

سلسلة الاقتصاد

اقتصاديات الصحة

بين الاقتصاد الإسلامي والاقتصاد الوضعي

الدكتور
الشهيد عطيه محمد بيومي

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دار الجديد للنشر والتوزيع

330 — بيومي ، الشهيد عطيه محمد .
ب . ١

سلسلة الاقتصاد / الشهيد عطية محمد بيومي . {واخ} . ط1 -
دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دار الجديد للنشر والتوزيع.
356 ص ؛ 17.5 × 24.5 سم .

تدمك : 2 - 615 - 308 - 977 - 978

1. الاقتصاد .

أ - بيومي ، الشهيد عطيه محمد . (مؤلف مشارك) .

رقم الإيداع: 20884 .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة - بجوار البنك الأهلي المركز
هاتف- فاكس : 0020472550341 محمول : 00201277554725-00201285932553

E-mail: elelm_aleman2016@hotmail.com . elelm_aleman@yahoo.com

الناشر : دار الجديد للنشر والتوزيع

تجزئة عزوز عبد الله رقم 71 زرالدة الجزائر

هاتف : 002013 (0) 24308278

محمول 002013 (0) 772136377 & 002013 (0) 661623797

E-mail: dar_eldjadid@hotmail.com

تنويه:

حقوق الطبع والتوزيع بكافة صوره محفوظة للناشر

ولا يجوز نشر أي جزء من هذا الكتاب بأي طريقة إلا بإذن خطي من الناشر
كما أن الأفكار والآراء المطروحة في الكتاب لا تعثر إلا عن رأي المؤلف

2020

الفهرس

رقم الصفحة	المحتويات
9	تمهيد: نظرة الإسلام للعرض
17	المقدمة
	الباب الأول
	دراسة تحليلية للسياسات الصحية في الاقتصاد
25	الوضعي والاقتصاد الإسلامي
29	الفصل الأول: فلسفة وأهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي
	والاقتصاد الإسلامي
31	المبحث الأول: مفهوم الصحة في الاقتصاد الوضعي
	والاقتصاد الإسلامي
31	1- مفهوم الصحة في الاقتصاد الوضعي
	ومفهوم اقتصاديات الصحة
40	2- مفهوم الصحة في الاقتصاد الإسلامي
49	المبحث الثاني: أهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي
	والاقتصاد الإسلامي
49	1- أهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي
50	2- أهمية الصحة في الاقتصاد الإسلامي

المحتويات	رقم الصفحة
الفصل الثاني: الأهداف الصحية في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي.	55
المبحث الأول: الأهداف الصحية في الاقتصاد الوضعي	55
المبحث الثاني: الأهداف الصحية في الاقتصاد الإسلامي	66
الفصل الثالث: صور من التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي	71
المبحث الأول: العرض والطلب للخدمات الصحية في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي	73
1- الطلب على الخدمات الصحية للاقتصاد الوضعي	73
2- الطلب والعرض في الاقتصاد الإسلامي	114
3- الاعتبارات التي يجب مراعاتها والمتعلقه بالعرض والطلب للخدمات الصحية	116
المبحث الثاني: التمويل والإنفاق الصحي في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي	118
1- التمويل والإنفاق في الاقتصاد الوضعي	118
2- التمويل والإنفاق في الاقتصاد الإسلامي	133
المبحث الثالث: التأمين الصحي	148
1- نماذج من التأمين الصحي في دول العالم	149
2- واقع التأمين الصحي في مصر	151

المحتويات	رقم الصفحة
3- مميزات وعيوب القطاع الصحي الحالي في مصر	1160
الباب الثاني	
دراسة المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي	167
الفصل الأول: أسباب المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي	171
المبحث الأول: أسباب المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي .	173
المبحث الثاني: سياسة الاقتصاد الإسلامي في علاج المشكلات الصحية .	191
الفصل الثاني: الآثار المترتبة على المشكلات الصحية وعلاجها.	209
المبحث الأول: الآثار الاجتماعية للمشكلات الصحية وعلاجها.	211
المطلب الأول: الآثار الاجتماعية.	227
المطلب الثاني: الإجراءات التطبيقية لمعالجة الآثار الاجتماعية في الاقتصاد الإسلامي	238
المبحث الثاني: الآثار الاقتصادية للمشكلات الصحية وعلاجها.	238
المطلب الأول: الآثار الاقتصادية للمشكلات الصحية	239

رقم الصفحة	المحتويات
252	المطلب الثاني: الإجراءات التطبيقية لمعالجة الآثار الاقتصادية في الاقتصاد الإسلامي
264	مميزات الاقتصاد الإسلامي عن الاقتصاديات الوضعية الأخرى
265	أوجه الاتفاق والاختلاف بين الاقتصاد الإسلامي والاقتصاد الوضعي في حل المشكلات الباب الثالث
267	أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي
271	الفصل الأول: أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي
274	المبحث الأول: أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي
281	المبحث الثاني: مساهمة المستشفيات الحديثة في الوقاية والعلاج
286	الفصل الثاني: أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي
287	المبحث الأول: منهج الإسلام في الوقاية والعلاج
294	المبحث الثاني: أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي

المحتويات	رقم الصفحة
المبحث الثالث: دراسة حالة (الطب الوقائي والعلاجي) في الإسلام	305
أوجه الاتفاق والاختلاف في الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد لإسلامي	311
الفصل الثالث: أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي في مجال التطبيق في المؤسسات العلاجية في الحضارة الإسلامية (البيمارستانات)	313
1- إدارة البيمارستانات	317
2- تمويل البيمارستانات	320
أوجه الاتفاق والاختلاف بين المستشفيات في الحضارة الإسلامية والمستشفيات الأخرى	325
الخاتمة	329
النتائج	330
التوصيات	335
المصادر والمراجع	343

مُهَيِّد

نظرة الإسلام للمرض، أنواع الأمراض في نظر الإسلام،

أمراض الحضارة الحديثة

أولاً :- نظرة الإسلام للمرض :

يعترف الإسلام بالمرض كحالة غير طبيعية تصيب أعضاء معينة من الجسم⁽¹⁾ فالرسول ﷺ يقول لسعد بن أبي وقاص: حيث أصيب بمرض القلب: "أنك رجل مفؤود، فأت الحارث بن كلة اخا ثقيف فإنه رجل يتطبب"⁽²⁾ إذن ليس المرض ناتجاً عن الشيطان والنجوم والأرواح الشريرة، لذلك منع الإسلام كل الممارسات المبنية على هذه المعتقدات الخاطئة مثل التطير والتمايم والعرافة وغيرها، ويقول ﷺ: "من علق تميمة فقد أشرك"⁽³⁾، "ومن أتى عرافاً أو كاهناً فصدقه بما يقول فقد كفر بما أنزل على محمد"⁽⁴⁾، "لا طيرة ويعجبني الفأل الصالح الكلمة الحسنة"⁽⁵⁾، "أن الرقي والتمايم والتولة شرك"⁽⁶⁾.

(1) موقع شبكة الإنترنت : إسلام ست الصحة من منظور إسلامي . بتاريخ 2004/7/19م

<http://www.islamset.com/arabic/ahip/islamic/alsayad.html.P.4>.

(2) اخرج الطبراني ، في معجمه الكبير ، ج 6 ، ص 50 ، ح 5479 .

(3) اخرج الطبراني ، في معجمه الكبير ، ج 17 ، ص 297 ، ح 820 .

(4) اخرج الترمذي ، في سننه ، ج 1 ، ص 244 ، ح 135 .

(5) اخرج البخاري ، في صحيحة ، ج 5 ، ص 2171 ، ح 5434 .

(6) اخرج الطبراني ، في معجمه الكبير ، ج 10 ، ص 213 ، ح 10503 .

صحيح أن الإسلام لم يوضح العوامل والأسباب المرضية بالصورة التي نفهمها اليوم، لأن الحضارة الإسلامية في هذا العصر لم تكن لتستوعب هذه المعلومات، ومع ذلك فقد أعطى إشارات محددة تهدف لسلامة المجتمع المسلم، مثل: ما ذكره الرسول في العدوى، وصحة البيئة، والتغذية، والنظافة الشخصية، وهذه لا تختلف عما يقوله عالم في هذا العصر الحديث، يعرف مسببات الأمراض ووسائل مكافحتها، وحديث الرسول ﷺ ما هو إلا أسلوب الحجر الصحي الحديث للأمراض الانتقالية، ولكن دون أن يذكر العامل المرضي (الميكروب) وطريقة انتقاله بصراحة، عن إسامة بن زيد قال رسول الله ﷺ "إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها"⁽¹⁾.

بل أن كرة المرض أمر طبيعي يقبله الإسلام، فعندما قال أبو الدرداء لرسول الله: "لأن أعافي فأشكر أحب إلى من أبتلى فأصبر. فقال الرسول: "الله يحب معك العافية، أسألوا الله العافية فإنه ما أوتي أحد بعد يقين خير من العافية"⁽²⁾.

ولكن إذا ما حدث المرض فإن المسلم أقدر على تقبل هذا الواقع المؤلم، بصبر ينبعث من إيمانه بنظرية الابتلاء، فالمرض ليس غضباً من الله أو عقاباً من السماء، لكنه ابتلاء يكفر الذنوب، ويرفع الدرجات، إذا تلقاه المسلم بصبر واحتساب لقوله ﷺ: "ما يصب المسلم من نصب ولا وصب ولا هم ولا حزن ولا أذى ولا غم حتى الشوكة يشاكها إلا كفر الله بها خطاياها"⁽³⁾.

(1) سبق تخريجه .

(2) أخرجه ابن حنبل ، في مسنده ، ج 1 ، ص 3 ، ح 5 .

(3) أخرجه الترمذی ، في سننه ، ج 3 ، ص 298 ، ح 966 .

بل أن هناك جانباً يتميز به الإسلام من موقفه من المرض، وهو وأن بدا أمراً يتعلق بالسلوك، إلا أنه في نهاية الأمر نوع من العلاج النفسي، لنا أن نصنفه في جانب العلم بأكثر فيما يصنف في جانب الآداب والأخلاقيات، فللمريض حق على الصحيح وهو حق العيادة، كما أن له حق على الطبيب هو حق الطبابة، وهذه الحقوق تستخدم التأكيد الشديد الذي ركزت عليه أحاديث الرسول في عيادة المريض على ما يشبه الوجوب⁽¹⁾، وأنها من حقوق المسلم على المسلم، أنها ليست مجرد تخفيف عنه وصله له، ولكنها قربى إلى الله، يقول الرسول ﷺ في الحديث القدسي: " أن الله ﷻ يقول يوم القيامة يا ابن آدم مرضت فلم تعطني قال يا رب: كيف أعودك وأنت رب العالمين، قال أما علمت أن عبدي فلان مرض فلم تعده، أما علمت أنك لو عدته لوجدتني عنده"⁽²⁾. وهكذا فالمرريض قريب من الله، كما يقول الرسول الكريم: "عودوا المرضى ومروهم فليدعوا لكم، فإن دعوى المريض مستجابة وذنبه مغفور"⁽³⁾، "إذا دخلت على مريض فمره يدعوك، فإن دعاؤه كدعاء الملائكة"⁽⁴⁾.

بهذه الفلسفة يكون المريض قادراً على التماسك والتحمل، ولا يكون المرض البدني سبباً في تولد المرض النفسي أو الاضطرابات العضوية والنفسية، بل أن صلابة النفس كثيراً ما تساعد في شفاء المرض الأصلي. وينتج من تلك الفلسفة أيضاً أن الأزمات الصحية مهما اشتدت لا تقود المسلم إلى التفكير في التخلص من حياته، بل لا يجوز له أن يتمنى الموت،

(1) د. محمود جاد عبد الرحيم ، (هدى الإسلام في الطب الحديث ، دراسة مقارنة ، وبرامج صحية وقائية

سلامية) ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 1997م ، ص 173 .

(2) اخرجة مسلم ، فى صحيحه ، ج 4 ، ص 1990 ، ح 2569 .

(3) اخرجة الطبراني ، فى معجمه الأوسط ، ج 6 ، ص 140 ، ح 6027 .

(4) اخرجة الترمذى ، مختصر صحيح البخارى ، مرجع سابق ، ح 1867 .

عن أنس بن مالك عن رسول الله ﷺ: "لا يتمنى أحدكم الموت من ضرراً أصابه، فإن كان لابد فاعلاً فليقل اللهم إحيني مادامت الحياة خيراً لي، وتوفني إذا كانت الوفاة خيراً لي" (1).

أعطى الإسلام المريض رخصة تعفيه من الالتزامات الشرعية، حسب ما تمنعه الضرورة ففي القرآن الكريم ﴿لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرَجٌ وَلَا عَلَى الْأَعْرَجِ حَرَجٌ...﴾ [سورة النور: 61]، لذا يباح الذهاب في العلاج التعويضي، كما أمر رسول الله ﷺ بذلك، كما يباح استعمال الحرير في المرض الجلدي، فرسول الله ﷺ رخص لعبد الرحمن بن عوف، والزبير بن العوام، في لبس الحرير لحكة كانت بهما، مع أن كليهما محرم على الرجال، والأمراض التي لم تكتشف علاجها بعد هي ابتلاء الله تعالى للعبد فعليه أن يصبر ويحتسب وله الجنة .

ثانياً :- أنواع الأمراض في نظر الإسلام :-

يخطئ من يظن أن الأمراض تصيب الأبدان فقط !، ولكنها تصيب " النفس " أيضاً: فنجد النفس الطيبة والنفس الخبيثة .. ومرض البدن أن لم يشف بالدواء فالموت نصيبه، وهو شئ مقدر على المريض وعلى السليم على السواء، أما أمراض النفس، فإن لم تشف في الدنيا، فالنار نصيب صاحبها (3). وعلى ذلك قسم علماء الإسلام المرض إلى نوعين (4) :-

النوع الأول: أمراض القلوب:

1- أمراض مادية (عضوية) .

2- أمراض نفسية .

3- أمراض إيمانية.

(1) أخرجه ابن ماجه ، فى سننه ، ج 2 ، ص 1425 ، ح 4265

(2) نبيل خالد، الأمراض ومعجزة الوقاية والعلاج ، مكاتب ومكتبات الأهرام ، القاهرة ، 1999هـ ، ص6

(3) مرقع شبكة الإنترنت .بتاريخ 2005/1/7م

<http://www.heartcles.com/heartsa/index.php>

النوع الثاني: أمراض الأبدان :

بالنسبة للنوع الأول: تتنوع أمراض القلوب مثل كل الأمراض إلى أنواع ثلاثة :-
فعلى سبيل المثال ؛ إذ قلنا مرض قصور شرايين القلب فإننا نعني بذلك مرضاً مادياً، وإذ قلنا الاكتئاب أو العصاب، فإننا نعني بذلك مرضاً نفسياً، ويشمل ذلك المريض بالوهم الذي يحير العديد من الأطباء بأن يعطي أوصافاً لأمراض قلبية دون أن يكون مصاباً بأي منها.

والنوع الثالث والأخطر هنا هو الأمراض الإيمانية⁽¹⁾ وهي الأمراض التي أشير إليها في القرآن الكريم مثل قوله تعالى: ﴿ فِي قُلُوبِهِمْ مَرَضٌ فَزَادَهُمُ اللَّهُ مَرَضًا... ﴾ [سورة البقرة: 10].

والأمراض المادية⁽²⁾ نذكر منها العيوب الخلقية كوجود ثقب في القلب ومنها القلب الروماتيزمية والتي تصيب صمامات القلب، وأيضاً أمراض اعتلال وقصور وفشل وظائف القلب ومنها أمراض الشرايين التاجية التي تقوم بتغذية القلب، وتؤدي الجلطات منها إلى احتشاء عضلة القلب.

والأمراض المعنوية: التي تحتوي على الأمراض النفسية والأمراض الإيمانية. يقول الإمام الغزالي في كتابه " المنقذ من الضلال " ⁽³⁾ خلق الله الإنسان من بدن وقلب ويعني بالقلب حقيقة روحه التي هي محل معرفة الله، وكما أن البدن له صحة بها سعادته، ومرض فيها هلاكه، وأن القلب كذلك له صحة وسلامة، ولا ينجو إلا من أتى الله بقلب سليم، وله مرض فيه هلاكه الأبدي الأخرى كما قال تعالى: ﴿ فِي قُلُوبِهِمْ مَرَضٌ... ﴾ [سورة البقرة: 10]. وعلى الجملة فالأنبياء أطباء أمراض القلوب مع مراعاة أن الله تعالى مقلب

(1) نفس المرجع السابق

(2) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ 2005/1/7م

<http://www.hearteles.com/heartsa/index.php>

(3) نفس المرجع السابق .

القلوب والأحوال، وقلب المؤمن بين إصبعين من أصابع الرحمن والله تعالى يحول بين المرء وقبله.

وأهم هذه الأمراض⁽¹⁾ الختم، والطبع، والران، والضيق، والقساوة، والانصراف، الأفكار، الحمية، الموت.

والختم: من أشد الأمراض فتكاً بالقلب. ويمكن تشخيص أمراض القلوب من هذه الأعراض: صاحب القلب المريض لا حب الطاعات والأعمال الصالحة.

وصاحب القلب المريض يحب المعاصي، ولا يحب ذكر الله ولا يحب الأماكن الطيبة ويضيق بها ويأتي بالأماكن الموبوءة، ولا يحب أهل الخير والعلم والفضل والدعوة ويحب أهل السوء.

أما أمراض الأبدان: المرض هو خروج عن الاعتدال، أو خروج العضو عن هيئته⁽²⁾.

ونذكر مرض البدن في الحج والصوم والوضوء، لسر بديع يبين عظمة القرآن والاستغناء به لمن فهمه وعقله عن سواه. في آية الصوم: قال تعالى: ﴿... فَمَنْ كَانَ مِنْكُمْ مَّرِيضًا أَوْ عَلَى سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِنْ أَيَّامٍ أُخَرَ...﴾ [سورة البقرة: 184] فأباح الفطر للمريض لعذر المرض وللمسافر: حفاظاً لصحته وقوته عما يضعفها. وفي آية الحج: قال سبحانه: ﴿... فَمَنْ كَانَ مِنْكُمْ مَّرِيضًا أَوْ بِهِ أَذًى مِنْ رَأْسِهِ فَفِدْيَةٌ مِنْ صِيَامٍ أَوْ صَدَقَةٍ أَوْ نُسُكٍ...﴾ [سورة البقرة: 196] فأباح للمريض ومن به أذى من رأسه أن يحلق رأسه في الإحرام استقراغاً لمادة ... الرديئة التي أوجبت له الأذى في رأسه .

(1) موقع شبكة الإنترنت . بتاريخ 2005/1/7م

<http://www.heartcles.com/heartsa/index.php>

(2) ابن القيم (شمس الدين محمد بن أبي بكر) ، الطب النبوي ، دار الكتب العلمية ، بيروت ، 1403هـ -

1983، ص 2: 3

وفي آية الوضوء: قال تعالى: ﴿وَأِنْ كُنْتُمْ مَرَّضًا أَوْ عَلَى سَفَرٍ أَوْ جَاءَ أَحَدٌ مِّنْكُم مِّنَ الْغَائِطِ أَوْ لَمَسْتُمُ النِّسَاءَ فَلَمْ يَجِدُوا مَاءً فَتَيَمَّمُوا صَعِيدًا طَيِّبًا...﴾ [سورة النساء: 43]. فأباح للمريض العدول عن الماء إلى التراب حماية له أن يصيب جسده ما يؤذيه مرض أيوب - ﷺ - كمثال لأمراض الأبدان .

