

طولكرم - فلسطين 1933



فجوات الواقع وآفاق التحسين

توفير الأدوية للنساء المصابات بالأمراض
المزمنة في طولكرم

2025



AFRICAN
WOMEN'S
DEVELOPMENT
FUND



الفهرس

3	المخلص التنفيذي
3	تأطير عام
3	خلفية التقرير
3	أهمية و أهداف التقرير
4	منهجية التحليل وأدواته
4	مقدمة نتائج تحليل الاستمارة
5	نتائج تحليل الإستمارة
11	الاستنتاج التفصيلي
12	التوصيات



الملخص التنفيذي:

يكشف هذا التقرير، المستند إلى منهجية بطاقة التقييم المجتمعي، عن صورة شاملة لواقع خدمات توفير الأدوية للنساء المصابات بالأمراض المزمنة في محافظة طولكرم، في ظل سياق إنساني معقد يتأثر بالنزوح، والحصار، وضعف البنية التحتية الصحية. أظهرت النتائج أن معظم المؤشرات الأساسية – مثل استمرارية توفر الأدوية، وجود بدائل علاجية، سرعة الاستجابة، جودة التخزين، وضوح المعلومات، واحترام حقوق المرضى – جاءت بمستويات منخفضة تتعارض مع المعايير الوطنية والدولية. كما برزت فجوات مؤسسية واضحة في التنسيق بين المرافق الصحية وغياب الخطط البديلة، إلى جانب قصور في التثقيف والإرشاد. تمثل هذه المعطيات أساسًا لمساءلة الجهات المسؤولة، ولصياغة تدخلات عاجلة تكامل فيها جهود الحكومة والمؤسسات غير الحكومية لضمان حق النساء في علاج مستدام وآمن.



التأثير العام:

تأتي هذه الدراسة في سياق بيئة صحية هشّة في طولكرم، حيث تتأثر الخدمات الطبية بالأزمات الإنسانية المستمرة، وما يرافقها من ضغوط اقتصادية واجتماعية وسياسية. تشكل النساء المصابات بالأمراض المزمنة فئة عالية الهشاشة، إذ يعتمد استقرارهن الصحي على استمرارية الإمداد الدوائي وجودة الرعاية المقدمة. لكن الواقع الميداني يكشف عن فجوة بين ما تنص عليه السياسات الوطنية ومعايير منظمة الصحة العالمية، وبين الممارسة الفعلية على الأرض، في ظل نزوح داخلي واسع وضغوط على المرافق الصحية. هذه الفجوة لا ترتبط فقط بنقص الموارد، بل تمتد لتشمل ضعف التنسيق، غياب الشفافية، محدودية البدائل، ونقص الإرشاد، ما يجعل التحدي مركبًا يتطلب استجابة متعددة المستويات. من هنا، يهدف هذا التقرير إلى توفير قراءة دقيقة تستند إلى أصوات النساء وتجاربهن المباشرة، لتكون مرجعًا للتخطيط والتطوير والمناصرة.

أهمية التقرير

- تتمثل أهمية وأهداف التقرير في النقاط التالية: تعزيز المساءلة المجتمعية من خلال عرض تقييم حقيقي لجودة وكفاية خدمات الأدوية كما تراها المريضات.
- تحديد نقاط القوة والضعف في المنظومة الصحية المحلية في طولكرم.
- تقديم أدلة كمية وتنوعية لصناع القرار والجهات المانحة لتوجيه التدخلات.
- دعم المناصرة والضغط الإيجابي لتحسين استمرارية وجودة الخدمات الدوائية للنساء المصابات بأمراض مزمنة.

خلفية التقرير

تواجه محافظة طولكرم، كغيرها من المحافظات الفلسطينية، تحديات متزايدة في قطاع الصحة نتيجة الظروف السياسية والأمنية، التي تؤثر على وصول الأدوية والمستلزمات الطبية. في هذا السياق، تبرز معاناة النساء المصابات بأمراض مزمنة بشكل خاص، نظرًا لاعتمادهن على أدوية يومية للحفاظ على استقرار حالتهم الصحية. مع تكرار الأزمات وانقطاع الأدوية، وغياب البدائل المناسبة، وتفاوت مستوى الخدمة بين المرافق، أصبح من الضروري إجراء تقييم ميداني يعتمد على تجارب المستفيدات المباشرات. يهدف التقرير إلى سد الفجوة بين الواقع كما يُعاش وبين ما يرد في التقارير الرسمية، وتقديم توصيات مبنية على بيانات موثوقة لتحسين جودة وكفاية الخدمات الدوائية.

مقدمة نتائج تحليل الاستمارة

منهجية التحليل وأدواته

اعتمد التقرير على منهجية بطاقة التقييم المجتمعي (Community Score Card)، وهي إحدى الأدوات التشاركية المعتمدة لرصد جودة الخدمات العامة من منظور الفئات المستفيدة، وتُستخدم لتعزيز المساءلة المجتمعية وإشراك المواطنين في تقييم الأداء الخدمي للمؤسسات. تقوم هذه المنهجية على جمع مؤشرات كمية ونوعية من تجارب واقعية، وربطها بالسياق الاجتماعي والاقتصادي للمشاركين، بما يسمح بإنتاج تقييم ملموس يعكس أثر الخدمة كما يُعاش فعليًا، لا كما يُقدّم في التقارير الرسمية.

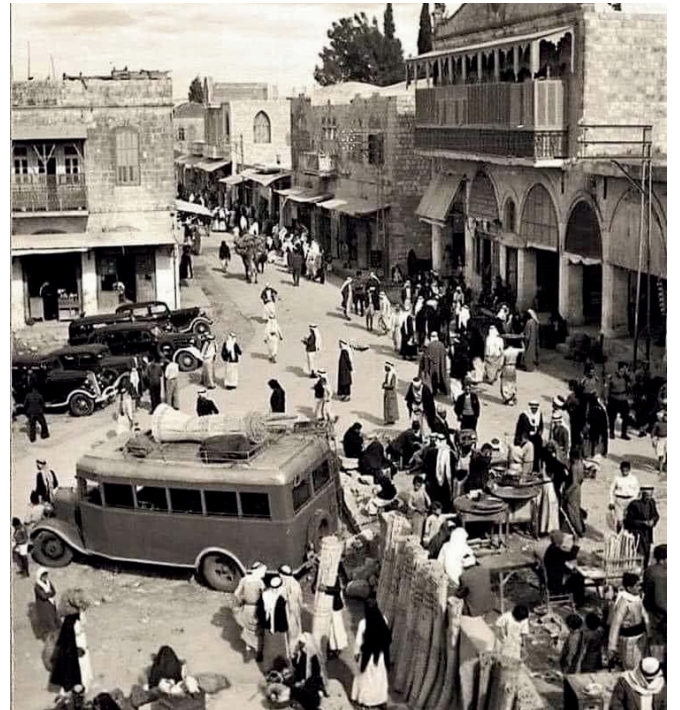
في هذا الإطار، تم تصميم استبيان إلكتروني وُزِع على عينة من 50 امرأة من مختلف الأعمار والفئات السكانية (محليات ونازحات) في محافظة طولكرم، وجرى تحليل البيانات باستخدام الأسلوب الوصفي التكراري لرصد الاتجاهات العامة ونقاط القوة والضعف.

