الباب الثاني

رفض رعاية المرضى: بين الاعتذار المهني المنضبط والتخلي المحظور

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «رفض رعاية المرضى: بين الاعتذار المهني المنضبط والتخلي المحظور». موقع فقه وأخلاقيات مهنة الطب، 1448هـ/2026م.

حقوق النشر والترخيص

© 1448هـ/2026م د. محمد سعيد حسن الغامدي. جميع الحقوق محفوظة للمؤلف. هذا الملف متاح مجانًا للقراءة والتنزيل والمشاركة برخصة المشاع الإبداعي: نَسب المصنف، غير تجاري، منع الاشتقاق 4.0 الدولية (CC BY-NC-ND 4.0). نرحّب بتداوله ونشره كما هو مع ذكر مصدره، ونرجو ألّا يُباع وألّا يُغيَّر نصّه.

للتواصل

dmshgg@gmail.com

الفصل التاسع

رفض رعاية المرضى: بين الاعتذار المهني المنضبط والتخلي المحظور

متى يكون الاعتذار حقًا مهنيًا، ومتى يصبح تخليًا محظورًا؟ • الأفعال الستة المتقاربة • واجب الإسعاف والنقل • الإحالة الآمنة • الاستنكاف الضميري • العنف والعدوى • إنهاء العلاقة العلاجية • نظام الإيدز وحقوق ذوي الإعاقة

محتويات الفصل

- خلاصة الفصل
- تمهيد
- أولًا: الركن الطبي
- ثانيًا: الركن الأخلاقي
- ثالثًا: الركن الفقهي
- رابعًا: الركن النظامي
- خامسًا: أدوات عملية
- سادسًا: الحالات التطبيقية
- سابعًا: النتائج والتوصيات
- ثامنًا: الخاتمة
- أسئلة المراجعة والنقاش
- المراجع

بطاقة الفصل — الباب الثاني: حقوق المريض والمسؤولية والسلامة • الجمهور المقصود: الممارسون الصحيون في الطوارئ والعيادات والأقسام، ومديرو المنشآت الصحية، وطلاب العلوم الصحية، وأعضاء لجان الأخلاقيات • الفصل الأم لـ: رفض رعاية المريض وواجب العلاج الإسعافي، والمواد الثامنة والتاسعة والسادسة عشرة والسابعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية ولوائحها في الإسعاف والإحالة والاعتذار، والمادة الرابعة من نظام الوقاية من الإيدز • يحيل إلى: الفصول 5، 10، 11، 12، 13، 20، 35، 37، 41، 42 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

خلاصة الفصل

ليس للطبيب حق مطلق في قبول كل مريض أو رفضه، كما أن واجب الرعاية لا يعني إلزامه بإجراء غير مشروع، أو عمل يجاوز اختصاصه، أو ممارسة في بيئة خطرها غير منضبط. والمسألة أدق من الاختيار بين «عالج» و«لا تعالج»؛ فقد يكون القرار الصحيح إسعاف المريض ثم نقله، أو

CC BY-NC-ND 4.0

رفض الإجراء المطلوب مع استمرار رعاية الشخص، أو تعليق المقابلة حتى يؤمَّن المكان، أو إنهاء علاقة علاجية متصدعة بعد إشعار وإحالة وفترة انتقالية تمنع الضرر.

ويبدأ الحكم الصحيح بتمييز ستة أفعال كثيرًا ما تختلط: رفض الشخص، ورفض إجراء بعينه، والاعتذار عن بدء علاقة علاجية في حالة غير عاجلة، والإحالة أو النقل، وإنهاء علاقة قائمة، والتقديم والتأخير عند التزاحم. وكلما اشتدت الخطورة، وثبتت العلاقة العلاجية، وانعدم البديل، ضاق مجال الاعتذار واتسع واجب التدخل والاستمرار.

ونظاميًا، تجيز المادة السادسة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية الاعتذار «في غير الحالات الخطرة أو العاجلة» لأسباب مهنية أو شخصية مقبولة، وتضيف لائحتها (1/16 و2/16) شروطًا تراكمية: لا تمييز، ولا ضرر، وإبلاغ من يلزم لضمان استمرار الخطة العلاجية. وتسبقها المادة الثامنة ولائحتها بإيجاب الرعاية العاجلة بحسب الإمكان دون طلب الأجر مقدمًا، ثم تنظيم النقل [1]. ويمنع نظام الوقاية من الإيدز صراحة امتناع أي جهة صحية عن رعاية المصاب بسبب إصابته [2].

وفقهيًا، الطب فرض كفاية قد يتعين على طبيب بعينه عند الضرورة أو انفراد القدرة أو العقد والتكليف. وقد قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي ضمان الطبيب إذا «امتنع عن أداء الواجب الطبي في الحالات الإسعافية (حالات الضرورة)» [3].

والقاعدة العملية الجامعة: **لا يُرفض الإنسان، وإنما قد يُرفض إجراء أو ظرف أو علاقة مستقبلية بضوابط؛ ولا يُترك المريض في فجوة خطرة بين قرار الاعتذار ووصول الرعاية البديلة.**

الكلمات المفتاحية: رفض الرعاية؛ الاعتذار عن العلاج؛ واجب الإنقاذ؛ عدم التخلي؛ الإحالة والنقل؛ الاستنكاف الضميري؛ التمييز؛ الإيدز؛ الإعاقة؛ استمرارية الرعاية؛ المسؤولية بالامتناع.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

وأنت إذا قلّبت ملفات الرفض في أي مستشفى وجدت لها أسبابًا شتى لا يجمعها إلا الاسم. فمنها حالة عاجلة وصلت إلى منشأة خاصة قبل أن يكتمل الضمان المالي؛ وطبيب لا يملك المهارة أو الامتياز المطلوب؛ ومريض أو مرافق يهدد الفريق؛ ومرض معدٍ يخشى العاملون انتقاله. ومنها طلب دواء أو عملية لا تحقق فائدة؛ واعتراض ضميري على تدخل مشروع؛ وازدحام يضطر الطبيب إلى ترتيب الأولويات؛ وعلاقة علاجية انهارت بعد تهديدات متكررة وعدم التزام شديد. ثم قد تُكتب كلها في السجل عبارة واحدة: «رفض الطبيب»، وأحكامها مختلفة اختلافًا جذريًا.

فأين يقع الخطأ؟ يقع عادة في مواضع تتكرر في الوقائع، يعرفها كل من عمل في مستشفى: تعليق حالة إسعافية على ضمان مالي أو بطاقة تأمين؛ والاكتفاء بورقة إحالة أو رقم هاتف بدل تواصل وقبول ونقل وملخص؛ وتحويل حماية الفريق من العنف إلى منع دائم يسقط حاجة صحية مستقبلية؛ وقطع دواء ضروري وسيلةَ ضغط سلوكي؛ وتسجيل «مريض صعب» أو «رفضت الحالة» بلا تحليل يبين الفعل وسببه وبديله. وكلها أخطاء في الطريق لا في المبدأ؛ فليس العيب أن الطبيب اعتذر، وإنما العيب أنه ترك فجوة.

CC BY-NC-ND 4.0

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

الدراسات الطبية. وليس هذا كلامًا نظريًا؛ فقد كشفت دراسة سعودية مقطعية شملت 455 طبيبًا في مستشفيات الرياض الحكومية والخاصة أن الخلاف مع أقارب المرضى حول العلاج تصدّر القضايا الأخلاقية التي يواجهها الأطباء (91%)، وكان من أبرزها أيضًا التعارض مع سياسات الإدارة (77%) وندرة الموارد (72%) [4]. فهذه أرقام تقول لك إن قرار «الرفض» كثيرًا ما يكون نتاج نظام وبيئة عمل، لا قرار طبيب منفرد.

وفي الاحتراق المهني، جمع تحليل هودكنسون وزملائه 170 دراسة رصدية شملت 239,246 طبيبًا، فوجد الاحتراق مرتبطًا بتضاعف الحوادث المبلغ عنها المتعلقة بسلامة المرضى تقريبًا، وبانخفاض المهنية والرضا [5]. ولكن لا تتعجل في الاستنتاج؛ فقد نبهت مراجعة نقدية منشورة عام 2026م إلى أن أقلية من الدراسات الأولية قاست نتائج سلامة موضوعية، وأن بعض الاستنتاجات أقوى من الدليل؛ ورأت أن الأدق أن يُفهم الاحتراق مؤشرًا على إجهاد مؤسسي يؤثر في سير العمل، لا سببًا فرديًا مباشرًا يثبت في كل حادث [6].

وفي الاستعداد للعمل أثناء الفاشيات، راجعت دراسة منهجية مختلطة 29 دراسة عن استعداد الأطباء والممرضين للعمل في فاشيات تنفسية، فوجدت أن القرار يتأثر بالمعرفة والمهارات، والشعور بالقدرة، والمعايير المهنية، والقيود البيئية كتوفر معدات الوقاية [7]. فواجب الرعاية لا يُختزل في شجاعة الفرد، والمنشأة ملزمة بالتدريب والمعدات والدعم [8]. والنتيجة العملية الجامعة: لا الاحتراق ولا الخوف يبرر التخليَ عن المريض، ولكنهما يوجبان على المنشأة أن توفر تغطية وعددًا مناسبًا من العاملين وآليات للإبلاغ والتعافي، قبل أن تطالب الأفراد بالمثالية.

الدراسات الأخلاقية. ويقرر الميثاق الدولي لأخلاقيات الطب الصادر عن الجمعية الطبية العالمية، بصيغته المعتمدة في الجمعية العامة الثالثة والسبعين ببرلين في أكتوبر 2022م، أن على الطبيب أن يقدم الرعاية على أساس الحاجة الصحية، من غير تحيز أو سلوك تمييزي بسبب أمور منها العمر والمرض أو الإعاقة والمعتقد والأصل العرقي والجنس والجنسية والعرق والمكانة الاجتماعية، أو أي عامل آخر. وعليه أن يساعد في الطوارئ الطبية مع اعتبار سلامته وكفاءته والبدائل المتاحة للرعاية، وأن يحيل ما جاوز قدرته إلى زميل مؤهل [9]. وفي الفاشيات ربطت إرشادات منظمة الصحة العالمية (2016م) واجب الرعاية بمبدأ المعاملة بالمثل؛ فالمؤسسة التي تطلب من عامليها أن يتحملوا خطرًا إضافيًا ملزمة بأن تحميهم وتدعمهم [8].

الدراسات الفقهية. وقد عالجت دراسات محكمة معاصرة مسألة امتناع الطبيب مباشرة. فبنى الموسى دراسته «امتناع الطبيب عن العلاج بين الشريعة والقانون» (مجلة الشريعة والقانون، العدد 44، 2010م) على نظائر منع فضل الماء والطعام عن المضطر، وانتهى إلى أن الطب فرض كفاية قد يتعين، وأن الامتناع لا يجوز في الطوارئ، ولا عند انفراد الطبيب، ولا عند التزامه بعقد. ولكنه قد يُقبل عند وجود طبيب بديل، أو انشغاله بمريض أخطر، أو مرضه، أو تعذر الوصول، أو تعرضه لضرر معتبر [10]. ودرست جستنية «الامتناع عن إسعاف المريض فقهًا ونظامًا» في مجلة العدل [11]. وحلل عبد ربه (2022م) الامتناع بوصفه جريمة سلبية في الفقه والقانون المقارن إذا كان الفاعل مكلفًا بالفعل، عالمًا بالخطر، قادرًا على المساعدة، وعرض صورًا مثل التأخر في الإسعاف، والاشتراط المالي، وعدم توفر الأجهزة، وعدم الاختصاص، والتزاحم [12].

CC BY-NC-ND 4.0

وهذه الدراسات نافعة في التأصيل، ولكن الحكم النظامي يرجع إلى النصوص السعودية النافذة، لا إلى الصياغات المقارنة بتاريخ كل دراسة. فلا تُنقل عقوبات قانون أجنبي إلى السعودية، وإنما يُستفاد من تفكيك عناصر الترك في تقدير المسؤولية المهنية.

