

الرعاية الصحية قضايا.. وحلول

الدكتور حسان شمسي باشا

إستشاري أمراض القلب في مستشفى الملك فهد للقوات المسلحة بجدة
زميل الكلية الملكية للأطباء في لندن/ زميل الكلية الملكية للأطباء في غلاسجو
زميل الكلية الملكية للأطباء في إيرلندا/ زميل الكلية الأميركية لأطباء القلب
خبير في مجمع الفقه الإسلامي الدولي (جدة)

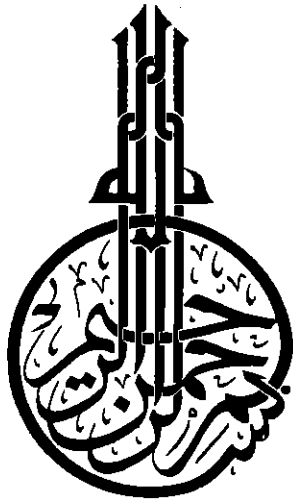
الأستاذ الدكتور عدنان أحمد البار

استشاري طب الأسرة
زميل الكلية الملكية لأطباء الصحة العامة ببريطانيا
زميل الكلية الأميركية للأطباء التنفليين
استاذ طب الأسرة والمجتمع بكلية الطب
بجامعة الملك عبد العزيز
رئيس المجلس العلمي لطب الأسرة والمجتمع
بالمهية السعودية للتخصصات الصحية
رئيس مجلس إدارة جمعية زمزم للخدمات الصحية التطوعية

الدكتور محمد علي البار

عضو وزميل الكلية الملكية للأطباء بلندن
مستشار الطب الإسلامي ومستشار الأمراض الباطنية
خبير في مجمع الفقه الإسلامي (جدة)
وخبير في المجمع الفقهي لرابطة العالم الإسلامي
(مكة المكرمة)

دار القضاء
دمشق



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مقدمة

إذا كانت الولايات المتحدة تنفق سنويًا (١٩٨) بليون دولار على معالجة أمراض القلب والشرايين فقط، في الوقت الذي تظالعنا فيه الإحصائيات الأمريكية التي أصدرتها جمعية القلب الأمريكية عام (٢٠٠٥م) أن (٩٤) مليون مصاب بارتفاع كولسترول الدم لا يتلقى علاجاً وذلك من أصل (١٠٧) ملايين شخص!!
وأن (٢٧) مليون مصاب بارتفاع ضغط الدم - من أصل (٦٥) مليون مصاب بارتفاع ضغط الدم - لا يعالجون!!

وأن هناك (١٥) مليون مصاب بمرض السكر، ولكن في المقابل هناك (٦) ملايين مصاب بمرض السكر غير مُشخَّص حتى الآن في الولايات المتحدة!! إذا كان الأمر كذلك في البلد الأول في العالم فكيف تكون الحال في سائر البلدان؟
ثم ألا يحق لنا أن نتساءل: هل هذا النظام الصحي نظام ناجح وفَعَال؟
وهل هو النظام الصحي الذي ينبغي أن يكون نبراسًا لكل نظام صحي في العالم العربي؟

ويتساءل الخبراء أين تُنفق كل هذه الأموال الضخمة؟
أليس معظمها يُنفق على أحدث التِقْنِيَّاتِ العلاجية من أجهزة واختراعات؟
ويُترَكُ القليل من الدولارات لوقاية المرضى من شُرور الأمراض؟
أليست الشركات العملاقة تلهث خلف الأرباح الهائلة من وراء كل تلك المخترعات؟

بالطبع ليس هناك أحد ضد التقدم العلمي من أجل حياة أفضل لكل مريض!!

ولكن ألا يجدر بنا - في الوقت نفسه - أن نفكر في وقاية الملايين ممن هو قادم على كارثة في القلب أو الدماغ إن لم يعالج ارتفاع ضغط الدم عنده أو مرض السكر .. أو ارتفاع الكولسترول .. أو يتوقف عن التدخين!!؟

وتذكر أحدث الإحصائيات أن الإنفاق الأمريكي على الرعاية الصحية يبلغ حوالي (١,٣) تريليون دولار في العام الواحد، وهو ما يعادل (١٣,٢٪) من الناتج المحلي الإجمالي.

وإذا كانت الولايات المتحدة تنفق ستة «ستات» فقط على الوقاية الأولية من الأمراض (Primary Prevention) وذلك من أصل كل دولار ينفق على الخدمات الصحية (أي ٦٪ فقط على الوقاية). فكم ننفق نحن في بلادنا العربية!!؟ ...
وكم نعطي الرعاية الصحية الأولية من الاهتمام؟

وماذا نفعل لإيقاف زحف وباء السكر في دول الخليج الذي يصيب الآن ربع السكان البالغين؟

ماذا نفعل لإيقاف أخطبوط «التدخين» الذي يفترس الملايين، ويسحب من ميزانيتنا المليارات من الدولارات؟

ماذا نعمل لوقاية أبنائنا وأنفسنا من أمراض العصر؟

ألا ينبغي أن نفعل شيئًا لإيقاف زحف بلاء «البدانة»، و«قلة الحركة» و«الوجبات السريعة» على شبابنا وفتياتنا؟ أليس علينا أن ننشر الوعي بين أبنائنا وبناتنا قبل أن تدهمهم الأمراض؟ وهل تقوم وسائل الإعلام بدورها في توعية الناس من خطر تلك الأمراض؟

هل لدينا عدد كاف من أطباء الأسرة الذين يعطون الوقت الكافي لكل مريض .. ويتابعون المرضى بانتظام؟

هل نحن بحاجة إلى «روبوت» يكلف الملايين من الدولارات لإجراء العمليات الجراحية .. رغم أنه لا يقدم شيئًا يُذكر فوق ما تقدّمه أنامل الجراحين الأكفاء؟

هل نحن بحاجة إلى اللهاث خلف موضات الأجهزة الباهظة الكلفة التي تصنعها الدول المتطورة، والتي لا تقدّم فائدة تُذكر فوق ما تقدّمه الأجهزة الرخيصة، التي تقوم بإعطاء المعلومات الأساسية والكافية للطبيب؟. فما يمضي الشهر أو الشهران إلا وتُخرج تلك الشركات جهازاً مُطوّراً عن جهاز سابق قد لا يكون أضيف إليه إلا القليل القليل!!

هل الأولى أن نجري خلف تلك الموضات أم نعطي الأولوية للوقاية من الأمراض، ومعالجة الأمراض الشائعة عند الصغار والكبار؟

هل لدينا «مُثَقَّف صحي» Health Educator في كل قسم من أقسام مستشفياتنا؟

هل لدينا أخصائي/ أخصائية تغذية في كل جناح من أجنحة المشافي؟ ينشرون الوعي، ويرشدون المرضى إلى غذاء صحي سليم؟

ألا يدخل كثير من المرضى المصابين بجلطة (احتشاء) القلب إلى غرف العناية القلبية، ويمكثون هناك أياماً . . . ثم يخرجون غير عارفين بما حصل لهم . . . ولماذا حصل لهم؟ . . . وما هو ارتفاع كوليسترول الدم؟ أو ما هو ضغط الدم الطبيعي؟ ثم إن كانوا من المدخنين، كيف يُقلعون عن التدخين!!؟

هل نوزّع على مرضانا في كل مستشفى أو عيادة أو مركز صحي - كتيبات صغيرة أو نشرات صغيرة حول الأمراض الشائعة . . . تعطي المريض فكرة عن مرضه . . . أسبابه وعلاجه وطرق الوقاية منه!!؟

هل هناك عيادة - في كل مستشفى - تساعد المرضى على التوقف عن التدخين؟

فكثيرٌ هم المرضى الذين يرغبون في الإقلاع عن التدخين، ثم لا يجدون من يكون لديهم دليلاً مرشداً . . . أو وسيلة مساعدة تخرجهم من ذلك البلاء!!

هل هناك ممرضة/ ممرض مُتخصّص في مرض السكر Diabetic Sister في

كل مستشفى . . يمكن لمريض السكر الاتصال به ليلاً أو نهاراً . . يستفسر منه عن أمر طارئ حول مرضه أو علاجه . . !؟

هل استطعنا أن نثقف مرضانا بوسائل عديدة، كوضع «تلفزيونات» في أماكن انتظار العيادات . . تعرض أفلاماً عن مرض السكر . . أو عن التدخين . . أو ارتفاع ضغط الدم . . أو عن أي مرض شائع؟

ألا يجلس المرضى في انتظار الأطباء ربما لساعة أو أكثر؟ أليس هذا مجال يمكن استغلاله في توعية المرضى ومرافقيهم؟

أسئلة كثيرة - وهذا غيض من فيض - وكلها تحتاج إلى إجابات . . تحتاج إلى عمل وحركة قبل فوات الأوان!!



تقول أحدث تقارير منظمة الصحة العالمية التي نشرت عام (٢٠٠٦م) أنه يمكن منع (٣٦) مليون حالة وفاة في السنوات العشر القادمة - على مستوى العالم - وذلك بمكافحة أمراض القلب والسرطان والسكري . ويقول التقرير: إن السبب الأول للإصابة بهذه الأمراض القابلة للعلاج يرجع إلى التدخين . . وعدم تناول الغذاء الصحي . والتقصير في ممارسة الرياضة .!!

وحذّر التقرير من أن الدول الفقيرة والنامية هي التي ستعاني أكثر من غيرها . وليس هذا على مستوى الكبار فحسب، بل إن إحصائيات منظمة الصحة العالمية تشير إلى أن ثمانية ملايين طفل يموت سنوياً في أنحاء العالم قبل بلوغهم الشهر من العمر . . وأن (٩٨٪) من هؤلاء هم في بلدان العالم النامي^(١)!!

ويفيد تقرير حديث أصدره الاتحاد الدولي لمنظمات سرطان الأطفال أن أكثر

(١) يموت ملايين الأطفال سنوياً من أمراض بسيطة يمكن التغلب عليها مثل الإسهال والملاريا وعدم الرضاعة .

من (٢٥٠) ألف طفل يصاب بالسرطان كل عام، وأن (٨٠٪) منهم يعيش في الدول النامية التي لا تستطيع توفير الرعاية الصحية اللازمة لهم!! ويعتقد الخبراء أن أكثر من (١٠٠) ألف طفل يمكنهم التغلب على المرض إذا حصلوا على العلاج اللازم.

وصرح البروفسور «تيم إيدن» - من مركز أبحاث السرطان البريطاني - أن القليل من الأموال قد تسهم في الحد من تلك المشكلة، وقال: «هناك اعتقاد بأن علاج السرطان يكلف مبالغ باهظة، والحقيقة أن ذلك لم يعد صحيحاً إذ لا يكلف بعضها إلا بضعة مئات من الدولارات».

وحتّ البروفسور على أهمية الكشف المبكر على تلك الحالات. أما في التدخين، فتقول منظمة الصحة العالمية إن العبء الأكبر من استخدام التبغ يقع على عاتق أفقر دول العالم. وتقول إن شخصاً يموت كل ست ثوان بسبب التدخين^(١). . . وأن (٨٤٪) من المدخنين يعيشون في الدول النامية والتي لا يزال وباء التدخين ينمو فيها باضطراد!!

ماذا ننفق على الصحة؟

يقول تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر عام (٢٠٠٧م) أن الإنفاق العالمي على الصحة يعادل (٤,١) تريليون دولار سنوياً، (٩٠٪) يُنفق في الدول الغنية التي تشكل (٢٠٪) من السكان في العالم.

وهنا يعني أن ١٠٪ مما يُنفق على الرعاية الصحية يُصرف على (٨٠٪) من سكان العالم. وهم بالطبع في العالم الثالث الذي يشكل المسلمون جزءاً مميّزاً منه.

ويقول تقرير التنمية الإنسانية العربية الذي صدر عام (٢٠٠٢م) أن معظم

(١) يقتل التدخين خمسة ملايين شخص سنوياً وسيزدادون إلى الضعف أي عشرة ملايين بحلول عام ٢٠٢٠. وفي المملكة العربية السعودية يقدر عدد الذين يتوفون بسبب التدخين بثلاثة وعشرين ألف شخص سنوياً.

الدول العربية تنفق (٤٪) من الناتج الإجمالي المحلي على الصحة . . وهذا أقل من إنفاق الدول ذات الدخل المتوسط التي تنفق (٧,٥٪) من الناتج الإجمالي المحلي . وينتقد التقرير النظام الصحي في البلدان العربية بأنه يركز بشكل أساسي على «الصحة العلاجية»، وهذا ما يؤدي إلى ارتفاع التكاليف، وخاصة عند اللجوء إلى استخدام التكنولوجيا، مما يؤدي إلى إهمال مرافق الخدمات الصحية الأخرى التي تهم نسبة مرتفعة من السكان.

والمشكلة لا تكمن فقط في حجم الإنفاق . . أو أين تنفق هذه الأموال . . بل في كيف تنفق هذه الأموال . . والإخلاص في إنفاقها . . والحكمة في توزيعها!!



وتتركز الأبصار حالياً على مشكلة تمويل الخدمات الصحية في كثير من البلدان العربية والإسلامية، فتكاليف الخدمات الصحية في ازدياد مضطرد. ولهذه الزيادة أسباب عالمية وأسباب محلية.

ومن الأسباب العالمية لزيادة تكاليف الخدمات الصحية:

- (١) تغير نمط الحياة، والتلوث البيئي، وسلبيات المدنية الحديثة.
- (٢) التقدم الطبي الهائل والسريع، وما تبعه من اكتشاف وسائل تشخيصية وعلاجية مرتفعة التكاليف.
- (٣) ارتفاع تكاليف تشغيل المنشآت الصحية وصيانتها.
- (٤) ازدياد معدل الإصابة بالأمراض المزمنة كمرض السكر، وارتفاع دهون الدم وغيرها.
- (٥) ازدياد كلفة رعاية المسنين وتأمين المعاقين.
- (٦) ارتفاع أسعار الأدوية والمستلزمات الطبية.

أما عن الأسباب المحلية المسؤولة عن الزيادة الهائلة في تكلفة الخدمات الصحية في كثير من البلدان الإسلامية، ومنها دول الخليج العربي فمنها:

- (١) الزيادة السكانية، وذلك نتيجة الزيادة في المواليد، وارتفاع معدل العمر عند الولادة، وانخفاض وفيات الأطفال، مما جعل نسبة كبيرة من السكان تصل إلى (٥٠٪) في بعض الدول الإسلامية هي من الذين تقل أعمارهم عن (١٥) سنة. وهذه الفئة تحتاج إلى المزيد من الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية.
- (٢) ارتفاع الوعي العام وازدياد الإقبال على طلب الخدمة الصحية.
- (٣) هدر الكثير من الموارد نتيجة غياب الإدارة الصحية الجيدة، أو المخلصة، وغياب فقه الأولويات في التخطيط الصحي بحيث تصرف الموارد المحدودة في الأماكن الأكثر حاجة وأكثر فائدة.
- (٤) ارتفاع أجور القوى العاملة في القطاع الصحي بشكل عام وفي الدول التي تنقصها الكفاءات الطبية المتخصصة بشكل خاص، حيث يتم استخدام تلك الخبرات من أمريكا وأوروبا وغيرها بأجور مرتفعة جدًا، وللأسف ما زالت عقدة «الطبيب الخواجة» تسيطر على عقلية بعض الناس في بعض البلدان.
- (٥) غياب الوعي بأهمية المحافظة على المال العام لدى كثير من المواطنين، وهو ما ينعكس على تعاملهم مع المرافق الصحية والأدوية، وزيارة أكثر من طبيب لنفس الغرض، وغير ذلك، مما يشكل عبئًا ماليًا وطاقة مهدرة^(١).

(١) عن مجلة صحة الخليج (ندوة العدد) بعنوان «الصحة في ميزان الاقتصاد» يراجع العدد ٣٩، ربيع الأول ١٤٢٠هـ ص ٨ - ١١ بتصرف و«الوقف ودعم مؤسسات الرعاية الصحية للدكتور عبد العزيز بن حمود الشثري».

وبسبب كل هذا وغيره برزت أزمة الإنفاق على الخدمات الصحية، مما انعكس على أداء مؤسسات الرعاية الصحية في كثير من البلدان الإسلامية، مما أدى إلى قصور شديد في ممارسة تلك المؤسسات لدورها المطلوب في تقديم الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية المثلى.

ومن هنا كان لا بد من البحث عن حلول مناسبة لإيجاد مصادر تمويل لتلك المؤسسات الصحية.

ومن تلك الحلول المطروحة التي ناقشناها في هذا الكتاب:

(١) إيجاد بدائل لتمويل مؤسسات الرعاية الصحية:

بما يخفف العبء على الجهات الحكومية، وقد أقرحت عدة بدائل لكل منها سلبياته وإيجابياته ومنها:

(١) فرض رسوم على المستفيدين من الخدمات الصحية:

ولكن في هذا إضرار بشريحة كبيرة من المجتمع هي في الحقيقة في أمس الحاجة إلى تلك الخدمات، وهي طبقة الفقراء أو غير القادرين على دفع تلك الرسوم.

(٢) الأخذ بنظام التأمين الصحي:

وقد ناقشنا هذا النظام بإسهاب في الفصل التاسع إلى الرابع عشر، ويمتاز هذا البديل في الاعتماد على مبدأ توزيع الخسائر وتوزيع التكلفة حسب القدرة المالية، ولكن لنظام التأمين الصحي بشكل عام جوانب سلبية، فمنطلق فكرة التأمين الصحي تنبع من كونها استثماراً، وتحقيق الأرباح، ويؤدي التأمين إلى مخاطر عدم المساواة والعدالة في توزيع الخدمات لعزوف شركات التأمين عن تغطية الشرائح الفقيرة الأكثر عرضة للمرض والمخاطر. كما أن تطبيق التأمين الصحي يؤدي إلى زيادة استخدام الخدمة، وارتفاع التكلفة بشكل كبير، إضافة إلى أنه يؤدي إلى زيادة

الضغط على المستشفيات، لأن الأشخاص الذين لديهم تأمين يزدادون طلباً على الخدمة.

كما يؤخذ على نظام التأمين أنه يغطي في معظم الحالات الخدمات العلاجية دون الوقائية^(١).

٣) تنشيط دور القطاع الخاص:

كتشغيل المستشفيات العامة من قبل القطاع الخاص، ومنها المخصصة، وهو تحويل المرفق الصحي الحكومي إلى القطاع الخاص جزئياً أو كلياً، وبذلك تدار المستشفيات وفق أساليب إدارة الأعمال، فترشُد الإنفاق وتقتن الاستخدام، ويتم التركيز على الاهتمام برضا العميل المريض، ولكن يؤخذ على هذا البديل استهداف الربح من قبل الشركات، إضافة إلى السلبيات الأخرى التي ترافق تولي القطاع الخاص للخدمات.

٤) تشجيع الوقف الإسلامي:

فقد تعرّض الوقف في العصور الأخيرة إلى حملات واسعة تهدف إلى إلغائه. ونجح معارضو الوقف في إقناع الحكام بإلغاء الوقف الأهلي والسيطرة على كثير من الأوقاف الخيرية في كثير من بلدان المسلمين. وأحجم كثير من الموسرين عن وقف أموالهم لأغراض الخير. وللأسف فإنه في الوقت الذي تراجع فيه دور الوقف في حياة المسلمين فقد ازدهر التبرع لأعمال الخير في شتى صوره في أوروبا والولايات المتحدة، رغم سيطرة الفكر المادي وضعف التدين لدى شعوبها.

حيث أن الأنظمة والقوانين هناك تشجع على الوقف والتبرع لأعمال الخير، وذلك بالإعفاء من الضرائب وتسهيل الإجراءات الخاصة بتسجيل الجمعيات الخيرية. فأصبح هناك الآلاف من المؤسسات الخيرية النشطة في الولايات المتحدة

(١) د. سعاتي عبد الإله: بدائل تمويل الخدمات الصحية في دول الخليج، مجلة صحة الخليج، العدد ٣٩ ربيع الأول ١٤٢٠هـ.

وأوروبية. وبواسطة تلك الأموال والأوقاف وصل التنصير والمنصرون إلى معظم دول العالم الإسلامي^(١).

ولا بدّ لنا من إحياء هذا الدور في عالمنا الإسلامي، وتشجيع الأفراد والمؤسسات على إقامة المشروعات الصحية الخيرية فقد أقيم في دولة الكويت مثلاً العديد من المشاريع الصحية عن طريق التبرع، وفي مصر هناك مستشفى ومركز «مصطفى محمود» الذي أقيم على التبرعات الخيرية، ومركز سرطان الأطفال وغيرها. وفي سورية مستشفى جمعية البر والخدمات الاجتماعية في مدينة حمص.

(ب) التركيز على نظام الرعاية الصحية الأولية:

فكلفة الرعاية الصحية الأولية هي أقل بكثير من كلفة المستشفيات الضخمة والمتقدمة والتي تزخر بأحدث الأجهزة الطبية.

ولا بد من التركيز على دور طبيب الأسرة في وقاية المجتمع من الأمراض. وخاصة مرض السكر وارتفاع ضغط الدم والبدانة وغيرها. فطبيب الأسرة هو خط التلقي الأول لمراجعي الخدمات الصحية. فلا بد من تطوير دوره ومهاراته بشكل يستطيع تقديم أفضل الخدمات للمرضى، ثم يحوّل من يحتاج إلى الأخصائيين في الأمراض المختلفة. فكثير من الأمراض يستطيع طبيب الأسرة متابعتها بشكل دوري لا يقل عن مستوى الخدمة التي يقدمها الأخصائي في عيادته المزدهمة. فبعد أن يتم وضع التشخيص وخطة العلاج يستطيع طبيب الأسرة القيام بمتابعة مريضه على أفضل وجه. ويقوم أيضاً بممارسة التثقيف الصحي.

فتقول الدراسات أن (٨٠٪) من الحالات المرضية لدى مراجعة أطباء الأسرة تتمثل في نحو خمسين مشكلة صحية من نوع نزلات البرد، والربو، وارتفاع ضغط الدم، ومرض السكر، وتصلب الشرايين والقرحات المعدية وآلام المفاصل

(١) د. الشتري عبد العزيز بن حمود: الوقف ودعم مؤسسات الرعاية الصحية (ندوة مكانة الوقف وأثره في الدعوة والتنمية).

والعضلات وغيرها. وقد فصلنا في دور الرعاية الصحية الأولية في الفصل السابع والثامن.

(ج) إصلاح النظم الصحية:

لا بد من إعادة هيكلة النظام الصحي وإدخال إصلاحات على تلك النظم بهدف زيادة فعاليتها وترشيد الإنفاق فيها.

وينبغي أن تكون القضايا الأساسية التي تتبناها الخطة، مبنية على أساس الأولوية والعملية والمرونة، وتجنب مركزية التنفيذ. وقد فصلنا ذلك في الفصل السادس عشر.

وقد جعلنا الكتاب في ستة عشر فصلاً.

فكان الفصل الأول عن الرعاية الصحية والنظام العالمي الجديد، وتحدثنا فيه عن الوضع الصحي في العالم ومسؤولية الحكومات في العالم الإسلامي، وعن الأمن الصحي.

وكان الفصل الثاني عن السموم المنتشرة في البيئة وعلاقتها بالصحة فتطرقتنا إلى التلوث البيئي بشكل عابر من مواد كيميائية تصدر عن المصانع وعوادم السيارات وغيرها، والمبيدات الحشرية وملوثات الغذاء. وعرّجنا على مخاطر التبغ والتدخين على الصحة، ومخاطر شرب الخمر والمخدرات والأمراض الجنسية على صحة الإنسان. وكيف استطاع الإسلام أن يحدّ منها أو يقضي عليها إذا ما التزم الإنسان بالسلوك الإسلامي الصحيح.

وكان الفصل الثالث حول مشكلة هامة تعيق كثيراً من الناس وتسبب لهم العاهات المختلفة، ألا وهي «حوادث الطرق»، التي تؤدي بحياة الآلاف من الشباب أو ترسل بهم إلى المصحات ومراكز التأهيل.

أما الفصل الرابع فكان عن موضوع هام يمس حياة كل أسرة، ألا وهو «رعاية الطفولة والأمومة»، وكيف يمكن تحسين مستوى تلك الرعاية، وما هي

المعايير التي يقاس بها مستوى الرعاية الصحية بشكل عام. وتحدثنا عن الاعتداء على الأطفال وآثار الحروب على صحة الأطفال، وعن الإجهاد المتعمد، وتشوه الأجنة، وآثار الحرمان من الرضاعة.

وتطرق الفصل الخامس إلى الرعاية الصحية المعاصرة وما يجري في الوقت الحاضر من أساليب الرعاية الصحية، وَفَتَّشْنَا عن النظام المثالي لتلك الرعاية الصحية. وضررنا مثلاً بالسرطان كمثال على علاقته بالسلوك الإنساني من مأكَل ومشرب وملبس.

أما الفصل السادس فكان عن تاريخ الرعاية الصحية في الإسلام، وكيف أن نظام التكافل الاجتماعي في الإسلام قد حلَّ الكثير من المشكلات الاجتماعية والصحية.

وأشرنا إلى تاريخ المستشفيات في العالم الإسلامي . . كيف نشأت وتطورت، وكيف استطاع الوقف الإسلامي أن ينشئ ويدعم المستشفيات الإسلامية التي ازدهرت على مرَّ العصور، وكانت منارات اهتدى بها الغرب، ونقلوا منها العلوم والمعارف الطبية، وأثنى عليها القاضي والداني.

ومن تلك الوقفيات للمستشفيات ووقية الملك الناصر قلاوون ووقية الأمير عبد الرحمن كتخدا وغيرها.

وتطرقنا إلى الأوقاف الإسلامية في العصر الحاضر وأشرنا إلى ضرورة إحياء الوقف الإسلامي للمستشفيات والمراكز الصحية بالصورة العصرية، فلماذا تُنشأ المستشفيات الخيرية في أمريكا وأوروبا . . وتُدعم من قبل الموسرين هناك، بينما يُحرَّم على المسلمين دعم المنشآت الخيرية الصحية في عالمنا الإسلامي؟

فيا أيها الموسرون ادموا بعطائكم المستشفيات الخيرية الإسلامية، واجعلوها نبزاً لكل من يهتدي بها، وكونوا قدوة في عمل الخير والبذل والعطاء فالله يحب المحسنين.

ثم ألسنا أجدر أن نحبي هذا العمل المبارك الذي قام به أجدادنا؟ لماذا يتفوق علينا الغرب في التبرع للأعمال الخيرية ولماذا نكون نحن المقصّرين؟

أما الفصل السابع فيطوف بنا في جنبات الرعاية الصحية الأولية، وكيف تكون القلعة الأولى في مجال الرعاية الصحية. . ماذا قرّر مؤتمر المآتات في كازاخستان؟، وما هي أهمية طبيب الأسرة؟ وما هو دوره الحقيقي في التثقيف الصحي والارتقاء بصحة الأسرة والمجتمع؟

وتابعنا أمر طبيب الأسرة ومهامه في الفصل الثامن فذكرنا واقع طب الأسرة والمهام الملقاة على عاتق طبيب الأسرة ثم عرّجنا على مستقبل ممارسة طب الأسرة في العالم عامة وفي العالم العربي خاصة. وكيف ينبغي التركيز على هذا الدور كي يرتقي بصحة الناس، ويخفف الأعباء الملقاة على المستشفيات. يثقف المريض وعائلته، ويبني الجسور بينه وبين مرضاه. . ويكون ملاذ الأسرة في الصحة والمرض.

وانتقلنا في الفصل التاسع إلى التأمين الصحي، فكان توطئة في مفهوم التأمين الصحي وتاريخه وممارسته في العالم. وذكرنا كيف كان مبدأ التكافل الاجتماعي في الإسلام أساساً لمشاركة المجتمع كله لكل مصاب أو محزون.

وبحثنا أنواع التأمين الصحي في الفصل العاشر، من التأمين الاجتماعي، والتأمين التجاري، والتأمين التعاوني والتأمين التبادلي، ثم توقفنا عند التأمين الصحي المباشر.

وخصصنا الفصل الحادي عشر لتأصيل التأمين في الشريعة الإسلامية، فبحثنا أنواع العقود الطبية في المستشفيات وغيرها، وذكرنا التكييف الشرعي للتأمين الصحي، وألمحنا إلى الفروق بين الإجارة والجعالة، ثم توقفنا لبرهنة عند عقود العلاج الطبي المعاصرة وعقد التأمين الصحي.

وكان الفصل الثاني عشر مخصصاً لأنواع وخصائص نظم التأمين الصحي، وأساليب تقديم خدمات الرعاية الطبية في التأمين الصحي.

وفي الفصل الثالث عشر أوردنا تطبيقات عملية للتأمين الصحي، وأشرنا إلى نظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، وكانت هناك بعض التعليقات على اللائحة التنفيذية لنظام التأمين الصحي التعاوني.

وجعلنا الفصل الرابع عشر لبحث الشبهات المثارة حول التأمين، وهل هناك فروق بين التأمين التجاري والتأمين التعاوني؟ وهل في التأمين الصحي غرر أم لا. وألمحنا إلى مشكلة الغموض وفقدان المرجع القانوني عند حدوث اختلاف في تفسير بعض فقرات نظام التأمين.

أما الفصل الخامس عشر فكان عنوانه «ما هو الحل»؟، فبعد هذا التطواف في مجالات تقديم الرعاية الصحية واستعراض مشاكلها والنفقات الباهظة التي تستدعيها الرعاية الصحية في العالم أجمع... وقفنا عند الحلول المقترحة لتقديم رعاية صحية أفضل، والحد من المشاكل التي ترزح تحتها المؤسسة الصحية، والترشيد في الإنفاق، وتأمين خدمات صحية أفضل لشرائح المجتمع بلا استثناء فهل الحل هو في فرض رسوم على المستفيدين؟

أم الحل بالأخذ بنظام التأمين الصحي؟

وما هو البديل؟ إن لم نأخذ بهذا أو بذاك؟

وأكدنا على ضرورة التركيز على النظام الصحي الإسلامي، والأهمية الكبرى لنظام الرعاية الصحية الأولية. وركزنا على أهمية المؤسسات الوقفية في مشاركة الدولة في تحمل بعض النفقات على الرعاية الصحية.

أما الفصل (السادس عشر) فكان حول نظام الصحة العامة وطرق وإصلاح النظم الصحية. فتحدثنا عن وظائف نظام الصحة العامة، ومكونات النظام الصحي الفعّال، وكيف ننهض بهذا النظام، ونخلصه من البيروقراطية، وإعادة هيكلته بشكل يتواءم مع متطلبات الصحة العامة، ويكون مرناً يأخذ بالأولويات ويبتعد عن الروتين.

وذكرنا مصادر التحويل للخدمات الصحية، وخصصنا الفصل الأخير (السابع عشر) ليكون عنوانه «قواعد الإصلاح الصحي». وقد اشتمل خمساً وعشرين قضية مقترحة، لا بدّ أن تُدرس وتُستوعب، لتكون أساساً للإصلاح الصحي الذي يتطلع إليه العالم العربي، لينهض من كبوته، ويلحق بركب الدول المتقدمة تقدماً حضارياً حقيقياً.

ووضعنا في نهاية الكتاب ثلاثة ملاحق:

الأول: عرض للأبحاث المقدمة عن التأمين الصحي إلى مجمع الفقه الإسلامي الدولي.

الثاني: قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي بجدة بشأن التأمين الصحي.

والثالث: هو اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني التي صدرت عام (١٤٢٤هـ).

وأخيراً فهذه محاولة متواضعة لاستعراض أهم المشاكل التي تعترض الرعاية الصحية في مجتمعنا العربي والإسلامي، وبحث أوجه الحلول المقترحة في هذا المجال. والله نسأل أن يجعل فيها النفع والخير لأصحاب القرار في هذه الشؤون، وأن تضيء الطريق لكل من يعمل في تقديم الرعاية الصحية من مسؤولين وأطباء وممارسين في شتى المجالات الصحية.

اللهمَّ إن كنا قد أصبنا فلك الحمد والمِنَّة، وإن كنا قد أخطأنا فمن أنفسنا.
﴿رَبَّنَا لَا تُزِغْ قُلُوبَنَا بَعْدَ إِذْ هَدَيْتَنَا وَهَبْ لَنَا مِنْ لَدُنْكَ رَحْمَةً إِنَّكَ أَنْتَ الْوَهَّابُ﴾ [آل عمران: ٨].
فאלلهمَّ اهدنا إلى سواء السبيل.

جدة في ١٣ جمادى الأولى ١٤٢٧هـ / الموافق ٢٠٠٦/٦/٩م.

د. حسان شمسي باشا د. محمد علي البار أ. د. عدنان أحمد البار

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الفصل الأول

الرعاية الصحية والنظام العالمي الجديد

يقول المصطفى ﷺ: «نعمتان مغبون فيهما كثير من الناس الصحة والفراغ»^(١) ويقول ﷺ: اسألوا الله العفو والعافية. فإنه ما أوتي أحد بعد يقين خيراً من العافية^(٢). عن ابن عمر رضي الله عنهما قال: قال رسول الله ﷺ: «ما سئل الله شيئاً أحب إليه من أن يسأل العافية»^(٣). وعنه ﷺ أنه قال: «من أصبح منكم معافى في بدنه، آمناً في سربه، عنده قوت يومه فكأنما حيزت له الدنيا»^(٤).

وهذا الحديث الأخير من جوامع كلمه ﷺ وقد حدد ﷺ في هذا الحديث ما ينبغي أن يتوفر للإنسان:

(١) الأمن العام: وكم في الفتن والقلقل وانتشار السرقة والحروب من مصائب وآفات. وقد انتشرت هذه الحروب وخاصة الأهلية، مما جعلها تؤدي إلى قتل الملايين سنوياً، وإصابة عشرات الملايين، وحدوث المجاعات، إذ أن معظم هذه المجاعات، وخاصة التي تعاني منها أفريقية ناتجة عن الحروب الأهلية المدمرة. وقد عانى العالم الإسلامي بصورة خاصة من هذه الحروب الأهلية

(١) أخرجه البخاري والترمذي وابن ماجه.

(٢) أخرجه النسائي.

(٣) أخرجه الترمذي.

(٤) أخرجه الترمذي وابن ماجه والبخاري في الأدب المفرد ورمز له السيوطي بالحسن، وقال الترمذي

حسن غريب.

المدمة في السودان، وفي المغرب (الصحراء الغربية)، وفي الصومال والجزائر، وفي الحبشة (٦٠ بالمئة من سكان الحبشة من المسلمين)، وفي أرتيرية (٨٥ بالمئة من سكان أرتيرية مسلمين ويحكمهم نصراني هو اسيااس أفورقي)، وحروب العراق المدمة الثلاث في حروب متتالية جعلت العراق ياباً، ودياره خراباً، وأهله ضحايا للحروب والتفجيرات والقنابل المحرمة، واليورانيوم المستهلك المنضب Depleted Uranium . . . وفقدان رعاية الطفولة والأمومة، وفقدان ملايين الأطفال التطعيم الضروري، مع فقدان العائل والكافل، وسوء التغذية، والإصابة بالسرطانات نتيجة اليورانيوم المنضب، والاشعاعات، والمواد الكيماوية الخطرة التي تنشرها القوات المحتملة . . انهيار بعد انهيار وتحطيم لكل ما بقي من نظام للرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية.

(٢) الأمن الغذائي: وهو الذي حدده المصطفى ﷺ بقوله: «عنده قوت يومه» . . وملايين الأطفال في العالم الإسلامي يعانون من المجاعات ومن سوء التغذية. ومثلهم ملايين النساء والشيوخ. وهناك (٨٠٠) مليون طفل في العالم يعانون من سوء التغذية.

وكما أن الأمن العام مفقود فإن الأمن الغذائي مفقود لمئات الملايين من سكان العالم الإسلامي. ومعظم دول العالم الإسلامي يعيش سكانه تحت خط الفقر (لاحظ ليس خط الفقر، بل تحت خط الفقر، وهو دولار واحد للفرد في اليوم).

(٣) الأمن الصحي: وهو ما أخبر به المصطفى ﷺ بقوله: «معافى في بدنه» وللأسف فإن الأمن الصحي والأمن الغذائي والأمن العام كلها غير متوفرة للغالبية الكبرى من سكان العالم الإسلامي. وأكثر مَنْ يعاني من ذلك هم الأطفال والشيوخ والنساء - وهذه الأوضاع المهترئة يحمل وزرها الأكبر الدول الاستعمارية الكبرى.

فعندما ذهب الرجل الأبيض إلى الأمريكتين وجد حضارات متعددة لما يسمونهم الهنود الحمر، فقام بالقضاء عليها. وقتل الرجل الأوروبي في القارتين

على مدى قرنين من الزمن أكثر من مائة مليون من سكان تلك القارتين . . استخدم في ذلك كل الوسائل القذرة، بما في ذلك اهداء بطانيات لمصابين بالجذري (الذي كان منتشراً في أوروبا) ولم يكن معروفاً في أمريكا . وتم إهداء تلك البطانيات الملوثة بميكروب الجذري إلى الهنود الحمر، مما أدى إلى انتشار الجذري، وخاصة في أمريكا الشمالية . وقد قام المستوطنون الانجليز بذلك مراراً متعمدين بإيذاء هذه الشعوب المسالمة، والتي قدمت لاوائل المستوطنين كل عون وأكرمتهم كل إكرام . .

ولما كانت الأراضي واسعة، والثروات هائلة، وتحتاج إلى الأيدي العاملة الرخيصة فإن عقل الرجل الأبيض تفتق عن جريمة جديدة، وهي جلب سكان غرب أفريقية وأغلبهم من المسلمين، إلى الأمريكتين . . وتم جلب مائة مليون أفريقي على مدى قرنين من الزمن تمّ فيهما تخريب القارة الأفريقية وتدميرها تماماً، وفي نفس الوقت واجه هؤلاء الأفارقة أشد أنواع العبودية هولاً ورجباً، كما أوضحته عشرات الوثائق ومئات الكتب والتقارير الغربية نفسها، والتي أدت إلى قتل وموت أكثر من سبعين مليون أفريقي على مدى هذه القرون .

الوضع الصحي في العالم:

- (١) أربعة أخماس سكان العالم (٨٠ بالمئة) ليس لديهم رعاية صحية أساسية .
- (٢) الأمراض المعدية مثل الملاريا (تقتل قرابة ثلاثة ملايين سنوياً منهم مليون طفل)، والسل الرئوي (يقتل حوالي مليون ونصف سنوياً)^(١)، والإسهالات عند الأطفال (تقتل ما يقرب من عشرة ملايين سنوياً) . والأمراض النفسية تقتل عدة ملايين، ومرض الأيدز يقتل حوالي ثلاثة ملايين شخص . وكثير من الأمراض المعدية - بما فيها ما ذكرناه - تسهل الوقاية منها كما يسهل علاج أكثرها .

(١) حسب تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر عام ٢٠٠٧م، بينما يبلغ عدد الحالات المصابة سنوياً أكثر من ٨ ملايين حالة في العالم .

- (٣) ربع سكان العالم مصابون بالديدان مثل البلهارسيا والاسكارس والانكلستوما.
- (٤) نسبة محدودة من سكان الدول النامية هي التي تتمتع بمياه شرب نظيفة وصحية ومناسبة بينما غالبية سكان العالم تعاني من عدم وجود المياه النقية. وبعضها يعاني من الجفاف وصعوبة الحصول على الماء حتى ولو لم يكن نقياً.
- (٥) (٨٠٠) مليون طفل يعانون من سوء التغذية منهم (١٨٠) مليون أقل من خمس سنوات^(١) مما يؤدي إلى سرعة إصابتهم بالإسهالات والجفاف ووفاة الملايين منهم سنوياً. ويؤدي سوء التغذية أيضاً إلى ضعف المقاومة للأمراض المختلفة (الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي وبقية الأجهزة).
- (٦) معدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من عام)، والأطفال أقل من خمس سنوات لا تزال عالية في معظم دول العالم الثالث.
- (٧) لا يستفيد من الرعاية الصحية الأولية إلا القليل من سكان العالم الثالث وذلك ناتج عن:

أ - قلة الموارد المتاحة.

ب - سوء استخدام الموارد المتاحة، والتركيز على المستشفيات الضخمة والتقنيات المعقدة التي تستهلك الأموال. وترك الرعاية الصحية الأولية وخاصة في الأرياف والنجوع.

ج - عدم وجود الإدارة الفعالة.

د - التدريب غير المناسب للكوادر الصحية.

وتنفق معظم الأموال على إخراج أطباء على النمط والمنهج الغربي، وعندما لا يجد هؤلاء الأطباء الإمكانيات المطلوبة لتحقيق إنجازاتهم، بالإضافة إلى قلة

(١) تقرير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٧م.

الرواتب وسوء الإدارة، فإنهم يتجهون إلى الهجرة إلى الغرب (أوروبا وكندا والولايات المتحدة) وإلى استرالية ونيوزيلندا. وتذهب الملايين التي أنفقت عليهم هدرًا.

وفي كثير من البلدان ومنها دول الخليج العربي فإن معظم الولادات أصبحت تتم في المستشفيات. وتكلف الولادة الطبيعية في المستشفى ما بين خمسة إلى ستة آلاف ريال (سعودي) أو ما يوازيها. مع أن الولادة في المنزل أكثر أماناً وأبعد عن الإصابة بالميكروبات العديدة الموجودة في المستشفيات، وأستر للمرأة. ويمكن أن تقوم بعملية التوليد قابلات مدربات. . والغريب حقاً أن الدول الاسكندنافية، وهي صاحبة أرقى نظام صحي في العالم، تعتمد أساساً في الولادات على القابلات المؤهلات في المنزل. ولا تذهب المرأة للولادة في المستشفى إلا عند الحاجة لذلك كما تقررها القابلة أو الطبيب الذي يشرف على المرأة أثناء فترة الحمل. وبالتالي يتم توفير مبالغ ضخمة جداً.

وفي النظام الحالي في الدول العربية والإسلامية هناك هدر مالي وطبي كبير، والمريض ينتقل من مستشفى حكومي إلى مستشفى خصوصي، إلى عيادات خاصة دون مبرر بسبب عدم الوعي، ولا يوجد ما يسمى طبيب الأسرة أو طبيب العائلة، أو الممارس العام كما هو موجود في كثير من الدول المتقدمة، وهو الذي يقوم بعلاج أفراد الأسرة، ويعرف أمراضهم، وتاريخ تلك الأمراض، والتطعيمات. . الخ. ويحوّل من يحتاج إلى تحويل إلى المراكز المتخصصة ويبقى الاتصال بينه وبين تلك المراكز مستمراً، ثم يعاد المريض إلى طبيبه الخاص (طبيب الأسرة) ومعه تقرير من الاستشاري وما تم اجراؤه له، وما يحتاج إليه من علاج أو متابعة. وبالتالي يتم التنسيق بين مختلف الأطراف، وتقل بذلك التكلفة.

وفي بعض المدن هناك عشرات أجهزة تصوير الرنين المغناطيسي وهي مكلفة، وكان يمكن التنسيق بين هذه المجموعات حتى تنخفض التكلفة وقد تكفي الأجهزة الموجودة في مدينة واحدة لمدينتين أو ثلاث.

وبما أن هذه الأجهزة مكلفة، وكذلك طاقم تشغيلها، لذا يقوم كثير من المستشفيات الخاصة بمضاعفة عدد الحالات التي تحولها للرنين المغناطيسي، دون حاجة حقيقية، وذلك كله لتغطية التكلفة العالية، ولتحقيق الأرباح الكبيرة، حيث أن هذه المستشفيات تجارية بحتة.

وللأسف فإن ظاهرة الإنفاق على المستشفيات الضخمة والفخمة والتي تقوم بعلاج عدد لا بأس به من المرضى بثمان باهظ، وكلفة عالية، تزداد انتشاراً حتى في البلاد الفقيرة. وفي تقرير منظمة الصحة العالمية وتقرير منظمة اليونسف لعام (١٩٨٥) أن (٧٥) بالمئة من الإنفاق على الصحة في الدول النامية يوجه إلى المستشفيات في المدن، والتي لا يستفيد منها إلا قلة من السكان. . وفي كثير من دول العالم النامي لا تنفق الدولة سوى (١٥) بالمئة أو أقل على الرعاية الصحية الأولية في الأرياف والتي سيستفيد منها (٩٠) بالمئة من السكان. وللأسف فإن هذه الظاهرة تزداد باستمرار مع مرور الأيام. ويزداد الانبهار بالمستشفيات الفخمة، والتقنيات الحديثة، والعمليات الباهرة، ووسائل الإنجاب الحديثة، وأطفال الأنابيب والهندسة الوراثية والاستنساخ التي أخذت بألباب الجماهير. . وتقوم الحكومات ببذل الأموال الطائلة حتى توفر مثل تلك الخدمات لعدد محدود جداً من الناس، أو تقوم المستشفيات الخاصة بتوفيرها، من أجل المكاسب الضخمة. وهي في الواقع لا تخدم إلا شريحة صغيرة جداً من المجتمع. وتعتبرها مشاكل أخلاقية ودينية ومالية. . الخ.

وتقرر منظمة الصحة العالمية بأن (٨٠) بالمئة من سكان العالم لا يحظون بأي رعاية صحية، وأن ربع سكان العالم مصابون بالديدان مثل الأسكارس والأنكلستوما والبلهارسيا والملاريا والترينسوما والشيمايا والطفيليات مثل الجيارديا والأميبا. كما أن الملاريا تصيب مئات الملايين سنوياً وتقتل قرابة ثلاثة ملايين، منهم مليون طفل سنوياً. وقد ارتفع عدد ضحايا السل مع انتشار الأيدز.

ولا تزال الكوليرا تظهر من حين لآخر بالإضافة إلى الحميات الأخرى مثل

التيفود وجميعها تقتل عشرات الآلاف سنوياً. هذا بالإضافة إلى إسهال الأطفال والنزلات الشعبية والالتهابات الرئوية التي تصيب مئات الملايين سنوياً وتقتل قرابة عشرة ملايين طفل.

وكل هذه الأوبئة يسهل القضاء عليها بإيجاد المياه النظيفة الصالحة للشرب، ونظام للمجاري ونظام لإزالة النفايات، وإرضاع المواليد لمدة عامين، ورعاية الطفولة والأمومة، والقضاء على سوء التغذية التي يعاني منها (٨٠٠) مليون طفل في العالم اليوم.

إنه من المخجل في الوقت الذي نتحدث فيه عن رحلات الفضاء إلى المريخ، يموت ملايين الأطفال من الإسهال والالتهابات الرئوية والأمراض التي لها تطعيم.. وتصرف آلاف الملايين بل التريليونات على آلة الحرب الرهيبة المدمرة حتى تزداد شركات السلاح غنى وثروة، ولا بد لازدهار هذه التجارة القذرة والبشعة من خلق الحروب ونشر الدمار باسم الديمقراطية والحرية ومحاربة الإرهاب!!

ولا يكتفي العالم بكل هذه الأوبئة التي يمكن القضاء عليها بتوفير مياه الشرب النقية، ونظام للتخلص من النفايات البشرية والحيوانية، ونفايات المصانع، ولكنه يزيد الأمور تعقيداً بالتدخين (١٢٠٠) مليون مدخن وهؤلاء يستهلكون ٢٤ مليار سيجارة يومياً بمعدل ٢٠ سيجارة لكل مدخن) وشرب الخمر، وتعاطي المخدرات، والأمراض الجنسية الناتجة عن الزنا واللواط، واستخدام واسع للمبيدات الحشرية في الزراعة، وازدياد التلوث البيئي بمخلفات المصانع ودخانها، وعوادم السيارات، والبنزين المحتوي على الرصاص.. واستخدام المواد الحافظة على نطاق واسع في الغذاء.. ووجود عدد من السموم فيها، وفي المواد الملونة وذات النكهة.. وتزداد السموم والمواد المسرطنة يوماً بعد يوم حتى تصل إلى الملابس، و مواد الزينة التي تستخدمها المرأة (المانيكور والبديكير والروج)، ويضاف إلى ذلك كله النظام الغذائي التي تنشره الولايات المتحدة مثل الهامبرجر وكتاكي وفاست فود... الخ وكله مليء بالدهون والمواد المسببة لجلطات القلب والدماغ والسكتات الدماغية.

وتزداد السمنة في المدن وفي البلاد العربية وبلاد الوفرة ويزداد معها مرض السكري ومضاعفاته وأمراض القلب، وأمراض ضغط الدم وأمراض المفاصل . . . وكلها تحتاج إلى عمليات باهرة ومستشفيات متقدمة، وعمليات لازالة الشحوم وبرامج للتخسيس . . الخ بالإضافة إلى عمليات للتجميل وترقيق الشفة، واستقامة الأنف وتغيير لون الجلد (الصفرة . . الخ. هوس في هوس وأموال تنفق بدون مردود حقيقي . . والمرض في زيادة . . والسعار واللهاث وراء كل جديد . . والقلق والكآبة دخلت كل بيت وأصابت حتى الأطفال . . مع زيادة معدلات الجريمة وانحلال الأسرة وارتفاع نسبة الطلاق . . ومع القلق والتوتر الدائمين تزداد الأمراض النفسية ونسبة الانتحار وخاصة بواسطة السيارات والسرعة الجنونية . وقد أوضحنا أن ضحايا السيارات في دول الخليج هي الأعلى في العالم، وأن عدد الذين يتوفون سنوياً في المملكة لا يقلون عن ثمانية آلاف شخص، والحوادث الأخيرة تشير إلى أن الرقم قد جاوز ذلك، و(٧٥) بالمئة من الإصابات هي لأشخاص دون الأربعين و(٢٠) بالمئة منها لأطفال دون الخامسة عشرة . كما أن أربعين ألف شخص على الأقل يدخلون المستشفيات بسبب حوادث السيارات في المملكة، وينتهي الآلاف منهم بإعاقات دائمة .

إنه وضع مأساوي ولا يمكن أن يعالج بافتتاح مزيد من المستشفيات، فهي كلها أموال الأمة . ولا بد من إعادة النظر في موضوع الصحة بكامله وأنه جزء من نظام حياة شمولي متكامل . . وليس سوى الإسلام والالتزام بتعاليمه طريقاً لحل هذه المعضلات واللّه الهادي إلى سواء السبيل .

مسؤولية الحكومات في العالم الإسلامي:

إن دور الدول العظمى في نشر الفساد في الأرض، ومن ورائهم يهود، وسرقة ثروات الشعوب دور رهيب ولكن على حكومات الدول الإسلامية أن تدرك أهمية دورها في مواجهة تلك المعضلات (كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته) . وإذا كان الذئب يبحث عن فريسته فعلى الراعي أن يحافظ على غنمه ورعيته . وإلا كان

مسؤولاً مقصراً. وكذلك الشعوب نفسها، وإن كانت مغلوبة على أمرها، إلا أن الله سبحانه وتعالى لم يُعْفِها من المسؤولية. والمستضعفون الذين لم يقاوموا الظلم، وهم يستطيعون، هم أيضاً مسؤولون. قال تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ تَوَفَّيْتُمُ الْمَلَائِكَةَ ظَالِمِينَ أَنْفُسِهِمْ قَالُوا فِيمَ كُنْتُمْ قَالُوا كُنَّا مُسْتَضْعَفِينَ فِي الْأَرْضِ قَالُوا أَلَمْ تَكُنْ أَرْضَ اللَّهِ وَسِعَةً فَهَاجِرُوا فِيهَا فَأُولَئِكَ مَأْوَاهُمْ جَهَنَّمُ وَسَاءَتْ مَصِيرًا ﴿٩٧﴾ إِلَّا الْمُسْتَضْعَفِينَ مِنَ الرِّجَالِ وَالنِّسَاءِ وَالْوِلْدَانِ لَا يَسْتَطِيعُونَ حِيلَةً وَلَا يَبْتَدُونَ سَبِيلًا ﴿٩٨﴾ فَأُولَئِكَ عَسَى اللَّهُ أَنْ يَعْفُو عَنْهُمْ وَكَانَ اللَّهُ عَفُوًّا غَفُورًا ﴿النساء: ٩٧ - ٩٩﴾.

اتساع المسؤولية والكل مسؤول:

والمسؤولية في الإسلام فردية وجماعية. قال تعالى: ﴿كُلُّ نَفْسٍ بِمَا كَسَبَتْ رَهِينَةٌ ﴿المدثر: ٣٨﴾.

وقال تعالى: ﴿وَلَا تَزِرُ وَازِرَةٌ وِزْرَ أُخْرَىٰ وَإِنْ تَدْعُ مُثْقَلَةٌ إِلَىٰ جَمِيلِهَا لَا يُحْمَلْ مِنْهُ شَيْئٌ وَلَوْ كَانَ ذَا قُرْبَىٰ ﴿فاطر: ١٨﴾.

وقال تعالى: ﴿وَمَنْ يَكْسِبْ إِثْمًا فَإِنَّمَا يَكْسِبُهُ عَلَىٰ نَفْسِهِ ﴿النساء: ١١١﴾.

وقال تعالى: ﴿إِنْ أَحْسَنْتُمْ أَحْسَنْتُمْ لِأَنْفُسِكُمْ وَإِنْ أَسَأْتُمْ فَلَهَا ﴿الإسراء: ٧﴾.

وقد نبهنا رسول الله ﷺ على هذه المسؤولية الفردية والجماعية في حديثه الفذ الجامع الذي رواه عبد الله بن عمر، وأخرجه الشيخان (البخاري ومسلم) قال: «ألا فكلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته، فالأمير الذي على الناس راع وهو مسؤول عن رعيته، والرجل راع على أهل بيته وهو مسؤول عن رعيته، والمرأة راعية على بيت بعلها وولده، وهي مسؤولة عنهم، والعبد راع على مال سيده، وهو مسؤول عنه، ألا فكلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته»^(١).

(١) صحيح البخاري، كتاب الجمعة وكتاب الجنائز وكتاب الاستقراض والوصايا، والعنق، والنكاح، والأحكام، وصحيح مسلم كتاب الامارة، واللفظ هاهنا له. وسنن الترمذي كتاب الجهاد، ومسند أحمد ج ٥٤/٢، ١١١.

فخصَّ رسول الله ﷺ وعمِّ، ولم يترك أحداً ممن يعقل وهو بالغ إلا جعله مسؤولاً.

وقال ﷺ: «لا تزول قدما ابن آدم يوم القيامة من عذر به حتى يُسأل عن خمس: عن عمره فيما أفناه؟ وعن شبابه فيما أبلاه؟ وعن ماله من أين اكتسبه وفيما أنفقه وماذا عمل فيما علم»^(١).

وعن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: «لن تزول قدما عبد يوم القيامة حتى يسأل عن أربع: عن شبابه فيما أبلاه؟ وعن عمره فيما أفناه؟ وفي ماله من أين اكتسبه؟ وفيما أنفقه؟ وعن علمه ماذا عمل به»^(٢).

فالمسؤولية كبيرة على كل عاقل بالغ، وكلما ازدادت وتنوعت نعم الله على العبد ازدادت مسؤوليته، فالحاكم مسؤوليته أعظم وأخطر، وكل من ولي أمراً من أمر المسلمين كان مسؤولاً عن ذلك الأمر حتى الرجل في أهل بيته مسؤول، وحتى المرأة مسؤولة عن بيتها والأولاد وحتى الخادم أو العبد مسؤول عن مال سيده . . .

**السلوك الشخصي والاجتماعي مسؤول عن الأمراض وفقدان الصحة وأمثلة
مرض السكر وضغط الدم والسمنة والفشل الكلوي:**

وكل فرد منا مسؤول عن صحته وحياته وعلمه وماله وشبابه . أيهدم شبابه وصحته بالتدخين والخمور والمخدرات؟! . أم يهدمها بالزنا والرذيلة، أم يحطم تلك الصحة بحياة الرفاهية والدعة حتى تتراكم على جسمه وقلبه الشحوم والدهون فتسد مجاري الدم في شرايين قلبه، ودماغه، فلا يشعر إلا وقد أصابته الجلطات، وأنهكت صحته آثار السمنة على مفاصله التي تنوء بهذه الأثقال . . . وارتباط السمنة بمرض السكر شائع جداً^(٣) . . . وما أدراك ما مرض السكري الذي انتشر انتشار

(١) أخرجه الترمذي عن عبد الله بن مسعود رضي الله عنه .

(٢) أخرجه الترمذي عن أبي سعيد الخدري وحسنه .

(٣) انظر تأثير السمنة على الصحة وما ورد فيها من أحاديث في كتاب «الصوم وأمراض السمنة» للدكتور محمد علي البار، الدار السعودية، جدة .

النار في الهشيم، وطرق كل بيت حتى بلغ درجة الوباء. ففي المملكة العربية السعودية وكذلك في دول الخليج العربي المترفه فإن واحداً من أربعة بالغين مصاب بمرض السكري، مما أدى إلى أن (٧٠) بالمئة ممن تُجَرَى لهم عمليات قثطرة شرايين القلب ومحاولة فتح ما انغلق منها إما بالبالون أو بعملية وصل الشرايين، هم من الذين يعانون من السكري!!

كذلك فإن ما يقرب من خمسين بالمئة ممن يعانون من الفشل الكلوي، وهم يزدادون باضطراد، هم من مرضى السكر وقد بلغ عدد الذين يتلقون علاج الفشل الكلوي بالمملكة أكثر من سبعة آلاف شخص (عام ٢٠٠٣)، وهناك أكثر من (١٤٧) مركزاً للمعالجة بالغسيل الكلوي الدموي وفيها (٢٧٤١) جهاز منها (٢٠٧٨) جهازاً تابعة لوزارة الصحة (٧٥,٨٪) و(٣٩٦) جهازاً في مستشفيات جامعية وعسكرية وأمن وحرس وطني، (حكومية غير تابعة لوزارة الصحة)، وتشكل (١٤,٥) بالمئة، بينما يشكل القطاع الخاص (٢٦٧) جهازاً فقط (٩,٧ بالمئة). . وتكلفة الغسيل الكلوي الدموي عالية جداً، كما أن هناك كثيراً من المضاعفات أهمها انتقال فيروس التهاب الكبد من نوع (ج) وهو أخطر أنواع الفيروسات الكبدية، وأكثرها تسبباً لتليف الكبد، والفشل الكبدي، وسرطان الكبد. ويقول التقرير السنوي الصادر عن وزارة الصحة والمركز السعودي لزراعة الأعضاء بالمملكة العربية السعودية لعام (٢٠٠٣) إن عدد المصابين بالتهاب الكبد الفيروسي من نوع (ج) يبلغون (٣١٥٧) شخصاً ممن يعالجون بالغسيل الكلوي الدموي، ويشكلون (٤٥) بالمئة من العدد الإجمالي للغسيل الكلوي الدموي. ويضاف إليهم (٤٥١) شخصاً (٦,٤ بالمئة)، يعانون من التهاب الكبد الفيروسي من نوع B من مجموع الذين يتلقون العلاج بالديليزة (الغسيل الكلوي الدموي). ويرجع السبب إلى انخفاض المصابين بفيروس B إلى انتشار التطعيم ضد هذا المرض، وهو بفضل الله متوفر ولكن فاكسين فيروس (C) (ج) غير متوفر ولم يكتشف حتى الآن.

وهناك (٥٠٦) أشخاص يتلقون التنقية البيريتونية Peritoneal Dialysis في

المملكة العربية السعودية. وهي أقل كلفة من الغسيل الكلوي الدموي Hemodialysis ولكنها تحتاج إلى تدريب خاص للمريض وأهله، لأنها تتم في المنزل دون الحاجة إلى المستشفى، إلا في حالة وجود مضاعفات، وينبغي أن تتوسع التنقية البيريتونية بدلاً من التوسع الكبير في الغسيل الكلوي الدموي، لأنه أقل كلفة وأقل في المضاعفات والاختلاطات.

وفي نهاية عام (٢٠٠٣) كان بالمملكة العربية السعودية (٧٠٢٠) شخصاً يعالجون بالغسيل الكلوي الدموي و(٥٠٦) بالتنقية البيريتونية، بالإضافة إلى (٦٣٧٨) شخصاً قاموا بزرع الكلى في المملكة وخارجها، ويقومون بزيارة مراكز العلاج لمتابعة حالة الزرع واستخدام عقاقيرها المكلفة جداً، بالإضافة إلى حدوث مضاعفات واختلاطات، بعضها خطير جداً مثل عودة الفشل الكلوي أو حدوث سرطانات متعددة.

وهذه المعالجة للفشل الكلوي تكلف الدولة آلاف الملايين من الريالات سنوياً بالإضافة إلى ما ينفقه هؤلاء الأشخاص الذين تلقوا العلاج في مستشفيات خاصة، وأجروا عمليات زرع الكلى في الخارج على نفقتهم.

أهم أسباب الفشل الكلوي:

وإذا نظرنا لأسباب الفشل الكلوي العديدة أمكننا تجنب نسبة كبيرة من هذا الفشل. والإحصائيات من المملكة لعام (٢٠٠٣) تقول الآتي في أسباب الفشل الكلوي:

- | | |
|------------------------------------|--------------|
| (١) مرض السكر مع ارتفاع ضغط الدم | ١٩,٥ بالمئة. |
| (٢) مرض السكر بدون ارتفاع ضغط الدم | ١٤,٩ بالمئة. |
| (٣) ارتفاع ضغط الدم | ٣٧,١ بالمئة. |

وهذه الأسباب الثلاثة تشكل (٧١,٥) بالمئة من مجموع حالات الفشل الكلوي في المملكة.

ونظام التأمين الصحي، بل النظام الصحي في معظم دول العالم يهمل موضوع الوقاية، ويركز على العلاج، لأن العلاج تكسب منه شركات الأدوية والمستشفيات، وصناعة الأدوات والأجهزة الطبية تريليونات كل عام. وأما الوقاية فلا يكسب منها مادياً إلا الشعوب المغلوبة على أمرها. . ولهذا يتم تجاهل الوقاية ويتم التركيز على العلاج. . ويمكن بالتوعية والكشف الدوري المبكر تفادي معظم حالات السكري الذي وصل إلى درجة وبائية في دول الخليج بسبب نمط الحياة والرفاهية وكثرة الأكل وعدم ممارسة الرياضة والبعد عن المنهج النبوي في الغذاء، جاء في الأثر «نحن قوم لا نأكل حتى نجوع»، وقال رسول الله ﷺ: «بحسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه فإن كان لا بد فاعلاً فثلث لطعامه وثلث لشرابه وثلث لنفسه»^(١).

كما يمكن بتجنب السمنة وممارسة الرياضة والفحص الدوري والعلاج المبكر تجنب ويلات ارتفاع ضغط الدم ومضاعفاته العديدة، ومن أهمها الفشل الكلوي وحدوث جلطات في الأوعية الدموية للدماغ (السكريات الدماغية)، وإصابة القلب بالفشل القلبي (هبوط القلب) بالإضافة إلى مساهمته الأكيدة في الإصابة بضيق الشرايين التاجية. ولكن شركات التأمين الصحي ترفض رفضاً باتاً فكرة الفحص الدوري ومبدأ الوقاية ولا تعترف به!!

(١) رواه النسائي والترمذي وقال حسن صحيح وأحمد في مسنده، وابن ماجه، والحاكم في المستدرک وابن حبان في صحيحه.

الفصل الثاني

سموم في البيئة

هناك مجموعة من السموم في البيئة تسبب الفشل الكلوي ومجموعة من السرطانات، ومن هذه السموم عوادم السيارات، ومادة الرصاص في البنزين، ودخان المصانع، والمبيدات الحشرية والتي تستخدم بكثافة لدى المزارعين في العالم الثالث، وبدون أي وقاية على الإطلاق. وكثرة استخدام المواد الحافظة لكثير من الأغذية والأشربة، كما أن هناك ملابس رخيصة ومتوفرة في الأسواق، وفيها مواد ضارة مثل الكادميوم، ومجموعات من الأصباغ التي تتحلل مع العرق ويمتصها الجلد، وتسبب العديد من الأمراض بما فيها الفشل الكلوي والسرطان.

وقد زادت في السنين الأخيرة رغبة مربي الماشية عالمياً في زيادة الإنتاج، وتقليل عدد الحيوانات التي تمرض أو تموت إلى أقل حد ممكن، فبدأ استخدام العقاقير الطبية في الإنتاج الحيواني، ليس بغرض علاج حيوانات مريضة، ولكن لزيادة حجم الحيوان، والوقاية من الأمراض الميكروبية.

واستخدم لهذه الأغراض العديد من العقاقير، وأهمها الهرمونات، والمضادات الحيوية، والمهدئات.

وتعتبر هذه المشكلة من أهم المشاكل التي تشغل الجهات الخاصة بالتشريع الغذائي، والجهات التي ترعى مصالح المستهلكين.

تلوث الهواء:

لم يسلم الهواء على تعاقب العصور من التلوث بدخول مواد غريبة عليه كالغازات والأبخرة التي كانت تتصاعد من احتراق الغابات، أو فوهات البراكين،

إلا أن ذلك لم يكن بالكم الذي لا تحمد عقباه. ولكن المشكلة برزت مع التصنيع وانتشار الثورة الصناعية في العالم. ولعل السيارات هي أسوأ أسباب تلوث الهواء بالرغم من كونها ضرورة من ضروريات الحياة الحديثة، فهي تنفث كميات كبيرة من الغازات التي تلوث الجو، كغاز أول أكسيد الكربون السام، وثاني أكسيد الكبريت . . .

طرق تلوث الهواء:

أولاً: بمواد صلبة معلقة: كالدخان، وعوادم السيارات والأتربة وحبوب اللقاح، وغبار القطن، وأتربة الإسمنت، وأتربة المبيدات الحشرية.

ثانياً: بمواد غازية أو أبخرة سامة وخانقة مثل الكلور، وأول أكسيد الكربون، وأكسيد النيتروجين وثاني أكسيد الكبريت.

ثالثاً: بالبكتريا، والعفن الناتج عن تحلل النباتات والحيوانات الميتة والنفايات الأدمية.

رابعاً: بالإشعاعات الذرية الطبيعية والصناعية.

التلوث الألكتروني:

وهو أحدث صيحة في مجال التلوث، وهو ينتج عن المجالات التي تنتج حول الأجهزة الألكترونية ابتداء من المذياع والتلفاز والجوالات والحاسوب، وانتهاء بالأقمار الصناعية، حيث يحفل الفضاء حولنا بالموجات الكهرومغناطيسية وغيرها. وهذه المجالات تؤثر على الخلايا العصبية للمخ البشري، وقد تؤدي إلى الصداع المزمن وغيرها.

التلوث بالمبيدات الحشرية:

كثرت في السنوات الأخيرة الحوادث الناتجة عن التلوث خاصة بالملوثات الكيميائية والمبيدات الحشرية. وتشير الإحصائيات على مستوى العالم إلى أن

المبيدات الحشرية تتسبب سنوياً في حالات تسمم عند (٢٥) مليون شخص في الدول النامية، يموت منهم ما يقرب من (٢٠) ألف شخص سنوياً.

(أ) تلوث الغذاء بالمبيدات الحشرية: والمعروف أنه إذا تعرض الإنسان لمتبقيات المبيدات الحشرية أثناء الاستعمال اليومي فإن ذلك يؤدي إلى المخاطر السمية المزمنة. كما أن الحيوانات التي تتغذى بغذاء ملوث بمبيد «ال د. د. ت. مثلاً» تكون معرضة لظهور الأمراض السرطانية.

(ب) تلوث الماء بالمبيدات بإضافة مواد غير مرغوب فيها، يتسبب في تلف نوعية الماء. والمبيدات الكيميائية تعتبر أحد ملوثات الماء. حيث ترش أطوار البعوض التي تعيش في البرك والينابيع وغيرها بالمواد الكيماوية.

(ج) تلوث التربة بالمبيدات الحشرية.

مبيدات الحشرات في المنازل:

وقد شاع استخدام العديد من مبيدات الحشرات في المنازل، ومنها ما يستخدم بالضغط على زر فتساب المبيدات في صورة رذاذ في جميع أنحاء الغرف، وبعضها الآخر يوجد على شكل أقراص توضع داخل جهاز يعمل بالكهرباء، كما يوضع تحت الأسرة طوال الليل، ويتصاعد من تلك الأجهزة دخان يحمل في طياته السموم التي توجه إلى البعوض أو الذباب، ولكن الأمر عكس ذلك حيث أصبح سماً يستنشقه الأطفال والكبار قبل وصوله إلى البعوض، وأصبح جو الغرفة ملوثاً بهذه المادة السامة، وتشير التقارير العلمية إلى أن التعرض لمتبقيات تلك المبيدات تسبب التهاباً وحساسية في الأغشية المبطنة للجهاز التنفسي عند الأفراد المعرضين لذلك السم^(١).

(١) انظر كتاب «صحتك بين الحقيقة والأوهام» للدكتور حسان شمسي باشا وهو من إصدار دار القلم بدمشق، ودار البشير بجددة.

التبغ والتدخين^(١):

وهناك التبغ والتدخين والأخطار التي تحيق بالصحة من جراء استخدامه .
وتقول إحصائيات منظمة الصحة العالمية لعام (٢٠٠٦) أن التبغ يقتل كل عام أكثر من خمسة ملايين شخص، وأن العدد يزداد باستمرار لزيادة أعداد المدخنين بزيادة سكان العالم، ودخول مئات الملايين سنوياً إلى مستنقع إدمان النيكوتين الذي يعتبر من أشد المواد المسببة للإدمان . وهو لا يقل عن إدمان الهيروين أو الكوكايين كما تقول منظمة الصحة العالمية، وكما يقول كتاب «إدمان النيكوتين في بريطانيا» الذي أصدرته الكليات الملكية للأطباء عام (٢٠٠٠) في بريطانيا . وفيه أن أكثر من ألفي بحث أجري على المواد المسببة على الإدمان، فوجد أن النيكوتين لا يقل في تسبب الإدمان عن الهيروين والكوكايين، وهما أشد أنواع المواد المسببة للإدمان . وإن إدمان النيكوتين هو بدون ريب أشد من إدمان الحشيش والقات وحبوب الافيتامين (الكتاغون) وغيرها من المواد المسببة للإدمان .

ويقتل التدخين كل عام خمسة ملايين شخص، سيصلون إلى عشرة ملايين شخص بحلول عام (٢٠٢٠) . . ولا شك أن التدخين يقتل أضعاف أضعاف ما تسببه المخدرات والخمور من وفيات، ذلك لأسباب عدة أهمها أن شركات التبغ تصنع ثلاث سجائر كل يوم لكل إنسان على وجه المبسطة . وإن استهلاك السجائر يبلغ الآن أكثر من (١٨) مليار سيجارة يومياً . وهو أمر لم يتحقق لأي من المواد الأخرى المسببة للإدمان والمعروفة باسم المخدرات . ولذلك نجد أن وفيات ضحايا المخدرات مجتمعة تصل إلى عشرين ألف سنوياً في الولايات المتحدة، بما فيها جرائم القتل المتعلقة بها، بينما نجد أن ضحايا التدخين يصلون إلى أربعمئة ألف سنوياً . وتأتي الخمور كثاني أهم سبب بعد التدخين في تسبب الوفيات حيث

(١) انظر كتاب «التدخين وأثره على الصحة» و«اقتصاديات التبغ والتدخين تجارة الموت الخاسرة»، و«الموقف الشرعي من التبغ والتدخين» . . وكلها للدكتور محمد علي البار، إصدار الدار السعودية للنشر، جدة .

يبلغون في الولايات المتحدة (١٢٥,٠٠٠) كل عام، ويدخل في ذلك الحوادث الناتجة عن شرب الخمر وجرائم القتل والانتحار التي وقعت تحت تأثير الخمر.

وفي المملكة المتحدة نجد الأرقام التالية:

ضحايا التدخين	١١٠,٠٠٠ سنوياً.
ضحايا الخمر	٢٥,٠٠٠ سنوياً.
ضحايا المخدرات حوالي	١٦٠ شخصاً فقط.

ويبلغ عدد ضحايا التدخين في الصين أكثر من مليون شخص سنوياً. ومن المضحك أن العالم كله اضطرب واهتز لضحايا فيروس السارس الذين لم يبلغوا ثمانمائة شخص في العالم أجمع، بينما العالم كله لا يلتفت إلى وفاة خمسة ملايين شخص بسبب التدخين. . . وواجهت الصين انتقادات شديدة بسبب ظهور مرض السارس، بينما لا أحد يتحدث عن ضحايا التدخين في العالم وفي الصين ذاتها.

ويرتعب العالم لضحايا الإرهاب الذين يبلغون المئات سنوياً، ولكن العالم يدفع عن طيب نفس وخاطر ثلاثمائة مليار دولار سنوياً لشركات التبغ التي تقتل كل عام خمسة ملايين شخص، وتصيب مئات الملايين بالعاهات والأمراض المزمنة.

إن التدخين يقتل سنوياً أكثر من ضحايا السل والملاريا والتيفويد والكوليرا والطاعون مجتمعة. ومن المفارقات أن القنبيلتين الذريتين اللتين ألقيتا على هيروشيما ونجازاكي في شهر أغسطس عام (١٩٤٥) لم تقتل سوى ربع مليون شخص، نصفهم ماتوا مباشرة بعد إلقاء القنبيلتين، والنصف الثاني ماتوا خلال عام أو أكثر نتيجة الحروق والسرطانات التي سببها الإشعاع المدمر. والتدخين يقتل سنوياً عشرين ضعف ما قتلته القنابل الذرية. فأى سفه للبشرية أن تكافئ هؤلاء القتلة (شركات التبغ) باعطائهم ثلاثمائة مليار دولار سنوياً!!

إن إيقاف التدخين وكافة طرق استخدام التبغ ستؤدي إلى رفع الصحة بما لا

تستطيعه جميع وزارات الصحة ومستشفياتها، وكليات الطب وكوادرها . . ولو فكر الناس تفكيراً سليماً لبادروا لمحاربة هذه الآفة بأشد مما يحاربون الإرهاب والمخدرات . ويكفي أن نذكر أن مستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض رفع قضية على شركات التبغ الأمريكية، وطالبها بعشرة آلاف مليون دولار كتعويض، هي ما دفعه المستشفى لمعالجة أمراض ناتجة عن التدخين على مدى عقدين من الزمن! ولكن الولايات المتحدة بطبيعة الحال تحمي شركاتها، والقانون الأمريكي يرفض أن يقبل أي دعوى من خارج الولايات المتحدة على شركات التبغ التي سماها السناتور الأمريكي ادوارد كيندي «قاتلة البشر».