هذه النتائج تمثل قراءة ميدانية دقيقة لواقع خدمة توفير الأدوية في طولكرم، وتكشف عن فجوات واضحة بين ما هو قائم والمعايير الوطنية والدولية. أظهرت البيانات المستخلصة من الاستبيان صورة تفصيلية لما تواجهه النساء عند محاولة الحصول على علاجهن المنتظم للأمراض المزمنة؛ فقد برزت تقييمات سلبية في معظم المؤشرات، بدءًا من توفر الأدوية الأساسية والبدائل، مرورًا بسرعة الاستجابة وجودة التخزين، وصولًا إلى التنسيق المؤسسي وشفافية المعلومات.

كما رُصدت تباينات ملحوظة بين النازحات والسكان المحليين في سهولة الوصول للخدمة. هذه المعطيات تمثل الأساس لما يلي من تحليل يوضح أبعاد القصور وأسبابه المحتملة، ويحدد مجالات التدخل العاجل لضمان خدمة دوائية مستدامة وعادلة.

المحاور الرئيسية التي ركّزت عليها أسئلة الاستبيان:

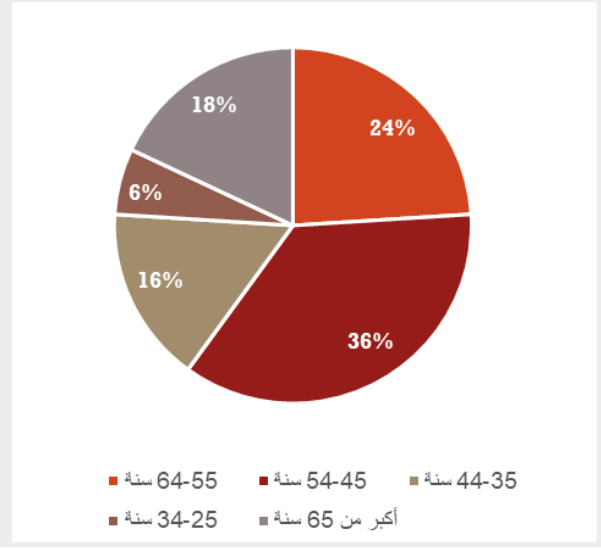
- استمرارية توفر الأدوية الأساسية وجودة البدائل.
- سرعة الاستجابة والتنسيق بين المرافق الصحية.
- وضوح المعلومات، والإرشاد الصحي، واحترام حقوق المريضات.
- جودة التخزين، ومدة الانتظار، ومستوى الرضا العام.



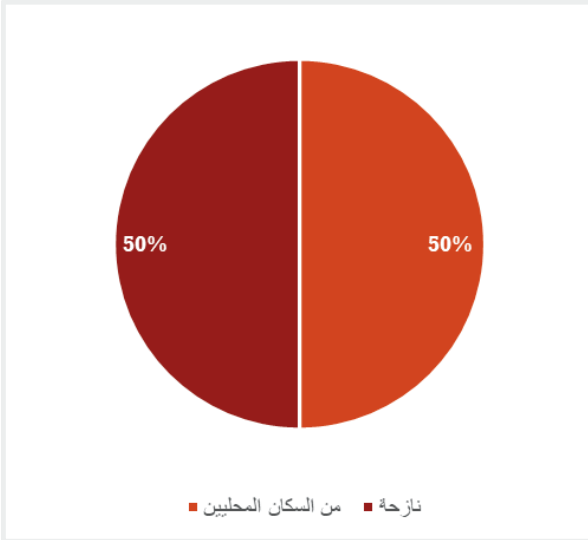
الفئات العمرية للمشاركة

تمثل الفئة العمرية 54-45 سنة النسبة الأكبر من المشاركات 36%، تليها 34-25 سنة 24%، و64-55 سنة 18%، بينما 44-35 سنة 16%، وأقل من 25 سنة لا تتجاوز 6%. هذا التوزيع يتماشى مع بيانات وزارة الصحة التي تؤكد أن أكثر من ثلثي مرضى الأمراض المزمنة في فلسطين فوق الأربعين. منظمة الصحة العالمية تصنف هذه الفئات على أنها ذات أولوية قصوى في خطط استمرارية العلاج، وأي انقطاع دوائي لها قد يرفع الوفيات المبكرة. النتيجة هنا متوافقة مع الاتجاهات الصحية العامة لكنها تكشف أن أي نقص في الأدوية سيصيب الفئة الأكثر هشاشة مباشرة.

الشكل الأول



الشكل الثاني



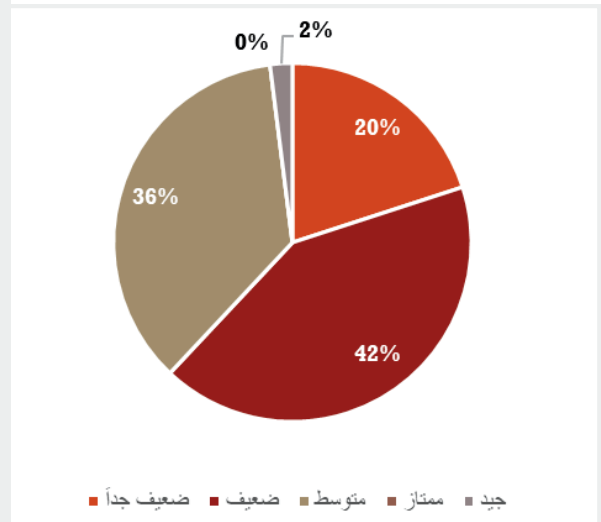
توزيع السكان (نازحات / سكان محليين)

جاءت النسب متساوية بين النازحات والسكان المحليين 50% لكل فئة، وهو ما يعكس واقع النزوح القسري الذي توثقه تقارير OCHA باستمرار في طولكرم. هذا التوزيع يتيح مقارنة عادلة لكنه يوضح أن نصف المستجيبات يعشن في ظروف أكثر هشاشة من حيث الوصول للعلاج. وزارة الصحة لا تملك حتى الآن سياسة توزيع أدوية حساسة للنزوح، ما يجعل النتيجة هنا متوافقة مع تقارير OCHA لكنها تكشف فجوة واضحة في التخطيط الوطني لتغطية احتياجات هذه الفئة.

