minority rights group international

تقرير

الخدمات الصحية للمجتمعات الحدودية المصرية خلال جائحة كوفيد – 19

شريف محي الدين

قرية نوبية ، أسوان ، مصر – امرأة نوبية ترتدي الزي التقليدي تجلس وتحسب النقود أمام منزل نوبي أزرق.
تصوير: *Dietmar Rausche*.

شكر وتقدير

تشكر مجموعة حقوق الأقليات الدولية (MRG) دعم الاتحاد الأوروبي ووزارة الشؤون الخارجية الفنلندية ، اللتين قدمتا دعمًا ماليًا لهذا التقرير. لا يتحمل الاتحاد الأوروبي ووزارة الشؤون الخارجية الفنلندية أي مسؤولية عن المعلومات التي يحتويها أو أي استخدام لها

Ministry for Foreign Affairs of Finland

Funded by the European Union

عن المؤلف

شريف محي الدين هو مستشار لمجموعة حقوق الأقليات ومحلل خبير في الأمن والتنمية والثقافة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا مع اثني عشر عامًا من الخبرة في البحث في مصر ولبنان وتونس والمناطق الحدودية مع ليبيا والسودان. عمل شريف كباحث غير مقيم في مركز كارنيجي.

شريف حاصل على درجة الماجستير من جامعة دورهام بالمملكة المتحدة. بالإضافة إلى تمهيدي الماجستير والبكالوريوس في العلوم السياسية والعلاقات الدولية من جامعة القاهرة ، مصر.

عمل شريف سابقًا كمدير لوحدة البحث في كل من مركز عدالة للحريات والحقوق ، وأيضًا كباحث ومنسق لمكافحة الإرهاب وحقوق الإنسان في المبادرة المصرية للحقوق الشخصية. علاوة على ذلك ، عمل كمستشار في العديد من المشاريع ومراكز الفكر الدولية والمنظمات غير الحكومية والجامعات ووسائل الإعلام ووكالات الأنباء. مثل أوكسفام وبيت الحكمة للدراسات الاستراتيجية وجامعة ييل وجامعة ويتس ووكالة الأناضول. عمل أيضًا كباحث زميل في مشروع الديمقراطية في الشرق الأوسط بوميد.

حصل شريف على جائزة قيادة المجتمع المدني من مؤسسة المجتمع المفتوح. كما حصل على الجائزة الذهبية لجائزة سيف لأبحاثه في مجال حقوق الإنسان في مصر. علاوة على ذلك ، قدم الاستشارات لرئيس الوزراء المصري ولجنة تعديل الدستور ، بالإضافة إلى وكالات الأمم المتحدة.

MRG

المجموعة الدولية لحقوق الأقليات (MRG) هي منظمة غير حكومية تعمل على ضمان الحقوق العرقية والدينية واللغوية للأقليات والشعوب الأصلية في جميع انحاء العالم، وتعزيز التعاون والتفاهم بين المجتمعات. تركز انشطتنا على المناصرة الدولية والتدريب والنشر والتوعية. إننا نسترشد بالاحتياجات التي تعبر عنها شبكة شركائنا من خلال شبكة منظمات حول العالم تمثل أقليات وشعوب أصلية.

إن المجموعة الدولية لحقوق الأقليات (MRG) تعمل مع أكثر من 150 منظمة فيما يقرب من 50 دولة. يجتمع مجلس إدارتنا مرتين سنويا ويضم 10 أعضاء/عضوات من دول مختلفة. تحمل المجموعة الدولية لحقوق الأقليات (MRG) صفة استشارية لدي المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة (ECOSOC) وصفة مراقب لدي اللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان والشعوب (ACHPR). المجموعة الدولية لحقوق الأقليات (MRG) مسجلة كمؤسسة خيرية وشركة محدودة بضمان بموجب القانون الإنجليزي: جمعية خيرية مسجلة رقم. 282305 شركة محدودة رقم. 1544957.

©مجموعة حقوق الأقليات الدولية (MRG) ، جميع الحقوق محفوظة.
يجوز إعتماد محتويات هذا المنشور للتدريس أو لأغراض أخرى غير تجارية. ولا يجوز إعادة إنتاج أي جزء منه بأي شكل لأغراض تجارية دون إذن صريح مسبق من أصحاب حقوق النشر. لمزيد من المعلومات يرجى الاتصال بـ .MRG سجل كتالوج CIP لهذا المنشور متاح في المكتبة البريطانية. تم نشره في اغسطس 2022. ISBN Print: 978-1-912938-92-6 Online: 978-1-912938-93-3

تم نشر الخدمات الصحية للمجتمعات الحدودية المصرية خلال جائحة كوفيد –١٩ بواسطة MRG كمساهمة لرفع الوعي العام للمسألة التي تشكل موضوعها. لا يمثل نص الكاتب وآرائه بالضرورة الرأي الجماعي لمجموعة حقوق الأقليات الدولية في جميع التفاصيل والجوانب.

الخدمات الصحية للمجتمعات الحدودية المصرية خلال جائحة كوفيد – 19

قائمة المحتويات

ملخص تنفيذي 2

1 **مقدمة** 3

2 **خلفية عن المنظومة الصحية في مصر** 4
– الأطباء/ الطبيبات 4
– المستشفيات والتجهيزات الطبية 4
– تمويل القطاع الصحي المصري 4

3 **آثار الفقر وجائحة الكورونا على مدى الوصول للخدمات الصحية لدى الأقليات والسكان الأصليين** 6
– موقع المناطق المهمشة والحدودية ضمن منظومة تقديم الخدمات الصحية في مصر 6
– وضع الخدمات الصحية في المناطق الحدودية بمصر في زمن الكورونا 6
– سيناء 6
– النوبة – أسوان 9
– مطروح وسيوة 11

4 **خاتمة وتوصيات** 13

الهوامش 14

ملخص تنفيذي

يستعرض هذا التقرير جوانب الظروف المعيشية للأقليات المصرية والشعوب الأصلية ومستوى الخدمات الصحية المقدمة لهم من قبل الدولة المصرية خلال جائحة كوفيد –19 (2020–22). وتحقيقا لهذه الغاية ، يعتمد التقرير على كل من البحث المكتبي والميداني مع أفراد الأقليات العرقية والشعوب الأصلية في مصر. شملت عملية البحث النوبيين المصريين والبدو والأمازيغ.

الرواية الحكومية الأكثر شيوعًا عندما يتعلق الأمر بالخدمات الصحية للمناطق الحدودية للدولة هي أن النظام ينفق أولاً مئات الملايين من الجنيهات المصرية لتطوير المستشفيات في هذه المناطق ، وثانيًا ، أن الحكومة عملت جنبًا إلى جنب مع بعض مبادرات المجتمع المدني لتشجيع الأطباء/ الطبيبات على قبول التعيينات في المناطق التي هم في أمس الحاجة إليها. في حين أن كلا التأكدين صحيح من الناحية الفنية ، إلا أن هذا التقرير يلقي الضوء على بعض القيود المفروضة على سياسة الحكومة التي تحتاج إلى معالجة.

ويخلص التقرير إلى أنه على الرغم من الارتفاع العام في الإنفاق العام على الخدمات الصحية في جميع أنحاء مصر ، لا يزال هناك العديد من أوجه القصور ، والخدمات الصحية المقدمة تتطلب التطوير. وهذا له أهمية خاصة بالنظر إلى أنه في معظم المحافظات التي تتركز فيها التجمعات الثلاث (أسوان وسيناء ومطروح) ، فإن نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر أعلى حتى من المستوى القومي ، الذي ارتفع خلال الفترة الماضية. عقد إلى ما يقرب من ثلث سكان البلاد.

في حين أن إرسال عيادات صحية متنقلة كجزء من برامج الحكومة والمجتمع المدني إلى المناطق الأكثر إهمالاً يمكن أن يوفر بعض الراحة ، لا تزال هناك حاجة ملحة لمعالجة الأسباب الجذرية لأزمة الرعاية الصحية في هذه المناطق. يمكن للسياسات الجديدة التي تتناول كلاً من التعليم والصحة في تلك المجالات أن تساعد في حل المشكلات بشكل أكثر فاعلية ، مع المزيد من كليات الطب للسكان المحليين في المناطق الحدودية ، جنبًا إلى جنب مع التدريب عالي الجودة والحوافز للعمل في المناطق الحدودية.