وقد بلغ عدد وفيات التدخين في المملكة (٢٣) ألفاً سنوياً وذلك منذ بداية سنة (٢٠٠٠). أما الذين يصابون بأمراض مزمنة وخطيرة فلا يقلون عن ربع مليون شخص كل عام . وبلغ ثمن التبغ المتداول في السوق السعودية ملياري دولار سنوياً، وأما كلفة العلاج والأمراض، والتغيب عن العمل، والوفاة المبكرة، وحوادث الحرائق، فأرقام فلكية لم تحسب بعد . وإذا كان مستشفى واحد هو مستشفى الملك فيصل التخصصي بلغت خسائره في علاج أمراض التدخين عشرة آلاف مليون دولار (خلال عشرين عاماً) فكم يا ترى تكون خسائر المستشفيات الأخرى، وتكاليف العلاج والغياب عن العمل وفقدان الحياة؟! .

شرب الخمر:

وكم يعاني العالم من شرب الخمر وهي تأتي مباشرة بعد أضرار التدخين من الناحية الصحية . وعدد ضحايا الخمر في الولايات المتحدة (١٢٥,٠٠٠) كل عام . وفي المملكة المتحدة تقتل الخمر (٢٥) ألف شخص . وترفع بعض التقديرات الرقم إلى (٤٠) ألفاً . وذلك يعتمد على إدخال ضحايا الحوادث، وجرائم القتل وجرائم الانتحار . وفي جرائم القتل هل كانت الخمر هي الدافع للقتل أم أن الشخص قد قرر أن يقوم بهذه الجريمة، ثم شرب الخمر، وبالتالي فإنها ليست هي السبب في هذه الجريمة، وكذلك في الانتحار . وتقرر جميع

المصادر الصحية في العالم بما فيها منظمة الصحة العالمية أن ما لا يقل عن (٥٠) بالمئة من حوادث السيارات وغيرها تمت تحت تأثير الخمر. ويذكر تقرير الكلية الملكية للأطباء بلندن أن (٥٠) بالمئة من جميع جرائم القتل تمت تحت تأثير الخمر. ويرفع تقرير هلسنكي الرقم إلى (٨٠) بالمئة. وتؤكد جميع التقارير من منظمات الأمم المتحدة ومن بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية وكندا والدول الأوروبية أن ما بين (٥٠ و ٨٠) بالمئة من جميع جرائم الاغتصاب والاعتداء على المحرمات (Incest) مثل الأخت والبنات تمت تحت تأثير الخمر، ويذكر تقرير من منظمة الصحة العالمية أن (٨٦) بالمئة من جرائم القتل التي تمت دراستها في (٣٦) قطراً من أقطار العالم، وقعت تحت تأثير الخمر.

ويوضح تقرير منظمة الصحة العالمية رقم (٦٥٠) بعنوان: «المشاكل المتعلقة باستهلاك الكحول» «أن شرب الخمر يؤدي إلى مشاكل صحية واجتماعية تفوق المشاكل الناتجة عن الأفيون ومشتقاته (الهرويين)، والحشيش والكوكايين والامفيتامين والباربيتورات، وجميع ما يسمى مخدرات مجتمعة، وأن الأضرار الصحية والاجتماعية لشرب الخمر تفوق الحصر».

ويقول تقرير الكلية الملكية للأطباء النفسيين في بريطانيا: «إن الكحول مادة تسبب تحطيم الصحة بما لا يقاس معها الخطر على الصحة الذي تسببه المخدرات. إن معظم المخاطر على الصحة الناتجة عن تعاطي الكحول ليس من العدد القليل الذي يشرب كميات كبيرة من الكحول، ولكن الخطر الأعظم على الصحة العامة للأمم هو من العدد الكبير الذي يتناول كميات معتدلة من الكحول».

ويؤكد هذا المعنى تقرير الكلية الملكية للأطباء بالمملكة المتحدة حيث يقول: «إن المخاطر الصحية المتعلقة بتعاطي الكحول ليست ناتجة بالدرجة الأولى من العدد القليل الذي يتناول كميات كبيرة من الكحول. ولكن الخطر الأعظم على الصحة العامة هو من الأعداد الكبيرة التي تتناول الكحول باعتدال وانتظام. إن تعاطي (٦٠) جراماً من الكحول يومياً يؤدي إلى زيادة كبيرة في حدوث ارتفاع

ضغط الدم والسكتات الدماغية (الفاالج) وأمراض الكبد، والعقم، وضعف الباءة، وأمراض الجهاز العصبي. أما بالنسبة للنساء فإن نصف هذه الكمية كفيلا بإحداث هذه الأمراض الوييلة».

ويعتبر تليف الكبد الناتج عن شرب الخمر أهم ثالث سبب للوفاة بين الذكور البالغين في فرنسا وروسية والولايات المتحدة وإيطالية. . . وهو السبب الخامس للوفيات بين النساء البالغات في هذه البلدان.

ويذكر كتاب ألف باء الكحول (ABC of Alcohol) الصادر عن المجلة الطبية البريطانية الشهيرة BMJ «أن ما بين خمس وثلث جميع الحالات التي أدخلت إلى الأقسام الباطنية في المستشفيات البريطانية كانت بسبب الكحول. وفي إنجلترا وحدها (دون ويلز واسكوتلندة وإيرلندة الشمالية) يدخل إلى الأقسام الباطنية ما بين ثلاثمائة ألف شخص ونصف مليون شخص بسبب تعاطي الخمر. وفي السويد أثبتت دراسة مالمو أن (٢٩) بالمئة من جميع أيام دخول المستشفيات في السويد كانت بسبب تعاطي الخمر».

وقد أثبتت الدراسات العديدة في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانية أن (٤٠) بالمئة من نزلاء المستشفيات العامة يعانون من مشاكل متعلقة بتعاطي الخمر، كما أثبتت الدراسات أن ثلث الحالات التي تذهب إلى أقسام الطوارئ والحوادث كان مستوى الكحول في الدم أكثر من (٨٠) مليجرام لكل مائة مليلتر من الدم. وهذا هو الحد الأعلى المسموح به لسيارة السيارات في الولايات المتحدة وبريطانية، على أن حوادث كثيرة جداً تحدث بسبب تعاطي كميات محدودة من الكحول لا تصل إلى (٨٠) مليجراماً. أما إذا بلغ الكحول في الدم مائتي مليجرام لكل مائة مليلتر من الدم فإن احتمال وقوع حادثة يتضاعف أكثر من مائة مرة.

ويذكر كتاب «ألف باء الكحول» أن (٢٥) بالمئة من جميع حالات التسمم

كانت بسبب تعاطي الكحول، وأن (٦٠) بالمئة من جميع كبار السن الذين أدخلوا إلى المستشفيات في بريطانيا بسبب كثرة السقوط، أو هبوط القلب (فشل القلب)، أو الإلتانات الصدرية المتكررة، أو فقدان الذاكرة واضطراب الذاكرة، كانوا يعانون من مشاكل متعلقة بشرب الخمر. ويتضاعف خطر حدوث حالة الانتحار عند تناول الخمر ليبلغ (٦٠) ضعف الشخص العادي كما تقول (دائرة معارف إدمان الكحول) (Encyclopedia of Alcoholism). وقد وجد أن (٨٠) بالمئة من المنتحرين قاموا بتلك الجريمة تحت تأثير الخمر، كما وجد أن ما بين (٣٠ و ٤٠) بالمئة من نزلاء المستشفيات العقلية والأمراض النفسية كانوا يعانون من تأثير تعاطي الخمر.

ونتهي الكلام عن تأثيرات الخمر بقول الدكتور برنت في كتاب «مواضيع في العلاج» الذي أصدرته الكلية الملكية للأطباء بلندن: «لم يكتشف الإنسان شيئاً بالخمر في كونها باعثة على السرور الوقتي؛ وفي نفس الوقت ليس لها نظير في تحطيم حياته وصحته. . ولا يوجد لها مثيل في كونها مادة للإدمان وسُماً ناقعاً وشرّاً اجتماعياً خطيراً».

ولمزيد من الإطلاع على أضرار الخمر على الصحة يمكن للقارئ الكريم مراجعة المراجع المتوسعة والتي لخصناها في كتبنا العديدة^(١ - ٥) حول هذا الموضوع.

المخدرات والصحة:

تأتي المخدرات بعد التدخين وشرب الخمر في تأثيرها على الصحة

- (١) د. حسان شمسي باشا: أطباء الغرب يحذرون من شرب الخمر، دار القلم، دمشق، دار البشير، جدة.
- (٢) د. محمد علي البار: الخمر بين الطب والفقه، الطبعة السابعة، الدار السعودية، جدة.
- (٣) د. محمد علي البار: الأضرار الصحية للمسكرات والمخدرات، الدار السعودية، جدة.
- (٤) د. محمد علي البار: الموقف الشرعي والطبي من التداوي بالكحول والمخدرات، الدار السعودية، جدة، ٢٠٠٣.
- (٥) د. محمد علي البار: الإعجاز في أحاديث التداوي بالخمر، دار القلم دمشق، الدار الشامية، بيروت.

وتدميرها لها . وقد بلغت تجارة المخدرات العالمية حداً رهيباً لا يمكن السيطرة عليه حيث بلغت تلك الأموال خمسمائة ألف مليون دولار سنوياً . ومن وراءها دول وعصابات وشركات ضخمة وبنوك تقيم علاقات وطيدة مع رجال المافيا ويتم فيها غسل الأموال القذرة .

وقد لعبت الدول الاستعمارية وبريطانية على وجه الخصوص دوراً شديداً القذارة في نشر الأفيون . وعندما احتلت بريطانيا الهند وجدت زراعة الخشخاش (الذي يستخرج منه الأفيون) محدودة، فقامت شركة الهند الشرقية التي استولت على الهند وحكمتها (وكان كثيراً ما يرأسها يهودي بريطاني) بتوسيع هذه الزراعة، ونشر استخدام الأفيون بطريقة حديثة هي التدخين . وقد كان الأفيون يستخدم بلعاً فقط . وبهذه الطريقة الجديدة تمّ نشر الأفيون إلى الصين، وساهمت فرنسا في هذه التجارة القذرة، لأنها كانت تحتل ما كان يسمى الهند الصينية (كمبوديا ولاوس وفيتنام) . ونشرت أيضاً زراعة الأفيون على نطاق واسع .

وعندما حاول امبراطور الصين إيقاف هذه التجارة القذرة احتجت بريطانيا وفرنسة، واعتبرت ذلك منعاً لحرية التجارة . وقامت بالهجوم على الصين واستخدمتا المدافع الحديثة التي لم تكن تعرفها الصين، ومعها مئات الآلاف من المجندين من الهند والهند الصينية، واستمرت الحرب من عام (١٨٣٩) حتى عام (١٨٤٢)، وامبراطور الصين يقاوم هذا الغزو العسكري الأفيوني الذي تقوده بريطانيا الامبراطورية التي لا تغيب عنها الشمس .

وعندما انهزم امبراطور الصين اضطر لفتح خمسة موانئ صينية لتجارة المخدرات وتسميم شعبه . . ولم تكتف بريطانيا وفرنسة بذلك بل دبرتا أمر إدخال المزيد من الأفيون إلى داخل البر الصيني مع مسوح الرهبان وبين دفتي الكتاب المقدس . . وعندما احتج الإمبراطور على هذه المخالفة للاتفاقية هزأت به بريطانيا وفرنسة، وانضمت إليهما الولايات المتحدة الأمريكية، وشنوا أحقر حرب في التاريخ، من أجل نشر المخدرات بقوة السلاح، واستمرت تلك الحرب من عام

(١٨٥٦) حتى عام (١٨٦٠) عندما دكَّت القوات الغازية قصر الإمبراطور في بكين. وافتخرت بريطانيا بأنها زادت تصدير الأفيون إلى الصين من مائتي صندوق عام (١٨٢٧) حتى وصلت ستين ألف صندوق عام (١٨٥٦) (ستة آلاف طن من الأفيون وهي ضعف الانتاج العالمي اليوم).

ولا شك أن ثروات الدول الاستعمارية الكبرى إنما جاءت من سرقة ثروات الشعوب، ومن تجارة المخدرات وخاصة بريطانية العظمى التي كان لها ثلاثة مواقف أسهمت إسهاماً عظيماً في نشر إدمان الأفيون والهيرويين والمورفين كما يقول الدكتور فيرنون كولمان البريطاني في كتابه الإدمان والمدمنون^(١) وهي كالتالي:

- ١ - حروب الأفيون التي شنتها بريطانيا العظمى على الشعب الصيني.
- ٢ - اكتشاف الدكتور «إلكسندر وود» طريقة استخدام حقن المورفين. وبذلك تحول الإدمان للأفيون (مادة طبيعية وعن طريق الفم أو التدخين) إلى مادة المورفين الأقوى بعشر مرات من الأفيون والتي تتعاطى بالحقن تحت الجلد، أو في العضل أو في الوريد. وهي بذلك أشد خطورة وأسرع أثراً.
- ٣ - قيام الدكتور «رايت» بتحضير الهيرويين عام (١٨٩٠) وهو أقوى من الأفيون بثلاثين مرة وتكفي بضع حقن منه لتسبب الإدمان.

وقد انتشر إدمان الأفيون ثم المورفين ثم الهيرويين، وكان لبريطانية في ذلك دور وأي دور. وفي عام (١٩٢٨) انتشر إدمان الهيرويين في مصر مع وجود الجيش البريطاني، وارتفاع أسعار القطن، ووجود تجار لهذه المادة الخطرة من اليهود واليونان، حتى وصل عدد المدمنين على الهيرويين نصف مليون شخص، وكان سكان مصر آنذاك (١٤) مليوناً فقط.

Vernon Coleman: Addicts and Addiction. Piatkus Ltd., London, 1986., PP 63 - 66.

(١)

وتلعب السياسة دوراً كبيراً في نشر المخدرات. فمنذ عام (٢٠٠١م) فقد أصبحت زراعة الخشخاش الذي يستخرج منه الأفيون والمورفين والهيريويين أهم دخل لسكان أفغانستان وقد تضاعفت الزراعة عدة مرات منذ الإحتلال الأمريكي لأفغانستان.

وقد لعب اليهود دوراً كبيراً في نشرها في الدول العربية المجاورة وخاصة مصر، كما كان لهم دور بعد انهيار الاتحاد السوفيتي في نشر المخدرات والدعارة لكسب الملايين. وقد استطاعوا بالفعل السيطرة على الاقتصاد في روسيا وغيرها. وكانت فرصتهم في زمن الرئيس يلتسين حيث باع لهم مؤسسات الدولة ونصف عقارات موسكو بأسعار زهيدة، بل وسمح لهم بالاستيلاء رسمياً على بنك الدولة وإصدار العملات^(١).

والمجال يضيق عن أنواع الأمراض التي تسببها المخدرات المختلفة ونحيل القارئ الكريم على كثير من الكتب في هذا الصدد^(٢).

وكما قامت بريطانية بنشر إدمان الأفيون ومن بعد ذلك المورفين والهيريويين، قامت أسبانية التي استعمرت ما يسمى أمريكة اللاتينية بنشر الكوكايين المستخرج من نبات الكوكا الذي كان يمضغه الهنود الحمر ليستطيعوا مواصلة العمل الذي فرضه عليهم المستعمر الاسباني والبرتغالي. ثم دخلت الولايات المتحدة على الخط وانتشرت تجارة الكوكايين في بداية القرن العشرين انتشاراً كبيراً.

ولم يكن استخدامه محرماً ولا ممنوعاً - حتى أن شركة كوكا كولا الأمريكية

(١) انظر دور اليهود ووكالة المخابرات الأمريكية والموساد في نشر المخدرات في كتاب «المخدرات الخطر الداهم» اصدار دار القلم، دمشق وكتاب «مشكلة المسكرات والمخدرات» أيضاً لدار القلم، وكلاهما للدكتور محمد علي البار.

(٢) انظر كتاب «المخدرات الخطر الداهم» (الكتابين السابقين) وكتاب «الأضرار الصحية للمخدرات» إصدار الرئاسة العامة لرعاية الشباب وكتاب «الموقف الشرعي والطبي من التداوي بالكحول والمخدرات». وكلها للدكتور محمد علي البار.

كانت تضع قليلاً من الكوكايين في مشروبها الذي كسبت منه الملايين ولم يتم منع ذلك رسمياً إلا عام (١٩٢٨).

والخلاصة أن قصة المخدرات طويلة ومريعة، وقد لعبت فيها الدول الاستعمارية الكبرى أدواراً فذرة وخطيرة. . ولا تزال الدول الغربية تنصح الدول الإسلامية بعدم التشدد في موضوع الخمر والمخدرات والجنس حتى تخفف من موجة التطرف الديني حسب زعمهم، وفي كثير من الأحيان يكون لها دور مباشر أو شبه مباشر^(١).

الأمراض الجنسية (أمراض الزنا واللواط ونشر الفاحشة)^(٢):

لقد قامت الأمراض الجنسية بإهلاك العديد من الأمم في الماضي، وهي تقوم اليوم بهذا الدور نفسه. يقول قرار منظمة الصحة العالمية: «إن الأمراض الجنسية هي أكثر الأمراض المعدية انتشاراً في العالم اليوم، وهي تشكل تهديداً خطيراً على الصحة العامة. وللأسف فإن كثيراً من الدول لم تدرك بعد أبعاد هذه المشكلة».

ونتيجة السعار الجنسي المحموم والتكالب على اللذة وتجارة البورنو (الأدب والإعلام الداعر)، وتجارة البغاء العالمية، وهي كما يقولون أقدم تجارة في العالم، ولم يوقفها إلا الإسلام، وذلك عندما منع عبد الله بن أبي وأضرابه من الذين كانوا يتجرون بجواربهم ويفرضون عليهن الدعارة قال تعالى: ﴿وَلَا تُكْرِهُوا فَئِيتَكُمْ عَلَىٰ إِلِغَاءِ إِنِّ أَرَدْنَ مَحْصَنًا لِنَبْنِغُوا عَرْضَ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَمَنْ يُكْرِهِنَّ فَإِنَّ اللَّهَ مِنْ بَعْدِ إِكْرِهِنَّ غَفُورٌ رَحِيمٌ﴾ [النور: ٣٣] أي غفور رحيم لهن، وليس للمجرمين الذين يفرضون عليهن هذه المهنة القدرة.

(١) انظر التفاصيل في كتاب «المخدرات الخطر الداهم» وكتاب «مشكلة المسكرات والمخدرات» وكلاهما للدكتور محمد علي البار.

(٢) انظر التفاصيل في كتاب: «الأمراض الجنسية أسبابها وعلاجها»، و«الأيدز وباء العصر»، وكلاهما للدكتور محمد علي البار، إصدار دار المنارة، جدة.

نتيجة هذا الانتشار الواسع للدعارة والزنا واللواط إلخ . . فإن الأمراض الجنسية تزداد يوماً بعد يوم . فعدد ضحايا الأيدز قد جاوز خمسين مليوناً بحلول عام (٢٠٠٧) ويضاف إليهم ما يقرب من خمسة ملايين كل عام . والوفيات في ازدياد وخاصة في أفريقية التي نشر فيها الرجل الأبيض (المستعمر الأوروبي) الزنا على نطاق واسع .

وهناك أكثر من (٨٠٠,٠٠٠) شخص يصابون سنوياً بالسيلان (الجونوريا) في الولايات المتحدة وحدها أما في العالم أجمع فهناك أكثر من (٦٠) مليون شخص يصاب سنوياً بالسيلان . ورغم توفر علاج له إلا أن مكورات السيلان تتحور لتصبح أكثر شراسة وأشد مقاومة للعقاقير والمضادات الحيوية . . وتزداد المضاعفات (الاختلاطات) بما فيها التهابات مزمنة في البروستات (الموثة) والمجري البولية وإصابة الكلى ، وتؤدي التهابات الجهاز التناسلي إلى العقم لكل من الرجل والمرأة في كثير من الأحيان بالإضافة إلى ما يسمى «التهاب الحوض لدى النساء» . . وإذا تم الجماع أثناء الحيض والمرأة مصابة بالسيلان أو كان الذي عاشرها مصاباً بالسيلان ، فإن المضاعفات الخطيرة والتي تكون عادة نادرة تزداد ، وذلك مثل التهاب الكبد والتهاب شغاف القلب ، والتهابات حادة في المفاصل ، والتهابات خطيرة في السحايا .

ثم إن هناك الكلاميديا والميكوبلازما وعدد المصابين بها يبلغون حوالي (٣) ملايين شخص كل عام في الولايات المتحدة . وهناك أكثر من (١٠٠) مليون حالة جديدة كل عام . ورغم وجود العلاج لها إلا أن المضاعفات في الجهاز البولي التناسلي منتشرة مسببة العقم وغيره .

وهناك الهريس التناسلي ومضاعفاته الخطيرة وخاصة إذا تمت الإصابة أثناء الحمل ، كما أن علاج الهريس مكلف ولا يقضي على الفيروس بل يبقى في مرحلة كمون ليعود مرة أخرى . وهو من جهة يشبه علاج الأيدز الباهظ الثمن والذي لا يقضي على فيروس الأيدز بل يخفف من عدد الفيروسات ويقلل من مضاعفاته ،

وبالتالي لا يقضي عليه بل يبقى كامناً يزداد وينتشر كلما وجد الفيروس فرصة سانحة ، كما ينقل المرض إلى غيره بالجماع والدم والمعاشرة والمخالطة الشديدة .

وهناك الثآليل الجنسية الفيروسية كما أن هناك فيروسات ببليوما المتعلقة بسرطان عنق الرحم . وقد ثبت ثبوتنا لا شك فيه أن سرطان عنق الرحم مرض جنسي ناتج عن الزنا وكثرة المخاللين . وقد اكتشفت بريطانية فاكسينا للتطعيم ضد هذا الفيروس (عام ٢٠٠٤) .

ثم هناك مرض الزهري الذي قتل الملايين بل مئات الملايين منذ أن انتشر في أوروبا في القرن السادس عشر انتشاراً رهيباً . وكانوا يدعونه الداء الفرنسي ، والداء الفرنسي . وقام الأوروبيون بنشره على نطاق واسع مع حركة الاستعمار والاستيطان وأوصلوه إلى السكان الأصليين (الأب أورجينيز) في أستراليا ونيوزيلندا وفي أفريقية وفي الهند، وفي كل مكان وطأته قدم أوروبي ينشر الزنا والبغاء والخمور .

وقضى الزهري والأمراض الجنسية على ملايين الأشخاص في الحربين العالميتين الأولى والثانية . . وخاصة أن الجنود كانوا يبحثون عن هذه اللذة وكانت قيادات الجيوش توفرها لهم بكافة الطرق . وقد وصل عدد البغايا المصروح لهن بالدعارة رسمياً في مصر فقط في أثناء الحرب العالمية إلى (١٥) ألف فتاة كل عام كما يقول الأستاذ محمد حسنين هيكل في برنامجه الذي بثته قناة الجزيرة (٤ أغسطس ٢٠٠٥ و ١١ أغسطس ٢٠٠٥) .

ويتحدث كتاب الطب الامبريالي والمجتمعات المحلية تحرير «دافيد أرنولد» وتأليف مجموعة من الأطباء البريطانيين^(١) عن الجرائم التي قامت بها الامبريالية الأوروبية وخاصة البريطانية في نشر الأوبئة في المستعمرات - وخاصة الأمراض الجنسية وكيف قضوا على قبائل الماوري في نيوزيلندا واسترالية بنشر الزهري

(١) الطب الامبريالي والمجتمعات المحلية تحرير دايفيد أرنولد وترجمة مصطفى ابراهيم فهمي ، عالم المعرفة ، الكويت ، رقم ٢٣٦ أغسطس ١٩٩٨ ، ص ١٠٣ - ١٥٤ .

والأمراض الجنسية الخطيرة التي لم تكن معروفة لديهم . وقد تسبب دخول البريطانيين إلى نيوزيلنده إلى انقراض شعب الماوري بسبب الأمراض التي جلبها الرجل الأوروبي (البريطاني) وخاصة الأمراض الجنسية وبالذات مرض الزهري .

ويصيب الزهري خمسين مليون حالة سنوياً ، ورغم توفر علاج ناجع له وهو البنسلين إلا أن كثيراً من الحالات لا يتم تشخيصها إلا في مراحل متأخرة أو بعد إصابة الجنين للمرأة الحامل فتبقى تلك المضاعفات (الاختلاطات) الخطيرة .

الفصل الثالث

حوادث الطرق والصحة

تعتبر حوادث الطرق في المملكة العربية السعودية ومنطقة الخليج من أعلى نسب حوادث المرور في العالم. وفي الوقت الذي تزداد فيه نسبة حوادث الطرق في المملكة ومنطقة الخليج نجد أن معظم دول العالم المتقدم تقنياً تنخفض لديهم هذه النسبة عاماً بعد عام، وذلك في اليابان (وهي من أقل نسب حوادث المرور في العالم، وفي أوروبا (وتعتبر أسبانية وإيطالية أعلاها والسويد والنرويج والدانمارك أقلها)، وفي كندا (وحواثها قليلة)، والولايات المتحدة وهي تعتبر من أعلى بلاد الحوادث في البلاد المتقدمة حيث يُتوفى ما يقرب من خمسة وعشرين ألف شخص كل عام بسبب حوادث الطرق أغلبها بسبب تعاطي الخمر). وكل هذه الدول قد قامت بإجراءات متتالية جعلت حوادث الطرق لديها تنخفض، ومن أهم تلك الاجراءات منع سياة السيارات والشخص مخمور. وقد خُفض المستوى المسموح به من الكحول من (١٠٠) مليجرام لكل مائة مليلتر من الدم إلى (٥٠) مليجراماً في معظم تلك الدول. كما شددت اجراءات السلامة في المركبات ووضع حزام الأمان ولم يسمح للأطفال بالجلوس في المقاعد الأمامية..

وقد زادت حوادث المرور في منطقة الخليج بشكل متصاعد، فعلى سبيل المثال سجلت البحرين عام (١٩٧٠) ميلادية (١٤٧٦) حادثة ارتفعت عام (١٩٨٣) إلى (٢٣,٢٤٤) حادثة. وذلك يرجع إلى زيادة الثروة وزيادة عدد السيارات، ففي عام (١٩٧٠) كان عدد السيارات في البحرين (١٥,٣٦٣) سيارة زادت إلى (٩٠,٠٠٠) سيارة عام (١٩٨٣).

وفي المملكة العربية السعودية واصلت حوادث المرور صعودها ففي عام

(١٩٧٩) سجلت (١٦,٨٣٢) إصابة و(٢٨٧١) وفاة وبحلول عام (٢٠٠٤) ارتفعت الإصابات التي أدخلت إلى المستشفى إلى (٣٤,٨٨٠) بالإضافة إلى (٤٢٩٣) وفاة.

وفي المملكة لا تُسجل الوفيات التي تحدث في المستشفى نتيجة الإصابة، وإنما تسجل فقط الحالات التي توفيت على الطرق. بينما تقرر منظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات الدولية أن الوفيات التي تحدث في المستشفيات بسبب الحادث المروري ولغاية شهر من تاريخ الحادث تدخل في معدل الوفيات.

وبالتالي فإن عدد الوفيات الفعلية التي تحدث في المملكة هي ضعف العدد الرسمي المسجل، والذي ارتفع في بداية القرن الواحد والعشرين إلى أربعة آلاف حالة^(١). وبالتالي فإن العدد الإجمالي للوفيات بسبب حوادث الطرق هو ثمانية آلاف حالة سنوياً^(٢).

وفي دراسة نشرت عام (٢٠٠٠م) فإن الباحثين وجدوا أن ما بين عام (١٩٧١) و(١٩٩٧) فقد مات أو أصيب (٥٦٤,٧٦٢) شخصاً بسبب حوادث المرور في المملكة.

وهو يعادل ٣,٥٪ من عدد السكان في المملكة، وأن (٦٦,٩١٤) شخصاً لقوا حتفهم في حوادث الطرقات وأن ٨١٪ من الوفيات في مشافي وزارة الصحة كان بسبب الحوادث المرورية^(٣).

وهو عدد كبير جداً بالنسبة لسكان المملكة الذين يبلغون (٢٣) مليوناً وهو موازي للعدد الكبير الذي يحدث في إيران (عدد سكانها سبعين مليوناً). وفي عام (١٩٨٣) كانت نسبة الوفيات من حوادث السيارات في المملكة العربية السعودية

(١) Marwa S. et al: Road Traffic Accident Admission in a University Hospital. Saudi Med. J. 1990, 11, (5): 389-391.

(٢) Al Turki MH: Road Accident Statistics and data Compromising Riyadh, Area. Annuals Saudi Med. J. 1998, 8: 310.

(٣) Ansaris: Causes and Effect of Road Traffic Accidents, Public Health, 2000, 114: 37.

ودول الخليج هي (٣٧) شخصاً لكل مائة ألف من السكان، بينما كانت في الولايات المتحدة الأمريكية (٢١) شخصاً لكل مائة ألف من السكان^(١). وقد انخفض العدد في الولايات المتحدة مع بداية القرن الواحد والعشرين (حوالي ١٥ لكل مائة ألف من السكان)، بينما لا يزال الرقم في المملكة ودول الخليج في حدود (٣٥) شخصاً لكل مائة ألف من السكان. أما في اليابان فالرقم أقل من (١٠) لكل مائة ألف من السكان. والأمم ذاته في كندا ومعظم دول أوروبا.

وأما عدد حوادث المرور بالنسبة لعدد السكان فهي خمسة أضعاف ما هو عليه في الولايات المتحدة إذ تم تسجيل (٢٦١,٨٧٢) حادثة عام (٢٠٠٤م) ونسبة حدوث إصابة لكل مائة حادثة هي خمسة أضعاف الرقم المسجل في الولايات المتحدة. وأما نسبة حدوث وفاة لكل مائة حادثة فهي (١٥) ضعف الرقم المسجل في الولايات المتحدة.

والمشكلة الأكبر أن (٧٥) بالمئة من الإصابات والوفيات بالمملكة هي لأشخاص أقل من (٤٠) سنة. ويذكر الدكتور (شاوان) Shawan وزملاؤه في بحثهم المنشور في المجلة الطبية السعودية^(٢) أن الأطفال في المملكة العربية السعودية يشكلون (٢٠) بالمئة من ضحايا الحوادث المرورية، وهي أرقام مفرزة حقاً. ويرجع ذلك إلى السماح للأطفال بالجلوس في المقعد الأمامي دون ربط حزام. (في الأصل لا يسمح للأطفال بالجلوس في المقاعد الأمامية وإنما يبقون في المقاعد الخلفية ويربط خاص).

وقد بلغ عدد الذين يدخلون المستشفيات في المملكة العربية السعودية بسبب الحوادث المرورية قرابة أربعين ألف شخص كل عام، ومنهم أعداد كبيرة تنتهي باعاقات مدى الحياة.

وأما الفاقد الاقتصادي لهذه الحوادث فمبلغ يصل إلى آلاف الملايين من

(١) المصدرين السابقين.

(٢) Shawan S. et al: Children as Front Seat Passengers. Saudi Med. J. 1993, 14, (4): 312-4.

الريالات سنوياً. فعدد الحوادث نفسها بلغ عام (١٩٩٣) خمسة وثمانين ألف حادثة والرقم في ازدياد مستمر وقد بلغ ثلاثة أضعاف هذا الرقم (٢٦١,٨٧٢) عام (٢٠٠٤م) وتكلفة إصلاح السيارات أو ثمن السيارات التالفة تبلغ المليارات سنوياً. أما تكلفة علاج أربعين ألف حادثة، ومنها ما هو خطير ويمكن عدة أشهر في المستشفيات، فلا شك قد وصل الإعاقات الدائمة. وما هو أكبر من ذلك كله ولا يقدر بأموال الدنيا كلها هو فقدان الحياة في ريعان الشباب وفي الطفولة. وكما أسلفنا فإن (٧٥) بالمئة من ضحايا الحوادث هم من الفئة العمرية أربعون عاماً فما دونها. أي أنهم في زهرة الشباب وفترة الإنتاج وأن (٢٠) في المئة من الإصابات هي لأطفال دون سن البلوغ (١٥) عاماً فما دونها.

إن الفاقد العمري في الكويت نتيجة حوادث السيارات في الثمانينات من القرن العشرين كانت (٥٢٠٠) سنة، بينما كان الفاقد العمري لجميع السرطانات (٣٢٠٠) سنة وأمراض القلب والدورة الدموية (٢٧٠٠) سنة وأمراض الجهاز الهضمي (٢٣٠٠) سنة^(١).

ويحتاج الأمر إلى اهتمام شديد بهذه المشكلة العويصة التي تؤدي إلى فقدان الحياة في ريعان الشباب، وإلى دخول أربعين ألفاً إلى المستشفيات، وإلى الإصابات الدائمة والإعاقة لنسبة ليست بالقليلة، وإلى فقدان مروع للاقتصاد (غياب عن العمل، تكلفة المستشفيات، فقدان الحياة وهذه لا تقدر بثمن، تكلفة إصلاح السيارات، ثمن السيارات المعطوبة نهائياً - الخ الخ) وكلها تصل إلى عشرات المليارات من الريالات سنوياً.

ولا بد من إيقاف هذا الهدر للحياة وللصحة وللأموال أو على الأقل العمل

(١) الشاذلي وزملاء: Life Expectancy and Cause of Death (1987-2000) in the Kuwaiti Population، المجلة الصحية لشرق المتوسط (منظمة الصحة العالمية) يناير - مارس ٢٠٠٤، ١٠ (١ و ٢): ٤٥ - ٥٥ وفيه أن الوفيات بسبب حوادث المرور في الكويت هي ٣٩ من كل مائة ألف من السكان للذكور، و ٨,١٨ للإناث والمعدل العام ٣٠,٨٢ من كل مائة ألف من السكان سنوياً.

جدياً لخفضه إلى أدنى درجة ممكنة . . ولا يمكن أن نقدم رعاية صحية حقيقية دون الاهتمام بهذه المشكلة العويصة ومحاولة حلها من جذورها بحيث تشترك أجهزة حكومية وغير حكومية، وصحية وغير صحية، في حلّها، بل وينبغي على الأمة بكاملها أن تسهم في حلّ هذه المعضلة التي لا يبدو في الأفق أي حلّ لها.

الفصل الرابع

رعاية الطفولة والأمومة

إن رعاية الطفولة والأمومة هي من أهم العلامات الفارقة بين الرعاية الصحية الجيدة والرعاية الصحية السيئة، أو البالغة السوء.

وقد أمكن بفضل الله تعالى إحداث تقدم باهر في هذا الميدان، وخاصة في الدول المتقدمة، بينما لا تزال معظم دول العالم الثالث تعاني بشكل مخزٍ من سوء الخدمات المقدمة للطفولة والأمومة.

وهناك مقاييس اتفق عليها أصحاب الاختصاص ومنظمة الصحة العالمية والمنظمات العالمية المهتمة بصحة الأطفال والأمهات. وفيما يلي بعض أشهر هذه المقاييس المتعارف عليها دولياً:

(١) معدل وفيات الرضع (أي الأطفال في السنة الأولى من العمر):

وهو مؤشر هام على المستوى الصحي لأي بلد من البلدان، بل لعله أهم تلك المؤشرات على الإطلاق. ويحسب كالتالي:

عدد الوفيات التي حدثت بين المواليد الأحياء دون السنة في مكان معين في سنة معينة $\times 1000$

عدد جميع المواليد الأحياء في تلك السنة وفي ذلك المكان أو البلد

وقد كانت وفيات الأطفال الرضع عالية جداً في جميع أنحاء العالم، بما فيها الولايات المتحدة وأوروبا واليابان حتى نهاية القرن التاسع عشر. ثم بدأت هذه الوفيات تقل بصورة متسارعة بعد إدخال نظام التطعيم للأطفال والاهتمام بصحة الطفل، وخاصة بعد الحرب العالمية الثانية.

وقد وصلت إلى أقل مستوى لها في اليابان والسويد والنرويج حيث تبلغ الآن (منذ بداية القرن الواحد والعشرين) ثلاثة أطفال من كل ألف من المواليد - وتبلغ في كندا خمسة من كل ألف. بينما تبلغ في معظم دول أوروبا الغربية وأستراليا ونيوزيلندا من خمسة إلى سبعة من كل ألف من المواليد.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية حيث أكبر إنفاق على الصحة (حوالي خمسة آلاف دولار سنوياً على كل فرد) تبلغ الوفيات في واشنطن العاصمة (١٦) من كل ألف، وذلك لوجود أعداد كبيرة من السود في العاصمة الأمريكية. وبينما تبلغ الوفيات لدى البيض حوالي (٧) من كل ألف من المواليد، فإنها تبلغ أكثر من عشرين بالألف لدى السود وذوي الأصول الإسبانية (Hispanic) وهو مستوى مخجل حقاً^(١). إذ أن كوبا المحاصرة والمضيق عليها من الولايات المتحدة والتي تواجه حرباً شرسة من أكبر دولة في الأرض لمدة أربعين عاماً، تحقق مستوى صحياً أفضل بكثير من المستوى الصحي لدى السود وذوي الأصول الإسبانية في الولايات المتحدة.

ونسبة وفيات الأطفال الرضع في كوبا خمسة من كل ألف، وتحت سن الخامسة (٧) بالألف. وهو مستوى أعلى من المستوى العام لدى الولايات المتحدة الأمريكية (وهو ٧ بالألف)، وأعلى بكثير من مستوى السود وذوي الأصول الإسبانية في الولايات المتحدة حيث يزيد عن العشرين بالألف.

أما بالنسبة للدول الإسلامية عربياً وعجمياً فإن الرقم لا يزال مرتفعاً جداً. وتعتبر أفغانستان والصومال واليمن من بين أكثر الدول سوءاً في هذا المؤشر حيث تبلغ وفيات الأطفال الرضع (أقل من عام) (٧٥) من كل ألف في اليمن (إحصاء ٢٠٠٧م). أما في أفغانستان فقد وصلت الأرقام إلى (١١٢) من كل ألف طفل

(١) وحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٧م، فإن عدد وفيات الرضع في الولايات المتحدة بلغوا (٧) من كل ألف، ووفيات تحت سن الخامسة (٨) بالألف. وهذا رقم أعلى من الأرقام المتعلقة بكوبا.

مولود في السنة الأولى من العمر. والأمر كذلك أو قريب منه في الصومال وجيبوتي.

ونجد معظم الدول العربية قد حسّنت وفيات الأطفال الرضع خلال العقود الثلاثة الماضية، وحقق بعضها وخاصة دول الخليج العربي قفزات جيدة فعلى سبيل المثال نجد أن وفيات الأطفال الرضع في دولة الإمارات (سنة ٢٠٠٢) قد بلغوا (٨,١) من كل ألف، وفي البحرين (٧,٣) من كل ألف (سنة ٢٠٠٣)، وفي قطر (١٠,٧) من كل ألف (سنة ٢٠٠٣)، وفي الكويت (٩,٤) من كل ألف (سنة ٢٠٠٣)، وفي السعودية (٢١) من كل ألف (سنة ٢٠٠٧)^(١).

وقد وصلت معظم الدول العربية إلى رقم ٣٥ أو ما حولها من كل ألف من المواليد - ولا تزال اليمن والصومال وجيبوتي تعاني من أرقام عالية جداً.

ونجد أن سيرلانكا الدولة الفقيرة قد حققت نسبة أفضل من معظم الدول العربية وهي نسبة ١٢ من كل ألف حسب إحصائية منظمة الصحة العالمية لعام (٢٠٠٧م). ويوضح الجدول التالي وفيات الأطفال الرضع في البلاد الغنية أوروبا والولايات المتحدة وغيرها وذلك عام (٢٠٠٠م).

الولايات المتحدة الأمريكية	٧,٢	من كل ألف مولود
أستراليا	٥,٢	
كندا	٥,٢	
الدانمارك	٥,٢	
فنلندا	٣,٩	
فرنسة	٤,٦	

(١) المؤشرات الصحية الحيوية لدول الخليج العربية، إصدار المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون، العدد التاسع ١٤٢٤هـ / ٢٠٠٣م، الجدول رقم ٦، ص ٣٨. وأصدرت منظمة الصحة العالمية تقريرها العام في سنة ٢٠٠٧م أرقاماً مشابهة مع اختلاف بسيط.

٤,٩	ألمانية
٦,١	إيطالية
٢	سنغافورة
٤	اليابان
٤	النرويج
٣,٥	السويد
٤,٧	سويسرة
٥,٩	المملكة المتحدة

وكلها قد وصلت إلى ٣ في الألف عام ٢٠٠٣

ورغم أن الولايات المتحدة تنفق قرابة (٥٠٠٠) دولار لكل فرد سنوياً على الصحة إلا أن مستواها أقل من جميع الدول المتقدمة، بل هو أقل من كوبا التي وصلت فيها وفيات الأطفال الرضع إلى ستة بالألف (٢٠٠٣).

ومعظم الدول الغنية تنفق ما بين ألفين وثلاثة آلاف دولار على الفرد سنوياً للصحة ولهذا فإن هناك نقداً شديداً على السياسة الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية التي تنفق ضعف ما تنفقه أغنى دول العالم الأخرى، ومع ذلك فإن المؤشرات الصحية منخفضة جداً، وخاصة بالنسبة للسود ولذوي الأصول الإسبانية. وهناك (٤٤) مليون أمريكي بدون تأمين صحي. وتعمل الولايات المتحدة لايجاد نوع من التأمين الصحي لهؤلاء. ومن الواضح جداً أن الولايات المتحدة تعاني من سوء التوزيع وعدم العدالة في الخدمات الصحية. فأصحاب الثروات والمال يجدون كل الخدمات التي يحلمون بها، والفقراء والمعدمون لا يجدون إلا الفتات. وتعتبر الولايات المتحدة كما تقول اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية أسوأ الدول المتقدمة في وفيات الرضع ووفيات الأطفال دون الخامسة، ووزن المواليد أقل من (٢,٥) كيلوجراماً. وهي من البلدان القليلة في العالم التي لا توفر رعاية الطفولة والأمومة المجانية!!

(٢) معدل وفيات ما دون الخامسة:

وهو مؤشر مهم في معرفة رعاية الطفولة ويحسب كالتالي .

عدد وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر في سنة ما في بلد ما $\times 1000$

مجموع عدد الأطفال دون سن الخامسة في منتصف تلك السنة

ونجد الأرقام التالية من دول مجلس التعاون الخليجي (ودخلت اليمن معهم في الجانب الصحي):

السنة		
٢٠٠٢	١٠,٢	الإمارات العربية المتحدة
٢٠٠٣	٩,٤	البحرين
٢٠٠٧	٢٦	السعودية
٢٠٠٢	١٩,٣	عُمان
٢٠٠٣	١٢,٤	قطر
٢٠٠٣	١١,٤	الكويت
٢٠٠٢	١٠٧	اليمن (كان الرقم ١١٠ عام ١٩٩٨)
٢٠٠٣	١٢٥	العراق (منظمة اليونسف ومنظمة الصحة العالمية)

وهي فروق كبيرة جداً والوضع في منتهى السوء في اليمن . ولا يوازي أرقام اليمن أو يزيد عليها في السوء إلا الصومال وجيبوتي وأفغانستان وبعض دول أفريقية، والعراق بعد الغزو الأمريكي لها حيث بلغت وفيات الأطفال دون الخامسة كما تقول منظمة اليونسف ومنظمة الصحة العالمية (١٢٥) من كل ألف مولود. وفي الصومال بلغ الرقم (٢٢٥) من كل ألف مولود^(١).

(١) نشرت ذلك وكالات الأنباء عن منظمات الأمم المتحدة وأذاعته محطة الجزيرة في ٢٣ أغسطس ٢٠٠٥.

وبطبيعة الحال نجد الوضع الصحي في كوبة الفقيرة والمحاصرة أفضل بكثير من الدول الغنية .

والسؤال يكمن كيف استطاعت كوبة أن تصل إلى هذا المستوى الراقى دون شركات التأمين الصحي، ودون الإنفاق الخيالي على الصحة . وكما أسلفنا فإن الولايات المتحدة الأمريكية تنفق قرابة خمسة آلاف دولار في العام على صحة كل فرد (طبعاً هذا هو المعدل وإلا فالفقراء لا يجدون سوى بضعة دولارات فقط أما الأغنياء فألاف الدولارات). وتتميز اليابان والسويد والنرويج وفنلندا والدانمارك وكندا وبريطانية وفرنسة وألمانية بنظام صحي عادل، أي أن الخدمات الصحية توزع لجميع السكان بصورة شبه متساوية . . وفي اليابان يتم اقتطاع (٤) بالمئة من دخل كل فرد (سواء كان دخله في الشهر ألف دولار أو مليون دولار) من أجل التأمين الصحي، ولكن الجميع تقدم لهم نفس الخدمة الصحية دون تفرقة، كما أن الدولة تدفع بالنيابة عن الأطفال والشيوخ والحوامل والمرضعات وكل المعاقين والذين لا يجدون عملاً ما .

وفي الدول الإسكندنافية والأوروبية واليابان إلخ . . فإن كل من له إقامة رسمية في تلك البلد فإنه يستحق الخدمات الصحية التي يتمتع بها المواطنون سواء بسواء . وتفرض عليه نفس النسبة من المبالغ المقتطعة من المواطنين، ولا يوجد أي تفريق في هذه الخدمات بين مواطن وأجنبي . ونحن أحق بأن نقدم هذه الخدمات بنفس درجة العدالة لكل من له حق الإقامة والعمل . ويمكن أن تأخذ الدولة منه نسبة معينة من دخله، وينبغي أن تكون نسبة محددة للجميع مثلما تفعل اليابان، مثلاً (٤) بالمئة من دخل الفرد للخدمات الصحية الجيدة والمجانية والتي تتميز بالعدالة .

= وحسب أحدث تقارير منظمة الصحة العالمية الصادر عام ٢٠٠٧م، فإن سنغافورة تتمتع بأفضل رقم في العالم من حيث معدل الوفيات عند الرضع وما دون الخامسة من العمر .

(٣) معدل وفيات الأمومة: وهو مؤشر هام لرعاية الأمومة ويحسب كالتالي:

عدد الوفيات بين النساء الناتجة عن الحمل والوضع والنفاس في بلد ما في سنة ما $\times 10000$

عدد المواليد الأحياء في نفس البلد في ذات السنة

وقد حققت دولة الإمارات العربية المتحدة أفضل رعاية وأقل معدل وفيات للأمومة، ففي عام (٢٠٠٢) كانت الوفيات هي واحدة لكل مائة ألف من المواطنين وليس المقيمين. بينما كانت دول الخليج الأخرى تصل إلى (٢) من كل عشرة آلاف في البحرين والسعودية وواحد من كل عشرة آلاف في الكويت و(٤) في عُمان و(٢٣) في قطر وأما في اليمن فكان الرقم مفرعاً وهو (٣٦٦) من كل عشرة آلاف مولود حي. والشيء ذاته يقال عن جيبوتي والصومال وأفغانستان. أما بقية الدول العربية الأخرى فهي تتراوح ما بين الأربعين والمائة لكل عشرة آلاف مولود حي.

أما في العراق فقد تضاعفت وفيات الأمهات ثلاث مرات عما كانت عليه في سنوات الحصار وحتى عام (٢٠٠٢) أي أن الغزو الأمريكي للعراق جعل وفيات الأمهات تتضاعف ثلاث مرات (تقرير اليونيسف و UNPF منظمة الأمم المتحدة لدعم السكان).

(٤) عدد المواليد الذين يزنون (٢,٥) كيلوجراماً أو أكثر عند الولادة:

وهذا مؤشر مهم إذ أن المفروض أن يكون أكثر من (٩٠) بالمئة من المواليد قد وصلوا إلى هذا الوزن. وبالفعل نجد دول الخليج كلها قد حققت هذه النسبة. أما في اليمن فإن (٢٣) بالمئة فقط من المواليد كانوا يزنون (٢,٥) كيلوجراماً أو أكثر. أما البقية (٧٧٪) فإنهم يزنون أقل من هذا الوزن (٢,٥ كيلوجراماً).

ومشكلة اليمن تظهر أيضاً في الصومال وجيبوتي وأفغانستان. الخ وبعض دول أفريقية والعراق بعد الإحتلال (مارس ٢٠٠٣).

(٥) الأطفال الرضع (عام فما دونه) الذين أتموا التطعيم:

ونجد أن نسبة الأطفال الذين أتموا التطعيم للدرن (B.C.G)، والملقح الثلاثي، وشلل الأطفال، والحصبة، والتهاب الكبد الفيروسي (بي) يبلغون أكثر من (٩٠) بالمئة في دول مجلس التعاون الخليجي، بينما نجد الأرقام في اليمن تتراوح ما بين (٧٠) بالمئة للدرن إلى (٣٣) بالمئة لفيروس الكبد من نوع B وبصورة عامة فإن تطعيم الأطفال في البلاد العربية والإسلامية يحرز تقدماً ملموساً لدى كل الدول وإن كان بدرجات متفاوتة. وأقلهم في ذلك أفغانستان والصومال وجيبوتي واليمن والعراق بعد الإحتلال الأمريكي البريطاني لها (مارس ٢٠٠٣).

وللأسف فإن العراق التي كانت من الدول العربية المتقدمة نسبياً في رعاية الطفولة والأمومة إلا أن الأمور انحدرت بعد غزو الكويت عام (١٩٩١)، واستمرت في السوء حتى الآن.

العيوب الخلقية والوراثية:

ذكرت المجلة الصحية لشرق المتوسط (منظمة الصحة العالمية) في المقال الافتتاحي في عددها الصادر في يناير - مارس (٢٠٠٤) (المجلد ١٠، ١ و٢) أن سبعة ملايين طفل يولدون في العالم سنوياً وهم يعانون من عيوب خلقية ووراثية خطيرة، وأن (٩٠) بالمئة منهم في البلاد النامية. وهناك عوامل تسبب الزيادة الكبيرة منها السموم وسوء التغذية والاشعاعات التي تتعرض لها الحامل، بالإضافة إلى العوامل الوراثية مثل زواج الأقارب وتأخر التشخيص إذ أن التشخيص المبكر أثناء الحمل في الدول المتقدمة يؤدي إلى الاجهاض، وبالتالي يقل عدد المواليد المصابين بهذه الأمراض.

الاعتداء على الأطفال^(١):

أطفال الشوارع:

تذكر تقارير المنظمات الدولية مثل اليونسف ومنظمة الصحة العالمية أن هناك أكثر من مائة مليون طفل مشرد في الشوارع دون أهل ولا مأوى. وهؤلاء يستخدمون في مختلف أنواع الجرائم مثل النشل والسرقعة، وترويح وتوزيع المخدرات، والدعارة، والتسول.

وقد ذكرت تقارير منظمات الأمم المتحدة أن مليون طفل يُدفعون إلى الدعارة سنوياً في آسيا. ومثل ذلك الرقم في أمريكا اللاتينية، ويتعرضون للاعتداءات البشعة والأمراض الجنسية الخطيرة بما فيها الأيدز. وبحلول عام (٢٠٠٠) كان هناك عشرة ملايين طفل يعانون من الأيدز إما بانتقاله من الأم المصابة، أو عن طريق الاعتداء الجنسي. كما أن مليوني طفل ما بين العاشرة والرابعة عشرة يصابون بالأيدز سنوياً نتيجة الاعتداء الجنسي.

آثار الحروب:

ويعاني الأطفال من آثار الحروب المدمرة، بصورة أكبر وأشد مما يعانيه الكبار. ففي هذه الحروب، والنزاعات الأهلية والطائفية، يقتل كل يوم آلاف الأطفال. ويحدث قتل متعمد لهؤلاء الأطفال، كما حدث في البوسنة والهرسك وكوسوفو من قبل الصرب، وفي فلسطين ولبنان من قبل إسرائيل. ومثالها ما قامت به الطائرات الأباتشي (الهلينكوبتر) الإسرائيلية في (١٦) أبريل (١٩٩٦) عندما قامت بالهجوم المتعمد على سيارة إسعاف تحمل مجموعة من الأطفال اللبنانيين، وبعدها بيومين فقط تمت مجزرة (قانا) في ملجأ للأمم المتحدة في جنوب لبنان تعمدت الطائرات الإسرائيلية دُكّه رغم وجود علم الأمم المتحدة، وقضت يومها على مئات

(١) لمزيد من التفاصيل انظر كتاب «الاعتداء على الأطفال» للدكتور محمد علي البار، دار القلم، دمشق، الدار الشامية، بيروت ٢٠٠٢.

الأطفال اللبنانيين. وفي الانتفاضة قُتل أكثر من ألف طفل فلسطيني من بينهم مجموعة من الرضع والأطفال الصغار دون الخامسة.

وتتكرر المأساة في العراق وفي أفغانستان بواسطة القوات الغازية. . كما أن أحداثاً مروعة استمرت لمدى عقود في القارة المنكوبة أفريقية (زاير، يوغندا، الكونغو، سيراليون، السودان، الحبشة وأرتيرية).

ويتعرض الأطفال والنساء في كل مناطق النزاع إلى القتل المباشر المتعمد وغير المتعمد، وإلى الاغتصاب، وإلى الإصابات والإعاقات الدائمة، وإلى تجنيد الأطفال في هذه الحروب من سن السابعة حتى السابعة عشرة.

وتقول الإحصائيات أن ضحايا الحروب من الأطفال فيما بين عام (١٩٨٦) و(١٩٩٦) بلغوا مليوني طفل تمت إبادةهم، وستة ملايين طفل أُصيبوا بعاهاات شديدة، و(١٢) مليوناً أصبحوا بدون مأوى وعدة ملايين أصبحوا من الأيتام.

الألغام الأرضية:

يتعرض الأطفال بصورة خاصة للألغام الأرضية المنتشرة في كثير من بقاع العالم. وتقدر منظمات الأمم المتحدة أن هناك أكثر من مائة مليون لغم أرضي موزعة في شتى أقطار العالم، منها على سبيل المثال عشرة ملايين لغم في أفغانستان، ورقم مقارب له في أنجولا. وفي كمبوديا سبعة ملايين، وفي العراق نفس الرقم، وفي البوسنة مليون، وفي كرواتيا كذلك، وفي كوسوفو عدة ملايين.

وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية أكبر منتج لهذه الألغام الأرضية، وهي الدولة الوحيدة التي وقفت حجر عثرة في إصدار قانون دولي يحرم إنتاج هذه الألغام التي تقتل كل يوم العشرات من الأطفال وتسبب الإعاقة الدائمة للمئات منهم يومياً.

عمل الأطفال:

نتيجة للفقر المدقع الذي يعاني منه غالبية سكان العالم نجد انتشاراً رهيباً ومفزعاً لإستخدام الأطفال في الأعمال، فهناك حوالي (٨٠٠) مليون طفل في سن

أقل من (١٥) عاماً يعملون يومياً للحصول على ما يبقى أودهم. وتذكر التقارير الدولية أن ما بين خمسين وستين مليون طفل من سن الخامسة حتى سن الحادية عشرة يعملون في أعمال خطيرة تؤثر على حياتهم وصحتهم.

سوء توزيع الثروات:

إن العالم يعاني من ظلم رهيب يزداد قتامة وعنفاً كل يوم. ففي تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية عام (١٩٩٩) ونشرته وكالات الأنباء^(١) أن ثروة ودخل أغنى ثلاثة رجال في العالم تتجاوز مجموع إجمالي الناتج القومي لخمسة وثلاثين دولة، يزيد سكانها عن ستمائة مليون. أما ثروة ودخل المئتي شخص الأغنى في العالم فإنها تفوق دخل (٢٤٠٠) مليون فرد من سكان العالم!!

ونتيجة لهذا الخلل الرهيب في توزيع ثروات العالم تستولي الدول المتقدمة والتي تشكل (١٥) بالمئة من سكان العالم على أكثر من (٨٥) بالمئة من ثروات العالم. . ليس هذا فحسب بل إن معظم الدول الفقيرة ودول العالم الثالث وما يسمى الدول النامية تعاني من اختلال شديد في توزيع الثروة، بحيث تحصل قلة من الأفراد والحكام، وذوي النفوذ على معظم تلك الثروة القليلة لترك شعوبها تتضور جوعاً ومرضاً وفقراً وجهلاً.

وكلنا يذكر سورس اليهودي الذي استطاع عن طريق المضاربة بالبورصة أن يركع أسواق شرق آسية، ويقضي على ما كان يُسمى النمر الآسيوية، حتى ضجّ منه رئيس وزراء ماليزية «محاضر محمد» وقال: «إن جهود ثلاثة عقود من التنمية والعرق ذهبت أدراج الرياح خلال أيام من التلاعبات بالأوراق المالية والعملات». وحقق سورس من ذلك أرباحاً بالآلاف الملايين من الدولارات.

ونتيجة النظام الاقتصادي العالمي الفاسد المبني على الربا، والغش والخداع. وبيع الغرر، وبيع ما لا وجود له سوى في الأوهام والتلاعب بالأوراق

(١) صحيفة الحياة، العدد (١٣٢٧٥) في ١٣/٧/١٩٩٩.

المالية، وخفض العملات ورفعها، فإن معظم دول العالم الثالث تخسر يومياً آلاف الملايين من الدولارات، وتنهار أنظمة مبنية على شفا جرف هار، وتضطر الحكومات إلى الانصياع إلى نصائح البنك الدولي وصندوق النقد الدولي اللذين تتحكم فيهما الولايات المتحدة، فتقوم برفع أسعار المواد الغذائية، وسعر الكيروسين والبنزين، وتزداد الصورة قتامة والظلم ظلمات في الدنيا ويوم القيامة . . وتزداد البطالة تفشياً ولا يجد الناس وسيلة لسد الرمق إلا بمزيد من الرشوة، أو الدعارة، أو السرقة، أو الاتجار بالمخدرات أو توزيعها.

ويموت الأطفال من المسغبة ونتيجة فقد التطعيمات، وفي الأعمال السامة، وفي مهاوي الجريمة، وفقدان الخدمات الصحية. هذا بالإضافة إلى الملايين الذين يموتون سنوياً من الإسهال (أكثر من خمسة ملايين طفل) والمalaria (أكثر من مليون طفل) والأمراض التنفسية بما فيها السل الرئوي (قرابة مليون طفل) - والملايين الذين يموتون في الحروب والألغام والسرطانات الناتجة عن اليورانيوم المنضب والمواد الكيماوية الخطرة والمواد المشعة.

الإجهاض المتعمد (الإجرامي):

نتيجة الأوضاع الاقتصادية والأخلاقية المنهارة، فإن الأطفال لا يعانون بعد أن يولدوا فحسب ولكنهم يعانون ويقتلون وهم لا يزالون أجنة في ظلمات الأرحام في بطون أمهاتهم. فنتيجة الفقر وشيوع الفاحشة يتم قتل (٥٠) مليون طفل قبل الولادة سنوياً، أي يتم اجهاضهم وهم أجنة، لأسباب اجتماعية واقتصادية. وقد قامت معظم دول العالم بايجاد تشريعات تسمح بهذا الإجهاض المتعمد الذي ليس له سبب طبي، وذلك لمواجهة الأزمات الاقتصادية والانهيار الأخلاقي.

وقد كان هذا النوع من الإجهاض يسمى الإجهاض الجنائي (الإجرامي)، وتعاقب عليه الحكومات، ولكن نتيجة الفقر وانهيار نظام الأسرة، وتفشي الرذيلة، أباحت معظم دول العالم هذا الإجهاض في الأشهر الأولى الثلاثة من الحمل، وسمته الإجهاض الاختياري Elective Abortion وهكذا يعاني العالم أجمع فقراء

وأغنياء من مشاكل هذا الإجهاض، وما يؤدي إليه من مضاعفات للمرأة الحامل ولأسرتها وللمجتمع. ويكفي فيه قتل خمسين مليون طفل بريء قبل أن يولد دون جريرة.

تشوه الأجنة:

ويعاني الأطفال من مزيد من تشوه الأجنة بسبب ازدياد التعرض للمواد المسخية والمسرطنة مثل الاشعاعات واليورانيوم المنضب، والمواد الكيماوية والسموم المنتشرة في الهواء والغذاء، وفي الملابس والمأكل. ويكفي أن تعلم أن تدخين الحامل أو حتى زوجها يؤدي إلى إصابة ملايين الأطفال بنقص في أوزانهم عند ولادتهم، وإصابة الآلاف منهم بالعيوب الخلقية، كما إن شرب الخمر واستخدام المخدرات تؤدي إلى إصابة آلاف الأطفال بهذه التشوهات. ويضاف إلى ذلك الأمراض الجنسية مثل الأيدز والهريس والسيلان والزهري والكلاميديا. كما إن تأخير سن الحمل يزيد من الطفرات الجينية في المرأة. وعلى سبيل المثال فإن حالة واحدة من «متلازمة داون» (التثلث الصبغي (٢١) والمعروف لدى العامة باسم المنغولية) تحدث من كل ألف حالة حمل في سن الثلاثين. أما إذا تم الحمل في سن الخامسة والأربعين فإن النسبة تزداد لتصبح حالة واحدة من كل أربعين حالة حمل. وهكذا قل في التثلث الصبغي (١٨) والتثلث الصبغي (١٣)^(١).

وتأخير الزواج وتأخير الإنجاب أمر شائع في معظم دول العالم اليوم بسبب الأوضاع الاقتصادية، وحتى تتمكن المرأة من إنهاء تعليمها العالي، وطموحاتها العلمية. الخ كما أن معظم الشباب لا يستطيعون الزواج بسبب كلفته العالية وبسبب فقرهم، وقلة دخلهم، كما أن كثيراً منهم يعاني من البطالة ويبحث عن يعيله، فكيف يعيل أسرة!!؟

(١) انظر كتاب «الجنين المشوه والأمراض الوراثية» للدكتور محمد علي البار، دار القلم، دمشق، ودار المنارة، جلة، ص ١٨٧ - ١٩٤.

الحرمان من الرضاعة:

لم تعرف البشرية إرضاع المواليد من بني الإنسان بألبان الحيوانات على نطاق واسع إلا في القرن العشرين. وقد بدأت تلك الموجة أثناء الحرب العالمية الأولى (١٩١٤ - ١٩١٨) في أوروبا عندما اضْطُرت كثير من الأمهات للنزول إلى ميدان العمل بسبب ذهاب الشباب والرجال إلى ميادين القتال. ثم ازداد ذلك ضراوة بخروج المرأة إلى ميدان العمل وخاصة بعد الحرب العالمية الثانية. وازداد استهلاك الألبان المجففة طوال الخمسينات والستينات والسبعينات من القرن العشرين. وعندما تنبه الأطباء في الغرب إلى مخاطر توقف الرضاعة (الطبيعية) واستبدالها بالألبان المجففة في الثمانينات والتسعينات من القرن العشرين، كانت دول العالم الثالث تمر بنفس التجربة المريرة التي عانت منها أوروبا منذ الحرب العالمية الثانية إلى السبعينات من القرن العشرين. وبينما بدأت المرأة الغربية تعود إلى إرضاع طفلها، بدأت المرأة في العالم الثالث بالهروب من إرضاع وليدها وإقامه القارورة.

وهو أمر مخزٍ حيث تقوم شركات الألبان المجففة ببيع تلك الألبان إلى الأمهات في العالم الثالث الفقير. وفي بداية الثمانينات كانت المبيعات السنوية قد تجاوزت ألفي مليون دولار.

وقد أوضحت الأبحاث العديدة أن المرأة المثقفة والمرأة العاملة لا ترضع وليدها سوى فترة محدودة لا تتجاوز في الغالب ثلاثة أشهر، بينما المرأة في الأرياف أو المتفرغة لبيتها فإنها في الغالب ترضع وليدها ما يقرب من الحولين.

وهناك تفاصيل كثيرة في هذا الموضوع الهام ونحيل القارئ على ما قمنا به من تلخيص لهذه المراجع^(١) وفوائد^(٢) الرضاعة (الطبيعية) ومخاطر عدم الإرضاع،

(١) د. حسان شمسي باشا: «الرضاعة من لبن الأم». مكتبة السوادي، جدة، الطبعة الثانية.

(٢) د. محمد علي البار: «الاعتداء على الأطفال»، دار القلم، دمشق ٢٠٠٢ و«خلق الإنسان بين الطب والقرآن»، الطبعة ١٢، الدار السعودية، فضل الرضاعة ٤١٢ - ٤٣٥.

ومن ذلك وفاة ملايين الأطفال بسبب التلوث الميكروبي في تحضير الألبان المجففة في أفريقية وغيرها وسوء التغذية، وفقدان المناعة، وحدوث العديد من الأمراض.

ورعاية الطفولة والأمومة تبدأ من لحظة التفكير في الزواج واختيار الزوج والزوجة الصالحة وإجراء الفحص قبل الزواج لتجنب الأمراض المعدية الشائعة، والأمراض الجنسية، وبعض الأمراض الوراثية التي تكثر بصورة خاصة عند زواج الأقارب، وتؤدي إلى زيادة نسبية في الأمراض الوراثية المتنحية Autosomal Recessive Diseases، وتشمل تيسير الزواج وعدم تأخير سن الزواج وسن الإنجاب لأن ذلك يؤدي إلى زيادة في التشوهات الخلقية..

ووراء ذلك كله الاهتمام بالوضع الاقتصادي وإيجاد نظام عادل لتوزيع الثروة وتوزيع الخدمات الصحية، وتوفير التطعيم المجاني للأطفال الرضع، وتوفير الرعاية المجانية للحامل والمرضع والرضيع. ولكل الأطفال دون الخامسة، ولأطفال المدارس، وذلك بإيجاد رعاية صحية مدرسية تتابع هؤلاء الأطفال وتطعيماتهم وصحتهم.. وكلفة الرعاية الصحية الوقائية أقل بكثير من مداواة الأمراض العويصة والعسيرة. وإذا استثمرت الدولة أموالها في الصحة، وخاصة صحة الطفولة والأمومة ورعايتها فإنها تكون هي الكاسبة في الحقيقة.

وللأسف فإن النظام المزمع للتأمين الصحي المبني على الشركات نظام استغلالي بشع ومرفوض في كل دول العالم، بما في ذلك الولايات المتحدة نفسها التي أقامت هذا النظام.

وقد أوضحنا ذلك في التعقيبات على نظام التأمين الصحي المقدم من بعض شركات التأمين في المملكة العربية السعودية^(١) انظر فصل «شبهات حول التأمين»

(١) قُدم ذلك إلى مجمع الفقه الإسلامي الدولي من دورته السادسة عشرة ١٤٢٦هـ / ٢٠٠٥م ولم نذكره في الملاحق لورود اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي ووثيقة الضمان الصحي الصادره بقرار وزير الصحة رقم ٢٣/٤٦٠: ض وتاريخ ٢٧/٣/١٤٢٣هـ وقد وضعناه في الملاحق. وهو نظام متوازن للتأمين الصحي وفيه قدر كبير من العدالة في توزيع المغنم والمغارم.

ص ١٩٥ - ٢٠٠ وفيه أن هذا التأمين لا يشمل علاج الأمراض الوراثية أو الخلقية سواء كانت خلقية (يقصد وراثية) أو مكتسبة. وكذلك أي علاج أو عملية جراحية الغرض منها إصلاح التشوهات. ولا يشمل التأمين الرعاية الصحية للحامل والنساء ووليدها.

كما لا يشمل التأمين أي علاج للمواليد حتى يجاوزوا الأسبوعين لأن كثيراً من المشاكل للأطفال تحدث في هذه الفترة، كما لا يغطي التأمين أي تكاليف للتطعيم واللقاحات ومتابعة نمو الطفل. كما أن التأمين لا يتحمل أي علاج من أمراض الحساسية والربو أو أي مرض له علاقة بالوراثة أو أي مرض من الأمراض البوائية المعدية، أو أي مرض جنسي أصاب الطفل ولو عن طريق الدم، أو أي مرض مزمن أو الإصابة بالصرع أو الإصابة بمرض السكري الذي يصيب الأطفال، أو أي نوع من السرطان أو أي نوع من إصابات الحوادث. . . الخ كما أنه لا يتحمل رعاية الحامل ولا حالات الاجهاض الطبي أو الطبيعي أو الولادة أو النفاس. . . الخ ومع ذلك يدّعي أنه تأمين صحي إسلامي تعاوني. إننا نضع أبشع صورة يمكن أن يتخيلها الإنسان ثم نضع عليها بعض الرتوش، ونسميه نظاماً تعاونياً إسلامياً. فما أحقر ذلك!!!

الفصل الخامس

الرعاية الصحية المعاصرة

رغم التقدم الكبير الذي حصل في أنواع العلاجات والعمليات الباهرة إلا أننا نحصل على هذا التقدم بثمن باهظ جداً ولا يحصل عليه إلا قلة من البشر هم الذين يجدون الأموال. ويحرم منه آلاف الملايين من البشر الفقراء في العالم الثالث، بل إنهم يحرمون من أبسط الخدمات الأساسية في مجال الرعاية الصحية، ويعاني (٨٠٠) مليون طفل من سوء التغذية وأمراضها، كما يموت ملايين الأطفال سنوياً من المجاعات والحروب كما قد أوضحناه. ويسبب الإسهال وفاة ما يقرب من عشرة ملايين طفل سنوياً. والخلاصة إن ملايين الأطفال يموتون كل عام بسبب سوء التغذية والمجاعات وبسبب أمراض بسيطة جداً يمكن الوقاية منها كما يمكن معالجتها بأثمان زهيدة.

ولكن الظلم المتفشي في النظام العالمي والعولمة، يؤدي إلى مزيد من الفقر للفقراء، ومزيد من الثروة والمال للأغنياء، ويتحول كل يوم الملايين من الطبقة المتوسطة، وخاصة في العالم الثالث إلى مستوى الفقر والعوز. وتعاني معظم دول العالم الثالث في أفريقية وآسية من مستويات منخفضة من الصحة بسبب الفقر، وعدم توفر الرعاية الصحية الأولية، وعدم وجود نظام للمجاري، وعدم وجود مياه شرب نقية، وعدم كفاية الغذاء. ووصول (٤٠) بالمئة من سكان تلك الأقطار إلى مستوى دون حد الفقر (وهو دولار يومياً لكل فرد). وفي تصريح رسمي للمسؤولين في روسيا في (٢٠٠٥ / ٨ / ١٨) أن (٩٠) بالمئة من سكان الشيشان يعانون من الفقر الشديد وهم دون حد الفقر.

وهذا النظام العالمي الجديد الذي ملأ الأرض جوراً وظلماً لا بد أن يتغير،

ولا بد من مجيء نظام يملؤها عدلاً كما ملئت جوراً، وإلا فإن المزيد من الاضطرابات والقلاقل والعنف والمحن ستحدث، والمزيد من الفقر والعوز وتحطيم الصحة بسبب الفقر لآلاف الملايين . . وحدث المرض وفقدان الصحة لملايين الأغنياء في بلاد الوفرة بسبب السمنة وزيادة الأكل والنظام الصحي المهترئ المعتمد على علاج الأمراض بدلاً من الاعتماد على نظام صحي يمنع المرض أولاً ويقي من حدوثه، وإذا وقع يبادر إلى علاجه قبل استفحاله .

نظام التأمين المقترح:

ولكن نظام التأمين الصحي المقترح لا يعترف بذلك كله - لأن الشركات الضخمة - لن تكسب من الوقاية إلا دربهما، أما المعالجات الباهرة والأدوات المعقدة، والمستشفيات الفخمة، والعمليات التي تأخذ بالألباب وزرع القلوب والأكباد والكلى، وما يتبعها من علاجات وعقاقير - ودخول الهندسة الوراثية وتقنيات الإنجاب الحديثة، كلها تدر الأرباح بآلاف الملايين . لذا ينبغي التركيز عليها عند هذه الشركات، وإلها الجماهير بعمليات التجميل وشد البطن وإزالة الشحوم المتراكمة في الأرداف والبطن، وتصغير المعدة . الخ الخ فكلها تدر آلاف الملايين من الدولارات سنوياً . . أما نظام الغذاء المعتدل (كلوا واشربوا ولا تسرفوا)^(١)، و«بحسب ابن آدم لقيمات وفي رواية أكلات يقمن صلبه فإن كان لا بد فاعلاً فثلث لطعامه، وثلث لشرابه وثلث لنفسه»^(٢)، فكلها لا تصلح لهذه الشركات . فخير لها أن يمرض الناس بالسمنة ومرض السكر وارتفاع ضغط الدم، ثم بعد ذلك تقوم بمعالجتها بالوسائل المعقدة والبالغة التكلفة ويحدث أعراض جانبية عديدة تحتاج هي نفسها لمزيد من العلاج ودخول المستشفيات .

(١) الآية «يَنْبَغِي آدَمَ حُدُوداً زَيْنَتَكَ عِنْدَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَكُلُوا وَشَرِبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ» الأعراف: ٣١ .

(٢) أخرجه النسائي والترمذي وابن ماجه والحاكم وابن حبان ومسنده أحمد . وقال الترمذي حسن صحيح .

علاج لا وقاية:

إن نظام الرعاية الصحية المعاصرة يركز على نظام علاج المرض وليس على منع حدوثه. وقد تنبه المسلمون منذ أكثر من ألف عام إلى أن الطب قسمان كبيران: «حفظ صحّة، وبرء مرض» كما يقول ابن سينا في أرجوزته (ألف بيت) (الطب حفظ صحة برء مرض). ويقول العزّ بن عبد السلام في كتابه قواعد الأحكام^(١)، «الطب كالشرع وضع لجلب مصالح السلامة والعافية ولدرء مفاسد المعاطب والأسقام... وغاية الطب حفظ الصحة موجودة، واستعادتها مفقودة، وإزالة العلة أو تقليلها بقدر الإمكان، ولا بد من أجل الوصول إلى ذلك في بعض الأحيان، من تحمل أدنى المفسدتين لإزالة أعظمهما، وتفويت أدنى المصلحتين لتحصيل أعظمهما». وما أعظم كلام سلطان العلماء العز بن عبد السلام فقد لخصّ أهم أهداف الرعاية الصحية وهي حفظ الصحة الموجودة والارتقاء بها، وهو ما يعرف الآن بتنمية الصحة «Health Promotion»، ثم علاج المرض ومداواته قبل أن يستفحل المرض. ثم تأهيل الحالات التي انتهى بها المرض إلى نوع من الإعاقة ومحاولة إعادته ليكون نافعا في المجتمع.

يقول «تريفور هانوك» أحد خبراء الصحة العالمية عن الرعاية الصحية المعاصرة متقدماً^(٢): «إن نظام الرعاية الصحية في الوقت الحاضر يتركز اهتمامه على إصلاح ما تلف من أبداننا، ثم إعادتنا إلى ميدان المعركة، لنقاتل القوى الاجتماعية البيئية المعادية، والتي هي أول ما يسبب لنا المرض».