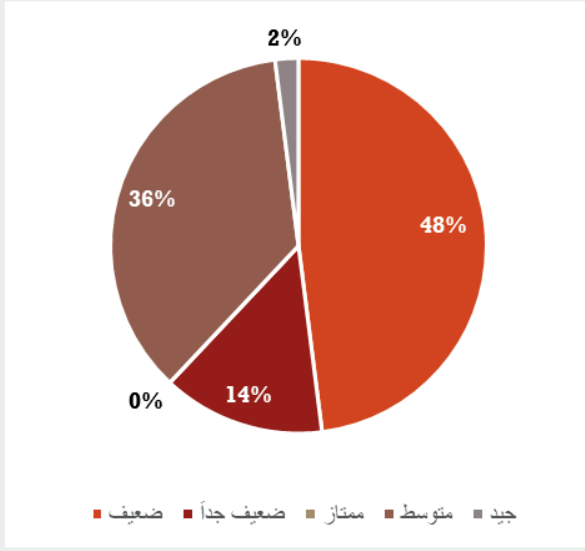
توفر الأدوية الأساسية بشكل منتظم

أفادت 42% بأن التوفر ضعيف، و36% متوسط، و20% جيد، وهي نسب أقل بكثير من معيار منظمة الصحة العالمية (80% توفر دائم). سياسة وزارة الصحة تنص على وجود قائمة الأدوية الأساسية في جميع المراكز الصحية على مدار العام، لكن الوضع في طولكرم يتعارض مع هذا الالتزام. هذه الفجوة تضع مرضى الأمراض المزمنة أمام خطر مباشر لتدهور حالتهم، خاصة في ظل ضعف البدائل، ما يبرز التعارض الواضح بين النصوص والسياسات على الورق والواقع الميداني.

الشكل الثالث



الشكل الرابع



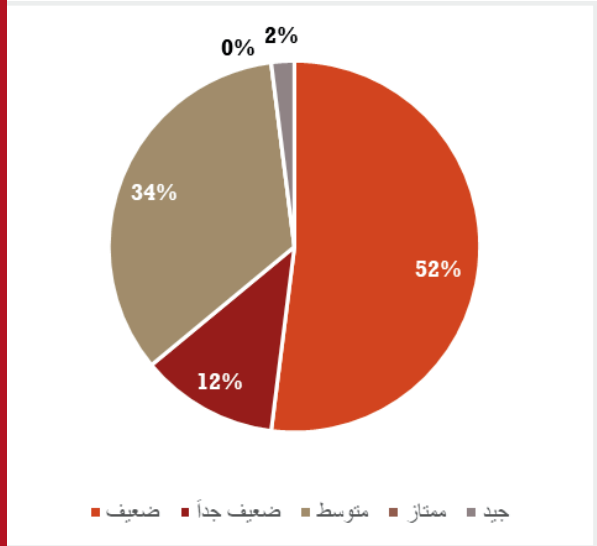
توفر الأدوية البديلة عند نفاذ الأساسية

تصف 48% التوفر بأنه ضعيف، و36% متوسط، و14% جيد، ما يعكس ضعف تفعيل قائمة البدائل المعتمدة من وزارة الصحة. غياب البدائل يضع المريضة أمام خيار الانقطاع عن العلاج أو اللجوء للسوق الخاص بأسعار مرتفعة. منظمة الصحة العالمية تعتبر توفر البدائل عنصراً أساسياً في المرونة العلاجية، وبالتالي النتيجة هنا متعارضة مع كل من السياسة الوطنية والمعايير الدولية لاستمرارية الرعاية.

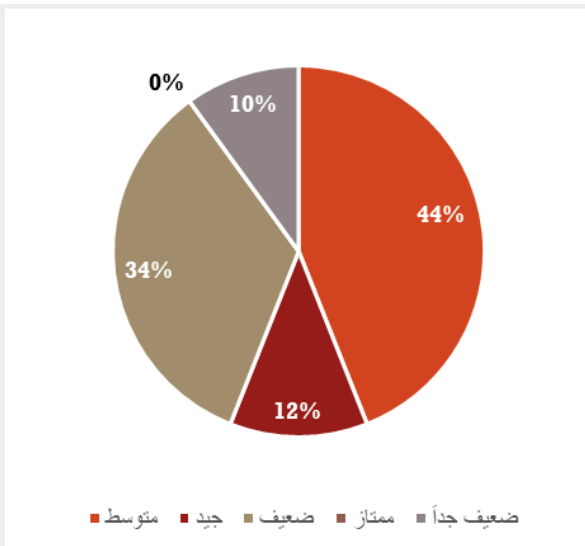
سرعة تلبية احتياجات المرضى عند نقص الأدوية

ترى 52% أن السرعة ضعيفة، و34% متوسطة، و12% ترى ضعيفة جداً، ما يشير إلى تأخير يتجاوز معيار WHO الذي يوصي بألا يزيد زمن الاستجابة عن 7 أيام. هذا البطء في ظل أمراض مثل السكري أو أمراض القلب يشكل تهديداً مباشراً لصحة المرضى. النتيجة هنا تتعارض مع خطط الطوارئ الوطنية التي تنص على الاستجابة الفورية لنقص الأدوية، ما يكشف فجوة بين الخطة والتنفيذ.

الشكل الخامس



الشكل السادس



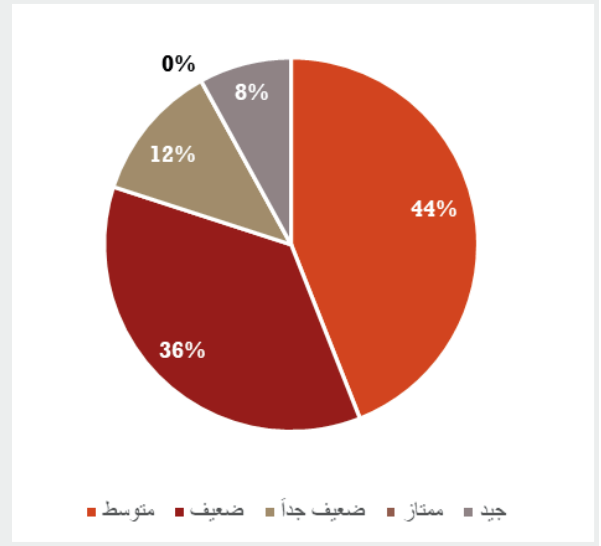
وضوح المعلومات حول توفر الأدوية أو نقصها

أفادت 44% من المشاركات بأن وضوح المعلومات ضعيف، و34% متوسط، و10% ضعيف جداً، و12% جيد، ما يشير إلى ضعف في إيصال بيانات المخزون للمرضى. هذا يتعارض مع مبدأ الحق في الحصول على المعلومات الصحية الذي يكفله القانون الفلسطيني للصحة العامة، ومع توصيات WHO بوجوب الشفافية في إدارة الإمدادات. تقارير OCHA تؤكد أن غياب المعلومات يدفع المرضى للتنقل بين المراكز بحثاً عن الدواء، ما يزيد التكاليف والمخاطر الصحية، وهو ما يتوافق مع ما أظهره هذا الاستبيان.