ما يضيفه الفصل. يجمع الفصل ما تفرق في هذه الأدبيات في ميزان واحد يفصل بين الأفعال الستة، ويقرأ النصوص السعودية قراءة مترابطة يشد بعضها بعضًا: إيجاب الإسعاف، وحظر تجاوز الاختصاص، وواجب التحويل، والاعتذار المقيد، ومنع الامتناع بسبب الإصابة بالإيدز، وحقوق ذوي الإعاقة. ثم لا يقف عند النظر، بل يحول ذلك إلى أدوات عملية وحالات محللة بنموذج الأركان الأربعة.

المشكلة والسؤال المركزي

ولا يبدأ الفصل من سؤال: هل للطبيب أن يرفض؟ بل من أسئلة أدق منه: ما الرعاية المطلوبة؟ وما مقدار الخطر والزمن المتاح؟ وهل بدأت العلاقة العلاجية؟ وما سبب الاعتذار؟ وهل البديل حقيقي أم مفترض؟

والسؤال المركزي: **متى يكون امتناع الممارس أو المنشأة عن رعاية مريض اعتذارًا مهنيًا مشروعًا، ومتى يصير تخليًا محظورًا يوجب المسؤولية؟ ثم ما الذي يجب فعله في الحالين حتى لا يسقط المريض في فجوة رعاية؟**

الأهداف والحدود

والغاية أن يخرج القارئ من الفصل قادرًا على أن يميز بين الأفعال الستة المتقاربة، وأن يطبق شروط الاعتذار التراكمية في النظام السعودي، وأن يدير الإحالة والنقل وإنهاء العلاقة العلاجية على وجه آمن، وأن يوازن بين سلامة الممارس وضميره وحق المريض في الرعاية، ثم أن يوثق قراره توثيقًا يبين الفعل وسببه وبديله.

وموضوع الفصل رفض الطبيب أو الممارس أو المنشأة تقديم الرعاية، أو الاعتذار عن بدئها أو متابعتها؛ أي الرفض الذي يأتي من جهة المعالج. أما رفض المريض للعلاج وتقييم أهليته وآثار رفضه فموضعه فصل الإذن الطبي (انظر الفصل 5)، وإن ورد هنا بقدر ما يلزم لتمييز المسألتين. ولا يفصّل الفصل حكم عدم الإنعاش (انظر الفصل 41)، ولا وقف العلاج غير المجدي (انظر الفصل 42)، ولا التزاحم على الموارد الشحيحة (انظر الفصل 37)؛ ولكنه يبين الحد الفاصل بينها وبين التخلي عن المريض.

والمرجع النظامي عند التطبيق هو النص النافذ يوم الواقعة، بترتيب درجاته: نظام، ثم لائحة تنفيذية، ثم وثيقة حقوق أو دليل مهني، ثم سياسة منشأة.

أولًا: الركن الطبي

1-1 ما المقصود برفض الرعاية؟

رفض الرعاية قرار صريح أو ضمني يصدر من ممارس أو فريق أو منشأة بعدم بدء خدمة صحية لازمة أو عدم استمرارها، مع القدرة المبدئية على المساهمة فيها. وقد يقع بالقول المباشر، أو

CC BY-NC-ND 4.0

بإغلاق باب الاستقبال، أو بتأخير غير مبرر، أو باشتراط مبلغ مقدم في طارئ، أو بعدم استدعاء المختص، أو بإنهاء المتابعة من غير انتقال آمن.

ولا يعد كل عدم تقديم للتدخل «رفضًا للرعاية». فمن صميم الممارسة المهنية ألا يصف الطبيب دواء غير مستطب، وألا يجري عملية خارج امتيازاته، وألا يستمر في إجراء ثبت عدم فائدته. لكن واجبه عندئذ لا ينتهي بكلمة «لا»؛ بل يشرح السبب، ويقدم البدائل النافعة، ويسعف الضرورة، ويحيل أو ينقل عند الحاجة، ويوثق قراره.

1-2 خريطة الأفعال الستة

الأفعال الستة المتقاربة وحكمها الأولي

الفعل	معناه	الحكم الأولي
رفض الشخص	الامتناع بسبب صفته أو مرضه أو وضعه الاجتماعي	محظور إذا كان تمييزيًا أو أدى إلى ترك خطر عاجل
رفض الإجراء	عدم تنفيذ طلب غير مشروع أو غير مستطب أو خارج الاختصاص	قد يكون واجبًا، مع استمرار الرعاية والشرح والبدائل
الاعتذار عن البدء	عدم إنشاء علاقة علاجية جديدة في حالة غير خطرة	جائز بسبب مهني أو شخصي مقبول إذا وجد البديل ولم يقع ضرر
الإحالة أو النقل	تحويل المريض إلى من يملك اختصاصًا أو إمكانات أصلح	فعل رعاية لا رفض، بشرط التقييم والتثبيت والتواصل والقبول المناسب
إنهاء المتابعة	إنهاء علاقة قائمة بعد تعذر استمرارها	أضيق من الاعتذار عن البدء؛ يلزم إشعار ومدة انتقالية ووصفات وتقارير لازمة وعدم التخلي
الفرز والتزاحم	تقديم الأشد حاجة أو الأرجح نفعًا وفق معيار عام	ليس تمييزًا إذا طبق بشفافية واتساق، مع تقديم الحد الممكن للمنتظرين

1-3 العلاقة العلاجية تغيّر مقدار الواجب

قبل نشوء العلاقة، يظل واجب الإنقاذ في الخطر قائمًا، لكن مساحة الاعتذار في الرعاية الاختيارية أوسع. وبعد قبول المريض، أو بدء التقييم، أو تولي المناوبة، أو إدخاله المنشأة، أو التعهد الصريح بمتابعته، تنشأ توقعات واعتماد مشروعان؛ ولذلك يصبح الانسحاب المفاجئ أخطر من رفض بدء متابعة غير عاجلة. ولا تُحسم العلاقة بالتوقيع وحده؛ فقد تنشأ بالفعل والسياق، مثل قبول الاتصال الاستشاري واتخاذ قرار يعول عليه الفريق.

CC BY-NC-ND 4.0

1-4 الحالة العاجلة تسبق الخلاف

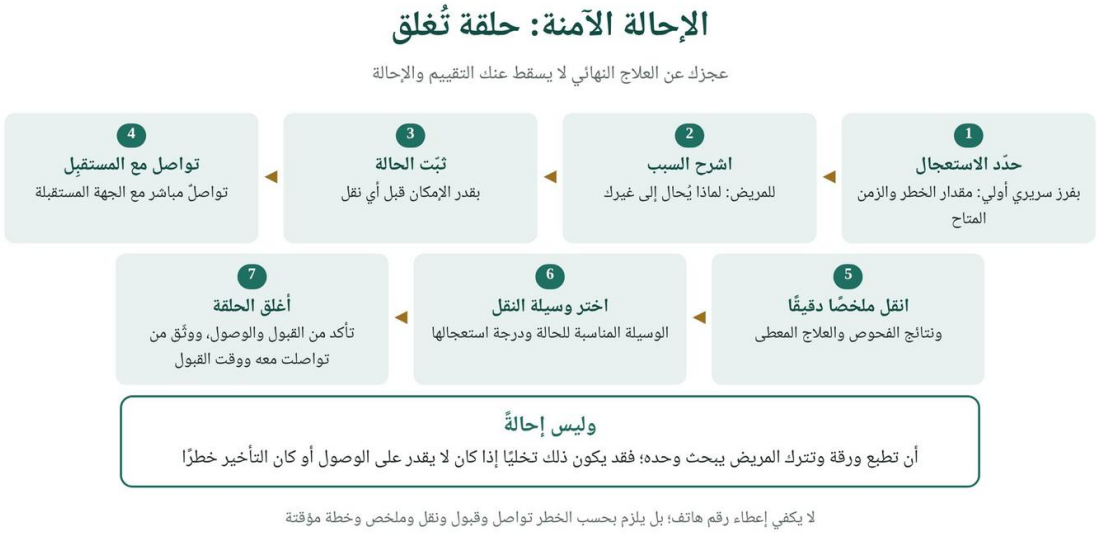
المعيار الطبي الأول ليس اسم المرض، بل مقدار الخطر والزمن المتاح. فقد تكون الحالة طارئة مع تشخيص بسيط ظاهريًا، كألم صدري أو نزف أو اضطراب وعي، وقد تكون حالة خطيرة مزمنة مستقرة لا تحتاج تدخلًا فوريًا. ولذلك يجب إجراء فرز سريري أولي قبل رفض التسجيل أو تحويل المريض من الباب. وفي الخطر يقدم الممارس ما يستطيع: إنعاش، وتثبيت مجرى الهواء والتنفس والدورة، ومسكن مناسب، وعلاج نقص السكر أو التشنج، ومكافحة النزف، وعزل احترازي، واستدعاء الدعم، ثم النقل الآمن.

ولا تعني قاعدة «قدّم الممكن» أن يجري غير المختص عملية معقدة؛ فهي تلزمه بالقدر الذي يملكه في الضرورة، وتلزمه كذلك ألا يبدد الوقت في مجادلة مالية أو إدارية. والفرق حاسم بين قول: «لا أستطيع إجراء الجراحة هنا، وقد بدأت التثبيت واتصلت بالمركز وقُبل المريض»، وبين: «لا نعالج هذه الحالة».

1-5 خارج الاختصاص أو الإمكانات: الإحالة الآمنة

إذا كانت الخدمة المطلوبة خارج تدريب الطبيب أو امتيازاته أو موارد المنشأة، جاز، بل قد وجب، ألا يقدمها على وجه يعرض المريض للخطر. لكن عدم القدرة على العلاج النهائي لا يسقط التقييم الأولي والمساعدة والإحالة، وهو ما تقرره الفقرة (2/15) من اللائحة التنفيذية (انظر رابعًا، 4-1) [1].

والإحالة الآمنة عملية سريرية متكاملة: تحديد درجة الاستعجال؛ وشرح السبب للمريض؛ وتثبيت الحالة بقدر الإمكان؛ والتواصل مع الجهة المستقبلة؛ ونقل ملخص دقيق ونتائج الفحوص والعلاج المعطى؛ واختيار وسيلة النقل المناسبة؛ وإغلاق حلقة الإحالة بالتأكد من القبول والوصول. أما طباعة ورقة ثم ترك المريض يبحث وحده، فقد تكون تخليًا إذا كان لا يقدر على الوصول أو كان التأخير خطرًا.



شكل: الإحالة الآمنة عملية متكاملة تبدأ بتحديد الاستعجال، ولا تنتهي إلا بالتأكد من القبول والوصول.

CC BY-NC-ND 4.0

1-6 رفض طلب غير نافع أو غير مشروع

المريض صاحب حق في المعلومات والمشاركة والرفض، لكنه لا يملك إلزام الطبيب بتدخل يراه مخالفًا للأصول العلمية أو غير نافع أو محظورًا. وتنص الفقرة (1/9) من اللائحة التنفيذية في نسخة الوزارة، وهي (1-8) في الإصدار الثالث، على ألا يقوم الممارس بعمل طبي لا يحقق فائدة للمريض ولو لم يترتب عليه ضرر، ومن أمثلته الأدوية والفحوص غير اللازمة [1].

وهنا ينبغي أن تكون العبارة: «لن أجري هذا التدخل لأن الدليل لا يثبت فائدته في حالتك، وسأستمر في علاجك بهذه البدائل»، لا: «أرفضك». ويدخل في ذلك طلب مضاد حيوي بلا استطباب، أو مادة خاضعة للرقابة، أو تقرير غير صحيح، أو عملية تجميلية عالية الخطر بلا منفعة راجحة؛ فرفض الطلب هنا يحمي المريض والمجتمع ونزاهة المهنة. ويعرض الطبيب رأيًا ثانيًا عندما يكون الخلاف معقولًا، لكنه غير ملزم بإحالة صورية إلى من يتوقع أن يقدم فعلًا محظورًا أو مؤذيًا. وينبغي ألا يتحول الخلاف إلى إهانة أو تهديد بقطع كل رعاية؛ بل يبحث الطبيب عن الحاجة الكامنة وراء الطلب، ويعرض بديلًا نافعًا، ويوثق؛ فيتحقق احترام الاستقلال من غير تحويله إلى «حق في وصفة».