يختتم التقرير بمجموعة من التوصيات ، من بينها الاستمرار في إعطاء الأولوية للمحافظات الحدودية حيث تتركز المجتمعات المعنية ضمن نظام التأمين الصحي الشامل الجديد. من المهم التركيز على بناء قدرات الكوادر الطبية هناك بدلاً من الاعتماد بشكل أساسي على النظام الحالي ، الذي يرسل الأطباء/ الطبيبات حديثي التخرج إلى المناطق الحدودية في أماكن مؤقتة. من المهم أيضًا دمج الاستدامة في خطط تطوير الخدمات الصحية ، وتحقيق توازن أكثر إنصافًا فيما يتعلق بميزانية تطوير مرافق المستشفيات والخدمات ، والتركيز الحالي على الإنفاق على الواجهات والبنية الخارجية وحدها .

مقدمة

في مقابلة مع طبيب شاب يقوم بتقديم الخدمات الصحية في أحد المراكز الصحية الحكومية في صعيد مصر مع تفشي جائحة الكورونا، يخبرني أنه في الشهور الأولى لعمله هناك بعد مغادرته القاهرة جائت إليه أسرة تحمل طفلة عمرها حوالي أربعة عشر عاما، وهي تلفظ الأنفاس الأخيرة، إزاء انهيار جهازها التنفسي، وقد حاول كطبيب طوارئ إنعاشها بما يتوفر بالمركز من إمكانات محدودة فلم يوفق في ذلك، ولفظت الطفلة أنفاسها الأخيرة بين يديه، وفي حضور أسرتها. ولشدة استغرابه بعكس ما اعتاد عليه من تعامل الأسر مع حالات موت ذويهم في غرف الطوارئ في العاصمة القاهرة، فإن أسرة الطفلة الصغيرة تلقت الصدمة بهدوء، وحملوها على أكتافهم ورحلوا في صمت، بعد أن شكروه على جهوده.[1]

ولعل هذه المشاهدة تصلح لوصف أكثر من مكان في بعض أكبر مناطق تمركز الأقليات والسكان الأصليين في مصر، سواء سيناء، أو أسوان، أو مطروح.

ولمزيد من فهم جذور المشكلة، لابد من الإشارة إلي طبيعة عمل المنظومة الصحية في مصر، وموقع الأقليات والمناطق المهمشة والحدودية منها، حتي يتسنى لنا تحديد الأسباب المتجذرة وراء هذه الأزمة . وبداية يسلط التقرير الضوء على كيف يعمل نظام «التكليف» كونه شريان حياة للمنظومة الصحية في مصر، ومعمل اختبار وتدريب لآلاف من الأطباء/الطبيبات حديثي/ات التخرج، في إطار دمجهم/ن ونشرهم/ن في كافة المراكز الصحية والمستشفيات الحكومية في مصر، وذلك ضمن القسم الأول من التقرير الذي يقدم نبذة عن وضع القطاع الصحي في مصر عن طريق ثلاثة أبعاد، الأطباء والطبيبات، والمستشفيات والتجهيزات الطبية، وتمويل القطاع الصحي.

ويركز القسم الثاني من التقرير على وضع الأقليات والسكان الأصليين أثناء اندلاع ا جائحة الكورونا، من ناحية موقع الأقليات الجغرافي، وإحصائيات ديموغرافية ضمن الجائحة، وكذلك مشاركة أبرز الاستخلاصات عن وضع الخدمات الصحية لهذه الجماعات في المناطق الحدودية المصرية، والتي تم التوصل إليها عن طريق البحث الميداني الذي تم إجرائه ما بين الربع الأخير الأخير من عام 2021، حتى نهاية فبراير 2022.

خلفية عن المنظومة الصحية في مصر

الأطباء/الطبيبات

يعتمد نظام «تكليف» الأطباء والطبيبات على أن لوزير/ة الصحة صلاحية تكليف خريجي/ات كليات الطب والصيدلة وطب الأسنان وغيرها من معاهد التمريض والفنيين الصحيين طالما كانوا حاصلين/ات للعمل لمدة سنتين، قابلين للتجديد، في الحكومة أو الهيئات المحلية والمؤسسات العامة .[2]

وعلى مدى أكثر من خمسين عاما ظل هذا النظام هو البوابة الرئيسية الأولى لتشغيل أغلب الأطباء والطبيبات المصريين/ات حديثي/ات التخرج من الكليات والمعاهد الطبية الحكومية والأزهرية، والبالغ عددها حاليا 28 كلية. وقد شهدت هذه المنظومة بعض التعديلات مع جائحة الكورونا، إذ اتجهت وزارة الصحة إلى تحديث النظام بشكل جعله أكثر إلزامية على الأطباء/الطبيبات، إلى الحد الذي ينزع منهم/ن حقهم/ن في الاختيار، سواء القبول بالتكليف أو رفضه، أو حتى اختيار تخصصات وأماكن معينة، إذ مع الأزمة التي تتعرض لها مصر من النقص المتزايد في عدد الأطباء والطبيبات، وتوجه العديد منهم/ن إلى الهجرة نحو ظروف عمل ودخل أفضل سواء في دول الخليج العربي أو في أوروبا وعلى وجه الخصوص دولتي ألمانيا وبريطانيا، فقد لجأت وزارة الصحة إلى إلزام الأطباء/الطبيبات بالتكليف. وهو ما قوبل إعتراض ملحوظ في أوساط الأطباء/الطبيبات تحديدا دفعتي 2020 و 2021 والبالغ عددهم/ن إجمالي ما يزيد عن 16 ألف طبيب وطبيبة، ووفقا لموقع إدارة التكليف بوزارة الصحة المصرية فهناك 13 حركة تكليف كل عام، بمجمل حوالي 20 ألف طبيب وطبيب.

ويشهد نظام التكليف عادة توزيع الأطباء/ الطبيبات جغرافيا على قسمين رئيسيين، إذ يتم تقسيم محافظات مصر البالغ عددها 27 محافظة إلى قسمين الأول مركزي، والثاني نائي. وفي حين يشمل القسم الثاني جميع المحافظات محل البحث والتي تحتوي مناطق تمركز العديد من الأقليات والسكان الأصليين كالنوبيين، والبدو، والأمازيغ، ضمن المحافظات الحدودية المصرية (مطروح، شمال سيناء، جنوب سيناء، البحر الأحمر، أسوان، والوادي الجديد)3 فإن القسم المركزي يشمل بقية محافظات مصر. وسنقوم لاحقا في التقرير باستكشاف أثر هذا النظام على الخدمات الصحية المقدمة للأقليات والسكان الأصليين في مصر .

المستشفيات والتجهيزات الطبية

بحسب صحفي مصري متخصص قام بتغطية ملف الخدمات الصحية في زمن الكورونا، فقد توصل إلى اكتشاف مفاجي له عند المقارنة بين جاهزية مصر وفرنسا في مواجهة الجائحة، فقد توصل إلى أن عدد المستشفيات والأقسام المتخصصة بالأمراض الصدرية في مصر أكبر من نظيرتها في فرنسا، ولعل اللافت للانتباه أكثر هنا، أن أغلب هذه المستشفيات قد تم تأسيسها في عهد أسرة محمد علي باشا أي منذ حوالي عقدين من الزمان.

يكشف هذا الاستنتاج عن أمرين الأول هو بينما كان لمصر بنية تحتية راسخة للخدمات الصحية إلا أن ذلك يحتاج إلى مزيد من التطوير والعناية من أجل مواكبة العصر. فضلا عن ذلك فإن نهج المركزية الذي يغلب على الكثير من السياسات العامة في مصر، بما فيها قطاع الرعاية الصحية يجعل من ناتج هذه السياسات مزيد من عدم الإنصاف والاستبعاد تجاه الكثير من المناطق المهمشة، خارج المركز، وكذلك الفئات الأقل حصولا على الخدمات، بما فيها العديد من الأقليات والسكان الأصليين في البلاد والتي تتركز العديد من مناطق تجمعاتها الرئيسية في المناطق الحدودية مثل سيناء، ومطروح، وأسوان.

تمويل القطاع الصحي المصري

يمكن تلخيص التحدي المستمر فيما يتعلق بالخدمات الاجتماعية الأساسية في عدم توفر الموارد المالية الكافية من ناحية، إضافة إلى الزيادة السكانية الكبيرة من ناحية أخرى إذ يبلغ متوسط الزيادة السكانية في مصر مليوني مواطن/ة كل عام. وفضلا عن ذلك فإن

وضع حلول للأزمات والمشاكل التي تعاني منها أجهزة تقديم الخدمات العامة في مصر ليس دائما بالسهولة المتصورة، إذ ينطوى الأمر على العديد من التعقيدات البيروقراطية.