نبي الله أيوب يمتحن امتحاناً عسيراً في صحته، ويختبر اختباراً قاسياً من رب العزة، إذ يمرض مرضاً خطيراً طويلاً قاسياً، ثم يصعب شفاؤه منه، ويضيق ذرعاً من الشيطان، ويعرف أن كلا من عند الله، ومن المعروف أن الأنبياء لا يمرضون مرضاً ينفر الناس منهم، والأنبياء ليسوا كغيرهم من الخلق. لقد طال مرض سيدنا أيوب، وقيل أنه استمر سبع سنوات عجاف متصلة⁽¹⁾. ولكن أخلاقه النبوية تأبى عليه القنوط فلم يفت ذلك في ساعده، ولم ييأس من رحمة الله، فلم يلجأ منه إلا إليه، ولم ينته إلى غيره إنما انتهى إليه، وأنصرف إلى ربه بجوارحه ومشاعره في ذلك وبخضوع يناجيه ويستجده ويستغيثه، قال تعالى: ﴿وَأَيُّوبَ إِذْ نَادَىٰ رَبَّهُ أَنِّي مَسَّنِيَ الضُّرُّ وَأَنْتَ أَرْحَمُ الرَّاحِمِينَ﴾ ٨٣ ﴿فَاسْتَجَبْنَا لَهُ، فَكَشَفْنَا مَا بِهِ مِنْ ضُرٍّ، وَآتَيْنَاهُ أَهْلَهُ وَمِثْلَهُم مَّعَهُمْ رَحْمَةً مِّنْ عِنْدِنَا وَذِكْرَىٰ لِلْعَابِدِينَ﴾ ٨٤ [سورة الأنبياء: 83-84].

وقيل أنه كان مرض أيوب ﷺ كان مرض جلدي أصاب الأطراف قال تعالى: ﴿أَرْكُضْ بِرِجْلِكَ هَذَا مُغْتَسَلٌ بَارِدٌ وَشَرَابٌ﴾ ٤٣ [سورة ص: 42] وكان قرب أيوب من ربه سبب شفاؤه من المرض.

(1) د. السيد الجميلي، الإعجاز الطبي في القرآن الكريم، دار ومكتبة الهلال، القاهرة، 1990م،

ثالثاً :- أمراض الحضارة الحديثة :

إن أمراض الحضارة الحديثة يفترض أن لا تجد لها مكاناً في المجتمع الإسلامي، لأن الإسلام حرم الخمر وأكل الميتة والدم ولحم الخنزير، هذه هي أساس أمراض الكبد والجهاز الهضمي وأمراض القلب. وحرم تناول كل ما يضر بالجسد ومنها استعمال المخدرات والتدخين الشديد التي هي المصدر الأساسي في أمراض سرطان الرئة والبلعوم والاضطراب العقلي وأوصى بالاعتدال بأكل اللحوم الحمراء، خصوصاً لحوم البقر والضأن وهذه هي مصدر أمراض القلب وتصلب الشرايين، وأوصى باستعمال السواك لتنظيف الأسنان وتطهير الفم وهو تمهيد لممارسة طب الأسنان الوقائي. ولا شك أن للدولة الإسلامية مبدأ حق التدخل للحفاظ على البيئة الطبيعية من التلوث الصناعي، لأن التلوث يعتبر أحد مصادر أمراض السرطان، وأمراض الرئة بأنواعها المختلفة وحرم الإسلام الإجهاض والانتحار وقتل النفس البريئة فاكفى الطب التدخل في هذا الحقل الذي يستنزف طاقات المؤسسة الصحية. وأوجب الإسلام التزكية الشرعية ووضع شروط للصيد والذبابة، وهذا الواجب جنب النظام الصحي العديد من الأمراض المتعلقة بالقلب وجريان الدورة الدموية⁽¹⁾ .

ولا ريب أن الاطمئنان النفسي والراحة الشعورية التي ينزلها النظام الإسلامي على قلوب الأفراد من حيث محو نسبة الجرائم والاعتداءات والسرقات يساهم بشكل فعال في إزالة الأرق والقلق النفسي والقرحة والأمراض العقلية التي يعاني منها أفراد الحضارة الحديثة.

1 بتاريخ 20/8/2004 م موقع الشبكة <http://raped.net/books/olom.quran/nazaria/no7.html> (1)

مقدمة

الحمد لله الذي هدانا لنعمة الإسلام، وأحل لنا الطيبات وحرم علينا الخبائث، والصلاة والسلام على رسولنا محمد ﷺ، القدوة الحسنة، الذي نظم حياة الأمة وأخذ بيد البشرية على سبيل الخير والرشاد، وعلى آله وصحبه وسلم، الذي تمسكوا بهدى الرسالة فطبّقوا مبادئ الدين، فجعلوه نظاماً يحقق للمجتمع الإسلامي ما يصبوا إليه من سعادة وعدل.

وبعد: فهذا البحث اقتصاديات الصحة بين الاقتصاد الوضعي والإسلامي، ويهدف بالدرجة الأولى إلى تخليص الفرد من المرض، وتمكينه من العودة إلى حالة السلامة والصحة وبالتالي إلى عجلة الإنتاج وإن مفهوم الصحة ينصرف إلى حالة السلامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد، ويرتبط المستوى الصحي للفرد بحالة المسكن ومستوى التعليم ومستوى الغذاء وتنوع مستوى نظافة البيئة ومستواه الاقتصادي، وإن عناية الإسلام بالصحة لم تكن أقل من عنايته بالعلم، ذلك أن الإسلام يبنى أحكامه متوائمة مع الواقع، والواقع أنه لا علم إلا بالصحة، ولا مال إلا بالصحة، ولا عمل إلا بالصحة، ولا جهاد إلا بالصحة، والصحة رأس مال الإنسان وأساس خيره وهنائه .

وتعتبر نشأت الإسهامات الفكرية في مجال اقتصاديات الصحة مع بداية مولد علم الاقتصاد نفسه، لدرجة أن الاقتصاديين الغربيين يعدون آدم سميث من الاقتصاديين المتخصصين في "اقتصاديات الصحة" (1) .

(1) د. طلعت الدمرداش، اقتصاديات الصحة والتنمية (بحث غير منشور) كلية التجارة جامعة الزقازيق

وتمثل اقتصاديات الصحة أحد فروع علم الاقتصاد، ويمكن أن يعد فرع من فروع الاقتصاد التطبيقي، وتهتم اقتصاديات الصحة بدراسة وتحليل جانب العرض أو جانب الإنتاج للصحة كمنتج نهائي يستخدم موارد اقتصادية عديدة، وتحليل جانب الطلب على الصحة، ومدخلاتها وكذلك تحليل أطر التمويل والإنفاق، واقتصاديات الأطر المؤسسة المنتجة للصحة، وتحليل جوانب الكفاءة الاقتصادية في أسواق إنتاج الصحة.

والاقتصاد الوضعي يتخذ مسلكاً أساسه مادي بحث وقائم على أساس قوانين وضعية من صنع البشر لا تأخذ في اعتبارها إلا المصالح الدنيوية ولذلك فإن كل أهدافها تصب في وعاء واحد إلا وهو تحقيق أقصى إشباع أو عائد دنيوي ولا مكان في هذا الوعاء للمصالح الأخروية، أما الاقتصاد الإسلامي فإنه يستمد ترتيباته وتنظيماته من القانون السماوي المتمثل في منهج الشريعة الإسلامية والتي تحمل في طياتها مصالح الدنيا والآخرة (دين ودنيا)، والتي تعتبر صالحة لكل زمان ومكان، لا يأتيناها الباطل مهما طال الزمان، وكيف لا تكون كذلك وهي من صنع رب العالمين⁽¹⁾ ﴿الَّذِي أَحْسَنَ كُلَّ شَيْءٍ خَلَقَهُ، وَبَدَأَ خَلْقَ الْإِنْسَانِ مِنْ طِينٍ ﴿٧﴾ ثُمَّ جَعَلَ نَسْلَهُ مِنْ سُلالَةٍ مِنْ مَاءٍ مَّهِينٍ ﴿٨﴾﴾ [سورة السجدة 7: 8].

ولكن ماذا تعنى اقتصاديات الصحة بين الاقتصاد الوضعي والإسلامي هل تعنى الهواء الذي نستنشق، والماء الذي نشربه، والطعام الذي نأكله، أم أنها تعنى عادات النوم والحركة والنشاط والألم والحزن والسعادة وطريقة تناول الأشياء، أم أنها تعنى تلك الأهداف الصحية من حماية البيئة وتجنب التلوث، والارتقاء بالصحة، والوقاية من الأمراض ومكافحتها

(1) محمد عبد المنعم عفر، د. أحمد فؤاد، التحليل الاقتصادي الجزئي بين الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي، مؤسسة شباب الجامعة - الإسكندرية، 1999م، ص 2.

والتشخيص المبكر للأمراض والعلاج الناجح وتأهيل المعاقين، والمساهمة في توفير الخدمات الصحية، أم أنها تعنى السلوكيات الشخصية والعادات والتقاليد المجتمعية سواء المكتسبة أو الفطرية، أم أنها تعنى تلك الخدمات الصحية من عيادات طبية خاصة ومستشفيات حكومية عامة، ومعامل تحاليل ومراكز أشعة، أم أنها تعنى سوق العمل من الأطباء والمرضات وسوق المعدات والأجهزة الطبية وسوق الأدوية والخدمات الصيدلانية.

أم أن اقتصاديات الصحة تنحصر في دراسة انعكاسات الحالة الاقتصادية للمجتمعات كالفقر وسوء التغذية والتكدس السكاني وعدم توافر مياه الشرب ونقص الموارد والتوتر العصبي المصاحب لهذا العصر والأسباب الوراثية المسببة للأمراض أم أنها تعنى دراسة الآثار المترتبة على المشكلات الصحية كالأمراض الاجتماعية الخطيرة وانتشار الضعيف والجوع والبطالة، وارتفاع التكلفة المادية وانخفاض الإنتاجية، وضعف الأداء الإداري، ركود النشاط الاقتصادي، أم أنها تعنى تلك الأمراض والمخاطرة الصحية "وكيفية الحد من خطورتها وعدم انتشارها، أم أنها تعنى بمدى تغطية مظلة التأمين الصحي في المجتمع ومدى حصول كل فرد على الرعاية الصحية، أم أنها تعنى إمكانية الموارد المتاحة وطريقة استخدامها وتوزيعها بشكل عادل لتحقيق أكثر إشباع ممكن للحاجات الإنسانية، ربما تمثل اقتصاديات الصحة كل هذا بل ربما تكون أكثر من ذلك في تلك الكنوز العظيمة والثروة الهائلة التي يمتلكها الإنسان ولم يحسن استغلالها ولم يدرك مكاسبها ويظلم فيها نفسه لقول رسول الله ﷺ نعمتان مغبون فيهما كثير من الناس: الصحة والفراغ. ذلك أن الصحة نعمة مغبون فيها كثير من الناس، فلا يدركون قيمتها ولا يستخرجون منافعها الكاملة الكامنة، ويظلمون فيها أنفسهم.

وبالرغم من أن التحليل الاقتصادي الجزئي الإسلامي يتسم بخصوصيته وله أدواته الخاصة، إلا أنه لا يمكن إنكار أن هناك من أدوات التحليل الاقتصادي الجزئي الوضعي التي لا تتعارض مع منهج الشريعة الإسلامية، ومن ثم لا ضرر من استخدامها في مجال التحليل في الاقتصاد الإسلامي بعد التأكد من خلوها من الشوائب الوضعية التي تتعارض مع منهج الشريعة الإسلامية، وفي هذه الحالة تضاف إليها صفة الشرعية.

وعندما نتجه بالتحليل الاقتصادي لأسواق الخدمات الصحية (على اعتبار أنى جزء من اقتصاديات الصحة) التي تتكون من مجموعات ثلاث هي مستهلكي الخدمات الصحية (جانب الطلب) - أو منتجي الخدمات الصحية (جانب العرض) أو عارض الموارد - عوامل اقتصادية تستلزم الدراسة والتحليل الاقتصادي حتى يمكن تفهم الطبيعة الخاصة ورسوم الخدمات الصحية في إطار التحليل الاقتصادي التي تنتجها النظرية الاقتصادية بمستواها الجزئي والكلّي.

وبعد: لابد أن ندرك أن الوقاية والعلاج والحفاظ على الصحة أغلى ما خلق الله للإنسان، بل هي جزء أساسي لاختلاف الإنسان في الأرض، حتى يقوم بدوره في الحياة بالسلوك القويم والإيمان وعمارة الأرض بالعمل والإنتاج، وندرك ذلك أيضا من أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي في مجال التطبيق في الحضارة الإسلامية في المؤسسات العلاجية "البيمارستانات".

أهداف البحث:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

1- تحديد السياسات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي.

2- تحديد المشكلات الصحية الاقتصادية في المجتمع الإسلامي، ومعرفة موقف الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي من هذه المشكلات وكيفية مواجهتها، مع توضيح ما هنالك من جوانب اتفاق واختلاف.

3- التوصل إلى بعض أساليب الوقاية والعلاج التي تساهم في تقرير انسب إجراء لتعزيز المعيشة الصحية ورفاهية المجتمع الإسلامي.

أهمية البحث:

1- يفيد تحديد السياسات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي في تحديد مفهوم الصحة، وتحديد الأهداف الصحية، وإبراز صور من التحليل الاقتصادي المتعلق بالعرض والطب، والإنفاق والتمويل، والتأمين الصحي، وإتاحة الخدمات بشكل عادل، وعدم حرمان أي شخص من العلاج.

2- يفيد في التعرف على الأمراض، التي هي إحدى المشكلات الصحية الإنسانية الكبرى، والتي أضنت البشرية بها بين ثلاث (الفقر والجهل والمرض) ومن ثم يمكن التغلب عليها.

3- ندرة الإسهامات الفكرية في مجال اقتصاديات الصحة في الاقتصاد الإسلامي، وقلة هذه الإسهامات الفكرية والبحثية باللغة العربية في مجال الاقتصاد الوضعي.

منهج البحث:

تعتمد الدراسة على المنهج الاستنباطي وذلك من خلال استنتاج أحكام الشريعة الإسلامية من الآيات القرآنية الأحاديث النبوية الشريفة، واجتهاد المفكرين الإسلامية وكذلك المنهج الاستقرائي وذلك باستقراء لبعض المؤسسات العلاجية في الحضارة الإسلامية واستخدام أساليب التحليل

الاقتصادي حتى يمكن معالجة وتفهم الطبيعية الخاصة للمؤثرات الصحية في إطار أدوار التحليل الاقتصادي التي تنتجها النظرية الاقتصادية بمستواها الجزئي والكلّي في معالجة المشكلات الصحية للمجتمع.

خطة الدراسة:

وقد جاءت هذه الدراسة في ثلاثة أبواب، يحتوى كل باب على ثلاثة فصول:

نستعرض في الباب الأول: دراسة تحليلية للسياسات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي، وذلك من خلال ثلاثة فصول:

الفصل الأول: فلسفة وأهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي وذلك من خلال عرض مفهوم الصحة وعرض مفهوم اقتصاديات الصحة من وجهات نظر متعددة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي للتوصل إلى منهج إجرائي تتبناه الدراسة.

ونستعرض في الفصل الثاني "الأهداف الصحية" وذلك من خلال استعراض هذه الأهداف في الاقتصاد الوضعي والإسلامي للتوصل إلى إمكانية إقامة المجتمع الصحيح البنية المنبع ضد الأمراض.

ونتناول في الفصل الثالث: صور من التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية وذلك من خلال تحليل الطلب على الخدمات الصحية ومحدداته كحالة خاصة، ودراسة خصائص ومرونة الطلب على الخدمات الصحية، وعرض المنتج من الخدمات الصحية، واستعراض لأبرز نظريات الطلب في مجال الخدمات الصحية (نظرية الطلب المحفوز بالعرض)، ودراسة الطلب والعرض في الاقتصاد الإسلامي، ثم الاعتبارات التي يجب مراعاتها في تحليل الطلب والعرض للخدمات الصحية ثم نتناول دراسة الإنفاق والتمويل لخدمات الصحية وذلك من خلال عرض تحليلي للبيانات الإحصائية للإنفاق

على القطاع الصحي في الدول المتقدمة والنامية، ومدى مساهمة الإنفاق الصحي كأحد المؤشرات في تحسين الصحة ودراسة الجوانب المتعلقة بالتمويل الصحي ومدى توفير الموارد الرأسمالية اللازمة للخدمات الصحية ثم عرض نماذج التأمين الصحي من خلال تجارب بعض الدول كالمملكة المتحدة وأمريكا ومصر.

وفى الباب الثاني: دراسة المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي كالآتي وذلك من خلال ثلاثة فصول نستعرض في **الفصل الأول:** أسباب ودوافع المشكلات الصحية والتحليل الاقتصادي لهذه الأسباب ووجهة نظر الإسلام تجاه هذه الأسباب.

وفى الفصل الثاني: الآثار المترتبة على المشكلات الصحية وذلك من خلال عرض هذه الآثار بالدراسة والتحليل الاقتصادي ومفهوم الإسلام فيها ونتعرف في الفصل الثالث على "الأمراض" هي إحدى المشكلات الصحية الإنسانية الكبرى وذلك من خلال استعراض لأنواع الأمراض الوافدة والمستوطنة، ونظرة الإسلام للمرض والمريض وعرض إحصائي للمخاطر الصحية في العالم.

وفى الباب الثالث: أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والإسلامي وذلك من خلال ثلاثة فصول ففي **الفصل الأول** أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي وذلك من خلال إبراز الأساليب المختلفة للوقاية والعلاج ومدى مساهمة المستشفيات الحديثة في الوقاية والعلاج وفى **الفصل الثاني** أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي وذلك من خلال رؤية القرآن الكريم والطب النبوي التي أرسى

قواعده ﷺ منذ أربعة عشر قرناً وفي الفصل الثالث:
أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي في مجال
التطبيق وذلك من خلال المؤسسات العلاجية في الحضارة
الإسلامية (البيمارستانات).

الباب الأول

دراسة تحليلية للسياسات الصحية

في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

تولى الدول الإسلامية وغير ها من دول العالم اهتمامات كبيرة تجاه الصحة، بحيث يتمتع كل مواطن بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة وتمكنه من الحياة الطيبة الاقتصادية المنتجة وما يرتبط ذلك من أهداف صحية مكملتها منها حماية البيئة وتجنب التلوث والارتقاء بالصحة الوقائية من الأمراض ومكافحتها والتشخيص المبكر للأمراض، وتأهيل المعاقين والمساهمة في توفير الخدمات الصحية.

ولكي تتحقق هذه الأهداف فإنها تحتاج إلى سياسات واستراتيجيات ترعى القيم المتأصلة في المجتمع، من حيث تحقيق مفهوم الصحة كما عرفها العلماء المسلمون منذ عشرة قرون، وحثت على الحفاظ وعدم التفريط فيها الشريعة الإسلامية، وكما عرفها العلماء المعاصرون وشجع عليها الكثير من الدول والشعوب والأخذ في تحقيقها وصولاً إلى أهمية الصحة كقيمة في حد ذاتها، على أن يساهم بنصيب وافر في النمو الاقتصادي ومنطلق للتنمية الاقتصادية وتقدم المجتمع ورفاهيته، وذلك باستغلال موارده بأقصى طاقة ممكنة.

