



وثيقة الخطة الإستراتيجية

(2013 – 2011)

المحتويات

المحتويات.....	2
تقديم.....	4
خلفية تاريخية.....	4
خلفية عملية التخطيط الإستراتيجي.....	6
سياق عمل مؤسسة لجان العمل الصحي.....	8
السياق الخاص بالمؤسسة.....	8
السياق السياسي.....	10
سياق التمويل.....	12
السياق الديمغرافي والاجتماعي.....	14
حجم الأسرة ومعدلات المواليد والوفيات:.....	15
الفقر.....	16
مؤشرات النوع الاجتماعي.....	17
السياق الصحي.....	18
مؤشرات صحية.....	22
خدمات الرعاية الأولية المقدمة من قبل وزارة الصحة:.....	25
مؤسسة لجان العمل الصحي _ اليوم.....	27
خدمات وبرامج الرعاية الصحية الأولية.....	27
برامج التنمية المجتمعية.....	29
برامج وأنشطة عامة.....	31
نتائج تحليل البيئة الداخلية والخارجية لمؤسسة لجان العمل الصحي.....	32
نقاط القوة.....	32
نقاط الضعف.....	33
الفرص.....	33
التحديات.....	34
تقييم القدرات المؤسسية لمؤسسة لجان العمل الصحي.....	35
الطموحات: رسالة المؤسسة ورؤيتها.....	36
الاستراتيجيات.....	37
المهارات المؤسسية.....	37
الموارد البشرية.....	39
الأنظمة والهيكلية التنظيمية.....	40

41	البنية التحتية
42	ثقافة المؤسسة ومنظومة القيم
43	الرؤيا
44	القيم المحورية
45	المحاور الإستراتيجية

تأسست مؤسسة لجان العمل الصحي عام (1985)، بمبادرة من مجموعة من المتطوعين الفلسطينيين العاملين في القطاع الصحي لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان الفلسطينيين الذين يعيشون تحت الاحتلال الإسرائيلي في الضفة الغربية وقطاع غزة، في حينه عملت تحت مسمى "اللجان الشعبية للخدمات الطبية"، وقد كانت الطموحات حينئذ تهدف إلى بناء البنية التحتية للخدمات الصحية الوطنية الفلسطينية كجزء من مكونات النضال ضد الاحتلال الإسرائيلي. وتميزت البدايات ببذل الجهود عبر تقديم صحية تطوعية للمناطق المعزولة والفقيرة من خلال العيادات المتنقلة التي فعلت عبر الضفة الغربية وقطاع غزة. وفي هذه الفترة تمكنت اللجان من تشغيل عيادتين رسمياً، واحدة في مخيم جبالياً للاجئين (قطاع غزة) وأحد في قرية إزنا (محافظه الخليل).

اتسمت مرحلة نشوء اللجان بحالة من النهوض الوطني وتبلور عدد من المؤسسات والأطر الجماهيرية ذات الطابع السياسي/الوطني والتمموي، وانتشار المبادرات لبلورة استراتيجيات هادفة لتعزيز صمود الشعب الفلسطيني وربط التنمية بأهداف التحرر الوطني. كان التركيز في تلك الفترة ينصب على خدمة الناس من خلال أيام العمل الصحي التي كانت تأخذ طابع جماهيري واسع. لم تكن "لجان العمل الصحي" في حينه تعتمد على تقديم خدمات تتطلب ميزانيات كبيرة وكان العمل الطوعي يمثل الرافعة لغالبية الأنشطة والتي غلب عليها أصلاً تنفيذ مشاريع صغيرة نسبياً مرتبطة بالعمل الأهلي، وفي حقيقة الأمر كانت لجان العمل الصحي في هذه المرحلة تعتبر جزءاً من الأطر الجماهيرية التي تعمل على تعزيز الصمود الفلسطيني ومقاومة الاحتلال. مع مرور الزمن أخذت لجان العمل الصحي تتحو باتجاه المؤسسة، فمع بداية التسعينات أصبحت لجان العمل الصحي تتمتع بطاقم يعمل بصورة مهنية إلى حد كبير دون أن يتجرّد من تعريف نفسه بالمؤسسة الجماهيرية وتشديد استهداف الفئات المهمشة كجزء من هويته.

مع اندلاع الانتفاضة الأولى في عام 1987، زاد عدد المتطوعين في اللجان استجابة للاحتياجات الصحية المتزايدة للفلسطينيين الذين مروا في أوقات عصيبة نتيجة لسياسات الاحتلال. وقد تميزت هذه الفترة بزيادة في عدد العيادات المتنقلة وأعمال الإغاثة التي تغطي معظم مناطق الضفة الغربية وقطاع غزة. تطوع المئات من الأطباء والمرضى والعاملين في مجال الصحة. وقد تكاثرت الجهود في تلك الفترة بنجاح اللجان في إقامة أكثر من 45 عيادة صحية دائمة لتقديم الرعاية الصحية الأولية وخدمات الطوارئ. في وقت لاحق، تم توسيع نطاق هذه الخدمات لتشمل الخدمات الصحية وبرامج جديدة مثل برنامج الصحة المدرسية، وبرنامج صحة المرأة، وخدمات المختبرات، وخدمات صحة الأسنان.

بعد انتهاء الانتفاضة الأولى وتأسيس السلطة الفلسطينية، أصبحت وزارة الصحة مسئولة عن الخدمات الصحية في فلسطين. بعدئذ عملت لجان العمل الصحي على صياغة سياساتها لضمان الاستدامة المالية والمهنية. حيث أنه بعد اتفاق أوسلو، عملت المؤسسة على بلورة إستراتيجية جديدة لتحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة. وقد تم إغلاق عدداً من العيادات والمستوصفات للتركيز على تطوير عدد محدود من المراكز، كما عملت على صعيد التطور الإداري وقضايا المجتمع المدني الفلسطيني، وخلق نماذج التنمية. عموماً في هذه المرحلة شهدت اللجان توسيع نطاق البرامج وتنوعها وحجم التمويل وزيادة الكادر الوظيفي، ومن ناحية تبلور النمط المؤسسي للجان. لقد فرض تأسيس السلطة الفلسطينية بيئة سياسية وقانونية جديدة لعمل

المؤسسة، حيث تعمق الجدل حول التكامل والتنافس والأدوار وتحديد الأولويات والمسؤولية. ومن ضمن مخرجات الوضع الناشئ في أعقاب أوسلو، ونتيجة للوضع الجغرافي السياسي، شكلت لجان العمل الصحي إدارتين منفصلتين في الضفة الغربية وقطاع غزة. وعملت كل إدارة بشكل مستقل نسبياً للحفاظ على رؤية سياسية صحية وتنموية واحدة واستراتيجيات عمل تأخذ خصوصية الموقع.

مع بداية الانتفاضة الثانية عام 2000 كانت اللجان حاضرة في الميدان وكرست نفسها كمؤسسة في خدمة الفلسطينيين وفي تخفيف وطأة الحصار والعزل التي فرضها الاحتلال، حددت مؤسسة لجان العمل الصحي استراتيجيتها لتشمل الرعاية الطارئة استجابة لعمليات الإغلاق والحصار، وما لها من تداعيات صحية وانتهاكات خطيرة لحقوق الفلسطينيين الإنسانية نتيجة للاحتلال الإسرائيلي.

خلال الانتفاضة حددت مؤسسة لجان العمل الصحي إستراتيجيتها لتشمل الرعاية الطارئة استجابة لعمليات الإغلاق والحصار، وما لها من تداعيات صحية وانتهاكات خطيرة لحقوق الفلسطينيين الإنسانية. وكانت الخدمات الصحية التي تقدمها لجان العمل الصحي ذات مضمون هام جداً للجميع في ضوء الحصار على الشعب عموماً وعدم قدرة السلطة على القيام بدورها كالمعتاد في المجال الصحي. وبالتالي فقد برزت لجان العمل الصحي وغيرها من المؤسسات الأهلية المشابهة بصورة مميزة وحظي أدائها بالتقدير من قبل الجمهور والسلطة والمؤسسات.

على مدار تاريخها ومنذ التأسيس عملت مؤسسة لجان العمل الصحي، كمؤسسة أهلية تعمل في الصحة والتنمية تسعى جاهدة للدفاع عن الحقوق الصحية للمواطن الفلسطيني تحت الاحتلال، وتحاول جاهدة الاستجابة للمتطلبات الصحية والتنمية للمجتمع الفلسطيني وخاصة الفئات المهمشة، وترصد الانتهاكات الصحية الناجمة عن الاحتلال استناداً إلى القانون الدولي الإنساني و القانون الدولي لحقوق الإنسان، وكون الاحتلال الإسرائيلي أحد أدوات العولمة المحمومة في السيطرة على الشعوب بأشكال مختلفة، وحيث أن المؤسسة تؤمن بعالمية الحقوق الصحية، وعدالة الحق في الصحة النوعية وخاصة للشعوب المضطهدة والمقهورة فلا بد من تكاتف جهود مؤسسات المجتمع المدني والأهلي والمنظمات الصحية والتنمية المختلفة على المستوى الفلسطيني والعربي والدولي من أجل الضغط والتأثير وفضح مخاطر وضحايا العولمة الصحية.

خلفية عملية التخطيط الإستراتيجي

على مدار السنوات القليلة الماضية حدثت تطورات عدة منها على صعيد البيئة الخارجية حالة الانقسام السياسي والجغرافي بين الضفة الغربية وقطاع غزة، ونشوء حكومة تسيير الأعمال في الضفة، وحدثت مستوى من الاستقرار النسبي على صعيد الأوضاع الاقتصادية وتحسن الخدمات الصحية عموماً. وعلى المستوى الداخلي، فقد شهدت لجان العمل الصحي تغيرات إدارية أحدثت درجة من عدم الاستقرار. وكون هذا الواقع تزامناً مع نهاية مرحلة من التخطيط الاستراتيجي وإستحقاق مرحلة جديدة، فقد بادر مجلس إدارة لجان العمل الصحي لاتخاذ عدد من القرارات الهامة لمواجهة التحديات التي تواجهها المؤسسة ووضعها على مضمار العمل والانجاز، وفي هذا السياق جاء قرار مجلس الإدارة بإجراء وقفة تخطيط استراتيجي، حيث تم تكليف "المركز للاستشارات التنموية والتسويقية" للإشراف وتيسير عملية التخطيط، وقد بادرت "المركز" بانتداب الاستشاري وليد نمور

واحمد عويضات لتوجيهه وتيسير عملية التخطيط الاستراتيجي وفقا للشروط المرجعية التي حددها مجلس إدارة لجان العمل الصحي.

كانت أولى خطوات التخطيط الاستراتيجي، عملية تحليل البيئة الداخلية والخارجية والتي مثلت أكثر من نصف الطريق نحو تصميم الخطة الإستراتيجية. هدفت هذه الخطوة إلى التعرف على البيئة التي تعمل بها لجان العمل الصحي، سواء من الداخل من حيث نقاط القوة والضعف أو من الخارج من حيث الفرص المتاحة والتهديدات القائمة أو الممكنة. ومن خلال هذه الخطوة تم تشخيص عدد من الجوانب منها:

- موقع المؤسسة والخدمات التي تقدمها، وطبيعة الحاجة لهذه الخدمات / النشاطات.
- مقدرة القائمين على المؤسسة على تلبية الاحتياجات الفلسطينية في المجالات الصحية التنموية ولا سيما للفئات المستهدفة/المناطق المستهدفة.
- الصورة التي يرجح أن تتغير بها الظروف خلال الثلاثة سنوات القادمة وتأثير هذه الظروف المتغيرة على المؤسسة ولا سيما في المجالات الصحية التنموية و/أو الخدمات الصحية التنموية بمختلف جوانبها.
- العقبات التي تعترض طريق التوسع في خدمات المؤسسة.
- استخلاص أهم المحاور الإستراتيجية، كإطار حاضن لصياغة الرسالة وتحديد الغايات واشتقاق الأهداف الإستراتيجية، وبالتالي تحديد ملامح الهيكلية التنظيمية للجان العمل الصحي.

وقد استندت عملية التحليل وتطوير وإعداد هذه الخطة على منهجية نهلت من مراجعة الوثائق والتقارير المقدمة من لجان العمل الصحي ، والمقابلات الموسعة مع عدد من المفاصل الرئيسية للمؤسسة، وعقد خمسة ورشات تمهيدية في مناطق عمل لجان العمل الصحي لإتاحة المجال أمام مختلف فئات العاملين في الميدان للإسهام في تحليل بيئة عمل المؤسسة. كما تم الاعتماد على مبدأ "الملاحظة" كوسيلة هامة في عملية التحليل، ثم تم تنويع كل ذلك بعقد ورشة مركزة امتدت على مدار أربعة أيام في الفترة الواقعة بين 15-18/12/2010 في مقر فرع لجان العمل الصحي في بيت ساحور، تلى ذلك عقد ورشات على المستوى التنفيذي من اجل بلورة الخطط التنفيذية وتطوير الإطار المنطقي للغايات والأهداف والأنشطة.

السياق الخاص بالمؤسسة

كان للمجموعة المؤسسة للجان دورا أساسيا في تحديد الرؤية السياسية-الاقتصادية-الاجتماعية لمؤسسة لجان العمل الصحي، وكان لهم دورا محوريا في قيادة وتوجيه مؤسسة لجان العمل الصحي في مراحلها الأولى، ولكن مع تطور مؤسسة لجان العمل الصحي واتساع احتياجاتها المهنية، اخذت هذه المؤسسة تستقطب كفاءات مهنية، مع بقاء مؤسسي اللجان في لب صناعة القرار، من هنا نشأت حالة من الدمج بين العمل المؤسسي دون فقدان الارتباط بجذور الرؤية الاجتماعية السياسية للمؤسسين.

