".

¹عاشور، مجدي، تقرير حول تأثيرات خطة الفصل أحادية الجانب على النظام الصحي في قطاع غزة، مركز الإعلام والمعلومات، -آب-2005. غزة، فلسطين.

²عاشور، مجدي، تقرير حول تأثيرات خطة الفصل أحادية الجانب على النظام الصحي في قطاع غزة، مركز الإعلام والمعلومات، -آب-2005. غزة، فلسطين.

10-1 أهمية الموضوع

أصبحت اللامركزية استراتيجية الإدارة أشعبية في العديد من أنظمة الرعاية الصحية في دول أوروبا وفي جميع أنحاء العالم.¹

" العديد من البلدان في أوروبا رأَت مبدأ اللامركزية على نحو متزايد كاستراتيجية تقدمية للنظام الصحي والإدارة الصحية بشكل عام يدمج عناصر الإدارة المحليه الأكثر ديموقراطية على أمل زيادة الكفاءة في الإدارة المالية والموارد البشرية".

"تبدو استراتيجية تطبيق اللامركزية في العديد من المؤسسات في العالم طريقه لحل المشاكل الرئيسييه التي تواجه هذه المؤسسات من النواحي المالية، ألتقنيه، ألتجتماعيه، وأساليب إدارية بشكل رئيس"،² هناك العديد من الدراسات التي تربط بين إدارة أألجوده وبين اللامركزية في إدارة الخدمات في أي منظمه.³

"تهدف الدول الحديثة في خططها التنموية، الاجتماعية، والاقتصادية إلى أهداف متعددة يكون الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطن من أبرزها لا بل في مقدمتها، الأمر الذي الزمنا القول أن الإنسان ليس فقط هدفا لهذه الخطط وإنما أدواتها في نفس الوقت".⁴

ويقول الدكتور منصور أألجمري في بيان تعليقه على نفس الموضوع خلال الندوة التي عقدتها جمعية الإداريين البحرنيين 12\مارس\2002. " لقد ظهر علم الإدارة، في مطلع القرن العشرين وانتشر عالميا بعد الحرب العالمية الثانية، فعندما توسعت الصناعات نمت الحاجة لتنظيم

¹ العربي، محمد عبدا لله، الإدارة المحلية في الدول العربية، تقرير مقدم من المؤتمر العربي الخاص للعلوم الإدارية، مجلة العلوم الإدارية العدد 11(1969). ص124

²بوعنه، عبدا لهادي، مدخل إلى إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم ونظريات، وأساسيات في الإدارة الصحية. دارا لحامد للنشر والتوزيع. عمان، الأردن. (2004).

³ حرسناني، حسان محمد نذير، إدارة المستشفيات. معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية. (1990).

⁴سعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية: أساس للديموقراطية والتنمية. مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال(1996-2000) كانون أول. الجلسة الثانية. لبنان. (1996)

المصانع والمعامل من خلال هيكلية يمكن التحكم بها لمعرفة الإنتاج ونوعيته وجودته، ولذا ظهرت الدراسات الأولى تتحدث عن الهيكلية "STRUCTURE" ثم توسعت الدراسات الإدارية لزيادة الإنتاجية "PRODUCTIVITY" من أجل الحصول على أكبر قدر من الإنتاج من الهيكلية التنظيمية. مع تعقد العمليات الإنتاجية والخدماتية وارتباطها ببعضها الآخر ظهرت الدراسات التي حاولت تشبيه عملية الإنتاج بالأنظمة الهندسية. "SYSTEMS" إلا إن كل هذه الدراسات كانت تغفل الجانب الإنساني، ولذا سرعان ما بدأت الدراسات السلوكية "BEHAVIOURAL SCIENCES" تدخل عالم الإدارة محاولة التعرف على الدوافع التي تدفع بأي إنسان للقيام بعمل ما،¹ هذه الدراسات بحد ذاتها دفعت بإدخال مفاهيم القيم والثقافة "CULTURE / VALUES" التي استطاعت أن تعطي أبعاداً أخرى لعلم الإدارة لم تكن موجودة في المقاربات السابقة. لقد أبدع اليابانيون في السبعينات من خلال إدخال مفاهيم القيم والثقافة في عالم الإدارة واستطاعوا نشر مفهوم الجودة بدرجة عالية جعل الكثير يلهث لدراستها للتعرف على سر التطور السريع لليابان في السبعينات والثمانينات. ويرى الدكتور منصور أن التطور الأخير في علم الإدارة هو الأهم، وهو الذي يتحدث عن المجتمع المعرفي "KNOWLEDGE SOCIETY" وعن الإدارة المعرفية "KNOWLEDGE MANAGEMENT"، إذ تعتبر مفاهيم الإدارة المعرفية قمة ما توصل له الفكر الإنساني الذي لم يتوقف أبداً عن التقدم إلى الأمام.

ويشير أيضاً إلى "أن إدارة المعرفة بدأت تخلخل النظرية القديمة التي تحدثت عن عوامل الإنتاج (رأس المال والأرض والعامل)، إذ أصبحت المعرفة أهم من رأس المال وأهم من الأرض، فالمال يمكن توريثه والأرض يمكن توريثها، أما المعرفة فيخترنها الإنسان وهي غير قابلة للتوريث. وأصبح ما يطلق عليه در كز ب KNOWLEDGE WORKER هو الذي يتحكم برأس المال وبالأرض. لقد كان ماركس يحلم بسيطرة العامل على رأس المال وما يتحقق هذه الأيام هو سيطرة المعرفة التي يخترنها الإنسان على رأس المال. والمعرفة ليست صفة ملازمة

لكل عامل لأنها تستلزم الدخول في عالم المعرفة وتستلزم وجود الإدارة المعرفية.¹ ويشير الدكتور منصور إلى أن مصدر الثروة الحقيقي في عالم اليوم ليس هو رأس المال وليست هي الأرض، وإنما هي المعرفة، وعلى هذا الأساس، كما يقول شارلز هاندي " Charles Handy فإن سنغافورة أخذت تطلق على نفسها لقب THE INTELLIGENT ISLAND للإشارة إلى أن مصدر تقدمها لا يكمن في أرضها أو معادنها أو أموالها أو مكائنها وإنما في المعرفة التي يمتلكها شعبها، وهذه المعرفة تستطيع تحصيل بقية العوامل الأخرى".

ويقول أيضا، انه" يمكنك أن تصدر مرسوما وتمنح أرضا لشخص ما ويمكنك أن تعطي شخصا كمية من المال ولكن مالا يمكنك عمله هو أن تعطي المعرفة بقرار من هذا النوع. فالمعرفة كما يقول الدكتور منصور تتطلب التعليم المتطور وتتطلب التدريب المتواصل طوال عمر الإنسان وتتطلب تنمية القدرات والمهارات في شتى مجالات الحياة، وهؤلاء الناس لا يستطيعون اكتساب العلوم والمهارات إلا إذا تم احترامهم وتقديس كرامتهم وتوفير الفرص لهم للتفكير الحر لكي يختاروا طريقهم في الحياة، والتفكير الحر والاختيار والكرامة والاحترام هم المداخل الأساسية لحياة ديمقراطية عادلة."¹

"فإذا كانت الإدارة هي سر نجاح كل مؤسسة مهما كان نوعها، وإذا كانت المؤسسات هي أساس حياتنا المعاصرة، فإننا نلاحظ إن جميع الدول والمجتمعات بدأت تعتمد على الإداريين المتدربين لإدارة شئون جميع أنواع المؤسسات".² ولذا فالدول المتخلفة سياسياً على حد قوله، والتي لا تسمح بوجود مؤسسات متطورة، كالبرلمان مثلاً، فإنها مضطرة للسماح للمؤسسات الاقتصادية وغير الاقتصادية لكي تستطيع اللحاق بركب التطور في أي جانب من جوانبه،³ ولهذا يرى

¹ جمري.منصور.ديموقراطية من الباب الخلفي.ندوة جمعية الاداريين البحرينية.معهد البحرين للدراسات المصرفية والمالية B.B.F.مارس.2002.ص 12

² جمري.منصور.ديموقراطية من الباب الخلفي.ندوة جمعية الاداريين البحرينية.معهد البحرين للدراسات المصرفية والمالية B.B.F.مارس.2002.ص 12

³ جمري.منصور.ديموقراطية من الباب الخلفي.ندوة جمعية الاداريين البحرينية.معهد البحرين للدراسات المصرفية والمالية B.B.F.مارس.2002.ص 12

الدكتور منصور "أن المؤسسة الحديثة المعتمدة على أفضل الإداريين المستوعبين لقيم العصر، وأهمها الكفاءة المعرفية والشفافية والمحاسبة تخترق جميع أنواع المجتمعات، وفي الوقت ذاته نرى إن هؤلاء الأشخاص المتفوقين إدارياً قد لا يسمح لهم بالحصول على المؤسسة السياسية الحديثة القائمة على هذه المفاهيم. "ولذا نرى إن هذه الطبقة المتعلمة والمتنفذة هي التي تدفع - عادة - باتجاه الإصلاح السياسي لأنها الأكثر فهماً واستيعاباً لمتطلبات عصرها."

ولما كان المستشفى وسيلة مهمة من الوسائل التي تسهم في تحقيق التنمية الاجتماعية، " فقد ازداد الاهتمام على الصعيد العالمي بإنشاء المستشفيات والإنفاق عليها، وقد يأتي ذلك إما عن طريق القطاع الحكومي في بعض الدول، أو عن طريق مساهمات من هيئات وجمعيات خيرية وبرامج قطاع خاص في دولٍ أخرى".

لا يتوفر لدى الباحثة أرقاماً مثبتة أو مبالغ رقمية تحدد الإنفاق العام على المستشفيات ونسبة ذلك من الإنفاق العام على القطاع الصحي في فلسطين والمقدر بحوالي 6.8% من إجمالي نفقات السلطة الفلسطينية.¹ "ويتميز قطاع المستشفيات بأنه يتطلب إنفاقاً كبيراً، ويتعين على الجهات المعنية في المستشفيات أن تكون الخدمة الطبية المقدمة ذات مستوى عالٍ يتناسب مع حجم هذا الإنفاق، وهو أمرٌ يتطلب تحقيق تأمين كفاءات إدارية مؤهلة تأهيلاً جيداً، لضمان الاستفادة القصوى من الإمكانيات المتاحة، والتي تتمثل بصفة خاصة في المبنى بما يحويه من أجهزة، وتجهيزات، فضلاً عن القوى البشرية العاملة بفئاتها المتنوعة".²

وقد قصد من خلال هذه الدراسة توفير آلية مناسبة لكيفية إدارة المستشفى بكفاءة وفاعلية، وإن تكون مرجعاً للعاملين في تخطيط وتنظيم إدارة المستشفى والعاملين فيه سواء كانوا إداريين أصلاً أو من أولئك الذين تتطلب وظائفهم ضرورة استيعاب أسس الإدارة النوعية، علاوةً على خبراتهم الفنية، كالطبيب الذي يدير قسماً للمختبر أو الأشعة أو كالفني الذي يدير قسماً للصيانة.

¹ Ministry of Health, Health Status in Palestine, Annual Report 2003, Palestine, July 2004.

² سعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية: أساس الديمقراطية والتنمية. مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال (1996)-

(2000) كانون أول. الجلسة الثانية. لبنان. (1996)

لقد دفعني إلى إعداد هذه الدراسة افتقار المكتبة الفلسطينية إلى الكتب المتخصصة أملاً أن تكون عوناً للباحثين والدارسين في هذا الموضوع، كما أن افتقار المؤسسة الفلسطينية لتجربة اللامركزية كان من أهم الدوافع وراء هذه الدراسة لتكون نموذجاً يحتذى في باقي مؤسسات الوطن.

وتأتي أهمية البحث من حيث أنه يضيف إلى أبحاث إدارة المؤسسات دراسة عن إحدى مؤسسات السلطة الوطنية وهو مستشفى جنين، وهي دراسة غير مسبقة على صعيد السلطة الوطنية، وهذا الأمر يضيف عليها أهمية للإفادة العلمية، وخصوصاً للعاملين والمهتمين بحقل الإدارة عموماً وفي اللامركزية خصوصاً.

11-1 وصف مكان الدراسة (Study sitting):

تركز هذه الدراسة على المستشفى الحكومي في مدينة جنين وبالتالي حتى يتم البحث في آليات ومشاكل وأهداف الدراسة لا بد من التعرض لتاريخ المستشفى والمراحل والمتغيرات التي مر بها منذ تأسيسه.

أسس المستشفى في العام 1961م أي في زمن الحكم الأردني للضفة الغربية، بمساحة للمبنى 1000م²مكوناً من طابقين، وكان عدد الأسرة 55 سريراً، وعدد العاملين 50 موظفاً، أما نسبة الأشغال للأسرة فكانت 50% لجميع الأقسام الموجودة في المستشفى، ويبين شكل رقم (1-3) المخطط للموقع العام للمبنى القديم والجديد في المستشفى، ويبين شكل رقم (1-4) مخطط معماري للمبنى الجديد. وقد انحسر عدد الأقسام في المستشفى إلى عدد معين لم يزيد عن أربعة أقسام هي النساء والتوليد،

2- الأمراض الباطنية

1-أجراحه العامة

4-وقسم الطوارئ

3-الأطفال

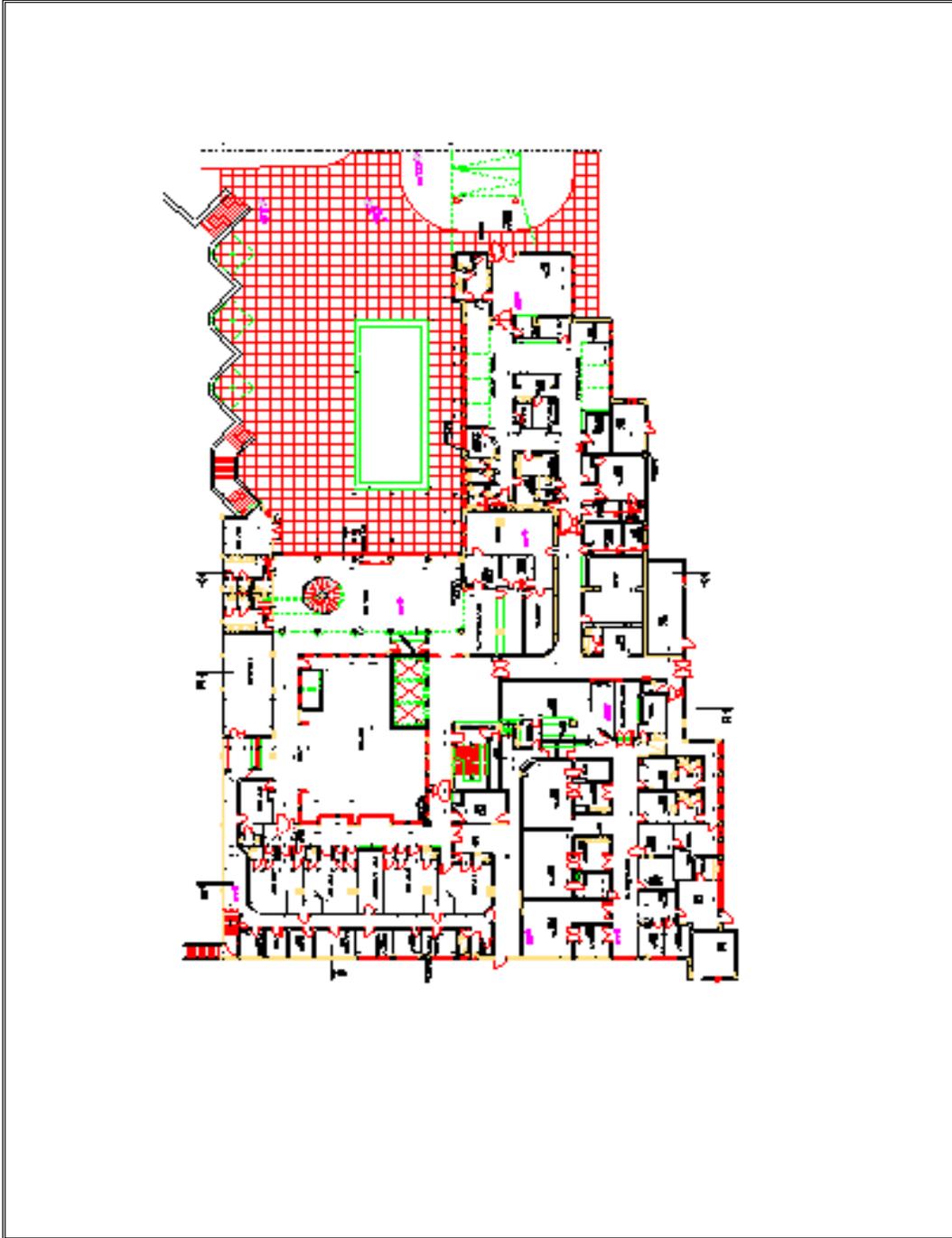
وكانت الهيكلية الإدارية للمستشفى عند تأسيسه في العام (1961) ضيقة جداً حيث كانت مكونة من مدير المستشفى وهو طبيب شرطاً، ويقوم بمهام المدير الطبي والفني والإداري، ومجموعة من العاملين في المستشفى دون تخصص من أطباء، وممرضين، ومهنيين، وفنيين.

في فترة الحكم العسكري الإسرائيلي، لم يطرأ ذلك التغير الكبير على الجانب الفني من حيث زيادة الخدمات المقدمة كما ونوعاً في المستشفى، أو النواحي الإدارية فيه على حدٍ سواء بل على العكس تماماً فعدد الأسرة كان في تناقص مستمر حيث حرم المستشفى من خدمات الصيانة طيلة فترة الحكم العسكري الإسرائيلي. أما عدد العاملين فقد زاد في أواخر الفترة أي قبل استلام السلطة الوطنية الفلسطينية في العام 1994 وصل عدد العاملين إلى 80 موظفاً .



شكل رقم (3-1) مخطط الموقع العام للمستشفى موضحا المباني القائمة الجديدة

المصدر: مكتب الأوائل الهندسي- رام الله



شكل رقم (1-4) المخطط المعماري للمبنى الجديد في الدور الأرضي

المصدر: مكتب الأوائل الهندسي - رام الله

أما فيما يتعلق بنظام الخدمات المقدم في المستشفى فكان محدوداً جداً ويقتصر على مجموعة من الخدمات أبرزها الطوارئ، الأمراض الباطنية، والجراحة العامة، والتحليل المخبرية (المحدودة وغير المعقدة) والأشعة، إضافة إلى العمليات البسيطة والمحددة.

أما عند الحديث عن الهيكلية الإدارية للمستشفى فكانت مكونة من مدير المستشفى، نائب إداري، رؤساء الأقسام والعاملين الفنيين، ولم يطرأ عليها أي تعديل حتى العام 2006، كما يظهر في الملحق رقم (1-2) الهيكلية الإدارية لمستشفى جنين قبل وبعد قدوم السلطة.

ومع قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية، بعد اتفاقية أوسلو، حيث بدأت وزارة الصحة الفلسطينية مباشرة عملها وأصبح المستشفى إحدى مؤسساتها ابتداءً من كانون أول 1994 حيث بدأت سلسلة التغييرات تظهر بالأفق وتضع آثارها على المستشفى بشكل عام. فاخذ عدد الأسرة بالتزايد ليصل بنهاية العام 2005 إلى 123 سريراً. واستحدثت أقسام جديدة مثل الحضانه، الكلية، التلاسيما، العظام، الإنعاش، وبنيت أجنحة متعددة منها جناح الإدارة، وقسم الأطفال، وتوسيع الأقسام بإضافة مبنى إضافي مساحته 4300م² ليتم توسيع أقسام الأشعة، التسجيل، الطوارئ، والعمليات والعديد من الأجنحة والعيادات الخارجية والأقسام كقسم الصيانة وسكن الأطباء والتمريض، وثلاجة الموتى وغيرها، وتم فصل أقسام الجراحة والباطني إلى قسمي رجال ونساء وتوسيعها بمساحة 2700م²، وقد غطى هذه التكلفة في التوسيع والتطوير تبرعات من المجتمع المحلي إضافة إلى مساهمات الصندوق العربي. وازداد عدد العاملين في المستشفى ليصل إلى 200 موظف إضافة إلى عمال النظافة والذين يتبعون شركات خاصة يتم التعاقد معهم ضمن عقود عمل سنوية لتقديم الخدمات في المستشفى، أما الكادر الوظيفي من فنيين وأطباء وتمريض فحسب إحصائيات وزارة الصحة للعام 2003 فقد بلغ عدد الأطباء في المستشفى إلى (43) طبيباً منهم (14) اختصاص، وعدد التمريض بلغ (107) ممرض وممرضة، الصيدلانية، والفنيين (23) والعاملين الإداريين حوالي (60) موظف إداري، في حين لغ عدد الأسرة خلال ذلك العام 2003 (90) سريراً، وتشير الأرقام الأولية من المستشفى أن البيانات المقدمة في تزايد بطيء نسبياً حيث بلغ زاد عدد الأخصائيين (18) أخصائي، والتمريض (110).

وتغير النظام الإداري والهيكلية الإدارية للمستشفى مع قدوم السلطة الوطنية فقد تحول النائب الإداري إلى مدير إداري ولكن لم يبدل كثيراً في صلاحيات مدير المستشفى فقد أبقى جميع المهام مركزية تابعة مباشرة للمدير، ورغم أن الوصف الوظيفي للموظفين اعد وافر من قبل الوزارة إلا أن مركزية النظام تجل المهام جميعها يد المدير والمدير الإداري¹، الملحق رقم (2-1) الهيكلية الإدارية الحالية للمستشفى، ويبين ملحق رقم (2-7) الهيكلية الإدارية المقترحة من قبل وزارة الصحة والتي تم تجميد العمل بموجبها بسبب الانتخابات التشريعية وتغيير الحكومة.

أما ما يتعلق بنظام الخدمات فلم يحدث استلام السلطة ذلك التغيير الواضح والبارز عليه، فالزيادة في عدد الموظفين لم تشمل موظفي الخدمات أو الخدمات بحد ذاتها بشكل يتناسب مع تطورات المرحلة وتطور المستشفى وباختصار كانت الزيادة زيادة كم وليس تطور لنوع الخدمة المقدمة. أما دور المستشفى في تطوير البيئة المحيطة فلم يكن له ذلك التأثير الواضح والايجابي، فالمستشفى يفتقر إلى برامج تسمح بتفاعل المجتمع المحلي وإفادته من نظام الخدمات وعدم وجود مثل هذه البرامج يعود إلى عدم وجود لجنة تشرف على إعداد مثل هذه البرامج والتخصص بها وهذا أيضا سببه مركزية النظام حيث يبقى التخطيط من المهام الحصرية لمدير المستشفى.

يبلغ عدد سكان محافظة جنين حوالي (320 ألف نسمة، والمتعارف عليه عالمياً أن لكل (1000) مواطن سرير واحد وإذا أخذنا بعين الاعتبار عدد الأسرة وعدد السكان نلاحظ النقص في عدد الأسرة حيث أن المحافظة بحاجة إلى (320) سرير بينما يضم المستشفى (123) سريراً أي بنقص يساوي (197). أما في ما يسهم به القطاع الخاص من المستشفيات في سد النقص في عدد الأسرة، فإن المستشفيات الثلاث الموجودة في المدينة وهي مستشفى الرازي ويسهم بحوالي (30) سرير، مستشفى الأمل (10) أسرة، ومستشفى الشفاء (10) أسرة ليصبح المجموع العام للأسرة (173) سريراً ويبقى النقص حوالي (147) سرير.

¹وزارة الصحة الفلسطينية، وحدة إدارة الخدمات الصحية، الوصف الوظيفي للكوادر العامة في المستشفيات. تشرين أول. (2005).

وإذا ناقشنا بإيجاز الخدمات الطبية المقدمة في المستشفى نجد أن نوعية الحالات التي يتم علاجها هي الحالات الروتينية والتي تقدم في أي مستشفى حكومي من مستشفيات وزارة الصحة، أما إذا لزم علاج تخصصي لبعض الحالات أو استلزم عناية مكثفة مع اعتبارات تخصصية فيتم تحويل الحالات إلى مستشفى رفيديا، والذي يعد مستشفى تخصصي في وزارة الصحة، أو اللجوء إلى التحويل الخارجي سواءً إلى العفولة، الناصرة، المقاصد، أو خارج فلسطين إلى الأردن مثلاً.

التوظيف في المستشفى مركزي دون منافس بيد وزارة الصحة ولا دخل لإدارة المستشفى فيه ولا حتى المشورة، ويكون التوظيف حسب إمكانيات الوزارة وليس ضمن احتياجات المستشفى، ويأتي بعد مطالبة حثيثة من إدارة المستشفى ولا ينسجم أحياناً مع جدول احتياجات المستشفى وأولوياتها.

الميزانية العامة للمستشفى، لا توجد ميزانية خاصة للمستشفى مقطوعة من وزارة المالية أو كنتاج عائدات، أما الرسوم التي تتم جبايتها من أجور الخدمات والتي تعد زهيدة جداً تحول إلى وزارة المالية ولا يمتلك المستشفى أدنى حق في صرفها، وتقوم وزارة المالية بتقديم مبالغ مقطوعة على شكل سلف لإدارة المستشفى لتغطية بعض الحاجيات الضرورية الطارئة بحيث يتم الشراء بمبالغ أقل من 500 شيقل أما إذا لزم مبلغ أكبر يحول إلى قسم المشتريات في وزارة الصحة.

الفصل الثاني

اللامركزية - مقدمة

الفصل الثاني

اللامركزية - مقدمة

1-2 مقدمة

شهدت السنوات الماضية اهتماماً متزايداً بموضوع اللامركزية بأبعادها السياسية والإدارية والاقتصادية والمالية، وقد جاء هذا الاهتمام في إطار الاتجاه إلى توسيع نطاق مشاركة المواطنين ودورهم في عملية الحكم Governance وتقليص أدوار الدولة في الإنتاج والإدارة المباشرة لمؤسساته ومنح القطاع الخاص ومؤسسات المجتمع المدني دوراً أكبر في عملية التنمية¹، وقد عبرت عن ذلك الاهتمام تقارير البنك الدولي عن التنمية في العالم تحت العديد من العناوين مثل "تحقيق اللامركزية وإعادة التفكير"، و"جعل الدولة أكثر قرباً من الناس"، و"التحول إلى المحليات"².

كما تجلّى الاهتمام باللامركزية في تبني العديد من دول العالم مثل (روسيا الاتحادية، ودول أوروبا الشرقية، وقطر، والبحرين) التي أخذت بصورة أو بأكثر اللامركزية والاتجاه إلى اللامركزية في الوقت الحالي، وتميزت النظرة إلى اللامركزية. "فقد رآها الاقتصاديون الذين تأثروا بالأفكار الليبرالية الجديدة وسيلة لنقل السلطة من الدولة المركزية. كما نظر إليها المدافعون عن التعددية السياسية على أنها وسيلة لإعطاء جماعات المصالح مساحة من الحرية والقدرة على التنظيم والمنافسة. ورآها قادة بعض النظم الدكتاتورية في الدول الآسيوية والأفريقية بديلاً عن الديمقراطية على المستوى القومي ووسيلة آمنة لاكتساب المزيد من الشرعية المطلوبة والدعم من الوحدات في المستويات الأدنى، في حين رآها السياسيون

¹ برنامج للأمم المتحدة الإنمائي، برنامج إدارة الحكم في الدول العربية، التقرير السنوي UNDP.POGAR. جنيف. (2002).

² البنك الدولي، اللامركزية واقتصاد الدول، كتاب مرجعي إلكتروني حول اللامركزية والحكم المحلي. برنامج إدارة الحكم في الدول العربية UNDP.POGAR (2005)

الديمقراطيون في الدول النامية وسيلة لجعل الحكومة أكثر استجابة للاحتياجات والأولويات المحلية".¹

2-2 اللامركزية (المفهوم والأبعاد)

إن كلمة اللامركزية لها مضامين مختلفة حسب الصفة التي تصحبها،² فيمكن أن تكون لامركزية سياسية، وعندئذ تسمى بالنظام الفيدرالي، وتوجد أيضا اللامركزية الصناعية للدلالة على سياسة نشر المشروعات بعيدا عن المركز الرئيسي. وتهدف اللامركزية الفنية إلى إعاش الحياة الثقافية والمسرحية والموسيقية في الإقليم، ويمكن التحدث عن اللامركزية الرياضية الخ.

نظرا لتعدد أنواع النظم اللامركزية الإدارية وتنوع اتجاهاتها وأهدافها واختلاف البيئة التي تطبق فيها، لا يمكن لأحد تحديد تعريف جامد (استاتيكي) للامركزية في الإدارة الصحية الفلسطينية بسبب الخصوصية الفلسطينية شديدة التغيير والتبدل، ولا يجب وضعها في إطار صياغة قانونية محددة تكبلها وتفقد المرونة والديناميكية اللازمة، يشتمل كل نظام على عناصر رئيسية وفي المفهوم الفلسطيني فإن نظام اللامركزية يحتمل مجموعة من المفاهيم منها ما يلي:

2-2-1 الاستقلال الذاتي للمستشفى

تقوم اللامركزية في الإدارة على أساس وجود نوع معين من المصالح الوطنية العامة يمكن إدارتها محليا في مستشفى معين أو أكثر من المستشفيات في النظام الصحي الفلسطيني،" إلا أن إدارة هذه المصالح وتنفيذها ذاتيا تتوقف بدورها على الاعتراف للمستشفى بالشخصية القانونية، لتتوفر لديه القدرة الكافية على تحقيق هذه المصالح بأعمال وأدوات قانونية ولتحقيق ذلك يتم عن

¹ المنوفى، كمال، الإصلاح المؤسسي بين المركزية واللامركزية، جامعة القاهرة، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، مارس 2001، ص 89.

² سالم بول. مسرة، أنطوان اللامركزية الإدارية في لبنان، الإشكالية والتطبيق. الطبعة الأولى. المركز اللبناني للدراسات. بيروت، لبنان، (1996).

طريق منح "الشخصية المعنوية" للمستشفى باعتباره الوسيلة اللازمة لتحقيق الشخصية القانونية للوحدة اللامركزية واستقلال هذه الهيئة باختصاصات معينة في حدود الوظيفة الإدارية".¹

2-2-2 المصالح المحلية المشتركة

إن انسجام التركيب الاجتماعي في المحافظات والألوية الفلسطينية وتجانس التكوين القومي والجغرافي يعد من العوامل الأساسية لتقوية وحدة الدولة السياسية والقانونية ومع ذلك لا تخلو هذه الوحدات من وجود بعض التباين والتنوع فيما بينها نابع من العوامل الجيوسياسية من الضفة الغربية وقطاع غزة أو عوامل اجتماعية وثقافية واقتصادية فان الإدارة اللامركزية ستكون الأقدر على تلمس هذا التباين والتنوع بشكل أفضل من المركز ومعرفة توجهات وحاجات السكان في المحافظات والنهوض بأعباء التنسيق بين السياسات والأنشطة على المستوى الوطني وعلى المستوى الإقليمي.²

إن هذا التنسيق هو من مهمة الإداريين الذين سيعملون جاهدين على تدعيم وتقوية هذا التنسيق". وبهذا الخصوص تعتبر اللامركزية أن الطريق لضمان احترام التنوع هو الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية والتوزيع المتوازن للاستثمارات المحلية وتسخيرها لخدمة الصحة الشمولية.³

2-3 تعريف اللامركزية: اللامركزية هي: "نقل جزء كبير من السلطات والمسؤوليات والوظائف من المستوى القومي أو الحكومة المركزية إلى المنظمات الحكومية التابعة subordinate أو شبه المستقلة أو إلى القطاع الخاص، واللامركزية هنا هي "نقل" وليست "تفويضاً"، فالأخير يظل في

¹ سالم بول. مسرة، أنطوان اللامركزية الإدارية في لبنان، الإشكالية والتطبيق. الطبعة الأولى. المركز اللبناني للدراسات. بيروت. لبنان، (1996).

² سعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية: أساس للديموقراطية والتنمية. مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال (1996) - 2000) كانون أول. الجلسة الثانية. لبنان. (1996)

³ عاشور، مجدي، تقرير حول تأثيرات خطة الفصل أحادية الجانب على النظام الصحي في قطاع غزة، مركز الإعلام والمعلومات، -آب- 2005. غزة، فلسطين.

نطاق ما يسمى بالمركزية، لأن التفويض لا يعطي سلطة أصلية. كما أن المفوض يستطيع أن يلغي قرار التفويض في أي وقت يشاء، بل إنه يستطيع أن يمارس السلطات التي فوضها في نفس الوقت الذي فوض فيه".¹ ولللامركزية أنماط وأبعاد مختلفة، فهناك اللامركزية السياسية، واللامركزية الإدارية، واللامركزية المالية، واللامركزية الاقتصادية:

2-3-1 اللامركزية السياسية:

تهدف اللامركزية السياسية إلى إعطاء المواطنين أو ممثليهم المنتخبين المزيد من السلطات في صنع القرار العام. "فهي تفترض أن القرارات التي تتم من خلال المشاركة الواسعة سوف تكون أفضل وأكثر ارتباطاً بالمصالح المتنوعة في المجتمع من تلك التي تتم عن طريق الحكومة المركزية كما أن أسلوب الانتخاب يسمح للمواطنين بأن يعرفوا أفضل عن ممثليهم السياسيين".² كما يسمح للأعضاء والموظفين المنتخبين بأن يعرفوا أفضل عن حاجات ورغبات دوائريهم.

2-3-2 اللامركزية الإدارية: تهتم اللامركزية الإدارية بإعادة توزيع السلطة، والمسئولية والموارد المالية لتقديم الخدمات العامة بين مستويات الحكم المختلفة. "وتتضمن نقل مسؤولية التخطيط والتمويل والإدارة لوظائف عامة محددة من الحكومة المركزية وهيئاتها لفروع الهيئات الحكومية والوحدات التابعة أو مستويات الحكم والهيئات العامة شبه المستقلة أو البلديات على مستوى إقليمي أو وظيفي"،³ وذكر (Collins) في كتابه "اللامركزية والحاجة إلى التحليل السياسي" أن هناك أشكالاً متعددة للامركزية منها:

¹ أقسم الدراسات. وزارة التربية والتعليم العالي، مفهوم اللامركزية في الإدارة التربوية، رام الله، فلسطين. (2005).

² Collins CD, Decentralization and the need for political and critical analysis. Health Policy and Planning 4: (1989).168-169

³ Bennett S, Russell S, Mills an Institutional and Economic Perspectives on Government Capacity to Assume New Roles in the Health Sector: A review Of Experience. Health Economics and Financing Programme, Health Policy Unit. London School of Hygiene and Tropical Medicine (1995).

والأشكال الثلاث الرئيسية للامركزية الإدارية هي:

• عدم التركيز الإداري Administrative Deconcentration

• والتفويض Delegation

• والنقل Devolution

ويعتبر عدم التركيز الإداري "الشكل الأضعف للامركزية. ويستخدم - في الغالب- في الدول البسيطة لإدارة توزيع سلطة صنع القرار والمسؤوليات المالية والإدارية بين المستويات المختلفة للحكومة المركزية".¹ إنه يمكن أن يكون مجرد نقل المسؤوليات من موظفي الحكومة المركزية في العاصمة إلى أولئك العاملين في المناطق والأقاليم والمراكز.

أما التفويض،" فهو الشكل الذي من خلاله تنقل الحكومة المركزية مسؤولية صنع القرار، وإدارة الوظائف العامة إلى منظمات شبه مستقلة لا تخضع بالكامل لمراقبة الحكومة المركزية، ولكنها مساءلة عنها في النهاية"،² الحكومة تستطيع أن تفوض المسؤوليات عندما توجد مشروعات عامة وهيئات إسكان ونقل ومراكز أو وحدات خدمات خاصة أو وحدات تعليمية شبه مستقلة ووحدات تنفيذية لمشروعات خاصة ووحدات للتنمية الإقليمية، وفي العادة، تمتلك هذه المنظمات قدراً كبيراً من التصرف في صنع القرار.

النمط الثالث للامركزية الإدارية هو النقل، "وعندما تنقل الحكومة وظائف، فإنها تنقل سلطات صنع القرار والتمويل والإدارة إلى وحدات حكم شبه مستقلة Quasi autonomous ذات وضع خاص".³ النقل عادة ينقل أو يحول المسؤوليات عن الخدمات إلى البلديات التي تنتخب العمدة

¹ Collins CD, Decentralization and the need for political and critical analysis. Health Policy and Planning 4: (1989).168-169

² سعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية: أساس الديمقراطية والتنمية. مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال (1996-2000) كانون أول. الجلسة الثانية. لبنان. (1996)

³ سعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية: أساس الديمقراطية والتنمية. مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال (1996-2000) كانون أول. الجلسة الثانية. لبنان. (1996)

والمجالس الخاصة بها وتحصل إيراداتها الخاصة ولها سلطات مستقلة في صنع قرار الاستثمار(نفس المصدر السابق).

2-3-3 اللامركزية المالية:

المسؤولية المالية هي عنصر رئيسي للمركزية، فإذا كانت الحكومات المحلية والمنظمات الخاصة تتفد وظائف لامركزية بفعالية، فإنه يجب أن يكون لديها مستوى مناسب من الإيرادات سواء يتم فرضه أو تحصيله محلياً أو محول من الحكومة المركزية - وكذلك أيضاً سلطة صنع قرارات الإنفاق. "ويمكن أن تأخذ اللامركزية أشكالاً كثيرة مثل: التمويل الذاتي أو استرداد التكلفة (من خلال نفقات تكاليف المنتج (والتمويل المشترك أو ترتيبات الإنتاج المشترك والتي من خلالها يشارك المنتفعون في تقديم الخدمات والبنية الأساسية وتوسيع الإيرادات المحلية من خلال الملكية أو ضرائب المبيعات أو التكاليف أو النفقات غير المباشرة".¹

2-3-4 للامركزية الاقتصادية أو لامركزية السوق:

"التحول إلى القطاع الخاص يمكن أن يتراوح نطاقه من ترك الإمداد بالخدمات والسلع بالكامل إلى التشغيل الحر للسوق إلى الشراكة العامة / الخاصة والتي تتعاون فيها الحكومة والقطاع الخاص في الإمداد بالخدمات والبنية الأساسية".² ويمكن أن تشمل الخصخصة علي ما يلي:

- السماح للمشروعات الخاصة بأداء الوظائف التي كانت حكراً سابقاً علي الحكومة .
- التعاقد علي الإمداد أو إدارة الخدمات العامة أو التسهيلات .
- تمويل برامج القطاع العام، من خلال السوق الرأسمالي والسماح للمنظمات الخاصة بالمشاركة .
- نقل مسؤولية الإمداد بالخدمات العامة من القطاع العام إلي قطاع الخاص.²

¹سعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية:أساس للديموقراطية والتنمية. مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال(1996-2000)كانون أول.الجلسة الثانية. لبنان.(1996)

²العربي، محمد عبدا لله،الإدارة المحلية في الدول العربية، تقرير مقدم من المؤتمر العربي الخاص للعلوم الإدارية، مجلة العلوم الإدارية العدد11(1969). ص124

2-3-5 شروط تطبيق اللامركزية:

للامركزية شرطان أو ميزتان أساسيتان وضروريتان وهما:

1- أن تكون هيئة منتخبة مباشرة من الشعب، وتوصف اللامركزية بأنها مطلقة أو كلية عند تأليف مجالس الهيئات اللامركزية بالانتخاب فقط، وقد تكون اللامركزية نسبية أو جزئية عند تأليف المجالس بالانتخاب والتعيين معاً، وتفقد اللامركزية ميزتها الأساسية في حال أقدمت السلطة المركزية على تعيين تلك الهيئات.

2- أما الميزة الثانية للامركزية فهي أنها تتمتع بالشخصية المعنوية وهي شرط أساسي لا وجود لها دونه.¹

وترتبط الشخصية المعنوية بنتائج قانونية تنجم عنها:

أ - وجود شخصية قانونية ذاتية مستقلة عن الأشخاص المكونة لها.

ب - وجود جهاز إداري وفني خاص لها.

ج - تمتعها بموازنة خاصة.

د - تمتعها بالذمة المالية.

هـ - حق التعاقد والتقاضي والاعتراف بأهلية اكتساب الحقوق وتحمل المسؤوليات الناجمة عن الأعمال التي يمارسها العاملون في أجهزتها الإدارية والفنية باسمها.²

¹ سعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية: أساس للديموقراطية والتنمية. مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال (1996)-

2000) كانون أول. الجلسة الثانية. لبنان. (1996)

² سعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية: أساس للديموقراطية والتنمية. مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال (1996)-

2000) كانون أول. الجلسة الثانية. لبنان. (1996)

2-3-6 أسباب التوجه العالمي إلى اللامركزية

تورد العديد من البحوث والدراسات، والتقارير العالمية رغبة الدول في العالم التوجه نحو اللامركزية بأنواعها المختلفة والمتنوعة من أهم الأسباب التي أدت إلى اتجاه العديد من الدول إلى اللامركزية ما يلي:

- تبني سياسة الخصخصة. Privatization
 - فشل الحكومات المركزية لبعض الدول في إدارة التنمية.
 - التحضر السريع في الدول النامية.
 - التوجه إلى الديمقراطية.
 - انهيار الحكومات المركزية في الاتحاد السوفيتي السابق وأوروبا الشرقية.
- وفي الشأن الفلسطيني كان التوجه للامركزية جزءاً من التخطيط، والجزء الآخر تبعاً للظروف السياسية التي تمر بها الأرض الفلسطينية بشكل عام والحكومة الفلسطينية بشكل خاص. منذ توقيع معاهدة أوسلو أخذ مفهوم اللامركزية بالظهور وحظي بدعم جماهيري كبير بين عامة الناس وفي السلطة الوطنية الفلسطينية، وقد عملت السلطة الوطنية الفلسطينية على تطوير إطار للامركزية السياسية ومع ذلك فقد كان التطبيق صعباً وشبه مستحيل.¹
- شارك المسؤولون الفلسطينيون في المؤتمر الذي عقد برعاية البنك الدولي والمؤسسات التي تعنى باللاجئين لابتكار لامركزية سياسية فعالة للضفة الغربية وقطاع غزة في العام 1998.

توضّح التشريعات والقوانين طبيعة العلاقة بين الحكومة المحلية واللامركزية. في الضفة الغربية وقطاع غزة أدت الأوضاع الإدارية والسياسية إلى اللامركزية تلقائياً بسبب الاحتلال الإسرائيلي وضياع سيطرة الحكومة الفلسطينية على الوضع العام وفقدان الاتصال بين قطاعات الوطن

¹قسم الدراسات، وزارة التربية والتعليم العالي، مفهوم اللامركزية في الإدارة التربوية، رام الله، فلسطين. (2005).

ومحافظاته، وأخذت المؤسسات السيطرة على خدماتها وواصل الناس تقديم دعمهم للبلديات والمنظمات غير الحكومية والتي تزود خدمات مثل الصحة والتعليم والزراعة وبعض الصناعات اليدوية والبحوث البسيطة. والمؤسسات الثلاث الرئيسية والتي شُغلت في الانتقال وتطبيق اللامركزية هي وزارة الحكم المحلي، الاتحاد الفلسطيني للبلديات والجمعية الخاصة لتطوير وبناء القدرات والتي يربعاها البنك الدولي.¹

المؤتمر الإقليمي الذي عقد برعاية البنك الدولي عام 1998 عرض الملاحظات والتوصيات على اللامركزية الفلسطينية لاحظ المشاركون في المؤتمر أن هناك بعض التداخلات في بعض أنواع الخدمات المقدمة من قبل المؤسسات المحلية، كما لاحظوا أيضاً أن الرأي العام والحكومي كلاهما يؤيدان ويدعمان تطبيق اللامركزية ولكن عملية إصلاح الحكم هي عملية صعبة وطويلة المدى وقد أوصى المشاركون بما يلي:

1. خلق رمزاً قانونياً لانتقال الصلاحيات المالية من الحكومة إلى القطاع العام والمؤسسات الوطنية.
2. تبني حواراً بين المستويات المختلفة للحكومة لتوضيح علاقتهم ومساهماتهم في عملية انتقال الصلاحيات وتطبيق اللامركزية.
3. إنشاء صندوق / خزانة لتطوير المؤسسات المحلية، وتشجيع العدالة في العائدات والإنفاق عبر نواحي وطنية.
4. تشجيع المؤسسات المحلية للتنافس لمشاريع الأشغال العامة تهدف إلى تقوية الاقتصاد الوطني.

¹البنك الدولي، اللامركزية واقتصاد الدول، كتاب مرجعي الكتروني حول اللامركزية والحكم المحلي، برنامج إدارة الحكم

في الدول العربية، POGAR. UNDP. (2005)

2-4 أهمية اللامركزية

ومن النتائج المهمة للامركزية هي أنها تشجع السكان على المشاركة في صنع القرار حول كم ونوع الخدمات الصحية المقدمة، وتحفز على المبادرة والإبداع وفي الوقت نفسه تحترم الخصوصيات المحلية كما أنها تعزز وتفعل من دور المنظمات الجماهيرية. وحيث أن السكان يتعاملون مع هذه المؤسسة ويتلقون علاجاتهم منها، فمن حقهم أن يعرفوا، ويقرروا نوعيه العلاج وجودة الخدمة المقدمة التي يتلقوها عن طريق مشاركتهم في اتخاذ القرار وتنفيذ المشاريع والإصلاحات في المستشفى والقطاع الصحي، بالإضافة إلى ذلك فإن اللامركزية يمكن أن تصبح عاملا نشطا في مصلحة الديمقراطية لأنها تسمح بتسيير مصالح المجتمع المحلي ذاتيا من خلال المنظمات المحلية وبذلك فإنها تشجع على المشاركة والتعاون بينها

إن أي منطقة جغرافية سواء كانت محافظة أو لواء أو مدينة أو قرية أو مخيم يوجد فيها خدمات، ومجموعات مصالح وجمعيات ونوادي ومجلس بلدية وقروية وغيرها تتعايش وتتعامل بشكل متصل أو منفصل مع المستشفى كالرعاية الصحية والرياضة والثقافة والتربية والتعليم وغيرها لذا يجب حصر هذه المنظمات والفعاليات في المنطقة أو الناحية من اجل التواصل معها ضمن أطر مؤسساتية محددة.

2-5 أهمية المشاركة المجتمعية في الإدارة اللامركزية

سوف نتناول مشاركة المجتمع في إدارة المؤسسات في النظام اللامركزي من الركائز الأساسية، والتي يجب أخذها بعين الاعتبار كقضايا هامة منها:¹

- دراسة خصائص المجتمع ومؤسساته وعلاقتها بنظام الخدمات المقدم من قبل المؤسسة .
- أهم ميادين مشاركة المجتمع .

¹قسم الدراسات، وزارة التربية والتعليم العالي، مفهوم اللامركزية في الإدارة التربوية، رام الله، فلسطين. (2005).

- الأبعاد السياسية والاقتصادية والصحية لمساهمة المجتمع المحلي .

2-5-1 دراسة خصائص المجتمع ومؤسساته

أن أول عمل يجب أن تقوم به الإدارة الصحية في النظام اللامركزي أن تدرس المجتمع الذي تتولى المسؤولية فيه وتتفهم طموحاته واحتياجاته ونوع المؤسسات التي يديرها ويمكن تحليل هذه الاحتياجات من خلال الحاجات الاجتماعية والاقتصادية.

إن كل إدارة مؤسساتية حكومية سواء كانت على مستوى لمديرية أو على مستوى لمحافظة أو على مستوى مستشفى أو مركز صحي مطلوب منها التعرف على الواقع الاقتصادي والاجتماعي سواء في المدينة أو القرية أو المخيم ومعرفة العلاقة مثلا بين العناية الصحية والتربية ومصادر دخل الأسرة، لأن هذه العوامل تؤثر على مستوى وتطور الوضع الصحي للفرد والمجتمع وتؤثر في إدراك الأفراد ومقدرتهم على تحديد احتياجاتهم الصحية. وهذه المعرفة ضرورية في ترشيد القرار فيما يتعلق بتوجيه البرامج الصحية بطريقة تجعلها تلبى الحاجات الاجتماعية وخاصة في المناطق الأقل حظا التي تحتاج إلى دعم مادي ومعنوي من المناطق الأوفر حظا وتفعيل دور الهيئات التطوعية، ودراسة واقع المؤسسات والفعاليات الاقتصادية والاجتماعية ومجالات عملها وميادين مساهمتها في رفع المستوى الصحي.¹

2-5-2 ميادين مشاركة المجتمع

إن المشاركة قد تنبع من منطلق حماس السكان ورغبتهم في المشاركة مما يتوجب على الإدارة المحلية استغلال هذا التوجه لرفع مستوى الخدمات الصحية، وبذلك يجري التعاقد بينهما مباشرة وعلى المستوى المحلي.

¹العربي، محمد عبدا لله. الإدارة المحلية في الدول العربية، تقرير مقدم من المؤتمر العربي الخاص للعلوم الإدارية، مجلة

تختلف الأهمية النسبية لمشاركة المجتمع تبعاً لغنى المجتمع المحلي واستقلاليتة وسلطته السياسية وفي كلا الحالتين على الإدارة الصحية المحلية أن تعرف بالضبط النشاطات التي يمكن أن تستفيد من مشاركة المجتمع المحلي. فالمجتمع المحلي قادرٌ على المشاركة في جميع النشاطات تقريباً، بدءاً من التخطيط إلى المراقبة ومن التمويل حتى إدارة النشاطات:

• المشاركة في التخطيط

يشمل التخطيط عادةً تحديداً للحاجات وصياغة الأهداف واختيار الطرائق والوسائل لتحقيق هذه الأهداف على المستوى المحلي حيث أن المجتمع المحلي معني بصورة مباشرة بالاحتياجات الصحية على مستوى المستشفى كتهيز غرف أو أقسام أو توفير أجهزة ووسائل تعليمية للأقسام، فنظام اللامركزية يدعم ويحفز هذا التوجه للسكان ويدفعهم للمشاركة في صياغة القرارات الصحية أو على أساس تقديم اقتراحات بناءة.

ويمكن أن تأخذ مشاركة المجتمع في تهيئة الخطة المحلية والوطنية من خلال النشاطات التخطيطية التمهيدية وتأخذ هذه المشاركة أشكالاً متعددة:-

أ- مشاركة مباشرة وغير مباشرة في المشاريع التي تديرها الوزارة

ب- مشاركة المجتمع المحلي في اللجان المحلية، في مناقشة تلك المقترحات

المعدة من أجل تنمية المنطقة.

ج- المشاركة في مناقشة الدراسات التي لها علاقة بالبنية التحتية للمستشفى كالمواصلات والطرق في المناطق النائية والعمالة والعيادات التي ستبنى في المستقبل (الخارطة المؤسساتية الصحية)¹.

¹برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، برنامج إدارة الحكم في الدول العربية POGAR . UNDP، النشرة الاخبارية الفصلية- العدد الخامس كانون الثاني-آذار-2006 فلسطين.

• المشاركة في التمويل

يمكن تحقيق مشاركة المجتمع في التمويل بأشكال عديدة منها الإسهام المباشر في التمويل المالي عن طريق فرض الضرائب على الشركات المحلية أو المواطنين (مثل ضريبة المعارف) ويمكن الاستفادة من هذه المشاركة عن طريق شراء التجهيزات كالحاسبات والوسائط التعليمية وأدوات المختبر والكتب المكتبية وصيانة الأقسام والأجهزة والمشاركة عن طريق التبرع، وهو أمر شائع كالتبرع تأثيث الغرف والأقسام أو مستلزمات طبية والمشاركة في العمل الإنشائي أو صيانة الأجهزة أو المشاركة التطوعية في برامج الوقاية من الأمراض أمعالجة المياه العادمة أو النفايات الصلبة الخ، إن الغرض الأساسي لتشجيع المشاركة المحلية يجب أن لا تهدف فقط إلى توفير الأموال بل ينبغي أن تكون المشاركة بهدف تحسين البيئة المحلية وخاصة في المناطق الريفية الفقيرة. ومن هنا تظهر أهمية النظام اللامركزي الذي يتفهم البيئة المحلية بشكل أفضل من المركز ويكون المركز في كثير من الأحيان غريباً عن البيئة القروية في حين أن المستشفى أو المركز الصحي الذي يتم تصميمه وبنائه من قبل المجتمع المحلي سيتوافق مع البيئة وسيكون مقبولاً من قبل السكان ومما يعزز روح الاعتزاز والفخر للمجتمع المحلي الذي حقق هذا الإنجاز، ويدفعهم إلى المحافظة عليه وصيانته المستمرة وبالرغم من أن مشاركة المجتمع أمر مرغوب فيه دائماً إلا أنه في بعض الأحيان لا يستجيب بشكل جيد إلى بعض المعايير الإلزامية وليس أيضاً من المرغوب فرض المشاركة.

إن الإدارة الصحية الناجحة وفي مختلف المستويات في النظم اللامركزية في الإدارة الصحية الفلسطينية، يجب أن تعي حقائق المجتمع الديمقراطي الفلسطيني الفتي وتعمل في إطاره وهذه الحقائق وهي :

1- إن الديمقراطية في المجتمع الفلسطيني تعني حق كل صغير وكبير أن يحصل على الأقل على الحد الأدنى من المعرفة والمهارات الفنية ومعرفة كيف يسمح له بالمشاركة بشكل كامل في حياة مجتمعه.

2-إن الديمقراطية الفلسطينية تعني تقليص الفوارق بين المناطق والحد من عدم المساواة في الجوانب الاقتصادية والاجتماعية وتزويد السكان بالحد الأدنى من الخدمات الصحية المطلوبة.¹

3- تفعيل الديمقراطية في المجتمع الفلسطيني تتطلب إيجاد أشخاص ذوي تأهيل جيد ورغبة وحماس في العمل بدلا من المنتفعين من ترويج الخدمات الصحية، فهناك من يسعى إلى المتاجرة بالخدمة الصحية واعتبارها منفعة ربحية وليس الغرض منها الصالح الوطني وهم ما يسموا المنتفعين، إن الديمقراطية ليست شعار وفكر مجرد إنما هي ممارسة وأسلوب حياة وتبدأ من الأسرة أولا وتمتد إلى المجتمع أخيرا.²

• المشاركة في الإدارة:

إن الأمثلة على مساهمة المجتمع في الإدارة الصحية أو الإدارة المؤسساتية مساهمة قليلة جدا حيث أن جهود المجتمعات المحلية تنصب عادة في حدود المساهمة في الأموال والموارد البشرية وتقديم المشورة

2-5-3 الأبعاد السياسية والاقتصادية والإدارية لمساهمة المجتمع المحلي

إن محاولات الإدارة الصحية في إقامة الجسور مع المجتمع المحلي لتحسين التفاعل الإيجابي بين المجتمع والمؤسسات الصحية ستفشل إذا اصطدمت بنظام صحي شديد المركزية وبنظام مدني مركزي بيروقراطي. وهناك إطار سياسي واقتصادي وإداري تستطيع فيه الإدارة الصحية الناجحة العمل في حدوده بكفاءة عالية.

• **الإطار السياسي:** إن النظام السياسي الفلسطيني هو نظام ديمقراطي فتي لم تكتمل بعد مؤسساته الديمقراطية وقد أكدت وثيقة الاستقلال على النظام الديمقراطي في فلسطين كما إن

¹برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، برنامج إدارة الحكم في الدول العربية POGAR . UNDP، النشرة الاخبارية الفصلية- العدد الخامس كانون الثاني-آذار-2006 فلسطين.

²البنك الدولي، اللامركزية واقتصاد الدول، كتاب مرجعي الكتروني حول اللامركزية والحكم المحلي، برنامج إدارة الحكم في الدول العربية POGAR . UNDP (2005)

الديمقراطية هي أحد المبادئ التي يسير وفقها النظام الصحي الفلسطيني وفق خطة وزارة الصحة، وان نظام اللامركزية في الإدارة الصحية هي إحدى الأهداف الاستراتيجية وهي إطار من أطر الديمقراطية في النظام الصحي الفلسطيني.¹

إن مبدأ الحق لكل مواطن في الصحة هو أيضا الإطار الثاني للديمقراطية لذا فان ربط مشاركة المجتمع المحلي بديمقراطية الصحة ترقى إلى ارتباطه بديمقراطية المجتمع ككل .

• الإطار الاقتصادي.

إن العلاقة بين الإدارة الصحية والسكان في ظل النظم اللامركزية والتي تظهر من خلال مساهمة المجتمع المباشرة وغير المباشرة في تحديد دعم المستشفيات والمراكز الصحية وتشييدها وصيانتها وإدارتها سواء من خلال التمويل أو العمل.

• الإطار الإداري

إن الإدارة الصحية الناجحة هي التي تدرس تركيبة مجتمعها المحلي ومؤسساته التي تعرف مواقع سلطة اتخاذ القرارات الأساسية فيه ومعرفة قوة هذه القرارات واتساعها، وعلى ضوء هذه المعرفة تحدد الإدارة الصحية الأشخاص والمؤسسات التي سيتم التعامل معها، ويتم دمج أعضاء منتخبين من المجتمع المحلي من ذوي الاختصاص أو النفوذ الإداري أو المالي كأعضاء في مجالس غدارة مستشفيات للمساهمة الفاعلة في الإدارة أو الدعم والتمويل أو توفير غطاء اجتماعي وربما سياسي لتسهيل تنفيذ إدارة المستشفى لبعض المهام (Governing bodies)، فهم في الغالب ممثلو المجتمع الرسميون وفي العادة المجلس البلدي أو ما يوازيه وممثلون منتخبون وأعضاء المجلس التشريعي والمستفيدين من الصحة، هذه المعرفة تساعدهم على بناء جسور الثقة مع فعاليات المجتمع المحلي ودفعهم إلى المشاركة في العمل الصحي.²

¹ البنك الدولي، اللامركزية واقتصاد الدول، كتاب مرجعي الكتروني حول اللامركزية والحكم المحلي.برنامج إدارة الحكم في الدول العربية.POGAR. UNDP. (2005)

² قسم الدراسات، وزارة التربية والتعليم العالي، مفهوم اللامركزية في الإدارة التربوية، رام الله، فلسطين. (2005).

2-6 رقابة السلطة المركزية :

ومن المفاهيم الهامة أيضا في الحديث عن اللامركزية هو مفهوم الرقابة والسلطة المركزية إن المستشفى والوحدات التابعة له الذي سيتمتع بالاستقلال الذاتي القائم على النظام اللامركزي في الإدارة الصحية يظل جزءا من السلطة المركزية الممثلة بوزارة الصحة، وله علاقة وارتباط بالمركز في حدود تلك العلاقة القانونية التي تربطه بالسلطة المركزية بنصوص قانونية صريحة، وان حصول المستشفى على درجة من الاستقلال المالي والإداري مهما كان مداه ودرجته فإنه لا يكون بأي حال من الأحوال مطلقا. "بل هو محدد بالأبعاد التي يحددها القانون. ومن ناحية أخرى يتجسد في تلك النصوص القانونية التي تحدد للسلطة المركزية قدرا محددا من سلطة الرقابة على نشاط المستشفى وأقسامه وعلى أعضائه وأعماله وتسمى (الرقابة الإدارية) والرقابة الفنية التي تعنى بالأمر ألفتية المتعلقة بنشاطات المستشفى والأعمال التي يقوم بها، أما من حيث الغرض الذي يهدف إليه نظام اللامركزية الإدارية فهو تحقيق قدر من إشراك المواطنين في إدارة شؤونهم المحلية بأنفسهم وتحت رقابة السلطة المركزية.¹ "أحيانا يطلق على العلاقة القانونية بين السلطة المركزية والوحدات الإقليمية وصف المشاركة، وهي مشاركة بين طرفين في تنظيم الفعاليات والأعمال الهامة مثل نقل المرضى والإسعاف وغيرها بمختلف أوجهها من الناحية الإدارية بشكل لا غنى لا حداهما عن الآخر، أما الغرض من النظام المركزي هو تشديد وتركيز السلطة في يد هيئة عامة مركزية واحدة"،² وان سلطة الرقابة التي تملكها السلطة المركزية في النظام المركزي هي حق من حقوقها وبدون حاجة لوجود نص يخول لها هذه السلطات لأنها حقوق مستمدة من طبيعة السلطة المركزية. وفي موضوع الرقابة والرقابة الإدارية ناقش الباحثون في مؤتمر الحوار الوطني،² الأسس التي يقوم عليها جهاز الرقابة في

¹ العربي، محمد عبدا لله، الإدارة المحلية في الدول العربية، تقرير مقدم من المؤتمر العربي الخاص للعلوم الإدارية، مجلة العلوم الإدارية العدد 11 (1969). ص 124

² سعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية: أساس للديموقراطية والتنمية. مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال (1996)- (2000) كانون أول. الجلسة الثانية. لبنان. (1996)

ظل النظام اللامركزي وتم تحديد طبيعة العلاقة مع الحكومة أو الهيئة المركزية كما جاء على النحو التالي:

- إن الهيئات اللامركزية على الرغم من استقلاليتها، تخضع لرقابة الدولة أو لوصايتها الإدارية. وهذه الوصاية تتناول الهيئات اللامركزية في ذاتها أي المجالس التي تمثلها وقد تلجأ في بعض الأحيان إلى حلها أو إيقافها عن العمل لفترة مؤقتة، "كما تمتد رقابة السلطة المركزية إلى أعمال الهيئات اللامركزية وإلى إجراءات تنفيذ قرارات هذه الهيئات. وقد تبسط السلطة المركزية رقابتها القوية على تصرفات الهيئات المحلية، وخصوصاً في كل ما يتعلق بالعقارات ذات المنفعة العامة وملكيته ونزع صفة المنفعة العامة عنها". إن هذه الرقابة هي في جوهر اللامركزية ولا يجوز أن تعد انتقاصاً لها ولا أن تطغى على حق الهيئات المحلية في ممارسة اختصاصاتها، ولا سيما أن هذه الرقابة مقيدة بقيود مستمدة من مبدأ استقلال الهيئات اللامركزية.(نفس المصدر السابق).

خلاصة القول أن لرقابة السلطة المركزية على الوحدات الإقليمية في نظام اللامركزية الإدارية أساساً قانونياً يتمثل في النصوص القانونية الصريحة التي تباشر وظيفة الرقابة في حدودها وبناءً عليها. ومعنى ذلك أن سلطة الرقابة المركزية تعتبر استثناء في النظام اللامركزي، في حين أن الرقابة في النظام المركزي غالباً ما تكون رقابة مطلقة غير محددة وتمارس دون حاجة إلى نص قانوني.¹

2-7 نماذج من اللامركزية.

