الباب السادس

أخلاقيات وفقه ترتيب الأولويات في توزيع الموارد الصحية الشحيحة

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات وفقه ترتيب الأولويات في توزيع الموارد الصحية الشحيحة». 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 السابع والثلاثون

أخلاقيات وفقه ترتيب الأولويات في توزيع الموارد الصحية الشحيحة

الندرة الحقيقية والمصطنعة • مبادئ التوزيع: المنفعة والأولوية للأسوأ حالًا والمساواة والقرعة • أدوات الفرز في الأزمة ونقدها • فقه التزاحم: قوة الاستحقاق والسبق والقرعة • فتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث في التزاحم وتوصية الندوة الطبية الفقهية • سحب جهاز التنفس • الأدوية عالية الكلفة وقوائم الانتظار • أربع حالات تطبيقية ومواقف متكررة

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 السادس: الطوارئ والصحة العامة والعدالة • الجمهور المقصود: أطباء الطوارئ والعناية المركزة وسائر الممارسين، ولجان الفرز والأدوية والتقنيات، والإدارات الطبية، وأعضاء لجان الأخلاقيات، وصانعو السياسات الصحية • الفصل الأم لـ: الفرز وتوزيع الموارد الشحيحة، وفتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث في دورته الطارئة الثلاثين (مارس 2020م) في الأولى بالتقديم عند التزاحم، وتوصية الندوة الطبية الفقهية الثانية لمجمع الفقه الإسلامي الدولي في أجهزة التنفس، وسحب المورد الحرج لإعادة تخصيصه، وتوزيع الأدوية عالية الكلفة على مستوى النظام • يحيل إلى: الفصول 2، 3، 4، 5، 7، 9، 10، 13، 17، 19، 28، 33، 34، 35، 36، 38، 41، 42، 43، 47 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

يواجه الطبيب والمنشأة قرار التوزيع حين لا يكفي سرير العناية، أو جهاز التنفس، أو الدواء، أو اللقاح، أو الموعد، أو الميزانية لكل من ينتفع بها. ولا يحل الإشكال شعار «الكل سواء» ولا حساب «الأكثر عددًا» وحده. فعدالة القرار تبدأ بإثبات أن الندرة حقيقية لا مصطنعة، ثم بتحديد هدف المورد، ثم بوزن الحاجة والاستعجال ورجاء الانتفاع والبديل، مع مراقبة أثر القرار في الأضعف.

وفي الركن الطبي يميز الفصل مستويات الرعاية المعتادة والطارئة والأزموية، ويعرض أدوات الفرز ونقدها؛ فدرجة SOFA ضعيفة التمييز للوفاة في مرضى كوفيد-19، وقد يختلف أداؤها بين الفئات. وفي الركن الأخلاقي يعرض مبادئ التوزيع الأربعة: المساواة ومعها القرعة، وأفضل النتائج، والأولوية للأسوأ حالًا، وتقديم من ينفع غيره، ويبين أن مبدأ منفردًا لا يكفي، وأن عدالة الإجراء جزء من العدالة. وفي الركن الفقهي يبسط فقه التزاحم: لا يُقدَّم أحد إلا بمرجح، والترجيح، في ترتيب يختاره المؤلف، بقوة الاستحقاق ثم السبق ثم القرعة. ويبسط فتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث في دورته الطارئة الثلاثين ونقدها، وتوصية الندوة الطبية الفقهية الثانية لمجمع الفقه الإسلامي الدولي، ويفرق بين سحب المورد لانعدام نفعه لصاحبه وسحبه لتفضيل غيره. وفي الركن النظامي يعرض ما يلزم به نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته ونظام المؤسسات الصحية الخاصة، ويبين أن ترتيب المرضى تفصيلًا يحتاج سياسة مؤسسية معتمدة.

وينتهي الفصل إلى ترتيب واحد للمرجحات: شدة الحاجة والاستعجال، ثم رجاء الانتفاع، ثم السبق عند التساوي، ثم القرعة. ومن لم يحصل على المورد لا يسقط حقه في الرعاية البديلة والتلطيفية وإعادة التقييم.

الكلمات المفتاحية: الموارد الصحية الشحيحة؛ الفرز؛ ترتيب الأولويات؛ معايير الرعاية في الأزمة؛ درجة SOFA؛ القرعة؛ السبق؛ التزاحم؛ المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث؛ مجمع الفقه الإسلامي الدولي؛ المساءلة عن المعقولية؛ تقييم التقنيات الصحية.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

الندرة ليست حادثًا لا يقع إلا في الجوائح. فقد تكون دائمة، كما في الأعضاء المتبرع بها والتخصصات الدقيقة؛ أو مؤقتة بسبب موجة وبائية أو انقطاع توريد؛ أو جغرافية لتركز الخدمة في المدن؛ أو مصطنعة سببها ضعف التخطيط والهدر وسوء إدارة الأسرّة. وقد تظهر في جهاز واحد يتزاحم عليه مريضان، وقد تختفي في دقائق الطبيب وقائمة الانتظار وميزانية الدواء.

وقد أظهرت جائحة كوفيد-19 أن السؤال عملي لا نظري؛ فما انقضت الأسابيع الأولى حتى صدرت أطر دولية لتوزيع الموارد، منها إرشاد منظمة الصحة العالمية في أخلاقيات التوزيع وترتيب الأولويات [1]، وصدرت فتاوى وتوصيات فقهية جماعية، منها فتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث في دورته الطارئة الثلاثين [2]، وتوصيات الندوة الطبية الفقهية الثانية لمجمع الفقه الإسلامي الدولي [3]. والممارس السعودي يعمل بين هذه المرجعيات وبين نظام مهني يلزمه بمصلحة المريض وبذل الجهد لكل مريض [4].

CC BY-NC-ND 4.0

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

في الأخلاقيات. حلل Persad وWertheimer وEmanuel ثمانية مبادئ للتوزيع في أربع عائلات: معاملة الناس بالتساوي، وتقديم الأسوأ حالًا، وتعظيم المنافع، والنفع الاجتماعي. وانتهوا إلى أن مبدأ منفردًا لا يستوعب الاعتبارات كلها، واقترحوا نظامًا مركبًا [5]. وفي بداية الجائحة اقترح Emanuel وزملاؤه ست توصيات تجمع تعظيم المنافع، وتقديم العاملين الصحيين، وعدم التوزيع بأسبقية الوصول، وتطبيقًا متسقًا على جميع المرضى [6]. وقدّم Daniels وSabin نموذج «المساءلة عن المعقولية» ضمانًا إجرائيًا لقرارات الأولوية [7].

في الطب والتطبيق. وضعت ولاية ميريلاند إطارًا لتوزيع أجهزة التنفس بعد مشاركة مجتمعية، يربط تفعيله بإعلان رسمي للكارثة ويعتمد نقاطًا وإعادة تقييم [8]. وشدد دليل CHEST على أن الفرز ملاذ أخير يحتاج تنسيقًا إقليميًا وشفافية [9]. واقترح White وLo فصل ضابط الفرز عن الطبيب المعالج، ودرجة أولوية مركبة، وإعادة تقييم دورية [10]. ثم كشفت الدراسات حدود هذه الأدوات: تفاوت الإرشادات بين الولايات الأمريكية [11]، وضعف تمييز درجة SOFA قبل التنبيب [12]، واختلاف أداء نماذج التنبؤ بين الفئات العرقية [13]، وصعوبة تشغيل الأطر النظرية في أزمة سريعة متعددة المواقع [14].

في الفقه. ولم تمض أيام على صدور فتوى المجلس الأوروبي حتى نوقشت نقديًا، ومن ذلك نقد معتز الخطيب لجعل الأسبقية معيارًا بلا بيان لأسس الترجيح [2]. ودرس بسام العف قاعدة التخيير بين المصلحتين المتساويتين، وتنزيلها على الأحق بالعلاج عند التزاحم [15].

ما يضيفه الفصل. يجمع الفصل هذه المرجعيات في ترتيب واحد للمرجحات، يصلح للطوارئ والعناية والعيادة والميزانية، ويفرق بين قرار الفرز السريري عند السرير وقرار التخصيص على مستوى السياسة، ويبسط النص الفقهي الجماعي مع نقده، ثم يضع أدوات توثيق ومراجعة تصلح للمنشأة السعودية.

المشكلة والسؤال المركزي

والمشكلة يعرفها كل من وقف في عناية مزدحمة: أن قرار الندرة يقع غالبًا تحت ضغط الوقت والأسرة والإعلام، فيتحول إلى اجتهاد فردي، أو يُحكَم فيه بدرجة رقمية لم تُصمَّم له، أو يُخفى نقص التمويل تحت وصف «عدم الجدوى». والسؤال المركزي: كيف يُرتَّب مرضى متزاحمون على مورد لا يكفيهم ترتيبًا صحيحًا طبيًا، عادلًا أخلاقيًا، مشروعًا فقهيًا، منضبطًا نظاميًا، من غير أن يُترك من لم يصله المورد بلا رعاية؟

الأهداف والحدود

ويريد الفصل من قارئه أن يميز الندرة الحقيقية من المصطنعة، وأن يطبق ترتيب المرجحات تطبيقًا متسقًا، وأن يعرف نص الفتوى والتوصية الفقهية وحدودهما، وأن يعرف متى يجوز سحب مورد حرج، وأن يوثق قرار الفرز ويُخضعه للمراجعة.

ولا يتناول الفصل إذن المريض في الطوارئ (انظر الفصل 5 والفصل 33)، ولا الفرز الجماعي في الكوارث والإغاثة (انظر الفصل 34)، ولا الحجر والإلزام الوقائي (انظر الفصل 35)، ولا برامج التطعيم وسياساته (انظر الفصل 36)، ولا قيمة الدواء الباهظ على مستوى المريض الواحد (انظر

CC BY-NC-ND 4.0

الفصل 28)، ولا الموافقة المسبقة التأمينية (انظر الفصل 19)، ولا الجدوى وسحب الدعم الحيوي بغير ندرة (انظر الفصل 42)، ولا معايير توزيع الأعضاء (انظر الفصل 47).

