

“Gauging Perceptions of Palestinian Youth on Key Issues” Project

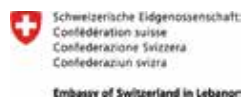
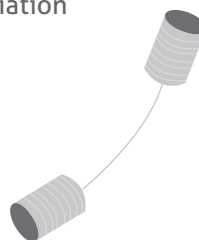
A Report presented to UNRWA and key stakeholders

A report developed and presented to UNRWA and key stakeholders with the support of the Human Security Division at the Swiss Embassy in Beirut based on field work, research and analysis on UNRWA’s adjusted Hospitalization Policy and Communication Strategy with the Palestinian community

Implemented by Masar Association

Project Report

July 2016





Information and opinions in this report do not necessarily reflect the official opinion of the donor



www.masarlb.org

04

Acronyms

05

Note

06

Introduction

07

Background

09

Methodology

12

Key challenges/Limitations

13

Outputs/Findings

13

1) Perceptions regarding the adjusted hospitalization policy

17

2) Participants' recommendations for improvement of the policy

19

3) Perceptions regarding the communication with UNRWA

20

4) Participants' recommendations for improving communication mechanisms and channels

22

Analysis

25

Recommendations

25

A. Improving communication with UNRWA through a series of channels and platforms

26

B. Revising the "adjusted hospitalization policy"

27

C. For other stakeholders

29

Conclusion

30

Annexes

Annex 1: Focus Group guide

Annex 2: Power point Presentation

TABLE OF CONTENTS

ACRONYMS

PRCS:	Palestine Red Crescent Society
MRI:	Magnetic Resonance Imaging
CBC:	Complete Blood Count
MoPH:	Ministry of Public Health
FGDs:	Focus Group Discussions



NOTE

Prior to its adjustment on 1st of January 2016, the UNRWA hospitalization policy used to provide 100% coverage for secondary care in all contracted hospitals with the exception of non WHO-listed medications & surgical accessories where UNRWA covers 30% of the cost per procedure up to a maximum of \$500. In the adjusted policy, coverage was adjusted to 95%, 85% and 80% for contracted PRCS, Lebanese governmental hospitals and private hospitals respectively, with the exception of non WHO-listed medications & surgical accessories where UNRWA covers 30% of the cost per procedure up to a maximum of \$500. As for tertiary care, the main adjustments were in the Tertiary daily tariff that was raised to 60% up to 416\$ per day up to 12 days with a ceiling of \$5000 for medical admissions, and 60% of the MOPH surgical code(s) at UNRWA priced rate of contracted admitting hospital up to a ceiling of \$5000.

However, UNRWA released a “refined hospitalization policy” on June 1st 2016 that entails an amendment in the percentages of coverage by UNRWA for secondary care as follows: 100% for PRCS hospitals and 90% for both Lebanese governmental and private hospitals with the exception of non WHO-listed medications & surgical accessories where UNRWA covers 30% of the cost per procedure up to a maximum of \$500. This report doesn’t address technical issues and coverage scheme of the hospitalization policy but rather exposes points and findings related to the Palestinian community’s perceptions vis à vis the general components of the adjusted policy preceding the refined one which was released on June 1, 2016. It equally highlights the communication situation between UNRWA and Palestinians in Lebanon.

I. INTRODUCTION

According to UNRWA, “its overall health policy entails provision of essential health services to the registered Palestine refugee population in line with the basic principles and concepts of the World Health Organization (WHO). UNRWA’s health program centers on providing primary health care services with the prime objective of protecting and promoting the health status of the refugee population and meeting their basic health needs. In addition, UNRWA aims at providing essential and affordable in-patient medical care services to the refugee population. These services are available at locally contracted hospitals”¹.

As of January 2016, UNRWA introduced some adjustments to its hospitalization policy as per the elements of eligibility, coverage and contracted hospitals among other changes. As a result of these and other changes pertaining to other policies, such as education, reactions of anger and frustration were triggered within a part of the Palestinian community in Lebanon. Accordingly, Masar association was commissioned to design and implement the project “Gauging Perceptions of Palestinian Youth on Key Issues” during the period of April- June 2016. The emphasis of the project is to capture the perceptions of youth of the adjusted hospitalization policy and overall communication situation with UNRWA and other key stakeholders. To this effect, FGDs were conducted with Palestinian youth groups (with health and non-health backgrounds) in Beirut, Tyre, Tripoli, Bekaa and Saida where UNRWA has operational offices. The aim of the FGDs is to assess the perceptions of Palestinian youth regarding UNRWA’s adjusted hospitalization policy and communication strategies, analyze the findings, and formulate recommendations for UNRWA to consider.

1 Unrwa LFO Hospitalization Program Policy Document

II. BACKGROUND

THE PROBLEM

Tensions between UNRWA and parts of the Palestinian community in Lebanon have sparked off in recent months an open political conflict as a result of UNRWA's announcement of applying an "adjusted hospitalization policy" requiring a financial contribution by Palestinians in Lebanon to their hospitalization costs as mentioned in the "note" above. In addition to the cost sharing element, the discontent of the Palestinians was exacerbated yet by the fact that the development of the adjusted policy was not consultative: Key Palestinian beneficiaries of UNRWA's health services were engaged neither in the development process nor in the validation of the policy document prior to its announcement. At the peak of the crisis, UNRWA approached Masar association and the Human Security Division at the Embassy of Switzerland in Lebanon with a request to assist in improving its communication/consultation mechanisms with the Palestinian community.

MASAR'S RESPONSE

Masar has field and research expertise in empowering youth and promoting integration in the aftermath of conflicts. Based on this experience, Masar showed readiness to gauge the perceptions of the Palestinian community, namely the perceptions of young Palestinian technical experts in the health sector and other youth with different backgrounds of UNRWA, its service provision mechanisms, its communication strategy taking the example of current events surrounding the tensions arising on the UNRWA's adjusted health care policy.

During the discussion of the short term intervention by Masar, UNRWA has expressed an interest in addressing the tensions arising around its adjusted health care/hospitalization policy in Lebanon and the will to access Masar's product and incorporate

it in its work should it see it convenient. UNRWA has also expressed interest in improving its communication strategy through making it more contextualized and open to the Palestinian community by means of better empowering and capacitating its communication field officers.

On the long term, the outcome of this intervention may orient UNRWA and other potential service providers in introducing better strategic and participatory approaches to their work/ service provision addressed to the Palestinian community in Lebanon. This intervention by Masar might also help the Palestinian community in Lebanon in better conveying and presenting its needs and expectations from UNRWA and other potential service providers. In the concrete case of UNRWA, the intervention may lead to the establishment and institutionalization of consultation mechanisms between UNRWA as the service provider and the Palestinian community as beneficiaries from these services.



III. METHODOLOGY

Masar recruited two consultants (Sarah Armoush, MPH, Licensed Dietitian and Nutritionist and Mia Chartouni, MS in International Health Management, Licensed Dietitian and Nutritionist) with the required expertise in public health and qualitative research to conduct the FGDs. A qualitative methodology was adopted because it describes, explains, and characterizes the subject of investigation by focusing on words rather than on numbers. Through it, one can explore a wide array of dimensions of the social world, including its complexities, the understandings, experiences of participants, the ways that social processes, institutions, discourses or relationships work, and the significance of the meanings that they generate¹. Focus groups specifically enrich the research issue by allowing explicit differences and divergent ideas to emerge, thus to have a viewpoint on the preponderant social norms related to the subject of discussion².

In the initial phase, two pilot FGDs were conducted with Palestinian youth in Beirut; one with youth from diverse backgrounds and one with young technical experts in the health sector, with the aim to validate the questions of the focus group guide and ensure that all the important points pertaining to the project objective are being tackled through the guide. Based on the pilot FGDs, the guide (see Annex 1) was revised and questions were rephrased to capture in a more focused and objective way the feedback and recommendations of young participants.

Nine FGDs were conducted; each lasted approximately 90 minutes, with an average number of 7 participants per focus group. To ensure representativeness, participants were recruited from inside and outside the camps (cities), and from the

1 Mason, J. (2002) Qualitative Researching.

2 Ritchie, J. & Lewis, J. (2003). Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers.

different areas where Palestinians reside i.e. Beirut, Bekaa, Tyre, Saida and Tripoli. However, FGDs were held outside camps, to avoid potential external interruption or interference by community members who do not match participants' selection criteria. To recruit participants, Masar collaborated with 5 community mobilizers who possess the relevant knowledge of camps and of the social and political fabric of the Palestinian community, and who recruited participants through headhunting, not open announcement in camps, based on a set of criteria presented below:

- Youth aged 18- 30 or 35 as an upper limit;
- Youth are either students or fresh graduates with up to 7 years of experience;
- Youth studying or working in a health related sector (e.g. medicine, nursing, medical lab, hospital management...) but not limited to it; also youth with diverse backgrounds;
- Youth living inside and outside camps;
- Ensuring gender balance and diversity in terms of political affiliation.

Youth participants in the FGDs come from diverse backgrounds, namely: engineering, media, education, medicine, pharmacy, nursing, vocational training, physiotherapy, paramedics, social development, health management and quality control; and many have civic engagement experience. Two FGDs were conducted per area; one with youth from diverse backgrounds and one with youth from the health sector. Only in Tripoli, both FGDs were merged since youth were from health and non-health backgrounds. Overall, 71 participants (49 men and 22 women) attended. Although, there were more men than women, gender representation did not have implications on the findings. The distribution of participants by gender by area is summarized in the table below.

Area	Males	Females
Beirut		
From Health Background	80%	20%
From Different Background	100%	0%
Tyr		
From Health Background	71%	29%
From Different Background	60%	40%
Saida		
From Health Background	55%	45%
From Different Background	100%	0%
Bekaa		
From Health Background	53%	47%
From Different Background	75%	25%
Tripoli		
From all Backgrounds	86%	14%

As an introduction to the FGDs, Masar association's representatives gave a brief presentation on their work on Palestinian youth rights in Lebanon, and on the purpose of the FGDs. Then, participants were asked to grant oral consent to participate in the focus group and for it to be recorded.

The FGD started by asking participants about the role and circumstances under which UNRWA was founded, as a baseline. Then, a power point presentation consisting of the main components of the adjusted policy including the coverage scheme was presented and discussed with participants, noting that the power point is based on the adjusted hospitalization policy shared by UNRWA (see Annex 2).

Upon completion, the FGDs were transcribed verbatim and a thematic analysis was performed to come up with concrete findings and recommendations.

IV. KEY CHALLENGES/LIMITATIONS

One of the main challenges of the project is gender representation. Except for two focus groups, one in Saida and one in Bekaa, overall, the presence of women was limited. The fact that FGDs were held outside camps might have been a detriment to females' level of participation. Yet, certain points in the findings pertaining to women, in particular, were identified. In Tripoli, exceptionally, one FGD was conducted, embracing youth with both health and non-health backgrounds.

As for other emerging challenges, a leaflet was supposed to be circulated among participants during the FGDs prior to the discussion in order to introduce them to the content of the adjusted hospitalization policy and inform the dialogue. However, UNRWA requested Masar association to amend some of the information in the leaflet that was not stated in the policy text shared earlier. Due to time constraints, the leaflet with the corrections could not be reprinted. Hence, the FGDs' facilitator relied on the power point presentation solely.

Another challenge that emerged during FGDs, was the conviction of participants that budget cuts in the hospitalization policy, among other policies, is a political decision rather than a financial one. Hence, the facilitation of the FGDs required extra efforts to avoid derailing the purpose of the discussion.

In addition, some of the participants from health backgrounds were hesitant to partake in the discussions for fear that their participation might indirectly affect their tenure at their current jobs that have contracts with UNRWA.

V. OUTPUTS/FINDINGS

The findings of the FGDs revolved around the following themes:

1. Perceptions regarding the adjusted hospitalization policy
2. Participants' recommendations for improvement of the policy
3. Perceptions regarding the communication with UNRWA
4. Participants' recommendations for improving communication mechanisms and channels

1) PERCEPTIONS REGARDING THE ADJUSTED HOSPITALIZATION POLICY

Perceptions of the general trend in budget cuts

According to participants in the FGDs, the overall impression about the adjusted hospitalization policy is that it includes cuts in the coverage. Accepting the policy as is would imply accepting further cuts, because UNRWA will continue reducing the coverage if it senses that the community is not protesting or resisting. Participants stated that the concept of having the patient pay a certain percentage of the cost is unjustifiable because the situation of Palestinians in Lebanon is different than that in other countries where UNRWA operates (namely, Gaza, West Bank, Jordan and Syria). Here, they are not entitled to work, and hence, have no secure income to pay the cost of healthcare.

Communication flaws

The sources of information regarding the policy were originally leaks from UNRWA staff, messages circulated through social media (What's App and Facebook) to join the protests, notices from **"the crisis cell"**, word of mouth, escalated protests, and personal experiences of Palestinians with hospitals contracted by UNRWA. In one of the FGDs, participants made the assumption that UNRWA purposefully leaks some information regarding its policies to test the water before actually launching the policy, "UNRWA is smart, they know how to manipulate the street". Even the way the policy is formulated shows that UNRWA is trying to protect itself; for example, by saying "some kinds of cancer", when explaining types of illness the policy covers. This way, if a Palestinian complains about UNRWA's coverage, the latter would say "but we said some kinds of cancer". Similarly, for the phrasing of the coverage "up to 30% in the extent of coverage for some of the conditions" without stating a clear cut percentage of coverage.