كاستمرار للمتطلبات والاستحقاقات الكبيرة الإدارية والمؤسسية شهد العام 2004 تطورات هامة في مسيرة مؤسسة لجان العمل الصحي. حيث انه بعد ثلاث سنوات على انتفاضة الأقصى وباعتبار أن اللجان مكون أساسي من الفعل الوطني في الصحة والمجتمع المدني الفلسطيني، واستجابة لتضايف احتياجات الشعب الفلسطيني المتسارعة للخدمات واستمراريتها وتطويرها وفق أسس الحقوق الصحية استنادا إلى حقوق الإنسان الأساسية، وشعورا بإدارة المؤسسة وكوارها بأهمية تطوير أنظمة العمل واليات، اتجهت المؤسسة لتجديد الآليات والنظم ومراجعة أهدافها وإستراتيجيتها بما يستجيب لهذه التحديات، وخاصة قيم العمل الطوعي، وتحديث أنظمة العمل الإداري والمفهوم الشمولي للصحة والمستند بالأساس على الحقوق الصحية، وتطوير آليات جديدة تفتح آفاق استدامة المؤسسة وخدماتها الصحية والتنمية وتدعيم بنائها وفلسفتها، وإعادة الاعتبار للعديد من المفاهيم والقيم الأصلية التي أنشئت من أجلها.

وتواصل اتجاه تطوير مؤسسة اللجان، وشهد دفعة أخرى في العام 2006 على صعيد التخطيط وتحديث الأنظمة الإدارية والمالية، حيث استندت عملية التطوير أساسا على نقد ما هو قائم، وضمن مفاهيم المسائلة والشفافية والحكم السليم وعلى المستوى الإدارات المتوسطة عززت إدارتها بالإجراءات والنظم بما فيها إدخال أنظمة الجودة والمعلوماتية والرقابة والتقييم، وتطوير نظم المعلومات في التقارير الخاصة بالمرضى والتقارير الشهرية والمتابعة. وتوسعت عملية التطوير والتخطيط الإداري والمالي، وقد تجاوز الطاقم الوظيفي 283 شخصا،

وعززت المؤسسة من برامجها الصحية والتنمية (تقييم لصحة المرأة)، وحقت خطتها في تلبية الاحتياجات الصحية والتنمية بشكل أفضل مما كان عليه عام 2005، بل تجاوزت الخطط المقررة بإيجابية عالية. وفي هذا السياق تم تعزيز إدارة المراكز الصحية الـ 16، والبرامج الصحية الأربعة (صحة المرأة، الطفل، التأهيل، الصحة المدرسية)، الفاعلة في 123 موقعا (منهم 68 مدارس)، حيث تم تقديم خدمات لحوالي 360 ألف حالة، وتعزيز برامج التنمية المجتمعية في 23 موقع في القدس، وغرب بيت لحم، وقلقيلية، ونابلس، وبيت ساحور، حيث تم تقديم خدمات في نطاق البرامج التنموية لعدد يتجاوز 25 ألف مستفيد/ة. إضافة إلى خدمات العيادات المتنقلة التي تغطي 36 قرية يقطنها أساسا الفئات المهمشة والفقيرة كما المسنين.

جملة التطورات المشار إليها، أسهمت في تكريس رؤية مؤسسة لجان العمل الصحي الأساسية "مؤسسة أهلية صحية تنموية فلسطينية، تتميز في تقديم خدمات الرعاية الصحية النوعية والشمولية وبناء نماذج تنموية لجميع شرائح المجتمع وخاصة الفئات المهمشة والفقراء، من أجل تمكين وتعزيز صمود الشعب الفلسطيني، من خلال تعزيز إدارة تشاركيه وكوادر مهنية تتمتع بالكفاءة والتأثير في السياسات العامة والقطاعية ذات العلاقة وصولا إلى نظام صحي شامل، كحق أساسي من حقوق الإنسان المستند إلى موثيق واتفاقيات حقوق الإنسان الدولية كافة". وقد تم تحديد الأهداف الإستراتيجية في حينه بالاستجابة للحقوق الصحية والاستجابة للحقوق التنموية في المجتمع الفلسطيني. وتحقيق الجودة الشاملة في كل مجالات عمل المؤسسة، وتعزيز الحقوق الاجتماعية الصحية والتنمية للمجتمع الفلسطيني بما يتناسب ورؤية المؤسسة.

في العام 2008 شهدت المؤسسة تغييرات في القيادة الأساسية والإستراتيجية للمؤسسة حيث افتقدت 3 من كوادرها الأساسية التي واكبت المؤسسة منذ نشأتها وأهماء وفاة الدكتور أحمد المسلماني وتلاه الدكتور كمال زينة واستقالة د. ماجد نصار.

كان المرحوم د. احمد مسلماني يلعب دورا محوريا في إدارة وتسيير دفة اللجان وكان يتمتع بحضور قوي على مستوى المؤسسة والشارع الجماهيري والقوى السياسية مما منحه مشروعية يفوق حدود تأثير دوره كمدير وحسب، وان كان ذلك غير

مكتوب. لذا نشأ نوع من الفراغ القيادي داخل المؤسسة، وتغييرات متوالية أثرت على عمل الإدارة العليا والهيئة التنفيذية، مما أثر سلباً على اللجان، وعلى علاقاته الداخلية والخارجية.

في العام 2010 كان التحدي أمام وقفة التخطيط الاستراتيجي الحالية، لفترة 3 سنوات قادمة للتقييم مجدداً احتياجات وأولويات المؤسسة نتيجة للتغيرات السياسية والاجتماعية والإدارية وتقييم العمل والخدمات التي تقدمها المؤسسة، بالإضافة إلى تركيزها على البناء المؤسسي والتنمية والحاجة إلى تطوير وتمكين خدمات نوعية وذات جودة أعلى وخاصة للفئات المهمشة والفقراء، ويبدو توجد حاجة أوسع من أي وقت مضى لتعزيز الحقوق الصحية والتنمية عموماً على المستوى الداخلي والخارجي. وبلورة الغايات والمحاور، والية الحفاظ على شبكة العلاقات الدولية والإقليمية، وهيكل اللجان ومواجهة الاستحقاقات المالية المترتبة عليها، وغير ذلك من الأمور المرتبطة بها.

أمام هذا الوضع كان التحدي أمام وقفة التخطيط الاستراتيجي الحالية (2010)، التي بادر إلى إقرارها مجلس إدارة لجان العمل الصحي، لبلورة اتجاهات العمل لفترة 3 سنوات قادمة للتقييم مجدداً احتياجات وأولويات المؤسسة نتيجة للتغيرات السياسية والاجتماعية والإدارية وتقييم العمل والخدمات التي تقدمها المؤسسة، بالإضافة إلى تركيزها على البناء المؤسسي والتنمية والحاجة إلى تطوير وتمكين خدمات نوعية وذات جودة أعلى وخاصة للفئات المهمشة والفقراء، ولتعزيز التوجه المستند على الحقوق الصحية والتنمية عموماً على المستوى الداخلي والخارجي. معولاً أن تلعب الخطة الجديدة دور المايسترو في تحديد اتجاه المستقبل، على أن لا يقتصر الأمر على النواحي الفنية والتقنية، بل البت في قضايا استراتيجيه مثل تحديد نطاق دور مؤسسة لجان العمل الصحي في الميادين الصحية والتنمية، وبلورة الغايات والمحاور، والية الحفاظ على شبكة العلاقات الدولية والإقليمية، وهيكل المؤسسة ومواجهة الاستحقاقات المالية المترتبة عليها، وغير ذلك من الأمور المرتبطة بها.

السياق السياسي

في أعقاب نشوء السلطة الفلسطينية، برزت أوضاع سياسية وقانونية جديدة، أدت إلى عدة تجاذبات مع المؤسسات غير الحكومية، أفضت في النهاية إلى وضع قانون الجمعيات والهيئات الأهلية. حيث تم ترسيم أوضاع المؤسسات الأهلية ضمن متطلبات القانون المذكور، إلا أن ذلك لم يلغي واقع العلاقة المشوبة بالشك والحذر بين الطرفين.

وقد أعقب فترة نشوء السلطة ضخ كميات كبيرة من أموال الدعم للسلطة، بالإضافة إلى دعم المؤسسات الأهلية لتنفيذ مشروعات تركزت أساساً في ميادين حقوق الإنسان والديمقراطية والنوع الاجتماعي وتطوير المشاريع الصغيرة وما شابه، علماً أنه جرى خلال هذه الفترة الإمعان في تسييس هذا الدعم بحيث أصبحت غايتها "مساندة عملية السلام" و"الوقاية من الصراع". وترافق ذلك مع تراجع التمويل من المصادر العربية. ثم جاءت الانتفاضة الثانية، التي كان لها تأثيراتها على مجمل جوانب الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية للفلسطينيين والمؤسسات الفلسطينية وكان من ضمن تجلياتها: توجيه ضربات للوضع الاقتصادي الفلسطيني (التدمير والحصار، وما إلى ذلك). الضعف النسبي للسلطة من ناحية وظيفتها التنموية والإدارية، وجرى تحولات -خلال فترة الانتفاضة- في أولويات التمويل في ظل ارتفاع معدلات البطالة والفقر.

وقد مثلت الممارسات الإسرائيلية التعسفية متغيراً ثابتاً يهدف إلى تبييد إمكانية إقامة الدولة الفلسطينية المستقلة، فقد أدت هذه الإجراءات وتحديداً، بناء جدار الضم والتوسع، وتكثيف عمليات الاستيطان، وعبثية المفاوضات، وتكريس الحصار على المناطق الفلسطينية المختلفة، والحرب على غزة إلى انسداد الأفق السياسي. لقد أدى عدم الاستقرار السياسي الناجم عن السياسات والاعتداءات الإسرائيلية إلى إضعاف البنية الاقتصادية وتشويه الاقتصاد الفلسطيني وإحاقه بالافتقار الإسرائيلي، وقد تفاقم الأزمة الاقتصادية للمجتمع الفلسطيني في ظل الحصار الذي فرضه الاحتلال الإسرائيلي على الأراضي الفلسطينية خلال انتفاضة الأقصى، وتفاقم بشكل أكبر بعد فرض الحصار الدولي والإسرائيلي على السلطة الوطنية الفلسطينية.

جاءت الانتخابات الفلسطينية ونتائجها في بداية العام 2006، وفرزت مرحلة سياسية جديدة على حياة الشعب الفلسطيني أفضت بعد تجاذبات محلية وتدخلات خارجية إلى حالة الانقسام السياسي والجغرافي بين الضفة وقطاع غزة. ثم جاءت الحرب على قطاع غزة في نهاية 2008، والتي خلفت دماراً وضحايا ونزوحاً، وأسهمت في تعميق الانقسام الذي أخذ يتأسس كواقع في الحياة الفلسطينية.

بعد الانقسام مباشرة، تم تشكيل حكومة تصريف الأعمال في الضفة الغربية، التي حظيت برضا الجهات التمويلية والبنك الدولي، وتم تزويدها بميزانيات كبيرة أدت إلى تخفيف الضغوط على الوضع الاقتصادي للسكان والموظفين، بل وأسهمت في إعادة الزخم للنزعة الاستهلاكية الجامحة بين عدة فئات اجتماعية. كما أنها تمكنت من تحريك العجلة الاقتصادية وتحسين الخدمات لا سيما الصحية منها.

وحيث أن مؤسسة لجان العمل الصحي مؤسسة ذات جذور تقدمية ديمقراطية تستند إلى تلبية إحتياجات المجتمع في مجالات عملها الصحية والتنمية بعيداً عن مؤثرات سياسة التبعية واللاحاق أو الدعم المسيس فقد بقيت تقاوم نهج التبعية واللاحاق، وعليه فقد ترتب عليها أن تعاني من تبعات السياسات القائمة على هذا الصعيد.

- على الرغم من التغيرات السياسية التي ترافقت مع قدوم السلطة، لا يزال الشعب الفلسطيني يعيش مرحلة التحرر الوطني، ولا يزال ربط التنمية بالتحرر قضية محورية.

- الوضع السياسي على المستوى الفلسطيني مرشح للاستمرار على مدى سنوات قليلة قادمة، وستحظى السلطة بمقومات الاستمرار في تأمين الرواتب وتقديم الخدمات، على طريق المحاولات الأمريكية- الإسرائيلية لترتيب تسوية ما، تلعب فيها "الحزمة الاقتصادية والرفاه المعيشي" دور حضان طرودة.

سياق التمويل

خلال فترة التسعينات جرى تغيير أساسي على صعيد العلاقة بين المانحين والمنظمات الأهلية الفلسطينية، هذا التغيير جرى بفعل تغيرات دولية تتمثل في إعادة هيكلة المساعدة التنموية الغربية في أعقاب حقبة الحرب الباردة. وتغيرات على مستوى الواقع

الفلسطيني المتمثل أساساً في التغيرات السياسية التي أعقبت أوسلو. ومن أهم ما يمكن الإشارة إليه بأنه خلال هذه الفترة، تقلصت المساعدات العربية، وزادت المساعدات التنموية الغربية المرتبطة سياسياً بـ "دعم عملية السلام". وبهذا المعنى، تراجع بصورة جوهرية الطابع التضامني للدعم والمساعدات التي كان ملموساً نسبياً خلال فترة الانتفاضة الأولى، وأصبحت المساعدات موجهة سياسياً لمساندة "عملية السلام". عليه لم يكن غريباً أن تولي العديد من المنظمات الدولية الاهتمام التمويلي للمشاريع الفلسطينية-الإسرائيلية التي انتشرت في فترة التسعينات. في نفس الوقت بقيت أشكال الدعم للقضايا التنموية لغايات مشاريع اجتماعية واقتصادية وسياسية (سواء من خلال تمويل مشاريع مع السلطة، أو من خلال المنظمات الأهلية)، ولكن بقيت طبيعة المشاريع التي يمكن أن تحظى بالتمويل منسجمة مع أجندات المانحين مع وجود هامش للمنظمات الأهلية للتفاوض بشأن هذه الأولويات. بالنتيجة، تجاوب العديد من المنظمات الأهلية مع أولويات الممولين "ليس بالضرورة من جانب الاقتناع بها" بل كمدخل للحصول على التمويل.