«ومنذ نشأتنا نعتقد أن نظام الرعاية الصحية يلعب الدور الأساس في صحتنا، ولكن أوضحت الدراسات الرسمية في كل من كندا والولايات المتحدة أن نظام

(١) العز بن عبد السلام: قواعد الاحكام ج١/٤.

(٢) تريفور هانوك: «ما وراء الرعاية الصحية لخلق مستقبل صحي» مجلة المستقبل أغسطس ١٩٨٢، مجلد ١٦ ومترجم إلى العربية في مجلة الثقافة العالمية (الكويت) مارس ١٩٨٣، مجلد ٢، العدد ٩، ص ١٦٤ - ١٧٦.

الرعاية الصحية (الحالي) لا يمثل إلا دوراً ثانوياً في تحديد نوع الحالة الصحية، فمستقبل العلاج ليس هو مستقبل الصحة». «هناك عاملان هامان للصحة وهما نمط الحياة والبيئة، ومع كل ذلك فإن المهتمين بمستقبل الصحة يركزون كل اهتمامهم على مستقبل العلاج. . فالخبراء وعامة الناس قد بهرهم التقدم المثير في تقنيات الطب البشري سواء في التشخيص أو العلاج، وإن هذا التقدم له أثره في انقاذ حياة البشر، ولا نشك في تأثيره الكبير على الصحة. ولكن هناك تساؤلات حول مدى إمكانية تطبيق هذا التقدم على حياة الناس؟ وحول التكاليف الباهظة لهذا النظام؟ وهل الفائدة ترجح التكاليف؟ وهل سيكون هذا الأسلوب عاملاً فعالاً في تحسين الصحة العامة؟ وما هي البدائل لهذه الوسائل؟ وما هو الدور الذي يمكن أن يلعبه فهمنا لأموال الصحة؟ «إن الصحة المعتلة تعود إلى سلوكنا الفردي والجماعي، وإلى بيئتنا المادية والاجتماعية. ويبدو تبعاً لذلك أنه من المعقول أن نقول: إن التحسن في أحوال الصحة سيحدث نتيجة سياسة عامة اقتصادية وبيئية واجتماعية، تحفظ نمط الحياة الصحي، وتنقص من سموم البيئة، ثم بعد ذلك يحدث تحسن في نظام الرعاية الصحية.

«إن مجتمعاتنا تتواجد على جزء من العالم تسيطر عليه حضارة غربية، تعتمد على تقاليد يهودية ومسيحية، وأساليب علمية، ونظام سياسي ديمقراطي، وترتكز دعائمه على التقنيات.

«هذه كلها تفرض فلسفتها الخاصة، ونظرتها للحياة وقيمها على تناولنا لموضوع الصحة. والنظام الصحي الحالي يركز على الرعاية العلاجية، ويوجه الطبيب وأساسه المستشفى، ويعتمد على التقنيات (المكلفة) ولا يسمح بالبدائل، ويسعى لقهر الموت، إذ جُلَّ اهتمامه بكمية الحياة (لا نوعية الحياة)، ويتعامل مع الفرد، ويتجاهل المجتمع وَيُعْفَلُ البيئة».

النظام المثالي:

ويرى الكاتب الفاضل أن النظام المثالي يجب أن يركز على الوقاية عن طريق

ترتيب المجتمع وإصلاح البيئة، ويشكك في جدوى التقنيات الباهظة الثمن (والتي لا تنفيذ أساساً إلا الشركات المصنعة). ويؤيد البدائل الفعالة، ويسعى لتقبل الموت عندما يتحتم، إذ جُلَّ اهتمامه بنوعية الحياة (وليس بالكم فقط)، ويتعامل مع المجتمع، ويهتم بالبيئة.

ويعرض الكاتب القدير للإحصائيات التي توضح أن مصادر الخطر، وفي طليعتها أمراض القلب والسكتة الدماغية، والسرطان، والحوادث، ومشاكل الصحة العقلية ترجع إلى نظام التغذية، وشرب الكحول، والتدخين، وتعاطي المخدرات، والاجهاد النفسي والبدني نتيجة التكاليف على الدنيا، ومخاطر العمل، وعدم الرياضة وحياة الدعة والرفاهية.

«وهذه الأسباب توضح أن سوء الصحة وإعتلالها ترجع إلى تركيب المجتمع وإلى السلوك الإنساني الخاطيء. وقد تقدم نظم الرعاية الصحية العون في كثير من الحالات إلا أن المشكلة الأساسية هي كيف نغير العوامل المؤدية إلى سوء الصحة فالقضية ليست قضية طبية، بل هي قضية اجتماعية».

السرطان والسلوك الإنساني:

وحتى تتضح الصورة أكثر فإننا سنضرب مثلاً بالسرطان، وهو أشد الأمراض هولاً وأكثرها إثارة للرعب. وتبلغ وفيات السرطان ستة ملايين كل سنة: أكثر من (٣٠) بالمئة منها ناتجة عن التدخين، و(٣٥) بالمئة الأخرى ناتجة عن الدهون وخاصة الدهون الخنزيرية في الغذاء والمواد الحافظة و(٣) بالمئة ناتجة عن شرب الخمر، و(٧) بالمئة ناتجة عن الزنا واللواط (فيروسات بولي بوما) وسرطان كابوسي وغيره في مرضى الأيدز، و(٣) بالمئة نتيجة التعرّي في البلاجات والتعرض للشمس، ونتيجة ثقب الأوزون، وخاصة في أستراليا ونيوزيلنده، حيث أدى التلوث البيئي إلى زيادة ثاني أكسيد الكربون مما أدى إلى نقص الأوزون في طبقات الجو العليا والتي تحمي الأرض من أثر أشعة الشمس والمحتوية على الموجات فوق

البنفسجية Ultraviolet Waves وبالذات من نوع B والتي تساهم مساهمة أكيدة في سرطان الجلد. وأكثر ما يكون ذلك النقص في نيوزيلنده وجنوب أستراليا.

ورغم أن الجزيرة العربية تتعرض لأكبر كمية من أشعة الشمس في العالم إلا أن سرطانات الجلد فيها نادرة، ويرجع السبب إلى عدم التعري، وعدم التعرض لأشعة الشمس الحارقة بصورة مستمرة، وابتعدت المرأة تماماً عن هذا الخطر بسبب حجابها.

وبسبب عدم ختان الذكور وخاصة في هايتي يشكل سرطان القضيب نسبة (١ إلى ٣) بالمئة من مجموع السرطانات. وهكذا ترى أن السلوك الإنساني الخاطئ يسبب ما يزيد عن (٧٥) بالمئة من جملة السرطانات المميتة. وتتفاعل عوامل البيئة مع سلوكنا الخاطئ لتسبب لنا السرطان.

وقد جاء في بحث منشور في المجلة العالمية لأبحاث السرطان بالولايات المتحدة^(١) أن ٨٠٪ من جميع أنواع السرطان لها علاقة وطيدة بسلوكيات الإنسان وعوامل البيئة التي يتحكم فيها، وبالتالي يمكن الوقاية منها.

وقد جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية «أن المجال أمام الوقاية من السرطان في الإنسان واسع جداً ذلك لأن ما لا يقل عن (٧٥) بالمئة من هذه السرطانات يمكن الوقاية منها بتغيير السلوك الإنساني وتغيير البيئة»^(٢).

وتشير الدراسات إلى أن وفيات السرطانات التي تحدث في الولايات المتحدة والدول الغربية عموماً ترجع إلى الآتي:

٣٥ بالمئة بسبب الغذاء (الدهون وشحم الخنزير ومواد مسرطنة بسبب المواد الحافظة وتكرار القلي بالزيوت (نيتروزامين). . الخ).

(١) Belponne Detal: The Growing Incidence of Cancer. The Role of Life Style Int. Joncol 2007, May, 30: 1037 - 49.

(٢) المصدر السابق.

- ٣٠ بالمئة بسبب التدخين .
 ٧ بالمئة بسبب الممارسات الجنسية (الزنا واللواط) .
 ٣ بالمئة بسبب الخمرور .
 ٤ بالمئة بسبب مواد كيمائية مهنية أو تعرض للأشعة بسبب المهنة .

ويذكر كتاب «وبائيات الأمراض المزمنة» لمجموعة من الأطباء فصل السرطان جدولاً مشابهاً لما سبق مع بعض الإضافات كالآتي :

التدخين	٣٠ بالمئة
الغذاء	٣٥ بالمئة
المهنة (مواد مسرطنة وأشعة)	٤ بالمئة
الأمراض الجنسية	٧ بالمئة
الكحول	٣ بالمئة
بسبب البيئة (جغرافي - فيزيائي)	٣ بالمئة
بسبب (التلوث)	٢ بالمئة
عقاقير وعلاجات طبية	١ بالمئة
عوامل معدية وفيروسات	١٠ بالمئة

وفي باب زيادة تأثير التدخين عند اجتماعه مع الخمرور يقول كتاب «وبائيات السرطان» تحرير «جيفري بورك» أن هناك تعاوناً في المواد المسرطنة في التدخين والخمرور وبالتالي تزداد نسبة الإصابة بالسرطان عند اجتماع هاتين المادتين . ويضرب على ذلك مثلاً بسرطان الحنجرة . فإذا افترضنا أن شخصاً لا يدخن ولا يشرب الخمر وجعلنا الاحتمال واحداً فإن هذا الرقم يرتفع إلى ستة أضعاف عند

المدخن (بدون شرب الخمر) وإلى ثلاثة أضعاف عند من يشرب الخمر ولا يدخن، ولكنه يرتفع إلى عشرين ضعفاً عند من يدخن ويشرب الخمر (وهو غالبية من يشربون الخمر).

ويقول الكتاب المرجع في الأمراض الباطنية (سيسل الطبعة ٢٢) لعام (٢٠٠٦م) فصل الاورام^(١) أن (١,٣) مليون حالة سرطان تشخص في الولايات المتحدة سنوياً ويتوفى (٥٧٠,٠٠٠) شخص كل عام بسبب السرطان، وهو أهم ثاني سبب للوفيات في الولايات المتحدة بعد أمراض القلب، وقد بدأ الانخفاض في سرطان الرئة بسبب الحملات المكثفة والمستمرة ضد التدخين وانخفاض عدد المدخنين من (٤٠) بالمئة من البالغين إلى (٣٠) بالمئة، كما أن سرطان عنق الرحم بدأ ينخفض بسبب الفحص المنتظم للنساء بحثاً عن هذا السرطان ومعالجته في فترة مبكرة.

وتعمل العوامل البيئية والجغرافية والسلوك الإنساني بشكل واضح في انتشار السرطان بصورة عامة، وانتشار أنواع منه بصورة خاصة، فسرطان الفم والبلعوم مرتبطان بشكل وثيق بالتبغ الذي يستخدم على هيئة مضغ (يسمى السقه، والشمه والمضغة). وهو منتشر في الهند وبعض ولايات الولايات المتحدة الأمريكية. (كما أنه منتشر في اليمن وجنوب المملكة العربية السعودية في منطقة جيزان وفي السودان حيث تستخدم الشمه أو السقه أو المضغة (شيء واحد) بكثافة. وهي عبارة عن تبغ بالإضافة إلى الرماد ومواد حارقة ومواد تساعد على الامتصاص مثل بيكربونات الصودا المعروفة في السودان باسم العطرون) وتجد سرطان البلعوم الأنفي والمريء منتشراً في الصين وإيران - وفي اليابان سرطان المعدة. وقد انتشر سرطان الرئة في كل مكان بسبب التدخين. وهكذا تلعب عوامل الغذاء والتدخين والخمر والزنا واللواط والتعرض للشمس دورها في تسبب السرطانات المختلفة.

Cecil Textbook of Medicine 22nd edition, editors Bennet and Plum, Saunders Company. (١)
Philadelphia, 2006.

وقد نشرت مجلة اللانست الطبية البريطانية المشهورة^(١). مقالاً حديثاً (في عام ٢٠٠٥) بعنوان: وضع ضريبة لمنع وبياء سرطان الرئة. وقد جاء فيه: أن سرطان الرئة القاتل يزداد انتشاراً في العالم. وفي هذا العام (٢٠٠٥) أصيب (١,٤) مليون بسرطان الرئة. وللأسف فإن أعداد المدخنين تزداد في العالم الثالث بصورة مفرزة في الوقت الذي تقل فيه أعدادهم في البلاد ذات الدخل العالي (البلاد المتقدمة تقنياً). والتدخين يقتل الآن خمسة ملايين شخص سنوياً وسيزدادون باضطراد، ومعظم الوفيات ستكون في الدول النامية، بل هي الآن بالفعل في الدول النامية.

وفي العشرين سنة القادمة ستكون معظم الوفيات من السرطان (٧٥ بالمئة) في البلاد النامية. والتدخين من أهم أسباب هذه الزيادة. فعلى الدول النامية أن تنتبه لهذا الخطر الماحق على صحة وحياة الملايين. ومن ضمن تلك الوسائل وضع ضرائب عالية على التبغ ومنع التهريب باعطاء حوافز كبيرة لمراقبي الجمارك والحدود، واعطائهم جزءاً من الغرامات الضخمة التي ستفرض على المهربين، وعلى شركات التبغ.

ويتبين بوضوح أن (٨٠) بالمئة من السرطانات يمكن التوقي منها، تستطيع التعاليم الإسلامية بالابتعاد عن التدخين والخمور والزنا واللواط وعدم التعري، والاعتدال في الطعام والشراب، والبعد عن الخنزير والابتعاد من تلويث البيئة والسموم أن تقي من نسبة عالية من السرطانات، وخاصة أن تكرار الوضوء يغسل المواد العالقة والتي لها تأثير سيء على الصحة ويمكن أن تسبب السرطان. وهكذا نجد أن تعاليم الإسلام إذا طبقت بدقة تقي بإذن الله تعالى من عدد كبير من أنواع السرطان.

(١) Editorial: A Tax to Prevent the Epidemic of Lung Cancer. Lancet Middle East Edition, 2005 (August) 3, 8: 12.

الفصل السادس

الرعاية الصحية في الإسلام

كيف يمكن تقديم الخدمات الصحية الأساسية لكافة السكان سواء كانوا من المقيمين أو المواطنين، وبطريقة عادلة، بحيث لا تتمتع بكل الامتيازات مجموعة قليلة ويحرم منها بقية الأمة؟

إن النظام الصحي في الدول النامية، يعاني من تخلف في الرعاية الصحية، ومن عدم العدالة في توزيع الخدمات الصحية، وهو مماثل للفروق الشاسعة بين من يجدون كل شيء وبين من لا يجدون إلا الفتات، وفي بعض الأحيان لا يجدون حتى الفتات.

وهو نظام بعيد كل البعد عن العدالة الاجتماعية التي جاء بها الإسلام. وقد جاءت تعاليم الإسلام قوية وصارمة ضد هذا الظلم الاجتماعي، وما يؤدي إليه من فساد في المجتمع وقلاقل وثورات، وذهاب الأمن، وذهاب الصحة، وانتشار الفقر والعوز، واحتكار الثروة لدى قلة من الناس. وقد حرم الإسلام اكتناز الثروة ﴿كَانَ لَا يَكُونُ دُولَةً بَيْنَ الْأَغْنِيَاءِ مِنْكُمْ﴾ [الحشر: 7] كما فرض الزكاة لتفتيت الثروة وفرض في أموال الأغنياء ما يمنع العوز والفقر عن بقية أفراد المجتمع.

التكافل الاجتماعي في الإسلام:

والمجتمع المسلم مجتمع متكافل متضامن يسعى بدمتهم أديانهم، وهو مبني على المحبة والأخوة والمساواة والعدل في الحقوق والواجبات، بل قد وصل إلى حد الإيثارة، وهو مستوى سامق لم تصل إليه البشرية. قال تعالى يصف الأنصار وكيف استقبلوا إخوانهم المهاجرين وبادروا إلى بذل كل ما لديهم لهم ﴿وَالَّذِينَ تَبَوَّءُوا الدَّارَ وَالْإِيمَانَ مِنْ قَبْلِهِمْ يُحِبُّونَ مَنْ هَاجَرَ إِلَيْهِمْ وَلَا يَجِدُونَ فِي صُدُورِهِمْ حَاجَةً مِمَّا أُوتُوا

وَيُؤْتِرُونَ عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ وَلَوْ كَانَ بِهِمْ خَصَاصَةٌ وَمَن يُوقِ شُحَّ نَفْسِهِ فَأُولَٰئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ ﴿١٩﴾ [الحشر: ١٩]، وهي صورة وضيئة لم تصل إليها البشرية قط سوى ما فعله هؤلاء الأنصار رضي الله عنهم، فلم ينزل مهاجري على أنصاري إلا بالقرعة، حيث كانوا يتبارون ويتنافسون في استضافتهم، وقد آخى بينهم رسول الله ﷺ فكانت تلك الأخوة أقوى من رابطة النسب لديهم. وكان الأنصاري ينزل لأخيه المهاجري عن ماله، ويخيره بعد أن يقسمه قسمين ليختار أفضلهما، وإذا كانت له زوجتان قال له: أيهما شئت طلقتهما لتزوجها أنت. وكان المهاجري، كما فعل عبد الرحمن بن عوف رضي الله عنه، يقول له: «بارك الله لك في مالك وأهلك. دلّني على السوق».

وهكذا كان المجمع متضامناً متعاوناً في كل شؤونه، قد أَلَّفَ الله بين قلوبهم قال تعالى لنبيه ومصطفاه من خلقه ﴿لَوْ أَنفَقْتَ مَا فِي الْأَرْضِ جَمِيعًا مَّا أَلْفَتْ بِرَبِّكَ قُلُوبَهُمْ وَلَكِنَّ اللَّهَ أَلَّفَ بَيْنَهُمْ إِنَّهُ عَزِيزٌ حَكِيمٌ﴾ [الأنفال: ٦٣].

وكانت الرعاية الصحية جزءاً من هذه الرعاية الاجتماعية المتكاملة التي أوجدها الدين الحنيف وطبقها الرسول الكريم ﷺ وآل بيته الأطهار وصحابته الأبرار. قال تعالى: ﴿وَيُطْعَمُونَ الطَّعَامَ عَلَىٰ حَيْدٍ وَنَيْمًا وَآسِيرًا ﴿٨﴾ إِنَّمَا تُطْعَمُونَ لوجوه الله لا تُرَبَّدُ مِنكُمْ جَزَاءٌ وَلَا شُكُورًا ﴿٩﴾ إِنَّا نَخَافُ مِن رَّبِّنَا يَوْمًا عَبُوسًا قَتَطِيرًا ﴿١٠﴾ فَوَقْنَهُمْ اللَّهُ سَرَ دَلِكَ الْيَوْمِ وَلَقْنَهُمْ نَصْرَةً وَسُرُورًا ﴿١١﴾ وَجَزَّاهُمْ يَمَا صَبْرُوا جَنَّةً وَحَرِيرًا﴾ [الإنسان: ٨-١٢]، إلى آخر الآيات الكريمة التي نزلت في الإمام علي بن أبي طالب كرم الله وجهه وفاطمة الزهراء بنت رسول الله ﷺ حيث أعطوا طعامهم وهم صائمون أول يوم لمسكين، وثاني يوم ليتيم وثالث يوم لأسير (غير مسلم) فسجّل الله لهم هذه المنقبة العظيمة في كتابه إلى أبد الأبد.

وعندما بدأت الفتوحات وأسلمت جزيرة العرب تحملت الدولة ممثلة في رسول الله ﷺ دين من مات ولم يكن له ما يقضي دينه. (فمن مات وعليه دين ولم يترك وفاءً فعلينا قضاؤه، ومن ترك مالاً فلورثته)^(١).

(١) رواه البخاري.

وفي عهد أبي بكر رضي الله عنه فرض لكل مسلم من بيت المال . . وفي عهد عمر رضي الله عنه توسعت الدولة، وجعل عمر لكل طفل مالاً من بيت مال المسلمين حين يُفطم، فسارعت النساء في فطم أولادهن ليأخذن العطاء، فلما علم عمر بذلك تألم ألماً شديداً، واعتبر نفسه مسؤولاً عن الأطفال الذين حُرِّموا من الرضاعة، ففرض لكل مولود عطاءه. وأمر الأمهات بارضاع أولادهن . . ووَّسع العطاء حتى شمل أهل الذمة ممن أصابهم العجز أو المرض أو الشيخوخة عن الكسب، ولم يكن لهم مال أو عقار يقتاتون منه .

وكان المجتمع بأكمله متضامناً تضامناً تاماً. وفرض للمجذومين عطاءهم وأمرهم بأن لا يخالطوا الناس .

ظهور المستشفيات:

وفي عهد الوليد بن عبد الملك (في العصر الأموي) أقام أول مستشفى للمجذومين وجعل لهم أطباء يتولون علاجهم، وعزلهم عن الناس . كما أقام المستشفيات للمرضى، وكلها كانت تعالج الناس مجاناً، دون تمييز لفقير أو غني ولكافة أفراد المجتمع . وقد جعل لكل أعمى دليلاً يرشده في الطرقات، ويساعده فيما يريد أن يقوم به .

وتطورت المستشفيات وانتشرت في أرجاء الدولة الإسلامية، وكانت كلها مجانية، ولها أوقاف ضخمة يوقفها عليها السلاطين والأمراء والأغنياء يتسابقون في ذلك ابتغاء مرضاة الله .

ومن أحسن من كتب في تاريخ المستشفيات في الإسلام الدكتور «أحمد عيسى» في كتابه تاريخ البيمارستانات في الإسلام» ظهرت طبعته الأولى سنة (١٣٥٧هـ/١٩٣٧م) ورغم ظهور عدة كتب بعده إلا أنها عالة عليه ولم تلحق به .

وكلمة بيمارستان فارسية (بیمار: أي مريض وستان: بيت، مسكن، موطن)، أي نُزِّل المريض ومكان إقامته . وكان رسول الله ﷺ أول من جعل مكاناً للمريض

حينما أصيب سعد بن معاذ رضي الله عنه بسهم في أكحله (عرق في الذراع والساعد) فأمر رسول الله ﷺ بأن يُجعل في خيمة في المسجد حتى يعود من قريب، وجعل تـمريضه إلى رُفيدة الأسلمية^(١) ^(٢). وكان رسول الله ﷺ أول من أمر بالمستشفى الحربي المتنقل.

وأول من بنى بناية مستقلة للمستشفى في الإسلام الوليد بن عبد الملك سنة [٨٨هـ، ٧٠٦م] وجعل داراً للمجذومين خاصة بهم، وأعطى كل ضرير قائداً.

المستشفيات المحمولة:

وتطورت المستشفيات المحمولة حيث كانت أول الأمر مقصورة على الحروب، ولكن الخلفاء في العهد الأموي كانوا يخرجون للصيد والنزهة والمتعة، فكانوا يأخذون معهم مستشفى محمولاً بأطبائه وأدويته لهم ولحاشيتهم، ولمن احتاج لذلك من أهل البوادي والنجوع التي يقيمون فيها مدة. ثم تحولت في العهد العباسي إلى إرسال الأطباء مع الأدوية والأشربة إلى النجوع والأماكن البعيدة التي لا يصلها الأطباء، كما اهتموا بالمساجين. وقد نقل ابن القفطي^(٣) وابن أبي أصيبعة^(٤) أن الوزير علي بن عيسى الجراح في أيام المقتدر العباسي كتب إلى سنان ابن ثابت بن قرة الصابي كبير الأطباء وطبيب الخليفة خطاباً يذكر فيه بالمحبوسين، وأن يرسل لهم الأطباء والأدوية لمداواة من يحتاج منهم لذلك، كما أرسل إليه

(١) روى مسلم في صحيحه عن عائشة رضي الله عنها قالت: أصيب سعد بن معاذ يوم الخندق رماه رجل من فريش في الأكحل، فضرب له رسول الله ﷺ خيمة في المسجد يعود من قريب.

(٢) سيرة ابن هشام ج١/٦٨٨. قال ابن إسحاق: كان رسول الله ﷺ قد جعل سعد بن معاذ في خيمة لأمرأة من أسلم يقال لها رُفيدة في مسجده، كانت تداوي الجرحى وتحتسب بنفسها على من كانت به ضيعة من المسلمين.

(٣) ابن القفطي (علي بن يوسف): إخبار العلماء بأخبار الحكماء، مكتبة المتنبى - القاهرة (طبعة مصورة) ص ١٣٢، في ترجمة سنان بن ثابت بن قرة الحراني (١٣٠ - ١٣٣).

(٤) ابن أبي أصيبعة (أحمد بن القاسم السعدي الخزرجي): عيون الأنباء في طبقات الأطباء، تحقيق د. نزار رضا، دار مكتبة الحياة، بيروت، ١٩٦٥ (ترجمة سنان بن ثابت ص ٣٠٠-٣٠٤).

خطاباً آخر لأهل السواد والنجوع والأماكن البعيدة، وأنهم يحتاجون للأطباء والأدوية ولا يجدونها.

وإليك نص ما جاء في الخطابين:

(١) الخطاب الخاص بالمسجونين:

«فكّرت، مدّ الله في عمرك، في أمر منّ في الحبوس، وأنهم لا يخلون مع كثرة عددهم، وجفاء أماكنهم أن تنالهم الأمراض، وهم معوقون عن التصرف في منافعهم، ولقاء من يشاورونه من الأطباء في أمراضهم، فينبغي أكرمك الله أن تفرد لهم أطباء يدخلون إليهم كل يوم ويحملون معهم الأدوية والأشربة، وما يحتاجون إليه من المزورات (وهي أنواع الخضار)، وتتقدم إليهم بأن يدخلوا سائر الحبوس، ويعالجوا من فيها من المرضى، ويريحوا عنهم فيما يصفونه لهم إن شاء الله تعالى». ففعل سنان ذلك. وهو أمر في منتهى الرقي والعدل حيث يهتم وزير الدولة (ما يقابل رئيس الوزراء اليوم) فيبعث إلى وزير الصحة وكبير الأطباء يأمره بأسلوب مؤدب أن يهتم بصحة المحبوسين وغذاءهم.

(٢) الخطاب الخاص بالسواد والنجوع:

«فكّرت فيمن بالسواد من أهله، وأنه لا يخلو من أن يكون فيه مرضى لا يشرف متطبب عليهم لخلو السواد من الأطباء (لأن الأطباء عادة يكونون في المدن)، فتقدم، مدّ الله في عمرك، بإيفاد متطبيين، وخزانة من الأدوية والأشربة يطوفون بالسواد، ويقيمون في كل صقع منه مدة ما تدعو الحاجة إلى مقامهم، ويعالجون منّ فيه، ثم ينتقلون إلى غيره.

وهو خطاب رائع يوضح اهتمام الدولة بصحة الأمة، ولو كانوا بعيدين في النجوع والأرياف. ثم لما سأله سنان بن ثابت عن قرى ليس فيها إلا من أهل الذمة أو من المجوس فكتب إليه الوزير، ليس بيننا خلاف في أن معالجة أهل الذمة والبهايم صواب، ولكن الذي يجب تقديمه والعمل به معالجة الناس قبل البهايم،

والمسلمين قبل أهل الذمة» وأمره بالتنقل بين القرى والمواضع التي فيها الأوباء الكثيرة والأمراض الفاشية .

وهكذا كانت الدولة الإسلامية تهتم إهتماماً بالغاً بصحة الناس، وترسل الأطباء والأدوية إلى القرى البعيدة والنائية، كما تهتم بصحة المسجونين . أما سكان المدن فالأطباء كثير والمستشفيات المجانية الموقوفة متوفرة، ولا يعسر عليهم مراجعتها .

ومن البيمارستانات المتنقلة ما ذكره ابن خلكان في وفيات الأعيان^(١) وابن القفطي^(٢) من أن السلطان «محمود السلجوقي» كان يتبعه في تنقلاته مستشفى كامل يحمله أربعون بعيراً، وفيهم الأطباء والصيادلة ويرأسهم طبيبهم عبد الله بن المظفر المرسي المغربي نزيل دمشق . وكان القاضي السديد أبو الوفاء يحيى بن سعيد بن المظفر المعروف بابن المرتحم (كبير القضاة في بغداد) طبيباً في هذا البيمارستان المحمول .

وكانت العادة في دولة المماليك أن يخرج السلطان ومعه الأمراء والأعيان إلى القصور التي بنوها خارج المدن ومعه الأطباء والأدوية والأشربة له ولحاشيته، ولكل من احتاج إليها من أصحاب تلك النواحي^(٣) .

البيمارستانات الدائمة:

وكانت البيمارستانات تُختار لها الأماكن النزهة، أو يتبرع بعض الأمراء والسلاطين بقصورهم ليجعلوها مستشفيات للعامة والخاصة، وللغني والفقير، وللكبير والصغير، والرجل والمرأة، ابتغاء فضل الله ومثوبته .

وكانت البيمارستانات تقسم إلى: أقسام للنساء، وأقسام للرجال، وكل قسم

(١) ابن خلكان: وفيات الأعيان ج ١/٣٤٤ .

(٢) ابن القفطي: تاريخ الحكماء (إخبار العلماء بأخبار الحكماء) ص ٤٠٥ .

(٣) خطط المقرئ ج ٢/٢٠٠ .

مجهز بما يُحتاج إليه من آلة وعدة وخدم وفراشين وأطباء وممرضين من الرجال والنساء. وهناك قاعة للأمراض الباطنية، وأخرى للجراحة وثالثة لأمراض العيون (الكحالة) ورابعة للتجبير وخامسة للحميات، وأقسام للأمراض العقلية (مانيا)^(١). وكانت قاعات اليمارستان فسيحة حسنة البناء وكان الماء فيها جارياً. ولليمارستان صيدلية تسمى «شرانجاناه»، ولها رئيس يسمى شيخ الصيدلة. ولليمارستان رئيس يسمى الساعور (وهي كلمة سريانية تعني المتقدم في الطب وتفقد المرضى).

دور الوقف الإسلامي:

وقد روى ابن أبي أصيبعة كيفية الاهتمام بالمستشفيات، وإذا حصل تقصير من قبل المشرف على الوقف ينبّه إلى ذلك ساعور (مدير) المستشفى، ويتصل بصاحب الوقف فيقوم بإصلاح الخلل. ومن ذلك ما جاء عن ثابت بن سنان بن قرة الصابي قال: «وكانت النفقة على اليمارستان الذي لبدر المعتضدي من وقف سجاح أم المتوكل على الله. وكان الوقف في يد أبي الصقر وهب بن محمد الكلوذاني.. وكان قسط من الوقف يُصرف على بني هاشم، وقسط نفقة لليمارستان. وكان أبو الصقر يروح على بني هاشم مالهم، ويؤخر ما يصرف على اليمارستان ويضيقه. فكتب والدي (ثابت بن سنان) إلى الوزير علي بن عيسى يشكو له هذه الحال ويعرفه ما يلحق بالمرضى من الضرر» فغضب الوزير ولام سنان ابن ثابت بن قرة كبير الأطباء على ما لحق المرضى من الضرر، وقرر أن وقف المستشفى أحق بالمبادرة في الصرف من حق بني هاشم، وأمر المشرف على الوقف بالمبادرة في صرف أموال المستشفى وجميع ما يستحقه المرضى من دواءٍ ودثار، وكسوة، وطعام، وتدفئة لأن الوقت وقت شتاء. وشدد عليه في ذلك فبادر المشرف على الوقف بتنفيذ أمر الوزير^(٢).

(١) ابن أبي أصيبعة: عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج ٢/٢٤٢ - ٢٥٤.

(٢) ابن أبي أصيبعة: عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ص ٣٠١، ٣٠٢.

مراقبة الدولة:

وهذا يوضح مرةً أخرى اهتمام الدولة بالمستشفيات. وإن كانت مبنية من أموال الأوقاف، ونفقتها على ما حبسه الواقف لها من أراضٍ وغللات وأسواق. . إلخ.

ولهذا كان الواقف حريصاً في أغلب الأوقات على أن يكون الناظر على البيمارستان من ذوي الكفاءة والفضل والأمانة.

من الوظائف الهامة نظارة البيمارستان:

وينقل الدكتور أحمد عيسى في كتابه تاريخ البيمارستانات عن القلقشندي في صبح الأعشى^(١) ما يلي: «من الوظائف الديوانية نظر البيمارستان، وقد صار النظر عليه معروفاً بالنائب» (أي نائب السلطان). وكان المستشفى النوري بدمشق تحت نظر نائب السلطان والمستشفى المنصوري (قلاوون) بالقاهرة تحت نظر الأتابك (ومعناه الأمير النائب الكافل أي كافل الممالك الإسلامية، وقد يطلق على كافل أولاد السلطان والناظر في شؤونهم).

وقال عن الوظائف الكبيرة بالقاهرة: «إن منها صحابة ديوان البيمارستان» وقال عن ناظر البيمارستان النوري في دمشق «هي من أجلّ الوظائف وأعلاها. وعادة النظر فيه من أصحاب السيوف لأكبر الأمراء بالديار المصرية». واستمر هذا الأمر طوال العهد المملوكي. وكتب ابن اياس في بدائع الزهور^(٢)، أن نظر البيمارستان كان من أهم وظائف الدولة، ويتولاه الأتابك في حفل بهيج، وذكر مثلاً على ذلك تعيين الأتابكي تمرز ناظراً للمستشفى المنصوري في القاهرة سنة (٩٠١هـ).

وقال خليل بن أيبك في زبدة كشف الممالك^(٣) «إن للبيمارستان شاداً (أي

(١) كما ينقله عنه د. أحمد عيسى في كتابه تاريخ البيمارستانات، ص ٢٣.

(٢) صبح الأعشى للقلقشندي ج ٤/ ١٨٤ كما ينقله عنه أحمد عيسى: تاريخ البيمارستانات، ص ٢٢.

(٣) المصدر السابق، ص ٢٤.

ناظراً) وظيفته من وظائف الدولة تقضي لمن يستقر فيها عشرين حاجباً.

وكان المرسوم يصدر من السلطان في المستشفى الناصري (نسبة للناصر صلاح الدين) الذي عُرف باسم البيمارستان العتيق، وله صيغة لطيفة أوردتها القلقشندي في صبح الأعشى^(١) «رسم بالأمر الشريف لازالت أيامه تفيد علاء، وتستخدم أكفاء، وتُضفي ملابس النعماء على كل علي فتكسوه بهجة وبهاء، أن يستقر فلان في نظر البيمارستان الصلاحي بالقاهرة المحروسة بالمعلوم الشاهد به الديوان. . لكفاءته التي اشتهر ذكرها، وأمانته التي صدقَ خَبَرُهَا خَيْرُهَا، ونزاهته التي أضحي بها على النفس فغدا بكل ثناء مَلِيًّا. . فليباشر البيمارستان المذكور مباشرة يظهر بها انتفاعه، وتميز بها أوضاعه. . .»

وليجعل همته بتثمير ريعه حتى يتضاعف مداد معروفه، ويلاحظ أحوال من فيه، ملاحظ تذهب عنهم البأس، ويراعي مصالح حاله في تنميته وتركيبته، حتى لا يزال منه شراب مختلف ألوانه فيه شفاء للناس» . . .

عمل الأطباء:

وكان للأطباء وكافة الموظفين أرزاقهم نظير عملهم في البيمارستان وبعض الأطباء المشهورين لهم عدة رواتب من عدة مستشفيات، بالإضافة إلى تعليمهم الطب لطلبة الطب، حيث يؤجرون على ذلك من الوقف العام للمستشفى. وكان الأطباء يشتغلون في المستشفى بالتوبة.

وكان في البيمارستان طريقتان للعلاج: علاج خارجي (عيادات خارجية) حيث يُعطى المريض الدواء ويتناوله في منزله، وعلاج داخلي للمرضى الذين يتم إدخالهم إلى أروقة المستشفى حسب أمراضهم.

وهناك أمثلة كثيرة لما وصفه الرازي (أبو بكر) وابن أبي أصيبعة في كيفية

(١) صبح الأعشى ج ١١/٢٦٨ نقلاً عن أحمد عيسى: تاريخ البيمارستانات، ص ٢٦، ٢٧.

التعليم الطبي حيث كانت الحالة تعرض على الأطباء الأقل درجة، فإن وُفِّقوا في التشخيص وإلا تكلم من هو أعلم منهم، ثم يتحدث كبير الأطباء مثل الرازي أو غيره على حسب المرض ونوعيته وعلاجه وكيفية التشخيص . . الخ. وكانوا أيضاً يمرّون على المرضى في قاعاتهم، الأطباء الكبار ومعهم من دونهم إلى طلبة الطب، ويناقشون سير المرض وتأثير الدواء . . الخ^(١).

وقد وقف مهذب الدين عبد الرحيم بن علي الدخوار شيخ الأطباء بدمشق الدار التي له بدمشق سنة (٦٢٢هـ) وجعلها مدرسة لتعليم الطب، ووقف لها ضياعاً للمدرسين فيها وللكتب الطبية . . الخ. واستمرت قروناً طويلاً مدرسة طبية مجانية .

وكان كثير من هؤلاء الأطباء الفضلاء علماء كباراً منهم القاضي يحيى بن سعد (المشهور بابن المرخم) صار كبير القضاة أيام المقتفي بغداد، وكان قبل ذلك طبيباً في المستشفى المحمول. وكان الإمام أفضل الدين محمد بن ناما دار الخونجي كبير القضاة بمصر، وإماماً في الطب. كما كان قبله الإمام أبو الوليد محمد بن أحمد بن رشد الحفيد كبير القضاة في قرطبة وإماماً في الطب وفي العلوم العقلية الفلسفية (وفاته سنة ٥٩٥)، ومنهم المحدث واللغوي الطبيب الموفق عبد اللطيف البغدادي، ومنهم ابن النفيس القرشي كان مجيداً في الطب وهو مكتشف الدورة الدموية وكان يُعدُّ من علماء الشافعية. وقد كتب الإمام الغزالي في كتابه «الحكمة في مخلوقات الله» جوانب من الطب وكذلك في كتابه «إحياء علوم الدين». وكذلك فعل الإمام ابن القيم كتباً عدة تناول فيها قضايا طبية عديدة منها كتابه المشهور «الطب النبوي»، وهو مأخوذ من كتابه العظيم «زاد المعاد في هدي خير العباد»، وكتاب «التيبان في أقسام القرآن» وكتاب «مفتاح دار السعادة» وكتاب «تحفة المودود في أحكام المولود» إلى آخر كتبه فالقائمة طويلة. وعدد الأطباء الفقهاء والمحدثين يحتاج إلى مؤلفات كاملة لكثرتهم، ومن المتأخرين العلامة ابن

(١) انظر ابن أبي أصيبعة ج ٢/٢٤٣ وابن القفطي، ص ١٤٨.

عابدين صاحب الحاشية المشهورة على الدر المختار وهو من الكتب المعتمدة لدى الأحناف.

وكان في بيمارستان أحمد بن طولون خزانة فيها ما يزيد على مائة ألف مجلد في سائر العلوم^(١).

وكان في كل قطر وصقع من أقطار الدولة الإسلامية عدد من البيمارستانات، كلها بنيت وأقيمت بأموال الأوقاف.

ومن أمثلة بيمارستانات مصر:

(١) مارستان زقاق القناديل في الفسطاط.

(٢) بيمارستان المعافر: والمعافر من جَمَيْرٍ من اليمن دخلوا في الفتوح، وهم من الحجرية، وموضع المستشفى في محلتهم من مدينة الفسطاط.

(٣) البيمارستان العتيق: أنشأه أحمد بن طولون سنة (٢٥٩هـ). وحبس عليه سوق الرقيق وغيره. واشترط ألا يعالج فيه جندي ولا مملوك (حتى لا يؤذوا العامة) وكان يشرف عليه بنفسه ويركب إليه مرة كل أسبوع للنظر في أحواله. وكان ينفق عليه من غلات الأوقاف المحبوسة عليه ستين ألف دينار. وهو مبلغ ضخم في ذلك الزمان ومن أوقافه سوق الرقيق، ودار الديوان والأساكفة والقيسارية (أسواق وأماكن لنزل التجار).

وعمل حمامين للمارستان أحدهما للرجال والآخر للنساء. وإذا جيء بعليل تنزع عنه ثيابه ونفقته وتحفظ عند أمين المارستان، ثم يلبس ثياباً خاصة من المستشفى ويفرش له، ويغذى، ويراح بالأدوية والأطباء حتى يبرأ فإذا أكل فروجاً ورغيفاً أمر بالانصراف وأعطى ماله وثيابه^(٢).

(١) النجوم الزاهرة لابن تغري بردي، ص ٤٧٢.

(٢) د. أحمد عيسى: تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ص ٧٠.

وقد بقي هذا المارستان قروناً طويلاً وشاهده ابن جبير في رحلته سنة (٥٧٨هـ). وقال السخاوي في تحفة الأحباب (السخاوي من القرن التاسع الهجري) أن أحمد بن طولون بنى جامع المشهور ثم بنى المستشفى (البيمارستان) العتيق. وفي أحد جوانبه خزانة كتب كان فيها ما يزيد على مائة ألف مجلد في سائر العلوم^(١).

وقد خدم في هذا المستشفى (البيمارستان) عدد من الأطباء منهم محمد بن عبدون الأندلسي ثم رجع إلى الأندلس سنة (٣٦٠هـ)، وخدم بالطب الخلفاء مثل المستنصر بالله والمؤيد بالله - وسعيد بن نوفل وهو طبيب نصراني في عهد أحمد بن طولون وشمس الدين محمد بن عبد الله المصري مدرس الأطباء بجامع ابن طولون (توفي في شوال ٧٧٢هـ).

(٤) بيمارستان كافور الإخشيدي (المارستان الأسفل) سنة (٣٤٦) وقد حبس كافور على المستشفى جميع ما بناه من قيسارية (دور للتجار وبضائعهم تؤجر) ودور وحوانيت.

(٥) بيمارستان القشاشين (بالقرب من الجامع الأزهر). وقد بقي المستشفى زمن الفاطميين وذكره المقرئ في كتابه الخطط والآثار ولكنه قال أنه قد عفا أثره - وصار سوقاً ومساكن.

(٦) البيمارستان الناصري نسبة إلى الناصر صلاح الدين يوسف بن أيوب . . استولى على قصر الفاطميين وجعل أهم قاعاته وأجملها مستشفى وذلك سنة (٥٦٧هـ/١١٧٥م) وقد بقي قروناً وعرف باسم البيمارستان العتيق. وقد حبس عليه صلاح الدين أراضي زراعية خصبة في الفيوم، والرباع الديوانية التي تؤجر، فكان ريعها كلها للبيمارستان. وقد خصصه للمرضى والضعفاء وخاصة الفقراء منهم، وقد ذكره ابن جبير في رحلته وزيارته للقاهرة سنة (٥٧٨هـ)، واعتبره من مفاخر السلطان

(١) المصدر السابق، ص ٧٢.

صلاح الدين، ووصف المستشفى والأطباء الذين يعملون فيه، ومقاصيره والخدمات الرائعة التي تقدم للمرضى، والفرش الوثير، والغذاء الجيد، والماء النмир، والأطباء يروحون عليهم ويغدون. وعمل في هذا المستشفى عدد من كبار الأطباء المشهورين في تلك الأزمنة منهم رضى الدين الرحبي، وإبراهيم بن موسى بن ميمون (اليهودي) والشيخ السديد ابن أبي البيان الإسرائيلي، وموفق الدين أحمد بن القاسم السعدي الخزرجي المشهور بابن أبي أصيبعة، وهو صاحب كتاب «عيون الأنباء في طبقات الأطباء»، وهو أحد أهم كتب تاريخ الطب في الإسلام. ومنهم القاضي نفيس الدين بن الزبير الكولمي الهندي.

(٧) بيمارستان الاسكندرية: افتتحه السلطان صلاح الدين الأيوبي في شوال سنة (٥٧٧هـ) وأنشأ بها مارستاناً وداراً للمغاربة ومدرسة.. وجعل لها الأوقاف الكثيرة.

(٨) البيمارستان الكبير المنصوري (مارستان قلاوون) في القاهرة: من أضخم وأهم المستشفيات في تاريخ الإسلام. كان قصرأ في الأصل للأميرة ست الملك ابنة العزيز بالله نزار بن المعز لدين الله الفاطمي، ثم لما زالت دولة الفاطميين صار قصرأ لآل أيوب وعرف بالدار القطبية. وقد أخذها السلطان قلاوون من الست مؤنسة خاتون القطبية، وعوَّضها عنها قصر الزمرد، وذلك في ربيع الأول سنة (٧٨٢هـ/١٢٨٣م). وبنى مارستاناً، وقبة، ومدرسة موقعها، وولى الأمير سنجر الشجاعي أمور العمارة. وحبس عليها السلطان قلاوون مجموعة من الرباع^(١) والحوانيت والحمامات والفنادق والضياع بمصر والشام، وكانت غلة الأوقاف تبلغ ألف ألف درهم كل عام.. وهو مبلغ أسطوري بالنسبة لذلك الزمان. وجعل عليها أحد الأمراء ناظراً على المستشفى، وجعل النظارة له ولأولاده فإذا انقطع نسله رجع إلى حاكم المسلمين.. وعمل فيه عدد كبير من مختلف الأطباء وتخصصاتهم. وجعل له قاعات مختلفة، وأثاثاً فاخراً، وطعاماً جيداً، ونوافير ويستاناً يحيط

(١) الرباع جمع رُبْع وهو مجموعة من المساكن لقبيلة أو عشيرة.

بالمستشفى، وأنواع الأدوية والعقاقير في صيدلية يعمل بها أمهر الصيادلة. وجعل فيه أماكن لتدريس الطب ورتب فيه مكاناً يجلس فيه رئيس الأطباء لإلقاء الدروس. ولم يحصر السلطان هذا المكان في المرضى، يقف عندها المباشر، بل جعل سبيلاً لكل من يصل إليه في سائر الأوقات من غني وفقير، ولم يقتصر فيه على من يقيم به من المرضى، بل رتب لمن يطلب وهو في منزله ما يحتاج إليه من الأشربة والأغذية والأدوية، حتى أن هؤلاء زادوا على مئتين غير من هو مقيم بالبيمارستان^(١). وقال عنه القلقشندي^(٢) «ليس له نظير في الدنيا» وجعل من داخله المدرسة المنصورية (لاحظ أن المدرسة والمستشفى والجامع كلها مترابطة).

وقال ابن بطوطة في رحلته^(٣) عنه: «وأما المارستان الذي بين القصرين عند تربة الملك المنصور قلاوون فيعجز الواصف عن محاسنه، وقد أعدّ فيه من المرافق والأدوية ما لا يُحصى، ويذكر أن مجباه ألف دينار كل يوم». وهو ما يوازي أكثر من ثلاثة ملايين درهم في العام.

استمرار الاهتمام بالمارستان المنصوري:

واستمر السلاطين في إصلاح البيمارستان والنظر فيه. وقد قام الملك الناصر محمد بن المنصور قلاوون في سنة (٧٢٦هـ) بإصلاح المدرسة والقبة والبيمارستان وصرف في هذه العمارة ستين ألف دينار. وصار كأنه جديد وقد طلى الطراز بالذهب وعمل خيمه يزيد طولها على مائة ذراع لتستر من يقف على أبواب المارستان، ويقيهم الحرّ. وكان الأمراء يتفقدون المستشفى بالليل والنهار، ويباشرون أحواله بأنفسهم ابتغاء مرضاة الله، ثم رضا الملك. . وكان يكحل في المستشفى كل يوم أربعة آلاف نفس. وأما المرضى الذين يقيمون في المستشفى فلا

(١) نهاية الأرب في فنون الأدب للنويري حوادث سنة (٦٨٢) كما ينقله عنه د. أحمد عيسى في كتابه: تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ص ٨٦ - ٨٩.

(٢) صبح الأعشى ج ٣/٣٦٩.

(٣) رحلة ابن بطوطة ج ١/٧١.

يخرجون حتى يتم برؤهم. ويعطى كل واحد منهم عند خروجه كسوة للباسه ودراهم لنفقاته. . وقاعات المستشفى وغذاءهم ودثارهم وفرشهم تشبه بيوت الملوك والأمرء.

وتناوب الأمرء على النظر في المستشفى بأمر السلطان في الوقت. واستمر المستشفى في العمل في مصر إلى العصر الحديث عندما أصبح مستشفى للعيون. وقد كان قبلها في وقت الحملة الفرنسية (١٧٩٨ - ١٨٠١) مستشفى للأمراض العقلية، ووصفه المسيو جومارا، أحد العلماء الفرنسيين المصاحبين للحملة مع نابليون. وقد وصف المستشفى وكيف كان يعمل وأنه موقوف على المرضى فقراء وأغنياء بدون تمييز. وكان لكل مريض شخصان يقومان بخدمته. وكان المؤرقون من المرضى يعزلون في قاعات منفردة يشفون أسماعهم بالأناشيد الجميلة الشجية، أو يتسلون باستماع القصص أو المسرحيات الخفيفة المضحكة (Parody). وكان يعطى لكل مريض عند خروجه خمسة دنانير ذهبية حتى لا يضطر إلى العمل في فترة النقاهة. وهذا أمر لم يحدث في تاريخ الطب والمستشفيات قط إلا في الدولة الإسلامية.

وقفية السلطان الملك الناصر قلاوون على المستشفى:

إن هذه الوقفية تعتبر مثلاً يحتذى على مر العصور، وعلى المسلمين في العصر الحديث أن يتعلموا منها، ويقتدوا بما فعله السلطان قلاوون، ومن قبله وبعده من السلاطين والأمرء والأثرياء الذين كانوا يتنافسون في الخير، ويوقفون الأموال والضياع على بناء المستشفيات والمدارس والمساجد والأربطة وأوجه الخير.

وقد نقل وقفية السلطان قلاوون كاملة الدكتور أحمد عيسى في كتابه «تاريخ البيمارستانات في الإسلام». وقد كانت هذه الوقفية في عداد الوثائق المفقودة ثم عثر عليها إبراهيم باشا نجيب عند توليه إدارة الأوقاف في مصر (ديسمبر ١٩١٢ -

نوفمبر ١٩١٣). وقد نسخها العلامة أحمد زكي وأعارها للمؤلف الدكتور أحمد عيسى الذي نقلها كاملة.

وهذه الوقفيات، كما يقول الدكتور أحمد عيسى، هي أربع وقفيات، الثلاث الأوليات منها تمت في عهد السلطان قلاوون (٦٨٤، ٦٨٥، ٦٨٦هـ)؛ والرابعة في عهد الأمير عبد الرحمن كتحدا سنة ١١٧٤هـ^(١).

وقد جاء في وقفية السلطان قلاوون أنه «وقف وحبس وسبّل وحرّم وأبّد وتصدّق بجميع ما هو له وفي يده وملكه وتصرفه، وهو جميع الربع الكامل (الربع هو منطقة سكنية لقبيلة أو مجموعة من الناس) المعروف بالعلمي أرضاً وبناءً الذي هو بالقاهرة المحروسة بالقرب من قيسارية^(٢) جهاركس . . . ما وقفه من أملاكه وراثته (وعدد ذلك تفصيلاً).

ثم يقول: «وهذا المارستان هو الذي وقفه مولانا السلطان الملك المنصور الموكل الموقوف عنه، خلّد الله ملكه: بيمارستان لمداواة مرضى المسلمين الرجال والنساء، من الأغنياء المثريين والفقراء المحتاجين بالقاهرة ومصر وضواحيها، من المقيمين بها والواردين إليها من البلاد والأعمال على اختلاف أجناسهم وأوصافهم وتباين أمراضهم وأوصابهم، من أمراض الأجسام قلّت أو كثرت، اتفقت أو اختلفت، وأمراض الحواس خفيت أو ظهرت، واختلال العقول التي حفظها أعظم المقاصد والأغراض^(٣)، وأول ما يجب الاقبال عليه دون الانحراف عنه

(١) تاريخ البيمارستانات لأحمد عيسى، ص ١٣١ - ١٤٩ ثم ذكر بعدها وقفيات السلاطين الآخرين على هذا المستشفى (وقفية الأمير عبد الرحمن كتحدا، ص ١٤٩ - ١٥٨).

(٢) القيسارية مباني لا يواء التجار وبضائعهم وخاصة الغرباء منهم حيث يأتون من بلاد بعيدة فيجدون النزول الجيد كما يجدون مخازن لبضائعهم. ويجتمع فيها التجار والدلالون (السماسة)، ويسهل بالتالي بيع بضائعهم وتصريفها، ومعرفة الأسواق والأسعار. وكانوا يدفعون أجوراً لأقامتهم وإيوائهم وطعامهم وشرابهم، وإيواء دوابهم وبضائعهم. وكانت مصدر دخل كبير. وكان كثير منها قد حبس على مشاريع خيرية مثل المدارس والمستشفيات والأربطة والمساجد ورعاية الأيتام . . الخ.

(٣) هذا الاهتمام الكبير بالأمراض العقلية والنفسية وعلاجها مما يميز الحضارة الإسلامية عن غيرها من الحضارات السابقة ولم تلق حقها من الرعاية إلا في النصف الثاني من القرن العشرين.

والإعراض، وغير ذلك مما تدعو حاجة بالإنسان إلى صلاحه وإصلاحه بالأدوية والعقاقير المتعارفة عند أهل صناعة الطب، والانشغال فيه بعلم الطب والاشتغال به، يدخلونه جموعاً ووحداناً، وشيوخاً وشباناً، وبلغاء (أي بالغين) وصبياناً، وحرماً وولداناً، يقيم به المرضى الفقراء من الرجال والنساء لمداواتهم إلى حين برئهم وشفائهم. ويصرف ما هو معد فيه للمداواة، ويفرّق للبعيد والقريب، والأهلي والغريب، والقوي والضعيف والدني والشريف، والعليّ والحقير، والغني والفقير، والمأمور والأمير، والأعمى والبصير، والمفضول والفاضل، والمشهور والخامل، والرفيع والوضيع، والمترف والصعلوك، والمليك والمملوك، من غير اشتراط لعوض من الأعراض^(١) ولا تعريض بانكار على ذلك ولا اعتراض، بل لمحض فضل الله وطوله الجسيم وأجره الكريم وبره العميم.

وقد قبل الوكيل القيام بهذه الأعمال الهامة التي حددها الواقف وعلى دفع أجور الأطباء والكحالين والمجبرين والجراحين والموظفين والخدم، وعلى الاهتمام بأدوية المرضى وأشربتهم، ومحل إقامتهم ودثارهم وثيابهم، وطعامهم وشرابهم. وعلى الناظر استثمار الأراضي والدكاكين والرباع والقيساريات الموقوفة حتى ينمو دخلها ويستمر. وقد بلغ ذلك الدخل ألف درهم سنوياً. وهو دخل كبير بكل المقاييس في ذلك الزمان ليصرف في المصارف التي حددها الواقف. وقد نبه الواقف السلطان قلاوون رحمه الله أن على الناظر أن «يقدم في ذلك كله الأحوج فالأحوج من المرضى المحتاجين والضعفاء والمنقطعين (أي الغرباء الذين لا أهل لهم وانقطعت بهم السبل) والفقراء والمساكين».

و«يصرف الناظر من ريع هذا الوقف ما تدعو حاجة المرضى إليه من مشموم كل يوم^(٢) وتحديث بعد ذلك عن أغذيتهم وأشربتهم والأعتناء بنظافتها ونظافة

(١) ما أعظم هذه المساواة وما أحرانا أن نقتدي بها بعد مرور أكثر من تسعة قرون على هذه الوثيقة الرائعة. ومن حكم فتح الباب للجميع للدخول في هذا المستشفى ليشمل والجميع وعلى عليه القوم والأغنياء أن يقتدوا به ويحبسوا الأحباس على مثل هذه المشاريع الخيرية لنفع المجتمع.

(٢) وهو أمر عجيب حيث يقدم للمرضى الورود والأزهار والأشجار ذات الروائح الزكية، لأن هذه =

الأواني المقدمة فيها، وحسن طبخها وعرضها. والوقود للشتاء والتدفئة والمراح للحر والصيف.

ويصرف الناظر في ذلك كله من غير إسراف ولا إجحاف. وأوجب على الناظر أن يستخدم أهل الكفاءة والأمانة وخاصة المسؤول عن المخازن، وعن الصيدلة، وعن الأكل والشرب. و«يجعل لكل مريض ما طبخ له في كل يوم في زبدية منفردة له من غير مشاركة مع مريض آخر، ويغطيها، ويوصلها إلى المريض إلى أن يتكامل طعامهم، ويستوفي كل منهم غذاءه وعشاءه على ما وصف» وقد وصف أنواع الطعام والخضروات واللحوم والدجاج والفراريج . . الخ.

وجعل للأطباء والكحالين مراتبهم وأن يعملوا متناوبين بحيث لا يخلو المستشفى من الأطباء والكحالين الذين يُحتاج إليهم في جميع الأوقات من ليل أو نهار . . كما اهتم بدراسة الطب وتعليمه من كبار الأطباء لصغارهم ولمن يريد دراسة الطب ممن تأهل لذلك.

واهتم إهتماماً عظيماً بمرضى الأمراض العقلية والنفسية ومراعاة حاجاتهم، وغسل ثيابهم بانتظام وتوفير طعامهم على ما يوجهه الأطباء.

و«على الناظر أن يراعي تقوى الله سبحانه وتعالى سراً وجهراً، ولا يقدم صاحب جاه على ضعيف، ولا قوياً على من هو أضعف، ولا متأهلاً (مقيماً أو مواطناً) على غريب^(١)، بل يقدم في الصرف إليه (أي يجعل الأولوية للفقراء والضعفاء والغرباء لأن غيرهم عنده القدرة للذهاب إلى الأطباء بأجر وهؤلاء لا يستطيعون ذلك).

وجعل الصرف أولاً إلى الفقراء الذين يردون إلى المستشفى، فإن تعذر

= الروائح تؤثر في نفسية المريض وتساعد على شفاؤه، وهو أمر لم يصل إليه بعد الطب الحديث. ويسمى الأروما Aroma. وقد بدأ الاهتمام به حديثاً جداً.

(١) هذا أمر مذهل أين نحن منه؟ حيث تقدم كثير من المستشفيات ذوي النفوذ وذوي المال على الفقراء والمساكين.

مجئهم أو تعذر الصرف لأي سبب كان والعياذ بالله كان على الناظر أن يصرف هذه الخدمات الطبية إلى الفقراء والمساكين من المسلمين أينما كانوا وحيثما وجدوا. (ما أعظم هذا الكلام ونبه الواقف إلى أهمية تقديم الفقراء والمساكين من المسلمين وإيصال الخدمة إليهم إلى أماكنهم ونزلهم، أينما كانوا إذا تعذر وصولهم إلى المستشفى المذكور، وتعذر الصرف عليه).

وعلينا أن ندرس هذه الوقفية المثالية ونستفيد منها في إيجاد نظام الرعاية الصحية والتأمين الصحي الذي نسعى إليه. . لا أن نقيم شركات، تعمل لخدمة شركات تأمين أمريكية وأوروبية، تسعى وراء الربح واكتناز الأموال، وتقديم الخدمات الصحية لمن يدفع أكثر. . وحرمان الفقراء والمعوزين والشيوخ والعجزة والأطفال منها.

إن ما نسعى إليه ونظنه تأميناً صحياً تكافلياً إسلامياً هو في الواقع نظام رأسمالي كمبرادوري استغلالي بشع، بدأ الغرب نفسه في الابتعاد عنه، وأرسله إلينا ضمن ما يرسله إلينا من أنظمة وشركات تحقق له الربح الوفير وتستغل أموالنا وثرواتنا ليزداد هو ثراء وقوة ومنعه، ونزداد نحن فقراً ومهانة وذلة ومرضاً ومعاناة.

إن النظام الوقفي الرائع الذي كان في العهود الإسلامية الزاهرة هو الذي حقق للأمة خدمات التعليم، وخدمات الصحة، وخدمات المجتمع المدني، دون الحاجة للدولة إلا في مجال إحقاق الحقوق، والتنظيم، والإشراف بواسطة النظام القضائي العادل، الذي جعل للواقف أن يضع ما شاء من الشروط العادلة في وقفيته، وأن يقيم لها ناظراً يقوم بأغراض ذلك الوقف، فإذا أحل بما عهد إليه وأوتمن عليه عزل، وأقام الواقف بدلاً منه، فإن كان الواقف قد مات، فإن كان قد عيّن من ينظر في هذا الأمر وإلا عاد الأمر إلى القاضي ليحافظ على أموال الأمة في نظامها الوقفي الرائع.

وقفية الأمير عبد الرحمن كتخدا:

وقد ذكر الدكتور أحمد عيسى في كتابه القيم «تاريخ البيمارستانات في الإسلام» الوقفية التي وقفها الأمير عبد الرحمن كتخدا على المستشفى المنصوري وهي تأتي بعدها بعدة قرون فوقفية السلطان قلاوون كانت عام (٦٨٦هـ) ووقفية الأمير عبد الرحمن كتخدا كانت عام (١١٧٤هـ) أي أن بينهما خمسمائة سنة. وقد جدد هذا الأمير (الذي عينه المجلس الشرعي ناظراً على وقف المستشفى المنصوري) بناء هذا المستشفى. وذكر في هذه الوقفية ما عمله السلطان قلاوون وما وضعه من وقفيات للبيمارستان والمدرسة والقبّة العظمى، ومكتب السبيل علو باب القيسارية المستجدة، والصهرنج بداخل البيمارستان المرقوم. ثم ذكر ما أضافه السلطان الأشرف برسبائي، والمرحومة جانم من ضياع، وأراضي ورباع، ودكاكين، كأوقاف للمستشفى والمدرسة والقبّة والسبيل. ثم ما حبسته عتيقة الجمالي يوسف، وزوجة بشتك الداودار الخازندار من أراضٍ ورباع ودكاكين. الخ من أجل البيمارستان والمدرسة والقبّة.

وقد تم تعيين الأمير عبد الرحمن كتخدا من قبل شيخ الإسلام ليكون ناظراً على وقف السلطان قلاوون وما أضيف إليه من أوقاف وذلك ختام سنة (١١٧٤هـ) المرتب على الفرمان الشريف من حضرة الوزير المعظم أحمد باشا محافظ الديار المصرية (من قبل الدولة العثمانية وخليفة المسلمين في استنبول) وقد نص الوقف على أن تكون الخزائن التي بالقبّة لحفظ الكتب (وهي مكتبة ضخمة تضم مختلف فنون العلم)، وأما البيمارستان فإنه وقف ذلك بيمارستاناً لمداواة مرضى المسلمين الرجال والنساء والأغنياء والفقراء بالقاهرة ومصر وضواحيها من المقيمين بهما والواردين إليهما من البلاد والأعمال على اختلاف أجناسهم، وسائر أمراضهم من أمراض الأجسام قلّت أو كثرت، وأمراض الحواس خفت أو ظهرت، واختلال العقول التي حفظها أعظم المقاصد والأغراض، وأول ما يجب الإقبال على ذوي الانحراف منه والاعراض، وغير ذلك مما تدعو الحاجة إلى صلاحه بالأدوية

والعقاقير المتعارفة عن أهل صناعة الطب، والاشتغال فيه بعلم الطب، ويدخلونه جموعاً ووحداناً، وشيوخاً وشباباً وبُلاًغاً (بالغين) وصبياناً، وحرماً وولداناً، يقيم المرضى الفقراء من الرجال والنساء لمدawatهم إلى حين برئهم وشفائهم، ويصرف ما هو معين فيه للمداواة، ويفرق على البعيد والقريب، والأهل والغريب، والقوي والضعيف، والدني والشريف والغني والفقير، والمأمور والأمير، والأعمى والبصير... الخ من غير اشتراط لعوض من الأعواض ولا تعريض بإنكار على ذلك ولا اعتراض، بل لفضل الله العظيم».

وتستمر الوقفية الرائعة على نفس النسق السابق الذي وضعه السلطان قلاوون رحمه الله مع بعض الإضافات البسيطة بتحديد قاعات لمن أصيبوا بالإسهال من الرجال والنساء. وقاعة لاقامة المجروحات والمكسورات من النساء، وتحديد أماكن الوصول إليهن حتى لا يختلطن بالرجال، وأن تكون المشرفات على خدمتهن من النساء.

وتحديد قاعة المختلين عقلياً من الرجال بعيداً عن قاعة المختلات من النساء وهكذا. وأضاف إلى ذلك بإنشاء مساكن على سطح بيوت المختلين من الرجال والنساء. ليسكن فيها من يقوم بخدمة هؤلاء المختلين رجالاً ونساء.

وأكد على الزيارة اليومية من الأطباء لجميع المرضى من الرجال والنساء لتقرير حالتهم وما يحتاجونه من الدواء والغذاء، وأي تغيير فيهما ليتم تنفيذ ذلك بكل دقة من قبل المشرفين على المرضى.

وأضاف إلى ذلك «ويصرف الناظر من ريع هذا الوقف المذكور ما تدعو الحاجة إليه من تكفين من يموت من المرضى والمختلين، وما يحتاج إليه برسم غسله وتكفينه وحنوطه، وأجرة غاسله، وحافر قبره، ومواراته في قبره على السنة النبوية»^(١).

(١) وهذا أمر لم تحلم به الحضارة الحديثة في القرن الواحد والعشرين ولم تصل إلى قلامه ظفره.

وأضاف: «ومن كان مريضاً في بيته، وهو فقير كان للناظر أن يصرف إليه ما يحتاج إليه من حاصل هذا البيمارستان من الأشربة والأدوية والمعاجين مع عدم التضيق في الصرف على من هو مقيم به^(١).

و«من حصل له الشفاء والعافية ممن هو مقيم به يصرف له كسوة مثله بحسب الحال». وفيما سبق كان يصرف له خمسة دنانير ذهبية لكيلا يعمل في فترة النقاهة ويضطر لذلك مما يؤدي إلى انتكاسة المرض. وهو أمر لم تصل إليه البشرية بعد.

وما أوردناه عن المستشفى المنصوري يمثل قمة ما وصلت إليه المستشفيات الإسلامية في كافة أرجاء الدولة الإسلامية من بخارى وسمرقند وأشروسنه في أقصى الشرق، وبالقرب من حدود الصين إلى قرطبة وغرناطة وبلنسية في إسبانية والبرتغال المطلّة على المحيط الأطلسي، شاملة بذلك العواصم الإسلامية العظيمة في بغداد ودمشق ومكة المكرمة والمدينة المنورة مروراً بأقصى المغرب في فاس ومراكش، شاملة بذلك الهند وما يعرف اليوم بباكستان وبنجلاديش، وإيران، وتركية والعراق والشام والجزيرة واليمن وتونس (أفريقية) ومصر والمغرب والجزائر.

وكل هذه البلاد كانت تقام فيها الخدمات الطبية مترابطة مع المدرسة والمسجد ويحتاج تفصيل ذلك إلى مجلدات تخرج عن غرضنا ها هنا.

ويكفي أن نذكر أن بنيامين (من توديلا) Benjamin of Tudela عندما زار بغداد سنة (١١٦٥) ميلاديه وجد فيها ستين مؤسسة ومستشفى طبياً تعالج الناس جميعهم بالمجان، بصرف النظر عن جنسهم أو دينهم أو كونهم مواطنين أو مقيمين في بغداد أو أغراباً زائرين لها. وقد ذكر ذلك «الجود» في كتابه «تاريخ الطب في فارس»^(٢).

(١) اهتمام رائع بالزيارات المنزلية الطبية المجانية مع توفير العلاج المجاني. وهو مستوى رائع بدأت البلاد المتقدمة في الوصول إلى مثله، والمناداة بتطبيقه.

(٢) Elgood: Medical History of Persia, Cambridge, 1957.

وقد ذكر الدكتور سامي حداد في مجلة التخذير الصادرة باللغة الانجليزية في مقال له أن كل المستشفيات في البلاد العربية والإسلامية على مدى التاريخ الإسلامي كانت تقدم خدماتها بالمجان، وهي كلها أوقاف^(١).

وقد عدد المستشفيات الموجودة بمصر وسنة إنشائها كل واحد منها بالتاريخ الميلادي كالآتي:

- | | |
|------------------------------|---|
| (١) زق اق قنديل | في العهد الأموي (القرن الهجري الأول) |
| (٢) مستشفى الفسطاط | الثامن الميلادي |
| (٣) مستشفى كافور الاخشيدي | قبل سنة ٨٦١م |
| (٤) مستشفى القشاشية | ٩٥٧م |
| (٥) مستشفى السقطين | لم يحدد لها تاريخاً |
| (٦) مستشفى الناصر صلاح الدين | لم يحدد لها تاريخاً |
| (٧) المستشفى المنصوري | ١١٧١ - ١١٨٢ فترة البناء واستمر عهداً طويلاً |
| (السلطان قلاوون) | ١٢٨١ ميلادية |
| (٨) المستشفى المؤيدي | ١٤١٨ |

مستشفيات حلب:

- | | |
|---------------------|---|
| (١) بني دفاق | لم يحدد لها تاريخاً |
| (٢) ابن بطلان | قبل سنة ١٠٦٥ ميلادية |
| (٣) المستشفى النوري | أنشأه نور الدين زنكي وهو من المستشفيات المشهورة (السادس الهجري) |

- (٤) مستشفى ابن خلف لم يذكر له تاريخاً
 (٥) مستشفى أرجون الكاملي لم يذكر له تاريخاً
 (٦) المستشفى الجديد ١٣٥٤

مستشفيات دمشق:

- (١) مستشفى معاوية في القرن الأول الهجري (السابع الميلادي)
 (٢) مستشفى الوليد بن عبد الملك في القرن الأول الهجري (الثامن الميلادي)
 (٣) المستشفى النوري ١١٥٤م (السادس الهجري)
 أنشأه نور الدين زنكي وهو من أشهر المستشفيات
 (٤) مستشفى القييري ١٢٥٥م
 (٥) مستشفى الجبل ١٢٩٥م
 (٦) مستشفى الدباني ١٣٦٢م
 وكان في قرطبة أكثر من ٥٠ مستشفى^(١).

مستشفيات بغداد:

أما بغداد فقد حظيت بعشرات المستشفيات أشهرها مستشفى الرشيد والمستشفى البرمكي، ومستشفى علي بن عيسى الوزير ومستشفى بدر غلام المعتضد، ومستشفى السيدة، ومستشفى المقتدر، ومستشفى ابن الفرات، ومستشفى سنان بن قرّة (الطبيب)، والمستشفى البويهبي ومستشفى ابن خلف، ومستشفى واسط ومستشفى باب محول، والبيمارستان العضدي الذي أنشأه عضد الدولة بن بويه. وقد سبقه معز الدولة بن بويه بإقامة مستشفى ضخم في بغداد سنة (٣٥٥هـ) وغيرها كثير.

(١) زيفريد هونكه: شمس العرب تسطع على الغرب ٢٢٨.

بيمارستان تونس:

ويقول الدكتور أحمد عيسى في كتابه تاريخ البيمارستانات في الإسلام عن بيمارستان تونس الذي أقامه السلطان عبد العزيز بن أحمد أحد ملوك الدولة الحفصية سنة (٧٩٦هـ)^(١) وكان المستشفى يتسع لحوالي أربعة آلاف مريض. وهو مستشفى ضخم بكل المقاييس وعلى مستوى راقٍ من الجودة وحسن الخدمة. وهو كله وقف لله تعالى. كما أقام هذا السلطان خزانة كتب فيها آلاف الكتب في مختلف فنون المعرفة وجعلها في جامع الزيتونة الذي كان جامعة واستمر على ذلك إلى العصر الحديث.

وفي مراكش (المغرب) بنى يعقوب بن يوسف الكومي من ملوك الموحدين بيمارستاناً جميل البناء والموقع كثير المنافع^(٢). وكان من أجمل وأروع المستشفيات في العصر الوسيط، وجعله وقفاً لله تعالى للفقير والغني، وللصغير والصغير، والرجل والمرأة، ولأهل مراكش ومن أتى إليها من الآفاق من الغرباء. وكان يشابه مستشفى قلاوون في حسن نظامه والعناية بالمرضى فيه، فإذا نَقِه المريض فإن كان فقيراً أمر له عند خروجه بمال يعيش به ريثما يستقل، وإن كان غنياً دفع إليه ماله وسببه الذي وضعه أمانة عند دخوله المستشفى. وتوفي هذا الملك في صفر سنة (٥٩٥هـ).

وكتاب الدكتور أحمد عيسى حافل بمئات المستشفيات التي أقيمت في أرجاء الدولة الإسلامية، وإن كان بطبيعة الحال أطال في ذكر مستشفيات مصر فهو مصري، ويعرف عنها الكثير، ثم بعد ذلك مستشفيات الشام (دمشق وحلب) وفلسطين، وبغداد وبقية مدن العراق، ثم انتقل إلى مستشفيات فارس (إيران)، ثم الدولة العثمانية في تركيا وغيرها، ثم ذكر مستشفيات مكة المكرمة والمدينة

(١) د. أحمد عيسى: تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ص ٢٧٩.

(٢) المصدر السابق، ص ٢٨٠ - ٢٨١.

المنورة.. وكل هذه المستشفيات في أرجاء العالم الإسلامي أوقاف وكلها في سبيل الله وتخدم الأمة عامة، والفقراء منهم خاصة.

المستشفيات الإسلامية ومستشفيات أوروبا:

وتقول الدكتورة زغيريد هونكه في كتابها شمس العرب تسطع على الغرب^(١): «توافرت في مستشفيات الخلفاء والسلاطين [الموقوفة للعامة] كل أسباب الرفاهية التي كانت تتوافر في قصورهم، من أسرّة وثيرة ناعمة إلى حمامات كانت تتمتع بها الطبقة الحاكمة في بيوتها. ومن المعلوم أن هذه المستشفيات، على غناها ورفاهيتها، كانت تفتح أبوابها للفقراء، ولكل أبناء الشعب بدون تمييز، وتقدم خدماتها مجاناً».

وتقول: «فكل شيء جميل للغاية ونظيف جداً، الأسرّة وثيرة وأغطيتها من الدمقس الأبيض والملا بغاية النعومة، والبياض كالحرير، وفي كل غرفة من غرف المستشفى تجد الماء جارياً فيها أشهى ما يكون. وفي الليالي القارصة تدفأ كل الغرف.. وأما الطعام فحدث عنه ولا حرج. فهناك الدجاج أو لحم الماشية يقدم يومياً لكل من بوسعه أن يهضمه.. إن الأوضاع تشبه إلى حد بعيد ما نراه في قرنا العشرين.. وكان في مدينة قرطبة وحدها خمسون مستشفى في أواسط القرن العاشر الميلادي»^(٢).