- وتقوم السياسات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي، على أن الإنسان هو هدف في رفع المستوى الاقتصادي. وذلك بترقيته حياته ورفع

مستواه الصحي، وتقليل معاناته، بصيانة حقوقه الصحية وتوفير حاجاته الأساسية والتأهيلية مركزة على.

- تعزيز السلوك الدائم للصحة وإزالة العوامل والمحددات المؤثرة سلباً على الصحة سواء كانت بيئة أو اقتصادية أو اجتماعية أو سلوكية وصولاً لسياسات صحية فاعلة.

- إن اقتصاديات الصحة تمكن من تحليل السياسات الصحية المتعلقة بالعرض والطب بالنظر إلى إمكانيات المواطنين وإتاحة الخدمات بشكل عادل، وتساعد على صنع القرار والأخذ بالبرامج الصحية الأكثر كفاءة وعدل.

- وتمكن من التحليل الاقتصادي للتمويل والأنفاق على الخدمات الصحية، وإيجاد العلاقة بينهم، فإن توفر التمويل الجيد من مصادرة المعتمدة، ووافقه الأنفاق الجيد على الموارد الصحية، فإن تحسن الرعاية الصحية تساهم في تحسن مستوى الصحة ورفع مستواها وبالتالي زيادة الإنتاج، وزيادة متوسط الأعمار في المجتمع.

- كما أن اقتصاديات الصحة المبنية على العدالة والتأكيد على مساهمة المواطنين في تمويل الخدمات الصحية مع مراعاة التكامل الاجتماعي بين فئات المجتمع وتشجيع مؤسسات التأمين الصحي العامة والخاصة مع التأكيد على عدم حرمان أي شخص من العلاج لأسباب اقتصادية أو اجتماعية.

- التزام الدولة بتحمل العبء الأكبر من الخدمات الصحية العامة خاصة خدمات صحة البيئة والوقاية من الأمراض ودعم تعزيز الصحة.

- تشجيع القطاع الخاص للاضطلاع بدور أكبر في تنمية وتقديم الخدمات الصحية وتشجيع الاستثمار في القطاع الخاص في مجالات الصحة العامة.

- وتعتبر مزايا ونقاط قوة الخدمات الصحية من أهم الوسائل المستخدمة لتحقيق الأهداف المرجوة في المجتمعات.
- وبناء على ما سبق سيتم التعرض لفلسفة وأهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي في الفصل الأول ثم الأهداف الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي في الفصل الثاني ثم صور من التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي ومزايا وعيوب القطاع الصحي في مصر في الفصل الثالث.

الفصل الأول

فلسفة وأهمية الصحة في الاقتصاد

الوضعي والإسلامي

الإسلام دين كامل للأفراد والجماعات والدول والشعوب، ومنهج حياة شامل للبشرية جمعاء، وتبيننا لكل شيء، حث على النظافة، وأحل الطيبات وحرم الخبائث فكانت أوامره ونواهيه وأحكامه شريعة ومنهاجاً، فملت حياة المسلمين حركة، ونشاطاً، وسعيًا وجهاداً، نفساً وروحاً، وقلبا وعقلاً، وفكراً ومعنى، فجابوا الأرض شرقاً وغرباً، رافعين راية لا إله إلا الله محمد رسول الله، ولولا سلامة أجسادهم وقوة أبدانهم، وصلابة عقيدتهم ما خرج الإسلام من الجزيرة العربية .

فكانت فلسفة الصحة التي تحلوا بها، من خلال تطبيقهم لأوامر دينهم عاملاً اقتصادياً فعالاً في حياتهم من حيث الوفرة والسعة، في الغزوات والفتوحات بمعنويات عالية، جهاداً في سبيل الله .

وقديماً قالوا: "الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى ولما كانت الصحة تاج الإنسان، وأساس خيره وهوائه، ورفاهيته وعزه واثبات تواجده وحياته، فكانت أهمية الصحة تتمثل في الدور المباشر والفعال في زيادة التنمية الاقتصادية والبشرية للشعوب والمجتمعات .

ومما شجع الدول وساعد المنظمات الدولية وباحثوا اقتصاديات الصحة في المؤسسات الإنتاجية، والأبحاث العلمية في العالم، التي أثبتت نتائجها بأن تحسين الصحة يسرع بالنمو الاقتصادي، والنمو البشري، فكان من الأهمية بمكان محاولة وضع مفهوم لها، وإيجاد تعريفاً للصحة يساعد على تحقيقه للأفراد والجماعات .

ويتم دراسة هذا الفصل من خلال مبحثان:

المبحث الأول: مفهوم الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي .

المبحث الثاني: أهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي .

المبحث الأول

مفهوم الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

1-1 مفهوم الصحة في الاقتصاد الوضعي :

ولقد مرت محاولات عديدة خلال العصور التاريخية لتعريف الصحة في ظل ارتباطها بكل من المستوى الصحي للفرد، والمستوى الصحي للمجتمع، من أجل تعريف الصحة الشخصية، وصحة المجتمع، ومفاهيم كل منهما .

ففي العصر اليوناني القديم، كان مفهوم الصحة يتجه أساساً نحو الصحة الشخصية كمفهوم يهدف إلى تقوية صحة الفرد عن طريق الاهتمام بنظافته الشخصية⁽¹⁾، ثم اتجه مفهوم الصحة نحو مفهوم صحة البيئة وذلك في العصر الروماني، الذي تحولت اهتمامات الصحة العامة من الصحة الشخصية إلى صحة البيئة⁽²⁾ كمفهوم يهدف إلى حفظ وتحسين البيئة، والمشاكل البيئية التي تؤثر في الجماعات .

ولقد عهدنا الناس يعرفون الصحة بأنها انعدام المرض، كالذي يعرف الحياة بأنها انعدام الموت، فقد سبق أطباء الحضارة الإسلامية منذ قرون عديدة بتعريف الصحة .

وتعريف الصحة في اللغة العربية⁽²⁾: البريء من كل عيب أو ريب، فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض، وتعريف الصحة في البدن: هي حالة طبيعية تجرى أفعاله معها على المجرى الطبيعي، وعرف الطبيب الفقيه

(1) د. كمال عبد الحميد إسماعيل ، د. أبو العلا أحمد عبد الفتاح ، الثقافة الصحية للرياضيين ، دار الفكر العربي ، القاهرة 1422 هـ - 2001م ، ص 10

(2) د. إبراهيم مذكور ، المعجم المدرسي الوجيز ، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية ، القاهرة ، 1991م، ص 360

ابن رشد⁽³⁾. قبل ثمانمائة عام أي في القرن الثاني عشر الميلادي أن الصحة هي حالة في العضو بها يفعل الفعل الذي له بالطبع، أو ينفعل الانفعال الذي له.

وعرف ابن النفيس⁽¹⁾ قبل سبعمائة عام أي في القرن الثالث عشر الميلادي⁽²⁾: الصحة هيئة بدنية تكون الأفعال به لذاتها سليمة، والمرض هيئة مضادة لذلك .

وقال على بن العباس قبل ألف عام أي في القرن العاشر الميلادي: أن الصحة حالة البدن تتم بها الأفعال التي تجرى في المجرى الطبيعي . فالصحة عند العرب هي الأساس والمنطلق، والمرض هو الهيئة المضادة للصحة وقد اهتم الاقتصاديون الأوائل في القرن التاسع عشر بالصحة :- فقد أفرد الفريد مارشال (Marshall Alfred) 1890م في مؤلفه " مبادئ الاقتصاد " في الفصل الخامس من الكتاب الرابع لدراسة أثر الصحة على قوة السكان والثروة الاقتصادية تحت عنوان "The Health and strength of the population" وعرف الصحة بأنها القوة

(1) ابن رشد : هو الفيلسوف الإسلامي أبو الوليد محمد أحمد بن محمد بن رشد ، ولد بقرطبة سنة 1126م، ودرس الفلسفة والقانون والطب ، وشرح آثار أرسطو وتغلغل أفكاره الحرة في عقول الأوربيين إلى القرن السابع عشر واهم مؤلفاته (الكليات) ، ومما جاء فيه أن الجدري لا يصيب المريض مرتين ، كما وصف عمل شبكة العين . ولعل أهم آرائه الطبية إعلانه أن من اشتغل يعلم التشريح ازداد إيمانا بالله .

(2) ابن النفيس: هو علاء الدين بن أبي الحزم القرشي الملقب بـان النفيس (607 - 687هـ = 1207 - 1288م)، دمشقي المولد، قاهري الإقامة والنبوغ، ويعد اكتشافه الدورة الدموية الرئوية ، أعظم اكتشاف تشريحي، قام به العرب في عهدهم الأول ، ومن أهم أعماله كتابه (شرح تشريح القانون لابن سينا).

(3) ابن النفيس ، الوجيز في الطب ، تحقيق عبد الكريم الغريباوي ، مراجعة ، د. احمد عمار ، ط3 ، المجلس الأعلى للثئون الإسلامية ، القاهرة ، 1422هـ - 2001م ، ص 38 .

الجسدية (Physical) والقوة العقلية (Mental) والقوة المعنوية أو النفسية (Moral) للفرد⁽¹⁾.

وقد أكد الفريد مارشال هذه الحقيقة بقوله "أن الصحة والقوة البدنية والعقلية والمعنوية هي أساس الثروة الصناعية، كما أن العكس صحيح". لأن الأهمية الحقيقية للثروة المادية، تكمن في حقيقة أنها عندما تستخدم بحكمة، تؤدي إلى زيادة الصحة والقوة البدنية والعقلية والمعنوية للجنس البشري، وقد أثبتت الخبرة التاريخية للأمم صحة هذا القول .

وفي القرن العشرين تضمن مفهوم الصحة كثيرًا من المتغيرات الصحية المرتبطة بالفرد، والتي يأتي في مقدمتها، التغذية، والنظافة، والنوم، والراحة وممارسة الأنشطة الرياضية ومن هذا المنطلق عرف ونسلر (Weinslar) عام 1920م الصحة العامة بأنها العلم والفن الذي يهتم بالفرد أو المجتمع من خلال ثلاثة أهداف رئيسية هي :- مكافحة الأمراض، تحسين الصحة والقدرة، إطالة العمر الزمني⁽²⁾ .

وفي تعريف آخر للصحة: هي خلو الجسم من الأمراض، أو أنها هي سلامة أجهزة الجسم، والمرض هو الخلل في هذه الأجهزة، أى أن الصحة هي حالة من الكمال البدني والعقلي والاجتماعي⁽³⁾ .

(1) Alfred Marchall, Principles of Economiecs (london: the Macmillan Press etd- Eighth ed – eaw- priced: 1977) PP. 161-169 .

(2) د. كمال عبد الحميد إسماعيل، ابو العلا أحمد عبد الفتاح ، الثقافة الصحية للرياضيين ، مرجع سابق، ص 12

(3) موقع شبكة الإنترنت ، د. إبراهيم جميل بدران

File : \c : \ windows \ desk top \ بدران

ونظر إليها البعض: بأنها حالة من الرفاهية البدنية والذهنية والاقتصادية والاجتماعية وليست مجرد غياب المرض أو العجز، أي أن إشباع جميع حاجات الإنسان يؤدي إلى الصحة الجيدة⁽¹⁾ .

أما منظمة الصحة العالمية: ترى أنها حالة كاملة من السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية، لا مجرد الخلو من المرض، أو العجز، أو الضعف⁽²⁾ .

ويرى آخرون: أن الصحة حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وإن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه⁽³⁾ .

ويرى الكسيس كاريل: أنه يوجد نوعان من الصحة: صحة طبيعية، وصحة صناعية، ولقد أمد الطب العلمي الإنسان بالصحة الصناعية، والوقائية من معظم الأمراض المعدية. وهي هدية رائعة، ولكن الإنسان غير قانع بالصحة التي لا يوجد فيها المرض، وتعتمد على أغذية خاصة أو كيماويات ومستحضرات الاندوكرين والفيتامينات، والفحص الطبي الموسمي، وعناية المستشفيات والأطباء والمرضات، باهظة التكاليف، ... إنه بحاجة إلى الصحة الطبيعية التي تستمد من مقاومة الأمراض المعدية، وأمراض الانحلال، وتوازن جهازه العصبي يجب أن ينشأ بحيث يعيش دون أن

(1) د. على محمد المكاوي ، البيئة والصحة ، دراسة في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية 1995م ، ص 70 .

(2) د. نادية عمر ، العلاقات بين الأطباء والمرضى ، دراسة في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية - الإسكندرية 1993م ، ص 305 .

(3) د. عبد المحيى محمود حسن صالح ، الصحة العامة وصحة المجتمع ، (الأبعاد الاجتماعية والثقافية) ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2001م ، ص 17 .

يفكر في صحته، ولسوف يحقق الطب أعظم انتصاراته، حينما يكتشف وسيلة تجعل الجسم والعقل محصنين طبيعياً ضد الأمراض، والتعب والخوف، ويجب أن نحاول عند إعادة صنع الإنسان، إعطاءه الحرية والسعادة اللتين يتولدان من السلامة الكاملة للنشاط العضوي والعقلي⁽¹⁾ .

أي يتوقع الكسيس كاريل مستقبل يعيش فيه الإنسان، بصحة طبيعية بعيداً عن الأمراض، وبسلامة كاملة في نشاطه العضوي والعقلي، دون أن يفكر في صحته .

وعرفها البعض: بأنها صورة من صور الحياة الاجتماعية للمجتمع، تؤثر فيها ويتأثر بها، ولذلك نجد أن المستوى الصحي للمجتمع يتناسب مع مستواه الاجتماعي والاقتصادي⁽²⁾ .

ويرى آخرون: بأنها حق من الحقوق الأساسية لكل فرد في المجتمع، مما يتطلب وضع نظم رعاية صحية متكاملة، وحالة الصحة تكتمل بقدر سلامة البيئة المحيطة بالإنسان⁽³⁾ .

وتتعلق الصحة والمرض بالغنى والفقر، وليس حتماً أن يكون الفقير أكثر تعرضاً للمرض من الغنى، فالفقر قد يسبب المرض، بما يفرضه على الفقير من سوء التغذية أو سوء المسكن ويعد الكوليرا مرض الفقراء، ولكن الغنى أيضاً قد يكون سبباً للمرض بما يهيئ لصاحبه من إسراف في المأكول والمشرب واللهو⁽⁴⁾ .

(1) الكسيس كاريل ، الإنسان ذلك المجهول ، تعريب : شفيق سعد فريد ، مكتبة المعارف ، بيروت ، 198، ص 100 .

(2) د. نادية عمر ، العلاقة بين الأطباء والمرضى ، مرجع سابق ، ص 307 .

(3) تقرير المجالس القومية المتخصصة للخدمات والتنمية الاجتماعية ، الدورة التاسعة ، القاهرة ، 1989 ، ص 57

(4) د. حسين عبد المجيد رشوان ، المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض ، المكتب الجامعي ، الإسكندرية ، 1999 ، ص 82

ويرتبط الموت بالغنّى والفقر، فقد أجرى مسح في الولايات المتحدة الأمريكية تبين منه أن معدل الوفيات بين طوائف العمال غير المهرة يزيد عن معدلة بين العمال المهرة، ففي العائلات التي دخلها 500 دولار كان معدل الوفيات 186 حالة لكل 1000 مولود، وفي العائلات التي دخلها 3000 دولار فأكثر كان معدل الوفيات فيها 30 حالة لكل 1000 مولود⁽¹⁾

وعلى ذلك نلاحظ أنه توجد العديد من الاهتمامات بتعريف الصحة بغية الوصول إلى تحقيق هذا التعريف على أرض واقع الإنسان، وخلق الإنسان المكتمل في صحته، لأنه هو الذي يقع عليه مسئولية التنمية الاقتصادية والبشرية، وتطوير الحياة ورفقها فضلاً عن أن الصحة قيمة في حد ذاتها وهي أساس خير الإنسان وهنائه .

مفهوم اقتصاديات الصحة:

ويمكن تعريف اقتصاديات الصحة " بأنها أحد فروع علم الاقتصاد الذي يهتم بتطبيق قواعد النظرية الاقتصادية بمستوياتها الـ Micro والـ Macro في التحليل الاقتصادي للمشكلات والبرامج الصحية المختلفة، وإن كانت اقتصاديات الصحة ترتبط بعوامل اجتماعية وبيئية وسياسية، مما يبرر تطبيق قواعد الاقتصاد العام والاقتصاد الاجتماعي على اقتصاديات الصحة، ومن هذا المنطلق فقد ظهرت اتجاهات تعارض تطبيق قواعد النظرية الاقتصادية على إنتاج الخدمات الصحية، أو على إنتاج البرامج الصحية البديلة، مبررين ذلك بأن القضاء على المرض وتحسين المستوى

(1) نفس المرجع السابق ، ص 83

الصحي للسكان يعد من الحاجات الجديرة بالإشباع Merit Goods ويجب ألا تخضع قواعد إشباعها وإنتاجها لقواعد تحليل الربحية التجارية الفردية⁽¹⁾. ولكن هذا لا ينفي ما يمكن أن تقدمه تطبيقات قواعد النظرية الاقتصادية في مجال اقتصاديات الصحة، من إمكانية للمقارنة بين البرامج البديلة لتحسين المستوى الصحي للسكان للوصول إلى اختيار البرنامج أو البرامج التي تحقق هذا الهدف بأقل تكلفة اجتماعية ممكنة، ومن ثم تحديد أولويات تخصيص الموارد الاقتصادية بين استخداماتها البديلة داخل الاقتصاد القومي ككل وبين الاستخدامات البديلة للموارد داخل القطاع الصحي، بما يحقق الكفاءة الاقتصادية لاستخدام الموارد على المستوى القومي وعلى مستوى القطاع الصحي⁽²⁾.

وهناك من ينظر إلى اقتصاديات الصحة على أنها تحقق العملية الاستثمارية التي تقوم على استثمار بناء الإنسان وملاحظة المتغيرات التي تطرأ على نوعية الناس في النمو الاقتصادي، وهناك ثلاث وجهات نظر في ذلك⁽³⁾.

الأولى: ترى هذا الاستثمار في تكاليف تربية الطفل وتنمية القوى المنتجة.

والثانية: ترى هذا الاستثمار في إسهام برامج الصحة في المخرجات الاقتصادية الثانوية والنمو الاقتصادي.

الثالثة: ترى هذا الاستثمار في القيمة الحالية للعمل المستقبلي للبرامج الصحية التي تطبق في المجتمعات.

(1) د. طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الصحة والتنمية ، (مرجع سابق) ، ص3

(2) نفس المرجع السابق ، ص 3

(3) د. عاطف محمد شحاته ، مقدمة في تاريخ علم الاجتماع الطبي ، مكتبة الأنجلو المصرية ،

القاهرة، 1995، ص80

وعلى ذلك تهتم اقتصاديات الصحة بالجهود المستمرة في تنمية القدرات الإدارية للعاملين في المجال الصحي بما يحقق حسن استخدام الموارد الصحية ⁽¹⁾ وزيادة فعالية خدماتها الصحية.

وهناك من يرى أن اقتصاديات الصحة تعني العدالة في التوزيع، وعدم حرمان أي شخص من العلاج لأسباب اقتصادية أو اجتماعية أو غيرها، مع مراعاة التكافل الاجتماعي وتشجيع مؤسسات التأمين الصحي بدورها بين فئات المجتمع ⁽²⁾.