أولًا: الركن الطبي

1-1 ما الذي نوزعه؟

المورد الصحي أوسع من العلاج الفردي. فهو يشمل الأسرّة والأجهزة والأدوية والدم واللقاحات، والعاملين ووقتهم، والمختبرات والنقل، والميزانية والبرامج الوقائية. وقبل وضع أي أولوية يُجاب عن أربعة أسئلة: ما وحدة المورد؟ وما غرضه المباشر؟ وما حجم النقص ومدته المتوقعة؟ ومن صاحب الصلاحية في إعلان الانتقال إلى معايير الأزمة؟

وثلاثة ألفاظ لا يُخلط بينها. **التخصيص** قرار سياسة يحدد أين تذهب الموارد بين البرامج والمناطق والفئات. و**الفرز** قرار سريري أو مؤسسي يرتب مرضى متزاحمين على مورد حاضر. و**ترشيد الاستخدام** يمنع الهدر ويوجه الفحص أو الدواء إلى موضعه. والخلط بينها يحمّل الطبيب قرارًا ماليًا لم يصنعه، أو يخفي نقص التمويل تحت وصف طبي.

1-2 مستويات الرعاية: المعتادة والطارئة والأزموية

يميز إطار معايير الرعاية في الأزمة بين ثلاثة مستويات للاستجابة: **رعاية معتادة** تقدَّم بالموارد المعهودة، و**رعاية طارئة** تعدَّل فيها المساحات والكوادر والإمدادات فتبقى النتيجة مكافئة وظيفيًا للمعتاد، و**رعاية الأزمة** التي لا يمكن فيها تقديم المستوى المعتاد، فينتقل الهدف إلى تحقيق أكبر نفع ممكن للمجموع [16]. وهذا التدرج يمنع خطأين: تفعيل معايير الأزمة على ازدحام يمكن حله بالتوسع والنقل، وتأخير إعلانها حين يصير الفرز واقعًا بلا ضوابط.

والنتيجة العملية أن الفرز **ملاذ أخير**. فلا يبدأ قبل حشد القدرة، والنقل إلى منشأة أخرى، والاستعارة، والدعم البديل، وإيقاف الإجراءات المؤجلة [9]. وقد ربط إطار ميريلاند تفعيل التوزيع بإعلان رسمي لحالة الكارثة واستنفاد التوسع [8].

1-3 بناء أولوية قابلة للدفاع

تبدأ الأولوية بالحاجة المرتبطة بالمورد، لا بشدة المرض مجردة. فقد يكون المريض أشد مرضًا لكنه لا ينتفع بالمورد، وقد يكون أقل شدة اليوم لكن تأخيره القصير يفقده فرصة الإنقاذ. ويعتمد الفصل الترتيب الآتي، وهو اجتهاد يجمع ما في الأدبيات الأخلاقية والنصوص الفقهية المعروضة في الركن الثالث:

1. **شدة الحاجة والاستعجال.** يُقدَّم من يسبب له التأخير ضررًا جسيمًا أو خطرًا فوريًا على الحياة، ويوجَّه من يحتمل الانتظار إلى بديل. والبديل ليس عقوبة: قد يكون أكسجينًا غير غازٍ، أو علاجًا مرحليًا، أو نقلًا، أو موعدًا عاجلًا.
2. **رجاء الانتفاع.** يُقدَّر بنتيجة قريبة ذات صلة بالمورد، كالنجاة من النوبة الحادة أو الخروج من العناية، لا بقيمة اجتماعية ولا بتنبؤ بعيد غير موثوق. ويُسجَّل مع التقدير مستوى اليقين ومصدره [10].

CC BY-NC-ND 4.0

3. **السبق عند التساوي.** لا يصلح الوصول أولًا معيارًا ابتدائيًا مطلقًا في أزمة، لأنه يكافئ القرب والمعرفة والقدرة. لكنه يعمل عند تساوي الاستعجال ورجاء الانتفاع، ويكتسب وزنًا مستقلًا بعد بدء علاج نافع، لأن سحب المورد يختلف عن عدم بدئه [17].
4. **القرعة عند التساوي الحقيقي.** تكون داخل فئة متكافئة بعد التقييم، لا بدلًا منه.

وأما كثرة المنتفعين فتُعتبر في التخصيص على مستوى السياسة، وفي الفرز الجماعي حين يستهلك إنقاذ واحد ما يكفي لإنقاذ عدد (انظر الفصل 34)، لا في المفاضلة بين مريضين على مورد واحد.

1-4 أدوات الفرز في الأزمة ونقدها

درجة SOFA. اعتمدت كثير من الإرشادات درجة تقييم فشل الأعضاء المتتابع (SOFA) لترتيب المرضى. فمن 26 ولاية أمريكية كانت لها إرشادات منشورة لتوزيع أجهزة التنفس للبالغين، أوصت 15 منها باستعمال SOFA في الترتيب الأولي، وتناولت 22 منها سحب الجهاز في ظروف النقص، مع اختلاف كبير في الاستبعادات ومعايير كسر التعادل [11]. ثم جاء التحقق الخارجي: ففي أكثر من 15 ألف مريض مصاب بكوفيد-19 خضعوا للتنفس الآلي، كانت درجة SOFA قبل التنبيب ضعيفة الدقة في التنبؤ بالوفاة داخل المستشفى [12]. فالدرجة صُممت لوصف فشل الأعضاء في العناية، لا لترتيب مرضى وباء بعينه.

الإنصاف بين الفئات. وجدت دراسة Ashana وزملائها أن نماذج التنبؤ بالوفاة، ومنها SOFA، قد تختلف معايرتها بين المرضى السود والبيض، بما قد ينقل تفاوتًا صحيًا قائمًا إلى قرار التوزيع [13]. ولذلك تُختبر الأداة محليًا في معايرتها وإنصافها قبل اعتمادها.

الأطر المركبة. يقترح إطار White وLo درجة أولوية تجمع احتمال النجاة القريب وعوامل أخرى، مع فريق فرز منفصل عن الطبيب المعالج، وإعادة تقييم دورية، وكسر التعادل بعد ذلك [10]. لكن التطبيق كشف مشكلات: تتغير الحالة بسرعة، ويصعب جمع لجنة مركزية لكل قرار، وتختلف الموارد بين المستشفيات في المدينة الواحدة [14]. والأنسب أن تضع اللجنة السياسة، وتوفر الاستشارة السريعة، وتراجع القرارات عالية الأثر وأنماطها.

الموقف المختار. الدرجة التنبؤية أداة تدعم القرار ولا تحكمه. يُسجَّل معها مستوى اليقين وحدود الأداة، ويبقى الحكم السريري والمراجعة البشرية، ولا تتحول الأمراض المزمنة أو الإعاقة إلى استبعاد آلي.

1-5 الندرة القابلة للإصلاح

الازدحام المتكرر مؤشر ندرة قابلة للإصلاح، لا مسوّغ للفرز. ففي مبادرة لتحسين الجودة في مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام شملت 7826 مراجعًا، خفض وجود طبيب في منطقة الفرز عدد المغادرين قبل المعاينة وزمن الوصول إلى الطبيب، ولم يتغير طول البقاء في الطوارئ تغيرًا دالًا [18]. والدرس أن معالجة التدفق تزيل جزءًا من الندرة، وأن الاختناق متعدد المستويات. ويُمنع استعمال سياسة الفرز غطاءً لسوء التخطيط ونقص المخزون وتأخر التوريد.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: هل تُفعَّل معايير الأزمة؟ إثبات الندرة الحقيقية قبل الفرز، وإلا فواجب المؤسسة إزالتها.

1-6 قوائم الانتظار والأعضاء

قائمة الانتظار صورة من الندرة الممتدة. والموعد مورد هدفه خدمة الأخطر في الوقت المناسب، ومعاييره الأثقل درجة فرز الإحالة وأثر الانتظار ووجود بديل. ويعمل السبق داخل الفئة المتكافئة، ولا يتقدم على علامات الإنذار. أما الأعضاء المتبرع بها فلها نظام توزيع تخصصي لا يُنقل إليه معيار العناية آليًا (انظر الفصل 47).

1-7 المعيار يتبع المورد

جدول: الهدف والمعايير بحسب نوع المورد

المورد	الهدف القريب	المعايير الأثقل وزنًا	تنبيه لازم
جهاز تنفس أو سرير عناية	النجاة من الأزمة الحادة	الحاجة، والانتفاع القريب، والاستعجال، والبديل، وإعادة التقييم	لا تكفي درجة SOFA وحدها، ولا العمر المجرد
دم أو دواء إنقاذي	منع وفاة أو ضرر وشيك	التوافق، وشدة الخطر، وأثر التأخير، والبديل المرحلي	لا تُحجز الكمية بلا حاجة قائمة
لقاح أو وقاية	خفض الوفيات أو العدوى وحماية الخدمة	الخطر، والتعرض، ونقل العدوى، والدور الصحي اللازم	إعلان الهدف أولًا؛ فتغيره يغير ترتيب الفئات

CC BY-NC-ND 4.0

المورد	الهدف القريب	المعايير الأثقل وزنًا	تنبيه لازم
موعد أو وقت الكادر	خدمة الأخطر في الوقت المناسب	درجة الفرز، وأثر الانتظار، والبديل	سوء الجدولة يصنع ندرة قابلة للإصلاح
دواء أو تقنية عالية الكلفة	أفضل أثر صحي عادل مستدام	جودة الدليل، وحجم الفائدة، والبدائل، والكلفة البديلة، والإنصاف	لا يحسمه طبيب حالة واحدة ولا ضغط إعلامي
عضو متبرع به	بقاء طويل مع عدالة الوصول	الملاءمة، والاستعجال، ووقت الانتظار، وقواعد البرنامج	يحكمه نظام التوزيع التخصصي (الفصل 47)

وفي اللقاح يتبع الترتيب الهدف المعلن: إذا كان الهدف تقليل الوفيات قُدمت الفئات الأعلى خطرًا، وإذا كان حماية النظام الصحي قُدمت الكوادر الأساسية المعرضة، وإذا كان تقليل الانتشار قُدمت الفئات الأكثر تعرضًا ونقلًا [19، 20]. وتفصيل سياسات التطعيم في الفصل 36.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 مبادئ التوزيع الأربعة

جمع إرشاد منظمة الصحة العالمية مبادئ التوزيع في أربعة [1]:

- **المساواة:** مصلحة كل شخص تُحسب بالتساوي ما لم يوجد سبب وجيه للتفريق. ويُطبَّق بالقرعة أو بأسبقية الوصول حين يتقارب نفع الأشخاص.
- **أفضل النتائج:** توجيه المورد إلى حيث ينقذ أكبر عدد من الأرواح، وله وزن حين يختلف النفع اختلافًا كبيرًا بين المرضى.
- **الأولوية للأسوأ حالًا:** توجيه المورد إلى الأشد حاجة طبية أو الأعلى خطرًا، ويظهر خاصة في وسائل الحماية واللقاحات.
- **تقديم من ينفع غيره:** تقديم العاملين الصحيين والمستجيبين الأوائل لما يؤدونه للمجتمع.