Opacity of UNRWA's health practices

After getting exposed to the components of the hospitalization policy in the power point presentation, participants indicated that there are many grey areas in the policy. They noted that UNRWA did not develop tools, such as leaflets, power points, etc. to expound the policy which could have helped the people understand it better. UNRWA lacks objectivity and credibility, according to participants, who believe that a written policy is not the same as the actual implementation of that policy, especially in terms of coverage. Coverage is manipulated by favoritism/nepotism, known as "Wasta"; this "Wasta" is secured usually from UNRWA staff, doctors in clinics, political groups with authority, and sometimes through gun threat. Even in the case of hospitals that are contracted by UNRWA, participants reported that they still need to go to a PRCS hospital first in order to seek treatment and that they need to receive a referral in order to

1 Consisting of Palestinian factions, the crisis cell was formed by the Palestinian Leadership in the aftermath of the announcement of the adjusted hospitalization policy by UNRWA in January 2016 with the primary aim of lobbying UNRWA to eliminate the cost sharing element in its hospitalization costs.

access a State or private hospital, yet getting a referral is very rare and Palestinians only get treated in PRCS hospitals. Participants think that if this policy was applied equally to everyone, it would be fair and they would not protest, but inequalities are countless, which explains the lack of equitable opportunities.

A point which participants concurred on, is the lack of transparency among some of the UNRWA staff and hospitals; the contracted hospitals tamper with bills. The cost is inflated and the patient ends up paying more. One example by a participant illustrates this issue: "One of the hospitals forced me stay overnight in order to charge for the night, while the doctor has mentioned that what I have can be directly treated in the Emergency Room (ER) and does not need hospital admission". Some doctors take commissions from referrals to hospitals and from certain screening labs. Both the hospitals and UNRWA staff are profiting from these arrangements, as said the participants.

Another point raised by a female participant in one of the FGDs, pointed out that "PRCS hospitals impose specific doctors; and if a woman, for example, wants to be examined by a woman gynecologist, she cannot because there isn't one, unless she goes to another hospital and pays for it."

When it comes to choosing doctors, participants reported that Palestinians are forced to seek care from specific doctors available in UNRWA clinics and PRCS hospitals, they have no choice, and the number of doctors, in UNRWA clinics or in PRCS hospitals, is inadequate, there is understaffing, doctors see up to 100 patients per day, hence those doctors cannot respond to the needs of a growing population. For example, there are only 2 pediatricians in some hospitals. Over and above, participants in most FGDs, underlined that the relationship with the doctor determines whether a patient gets a referral and coverage or not, which is also a form of "Wasta".

The issue of medications was common in all FGDs; participants complained that Panadol is the sole treatment for all medical cases, or amoxicillin, in some cases, when they expect to have more depth-in the examination of cases and a wider range of medications. One of the participants mentioned that he broke his arm and yet they gave him Panadol.

Moreover, UNRWA should contract hospitals known to provide good quality of healthcare and not hospitals where you "enter and die". If there is no control or monitoring from the Ministry of Public Health in Lebanon, then UNRWA is responsible for monitoring the quality of services supplied at its contracted hospitals.

Situation of hospitalization by area:

Based on the FGDs, the Bekaa and North (Tripoli) areas seem to suffer the most of poor services and the lack of contracted service providers. For instance, in all the Bekaa area, there are no diagnostic centers for MRI and the Health Diagnostic Centers have very limited coverage. In addition, Hrawi Hospital (مستشفى هراوي) used to be contracted, but not anymore. Participants unanimously agreed that Tatory Hospital (مستشفى ططري) is a death sentence "فوت وموت".

In Tripoli, the Islamic Charity Hospital (المستشفى الاسلامي الخيري) was reported to have very poor quality of care; it was referred to as a slaughterhouse "ملحمة". Based on participants' input, Palestinians in Tripoli are the most vulnerable as compared to their fellow Palestinians in Beirut and Saida.

Participants from both FGDs in Beirut mentioned that Haifa hospital (مستشفى حيفا) offers poor quality services and has a poor sanitation system, describing it as the hospital of the dead "مستشفى الأموات".

Political vs. financial decision

The FGDs revealed that participants perceive the budget cuts in the hospitalization policy as not financial but politically-influenced with the aim to strip Palestinians of all their rights and push them to give up, little by little, on their Right to Return. According to participants, UNRWA might be hoarding some 100 million US dollars annually through this adjusted policy. This amount is insignificant for an agency such as UNRWA; any donor country could cover the budget deficit. Therefore, UNRWA did not need to cut down its budget, it is all about politics. The budget allocation at UNRWA, as perceived by participants, does not make sense. A big percentage is assigned for salaries of expatriates and unnecessary equipment/supplies, while a small percentage goes to finance the services provided to the Community.

2) PARTICIPANTS' RECOMMENDATIONS FOR IMPROVEMENT OF THE POLICY

As noted by participants, while the Palestinian population is growing, UNRWA continues to disregard this fact or to take into account the corresponding services it provides nor the extent of coverage. They agreed that the policy has flaws because it was not formulated in consultation with competent members of the Community.

According to participants, coverage priorities should go to:

- All children diseases, including chronic diseases, since children are among the most vulnerable groups and need protection.
- Mental health (with a focus on youth), including depression treatment and supporting addiction recovery services were perceived as the most crucial priority in almost all the FGDs. Participants mentioned that substance use is widely common in camps and youth suffer from mental health conditions, notably depression and suicidal thoughts. They mentioned that there is frequently one case of suicide in the camp.
- Home care and long term care for elderly was mentioned as a need to be observed in the policy to preserve their human dignity.

- All blood tests should be covered, not only CBC (the cheapest), since these tests are essential for diagnostic reasons.
- Long term care for people who suffer from disability including physiotherapy is deemed essential and need to be fully covered
- Cancer in all its stages, as the treatment is highly expensive.
- Since Palestinians living in camps are prone to be injured due to acts of violence (e.g. frequent shooting), participants stated that UNRWA should cover such issues, especially that the person injured might be innocent.
- Advanced orthopedic surgeries, usually very expensive, should be covered.
- MRI and accessories needed after surgery, anesthesia and tests prior to surgery should be included in the coverage, as they are highly needed.

Participants agreed that instead of relying on referrals for screening, UNRWA could better equip the hospitals of PRCS (e.g. MRI machine) and as a result, all tests could be performed at these hospitals at minimal or no cost instead of going to expensive labs. One participant mentioned that, in theory, UNRWA should cover all cases, as they are equally important and frequent. Another participant said that 30 years back, UNRWA provided services that were very good in schools; health check-ups were conducted routinely; there was a "Cantine" in every school and services were fully and freely provided.

Nowadays, UNRWA no longer cares about the Palestinian community, participants noted. Despite all the protests against the '50 students per class' policy, UNRWA ended up implementing the said education policy; some Palestinians are not hopeful that the hospitalization policy will be readdressed before its official implementation.

3) PERCEPTIONS REGARDING THE COMMUNICATION WITH UNRWA

Participants in the FGDs agreed that communication between the Palestinian community and UNRWA is lacking; the agency never consults with Palestinians before launching a policy. It's lack of respect to the Palestinian community is clearly demonstrated in the way it relays messages to them. There are no formal communication channels between the two sides, and people interpret UNRWA messages differently, which prompts reactions of desperation and frustration.

According to participants, UNRWA communicates with the popular committees only. There is a so-called "camp director" normally an UNRWA staff, but participants compared him to a "ghost", for no one really knows where he is stationed nor his role or duties. There are no official releases or memos shared by UNRWA with the Community around decisions and general key information; people know about these through personal experiences or information leaks.

Participants saw that UNRWA should show more transparency and objectivity, and that it should enhance communication channels with the Palestinian community, in order to win their trust. A quote by one participant highlights the relation with UNRWA as currently perceived by Palestinians, "اللاجئ مفعول به وليس فاعل" (A refugee is not a player, but rather a passive target of UNRWA's policies).

Some participants complained that UNRWA had to be present during those FGDs if it really cared about the Palestinians; but the representative of Masar association clarified that such a step might affect the responses of young people, as some might feel intimidated to speak candidly in the presence of UNRWA staff. However, this point is clear sign that Palestinians need a direct encounter with UNRWA.

4) PARTICIPANTS’ RECOMMENDATIONS FOR IMPROVING COMMUNICATION MECHANISMS AND CHANNELS

Participants suggested several ways to enhance the communication between UNRWA and the Palestinians.

- UNRWA should assign focal points i.e. representatives circulating inside camps and gatherings need to be available if anyone wants to inquire about any issue or present his/her case.
- In addition, UNRWA can also conduct a needs’ assessment survey with the Palestinian community to better inform its policies. However, participants in FGDs expressed their wariness that even if UNRWA sets up a box or assigns a person to receive comments or complaints, no one would look into their grievances, and eventually, nothing would change.
- Another idea devised holding monthly meetings or workshops to sustain and feed into the communication between both parties. The attendees would represent opposite poles: the independent youth (non-political, a growing trend inside camps nowadays, and a sign of losing hope in political factions as agents of change) and the politically affiliated ones.
- In some of the FGDs, the idea of having a local committee or even a shadow committee to the current “popular committee” in each camp was thrown out. Members of the shadow committee should be specialized individuals with a role to provide technical input for existing committees that feed into their discussions and negotiations with UNRWA. For example, the ‘health’ file person acting on behalf of the Palestinian community should be a doctor, nurse, or pharmacist, or should be advised by someone from the health sector (not a baker, as is the case in one of the camps) in order to properly advocate the rights of Palestinians in this particular sector. Since the present demands raised by Palestinians in Lebanon are fivefold (health, education, social assistance, Nahr el Bared camp reconstruction, and residency of Palestinian refugees from neighboring Syria), qualified people should be leading the discussions and negotiations with key stakeholders around

these issues to be able to make some breakthroughs. Yet, participants cited the fact that UNRWA prefers incompetent mediators who can be easily manipulated or offered incentives to influence their actions and divert them from the key demands stated above. As such, this issue beefed up the mistrust towards UNRWA.

Other key recommendations that came out in the FGDs are:

- Developing an application for smart phones; participants stated that most Palestinians have similar phones and that it would be a direct way to reach out to UNRWA.
- Filming documentaries, to be promoted among donors, that objectively depicting the needs and daily hardships of the Palestinian Community in Lebanon. These documentaries can be commissioned to qualified Palestinian youth, experts in multi-media.
- Screening on TV an informative and interactive segment about UNRWA and the living conditions of Palestinians; this segment would serve as a platform for Palestinians to voice out their opinions and recommendations to UNRWA regarding provision of services and means to improve them. Also, UNRWA can collaborate with popular TV shows to disseminate information.

VI. ANALYSIS

In a context where Palestinians lack the basic rights (as was phrased in one of the FGDs, “الكلب عيشتهو أحسن من الفلسطيني بلبنان” (A dog has a more dignified life than a Palestinian in Lebanon), UNRWA is a key service provider, yet it is perceived as being detached from Palestinians’ daily anguish. The relationship between Palestinians and UNRWA clearly seems to be a love/ hate relationship. On the one hand, Palestinians perceive it as the witness to the Catastrophe that befell them in 1948 and enacted their forced displacement from their country, and acts as their key service provider. On the other hand, the Palestinian disappointment with UNRWA’s budget cuts over the years is growing, and many of the youth who are fortunate enough to get a job after graduation, no longer seek the agency’s services or prevent their parents from seeking UNRWA services, opting to pay for similar services elsewhere to spare them the “humiliation” at UNRWA’s door.

The discussions with UNRWA should not be fragmented over the different issues; instead, a comprehensive solution should be devised to tackle the five current priority issues: health, education, social assistance, Nahr el Bared reconstruction and residency of Palestinian refugees from neighboring Syria. These priorities are interlinked since they affect all aspects of livelihood of Palestinians in Lebanon. Qualified experts from the Palestinian community should do the negotiations with UNRWA and formulate an integrative solution while not overriding but offering suggestions to the current representatives of the community. The current power dynamics between UNRWA and the Palestinian community is a relation of superiority and follows a top down approach. Instead, the relation should be a partnership between both parties; the community should be actively engaged in discussions with UNRWA leading the way for participatory decision-making over policies and programs. The present state of affairs with UNRWA is similar to the ‘Berlin wall’, physically and metaphorically. Physically, UNRWA

field office in Lebanon is hard to access as it requires advance permission to enter the building, and metaphorically, in allusion to the communication with the Palestinian community which seems non-existent or very restricted.

UNRWA is funded by donor countries, and this funding is subject to misallocation since services do not properly correspond to the needs of Palestinians. While, the case of the “adjusted hospitalization policy”, along with other policies, is being framed by UNRWA as a “financial issue”, the Palestinian community strongly believes that a political agenda is underway with the aim to slowly wipe out the Palestinian cause.

Palestinians think that by shrinking its services, UNRWA is pushing them to look out for new countries to settle in and give up on their Palestinian identity and belonging. For this reason, UNRWA is asked to clarify this matter and provide evidence for budget reduction. Financial transparency on funds allocation is important here, and perhaps UNRWA should reallocate its funds for priority services, in consultation and coordination with the Palestinian community, in order to provide quality services that fulfill the needs of Palestinians, in the best way possible. This would allow UNRWA to restore the trust of the Palestinian community.

Another element highlighted in the findings, is the need to address the lack of a multi-layered transparency at UNRWA. Favoritism, for example, one aspect of lack of transparency, is not only limited to patients’ referrals, but extends to percentages of coverage, nepotism in job vacancies, bribery (e.g. sometimes paying a certain amount of money is a ticket to getting a referral), etc... . There is a pressing need for a multi-layered reform in this direction. A clear monitoring system needs to be installed, or the current one activated and reformed. External experts could perhaps be solicited for this job. This system would allow the detection of breach of ethics, funds misappropriation, and would enhance transparency and services’ effectiveness.

