



الحق في الصحة في شمال سيناء إخفاقات وحلول على لسان أهلها

عمل على هذا التقرير باحثين من وحدتي العدالة الجنائية والحقوق الاقتصادية والاجتماعية إلى جانب الدعم الإداري والفني من فريق المبادرة المصرية للحقوق الشخصية.

قام بتنفيذ الرسومات الفنية: عكاشة <http://be.net/amokacha>

المبادرة المصرية للحقوق الشخصية

14 شارع السراي الكبرى (فؤاد سراج الدين)

جاردن سيتي، القاهرة.

تليفون وفاكس: 27960158 / 27960197 (202)+

www.eipr.org - eipr@eipr.org

جميع حقوق الطبع والنشر لهذه المطبوعة محفوظة بموجب رخصة المشاع الإبداعي، الإصدار 4.0

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

قائمة المحتويات

3	قائمة المحتويات
4	مختصر البحث
5	أولاً: السياق العام
5	١. عن هذا التقرير
6	٢. عن الحق في الصحة
11	ثانياً: الوضع الحالي للخدمات
11	من منظور المنتفعين بشمال سيناء
11	١. خدمات الرعاية الصحية الأولية وصحة الأسرة
17	٢. الرعاية الصحية الثانوية والثالثية (المتقدمة)
21	٣. خدمات الإسعاف والطوارئ
25	٤. العيادات الخارجية والفحوصات والمعامل
27	٥. الصيدليات والدواء
30	ثالثاً: حلول لأوجه القصور في المنظومة الصحية في شمال سيناء
30	من مقترحات الأهالي إلى توصيات مبنية على الدلائل العلمية والممارسات الدولية
30	١. الرعاية الصحية الأولية، المدخل الغائب للخدمات الصحية لسكان شمال سيناء
31	٢. الشفافية والمشاركة المجتمعية الحقيقية والمحاسبة، ضرورات لا إصلاح بدونهم
32	٣. أهمية الحوار المجتمعي الحقيقي
32	٤. أزمة الأطباء وحلول مجتمعية لها
33	٥. التمريض وحمية الخروج عن الأطر التقليدية في التدريب والتشغيل
35	٦. المستشفيات العامة: تدخلات تمكنها من الاستجابة لاحتياجات متلقي الخدمة
36	٧. نظام الإحالة والإسعاف ونقل المصابين
37	٨. أزمة الدواء، تجلُّ لغياب أطر لحوكمة المنظومة الصحية
37	٩. توفير وإتاحة المعلومات
38	المراجع
39	REFERENCES

مختصر البحث

تقرير: "... الحق في الصحة في شمال سيناء: إخفاقات وحلول على لسان أهلها"، ينقسم إلى ثلاثة أجزاء: الجزء الأول يبدأ بعرض السياق العام للتقرير وآلية البحث المتبعة ويعرض بعض المعلومات الديموغرافية عن محافظة شمال سيناء، ثم يتناول التزامات الحكومة المصرية فيما يخص الحق في الصحة (سواء دولياً أو محلياً)، وكيف يدار النظام الصحي المصري. الجزء الثاني من التقرير ويعتمد على المقابلات التي قام بإجرائها باحثو المبادرة المصرية مع المنتفعين من / ومقدمي الخدمات الصحية في شمال سيناء، والمقسمة إلى: خدمات الرعاية الصحية الأولية وصحة الأسرة، الرعاية الصحية الثانوية والثالثية (المتقدمة)، خدمات الإسعاف والطوارئ، العيادات الخارجية والفحوصات والمعامل، والصيدليات والدواء. ويتناول الجزء الثالث والأخير توصيات لحل أوجه القصور في المنظومة الصحية في شمال سيناء بناءً على مقترحات أهالي المحافظة والمعايير الدولية المتعلقة بالحق في الصحة.

في السنوات الماضية لم تُطل علينا شمال سيناء إلا بأخبار عن عمليات عسكرية أو إعلان حالة حظر التجول أو خلافه من أوضاع استثنائية لا تعيشها العاصمة، فنادرًا ما نسمع عمَّا يمر به سكان تلك المحافظة من مشاكل فيما يتعلق بحياتهم اليومية إلا عندما تقع أحداث كبرى، مثل: القتل والتهجير القسري بحق أقباط العريش في فبراير من هذا العام¹. إلا أن قريبًا تصدرت سيناء عناوين الصحف لسبب آخر: كأولى المحافظات في تطبيق قانون التأمين الصحي الاجتماعي الجديد. لذا، كان من الضروري توفير تقييم حالة للخدمات الصحية في محافظة شمال سيناء من منظور المواطنين الذين يعيشون فيها، سواء من متلقي الخدمة أو مقدميها، ويقوم التقرير بعرض مجموعة من الحلول المقترحة من أهل المحافظة لتحسين توفر، وإتاحة، ومقبولية، وجودة تلك الخدمات تمهيدًا لتطبيق قانون التأمين الصحي الجديد.



أولًا: السياق العام

أ. عن هذا التقرير

تمثل دراسة وضع الخدمات الصحية في محافظة شمال سيناء أهمية إضافية نظرًا إلى كون شمال سيناء من ضمن المحافظات المرشحة لتنفيذ المرحلة الأولى من قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل

أ. لماذا هذا التقرير؟

يهدف هذا التقرير إلى تقديم عرض سردي وكيفي للخدمات الصحية في محافظة شمال سيناء من منظور متلقي الخدمات الصحية ومقدميها في المحافظة، وتحليل هذا المنظور في ضوء الالتزامات المحلية والدولية وتقديم حلول قصيرة وطويلة المدى من شأنها تحقيق تحسن ملحوظ في توفر، وإتاحة، ومقبولية، وجودة الخدمات الصحية.

يعتمد التقرير في تقديم الحلول على مقترحات سكان شمال سيناء من متلقي الخدمات والمجتمع المدني من ناحية، ومن ناحية أخرى على مقدمي الخدمات الصحية من أطباء ومسعفين ومهريين. وتم تحليل تلك الحلول وعرضها بالشكل الذي يتماشى مع تجارب ناجحة محلية ودولية مشابهة، مثل: مشروع بوابة التقييم المجتمعي للمستشفيات المصرية والذي يحول متلقي الخدمات الصحية إلى مواطنين فاعلين يساهمون بشكل مباشر في متابعة وتطوير منظوماتهم الصحية. وبأبي هذا من إيماننا الشديد بقدرة المجتمعات على تقديم الحلول الأفضل والأكثر فاعلية لكونهم المتأثرين الفعليين بها والأقدر على معرفة أوجه القصور بالخدمات وسبل علاجها.

يمثل تحليل ودراسة وضع الخدمات الصحية في محافظة شمال سيناء أهمية إضافية نظرًا إلى كون شمال سيناء من ضمن المحافظات المرشحة لتنفيذ المرحلة الأولى من قانون التأمين الصحي الاجتماعي المقرر عرضه على البرلمان.

ب. آلية وأدوات البحث وحدوده

واجه الباحثون في هذا التقرير عديدًا من الصعوبات والمعوقات التي تمثل حدودًا للبحث. فالوضع العسكري في محافظة شمال سيناء، والتقييدات المفروضة بشكل عام على العمل البحثي والصحفي في مصر بعامه وفي سيناء بخاصة يُحد بشكل كبير من إمكانية التوسع في إجراء هذا البحث ومن القيام بأبحاث كمية، فيها تمثيل دقيق علميًا من المواطنين. كذلك، الخطورة على أمن الباحثين والمواطنين والأطباء المعنيين بهذا البحث تمثل عقبة دون

استخدام آليات وأدوات بحثية أكثر عمقًا أو شمولًا، وذلك بالإضافة إلى صعوبة الحركة والتنقل والتواصل مع مصادر البحث، ما حثَّ على الباحثين الاكتفاء بعينة محدودة من المصادر.

إلى جانب الصعوبات المذكورة أعلاه، واجه الباحثون مشكلة تخص المحدودية البالغة في العثور على المعلومات فيما يخص القطاع الصحي في المحافظة. وبالتالي تم الاعتماد على آخر البيانات والإحصائيات الرسمية المتاحة بدلاً من اللجوء إلى مصادر غير رسمية من المعلومات الكمية التي قد تؤثر على مصداقية المعلومات والتحليلات في هذا التقرير، مع التأكيد على حتمية التعامل معها بحذر نظرًا إلى عدم حداثيتها.

جميع البيانات الإحصائية المذكورة في هذا التقرير هي من البيانات والمصادر الرسمية الصادرة عن أجهزة الدولة والمتاحة للجمهور من خلال مطبوعات ورقية أو تقارير متوفرة للجمهور على المواقع الرسمية للحكومة المصرية.

يجب أيضًا الإشارة إلى أن الوضع في محافظة شمال سيناء متغير بشكل يومي نتيجة للظروف الأمنية شديدة التعقيد والسريعة التطور، وبالتالي، فإن الشهادات والمعلومات الواردة في هذا التقرير مرتبطة بالفترة الزمنية التي تم فيها تجميعها (في الفترة من يناير إلى يونيو ٢٠١٧) وقد تكون آراء أصحاب تلك الشهادات قد تغيرت منذ فترة القيام بالعمل البحثي.

يقدم هذا البحث عرضًا كيفيًا سرديًا عن وضع الخدمات الصحية في محافظة شمال سيناء من منظور المعنيين بتقديم هذه الخدمة. تم الاستناد في هذا البحث إلى المصادر الآتية:

وفقاً للهيئة العامة للاستعلامات²، تأثرت التركيبة السكانية لمنطقة سيناء بشكل أساسي بالعوامل والمتغيرات السياسية والعسكرية التي طرأت على تلك المنطقة، فهي دون منازل الرقعة الأكثر تعرضاً للتدخلات الحربية في مصر. فبالرغم من مواردها الطبيعية وإرثها التاريخي الضخم، فإن تركيبها السكانية تعرضت لموجات متعاقبة من التغيرات. كان معظم سكان شبه جزيرة سيناء متمركزين في شمالها على ضفاف البحر المتوسط وذلك وفقاً لآخر مسح سكاني (عام 2016) تم هناك قبل أحداث العنف المسلح الأخيرة في هذه المنطقة.

فبعد أن كان البدو يمثلون الجزء الأكبر من سكان هذه المنطقة، أدت ظهور أنشطة اقتصادية إلى نمو في السكان الوافدين إلى شبه الجزيرة الذين يعملون في السياحة، الزراعة، الصيد ورعي المواشي والجمال.

مجتمع سيناء يتميز بقبلية شديدة متمركزة في 12 قبيلة أساسية، أغلبهم يسكنون مناطق الشمال الساحلي. هذه الطبيعة القبلية تؤثر بشكل كبير في العادات والتقاليد المتبعة والأطر العرفية غير الرسمية والتي تحكم الحياة اليومية لهم وذلك يشمل اللجوء إلى القضاء العرفي وبعض أشكال الطب البديل والروحاني.

تعتبر شمال سيناء المحافظة الأقل على مستوى الجمهورية من حيث عدد المستشفيات الحكومية فيها، إذ تبلغ 7 مستشفيات فقط، متساوية بذلك مع محافظة البحر الأحمر.

وفقاً للهيئة العامة للاستعلامات المصرية، فإن الخدمات الصحية لسكان شمال سيناء تقدم بجودة مرتفعة، بل "وأفضل من المناطق الأخرى في مصر وذلك لسد فجوات العدالة الناتجة عن الظروف الجغرافية وكوسيلة لتشجيع السكان على الاستقرار والعمل على تنمية المنطقة".

وفقاً لمشروع تنمية سيناء، كان من المخطط أن يصل عدد الأسر في مستشفيات سيناء إلى 6000 سرير موزعة على 500 منشأة صحية تابعة لوزارة الصحة 23 مستشفى خاصاً.

إلا أن ما طرأ على المحافظة من عمليات عسكرية وتطرف وتهجير وعنف مسلح في الأعوام الأخيرة كان له تأثيره البالغ في تلك الخطط، وعلى دقة تلك البيانات الرسمية ومدى مطابقتها للواقع. ونظراً لغياب بيانات رسمية حديثة تُعبر بأمانة عن وضع الخدمات الحقيقي على أرض الواقع، نستعرض في هذا التقرير تقييم أهالي المحافظة لوضع الخدمات الصحية من منظورهم كمنتفعين من الخدمات.

1. ما تم العثور عليه من البيانات والمعلومات الرسمية الصادرة عن الجهات التنفيذية المختلفة.
2. شهادات ومقابلات شخصية مع خمسة من سكان مناطق متنوعة من المحافظة تشمل مدناً وقرى.
3. شهادات ومقابلات شخصية مع خمسة من الأطباء العاملين حالياً في المحافظة أو من سبق لهم العمل هناك على مستويات العلاج المختلفة.
4. شهادات ومقابلات شخصية مع اثنين من العاملين بالتمريض بالمحافظة.
5. شهادات ومقابلات مع منظمات المجتمع المدني المحلي بالمحافظة.
6. محادثات شخصية متنوعة مع الأهالي والعاملين بقطاع الإسعاف والصيدلة وغيرهم.
7. أبحاث وإصدارات دولية ومحلية عن آليات قياس وتقييم الحق في الصحة وعن بعض الحلول المقترحة.
8. تم حجب أسماء وهويات الأشخاص بناءً على اتفاق مسبق مع فريق الباحثين.

ج. عن شمال سيناء وسكانها

يبلغ تعداد السكان في محافظة شمال سيناء 446 ألف مواطن وفقاً للجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء وبذلك فهي تمثل أكثر من 73% من إجمالي السكان في شبه جزيرة سيناء عدا المناطق الصغيرة التابعة إدارياً لمحافظة القناة².

انضمت سيناء إلى الإدارة المحلية لأول مرة بالقرار الجمهوري رقم 811 لسنة 1974، كما صدر القرار الجمهوري رقم 84 لسنة 1979 بتقسيم شبه جزيرة سيناء إلى محافظتي شمال وجنوب سيناء، حيث تضم شمال سيناء 6 مراكز إدارية: العريش - رفح - الشيخ زويد - بئر العبد - الحسنه - نخل. ويدخل في نظامها 85 قرية³. كانت تمثل هذه المراكز محاور تنموية للمشروع القومي لتنمية سيناء، الذي بدأ في عام 1994 وكان مخططاً أن يحقق نتائجه في عام 2017⁴.