1-7 المرض والإرهاق والقدرة الآمنة على الممارسة

قد يصبح الطبيب نفسه غير قادر مؤقتًا بسبب مرض حاد، أو أثر دواء، أو انهيار نفسي، أو إجهاد شديد يخل بالانتباه. والعذر هنا ليس راحة شخصية مجردة، بل حماية المريض من ممارسة غير آمنة. غير أن الانسحاب الفوري من مناوبة أو حالة قائمة لا يصح من غير تسليم آمن، إلا إذا عجز الممارس فعلًا عن الاستمرار؛ فعندها يبلغ المسؤول فورًا ويطلب بديلًا ويقدم الحد الممكن إلى أن يستلمه شخص مؤهل. والوقاية من العجز المهني بتنظيم ساعات العمل وأعداد المرضى أنفع من معالجة عواقبه [5، 6، 13]؛ وتفصيل صحة الممارس وحقوقه في فصلها (انظر الفصل 12، المطلب 1-4 «الإرهاق والقدرة على الممارسة»).

1-8 التزاحم والقدرة الاستيعابية

عندما لا تكفي الأسرّة أو الأطباء أو الأجهزة لكل الطلبات، لا يسمى تقديم مريض على آخر «رفضًا» إذا بني على معايير سريرية عامة معلنة قابلة للمراجعة: شدة الحاجة، واحتمال المنفعة، وحساسية الزمن، وإمكان العلاج في مستوى أقل. ولا تزاحم المكانة الاجتماعية ولا الضغط ولا القدرة المالية الحاجةَ الطبية. وعلى الفريق أن يقدم لمن انتظر علاجًا مؤقتًا ومراقبة وإعادة فرز، وألا يجعل عبارة «لا يوجد سرير» نهاية للواجب ما دام التثبيت أو الاتصال بمرفق آخر أو التصعيد ممكنًا (انظر الفصل 37).

1-9 العنف والتهديد: السلامة لا تعني العقاب

لا يلزم الطبيب أن يقبل اعتداء فعليًا أو خطرًا جديًا غير منضبط. ويجوز إيقاف مقابلة غير عاجلة، واستدعاء الأمن، وتغيير المكان، ووجود مرافق مهني، أو نقل الرعاية إلى فريق آخر. وفي الخطر الطبي يوازن الفريق بين ضرورة الإسعاف ووسائل تقليل الخطر: مسافة آمنة، وعدد كافٍ، وإزالة الأدوات الخطرة، وتقييم الهذيان أو نقص الأكسجة أو التسمم، ودواء تهدئة عند استطبابه وفق البروتوكول.

CC BY-NC-ND 4.0

والعنف ضد الممارسين في السعودية عبء متكرر تتفاوت تقديراته تفاوتًا واسعًا بين الدراسات والبيئات [14]؛ وتفصيل أرقامه وأسبابه وحماية الممارس منه في فصل حقوق الممارس (انظر الفصل 12، المطلبين 1-3 «السلامة الجسدية والعدوى والعنف» و4-4 «التحرش والعنف»). وما يعني هذا الفصل أن العنف لا يجيز رفض فئة من المرضى، لكنه يجعل الوقاية والتدريب والأمن والاستجابة المؤسسية واجبًا حقيقيًا، ويمنع مطالبة الممارس ببطولة فردية في بيئة تركتها المنشأة بلا حماية.

1-10 الأمراض المعدية والواجب المشروط بالحماية

مجرد احتمال العدوى ليس سببًا مقبولًا لرفض المريض. فواجب الممارس أن يستخدم الاحتياطات القياسية، والعزل، والكمامة أو جهاز التنفس المناسب، والتطعيم والوقاية بعد التعرض عند الحاجة. ويشتد واجبه إذا كان مدربًا ومكلفًا وتوافرت حماية معقولة. أما إذا غابت وسائل أساسية وكان الخطر غير متناسب، فالمطلوب ليس الهرب الصامت، بل التبليغ الفوري، وطلب معدات أو فريق مؤهل، وتقليل التعرض، وتقديم ما يمكن عن بعد أو من منطقة آمنة، وتنظيم استمرار الرعاية؛ وهذا كله على مقتضى مبدأ المعاملة بالمثل [7، 8]. وتفصيل فقه الأمراض المعدية وأخلاقياتها في فصله (انظر الفصل 35).

1-11 إنهاء علاقة علاجية قائمة

يجوز إنهاء العلاقة غير العاجلة عندما تنهار الثقة على نحو يمنع رعاية آمنة، أو تتكرر التهديدات، أو يطلب المريض أفعالًا غير مشروعة مع رفض البدائل، أو يتعارض استمرار الطبيب مع مصلحة المريض بسبب تضارب مصالح أو عجز مهني. لكن المخالفة العلاجية وحدها لا تكفي عادة؛ فقد تكون نتيجة اكتئاب أو كلفة أو فهم ضعيف أو آثار جانبية، ويجب معالجة أسبابها أولًا.

وتكون النهاية الآمنة بخطوات: تقييم الاستعجال؛ وإبلاغ محترم موثق؛ ومدة انتقالية معقولة بحسب المرض وتوفر البديل؛ ووصف الأدوية الضرورية التي يمنع انقطاعها ضررًا؛ وتزويد المريض بالتقارير والنتائج؛ وتحديد الحالات التي تستوجب مراجعة الطوارئ؛ وتسهيل الإحالة؛ وإغلاق الحلقة. ولا يجوز اختيار توقيت يجعل المريض بلا رعاية أثناء تدهور متوقع أو مباشرة بعد اكتشاف خطير.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 واجب الرعاية ليس مطلقًا ولا اختياريًا

لم يدخل الطبيب مهنته كما يدخل التاجر سوقه؛ فاختيار المهنة يولّد التزامًا يتجاوز علاقة السوق العادية، لأن المريض ضعيف، والمعرفة غير متكافئة، وتأخير العلاج قد لا يمكن تداركه. ولكنه ليس التزامًا بلا حدود: فللممارس سلامة وضمير وحدود اختصاص، وللمجتمع مصلحة في ألا يعمل طبيب مرهق أو مكره أو غير مؤهل. والموازنة الأخلاقية الصحيحة لا تعطي طرفًا حقًا مطلقًا، وإنما ترتب الواجبات بحسب الخطر والقدرة والبدائل.

CC BY-NC-ND 4.0

2-2 عدم التخلي

وعدم التخلي لا يعني أن يبقى الطبيب نفسه إلى ما لا نهاية، بل يعني ألا يخلق بقراره فجوة خطرة في الرعاية. فقد ينسحب شخص، ولكن يجب أن تبقى المنظومة قائمة. ويقاس التخلي بأربعة عناصر: وجود اعتماد معقول على الطبيب؛ وتوقع ضرر من الانقطاع؛ وإمكان انتقال منظم؛ وترك الطبيب ما يستطيع فعله لمنع الضرر. ولهذا كانت الإحالة الجيدة جزءًا من الوفاء، لا بابًا للتخلص من المريض.

وكلما كان المريض أقل قدرة على تدبير البديل، طفلًا، أو فاقد أهلية، أو ذا إعاقة تواصلية، أو ساكنًا في منطقة نائية، أو بلا دعم اجتماعي، زادت مسؤولية الطبيب والمنشأة في تحقيق الانتقال الفعلي؛ فمثل هذا لا تكفيه النصيحة العامة يمضي بها وحده.

2-3 العدالة وعدم التمييز

لا يجوز أن يتحول تقدير الخطر الطبي إلى حكم على قيمة الشخص. فالعمر أو الإعاقة أو العدوى أو السمنة أو الإدمان أو الاضطراب النفسي أو عدم الالتزام، كل ذلك لا يسقط الاستحقاق الأخلاقي للرعاية. نعم، قد تؤثر بعض هذه الخصائص في الاستطباب أو طريقة العلاج، ولكن فرّق بين سؤالين: القرار الطبي يسأل: «هل يتغير احتمال المنفعة أو الضرر؟»، أما التمييز فيقول: «هذا الشخص لا يستحق».

وتظهر أهمية هذا الضابط جلية في المصابين بفيروس نقص المناعة البشري. فقد وجدت دراسة في مراكز الرعاية الأولية بالمدينة المنورة شملت 182 عاملًا صحيًا أن الميل إلى السلوك الوصمي ظهر بنسب تراوحت بين 24.2% و68.17% بحسب العبارة المقاسة، والممارسات التمييزية بين 11.5% و50%، وأن المعرفة الجيدة والتدريب أثناء الخدمة ارتبطا بانخفاض الوصم والتمييز [15]. والدراسة مقطعية لا تثبت أن كل اتجاه تحول إلى رفض فعلي، ولكنها تكشف مسارًا قابلًا للتدخل: التدريب والاحتياطات العلمية مكان الخوف والوصم. ثم يأتي النظام السعودي بنص قاطع يمنع أي جهة صحية من الامتناع بسبب الإصابة [2].

2-4 المال والتغطية التأمينية

للمنشأة حقوق مالية في الرعاية الاختيارية لا ينكرها أحد؛ ولكن الخطر العاجل لا ينتظر إيداعًا أو موافقة تأمين. فواجب التثبيت والإنقاذ يسبق النزاع المالي، ثم تُستكمل إجراءات الضمان بعد زوال الخطر أو بالتوازي من غير تعطيل. وأما في غير الطوارئ فيجوز تنظيم المواعيد والعقود والتغطية بوضوح، بشرط عدم التمييز المحظور، وعدم إخفاء البدائل العامة المتاحة، وعدم خلق اعتماد علاجي ثم قطعه فجأة.

ولا يجوز للطبيب أن يرفض مريضًا في المستشفى العام ثم يدعوه إلى عيادته الخاصة؛ فهذا يجمع ثلاث خصال قبيحة: التخلي، وتضارب المصالح، والاستغلال.

2-5 الاستنكاف الضميري

قد يرى طبيب أن تدخلًا مشروعًا نظامًا ومقبولًا طبيًا يصادم اعتقادًا دينيًا أو أخلاقيًا عميقًا في نفسه. فلا يصح أن يُسوّى هذا بالمزاج أو النفور، ولا أن يُجعل سلطة على المريض. والموقف المتوازن يجيز الاعتذار في غير الطوارئ إذا كان الاعتراض جادًا، ومعلنًا قبل الموعد متى أمكن،

CC BY-NC-ND 4.0

ولم يوقع ضررًا أو تمييزًا، وأُبلغ المريض فورًا بـاحترام، ومُكّن في وقت مناسـب من الوصـول إلى طبيب مؤهل آخر.

وهذا مضمون الفقرة (29) من الميثاق الـدولي لأخلاقيـات الطب: لا يمـارس الطـبيب الاسـتنكاف الضـميري عن تـدخل مشـروع إلا إذا لم يتضـرر المـريض المعين أو يتعـرض للتمييـز، ولم تتعـرض صحته للخطر. ويجب مع ذلك أن يُبلَّغ فورًا وباحترام بهـذا الاعـتراض وبحقـه في استشـارة طـبيب مؤهل آخر، وأن يُزوَّد بمعلومات كافية تمكنه من بدء تلـك الاستشـارة في وقت مناسـب [9]. على أن الميثاق في السياق السعودي لا ينشئ حقًا فوق النظـام، وإنمـا يعمـل ضـمن المـادة السادسـة عشرة وشرط السبب المقبول وعدم الضرر والاستمرارية [1].

أما في الطوارئ، أو عند انعدام البـديل، أو ضـيق نافـذة العلاج، فيضـيق مجـال الاسـتنكاف؛ فعبء الضـمير لا يُنقـل إلى المـريض على هيئـة مـوت أو عجـز يمكن منعـه. وفي الرعايـة اليوميـة ينبغي للمنشأة أن تعرف مسبقًا الاعتراضات المتوقعة، وأن تبني جداول تغطية تمنع المواجهة عند سـرير المريض.

فيجتمـع على المعـترض ضـميريًا إذن ثلاثـة واجبـات متلازمـة، لا يغـني أحـدها عن الآخـر: ألا يعـوق الرعاية الإسـعافية، وألا يتخلى عن المـريض، وأن يحيلـه إحالـة آمنـة في وقت مناسـب حيث يتـاح البديل.