مجتمع المانحين هو غير متماثل وتختلف الأهداف غير المعلنة والمعلنة للمؤسسات التمويلية بحسب مرجعياتها. فالمؤسسات التمويلية التابعة للحكومات تنفذ سياسات الدول سواءً بحجم أو نوع التمويل المخصص لفلسطين أو لتقسيم التمويل بين المؤسسات العاملة في فلسطين فمنها من يعمل بشكل مباشر مع الحكومة أو مع منظمات أهلية دولية أو مع منظمات الأمم المتحدة أو مع منظمات أهلية فلسطينية بشكل مباشر.

بعض المؤسسات الأهلية التمويلية تعمل في إطار أحزاب سياسية وتعتبر سياسات الحزب هي الإطار الذي يحدد لها طبيعة عملها وبعضها يعمل في إطار مؤسسات دينية كنسية، هذه المؤسسات بشكل نسبي تحدد برامجها وطبيعة عملها بهامش من الحرية أكثر وهي أيضاً غير متماثلة في آليات العمل أو حجم التمويل.

عموماً، إن غالبية المنظمات الأهلية الفلسطينية تعتمد على مصادر خارجية، حيث لا تقوم معظم المنظمات غير الحكومية الفلسطينية بالتمتع بمصادر ذاتية للتمويل، كما أن ضعف القطاع الخاص المحلي، وتضاؤل قدرة المجتمع المحلي على تمويل هذه المنظمات يجعلها تعتمد بدرجة كبيرة على التمويل الخارجي.

في مواجهة الإمكانيات الداخلية محدودة لمؤسسة لجان العمل الصحي، فقد توخت الدقة في بناء علاقاتها التمويلية مع المؤسسات والحكومات على أساس من توجهها العام المبني على عدم قبول الدعم المشروط أو المسيس. وعليه فقد بقيت تعاني من عجز مالي على مدار سنوات عملها وتحديدًا في السنوات الأخيرة التي تركز فيه الدعم الخارجي على مؤسسات السلطة، وهذا مرشح للزيادة في المستقبل مما يستدعي من المؤسسة رسم سياسات عمل بديلة لمواجهة العجز والحفاظ على مسار عملها. كما يتطلب من المؤسسات العالمية التي تؤمن بتوجهات عمل المؤسسة أن تزيد من دعمها لتسهم هي الأخرى في تقليص العجز.

- تراجع التمويل العربي بسبب ضغوط أمريكية وأجنبية على المؤسسات العربية التمويلية وتحول معظم التمويل من خلال مؤسسات دولية ومؤسسات الأمم المتحدة.

- رغم قلة حجم التمويل المقدم مباشرة من المؤسسات الأهلية الأجنبية إلى المؤسسات الأهلية الفلسطينية إلا أنه يبقى أقل تسييساً وأكثر استقراراً من التمويل المقدم من الحكومات.

السياق الديمغرافي والاجتماعي

وفق مركز الإحصاء الفلسطيني، بلغ عدد السكان المقدر في منتصف العام 2010 في الأراضي الفلسطينية 4 مليون نسمة، منهم 2.5 مليون يعيشون في الضفة الغربية و 1.5 مليون يعيشون في قطاع غزة.

■ 45% من السكان لاجئين (30% في الضفة، 69% في غزة)

■ التوزيع الجنسي: 103 ذكور لكل 100 أنثى

■ مجتمع فتي: العمر الوسيط 18.3، علماً أن حوالي 41% من السكان هم دون سن (15 سنة) الخامسة عشرة.

■ هناك تحسناً ملحوظاً في معدلات البقاء على قيد الحياة منذ بداية العقد الماضي، حيث ارتفعت معدلات توقع البقاء على قيد الحياة بمقدار 4-7 سنوات خلال العقد ونصف العقد الماضيين، إذ ارتفع من نحو 67.0 عاماً لكل من الذكور والإناث عام 1992 إلى 70.8 عاماً للذكور و 73.6 عاماً للإناث منتصف العام 2010 مع التوقع بارتفاع هذا المعدل خلال السنوات القادمة ليصل إلى نحو 72.0 عاماً للذكور، و 75.0 عاماً للإناث في العام 2015، وقد أدى ارتفاع معدل توقع البقاء على قيد الحياة عند الولادة إلى ارتفاع أعداد كبار السن في الأراضي الفلسطينية مما يستدعي ضرورة البحث والدراسة في مجال أوضاع المسنين في الأراضي الفلسطينية.

■ معدلات المواليد نحو الانخفاض: وفق تقديرات الإحصاء الفلسطيني، فإن معدل المواليد الخام سينخفض من 3.27 عام 2009 إلى 3.19 عام 2015.

■ انخفاض معدلات الوفيات: نفس التقديرات تشير إلى انخفاض معدل الوفيات من 4.3 لكل 1000 شخص عام 2009 إلى 3.6 لكل 1000 عام 2015.

■ الزواج: معدلات الزواج مرتفعة: 8.8 لكل 1000. من ناحية الزواج المبكر لا يزال منتشر، علماً أن هناك تحسناً، حيث ارتفع معدل سن الزواج عند الذكور من 23 سنة عام 1997 إلى 24.8 سنة 2009. عند الإناث ارتفع من 18 إلى 19 سنة. لا يزال 28% من النساء تزوجن أقارب من الدرجة الأولى. حجم الأسرة ومعدلات المواليد والوفيات:

■ تشير البيانات إلى أن هناك انخفاضاً في متوسط حجم الأسرة في الأراضي الفلسطينية حيث انخفض متوسط حجم الأسرة إلى 5.8 فرداً عام 2007 مقارنة مع 6.4 فرداً عام 1997. من جانب آخر انخفض متوسط حجم الأسرة في الضفة الغربية إلى 5.5 فرداً عام 2007 مقارنة مع 6.1 فرد عام 1997، أما في قطاع غزة فقد انخفض متوسط حجم الأسرة إلى 6.5 فرداً في العام 2007 مقارنة مع 6.9 في العام 1997 .

■ انخفاض معدل المواليد الخام في الأراضي الفلسطينية من 42.7 مولود لكل 1000 من السكان عام 1997 إلى 32.7 مولود عام 2009، وهذا عائد إلى انخفاض معدل الخصوبة على مستوى الأراضي الفلسطينية، أما على مستوى المنطقة فيلاحظ أن هناك تبايناً في معدل المواليد الخام لكل من الضفة الغربية وقطاع غزة حيث انخفض معدل المواليد الخام في الضفة الغربية من 41.2 مولود عام 1997 إلى 30.1 مولود عام 2009. أما في قطاع غزة فقد انخفض معدل المواليد الخام من 45.4 مولود في العام 1997 إلى 36.9 مولود عام 2009.

■ انخفض معدل الوفيات الخام في الأراضي الفلسطينية من 4.9 حالة وفاة لكل 1000 من السكان عام 1997 إلى 4.3 حالة وفاة لكل 1000 من السكان عام 2009، أما على مستوى المنطقة فيلاحظ أن هناك فارق ضئيل في معدل الوفيات الخام لكل من الضفة الغربية وقطاع غزة حيث انخفض معدل الوفيات الخام من 5.1 حالة وفاة في عام 1997 في الضفة الغربية إلى 4.4 حالة وفاة في عام 2009. أما في قطاع غزة فقد انخفض معدل الوفيات الخام من 4.7 حالة وفاة في العام 1997 إلى 4.1 حالة وفاة في العام 2009.

● بلغ معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) في فلسطين 25.3 لكل 1000، بينما 23 طفل لكل ألف في محافظات الضفة الغربية.

● بلغ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العام 1990 (33.2) لكل 1000، وفي العام 2009 (28) في 1000، (في الضفة الغربية 26 في 1000).

الفقر:

قدر معدل الفقر بين الأسر في الأراضي الفلسطينية خلال العام 2007 بحوالي 66%، يتوزع بواقع 75% في قطاع غزة مقارنة مع 59% في الضفة الغربية، كما وتشير التقديرات أن 48% من الأسر في الأراضي الفلسطينية تعاني من الفقر المدقع. علما أن مركز الإحصاء أشار إلى انخفاض كبير في معدلات الفقر للعام 2010. حيث أصبحت النسبة ما دون 50%، وهنا لا بد من التنويه أنه جرى تغيير طريقة احتساب معدلات الفقر من خلال النقاش مع البنك الدولي، مما اسهم في انخفاض نسب الفقر.

في حالة الإطلاع على الأبحاث الاقتصادية الاجتماعية للواقع الفلسطيني التي أجريت في فترات زمنية مختلفة تجد أن المؤشرات لا تختلف نوعيا، بل أن الفوارق غالبا تشير إلى تراجع التنمية، حيث يمكن الاستنتاج من خلال أدبيات المؤسسات التنموية المختلفة أن هناك تمويل كبير ضخ تحت إطار الانتقال من "الإغاثة إلى التنمية" أو "الحكم السليم" أو "التنمية المجتمعية". ولكن بعد سنوات طويلة، نجد أن مؤشرات التغيير لا زالت محدودة، وإن تبعية المجتمع الفلسطيني إلى إسرائيل والمجتمع الدولي تزداد، حيث إن وقف المساعدات وأموال المانحين تحدث كوارث معيشية للسكان، وإن نسب الفقر لا تزال مرتفعة، والفئات المهمشة لا تزال موجودة بنسب كبيرة، وهكذا دواليك. بالطبع لا يمكن نفي تأثير برامج التنمية بصورة مطلقة. ولكن ينبغي توخي الموضوعية عند صياغة الأهداف والاستراتيجيات، وبأن نضع المصطلحات ونحدد في ذات الوقت فهم حدودها المقصودة، ونضع المؤشرات الملموسة لها بحيث يمكن قياسها. مثلا هل يعني "الحق في الصحة"، انخراط مؤسسة لجان العمل الصحي في تقديم الخدمات الصحية التنموية أو المناصرة والضغط أم كلاهما؟؟ وفي كل الحالتين تختلف حزمة المؤشرات على مستوى تحقيق الهدف.

وأخيرا، تجدر الإشارة إلى أنه على مدار سنوات تجربة عمل المؤسسات الأهلية، نشأت "مجموعة قيم اجتماعية" لدى الفئات المستهدفة تنظر إلى المؤسسات غير الحكومية على أنها مدعومة، واعتاد الناس على تلقي الخدمة بالمجان، ولا يخلو الأمر من

أبعاد "التكسب". وهذا يؤثر لاحقاً على "الاستمرارية" حيث من أثر تقديم الخدمة بالمجان، يتعذر في غالب الأحيان طلب رسوم الخدمة من الناس.

مؤشرات النوع الاجتماعي

يعتبر تعليم الإناث من أهم الحقوق الاجتماعية وهو أحد أبرز مؤشرات المساواة بين الرجال والنساء نحو تنمية مجتمعية مستدامة. خلال عام 2008، بلغت نسبة الإناث 15 سنة فأكثر الملتحقات حالياً بالتعليم 23.7% مقابل 21.8% للذكور.

من ناحية أخرى أظهرت البيانات لنفس الفترة، أن 9.1% من الإناث الفلسطينيات اللواتي أعمارهن 15 سنة فأكثر أميات مقابل 2.9% للذكور، وهذا يشير إلى ضرورة العمل على تقليص هذه الفجوة بين الإناث، و 15.1% منهن يحملن الشهادة الابتدائية مقارنة بـ 17.4% للذكور و 7.6% يحملن شهادة بكالوريوس فأعلى مقارنة بـ 14.9% للذكور.

مشاركة الإناث 15 سنة فأكثر في القوى العاملة في الأراضي الفلسطينية ما زالت منخفضة حيث بلغت حوالي 15.2% مقابل 66.8% للذكور، أما بالنسبة للبطالة فبلغت عند الإناث 23.8% خلال العام 2008

إن مشاركة المرأة في العمل يعتبر مطلباً تنموياً هاماً في عملية التنمية الشاملة، فقد بلغت نسبة الإناث 15 سنة فأكثر المشاركات في القوى العاملة خلال العام 2008 في الأراضي الفلسطينية 15.2% مقابل 66.8% للذكور، وفي الضفة الغربية بلغت نسبة المشاركة 17.1% للإناث و 68.3% للذكور، في حين بلغت 11.7% للإناث و 64.0% للذكور في قطاع غزة.

وقد بلغت نسبة مشاركة الإناث 15 سنة فأكثر في القوى العاملة في الأراضي الفلسطينية أقصاها في الريف بنسبة 18.7% يليها 14.3% في الحضر ثم 12.7% في المخيمات.

وفيما يتعلق بالبطالة حسب تعريف منظمة العمل الدولية، بلغت نسبة الإناث 15 سنة فأكثر المتعطلات عن العمل 23.8% مقابل 26.5% للذكور، في حين كانت البطالة بين الإناث اللواتي أنهين 13 سنة دراسية فأكثر أعلى منها بين الرجال حيث بلغت 34.9% للإناث مقابل 18.6% للذكور خلال نفس الفترة الزمنية. وبالنسبة لمشاركة الإناث 15 سنة فأكثر في الأنشطة الاقتصادية بلغت المشاركة الكبرى لها في أنشطة الزراعة والحراثة والصيد وصيد الأسماك وذلك بنسبة 27.5%، أما بالنسبة للأنشطة الخدمية فقد بلغت المشاركة الكبرى لها في مجال التعليم وذلك بنسبة 31.7% يليها الصحة بنسبة 8.8% و 61.2% من الأسر التي ترأسها إناث في الأراضي الفلسطينية فقيرة.