ولعل أحد التغيرات الرئيسية التي شهدتها مصر بعد ثورة يناير 2011 هي الطفرة التي تحققت في توفير مصادر تمويل للموازنة العامة للبلاد خلال عقد كامل، وخصوصا نظام الرئيس عبد الفتاح السيسي منذ يونيو 2014 وحتى الآن، إذ شهدت البلاد ضخ عشرات المليارات من الدولارات في طفرة غير مسبوقة، وإن كان أغلب مصادر هذه التمويل يأتي من الاقتراض الخارجي والداخلي، بحيث تضاعفت المديونية العامة.

إذ شهد قطاع الرعاية الصحية ما بعد 2011 ضخ العديد من الأموال، بدءا من النص لأول مرة ضمن الدستور المحدث للبلاد والصادر في يناير 2014 على أن «تلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومى للصحة لا تقل عن 3 ٪ من الناتج القومى الإجمالى تتصاعد تدريجيًا حتى تتفق مع المعدلات العالمية». في المادة 18 من دستور مصر والتي بقيت كما هي بعد آخر تعديل دستوري تم بتاريخ 23 أبريل من عام 2019، وقد نصت نفس المادة أيضا على التزام الدولة ب«إقامة نظام تأمين صحى شامل لجميع المصريين/ات يغطى كل الأمراض».[4]

وبالرغم من هذه الطفرة المالية في الإنفاق الحكومية عموما، ومن ضمنه الإنفاق على قطاع الصحة موضع البحث هنا، إذ رصدت الحكومة المصرية حوالى 23.5 مليار جنيه مصري (1.5 مليار دولار) لتطوير البنى التحتية الصحية في ست محافظات حدودية،[5] إلا أن هذه الإنفاقات الضخمة لا تزال لم تنعكس بشكل كبير على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للأقليات والسكان الأصليين الذين يتمركزون في تلك المحافظات الحدودية.

آثار الفقر وجائحة الكورونا على مدى الوصول للخدمات الصحية لدى الأقليات والسكان الأصليين

موقع المناطق المهمشة والحدودية ضمن منظومة تقديم الخدمات الصحية في مصر

ترتفع نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر في المحافظات التي تتركز بها الجماعات الثلاثة موضع البحث (أسوان، سيناء، مطروح) عن النسبة الوطنية والتي قفزت خلال العقد الأخير لتصل إلى قرابة ثلث سكان البلاد. فعلى سبيل المثال في 2017–2018 اقتربت نسبة من يعيشون تحت خط الفقر من نصف سكان محافظة أسوان وذلك بنسبة 46.2٪، كما يبلغ نسبة من هم تحت خط الفقر في محافظة مطروح 50.1٪، وتصل في شمال سيناء إلى 38.4٪.[6]

وجدير بالذكر أن قلة الكثافة السكانية قياسا إلى مساحة المحافظات يجعل من تمركز الخدمات الصحية في مركز المدن الرئيسية بالمحافظات تحديا وعائقا في طريق تقديم الخدمات الصحية لعموم سكان المحافظة، فبحسب المؤشرات الحكومية يعيش سكان محافظة أسوان على نسبة 1.6٪ فقط من إجمالي مساحة المحافظة، كما يعيش سكان محافظة مطروح على إجمالي 1٪ فقط من إجمالي مساحة المحافظة، بينما يعيش سكان محافظة شمال سيناء على 7.2٪ فقط من إجمالي مساحة المحافظة.[7]

توصل البحث ضمن التقرير إلي وجود ظاهرة انتشار مرض الانيميا بين الأطفال في المحافظات ذات تمركز الأقليات والسكان الأصليين، إذ تبلغ نسبة الأطفال الذين يعانون منه في محافظة أسوان 46.2٪ من إجمالي أطفال المحافظة، كما بلغت في محافظة مطروح 59.3٪ وهو ضعف النسبة على المستوى الوطني، وذلك اعتمادا على إحصائيات رسمية لعام 2014.[8] بينما لا يوجد إحصائيات حكومية مشابهة عن أطفال سيناء في نفس الفترة.

فضلا عن ذلك فإن نسبة الأطباء البشريين لكل 10 آلاف من السكان تصل في أسوان إلى 5.8، بينما تبلغ في مطروح 17، وفي شمال سيناء 8.9. وبذلك فإنه بالرغم من أن محافظة أسوان تشهد الكثافة السكانية الأعلى بين جميع المحافظات الحدودية المصرية، بعدد سكان يفوق المليون ونصف نسمة، أي أكثر من نصف عدد سكان المحافظات الحدودية الخمسة مجتمعة (أسوان، مطروح، شمال سيناء، جنوب سيناء، الوادي الجديد). إلا أن نسبة الأطباء البشريين فيها هي الأقل بين المحافظات الحدودية.[9]

ناهيك عن أن أغلب الأطباء في المناطق الحدودية من حديثي التخرج وفقا لنظام التكليف، والذي يقضي بقضاء حديثي التخرج من كليات الطب بالجامعات المصرية الحكومية عامين يتم توزيعهم فيه للخدمة العامة كأطباء في المستشفيات والمراكز الحكومية في كافة أرجاء الجمهورية. ووفقا لأحد طبيبات التكليف في جنوب سيناء فإن العديد من الأطباء حديثي التخرج اعتادوا اللجوء إلى تفضيل المحافظات النائية (وفقا لتقسيم المحافظات ضمن نظام التكليف إلى مركزي ونائي كما سبق الإشارة إليه في التقرير) وذلك لكون المنافسة عليها أقل، وبإمكان الأطباء الذين تخرجوا بتقديرات متوسطة أو ضعيفة التخصص لاحقا في تخصصات صعبة وشديدة التنافسية مثل الجراحة أو المخ والأعصاب في القاهرة، وذلك بعد قضائهم التكليف لمدة سنة في أي من هذه التخصصات في المحافظات النائية،[10] وهي نفس المحافظات التي تشهد تمركزات للجماعات المصرية موضع البحث.

وبناءا على ما سبق فإن الحوافز المالية الإضافية التي توفرها وزارة الصحة كحافز تشجيعي للأطباء للخدمة بالمحافظات ال»نائية» يتم تفريغها من مضمونها مع عدم إحكام المنظومة، إذ لا يوجد نظام متابعة قوي وتدريب مستمر، فيتحول وقت الأطباء هناك لما هو أقرب من النزهة وفقا لطبيبة التكليف بجنوب سيناء، «ويبقى اسمهم اخدوا التخصص وخلاص»،[11] إضافة إلى أنه يتم توجيه ملايين من الجنيهات لتطوير الشكل الخارجي للمستشفيات والمراكز الصحية

الحكومية أكثر من إنفاقها البني التحتية والتجهيزات الطبية، وذلك وفقا لموظف متخصص بمكتب وزير الصحة،[12] ويمكن بالطبع تصور الآثار الكارثية لهذا الوضع على الأقليات والسكان الأصليين في المناطق الحدودية والخدمات الصحية المقدمة لهم. خصوصا أنه وعلى عكس العاصمة القاهرة والعديد من المدن الرئيسية في شمال مصر، فإن خيار المستشفيات والعيادات الخاصة، إما أنه غير متوفر، أو أن جودته أقل. إذ أن العديد من الأطباء الأكفاء إما يعمل في القاهرة، أو يهاجر للخارج بحثا عن دخل وظروف أفضل.

إلا أنه من ناحية أخرى، فإن تطور المنظومة الصحية تاريخيا في مصر شهد طفرات نوعية كنتيجة لمبادرات أطباء خدموا في منطق على أطراف البلاد خارج العاصمة، وشاهدوا نتيجة التهميش وتدني الخدمات الصحية مقارنة بالقاهرة بأعينهم. فعلى سبيل المثال لا الحصر، فقد جاء تأسيس أول أقسام النساء والتوليد في مصر على يد الطبيب المصري التابعة د. نجيب ميخائيل محفوظ، وذلك بعد أن شهد في سنوات شبابه الأول ولادة متعسرة أفضت إلى موت كل من الأم والجنين في الإسكندرية بعد عدم العثور على أي طبيب متخصص في الولادة،[13] فعهد إلى نفسه تخصيص حياته لإنقاذ المتعسرات في الولادة.

وعلى خطي الطبيب نجيب محفوظ يأتي الطبيب مجدي يعقوب والمتخصص في أمراض القلب ليبادر بإقامة صرح طبي في أسوان، مركز أسوان للقلب ضمن مؤسسة خيرية باسمه أسسها مع الحاصل على جائزة نوبل في العلوم، العالم المصري الراحل أمد زويل، والسفير الراحل محمد شاكر في عام 2008، وتعتبر من أفضل المستشفيات من حيث الجودة في كافة أطراف مصر الحدودية. ويأتي على رأس أهدافها «تقديم خدمات طبية متطورة بشكل مجاني للمصريين، وخاصة الفئات المحرومة أو الأقل حظًا.[14]

وضع الخدمات الصحية في المناطق الحدودية بمصر في زمن الكورونا

سيناء

في سيناء، اشتكى العديد من البدو من كونهم ضحايا لإهمال الدولة لعقود قبل أن يضرب الوباء البلاد. منذ أن استعادت مصر السيطرة على شبه جزيرة سيناء في عام 1981، تم الإعلان مرارًا وتكرارًا عن الخطط الحكومية لتنمية المنطقة. لكن على الأرض، لم يتم عمل الكثير لدعم حقوق الإنسان الأساسية لبدو سيناء.