وتقارن الكاتبة الفاضلة بين المستشفيات الإسلامية الراقية والمستشفيات القدرة والتعيسة في أوروبا في نفس الفترة. وتذكر أن أفضل مستشفى في أوروبا كان في باريس ويسمى أوتيل ديو Hotel Dieu أي مأوى الله^(٣). كان ثمة قش كثير تزاحم عليه المرضى، وأقدام بعضهم إلى جانب رؤوس الآخرين.. الأطفال قرب الشيوخ، والرجال بجانب النساء.. وكان قرب المتوعكين توعكاً بسيطاً أناس ذوو

(١) زغيريد هونكه: شمس العرب تسطع على الغرب، ص ٢٣٩.

(٢) المصدر السابق، ص ٢٢٨.

(٣) المصدر السابق، ص ٢٢٥، ٢٢٦.

أمراض معدية . . وأناس كثيرون منهم الحبلى التي تعاني الأم المخاض، والطفل الذي يعاني سكرات الموت، والمصاب بالتيفوس الذي يهذي من الحمى، ومريض السلّ الذي مرّق صدره السُّعال يبصق دماً. والمصاب بالمرض الجلدي يمزق جسمه بأظافره حكاً . . والطعام سيء وكميته ضئيلة، وكثيراً ما يحرم المرضى منه لعدم توفره - وكان المبنى يزدحم بأخطر الحشرات. أضف إلى ذلك فساد الهواء في الداخل لدرجة لا تطاق . . وكل من دخل القاعات يستر أنفه باسفنجة مبللة خلاً . . وكانت جثث الموتى من المرضى تترك مدة (٢٤) ساعة قبل أن تنقل (وفي الغالب أكثر من ذلك)، فيضطر المرضى الآخرون أن يشاركوا الجثث نفس المكان . . الجثث التي يدب فيها الفساد بسرعة في جو جهنمي كهذا، فتفوح الروائح النتنة في الأجواء وتقبض الحشرات والبعوض نهشاً وأكلأً في اللحم العفن» .

ويقول الأستاذ قدرى طوقان في كتابه «العلوم عند العرب»^(١) وقد أيد ماكس بوردو ما جاء عن مستشفيات أوروبا في القرون الوسطى فأشار إلى مستشفى أوتيل ديو المعاصر لمستشفيات العرب. وقال: «إنه كان مثلاً للفوضى والقذارة» .

الأوقاف الإسلامية في العصر الحاضر:

ولا ريب إذن أن الأوقاف الإسلامية كانت منارات هدى وجامعات علم ومستشفيات لمداواة المرضى، ورعاية الأيتام والفقراء. وكان لها دور عظيم في المجتمع الإسلامي. ولكن هذا الدور الرائع تضاعف مع مرور الزمن للأسباب التالية:

(١) وقوع كثير من أراضي المسلمين في يد أعداء الإسلام، فعلى سبيل المثال وقعت أراضي التركستان ومنها بخارى وسمرقند وخوارزم وطشقند في يد القياصرة الروس الذين استولوا على أخصب الأراضي. وكانت ثلث الأراضي الزراعية وأفضلها أوقافاً. كما استولت الأمباطورة «كاترين الثانية» على القرم وهي

(١) قدرى طوقان: العلوم عند العرب، ص ٢٧.

شبه جزيرة غنية بثرواتها الزراعية وموقعها الهام . وتحولت أراضي الأوقاف فيها مباشرة إلى ملكية الدولة والشيء ذاته يقال عن الداغستان والقوقاس والشيشان وانجوشيا . . الخ .

(٢) الاستعمار الغربي وخاصة الاستعمار الفرنسي الذي صادر الأوقاف في المغرب والجزائر وتونس ، والاستعمار الإيطالي في ليبيا . والاستعمار البريطاني في القارة الهندية والبلاد العربية ومصر والسودان . وإن كان لم يصادر الأوقاف ، ولكنه أضعفها تماماً . والشيء ذاته يقال عن الاستعمار الهولندي في أندونيسية .

(٣) استولى كثير من النظار على الأوقاف على أموال الأوقاف ، وقد ذكر محمد حسنين هيكل الكاتب والصحفي المعروف في أحاديثه المذاعة في الجزيرة (يوليو - أغسطس ٢٠٠٥) أن النحاس باشا استولى على كثير من الأوقاف في مصر بعد أن أخذ نظارتها . وذلك أثناء الحرب العالمية الثانية ، وأثناء تحالفه مع الانجليز ضد الملك فاروق (الذي كان يكره الانجليز ويؤيد دول المحور ، ألمانية وإيطالية ، لعلاقته في القصر بالايطاليين) . ومثله (أي النحاس باشا) كثير على مدى التاريخ الإسلامي ، وإن كان الفساد قد اشتد في العصور الأخيرة . وامتدت أيدي بعض ذوي النفوذ إلى أموال الأوقاف بدلاً من دعمها كما كان في السابق .

(٤) عندما قامت الأنظمة الثورية بادرت إلى تأميم الأراضي الوقفية . وبالتالي لم يعد للأزهر والمؤسسات الدينية والاجتماعية أي استقلال وأصبحت منظمات وهيئات حكومية يتحكم فيها رجال الدولة تماماً . وضاعت مكانة الأزهر العالمية وأصبح شيخ الأزهر تعينه الحكومة كأحد كبار موظفيها . واستولت الدولة على الأوقاف وصارت لها وزارة وتشرف على المساجد ودور العبادة ، ونظمت من ناحية الأوقاف الموجودة ووجهت صرفها على المساجد خاصة ، تحت إشراف الدولة . وفقدت بذلك الحريات التي كانت تتمتع بها المساجد ودور التعليم والجامعات الأهلية . وأما المستشفيات الموقوفة فقد اندثرت مع الزمن ، وحل محلها مستشفيات وزارة الصحة أو المستشفيات الخاصة .

لهذا كله تقاعس الناس عن الوقف في المشاريع العامة، وتركز في بعض البلاد على الوقف على الذرية أو على المساجد فقط. وأما دور التعليم والمستشفيات فقد اندثرت أوقافها، ولم نعد نسمع عن أحد أقام مستشفى موقوفاً لعلاج المرضى ابتغاء مرضاة الله. ولم يعد ذلك موجوداً منذ بداية القرن العشرين وخاصة بعد اندثار الخلافة العثمانية.

وبدأ الاهتمام بالأوقاف ودورها في بناء المجتمع من جديد في الآونة الأخيرة؛ وظهرت عدة أبحاث ومؤتمرات وندوات ومؤلفات في هذا الصدد. ويحتاج تفعيلها إلى اهتمام الحكام والمحكومين، ونشر الوعي بقضايا الوقف وأهميته في المجال الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي والصحي. وظهرت مؤسسات تُعنى بالوقف مثل مركز أبحاث الوقف والدراسات الاقتصادية بالكويت.

الوقف ودعم مؤسسات الرعاية الصحية:

وفي بحث للدكتور عبد العزيز بن حمود الشثري بعنوان الوقف ودعم مؤسسات الرعاية الصحية يقول في المقدمة: تثار في الوقت الحاضر مشكلة تمويل الخدمات الصحية في كثير من البلاد الإسلامية، الفقيرة منها والغنية، في ظل تزايد الطلب على الخدمات الصحية الذي نتج عن أسباب كثيرة... وقد جاءت بعض هذه المحاولات (أي في العثور على حل لهذه المشكلة) بعدة خيارات، أكثرها مستورد من خارج العالم الإسلامي أرضاً وفكراً، ومنها على سبيل المثال (التأمين الصحي) الذي يشقى به الفقير ولا تتحقق به العدالة الاجتماعية واعتبر الباحث الفاضل أن الحل يكمن في تفعيل الأوقاف الإسلامية في هذا المجال.

وبعد أن عرض الباحث لمفهوم الوقف من الناحية اللغوية والشرعية والتاريخية بايجاز تعرض للمبحث الأساسي وهو الرعاية الصحية ومشاكلها وكيفية حلها بالنظام الوقفي، وقد ذكر الباحث بداية الوقف في الإسلام في عهد النبي ﷺ وأن كثيراً من الصحابة حبسوا أفضل أموالهم وجعلوها في أوجه الخير. وازداد ذلك في عهد الفتوحات في العهد الأموي، وقد خصص هشام بن عبد الملك

الخليفة الأموي سنة (٨٨٧هـ) إدارة للوقف عرفت بديوان الوقف لتنظيم الأوقاف التي كثرت. وتولى القاضي «توبا بن نمر الحضرمي» إدارتها ووضع لها السجلات لحماية مصالح الموقوف عليهم^(١). وتطورت الأوقاف في العهد العباسي وازدادت المستشفيات بصورة ملفتة للنظر في كل البلاد الإسلامية^(٢) وفي العهد الأيوبي والمملوكي ازدادت الأوقاف أهمية، وبلغت ذروة نشاطها في الدولة العثمانية التي أولت الأوقاف جُلَّ اهتمامها.

وكما أسلفنا فإن دَوْرَ الوقف ضعف في المجتمعات الإسلامية في العصر الحديث، وخاصة منذ بداية القرن العشرين، في الوقت الذي اهتم الغرب فيه، وخاصة الولايات المتحدة بالأنظمة الوقفية الخيرية، والجمعيات التي تعمل على تقديم خدمات تعليمية وصحية واجتماعية، وتقدم لها الدولة ما تستحقه من دعم، وتخفف الضرائب على كل من تبرع لهيئة خيرية أو دينية معترف بها لديهم، بل إن ذلك المبلغ يستقطع عن الضريبة المفروضة عليه للدولة. ولهذا صارت أموال الكنائس والجمعيات الخيرية والتعليمية والاجتماعية والصحية بألاف الملايين، بل وتبلغ في مجموعها التريلونات من الدولارات.

وقد تم تسجيل أكثر من (٣٢٠٠) مؤسسة خيرية في الولايات المتحدة حتى عام (١٩٨٩) (وقد تضاعف ذلك الآن) وبلغت ممتلكاتها أكثر من (١٣٧,٥) مليار دولار^(٣) (بحسب ذلك الوقت أما الآن فهي تبلغ التريلونات). وصارت امكانيات تلك المجالس الكنسية تضاهي الدول من حيث الامكانيات^(٤). وقد ظهرت في العالم الإسلامي منظمات خيرية مثل هيئة الإغاثة العالمية وغيرها. وحققت نجاحاً

(١) يحيى الساعاتي: الوقف والمجتمع، كتاب الرياض ٣٩، مؤسسة اليمامة، الرياض، ص ١٦، ١٧.

(٢) سبقت الإشارة إلى ذلك.

(٣) د. جمال برزنجي: الوقف الإسلامي وأثره في تنمية المجتمع (نماذج معاصرة لتطبيقاته في أمريكا الشمالية، ندوة: نحو دور تنموي للوقف، وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، الكويت ١٩٩٣، ص ١٤٢.

(٤) د. عبد الله بن أحمد الزين: أهمية الوقف وأهدافه، دار طيبة: الرياض ١٤١٤هـ/١٩٩٤م، ص ٤٩.

طبيياً في العمل الإغاثي خاصة، ورغم ذلك فقد وجهت الولايات المتحدة والدول الغربية كل حراها وسهامها ضدها حتى ينفسح المجال أمام الأعمال الانمائية التي تقوم بها الكنائس وجمعياتها في ديار المسلمين وينفتح باب التنصير، والتغريب وإبعاد الناس عن دينهم الإسلامي الحنيف. . ومن المؤسف أن بعض الحكومات استجابت لهذه الضغوطات المتتالية وبدأت في تقليص العمل الخيري لديها خوفاً من الاتهام بدعم الارهاب!?!!

الفصل السابع

مقدمة في الرعاية الصحية الأولية

ويطلق عليها أيضاً أسماء أخرى مثل «طب الأسرة»، «وطب العائلة» أو «الطب العام».

مقدمة تاريخية - مؤتمر المآآا في كازاخستان (٦ - ١٢ سبتمبر ١٩٧٨):

في السادس من سبتمبر عام (١٩٧٨)، اجتمع مندوبون من (١٣٤) دولة ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونسف و(١٧) منظمة دولية أخرى في ألمآآا (عاصمة كازاخستان) فيما كان يعرف بالاتحاد السوفيتي السابق. وانتهى المجتمعون إلى أن الرعاية الصحية الأولية هي حجر الأساس للوصول إلى هدف الصحة للجميع الذي رغب المجتمعون في الوصول إليه عام (٢٠٠٠) (وقد مضى عام (٢٠٠٠) دون الوصول لهذا الهدف السامي. . بل بالعكس فإن بعض الدول التي عانت من الحروب الأهلية المدمرة انخفض مستواها الصحي عما كان عليه. . ومنها العراق التي عانت ولا تزال تعاني من ويلات الحروب، وقد تمخض اجتماع ألمآآا عن الوسائل التالية للوصول إلى الهدف المنشود.

- ١ - تطوير مفهوم الرعاية الصحية الأولية في جميع البلدان.
- ٢ - تبادل الخبرات والمعلومات بين الأمم والمنظمات الصحية الدولية فيما يتصل بالخدمات الصحية الشاملة.
- ٣ - تقييم الوضع الصحي العالمي، ومناقشة سبل تطويره عن طريقة برامج رعاية الصحة الأولية.
- ٤ - تحديد مبادئ الرعاية الصحية الأولية، وطريقة تخطي العقبات في تطبيقها.

- ٥ - وضع التوصيات اللازمة لتطوير الرعاية الصحية الأولية.
- ٦ - تحديد دور الحكومات والمنظمات في المساندة والتعاون التقني لتطوير الرعاية الصحية الأولية.

وقد قرر مؤتمر المآآآ ما يلي:

(١) يؤكد المؤتمر بقوة على أن الصحة (وهي اكآمال الاحساس بالصحة الجسدية والعقلية والنفسية والاجتماعية وليس فقط عدم وجود المرض والإعاقة) حق لكل إنسان على وجه الأرض. وأن الوصول إلى أقصى غايات الصحة هو أهم الأهداف العالمية الاجتماعية. ولتحقيق ذلك الهدف المنشود لا بد من العمل الدؤوب لتحسين الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية لقطاعات عريضة من سكان العالم بالإضافة إلى العمل في الحقل الصحي.

(٢) إن الفروق الحالية الضخمة في الصحة بين الشعوب المتقدمة والشعوب النامية، وبين المجموعات المختلفة في القطر الواحد هو أمر غير مقبول سياساً واجتماعياً واقتصادياً، وهو لذلك محط الاهتمام البالغ لجميع الأقطار المشتركة في هذا المؤتمر.

(٣) إن النمو الاقتصادي الإجتماعي المبني على النظام الاقتصادي العادل هو أمر في منتهى الأهمية للوصول إلى الهدف المنشود. وهو الصحة للجميع عام (٢٠٠٠)^(١). ولا بد لذلك من ردم الفجوة والهوة الواسعة بين الدول الغنية المتقدمة والدول الفقيرة النامية (للأسف الفجوة تزداد إتساعاً والبون يزداد

(١) لم يتم الوصول إلى الهدف المنشود (الصحة للجميع عام ٢٠٠٠) بل زاد الأمر سوءاً بظهور نظام العولمة والسيطرة الأحادية على العالم من قبل الدولة العظمى والشركات الأخطبوطية العالمية التي تتحكم في ثروات العالم، وتؤدي إلى مزيد من احتكار الثروة وغنى الأغنياء والمزيد من فقر الفقراء، وتحول الطبقة المتوسطة في كثير من البلدان إلى حد الفقر، وتحول بعض الدول المتوسطة الثروة إلى مستوى العوز.

ضخامة). وإن ترقية الصحة لكافة شعوب العالم وتنميتها والحفاظ عليها هو أمر أساسي وضروري للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وتسهم بشكل فعال في تحسين نوعية الحياة والتقدم والسلام العالمي.

(٤) لكافة الشعوب حق وواجب المساهمة كأفراد وجماعات في التخطيط والتنفيذ للسياسات الصحية المتعلقة بهم وبحياتهم.

(٥) تعتبر الحكومات مسؤولة عن توفير الصحة لشعوبها، والتي لا يمكن تنفيذها إلا بتقديم الرعاية الصحية والاجتماعية. . وتعتبر الرعاية الصحية الأولية المفتاح للوصول إلى الهدف المنشود (الصحة للجميع عام ٢٠٠٠) في ظل روح العدالة الاجتماعية^(١).

(٦) إن الرعاية الصحية الأولية هي الرعاية الأساسية المبنية على الواقعية وعلى الأسس العلمية السليمة. . والتي تستخدم وسائل وتقنيات مقبولة من المجتمع والتي يمكن الوصول إليها وتحقيقها من قبل الأفراد والأسر في المجتمع بإسهاماتهم، وبحيث لا تُكَلَّفُ المجتمع ولا القطر فوق طاقته وبحيث يمكن الاستمرار في كل مرحلة من مراحلها، مبنية على الاعتماد على النفس والعزم على التنفيذ في ظل القدرات والإمكانات المتاحة.

وتشكل الرعاية الصحية الأولية محور الرعاية الصحية في القطر ويعتمد عليها الارتفاع بالمستوى الصحي، وبالتالي الإجتماعي والاقتصادي للمجتمع.

(١) للأسف تتجه كثير من الحكومات إلى التخلي عن مسؤولياتها في ظل نظام العولمة والخصخصة، ومحاولة ايجاد نظام تأمين صحي يعتمد على شركات التأمين الصحي الاستغلالية الباحثة عن الربح فقط. وهو نظام سيئ، ويزيد الفقراء فقراً ومرضاً، لأنهم لا يستطيعون أن يدفعوا أقساط التأمين الصحي. . وفي معظم الأحوال تتجه تلك الحكومات إلى إقامة مستشفيات فندقية ضخمة لعلية القوم، وفيها تقنيات حديثة، وباهظة التكاليف، وهي تقدم خدمات جيدة نسبياً، لعدد محدود من السكان، وبكلفة عالية جداً. ولكنها تحرم الملايين من الخدمات الصحية الأساسية، وتوفير مياه الشرب النقية، ونظام التخلص من النفايات في المجتمع والبيئة، ونظام المجاري، وتوفير الغذاء والدواء الأساسي للطفولة والأمومة والطبقات الفقيرة المسحوقة.

الإمكان، كما يشمل الأطباء التقليديين والطب الشعبي الذين ينبغي التعاون معهم وترقية مستوياتهم والاستفادة من خبراتهم في مجالات الطب الشعبي والأعشاب، وتكوين فريق متجانس لتقديم الخدمات الصحية للمجتمع بأكمله.

(٨) يجب على جميع الحكومات أن تضع الخطط والسياسات والاستراتيجية لتحقيق أهداف كل مرحلة من مراحل الرعاية الصحية الأولية ضمن خطة شمولية للرعاية الصحية للأمم، وبالتعاون والتنسيق مع القطاعات الأخرى. ولتحقيق هذا الغرض لا بد من إيجاد العزم والهدف السياسي لتحريك طاقات الأمة لاستخدام كافة الوسائل والطاقات المحلية المتاحة بالإضافة لما يمكن الحصول عليه من المساعدات الخارجية.

(٩) يجب على جميع الدول أن تتعاون لتحقيق هذا الهدف الإنساني النبيل وتوفير الرعاية الصحية لجميع سكان العالم وذلك لأن رفع مستوى الصحة في أي قطر من أقطار العالم يؤثر إيجابياً على الأقطار الأخرى، وانخفاض المستوى الصحي في قطر يؤثر سلباً على الأقطار الأخرى. . . . وإن قرارات منظمة الصحة العالمية واليونسيف حول الرعاية الصحية - تشكل قاعدة صلبة لتطوير وتنمية هذا التعاون الدولي في مجال الرعاية الصحية.

(١٠) إن الوصول إلى هدف الصحة للجميع ليس حلمًا لا يمكن تحقيقه على أرض الواقع، إنه هدف واقعي ويمكن الوصول إليه إذا تضافرت الجهود وصدقت النيات واستخدمت ثروات العالم وإمكانياته الضخمة والمهدرة في مجال التنمية، بدلاً من انفاقها على السلاح والحروب، وأجهزة التدمير.

إن إقامة السلام العادل والدائم وسياسة الوفاق الدولي وحل الخلافات بالمفاوضات بدلاً من القوة. والاتجاه نحو نزع السلاح هو السبيل الوحيد لإقامة نظام عالمي عادل، يؤدي إلى تقليل الفروق المهيولة بين الدول الغنية

والدول الفقيرة، كما يؤدي إلى نظام تنمية عادل وشامل. . . ويمنع إيجاد فروق كبيرة جداً في الدولة الواحدة أو المجتمع الواحد بين الذين يجدون كل شيء وبين الذين لا يجدون أي شيء.

خدمات الرعاية الصحية الأولية:

هي الخدمات الصحية الأساسية لجميع أفراد المجتمع، ويتحمل المجتمع ككل تكلفتها بواسطة الدولة التي قد تفرض ضرائب خاصة لتمويل هذه الخدمات. وتشمل هذه الخدمات الوقاية، وتنمية الصحة كما تهتم بالعلاج والتأهيل من الإعاقات. ويتركز جانب من اهتمامها بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للأفراد والأسرة والمجتمع لأهميتها في موضوع الصحة بمفهومه الشمولي.

ولا يمكن أن تتم هذه الرعاية إلا بمشاركة الأفراد والمجتمع بأكمله في الاهتمام بالرعاية الصحية الأولية والتخطيط لها ومناقشة برامجها وتنفيذها، وتقويمها.

وهو ما تعرف عليه باسم التمكين Empowerment بحيث يتفاعل المجتمع بأكمله مع هذه البرامج، ويقود بنفسه الطريق إليها.

وهو ما نعرفه في الإسلام بالمسؤولية الفردية والجماعية «وكلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته»^(١) الحديث، وقول الرسول ﷺ: «لن تزول قدما عبد يوم القيامة حتى يسأل عن أربع: عن شبابه فيم أبلاه؟ وعن عمره فيم أفناه؟ وفي ماله من أين اكتسبه وفيما أنفق؟ وعن علمه ماذا عمل به»^(٢) و«المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف وفي كل خير. احرص على ما ينفعك واستعن بالله ولا تعجز»^(٣).

(١) أخرجه الشيخان البخاري ومسلم والترمذي وحسنه أحمد.

(٢) أخرجه الترمذي في سننه عن أبي سعيد الخدري.

(٣) أخرجه مسلم في صحيحه وأحمد في مسنده، وابن ماجه في سننه.

عناصر الرعاية الصحية الأولية:

(١) التثقيف الصحي:

وهو يعتبر الدعامة الأساسية للرعاية الصحية، وذلك باستخدام كافة الوسائل المتاحة والمقبولة للمجتمع. وتلعب وسائل الإعلام، وخاصة التلفزيون، دوراً هاماً، وينبغي أن تعد برامج جيدة ومشوّقة يمكن مشاهدتها. كما ينبغي أن يتجذّر التعاون بين بعض الإعلاميين على الأقل وأطباء الرعاية الصحية. كما أن دور المسجد دور أساسي؛ وتلعب التعاليم الإسلامية دوراً هاماً في الارتفاع بالصحة، ويجب تعميق التعاون بين أئمة المساجد وأطباء الرعاية الصحية الأولية. . وإيجاد دورات مشتركة لتوضيح المخاطر الصحية وكيفية مواجهتها، ونوعية التوعية الصحية المطلوبة، وكيفية استخدام الآيات القرآنية والأحاديث النبوية والثروة الفقهية في مجال الصحة.

وبفضل الله هناك مجموعة من الأطباء قد قاموا بتوضيح دور تعاليم الإسلام في الطهارة والوضوء والصلاة والصيام في تنمية الصحة ورفع مستواها. . كما أوضحوا أهمية تعاليم الإسلام في اجتناب التدخين والخمور والمخدرات والزنا واللواط والتعري والإثارة الجنسية المستمرة. . ومخاطر التوتر النفسي والقلق والتكالب على الدنيا. وهناك عشرات الكتب ومئات المقالات في هذا المجال.

وأهمية الزواج في كونه سكيّنة ومودة وأنه يكسر توقان الشباب ويؤسس الأسرة، وفيه من المنافع ما يجعله ركيزة المجتمعات البشرية. ولذا لا بد من تيسيره، والعمل على تزويج الشباب والأيامى، ومحاربة العنوسة، وتكاليف الزواج الباهظة التي تنوء بها كواهل الأسر والشباب. . وقد كره رسول الله ﷺ أن يبقى الإنسان دون زوجة وهو يستطيع ذلك وله القدرة عليه. وقال: «يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة «فليتزوج» الحديث.

ولا بد من التركيز على النظام الإسلامي في الغذاء والابتعاد عن السمّة التي

كرهها رسول الله ﷺ. وأهمية الحركة والصلاة وأقل ما فيها الذهاب إلى المسجد خمس مرات في اليوم والليلة مشياً. «وأذيبوا طعامكم بذكر الله والصلاة حتى لا تقسو قلوبكم»^(١). وصلاة الليل ترضي الرب وتزيل الهم والغم وتقيّم اعوجاج العمود الفقري وتصلح القلوب وشرائنها التي يسدها كثرة الشحوم وكثرة الآثام وقد قال ﷺ: «عليكم بقيام الليل فإنه دأب الصالحين قبلكم وهو مطردة للداء من الجسد» (أخرجه ابن السني وأبو نعيم عن بلال وعن سلمان رضي الله عنهما).

وهو مجال واسع جداً. ونظام الإسلام في الرياضة والحركة. «وعلموا أولادكم الرماية والسباحة وليثبوا على الخيل وثباً». وقد كان رسول الله ﷺ يسابق عائشة رضي الله عنها، ويقوم المباريات في الرماية بين أصحابه، والشباب منهم بصورة خاصة، ويشهد مبارياتهم في المصارعة. ويعمل على تقوية أديانهم وأبدانهم وكل ما يعود عليهم بالخير والمنفعة في الدنيا والآخرة. قال تعالى: ﴿لَقَدْ جَاءَكُمْ رَسُولٌ مِّنْ أَنفُسِكُمْ عَزِيزٌ عَلَيْهِ مَا عَنِتُّمْ حَرِيصٌ عَلَيْكُمْ بِالْمُؤْمِنِينَ رَءُوفٌ رَّحِيمٌ﴾ [التوبة: ١٢٨]، صلى الله عليه وآله وسلم أفضل ما صلى على أحد من الخلق أجمعين.

وتعاليمه في اللبس، وفي تنظيف الأفتية والبيوت، وفي الشرب والطعام، وفي كل حركة وكل نأمة، تكفي الأمة لتحقيق الفلاح في دينها ودنياها، وفي صحتها الجسدية والنفسية، وفي سعادتها الدنيوية والأخروية.

(٢) الارتفاع بصحة البيئة:

وتشمل:

(١) النظافة الشخصية في البدن والملبس والمسكن.

(٢) توفير مياه الشرب النقية.

(١) «أذيبوا طعامكم بذكر الله والصلاة، ولا تناموا عليه فتقسو قلوبكم» أخرجه أبو نعيم.

- (٣) التخلص من النفايات بالطرق السليمة.
- (٤) تحضير وبيع الطعام بالطرق الصحية.
- (٥) التخلص من إفرازات الإنسان والحيوان بالطرق السليمة.

(٣) رعاية الأمومة والطفولة:

وتشمل:

- (١) رعاية الأمهات الحوامل وذوات النفاس والمرضعات من خلال التوعية والفحص الدوري والزيارة المنزلية وإجراء التحاليل المخبرية المطلوبة، وتوفير الغذاء المناسب.
- (٢) رعاية الأطفال وتقديم الخدمات الصحية لهم.
- (٣) تحصين الأطفال ضد أمراض الطفولة المعدية: الحصبة وشلل الأطفال والدفتريا والتتanos والسعال الديكي (الثلاثي) والسل والتهاب الكبد الفيروسي (B).
- (٤) التعرف على الأطفال والأمهات المعرضين للخطر والعناية بهم مبكراً.
- (٥) التغذية الجيدة والسليمة للطفل والأم.
- (٦) الوقاية من الأمراض المعدية والمستوطنة.
- (٧) التشخيص المبكر والعلاج قبل استفحال الداء وتحويل الحالات الصعبة إلى المستشفيات المختصة.
- (٨) توفير العقاقير الأساسية.

الرعاية الصحية ليست مقتصرة على الأطباء والمستشفيات:

وقد جاء في النشرة الإعلامية رقم (١٦) لمنظمة الصحة العالمية لعام (١٩٨٥) كلمة للدكتور «تيخادا دي ريفيرا»، المدير العام المساعد لمنظمة الصحة العالمية

خلال ندوة «الحماية الدولية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية» المنعقدة في مدينة نيومكسيكو (أغسطس ١٩٨٤) ما يلي :

«إن صحة الفرد والأسرة والشعب تعتمد في معظمها على عوامل تقع خارج عمل الأطباء . . . والحدود المصطنعة المحيطة بتعريف الصحة ناشئ عن الخلط بين تعابير تقادم عليها العهد، فلقد اعتبرت الصحة شيئاً مرادفاً للطب والمستشفيات والأطباء . . . ولم يفرّق الناس بين الدواء ورعاية المريض، كما قرنوا المستشفيات بالتكنولوجيا المعقدة والباهظة الثمن، والأطباء بالرعاية الطبية العالية التخصص التي تقدم للمريض دون مشورته».

«وهكذا أصبح الإنسان مجرد شيء ينبغي عليه أن يتلقى صاغراً ما يقدمه له الطب والمستشفى والطبيب. هذا مع أن الدواء والمستشفى والطبيب عوامل ذات تأثير أدنى بكثير مما يُظنّ على الأحوال الصحية لقطر من الأقطار أو لمجموعة سكانية».

«وليكن من الجلي - أنني لست ضد الطب أو المستشفيات أو الأطباء، إذ أن جميع هذه العناصر ضرورية ولا غنى عنها أبداً في توفير الرعاية الصحية، ولكن ما أعنيه هو أنها موزعة ومستخدمة بشكل سيئ وأن الحقل الصحي لا يقتصر عليها لأنه أوسع من ذلك بكثير».

حق الإنسان في الصحة:

إن عبارة «الصحة للجميع» لا يقصد منها أن نجد كل شخص في المجتمع ينعم بالصحة الدائمة، فمثل هذا المطلوب انتحال للخلود (ولا يوجد إلا في الجنة)، ولكن هذه العبارة تعني الآتي:

١ - أن لكل إنسان الحق في الرعاية الصحية، أو بعبارة أخرى الحق في تحسين إمكاناته البدنية والعقلية والاجتماعية والروحية، والتمتع بما يوفره نظام دائم للرعاية الصحية، وذلك بمنع الأمراض التي يمكن الوقاية منها، والمبادرة

إلى تشخيص تلك الأمراض وعلاجها وإعادة تأهيل الفرد وعودته إلى المجتمع عضواً عاملاً ونافعاً.

- ٢ - لكل إنسان الحق في التمتع بما يقدمه النظام الصحي في مختلف مستوياته، وذلك حسب ما تسمح موارد وقدرات البلد دون تمييز بين فرد وآخر من أفراد المجتمع وتحقيق مبدأ العدالة في توفير الخدمات الصحية (وهو أمر غير متوفر في أكثر الدول النامية حيث يحصل الأغنياء وعلية القوم على كل شيء، ويحرمون الفقراء والعامّة من أبسط الخدمات).
- ٣ - لكل امرئ دون استثناء الحق في العيش في بيئة ثقافية واجتماعية واقتصادية من شأنها أن تيسر له المحافظة على صحته، وتوفر له الحماية من العوامل المهددة لها.
- ٤ - على كل إنسان في المجتمع أن يشارك مشاركة فعالة بالاهتمام بصحته وصحة مجتمعه، وعلى كل امرئ أن يلعب دوره في توفير الرعاية الصحية والتخطيط لها، والإشراف عليها ووضع الضوابط على المستوى الفردي والجماعي.
- ٥ - يتحتم تقليص الفروق الهائلة والمخجلة في المستويات الصحية لمختلف الفئات السكانية ضمن البلد الواحد، وفيما بين البلدان المختلفة. وهذا يعني إعطاء الأولوية للمحرومين، وبذل الجهد والمال لتوفير الرعاية الصحية المستمرة لهذه المجتمعات المحرومة.
- ٦ - يتحتم تقليص الفروق الهائلة والمخجلة في الأسلوب الذي تتبعه المجتمعات الوطنية في تخصيص الموارد المادية والتكنولوجية والبشرية والمالية، والتي عادة ما تتركز في بناء مستشفيات فخمة تخدم عدداً محدوداً من الأمة والمجتمع وترتك الباقيين بدون أي خدمة.
- ٧ - إن مفهوم «الصحة للجميع» مفهوم يدمج حق الإنسان في الصحة في إطار

مبادئ تقوم على العدالة الاجتماعية والمساواة، ليس على مستوى القطر فحسب، بل على مستوى العالم بأكمله.

تعزير مفهوم الرعاية الصحية الأولية:

لهذا كله يجب تعزير مفهوم الرعاية الصحية الأولية بحيث تحقق الآتي :

- (١) منهج يشمل مجمل النظام الصحي في القطر بحيث يصل إلى كل بيت ومدرسة ومصنع ومكان للعمل ويرتفع إلى المستشفيات المتخصصة ومراكز البحث العالي.
- (٢) يقوم على المشاركة النشطة لكافة أفراد المجتمع بصفتهم الفردية والجماعية على كافة الأصعدة الصحية ابتداء من التخطيط ومروراً بالإدارة والإشراف وصنع القرار. وبالتالي يقرر المجتمع بأفراده وجماعاته الحاجات الصحية والموارد المتاحة ومستوى التكنولوجيا التي يتوجب استخدامها. ولا بد أن تكون هذه التكنولوجيا ملائمة لحاجات المجتمع وامكانياته وقدراته ومناسبة للمجتمع الذي تستخدم فيه.
- (٣) التعاون بين مختلف القطاعات إذ أن الصحة تعتمد على التغذية المناسبة وتوفير مياه الشرب النظيفة والسكن الجيد - والبيئة المناسبة، والثقافة الجيدة، ونظام للمجاري سليم، ومحاربة للحشرات الناقلة للأمراض. . وهذا كله يعتمد على قطاعات متعددة خارج الطاقم الطبي والصحي.
- (٤) التدرج في تنفيذ الأنشطة الصحية المختلفة بحيث يتقبلها المجتمع ويبادر إلى المشاركة فيها وتفعيلها.
- (٥) يجب أن تشكل الرعاية الصحية الأولية جزءاً من استراتيجية شاملة للتنمية الاقتصادية والتعليمية والاجتماعية. وهذا يتطلب ضغطاً سياسياً مستمراً من الأوساط الشعبية بوصفها شريكاً ايجابياً فعالاً في هذا التطبيق.

إن البلدان المنتمية إلى منظمة الصحة العالمية (معظم دول العالم) تعمل بشكل جماعي للوصول إلى الهدف الذي قررته منظمة الصحة العالمية وهو «أن التمتع بأرفع مستوى ممكن من الصحة هو حق من الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز من حيث العرق أو الدين أو الوضع الاقتصادي أو الاجتماعي» وتعبير آخر «الصحة حق من حقوق الإنسان الأساسية والجوهرية».

الفصل الثامن

طبيب الأسرة: التخصص والمهام، والواقع العربي والعالمي

أولاً: تعريف طب الأسرة:

تخصص طب الأسرة: هو فرع المعرفة الطبية الذي تطلق عليه أسماء أخرى مثل: الممارسة العامة أو الطب العام أو طب العائلة.

ويمثل المادة المعرفية، والخصائص السلوكية، والمهارات الحرفية، اللازمة لطبيب الأسرة التي تمكنه من القيام بممارسة تخصصه وفق تعريفه. ويتلخص ذلك في أربع عشرة نقطة:

(١) التأكيد على أن يكون طبيب الأسرة من خلال مكان ممارسته في مراكز الرعاية الصحية الأولية، أو عيادات أطباء الأسرة، أو الممارسين العاميين هو خط التلقي الأول لمراجعي الخدمات الصحية الذي يتعامل مع كافة شكاواهم الطبية على مختلف أجناسهم وأعمارهم وخصائصهم.

(٢) مهارات تحريك المصادر والإمكانات الصحية المختلفة، وتحصيل مهارات علاجية تمكنه من أن يعالج ما يقدر عليه من المشكلات الطبية، ويحيل ما يستدعي الإحالة إلى المتخصصين الآخرين العاملين في المستشفيات، مع تفعيل مبدأ المعالجة المشتركة معهم، والاستفادة من التغذية الراجعة منهم Feedback (تقارير الرد على الإحالة).

(٣) تبني آلية معالجة تركز اهتمامها على المريض (مشكلته وأفكاره حول المشكلة ومخاوفه منها وتوقعاته من الطبيب حيالها) فتجعله هدفها ومحورها.

- (٤) الاهتمام بالجوانب الأسرية والمجتمعية ذات العلاقة بمشكلة المريض وتطويعها لتحقيق صحة مثلى له .
- (٥) آليات ومهارات متميزة في مقابلة المرضى وبناء علاقة قوية معهم تُسهِّم في فهمهم بشكل أفضل، وتمكن الطبيب من مساعدتهم في علاج علائهم . ومن أهم ذلك مهارات فنيات الاستقبال والتخاطب، وملاحظة السلوك اللفظي وغير اللفظي للمرضى، ومعرفة الدواعي الحقيقية للمراجعة الطبية، وسبر أغوار المشكلة مع التركيز على المشاركة التفاعلية من قبل المريض والتأكد من فهمه للتشخيص، وخطة العلاج وتعهدته بالالتزام بها وتمكنه من ذلك .
- (٦) تقديم رعاية صحية مستمرة للفرد وأسرته تمتد من قبل الزواج والإنجاب، مروراً بمختلف مراحل النمو وحالات المرض، وحتى عند الممات وبعده، وهو خلال ذلك كله يقدم النصيحة الطبية، ويستقرئ المخاطر الصحية، ويعطي الخدمة الوقائية والعلاج اللازم .
- (٧) مهارة اتخاذ القرار السليم حيال المشاكل الطبية وفقاً لمعرفته بأسباب ونسب حدوث وانتشار الأمراض في المجتمع .
- (٨) القدرة الفنية على تشخيص الحالات المرضية الحادة والمزمنة في مراحلها المبكرة، ومعالجة الغالبية العظمى منها من خلال التدخل اللازم توعوياً ووقائياً وعلاجياً وتأهلياً .
- (٩) استيعاب مفهوم تعزيز الصحة (حفظ الصحة الموجودة) وممارسة آليات تحقيقه . حيث أن تعزيز الصحة ركن أساسي في الرعاية الصحية الشاملة فهو أولها وأساسها ويقصد به «عملية تمكين الناس من زيادة المقاومة للأمراض وتحسين صحتهم بزيادة الرصيد الصحي لديهم وهو الذخيرة التي يعدها الناس لمواجهة طوارئ المرض والعجز والأذيات . . .» .
- وطبيب الأسرة صاحب دور رئيسي في تحقيق استراتيجيات تعزيز الصحة والتي تتلخص في :

أ - التبشير بالصحة الجيدة ودعوة الناس للاهتمام بتحقيقها، والتزام واعي بالسلوك المعزز للصحة وتجنب كل ما يحول دون ذلك.

ب - التمكين: من خلال ضمان العدالة في توفر الرعاية الصحية.

ج - العمل كوسيط: من خلال العمل المتناسق مع جميع المهتمين، وأولهم: أفراد المجتمع الذين يجب أن يكونوا شركاء فاعلين في تعزيز الصحة، وثانيهم: الجهات الاجتماعية والاقتصادية التي يجب أن تقوم بدورها في ذلك، بناءً على قناعتها بأن الصحة أساس للتنمية الاجتماعية والاقتصادية وعامل رئيسي في محاربة العجز والفقر أو الحد منهما.

والمختصون في طب الأسرة من أكثر الناس استيعاباً لهذه المفاهيم وأقدرهم على تحقيقها، وهم خير مرؤج ووسيط لدى الشركاء في المجتمع والقطاعات الأخرى كوزارات المالية والتخطيط والزراعة والتعليم والشؤون الاجتماعية. وهم كذلك خير من يفهم مرضاهم وأسرهم والمجتمع المحيط بهم.

وهم عناصر تعزيز الصحة وآليات تحقيقها، ومن ذلك عناصر بناء الذات وتقييمها وتطويرها، والحد مما يؤدي الصحة وتكريس ما يدعم حصول الصحة المثالية.

إن ذلك يستدعي منهم التركيز على قضايا مثل الإقلاع عن التدخين، والنشاط البدني، واتباع نظام غذائي صحي متوازن، والوعي الجنسي والبعد عن الزنا والفواحش، والوقاية من الإصابات، والابتعاد عن معاورة المسكرات والمخدرات وغير ذلك.

١٠) التعامل مع المشكلات الصحية وفق إطار شامل لا يقتصر على تناول الجوانب الجسدية للمشكلة بل يتعداها إلى الجوانب النفسية والاجتماعية وتداخلاتها وتأثيرها على الجانب الجسدي وعلى نوع وآلية العلاج اللازم للمشكلة.

- (١١) تحمل مسؤولية خاصة عن صحة المجتمع الذي يعتني به وفقاً لأسس علمية ومهنية وأخلاقية في إطار مسؤولية طبيب الأسرة الصحية والاجتماعية .
- (١٢) مهارات قيادة الفريق الصحي إذ أن طبيب الأسرة قائد لفريق صحي، فيه أفراد آخرون تتداخل تخصصاتهم وخبراتهم، وتكامل لتقديم الرعاية الشاملة اللازمة للمرضى وأسرههم والمجتمع المحيط المشمول بالخدمة .
- ولتكون هذه القيادة فاعلة فإنها يجب أن تكون وفق رؤية ثاقبة، ورسالة واضحة وتناغم سلس، وجودة منضبطة، الأمر الذي يستدعي تمتع طبيب الأسرة بمهارات أساسية في التخطيط والتنظيم والرقابة والقيادة .
- (١٣) طبيب الأسرة الفاعل يبني قراراته على أسس علمية مدعومة بالبراهين مما يستلزم أن يكون ملمّاً بأصول «علم الطب المبني على البرهان» . كما أنه لا بدّ له من إلمام أساسي بمهارات إجراء البحوث والدراسات الطبية والاستقصاءات الوبائية والنقد العلمي .
- (١٤) الاهتمام بالثقيف الصحي وإدراك قيمته، وإتقان طرقه وتفعيل ممارسته لدى جميع أفراد فريقه المعالج . ويتناول ذلك على مستوى المريض وأهله والمجتمع المحيط به . والهدف من خلال ذلك هو التأثير في ممارستهم حيال مشكلة صحية أو مرض معين، والخلوص إلى تطبيقهم للسلوك الصحي السليم اللازم لتفاديه .

ثانياً: تعريف طبيب الأسرة (طبيب العائلة - أخصائي الرعاية الأولية...):

هو الطبيب الذي تلقى تعليماً وتدريباً عالياً في تخصص طب الأسرة، وهو يمتلك معرفة وتوجهات ومهارات فريدة، تؤهله لتقديم رعاية طبية مستمرة وشاملة لمرضاه. وطبيب الأسرة يركز على صيانة صحة مرضاه، وأفراد أسرهم، وتقديم الخدمات الوقائية اللازمة لهم، على اختلاف جنسهم وعمرهم، ونوعية شكاوهم المرضية. فهو المسؤول عن الرعاية الصحية للأسرة على مختلف مستويات تقديم

الخدمة لها (مراكز صحية ومستشفيات)، مستخدماً في ذلك مهارات التواصل والإدارة، والمعالجة والتنسيق مع المختصين الآخرين.

ويستغرق تكوين طبيب الأسرة المؤهل لذلك، فترة تدريبية مبرمجة ضمن برامج خاصة بعد البكالوريوس، تتراوح مدتها من ثلاث إلى أربع سنوات.

ثالثاً: طبيب الأسرة إدراكات ومهارات:

(١) طبيب الأسرة والرعاية الصحية الأولية:

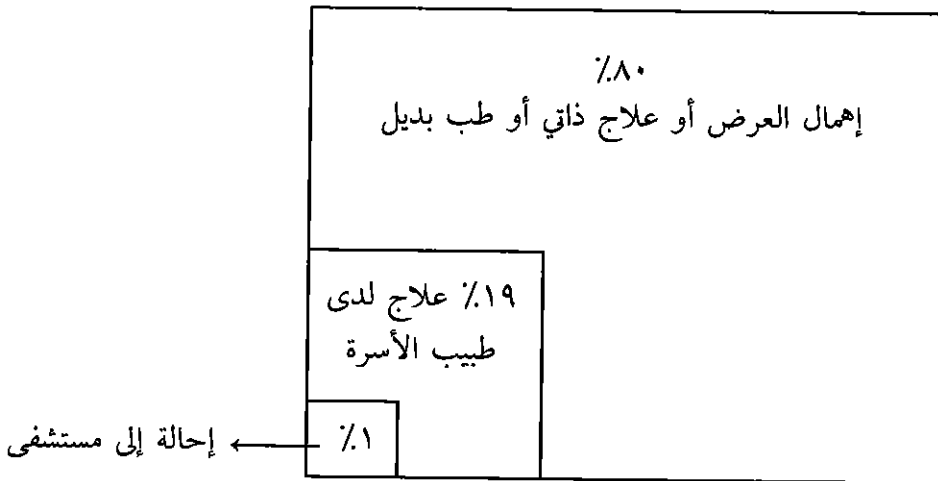
يدرك طبيب الأسرة أن الرعاية الصحية الأولية هي خط الدفاع الأول في الخدمات الصحية، وأنها تهدف إلى تقديم رعاية صحية شاملة معززة لأسباب حفظ الصحة، وطرق الوقاية من الأمراض بمختلف مستوياتها، ومعالجة للأمراض عند إدراك حدوثها، ومؤهلة من أي عواقب تنشأ عنها. كما يدرك أن هذه الخدمة يجب أن تتسم بالعلمية والعملية وسهولة الوصول إليها، وعدالة توزيعها بين المدن والضواحي والأرياف. ويجب أن تكون مقبولة اجتماعياً ومبنية على احتياجات الناس الحقيقية، ومراعية لرغباتهم ما أمكن، ومستخدمة للتقنيات المناسبة على أسس الجودة والفاعلية وجدوى التكلفة والفائدة.

وهي تقوم في عملها على شراكات فاعلة بين العاملين في القطاع الصحي وزملائهم في القطاعات الأخرى ذات العلاقة مثل: الأمانات والبلديات وإدرات الزراعة والتجارة وغيرها، وعلى مساهمات حقيقية من قبل أفراد المجتمع وقياداته ومؤسساته الدينية والاجتماعية، وذلك على امتداد مراحل تناولها وحلّها للمشاكل الصحية. وعليه فإن طبيب الأسرة بمهاراته وتأهيله هو عصب الفريق في مستوى الرعاية الصحية الأولية، ومراكزها الصحية هي قنواته الرئيسة في تقديم خدماته، ومجتمع خدمة المركز الصحي هو ميدانه لتحقيق رعاية صحية مستمرة شاملة ومثمرة.

٢) طبيب الأسرة والأمراض الشائعة:

يدرك طبيب الأسرة أن الدراسات تشير إلى أن (٢٠٪) فقط من كل من يشتكي من عَرَضٍ صحي يذهب للطبيب. في حين أن (٨٠٪) ينزعون إمّا إلى إهمال العرض والتغاضي عنه، أو إلى المعالجة الذاتية، وفقاً لخبرة سابقة، أو نصيحة قريب أو صديق، أو تعاطي علاج وفقاً لتوصية صيدلي. هنالك نسبة غير قليلة من هؤلاء تتعاطى صوراً من المعالجة بالطب البديل، إمّا رقية شرعية أو غير شرعية، أو علاجاً بالأعشاب أو الطب المثلي أو الصيني أو غيره.

كما يدرك طبيب الأسرة أن (٨٠٪) من أولئك الذين يطلبون مشورة الطبيب يأتون لطبيب الأسرة في الرعاية الصحية الأولية أو الممارس العام فيما ينتهي (٢٠٪) منهم فقط بالتحويل إلى مختص بالمستشفى.



والرسم أعلاه يبين مآل كل (١٠٠) شخص يشتكي من عَرَضٍ صحي.

ووفقاً لذلك فطبيب الأسرة يدرك أهمية التوعية والتثقيف حيال خطورة العرض الصحي، وضوابط العلاج الذاتي، وصور ممارسات الطب البديل، في مجتمع مرضاه والعمل على ترشيدها.

وتشير الدراسات أيضاً إلى أن (٨٠٪) من الحالات المرضية لدى مراجعي أطباء الأسرة في الرعاية الصحية تتمثل في نحو خمسين مشكلة صحية من نوع: نزلات البرد، والتهاب المجاري التنفسية العليا، والربو، وارتفاع ضغط الدم، ومرض السكر، وتصلب الشرايين، وآلام المفاصل والعضلات، والقروح المعدية، والإثارة العصبية المعدية، وحالات الصرع، والالتهاب الكبدي الوبائي، وفقر الدم المنجلي، وأمراض القلق، والخوف والاكتئاب. ولهذا فهو يولي هذه الأمراض مزيداً من الإهتمام، فيعرف أسبابها، وطرق الوقاية منها وعلاجها، ويسعى إلى تثقيف الناس حيالها، ساعياً إلى تعزيز صحتهم، أملاً في الحيلولة دون حدوثها، أو تخفيف آثار الإصابة بها، مع التركيز على زيادة مستوى الوعي بأعراض الأمراض لدى الناس، ورفع درجة وعيهم لمؤشرات بدء حدوثها.

٣) طبيب الأسرة والأمراض المزمنة:

لا بد لطبيب الأسرة من أن يدرك عبء الأمراض المزمنة كالسكري وارتفاع ضغط الدم والربو والصرع ومرض باركنسون وتصلب الشرايين، ليس جسدياً فحسب، بل نفسياً واجتماعياً، وأن هذا العبء يتصف بالإزمان، وينعكس على الأسرة، بل يتعداها إلى بيئة العمل والمجتمع المحيط، فمرض السكر مثلاً تتعدى معاناته إلى صور مختلفة من حدوث أمراض نفسية لديه، نتيجة الإعاقات الناجمة عن مضاعفات المرض، مثل القلق والاكتئاب. كما قد يعاني من إعاقات اجتماعية، بسبب العجز الجسدي، أو معاناة وظيفية بسبب كثرة الغياب، أو نقص الطاقة أو اختلال القدرة.

وعليه فإن طبيب الأسرة يدرك أهمية سبر أغوار الأسباب الحقيقية لمعاناة المريض من المرض، ولحضوره للعيادة، فيكتشف الأسباب الظاهرة والخفية للمراجعة الطبية.

ويستخدم طبيب الأسرة في ذلك مهاراته في فن المقابلة. كما يتمرس في فنون التعامل مع المرضى كثيرى الشكوى، ومتعددي الزيارات، والثرثارين

والملحين وسريعي الغضب وغيرهم . وهو يجيد مهارات إبلاغ المرضى عن الحالات المزمنة والخطرة بأسلوب تراكمي متسلسل وسهل ، يمنع ردود الفعل عند إخبارهم بذلك أو يقلل منها .

وطبيب الأسرة ماهر في التعامل مع الحالات النفسية الشائعة مثل القلق والاكتئاب وتلك النفسجسمانية مثل : قرحات المعدة وآلام الصدر المرتبطة بحالات الخوف والقلق وغيرها .

٤) طبيب الأسرة ورعاية مرضاه خارج العيادة:

تتعدى رعاية طبيب الأسرة لمرضاه من مجرد العيادة إلى خارجها . فهو حلقة وصل مع مستويات الخدمة الأخرى (المستشفيات العامة والتخصصية) . فقد يصاحبه في زيارة استثنائية للمستشفى تستدعي معالجة مشتركة بينه وبين الطبيب المختص الآخر وقد يزوره عند تنويمه في المستشفى .

أما أكثر صور الرعاية خارج العيادة فهي الزيارات المنزلية، إذ قد يقوم طبيب الأسرة بزيارة منزلية لمعالجة مريض عاجز عن الحضور، أو لتقديم رعاية متابعة لحالة مرضية معروفة، يقوم بها الطبيب أو أحد أعضاء الفريق الطبي وغالباً ما يكون الممرض أو الممرضة .

٥) طبيب الأسرة وتحصيل المعارف:

يدرك متطلباته المعرفية والسلوكية والمهارية سابقة الذكر، فيعمل على تحصيلها وإتقانها وممارستها، ليحقق النفع المرجو لمرضاه وأسرهم ومجتمعهم .

رابعاً: حاضر ومستقبل ممارسة طب الأسرة في العالم عامة

وفي العالم العربي ودول الخليج خاصة:

كانت ممارسة المعالجة الطبية حتى بداية القرن العشرين الميلادي تتم من خلال الأطباء العاميين، وبعض أطباء الأطفال والباطنة والجراحة والنساء والولادة والعيون والعظام .

ثم واكبت الحربين العالميتين الأولى والثانية موجة تعدد وتطور التخصصات الطبية الأخرى، مثل المسالك البولية والأعصاب وجراحاتها، والتخصصات الطبية الدقيقة مثل جراحات الأطفال والتجميل والوجه والفكين والأوعية الدموية وغيرها.

وتزامن ذلك مع نقلة كمية ونوعية في آليات وأدوات التشخيص والمعالجة الطبية والجراحية. وكان ذلك بلا شك - ولا يزال - إضافة علمية وكسباً طبياً وخدمة للبشرية، إلا أن غياب التوازن والنزوع إلى النظرة القاصرة للمرض والمريض من جهة، وتنامي إدراكنا لأهمية الجوانب النفسية والاجتماعية، وفهمنا الأفضل والأشمل للإنسان وتفاعلاته مع المرض وعلاجاته، استدعى إعادة التوازن من خلال العودة لمفهوم الطب الشامل. وبدأت تلوح في الأفق ملامح تخصص جديد قديم هو طب الأسرة. وتشكلت تلك الملامح من خلال تجربة إعادة صياغة الممارس العام (الطبيب العام) البريطانية منذ أكثر من ثمانين عاماً.

ثم جاء الاهتمام الأمريكي بهذا المجال. وكان إنشاء الأكاديمية الأمريكية لطب الأسرة منذ نحو خمس وخمسين عاماً معلماً رئيساً في تاريخ طب الأسرة، تلاه قبل ثلاثين عاماً معلماً عالمياً تمثل في إنشاء الاتحاد الدولي لأطباء الأسرة WONCA، الذي يعتبر المجتمع الأم للجمعيات والكليات والأكاديميات في مجال طب الأسرة، والمُنظّر الرئيسي لمفاهيمها وممارستها، والمُنظّم لملتقياتها ومؤتمراتها.

وواكب ظهور هذه الاتحاد بدء أول برنامج دراسي في طب الأسرة لمرحلة البكالوريوس في كل من جامعتي الملك فيصل والملك سعود بالمملكة العربية السعودية والجامعة الأمريكية ببيروت. واحتذت بهم لاحقاً بقية كليات الطب في السعودية ومعظم دول الخليج العربي، وعدد من كليات الطب في مصر والأردن.

أما في مجال الدراسات العليا التخصصية فنشأ أول برنامج للدراسات العليا في التخصص في الجامعة الأمريكية ببيروت عام (١٩٧٨م)، تلتها جامعة الملك فيصل بالدمام ووزارة الصحة بالبحرين، ثم جامعة الملك سعود.

وظهرت بعد ذلك الزمالة العربية في طب الأسرة، والزمالة الأردنية، وشهادة الاختصاص السعودية في «طب الأسرة»، ومؤخراً بدأ برنامج الزمالة المصرية في «طب الأسرة».

واليوم يوجد في المملكة العربية السعودية وحدها أكثر من ثلاثمائة طبيب متخصص في طب الأسرة. وعلى المستوى العالمي يحظى طب الأسرة بمكانة متنامية في النظام الصحي خاصة مع تبني العالم لشعارات «الصحة للجميع» و«صيانة الصحة» وغيرها.

وتصدر الدول الغربية وعلى رأسها بريطانيا وكندا وفرنسة والدول الإسكندنافية وأسترالية ونيوزلندة، قصب السبق في تبني هذا التخصص ومفاهيمه، وجعله مدخل الخدمة ومهندسها وضابطها. ويُعطى حصة متنامية من المخصصات المالية والبشرية اللازمة لقيامه وتعزيز دوره. واحتذت بتلك الدول بقية دول أوروبا وبعض من دول آسية مثل ماليزية والفلبين.

أما على مستوى العالم العربي، فبالرغم من تبني معظم دول منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق الأبيض المتوسط، لمفهوم الرعاية الصحية الشاملة، وشعار الصحة للجميع، واعتمادها مدخلاً للخدمة والإحالة لغيرها، إلا أن هنالك حاجة كبيرة لمزيد من الدعم الكمي والكيفي للنهوض بهذا التخصص ومستويات تنفيذه.

ولا شك أن دول مجلس التعاون الخليجي قد قطعت شوطاً أكبر في هذا الصدد، خاصة المملكة العربية السعودية والبحرين وعمان، إلا أن الجميع بحاجة إلى تأطير ذلك في سياق نظام صحي متكامل ومدعوم، وهو ما تبذل فيه حالياً جهود كبيرة في تلك الدول تنبئ بمستقبل واعد لهذا التخصص وللثمار المرجوة منه.

ومما يحتاجه الوضع القائم لوضع طب الأسرة وطبيب الأسرة في العالم

العربي:

(١) أن يكون الجزء الأساسي في النظام الصحي في البلد.

- (٢) إعداد الكوادر المتخصصة من مختلف فئات العاملين بهذا المجال، خاصة الأطباء والتمريض، والمثقفين الصحيين، ومختصي الصحة العامة، وحفز العاملين في هذا المجال مادياً ومعنوياً.
- (٣) بناء مراكز صحية نموذجية مستوفية للمتطلبات المكانية والفئات التخصصية المختلفة والتجهيزات التشخيصية والعلاجية اللازمة.
- (٤) وضع التنظيمات اللازمة لضمان تفعيل آليات القبول والمعالجة والإحالة والتغذية الراجعة (تقارير الردود على الإحالات) وغيرها.
- (٥) إعادة هيكلة النظام الصحي، وصياغة الرؤية والرسالة والقيم والقضايا الإستراتيجية بما يتواءم وإعطاء طب الأسرة وأطباء الأسرة المكانة اللازمة.

الفصل التاسع

توطئة في التأمين الصحي

الصحة نعمة من نعم الله الكبرى، لا يعرف قيمتها إلا من فقدتها فابْتُلِيَ بالمرض وويلاته، والسُّقْمُ وَأَنَاتِهِ. وقد رأى الإمام علي كَرَّمَ اللهُ وجهه في المرض مصيبة أشد من الفقر، وأهونَ من الكفر، ورأى في الصحة نعمة أفضل من الغنى، وأقل من الإيمان فقال رضي الله عنه: «ألا وإن من البلاء الفاقة، وأشد من الفاقة مرض البدن، وأشد من صحة البدن مرض القلب، ألا وإن من النعم سعة المال وأفضل من سعة المال صحة البدن، وأفضل من صحة البدن تقوى القلب»^(١).

وتسعى كثير من الدول إلى جعل الرعاية الطبية متاحة للجميع كحق طبي أساسي. ومع ذلك فإن الطرق الحالية للتمويل، في أي صورة من صورها، لا تستطيع ملاحقة ارتفاع تكاليف الرعاية الطبية والطلب على العلاج. وتستمر هذه الأزمة في التصاعد، ولم تتمكن أي دولة من التغلب عليها بنجاح.

وتتسم الرعاية الصحية بأنها من الخدمات الأعلى تكلفة في العالم حيث يقدر ما يسدده العالم سنوياً (٤) تريليون دولار وفقاً لتقرير منظمة الصحة العالمية الصادر عام (٢٠٠٧م) ثمناً لفاتورة العلاج بينما تصل التكاليف السنوية للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية - على سبيل المثال - إلى (٢٠) مليار ريال منها (١١) مليار تساهم بها ميزانية وزارة الصحة و(٦) مليارات نصيب القطاع الخاص بالإضافة إلى (٣) مليارات تشارك بها الجهات الحكومية الأخرى.

فالاعتماد بشكل أساسي على ميزانية وزارة الصحة في أي بلد يؤدي إلى

(١) الأمالي للطوسي ١/١٤٥.

حدوث خلل في التوازن بين الموارد والتكاليف، ومن ثم بات ضرورياً البحث عن قنوات تمويل جديدة تسد هذا الخلل وتعيد التوازن الطبيعي لتلك المعادلة. وعلى مستوى الفرد، فإن التوجه نحو زيادة الاعتماد على القطاع الخاص في تقديم العلاج للمواطنين، خلق عبئاً جديداً على هؤلاء الذين اعتادوا تلقي علاجهم مجاناً في المستشفيات الحكومية في الوقت الذي ارتفعت فيه تكاليف المستشفيات الخاصة.

وقد أصبح هذا العبء يشكل عامل ضغط قوي على خلفية ارتفاع تكلفة العلاج الطبي من جهة، وما تؤدي إليه مجانية الرعاية الصحية من سوء استخدام الموارد الصحية من جهة ثانية.

ومن هنا جاءت أهمية طرح خيار التأمين الصحي التعاوني كبديل متاح يمكن الاستعانة به في سداد فاتورة الخدمات الصحية التي تزداد عاماً بعد عام، كذلك يمكن الاستعانة به للتأكد من تقديم الخدمات الصحية الضرورية فقط.

التأمين في اللغة:

التأمين في اللغة العربية مشتق من «الأمن» وهو طمأنينة النفس وزوال الخوف. وله معان: منها إعطاء الأمان، مثل تأمين الحربي إذا نزل في بلاد المسلمين، ومنها التأمين على الدعاء وهو قول أمين أي استجب.

وأقرب معاني التأمين في اللغة إلى المصطلح المالي المعاصر هو «إعطاء الأمن»، ذلك أن التأمين هو نشاط تعاوني غرضه أن يحصل الأفراد على الأمن من الخوف من الآثار المالية لبعض ما يخافون من المكاره مثل الموت والمرض والحوادث... إلخ مقابل عوض مالي، فهو معنى جديد وإن كان اشتقاقاً صحيحاً من كلمة أمن.

مفهوم التأمين الصحي:

التأمين الصحي: هو نظام يتم من خلاله جمع جزء من المال من المستفيدين في صورة أقساط سنوية تدفع مقابل توفير الرعاية الصحية لهم عند حاجتهم لذلك

خلال سنة التعاقد. وتقوم الشركات التي تمارس هذا النوع من التأمين باعتماد مبدأ توزيع الخطر على المشتركين كأساس في ممارسة النشاط. وتتأثر إدارة محفظة التأمين الصحي وعملية التسعير بعدة عوامل أهمها عدد المستفيدين، والحالة الصحية للمجتمع ككل في ظل ظروف مجتمعية خاصة تشمل التوزيع العمري لفئات السكان، والمعدلات المرضية، ومعدلات الإقامة بالمستشفى، وتوزيع السكان على المناطق، ونوع برامج التأمين الصحي المطلوبة.

ولا شك أن ممارسة التأمين الصحي بتلك الكيفية تحد من التقلبات المفاجئة للمصروفات العلاجية التي يمكن أن يتعرض لها الفرد أو الجماعة عند تعرضهم لحالة مرضية طارئة، ويتيح لهم إمكانية مراجعة المستشفيات الخاصة في أي وقت للحصول على الخدمة الصحية اللازمة دون سداد فاتورة العلاج، حيث تتولى شركة التأمين عملية الدفع للمستشفى وفقاً لنظام يتم الاتفاق عليه بين الطرفين، كما أن التأمين الصحي يعتبر أحد الأهداف الرئيسية «لإدارة المخاطر» في أي منشأة، حيث يمثل أهم البدائل لتمويل الأخطار التي تواجه المنشأة.

وتتم ممارسة التأمين الصحي في إطار منظومة ثلاثية الأطراف تتمثل في المستفيد (المؤمن له) وشركة التأمين (المؤمن) والمستشفى أو المستوصف (مقدم الخدمة الصحية). ولا شك أن تنظيم العلاقة بين الأطراف الثلاثة مع تطوير أسلوب التعامل بينهم، ومراقبته يساعد في الارتقاء بمستوى الخدمة الصحية، وضمان حصول جميع الأطراف على حقوقهم.

تاريخ التأمين:

ومن الثابت أن التأمين التجاري بالصورة التي نعرفها اليوم كان معروفاً في أوروبا في القرن الرابع عشر الميلادي. وقد كان في مدينة فلاندرز الإيطالية سنة (١٣١٠م) شركة متخصصة في التأمين. وتعود أول بوليصة للتأمين البحري إلى نحو سنة (١٣٤٧) ميلادية. ويقال إن أول تأمين ضد الحريق ظهر في بريطانيا بعد سنة

(١٦٦٦م) مباشرة وهي السنة التي شهدت حريق لندن الذي أتى على أكثر المباني في تلك المدينة.

وقد مارست اتحادات المهنيين (Guilds) في العصور الوسطى في أوروبا نشاطاً شبيهاً بالتأمين حيث كانت تجمع الاشتراكات من أعضائها من الصُّنَّاع ثم تساعدهم في حال وقوع المكروه على أحدهم، وقد اشتهرت بأنها لا تساعد من وقع المكروه عليه بسبب له فيه يد (مثل أن يحرق منزله بنفسه طلباً للتعويض) بل تقتصر على ما وقع من المكروه بقوة قاهرة خارجة عن إرادة المستفيد. وهذا شبيه بشروط التأمين المعاصرة. ومثل هذا كان موجوداً في مجتمعات الإسلام حتى العصر الحديث^(١).

وفي نظام العاقلة شبه بالتأمين من ناحية:

أ - أنه اختص بالخطأ دون العمد، وهذا من أسس نظام التأمين إذ يشترط في الخطر الذي يمكن أن يُغَطَّى بالتأمين أن لا يكون للمستأمن يد في وقوع المكروه.

ب - أنه تطور ليعكس طبيعة الحياة الاجتماعية والاقتصادية فكان مقتصراً على العصابة والأقارب وأفراد القبيلة، ثم صارت عاقلة الرجل أهل سوقه، أو أهل الديوان بل في مرحلة من المراحل كانت بيت المال عاقلة من لا عاقلة له. قال في «تبيين الحقائق» «قال علماؤنا رحمهم الله وإن القاتل إذا لم يكن له عاقلة فالدية في بيت المال إذا كان مسلماً لأن جماعة المسلمين هم أهل نصرته» (ج ٦ ص ١٨١)، فهو ينقل عبء الخسران المالي إلى أكثر الجهات قدرة على تحمل ذلك الخسران وهذه من أساسيات التأمين وإعادة التأمين لأنها تتضمن نقلاً مستمراً للخطر إلى أكثر الجهات قدرة على تحمله.

(١) عن بحث الدكتور «محمد علي القري» الذي تقدم به إلى مجمع الفقه الإسلامي بجدة.

ج - ومع اختلاف الفقهاء في هذه المسألة (انظر على سبيل المثال المهذب ج ٢ ص ٢١٣) إلا أن من الأقوال المعتبرة أن الدية لا تجب على القاتل أصلاً، وإنما تجب على العاقلة ولا يطالب غيرهم ولا يطالب القاتل لأنها لا تجب عليه. وهذا شبه آخر بالتأمين من حيث إنه نقل الخطر ابتداءً إلى جهة أخرى فليس الحال أن الدية تجب على القاتل فإذا لم يستطع طولبت العاقلة وإنما هم مسؤولين أصالة^(١).

وقد عرفت بعض الدول العربية عدة أشكال للتأمين الصحي أهمها «التأمينات الاجتماعية» التي توفر الرعاية لحالات إصابات العمل للعاملين المشمولين بهذا التأمين الذي تتم ممارسته عن طريق المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية، وهو يعد أقدم أنواع التأمين الصحي الذي عرفته الدول العربية. والنوع الثاني من التأمين الصحي هو التأمين الذي يتم من خلال التعاقد المباشر بين الشركات والمستشفيات لتوفير الرعاية الصحية لمنسوبيها أو قيام بعض المستشفيات بتوفير برامج للرعاية الصحية التي يحتاجها الفرد مقابل قسط يدفع للمستشفى مباشرة. ولا يفضل ممارسو التأمين الصحي هذا النوع من العلاقة باعتبار أن المستشفى تكون في هذه الحالة خارج أي نظام رقابي. أما النوع الثالث الأكثر انتشاراً والأحدث في الوقت نفسه فهو التأمين الصحي الخاص والذي يشمل التأمين التجاري والتعاوني والذي تتم ممارسته عن طريق شركات التأمين كطرف ثالث.

وقد انتشر التأمين في مختلف أنحاء العالم، وأصبح هناك كثير من التأمينات الإلزامية التي يلتزم أفراد المجتمع بالاشتراك فيها، وعلى رأسها التأمينات الاجتماعية أو تأمينات التقاعد، وتأمينات البطالة، والتأمين الصحي، وتأمين المنازل والسفر، وتأمين البضائع وغير ذلك حتى شمل التأمين - في الغرب - كل مجالات الحياة تقريباً، فنجد المتاحف الكبرى تقوم بالتأمين على اللوحات الفنية

(١) المرجع السابق.

ضد التلّف أو السرقة، والأندية الرياضية الكبرى تؤمّن على لاعبيها ضد الإصابات الرياضية، حتى تذكرة الحافلة أو القطار الذي يستقله الشخص من مدينة لأخرى يتم تأمينها.

التأمين الصحي في العالم :

وقد أصبح التأمين الصحي إلزامياً بشكل كامل في جميع الدول الأوروبية مثل السويد والدانمارك وألمانيا وفرنسة والنرويج وبلجيكة وفنلندة، وكذلك في كندة. وأصبح يغطي معظم خدمات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، وكافة خدمات الرعاية الصحية في عدد من الدول الآسيوية مثل اليابان وسنغافورة.

كما أصبح يغطي بشكل إلزامي جميع العاملين الحكوميين والعاملين في القطاع العام والمصانع الخاصة في مصر وتونس والجزائر والمغرب والكويت.

وتتجه كثير من دول العالم الآن لاعتماد التأمين الصحي كوسيلة رئيسة لتوفير خدمات الرعاية الصحية للسكان.

وفي إنجلترا تمتلك الحكومة المركزية فيها معظم الإمكانيات الطبية، وتدفع أجور معظم المستخدمين الطبيين، كما توفر معظم الرعاية الطبية بدون مقابل أو بنفقات قليلة.

وفي دول أخرى كثيرة - تشمل معظم دول أوروبا الغربية واليابان وأستراليا - يعتبر الطب اشتراكياً بصفة جزئية، فالحكومة المركزية لا تمتلك معظم الإمكانيات الطبية، ولا تدفع أجور معظم الأطباء الذين يمارسون مهناً حرة، بيد أن لهذه الدول خطة تأمين صحي وطني توفر الرعاية الطبية المجانية، أو تردّد معظم النقود التي أنفقها المريض على الرعاية الطبية. وتموّل هذه الخطة عن طريق نظام التأمين الإجتماعي في معظم الدول. وهي إجبارية للعمال الذين يشملهم التأمين الاجتماعي. ويقتضي الأمر دفع راتب محدد للأطباء المشتركين في الخطة الوطنية، بيد أنه يجوز للمرضى أن يختاروا طبيهم أو مستشفاهم، ويتم تطبيق هذا النظام في

بعض الدول العربية مثل دول الخليج العربي كما يطبق هذا النظام في مصر أيضاً حيث يطبق التأمين على كافة موظفي وموظفات الدولة كما امتد أيضاً ليشمل طلبة المدارس، ويعتبر نظام الرعاية الطبية المختلطة - وهو رعاية صحية تدفع نفقاتها بواسطة التأمين أو بطريقة مباشرة، مع بعض العطاء من الدولة للفقراء - نموذجاً في دول مثل الولايات المتحدة والهند^(١).

وتطورت مساهمة الحكومة في الرعاية الصحية في الولايات المتحدة بإنشاء ثلاثة برامج رئيسة لهذا الغرض في الستينيات الميلادية ولا زالت موجودة حتى اليوم وهي:

١ - ميديكير Medicare: وهي مخصصة لعلاج المسنين حيث يدفعون نحو واحد ونصف بالمائة من رواتبهم، ويدفع رب العمل مبلغاً مساوياً بحيث يحصل المشترك عند بلوغه سن (٦٥) سنة على التأمين الصحي بصورة أتوماتيكية، كما يتضمن دفع مصاريف العيادات الخارجية للمشارك مقابل دفعه مبلغاً مقطوعاً قدره (٥٠) دولاراً شهرياً. هذا البرنامج بمكوناته الثلاثة من اختصاص الحكومة الفيدرالية.

٢ - ميديكيد Medicaid: وهو مخصص لمنح التأمين الطبي للفقراء والمعوزين وهو من اختصاص حكومات الولايات ويتراوح ما تتحمله الولاية من مصاريف الرعاية الصحية ضمن هذا البرنامج بين (٥٠٪) في بعض الولايات إلى (٨٠٪) في ولايات أخرى. لكنه لا يشمل صرف الأدوية.

٣ - ولذلك قام القطاع الخاص بتطوير برنامج رديف خاص بالأدوية يسمى ميديجاب Medigap. وتنبع أهمية التأمين الصحي من عوامل عديدة يمكن تلخيصها فيما يلي:

١ - الأهمية الحيوية للرعاية الطبية بالنسبة لسعادة الفرد والمجتمع.

(١) الموسوعة العربية العالمية (الطبعة الثانية) ١٥/٥٢٣.

- ٢ - الازدياد الكبير في تكلفة الرعاية الطبية الحديثة .
 ٣ - عدم القدرة على التنبؤ بحدوث المرض أو تكلفته ومن ثم صعوبة اتخاذ الإجراءات لتغطية هذه التكاليف .

والتأمين بمفهومه المعاصر لم يكن معروفاً في البلاد الإسلامية لأنها كانت في السابق مستغنية عنه بنظام التكافل الإجتماعي . . إلى أن حلت المنفعة الشخصية محل المشاركة الإجتماعية .

التكافل الإجتماعي في الإسلام:

أرسى الإسلام مبادئ التكافل الإجتماعي، وانفرد بها عن أي نظام آخر، فأقرّ نظام التآخي بين المهاجرين والأنصار، ونظام تكافل العاقلة، ونظام كفالة الغارمين بإعطائهم سهماً من مصارف الزكاة المفروضة .

ولا شك أن الإسلام يدعو إلى التكافل الإجتماعي في أسمى معانيه، من إطعام للجائع وفك للأسير، وتعاون على البر والتقوى . قال رسول الله ﷺ:
 «المسلم أخو المسلم لا يظلمه ولا يُسْلِمُهُ، ومن كان في حاجة أخيه كان الله في حاجته، ومن فرّج عن مسلم كربة فرج الله عنه كربة من كربات يوم القيامة. ومن ستر مسلماً ستره الله يوم القيامة»^(١) . .