بلغت نسبة الفقر لدى الأسر التي ترأسها إناث 61.2% مقابل 56.9% لدى الأسر التي يرأسها ذكور على مستوى الأراضي الفلسطينية خلال عام 2007، وقد شكلت الظروف الصعبة والمتمثلة بالإجراءات الإسرائيلية التعسفية تجاه الشعب الفلسطيني والتي ما زالت مستمرة سبباً رئيسياً في تزايد انتشار الفقر بين الأسر، حيث وصلت نسبة الفقر بين الأسر التي ترأسها نساء ولديها 7 أطفال فأكثر إلى 79.7% و 68.6% للأسر التي لديها 5-6 أطفال وقد انخفضت نسبة الفقر في الأسر التي لديها

عدد أطفال أقل حيث بلغت 49.3% للأسر التي لديها 1-2 طفل خلال عام 2007. وأما بالنسبة للحالة الزوجية للإناث، أشارت بيانات مسح القوى العاملة خلال عام 2008 أن أكثر من نصف النساء (55.4%) في العمر 15 سنة فأكثر متزوجات حالياً، و6.4% منهن أرامل، و1.2% مطلقات، و0.3% منفصلات عن أزواجهن. في حين أن 36.8% من الإناث في نفس الفئة العمرية عازبات. و90.9% من الإناث 15 سنة فأكثر يعرفن القراءة والكتابة. 10% من القضاة الفلسطينيين من الإناث، وأكثر من نصف العاملين في قطاع التمريض هن إناث للعام 2007. على صعيد الحياة السياسية والعامة فقد بلغت نسبة الإناث من بين مجمل الأعضاء في مجلس الوزراء حوالي 9.5% خلال العام 2007 مقارنة مع 4.0% خلال العام 2006. كما بلغت نسبة النساء اللواتي يعملن صحفيات في الأراضي الفلسطينية 14.3% من مجمل عدد الصحفيين خلال العام 2008، في حين بلغت نسبة النساء اللواتي يعملن قاضيات حوالي 10.0% من مجمل القضاة خلال العام 2007.

تأثير محدود لبرامج التنمية التي صرفت من خلال مختلف القنوات على إحداث تغييرات جوهرية بعيدة المدى لتمكين الشعب الفلسطيني من الاعتماد على موارده.
- استهداف الفقراء، يعني في المحصلة استهداف المجتمع في ضوء مؤشرات الفقر المرتفعة.

السياق الصحي

بلغ إنفاق وزارة الصحة في العام (2009) 10.5% من الموازنة الكلية للسلطة. ويأتي التمويل للقطاع الصحي من الضرائب وأقساط التأمين الصحي ورسوم العلاج والدفع المباشر إضافة إلى الهبات والمنح الدولية. وقد زادت نفقات وزارة الصحة بنسبة 39% بين عامي 2000 و2005 في الوقت الذي بقي في الناتج المحلي الإجمالي ثابتاً طوال هذه الفترة. في عام 2007 بلغ إنفاق وزارة الصحة 223 مليون دولار و315 مليون دولاراً في العام 2008. وفي خطة الإصلاح والتنمية للأعوام 2008-2010 تم تخصيص 100 مليون دولار في الاستثمار الرأسمالي الثابت لتطوير خطة جودة الخدمات الصحية و20 مليون دولار لتطوير القدرة في تخصيص موارد أفضل لتوفير الخدمات الصحية وضمان الحصول عليها. وتعتبر هاتان الخطتان عنصران في عمل القطاع الصحي. استحوذت مرتبات الموظفين على 48% من الموازنة، كما استحوذت النفقات التشغيلية الأخرى (لأسيما تحويل المرضى إلى الخارج والأدوية واللوازم) على 52% من الموازنة.

عدد ونسبة المؤمنين صحياً: تشير البيانات الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني أن نسبة المؤمنين صحياً في الأراضي الفلسطينية المحتلة بلغت نحو (63%) من إجمالي سكان الضفة الغربية وقطاع غزة العام 2009. أي أن نسبة السكان غير المؤمنين صحياً في الضفة الغربية تقتصر على 37% العام 2009. وعلى الرغم من ارتفاع نسبة التغطية في التأمينات الصحية للسكان وبدرجات غير مسبقة. علماً أن نسبة قليلة من السكان لديهم تأمينات من القطاع الخاص وهذا يعود إلى ارتفاع كلفة هذا النوع من التأمينات.

عدد مراكز الرعاية الأولية: تظهر بيانات وزارة الصحة أن هناك زيادة في عدد مراكز الرعاية الأولية الحكومية في الأراضي الفلسطينية، حيث ارتفع عدد هذه المراكز ليصل الى 693 مركزاً وعيادة في العام 2009، بعد أن كان 454 مركزاً في العام 1994، أي أنه تم افتتاح 239 مركزاً صحياً حكومياً ما بين العامين 1994 و 2009 ما يعادل زيادة بنسبة 52.9% مقارنة مع العام 1994.

وبشكل عام، فإن الزيادة المتحققة في عدد المراكز الطبية الحكومية هي نتاج مباشر لسياسة الحصار والعزل الإسرائيلية ما بين المناطق الفلسطينية، حيث أن وزارة الصحة ومنذ بداية الإجراءات القمعية الاسرائيلية حاولت نشر خدماتها الطبية بالتعاون مع المؤسسات الطبية غير الحكومية والدولية للتخفيف عن السكان، ولتوفير الحد الأدنى من الخدمات الطبية لهم، ولهذا عمدت إلى تأسيس مراكز طبية في المناطق التي تخلو منها. وتجدر الإشارة إلى أن المراكز التي تم استحداثها، هي مراكز رعاية أولية تقدم خدمات الإسعاف الأولي، وهي في معظمها لم تقم في مراكز خاصة بها، وإنما في غرف تقع في مقرات إحدى المؤسسات المقيمة في التجمع السكاني، كالمجالس القروية وغيرها.

عدد المراجعين: سجلت الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بال الضفة الغربية 1,775,388 زيارة للطبيب في عام 2009. بينما بلغ عدد المراجعين للزيارات التمريضية في مراكز الرعاية الأولية 1,042,284 زيارة.

عدد العيادات التابعة للمنظمات غير الحكومية: تبلغ عدد العيادات الصحية التابعة للمنظمات غير الحكومية حوالي 185 مركزاً خلال العام 2003 بينما إزداد العدد ليلبلغ نحو 194 في العام 2009 وفق سجلات وزارة الصحة الفلسطينية. لكن من الملاحظ أن هذه المؤسسات زادت من خدماتها الصحية بأشكال أخرى، حيث أن معظمها أنشأ عيادات متنقلة، وهذه لتلبي متطلبات المناطق الأكثر حاجة وتبعاً للظروف التي تمر بها الأراضي الفلسطينية، حيث أن هذه العيادات كانت السبيل الأسهل لتوفير خدمات طبية لعدد أكبر من التجمعات السكانية، حيث أن كلاً منها تنتقل بين مجموعة من هذه التجمعات. وعلى الرغم من أن العيادات المتنقلة لا تستطيع توفير الخدمات الطبية اللازمة للتجمع السكاني الواحد بسبب عدم استمرارية وجودها فيه، فإنها بالمقابل تلبي حاجات جزئية لمجموعة من التجمعات السكانية، وهو أمر ضروري في ظل الظروف الحالية التي تعيشها الأراضي الفلسطينية.

مراكز وعيادات وكالة الغوث الدولية: عدد هذه المراكز أرتفع بشكل بسيط في الأراضي الفلسطينية، حيث بلغ عددها 51 مركزاً في العام 2001، بينما أصبح 53 مركزاً في عام 2009.

عدد المستشفيات والأسرة: يوجد في فلسطين حوالي 76 مستشفى منها 44 مستشفى عاما بمعدل 784 سريرا و 10 مستشفيات متخصصة بسعة 805 سرير و 18 مستشفى للولادة بسعة 350 سريرا و 4 مستشفيات تقدم خدمات التأهيل والعلاج الطبيعي بسعة 165 سريرا، حيث يوجد في الضفة الغربية بما فيها القدس الشرقية 52 مستشفى و 24 آخر في قطاع غزة.

قيمة فاتورة العلاج الخارجي: أما بخصوص شراء الخدمة من الخارج فبعدما وصلت فاتورة العلاج بالخارج الى 60 مليون دولار ستقوم وزارة الصحة بتشغيل مجمع فلسطين الطبي كنموذج للامركزية الإدارية والمالية ليكون قادراً على استقطاب الكفاءات الصحية من القطاع الخاص ومن الخارج وبالتالي تطوير الخدمات المقدمة كما ونوعاً وبالتالي توفير خدمات طبية يساعد توفيرها على تقليص حجم التحويلات للخارج.

جدار الضم والتوسع العنصري: تبلغ نسبة القرى التي ستعاني من عدم القدرة على الوصول إلى مرافق الخدمات الصحية في محافظات الضفة الغربية عند الانتهاء من إقامة الجدار حوالي 32.7%. وسوف يبلغ عدد العيادات المعزولة في أعقاب الانتهاء من الجدار 71 عيادة، مع العلم أن 41 عيادة تم عزلها نهائياً، إضافة إلى تأثر 450 ألف فلسطيني به بشكل مباشر، 800 ألف فلسطيني بشكل عام. إن إنشاء الجدار هو جزء من سياسة إسرائيلية متكاملة إبتدأت بالمستوطنات، ثم بالحواجز، وأخيراً الجدار الذي يقطع أوصال الضفة الغربية ويحولها الى معازل. إن الهدف من بناء الجدار بعمق 35 كيلومتراً في منطقة سلفيت وقلقيلية، إضافة إلى عزل مدينة القدس المحتلة عن الضفة الغربية، والتوسعات الاستيطانية في المستوطنات المقامة في مناطق مختلفة، وبيت لحم والخليل، هو خلق معازل حيث أصبحنا نتحدث عن 28 معزل تضم 64 تجمعاً سكانياً فلسطينياً. هذا بالإضافة لمجموعة من الحواجز العسكرية التي وضعت إما بشكل ثابت أو متغير داخل المعازل لتقسم المقسم وتفرض حالة من السيطرة لها إنعكاساتها الملموسة على حياة المواطنين وتحديد الصحة والتنمية منها.

أشارت نتائج مسح اثر جدار الضم والتوسع على الواقع الاجتماعي والاقتصادي للتجمعات الفلسطينية التي يمر الجدار من أراضيها والذي نفذ في حزيران، 2008 إلى أن مجموع الأسر التي هُجرت بكاملها من التجمعات التي مر جدار الضم والتوسع من أراضيها منذ بناء الجدار حتى نهاية شهر حزيران 2008، قد بلغ عددها 3,880 أسرة، في حين كان قد بلغ عددها 2,448 أسرة منذ بناء الجدار حتى نهاية شهر أيار 2005. وتم تهجير 27,841 فرداً من التجمعات التي مر بها جدار الضم والتوسع حتى نهاية شهر حزيران 2008، مقابل 14,364 فرداً منذ بناء الجدار حتى نهاية شهر أيار 2005.

مدينة القدس وإجراءات التهويد الإسرائيلية: إن الوضع في مدينة القدس المحتلة مريع، حيث أن الجدار والمستوطنات والحواجز العسكرية يسبب مشاكل صحية خطيرة، ويؤدي الى عزل تجمعات سكانية مقدسية بكاملها، كقرية عناتا، شعفاط، الزعيم، الشيخ سعد، السواحرة الشرقية، الرام، أبو ديس، العيزرية، بيت إكسا، بيت حنينا القديمة، وكافة بلدات وقرى جنوب غرب القدس، عن أهم المرافق الصحية التي تخدمهم في مدينة القدس، كمستشفى العيون والمقاصد واللال الأحمر. بالإضافة إلى سحب هويات الفلسطينيين الذين يحملون الهويات المقدسية (يقدر عددهم بـ 70 ألف فلسطيني)، وبالتالي منعهم من الوصول إلى مدينة القدس، ومن ثم سحب تأميناتهم الصحية وهوياتهم المقدسية بالادعاء أنهم لم يعودوا قاطنين في المدينة. هذا بالإضافة إلى عزل سكان الضفة الغربية وقطاع غزة عن المدينة المقدسة.

مؤشرات صحية:

• بلغ معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) في فلسطين 25.3 لكل 1000، بينما 23 طفل لكل ألف في محافظات الضفة الغربية.

● بلغ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العام 1990 (33.2) لكل 1000، وفي العام 2009 (28) في 1000، (في الضفة الغربية 26 في 1000).

● أما نسبة الأطفال المطعمين في فلسطين فهي من أعلى النسب في العالم وتبلغ 97%، بينما تصل في قطاع غزة إلى 100%.

● خلال العام 2009 بلغ عدد الأطباء العاملين في الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في محافظات الضفة الغربية نحو 51 طبيباً مختصاً و 276 طبيباً عاماً. بينما بلغ مجموع الأطباء العاملين في محافظات قطاع غزة 79 و 506 طبيباً مختصاً و عاماً على التوالي.

● وفيات الأمهات: تصل نسبة النساء الفلسطينيات ممن هن في سن الإنجاب، أي سن 15-49 سنة، إلى 48.8% من مجموع النساء في فلسطين. وتبلغ نسبة وفيات الأمهات المسجلة، على المستوى الوطني، 38 لكل 100 ألف مولود حي. ولقد شكلت وزارة الصحة لجنة وطنية عليا لمتابعة التسجيل والتبليغ عن وفيات الأمهات حيث أن التبليغ عن وفيات الأمهات في غزة بسبب الوضع السياسي الحالي متدن جداً ولا يعكس الواقع.

● معدل الخصوبة الكلي: حسب معطيات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني فإن معدل الخصوبة الكلي بين النساء خلال فترة الإنجاب 15-49 سنة هو 4.6 مولود لكل أنثى على المستوى الوطني (5.4 في قطاع غزة و 4.2 في الضفة الغربية).

● الولادات: تشير الإحصائيات إلى أن غالبية الولادات تحدث في المستشفيات أو في دور الولادة في فلسطيني (98.9%) وأن مستشفيات وزارة الصحة تلعب دوراً أساسياً في هذا المجال (56% من الولادات). وهذا يؤكد أن غالبية النساء الفلسطينيات يخترن الولادة في المستشفيات بصفة عامة ومستشفيات وزارة الصحة بصفة خاصة لما توفره من خدمات جيدة، هذا بالإضافة إلى توفر التأمين الصحي لغالبية السكان الفلسطينيين والذي يوفر التغطية المالية للولادة والذي يجعل المستشفى الحكومي هو الخيار الأنسب في معظم الأحيان.