Another issue worth underlining is that the Palestinian community, including the young generation, is often being mobilized to protest against UNRWA in response to messages reaching them via WhatsApp. While acknowledging the effectiveness of such tool in getting people organized, it should be noted that mobilizing the masses without adequately informing on the causes of disagreement that led to the protests is risky and could potentially lead to unplanned consequences.

UNRWA should invest in fostering the right to access information on issues that affect people's lives which is declared as a key human right. Nevertheless, UNRWA is currently disabling this right by not disseminating clear and essential information about its policies. Hence, the responsibility of UNRWA lies in releasing official and public statements through channels that are recognized by and accessible to Palestinians whenever the agency has pertinent news or decisions to this effect.

Moreover, UNRWA should capitalize on Palestinian youth since many of them possess the required skills and knowledge to come out with innovative solutions to current problems that are pressuring the community. This could also spare UNRWA a considerable budget. Instead of seeking the expertise of expatriates solely; it could invest in Palestinian youth who could deliver desired outputs at a much lower cost. As such, UNRWA would be setting a participatory approach that fosters the sense of ownership of the community towards the services it provides. Additionally, by engaging youth with the needed expertise, UNRWA would be fulfilling its mandate of securing employment for Palestinians, particularly in the intricate context of Lebanon.

Based on the findings, recommendations of participants, and the analysis, we present below several concrete and action-oriented recommendations, which, if taken into consideration by UNRWA, would contribute to creating effective communication with the Palestinian community.

VII. RECOMMENDATIONS

A. IMPROVING COMMUNICATION WITH UNRWA THROUGH A SERIES OF CHANNELS AND PLATFORMS

- Creating social media platforms: an official Facebook page and twitter account for the dissemination of correct and official information;
- Updating the Arabic website, and making it interactive i.e. a platform for opinion exchange with the Community over UNRWA's various services;
- Creating an application on smart phones to disseminate policies and decisions by UNRWA. This application would also enable Palestinians to submit their complaints and inquiries;
- Planning a TV program with the aim to raise awareness on UNRWA's programs and policies, and to discuss live with the community their needs, impact of services...
- Organizing conferences and round tables with the community to validate their policies;
- Using dashboard and databases to transfer all the information received from the surveys conducted with Palestinians;
- Setting or activating Communication offices in Palestinian camps and gatherings and ensuring their effective operations and competencies of their staff;
- Activating the role of ambulant representatives of UNRWA to conduct needs' assessments and monitor the performance of the operations' staff.

B. REVISING THE “ADJUSTED HOSPITALIZATION POLICY”

In order to have a policy that is up to the hopes and expectations of the Palestinians, UNRWA should involve qualified and specialized community members in discussing the components of the policy.

Several priorities should be incorporated in the coverage scheme of UNRWA’s hospitalization policy, as shown below:

- Children diseases
- Mental health services
- Drug addiction/ rehabilitation
- Long term care for people with cancer even in terminal stage
- Home care and long term treatment for elderly
- Long term care for persons with disabilities
- Orthopedic procedures
- Post- surgery accessories

The most significant priority for UNRWA should focus on the mental health of young people particularly that in all conducted FGDs, there was an affirmation that youth in camps suffer mental health problems, like depression and substance abuse, and therefore need care. These issues are the result of the hard living conditions in camps, notably overcrowding, poverty, violence, unemployment, instability in the security situation, etc... These are structural factors that might be challenging to overcome, yet UNRWA can have a pivotal role in relieving the weight of such factors by responding to some of the gaps through provision of proper care to youth in camps and creation of processes to engage them in a positive way.

In terms of service providers within the hospitalization policy, the main recommendations are:

- 1) To improve the quality of care in the hospitals contracted by UNRWA;
- 2) To equip the hospitals of PCRS in order to save cost and meet the needs of the community in terms of screening and testing
- 3) To monitor hospital billing.

The contracted hospitals, especially the state-run ones, suffer from poor quality of services and are a death sentence rather than a place for cure. Consequently, UNRWA is asked to monitor the quality of services provided in contracted hospitals through conducting periodical assessments and audit of bills. If the quality of services does not improve, UNRWA should contract alternative hospitals that are accredited and well equipped to replace some of the current hospitals that do not even have proper anesthesia for surgeries. A periodical mapping of contracted hospitals needs to be conducted for this purpose. If UNRWA does not have the power to influence hospitals in terms of quality of care, it needs to report violations to the Ministry of Public Health to take corrective measures.

C. FOR OTHER STAKEHOLDERS

Political leadership, factions, popular committees:

The findings show that although many young people feel that the majority of the problems facing their community are the outcomes of UNRWA's under performance, yet, they believe that these are aggravated as a result of the lack of competence of the popular committees' members in the camps who are appointed by the political authorities. The ideal situation would be that popular committees be elected not appointed in order to ensure fair representation of the Palestinian political and ideological spectrum. Youth with relevant competences need to be represented in popular committees since they constitute a large proportion of the Palestinian community, and need to be given a role in decision making. Also, in case it is hard for independent youth (not affiliated with political factions) to be represented in popular committees at present, they

should be encouraged and allowed to form shadow committees that provide technical advice to existing popular committees over the set of Palestinian demands. This way, the Palestinian community will be stronger, raising evidence based arguments, and more professional in negotiating its demands with UNRWA and other service providers.

The Lebanese Government:

Although UNRWA is the service provider for the Palestinians and the primary agency that can ensure their wellbeing, the Lebanese government remains the host country and is responsible for ensuring their wellbeing on its territories.

The Lebanese government is requested to monitor the quality of services offered to Palestinians in the hospitals contracted by UNRWA, and which fall under the jurisdiction of MoPH. Also, MoPH should request from UNRWA to have financial transparency and to audit billing in hospitals in order to report to the Ministry any cases of fraud or tampering in bills.

Dialogue between all duty bearers, including relevant Lebanese decision makers, should be fostered and ongoing, and should lead to the endorsement of human rights for Palestinians in Lebanon, which would have positive impact on their lives.

VIII. CONCLUSION

In conclusion, this report puts forward the perceptions of Palestinian youth regarding the adjusted hospitalization policy suggested by UNRWA, and the extent of communication between the Palestinian community and UNRWA, along with their recommendations for improvement.

Yet, the key findings and recommendations of this report are related to the communication component, which currently seems to have a jeopardized image in the eyes of Palestinians. Unfortunately, Palestinians, excluding those directly benefiting from UNRWA through favoritism, seem to be disappointed with UNRWA's shrinking services and top down approach. The gaps in communication are significant and they are exacerbating anger and frustration which could potentially explode into acts of violence at any point.

In an already unjust and discriminatory context, Palestinians need UNRWA's services for survival and expect UNRWA to be more transparent and accountable to them. Thus, several mechanisms and tools have been proposed to enhance communication between UNRWA and the Palestinian community, and ensure better coordinated service provision and collaboration among relevant stakeholders.

Despite the current distrust expressed towards UNRWA, Palestinian youth will not give up on UNRWA and still have hope that it will be able to improve its services' provision and take their voices into account. Youth are vital players in this situation and could be agents of change, if allowed, and therefore UNRWA should capitalize on them and engage them actively in the proposed mechanisms and tools.

ANNEXES

ANNEX 1: FOCUS GROUP GUIDE

Thank you all for your participation in this discussion.

My name is (Mia Chartouni, Sarah Armoush) and this is my colleague (...). We have been commissioned by Masar Association to carry out and facilitate this discussion. (Sarah or Mia) will take notes during today's discussions.

The purpose of the focus group is to present and deliberate UNRWA's adjusted hospitalization policy, and take note of your suggestions for improving means and mechanisms of communication between service providers, led by UNRWA and the Palestinian community. The results of this discussion, and other discussions with other parties, will be expended in a written a report conveying your views and propositions for improvement to involved authorities.

To guide our discussion today, we will bring you a series of questions, while valuing all the presented viewpoints. We encourage you all to open up and exchange ideas and opinions, without necessarily reaching a consensus on any retort.

Before we start, you have to understand that all what is said will remain extremely confidential. The findings will be submitted in a report, without mentioning any names or allusions to any of the participants. Your contribution is voluntary, and you have the right to decline to answer any question or leave the discussion at any moment. We would like to point out that the discussions will be tape recorded, ensuring that the tapes will be damaged upon delivery of the report.

QUESTIONS:

1. What do you know about UNRWA's adjusted hospitalization policy?
2. How did you hear about it?
3. After you knew about the said policy, what do you think of it?
4. What is the impact of this policy, in your opinion, on the Palestinian community? What triggered the wave of anger among Palestinians at the launch of this adjusted policy?
5. What are your suggestions to modify or improve this policy? Please identify the priorities that should be covered to this effect.
6. Do you think the Palestinian community has been consulted over the planning and development of the said hospitalization policy?
7. Do you think the Palestinian community is consulted over the planning and development of any of the policies and programs set by UNRWA?
8. How do you evaluate the level of communication between local active players and members of the Palestinian community?
9. Please suggest tools/mechanisms to improve communication with UNRWA.
10. What in your view are the obstacles that impede inter-communication between the various Palestinian parties concerned? (an implicit, rather than a direct, question: How can you be represented in these committees?)
11. How do you anticipate the nature of communication between the different effective and influential players (UNRWA, Palestinian factions, associations ...) and the rest of the Palestinian community?

رعاية المستوى الثالث

تغطية (\$300) 14 يوم
(سابقاً، اي ما يعادل

4200\$

نوع مزود خدمات المستشفى	الخدمات المغطاة وحدود التسديد
	<ul style="list-style-type: none"> الإجراءات غير الجراحية: \$ 416 لليلة الواحدة، الحد أقصى 12 يوماً وتصل القيمة إلى سقف \$ 5000 / قبول في حالة العمليات الجراحية: حوالي 60% من التكاليف وفقاً لرموز (codes) وزارة الصحة العامة جراحات القلب المفتوح: \$ 3000 للجراحة بغض النظر عن العمر. \$1200 لعمليات البالون لشرابين القلب وتركيب الروسور ، بالإضافة إلى \$600 لكل روسور بغض النظر عن العمر . جلسات العلاج الكيميائي للمرضى الخارجيين: 50000 ل . ل . في كل جلسة أدوية العلاج الكيميائي: حوالي 50% من فاتورة الأدوية، سقف \$8000 سنوياً تمّ إلغاء التغطية للعلاج بالأشعة (radiotherapy) المقدمة من المستشفيات المتعاقدة وأصبحت تغطى بشكل إستثنائي بإبراز رسالة من قسم الصحة
المتاحة في مستشفيات محددة	
	<p>سابقاً 50%</p> <p>سابقاً تغطية العلاج بالأشعة (radiotherapy) بقيمة تصل الى \$750</p>

خدمات أخرى تغطيها الأونروا

حجم التغطية التي تقدمها الأونروا	الخدمات
50% من كلفة الفاتورة (شرط أن يتم الموافقة المسبقة من قبل الطبيب المراقب في المنطقة)	خدمات تشخيصية
لا يوجد مساهمة مالية من الأونروا إلا بحالات إستثنائية (الأونروا قد تساهم بقيمة تصل إلى 30% وسقفها \$5000 بعد موافقة قسم الصحة في مكتب لبنان الاتقليمي)	دخول إلى مستشفى غير متعاقد مع الأونروا
تغطية كاملة لخدمات الطوارئ في مستشفيات جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني ومستشفى الططري في بعلبك	خدمات غرف الطوارئ
خدمات طوارئ مغطاة تصل إلى سقف 40000 ل . ل . في المستشفيات الحكومية المتعاقدة وغيرها من مستشفيات الرعاية الثانوية الخاصة	

هل تعلمون ما هو نظام التغطية في الأونروا؟

سابقاً 100%

الرعاية الثانوية

الجهة المزودة لخدمات الإستشفاء	% التغطية من قبل UNRWA	حجم التغطية التي تقدمها الأونروا
جمعية الهلال الأحمر الفالسطيني	95%	• الأكسسورات والمستلزمات الطبية غير الروتينية (30%)، وتصل القيمة إلى \$ 500 كحد أقصى)
المستشفيات الحكومية	85%	• الادوية غير العامة بناءً على معايير منظمة الصحة العالمية المقدمة في الرعاية الصحية الثانوية تغطي جزئياً (30%)، وتصل القيمة إلى \$ 500 كحد أقصى)
المستشفيات الخاصة	80%	• الاختبارات المتطورة التي تتطلب من المريض أثناء العلاج في مستشفيات الرعاية الثانوية تُغطى كاملاً

مزودّي الخدمات الصحية

المنطقة	النوع	الثانوية	المستوى الثالث	النفسية	التشخيصية
الشمال	جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني	مستشفى صفد			Modern radiology center
	حكومي	- مستشفى طرابلس الحكومي - المستشفى الإسلامي - مستشفى الخير			
	خاص	- مستشفى سيدة زفرنا - مستشفى القلب لبيان - معوض			

المنطقة	النوع	الثانوية	المستوى الثالث	النفسية	التشخيصية
مطقة لبنان الوسطى	جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني	مستشفى حيفا			- مؤسسة رفيق الحريري - Saint Marc
	حكومي	مستشفى رفيق الحريري الحكومي			
		مستشفى الكرنيتا الحكومي			
خاص	البرج	- مستشفى الساحل - مستشفى الرسول الأعظم - بيروت التخصصي للعيون	- دار العجوة - الصليب - للأمراض العقلية والنفسية		