وهذا الحديث شامل لوجوب التكافل الإجتماعي بين المسلمين .

وعن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه قال: بينما نحن في سفر مع النبي إذ جاء رجل على راحلة له، قال فجعل يصرف بصره يميناً وشمالاً. فقال الرسول ﷺ:
 «من كان معه فضل ظهر فليعد به على مَنْ لا ظهر له، ومن كان له فضل زاد فليعد به على مَنْ لا زاد له. قال: فذكر من أصناف المال ما ذكر حتى رأينا أن لاحق لأحد منا في فضل»^(٢) .

(١) رواه البخاري ومسلم .

(٢) رواه مسلم .

وعن أبي موسى الأشعري رضي الله عنه قال: قال النبي ﷺ:

«إن الأشعريين إذا أرملوا في الغزو أو قلَّ طعام عيالهم بالمدينة جمعوا ما كان عندهم في ثوب واحد ثم اقتسموه بينهم في إناء واحد بالسوية، فهم مني وأنا منهم»^(١).

ويدل هذا الحديث على استحسان النبي صلى الله عليه وسلم للتعاون في مواجهة الخطر المشترك، الذي يتمثل بقرب نفاذ الزاد في الغزو، أو قلة الطعام في الحياة العادية، وهو نوع من أنواع التكافل الاجتماعي في الإسلام.

ولا يختلف أحد في ضرورة العمل على اتقاء كل خسارة ممكنة، أو أي نقص ممكن في الأموال والأنفس والثمرات والأبدان. فذلك - بعبارة الخليفة الراشد عمر ابن الخطاب - رضي الله عنه - فرار من قدر الله إلى قدر الله تعالى. والرسول ﷺ يقول: «ومن يتوقَّ الشرُّ يُوقَهُ». أخرج الخياط في تاريخه. وعلمنا كيف نتقي مثل تلك الأخطار. فقال عليه الصلاة والسلام: «من مرَّ في شيء من مساجدنا أو أسواقنا ومعه نبل، فليمسك، أو قال: ليقبض على نصالها بكفه، أن يصيب أحداً من المسلمين فيها بشيء».

وحدث النبي عليه الصلاة والسلام على جلب المنافع فقال: «أحب الناس إلى الله تعالى أنفعهم للناس» وقوله عليه الصلاة والسلام: «من استطاع منكم أن ينفع أخاه فليفعل». رواه مسلم. وقوله ﷺ: «عون الرجل أخاه صدقة». رواه البخاري في الأدب المفرد. وقوله ﷺ: «لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه من الخير». وزيادة «من الخير» لأبي عوانة والنسائي وأحمد في رواية لهم.

هذا ما كان من أمر المظهر الإيجابي لجلب المنافع والمصالح. وهو أحد مظهري التعاون على البر، ولكن لهذا التعاون على البر مظهرٌ آخر وهو درء المفسد

(١) رواه البخاري.

عن الأخ المؤمن، وحمايته من الشرور، وعونه في تخفيف منعه هذه الشرور والنكبات إن وقعت. فقد قال عليه الصلاة والسلام في الحديث المتفق عليه: «المسلم أخو المسلم، لا يظلمه ولا يسلمه». وفي رواية لمسلم: «ولا يخذله». ومن رأى أخاه يتعرض إلى خطر فلم يعمل على وقايته، أو رآه يحل به الخطر فلم يعمل على التخفيف عنه فقد خذله وأسلمه. ومثل ذلك الحديث الذي رواه أبو داود: «المؤمن أخو المؤمن من حيث لقيه: يكف عنه ضيعته ويحفظه من ورائه ويحوطه». وأي حفظ وحيطة أعظم من وقايته من الوقوع في الشرور والنكبات، وأي كف للضيعة أعظم من كف الضيعة الناجمة عن حلول المصائب والنكبات^(١).

وقد ذكر ابن حزم رحمه الله: «أن من ترك أخاه يجوع ويعرى وهو قادر على إطعامه وكسوته فقد أسلمه».

ويروي ابن الجوزي أن رجلاً أتى أهل ماء فاستسقاهم فلم يسقوه حتى مات عطشاً فأغرمهم عمر بن الخطاب - رضي الله عنه - ديته.

ونجد التأمين للورثة بعد الوفاة في قول رسول الله ﷺ: «أنا أولى بالمؤمن من نفسه، من ترك ديناً أو ضياعاً (أي أسرة أو لداً صغاراً) فإلي»^(٢).

ومن أعظم ما شرعه الإسلام لتأمين أبنائه سهم «الغارمين» في مصارف الزكاة. فقد جاء في تفسير الطبري: «الغارم» من احترق بيته أو يصيبه السيل فيذهب متاعه^(٣).

وأجاز بعض الفقهاء أن يُعطى مثل هذا من حصيلة الزكاة ما يعيده إلى حالته المالية السابقة، وإن بلغ ذلك الألف.

وإذا كنا لا نكاد نجد في حكومات العالم في القرون الأخيرة مَنْ نَظَّمَ السَّبِيلَ

(١) د. محمد هيثم الخياط: التأمين الصحي. مجلة مجمع الفقه الإسلامي، العدد الثالث عشر، الجزء الثالث.

(٢) رواه أحمد.

(٣) تفسير الطبري، ١٠/١٤٦.

لتوفير الرعاية الصحية على نطاق واسع، قبل المستشار الألماني بسمارك عام (١٨٨٣م)، فإن في وسعنا أن نجد كثيراً من الوقائع في الدول تدل على وجود نظم من هذا القبيل، وتتجلى فيها مسؤولية الدولة عن صحة رعاياها. والأمثلة كثيرة، ومنها كيف سنَّ الخليفة عمر بن الخطاب - رضي الله عنه - سنَّة تدل على أن بيت المال كان يتكفل بالرعاية الصحية لمن هم دون حد الفقر. وكيف كان ينفق على الأطفال جميعاً بمن فيهم اللقطاء، منذ ولادتهم لتوفير رضاعهم وحسن تغذيتهم^(١).

فقد ذكر البلاذري في (فتوح البلدان): «أن عمر - رضي الله عنه -، مرَّ عند مَقْدَمِهِ الجابية من أرض دمشق، على قوم مجذمين من النصارى، فأمر أن يُعْطَوْا من الصدقات، وأن يُجرى عليهم القوت»^(٢).

كما ورد في «طبقات» ابن سعد: أن عمر - رضي الله عنه - كان يفرض للمنفوس (الوليد) مائة درهم، فإذا ترعرع بَلَغَ به مائتي درهم، وفَرَضَ له رزقاً يأخذه وليُّه كل شهر بما يُصلحه، ثم ينقله من سنة إلى سنة. وكان يوصي بهم خيراً، ويجعل نفقتهم ورضاعهم من بيت المال»^(٣).

وذكر الإمام أبو يوسف في كتاب (الخراج): ورد في عقد الذمة بين خالد بن الوليد - رضي الله عنه - وبين أهل الحيرة: «وجعلت لهم: أيُّما شيخٍ ضَعُفَ عن العمل، أو أصابته آفة من الآفات، أو كان غنياً فافتقر، وصار أهل دينه يتصدقون عليه: طُرِحَتْ عنه جِرْبَتُهُ (أي أعفي من الضرائب)، وعيّل من بيت مال المسلمين وعياله ما أقام بدار الهجرة ودار الإسلام»^(٤). (أي في الدولة الإسلامية).

فالدولة الإسلامية تعتبر حق الصحة حقاً للإنسان دون تمييز، وأن رعاية

(١) محمد هيثم الخياط: التأمين الصحي. مجلة مجمع الفقه الإسلامي، العدد الثالث عشر، الجزء الثالث.

(٢) البلاذري: فتوح البلدان.

(٣) طبقات ابن سعد ٢٨٩/٣.

(٤) الإمام أبو يوسف: كتاب (الخراج).

الدولة الإسلامية للإنسان تبدأ منذ الولادة وتستمر حتى الشيخوخة .

ولا بد من الإشارة إلى أن التأمين عن الخدمات الطبية كان متحققاً في العهود الإسلامية الزاهرة من خلال المنشآت الطبية الموقوفة، وهي ما يسمى (البيمارستانات) أي مكان المرضى (المستشفى) وكانت صيغة الوقف تشتمل على كل ما يتطلبه المستشفى من أماكن تنويم، وعيادات خارجية، وأدوية، وجراحة وبقية أصناف التخصصات الطبية، مع مرتبات للأطباء، وتلامذتهم المتدربين، وما يتصل بذلك من فرص الترويح عن المرضى ولا سيما الزمنى وهم من كان مرضهم مزمناً^(١).

(١) ينظر كتاب «تاريخ البيمارستانات»، الدكتور أحمد عيسى ط. الترقى. دمشق، ففيه أمثلة رائعة عن الرعاية الصحية والمعالجات الطبية التي كانت تتم في هذه المستشفيات الموقوفة من أهل الخير أو من السلاطين. وهو أرقى ما وصل إليه الضمان الطبي الرسمي في العصر الحاضر. وينظر أيضاً الخطط، للمقريزي، ووصفه للبيمارستان الذي وقفه السلطان قلاوون. كما تنظر صيغة وقفية مستشفى وما اشتمل عليه، في كتاب جواهر العقود والشروط، للمنهاجي ١٠٠/٢ (باب الوقف) عن بحث د. عبد الستار أبو غدة.

الفصل العاشر

أنواع التأمين الصحي

التأمين الصحي: عقد بين طرفين يلتزم به الطرف الأول (المستشفى) بعلاج الطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) من مرض معين، أو الوقاية من المرض عامة، مقابل مبلغ مالي محدد يدفعه إلى الطرف الأول دفعة واحدة أو على أقساط. وقد قسم الدكتور محمد جبر الألفي التأمين الصحي إلى خمسة أنواع:

الأول: التأمين الصحي الإجتماعي:

وهو الذي تقوم به الدولة لمصلحة الموظفين والعمال، فتؤمنهم من إصابة المرض والشيخوخة. ويسهم في حصيلته كل من المستفيدين وأرباب الأعمال والدولة بنسب محددة، ويكون - في الغالب - إجبارياً لا يقصد من ورائه تحقيق الربح. وتكاد تتفق الآراء على أن هذا النوع من التأمين جائز شرعاً، وذلك أنه يكون إجبارياً تفرضه الدولة عملاً بالقاعدة الفقهية (تصرف الإمام على الرعية منوط بالمصلحة)، والمصلحة هنا تتمثل في تحقيق التكافل الإجتماعي على أساس من التبرع، بعيداً عن غرض الربح.

الثاني: التأمين الصحي التجاري:

وهو عقد بين فرد أو مؤسسة وبين شركة تأمين تجاري، تلتزم شركة التأمين بمقتضاه أن تدفع مبلغاً معيناً دفعة واحدة أو على أقساط، وبأن ترد مصروفات العلاج وثمان الأدوية كلها أو بعضها من المستفيد من التأمين إذا مرض خلال مدة محددة، وذلك في مقابل التزام المؤمن له بدفع أقساط التأمين المتفق عليها. وتكاد تتفق الآراء على عدم مشروعية هذا النوع من التأمين، لأنه عمل تجاري يقصد من ورائه الربح. ولذا فلا يغتفر فيه غرر ولا جهالة.

الثالث: التأمين الصحي التعاوني:

وهو عقد بين فرد أو مؤسسة وبين شركة تأمين تعاوني ينص على أن يدفع المؤمن له مبلغاً أو عدة أقساط، مقابل أن تلتزم هذه الشركة بأن تدفع له مصاريف العلاج وثمان الأدوية - كلها أو بعضها - إذا مرض خلال مدة التأمين، وفي الأماكن المحددة بالوثيقة، وبأن تُوزَّع على حملة الوثائق - وفق نظام معين - كل أو بعض الفائض الصافي السنوي الناتج من عمليات التأمين.

واستقر رأي علماء العصر على أن التأمين التعاوني مشروع لأن مقصده الأساسي التعاون على تفتيت الأخطار وتحمل المسؤولية.

الرابع: التأمين الصحي التبادلي:

وهو اتفاق بين جماعة على التبرع بمقادير متساوية أو متفاوتة بغرض علاج مَنْ يمرض منهم من هذه الأموال، وتقوم به في الغالب جمعيات خيرية لتأمين المتسبين إليها من غوائل المرض على سبيل التبرع، واتفقت الآراء على جوازه.

الخامس: التأمين الصحي المباشر:

وهو عقد بين طرفين يلتزم به الطرف الأول (المستشفى) بعلاج الطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) من مرض معين، مقابل مبلغ مالي محدد^(١). وقد اختلفت الآراء في حكم مشروعيته.

وسنفصل فيما يلي - بإيجاز - هذه الأنواع من التأمين :

١ - التأمين الاجتماعي:

ويعرّف التأمين الاجتماعي بتعريفات عدة من أفضلها :

(١) د. محمد جبر الألفي: التأمين الصحي واستخدام البطاقات الصحية. مجلة مجمع الفقه الإسلامي. العدد الثالث عشر الجزء الثالث، ص ٤٧٠ - ٤٧١.

«التأمين الإجتماعي وسيلة لتجميع المخاطر بواسطة تحويلها إلى هيئة عادة ما تكون حكومية، تلتزم بمقتضى القانون بتقديم خدمات معينة للأشخاص المشتركين أو نيابة عنهم في حالة وقوع خسارة معينة وبشروط معينة^(١).

ويختلف نطاق التأمين الإجتماعي من بلد لآخر، ولكنه يشمل في أغلب

الأحيان:

١ - تأمين الشيخوخة - المعاشات.

٢ - تأمين الوفاة المبكرة.

٣ - تأمين العجز.

٤ - التأمينات من البطالة.

٥ - التأمين الصحي.

٦ - تأمين إصابات العمل^(٢).

فالتأمين الصحي نوع من أنواع التأمين الإجتماعي. وينطبق عليه تعريف التأمين الإجتماعي بصفة عامة. وقد عرفه بعضهم بأنه:

«نظام يقوم على أساس تقديم مزايا للمؤمن عليهم في الحالات التي يحددها نظام التأمين نظير اشتراكات، أو أقساط تدفع مقدماً، وبصفة دورية، ويساهم في دفعها العامل وصاحب العمل، وفي بعض الأحيان الدول تساهم الدولة في ذلك»^(٣).

ويهدف إلى أن تكون الرعاية الصحية التأمينية حقاً للناس، وليست تبرعاً من الآخرين لمن وقعت عليه مصيبة المرض، كما في التأمين التعاوني. والاشتراك الذي يسده المؤمن له، لا يرتبط بما اشترط بالعقد من مزايا تأمينية، كالتأمين

(١) السيد عبد المطلب: الأسلوب الإسلامي لمزاولة التأمين.

(٢) المرجع السابق.

(٣) د. شوكت محمد الفتيوري: التأمين الصحي وأثره في حماية القوى العاملة، ص ٤٩.

التجاري، ولا بمقدار ما يُسدّد من تعويضات لمن أصيب بالمرض من المؤمن عليهم، كما في التأمين التعاوني، إنما يرتبط بمقدار الأجر الذي يتقاضاه المؤمن له، أو العمل الذي يقوم به على سبيل المثال.

ويمتاز هذا النوع من التأمين بأنه إجباري، فليس للمؤمن عليهم الخيار في التأمين أو عدمه، كما هو الحال في التأمين التجاري، أو التأمين التعاوني، بل هو مفروض عليهم فرضاً باشتراكاته ومزاياه التأمينية.

وعادة ما تسيطر الدولة على هذا التأمين الاجتماعي، فتتولاه بنفسها أو تعهد به إلى مؤسسة عامة تعمل تحت إشرافها.

وتقدم أجهزة التأمين الصحي الاجتماعي خدماتها على شكل علاج ودواء وأدوات تعويضية، وقد تُقدم هذه الخدمات نقوداً على دفعة واحدة أو على دفعات متعددة أو مدى الحياة^(١).

٢ - التأمين التجاري:

ويمكننا تعريف التأمين طبقاً لواقع ممارسته في النظم الوضعية بأنه: «عمل تجاري تمارسه بعض الشركات أو المؤسسات التجارية بهدف تغطية الأخطار التي يتعرض لها الأشخاص الطبيعيون أو الاعتباريون وغيرهم من الهيئات الحكومية والإدارية، من خلال أقساط مدفوعة من هؤلاء المؤمنين، تقوم الشركة أو المؤسسة (المؤمّنة) باستثمارها، من أجل دفع التعويضات المستحقة للمؤمن لهم عند وقوع الخطر المؤمن عليه»^(٢).

ويهدف التأمين التجاري أولاً إلى الربح لشركة التأمين، فإن لم يجد المؤمن

(١) المستشار محمد بدر المناوي: مجلة مجمع الفقه الإسلامي، العدد الثالث عشر، الجزء الثالث، ص ٣٠١ - ٣٥١.

(٢) د. عبد الإله ساعاتي، حسن العمري: الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية بين النظرية والتطبيق، ص ٣٠.

(شركة التأمين) ما يضمن له الربح المنشود، فإنه يمتنع عن التأمين. وليس الهدف منه التعاون على توزيع المخاطر. وعلاقة المؤمن له بالمؤمن علاقة تاجر بعميل. ويحدّد عقد التأمين مقدماً مقدار القسط المستحق على المؤمن له، ولأئحة بالمزايا التأمينية التي يتحملها المؤمن. والعلاقة التي تربط المؤمن بالمؤمن له علاقة معاوضة. والإقدام على هذا النوع من التأمين اختياري بحت.

٣ - التأمين التعاوني:

ويقصد بالتأمين التعاوني المجاز شرعاً هو التأمين الذي يوافق أحكام الشريعة الإسلامية، من حيث مجال التغطية وأحكام الوثيقة وشروط التعاقد، وموجبات التغطية واستثناءاتها وغير ذلك من الأحكام التي يجب أن تراعى عند إعداد وثيقة التأمين.

والتأمين التعاوني المجاز شرعاً هو تأمين لا يهدف إلى تحقيق الربح، حتى وإن تحققت عنه أرباح نتيجة لممارسة النشاط، لكن الأصل فيه أنه غير ربحي، ولا يجوز لشركة التأمين التعاوني أن تتحول إلى شركة تهدف إلى الربح^(١).

ويمتاز التأمين التعاوني بخصائص معينة: فهو يسعى إلى التعاون، وينشأ بين جماعة يتعرض أفرادها لأخطار متشابهة، ويقوم على أساس توزيع الاشتراكات التي تُجمع من كل فرد من هذه الجماعة، على من يُبتلى منهم بالمصيبة المؤمن منها، دون أن يعود على أي منهم أي ربح مادي مما دفعه من اشتراكات. فإن زادت في نهاية العام قيمة الاشتراكات على ما صُرف من تعويضات، وُزّع هذا الفائض على المشتركين، وإن نقصت طُوب المشتركين بدفع مبالغ إضافية لتغطية العجز.

ولا ينطلق التأمين التعاوني من زاوية المصلحة الشخصية البحتة، وإنما من مصلحة الجماعة، ولكنه تأمين اختياري.

(١) المرجع السابق.

وقد يقتصر التأمين على مرض معين مثل التأمين ضد الإصابة بمرض الأيدز أو السرطان. وقد يتضمن مجموعة من الأمراض المزمنة أو عسيرة العلاج أو المُقْعِدَةُ عن الكسب والعمل. ولا يتضمن الأمراض الخفيفة أو التي يكون علاجها يسيراً. ويكون التعويض مبلغاً محدداً كما أسلفنا وربما كان راتباً يومياً يدفع إليه أثناء إقامته في المستشفى أو مدة عجزه عن ممارسة العمل، وقد يتضمن راتباً دائماً في حالة العجز الدائم. وليس هذا الصنف من التأمين الصحي هو المقصود عندما يتحدث الناس عن التأمين الصحي والبطاقة الصحية في هذه المنطقة من العالم ولذلك فلن نلقي له بالاً في هذا البحث^(١).

(١) عن بحث الدكتور محمد علي القرني الذي تقدم به إلى مجمع الفقه الإسلامي بجدة.

نداءها أن
تضايها وحلول

صل الحادي عشر

تأمين في الشريعة الإسلامية

لا شك أن مفهوم التأمين في الشريعة الإسلامية يختلف عن مفهومه الوضعي، فالتأمين في الشريعة الإسلامية يعتبر من أعمال التعاون التي تدخل في نطاق التكافل الإجتماعي. فغرض التأمين هو تفتيت الأخطار التي تواجه مجموعات من الناس لا يمكنهم مواجهتها بشكل فردي. والتأمين طبقاً لهذه الرؤية لا يقوم على أساس المضاربة، بل على أساس المشاركة، أي أن المؤمن لهم يتعاونون فيما بينهم من أجل تفتيت خطر محدد. وتعاونهم هذا لا يعتبر عملاً تجارياً يقوم على حسابات الربح والخسارة، وإنما هو عمل تعاوني يهدف إلى إعانة من يقع عليه الضرر منهم.

وتنعكس هذه الرؤية بوضوح على ممارسة نشاط التأمين سواء من حيث بنية شركات التأمين وطريقة عملها، أو صياغة عقد التأمين، أو طريقة استثمار أموال الاشتراكات، وكيفية التصرف فيما يفيض من هذه الأموال.

ومن هنا جاءت إجازة نظام الضمان الصحي التعاوني من قبل المجامع الفقهية تأسيساً على مبدأ مشاركة المجموعة مع الفرد في تحمل تكاليف الخدمة العلاجية بغية توزيع الأخطار والتعاون على تحمل الضرر.

وفي هذا تحقيق لأمن الفرد والمجتمع اقتصادياً وعودة لما غفلنا عنه رداً طويلاً من الزمن بعد أن كان فكراً تكافلياً سائداً لدى المسلمين من أول الرسالة المحمدية.

صحيح أنه ينبغي علينا الانخراط في المجتمع الاقتصادي الدولي في ظل مولمة، وصحيح أيضاً أن تطبيق نظام الضمان أو التأمين الصحي يعتبر أحد شروط

الانضمام لمنظمة التجارة الدولية.. إلا أن المجتمعات الإسلامية كان لا
 تحرص كل الحرص على خلو التأمين مما يعرضه للتعارض مع الأسس الش
 بجدة^(١). وحتى بعد صدور القرار فإن الدور الذي يلعبه مستشارو التأمين له أهمية
 بالغة في التأكد من خلو بوالص التأمين من أي مخالفة لمبادئ الشريعة الإسلامية
 من تدليس أو غش أو غبن للعميل وهو الأمر الذي لا ينتبه إليه كثير من العملاء
 (دون قصد منهم) وذلك نظراً لعدم إلمامهم الكامل بشغرات وتعقيدات العملية
 التأمينية..

عقد التأمين في الشريعة الإسلامية:

يتفق عقد التأمين في الشريعة الإسلامية مع عقد التأمين في القوانين الوضعية
 من حيث أركانه وأطرافه. فأركان العقد هي الخطر، والقسط أو الإشتراك، والأداء
 أو التغطية.

أما طرفاه فهما المؤمن (شركة التأمين)، والمؤمن له أو المستفيد.

غير أن عقد التأمين في الشريعة الإسلامية يختلف عن عقد التأمين التجاري
 اختلافات جوهرية هي التي تفرق بين «التأمين التعاوني» المجاز شرعاً، والتأمين
 التجاري المحرّم شرعاً. والتي تتمثل فيما يلي:

(١) هدف العقد:

يهدف عقد التأمين التعاوني إلى هدف اجتماعي وشرعي وهو تغطية الأخطار
 التي يتعرض لها أحد المؤمن لهم.
 ولا يهدف أي من أطراف العقد إلى الربح، وإن تحقق لأحدهما ربح نتيجة
 التعاقد فهو من آثار العقد وليس من أهدافه. ولهذا فإن حساب قيمة الاشتراك في

(١) وضعنا قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي بجدة في نهاية الكتاب.

شركة التأمين التعاوني يراعي مقدار الأجر الذي تحصل عليه الشركة، وليس مقدار الربح الذي تهدف إلى تحقيقه.

أما شركة التأمين التجاري فإنها تحسب مقدار الربح المستهدف بعد تغطية الخسائر. ويتج عن هذا الفارق أثر هام على صعيد الممارسة اليومية.

فشركة التأمين التعاوني أكثر مرونة في تحديد قيمة التعويضات، لأنها ضمنت أجرها، فلا تتردد في صرف التعويض المناسب، في حين نجد شركة التأمين التجاري تلجأ إلى كل أنواع الحيل والوسائل لكي تتفادى صرف التعويض لأن ذلك يعتبر إنقاصاً لأرباحها.

ب) خلو عقد التأمين التعاوني من أسباب الفساد والبطلان:

من أهم أسباب فساد وبطالان عقد التأمين التجاري احتواؤه على تحديد (فائدة ثابتة)، إضافة إلى عدم تحديد دقيق لقيمة التعويض أو طبيعته، مما يجعل شركات التأمين التجاري تحصل على ربح فاحش يجعل العقد موصوفاً «بالغبين».

أما في عقد التأمين التعاوني فإن العقد يخلو من تحديد معدلات (الفائدة الثابتة)، كما أن الشركة لا تحصل على ربح أصلاً، بل على أجر معقول مما يجعل العقد خالياً من الغبن^(١).

التأصيل الشرعي للتأمين:

اتصل التأمين بالفقهاء المسلمين للمرة الأولى في القرن التاسع عشر، ولعل أول فقيه تحدث عن التأمين بصيغته المعهودة اليوم - كما يذكر الدكتور محمد علي القرني - هو العلامة محمد أمين ابن عابدين المولود سنة (١٧٨٤م). وقد عرف المسلمون عقد التأمين عندئذٍ من البحارة الأوروبيين إذ كانت سفنهم يغطيها التأمين

(١) د. عبد الإله ساعاتي، أ. حسن العمري: الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية بين النظرية والتطبيق. مطبعة المحمودية، السعودية ١٤٢٤هـ، ص ٧١.

البحري الذي يسمى في ذلك الزمن سكيوريتيه (بالفرنسية) وأشتهر عند المسلمين باسم «سوكره»، فقال فيه ابن عابدين «إذا عقد في بلد إسلامي كان عقد معاوضة فاسد لا يلزم الضمان به لأنه التزام مالا يلزم شرعاً وهو باطل عند الأحناف».

وقد اختلف الفقهاء منذ ابن عابدين في حكم التأمين فمنهم من أجازة بلا تحفظ وهم قلة قليلة، ومنهم من أجاز أنواعاً منه حتى لو كان على صفة التأمين التجاري، إلا أن جمهورهم منذ ابن عابدين قد منع التأمين التجاري وأجاز ما يسمى التأمين التعاوني على اختلاف في صيغة الأخير يأتي تفصيلها لاحقاً^(١).

وتباينت الآراء حول مشروعية التأمين، رغم صدور عدد من الفتاوى من المجمع الفقهي مثل هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية، ومجمع الفقه الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي، ومجمع البحوث الإسلامية بمصر.

ولعل أول جهد فقهي جماعي يعنى بدراسة التأمين التجاري - كما يذكر الدكتور محمد علي القرني - ما وقع في ندوة أسبوع الفقه الإسلامي بدمشق في شوال (١٣٨٠هـ) (أبريل ١٩٦١م) فقد قدمت أبحاث فقهية في التأمين تباينت آراء أصحابها، وشهدت تلك الندوة الخلاف الشهير بين الشيخين مصطفى الزرقا ومحمد أبو زهرة - رحمهما الله - حول المسألة. ولم ينته المؤتمر إلى رأي محدد عدا الدعوة إلى ابتكار نظام إسلامي للتأمين. ثم بحث الموضوع في مجمع البحوث الإسلامية في الأزهر في مؤتمره الثاني سنة (١٣٨٥هـ) (١٩٦٥م) وأجاز فيه نظام التقاعد كما أجاز قيام الجمعيات التعاونية حيث يشترك جميع المستأمنين فيها بالتأمين. ولكنه توقف في مسألة التأمين التجاري، وفي عام (١٣٩٢هـ) (١٩٧٢م) دعت ندوة التشريع الإسلامي التي انعقدت بطرابلس ليبيا إلى أن يعمل على إحلال ما أسمته التأمين التعاوني محل التأمين التجاري. وفي عام (١٣٩٦هـ) (١٩٧٦م) قررت هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية حرمة التأمين التجاري بكل

(١) عن بحث الدكتور محمد علي القرني الذي تقدم به إلى مجمع الفقه الإسلامي بجدلة.

أنواعه ثم جاء قرار المجمع الفقهي التابع لرابطة العالم الإسلامي في دورته الأولى في سنة (١٣٩٨هـ) بتحريم التأمين التجاري بكافة أنواعه (ولكنه لم يكن قراراً بالإجماع إذ لم يوافق الشيخ مصطفى الزرقا وهو عضو في المجمع على هذا القرار).

وقد استقر اجتهاد المجمع والمجالس الفقهية على حرمة التأمين التجاري، وعلى مشروعية كل من التأمين التعاوني، والتأمين الاجتماعي، وصدر عنها عدة قرارات كان منها - حسب صدورها:

١ - قرار مجمع البحوث الإسلامية بالأزهر الشريف في دورته الثانية المنعقدة بالقاهرة في شهر محرم (١٣٨٥هـ/ مايو ١٩٦٥م). وفي دورته الثالثة المنعقدة بالقاهرة في شهر جمادى الأولى ورجب (١٣٨٦هـ/ سبتمبر وأكتوبر ١٩٦٦م).

٢ - قرار مجلس هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية في دورته العاشرة، المنعقدة بمدينة الرياض بتاريخ (٤/٤/١٣٩٧هـ).

٣ - قرار المجمع الفقهي بمكة المكرمة في دورته الأولى المنعقدة بمقر رابطة العالم الإسلامي بتاريخ (١٠ شعبان ١٣٩٨هـ).

٤ - قرار مجمع الفقه الإسلامي التابع لمنظمة المؤتمر الإسلامي في دورته الثانية المنعقدة في جده بتاريخ ربيع الثاني (١٤٠٦هـ/ ديسمبر ١٩٨٥م).

ولم تؤد هذه القرارات والفتاوى إلى تحديد صورة واضحة لمدى مشروعية التأمين، ومن ثم تحديد الضوابط الشرعية التي يمكن أن يمارس من خلالها.

ففي شهر محرم (١٣٨٥هـ) (مايو ١٩٦٥) صدر قرار مجمع البحوث الإسلامية بمصر بشأن التأمين، وقد ورد فيه ما يلي:

أ) التأمين الذي تقوم به جمعيات تعاونية يشترك فيها جميع المستأمنين تؤدي

لأعضائها ما يحتاجون إليه من معونات وخدمات أمر مشروع، وهو من التعاون على البر.

(ب) نظام المعاش الحكومي وما يشبهه من الضمان الإجتماعي المتبع في بعض الدول، ونظام التأمينات الإجتماعية المتبع في دول أخرى من الأعمال الجائزة.

(ج) أنواع التأمين التي تقوم بها الشركات أياً كان وضعها، قرر المؤتمر الاستمرار في دراستها بواسطة لجنة جامعة من علماء الشريعة والخبراء الاقتصاديين والاجتماعيين والقانونيين، مع الوقوف قبل إبداء الرأي على آراء علماء المسلمين في جميع الأقطار الإسلامية قدر الإمكان.

وقد عقد المجمع مؤتمراً ثانياً أقرّ فيه جواز التأمين التعاوني بكافة صورته، مع التوقف إزاء التأمين التجاري.

وقد ورد في قرار هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية ما نصه:

«التأمين التعاوني من عقود التبرع التي يقصد بها أصالة التعاون على تفتيت الأخطار والاشتراك في تحمل المسؤولية عند نزول الكوارث وذلك عن طريق إسهام أشخاص بمبالغ نقدية تخصص لتعويض من يصيبه الضرر فجماعية التأمين التعاوني لا يستهدفون تجارة ولا ربحاً من أموال غيرهم وإنما يقصدون توزيع الأخطار بينهم والتعاون على تحمل الضرر. والثاني خلو التأمين التعاوني من الربا بنوعيه ربا الفضل وriba النسيئة فليست عقود المساهمين ربوية ولا يستغلون ما جمع من الأقساط في معاملات ربوية».

المعاقدة على العلاج الطبي وموقع التأمين الصحي منها:

إن الحقيقة التي لا مرأى فيها أن غرض الإنسان من المعاقدة مع الطبيب هو البرء مما يشكو منه من مرض ولا يتصور له غرض غير ذلك. ولو كان الأمر بيد المريض لما تعاقد مع الطبيب إلا على البرء. لكن المرض والبرء منه شيء يصعب

جعله محلاً لعقد معاوضة لصعوبة التحقق من وجوده أو الشفاء منه . ولذلك لا يقبل الأطباء أن يكون العوض في عقد العلاج شيئاً لا يمكن التأكد من وجوده أو وقوعه إذ الأمر فيه راجع إلى المريض .

فالمشكلة الأساسية في هذا النوع من المعاقدة هي أن المعلومات الدقيقة عن محل العقد متاحة لطرف واحد فقط هو المريض . فلو جاء المريض يشكو من ألم الظهر فعالجه الطبيب، فإن الأخير لا يعرف إن كان المريض براء مما يجد إلا أن يخبره بذلك . فإذا ربط استحقاق العوض بالبراء لم يكن الطبيب متأكداً من حصوله على الأجر إلا أن يكون المريض أميناً صدوقاً إذ بإمكانه الإدعاء أن الآلام لا زالت موجودة . ولذلك يتفق الناس في عقد العلاج الطبي على أن يكون المحل شيئاً يمكن التأكد من وقوعه من قبل الطرفين مثل أن يكون محله التشخيص ووصف الدواء المناسب أو إجراء عملية جراحية ونحو ذلك، مع بقاء الغرض النهائي للمريض هو البراء من المرض^(١) .

ولا بد من التنويه إلى ما يجري عرفاً في واقع الحياة، فالمريض عادة ما يذهب إلى الطبيب في عيادته، وفي حالات أخرى يدخل المستشفى فيُنوم هناك لفترة من الزمن .

معاينة الطبيب للمريض في العيادة :

(أ) معالجة الحالات الحادة :

كثيراً ما يأتي المريض إلى الطبيب في عيادته يشكو من حالات حادة كالإسهالات والإقياءات أو التهاب في الرئة أو آلام بطنية، فيصف الطبيب لمريضه العلاج، ويدفع المريض أجرة الطبيب . ويسأل الطبيب مريضه في المعتاد أن يزوره خلال أسبوع أو عشرة أيام للتأكد من التحسن أو الشفاء، أو حدوث أعراض جانبية

(١) عن بحث الدكتور محمد علي القرني الذي تقدم به إلى مجمع الفقه الإسلامي بجدة .

من الدواء. وتكون هذه الزيارة عادة مجانية. ولا يحتاج علاج أكثر هذه الحالات الحادة إلى أكثر من زيارتين أو ثلاث، ويتمثل المريض في كثير من الحالات للشفاء التام بإذن الله.

(ب) معالجة الحالات المزمنة :

كثير من الأمراض لا تشفى رغم أن الطبيب يستطيع بإذن الله السيطرة على أعراض المرض أو علاماته.

ومن هذه الأمراض الشائعة ارتفاع ضغط الدم، ومرض السكر، والتهاب القصبات المزمن وفشل القلب والفشل الكلوي وغيرها.

وقد يستطيع الطبيب أن يضبط ضغط الدم أو سكر الدم مثلاً خلال زيارات متكررة، ولكن الأمر يحتاج إلى متابعة دائمة. فلا نستطيع هنا أن نجعل أجره معينة للطبيب على البرء، لأن هذا المريض سيظل في الغالب بحاجة إلى زيارة الطبيب مدى الحياة.

وعلاج هذه الأمراض يشكّل عبئاً ثقيلاً على المريض، فإضافة إلى أجره الطبيب يحتاج المريض فيها إلى أدوية متعددة ينوء بحمل أثمانها كثير من المرضى، حتى يبلغ ثمن بعضها شهرياً نصف راتب المريض أو يزيد.

العلاج في المستشفيات:

(أ) الحالات الحادة:

قد يدخل المريض غرفة الإسعاف في المستشفى بألم صدري شديد كاحتشاء عضلة القلب (جلطة القلب)، أو بألم بطني شديد، أو نوبة ربو حادة، أو بإصابة في حادث سيارة أو غير ذلك.

وقد يحتاج الأمر إلى الإقامة في المستشفى في غرفة عادية أو ربما في غرفة العناية المركزة (و كلفتها عادة باهظة بالمقارنة مع الغرف العادية).

وقد يمكث المريض في المستشفى لأيام بل ربما لأسابيع أو أكثر. وقد يحتاج المريض إلى معالجة بالدواء، أو ربما إجراء مداخلات علاجية أو عملية جراحية.

ومن ثم لا يستطيع الطبيب أن يشارط مريضه على البرء، فقد لا يمكن معرفة مدة مكوث المريض في المستشفى بدقة أو إلى ما تؤول إليه حالة المريض إن حدثت مضاعفات.

(ب) دخول المستشفى لإجراء عملية جراحية:

قد يُدخل الطبيب مريضه المستشفى لإجراء عملية جراحية غير إسعافية كعملية استئصال اللوزتين، أو عملية جراحية لتبديل مفصل الركبة، أو عملية للمرارة، أو تبديل صمام في القلب، إلخ.

وفي هذه الحالات قد يتفق الطبيب (أو المستشفى) مع المريض على مبلغ معين لإجراء هذه العملية، فقد يمكث المريض في المستشفى لعدة أيام، وقد يظل هناك لأكثر من ذلك، إذا ما حدثت مضاعفات بعد العملية الجراحية. وأجرة الطبيب هنا على إجراء العملية الجراحية، فالشفاء غير مضمون، والطبيب يلتزم ببذل عناية لا بتحقيق نتيجة إلا ربما في حالات محددة كعمليات الجراحة التجميلية.

وقد تنكس بعض الحالات بعد العمليات الجراحية، فقد يعود ظهور الفتق في المغبن بعد العملية الجراحية، أو يحدث خلل أو التهاب في صمام القلب بعد تبديله، أو تعود آلام البطن بعد استئصال المرارة وغيرها. فلا يمكن للطبيب هنا أن يضمن شفاء المريض شفاءً تاماً.

وحتى بعد إجراء بعض العمليات الجراحية، فقد يحتاج المريض إلى متابعة مستمرة من قبل الطبيب كمتابعة مريض أجري له تبديل صمام القلب مثلاً.

ومن هنا فإن عقد العلاج هو التزام من جانب الطبيب ببذل عناية، وليس التزاماً بتحقيق نتيجة وهو البرء أو الشفاء، فذلك مرده إلى الله وحده. وبالتالي فإن

الفقه الإسلامي يرى ما يراه رجال القانون من أن الطبيب يستحق أجره إذا بذل أقصى جهده في علاج مريضه، ولم يبرأ من علته، وليس للمريض الرجوع إليه بشيء، لأن المستأجر عليه هو المعالجة وليس الشفاء^(١).

وقد حل الإسلام مسألة أجره الطبيب حلاً عادلاً وعظيماً. قال تعالى في سورة الشعراء على لسان إبراهيم عليه السلام: ﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ﴾ [الشعراء: ٨٠]. فالشفاء بيد الله لا بيد الطبيب، ولذلك فإن أجره الطبيب على أساس ما يبذل من جهد لا على الشفاء، لأن الشفاء هو خارج عن قدرته، ولو جعل الله الشفاء بيد الطبيب لما استطاع الإنسان أن يوفي أجره الطبيب بل لما استطاعت الحكومات ذلك لغلاء الإنسان، إضافة إلى أضرار كبيرة قد تصيب المريض إذا رفض الطبيب علاجه، أو جهل، أو إن لم يكن الطبيب موجوداً.

التكليف الشرعي للتأمين الصحي : إجارة أم جعالة؟

الإجارة في اللغة المجازاة. وفي اصطلاح الفقهاء عقد على منفعة مباحة معلومة مدة معينة من عين معلومة أو موصوفة في الذمة.

الجعالة في اللغة: اسم لما يجعله الإنسان لغيره، وهي تنطق بالضممة والفتحة والكسرة.

وفي اصطلاح الفقهاء: التزام عوض معلوم على عمل معين (معلوم أو مجهول) بمعيّن أو مجهول.

وأكثر الفقهاء يبحثونها في كتبهم مع الإجارة لشدة الترابط بينهما حيث كل منهما عقد على عمل مباح مقابل عوض. وبعض الفقهاء يبحثها في آخر باب اللقطة لأن الجهالة طلب التقاط الدابة الضالة مثلاً.

(١) د. حسان شمسي باشا، د. محمد علي البار. مسؤولية الطبيب بين الفقه والقانون، دار القلم، دمشق ٢٠٠٤م.

ومن الأدلة على مشروعية الجعالة:

١ - قوله تعالى: ﴿وَلَمَن جَاءَ بِهِ جُمْلٌ يَعِيرُ وَأَنَا بِهِ زَعِيمٌ﴾ [يوسف: ٧٢]. ووجه الاستدلال: أن الاسم الموصول (مَنْ) من ألقاظ العموم، والمخاطب (العائد) غير معيّن، فدلّت الآية على جواز المجاعلة والمشاركة على العمل المجهول، لأنه لا يدري بأي وسيلة يؤتى بالمفقود. كما دلّت الآية على جواز أن يكون الأجر (الجعل) غير معلوم. ووجه ذلك أن حمل البعير يتفاوت بتفاوت البعير قوة وضعفاً. فمن الجمال ما يحمل (٥٠) كيلاً، ومنها ما يحمل أكثر من (٢٠٠) كيل، كما أنه لم يحدّد النوع المحمول، فقد يحمل على البعير ذهب أو فضة أو تراب أو حطب.

كما دلّت الآية أيضاً على جهالة (المعاقد) المجمعول له، فلا يلزم تعيينه في العقد، كأن يقول: من أتاني بدابتي، أو عالج مريضني فله كذا.

٢ - حديث أبي قتادة في الصحيحين أن النبي ﷺ قال يوم حنين: «من قتل قتيلاً له عليه بيعة فله سلبه»، وفي رواية أنس «من قتل كافراً فله سلبه، فقتل أبو طلحة يومئذ عشرين رجلاً وأخذ أسلابهم»^(١).

ووجه الاستدلال ظاهر في تعيين الجعل وهو السلب، ولم يعين المجمعول (المقتول) ولا المجمعول له (القاتل).

٣ - حديث أبي سعيد الخدري في الصحيحين أيضاً في قصة الرقية على سيد الحي لما لدغته حية، وطلب أهل الحي من الصحابة رقية سيدهم وكانوا استضافوهم قبل ذلك فأبوا أن يضيفوهم. فقال أبو سعيد: لا نرقيه حتى تجعلوا لنا جعلاً، فجاءلوهم على قطيع من الغنم فقراً عليه أبو سعيد سورة الفاتحة فشفي من ساعته كأنما نشط من عقال. فلما رجعوا إلى رسول الله ﷺ ومعهم الغنم وأخبروه تبسّم وقال: (وما أدراك أنها رقية؟ اضربوا لي معكم

(١) أخرجه أحمد وأبو داود.

بسهم). ووجه الاستدلال من الحديث ظاهر جلي حيث ذكر الجاعل والمجعول والجعل. وبضمّ هذا الحديث مع الحديث السابق يظهر جواز تعيين المجعول له الجعل وعدمه. وإنما اللازم تعيين المجعول الذي هو (القتل) في الحديث الأول و(الرقية) أو (الشفاء) في الحديث الثاني^(١).

الفروق بين الإجارة والجعالة:

- هناك عدد من الفروق بين الإجارة والجعالة نجملها فيما يلي:
- ١ - إن عقد الجعالة يجوز على عمل مجهول بخلاف الإجارة.
 - ٢ - إن عقد الجعالة يصح من غير معيّن بخلاف الإجارة.
 - ٣ - في عقد الجعالة لا يشترط قبول العامل بخلاف الإجارة.
 - ٤ - عقد الجعالة عقد جائز وعقد الإجارة عقد لازم.
 - ٥ - في عقد الجعالة لا يستحق العامل المجعول له الأجرة إلا بالعمل بخلاف الإجارة فإن الأجير العامل يستحق الأجرة بمجرد العقد.
 - ٦ - ينعقد عقد الجعالة مع وجود الجهالة والضرر فيه بخلاف الإجارة.
 - ٧ - لا يستحق العامل الجعل إلا بعد الفراغ من العمل بخلاف الإجارة، فبمجرد العقد وإن أُخّر إلى نهاية العقد فلا بأس في ذلك.
 - ٨ - تجوز الجعالة في أفعال القرية، كأن يقال: من أذن بهذا المسجد أو صلّى فيه إماماً فله كذا، بخلاف الإجارة فلا تجوز في أفعال القرية.
- وهناك فروع فقهية مترددة بين الجعالة والإجارة منها:
- أ - مشاركة الطبيب على براء المريض.
 - ب - مشاركة المعلم على تعليم القرآن وغير ذلك^(٢).

(١) د. سعود بن عبد الله الفنينان: «التأمين الصحي في المنظور الإسلامي». مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، العدد ٣١/١٤١٧هـ، ص ٢٠٢ - ٢١١ بتصرف.

(٢) المرجع السابق.

من نصوص الفقهاء في الجعالة (أو التأمين الصحي - كما يقول البعض):

قال شيخ الإسلام ابن تيمية: (ومن هذا الباب أي الجعالة - إذا جعل الطبيب جعلاً على شفاء المريض جاز كما أخذ أصحاب النبي ﷺ الغنم على شفاء سيد الحي، فرقاه بعضهم حتى برأ فأخذوا القطيع، فإن جعل كان على الشفاء لا على القراءة، ولو استأجر طبيباً إجارة لازمة على الشفاء لم يجز لأن الشفاء غير مقدور له فقد يشفيه الله وقد لا يشفيه، فهذا ونحوه مما تجوز فيه الجعالة دون الإجارة اللازمة^(١)).

وقال المرداوي: (لو قال من داوى لي هذا حتى يبرأ من جرحه أو مرضه أو رمد عينيه فله كذا. صح جعالة وقيل إجارة. اختار الأول ابن أبي موسى والخرقي والزرکشي^(٢)).

وقال ابن رشد (والجعل والإجارة على منفعة مظنون حصولها مثل مشاركة الطبيب على البرء والمعلم على خدمة التلميذ والناشد على وجود العبد الآبق)^(٣).

وقال ابن رشد أيضاً: سئل ابن القاسم وابن وهب عن الطبيب يشارط المريض يقول: أعالجك فإن برئت فلي الأجر كذا وكذا، وإن لم تبرأ غرمت لي ثمن الأدوية التي أعالجك بها فكرهاه وأجازه الإمام مالك بن أنس.

وسئل الإمام مالك عن كسب البيطار - أي البيطري - فقال ما أرى به بأساً^(٤).

وقال الشبراملسي: (إن جعل الشفاء غاية للجعل كالتداوي إلى الشفاء، أو لترقيني إلى الشفاء فإن فعل ووجد الشفاء استحق الجعل. وإن لم يجعل الشفاء غاية

(١) مجموع الفتاوى ٥٠٦/٢٠.

(٢) الإنصاف ٣٩١/٦.

(٣) بداية المجتهد ٢٣٢/٢.

(٤) البيان والتحصيل ٤٥٥/٨.

ذلك نحو: لتقرأ عليّ الفاتحة سبعاً استحق براءتها سبعاً لأن لم يقيد بالشفاء^(١).
ويقول الأستاذ الدكتور عبد الستار أبو غدة في بحثه القيم الذي قدمه إلى
مجمع الفقه الإسلامي بجدة:

«الحكم الشرعي للتأمين الصحي (أو الطبي) فيه تفصيل بين أن يتم عن طريق شركات التأمين، أو أن يتم مباشرة فإذا تم عن طريق شركة تأمين فإن حكمه يختلف تبعاً لنوعي التأمين: فإذا كان على أساس (التأمين التعاوني) فهو جائز، ودليل جوازه كل ما جاء في شأن التعاون والتكافل بين المسلمين مثل قوله تعالى: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ﴾ [المائدة: ٢] وقوله تعالى: ﴿وَالْمُؤْمِنُونَ وَالْمُؤْمِنَاتُ بَعْضُهُمْ أَوْلِيَاءُ بَعْضٍ يَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ﴾ [التوبة: ٧١] وقوله عليه الصلاة والسلام: «والله في عون العبد ما كان العبد في عون أخيه»^(٢) وقوله أيضاً: «المسلمون تتكافأ دماؤهم، ويسعى بذمتهم أدناهم، وهم يد على من سواهم»^(٣).

وأما إذا تم التأمين الصحي عن طريق شركة تأمين تقليدية أي كان قائماً على أساس المعاوضة بين جهد من طرف ومقابل من طرف آخر فإنه غير جائز، لاشتماله على الوجوه المنهي عنها كالغرر الكثير، والجهالة، والربا^(٤). ودليل المنع منه هو تحريم الربا وتحريم الغرر الكثير في المعاوضات، ولأن إباحة العقود مشروطة بالخلو مما حرمه الله تعالى، لقوله ﷺ: «المسلمون عند شروطهم إلا شرطاً أحل حراماً أو حرم حلالاً»^(٥).

وإذا تم التأمين الطبي بصورة مباشرة بين طالب الخدمة أو المستفيد منها وبين

(١) حاشية الشيراملي على نهاية المحتاج ٤٦٥/٥.

(٢) أخرجه مسلم، وهو جزء من حديث أوله: من نفس عن مؤمن كربة (جامع العلوم والحكم، لابن رجب ٥٠٣) ط. دار الفرقان ١٤١١هـ = ١٩٩٩م.

(٣) أخرجه الحاكم في المستدرک، وأبو داود، والبيهقي، والدارقطني وابن ماجه.

(٤) انظر الأبحاث المتعلقة بالتأمين في مجلة مجمع الفقه الإسلامي الدولي (٥٤٥/٢/٢).

(٥) أخرجه البيهقي والدارقطني.

الجهات الطبية فهو جائز ودليل جوازه أنه عقد إجارة أو جعالة وهما من العقود المشروعة، ومن أدلة مشروعية الإجارة القائمة على المبادلة بين العمل المعلوم، والأجرة المعلومه قوله ﷺ: «من استأجر أجيراً فليعلمه أجره» وقوله تعالى: ﴿عَلَّجَ أَنْ تَأْجُرَنِي ثَمَنِي حِجَابًا﴾ [القصص: ٢٧] في قصة موسى عليه السلام والرجل الصالح ودليل الجعالة قوله تعالى: ﴿وَلَمَّا جَاءَ بِهِ حِمْلُ بَعِيرٍ﴾ [يوسف: ١٧٢] في قصة يوسف عليه السلام وأخوته، وما جاء في السنن من مشروعية الجُعل على رد الأبق أو الضالة.. و(عقد الجعالة) يختلف عن الإجارة بأنه إجارة بمقابل معلوم على عمل مجهول لكنه منضبط بالوصف التام للنتيجة.

وفي ضوء ما سبق فإن الضمان الطبي - كما يقول الدكتور عبد الستار أبو غدة - لا يمكن تخريجه على الإجارة لأن الخدمات (الأعمال والإجراءات) التي تقدمها الجهات الطبية لا يمكن تحديدها، بل حتى لو أمكن ذلك بوضع جداول مفصلة أوسع تفصيل فإن قصد المتعاقد لا يتجه أساساً لتقديم هذه الأعمال لذاتها، وإنما يسعى إلى الهدف منها وهو الحفاظ على الصحة بالرعاية المستمرة لها، والمعالجة الطبية لما يقع عليها من انحراف أو اختلال.

لذا فإن الجعالة هي العقد المناسب لتكييف التعاقد على الخدمات الطبية، وهذا ما انتهت إليه ندوة البركة، إذ صدرت عنها الفتوى الآتية:

«الأصل في التأمين الصحي - كغيره من أنشطة التأمين - أن يتم على أساس التأمين التعاوني، وفي حال عدم توافره لا مانع شرعاً من التعاقد مع مستشفى بمقابل معلوم يدفعه المريض أو الجهة التي يعمل لديها، لقاء المعالجة المناسبة لحالته. وهذا من قبيل عقد الجعالة المستهساغ فيه جهالة مقدار العمل، بعد ضبطه بالصفات التي تمنع التنازع، وأن يتم تحديد عدد المستفيدين، ومدة العلاج ومستلزماته، أو تحديد النتيجة المستهدفة من العلاج»^(١).

(١) فتاوى ندوات البركة.

عقود العلاج الطبي المعاصرة:

مما تميزت به عقود العلاج الطبي في القديم أنها كانت تنشئ علاقة مباشرة بين الطبيب والمريض . فبيع الأدوية واستئجار الطبيب ومجاعلته كل ذلك ينشئ عقداً طرفاه مريض وطبيب، لكن الأمر مختلف في يوم الناس هذا .

ويمكن القول أن عقد العلاج الطبي في أيامنا هذه على ضربين :

الأول : عقد إجارة بين المريض والطبيب ومحلل التشخيص الطبي فيأتي المريض إلى طبيبه ويدفع مبلغاً محدداً معلوماً (رسم الكشفية) مقابل أن يفحص هذا الطبيب بدنه أو يستمع إلى أسئلته وشكواه ثم يصف له علاجاً على صفة حمية أو تناول أدوية أو نحو ذلك . ويستحق الطبيب أجرته بمجرد قيامه بذلك وليس الأجر مرتبطاً بالشفاء أو بتحسن صحة المريض . إلا أن هذا النوع من المعاقدة قليلاً ما يكون أساس العلاقة بين المريض والطبيب وبخاصة في العمليات الجراحية وما في حكمها، إذ أن أكثر عمل الناس هو العلاج في المشافي وهي الضرب الثاني.

الثاني : وتكون العلاقة التعاقدية في العلاج والرعاية الصحية بين المريض وشخصية اعتبارية هي المستشفى الذي يعمل فيه أطباء وممرضون وإخصائيو مختبر وما إلى ذلك . فالطبيب الذي يباشر علاج المريض أجير للمستشفى وليس للمريض . وهو يحصل على أجرته المقررة مقابل مايقوم به من علاج للمرضى لكن خدمته مقدمة للمستشفى وليس للمريض مباشرة .

ويمكن أن نتصور أن عقد العلاج في المستشفى إنما محلل خدمة طبية ذات مستوى من الجودة مقرر من قبل المستشفى، ويزيد ما يدفعه المريض إلى المستشفى بمقدار ما يحصل عليه المريض من الخدمات . ومن الواضح أن المستشفى يشتري خدمات العلاج من أطبائه على صفة عقد إجارة محدد فيه عملهم بشكل دقيق يحكمه دوامهم اليومي في العيادات وما إلى ذلك . ثم يبيع المستشفى تلك الخدمات إلى المرضى مضيفاً إليها أشياء أخرى مثل الغرفة التي يرقد فيها المرضى

ورعاية الممرضات لهم والطعام المقدم لهم وآلات التصوير الشعاعي والتحليل إلخ.

وتلك هي أكثر عقود العلاج في يوم الناس هذا. والواقع أن صيغة العقد بين المريض والمستشفى، يصعب تصنيفها ضمن العقود المسماة. وحقيقة الأمر أن المريض عندما يراجع المستشفى فإنه يدخل في معاهدة مقصود منها البرء مما يشكو منه. وسواء كانت إجازة أو بيعاً أو جعالة لا يكون واضحاً عند الدخول في هذا العقد مقدار الجهد المقدم من المستشفى ومقدار الثمن الذي سينتهي إلى دفعه إليه. لأن الإنسان يدخل إلى المستشفى أو يراجعه ولا يعرف ما ينتهي به الأمر، فالأطباء هم الذين يحددون ما يحتاج إليه ويقررون كمية الخدمة التي سينتهي إلى دفع ثمنها.

عقد التأمين الصحي:

عقد التأمين الصحي الذي يكون محله الرعاية الصحية مختلف عن كافة أنواع التأمين. ذلك أن عقود التأمين على الحياة وتلك الخاصة بمخاطر الحريق والحوادث . . . جميعها مرتبطة بوقوع حادثة معينة، مثل الموت أو الحريق أو حادث الإصطدام في السيارات أو غرق السفن أو سرقة الممتلكات . . . فهناك أمر محتمل الوقوع فإن وقع استحق المستأمن مبلغاً من المال أما إذا لم يقع فلا يستحق المستأمن شيئاً.

أما عقد التأمين الصحي الذي محله الرعاية الصحية فإن التعاقد فيه إنما هو خدمة يحتاج إليها الانسان ولايستغني عنها، وهي ليست مرتبطة من حيث الوقوع بأمر مجهول، ربما وقع فاستحق التعويض، أو لم يقع فلا يستحق شيئاً. وإنما هي متعلقة بأمر لا يكاد ينجو منه إنسان خلال مدة العقد، وإن اختلفت حاجة كل واحد عن الآخر. ذلك أن ما يقدم في عقد التأمين الصحي المذكور إلى المستأمن إنما هو خدمات الرعاية الصحية خلال مدته وهي سنة كاملاً.

إن حاجة المريض إلى قدر من الرعاية الصحية خلال مدة العقد ليس أمراً

إحتمالاً بل هو يكاد يكون مؤكد الوقوع وإنما الاختلاف في مقداره . فالأمر المعتاد أن يحصل على خدمات طبية تتعلق بالأمراض العارضة، ولكن ربما حصل له مرض مُقعدٌ فاحتاج إلى مزيد من العلاج .

والغالب أن تقدم خدمات التأمين شركات متخصصة في التأمين. إلا أن المستشفيات تقدمه أحياناً مستقلة ومجتمعة. وعندما يفعل المستشفى ذلك فإنه يأخذ اشتراكاً سنوياً من الفرد مقابل استعداده لعلاج طوال العام. أما إذا قامت به شركة تأمين فإن العقد يكون بين المستشفى وتلك الشركة.

يمكننا القول إذن أن عقد التأمين الصحي هو صنف من صنوف عقد العلاج الطبي لما سبق ذكره من أن محله هو الرعاية الصحية وليس التعويض عند وقوع حادث معين^(١).

(١) عن بحث د. محمد علي القرني الذي تقدم به إلى مجمع الفقه الإسلامي بجدة.

الفصل الثاني عشر أنواع وخصائص نظم التأمين الصحي

وتختلف المزايا التأمينية التي يقدمها نظام التأمين الصحي من بلد لآخر وهي تشمل عادة خدمات الطبيب الممارس العام، ومتابعة العلاج داخل المستشفى، وغالباً ما يضاف إليها تغطية خدمات الأطباء الأخصائيين والعمليات الجراحية وغيرها. وقد يشمل ذلك التمريض المنزلي وترحيل المرضى.

المزايا التي يقدمها التأمين الصحي:

يتضمن أي نظام نموذجي للتأمين الصحي تقديم المزايا التالية:

- ١ - الرعاية الطبية.
- ٢ - التعويض النقدي في حالة العجز المؤقت بسبب المرض.
- ٣ - بعض النظم تقدم مصاريف الجنازة عند وفاة المؤمن عليه.

الرعاية الطبية في التأمين الصحي:

تشتمل الرعاية الطبية في نظام التأمين الصحي على كل أو بعض العناصر التالية:

- ١ - خدمة الطبيب العام (الممارس العام) وتشمل الزيارات المنزلية.
- ٢ - الفحوص الطبية وتشمل الفحوص المخبرية والأشعة وغيرها.
- ٣ - خدمة الأطباء الأخصائيين.

- ٤ - صرف الأدوية (خدمة الدواء).
- ٥ - رعاية الحمل والولادة وتشمل رعاية الأطباء والمولدرات.
- ٦ - خدمة المستشفى.
- ٧ - رعاية وعلاج الأسنان.

مدى الخدمة الصحية المغطاة :

وتختلف نظم التأمين الصحي في مدى تغطيتها لخدمات الرعاية الطبية وتقسم عادة إلى نوعين أساسيين :

- ١ - نظام تغطية جزئية : ويشمل بالتغطية خدمات محددة مثل خدمات الرعاية داخل المستشفيات فقط، وخدمات الرعاية خارج المستشفيات فقط، الرعاية الطبية أثناء الكوارث، أو تغطية خدمات صحية لفترة زمنية محددة. وهذه التغطية هي الأكثر شيوعاً في نظام التأمين التجاري والتعاوني.
- ٢ - نظام تغطية شاملة : ويشمل جميع الخدمات الصحية اللازمة، وهو المعمول به في النظام الحكومي^(١).

أساليب تقديم خدمات الرعاية الطبية في التأمين الصحي :

- ١ - الأسلوب المباشر : وفيه يقوم التأمين الصحي بتقديم الرعاية الطبية للمؤمن عليهم في عيادات ومستشفيات تمتلكها أو تديرها منظمة التأمين. وغالباً ما يطبق هذا النمط في الدول النامية.
- ٢ - الأسلوب غير المباشر : وفيه يتعاقد التأمين الصحي مع مقدمي الرعاية الطبية، أفراداً أو جهات خاصة أو خيرية أو تابعة للحكومة على خدمة المنتفعين مع احتفاظهم باستقلالهم، ووفق ظروف محددة. وغالباً ما يطبق

(١) د. حسين محمد البرعي : جامعة الملك سعود - الرياض.

هذا النمط في الدول الصناعية المتقدمة. وقد يوجد هذان النمطان جنباً إلى جنب في الدولة الواحدة^(١).

وتقدم شركات التأمين الخاصة أربعة أنواع من التأمين الصحي:

- ١ - تأمين نفقات المستشفى.
- ٢ - تأمين المصاريف الجراحية.
- ٣ - تأمين مصاريف العيادات الخارجية.
- ٤ - تأمين النفقات الطبية الكبرى.

١ - تأمين نفقات المستشفى:

وهو أكثر الأنواع المعروفة في التأمين الصحي. ويوفر هذا النوع تكاليف ثابتة يومياً لعدد من الأيام كل سنة، لتغطية تكاليف الغرفة والإقامة في المستشفى، وتشمل أيضاً فحوص المختبر والأشعة والأدوية، وخدمات التمريض واستخدام غرف العمليات.

وقد يدفع تأمين نفقات المستشفى هذه المستحقات نقداً أو في شكل خدمات. والمنفعة النقدية هي مبلغ محدد لكل مصروف طبي أو يوم في المستشفى.

أما المنفعة في شكل خدمة، فهي الدفع مباشرة للمستشفى، أو الطبيب الذي قدّم الخدمة الطبية.

٢ - تأمين النفقات الجراحية:

ويشمل أتعاب الجراح، الذي قام بإجراء العملية. وتدفع معظم الوثائق

(١) د. عبد الإله ساعاتي، أ. حسن العمري: الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية بين النظرية والتطبيق. مطبعة المحمودية، السعودية ١٤٢٤هـ.

الله كتب الإحسان على كل شيء». رواه مسلم . ويقول: «إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه».

على أن كلمة الإحسان تتضمن أيضاً تلك اللمسة الرقيقة الحانية التي افتقدناها أو كدنا في ممارسة الطب الحديث . تتضمن ذلك الشعور النبيل الذي يجعل المرء يحب لأخيه ما يحب لنفسه، بل ويؤثره على نفسه ولو كان به خصاصة. ويتضمن الإحسان كذلك صحوة الضمير ومراقبة لله عز وجل في كل تصرف وسلوك، مصداقاً لتعليم النبي صلى الله عليه وسلم في الحديث المتفق عليه: «الإحسان أن تعبد الله كأنك تراه»^(١).

ماذا يدفع المستفيد من التأمين؟

ويكون دفع المستفيد من المؤسسة التأمينية على إحدى الصور التالية:

- ١ - ألا يدفع شيئاً لقاء الخدمة الصحية لا إلى مقدم الخدمة (الطبيب، المستشفى) ولا إلى المؤسسة التأمينية. وبذلك يقتصر ما يدفعه - إن كان يدفع - على قسط التأمين.
 - ٢ - أن يدفع لقاء تقديم الخدمة الصحية مبلغاً صغيراً مقطوعاً إلى مقدم الخدمة، وتدفع المؤسسة التأمينية الباقي.
 - ٣ - أن يدفع لقاء تقديم الخدمة الصحية نسبة مئوية معينة من التكاليف مهما بلغت وتدفع المؤسسة التأمينية الباقي.
- وفي هذه الحالات جميعاً إما أن يكون ما تدفعه المؤسسة التأمينية في حدود سقف معين، أو بلا حدود.

وتكون طريقة الدفع على إحدى الصور التالية:

(١) المرجع السابق.

١ - أن يدفع المتفجع بالخدمة الصحية تكاليفها إلى مقدم الخدمة ثم يسترد من المؤسسة التأمينية هذه التكاليف (بأكملها أو بعد اقتطاع النسبة المئوية، إن كان ذلك ينطبق عليه).

٢ - ألا يدفع شيئاً إلى مقدم الخدمة (باستثناء المبلغ المقطوع إن كان ذلك ينطبق عليه) ويقوم مقدم الخدمة بإرسال فاتورة التكاليف إلى المؤسسة التأمينية لاستيفائها.

٣ - ألا يدفع شيئاً إلى مقدم الخدمة، وتدفع المؤسسة التأمينية إلى مقدم الخدمة مرتباً أو تعويضاً، بشكل مبلغ مقطوع أو مبلغ يتناسب مع عدد المتفجعين من الخدمة في حدود سقف معين^(١).

البطاقات الصحية:

لتسهيل إثبات هذه الصلة التعاقدية يتم إصدار بطاقات صحية يستدل بها على هوية حاملها وحقه في الرعاية أو المعالجة ونوع تلك الرعاية ومداهها المكاني والزمني... إلخ^(٢) وهذه البطاقات ورغم استخدامها في النوع الأول الذي تتدخل فيها شركات التأمين فإنها هناك صادرة عن تلك الشركات. أما هنا فهي تصدر عن الجهات الطبية مباشرة.

وهناك فئات للبطاقات الصحية بألوان مختلفة (ذهبية، فضية، برونزية، بيضاء)، تبعاً للحدود المالية للتغطية والاحتياجات الفعلية لحاملها^(٣).

(١) د. محمد هيثم الخياط: التأمين الصحي. مجلة مجمع الفقه الإسلامي، العدد الثالث عشر، الجزء الثالث، ص ٤٤٨ - ٤٤٩.

(٢) هذا التعريف مستوحى من الأبحاث التي تم الرجوع إليها عن التأمين عن الخدمات الطبية، وقد سبق بيانها في ثنايا البحث.

(٣) نشرة تاج، التعاونية للتأمين.

الفصل الثالث عشر

تطبيقات عملية للتأمين الصحي

هناك عدد من صور التأمين الصحي التي تجري في الواقع ومنها:

١ - عقد اتفاق شخص مع مستشفى على أن يتعهد بمعالجته طيلة فترة معينة لقاء مبلغ معين:

قد يتعاقد شخص ما مع مستشفى معين، يتعهد فيه المستشفى بعلاج هذا الشخص من أمراض أو إصابات تصيبه وذلك خلال فترة معينة لقاء مبلغ معين. ويعتبر هذا العقد عقد تأمين تجاري، وليس تعاوناً على توزيع المخاطر، والعلاقة بينهما علاقة تعاوضية، وهي بعيدة عن التبرع ولا صلة لها بالتعاون على الخير^(١). . . ورأى بعض الفقهاء أن هذا العقد عقد صحيح شرعاً، ورأى آخرون غير ذلك.

٢ - عقد اتفاق بين المؤسسات والمستشفيات للتعهد بمعالجة العاملين فيها طيلة فترة معينة لقاء مبلغ معين:

ويتقسم هذا العقد - كما يذكر المستشار محمد بدر المنياوي - إلى ثلاث صور:

أ - أن تكون المؤسسة المتعاقدة تخضع للدولة أو تنفذ التزاماً تفرضه عليها:

فإذا كانت المؤسسة التي تعاقدت مع المستشفى على علاج موظفيها مؤسسة

(١) المستشار محمد بدر المنياوي. مجلة مجمع الفقه الإسلامي، العدد الثالث عشر، الجزء الثالث، ص ٣٠١ - ٣٥٣.

تابعة للدولة أو كانت مؤسسة تقوم على مرفق عام، فإن تعاقد هذه المؤسسة مع المستشفى يكون من قبيل التأمينات الإجتماعية التي تقدمها الدولة لموظفيها لقاء ما بذلوه من خدمات.

وينطبق هذا الحكم على المؤسسات الخاصة التي تكون في تعاقدتها مع المستشفى منفذة لنظام وضعته الدولة لرعاية العاملين فيها، فذلك يدخل في نطاق التأمينات الإجتماعية المطبقة في كثير من بلدان العالم. وقد استقرت المجمع الفقهية على مشروعية هذا النوع من التأمينات.

ب - أن تكون المؤسسة المتعاقدة مؤسسة خاصة، غير ملزمة بالتأمين طبقاً لنظام الدولة، والمستشفى غير ملزم بصرف الدواء :

حيث تقوم مؤسسة خاصة بالتعاقد مع مستشفى أو مستشفيات لعلاج العاملين فيها خلال فترة معينة مع إجراء العمليات الجراحية اللازمة دون تقديم الدواء الذي يحتاجونه، وذلك لقاء مبلغ معين تدفعه المؤسسة.

ويُطلق على عقد التأمين هذا اسم «عقد التأمين الجماعي»، ولا يشوب هذا العقد غرر كبير - انطلاقاً من قانون الأعداد الكبيرة - فالعوض حاصل على كل حال وإن زاد أو نقص. وإنّ منع هذا النوع من التعاقد إضراراً بالعاملين في المؤسسة بإضاعة مكسب تبرع به رب العمل بلا مقابل. وحرمان العاملين منه ينطوي على إخلال بالمساواة الواجبة بينهم وبين الموظفين الآخرين في ذات البلد.

وما دام الغرر يسيراً، ولا توجد جهالة فاحشة، وهذا العقد، وإن لم يكن تعاونياً خالصاً، لافتقاده لخصائص عقد التأمين التعاوني، فهو ليس تبرعاً بحتاً، وهو ليس عقد تأمين تجاري لأن المؤسسة ليست لها مصلحة ذاتية في معالجة من يصاب من العاملين، ومن ثم فإن هذا العقد يعتبر من «التأمين المختلط» الذي يتسم بالهدف الإجتماعي، ويسعى إلى تقديم الرعاية الصحية للموظفين، ويقترّب كثيراً من التبرعات، ومن ثم فالأولى به أن يكون جائزاً من الناحية الفقهية، وذلك تغليياً

للجانِب الإِجتماعي فيه، وتحقيقاً للتسوية بين العاملين في المؤسسات الخاصة والعاملين في المؤسسات العامة، شريطة أن يكون عدد العاملين من الكثرة بحيث تضمن ذلك قوانين الإحصاء وقانون الأعداد الكبيرة، ويكون من حق أطراف التعاقد تعديل قدر المبلغ الذي تلتزم به المؤسسة، وتعديل المزايا التأمينية بحسب ما يطرأ من ظروف . . .

ج - أن يلتزم المستشفى بتقديم الدواء بجانب العلاج والعمليات الجراحية مقابل ما تدفعه المؤسسة :

وهذا الأمر محل خلاف في الفقه الإسلامي، وربما كان الأولى ترجيح الرأي المنقول عن الإمامين مالك وأحمد بن حنبل بالمشروعية، ذلك لضرورة الناس إليه. ويرى الأستاذ الدكتور عبدالستار أبو غدة أن الحكم الفقهي في اشتراط الدواء على الطبيب هو من القضايا الملحوظ فيها أثر الأعراف والأوضاع الزمنية.

٣ - عقد اتفاق بين مجموعة من العاملين مع جهة تتعهد بالعلاج، وتتوسط بينهما شركة تأمين تجارية أو تعاونية:

وهو عقد مشروع إذا كانت الشركة الوسيطة شركة تأمين تعاونية، وغير مشروع إذا كانت الشركة شركة تأمين تجارية^(١).

الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية:

أخذت المملكة العربية السعودية بالاتجاه نحو تطبيق التأمين الصحي فأصدرت نظام الضمان الصحي التعاوني الذي يهدف في مرحلته الأولى إلى توفير خدمات الرعاية الصحية للمقيمين في المملكة، طبقاً لمفهوم التأمين التعاوني المجاز شرعاً مع الأخذ بالمبادئ الفنية المتعارف عليها للتأمين الصحي. كما يهدف في المراحل

(١) المستشار محمد بدر المنيأوي: التأمين الصحي وتطبيقاته المعاصرة في ضوء الفقه الإسلامي: مجلة الفقه الإسلامي، العدد الثالث عشر، الجزء الثالث ١٤٢٢هـ - ٢٠٠١م، ص ٣٢٤ - ٣٣٦.

التالية إلى توفير خدمات الرعاية الصحية لجميع السكان في المملكة^(١).

وقد دعا قرار مجلس الوزراء في المملكة العربية السعودية رقم (٧١) وتاريخ (٢٧/٤/١٤٢٠هـ) إلى أن «يتم تطبيق الضمان الصحي التعاوني عن طريق شركات تأمين تعاونية سعودية مؤهلة تعمل بأسلوب التأمين التعاوني على غرار ما تقوم به الشركة الوطنية للتأمين التعاوني، ووفقاً لما ورد في قرار هيئة كبار العلماء رقم (٥١) وتاريخ ٤/٤/١٣٩٧هـ»^(٢).

وقد صدرت اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني ووثيقة الضمان الصحي التعاوني بقرار من وزير الصحة في المملكة العربية السعودية رقم (٤٦٠/٢٣/ض وتاريخ ٢٧/٣/١٤٢٣هـ). (ملحق رقم ١).

وتغطي وثيقة الضمان الصحي التعاوني عادة الخدمات الصحية الأساسية التالية:

- أ - الكشف الطبي والعلاج في العيادات والأدوية.
 - ب - الإجراءات الوقائية مثل: التطعيمات، ورعاية الأمومة والطفولة.
 - ج - الفحوص المخبرية والشعاعية التي تتطلبها الحالة.
 - د - الإقامة والعلاج في المستشفيات بما في ذلك الولادة والعمليات.
 - هـ - معالجة أمراض الأسنان واللثة، ما عدا التقويم والأطقم الصناعية.
- ولا تخلّ هذه الخدمات بما تقضي به أحكام نظام التأمينات الاجتماعية وما تقدمه الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد لجميع منسوبيها من خدمات صحية أشمل مما نص عليه هذا النظام.

(١) د. عبد الإله سعاتي، أ. حسن العمري: الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية بين النظرية والتطبيق. مطبعة المحمودية، السعودية ١٤٢٤هـ.

(٢) المادة (١٧) من نظام الضمان الصحي التعاوني.