وأضاف الإرشاد قيمًا إجرائية: الشفافية، والشمول بإتاحة التأثير والاعتراض، والاتساق في معاملة من هم في الفئة نفسها، والمساءلة [1]. ولكن هذه المبادئ تتزاحم؛ فالمساواة الحسابية قد تهدر المورد، وتعظيم العدد وحده قد يترك الأسوأ حالًا وراءه. ولذلك انتهت الأدبيات إلى أن مبدأ منفردًا لا يكفي [5].

2-2 المساواة في الكرامة لا تعني التوزيع الحسابي

لا تزيد قيمة حياة الغني أو المشهور أو القريب من المنشأة، ولا تنقص حياة الكبير أو ذي الإعاقة؛ فالناس في هذا سواء. ولكن توزيع مورد لا يكفي الجميع بالتساوي الحسابي قد يهدره، كمن يقسم جرعة إنقاذية لا تنفع إلا كاملة. فالعدل أن يُستعمل معيار ذو صلة بهدف المورد، يُطبَّق على جميع المتقدمين، مع حماية من لم يُختر من الهجر والإهانة [21].

CC BY-NC-ND 4.0

2-3 ما يجوز اعتباره وما لا يجوز

جدول: المعايير المشروعة والممنوعة في الترتيب

المعيار	حكمه	سببه
الحاجة المرتبطة بالمورد والاستعجال	مشروع	أصل الترتيب؛ والتأخير ضرر لبعضهم دون بعض
رجاء الانتفاع القريب	مشروع	المورد لمن يغيّر مآله
غياب البديل	مشروع	من له بديل يوجَّه إليه
السبق	مشروع بقيد	عند التساوي، أو بعد بدء علاج نافع
حماية الكادر الصحي	مشروع بقيد	لاستمرار الخدمة لا امتيازًا شخصيًا
القرعة	آخر وسيلة	عند التساوي الحقيقي فقط
المال والنفوذ والقرابة والشهرة	ممنوع	لا صلة لها بهدف المورد
الجنس والعرق والدين والجنسية	ممنوع	تمييز لا صلة له بالمورد
العمر أو الإعاقة أو المرض المزمن مجردة	ممنوع	إلا أثرًا سريريًا محددًا مثبتًا في الانتفاع من هذا المورد
السلوك السابق كالتدخين	ممنوع	إلا إذا أثر مباشرة في نجاح تدخل بعينه بدليل يُطبَّق على الجميع

والتفريق في صفّي العمر والإعاقة دقيق. فمريض في الثمانين كان مستقلًا في حياته، ويعاني التهابًا رئويًا حادًا، قد يكون أرجى انتفاعًا من مريض في الأربعين بفشل متعدد متقدم. فهل رجّح العمر هنا؟ لا، وإنما رجّح رجاء الانتفاع. وأما القيمة الأداتية للعاملين الصحيين فاستثناء ضيق بشروط: خطر مهني معتبر، ودور مؤثر في استمرار الخدمة، ومورد ذو صلة بحمايته أو إعادته للعمل، وتوثيق السبب [6]. ولا يصير «الدور الاجتماعي» بابًا لتفضيل أصحاب السلطة أو المهن الرفيعة.

2-4 عدالة الإجراء جزء من العدالة

قد يصيب القرار في نتيجته ثم يضعف في إجرائه، إذا صدر فرديًا، أو بلا توثيق، أو بلا مراجعة. ونموذج **المساءلة عن المعقولية** يضع لقرار الأولوية أربعة شروط: أن تكون القرارات وأسبابها معلنة، وأن تستند إلى أسباب يقبل المنصفون صلتها بالغرض، وأن يوجد مسار للاعتراض والمراجعة، وأن يوجد تنظيم يضمن تحقق الشروط الثلاثة [7]. والشفافية لا تعني كشف بيانات المرضى، وإنما إعلان المعايير العامة والنتائج المجمعة وأسباب القرار.

CC BY-NC-ND 4.0

2-5 التواصل وعدم التخلي

يشرح الفريق للمريض أو أسرته أن المورد محدود، وأن المعايير عامة، وما الذي رجح في حالتهم، وما الرعاية التي ستستمر، وكيف تُطلب المراجعة، من غير كشف بيانات مرضى آخرين. ومن لم يحصل على المورد لا يُترك؛ بل يبقى مستحقًا للعلاج الممكن والبديل وتخفيف الأعراض والدعم النفسي والاجتماعي والروحي، والنقل أو إعادة الإدراج إذا تغيرت المعطيات. وقد جعل دليل CHEST الرعاية التلطيفية جزءًا من خطة الفرز لا بديلًا عنها [9]؛ وتفصيلها في الفصل 43.

وتجنّب العبارات القاسية مثل «لا يوجد أمل» و«لن نستفيد منه»؛ فهي تقع على الأسرة وقع الحجر. وضع مكانها عبارة مثل: «هذا التدخل المحدد لا يظهر أنه سيحقق الفائدة المرجوة الآن، وسنستمر في تقديم الرعاية التي تخفف الألم وتدعم الحالة».

وأكثر ما تسأل عنه الأسرة سؤالان، ويحسن أن يُعدّ لهما جواب صادق قصير. فإن قالت: «أبي وصل قبله» قيل: «السرير يُعطى بمعيار واحد نطبّقه على الجميع: شدة الحاجة والاستعجال، ثم رجاء الانتفاع، والوصول أولًا يرجّح عند التساوي فقط. ووالدك الآن مستقر نتابعه عن قرب، وهو أول من يُنظر في قبوله إذا توفر سرير أو تغيّرت حاله». وإن قالت: «من المريض الآخر؟ كم عمره؟ ومن أي بلد؟» قيل: «لا نذكر شيئًا عن مريض آخر، كما لا نذكر شيئًا عن والدك لغيركم. والعمر وحده والجنسية والمكانة ليست من معاييرنا». ثم يُختم بما يحفظ الثقة: ما الرعاية المستمرة الآن، ومتى يُعاد التقييم، ومن يتواصلون معه، وكيف تُطلب مراجعة القرار. فالعبارة الصادقة تحمي ثلاثة: المريض الحاضر بأن رعايته لم تنقطع، والمريض الغائب بأن سره محفوظ، والفريق بأن معياره معلن.

2-6 الأدوية عالية الكلفة على مستوى النظام

تنفع بعض العلاجات عددًا قليلًا من المرضى وتستهلك جزءًا كبيرًا من الميزانية، كالعلاجات الجينية والمناعية لأمراض نادرة. فلا يصح رفضها لمجرد ثمنها، ولا تمويلها دائمًا بلا نظر في أثرها وعدالة الوصول إليها. وأداة هذا القرار **تقييم التقنيات والتدخلات الصحية**: فحص منهجي مستقل لجودة الدليل، وحجم الفائدة، والبدائل، والكلفة، والأثر في الميزانية، والإنصاف. وقد دعت جمعية الصحة العالمية في قرارها WHA67.23 الدول إلى إنشاء أنظمة وطنية لهذا التقييم واستعماله في قرارات التغطية الشاملة [22].

والقاعدة المختارة: إذا كان العلاج عالي الكلفة قليل الأثر، وكان تمويله يحرم عددًا كبيرًا من تدخلات أنفع، جاز تقييده بمعايير معلنة. وإذا كان منقذًا عالي الأثر لا بديل له، قويت المطالبة بتمكين المستحقين منه، بمعيار يُطبَّق على أمثالهم، ومسار استثنائي معلن. وأما مناقشة قيمة الدواء مع المريض الواحد فأمّها الفصل 28، والموافقة المسبقة التأمينية في الفصل 19.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 التكييف: تزاحم على الحقوق

تنقل الندرة المسألة من الرعاية المعتادة إلى باب **التزاحم على الحقوق**. فإذا كفى المورد جميع المحتاجين لم يجز التمييز بينهم، وإذا لم يكفِ لم يُقدَّم أحد إلا بمرجح. وقد ردّت توصية الندوة الطبية الفقهية الثانية لمجمع الفقه الإسلامي الدولي التقديم عند نقص الأجهزة إلى رأي

CC BY-NC-ND 4.0

الطبيب وتقديم من يستحق التقديم، وجعلت القرعة عند التساوي [3]. وتقدير المرجح الطبي من تحقيق المناط الذي يحتاج أهل الخبرة، والفقيه لا يستقل به (انظر الفصل 3).

3-2 أسباب الترجيح: قوة الاستحقاق والسبق والقرعة

ويمكن ردّ أسباب الترجيح المتفرقة في كلام الفقهاء، اجتهادًا من المؤلف في الجمع والترتيب، إلى ثلاثة يختصرها قوله «القوة والسبق والقرعة»، ولكل منها مستنده:

قوة الاستحقاق. يُقدَّم من كان سبب استحقاقه أقوى. وفي المورد الطبي تظهر القوة في شدة الحاجة والاستعجال ورجاء الانتفاع؛ ولذلك ردّت الندوة الطبية الفقهية الترجيح بين المرضى إلى رأي الطبيب وتقديم من يستحق التقديم [3].

السبق. قرر الفقهاء أن «من سبق إلى مباح فهو أحق به»، ومن فروعه تقديم الخصوم في القضاء بحسب سبقهم [23]. لكن السبق في المباح غير السبق في مورد عام محدود يوزَّع بحسب الحاجة؛ فهو مرجح عند تساوي الاستحقاق، أو بعد أن تستقر يد المريض على علاج نافع، لا قبل ذلك.

القرعة. قرر ابن قدامة أن «الحقوق إذا تساوت وعُدم الترجيح صرنا إلى القرعة» [24]. ودليلها قوله تعالى: ﴿إِذْ يُلْقُونَ أَقْلَامَهُمْ أَيُّهُمْ يَكْفُلُ مَرْيَمَ﴾ [آل عمران: 44]، وحديث: «لو يعلم الناس ما في النداء والصف الأول، ثم لم يجدوا إلا أن يستهموا عليه لاستهموا» [25]، وحديث عائشة رضي الله عنها: «كان رسول الله ﷺ إذا أراد سفرًا أقرع بين نسائه» [26]. والقرعة تدفع التهمة وتطيّب النفوس، لأنها ترد الاختيار إلى أمر لا يد لأحد فيه.