"والله يا أستاذ، أحنأ كلنا حالياً بنحصد ثمار أكثر من 35 سنة تهميش

مستمر لسيناء وأهلها"

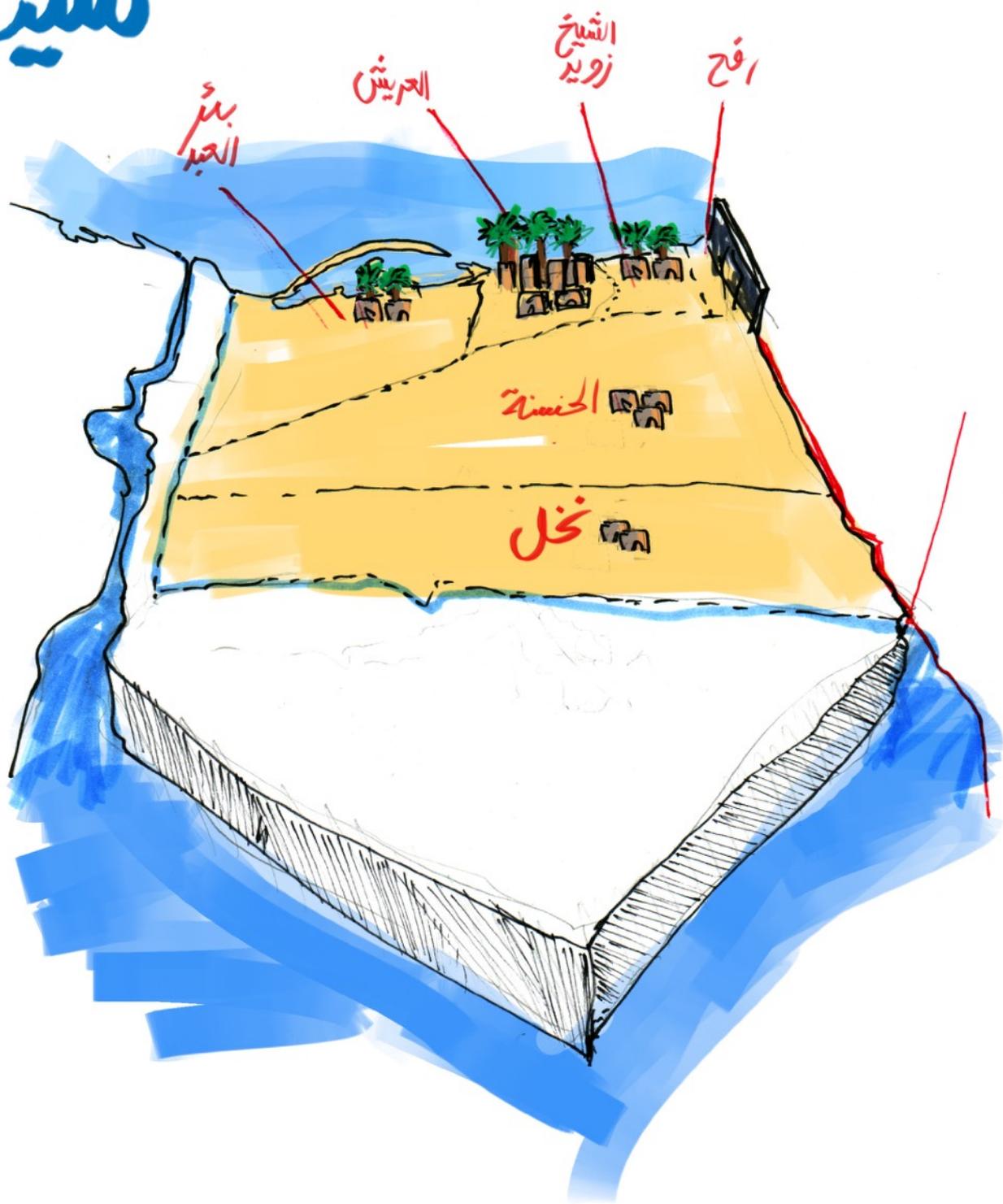
² موقع الهيئة العامة للاستعلامات <http://www.sis.gov.eg/Story/119959?lang=ar>

³ شمال سيناء، الموقع الرسمي للمحافظة <http://www.northsinai.gov.eg/MainPage/DispProvinceInLines.aspx>

⁴ كان من المنتظر أن يكون عام 2017 هو عام الازدهار والرخاء في سيناء، فهو عام نهاية مشروع تنمية سيناء، الذي أقره مجلس الوزراء في عام 1994 ثم تم إعادة رسم إستراتيجيته في عام 2000 بتكلفة إضافية 110 مليارات جنيه، 64 ملياراً منها لشمال سيناء، بهدف توظيف 3 ملايين مواطن هناك. إلا أن هذه الخطة لم يتم تنفيذها حتى الآن.

⁵ الهيئة العامة للاستعلامات المصرية، <http://www.sis.gov.eg/newVR/sinia/html/sinai02.htm>

شمال سيناء



أ. الالتزامات الدولية تجاه الحق في الصحة

يؤكد دستور منظمة الصحة العالمية على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان. ويشمل الحق في الصحة الحصول على الرعاية الصحية المقبولة والميسورة التكلفة ذات الجودة المناسبة في التوقيت المناسب⁶.

يعني ذلك التزام مصر أن تهيئ الظروف التي يمكن فيها لكل فرد أن يكون موفور الصحة بقدر الإمكان. وتتراوح هذه الظروف بين ضمان توفير الخدمات الصحية، وظروف العمل الصحية المأمونة، والإسكان الملائم، والأطعمة المغذية. ويشمل ذلك بالأخص الفئات الضعيفة والمهمشة في المجتمع إلى تحمل عبء إضافي من المشاكل الصحية⁷.

تم التأكيد على الحق في الصحة في معاهدات حقوق الإنسان الإقليمية والدولية، وفي الدساتير الوطنية في جميع أنحاء العالم. ويأتي على رأس الالتزامات الخاصة في القانون الدولي لحقوق الإنسان العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الصادر في عام 1966 والذي قامت مصر بالتوقيع عليه في 4 أغسطس 1967 والتصديق عليه في 14 يناير 1982.

وقد قامت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وهي اللجنة المختصة برصد الامتثال للعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وتوضيح وتفصيل النصوص الواردة في هذا العهد، ب، باعتماد تعليق عام بشأن الحق في الصحة في عام 2000.

ويقضي التعليق العام رقم 14⁸ بأن الحق في الصحة لا ينطوي على توفير خدمات الرعاية الصحية في الوقت المناسب فحسب، بل ينطوي أيضًا على محددات الصحة الدفينة، مثل توفير المياه النظيفة والصالحة للشرب وإمدادات كافية من الأطعمة المغذية المأمونة والمساكن الآمنة وظروف مهنية وبيئية صحية وتوفير وسائل التنقيف الصحي والمعلومات الصحية المناسبة، بما في ذلك في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

كما تلتزم مصر بالعديد من المواثيق والعهود الدولية الأخرى التي تضمن التزامها بالحق في الصحة لفئات مهمشة بعينها، ومنها وعلى سبيل المثال لا الحصر:

١. الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب: تم التوقيع عليه في 16 نوفمبر 1981 والتصديق في 21 أكتوبر 1986. والمادة 16 من الميثاق تذكر حماية الحق في الصحة.

٢. اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة: تم التوقيع عليها في 16 يوليو 1980 والتصديق في 18 سبتمبر 1981، والمادة 12 تتعلق بالحق في الصحة.

٣. اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة: تم التوقيع عليها في 4 إبريل 2007 والتصديق في 14 إبريل 2008. وبصفة عامة تعالج الاتفاقية تأمين الرعاية الصحية والتدابير التيسيرية للأشخاص ذوي الإعاقة، وبالتحديد الوصول إلى الرعاية الصحية. والمادة 25 من الاتفاقية مكرّسة للحق في الصحة.

⁶ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الصادر في عام 1966.

⁷ الحق في الصحة، صحيفة وقائع رقم 323، منظمة الصحة العالمية، نوفمبر 2013.

⁸ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، E/C.12/2000/4، ١١ أغسطس ٢٠٠٠.

http://tbineternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=ar&TreatyID=9&DocTypeID=11

⁹ التشريعات الصحية في مصر، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، 2014.

٤. اتفاقية حقوق الطفل: تم التوقيع في 5 فبراير 1990 والتصديق في 6 يوليو 1990، والمادة 24 مكرّسة لصحة الطفل: "تعترف الدول الأطراف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه...".

٥. الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم: تم التصديق في 19 فبراير 1993. وتقرر المادة 28: "للعمال المهاجرين وأفراد أسرهم الحق في تلقي أية عناية طبية تكون مطلوبة بصورة عاجلة لحفظ حياتهم أو لتلافي ضرر لا يمكن علاجه يلحق بصحتهم وذلك على أساس المساواة في المعاملة مع رعايا الدولة المعنية. ولا يحرم هؤلاء من هذه العناية الطبية الطارئة بسبب أية مخالفة فيما يتعلق بالإقامة أو الاستخدام". كما تقرر المادة 43: "1- يتمتع العمال المهاجرون بالمساواة في المعاملة مع رعايا دولة العمل فيما يتعلق بما يلي: ... (هـ) إمكانية الحصول على الخدمات الاجتماعية والصحية، شريطة الوفاء بمتطلبات الاشتراك في برامج هذه الخدمات...".

٦. الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري: تم التوقيع في 28 سبتمبر 1966 والتصديق في الأول من مايو 1967، وتقرر المادة 5: "... تعهد الدول الأطراف بحظر التمييز العنصري والقضاء عليه بكافة أشكاله، وبضمان حق كل إنسان، دون تمييز بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإثني، في المساواة أمام القانون، لا سيما بصدد التمتع بالحقوق التالية: ... (4) حق التمتع بخدمات الصحة العامة والرعاية الطبية والضمان الاجتماعي والخدمات الاجتماعية...".

ب. الحق في الصحة في الدستور

جاءت التعديلات الدستورية المتعاقبة والتي تلت الحراك الشعبي الضخم الذي بدأ في عام ٢٠١١، محاولة القضاء على ميراث طويل من الاستبداد والتهميش وغياب العدالة الاجتماعية. وحرصت مختلف طوائف المعنيين بالعمل العام على الضغط من أجل الوصول إلى نصوص دستورية تحقق تطلعات المواطنين التي أصبحت حقوقهم المهذرة واقعةً يوميًا لا يمكن إنكاره.

وكانت من أهم أوجه الضغط التي قام بها المجتمع المدني يخص الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، ومنهم: الحق في الصحة. ولذلك، بعد اعتماد تعديلات عام ٢٠١٢ ثم ما تبعها من تعديلات دستورية في عام ٢٠١٤، جاء الدستور المصري لينص بشكل قاطع على حق المصريين في الصحة دون تمييز في مادته رقم ١٨.

وبهذا التعديل، تصبح التزامات مصر تجاه حق المواطنين في الصحة التزامًا محليًا ودوليًا لا خلاف عليه، ويبقى علينا العمل من أجل تحويل هذه المواد إلى واقع له تأثير إيجابي في حياة جميع المواطنين وعلى رأسهم المهمشون منهم.

• الأداء أو "التحقيق": أي اتخاذ خطوات إيجابية لإعمال هذا الحق.

ويشمل الحق في الصحة أيضًا، حسب التعليق العام رقم ١٤، "محتوى أساسيًا" يتعلّق بالحد الأدنى من الالتزام بتنفيذ ذلك الحق. وعلى الرغم من تعدّد تحديد هذا المستوى من الناحية النظرية بسبب الاختلافات القائمة بين البلدان المعنية بإعماله، فإنّ ثمة عناصر أساسية مبيّنة تمكّن من توجيه عملية تحديد الأولويات. من المسائل المُدرّجة كحد أدنى لتحقيق الحق في الصحة: الرعاية الصحية الأولية، القدر الأدنى من الأغذية الأساسية والأطعمة المغذية والأدوية الأساسية.

ومن الالتزامات الأخرى اعتماد وتنفيذ إستراتيجية وخطة عمل وطنية في مجال الصحة العامة. وينبغي أن تتناول الإستراتيجية والخطة الاختلافات في الاحتياجات والمتطلبات الصحية لمختلف المواطنين، وينبغي أيضًا تصميمها وتنفيذها على أساس مبادئ المشاركة والشفافية، كما ينبغي تضمينها المؤشرات التي تمكّن من رصد التقدم في تحقيق الحق في الصحة مع توجيه اهتمام خاص إلى جميع الفئات المستضعفة والمهمّشة.

ومع الأخذ في الاعتبار صعوبة تحقيق ذلك بين يوم وليلة، إلا أن من الالتزامات الدولية المضي في تحقيق هذا الحق طبقًا لمبدأ الأعمال التدريجي. ويفرض ذلك التزامًا بالمضي قُدّمًا بأسرع وأنجع طريقة ممكنة، وإلى أبعد حد.

ويستند النهج الحقوقي الذي يعبر عنه الدستور الحالي لمصر من خلاله نصه المباشر لحق المواطنين في الصحة إلى أن كل فرد أياً كان يتمتع بحقوقه باعتباره إنساناً وكل حق يتبعه التزام من جانب الدولة باحترامه وتعزيزه وتلبيته. وتستند الطبيعة القانونية والمعيارية للحق في الصحة، وما يتصل بها من التزامات حكومية إلى كرامة الإنسان بحكم وجوب تمتعه بالتححرر من الفقر ومن الخوف حيث لا يمكن إدراك الغاية القصوى لضمان احترام كرامة الفرد دون تمتعه بجميع حقوقه، ويأتي في مقدمتهم الحق في الصحة.

د. الصحة كمقياس للعدالة الاجتماعية

ترتبط فكرة الوصول إلى الرعاية الصحية بمبدأ الفرص المتساوية والتي تعني غياب أي تمييز ظالم بين المواطنين، وليس بالضرورة المساواة المطلقة. هذا يعني أن فكرة العدالة الاجتماعية تقتضي في التنفيذ تبرير حالات التمييز الإيجابي والتفاوت في العلاج الطبي وفقاً ل"احتياج" كل فئة، إعمالاً بمبدأ: "لكل حسب احتياجه ومن كل حسب قدرته".

وتعد مؤشرات التنمية البشرية من المؤشرات الأساسية التي تستخدم في قياس وضعية العدالة الاجتماعية. وتحتل مخرجات النظم الصحية المؤشرات الأهم في مؤشرات التنمية البشرية إلى جانب مؤشرات إتاحة مياه الشرب وغيرها ما يجعل الصحة مقياساً حيويًا لضمان الحق في التنمية والعدالة الاجتماعية.

كما تعد العلاقة بين الصحة والتنمية البشرية علاقة عضوية تبادلية في جوانبها الإيجابية والسلبية حيث تعكس مخرجات الحالة الصحية للمواطنين وتحريهم من عبء المرض مقياساً أساسياً لتحسن إنتاجيتهم وجودة نمط حياتهم ومستوى معيشتهم.

وعلى الرغم من الدور الحاكم للقطاع الصحي في التعامل مع أوجه عدم المساواة الصحية، فإن جهوده كثيرًا ما تتعارض وتتصارع مع الفاعلين الآخرين أثناء تتطلعهم إلى تحقيق نجاحات في مجالات واهتمامات أخرى مثل حماية الأمن الوطني أو حماية السيادة الوطنية أو الأهداف الاقتصادية الأخرى.

ولعلنا نرى العديد من الأمثلة لدول حققت نجاحات ملحوظة في تحقيق العدالة الاجتماعية في مجال الصحة. فعلى سبيل المثال وضعت الإرادة السياسية صحة المواطنين في رواندا على رأس اهتمامها، فهي، كما وصفتها وزيرة الصحة هي "قضية أمن قومي". فبعد المذابح العرقية التي شهدتها رواندا (بعد أن فقدت رواندا أكثر من عُشر شعبها في مذابح عنصرية عام 1994 كان على الدولة الجديدة مواجهة شعب يعاني المرض، ومجتمع في قمة

المادة ١٨ من الدستور

"لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها إلى الشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل.

وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن 3% من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية.

وتلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض، وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفاءهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم.

ويُجرّم الامتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة.

وتلتزم الدولة بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض والعاملين في القطاع الصحي.

وتخضع جميع المنشآت الصحية، والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية وفقاً للقانون."

ج. الحق في الصحة: حق يمكن قياسه

ويعتبر التزام الدولة بتحقيق الحق في الصحة لجميع المواطنين دون تمييز التزاماً معيارياً يمكن قياسه وتحديد مدى التزام الحكومات به من عدمه. وتنص منظمة الصحة العالمية والمواثيق الدولية التي وقعت عليها واعتمدها مصر على أن الحق في الصحة، يشمل أربعة عناصر:

1. **التوافر:** وهو وجود القدر الكافي من المرافق الصحية ومرافق الرعاية الصحية والسلع والخدمات والبرامج الصحية.
2. **الإتاحة:** وهي استفادة الجميع من فرص الوصول إلى السلع والخدمات الصحية. وتتسم إمكانية الوصول إلى الحق في الصحة بأربعة أبعاد:
 - **عدم التمييز** بين المواطنين سواء بناءً على الجنس أو الدين أو بين سكان الريف والحضر، أو الأغنياء أو الفقراء أو غيرها.
 - **إمكانية الوصول الجغرافي** إلى الخدمات (الإتاحة الجغرافية).
 - **الإمكانية الاقتصادية** (القدرة على تحمّل النفقات).
 - **إمكانية الحصول على المعلومات** الخاصة بالخدمات الصحية المختلفة.
3. **المقبولية:** وهي أن تحترم جميع المرافق والخدمات الأخلاق الطبية وأن تكون مناسبة ثقافياً وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة.
4. **الجودة:** وهي أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية مناسبة علمياً وطبيياً وذات نوعية جيدة.

ويفرض الحق في الصحة على الدول الأطراف، شأنه شأن حقوق الإنسان كافة، ثلاثة أنواع من الالتزامات:

- **الاحترام:** أي عدم التدخل بشكل سلبي ينتقص من التمتع بالحق في الصحة لأي من المواطنين.
- **الحماية:** أي ضمان ألا تقوم أطراف ثالثة (جهات غير حكومية) بإعاقة التمتع بالحق في الصحة.