2-6 المؤسسة شريك في المسؤولية

قد يبدو قرار الرفض فرديًا، وإنما تصنعه بيئة العمـل: قـوائم مواعيـد غـير واقعيـة، ونقص معـدات، وغياب نظام نقل، وغموض التغطية، وخوف من الشـكاوى، وسياسـة ماليـة ضـاغطة. فلا يُحاسَـب الطبيب وحده؛ ولذلك تلتزم الإدارة بمسار واضح للاعتذار، وتغطية الحالات، وأمن العاملين، وتوفير مترجمين، ومعدات وقاية، ورأي أخلاقي سريع (انظر الفصل 13)، ونظام للإبلاغ عن الأوامـر الـتي تعيق الرعاية. وقـد نص قـرار مجمـع الفقـه الإسـلامي الـدولي رقم 142 (8/15) على مسـؤولية المؤسسة الصحية العامة أو الخاصة إذا قصـرت في التزاماتهـا، أو أصـدرت تعليمـات تـرتب عليهـا ضرر بالمرضى من غير مسوغ [3].

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 تصوير المسألة: الامتناع عن الشخص أم ترك تدخل؟

الحكم الفقهي يتغـير بتغـير التصـوير. فامتنـاع القـادر عن إنقـاذ نفس معصـومة في ضـرورة ليس كاعتذار طبيب خاص عن موعد اختياري مع وجود بدائل، وترك دواء ثبت ضرره ليس كترك العناية، وانشغال الطبيب بإنقاذ مريض أسبق ليس رفضًا للمتأخر بل تزاحم واجبـات. كمـا أن عـدم إجـراء علاج غير مجدٍ لا يساوي ترك المريض جائعًا أو متألمًا بلا رعاية.

وتزداد أهمية التصوير لأن لفظ «العلاج» قد يراد به: الإسعاف المنقذ، أو العلاج الشـافي، أو تـدخل واحد بعينه، أو الرعاية كلها. فلا يصح نقل حكم أحدها إلى الآخر.

CC BY-NC-ND 4.0

3-2 الطب فرض كفاية وقد يتعين

أصل تعلم الطب وممارسته من فروض الكفايات التي تحفظ بها الأنفس والمجتمعات. لكنه قد يصبح واجبًا عينيًا في واقعة محددة إذا لم يوجد غير الطبيب القادر، أو كان مكلفًا بالمناوبة أو مرتبطًا بعقد، أو شرع في الرعاية واعتمد عليه المريض، أو ترتب على امتناعه هلاك أو فقد عضو أو ضرر جسيم، أو كان المرض متعديًا يتعلق به حق العامة.

ويتأسس ذلك على مقصد حفظ النفس، وعلى قوله تعالى: ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾ [المائدة: 32]، وقاعدة «الضرر يزال»، وقاعدة «ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب»، وعلى منع ترك المضطر عند القدرة. لكن التعين بقدر الاستطاعة؛ فلا يُكلَّف غير المختص ما لا يحسن، بل يُكلَّف بالإسعاف الممكن وطلب الأقدر.

3-3 قياس الامتناع على منع فضل الطعام والماء: قوة القياس وحدوده

استندت الدراسات الفقهية المعاصرة إلى مسائل الفقهاء فيمن منع فضل الماء أو الطعام عن مضطر حتى هلك، وإلى منع احتكار الحاجات الضرورية والتعسف في استعمال الحق [10]. وهذا القياس قوي عندما تكون الرعاية منقذة، والطبيب قادرًا، والخطر حاضرًا، ولا بديل، ويعلم بالضرورة ثم يمتنع بلا عذر. لكنه يضعف إذا كانت المنفعة غير ثابتة، أو وجد بديل قريب، أو كان التدخل خارج اختصاصه، أو كان في تقديمه خطر غير متناسب عليه.

3-4 أركان الضمان في الامتناع

ليس كل امتناع موجبًا للضمان. بل يُنظر في: وجود واجب معين على الطبيب؛ وقدرته على الفعل من غير ضرر غير محتمل؛ وعلمه بالخطر؛ وإمكانه التدخل في الوقت؛ ووقوع ضرر؛ وثبوت رابطة سببية راجحة بين الترك والضرر. وقد يكون الإثم ثابتًا ديانة ولا يثبت التعويض قضاء لانقطاع السببية، أو يثبت تقصير مؤسسي مع عذر الطبيب الفردي.

3-5 قرارات مجمع الفقه الإسلامي الدولي ذات الصلة

القرار 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي. قرر أن التداوي يكون واجبًا إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو أحد الأعضاء أو العجز، أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره، وأن على الأطباء وذوي المريض في الحالات الميؤوس منها «الدأب في رعايته وتخفيف آلامه النفسية والبدنية بصرف النظر عن توقع الشفاء أو عدمه» [16]. ودلالته على بابنا أن اليأس من الشفاء لا يصلح مبررًا لرفض الإنسان (وتفصيل القرار في الفصل 5، المبحث ثالثًا).

القرار 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب. عدّ من صور ضمان الطبيب إذا ترتب ضرر بالمريض:

> «إذا امتنع عن أداء الواجب الطبي في الحالات الإسعافية (حالات الضرورة)» [3].

وجعل المؤسسة الصحية مسؤولة عن الأضرار إذا قصرت في التزاماتها [3]. وهذه الصياغة لا تجعل الطبيب ضامنًا عن كل نتيجة تقع بعد رفض، بل تربط المسؤولية بوجود واجب وضرر وتحقق شروط الضمان؛ لكنها تحسم أن الامتناع في حالات الضرورة ليس «حرية تعاقدية» (وتفصيل القرار في الفصل 10، المبحث ثالثًا).

CC BY-NC-ND 4.0

مشروع القرار 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية. عرّف التقصير بأنه «ترك ما يجب»، ودعا إلى الالتزام بنظم العمل خاصة في الخفارات، وإلى إقلال عدد المرضى لكل طبيب ما أمكن [13]. وأهميته هنا أنه يمنع اختزال الرفض في أخلاق الفرد: فقد يكون تقصير الطبيب تركًا لما يجب، وقد تكون المنشأة قد صنعت احتمال الترك بنقص الطواقم والوسائل (وتفصيله في الفصل 11، المبحث ثالثًا).

3-6 ترك التدخل غير المجدي ليس تركًا للرعاية

تُستدعى فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم (12086) في حالات عدم إجراء الإنعاش، وهي من المراجع الفقهية التي أثبتتها السياسة الوطنية لحالات عدم الإنعاش [17]. ونطاقها الإنعاش القلبي الرئوي غير المجدي، لا جواز رفض المريض ولا وقف التمريض والمسكنات وعلاج الأسباب القابلة للعكس (وتفصيل الفتوى في الفصل 41، المبحث ثالثًا، والسياسة الوطنية في المبحث رابعًا).

وفي المعنى نفسه قال الشيخ عبد العزيز بن باز رحمه الله في جواب سؤال عن إيقاف العلاج عمن لا يرجى شفاؤه:

> «يجب العلاج والعناية حسب الطاقة على المسؤولين» [18].

ثم أجاز ترك الدواء إذا علم الأطباء المباشرون أنه لا يفيد ولا ينفع بل قد يضر، مع فعل ما يعين على الحياة أو ينفع المريض [18]. والفائدة الدقيقة من النصين هي الفصل بين تدخل غير نافع يجوز تركه، وعناية نافعة تبقى بقدر الاستطاعة؛ فلا يصلح أيهما مسوغًا لرفض مريض بسبب صعوبة حالته.

3-7 الضابط الفقهي الجامع

الامتناع يحرم ويتأكد الضمان إذا تعين الواجب، وحضر الخطر، وقدر الطبيب، ولم يوجد بديل، وعلم بالحاجة، فترك بلا عذر حتى وقع ضرر منسوب إلى تركه. ويجوز الاعتذار في غير الضرورة لعذر مهني أو شخصي معتبر إذا لم يترتب ضرر وضُمنت الاستمرارية. وقد يجب رفض تدخل محرم أو غير نافع أو خارج الاختصاص، مع بقاء ما يمكن من الرعاية. ويعتبر ضرر الطبيب وخطره في الموازنة، لكن بميزان التناسب والبدائل لا بمجرد الخوف؛ فقاعدة «لا ضرر ولا ضرار» تشمل الطبيب والمريض معًا.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته: النصوص الحاكمة

صدر نظام مزاولة المهن الصحية بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م)، وصدرت لائحته التنفيذية بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ؛ وللائحة نسختان رسميتان يختلف نصهما في بعض البنود: نسخة الوزارة بهذا القرار، والإصدار الثالث للنظام ولائحته (1440هـ/2019م). والفقرات المقتبسة من اللائحة في هذا الفصل بنص الإصدار الثالث [1]. والنصوص الأشد اتصالًا بمسألة الرفض:

CC BY-NC-ND 4.0

المادة الخامسة: توجب أن يزاول الممارس الصحي مهنته لمصلحة الفـرد والمجتمـع في نطـاق احترام حق الإنسان في الحياة وسلامته وكرامته [1]. وهي قاعدة غائيـة تمنـع الإهانـة والاسـتغلال والتمييز، وتوجب فهم حق الاعتذار في إطار حياة المريض وسلامته وكرامته.

المادة الثامنة:

> «يجب على الممارس الصحي الذي يشهد أو يعلم أن مريضًا أو جريحًا في حالة خطـرة أن يقدم له المساعدة الممكنة أو أن يتأكد من أنه يتلقى العناية الضرورية» [1].

وتفصّل الفقرة (1/8) من اللائحة:

> «يتعين على الممارس الصحي تقديم الرعاية الطبية العاجلة للمريض الذي يحتاج إلى هـذه الرعاية وفق إمكانياته المتاحة دون طلب أتعابه مقدمًا، وإذا كانت حالة المـريض تسـتدعي مزيدًا من العناية الطبيـة الـتي لا يسـتطيع الممـارس الصـحي تقـديمها عليـه التواصـل مـع الجهات المعنية لإيجاد وسيلة لنقله إلى أقرب مؤسسة صحية ملائمة لعلاجه» [1].

فالنص يضع ترتيبًا واضحًا: رعاية عاجلة بحسب الإمكان، بلا أجر مقـدم، ثم تواصـل لنقـل مناسـب. ولا يجيز للممـارس تجـاوز اختصاصـه في العلاج النهـائي، لكنـه لا يسـمح بـإغلاق البـاب قبـل فعـل الممكن. وتلزم الفقرة (2/8) الممارس الذي يعمل بنظام المناوبات بالاستمرار في تقديم الرعايـة اللازمة للمرضى والمراجعين حتى يتم تسليم المناوبة [1].

المادة التاسعة: توجب أن يستهدف العمل الطبي دائمًـا مصـلحة المـريض وأن يبـذل الممـارس جهده لكل مريض، وتحظر في غير حالة الضـرورة أن يقـوم بعمـل يجـاوز اختصاصـه أو إمكانياتـه؛ فتجمع بين طرفين: لا تخلي، ولا ممارسـة غـير مأمونـة [1]. وتمنـع الفقـرة (1/9) من اللائحـة في نسخة الوزارة، وهي (1-8) في الإصدار الثالث، العمل الطبي الذي لا يحقق فائدة للمريض ولو لم يترتب عليه ضرر [1].

الفقــرة (2/15) من اللائحــة: تــوجب على الممــارس الــذي يعلم بعــدم تــوفر الوســائل أو التخصصـات المطلوبـة لتشـخيص الحالـة وعلاجهـا أن يبـذل العنايـة اللازمـة لتحويـل المـريض إلى الجهات التي تتوفر فيها الإمكانيات اللازمة [1]. وهذا يجعل التحويـل واجبَ عنايـة، لا مجـرد تخلص إداري.

المادة السادسة عشرة:

> «للممـارس الصـحي، في غـير الحـالات الخطـرة أو العاجلـة، أن يعتـذر عن علاج مـريض لأسباب مهنية، أو شخصية مقبولة» [1].

وجاءت اللائحة في الفقرة (1/16):

> «لا يعد من الأسـباب المقبولـة الاعتـذار المبـني على اختلاف الـدين أو اللـون أو الجنس أو العرق» [1].