المنطقة	النوع	الثانوية	المستوى الثالث	النفسية	التشخيصية
صيدا	جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني	مستشفى الهمشري			- مختبر الأمان - مستشفى الأنصى - مؤسسة النداء الإنساني
	حكومي	- مستشفى صيدا الحكومي			
		مستشفى الرازي			
خاص	- مركز ليب الطبي - مستشفى دلاحة - حدود مركز طبي جامعي				

المنطقة	النوع	الثانوية	المستوى الثالث	النفسية	التشخيصية
بورس	جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني	مستشفى بلسم			مركز المشرق الطبي
	خاص	- مستشفى الليثاني الأطللي - مستشفى حيرام			
		جبل عامل			

المنطقة	النوع	الثانوية	المستوى الثالث	النفسية	التشخيصية
البقاع	جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني	مستشفى الناصرة			Health diagnostic Center
	خاص	- مستشفى الططري - مستشفى مرتضى - مستشفى تعابيل	- دار الأمل الجامعي - البقاع		

هل تعلمون ما هي الخدمات الصحية التي لا تغطيها الأونروا؟

- الحالات التي يمكن علاجها في المراكز الصحية التابعة للأونروا
- علاج الأمراض المزمنة التي لا تحتاج إلى دخول المستشفى
- الدخول إلى المستشفى لإجراء فحوص روتينية
- الجراحات التجميلية والترميم التي لا تؤثر على حياة المريض أو لا تحسن القدرة العملية للمريض، إجراءات داعمة للحمل، الولادات الطبيعية، العقم
- العلاج الطويل الأمد الذي يحتاج رعاية مستمرة
- علاج الأمراض السرطانية في المرحلة النهائية والتي تتطلب المسكنات الثقيلة
- الأمراض الناتجة عن طرف ثالث (حوادث السير، الرصاص...)
- قسطرة القلب
- العلاج على المدى الطويل مع عناية ممرضة أو ممرض
- التهابات الجهاز التنفسي العلوي
- التهاب الأذن الوسطى، التهاب اللثة، التهاب باطن الجفن
- التهاب المعدة والأمعاء من دون عوارض خطيرة
- الحالات المزمنة من دون تعقيدات (السكري، الضغط، متعلقة بالمناعة الذاتية)
- الحيض، الدورة الشهرية، انقطاع الطمث
- ألم عضلي، الألم العصبي، ألم مفصلي، ألم الصداع والألم بسبب فتق
- الأمراض النفسية التي لا يمكن علاجها في مراكز الأونروا (الكآبة، الأذى الذاتي، التعافي من الإدمان)
- الحالات الاستشارية في غرف الطوارئ
- آلام المفاصل والتواء، ألم الحلق، انفلونزا، ألم الأذن، وغسل الأذن،
- إسهال، آلام البطن
- إحالة اختبارات موجودة في مراكز الأونروا أو الاختبارات التشخيصية التالية:
- عقم، للتجميل، تنظير شعاعي (تحريراً عن المرض)، URO-scan، MRCP،
- القسطرة CT،
- كثافة العظم،
- فحص العيون لحدّة البصر (إن لم يكن هناك قصور أو تدهور)

خدمات غرف الطوارئ

- تتطلب المعالجة السريعة في غرفة الطوارئ دون الحاجة إلى الدخول إلى المستشفى لتلقي العلاج.
- الحالات الطبية التي تستدعي العلاج لفترة وجيزة وتتطلب مراقبة.
- العمليات الجراحية البسيطة.
- **Febrile infant**

اختبارات التشخيص

- الأشعة
- الفحوصات المخبرية
- اختبارات تشخيصية أخرى

رزمة الخدمات: خدمات المستشفى - رعاية المستوى الثالث

- جراحات القلب والأوعية الدموية والصدر
- عمليات جراحة الأعصاب
- عمليات جراحية للمفاصل
- جراحات معقدة للجهاز الهضمي
- العمليات الجراحية المتخصصة للأطفال
- عمليات جراحية بالمنظار
- جراحات العيون المتخصصة
- جراحات الأنف والاذن والحنجرة المتخصصة
- علاج الحروق من الدرجة الثالثة
- علاج الأورام والسرطان
- العلاج الطبي للحالات المعقدة التي تتطلب العلاج المتخصص
- جراحات استبدال المفاصل
- جراحة ماء العين (cataract)
- جراحات العمود الفقري

استثناءات

- اللاجئون الفلسطينيون المسجلون لدى الأونروا ولكن يحملون الجنسية اللبنانية وأسرههم الذين تغطيهم وزارة الصحة العامة في لبنان.
- زوجات واولاد اللاجئين الفلسطينيين القادمين من سوريا ولديهم الجنسية السورية ومسجلين لدى المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR).

رزمة الخدمات: خدمات المستشفى - الرعاية الثانوية

- علاج الحالات الطبية الشديدة التي تُسبب الإصابة بالأمراض المزمنة.
- العمليات الجراحية التي تسمح بتجنب الإصابة بعجز أو إعاقة أو تنقذ حياة المريض.
- الولادة إذا كانت مُصنَّفة بالخطرة أو عالية الخطورة.
- العناية المركزة التي تضم حالات تحتاج الى مراقبة وعلاج مركّز وليست ناتجة عن عملية أو اجراءت مصنفة كـرعاية تخصصية.
- العناية المركزة للأمراض القلب.
- العناية المركزة لحديثي الولادة.

الملحق ٢: عرض باور بوينت تقديمي

برنامج الاستشفاء الأونروا - مكتب لبنان الإقليمي

إعداد ميا شرتوني وساره عرموش

ماذا تعلمون عن سياسة الأونروا المعدلة للاستشفاء ؟

الأهداف العامة

توفير الخدمات الصحية الأساسية للاجئين الفلسطينيين المسجلين. توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية لحماية وتعزيز الوضع الصحي للاجئين. تقديم خدمات الرعاية الطبية الأساسية بأسعار معقولة في المستشفيات المتعاقدة .

المعايير المؤهّلة

- اللاجئين الفلسطينيين المسجلون لدى الأونروا في لبنان.
- أسر اللاجئين المسجلين واللاجئات الفلسطينيات المتزوجات من غير اللاجئين (إذا كان الزوج ليس لبناني ولا يستفيد من تغطية صحية أخرى).
- اللاجئين الفلسطينيين المسجلون لدى مكاتب الأونروا خارج لبنان (في حال أنهم مسجلون في المديرية العامة للشؤون السياسية واللاجئين في لبنان).
- اللاجئين الفلسطينيين غير المسجلين لدى الأونروا ولكن تم تسجيلهم في المديرية العامة للشؤون السياسية واللاجئين في لبنان (ARPD).
- فلسطينيون وثائقهم مفقودة ولكن يمكن إثبات أنهم مسجلون مع مكاتب الأونروا خارج لبنان، ولديهم أي وثيقة هوية معترف بها مع صورة.
- لاجئين فلسطينيين من سوريا مسجلون لدى الأونروا في لبنان.

الأسئلة:

- ماذا تعلمون عن سياسة الأونروا المعدّلة للاستشفاء؟
- كيف علمتم بهذه السياسة المعدّلة؟
- بعدما اضطلعتم على هذه السياسة، ما رأيكم فيها؟
- ما هو أثر هذه السياسة برأيكم على المجتمع الفلسطيني؟ ما هو برأيكم الذي سبّب موجة الغضب لدى المجتمع الفلسطيني عند طرح هذه السياسة المعدّلة؟
- ماهي اقتراحاتكم لتحسين أو تعديل هذه السياسة ؟ الرجاء تحديد الاولويات التي يجب ان تغطيها السياسة المعدّلة.
- هل تم، برأيكم، الاخذ برأي المجتمع الفلسطيني خلال تطوير سياسة الاستشفاء هذه؟
- هل يتم، برأيكم، الاخذ برأي المجتمع الفلسطيني لدى تطوير اي من سياسات وبرامج الأونروا؟
- ما رأيكم بمستوى التواصل بين الجهات المحلية الفاعلة وأفراد المجتمع الفلسطيني؟
- الرجاء إقتراح ادوات/ آليات لتحسين التواصل مع الاونروا.
- ما هي برأيكم العوائق التي تصعّب تواصل الجهات المعنية في المجتمع الفلسطيني في ما بينها؟ (سؤال ضمنى غير مباشر: كيف يمكن ان تكونوا ممثلين في هذه اللجان؟)
- كيف تقترحون أن يكون التواصل بين مختلف الجهات الفاعلة والمؤثّرة في المجتمع الفلسطيني (الأونروا، الفصائل، الجمعيات...) وباقي أفراد المجتمع؟

ملاحق

الملحق ١: دليل مجموعة النقاش البورية

شكرا لكم جميعا على مشاركتكم في هذه المناقشة. اسمي (ساره عرموش أو ميا شرتوني) وهذه زميلتي (ساره عرموش أو ميا شرتوني) وتم توكيلنا من قبل جمعية مسار للقيام بهذه المحادثة وبتسهيل سير النقاش. (ساره أو ميا) ستقوم بتدوين الملاحظات أثناء مناقشتنا اليوم. والغرض من مجموعة النقاش البورية هو طرح سياسة الاستشفاء المعدلة لدى الأونروا عليكم ومناقشتها معكم، بالإضافة إلى أخذ مقترحاتكم لتحسين طرق وآليات التواصل بين مقدمي الخدمات وعلى رأسهم الأونروا والمجتمع الفلسطيني. نتائج هذه المناقشة، فضلا عن مناقشات أخرى مع أشخاص آخرين، سيتم استخدامها لكتابة تقرير يوصل آرائكم إلى الجهات المعنية ومقترحاتكم للتحسين.

بهدف توجيه نقاشنا اليوم، سنطرح عليكم سلسلة أسئلة، ونحن على يقين ان جميع وجهات النظر قيّمة. لذا، نحن نشجعكم جميعا على التحدث وتبادل الأفكار، ولا حاجة للتوصل إلى توافق في الآراء بشأن أي إجابة.

قبل أن نبدأ، يُرجى التأكد من أن كل ما تعبرون عنه سيتم حفظه بسرية تامة. وستعرض النتائج في تقرير، من دون تسمية الأفراد أو نسب أي مقولة لشخص معين. مشاركتكم طوعية، ومن حقكم رفض الإجابة عن أي سؤال أو ترك المناقشة في أي لحظة. ونود أن نشير أن المناقشات سيتم تسجيلها بآلة تسجيل، ونؤكد لكم أن الأشرطة سوف يتم تلفها بعد تسليم التقرير.

٧٨٨. خاتمة

في الختام، يقدّم هذا التقرير تصورات الشباب الفلسطيني إزاء السياسة الاستشفائية المعدلة التي اقترحتها الأونروا وحجم التواصل بين المجتمع الفلسطيني والأونروا، مع توصياتهم لتحسين الوضع. لكن مع ذلك، فإن نتائج التقرير وتوصياته الرئيسية مرتبطة بشكل وثيق بمكوّن الاتصال والتواصل بين الطرفين، الذي يبدو مهتزًا، في الوقت الحاضر.

ولسوء الحظ، وباستثناء المستفيدين المباشرين من الأونروا بفعل نظام المحسوبة، فإن غالبية الفلسطينيين مصابون بخيبة أمل من قرار تقليص خدمات الأونروا ونهجها الفوقي (من أعلى إلى أسفل) في التعامل معهم. أضف، إلى أن الثغرات في مجال الاتصالات كبيرة وتتسبب بغضب أكبر وإحباط يمكن أن ينفجر في أية لحظة في أعمال عنف. وفي هذا السياق المحفّ والتحيّزي، يبقى الفلسطينيون في حاجة إلى خدمات الأونروا لبقائهم واستمرارهم، ومن واجب الأونروا أن تتعامل معهم بشفافية ومسؤولية.

بناء على ذلك، تم اقتراح عدة آليات وأدوات لتعزيز التواصل بين الأونروا والمجتمع الفلسطيني وضمان التنسيق والتعاون بين المعنيين ذوي الصلة للاحية توفير الخدمات للاهالي. وعلى الرغم من جو عدم الثقة الحالي، لن يتخلى الشباب الفلسطيني عن المنظمة وما زالوا يأملون بقدرتها على تحسين توفير الخدمات اليهم والاحذ بأرائهم ووجهات نظرهم. ان فئة الشباب هي لاعب حيوي في هذه الحالة، وربما اعتبرت احدي وسائط التغيير، إذا اعطيت الفرصة لذلك. وعليه، فالأونروا مدعوة للاستفادة منها وإشراكها بفاعلية في الآليات والأدوات المقترحة.

ج. خاص بمعنيين آخرين

القيادة السياسية، والفصائل السياسية واللجان الشعبية:

وأظهرت النتائج، أنه على الرغم من اعتقاد الكثير من الشباب ان الاداء الضعيف للأونروا هو السبب في معظم مشاكلهم، إلا أنهم يرون أن المشاكل تتفاقم في ظل غياب الاختصاص لدى اعضاء اللجان الشعبية في المخيمات والمُعَيَّنِينَ بمعظمهم من قبل السلطات السياسية. في حين ان الوضع المثالي يحتم ان تكون اللجان الشعبية مُنْتخَبَةً بحيث تضمن تمثيلا عادلا لمختلف الاطياف السياسية والايديولوجية الفلسطينية. حيث يتمثل اصحاب الكفاءات من الشباب، علما ان فئة الشباب هذه تشكل نسبة كبيرة من المجتمع الفلسطيني، وينبغي ان تكون حاضرة في عملية صنع القرار. فاذا وجد الشباب المستقلون (غير المنتسبين للفصائل السياسية) صعوبة في ان يكونوا ممثلين في اللجان الشعبية في المرحلة الراهنة، وجب تشجيعهم والسماح لهم بتشكيل لجان ظل تقدم المشورة الفنية للجان الشعبية حول مجمل مطالب الاهالي. بهذه الطريقة، يصبح المجتمع الفلسطيني أقوى، يعرض مطالبه مزودا بالدلة، ويظهر مهنية اكبر في التفاوض مع الأونروا وسواها من الجهات المُقَدِّمة للخدمات.