يدار النظام الصحي مركزياً من خلال وزارة الصحة التي تأسست في إبريل ١٩٣٦ ويتبعها عدد من المديريات الصحية في المحافظات المختلفة إضافة إلى عدد من المناطق الصحية في المراكز الإدارية في كل محافظة.

يفتقد النظام الصحي المصري إلى التكامل بسبب نموه غير المخطط عبر فترات تاريخية ممتدة، افتقدت إلى التنسيق والرؤية ما جعله يتسم بالتعدد والتبعثر في محاوره المختلفة للإدارة والتنظيم والتمويل وتقديم الخدمات الصحية في منافذ مختلفة حكومية وعامة وخاصة وأهلية من خلاله.

ولا يزال الجزء الغالب على الإنفاق الكلي على الصحة يخرج من جيوب المواطنين مباشرة بنسبة تفوق 70% من إجمالي الإنفاق، مما يعني أن عبء العلاج يقع فعلياً على المواطنين بينما لا تفي نظم التأمين العام بشيء عنهم، وليس بخاف عن أحد أن المؤشرات الصحية في مصر تُظهر انحيازاً شديداً على حساب الأكثر فقراً وسكان المناطق النائية حيث يستفيد الأغنياء نسبياً من غالب الخدمات العامة.

المعاناة الإنسانية والاقتصادية وبنية تحتية مدمرة بالكامل وأكثر من 60% من المواطنين تحت خط الفقر) أصبح دور الحكومة هو توفير حياة سعيدة للمواطنين جميعاً من خلال صحة جيدة وتعليم متميز. سياسة الحكومة هي أنه إن حصل المواطن على هذه السعادة في حياته وحياة أسرته فسوف يصبح من الصعب عليه التضحية بهذه السعادة واللجوء إلى العنف والأفكار المتطرفة التي تتغذى على الفقر والمرض والجهل. فمن هذا المنظور تصبح تحقيق العدالة الاجتماعية وتوفير سبل الحياة السعيدة لكل مواطن هي أهم وأقوى دعائم السلم والنمو والاستقرار الحقيقي. فتكلفة عدم العمل بهذا المنظور باهظة على الأفراد، على الشعوب وبالتأكيد على الحكومات.

كذلك فإن الإنصاف في الصحة يجب أن يتقاطع مع الاهتمامات السياسية حيث أن تطوير القطاع الصحي لا يمكن أن يتحقق بمعزل عن السياسات الأخرى. فالصحة هي شرط مسبق وأساسي ومؤشر هام لاستدامة المجتمع.

٥. خلفية عن النظام الصحي المصري

النظام الصحي المصري نظام تاريخي وعريق أرساه محمد علي والي مصر في منتصف القرن التاسع عشر لتلبية احتياجاته العسكرية في التوسع الإقليمي اعتماداً على المصريين في تأسيس جيش مصري حديث وفي فترة مقاربة لنشأة النظم الصحية الحديثة في العالم.

جهات تقديم الخدمات الصحية في مصر

١. وزارة الصحة	تعتبر هي الجهة المنوط بها تنظيم وإدارة الرعاية الصحية والإشراف عليها وتوفيرها للمواطنين. وتقدم الوزارة الصحة خدمات من خلال شبكة واسعة من وحدات ومراكز للرعاية الصحية الأساسية في الريف والحضر، إلى جانب عدد من المستشفيات العامة والمركزية والنوعية كما أن الوزارة مسؤولة عن الخدمات الوقائية والصحة العامة.
٢. الهيئة العامة للمستشفيات التعليمية	هي هيئة تابعة لوزارة الصحة، تقوم بتوفير خدمات طبية بأسعار اقتصادية وتساهم في الدور التعليمي الطبي وتدريب الأطباء.
٣. الهيئة العامة للتأمين الصحي	وهي هيئة عامة لها طبيعة اقتصادية أنشئت في عام ١٩٦٤ لتقوم بتوفير رعاية صحية تأمينية للمواطنين المؤمن عليهم، وتعمل وفقاً لقوانين تأمينية متعددة، منها قانون ٧٩ لسنة ٧٥ وقانون ٣٢ لسنة ٧٥ وقانون ٩٩ لسنة ٩٢ وقانون ٨٧ لسنة ٢٠١٢ وقوانين التأمين الصحي على المرأة المعيلة في عام ٢٠١٢ والتأمين على الفلاحين في عام ٢٠١٤.
٤. المؤسسة العلاجية	وهي هيئة تابعة لوزارة الصحة أصبح لها مستشفيات تقدم خدمات متقدمة بأجر ولوائح خاصة وأمانة متخصصة لإدارتها، وتتبع وزير الصحة مباشرة ويتم العلاج فيها بأسعار لا تقل كثيراً عما يقدم في القطاع الطبي الخاص.
٥. المستشفيات الجامعية	وهي مستشفيات تتبع وزارة التعليم العالي التي تشرف على الجامعات، وتقوم بدورها التعليمي الطبي لكليات الطب الملحقة بها. وهي تقدم رعاية طبية متخصصة حتى المستويات الدقيقة للخدمة.
٦. وزارات أخرى	توفر الخدمة الصحية لقطاع العاملين فيها وعائلاتهم كالمنشآت التابعة لوزارة الدفاع والداخلية والأوقاف والكهرباء وغيرها.
٧. القطاع الطبي الخاص	يمثل شبكة واسعة من العيادات الخاصة والمستشفيات والمراكز الطبية والتي تتفاوت أسعارها ومستوى خدماتها، إلا أن اتساع انتشارها وتطور جودة الخدمة المقدمة فيها في الكثير من الأحيان عن القطاع العام، يجعلها المقصد الوحيد للكثير.
٨. القطاع الطبي الأهلي والخيري	يقدم خدماته من خلال جمعيات أهلية تقدم خدماتها دون توزيع أرباح على مساهمين ودون تسديد ضرائب للدولة مما يسمح لها بتقديم الخدمات بأسعار أقل مما يقدمه القطاع الخاص.
٩. منظومة العلاج على نفقة الدولة	وهي منظومة تمويل في أصلها، غير معنية بتقديم الخدمة بشكل مباشر ولكنها تهدف في المقام الأول إلى تغطية الأمراض الكارثية وتوفير تغطية صحية استثنائية لغير المؤمن عليهم.

ثانيًا: الوضع الحالي للخدمات من منظور المنتفعين بشمال سيناء

١. خدمات الرعاية الصحية الأولية وصحة الأسرة

أسرة، وهو رقم ضخم مقارنة بمحافظة جنوب سيناء (٣٠ وحدة) ومحافظات أخرى مثل البحر الأحمر (٢١) أو الإسماعيلية (٦٠).

واتفق الجميع من المنتفعين والمعنيين بتقديم الخدمات الصحية في شمال سيناء على أن هناك وحدات صحية مجهزة جيدًا في القرى والمراكز، كلفت الدولة والجهات المانحة الدولية كثيرًا من الأموال. إلا أنها، بشكل عام، لا تعمل. فلا يوجد أطباء ولا طاقم تمريض، وفي الكثير من القرى تم قذف الوحدات فيها لأسباب عسكرية.

ولكن نظرًا إلى تشابه بعض أوجه القصور في عمل وحدات صحة الأسرة في شمال سيناء مع الكثير من الوحدات في صعيد مصر من حيث عدم توفر الأطباء، كان مهمًا معرفة ما إذا كان عدم العمل في هذه الوحدات مرتبطًا بالوضع الأمني والعسكري الذي طرأ على المحافظة في الأعوام السابقة، أم أن الوضع كان يعاني قصورًا حتى قبل ذلك.

فكانت شهادات اثنين من أطباء التكليف من الذين تم تعيينهم بوحدات صحية في شمال سيناء قبل عام ٢٠١٢ ذات أهمية في هذا الصدد.

يقول أحدهم: "ذهبت لتسلم تكليفي في عام ٢٠١١ في وحدة صحية في شمال سيناء. الوحدة كانت في حالة جيدة وتجهيزها معقول، ولكن للأمانة، الخدمة الصحية التي كنت أقدمها هناك لا تصلح بأي شكل من الأشكال. فتدريبي وقدراتي الطبية كطبيب لم أمضي أيام منذ تخرجي لا تصلح أن تكون أول تجربة عمل لي في عزلة تمام عن أي إشراف أو تعليم أو تدريب".

كانت النتيجة أن هذا الطبيب، كما قال، قام بما يقوم به الكثير من زملائه وهو التواجد هناك "على الورق"، وكان إجمالي الوقت الذي قضاه فعليًا في المحافظة طوال فترة تكليفه (من ثلاث إلى خمس سنوات) لا يتعدى العشرين يومًا.

ويقول الطبيب الثاني إنه قدم استقالته من وزارة الصحة بعد شهر ونصف من تكليفه هناك، "لا بتعلم ولا بافيد ولا باستفيد".

عند سؤال المواطنين في مختلف أنحاء الجمهورية عن رأيهم في الخدمات الصحية بشكل عام، فغالبًا ما تكون الإجابة محورها وصف موضوعي أو غير موضوعي، لوضع المستشفيات والخدمات المقدمة فيها. فالسؤال عن الصحة مقترن عامة بالمستشفيات. وقلها يتطرق الحديث إلى وحدات صحة الأسرة أو ما يسمى بالمستوى الأولي من الرعاية الصحية. بالرغم من أن هذا المستوى من الرعاية الصحية منوط به علاج ٨٠٪ من الحالات وتحويل الباقي إلى مستوى العلاج الثانوي أو التخصصي. هذه الظاهرة وهذا التجاهل لمنظومة صحة الأسرة أو خدمات الصحة الأولية يمكن تفسيرها بأشكال مختلفة إن كان الحديث مع سكان المدن أو القرى، مناطق مركزية أو حدودية، أماكن منتشر بها القطاع الصحي الخاص أو منعدم.

ولكن، عند سؤال المنتفعين من الخدمات الصحية في شمال سيناء عن رأيهم في الخدمات الصحية بالمحافظة، كان من اللافت بدايتهم دائمًا بالتعليق على خدمات الصحة الأولية المختلفة. فهم على دراية تامة بالدور المحوري لهذا المستوى الأساسي من الخدمات الصحية وأهميته، خصوصًا في المناطق ذات الكثافة السكانية الضعيفة. وكان من الملاحظ محور انتقادات وتعليقات المواطنين على الرعاية الصحية للأمراض التي يشملها المستوى الأولي من الرعاية الصحية. فهم يبدون الحديث عن مدى تواجد الأطباء بالوحدات الصحية وتجهيزها وما يتوفر فيها من أدوية ومستلزمات طبية، والتطعيمات وخدمات الولادة ومتابعة الحمل وصحة الطفل وغيرها. ثم، يبدأ التطرق إلى الخدمات الأخرى مثل الإسعاف والطوارئ وعلاج الحالات المتقدمة.

١. وحدات صحة الأسرة

في آخر نشرة سنوية صدرت عن إحصاءات الخدمة الصحية عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء لعام ٢٠١٤، تشمل محافظة شمال سيناء عدد ١٣ مركز طب أسرة في الحضر و٦٥ بالريف، أي بإجمالي ٧٨ وحدة طب



"أنا هناك ظهري في الحيط، حتى الإنترنت إللي كنت بأستخدمه في القاهرة عشان أبحث في المصادر وأقلل شوية من احتمالية الغلط، مش متاح وبالعافية بأقدر أوصله".



أحد الأطباء المكلفين

لا يصح توجيه اللوم إلى الظروف الأمنية فقط لحال خدمات الصحة الأولية في المحافظة التي وصلت إليه، فحتى قبل ذلك كانت طريقة تقديم هذه الخدمات تفتقر إلى المقومات الأساسية للخدمة، والتي لن تكتمل أركانها بدون الفريق الطبي المدرب والمؤهل لتقديم خدمات صحية لائقة وظروف العمل التي توفر له احتياجاته الأساسية للعمل بإخلاص.

بالتأكيد، هذه الظروف، إن صعبت على طبيب شاب حديث التخرج، فهي تعد مستحيلة لإقامة حياة أسرية مستقرة هناك، فالسكن المتوفر داخل الوحدة إن تقبله هؤلاء الأطباء الشباب لن تتقبله باقي أسرته أو أسرته، فتواجد أسرة من زوجة أو أبناء في محافظة شمال سيناء يعد مستحيلًا، فمقومات الحياة الأساسية غير متوفرة، والوضع كذلك ولم يتغير حتى من قبل وجود عنف من جانب جماعات مسلحة. قال أحد الأطباء، على سبيل المثال، إنه شخصيًا إن مرض، لن يجد علاجًا له.



"واقف بطولي مطالب أعالج حالات معقدة من غير أي متابعة من أي حد يعلمني أو يوجهني، ويا تصيب يا تخيب مع العيان، لا اتعلمت أعالج في الكلية ولا في الامتياز ودلوقتي واقف لوحدي في وسط الصحراء بأجرب في الناس!"



أحد الأطباء المكلفين



وحدات صحة الأسرة إللي هناك تجهيزها أفضل من وحدات في دمياط، لكنها مهجورة، مفيش دكتور عدى من قدامها من سنين.

الوحدات ديه كانت بتقدم خدمة متوسطة للسكان، رغم عدم انتظام الأطباء بها وإن الأطباء إللي كانوا بيروحوا كانوا بيكونوا غير مدربين، إلا إنها كانت كوحدات مبنية جديد ومجهزة وكانت ساعات بتقدم خدمة هايلة. ماكناش بنحتاج نروح المستشفى غير في حالات محدودة جدًا. دلوقتي، الخدمة معدومة.



أحد سكان إحدى قرى الشيخ زويد



في شهادة أحد سكان الشيخ زويد والتي أكدتها شهادة أحد الأطباء، أن جميع الوحدات الصحية في الشيخ زويد تم إخلاؤها لظروف العنف العسكري. بالتأكيد رحل الجميع وتركوها خالية، فلا يوجد طبيب أو ممرض لديه القدرة على العمل في مكان بهذه الحالة.

عوائق في مقبولية الخدمة وجودتها

عدم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية في المحافظة لا يمكن حصره في الإتاحة الجغرافية الضعيفة والإتاحة الاقتصادية فقط، فتمثل المعوقات أمام مقبولية الخدمة من حيث الجودة ومراعاة العادات والتقاليد لهذا المجتمع القبلي حائلًا كبيرًا أمام حصول المواطنين عليها.



المجتمع هناك محافظ بشكل مبالغ فيه والعادات القبلية بتأثر بشكل مباشر في النهاية على صحة. يعني كطبيب هناك، زار عيادتي مرة رجل بيوصفلي شكوة زوجته عشان أكتبله علاج. قولتله إني لازم أشوف الحالة، قالي إسألني أي سؤال وأنا هاجوبك نيابة عنها. لما قلتله إن ماينفعش قالي خلاص مش مشكلة ومشني ومجاش تاني لا هوه ولا زوجته. أعتقد اعتبار العناصر القبلية والثقافة العامة هناك أساسي في نوعية الخدمات المقدمة. أبسطها مثلاً إن لازم يكون فيه دكاترة سيدات. طبعًا ده مش سهل بس هايفرق جامد جدًا لو إحنا فعلاً يفرق معنا صحة السيدات ديه.



أحد الأطباء المكلفين

فهنا يتجلى أهم عيوب تطبيق نظام شديد المرونة دون وضع مساحة لملاءمة خصائص كل مجتمع. وهنا تأتي أهمية الاستماع بدقة إلى المنتفعين من الخدمات وإشراكهم في عملية تصميم النظم الصحية ومتابعة تطبيقها. فكم تتكلف إصلاحات وبرامج صحية لا يتم استخدامها أو تقبل من المواطنين فيما بعد، فقط، لعدم إشراكهم في تخطيطها منذ البداية.

٢. الصحة الإنجابية وخدمات متابعة

الحمل والولادة

نظرًا إلى القصور الذي تعاني منه خدمات صحة الأسرة بشكل عام، فقلما يلجأ السكان إلى خدمات متابعة الحمل والولادة تحت إشراف طبي. فرغم درايتهم بأهمية ذلك إلا أن قلة إتاحة الخدمات بشكل عام وعدم مقبوليتها بالنسبة إلى عادات المجتمع هناك يعيق تقديمها تحت إشراف طبي سليم.