تزاحم المضطرين على منقذ واحد. مثّل العز بن عبد السلام للمصلحتين المتساويتين اللتين يتعذر الجمع بينهما بمن رأى صائلًا على نفسين متساويتين وعجز عن الدفع عنهما، فقرر أنه يتخير، إذ «إذا تساوت المصالح مع تعذر الجمع تخيرنا في التقديم والتأخير» (قواعد الأحكام 1/88، نقلًا عن العف)، بخلاف الحقوق المشتركة المتساوية التي يُصار فيها إلى القرعة دفعًا للضغينة والمحاباة [15]. وتنزيل ذلك على الطبيب: التخيير لا يعني الهوى؛ فإذا تساوى المريضان من كل وجه، صارت القرعة الموثقة أبعد عن التهمة من اختيار الطبيب الشخصي.

3-3 قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 67 (5/7)

قرر المجمع في قراره 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي أن «الأصل في حكم التداوي أنه مشروع»، وجعله واجبًا إذا أدى تركه إلى تلف النفس أو أحد الأعضاء أو العجز أو انتقال الضرر إلى الغير، وأثبت لولي الأمر الإلزام بالتداوي في بعض الأحوال كالأمراض المعدية والتحصينات الوقائية [27]. وأوصى القرار بدراسة موضوعات منها «التزاحم في العلاج وترتيب الأولوية فيه» [27]. فهو يؤصل حفظ النفس، لكنه لا يقدم بمفرده ترتيبًا تفصيليًا للموارد. وبسط القرار في الفصل 5.

3-4 فتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث في الدورة الطارئة الثلاثين

أصدر المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث في دورته الطارئة الثلاثين، المنعقدة بالاتصال المرئي من 1 إلى 4 شعبان 1441هـ (25–28 مارس 2020م)، فتوى في الأولى بالتقديم في العلاج عند التزاحم. ولم يقف الفصل على نصها الرسمي، فيُنقل منها ما ثبت لفظه في نقل منشور [2]:

CC BY-NC-ND 4.0

«يجب على الأطباء المسلمين الالتزام بالنظم واللوائح الطبية في المشافي الـتي يعملـون بها. فإن وُكِل الأمر إليهم: عليهم أن يحكّموا المعايير الطبيّة والأخلاقيّة والإنسانيّة. ولا يجوز نزع الأجهزة عن مريض يعالج بها لصالح مريض جاء بعده. أمّـا إذا كـان الطـبيب حـائرًا بين مريضين... فيقدّم الأسبق؛ إلّا إن كـان ميؤوسًـا من شـفائه... وذلـك بغلبـة الظن والتقـدير الطبي». [2]

ونُقل عنها أيضًا تقديمُ من يحتاج إلى الإسعاف الطبي العاجل على من تسمح حالتـه بالتـأخر، ومن تُرجى حياته على من لا تُرجى [15].

وتتضمن الفتوى أربعة أحكام:

1. **الالتزام بـاللوائح:** الأصـل اتبـاع سياسـة المستشـفى المعتمـدة، فـإن وُكـل الأمـر إلى الطبيب حكّم المعايير الطبية والأخلاقية والإنسانية.
2. **منع النزع لصالح اللاحق:** لا يُنزع جهاز عن مريض يعالج به لتفضيل مريض جاء بعده.
3. **الترجيح عند الحيرة بين مريضين:** الأسبق مـا لم يكن ميؤوسًـا من شـفائه [2]، ومن يحتاج إلى الإسعاف العاجل على من يحتمل التأخير، ومن تُرجى حياته على من لا تُـرجى [15].
4. **مناط التقدير:** غلبة الظن والتقدير الطبي، لا اليقين.

نقد الفتوى. انتقد معتز الخطيب تقديمها الأسبقية معيارًا أول بلا بيان لأسـس الـترجيح، وخلطهـا بين السبق إلى فعل الخيرات والسبق في الوصول إلى المستشفى [2]. والنقـد صـحيح إن قُـرئت الفتوى معيارًا ابتدائيًا عامًا. لكن نصـها مقيـد بحـال خاصـة: طـبيب «حـائر بين مريضـين»، أي بعـد تساوي المرجحات الطبية أو تعذر تقديرها. وقد قيّدت هي نفسها تقديم الأسبق بألا يكـون ميؤوسًـا من شفائه، ونُقل عنها تقديم الأعجل ومن تُرجى حياته. فيُجمع بينها وبين الترتيب المعتمد في هـذا الكتاب بأن الاستعجال ورجاء الانتفاع مرجحان طبيان يسبقان السبق، والسبق يعمل عند التساوي، والقرعة بعده.

3-5 توصية الندوة الطبية الفقهية الثانية لمجمع الفقه الإسلامي الدولي

عقد مجمع الفقه الإسلامي الدولي ندوته الطبية الفقهية الثانية بعنوان «فيروس كورونـا المسـتجد (كوفيد-19) وما يتعلق به من معالجات طبية وأحكـام شـرعية» بالاتصـال المـرئي في 23 شـعبان 1441هـ (16 أبريل 2020م) [3]. وجاء في البند 18 من توصياتها:

«على الحكومات والجهات المعنية تأمين عـدد كـافٍ من أجهـزة التنفس لمعالجـة الحـالات التي تتطلب استخدام تلك الأجهزة، ويجب على الأطباء الالتزامُ بالمعايير الطبية والأخلاقية، وعند عدم وجود العـدد الكـافي من الأجهـزة يرجـع إلى رأي الطـبيب وتقـديم من يسـتحق التقديم، وعند التساوي يرجع إلى القرعة بين المرضى» [3].

وتزيد التوصية على الفتوى أمورًا: أنها بدأت بواجب الحكومات في تأمين الأجهزة، أي بإزالة الندرة قبل الفرز؛ وردّت الترجيح عند نقص الأجهزة إلى رأي الطبيب وتقديم من يستحق التقديم؛ ونصـت على القرعة عند التساوي. ولم تتعرض لسحب الجهاز بعد بدء العلاج به.

CC BY-NC-ND 4.0

3-6 سحب جهاز التنفس من مريض لآخر

تمنع فتوى المجلس الأوروبي «نزع الأجهزة عن مريض يعالج بها لصالح مريض جاء بعده» [2]، وسكتت التوصية عن السحب، وردّت التقديم عند النقص إلى رأي الطبيب [3]. والمختار في هذا الكتاب اجتهادًا:

- **السحب لتفضيل غيره ممنوع.** من بدأ علاجًا نافعًا بمورد حرج لا يُنزع منه لمجرد وصول مريض أرجى أو أحدث. فيده سابقة، والضرر لا يزال بمثله.
- **السحب لانعدام نفعه لصاحبه سائغ.** إذا ثبت بتقييم مهني موثق أن المورد لم يعد يحقق لصاحبه فائدة معتبرة، أو لم يستجب له في تجربة علاجية محددة المدة، فإنهاؤه قرار علاجي في حقه أولًا. ثم يُخصَّص المورد المتاح للأرجى. وتفصيل الجدوى وسحب الدعم الحيوي بغير ندرة في الفصل 42.
- **الضوابط:** بروتوكول معتمد مسبقًا، وقرار لجنة أو مسار مؤسسي لا طبيب منفرد، ونقاط إعادة تقييم معلنة عند بدء العلاج، وتوثيق السبب، وتواصل إنساني مع الأسرة، ورعاية تلطيفية كاملة لمن سُحب عنه المورد، وقابلية المراجعة.

3-7 القواعد الحاكمة

تعمل في هذا الباب قواعد «لا ضرر ولا ضرار»، و«الضرر لا يزال بمثله»، و«يُقدَّم الأهم فالمهم»، و«التصرف على الرعية منوط بالمصلحة»، و«ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب». ولا تكفي قاعدة منفردة لتبرير الحرمان أو النزع (وتأصيل القواعد الكلية في الفصل 2). ولا تجعل كلمة «المصلحة» القرار الإداري محصنًا من الاختبار؛ فهو يُختبر في سببه وتناسبه وعدله وآثاره. وتقديم الكادر الصحي في وقاية أو علاج تنزيل لقاعدة «ما لا يتم الواجب إلا به» مقيد بشروط القيمة الأداتية المذكورة في الركن الأخلاقي.

جدول: مراتب الأحكام الرئيسة في هذا الفصل

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
المساواة في الكرامة وحرمة النفس	نص قطعي	﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ﴾ [الإسراء: 70]، وعموم نصوص حرمة النفس
مشروعية التداوي، ووجوبه إذا أدى تركه إلى تلف النفس	قرار مجمعي	القرار 67 (5/7) [27]
لا يقدم أحد في التزاحم إلا بمرجح، والقرعة عند التساوي، ورفع الجهاز عمن لا يرجى شفاؤه بشروط	توصية ندوة مجمعية	الندوة الطبية الفقهية الثانية، البند 18 [3]
الالتزام باللوائح، ومنع النزع لصالح اللاحق، وتقديم الأسبق ما لم يكن ميؤوسًا من شفائه، والأعجل ومن تُرجى حياته،	فتوى جماعية	المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث، الدورة الطارئة الثلاثون [2، 15]

CC BY-NC-ND 4.0

الحكم أو القاعدة	مرتبته	مصدره
عند الحيرة		
من سبق إلى مباح فهو أحق به؛ والقرعة عند تساوي الحقوق	قول فقهي	[23، 24]
الترتيب الموحد: الاستعجال، فرجاء الانتفاع، فالسبق، فالقرعة؛ والجمع في سحب الجهاز	اجتهاد المؤلف	جمع بين النصوص السابقة وأدبيات الفرز

3-8 موقع الفئات الضعيفة

رعاية الضعفاء أصل شرعي وأخلاقي، لكنها تُضبط حتى لا تتحول إلى تمييز معكوس. فالأطفال وكبار السن والحوامل وذوو الإعاقة وأصحاب الأمراض المزمنة قد يُقدَّمون في الموارد الوقائية إذا كان الخطر عليهم أعلى أو كان المورد مصممًا لحمايتهم. أما في الموارد العلاجية الحرجة فلا يكون العمر أو الإعاقة معيارًا مستقلًا للتقديم أو الحرمان، بل يُنظر إلى أثرهما الطبي في الحاجة والانتفاع. وتفصيل رعاية الفئات الهشة في الفصل 38.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 موضع النصوص السعودية وحدودها

لا يُستخرج بروتوكول شامل لترتيب المرضى من مادة نظامية واحدة. والنصوص العامة تؤسس للكرامة والإنقاذ وبذل الجهد والتحويل، أما ترتيب المرضى تفصيلًا فيحتاج سياسة اختصاصية معتمدة من الجهة المختصة والمنشأة. ولا يملك الطبيب منفردًا ابتكار معيار فرز.