هناك العديد من النماذج اللامركزية كما يظهر الملحق رقم (3-2):-

2-7-1 النموذج العمودي:-

¹ سالم بول. مسرة، أنطوان اللامركزية الإدارية في لبنان، الإشكالية والتطبيق. الطبعة الأولى. المركز اللبناني للدراسات، بيروت، لبنان، (1996).

يعمل هذا النوع من النماذج على تقوية وزيادة الحكم الذاتي عند المستويات المتدنية داخل إدارة المؤسسة، والكيانات الإقليمية أو ممثلو الرعاية الصحية. واللامركزية ضمن هذا النوع تأخذ أشكالاً مختلفة، منها:-

• اللامركزية الإقليمية:-

أي عندما يتم نقل المسؤوليات إلى المؤسسات المحلية والتي تتمتع بحدود جغرافية واضحة المعالم وتعتمد على عوامل اجتماعية، اقتصادية، ثقافية، وتاريخية إضافة إلى حجم ومساحة المنطقه الموجودة فيها المؤسسة.

• اللامركزية الوظيفية:- السلطة التي تنفذ وتؤدي بعض الخدمات الصحية يتم تحويلها إلى مكاتب محلية خاصة يمكن تمييزها.

• الشكل الداخلي: أي أن السلطة يتم إيفادها وبعثها إلى الصفوف الحالية في الهرم الوظيفي للمؤسسة.

• الشكل الخارجي:- نوع من اللامركزية تعرف باللامركزية الشكل الخارجي، بحيث يحدث شكلاً خارجياً من اللامركزية عندما يتم تحويل السلطة لوحدة يتم استحداثها لها وصفاً قانونياً منفرداً.

2-7-2 النموذج الأفقي:

ويرمز هذا إلى الحكم الذاتي المتزايد ضمن قطاعات مختلفة من الرعاية الصحية.

2-7-3 إعادة المركزية:

2-7-4 علاقات المحيط المركزي:

يشير بعض الخبراء والباحثين في مجال اللامركزية أن بعض البنود في النظام الإداري لا يمكن

لامركزيتها¹ ومنها:-

1. البنود والتعليمات المتعلقة بالسياسة الصحية.
2. قرارات استراتيجية لتطوير المصادر الصحية.
3. عند تقييم وتحليل صحة المجتمع.

¹أسعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية: أساس للديموقراطية والتنمية. مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال(1996-

2000) كانون أول. الجلسة الثانية. لبنان. (1996).

الفصل الثالث

الدراسات سابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

3-1 مقدمة

ضمن العقدين الأخيرين اكتسبت اللامركزية بلا شك شعبيته فهي ليست مفهوماً جديداً أو تعبيراً مستحدثاً وشدت انتباه العام في العام 1950 والعام 1960 عندما هيأت الإدارات الاستعمارية البريطانية والفرنسية المستعمرين في مستعمراتها للاستقلال بنقل المسؤوليات إلى الإدارات المحلية. في الثمانينات في العام 1980 جاءت اللامركزية إلى طليعة جدول أعمال التطوير بجانب التأكيد العالمي المجدد على الحكم وتوجهات الدول الشرقية إلى التطور الإنساني¹ و الدول النامية والمتطور ه اليوم تشارك في اللامركزية فالعالم الغربي يرى في اللامركزية على أنها البديل لتزويد الخدمات العامة بطريقه اقل تكلفه وأكثر ربحاً. أما الدول النامية فأنها تضع الإصلاحات اللامركزية ضمن إطار اقتصادي غير متكافئ وعدم استقرار اقتصادي كلي وحكم غير مؤثر. الدول الشرقية احتضنت اللامركزية واعتبرتها خطوه طبيعية في التحول إلى تسويق الاقتصاد والديموقراطية. وفي أمريكا اللاتينية جميع دولها تبنت اللامركزية بسبب الضغط السياسي والحاجة إلى الديموقراطية. أما الدول الإفريقيه فترى اللامركزية كأنها طريق إلى الوحدة الوطنية.

إن الإدارة كعلم وممارسة، أصبحت ظاهرة ملازمة بل وأساسية لنجاح خطط التنمية والتطوير في أي مجتمع كان. " فالليابان لم تكن ستخرج من أزمة ما بعد الحرب العالمية الثانية لولا اعتمادها على مفكرين إداريين أمثال ديمينغ Deming وغيره، وكذلك ألمانيا والدول المتقدمة الأخرى. وعلم الإدارة ظهر كعلم يدرس في الجامعات في مطلع القرن العشرين وذلك في جامعة

¹ أسعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية: أساس للديموقراطية والتنمية. مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال (1996)-

(2000) كانون أول. الجلسة الثانية. لبنان. (1996).

هارفارد الأمريكية. وهو يعتبر من العلوم الاجتماعية الحديثة التي استطاعت أن تؤثر على مجريات الأمور بصورة واسعة، إلى الدرجة التي قال عنها عالم الإدارة بيتر در كر Peter Drucker أنه لو كان علم الإدارة موجوداً في أيام كارل ماركس لكان ماركس قد أضاف عامل الإدارة كعامل رابع إلى عوامله الثلاث لعملية الإنتاج: "رأس المال والأرض والعامل ويدعي در كر أيضاً لو أن ماركس أضاف عامل الإدارة لتغيرت عدد من نظرياته الاجتماعية والاقتصادية".¹

موضوع اللامركزية ليس موضوعاً حصرياً أو موضوعاً جديداً سواء على الساحة العالمية أو العربية أو حتى الوطنية الفلسطينية، وان لامركزية المؤسسات والحكومات من أهم المواضيع التي تتم مناقشتها عالمياً وفي كافة المباحث وعلى كافة الأصعدة السياسية والاقتصادية والاجتماعية عالمياً وعربياً ومحلياً.

لم تعثر الباحثة على دراسة كاملة مستفيضة أو مختصرة تناولت موضوع اللامركزية الإدارية في مستشفى داخل فلسطين أو حتى الوطن العربي، وفي حدود المعرفة، فإن هذا البحث لم يطرق في السابق إلا في حدود ضيقة نسبياً أو في دول أجنبية. هذه الدراسة تبحث في اللامركزية الإدارية لا السياسية أو المالية وهي تهدف إلى دراسة إيجابيات تطبيق اللامركزية الإدارية في مؤسسة معينة كمستشفى جنين، وعمل مقارنة بين الوضع الإداري الحالي في المستشفى بمركزيته المطلقة والمغلقة، وبين الإدارة في ظل اللامركزية الإدارية، وتأثير ذلك على نوع وكم الخدمات المقدمة في المستشفى. والتعلم من تجارب البلدان الأخرى في هذا المجال، سعياً لاقتراح الوسائل الكفيلة بإصلاح بنية الإدارة في المستشفى خاصة، ومستشفيات وزارة الصحة عامة، بحيث تصبح أكثر كفاءةً في توفير الخدمات، وأكثر استجابةً للحاجات العامة، وأكثر استيعاباً للمشاركة المحلية والوطنية كعملية يعزز نمو كل طرف منها نمو الطرف الآخر، بحيث تؤدي في النهاية إلى نمو الدولة. إذ ينبغي النظر إليها كوجهين للتقدم الضروري

¹الجمري. منصور. ديموقراطية من الباب الخلفي. ندوة جمعية الإداريين البحرينية. معهد البحرين للدراسات المصرفية والمالية BIBF. مارس. 2002. ص 12

في مجال التنمية السياسية التي ينمو فيها المجتمع نحو اعتماد الوسائل الأكثر عقلانية والمؤسساتية في إدارة الشؤون العامة"الفهم الصحيح لنمو الإدارة المحلية في أي بلد يعزز تكامل الحكم والشعب ويزيد من شرعية الدولة ويقوي في النهاية من دخول أجهزة الدولة الوطنية في كل أنحاء البلاد. أما الدولة المركزية المفرطة التي لا فروع محلية أو مناطقية لها، فهي دولة بعيدة من الشعب ومناطق سكنه وعمله ومنقطعة عنه وغير قادرة على الاستجابة لحاجاته وإدارة شؤونه بنجاح، وهي التالي دولة ركيكة وضعيفة".¹

3-2 التجربة الفلسطينية

في الساحة الفلسطينية لم تكن اللامركزية بعيدة عن مسرح النقاش، ولعل ابرز الوزارات التي تدارست وناقشت مفهوم اللامركزية الإدارية بين ثنايا إدارتها وحاولت تطبيق هذا النهج في مؤسساتها هي وزارة التربية والتعليم والتي خاضت تجربة الإدارة الذاتية والتي هي جزء من اللامركزية الإدارية في مجموعة من مدارسها في محافظات الوطن ونقف هنا عند تعريف وزارة التربية والتعليم الفلسطينية لمفهوم اللامركزية الإدارية من وجهة نظرها التربوية.² إن نظام اللامركزية الإدارية بشكل عام هو أحد أساليب التنظيم الإداري يقصد به تعدد مصادر النشاط الإداري في الدولة ويتم على أساس توزيع اختصاصات الوظيفة الإدارية بين السلطة المركزية وبين الهيئات الإدارية المتعددة، فيكون لكل منها استقلالها في مباشرة اختصاصاتها الإدارية، وفي الإطار الذي تحدده السلطة المركزية، والذي يعرف بالرقابة الإدارية وتتحدد هذه الاختصاصات أما على أساس جغرافي إقليمي، (المحافظات والألوية) ومديريات التربية والتعليم في النظام التربوي الفلسطيني وإما على أساس تربوي وظيفي ويطلق على هيئاتها اسم الهيئات اللامركزية الإدارية الوظيفية أو الهيئات اللامركزية في الإدارة التربوية".²

¹ سالم بول. مسرة، أنطوان اللامركزية الإدارية في لبنان، الإشكالية والتطبيق. الطبعة الأولى. المركز اللبناني للدراسات. بيروت، لبنان، (1996).

² قسم الدراسات، وزارة التربية والتعليم العالي، مفهوم اللامركزية في الإدارة التربوية، رام الله، فلسطين. (2005).

وقد تجنبت الدراسات التي قامت بها وزارة التربية والتعليم وضع إطار وتعريف للامركزية وذلك بسبب إخضاع هذه التجربة للاختبار في بعض المديريات لاستخلاص العبر في التطبيق سلبا وإيجابا، ولكنها بحثت فكرة اللامركزية في الإدارة التربوية الفلسطينية ووضع (مفهوم مبدئي) يساعد على إبراز أكثر جوانبها أهمية ودون التعرض لوضع تعريف محدد وجامد لها.

يقوم نظام اللامركزية في الإدارة التربوية على أساس وجود مصالح محلية مشتركة في حدود الوظيفة التربوية في تطوير العملية التعليمية يستلزم إدارتها وتنفيذها ذاتيا ويتطلب الاعتراف بالشخصية القانونية للوحدة الإقليمية (المديرية) والوحدات الأخرى التابعة لها (المدرسة) وخضوع هذه الوحدات لرقابة السلطة المركزية (وزارة التربية والتعليم) وتنفيذ على مراحل بعد إتمام الاختبار القبلي ودراسة نتائجه¹، يشتمل هذا المفهوم على أربعة عناصر أساسية لنظام اللامركزية في الإدارة التربوية الفلسطيني وهي:-

- الاعتراف بالاستقلال الذاتي لمديريات التربية والتعليم والوحدات التابعة لها.
 - وجود مصالح محلية في حدود الوظيفة الإدارية التربوية تمس المجتمع بفعاليته المختلفة وتتطلب إشراكه في القرارات التربوية.
 - وجود سلطة مركزية تمارس الرقابة على المديريات والوحدات التابعة لها والمدارة ذاتيا.
 - التطبيق التدريجي للوظيفة الإدارية التربوية المنفذة ذاتيا بعد اختبارها.
- ويلاحظ أن هذا المفهوم يشتمل على عناصر أخرى مفهومة ضمنا وهي وجود رقعة جغرافية محددة يمارس عليها النظام اللامركزي، ووجود استقلالاً ذاتيا متضمنا استقلالاً مالياً.
- وقد عرضت وزارة التربية والتعليم قضية مشاركة المجتمع في الإدارة التربوية من خلال مجموعة من القضايا يمكن أن يتساوى فيها الصحة والتعليم، وأهمها:

¹قسم الدراسات، وزارة التربية والتعليم العالي، مفهوم اللامركزية في الإدارة التربوية، رام الله، فلسطين. (2005).

• دراسة خصائص المجتمع ومؤسساته وعلاقتها بالعملية التعليمية .

• ميادين مشاركة المجتمع .

• الأبعاد السياسية والاقتصادية والتربوية لمساهمة المجتمع المحلي.²

ولا يمكننا أن نغفل هنا وزارة الحكم المحلي والتي تعني في مفهومها، اللامركزية الإدارية، والجهود التي قامت بها من أجل تطبيق اللامركزية الإدارية في فلسطين من خلال تطوير نظام البلديات والمجالس المحلية، والتي أخذت صفة الاستقلالية خاصة بعد الانتخابات البلدية في العام 2005 حيث تم تطبيق اللامركزية الإدارية من خلال الاقتراع وبرزت المساهمة المجتمعية جلية واضحة.¹

هناك العديد من أوراق العمل والدراسات التي أجريت محلياً منها ما تم تنفيذه ومنها ما اصطدم بصخرة الواقع وذهب أدراج الرياح ونذكر هنا أهم هذه الدراسات:

الدراسة التي قام بها السيد رشيد منصور بعنوان" المركزية واللامركزية في الإدارة التربوية في فلسطين من وجهة نظر مديري ومديرات المدارس في محافظات شمال الضفة الغربية في العام 2004" حيث اثبت فيها أن توجه مديري ومديرات المدارس هو توجه لامركزي. وأوصى الباحث بضرورة استمرار وزارة التربية والتعليم بدعم اللامركزية في الإدارة التربوية في فلسطين، كما أوصى بضرورة إجراء المزيد من الدراسات العالمية حول الموضوع.²

3-3 التجربة اللبنانية

يعد لبنان من أهم دول المنطقة وأغناها ثقافة في موضوع اللامركزية. وقد كان من الدول السبّاقة في تطبيق اللامركزية على أنظمتها الإدارية وخاصة في البلديات والمجالس المحلية. عرف لبنان

¹برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، برنامج إدارة الحكم في الدول العربية POGAR . UNDP. مشروع استطلاع قادة الرأي حول اللامركزية الإدارية الموسعة وأداء البلديات في لبنان. لبنان. 2002

²منصور. رشيد، المركزية واللامركزية في الإدارة التربوية في فلسطين من وجهة نظر مديري ومديرات المدارس في محافظات شمال الضفة الغربية. (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. (2004).

هذا النظام أول مرة إبان الحكم المصري (1831 - 1840) وتطورت مراحل هذه التجربة ومازالت تأخذ أشكالاً متعددة. و يعد نظام البلديات في لبنان مثلاً لتوضيح نظام اللامركزية الإدارية الإقليمية أو المحلية.¹

في العام 1996-2000 عقد مؤتمر الحوار الوطني في لبنان، وكان من أبرز النقاط المتداولة في المؤتمر موضوع اللامركزية، والذي تمت مناقشته في الجلسة الثانية والتي جاءت تحت عنوان "اللامركزية والإدارة المحلية" أساس الديمقراطية والتنمية وقدمها فؤاد السعد.

وضع منظمو الحوار إطاراً للموضوع هو بالتحديد اللامركزية والإدارة المحلية. قبل الخوض في دور اللامركزية كأساس للديمقراطية وتنمية المناطق، وهو موضوع بحثنا، لا بد من الكلام على اللامركزية بحد ذاتها وأنواعها وحدودها والرقابة عليها وفق ما ورد أثناء النقاش في المؤتمر:

1- فاللامركزية أسلوب من أساليب الإدارة هدفه توزيع الوظيفة الإدارية والخدمات بين الحكومة (كسلطة مركزية) وبين هيئات محلية ومصالحية تمارس اختصاصاتها في مجالات محددة جغرافياً أو مرفقياً أو الاثنتين معاً. وانطلاقاً من هذا التعريف لفكرة اللامركزية تتبين العناصر الأساسية التالية:

1- اللامركزية الإدارية طريق من طرق الإدارة وليست صورة من صور الحكم أو نوعاً من أنواعه وإلا تحولت إلى لامركزية سياسية.

2- إنها توزيع للاختصاصات الإدارية والخدماتية بين الحكومة المركزية وهيئات أخرى محلية.

3- للامركزية شكلان أساسيان: اللامركزية الإدارية، أي الإدارة المحلية أو البلديات واللامركزية المرفقية أو المصلحية من جهة أخرى، أي المؤسسات والمصالح المستقلة سواء أكانت وطنية (مصلحة كهرباء لبنان) أم كانت مناطقية (كاللبناني).

¹سعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية: أساس الديمقراطية والتنمية. مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال (1996-2000) كانون أول. الجلسة الثانية. لبنان. (1996).

وقد أخذ لبنان بالأسلوب الفرنسي، الذي يرى أن جميع الصلاحيات الإدارية الموكولة قانوناً و عرفاً واجتهاداً إلى السلطة الإدارية هي موكولة حكماً إلى البلديات، وأن تحديد اختصاصات هذه البلديات يكون بقواعد عامة وأن لها عمومية الصلاحية، بحيث لا يخرج عن اختصاصاتها إلا القضايا التي حددها القانون بوجه الحصر، وأوكل أمرها إلى الدولة أو الحكومة المركزية. بمعنى آخر فإن هذا النظام يعد أن حصر السلطة بالحكومة المركزية يجب أن يتم بنص صريح جداً ويجب أن يفسر تفسيراً ضيقاً، وجميع ما لم يأت المشرع على ذكره يجب أن يكون من اختصاص الهيئات البلدية.¹

كما أن قانون البلديات الصادر بالمرسوم الاشتراعي رقم 118 تاريخ 30/6/1977 نص على إمكان قيام اتحاد للبلديات له الشخصية المعنوية والاستقلال المالي والإداري (الخاصة به كونه اتحاداً) وحدد اختصاصاته، بمرسوم يتخذ في مجلس الوزراء بناء على اقتراح الوزير المختص (وزير الشؤون البلدية والقروية بعدما كان من صلاحية وزير الداخلية).²

إن البلديات في لبنان كمظهر من مظاهر تجسيد نظام اللامركزية الإقليمية، أوكل إليها تحقيق كل عمل ذي طابع ومنفعة عامين، ومن التعمق بماهية وتفصيل تلك المهام يتضح مدى أهمية مساهمة البلديات في عملية التنمية.

3-4 التجارب العالمية

عالمياً هناك العديد من الدول العالمية سواءً أكانت نامية أم من الدول الصناعية والتي درست اللامركزية بأشكالها المتنوعة وطبقتها في مؤسساتها وضمنتها برامجها وخططها التطويرية فهناك التجربة اليابانية، والأسبانية، والسويدية وغيرها.

¹ سالم بول. مسرة، أنطوان اللامركزية الإدارية في لبنان، الإشكالية والتطبيق. الطبعة الأولى. المركز اللبناني للدراسات. بيروت. لبنان، (1996).

² سالم بول. مسرة، أنطوان اللامركزية الإدارية في لبنان، الإشكالية والتطبيق. الطبعة الأولى. المركز اللبناني للدراسات. بيروت. لبنان، (1996).

الاهتمام بالأشكال المختلف للامركزية، وبعض الفوائد والمشكلات المصاحبة لها والمرتبطة بها تجزم تصوير معضلات أساسية لأولئك المهتمين ببند الرعاية الصحية، فعلى سبيل المثال فإن طرق زيادة المشاركة المجتمعية، قد تزيد من عدم الإنصاف بين القطاعات الإدارية من حيث تمركز الخدمات "توزيعها وتوظيفها" فالمنطق الحضري قد تجذب مصادر أكثر من المناطق الريفية البعيدة. إن آلية معالجة بعض القضايا والمشاكل المحسوسة تعتمد على أسباب توجه الحكومات المركزية للسير باتجاه البعد عن اللامركزية بشكل مستمر.¹

واهم القضايا هي قضية العدالة في تقديم الخدمات الصحية، حيث تسهم اللامركزية بإثارة تأثيرين سلبيين على العدالة في الخدمات الصحية هما:

1. التضارب بين الطلب المحلي على الخدمات، وتحقيق العدالة الوطنية في توزيع تلك الخدمات وخاصة إذا ارتبط الموضوع بآلية إيجاد مصادر محلية.

2. ضعف القدرة على التخطيط المركزي.

في حين أن لدى النظام المركزي سياسات موالية للعدالة (مطابقة لأسس العدالة) يمكن تطويرها والاستفادة منها، وأيضاً نظام العائدات يمكن اعتماده وطنياً لتحقيق العدالة في الخدمات الصحية.²

أجريت دراسة في المكسيك عام 1989 لقياس مدى تأثير اللامركزية على عدالة الخدمات الصحية، حيث تمت مقارنة ولاية تطبق اللامركزية بولاية أخرى أكثر مركزية في القطاع الصحي، وأظهرت الدراسة أن بند الخدمة الصحية زاد في شكله ومظهره الخارجي بينما كان

¹ Cassels A, Health Sector Reforms: Key Issues in Less Developed Countries. Journal of International Development 7: (1995). 329-347

² Omar Mayeh Health sector decentralization in developing countries: Unique or Universal. Lecturer in Health Planning and Management. The Nuffield Institute for Health, University of Leeds, United Kingdom. (2004).

هناك تغير 180 درجة في سياسة توزيع الخدمات وعدالتها في الولاية اللامركزية حيث لم تحقق إلا جزء بسيط من العدالة في الخدمات.

وفي الصين حدث نفس الشيء، فبعد اللامركزية، دخلت المستشفيات إلى ميدان المنافسة لاستملاك التقنية الأكثر تقدماً في محاولة للحصول على عمل أكثر، فأدى ذلك إلى زيادة كلفة الخدمات الصحية، وبالتالي أظهرت النتائج بأن العائلات الفقيرة صرفت تقريباً 60% من إجمالي دخلها الصافي السنوي على خدمات مستشفى متوسط الخدمة.¹

"وقد أظهرت نتائج إحدى الدراسات التي أجريت بعد إعادة تنظيم خدمات التمريض على أساس لامركزي في مستشفى القديس يوسف في مدينة ((بروفيدنس)) ولاية ((رود ايلاند)) في الولايات المتحدة الأمريكية-لمدة ثلاث سنوات- أن القرارات الإدارية كانت أكثر فاعلية وأن الممرضات قد التزمن بأداء أعمالهن بدرجة ابر وأفضل. كما أظهرت دراسات أخرى شملت أحد عشر مستشفى ومركزاً طبياً أن تنظيم الخدمات الطبية وخدمات التمريض على أساس لامركزي، قد زاد من الرضا الوظيفي عند الأطباء والممرضات معاً، فضلاً عن تحسين مستوى الأداء في هذه الخدمات."²

على أية حال، من الناحية الأخرى، فإن تفويض السلطة إلى إدارة المستشفى ووضعها على لائحة المهام المناطة بإدارة المستشفى يؤدي ذلك إلى استقلال المستشفى من الناحية الإدارية، ويزيد من مساهمة المجتمع المحلي في تطبيق هذه اللوائح مما يؤدي إلى إرضاء المستفيدين من الخدمة الصحية بشكل كبير وتلبية احتياجاتهم ورغباتهم بشكل أفضل، وبهذه الطريقة يكون المجتمع المحلي قد مُثل بإنصاف على اللوائح الإدارية للمستشفى، وأعطى فرصة موازية للأفراد ذوي الدخل المنخفض أو المتوسطة للمشاركة في سياسة إصدار القرارات.³ ومن أهم مبادئ

¹ Bloom G, Xing Yuan G, Health Sector Reforms in China. Social Sciences and Medicine 45: (1997). 351-360

² حرساني، حسان محمد نذير، إدارة المستشفيات. معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية. (1990).

³ Aas IHM, *Organisational Change: Decentralization in Hospitals*. International Journal of Health Planning and Management 12: (1997). 103-114

اللامركزية أيضا، زيادة المشاركة المجتمعية، وتقريب المجتمع من القرار وإشراكهم في السياسة والتخطيط.

إن المشاركة المجتمعية في الخدمات الصحية تظهر كسمة مهمة للأنظمة الصحية في العديد من البلدان الأفريقية، ولامركزية من هذا النوع قد تدمج بين إدارة الخدمات بفاعلية الإنتاج في المؤسسة، واختبار تأثير مسؤولية صناع القرار والمخططين في توزيع المصادر¹. والمشاركة في إدارة المستشفى من قبل أعضاء المجتمع المحلي وجدت لتحسين الأداء من خلال تقوية اهتمام مقدمي الخدمات بالزبائن ومستخدمي المستشفى، ولا يواجه الممثلين المجتمعيين مشاكل من أي نوع عند الحديث مع زبائن ذلك المستشفى.

وهناك خطر آخر يواجه اللامركزية والسياسة التكميلية للمشاركة المجتمعية، فأولئك الذين اكتسبوا التأثير على الصعيد المحلي (stake holders) لا يستطيعون استخدام ذلك التأثير بشكل سليم وواسع في الإدارة المؤسساتية أو في المجتمع. وهذا ما حدث في الهند في مرحلة مبكرة من تطور القطاع الصحي في المستشفيات المستقلة ذاتيا (المدارة ذاتيا) فادت المشاركة المجتمعية إلى انحسار الإدارة وبرامج التطوير بأقطاب محلية وأفراد مهيمنة انتزعوا صفة الرسمية لإعطائهم دعما خاصا إضافة إلى الإعانة المالية، وشكلوا قوة ضاغطة على إدارة المستشفى.²

"ومما هو مثير للجدل فإن نقل أشكال اللامركزية بين البلدان وخاصة المتطورة منها إلى البلدان، النامية يحمل أخطار عالية إذا تم النقل بشكل غير ملائم. إننا لا نقول انه يجب عدم تطبيق اللامركزية، فقد تكون مهمة جدا لتطوير النظام الصحي وبناءه وتفعيل الديمقراطية في الدول النامية".³

¹ Omar Mayeh Health sector decentralization in developing countries: Unique or Universal. Lecturer in Health Planning and Management. The Nuffield Institute for Health, University of Leeds, United Kingdom. (2004).

² Aas IHM, *Organisational Change: Decentralization in Hospitals*. **International Journal of Health Planning and Management** 12: (1997). 103-114

³ World Health Organization. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, Health for All Series No. 1. WHO, Geneva. 1978.

هل هناك حاجة لدى أي دولة للبحث والتحليل وتغيير سياستها إذا أرادت الحصول على منافع ممكنة ومناسبة لها؟.

هذا يتطلب من القيادة في الدولة إجراء البحوث والدراسات واخذ عينات دراسية وتحليلها والخروج بنتائج في جميع القطاعات الصحية منها وغير الصحية، لتطبيق جميع أنواع اللامركزية، واخذ المناسب منها حسبما تدل عليه نتائج تلك البحوث والدراسات، مع الأخذ بعين الاعتبار مميزات الحكم في الدولة وطبيعتها الاجتماعية والجغرافية والسياسية.

"وفي حالات معينة فان اللامركزية لا تعد ضرورية، وأثبتت التجارب أن بعض المهام الحيوية لا يمكن، ولا ينصح بأي حالٍ لامركزيتها إذا كانت على سبيل المثال:

- إذا كانت الوظيفة حيوية وضرورية، تتعلق بإنجاز أهداف الصحة الوطنية فلا يمكن ضمان استمراريتها وتطبيقها على المستوى المحلي. مثال: تسجيل المواد الصيدلانية لضمان النوعية ومناسبتها لمواصفات وزارة الصحة والتجهيزات الدوائية.
- يفنقر المستوى المحلي إلي القدرة على أداء المهام، مثل تسجيل المهنيين في مجال الصحة والذي يتطلب خبرة قانونية وقدرة محترفه لتقييم مؤهلهم وقدرتهم.
- إنجاز المهام على الفروع يزيد من الكلفة المادية للتنفيذ المهام مثل التبادل بالجملة للمشتريات الدوائية، وصيانة الأجهزة الطبية الحيوية.

ومن أهم أهداف اللامركزية، هو إحداث تغيير جذري في النظام الصحي، حيث يساعد ذلك في تحقيق الأهداف الوطنية والمحافظه على استمرارية وفعالية النظام الصحي من الناحية المهنية، وبما أن الأهداف الوطنية تختلف من دولة إلى أخرى، بينما تنفرد كل دولة في تفاصيل استجابتها، فان الحالة المعنية تتطلب بعض العناصر الرئيسية التي تحسن عملية انتقال السلطة بشكل متواصل وسلس وهذه العناصر تشمل:

- أن تكون هناك الرغبة في تطبيق اللامركزية الإدارية.

- أن تكون هناك أهداف محددة واقعية ونتائج متوقعة.
- تعديل وتحديد الإطار القانوني والتنظيمي للمؤسسة.
- تطوير الأنظمة وعمليات الإدارة الجديدة.
- تقدير المصادر المطلوبة سواءً كانت البشرية أو المالية.
- تدريب الموظفين الإداريين على كل المستويات.
- المراقبة، التقييم، وتنقية النظام الغير مركزي.¹

"هذه التوقعات في عرضها وتنوعها تصور واحدة من المشاكل الأساسية لعملية انتقال مبدأ اللامركزية بين البلدان، هناك قضية مهمة في تفحص وتقييم صلاحية تبادل التجارب بين البلدان، هي أن اللامركزية كمفهوم ليست قضية محايدة ومستقلة، فهي ما زالت ترتبط بعمق ضمن الجذور الاقتصادية والسياسية والاجتماعية للبلاد.

على أية حال، يجب أن يتبادر للأذهان عند الترويج للامركزية وتطبيقها، التحديات الكبيرة التي في شكلها الخارجي وفي آثارها، " وهذه تتضمن حجم البلاد، اختيار مستوى اللامركزية، تركيبة السلطة الصحية المحلية، مدى إشراك ومساهمة المجتمع المحلي، المصادر المالية، السيطرة والممارسات الإشرافية، مسؤوليات التخطيط، توجه الخدمات المدنية، ومستوى التعاون بين الوكالات والمؤسسات. جميع هذه المتغيرات تؤثر على نتائج سياسة اللامركزية، وفي حد ذاته تصطدم بأهمية وقابلية التجارب المكتسبة وآلية تطبيقها. إن تطبيق سياسة الاتجاه الواحد للاتصال بين الإدارة والفروع التابعة لها (one way communication) من الأعلى إلى القاعدة حتى في

¹ Collins CD, Green A, Decentralization and Primary Health Care: some negative implications in developing countries. International Journal of Health Services 24: 459-475 (1994).

وجود حكومة قوية ودون الأخذ بعين الاعتبار عملية الاستشارة والتكيف فإن هذه السياسة مهددة باحتمالية الفشل بشكل كبير".¹

"إن عملية اللامركزية تكون مقبولة ويمكن تطبيقها في العمل من خلال عملية الاستشارة والتي تسمح لتأصل مبدأ التعامل المزدوج (two ways communication) من الفروع للقاعدة ومن القاعدة للفروع وتفعيله بشكل سليم. المهمة الأولى والأساسية لأي حكومة أو مؤسسة هي أن تقرر أولاً أي أشكال اللامركزية يناسبها ضمن المقومات والمتغيرات الأساسية لديها".