عدم التوفر

أجمع كل من قام بالإدلاء بشهادته من سكان مدينة الشيخ زايد على عدم توفر وسائل منع الحمل بالقرى، فالمكان الوحيد الذي تتوفر فيه هو الإدارة الصحية في المدينة والتي تبعد بعض القرى عنها أكثر من 60 كم، إلى جانب امتلاء هذه الطرق بعشرات من الكمائن ما يجعل الرحلة التي كانت تأخذ في المعتاد ساعة زمن، قد تأخذ ثلاث أو أربع ساعات على حسب الظروف الأمنية. أما في العريش، فالمستشفى العام تتحمل عبء جميع أنواع الخدمات الصحية للمنطقة المحيطة بالكامل، يشمل ذلك الولادات وغيرها، رغم قدرتها المحدودة على التعامل مع كل ذلك.

ضعف الإتاحة والجودة

هناك عدد محدود من مقدمي خدمات النساء والولادة من القطاع الخاص في العيادات بالمدين الكبيرة، حيث تتراوح الولادة ما بين 700 إلى 1000 جنيه للولادة الطبيعية و3000 جنيه للقيصرية. لكن تبقى محدودة الإتاحة والجودة ويصعب الوصول إليها بالنسبة إلى سكان القرى.

الإتاحة الجغرافية للخدمات تزداد أهمية فيما يخص الولادات الحرجة. فلم تخلو شهادة أي من سكان المحافظة من قصص عن أم أو طفل حديث الولادة فقدوا حياتهم لعدم قدرتهم على الوصول إلى الرعاية الطبية في وقت مناسب. يزداد هذا تجليًا في ظل الصعوبة البالغة في التنقل بين القرى والمدن والوصول إلى خدمات الإسعاف والوضع الأمني الذي يزداد صعوبة يوميًا بعد يوم، ممثلًا حائلًا كبيرًا دون إتاحة تلك الخدمات شأنها شأن خدمات الطوارئ، رغم المجهود الكبير والتضحيات البالغة التي يقوم به القائمون على خدمات قطاع الإسعاف في عملهم هناك.

كان يأمل القائمون على هذا التقرير إجراء مقارنات بين نسب وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة في المحافظة من عام إلى آخر والتعرف على ما إذا كانت هذه الشهادات كان لها تأثير في تلك النسب التي هي من أهم مؤشرات تقدم الدول في تحقيق الأهداف التنموية للألفية وأهداف التنمية المستدامة من بعدها، ولكن غياب المعلومات وتعذر العثور على أي من هذه المصادر سيظل عائقًا أساسيًا دون تقييم الوضع بشكل موضوعي وشفاف واقتراح حلول للمشاكل التي تواجهه بشكل علمي منضبط. لذا، فلا يملك الباحثون غير الاكتفاء بهذا الكم الكبير من شكاوي المواطنين فيما يخص تعذر وصول خدمات صحة الأم والطفل للسكان هناك للتشديد على أهمية التدخل السريع في هذا الصدد وقياسه بشكل حقيقي يترجم الواقع، والعمل على إصلاحه.

٣. صحة الطفل والتطعيمات

شأنها شأن باقي خدمات صحة الأسرة، يعاني سكان المحافظة من ضعف هذا النوع من الخدمات، وبالتحديد فيما يخص الرعاية الطبية اليومية لأمراض الأطفال والتي يقع أكثرها ضمن نطاق عمل وحدات صحة الأسرة.

فيما يخص التطعيمات، رغم اعتماد السكان في السابق على الوحدات الصحية في هذا الشأن ورضائهم الكبير عن خدماتها، إلا أن الوضع الحالي يصعب كثيراً من قدرتهم على الوصول إليها.

في كثير من الأحيان، يلجأ السكان لأطباء القطاع الخاص أو طبيب الأطفال بمستشفى العريش العام إن وجد. تشير الشهادات إلى إن الأطباء لا يوصفون للأطفال إلا مضادات حيوية حيث إنها هي الأدوية الوحيدة المتوفرة لديهم. هذا يمثل إضافة خطرة إلى العبء المرضي لسكان المحافظة حيث أن الاستخدام المفرط غير المنظم للمضادات الحيوية ينتج عنه مقاومة لفاعليتها وظهور أنواع من الجراثيم التي لا تستجيب للعلاجات المتوفرة.

مجددًا يصعب تقييم جودة خدمات طب الأطفال أو مدى اتباع الأطباء البروتوكولات القومية لعلاج أمراض الأطفال نظرًا إلى غياب أي معلومات عن نسب المرضى والوفيات ما بين الأطفال في المحافظة. هذا لا يمثل عائقًا فقط أمام أي توثيق للوضع هناك إنما أيضًا يجعل من أي محاولة جادة لتقييم الوضع وإصلاحه مهمة مستحيلة. القاعدة العامة هي: "لا يمكن إصلاح ما لا يمكن قياسه".

٤. التثقيف والتعزيز الصحي

هذا المكون الأساسي من الرعاية الصحية الأولية غائب تمامًا عن المشهد عمًا تقدمه الدولة إلى مواطنين شمال سيناء حاليًا. فوحدات صحة الأسرة والمنوطة بتقديم هذا العنصر لا تعمل بشكل عام، والتواصل بين مقدمي الخدمات الصحية ومتلقيها شبه منعدم إلا في حالات الطوارئ. هذا الإطار يجعل من تقديم التثقيف والتوعية وتعزيز صحة المواطنين أمرًا مستحيلًا من قبل الإطار الحكومي للصحة، ويبقى مجهود العديد من منظمات المجتمع المدني والجمعيات الأهلية للمحافظة التي تقدم ما تستطيعه في هذا الشأن وفقًا لقدراتها وفي إطار ما هو ممكن في ظل الظروف الأمنية الصعبة هناك.

بعض الجمعيات الأهلية تقوم بحملات توعية حول الإدمان ومخاطره والأمراض المعدية بشكل محدود بما لا يغني عن الدور الأساسي لإدارات التثقيف والتعزيز الصحي والرائدات المجتمعات وغيرهم من المعنيين بهذا العنصر الحيوي في منظومة الرعاية الصحية الأولية.

القرى إنعدمت منها تمامًا
التطعيمات، حاليًا لا يوجد غير
مكان واحد لنا للحصول عليها
بيخدم كل المدينة وهي الإدارة
الصحية في الشيخ زويد

أحد سكان قرى الشيخ زويد

كل الأدوية إللي بتيجي بتبقى
مضادات حيوية. إلا لو دكتور
كويس بيكتب علاج من بره،
فالمريض يجيبه من بره بأسعار
مابيقدرش عليها غير عدد قليل من
الناس، لو وجدوا الأدوية يعني.

إحدى الممرضات ببئر العبد

التقييم العام

لوضع الخدمات الصحية الأولية بشمال سيناء

ما هو متوفر من المرافق الصحية والسلع والخدمات والبرامج الصحية غير كافٍ لسد حاجات المواطنين



توفر الخدمات

محدودة للغاية، فمعظم خدمات الرعاية الصحية الأولية المتوفرة منحصرة في المدن



الإتاحة الجغرافية

خدمات الرعاية الصحية الأولية، إن توفرت، لا يبدو أن تمثل تكلفتها عبءاً أمام السكان



الإتاحة الاقتصادية

محدودة، خاصة فيما يخص التثقيف الصحي



إتاحة المعلومات

لم يتم توثيق حالات تمييز في تلقي خدمات الرعاية الصحية الأولية



عدم التمييز

الخدمات المقدمة مقبولة مجتمعياً بشكل عام، إلا فيما يخص خدمات النساء والولادة



المقبولية

ضعيفة ويصعب على السكان الثقة في قدرات أطباء الرعاية الصحية الأولية في المحافظة



الجودة

٢. الرعاية الصحية الثانوية والثالثية (المتقدمة)

”

مش قصة إهمال طبي لكن نظام وإمكانات المستشفى لا تسمح بتقديم خدمة طبيعية. أنا طبيبة حديثة التخرج جايلي حالة عمرى ما شفتها ومفيش أى حد أرجع له ولا مستشفى أكبر أحول إليها هعمل إيه؟

“

إحدى الطبيبات المكلفات بالعريش

مستشفى بئر العبد تمثل فرصة جيدة لتقديم خدمات طبية على مستوى عالي من الجودة نظرًا لتواجد عدد أكبر من الأطباء والتمريض في المحافظة، وتجهيزها المتفوق، وبعدها النسبي عن أماكن العنف المسلح. المستشفى الحالي يعاني من ذات المشاكل التي تماثل أغلب المستشفيات العامة بالجمهورية ومن نقص بعض الأدوية الأساسية.

أوضح سكان المدينة أن هناك أطباء جيدين هناك في الأسنان والأطفال والنساء والولادة ولكن التحاليل الطبية والأشعة لا يثق السكان في دقتها ويفضلون اللجوء إلى الإسماعيلية لدقة الفحوصات هناك.

”

المستشفى في بئر العبد مش نضيفة، السراير قديمة والمراتب قديمة. بس في الآخر، المريض بيأخذ علاجه ويطلع ويخف. في الآخر، الرك مش على العفش والرخام، الرك على إल्ली بيشتغل.

“

أحد سكان بئر العبد

يتم حاليًا بناء مستشفى جديد في بئر العبد يتم تجهيزه بسس جيد، هذا توجه جيد إستراتيجيًا نظرًا لاستقرار الأوضاع هناك. لكن يبقى أن يتم توفير الأطباء والأجهزة التشخيصية اللازمة لتشغيلها بشكل جيد، فهذه المستشفى لديها القدرة على تقديم بديل حقيقي لسكان المحافظة عن المتوفر حاليًا في موقع يعتبر آمنًا نسبيًا وسهل الوصول إليه.

تبين النشرة السنوية لإحصاءات الخدمة الصحية الصادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء لعام ٢٠١٤ (وهي آخر نشرة تمكّنًا من العثور عليها) أن عدد المستشفيات الحكومية في محافظة شمال سيناء هي ٧ تضم ٣٤٦ سريرًا ويعمل فيها إجمالي ٣٢٤ من الأطباء و١٥٤٢ من التمريض و١٢٦ فني معمل. وقد سجلت المستشفيات الحكومية في المحافظة في عام ٢٠١٤ إجمالي عمليات ٣٠٥٧ منها ١١٧٣ عملية كبرى.

إلا أن شهادات الأهالي، تشير إلى أن هذه البيانات بعيدة كل البعد عن واقعهم اليومي، فمستشفى رفح رغم تجهيزاتها إلا أن قدراتها على علاج المرضى ضعيفة للغاية وحاليًا لا تعمل عمليًا بسبب غياب الأطباء.

”

مستشفى رفح كان فيها جهاز أشعة مقطعية متقدم ماشفتوش قبل كده في أي حته، بس مافيش حد يشغله أو يقرأ نتايجه بعد كده. مستشفى رفح لا ترقى لأن تعمل كوحدة صحية.

“

أحد الأطباء في المحافظة

أما مستشفى العريش العام والتي تعتبر المستشفى الأساسي للتحويلات في المحافظة فقدراتها محدودة للغاية مقارنة بعدد الحالات والتحويلات التي تصلها، بدءًا من الطوارئ للعيادات الخارجية مرورًا بالتخصصات المختلفة وأخيرًا الرعاية المركزة وبنك الدم التي أجمعت الشهادات أن خدماتها غير كافية نظرًا إلى كثرة الحوادث. وعند سؤال بعض العاملين في المستشفى، كان الرد أن غالبية الحالات غير البسيطة يتم تحويلها إلى الإسماعيلية، الأمر الذي يستغرق حوالى ١١ ساعة نظرًا إلى الوضع الأمني على الطريق.

”

مستشفى العريش، كحجر على أعلى مستوى، لكن كبشر وأطباء حاجة مؤسفة جدًا. أنا عن نفسي شخصيًا ما عنديش استعداد أتعامل مع مستشفى العريش العام.

“

أحد العاملين بالمجتمع المدني بالعريش

وتبقى شكوى عامة أن المستشفيات العامة غالبًا ما تطلب من المرضى وذويهم شراء المستلزمات والأدوية من الخارج، يشمل هذا حتى خيط الجراحة والمحاليل وفقًا لبعض الشهادات.

تكررت الشكاوي من مستشفى الشيخ زويد، خاصةً فيما يخص التجهيز وتوفر التخصصات. فرغم صعوبة الوضع الأمني هناك، إلا أن هذه المستشفى عمليًا تخدم أكبر قطاع من مصابي الاشتباكات مع الجماعات المسلحة وبالتالي، فهو مستشفى محوري، يوصي السكان بتحويله لمستشفى عام بدل مركزي.



مستشفى الشيخ زويد بقالها سنتين لم تستقبل حالة واحدة في أقسامها الداخلية، ده عشان الظروف الأمنية وعدم تجهيزها.



أحد سكان الشيخ زويد



يشدد الأطباء على النقص الشديد في الأدوات والمستهلكات الأساسية في المستشفيات. ففي الجراحة على سبيل المثال، لا يوجد كي حراري رغم أنه أساسي في حالات النزيف والحوادث التي يتم تحويلها إلى المستشفيات.

التحويلات

نظام التحويلات المتبع رغم بساطته فإنه يفتقد التخطيط والتنسيق مع الجهات الأخرى. معظم المحافظة تحول حالاتها إلى مستشفى العريش التي تقوم بتحويل الحالات إلى المستشفى الجامعي بالإسماعيلية.

»

فيه مستشفيات كبيرة في شمال سيناء، في رفح ونيخل وبئر العبد، كلهم يحولوا عالريش حالات بسيطة زي كسر أو غيبوبة سكر أو أشعة لأن ما عندهم مش جهاز ولا طبيب عظام.

«

أحد الأطباء في العريش

إلا أن نقل المرضى في ظل الظروف الأمنية وصعوبة التنقل تمثل عقبة كبيرة في هذا الشأن، فالوصول إلى الإسماعيلية قد يستغرق ١١ ساعة وفقاً لإحدى الشهادات، وحركة الإسعاف في ساعات حظر التجوال صعبة وتستدعي تنسيقاً مع السلطات.

يلجأ المجتمع المدني في بعض الحالات إلى مناشدة المحافظة للتصديق على تحويل بعض الحالات إلى القاهرة، وفي بعض الحالات يستجيب المحافظ ويتم نقل المرضى برياً بعد تصديق وزير الدفاع على ذلك.

لكن هذه التحويلات تتم جميعها بناءً على مبادرات شخصية وفردية وليست جزءاً من إجراءات متبعة بشكل منظم ما يشكل عائقاً أمام عدم التمييز بين المواطنين، خاصة أن مصابي القوات المسلحة يتم تحويلهم في بعض الأحيان بإسعاف طائر إلى القاهرة، يأخذ وقتاً أقل مما يأخذه المريض المدني للوصول إلى الإسماعيلية.

»

بيجيلنا حالات بطلق ناري أو انفجار من على مسافة ساعتين سفر عشان مفيش أشعة أو طبيب في مستشفى، ده غير طبعا إن مفيش وحدات صحية شغالة.

«

شهادة أحد أطباء الطوارئ

مستشفى رمانه، زي المهجورة... .

متوقفة، كل سكان رمانه وبالوظة يا

إما بيروحوا القنطرة أو بئر العبد.

ومستشفى كبيرة يعني. إحنا بنعدي

عليها من الشارع الدولي. نادر لما

تلاقى دكتور معدي أو ممرضة، عاملة

زي الوحدة الصحية المهجورة.

«

ممرضة من بئر العبد

يشدد أيضاً السكان على حاجاتهم الشديدة إلى خدمات الغسيل الكلوي والتي تعاني نقصاً كبيراً. كذلك، تكررت ملاحظات عن زيادة حالات الجلطات والأورام في المحافظة، ما دفع جمعيات المجتمع المدني إلى تبني مبادرات شعبية لبناء مستشفى أورام أهلي في المحافظة وهو مشروع طموح رغم صعوبة استدامته وضمان تقديم خدماته بشكل جيد ومستمر.

أعداد مرضى الفشل الكلوي مفرزة،

المستشفى بها وحدة غسيل، يومياً

حوالي . . ا عيان مثلاً بيجي، وأعمار

صغيرة جداً ومن أسرة واحدة أب وابنه

وأم وأختها وهكذا.

«

أحد الأطباء في مستشفى العريش العام

مفيش جواناتيات في المستشفى،

فيه أزمة كبيرة في المحاليل ومفيش

شرايط تحليل سكر. يعني يجيلي عيان

عنده إغماء وأضطر أحلله السكر في

المعمل وأفضل مستني لَمَّا نتيجة

التحليل تظهر.