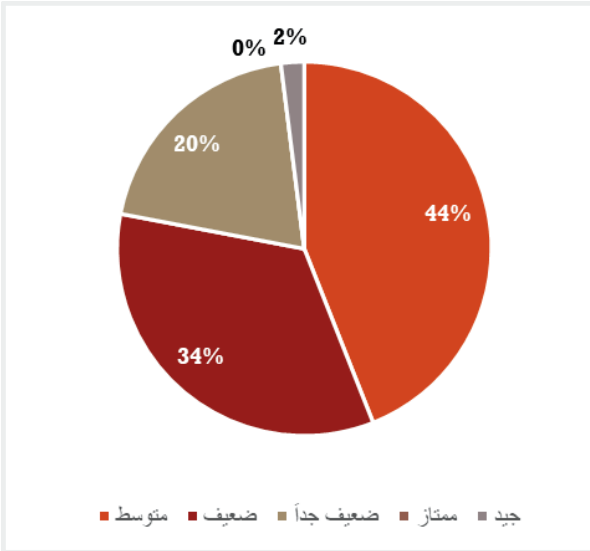
سهولة الحصول على وصفة بديلة أو إحالة

ترى 44% من المستجيبات أن سهولة الحصول على وصفة بديلة ضعيفة، و36% ضعيفة جدًا، و12% جيدة، وهو ما يكشف غياب تطبيق فغال لبروتوكولات وزارة الصحة الخاصة بالإحالات الطبية وتعديل الوصفات. منظمة الصحة العالمية تؤكد أن المرونة في تعديل العلاج ضرورة أساسية في الأزمات، والنتيجة هنا تعكس تعارضًا واضحًا مع هذه التوصيات، كما أنها تتطابق مع شكاوى المرضى الموثقة في تقارير الأونروا حول تعقيد الوصول للبدائل العلاجية.

الشكل السابع



الشكل الثامن



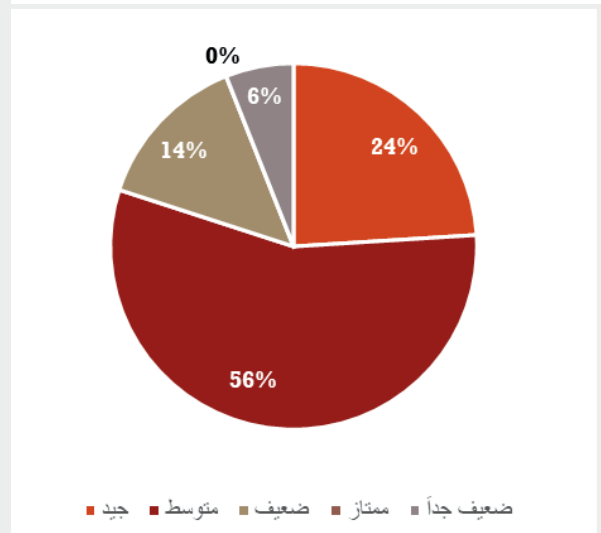
مدة الانتظار للحصول على العلاج أو البدائل

وصف 44% مدة الانتظار بأنها ضعيفة، و34% ضعيفة جدًا، و20% متوسطة، وهي مدد تتجاوز الحد الأقصى الموصى به وطنياً وهو أسبوع واحد. هذا التأخير قد يحول الحالات المزمنة المستقرة إلى طارئة، خاصة في أمراض القلب والسكري. تقارير WHO ووزارة الصحة تتفق على أن طول الانتظار أحد مؤشرات ضعف النظام الصحي في الاستجابة، وبالتالي النتيجة هنا متوافقة مع قراءات تقارير الأزمات لكنها متعارضة مع المعايير المستهدفة.

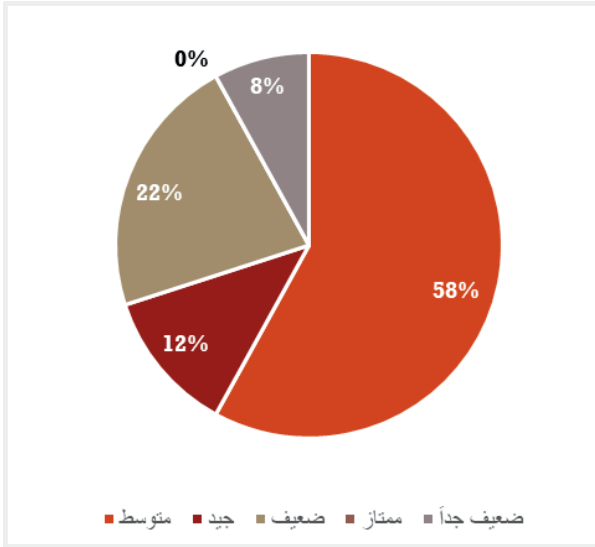
جودة التخزين والحفاظ على صلاحية الأدوية

قيمت 56% الجودة بأنها ضعيفة، و24% جيدة، و14% متوسطة، وهو ما يشير إلى ضعف الالتزام بمعايير التخزين الجيد (GSP) التي تشترط ظروف بيئية ملائمة. انقطاع الكهرباء المتكرر في طولكرم يزيد من خطر تلف الأدوية، وهي مشكلة وثقتها تقارير وزارة الصحة والأونروا سابقاً. النتيجة هنا متوافقة مع هذه التقارير لكنها تمثل تعارضًا كبيرًا مع الممارسات القياسية المطلوبة للحفاظ على فعالية الأدوية.