ورغم منافع التأمين التي أوردتها اللائحة، والتي تشمل جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية وجميع مصاريف التنويم بالمستشفى، بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد والولادة، وكذلك معالجة أمراض الأسنان واللثة والإجراءات الوقائية التي تحددها وزارة الصحة مثل التطعيمات ورعاية الأمومة والطفولة، فضلاً عن مصاريف إعادة جثمان الشخص المؤمن عليه إلى موطنه الأصلي، كما تشمل منافع التأمين الحالات التي ترجع نشأتها للمدة السابقة لبداية التغطية التأمينية والتطعيمات حتى سن الالتحاق بالمدرسة، حسب قرارات وزارة الصحة إضافة إلى نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفيات لمرافق واحد للمستفيد، كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة، أو حينما تقتضي ذلك الضرورة الطبية، حسب تقرير الطبيب المعالج، إضافة إلى تكاليف نقل المستفيدين من المرضى أو الحوامل لأقرب موقع ملائم لتلقي العلاج في حالات الطوارئ فقط. إلا أن اللائحة استثنت من التغطية التأمينية بعض الحالات أهمها الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً، والأمراض التي تنشأ بفعل إساءة استعمال بعض الأدوية أو المنشطات أو المهدئات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات، وجراحات التجميل. كما استثنت أيضاً الفحوصات الشاملة والاستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة، والعلاج في دور الرعاية الاجتماعية، بالإضافة إلى أي علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن عليه، ومعالجة الأمراض التناسلية، وجميع التكاليف المتعلقة بزراعة الأسنان أو تركيب الأسنان الاصطناعية أو الجسور، واختبارات تصحيح النظر أو السمع والوسائل البصرية أو السمعية، والعلاج النفسي والعقلي، ووسائل منع الحمل، إضافة إلى الاستثناءات العامة مثل الحرب والغزو وأعمال العدو الأجنبي، والتلوث بالنشاط الإشعاعي من أي وقود نووي أو نفايات نووية.

فقد ورد في اللائحة أنه يستثنى من التغطيات بموجب هذه التعليمات

الحالات الواردة أدناه :

- ١ - عمليات التجميل ما لم تكن ناتجة عن حادث أو مرض .
- ٢ - عمليات تشطيب القرنية وتصحيح النظر والنظارات ومعالجة نقص السمع والمعينات السمعية .
- ٣ - الأمراض العقلية والنفسية للمنتفعين .
- ٤ - مرض نقص هرمون النمو .
- ٥ - عمليات تطويل الأطراف وتصحيح حالات انحراف العمود الفقري .
- ٦ - حالات العقم والضعف الجنسي لكلا الجنسين .
- ٧ - وسائل منع الحمل، والمستحضرات الصيدلانية غير المسجلة لدى وزارة الصحة كأدوية الأعشاب، وأدوية إنقاص الوزن وفقدان الشهية، الصلع، والأغذية المساعدة، والمطاعيم .
- ٨ - الإصابات الناجمة عن حوادث قضائية .
- ٩ - الإصابات الناجمة عن تعاطي الكحول والمخدرات وإيذاء النفس ومحاولات الانتحار .
- ١٠ - مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والمركب المرتبط بالإيدز إلا إذا كان ناتجاً عن العدوى الناجمة عن تقديم المعالجة للمصابين بالمرض .
- ١١ - علاج الأسنان ما لم يكن ناجماً عن حادث .
- ١٢ - الإصابات الناتجة عن الزلازل والفيضانات والكوارث الطبيعية الأخرى والحروب والرياضات الخطرة .
- ١٣ - التشوهات والأمراض الخلقية .
- ١٤ - حالات نقل الأعضاء والسرطان وغسيل الكلى .
- ١٥ - الحالات المرضية التي نشأت وتلقى المشترك لها معالجة كمريض داخل

المستشفى أو خارجها خلال الشهور الستة السابقة لتاريخ التأمين تخضع لفترة انتظار مدتها سنة واحدة.

تعليق على اللائحة التنفيذية لنظام التأمين الصحي التعاوني ووثيقة الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية رقم ٤٦٠ / ٢٣ | ض وتاريخ ٣/٢٧/١٤٢٧هـ

هذا النظام موضوع لغير السعوديين العاملين بالمملكة العربية السعودية. ويطبق على أصحاب الشركات والمؤسسات الفردية التي تزيد عمالتها الأجنبية عن خمسمائة شخص خلال عام من صدور اللائحة، ويطبق خلال عامين على الشركات والمؤسسات التي تزيد عمالتها الأجنبية عن مئة شخص.

وجميع أصحاب الأعمال الأفراد المشمولين بالنظام خلال ثلاث سنوات من صدور اللائحة.

ومن ميزات هذا النظام أنه يشمل تغطية الحمل والولادة عندما يكون عقد العامل أو الموظف عقد متزوج وتكون زوجته معه وإقامتها ضمن إقامته. ويغطي التأمين أيضاً اللقاحات والتطعيمات الأساسية للأطفال حتى سن الالتحاق بالمدرسة.

ولكن هذه الوثيقة التأمينية لا تشمل الآتي:

- ١ - الجراحة أو المعالجة التجميلية إلا إذا استدعتها إصابة جسدية غير مستثناه.
- ٢ - الفحوصات الشاملة واللقاحات أو العقاقير أو الوسائل الوقائية.
- ٣ - معالجة الحمل والولادة للمرأة المتعاقد معها على أساس أنها غير متزوجة.
- ٤ - أي علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن عليه.
- ٥ - معالجة الأمراض التناسلية وتشخيص ومعالجة فيروس نقص المناعة البشرية HIV والعلل ذات الصلة به بما فيها مرض الإيدز أو مشتقاتها أو مرادفاتها أو أشكالها الأخرى.

- ٦ - جميع التكاليف المتعلقة بزرع الأسنان أو تركيب الأسنان الإصطناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التقويم.
- ٧ - اختبارات تصحيح النظر أو السمع والوسائل السمعية أو البصرية المساعدة ما لم تكن مطلوبة بأمر الطبيب المرخص.
- ٨ - الأمراض النفسية والأمراض العقلية.
- ٩ - الأجهزة والوسائل والعقاقير بهدف تنظيم النسل أو حصوله أو معالجة العقم أو نقص الخصوبة أو العجز الجنسي.
- ١٠ - أي ضعف أو تشوه خلقي.
- ١١ - معالجة البثور وحب الشباب وأية معالجة تتعلق بالسمنة أو البدانة.
- ١٢ - زرع الأعضاء المنقولة والنخاع العظمي، أو الأعضاء الصناعية البديلة التي تحل محل أي عضو بالجسم.
- ١٣ - أي أمراض أو إصابات ناتجة عن الحروب والمنازعات والحروب الأهلية، أو الناتجة عن الإشعاعات من أي وقود نووي أو المواد المشعة أو المواد السامة أو المواد المتفجرة أو أي مواد نووية أو أعمال الشغب والإرهاب أو ما يشابهها من أعمال أو مزاولة الشخص المؤمن عليه أو مشاركته في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو عملياتها.
- ١٤ - إذا بلغ الشخص المؤمن عليه سن (٦٥) عاماً أو أي أحد من الذين يعولهم ويدخلون معه في وثيقة التأمين فإذا بلغ أي شخص من هؤلاء سن الخامسة والستين فإن ذلك الشخص يفقد كل حقوقه في التأمين الصحي!!

الفصل الرابع عشر

شبهات حول التأمين

والتأمين الذي تقدمه شركات التأمين التجاري لا يضمن العدالة على الإطلاق، لأن هذه الشركات ترفض تأمين بعض شرائح المجتمع، أو تفعل ذلك لقاء أقساط باهظة. وهي بالطبع لا تؤمن العاجزين عن دفع أقساط التأمين. ولكن تأمين هذه الشركات يضمن الجودة والكفاءة والوقاية، لأن هذه الشركات تتنافس مع الشركات الأخرى.

أما التأمين الذي تقدمه «مؤسسات التأمينات الإجتماعية» بأشكالها المختلفة فهو يضمن العدالة جزئياً (لأنه يحقق العدالة بين المنتسبين إليه دون غيرهم من أبناء الأمة)، وهو يضمن الجودة والكفاءة والوقاية ولو بدرجة أقل من التأمين الذي تقدمه شركات التأمين التجاري.

أما إذا كانت الدولة هي المؤسسة التأمينية، واتخذت ما يلزم لتغطية أبناء الأمة بالتأمين، فإنها تضمن العدالة الكاملة، كما أنها أقدر من سواها على ضمان الجودة والوقاية. ولكن البيروقراطية والروتين الحكومي ينتقصان كثيراً من الكفاءة^(١).

تعليقات على شركات التأمين الصحي التجاري:

فالناظر في وثيقة التأمين التجاري يجد الكثير من الثغرات في عقود شركات التأمين الصحي التجاري ضمن هذه الوثيقة:

(١) د. محمد هيثم الخياط: التأمين الصحي. مجلة مجمع الفقه الإسلامي، العدد الثالث عشر، الجزء الثالث، ص ٤٢٧ - ٤٦٦.

المادة ٣٠: لا يشمل التأمين الصحي أي شخص بلغ عمره (٦٥) عاماً، ولو كان طوال حياته يدفع لهذه الشركة، فبمجرد بلوغه هذا السن يفقد حقه في العلاج والتداوي عندما يكون أحوج ما يكون لذلك، وهي سن العجز والشيخوخة والأمراض.

ولهذا تتملص شركات التأمين الصحي من واجباتها نحو هذه الفئة من المجتمع. وكيف يكون هذ التأمين تكافلياً إذا كان يرفض أن يتحمل معالجة من بلغ الخامسة والستين؟ بل ويرفض أن يؤمن له ابتداء مهما كان يدفع في السابق الأقساط السنوية دون تردد أو توقف. كما يرفض أن يؤمن على أي شخص يعوله المؤمن إذا بلغ ذلك الشخص سن الخامسة والستين وكذلك تنص هذه المادة على عدم تغطية الأطفال المواليد تحت عمر (١٤) يوماً.

المادة ١٠:

لا تغطي وثيقة التأمين أي نفقات تتعلق بالحمل والولادة والإجهاض الشرعي. وهو أمر في منتهى الغرابة إذ لا يغطي التأمين أي حالات حمل وولادة سواء كانت طبيعية أو غير طبيعية، وأي حالات إجهاض سواء كان تلقائياً أو بسبب طبي مشروع.

المادة ١٢:

لا تغطي وثيقة التأمين المطالبات الناشئة عن أي مرض سابق أو متكرر، أي الأمراض المزمنة أو المستمرة للمؤمن له، والتي كانت موجودة في أو قبل تاريخ إنضمام المؤمن لهذا التأمين، سواء تم تشخيصها أو معرفتها أو أخذ استشارة طبية عليها أو لم يتم.

وهذا باختصار يشمل معظم الأمراض المعروفة والتي يعاني منها الناس، فمرض السكر وارتفاع ضغط الدم على سبيل المثال هي أمراض مزمنة ومستمرة، وتستطيع شركة التأمين أن تقول أنها كانت موجودة من قبل حتى ولو لم يتم تشخيصها من قبل. وكذلك أمراض الكلى بأنواعها وأمراض القلب وأمراض

شرايين القلب التاجية، وأمراض صمامات القلب المختلفة، وأمراض الشرايين المختلفة بما فيها الشرايين المغذية للدماغ. ويدخل في ذلك أمراض الكبد ومثالها فيروسات (C. B) والبلهارسيا وغيرها. . ولكنها تكون في الغالب موجودة منذ فترة قبل التأمين، سواء اكتشفت وشخصت قبل التأمين أو لم تشخص وتكتشف إلا بعد التأمين. والشيء ذاته يقال عن مرض الربو القصبي وحساسية الأنف والتهابات الجيوب الأنفية. . ومعظم أمراض الرئة مثل التهاب القصبات المزمن (C O P D). والشيء ذاته يقال عن أمراض الجهاز الهضمي فأغلبها أمراض مزمنة ابتداء من التهابات المريء والمعدة وقرحة المعدة وانتهاه بأمراض الأمعاء والقولون. . وأغلبها يمتد عبر سنين. وكثير منها تستمر مع الإنسان رغم العلاج الذي يخفف من آثارها ويقلل من مضاعفاتها.

وأمراض الجهاز العصبي بصورة عامة تدرج في هذه القوائم المزمنة، وأولها الصرع الذي قد يبدأ منذ الطفولة الباكرة ويستمر إلى سن الشيخوخة، ومنها أنواع من الشلل التي تظهر في سن الطفولة المتأخرة أو بداية سن الشباب وتستمر مع الإنسان سنين طويلة. وبعض هذه الأمراض لا يظهر إلا في سن الأربعين أو ما حولها ومثاله مرض هانتجتون. وبالتالي ترفض شركات التأمين معالجة جميع هذه الحالات باعتبارها حالات مزمنة وقديمة في أساسها. والمرض في أساسه ومنبعه سابق على التأمين.

المادة ١٣ :

لا تغطي وثيقة التأمين علاج الأمراض الوراثية أو الخلقية، أو التشوهات الخلقية سواء كانت خلقية (يقصد وراثية) أم مكتسبة. وكذلك أي علاج أو عملية جراحية الغرض منها إصلاح التشوهات الخلقية.

وهذه المادة تجعل الشركة تتخلص من أي التزام لعلاج الأطفال الخُدج أو المصابين بعيوب أو تشوهات خلقية أو أمراض وراثية أو خلقية، سواء ظهرت على الطفل حين ولادته أو ظهرت بعد ذلك بزمن.

وتعزز هذه المادة (٣٠) التي ترفض علاج أي طفل تحت عمر (١٤) يوماً. لأن كثيراً من المشاكل تحدث للأطفال قبل سن الأسبوعين، وتكاليف علاجها تكون في الغالب كبيرة.

وباختصار، فإن كل طفل يولد ولديه مشاكل أو تحدث له مشاكل صحية أثناء الولادة أو بعدها مباشرة لا تتحمل شركات التأمين نفقات علاجها.

وإذا كان التأمين لا يتحمل نفقات علاج الحامل ولا نفقات الولادة ولا نفقات علاج الطفل المولود. ولا تتحمل الشركة أيضاً أي مرض وراثي أو خلقي (مكتسب أو وراثي) حتى ولو لم يظهر هذا المرض إلا في سن الأربعين، فإن شركة التأمين تستطيع بهذه المادة وأمثالها أن تتخلص من معالجة معظم الأمراض لأن العامل الوراثي في معظم الأمراض قوي.

والأمراض الوراثية - حسب قانون مندل - تُورث إما سائدة أو متنحية، أو حسب الكروموسوم X فيصاب به الذكور وتحمله الإناث.

ومن الأمثلة على الأمراض الوراثية السائدة:

* التصلب الدرني - الورم الغدي الدهني - الودانة - ارتفاع الكولسترول العائلي - داء السليلات المعوي - تورمات ليفية عصبية - متلازمة مارفان - البرفيريا الحادة المتقطعة - الكلى ذات الأكياس المتعددة في البالغين.

* أمراض وراثية متنحية :

* المنجلية (فقر دم انحلاي)، التلاسيميا - بيلة الفينيل كيتون - التليف الكيسي - مرض تي ساك - مرض هبل ليندو - تخليج مخيخي مع توسع الشعيرات - مرض ويلسون - الكلى ذات الأكياس المتعددة لدى الأطفال.

* أمراض وراثية تنتقل عبر كروموسوم X:

* مرض فابري - مرض ليش نيهان - مرض السمكية - مرض هنتر - مرض الناعور (الهيموفيليا).

وقد بلغ عدد الأمراض الوراثية التي تنتقل حسب قانون مندل أكثر من خمسة عشر ألف مرض وراثي حتى عام (٢٠٠٧م)، كما أن معظم الأمراض الأخرى تلعب الوراثة فيها دوراً هاماً وأساسياً. وشركات التأمين تأبى التأمين أو معالجة أي مرض متعلق بهذه الأمراض الوراثية أو أي مرض تلعب الوراثة فيه دوراً مهماً.

المادة ٣١:

لا تغطي وثيقة التأمين أي علاج أو متابعة طبية تتعلق بالأمراض المستعصية والتي تكون غير قابلة للشفاء حسب وجهة النظر الطبية، وهذا باختصار يشمل معظم الأمراض سواء كانت وراثية أو غير وراثية، فمرض ارتفاع ضغط الدم ومعظم أمراض القلب والجهاز التنفسي والعصبي والبولي والتناسلي غير قابلة للشفاء. ولكن العلاج يخفف من حدة المرض ومشاكله ويقلل من مضاعفاته إلى حد كبير.

وشركة التأمين بهذه المادة تتخلص من علاج هذه الأمراض. كما أن هذه المادة تجعل الشركة تتخلص من علاج معظم السرطانات والأورام الخبيثة، لأن الشفاء منها محدود في الغالب ويحصل في نسبة منها فقط إذا تم تشخيصها في فترة مبكرة وبالذات سرطان الجلد. ولكن الأمراض الجلدية كلها لا تدخل حسب أقوال شركة التأمين في بند العلاج وذلك حسب المادة (٢٣)، فإن أي مرض جلدي مزمن لا يمكن تغطيته بالتأمين. . ويدخل في ذلك الصدفية ومرض حب الشباب والإكزيما المزمنة وسرطانات الجلد المختلفة وأورامه المتنوعة.

المادة ٨:

لا تغطي وثيقة التأمين أي علاج للأسنان والعناية بها.

المادة ٢:

لا تغطي وثيقة التأمين أي علاج نفسي أو اضطراب عقلي أو نفقات مصحات النقاة والرعاية أو الحجر أو العزل الصحي أو التمريض الخاص.

المادة ٥ :

اللقاحات والتطعيم لا تغطيها وثيقة التأمين .

وبهذه المادة يتم استبعاد الأطفال في جميع مراحل حياتهم من العلاج والوقاية . فهم مستبعدون أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة إلى (١٤) يوم . كما أنهم مستبعدون بسبب أي مرض مزمن أو أي مرض وراثي أو أي مرض خلقي أو أي مرض من أمراض الحساسية، واختبارات الحساسية مهما كانت (المادة ٢٦)، والأمراض والأوبئة المعدية التي يتم الإعلان عنها رسمياً بواسطة الدولة (المادة ٢٧) والختان (المادة ٤) وأي فحص أو علاج لتصحيح السمع والبصر (المادة ٩) وأي علاج للصرع (المادة ١٢) وأي علاج متعلق بنظام تغذية معينة أو أغذية ومستلزمات الأطفال (المادة ٢٤)، وذلك يشمل الأمراض الاستقلابية التي تحتاج إلى تغذية خاصة في المواليد والأطفال وكذلك مرض سيلياك .

ولا تتحمل شركة التأمين علاج أي مرض مزمن مثل الفشل الكلوي وما يستتبعه من غسيل كلوي (المادة ٣) أو عمليات زرع الكلى (المادة ٢٨)، وبالتالي فإن الشركة تتخلص من مداواة معظم الأمراض، لأن الأمراض المزمنة لا تدخل في التأمين، والأمراض التي لا شفاء لها طبيياً لا تدخل كذلك . والأمراض التي لها شفاء مثل إجراء عملية زرع الأعضاء لا تدخل في التأمين . وباختصار فإن معظم الأمراض لا تدخل في التأمين، فكل العلاجات المكلفة والمتكررة أو تلك التي تستدعي إجراء عمليات كبيرة، ما عدا الحالات الحادة، فإنها لا تدخل في التأمين ومعظم هذه الحالات الحادة تكون متعلقة بحوادث العمل أو الطرق أو الطائرات أو أي حوادث أخرى مثل الحرائق والحروب أو الاضطرابات والأحداث الطبيعية فهذه كلها لا تدخل في التأمين (المادة ١، ١٨، ١٩، ٢٠) .

ولا تتحمل الشركة أي نفقات علاج تشمل الأطراف الصناعية أو الجراحة الترميمية أو الأجهزة التعديلية أو الأدوات الطبية (المادة ٤) .

ولا تتحمل الشركة أي نفقات للعلاج النفسي أو العقلي (المادة ٢) أو علاج الإدمان (المادة ٧) أو علاج الإخصاب والعقم (المادة ١١)، أو الفحوصات الطبية العامة (المادة ١٤) أو الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة «الإيدز» أو الأمراض الجنسية التناسلية، ولو كانت الإصابة لطفل أو مولود أو شخص بغير طريقة الزنا أو اللواط (بنقل الدم أو الولادة) المادة (١٧)، أو أي إصابة تتعلق بممارسة الرياضة (المادة ١٨).

فالإصابات المزمّنة لا تتحملها الشركة أصلاً والإصابات أو الأمراض الحادة تملص الشركة من معالجة معظمها.

هل هناك فروق بين التأمين التجاري والتأمين التعاوني؟

ومن المعروف أن التأمين بمفهومه التجاري الحالي لم ينشأ في بيئة اقتصادية إسلامية. وبالتالي فإن شركات التأمين الإسلامية الجديدة لن تجد مفرّاً من التعامل مع شركة إعادة تأمين غير إسلامية أو الانضمام للاتحاد العالمي للتأمين الذي يقوم على أسس غريبة غير إسلامية. هذا واقع صعب ولكن لا يمكن تجاهله كما قال فقهاء التأمين. وصعوبة هذا الوضع تنبع من أن اقتصاديات الدول العربية والإسلامية لا يمكن لها أن تعمل بشكل مستقل عن الاقتصاد العالمي غير الإسلامي وخاصة في ظل توجهات العولمة الحديثة.

وهناك بعض الآراء التي تحاول إزالة الفوارق بين التأمين التجاري والتأمين التعاوني بدعوى أن العملية الفنية للتأمين في الحالتين متطابقة. وفي سياق تفنيده لهذه المزاعم، يقول الدكتور عبد الإله ساعاتي «إن أحداً لا ينكر أن العملية الفنية للتأمين واحدة، ولكن طريقة استخدامها وأهدافها هي التي تحدد مدى شرعيتها»^(١).

فالتأمين التعاوني في الفقه الوضعي هو الذي يمارسه مجموعة من الأشخاص

(١) د. عبد الإله ساعاتي، أ. حسن العمري: الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية بين النظرية والتطبيق. مطبعة المحمودية، السعودية ١٤٢٤هـ.

تربط بينهم المصلحة، ويهدفون إلى التعاون والتضامن فيما بينهم دون سعي وراء تحقيق ربح. ومن أمثله «تأمينات التقاعد»، و«صناديق العاملين»، وبعض أنواع التأمين الصحي التي تقوم بها هيئات خيرية واجتماعية. وغالباً ما تكون الجهة التي تمارس هذا النوع من التأمين منظمات اجتماعية تنشأ بقوانين خاصة.

أما التأمين الربحي أو التأمين ذي الأقساط الثابتة، فتقوم به شركات تجارية مكونة طبقاً لأحكام القانون التجاري وتهدف إلى الربح.

ويرى البعض الآخر أن ليس هناك اختلاف يقتضي التفريق بينهما في الحكم إباحة وتحريماً، فكلتا النوعين يشتمل على خمسة شروط هي المؤمن والمؤمن له والقسم التأميني والتعويض في حالة الاقتضاء. وإن الإلزام والالتزام فيهما يتم بإبرام عقد بين الطرفين المؤمن والمؤمن له، ويكون في العقد بيان أحوال التغطية ومقدارها والالتزام بها بغض النظر عن ربح أو خسارة.

ونستطيع أن نتبين مدى اشتمال التأمين بنوعيه على ما ذكر من ربا وقمار وغرر وجهالة من عدمه من خلال التعرف على محل العقد في التأمين، فإن محل العقد في التأمين بقسميه هو ضمان الأمن والأمان والسلامة من ضياع المال أو تلفه، فالأقساط التأمينية ثمن للضمان، فليس لدينا نقود وليس لدينا غارم وغانم، وإنما كلا طرفيه غانم، فالمؤمن غانم للأقساط التي هي ثمن ضمان السلامة، والمؤمن له غانم السلامة، سواء سلمت العين المؤمن عليها أم لا، فقد كسب الطمأنينة والارتياح النفسي أثناء مدة عقد التأمين عليها، وفي حال تلفها فهو كاسب التعويض عنها، فهو سالم في حال السلامة والتلف.

ويعتقد البعض أن الاعتراض بأن الأمن شيء معنوي لا يصح أن يكون محلاً للمعاوضة غير صحيح، فالأمن مطلب يسعى لتحقيقه الأفراد والجماعات، وتصرف لذلك أموال كثيرة، كما أن هناك حقوقاً معنوية صالحة لأن تكون محلاً للمعاوضات بيعاً وشراءً وتنازلاً وصلحاً.

كما يرد البعض على القول بأن من شروط البيع أن يكون المبيع مملوكاً للبائع

وقت العقد، والأمن والأمان ليسا مملوكين للمؤمن وقت إبرام عقد التأمين، فيقولون إن المؤمن وهو شركة التأمين باع من ذمته أمناً يمكن وصفه وصفاً تنتفي منه الجهالة، وجرى ذكره في العقد، وهو قادر على تحقيقه للمؤمن له وقت الاقتضاء وذلك بدفعه التعويض الجالب للجالب للطمأنينة والسلامة والأمان، وهذا من أشباه ضمان الأسواق وضمان أمن الطرقات التي جرى ذكرها واعتبارها لدى بعض الفقهاء.

هل في التأمين الصحي غرر؟

ولا تكاد تخلو عقود العلاج الطبي بكل صيغها من الغرر لأن طبيعة العلاج تفرض مثل ذلك. ولكن الغرر في هذا العقد هو دون ما في صيغة المعاقدة على البرء التي أجازها ثلة من الفقهاء القدامى على أساس الجعالة.

وقد استفاض الشيخ محمد علي التسخيري^(١) في بحثه لموضوع الغرر في التأمين الصحي وانتهى إلى أن الغرر الموجود في عقد التأمين الصحي ليس من الغرر الكبير الذي تتحاهاه الشريعة - كما عبرت الموسوعة الكويتية - وليس مما يرجع الأمر معه إلى التشاح - كما عبر الشيخ الأنصاري - وليس مما يقرب إلى الخديعة - كما علق المرحوم الغروي - وليس مما يجعل العقد في معرض الخطر المعاملي ويؤدي إلى التنازع في المعاملات - كما عبر الشيخ الأنصاري في موضع آخر - وليس من النوع الفاحش المتجاوز للحدود الطبيعية بحيث يجعل العقد كالقمار المحض - كما يعبر الأستاذ الزرقا - وليس من الجهالة التي تمنع تنفيذ العقد - كما يعبر الحنفية - كما أنه لا يشكل مظنة للعداوة والبغضاء وأكل المال بالباطل - كما عبر الشيخ الضرير - والهلكة والخطر - كما قلناه في الحصيلة -.

وبالتالي فلا نستطيع أن نطلق عليه عبارة (الضرر الكبير) ليشمله الحكم السابق لمجمع الفقه.

هذا ويمكن أن يقال لتأكيد هذا الاستنتاج: إن دراسة الحالة دراسة موضوعية

(١) المرجع السابق المرجع ص ٢٠٦.

دقيقة ومعرفة الظروف التي يعيشها الشخص، أو دراسة مجموع الحالات التي يعيشها عمال مؤسسة ما، ومعدل الخسائر من حالة إلى أخرى، مما يجعل الحسابات تقرب إلى الواقع على الإجمال لدى المؤسسة المؤمنة، في حين نعلم أن الأقساط المدفوعة من قبل المؤمن له أو لهم واضحة ومحددة^(١).

والسؤال ألا يمكن هنا تطبيق قاعدة احتمال الغرر اليسير، وقاعدة «مصلحة الأبدان مقدمة على مصلحة الأديان»؟

يقول الإمام ابن تيمية في (القواعد النورانية) حول تجويز اغتفار الغرر في جميع ما تدعو الحاجة إليه أو يقل غرره: «... وهذا القول الذي دلّت عليه أصول مالك وأصول أحمد وبعض أصول غيرهما هو أصح الأقوال، وعليه يدل غالب معاملات السلف، ولا يستقيم أمر الناس في معاشهم إلا به... وكل من توسّع في تحريم ما يعتقده غرراً فإنه لا بدّ أن يضطر إلى إجازة ما حرّمه: فإما أن يخرج عن مذهبه الذي يقلّده في هذه المسألة، وإما أن يحتال...».

ثم أضاف رحمه الله: «... وإذا كانت مفسدة بيع الغرر هي كونه مظنة العداوة والبغضاء وأكل الأموال بالباطل، فمعلوم أن هذه المفسدة إذا عارضتها المصلحة الراجحة قدّمت عليها».

هل التأمين الصحي تحدُّ للقدر؟

يرى البعض في التأمين الصحي تحدياً للقضاء والقدر، أو يتنافى مع التوكل على الله.

والواقع أن التأمين الصحي لا يهدف إلى منع وقوع المرض، وإنما يهدف إلى تخفيف آثاره على الفرد والمجتمع. كما أنه لا يتعارض مع التوكل على الله لأنه أخذ بالأسباب.

(١) عن بحث الدكتور محمد علي التسخيري الذي تقدم به إلى مجمع الفقه الإسلامي بجدّة.

وجوه الاختلاف بين التأمين على الحياة وبين التأمين الصحي:

- هناك فروق كثيرة بين التأمين على الحياة وبين التأمين الصحي منها:
- ١ - **التأمين على الحياة:** عقد مبني على جهالة في أثناء العقد وبعده أي حال الحياة والممات، وفيه غرر في قدر العوض وأجله. أما **التأمين الصحي:** فهو عقد على منفعة قائمة موجودة خال من الجهالة والغرر المفسدين للعقد.
 - ٢ - **التأمين على الحياة:** يقوم على معاوضة مال (المستأمن) بمال المؤمن (شركة التأمين)، وهذه المعاوضة المالية فيها التفاضل والتأجيل، وهما ربا الفضل والنسيئة المحرمان في الكتاب والسنة وإجماع الأمة.
 - أما **التأمين الصحي:** فهو معاوضة مال بمنفعة قائمة أو محتملة الوجود، وهذا من باب العقود على المنافع المباحة. والجعالة والإجارة من عقود المعاوضات غير المالية في الشريعة الإسلامية فلا يدخلها الربا.
 - ٣ - **عقد التأمين على الحياة:** يدفع فيه المؤمن (الشركة) للمؤمن له (المستأمن) مبلغاً من المال لورثته عند حصول الوفاة.
 - أما **التأمين الصحي:** فإن المؤمن (المستشفى) لا يدفع نقوداً له عند حصول الضرر أو الوفاة وإنما يقوم بمعالجته مقابل ما دفعه من نقود.
 - فالعقد منصب على العلاج أصالة، والمال بالتبع، بخلاف التأمين على الحياة، فإن المال فيه مقصود أصالة وتبعاً من الطرفين على السواء.
 - ٤ - إن شركة التأمين شركة تجارية بحتة فهي عندما تدفع التعويض للمستأمن أو لوليه عند الموت أو الحادث إنما تدفعه كوسيط فقط. فالتزامها هذا التزام بما لا يلزم شرعاً. لأنها قد تدفع أكثر مما أخذت عند حصول الحادث أو الضرر، وقد تأخذ أكثر مما دفعت لو لم يحصل الحادث أو الضرر. وكونها وسيطاً يخرجها أن تكون طرفاً شرعياً في العقد.

أما التأمين الصحي فالتجارة ليست هي الأصل فيه، وإن كان الربح المادي مقصوداً لدى المؤمن (المستشفى)، لكن طلب شفاء المريض والثقة في المستشفى لدى العملاء أكبر عنده من الربح المادي.

٥ - إن شركة التأمين تشغل المال في غير الغرض الذي تُعقد معها من أجله - وهو دفع الضرر - كما أنها تقوم بتشغيله بالربا في البنوك وإعطائه للمشاركين.

أما التأمين الصحي فإن المال الذي يقبضه المستشفى يصرف في الغرض الذي من أجله أُبرم العقد بين الطرفين، أو فيما له به علاقة، فيصرفه في شراء الأدوية والتعاقد مع الأطباء المختصين ومساعدتهم، وتأمين الوسائل اللازمة لعلاج المرضى وراحتهم ورفع أداء المستشفى بجملته وكفاءته من حيث النظافة والصيانة.

٦ - عقد التأمين على الحياة عقد إذعان وإلزام، وهو من عقود المعاوضات المالية، أما عقد التأمين الصحي فهو من عقود التبرع والنفع العام للناس. فطلب الربح من أحد الطرفين فقط، أو وجود الجهالة والضرر اليوسرين لا يطلانه بخلاف عقود المعاوضات المالية^(١).

مشكلة الغموض وفقدان المرجع القانوني:

إن عملية تطبيق نظام الضمان الصحي يكتنفها الغموض فهي غير مقننة، وذلك يصبُّ في صالح شركات التأمين، ليكون التعامل وفق شروط هذه الشركات، التي ستسعى بالتأكيد إلى خفض أسعار وثيقة الضمان، دون مراعاة جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض، والذي من حقه الحصول على رعاية صحية كاملة وشاملة. أما المستشفى أو المنشأة الصحية فهي بدورها ستحاول تجنب الخسارة من خلال تقديم خدمات طبية أقل مما تتقاضاه من قيمة مالية من قبل شركات

(١) د. سعود بن عبد الله الفنينان: «التأمين الصحي في المنظور الإسلامي». مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، العدد ٣١. لسنة ١٤١٧هـ.

التأمين. وفي النهاية سيكون المريض هو الضحية. وكل ذلك يجعلنا نقول: إن التسرع في تطبيق نظام التأمين الطبي سيضر بالفكرة وربما يؤدي إلى أدها مبكراً^(١).

ولا توجد جهات قانونية متخصصة في القطاع الصحي والطبي تستطيع حل المنازعات بين هذه الفئات، ومن الضروري وضع قوانين مرنة وقابلة للتعديل والتبديل تنظم وتوضح العلاقة بين الجهات الثلاث المشاركة في عملية نظام الضمان الصحي التعاوني ومؤسسات القطاع الطبي، وتحديد الجهات المعنية بحل المشاكل والنزاعات القانونية المتوقع حدوثها خاصة عند بداية تطبيق هذا النظام^(٢).

(١) د. صالح القنباز، عضو اللجنة الطبية في الغرفة التجارية بالرياض (جريدة الرياض ٥/٥/٢٠٠١).

(٢) فهد سعود العرفج، مدير عام مجموعة الندوة الطبية وعضو اللجنة في الغرفة التجارية (مرجع سابق) عن بحث الدكتور أبو غدة.

الفصل الخامس عشر

ما هو الحل؟

تتجه الشركات الدوائية والعاملة في الحقل الصحي إلى رفع التكلفة للرعاية الصحية، وذلك بايجاد الأجهزة المعقدة، والعمليات الباهرة، والمستشفيات الفخمة، والعقاقير الغالية الثمن، مما جعل أغنى الدول تنوء تحت أثقال الصرف على الرعاية الصحية، حيث بلغت أكثر من (٤) ترليون دولار سنوياً حسب تقرير منظمة الصحة العالمية لعام (٢٠٠٧م). وهي مرشحة للارتفاع الصاروخي في السنوات القادمة بسبب دخول تقنيات الهندسة الوراثية والخلايا الجذعية والاستنساخ، والمزيد من الآلات المعقدة في التشخيص والعلاج وأنواع العمليات الجراحية الباهرة.

وقد اقترحت بعض الهيئات والباحثين في المجال الصحي أن يعالجوا هذه المشكلة المتزايدة على النحو التالي:

(١) فرض رسوم على المستفيدين من الخدمات الصحية: وللأسف فإن المتضررين من هذه الرسوم سيكونون الفقراء والنساء والأطفال والشيوخ وذوي الإعاقات. . . وهؤلاء هم الذين ينبغي أن يتلقوا الخدمات الطبية المجانية أو شبه المجانية.

(٢) الأخذ بنظام التأمين الصحي: والنظام المقترح في دول الخليج والدول الأخرى متأثر بصورة عامة بالنظام في الولايات المتحدة الأمريكية، وهو نظام قد أوضحنا عوارفه في الفصول الأولى. وقد أثبتت جميع الدراسات أن الولايات المتحدة الأمريكية التي تصرف أكثر من خمسة آلاف دولار على الفرد سنوياً (ضعف اليابان والدول الإسكندنافية ودول أوروبا وكندا وأستراليا. . إلخ) هي أقل في

مستواها الصحي من كوبة الفقيرة والمحاصرة منذ أربعين عاماً من الولايات المتحدة، حيث أن وفيات الأطفال في كوبة خمسة في الألف (من الرضع في السنة الأولى من العمر)، بينما هي في واشنطن (١٨) في الألف، وتبلغ وفيات الأطفال الرضع (السنة الأولى من العمر) (٧) من الألف في الولايات المتحدة ككل، ولكنها تبلغ لدى السود والعنصر الإسباني Hispanics أكثر من عشرين في الألف، وهو مستوى مشابه لدول العالم الثالث، بل إن كثيراً من الدول النامية قد حققت مستويات أفضل من ذلك بكثير. ويعيش في الولايات المتحدة أكثر من أربعين مليون بدون أي تأمين صحي على الإطلاق. ونتيجة هذا الوضع الشاذ بدأت الولايات المتحدة في البحث عن حلول لهذه المجموعات الكبيرة الهشة، وإعطائها نوعاً من التأمين الصحي مجاناً، وخاصة للأطفال، والحوامل، والذين تجاوزوا الخامسة والستين من العمر.

وقد ازداد حرج الحكومة الأمريكية بحدوث الإعصار «كاترينا» المدمر الذي ضرب الولايات الجنوبية وخليج المكسيك في الولايات المتحدة (٢٨ - ٣١ أغسطس ٢٠٠٥) مما أدى إلى قتل ألف أو يزيد وتشريد الملايين، وكل الذين ماتوا أو شردوا هم من السود وذوي الأصول الإسبانية وقليل جداً من البيض الآخرين الفقراء. . وكان مستوى العمل الإغاثي لا يزيد عن الدول الأفريقية المتخلفة. مما سبب انتقاداً حاداً للحكومة الأمريكية.

الجوانب السلبية في التأمين الصحي على النمط الأمريكي:

(١) إن فكرة التأمين الصحي تنبع من كونها استثماراً من شركات هدفها الربح.

(٢) عدم المساواة والعدالة في الخدمات المقدمة: فهناك من يجد كل شيء لأنه غني وقادر أن يدفع المبالغ الضخمة للتأمين الصحي الكامل. . وهناك من يجد بعض الخدمات حيث يدفع مبالغ أقل. وهناك من لا يجد أي خدمة على الإطلاق

مثل الفقراء والمعوزين والشيوخ والأطفال والحوامل وذوي العاهات المزمنة والإعاقات الدائمة. . . وهؤلاء كلهم إما أنهم لا يملكون ما يدفعونه لهذه الشركات الرأسمالية الربحية أو أن الشركات التأمينية ترفض التأمين عليهم، لأن رعايتهم وتقديم الخدمات الصحية ستكلف أضعاف أضعاف الأقساط المطلوب دفعها، وبالتالي يصبحون سبباً للخسارة لا للربح، وهذه الشركات تهدف إلى الربح، ولا بد لها بالتالي من أن ترفض التأمين عليهم إلا بدفع أقساط باهظة جداً تبلغ أضعاف أضعاف الأقساط العادية. وهم لا يملكون ذلك فيبقون بدون أي خدمة على الإطلاق.

وهنا تدفع الحكومات أو الكنائس أو الجمعيات الخيرية وتقوم بتقديم بعض الخدمات. وهذا ما تعاني منه حالياً الولايات المتحدة، وتحاول جاهدة أن تخفف من ويلاته.

(٣) ارتفاع التكلفة بشكل كبير.

(٤) نظام التأمين الصحي لا يقدم أي خدمة في الطب الوقائي. وهو الأساس. وقد رأينا أن معظم الأمراض (٨٠ بالمئة أو أكثر) سببها سلوك إنساني خاطئ فردي أو جماعي ويشمل ذلك تلوث البيئة والتدخين وشرب الخمر والأمراض الجنسية (الزنا واللواط)، واللهاث وراء الدنيا (القلق - التوتر - الكآبة - الانتحار)، حوادث السيارات والحوادث في أماكن العمل وعدم الرياضة وحياة الدعة، وكثرة الأكل والسمنة. . . وأنواع الطعام المليئة بالسموم (الهامبرجر والوجبات السريعة). . الخ.

(٥) التأمين الصحي يزيد في استخدام المستشفيات والتقنيات الحديثة ذات الكلفة العالية جداً، ويتعد عن الاجراءات البسيطة. . . لأن الجميع بما فيه المستشفيات الخاصة التي تقدم الخدمات لشركات التأمين تسعى وراء الربح بأي شكل وبأي وسيلة، وبالتالي تزداد كلفة الخدمات الطبية، وتصل إلى عنان السماء، حيث نرى التكلفة في الولايات المتحدة الأمريكية قد تجاوزت خمسة آلاف دولار

لكل فرد في السنة، بينما هي بضعة دولارات لكل فرد في كوبه . . والنتيجة أن الخدمات الصحية في كوبه أفضل بكثير مما هي عليه في الولايات المتحدة الأمريكية المقدمة للسود والفقراء وذوي الأصول الإسبانية، ولا تقل عن المستوى لدى البيض .

(٦) تتخلص الدول من مسؤولياتها عن صحة المواطنين، وبدء أفكار الخصخصة في المجال الصحي والمجال التعليمي . وهو أمر في منتهى الخطورة، حيث تتحكم القلة الغنية وأصحاب الشركات في هذا المجال في السياسة التعليمية والسياسة الإعلامية والسياسة الصحية للدولة، وبالتالي تتحول الدولة بكافة أجهزتها إلى خدم عند هذه الشركات الأخطبوطية كما هو حادث اليوم في الولايات المتحدة الأمريكية . ومن ثم تتحكم في سائر دول العالم عن طريق التحكم في التجارة (الجات، وصندوق النقد الدولي والبنك الدولي) والاقتصاد والصحة والاعلام . الخ . . وإذا احتاجت للاحتلال العسكري المباشر قامت به، مثلما كانت تفعله الدول الاستعمارية الكبرى . وظاهرة العولمة توضح أبعاد مخططات الشركات العملاقة التي لا حدود لها . . والتي أصبحت أقوى بكثير من الدول، بل إن الدول الكبرى تعمل لحسابها وفي خدمتها .

ما هو البديل؟

(١) التركيز على النظام الصحي الإسلامي: والطب الإسلامي في أساسه هو طب وقائي . وقد اهتم الإسلام بصحة الإنسان البدنية والنفسية والروحية في كل مراحل حياته . بل قبل أن يولد باختيار الزوجة والزوج الصالح . «أنكحوا الأكفاء»^(١) . وفي مجال الصحة العامة اهتم الإسلام بنظافة البدن والثوب والمسكن والبيئة^(٢) . وهو مجال واسع يبدأ من أحكام الطهارة والنجاسة وأحكام الوضوء

(١) رواه الحاكم وصححه ورواه ابن ماجه (الحديث رقم ١٩٦٨) والدارقطني ج ٣/٢٢٩ .

(٢) الوقاية الصحية على ضوء الكتاب والسنة لؤلؤة بنت صالح آل علي، دار ابن القيم الرياض، والطب =

والاغتسال وأحكام سنن الوضوء من السواك والاستنشاق والاستنثار.. الخ^(١).

وكيف أن الطهارة والوضوء تزيل الأوساخ المادية والمعنوية. وتنزل الذنوب وتزال مع آخر قطرة من قطرات الماء.. وهو مجال واسع جداً فيه العديد من الكتب والمقالات والأبحاث. وفوائد الصلاة الروحية والجسدية والنفسية - وفوائد الصيام^(٢).. وفوائد الزكاة والصدقة على الجسم والنفس والروح، على الفرد وعلى المجتمع. وكل واحد من هذه العناوين فيه بفضل الله عشرات الكتب ومئات المقالات.

وهناك عشرات الكتب المتعلقة بالطب النبوي.. وما فيها من أحاديث كثيرة في مجال الصحة. ويكفي في مجال الغذاء قوله تعالى: ﴿وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا﴾ [الأعراف: ٣١]، وقوله ﷺ: «بحسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه، فإن كان لا بد فاعلاً فثلث لطعامه وثلث لشرابه وثلث لنفسه» [أخرجه النسائي وابن ماجه والحاكم وابن حبان والترمذي وقال عنه حسن صحيح]. وقد أشرنا إلى ذلك فيما سبق، وأمراض السمنة التي لا تكاد تعدد ولا تحصى. وكيف أن النظام الإسلامي في الغذاء يمنع من حدوثها أولاً، ويعالجها عند بدء حدوثها، ولا يتركها تتفاقم.

وقد سبق الإشارة إلى رعاية الطفولة والأمومة وأهميتها القصوى في الإسلام والاهتمام بالحامل والمرضع والاهتمام بالرضيع وحقوقه - ومنع الإجهاض إلا لسبب طبي قوي.. وفي عالم اليوم يتم قتل خمسين مليون طفل لم ير الدنيا بعد سنوياً، يقتل الجنين عمداً وهو لا يزال في ظلمات الرحم، بسبب الفقر والجهل

= الوقائي النبوي لمحمود الحاج قاسم، دار النفائس، دمشق، والدكتور شوقي الفنجري: الطب الوقائي الإسلامي والدكتور نبيل الطويل: أحاديث في الصحة.

(١) د. محمد علي البار: السواك دار المنارة، جدة، وكتاب عن الختان أحدهما للبار والآخر للدكتور حسان شمسي باشا.

(٢) هناك عشرات الكتب عن فوائد الصيام منها كتاب للدكتور حسان شمسي باشا وآخر للدكتور محمد علي البار وثالث مشترك بينهما ورابع للدكتور عبد الجواد الصاوي.

الأطفال والشباب خصوصاً بها، وتؤدي بالتالي إلى السمنة وإلى أمراض عديدة أخرى غير متعلقة بالسمنة، لاحتوائها على مواد مسرطنة (كثرة القلي في الزيت) أو على مواد حافظة (تؤثر على الكلى والكبد ومنها أنواع تؤدي إلى السرطان) والمواد الملونة والمنكهة. !، كما تهتم الرعاية الصحية الأولية بتوفير المياه النقية، وتوفير النظافة في البدن والملبس والمسكن والمأكل، وكيفية التخلص من النفايات. وتوفير الرعاية للأمومة والطفولة وتحصين الأطفال ضد أمراض الطفولة المعدية، وإيجاد الصحة المدرسية والاهتمام بها، والوقاية من الأمراض المعدية، وكيفية القضاء على الأمراض المستوطنة (الملاريا، اللشمانيا، البلهارسيا). والعلاج المبكر للأمراض والإصابات الشائعة وتوفير العقاقير الأساسية، وخدمات التمريض والتطبيب في كل قرية ولو كانت بعيدة.

وبالإضافة إلى ذلك كله تشجع وتنمي القدرات الذاتية للأفراد والمجتمع للمحافظة على الصحة وتنميتها. . والاعتماد على النفس في مجال التخطيط والتنظيم والتشغيل والمراقبة لبرامج الرعاية الصحية الأولية. وهذا يستلزم تثقيفاً خاصاً لهذه المجتمعات واستخدام المسجد والمدرسة وجميع وسائل الإعلام للوصول إلى هذا الهدف.

ولا بد أن تتحمل الدولة تكاليف الرعاية الصحية الأولية بحيث تكون شاملة لكل أفراد المجتمع، وبصورة تضمن الحد الأدنى من العدالة للجميع، والوصول بهذه الخدمات إلى أعماق الريف والنجوع.

وقد سبق أن أوضحنا ذلك كله عند الحديث عن الرعاية الصحية الأولية وأوليناها ما تستحقه من الاهتمام والتفصيل.

ويهمنا هاهنا أن نؤكد أن كلفة الرعاية الصحية الأولية هي أقل بكثير من كلفة المستشفيات الفخمة والمتقدمة والتي تزخر بأحدث الأجهزة الطبية، والمختبرات والمعامل. . والأطباء المتخصصون في الفروع الدقيقة من الطب، فكلفة إجراء عملية زرع الكبد (كانت ترسل إلى الولايات المتحدة أو أوروبا) تصل إلى مليون

دولار (أجرة العملية، والبقاء فترة قبل وبعد العملية والعقاقير الخافضة للمناعة والفحوصات الدورية.. الخ)، بينما كلفة الوقاية من تليف الكبد الناتج عن الفيروس الكبدي (B) بالتطعيم لا تزيد عن عشرين دولاراً. وكلفة الوقاية من الفيروس (C) تحتاج إلى توعية الكادر الطبي لأنه يعتبر المسبب الأول لهذه الكارثة. فعلى سبيل المثال أدى علاج البلهارسيا في مصر بحقن الطرطير (وكانت الحقن غير معقمة أصلاً، هذا بالإضافة إلى أن فيروس C يحتاج إلى درجة حرارة (٢٠٠) مئوية وهو ما لم يكن متوفراً ولا معلوماً) إلى أن يصاب (٢٥) بالمئة من سكان مصر بالتهاب الكبد الفيروسي من نوع C، وهو أخطر أنواع التهاب الكبد الفيروسي - ويؤدي إلى الفشل الكبدي وإلى سرطان الكبد، وللأسف فإن عملية زرع الكبد لا تقضي على المرض، بل إن الفيروس يبقى في الدم والجسم، ويقوم من جديد بتدمير الكبد المزروعة، وخاصة أن عقاقير خفض المناعة التي تستخدم بكثافة في زرع الأعضاء (لمنع الرفض) تؤدي إلى ضعف المقاومة وسرعة انتشار المرض في الجسم، وسهولة تحطيم الكبد، فتذهب هذه الجهود الرائعة في زرع الكبد هباء..

والشيء ذاته يقال عن مدمني الخمر الذين ينتهون بتليف الكبد وربما سرطان الكبد، فلا فائدة من زرع الكبد إذا لم يتوقف عن شرب الخمر. والأصل في ذلك أن لا يشرب الخمر من الأساس حتى لا يصاب بأمراضها العديدة.

ومرة أخرى تقتضي الوقاية من الفيروس B و C أن ينتبه الأطباء إلى التعقيم وإلى استخدام أدوات لمرة واحدة فقط، وخاصة لدى أطباء الأسنان. كما أن فحص الدم قبل نقله يعتبر أمراً ضرورياً جداً وذلك لفيروسات B و C الكبدية ولفيروس مرض الايدز (HIV). كما أن عملية الغسيل الكلوي الدموي (الدليزة) الدموية تؤدي إلى إصابة ما يقرب من نصفهم (٤٥) بالمئة في المملكة العربية السعودية حسب احصائيات عام (٢٠٠٣). وبالتالي يجب البحث عن بدائل مثل الدليزة البيروتونية أو غيرها من الوسائل التي لا تسبب انتشار فيروس C.

والخلاصة أن كثيراً من الوسائل الطبية الباهرة في علاج الأمراض، قد تكون هي بذاتها أسباباً لأمراض أخرى خطيرة تظهر بعد عدة سنوات، وعلى سبيل المثال عقار الثاليدوميد المهدئ الذي قيل أنه لا ضرر منه للحوامل، أدى إلى إصابة الأجنة بعاهات خلقية شديدة أدت إلى عدم ظهور الأطراف العلوية والسفلية وإلى ضمورها الشديد. واضطرت الشركة إلى أن توقف العلاج، وتدفع مئات الملايين من الدولارات كتعويضات في الولايات المتحدة. وأخيراً (عام ٢٠٠٥) تم إيقاف دواء فايوكس Viox المسكن الذي يعطى لمرضى الروماتيزم لأنه يسبب زيادة في حدوث أمراض القلب . . وهكذا دواليك .

وبسبب انتشار السمنة وحياة الرفاهية والدعة في منطقة الخليج العربي، أصبح مرض السكري منتشراً بدرجة الوباء (واحد من كل أربعة بالغين يعانون من مرض السكري) ويؤدي ذلك إلى انتشار أمراض القلب والدورة الدموية وإصابة الكلى والأطراف والعيون . . . الخ. ومن المرعب أن (٧٠) بالمئة ممن يجرون القسطرة القلبية يعانون من مرض السكري. وأن (٣٥) بالمئة ممن يعانون من الفشل الكلوي يعانون من السكري أو السكري مع ارتفاع ضغط الدم. وأما من يعانون من ارتفاع ضغط الدم دون مرض السكري فيشكلون (٣٧) بالمئة من مرضى الفشل الكلوي . .

وهذه أمراض كلها يمكن الوقاية منها، أو على الأقل اكتشافها مبكراً وعلاجها بكفاءة، بحيث نقلل إلى حد كبير جداً من المضاعفات والاختلاطات والأمراض الخطيرة التي تنتهي إليها. ولا يمكن أن يقوم بذلك إلا نظام جيد وكفوء للرعاية الصحية الأولية .

إن الوقاية من المرض تكلف دربهما قليلة، ومعالجته في بدايته تكلف بضع مئات، أما معالجته بعد أن يستفحل فتكلف الملايين بفائدة قليلة وأحياناً بدون أي فائدة .

إن تقليد أسوأ ما في الغرب والبحث عن الربح هو الذي يؤدي بدول العالم الثالث إلى البحث عن المستشفيات الضخمة والعمليات التي تبهر العقول (عمليات

زرع الكبد أو زرع القلب وغيرها الخ) بينما نهمل تماماً التوعية الصحية وتغيير نمط الحياة السلوكي الخاطيء، كما نهمل تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تلعب دوراً في الوقاية من الأمراض، كما تلعب دوراً هاماً في تنمية الصحة في المجتمع، وخاصة في رعاية الطفولة والأمومة، وتقوم باكتشاف الأمراض في مراحلها الأولى، وبالتالي توفر العلاج لها، أو على الأقل في حالات الأمراض المزمنة تخفف إلى حد كبير من ويلاتها ومضاعفاتها.

إن كلفة الرعاية الصحية الأولية لا تزيد عن بضعة دولارات لكل فرد في العام، بينما كلفة المستشفيات والعمليات الجراحية الباهرة ووسائل الإنجاب الحديثة وعمليات التجميل وتصغير الأنف وترقيق الشفة أو تصغير الثدي أو تكبيره أو تغيير الجنس (حسب الهوى)، كل ذلك يكلف مبالغ طائلة، وتتحول إلى آلاف الدولارات لكل فرد من السكان في العام.

إن كلفة الرعاية الصحية الأولية يجب أن تتحملها الدولة، فإن كانت الدولة فقيرة جداً بمواردها، فلا مانع من إيجاد ضريبة خاصة بالرعاية الصحية تستقطع من الدخل بنسبة ثابتة (٤ بالمئة كما فعلت اليابان). وبالتالي فإن من دخله مئات الملايين سيدفع هذه النسبة، والفقير الذي دخله بضعة آلاف سيدفع هذه النسبة، وأما المعدمين أو الأطفال أو الحوامل أو الشيوخ، أو ذوي الإعاقات فإنهم كلهم يعفون من هذه الضريبة، وتقدم لهم الخدمات الصحية مجاناً.

وللأسف تتجه كثير من البلدان إلى إعفاء الأغنياء وذوي النفوذ من الضرائب العامة وضرائب الدخل، أو على الأقل تخفيفها بالنسبة لهم، بينما نجد العديد من الضرائب المباشرة وغير المباشرة على ذوي الدخل المحدود. وهو أمر في منتهى العجب، بل في منتهى الظلم، وسيؤدي إلى قلاقل وفتن اجتماعية خطيرة.

والواقع أن تمويل الرعاية الصحية أمر غير عسير إذا قامت الدولة بجباية ما يجب من الضرائب التي تفرض على الدخل، وخاصة ذوي الدخل البليونية،

وينبغي أن تكون تلك الضرائب تصاعديّة كما هو في العديد من دول العالم المتقدّم (دول الشمال الاسكندنافية، المملكة المتحدة، دول أوروبا، اليابان . . الخ) بحيث تفرض نسبة عالية جداً من الضريبة على الدخل البليونية، ثم تقل على الشرائح الأقل دخلاً.

(٣) المؤسسات الوقفية ينبغي إعادة دور الوقف الذي رعى المجتمعات الإسلاميّة لأكثر من ألف عام. وقد كان التعليم كله معتمداً على الأوقاف. وكذلك كانت الرعاية الصحيّة. هذا بالإضافة إلى دور الأوقاف في رعاية المساجد والذي لم يتوقف بفضل الله قط.

ويمكن تفعيل الوقف بإقامة مؤسسات وقفية أهلية ترعاها الدولة لضبط أمورها والرقابة عليها، وتقدم هذه الأوقاف الرعاية الصحيّة بالتعاون مع الدولة على عدة مستويات، ابتداء من المستوصفات والعيادات الملحقة بمسجد القرية إلى المستشفيات الكبيرة، والتي تقدم خدماتها بأجور رمزية، يُعفى منها المعدمون والذين لا يستطيعون دفع تلك الأجور الرمزية، بعد دراسة حالتهم الاجتماعيّة.

وعلينا أن نكثف من أعمال الجمعيات الخيرية الإسلاميّة والعمل الخيري التطوعي وأن نشجع ذلك بكافة الوسائل. لا أن نحجمه ونكاد نخنقه خوفاً من هيمنة الدول الكبرى والتي تحارب الأعمال الخيرية والإغاثة الإسلاميّة وتتهمها ظلماً وعدواناً بدعم الإرهاب . .

ولا بد من تفعيل الجمعيات الخيرية الإسلاميّة والسماح لها بالتحرك والعمل الخيري على أوسع نطاق دون الوجع من الدول الكبرى.

وقد بدأت مصر بإيجاد مستوصفات طبية ملحقة ببعض المساجد، من أشهرها مركز الدكتور مصطفى محمود ونجحت الفكرة تماماً، وهي تقدم خدمات طبية لا بأس بها بأسعار معتدلة جداً يستطيع المواطن المصري المطحون أن يدفعها. كما أن كثيراً من المساجد قد أقامت دورات تشغيلية للنساء وتعليم الخياطة، ودورات

مكثفة لتعليم الكمبيوتر، وأخرى لتعليم اللغات. وأعتقد أن هذا الدور المرتبط بالمسجد يؤدي إلى إحياء دور المسجد في المجتمع بحيث تتحرك الأنشطة الاجتماعية والتعليمية والصحية من مركزها الحقيقي في المجتمع والحي، وهو المسجد.

ويمكن تفعيل هذا الدور في جميع البلاد الإسلامية، وإعادة المسجد إلى دوره البناء في المجتمع، وليكون قائداً لهذه الأمة إلى كل خير، ونهاياً لها عن كل شر، وفاعلاً في بناء الأخوة الإسلامية، وتكافل المجتمع وتربطه، وتحقيق دور الرعاية الصحية الأولية إلى حد لا بأس به عن طريق المسجد.

ولهذا ينبغي أن نعيد للمجتمع، كما تقول منظمة الصحة العالمية، دوره الفاعل في تنمية المجتمع والحفاظ على صحته وثقافته وتكافله، وذلك ما يسمى التمكين Empowerment وهذا يستدعي التخفيف من النظام المركزي البيروقراطي الذي تنوء بكاهله معظم، إن لم نقل كل، دول العالم الثالث.

ويجب على الدولة أن تخفف الضرائب على من يقوم بالتبرع لهذه المشاريع الوقفية، بل ينبغي أن تستقطع من الضرائب المفروضة، كما تفعله الدول الغربية ذاتها. وما بدأت به ماليزية حيث أن من يدفع لمؤسسة الزكاة يحسب له وتنخفض بالتالي الضرائب عليه. ومؤسسة الزكاة مستقلة عن الدولة وهي بإشرافها، وتقدم الخدمات للفقراء والمساكين من تعليم وصحة ورعاية.

الفصل السادس عشر

نظام الصحة العامة وإصلاح النظم الصحية

إدارات الصحة العامة:

تكتسب إدارات الصحة العامة مكانة هامة في النظام الصحي الفعال وتسهم بفاعلية في:

- * تكوين قيادات في مجال الصحة العامة.
- * تقييم الوضع الصحي وفق سياسات الدول.
- * إعطاء صورة شاملة عن الحالة الصحية في البلد.
- * تحديد المهام الصحية المطلوب إنجازها على المستوى المحلي.
- * العمل على إيجاد الكوادر الصحية المدربة في مجالات الاحتياج المختلفة.
- * تنسيق نشاطات الصحة العامة من خلال البنى التحتية الصحية المحلية.
- * تنسيق وظائف حماية الصحة في البلد ومنها وضع الضوابط والإشتراطات الخاصة بمنع حدوث الأمراض، ودخولها وانتشارها، وآليات مكافحتها.
- * نشر تقرير سنوي إحصائي تحليلي عن الحالة الصحية العامة بالبلد.
- * تنسيق الاستجابة الفورية الفعالة لحالات الكوارث الصحية والبيئية على مستوى البلد.
- * تحديد ودعم أولويات التمويل في مجال بحوث الصحة العامة.
- * خلق بيئة عمل تستحث التطوير والإبداع وتشجع البحوث العلمية والممارسات الرائدة وتنشرها.

* الإسهام في جهود الصحة العامة الدولية من خلال المنظمات المحلية والاستجابة لمتطلباتها .

* العمل على تعزيز الصحة ونشر الثقافة الصحية السليمة .

جدول (١): مقارنة منهجية للتتحرك حيال تحقيق الصحة العامة في ظل

نظام صحي فردي التوجه ونظام الصحة العامة

سياسة برنامج العمل	النظام فردي التوجه	نظام الصحة العامة الحديث (النموذج الإيديولوجي القائم على أساس ارتباط الإنسان ببيئة)
العلاقة مع الاقتصاد العام (علاقة الصحة والثروة)	يسمح بتفاوت الفرص والحظوظ ويتحرك حسب احتياجات السوق	يخفف من تفاوت الحظوظ ويسعى لعدالة التوزيع وذلك من خلال سياسات تحقق السلامة الصحية
الاتجاه الاقتصادي المعتمد لتحقيق السياسة الصحية المرسومة	نظام التأمين الفردي المبني على أساس المخاطر ونوع التغطية .	نظام التأمين الاجتماعي الصحي «يضمن تأمين الرعاية الصحية الأولية وخدمات الصحة العامة وينظم الحصول على الخدمات الأخرى» .
الاعتبار الأخلاقي	مسؤولية فردية وحماية ذاتية	مسؤولية اجتماعية مبنية على أساس الاحتياجات الأساسية العامة وعدالة التوزيع .
التكلفة والمحاسبية الصحية	لا يدخل في حساباته الظاهرة التكلفة غير المرئية الناتجة عن اعتلال الصحة والأصل فيه ارتفاع الكلفة وفردية الأثر .	تشتمل حساباته على معظم التكلفة الاقتصادية الناجمة عن الآثار المختلفة لاعتلال الصحة وهو في مجمله أقل كلفة وأشمل تغطية وأدوم أثراً .

مدى تدخل النظام في سياسة المقاطعات الحكومية	محدود جداً يتجنب التأثير والسيطرة على التوجه	يتدخل لمعالجة أي اختلال في توازنات التوجه ويوازن بين القوى الفردية والاجتماعية.
أساس التنسيق والتشاور مع المستفيد من الخدمة	ينطلق من كونه مجرد مستهلك على المستوى الفردي	ينطلق من كون الفرد مواطن له دور في تحقيق الصحة العامة
آلية التوجه نحو حل المشاكل الصحية	يستهدف المجموعات المعرفية للخطر ويركز على المستهلك النهائي للخدمة المقدمة	يقدم الحل على مراجعة شاملة تسلسلية للأسباب المؤدية للمرض على مستوى المجتمع ويعمل على حل المشكلة.

وظائف نظام الصحة العامة:

- وتتلخص الوظائف الرئيسية لنظام الصحة العامة في عشر نقاط:
- أولاً: مراقبة الحالة الصحية للمجتمع والتعرف على مشكلاته الصحية.
 - ثانياً: تشخيص وتحري المشكلات والمخاطر الصحية في المجتمع.
 - ثالثاً: الإخبار عن القضايا الصحية الرئيسة وتوعية المجتمع بأسباب وحجم حدوثها وآليات الوقاية منها أو منع آثارها وتزويده بالوسائل المعينة على تحقق ذلك.
 - رابعاً: تحريك وتفعيل آليات شراكة مع أفراد المجتمع ليساهموا في التعرف على المشكلات الصحية وحلها.
 - خامساً: تطوير سياسات وخطط تدعم الجهود الصحية للأفراد والمجتمعات.
 - سادساً: إقرار وتفعيل أنظمة وقوانين تحمي الصحة وتعزز السلامة البيئية والمهنية.

سابعاً: ربط الناس بالخدمات الصحية المحتاجة على مستواهم الشخصي والتأكد من حصولهم على الخدمة.

ثامناً: ضمان توفر قوى عاملة كفؤة في مجالات الصحة العامة وتقديم الخدمات الصحية العلاجية والوقائية.

تاسعاً: تقييم جودة وفعالية الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والمجتمعات والتأكد من سهولة الوصول لها من قبل المستهدفين بها.

عاشراً: البحث عن سبل جديدة وإبداعية لحل المشاكل الصحية.

ويتسم النظام الصحي الشامل الفعال بصفات عشر فهو:

- (١) يقوم على رؤية واضحة.
- (٢) له رسالة محددة وقيم ضابطة.
- (٣) يتناول قضايا إستراتيجية واضحة وله أهداف مرحلية محددة ومبنية على الأولوية وقابلة للقياس.
- (٤) يستند إلى هيكلية إدارية محققة لأهدافه.
- (٥) يتبنى الإبداع ويتسم بالمرونة.
- (٦) يلتزم بالجودة منهجاً وممارسة ويسن لذلك ما يحققه.
- (٧) فاعلية أداء عالية من خلال النهج الجماعي وتفعيل وتحريك الطاقات وتفعيل التقنية للقضاء على البيروقراطية وتحقيق التميز.
- (٨) يراجع باستمرار ويحسن في صور وآليات وأماكن تقديم الخدمات الصحية لتكون دائماً في أحسن أشكالها وأكثرها فاعلية وأحسنها أداءً.
- (٩) يعتمد المحاسبة منهجاً لأعماله وأفراده.
- (١٠) يهيئ البنى التحتية المناسبة لممارسات الغد الذي يستشرفه.

مكونات النظام الصحي الفعال:

للنظام الصحي الفعال خمس مكونات رئيسية هي:

أولاً: مجلس أعلى للخدمات الصحية يقوم برسم السياسات الصحية وتحديد القضايا الإستراتيجية وآليات تحقيقها وفقاً لأولوية الاحتياج وجدوى التكلفة.

ثانياً: إدارة فاعلة لنظم الصحة العامة مدعومة بالمتخصصين في مجالات طب المجتمع والإدارة الصحية.

ثالثاً: هيكله ومنهجية إدارية تعتمد اللامركزية الإدارية ومرونة التنظيم والتمويل.

رابعاً: هناك ثلاث مستويات لتقديم الخدمات الصحية هي:

* الرعاية الصحية الأولية مع ما تحتاجه من دعم مادي وبشري وتقني، ودعمها بأطباء الأسرة المختصين الذين يشكلون عصب الفريق المقدم للخدمة، إضافة إلى مختصي طب المجتمع وفئات التمريض والتثقيف والخدمة النفسية والاجتماعية وغيرهم.

* الرعاية الصحية من المستوى الثاني (المستشفيات العامة).

* المستوى الثالث (المستشفيات والمراكز التخصصية) مع ما يحتاجه من مبانٍ وبنى تحتية وتجهيزات وتنظيم ومتخصصين.

خامساً: الأجهزة المساندة اللازمة لتنظيم جودة الأداء، وترتيب الجوانب المالية والتمويلية والتمويلية، والتعليمية والوظيفية، والإنشائية والإشرافية والرقابية العامة، إضافةً إلى الإدارات المنظمة لعمال القطاع الصحي الخاص والخيري.

النظام الصحي العام المواكب يدرك التحولات والتغيرات في الممارسات الصحية ويوائم بينها بما يحقق التوازن المطلوب، ويعزز صحة المجتمع وأفراده:

وأبرز تلك التحولات والمواءمات هي:

- * مواءمته بين الطب السريري وتطوراته، وبين التركيز على الصحة العامة.
- * مواءمته بين القفزات التقنية وإيجابياتها، وبين تعزيز اللمسة الإنسانية في الممارسة الطبية.
- * مواءمته بين الاهتمام بالأفراد ومشاكلهم، وبين الاهتمام بالأسر والمجتمعات.
- * مواءمته بين التمركز حول الطبيب وجعله مهيمناً، وبين التمركز حول المريض وجعله مركز الاهتمام.
- * مواءمته بين الطب العلاجي محدود النظرة وبين الطب الشامل.
- * مواءمته بين تناول المرض وأثره المحدود وبين تناول المعاناة الناشئة عن المرض على الفرد وذويه.
- * مواءمته بين الاهتمام بمتلقي الخدمة العامة والتخصصية، وبين توسيع الاهتمام ليشمل مقدم الخدمة وممولها.
- * مواءمته بين التركيز على خدمات تنويم المرضى وطول إقامته، إلى تبني نهج الإقامة القصيرة والجراحات النهارية.
- * مواءمته بين الخدمة المجانية التامة، وبين إمكانية إيجاد رسوم رمزية جداً على بعض الخدمات.
- * مواءمته بين المنافسة وسليباتها، وبين مبدأ التعاون الجماعي الفعال.
- * مواءمته بين الطب التقليدي الحديث والاقتصار عليه، وبين الطب المكمل والبديل المنضبط.

* مواءمته بين الممارسة وفقاً للخبرة الشخصية فقط، وبين مفهوم الطب المبني على البرهان.

التغيير والإصلاح في النظم الصحية:

مع تنامي وزيادة المطالب، وارتفاع مستوى وحجم التوقعات من القطاع الصحي، وعجز مصادر التمويل عن المواكبة، نشأت الحاجة في كثير من الدول إلى إعادة هيكلة النظام الصحي وإدخال تغييرات وإصلاحات على تلك النظم، بهدف زيادة فعاليتها وجدوى تكلفتها عليها، وتحسين نظم المعلومات، وتنويع مصادر وآليات التمويل، وتقديم الخدمة، وتوسيع وتنويع قاعدة الشركاء من الأفراد والمؤسسات.

وتعمل التغييرات الإصلاحية على:

- أ - إدارة الموارد بشكل أفضل، من خلال تفعيل آليات الأولوية وعمومية النفع،
- ب - التعامل مع توقعات العامة من النظام الصحي فتحجّمها وترشدها وتوجهها نحو الأهم والأنفع.

والإصلاح الشامل في النظام الصحي أوسع نطاقاً من التغييرات الجزئية، إذ يهدف إلى تحسين الحالة الصحية للمجتمع، وتحقيق العدالة، وتحسين الرفاهية الفردية.

وتتشابه السمات الرئيسية للأنظمة الصحية في الدول العربية وفيما يلي توصيف لتلك السمات في دول مجلس التعاون الخليجي:

أولاً: أنها قائمة على أساس اعتماد ثلاث مستويات لتقديم الخدمة وهي: الرعاية الصحية الأولية، والمستشفيات العامة، والمستشفيات والمراكز التخصصية.

ثانياً: رغم تبني الدول للرعاية الصحية الأولية كقاعدة أساسية ومدخل للخدمات الصحية، إلا أن هناك مشاكل متعددة ومن أهمها:

- ١ - أن ما يناله هذا المستوى من الخدمات ما يزال يفتقر للدعم اللازم لقيامه بدوره.
 - ٢ - ما زال يعاني من قدم المباني وتجهيزاتها، وعدم مناسبتها لوظائف الرعاية الصحية الأولية.
 - ٣ - نقص الكوادر وضعف في تأهيلها.
 - ٤ - هنالك إشكالات إدارية في التخطيط والتنظيم والرقابة والقيادة،
 - ٥ - معاناة العاملين فيه من ضعف الرضى الوظيفي.
- وكل هذه الأمور تحول دون تحقيق هذا المستوى من الخدمة للأهداف التي ينشدها.
- ثالثاً: يفتقر عدد من الأنظمة الصحية لوجود نظام صحة عامة، ضابط ومهيمن يؤدي دوره المبين سابقاً.
- رابعاً: نقص كمي ونوعي في الكوادر الفنية المؤهلة مع وجود نسبة عالية من غير المواطنين.
- خامساً: بيروقراطية إدارية وتنظيمية لا تحقق مزايا المرونة والإبداع.
- سادساً: التوجه نحو تحول، غير مدروس بقدر كافي، نحو التخصصية والتأمين الصحي مما سيؤدي إلى ضعف الضبط والسيطرة على القطاع الصحي الخاص، وتقوية شركات التأمين، على حساب نوع ونوعية الخدمة الصحية المقدمة للمستفيدين. إذ أن الأنظمة التأمينية القائمة، تحول بين مقدم الخدمة والمستفيد منها، وفقاً للنموذج الأمريكي الذي ثبت إخفاقه في حين تدعو الحاجة لقيام أنظمة تأمينية تعاونية صحية اجتماعية حكومية كما هو في التجارب الكندية والبريطانية وغيرها.
- سابعاً: يحتاج النظام التعليمي الصحي في الجامعات والكليات والمعاهد

الصحية إلى زيادة في العدد والفاعلية وتبني طرائق تعليم وتعلم إبداعية تفاعلية عملية. كما أن الحاجة ماسة لإيجاد تعليم جامعي متخصص في مجالات الصحة العامة وفروعها المخلفة، لتخريج كوادر فنية متخصصة، في مجالات الإصلاح البيئي، والصحة المهنية والصناعية، ومراقبة الوبائيات، والتثقيف الصحي والغذائي وغيرها.

ثامناً: هنالك ضعف كمي ونوعي في خطط وآليات معالجة قضايا الصحة والسلامة المهنية والبيئية. فعلى الرغم من التوسع الكبير والمستمر في مجال الصناعات، إلا أن عدداً من المدن والمهن الصناعية، تفتقر لأساسيات ضمان الصحة والسلامة المهنية والبيئية.

ولا شك أن الأمر بحاجة إلى إيجاد رؤية صحية معتمدة حيال ذلك، وتأهيل وتوفير القوى العاملة المتخصصة، والبنى التحتية، والتجهيزات اللازمة لتحقيقها.

تاسعاً: ممارسة متوسعة ومتنامية للعمل الصحي الخاص والخيري، وهي تستحق الدعم اللوجستي والإجرائي والتشجيع.

ولكنها تحتاج إلى آليات مبتكرة في دعم مسيرتها، والإشراف عليها، بعيداً عن الهياكل المثقلة في وزارات الصحة.

ويقترح النظر في تشكيل «هيئة وطنية للقطاع الصحي الخاص»، وأخرى «للقطاع الصحي الخيري» ذات شخصية اعتبارية مستقلة، تستفيد من نموذج الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، من حيث ذاتية التمويل، وتنوع المشاركين في إدارتها وأداء مهامها. ويشمل ذلك ثلثة من العاملين في القطاع الخاص والجهات الأكاديمية والرقابية.