"لا يرى البعض تحت ستار اللامركزية في سويسرا مثلاً إلا كانتوناتاً، وفي ألمانيا الاتحادية إلا مقاطعاتها، بينما يشتمل هذان البلدان على قواعد مؤسسية تضمن الترابط والتضامن. إن أنظمة الكانتونات والدرالية واللامركزية أنظمة عصرية ومتطورة وتفترض سلطة مركزية. لقد فرض الواقع السياسي شكلاً اقتصادياً واجتماعياً مميزاً في خصوصيته الفلسطينية والذي يتطلب بعض اللامركزية، حيث القرارات البسيطة قد تخضع لتوازنات وحصص إذا ما طرحت مركزياً. ويؤثر ذلك في فعالية الإدارة ويعيق عملية التقرير. أما طرح بعض القضايا المحلية محلياً فهو يحد من حجم التقاسم، وقد يؤدي بالتالي إلى مزيد من الفعالية والسرعة في التقرير".²

"تختلف الدول في قالب القانوني الذي تعطيه للامركزية، فمنها ما يجعل البلدية قلاً لها، ومنها ما يعتمد البلدية والمحافظات، ومنها ما يجعلها على مراتب متعددة، ذلك إن التقسيمات الإدارية في كل دولة لا تحكمها قواعد جامدة، وإنما تتأثر في وجودها بعوامل عديدة، تاريخية، وسياسية، واجتماعية، وجغرافية، وإنمائية".³

¹ Bennett S, Russell S, Mills an Institutional and Economic Perspectives on Government Capacity to Assume New Roles in the Health Sector: A review Of Experience. Health Economics and Financing Programme, Health Policy Unit. London School of Hygiene and Tropical Medicine (1995).

² سالم بول. مسرة، أنطوان اللامركزية الإدارية في لبنان، الإشكالية والتطبيق. الطبعة الأولى. المركز اللبناني للدراسات. بيروت. لبنان، (1996).

³ سالم بول. مسرة، أنطوان اللامركزية الإدارية في لبنان، الإشكالية والتطبيق. الطبعة الأولى. المركز اللبناني للدراسات. بيروت. لبنان، (1996).

ففي فرنسا مثلاً، كما في الدول التي نهجت نهجها، كبلجيكا، وإيطاليا، وألمانيا، وسويسرا، وبعض دول آسيا وأفريقيا، "قسّمت أراضي الدولة إلى وحدات محلية، وجعلت الإدارة المحلية على مرتبتين: مرتبة الإقليم أو المحافظة، ومرتبة البلدة، وأعطت كل منها الشخصية المعنوية واقتنفت أنماطاً في بنائها الإداري بصرف النظر عن حجمها وعدد سكانها وأهميتها العمرانية، كما أعطت اختصاصات شاملة ومتشابهة تتناول كل مرافق الإقليم، بالنسبة إلى الوحدات البلدية، إلا ما حرمت منها بنص صريح. أما الوحدات الأخرى، كالقضاء أو المراكز أو الكانتونات، فهي مجرد تقسيمات إدارية مركزية على المستوى المحلي لا تتمتع بالشخصية المعنوية ولا بالكيان المستقل".¹

"أما بريطانيا ودول الكومنولث وبعض دول آسيا وإفريقيا التي حذت حذوها، فقد اتبعت على النقيض من فرنسا، أسلوباً خاصاً ومميزاً لا ينظر إلى الوحدات المحلية، بل على العكس، يراعي عدد السكان في كل وحدة، وأهميتها العمرانية ومواردها المالية وظروفها الاقتصادية، وطبيعة المرافق التي تفتقر إليها كل بيئة، بحيث أعطى كل وحدة بنيانها الإداري الملائم، فخصّ البيئة الريفية بمجلس ريفي، له بنیان إداري ملائم واختصاصات ريفية ملائمة، والبيئة الحضرية بمجلس حضري، وشرع له اختصاصات إدارية واسعة النطاق، وهكذا إلى أن ترتفع إلى مستوى المحافظة، بمعنى أن الوحدات الإدارية في النظام البريطاني هي مراتب متعددة ومتصاعدة".

والملاحظ في هذا النظام، أنه لا يجعل للوحدات المحلية اختصاصات متشابهة وموحداً، بل يعود للبرلمان أن يشرع لكل من هذه المراتب اختصاصات معينة. "أما لبنان، فقد، اتبع التشريع الفرنسي، واستوحى منه المبادئ والقواعد نفسها التي اعتمدها التقسيم الإداري لأراضي الدولة. وخلافاً للإدارة المحلية اللامركزية في فرنسا التي تقوم على مستويين المحافظات والبلديات، فإن الإدارة المحلية في لبنان تقوم على مستوى واحد فقط هو البلدية، التي تتمتع

¹العربي، محمد عبداً لله، الإدارة المحلية في الدول العربية، تقرير مقدم من المؤتمر العربي الخاص للعلوم الإدارية، مجلة العلوم الإدارية العدد 11 (1969). ص 124.

وحدها دون سائر الوحدات الإقليمية المحلية الأخرى، الشخصية المعنوية، وفيها تتجسد الإدارة اللامركزية".¹

ومن هذا التقسيم الإداري نرى " أن كل قطاع أو قسم في البلاد سواء كان محافظة أو بلدية يطبق فيه النظام اللامركزي يتم بالتالي تطبيق النظام على كامل المؤسسات والقطاعات الموجودة في هذا المركز أو البلدية أو المحافظة وتعمل كل إدارة محلية في مؤسساتها عمل الدولة الواحدة وتسعى إلى تطوير مؤسساتها والمراكز الإدارية الموجودة فيها وتنمي مبدأ المشاركة المجتمعية والتعددية والمشاركة في القرار والتشريع بشكل يعود بالفائدة على المؤسسات الحصرية في تلك المحافظة أو البلدية، أو بشكل شمولي على مؤسسات الوطن".²

وهذا ما نسعى إلى تحقيقه في فلسطين حيث أن تداعيات الوضع السياسي العام والذي جعل من فلسطين كتونيات وقطاعات منفصلة عن بعضها البعض أوجد هناك ضرورة إلى تقسيم إداري على أساس جغرافي يجعل من كل مدينة أو محافظة فلسطينية وحدة إدارية مستقلة، وأضاف الوضع الاقتصادي والمالي للفلسطينيين حاجة ملحة إلى اعتماد مبدأ المشاركة المجتمعية كعنصر أساسي في تطوير المؤسسات المحلية وتسيير الشؤون القومية لذا أوجدت الأوضاع الراهنة في الضفة وغزة حاجة ملحة إلى إدارة المؤسسات إدارة لامركزية كي يسهل تطبيق الأنظمة واللوائح الإدارية وتسهل عملية وصول التعليمات وتطبيقها بأقل وقت وأقل كلفة.

كما يتيح هذا النوع من الإدارة إلى متابعة ميدان العمل والإشراف عليه من أعلى سلطة لإضفاء نوع من القانونية والاهتمام أكثر، وبالتالي تكون النتائج حقيقية والتقليل من وجود أخطاء في العمل. لأن عد المركز عن الميدان كما هو الحال في الإدارة المركزية يجعل

¹ سالم بول مسرة، أنطوان اللامركزية الإدارية في لبنان، الإشكالية والتطبيق. الطبعة الأولى. المركز اللبناني للدراسات، بيروت، لبنان، (1996).

² سالم بول مسرة، أنطوان اللامركزية الإدارية في لبنان، الإشكالية والتطبيق. الطبعة الأولى. المركز اللبناني للدراسات، بيروت، لبنان، (1996).

الفرصة سانحة أكثر لوجود أخطاء وتسيب وبالتالي تداعيات العمل تكون حتمية. منافع اللامركزية

ونورد هنا بعض المنافع للامركزية الادارية واللامركزية بشكل عام والتي تلخصها تقارير البنك الدولي في دراساتها ومشاريعها في دعم الدول النامية وتفعيل الحوار بينها نحو اللامركزية:

1. تساعد اللامركزية في تخفيف الاختناقات في اتخاذ القرارات التي كثيرا ما تسببت به حكومة مركزية التخطيط والسيطرة الاقتصادية والاجتماعية الهامة.
2. اللامركزية يمكن أن تساعد على خفض الإجراءات البيروقراطية ألمعده ويمكن زيادة حساسية المسؤولين للظروف والاحتياجات المحلية.
3. ، يمكن أن تساعد اللامركزية وزارات الحكومة الوطنية إلى اكبر عدد من المناطق المحلية؛ وتتيح زيادة التمثيل السياسي لشتى المجالات السياسية والعرقية والدينية والثقافية في صنع القرار. وتعفي الإدارة العليا في الوزارات المركزية "روتينه" إلى التركيز على المهام.
4. وفي بعض البلدان، قد وضع اللامركزية الجغرافي على المستوى المحلي للتنسيق الوطني ومستوى الولايات والمقاطعات والمناطق، والبرامج المحلية أكثر فعالية ويمكن أن يوفر فرصا أفضل لمشاركة السكان المحليين في صنع القرار.
5. اللامركزية قد تؤدي إلى مزيد من الإبداع والابتكار والبرامج التي تستجيب السماح المحلية "التجريب"
6. ويمكن أيضا زيادة الاستقرار السياسي والوحدة الوطنية باتاحه الفرصة للمواطنين لتحسين مراقبة البرامج العامة على المستوى المحلي.(36)

لكن اللامركزية ليست الدواء الشافي، ولها امكانيه الأضرار.

1. اللامركزية قد لا يكون فعالا دائما، ولا سيما، المقاييس، الروتين، وشبكة الخدمات القائمة.
2. وقد يؤدي إلى فقدان اقتصاديات الحجم والسيطرة على الموارد المالية من الحكومة المركزية.
3. ضعف القدرة الاداريه والتقنية على المستويات المحلية قد يؤدي إلى تقديم الخدمات بكفاءة وفعالية اقل في بعض مناطق البلاد.
4. صعوبة في تقديم وتوزيع الخدمات والمسؤوليات الاداريه التي يجوز نقلها إلى المستوى المحلى بدون توفير الموارد المالية.¹
5. اللامركزية يمكن إن تقدم أحيانا تنسيق السياسات الوطنية أكثر تعقيدا وبتيح الحصول على وظائف من النخبة المحلية.
6. كما أن عدم الثقة بين القطاعين العام والخاص يمكن أن يقوض التعاون على المستوى المحلي.
7. "يجب على مخططي البرامج والمشاريع أن تكونوا قادرة على تقييم جوانب القوة والضعف في مؤسسات القطاعين العام والخاص في أداء مختلف أنواع الوظائف."²
8. قبل وضع خطط لتطوير اللامركزية ويجب أن يقيم أدنى مستوى تنظيمي من الحكومة في المهام التي يمكن القيام بها بكفاءة وفعالية و-- المهام التي لا يمكن أن توفرها الحكومة -- أنسب أشكال الخصخصة.حتى مخططي البرامج الذين لا يرون

Jennie Litvack.2005، Decentralization Thematic Team،¹ world Bank

Jennie Litvack.2005، Decentralization Thematic Team،² world Bank

"اللامركزية باعتبارها الدافع الرئيسي يجب أن يحللو بدقة أنواع اللامركزية الموجودة في البلد من اجل إعداد خطط للسياسة الهياكل القائمة.¹

"المركزية واللامركزية ليست حالة وفي معظم البلدان التوازن مناسب بين المركزية واللامركزية أمر ضروري لضمان فعالية وكفاءة أداء الحكومة.

ليست كل الوظائف يمكن أو ينبغي أن تمول وتدار بطريقة لا مركزية.حتى عندما تكون الحكومات الوطنية لامركزية المسؤوليات، غالباً ما تحتفظ بدور إشرافي للقضايا السياسية.

الوزارات المركزية في أغلب الأحيان، لها دور أساسي في تعزيز ودعم اللامركزية عن طريق وضع سياسات وطنية فعالة والترتيب من أجل اللامركزية وتقوية قدرة المؤسسات المحلية للاضطلاع بمسؤولية الوظائف الجديدة.² نجاح اللامركزية يعتمد اعتماداً كبيراً على التدريب على الصعيدين الوطني والمحلي للمسؤولين في الإدارة المركزية.

المساعدة ألتقنيه ضرورية جداً للحكومات المحلية، والمؤسسات الخاصة والمنظمات غير الحكومية في تخطيط وتمويل وإدارة وظائف ومهام لامركزية.³

وتورد تقارير البنك الدولي والتي تناولت دراسة اثار اللامركزية على القطاع الصحي في الدول النامية ودول الشرق الاوسط وفي تقريرها عن اللامركزية في سوريا ان اللامركزية لم تأتي "حلاً ناجعاً لجميع المشاكل التي تعاني منها الدول وخاصة في الجانب الاقتصادي، فالدول التي خاضت تجربة اللامركزية الادارية والاصلاح الاداري لم تكن احسن حالاً ولا اوفر حظاً من غيرها ولم تحقق لها اللامركزية الاهداف المرجوة منها .فلو اخذنا على سبيل المثال نسبة العاملين في الدولة (الإدارة والخدمات الحكومية أو ما يدعى "الخدمة المدنية" Civil Service

¹مجموعة OECD: An International Statistical Survey Of Governmental Employment And Wages . undated, World Bank, Public Sector Management and Information Technology Team, Jennie Litvack.2005, Decentralization Thematic Team,² world Bank Jennie Litvack.2005, Decentralization Thematic Team,³ world Bank

فقط، أي باستثناء الدفاع الوطني والقطاع العام الإقتصادي) إلى عدد السكان، وعقدنا مقارنة بين مجموعة "منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية" OECD (وتضم كل تلك البلدان الرأسمالية المتقدمة) وسوريا لوجدناها أعلى في الدول المتطورة أكثر بكثير، مما يصلح كمؤشر عام على مدى القوة النسبية للدولة ودون أن ننسى الفارق النوعي لصالح الدول المتطورة أيضاً المتمثل في درجة الكفاءة والإنتاجية الأعلى لجهاز الدولة.¹

جدول رقم (3-1): مقارنة نسبة العاملين في الدولة من مجموع السكان لمجموعة OECD و سوريا

المجموع	الصحة و التعليم	الإدارة المحلية	الإدارة المركزية	
7.7	3.4	2.5	1.8	مجموعة دول OECD
3.5	2.1	0.3	1.1	الجمهورية العربية السورية
2.2	1.6	8.3	1.6	مضاعف OECD/سوريا

يتضح من الجدول التفاوت الكبير في مؤشر "قوة الدولة" لصالح الدول الرأسمالية المتقدمة، "الليبرالية" بدرجات متفاوتة، في كل القطاعات بما في ذلك قطاع الصحة و التعليم الذي يفترض أن تكون نسبة العاملين الحكوميين فيه أعلى في سوريا لسببين كما يشير بذلك المصدر(البنك الدولي): الأول أن المجتمع السوري أكثر شباباً بكثير (40% تحت سن 15) ويتطلب لذلك خدمات تعليمية أكبر، والثاني أن سياسة الدولة في سوريا قامت على توسيع الخدمات الصحية والتعليمية الحكومية المجانية. أما الفارق المذهل في نسب العاملين في الإدارة المحلية (8.3 ضعفاً) فيحيلنا إلى فجوة التخلف في أوضح تجلياتها: ضعف اللامركزية الإدارية والنقص الخطير في الخدمات المحلية، مع ملاحظة أن "الخدمات البيئية" تقع بمعظمها في النطاق المحلي. ولا يختلف الحال كثيراً في باقي البلدان النامية فمتوسط عملي الإدارة المحلية في أفريقيا 0.3%، وفي آسيا وأمريكا اللاتينية والكاربيبي 0.7%.²

¹مجموعة OECD: An International Statistical Survey Of Governmental Employment And Wages . undated, World Bank, Public Sector Management and Information Technology Team.

²مجموعة OECD: An International Statistical Survey Of Governmental Employment And Wages . undated, World Bank, Public Sector Management and Information Technology Team.

الفصل الرابع
خطة ومنهجية البحث

الفصل الرابع

خطة ومنهجية البحث

1-4 ايدولوجية الدراسة

قامت الباحثة بدراسة ميدانية في إحدى مؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية، واعتمدت الباحثة هنا على الأسلوب الوصفي التحليلي والأسلوب الاستكشافي في البحث، حيث أنها ابتدأت بقضايا عامة تهم الجميع، سواء المدراء أو العاملين في مستشفى جنين، وعملت الباحثة على استطلاع آراءهم ومستوى رضاهم من الإدارة في المستشفى ومستوى ونوعية الخدمات التي يتلقونها، وقياس مدى رضاهم عن هذا المستوى من الخدمات، إضافة إلى قياس احتمالية التغيير في الأنظمة والقوانين المعمول بها في المستشفى، وما هو نوع وكم التغيير المطلوب، وحاولت الباحثة من خلال محاوراتها تلك، استطلاع آراء الإداريين والفنيين في المستشفى عن طرق وأساليب الإدارة المتبعة، هيكلية الإدارة، طرق تعامل الإدارة مع الموظفين والجمهور، وكيف تسهم مثل تلك الإدارة وكيف تعمل على تطور المؤسسة (مستشفى جنين). ويأتي هذا العمل باستطلاع آراء العاملين ومستوى رضاهم من مستوى الخدمات ونوعيتها. والحاجة إلى أسلوب ومنهج إداري جديد ينادي بضرورة اللامركزية الإدارية للتعامل مع التطورات المحلية والإقليمية ومساعدة المستشفى للصمود أمام التحديات، وتحليل المشاكل واستنباط النتائج المفيدة؟؟ وكذلك الحال استطلاع آراء العاملين عن مدى رضاهم من الإدارة والمستوى الإداري والأساليب الإدارية وانماطها الهيكلية، وتعامل الإدارة مع الموظفين، وإيجاد صوت ينادي بضرورة التغيير من أجل الإصلاح لبناء مؤسسات الدولة المجتمعية، والذي يوافق وينسجم مع شح الموارد الاقتصادية، وبناءها إداريا بطريقة تستطيع التكيف والصمود في وجه التغيرات والتحديات السياسية والإقليمية.

وتأتي الحاجة إلى، إيجاد ضرورة ملحة لاستنباط قانون ومرسوم تشريعي ينادي ويلزم بضرورة لامركزية المؤسسات الوطنية، وأهمية ذلك في تطوير البنية التحتية المؤسساتية.

4-2 أدوات الدراسة وأساليبها

- **أداة المقابلة:** أجرت الباحثة ثلاث مقابلات مع ثلاثة من العاملين في المستشفى، وهم: المدير الطبي للمستشفى، المدير الإداري للمستشفى، ورئيسة دائرة التمريض في المستشفى والذين يمثلون الإدارة العليا في المستشفى.
 - **أسلوب تحليل البيانات:** قامت الباحثة بعمل عملية تحليل وتفرغ وتبويب موضوعات الاستبيان والبيانات التي جمعت بواسطة الاستبيان بواسطة البرنامج الإحصائي SPSS، حيث قسم مضمون الاستبيان إلى تسعة أجزاء ومن ثم تم إجراء تحليل وصفي للعينة والنتائج وتم جمع المعلومات من مصادرها 1-مصادر أولية من خلال المقابلة الشخصية والاستبيان 2-معلومات ثانوية متمثلة بوزارة الصحة الفلسطينية، مركز الإحصاء الفلسطيني دراسات سابقة.
- وزودت الدراسة ببعض المعلومات عن محافظة جنين ومدينة جنين خاصة، من حيث عدد السكان ومستوى الخدمات الصحية فيها، والمؤسسات الحكومية والقطاع الخاص.

4-3 الطريقة والإجراءات:

لقد تم في هذا الفصل توضيح منهجية البحث التي اتبعت في الدراسة، ووصف المجتمع الإحصائي الذي تمت دراسته والعينة التي اختيرت منه، والأداة التي تم تطويرها، ومتغيرات الدراسة، والمعالجات الإحصائية المناسبة التي قامت الباحثة باستخدامها لتحليل البيانات واستخلاص النتائج لمناقشتها وتفسيرها، وكذلك بيان الإجراءات العملية التي قامت بها الباحثة في دراستها.

4-4 منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على الدراسة الوصفية (المنهج الوصفي التحليلي) الذي يقوم على تجميع الحقائق والمعلومات من مصادر متعددة، تشخص الواقع ثم تحلل وتفسر لتصل إلى تعميمات مقبولة. فقد قامت الباحثة بوصف الوضع السياسي العام والخاص في مدينة جنين، وأثره على

مستوى الخدمات في المستشفى، إضافة إلى وصف الهيكلية الإدارية المطبقة في المستشفى ووصف المستشفى بشكل عام من حيث الموقع وسهولة الوصول إليه، كما قامت الباحثة بتحليل الأسباب الداعية إلى تطبيق اللامركزية الإدارية، وتحليل أهمية أن يكون هناك نظام إداري وهيكلية إدارية على أساس لامركزي وضرورة وجود مشاركة مجتمعية فاعلة لتطوير المستشفى، وتحقيق أهدافه، وحاولت الباحثة مستندة إلى بعض الإحصائيات الصادرة عن مركز الإحصاء الفلسطيني إعطاء صورة وصفية للوضع الصحي في الضفة في الفترة التي تلت معاهدة أوسلو. واستخدمت أيضاً منهج المسح الذي يعتمد على جمع البيانات (ميدانياً) بوسائل متعددة أهمها:

المقابلة الشخصية للعديد من أعضاء الإدارة في تخصصاتهم المتنوعة حيث قامت الباحثة بمحاورة إدارة المستشفى سواءً بالمقابلة الشخصية، أو عمل استبيان خاص لقطبي الإدارة المستوى العالي (مدراء وأخصائيين)، والمستوى المتوسط في الإدارة (رؤساء الأقسام).
إشتمل المسح على عمل مخطط لموقع المستشفى، وعمل مسح إحصائي لأعداد الأسرة والموظفين العاملين في المستشفى ودون ذلك في ملاحق توضح البيانات الخاصة بذلك.

4-5 مجتمع الدراسة:

يتألف مجتمع الدراسة من جميع موظفي المستشفى العاملين بالجهاز الإداري والأخصائيين حيث كان عددهم (73) موظفاً إدارياً وأخصائياً ورئيس قسم. ملحق رقم (3-5) يبين أعداد الموظفين في المستشفى وتخصصاتهم.

4-6 عينة الدراسة:

تم اختيار عينة عشوائية طبقية من مجتمع الدراسة بواقع 49.3% وبلغ عدد أفرادها 36 شخصاً، وقد تم استبعاد 3 استبيانات لم تستوفي الشروط اللازمة للتحليل، ويعود ذلك لأسباب منها التعبئة الخاطئة، أو التكرار وضع إشارة لأكثر من اختيار، وقد اجري التحليل الإحصائي على 33 استبيانه تمثلت نسبة 92% من الاستبيانات التي وزعت على أفراد عينة الدراسة وهي تمثل

45.2% من أفراد مجتمع الدراسة. والنتائج في الجداول اللاحقة تبين توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً للمتغيرات المستقلة من حيث الجنس، الخبرة، المؤهل العلمي، والتخصص.

1- متغير الجنس:

من الجدول رقم (1-4) نلاحظ توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس.

جدول رقم (1-4): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
69.7	23	ذكر
30.3	10	انثى
100.0	33	Total

ويبين الجدول أن نسبة 69.7% من العينة هي من الذكور والباقي 30.3% من الإناث. وهذا يعكس ارتفاع في نسبة الذكور على الإناث في توزيع المناصب الإدارية.

2- متغير المؤهل العلمي:

يبين الجدول (2-4) توزيع أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي.

جدول رقم (2-4): توزيع أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي

النسبة المئوية	التكرار	المؤهل
60.6	5	دبلوم
36.4	25	بكالوريوس
3.0	3	ماجستير
100.0	33	Total

وبين الجدول السابق أن نسبة (8.8%) من أفراد العينة ممن يحملون درجة لماجستير ونسبة (73.5%) ممن يحملون درجة البكالوريوس ونسبة (14.7%) من الدبلوم، مما يشير لوجود تحسن في المؤهل العلمي

3- متغير الخبرة:

يبين جدول (3-4) توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة:

جدول رقم (3-4): توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة.

النسبة المئوية	التكرار	الخبرة
9.1	3	1-3 سنوات
90.9	30	أكثر من ثلاث سنوات
100.0	33	Total

يلاحظ من الجدول أن نسبة من لديهم الخبرة أقل من سنة (0) وأما من 1-3 سنوات (9.1%) ونسبة الذين لديهم خبرة أكثر من 3 سنوات (90.9%). مما يعني أن من يتم تعيينهم رؤساء أقسام أو إداريين هم من أصحاب الخبرة العملية في العمل الإداري.

4- متغير التخصص:

يبين الجدول رقم (4-4) توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص:

جدول رقم (4-4): توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص

النسبة المئوية	التكرار	المؤهل
51.5	13	دبلوم
36.4	01	بكالوريوس
12.1	01	ماجستير
100.0	33	Total

4-7 أداة الدراسة:

قامت الباحثة بإعداد الدراسة وهي عبارة عن استبيان حول المركزية واللامركزية الإدارية وإمكانية تطبيقها في مستشفى جنين ومعرفة وجهة نظر العاملين في المستشفى بذلك من أطباء أخصائيين، ورؤساء أقسام وإداريين وأطباء.

وقد اشتملت على 105 أسئلة من المهام التي تمارسها الإدارة، رؤساء الأقسام والأخصائيون في المستشفى ضمن (9) مجالات رئيسية للاستبيان.

4-8 إعداد الاستبانة:

قامت الباحثة بالاضطلاع على الدراسات السابقة والوثائق ذات العلاقة بالإدارة المركزية واللامركزية.

عرضت الاستبانة على لجنة من الأساتذة الجامعيين كل على حدا ممن يحملون درجة الدكتوراه والماجستير وبتخصصات مختلفة في مجال الصحة العامة، وإدارة المستشفيات والإدارة العامة. منهم المدير الإداري لمستشفى الشهيد خليل سليمان، المدير الإداري لمستشفى الرازي جنين، مدير دائرة التعاون الدولي في وزارة الصحة الفلسطينية، دكتور في الإحصاء التنظيمي، ودكتور في الإدارة العامة في جامعة النجاح. وعلى ضوء ذلك تم تجهيز وتطوير وصياغة الاستبانة بالشكل النهائي كما في الملحق رقم (1).

4-9 أما أقسام الاستبانة فهي:

يحتوي القسم الأول على معلومات ديموغرافية لها علاقة بمتغيرات الدراسة المستقلة وهي: المؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، والجنس، التخصص.

ويحتوي القسم الثاني على فقرات الاستبانة وعدده (105) فقرات، تمثل (105) فعاليات إدارية صحية، موزعة على (9) مجالات تمثل مهام الإدارة الصحية كما يظهر في الملحق رقم (1).

1- أهداف إدارة المستشفى، ويتضمن هذا المجال (10) فقرات.

- 2- التنظيم الإداري والهيكل للمستشفى، ويتضمن هذا المجال (19) فقرة.
- 3- مفهوم اللامركزية، ويتضمن هذا المجال (13) فقرة.
- 4- وظائف رئيس القسم، ويتضمن هذا المجال (6) فقرات.
- 5- مهام مدير المستشفى، ويتضمن هذا المجال (9) فقرات.
- 6- أساليب الإدارة، ويتضمن هذا المجال (10) فقرات.
- 7- تقويم العاملين، ويتضمن هذا المجال (8) فقرات.
- 8- أدوار رئيس القسم، ويتضمن هذا المجال (15) فقرة.
- 9- مميزات مدير المستشفى، ويتضمن هذا المجال (11) فقرة.

4-10 صدق الأداة

لتأكيد صحة المحتوى للاستبانة، قامت الباحثة بعرض الأداة أكثر من مرة على ذوي الاختصاص والخبرة لإبداء ملاحظاتهم، حيث ابدوا ملاحظاتهم حولها بهدف تطويرها، وقامت الباحثة بالتعديل والتصويب وتغيير بعض المجالات وحذف مجالات وإضافة مجالات أخرى في ضوء ملاحظاتهم، حتى خرجت بالشكل الموجود في البحث كما يظهر في الملحق رقم (1)، وتحتوي على تسع مجالات هي أهداف إدارة المستشفى، التنظيم الإداري والهيكل للمستشفى، مفهوم اللامركزية، وظائف رئيس القسم، مهام مدير المستشفى، أساليب الإدارة، تقويم العاملين، أدوار رئيس القسم، مميزات مدير المستشفى.

1- اقل من سنة 2- سنة إلى ثلاث سنوات 3- ثلاث سنوات فأكثر

4- التخصص، وله ثلاث مستويات:

1- ممرض 2- طبيب 3- إداري

4-13 إجراءات الدراسة

قام الباحث بالإجراءات التالية لتنفيذ الدراسة:

1. حصلت الباحثة على كتاب رسمي من عميد الدراسات العليا في جامعة النجاح، موجه لوزير الصحة ومدير مستشفى جنين لتسهيل مهمتها في تنفيذ الاستبانة في المستشفى، كما يظهر الملحق رقم (3-4).

2. قامت بتحديد مجتمع الدراسة وهم موظفي مستشفى حنين الحكومي (مستشفى الدكتور خليل سليمان) حيث حصلت على قائمة بأعداد الموظفين الإداريين والأطباء ورؤساء الأقسام كما يظهر في الملحق رقم (3-5).

3. قامت الباحثة بتحديد عينة الدراسة العشوائية وحسب متغيرات الجنس، التخصص، الخبرة، والمؤهل.

4. قامت الباحثة بتوزيع الاستبانة بالتنسيق مع إدارة المستشفى وقامت بحصر عينة الدراسة وتسليم الاستبانة باليد مباشرة.

4-14 المعالجات الإحصائية:

بعد أن تم جمع الاستبيانات من أفراد عينة الدراسة، تم تفرغ البيانات المستخرجة منها بالحاسوب، وذلك باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، كما في الملحق رقم (3)، واعتمدت الباحثة للقسم الثاني المكون للأداة، أسلوب الاستجابة على العبارات المكونة لها، وفق تدرج إسمي (ليس للرقم فيه دلالة) ذو خمسة استجابات للمستويات الإدارية

المرغوب فيها وهي:عالية جدا، عالية، متوسطة، منخفضة، ومنخفضة جدا، فإذا كانت الاستجابة على فقرة ما هي منخفضة جدا تعطى الرقم (1)وإذا كانت الاستجابة منخفضة تعطى الرقم (2)، وإذا كانت الاستجابة متوسطة تعطى الرقم (3)، وإذا كانت الاستجابة عالية تعطى الرقم (4)، وإذا كانت الاستجابة عالية جدا تعطى الرقم (5). واستخدمت الباحثة الإحصائيات التالية:

1. معادلة كرونباخ ألفا لاستخراج معامل الثبات للأداة.
2. التكرارات والنسب المئوية بين استجابات أفراد العينة.
3. إحصائيات وصفية للعينة.
4. اختبار (T-test)لفحص العينات المستقلة.
5. اختبار(التباين الأحادي an nova) لتقدير استجابات أفراد العينة وتقدير دلالة الفروق، والحكم على الفرضيات الصفرية.