«

أحد الأطباء في مستشفى العريش العام

التقييم العام

لوضع خدمات الرعاية الصحية المتقدمة (المستشفيات)

بالنظر إلى البيانات الرسمية، عدد المستشفيات المخططة يحقق توافر للخدمات، لكن عدد المستشفيات التي تعمل فعليًا وتقدم خدمة غير ذلك



توفر الخدمات

التوزيع الجغرافي للمستشفيات لم يمثل مشكلة في الإتاحة من منظور مصادر البحث



الإتاحة الجغرافية

خدمات الرعاية الصحية المتقدمة المتوفرة، لا يبدو أن تمثل تكلفتها عبء أمام السكان



الإتاحة الاقتصادية

لم يتم ذكر مشكلة في هذا الصدد



إتاحة المعلومات

يظهر للسكان معاملة تمييزية بين المدنيين والعسكريين فيما يخص التحويلات وإن كان هذا متوقع نظرًا للظروف الخاصة التي تمر بها المنطقة



عدم التمييز

الخدمات المقدمة بالمستشفيات محدودة وخدمات التشخيص محدودة المقبولية ولا تلقى ثقة المواطنين



المقبولية

ضعيفة ويصعب على السكان الثقة في قدرات المستشفيات



الجودة

٣. خدمات الإسعاف والطوارئ

خدمات الإسعاف

في ظروف صعبة أمنياً ووجود مخاطر مستمرة على المواطنين تمثل خدمات الإسعاف والطوارئ ضرورة أساسية لسكان شمال سيناء، وبالرغم من ذلك فهناك ما يكون من أكثر أوجه تقديم الخدمة الصحية تأثراً بالوضع الأمني الحالي.

البيانات الرسمية الصادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء لعام ٢٠١٤ تبين أنه يوجد إجمالي ٤٣ مركز إسعاف في المحافظة، يعمل فيها ٢٨٩ عاملاً، ٩٤ منهم من المسعفين. هذه البيانات منذ ٢٠١٤، يتوقع أن تكون تغرت إلى الأسوأ بعد ذلك نظراً إلى استمرار عمليات العنف المسلح والعمليات العسكرية في المحافظة.

يبلغ إجمالي عدد سيارات الإسعاف الموجودة ضمن مرفق إسعاف شمال سيناء 76 سيارة إسعاف، أكثر من نصفهم لدى مدينة العريش فقط. إضافة إلى عدم تواجد أي من سيارات الإسعاف في المناطق التي احتدم فيها العنف وتزايدت الهجمات المسلحة وأعلنت الدولة رسمياً الحرب على الإرهاب فيها وهي مركزا رفح والشيخ زويد. وذلك وفقاً لمرفق الإسعاف في المحافظة في آخر تحديث للبيانات في يونيو 2016.

إضافة إلى ذلك فوفقاً لجدول إمكانيات قطاع الصحة في شمال سيناء لعام 2008 (آخر تحديث متاح)، والذي كانت مديرية الصحة مصدره، فمن ضمن 27 سيارة إسعاف متواجدة بالمركز الرئيسي للإسعاف في العريش كانت هناك 9 سيارات معطلة، مما يعني 30% من قوة المركز. ويثير ذلك تساؤلات أكثر عن دقة البيانات الأخرى المتاحة وعن احتمالية وجود أعداد كبيرة ضمن العربات المتاحة رسمياً على الأوراق فقط نظرياً، لكنها ليست فاعلة ولا تقوم بالخدمات المفترض القيام بها من الأساس.

إن قمنا بتحليل منهجي وعلمي بناءً على أقل المعايير الدولية لخدمات الإسعاف في المحافظة، فبالتركيز على نعد إنها دون المستوى وغير كافية. فحركة الإسعاف بعد ساعات حظر التجول محدودة جداً، ووقت الانتظار قبل وصول الإسعاف يتخطى ساعات في كثير من الأحيان، وقدرة الإسعاف على التعامل مع الإصابات والحالات الطارئة تعتبر ضعيفة نظراً إلى صعوبة بعض الإصابات وبخاصة في حالات الطوارئ.

رغم هذا، فإن جميع الشهادات التي قمنا بتجميعها من مختلف أنحاء شمال سيناء، تقر وتؤكد بأن العاملين على هذا المرفق يقومون بعملهم على أكمل وجه بشجاعة وإقدام غير مسبوقين.

فالإسعاف متوفر ويقوم بعمله بشكل عام فيما عدا رفح حيث يمكن القول بأن خدمة الإسعاف غير مفعلة نظراً إلى الوضع الأمني هناك، وفي الشيخ زويد حيث يعاني السكان من الوقت الذي تأخذه سيارات الإسعاف للوصول إلى المصابين.

في بئر العبد، مرفق الإسعاف يعمل جيداً، هناك وحدات إسعاف على الطريق الدولي وتتمكن سيارات الإسعاف من عبور الكمان بشكل سريع نسبياً.

فالمجتمع هناك على دراية كاملة بصعوبة الوضع الأمني وبالتحدي الذي يمثله عمل هذا المرفق، وبناءً عليه، فإن تطلعاتهم متناسبة مع هذا الفهم، لا يطلبون الكثير ورضائهم بما هو متاح هو الغالب.

هذه الحكمة حقيقة لها دلالات علمية كبيرة، فخبراء النظم الصحية والمعنيون بالجودة كثيراً ما يعتبرون أن رضا المريض شيء صعب المنال. فهو غير متناه، غاية، لا يمكن الوصول إليها. وكثيراً ما نسمع من متخذي القرارات

الإسعاف فعلاً من أحسن القطاعات، وبيادي خدمات على أجمل وجه. لكن مش متأمن له الطرق من الاستهداف. عشان عربية تتحرك على طريق الشيخ زويد رفح أو العريش. الشيخ زويد أثناء حظر التجوال، ومتلغمة كماين، لازم يكون قلبه جامد جداً جداً، وحاطط إيده في مياه باردة. والحكاية دي شبه مستحيلة حقيقي. لكنهم بيقوموا بشغلهم الحقيقة على أكمل وجه.

أحد سكان الشيخ زويد

الصحية والمسئولين أن "المرضى سوف تظل لديهم دائم سسرى ولا يمكن رضائهم".

ما وجدناه في رأي المواطنين عن خدمات الإسعاف خير دليل على عدم صحة أو دقة تلك الادعاءات. فتمتلقو الخدمات الصحية لديهم القدرة على التفهم وتقبل ما هو متاح، طالما أنهم يرون أن المسئول عن تقديم الخدمة يقوم بما يستطيع به من أجل تقديم الخدمة في ظل الموارد المتاحة. نرى هذا في دول شديدة الفقر، مثل: رواندا وكوبا، تقدم بها خدمات طبية محدودة ولكن نسب رضا المواطنين مرتفعة جداً. كيف حققت تلك الدول ذلك؟ من خلال المشاركة المجتمعية الحقيقية، وهو ما نتطرق إليه فيما بعد في الحلول والتوصيات.

يجب أيضاً التنويه إلى أن مجانية الخدمة التي يقدمها الإسعاف والسرعة النسبية في الاستجابة والتجهيز الجيد من حيث الأفراد والمعدات جعل منه الملجأ الأساسي للأهالي ليس فقط في الحالات الطارئة إنما أيضاً في الحالات البسيطة. فغياب خدمات رعاية صحية أولية فعالة في المحافظة يضع حملاً إضافياً على مرفق الإسعاف.

خدمات الطوارئ في المستشفيات

الرضا العام من أداء المسعفين وخدمات الإسعاف لسكان المحافظة، غالباً ما يصطدم بعد ذلك بخدمات طوارئ محدودة للغاية، حتى في المستشفيات العامة والمركزية في المحافظة.

أغلب الأطباء والتمريض العاملين في مستشفى العريش العام، تدريبيهم والإشراف عليهم محدود للغاية. المستشفى تعاني من غياب تخصصات أساسية ومن قدرة محدودة على التعامل مع الإصابات التي تصلها.

إسماعيل من الشيخ زويد وقصة إسعاف الأطفال ضحية القصف العشوائي

في فبراير 2016، سقط بعض الأطفال ضحايا لأحد عمليات القصف العشوائي في الشيخ زويد. صحابي كلموني فيه ناس في المستشفى، عيل صغير مات إتفرتك تمامًا، و3 عيال مصابين بشدة. قعدنا ساعة. والناس من قبل ما تروح مستشفى الشيخ زويد بتكلم بالإسعاف.

حاولت التواصل مع كل الجهات عشان نحاول نساعد بأي شكل. كلمت الإسعاف بنفسي وإتخاقت معاهم لكن لا مجيب، كله خايف يتحرك أو بيتقاعس، أو فيه أوامر بعدم التحرك لنجدة المدنيين، الله أعلم إيه السبب بالضبط، بس النتيجة الواضحة إن فيه أطفال بتموت ومفيش حد يتحرك لإسعافهم أو إنقاذهم. والمصابة إن دي مش حالة استثنائية ده واقع شبه يومي بنعيشه في الشيخ زويد ورفح، ومفيش أي حد بيهتم.

مستشفى الشيخ زويد غير مجهزة إطلاقًا للتعامل مع ضحايا الحرب الطاحنة الدائرة بقالها سنوات، آخرها إسعافات أولية بدائية. ده غير إن مفيش إسعاف فيها! وأقرب إسعاف موجودة بعيدة 5 كم. وهي عربية واحدة بس.

ولو نجحنا في إن الإسعاف تيجي لنا من العريش فهمه عندهم تعليمات لا يتحركوا لأي بيت من البيوت سواء في المدينة أو القرى التابعة لها جنوبها، إنما بيجوا المستشفى وياخدوا الناس من هناك، وده بيبيد المشقة أضعاف، لأننا أصلًا وقت حظر التجول طول الليل مفيش أي حد مسموح له إنانه يتحرك، ده غير إن شبكات الموبايل بقت مقطوعة بشكل شبه دائم. فلا هنعرف نتصل بأي مسؤول أو ضابط جيش نستغيثه، ولا أي حاجة. وياما حالات ولادة الأطفال أو الأمهات ماتت، وحالات اضطر الأزواج للقيام بعملية التوليد. في ظروف غير صحية على الإطلاق. ده غير إننا محتاجين ساعتين على الأقل عشان ننسقى مع الجيش قبل ما نتحرك أثناء حظر التجول، لو قدرنا على كده، عشان توصل لمستشفى الشيخ زويد إللي هيه كمان نفسها عليها كمين. عشان هيه مكان إستراتيجي لحد ما، فحاطين كمين.

رغم كل ده تظل الحالة دي من الحالات الناجحة، لأنه كان فيه ضابط جيش محترم برتبة صغيرة، تجاوب بشكل كبير أعطانا الإذن، وبلغ الكماين بعربياتنا، فوصلنا العريش في 20 دقيقة بدل ما نوصل في ساعة.

والحمد لله رب العالمين تم إنقاذ حياة الأطفال الثلاثة المصابين بشدة، وتوفي إبي رحمة ربه الطفل الرابع. ولا يزال الأطفال الثلاثة يعيشون بإصابتهم. يحلمون في حياة آمنة بعيدًا عن القصف العشوائي، والرصاصات الطائشة.

طوارئ المستشفيات عندنا محدودة جدًا، ما بتحميش حد داخل على موت من إنه يموت. الحالات الخطرة بتضطر تروح للعريش. هناك، الطبيب يقدر يطلع رصاصة سطحية، لكن مفيش قدرة على إجراء عمليات أعقد من كده خالص.



أحد سكان الشيخ زويد

الطوارئ في مستشفى العريش سيئة جدًا، إللي بيدخل ما بيطلعش، مستشفى زي ديه لازم تكون على أعلى مستوى من حيث الطوارئ، ديه بيتحولها حالات من كل حتة!



أحد سكان العريش

لو قالولي عندك زايدة وهتموتي في الطريق مش هعملها في العريش وهنتظر أراجع القاهرة. الخدمات الطبية غير آمنة إطلاقًا.



إحدى الطبيبات المكلفات بالعريش

في مستشفى الشيخ زويد، هناك طبيب طوارئ مقيم بالمستشفى وطبيب نساء وولادة غير متواجد أغلب الوقت. فيما عدا ذلك، هناك نقص شديد في التخصصات المختلفة المرتبطة بالطوارئ وبخاصة العظام والجراحة. ذلك، رغم شهادة السكان بأنه تم تجهيز غرفة العمليات في مستشفى الشيخ زويد أخيرًا.

لو الحادث قريب من المستشفى بيجيبوه هنا، يعملوا له إسعافات أولية بس بعدين بيحولوه للعريش والإسماعيلية.



أحد سكان الشيخ زويد

مستشفى رفح لا تعمل، فالمنطقة المحيطة بها غير آمنة وتجهيز المستشفى واستعدادها لقبول مرضى غير كافي، ذلك بالإضافة إلى عدم وجود أطباء بها.

وهنا، يجب الإشارة إلى أن تواجد أطباء نساء وولادة بشكل مستمر في أقسام الطوارئ يعد أمرًا له أهمية قصوى في المحافظة. فبيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء تفيد أن عدد حالات الولادات المتعثرة والنزيف التي استدعت مرفق الطوارئ في عام ٢٠١٤ تصل إلى ٩٤٤ حالة (أي معدل ٣ حالات يوميًا)، مقارنة بـ ٢٠٨ حالة إصابة نارية أو من أسلحة حادة، أي أن احتياج المواطنين للاستجابة لطوارئ الولادة في منطقة حرب تعدت أربعة أضعاف إصابات الأسلحة.

يجب الإشارة أيضًا إلى أنه فيما يخص خدمات الطوارئ والإسعاف بالتحديد، فإن إصابات القوات المسلحة تتبع إجراءات مختلفة تمامًا عن إصابات المدنيين من حيث خدمات الإسعاف والنقل والطوارئ والتحويل. لن نتعرض لهذا الأمر في هذا التقرير ولكن وجبت الإشارة إلى أن ما نتعرض له هو احتياجات السكان المدنيين فحسب.



”

الإسعاف نرفع لها القبعة، الحاجة الوحيدة إللي شغالة صح في
الصحة، المسعفين دول مقاتلين، يمكن أنا شخصياً أخاف أشتغل في
الظروف ديه، وما بيفرقوش بين حد.

“

أحد سكان العريش

التقييم العام

لوضع خدمات الإسعاف والطوارئ

يراها المواطنين متوفرة إلى حد كبير إلا في بعض المناطق الغير آمنة. خدمات الطوارئ غير كافية



توفر الخدمات

التوزيع الجغرافي مقبول ولكن قدرة سيارات الإسعاف على التحرك محدودة في ساعات الليل



الإتاحة الجغرافية

أغلب خدمات الطوارئ والإسعاف تقدم مجاناً



الإتاحة الاقتصادية

لم يتم ذكر مشكلة في هذا الصدد



إتاحة المعلومات

لم يتم ذكر مشكلة في هذا الصدد



عدم التمييز

خدمات الإسعاف مقبولة للغاية، خدمات الطوارئ ضعيفة



المقبولية

خدمات الإسعاف جيدة. خدمات الطوارئ ضعيفة



الجودة

٤. العيادات الخارجية والفحوصات والمعامل

” في بئر العبد، العيادات الخارجية في المستشفى بتقديم تطعيمات الأطفال والولادة، وفيه عيادة أسنان وباطنة، ونساء وولادة، وفيها تحاليل برضه. وفيها فني تحاليل وفني أشعة لكن نتايج التحاليل بتبقى مش كويسة، عشان الأجهزة والفنيين مش مدربين.

رغم الرضاء النسبي عن حال الخدمات الصحية في المستشفيات في بئر العبد وخصوصًا إثر إنشاء مستشفى جديد هناك، فإن خدمات العيادات الخارجية والفحوصات والأشعة والخدمات التشخيصية لا تزال بعيدة عن ثقة المواطنين، فشهادات سكان بئر العبد كانت أنهم يلجئون إلى الإسماعيلية فيما يخص الفحوصات لضمان توفرها وجودتها.

فحتى رغم توفر بعض الأجهزة في المستشفيات العامة فإن النقص في الأطباء والفنيين المدربين لتكيب وتشغيل هذه الأجهزة والوصول إلى تشخيص سليم يجعل منها غير موثوقة النتائج. هذا العجز لا يغطيه القطاع الخاص هناك، فلا يوجد مراكز أشعة خارج المستشفيات بشكل عام.