وترتبط اقتصاديات الصحة بالتنمية من خلال مفاهيم الحلقات المفرغة Vicious circles المفسرة للتخلف في الدول النامية، إذ أن كسر هذه الحلقات يؤدي إلى تحقيق التنمية، فإذا كان انخفاض المستوى الصحي للسكان يُفرغ إلى انخفاض الإنتاجية على المستوى الفردي، وانخفاض الإنتاج على المستوى الكلي فإن ذلك يُفرغ إلى انخفاض الدخل الفردي للسكان، ويفضي ذلك بالتالي إلى انخفاض المستوى الصحي مما يغذي حلقة جديدة... وهكذا، بل أن انخفاض مستوى الدخل الفردي في الحلقة الأولى لانخفاض المستوى الصحي سيؤدي إلى نقص الادخار، ومن ثم نقص الاستثمار، ثم انخفاض الناتج القومي الإجمالي، ويفضي ذلك إلى انخفاض الدخل الفردي مرة ثانية مما يغذي حلقة جديدة... وهكذا. في حين يترتب على كسر تلك الحلقة المفرغة في اقتصاديات الصحة في الدول النامية - بتبني برامج تؤدي إلى تحسين المستوى الصحي للسكان - زيادة الإنتاجية على المستوى الفردي وزيادة الإنتاج على المستوى الكلي، مما سيؤدي إلى

(1) الموارد الصحية : تتكون من :المراكز الصحية ، المستشفيات ، الأسرة ، معدل الأطباء، معدل الأسرة/ 10000 نسمة .

(2) موقع شبكة الإنترنت ، (السياسات الصحية لربع قرن) .
<http://www.suomalia.org/s-web/health20%stratgic2s-9-.htm>

زيادة متوسط نصيب الدخل الفردي للسكان، وسيترتب على ذلك زيادة المستوى الصحي والتعليمي، ومن ثم زيادة الإنتاجية مما يغذي حلقة جديدة... وهكذا، بل أن زيادة متوسط الدخل الفردي في الحلقة الأولى لتحسين المستوى الصحي للسكان سيؤدي إلى زيادة الادخار، ومن ثم زيادة الاستثمار ثم زيادة الناتج القومي، ويفضي ذلك إلى زيادة الدخل الفردي مرة ثانية مما يغذي حلقة جديدة... وهكذا (3) .

ومما يعزز اقتصاديات الصحة المعرفة، تلك المعرفة التي يستضاء بها في كل عملية اقتصادية، فهي تبين للاقتصاديات، وتوضح المبادلات، وتنقل المعلومات إلى الأسواق، والافتقار إلى المعرفة هو الذي يتسبب في انهيار الأسواق أو عدم قيامها أصلاً، وأن التنمية في منظور المعرفة يعزز من أهمية نظام التجارة المفتوح، والتعليم الأساسي الشامل، وتحسين الأحوال الصحية، كما يركز الاهتمام على الاحتياجات إلى التدريب العلمي والتقني، والبحث العلمي والتطوير لتسهيل تدفق المعلومات إلى الأسواق، كما أن تبني سياسات تزيد من كلا نوعي المعرفة: وهما الدراية الفنية، والمعرفة المتعلقة بالجودة، من شأنه أن يحسن حياة الشعوب من جوانب متعددة، بالإضافة إلى تحقيق دخل عال، فزيادة المعرفة بشئون التغذية، قد يعني صحة أفضل، حتى لمن ليس لديهم غير القليل للإنفاق على الطعام، والمعرفة بشأن كيفية الحيلولة دون انتقال مرض الإيدز، شأنها أن تنقذ الملايين من الأمراض الموهنة للصحة من الموت، وحوادث المرور مثلاً معروفة للجميع، ولكن الفرد الذي تعرض أو شاهد حادث مرور يكون أكثر حذراً في الطريق من غيره، كما أن الإنتاج الفعلي للصناعة الدوائية هو المعرفة، فحبة الدواء والوصفة الطبية لا تعدو أن تكون أكثر من مجموعة معرفية، كما أن برامج الإنماء الصغيرة

(1) د طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الصحة والتنمية مرجع سابق ، ص 4 .

جداً من شأنها أن تتيح للفقراء فرصة الاستثمار في مستقبل أفضل لهم ولأولادهم⁽¹⁾ .

لذلك فإن المعرفة تهيئ للناس أن يسيطروا على مقاديرهم، وأمورهم سيطرة أفضل، وللمعرفة تأثير على الصحة، مما يساعد في تحديد رفاهية الإنسان من خلال تأثيراته على الإنتاجية الاقتصادية، واستخدام التقنيات الجديدة، لتعزيز قدرة الناس خاصة في البلدان الأكثر فقراً، مما جعل الاستثمار في المعرفة والمهارة أمراً أجدر بالاهتمام⁽²⁾ .

1-2 مفهوم الصحة في الاقتصاد الإسلامي :

إن الرعاية الصحية ظاهرة في الدين الإسلامي، وهذا لا يعنى أن القرآن كتاب طب. ولكنه أشار إشارات صريحة إلى ما يهم الناس من هذا العلم وترك لهم مجال البحث فيما عدا ذلك. فقد أشار إلى أصول الطب الثلاثة، ومجامع قواعده: "أن قواعد طب الإنسان ثلاثة: حفظ الصحة، والحماية عن المؤذى، واستفراغ المواد الفاسدة"⁽¹⁾ فقال في آية الصوم ﴿...وَمَنْ كَانَ مَرِيضًا أَوْ عَلَى سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِنْ أَيَّامٍ أُخَرَ...﴾ [سورة البقرة: 185] فأباح الفطر للمريض لعذر المرض، وللمسافر طلباً لحفظ صحته وقوته عما يضعفها من مشاققة السفر .

وقال في آية الوضوء: ﴿...وَإِنْ كُنْتُمْ مَرْضَى أَوْ عَلَى سَفَرٍ أَوْ جَاءَ أَحَدٌ مِنْكُمْ مِنَ الْغَائِطِ أَوْ لَمَسْتُمُ النِّسَاءَ فَلَمْ يَجِدُوا مَاءً فَتَيَمَّمُوا صَعِيدًا طَيِّبًا...﴾ [سورة

(1) موقع شبكة الإنترنت ، القيمة الاقتصادية للمعرفة .

<http://www.swlul.met.sa/1999jaz/iul/23/9r/htm>

(2) بيبترداكا ، مجتمع ما بعد الرأسمالية ، ترجمة : صلاح بن معاذ معيون ، معهد الإدارة العامة ، الرياض 1422هـ ، 2001م ص 17 .

(3) حنيفة الخطيب ، الطب عند العرب ، الأهلية للنشر والتوزيع ، بيروت ، 1988 ، ص 15 .

المائدة:6] فأباح للمريض العدول عن الماء إلى التراب، حمية أن يصيب جسده ما يؤذيه وهذا تنبيه على الحمية عن كل مؤذ له داخل أو خارج⁽¹⁾ .
وأما عن استفراغ المواد الفاسدة فقال في آية الحج ﴿...فَمَنْ كَانَ مِنْكُمْ مَّرِيضًا أَوْ بِهِ أَذًى مِّن رَّأْسِهِ فَفِدْيَةٌ مِّن صِيَامٍ أَوْ صَدَقَةٍ أَوْ سُلْكٍ...﴾ [سورة البقرة:196] .
فأباح للمريض ومن به أذى من رأسه، أن يخلق رأسه في الإحرام استفراغاً للمادة التي أوجبت له الأذى، ويقاس على هذا الاستفراغ كل استفراغ يؤدي انحباسه⁽²⁾ .

وقد تجمعت تعاليم حفظ الصحة ورعايتها في مجموعة من الأحاديث النبوية الشريفة التي أمرت بالمحافظة على الجسم والعقل، ولما أراد الله لعمر بن الخطاب الخير فدخل في الإسلام واعتز الإسلام بإسلامه، ولذلك لقب بالفاروق، لأنه بإسلامه خبره عنه ، فرق بين الحق والباطل " لقوته وصلابته"⁽³⁾ .
وحرم الإسلام كل ما هو ضار للبدن ومجلب الأمراض كالخمر وأكل الميتة، ولحم الخنزير، ولحم الكلب، ولحوم الحيوانات المفترسة، وممارسة الزنا، واللواط، والعادة السرية، والمساحقة⁽⁴⁾ الخ .
ونهى عن كل ما يضر الناس في صحتهم من تلويث الطريق، ومصادر المياه، حتى لا تنتشر الأمراض وتتفشى الأوبئة في المجتمع الإسلامي قال ﷺ: اتقوا الملاعن الثلاث: التبول في الماء، وقارعة الطريق، والظل⁽⁵⁾ .

(1) ابن قيم الجوزية ، الطب النبوي، دار الكتب العلمية ، بيروت ، 1903 – 1983 ، ص 6 .

(2) ابن قيم الجوزية ، الطب النبوي ،مرجع سابق ، ص 2- 48 3 ، 102 .

(3) منبر الإسلام ،مطابع الأزهر ، القاهرة ، فبراير 2002 ، ص 58 .

(4) موقع شبكة الإنترنت (العناية الجسمية في الإسلام)

[http:// www.balagh.com/deen/uhI2ifji.htm](http://www.balagh.com/deen/uhI2ifji.htm)

(5) أخرجه مسلم في صحيحة ، ج1 ، ص 227- ح 269 .

وأمر الإسلام بطهارة الثوب قال تعالى ﴿وَيَبَاكَ فَطَهِّرْ﴾ [سورة المدثر: 4] ،
 والمحافظة على غطاء الطعام والشراب، ورغب في رياضة الأبدان، وشجع
 الإسلام على تربية الأولاد في الصغر قال ﷺ مروا أولادكم بالصلاة لسبع
 وأضربوهم عليها لعشر وفرقوا بينهم في المضاجع⁽¹⁾
 وأمر الإسلام بالعناية بصحة الفم فيما روى عن الرسول ﷺ "السواك
 مطهرة للفم مرضاة لرب"⁽²⁾.

وللمحافظة على سلامة صحة الإنسان قال رسول الله ﷺ " صوموا
 تصحوا"⁽³⁾، وقال أيضا " المعدة حوض البدن والعروق إليها واردة، فإذا
 صحت المعدة صدرت العروق بالصحة، وإذا فسدت المعدة صدرت العروق
 بالسقم"⁽⁴⁾، وقال ﷺ بحسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه فإن كان لا محالة -
 فاعلاً - فنثث لطعامه ونثث لشرابه ونثث لنفسه"⁽⁵⁾، ويقول ﷺ " نحن قوم
 لا نأكل حتى نجوع وإذا أكلنا لا نشبع"⁽⁶⁾. هذه الأحاديث تدل على حفظ
 الصحة وتشرح الآية الكريمة " وكلوا واشربوا ولا تسرفوا"⁽⁵⁾، وقال ﷺ:
 "من بات أمنا في سربه، معافاً في بدنه، عنده قوت يومه فكأنما حيزت له
 الدنيا بحذافيرها"⁽⁷⁾ متفق عليه. ففي هذا الحديث الشريف يحدد الرسول ﷺ
 مقومات الحياة البشرية الصحية الطيبة في ثلاثة هي :- الحياة الآمنة وهى

-
- (1) أخرجه الدارقطنى فى سننه ج1، ص230 ، ح 2 .
 - (2) أخرجه الدرামী فى سننه ، ج1 ، ص 184 ، ح 8312 .
 - (3) أخرجه الطبرانى فى معجمه الأوسط ، ج8 ، ص174 ، ح8312 .
 - (4) أخرجه الطبرانى فى معجمه الأوسط ، ج4 ، ص329 ، ح4343 .
 - (5) أخرجه ابن حبان فى صحيحة ، ج2 ، ص 450 ، ح674 .
 - (6) عندما أهدى المقوقس (ملك مصر) إلى النبي صلى الله عليه وسلم : ماريه القبطية وبغله وطبيب ، فرد
 النبي صلى الله عليه وسلم الطبيب وقالها .
 - (7) أخرجه البخاري فى الأدب المقرر ، ج1 ، ص 113 ، ح 300 .

أما في سربه، والقوة البدنية معافاً في بدنه، والأمن الغذائي عنده قوت يومه⁽¹⁾ .

مما سبق نستنتج أن الإسلام حثنا على العناية بصحة الجسم والعقل والنفس، ونظافة الملابس والمكان، والوقاية من الأمراض، استجابة لطاعة الله سبحانه فيما أحل وفيما حرم. فأى سلوك صحي أرقى من هذا الذي يطلبه رسول الله ﷺ منذ أكثر من أربعة عشر قرناً .

وقد اهتم العرب بالصحة، وحرصوا على وضع القواعد التي تكفل العافية، وتحول دون الوقوع في المرض⁽²⁾. ومعرفة الوسط الذي يعيش فيه الإنسان كما يبدو في الهواء الذي يستنشق، والغذاء الذي يطعمه، والماء الذي يشربه، والمسكن الذي يقيم فيه، والعمل الذي يقتات منه، بل كان بين أطباء العرب من أضافوا ضرورة الاهتمام بالحالات النفسية التي تتمثل في الخوف، والغضب والحزن، والفرح، واليأس، والأمل و..... وغيرها من انفعالات لها تأثيرها البالغ في صحة الإنسان ومرضه .

وكثرت مؤلفات العرب في المحافظة على الصحة، واثقاء الأمراض. فكتب الرازي⁽³⁾ كتابه (منافع الأغذية ومضارها)، وخصص تلميذه (على بن عباس)⁽⁴⁾ في كتابه (الكامل في الصناعة الطبية) واحد وثلاثين فصلاً في علم الصحة، تحدث فيها عن حفظ الصحة وتدابيرها بالرياضة والاستحمام

(1) مجلة الاقتصاد الإسلامي ، الإمارات ، العدد 105 ، شعبان 1410هـ - 1990م ، ص 34- 35 .

(2) د. توفيق الطويل، في تراثنا العربي الإسلامي ، عالم المعرفة ، الكويت ، 1405 - 1985 ، ص 98 .

(3) أبو بكر بن زكريا الرازي : (865 - 925) ، مسلم فارس ولد في الري، قرب طهران وهو من اعظم الأطباء المسلمين في كل الأزمان وأكثرهم إنتاجاً وابتكاراً درس في بغداد ، وهو طبيب وكيميائي وفيلسوف مسلم ، ظل حجة في الطب حتى القرن السابع عشر ، اعظم كتبة (الحاوي) وهو اكبر موسوعة طبية عربية .

(4) على بن عباس : ولد بالأهواز بفارس ، وهو طبيب فارسي الأصل بلغ شهرة عظيمة ، وأهم مؤلفاته كتاب (الملكي)، الذي وضعه للخليفة عضد الدولة ، وهو مجموعة شاملة في الطب النظري والعملي، يقع في عشرين جزءاً ترجم إلى اللاتينية مرتين، في عام 1492م في فينسيا و1523 في ليون .

والغذاء والشراب، ولم يفوته أن يتحدث عن الأمراض النفسية وغيرها. عما يدخل في علم الصحة⁽¹⁾

وزاد ابن سينا⁽²⁾ فعرض في كتابه (القانون في الطب) الحديث عن اختيار المرضعة، والوقاية من حرارة الشمس، وعوامل البيئة والطقس من تربة وغذاء وشراب وغير ذلك⁽³⁾.

وفي مقدمة ابن خلدون نجد الحديث عن أهمية الهواء، والغذاء، ومكانهما من حياة البدو، وسكان الحضر، فقال إن مرد الأمراض في أغلب الحالات إلى التغذية وهى التي تصيب أهل الحضر والأمصار أكثر مما تصيب أهل البدو، وذلك لخصب عيشهم، وكثرة مأكلمهم، وتنوع أصنافها، أما أهل البدو فيغلب عليهم الجوع، وطعامهم يكاد يخلو من الدسم، وهواءهم نقي ويكثر من الحركة مما يساعد في تحسن أحوالهم الصحية⁽⁴⁾.

لقد سبق الإسلام غيره في التأكيد على أهمية إنتاج الصحة والعناصر التي تدخل في إنتاجها. فحث الإسلام على التغذية الحسنة، وأكل الطيبات من الرزق، وأحل الطيبات وحرم الخبائث، وأمر بنظافة البيئة، والوقاية من الأمراض، والمسكن النظيف، وحث على التعليم من المهد إلى اللحد، وأمر بالعمل وطلب الرزق: ﴿...فَامْشُوا فِي مَنَاكِبِهَا وَكُلُوا مِن رِّزْقِهِ...﴾ [سورة الملوك: 15] وحثنا على السعي وأمرنا أن نتخذ من الليل لباساً للنوم والراحة، والنهار

(1) د. توفيق الطويل ، فى تراثنا العربى الإسلامى ، مرجع السابق ، ص 99 .

(2) ابن سينا : أبو على الحسينى بن عبد الله بن سينا ، ولد عام 980م - 370هـ ، قرب بخارى ، هو أمام العلوم الذى لقب بعدة ألقاب و اوصاف منها الشيخ الرئيس وهو فيلسوف وطبيب مسلم ، كان حجة فى الطب والرياضة والفلسفة ، وظل ابن سينا اعظم عالم فى الطب إلى القرن السابع عشر ، وكان لمؤلفاته اعظم التأثير فى أوروبا وكانت أهم ما يدرس فى جامعاتها لعدة قرون، واشهر كتبه (القانون فى الطب) عاش حياه - حافلة ومات وعمره 57 سنة .

(3) ابن سينا ، القانون فى الطب ، مطبعة بولاق ، القاهرة ، 1294هـ ، ص 310 .

(4) مقدمة ابن خلدون ، د7 ، دار القلم ، بيروت ، 1409هـ - 1989م ، ص 292 - 293 .

معاشاً سعياً وراء الرزق، وقال ﷺ: " وخيركم من أكل من عمل يديه، وأن نبي الله داود كان يأكل من عمل يديه " وأمر باجتنب العادات السيئة، وحرّم كل ما يجلب التعب والمشقة للنفس فأعطى كل ذي حق حقه.

أضف إلى ذلك، أن الإسلام هو الدين الإلهي، وتعاليمه معلقة بالسماء، والعمل الصالح يرفعه، ومعلق بالآخرة، بالثواب والعقاب من الله ﷻ، فكان العمل فيه نية وجهاد حتى ينال ثواب الله العظيم، ويحفظ عليه صحته، فلا يبددها، ولا يضيعها، ولا يفرط فيها، وتكون له عوناً على أمور الدنيا والآخرة لأنه يسأل عنها يوم القيامة، ﴿ثُمَّ لَتُسْأَلُنَّ يَوْمَئِذٍ عَنِ النَّعِيمِ﴾ (٨) [سورة التكاثر:8] ، وقالوا أن النعيم هو الصحة، وكان الثواب على الصحة، إذا حافظ عليها واستخدمها استخداماً صحيحاً كانت هناؤه في الدنيا والآخرة . وقد فطن إلى هذا المعنى مؤلفوا العرب في عصورهم الوسطى (1) فكان الطب عندهم وقائياً يستهدف حفظ الصحة، وعلاجياً بقصد شفاء المرض، والوقائي أجل من العلاجي وأكثر نفعاً، لأن الصحة في الأصحاء موجودة، وفي المريض معدومة، والمحافظة على الموجود أجل من طلب المفقود .