الفصل الخامس
نتائج الدراسة

الفصل الخامس

نتائج الدراسة

1-5 تحليل الدراسة

يتضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، والتي هدفت إلى التعرف على كيفية مساهمة اللامركزية الإدارية في رفع كفاءة العاملين وجودة الإنتاج في تقديم الخدمات الصحية في المستشفى من وجهة نظر العاملين (الإداريين، الأخصائيين، ورؤساء الأقسام) بذلك حيث سيتم عرض هذه النتائج على النحو التالي:

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ينص السؤال الأول في هذه الدراسة على ما يلي: "ما مدى التزام إدارة المستشفى باستراتيجية منظمة على أساس لامركزي في إدارة شؤون المستشفى؟"

وللإجابة على هذا السؤال استخدمت الباحثة التكرارات والنسب والمؤية لتوزيع أفراد العينة تبعاً للمتغيرات وللدرجة الكلية لأداة الدراسة (الاستبانة) ونتائج الجداول (1-4)، (2-4)، (3-4)، (4-4) تبين ذلك، فيما يبين الجدول (4-5) ثبات الأداة الكلية. أما الجداول (1-5) و(2-5)، (3-5)، (4-5) فتبين استجابة أفراد العينة في مجالات الدراسة تبعاً للمتغيرات (الجنس، الخبرة، المؤهل، التخصص).

وبهدف عرض النتائج بصورة واضحة فقد اعتمدت الباحثة التقديرات الآتية الخاصة بدرجة استجابة أفراد العينة لاختيار المجالات المرغوب فيها بناءً على أسس اللامركزية.

- التقدير (3.9-5) تعتبر درجة استجابة عالية.
- التقدير (2.7-3.8) تعتبر درجة استجابة متوسطة.
- التقدير (1.5-2.6) تعتبر درجة استجابة ضعيفة عالية متوسطة.

- التقدير مادون (1.5) تعتبر درجة استجابة ضعيفة جداً.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

النتائج المتعلقة بفحص فرضيات الدراسة الرئيسية والتي تتضمن:

تنص الفرضية الأولى في هذه الدراسة على مايلي: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha=0.05$) في إجابات أفراد العينة فيما يتعلق بمستوى التزام إدارة المستشفى بتطبيق استراتيجية إدارية بالمفهوم اللامركزي في إدارة شؤون المستشفى بالمقارنة مع متغير الجنس الخبرة، المؤهل، والتخصص."

لفحص فرضيات الدراسة فقد تم إجراء اختبارات (ت للعينات المستقلة) و اختبار (التباين الأحادي) لفحص المتغيرات التي يوجد فيها تباين وهي كل من متغير الخبرة، المؤهل، والتخصص للموظف وفيما يلي توضيح لهذه النتائج.

1. الإجابة على السؤال الأول والذي يتضمن ما مدى التزام إدارة المستشفى باستراتيجية منظمة على أساس لامركزي في إدارة شؤون المستشفى؟

لقد تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل مجال من مجالات الدراسة على حدا وللإدارة الكلية وفيما يلي جدول يوضح تلك النتائج:

1-متغير الجنس.

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد العينة مرتبة من الأكثر أهمية إلى الأقل أهمية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري للأداة الكلية.

جدول رقم (5-1): يبين توجهات أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس (T-Test)

مستوى الدلالة	الإناث		الذكور		الجنس المجال
	انحراف معياري	وسط حسابي	انحراف معياري	وسط حسابي	
0.701	0.7543	3.2300	0.8148	3.1130	أهداف إدارة المستشفى
0.742	0.3161	0.4280	3.5385	6 3.5	مفهوم اللامركزية
7 0.40	0.2576	3.2211	0.1799	3.1556	التنظيم الهيكلي والإداري
0.395	0.7330	3.2833	0.7025	3.0507	وظائف رئيس القسم والإداري
0.755	1.2084	2.7222	1.0754	2.8551	مهام مدير المستشفى
0.658	0.6563	2.2800	0.7561	2.1565	أساليب الإدارة
0.227	0.7866	3.4250	0.6614	3.0978	تقييم العاملين
0.565	0.4758	3.6400	0.5500	3.7565	ادوار رئيس القسم
0.795	0.8023	2.9909	1.0791	3.0909	مميزات مدير المستشفى
0.721	0.3072	3.1479	0.4045	3.0961	الكلي:(الأداة)

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (2.6-1.5) ضعيف (<1.5) ضعيف جداً

يبين الجدول (5-1) نتائج استجابات أفراد العينة على الفرضية السابقة حسب متغير الجنس، يلاحظ أن النتائج جاءت في معظمها بين متوسطة وضعيفة تقريباً وان مستوى الدلالة أعلى من قيمة ألفا (0.05) وهذا يشير إلى تقارب إجابات أفراد العينة في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابة أفراد العينة فيما يتعلق بالتزام إدارة المستشفى بتطبيق استراتيجية إدارية بالمفهوم اللامركزي في إدارة شؤون المستشفى والمتعلقة بمتغير الجنس. وبتفحص مجالي "أساليب الإدارة ومهام مدير المستشفى" ترى أن الاستجابة ضعيفة مما يشير إلى أن الأساليب الإدارية التي تطبقها إدارة المستشفى لا تلبي احتياجات العاملين وان هناك ضرورة للتغيير.

يتضح من خلال الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) وذلك على مستوى المجالات الفرعية والمجال الكلي بين الذكور والإناث

2- متغير الخبرة

لفحص الفرضية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$)

إجابات العينة فيما يتعلق بمستوى التزام إدارة المستشفى بتطبيق استراتيجية إدارية بالمفهوم اللامركزي في إدارة شؤون المستشفى والمتعلقة بمتغير متغير الخبرة، المؤهل، والتخصص للموظف وفيما يلي توضيح لهذه النتائج:

جدول رقم (5-2): يبين استجابة أفراد العينة تبعاً لمتغير الخبرة (ANOVA)

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
أهداف إدارة المستشفى	بين المجموعات	1.091E-03	1	1.091E-03	.002	.967
	داخل المجموعات	19.821	31	.639		
	المجموع	19.822	32			
مفهوم اللامركزية	بين المجموعات	4.664E-02	1	4.664E-02	.259	.591
	داخل المجموعات	4.901	31	.158		
	المجموع	4.948	32			
التنظيم الإداري والهيكلية	بين المجموعات	1.016E-03	1	1.016E-03	.024	.879
	داخل المجموعات	1.338	31	4.316E-02		
	المجموع	1.339	32			
أساليب الإدارة	بين المجموعات	.602	1	.602	1.170	.288
	داخل المجموعات	15.956	31	.515		
	المجموع	16.559	32			
تقييم العاملين	بين المجموعات	.788	1	.788	1.612	.214
	داخل المجموعات	15.151	31	.489		
	المجموع	15.938	32			
وظائف رئيس القسم	بين المجموعات	3.367E-04	1	3.367E-04	.001	.980
	داخل المجموعات	17.107	31	.552		
	المجموع	17.108	32			

.924	009.	7.333E-03	1	7.333E-03	بين المجموعات	مهام مدير المستشفى
		.795	31	24.660	داخل المجموعات	
			32	24.667	المجموع	
.186	1.825	.358	1	.358	بين المجموعات	أدوار رئيس القسم
		.196	31	6.077	داخل المجموعات	
			32	6.435	المجموع	
.052	4.073	2.135	1	2.135	بين المجموعات	مميزات مدير المستشفى
		.524	31	16.252	داخل المجموعات	
			32	18.388	المجموع	
.165	2.026	.992	1	.992	بين المجموعات	الأداة
		.490	31	15.175	داخل المجموعات	
			32	16.167	المجموع	

التقدير (3.9-5) عالي. (2.7-3.8) متوسط. (1.5-2.6) ضعيف. (<1.5) ضعيف جداً.

يبين الجدول رقم (5-2) أن استجابات أفراد العينة قد توحدت عند مستوى الدلالة الإحصائية بقيمة أعلى من قيمة ألفا (0.05) وهذا يشير إلى صدق الفرضية في عدم وجود اختلاف بين استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالتزام إدارة المستشفى باستراتيجية منظمة على أساس لامركزي في إدارة شؤون العاملين تبعاً لمتغير التخصص.

جدول رقم (5-3): استجابة أفراد العينة في مجالات الدراسة تبعاً لمستوى متغير المؤهل العلمي (بكالوريوس، دبلوم، ودراسات عليا)

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
أهداف إدارة المستشفى	بين المجموعات	4.136E-02	2	2.068E-02	.031	.969
	داخل المجموعات	19.781	30	.659		
	المجموع	19.822	32			
مفهوم	بين المجموعات	.246	2	.123	.784	.466

		.157	30	4.702	داخل المجموعات	اللامركزية
			32	4.948	المجموع	
.139	2.111	8.259E-02	2	.165	بين المجموعات	التنظيم الإداري والهيكلية
		3.912E-02	30	1.174	داخل المجموعات	
			32	1.339	المجموع	
.914	.090	4.926E-02	2	9.852E-02	بين المجموعات	أساليب الإدارة
		.549	30	16.460	داخل المجموعات	
			32	16.559	المجموع	
.612	.499	.257	2	.513	بين المجموعات	تقييم العاملين
		.514	30	15.425	داخل المجموعات	
			32	15.938	المجموع	
.293	1.280	.672	2	1.345	بين المجموعات	وظائف رئيس القسم
		.525	30	15.763	داخل المجموعات	
			32	17.108	المجموع	
.111	2.372	1.684	2	3.368	بين المجموعات	مهام مدير المستشفى
		.710	30	21.299	داخل المجموعات	
			32	24.667	المجموع	
.132	2.171	.407	2	.814	بين المجموعات	أدوار رئيس القسم
		.187	30	5.621	داخل المجموعات	
			32	6.435	المجموع	
.275	1.350	.759	2	1.518	بين المجموعات	مميزات مدير المستشفى
		.562	30	16.870	داخل المجموعات	
			32	18.388	المجموع	
.466	.783	.401	2	.802	بين المجموعات	الأداة
			30	15.763	داخل المجموعات	
			32	17.108	المجموع	

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (1.5<) ضعيف جداً

يتضح من خلال الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) وذلك على مستوى المجالات الفرعية والمجال الكلي بين الدبلوم والبيكالوريوس

ودراسات عليا فيما يتعلق بالتزام إدارة المستشفى باستراتيجية منظمة على أساس لامركزي في إدارة شؤون العاملين.

جدول رقم (4-5): استجابات أفراد العينه لمجالات الدراسة على مستوى متغير عدد سنوات الخبرة (اقل من 3 سنوات + 1-3 سنوات + 3 سنوات فأكثر)

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
أهداف إدارة المستشفى	بين المجموعات	1.091E-03	1	1.091E-03	.002	.967
	داخل المجموعات	19.821	31	.639		
	المجموع	19.822	32			
مفهوم اللامركزية	بين المجموعات	4.664E-02	1	4.664E-02	.259	.591
	داخل المجموعات	4.901	31	.158		
	المجموع	4.948	32			
التنظيم الإداري والهيكلية	بين المجموعات	1.016E-03	1	1.016E-03	.024	.879
	داخل المجموعات	1.338	31	4.316E-02		
	المجموع	1.339	32			
أساليب الإدارة	بين المجموعات	.602	1	.602	1.170	.288
	داخل المجموعات	15.956	31	.515		
	المجموع	16.559	32			
تقييم العاملين	بين المجموعات	.788	1	.788	1.612	.214
	داخل المجموعات	15.151	31	.489		
	المجموع	15.938	32			
وظائف رئيس القسم	بين المجموعات	3.367E-04	1	3.367E-04	.001	.980
	داخل المجموعات	17.107	31	.552		
	المجموع	17.108	32			

.924	009.	7.333E-03	1	7.333E-03	بين المجموعات	مهام مدير المستشفى
		.795	31	24.660	داخل المجموعات	
			32	24.667	المجموع	
.186	1.825	.358	1	.358	بين المجموعات	أدوار رئيس القسم
		.196	31	6.077	داخل المجموعات	
			32	6.435	المجموع	
.052	4.073	2.135	1	2.135	بين المجموعات	مميزات مدير المستشفى
		.524	31	16.252	داخل المجموعات	
			32	18.388	المجموع	
.165	2.026	.992	1	.992	بين المجموعات	الأداة
		.490	31	15.175	داخل المجموعات	
			32	16.167	المجموع	

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (<1.5) ضعيف جداً

يتضح من خلال الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha=0.05$) على مستوى المجالات الفرعية والمجال الكلي بين سنوات الخبرة اقل من سنة، من سنة إلى 3 سنوات وأكثر من 3 سنوات. (بغض النظر عن سنوات الخبرة) فيما يتعلق بالترام إدارة المستشفى باستراتيجية منظمة على أساس لامركزي في إدارة شؤون العاملين.

جدول رقم (5-5): استجابات أفراد العينة لمجالات الدراسة تبعاً لمتغير التخصص (طبيب، ممرض، وإداري)

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
أهداف إدارة المستشفى	بين المجموعات	4.136E-02	2	2.068E-02	.031	.969
	داخل المجموعات	19.781	30	.659		

			32	19.822	المجموع	
.466	.784	.123	2	.246	بين المجموعات	مفهوم اللامركزية
		.157	30	4.702	داخل المجموعات	
			32	4.948	المجموع	
.139	2.111	8.259E-02	2	.165	بين المجموعات	التنظيم الإداري و الهيكلي
		3.912E-02	30	1.174	داخل المجموعات	
			32	1.339	المجموع	
.914	.090	4.926E-02	2	9.852E-02	بين المجموعات	أساليب الإدارة
		.549	30	16.460	داخل المجموعات	
			32	16.559	المجموع	
.612	.499	.257	2	.513	بين المجموعات	تقييم العاملين
		.514	30	15.425	داخل المجموعات	
			32	15.938	المجموع	
.293	1.280	.672	2	1.345	بين المجموعات	وظائف رئيس القسم
		.525	30	15.763	داخل المجموعات	
			32	17.108	المجموع	
.111	2.372	1.684	2	3.368	بين المجموعات	مهام مدير المستشفى
		.710	30	21.299	داخل المجموعات	
			32	24.667	المجموع	
.132	2.171	.407	2	.814	بين المجموعات	أدوار رئيس القسم
		.187	30	5.621	داخل المجموعات	
			32	6.435	المجموع	
.275	1.350	.759	2	1.518	بين المجموعات	مميزات مدير المستشفى
		.562	30	16.870	داخل المجموعات	

			32	18.388	المجموع	
.466	.783	.401	2	.802	بين المجموعات	الأداة
			30	15.763	داخل المجموعات	
			32	17.108	المجموع	

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (1.5<) ضعيف جداً

يتضح من خلال الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) وذلك على مستوى جميع المجالات الفرعية فيما يتعلق بالتزام إدارة المستشفى باستراتيجية منظمة على أساس لامركزي في إدارة شؤون العاملين تبعاً لمتغير المهنة (طبيب، ممرض، وإداري).

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني.

ينص السؤال الثاني في هذه الدراسة على ما يلي: "هل هناك حاجة إلى تطبيق اللامركزية في المستشفى وانتقال السلطة والإدارة للعاملين فيه؟ ونقصد هنا إلى أي مستوى من العاملين يتم انتقال الصلاحيات؟ وجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقديم مستوى خدمات أفضل؟"

رابعاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية.

لفحص الفرضية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) في إجابات العينة فيما يتعلق حاجة إلى تطبيق اللامركزية في المستشفى وانتقال السلطة والإدارة للعاملين فيه؟ وإلى أي مستوى من العاملين يتم انتقال الصلاحيات؟ وهل وجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقديم مستوى خدمات أفضل؟ والمتعلقة بمتغير الجنس باستخدام اختبار (T-Test) للموظف بينما تم إجراء اختبار (التباين الأحادي) لفحص كل من متغير الخبرة، المؤهل، والتخصص للموظف وفيما يلي توضيح لهذه النتائج:

جدول رقم (5-6): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالحاجة الى تطبيق اللامركزية وانتقال الإدارة والسلطة للعاملين تبعاً لمتغير الجنس.

الجنس	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الدلالة
ذكر	1.6957	.4705	.220
أنثى	1.9000	.3162	.157

يبين الجدول (5-6) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-7): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالحاجة الى تطبيق اللامركزية وانتقال الإدارة والسلطة للعاملين تبعاً لمتغير الخبرة.

المتغير	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
1- 3 سنوات	.0000	2.0000
أكثر من 3 سنوات	.4498	1.7333
المجموع	.4352	1.7576

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	.194	1	.194	1.025	.319
داخل المجموعات	5.867	31	.189		
المجموع	6.061	32			

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (<1.5) ضعيف جداً

يبين الجدول (5-7) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-8): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بتطبيق اللامركزية وانتقال الإدارة والسلطة للعاملين تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

المتغير	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
دبلوم	.4472	1.8000
بكالوريوس	.4359	1.7600
ماجستير	.5774	1.6667
المجموع	1.7576	33

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3.394E-02	2	1.697E-02	.084	.919
داخل المجموعات	6.027	30	.201		
المجموع	6.061	32			

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (<1.5) ضعيف جداً

يبين الجدول (5-8) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-9): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بتطبيق اللامركزية وانتقال الإدارة والسلطة للعاملين تبعاً لمتغير التخصص.

المتغير	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
إداري	.4372	1.7647
ممرض	.4523	1.7500
طبيب	.5000	1.7500
المجموع	.4352	1.7576

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (<1.5) ضعيف جداً

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	1.783E-03	2	8.913E-04	.004	.996
داخل المجموعات	6.059	30	.202		
المجموع	6.061	32			

بين الجدول (5-9) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينه عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-10): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق ب إلى أي مستوى من العاملين يتم انتقال الصلاحيات تبعاً لمتغير الجنس

الجنس	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الدلالة
ذكر	1.2174	.7359	.571
أنثى	1.3000	.9487	

يبين الجدول (5-10) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينه عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-11): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق ب إلى أي مستوى من العاملين يتم انتقال الصلاحيات تبعاً لمتغير الخبرة

المتغير	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
1 - 3 سنوات	.0000	1.0000
أكثر من 3 سنوات	.8277	1.2667
المجموع	.7918	1.2424

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	.194	1	.194	.303	.586
داخل المجموعات	19.867	31	.641		
المجموع	20.061	32			

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (<1.5) ضعيف جداً

يبين الجدول (5-11) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد أبعينه عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-12): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق ب إلى أي مستوى من العاملين يتم انتقال الصلاحيات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

المتغير	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
دبلوم	2.0000	1.4142
بكالوريوس	1.1200	.6000
ماجستير	1.0000	.0000
المجموع	1.2424	.7918

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3.421	2	1.710	3.083	.061
داخل المجموعات	16.640	30	.555		
المجموع	20.061	32			

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (<1.5) ضعيف جداً

يبين الجدول (5-12) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد أبعينه عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-13): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق ب إلى أي مستوى من العاملين يتم انتقال
الصلاحيات تبعاً لمتغير التخصص

المتغير	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
إداري	.7276	1.1765
ممرض	.9962	1.4167
طبيب	.0000	1.0000
المجموع	.7918	1.2424

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	.673	2	.337	.521	.599
داخل المجموعات	19.387	30	.646		
المجموع	20.061	32			

التقدير (3.9-5) عال (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (<1.5) ضعيف جداً

يبين الجدول (5-13) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-14): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير الجنس.

الجنس	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ذكر	2.0000	.0000
أنثى	2.0000	.0000

يبين الجدول (5-14) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-15): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير الخبرة.

المتغير	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
1- 3 سنوات	.0000	2.0000
أكثر من 3 سنوات	.0000	2.0000
المجموع	.0000	2.0000

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	.000	1	.000	.	.
داخل المجموعات	.000	31	.000	.	.
المجموع	.000	32			

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (<1.5) ضعيف جداً

يبين الجدول (5-15) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-16): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

المتغير	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
دبلوم	.0000	2.0000
بكالوريوس	.0000	2.0000
ماجستير	.0000	2.0000
المجموع	.0000	2.0000

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	.000	2	.000		
داخل المجموعات	.000	30	.000		
المجموع	.000	32			

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف ($1.5 <$) ضعيف جداً

يبين الجدول (5-16) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينه عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-17): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير التخصص.

المتغير	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
إداري	.0000	2.0000
ممرض	.0000	2.0000
طبيب	.0000	2.0000
المجموع	.0000	2.0000

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	.000	2	.000	.	.
داخل المجموعات	.000	30	.000	.	.
المجموع	.000	32			

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (<1.5) ضعيف جداً

يبين الجدول (5-17) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-18): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير الجنس.

الجنس	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ذكر	1.9565	.2085
أنثى	2.0000	.0000

يبين الجدول (5-18) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3.030E-03	1	3.030E-03	.097	.757
داخل المجموعات	.967	31	3.118E-02		
المجموع	.970	32			

جدول رقم (5-19): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير الخبرة.

المتغير	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
1 - 3 سنوات	.0000	2.0000
أكثر من 3 سنوات	.1826	1.9667
المجموع	.1741	1.9697

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (<1.5) ضعيف جدا

يبين الجدول (5-19) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد أبعينه عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-20): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.

المتغير	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
دبلوم	.0000	2.0000
بكالوريوس	.2000	1.9600
ماجستير	.0000	2.0000
المجموع	.1741	1.9697

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	9.697E-03	2	4.848E-03	.152	.860
داخل المجموعات	.960	30	3.200E-02		
المجموع	.970	32			

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (<1.5) ضعيف جداً

يبين الجدول (5-20) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينه عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

جدول رقم (5-21): استجابات أفراد العينة فيما يتعلق بوجود اللامركزية في المستشفى يسهم في تقدم مستوى خدمات أفضل تبعاً لمتغير التخصص.

المتغير	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي
إداري	.2425	1.9412
ممرض	.0000	2.0000
طبيب	.0000	2.0000
المجموع	.1741	1.9697

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	2.852E-02	2	1.426E-02	.455	.639
داخل المجموعات	.941	30	3.137E-02		
المجموع	.970	32			

التقدير (3.9-5) عالي (2.7-3.8) متوسط (1.5-2.6) ضعيف (<1.5) ضعيف جداً

يبين الجدول (5-21) انه لا توجد فروق بين إجابات أفراد العينه عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يؤكد صحة الفرضية.

5-2 مناقشة نتائج التحليل:

قدمت الباحثة بعض الأمثلة للدلالة، ولم تقدم جميع الأمثلة والنماذج حتى لا يطول حبل الكلام، وركزت على جانب المضمون، من حيث توزيع الهيكلية الإدارية وترتيبها بشكل يسهل تطبيقها داخل مستشفى جنين، والمشاركة المجتمعية في الإدارة والرقابة الإدارية، تنوع أساليب الإدارة، ورفع كفاءة العاملين، إضافة إلى زيادة إنتاج الخدمات الصحية كما ونوعاً. أما الجوانب الأخرى كالتعيينات ونظام التقاعد وغيرها المالي أو السياسي فلم يتم التعرض لها، لاقتصار البحث على الجانب الإداري فقط.

يظهر من النتائج التي المبينة على الاستبانة أن هناك بعض الضعف في إجابات أفراد العينه فيما يتعلق بأسئلة الدراسة بغض النظر عن التخصص، الجنس، سنوات الخبرة وهذا الضعف عائد إلى مجموعه من الأسباب الظاهرة وغير الظاهرة وأهمها ضعف مشاركة العاملين وبعدهم عن مركز القرار الإداري، أو ربما عدم وضوح لوائح التعليمات، عدم وضوح الهيكلية الإدارية والأسس التي تبنى عليها ، عدم وضوح الأسئلة، عدم الالتزام بالإجابات وغيرها .

الفصل السادس

البناء الهيكلية

الفصل السادس

البناء الهيكلي

6-1 البناء التنظيمي للمستشفى:

الهدف العام والرئيسي دائماً الذي تعمل على تحقيقه الإدارات هو بناء الهيكل التنظيمي وتطويره دائماً كي يلبي احتياجات المؤسسات والعاملين، ويساعد في الوصول إلى الأهداف.

"عملية بناء تنظيمي فعال للمستشفى تتحدد فيه بوضوح السلطة والمسئولية بين مختلف الوحدات التنظيمية، وكذلك الوظائف الإشرافية والتنفيذية داخل هذه الوحدات بما يؤدي إلى وجود مؤسسة تبدو فيها روح التعاون وتتحدد فيها الواجبات ويسود فيها التنسيق بين عمل هذه الوحدات." وهناك مجموعة من الأسس التي يجب مراعاتها أثناء عملية البناء التنظيمي للمستشفى:

6-2 أسس البناء التنظيمي للمستشفى

• **وحدة الأمر:** يقول الدكتور حسان حريستاني، "تعني كلمة وحدة الأمر أن كل مرؤوس مسئول أمام رئيس واحد يتلقى منه الأوامر والتعليمات، وبالتالي يكون هذا الرئيس مسئولا عن الإشراف على المرؤوسين وتوجيههم وتقويم أدائهم، فرئيس قسم الجراحة في المستشفى هو مصدر الأمر للجراحين التابعين لوحده وهو في الوقت نفسه مسئول أمام رئيس الجهاز الفني عن نشاط الجراحة في المستشفى الذي يكون دوره مسئولا أمام مدير المستشفى عن جميع نشاطات الخدمات الطبية المقدمة." ¹ ويظهر ملحق رقم (2-8) رسم تفصيلي لأهمية وحدة الأمر في المستشفى.

• **السلطة:** وهي الحق القانوني للمدير، وهي نوعان، السلطة التنفيذية والتي يستمدّها المدير من الجهة المالكة للمستشفى (وزارة الصحة) والسلطة الاستشارية.

¹ حريستاني حسان محمد نذير، إدارة المستشفيات. معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية. (1990).

• أما فيما يتعلق بالسلطة التنفيذية 'فتتميز المستشفيات شكل عام عن غيرها من المنظمات وجود خطين للسلطة التنفيذية: احدهما إداري والآخر فني" ملحق رقم (2-9) بين ازدواجية السلطة التنفيذية في المستشفى. وهذه الازدواجية تؤدي في كثير من الأحيان إلى صراع النفوذ بين هاتين السلطتين يبدو في تعدد الأوامر الصادرة منها خاصة للأشخاص الذين يقعون ضمن نطاق السلطة الإدارية - كالتريض مثلا- ويعملون في الوقت نفسه لحساب السلطة الفنية (الجهاز الطبي)¹.

• تناسب السلطة مع المسؤولية

وجود وصف وظيفي لكل رئيس قسم يسأل عن تطبيقه، ويعطى صلاحيات لتطبيقه في الوقت ذاته.

• المركزية واللامركزية في السلطة

يجب مراعاة الصلاحيات والمهام التي تستوجب المركزية والتي تعمل على إبقاء سلطة القرار والحسم بيد المدير، وتحديد المهام التي يمكن لا مركزيتها وتوزيع سلطة القرار فيها للعاملين.

• تفويض السلطة:

وهنا تستوجب مساعدين لكل مدير ليتمكنوا من القيام بالمهام التي يفوضها أو يمنحها مدير المستشفى لهم، وليتمكنوا من اتخاذ القرارات للمهام التي يشرفون على تأديتها، وهم بالتالي يقومون بتفويض بعض صلاحياتهم لمرؤوسيههم، والموظف الذي فوضت إليه المهمة وقبلها يصبح في نظر القانون مسئولا أمام رئيسه عن تأديتها ومتابعتها ونتائجها. ويأتي التفويض كباباً مفتوحاً بين المركزية واللامركزية، فإن زاد عمليات التفويض اتجه النظام نحو اللامركزية والعكس صحيح.

و عملية التفويض تفيد في كثير من الأحيان في نقاط أهمها:-

¹ حرساني، حسان محمد نذير، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية. (1990).

- تحفيز العاملين.

- تفرغ الرؤساء أو المشرفين لبحث مشكلاتهم.

- إتاحة سرعة لاتخاذ القرارات.

• نطاق الإشراف:

وهذه من الأمور والأسس الواجب مراعاتها عند التخطيط للهيكل التنظيمي للمستشفى وهو يعني بالتالي عدد العاملين الذين يشرف عليهم مدير متخصص، فكلما زاد عدد العاملين ازدادت المسؤولية وتشتت المهام، وصعبت المتابعة. فالرئيس يستطيع أن يشرف بكفاية وفاعلية على عدد محدود من المرؤوسين، فنطاق الإشراف الضيق أكثر فاعلية وأفضل للمؤسسة وتحديد عدد المرؤوسين يتناسب مع نسبة وعدد العاملين في المؤسسة.

• التنسيق:

التنسيق بين الأقسام أو التنسيق بين الأفراد أو بين المستشفى وباقي المؤسسات، فهو يعتبر عنصراً هاماً لنشاطات المستشفى، إذ يساعد على تلافي التكرار والازدواجية بين مختلف النشاطات، وعلى سد الاحتياجات المشتركة بينها. فضلاً عن ربط هذه النشاطات بعضها ببعض بشكل متزامن ويتحقق معه التناسق أو الانسجام المطلوب لبلوغ أهداف المستشفى بكفاءة وكفاية¹.

وبعد ما تم عرضه وما سبق بيانه، يتوجب تحديد بناء تنظيمي مناسب من حيث نوعية وحجم وتخصص وموارد المستشفى. ويفضل إعلام العاملين بذلك كي تزيد فرصة المساهمة في الرأي والاستفادة من الملاحظات، ويأتي ذلك من خلال:-

¹ حرساني، حسان محمد نذير، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية. (1990).

6-3 **الخارطة التنظيمية:** " وهي رسم بياني يصور شكل المستشفى التنظيمي بطريقة موجزة، ويستفاد منها في بيان تقسيم العمل بالمستشفى وكذلك التخصصات. فضلاً عن خطوط السلطة والمسئولية ونطاق الإشراف في المستويات التنظيمية كافة"¹.

6-4 **الدليل التنظيمي:** ويفصل عادة ما أجزته الخارطة التنظيمية للمستشفى.

الخارطة التنظيمية:

يوجد في مستشفى جنين خارطة تنظيمية (هيكلية إدارية) قائمة في الوقت الحالي كما يظهر في الملحق رقم (2-1) حيث بين الهيكلية الإدارية القائمة في المستشفى منذ العام 1995 أي بعد قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية. وهذه الهيكلية التي تتخذ شكلاً واحداً.

1- فقرة الهرم مدير المستشفى وقطعاً طبيباً أخصائياً موجود في المستشفى ويمارس مهام طبية وإدارية.

2- النائب الإداري للمستشفى، وتوكل إليه جميع الأعمال الإدارية في المستشفى ومن مهامه متابعة الخدمات والصيانة وجميع الأقسام الفنية والطبية المساندة، كما يفوض إليه أحياناً بعض المهام لمدير المستشفى.

3- مجموعة رؤساء الأقسام والذين يتبعون مباشرة إلى مدير المستشفى ويجدر التنويه هنا أن جميع الإداريين أو الفئة العليا من الإدارة جميعها تكون متواجدة أثناء الدوام الصباحي أي من (8) صباحاً وحتى الثانية بعد الظهر، وحسب الهيكلية القائمة فإن مهمة الإشراف والمتابعة توكل لبعض رؤساء الأقسام لمتابعتها في الوقت المتبقي أثناء الليل (أي من الساعة الثانية ظهراً وحتى الساعة الثامنة صباحاً).

وهنا يوجد فجوة إدارية واضحة في نظام القرار ومتابعة النشاطات التي يؤديها المستشفى، فنشاط المستشفى يتركز في الفترة الصباحية، ويتم تأجيل الأنشطة حتى الصباح وما يقوم به

¹ حرساني، حسان محمد نذير، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية. (1990).

المستشفى هو متابعة الحالات الطارئة فقط، وهذا من شأنه إضعاف المؤسسة والحد من نشاطاتها.