فيما يخص العيادات الخارجية، يفضل السكان الخاص منها إن توفرت وإن لم تكن تكلفتها تمثل عائقًا ماديًا أمامهم. هناك خمسة عيادات خاصة ومعامل تحاليل في بئر العبد تتباين تكلفتهم، لكنها في النهاية تعتبر جميعها أكثر كلفة من الخدمات الطبية في الإسماعيلية والمحافظات الأخرى بسبب اختلاف العرض والطلب.

” إحدى الممرضات في بئر العبد

تقدم تلك العيادات خدمة جيدة يراها السكان إنها مرضية ذات تكلفة مرتفعة لكنها في الكثير من الأحيان هي الوحيدة المتوفرة هناك. لكن أجمعت شهادات المواطنين على التداخل الكبير والواضح بين عمل الأطباء في المستشفيات العامة ومع عملهم في عياداتهم الخاصة.

” العيادات الحكومية فيها كلام كثير، ممكن الدكتور يتفق معاك على إنها بتمن الخاص ويعملها لك في النبطشية بتاعته. بس إنت بتضطر تعمل كده. الموضوع ده بيحصل كثير، ويمكن بيأخذ فلوس أكثر من العيادات الخاصة.

” مفيش مراكز أشعة خاصة في الشيخ زويد. مفيش غير في المستشفى الحكومي بس، هناك فيه جهاز أشعة مقطعية وصل المستشفى من 4 شهور، لكنه متهاك جدًّا، ومستخدم قبل كده، وجابوه بس مش لاقيين حد يركبه. أصلًا قطع الكهرباء كافي إنه يمنع من تلقي خدمة الأشعة أو يؤدي إلى تلف الأجهزة.

” أحد سكان الشيخ زويد

العيادات الخارجية في المستشفى هناك ذات جودة مقبولة إذا توفر الأطباء، أما التحاليل والفحوصات التشخيصية، فهي حتى الآن لا تحظى بثقة المواطنين بشكل عام.

في الشيخ زويد والعريش لا زال هناك بعض العيادات الخاصة تتراوح ما بين ٣ إلى ٥ عيادات أسنان وعيادات أطفال، ٣ عيادات باطنة، ٣ عيادات جراحة و٣ عيادات نساء وولادة، إلا أنها لا تعمل طوال الوقت وتتأثر بشكل كبير بالوضع الأمني في المدينة.

” أحد سكان الشيخ زويد

التقييم العام

لوضع خدمات العيادات الخارجية والفحوصات والمعامل

متفاوتة من مدينة إلى أخرى



توفر الخدمات

متفاوتة من مدينة إلى أخرى



الإتاحة الجغرافية

في المستشفيات العامة لم تمثل تكاليف الخدمات عائقًا



الإتاحة الاقتصادية

لم يتم ذكر مشكلة في هذا الصدد



إتاحة المعلومات

لم يتم ذكر مشكلة في هذا الصدد



عدم التمييز

خدمات التشخيص المتوفرة محدودة المقبولة ولا تلقى ثقة المواطنين



المقبولة

ضعيفة ويصعب على السكان الثقة بدقة التشخيص



الجودة

٥. الصيدليات والدواء

أزمة الدواء القومية تزداد تعقيداً بشمال سيناء

عندنا في الشيخ زايد فيه نقص كبير في الأدوية لصعوبة إن الأدوية تدخل المدينة. الموضوع معقد جداً وبيأخذ دورة طويلة جداً لا تجدي ولا تفيد. لازم يكون فيه تنسيق أمني فعال في الموضوع ده. طالما عندك ما يثبت إن الدواء ده رايح لمستشفى الشيخ زايد خلاص يبقى مش لازم هذا الكم الرهيب من التفتيش والمضايقات المستمرة. كفاية تفتيش مرة واحدة وبعدين يطلع معاها حماية أمنية حتى تصل للمستشفى.



أحد سكان الشيخ زايد

أيضاً توضح الشهادات أنه في الأغلب، يكون الأطباء الصيادلة من السيدات، وتؤكد هذه الملاحظة البيانات الصادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء لعام ٢٠١٤ والتي تظهر تفوق عدد الأطباء الصيادلة الإناث على الذكور (١١٧ إلى ٨٤). وعلى الطبيبات أن يقمن بالتفاهم والتواصل بشكل مستمر وغير منظم مع ضباط الجيش لتأمين دخول الأدوية للمدن، فالتنسيق يتم بشكل عشوائي وتحميل هذه المسؤولية عليهن يضيف إلى مهنتهن تعقيداً إضافياً..

توضح شهادات الأطباء في المستشفيات أيضاً أن هناك نقصاً شديداً في المحاليل الطبية والأدوية الخاصة بالجراحات وعلى رأسهم أدوية التخدير التي، وفقاً لإحدى الشهادات، تمنع القوات المسلحة دخولها ما يسبب قصوراً شديداً في الخدمات المقدمة في المستشفيات.

إن الحق في الحصول على الدواء جزء لا يتجزأ من حقوق الإنسان، فالمستحضر الدوائي منتج لا غنى عنه، نظراً إلى ضرورته لضمان السلامة البدنية، بل وللبقاء على قيد الحياة في أحوال كثيرة. والحق في الدواء يشمل توفر الأدوية الضرورية المنقذة للحياة والأساسية على قاعدة من عدم التمييز لأي سبب من الأسباب.

ومن واقع بيانات الجهاز المركزي للإحصاء لعام ٢٠٠٨ (آخر بيانات متاحة)، يشكل معدل الإنفاق الذاتي من جيوب الأسر والمواطنين على الصحة قرابة 73% من الإنفاق الكلي على الخدمات الصحية، يشكل الإنفاق على الدواء فقط منها قرابة 34%. كذلك، يمثل متوسط الإنفاق الأسري على الغذاء والعلاج قرابة نصف ما تنفقه الأسرة في حياتها اليومية وذلك ما يجعل أية زيادات في أسعار هذه المكونات مشكلة حقيقية تواجه هذه الأسر، وتحرمها من أساسيات الحق في الحياة، وتشكل تهديداً لا يمكن تجاوزه آثاره دون وضع سياسات وحلول حقيقية لمواجهة وتقليل نتائجه السلبية على التنمية والأمن.

هذا ما عانت مصر منه أخيراً في ظل أزمة الدواء التي تفاقمت في عام ٢٠١٦. ما بين عدم التوفر، وارتفاع الأسعار وامتناع المصنعين والموردين من توفير الأدوية والمستحضرات الأساسية لضغوط يتعرضون لها. فنظام التسعير الحالي وغياب إطار تنظيمي للعلاقة بين شركات الأدوية والصيدلة ووزارة الصحة وعدم وجود سياسات تتحكم في قطاع الأدوية إضافة إلى الآثار الاقتصادية لتعويم الجنيه جعل من مشكلة الدواء أزمة متفاقمة ومعقدة، يعاني من تأثرها المصريون جميعاً.

عندما نضيف إلى هذه الصورة ظروفاً حياتية أمنية واقتصادية وحقوقية في غاية الصعوبة لسكان شمال سيناء، يصبح ملف الدواء من أوضح وأخطر معالم فقر الخدمات الصحية المقدمة إلى المواطنين هناك.

في مدينة العريش، تعد الصورة أفضل حالاً بعض الشيء من باقي مدن محافظة شمال سيناء، فلا يوجد شكاوي أساسية فيما يخص توفر الأدوية الأساسية وذلك لمحاولة وزارة الصحة توفير الأدوية الأساسية في مستشفى العريش العام كونها النقطة المركزية الوحيدة المتبقية لتقديم الخدمات الصحية في المنطقة. فالمستشفى تقدم ما يتوفر لها من الأدوية مجاناً، إلا أن سكان العريش يجدون صعوبة بالغة في الحصول على الأدوية الأخرى غير المتوفرة في المستشفى والتي تزيد أسعارها حتى عن القاهرة ومدن الدلتا.

سكان مدينة الشيخ زايد والمناطق المجاورة لها يعانون من عدم توفر وصعوبة الوصول وإتاحة الدواء بشكل كبير، فمستشفى المدينة ضعيفة من حيث الأطباء والأدوية والمستلزمات، وصيدلية المستشفى تعاني من مشاكل عدة، بالإضافة إلى ذلك، الصعوبة الشديدة في وصول الدواء إلى المدينة فالتعقيدات الأمنية البالغة تزيد الأزمة تعقيداً.

فرغم وجود العديد من الصيدليات الخاصة في المحافظة، فإن صعوبة دخول الدواء لأسباب أمنية بالتحديد تؤثر بشكل كبير في توفره وإتاحته، حتى الأدوية المقررة في قائمة الأدوية الأساسية.

التقييم العام

لوضع خدمات الصيدليات والدواء

يوجد عجز دائم في الدواء بشكل عام يشمل أيضًا الأدوية الأساسية



توفر الخدمات

تختلف من منطقة إلى أخرى وفقًا للوضع الأمني



الإتاحة الجغرافية

تمثل عقبة تزيد عما يعاني منه باقي مواطنين الجمهورية في ملف الدواء



الإتاحة الاقتصادية

محدودة، خاصة فيما يخص التثقيف الصحي



إتاحة المعلومات

لم يتم توثيق حالات تمييز في الحصول على الدواء



عدم التمييز

الخدمات المقدمة مقبولة مجتمعيًا بشكل عام



المقبولية

لم يرد شكاوي بخصوص جودة المنتجات الدوائية المتوفرة



الجودة

مستشفى الشيخ زايد



ثالثاً: حلول لأوجه القصور في المنظومة الصحية في شمال سيناء

من مقترحات الأهالي إلى توصيات مبنية على الدلائل العلمية والممارسات الدولية

1. الرعاية الصحية الأولية، المدخل الغائب للخدمات الصحية لسكان شمال سيناء

إن الرعاية الصحية الأولية هي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسرة والمجتمع بالنظام الصحي الوطني، وهي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى حيث يعيش الناس وتشكل العنصر الأول في الرعاية الصحية.

فوفقاً لهذا الإعلان، فإن الرعاية الصحية الأولية تشمل على الأقل: التثقيف بشأن المشاكل الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها، وتوفير الغذاء وتعزيز التغذية الصحية، والإمداد الوافر بالمياه النقية، وخدمات العلاج الأساسية ورعاية الأم والطفل، بما في ذلك تنظيم الأسرة والتحصين ضد الأمراض المعدية الرئيسية، والوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها بالعلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة وتوفير العقاقير الأساسية.

كما ينص الإعلان على أن تقديم الرعاية الصحية الأولية يتطلب تحقيق أقصى قدر من مشاركة المجتمع في التخطيط وفي التنظيم والتنفيذ والمراقبة، مع الاستعمال الأكمل للموارد المحلية وغيرها من الموارد المتاحة.

الرعاية الصحية الأولية ينبغي أن تدعم بنظم للإحالة تكون متكاملة وفعالة وتؤدي بصورة حقيقية إلى توفير الرعاية الصحية الشاملة للجميع، وتعطي الأولوية لمن هم أكثر افتقاراً إليها. فيما يخص سكان شمال سيناء وفي ظل الظروف المعيشية المعقدة الحالية لهم، تعتبر الرعاية الصحية الأولية أساس تقديم الخدمات الصحية التي لا غنى عنها لأنها ليست رفاهية.

هناك غياب شبه لكامل لخدمات الرعاية الصحية الأولية في المحافظة رغم توفر الوحدات الصحية المجهزة لتقديم تلك الخدمات. تعتبر أهم توصيات هذا التقرير بناءً على شهادات الأهالي والأطباء، أن تبدأ عملية الإصلاح من هذا المستوى من الخدمات. فهي الأقدر على الاستجابة لحوالي ٨٠% من احتياجات السكان الصحية كما إنها لديها القدرة على تخفيف الضغط بشكل غير مسبوق على المستشفيات وعلى خدمات الإسعاف والطوارئ إذا ما قامت بدورها بالشكل المناسب.

لقد حُدِّد إعلان ألما- آتا، قبل ثلاثين عامًا، مبدأ الرعاية الصحية الأولية كمجموعة من القيم التوجيهية للتنمية الصحية ومجموعة من المبادئ الأخرى اللازمة لتنظيم الخدمات الصحية وطائفة من النهج الواجب اتباعها لتلبية الاحتياجات الصحية ذات الأولوية ومعالجة المحددات الأساسية للصحة. ويعرّف هذا الإعلان الرعاية الصحية الأولية بأنها الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتكنولوجيات صالحة عملياً ومقبولة اجتماعياً وميسرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة، وبتكاليف يمكن للمجتمع والدولة توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطورها بروح من الاعتماد على النفس وحرية الإرادة، وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد. الذي تعد وظيفته المركزية ومحوره الرئيسي.

مشكلتنا الأساسية في أننا نوصل للخدمات. الخدمات الصحية الأساسية ديه أصعب حاجة. إللي محتاج عملية ولا تدخل طبي معقد بيضطر يسافر، لكن إللي محتاج يتابع ضغط أو سكر بشكل دوري؟ ولا الأم إللي حامل؟ أو الطفل إللي بيجهل إسهال أو محتاجه متابعة؟ يعملوا إيه دول؟ إللي عايز يحل بجد لازم يلاقي طريقة يشغل بيها الوحدات الصحية ديه بجد. لو ده اتعمل ديه هاتكون أهم تطوير حصل للخدمات إللي بناخذها في المنطقة.



٢. الشفافية والمشاركة المجتمعية الحقيقية والمحاسبة، ضرورات لا إصلاح بدونهم

تم التشديد في أغلب الشهادات سواء كانت من المواطنين أو مقدمي الخدمات الصحية على انتشار الفساد بشكل فح في جميع جوانب الحياة اليومية في محافظة شمال سيناء، ويقود ذلك الفساد بلا منافس، القطاع الحكومي.

هذا يعني بشكل عملي أن الكثير من المجهودات والموارد التي يتم توجيهها إلى خدمة مواطنين شمال سيناء، سواء كان ذلك من الأموال أو الموارد البشرية، سريعاً ما يبتلعها الفساد الذي أصبح هو القاعدة الأساسية وليس الاستثناء.

ففي ظل انشغال الناس والدولة بأحداث العنف والقتل والإصابات، تصبح الرقابة على المرافق العامة والعاملين بها آخر ما يشغل بال المسؤولين.

كما أوضحت الشهادات أن سياسات التكتّم والسرية في كل نواحي الحياة وانعدام المصارحة والشفافية تجعل من أي محاولة لمكافحة الفساد غير مجدية. حتى محاولات المجتمع المدني لن تتمكن من لعب الدور الذي يمكنها أن تلعبه في هذه الظروف إن لم يتم إشراكها بقدر من الثقة المتبادلة والشفافية.

وتصعب مكافحة الفساد بالأشكال التقليدية التي تعتمد فقط على المؤسسات الرقابية للدولة في ظل الوضع الأمني غير المستقر وصعوبة أداء أجهزة الدولة دورها بالشكل المطلوب، لذا، فمكافحة الفساد في سيناء يجب أن تستند بشكل أساسي إلى تحفيز وتشجيع وتمكين آليات المراقبة المجتمعية والتي، إن اتبحت لها المعلومات وإن تمكنت من أداء هذا الدور الرقابي، تمثل حلاً مستداماً وغير مكلف، من شأنه أن يقتلع الفساد من جذوره.

فالقضاء على الفساد هو أولوية قصوى لتحسين وضع الخدمات الصحية وغيرها من نواحي الحياة في شمال سيناء وغيرها من المحافظات، والطريقة الأكثر فاعلية واستدامة للقضاء على الفساد يتلخص في ثلاث كلمات: الشفافية، مشاركة المجتمع، المحاسبة. بدونهم، لن تعد أي محاولة لمكافحة الفساد جادة ولن تحقق أي نتائج حقيقية.

طبعاً إحنا عارفين إن الفساد موجود في كل حتة، بس إحنا كشمال سيناء، مقبرة المال العام.

في الفترة إللي فاتت، تم استغلال " الحرب على الإرهاب " في زيادة الفساد والنهب. فالفساد بياخذ راحته عشان مفيش حد متابع حاجة أو بيراقبه.

مفيش حد فاضي لحد، وكل حاجة سرية ومش معلنة فاللي عايز يعمل حاجة بيعملها.

الفساد الإداري بشع أكثر من أي محافظة في مصر.