● برامج تنظيم الأسرة: تحتل هذه البرامج حيزاً كبيراً من اهتمامات مختلف مقدمي الخدمات الصحية بصفة عامة ووزارة الصحة بصفة خاصة. ولقد زادت عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة، خلال عام 2009، لتصل إلى 159 مركزاً تقدم خدمات تنظيم الأسرة في مختلف محافظات الوطن، منها 139 مركزاً في الضفة الغربية و 20 مركزاً في قطاع غزة. بلغ عدد زيارات المستفيدات من برامج تنظيم الأسرة خلال عام 2009 حوالي 142789 زيارة (51591 زيارة في قطاع غزة، و 91198 في الضفة الغربية). وبلغ عدد السيدات اللواتي يقدمن للمرة الأولى واللواتي استقدمن من خدمة تنظيم الأسرة خلال نفس الفترة 43582 سيدة وكانت الوسيلة الأكثر استخداماً من قبل المستفيدات الجدد في فلسطين خلال عام 2009 هي الحبوب حيث بلغت نسبة السيدات اللواتي استخدمن وسيلة الحبوب 64.8% مقارنة مع 14.7% ممن أستخدمن اللولب.

● صحة الفم والأسنان: تملك وزارة الصحة وتشغل 52 عيادة أسنان في مراكز الرعاية الصحية الأولية، (28 عيادة في الضفة الغربية و 24 عيادة في قطاع غزة)، بينما توجد مئات العيادات في القطاعين الأهلي والخاص. في عام 2009، سجلت وزارة الصحة ما مجموعه 143026 للمترددين على عيادات الأسنان (32% في الضفة الغربية ، 68% في قطاع غزة)، وبلغ عدد الحشوات المختلفة 51517 حشوة (34.4% في الضفة الغربية، 65.6% في قطاع غزة)، و 191 حالة من حالات الجراحة الصغرى (5.8% في الضفة الغربية، 94.2% في قطاع غزة). 32956 حالة لقلع الأسنان (30% في الضفة الغربية، 70% في قطاع غزة)، 37156 حالة من حالات علاج اللثة (1.1% في الضفة الغربية، 98.9% في قطاع غزة).

● المختبرات: بلغ عدد المختبرات في وزارة الصحة 192 مختبراً، منها 4 مختبرات مركزية اثنان في الضفة الغربية، وإثنان في قطاع غزة، و 23 مختبراً في المستشفيات، و 12 مختبراً في الضفة الغربية، و 11 مختبراً في قطاع غزة، و 165 مختبراً في مراكز الرعاية الصحية الأولية، و 128 مختبراً في الضفة الغربية، و 37 مختبراً في قطاع غزة.

● المستشفيات: تعتبر وزارة الصحة المقدم الرئيسي لخدمات الرعاية الثانوية (المستشفيات) في فلسطين، حيث تملك وتدير 2917 من الأسرة الموزعة على 25 مستشفى في جميع محافظات الوطن، وذلك من أصل 75 مستشفى عاملة في فلسطين بسعة تبلغ 5058 سريراً، منها 50 مستشفى في محافظات الضفة الغربية بسعة سريرية 3045 سريراً والباقي في محافظات قطاع غزة. بالإضافة إلى وزارة الصحة توجد المنظمات الأهلية التي تملك 30 مستشفى بسعة 1639 سريراً، ومن مقدمي الخدمات كذلك القطاع الخاص الذي يملك 19 مستشفى بسعة 439 سريراً. أما وكالة غوث وتشغيل اللاجئين فتملك مستشفى واحداً في محافظة قلقيلية بسعة 63 سريراً. أما بالنسبة لأسرة وزارة الصحة فهي تغطي معظم التخصصات تقريباً حيث توجد خدمات الجراحة العامة وتخصصاتها الفرعية والأمراض الباطنية وطب الأطفال وخدمة الأمراض النفسية وغيرها من التخصصات.

● الإعاقة: أشارت النتائج النهائية للتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007 إلى أن 107,785 فرداً في باقي الضفة الغربية لديهم صعوبة واحدة على الأقل (بنسبة 5.3% من مجمل عدد سكان باقي الضفة الغربية) بواقع (55,557 للذكور و 52,228 للإناث)، وبيّنت النتائج أن 22.6% من مجمل الأفراد الذين لديهم صعوبة واحدة على الأقل هم في محافظة الخليل، بالمقابل (1.7%) في محافظة أريحا والأغوار. على صعيد آخر، كانت الصعوبة في النظر الأعلى على مستوى باقي الضفة الغربية (60,041 فرداً)، بواقع 29,562 للذكور و 30,479 للإناث لديهم صعوبة في النظر، وأن 21.5% من هؤلاء الأفراد في محافظة الخليل، بينما 1.7% يقيمون في محافظة أريحا والأغوار، في حين كانت الصعوبة في الفهم والإدراك الأقل على مستوى باقي الضفة الغربية (14,781 فرداً)، بواقع 7,899 للذكور و 6,882 للإناث.

● أما خدمات التأهيل والعلاج الطبيعي فهي تقدم من قبل المستشفيات الأهلية (غير الحكومية). هذا بالإضافة للخدمات المقدمة للمرضى غير المؤمنين مثل العيادات الخارجية والطوارئ وغسيل الكلى، حيث يوجد 12 وحدة من وحدات غسيل كلى في مستشفيات فلسطين الحكومية وبلغ مجموع الغسلات في هذه الوحدات لعام 2009 حوالي 107026 غسلة.

ومن الخدمات التي تقدم في المستشفيات الحكومية الخدمات الطبية التشخيصية كصور الأشعة، حيث بلغ مجموع صور الأشعة لعام 2009 في مستشفيات فلسطين الحكومية 827,067 صورة، ومن الخدمات الهامة التي تقدم في هذا المجال أيضا خدمة التحاليل المخبرية.

خدمات الرعاية الأولية المقدمة من قبل وزارة الصحة:

الخدمات المقدمة ضمن إطار مراكز وعيادات الرعاية الأولية: بناءً على قانون الصحة العامة فإن وزارة الصحة هي راسم السياسة والمنظم للقطاع الصحي والمزود الرئيس للرعاية الصحية. وهي تؤمن بأن من حق جميع الفلسطينيين (بمن فيهم سكان القدس الشرقية وأولئك السكان المعزولين الذين يعيشون على الجانب الآخر من الجدار وسكان الأغوار) الحصول على الرعاية الصحية النوعية.

الخدمات الوقائية والعلاجية في الرعاية الصحية المقدمة من قبل مراكز وعيادات الرعاية الأولية يمكن تلخيصها في المجالات الآتية: صحة المرأة، صحة الطفل، والأمراض الباطنية والجلدية، وصحة الفم والعيون وأنشطة التنقيف الصحي والصحة المدرسية، بالإضافة إلى الخدمات المخبرية وغيرها، حيث تشكل المراكز الصحية قاعدة ونقطة انطلاق لأنشطة البرامج الصحية والمجتمعية المختلفة، مثل برنامج صحة المرأة والصحة المدرسية والتأهيل، والتي جميعها تنبنى الصحة بمفهومها الواسع وارتباطها الوثيق بالانتمية المجتمعية الشاملة.

تقوم الرؤية المستقبلية لوزارة الصحة الفلسطينية على تحقيق هدفين أساسيين، أولاهما ضمان الوصول اليسير لخدمات صحية ذات جوده عالية لكفاية المواطنين الفلسطينيين، والثاني ضمان استدامة الخدمات الصحية المقدمة.

- وزارة الصحة تعمل على تأمين الخدمات الصحية الأساسية بصورة واسعة وتنتشر على نطاق يغطي غالبية المناطق.
- لا يمكن منافسة وزارة الصحة على مستوى التغطية والإمكانات.
- الوزارة هي الوعاء الأمثل الذي من خلاله يمكن تأمين الحقوق الصحية لكافة المواطنين.
- وزارة الصحة قد تمثل فرص عبر التكامل معها، وتهديد عبر التنافس معها.
- جميع المؤشرات الصحية الجسدية والنفسية والتنموية ومؤشرات النوع الاجتماعي متدنية إذا ما قورنت بالبلدان المتقدمة والبلدان العربية المجاورة، وهذا يتطلب العمل على تطوير خطط إستراتيجية مترجمة لموازنات وهياكل إدارية وتنظيمية وكوادر مهنية فاعلة لتشمل جميع مقدمي الخدمات الصحية والاجتماعية وتطوير القوانين واليات تنفيذ القانون لتشمل السلطات التشريعية والتنفيذية والقضائية للوصول إلى تطبيق مبدأ الحق في الصحة. كما للمؤسسات الأهلية ومؤسسة لجان العمل الصحي دور أساسي ومهم في تطوير النظام الصحي وخاصة على صعيد السياسات والإستراتيجيات الصحية والتنموية

مؤسسة لجان العمل الصحي _ اليوم

تقوم مؤسسة لجان العمل الصحي بأداء دورها من خلال حوالي 300 موظف/ة يعملون في كافة دوائر وأقسام المؤسسة. ومن أهم البرامج والخدمات:

خدمات وبرامج الرعاية الصحية الأولية

تحتضن دائرة الرعاية الصحية الأولية الجزء الأكبر من الفعاليات والأنشطة التي تقوم بها المؤسسة. حيث يتم تقديم الخدمات من خلال:

-المراكز الصحية والعيادات والتي تشمل 16 مركزا منتشرة في كافة مناطق الضفة الغربية مزودة بأحدث التجهيزات من مختبرات وخدمات الأشعة وغيرها.

- كما أن المؤسسة توسع دورها ليشمل تقديم خدماتها للفئات المهمشة في أكثر من 37 موقعا من خلال العيادات المتنقلة. وتتبع المؤسسة في عملها استراتيجية تركز على تطبيق الجودة الشاملة في العمل و من أجل ذلك تم العمل على عدة لجان:

1. لجنة التثقيف و التعزيز الصحي

2. لجنة المختبرات

3. لجنة التمريض

4. لجنى العمل المهني

5. لجنة البيئة

وقد قدمت دائرة الرعاية الأولية خدماتها لما يقارب 415,000 حالة على مدار العام 2009. وتضم دائرة الرعاية الأولية عدد من البرامج الصحية المتميزة من أهمها:

برنامج صحة المرأة: يقدم البرنامج خدمات الصحة الإنجابية والجنسية إلى ما يقارب 55 ألف سيدة اي بنسبة 70% من الفئة المستهدفة من النساء في سن الإنجاب والأمان يرتكز هذا البرنامج على تمكين النساء بحقوقهن الإنجابية والجنسية وتعزيز دورهن في المجتمع ويعتمد البرنامج على إستراتيجية العمل بالمشاركة المجتمعية وخاصة النساء كأحد أدوات التغيير الهامة. الخدمات التي يقدمها البرنامج شاملة وتركز بشكل أساسي على الكشف المبكر للأمراض وخاصة سرطان الثدي وعنق الرحم والتلقيح الصحي. يعمل البرنامج على تنظيم الأيام الصحية وإعداد التدريبات وورش العمل التي تتعلق بالمرأة وصحتها وتتناول جوانب حياتية وقانونية وحقوقية، إضافة إلى إحياء يوم المرأة العالمي والحملة الوطنية لمناهضة العنف ضد المرأة من خلال التنسيق مع المؤسسات المحلية والوطنية، و ينشط البرنامج بصورة فاعلة في المنتدى الأهلي لمناهضة العنف ضد المرأة . وفي الشبكة العربية النسوية رؤى والتي من خلالها تمت المشاركة بالمؤتمر الدولي لحالة المرأة وتقديم عرض للأنشغاكات التي تتعرض لها النساء العربيات تحت الأحتلال وخاصة المرأة الفلسطينية.

برنامج الصحة المدرسية: يغطي حاليا حوالي 30 ألف طالب في مراحل التعليم المدرسي من الصف الأول الأساسي وحتى الصف الثاني عشر فيما يخص الصحة العامة. ويتكون البرنامج من العديد من الأنشطة والفعاليات كالكشف المبكر للأمراض عن طريق الفحص والتقصي للصف الأول الأساسي، فحص العيون والنظر للصفوف الاول والسابع والعاشر الأساسية، فحص الفم والأسنان للصفوف الأول والرابع والسابع والعاشر الأساسية، وتقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية للطلاب والهيئات التدريسية، وغيرها من النشاطات. ويعتبر هذا البرنامج من أبرز البرامج المتخصصة في الصحة المدرسية التابعة للمنظمات الأهلية التي تركز عملها في محافظة القدس خاصة لما تعانيه من نقص حاد في الخدمات الصحية بسبب الاحتلال الإسرائيلي.

برنامج الطفل السليم: ينفذ هذا البرنامج السليم في المراكز المختلفة التابعة للمؤسسة، حيث يجري متابعة حالات الأطفال من فحص قوة الدم وتقييم الوزن والطول والتغذية لدى الأطفال، وقد تم خلال 2009 متابعة 10185 حالة ضمن البرنامج، ومن خلال البرامج تم الكشف عن 98 حالة تشوه خلقي، و 932 حالة تعاني من امراض حادة.

برنامج رعاية مرضى السكري: برنامج صحي وقائي علاجي وتثقيفي يتم من خلاله متابعة مرضى السكري وتمكينهم من التعامل مع مرضهم بهدف الوقاية من مضاعفاته.

تقدم خدمات البرنامج مقابل أسعار رمزية جدا، كما ويتم تنظيم فعاليات للتعزيز والتثقيف الصحي تشمل لقاءات توعوية لمرضى السكري، إصدار نشرات لها علاقة بالعناية الذاتية لمرضى السكري، بالإضافة إلى لوحات الحائط التعليمية. وفي 2009 بدأت لجان العمل الصحي في تنفيذ برنامج تجريبي في عدد من العيادات وذلك بهدف تقييم التجربة وتعميمها على مختلف عيادات ومراكز المؤسسة.

برنامج التأهيل المجتمعي: يركز البرنامج على منطقة جنوب الضفة الغربية ويتفرع إلى عدة برامج. حيث يتم تنظيم العديد من النشاطات التوعوية والزيارات الميدانية والرحلات الترفيهية والمخيمات الصيفية والنشاطات الصحية المختلفة التي تهتم بذوي

الاحتياجات الخاصة، بالإضافة إلى البرنامج الذي يختص بتأهيل المنازل والمؤسسات. ويشمل البرنامج وحدة تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة في مركز حلول، الهدف العام من هذه الوحدة هو تطوير الخدمات التأهيلية في منطقة جنوب الضفة الغربية من خلال تقييم و تشخيص ومتابعة و علاج وتحويل الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال التنسيق المتبادل مع الخدمات التأهيلية الموجودة في المنطقة والتي تتمثل في برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي والمؤسسات الوطنية.