الشكل التاسع



الشكل العاشر



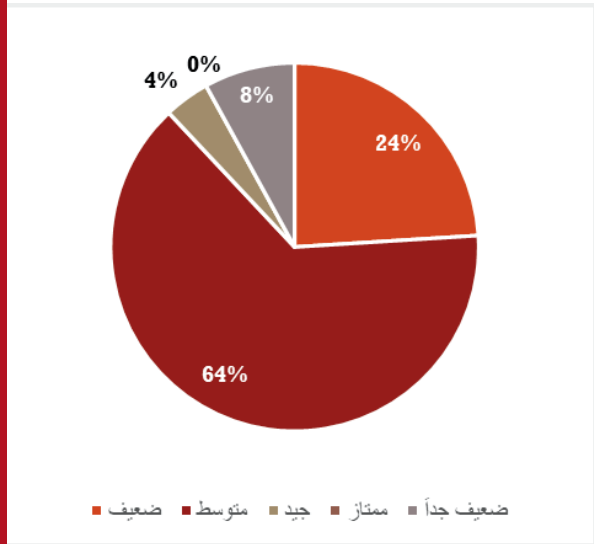
احترام حقوق المرضى في الحصول على العلاج اللازم

أشارت 58% إلى أن احترام الحقوق ضعيف، و22% متوسط، و12% جيد، و8% ضعيف جداً، وهو ما يعكس فجوة بين ما ينص عليه قانون الصحة العامة الفلسطيني من ضمان العلاج العادل، وما يحدث فعلياً في الميدان. تقارير أونروا OCHA سجلت سابقاً شكاوى حول التمييز أو الإهمال في الأولويات أثناء الأزمات، ما يجعل هذه النتيجة متوافقة مع الأدبيات الميدانية لكنها متعارضة مع النصوص القانونية الوطنية.

مستوى التنسيق بين مراكز الصحة والمستشفيات

صنفت 64% مستوى التنسيق بأنه ضعيف، و24% متوسط، و8% ضعيف جداً، و4% جيد، وهو ما يدل على غياب نظام مركزي فعال لإدارة وتوزيع المخزون. وزارة الصحة توصي بقاعدة بيانات موحدة للأدوية، وWHO تعتبر التنسيق المؤسسي عاملاً رئيسياً لضمان الكفاءة. النتيجة هنا متوافقة مع تقارير الأزمات التي تشير إلى ضعف الربط بين المراكز، لكنها متعارضة مع سياسات الصحة الوطنية.

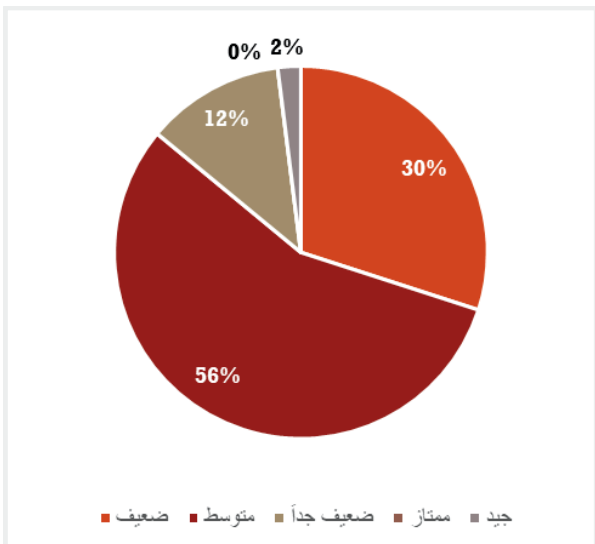
الشكل الحادي عشر



توفر خطط بديلة واضحة في حال استمرار نقص الأدوية

أفادت 56% بضعف توفر الخطط، و30% متوسط، و12% جيد، و2% ممتاز، ما يكشف هشاشة النظام الصحي أمام الأزمات الممتدة. WHO تصنف وجود خطط بديلة كشرط أساسي للجاهزية الصحية، وغيابها يعرض المرضى لانقطاعات متكررة. النتيجة هنا متوافقة مع ما توخه تقارير OCHA عن غياب خطط استجابة دوائية فعّالة، لكنها متعارضة مع معايير التأهب الوطنية.

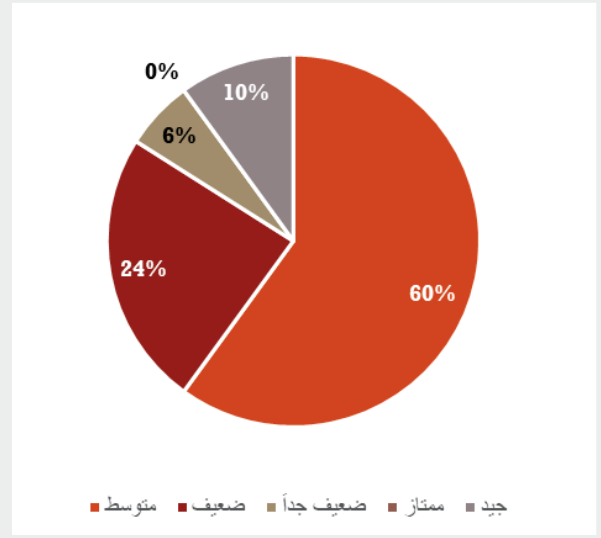
الشكل الثاني عشر



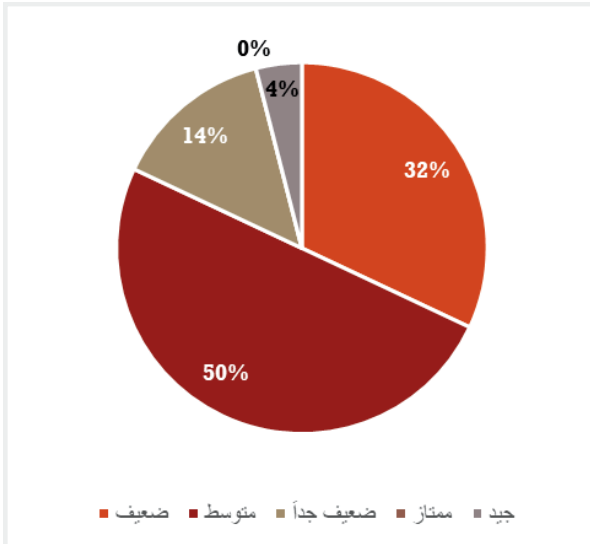
دعم المرضى بإرشادات في حال نقص العلاج

ترى 60% أن الدعم الإرشادي ضعيف، و24% متوسط، و10% ضعيف جداً، و6% جيد، وهو ما يعكس قصوراً في برامج التثقيف الصحي. غياب الإرشاد يزيد من احتمال لجوء المريض لقرارات غير آمنة مثل خفض الجرعة أو شراء أدوية مجهولة المصدر. النتيجة تتوافق مع ملاحظات الأونروا حول محدودية الإرشاد الصحي الميداني، لكنها تتعارض مع السياسات الوطنية التي تضع التثقيف الصحي ضمن مهام الرعاية الأولية.