بدو سيناء

مشتق من الكلمة العربية «بدو» ، وتعني سكان الصحراء ، البدو ينحدرون من مجموعات رحالة نشأت في شبه الجزيرة العربية وليبيا. آتوا ليسكنوا منطقة سيناء من عدة قرون، ولا يزالوا يشكلون غالبية السكان اليوم ، حيث تشير أحد التقديرات إلى أن حوالي 70 في المائة من إجمالي سكان شمال وجنوب سيناء مجتمعين هم من البدو.[15] لا يزال أسلوب حياتهم المتميز مدفوعًا بهذه التقاليد البدوية.

كانت المنطقة مهمشة وغير متطورة منذ فترة طويلة من قبل الحكومة المركزية، كما عانت هذه المنطقة في السنوات الأخيرة من الجماعات المسلحة والمكافحة المتزايدة ضد التمرد الذي يشنه الجيش المصري. عانى المدنيون من تدمير الممتلكات والتهجير القسري والقتل خارج نطاق القضاء على أيدي الجنود والمسلحين. في هذا السياق، كان على المجتمعات أن تواجه مجموعة متنوعة من التحديات والقيود المفروضة على الحركة والخدمات الأساسية والوصول إلى سبل العيش.[16]

على سبيل المثال، وفقًا للمشروع القومي لتنمية سيناء، أُعلن في عام 1996 أنه سيتم زيادة عدد أسرة المستشفيات إلى 6000 سرير لتلبية احتياجات العدد المتزايد من السكان، من خلال بناء 500 مستشفى تابعة لوزارة الصحة و السكان و23 مستشفى للقطاع الخاص.[17] ومع ذلك، بعد ما يقرب من 25 عامًا، وفقًا لأحدث نشرة إحصاءات الخدمات الصحية السنوية، اعتبارًا من عام 2019، كانت محافظتا شمال سيناء وجنوب سيناء من بين أقل عدد من المستشفيات في جميع محافظات البلاد البالغ عددها 28 محافظة: 8 مستشفيات. في شمال سيناء بإجمالي 386 سريرًا، و9 في جنوب سيناء بسعة 1067 سريرًا [18] – أقل بكثير مما هو مطلوب لتلبية احتياجات النمو السكاني بما يتماشى مع الأهداف المعلنة لخطط عام 1996.

في الأيام الأولى من الموجة الأولى لجائحة الكورونا في مصر بداية من منتصف مارس 2020 شهدت المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية في جنوب سيناء إقبالا منخفضا من المواطنين المرضى وذويهم، ويرجع ذلك إلى أحد السكان نتيجة لحالة الهلع والخوف التي تزامنت مع انتشار الوباء، مع عدم وضوح ماهيته بالضبط، وتردد العديد من الأخبار والأنباء، بما فيها الإشاعات، والتي أثرت على إقبال المواطنين على المستشفيات والمراكز الصحية خوفا من انتشار العدوى، وبالتالي فإن العديد من المرضى فضلوا العلاج المنزلي، وعدم الذهاب إلى الأطباء وسط سيادة النظرة إلى

المستشفيات على أنها أماكن مثالية لانتشار العدوى.[19]

وبحسب طبيبة في مستشفى نويبع، فإن معدل إقبال المواطنين على المستشفي كان معدلا قليلا ما قبل الكورونا أصلا، وذلك مقارنة بمحافظات ومدن مصرية أخرى، غير القاهرة التي يزيد عدد سكانها عن 10 مليون نسمة، أما مع انتشار أخبار الكورونا، وبدء تطبيق إجراءات الحظر والتباعد الاجتماعي في البلاد، فقد ساهم ذلك في جعل إقبال المواطنين على المستشفى أقل. فبعد أن كان يأتي في المتوسط 10 حالات في اليوم، انخفض العدد بشكل كبير مع بدء الجائحة لتصل إلى حالتين أو تلاتة.[20]

وبالرغم من اتساع مساحة شبه جزيرة سيناء، فإن توزيع التخصصات الطبية فيها لا يتسم بالغزارة التي تتوفر في العديد من المحافظات الأخرى في وادي النيل، إذ أنه تكاد تكون أغلب المدن في سيناء تخلو من أن يكون بها اكتفاء ذاتي بأغلب التخصصات الطبية. فعلى سبيل المثال قد يضطر المواطنين الذين يعيشون في رأس سدر أن يسافروا عشرات الكيلومترات من أجل كشف رمد في مستشفى نويبع المركزي، أو مستشفى شرم الشيخ الدولي.

وحتى بعد سفر المواطنين المرهق والمكلف، فإن العديد من التخصصات الطبية تتوافر اسميا فقط، لكنها في حقيقة الأمر مجرد حبر على ورق، بدون تجهيزات كافية، وأطباء على خبرة ودراية. وهو ما أجمع عليه أغلب السكان المحليين والطواقم الطبية التي تم مقابلتها ضمن التقرير.

بحسب تقرير حقوقي سابق للمبادرة المصرية للحقوق الشخصية بعنوان الحق في الصحة في شمال سيناء: إخفاقات وحلول على لسان أهلها فإن التقييم العام لوضع الخدمات الرعاية الصحية المتقدمة (المستشفيات) في سيناء بناءًا على دراسة ميدانية ، فإنه رغم توفر الخدمات، وإتاحتها الجغرافية والمادية، إلا أن المشكلة الرئيسية تتمثل في كل من المقبولية (إذ أن الخدمات الصحية التي توفرها المستشفيات هناك محدودة، وتلقى بالتالي ثقة ضعيفة من قبل المواطنين) إضافة إلى قلة الجودة (فبالرغم من وجود بعض الخدمات، إلا أنه يصعب على السكان إعطاء ثقة كبيرة لها وفيها).[21] وبالتالي يضطر السكان المرضى للسفر مئات الأميال إلى القاهرة للعلاج هناك، إذا توفرت القدرة المالية من ناحية، وكذلك القدرة على المرور من الحواجز الأمنية والعسكرية المنتشرة بكثافة في المنطقة من دون التعرض للاعتقال العشوائي أو على أساس الهوية، وهي الممارسة المعتاد تكررها لاحقا، ضمن الحرب التي أعلنتها الدولة المصرية على الإرهاب في مناطق شمال ووسط سيناء.

من الصعب تخيل أن يكون هناك مبنى اسمه مستشفى ولا يوجد فيه أي طبيب جراحة أو تخدير، وهو الحال في العديد من مستشفيات سيناء، فمع قدوم حالات طارئة مثل حوادث السيارات وغيرها من الحوادث، فلا يمكن التعامل معها على مستوى الحدث.

«أول يوم تكليف ليا، حصلت حادثة على أحد الطرق ، وصلنا 3 حالات، اتصدمت إننا معندناش لا التجهيزات المناسبة، ولا الخبرة الكافية، فكنا بنتعامل بالإسعافات الأولية بس، وللأسف انتهى اليوم بإن ال 3 حالات ماتوا، في حين لو كانت فيه تجهيزات كفاية كان هيتكتب لهم عمر جديد»[22] طبيبة في سيناء تصف مشاهداتها في أول يوم تكليف لها.