برامج التنمية المجتمعية

وهي مجموعة من البرامج والمراكز التي استهدفت العديد من الفئات في المجتمع الفلسطيني، حيث تركز هذه البرامج على تنظيم الأنشطة لقطاعات الشباب والنساء والأطفال على مختلف القطاعات، تفعيل مراكز مجتمعية وتأسيس غيرها في مواقع فقيرة، إضافة إلى تقديم خدمات تنموية للقطاعات المختلفة. ومن أهم البرامج والمراكز ما يلي:

مركز نضال - القدس / البلدة القديمة: تم افتتاح مركز نضال عام 1999 بعد أن تم ترميم بيت قديم في البلدة القديمة. وقد تمثلت أهداف المركز في العمل على تنمية المجتمع من خلال:-

- برامج تدريبية للشباب
- العمل على برامج تمكين المرأة
- تحسين الظروف البيئية في البلدة القديمة.
- العمل على برامج لتبادل الثقافات مع بلدان أخرى.

يعمل كمركز للإدارة العامة في القدس ولطاقم الصحة المدرسية ولبرنامج تنمية البلدة القديمة. نشاطات المركز متنوعة حيث يتم تأمين ما يقارب نصف مليون شئكل سنوياً لهذه الأنشطة، وهي نشاطات شبابية/ نسائية تنموية/ بنية تحتية/ مخيمات صيفية. ومن الممكن تفعيل المركز أفضل إذا ما تم إضافة نشاطات مجتمعية بعد الظهر ومساء. يعمل في المركز 4 موظفين من ضمنهم مديرة المركز ومنسقة برنامج التنمية المجتمعية للبلدة القديمة.

يعتبر مركز نضال الوحيد في البلدة القديمة الذي يعمل على تنمية المجتمع المحلي. ويقوم عبر الاتصال مع المجتمع المحلي بتنظيم فعاليات عديدة وثقافية تعليمية مجتمعية تعمل جميعها باتجاه تمكين المجتمع المحلي وتقويته بالأخص تقوية الانتماء إلى القدس بشكل عام وإلى البلدة القديمة بشكل خاص.

برنامج التنمية المجتمعية في سلفيت وقلقيلية: يقوم هذا البرنامج على فلسفة النهوض بواقع المجتمعات المحلية التي يعمل بها ودفعها نحو أخذ دورها الحقيقي والفاعل في عملية البناء. تنشط مراكز البرنامج على أكثر من صعيد، من الورش التدريبية والمحاضرات واستقبال الوفود، والأنشطة التدريبية والمحاضرات واستقبال الوفود، والأنشطة الترفيهية للأطفال والأمسيات الثقافية وصولاً إلى إحياء المناسبات الوطنية والعالمية ، وغيرها من النشاطات.

برنامج التنمية في الريف الغربي/ بيت لحم: يقوم البرنامج بالعمل على تعزيز القدرات البشرية والمادية للسكان في قرى الريف الغربي بمحافظة بيت لحم من خلال تمكين المؤسسات القاعدية وتطويرها في المناطق المستهدفة بالبرنامج.

مركز الواحة لذوي الاحتياجات الخاصة/ بيت ساحور: يسعى البرنامج لبناء نموذج متميز لتمكين ذوي الإعاقات العقلية وتأمين حمايتهم واحترامهم من خلال تقديم خدمات صحية مختلفة واستضافة مدربين من الجامعات والمؤسسات المجتمعية، وتنظيم العديد من النشاطات الترفيهية والمجتمعية.

نادي المسنين/ بيت ساحور: يعمل النادي على بناء نموذج لتعزيز الدور المجتمعي للمسنين بما يوفر احتياجاتهم ويناصر حقوقهم . كما قام بالعديد من النشاطات التوعوية والثقافية والاجتماعية و الترفيهية والادارية بالاضافة إلى النشاطات الصحية التي ترعى المسنين وتقوم على رعايتهم.

مركز جدل/ بيت ساحور: يقوم مركز جدل بالعمل على الاستجابة لاحتياجات المجتمع الفلسطيني التنموية المتزايدة بما يتناسب ورؤية المؤسسة من أجل المساهمة في تنمية الوعي بالحقوق والثقافة الوطنية والهوية القومية ببعدها التقدمي الانساني، وذلك من خلال تعزيز الحوار الثقافي والمجتمعي وانتاج الكتب التوعوية وتنفيذ ندوات سياسية واقتصادية واجتماعية وثقافية وغيرها من النشاطات التي تتدرج تحت أهداف المركز .

روضة وحضانة حقل الرعاة/ بيت ساحور:تهدف الحضانة إلى الاستجابة للحقوق الصحية والتنموية والتربوية للمجتمع الفلسطيني وتمكين وتعزيز القدرات التعليمية للطفل في محافظة بيت لحم، كذلك تهدف إلى تحسين وتطوير طرق التعليم والتعلم وذلك من خلال العمل والتنسيق مع جميع المؤسسات الموجودة في المناطق والتي يقدر عددها ب 16 مؤسسة. حيث تستهدف الحضانة والروضة عددا من القضايا التربوية والتعليمية والتثقيفية التي من شأنها النهوض بواقع العملية التعليمية للأطفال و تطوير قدرات العاملين في هذا الحقل.

برامج وأنشطة عامة

حيث تقوم المؤسسة بالعديد من النشاطات والمشاركة في الأنشطة العامة المحلية والدولية، والعضوية في المؤسسات والشبكات. كما تقوم المؤسسة بادوار هامة على الصعيد الإعلامي وتعزيز الدور الوطني في فضح الممارسات الإسرائيلية لخلق تضامن مع القضية الفلسطينية. وقد تطورت علاقات المؤسسة وكثافتها للتضامن مع الشعب الفلسطيني وقضاياها وخاصة التصدي لجدار الضم والفصل العنصري والانتهاكات الصحية والطبية، والأبعاد القانونية والتشريعية كمشروع قانون الصحة العامة وغيره من القوانين والتشريعات، وتعزيز دور المؤسسة في اللجنة التنسيقية للشبكة ونتاجها تشكيل لجنة إدارية والتصدي لكافة القضايا الداخلية والوطنية والانتخابات والتمويل والتطوير الإداري والمسائلة والعضوية...إلخ، وكذلك في اللجان ضمن الشبكة كلجنة القدس، ، وكذلك تعزيز دور المؤسسة في الحملة الشعبية وانتخابها عضوا في اللجنة التنسيقية، واستضافتها للحملة، والمشاركة الفاعلة في المنتديات العالمية الأوروبية والأورومتوسطية، والمتوسطة بما فيها الدولية، وزيارات دعم وإسناد مع شركائنا في اسبانيا وبلجيكا وهولندا وإيطاليا والإمارات والفلبين واستطاعت المؤسسة التأثير لدرجة ما في اتجاهات المنتديات والتجمعات بما فيها جذب دعم للمؤسسة "أغلبه من اسبانيا".

نتائج تحليل البيئة الداخلية والخارجية لمؤسسة لجان العمل الصحي

من خلال تمرين شارك فيه المشاركون في ورشة التخطيط، فقد أفضت النقاشات الجماعية إلى تكتيف نقاط القوة والضعف والفرص والمخاطر من وجهة نظر العاملين في اللجان، كما هي موضحة في الجدول التالي:

نقاط القوة

- المضمون الفكري لمؤسسة لجان العمل الصحي والتزامها برؤية منحازة للشعب وقضاياها، وتمتعه بتاريخ كفاحي مع الناس وتعزيز صمودهم. وتميزه على صعيد الالتزام بالعمل بكل الإمكانيات داخل القدس. والتزام مؤسسة لجان العمل الصحي بالحصول على التمويل غير المشروط سياسيا.
- وجود تراث لمؤسسة لجان العمل الصحي في التأثير وعضويتها في الائتلافات والشبكات المحلية والدولية وفي السياسات العامة.
- وارتباطا بما سبق فان مؤسسة لجان العمل الصحي تتمتع بصورة جيدة لدى المؤسسات الأخرى ولدى الجمهور. وبثقة المجتمع المحلي.
- وجود منظومة قيمية ايجابية تتمثل في شفافية ومصادقية المؤسسة، وانتماء النواة الأساسية من الموظفين لمؤسسة لجان العمل الصحي ودورها واستمراره.
- تكريس نواحي المأسسة وتبلور الأنظمة، التي تؤمن مقومات الاستمرار بغض النظر عن الأشخاص.
- بروز توجه بالتخطيط الدوري، وتطوير الأنظمة والإجراءات لتوحيد آليات العمل والأداء.
- تنوع برامجها، وتميزه في نوعية وأداء بعض هذه البرامج في ميادين الصحة والتنمية، كما يتفرد في تقديم برنامج الصحة المدرسية في القدس.
- ملكية مؤسسة لجان العمل الصحي لغالبية مقراتها ومقرات فروعها، ووجود أصول ثابتة تؤمن بعض الضمانات من المخاطر.
- قدرة مؤسسة لجان العمل الصحي على التغطية الذاتية لجزء من نفقات الخدمات الصحية.
- تنوع الخبرات والكفاءات الفنية في اللجان والتمتع بكوادر بشرية مؤهلة.

نقاط الضعف

- ضعف التركيز على وجهة المؤسسة الأساسية، وضبابية أهداف بعض مجالات العمل لا سيما "الرعاية الثانوية".
- ارتفاع نسبة عضوية الموظفين في الهيئة العامة. وعدم تفعيل دور الهيئة العامة.
- الأزمة الإدارية التي أشغلت اللجان بالوضع الداخلي لمدة طويلة نسبيا من الزمن، وأدت إلى ظهور شعور بانعدام الأمن الوظيفي لدى قسم من الموظفين.
- وجود تضخم وظيفي لا سيما في المستويات الإدارية، ووجود تداخل في صلاحيات مختلف المستويات. كما يوجد إلى حد ما مستوى من البيروقراطية الإدارية.

- غياب التطبيق لنظام حوافز فعال مما يهدد بهجرة الكفاءات المهنية
- ضعف الإعلام والعلاقات العامة والترويج للمؤسسة.
- ضعف آليات تجنيد التمويل، كما أن اعتماد التمويل على مصادر خارجية يمثل تهديد مستمر.
- ضعف المبادرات للاستثمارات المدرة للدخل التي من شأنها تأمين مصادر إستراتيجية للجان.
- الروتين النسبي في البرامج وعدم تجديدها وتطويرها المستمر.
- تراجع برامج التطوير والتعلم المتواصل، وغياب آليات تحديد احتياجات وتطوير برامج بناء القدرات المستمر. خاصة في ظل وجود ضعف لدى قسم من كوادر العمل، وضعف عام في أداء الهيئات التنفيذية.
- ضعف الاتصال والتواصل بين البرامج والفروع، وتنامي الذهنية المحلية "التفكير الضيق على مستوى الفرع"
- ضعف المركز في تلبية احتياجات الفروع، كما يغيب وضع معايير موحدة لتقييم الحاجات للتوظيف وغيرها من الموارد.
- ضعف الأرشفة، وغياب أنظمة معلومات عملية، ودقيقة توفر المعلومات بسرعة.

الفرص

- إمكانية شراء بعض خدمات المؤسسة الصحية من قبل وزارة الصحة وغيرها من جهات التأمين.
- تنامي الاحتياجات للخدمات الصحية النوعية.
- محدودية خدمات وكالة غوث وتشغيل اللاجئين.
- تنامي التوجهات التي تتبنى الأساس الحقوقي في تأمين الرعاية الصحية.
- التحديات التي تفرضها ممارسات الاحتلال عموما وعمليات تهويد القدس على نحو خاص، تمثل دعوة لتفعيل دور مؤسسة لجان العمل الصحي للعب دور في التصدي.
- ضعف السياسات الوطنية ذات البعد الصحي وتطبيقاتها العملية.
- وجود آفاق تمويل في ميادين العمل الصحي.

التهديدات

- محدودية مصادر تمويل مؤسسة لجان العمل الصحي وتدني مستوى التمويل الذاتي
- تهديد الاحتلال بفرض قيود على عمل مؤسسة لجان العمل الصحي لا سيما في القدس
- تأثر التمويل سلبا نظرا للازمة المالية العالمية
- الانقسام السياسي الداخلي وأثره على دور المؤسسات الأهلية
- غياب الدور الفاعل للمجلس التشريعي، وما يمثلته من أهمية في إقرار القوانين المتعلقة بالحقوق الصحية المختلفة.

تقييم القدرات المؤسسية لمؤسسة لجان العمل الصحي

إضافة إلى تحليل نقاط القوة والضعف كما ورد في القسم السابق، فقد تم تقييم القدرات المؤسسية الراهنة لمؤسسة لجان العمل الصحي من خلال نقاش وتحليل الوثائق الداخلية ومن خلال النقاش مع مختلف الأطراف داخل المؤسسة، وذلك بهدف الإشارة إلى مجالات التطور وتقييم المقومات الإستراتيجية المتاحة ذات الصلة بقدرات اللجان، ويجري تقديم رؤية انتقادية للوضع الحالي للقدرات بالإطار العام، نظرا لكونها جزء من روافع تحقيق الخطة وتنفيذ التوجهات والغايات بصورة فعالة وكفؤة.

وقد استندت هذه المراجعة على تحليل الوضع الداخلي لمؤسسة لجان العمل الصحي من خلال مراجعة الوثائق والتقارير التي تم توفيرها من جانب اللجان، المقابلات الموسعة مع رئيس مجلس إدارة اللجان، والمدير العام، ومدراء الدوائر وغيرهم من المفاصل الإدارية للجان والأطراف ذات الصلة، بالإضافة إلى عقد عدة ورشات مناطقية لمناقشة قضايا ذات صلة بأداء المؤسسة، حيث تم معالجة المعطيات المستخلصة من هذه المصادر لتطويع هذا التقييم الذي استند أيضا إلى "الملاحظة" من قبل فريق التقييم. وتجدر الإشارة إلى أن إدارة مؤسسة لجان العمل الصحي على إدراك بالعديد من التحديات التي تم تشخيصها من الجزء التالي.