عاشراً: ممارسة متنوعة ومتنامية وغير متضبطة للطب المكمل والطب البديل، مع عدم وجود رؤية متوازنة في هذا المجال. فالحاجة ماسة لتنظيم ومراقبة هذه الممارسات، وترخيص المناسب منها، وفقاً للأدلة العلمية المتوفرة، واعتبار ضمان

عدم الضرر، ومنع صور الدجل والشعوذة والكذب والتضليل.

ومن المناسب إنشاء هيئة مختصة بذلك، مماثلة لهيئة القطاع الصحي الخاص في فكرتها ومختلفة في أهدافها وتكوينها. ويكون لكل تلك الهيئات مجلس أمناء برئاسة وزير الصحة، وتشارك في عضويته الجهات الصحية والأكاديمية ذات الصلة بموضوع الهيئة.

نماذج وآليات تمويل القطاع الصحي:

لا بد في البداية من تحديد خمسة جوانب هامة تتعلق بنموذج التمويل

المناسب للقطاع الصحي:

(١) تحديد الحجم والمستوى العام المطلوب للتمويل. (حجمه ومدى تغطيته وجودته).

(٢) تحديد مصدر التمويل (الحكومة، جهة العمل، الفرد الخ).

(٣) من هو المشتري الفعلي للخدمة الصحية؟

(٤) كيف يتم توزيع و صرف التمويل على المشتريين؟

(٥) ما هي الطرق التي يستخدمها مشتلو الخدمة الصحية لتمويل مقدمي الخدمة؟

مصادر التمويل للخدمات الصحية:

تنوع مصادر تمويل الخدمات الصحية إلا أن أهمها:

أولاً: الضرائب العامة والمحلية التي تفرضها الدول أو المقاطعات المحلية:

وتستخدم عوائدها - كما في بريطانيا والدول الإسكندنافية - في تمويل القطاع الصحي، وتتدخل الدولة في ضبط توزيع و صرف الحصص المالية على الخدمة.

ثانياً: الموظفون وأرباب العمل:

و غالباً ما يكون ذلك من خلال ضرائب خاصة إلزامية، متفق عليها فيما

رابعاً: التمويل المباشر من الحكومة:

ويكون في شكل ميزانيات معتمدة لصالح القطاع الصحي، تغطي معظم التكلفة للخدمات الأساسية والتخصصية.

ولكن هذا النموذج بدأ يعاني من إشكالات الترهل، وارتفاع التكلفة، وبيروقراطية النظام الإداري. كما أن هناك تدنياً في جودة الأداء، وعدم مواكبته للزيادة المضطردة في إحتياجات وتوقعات المستفيدين من الخدمة، فضلاً عن سوء الاستخدام.

ويبدأ عدد من الدول التي تمارس ذلك النظام البحث عن حلول تمويلية نرى. وقد نزع بعضها لاتجاهات التخصصية والتأمين!!

سأ: القطاع الصحي الخيري:

وذلك من خلال مؤسسات، أو جمعيات متخصصة في دعم الأعمال الصحية، كليا أو جزئياً. ويؤسس بعضها برامج وافية خاصة بذلك.

بتنامى دور هذا القطاع على مستوى العالم ككل، وهناك بدايات جيدة في دول العربية، إلا أنها تحتاج إلى مزيد من التنظيم والتأطير، والدعم اللازم لإنجاح أعمالها.

على كل حال تغطي نسبة محدودة من ذوي الإحتياج الصحي، ولكن عاماً نحو هيكلتها وزيادة برامجها، وتنوع مشاركتها.

الدول العربية والإسلامية إلى الاستفادة من التجارب الوافية الصحية رحة في هذا الكتاب، والعمل على إيجاد أشكال معاصرة مناسبة، في العام والخاص فرص تمويلية، لم تنل حظها من المراجعة لمننا المعاصر.

بينهم، وتكون على شكل استقطاع شهري من رواتب الأفراد وميزانيات أرباب العمل.

ويوظف ذلك لصالح نظام ضمان صحي إجتماعي يمكن أفراد المجتمع الشركة من الحصول مجاناً على الخدمات الصحية الأساسية. ولا تشتري تلك الخدمات من المرافق الصحية الحكومية فحسب من أرباب القطاع الصحي الخاص (مستشفيات ومراكز صحية و تخصصية)، وذلك وفق آلية معتمدة. وهذا النموذج هو السائد في عدد من الدول الأوروبية مثل

ثالثاً: التأمين الصحي الفردي:

ويتم فيه شراء بوليصة تأمين صحي فردي من شركات وتتفاوت أسعارها حسب حجم ونوعية تغطيتها. ويسود هذا النموذج في الدول التي يسيطر عليها الخدمات الصحية المقدمة.

ويعمل معظم الناس لدى شركات تقوم بتأمينهم تساهم فيها - كما هو الحال في الولايات المتحدة النظام على «التأمين التجاري» الممنوع شرعاً وقد قامت جهات عدة في العالم يحل الإشكال الشرعي من الناحية الإدارية الممارسة والتطبيق.

وإضافة إلى جانب الإشكال التجاري الفردي هي توسط شركات وتدخلها المتكرر في تحديد مقدم الخدمة في إشكالات

أخيراً

خامساً

الخبر

و

بعض الدول اللوجستي

وهي هناك توجهاً

وتحتاج الرائعة المشروء فالوقوف الصحي والتجريب في عالمنا

الفصل السابع عشر

قواعد الإصلاح الصحي

قضايا إرشادية مقترحة لتحقيق الإصلاح الصحي المنشود:

١ - لا شك أن عملية التغيير الفعالة ستكون جذرية النهاية، مرحلية الحدوث، مستمرة في التطوير. ومن الأهمية بمكان أن ندرك أن أي نسق تشكيلي للأنظمة الصحية يعتمد في الأساس على الواقع الثقافي والديموغرافي والاجتماعي والإقتصادي والمؤسسي لكل دولة على حدة. ومن ثم فليس هناك نسق موحد تشكيلي لنظام صحي نموذجي أو مثالي. وبناء على ذلك فليست هناك مجموعة واحدة من السياسات يمكن أن تنطبق على وجه العموم، كما أن مختلف جوانب أداء القطاع الصحي تعتمد على أنشطة لا علاقة لها بالقطاع الصحي، مثل المياه والصرف الصحي والتعليم ومساندة الدخل والإسكان، ... الخ.

٢ - لا بد من استيعاب الدروس المستفادة من تجارب الآخرين عالمياً وأهمها:

(أ) أنه لا توجد حلول سهلة لمواجهة التحديات الصحية، ولهذا فلا بد من تحقيق التوازن بين الطموحات والإمكانات، في ظل ما يحيط بالبيئة من تعقيدات وتشابكات وجماعات قد تكون ذات مصالح متضاربة.

(ب) على صنّاع السياسات الصحية أن يركزوا اهتمامهم على تطوير أداء المرافق وإعادة هيكلتها، وتغيير وتعديل الأنظمة الإدارية غير المناسبة، وتجنب فشل أو قصور البنية التحتية، وليس مجرد التركيز على معالجة النقص الحاد في التمويل والبحث عن كيفية تديره وتنويع مصادره.

- ج) تبني سلم الرواتب والحوافز على أداء الأفراد، وليس على الميزات الثابتة التي يتساوى فيها المحسن والمقصر، ووضع آليات تقويم ومحاسبة تخدم ذلك.
- د) العمل على إقناع السياسيين والمستفيدين من الخدمة والمهنيين (مقدمي الخدمة) بأهمية الإصلاح الصحي وإشراكهم في تلك العملية.
- هـ) ضمان الإرادة السياسية العليا الداعمة للإصلاح هو مفتاح النجاح لعملية الإصلاح الصحي وتحقيق النجاح المرجو منه.
- ٣ - لا بد أن يبنى الإصلاح الصحي على أساس خطة إستراتيجية محددة الرؤية والرسالة والقيم، وفقاً لنظام صحة عامة معتمدة مبني على أولوية الإحتياج.
- ٤ - ينبغي أن تكون القضايا الأساسية التي تبناها الخطة، مبنية على أساس الأولوية والعملية والمرونة، ولا مركزية التنفيذ.
- ٥ - في التطبيق العملي، يجب أن يتركز دور وزارة الصحة في التخطيط الإستراتيجي، وتحديد السياسات العامة، ومعايير التنفيذ، ووضع آلية للتحقق من تنفيذ الخطة وفقاً لذلك، دون الخوض في أي من الأعمال التنفيذية.
- ٦ - اعتماد الرعاية الصحية الأولية قناة رئيسية للتنفيذ.
- ٧ - اعتماد طبيب الأسرة وفريق عمله عنصراً أساساً لعملية إعادة الهيكلة والتركيز في القطاع الصحي.
- ٨ - وضع آليات تضمن التمكين اللازم للرعاية الصحية الأولية (مباني وتجهيزات وقوي عاملة وإجراءات...) ولطبيب الأسرة وفريق عمله (تدريباً وتأهيلاً، فنياً وقيادياً، كمياً ونوعياً، وتحفيزاً مادياً ومعنوياً...) وتذليل كل العوائق القائمة ليتحقق من خلالها الدور المأمول منهم.
- ٩ - ملاحظة أن ما يدفع على الخدمات الصحية في الدول العربية ما زال دون

المطلوب، والمقارنات تشير إلى ذلك، إضافة إلى وجود خلل في أولويات التوزيع. ولذلك فإن تمويل القطاع الصحي بحاجة إلى أمرين: أولهما: زيادة المخصص.

وثانيهما: - وهو أهمها - إعادة التوجيه والتوزيع ليكون التركيز بشكل أكبر على قضايا حفظ الصحة والوقاية من المرض، وبرامج وخدمات الرعاية الصحية الأولية.

١٠ - أي مراجعة للنظام الصحي يجب أن تأخذ في الاعتبار نتائج دراسات «باربرا ستارفيلد»، حيث قامت على مدى العشر سنوات الماضية بنشر تقرير وخمس بحوث رئيسة، أثبتت بالبرهان جدوى وأهمية الرعاية الصحية الأولية ودعت لمنحها مكانتها المطلوبة في النظام الصحي، إذ أظهرت أن أنجح النظم الصحية هي تلك القائمة على نظام الصحة العامة وبرامج الرعاية الصحية الأولية.

فلقد أظهرت الجهود الكبيرة القيمة التي قامت بها الباحثة الأمريكية الدكتورة «بابارا ستارفيلد» ونشرتها على عقد من الزمن (١٩٩٥ - ٢٠٠٥م) في شكل تقارير وأوراق علمية بما لا يدع مجالاً للشك، أن التركيز على مستوى ونوعية الخدمات المقدمة في مستوى الرعاية الصحية الأولية يؤدي إلى:

- * خفض تكلفة الخدمات الصحية.
 - * تحسين الصحة من خلال توفير الخدمة الصحية المناسبة وجعلها في متناول طالبيها.
 - * يقلل من المفارقات في عدالة توزيع الخدمة على أفراد المجتمع.
- وأكدت أننا بحاجة لنظام رعاية صحية أولية قوي لأنه:
- الأساس لأي نظام صحي جيد.

- الطريقة الوحيدة لاحتواء التكلفة المتصاعدة للخدمات الصحية، وذلك من خلال دعم خدمات حفظ وتطوير الصحة والوقاية من الأمراض، وتحسين رعاية الأمراض المزمنة وعواقبها.
- الطريقة الوحيدة لتخفيف الضغط المتصاعد على المستشفيات وأقسام العناية الطارئة.
- تمكنا من إحتواء مشاكل نقص القوى العاملة، وذلك من خلال تفعيل الدور التكاملي بين أفراد الفريق الصحي، وإقتصار أوقات الأطباء على الأدوار التي لا يحسن القيام بها سواهم.
- هذا النظام هو الطريق الوحيد للتعامل بفعالية مع الزيادة المستمرة في مشاكل الصحة العقلية في مجتمعاتنا.
- هو النظام الأقدر على إحتواء الأوبئة المعدية وغير المعدية المنشط منها والمستجد.
- كما أظهرت دراساتنا أن الدول أو المجتمعات التي حققت مستويات صحية أفضل كانت تلك:
- المتوجهة نحو خدمات الرعاية الصحية الأولية وطب الأسرة.
- العادلة في توزيع مواردها على المناشط ومستويات الخدمة والجهات المختلفة.
- والتي كانت خدماتها ممولة عن طريق التأمين الصحي الإجتماعي الحكومي.
- وكان التأمين الفردي التجاري فيها نادر الحدوث.
- وليس بها دفع رمزي أو مساند عند الحصول على الخدمة الصحية.

- ولديها متوسط عمر أعلى، ومعدل وفيات رُضِع وعامة أقل، وخدمات مسنين أفضل، وصحة مهنية أميز.
 - وَقَلَّتْ في أفراد تلك الدول والمجتمعات نسبة حدوث أمراض القلب، كما تم تحري حالات السرطان لديهم في مرحلة أبكر، مما جعل جهود معالجتها أكثر فعالية وأقل كلفة، كما ثبت في حالات سرطان الثدي وعنق الرحم والقولون والجلد وغيرها.
 - وعاش شبابها المنتظمون في الرعاية الصحية لدى مختص في طب الأسرة، لفترة أطول وكانت تكلفة العناية الصحية بهم أقل.
- إن تفعيل دور طبيب الرعاية الصحية الأولية من خلال زيادة أعدادهم، وتطوير قدراتهم، ودعم إمكانياتهم، وحفز معنوياتهم، يعزز المعالجة الفعالة لمعظم المشكلات الصحية، ويحقق برامج حفظ الصحة والوقاية من المرض بشكل كبير، ويحد من الإحالة غير المبررة للمستشفيات، ويسهم في تحسين الجودة وتوفير الخدمة وتقليل التكلفة.
- كما أظهرت دراساتنا بأن الإستثمار في أطباء الأسرة (الرعاية الصحية الأولية) كماً وكيفاً، هو الأجدى والأنجح أثراً، إذ تسهم زيادة طبيب أسرة (ممارس عام) لكل عشرة آلاف مواطن في خفض معدل الوفيات في مجتمع الخدمة بنسبة (٥٪) وهذا الأثر لا تحدثه أي زيادة أخرى في أعداد أي من المختصين في المجالات الأخرى. وهذا ما أثبتته دراسات المقارنة التي تمت في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وغيرهما.
- وبناءً على ما سبق فأياً كان النموذج المختار، فلا بد من دور الرعاية الصحية الأولية، وتمكين القائمين عليها، ودعمهم بكل ما ينجح مهمتهم ويحقق المأمول.

١١ - التدريب وإعداد القيادات اللازمة لتطبيق التغيير خطوة أساسية تمثل البداية

الناجحة لتفعيل التغيير. ولا بد في هذا الصدد من الاستفادة من البرامج العالمية المتاحة في الخارج، وتلك المتاحة على الشبكة العنكبوتية، كما أن هنالك حاجة لإعداد دورات محلية خاصة لإعداد الكفاءات اللازمة، وإعادة تأهيل القائمين على تحقيق التغيير.

١٢ - إصلاح القطاع الصحي عملية شاملة متكاملة ومتداخلة، ولا تقتصر على القطاع الصحي الحكومي، بل تتعداه إلى القطاع الصحي الخيري، والقطاع الصحي التعليمي، والتنسيق والتكامل في هذا الصدد أساس للتغيير الناجح المقترح في هذا الصدد.

أ - إنشاء هيئة وطنية للقطاع الصحي الخاص تتولى التخطيط والتنظيم والرقابة على القطاع الصحي الخاص، وتكون ذات شخصية اعتبارية مستقلة، ذاتية التمويل، ومتنوعة التكوين. ويسهم القطاع الصحي الخاص والقطاع الصحي الأكاديمي في إدارتها وعضوية مجالسها المختلفة. وتنضبط الهيئة بالسياسات الصحية العامة، ومعايير الجودة المعتمدة للممارسة الطبية في البلد.

ب - تنمية وتطوير ودعم القطاع الصحي الخيري ووضع التنظيمات اللازمة للممارسة والترخيص.

ج - إيجاد تنسيق وثيق مع وزارات التعليم العالي والجهات الأخرى ذات العلاقة بالتعليم الصحي، لضمان مواءمة مخرجات التعليم الصحي لسوق الممارسة العملية. وتفعيل التنسيق القائم مع هيئات التخصصات الصحية لذات الغرض.

١٣ - تقدير المدة الزمنية اللازمة لتحقيق الإصلاحات، وسلك طرق غير روتينية حتى لا تطول عملية الإصلاح سنوات طويلة، ولذلك فإن تناول الأمر مباشرة مع السلطات العليا أمر أساس لذلك. وتعتبر المرحلة Phasing والتجريب

Piloting من مستلزمات أي خيار إصلاحي وتطويره قبل تعميمه . ولكن يجب أن يكون ذلك وفقاً لمعايير وإطار زمني محددين .

١٤ - أياً كان النموذج المختار فلا بد من التأكيد على أن تجارب الدول تشير بوضوح لفشل نموذج الضمان التأمين الصحي الفردي (تجارياً كان أو تعاونياً) إذا كانت شركة التأمين وسيطاً بين مقدم الخدمة والمستفيدين منها . ولذلك فإن أنجح النماذج التأمينية هي التي تقوم على أساس التأمين الصحي الحكومي الإجتماعي (العلاقة بين الحكومة وشركة التأمين، ولا تتدخل شركة التأمين بين مقدم الخدمة والمستفيد منها وقت تقديم الخدمة) . ويولي ذلك النماذج التأمينية التجارية التي تتصف بنفس الميزة المبينة أعلاه .

إن وجود إشكالات كبيرة في التطبيق، وعدم أخلاقية وجدوى وساطة شركات التأمين بين مقدم الخدمة والمستفيد منها، ثابتة بالتواتر من تجارب الدول في هذا المجال . ومعظم جهود إصلاح الأنظمة الصحية تدعو للتخلص من ذلك .

١٥ - تحرير المفاهيم الأساسية لنظام الصحة العامة وطب الأسرة وطبيب الأسرة أمر أساسي ومطلوب للإصلاح الصحي .

١٦ - قضية اللامركزية مرتكز أساسي في إصلاح النظام الصحي . ولذلك فإن تحرير معنى المصطلح، ولوازمه ومتطلباته، وعوائق تطبيقه، والعوامل المؤدية إلى التطبيق الخاطئ له، أو النكوص عنه أمر أساسي تفرضه التجارب العالمية . وهو يتراوح بين حدي الإفراط في الثقة والتفويض، والتفريط في ذلك . ولا يتحرر هذا المفهوم إلا بتحرر دور وزارات الصحة وأجهزتها المركزية، والذي تعتريه إشكالات في الفهم والممارسة في عدد من دول العالم العربي .

١٧ - لا بد من العمل على توحيد الملف الطبي الخاص بالمريض (أو الأسرة) بحيث يكون لكل فرد رقم طبي موحد، يمنع من الإزدواجية، ويحقق ذلك

منافع طبية ووفراً مالياً. ويستدعي إنجاز ذلك وجود نظام معلوماتي طبي آلي على مستوى البلد مدعوم بالتقنية اللازمة.

١٨ - يستند نجاح أي نموذج إصلاحي إلى وجود القناعة به، لدى منظم الخدمة وممولها، ومشتريها ومقدمها، والمستفيد منها والمراقب لها (مقيّمها)، ولهذا فلا بد من أخذ مرئياتهم في ذلك، وخاصة المستفيد منها إذ يعتبر التمحور حول احتياجات ورغبات المستفيد من الخدمة عنصراً أساساً لنجاح الإصلاح الصحي وتحقيق فائدته.

١٩ - الطب البديل والطب المكمل حقيقة واقعة تتسم ممارستها في العالم العربي بالفوضى، وغياب المرجعية العلمية، وآلية التأهيل، والترخيص، والممارسة والرقابة والمحاسبة. وهذا مجال متنام ومتطور إذ أن هنالك حماس عالمي كبير لتأصيله وتنظيمه وضبط ممارستها، ولا بد أن يشمل الإصلاح الصحي المنشود.

والمقترح في هذا الصدد تشكيل (هيئة وطنية للطب البديل) تقوم بوضع التأهيل العلمي، وبرامج وضوابط التأهيل والترخيص في هذا المجال، ومعايير الممارسة المعتمدة، وآليات الرقابة والمحاسبة. وتكون هذه الهيئة ذات صفة إعتبارية مستقلة، ولها مجلس أمناء يرأسه وزير الصحة وفي عضويته أكاديميون ومختصون في مجالات الطب البديل مع تمثيل للجهات الإشرافية. وتقوم لجان منبثقة عن هذه الهيئة بالتأكد من تنفيذ سياساتها العامة ومعاييرها على المعنيين، في المناطق من خلال الإدارة الصحية المختصة بالمنطقة أو الإقليم.

٢٠ - استشراف المستقبل وإستيعابه سمة رئيسة لنموذج الإصلاح الصحي الفعال. واستحضار صورة وآلية تقديم الخدمات الصحية بعد خمسة وعشرين عاماً أي سنة (٢٠٣٠م) يبين لنا ما ستمخض عنه الثورات التقنية والاتصالية والجينية

والعلمية من ظهور آليات ووسائل جديدة وفعالة، فيما يتعلق بإمكانية إعداد وتأهيل الكوادر، وأماكن تقديم الخدمات الصحية، وصور تقديمها، والدور الشراكي المتنامي المتوقع للفرد وأسرته، والتطور الذي ستشهده تقنيات المعالجة عن بعد، وأساليب العلاج بالطب البديل المبني على البرهان العلمي وغير ذلك.

٢١- إن تسويق النموذج الإصلاحي الذي سوف يعتمد، يحتاج إلى خطة متكاملة يكون من عناصرها: طرح إعلامي شفاف، وتحليل الوضع الصحي القائم وأسبابه، ومتطلبات معالجته، ومرئيات الناس حيال ذلك، والمستند العلمي للحلول المطروحة، وآلية ومرحلة الطرح.

٢٢- في أي نموذج إصلاحي لا بد من تفصيل صلاحيات المسؤول الصحي على مستوى المنطقة. والنموذج البريطاني مثال جيد في هذا الصدد يمكن الرجوع إليه، إذ يتسم بالمرونة وسعة الصلاحيات مع وجود معايير واضحة لحسن الأداء، وضمان عدم مركزية المسؤول، وتحويل عمل محلي إلى شكل بيروقراطي مركزي على مستوى المنطقة.

٢٣- لا بد من جهد لتقدير نسبة ما يصرف فعلياً على الخدمات الصحية في الدول العربية من إجمالي الميزانية، ومن إجمالي الناتج القومي GNP، ومن إجمالي الناتج التطويري GDP ثم تحديد تقريبي لما يصرف على الرعاية الصحية الأولية من ذلك - مقارنة بالمستشفيات، والذي يتوقع أن يتراوح بين (١٠ - ٢٠٪). وإن مجرد تجريب مضاعفة الميزانية المصروفة على الرعاية الصحية الأولية سيؤدي إلى تحقيق ثمار كبيرة جداً تتمثل في خفض نسب حدوث الأمراض وتكلفة علاجها.

٢٤- لا بد لأي مراجعة إصلاحية للنظام الصحي من حل إشكالات السلامة في الممارسة الطبية، وتحقيق «أمان وسلامة المريض»، من خلال اعتماد معايير

لجودة الأداء، في كل مستويات وجهات الخدمة، ومراجعة آليات الشكوى، والنظر فيها، وضمان حقوق المريض والطبيب، وحماية جانبهم من كيدية الشكوى وإنصافهم عند بطلانها . . . الخ.

٢٥ - الإستفادة من بدائل التمويل المختلفة المناقشة سابقاً، ومن المفيد اعتماد فكرة صندوق وطني للتمويل الصحي، يدعم من خلال الميزانيات المعتمدة للخدمات الصحية، إضافة إلى مبالغ وأصول وممتلكات وقفية يتم استثمارها لصالح التمويل الصحي، مع الاستفادة من التفصيل المناقش آنفاً عن مفهوم الوقف الصحي وآلياته كما يدخل في تمويل الصندوق استثمار وتشغيل أصول ممتلكات القطاع الصحي.

ملحق (١)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عرض للأبحاث المقدمة إلى مجمع الفقه الإسلامي بجدة عن التأمين الصحي في دورته السادسة عشرة في دبي المنعقدة خلال الفترة من (٣٠ صفر إلى ٥ ربيع الأول ١٤٢٦هـ الموافق لـ ٩ - ١٤ / ٤ / ٢٠٠٥م).

بعد الحمد لله والصلاة والسلام على سيدنا محمد، وعلى آله وصحبه وسلم، فقد قدم أحدنا (حسن شمسى باشا) عرضاً للبحوث التي قدمت إلى مجمع الفقه الإسلامي بجدة والمتعلقة بالتأمين الصحي، وكانت خمسة بحوث قام بإعدادها كل من:

* فضيلة الشيخ محمد علي التسخيري.

* فضيلة الدكتور محمد علي القرني بن عيد.

* فضيلة الدكتور محمد جبر الألفي.

* فضيلة الدكتور عبد الستار أبو غدة.

* والدكتور حسن شمسى باشا.

وكانت عناصر البحث على نحو ما حددته الأمانة العامة كالتالي:

١ - حقيقة التأمين الصحي وعلاقته بالتأمين التجاري.

٢ - مدى الحاجة إليه.

٣ - تكيفه الشرعي (إجارة - جعالة).

٤ - مدى الغرر فيه.

وجاء في هذا العرض:

تتسم الرعاية الصحية بأنها من الخدمات الأعلى تكلفة في العالم حيث يقدر ما يسدده العالم سنوياً (٢) تريليون دولار ثمناً لفاتورة العلاج، بينما تصل التكاليف السنوية للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية - على سبيل المثال - إلى (٢٠) مليار ريال.

وأصبح علاج كثير من الأمراض يشكل عبئاً ثقيلاً على المريض، فإضافة إلى أجره الطبيب أو المداخلات العلاجية أو الجراحية فقد يحتاج المريض إلى أدوية متعددة ينوء بحمل أثمانها كثير من المرضى، حتى يكاد يبلغ ثمن بعضها شهرياً نصف راتب المريض أو يزيد.

ولا يمكن الاعتماد بشكل أساسي على ميزانية وزارة الصحة في أي بلد إذ أن ذلك يؤدي إلى حدوث خلل في التوازن بين الموارد والتكاليف، ومن ثم بات ضرورياً البحث عن قنوات تمويل جديدة تسد هذا الخلل وتعيد التوازن الطبيعي لتلك المعادلة.

وتتجه كافة دول العالم الآن لاعتماد التأمين الصحي كوسيلة رئيسة لتوفير خدمات الرعاية الصحية للسكان. وقد طبق نظام التأمين الصحي في حوالي (١٠٠) دولة من دول العالم.

ومن هنا جاءت أهمية طرح خيار التأمين الصحي التعاوني كبديل متاح يمكن الاستعانة به في سداد فاتورة الخدمات الصحية التي تزداد عاماً بعد عام وفي حمل ثقل تلك التكاليف الباهظة عن هؤلاء المرضى.

وتتبع أهمية التأمين الصحي من عوامل عديدة يمكن تلخيصها فيما يلي:

١ - الأهمية الحيوية للرعاية الطبية بالنسبة لسعادة الفرد والمجتمع.

٢ - الازدياد الكبير في تكلفة الرعاية الطبية الحديثة.

٣ - عدم القدرة على التنبؤ بحدوث المرض أو تكلفته ومن ثم صعوبة اتخاذ الإجراءات لتغطية هذه التكاليف.

والتأمين بمفهومه المعاصر لم يكن معروفاً في البلاد الإسلامية لأنها كانت في السابق مستغنية عنه بنظام التكافل الاجتماعي. وقد أرسى الإسلام مبادئ التكافل الاجتماعي، وانفرد بها عن أي نظام آخر، فأقرَّ نظام التآخي بين المهاجرين والأنصار، ونظام تكافل العاقلة، ونظام كفالة الغارمين بإعطائهم سهماً من مصارف الزكاة المفروضة. والتأمين الصحي: عقد بين طرفين يلتزم به الطرف الأول (المستشفى) بعلاج الطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) من مرض معين، أو الوقاية من المرض عامة، مقابل مبلغ مالي محدد يدفعه إلى الطرف الأول دفعة واحدة أو على أقساط.

ولا يشمل ما تدفعه المؤسسة التأمينية في عقد التأمين الصحي عادة كل مصاريف العلاج، بل نسبة منها، تصل أحياناً إلى (٨٠٪) أو نحوه.

وقد قسم الدكتور محمد جبر الألفي التأمين الصحي إلى خمسة أنواع:

الأول: التأمين الصحي الاجتماعي:

وهو الذي تقوم به الدولة لمصلحة الموظفين والعمال، فتؤمنهم من إصابة المرض والشيخوخة. ويسهم في حصيلته كل من المستفيدين وأرباب الأعمال والدولة بنسب محددة، ويكون - في الغالب - إجبارياً لا يقصد من ورائه تحقيق الربح. وتكاد تنفق الآراء على أن هذا النوع من التأمين جائز شرعاً.

الثاني: التأمين الصحي التجاري:

وهو عقد بين فرد أو مؤسسة وبين شركة تأمين تجاري، تلتزم شركة التأمين بمقتضاه أن تدفع مبلغاً معيناً دفعة واحدة أو على أقساط، وبأن ترد مصروفات العلاج وثمان الأدوية كلها أو بعضها للمستفيد من التأمين إذا مرض خلال مدة

محددة، وذلك في مقابل التزام المؤمن له بدفع أقساط التأمين المتفق عليها . وتكاد تتفق الآراء على عدم مشروعية هذا النوع من التأمين، لأنه عمل تجاري يقصد من ورائه الربح . ولذا فلا يغتفر فيه غرر ولا جهالة .

الثالث: التأمين الصحي التعاوني:

وهو عقد بين فرد أو مؤسسة وبين شركة تأمين تعاوني ينص على أن يدفع المؤمن له مبلغاً أو عدة أقساط، مقابل أن تلتزم هذه الشركة بأن تدفع له مصاريف العلاج وثمان الأدوية - كلها أو بعضها - إذا مرض خلال مدة التأمين، وبأن يوزع على حملة الوثائق - وفق نظام معين - كل أو بعض الفائض الصافي السنوي الناتج من عمليات التأمين .

ويمتاز التأمين التعاوني بخصائص معينة: فهو يسعى إلى التعاون، وينشأ بين جماعة يتعرض أفرادها لأخطار متشابهة، ويقوم على أساس توزيع الاشتراكات التي تُجمع من كل فرد من هذه الجماعة، على من يُبتلى منهم بالمصيبة المؤمن منها، دون أن يعود على أي منهم أي ربح مادي مما دفعه من اشتراكات. فإن زادت في نهاية العام قيمة الاشتراكات على ما صُرف من تعويضات، وُزِع هذا الفائض على المشتركين، وإن نقصت طُوبل المشتركون بدفع مبالغ إضافية لتغطية العجز .

ولا يرى فضيلة الشيخ محمد علي التسخيري بأساً في وجود قصد ربحي أو تجاري لدى أحد المتعاقدين للتأثير على تغيير الطبيعة التعاونية للعقد .

ويقصد بالتأمين التعاوني المجاز شرعاً التأمين الذي يوافق أحكام الشريعة الإسلامية، من حيث مجال التغطية وأحكام الوثيقة وشروط التعاقد، وموجبات التغطية واستثناءاتها وغير ذلك من الأحكام التي يجب أن تراعى عند إعداد وثيقة التأمين .

واستقر رأي علماء العصر على أن التأمين التعاوني مشروع لأن مقصده الأساسي التعاون على تفتيت الأخطار وتحمل المسؤولية. والرسول عليه الصلاة

والسلام يقول: «المسلمون تتكافأ دماؤهم ويسعى بذمتهم أدناهم وهم يد على من سواهم» أخرجه الحاكم وأبو داود وابن ماجه والبيهقي والدارقطني.

الرابع: التأمين الصحي التبادلي:

وهو اتفاق بين جماعة على التبرع بمقادير متساوية أو متفاوتة بغرض علاج من يمرض منهم من هذه الأموال، وتقوم به في الغالب جمعيات خيرية لتأمين المنتسبين إليها من غوائل المرض على سبيل التبرع. وتنتشر مثل هذه الأنواع من التأمين بين أعضاء النقابات والجمعيات المهنية والعاملين لدى جهة واحدة كموظفي شركة أو عمال مصنع. وهي لا تحتاج إلى هيكل إداري في الغالب ولا تكون مسجلة كشركة بل يقوم عليها محام يقوم بتسجيل هذه الاتفاقيات ويرعى مصالح المشاركين في البرنامج. وهو يقوم بذلك مقابل مرتب شهري أو جزء من الربح المحقق من استثمار الأموال. واتفقت الآراء على جوازه.

الخامس: التأمين الصحي المباشر:

وهو عقد بين طرفين يلتزم به الطرف الأول (المستشفى) بعلاج الطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) من مرض معين، مقابل مبلغ مالي محدد.

ويعتبر هذا العقد عقد تأمين تجاري، وليس تعاوناً على توزيع المخاطر، والعلاقة بينهما علاقة تعاوضية. ورأى بعض الفقهاء أن هذا العقد عقد صحيح شرعاً، ورأى آخرون غير ذلك.

وقد استقر اجتهاد المجامع والمجالس الفقهية على حرمة التأمين التجاري، وعلى مشروعية كل من التأمين التعاوني، والتأمين الإجتماعي، وصدر عنها عدة قرارات. ولم تؤد هذه القرارات والفتاوى إلى تحديد صورة واضحة لمدى مشروعية التأمين، ومن ثم تحديد الضوابط الشرعية التي يمكن أن يمارس من خلالها.

ويرى الدكتور محمد علي القرني أن صيغة التأمين التي أشارت إليها فتوى

هيئة كبار العلماء والمجامع الفقهية قابلة للتطبيق، بل هي موجودة ومعروفة، وتسمى هذه الصيغة «التأمين التبادلي» الذي ذكرناه سابقاً أما ما انتشر العمل به فيما سمي بالتأمين التعاوني فهي مختلفة، وسواء كانت جائزة أم ممنوعة فهي ليست تطبيقاً للفتاوى المذكورة.

ولا بد للمجتمعات الإسلامية من أن تحرص كل الحرص على خلو التأمين مما يعرضه للتعارض مع الأسس الشرعية. وقد يكون هذا الحرص أحد أسباب تأخر صدور قرار من مجمع الفقه الإسلامي بجدة حتى الآن^(١). فإلى أن يتم ذلك وحتى بعد صدور القرار فإن الدور الذي يلعبه مستشارو التأمين له أهمية بالغة في التأكد من خلو بوالص التأمين من أي مخالفة لمبادئ الشريعة الإسلامية من تدليس أو غش أو غبن للعميل أو وضع شروط مجحفة بحقه، وهو الأمر الذي لا ينتبه إليه كثير من العملاء (دون قصد منهم) وذلك نظراً لعدم إلمامهم الكامل بشغرات وتعقيدات العملية التأمينية..

ومن المعروف أن التأمين بمفهومه التجاري الحالي لم ينشأ في بيئة اقتصادية إسلامية.. وبالتالي فإن شركات التأمين الإسلامية الجديدة قد لا تجد مفرّاً من التعامل مع شركة إعادة تأمين غير إسلامية أو الانضمام للاتحاد العالمي للتأمين الذي يقوم على أسس غربية غير إسلامية. هذا واقع صعب ولكن لا يمكن تجاهله كما قال فقهاء التأمين. وصعوبة هذا الوضع تنبع من أن اقتصاديات الدول العربية والإسلامية لا يمكن لها أن تعمل بشكل مستقل عن الاقتصاد العالمي غير الإسلامي وخاصة في ظل توجهات العولمة الحديثة.

التكييف الشرعي للتأمين الصحي: إجارة أم جعالة؟

يختلف عقد الجعالة عن الإجارة بأنه إجارة بمقابل معلوم على عمل مجهول.

(١) صدر قرار مجمع الفقه الإسلامي في نهاية لكل الدورة. وقد وضعناه في الملحق التالي.

وكان العلاج الطبي في القديم يتم على أساس عقد بيع أو إجازة أو جعالة بحسب الحال. ولكن الأمر مختلف في أيامنا هذه. والعلاج الطبي في هذا العصر كما يقول الدكتور محمد علي القري على ضربين :

النوع الأول : عقد إجازة بين المريض والطبيب ومحلل التشخيص الطبي. يأتي المريض إلى طبيبه ويدفع مبلغاً محدداً معلوماً (رسم الكشفية) مقابل أن يفحص الطبيب بدنه ثم يصف له علاجاً، ويستحق الطبيب أجرته بمجرد قيامه بذلك، وليس الأجر مرتبطاً بالشفاء أو تحسن حالة المريض. إلا أن هذا النوع من المعاقدة قليلاً ما يكون على أساس العلاقة بين المريض والطبيب في إجراء العمليات الجراحية، إذ أن كثيراً من أنواع العلاج تتم في المشافي، وهي الضرب الثاني.

أما النوع الثاني من العقود فتكون فيه العلاقة التعاقدية بين المريض وشخصية اعتبارية هي المستشفى الذي يعمل فيه أطباء وممرضون وغيرهم. فالطبيب الذي يباشر علاج المريض أجير للمستشفى وليس للمريض. وهو يحصل على أجرته المقررة مقابل ما يقوم به من علاج للمرضى، لكن خدمته مقدمة للمستشفى وليس للمريض مباشرة.

وعندما يراجع المريض المستشفى فإنه يدخل في معاقدة مقصود منها البرء مما يشكو منه، وسواء كان العقد إجازة أو بيعاً أو جعالة فإن الإنسان يدخل إلى المستشفى ولا يعرف ما ينتهي إليه الأمر. فالأطباء هم الذين يحددون ما يحتاج إليه المريض وفقاً لحالته المرضية من إجراءات تشخيصية أو علاجية أو عملية جراحية ونحوه. تستثنى من ذلك الحالات النادرة التي يمكن أن يتفق فيها الطرفان على مبلغ معين مثل إجراء عملية لاستئصال اللوزتين أو المرارة وغيرها.

ويرى الدكتور عبد الستار أبو غدة، أن التأمين الطبي لا يمكن تخريجه على الإجازة لأن الخدمات (الأعمال والإجراءات) التي تقدمها الجهات الطبية لا يمكن تحديدها، بل حتى لو أمكن ذلك بوضع جداول مفصلة فإن قصد المتعاقد لا يتجه

أساساً لتقديم هذه الأعمال لذاتها، وإنما يسعى إلى الهدف منها وهو الحفاظ على الصحة بالرعاية المستمرة لها، والمعالجة الطبية لما يقع عليها من انحراف أو اختلال. ويرى الدكتور أبو غدة أن الجعالة هي العقد المناسب لتكييف التعاقد على الخدمات الطبية وهذا ما انتهت إليه ندوة البركة، إذ صدرت عنها الفتوى الآتية : «الأصل في التأمين الصحي - كغيره من أنشطة التأمين - أن يتم على أساس التأمين التعاوني، وفي حال عدم توافره، لا مانع شرعاً من التعاقد مع مستشفى بمقابل معلوم يدفعه المريض أو الجهة التي يعمل لديها، لقاء المعالجة المناسبة لحالته». وعلى الرغم من الربط بنتيجة العمل وهو التكيف بالجعالة إلا أن بعض الفقهاء أقر هذه المسألة على أنها إجارة أيضاً، وأنا أعتقد أنه لا يمكن المشاركة على البرء لأسباب:

- * فقد يصعب تحديد الشفاء من المرض، فليس هناك مقياس يعرف فيما إذا كان المريض يشكو حقيقة من الألم أم لا .
- * هناك تداخل شديد بين الأمراض، فكثيراً ما يكون مريض السكر مصاباً بارتفاع ضغط الدم، وارتفاع دهون الدم وغيرها. ولا يمكن البرء من هذه الأمراض في الغالب لأنها بحاجة إلى تناول الدواء باستمرار.
- * هناك حالات محدودة يمكن المشاركة فيها على البرء وهي ما نسميه بالحالات الحادة مثل التهاب اللوزتين مثلاً، أو ذات الرئة وغيرها. وحتى في هذه الحالات فقد تترافق بمضاعفات أو تكون عرضاً لأمراض أخرى. أما أكثر الأمراض فهي أمراض مزمنة تحتاج إلى تناول الدواء لسنوات بل ربما مدى الحياة. فالمشاركة على البرء غير واردة في أكثر أمراض هذا العصر، ولهذا فإن أجره الطبيب تكون على ما بذل من جهد لتحقيق النتيجة، وهي البرء من المرض.
- * قد يتفق المريض مع الطبيب أو المستشفى على إجراء عملية جراحية للقلب مثلاً

بمبلغ معين . إلا أن الطبيب لا يستطيع أن يضمن شفاء المريض من آلامه، فقد تعود تلك الآلام الصدرية بعد العملية، وقد يصاب المريض بمضاعفات من العملية الجراحية، بل ربما قد تحدث الوفاة لا سمح الله . فكيف يمكن مشاركة الطبيب على البرء .

لذلك يتفق الناس في عقد العلاج الطبي على أن يكون المحل شيئاً يمكن التأكد من وقوعه من قبل الطرفين، مثل أن يكون محله التشخيص ووصف الدواء المناسب، أو إجراء العملية الجراحية ونحو ذلك، مع بقاء الغرض النهائي للمريض هو البرء من المرض .

وفي التكيف الشرعي للتأمين الصحي اختار الدكتور محمد جبر الألفي تمييز عقود التأمين الصحي إلى ثلاث حالات :

١ - تعاقد الشخص مع شركة تأمين على أن تدفع له مصاريف العلاج والدواء مقابل أقساط محددة يلتزم بدفعها، وهو عقد تبرع لا يصح تكيفه بأنه جعالة .

٢ - تعاقد إحدى المؤسسات مع مركز طبي على معالجة من ينتسب إليها من عمال وموظفين لقاء مبلغ محدد سلفاً . ويمكن تكيف هذا العقد بأنه عقد إجارة أشخاص . ويرى الدكتور محمد جبر الألفي أن عقد العلاج الطبي الذي يتم بين المؤسسة وبين المستشفى لصالح الموظفين والعمال يدخل في عملية (الاشتراط لمصلحة الغير) . وقد تردد البعض في مشروعية الاشتراط لمصلحة الغير، غير أن النظرة الفاحصة كما يقول الدكتور الألفي تكشف عن مشروعيته .

٣ - تعاقد إحدى المؤسسات مع شركة تأمين على أن تتوسط في العلاقة بين المستفيدين من العلاج وبين الجهة التي تقوم بهذا العلاج . وينتج عن ذلك عقدان منفصلان : عقد بين المؤسسة وبين شركة التأمين محله تغطية نفقات علاج موظفي المؤسسة مقابل مبلغ محدد تدفعه المؤسسة، وعقد آخر تبرمه

شركة التأمين مع إحدى المستشفيات محله قيام المستشفى بمعالجة العاملين في المؤسسة مقابل أن تدفع شركة التأمين أجور العلاج وثمان الدواء في حدود تتفق عليها. فأما العقد الأول فيمكن تكييفه على أنه اشتراط لمصلحة الغير، وقد أخذ الدكتور الألفي بالرأي القائل بمشروعيته. أما العقد الآخر الذي تبرمه شركة التأمين التعاوني مع المستشفى، فلا يخرج عن كونه عقد إجارة أشخاص.

هل في التأمين الصحي غرر؟

إن حاجة المريض إلى قدر من الرعاية الصحية خلال مدة العقد ليس أمراً احتمالياً بل ربما يكون مؤكداً الوقوع، فلا يكاد ينجو منه إنسان خلال مدة العقد، وإنما الاختلاف في مقدار الحاجة إلى تلك الرعاية. فمن المعتاد أن يحصل الإنسان على خدمات طبية تتعلق بالأمراض العارضة من حين لآخر، ولكن ربما حصل له مرض شديد احتاج معه إلى مزيد من العلاج.

والبراء من المرض أمر يصعب أن يكون محلاً لعقد معاوضة لصعوبة التحقق من حدوثه إلا في القليل من الأحوال. والغرر في عقد التأمين الطبي - كما يقول الدكتور محمد علي القري - ليس أكثر من الغرر في عقود العلاج الطبي الأخرى، ولا يصل في مقدار الجهالة فيه إلى مستوى عقد الجعالة على البرء من المرض، وقد أجاز هذه الصيغة جمهرة من الفقهاء.

وكما أن المستشفى يتعاقد مع أطبائه وممرضيه وغيرهم، فكذلك شركة التأمين الصحي فإنها تتعاقد مع مستشفيات متعددة لعلاج المستأمنين لديها.

ولا تكاد تخلو عقود العلاج الطبي بكل صيغها من الغرر لأن طبيعة العلاج تفرض مثل ذلك. ولكن الغرر في هذا العقد هو دون ما في صيغة المعاقدة على البرء التي أجازها ثلة من الفقهاء القدامى على أساس الجعالة.

وقد استفاض الشيخ محمد علي التسخيري في بحثه لموضوع الغرر في

التأمين الصحي وانتهى إلى أن الغرر الموجود في عقد التأمين الصحي ليس من الغرر الكبير الذي تتحاهاه الشريعة، ولا هو من النوع الفاحش.

ويمكننا أن نستخلص من عبارات الفقهاء ومن التطبيقات التي أوردوها ما يجعلنا نطمئن إلى أن الاحتمال الواقع في عقد التأمين الصحي التعاوني يدخل ضمن مجال الجهالة المغتفرة لحاجة الناس إلى العلاج والدواء حاجة تبلغ في كثير من الحالات حد الضرورة التي تتعلق بحفظ النفس والعقل والنسل.

والخلاصة

- ١ - أن الرعاية الصحية تتسم بأنها من الخدمات الأعلى تكلفة في العالم ولا تستطيع أي دولة ملاحظة ارتفاع تكاليف الرعاية الطبية والطلب على العلاج.
- ٢ - التأمين الصحي هو نظام يتم من خلاله جمع جزء من المال من المستفيدين في صورة أقساط سنوية تدفع مقابل توفير الرعاية الصحية لهم عند حاجتهم لذلك خلال سنة التعاقد.
- ٣ - التأمين في الشريعة الإسلامية يعتبر من أعمال التعاون التي تدخل في نطاق التكافل الاجتماعي. فغرض التأمين هو تفتيت الأخطار التي تواجه مجموعات من الناس لا يمكنهم مواجهتها بشكل فردي.
- ٤ - لا شك في أن جواز التأمين الصحي التعاوني يستند إلى مصلحة الرعاية، وخاصة في الدول الفقيرة التي لا تكفي مواردها لتقديم الخدمات الصحية ونحوها بالمجان.
- ٥ - يتفق الباحثون على أن مسألة التأمين الصحي هي حاجة إجتماعية ملحة، خصوصاً للطبقات الفقيرة، ولا يمكن التغاضي عنها، لأن ذلك يشكل حرجاً عاماً للمجتمع.
- ٦ - التكليف الشرعي لعقد التأمين الصحي ممكن وفق الضوابط الشرعية التي ذكرناها.

٧ - عقد العلاج الطبي بين المريض والمستشفى لا يخلو من الجهالة، فالطبيب هو الذي يقرر حجم الفحوص اللازمة للتشخيص والعلاج ومن ثم كلفة ذلك، وهذا يعني أن الغرر موجود فيه. والجهالة في عقد التأمين الصحي من الجهالة المغتفرة.

وبعد فهذه خلاصة موجزة لما وفقني الله تعالى إلى فهمه من الأبحاث القيمة التي بين يدي، أرجو من الله تعالى أن أكون قد وفقت في عرضها فإن زلت فمن نفسي وما توفيتني إلا بالله العلي العظيم.

ملحق (٢)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد
خاتم النبيين وعلى آله وصحبه أجمعين

قرار رقم ١٤٩ (١٦/٧)

بشأن

التأمين الصحي

إن مجلس مجمع الفقه الإسلامي الدولي المنبثق عن منظمة المؤتمر الإسلامي المنعقد في دروته السادسة عشر بدبي (دولة الإمارات العربية المتحدة) من ٣٠ صفر إلى ٥ ربيع الأول ١٤٢٦هـ، الموافق ٩ - ١٤ نيسان (أبريل) ٢٠٠٥ م، بعد اطلاعه على البحوث الواردة إلى المجمع بخصوص موضوع التأمين الصحي، وبعد استماعه إلى المناقشات التي دارت حوله،

قرر ما يلي:

١ - تعريف التأمين الصحي:

عقد التأمين الصحي: اتفاق يلتزم بموجبه شخص أو مؤسسة تتعهد برعايته بدفع مبلغ محدد أو عدد من الأقساط لجهة معينة على أن تلتزم تلك الجهة بتغطية العلاج أو تغطية تكاليفه خلال مدة معينة.

٢ - أساليب التأمين الصحي:

التأمين الصحي إما أن يتم عن طريق مؤسسة علاجية، أو عن طريق شركة

تأمين تقوم بدور الوسيط بين المستأمن وبين المؤسسة العلاجية.

٣ - حكم التأمين الصحي:

(أ) إذا كان التأمين الصحي مباشراً مع المؤسسة العلاجية فإنه جائز شرعاً بالضوابط التي تجعل الغرر يسيراً مغتفراً مع توافر الحاجة التي تنزل منزلة الضرورة لتعلق ذلك بحفظ النفس والعقل والنسل وهي من الضروريات التي جاءت الشريعة بصيانتها.

ومن الضوابط المشار إليها:

- * وضع مواصفات دقيقة تحدد التزامات كل من الطرفين.
- * دراسة الحالة الصحية للمستأمن والاحتمالات التي يمكن التعرض لها.
- * أن تكون المطالبات المالية من المؤسسة العلاجية إلى الجهة مرتبطة بالأعمال التي تم تقديمها وليس بمبالغ افتراضية كما يقع في شركات التأمين التجارية.
- (ب) إذا كان التأمين الصحي عن طريق شركة تأمين إسلامي (تعاوني أو تكافلي) تراول نشاطها وفق الضوابط الشرعية التي أقرها المجمع في قراره رقم ٩ (٢/٩) بشأن التأمين وإعادة التأمين، فهو جائز.
- (ت) إذا كان التأمين الصحي عن طريق شركة تأمين تجاري فهو غير جائز كما نص على ذلك قرار المجمع المشار إليه أعلاه.

٤ - الإشراف والوقاية:

على الجهات المختصة القيام بالإشراف والرقابة على عمليات التأمين الصحي بما يحقق العدالة ويرفع الغبن والاستغلال وحماية المستأمنين.

التوصيات:

بوصي مجلس المجمع بما يلي:

- (١) دعوة الحكومات الإسلامية والجمعيات الخيرية ومؤسسات الأوقاف إلى توفير التأمين الصحي مجاناً أو بمقابل مناسب لغير القادرين على الحصول على التأمين من القطاع الخاص.
- (٢) عدم استخدام البطاقات الصحية إلا من أصحابها لما في ذلك من مخالفة لمقتضيات العقود وما تتضمنه من غش وتدليس.
- (٣) التحذير من إساءة استخدام التأمين الصحي كادعاء المرض أو كتمان أو تقديم بيانات مخالفة للواقع.
- (٤) إدراج موضوع التأمين التعاوني (الإسلامي أو التكافلي) في دورات المجمع القادمة في ضوء ما توصلت إليه المؤتمرات والندوات الأخيرة والتطبيقات المتنوعة التي ظهرت بعد إصدار المجمع قراره السابق.

والله أعلم



ملحق (٣)

اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني
ووثيقة الضمان الصحي التعاوني الصادرة بقرار
وزير الصحة رقم ٤٦٠/٢٣/ض وتاريخ ١٤٢٣/٣/٢٧ هـ
اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني
في المملكة العربية السعودية

الفصل الأول : التعريفات

- المادة (١) : يقصد بالمصطلحات الآتية المعاني الموضحة قرين كل منها:
- (١) النظام: نظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية .
 - (٢) المجلس: مجلس الضمان الصحي التعاوني المنشأ بموجب أحكام المادة الرابعة من النظام.
 - (٣) الأمانة العامة: الجهاز التنفيذي للمجلس .
 - (٤) الجهة الرقابية: مجلس الضمان الصحي التعاوني وكذلك الجهات الأخرى التي تحددها الدولة للرقابة على أنشطة التأمين .
 - (٥) التأمينات الإجتماعية: التأمينات المطبقة بموجب نظام التأمينات الإجتماعية، وتقوم بتنفيذها المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية .
 - (٦) صاحب العمل: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي يستخدم عاملاً أو أكثر .
 - (٧) حامل الوثيقة: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه .
 - (٨) المعال: الزوج والزوجات والأولاد الذكور تحت سن الثامنة عشرة والبنات غير المتزوجات .
 - (٩) شركة التأمين: شركة التأمين المرخص لها بالعمل في المملكة التي تم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس .

- (١٠) المؤمن عليه (المستفيد): وهو الشخص المشمول بالنظام والمؤمن عليه لدى شركة تأمين .
- (١١) التأمين الصحي: هو الضمان الصحي التعاوني المشار إليه في النظام .
- (١٢) الحالة الطارئة: العلاج الطبي الذي تقتضيه الضرورة الطبية للمستفيد إثر وقوع حادث، أو حالة طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع .
- (١٣) التغطية التأمينية: هي المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد المحددة بوثيقة التأمين المرفقة بهذه اللائحة .
- (١٤) الوثيقة: هي وثيقة الضمان الصحي التعاوني الأساسية التي اعتمدها المجلس الملحقة بهذه اللائحة والتي تتضمن التحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة تصدر من شركة التأمين بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة) .
- (١٥) القسط (الإشتراك) هو المبلغ الواجب الأداء للشركة من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين .
- (١٦) نسبة الاقتطاع/ التحمل (المشاركة في الدفع): هي الجزء الواجب الأداء (المحدد في جدول الوثيقة) الذي يجب أن يسده المستفيد (المؤمن عليه) عند زيارة الطبيب .
- (١٧) المنفعة: تعني نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة .
- (١٨) مقدم الخدمة: الشخص أو المرفق الصحي المعتمد والمرخص له، وفقاً للأنظمة المعمول بها، بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وعلى سبيل المثال، مستشفى أو مركز تشخيص أو عيادة أو صيدلية أو مختبر أو مركز علاج طبيعي أو علاج بالإشعاع .
- (١٩) شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة: هي مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من مجلس الضمان الصحي التعاوني المحددين من قبل شركة التأمين الصحي لتقديم الخدمة لصاحب العمل/ حامل الوثيقة ويتم ذلك بالقيود مباشرة على حساب شركة التأمين على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الرعاية الصحية الثلاثة:
- المستوى الأول لتقديم الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية).
 - المستوى الثاني لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات العامة).
 - المستوى الثالث لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات التخصصية أو المرجعية).

الفصل الثاني : المستفيديون (المؤمن عليهم)

المادة (٢): تخضع للضمان الصحي الفئات التالية:

- (١) جميع الأشخاص غير السعوديين العاملين بأجر سواء لدى غيرهم أو لحساب أنفسهم دون اعتبار لمستوى دخولهم وطبيعة عملهم ومدة توظيفهم.
 - (٢) جميع الأشخاص غير السعوديين من غير العاملين المقيمين في المملكة.
 - (٣) أفراد الأسرة الذين يعولهم الأشخاص المحددة صفتهم في الفقرتين (١ - ٢) - من هذه المادة، والحائزون على رخصة إقامة في المملكة.
- المادة (٣): يستثنى من الضمان الصحي المنصوص عليه في المادة (٢) - من هذه اللائحة ما يلي:

- (١) جميع الموظفين من غير السعوديين العاملين لدى أجهزة ومؤسسات حكومية لا يسمح لها نظامها بإبرام عقود مع مستشفيات خاصة لعلاج موظفيها، طالما كان الموظفون تحت كفالة تلك المؤسسات، ويرتبطون بعقود عمل معها بشرط أن تنص عقودهم على توفير العلاج الطبي في مستشفى حكومي، ويلزم من لا ينص عقد عمله على توفير الخدمة الصحية بالحصول على تغطية تأمينية خاصة تغطي احتياجاته الصحية الأساسية.
- (٢) جميع الموظفين من غير السعوديين العاملين لدى القطاع الخاص بموجب عقود عمل تنص على توفير العلاج الطبي في المرافق الصحية المؤهلة التابعة لصاحب العمل، وإذا تعذر توفير العلاج في المرافق المملوكة لصاحب العمل بما في ذلك الحالات الطارئة يلزم صاحب العمل بتوفير التغطية التأمينية التكميلية.
- (٣) أفراد الأسرة الذين يعولهم الموظفون المحددة صفتهم في الفقرتين (١ - ٢) - من هذه المادة:

ويجب أن يكون نطاق العلاج الموضح في الفقرات أعلاه مطابقاً على الأقل لأحكام المادة (٧) - من النظام ومتفقاً مع مستوى الجودة الوارد في هذه اللائحة.

المادة (٤): يحدد المجلس وفقاً للمادة ٣ - من اللائحة ما يلي:

- (١) الأجهزة والمؤسسات الحكومية.
- (٢) أصحاب الأعمال، الذين يوظفون أشخاصاً يتم إعفاؤهم من التأمين الصحي تأسيساً على طلب يتقدمون به.

ويقرر المجلس مدى مطابقة العلاج الطبي الذي توفره تلك الأجهزة والمؤسسات الحكومية وأصحاب الأعمال لنطاق ومستوى الخدمات الصحية الواجب توفرها بموجب هذه اللائحة.

(٣) الحالات التي لا يتضح فيها بصورة قطعية ما إذا كانت أحكام المادة (٣) - تسري بشأن أي من الموظفين أو المرافقين فإن للمجلس أن يتخذ القرار المناسب في هذا الخصوص بناءً على طلب من صاحب العمل.

(٤) المبررات الداعية لزوال الاستثناء من أحكام الفقرة (٢) - من هذه المادة، وفي هذه الحالة يخضع الموظفون ومن يعولونهم لأحكام النظام ضمن التحديد أعلاه.

الفصل الثالث : التغطية التأمينية للنظام

المادة (٥):

(أ) يلتزم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين صحي مع إحدى شركات التأمين تغطي المستفيدين الموجودين بالمملكة أو أي مستخدمين جدد يخضعون لهذا النظام.

(ب) لا يسمح لشركات التأمين المؤهلة برفض أي طلب لإجراء الضمان الصحي التعاوني طالما كان ذلك في حدود ملاءتها المالية.

المادة (٦): تصدر شركة التأمين شهادة إلى صاحب العمل (حامل الوثيقة) تفيد بالتأمين على منسوبه لتقديمها إلى الجهة المختصة بإصدار رخص الإقامة وتجديدها ويحدد المجلس محتوى الشهادة.

المادة (٧): في حالة عدم صدور رخصة الإقامة للمستفيد يتم شطب اسمه من وثيقة الضمان الصحي التعاوني من تاريخ خروجه النهائي، ويحتسب القسط المستحق عن مدة التأمين حسب الأسس المنصوص عليها في الوثيقة.

المادة (٨): يتم تسليم المستفيد نسخة من وثيقة الضمان، والتي يجب ألا تقل التغطية الصحية فيها عن الغطاء الأساسي المنصوص عليه في النظام.

المادة (٩): يجوز لصاحب العمل أن يغير شركة التأمين المتعاقد معها لتوفير التغطية التأمينية، على أن يوجه خطاباً بذلك إلى شركة التأمين قبل شهر على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب، وبحسب، الجزء المعاد من القسط التأميني على أساس نسبي ويلزم صاحب العمل

(حامل الوثيقة) بإعادة بطاقات التأمين بتاريخ الإلغاء وإبرام وثيقة تأمين أخرى لتوفير التغطية التأمينية بحيث تبدأ من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة.

المادة (١٠): عند انتقال شخص خاضع للضمان الصحي التعاوني للعمل لدى صاحب عمل آخر يلتزم صاحب العمل الجديد بالتأمين عليه من تاريخ انتقاله، وتقديم شهادة التأمين كأحد مسوغات نقل الكفالة.

المادة (١١): تشمل التغطية التأمينية للضمان الصحي المنصوص عليها في المادة ٧ - من النظام ونطاق الأحكام الواردة في الفصل الرابع من هذه اللائحة وتحدد الوثيقة المدة الزمنية للعلاج والحدود القصوى لمبلغ التغطية التأمينية والتحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة للتغطية التأمينية.

المادة (١٢): تشمل منافع التغطية التأمينية الحمل والولادة لمن تم التعاقد معهم على أساس (عقد متزوج) ضمن الحدود الموضحة في الوثيقة.

المادة (١٣): تنحصر التغطية التأمينية للضمان الصحي في الخدمات المقدمة في المملكة العربية السعودية التي توفرها شبكة مقدمي الخدمات المعتمدة التي ترتبط معها شركة التأمين بعقود خدمات صحية.

المادة (١٤): يلتزم صاحب العمل بإجراء التغطية التأمينية على المستفيد من تاريخ الوصول إلى المملكة وتسليمه بطاقة التأمين خلال مدة لا تتجاوز (١٠) أيام عمل من تاريخ وصوله، أما الأطفال أثناء الولادة ممن تمت ولادتهم في المملكة العربية السعودية أثناء سريان الوثيقة فتمتد التغطية التأمينية لهم بأثر رجعي اعتباراً من تاريخ الولادة.

المادة (١٥): تنتهي التغطية التأمينية بوفاة المستفيد أو عند انتهاء مدة الوثيقة أو إلغائها أو عند مغادرة المستفيد للمملكة نهائياً.

الفصل الرابع : المنافع : (المنافع العينية ورد التكلفة)

المادة (١٦): يحصل المستفيد على المنافع المحددة في الوثيقة على النحو التالي:

- (١) التشخيص والعلاج لدى مقدم الخدمة على أن يتحمل المستفيد مبلغ الاقتطاع/ التحمل المحدد في الوثيقة مشاركة في الدفع أو المبالغ التي تزيد عن حدود التغطية.
- (٢) المبالغ المالية لتكاليف العلاج الطبي الضروري والطارئ في حالة تحمله لهذه التكاليف

مباشرة، بشرط عدم تمكن شركة التأمين من جعل تلك الخدمة متوفرة بصورة عاجلة في متناول المستفيد أو رفض شركة التأمين توفير الخدمة له بغير وجه حق، ويكون رد التكاليف لمن تحمل نفقات العلاج حسب الحدود المنصوص عليها في الوثيقة وفي الحدود التي تدفعها الشركة لمقدم خدمات ذات مستوى مماثل.

المادة (١٧): يبدأ الحق في المطالبة بالمنافع اعتباراً من بداية التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (١٤) من هذه اللائحة.

المادة (١٨): لا تكون هناك أية مدد انتظار دون أحقية في المنافع في بداية التأمين ويشتمل تقديم المنافع بعد بداية التغطية التأمينية، وإذا قدم المستفيد للمملكة لتلقي العلاج من مرض وليس لأجل العمل فلا تمتد التغطية التأمينية للحالات التي كانت نشأتها سابقة على بداية التغطية التأمينية.

المادة (١٩): ينتهي الحق في الاستفادة من المنافع بانتهاء التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (١٥)، من هذه اللائحة، ويشمل ذلك حالات التأمين التي لم يبت فيها، ويكون العامل الحاسم في التزام الخدمة من جانب شركة التأمين هو تاريخ الاستفادة من مقدم الخدمات.

المادة (٢٠): تغطي منافع التأمين التطعيمات واللقاحات الأساسية للأطفال حتى سن الالتحاق بالمدرسة، وحسب قرارات وزارة الصحة، والتي يتعين أن يقوم بإعطائها مقدم خدمات متعاقد معه.

المادة (٢١): يتم تقديم الخدمة الصحية والعلاج الطبي من قبل شبكة مقدمي الخدمة المدرجين في القائمة المرفقة بوثيقة التأمين المسلمة للمستفيدين والمعتمدة من شركة التأمين وحامل الوثيقة.

المادة (٢٢): تشمل التغطية التأمينية نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفيات لمرافق واحد للمستفيد كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة أو حيثما تقتضي ذلك الضرورة الطبية حسب تقدير الطبيب المعالج.

المادة (٢٣): تُغطي في حالات الطوارئ فقط تكاليف نقل المستفيدين من المرضى أو الحوامل لأقرب موقع ملائم لتلقي العلاج، ويكون النقل بواسطة خدمات سيارات إسعاف مرخصة أو تابعة لجمعية الهلال الأحمر السعودي.

المادة (٢٤): يُلزم كل مستفيد ينتفع بخدمات طبية أن يشارك في دفع تكاليف العلاج في

مراكز الخدمة، وذلك حسبما هو موضح في الوثيقة عدا في الحالات الإسعافية والتنويم.

المادة (٢٥): لا يجوز لمقدم الخدمة الطبية التنازل عن مبلغ المشاركة في الدفع وذلك إما إضافته على المبلغ النهائي الواجب دفعه من قبل شركة التأمين أو منحه كتخفيض للمستفيد.

المادة (٢٦): يجب تسديد المشاركة في الدفع من قبل المستفيد لمقدم الخدمة الصحية مقابل الحصول على سند استلام.

المادة (٢٧): لا يحق للمستفيدين المطالبة بمناخ بموجب الوثيقة إلا إذا كانت هذه المناخ من التغطيات الأساسية المنصوص عليها في الوثيقة، أو في التغطيات الإضافية التي تم حصولهم عليها وفقاً للمادة الثامنة من نظام الضمان الصحي التعاوني.

المادة (٢٨): لا تكون هناك أية مطالبة بخدمات صحية في حالة المرض إذا قدمت تلك الخدمات إثر وقوع حادث في محل العمل أو نشوء أمراض مهنية ضمن التعريف الوارد في نظام التأمينات الاجتماعية.

المادة (٢٩): إذا قامت شركة التأمين بتوفير تلك الخدمات الصحية، واتضح فيما بعد أن فرع الأخطار المهنية في المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية يجب أن يغطي تلك الخدمات، تلتزم المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بتعويض شركة التأمين عما دفعته من مصروفات.

المادة (٣٠): إذا قامت المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بتقديم خدمات صحية لشخص يرتبط بعقد تأمين مع شركة تأمين صحي على الرغم من كون الأخيرة ملزمة بتوفير تلك الخدمات فإن شركة التأمين تلتزم بتعويض المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية عن المصروفات التي نشأت في هذا الصدد، ويكون التعويض ضمن الحدود التي تلتزم بها شركة التأمين في توفير الخدمات غير المشمولة بنظام التأمينات الاجتماعية.

المادة (٣١): للمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية وشركة التأمين إبرام عقد مشترك بينهما ينص على اتخاذ إجراءات محددة للوفاء بالخدمات الواردة في المادتين (٢٩) و(٣٠).

المادة (٣٢): إذا كان لدى أحد المستفيدين أية مطالبات لدى الغير تتعلق بتعويضات عن أضرار بسبب مرض أو حادث فإن حقوق المستفيدين تتحول في هذه الحالة إلى شركة التأمين، وذلك فيما يتعلق بالتكاليف التي وقعت على عاتق شركة التأمين نتيجة لتقديم الخدمة الصحية للمستفيد.

الفصل الخامس : تمويل شركات التأمين

المادة (٣٣): تدرج الأقساط والرسوم الإضافية التي يجرى تحصيلها وعوائد الاستثمار ضمن موارد شركات التأمين .

المادة (٣٤): تلتزم كل شركة تأمين بما يقرره المجلس، بالتنسيق مع الجهات الرقابية الأخرى، من مخصصات فنية متعارف عليها في قطاع التأمين .

المادة (٣٥):

(أ) يتم تحديد قسط التأمين (الاشتراك) بالاتفاق بين شركة التأمين وصاحب العمل .

(ب) إذا اختلفت قيمة القسط عما تقدمت به الشركة في خطة العمل تلتزم بأخذ موافقة الأمانة العامة للمجلس على قيمة القسط ويمكن للمجلس مراجعة القسط ومن وقت لآخر .

(ج) يكون حد المنفعة الأقصى لكل مستفيد مائتين وخمسين ألف ريال سعودي فقط .

المادة (٣٦): يلتزم صاحب العمل بدفع الأقساط عن موظفيه المتعاقد معهم وعن الأفراد الذين يعولونهم لشركة التأمين التي يختارها لهذا الغرض، ويسري هذا الحكم على الأشخاص غير العاملين أو الأفراد الذين يعولونهم، ويكون صاحب العمل هو وحده المسؤول عن دفع الأقساط، التي يجب أن تسدد في بداية كل سنة تأمينية ما لم يتفق على غير ذلك .

المادة (٣٧): في حالة عدم سداد الأقساط في الأوقات المتفق عليها يجوز لشركة التأمين إلغاء الوثيقة بعد انتهاء فترة سريان مفعول الوثيقة واستعادة بطاقات التأمين وتحصيل القسط المستحق، وعلى شركة التأمين إشعار مجلس الضمان وشبكة مقدمي الخدمة المعتمدين بذلك .

المادة (٣٨): يتم تحويل جزء من فائض عمليات التأمين إلى صندوق الضمان الصحي التعاوني وفق مبادئ التأمين التعاوني، ويحتسب هذا الجزء على ضوء نتائج عمليات شركة التأمين وبعد موافقة الجهات الرقابية الأخرى .

المادة (٣٩): يصدر مجلس الضمان الصحي اللائحة المحددة لأهداف الصندوق المنظمة لأعماله وفقاً للمادة (٣٨) .

الفصل السادس : ممارسة أعمال التأمين الصحي

المادة (٤٠): تتولى ممارسة أعمال الضمان الصحي شركات التأمين المصرح لها بمزاولة أعمال التأمين في المملكة، وتسري أحكام نظام الشركات وغيره من الأنظمة ذات العلاقة السارية

في المملكة بالنسبة لأية أحكام لم يتم النص عليها في هذه اللائحة وفي أية لوائح لاحقة يتم إقرارها مستقبلاً.

المادة (٤١): لا يسمح لشركات التأمين بممارسة أعمال الضمان الصحي إلا بعد تأهيلها من قبل المجلس، ويكون التأهيل مقيداً بمدة ٣ سنوات قابلة للتجديد لمدد أخرى مماثلة.

المادة (٤٢):

(أ) يتقاضى المجلس مقابلاً مالياً لتأهيل شركات التأمين الصحي التعاوني مقداره مائة وخمسون ألف ريال سعودي فقط.

(ب) يتقاضى المجلس مقابلاً مالياً مقابل التجديد السنوي لشركات التأمين الصحي التعاوني مقداره خمسون ألف ريال سعودي فقط.

المادة (٤٣): يجوز لشركات التأمين العاملة في مجال التأمين الصحي حق ممارسة أعمال أخرى من التأمين على أن يتم الالتزام بفصل الجوانب المالية لأنشطة التأمين الصحي عن غيرها من الأنشطة وحسب ما تقره الجهة الرقابية.

المادة (٤٤): يتم تأهيل شركات التأمين (المصرح لها بممارسة أعمال التأمين في المملكة) لممارسة التأمين الصحي بناءً على طلب يتم تقديمه لهذا الغرض، وللمجلس تحديد ما يراه من تفاصيل تتعلق بطبيعة ونطاق البيانات التي يتعين تضمينها في الطلبات في حدود ما يلزم لتقييمها، وعلى المجلس البت في طلب التأهيل خلال مائة وثمانين يوماً من تاريخ تقديم الطلب.

المادة (٤٥): تلتزم شركة التأمين بتقديم المستندات التالية ضمن طلبها للحصول على التأهيل:

- (١) اسم وعنوان الشركة.
- (٢) النظام الأساسي أو عقد التأسيس.
- (٣) أسماء رئيس وأعضاء مجلس الإدارة والعضو المنتدب والإدارة التنفيذية.
- (٤) الحسابات السنوية المدققة من قبل محاسب قانوني للسنوات الثلاث السابقة لتقديم الطلب للشركات القائمة وخطة العمل للشركات الجديدة.
- (٥) اسم الخبير الاكتواري المستقل أو الشركة المتخصصة في الدراسات الاكتوارية.
- (٦) اسم مراجعي الحسابات القانونيين.

المادة (٤٦): يجب أن تتضمن خطة العمل بياناً يتضمن تقديراً للإيرادات والمصروفات والمخصصات الفنية والنتائج المتوقعة للثلاثة سنوات اللاحقة لتقديم الطلب حسب النموذج الذي أعده المجلس خصيصاً لذلك، وكذلك مخطط ترتيبات إعادة التأمين.

المادة (٤٧): تلتزم شركة التأمين بإرفاق إفادة من قبل الجهة الرقابية الأخرى بالتزام الشركة بالحفاظ على الحد الأدنى من الملاءة المالية.

المادة (٤٨): للمجلس أن يختار من الشركات المتقدمة تلك التي يتوفر فيها التالي:

- (١) التصريح بممارسة أعمال التأمين.
 - (٢) الجهاز الفني والإداري والطبي وكذلك أنظمة الموافقات ومعالجة المطالبات وتسديد المستحقات، ويمكن تنفيذ هذه المهمات عبر التعاقد مع شركة إدارة مطالبات طبية مرخصة من المجلس.
- المادة (٤٩):** يجوز الامتناع عن تأهيل شركة التأمين بموجب خطاب يبين أسباب الامتناع وذلك في الحالات التالية:

- (١) حصول المجلس على معلومات من الجهة الرقابية الأخرى بعدم كفاءة المديرين التنفيذيين للشركة، وعدم توفر المتطلبات المهنية الضرورية فيهم.
- (٢) حصول المجلس على معلومات من الجهة الرقابية الأخرى تشير إلى عدم قدرة الشركة على الحفاظ على مصالح المستفيدين على الوجه السليم أو عدم قدرتها على الوفاء بتعهداتها بصورة دائمة.
- (٣) في حالة عدم دفع الرسوم المقررة لمنح التأهيل أو تجديده المحدد في المادة (٤٢) من هذه اللائحة.

المادة (٥٠): تلتزم كل شركة تأمين بالاستعانة بخبير اكتواري أو شركة متخصصة في الخدمات الاكتوارية حسب ما تقرره الجهة الرقابية، بحيث يقدم هذا الخبير للجهة الرقابية تقريراً اکتواريّاً عن نشاط التأمين الصحي للشركة موضحاً فيه كفاية المخصصات وسياسة التسعير.