كما أن الهيكلية الرأسية المتبعة في المستشفى تخلق نوعاً من الفوضى الإدارية أثناء الدوام الصباحي وتلخص فيما يلي:-

1- ضياع وحدة الأمر، فهناك تداخل بين صلاحيات مدير المستشفى والنائب الإداري.

2- كما أن تداخل السلطة التنفيذية بين المدير والنائب الإداري يعمل على تشتيت العاملين ورؤساء الأقسام.

3- عدم التناسب بين السلطة والمسئولية للموظف، فعملية قيام بعض رؤساء الأقسام بدور الإدارة خاصة في الدوام المسائي والليلي لا يتناسب مع الوصف الوظيفي لرئيس القسم.

4- المركزية المطلقة في القرار حيث تظهر واضحة من خلال تمركز جميع القرارات بيد مدير المستشفى.

5- التفويض غير المخطط والمنظم. حيث أن عملية التفويض لا تتدرج ضمن أسس واضحة ومعايير دقيقة، مما يحدث إرباكاً لدى العاملين إضافة إلى أن المراقبين أو المفوضين في الدوام المسائي هم مرضين في حين أنهم ليسوا من المستوى الأول للإدارة في المستشفى وتوكل إليهم مهام إدارية.

6- ازدواجية وعدم وضوح في الإشراف. فعدد المرؤوسين لكل رئيس قسم عدد غير محدد وغير ثابت، إضافة إلى وجود موظفين في الأقسام يتبعون المدير مباشرة دون وجود لهم ضمن الهيكلية المتبعة حالياً في المستشفى مثل رؤساء الشعب فلا يمكن اعتمادهم كرؤساء أقسام وأيضاً لا يوجد رئيس شعبه في الكادر الوظيفي للمستشفى.

هذه الهيكلية غير المنظمة والتي لا يوجد فيها خطوطاً واضحة للرئيس والمرؤوس، تجعل أموراً إدارية هامة مهددة وبالتالي لا يمكن إنجاز المهام بفاعلية وإتقانها.

6-5 وأهم الأمور الإدارية المهمة هنا:-

- 1- عدم القدرة على التنسيق سواءً بين الأقسام أو العاملين.
 - 2- عدم وضوح التعليمات، فالاختلاف وتعدد المسؤولية تعيق عملية وضوح لوائح التعليمات.
 - 7- عدم الالتزام بالوصف الوظيفي: عدم الالتزام وتطبيق الوصف الوظيفي تحول دون تقييم الموظفين بالشكل العلمي والسليم وتصعب المتابعة.
 - 8- زيادة الأعباء الإدارية على الموظفين مما يحول دون تطور الموظف واهتمامه بنوعية أداءه ومستواه العلمي والتقني.
 - 9- عدم توزيع المهام: تركز المهام بيد مدير المستشفى يؤدي إلى عدم مقدرته على أداء المهام المستعجلة والتي لا تحتمل التأجيل فيؤدي ذلك إلى إرباك وفوضى في العمل.
 - 10- ضعف الاتصال والتواصل بين الطواقم العاملة في المستشفى، وخاصة في الفترات المسائية والليلية التي لا يوجد فيها قرار إداري رسمي.
- وسعيًا وراء التطور قامت وزارة الصحة بتطوير هيكلية تنظيمية من جانبها دون أخذ رأي إدارة المستشفى أو التنسيق معها ودون إسناد أولويات وأهداف المستشفى السلم الرئيسي عند التخطيط لهيكلية جديدة في المستشفى وجاءت الهيكلية المقترحة بإضافات من وجهة نظر القائمين عليها مهمة ورئيسية، حيث أنها وسعت دائرة المستوى العالي من الإدارة (Top Level Manager) (منصب المدير) فأصبح هناك أربع مدرء إضافة إلى مدير المستشفى ملحق رقم (7-2) يوضح الهيكلية التنظيمية المقترحة لمستشفى جنين.

6-6 الهيكلية الإدارية المقترحة من قبل الوزارة لمستشفى الشهيد خليل سليمان (مستشفى جنين):

التركيبية الأساسية لهذه الهيكلية تتكون من:-

1- الإدارة العامة للمستشفيات (وهي مركزية)

2- مدير المستشفى وهناك مدير عام صحة المحافظة بصفة استشارية.

3- السكرتاريا + اللجان الإدارية (لجنة التعليم المستمر + لجنة تحسين الجودة + لجنة التخطيط والتطوير)

4- الدوائر الرئيسية في المستشفى وهي بصفة مدير:-

- مدير الشؤون الطبية.
- مدير الشؤون الطبية المساندة
- مدير شؤون التمريض
- مدير الشؤون الإدارية والمالية.
- رؤساء الأقسام.

من هذا التقسيم نرى أن مساحة الإدارة قد اتسعت لتشمل أربع مدراء إضافة إلى مدير المستشفى دون إعطاء المسمى الدقيق لمدير المستشفى هل هو متخصص بإدارة المستشفيات أم هل هو طبيب إضافة إلى الخلط الواضح بين الأمور المالية والإدارية دون تفصيل لمهام كل منها على حدة.

وحاولت الهيكلية بصفتها الحالية حل المشكلة بتغيير المسمى الوظيفي فقط وليس ترتيب الصلاحيات وتوزيعها وتخفيف الأعباء. فما هو المراد من تغيير رئيس قسم التمريض إلى

مدير دائرة التمريض مع الإبقاء على الوضع الإداري لرؤساء الأقسام التمريضية من حيث المستوى التعليمي أو العلاوات ودون أن يكون هناك مشرفين تمريضيين يتابعون النشاط التمريضي أثناء ساعات العمل ويعملون كهيئة مراقب على ميدان العمل لحل المشكلات الآتية وتسهيل التنسيق بين الأقسام وتسيير العملية الإنتاجية للخدمات. مدير دائرة التمريض بصفته هذه سيبقى يعتمد على رؤساء الأقسام وتقاريرهم كما هو الحال في الوضع القائم حالياً دون تغيير جذري منتج.

-العلاقات التنظيمية والتعاملات بين الأقسام لم تناقش في الهيكلية المقترحة وبقيت دون توضيح وخطوط رسميه تحدها.

- كيف يستطيع مدير دائرة التمريض القيام بأعمال التخطيط والإشراف وتقييم العاملين، ومتابعة العمل والعاملين، والتنسيق بين الأقسام، وتطوير العاملين ورفع كفاءتهم، والقيام بالتدريب والتعليم من خلال تغيير مسماه الوظيفي إلى صفة مدير دون أن يكون هناك مساعدين أو مستشارين يفوض لهم بعض المهام ليخفف من أعباء وضغط العمل، وتقديم المشورة والرأي الآخر. وإذا أخذنا بعين الاعتبار دور رؤساء الأقسام فان الأعمال الروتينية اليومية تحول دون تمكنهم من تنفيذ العديد من الأعمال الإدارية.

وكذلك الحال ينطبق على باقي الدوائر، فمدير الشؤون الطبية والذي سيكون من مهامه متابعة رؤساء الأقسام الطبية سيكون عليه نفس الأعباء الملقاة على عاتق مدير دائرة التمريض، فلا يوجد من يساعده أو يفوض إليه المهام.

ويمكن القول أن هذه الهيكلية في وضعها الحالي لها سلبيات كثيرة أهمها:-

1- أنها معدة أو مقترحة من قبل الوزارة دون مشاركة العاملين أو حتى إدارة المستشفى فهي لا تحقق أهداف المستشفى العامة أو الفرعية أي أنها عامه لجميع المستشفيات دون تخصيص أو اخذ أوضاع المستشفيات كل على حدا بعين الاعتبار.

2- أخذت الاتجاه العمودي وليس الأفقي دون أن تراعي الأسس السليمة والعلمية للنموذج العمودي، كما في الملحق رقم (2-2).

3- أبقت على سلطة القرار مركزية مطلقة في المستوى الأول للإدارة (Top Level) هذه الهيكلية اعتمدت على مستويين فقط من الإدارة؛ المستوى الأول المدراء والمستوى الثاني رؤساء الأقسام وأغفلت المساعدين والمراقبين.

4- أغفلت دور العاملين في إدارة المؤسسة وأقصتهم عن سلطة القرار دون أن يكون لهم تمثيل في الإدارة ومن خلال إبقاءهم تابعين لمدير معين يكون بدوره تابعاً لمدير المستشفى.

5- أبقت الهيكلية الجديدة القرار الإداري بشكل عام في وقت الدوام الصباحي دون التطرق إلى باقي أوقات الدوام (المسائي والليلي) وكيف ستنم المتابعة هل سيكون تفويض الصلاحيات لممرضين ليشرّفوا على إدارة أقسام إدارية ومالية وطبية، دون أن يكون لهم أي تخصص فيها في أوقات الدوام المسائي والليلي.

6- بالنسبة للنموذج رقم (2-7-2) فإن موضوع الإشراف لم يوزع بشكل سليم فعملية إشراف المدير على جميع الأقسام التي تتدرج ضمن تخصصه والتي قد يصل عددها أكثر من 8 أو ربما العدد مفتوح يجعل من عملية الإشراف عملية صعبة أو غير ممكنة بشكل دقيقة ومناسب.

7- أما النموذج رقم (3-7-2) والذي يرسم هيكلية الدائرة الإدارية والمالية فالواضح أن النزلاء أي المرضى الموجودين في المستشفى لا يوجد لهم مكان ولم يتم التطرق إلى متابعة أوضاعهم وتسيير شؤونهم.

8- أغفلت الهيكلية المقترحة وجود قسم متابعة الجمهور لتلقي الشكاوى والملاحظات وتسيير ببعض الأمور العالقة والتي تهم الجمهور وهم بدورهم عنصراً مهماً لا يمكن تجاهله لأنهم المستفيدين من مخرجات المستشفى. لم يظهر في الهيكلية المقترحة مكان للعلاقات العامة والتي تربط ما بين المؤسسة والمؤسسات الأخرى من جهة وبين الأقسام والدوائر فيما بينها وبين

الإدارة والدوائر من جهة أخرى، لتبقي هذا القطاع متمركزاً بيد مدير المستشفى ليضاف إلى قائمة أعباءه المثقلة.

9- التنسيق لم يحظى باهتمام من قبل الهيكلية الجديدة، فلم تبرز هذه الهيكلية آلية وشكل التنسيق، سواء بين الدوائر فيما بينها أو بينها وبين الإدارة فكان يتوجب توزيع منسقين على تلك الدوائر، مثل منسق الشؤون الإدارية، منسق الشؤون المالية الخ. ليقوم بعملية التنسيق بين الأقسام وربط التخصصات للعمل كفريق واحد متكامل، حيث أن العمل المنفرد بالصورة التي جاءت فيها الهيكلية المقترحة لا يمكن أن يسير العمل أو يسهل عملية الخدمات.

10- مركزية التخطيط والتعليم والمتابعة بيد مدير المستشفى من خلال اللجان المضافة إلى قائمة متابعاته دون أن يكون لها علاقة بالدوائر والأقسام ولم تحدد اللجان الأعضاء وما إذا كان ممثلي الوحدات والأقسام أعضاء لهذه اللجان.

11- لم تبرز الهيكلية دور المستشفى في البيئة المحيطة وتفاعله مع الأحداث التي تمر بها المحافظة وباقي المحافظات وذلك من خلال حركة الإسعاف التي لا يوجد لها مكان في الهيكلية مع العلم أن الإسعاف في محافظة جنين فقط يتركز في مركز واحد وهو الهلال الأحمر.

وعند إجمال الجوانب التي أغفلتها الهيكلية المقترحة من قبل الوزارة يظهر واضحاً:-

1- الامتداد الأفقي والتوسع في إدارة المستشفى والخدمات.

2- مساعد لمدير المستشفى لينوب مكانه فترة غيابه، أو لتفويض المهام الإدارية لتخفيف الأعباء عن مدير المستشفى.

3- قسم شؤون المرضى ومتابعة أوضاعهم من تقارير وتحويلات وغيرها.

4- متابعة الجمهور من مراجعين، وتحويلات خارجية.

5- قسم الحركة والإسعاف.

6- العلاقات العامة.

7- المشرفين (التمريضيين الذين يساعدون مديره التمريض في أثناء الدوام الصباحي ويتابعون العمل الطبي والفني في الدوام الليلي والمسائي).

8- المشرفين الإداريين، الذين يتابعون الشؤون الإدارية من إسعاف ومختبر وأشعة، وطوارئ في أثناء الدوام المسائي والليلي.

9- المنسقين، والذين يتابعون التنسيق بين الدوائر والأقسام والإدارة في الأمور الإدارية، والمالية، والفنية والطبية.

10- الأمن وحراسة المستشفى.

ولإجابة على السؤال التالي:-

هل هناك حاجة لتغيير الهيكلية إلى النمط اللامركزي بعد ما تم ذكره من أوضاع اقتصادية، وسياسية، وإدارية، ومالية تعيشها المؤسسات المحلية عامة ومستشفى جنين خاصة؟

إذا وضعت احتياجات محافظة جنين في كفة ميزان، مقابل الأوضاع التي تمر بها وزارة الصحة، والتي تؤثر على مقدرتها في إدارة وتطوير مستشفى جنين وتمت المقارنة من خلال:-

- هناك احتياجات أساسية من خدمات طبية استشفائية وإسعاف، وإجراء عمليات جراحية وتوليد وإقامة في المستشفى.

- هناك حاجة لوجود قسم طبي فاعل داخل المحافظة يغطي احتياجات الأهالي، ويقدم لهم الخدمات الطبية والتي هي من حق كل إنسان.

- هناك حاجة لدى كل فرد وحق في الحصول على خدمات طبية، عالية الجودة وفي الوقت والمكان المناسبين.

- هناك حاجة لدى مستشفى جنين لمتابعة الأعمال الفنية في ظل الظروف الصعبة، والتي تحول أحياناً دون وصول الطواقم الطبية إلى مركز عملها في المستشفى، سواء لإيجاد سكن مناسب لهذه الطواقم، أو آلية توصيل مناسبة، أو إيجاد وتوفير بدائل في الحالات الطارئة.

- هناك حاجة لدى مستشفى جنين لتوفير المواد الرئيسية، من أدوات ومواد طبية وماء وكهرباء وأعمال صيانة في حالات الطوارئ.

- هناك حاجة لدى المستشفى لمتابعة العاملين، وسد حاجات الأقسام من الموظفين.

- هناك حاجة مهمة، لدى المستشفى وهي توفير الحراسة وأمن المؤسسة، لمنع الاعتداء على الطواقم الطبية وتسهيل مهمتها أثناء العمل، وغير ذلك من الاحتياجات التي لا حصر لها.

وبالمقابل فإن وزارة الصحة وهي المالك والمشرف على المستشفى، لديها من الأعباء والاحتياجات ما يجعل تلبية احتياجات المجتمع و المستشفى من الصعوبة بمكان فعلى سبيل المثال لا الحصر:

1- يعد الحصار الاقتصادي الذي تتعرض له السلطة الوطنية من قبل العالم أجمع، عائقاً أمام وزارة الصحة، فإن جميع الوزارات بمن فيها وزارة الصحة لا تستطيع توفير جميع مستلزمات المستشفيات والمراكز الطبية التابعة لها، من أدوية، ومواد طبية، وأجهزة وكوادر بشرية.

2- العوائق والإغلاقات تحول دون المتابعة من قبل الوزارة.

3- هناك حاجة ملحة لوجود عناصر خارج نطاق الوزارة، للمساعدة في متابعة عمل المؤسسات، وتوفير المستلزمات البشرية والمادية.

4- أما من الناحية الإدارية فإن عملية تحويل رؤساء الأقسام إلى مديري دوائر داخل المستشفى يزيد من أعباء وزارة الصحة في رفع العالوة الإدارية، وهذا يكون على حساب تعيينات العاملين.

5- إن وزارة الصحة هي جزء من وزارات السلطة الفلسطينية والتي هي بحاجة إلى تنسيق وتفاعل مع باقي الوزارات، للمساعدة في متابعة شؤون المؤسسات التابعة لها (مثل وزارة الحكم المحلي، الداخلية، الخ....).

إن هناك حاجة للتغيير الإداري لتحقيق الأهداف وتلبية الاحتياجات الضرورية.

الفصل السابع
النتائج والتوصيات

الفصل السابع

النتائج والتوصيات

المقدمة:

من الطبيعي أن يتم استخلاص النتائج التي تم التوصل إليها من خلال البحث والدراسة والتحليل، ومن ثم الخروج بمجموعة من التوصيات والتي يمكن العمل فيها وانتهاجها للوصول إلى تحسين في الأداء الإداري في مستشفى جنين، وذلك من خلال الآليات التي تم بحثها للتوجه نحو اللامركزية الإدارية.

7-1 النتائج

ومن أهم النتائج التي ظهرت من الدراسة:

-الغالبية العظمى من العاملين تؤيد مبدأ اللامركزية.

-جميع أعضاء العينة يرون في اللامركزية الإدارية وسيلة لتطوير العمل في المستشفى.

-غالبية أفراد العينة يؤيدون تفويض الصلاحيات لمستوى متوسط من الإدارة.

-لم يكن هناك اختلاف في استجابات أفراد العينة مقارنة بمتغيرات الجنس، والخبرة، والمؤهل، والتخصص فيما يتعلق بتطبيق أسس اللامركزية الإدارية في المستشفى.

7-2 التوصيات

1- في هذا المجال نقتراح تشكيل فريق مركزي مكون من خيرة الإداريين في مجال الإدارة الصحية ليتولوا كامل عملية لامركزية المستشفى ويكون له كامل الصلاحيات في اتخاذ القرار وتحديد الأولويات والاحتياجات وبأي شكل وعلى أي مستوى وتحدد الشروط والمتطلبات الواجب توفرها لتطبيق اللامركزية. ويقوم أيضا بتفويض الصلاحيات ويصدر الأنظمة والتعليمات ويشكل اللجان وفرق العمل المحلية وتعين القادة الإداريين في القطاع الصحي.

إن نجاح مهمة هذه اللجنة أو فريق العمل المركزي يعتمد بالدرجة الأولى على حسن اختيار أعضاءها. وان المدعوين للمشاركة في هذه اللجنة يجب أن يتوفر لديهم مستوى عالي من المهارة الفنية والتنفيذية وان يكونوا على معرفة تامة بالنظام الصحي الفلسطيني، وكذلك أن يكونوا مؤمنين إيماناً إيجابياً راسخاً بالديمقراطية بمفهومها الشامل، وبقيمة تفويض الصلاحية والمقتنعين بأن نظام اللامركزية هو النظام الأكثر فعالية في تحسين نوعية الخدمة الصحية في فلسطين، وهو الطريق الأنسب لضمان الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية، والتوزيع المتوازن للاستثمارات التربوية، وهو الطريق الأفضل لتعزيز دور المجتمعات المحلية في تحسين الخدمات الصحية، ويجب أن يتوفر في فريق العمل المركزي المهارات والخصائص التالية:

1. القدرة على العمل بروح الفريق القادر على تحديد المشكلات وتحليلها واتخاذ القرارات المناسبة وتفويض الصلاحيات للأشخاص المناسبين وفي الوقت المناسب بالاستناد على دراسات ومعطيات علمية.
2. القدرة على تطوير الأنظمة الإدارية والمالية القائمة، واستحداث أنظمة جديدة وبما يتناسب مع الظروف المستجدة على القطاع الصحي ووفقاً لمتطلبات المرحلة والواقع الملموس.
3. مهارة التفاوض مع السلطات الحكومية والفعاليات الاقتصادية والاجتماعية بما يخدم المصلحة التربوية والمجتمع المحلي.
4. القدرة على تفعيل وتنشيط العاملين في المستويين المركزي والأوسط من أجل تولى الأنشطة المحلية.
5. قدرة الفريق على إدارة نفسه بكفاءة عالية وإتباع أسلوب في العمل رفيع المستوى ومرونة عالية في تدفق المعلومات داخليا ومن الأدنى للأعلى.

6. بالإضافة إلى ذلك فإن فريق العمل المركزي ينبغي أن يحسن الاستماع ويحترم حاجات ومتطلبات العاملين ومتابعة قضاياهم. ومن المقترحات أيضا ما يلي:

2- توسيع دائرة الإدارة في المستشفى، كي تشمل مجلس إدارة متعدد الأعضاء والصلاحيات لتوزيع القرار، ويتم انتخاب أعضائه بطريقة الاقتراع، ويتم انتخاب مدير المستشفى طريقة الاقتراع أيضا من ضمن أعضاء مجلس الإدارة، ويتم تغيير المجلس بشكل دوري كل أربع سنوات، وعدم تمركزه في شخص معين، وإعطاء فرصة لمدراء الدوائر ورؤساء الأقسام للمشاركة.

3- العمل على إيجاد ممثل للوزارة ضمن إدارة المستشفى، للعمل بصفة مراقب ومتابع للعملية الإدارية.

4- العمل على إيجاد أعضاء ممثلين للمجتمع المحلي، للمساعدة في أعمال المراقبة والتمويل، والتخطيط، وحل المشكلات.

5- أن تكون لدى إدارة المستشفى خطة تطوير إدارية تشتمل على أهداف عامة رئيسية وأهداف فرعية تعمل إدارة المستشفى على تحقيقها وتعطي فرصة لتقييمها، وان يكون العمل داخل المستشفى على أساس علمي منظم وهادف، ويسعى في الدرجة الأولى إلى تلبية احتياجات المجتمع الذي يوجد فيه المستشفى.

6- على وزارة الصحة متابعة هذه الخطة وتطوراتها وإنجازاتها، من خلال مراقبيها في إدارة المستشفى لتطوير فاعلية وأداء المستشفى.

7- على المجتمع المحلي متابعة أعمال إدارة المستشفى من خلال لجنة داعمة، ووجود ممثلين داخل الإدارة، والسعي لتوفير الدعم للمستشفى لمواجهة التحديات المحيطة والمحافظة على بناءه الإداري والتنظيمي. ومن هنا اجتهدت الباحثة في اقتراح هيكلية تنظيمية للمستشفى.

8- أن تكون الهيئة المكونة من المجتمع المحلي الإدارة هيئة إدارية منتخبة من قبل جميع العاملين ويتم تغييرها ضمن برنامج كل سنتين على الأقل.

9- ومن أهم التوصيات أيضاً، العمل على تحويل نظام المستشفى من النظام المغلق المرتبط بوزارة الصحة وقوانينها إلى مستشفيات النظام المفتوح، وهذه أحدث نظريات علم إدارة المستشفيات كما يقول ذلك الدكتور حرساني¹ ولكونه-أي النظام المفتوح-يسهل على إداريي المستشفيات ودراسة المؤثرات في البيئة الخارجية كافة، والتي تؤثر على وظائف المستشفى ونشاطاته، وكفاءته الفنية والتنظيمية، وبالتالي على قدرته في التطور في محيطه المتغير، كما انه يسهل عليهم، النظر إلى أجزاء المستشفى على أنها أنظمة في حد ذاتها، ولكنها أنظمة فرعية (subsystems) تتفاعل فيما بينها وتتداخل مع النظام الكلي للمستشفى لتحقيق أهدافه المرسومة¹

وفي عرض المستشفى كنظام مفتوح لا يلغي علاقته بالوزارة، ولكنه يضع إطاراً لنفسه وللوزارة وللأقسام والوحدات العاملة فيه. فتظهر الوزارة كنظام، والمستشفى نظاماً، والوحدات التابعة له أنظمة في حد ذاتها.

فيعرف النظام "بأنه مجموعة من العناصر أو النظم الفرعية المترابطة أو المتداخلة، التي تعمل بعضها مع البعض لتحقيق أهداف معينة، أما النظم الفرعية فهي تمثل مجموعة العناصر الوظيفية ضمن النظام الأكبر، وكل نظام هو في حقيقته نظام فرعي لنظام أكبر وله في ذات الوقت، أنظمة فرعية أصغر"، كما في الملحق رقم (2-6) والذي يبين العلاقة بين النظام والأنظمة الفرعية داخل المؤسسة الواحدة ضمن مفهوم المستشفى كنظام مفتوح. ويظهر هنا أن المستشفى كنظام مفتوح يعمل على حل مشكلات تعترض صحة أفراد المجتمع الذي يتفاعلون معه ويتأثرون به ويؤثرون فيه. وتقترح الباحثة هنا من خلال البحث، بأن تقوم المحافظة، والتي تمثل السلطة العليا في القطاعات الإدارية في فلسطين، بتطبيق مبدأ اللامركزية في إدارتها، وبالتالي

¹ حرساني، حسان محمد نذير، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية. (1990).

الإشراف على تطبيقه في المؤسسات والشركات المحلية الموجودة ضمن حدودها التنظيمية وخاصة مؤسسات القطاع العام مثل الصحة، والتعليم. وكما هو معروف، ضمن نظام البلديات المعمول به محلياً وعربياً، إن للبلدية أن تنشئ ما تحتاجه من الوحدات الإدارية، والمالية، والفنية، والشرطة، والحرس، والإطفاء، والإسعاف.

10- احترام مبدأ الكفاءة في بناء القطاع الصحي الحكومي وتصويب الخلل الهيكلي الذي أدى إلى تراجع تقدم الخدمات الصحية.

11- يشتمل تحقيق اللامركزية باعتباره استراتيجية أساسية في إصلاح القطاع الصحي على نقل الموارد والسلطة إلى مستوى المنطقة، والمنطقة الفرعية. كما ينبغي أن تشتمل على تحويل السلطات والمجتمعات المحلية سلطة تحديد الأولويات والاحتياجات.

المراجع بالعربية

- البنك الدولي، اللامركزية واقتصاد الدول، كتاب مرجعي الكتروني حول اللامركزية والحكم المحلي. برنامج إدارة الحكم في الدول العربية UNDP. POGAR (2005)
- العربي، محمد عبدا لله. الإدارة المحلية في الدول العربية، تقرير مقدم من المؤتمر العربي الخاص للعلوم الإدارية، مجلة العلوم الإدارية العدد 11 (1969). ص 124
- المنوفى، كمال، الإصلاح المؤسسي بين المركزية واللامركزية، جامعة القاهرة، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، مارس 2001، ص 89.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، برنامج إدارة الحكم في الدول العربية UNDP . POGAR . مشروع استطلاع قادة الرأي حول اللامركزية الإدارية الموسعة وأداء البلديات في لبنان. لبنان. 2002.
- برنامج للأمم المتحدة الإنمائي، برنامج إدارة الحكم في الدول العربية، التقرير السنوي UNDP. POGAR. جنيف. (2002).
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، برنامج إدارة الحكم في الدول العربية POGAR . UNDP . النشرة الاخبارية الفصلية-العدد الخامس كانون الثاني-آذار-2006 فلسطين.
- بواعنة، عبد الهادي، إدارة المستشفيات والخدمات الصحية-التشريع الصحي والمسؤولية الطبية- دارا لحامد للنشر والتوزيع. عمان، الأردن (2003).
- بواعنه، عبدا لهادي، مدخل إلى إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم ونظريات، وأساسيات في الإدارة الصحية. دارا لحامد للنشر والتوزيع. عمان، الأردن. (2004).
- الجمري. منصور. ديموقراطية من الباب الخلفي. ندوة جمعية الاداريين البحرينية. معهد البحرين للدراسات المصرفية والمالية BIBF. مارس. 2002. ص 12

حريستانى؁ حسان محمد نذير؁ إدارة المسلسلسفياى. معهد الإدارة العامة؁ المملكة العربية السعودية. (1990).

عاشور؁ مجدي؁ تقرير حول تأثيرات خطة الفصل أأاوية الجانب على النظام الصحي في قطاع غزة؁ مركز الإعلام والمعلومات؁ -أب-2005. غزة؁ فلسطين.

سالل؁ بول.مسرة؁ أنطوان اللامركزية الإدارية في لبنان؁ الإشكالية والتطبيق. الطبعة الأولى. المركز اللبناني للدراسات.بيروت.لبنان؁ (1996).

سعد. فؤاد. اللامركزية والإدارة المحلية:أساس للديموقراطية والتنمية.مؤتمر الحوار الوطني حول جدول أعمال(1996-2000)كانون أول.الجلسة الثانية. لبنان.(1996)

شريف؁ محمود.وأخرون؁ اللامركزية ومستقل الإدارة المحلية في مصر؁ كلية الاقتصاد والعلوم السياسية؁ جامعة القاهرة 2004؁ ص32.

قسم الدراسات؁ وزارة التربية والتعليم العالي؁ مفهوم اللامركزية في الإدارة التربوية؁ رام الله؁ فلسطين. (2005).

منصور. رشيد؁ المركزية واللامركزية في الإدارة التربوية في فلسطين من وجهة نظر مديري ومديرات المدارس في محافظات شمال الضفة الغربية.(رسالة ماجستير غير منشورة)جامعة النجاح الوطنية. نابلس.فلسطين. (2004).

وزارة الصحة الفلسطينية؁ وحدة إدارة الخدمات الصحية؁ الوصف الوظيفي للكواذر العامة في المسلسلسفياى.تشرين أول.(2005).

المراجع بالإنجليزية

- Aas IHM, *Organisational Change: Decentralization in Hospitals. International Journal of Health Planning and Management* 12: (1997). 103-114
- Bennett S, Russell S, Mills an Institutional and Economic Perspectives on Government Capacity to Assume New Roles in the Health Sector: A review Of Experience. Health Economics and Financing Programme, Health Policy Unit. London School of Hygiene and Tropical Medicine (1995).
- Bloom G, Xing Yuan G, Health Sector Reforms in China. *Social Sciences and Medicine*45: (1997). 351-360
- Bossert T. "Analyzing the Decentralization of Health Systems in Developing Countries: Decision Space, Innovation and Performance" in *Social Science and Medicine*, 47(10): 1513-1527 1998.
- Cassels A, Health Sector Reforms: Key Issues in Less Developed Countries. *Journal of International Development* 7: (1995). 329-347
- Collins CD, Green A, Decentralization and Primary Health Care: some negative implications in developing countries. *International Journal of Health Services* 24: 459-475 (1994).
- Collins CD, Decentralization and the need for political and critical analysis. *Health Policy and Planning* 4: (1989).168-169

Conyers D. Decentralization: the latest fashion in development administration? *Public Administration and Development* 3:(1983).97-109.

Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning* 12: (1997). 273-285

Green AT. *An Introduction to Health Planning for Developing Countries*. Oxford University Press. (1992).

Mills A, Vaughan JP, Smith D, Tabibzadeh I, and Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experiences. World Health Organization; Geneva (1990).

Ministry of Health, Health Status in Palestine, Annual Report 2003, Palestine, July 2004.

Omar Mayeh Health sector decentralization in developing countries: Unique or Universal. Lecturer in Health Planning and Management. The Nuffield Institute for Health, University of Leeds, United Kingdom. (2004).

Palestinian Central Bureau of Statistics, Demographic and Health Survey, Palestine, 2004.

World Bank, Four-Years Intifada, Closures and Palestinian **Economic Crisis: an Assessment**, Geneva, 2004

World Health Organization. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, Health for All Series No. 1. WHO, Geneva .1978.

World Bank. 2001. Decentralization and Governance: Does decentralization Improve Public Service Delivery? The World Bank. PREM Notes, No. 55, June 2001.