وقد وضع الإسلام مؤشرات صحية قد تكلف الإنسان الكثير إذا لم يحافظ عليها: الميزان الصحي: نجد أن الله ﷻ يتحدث عن هذا الميزان الذي وضعه في طبيعة هذا الكون بمختلف منظوماته ومنها الإنسان قال تعالى: ﴿وَالسَّمَاءَ رَفَعَهَا وَوَضَعَ الْمِيزَانَ ﴿٧﴾ أَلَّا تَطْغَوْا فِي الْمِيزَانِ ﴿٨﴾ وَأَقِيمُوا الْوَزْنَ بِالْقِسْطِ وَلَا تُخْسِرُوا الْمِيزَانَ ﴿٩﴾﴾ [سورة الرحمن:9] فلفت سبحانه النظر إلى هذا التوازن الذي ينظم كل شيء، وفيه أن أي انحراف أيا كان اتجاهه، طغياناً كان

(1) د. توفيق الطويل ، في تراثنا العربي الإسلامي ، مرجع سابق ، ص 97 .

أم إفساراً، يمكن أن يخل بهذا الميزان ويفضي إلى أسوأ العواقب، قال تعالى:
﴿... يَأْتِيهَا النَّاسُ إِنَّمَا بَغْيُكُمْ عَلَيْكُمْ أَنْفُسُكُمْ...﴾ [سورة يونس: 23]

الرصيد الصحي: وهذا ينطلق في الأساس من قول النبي ﷺ فيما رواه البخاري عن ابن حجر " وخذ من صحتك لمرضك " (5) هذا الحديث عن رصيد صحي يحافظ عليه المرء وينميهِ: ليستعين به على محاربة المرض، فالمرض كما تقدم إخلال بالميزان الصحي، ومنع اختلاله واستعادة التوازن الصحي بالمحافظة على الميزان الصحي. ومنع اختلاله واستعادة التوازن الصحي كلما اختل، ولن يأتي ذلك ما لم يكن لدى الإنسان مثل هذا الرصيد الصحي الذي يستعين به ويتسلح به .

أما من وجهة نظر الإسلام، فيما يتعلق بالمعرفة الصحية أو باقتصاديات الصحة فإن نقص العلم والمعرفة يعتبر حجر عثرة في سبيل: التفكير السليم، وتحديث الاقتصاد، وتقوية المجتمعات، والقدرة على تحقيق المنافع، قال ﷺ: ﴿... هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْمَلُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْمَلُونَ...﴾ [سورة الزمر: 9]. فأوجب الإسلام على معتقيه⁽¹⁾ كباراً أو صغاراً، ذكوراً أو إناثاً، أفراداً أو مجتمعات، التعليم والتعلم وكرم العلم والمشتغلين به، وكان العرب من أشد شعوب الأرض طلباً للمعرفة ورغبة في الاستفادة منها في حياتهم، وكان في مقدمة العلوم العملية التي ظفرت بنصيب ملحوظ من اهتمامهم الطب ثم الفلك وسائر فروع المعرفة التي تقدم على خدمتها .

واستنتاجاً من تعاريف سابقة للصحة: بأنها القوة الجسدية، والقوة العقلية، والقوة المعنوية، والقوة النفسية، وخلو الجسم من الأمراض، وسلامة

(1) أخرجه البخاري في صحيحة ، ج 5 ، ص 2358 ، ح 6053 .

(2) د. محمد عبد المنعم غفر ، التنمية الاقتصادية وتقويم المشروعات في الاقتصاد الإسلامي ، دار الوفاء للطباعة والنشر ، المنصورة ، 1412هـ - 1992م ، ص130

أجهزة الجسم، ورفاهية البدن الذهنية والاقتصادية والاجتماعية، وليس مجرد غياب المرض أو العجز، وهى من حاجات الإنسان الأساسية، وضرورة إنسانية، وليست ترفاً أو أمر كمالياً، وحالة كاملة من السلامة الجسمية والنفسية، وأن الصحة نوعان: صحة طبيعية، وصحة صناعية، ويتوقع في المستقبل أن يعيش الإنسان بصحة طبيعية بعيداً عن الأمراض وبسلامة كاملة في نشاطه العضوي والعقلي دون أن يفكر في صحته، وأنها من صور الحياة الاجتماعية للمجتمع، وحق من الحقوق الأساسية لكل فرد في المجتمع، وتكتمل بقدر سلامة البيئة المحيطة بالإنسان، ونعمة من أجل نعم الله على عباده، وأجزل عطاياه، وأوفر منحة بعد نعمة الإيمان، وهى كما ترى القاعدة الفقهية في الإسلام، أن " صحة الأبدان مقدمة على صحة الأديان "(3) كما تقدم المصلحة العامة على المصلحة الخاصة، والسلوك الصحي كما وضحه الإسلام والذي طلبه رسول الله ﷺ منذ أكثر من أربعة عشر قرناً (وهو أرقى المنازل في حفظ الصحة والعناية بها)، وكما اهتم العرب بحفظ الصحة، وحرصوا على وضع القواعد التي تكفل العافية أو تحول دون الوقوع في المرض. كمعرفة الوسط الذي يعيش فيه الإنسان، والهواء الذي يستنشفه، والغذاء الذي يطعمه، والماء الذي يشربه والمسكن الذي يقيم فيه، والعمل الذي يقيت منه، وأن الصحة هي البرئ من كل عيب أو ريب، فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض، وحالة البدن التي تتم بها الأفعال التي تجرى في المجرى الطبيعي .

(1) حذيفة الخطيب ، الطب عند العرب ، مرجع سابق ، ص 40 .

ويرى الباحث: أن الصحة هي العافية البدنية والعقلية والنفسية والمعنوية الكاملة، والمعنى المتجدد الذي يؤثر في مستوى الفرد، ويتأثر بمستوى المحيط الذي يعيش فيه اجتماعياً واقتصادياً وثقافياً، وتصرفاً وسلوكاً سوياً. وذلك مما في معنى حديث رسول الله ﷺ فيما روى عن أبي هريرة رضي الله عنه " ليس الشديد بالصرعة، إنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب (1) "

(1) أخرجه مالك ، في الموطأ ، ج2 ، ص 906 ، ح 1613 .

المبحث الثاني

أهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

1-1 أهمية الصحة في الاقتصاد الوضعي :

ولقد أعطت معظم الدول النامية أولوية ثانوية لتحسين الأوضاع الصحية، واعتبرت أنه شيء يحسن القيام به إذا أمكن، ولكن ليس على حساب الإنفاق على مجالات الإنتاج المباشر، وقد أخذ اقتصاديو الصحة بنفس وجهة النظر هذه ⁽¹⁾.

وقد حظيت العلاقة بين الصحة والتنمية الاقتصادية مؤخرًا باهتمام أكثر، وقد صرح مدير البنك الدولي أن الأمراض تحد رئيسي للتنمية أن لم يكن أكبر تحد لها على الإطلاق .

ولذلك نجد أن الصحة والتنمية علاقات تبادلية فكل منهما بالنسبة إلى الآخر وسيلة وحصيلة، وذلك أن الهدف من التنمية هو تمكن الإنسان من تحقيق إنسانيته وإشباع حاجاته المتنوعة خلال مختلف مراحل حياته من المهد إلى اللحد .

ولذلك فإن تحقيق التنمية الاقتصادية يؤدي إلى تحسين الأوضاع الصحية، في حين أن الصحة الأفضل تساهم في التنمية الاقتصادية أي (يؤثر أحدهما في الآخر). مما جعل لهذه العلاقة أهمية كبيرة ويرجع ذلك إلى سببين :⁽²⁾

(1) مالكوم جيلز ، مايكل رومر ، اقتصاديات التنمية ، تعريب: د. طه عبد الله منصور، د. عبد العظيم مصطفى ، راجعه : محمد إبراهيم منصور ، دار المريخ للنشر ، الرياض ، 19 ص 391 .

(2) نفس المرجع السابق ، ص 391

1- الاهتمام المتزايد باستراتيجيات التنمية ذات الاتجاهات المرتبطة بالعدالة مثل: الحاجات الأساسية التي تلعب فيها الخدمات الصحية الأساسية دوراً مهماً .

2- أن الإنفاق على الصحة كالإنفاق على التعليم، يعتبر استثماراً في رأس المال البشري

لذا لابد من الاهتمام بالإنسان، كوسيلة وهدف التركيز على رفع مستواه الصحي لجعله قادراً على العطاء والإنتاج، للمساهمة في خطط التنمية، والاندماج في الحياة العملية، فالمصانع بحاجة إلى عمال أصحاء، وكذلك المزارع، وكل القطاعات الخدمية والإنتاجية، وعلى ذلك نجد :

أن الصحة الجيدة هي هدف هام في حد ذاته، نظراً لما يترتب عليها من تزايد في القدرات البشرية باعتبارها إحدى الحاجات الإنسانية في التنمية.

ويمكن أن يتضح دور الصحة في الاقتصاد الوضعي :

1- أن فهم الدور الاقتصادي للصحة، قد يساعد على فهم مصادر النمو الاقتصادي السريع الذي أمكن تحقيقه في القرن العشرين، استناداً إلى مدى مساهمة الصحة الجيدة في زيادة معدلات النمو، فإن الاستثمار في الصحة أصبح أداة من أدوات السياسة الاقتصادية الكلية⁽¹⁾.

2- يشكل القضاء على الفقر المهمة المركزية لسياسة التنمية في مستهل القرن الحادي والعشرين، حيث لا زالت أعداد غفيرة من سكان العالم تعاني من الفقر، على الرغم من النمو الاقتصادي السريع،

(1) موقع شبكة الإنترنت

برنامج الأمم المتحدة للتنمية ، مؤتمر التنمية البشرية في العالم 1999م ، ص 211
<http://islamset-com/arabic/aioms/globe/res/saqerI.html>

ونظراً لأن الصحة السيئة هي أحد الأسباب الرئيسية للفقر، فإن تواصل الاستثمارات التي تستهدف تحسين الأحوال الصحية للفقراء بوسعها أن توفر وسيلة للتخفيف من حدة الفقر. (1)

3- إن الإنفاق على الصحة يؤدي إلى تحسين نوعية الموارد البشرية، شأنه شأن الإنفاق على التعليم، ولكنه بالإضافة إلى ذلك يؤدي إلى زيادة كمية في المستقبل من خلال زيادة العمر المتوقع في العمل، وهذا أيضا يكمل الاستثمار في التعليم، نظراً لأنه مع بناء الأشياء الأخرى على ما هي عليه فإن العائد على التعليم سيتجه للتزايد إذا عمل الناس واكتسبوا فترات أطول .

4- وعلى الرغم من هذه العلاقة المتبادلة بين الصحة والتنمية، أن تحقيق التنمية الاقتصادية يؤدي إلى تحسين الأوضاع الصحية، وأن الصحة الأفضل تساهم في التنمية الاقتصادية، فإن المنادين ببرامج القطاع الصحي، عادة ما يحذرون من أن التنمية بمفردها لا يمكن الاعتماد عليها لتخفيف العجز والوفاة، وأن البرامج الخاصة بالتغذية والرعاية الصحية والصحة البيئية مطلوبة أيضاً .

ونستنتج أنه إذا كان الاقتصاديون حديثاً أوجدوا تلك العلاقة التبادلية بين الصحة والاقتصاد، وأصبح التركيز على الرعاية الصحية في سبيل صحة الأفراد والمجتمعات بغية المشاركة الزائدة في الإنتاج والعمل، أي ربط الصحة وما تحقّقه من ربح في الإنتاج، مما حدا بالصحة أن تكون هدف أساسي في التنمية البشرية، واستثمار في رأس المال البشري، بغية الحصول على أقصى قدر من المنافع المادية رغبة في الإشباع الدنيوى البحث.

(1) نفس المرجع السابق ، ص 213

1-2 أهمية الصحة في الاقتصاد الإسلامي :

أما الاقتصاد الإسلامي فإنه ينظر للإنسان كقيمة جوهريّة، وأن الله سبحانه ألزمه أمانة، وكلفة رسالة، فكانت نعمة الصحة أمانة، فلا يجب العبث بها، أو تضييعها أو التفريط فيها، فكانت المحافظة عليها طاعة لله، وقرب منه، ولأن الله جميل يحب الجمال، وأعلى مراتب الجمال في الإنسان صحته. وأن الصحة كنز من الكنوز العظيمة، وثروة هائلة يمتلكها الإنسان حين يحسن استغلالها ويدرك مكاسبها، ولا يظلم فيها نفسه لذلك قال رسول الله ﷺ: نعمتان مغبون فيها كثير من الناس الصحة والفراغ⁽¹⁾ ومعنى الحديث أن الصحة نعمة مغبون فيها كثيراً من الناس، فلا يدركون قيمتها، ولا يستخرجون منافعها الكاملة الكامنة، ويظلمون فيها أنفسهم .

ولا تستثمر الصحة إلا بالقيام بأعباء تكاليف الرسالة أولاً من عبادات وصلاة، وصيام، وزكاة، وحج، ثم جهاد في سبيل الله، ثم السعي للرزق وأن الآخرة خير من الأولى. فكان استثمار الصحة هو استثمار في رأس المال للحصول على أقصى قدر ممكن من المنافع المادية والأخروية .

ونستنتج أيضاً أن الصحة قيمة في حد ذاتها، وهى في النشاط الاقتصادي، قيمة اقتصادية، تساهم بنصيب وافر في النمو الاقتصادي، ومنطلق التنمية الاقتصادية، وتقدم المجتمع ورفاهيته، وذلك باستغلال موارده بأقصى طاقة ممكنة .

كما أن للصحة قيمة اقتصادية، فإنها تقلل من الخسائر الناجمة عن مرض العمال، وأنها تسمح باستخدام الموارد الطبيعية التي كان الوصول إليها متعذراً تماماً أو متعذراً مؤقتاً بسبب المرض، أنها تزيد من إلحاق

(1) أخرجه البخارى في صحيحة ، ج 5 ، ص 2357 ، ح 6049

الأطفال بالمدارس، وتجعلهم أقدر على تحصيل العلم، أنها تحرر الموارد للانتفاع بها في استخدامات بديلة، ولولا ذلك لأنفقت على علاج الأمراض⁽¹⁾.

وأما المكاسب الاقتصادية، فهي أكبر نسبياً في حالة الفقراء، وهم بصورة نمطية الأكثر تعرضاً للإعاقة بسبب ضعف الصحة، وهم الذين يتأثر بهم أن يحققوا أكثر مكسب في تنمية الموارد الطبيعية المستخدمة استخداماً قاصراً .

(1) البنك الدولي ، تقرير عن التنمية في العالم ، 1993 ، مركز الأهرام للترجمة والنشر ، مطابع الأهرام التجارية بقلوب ، مؤسسة الأهرام ، القاهرة ، ص 33 .

الفصل الثاني

الأهداف الصحية

في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

المبحث الأول

الأهداف الصحية في الاقتصاد الوضعي

يقع البشر في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة⁽¹⁾، ويحق لهم أن يحيا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة، ولا يمكن تحقيق النمو الاقتصادي مع تفشى الأمراض المهلكة بدرجة كبيرة، كما يتعذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية البيئية، والارتقاء بالصحة، والوقاية من الأمراض ومكافحتها .

وكان للاقتصاد الوضعي أهداف صحية يسعى لتحقيقها وأهمها :-(²)

- 1- حماية البيئة وتجنب التلوث .
- 2- الارتقاء بالصحة .
- 3- الوقاية من الأمراض ومكافحتها .
- 4- التشخيص المبكر للأمراض والعلاج الناجح .
- 5- التأهيل للمعوقين .
- 6- المساهمة في توفير الخدمات الصحية الكافية .

(1) التنمية المستدامة : هى التنمية التى تحقق بشكل منصف الاحتياجات الاقتصادية والبيئية للأجيال الحالية والمقبلة ، والتى تلى حاجات الحاضر دون التضحية بالمستقبل ، وبعبارة أخرى هى التنمية التى تلبي متطلبات الأجيال الحالية دون أن يكون ذلك على حساب الأجيال القادمة .

(2) المعهد العربى للتخطيط بالكويت ، الحلقة النقاشية السادسة حول تقييم تجارب التخطيط فى الوطن العربى (الواقع والممكن) ، الجزء الأول ، الكويت 1983 ، ص 463 .

1- حماية البيئة وتجنب التلوث :

ويقصد بذلك منع التلوث (الذي يصيب الهواء والماء والتربة وما تحتويه من مواد) أو التخفيف من حدوثه، أو مكافحته والمحافظة على الموارد الطبيعية، وبالذات أو الناصبة منها والعمل على تنميتها، ويتأتى ذلك من خلال السياسات البيئية (Environmental Policies) المختلفة والاستعانة بالدراسات والبحوث والخبرات المحلية والدولية من التشريعات والقوانين المنظمة لاستغلال البيئة وحمايتها. وتلوث البيئة هو أى تغيير ضار في البيئة يتسبب فيه الإنسان ويؤثر في الحياة البشرية أو الهوائية أو النباتية بحيث يؤدي إلى الإخلال بكفاءة النظام البيئي.

وأصبحت البيئة مجالاً عالمياً وقومياً للاهتمام العلمى، حيث تعددت الدراسات والبحوث التي حاولت إثارة الوعي بأهمية البيئة ومواردها، وما تتعرض له من استنزاف وإفساد مقصود، وتدعو إلى ضرورة الحفاظ على البيئة وتجنب التلوث. كذلك عقدت العديد من المؤتمرات العالمية حول قضايا البيئة ومشكلاتها بدءاً من عام 1972 باستكهولم وحتى الآن، وتلاحقت التقارير العالمية بشأنها ولجان لدراسة مشكلاتها.⁽¹⁾

وهكذا نجد أن الإنسان الذي بدأ حياته على الأرض، وهو يحاول حماية نفسه من غوائل الطبيعة، انتهى به الأمر - بعد آلاف السنين - وهو يحاول أن يحمى الطبيعة من نفسه.

والبيئة تعنى تحديداً الإطار الذي يعيش فيه الإنسان ويحصل منه على مقومات حياته من غذاء، وكساء، ودواء، ومأوى، ويمارس فيه علاقاته مع أقرانه من بنى البشر⁽²⁾. وتحتل البيئة في عصرنا الحاضر، مكانة لا تكاد تدانيها مكانة من حيث تأثيرها على صحة الفرد والمجتمع .

(1) على المكاوى ، البيئة والصحة ، مرجع سابق ، ص 7 - 16 .

(2) المرجع السابق ، ص 18 .

وأهم مصادر تلوث البيئة :

1- تلوث الهواء. 2- تلوث الماء. 3- الكيماويات

1- تلوث الهواء : هو أي تغير ضار يحدثه الإنسان في ما يحيط به من هواء، والتلوث الهوائي يعد من أسوأ أنواع التلوث، لما يترتب عليه من آثار قاتلة للإنسان والحيوان والنبات، وقد تنامت الملوثات الهوائية في السنوات الأخيرة بدرجة مخيفة، نتيجة ضغط مزدوج لكل من النمو السكاني، والتوسع الكبير في الصناعة⁽³⁾ .

وأثبتت الدراسات أن التلوث الهوائي له علاقة وثيقة بأمراض السرطان والرئة، والشرابيين، والالتهابات الرئوية، وحساسية الصدر، والعين، والأمراض المعدية، وأمراض القلب والتنفس، والربو، والتلوث السمعي، وبعض الأمراض العصبية⁽⁴⁾ .

2- تلوث الماء : الماء من العناصر الحيوية للبيئة، ولكل كائن حي من إنسان، وحيوان، ونبات، إذ يترتب على فقدانه هلاك الكائن الحي، ويقع هذا العنصر تحت سيل من الملوثات، والتي تسفر عن أضرار هائلة تصيب كل كائن حي، ويكفى أن نعلم أن أكثر من نصف سكان العالم يعانون من المرض بسبب عدم توافر المياه، أو بسبب شرب مياه ملوثة، مع العجز عن توفر الصرف الصحي⁽¹⁾ . وأهم الأمراض الناتجة عن تلوث المياه هي: أمراض التيفود، والنزلات المعوية، والإسهال، القى، والكوليرا، والالتهابات الكبدية، وأمراض الجهاز العصبي⁽²⁾ .