الحكومة اللبنانية:

على الرغم من أن الأونروا هي الجهة الرسمية المُقَدِّمة للخدمات للفلسطينيين والوكالة الرئيسية المخولة ضمان رفاهم، تبقى الحكومة اللبنانية هي الجهة المُضيفة والمسؤولة عن ضمان رفاهم على أراضيها. والمطلوب منها مراقبة جودة الخدمات المُقَدِّمة لهؤلاء في المستشفيات المتعاقدة مع الأونروا، والتي تُعتبر ضمن اختصاص وزارة الصحة العامة. من واجب وزارة الصحة العامة، ايضا الطلب الى الأونروا ان تطبق الشفافية المالية في عملها وتدقق في فواتير المستشفيات لإبراز حالات الغش او العبث بالفواتير، ان حصل. كذلك الامر، يجب العمل على تعزيز الحوار واستمراره بين جميع الجهات المسؤولة، بما في ذلك صانعي القرار في الجانب اللبناني، بحيث يؤدي إلى إقرار حقوق الإنسان للفلسطينيين في لبنان، الأمر الذي سيكون له أثر إيجابي على حياتهم.

وبشأن مقدّمي الخدمات ضمن السياسة الاستشفائية، فيما يلي اهم التوصيات:

- تحسين نوعية الرعاية في المستشفيات التي تتعاقد معها الاونروا
- تجهيز المشافي التابعة للهلال الاحمر الفلسطيني لتوفير التكلفة وتلبية احتياجات الاهالي في ما يخص الفحوصات والتصوير
- مراقبة فواتير المستشفيات

تعاني المستشفيات المتعاقدة، الحكومية منها خاصة، من رداءة الخدمات وتُعتبر مكانا للموت وليس للعلاج. لذلك، على الأونروا مراقبة جودة الخدمات المقدمة في تلك المشافي عن طريق إجراء تقييم دوري وتدقيق بالفواتير. وفي حال لم تتحسن نوعية الخدمات، تتعاقد الأونروا مع مستشفيات بديلة تكون معتمدة ومجهزة بالكامل تحل محل المستشفيات المتعاقدة، التي لا يتوفر في بعض منها حتى التخدير المناسب للعملية الجراحية، فتكون مكانا لموته. لا بد من وضع تخطيط دوري لتلك المستشفيات المتعاقدة. فإذا لم تكن لدى الأونروا القدرة على ارغامها لتقديم الرعاية النوعية، اhalt الانتهاكات الى وزارة الصحة العامة لاتخاذ التدابير التصحيحية بشأنها.



ب. اعادة النظر في «السياسة الاستشفائية المعدلة»

في سبيل وضع سياسة تناسب طموحات وآمال الفلسطينيين، من المهم ان تُشرك المنظمة اشخاصا كفوئين ومتخصصين من الجانب الفلسطيني عند مناقشة مكونات تلك السياسة.

لا بد من لحد عدد من الاولويات وادخالها في خطة التغطية الاستشفائية، كما يلي:

- امراض الاطفال
- خدمات الصحة النفسية
- إدمان المخدرات/ اعادة التأهيل
- علاج طويل الامد لمرضى السرطان، حتى في المراحل المتقدمة والنهائية
- الرعاية المنزلية والرعاية طويلة الامد للمسنين
- رعاية طويلة الامد للاشخاص ذوي الاعاقة
- عمليات العظم
- لوازم ما بعد العملية الجراحية

من اهم الاولويات التي يجب ان تسترعي اهتمام الدونروا، هي الصحة النفسية للشباب. فقد اشار المشاركون بالحاح خلال كافة مجموعات النقاش البؤرية، ان الجيل الشاب داخل المخيمات يعاني من امراض نفسية مختلفة، بما فيها الاكتئاب وتعاطي المخدرات، وهم لذلك بحاجة للرعاية. تنتج هذه المشكلات في الغالب من الظروف المعيشية الصعبة، مثل اكتظاظ المخيمات والفقر والعنف والبطالة والوضع الامني المتقلقل، الخ... وقد يكون من الصعب القضاء على مسبباتها الهيكلية، لكن باستطاعة الدونروا ان تقوم بدور محوري في التخفيف من عبئ هذه العوامل ومعالجة بعض الثغرات عبر تأمين الرعاية للشباب وخلق أنشطة وعمليات تشركهم فيها بنبض ايجابي.

مقاربة تشاركية تعزز الإحساس بملكية الفلسطينيين للخدمات التي توفرها لهم. إلى ذلك، من خلال إشراك الشباب ذوي الخبرة، تؤكد الأونروا التزامها تأمين فرص العمل للفلسطينيين، مع الاخص في الوضع اللبناني المعقد للاجئين الفلسطينيين. واستنادا إلى النتائج وتوصيات المشاركين، والتحليلات، نقدم أدناه عدة توصيات ملموسة قابلة للتطبيق، والتي في حال اعتمادها من قبل الأونروا، يمكن أن تسهم في خلق تواصل فعال مع المجتمع الفلسطيني.

٧. التوصيات

أ. تحسين التواصل مع الأونروا عبر سلسلة من القنوات والمنصات:

- إنشاء منابر خاصة بمواقع التواصل الاجتماعي: مثل صفحة على الفيسبوك او حساب على تويتر، وذلك لنشر المعلومات الصحيحة والرسومية
- تحديث الموقع الإلكتروني باللغة العربية للمنظمة وجعله أكثر تفاعليا ليصبح منبرا لتبادل وجهات النظر مع المجتمع الفلسطيني فيما يخص الخدمات المختلفة
- إنشاء تطبيق على الهواتف الذكية لنشر السياسات والقرارات الخاصة بالأونروا، وبإمكان الفلسطينيين أيضا من خلالها ارسال الشكاوى والاستفسارات
- التخطيط لبرنامج تلفزيوني يعمل على رفع مستوى الوعي حول برامج وسياسات الأونروا، واجراء مناظرة ومناقشة حية مع الناس حول همومهم واحتياجاتهم وتأثير خدمات الأونروا...
- تنظيم مؤتمرات وطاولات مستديرة مع الناس للتحقق من صحة ومصداقية سياسات الأونروا
- استخدام لوحة اجهزة القياس وقواعد البيانات لنقل كافة المعلومات من نتائج المسوح الاستقصائية التي يقوم بها الجانب الفلسطيني
- إنشاء او تفعيل مكاتب التواصل في المخيمات والتجمعات الفلسطينية والتأكد من فعالية عملياتها وقدرات وكفاءات موظفيها
- تفعيل دور مندوبي الأونروا المتنقلين داخل المخيمات لاجراء تقييم لاحتياجات الناس ورصد أداء عمل الموظفين.

ومن العناصر التي برزت في نتائج مجموعات النقاش البؤرية، هو الحاجة إلى معالجة النقص متعدد المستويات في الشفافية داخل الأونروا. فالمحسوبيات مثلا، التي هي مظهر من مظاهر انعدام الشفافية، لا تنطبق فقط على نظام إحالات المرضى، بل تمتد لتشمل نسب التغطية، والمحسوبيات في الوظائف، والرشوة (فقليل من المال، مثلا، يضمن لك الحصول على احالة لمعاينتك الطبية)، الخ. .. لذلك، لا بد ان يأتي الإصلاح أيضا متعدد المستويات. هناك حاجة لوضع نظام واضح للرصد، او اصلاح النظام الحالي، ان وجد، وربما امكن التعاقد مع خبراء خارجيين لتولي المهمة. يسمح النظام المذكور بكشف كل الخروقات الاخلاقية والتلاعب في الاموال والاختلاسات، ومن شأنه ايضا أن يعزز الشفافية وفعالية الخدمات.

في موضوع آخر يستحق الالتفات، هو أن المجتمع الفلسطيني، بما فيه الشباب، غالبا ما تتم تعبئته للتظاهر ضد الأونروا احتجاجا على الرسائل التي تصله عن طريق خدمة ال whatsapp على الهواتف الجواله. ومع الاعتراف بفعالية هذه الادوات في تحريك الناس، لا بد من الاشارة إلى أن تعبئة الجماهير من دون تقديم معلومات وافية حول أسباب الخلاف الذي ولّد الاحتجاجات، هو نوع من المجازفة، وقد يؤدي الى نتائج لا تُعرف عقباها.

من واجب الأونروا الاستثمار في تعزيز حق الفلسطينيين في الحصول على المعلومات حول القضايا التي تؤثر على حياتهم، وهو حق معترف به من حقوق الإنسان الاساسية. ومع ذلك، فإن الأونروا تقوم بتعطيل هذا الحق عبر تفادي نشر معلومات واضحة وأساسية تتعلق بسياساتها. وعليه، فإن مسؤولية المنظمة تحتم عليها استخدام القنوات المعروفة لدى الفلسطينيين والتي تضمن وصول الاعلانات الرسمية التي تتعلق بأخبار او قرارات تهمهم والتي تتوخى المنظمة ايصالها اليهم.

الى ذلك، يجب على الأونروا الاستفادة من قدرات الشباب الفلسطيني، خاصة أن الكثيرين منهم يملكون المهارات والمعرفة اللازمة لاقتراح حلول مبتكرة للمشاكل الضاغطة الحالية. وهذا أيضا قد يوفر على الاونروا موازنة ضخمة نتيجة توظيفها خبرات الاجانب فقط. بإمكانها الاعتماد على الشباب الفلسطيني للحصول على المخرجات او النتائج المطلوبة بتكلفة أقل بكثير. بذلك، تكون الأونروا قد وضعت

ان النقاش/ التفاوض مع الأونروا لا ينبغي ان يتجزأ حول القضايا المختلفة. على العكس، لا بد من وضع حل شامل لمعالجة القضايا الخمس التي تعتبر حاليا من الاولويات، وهي: الصحة والتعليم والمساعدة الاجتماعية وإعادة إعمار نهر البارد وإقامة الفلسطينيين القادمين من سوريا. وهذه الأولويات تتشابك لأنها تؤثر على جميع جوانب معيشة الفلسطينيين في لبنان. من المفترض ان يتولى مختصون كفوؤون من الجانب الفلسطيني عملية التفاوض مع الاونروا لصياغة حل متكامل، دون القفر فوق الممثلين الحاليين للفلسطينيين او تجاهلهم، وإنما عن طريق تقديم المشورة لهم. ان ديناميات علاقة الاونروا بالمجتمع الفلسطيني اليوم هي فوقية، اي من أعلى إلى أسفل، في حين من المفترض ان تكون علاقة شراكة بين الطرفين، يشارك الفلسطينيون من خلالها بفعالية في النقاش مع المنظمة، مما يمهّد الطريق للتشارك في صناعة القرارات حول السياسات والبرامج المختلفة. اشارة، الى ان الوضع الحالي مع الأونروا يشبه تماما «جدار برلين» ، واقعا ومجازا. فالمكتب الميداني للأونروا في لبنان يصعب اختراقه وهو يتطلب الحصول على الأذونات اللازمة لدخول المبنى. وفي المجاز، فان الاتصالات مع الشعب الفلسطيني تكاد تكون غائبة تماما او محدودة جدا.

يتم تمويل الاونروا من الدول المانحة، وهذا التمويل يخضع لسوء توزيع، كون الخدمات لا تتناسب مع احتياجات الفلسطينيين كما هو مطلوب. فمسألة «السياسة الاستشفائية المعدلة» وسواها من السياسات، تؤطر من قبل الاونروا تحت عنوان «قضية مالية». لكن المجتمع الفلسطيني لديه قناعة قوية بوجود اجندة سياسية يتم تحضيرها تمهيدا لازالة القضية الفلسطينية من الوجود بشكل تدريجي. يعتقد الفلسطينيون أن الاونروا بتقليص خدماتها، انما تدفعهم للبحث عن دول يتوطنون فيها ويتخلون عن هويتهم الفلسطينية وعن انتمائهم الى فلسطين. وبالتالي، المطلوب من الأونروا توضيح هذه المسألة وتقديم أدلة على اسباب تقليص الموازنة. فالشفافية المالية حول تخصيص الأموال، امر مهم جدا، وربما ينبغي على الأونروا إعادة ترتيب تخصيص الأموال للخدمات ذات الأولوية، وذلك بالتشاور مع المجتمع الفلسطيني، من أجل توفير خدمات عالية الجودة تلبي احتياجات الفلسطينيين بأفضل طريقة ممكنة. وهذا من شأنه أن يسمح للمنظمة إعادة بناء الثقة مع هذا المجتمع.