وفي الفقرة (2/16):

> «يجب على الممارس الصحي قبل الاعتـذار عن متابعـة العلاج أن يتأكـد من عـدم حصـول ضرر للمريض وإبلاغ من يلزم لضمان استمرار الخطة العلاجية» [1].

CC BY-NC-ND 4.0

فالمادة السادسة عشرة ليست رخصة مفتوحة؛ وشروطها تراكمية: الحالة غير خطـرة ولا عاجلـة، والسبب مقبول، ولا تمييز، ولا ضرر، وإبلاغ يضمن استمرار الخطة. وكلمـا كـانت العلاقـة العلاجيـة قائمة صار تحقق الشرط الأخير أشد.

المادة السابعة عشرة: تجيز للممارس المعالج أن يعتذر عن متابعة العلاج إذا رأى عدم ضرورة الاستشارة التي طلبها المريض أو اختلف مع الطـبيب المستشـار [1]. لكن النص يقـرأ مـع المـادة السادسة عشرة ولائحتها؛ فلا يبيح ضررًا أو قطع خطـة في حالـة خطـرة، ولا يلغي واجب التسـليم الآمن.

المسؤولية المهنية: يقوم التزام الممـارس على بـذل عنايـة يقظـة تتفـق مـع الأصـول العلميـة المتعارف عليها، ويُسأل عن الخطأ المهني الصحي الذي يترتب عليه ضرر [1]. وقد يدخل الامتنـاع ضمن الخطأ بالترك إذا ثبت الواجب والضرر والسببية، من غير افتراض آلي للمسـؤولية (وتفصـيل المسؤولية الطبية في الفصل 10، المبحث رابعًا).



شكل: مسار الاعتذار عن العلاج: من سؤال الخطر والاستعجال إلى الشروط التراكمية للمادة السادسة عشرة.

4-2 نظام الإيدز: نص خاص يمنع الرفض بسبب الإصابة

صدر نظام الوقاية من متلازمـة العـوز المنـاعي المكتسـب (الإيـدز) وحقـوق المصـابين وواجبـاتهم بالمرسوم الملكي رقم (م/41) وتاريخ 16/4/1439هـ. ونصت المادة الرابعة منه:

> «لا يجوز لأي جهة صـحية الامتنـاع عن تقـديم الرعايـة الطبيـة اللازمـة لأي مصـاب بسـبب إصابته» [2].

CC BY-NC-ND 4.0

وهذا نص خاص أصرح من القاعدة العامة: لا يجوز للمنشأة جعل الإصابة سببًا للرفض. ويظل تطبيق احتياطات مكافحة العدوى واجبًا، وتجوز إحالة ما يحتاج تخصصًا غير متوفر، لكن لا بسبب الوصم أو الخوف غير العلمي.

4-3 نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

صدر النظام بالمرسوم الملكي رقم (م/27) وتاريخ 11/2/1445هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (110) وتاريخ 6/2/1445هـ [19]. وتقرر المادة الثانية من مبادئه عدم التمييز على أساس الإعاقة وتكافؤ الفرص، وتوفر متطلبات إمكانية الوصول والترتيبات التيسيرية. وتقرر المادة التاسعة حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيل الطبي والرعاية الصحية العامة، وتلزم بإلغاء أي اشتراطات تمييزية تمنع حصولهم على كامل حقهم في الرعاية الطبية والتأهيلية والأجهزة المساعدة لدى شركات التأمين الطبي [19].

والأثر العملي: صعوبة التواصل أو الحاجة إلى وقت أطول أو ترتيب تيسيري ليست بذاتها «سببًا شخصيًا مقبولًا» لرفض المريض. فعلى المنشأة توفير مترجم لغة إشارة أو وسيلة تواصل بديلة أو وصول مادي، ما لم يشكل ذلك عبئًا غير متناسب بالمعنى الذي يعرّف به النظام الترتيبات التيسيرية [19]، مع البحث عن بديل يحقق الحق بدل إلغائه.

4-4 وثائق حقوق المرضى: الطوارئ والكلفة والشكوى

تقرر وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى الصادرة عن وزارة الصحة حق المريض في الرعاية الطبية في الحالات المهددة للحياة والحالات الحرجة في أقسام الطوارئ حتى استقرار حالته، وحقه في تقديم الشكاوى والمقترحات من غير أن يؤثر ذلك في جودة الخدمة [20]. وتنص وثيقة حقوق المريض في المؤسسات الصحية الخاصة على حقه في العناية العاجلة الإسعافية حتى استقرار حالته دون تأخير، بغض النظر عن القدرة على تحمل الأعباء المالية [21]. ولا تعامل وثائق الحقوق معاملة المرسوم الملكي في القوة، لكنها تفسر معيار الخدمة المتوقع، وتعمل مع المادة الثامنة ولائحتها؛ فلا يجوز جعل التأمين أو الدفعة المقدمة حاجزًا أمام التثبيت العاجل.

4-5 مسؤولية المنشأة

المنشأة مسؤولة مهنيًا وإداريًا عندما يكون الرفض نتيجة سياسة أو نقص يمكن توقعه ولم تتخذ له بدائل. ومن أمثلته: غياب نظام الفرز، أو غياب تغطية المناوبة، أو تعليمات بعدم استقبال فئة من المرضى، أو تأخير التحويل، أو غياب معدات الوقاية، أو ترك العامل يواجه العنف وحده. وقد يجتمع خطأ فردي ومؤسسي، أو يُعذر الطبيب ويثبت التقصير الإداري [3، 13]. والتوثيق لا يحمي السياسة غير المشروعة؛ فالعبارة المسجلة «بأمر الإدارة» دليل على مصدر القرار لا على صحته.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 ستة أسئلة تكشف الحكم بسرعة

1. هل الحالة خطرة أو عاجلة؟ إذا كان الجواب نعم، يُقدَّم الممكن أولًا، ثم تُبحث بقية المسائل.

CC BY-NC-ND 4.0

2. هـل الطـبيب أو المنشـأة داخـل علاقـة علاجيـة قائمـة؟ كلمـا ثبتت العلاقـة زادت واجبـات الاستمرار والانتقال المنظم.
3. هل الرعاية المطلوبة نافعة ومشروعة وضمن الاختصاص؟ فرفض الإجراء غـير المسـتطب ليس رفضًا للمريض.
4. ما ضرر التأخير؟ فالبديل الذي يصل بعد فوات نافذة العلاج ليس بديلًا حقيقيًا.
5. ما سبب الاعتذار؟ يُقبل السبب المهني أو الشخصي المعقول، ولا يُقبل التميـيز أو الانتقـام أو المصلحة التجارية في الطوارئ.
6. هل ضُمنت الاستمرارية؟ لا يكفي إعطاء رقم هاتف؛ بل يلزم بحسب الخطر تواصل وقبول ونقل وملخص وخطة مؤقتة.

وعند تداخل سلامة الممارس والضمير والتمييز والضغط المالي أو انعدام البديل، تُسـتدعى الإدارة الطبية أو إدارة المخاطر أو لجنة الأخلاقيات، والاستشارة لا تؤخر الإسعاف (انظر الفصل 13).

5-2 متى يُقبل الاعتذار ومتى يُمنع؟

تلتقي الأركان الأربعة على ميزان واحد: خطرٌ يقدَّر، وقدرةٌ تُحدَّد، وسببٌ يُختبر، وبديلٌ يُتحقق منه، واستمراريةٌ تُضمن.

مواضع الاعتذار وخطوطه الحمراء

الحالة	الأصل	ما يجب قبل الاعتذار أو معه	الخط الأحمر
خطر أو طارئ	لا يجوز الرفض	تقديم الممكن، وتثبيت، واستدعاء دعم، وتنظيم نقل	اشتراط أجر مقدم أو إخراج قبل الاستقرار
خارج الاختصاص	لا يُجرى العلاج النهائي غير المأمون	تقييم أولي، وإسعاف، واستشارة، وإحالة مغلقة الحلقة	ترك المريض يبحث وحده مع خطر التأخير
طلب غير نافع أو غير مشروع	يجب رفض الإجراء	شرح الدليل، وبدائل نافعة، ورأي ثانٍ عند معقولية الخلاف	قطع كل الرعاية أو إهانة المريض
اعتراض ضميري	قد يُقبل في غير الطوارئ	إفصاح محترم مبكر وتمكين بديل في الوقت المناسب	ضرر أو تمييز أو انعدام بديل في نافذة حرجة
عنف أو تهديد	يجوز حماية الفريق وتعليق غير العاجل	تقييم سبب السلوك، وأمن، ومكان آمن، وتغطية بديلة	استعمال قطع العلاج عقوبة أو ترك طارئ بلا إسعاف
عدوى	الأصل تقديم الرعاية بالاحتياطات	معدات، وعزل، وتدريب، وتصعيد نقص الحماية	رفض الشخص لمجرد تشخيصه؛ ويحظر صراحة في الإيدز

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	الأصل	ما يجب قبل الاعتذار أو معه	الخط الأحمر
علاقة علاجية منهارة	يجوز إنهاؤها بضوابط	إشعار، وانتقال معقول، وأدوية وتقارير، وإحالة	الانقطاع المفاجئ أو اختيار وقت التدهور
نقص موارد	فرز عادل وإحالة	معيار معلن، وإعادة فرز، وحد أدنى من الرعاية، وتصعيد ونقل	تقديم النفوذ أو المال على الحاجة
عجز الطبيب الصحي	يجب ألا يمارس على نحو غير آمن	إبلاغ، وتغطية، وتسليم الحالة، وعلاج نفسه	المغادرة بلا تسليم أو إخفاء العجز
شكوى سابقة من المريض	لا تؤثر في استحقاق الرعاية	فصل الشكوى عن القرار السريري	الانتقام بتأخير أو رفض الخدمة

5-3 دليل القرار

مراحل القرار وعلامات الخطأ

المرحلة	سؤال الضبط	علامة الخطر أو الخطأ الشائع	الإجراء العملي
تحديد الفعل	ما المقصود بـ«الرفض»: شخص، أم إجراء، أم بدء، أم متابعة، أم تزاحم؟	تبرير التخلي بحكم يخص تدخلًا غير نافع	تسمية الفعل بدقة قبل الحكم عليه
الفرز	هل الحالة خطرة أو عاجلة؟	رفض التسجيل أو التحويل من الباب بلا تقييم	فرز سريري أولي، وإسعاف الممكن فورًا
القدرة والحدود	ما الذي يُقدَّم بأمان وما الذي يجاوز الاختصاص؟	مجازفة بإجراء غير مأمون، أو تعطيل خلف «غير متوفر»	تثبيت ثم تحويل ببذل عناية (2/15)
السبب	هل يصلح السبب قاعدة عامة لكل مريض مماثل؟	وصم، أو انتقام لشكوى، أو اشتراط مالي في طارئ	قبول السبب المهني المتسق فقط؛ والتمييز مرفوض نظامًا
العلاقة والاعتماد	هل بدأت علاقة يعتمد عليها المريض أو الفريق؟	إنكار العلاقة بحجة عدم التوقيع	كلما ثبتت العلاقة زاد عبء الانتقال المنظم
البديل والاستمرارية	هل البديل مؤهل متاح	الاكتفاء برقم هاتف أو	تواصل وقبول ونقل

CC BY-NC-ND 4.0

المرحلة	سؤال الضبط	علامة الخطر أو الخطأ الشائع	الإجراء العملي
	في الزمن المناسب؟	اسم في دليل قديم	وملخص وخطة مؤقتة
الضمير والسلامة	هل الاعتراض جاد معلن، والخطر الشخصي حقيقي؟	نقل عبء الضمير أو الخوف إلى المريض	اعتذار منضبط في غير الطوارئ مع بديل فوري
الإنهاء	هل استوفيت خطوات النهاية الآمنة؟	قطع دواء ضروري أو اختيار وقت التدهور	إشعار، ومدة انتقالية، ووصفة وتقارير، وطوارئ مفتوحة
التوثيق	هل يبين السجل الفعل والسبب والبدائل والاستمرارية؟	«مريض صعب» و«رفضت الحالة» بلا تحليل	توثيق تحليلي غير وصمي، وتقرير حادث منفصل
المراجعة المؤسسية	هل الرفض عرض لخلل نظامي؟	تحميل الفرد ثمن نقص الطواقم والسياسات	تصعيد العجز، ومراجعة الحالات، وإصلاح السياسة

5-4 التوثيق الصحيح

ينبغي أن يسجل الطبيب: وقت الحضور والتقييم؛ والعلامات الحيوية ونتيجة الفرز؛ ودرجة الاستعجال؛ وما قُدّم من إسعاف؛ والتدخل المطلوب ولماذا لا يمكن أو لا ينبغي تقديمه؛ وسبب الاعتذار بصياغة مهنية غير وصمية. ويسجل أيضًا البدائل التي نوقشت؛ واسم من جرى التواصل معه ووقت القبول؛ ووسيلة النقل؛ والإرشادات المؤقتة المعطاة للمريض؛ وما فهمه المريض؛ وأي تهديد أو حادث سلامة في نموذج منفصل. ولا يكتب «مريض صعب» أو «رفضت الحالة» بلا تحليل؛ فهي عبارات لا تثبت سببًا مقبولًا ولا استمرارية.