تستفحل الحاجة إلى أطباء أخصائين في الجراحة والتخدير، خصوصا مع وعورة العديد من الطرق في سيناء، لطبيعتها الجبلية والصحراوية من ناحية، ولضعف تجهيزات وصيانة الطرق البرية من ناحية أخرى، مما ينتج عنه تزايد في حالات حوادث الطرق اليومية، وهو ما يعاني منه الناس في نهاية الأمر ومن عواقبه، سواء من زوار سيناء، أو من أهاليها المقيمين، وبحسب أحد السكان، فإن هذه المشكلة من نقص الإمكانات والخبرات الطبية، خصوصا في التعامل مع حوادث الطرق لهى مشكلة يشتكون منها منذ قديم الأزل، لكن دون حل أو تطور![23]

وهناك قناعة راسخة لدى أغلب أهالي سيناء ممن تمت مقابلتهم ضمن التقرير، في أن هناك اتجاه سائد من الدولة المصرية في أن تكون إدارة الحيز العام لصالح الأثرياء فقط، وبالتالي فإن التجهيزات الطبية الأفضل في كافة عموم سيناء تتوفر في مدينة شرم الشيخ، بينما هناك بعض المؤسسات الطبية الخاصة في مدينة دهب، وهما المدينتين الأشهر من ناحية الجذب السياحي، أما بقية السكان من بدو وغيرهم في كافة أنحاء سيناء، وكذا الوافدين إليها، فيعانوا بشكل أكبر من ضعف مستوى الخدمات الطبية المقدمة، أو انعدامها من الأساس. وقد أكد بعض الأطباء القادمين من القاهرة على ذلك بعد ما شهدوه من الفارق بين تجهيزات مستشفى شرم الشيخ، ونويبع، ورأس سدر، وأبو زنيمة وغيرها. وبحسب طبيبة فإن دهب لم يكن بها مستشفى أصلا، وكان بها مجرد مركز حضري، لكن بعد تفجيرات دهب في 2005، وانتباه الحكومة إلى تزايد عدد الوفيات بعد الاضطرار إلى نقل الجرحى لأكثر من ساعة في الطريق إلى مستشفى شرم الشيخ تم عمل بعض التطوير واستحداث مستشفى دهب.[24]

لا تنعكس الأزمة الطبية على ما ينتج من حوادث مرور وغيرها فحسب، بل تمتد أيضا لتشمل حالات الولادة. فحينما يحين موعد

قدوم الحمل لامرأة في جنوب ووسط سيناء، فإن المستشفيتين المجهزتين لذلك بما يفوق الحد الأدنى من التجهيزات الطبية لحالات الولادة هما مستشفى شرم الشيخ، ومستشفى الطور. أما لو كانت المرأة الحامل تعيش في مدينة دهب أو قريبة منها وذهبت مسرعة مع قدوم الحمل إليها فيمكنها الولادة هناك بشرط أن تكون الولادة طبيعية، أما لو استدعى الأمر أن تكون عملية الولادة قيصرية فإن مستشفى دهب غير مجهزة لذلك. فبحسب طبيبة في مستشفى دهب: «قعدت 8 شهور بشتغل في مستشفى دهب مفيهاش دكتور تخدير واحد»،[25] وحتى مع توفير دكتور تخدير واحد في المستشفى، فحينها يكون بإمكانه العمل على حالة واحدة فقط، ولا يمكنه العمل على حالتين في نفس الوقت، وهو ما يزيد من الوضع المأساوي الذي يعاني منه الأهالي من نقص الخدمات الصحية.

وبتساؤل معمق عن حالة التخصصات الطبية في سيناء في زمن الكورونا، توصلنا إلى أنه لا يوجد تخصص عظام في مستشفى نويبع، وبالتالي ففي حالات المرضى الذين لديهم كسور لن تتمكن مستشفى نويبع من خدمتهم، وسيضطروا حينها للسفر إلى مستشفى شرم الشيخ، أو مستشفى الطور. بينما في مدينة دهب لا تتوفر تخصصات مثل تخصص الأمراض الجلدية، وتخصص الأنف والأذن والحنجرة، أما عن الأشعة فهناك طبيب يأتي للمستشفى عدة أيام في الشهر فقط. وبحسب طبيب فإنه تقريبا لا يوجد أطباء متخصصين في المخ والأعصاب، والنفسية والعصبية في جنوب سيناء بأكملها، إذ مع قدوم مريض نيروسيكيك لهم اضطروا حينها لتحويله للإسماعيلية خارج سيناء، والتي تبعد مئات الكيلومترات من مدينة دهب.

وقد ساهمت الحالة المنعزلة لشبه جزيرة سيناء في ضعف الانتشار النسبي لوباء الكورونا فيها مقارنة مع مناطق أخرى في مصر، وتأتي تلك العزلة من عوامل عديدة، أولها جغرافيا كشبه جزيرة في أقصى شرق مصر، كان لا يربطها حينها ببقية الجمهورية سوى 3 طرق، كوبري السلام في شمال سيناء، ونفق الشهيد أحمد حمدي في جنوب سيناء، وكذلك كوبري الفردان للسكك الحديدية. كما تضاعفت تلك العزلة في حالة شمال سيناء نتيجة للحملات العسكرية التي بدأتها الحكومة المصرية منذ 2012. ولعل عزلة سيناء للمرة الأولى أفادتها بدلا من الأضرار اليومية التي تعانيها من نقص في الخدمات العامة بما فيها الخدمات الطبية، وتهميش. ففي حالة وباء الكورونا، والذي تساهم العزلة وإجراءات التباعد الاجتماعي في الحد منه، فحتى الآن كانت سيناء محظوظة نسبيا من عدم التفشي الكامل للوباء، والذي في حالة حدوثه، فلن تنهار المنظومة الطبية هناك، لأنها وفقا للأطباء والأهالي الذين تمت مقابلتهم منهارة من الأساس.

مع بدء تفشي الكورونا عالميا، والإعلان عن دخولها إلى مصر، كانت أول حالة تم توثيق اكتشافها في سيناء في مدينة دهب – جنوب سيناء في نهاية مارس من عام 2020، وبناءا على الطبيب المعالج للحالة، فقد جاء المريض لمجرد الكشف على أساس أنه مخالط لابنه القادم من أوروبا وليس مريضا، ولم يكن يبدو عليه أية أعراض، لكن بالكشف تبين أنه إيجابي، وانتشر الهلع آنذاك، وانصرف الأطباء عن الحضور عن المستشفى لقلة الإمكانيات، ولخوفهم من تعريض حياتهم للخطر دون جدوى، كما قام العديد من البدو بالصعود إلي الجبال، والابتعاد عن المدن، كإجراء وقائي احتياطي في مواجهة احتمالات تفشي الكورونا في مدن سيناء.

وبتتبع كواليس قصة الاكتشاف الأول للكورونا في سيناء، وكيف تم التعامل مع الموضوع، تبين أن الحالة الأولى التي تم تشخيصها كان يعمل في شرطة السياحة، وتم طلب عمل المسحة منه، لكنه كان يرفض عملها، فتدخل أمن الدولة في الموضوع. وبعد ظهور نتيجة المسحة الإيجابية، تم عمل حجر صحي للمعسكر الذي كان المريض الأول مخالطا فيه، وحجز فندق لهم.

ومع زيادة تفشي حالات الكورونا في مصر، مع بلوغ الموجة الأولى ذروتها في شتاء عام 2020، فضل العديد من الأهالي أن يتم تمريض ذويهم ممن يظهر عليهم الحالات داخل منازلهم، لأنه لا فارق ولا جدوى كبيرة بناءا على خبراتهم في التعامل مع المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية في سيناء. وعلى حد تعبير أحدهم «لو حد من قرايبنا جاله كورونا، بقينا ناخده يموت وسطنا أحسن».[26]

وطال الأمر من يتمتعون بدخول مرتفعة، ويحظون بتأمين صحي شامل من خلال تعاقدهم مع شركات خاصة من القاهرة، إذ بعد انتقالهم للعمل من بعد في جنوب سيناء، اشتكوا من عدم توفر العديد من التخصصات الطبية في مدن سيناء التي يقيمون بها، وعلى رأسها مدينة دهب، ومدينة نويبع بجنوب سيناء. بل إن بعضهم لم يستطع صرف علاجه الشهري، لعدم تمكنه من العثور على فروع للصيدليات الكبرى المتعاقدة معها شركة التأمين الطبي، والمنتشرة في القاهرة وأغلب مدن وداي النيل في سيناء.

النوبة – أسوان

اعتمد اقتصاد أسوان لعقود على السياحة الدولية، نظرًا لتراثها النوبي الغني والمعابد المصرية القديمة، بالإضافة إلى الطقس الدافئ الذي تتمتع به في الخريف والشتاء. وصلت الأرقام السياحية إلى أعلى مستوياتها على الإطلاق في أسوان في عام 2010 حيث زارها 442

النوبيون في أسوان

كان النوبيون من السكان الأصليين لآلاف السنين في أراضي النوبة، في ما يعرف الآن بالمنطقة الحدودية لجنوب مصر وشمال السودان. ومع ذلك ، في العصر الحديث ، تآكلت حقوقهم في الأرض بشكل مطرد بسبب زحف الدولة ورسم خرائط الحدود الوطنية ، مدفوعًا جزئيًا بالاستعمار البريطاني . بداية من بناء السد المنخفض بأسوان في عام 1902، تم اقتلاع السكان النوبيين بشكل متكرر من خلال برامج التنمية في المنطقة.