(1) د. محمد الشحات الجندي ، التلوث البيئي اغتيال للحياة (رؤية إسلامية) ، مجلة جامعة طنطا للبيئة ، العدد 3 ، 1997 ، ص 105 - 106 .

(2) نفس المرجع السابق ، ص 106

(3) د. عبد المحيى محمود حسن صالح ، مرجع سابق، 2002م ، ص 110

(4) مجلة طنطا للبيئة ، العدد 3 ، مرجع سابق ، ص 106 .

3- الكيماويات :

أصبحت الكيماويات جزءاً ضرورياً لا يمكن الاستغناء عنه في الحياة البشرية، لكونها تدعم مناشط الإنسان، وتدعم تنميته، فهي تقي وتكافح كثيراً من الأمراض، وتزيد الإنتاجية الزراعية، وتعود بفوائد جمة على المجتمع، على أنه لا ينكر أن كثيراً من هذه المواد الكيماوية التي يتعرض إليها الإنسان مباشرة أثناء تصنيعها، أو نقلها، أو توزيعها، أو استعمالها، أو التخلص منها، يمكن أن تحدث أثار ضارة في صحته، ثم أن التخلص العشوائي من هذه الكيماويات وفضلاتها يمكن أن يندس الهواء والماء والتربة، ويؤدي إلى تلوث الغذاء، مما يحدث أثار غير مباشرة ⁽³⁾ حتى أنهم ليقدرّون ضريبة التلوث التي يدفعها سكان الولايات المتحدة كل عام بخمسة عشر ألف وفاه، وسبعة ملايين يوم مرض، وخمسة عشر مليون يوم ناقص الإنتاجية ⁽⁴⁾.

(1) تقرير المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المجل القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية ، الدورة

العشرون ، القاهرة 20 سبتمبر 1999 ، يونيو 2000

(2) موقع شبكة الإنترنت د. حسين عبد الرازق الجزائري ، صحة البيئة ، المؤتمر الإقليمي لمنظمة الصحة

العالمية لشرق المتوسط

<http://www.google.com>

علاقة الاقتصاد بالبيئة :

توجد علاقة تبادلية بين الاقتصاد والبيئة، وتتلخص هذه

العلاقة في:-

أن حماية البيئة شرط أساسي للنمو الاقتصادي، كما أن النمو الاقتصادي ضروري لحماية البيئة، وبيان ذلك أن النمو الاقتصادي يهدف بالدرجة الأولى إلى زيادة الدخل، ورفع مستوى رفاهية الأفراد، الأمر الذي يقتضى توافر المياه الصالحة، والهواء الصحي، والغذاء الصحي، وكل هذه الأمور تتطلب المحافظة على البيئة، كما أن التلوث البيئي يشكل عقبة في سبيل زيادة الإنتاج، حيث يؤدي إلى ظهور الأمراض، وتدهور خصائص التربة واستنزاف الموارد الطبيعية مع مرور الوقت، وانخفاض الإنتاج⁽¹⁾ ويوصف التلوث بالوراث الذي حل محل المجاعات والأوبئة، ويعكس ذلك مدى خطورته وآذاه، الذي امتد إلى مجالات الحياة البشرية المادية والصحية والنفسية، مما أدى إلى حالة جعلت الإنسان يعيش في دوامة القلق والاضطراب إزاء ارتفاع تكاليف مكافحته⁽²⁾.

وفى عدد من الأقطار أجريت عمليات تقدير للأضرار الاقتصادية الناتجة عن تلوث الهواء، مع التركيز على الآثار الصحية، وتضرر الأبنية والمحاصيل والزراعات المنزلية، وتقدر تكلفة تلوث الهواء في الولايات المتحدة بنحو 500 دولار للفرد. وأما التقديرات في مصر - من جانب مجموعة العمل - لتلوث الهواء، فإنها تظهر أن التكاليف الصحية وحدها

(1) د. أمينة عز الدين عبد الله ، التطور الاقتصادي والموارد الاقتصادية ، مؤسسة نبيل للطباعة ، القاهرة،

2001 ، ص 341

(2) د. صبحى عمران شلشل ، التلوث البيئي وتأثيراته على الصحة ، الآفاق ، العدد الثالث ، السنة الأولى،

مطبعة جامعة الزرقاء الأهلية - الأردن ، ربيع الأول 1421هـ ، يونيو 2000م ، ص 115

(النفقات الطبية والفاقد في أيام العمل والموت المبكر) تصل إلى إجمالي يعادل 130 مليون جنيه مصري في العام. أو ما يقابل نحو 40 مليون في العام بالنسبة للمنطقتين الصناعيتين بالقاهرة (حنوان وشبرا الخيمة). وهذا على كل حال تقرير منخفض والتكاليف الأخرى للتلوث يمكن أن تضاعف الرقم. ولاشك في أن تأثير تلوث الهواء على التراث الحضاري لمصر - والذي لا يقدر بثمن - كبير للغاية. (1)

ولحماية البيئة يتطلب: (2)

1- **التوعية البيئية:** وأهميتها كوسط اجتماعي بما فيه الإنسان، والتصرف مع المشكلات التي تتعلق بها، وكيفية الاستخدام الرشيد لمكوناتها، وتحديد خطة جيدة لحماية عناصرها، والنهوض بها، وأن تجرى هذه التوعية على مستوى الفرد والجماعة وعلى النظام المحلي والعالمي. لأن عدم وجود الوعي البيئي يشكل عقبة تقف حائلاً دون الارتقاء بالبيئة ويخلصها من مشاكلها .

2- **تكايف الجهود:** حشد الطاقات والتعاون على جميع المستويات لاستتقاذ البيئة، ففي ذلك استتقاذ للإنسان والحيلولة بينه وبين الانتحار وتدمير نفسه، وكل جهد مشترك في هذا المجال بنية التعاون بين الشعوب والأمم يستمد من قوله تعالى ﴿... وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ...﴾ [سورة المائدة:2] .

(1) كمال التابعى ، التنمية البشرية (دراسة حالة لمصر) ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة 2001م ، ص 162 .

(2) الاقتصاد والبيئة ، مرجع سابق ، ص 80

2- الارتقاء بالصحة:

- صحة الطفل:

لاشك أن محصلة الطفولة، والمراهقة المبكرة، هي أهم محصلة في حياة الإنسان ليس فقط من الناحية الصحية والتعليمية، بل من ناحية التكوين الجنسي والصحة النفسية والبدنية، والتي تنعكس على الإنتاج والنمو الاقتصادي والاجتماعي، وسعادة الفرد والمجتمع ككل، وتؤثر بعض الخبرات المبكرة على الطفل بصورة يصعب اقتلاعها أحيانا من سلوكيات الفرد عندما يكبر، بما يسمى الانطباع (imprinting) ⁽¹⁾ .

لذا فالاهتمام بالبيئة الصحية للطفل لها أهمية بالغة سواء للفرد أو للأسرة أو للوطن، والأسرة المترابطة التي توفر مناخاً من الحب والرعاية والقيم الإيجابية، وتبعد الطفل عن العادات والقيم السلبية، وتشجعه على استغلال مواهبه وقدراته، وتعوده على التعاون والمشاركة، كل هذا يكون النواة الأولى للارتقاء بالصحة ⁽²⁾.

كما أن المدرسة يجب أن يكون دورها استمراراً لمسيرة الأسرة، وأن تتم في الطفل الثقة في النفس والثقة بالآخرين، والتعاون والمشاركة، وإيثار المصلحة العامة في مناخ تربوي يساعده على اكتمال نضج شخصيته، ويكسبه المناعة اللازمة التي تمكنه من التأقلم مع متغيرات الحياة مستقبلاً ⁽³⁾.

كما أن وضع نظم توعية كافية للأسرة وللأم بكيفية تنشئة الطفل من الناحية الصحية وتنشئة صحيحة، ومساعدة الأسرة على لم الشمل قدر

(1) المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية ، الدورة 11 ، القاهرة ،

1991/90م ، ص 15

(2) نفس المرجع السابق ، ص 219

(3) ندوة الدراسات العليا والبحوث لخدمة التنمية في جنوب الوادي ، جامعة أسيوط ، 1997 ، ص 323

الاستطاعة كالعامل نصف الوقت، أو إعطاء أجازة رعاية طفل بنصف مرتب⁽¹⁾ .

وإتاحة المعلومات المتصلة بصحة الطفل، مثل علوم الوراثة وغيرها، وتوعية الجماهير بضرورة تلافي أخطارها، ونشر الوعي الصحي بالحد من زواج الأقارب لتلافي الأمراض الوراثية والخلقية، وتطوير الإعلام المحلى لمجابهة الغزو الإعلامي الخارجي، وما له من مخاطر على النواحي الصحية، والنفسية للطفل، والأم، والأسرة، وزيادة نشر التوعية للوقاية من حوادث الأطفال⁽²⁾ .

3- الوقاية من الأمراض ومكافحتها :

إن من الأهداف الصحية للاقتصاد الوضعي، العمل على الوقاية من الأمراض في المجتمعات، وبذل المزيد في مكافحتها .

والفرق كبير بين أن نترك الإنسان يصاب بالمرض، ثم نسعى لمعالجته، أو نقيه من المرض أصلاً، ولقد أدرك الحكماء القدامى، هذا الفرق فقالوا " درهم وقاية خير من قنطار علاج "، كما أدركت الأمم الحديثة، فأولت الجوانب الوقائية الاهتمام الأول في كل تدابيرها الصحية، أو سارت في تطبيق أسس الطب الوقائي حتى يمكن تقدير تقدم أي مجتمع صحياً بمقدار ما قطعه في هذا المضمار⁽³⁾ .

والوقاية من الأمراض يتم عن طريق التطعيم والتحصين ضد الأمراض، ونشر التنقيف الصحي، والاهتمام بصحة التغذية، وحماية الموارد

(1) المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المجلس القومى للخدمات والتنمية ، الدورة 20 ، القاهرة ، 2000/1999 .

(2) د. عبد القادر محمد عبد القادر ، اتجاهات حديثة فى التنمية ، الدار الجامعية ، الإسكندرية ، 2000م

(3) بركة سلمان أحمد ، وآخرون ، الأحاديث الصباح والحسان فى رعاية الصحة ، (مجلة مركز السنة والسيرة، العدد الثامن) ، جامعة قطر ، 1415هـ - 1995م ، ص 452 .

المائية، والتخلص السليم من الفضلات الآدمية، مما يعود على المجتمع بمنافع صحية وقائية⁽¹⁾.

4- التشخيص المبكر للأمراض والعلاج الناجح :

وذلك عن طريق الفحص بالأشعة بالكشف المبكر عن الإصابة، بصورة دورية خصوصاً في المجتمعات ذات الظروف البيئية المناسبة لانتشار المرض، وكذلك في الأوساط والمجتمعات ذات الظروف الخاصة، كعمال بعض الصناعات، وتلاميذ المدارس، وطلبة الجامعات ... الخ، وكل ذلك في إطار التسجيل الصحي والمتابعة، وإجراء الكشف الدوري متعدد المراحل طبقاً للحاجة، وخدمات الرعاية الطبية الشاملة بالمراكز الصحية والمستشفيات وخدمات الرعاية الصحية الموسعة⁽²⁾.

5- التأهيل للمعوقين :

ذلك لمساعدة المعوقين على البقاء إلى أقصى حد ممكن بحالة صحية جيدة وجعلهم أعضاء منتجين في المجتمع .

والإعاقة: هي الضرر الناتج عن القصور الذي أدى إلى العجز الوظيفي الدائم أو شبه الدائم في الحالة البدنية أو الحسية أو النفسية أو الذهنية⁽³⁾.

والمعاق يحتاج إلى خدمات خاصة لكي يتدرب أو يتعلم — أو لتوفير متطلبات حياته اليومية، ولذلك سمي المعاقون بذوى الاحتياجات الخاصة،

(1) د. أحمد شوقي الفنجري، الطب الوقائي في الإسلام، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة 2000، ص 35

(2) د. سلوى عثمان الصديقي ، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ، 1999م ، ص 38 .

(3) المجالس القومية المتخصصة تقرير المجلس القومى للخدمات والتنمية ، الدورة 20 ، مرجع سابق ، ص 40 .

وفى دراسة أجرتها وزارة الصحة والسكان ضمن مشروع الخريطة الصحية على حوالي 250.000 نسمة اتضح وجود نسبة كبيرة من المعاقين بين الأطفال أقل من عشر سنوات، فمثلا بين كل 100 ألف طفل بلغ عدد من أصيب بالعمى الكامل 22، والصم الكامل 46، والإعاقة في الجهاز الحركي 450، والإعاقة الذهنية 63⁽¹⁾.

وجاء في دراسة قدمت في المؤتمر السنوي لجامعة عين شمس عام 1998 ما يفيد أن الأطفال المعاقين بأنواع الإعاقات المختلفة يمثلون 15% من أطفال مصر، بينما يقدر المجلس القومي للأمم المتحدة والطفولة بناء على الدراسة الميدانية التي أجريت في ثلاث محافظات - عدد الأطفال المعاقين بحوالى 3 ملايين، 850 ألف في الشريحة السنوية منذ الولادة إلى أقل من 15 سنة، وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن عدد المعاقين في مصر يبلغ 4 ملايين و700 ألف معاق، هذا وتجدر الإشارة إلى أنه نظرا للتقدم الطبى أمكن علاج بعض الأمراض والمشكلات الصحية التي كانت موجودة⁽²⁾.

واتضح أن أسباب الإعاقة في الأطفال ترجع إلى أسباب وراثية مثل الصمم وضعف السمع، وكف البصر، وعيوب القلب والتنشوهات، وإصابات المخ، أو ترجع إلى أسباب حالات تعسر في الولادة كالتوليد الخاطئ أو الحوادث والأمراض المعدية ... الخ .

فيجب دراسة هذه الأسباب والوقاية منها، واتخاذ الإجراءات الكفيلة بالوقاية من الحوادث من خلال التطبيق الحازم لقانون المرور، والتوسع في التأهيل والإشراف على أداء القابلات الصحيات، والاكتشاف المبكر

(1) المرجع السابق ، ص 40

(2) المرجع السابق ، ص 41 .

للإعاقاة، ووضع نظام متكامل للتعرف على الأطفال المعاقين، وتسجيل ذلك في البطاقة الصحية للطفل، وإعداد الكوادر المؤهلة رعاية الطفل المعاق، وتوفير الموارد اللازمة تدريجياً لرعايته مع وضع سبل الرعاية داخل الأسرة.

6- المساهمة في توفير الخدمات الصحية الكافية :

ومن الأهداف الصحية توفير الخدمات الصحية الكافية، والتي تعتنى بحماية مستوى الصحة وتحسينها من كافة نواحيها، وذلك عن طريق متابعة أحوال الصحة العامة لأفراد المجتمع، وذلك بضمان سلامة الطعام والماء والهواء، عن طريق هيئات مختصة وقوانين صارمة، وتشجيع السلوك الصحي السليم عن طريق الثواب والعقاب، وإنشاء حلقة اتصال بين الهيئات الصحية والمعامل والمستشفيات وعيادات الأطباء الخاصة لضمان سرعة انتقال المعلومات وتعزيز البرامج الوقائية التي تنصدي لأخطار الصحة العامة، ورفع شعار "الوقاية خير من العلاج"، وتكون في صورة برامج موجهة تركز على رفض عاداتنا السيئة، وتتمثل في ممارسة النشاط الرياضي، واتباع أنظمة غذائية محددة، وغيرها من الأساليب الوقائية الأخرى (1).

وتكثيف الجهود لرسم المزيد من الخطط للقضاء عليه، أو على الأقل للحد من الأمراض الوافدة والاستجابة إلى قانون الطوارئ الذي يوجد حولنا في البيئة، وذلك عن طريق تقديم خدمات صحية على أعلى مستوى وبجودة عالية مع إمكانية الحصول عليها بسهولة، وكلما توفرت وسائل الخدمات الصحية كان من الأسهل تشخيص الأمراض الانتقالية بصورة مبكرة أو اتخاذ الإجراءات للسيطرة عليها مما يقلل من فرص انتشار الأمراض والعاهات والوفيات .

(1) موقع شبكة الإنترنت ، مقومات جودة الحياة فيديو : www.Feodo.net/qual.htm

المبحث الثاني

الأهداف الصحية في الاقتصاد الإسلامي

يهدف الاقتصاد الإسلامي إلى تحقيق إقامة المجتمع الصحيح البنية، المنيع ضد الأمراض الوافدة والمستوطنة، وخلق الإنسان القوى في جسمه وعقله وروحه، والذي يستطيع أن يحمل الرسالة إلى كافة أنحاء الأرض.⁽¹⁾

ونقطة البداية في الأهداف الصحية في الاقتصاد الإسلامي إذن هي كلمة (التوحيد) وتنوير القلب بها، ونقطة البداية في المرض أو الموت كلمة الشرك أو عدم تنوير القلب تنويراً كاملاً بكلمة " التوحيد ". عن الأول تنبثق مظاهر الصحة الظاهرة والباطنة، وعن الثانى كل الأمراض الظاهرة والباطنة.⁽²⁾

وإن اقتصاد كل أمة هو عصب حياتها، فمن خلاله تستطيع أن تنهض بالتنمية الصناعية والتجارية والعلمية، وسائر مجالات التقدم الحضارى، ومن خلال الاقتصاد القومى يمكن أن تكون الأمة لنفسها ردع لأعدائها، وتحفظ هويتها، وتصون كرامتها، وتحمى أرضها من الغزاة والمستعمرين.⁽³⁾

والمسلم مطالب بحفظ صحته، والمجتمع مطالب بوقاية نفسه من الأمراض، قال تعالى ﴿...إِنَّ خَيْرَ مَنِ اسْتَجَرْتَ الْقَوَى الْأَمِينُ﴾

(1) د. أحمد شوقي الفنجري ، الطب الوقائى فى الإسلام ، مرجع سابق ، ص 71

(2) سعيد حوى، تربيتنا الروحية، ط2 ، مكتبة وهبة، القاهرة ، ذى الحجة 1399هـ - 1979م ، ص 106

(3) د. أحمد عمر هاشم ، نحو اقتصاد إسلامى صحيح ، مجلة الإشراف ، العدد 32 ، نقابة السادة

الأشراف، القاهرة المحرم 1424هـ - 2003م ، ص 28

[سورة القصص:26] ، وقال رسول الله ﷺ " لو لم يكن لابن آدم إلا إسلامه والصحة لكفاه "(5).

ويرى الإسلام أن البيئة هي المحيط الحيوى: أى الحيز الذي يعيش فيه الإنسان ويمارس نشاطه، وتحكمه نوااميس غاية في الدقة والاتزان، وتجاوز هذه النوااميس هو الفساد الذي حذر منه القرآن في قوله تعالى : ﴿...وَلَا تَعْتَوْا فِي الْأَرْضِ مُفْسِدِينَ﴾ [سورة البقرة:60]، والفساد الذي تشير إليه الآيات الكريمة يجمع الوجهين اللذين تشير إليهما اليوم البيئة الحديثة⁽⁷⁾:

1- فساد البيئة التي يعيش فيها الإنسان (التلوث) .

2- فساد الموارد التي يعتمد عليها الإنسان وتدهورها .