5-5 عبارات عملية مقترحة

عند رفض إجراء غير مستطب. «أفهم سبب طلبك، لكن هذا الإجراء لا يحقق فائدة متوقعة في حالتك وقد يسبب ضررًا. لن أقدمه، وسأستمر في رعايتك بهذه البدائل، ويمكننا ترتيب رأي ثانٍ إذا رغبت.»

عند الإحالة بسبب نقص الإمكانات. «حالتك تحتاج تخصصًا أو جهازًا غير متوفر هنا. بدأنا العلاج الذي نستطيعه، وتواصلنا مع المنشأة المناسبة، وسنرتب النقل ونرسل المعلومات حتى لا تبدأ الرعاية من الصفر.»

عند خطر العنف. «سنقدم الرعاية اللازمة، لكن لا يمكن استمرار المقابلة مع التهديد. سنؤمّن المكان، ثم نكمل التقييم عبر فريق مناسب وبطريقة تحميك وتحمي العاملين.»

عند الاستنكاف الضميري. «لدي اعتراض ضميري على تقديم هذا التدخل بنفسي. لن أتركك بلا رعاية؛ سأتأكد الآن من وصولك إلى طبيب مؤهل آخر في الوقت المناسب، وسأقدم المعلومات والرعاية المؤقتة التي تحتاجينها.»

CC BY-NC-ND 4.0

عند إنهاء العلاقة العلاجية. «استمرار العلاقة بهذه الصورة لم يعد يسمح برعاية آمنة، ولذلك سننظم انتقالك إلى مقدم آخر. وحتى يتم الانتقال سنضمن الأدوية الضرورية والتقرير وإرشادات الطوارئ، ولن نوقف علاجًا يسبب انقطاعه خطرًا.»

سادسًا: الحالات التطبيقية

الحالة الأولى: ألم صدري ومنشأة تطلب ضمانًا ماليًا

الوقائع. رجل في الثامنة والخمسين جاء إلى طوارئ مستشفى خاص بألم صدري ضاغط وعرق يتصبب، بدأ قبل أربعين دقيقة. بطاقة تأمينه غير فعالة، فطلب موظف الاستقبال أن يدفع مبلغًا قبل أن يُفتح له ملف. وقال الطبيب المناوب إن المستشفى لا يملك قسطرة قلبية، واقترح أن يذهب المريض بسيارته إلى مستشفى آخر. والوقت يضغط؛ فكل دقيقة تأخير في متلازمة شريان تاجي حادة تُفقد عضلة قلبية.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: حالة عالية الاشتباه بمتلازمة شريان تاجي حادة؛ فهي إسعافية حتى يثبت العكس بالفرز والتخطيط • الأمن: لا خطر على الفريق أو الغير • القدرة على القرار: المريض واعٍ قادر، ويُشرك في خطة النقل • صاحب الصفة: المريض نفسه في الإذن، والمنشأة وطبيبها المناوب في واجب الإسعاف والنقل • السؤال المطلوب تقريره: هل يجوز تعليق استقبال حالة إسعافية على الضمان المالي، أو الاكتفاء بتوجيه المريض إلى منشأة أخرى بلا تثبيت ولا نقل منظم؟

الركن الطبي. يلزم فرز فوري، وتخطيط قلب، ومراقبة، وعلاج إسعافي بحسب البروتوكول، وتقييم استقرار النقل. وغياب القسطرة سبب لتنظيم نقل عاجل، لا لترك رجل في هذه الحال يقود سيارته بنفسه.

الركن الأخلاقي. اشتراط المال يلقي عبء النزاع المالي على مريض في نافذة حرجة، ويخالف العدالة وعدم التخلي. ويمكن أن يُستكمل الضمان بالتوازي، ولكنه لا يحجب التثبيت.

الركن الفقهي. يتعين الإنقاذ مع حضور الخطر والقدرة، ويدخل الامتناع هنا في «الحالات الإسعافية (حالات الضرورة)» التي نص القرار 142 (8/15) على الضمان فيها [3]. وعدم توفر العلاج النهائي لا يسقط فعل الممكن.

الركن النظامي. المادة الثامنة والفقرة (1/8) توجبان الرعاية العاجلة وفق الإمكان دون طلب الأجر مقدمًا، ثم التواصل للنقل إلى أقرب مؤسسة ملائمة [1]؛ وتؤكد وثيقة حقوق المريض في المؤسسات الصحية الخاصة الحق في العناية الإسعافية حتى الاستقرار بغض النظر عن القدرة على تحمل الأعباء المالية [21].

القرار المهني الموزون. يُفتح الملف ويبدأ الإسعاف فورًا، ويتصل منسق التحويل بمركز قسطرة، ويُنقل المريض بإسعاف مجهز بعد قبول موثق، مع ملخص وتخطيط والعلاج المعطى، وتُستكمل المسائل المالية لاحقًا أو بالتوازي دون تعطيل؛ ولا يلزم المستشفى إلا التثبيت والنقل الآمن، ويجوز ربط ما يلي الاستقرار من رعاية غير إسعافية فيه بالترتيبات المالية المعتادة، دون تمييز ولا قطع مفاجئ ولا إخفاء للبدائل العامة؛ لأن الحالة إسعافية، والنص يوجب الرعاية العاجلة بلا أجر مقدم ثم النقل المنظم، والتأخير يضاعف الضرر. واستُبعد اشتراط الدفع قبل فتح الملف،

CC BY-NC-ND 4.0

لمخالفته الفقرة (1/8). ويُعاد النظر إذا أظهر الفرز شكوى مزمنة مستقرة غير مستعجلة، فيجوز تنظيم الموعد والضمان المالي قبل الخدمة الاختيارية، دون حجب الفرز الأولي.

الدرس. المال والتأمين يُستكملان بعد التثبيت أو معه، ولا يسبقانه أبدًا في حالة إسعافية.

الحالة الثانية: استنكاف ضميري حين تنفرد المعترضة بالخدمة

الوقائع. طبيبة في مركز ريفي، وهي الواصفة الوحيدة في ذلك اليوم. جاءتها مريضة مؤهلة تطلب وسيلة تنظيم نسل مشروعة طبيًا ونظاميًا، لأن بها مرضًا قلبيًا يجعل الحمل عالي الخطورة. فاعترضت الطبيبة ضميريًا، وطلبت من المريضة أن تراجع مدينة بعيدة، وأقرب موعد فيها بعد ثلاثة أشهر.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا طارئ حاليًا، لكن الحاجة حساسة للوقت لأن الحمل خطر على القلب • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: المريضة قادرة • صاحب الصفة: المريضة في قرارها، والطبيبة والمنشأة في تنظيم البديل • السؤال المطلوب تقريره: ما حدود الاستنكاف الضميري حين ينفرد المعترض بالخدمة ويصبح اعتراضه حاجزًا فعليًا أمام رعاية مشروعة حساسة للوقت؟

الركن الطبي. تأخير الوسيلة قد يزيد احتمال حمل عالي الخطورة على القلب، والقلب لا ينتظر المواعيد. فيجب تقدير حساسية الزمن، والبدائل المؤقتة، وإمكان الاستشارة أو الوصفة من طبيب آخر حضوريًا أو عن بعد.

الركن الأخلاقي. الاعتراض الجاد يُحترم في غير الطوارئ، ولكن لا يجوز أن يعرض صحة المريضة للخطر، ولا أن يجعل انفراد الطبيبة حاجزًا فعليًا بينها وبين الرعاية؛ فعبء تنظيم التغطية على المنشأة والطبيبة معًا، لا على المريضة وحدها، وهو مقتضى الفقرة (29) من الميثاق الدولي لأخلاقيات الطب [9].

الركن الفقهي. لا يُجبر الطبيب على فعل يعتقد حرمته اعتقادًا معتبرًا إذا أمكن البديل بلا ضرر؛ لكن لا يجوز إلحاق ضرر محقق بالمريضة أو منعها من الوصول إلى خدمة مشروعة. وتُراعى قاعدة الضرر والاستطاعة وتوزيع المسؤوليات مسبقًا (وتفصيل أحكام وسائل تنظيم النسل في الفصل 20).

الركن النظامي. المادة السادسة عشرة تشترط سببًا مقبولًا وحالة غير خطرة وعدم الضرر واستمرار الخطة [1]؛ فإذا كان التأخير مؤذيًا ولا بديل في الوقت، ضاق مجال الاعتذار.

القرار المهني الموزون. تفصح الطبيبة عن اعتراضها باحترام من غير موعظة أو وصم، وتتواصل في اليوم نفسه مع طبيب مؤهل عبر تغطية أو طب اتصالي أو موعد عاجل، وتقدم ما تقبله من معلومات ورعاية مؤقتة؛ فلا يُلزم اعتذارها المريضة بانتظار ثلاثة أشهر، ولا تُلزم هي بما تعتقد حرمته ما دام البديل متاحًا في الوقت؛ لأن ضمير الطبيبة يُحفظ بقدر لا يضر المريضة، ويُحفظ حق المريضة في خدمة مشروعة في وقتها. ويُعاد النظر إذا صارت الحالة عاجلة ولا بديل، وكانت الوسيلة داخلة في كفاءة الطبيبة وتكليفها، فتُقدَّم مصلحة المريضة ومنع الضرر.

الدرس. الاستنكاف الضميري حق، ولكنه مشروط بألا يتحول إلى حاجز؛ وعبء البديل على المعترض ومنشأته، لا على المريض.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الثالثة: رفض جراحة لمصاب بفيروس نقص المناعة البشري

الوقائع. مريض مستقر على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية يحتاج إلى إصلاح فتق اختياري. فرفض جراح أن يستقبله، وقال: «لا أتعامل مع مرضى الإيدز»، والاحتياطات والأدوات متوفرة، ومعرفة تحكم العدوى حاضرة، ولا يوجد سبب جراحي آخر للرفض.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: حالة اختيارية مستقرة • الأمن: لا خطر يجاوز ما تضبطه الاحتياطات القياسية • القدرة على القرار: المريض قادر • صاحب الصفة: المريض في قراره، ورئيس القسم في ضمان الخدمة • السؤال المطلوب تقريره: هل يملك ممارس أو منشأة جعل الإصابة بعدوى مزمنة سببًا لرفض خدمة مستطبة، والاحتياطات القياسية متاحة؟

الركن الطبي. الإصابة وحدها ليست مانعًا من العملية. وإنما يُقيَّم الحمل الفيروسي والحالة المناعية والتداخلات الدوائية والتوقيت كما تُقيَّم سائر عوامل الخطر، وتُطبَّق الاحتياطات القياسية مع كل المرضى، لا مع فئة بعينها.

الركن الأخلاقي. السبب هنا وصمي تمييزي، لا مهني. ودراسة المدينة المنورة تُظهر أن المعرفة والتدريب يرتبطان بانخفاض الوصم بين العاملين الصحيين؛ فمعالجة المعرفة إذن جزء من الحل المؤسسي، لا ترف [15].