- التوصيات الرئيسية الأخرى التي خرجت عن مجموعات النقاش البؤرية، هي:
 - إنشاء تطبيق يتم تحميله على الهواتف الذكية، خاصة أن معظم الفلسطينيين، كما ذكر المشاركون، يملكون مثل هذه الهواتف، ما يوفر وسيلة مباشرة للتواصل مع الأونروا عن طريق التبليغ عن كل المشكلات القائمة.
 - تصوير افلام وثائقية حول الفلسطينيين في لبنان تركز بشكل موضوعي على احتياجاتهم والصعوبات التي يواجهونها في حياتهم اليومية، وتعميمها ونشرها بين الجهات المانحة. كما يمكن تكليف الشباب الفلسطيني المتخصص في الوسائط المتعددة انجاز تلك الافلام.
 - الترويج من خلال التلفزيون لمقطع تفاعلي تثقيفي عن الأونروا وعن الازدحام المعيشية للفلسطينيين. هذا الجزء يمكن أن يكون منبرا للفلسطينيين للتعبير عن آرائهم وتوصياتهم للمنظمة بشأن الخدمات المقدمة وطرق تحسينها. في هذا الاطار، ربما اتجهت الأونروا لعقد إتفاق مع برامج تلفزيونية معروفة لنشر المعلومات التي تريدها.

١١. تحليل

وفي السياق الذي يعتبر ان الفلسطينيين في لبنان لا يتمتعون بأبسط الحقوق، كما ورد في احدى مجموعات النقاش البؤرية «الكلب عيشتو احسن من الفلسطيني بلبنان»، تبرز الاونروا كمقدّم رئيسي للخدمات، لكنها لا تزال بمنأى عن البؤس اليومي لهذا الشعب. وأكثر ما تتمثل به العلاقة بين الطرفين هي علاقة الحب/ الكراهية. فمن جهة، ينظر الفلسطينيون الى الاونروا باعتبارها شاهدا على النكبة التي حلت بهم عام ١٩٤٨، وتسببت بنزوحهم القسري من بلادهم، وهي الآن تتولى دور المقدّم الرئيسي للخدمات لهؤلاء. ومن جهة أخرى، تزداد مع السنين خيبة الامل من المنظمة جراء تقليصات موازنتها. كما ان الكثير من الشباب بعد التخرج والعمل يستغنون عن خدماتها ويمنعون على ذويهم الاستفادة منها ايضا، بل ويرتأون دفع المال لقاء خدمات مماثلة في أماكن أخرى تجنبا للـ «الإهانة» على ابواب الأونروا.

٤) توصيات المشاركين لتحسين آليات وقنوات الاتصال

اقترح المشاركون عدة طرق لتعزيز التواصل بين الأونروا والفلسطينيين، كما يلي:

- تعيّن الاونروا كيانات بؤرية، على سبيل المثال، ممثلين لها يتواجدون في المخيمات ووسط التجمعات في حال رغب احد السكان الاستفسار عن اية مسألة او عرض قضيته
- ايضا، تجري الاونروا مسحا تقييميا للاحتياجات داخل المجتمع الفلسطيني لتحسين درجة التبليغ عن سياساتها. لكن المشاركين في جلسات مجموعات النقاش البؤرية لم يأملوا من حدوث اي تغيير، حتى لو عينت الاونروا مسؤولا او صندوقا لتلقي الشكاوى والتعليقات، فمن المرجح الا يتم النظر فيها، كما قالوا.
- وهناك فكرة ان تعقد اجتماعات او ورشات عمل شهرية للمحافظة على التواصل وتغذيته بين الطرفين. على ان يكون من يحضر تلك الاجتماعات من الشباب المستقل (غير منضو بفصائل سياسية، وهذه الشريحة تتوسع حاليا داخل المخيمات وتدل على ياس من قدرة الفصائل السياسية على التغيير)، وايضا من الشباب المسيّس.
- وخلال بعض مجموعات النقاش البؤرية، تم اقتراح وجود لجنة محلية أو حتى لجنة ظل إلى جانب «اللجنة الشعبية» الحالية في كل مخيم، على ان يكون الاعضاء في لجنة الظل من الاشخاص المتخصصين. يتمثل دور هؤلاء في توفير المداخلات التقنية للجان القائمة التي تبلغ وتغذي بالمعلومات مفاوضات اللجنة مع الأونروا. مثلاً، من المهم ان يكون الشخص المسؤول عن ملف «الصحة» من الجانب الفلسطيني طبيبا او ممرضا او صيدليا او تنصح به جهات من القطاع الصحي (وليس فرّانا، كما هو الحال في احد المخيمات)، وذلك تسهيلا لترجمة حقوق الفلسطينيين والدفاع عنها بالشكل الصحيح في هذا المجال. وبما أن المطالب التي طرحها الجانب الفلسطيني تتكون من خمس قطاعات، هي: الصحة والتعليم والمساعدة الاجتماعية واعادة اعمار مخيم نهر البارد وتأمين الإقامة للجائئين الفلسطينيين من سوريا، على من يقود المفاوضات مع المعنيين الرئيسيين ان يكون كفوءا ومؤهلا ليتمكن من تحقيق بعض الانجازات. وألمح المشاركون إلى أن الأونروا تفضّل الوسطاء غير الكفوئين بحيث يمكنها التأثير في مواقفهم او إغرائهم بالحوافز لابعادهم عن القضايا والمطالب الاساسية المذكورة أعلاه. وهذا زاد من غياب الثقة بالأونروا.

٢) التصورات حول استراتيجية التواصل مع الاونروا

أجمع المشاركون في مجموعات النقاش البؤرية على غياب التواصل بين المجتمع الفلسطيني والاونروا، التي قالوا انها لا تتشاور معهم قبل اطلاق اية سياسة تتعلق بهم. اذ تُظهر الوكالة عدم احترام للمجتمع الفلسطيني وهذا ملموس من طريقة الإبلاغ وتوجيه الرسائل، خاصة انه لا توجد قنوات اتصال رسمية بين الطرفين، كما ان الناس يختلفون في ترجمتهم لتلك الرسائل، ما يولّد ردود فعل من اليأس والاحباط بينهم. ورأى المشاركون ان الاونروا تتواصل فقط مع اللجان الشعبية داخل المخيمات. فهناك ما يسمى بـ «مدير المخيم» وهو موظف في الاونروا، لكنه كـ «الشبح» كما وصفوه، فلا احد يعرف مكان تواجده او دوره او واجباته. اضافة الى ذلك، لا وجود للنشرات او المذكرات الرسمية بين الاونروا والمجتمع الفلسطيني حول ما يتصل بالقرارات والمعلومات الحيوية. وغالبا ما يطلع سكان المخيمات عليها بالتجربة الشخصية او من خلال التسريبات. طالب المشاركون بالمزيد من الشفافية والموضوعية في عمل الاونروا، اضافة الى تعزيز التواصل والاتصال مع الفلسطينيين بهدف كسب ثقة الاخيرة. ويوضح اقتباس قدمه احد المشاركين العلاقة الحالية مع الاونروا كالتالي: «اللاجئ مفعول به وليس فاعل».

ابدى بعض المشاركين امتعاضهم من غياب الأونروا عن جلسات مجموعات النقاش البؤرية، معتبرين انه لو كانت تهتم بشعبنا كما تدعي، لرأيناها في الجلسات. الا ان ممثل جمعية مسار أوضح أن مثل هذه الخطوة قد تؤثر على ردود المشاركين، اذ قد يشعر البعض بالرهبة من التحدث بصراحة في حضور ممثل الاونروا. ومع ذلك، تشير هذه النقطة بوضوح الى حاجة الفلسطينيين للقاء مباشر مع الأونروا.

- السياسة المعدلة لحفظ كرامة هذه الفئة من المجتمع
- شمولية كافة انواع فحوصات الدم، وليس فقط الفحص العام، CBC (وهو الارخص ثمنا)، علما، ان الفحوصات ضرورية جدا لدواعي تشخيص المرض
- الرعاية طويلة الامد لذوي الاعاقة، بما في ذلك العلاج الفيزيائي، الذي اصبح ضروريا وينبغي تغطيته
- مرض السرطان في كافة مراحل، لان كلفة العلاج مرتفعة جدا
- نظرا لان الفلسطينيين المقيمين داخل المخيمات معرضون للاصابة جراء اعمال العنف المتكررة (تبادل النار مثلا)، اقترح المشاركون ان تغطي وكالة الاونروا مثل هذه الحالات، اذ ان هناك ابرياء بين المصابين
- جراحة العظام المتقدمة وهي باهظة الكلفة، ينبغي ان تشمل ايضا في التغطية
- التصوير بالرنين المغناطيسي واللوازم لما بعد الجراحة، والبنج والفحوصات التي تسبق العملية الجراحية، ايضا يجب لحظها في التغطية لضرورتها الملحة.

اقترح المشاركون على الاونروا بالاجماع، انه بدل اعتماد مبدأ الإحالات للمعاينة الطبية، ان تعمل على تطوير التجهيزات في مستشفيات الهلال الاحمر الفلسطيني (كأجهزة التصوير بالرنين المغناطيسي مثلا)، وبالتالي، امكن اجراء كافة الفحوصات داخل المستشفيات المشار اليها باقل الاسعار او مجانا بدل التوجه الى المختبرات الباهظة.

وفيما ذكر احد المشاركين ان الاونروا، من حيث المبدأ، ملزمة بتغطية كافة الحالات لانها جميعها مهمة ومتكررة، ذكّر آخر بالوضع قبل نحو ٣٠ سنة، حيث غطت الوكالة الخدمات التي اعتبرت حينها جيدة جدا في المدارس، بالإضافة الى الفحوصات الطبية الروتينية. فكان لكل مدرسة «كانتين»، وكذلك الخدمات كانت متوفرة بالكامل دون شروط.

اما الآن، وكما ألمح بعض المشاركين، لم تعد الأونروا تهتم بالمجتمع الفلسطيني. وعلى الرغم من كل الاحتجاجات ضد سياسة ال «٥ طالبا في الصف الواحد»، قررت الاونروا تنفيذ السياسة التعليمية. مع الاشارة، الى ان بعض الفلسطينيين لا يتوقعون اي تغيير او إعادة النظر في سياسة الاستشفاء المعدلة يسبق التطبيق الرسمي لها.

القرار السياسي مقابل القرار المالي

كشفت مجموعات النقاش البؤرية نظرة المشاركين إلى تقلصات الموازنة الاستشفائية التي اعتبروها سياسية أكثر مما هي مالية وتهدف إلى تجريد الفلسطينيين من جميع حقوقهم وحثهم على التنازل تدريجاً عن حق العودة. وحسب هؤلاء، فإن الأونروا توفر حوالي 1.1 مليون دولار سنوياً باتباعها لهذه السياسة المعدلة. علماً، إن هكذا مبلغ غير ذات أهمية بالنسبة لوكالة مثل الأونروا، لأنه بإمكان أية دولة مانحة أن تغطي العجز في الميزانية. لذلك، فالمسألة تنطوي على الكثير من السياسة، لأن الأونروا لا تحتاج إلى اقتطاع موازنتها. وكل هذا الكلام عن الموازنة لا معنى له، من وجهة نظر المشاركين. تجدر الإشارة أيضاً، إلى أن نسبة كبيرة من تلك الموازنة تخصص لرواتب الموظفين الأجانب والمعدات أو الحاجيات غير الضرورية، في حين تذهب نسبة مئوية صغيرة لتمويل الخدمات المقدّمة للمجتمع.

٢) توصيات المشاركين لتحسين سياسة الاستشفاء المعدلة

وكما لاحظ المشاركون، فإن الشعب الفلسطيني يتزايد دون أن تأخذ الأونروا هذا في عين الاعتبار، خاصة فيما يتعلق بالخدمات التي تقدمها أو حجم التغطية الاستشفائية. اجمع الكل أن السياسة المذكورة فيها عيوب، لأنه لم تتم صياغتها بالتشاور مع أشخاص من المجتمع الفلسطيني من ذوي الكفاءة.

- ورأى المشاركون أن الأولوية في التغطية ينبغي أن تركز على:
 - كافة الأمراض التي تصيب الأطفال، بما فيها الأمراض المزمنة، خاصة أن الأولاد ينتمون إلى الفئة الأكثر هشاشة التي تحتاج إلى الحماية
 - الصحة النفسية (مع تركيز على فئة الشباب) بما في ذلك، علاج الاكتئاب وخدمات إعادة تأهيل المدمنين، حيث أكد الجميع أنها قضايا ملحة للغاية. في هذا السياق، أثار المشاركون موضوع انتشار تعاطي المخدرات بين شباب المخيمات الذين يعانون من مشاكل نفسية، بالدرجة الأولى، الاكتئاب والتفكير بالانتحار. علماً، إن حالات مثل تلك تحصل من وقت لآخر داخل المخيمات، كما أكدوا.
 - العناية المنزلية والرعاية طويلة الأمد للمسنين برزت أيضاً كحاجة يجب لحظها في

اما مسألة الأدوية، فكانت مشتركة في كافة مجموعات النقاش البؤرية. فقد اثار المشاركون قضية البانادول الذي يكاد يكون الدواء الوحيد لجميع الحالات المرضية أو الأموكسيسيلين، لحالات معينة، في حين انهم يحتاجون الى فحوصات معمقة لحالاتهم المختلفة وعلاجات متعددة. في هذا السياق، ذكر احد المشاركين انه «كسر ذراعه، ومع ذلك ناولوه حبات البانادول».

والاهم من ذلك، ان من واجب الأونروا التعاقد مع مستشفيات توفر نوعية جيدة من الرعاية الصحية، بدلا من المستشفيات التي «يدخل اليها المريض ليخرج ميتا». واذا لم تقم وزارة الصحة العامة في لبنان بواجبها الرقابي، فالونروا مسؤولة عن مراقبة جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات التي تتعاقد معها .