استمر نضالهم من أجل الحق في إعادة التوطين في أراضيهم لعقود، وبلغت ذروتها في صياغة مشروع قانون إنشاء الهيئة العليا لتنمية وتعمير بلاد النوبة القديمة سنة ٢٠١٤– وهو اتفاق تاريخي حدد خارطة طريق لعودة المجتمعات النازحة إلى مواقعهم الأصلية في قراهم. ومع ذلك ، بدلاً من تمرير النص إلى البرلمان للموافقة عليه ، تم وضع النص على الرف ، ومنذ ذلك الحين تم تخصيص مساحات كبيرة من الأراضي النوبية كمناطق عسكرية أو تخصيصها لمشاريع البناء دون إشراك السكان النوبيين أنفسهم. احتج نشطاء المجتمع بانتظام على هذه المظالم وغيرها ، بما في ذلك خطاب الكراهية والقمع الثقافي ، و احتجاز العديد من المتظاهرين وسجنهم من قبل السلطات.[27]

ألف شخص في ذلك العام، وانخفضت السياحة في أعقاب ثورة 25 يناير 2011، إذ وفقًا للسجلات الرسمية للمحافظة، زارها 153 ألف سائح في عام 2011، وهو رقم انخفض إلى 137 ألف في عام 2012 وحوالي 115 ألف في عام 2013.[28]

لم تكن المنطقة أفضل من سيناء فيما يتعلق بالرعاية الصحية، إذ يوجد في أسوان 19 مستشفى حكوميًا بإجمالي 1364 سريرًا، تخدم حوالي 1.5 مليون شخص، وفقًا لأحدث الإحصاءات الحكومية.[29]

وصفت أستاذة نوبية في أحد المدارس الحكومية كيف أدى انتشار الوباء لموت الكثير من النوبيين، خصوصا من كبار السن، وذلك بعد أن أصبحت قرى التهجير النوبية يغلب عليها كبار السن، بعد هجرة ورحيل الشباب بحثا عن العمل وكسب الرزق. وتقارن كيف أن وضع النوبيين في العاصمة القاهرة، أو العاصمة الثانية الإسكندرية، أفضل نسبيا في مواجهة الوباء من كثير من النوبيين في أسوان لتدهور الخدمات الصحية فيها .

وقد عانت الأستاذة النوبية مؤخرا مع مضاعفات المرض لدى والدتها، واضطرارها لمكالمة الطوارئ وطلب الإسعاف، فبعد أن قامت الإسعاف بتوصيلها من محل إقامتها في إحدى قرى التهجير النوبية إلى أقرب مستشفى حكومي بمركز نصر النوبة طلبوا منها رسوم لخدمة الإسعاف، وهو ما استغربت منه، ظنا منها أن خدمة الإسعاف من المفترض أن تكون خدمة عامة مجانية، كما أنها فوجئت بمجرد وصولها إلى هناك بأن مبنى المستشفى الرئيسي غير متاح أصلا، نظرا لخضوعه لأعمال إنشاء وتطوير، وبدلا من ذلك، تم تخصيص بعض الإنشاءات الصغيرة لتقوم محل المستشفى بشكل مؤقت. ونظرا لضعف الإمكانات هناك، فقد اضطرت إلى نقل والدتها لمستشفى أسوان التعليمي في مدينة أسوان، وهو ما ضاعف من التكاليف التي تحملتها لنقل والدتها المريضة، ناهيك عن تكاليف العلاج والرعاية.[30]

ساهمت حالة تفشي الكورونا في تفضيل الكثير من مرضى الفيروس وكذا الأمراض الأخرى في عدم الذهاب إلى الأطباء، وذلك بعد غلق مستشفى أسوان العام التخصصى بالصداقة الجديدة أمام جميع الخدمات الطبية واقتصارها فقط على حالات الإصابة بالفيروس، وارتفاع نسبة الآبات وإشغال جميع مستشفيات أسوان، في فترة البحث بدءا من أكتوبر 2021 وحتى فبراير 2022 من ناحية، وخصوصا من ناحية أخرى أن الكثير من الأهالي يضطر في النهاية للسفر إلى مدينة أسيوط في قلب صعيد مصر، أو إلى العاصمة القاهرة، كون الأطباء هناك بمستوى أفضل من أقرانهم في أسوان، بحسب تفضيل الأهالي وخبراتهم في التعامل مع الأطباء، وكذا التجهيزات أيضا.

ويمكن التنبؤ بما واجههم من مصاعب عن طريق إلقاء نظرة على تجربة ذهاب شاب إلى الوحدة الصحية في مدينة أبو سمبل، أقصى جنوب مصر، قبل الحدود مع السودان مباشرة، وهي وحدة ذات إمكانيات ضعيفة جدا. إذ كان يعاني من ألم في أسنانه. وبعد ما يزيد عن الساعة، خرج الشاب متألما أكثر مما دخل، واعترف له الطبيب بصراحة بضعف الإمكانيات وقلة خبرته، ونصحه بالذهاب إلى مدينة أسوان. وهي تبعد حوالي ثلاث ساعات بالسيارة من أبو سمبل.

وبعد اضطراره لأخذ إجازة يوم من عمله، والذي لا يوجد بديل يمكنه تغطيته، ذهب إلى أسوان بالفعل، لكن الطبيب هناك أيضا لم يسعفه بشكل كامل، واضطر في نهاية الأمر للسفر إلى القاهرة لعلاج ألم الأسنان، وضاع عليه أكثر من أسبوع عمل ، إض افة إلى التكاليف الكبيرة من سفر وإقامة، كلفته ما يزيد عن أجر شهر عمل كامل. [31]

بالحديث إلى مسؤول حكومي سابق في أسوان، يخبرني كيف أن مستشفى أبو سمبل يحظى بتجهيزات جيدة إلى حد ما، ومعقولة نسبيا مقارنة بتجهيزات أخرى في مدن صعيد مصر، أو بتجهيزات مستشفيات السودان، وذلك بحكم الخبرات العابرة للحدود للنوبيين في كلا البلدين. لكنه يؤكد في نفس الوقت على ضعف وقلة كفاءة الأطباء العاملين هناك، وبالتالي فإن النتيجة النهائية هي أن المستشفى سواء قبل تفشي الكورونا، أو بعدها تصبح خاوية على عروشها، ومكان لتوقيع الحضور والانصراف للأطباء والأفراد العاملين فيها فقط.[32]

وبحسب أحد كبار السن النوبيين، فإن ثمن كشوفات الأطباء في أسوان رخيص مقارنة بالأثمان الباهظة في القاهرة، لكن في نفس الوقت، فإن الأطباء في أسوان، بحكم تجربته يكتبون للمرضى أدوية كثيرة جدا، مقارنة بالأطباء في القاهرة، وفي النهاية لا تعالج كثيرا الأمراض التي يشتكون منها، وبالتالي يكون تفضيلهم، التواصل مع أهاليهم النوبيين في القاهرة، ومعرفة تفضيلاتهم في الأطباء الذين يذهبون إليهم، وحجز أقرب موعد مناسب عن طريقهم، والسفر لبدء رحلة العلاج. وهو ما تساهم شبكات الدعم والتضامن من العائلات والجمعيات النوبية في محاولة التخفيف عن التكاليف الباهظة لبعض غير القادرين عليها.[33]

وليست ظاهرة السياحة العلاجية بغريبة عن معظم النوبيين في أسوان، إذ على حد تعبير أحد القيادات النوبية، لا يوجد بيت لم يضطر إلى السفر إلى القاهرة، أو على الأقل إلى أسيوط لعلاج أحد من أفراده.25 كما أن النوبيين في السودان، وغيرهم من السودانيين يضطرون أيضا، حال سمحت إمكانياتهم المادية إلى السفر إلى القاهرة للعلاج، [34] ويكون توقف بعضهم في أسوان توقفا عابرا كمحطة ترانزيت لا أكثر. ولا يخفي بالطبع كيف سيؤدي تطوير الخدمات الصحية في أسوان إلى التأثير الإيجابي على حياة الملايين، من توفير نفقات إضافية يضطرون إليها، وتوفير رعاية صحية لائقة فضلا عن تخفيف بعض من الزحام والتكدس المستمر في العاصمة القاهرة، وذلك باتباع سياسة لامركزية أكثر فاعلية.

وبحسب أحد النشطاء المحليين، فإن الثورة السودانية أدت إلى موجات من نزوح السودانيين إلى مصر، وإقامة العديد منهم في أسوان، لعدم مقدرتهم على تحمل تكاليف السفر والمعيشة الباهظة في القاهرة. مما خلق ضغطا أكبر على موارد وخدمات مدينة أسوان الضعيفة أصلا، ومنها بالطبع الخدمات الصحية.[35] وذلك في وقت تفشي الكورونا، خصوصا بعد إعادة فتح وتشغيل المعابر البرية مع السودان، بعد إيقاف الحكومة المصرية لها لشهور ضمن حزمة الإجراءات الوقائية لمواجهة تفشي وباء الكورونا في 2020.