الركن الفقهي. كرامة النفس محفوظة، والخوف المتوهم لا يبيح الضرر ولا ترك الواجب. فإن وجد خطر مهني خاص غير معتاد قُدّر موضوعيًا وطُلبت وسائل الوقاية؛ ولا يُرفض الشخص لمجرد التشخيص.

الركن النظامي. المادة الرابعة من نظام الإيدز تمنع أي جهة صحية من الامتناع عن الرعاية اللازمة بسبب الإصابة [2]. ولا تقبل المادة السادسة عشرة السبب التمييزي [1]؛ والنص الخاص حاسم وإن لم يُذكر المرض ضمن أمثلة الفقرة (1/16).

القرار المهني الموزون. لا يُعتمد الرفض، بل يُرفع الأمر إلى رئيس القسم، وتُضمن الجراحة لدى جراح مؤهل دون تأخير عقابي، ولا يُكشف التشخيص إلا لمن يحتاجه لرعاية المريض، ولا يُلزم الجراح المعترض بعينه إن توفر زميل مؤهل في الوقت نفسه، لكن المنشأة لا تمتنع؛ لأن السبب تمييزي ممنوع بنص خاص، والاحتياطات القياسية كافية. واستُبعد تحويله إلى منشأة «مختصة بالإيدز» بلا حاجة تخصصية، لأنه رفض مقنّع. ويُعاد النظر إذا ظهر سبب جراحي مشروع يُطبَّق على كل مريض مماثل ويُثبت، فيجوز الاعتذار الفردي مع استمرار الرعاية.

الدرس. التشخيص ليس سببًا للرفض؛ والنص الخاص في الإيدز يحسم ما قد يبدو في القاعدة العامة محل اجتهاد.

الحالة الرابعة: مريض مزمن كثير الغياب وعلاقة علاجية متصدعة

الوقائع. مريض بداء السكري وفشل كلوي يتغيب عن المواعيد، ولا يلتزم بالخطة، ويرسل رسائل مسيئة. فقرر الطبيب أن يلغي متابعته فورًا، وألا يجدد له الإنسولين حتى «يتعلم الالتزام». والوقت يضغط؛ فمخزون الإنسولين لدى المريض لا يكفي إلا أيامًا.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا طارئ الآن، لكن انقطاع الإنسولين يخلق طارئًا متوقعًا • الأمن: رسائل مسيئة لا تهديد جسدي؛ تُضبط بحدود سلوكية • القدرة على القرار: يُفترض قادرًا، مع تقصي اضطراب معرفي أو اكتئاب محتمل • صاحب الصفة: المريض، والطبيب المعالج

CC BY-NC-ND 4.0

والعيادة في تنظيم الانتقال • السؤال المطلوب تقريره: هل يجوز استعمال الدواء الضروري ورقة ضغط سلوكية، وكيف تُنهى علاقة علاجية متصدعة من غير خلق طارئ متوقع؟

الركن الطبي. انقطاع الإنسولين خطر مباشر. ويجب أن تُقيَّم أسباب الغياب وعدم الالتزام قبل الحكم على الرجل: اكتئاب، أو صعوبة نقل، أو ضعف معرفة، أو كلفة، أو آثار جانبيـة، أو اضـطراب معرفي. وقد لا تصلح العلاقة للاستمرار، ولكن العلاج الانتقالي لازم.

الركن الأخلاقي. أن يُستخدم الدواء عقوبةً إساءةٌ لاستعمال سلطة الطبيب. فله أن يضع حدودًا للسلوك، وأن ينهي العلاقة إذا فشلت التدخلات، ولكن ليس له أن يخلق طارئًا متوقعًا.

الركن الفقهي. حق الطبيب في دفع الأذى عن نفسه لا يُستعمل على وجـه يضـر المـريض، ولا يُقابل الخطأ بتعريض النفس للتلف؛ وقاعدة منع التعسف في استعمال الحق ظاهرة هنا.

الركن النظامي. الفقرة (2/16) تشترط قبل الاعتذار عن المتابعة التأكد من عدم الضرر وإبلاغ من يلزم لضمان استمرار الخطة [1]؛ ونقص المتابعة الـذي يـترتب عليـه ضـرر يـدخل في الخطـأ المهني [1].

القرار المهني الموزون. يُجدَّد الإنسولين فورًا، ويُعقد لقاء حدود وسـلوك، وتُسـتدعى الخدمـة الاجتماعية أو النفسية، وتُقدَّم أدوات تيسير (مواعيد مرنة، وتذكير، وتثقيف)، وتوضع حدود للسلوك المسيء دون جعل الدواء أداة ضغط؛ لأن الدواء ضروري وانقطاعـه خطـر مباشـر، وأسـباب عـدم الالتزام قد تكون قابلة للعلاج. واسـتُبعد الإلغـاء الفـوري ووقـف الإنسـولين، لأنهمـا يخلقـان طارئًـا متوقعًا ويخالفان الفقرة (2/16). ويُعاد النظر إذا فشلت التدخلات وتقرر الإنهـاء، فيُعطى المـريض إشعارًا موثقًا ومدة انتقالية بحسب الخطر، ووصفة ومتابعة مؤقتة كافيتين، وملخصًا، وأسماء بدائل حقيقية، وإرشادات طوارئ، وتُقبل رعايته العاجلة إلى أن يستلمه البديل.

الدرس. إنهاء العلاقة العلاجية جائز بضوابط، أما قطع الدواء الضروري عقوبةً فتخلٍّ لا اعتذار.

وهذه قرارات حالات الفصل مجموعةً في جدول واحد: ما نفعل، ولماذا، ومتى يُعاد النظر.

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
ألم صدري حاد في طوارئ مستشفى خاص بلا قسطرة، والتأمين غير فعال، ويُطلب الدفع قبل فتح الملف	يُفتح الملف ويبدأ الإسعاف فورًا، ويُنقل بإسعاف مجهز بعد قبول موثق لدى مركز قسطرة مع ملخص وتخطيط، وتُستكمل المسائل المالية لاحقًا أو بالتوازي	الحالة إسعافية، والنص يوجب الرعاية العاجلة بلا أجر مقدم ثم النقل المنظم، والتأخير يضاعف الضرر	أظهر الفرز شكوى مزمنة مستقرة غير مستعجلة؛ فيجوز تنظيم الموعد والضمان المالي قبل الخدمة الاختيارية، دون حجب الفرز الأولي
طبيبة معترضة ضميريًا هي الواصفة الوحيدة، والمريضة تطلب وسيلة تنظيم نسل لأن الحمل عالي	تفصح عن اعتراضها باحترام، وتتواصل في اليوم نفسه مع طبيب مؤهل، وتقدم ما تقبله من معلومات ورعاية	يُحفظ ضمير الطبيبة بقدر لا يضر المريضة، ويُحفظ حق المريضة في خدمة مشروعة في وقتها	صارت الحالة عاجلة ولا بديل، وكانت الوسيلة داخلة في كفاءة الطبيبة وتكليفها؛ فتُقدَّم

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
الخطورة عليها	مؤقتة		مصلحة المريضة ومنع الضرر
جراح يرفض إصلاح فتق اختياري لمصاب مستقر بفيروس نقص المناعة البشري، والاحتياطات متوفرة	لا يُعتمد الرفض: يُرفع إلى رئيس القسم، وتُضمن الجراحة لدى جراح مؤهل دون تأخير عقابي؛ ولا يُلزم المعترض بعينه إن توفر زميل، لكن المنشأة لا تمتنع	السبب تمييزي ممنوع بنص خاص، والاحتياطات القياسية كافية	ظهر سبب جراحي مشروع يُطبَّق على كل مريض مماثل ويُثبت؛ فيجوز الاعتذار الفردي مع استمرار الرعاية
مريض سكري وفشل كلوي كثير الغياب ومسيء، يريد طبيبه إلغاء متابعته ووقف الإنسولين فورًا	يُجدَّد الإنسولين فورًا، ويُعقد لقاء حدود وسلوك، وتُستدعى الخدمة الاجتماعية أو النفسية، وتُقدَّم أدوات تيسير، دون جعل الدواء أداة ضغط	الدواء ضروري وانقطاعه خطر مباشر، وأسباب عدم الالتزام قد تكون قابلة للعلاج	فشلت التدخلات وتقرر الإنهاء؛ فإشعار موثق ومدة انتقالية بحسب الخطر، ووصفة ومتابعة مؤقتة، وبدائل حقيقية، ورعاية عاجلة حتى يستلمه البديل

مواقف متكررة

طلب الأهل إجراءً يجاوز اختصاص الطبيب. طفل بإصابة رأس في مستشفى طـرفي ليس فيه جراح أعصاب، والأسرة تطالب الجراح العام بأن يفتح الجمجمة فـورًا. فلا يُقـدِم غـير المختص على إجراء كبير غير مأمون مهما اشـتد الإلحـاح؛ بـل يـؤمّن المجـرى التنفسـي والتنفس والـدورة، ويعالج الاختلاج وارتفاع الضغط داخل القحف، ويستشير عن بعد، ثم ينقل نقلًا طبيًـا مجهـزًا مغلـق الحلقة. وضابطه: المادة التاسعة تمنع تجاوز الاختصاص في غير الضرورة، والفقرة (2/15) تـوجب بذل العناية للتحويل [1]؛ فالنقل هنا فعل رعاية لا تخلٍّ.

إجراء مولّد للرذاذ بلا جهاز تنفس مناسب. في بداية فاشـية تنفسـية طُلب من طـبيب غـير مدرب أن يدخل غرفة إجراء مولّد للرذاذ بكمامة جراحية فقـط، والمـريض يعـاني نقص الأكسـجة. والجـواب ليس بطولـة فرديـة يـدفع الطـبيب ثمنهـا، ولا هروبًـا صـامتًا يـدفع المـريض ثمنـه: يُقـدَّم الأكسجين والمراقبة بأقل تعرض، ويُرفـع الإنـذار فـورًا، ويُسـتدعى فريـق مـدرَّب مجهـز، وتُسـجَّل الواقعة عجزًا مؤسسيًا. وضابطه: المادة الثامنة توجب «المساعدة الممكنة» لا ما يجاوز الإمكان [1]، ومسؤولية المنشأة عن تهيئة الرعاية الآمنة مقررة في القرار 142 (8/15) ومشـروع القـرار 223 (7/23) [3، 13].

مريض يهدد الفريق بسكين. رجـل يطـالب بوصـفة دواء خاضـع للرقابـة، فلمـا رفض الطـبيب أخرج سكينًا وهدد الممرضة، وطلبت الإدارة «طرده ومنعه نهائيًـا». وهنـا تُوقـف المقابلـة، ويـؤمَّن المكان، ويُستدعى الأمن، ثم يُقيَّم المريض طبيًا ونفسيًا بعد السيطرة لاحتمـال تسـمم أو ذهـان أو هذيان، ويُرفض الدواء غير المستطب، ويُحال بحسـب نتيجـة التقـييم إلى خدمـة الإدمـان أو الطب

CC BY-NC-ND 4.0

النفسي. ويجوز إنهاء العلاقة الروتينية مع بديل واضح، ولكن يبقى باب الطوارئ مفتوحًا وفق مسار آمن؛ فالمنع الدائم عقوبة لا حماية. ويُكتب تقرير حادث منفصل بالوقائع الموضوعية: الكلمات والأفعال المهددة، ومن حضر، وتدخل الأمن، والتقييم الطبي، وخطة الاستمرارية. وضابطه: المادة السادسة عشرة تجيز الاعتذار عن المتابعة الروتينية لسبب مقبول بشرط عدم الضرر واستمرار الخطة [1]، و«لا ضرر ولا ضرار» يشمل الطبيب والمريض جميعًا. (وحق الممارس المعتدى عليه وواجب المنشأة في الفصل 12، الحالة الثانية، والمطلبين 1-3 «السلامة الجسدية والعدوى والعنف» و4-4 «التحرش والعنف».)

مريض سبق أن رفع شكوى ضد الفريق. والشكوى لا تنقص استحقاق الرعاية، ولا تسوّغ تأخيرًا ولا رفضًا؛ فيُفصل النظر فيها عن القرار السريري، فهذا شيء وذاك شيء، وتؤكد وثيقة حقوق المرضى حق الشكوى من غير أن يؤثر ذلك في جودة الخدمة [20]. وضابطه: السبب الذي لا يصلح قاعدة عامة تُطبَّق على كل مريض مماثل سببٌ غير مقبول؛ والانتقام بتأخير الخدمة أو رفضها مخالفة مهنية، لا اعتذار مشروع.