الشكل الثالث عشر



الشكل الرابع عشر



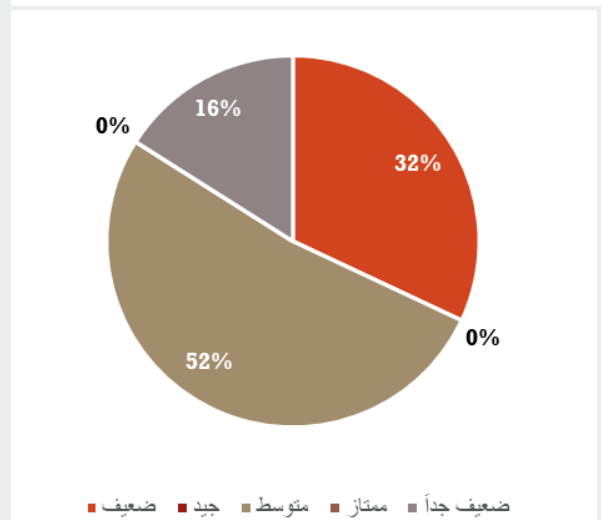
الاهتمام بمرضى الأمراض المزمنة أثناء الأزمات

أشارت 50% إلى أن الاهتمام ضعيف، و32% متوسط، و14% جيد، و4% ضعيف جداً، ما يوضح أن الأزمات تحوّل الموارد نحو الحالات الطارئة على حساب المزمّنة. هذا النمط وثقته تقارير OCHA وWHO في مناطق الصراع، وهو متوافق معها، لكنه يتعارض مع مبدأ الاستمرارية العلاجية الذي تنص عليه وزارة الصحة كحق أساسي للمريض.

الرضا عن سهولة الحصول على الدواء الضروري

أبدت 52% رضا متوسط، و32% ضعيف، و16% ضعيف جداً، ما يشير إلى أن الوصول للدواء ممكن لكنه محفوف بالعقبات الإدارية واللوجستية. تقارير الأونروا حول طولكرم وثقت نفس الصعوبات، ما يجعل النتيجة متوافقة معها، لكنها تبتعد عن الهدف الوطني المتمثل في وصول دوائي سلس ودون عراقيل.

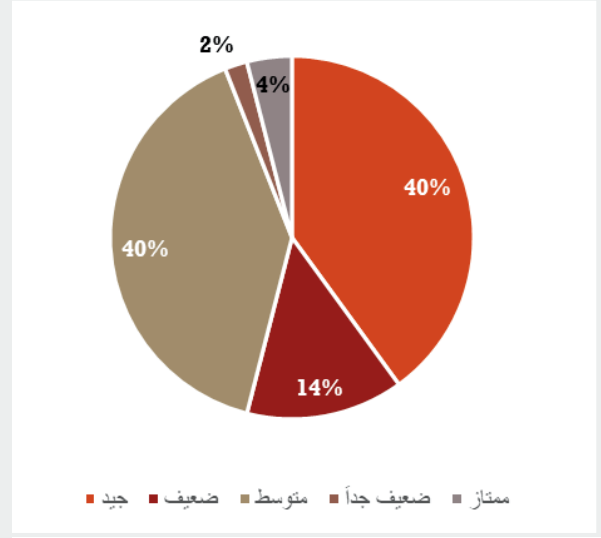
الشكل الخامس عشر



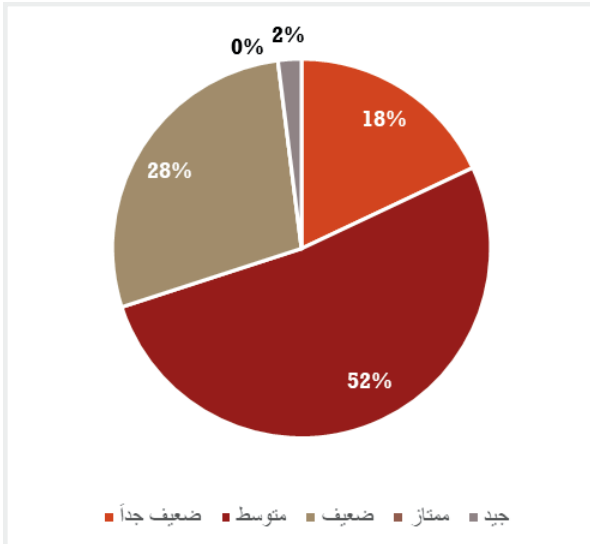
التعامل الإنساني من قبل الصيدلية أو وحدة توزيع الأدوية

قسّم الرأي بين 40% رأوا التعامل ضعيف، و40% جيد، و14% متوسط، و4% ضعيف جداً، و2% ممتاز، ما يعكس تفاوتاً كبيراً في مستوى الخدمة الإنسانية. هذا التباين يتماشى مع ملاحظات تقارير الأونروا التي ترصد اختلاف جودة الخدمة بين المرافق، لكنه يتعارض مع مبادئ أخلاقيات المهنة الطبية التي تفرض معاملة متساوية لجميع المرضى.

الشكل السادس عشر



الشكل السابع عشر



الرضا العام عن خدمة توفير الأدوية في طولكرم

أفاد 52% بأن رضاهم ضعيف، و28% متوسط، و18% جيد، و2% ممتاز، وهو انعكاس تراكمي لكل العوامل السلبية السابقة: ضعف الإمداد، غياب البدائل، بطء الاستجابة، نقص المعلومات، وسوء التنسيق. النتيجة متوافقة مع التقييمات الميدانية للأونروا وOCHA، لكنها بعيدة عن المؤشرات المستهدفة في الخطة الصحية الوطنية.

هذا المستوى من الرضا، البعيد عن المستويات المعيارية المقبولة (70% فأعلى)، يضع صورة سلبية عن قدرة النظام الصحي على تلبية احتياجات النساء المزمّنات. اللافت أن الشعور بعدم الرضا لا يرتبط فقط بالبعد المادي للخدمة، بل يمتد إلى انطباعات حول المعاملة الإنسانية والشفافية والمعلومات المقدمة. مثل هذه المؤشرات تضع الجهات المسؤولة أمام ضرورة التعامل مع الرضا كمؤشر شامل يجمع بين الكفاءة التشغيلية والجودة الإنسانية للخدمة، لا كمجرد انطباع شخصي. إن رفع هذا المؤشر يتطلب تدخلات متزامنة في جميع نقاط الضعف، لضمان استعادة ثقة المريطات واستقرار التزامهن بالعلاج.