وتعتبر مستشفى الطبيب مجدي يعقوب لأمراض القلب هي الظاهرة الوحيدة للسياحة العلاجية العكسية إلى مدينة أسوان، إذ نتج عن مبادرة يعقوب بعمل مستشفى خيري لأمراض القلب بمدينة أسوان لنقاء جوها، ومساهمة في التنمية اللامركزية في أقصى جنوب مصر، بدلا من تكدس المشاريع بالعاصمة القاهرة فقط، إلى خلق نموذج متميز يسافر العديد من المصريين من محافظات مختلفة للعلاج فيه. وتحظى مستشفى مجدي يعقوب، وشخص الدكتور يعقوب بسمعة طيبة جدا وسط جميع الأهالي النوبيين الذين تم إجراء مقابلات معهم ضمن البحث.

مطروح وسيوة

أمازيغ مطروح

كان الأمازيغ من السكان الأصليين في مطروح لعدة قرون، ويعيشون بشكل مستقل إلى حد ما حول واحة سيوة حتى إنشاء طريق عبر المنطقة في عهد الرئيس أنور السادات. أدى هذا إلى تغيير جذري لما كانت المنطقة عليه حتى ذلك الحين، حيث كانت جزءًا منعزلاً إلى حد كبير من مصر. على الرغم من الفوائد العديدة، بما في ذلك الكهرباء، فإن زيادة الاتصال ببقية الدولة قد هدد أيضًا بتقويض التراث الفريد للسكان الأمازيغ.

على وجه الخصوص، في حين أن هويتهم المميزة لا تزال واضحة، فإن تعرض المجتمع الأمازيغي لتدفق الناطقين باللغة العربية ومنصات أخرى مثل التلفزيون، الذي يهيمن عليه محتوى اللغة العربية، أدى بشكل مطرد إلى تآكل استخدام اللغة السيوية (التي يتحدث بها الأمازيغ تقليديًا في هذه المنطقة). لذلك هناك حاجة ملحة لتدريس اللغة الأمازيغية في المدارس لمنع فقدانها والحد من الانحسار المتزايد للثقافة الأمازيغية في مصر.[36]

لا تختلف مستوى الخدمات الصحية في محافظة مطروح كثيرا عن نظيراتها في سيناء وأسوان، إذ تظل ظاهرة السياحة العلاجية، واضطرار الأهالي للسفر إلى العاصمة القاهرة للعلاج ظاهرة كبيرة. مع بعض الفروق في وجهة السفر، إذ كما يسافر بعض النوبيين للعلاج في مدينة أسيوط في صعيد مصر، يسافر بعض الأمازيغ وكذا المقيمين في مدينة سيوة إلى مدينة الإسكندرية على ساحل البحر الأبيض المتوسط للعلاج أيضا، وتصل الرحلة بالسيارة إلى ما يزيد عن خمس ساعات .

وصف أحد الذين تم مقابلتهم كيف فقد هو وزوجته طفلهما الثالث

أثناء المخاض، حيث يستغرق السفر من واحة سيوة إلى أقرب مستشفى في مطروح (مسافة تزيد عن 300 كيلومتر) أكثر من ثلاث ساعات. تعد واحة سيوة جزءًا من محافظة مطروح الأكبر، إلا أن مدينة مطروح الرئيسية لديها أكبر قدر من الموارد، مما يعكس الاتجاه نحو المركزية الشائعة في جميع أنحاء مصر. وفقًا لأحدث الإحصاءات الحكومية، يوجد في محافظة مطروح بأكملها 5 مستشفيات فقط – وهو أقل عدد من المستشفيات بين جميع المحافظات الـ 28 في البلاد – مع 468 سريرًا فقط يخدم أكثر من نصف مليون ساكن.[37]

ولعل من الأمور الإيجابية الصحية الواضحة في مطروح هو ارتفاع نسبة المواطنين الذين تلقوا اللقاح فبحسب وكيل وزارة الصحة والسكان بمطروح فقد جاءت نسب تلقى جرعتي اللقاح في 20 فبراير 2022 كالآتي: نسبة تلقي الجرعة الأولى 72,4٪ من إجمالي عدد 294175 مواطنا تستهدف الدولة تطعيمهم ممن هم فوق ال 18 عاما، وبالنسبة للجرعة الثانية تم تطعيم نسبة 70٪.[38]

ومن جانب آخر، فمن المؤسف ارتفاع نسبة الوفيات من المتأكد إصابتهم في مطروح إذ بلغت 13,5٪ بعدد 627 حالة وفاة من إجمالي 5663 مواطنا تم توثيق إصابتهم بفيروس كورونا (وهي مجرد عينة، نظرا لقلة عدد الاختبارات التي كانت تتم) خلال عامين منذ دخول وباء الكورونا إلى مصر (فبراير 2020 – فبراير 2022).[39] وهو ما يمكن عزوه إلى تدني وتدهور الخدمات الصحية المقدمة بالمحافظة. إذ ليس بالضرورة أن تعكس إيجابية انتشار نسب اللقاح تطورا على كافة مستويات الخدمات الصحية بالمحافظة، فبحسب طبيب مصري بمنظمة الصحة العالمية فإن مصر تاريخيا تحظى بخبرة وكفاءة لا بأس بها في عملية نشر اللقاحات، والتوسع في إعطاء الجرعات المختلفة للسكان، ويعد مثال التلقيح ضد شلل الأطفال من أبرز الأمثلة على ذلك حديثا.

خاتمة وتوصيات

يتضح من استعراض تجارب نماذج من الأقليات والسكان الأصليين في المناطق الطرفية في مصر مع الخدمات الصحية في زمن جائحة الكورونا أنه بالرغم من بذل الدولة لبعض الجهود للتطوير، ورصد وضخ استثمارات ضخمة لتطوير الخدمات الصحية في البلاد أنه لا يزال يوجد العديد من التحديات والفجوات وأوجه النقص التي من المهم أن يتم العمل على سدها أو تلافيها. وسواء كانت أوجه القصور نابعة من سوء إدارة للمنظومة الصحية،[40] أو إهمال متعمد فإن الحاجة إلى معالجة هذه الأوجه من النقص حاجة ملحة لأنها ببساطة تكلف الأقليات والسكان الأصليين ضحايا جدد بشكل يومي تحت وطأة الجائحة.

ومع أخذ ذلك في الاعتبار، التوصيات الآتية موضوعة بغرض تحقيق خدمات صحية أفضل للمناطق الحدودية في مصر.

- مجانية خدمة الإسعاف هي حق أساسي وحيوي – خصوصا في المناطق الحدودية حيث تتمركز العديد من الأقليات المصرية وكذا السكان الأصليين، كالنوبيين في أسوان، والبدو في سيناء، والأمازيغ في مطروح، إذ يصل متوسط الفقر في بعض هذه المناطق إلى أكثر من نصف عدد السكان، وهو أكبر من متوسط الفقر الوطني .

- إعادة توزيع ميزانيات تطوير القطاع الصحي بشكل أكثر إنصافا – يجعل من بنود تطوير الطواقم والتجهيزات الطبية في المناطق الحدودية أكبر من مجرد الإنفاق على تطوير الشكل الخارجي للمنشآت الطبية الحكومية هناك.

- معالجة الأسباب الجذرية للأزمة الصحية المستمرة من خلال التعليم – مع المزيد من الكليات الطبية لسكان المناطق الحدودية وحوافز لهم لمواصلة العمل هناك بعد التخرج. على الرغم من أن العيادات الصحية المتنقلة التي تنظمها كل من الحكومة والمجتمع المدني يمكن أن توفر بعض الإغاثة الفورية للمناطق الأكثر إهمالاً، فإن التدريب المحلي وتنمية القدرات هي الخيارات الأكثر استدامة على المدى الطويل.

- رعاية ودعم مبادرات الأطباء لتطوير الخدمات الصحية في المناطق الحدودية ، من خلال تطبيق الحكومة لسياسات اللامركزية لتحقيق اكتفاء ذاتي ضمن الاحتياجات الصحية للمناطق الحدودية، وكذا استمرار إعطائها الأولوية ضمن منظومة التأمين الصحي الش امل، والتي من المتوقع أن يستغرق العمل على تطبيقها في كافة أنحاء البلاد ما يزيد عن عشر أ عوام وصولا إلى عام 2032.