World Health Organization. 2000. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization. Geneva, 2000

مجموعة OECD :An International Statistical Survey Of Governmental Employment And Wages, Public Sector Management and Information Technology Team, World Bank, undated.

world Bank, Decentralization Thematic Team, Jennie Litvack.2005

الملاحق

الملحق رقم (1)

الاستبانة

الملحق رقم (1)

الاستبانة

استبانة حول اللامركزية الإدارية في مستشفى جنين

حضرات الإخوة والأخوات المدراء والأخصائيين، رؤساء الأقسام، والأطباء في مستشفى جنين

المحترمين، الرجاء تعبئة الاستبانة بعناية ومن ثم إعادتها إلى الشؤون الإدارية خلال يومين

من تاريخ استلامها مع الشكر الجزيل.

تقوم الباحثة بإعداد رسالة لنيل درجة الماجستير في الصحة العامة في موضوع اللامركزية نموذجاً إدارياً لمستشفى جنين. والموضوع يتطلب التعرف إلى وجهات نظر رؤساء الأقسام والمشرفين حول واقع الإدارة في المستشفى وكذلك الكشف عن نقاط القوة، فيها لذا تهدف الباحثة الاستفادة من آرائكم التي سيكون لها بالغ الأثر في تحسين الواقع وتطويره نحو الأفضل، علماً أن هذه الاستبانة تحتوي على (107) سؤالاً موزعة على المجالات التالية:

1. أهداف إدارة المستشفى.
2. أهداف مدير المستشفى.
3. أهداف إدارة المستشفى.
4. أهداف مدير المستشفى.
5. أهداف إدارة المستشفى.
6. أهداف مدير المستشفى.
7. أهداف إدارة المستشفى.
8. أهداف مدير المستشفى.
9. أهداف إدارة المستشفى.
10. أهداف مدير المستشفى.

ستلاحظون وجود أسئلة تحتاج إلى وضع إشارة (✓) في الخانة المناسبة حسب رأيكم، كما تلاحظون أن هناك أسئلة تحتاج إلى ذكر أسباب أو تحديد أدوات أو معوقات أو مقترحات، لذا نرجو منكم التأكد من الإجابة عن جميع الأسئلة دون استثناء، كما نرجو تقديم مقترحاتكم ووجهات نظركم بوضوح وموضوعية، شاكرين لكم استجاباتكم.

الباحثة

مجدولين عبداً لله المصلح

إستبانة الهيئة الإدارية في مستشفى جنين:

النوع: ذكر () أنثى ()

سنوات الخبرة في العمل.أقل من سنة() من 1-3 سنوات () 3 سنوات فأكثر ()

المؤهل العلمي. دبلوم () بكالوريوس () ماجستير فأكثر ()

التخصص طبيب() ممرض/ة () إداري ()

جدول رقم(1-1) أهداف إدارة المستشفى.

أهداف إدارة المستشفى.				
مستوى تحقيق الهدف				تهدف الإدارة إلى تحقيق الأهداف الآتية:ضع علامة(√) في الخانة التي تراها مناسبة من وجهة نظرك والتي تشير الى درجة تحقيق الهدف.
منخفضة جداً	منخفضة	متوسطه	عالية جداً	
				مساعدة العاملين على التخطيط.
				تحسين نوعية الأداء الوظيفي.
				تشجيع العاملين على الدراسة والإطلاع.
				مساعدة العاملين على كتابة البحوث.
				تشجيع العاملين على استخدام أسلوب التجريب.
				الإسهام في توفير قيادات محلية في المؤسسة.
				تشجيع العاملين على تبادل الخبرات فيما بينهم ضمن إطار المؤسسة.
				مساعدة المؤسسة على التكيف مع التطورات والتغيرات المتسارعة.
				مساعدة العاملين على تشخيص المواقف واستخلاص النتائج.
				مساعدة العاملين والإداريين على التقويم الذاتي.

جدول رقم (1-2) مفهوم اللامركزية.

مفهوم اللامركزية.				
الاستجابة				تعرف اللامركزية في جميع دول العالم وتحمل في مفهومها العديد من المعاني في الخانة التي تراها مناسبة من وجهة نظرك. ضع اللامركزية تعني انتقالاً كاملاً السلطة والإدارة إلى
منخفضة حد	منخفضة	متوسطه	عالية جداً	
				مشاركة العاملين في إدارة المؤسسة.
				توزيع السلطة على العاملين في المؤسسة.
				مشاركة رؤساء الأقسام في إصدار القرارات.
				مشاركة العاملين في الإدارة يضر بالأسس الإدارية.
				مشاركة العاملين في الإدارة يخلق المنافسة في عملية
				ليست جميع المهام الإدارية أو القرارات يمكن نقلها
				تطبيق اللامركزية يضر بميزانية المؤسسة.
				تحتاج اللامركزية إلى عاملين أكثر وإداريين أقل.
				تتأثر اللامركزية بالأوضاع السياسية في المنطقة.
				مركزية القرارات تساعد في تنظيم الإدارة وتوضح
				تساعد اللامركزية على وضوح الهرم الإداري للمؤسسة.
				تساعد عملية انتقال السلطة للعاملين على تنمية القدرة على اتخاذ القرارات.

جدول رقم (1-3) وظائف رئيس القسم والإداري.

وظائف رئيس القسم والإداري				
الاستجابة				ضع إشارة (✓) في الخانة التي تمثل درجة التطبيق في المستشفى من وجهة نظرك
منخفضة جداً	منخفضة	متوسطه	عالية جداً	
				التخطيط للقضايا التي تتعلق بتنمية العاملين.
				التخطيط للقضايا التي تتعلق بتحسين أداء العاملين.
				التنسيق بين العاملين والإدارة لتلبية احتياجاتهم.
				تأهيل العاملين وتدريبهم على مواضيع إدارية وفنية تبعا لتخصص القسم.
				إجراء البحوث والدراسات وتشجيع العاملين عليها.
				تقويم التقنيات والأساليب الخدمائية المتبعة وتطويرها.

1. هل تؤيد انتقال السلطة والإدارة للعاملين في المستشفى؟.

(لا) (نعم)

2. إلى أي مستوى من العاملين تؤيدان تكون الصلاحيات الإدارية؟

1- المستوى العالي (المدراء) 2- المستوى المتوسط (رؤساء الأقسام)

3- المستوى المتدني (العاملين) 4- لجنة منتخبة من العاملين (دون تحديد)

(التخصص)

جدول رقم (1-4) أدوار رئيس القسم

أدوار رئيس القسم									
الاستجابة				عالية جدا	عالية	متوسط	ضعيف	ضعيف جدا	في الخانة النقاط المدرجة تمثل ادوار رئيس القسم الرجاء وضع إشارة (✓) المناسبة
									يحتفظ بملفات متابعة خاصة بالعاملين في
									يزور العاملين في قسمة كل في مكان
									يعمل على تدريب وتنمية العاملين مهنيًا.
									يقوم بإعداد تقارير تقويمية للعاملين في
									يشارك الإدارة في تحديد حاجات قسمة
									يضع جدول المناوبات بدقة وعدالة.
									يشارك العاملين في تحديد حاجاتهم من
									يجيب على تساؤلات المرضى والزائرين
									متابعة التعليمات التي يدونها الأطباء في
									يتابع فحوصات المرضى وإحضارها في
									توفير الأدوية في القسم والمستلزمات
									يوزع المهام على العاملين في قسمة.
									يقوم بمتابعة العمل والعاملين.
									يحافظ على الأدوية الخطرة ويصرفها

جدول رقم (5-1) مميزات مدير المستشفى.

مميزات مدير المستشفى				
الاستجابة				لرجاء وضع إشارة (✓) المناسبة في الخانة النقاط المدرجة والتي تمثل مميزات مدير المستشفى.
منخفضة جداً	منخفضة	متوسطه	عالية	
				معرفة استراتيجيات التعامل مع
				الاستعداد والالتزام بتقديم الدعم
				المعرفة بالمواد والمصادر الادراكية
				الانفتاح نحو الأفكار الجديدة
				الالتزام بدعم وتطوير القيادة عند
				إدراك الحاجة لتنوع الأساليب
				القدرة على حل المشكلات.
				الالتزام بالعمل مع العاملين كزملاء.
				الوعي بالذات واثار ذلك على الآخرين
				الإلمام بالعديد من استراتيجيات
				القدرة على صنع القرار التي تعود

- هل وجود مثل هذا النظام في المستشفى يمكن إن يسهم في تحقيق مستوى خدمات أفضل؟

(لا)

(نعم)

- هل يمكن تطبيق هذا النظام في المستشفى؟ (نعم) (لا)

- هل يمكن تطبيق هذا النظام في فلسطين؟ (نعم) (لا)

جدول رقم (6-1) التنظيم الإداري والهيكل للمستشفى.

التنظيم الإداري والهيكل للمستشفى.					
الاستجابة					
منخفض جداً	منخفض	متوسط	عالي	عالي جداً	
					في الخانة التي تراها مناسبة من وجهة نظرك. (✓) ضع علامة
					الأسس التي تقوم عليها الإدارة هي المستشفى بحاجة إلى مراجعة وتطوير.
					يعد عدد العاملين المخصص لكل قسم مناسباً.
					عدد الوحدات التي يتكون منها المستشفى كافية
					من المفيد إشراك العاملين في كتابة جداول المناوبات.
					من المفيد إشراك رؤساء الأقسام في كتابة تقارير العاملين.
					يستشار المشرفون ورؤساء الأقسام في توزيع العاملين على الأقسام المعنية.
					بتابع المشرفون والإداريون سير العمل في الأقسام بانتظام.
					يتم التنسيق والتعاون بين رؤساء الأقسام المختلفة.
					لا تتعارض تعليمات وتوجيهات الإدارة مع رؤساء الأقسام والمشرفين.
					تعوقني الأعباء الإدارية عن أداء دوري كما ينبغي مع العاملين في الأقسام
					تتوافر لجنة متابعة وأشراف على العاملين في الأقسام.
					من المفيد إشراك رؤساء الأقسام في وضع وتوزيع ميزانية المستشفى.
					تعد الهيكلية الإدارية الموجودة في المستشفى مناسبة.

					من المفيد إشراك رؤساء الأقسام والمشرفين في وضع سياسة المستشفى.
					يلبي المستشفى حاجة المحافظة من الخدمات كماً ونوعاً.
					الهيكلية الإدارية المتبعة في المستشفى أقرت من قبل الوزارة.
					يتم مناقشة الهيكلية الإدارية سنوياً مع إدارة المستشفيات وغيرها حسب الحاجة
					الهيكلية الإدارية هي إحدى مقومات الأداء في المستشفى.
					تعد الهيكلية الإدارية عائقاً أمام كفاءة العمل وتوفير الجهد والوقت.

جدول رقم (7-1) تقويم العاملين

تقويم العاملين				
الاستجابة				ضع إشارة (✓) في الخانة التي تمثل درجة الاستجابة في التقويم المتبع للعاملين في المستشفى
منخفض جداً	منخفض	متوسط	عالي جداً	
				أعتقد أن تقويم العاملين يقوم على أسس صحيحة
				الأساليب والأسس التي يقوم عليها التقويم بحاجة إلى دراسة ومراجعة.
				الأساليب المستخدمة في تقويم أداء العاملين كافية وملائمة
				التقويم في إدارة المستشفى عملية شاملة.
				التقويم في إدارة المستشفى عملية تشخيصية
				التقويم في إدارة المستشفى عملية علاجية
				التقويم في إدارة المستشفى عملية مستمرة.
				من الضروري أن يطلع العاملين على تقويمهم للتحسين من مستواهم.

جدول رقم (8-1) أساليب الإدارة:

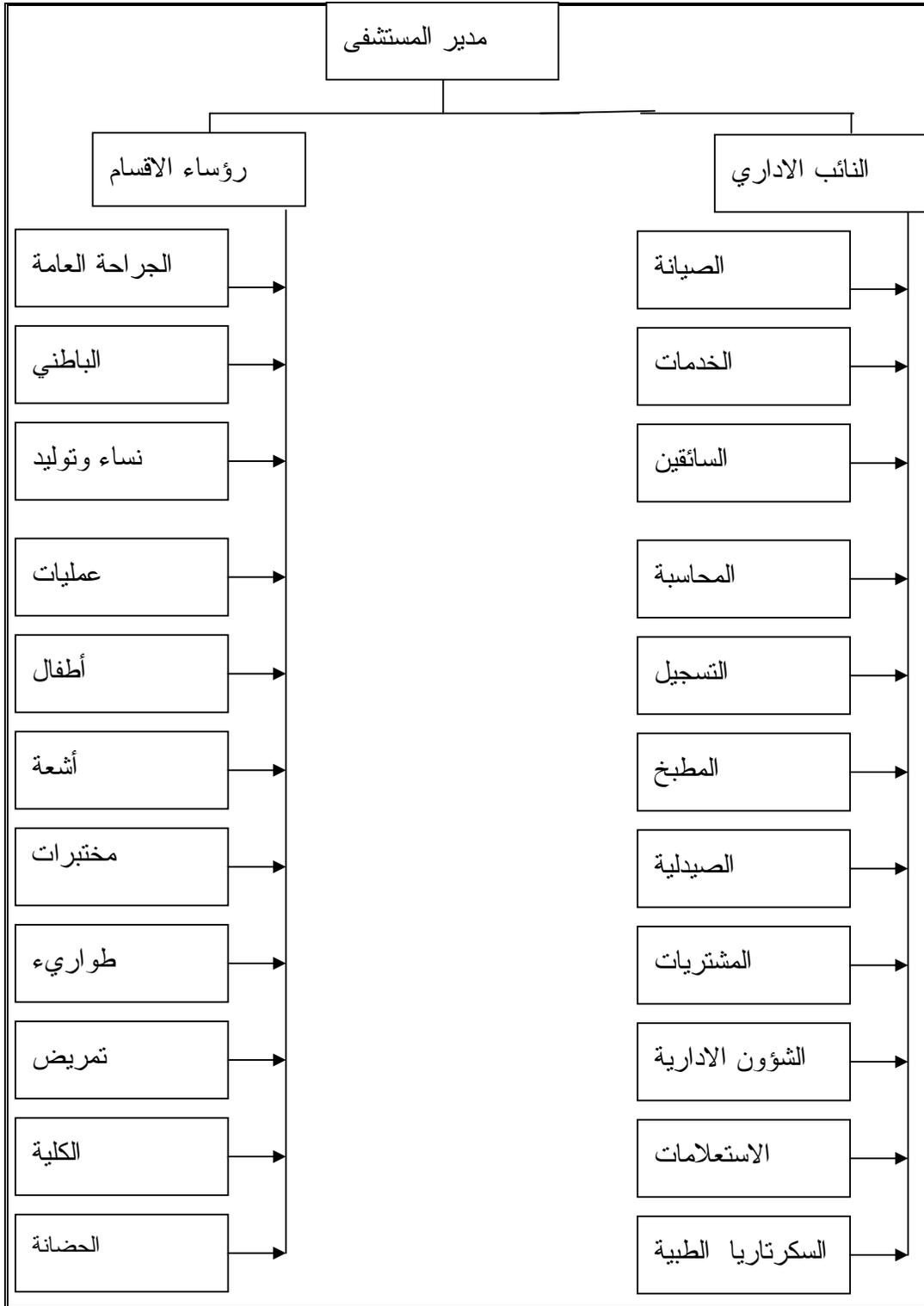
درجة الاستخدام					ضع إشارة في الخانة التي تمثل درجة الاستخدام من الأساليب الإدارية المستخدمة كما يلي:
ضعيف جدا	ضعيف	متوسط	عالي	عالي جدا	
					الزيارة الميدانية.
					المقابلة الفردية.
					إعداد البحوث والدراسات والإحصائيات والاستفادة من نتائجها.
					الدورات التدريبية.
					الاجتماعات العامة للعاملين.
					الزيارات التبادلية بين العاملين.
					النشرات التعليمية والعلمية.
					القراءة الموجهة.
					الندوات العلمية.
					الورش التعليمية والعلمية.

جدول رقم (1-9) مهام مدير المستشفى

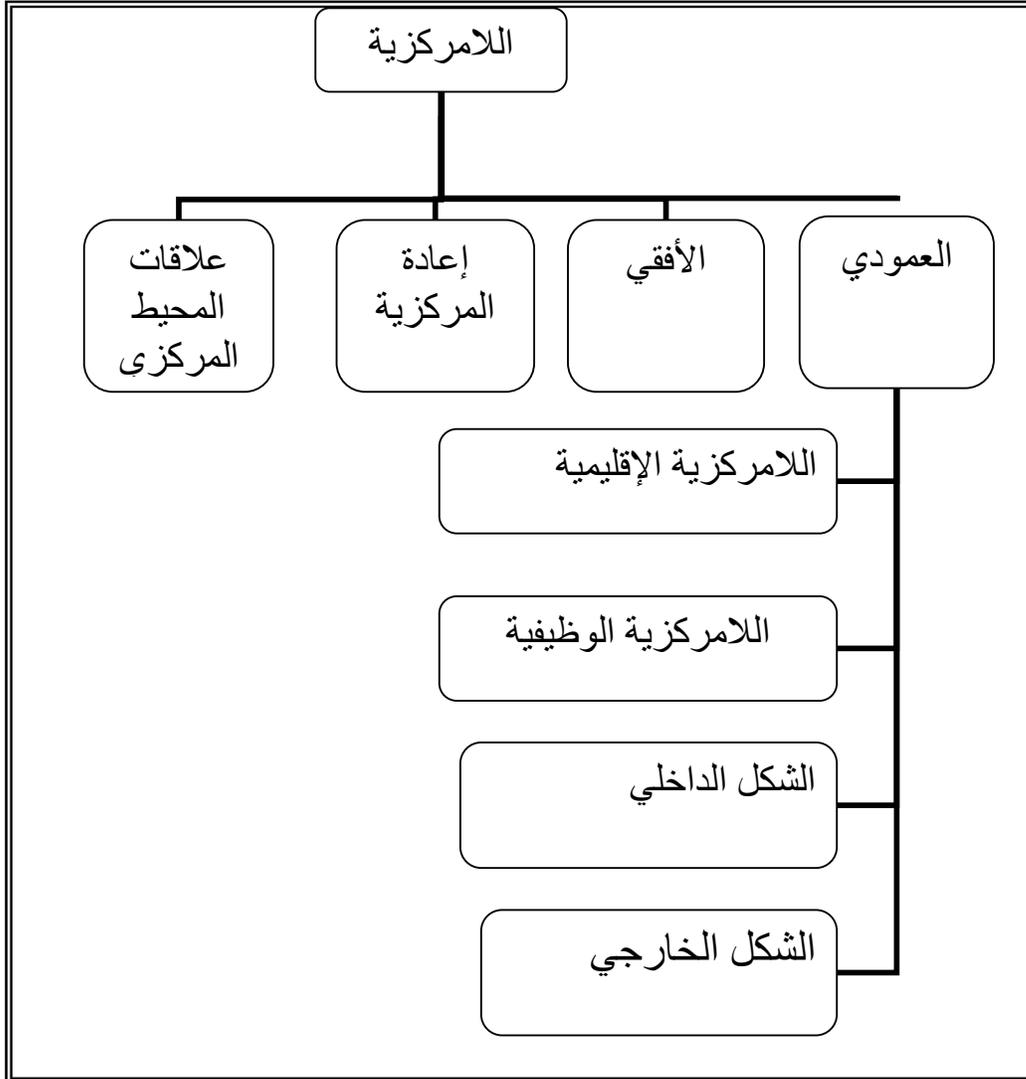
مهام مدير المستشفى				
الاستجابة				النقاط المدرجة تمثل (✓) في الخانة مهام مدير المستشفى الرجاء وضع إشارة المناسبة
ضعيف جدا	ضعيف	متوسط	عالي	
				تأسيس وتنظيم وإدارة نظام فعال على درجة عالية من الجودة
				تلبية متطلبات وزير الصحة والمجتمع المحلي
				مساعدة جميع العاملين على بذل أقصى جهودهم للإسهام في التطوير الحقيقي.
				تقديم أسس التطوير الإداري والفني.
				متابعة جميع جوانب العملية الإدارية و الفنية.
				التركيز على نوعية ومستوى الخدمات في الأقسام.
				متابعة مدى الوصول إلى الأهداف المطلوبة.
				تحديد نقاط القوة والضعف في الأقسام وتطويرها
				رفع إنتاجية العاملين إلى المستوى المطلوب حسب تخصصهم وأهمية

الملحق رقم (2)

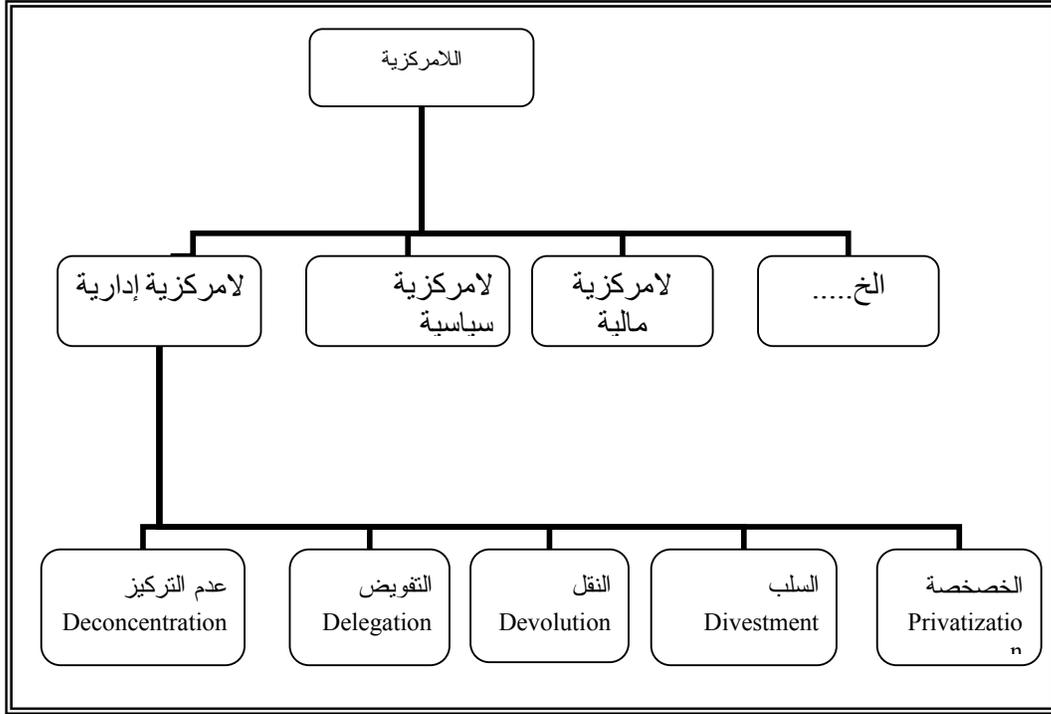
الهيكليات القائمة والمقترحة من قبل وزارة الصحة الفلسطـطينية



شكل رقم (1-2) الهيكلية الادارية المتبعة في المستشفى حتى 2006



شكل رقم (2-2) النموذج العمودي للامركزية



شكل رقم (2-3) أنواع وأشكال اللامركزية واللامركزية

Palestinian National Authority
Ministry of Health
General Hospital Directorate

Nablus
Tel/Fax : 09-384740
384773-384774-385956
P.O : 14



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
الإدارة العامة للمستشفيات في
محافظة الضفة الغربية / نابلس
الهاتف : 385956-09
384773-384774-384740
ص.ب : 14

نموذج خدمات صحة الطفل

الرقم : م/8/2006
التاريخ : 2006/2/7

الأخ مدير مستشفى الشهيد د. خليل سليمان المحترم

تحية فلسطينية وبعد ،،

الموضوع : تدريبات

يرجى العلم بالموافقة على السماح لطالبة ماجستير الصحة العامة مجدولين عبد الله يوسف
نعيرات / جامعة النجاح الوطنية بإجراء استكمال رسالة الماجستير بعنوان " الأمل كآلية
الإدارية نموذج عملي لمستشفى جنين " وذلك اعتباراً من 2006/2/8 .

يرجى تسهيل مهمتها
مع الاحترام ،،

مدير عام الإدارة العامة للمستشفيات

د. نعيم صبرة

نسخة / مدير عام ادارة تنمية القوى البشرية المحترم

2006/2/7

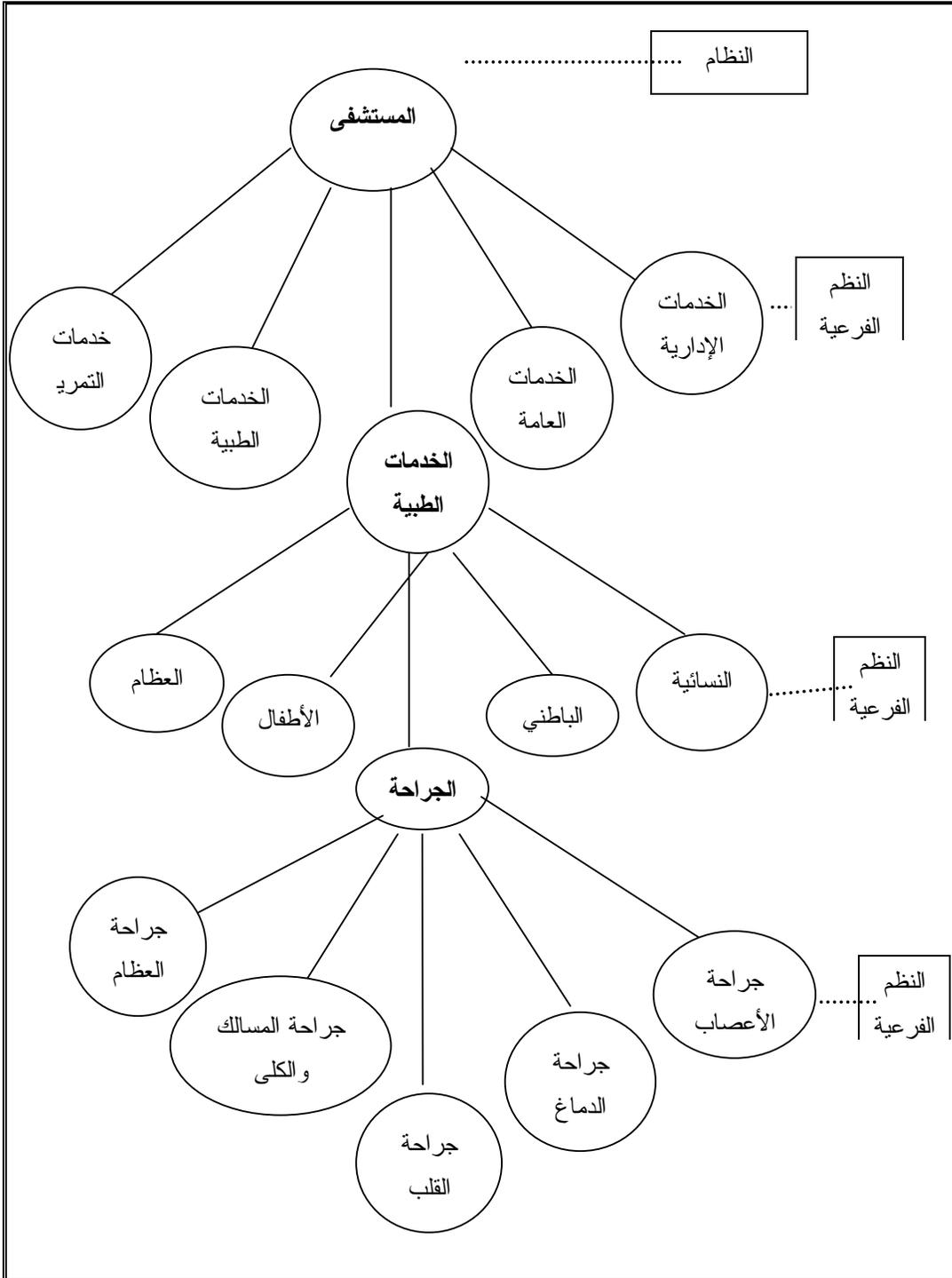
شكل رقم (2-4) نموذج من كتاب الوزارة بالموافقة على إجراء الاستبانة في المستشفى

عدد العاملين في مستشفى الشهيد د. خليل سليمان / جنين

ملاحظات	العدد	الفئة
أحصائي تحديد على عقد خاص	١٥	الأطباء الأخصائيين
٤ في بعثة تخصصية في الأردن	٢٦	الأطباء المقيمين
١١٢	مرض قانوني/٤:٤١ مرض مؤهل/٤:٥٢ مرض مساعد/٤:٣ مرض تحديد: ١ قابلة قانونية: ١٥	التمريض
٣٢	صيدلي: ٤ مساعد صيدلي: ٣ فني مختبر: ١٥ فني أشعة: ٧ فني تحديد: ٣	المهن الطبية المساندة
يضموا الإدارة، السكرتاريا، المكتبة، المهندسين والصيانة، والسواقين .	٤١	الإداريين
	١٧	العمال
	٢٤٣	الإجمالي