وتشير إلى الآية الكريمة ﴿ظَهَرَ الْفَسَادُ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ بِمَا كَسَبَتْ أَيْدِي النَّاسِ لِيُذِيقَهُمْ بَعْضَ الَّذِي عَمِلُوا لَعَلَّهُمْ يَرْجِعُونَ﴾ [سورة الروم:41] .
تتضمن هذه الآية الكريمة أربعة أمور:⁽²⁾

1- **ظهر الفساد في البر والبحر:** أى ظهر التدهور البيئى في المحيط الحيوى بقطاعيه اليابس والمائى .

2- **بما كسبت أيدى الناس:** أى نتيجة عمل الإنسان غير المرشد الذي لم يراع قواعد التوازن البيئى .

3- **ليذيقهم بعض الذي عملوا:** أى يصيبهم بعض الضرر فساد البيئة بالتلوث الذي يضر بصحتهم، وفساد الموارد الطبيعية الذي ينقص من معاشهم .

(1) أخرجه البخارى فى صحيحة ، ج3 ، ص 1203 ، ح 3207 .

(2) د. محمد عبد الفتاح القصاص ، الإنسان والبيئة والتنمية ، سلسلة اقرأ ، العدد 656 ، دار المعارف ، القاهرة 2000 ، ص 43

(3) د. محمد عبد الفتاح القصاص ، الإنسان والبيئة والتنمية ، مرجع سابق ، ص 43 - 44

4- **لعلهم يرجعون**: أى يعودوا إلى رشدهم، فيصلحوا الذي أفسدوا، ويقبلون عن السلوك غير الرشيد الذي أفسدوا به بيئتهم .

والأمانة التي حملها الإنسان، والخلافة التي كرم الله الإنسان بها، والمسئولية التي هي جزء من فطرة الإنسان، هي في جملتها صون التوازن البيئي⁽¹⁾ Environmental Balance على كوكب الأرض .

وفى قوله تعالى : ﴿وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ ۖ وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا ۖ وَأَحْسِنَ ۚ كَمَا أَحْسَنَ اللَّهُ إِلَيْكَ ۖ وَلَا تَبْغِ الْفُسَادَ فِي الْأَرْضِ ۚ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ الْمُفْسِدِينَ ﴾ [سورة القصص: 77]

ففى هذه الآيه الكريمة يحدد المولى سبحانه أربع معايير للنشاط الاقتصادي:⁽²⁾

1- **وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ - من المال - الدار الآخرة،** أى يجب على المسلم في كل تصرفاته الاقتصادية أن يراعى أن تكون التصرفات في إطار الحلال والبعد عن الحرام طاعة لله وعدم عصيانه حتى ينال ثواب الله، ويتجنب عقابه في الآخرة، فهذا المعيار يحدد علاقة العبد بربه في تصرفاته الاقتصادية .

2- **وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا**، أى تحقيق الكفاءة الاقتصادية .

3- **وَأَحْسِنَ كَمَا أَحْسَنَ اللَّهُ إِلَيْكَ**، أى مراعاة العدالة الاجتماعية .

4- **وَلَا تَبْغِ الْفُسَادَ فِي الْأَرْضِ** أى مراعاة عدم تلوث البيئة أو التلوث الأخلاقي .

(1) التوازن البيئي : هو التوازن بين عناصر البيئة الرئيسية نباتية وحيوانية وطيبيعية ، بما يضمن الحفاظ على هذه العناصر والأنظمة دون زيادة أو تسارع فى معدلات التغيير والانقراض الطبيعى .
(2) د. شوقى أحمد دنيا ، الإقتصاد الإسلامى (قضايا منهجية) ، مطبعة مركز صالح كامل ، 2000 م ، ص 13 .

وإذا كان النظام الرأسمالي الذي يسود العالم يركز على معيار واحد من هذه المعايير وهو الكفاءة الإقتصادية أى " ولا تنس نصيبك من الدنيا " فإنه أعثر مشكلات يحاول المفكرين الرأسماليون والمسئولون في الدول الرأسمالية حلها، وهذه المشكلات هي :- انتشار الممارسات غير الأخلاقية والتي وضع الإسلام لمواجهتها معيار " وابتغ فيما آتاك الله الدار الآخرة " ومشكلة غياب العدالة الإجتماعية، وبالتالي إنتشار الفقر وتزايد الفجوة بين الفقراء والأغنياء، ومعيار الإسلام لمواجهتها " وأحسن كما أحسن الله إليك "، ثم مشكلة تلوث البيئة مادياً وأخلاقياً ومعنوياً (الفساد) ووضع الإسلام لها معيار " ولا تبغ الفساد " .

واهتم الإسلام بالإنسان من قبل المهد إلى ما بعد اللحد، أى في جميع مراحل تطوير الإنسان، سواء كان جنيناً أو طفلاً أو رضيعاً أو مراهقاً أو راشداً أو كهلاً.⁽¹⁾

فندد الإسلام بتلك العادات الجاهلية التي كان العرب فيها يفضلون الذكر على الأنثى، ويقومون بوأد البنات قال سبحانه ﴿وَإِذَا الْمَوْءِدَةُ سُئِلَتْ ^(٨) بِأَيِّ ذَنْبٍ قُتِلَتْ ^(٩)﴾ [سورة التكويد: 8: 9] والمؤودة (هي المدفونة حية)، ونصح باختيار الزوجة غير القريبة حتى لا يتسبب في وجود جيل ضعيف، وكفل الإسلام للطفل حق الرضاعة حولين كاملين، وذلك لتأمين غذاءه، وحث على تعليم الطفل. قال ﷺ " علموا أولادكم الصلاة لسبع واضربوهم عليها لعشر وفرقوا بينهم في المضاجع " ⁽³⁾.

أما نظرة الإسلام للوقاية، فقد أولى لها أهمية كبرى، وأسس دعائم الطب الوقائي في الوقت الذي لم يهمل فيه النواحي العلاجية، ذلك أن الإسلام هدى الله، يهدى إلى الطريق القويم، طريق الصحة والمجد والقوة قال تعالى:

(1) الشئون المعنوية بالقوات المسلحة ، مجلة المجاهد ، العدد 210 - 17 ، القاهرة ، 1997م

(2) سبق تخريجة

﴿إِنَّ هَذَا الْقُرْآنَ يَهْدِي لِلَّتِي هِيَ أَقْوَمُ...﴾ [سورة الإسراء:9] وقال تعالى: ﴿...وَحُذُوا حَذْرَكُمْ...﴾ [سورة النساء:102]، وقال تعالى: ﴿...وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ...﴾ [سورة البقرة:195]، فبين الطريق الذي يؤدي إلى الهلاك وحذر اشد التحذير منها، وتوعد من يسلكه أشد الوعيد، رحمة بهم في مجتمعهم، كما بين السبل التي تسمو بهم جسدياً ونفسياً نحو الصحة والسلامة كل ذلك في إطار علمي لم ولن يشهد له التاريخ مثيلاً⁽¹⁾. فالأخذ بمنهج الإسلام نجاة من الأمراض، وشفاء لما في الصدور، ورحمة للمؤمنين من الوقوع في مستنقع الأمراض والعلل والسقم .

هذا وقد اهتم العرب المسلمون الأوائل بتشخيص المرض، ومعرفة أعراضه، وطرق علاجه، فكان الطبيب يستفسر من مريضه عن مأكله ومشربه ومسكنه وأسرته وحالته الصحية والاجتماعية وغير ذلك، وكان الرازي يرتبها طبقاً لأهميتها، وقد أشار إلى اختلاف العلاقات باختلاف الوصف الذي تحدث فيه عبر تاريخ المرض⁽²⁾، وبذلك كان العرب أول من ابتدع استقصاء العلاقات، وتدوين المشاهدات، بدقة بالغة، مع استنباط نتائجها التي تلزم عنها بالضرورة .

ويهدف الإسلام إلى منع العجز بسبب المرض بأن يتعود المسلم أن لا يستسلم للعجز، بل يصلى ولو بجفن عينيه، والإسلام لا يرضى للمسلم بأن يعيش عالة على غيره، ففي حديث رسول الله ﷺ يقول " اليد العليا خير من اليد السفلى "⁽³⁾ وحتى في مجال التأهيل بالجراحة التعويضية، أباح في الإسلام استخدام الذهب في العلاج التعويضي رغم أنه محرم على الرجال .

(1) بركة سلمان أحمد، وآخرون، الأحاديث الصحاح والحسان في رعاية الصحة ، مرجع سابق ،

ص 452

(2) د. توفيق الطويل ، في تراثنا العربي الإسلامي ، مرجع سابق ، ص 102 .

(3) أخرجه الدرامي في سننه ، ج 1 ، ص 476 ، ح 1652 .

الفصل الثالث
صور من التحليل الاقتصادي
للخدمات الصحية
في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

المبحث الأول:

التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

المطلب الأول: التحليل الاقتصادي للخدمات في الاقتصاد الوضعي

مقدمه:

اقتصاديات الرعاية الصحية هي فرع حديث من فروع علم الاقتصاد يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية، وتوضيح جوانبها المختلفة بحيث تصبح أكثر قابلية للتحليل. كما يقدم علم الاقتصاد معايير لتحديد ما إذا كانت سياسات معينة تزيد أو تقلل الكفاءة الاقتصادية وعدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية. وبالطبع، لا يستطيع التحليل الاقتصادي معالجة كل ما يهم المهنيين الصحيين وعامة الناس بالنسبة للرعاية الصحية - فالمشكلات المختلفة تتطلب تدريباً وخبرة تحليلية مختلفة - أما ما يلائم التحليل الاقتصادي بصفة خاصة فهي المشكلات المتعلقة بقضايا الندرة. ومن هذه الناحية يمكن لعلم الاقتصاد توضيح الاختيارات الأفضل للمجتمع عندما تكون موارده المتاحة غير كافية لتحقيق كل رغباته، فالموارد المتاحة دائماً غير كافية في كل المجتمعات وذلك لشدة المنافسة عليها بين استخداماتها المختلفة كالتعليم والرعاية الصحية والأمن الداخلي والدفاع عن حدود الوطن وطرق المواصلات ... الخ.

أولاً :- سوق خدمات الرعاية الصحية في العالم:

يعتبر هذا السوق مثل باقي الأسواق في العالم حيث يتكون من جانبين هما الطلب والعرض فالرعاية الصحية لها طلب يمثلها طالبي خدمة الرعاية الصحية وجانب عرض يمثلها مقدمي هذه الخدمة وفيما يلي تحليل للجانبين:

أولاً الطلب:

فى جانب الطلب على خدمات الرعاية الصحية يتم تحديد محددات الطلب فى اطار نموذج مستهلك يتسم سلوكه بالرشاد الاقتصادى تحت الافتراضات التالية :-

1- أن يكون لدى المستهلك النمطى إجمالى دخل ثابت ومستوى معين من المعرفة والتعليم .

2- أن يتمكن المستهلك النمطى من التعبير عن تفضيلاته الاستهلاكية بواسطة دالة للمنفعة تكون معرفة على حالته الصحية، وسلعة استهلاكية مجمعة وتوصف الدالة بالخصائص المعروفة لمثل هذه الدوال فيما يتعلق بالمنفعة الحدية .

3- أن يتم انتاج الحالة الصحية للمستهلك النمطى بواسطة دالة للانتاج يستخدم فيها مدخلات لانتاج الصحة وتقنيات انتاج الرعاية الصحية كمستوى التغذية وصحة البيئة وتتأثر بمستوى المعرفة المتوفر للمستهلك .

4- أن تستورد أسعار تنافسية للسلعة الاستهلاكية ولمدخلات انتاج الحالة الصحية يأخذها المستهلك النمطى كمعطيات لا يستطيع التأثير عليها وحيث يمكن اعتبار سعر السلعة الاستهلاكية كمعيار للأسعار ومن ثم يمكن التعامل مع سعرها على أنه يساوى واحد. على هذا الاساس يواجه المستهلك النمطى قيوداً للميزانية يعبر عنه بحيث لا يفوق اجمالى الانفاق على السلع الاستهلاكية والخدمات الصحية الدخل الثابت .

على أساس هذه الافتراضات يقوم المستهلك باتخاذ قراراته الاستهلاكية بتعظيم دالة المنفعة باختيار كمية السلعة الاستهلاكية وكميات

مدخلات إنتاج الحالة الصحية وذلك في ضوء القيود التي تفرضها الموارد المتاحة له في شكل دخل ثابت ودالة انتاج الحالة الصحية. وكما هو معروف يؤدي حل هذه المسألة إلى تعريف دوال الطلب للسلعة الاستهلاكية، ومدخلات إنتاج الحالة الصحية كدوال في معطيات النموذج: أسعار مدخلات انتاج الحالة الصحية، ومعطيات دوال انتاج الحالة الصحية واجمالى الموارد المتاحة والحالة التعليمية وعلى هذا الاساس يمكن تعريف منحنى الطلب على خدمات الرعاية الصحية على المستوى النظرى كعلاقة بين الكميات المطلوبة فيها وسعر الخدمة.¹

ويختلف الطلب على الخدمات عن طلب السلع في بعض الأوجه ولاستبيان ذلك سوف يتم التركيز على إحدى الخدمات وهي الرعاية الصحية Health care ويلاحظ في هذا الصدد أن الصحة لا تعتبر خدمة قابلة للتبادل في السوق، وإنما الخدمات الصحية هي التي تباع وتشتري في السوق. ومن ثم فإن التحليل الاقتصادي ينصب بصفة أساسية حول الخدمات الصحية. وفي مجال التفرقة بين الصحة والخدمات الصحية تتم التفرقة بين القيمة الاستعمالية Value in use والقيمة التبادلية value in exchange. فالقيمة الاستعمالية تشير على الفائدة أو الإشباع أو الرضا الذي يتحقق للفرد نتيجة لاستعمال أو استهلاك الشيء إما القيمة التبادلية فتشير إلى الثمن الذي تباع وتشتري به السلعة أو الخدمة في السوق. وتمثل القيمة الاستعمالية الحد النهائي للقيمة التبادلية حيث لا يمكن أن تتفوق القيمة التبادلية عن القيمة الاستعمالية وإن كان من الممكن أن تقل عنها ويلاحظ في هذا الصدد أن الصحة لها قيمة استعمالية وليس قيمة تبادلية مثلها في ذلك مثل الهواء أما

1 - عيسى محمد الغزالي ، اقتصاديات الصحة ، المعهد العربي للتخطيط ، سلسلة دورية ، العدد الثانى والعشرين ، أكتوبر ، 2003، ص ص 2-6.

الخدمات الصحية فلها قيمة تبادلية، وإن كان في بعض الحالات ليس لها قيمة استعمالية وقد تكون قيمتها الاستعمالية سالبة في الحالات التي يخطئ فيها الأطباء عند أدائها الخدمة:¹

خصائص الطلب على الخدمات الصحية:

عند الكلام عن سوق سلعة ما عادة ما تكون السلعة التي يعرضها المنتجون هي السلعة التي يطلبها المستهلكون. فإذا قلنا سوق السيارات فهذا يعنى أن المستهلكين يطلبون سيارات والمنتجين يعرضون سيارات أما عند الكلام عن الخدمات الصحية فالأمر قد يكون مختلفاً قليلاً فالمستهلك الذي هو "المريض" عادة ما يطلب الصحة أو تحسن الصحة أو تجنب المرض، أما الطبيب أو المستشفى فهي تعرض الرعاية أو الخدمة الصحية والتي قد تحقق تحسناً في الصحة أو قد لا تحقق ومن ثم فإن المستهلك يطلب هدفاً معيناً أما المنتج فهو يعرض الوسيلة التي تحقق هذا الهدف، وليس الهدف نفسه.

ومن ناحية أخرى تفترض النظرية الاقتصادية استقلال الطلب عن العرض في حالة السلع العادية. أى أن العوامل التي تؤثر في الطلب تختلف عن العوامل التي تؤثر في العرض في أغلب الحالات ولكن في حالة الخدمات الصحية يوجد هناك تداخلاً بين الطلب والعرض فالمريض غالباً ما تتقصه المعلومات حيث قد لا يعرف طبيعة مرضه ولا أنواع العلاج اللازمة لتخفيف المرض أو إزالته، ولا مدى فاعلية أنواع الأدوية أو العمليات المختلفة اللازمة لعلاج حالته. ولذا فهو قد لا يستطيع أن يتخذ قراراً بشأن ما يطلبه سواء كان خدمة صحية من نوع ما أو دواء أو عملية جراحية دون

1 - عبد القادر محمد عبد القادر، التحليل الاقتصادي الجزئي بين النظرية والتطبيق الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص42

استشارة الطبيب ومن ثم فإن المعلومات التي يقدمها الطبيب كمنتج للخدمة الصحية على جانب العرض تؤثر في طلب المستهلك للخدمات الصحية⁽¹⁾. وفي معظم الحالات يوكل المريض الطبيب مهمة طلب أو تحديد الخدمات الصحية اللازمة له لعدم مقدرته على اتخاذ القرار وهذا يعنى أن طلب وعرض الخدمات الصحية لا يوجد بينهما فصل تام بل أنهما متداخلان. وإذا كان الطلب الأصلي **Fundenental demend** للمريض ينصب على الصحة، فهو يلجأ لطلب الرعاية الصحية لتحقيق الطلب الأصلي. ولذا فإن الطلب على الرعاية الصحية يعتبر طلبا مشتقا **Derived demand** أى أن الخدمات الصحية لا تطلب لذاتها ولكن تطلب بدافع رغبة الفرد في الاحتفاظ بمستوى صحى جيد أو رغبة في تحسن مستوى صحته. والصحة ينظر إليها أما كخدمة استهلاكية أو استثمارية. فهي خدمة استهلاكية لأنها تمكن الفرد من التمتع بأوقات فراغه وهي خدمة استثمارية لأنها تزيد من مقدرة الفرد على الإنتاج في أوقات العمل وبالتالي تزيد من دخله.

وبهذا المعنى فإن الفرد يستمد رعاية صحته في الصغر من أجل الحصول على صحة سليمة في المستقبل. كما أن الفرد يستثمر رعاية الفم والأسنان منذ الصغر من أجل الحصول على أسنان سليمة عند الكبر أى أن طلب هذا الفرد على الخدمات الصحية للأسنان هو طلب مشتق من طلب الفرد على صحة أسنانه في المستقبل.

كما أن الطلب على الخدمات الصحية يمثل شراء ضغط **Distress** **purechase** أى شراء ضرورة في أغلب الأحوال، فإن زيارة طبيب

(1) نفس المرجع السابق ذكره، ص 43

الأسنان قد تكون غير مريحة وتسبب الانقباض لدى البعض، ولكنها تمثل شراءً ضرورياً للتخلص من آلام الأسنان كما أن دخول المريض غرفة العمليات لإجراء جراحة قد تكون أمراً غير مستحبا ولكنه ضروريا لتخلص المريض من الآمة واستعادته صحته وتحسنها.⁽¹⁾

ويمكن أن يكون الطلب على الخدمات الصحية متقلبا بصورة موسمية بمعنى أنه لا يكون موزعا بالتساوى طوال العام، فبعض المرضى يكونون أكثر عرضه للحوادث أو المرض خلال الشتاء، وبعض الأمراض تظهر متقطعة في صورة أوبئة. وعادة يمكن التنبؤ بالخدمات الانتقالية **Elective service** وذلك يسمح بالتخطيط والإدارة السليمة.