الحالة الاستشفائية تبع المناطق

وبناء على مجموعات النقاش البؤرية، تبين ان منطقتي البقاع والشمال (طرابلس) تعاني اكثر من غيرها من سوء الخدمات ونقص مراكز الرعاية المتعاقد معها. في منطقة البقاع بكاملها، مثلا، لا توجد اجهزة للتصوير بالرنين المغناطيسي، كما ان تغطية مراكز التشخيص الصحي محدودة للغاية. علاوة على ذلك، لم يعد مستشفى الهراوي ضمن المشافي المتعاقدة كما كانت في السابق. وقد اجمع المشاركون على أن مستشفى الططري هو حكم اعدام بحق المريض، «فوت وموت». في طرابلس، افيد ان نوعية الرعاية الطبية في المستشفى الاسلامي الخيري رديئة جدا وانها اقرب الى الـ «ملحمة». وبحسب اقوال المشاركين، فان الفلسطينيين في طرابلس هم الاكثر هشاشة مقارنة مع مواطنيهم في كل من بيروت وصيدا. كذلك، ذكر المشاركون من مجموعتي النقاش البؤرية في بيروت ان نوعية الخدمات في مستشفى حيفا رديئة وكذلك نظامها الصحي، واصفين المكان بـ «مستشفى الأموات».

وهناك نقطة اتفق عليها المشاركون تبين نقصا في الشفافية بين بعض موظفي الأونروا والمستشفيات؛ حيث تعتمد المستشفيات المتعاقدة الى التلاعب بالفواتير، فتتضخم التكاليف، ما يضطر المريض الى دفع مبالغ اضافية. من الأمثلة التي قدمها أحد المشاركين لتوضيح هذا الامر، يقول: «اضطرتني احد المستشفيات الى قضاء ليلة في المستشفى لتسجيل مبلغ وقدره، علما ان الطبيب قد ذكر ان حالتي يمكن معالجتها في غرفة الطوارئ ولا حاجة لدخول المستشفى». ان بعض الأطباء يستفيدون من تقارير الإحالات إلى المستشفيات ومن بعض مختبرات الفحوصات الطبية. كما ان المستشفيات وموظفي الأونروا على السواء يستفيدون من هذه الترتيبات، وفقا للمشاركين.

والنقطة التي أُثيرت من قبل المشاركين في واحدة من مجموعات النقاش البؤرية هي أن مستوصفات الهلال الأحمر الفلسطيني تفرض اطباء محددین من قبلها. فاذا طلبت سيدة مريضة، مثلا، ان تعينها طبيبة نسائية، قيل لها ان ذلك غير متوفر حاليا، وعليها ان تقصد مستشفى آخر لكن على ان تدفع التكلفة.

وفيما يتعلق باختيار الاطباء، أفاد المشاركون أن الفلسطيني مُلزم بالاطباء المتعاقدين مع عيادات الاونروا ومشافي الهلال الاحمر الفلسطيني. فالامر ليس اختياريا، كما ان عدد الأطباء سواء في عيادات الأونروا أو في مستوصفات الهلال غير كاف. يضاف الى ذلك، نقص في الموظفين والأطباء، حيث تتم معاينة نحو 100 مريض في اليوم الواحد، وبالتالي لا يمكن تلبية احتياجات الاعداد المتنامية من الفلسطينيين. على سبيل المثال، لا يوجد سوى اختصاصيان للأطفال في بعض المستشفيات. وقد اشار المشاركون في معظم مجموعات النقاش البؤرية الى ان نوع علاقة المريض مع الطبيب هي التي تقرر حصوله او عدم حصوله على الاحالة او على التغطية، وهذا ايضا شكل من أشكال «الواسطة».

والمعلومات المنقولة بالتداول، والاحتياجات المتصاعدة على الارض، وايضا من خلال التجارب الشخصية السيئة للفلسطينيين مع المستشفيات المتعاقدة مع الاونروا. وفي واحدة من مجموعات النقاش البؤرية، افترض المشاركون أن الأونروا تعتمد تسريب بعض المعلومات بشأن سياساتها لاختبار الاجواء قبل اطلاق السياسة الجديدة. «الأونروا منظمة ذكية، تعرف تماما كيف تتعامل مع الشارع». حتى ان طريقة صياغة تلك السياسة تبين أن الأونروا تسعى لحماية نفسها. فهي تذكر، على سبيل المثال، «بعض أنواع السرطان»، عند شرحها لأنواع من المرض تشتمله التغطية. بهذه الطريقة، إذا اشتكى فلسطيني من سياسة التغطية، يأتي رد الاونروا، «قلنا بعض أنواع السرطان». الامر نفسه ينطبق على صياغة الجملة المتعلقة بالتغطية، على هذا الشكل، «ما يصل إلى ٣٪ في حجم التغطية المتعلقة بظروف معينة» دون تحديد نسبة واضحة لتلك التغطية.

غموض ممارسات الاونروا في المجال الصحي

بعد التعرف على مكونات السياسة الاستشفائية في عرض الباور بوينت التقديمي، اعتبر المشاركون ان ثمة مناطق رمادية مبهمة في السياسة المذكورة. في ملاحظاتهم مثلا، ان الاونروا لم تطوّر ادوات، مثل المنشورات والباور بوينت وسواها من الوسائل التوضيحية، لشرح سياستها للناس بشكل افضل. ان المنظمة تفتقر الى الموضوعية والمصداقية، وفق ما افاد المشاركون. فما يُكتب على الورق، فيما يتعلق بالتغطية، يختلف عن التطبيق الفعلي. والتغطية تخضع للاستنساخ والمفاضلة والواسطة، التي قد تأتي من موظفي الاونروا او من الاطباء في العيادات او من الفصائل السياسية، وحيانا، بواسطة التهديد بالسلاح. كما ان بعض المشافي المتعاقدة مع المنظمة تفرض، كما اكد المشاركون، على المريض الذهاب الى مستوصف الهلال الاحمر الفلسطيني اولا للحصول على العلاج ومن ثم الحصول على إحالة للوصول الى المستشفى الحكومي او الخاص. علما، انه من الصعب استكمال الفلسطيني على إحالة، وان غالبية المرضى يعالجون في مستوصفات الهلال الاحمر. ويرى المشاركون، انه فيما لو طبقت هذه السياسة على الجميع بالتساوي، لكان في الامر عدل لا يستدعي الاحتجاج. لكن هناك الكثير من عدم المساواة بين الأفراد، وبالتالي، الكثير من انعدام الفرص المتكافئة.

٧. النتائج / المخرجات

- تمحورت نتائج مجموعات النقاش البؤرية حول الموضوعات التالية:
١. التصورات او الملاحظات حول السياسة الاستشفائية المعدلة
 ٢. توصيات المشاركين لتحسين السياسة المذكورة
 ٣. التصورات او الملاحظات حول استراتيجية التواصل والاتصال مع الاونروا
 ٤. توصيات المشاركين لتحسين آليات وقنوات التواصل والاتصال

١) التصورات او الملاحظات حول السياسة الاستشفائية المعدلة

تصورات الاتجاه العام في تقليصات الموازنة

وفقا للمشاركين في مجموعات النقاش البؤرية، فان الانطباع العام عن السياسة الاستشفائية المعدلة هو انها تتضمن تقليصات في التغطية، علما ان القبول بالسياسة الجديدة يعني القبول بتقليصات اضافية فيما بعد، خاصة ان الاونروا قد تستمر في هذا النهج اذا لم تلق مقاومة او احتجاجا من الناس. وقد اعتبر المشاركون ان مفهوم الزام المريض بدفع حصة من كلفة التغطية الصحية هو غير منطقي تماما، لان وضع الفلسطينيين في لبنان يختلف عن الدول الاخرى التي تتواجد فيها المنظمة (مثل غزة والضفة الغربية والاردن وسوريا). ففي لبنان، يُمنع الفلسطينيون من العمل، وبالتالي، هم لا يحصلون على دخل منتظم يسمح لهم بدفع كلفة الرعاية الصحية.

عيوب التواصل والاتصال

اما مصادر المعلومات حول السياسة الجديدة فقط جاءت عن طريق تسريبات من موظفي الأونروا، او رسائل عبر وسائل التواصل الاجتماعي (واتساب وفيسبوك) تدعو للانضمام إلى الاحتجاجات، بالاضافة الى المعلومات من «خلية الأزمة»^١،

١ تشكلت خلية الأزمة التي تتكون من الفصائل الفلسطينية على يد القيادة الفلسطينية في اعقاب اعلان السياسة الاستشفائية المعدلة من قبل الاونروا في كانون الثاني، ٢٠١٦ وتهدف بشكل اساسي الى الضغط على المنظمة لالغاء مكوّن تقاسم تكلفة العلاج في المستشفيات المتعاقدة معها.

١٧. التحديات الاساسية / المعوقات

إن احد التحديات الرئيسية للمشروع هو التمثيل الجندي. فباستثناء مجموعتين في صيدا والبقاع، جاء التمثيل النسائي محدودا بشكل عام. كما ان عقد جلسات مجموعات النقاش البورية خارج المخيمات ربما شكّل عائقا امام مشاركة النساء. لكن رغم ذلك، تمكنت المجموعات من استنتاج نقاط معينة تتعلق بالنساء تحديدا. في طرابلس، وبصورة استثنائية، عقدت جلسة لمجموعة واحدة من مجموعات النقاش البورية، جمعت الشباب من خلفيات صحية وغير صحية.

على صعيد التحديات الناشئة الاخرى، كان من المفترض توزيع مطوية على المشاركين قبل انطلاق النقاش لتعريفهم على مضمون السياسة الاستشفائية المعدلة وتغذية الحوار بما يتناسب مع ذلك. الا ان الدونورا طلبت من جمعية مسار تعديل بعض المعلومات الواردة في المطوية والتي لم تُلاحظ في نص السياسة المعدلة الذي تم تشاركه سابقا. ونظرا لضيق الوقت، لم يتسنّ اعادة طبع النشرة المصححة. وعليه، اعتمدت ميسرة مجموعة النقاش البورية على عرض الباور بوينت التقديمي فقط.

وهناك تحد آخر برز خلال جلسات مجموعات النقاش البورية، تمثل بقناعة المشاركين بان تقليص الموازنة المخصصة للسياسة الاستشفائية وسواها من السياسات، انما هو قرار سياسي وليس ماليا. مما اضطر الميسرة الى بذل جهود اضافية لمنع خروج النقاش عن غايته الاساسية.

اضافة الى ما تقدم، تردد عدد من المشاركين من خلفيات صحية في الدخول في النقاش خوفا من ان يؤثر ذلك بصورة غير مباشرة على وظيفتهم الحالية المرتبطة بعقود مع الدونورا.

المنطقة	الرجال	النساء
		بيروت
من خلفيات صحية	80%	20%
من خلفيات متنوعة	100%	0%
		صور
من خلفيات صحية	71%	29%
من خلفيات متنوعة	60%	40%
		صيدا
من خلفيات صحية	55%	45%
من خلفيات متنوعة	100%	0%
		البقاع
من خلفيات صحية	53%	47%
من خلفيات متنوعة	75%	25%
		طرابلس
من كافة الخلفيات	86%	14%

كمدخل الى مجموعات النقاش البؤرية، قدم ممثلو جمعية مسار عرضاً موجزاً عن عملهم في مجال حقوق الشباب الفلسطيني في لبنان وعن الغاية من مجموعات النقاش البؤرية تلك. ثم طلبوا من المشاركين اعطاء الموافقة الشفهية لدخولهم في مجموعات النقاش البؤرية لتسجيل ذلك.

بدأ النقاش بسؤال المشاركين عن دور وظروف تأسيس الاونروا، كخط اساس للانطلاق في النقاش. تبع ذلك عرض باور بوينت تقديمي ومناقشته يبين المكونات العامة للسياسة الاستشفائية المعدلة، بما في ذلك برنامج التغطية؛ مع الاشارة، الى ان الباور بوينت مبني على السياسة المعدلة المَقْدَمَة رسمياً من الاونروا الى جمعية مسار (انظر الملحق ٢).

بعد انتهاء العرض، جرى نسخ حرفي لمجموعات النقاش البؤرية مع تحليل موضوعي بغية استخراج النتائج والتوصيات.

ومن مختلف مناطق تواجد الفلسطينيين، اي في بيروت والبقاع وصور وصيدا وطرابلس. الا ان مجموعات النقاش البؤرية عقدت خارج المخيمات خوفاً من عرقلة او تدخل اشخاص لا يناسبون معايير اختيار المشاركين. وقد تعاونت جمعية مسار، في تجنيدها للمشاركين، مع خمس ناشطين ميدانيين من ذوي المعرفة المطلوبة بالمخيمات وبالنسيج الاجتماعي والسياسي للمجتمع الفلسطيني. هؤلاء قاموا باختيار المشاركين مستنديين على معايير محددة، وليس من خلال وضع اعلان داخل المخيم، ومعايير المشاركة في مجموعات النقاش البؤرية هي التالية:

- شاب/ شابة ، بين ١٨ و ٣٠ عاماً او ٣٥ عاماً كحد اقصى
- شاب/ شابة ، إما طلاب او متخرجون حديثاً مع سبع سنوات من الخبرة
- شاب/ شابة يعمل/ تعمل او يدرس/ تدرس في قطاع متصل بالصحة (كالمطبخ والتمريض وعلم المختبر الطبي وادارة المستشفيات) لكن ليس محدوداً بذلك؛ ايضاً، شاب/ شابة من خلفيات متنوعة
- شاب/ شابة مقيم داخل وخارج المخيمات
- ضمان التوازن بين الجنسين والتنوع من حيث الانتماء السياسي.

يأتي المشاركون في مجموعات النقاش البؤرية من خلفيات علمية متنوعة، كالهندسة والطب والتعليم والاعلام والصيدلة والتمريض والتدريب المهني والعلاج الفيزيائي والمسعفون والتنمية المجتمعية والادارة الصحية ومراقبة الجودة. كما ان الكثيرين منهم لديهم خبرة في العمل المدني.