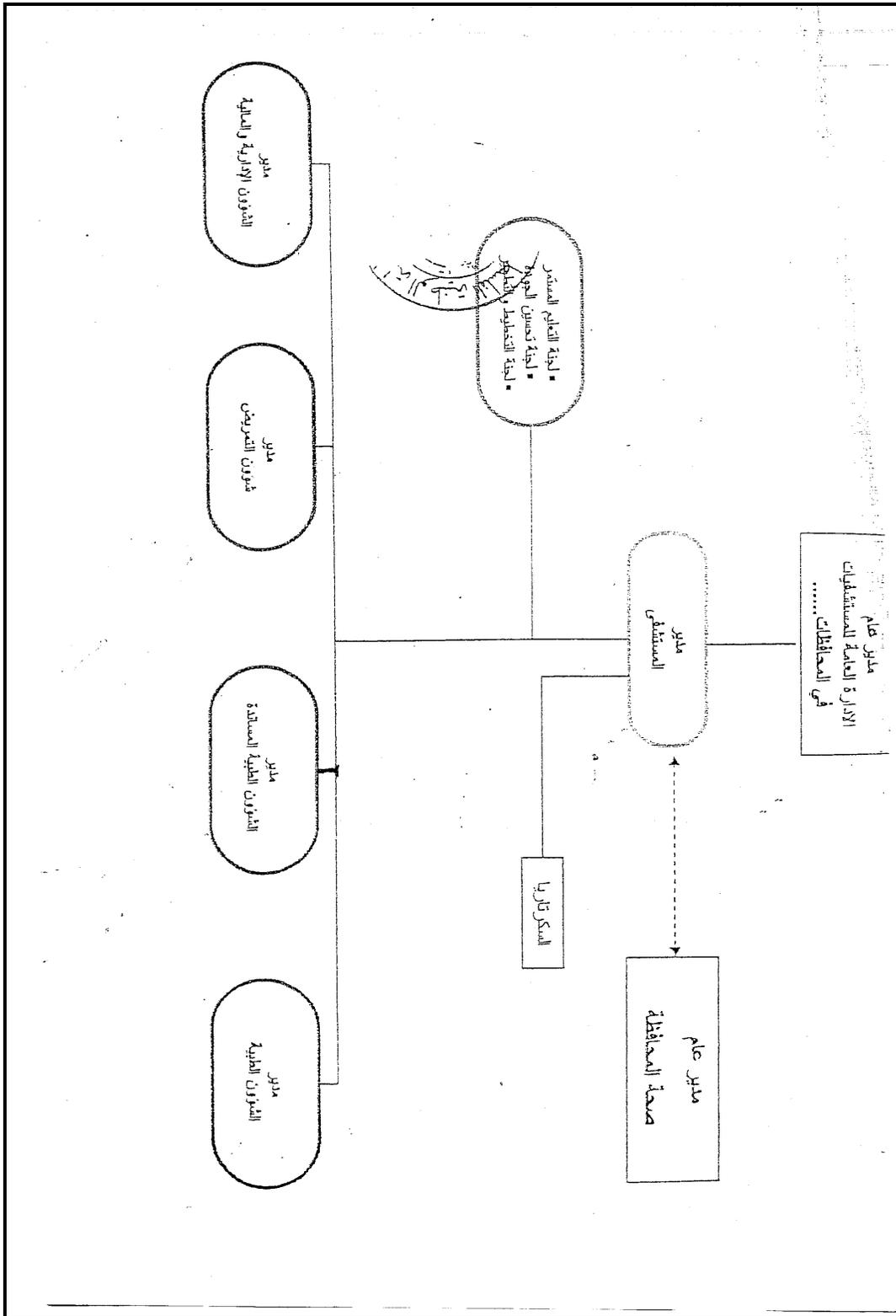
المصدر مستشفى جنين

شكل رقم (2-5) عدد العاملين في مستشفى جنين

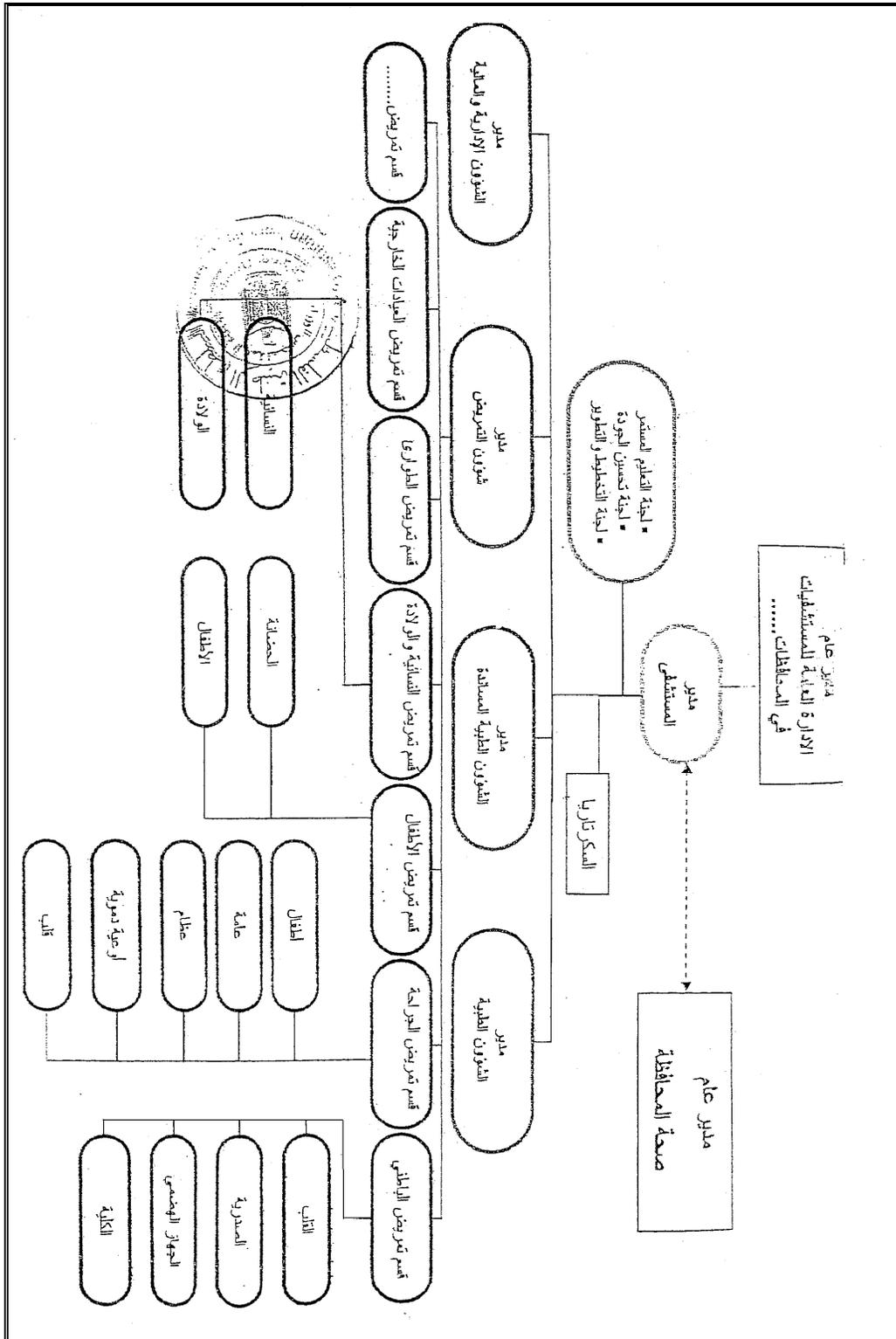


شكل رقم (2-6) المستشفى كنظام مفتوح

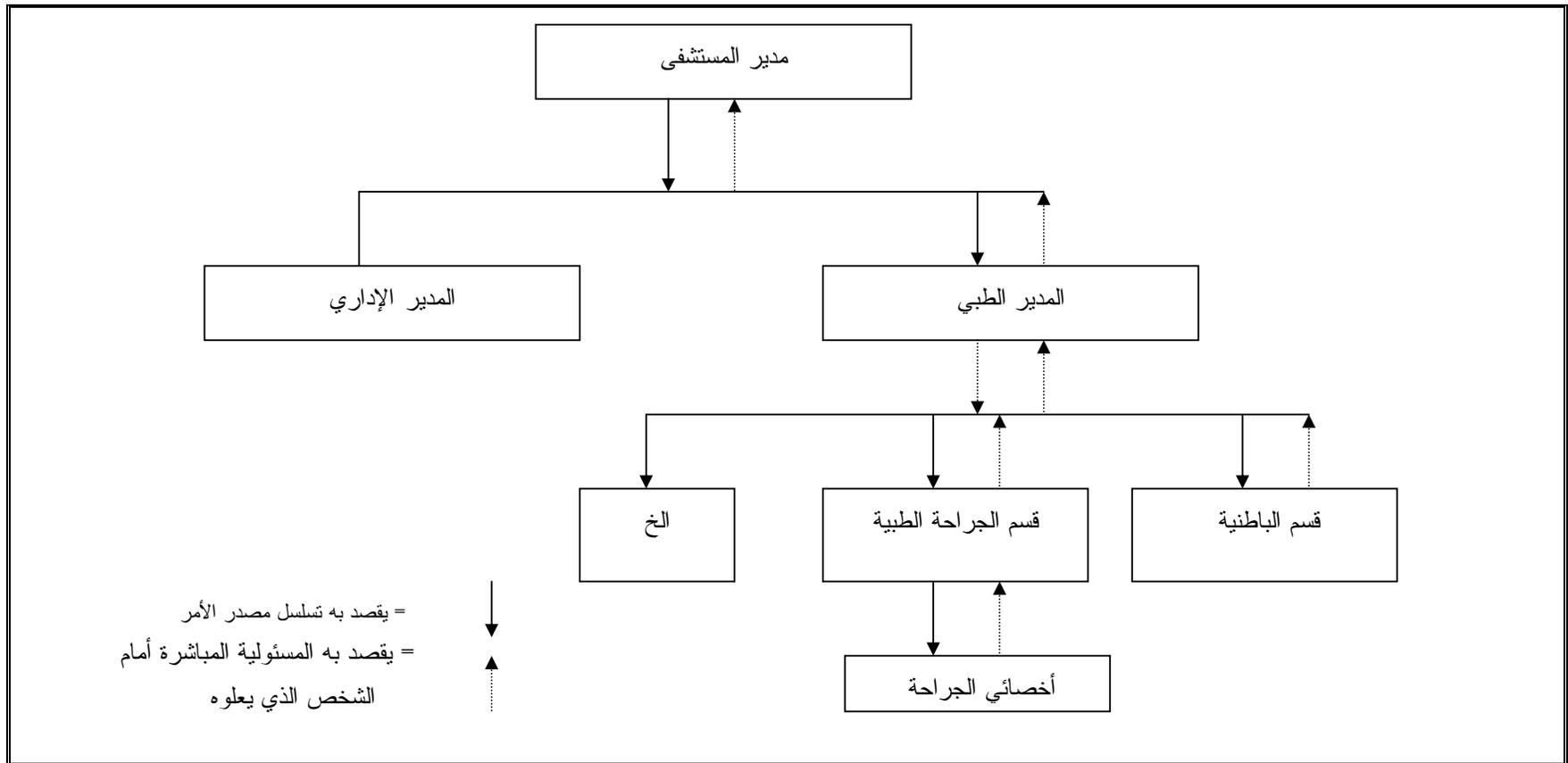
المصدر: حسان حريستاني ومدخل لعلم الإدارة الصحية (الرياض، المملكة العربية السعودية: معهد الإدارة العامة ص50



شكل رقم (2-7-2) هيكلية الإدارة ومدراء الدوائر في المستشفى

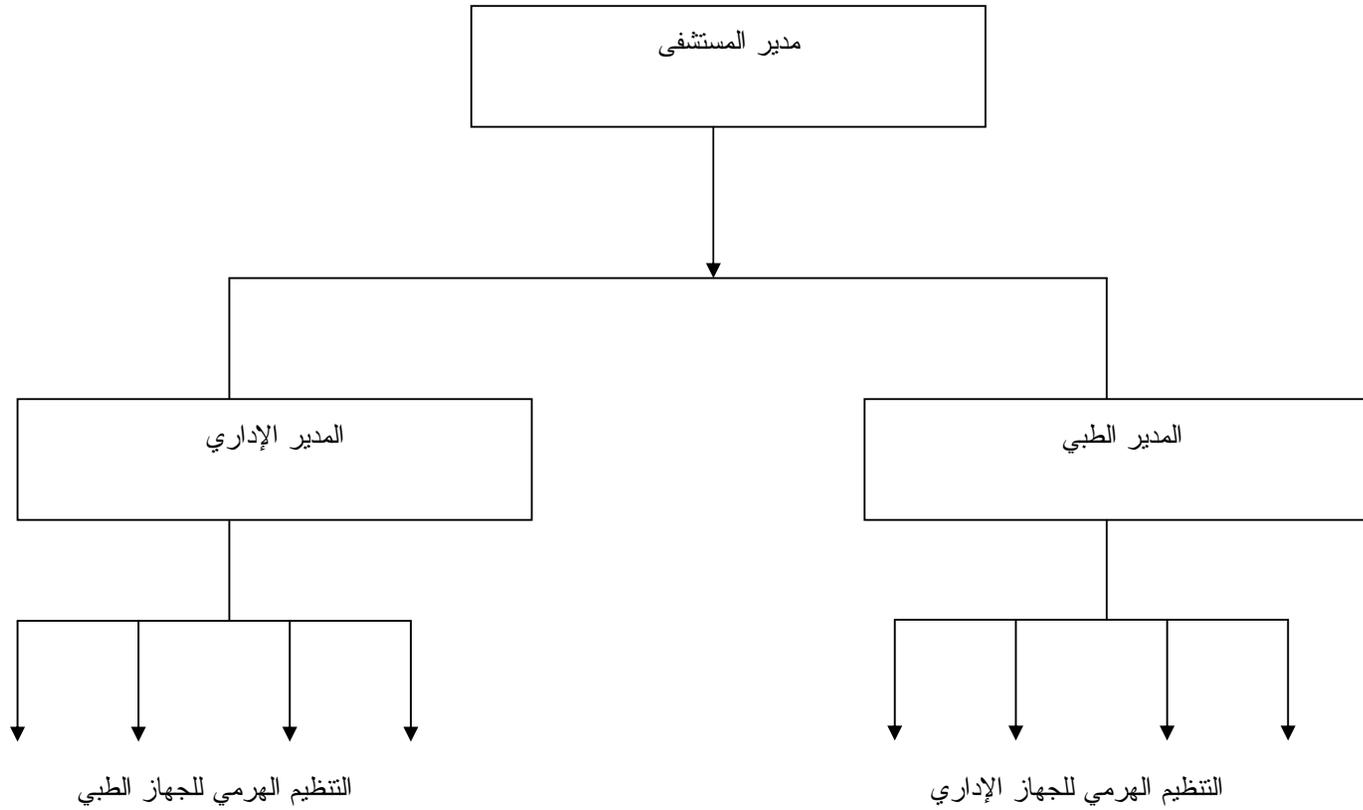


شكل رقم (2-7-4) رسم توضيحي لدائرة التمريض



المصدر حسان حريستاني، المدخل لعلم الإدارة الصحية (الرياض، المملكة العربية السعودية: معهد الإدارة العامة، ص 121)

شكل رقم (2-8) مصدر الأمر في المستشفى ومسؤولية المرؤوس أمام الرئيس



شكل رقم (2-9) نموذج ازدواجية السلطة التنفيذية
المصدر لعلم الإدارة الصحية(الرياض، المملكة العربية السعودية:معهد الإدارة العامة.ص.123)

الملحق رقم (3)

نتائج تحليل عينة الدراسة حسب برنامج spss

1- متغير الجنس مع المجالات

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	الجنس	
.1699	.8148	3.1130	ذكر	أهداف إدارة المستشفى
.2385	.7543	3.2300	تنثى	
8.925E-02	.4280	3.5886	ذكر	مفوم اللامركزية
9.997E-02	.3161	3.5385	تنثى	
3.751E-02	.1799	3.1556	ذكر	التنظيم الإداري والهيكلية
8.146E-02	.2576	3.2211	تنثى	
.1465	.7025	3.0507	ذكر	وظائف رئيس القسم الإداري
.2318	.7330	3.2833	تنثى	
.2242	1.0754	2.8551	ذكر	مهام مدير المستشفى
.3821	1.2084	2.7222	تنثى	
.1577	.7561	2.1565	ذكر	اساليب الإدارة
.2075	.6563	2.2800	تنثى	
.1379	.6614	3.0978	ذكر	تقييم العامبين
.2487	.7866	3.4250	تنثى	
.1147	.5500	3.7565	ذكر	ادوار رئيس القسم
.1505	.4758	3.6400	تنثى	
.2250	1.0791	3.0909	ذكر	مميزات مدير المستشفى
.2537	.8023	2.9909	تنثى	

Independent Samples Test

						t-test for Equality of Means		Levene's Test for Equality of Variances		
	95% Confidence Interval of the Difference	Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2- tailed)	df	t	Sig.	F		
Upper	Lower									
	.5229	-.5926	.2735	-3.4877E-02	.899	31	-.128	.869	.028	الإدارة Equal variances assumed
	.5479	-.6177	.2760	-3.4877E-02	.901	16.841	-.126			Equal variances not assumed

1=4

Group Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	N	الجنس	
.1495	.7171	3.9968	23	ذكر	الاداءه12
.2320	.7337	4.0317	10	تنثى	

						t-test for Equality of Means	Levene's Test for Equality of Variances		Independent Samples Test
95% Confidence Interval of the Difference		Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F	
Upper	Lower								
.5229	-.5926	.2735	-3.4877E-02	.899	31	-.128	.869	.028	Equal variances assumed
.5479	-.6177	.2760	-3.4877E-02	.901	16.841	-.126			Equal variances not assumed

الخبرة مع المجالات

Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares		
.967	.002	1.091E-03	1	1.091E-03	Between Groups	اهداف ادارة المستشفى
		.639	31	19.821	Within Groups	
			32	19.822	Total	
.591	.295	4.664E-02	1	4.664E-02	Between Groups	مفوم اللامركزية
		.158	31	4.901	Within Groups	
			32	4.948	Total	
.879	.024	1.016E-03	1	1.016E-03	Between Groups	التنظيم الاداري والهيكلية
		4.316E-02	31	1.338	Within Groups	
			32	1.339	Total	
.288	1.170	.602	1	.602	Between Groups	اساليب الادارة
		.515	31	15.956	Within Groups	
			32	16.559	Total	
.214	1.612	.788	1	.788	Between Groups	تقييم العاميين
		.489	31	15.151	Within Groups	

			32	15.938	Total	
.980	.001	3.367E-04	1	3.367E-04	Between Groups	وظائف
		.552	31	17.107	Within Groups	
			32	17.108	Total	
.924	.009	7.333E-03	1	7.333E-03	Between Groups	مهام
		.795	31	24.660	Within Groups	
			32	24.667	Total	
.186	1.825	.358	1	.358	Between Groups	ادوار رئي
		.196	31	6.077	Within Groups	
			32	6.435	Total	
.052	4.073	2.135	1	2.135	Between Groups	مميزات 1
		.524	31	16.252	Within Groups	
			32	18.388	Total	
.165	2.026	.992	1	.992	Between Groups	الاداء 12
		.490	31	15.175	Within Groups	
			32	16.167	Total	

المؤهل مع المجالات
ANOVA

Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares		
.969	.031	2.068E-02	2	4.136E-02	Between Groups	اهداف ادارة
		.659	30	19.781	Within Groups	المستشفى
			32	19.822	Total	
.466	.784	.123	2	.246	Between Groups	مفوم اللامركزية
		.157	30	4.702	Within Groups	
			32	4.948	Total	
.139	2.111	8.259E-02	2	.165	Between Groups	التنظيم الاداري
		3.912E-02	30	1.174	Within Groups	والهيكلية
			32	1.339	Total	

.914	.090	4.926E-02	2	9.852E-02	Between Groups	اساليب الادارة
		.549	30	16.460	Within Groups	
			32	16.559	Total	
.612	.499	.257	2	.513	Between Groups	تقييم العاميين
		.514	30	15.425	Within Groups	
			32	15.938	Total	
.293	1.280	.672	2	1.345	Between Groups	وظائف
		.525	30	15.763	Within Groups	
			32	17.108	Total	
.111	2.372	1.684	2	3.368	Between Groups	مهام
		.710	30	21.299	Within Groups	
			32	24.667	Total	
.132	2.171	.407	2	.814	Between Groups	ادوار رئي
		.187	30	5.621	Within Groups	
			32	6.435	Total	
.275	1.350	.759	2	1.518	Between Groups	مميزات 1
		.562	30	16.870	Within Groups	
			32	18.388	Total	
.466	.783	.401	2	.802	Between Groups	الاداء 12
		.512	30	15.365	Within Groups	
			32	16.167	Total	

التخصص معى المجالات

ANOVA

Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares		
.076	2.812	1.565	2	3.130	Between Groups	اهداف ادارة المستشفى
		.556	30	16.693	Within Groups	
			32	19.822	Total	
.822	.197	3.202E-02	2	6.405E-02	Between Groups	مقوم اللامركزية
		.163	30	4.884	Within Groups	
			32	4.948	Total	
.344	1.106	4.598E-02	2	9.196E-02	Between Groups	التنظيم الاداري والهيكل
		4.156E-02	30	1.247	Within Groups	
			32	1.339	Total	
.994	.006	3.291E-03	2	6.582E-03	Between Groups	اساليب الادارة
		.552	30	16.552	Within Groups	
			32	16.559	Total	
.935	.068	3.582E-02	2	7.164E-02	Between Groups	تقييم العاميين
		.529	30	15.867	Within Groups	
			32	15.938	Total	
.297	1.266	.666	2	1.331	Between Groups	وظائف
		.526	30	15.776	Within Groups	
			32	17.108	Total	
.594	.529	.420	2	.841	Between Groups	مهام
		.794	30	23.826	Within Groups	
			32	24.667	Total	
.070	2.910	.523	2	1.046	Between Groups	ادوار رئي
		.180	30	5.389	Within Groups	
			32	6.435	Total	
.277	1.341	.754	2	1.508	Between Groups	مميزات 1
		.563	30	16.879	Within Groups	
			32	18.388	Total	
.244	1.481	.726	2	1.452	Between Groups	الاداء

		.490	30	14.714	Within Groups
			32	16.167	Total

هل توافق ان تنقل اللامركزية للعاملين على مستوى الجنس

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	N	الجنس	
9.810E-02	.4705	1.6957	23	ذكر	ag
.1000	.3162	1.9000	10	تنثى	

Independent Samples Test

						t-test for Equality of Means	Levene's Test for Equality of Variances		
		95% Confidence Interval of the Difference	Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F
Upper	Lower								
.1289	-.5376	.1634	-.2043	.220	31	-1.251	.004	9.688	Equal variances assumed
8.408E-02	-.4928	.1401	-.2043	.157	25.135	-1.459			Equal variances not assumed

على مستوى الخبرة

Descriptives age

Maximum	Minimum		95% Confidence Interval for Mean	Std. Error	Std. Deviation	Mean	N	
		Upper Bound	Lower Bound					
2.00	2.00	2.0000	2.0000	.0000	.0000	2.0000	3	1-3 سنوات
2.00	1.00	1.9013	1.5654	8.212E-02	.4498	1.7333	30	اكثر من ثلاث سنوات
2.00	1.00	1.9119	1.6033	7.576E-02	.4352	1.7576	33	Total

ANOVA age

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.194	1	.194	1.025	.319
Within Groups	5.867	31	.189		
Total	6.061	32			

على المؤهل العلمي

ag

Maximum	Minimum		95% Confidence Interval for Mean	Std. Error	Std. Deviation	Mean	N	
		Upper Bound	Lower Bound					
2.00	1.00	2.3553	1.2447	.2000	.4472	1.80005	5	دبلوم
2.00	1.00	1.9399	1.5801 7-4	8.718E-02	.4359	1.760025	25	بكالوريوس
2.00	1.00	3.1009	.2324	.3333	.5774	1.66673	3	ماجستير
2.00	1.00	1.9119	1.6033	7.576E-02	.4352	1.757633	33	Total

ANOVA age

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3.394E-02	2	1.697E-02	.084	.919
Within Groups	6.027	30	.201		
Total	6.061	32			

على التخصص

Descriptives age

Maximum	Minimum		95% Confidence Interval for Mean	Std. Error	Std. Deviation	Mean	N	
		Upper Bound	Lower Bound					
2.00	1.00	1.9895	1.5399	.1060	.4372	1.7647	17	اداري
2.00	1.00	2.0374	1.4626	.1306	.4523	1.7500	12	ممرض
2.00	1.00	2.5456	.9544	.2500	.5000	1.7500	4	طبيب
2.00	1.00	1.9119	1.6033	7.576E-02	.4352	1.7576	33	Total

ANOVA ag

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.783E-03	2	8.913E-04	.004	.996
Within Groups	6.059	30	.202		
Total	6.061	32			

إلى أي مستوى من العاملين على الجنس

Group Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	N	الجنس	
.1534	.7359	1.2174	23	ذكر	lw
.3000	.9487	1.3000	10	تنثى	

						t-test for Equality of Means		Levene's Test for Equality of Variances		
	95% Confidence Interval of the Difference	Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F		
Upper	Lower									
.5381	-.7033	.3043	-8.2609E-02	.788	31	-.271	.571	.328	Equal variances assumed	lw
.6404	-.8056	.3370	-8.2609E-02	.810	13.935	-.245			Equal variances not assumed	

على الخبرة

Descriptives

Maximum	Minimum		95% Confidence Interval for Mean	Std. Error	Std. Deviation	Mean	N	
		Upper Bound	Lower Bound	9-4				
1.00	1.00	1.0000	1.0000	.0000	.0000	1.0000	3	1-3 سنوات
4.00	1.00	1.5757	.9576	.1511	.8277	1.2667	30	أكثر من ثلاث سنوات
4.00	1.00	1.5232	.9617	.1378	.7918	1.2424	33	Total

ANOVA
lw

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.194	1	.194	.303	.586
Within Groups	19.867	31	.641		
Total	20.061	32			

على المؤهل
Descriptives
lw

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
دبلوم	5	2.0000	1.4142	.6325	.2440	3.7560	1.00	4.00
بكالوريوس	25	1.1200	.6000	.1200	.8723	1.3677	1.00	4.00
ماجستير	3	1.0000	.0000	.0000	1.0000	1.0000	1.00	1.00
Total	33	1.2424	.7918	.1378	.9617	1.5232	1.00	4.00

ANOVA
lw

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3.421	2	1.710	3.083	.061
Within Groups	16.640	30	.555		
Total	20.061	32			

على التخصص
Descriptives
lw

Maximum	Minimum		95% Confidence Interval for Mean	Std. Error	Std. Deviation	Mean	N	
		Upper Bound	Lower Bound					
4.00	1.00	1.5506	.8024	.1765	.7276	1.1765	17	اداري
4.00	1.00	2.0496	.7837	.2876	.9962	1.4167	12	ممرض
1.00	1.00	1.0000	1.0000	.0000	.0000	1.0000	4	طبيب
4.00	1.00	1.5232	.9617	.1378	.7918	1.2424	33	Total

ANOVA
lw

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.673	2	.337	.521	.599
Within Groups	19.387	30	.646		
Total	20.061	32			

هل تطبيق اللامركزية يحقق مستوى خدمات أفضل

الجنس

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
if1	ذكر	23	2.0000	.0000	.0000
	تنثى	10	2.0000	.0000	.0000

a t cannot be computed because the standard deviations of both groups are 0.

الخبرة

Std. Deviation	Mean	
.0000	2.0000	1-3 سنوات
.0000	2.0000	اكثر من ثلاث سنوات
.0000	2.0000	Total

هل تطبيق اللامركزية يحقق مستوى خدمات أفضل

if1

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.000	1	.000	.	.
Within Groups	.000	31	.000		
Total	.000	32			

هل تطبيق اللامركزية يحقق مستوى خدمات أفضل

المؤهل

Std. Deviation	Mean	
.0000	2.0000	دبلوم
.0000	2.0000	بكالوريوس
.0000	2.0000	ماجستير
.0000	2.0000	Total

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.000	2	.000	.	.
Within Groups	.000	30	.000		
Total	.000	32			

التخصص

Std. Deviation	Mean	
.0000	2.0000	اداري
.0000	2.0000	ممرض
.0000	2.0000	طبيب
.0000	2.0000	Total

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.000	2	.000	.	.
Within Groups	.000	30	.000		
Total	.000	32			

هل يمكن تطبيق اللامركزية في المستشفى

على الجنس

Group Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	N	الجنس	
4.348E-02	.2085	1.9565	23	ذكر	if2
.0000	.0000	2.0000	10	تنثى	

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
if2	Equal variances assumed	1.875	.181	-.653	31	.518	-4.3478E-02	6.654E-02	-.1792	9.222E-02
	Equal variances not assumed			-1.000	22.000	.328	-4.3478E-02	4.348E-02	-.1336	4.669E-02

على الخبرة

Descriptives

if2

Maximum	Minimum		95% Confidence Interval for Mean	Std. Error	Std. Deviation	Mean	N	
		Upper Bound	Lower Bound					
2.00	2.00	2.0000	2.0000	.0000	.0000	2.0000	3	1-3 سنوات
2.00	1.00	2.0348	1.8985	3.333E-02	.1826	1.9667	30	أكثر من ثلاث سنوات
2.00	1.00	2.0314	1.9080	3.030E-02	.1741	1.9697	33	Total

ANOVA

if2

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
--	----------------	----	-------------	---	------

Between Groups	3.030E-03	1	3.030E-03	.097	.757
Within Groups	.967	31	3.118E-02		
Total	.970	32			

المؤهل

Descriptives

if2

Maximum	Minimum		95% Confidence Interval for Mean	Std. Error	Std. Deviation	Mean	N	
		Upper Bound	Lower Bound					
2.00	2.00	2.0000	2.0000	.0000	.0000	2.0000	5	دبلوم
2.00	1.00	2.0426	1.8774	4.000E-02	.2000	1.9600	25	بكالوريوس
2.00	2.00	2.0000	2.0000	.0000	.0000	2.0000	3	ماجستير
2.00	1.00	2.0314	1.9080	3.030E-02	.1741	1.9697	33	Total

ANOVA

if2

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	9.697E-03	2	4.848E-03	.152	.860
Within Groups	.960	30	3.200E-02		
Total	.970	32			

التخصص

Descriptives

if2

Maximum	Minimum		95% Confidence Interval for Mean	Std. Error	Std. Deviation	Mean	N	
		Upper Bound	Lower Bound					
2.00	1.00	2.0659	1.8165	5.882E-02	.2425	1.9412	17	اداري
2.00	2.00	2.0000	2.0000	.0000	.0000	2.0000	12	ممرض
2.00	2.00	2.0000	2.0000	.0000	.0000	2.0000	4	طبيب
2.00	1.00	2.0314	1.9080	3.030E-02	.1741	1.9697	33	Total

ANOVA

if2

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2.852E-02	2	1.426E-02	.455	.639
Within Groups	.941	30	3.137E-02		
Total	.970	32			

**An-Najah National University
Faculty of Graduate Studies**

**Administrative Decentralization
Practical Model for Jenine Hospital**

By:

Majdoline Abdalla Yousef Nuarat

Supervisor:

Dr Suleiman Khalil

Dr Qasim Maani

*Submitted in Partial Fulfillment of the requirements for the Degree of
Master of public Health, Faculty of Studies, at An-Najah National
Univesity, Nablus, Palestine.*

2006

**Administrative Decentralization
Practical Model for Jenine Hospital**
Prepared by:
Majdoline Abdallah Yousef Nuarat

Supervisor:
Dr Suleiman Kkalil
Dr Qasim Maani

Abstract:

Decentralization has become popular management strategy in many health care systems all over the world.

The strategy of applying decentralization in many institutions in the world seems as away to dissolve major problems that face these institutions in finance, social, technical, and mainly administrative manner.

Many studies make distinctions between high quality assurance and decentralization to manage services in any organization.

Palestinian authority was made concern about decentralization concepts and techniques ,so many institutions in different fields was try to study an apply parts of its strategies as decentralization manner.

To day, academics, practitioners and development stakeholders universally recognize the importance of good governance practices for alleviating chronic poverty and injustice .Simultaneously, the world has increasingly turned towers the practice of decentralization to assure democratic governance for human development.

The main question of the study is: How can decentralization increase the quality of health team and work by improving the administrative framework of the institution? And what is their opinion on that?

This study contains six sections, the first one deal with subject and describes the place and the main problem. The second section was assessed the structures and types of decentralization, and assess the political, economical, social, clinical, and equity impacts of alternative decentralization strategies in Jenine hospital. The third section of the study, was evaluated the existing patterns of the implementation of decentralization in different regions in the world and as contrast on the theoretical advantages of decentralization found in the literature with practical experience in the hospital. The fourth section of this study was deal with the methodology and research out line. The fifth section of study was translated the main results of the collected data that was discussed the purpose of applying decentralization in the hospital, and the benefits of implemented this type of administrative strategy. The methodology of this was discussed in section four, which contains the data collection and data analysis by statistical systems on (SPSS) .The study has number of annexes contains proposed frame works to be hold out in the process of institutional development .The sixth section was presented some recommendations to be taken in considerations.

The target population of this study was contained about of (73) of Jenine hospital members only (36)who picked up as target group, and (3)of them

was hold off because of technical points ,and (33) questionnaires was banked on to be as target group, divided as (23)mails, and(10) females .The study depends on four variables ;sex, qualification, license, experience. AT the end of study concluded in some recommendations as ;there is need to change the managerial system of the hospital, the administrative manner and policy couldn't meet the hospital and team needs ,and to be part of hospital basic development this system must be changed to decentralization one. It proposed managerial frame work, to be presented to health policy makers, and to form a centralize board to follow up the decentralization process in the hospital, and drown the decentralization map in order to promote health sector reform, and hospital quality of team and work.