الاستنتاج التحليلي

تكشف نتائج هذا الاستبيان، الذي استهدف 50 امرأة من سكان طولكرم المحليين والنازحات، عن صورة مقلقة لواقع خدمات توفير الأدوية للأمراض المزمنة، حيث تظهر المؤشرات خللاً هيكلياً ممتدًا عبر جميع مراحل المنظومة الصحية: من التخطيط والتوريد، مرورًا بالتخزين والتوزيع، وصولاً إلى مستوى الخدمة الإنسانية المقدمة للمريضة.

أولى نقاط الضعف الجوهرية تكمن في انخفاض استمرارية توفر الأدوية الأساسية، إذ قيّمت 42% من المشاركات التوفر بأنه ضعيف، و36% بأنه متوسط، أي أن ما يقارب أربعة من كل خمسة نساء لا يحصلن على توفر ثابت. هذه النتيجة بعيدة جدًا عن المعيار الذي حددته منظمة الصحة العالمية بتوفر لا يقل عن 80% على مدار العام، ومتعارضة بوضوح مع سياسة وزارة الصحة الفلسطينية التي تُلزم المراكز الصحية بالاحتفاظ الدائم بقائمة الأدوية الأساسية.

إلى جانب ذلك، يكشف المؤشر المتعلق بتوفر البدائل العلاجية عند نفاد الأصناف الأساسية أن 48% يصفن التوفر بالضعيف، و36% متوسط، وهي نسبة تمثل فشلًا في تطبيق قائمة البدائل الدوائية المعتمدة وطنياً. هذه الفجوة تتعارض مع معايير WHO التي تعتبر وجود بدائل فعّالة عنصرًا أساسيًا في ضمان "المرونة العلاجية" واستمرارية الرعاية.

كما تُظهر النتائج بطء الاستجابة عند نقص الأدوية، حيث أفادت 52% من النساء بأن سرعة التلبية ضعيفة، و34% متوسطة. وهذا يعني أن زمن الاستجابة الفعلي يتجاوز بكثير المعيار الدولي الذي يوصي بألا تزيد فترة التغطية على 7 أيام، ما يضع المرضى في خطر مضاعفات حادة خاصة في أمراض كالسكري والقلب.

فيما يتعلق بالشفافية، ترى 44% أن وضوح المعلومات ضعيف و10% ضعيف جدًا، ما يشير إلى غياب قنوات تواصل فعّالة حول توفر الأدوية. هذه النتيجة تتعارض مع القانون الفلسطيني للصحة العامة الذي يكفل حق المريض في الحصول على المعلومات، ومع توصيات WHO بوجوب النشر المنتظم والشفاف لبيانات المخزون. أيضًا، مدة الانتظار للحصول على الدواء أو بدائله تم تقييمها على أنها ضعيفة أو ضعيفة جدًا لدى نحو 78% من المستجيبات، وهي مدة تتجاوز المعيار الوطني (أسبوع كحد أقصى) وتنسجم مع ما وثقته تقارير مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA) حول الضغط الشديد على مرافق الضفة الغربية.

البعد الحقوقي للخدمة الصحية أظهر بدوره هشاشة واضحة؛ إذ ترى 58% من النساء أن حقوق المريض في الحصول على العلاج اللازم غير محترمة بالشكل الكافي. هذا التقييم يتعارض مباشرة مع الالتزامات الوطنية المنصوص عليها في قانون الصحة العامة الفلسطيني، ويعكس فجوة بين النصوص والتطبيق الفعلي على الأرض.

كذلك، ضعف التنسيق بين المراكز والمستشفيات حصل على أسوأ تقييم، حيث وصفه 64% بأنه ضعيف. هذا يتناقض مع الخطة الوطنية التي تدعو إلى نظام إدارة مخزون موثّد على مستوى الضفة الغربية، ومع المعايير الدولية التي تعتبر التنسيق المؤسسي أحد أعمدة الصمود الصحي في الأزمات.

وفي ما يخص الخطط البديلة للطوارئ، تشير 56% من المشاركات إلى عدم وجود خطط واضحة، ما يتفق مع ما رصدته تقارير OCHA حول غياب بروتوكولات دوائية فعّالة للتعامل مع الانقطاعات الممتدة.

أما على صعيد التثقيف والإرشاد الصحي، فإن 60% من النساء يرون أن الدعم الإرشادي ضعيف، ما يترك المريضات عرضة لاتخاذ قرارات غير آمنة، كخفض الجرعات أو شراء أدوية مجهولة المصدر، وهو ما يتعارض مع السياسة الوطنية التي تضع التثقيف كجزء لا يتجزأ من الرعاية الأولية.

فيما يخص الاهتمام بمرضى الأمراض المزمنة أثناء الأزمات، فإن نصف المشاركات تقريباً يرين أن الاهتمام ضعيف، وهي نتيجة متوافقة مع النمط الموثق عالمياً في البيئات المتأثرة بالنزاعات، لكنها تتعارض مع مبادئ الاستجابة الإنسانية التي تشدد على حماية الفئات الأكثر عرضة للخطر.

إلى جانب ذلك، يكشف المؤشر المتعلق بتوفر البدائل العلاجية عند نفاذ الأصناف الأساسية أن 48% يصفن التوفر بالضعيف، و36% متوسط، وهي نسبة تمثل فشلاً في تطبيق قائمة البدائل الدوائية المعتمدة وطنياً. هذه الفجوة تتعارض مع معايير WHO التي تعتبر وجود بدائل فعالة عنصراً أساسياً في ضمان "المرونة العلاجية" واستمرارية الرعاية.

كما تُظهر النتائج بطء الاستجابة عند نقص الأدوية، حيث أفادت 52% من النساء بأن سرعة التلبية ضعيفة، و34% متوسطة. وهذا يعني أن زمن الاستجابة الفعلي يتجاوز بكثير المعيار الدولي الذي يوصي بألا تزيد فترة التغطية على 7 أيام، ما يضع المرضى في خطر مضاعفات حادة خاصة في أمراض كالسكري والقلب.



وأخيراً، يظهر مؤشر الرضا العام أن 52% من النساء غير راضيات عن الخدمة، وهو انعكاس تراكمي لضعف التوفر، غياب البدائل، بطء الاستجابة، نقص الشفافية، سوء التخزين، ضعف التنسيق، غياب التخطيط، وانخفاض جودة التعامل الإنساني.

هذه الصورة الكلية تؤكد أن الأزمة في طولكرم ليست أزمة دواء منفصلة، بل أزمة منظومة صحية هشة تتعرض لضغوط سياسية وأمنية واقتصادية متواصلة، مع فجوات واضحة بين السياسات الرسمية والمعايير الدولية من جهة، والتطبيق العملي على الأرض من جهة أخرى. معالجة هذه الفجوة تتطلب تدخلاً شاملاً يعالج جميع حلقات السلسلة، بدءاً من تأمين الإمدادات المستقرة، مروراً بإصلاح التخزين والتوزيع، وصولاً إلى بناء نظام شفاف وحقوقى يحفظ كرامة المريض ويضمن استمرارية رعايته في كل الظروف.