4-2 نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية

صدر النظام بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ [4]. ونصت مادته الخامسة على أن الممارس الصحي «يزاول ... مهنته لمصلحة الفرد والمجتمع في نطاق احترام حق الإنسان في الحياة وسلامته وكرامته» [4]. وأوجبت المادة الثامنة على الممارس الذي يشهد أو يعلم أن مريضًا أو جريحًا في حالة خطرة «أن يقدم له المساعدة الممكنة أو أن يتأكد من أنه يتلقى العناية الضرورية» [28]. ونصت الفقرة (أ) من المادة التاسعة على أنه «يجب أن يستهدف العمل الطبي دائمًا مصلحة المريض، وعلى الممارس الصحي أن يبذل جهده لكل مريض» [28].

وفي اللائحة التنفيذية الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، يمنع البند (1/9) في نسخة وزارة الصحة الممارسَ من «أي عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض» (وهو البند 1-8 في الإصدار الثالث)، وتلزم اللائحة (2/15) من يعلم بعدم توفر الوسائل أو التخصصات المطلوبة ببذل العناية اللازمة «لتحويل المريض للجهات التي يتوفر فيها الإمكانيات اللازمة» [28].

CC BY-NC-ND 4.0

ودلالة هذه النصوص على الفرز ثلاث: أن من لم يحصل على المورد لا يُترك، بل يُقدَّم لـه الممكن ويُسعى في تحويله؛ وأن استمرار تدخل لا يحقق فائدة ليس واجبًا بل ممنوعًا؛ وأن معيـار الـترجيح مصلحة المريض الطبية لا اعتبارات خارجها.

4-3 نظام المؤسسات الصحية الخاصة

تلزم المادة السادسة عشرة من نظام المؤسسـات الصـحية الخاصـة، الصـادر بالمرسـوم الملكي رقم (م/40) وتاريخ 3/11/1423هـ، المؤسسـة الصـحية الخاصـة بتقـديم العلاج الإسـعافي لجميـع الحالات الطارئة الخطرة الواردة إليها دون مطالبـة ماليـة قبـل تقـديم العلاج [29]. فالقـدرة على الدفع ليست معيارًا للإنقاذ في الطوارئ، ولا يجوز أن تصير مرجحًا خفيًا في الفرز. وتفصيل واجب العلاج الإسعافي في الفصل 9.

4-4 البيانات والسر في قرار الفرز

يحتاج قرار الفرز إلى بيانات سريرية لعدة مرضـى، وقـد تطلب الأسـرة معرفـة تفاصـيل المـريض المنافس. والقاعدة أن تُستعمل البيانات بقدر الحاجة للغرض المحـدد، ويُقصـر الاطلاع على فريـق الفرز، ولا تُكشف بيانات مريض لأسرة غيره. وأحكام السر ونظـام حمايـة البيانـات الشخصـية في الفصل 7.

4-5 الحوكمة والمسؤولية المؤسسية

يُفصَل الطبيب المعالج عن قرار المفاضلة كلما أمكن، ويُشكَّل فريق فـرز صـغير متعـدد الخـبرة لا تربطه مصلحة مباشرة بأحد المرضى [10]. ويشمل تضارب المصالح القرابـة، والرعايـة السـابقة، والضغط الإداري أو الإعلامي، والمصلحة المالية. ولا يكفي إفصاح العضـو، بـل يتنحى ويُسـتبدل بـه عضو مؤهل. وتراجع المنشأة النتائج بحسب العمر والجنس والجنسية والإعاقة والمنطقـة، وتحقـق في الفروق غير المفسرة. وأحكام لجان الأخلاقيات في الفصل 13، والحوكمة الإدارية في الفصـل 17.

ولا يحمي التوثيق قرارًا غير سليم، لكنه يُظهر معقوليته. وتقوم مسؤولية المنشأة إذا كانت النـدرة ناشئة عن تفريط متوقع، أو استُعمل معيار تمييزي، أو أُخفيت البـدائل، أو غـابت إعـادة التقـييم، أو كُشفت بيانات الغير، أو تُرك غير المختار بلا رعاية ممكنة. وأحكام الضمان والمسؤولية في الفصل 10.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 خوارزمية القرار في تسع خطوات

1. تحقق من وجود نقص حقيقي، ومن صاحب الصلاحية في إعلان تفعيل سياسة الندرة.
2. عرّف المورد وهدفه ومدة النقص المتوقعة والفئة الداخلة في المقارنة.
3. استنفد التوسع والنقل والاستعارة والبدائل وتقليل الهدر قبل استبعاد مستحق.
4. قدّر الحاجة والاستعجال ورجاء الانتفاع ومستوى اليقين بمعيار يُطبَّق باتساق.
5. استبعد المال والنفوذ والقرابة والعمر أو الإعاقة المجردين وسائر ما لا صلة له بالهدف.

CC BY-NC-ND 4.0

6. طبّق كسر التعادل المعلن: مـرجح طـبي، ثم سـبق في موضـعه، ثم قرعـة عنـد التسـاوي الحقيقي.
7. افصل فريق العلاج عن المفاضلة قدر الإمكان، وعـالج تضـارب المصـالح، واطلب مراجعـة سريعة للقرار عالي الأثر.
8. أبلغ المـريض أو ممثلـه بـالقرار وأسـبابه العامـة والبـدائل ومسـار الاعـتراض، دون كشـف بيانات غيره.
9. وثّق القرار، وحدد موعد إعادة التقييم وخطة الرعاية المستمرة، وراجع النتائج بعد الأزمة.



شكل: خوارزمية قرار التوزيع في تسع خطوات وثلاث مراحل: من إثبات الندرة إلى الإبلاغ والتوثيق وإعادة التقييم.

5-2 عناصر نموذج توثيق الفرز

- تاريخ تفعيل سياسة الندرة ووقته، والجهة التي اعتمدته.
- وصف المورد والكمية المتاحة والطلب، ومحاولات التوسع والنقل والبدائل.
- البيانات السريرية ذات الصلة لكل مريض، ومستوى اليقين، وحدود الأداة التنبؤية.
- المعايير المطبقة وآلية كسر التعادل، وسبب استبعاد غيرها.
- أعضاء القرار، والإفصاح عن تضارب المصالح، والرأي الثاني أو المراجعة.
- ما أُبلغ به المريض أو الأسرة، والاعتراض والرد عليه، وخطة البديل.
- موعد إعادة التقييم، والنتيجة اللاحقة، وما تعلمته المنشأة.

5-3 تكوين لجنة الفرز ومسارها السريع

تتناسب اللجنة مع نوع المورد وأثر القرار. ففي القرارات الكبرى لجنة رسمية، وفيما دونها مسـار سـريع يضـم طبيبًـا مختصًـا بـالمورد، ومسـؤولًا من العنايـة أو الطـوارئ، وممثلًا للإدارة الطبيـة، ومسؤولًا عن الأخلاقيات أو الجودة، وممثلًا لمكافحة العدوى في موارد الأوبئة، ومستشـارًا شـرعيًا أو نظاميًا في السياسات العامة والمسائل المعقـدة. وتنص السياسـة على أن كـل محاولـة للتـأثير غير المشروع في القرار بالواسطة أو المكانة أو الضغط الإعلامي تُوثَّق وتُرفع إلى الجهة المختصة في المنشأة.

CC BY-NC-ND 4.0

5-4 مسار المراجعة والتظلم

تحتاج القرارات عالية الأثر إلى مراجعة سريعة إذا ظهرت معطيات جديدة، أو تغيرت حالة المريض، أو توفر المورد، أو طال الانتظار، أو اعترض المريض أو أسرته. وتفحص المراجعة المعايير المطبقة، والمستندات الطبية، وخلو القرار من تضارب المصالح، ووجود رعاية بديلة. وتنتهي بقرار مختصر: تأييد، أو تعديل، أو إعادة تقييم، ويُوثَّق ويُبلَّغ به صاحب الشأن. وفي الحالات العاجلة تكون المراجعة بسرعة تناسب أثر القرار، ولا تعطل تدخلًا لازمًا لإنقاذ حياة.

5-5 منع الندرة المصطنعة والتدريب

تضع المنشأة إنذارًا مبكرًا للمخزون، وحدًا أدنى للمخزون الاستراتيجي من الموارد الحرجة، ومراجعة شهرية للاستهلاك وسلاسل الإمداد، وتوثق أسباب النقص المتكرر وتسائل المسؤول عند التفريط. وتدرب فرق الطوارئ والعناية والإدارة الطبية على السياسة قبل الأزمة بمحاكاة دورية لسيناريوهات أجهزة التنفس والأدوية النادرة والكوادر، مع التدريب على التوثيق والتواصل مع الأسر واستبعاد المعايير غير المشروعة.

سادسًا: الحالات التطبيقية

الحالة الأولى: جهاز تنفس واحد وثلاثة مرضى

الوقائع. موجة وبائية حادة، ولم يبق في العناية المركزة إلا جهاز تنفس واحد، وقد أُعلن تفعيل سياسة الأزمة بعد تعذر النقل. وأمام الجهاز ثلاثة مرضى: الأول رجل في الستين بفشل تنفسي حاد، كان مستقلًا في حياته، ويقدّر الفريق أنه أرجى انتفاعًا. والثاني وصل أولًا، وبه فشل متعدد متقدم في الأعضاء، ويقدّر الفريق، على غلبة الظن، أن الجهاز لا يغيّر مآله ولا يُرجى شفاؤه. والثالث حالته خطيرة، ولكن يمكن دعمه مؤقتًا بتنفس غير غازٍ حتى يتوفر جهاز. وأسرة الثاني تطالب بالجهاز «لأنه جاء أولًا».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: الأول والثاني في خطر فوري، والثالث مستقر مؤقتًا بالبديل. الأمن: توتر مع أسرة الثاني يحتاج احتواءً. القدرة على القرار: الأول والثاني فاقدان للقدرة، والثالث قادر. صاحب الصفة: قرار التخصيص لفريق الفرز لا للأسر، وقرارات العلاج الأخرى للمرضى أو ممثليهم. السؤال المطلوب تقريره: لمن يُخصَّص الجهاز، وما خطة الآخرين؟

الركن الطبي. قبل الفرز يُثبَت أن الندرة حقيقية: هل استُنفد النقل والاستعارة والدعم غير الغازي؟ [9] ثم يُقدَّر لكل مريض الاستعجال ورجاء الانتفاع بنتيجة قريبة هي النجاة من الأزمة الحادة، لا بدرجة تنبؤية وحدها، لضعف تمييز درجة SOFA. [12] فالأول والثاني في خطر فوري، والثالث له بديل يحتمل به التأخير، والثاني لا يغيّر الجهاز مآله على غلبة الظن.