في المنطقة الواحدة، اقيمت مجموعتنا نقاش بؤرية؛ الاولى مع الشباب من خلفيات متنوعة والآخر مع الشباب من القطاع الصحي. لكن الوضع في مدينة طرابلس اعتمد الدمج بين الفئتين. عموماً، حضر نحو ٧١ مشاركا (٤٩ شاباً مقابل ٢٢ شابة). ورغم تفوق عدد الشباب الذكور، الا ان التمثيل بين الجنسين لم يؤثر على النتائج. فيما يلي، جدول يظهر توزيع المشاركين حسب الجندر وحسب المنطقة:

١.١. المنهجية

عيّنت جمعية مسار اثنين من المستشارين (الآنسة سارة عرموش: ماجستير صحة عامة وإختصاصية تغذية مرّضة، والآنسة ميا شرتوني: ماجستير إدارة صحية وإختصاصية تغذية مرّضة) يملكان الخبرة المطلوبة في الصحة العامة والبحث النوعي لاقامة ما يسمى بمجموعات النقاش البؤرية. وقد تم اعتماد المنهجية النوعية التي تصف وتشرح وتوضح خصائص موضوع التقصي عبر التركيز على الكلمات اكثر من التركيز على الارقام. فمن خلال المنهجية المذكورة، يمكن استطلاع ابعاد مختلفة من المجتمع وعالمه، بما فيه تعقيداته ومظاهر فهمه، وتجارب المشاركين، وكيفية عمل المجتمع والمؤسسات، والعلاقات والحوارات، بالاضافة الى اهمية المعاني التي تولدها. ان مجموعات النقاش البؤرية تُثري موضوع البحث على وجه التحديد عن طريق السماح للاختلافات الواضحة والافكار المتباينة بالظهور، ما يسمح بتكوين وجهة نظر حول الأعراف الاجتماعية الراجعة والمتصلة بموضوع النقاش.^٢

في المرحلة الاولى، تم اجراء نقاشين تجريبيين لمجموعات النقاش البؤرية مع الشباب الفلسطيني في بيروت؛ الاول مع مجموعة من خلفيات متنوعة والثاني مع خبراء تقنيين شباب من القطاع الصحي، وذلك بهدف التحقق من الاسئلة الواردة في دليل مجموعات النقاش البؤرية، والتأكد من ان كافة النقاط المهمة المتعلقة بهدف المشروع قد تم تناولها من خلال الدليل. واستنادا الى النقاشين التجريبيين، اكتملت مراجعة الدليل (انظر الملحق ١) وأعيدت صياغة الاسئلة لالتقاط ردود فعل وتوصيات المشاركين بشكل مُركّز وموضوعي اكثر.

أقيمت تسع مجموعات نقاش بؤرية خلال فترة ايار- حزيران ٢٠١٦، مدة كل منها تسعون دقيقة، بلغ متوسط عدد المشاركين في كل منها سبعة. وتوخياً لتحقيق التمثيل الصحيح، تم إختيار المشاركين من داخل وخارج المخيمات (في المدن)

١ J I. Mason. (2002). Qualitative Researching. مايسون، البحث النوعي

٢ J I. Ritchie, J. & Lewis. (2003). ممارسة البحث النوعي: دليل لطلاب وباحثي علم الاجتماع

لدى نقاش التدخل قصير المدى من جانب جمعية مسار، اظهرت الأونروا رغبة في معالجة التوتر مع الجانب الفلسطيني وإرادة في الاستفادة من خبرة مسار ودمجها لمنتوج هذا التدخل في عملها اذا رأت ذلك مناسباً. كما ابدت المنظمة رغبة في تحسين استراتيجية التواصل عن طريق جعلها اكثر فهماً للسياق المحلي واكثر انفتاحاً على المجتمع الفلسطيني من خلال تمكين موظفيها الميدانيين وبناء قدراتهم في التواصل.

على المدى الطويل، قد يُسهم تدخل مسار بتوجيه الأونروا ومقدمي خدمات محتملين آخرين لتطوير وإدخال استراتيجيات ومقاربات تشاركية مُحسّنة للانشطة والخدمات التي يقدمونها للمجتمع الفلسطيني في لبنان. كما ان تدخل الجمعية قد يساعد الفلسطينيين في تحسين طريقة التصريح عن وعرض احتياجاتهم ومطالبهم من الأونروا والجهات المماثلة. وفي الحالة الخاصة بالأونروا تحديداً، قد يُسفر ربما تدخل مسار عن تطوير ومأسسة آليات استشارية بين المنظمة كمقدمة للخدمات والمجتمع الفلسطيني كُستفيد من هذه الخدمات.

ال. الخلفية

المشكلة

تصاعدت حدة التوتر القائم بين الأونروا وجزء من المجتمع الفلسطيني في لبنان في الاشهر القليلة الماضية الى درجة الصراع السياسي المفتوح اثر اعلان المنظمة عن بدء تطبيق ما يسمى بـ «سياسة استشفائية معدلة» التي تُلزم الفلسطينيين المقيمين في لبنان بدفع مساهمة مالية من كلفة الاستشفاء، كما اشرنا في فقرة «الملاحظة» اعلاه. بالاضافة الى عنصر المساهمة في الكلفة، استفحل غضب الفلسطينيين لانه لم يتم التشاور معهم خلال وضع تلك التعديلات: لم تتم مشاوره المستفيدين الفلسطينيين الرئيسيين من خدمات الاونروا الصحية عند اجراء التعديلات ولا في المصادقة على وثيقة السياسة المعدلة قبل الاعلان عنها. وفي اوج الازمة بين الطرفين، تقدمت الاونروا بطلب المساعدة في تحسين آليات التواصل/ التشاور مع المجتمع الفلسطيني من كل من جمعية مسار ومن قسم الأمن الإنساني في السفارة السويسرية في بيروت.

رد جمعية مسار

تمتلك مسار خبرة ميدانية وبحثية في مجال تمكين الشباب وتعزيز الاندماج في الفترة ما بعد النزاعات. وبناء على هذه التجارب، ابدت الجمعية استعدادها لتقييم تصورات المجتمع الفلسطيني، خاصة الخبراء التقنيين في قطاع الصحة من الشباب وايضا الشباب من خارج قطاع الصحة، تجاه الأونروا وآلياتها في توفير الخدمات واستراتيجية التواصل التي تتبعها، مع أخذ مثل سياسة الإستشفاء المعدلة التي تسببت بالتوتر المتصل القائم.

١. مقدمة

تهدف السياسة الصحية العامة للأونروا الى تقديم الخدمات الصحية الاساسية للاجئين الفلسطينيين المسجلين بناءً على المبادئ الاساسية لمنظمة الصحة العالمية وطبقاً لمعايير الصحة العامة المُتبعة عادة في البلد المضيف، اي وزارة الصحة العامة. يركّز برنامج الصحة في الاونروا أولاً على تقديم خدمات الرعاية الصحية الدولية التي تهدف الى حماية وتعزيز صحة اللاجئين الفلسطينيين والاستجابة الى حاجاتهم الصحية الاساسية. بالاضافة الى ذلك، توفّر لهم الاونروا الخدمات الصحية الاستشفائية الاساسية بأسعار مقبولة من خلال التعاقد مع مستشفيات محلية.^١

في الاول من كانون الثاني ٢٠١٦، ادخلت الأونروا بعض التعديلات على سياسة الاستشفاء تتعلق بأهلية الشخص المشمول بالتغطية، وطبيعة التغطية والمستشفيات المتعاقد معها وسواها من التغييرات. وقد اثارت تلك التغييرات، واخرى ترتبط بسياسة التعليم مثلاً، ردود فعل وغضب لدى جزء من المجتمع الفلسطيني في لبنان. فجرى تكليف جمعية مسار لتصميم وتنفيذ مشروع «التصورات التقييمية للشباب الفلسطيني حول موضوعات اساسية» خلال الفترة بين نيسان وحزيران ٢٠١٦، بحيث ينحصر باستخلاص تصورات الشباب تجاه السياسة الاستشفائية المعدلة والحالة العامة من التواصل بين المجتمع الفلسطيني والاونروا او مع غيرها من المعنيين الاساسيين. وعلى هذا الاساس، اجريت مجموعات النقاش البؤرية مع مجموعات شبابية فلسطينية (من خلفيات صحية وغير صحية) في كل من بيروت وصور وطرابلس والبقاع وصيدا، حيث تمتلك الاونروا مكاتب تنفيذية. الهدف من مجموعات النقاش البؤرية هو تقييم تصورات الشباب الفلسطيني فيما يتعلق بسياسة الاونروا الاستشفائية المعدلة واستراتيجيات التواصل، وتحليل النتائج وصياغة توصيات تقدم الى الاونروا للنظر فيها.

ملاحظة

قبل تعديل سياسة الاستشفاء في الاول من كانون الثاني ٢٠١٦، كانت الأونروا تقدّم ١٠٠٪ تغطية لرعاية المستوى الثاني في جميع المستشفيات المتعاقدة معها باستثناء الأدوية غير المدرجة على لائحة منظمة الصحة العالمية واللوازم الاسعافية المستخدمة في الجراحة، حيث تغطي المنظمة حوالي ٣٪ من كلفة العملية الواحدة تصل كحد اقصى الى ٥٠٠ دولارا اميركيا. اما في السياسة المعدلة في الاول من كانون الثاني ٢٠١٦، فان التغطية الصحية في المستشفيات المتعاقدة مع الاونروا تغيرت لتصبح على الشكل التالي: ٩٥٪ لمستشفيات الهلال الاحمر الفلسطيني، و٨٥٪ للمستشفيات الحكومية و٨٠٪ للمستشفيات الخاصة، باستثناء الأدوية غير المدرجة على لائحة منظمة الصحة العالمية واللوازم الاسعافية المستخدمة في الجراحة، حيث تغطي المنظمة حوالي ٣٪ من كلفة العملية الواحدة تصل كحد اقصى الى ٥٠٠ دولارا اميركيا. اما بالنسبة لرعاية المستوى الثالث، فقد تركزت التعديلات بشكل اساسي على التعرفة اليومية، كما يلي: ارتفعت التغطية الى ٦٪ لتصل الى ٤١٦ دولارا في اليوم حتى ١٢ يوما مع تحديد سقف تكاليف دخول المستشفى بـ ٥٠٠ دولار، والى ٦٪ من الرموز الجراحية الخاصة بوزارة الصحة العامة اللبنانية تبعا للسعر الموضوع من قبل الاونروا لدخول المستشفيات المتعاقدة معها، بحيث تصل الى سقف الـ ٥٠٠ دولارا.

لكن الاونروا عادت واصدرت سياسة استشفاء منقّحة في الاول من حزيران ٢٠١٦ تشتمل على تعديل في نسب التغطية لرعاية المستوى الثاني، على الشكل التالي: ١٠٠٪ لمستشفيات الهلال الاحمر الفلسطيني و٩٠٪ للمشافي اللبنانية الحكومية والخاصة باستثناء الأدوية غير المدرجة على لائحة منظمة الصحة العالمية واللوازم الاسعافية المستخدمة في الجراحة، حيث تغطي المنظمة حوالي ٣٪ من كلفة العملية الواحدة تصل كحد اقصى الى ٥٠٠ دولارا اميركيا.

ان هذا التقرير لا يتناول موضوعات تقنية او برنامج التغطية للسياسة الاستشفائية بحد ذاته، انما يكشف نقاطا ونتائج تتعلق بتصورات المجتمع الفلسطيني فيما يخص المكونات العامة لتلك السياسة، وذلك قبل صدور سياسة الإستشفاء المنقّحة في الاول من حزيران ٢٠١٦. كما يلقي الضوء وبنفس الاهمية على طبيعة التواصل بين الأونروا والفلسطينيين المقيمين في لبنان.

٢٠ تحليل

٢٣ توصيات

٢٣

أ. تحسين التواصل مع الدونورا عبر سلسلة من القنوات والمنصات

٢٤

ب. اعادة النظر في "السياسة الاستشفائية المعدلة"

٢٦

ج. خاص بمعنيين آخرين

٢٧ خاتمة

٢٨ ملاحق

ملحق ١: دليل مجموعة النقاش البُورية
ملحق ٢: عرض باور بوينت تقديمي

٤ ملاحظة

٥ مقدمة

٦ خلفية

٨ منهجية

١١ تحديات رئيسة/ معوّقات

١٢ النتائج / المخرجات

١٢

١) التصورات او الملاحظات حول
السياسة الاستشفائية المعدلة

١٦

٢) توصيات المشاركين لتحسين السياسة المذكورة

١٨

٣) التصورات او الملاحظات حول استراتيجية
التواصل والاتصال مع الاونروا

١٩

٤) توصيات المشاركين لتحسين آليات وقنوات
التواصل والاتصال

فهرس المحتويات



إن المعلومات والآراء الواردة في هذا الكتيب لا تعكس بالضرورة الرأي الرسمي للممّول.



www.masarlb.org



مشروع "التصورات التقييمية للشباب الفلسطيني حول موضوعات اساسية"

التقرير مُقدم الى الاونروا ومعنيين اساسيين بدعم
من قسم الأمن الإنساني في السفارة السويسرية
في بيروت

استنادا الى عمل ميداني، بحث، وتحليل بشأن
سياسة الاونروا الاستشفائية المعدلة واستراتيجية
التواصل مع المجتمع الفلسطيني

تنفيذ جمعية مسار



تقرير المشروع

تموز ٢٠١٦