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. «رفض الرعاية» ليس فعلًا واحدًا، بل ستة أفعال متقاربة تختلف أحكامها: رفض الشخص، ورفض الإجراء، والاعتذار عن البدء، والإحالة أو النقل، وإنهاء المتابعة، والفرز عند التزاحم.
2. الحالة الخطرة أو العاجلة تسبق كل خلاف مالي أو إداري أو ضميري: يُقدَّم الممكن ثم يُنظَّم النقل، ولا يُطلب الأجر مقدمًا [1].
3. جواز الاعتذار في النظام السعودي مقيد بشروط تراكمية: حالة غير خطرة، وسبب مقبول، ولا تمييز، ولا ضرر، وإبلاغ يضمن استمرار الخطة [1].
4. الإحالة فعل رعاية إذا كانت مغلقة الحلقة، وتصير تخليًا إذا تُرك المريض يبحث وحده مع خطر التأخير.
5. سلامة الممارس من العنف والعدوى حق معتبر، لكنها تُحمى بوسائل المنشأة وتعليق غير العاجل، لا بمنع دائم يسقط حاجة صحية أو برفض فئة من المرضى.
6. الاستنكاف الضميري مقبول في غير الطوارئ بشرط الإفصاح المبكر وتمكين البديل في الوقت المناسب، ويضيق حين ينفرد المعترض بالخدمة.
7. الأركان الأربعة متوافقة في الحكم: الطب يميز بين العجز عن العلاج النهائي ووجوب التثبيت، والأخلاق تمنع التخلي والتمييز، والفقه يضمّن الممتنع في الضرورة [3]، والنظام يحظر الامتناع بسبب الإصابة بالإيدز نصًا [2].
8. كثير من حالات الرفض عرض لخلل مؤسسي في الطواقم والتغطية والنقل والسياسات، والمنشأة شريك في المسؤولية [3، 13].

التوصيات

للممارس.

CC BY-NC-ND 4.0

1. سمِّ الفعل قبل الحكم عليه: رفض شخص، أم رفض إجراء، أم اعتذار عن بدء، أم إنهاء متابعة، أم تزاحم.
2. افرز الخطر قبل أي نقاش مالي أو إداري، وقدّم الممكن في الطارئ ولو لم تملك العلاج النهائي.
3. لا تعتذر إلا بعد التحقق من بديل مؤهل متاح في الزمن المناسب، وأغلق حلقة الإحالة بالتواصل والقبول والملخص.
4. أفصح عن اعتراضك الضميري مبكرًا لإدارتك قبل أن تواجه به مريضًا.
5. وثّق الفعل وسببه وبدائله واستمراريته بصياغة مهنية غير وصمية، واجعل حوادث السلامة في تقرير منفصل.

للمنشأة.

1. اعتماد سياسة مكتوبة معلنة للاعتذار عن العلاج وإنهاء المتابعة والإحالة، تتضمن حظرًا صريحًا للتمييز وللانتقام بسبب الشكاوى.
2. إنشاء مسار تحويل فعال: اتصال مباشر، وقبول موثق، ووسيلة نقل مناسبة، ومسؤول واضح حتى الاستلام.
3. بناء جداول تغطية تستوعب الاعتراض الضميري والعجز الصحي المؤقت مسبقًا، حتى لا يواجه المريض فجوة رعاية عند سرير المرض.
4. فصل الإجراءات المالية عن الفرز والتثبيت في الطوارئ، وتدريب موظفي الاستقبال على ذلك.
5. مراجعة دورية لحالات «رفض الخدمة» لكشف الخلل المؤسسي قبل لوم الأفراد، مع توفير الأمن ومعدات الوقاية والترتيبات التيسيرية لذوي الإعاقة.

للتعليم والبحث.

1. إدراج تمييز الأفعال الستة وشروط الاعتذار التراكمية في مناهج الأخلاقيات وبرامج الامتياز.
2. تدريب الفرق على مكافحة العدوى والوصم، وإدارة العنف، والإحالة مغلقة الحلقة، وعبارات الاعتذار المنضبط.
3. تشجيع دراسات سعودية تقيس معدلات رفض الخدمة وأسبابها المؤسسية وآثارها على المرضى، لا اتجاهات العاملين وحدها.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فحرية الطبيب في الاعتذار ليست امتيازًا شخصيًا منفصلًا عن رسالة المهنة؛ وإنما هي مساحة محدودة لحماية جودة القرار وسلامة المريض والممارس، حين تكون الحالة غير خطرة، والسبب مقبولًا، والبديل حقيقيًا، والاستمرارية مضمونة. فإذا كانت الطوارئ، أو انعدم البديل، أو نشأ اعتماد علاجي، ضاق الاختيار، وقد يتعين الفعل. وقد أظهرت الأركان الأربعة تقاربًا لافتًا: فالطب يميز بين عدم القدرة على العلاج النهائي ووجوب التثبيت؛ والأخلاق تمنع التخلي والتمييز وتقر سلامة الممارس؛ والفقه يجعل حفظ النفس والضرر والاستطاعة محددات الحكم، ويضمّن الممتنع في الضرورة. والنظام السعودي يصوغ ذلك كله في مواد واضحة: مساعدة الحالة

CC BY-NC-ND 4.0

الخطرة، ورعاية عاجلة بلا أجر مقدم، وإحالة عند نقص الإمكانات، واعتذار مقيد في غير الخطر، مع منع التمييز وضمان استمرار الخطة.

وأهم ما يدعو إليه الفصل في العمل أن تستبدل، يا أخي الطبيب، بسؤال «هل أستطيع رفض هذا المريض؟» سؤالين: ما الذي يجب أن أقدمه الآن كي لا يتضرر؟ وكيف أنقل الرعاية بأمان إذا لم أكن الشخص المناسب للاستمرار؟ فعندها يتحول الاعتذار من باب مغلق في وجه المريض إلى انتقال منظم، ويظل المريض مصون الكرامة، والطبيب محميًا من ممارسة غير مأمونة، والمنشأة مسؤولة عن سد الفجوة. و«السبب المقبول» مفهوم يُقدَّر في سياقه، ولا يحصّن القرار من المراجعة؛ فإذا شككت في طارئ: قدّم الممكن، ولا تؤخر النقل، ثم استشر ووثّق.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين رفض المريض ورفض الإجراء؟ ولماذا يغير هذا التمييز الحكم في الأركان الأربعة؟
2. ما الشروط التراكمية لجواز الاعتذار وفق المادة السادسة عشرة ولائحتها؟ وأيها يشتد بعد نشوء العلاقة العلاجية؟
3. متى تصبح الإحالة شكلًا من أشكال التخلي؟ ولماذا لا يكفي وجود طبيب بديل نظريًا لتسويغ الاعتذار؟
4. كيف يوازن الطبيب بين واجب الرعاية وسلامته عند العنف أو خطر العدوى، وما الذي يقع على المنشأة في الحالين؟
5. ما حدود الاستنكاف الضميري في الطوارئ وعند انعدام البديل؟ وما واجب المنشأة لمنع المواجهة عند سرير المريض؟
6. كيف يمنع نظام الإيدز الرفض التمييزي، وما علاقته بالقاعدة العامة في المادة السادسة عشرة؟
7. (تطبيقي) وصلت إلى عيادتك الخاصة امرأة في الأربعين بصداع مفاجئ شديد، وليس لديك تصوير مقطعي، وتطلب منك موظفة الاستقبال تحصيل رسوم الكشف أولًا. حلّل الواقعة بالبوابات الخمس، وصُغ القرار المهني الموزون بعناصره الثلاثة.
8. (تطبيقي) قرر طبيب أسرة إنهاء متابعة مريض ضغط يرسل رسائل مسيئة متكررة. اكتب خطة إنهاء آمنة، وبيّن ما يُسجَّل في ملف المريض وما يُسجَّل في تقرير الحادث المنفصل.

المراجع

[1] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م). هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa؛ واللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، وزارة الصحة. moh.gov.sa؛ والنصوص المقتبسة في هذا الفصل من الإصدار الثالث للنظام ولائحته، وزارة الصحة، 1440هـ (2019م). moh.gov.sa.

[2] نظام الوقاية من متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) وحقوق المصابين وواجباتهم، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/41) وتاريخ 16/4/1439هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0

[3] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب. الدورة الخامسة عشرة، مسقط، 14–19 المحرم 1425هـ / 6–11 مارس 2004م. iifa-aifi.org

[4] Almoallem AM, Almudayfir MA, Al-Jahdail YH, et al. Top ethical issues concerning healthcare providers working in Saudi Arabia. J Epidemiol Glob Health. 2020;10(2):143–152. https://doi.org/10.2991/jegh.k.191211.001

[5] Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;378:e070442. https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070442

[6] Montgomery A, Chalili V, Maliousis I, Lainidi O. Burnout and patient safety: A V, navigating between exaggerated evidence and warranted assertability. l, Front Psychol. 2026;17:1801061. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1801061

[7] Lee HJ, Kim E, Morse BL, Lee SE. Barriers and facilitators of nurses' and physicians' willingness to work during a respiratory disease outbreak: a mixed-methods systematic review. Int J Environ Res Public Health.2021;18(13):6841. https://doi.org/10.3390/ijerph18136841

[8] World Health Organization. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Geneva: WHO; 2016. iris.who.int

[9] World Medical Association. WMA International Code of Medical Ethics. Revised by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, Germany, October 2022. wma.net

[10] الموسى، عبد الله بن إبراهيم. امتناع الطبيب عن العلاج بين الشريعة والقانون. مجلة الشريعة والقانون (جامعة الإمارات العربية المتحدة)؛ 2010؛ (44). scholarworks.uaeu.ac.ae

[11] جستنية، هالة بنت محمد بن حسين. الامتناع عن إسعاف المريض (فقهًا ونظامًا). مجلة العدل، وزارة العدل، المملكة العربية السعودية؛ العدد 52. adlm.moj.gov.sa

[12] عبد ربه، مصطفى أحمد بخيت. جريمة امتناع الطبيب عن علاج المريض: دراسة فقهية مقارنة بالقانون الوضعي. مجلة البحوث القانونية والاقتصادية. 2022. doi:10.21608/MJLE.2022.282437

[13] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. مشروع قرار رقم 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية من منظور إسلامي. الدورة الثالثة والعشرون، المدينة المنورة، 19–23 صفر 1440هـ / 28 أكتوبر – 1– نوفمبر 2018م. iifa-aifi.org

[14] Alhomoud F. "That's enough" – workplace violence against physicians, pharmacists, and nurses in Saudi Arabia: a systematic review of prevalence, causes, and consequences. Risk Manag Healthc Policy. 2025;18:373–408. https://doi.org/10.2147/RMHP.S509895

Alharbi HHO, Al-Dubai SAR, Almutairi RMH, Alharbi MH. Stigmatization and discrimination against people living with HIV/AIDS: knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers in the primary healthcare centers in Madinah, Saudi Arabia, 2022. J Family Community Med. 2022;29(3):230–237. doi:10.4103/jfcm.jfcm_136_22 [15]

[16] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي. الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. iifa-aifi.org

[17] المجلس الصحي السعودي. السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش. 14 جمادى الآخرة 1438هـ (13 مارس 2017م)؛ وتثبت ضمن مراجعها الفقهية فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم (12086) وتاريخ 30/6/1409هـ. moh.gov.sa

[18] ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. ما حكم إيقاف العلاج عمن لا يُرجى شفاؤه؟ فتاوى الدروس، الفتوى رقم 21095.الموقع الرسمي لسماحة الشيخ عبد العزيز بن باز. binbaz.org.sa

[19] نظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/27) وتاريخ 11/2/1445هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (110) وتاريخ 6/2/1445هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[20] وزارة الصحة. وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى. المملكة العربية السعودية. moh.gov.sa

[21] وزارة الصحة. حقوق المريض في المؤسسات الصحية الخاصة. المملكة العربية السعودية. moh.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0