الركن الأخلاقي. لا يُبنى القرار على العمر، ولا على القرابة، ولا على ضغط الأسرة، ولا يُترك من لم يحصل على الجهاز بلا رعاية [1]. ويُشرح القرار للأسر بلغة إنسانية من غير كشف تفاصيل المرضى الآخرين، والمعايير معلنة قبل الحالة لا بعدها [7].

الركن الفقهي. لا يُقدَّم أحد في التزاحم إلا بمرجح، والتقدير فيه لرأي الطبيب [3]. والأول والثاني متساويان في الاستعجال ويفترقان في رجاء الانتفاع، فيُقدَّم الأول. ولا يعمل سبق الثاني،

CC BY-NC-ND 4.0

لأن فتوى المجلس الأوروبي نفسها قيدت تقديم الأسبق بألا يكون ميؤوسًا من شفائه، وجعلت التقدير بغلبة الظن والتقدير الطبي [2].

الركن النظامي. توجب المادة الثامنة من نظام مزاولة المهن الصحية المساعدة الممكنة لمن كان في حالة خطرة، وتوجب اللائحة (2/15) السعي في التحويل عند نقص الإمكانات [28]. فيبقى طلب النقل للثالث والثاني قائمًا، ويصدر القرار عن فريق الفرز بمعايير معلنة وتوثيق.

القرار المهني الموزون. يُخصَّص الجهاز للمريض الأول، ويُدعم الثالث بالتنفس غير الغازي مع طلب جهاز بالنقل أو الاستعارة، ويُوجَّه الثاني إلى رعاية تلطيفية وداعمة كاملة مع مصارحة أهله برحمة وتوثيق قرار عدم الإنعاش وفق ضوابطه (انظر الفصل 41)، دون حكم على قيمة أحد أو إنهاء لعلاج الثاني الممكن؛ لأن الأول أرجى انتفاعًا مع تساوي الاستعجال، والثالث له بديل، والجهاز لا يغير مآل الثاني. ويُعاد النظر فورًا إذا تدهور الثالث وفشل البديل، أو توفر جهاز، أو تغير تقدير الثاني.

الدرس. لا يُعمل بالسبق إلا عند التساوي، والفتوى نفسها قيّدته بألا يكون المريض ميؤوسًا من شفائه.

الحالة الثانية: سحب جهاز التنفس لإعادة تخصيصه

الوقائع. وفي الأزمة نفسها رجل في الخمسين على جهاز التنفس منذ ستة أيام، ضمن تجربة علاجية حُددت مدتها وأُبلغت بها أسرته عند البدء. ثم تدهورت حالته إلى فشل كلوي وكبدي متصاعد رغم العلاج، وقرر فريقان مستقلان أن استمرار الجهاز لا يغيّر مآله. ووصلت شابة بفشل تنفسي حاد يُرجى انتفاعها بالجهاز بدرجة عالية، ولا جهاز غيره. فاقترح بعض الفريق أن يُنقل الجهاز إليها فورًا.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: الشابة في خطر فوري، وتُدعم مؤقتًا بالبديل المتاح. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: المريض فاقد القدرة، والشابة قادرة جزئيًا. صاحب الصفة: قرار إنهاء العلاج غير النافع للجنة وفق البروتوكول، مع إشراك الأسرة في التواصل لا في التخصيص. السؤال المطلوب تقريره: هل يجوز سحب الجهاز، وبأي مسار؟

الركن الطبي. ليس السؤال الأول «من أرجى؟»، بل «هل ما زال الجهاز نافعًا لصاحبه؟». وقد ثبت بتقييمين مستقلين أنه لم يستجب في تجربة علاجية محددة المدة. وتناولت أكثر الإرشادات الأمريكية المنشورة سحب الجهاز في ظروف النقص، مع اختلاف في ضوابطه [11]، ونبهت الأدبيات إلى أن سحب الجهاز أثقل أخلاقيًا وعاطفيًا من عدم بدئه [17].

الركن الأخلاقي. يجب أن يُمنع الانطباع بأن حياة مريض تُستبدل بحياة آخر. فالسحب إن وقع فلسبب في حق المريض نفسه، وبنقاط تقييم أُعلنت عند البدء، ومع رعاية تلطيفية كاملة. ولو كان المريض ينتفع لما جاز أن يُنزع الجهاز منه لأن غيره أرجى.

الركن الفقهي. فتوى المجلس الأوروبي تمنع «نزع الأجهزة عن مريض يعالج بها لصالح مريض جاء بعده» [2]. والمختار في هذا الكتاب أن الممنوع السحب لتفضيل غيره، والسائغ إنهاء ما لم يعد نافعًا لصاحبه بقرار مختص (المطلب 3-6). وتُراعى رغبة المريض، فتُستأذن الشابة في التنبيب بقدر قدرتها. والضرر لا يزال بمثله، لكن إبقاء علاج لا ينفع ليس دفعًا لضرر عن صاحبه.

الركن النظامي. يمنع البند (1/9) من اللائحة إجراء عمل طبي لا يحقق فائدة للمريض [28]، ويظل واجب بذل الجهد لكل مريض قائمًا في صورة الرعاية التلطيفية. ولا يصدر القرار عن طبيب

CC BY-NC-ND 4.0

منفـرد، بـل عن لجنـة، مـع توثيـق مفصـل. ويُنفَّـذ الإنهـاء وفـق السياسـة الوطنيـة لعـدم الإنعـاش وضوابطها (انظـر الفصـل 41)، وبروتوكـول الأزمـة المعتمـد من الجهـة المختصـة؛ ولا يكفي قـرار المنشأة وحدها إن لم يُعتمد البروتوكول مسبقًا. وتنبيب الشابة يحتاج إذنها إن كانت قـادرة، أو إذن من يقوم مقامها، أو يجري على قواعد الإسعاف عند تعذره (انظر الفصل 5).

القرار المهني الموزون. تعقد اللجنة مراجعة عاجلة، فإن أكـدت انعـدام النفـع أُبلغت الأسـرة برحمة، ونُقل المريض إلى رعايـة تلطيفيـة كاملـة، ثم أُنهي التنفس الآلي وفـق السياسـة الوطنيـة لعدم الإنعاش وبروتوكول الأزمة المعتمد، وخُصص الجهاز للشابة بعد اسـتئذانها بقـدر قـدرتها، مـع دعمها بالبديل حتى ذلك، ولا يُسحب مورد من منتفع به لتفضـيل غـيره؛ لأن الجهـاز لم يعـد يحقـق لصاحبه فائدة معتبرة بتقييم مستقل موثق، والشابة أرجى انتفاعًا بلا بديل. واستُبعد النقل الفـوري بقرار فرد. ويُعاد النظر إذا اختلف التقييمـان، أو ظهـر تحسـن، أو تـوفر جهـاز آخـر، فيبقى الجهـاز للمريض.

الدرس. يُنهى المورد لانعدام نفعه لصاحبه، ولا يُنزع منه ليُفضَّل غيره.

الحالة الثالثة: موعد واحد في عيادة تخصصية وطلب «واسطة»

الوقائع. عيادة قلب في مستشفى عام، قائمة انتظارها أربعة أشهر، ولا يُفتح فيها كـل أسـبوع إلا عدد محدود من المواعيد. وأمام المنسق أربعة طلبات على موعد واحد: مريض أُحيل بألم صـدري جهدي متزايد وتغيرات في تخطيط القلب؛ ومـريض مسـتقر للمتابعـة السـنوية ينتظـر منـذ أطـول مدة؛ ومريض بضيق نفس مزمن يمكن ضبطه في الرعاية الأولية بتعديل الـدواء؛ وقـريب مسـؤول في المستشفى، حالته مستقرة، طلب موعدًا «هذا الأسبوع».

البوابات. الاسـتقرار الإسـعافي: الأول يحتـاج تقييمًـا عـاجلًا، ويُنبَّـه إلى الطـوارئ إن اشـتد ألمـه. الأمن: لا خطر. القدرة على القرار: الجميع قادرون. صاحب الصفة: ترتيب القائمة لـرئيس القسـم وفق سياسة الإحالة، لا للمسـؤول. السـؤال المطلـوب تقريـره: لمن الموعـد، وكيـف يُعـالج طلب المسؤول؟

الركن الطبي. الموعد مورد غايتـه خدمـة الأخطـر في الـوقت المناسـب، ومعـاييره درجـة فـرز الإحالة وأثر الانتظار والبديل. فالأول يهدده التأخير بضرر جسيم، والثاني والثـالث يحتملان التـأخير، وللثالث بديل حقيقي. ويسبق ذلك كله سؤال الندرة: هل القائمة ندرة حقيقية، أم صنعتها الجدولـة والتخلف عن المواعيد وضعف الإحالة العكسية؟ [18]

الركن الأخلاقي. السبق في القائمة لا يصلح معيـارًا ابتـدائيًا مطلقًـا، ولكنـه عـادل داخـل الفئـة المتكافئة [5]. وأما الواسطة فممنوعة؛ لأنها لا صـلة لهـا بهـدف المـورد. وعدالـة الإجـراء تقتضـي معايير معلنة ومسار اعتراض [7].

الركن الفقهي. لا يُقدَّم أحد إلا بمرجح، وأقوى المرجحات هنا الحاجة والاستعجال، والتقدير فيه لرأي الطبيب [3]. و«من سبق إلى مباح فهو أحق بـه» يعمـل بين المتسـاويين في الحاجـة [23]. والقرار 67 (5/7) يجعـل التـداوي واجبًـا إذا أدى تركـه إلى تلـف النفس [27]، فتـأخير من يهـدده الضرر الجسيم إخلال بحفظ النفس. وتقديم ذي الجاه بجاهه ترجيح بغير مرجح معتبر.

الركن النظامي. توجب المادة التاسعة أن يستهدف العمل الطـبي مصـلحة المـريض وأن يبـذل الممارس جهده لكل مريض، وتوجب اللائحة (2/15) التحويل عند نقص الإمكانات [28]. فلا يُـترك مريض ذو علامات إنذار على قائمة روتينية، ولا يُقدَّم أحد بالنفوذ.