المادة (٥١): يتعين على الخبير الاكتواري المستقل أن يتأكد من الالتزام بالأساليب التأمينية في حساب اشتراكات التأمين والمخصصات الفنية، وينبغي على الخبير في سياق هذا النشاط أن يقوم بمراجعة المسائل المالية للشركة وتدقيقها خاصة فيما يتعلق بالتأكد في جميع الأوقات من وفاء الشركة بصورة مستمرة بالتعهدات الناشئة عن وثائق التأمين، وأن الشركة تمتلك

تحت تصرفها موجودات مالية كافية في مستوى هامش الملاءة التي حددتها الجهة الرقابية، وإذا أدرك الخبير الاكتواري أن المخصصات المطلوبة لم تعد متوفرة لزم عليه على الفور إشعار الجهة الرقابية.

المادة (٥٢): تلتزم كل شركة تأمين بإعداد حسابات مدققة من قبل مكتبين لمحاسبين قانونيين مرخص لهما بالعمل في المملكة وتقرير أعمال يغطي مجريات السنة السابقة يتم تقديمها للمجلس خلال الشهور الثلاثة الأولى من العام التالي لنهاية السنة المالية لشركة التأمين.

المادة (٥٣): على كل شركة تأمين مرخصة أن تقدم للمجلس إفادة بالتزامها بما يلي:

- (١) أن يكون لديها رأس مال عادي حر وغير محمل بأعباء يساوي هامش ملاءتها على الأقل.
- (٢) أن هامش الملاءة احتسب بشكل يبين قدرة الشركة على الوفاء بتعهداتها بشكل مستمر.
- (٣) تقديم خطاب ضمان مالي لمجلس الضمان الصحي التعاوني يساوي ثلث هامش الملاءة على أن لا يقل مقدار هذا الضمان عن خمسة وعشرين مليون ريال.

المادة (٥٤): يقوم المجلس باعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية غير الحكومية في حدود الشروط التالية:

- (١) أن يكون مرفق الرعاية الصحية قد تم ترخيصه من وزارة الصحة.
- (٢) أن يكون الأفراد القائمون على توفير الرعاية الصحية قد تم تسجيلهم من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
- (٣) أن يكون مرفق الرعاية الصحية مستوفياً للحد الأدنى من متطلبات الجودة وفقاً للمادتين ١٠٩ و ١١٠ من هذه اللائحة.

المادة (٥٥): يتم اعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية بموجب إشعار كتابي صادر عن المجلس، ويتعين تسديد المقابل المالي السنوي لهذا الغرض للمجلس على النحو التالي:

- (١) ٢٠٠٠ - ريال سعودي لعيادة طبيب واحد.
- (٢) ٥٠٠٠ إلى ١٠,٠٠٠ ريال سعودي لمستوصف.
- (٣) ١٠,٠٠٠ إلى ٢٠,٠٠٠ ريال سعودي لمراكز عمليات اليوم الواحد.
- (٤) ٢٠,٠٠٠ إلى ٥٠,٠٠٠ ريال سعودي للمستشفى طبقاً لعدد الأسرة.

المادة (٥٦): يحدد المجلس المقابل المالي المقرر في كل حالة وفقاً للمادة (٥٥) كما يحدد المجلس المقابل المالي لبقية مقدمي الخدمة مثل مركز تشخيص، صيدلية، مختبر.

المادة (٥٧): يُلغى اعتماد المرفق الصحي إذا قامت وزارة الصحة بسحب ترخيص المرفق، ويتعين على المجلس أن يشعر شركات التأمين كافة بذلك.

الفصل السابع : الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية:

(اهداف ونطاق الإشراف):

المادة (٥٨): يتولى مجلس الضمان الصحي الرقابة على شمولية التغطية التأمينية الصحية، والتأكد من قيام أطراف العلاقة التأمينية الصحية بتنفيذ المهام والمسؤوليات المناطة بهم بموجب هذه اللائحة.

المادة (٥٩): تقوم الجهة الرقابية بتولي مسؤولية الرقابة على شركات التأمين التي تزاول نشاط التأمين الصحي بحيث تشمل التأكد من ملاءة الشركة وكفاية رأس مالها وسلامة أصولها ومخصصاتها الفنية وقدرتها على الوفاء بالتزاماتها نحو المستفيدين من تأمينها الصحي. وتقوم الجهة الرقابية باطلاع المجلس على أي خلل قد يطرأ على وضع أي شركة تأمين وفقاً لما سبقت الإشارة إليه في هذه الفقرة.

المادة (٦٠): للمجلس أن يطلب تعديل خطة العمل لشركة من شركات التأمين الصحي قبل إبرام وثائق تأمينية جديدة، ووفقاً لما يراه ضرورياً لحماية مصالح المستفيدين، بحيث تمتد آثار ذلك بالنسبة لوثائق التأمين القائمة أو الوثائق التي لم يتم إبرامها بعد.

المادة (٦١): يجوز للمجلس طلب معلومات وبيانات حول جميع مسائل العمل المتعلقة بالتأمين الصحي من الجهة الرقابية، وللمجلس في حالات فردية وخاصة فيما يتعلق بالبنود العامة للتأمين الصحي أن يطلب النماذج وغير ذلك من المطبوعات التي تستخدمها شركة التأمين الصحي في مراسلاتها مع أصحاب العمل والأشخاص المستفيدين ومقدمي الخدمات وكذلك العقود الموقعة مع شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي.

المادة (٦٢): يحق للمجلس أو من يعينهم القيام خلال مدد منتظمة أو في أي وقت بإجراء المراجعة والتدقيق على جميع شركات التأمين في نطاق اختصاصات المجلس وكذلك الطلب من الجهات الرقابية الأخرى القيام بذلك وتزويد المجلس بتقرير عن ذلك.

المادة (٦٣): يحق للمجلس التحفظ على أي من المسؤولين التنفيذيين في أي من شركات التأمين وإشعار الجهات الرقابية الأخرى بذلك.

المادة (٦٤): لا يسمح لأعضاء المجلس أو للأشخاص الذين يوظفهم بإفشاء المعلومات السرية التي يحصلون عليها في سياق القيام بتنفيذ هذه اللائحة ويسري هذا الحكم بالنسبة لأي شخص آخر يكون قد ألم بهذه المعلومات في سياق التقارير الرسمية، ولا تسري هذه الأحكام على إفشاء المعلومات في عبارات عامة لا يتسنى معها تحديد شركة بعينها من شركات التأمين.

المادة (٦٥): للمجلس استخدام المعلومات المشار إليها في المادة (٦٤) بحيث يقتصر استخدامها على الأغراض التالية:

- (١) فحص الطلب المقدم من شركة التأمين للحصول على التأهيل أو لتجديده.
- (٢) التوجيهات الصادرة من المجلس.
- (٣) ملاحظة أي مخالفات للالتزامات الناشئة عن عقد التأمين وفقاً للمادة (١٤) من النظام.
- (٤) في إطار إجراءات فحص الشكاوى المقدمة بشأن قرار اتخذه إحدى شركات التأمين.
- (٥) في إطار إجراءات النظر والبت في المخالفات وفقاً للمادة ١٤ من النظام.

المادة (٦٦): إن الالتزام بالمحافظة على سرية المعلومات الواردة في المادة (٦٤) لا يمنع على وجه التحديد من تقديم المعلومات:

- ١ - للجهات القضائية أو المحاكم أو الجهات التكميلية الأخرى.
- ٢ - للأجهزة المسؤولة عن تطبيق النظام وفقاً لأحكامه أو الأنظمة الأخرى ذات العلاقة طالما كانت تلك الجهات تطلب المعلومات لغرض إنجاز مهماتها على أن تلتزم بضوابط السرية الواردة في المادة (٦٤) من هذه اللائحة.

المادة (٦٧): للجهة الرقابية الأخرى حق الإشراف على تسوية ما يتعلق بالوثائق التأمينية القائمة وذلك في حالة حظر أنشطة شركة التأمين أو توقفها عن العمل أو في حالة سحب ترخيص ممارستها لأنشطة أعمالها، وعليها التنسيق مع مجلس الضمان الصحي التعاوني في ذلك.

المادة (٦٨): يجوز للمجلس سحب تأهيل ممارسة أعمال التأمين الصحي إذا أخلت شركة التأمين باشتراطات التأهيل، وفي حالة سحب التأهيل فإن تبعية المستفيدين لدى الشركة تنتقل إلى شركة تأمين يختارها صاحب العمل ويسري ذلك أيضاً إذا توقفت شركة التأمين عن الاستمرار في ممارسة أعمالها دون أن يكون التأهيل قد تم سحبه.

المادة (٦٩): يجوز للمجلس كذلك سحب تأهيل ممارسة أعمال التأمين الصحي إذا لم

تستخدم شركة التأمين التأهيل خلال اثني عشر شهراً أو إذا أبدت صراحة تخليها عن التأهيل أو توقفت عن الاستمرار في ممارسة أعمالها لمدة ستة أشهر .

المادة (٧٠): فيما عدا الحالات المشار إليها في المادتين (٦٨) و(٦٩) يتم التنسيق مع الجهات المعنية حول سحب التأهيل .

المادة (٧١): يتم تمويل المجلس من خلال ما يلي:

- (١) المقابل المالي للتأهيل والتجديد السنوي لشركات التأمين .
- (٢) المقابل المالي للاعتماد السنوي لمقدمي الخدمات الصحية غير الحكومية .
- (٣) المقابل المالي للإشراف والرقابة على شركات التأمين وذلك بواقع واحد بالمائة من أقساط التأمين الصحي حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة .
- (٤) المقابل المالي الذي يحصل عليه المجلس نظير دراسة إعفاء الجهات التي تمتلك مرافق طبية من التغطية التأمينية أو جزء منها ويحدد هذا المقابل .
- (٥) الغرامات المالية الأخرى المستحقة للمجلس وكذلك التي تقضي بها لجنة مخالفات نظام الضمان الصحي التعاوني والمحددة في المادة (١١١) من هذه اللائحة .
- (٦) التبرعات والهبات وعوائد الاستثمار .
- (٧) المبالغ المالية المحصلة من أي مصادر أخرى مثل إصدار المجلات والكتيبات أو الأعمال الاستشارية أو التدريبية التي قد يقوم بها المجلس .

المادة (٧٢): يقوم المجلس بنشر معلومات عامة حول أنشطة شركات التأمين التي يؤهلها المجلس، ويمكن التنسيق في هذا الصدد مع الجهات الرقابية الأخرى، كما يقوم المجلس متى ما اقتضت الحاجة بتفسير اللائحة التنفيذية للنظام .

المادة (٧٣): يقوم المجلس بنشر ما يراه من جداول وبيانات إحصائية ذات علاقة بالتأمين عن كل سنة عمل دون تحديد لشركات تأمين بعينها .

الفصل الثامن: العلاقات بين أطراف العلاقة التأمينية:

المادة (٧٤): يحدد المجلس اشتراطات تصميم بطاقة التأمين الصحي ومحتوياتها بالاتفاق المشترك مع شركات التأمين ومقدمي الخدمات الصحية .

المادة (٧٥): تلتزم شركات التأمين ومقدمو الخدمات بمراعاة ما يلي:

- ١ - تقديم الخدمات وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية المقبولة عامة، التي تتفق والأساليب الطبية الحديثة المقبولة والمتعارف عليها مع الأخذ بعين الاعتبار ما يتحقق من تقدم في مجال الطب، ولا يجوز لمقدمي الخدمات التقدم بمطالبات لشركات التأمين لتقديم خدمات لا تتوافق مع ما أشير إليها بعاليه.
- ٢ - أن تكون الإجراءات الطبية مقصورة على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية لإنجاز المهمة.

المادة (٧٦): على أطراف العلاقة التأمينية وهم حملة الوثائق وشركات التأمين ومقدمو الخدمات كل فيما يخصه إتباع المعايير المهنية المتعارف عليها في تنفيذ ما يلي:

- ١ - تسديد الأقساط في وقتها من قبل حملة الوثائق إلى شركات التأمين.
- ٢ - سرعة إعطاء الموافقات من قبل شركات التأمين إلى مقدمي الخدمة على تقديم العلاج للمستفيدين، وسرعة تسوية مطالبات مقدمي الخدمة.
- ٣ - سرعة وسهولة توفير الخدمة العلاجية من قبل مقدمي الخدمة للمستفيدين وسرعة قيام مقدمي الخدمة بمطالبة شركات التأمين بتسوية المستحقات.

المادة (٧٧): لا يسمح لشركات التأمين بتملك أو تشغيل مرافق لغرض الرعاية الصحية المؤمن عليهم وكذلك لا يسمح للمرافق الصحية الخاصة بامتلاك شركات تأمين صحي.

المادة (٧٨): طرفا التعاقد في وثيقة التأمين هما حامل الوثيقة - صاحب العمل - وشركة التأمين.

المادة (٧٩): على صاحب العمل تزويد شركة التأمين بجميع المعلومات التي تطلبها الشركة. وإذا توفر لشركة التأمين مبررات معقولة للشك في صحة هذه المعلومات يمكن للشركة أن ترفع الأمر لمجلس الضمان الصحي للتحقق من ذلك. ويلتزم صاحب العمل بناءً على طلب المجلس بتقديم المستندات المطلوبة كافة وإطلاع ممثلي المجلس في مقر صاحب العمل على تلك المستندات.

المادة (٨٠): يقوم صاحب العمل بشرح وإيضاح الوثيقة وحدود التغطية للمستفيدين المشمولين بها.

المادة (٨١): مع عدم الإخلال بما تقضي به الأنظمة والتعليمات يقوم صاحب العمل بتنفيذ الجزاءات بحق المستفيد الذي يثبت عليه نظاماً سوء استخدام الخدمة.

المادة (٨٢): على صاحب العمل إعادة بطاقات التأمين إلى شركة التأمين عند ترك المستفيد العمل لديه أو عند انتهاء مدة وثيقة التأمين، ويكون مسؤولاً عن أية مصاريف تنشأ كنتيجة لعدم الالتزام بهذا الشرط.

المادة (٨٣): تقوم شركة التأمين في سبيل الوفاء بالتزاماتها نحو توفير المنافع بإبرام عقود خدمات صحية مع مقدمي خدمة معتمدين، ويجوز للمستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الحكومية المتاح دخولها لعموم المراجعين أن تعالج المستفيدين بمقابل مادي تتحمله شركات التأمين.

المادة (٨٤): في الحالات الطارئة فقط يمكن تلقي العلاج لدى الإخصائيين والمستشفيات دون إحالة من مرفق رعاية أولية، ويسري هذا الحكم أيضاً على العلاج بواسطة مقدمي خدمات ممن لم توقع معهم شركة التأمين عقوداً للخدمات الصحية، وفي حالة عدم موافقة شركة التأمين على مواصلة العلاج في هذا المركز فيتم نقلهم بعد استقرار حالتهم الصحية إلى أحد مراكز شبكة مقدمي الخدمة.

المادة (٨٥): تكون المسؤولية على مقدم الخدمة في حالة قيام أحد موظفيه أو أطبائه بالتحويل أو التزوير أو إساءة تقديم الخدمة.

المادة (٨٦): يتضمن عقد الخدمات الصحية العناصر التالية على الأقل، ويجوز للمجلس اقتراح عقد خدمات استرشادي ينظم العلاقة بين الأطراف المعنية:

- (١) الحقوق والالتزامات المشتركة والجزاءات الواجبة في حالة الإخلال بها.
- (٢) التزام مقدمي الخدمة بمستوى الجودة النوعية وفقاً للشروط والإجراءات الواردة في المادتين (١٠٩) و(١١٠) من هذه اللائحة.
- (٣) التزام مقدم الخدمة بمراعاة متطلبات فعالية التكلفة وفقاً لأحكام المادة (٧٥) من هذه اللائحة وأن يهيب ما يقدم من علاج ووصفات طبية بما يتفق مع ذلك.
- (٤) مقدار الأجور وإجراءات التسوية، وتسوية المبالغ المستحقة عن الوصفات الطبية التي تم صرفها.
- (٥) الاشتراطات المسبقة لتوجيه الإنذارات ومهلة تلك الإنذارات.
- (٦) طريقة تسوية النزاعات الناشئة عن عقد الخدمات الصحية.

المادة (٨٧): على مقدم الخدمة التحقق من هوية المستفيد، وفي حالة قيام مقدم الخدمة بعلاج شخص من غير المستفيدين فإنه يتحمل تكاليف هذا العلاج.

المادة (٨٨): على مقدم الخدمة المطالبة بمستحققاته المترتبة على علاج المستفيدين وبالشكل المتفق عليه مع شركة التأمين خلال مدة لا تزيد عن ٩٠ يوماً من تاريخ الاستحقاق.

المادة (٨٩): على مقدم الخدمة الالتزام بنظام الترميز الذي يصدر عن المجلس وذلك في وصف حالات العلاج وتكلفتها والمطالبة بالمستحققات.

المادة (٩٠): يجوز لمقدم الخدمة إلغاء عقد تقديم الخدمات الصحية مع شركة التأمين مع ملاحظة شروط الإلغاء في حالة التأخر في سداد مستحققاته، وفي هذه الحالة على شركة التأمين إبلاغ أصحاب العمل بذلك.

المادة (٩١): على شركة التأمين عند بدء سريان التغطية التأمينية تزويد حامل الوثيقة ببطاقات التأمين للمستفيدين وكذلك كتيبات توضيحية تتضمن الوثيقة ونطاق التغطية التأمينية وحدودها وشبكة مقدمي الخدمات المعتمدة، وعلى صاحب العمل تسليمها بشكل رسمي وفعلي عند بدء التغطية التأمينية للمستفيدين، على شركة التأمين إبلاغ شبكة مقدمي الخدمات المعتمدين بانضمام حامل الوثيقة إلى التغطية التأمينية وكذلك التغطيات الإضافية إن وجدت.

المادة (٩٢): على شركة التأمين وحامل الوثيقة مراعاة ظروف المستفيدين وذلك بتقديم شبكة مقدمي خدمة تتناسب مع احتياجات المستفيدين ومواقع عملهم، بشكل لا يضطرون معه للحصول على الخدمة من مقدم خدمة خارج الشبكة.

المادة (٩٣): لا تلتزم شركة التأمين بإبرام عقد خدمات صحية مع كل مقدم خدمة معتمد من قبل المجلس، وللشركة أن تختار من بين مقدمي الخدمات المعتمدين من تأنس فيه القدرة على تقديم أفضل الخدمات لتلبية متطلبات عقد الخدمة الصحية.

المادة (٩٤): لا تلتزم شركة التأمين باستخدام كل مقدمي الخدمة المبرم معهم عقود لكل وثيقة.

المادة (٩٥): يجب على شركة التأمين الرد على طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج خلال (٦٠) دقيقة، وفي حالة عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب كتابياً، ويضع المجلس معايير الخدمة في هذا الشأن.

المادة (٩٦): لشركات التأمين أن تعين لديها بصورة فردية أو جماعية أطباء سعوديون

لمراقبة مدى الالتزام باشتراطات العلاج في حدود فعالية التكلفة الموضحة في المادة (٧٥) من هذه اللائحة أثناء علاج أحد المستفيدين، وفي حالة تعذر تعيين أطباء سعوديين يمكن لشركات التأمين أن تقدم للمجلس بطلب استثناء للتعاقد مع أطباء غير سعوديين، أما ما يخص الكفاءات الطبية المتميزة فلا بد أن يكون من الاختصاصيين والاستشاريين السعوديين، وفي حالة طلب الاستشارات غير المتفرغة فعلى شركات التأمين أن تستعين بالاختصاصيين والاستشاريين السعوديين العاملين في القطاع العام.

المادة (٩٧): يكون للأطباء المعيّنين للعمل لدى شركات التأمين استقلال مهني ولا يخضعون في آرائهم إلا للمقتضيات الطبية في مباشرتهم لمهمات المراقبة ولا يحق لهم التدخل في العلاج الطبي، أو علاج المستفيدين.

المادة (٩٨): يلتزم مقدمو الخدمات والمستفيدون بتزويد الأطباء العاملين في شركات التأمين بجميع المعلومات المطلوبة، وأن يضعوا تحت تصرفهم كافة المستندات اللازمة للقيام بأعمال المراقبة وفقاً لأحكام المادة (٩٦) من هذه اللائحة، ويجوز للأطباء دخول عنابر المستشفى ومكاتب الإشراف الطبي والملفات الطبية لمستشفى مرخص عولج فيه أحد المستفيدين، أو يجري فيه علاج وذلك حينما تقتضي الضرورة لإنجاز مهمات المراقبة المسندة إليهم بالتنسيق مع المستشفى المعني.

المادة (٩٩): للمجلس حق الاعتراض على من ثبت عدم أهليته طبياً أو إخلاله بأخلاقيات المهنة.

المادة (١٠٠): على شركة التأمين سداد مستحقات مقدمي الخدمة في مدة لا تزيد عن (٦٠) يوماً من تاريخ المطالبة.

المادة (١٠١): على شركة التأمين ومقدمي الخدمة الاتفاق على تسوية مبلغ المطالبات، وفي حالة عدم الاتفاق يمكن لأي منهما إحالة الخلاف إلى مجلس الضمان الصحي التعاوني.

المادة (١٠٢): يجوز لشركة التأمين إلغاء عقد الخدمات الصحية مع أحد مقدمي الخدمة مع مراعاة مهلة الإنذار المحددة، وكذلك شروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بينهما إذا لمست من مقدم الخدمة إخلالاً كاملاً أو جزئياً بتقديم الخدمة بعد موافقة حامل الوثيقة وتعيين بديل عنه بالمستوى نفسه.

المادة (١٠٣): يلتزم المستفيد بتزويد شركة التأمين بجميع المعلومات التي تطلبها لتحديد تفاصيل الحالة الطارئة أو التزامات الخدمات الواقعة على عاتق شركة التأمين ونطاق تلك الالتزامات.

المادة (١٠٤): يلتزم المستفيد بأن يتم الكشف عليه من قبل الطبيب المرخص نظاماً والمعتمد من المجلس الذي تعينه شركة التأمين إذا رغبت الشركة في ذلك وتحمل في هذه الحالة تكاليف الكشف.

المادة (١٠٥): يلتزم المستفيد عند طلب العلاج بتقديم بطاقة التأمين وإثبات الهوية لمقدم الخدمات الذي يعيدها إليه بعد تسجيل البيانات اللازمة للعلاج.

المادة (١٠٦): يلزم المستفيد بمراجعة أحد مرافق الرعاية الأولية أو الأطباء العاملين ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له، ويكون التحويل إلى اختصاصي أو مستشفى بقرار من الطبيب العام.

المادة (١٠٧): يتحمل المستفيد فرق تكاليف الكشف في حالة قيامه مباشرة بمراجعة الطبيب الاختصاصي أو الاستشاري كما هو موضح بالوثيقة.

المادة (١٠٨): تقتصر التوصية بالتنويم بالمستشفيات على الحالات التي يكون فيها علاج المستفيد بالعيادة الخارجية غير كافٍ ويتعين في هذه الحالة الاستفادة من جراحات أو معالجات اليوم الواحد وفي حالة قيام المستفيد بمراجعة مستشفى غير المستشفى المحدد في أوراق الإحالة فإنه يلتزم بتحمل الفرق في تكلفة العلاج.

الفصل التاسع: ضمان جودة الخدمات المقدمة

المادة (١٠٩): يحدد المجلس بالتعاون مع المؤسسات الصحية الحكومية ذات القدرة الاشتراطات الواجب توافرها مسبقاً للمحافظة على جودة الخدمات المقدمة فيما يتعلق بإنفاذ أحكام المادة (١٦) من النظام، وفي سياق تحديد الاشتراطات على وجه الخصوص يتعين مراعاة ما يلي:

- ١ - توفر الحد الأدنى لمتطلبات الجودة النوعية التي يجب على مقدمي الخدمة التقيد بها.
- ٢ - إقرار الخدمات التشخيصية والعلاجية التي يتعين توفيرها أو التي يزعم تقديمها على نفقة شركة التأمين.
- ٣ - التزام مقدمي الخدمة بالإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية.

المادة (١١٠): تغطي الإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية ما يلي: كحد أدنى:

- (١) المعايير الخاصة بغرف الكشف الطبي لمقدمي الخدمات المعتمدين .
- (٢) التفتيش المنتظم على المستشفيات والعيادات والمستوصفات المعتمدة في مواقعها ودون إنذار مسبق من قبل موظفي المجلس أو من يعينهم من المؤهلين من خارج المجلس .
- (٣) تقييم عقود الخدمات الصحية من حيث تعهداتها بالمحافظة على ضوابط الجودة النوعية .
- (٤) يلتزم مقدمو الخدمة القيام كل (٣) سنوات وعلى حسابهم الخاص بالتعاقد عن طريق المجلس مع مكتب استشاري مختص لتقييم وقياس مدى التزام مقدمي الخدمة بمتطلبات الجودة النوعية وتزويد المجلس بصورة من التقرير الخاص بذلك وفي حال إخلال مقدم الخدمة بهذا الشرط فيمكن للمجلس إلغاء الاعتماد .

الفصل العاشر : الجزاءات وتسوية المنازعات

المادة (١١١): تشكل لجنة أو أكثر بقرار من رئيس المجلس مكونة من (٦) أعضاء من الجهات المحددة في المادة (١٤) من النظام تسمى لجنة مخالفات نظام الضمان الصحي التعاوني للنظر في مخالفات أحكام النظام وإقرار الجزاء المناسب ويوقع هذا الجزاء بقرار من رئيس المجلس ويجوز التظلم من هذا القرار أمام ديوان المظالم خلال (٦٠) يوماً من إبلاغه .

المادة (١١٢): تنظر هذه اللجنة في المخالفات التي تنشأ بين المستفيدين وحملة الوثائق وشركات التأمين ومقدمي الخدمات .

المادة (١١٣): تقدم الشكوى من أطراف العلاقة كتابةً لأمين عام المجلس خلال (٩٠) يوماً من تاريخ وقوع الخلاف الذي ترتب عليه موضوع الشكوى .

المادة (١١٤): تقوم الأمانة العامة للمجلس بإحالة الشكوى المقدمة إلى اللجنة التي تنظر في مخالفات أحكام هذا النظام .

المادة (١١٥): تورد قيمة الجزاءات المالية الخاصة بمخالفة أحكام هذا النظام وكذلك الغرامات المحددة في المادتين (١١١) و(١١٦) إلى المجلس وحسب ما تنص عليه اللائحة المالية .

المادة (١١٦): إذا ثبت للجنة أن الشكوى غير صحيحة ولا تستند على أي مسوغ مقبول، فسيكون لها اتخاذ الإجراءات النظامية اللازمة أو اقتراح الجزاء المناسب في حق الشاكي .

المادة (١١٧): تعقد اللجنة جلسة كل ما دعت الضرورة، ويدفع المجلس مكافأة تبلغ ألف

ريال لكل عضو عن كل جلسة على ألا تزيد عن (٢٠) ألف ريال في السنة لكل عضو .
المادة (١١٨): يقوم المجلس بإعداد الإجراءات التفصيلية لتقديم الشكاوى للجنة .

الفصل الحادي عشر: الأحكام الانتقالية ودخول اللائحة حيز التطبيق

المادة (١١٩): يتم البدء بإجراءات التأهيل لشركات التأمين الصحي واعتماد مقدمي الخدمات الذين تشملهم أحكام هذا النظام بعد صدور هذه اللائحة .

المادة (١٢٠): تطبق هذه اللائحة على أصحاب العمل حسب الجدول التالي :

- (١) الشركات والمؤسسات الفردية التي يزيد عدد عمالها الأجنبية عن (٥٠٠) شخص خلال عام من تاريخ صدور اللائحة .
- (٢) الشركات والمؤسسات التي يزيد عدد عمالها الأجنبية عن (١٠٠) شخص خلال عامين من تاريخ صدور اللائحة .
- (٣) جميع أصحاب الأعمال والأفراد المشمولين بالنظام خلال (٣) سنوات من تاريخ صدور اللائحة .

المادة (١٢١): في حالة إبرام وثائق تأمين قبل تنفيذ النظام فإن أطراف التعاقد تكون مسؤولة عن إنهاء التزاماتها خلال عام من صدور هذه اللائحة، مع مراعاة ما جاء في المادة (١٢٠) من هذه اللائحة ويجوز لهم الاستمرار بالالتزامات نفسها إذا حصلوا على موافقة المجلس بالاستمرار في ترتيباتهم السابقة، ويشترط في هذه الحالة أن تكون شركة التأمين مؤهلة وأن يكون مقدم الخدمة معتمداً وأن يكون باستطاعتها مواصلة التزاماتها وفقاً لأحكام النظام واللائحة التنفيذية .

المادة (١٢٢): يختص المجلس باقتراح تعديل هذه اللائحة، ويصدر بذلك قرار من وزير الصحة .

المادة (١٢٣): تصدر هذه اللائحة بقرار من وزير الصحة وتشر في الصحيفة الرسمية ويبدأ تنفيذها اعتباراً من بداية تنفيذ النظام بعد (٩٠) يوماً من تاريخ إصدارها .

وثيقة الضمان الصحي التعاوني

تنفيذاً لنظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/١٠) بتاريخ (١/١٤٢٠هـ) ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار وزير الصحة رقم بتاريخ في هذا الشأن .

وبما أن حامل الوثيقة قد تقدم إلى شركة اسم شركة التأمين (ويشار إليها فيما بعد بالشركة) بطلب خطي (سيشكل أساساً لهذه الوثيقة وجزءاً لا يتجزأ منها)، بغرض إجراء التأمين الموصوف لاحقاً عليه ومعاليه أو على موظفيه ومعاليهم المدرجة أسماؤهم في القائمة المرفقة بهذه الوثيقة والمشار إليهم فيما بعد بالمؤمن عليهم، وقد سدد الاشتراك أو وافق على تسديده .

فإن الشركة تتفق بموجب ما أشير إليه بعاليه مع حامل الوثيقة على تغطية نفقات توفير الرعاية الصحية للمؤمن عليهم بموجب هذه الوثيقة، وإلى المدى وبالطريقة المبينين بها، من خلال شبكة مقدمي الخدمة المعينين من قبل شركة التأمين مع الخضوع في ذلك دوماً لاشتراطات وتعريفات وتحديدات وحدود التغطية التي تشمل عليها هذه الوثيقة وأية ملاحق إضافية (مقرة من مجلس الضمان الصحي التعاوني) يتفق عليها لاحقاً .

القسم الأول - التعريفات

لأغراض هذا التأمين فإن الكلمات والعبارات والتعابير التالية سوف تفسر أينما وردت في الوثيقة أو ملاحقها أو مرفقاتها وفقاً للتعريفات الواردة أدناه:

- ١ - «الحادث»: إصابة عرضية أو حدث عرضي غير متوقع يقع خلال مدة التأمين .
- ٢ - «العلة»: المرض أو الداء الذي يصيب الشخص المؤمن عليه، ويتطلب بالضرورة الحصول على معالجة طبية من طبيب مرخص، خلال مدة التأمين .
- ٣ - «الحساسية»: تحسس الفرد، بصفة خاصة، لأنواع معينة من الغذاء، الطقس، غبار الطلع أو أية محدثات أخرى من النباتات، الحشرات، الحيوانات، المعادن، العناصر أو المواد الأخرى، حيث يعاني الفرد ردود فعل بدنية يسببها الإتصال المباشر أو غير المباشر بتلك المواد مما يتسبب في حالات مثل الربو، سوء الهضم، الحكاك، الحمى القشية، الإكزيما، الصداع .
- ٤ - «المستفيد (المؤمن عليه)»: الشخص المشمول بالنظام (الموظف أو المُعال) المدرج في جدول الأشخاص المؤمن عليهم المرفق بهذه الوثيقة .
- ٥ - «المنفعة»: نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة .
- ٦ - القسط (الاشتراك): هو المبلغ المتوجب الدفع من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين .

- ٧ - «التشوه الخلقي»: الخلل الوظيفي أو الكيميائي أو البنائي الذي يكون موجوداً عادة قبل الولادة سواء بالوراثة أو نتيجة للعوامل البيئية.
- ٨ - «التغطية التأمينية»: هي المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد المحددة بوثيقة التأمين المرفقة بهذه اللائحة.
- ٩ - «نسبة الاقتطاع/ التحمل» (المشاركة في الدفع): هي الجزء الواجب سداه (المحددة في جدول الوثيقة) من قبل المستفيد - المؤمن عليه - في حالة التطبيب في العيادات الخارجية.
- ١٠ - «الموظف»: أي شخص يزاول العمل فعلياً لدى حامل الوثيقة ومسجل بتلك الصفة في سجلاته والذي يبلغ وقت انضمامه للتغطية التأمينية من ٦٥ عاماً.
- ١١ - «المُعال»: (أ) الزوج/ الزوجات المسجلون بهذه الصفة في سجلات حامل الوثيقة والمقيم إقامة نظامية بالمملكة العربية السعودية.
(ب) أولاد الموظف أو أولاد أي من الزوج أو الزوجات أو الأولاد المكفولون نظاماً المقيمون بالمملكة العربية السعودية المعتمدون في إعالتهم على الموظف والمسجلين بتلك الصفة في سجلات حامل الوثيقة.
- ١٢ - «المستندات المؤدية للمطالبة»: جميع المستندات التي تثبت وتؤيد عمر الشخص المؤمن عليه وجنسيته وهويته وسريان التغطية التأمينية وملابسات وقوع الحادث الناشئة عنه تلك المطالبة وسداد التكاليف، كما تشمل مستندات أخرى مثل تقرير الشرطة، والفواتير، والإيصالات، والوصفات الطبية، تقرير الطبيب، الإحالة والتوصيات، وأية مستندات أصلية أخرى قد تطلبها الشركة.
- ١٣ - «أساس التقييد المباشر أو على حساب الشركة»: تسهيلات عدم الدفع الموفرة للأشخاص المؤمن عليهم لدى مقدم أو مقدمي الخدمة المعيلين من قبل الشركة حيث يتم وفقاً لذلك قيد جميع تلك المصاريف مباشرة على حساب الشركة.
- ١٤ - «تاريخ الابتداء»: التاريخ المبين في جدول الوثيقة والذي تبدأ عنده التغطية التأمينية.
- ١٥ - «تاريخ النفاذ»: التاريخ الذي يحدده حامل الوثيقة وتوافق عليه الشركة لبدء تغطية الشخص بموجب هذه الوثيقة أو لإضافة أو حذف شخص مؤمن عليه في الوثيقة.

- ١٦ - «الملحق»: مستند تصدره الشركة على نموذج رسمي مؤرخ وموقع عليه من موظف مخول بذلك كدليل على صحة أي تعديل في الوثيقة، بحيث لا يمس التغطية الأساسية، بناءً على طلب خطي من حامل الوثيقة.
- ١٧ - «المستشفى»: مرفق صحي معتمد مقبول من حامل الوثيقة والشركة ومرخص له بالعمل كمستشفى وفقاً للأنظمة المعمول بها لتقديم المعالجة التي قد يطالب بالتعويض عن تكاليفها بموجب هذه الوثيقة، إن تعبير المستشفى في هذه الوثيقة لن يشمل الفنادق أو دور المنامة أو الضيافة أو الاستراحات أو دور النقاهة أو المصححات أو أماكن رعاية الأشخاص المتحفظ عليهم أو مأوى كبار السن أو المضطربين عقلياً أو أي مكان يستخدم أساساً لإيواء ومعالجة مدمني المخدرات أو الكحول.
- ١٨ - «التنويم في المستشفى»: تسجيل الشخص المؤمن عليه كمريض منوم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي بناءً على تحويل من طبيب مرخص.
- ١٩ - «التأمين»: البيئة الدالة على قيام التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة مع جدولها وملاحظتها أو مرفقاتها.
- ٢٠ - «الطبيب المرخص»: مزاول مهنة الطب بعد حصوله على المؤهل والمرخص له قانوناً بمزاولة مهنة الطب ويكون مؤهلاً ومقبولاً من حامل الوثيقة والشركة لتقديم المعالجة التي يمكن المطالبة بالتعويض عن تكاليفها المادية بموجب هذه الوثيقة.
- ٢١ - «حدود التغطية»: الحد الأقصى لمسؤولية الشركة كما هو محدد في جدول الوثيقة بالنسبة لأي شخص مؤمن عليه وذلك قبل تطبيق أي اقتطاعات/ تحملات.
- ٢٢ - «مقدم الخدمة»: الشخص أو المرفق الصحي المعتمد والمرخص له، وفقاً للأنظمة المعمول بها، بتقديم الخدمات الطبية في المملكة وعلى سبيل المثال، مستشفى أو مركز تشخيص أو عيادة أو صيدلية أو مختبر أو مركز علاج طبيعي أو علاج بالإشعاع.
- ٢٣ - «الحمل والولادة»: أي حالة حمل أو ولادة ناشئة عن علاقة زوجية شرعية.
- ٢٤ - «جراحة أو معالجة اليوم الواحد»: الجراحة أو المعالجة التي تتطلب بالضرورة الإعداد المسبق للتنويم في مستشفى أو مركز معالجة اليوم الواحد، ولكنها لا تتطلب التنويم حتى اليوم التالي.
- ٢٥ - «المعالجة في العيادات الخارجية»: تردد الشخص المؤمن عليه على العيادات الخارجية بغرض التشخيص أو المعالجة الطبية من علة.

- ٢٦ - «شبكة مقدمي الخدمة»: هي مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من مجلس الضمان الصحي التعاوني والمحدد من قبل شركة التأمين الخدمة لصاحب العمل / حامل الوثيقة والقيد مباشرة على حساب شركة التأمين عند إبراز المؤمن عليه بطاقة تأمين سارية المفعول على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الرعاية الصحية الثلاثة:
- المستوى الأول لتقديم الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية).
 - المستوى الثاني لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات العامة).
 - المستوى الثالث لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات التخصصية أو المرجعية).
- ٢٧ - مدة سريان المفعول: عدد الأيام التي ستكون الوثيقة خلالها نافذة المفعول في حالة عدم سداد كامل الاشتراك المبين في الجدول.
- ٢٨ - مدة التأمين: تعني المدة الميمنة في جدول الوثيقة التي يبقى فيها التأمين ساري المفعول.
- ٢٩ - حامل الوثيقة: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.
- ٣٠ - المصاريف الطبية المعقولة والمعتمدة:

(أ) المصاريف الطبية التي تتوافق مع مستوى الأتعاب التي يتقاضاها غالبية الأطباء المرخصين أو المستشفيات في المملكة على أن تكون تلك الأتعاب نظير معالجة حالة مماثلة وأن يكون أولئك الأطباء المرخصون أو المستشفيات مماثلين تأهيلاً ومنزلة لمن قدموا المعالجة.

(ب) المعالجة الطبية التي لا تختلف جذرياً عما يعتبره الطبيب المرخص مقبولاً باعتباره عادياً وطبيعياً بالنسبة لأي علة معينة تتم المطالبة بالمصاريف الطبية المتعلقة بها بموجب هذه الوثيقة.

- ٣١ - «أساس تعويض البديل»: الأسلوب المتبع لتعويض حامل الوثيقة عن النفقات القابلة للاستعاضة التي يتحملها الشخص المؤمن عليه ويقدم عنها مطالبة، وذلك بعد تطبيق الاقتطاع / التحمل.

القسم الثاني - النفقات القابلة للاستعاضة / المنافع

لأغراض هذه الوثيقة فإن النفقات القابلة للاستعاضة سوف تعني المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة، غير مستثناة بموجب القسم الثالث، يصفها طبيب مرخص بسبب

علة تعرض لها الشخص المؤمن عليه، شريطة أن تكون تلك النفقات الضرورية ومعقولة ومعتمدة في الوقت والمكان الذي تمت فيه .

وبناءً عليه سوف تشمل النفقات القابلة للاستعاضة ما يلي:

١ - المنافع الصحية

- أ - جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية، وفقاً لجدول الوثيقة.
 - ب - جميع مصاريف التنويم في المستشفى بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد والولادة.
 - ج - معالجة أمراض الأسنان واللثة.
 - د - الإجراءات الوقائية التي تحددها وزارة الصحة مثل التطعيمات، ورعاية الأمومة، والطفولة.
- ٢ - مصاريف إعادة جثمان الشخص المؤمن عليه إلى موطنه الأصلي.

القسم الثالث - التحديدات والاستثناءات

(١) هذه الوثيقة لن تغطي المطالبات التي تنشأ عما يلي:

- (١) الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً.
- (٢) الأمراض التي تنشأ بفعل إساءة استعمال بعض الأدوية أو المنشطات أو المهدئات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما شابه ذلك.
- (٣) الجراحة أو المعالجة التجميلية إلا إذا استدعتها إصابة جسدية عرضية غير مستثناة في هذا القسم.
- (٤) الفحوصات الشاملة واللقاحات أو العقاقير أو الوسائل الوقائية التي لا تتطلبها معالجة طبية منصوص عليها في هذه الوثيقة (باستثناء الإجراءات الوقائية التي تحددها وزارة الصحة مثل التطعيمات ورعاية الأمومة والطفولة).
- (٥) معالجة الحمل والولادة للمرأة المتعاقد معها على أساس أنها غير متزوجة.
- (٦) المعالجة التي يتلقاها الشخص المؤمن عليه دون مقابل.

- (٧) الاستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة والعلاج في دور الرعاية الإجتماعية .
- (٨) أي علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن عليه .
- (٩) معالجة الأمراض التناسلية أو التي تنتقل بالاتصال الجنسي المتعارف عليها طبيًا .
- (١٠) مصاريف علاج الفترة اللاحقة لتشخيص فيروس نقص المناعة البشرية HIV أو العلل ذات الصلة بالـ HIV بما فيها مرض الإيدز (نقص المناعة المكتسبة) أو مشتقاتها أو مرادفاتها أو أشكالها الأخرى .
- (١١) جميع التكاليف المتعلقة بزراع الأسنان أو تركيب الأسنان الاصطناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التقويم باستثناء تلك التي تسببت عن وسائط خارجية عنيفة .
- (١٢) اختبارات تصحيح النظر أو السمع والوسائل البصرية أو السمعية المساعدة ما لم تكن مطلوبة بأمر الطبيب المرخص .
- (١٣) مصاريف انتقال الشخص لمؤمن عليه بوسائل نقل غير سيارات الإسعاف المحلية المرخص لها أو التابعة لجمعية الهلال الأحمر السعودي .
- (١٤) تساقط الشعر أو الصلع أو الشعر المستعار .
- (١٥) المعالجة النفسية أو الاضطرابات العقلية أو العصبية ما عدا الحالات الحادة .
- (١٦) اختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها بخلاف تلك المتعلقة بالأدوية أو التشخيص أو العلاج .
- (١٧) الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو المعالجة بالهرمونات بهدف تنظيم النسل أو منع الحمل أو حصوله أو العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة التخصيب بواسطة الأنابيب أو أية وسائل أخرى للتلقيح الاصطناعي .
- (١٨) أي ضعف أو تشوه خلقي موجود قبل بداية سريان الوثيقة ولا يشكل خطورة على الحياة .
- (١٩) أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتكبدها المرافق للمؤمن عليه أثناء تنويمه أو إقامته بالمستشفى عدا نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفى لمرافق واحد للمؤمن عليه ، كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة ، أو حيثما تقتضي الضرورة الطبية ذلك حسب تقدير الطبيب المعالج .
- (٢٠) معالجة البثور - حب الشباب - أو أية معالجة تتعلق بالسمنة أو البدانة .

(٢١) حالات زرع الأعضاء المنقولة والنخاع العظمي أو زرع الأعضاء الاصطناعية البديلة التي تحل محل أي عضو بالجسم.

(ب) هذه الوثيقة لن تغطي المنافع الصحية وإعادة الجثمان إلى الموطن الأصلي في حالة المطالبات الناشئة مباشرة عن:

- (١) الحرب، الغزو، أعمال العدو الأجنبي، الأعمال العدوان (سواء أعلنت الحرب أم لم تعلن)، الحرب الأهلية.
- (٢) الإشعاعات الأيونية أو التلوث بالنشاط الإشعاعي من أي وقود نووي أو أية نفايات نووية ناتجة عن احتراق وقود نووي.
- (٣) الخصائص المشعة أو السامة أو المتفجرة أو أي خصائص خطيرة أخرى لأي تجمعات نووية أو لأي من مركباتها النووية.
- (٤) مزاوله الشخص المؤمن عليه أو مشاركته في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو عملياتها.
- (٥) أعمال الشغب، الإضراب، الإرهاب أو ما يشابهها من أعمال.

القسم الرابع - الشروط العامة

١ - إثبات سرعان المفعول

تمثل هذه الوثيقة الحد الأساسي من التغطية التأمينية المقدمة للأشخاص المؤمن عليهم. ولن تكون هذه الوثيقة سارية المفعول ما لم يثبت ذلك بجدول موقع عليه من موظف خول رسمياً من الشركة كما ولن يسري مفعول أي إضافة عليها إلا إذا أثبت ذلك بملحق موقع من موظف مخول رسمياً من الشركة.

٢ - السجلات والتقارير

على حامل الوثيقة أن يحتفظ بسجل لجميع الموظفين ومعاليمهم المؤمن عليهم بموجب هذه الوثيقة، يحتوي بالنسبة لكل شخص على الاسم الكامل والجنس والعمر والجنسية والتصنيف وغير ذلك من المعلومات الأساسية التي يمكن أن يكون لها تأثير على إدارة هذا التأمين وعلى التقرير بشأن معدلات الاشتراك، ويتوجب إتاحة الفرصة للشركة - متى ما رغبت في ذلك - للاطلاع على هذه السجلات والتأكد من صحة المعلومات التي قدمها حامل الوثيقة وتلتزم

الشركة، متى ما طلب منها ذلك بتزويد حامل الوثيقة بأية بيانات قد يرغب الإطلاع عليها بالنسبة للأشخاص المؤمن عليهم.

٣ - المؤهلون للتأمين

أ - بالنسبة للموظفين - فإن أي شخص مستوفٍ لتعريف الموظف سوف يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة.

ب - بالنسبة للمُعاليين - إن أي شخص مستوفٍ لتعريف المُعال سوف يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة على أن يعول ذلك الشخص موظف مؤهل.

إذا كان أي شخص معرف كمعال هو أيضاً مؤهل للتأمين بوصفه موظفاً فإن تمتعه بالتأمين بصفة مُعال سوف يتوقف بمقتضى هذه الوثيقة، وعندما يكون كل من الزوج أو الزوجة مقيمين معاً إقامة دائمة ويتمتعان بالتغطية التأمينية بوصفهما موظفين فإن الأولاد سوف يصبحون مؤهلين فقط كمُعاليين من قبل الزوج.

٤ - سداد الاشتراك

أ - يلتزم حامل الوثيقة بسداد اشتراك التأمين الواجب أدائه عن كل شخص مؤمن عليه، وذلك عند ابتداء التغطية التأمينية أو حسب ما يتم الاتفاق عليه مع الشركة.

ب - في حالة عدم سداد أي جزء من الاشتراك فإن الوثيقة لن تبقى سارية المفعول لمدة أطول من المدة التي يغطيها لجزء المسدد من الاشتراك، في هذه الحالة تكون الشركة ملزمة بإبلاغ مجلس الضمان الصحي التعاوني بذلك.

٥ - تواريخ نفاذ التغطية

أ - بالنسبة للموظفين:

يبدأ نفاذ التغطية بالنسبة للموظف الموجود فعلياً على رأس العمل اعتباراً من تاريخ الابتداء المحدد في جدول الوثيقة، وكل شخص يلتحق بالعمل في وقت لاحق سوف تبدأ تغطيته من تاريخ التحاقه بالعمل لدى حامل الوثيقة أو وصوله للمملكة.

ب - بالنسبة للمُعاليين:

يبدأ نفاذ التغطية التأمينية بالنسبة للمُعاليين من التاريخ الذي أصبح فيه الموظف والمسؤول عن إعالتهم مؤمناً عليه أو في التاريخ الذي اكتسبوا فيه لأول مرة صفة مُعاليين.

٦ - إضافة وحذف «الأشخاص المؤمن عليهم» و«الاشتراكات» المتعلقة بذلك.

- أ - على حامل الوثيقة أن يعلن فوراً وخطياً للشركة عن كل الموظفين أو المُعالين المراد تغطيتهم بالتأمين بعد تاريخ ابتداء الوثيقة، وتقوم الشركة باحتساب الاشتراك الإضافي الواجب أدائه فوراً عن الأشخاص الذين يتم إدراجهم في جدول الأشخاص المؤمن عليهم وذلك على أساس تناسبي من تاريخ شمولهم بالتغطية.
- ب - على حامل الوثيقة أن يشعر الشركة خطياً خلال ثلاثين يوماً من تاريخ الإنهاء المطلوب عن جميع الأشخاص المؤمن عليهم (الموظفين و/ أو المُعالين) الذين تنتهي تغطيتهم التأمينية قبل انقضاء مدة التأمين، ولا يحق للشركة رد الجزء النسبي من الاشتراك المتعلق بهؤلاء الأشخاص عن المدة المتبقية من التأمين ما لم يقم حامل الوثيقة بتزويد الشركة بما يثبت مغادرة الشخص المؤمن عليه للمملكة في حالة المغادرة النهائية، أو ما ثبت شمول المؤمن عليه ببرنامح تغطية تأمينية آخر مقبول من مجلس الضمان الصحي التعاوني في حالة نقل كفالة.

٧ - انتهاء التغطية التأمينية للمؤمن عليهم:

- (١) بالنسبة للموظفين: ينتهي تلقائياً تأمين أي موظف بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:
- (١) إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في الجدول.
 - (٢) في التاريخ الذي يصبح فيه عمر الموظف خمسة وستين عاماً.
 - (٣) لدى استفاد حد المنفعة القصوى الذي تنص عليه الوثيقة.
- (ب) بالنسبة للمُعالين: تنتهي تلقائياً تغطية المُعال بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:
- (١) فقدان المُعال لصفته التأمينية كمعال وفقاً لأحكام البند ١١ (ب) من التعريفات بموجب القسم الأول من الوثيقة.
 - (٢) إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في الجدول.
 - (٣) في التاريخ الذي يصبح فيه عمر المُعال خمسة وستين عاماً.
 - (٤) لدى استفاد حد المنفعة القصوى المنصوص عليه بموجب هذه الوثيقة.
- (ج) يستمر أداء النفقات القابلة للاستعاضة بالنسبة لأي علة جارية أدت إلى استمرار التنويم بالمستشفى في تاريخ انتهاء التغطية وذلك للمدة التي تتطلبها العلة شريطة ألا تتجاوز تلك

المدة (٢٦٥) يوماً من تاريخ ابتداء تلك العلة التي استدعت التنويم بالمستشفى وفي حدود مبالغ التغطية الواردة في جدول الوثيقة.

(د) في حالة إنهاء هذه الوثيقة لأي سبب يوجب على حامل الوثيقة أن يعيد للشركة على الفور جميع بطاقات التأمين الصحي الصادرة المتعلقة بأساس التقييد المباشر على حساب الشركة لدى شبكة مقدمي الخدمة المعيّنين، وكذلك الحال بالنسبة لأي شخص مؤمن عليه تنتهي مدة تغطيته، ويكون حامل الوثيقة مسؤولاً عن تعويض الشركة عن كل المصاريف والنفقات الطبية الناتجة عن تقصيره في التقييد بذلك.

٨ - الحلول في الحقوق

أ - يحق للشركة - ويجب أن تتاح لها الفرصة - من خلال جهة طبية معتمدة، فحص الشخص المؤمن عليه الذي قدمت بشأنه مطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة على حسابها بعد أقصى قدره مرتان، وذلك خلال ستين يوماً من تاريخ تسلم المطالبة.

ب - على حامل الوثيقة أو الشخص المؤمن عليه أن يتعاون ويسمح بالقيام، على نفقة الشركة بالأعمال الضرورية التي تطلبها الشركة في حدود المعقول بقصد تعزيز أية حقوق أو مطالبات أو تعويضات قانونية من الغير.

٩ - عدم ازدواجية المنافع

في حالة المطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة قابلة للأداء لشخص مؤمن عليه بموجب هذه الوثيقة، ويكون مغطى أيضاً، بالنسبة لتلك النفقات، بموجب أي خطة أو برنامج أو تأمين آخر أو ما شابه ذلك، فعندما تكون شركة التأمين مسؤولة عن تغطية تلك النفقات، وتحل محل المؤمن عليه في مطالبة الغير بدفع حصتهم النسبية من تلك المطالبة.

١٠ - أساس التقييد المباشر على حساب الشركة لدى شبكة مقدمي

الخدمة المعيّنين

تصدر الشركة بطاقة تأمين صحي لكل شخص مؤمن عليه يحق له بموجبها تلقي الخدمة الصحية لدى شبكة مقدمي الخدمة المعيّنين دون أن يطلب منه تسديد نفقات تلك الخدمات.

يرسل مقدمو الخدمة المعيّنين للشركة، وعلى أساس شهري، جميع النفقات الطبية المتكبدة بموجب الوثيقة. وتقوم الشركة بتقييم تلك النفقات ومعالجتها، وإشعار حامل الوثيقة عند بلوغ النفقات حد المنفقة القصوى، وفي حالة تجاوز ذلك الحد يحق للشركة المطالبة برد تلك النفقات

خلال مدة لا [(زيد) هكذا ورد في الأصل أم القرى (تزيد)] عن (٦٠) يوماً من تاريخ إبلاغه بها .
وفي حالة عدم تقييد حامل الوثيقة برد تلك المصاريف للشركة خلال المدة المحددة يحق
للشركة رفع الأمر إلى مجلس الضمان الصحي التعاوني لاتخاذ ما يلزم .
وللشركة الحق في حذف أو استبدال أي من أو جميع مقدمي الخدمة المعينين لأغراض
هذه الوثيقة، خلال مدة سريانها، شريطة موافقة حامل الوثيقة وتعيين بديل عنهم بنفس المستوى .

١١ - الاقتطاع، التحمل

مع عدم الإخلال بالتسهيلات الممنوحة بمقتضى القيد المباشر على حساب الشركة، فإنه
لشروطه ملزم وإجباري أن يقوم الشخص المؤمن عليه بدفع مبلغ الاقتطاع/ التحمل لدى مركز
الخدمة، وأي محاولة من جانب الشخص المؤمن عليه للامتناع عن الدفع سوف تعتبر إخلالاً
بأحكام الوثيقة وشروطها ويظل مفعولها بالنسبة لهذا الشخص لحين سداد مبلغ الاقتطاع .

١٢ - أساس تعويض البديل

في الحالات الطارئة يجوز للشخص المؤمن عليه الحصول على المعالجة الطبية الطارئة
خارج المركز والمستشفيات المعتمدة من قبل الشركة، على أساس تعويض البلد، وفي هذه
الحالة تقوم الشركة وفقاً لأحكام الوثيقة وشروطها وتحديداتها واستثناءاتها، بتعويض حامل
الوثيقة عن النفقات والمصاريف القابلة للاستعاضة شريطة تزويد الشركة، خلال (٣٠) يوماً من
تكبد تلك النفقات، بالمستندات المؤيدة التي تطلبها .

١٣ - الإلغاء

يجوز لحامل الوثيقة إنهاء هذا التأمين، في أي وقت، بموجب إشعار خطي يرسل للشركة
قبل ثلاثين يوماً على الأقل من تاريخ الإنهاء المطلوب. ويلزم حامل الوثيقة في هذه الحالة بتزويد
شركة التأمين بما يثبت:

- أ - إبرام وثيقة تأمين أخرى مع شركة مؤهلة، أو شمول المؤمن عليهم بالتغطية الصحية
بموجب برنامج تغطية تأمينية آخر مقبول من مجلس الضمان الصحي التعاوني بحيث تبدأ
التغطية الجديدة من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة السابقة وذلك في حالة نقل الكفالة .
- ب - مغادرة المؤمن عليهم المملكة في حالة المغادرة النهائية .

وفي هذه الحالة تكون الشركة ملزمة خلال ستين يوماً من تاريخ الإنهاء بأن تعيد لحامل

الوثيقة الجزء المتبقي من الاشتراك عن كل شخص مؤمن عليه لم تتجاوز مطالباتها ٧٥ ٪ من قيمة الاشتراك السنوي بحيث يتم احتساب الجزء المعاد من الاشتراك على أساس تناسبي:

$$\text{(الجزء المعاد = الاشتراك السنوي} \div ٣٦٥,٢٥ \text{ يوماً} \times \text{عدد الأيام المتبقية)}$$

وفي حالة توقف حامل الوثيقة عن رد النفقات التي تتجاوز حد المنفعة القصوى خلال المدة المحددة في الشرط رقم (١٠) من الشروط العامة للوثيقة والمرتبة نتيجة العمل على أساس التقييد المباشر على حساب الشركة، يحق للشركة الامتناع عن رد الاشتراكات القابلة للإعادة، إن وجدت، واستخدامها في المقام الأول للتعويض عن النفقات المدفوعة لمقدمي المعالجة والتي كان يتوجب على حامل الوثيقة أداؤها للشركة.

١٤ - الموافقات

يتم الرد على طلب الموافقات من قبل شركة التأمين إلى مقدمي الخدمة على تقديم الخدمة الصحية للمستفيدين خلال مدة لا تزيد على ستين دقيقة من وقت طلب الموافقة.

١٥ - صيغة الجنس

لأغراض هذه الوثيقة فإن الكلمات المستعملة بصيغة المذكر تعتبر مندرجة كذلك على الإناث.

١٦ - الإشعارات

- (أ) كل إشعار أو مخاطبة أخرى للشركة تتطلبها هذه الوثيقة يجب أن تكون مكتوبة أو مطبوعة.
 (ب) الشركة غير ملزمة بأي حال من الأحوال بإشعار حامل الوثيقة بموعد انتهاء مدة هذه الوثيقة.

١٧ - التقييد بأحكام الوثيقة

إنه لمن الشروط السابقة للتحقق أي التزام على الشركة أن يكون حامل الوثيقة والأشخاص المؤمن عليهم قد نفذوا وتقيدوا تماماً بجميع الاشتراطات والشروط والواجبات والالتزامات الواردة في هذه الوثيقة.

١٨ - تسوية المنازعات

أي خلاف أو نزاع ينشأ أو يتعلق بهذه الوثيقة يتم الفصل فيه عن طريق مجلس الضمان

الصحي التعاوني أو اللجان المشكلة بقرار رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني للنظر في مخالفات أحكام النظام وذلك وفقاً للمادة (١٤) من نظام الضمان الصحي التعاوني.

لقد قرأ حامل الوثيقة أحكام هذه الوثيقة مع جدولها ووافق عليها.

التاريخ:

توقيع حامل الوثيقة

والتاريخ

توقيع شركة التأمين

المراجع

- ١ - ساعاتي عبد الإله، العمري أ. حسن: الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية بين النظرية والتطبيق. مطبعة المحمودية، السعودية ١٤٢٤هـ.
- ٢ - الحقييل عثمان: المعاملات التأمينية بين الفقه الإسلامي والقانون الوضعي. الرياض، مطابع الفرزدق ١٩٨٧م.
- ٣ - خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد: التأمين الصحي التعاوني، الرياض ١٤٢١هـ.
- ٤ - د. فنيسان سعود: التأمين الصحي في المنظور الإسلامي (قضية للبحث)، مجلة البحوث الإسلامية الفقهية المعاصرة. العدد ٣١، ١٤١٧هـ.
- ٥ - الزرقا مصطفى أحمد: نظام التأمين الصحي، بيروت ١٩٩٤.
- ٦ - د. الفيتوري شوكت محمد: التأمين الصحي وأثره في حماية القوى العاملة، المركز العربي للتأمينات الإجتماعية، الخرطوم.
- ٧ - د. عبده السيد عبد المطلب: الأسلوب الإسلامي لمزاولة التأمين، الخرطوم.
- ٨ - د. نجيدة علي حسين: التزامات الطبيب في العمل الطبي دار النهضة العربية/ القاهرة ١٩٩٧.
- ٩ - د. التركوري حسين مطاوع: التأمين الصحي في الفقه الإسلامي. مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، العدد ٣٦، ١٤١٨هـ ص ٩٩ - ١٣٥.

- ١٠ - حسّان حسين حامد: حكم الشريعة الإسلامية في عقود التأمين، القاهرة ١٩٧٦.
- ١١ - الزرقا مصطفى أحمد: نظام التأمين، حقيقته والرأي الشرعي فيه، مؤسسة الرسالة، بيروت ١٩٩٤.
- ١٢ - د. شمسي باشا حسّان، د. البار محمد علي. مسؤولية الطبيب بين الفقه والقانون، دار القلم، دمشق ٢٠٠٤م.
- ١٣ - آل محمود عبد اللطيف محمد: التأمين الإجتماعي في ضوء الشريعة الإسلامية.
- ١٤ - عليان شوكت: التأمين في الشريعة والقانون، الرياض، دار الشواف ١٩٩٦م.
- ١٥ - المستشار الميناوي محمد بدر: التأمين الصحي وتطبيقاته المعاصرة في ضوء الفقه الإسلامي: مجلة مجمع الفقه الإسلامي العدد الثالث عشر، الجزء الثالث ١٤٢٢هـ - ٢٠٠١م، ص ٣٠١ - ٣٥٢.
- ١٦ - د. الألفي محمد جبر: التأمين الصحي واستخدام البطاقات الصحية. مجلة مجمع الفقه الإسلامي. العدد الثالث عشر الجزء الثالث ص ٤٦٧ - ٥٤٦.
- ١٧ - د. الخياط محمد هيثم: التأمين الصحي. مجلة مجمع الفقه الإسلامي، العدد الثالث عشر الجزء الثالث ص ٤٢٧ - ٤٦٦.
- ١٨ - د. القرني محمد علي: التأمين الصحي. مجلة مجمع الفقه الإسلامي، العدد الثالث عشر الجزء الثالث ص ٥٤٩ - ٥٩٢.
- ١٩ - د. فهمي سيد محمد: الرعاية الإجتماعية من المنظور الإسلامي. المكتب الجامعي الحديث إسكندرية ١٩٨٨.
- ٢٠ - د. البرعي حسين محمد: التأمين الصحي. جامعة الملك سعود، الرياض.

- ٢١ - د. الشتري عبد العزيز بن حمود: الوقف ودعم مؤسسات الرعاية الصحية، (ندوة مكانة الوقف وأثره في الدعوة والتنمية).
- ٢٢ - د. الطويل نبيل صبحي: الطب بين التأميم والتأمين، دار الفكر، دمشق.
- ٢٣ - السيد رجب سعد: البيئة وصحة الإنسان، دار المعارف، القاهرة.
- ٢٤ - د. ساعاتي عبد الإله: بدائل تمويل الخدمات الصحية في دول الخليج، مجلة صحة الخليج، العدد ٣٩، ربيع أول ١٤٢٠هـ.
- ٢٥ - ساعاتي يحيى: الوقف والمجتمع، كتاب الرياض ٣٩، مؤسسة اليمامة الصحفية، الرياض.
- ٢٦ - الأنصاري صالح بن سعد: الوقف الإسلامي كمورد للخدمات الصحية، مجلة صحة الخليج العدد ٣٨، محرم ١٤٢٠هـ.
- ٢٧ - د. الزيد عبد الله بن أحمد: أهمية الوقف وأهدافه، دار طيبة، الرياض.
- ٢٨ - د. البار محمد علي: آثار السمنة على الصحة، الدار السعودية للنشر، جدة.
- ٢٩ - د. البار محمد علي: التدخين وأثره على الصحة، الدار السعودية للنشر، جدة.
- ٣٠ - د. البار محمد علي: اقتصاديات التبغ والتدخين تجارة الموت الخاسرة، الدار السعودية للنشر.
- ٣١ - د. البار محمد علي: الموقف الشرعي من التبغ والتدخين، الدار السعودية للنشر، جدة.
- ٣٢ - د. البار محمد علي: الخمر بين الطب والفقہ، الدار السعودية، جدة.
- ٣٣ - د. البار محمد علي: الأضرار الصحية للمسكرات والمخدرات، الدار السعودية، جدة.

- ٣٤ - د. البار محمد علي: الاعتداء على الأطفال، دار القلم، دمشق.
- ٣٥ - د. البار محمد علي: الجنين المشوه والأمراض الوراثية، دار القلم، دمشق.
- ٣٦ - د. شمسي باشا حسن: أطباء الغرب يحذرون من شرب الخمر، دار القلم، دمشق، دار البشير، جدة.
- ٣٧ - د. شمسي باشا حسن: الرضاعة من لبن الأم، مكتبة السوادي، جدة.
- ٣٨ - د. شمسي باشا حسن: هكذا كانوا يوم كانوا، دار المنارة، جدة.
- ٣٩ - أرنولد دافيد: الطب الأمبريالي والمجتمعات المحلية، عالم المعرفة، الكويت رقم ٢٣٦. ترجمة د. مصطفى إبراهيم فهمي.
- ٤٠ - ابن أبي أصيبعة: عيون الأنبياء في طبقات الأطباء، دار مكتبة الحياة، بيروت.
- ٤١ - د. عيسى أحمد: تاريخ اليمارستانات في الإسلام، بيروت.
- ٤٢ - هونكه زيغريد: شمس العرب تسطع على الغرب دار الجيل، بيروت.
- ٤٣ - د. عطية جميل عبد المجيد: تنظيم صناعة الطب خلال عصور الحضارة العربية الإسلامية، مكتبة العبيكان ٢٠٠٢م.
- ٤٤ - د. شمسي باشا حسن: صحتك بين الحقيقة والأوهام، دار القلم، دمشق، دار البشير جدة.
- ٤٥ - د. البار محمد علي، د. شمسي باشا حسن: أخلاقيات البحوث الطبية، دار القلم، دمشق.

الفهرس

٥	.....	مقدمة
٢١	.....	الفصل الأول: الرعاية الصحية والنظام العالمي الجديد
٢١	.....	الأمن العام
٢٢	.....	الأمن الغذائي
٢٢	.....	الأمن الصحي
٢٣	.....	الوضع الصحي في العالم
٢٨	.....	مسؤولية الحكومات في العالم الإسلامي
٢٩	.....	اتساع المسؤولية والكل مسؤول
٣٢	.....	أهم أسباب الفشل الكلوي
٣٥	.....	الفصل الثاني: سموم في البيئة
٣٥	.....	تلوث البيئة
٣٦	.....	طرق تلوث الهواء
٣٦	.....	التلوث الألكتروني
٣٦	.....	التلوث بالمبيدات الحشرية
٣٧	.....	مبيدات الحشرات في المنازل
٣٨	.....	التبغ والتدخين
٤٠	.....	شرب الخمر
٤٣	.....	المخدرات والصحة
٤٧	.....	الأمراض الجنسية (أمراض الزنا واللواط ونشر الفاحشة)
٥١	.....	الفصل الثالث: حوادث الطرق والصحة

٥٧	..... الفصل الرابع: رعاية الطفولة والأمومة
٥٧	..... (١) معدل وفيات الرضع
٦١	..... (٢) معدل وفيات ما دون الخامسة
٦٣	..... (٣) معدل وفيات الأمومة
٦٣	..... (٤) عدد المواليد الذين يزنون (٢,٥) كيلوجراماً أو أكثر
٦٤	..... (٥) الأطفال الرضع الذين أتموا التطعيم
٦٤	..... العيوب الخلقية والوراثية
٦٥	..... الاعتداء على الأطفال
٦٥	..... أطفال الشوارع
٦٥	..... آثار الحروب
٦٦	..... الألغام الأرضية
٦٦	..... عمل الأطفال
٦٧	..... سوء توزيع الثروات
٦٨	..... الإجهاض المتعمد (الإجرامي)
٦٩	..... تشوه الأجنة
٧٠	..... الحرمان من الرضاعة
٧٣	..... الفصل الخامس: الرعاية الصحية المعاصرة
٧٤	..... نظام التأمين المقترح
٧٥	..... علاج لا وقاية
٧٦	..... النظام المثالي
٧٧	..... السرطان والسلوك الإنساني
٨٣	..... الفصل السادس: الرعاية الصحية في الإسلام
٨٣	..... التكافل الاجتماعي في الإسلام
٨٥	..... ظهور المستشفيات

- ٨٦ المستشفيات المحمولة
- ٨٨ اليمارستانات الدائمة
- ٨٩ دور الوقف الإسلامي
- ٩٠ مراقبة الدولة
- ٩٠ من الوظائف الهامة نظارة اليمارستان
- ٩١ عمل الأطباء
- ٩٣ ييمارستانات مصر
- ٩٦ استمرار الاهتمام بالمارستان المنصوري
- ٩٧ وقفية الملك الناصر قلاوون على المستشفى
- ١٠٢ وقفية الأمير عبد الرحمن كتخدا
- ١٠٥ مستشفيات حلب
- ١٠٦ مستشفيات دمشق
- ١٠٦ مستشفيات بغداد
- ١٠٧ ييمارستان تونس
- ١٠٨ المستشفيات الإسلامية ومستشفيات أوروبية
- ١٠٩ الأوقاف الإسلامية في العصر الحاضر
- ١١١ الوقف ودعم مؤسسات الرعاية الصحية
- ١١٥ الفصل السابع: مقدمة في الرعاية الصحية الأولية
- ١١٥ مؤتمر المآتأ في كازاخستان
- ١٢١ خدمات الرعاية الصحية الأولية
- ١٢٢ عناصر الرعاية الصحية الأولية
- ١٢٢ (١) التثقيف الصحي
- ١٢٣ (٢) الارتفاع بصحة البيئة
- ١٢٤ (٣) رعاية الأمومة والطفولة
- ١٢٤ الرعاية الصحية ليست مقتصرة على الأطباء والمستشفيات

١٢٥	.....	حق الإنسان في الصحة
١٢٧	.....	تعزيز مفهوم الرعاية الصحية الأولية
١٢٩	.....	الفصل الثامن: طبيب الأسرة: التخصص والمهام، والواقع العربي والعالمى
١٢٩	.....	أولاً: تعريف طب الأسرة
١٣٢	.....	ثانياً: تعريف طبيب الأسرة (أخصائي الرعاية الأولية...)
١٣٣	.....	ثالثاً: طبيب الأسرة إدراكات ومهارات
١٣٣	.....	(١) طبيب الأسرة والرعاية الصحية الأولية
١٣٤	.....	(٢) طبيب الأسرة والأمراض الشائعة
١٣٥	.....	(٣) طبيب الأسرة والأمراض المزمنة
١٣٦	.....	(٤) طبيب الأسرة ورعاية مرضاه خارج العيادة
١٣٦	.....	(٥) طبيب الأسرة وتحصيل المعارف
		رابعاً: حاضر ومستقبل ممارسة طب الأسرة في العالم عامة وفي العالم
١٣٦	.....	العربي ودول الخليج خاصة
١٤١	.....	الفصل التاسع: توطئة في التأمين الصحي
١٤٢	.....	التأمين في اللغة
١٤٢	.....	مفهوم التأمين الصحي
١٤٣	.....	تاريخ التأمين
١٤٤	.....	في نظام العاقلة شبه بالتأمين من ناحية
١٤٦	.....	التأمين الصحي في العالم
١٤٨	.....	التكافل الإجتماعي في الإسلام
١٥٣	.....	الفصل العاشر: أنواع التأمين الصحي
١٥٤	.....	١ - التأمين الاجتماعي
١٥٦	.....	٢ - التأمين التجاري
١٥٧	.....	٣ - التأمين التعاوني
١٥٨	.....	٤ - التأمين التبادلي

- ١٥٨ ٥ - التأمين الصحي المباشر
- ١٦١ الفصل الحادي عشر: التأمين في الشريعة الإسلامية
- ١٦٢ عقد التأمين في الشريعة الإسلامية
- ١٦٣ التأصيل الشرعي للتأمين
- ١٦٦ المعاقدة على العلاج الطبي
- ١٦٧ معاينة الطبيب للمريض في العيادة
- ١٦٨ العلاج في المستشفيات
- ١٧٠ التكيف الشرعي للتأمين الصحي : إجارة أم جعالة
- ١٧٢ الفروق بين الإجارة والجعالة
- ١٧٦ عقود العلاج الطبي المعاصرة
- ١٧٧ عقد التأمين الصحي
- ١٧٩ الفصل الثاني عشر: أنواع وخصائص نظم التأمين الصحي
- ١٨٠ أساليب تقديم خدمات الرعاية الطبية في التأمين الصحي
- ١٨٧ الفصل الثالث عشر: تطبيقات عملية للتأمين الصحي
- ١٨٩ الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية
- ١٩٣ تعليق على اللائحة التنفيذية لنظام التأمين الصحي التعاوني
- ١٩٥ الفصل الرابع عشر: شبهات حول التأمين
- ١٩٥ تعليقات على شركات التأمين الصحي التجاري
- ٢٠١ هل هناك فروق بين التأمين التجاري والتأمين التعاوني
- ٢٠٣ هل في التأمين الصحي غرر
- ٢٠٥ وجوه الاختلاف بين التأمين على الحياة وبين التأمين الصحي
- ٢٠٦ مشكلة الغموض وفقدان المرجع القانوني
- ٢٠٩ الفصل الخامس عشر: ما هو الحل؟
- ٢٠٩ فرض رسوم على المستفيدين
- ٢٠٩ الأخذ بنظام التأمين الصحي

٢١٠	الجوانب السلبية في التأمين الصحي على النمط الأمريكي
٢١٢	ما هو البديل؟
٢١٢	(١) التركيز على النظام الصحي الإسلامي
٢١٥	(٢) التركيز على نظام الرعاية الصحية الأولية
٢٢٠	(٣) أهمية المؤسسات الوقية
٢٢٣	الفصل السادس عشر: نظام الصحة العامة وإصلاح النظم الصحية
٢٢٣	إدارات الصحة العامة
٢٢٥	وظائف نظام الصحة العامة
٢٢٧	مكونات النظام الصحي الفعال
٢٢٨	التحولات والمواءمات في النظام الصحي العام
٢٢٩	التغيير والإصلاح في النظم الصحية
٢٣٢	مصادر التمويل للخدمات الصحية
٢٣٢	أولاً: الضرائب العامة والمحلية
٢٣٢	ثانياً: الموظفون وأرباب العمل
٢٣٣	ثالثاً: التأمين الصحي الفردي
٢٣٤	رابعاً: التمويل المباشر من الحكومة
٢٣٤	خامساً: القطاع الصحي الخيري
٢٣٥	الفصل السابع عشر: قواعد الإصلاح الصحي
٢٣٥	قضايا إرشادية مقترحة لتحقيق الإصلاح الصحي المنشود
٢٤٥	ملحق (١) عرض للأبحاث المقدمة إلى مجمع الفقه الإسلامي بجدة
٢٥٧	ملحق (٢) قرار مجمع الفقه الإسلامي بشأن التأمين الصحي
٢٦١	ملحق (٣) اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني
٢٩٥	المراجع
٢٩٩	الفهرس