بيقولوا للناس إحنا جايينلكم دكاترة من القاهرة أو المنصورة وهمه عارفين كويس قوي إننا في الحقيقة جايين عشان نقلل سنوات تكليفنا ونهرب من مساوئ الوضع في الوزارة.

أغلب الأطباء فاتحين عيادات خاصة ويحولوا عيانيين من المستشفى العام وكاتبين على العيادة تخصص وهمه مش معاهم ماجستير أساساً.

كل ما الفساد يبقى زيادة شوية يجيبوا وكيل وزارة صحة جديد، لكن المنظومة زي ما هيه، والفساد زي ما هوه.



بعض أقوال الأهالي
والأطباء من المحافظة

٣. أهمية الحوار المجتمعي الحقيقي

العاملون في هذا المرفق بل ويقدمون إليهم جميع سبل المساعدة. فهم يعون أن الإسعاف هدفه الوحيد خدمتهم والمشاكل التي تواجه المسعفين غير بعيدة عنهم. هذه الملكية المجتمعية هي السبيل الوحيد لإحداث إصلاح حقيقي في الخدمات الصحية وغيرها وبالأخص في المناطق التي تعاني من ظروف أمنية واجتماعية معقدة.

هذه المشاركة لا يجب أن تقتصر على الإعداد أو التخطيط ولكن دورها الأهم يبدأ في مرحلة التنفيذ. هنا تحصد السلطات ثمار المشاركة المجتمعية الحقيقية في اتخاذ القرار حيث يصبح المجتمع جزءاً فاعلاً في التنفيذ والرقابة على ما تم إشرافه في تخطيطه. تصبح الجباهير المحرك الأساسي لتنفيذ تلك الخطط حتى لو تم تغيير المسؤولين. فيصبح دور المسئول لا يتعدى تنفيذ ما اجتمع عليه المجتمع.

إننا كمجتمع مدني بنحاول نوعي الناس
ونراقب على أوجه الفساد، لكن إزاي لو
مافيش أي معلومات متاحة لنا ومافيش
إي إشراف لنا من الجهات التنفيذية؟

« أحد العاملين في المجتمع المدني بالعريش

تتميز محافظة شمال سيناء بتواجد ضخم للجمعيات الأهلية والروابط المجتمعية، ربما كان ذلك بسبب بعد المحافظة وتهيمشها على مدار عقود. ولكن هذا التواجد للمجتمع المدني واستعداد العاملين والمتطوعين فيه للعمل معاً ومع الدولة لسد الفجوات هي فرصة ذهبية لإحداث إصلاح مستدام وفعال.

ومن ثم فإن الدور البالغ الأهمية لهذا القطاع الشعبي من خلال آليات حقيقية للمشاركة في اتخاذ القرار وتنفيذه هو دور لا يمكن بدونه توقع أي نجاح لأي إصلاح في المنظومة الصحية أو أي شأن عام.

يحتاج السياسيون في المجتمعات التي تصف نفسها بـ"الديموقراطية" إلى وسيلة تمكنهم من توصيل فكرة أو خطة أو الدعوة إلى قضية أو برنامج سياسي لأشخاص ولطوائف أسندت إليها مسئوليات عامة. ومع مرور الزمن اندمجت فاعلية الخطب الطويلة أحادية المصدر وبدأت طرق أخرى للتواصل أكثر تعقيداً في الظهور هدفها الحصول على أكبر قدر من شعور المجتمع والأفراد بالمشاركة في اتخاذ القرار. ولكن شتان بين الحوار والمشاركة المجتمعية الحقيقية ومجرد استخدام مصطلح "الحوار المجتمعي" لإضافة صبغة تشاركية لقرارات تم الاتفاق عليها مسبقاً خلف أبواب.

فالحوار المجتمعي الحقيقي ومن بعده المشاركة المجتمعية الصادقة لهم هدف مختلف تماماً، وهو الحصول على فهم متبادل يهدد لنتائج تحقق منفعة متبادلة لأطراف الحوار. فهو لا يدعو أو يحاول بث فكرة محددة أعدها التنفيذيون مسبقاً ولكنه ببساطة يسعى إلى خلق تلك الأفكار وتطويرها من الأساس.

هذه المشاركة المجتمعية الحقيقية في جميع مراحل اتخاذ القرار وتطبيقه هي الفلسفة العامة التي يتخذها صانعو القرار في الكثير من الدول التي حققت نجاحات في المجال الصحي أو غيره. فاتخاذ مبدأ: Nothing about us without us أو "لا شيء يخصنا بدوننا" كشعار عام لأي اجتماع وأي قرار نتخذه أو أي تشريعات تخص المواطنين لا يمكن أن يتم دون إشراك هؤلاء المواطنين.

هذا النوع من إشراك المجتمع في اتخاذ القرار هو أهم ما تفتقده مصر في هذه اللحظة وهو أيضاً أهم ما نحتاجه بخاصة فيما يتعلق بنظامها الصحي وبالأخص، في المجتمعات التي تعاني من تحديات مضاعفة مثل شمال سيناء. فلا يجب أن يكتفي المسئولون بنشر قراراتهم على منفذها ولكن وقبل الشروع في أي نشاط يمس المجتمع بشكل عام، يجب ضمان شفافية نقل المشكلة والموارد المتاحة لحلها وإتاحة المجال للمجتمع للاشتباك مع ذلك وتقديم حلول تنفيذها. هذا يعني مجتمعاً غير مهمش، فعلاً، يمكن الثقة بدوره في تحسين ظروف معيشته بنفسه، يقدر مجهود التنفيذيين حتى لو لم يحققوا أقصى توقعاته، لأنه ببساطة على دراية بالمشكلة وأبعادها وقد ساهم بشكل مباشر في حلها.

تتجلى أهمية المشاركة المجتمعية الحقيقية في رضا المواطنين غير المتوقع عن خدمات مرفق الإسعاف في المحافظة، فرغم قصور الخدمة مقارنة بالمعايير الدولية أو أبسط حقوق المواطنين، فإن شفافية تقديمها وإدراك المواطنين ووعيهم بالمخاطر التي تواجه العاملين بها تجعلهم يقدرون ما يقوم به

٤. أزمة الأطباء وحلول مجتمعية لها

١. **تدريب الأطباء:** يعد غياب تدريب وإشراف مستمر على الأطباء في المحافظة من أكثر العوامل الطارئة لهم من العمل في شمال سيناء، ذلك حتى من قبل الظروف الأمنية الأخيرة. لذا، يجب ضمان وجود إشراف مستمر وتدريب للأطباء في عملهم من قبل اختصاصيين أو استشاريين أو أساتذة بشكل مستمر. نعي أنه من الصعب ومن المكلف انتداب هؤلاء لمستشفيات المحافظة، لذا، يجب استخدام إمكانيات التكنولوجيا الحديثة في هذا الأمر.

يعد قصور الفريق الطبي وعلى رأسهم الأطباء في المحافظة من أكبر المعوقات لتقديم الخدمات الصحية إلى المواطنين في المحافظة. سواء كان ذلك على مستوى الرعاية الصحية الأولية أو في المستشفيات. أعداد الأطباء في المحافظة محدودة، والتخصصات نادرة، أما قدراتهم وتدريبهم فهو منقوص للغاية. نسرد هنا بعض الحلول المقترحة لسد تلك الفجوات:

ومحدودية في الإمكانية وقد حققت نتائج إيجابية شديدة لأكثر من عقدين حتى الآن.

٣. يتحتم التوجه نحو اللامركزية في التعليم الطبي والتوسع في التعليم الطبي المجتمعي الذي يجعل من طالب الطب عاملاً في المنظومة الصحية المحلية من أول يوم دخوله الكلية. فادت كوبا هذه الحركة في التعليم الطبي المجتمعي وحققت نتائج مثيرة للإعجاب وأصبحت تصدر أطباءها إلى دول العالم لنقل خبراتهم. علينا الاستفادة من تلك التجارب وتطبيقها بشكل ذكي ومتحرر من التعقيدات الشكلية والبيروقراطية، بهدف سد فجوة الأطباء بالاعتماد على أطباء محليين من سكان المحافظة وليس من الأطباء المغتربين. هذا النوع من التعليم الطبي من شأنه ضمان تواصل واهتمام أكثر للأطباء بمرضاهم وتوفير أطباء محليين من السيدات اللاتي هم على دراية كاملة بعبادات وتقاليد هذا المجتمع ولديهم القدرة على الوصول إلى الفئات الأكثر تهميشاً فيه.

٤. يجب تحسين ظروف معيشة الأطباء المكلفين أو المنتدبين في المستشفيات والوحدات الصحية والحد من التعقيدات التي تواجه المتطوعين منهم، من حيث العمل والتنقل والعتور على أماكن السكن الملائمة وغيره.

٥. في بعض المدن يوجد تواجد للقطاع الخاص يمكن أن يساعد على سد فجوة الخدمات الصحية من خلال الاستناد إلى التعاقد معه مقابل ضمان تقديم الخدمة الصحية بالجودة التي تتماشى مع المعايير التي تحددها وزارة الصحة. أيضاً، قد يكون هذا حلاً مناسباً فيما يخص التخصصات أو الفحوصات غير المفعلة في المستشفيات العامة.

٦. لجوء الوزارة إلى فرق الانتشار السريع أمر محمود. فهذه الفرق تتكون من طاقم خاص من الوزارة يشمل أطباء تخدير وجراحات وعظام وقمرض. يتحركون حسب الاحتياج وتتعاقد معهم الوزارة بمبالغ ضخمة ليؤدوا عملهم لأسابيع. نوصي بمزيد من الإشراف والمتابعة على تكوين وعمل تلك الفرق التي يشوبها الفساد ويتجلى ذلك في التعاقد مع أطباء غير أكفاء وعدم أدائهم الدور المتفق عليه.

أكبر مشكلة هي توفر الأطباء والفريق الطبي عامة. وتحفيزهم مش بس بالفلوس. لازم يكون هناك أساسيات الحياة الكريمة. وبالتالي، وضع الخدمات الصحية مش هايتحسن لوحده إلا لو حياة الناس بشكل عام بقت أحسن. لو مفيش تعليم أو صحة أو ماء نضيف أو أكل كويس أو خدمات عامة معقولة مفيش دكتور هايروح هناك ولو راح هايبقى على الورق ومش هايقعد هناك. حتى لو بيأخذ فلوس كتير.



أحد الأطباء المكلفين في المحافظة

٢. فيمكن على سبيل المثال إنشاء وحدة تدريب ومتابعة طبية عن بعد بالتعاون مع كليات الطب في القاهرة واستخدام وسائل التواصل الحديثة بين الأطباء الميدانيين في المحافظة والمشرفين عليهم من المتخصصين في القاهرة. ليس فقط في حالة وجود أسئلة، وإنما إشرافاً كاملاً وباستخدام تكنولوجيا المعلومات التي تمكّن من إرسال نتائج التحاليل الطبية والأشعة واستشارة الاختصاصيين حول سبل العلاج الأنسب وغيرها. تلجأ لتلك الأدوات الكثير من الدول الأكثر فقراً

٥. التمريض وحتمية الخروج عن الأطر التقليدية

في التدريب والتشغيل

يعني ٧ سنوات يكون المتخرج منهم محدود للغاية، نشير هنا إلى أن تعليم الطب البشري بألمانيا والنمسا يأخذ من ٤ إلى ٥ سنوات تشمل درجة الماجستير!

هذه الأطر الطويلة والتقليدية للتعليم قد عفا عليها الزمن وأصبحت لا تتناسب مع الواقع الذي نعيش فيه وبخاصة، بالنسبة إلى محافظة يعاني أهلها من ضعف شديد في الخدمات الصحية.

يجب التوسع في الخروج عن الأطر المألوفة والاستناد أكثر إلى تدريب الأهالي من المجتمع المحلي على أساسيات الخدمة الصحية والتمريض من خلال برامج تدريبية محدودة الوقت وموجهة، ثم تسهيل إجراءات العمل والتطوع في هذه الأعمال الضرورية. من هذه البرامج الموجهة على سبيل المثال برنامج تدريب ممرضات الرعاية الصحية الأولية على مهارات المولدات التي تقوم به وزارة الصحة بالتعاون مع المنظمات التنموية الدولية في محافظات عدة.

تتميز محافظة شمال سيناء بوجود أعداد مقبولة من أفراد التمريض، مختلفة بذلك عن باقي المحافظات. فأغلب العاملين في التمريض من سكان المحافظة، وهناك مدرسة ومعهد للتمريض في العريش يوفر احتياجات المحافظة من التمريض. لذا، من الحلول الأساسية الاهتمام أكثر بالتمريض ووضع حوافز وآليات تشجيعية لشباب وشابات المحافظة للعمل بالتمريض وتدريبهم وتمكينهم من أداء مهام أكثر تنوعاً وتعقيداً عن المعهود لسد حاجات المحافظة.

كما يجب الخروج من أطر التدريب والتعليم التقليدية والتي تأخذ وقتاً وموارد كبيرة ولا تنتج بالضرورة ممرضين وممرضات لديهم القدرة على سد حاجات المحافظة. فمدرسة التمريض في المحافظة محدودة الإمكانيات، والحق في ممارسة المهنة يأتي بعد ٥ سنوات في مدرسة التمريض ثم سنتين في معهد التمريض في العريش (حيث التعليم بالإنجليزية) يليهم التكليف. هذا

حل مقترح: تجربة مشروع تدريب ممرضات الرعاية الصحية الأولية على مهارات المولدات

والجنسية. فالمولدة تعمل في أي مناخ أو مكان سواء كان هذا في المنازل أو العيادات أو الوحدات الصحية أو مع المجتمع مباشرة.

حتى آخر بيان رسمي مععلن، على الأقل 50% من وحدات الرعاية الصحية الأولية تعمل فيها على الأقل ممرضة واحدة مدربة على مهارات المولدات القابلات وفي بعض المحافظات تصل هذه النسبة إلى 80%. حالياً تم تدريب 2260 ممرضة في 22 محافظة وذلك منذ عام 1997.

أما عن نسب رضاء المنتفعات فرغم غياب قياسات كمية دقيقة لها فإن الأبحاث الكيفية التي تم القيام بها على فترات مختلفة وآخرها في ديسمبر 2012 تشير إلى رضاء عام مرتفع سواء كان ذلك من قبل الأمهات أو الأسر أو الممرضات ذاتهم. فضلاً عن الخدمة الطبية الأفضل والرعاية الإنسانية التي تصل إلى هؤلاء السيدات، لوحظ أن البرنامج حقق هدفاً ثانوياً حميداً وهو تمكين الممرضات العاملات في هذا المجال وإتاحة الفرصة لهم للتوسع والابتكار في تقديم خدماتهن. فقد أصبح برنامج التدريب فرصة واستثماراً يتيح لهن امكانيات جديدة لخدمة مجتمعهن، لتقدير المحيطين وإعالة أسرهن بصورة أفضل.

فإن توفرت إرادة سياسية واضحة في تقديم تدريب يضاها المعايير العالمية في مهارات المولدات، فيمكن لتلك الممرضات سد فجوة كبيرة يعاني منها سكان المحافظة في خدمات الرعاية الصحية الأولية للمرأة والطفل ومن تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة وتحقيق الجودة في حياة المواطنين وبخاصة الفئات الأكثر احتياجاً من سكان المحافظة.

بالرغم من أن مصر لديها قصص نجاحات متعددة في خفض نسبة وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، فإن تحقيق الهدف الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية على عام 2015 يستلزم المزيد من العمل في مجال صحة الأم والأطفال حديثي الولادة خاصة للسيدات الريفيات والأكثر فقراً والسكان في المناطق النائية.

ونظراً إلى أن تلك الفئة هي في الأغلب ليس لها أي غطاء تأميني ولا تعمل ضمن قطاع رسمي يمكن استهدافها من خلاله، فقد بدأت وزارة الصحة منذ عام 1997 في التخطيط والتنفيذ لمشروع تدريب ممرضات الرعاية الأولية على مهارات المولدات القابلات. يأمل برنامج التدريب في تمكين المولدات المدربات من المشاركة في الأهداف القومية لخفض نسب وفيات الأمهات والحديثي الولادة. وذلك بعد ضمان مظلة تنظيمية وتشريعية ملائمة لعملهم ومتابعة وتعليم مستمر لضمان جودة الخدمات المقدمة.