CC BY-NC-ND 4.0

القرار المهني الموزون. يُمنح الموعد للمريض الأول، ويُحوَّل الثالث إلى الرعاية الأولية بخطة مكتوبة مع إمكان إعادة الإحالة، ويبقى الثاني في دوره داخل فئته بموعد محدد، ويُقيَّم قريب المسؤول بالمعايير نفسها، فلا يُؤخَّر عقوبةً ولا يُقدَّم بالنفوذ؛ لأن الأول أشد حاجة واستعجالًا، والسبق يعمل داخل الفئة المتكافئة. واستُبعدت إجابة المسؤول لأنها محاباة تهدم الثقة بالقائمة. ويُعاد النظر إذا ظهرت على أي منتظر علامة إنذار، فيُعاد ترتيبه فورًا.

الدرس. السبق يرتب المتساوين، ولكنه لا يتقدم على علامات الإنذار، ولا يُنال بالواسطة.

الحالة الرابعة: علاج جيني باهظ أمام لجنة الأدوية وضغط إعلامي

الوقائع. تنظر لجنة الأدوية والتقنيات في تجمع صحي في طلب تمويل علاج جيني باهظ الثمن لطفلين بمرض عصبي عضلي نادر. والدليل على نفعه قوي في مرحلة مبكرة من المرض، وأضعف في المراحل المتأخرة. وتمويله للطفلين يعادل كلفة توسيع برنامج وقائي يخدم آلاف المرضى. وفي أثناء ذلك تتبنى وسائل التواصل قصة أحد الطفلين، وتضغط لتمويله فورًا.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا حالة إسعافية الآن، والتأخير الطويل قد يفوت نافذة الانتفاع. الأمن: ضغط إعلامي على الفريق. القدرة على القرار: الطفلان تحت ولاية والديهما. صاحب الصفة: قرار التمويل للجنة التقنيات بمعايير معلنة، لا للطبيب المعالج ولا للإعلام. السؤال المطلوب تقريره: هل يُموَّل العلاج، ولمن، وبأي معيار؟

الركن الطبي. يُقدَّر لكل طفل على حدة مرحلة المرض، وحجم الفائدة المتوقعة، وجودة الدليل في مثل حالته، والبدائل المتاحة، والأثر طويل المدى. ويُفرَّق بين علاج منقذ عالي الأثر في مرحلة مبكرة، وعلاج محدود الأثر في مرحلة متأخرة.

الركن الأخلاقي. هذا قرار تخصيص لا فرز؛ فلا يُحمَّل الطبيب قرارًا ماليًا لم يصنعه، ولا يُخفى نقص التمويل تحت وصف «عدم الجدوى». ولا يُهمل المريض الفرد لأن البرنامج يخدم عددًا أكبر، ولا تُصرف الموارد على تدخل محدود الأثر يحرم برنامجًا واسع النفع. فالميزان دقيق، وأداته تقييم مستقل للتقنية [22]، مع شروط المساءلة عن المعقولية [7].

الركن الفقهي. تُراعى الموازنة بين المصالح والمفاسد، و«الأهم فالمهم»، و«التصرف على الرعية منوط بالمصلحة» [3]، على ألا تحصّن كلمة المصلحة القرار من الاختبار. وحفظ النفس الذي أصّله القرار 67 (5/7) يشمل الفرد الحاضر والجماعة الغائبة معًا [27].

الركن النظامي. القرار سياساتي يُتخذ عبر لجنة التقنيات بمعيار مكتوب وبيانات وتوثيق ومراجعة، ويظل الطبيب ملزمًا ببذل جهده لكل مريض في حدود المتاح وبالتحويل إلى حيث تتوفر الإمكانات [28]. وإذا كان للطفلين تغطية تأمينية فمسارها في الفصل 19.

القرار المهني الموزون. تُقيِّم اللجنة الحالتين بمعيار مكتوب، فيُموَّل العلاج للطفل في المرحلة المبكرة التي يقوى فيها الدليل، ويُعرض على الثاني أفضل رعاية داعمة متاحة مع بحث برامج الوصول المُدار أو التجارب السريرية، ويُعلن المعيار ليُطبَّق على الأمثال، ولا يعني القرار أن حياة أحدهما أقل قيمة؛ لأن حجم الفائدة وجودة الدليل يختلفان بين الحالتين، والمعيار المعلن يحقق العدل بين الحاضر والغائب. ويُعاد النظر إذا ظهر دليل جديد على نفع المراحل المتأخرة، أو انخفض السعر.

الدرس. الدواء الباهظ يُحسم بمعيار معلن يُطبَّق على الأمثال، لا بمن يرفع صوته أعلى.

CC BY-NC-ND 4.0

مواقف متكررة

الأسرة تعرض دفع تكلفة المورد. القدرة على الدفع ليست معيارًا في مورد عام محدود، وقبولها يفتح باب المحاباة. فيُشكر العرض، ويُبيَّن أن الترتيب قائم على الحاجة والاستعجال ورجاء الانتفاع، وأن التبرع إن أُريد فهو للمنشأة لزيادة القدرة، لا لشراء أولوية، ويُوثَّق العرض والرد.

ازدحام معتاد في الطوارئ: هل تُفعَّل معايير الأزمة؟ لا. فالازدحام المتكرر ندرة قابلة للإصلاح، تُعالَج بالتدفق والطاقة والإحالة والجدولة [18]. ولا تُفعَّل معايير الأزمة إلا بإعلان من صاحب الصلاحية، بعد تجاوز القدرة واستنفاد التوسع والنقل بإجراءات موثقة، وتُوقَف بانتهاء موجبها [16]. وإدارة الطوارئ نفسها في الفصل 33.

زميل يقترح درجة SOFA وحدها بوابة للقبول في العناية. لا. فقد ثبت خارجيًا ضعف دقتها في التنبؤ بالوفاة [12]، وقد يختلف أداؤها بين الفئات [13]. فتُستعمل دعمًا للقرار، ويبقى الحكم السريري والمراجعة البشرية.

مدير يطلب تقديم موظفي مكتبه في دفعة لقاح محدودة. إذا كان الهدف المعلن تقليل الوفيات قُدمت الفئات الأعلى خطرًا، ولا يُقدَّم الكادر إلا إذا كان تعرضه مهنيًا ودوره مؤثرًا في استمرار الخدمة [19]. وموظفو المكتب الذين لا تعرض لهم لا يستوفون شروط القيمة الأداتية. وسياسات التطعيم في الفصل 36.

أسرة مريض على قائمة زراعة كبد تسأل لماذا قُدّم غيره. تُشرح لها قواعد برنامج التوزيع المعلنة من غير كشف بيانات غيره، ويُحال سؤال المعايير إلى الفصل 47، حيث تُبسط قواعد توزيع الأعضاء وحالتها.

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
جهاز تنفس واحد وثلاثة مرضى بعد تفعيل سياسة الأزمة	يُخصَّص الجهاز للأول، ويُدعم الثالث بتنفس غير غازٍ مع طلب جهاز بالنقل أو الاستعارة، ويُوجَّه الثاني إلى رعاية تلطيفية وداعمة كاملة	الأول أرجى انتفاعًا مع تساوي الاستعجال، والثالث له بديل، والجهاز لا يغير مآل الثاني	تدهور الثالث وفشل البديل، أو توفر جهاز، أو تغير تقدير الثاني؛ ويُعاد النظر فورًا
اقتراح نقل جهاز التنفس فورًا من مريض لا ينتفع به إلى شابة أرجى انتفاعًا	مراجعة عاجلة من اللجنة؛ فإن أكدت انعدام النفع: إبلاغ الأسرة برحمة، ورعاية تلطيفية كاملة، ثم إنهاء التنفس وفق السياسة، وتخصيص	الجهاز لم يعد يحقق لصاحبه فائدة معتبرة بتقييم مستقل موثق، والشابة أرجى انتفاعًا بلا بديل؛ ولا نقل بقرار فرد	اختلف التقييمان، أو ظهر تحسن، أو توفر جهاز آخر، فيبقى الجهاز للمريض

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
	الجهاز للشابة		
موعد واحد في عيادة قلب وأربعة طلبات، منها قريب مسؤول يطلب «واسطة»	الموعد للأول، والثالث إلى الرعاية الأولية بخطة مكتوبة، والثاني في دوره بموعد محدد، وقريب المسؤول بالمعايير نفسها	الأول أشد حاجة واستعجالًا، والسبق يعمل داخل الفئة المتكافئة، والمحاباة تهدم الثقة بالقائمة	ظهرت على أي منتظر علامة إنذار، فيُعاد ترتيبه فورًا
علاج جيني باهظ لطفلين أمام لجنة الأدوية، وضغط إعلامي	يُموَّل للطفل في المرحلة المبكرة، ويُعرض على الثاني أفضل رعاية داعمة مع بحث الوصول المُدار أو التجارب السريرية، ويُعلن المعيار	حجم الفائدة وجودة الدليل يختلفان بين الحالتين، والمعيار المعلن يحقق العدل بين الحاضر والغائب	ظهر دليل جديد على نفع المراحل المتأخرة، أو انخفض السعر

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. الندرة متعددة المستويات: دائمة ومؤقتة وجغرافية ومصطنعة. ولا يبدأ الفرز قبل إثباتها واستنفاد التوسع والنقل والبدائل [9، 16].
2. المساواة في الكرامة ثابتة، أما معيار الأولوية فيتبع هدف المورد؛ فمعيار اللقاح غير معيار جهاز التنفس وغير معيار الميزانية.
3. مبادئ التوزيع الأربعة تتزاحم، ولا يكفي مبدأ منفرد [1، 5]. والترتيب المعتمد في الكتاب: الاستعجال، فرجاء الانتفاع، فالسبق عند التساوي، فالقرعة.
4. الدرجة التنبؤية أداة داعمة لا حاكمة؛ فدرجة SOFA ضعيفة الدقة في التنبؤ بوفاة مرضى كوفيد-19، وقد يختلف أداء النماذج بين الفئات [12، 13].
5. أسباب الترجيح في فقه التزاحم يمكن ردها، في ترتيب يختاره المؤلف، إلى قوة الاستحقاق ثم السبق ثم القرعة، ونصت الندوة الطبية الفقهية الثانية على ردّ التقديم إلى رأي الطبيب، وعلى القرعة عند التساوي [3].
6. فتوى المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث في دورته الطارئة الثلاثين مقيدة بحال الحيرة بين مريضين، وتقديمها الأسبق مشروط بألا يكون ميؤوسًا من شفائه [2]. والسحب لتفضيل مريض لاحق ممنوع، وإنهاء ما لم يعد نافعًا لصاحبه سائغ بقرار مختص.