التوصيات النهائية

إن إعداد هذا التقرير لا يقتصر على كونه أداة لرصد واقع خدمات توفير الأدوية في طولكرم، بل هو في جوهره أداة للمساءلة، ومفتاح لتحفيز تحسين الأداء الصحي وضمان حقوق المريضات في الحصول على العلاج اللازم في الوقت المناسب. فالمساءلة، في أي منظومة صحية، تعني القدرة على تتبع الخلل، تحديد المسؤولية، وتحويل النتائج إلى خطط قابلة للتنفيذ. في سياق طولكرم، حيث تتقاطع الأزمات الإنسانية مع ضعف البنية الصحية، يصبح هذا النوع من التقارير وثيقة مرجعية للمانحين، وصانعي القرار، والمجتمع المحلي، لضمان أن الموارد المحدودة تُستخدم بكفاءة، وأن أي فشل في الخدمة لا يمر دون معالجة.

ولكي يتحول هذا التقرير من أداة تشخيص إلى أداة تغيير، فإننا نوصي بمجموعة من الإجراءات العملية التي تعالج كل حلقة من حلقات سلسلة الإمداد الدوائي، بدءاً من التخطيط وحتى تسليم الدواء إلى يد المريضة منها التالي :

- **ضمان استمرارية توفر الأدوية الأساسية** يجب أن يكون أولوية قصوى، خاصة وأن 78% من المريضات قيمن التوفر بأنه ضعيف أو متوسط، وهو ما يتعارض مع معيار منظمة الصحة العالمية (80% توفر دائم). الحل هنا يتطلب إنشاء نظام إنذار مبكر يربط كل المراكز الصحية والمستشفيات بقاعدة بيانات تُحدَّث يوميًا، وتخصيص مخزون طوارئ يغطي ثلاثة أشهر على الأقل من قائمة الأدوية الأساسية، إلى جانب إبرام اتفاقيات توريد طويلة الأمد تقلل من الاعتماد على المساعدات الطارئة.
- **تحسين توفر البدائل العلاجية عند انقطاع الأصناف الأساسية**، حيث أشارت 84% من المريضات إلى أن البدائل غير مرضية. هذا يتطلب تحديث قائمة البدائل الوطنية وإتاحتها في صيغة مبسطة للأطباء والصيدلة، مع تدريب الكوادر على بروتوكولات "المرونة العلاجية" التي توصي بها منظمة الصحة العالمية، وتبسيط إجراءات صرف البدائل لتفادي التأخير الإداري.

- **تسريع الاستجابة لنقص الأدوية**، خاصة وأن أكثر من نصف المشاركات رأين أن سرعة التلبية ضعيفة. هذا يستدعي تشكيل فرق استجابة دوّائية سريعة، واعتماد نظام طلب إلكتروني مباشر بين المراكز والمخازن، مع إعادة توزيع المخزون بين المرافق بشكل ديناميكي لتجنب النقص في مركز والفائض في آخر.
- **تعزيز الشفافية وتدفق المعلومات**، إذ أن ضعف وضوح المعلومات لدى 54% من المريضات يخلق حالة من القلق ويضعف الثقة في الخدمة. يجب على كل مركز صحي نشر لوحة معلومات يومية، إلى جانب إطلاق منصة إلكترونية أو تطبيق هاتف يُظهر حالة توفر الأدوية، وتفعيل خطوط هاتفية ساخنة للاستفسار.
- **تقليل مدة الانتظار**، وهي مشكلة أكتدها 78% من المستجيبات. يمكن تحقيق ذلك بتخصيص أيام محددة لصراف أدوية الأمراض المزمنة، وتوسيع ساعات العمل في وحدات الصرف، وفتح نقاط توزيع متنقلة في المخيمات والمناطق النائية.

- **رفع جودة التخزين**، حيث اعتبرت 56% أن الجودة ضعيفة، وهو ما قد يؤدي لتلف الدواء وفقدان فعاليته. الحل يكمن في تجهيز المخازن بمراقبة إلكترونية للحرارة والرطوبة، وتوفير مصادر طاقة احتياطية، وتدريب العاملين على إجراءات التخزين الجيد وفق معايير GSP.
- **تعزيز احترام حقوق المرضى**، إذ يرى ما يقارب ثلثي المشاركات أن هذه الحقوق غير محترمة بالشكل الكافي. يجب تنفيذ برامج تدريب للعاملين حول أُلّغقيات المهنة وحقوق المرضى، وإدخال آليات شكاوى فعّالة، ودمج معايير "المعاملة الكريمة" في تقييم الأداء.
- **تحسين التنسيق المؤسسي**، فضعف التنسيق الذي أفترت به 64% من المشاركات يؤدي لسوء توزيع المخزون. الحل يتمثل في إنشاء قاعدة بيانات موحدة للمخزون، وعقد اجتماعات تنسيقية شهرية، واعتماد بروتوكول موحد لإدارة الأزمات الدوائية.
- **وضع خطط بديلة فعّالة للطوارئ**، وهي نقطة ضعف أشار إليها 56% من النساء. هذا يستدعي تطوير خطة استجابة دوّائية للطوارئ تشمل سيناريوهات الحصار والإغلاق، وإقامة شراكات مع الأونروا و OCHA لضمان إدخال الأدوية، وتخزين الأصناف الحساسة في مواقع متعددة.
- **تعزيز الإرشاد والتثقيف الصحي**، حيث اعتبرت 60% من المريضات أن الدعم الإرشادي ضعيف. يمكن معالجة ذلك بإعداد برامج توعية حول التعامل مع نقص الدواء، وإدراج جلسات إرشادية إلزامية عند صرف الأدوية، وتوزيع كتيبات تحتوي على أسماء وجرجات البدائل المعتمدة.

هذه التوصيات، إذا ما تم تنفيذها بجدية، يمكن أن تُحدِّث تحولًا جوهريًا في واقع توفير الأدوية في طولكرم، وتغلق الفجوة بين المعايير الوطنية والدولية وبين الممارسة الفعلية على الأرض، وهو جوهر المساءلة الصحية التي يسعى إليها هذا التقرير.

إذا أردت، أستطيع الآن صياغة هذه التوصيات في شكل خطة عمل زمنية تُقسم إلى تدخلات عاجلة (خلال 3 أشهر)، ومتوسطة (6-12 شهر)، وطويلة الأمد، بحيث يسهل تنفيذها ومتابع