فالقابلة المولدة ("الدابة") هي متخصصة مدربة ومسؤولة، تعمل بالشراكة مع السيدات المستهدفات حتى تقدم إليهن الدعم اللازم والرعاية والمشورة أثناء الحمل والولادة وما بعدها، تساعد في الولادة الطبيعية على مسؤوليتها والرعاية الصحية للأطفال حديثي الولادة. تشمل هذه الرعاية الإجراءات الوقائية، تحديد وجود أي تعقيدات أو مضاعفات لدى الأم والجنين، التعامل مع الحالات الحرجة والتحويل إلى رعاية طبية متخصصة إذا لزم الأمر. لدى القابلة أو المولدة دور محوري في المشورة الصحية والتثقيف ليس للمرأة فحسب ولكن أيضاً للأسرة والمجتمع. ويجب أن يشمل هذا رعاية ما قبل الولادة والاستعداد للولادة والصحة الإنجابية



٦. المستشفيات العامة: تدخلات تمكناها من

الاستجابة لاحتياجات متلقي الخدمة

إضافة إلى النقص الكبير في الفرق الطبية المدربة في مستشفيات المحافظة، وجب التنويه إلى مجموعة من التدخلات فيما يخص مستشفيات المحافظة من شأنها رفع كفاءتها وقدرتها على الاستجابة لاحتياجات المواطنين بشكل أفضل، منهم:

١. مستشفى بئر العبد لديها قابلية لسد جزء كبير من أوجه القصور في المستشفيات العامة في المحافظة، إن توفرت فيها المعدات والأجهزة وإن تم ضمان تشغيلها من خلال فريق طبي متعدد التخصصات كفاء. يجب أيضًا إشراك المجتمع المدني المحلي في الرقابة المجتمعية على عملية التشغيل لمنع الفساد فيها والذي قد يهدر من إمكانيات وقدره هذه المستشفى على سد الفجوة التي يعاني منها المواطنون.
٢. مستشفى الشيخ زويد تنقصها تجهيزات أساسية، تأمين مناسب وإنهاء الترميمات فيها. هذا المستشفى يمكن تحويله إلى مستشفى عام والاهتمام به، كونه المستشفى الوحيد الذي يخدم مصابي أعمال العنف المسلح بشكل أساسي.
٣. الخدمات الطبية المتقدمة في بئر العبد، والحسن ونخل يجب أن يكونوا على مستوى عال من الجودة من حيث التجهيز والفريق الطبي، فهو خارج محيط مناطق العنف المسلح.
٤. مستشفى العريش العام يجب تجهيز العمليات والرعاية المركزة فيه بشكل كامل وتوفير المعدات وأدوية التخدير والمستهلكات بشكل مستمر فيه. كما نوصي بزيادة قدرة المستشفى على تقديم خدمات الغسيل الكلوي وجراحات الأوعية الدموية نظرًا إلى الزيادة الملحوظة في حالات الفشل الكلوي والجلطات.
٥. يتحتم ضمان توفير النواقص من الأدوية والمستلزمات الطبية ووصول طلبيات المستشفيات سريعًا وتأمينها أو نقلها من خلال القوات المسلحة مباشرة.
٦. في أغلب الأحوال، الأطباء لا يغادرون سكن المستشفى، لذا، يجب ضمان توفير مكان مريح لإقامتهم وتوفير سبل الاتصال المختلفة حتى يتسنى لهم التواصل مع أطباء آخرين أو استشارة بروتوكولات العلاج الدولية والمراجع.

يعتبر مفيش صحة، فيه مستشفيات وأجهزة لكن مفيش أطباء كفاء. أغلبهم غير منتظم الحضور، التكاليف فقط إللي موجودين وهم منعدمي الخبرة، أغلب النواب غير موجودين، وبالتالي ما بتعلمش حاجة، محدش هيصح خطئي، ولا ها ينقذ المريض نتائج عدم خبرتي.

الوضع كما هو سواء بوجودنا من عدمه لأن وجودنا مبيضيفش طبيًا وفعليًا حاجة، مجرد عدد ومنظر إن الوزارة غطت عدد الوحدات الصحية بالمحافظة.

أنا بنت وعرضت نفسي للخطر الأمني ده عشان مميزات النائي سنة واحدة تكليف وماجستير، لكن محدش يرمي نفسه فى مكان زى ده غير آمن وبدون أي إمكانيات للتعليم باختياره فمافيش دكاترة هتيجى متوقع إنهم يكونوا كويسين.

كان فيه طاقم طبي من جامعة قناة السويس حابب يبجي يتطوع، اتقابلوا بتعقيدات كتير وطوابير على الكمائن.

إللي بيكون معاه واسطة من الأطباء بيتسجل وميحضرش. بيتبقى عدد محدود من أطباء التكاليف يشيل الشغل ويتضغ جدًا لحد ما يسيب المكان ويمشى.



شهادات بعض الأطباء المكلفين والمنتدبين في المحافظة

٧. نظام الإحالة والإسعاف ونقل المصابين

ما ينقص خدمة الإسعاف هو نظام إحالة فعال وتنسيق جيد بين المرافق والسلطات الأمنية في المحافظة بخاصة مع حركة الإسعاف ليلاً والتي تأخذ وقتاً طويلاً وقد لا تكون متاحة للظروف الأمنية في الطرق.

أيضاً، يتم اللجوء في بعض الأحيان إلى الإسعاف الطائر بخاصة مع المصابين العسكريين. يوصي الأهالي بشمول المدنيين في هذه الخدمة بخاصة بشكل أكثر تنسيقاً وأن أقرب مكان للإحالة هو الإسماعيلية والتي قد يستلزم الوصول إليها حتى ١١ ساعة عن طريق البر نظراً إلى كثرة الكمائن الأمنية على الطرق.

ولكن يبقى أكبر أوجه القصور في خدمة الطوارئ في المستشفيات في المحافظة والتي لا تقدم الحد الأدنى من الخدمات للتعامل مع الحالات المحالة إليها. فمستشفى العريش العام محدود الإمكانيات والموارد البشرية المدربة، فغالباً ما تكون أقرب مستشفى يمكن التحويل إليها في الإسماعيلية.

نوصي بضرورة تقديم خدمات الطوارئ بشكل جيد في مستشفى واحد على الأقل في المحافظة، وإن كان الموقع الجغرافي للمستشفيات في رفح والشيخ زايد والعريش يقف حائلاً دون وصول فرق طبية مدربة وكفاء بسبب الوضع الأمني، حتى هذا الحين، يجب التنويه إلى أهمية أن تكون الخدمات المقدمة في الإسماعيلية شاملة، مرتفعة الجودة، لا تمثل أي عائق في الإحالة أمام المواطنين، فهي عملياً تخدم أيضاً سكان محافظة شمال سيناء.

تم الإشارة إلى أن مرفق الإسعاف يلقي قبولاً مجتمعياً كبيراً بين أهالي المحافظة والعاملين في القطاع الصحي في المحافظة على حد سواء. فتواجد سيارات الإسعاف واستجاباتهم والشفافية في عرض الصعوبات التي تواجههم يجعل خدمات الإسعاف الأكثر قرباً واستخداماً من جمهور المواطنين، ليس فقط في الحالات الخطرة، إنما أيضاً في حالة التعرض لأمراض بسيطة، مستبدلة بذلك خدمات الرعاية الصحية الأولية غير المتوفرة.

همه من حيث الكفاءة شغالين على أكمل وجه، ومبيخدوش قرش ودي حاجة مضمونة تماماً، لكن فيه حاجة شديدة للتنسيق الأمني.

« أحد سكان الشيخ زايد



٨. أزمة الدواء، تجلُّ لغياب أطر لحوكمة

المنظومة الصحية

المشاكل التي تواجه قطاع الصيدلة والدواء يمكن تقسيمها إلى مشاكل تواجه هذا القطاع بشكل عام على مستوى الجمهورية ومشاكل إضافية خاصة بالوضع في شمال سيناء بالتحديد.

فيما يخص الأزمة القومية للدواء

ووضعت المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، حلولاً لتلك المشكلة، من بينها: وضع سياسة دوائية وطنية شاملة لتحديد أدوار الجهات الوطنية المختلفة المعنية بالدواء، وتوضيح كيفية التنسيق بينها، وأن تتضمن تلك السياسة رؤية شاملة وبعيدة النظر لقضايا الدواء في مصر، كالرقابة على الدواء، والبحث والتطوير، وتسعير الدواء، ومستقبل الصناعة الدوائية، بجانب تدعيم الصناعة الدوائية الوطنية والحفاظ عليها كأحد أعمدة الاقتصاد الوطني، وتشجيع الاستثمار فيها، ليس فقط بتصنيع الأدوية.

كما نؤكد على أهمية تأسيس مجلس أعلى للدواء مستقل عن وزارة الصحة، يتسم بالحياد ويضم كافة الأطراف العاملة في قطاع الدواء ويضم ممثلين عن المجتمع المدني والمواطنين يشرف على وضع السياسات والإستراتيجيات الدوائية التي تحمي حق المواطن في الحصول على الدواء، وتوفير قاعدة بيانات ومعلومات حول عناصر التسجيل والتسعير والرقابة وخطط الاستيراد والتصدير، على أن تتسم بالشفافية، بالإضافة إلى وضع سياسات تسعير دوائية لا تغفل العوامل الاقتصادية والاجتماعية في البلاد، وتتسم بالشفافية والمرونة، على أن يأتي التسعير متوافقاً مع دخول المرضى الفقراء.

يجب أيضاً الإشارة إلى أن أزمة الدواء هي أحد مظاهر أزمة المنظومة الصحية ككل والسياسات الاقتصادية بعامة، ففي غياب آليات للحماية الصحية الشاملة وتغطية تأمينية جيدة، وفي انحيازات اقتصادية تبتعد عن مبادئ

العدالة الاجتماعية في الصحة، سوف نظل نعاني من سوق دوائي غير منضبط واستهلاك غير رشيد للدواء، وعدم اتباع الإرشادات الطبية الإكلينيكية العلاجية الموحدة من قبل المؤسسات الطبية والأطباء.

فالسياسات الصحية الحالية ينقصها أطر حوكمة رشيدة لهذا النظام (مثل مجلس أعلى للصحة، ومجلس أعلى للدواء والغذاء) وفي ظل غياب الرؤية والسياسات الإستراتيجية الواضحة التي تتبع بغض النظر عن نوعية القيادات القائمة على تنفيذها.

علاجات لأوجه قصور خاصة بالدواء

في شمال سيناء

- يجب ضمان تواجد أساسيات تقديم الخدمات الصحية وقائمة الأدوية الأساسية في جميع مستويات الخدمة الصحية في المحافظة، وعلى رأسهم وسائل منع الحمل، التطعيمات، المضادات الحيوية الأساسية، المحاليل الطبية، سرنجات الأطفال، أدوية الأمراض المزمنة، مستلزمات التحاليل، أدوية التخدير للمستشفيات.
- التراجع عن سياسة القوات المسلحة من تحديد دخول الأدوية المحافظة وضمان تنسيق بين الأجهزة الأمنية ووزارة الصحة فيما يخص حركة ودخول الأدوية.
- التراجع عن سياسة منع دخول أدوية التخدير الأساسية لإجراء العمليات الجراحية وأدوية الآلام أو التوصل إلى آلية تنسيق لضمان تسليمها للأطباء بالمستشفيات ومنع تهريبها.

٩. توفير وإتاحة المعلومات

تبقى من أهم التوصيات للحلول بذل مجهود في إتاحة ونقل المعلومات الخاصة بالخدمات الصحية المتوفرة والبدايل المتاحة بشكل سريع ومنتشر ومتجاوب مع احتياجات المواطنين وظروف معيشتهم.

فنحن على ثقة بأن عددًا لا بأس به من أوجه القصور التي يعاني منها المواطنون في المنظومة الصحية، لدى وزارة الصحة لها حلول أو أماكن مخصصة لتقديم تلك الخدمات، ولكن لا يعلم بها المواطنون بالشكل الكافي. فلا يكفي حل المشاكل إن لم يتم إتاحة معلومات عن ذلك للمستفيدين. ونوصي هنا بالتعاون المستمر مع منظمات المجتمع المدني في هذا الشأن، فالمجتمع المدني الحيوي في المحافظة يمثل فرصة للتواصل مع المجتمع بشكل دائم إن تم استغلاله بشكل جيد.

ولدى الدولة المصرية أمثلة عملية يمكن الاستفادة منها في هذا الشأن مثل أطر التعاون الموجودة بين جهاز حماية المستهلك والجمعيات الأهلية. فقاوون

حماية المستهلك في مصر يتيح للجمعيات الأهلية لعب دور فعال في أنشطة حماية المستهلك بالتنسيق مع الجهاز. هذا يعني عملياً تواجد الجهاز في جميع أنحاء الجمهورية من خلال الجمعيات الأهلية دون أي مجهود إضافي وموارد كبيرة.

كما سوف يؤدي توفر المعلومات وإتاحتها إلى تقليل التكدس والضغط الزائد على بعض أوجه تقديم الخدمات الصحية في المحافظة، فعلى سبيل المثال، توفير معلومات محدثة عن الخدمات المتوفرة في المنشآت الصحية المختلفة وسبل التحويل إليها من شأنه حل أزمة يومية تواجه سكان المحافظة والفريق الطبي على حد سواء.

أخيراً وكما ذكرنا سلفاً، فإن توفير المعلومات يعد أساس تمكين المجتمع المدني من أداء دوره في الرقابة المجتمعية على الخدمات ومن ثم كشف الفساد والحد منه ومنع التبدد المستمر في موارد الدولة.

المراجع

١. وكيل الصحة بشمال سيناء:
المحافظة تشهد طفرة كبيرة بالقطاع الصحي والطبي، أخبار مصر، 2015/08/29
<http://www.egynews.net/675543/ط-تشهد-المحافظة-سيناء-المحافظة-تشهد-ط>
٢. العودة إلى ألما-آتا، د. مارغريت تشان، المديرية العامة، منظمة الصحة العالمية ، سبتمبر 2008.
<http://www.who.int/dg/20080915/ar>
٣. الهيئة العامة للاستعلامات المصرية،
<http://www.sis.gov.eg/newVR/sinia/html/sinai02.htm>
٤. شمال سيناء، الموقع الرسمي للمحافظة
<http://www.northsinai.gov.eg>
٥. تحليل القطاع الصحي المصري، النسخة الصادرة عن وزارة الصحة السكان في عام ٢٠٠٣ - EHS4 D4
٦. التشريعات الصحية في مصر، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، ٢٠١٤
٧. دستور جمهورية مصر العربية، عام ٢٠١٤
٨. الحق في الصحة، صحيفة وقائع رقم 323 ، منظمة الصحة العالمية، نوفمبر 2013
٩. الصحة في الدستور - مقترح توافقي حول التزامات الدولة تجاه احترام وتحقيق وحماية الحق في الصحة للجميع دون تمييز، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، أكتوبر ٢٠١٣
١٠. تقرير التنمية البشرية - الصحة والعدالة الاجتماعية، علاء غنام، 2016
١١. تاريخ الإدارة الصحية في مصر من عهد أفندينا محمد علي باشا إلى الآن، د. أحمد محمد كمال سكرتير الجمعية الصحية المصرية، الرغائب، 1943
١٢. إعلان ألما آتا، 1978

REFERENCES

1. Zachary Laub, Security in Egypt's Sinai Peninsula, Council on Foreign Relations, December 11, 2013, <http://www.cfr.org/egypt/egypts-sinai-peninsula-security/p32055>
2. M. Guimei, Situation Analysis of Midwifery Education and Training in Egypt, UNFPA- Cairo; Egyptian Ministry of Health, December 2012
3. Rwanda's Progress in health: Leadership, performance and insurance, Overseas Development Institute, Development Progress, ODI publications, 2011, http://www.developmentprogress.org/sites/developmentprogress.org/files/rwanda_report_-_master_0.pdf
4. The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health, The Political Origins of health inequity: prospects of change, O.P. Ottersen et al., Published online February 11, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62407-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62407-1)



المبادرة المصرية للحقوق الشخصية

تعمل منذ عام 2002 على تعزيز وحماية الحقوق والحريات الأساسية في مصر ،
من خلال البحوث والدعوة ودعم التقاضي في مجال الحريات المدنية والاقتصادية
والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والعدالة الجنائية .

14 شارع السرايا الكبرى، جاردن سيتي | القاهرة | مصر
0227960197 | eipr@eipr.org | www.eipr.org