وقد تم استخدام منهجية "مكثري" في تقييم القدرات المؤسسية وذلك بعد تعديلها لتنسجم مع البيئة الخاصة للمؤسسة، حيث قام فريق المستشارين بتقييم الجوانب المختلفة بناء على المعلومات المستخلصة من المصادر المشار إليها أعلاه. تتناول هذه المنهجية قدرات المؤسسة وفق هرمية تتكون من سبعة عناصر موزعة كما يلي:

- أ- **المستوى الأول:** يشمل ثلاثة عناصر وهي الطموحات، والاستراتيجيات، والمهارات المؤسسية
- ب- **المستوى الثاني:** وتشمل ثلاثة عناصر وهي الأنظمة والبنية التحتية، الموارد البشرية، وبنية المؤسسة
- ت- **المستوى الثالث:** الثقافة والقيم السائدة في المؤسسة التي تربط كافة العناصر والعوامل وتجعلها تتضافر على نحو معين لتحديد أداء المؤسسة خارجيا وداخليا.

وقبل المضي قدما، من المستحسن أن نقدم عدد من التعريفات التي من شأنها توحيد الفهم للمصطلحات ذات الصلة:

- الطموحات:** تمثل رؤية المؤسسة ورسالتها وغايتها والتي من خلالها نعبر عن السبب الوجودي للمؤسسة
- الاستراتيجيات:** مجموعة البرامج التي من خلالها نسعى لتحقيق غايات المؤسسة
- المهارات المؤسسية:** وهي قدرات المؤسسة كما هي مبينة من خلال قدرتها على التخطيط والتنظيم والتنفيذ والعلاقات الخارجية

- الموارد البشرية:** تراكم التجارب والانتماء للمؤسسة بما في ذلك طرح القضايا والحاكمة والإدارة والعاملين في المؤسسة
- الأنظمة والبنية التحتية:** وتمثل الأنظمة الإدارية والمرافق والمعدات التي تمكن المؤسسة من القيام بدورها

-البنية المؤسسية: وتمثل حاكمية المؤسسة وإدارتها للأدوار والأقسام المختلفة بما فيها الأوصاف الوظيفية وديناميكية التحريك الداخلي للمؤسسة

-ثقافة المؤسسة: هي ما يجمع جميع أجزاء المؤسسة مع بعضها بما في ذلك المبادئ والقيم المشتركة.

الطموحات: رسالة المؤسسة ورؤيتها

رسالة مؤسسة لجان العمل الصحي مكتوبة وواضحة وتعبر عن سبب وجود اللجان وتعكس قيمه وغاياته، هي عموما معروفة عند عدد واسع من العاملين في المؤسسة، وان كان يشوبها بعض الغموض أو اللبس في تفسير بعض المصطلحات مثل "الصحية" و"التموية". مراجعة الرسالة وتحديثها وتعريف المصطلحات سيساعد في توحيد المفاهيم وإزالة الغموض. وقد أبرزت المقابلات المختلفة أن هناك فهم مشترك نسبي للرؤية وللطموح المستقبلي للمؤسسة، ليس واضحا وجود حلم مشترك يضبط بوصلة الجميع للوصول اليه. أما من ناحية الغايات، هناك تحديد عام لها دون أن تكون مصاغة بمجموعة ضمن مؤشرات أدائية محددة زمنيا.

الاستراتيجيات

تم تطوير استراتيجيات مرتبطة إلى حد ما برسالة ورؤية المؤسسة، وتوجه نوعا ما المؤسسة، ولكن لا تزال هذه الاستراتيجيات لا تحكم بصورة كبيرة العمل اليومي لمؤسسة لجان العمل الصحي. من ناحية الأهداف، توجد أهداف في بعض الأمور الأساسية المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية والبرامج المختلفة، لكن ينقص وضع أهداف طموحة تتطوي على تحدي، كما أن الأهداف العامة غير مفصلة إلى أهداف قصيرة المدى محكومة بسقف زمني، ناهيك إلى أن الكثير من الأهداف تتطوي على صياغة تركز على المدخلات والمخرجات وليس الأثر. وهناك مداولات ونقاشات بصدد مستقبل خدمات الرعاية الثانوية، حيث هناك مشاريع وبرامج على مستوى الرعاية الثانوية، لكن لا يوجد تحديد واضح إلى أين تريد اللجان أن تصل بها؟؟ وهل تستطيع ذلك ام لا؟؟ وهل تم الدخول في تطوير الرعاية الثانوية بناء على رؤية بعيدة المدى أم أن رياح توفر التمويل او التفكير بعيدا عن الرؤية والإمكانيات هي التي تدفع مؤسسة لجان العمل الصحي؟؟.

من ناحية الصلة بالرسالة والرؤيا، نعتقد أن معظم البرامج الرئيسية مرتبطة برسالة المؤسسة وغاياتها، وهناك تلائم بين هذه البرامج من ناحية الانسجام مع الرسالة والرؤية. لا توجد جهود أساسية في تعميق البرامج الراهنة أو إعادة انطلاقتها، حيث أن عدد من البرامج التتموية انتهت أو على وشك، دون وجود انطلاقة مشاريع اكبر منها أو مثلها في الأفق المنظور. كما أن تقييم البرامج الفاعلة لا يتم وفق آلية منهجية ومنتظمة لمواصلة تطوير هذه البرامج وتعديلها المتواصل للاستجابة لاحتياجات المتنفعين، حيث أن البرامج والخدمات تجري بصورة روتينية.

من ناحية التمويل، فإن اللجان تعتمد على عدد محدود من الممولين يطغى عليهم طابع واحد، وهذا ما يمثل تهديدا على تنفيذ الاستراتيجيات المستقبلية.

قياس الأداء: من ناحية قياس الأداء، فإنه يتم بصورة جزئية، حيث يتم على مستوى المؤسسة جمع بيانات حول الأنشطة والمخرجات (على سبيل المثال عدد الحالات التي تم معالجتها، أو الأنشطة المنفذة على مستوى مختلف البرامج) ولكن لا توجد آليات للقياس المنتظم للأثر خارج المؤسسة على صعيد المجتمع والفئات المستهدفة، ومدى قدرة اللجان في تحقيق الغايات المرجوة. وارتباطا بذلك، فإن مستوى تحليل الأداء، يتم على نطاق محدود، حيث توجد هناك جهود لتمييز اللجان مقارنة مع جهات خارجية، كما يتم جزئيا تحليل واستخدام البيانات والمعلومات الداخلية لتحسين عمل المؤسسة وتطوير الأداء.

التخطيط: من ناحية متابعة المستجدات في البيئة الخارجية، هناك معرفة جيدة لدى طواقم اللجان باللاعبين الرئيسيين في ميدان عمل المؤسسة، والبدائل والنماذج التي قد تكون موجودة لديهم، لكن لم يلمس استعداديه للاستجابة السريعة للمستجدات والمتغيرات التي قد تطرأ من جانب الأطراف الخارجية. من ناحية التخطيط الاستراتيجي، هناك نوايا وقدرات وممارسة لدى اللجان في القيام بوضع خطة إستراتيجية، وتوجه الخطة عمل اللجان بصورة عامة، لكن لا يتم مراجعات منتظمة للخطة وللانجاز وتعديل الخطة بانتظام كي تبقى البوصلة لعمل اللجان وهيئاته.

من ناحية التخطيط المالي، يجري وضع موازنة سنوية، يجري تحديثها بانتظام، وتعكس الموازنة عمليات المؤسسة واحتياجاتها، كما يجري ضبط نفقات الأقسام والمناطق ضمن نطاق الموازنة. إعداد الخطط التنفيذية، مبدئيا هناك عمليات خطط تنفيذية، ولكن لم يلمس كثيرا أن الخطط التنفيذية تشكل مرجعية للأقسام المختلفة، ويجري تقييمها بناء على هذه الخطط.

خطط تطوير الموارد البشرية: لا يوجد خطة مدروسة لتطوير الكادر الوظيفي مبنية على تقييم الاحتياجات التدريبية لمختلف فئات وطواقم المؤسسة، بحيث يجري تطوير مؤشرات أدائية لمختلف الوظائف الرئيسية وتحدد الفجوات التي تحتاج لتدريب أصحاب هذه الوظائف لتمكينهم من تحقيق المؤشرات الأدائية المرغوبة.

الدخل وتجديد التمويل: هناك ضعف عموما في تجديد التمويل في هذا الجانب، ولا توجد كوادر مهنية عالية المستوى في مهارات تجديد التمويل وفق ما تسمح به رسالة ورؤية مؤسسة لجان العمل الصحي. هناك مستوى معقول نسبيا للحصول على دخل ذاتي، حيث جرى تغطية ما يقارب 45% من إجمالي النفقات من خلال رسوم الخدمات الصحية، هذا المستوى يمكنه أن يتحسن جزئيا في حالة تقليص المصاريف الإدارية على الرواتب والإيجارات غير الضرورية لفعالية وأداء المؤسسة، ولكن هناك من يتساءل هل يمكن تحسين مستوى الدخل عن طريق تحسين التحصيل من رسوم الخدمات الطبية؟؟ من جانب آخر هناك اتجاه ايجابي في المؤسسة يتمثل في بعض الاستثمارات وفي ملكيته لغالبية المراكز الأساسية.

إقامة وإدارة العلاقات الخارجية: من ناحية تطوير الشراكة والعلاقات والحفاظ عليها، هناك بعض العلاقات المتينة مع مؤسسات غير ربحية تتقاطع مع مؤسسة لجان العمل الصحي في الرؤية التنموية، وهناك خط جيد من التفكير في بعض الأمور الاستثمارية. كما توجد للمؤسسة علاقات مع جهات ممولة منسجمة مع توجهات اللجان، وإن كانت هذه العلاقات عرضة للتأثر في حالة عدم مبادرة اللجان لضبط أمورها الداخلية.

من ناحية الحضور في أوساط المجتمع المحلي، حضور مؤسسة لجان العمل الصحي مميز في المجتمعات المحلية التي يعمل فيها، وتوجد صورة ايجابية عنه من ناحية استجابته للاحتياجات، علما أن اسم مؤسسة لجان العمل الصحي عادة ما يلتبس مع مؤسسات أخرى، عزى البعض ذلك للإعلام أو الاسم أو عدم اهتمام بعض المنفعين بمعرفة الجهة بقدر اهتمامها بالحصول على الخدمة.

مهارات مؤسساتية أخرى: العلاقات العامة ومهارات التسويق، يوجد جهد محدود في ميدان العلاقات العامة وبناء صورة لمؤسسة لجان العمل الصحي، حيث لا توجد مهارات عالية تحت تصرف اللجان في هذا المجال. **التأثير في السياسات العامة:** مؤسسة لجان العمل الصحي من المؤسسات النشطة في هذا المجال، وتميزت تاريخيا بعضويتها بشبكة المنظمات الأهلية ومشاركتها مع مؤسسات أخرى للتأثير في السياسات العامة، حدث تراجع ملموس لهذا الحضور في السنوات الأخيرة.

الموارد البشرية

مجلس الإدارة: هناك تنوع إلى حد ما في تكوين مجلس الإدارة، لكن هناك غلبة للخلفيات الصحية على تشكيلة المجلس، حيث يستلزم تشكيلة المجلس وجود خلفيات مهنية في مجالات أخرى ذات أهمية مثل التنمية المجتمعية الإدارة والإعلام والتسويق والمالية وغيرها. يوجد دور فاعل لمجلس الإدارة في التوجيه والدعم وقيادة عمليات التخطيط، وهو في صورة المستجندات الأساسية التي تطرأ على اللجان، ويشارك بصورة جدية في القرارات الكبيرة المتعلقة باللجان. يمارس مجلس الإدارة دوره بصورة جيدة، ويمارس دوره الإشرافي العام على أداء الإدارة التنفيذية، ويراجع الموازنات، ويناقش ملاحظات المدقق الداخلي. من أهم الملاحظات بخصوص مجلس الإدارة، ضرورة أن يقوم المجلس بتحديد معايير الأداء المتوقعة من المؤسسة بالمشاركة مع الإدارة التنفيذية.

من ناحية الإدارة التنفيذية: شهدت فترة من عدم الاستقرار والتناقض، تم تعيين مدير عام جديد، وهناك ترقب عموما في اللجان لتحديد ملامح المرحلة القادمة. هناك قرارات هامة على صعيد الوضع الداخلي يجب وضعها على أجندة الإدارة التنفيذية العليا، كي يتم إخراج المؤسسة من حالة الارتباك التي ظهرت خلال السنوات القليلة السابقة. لا يوجد وضوح حول فلسفة الإدارة التنفيذية في كيفية الموازنة بين تلبية الاحتياجات المجتمعية ومحدودية الموارد المتاحة. حيث هناك توسعات (مثل المستشفيات) دون وجود خطة لما ستؤول إليه هذه التوسعات، ولم نلمس وجود خطة لدى الإدارة العليا في هذا الشأن.

العاملين والفعالية التنظيمية: على الرغم من وجود آليات رسمية للتواصل، إلا انه يلمس بعض الضعف على مستوى مشاركة الخبرات والموارد والروح المشتركة على مستوى بعض الهيئات والمدراء (حيث يوجد نوع من النظرة المحلية عند الفروع)، ليس هناك خبرات عميقة في إدارة المؤسسات الأهلية (حيث أن غالبية المفاصل يشغلها أشخاص من خلفيات طبية وإدارة صحية)، حيث يلاحظ ارتفاع منسوب الخلفيات الطبية في الوظائف الإدارية. وأخيرا يشار إلى ارتفاع روح الانتماء لدى العديد من المفاصل الأساسية في إدارة المؤسسة.