- اتبا ع نهج متعدد الجوانب للرعاية الطبية في المناطق الحدودية – من خلال ضمان إعطاء الأولوية للخدمات التي تستهدف الفئات المهمشة داخل مجتمعات الأقليات، بما في ذلك النساء والأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة. ويجب الاهتمام بضمان وصول نساء الأقليات إلى خدمات التوليد والرعاية النسائية اللائقة والموثوقة في المناطق المجاورة لهن، من أجل تقليص المسافات الطويلة التي يحتجن إليها الآن في السفر.

قائمة المراجع

1 . مقابلة مع طبيب تكليف دفعة 2021، يعمل في صعيد مصر، وتم إجراء المقابلة في محافظة الشرقية، فبراير 2022.

2 إدارة التكليف، وزارة الصحة المصرية، الموقع الإلكتروني الرسمي: http://mhealth.cu.edu.eg/

3 هناك خلاف حول اعتبار محافظة أسوان محافظة حدودية من عدمه، ولذلك فعندما يتم ذكر المحافظات الحدودية فإن ذلك يعني خمس محافظات هي الوادي الجديد، البحر الأحمر، مطروح، شمال سيناء، وجنوب سيناء. إذ تم استثناء محافظة أسوان ضمن مناهج التعليم الحكومية من اعتبارها محافظة حدودية بالرغم من حدودها مع دولة السودان، إلا أنه نظرا لوضعها على نهر النيل يتم تصنيفها أحيانا كإحدى محافظات الوادي. إلا أننا في هذا التقرير نعتبر أسوان من المناطق الحدودية أيضا.

4 مادة (18). دستور مصر https://dostour.eg/2013/topics/basic -components/state-32-5/, 1 October 2013

5 مقابلة مايكل يونغ مع شريف محي الدين ، الطب على الهامش ، كارنيجي ، 10 ديسمبر 2020.5

6 راجع وزير التخطيط والتنمية الاقتصادية ، تقارير توطين أهداف التنمية المستدامة ، 2019: تقرير أسوان ، ص. 6 ؛ تقرير مطروح ، ص 6. تقرير شمال سيناء ، ص. 5. متاح على: https://mped.gov.eg/Dynamic Page?id=107&lang=en

7 راجع وزير التخطيط والتنمية الاقتصادية ، تقارير توطين أهداف التنمية المستدامة ، 2019: تقرير أسوان ، ص. 6 ؛ تقرير مطروح ، ص 6. تقرير شمال سيناء ، ص. 5. متاح على: https://mped.gov.eg/Dynamic Page?id=107&lang=en

8 وثائق وإحصاءات من وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية ، مصر.

9 راجع وزير التخطيط والتنمية الاقتصادية ، تقارير توطين أهداف التنمية المستدامة ، 2019: تقرير أسوان ، ص. 6 ؛ تقرير مطروح ، ص 6. تقرير شمال سيناء ، ص. 5. متاح على https://mped.gov.eg/Dynamic Page?id=107&lang=en

10 مقابلة مع طبيبة ضمن نظام التكليف بجنوب سيناء.

11 مقابلة مع طبيبة، جنوب سيناء.

12 مقابلة مع موظف متخصص بمكتب وزير الصحة.

13 د. نجيب محفوظ، حياة طبيب، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 2013. صـ 88 – 90

14 مؤسسة الدكتور مجدي يعقوب لأمراض وأبحاث القلب، الموقع الإلكتروني الرسمي: https://www.myf-egypt.org/about/

15 بيلهام ، ن. ، سيناء: التآكل العازل ، لندن: تشاتام هاوس ، سبتمبر 2012 ، ص 1.

16 لمزيد من المعلومات ، انظر تقرير: مجموعة حقوق الأقليات الدولية ،عدالة ممنوعة، وعود لم تنفذ: وضع الأقليات المصرية منذ 2014 ، لندن ، 2019 ، ص22–25.

17 الهيئة العامة للاستعلامات ، سيناء ، نص بدون عنوان عن سيناء ، 1996 ، متاح في https://www.sis.gov.eg/newVR/sinia/html/ sinai02.htm

18 الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية، 2019، ص. 33.

19 مقابلات مع اشخاص من شمال وجنوب سيناء.

20 مقابلة مع طبيب في نويبع ، جنوب سيناء.

21 المبادرة المصرية للحقوق الشخصية ، الحق في الصحة في شمال سيناء: التحديات والحلول المجتمعية ، القاهرة ، 2017.

22 مقابلة مع طبيب بجنوب سيناء.

23 مقابلة مع أحد سكان شمال سيناء.

24 مقابلة مع طبيب بجنوب سيناء.

25 مقابلة مع طبيب بمستشفى دهب.

26 مقابلة مع أحد السكان المحليين بجنوب سيناء.

27 لمزيد من المعلومات، انظر تقرير: مجموعة حقوق الأقليات الدولية ،عدالة ممنوعة، وعود لم تنفذ: وضع الأقليات المصرية منذ 2014 ، لندن ، 2019 ، ص٢٧–٣٢.

28 محي الدين ، ش. ، «مقال مصور: أسوان ، منطقة حدودية مصرية في وضع الانتظار» ، مركز كارنيغي للشرق الأوسط ، 16 أكتوبر 2019 ، متاح على https://carnegie-mec.org/diwan/80060

29 الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية ، القاهرة 2019 ، ص. 33.

30 مقابلة مع مدرس نوبي أسوان.

31 مقابلة مع الشاب النوبي أبو سمبل.

32 مقابلة مع مسؤول حكومي سابق ، أسوان.

33 مقابلة مع شيخ نوبي.

34 مقابلة مع زعيم نوبي محلي ، الإسكندرية.

35 مقابلة مع ناشط نوبي ، أسوان.

36 لمزيد من المعلومات، انظر تقرير: مجموعة حقوق الأقليات الدولية ،عدالة ممنوعة، وعود لم تنفذ: وضع الأقليات المصرية منذ 2014 ، لندن ، 2019 ، ص25–26.

37 الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية ، القاهرة 2019 ، ص. 33.

38 جريدة الشروق، صحة مطروح: 82.6٪ من وفيات كورونا لم يحصلوا على اللقاح، 20 فبراير 2022.

39 جريدة الشروق، صحة مطروح: 82.6٪ من وفيات كورونا لم يحصلوا على اللقاح، 20 فبراير 2022.

40 شريف محي الدين، الرعاية الصحية في المناطق الحدودية المصرية: عندما لا يكون المال وحده كافياً 19 نوفمبر 2020.

minority rights group international

نعمل على تأمين حقوق الأقليات والسكان الأصليين

الخدمات الصحية للمجتمعات الحدودية المصرية خلال جائحة كوفيد – 19

يستعرض هذا التقرير تجارب الأقليات و الشعوب الاصلية في مصر خلال جائحة كوفيد –19 ، بما في ذلك ظروفهم المعيشية وإمكانية حصولهم على خدمات الصحة العامة. ويركز بشكل خاص على تجارب النوبيين والبدو والأمازيغ في المناطق الحدودية مثل سيناء وأسوان ومطروح.

في حين أن إرسال عيادات صحية متنقلة إلى المناطق الأكثر إهمالاً يمكن أن يوفر بعض الراحة ، لا تزال هناك حاجة ملحة لمعالجة الأسباب الجذرية لأزمة الرعاية الصحية في هذه المناطق. يمكن للسياسات الجديدة التي تتناول كلاً من التعليم والصحة في تلك المجالات أن تساعد في حل المشكلات بشكل أكثر فعالية. بالنسبة لمجتمعات الأقليات والسكان الأصليين في هذه المناطق ، الذين يواجهون بالفعل مستويات عالية من الفقر والتهميش ، فإن الحاجة ماسة بشكل خاص.

في جميع المناطق الثلاث ، على الرغم من الارتفاع العام في الإنفاق على الرعاية الصحية في جميع أنحاء البلاد ، لا تزال هناك العديد من أوجه القصور. يختتم التقرير بمجموعة من التوصيات لمواجهة هذه التحديات ، مع التركيز على تدابير تحديد الأولويات المستهدفة في المناطق الحدودية ، وزيادة الاهتمام بتدريب الموظفين المحليين وبناء قدراتهم ، فضلاً عن التنفيذ المستدام ، مع تخصيص المزيد من الميزانية لتطوير الموظفين وتحسين الخدمات

مجموعة حقوق الأقليات الدولية، العنوان: 54 Commercial Street, London E1 6LT, UK
هاتف: 4200 7422 20(0) 44+ فاكس: 4201 7422 20(0) 44+ البريد إلكتروني: minority.rights@minorityrights.org
الموقع الإلكتروني: www.minorityrights.org

ISBN Print: 978-1-912938-92-6 Online: 978-1-912938-93-3