CC BY-NC-ND 4.0

7. النصوص السعودية العامة تلزم بالمساعدة الممكنة وبذل الجهد لكل مريض والتحويل، وتمنع العمل الطبي الذي لا يفيد [28]؛ أما الترتيب التفصيلي فيحتاج سياسة مؤسسية معتمدة.

التوصيات

للممارس: أن يطبق ترتيب المرجحات نفسه على كل المرضى، وأن يسجل مستوى اليقين وحدود الأداة، وألا ينفرد بقرار عالي الأثر، وأن يرد الضغط والواسطة إلى السياسة، وأن يستمر في رعاية من لم يصله المورد.

للمنشأة: أن تضع قبل الأزمة سياسة مكتوبة لكل فئة من الموارد، بعتبة معلنة لتفعيلها وإيقافها، وفصل بين العلاج والفرز، ونموذج توثيق ومسار مراجعة سريع، وبروتوكول لسحب الموارد بنقاط تقييم معلنة عند البدء. وأن تراقب نتائج الفرز بحسب الفئات، وتمنع الندرة المصطنعة، وتنشئ لجنة مستقلة لتقييم الأدوية والتقنيات عالية الكلفة.

للتعليم والبحث: أن يُدرَّب الطلاب والفرق بالمحاكاة على الفرز والتواصل مع الأسر، وأن تُختبر أدوات التنبؤ محليًا في معايرتها وإنصافها، وأن تُدرس قوائم الانتظار في المنشآت السعودية وأسباب طولها، وأن يستكمل البحث الفقهي الجماعي ما أوصى به القرار 67 (5/7) من دراسة التزاحم في العلاج وترتيب الأولوية فيه.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فتوزيع الموارد الشحيحة ليس اختيار «من يستحق الحياة»، بل تحديد أين يحقق مورد محدود غرضه المشروع بأكبر قدر من العدل، مع بقاء كرامة الجميع وحقهم في الرعاية. ويكون القرار أسلم حين يجمع الدقة الطبية، والتبرير الأخلاقي، والتأصيل الفقهي، والالتزام النظامي، ويعترف بحدود المعرفة، ويترك باب المراجعة مفتوحًا.

وما قبل الأزمة جزء من الأخلاق أيضًا؛ فالتخطيط ومنع الهدر وتوسيع القدرة قد تغني عن الفرز أصلًا. والقاعدة التي يخرج بها القارئ واحدة، فاحفظها يا أخي: عدل في المعيار، وعدل في الإجراء، ورعاية لا تنقطع عمن لم يصله المورد.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين التخصيص والفرز وترشيد الاستخدام؟ ولماذا يضر الخلط بينها بالطبيب والمريض؟
2. اذكر مبادئ التوزيع الأربعة في إرشاد منظمة الصحة العالمية، ومثّل لموضع يتقدم فيه كل منها.
3. لماذا لا تصلح درجة SOFA وحدها بوابة لتخصيص أجهزة التنفس؟ استشهد بدليلين من الفصل.
4. اشرح أسباب الترجيح الثلاثة في فقه التزاحم، وبيّن دليل القرعة ومتى يُصار إليها.
5. كيف يُجمع بين منع فتوى المجلس الأوروبي في دورته الطارئة الثلاثين نزع الجهاز لصالح مريض لاحق، وجواز إنهاء ما لم يعد نافعًا لصاحبه؟

CC BY-NC-ND 4.0

6. وصل إلى الطوارئ مريضان متساويان في الاستعجال ورجاء الانتفاع على سرير واحد، ووصل أحدهما قبل الآخر بعشر دقائق، ثم اتصل مسؤول يطلب تقديم الثاني. ما قرارك بالترتيب، وما الذي توثقه؟
7. طبّق شروط المساءلة عن المعقولية على قرار لجنة الأدوية في الحالة الرابعة.
8. مستشفى يتكرر فيه نفاد دواء حرج لتأخر التوريد وضعف المخزون. ما توصيف الندرة، وما واجب المنشأة؟

المراجع

[1] World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): ethics, resource allocation and priority-setting. Questions and answers. Geneva: WHO; 20 April 2020. who.int

[2] الخطيب، معتز كورونا ومشكلة الفتوى بشأن الأحق بالعلاج عند التزاحم. الجزيرة نت، 8 أبريل 2020م. aljazeera.net

[3] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. توصيات الندوة الطبية الفقهية الثانية: فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) وما يتعلق به من معالجات طبية وأحكام شرعية، المنعقدة بالاتصال المرئي، 23 شعبان 1441هـ / 16 أبريل 2020م، البند 18. islamcontent.com

[4] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م)، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 3/11/1426هـ المادة الخامسة. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[5] Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. Lancet. 2009;373(9661):423–431. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60137-9

[6] Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. N Engl J Med. 2020;382(21):2049–2055. https://doi.org/10.1056/NEJMsb2005114

[7] Daniels N, Sabin JE. Accountability for reasonableness: an update. BMJ. 2008;337:a1850. https://doi.org/10.1136/bmj.a1850

[8] Biddison ELD, Faden R, Gwon HS, et al. Too many patients…a framework to guide statewide allocation of scarce mechanical ventilation during disasters. Chest. 2019;155(4):848–854. https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.09.025

[9] Maves RC, Downar J, Dichter JR, et al. Triage of scarce critical care resources in COVID-19: an implementation guide for regional allocation. An expert panel report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. Chest. 2020;158(1):212–225. https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.063

CC BY-NC-ND 4.0

White DB, Lo B. A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID-19 pandemic. JAMA. 2020;323(18):1773–1774. https://doi.org/10.1001/jama.2020.5046 [10]

Piscitello GM, Kapania EM, Miller WD, Rojas JC, Siegler M, Parker WF. Variation in ventilator allocation guidelines by US state during the coronavirus disease 2019 pandemic: a systematic review. JAMA Netw Open. 2020;3(6):e2012606. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12606 [11]

Keller MB, Wang J, Nason M, et al. Preintubation Sequential Organ Failure Assessment score for predicting COVID-19 mortality: external validation using electronic health record from 86 U.S. healthcare systems to appraise current ventilator triage algorithms. Crit Care Med. 2022;50(7):1051–1062. doi:10.1097/CCM.0000000000005534 [12]

Ashana DC, Anesi GL, Liu VX, et al. Equitably allocating resources during crises: racial differences in mortality prediction models. Am J Respir Crit Care Med. 2021;204(2):178–186. doi:10.1164/rccm.202012-4383OC [13]

Supady A, Curtis JR, Abrams D, et al. Allocating scarce intensive care resources during the COVID-19 pandemic: practical challenges to theoretical frameworks. Lancet Respir Med. 2021;9(4):430–434. doi:10.1016/S2213-2600(20)30580-4 [14]

العف، بسام حسن. قاعدة كل مصلحتين متساويتين يتعذر الجمع بينهما يخير بينهمـا: دراسـة مقاصدية تطبيقية ومسألة الأحق بـالعلاج عنـد الـتزاحم أنموذجًـا. مجلـة جامعـة القـدس المفتوحـة للبحوث الإنسانية والاجتماعية. 2021؛ العدد 58. journals.qou.edu [15]

Institute of Medicine. Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. Washington, DC: The National Academies Press; 2012. doi:10.17226/13351 [16]

Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The toughest triage — allocating ventilators in a pandemic. N Engl J Med. 2020;382(21):1973–1975. doi:10.1056/NEJMp2005689 [17]

Mahmood FT, AlGhamdi MM, AlQithmi MO, Faris NM, Nasir MU, Salman A. The effect of having a physician in the triage area on the rate of patients leaving without being seen: a quality improvement initiative at King Fahad Specialist Hospital. Saudi Med J. 2024;45(1):74–78. doi:10.15537/smj.2024.45.1.20230674 [18]

World Health Organization. WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination. Geneva: WHO; 13 September 2020. [19]

WHO/2019-nCoV/SAGE_Framework/Allocation_and_prioritization/2020.1. who.int

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Framework [20] for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine. Washington, DC: The National Academies Press; 2020. https://doi.org/10.17226/25917

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 9th ed. New [21] York: Oxford University Press; 2026. global.oup.com

World Health Assembly. Resolution WHA67.23: Health intervention and [22] technology assessment in support of universal health coverage. Sixty-seventh World Health Assembly, 24 May 2014. apps.who.int

[23] الدرر السنية. موسوعة القواعد الفقهية: «كل من سبق إلى موضع مباح فهو أحق به»، بصيغها وأدلتها وفروعها. dorar.net

[24] ابن قدامة، موفق الدين عبد الله بن أحمد المقدسي (ت 620هـ). المغني. تحقيق عبد الله بن عبد المحسن التركي وعبد الفتاح محمد الحلو. ط3. الرياض: دار عالم الكتب؛ 1417هـ (1997م). ج11، ص 518 (كتاب الجراح). نسخة إلكترونية: shamela.ws

[25] صحيح البخاري، كتاب الأذان، باب الاستهام في الأذان، ح 615؛ وصحيح مسلم، كتاب الصلاة، باب تسوية الصفوف وإقامتها وفضل الأول فالأول منها، ح 437. sunnah.com

[26] صحيح البخاري، كتاب الهبة وفضلها والتحريض عليها، باب هبة المرأة لغير زوجها، ح 2593؛ وصحيح مسلم، كتاب التوبة، باب في حديث الإفك وقبول توبة القاذف، ح 2770. sunnah.com

[27] 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

[28] وزارة الصحة. نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية (الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ). الإصدار الثالث. الرياض: وزارة الصحة؛ 1440هـ (2019م)؛ ولا سيما المادتان الثامنة والتاسعة واللائحتان 1-8 و2/15. scfhs.org.sa؛ واللائحة التنفيذية في نسخة وزارة الصحة، الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، ولا سيما البند 1/9. moh.gov.sa

[29] نظام المؤسسات الصحية الخاصة، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/40) وتاريخ 3/11/1423هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (240) وتاريخ 26/10/1423هـ، وتعديلاته وآخرها بالمرسوم الملكي رقم (م/103) وتاريخ 18/6/1445هـ، المادة السادسة عشرة. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0