وان كانت الهيكلية التنظيمية لمؤسسة لجان العمل الصحي تعمل منذ سنوات، إلا انه يوجد غموض وتداخلات وتكرار في حالة جزء من هذه الهيئات. مثلاً هناك تكرار غير مفهوم بين وظيفة "المدير العام" و"المدير التنفيذي"، لا سيما أن المؤسسة تعتبر مؤسسة صغيرة بمعايير الإدارة الحديثة، كما يوجد تداخل بين مستويات مدير الدائرة ومدير المنطقة ومدير المراكز، حيث يمكن الافتراض أن إدارة المراكز لا يتطلب ثلاثة مستويات إدارية، كما أن إدارة البرامج التنموية يمكن متابعتها من خلال دائرة التنمية/البرامج. قد تكون هناك ضرورة لإيجاد دمج مناسب أو إعادة تصميم بعض الوظائف. هناك تنسيق وتفاعل بين مختلف الدوائر والأقسام من خلال إطار "التنفيذية"، علماً أن عدة أشخاص في الورشات المناطقية أشاروا إلى غياب المعلومات لديهم عن المراكز والفروع غير الفروع التي يعملون فيها

من ناحية آليات اتخاذ القرار، هناك وضوح في مستويات اتخاذ القرارات في المؤسسة، لكن أحياناً تطبق هذه القرارات كان يتأثر بالطابع الشخصي، كما يتأثر بالمجموعات غير الرسمية على مستوى المؤسسة أو على مستوى الفروع، تعميم القرارات مقبول عموماً وان كان هناك مجالات للتحسين.

على صعيد الأمور المالية، يوجد مستوى عال من الشفافية، ويجري توثيق الحركات والقضايا المالية بصورة منتظمة ومنسجمة، والمؤسسة تتميز بوجود مدقق داخلي إضافة إلى المدقق الرسمي الخارجي، وهذا أمر مميز بالنسبة لمؤسسة من حجم "اللجان". نعتقد بضرورة الانتباه لضبط التدفق النقدي لتقليل مشاكل نقص السيولة.

بالنسبة لإدارة الموارد البشرية، لم يلمس وضوح كبير في مسارات وإمكانيات التقدم الوظيفي، ولا يوجد اهتمام مقصود وواضح للتدريب والتطوير المهني للعاملين، كما أن هناك ضعف شديد في ميدان تقييم الأداء السنوي للعاملين. ولم يلمس أية مبادرات أو أنظمة لاكتشاف وتطوير المواهب المتميزة. وهناك غياب لتطبيق أنظمة الحوافز مع وجود إحساس بالمرارة لدى العديد من الموظفين لعدم وجود الحوافز المادية والمعنوية. وأخيراً لا يوجد إطار لتوثيق المهارات والمعارف الموجودة لدى العاملين وتعميمها بين مختلف مستويات المؤسسة.

البنية التحتية

من ناحية البنية التحتية المادية من أبنية ومقرات، فان مؤسسة لجان العمل الصحي متميزه جدا على هذا الصعيد حيث تمتلك مجموعة من المقرات والمراكز المميزة على مستوى المؤسسات المحلية عموماً، وتعد ملكيتها لهذه المقرات نقطة قوة مادية ذات طابع استراتيجي. كما يتوفر لدى اللجان ومقراتها شبكات الاتصال والمعدات المكتبية اللازمة وان كان ذلك عادة يتطلب التجديد والتطوير المستمر.

من ناحية البنية التحتية لتقديم الخدمات الطبية، فانه من خلال المقابلات أكد الجميع أن كافة المستلزمات الطبية اللازمة لتقديم الخدمات الطبية والعناية الأولية متوفرة لدرجة لتمكين المؤسسة من تقديم خدمة متميزة، وان كانت اللوازم والمعدات الطبية مجال واسع جداً تتطلب مجاراته موازنات كبيرة.

يتمتع المركز بموقع على الانترنت يحتوى على المعلومات الأساسية عن مؤسسة لجان العمل الصحي، ويجري تحديثه باستمرار. يلاحظ أن هناك قسم واسع من الموظفين يستخدم عنوان البريد الالكتروني العام "الشخصي"، أي عدم استخدام العنوان الرسمي للجان، فسر البعض ان ذلك يعود لمشاكل فنية، علما أن ذلك ممكن وبسهولة كبيرة. يتمتع المركز ببنية معلوماتية طبية ومحاسبية متقدمة نسبيا، حيث يجري التوثيق الالكتروني للبيانات الطبية حول المراجعين أولا بأول ويتم تخزينها مركزيا، باستخدام برنامج خاص بذلك. كما يوجد هناك نظام محاسبي ومالي الكتروني يمكن من متابعة الحركات المالية بصورة جيدة جدا، توجد بعض الملاحظات حول نظام ضبط الموجودات، وأخرى حول مركزية التحكم بمستودعات الأدوية، وما شابه، لكن يمكن السيطرة عليها من خلال المراجعة والتحديث. وقد أشير إلى أن هناك محدودية في دراسة وتحليل البيانات والمعلومات التي يتم توثيقها.

ثقافة المؤسسة ومنظومة القيم

الأداء كقيمة مشتركة: وفق التقدير فانه يؤخذ بالاعتبار جزئيا المساهمة في أداء المؤسسة وانجازاتها عند الترقيات والتوظيف والمكافأة. لا توجد معطيات موثقة ومعممة حول أداء العاملين أفرادا وجماعات. هناك مجموعة من القيم المرتبطة بالانتماء وخدمة المجتمع مرتبطة إلى درجة ما مع رسالتها وغاياتها تسود بين مجموعات داخل المؤسسة، ولكنها ليست بالضرورة مشتركة على كافة المستويات في المؤسسة، وقد تكون هذه القيم تأثرت سلبا بالتناقضات التي عاشتها اللجان في الفترات السابقة. يوجد ضعف في المهنية في تناول الخلافات والتناقضات، حيث أحيانا تتم مناقشة أمور كبيرة تتعلق بمستقبل وهوية المؤسسة من منطلقات الوظيفة أو منطلقات شخصية متأثرة بالمواقف تجاه شخص أو أشخاص بعينهم. وهذا يؤدي إلى إرباك المؤسسة وسيطرة أجواء مشحونة. علما أن الاختلاف ضرورة للتطور ولكن يجب أن يتم في حاضنة قيمية تحت سقف المصالح العليا للمؤسسة. وأخيرا على الرغم من المشاكل الداخلية، فان هناك قيم سائدة بالحفاظ على ممتلكات المؤسسة وتحصن المؤسسة من أمور الفساد المالي أو إساءة استخدام الموارد الخاصة باللجان.

الرؤيا

مجتمع فلسطيني حر يتمتع بحقوق
صحية شاملة، عادلة، ومتطورة

الرسالة

لجان العمل الصحي، مؤسسة فلسطينية أهلية تعمل في التنمية
الصحية والمجتمعية في الأرض الفلسطينية بمنظور حقوقي، من
خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية لكافة شرائح المجتمع
وخاصة الفقراء والمهمشين، وبناء نماذج تنموية، والضغط
والمناصرة بهدف التأثير في السياسات والتشريعات والبرامج
ذات الصلة

القيم المحورية

تسعى مؤسسة لجان العمل الصحي إلى بناء ثقافة تنظيمية وقيمية تعزز كفاءتها ومسؤوليتها وتنسجم مع رؤيتها ورسالتها، تأسيساً عليه ستعمل اللجان خلال دورة التخطيط الاستراتيجي الحالية على بلورة وتطبيق مبادئ واليات لتعزيز مجموعة القيم التالية:

الشفافية

ستلتزم اللجان في برامجها والياتها وكافة أعمالها على تعزيز قيمة الشفافية على كافة المستويات الإدارية وما يشمل جميع العاملين في المؤسسة وفي العلاقة مع الفئات المستهدفة والشركاء والجهات المانحة وغيرها من المؤسسات المعنية.

المصداقية

اللجان مسئولة عن وعودها وأعمالها وقراراتها، وملتزمة بتنفيذ كافة قراراتها وتقديم خدماتها وفق إمكاناتها المادية والمهنية بكل وضوح على أن تقدم معلومات دقيقة وفي الوقت المناسب عن أي قصور أو خطأ.

العدالة

قيمة العدالة الاجتماعية والإنسانية احد الدوافع الأساسية لتأسيس اللجان. وهي قيمة يجب أن تتجسد في توزيع المصادر وتطبيق الأنظمة والمعايير الموضوعية والمساواة في الفرص للجميع.

الانتماء

الارتباط باللجان قائم على أساس الانسجام والإيمان بدور اللجان ورسالتها ومنظومتها القيمية.

روح الفريق

اللجان تقدر العمل ضمن روح الفريق بما يتضمنه ذلك من تحمل الاختلاف والتمعن في وجهات النظر والأساليب المختلفة، والانفتاح على تجارب الآخرين والعمل جماعياً على إيجاد حلول مبدعة للقضايا الشائكة التي قد تواجه اللجان.

استنادا إلى فهم رسالة وغايات وأهداف وقيم اللجان وإدراك مكان قوتها وضعفها وما يحيط بها من فرص ومخاطر، فإن قيادة اللجان ومسئوليتها تعي أهمية متابعة المتغيرات في البيئة الداخلية والخارجية للجان لتقييم الأساليب والمداخل والوسائل المتبعة، بهدف تحسين الممارسة وتطويرها. كل ذلك على أرضية مسعى اللجان لدفع التنمية الصحية القائمة على مبدأ الحق في الصحة، وفي هذا السياق فإن اتجاه عمل مؤسسة لجان العمل الصحي سيتحدد ضمن المحاور الإستراتيجية التالية:

- زيادة مستوى الاعتماد على الذات من الناحية المالية بدرجة ملموسة وحقيقية، على أن يتم ذلك في سياق تمكين المؤسسة من السيطرة على مواردها بما يضمن قدرتها على تقديم النواة المحورية من دورها وخدماتها.
- تكريس العمل التطوعي كجزء عضوي في كافة برامج وأنشطة اللجان، بما يجعل اللجان مؤسسة متميزة في هذا السياق.
- تمتع اللجان بصفة تمثيلية وإعلامية متميزة على الصعيد المحلي "الداخلي" والخارجي "الإقليمي والعالمي"
- خصوصية القدس: حيث ستكرس اللجان كافة جهودها وفي أية مجالات تنموية تسهم في الدفاع عن القدس وتعزيز صمود سكانها
- المواظبة على تطبيق مبادئ الجودة الشاملة في جميع برامج ونشاطات اللجان القائمة والمستقبلية.

من أجل المضي قدما في نطاق هذه المحاور الإستراتيجية، فإن مؤسسة لجان العمل الصحي، تضع أمامها العمل على تحقيق الغايات التالية:

الغاية 1:

خدمات وبرامج صحية ذات جودة تقدم للفئات المهمشة

مقياس تقديم الخدمات يتمثل في مدى التميز في مستوى وطريقة تقديم الخدمة بما يمثل مستوى.

الأهداف

1.1 خدمات الرعاية الصحية الأولية تقدم في مراكز اللجان

2.1 برامج صحية فعالة

3.1 تطوير نموذج جديد للرعاية الثانوية المجتمعية

الفعاليات المحورية

تقديم خدمات طبية أولية وتحسين جودتها ، بما فيها العيادات التخصصية

تحسين وتطوير خدمات المختبر

التطوير المستمر للكوادر العاملة

تنفيذ برامج الأم والطفل والصحة المدرسية وغيرها

الغاية 2:

مؤسسة فاعلة وكفوءة

الحكم على الهيكلية والأنظمة يستند على مدى ديناميكيته وقدرتها على تفعيل المؤسسة وتوظيف مواردها

الأهداف

1.1 استراتيجيات متجددة ومنسجمة مع المؤسسة

2.1 بنية هيكلية متجاوبة مع الاستراتيجيات

3.1 نظام فاعل للاستقطاب والمحافظة على الموارد البشرية

4.1 نظام مالي وإداري متوافق مع المعايير العالمية في الإدارة المالية والمحاسبية، بما يشمل نظام المتابعة والتقييم

5.1 نظام فاعل لإدارة المعلومات

الفعاليات المحورية

متابعة إعداد الخطط وإقرارها من قبل مجلس الادارة، ومتابعة تنفيذها من قبل الدوائر والأقسام

تقييم دوري لعمل وآداء المؤسسة والعاملين فيها

متابعة إعداد الموازنات السنوية و مراجعة و تحديث النظام المالي الحالي في المؤسسة

إعادة هيكلية المؤسسة لتنسجم مع الاستراتيجيات الحديثة

تطوير خطة لتطوير الموارد البشرية

تطوير نظام عمل المتطوعين

الغاية 3:

سياسات صحية وتنموية مستندة على أساس الحق في الصحة

مدى نجاح اللجان في تحسين استجابة القوانين والسياسات والتشريعات لحاجات الفئات المستهدفة

الأهداف

1.1 تبني أطراف صناعة القرار سياسات وتشريعات وبرامج تصب في أولويات الفئات المهمشة

2.1 اللجان مصدر للدراسات التحليلية والمعلومات للتشريعات والسياسات والبرامج في المجالات الصحية والتنموية

3.1 برامج وحملات حشد وتأييد لقضايا ذات علاقة بالسياسات والبرامج والتشريعات في المجالات الصحية والتنموية

الفعاليات المحورية

الغاية 4:

بناء نماذج تنموية ضمن توجهات عمل جديدة في آليات التنمية المجتمعية

الانجاز يتمثل في بناء نماذج جديدة ونقل المسؤولية عنها للمجتمع المحلي، وبناء نماذج وآليات يتبعها الآخرون.

الأهداف

1.1 نماذج جديدة لتلبية احتياجات فئات اجتماعية محددة، مطورة ومدارة بالشراكة مع المجتمع المحلي

2.1 العاملين في المؤسسات المختلفة مؤهلين من حيث المعارف و التوجهات والمهارات لتبني الآليات والنماذج

الفعاليات المحورية

توثيق تجارب ومنهجيات عالمية في التعامل مع تنمية فئات اجتماعية مختلفة

تقييم احتياجات فئات مجتمعية بهدف إعادة تصميم مناهج العمل مع الفئات المختلفة وتطوير آليات جديدة لتلبية هذه الاحتياجات

تعميم التجارب من خلال النشرات والمؤتمرات

الإطار التنفيذي للخطة

(ملاحق الخطط التنفيذية)