وبالنسبة للطلب على الخدمات الصحية يكون هناك علاقة عكسية بين سعر الخدمة الصحية والكمية المطلوبة من هذه الخدمة من جانب مستهلكيها فعندما ينخفض سعر الخدمة الصحية يزداد عدد المرضى الذين يطلبون تلك الخدمة لأن هناك بعض المرضى ذوى الدخل المنخفضة الذين كانوا لا يستطيعون دفع سعر الخدمة الصحية قبل ذلك سيتمكنون من دفع سعرها المنخفض حالياً كذلك سيؤدى انخفاض سعر الخدمة الصحية إلى زيادة عدد مرات طلب الخدمة الصحية في نفس الفترة الزمنية من جانب هؤلاء المرضى القادرين على دفع سعر الخدمة الصحية المرتفع سابقاً، فمثلاً التردد على الطبيب أكثر من مرة في الشهر مثلاً مقارنة بالاكتهاء بزيادة الطبيب مرة واحدة في الشهر عند السعر المرتفع سابقاً.

(1) د. طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدنية، الزقازيق، 2004، ص 73

كما يؤثر فرض الأتعاب على الذين يحق لهم إجراء الاختبارات مجاناً أو عندما تبدأ الأسعار الارتفاع من الصفر ينخفض الطلب كثيراً بخلاف ما كانت هذه الاختبارات مجانية.

محددات الطلب (حالة خاصة):

يتأثر طلب الفرد المستهلك على سلعة أو خدمة ما خلال فترة زمنية معينة بعدة عوامل أهمها سعر الخدمة، دخل الفرد، حجم السكان وأسعار السلع الأخرى البديلة أو السلع المكملة، وذوق المستهلك وتوقعاته. عندما تقدم الخدمات الصحية مجاناً لا يصبح لسعر الخدمة الصحية أو الدخل أو أسعار السلع الأخرى، ولا حتى توقعات الدخل أو الأسعار أى دور يذكر في التأثير على طلب تلك الخدمات الصحية المجانية. فمثلاً قد تقدم خدمات اختبارات جراحات العيون مجاناً، ولكن العدسات والنظارات الطبية يتم تركيبها من نفقة من يرغب في تركيبها، لذلك فإن ارتفاع أسعار العدسات للنظارات قد يؤدي إلى انخفاض الطلب على اختبارات جراحات العيون المجانية وتكلفة الفرصة البديلة لوقت الفرد، وربما بقبول العرض، ومثال ذلك وجود قوائم انتظار طويلة لإجراء هذه الاختبارات وهنا يصبح الموقف مشابهاً للموقف الموضح يتأثر زيادة الطلب (1).

واستخدام فكرة منحنى الطب تفسير الكثير من تغيير الظواهر الاقتصادية، فعن طريق منحنى الطلب تفسر تغيرات القيمة أو الأسعار وتفسر تغير الإنتاج والدخل وتوزيع الموارد بين الاستخدامات المختلفة. ويعتبر مفهوم المرونة مفيداً في اتخاذ ذو العديد من القرارات الاقتصادية والأدوية المتعلقة بتخطيط الخدمات الصحية مثل: هل سيؤدي

(1) نفس المرجع السابق ، ص74

الزيادة في السعر إلى الزيادة في المبيعات أو ما مقدار زيادة في المبيعات إذا خفضا السعر بنسبة 5%.

$$\text{مرونة الطلب} = \frac{\text{التغير النسبي في الكمية}}{\text{التغير النسبي في السعر}}$$

مثال:- إذا زاد سعر السلعة من 20 إلى 21 أى زيادة قدرها 5% فانخفضت الكمية المعروضة من 200 إلى 180 وحدة أى بنسبة 10% فإن قيمة المرونة تكون :-

$$م\ ط = \frac{0.10}{0.5} = -2$$

ذلك لأن العلاقة بين التغير في السعر والتغير في الكمية دائما سالبة.

نظرية الطلب المحفوز بالعرض

Supplier – induced demand

من أبرز نظريات الطلب في مجال الخدمات الصحية (نظرية الطلب المحفوز بالعرض) وتقضى هذه النظرية بأنه طالما أن الطبيب هو وكيل المريض في تحديد نوعية الخدمات الصحية التي يحتاجها الأخير، فإن جانب العرض يؤثر على جانب الطلب في مجال الرعاية الصحية. ومن هذا المنطلق فإن مستوى الخدمات الصحية التي يتم طلبها بناءً على تعليمات الطبيب قد تكون مختلفة عن المستوى الذي كان يمكن أن يقرره المريض في حالة اتخاذ القرار بنفسه.¹

ومن ناحية أخرى إذا زاد عرض الخدمات الصحية نتيجة لزيادة عدد الأطباء مثلا، فإنه من المتوقع أن يصاحب هذا زيادة في الطلب على الخدمات الصحية حتى مع ثبات عدد المرضى. وربما يرجع هذا إلى أن

1 - عبد القادر محمد عبد القادر ، مرجع سابق ، ص 44 .

زيادة عدد الأطباء قد يكون مصحوباً بتوسع في التخصصات الأمر الذي يؤدي لزيادة الطلب على الخدمات الصحية المتخصصة بعدما كان طبيب واحد يقوم بعدد من التخصصات جملة واحدة، بالإضافة إلى ذلك فإن زيادة عدد الأطباء ربما يقلل أجر الخدمة الطبية، وفي محاولة لتعويض ذلك ربما يقرر الأطباء تقديم قدر أكبر من الخدمات الطبية للمرضى مما يزيد من الطلب على الرعاية الصحية.¹

ثانياً: العرض :

فيما يتعلق بجانب عرض الخدمات الصحية نجد أن تقنيات الخدمات الصحية تشتمل على مدخل العمل في شكل أطباء وكوادر طبية مساعدة بالإضافة الى عوامل انتاج وسيطة ورأس المال، وفي هذا الصدد يلاحظ أن الأطباء بمختلف تخصصاتهم يقومون بتوفير المعلومات والإرشادات للأفراد حول طبيعة حالتهم الصحية، وعن أثر مختلف طرق العلاج عليهما، والقيام بتوفير خدمات العلاج كالجراحة وكتابة الوصفات الطبية. كذلك يلاحظ أن الاطباء عادة ما يشكلون نسبة متدنية من قوة العمل المنخرطة في وفير الخدمات الصحية إذ يتطلب توفير هذه الخدمات أعداداً كبيرة من الكوادر الطبية والمساعدة من الممرضات والإداريين والصيدلة والكتبه، وينطوى عمل هؤلاء على جوانب مكمله وأخرى محلة لعمل الاطباء من جانب آخر . وتلعب الامدادات الطبية كالأدوية والمعدات الطبية والمعدات الرأسمالية دوراً مهماً في إنتاج الخدمات الصحية في المستويات الأولية للرعاية الصحية .

1 - محمد عبد المنعم غفر ، د. أحمد فريد مصطفى ، التحليل الإقتصادي الجزئي في الإقتصاد الوضعي والإسلامي ، مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية ، 1999 ، ص 109 .

وفى إطار هذه العلاقات الفنية لانتاج الخدمات الصحية يمكن النظر إلى محددات عرض الخدمات الصحية من خلال التعرض للحوافز الاقتصادية والاجتماعية التي تدفع مختلف الأطراف للقيام بأعمالهم في هذا المجال .

وفى هذا الصدد يمكن النظر للأطباء على أنهم يقومون بتقديم خدماتهم كعمالة ماهرة تحفزها تركيبة الأجور في الاقتصاد وتسعى لتعظيم دالة منفعة تقليدية معرفة على الدخل (الاستهلاك) وعلى الوقت المتاح للراحة والاستجمام من جانب آخر، ولأنهم يتوفرون على معرفة متخصصة حول تقنيات إنتاج الرعاية الصحية، يمكن النظر إليهم كمنظمين أو إداريين للعملية الانتاجية ومن ثم فإن معدل الربح في مجال تقديم الخدمات الصحية سيكون من أهم الحوافز الاقتصادية التي تستند عليها عملية اتخاذ القرارات بواسطة الأطباء .

ويسبق كل هذه الادوار والقرارات التي تتخذ حيالها بواسطة الأطباء، القرار الابتدائي حول دراسة الطب ليصبح الفرد طبيباً، وهو قرار أخذ يعرف بالاستثمار في رأس المال البشرى بواسطة الافراد وذلك بالاستناد على الافتراضات التالية :

- أن طول فترة التدريب أو التعليم هي المصدر الأساسى للتفاوت في دخول العمال وأن التدريب يرفع انتاجية العامل، إلا أن التدريب يتطلب تأجيلاً للدخل لفترة مستقبلية .
- يتوقع الأفراد عند اتخاذ القرار بالتدريب الحصول على دخول أعلى في المستقبل تعوض تكلفة التدريب .
- يفترض أن تقتصر تكلفة التدريب على التكلفة البديلة بمعنى الدخل الذي كان سيحصل عليه الفرد إذا لم يلتحق بمؤسسات التدريب .

- يفترض ألا يقوم الافراد باتخاذ قرار التدريب في المستقبل بعد انقضاء فترة التدريب الأولى وأن يظل تدفق الدخل المستقبلي بعد نهاية فترة التدريب الأولى ثابتاً خلال فترة العملية .
- يفترض ثبات سعر الفائدة الذي يستخدمه الافراد في حسم التدفقات المستقبلية

على أساس هذه الافتراضات وفي اطار التوازن التنافسي سيكون توزيع دخول العمال بحيث تتساوى القيمة الحاضرة للتدفقات المستقبلية، وذلك لخياري الإنخراط في التعليم وعدم الانخراط بعد حسم التدفقات المستقبلية بسعر الفائدة التنافسي، عند وقت اتخاذ قرار الاستثمار في التدريب أو التعليم ويترتب على مثل هذا التحليل أن عرض الاطباء يعتمد على هيكل التكلفة البديلة للدراسة وعلى اسعار الفائدة السائدة في الاقتصاد .

وعلى أساس مثل هذه الصياغة النمطية لسلوك الأفراد وبافتراض أن حافز منتجي خدمات الرعاية الصحية يتمثل في تعظيم ارباحهم بالطريقة التقليدية، يمكن التعامل مع سوق خدمات الرعاية الصحية على أساس التحليل الاقتصادي المعروف حيث تتحدد الكمية التوازنية لخدمات الرعاية الصحية التي يرغب الأفراد في الحصول عليها والتي يرغب المنتجون في توفيرها بتقاطع منحنيات الطلب والعرض .

وفي مثل هذا التحليل يتوقع أن تعمل آلية السوق لتحقيق كفاءة تخصيص الموارد في سوق خدمات الرعاية الصحية مثلها في ذلك مثل بقية أسواق السلع والخدمات في الاقتصاد .

وتستند مثل هذه الصياغة النمطية للأسواق على عدد من الافتراضات الهامة التي استخدمت للحصول على منحنيات الطلب والعرض التي تعرف السوق في النظرية الاقتصادية ويمكن تلخيصها فيما يلي :

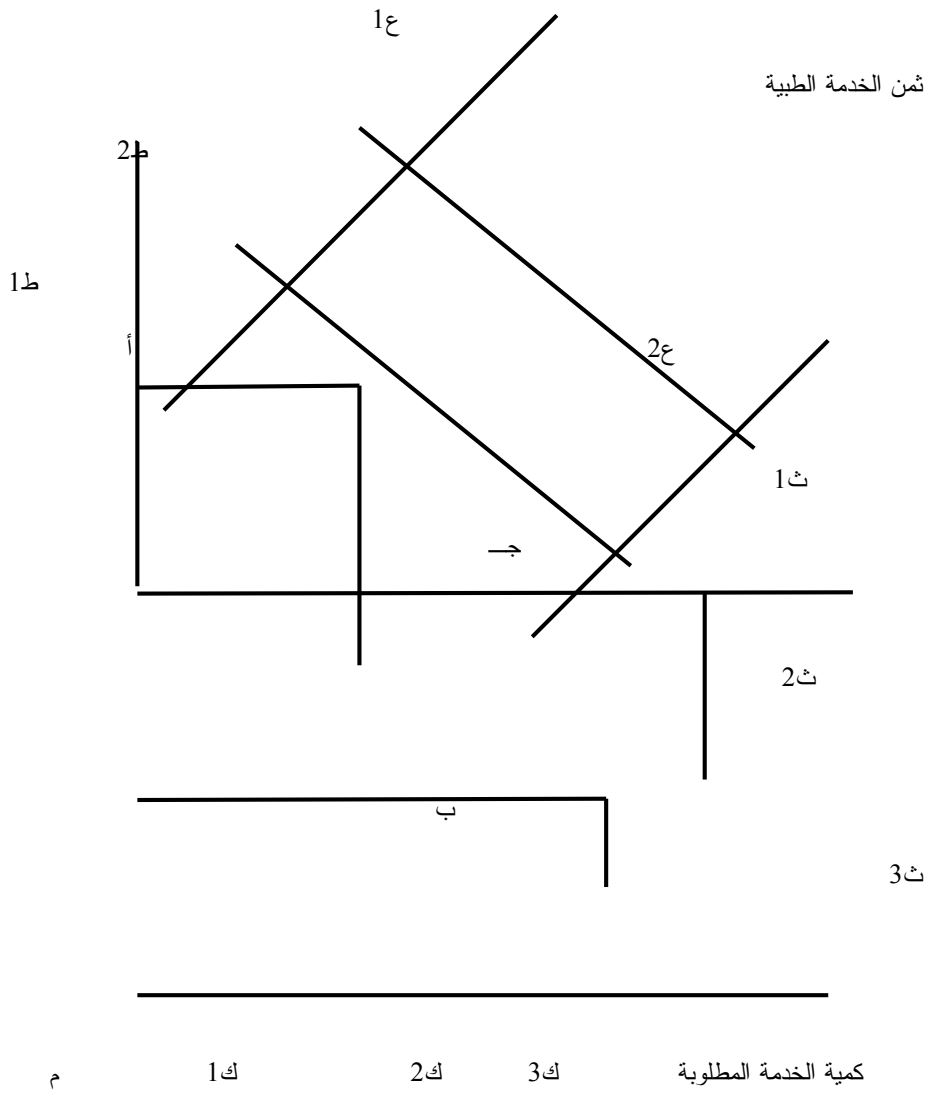
- أن هناك عدداً كبيراً من المنتجين لخدمة الرعاية الصحية يسعى كل واحد منهم لتعظيم فائدته كما يعبر عنها ربحه دون أن يكون له تأثير على أسعار الخدمات المقدمة أو أسعار مدخلات الانتاج .
- أن خدمة الرعاية الصحية التي يتم عرضها في السوق تتسم بالتجانس بمعنى مطابقة مواصفات كل وحدة منها للوحدة الأخرى .
- أن المستهلكين يمتلكون المعلومات الكاملة عن أسعار ونوعية وجودة خدمات الرعاية الصحية .
- أن المستهلكون يقومون بمقابلة تكلفة السلعة التي يقومون باستهلاكها بمعنى دفع السعر الذي يحدده السوق .
- ويتوقف العرض على الندرة كما يتوقف الطلب على النفقة والعرض يعنى تلك العلاقة التي تربط الأسعار والكميات المراد بيعها في وحدة الزمن، وفى مجال نظم الخدمات الصحية يكون العرض على قدر كبير من التنظيم ولا تستجيب لقوى السوق بنفس طريقة عرض السلع الاستهلاكية .
- ويكشف لنا منحنى العرض سلوك المنتج، وكيف يسعى لتحقيق أقصى ربح ممكن وعادة تزيد الكمية المعروضة كلما زاد السعر، وتقل كلما انخفض السعر أى أن العلاقة بين الكمية المعروضة والسعر علاقة طردية (1)
- وفى مجال الخدمات الصحية يمكن أن يتوقع وجود منحنى عرض ينحدر لأعلى (علاقة طردية) بالنسبة لعمليات التجميل مثل شد الوجه وأهم الاعتبارات التي تؤثر في المنتج عند اتخاذ قرار بزيادة الإنتاج هو اعتبار النفقات وهو يحقق الربح العادى عندما يتمكن من تغطية كل النفقات الثابتة المتغيرة (2).

(1) د. رفعت الرميس ، الإقتصاد الاجتماعى ، دار الفؤاد القاهرة ، 2003 ، ص 77 .

(2) د. طلعت الدمرداش ، إقتصاديات الخدمات الصحية ، مرجع سابق ، ص 95 .

ويمكن الإشارة إلى العوامل المحددة للعرض والتخلف في تغير أسعار السلع الأخرى، تغير أسعار عوامل الإنتاج تغير الفنون الإنتاجية (مستوى التكنولوجيا) وكلها مؤثرة في مدى تقديم الخدمات الصحية والتغير الذي يطرأ على السعر والكمية المعروضة من الخدمات (علاقة طردية). ويعنى مفهوم المرونة درجة استجابة الطلب والعرض لتغيرات الأسعار والدخل وغير ذلك من العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤثر على الطلب والعرض فبالإضافة إلى معرفة اتجاه تغير الطلب أو العرض لتغير الظروف، يجب أن يكون هناك مقياس لمعرفة مقدار تغير الكمية المطلوبة أو المعروضة.

ويمكن تصوير هذه النظرية بالشكل .



(نظرية الطلب المحفوظة بالعرض)

فإذا بدأنا من نقطة التوازن "أ" حيث كمية الخدمة الطبية ك1 و ثمن الخدمة ث ثم زاد عرض الخدمة الطبية من ع1 ع2 نتيجة لزيادة عدد الأطباء فإن التوازن يصبح عن "ب" ومن ثم ينخفض سعر الخدمة الطبية من ث1 على ث2 وتزداد كمية الخدمة من ك1 إلى ك2 ونظرا لأن مرونة الطلب على الخدمة الطبية ربما تكون منخفضة (أى أقل من الواحد) فقد يترتب على ذلك انخفاض الدخل الكلى المتولد من الخدمة الطبية. وفى محاولة لتعويض ذلك ربما يحفز الأطباء على زيادة الطلب على الخدمات الطبية من ط1 إلى ط2 فتصبح نقطة التوازن هي جـ وعندئذ يرتفع ثمة الخدمة من ث2 إلى ث3 وتزداد كمية الخدمة من ك1 إلى ك2 ويزداد الدخل المتولد عن الخدمة من وك2 ب ث 2 إلى وك3 جـ ث3 وبالطبع ربما يفوق ثمة الخدمة ث1، إذا كانت الزيادة المحفوزة في الطلب أعلى من ط2.

وفى نفس المجال: حيث تكون المستشفيات حرة في تحديد أسعار خدماتها عند المستويات التي ترى أن السوق سيتحملها. فإن أسعار الخدمات التي يكون الطلب عليها غير مرن السعر سيتضمن زيادة أكبر عن التكلفة، بالمقارنة بأسعار الخدمات التي يكون الطلب عليها مرنا للسعر.¹

1 - خيرية عبد الفتاح ، نظرية التحليل الإقتصادى ، مكتبة المدنية ، الزقازيق ، 2004م ، ص101

أوجه الاختلاف بين سوق

خدمات الرعاية الطبية والأسواق النمطية

تختلف سوق خدمات الرعاية الصحية عن الأسواق النمطية في أن معظم هذه الافتراضات لا يتحقق ففي جانب الطلب عدة ما تسود حالة عدم المعرفة وغياب المعلومات حول الحالة الصحية للفرد وذلك لاتصاف مثل هذه المعرفة بالخصوصية التي تتطلب تدريباً طويلاً بتكلفة عالية، وغياب المعلومات أيضاً حول تركيبة الاسعار السائدة ومدى تعبيرها عن جودة الخدمة المقدمة، وحول طبيعة العلاج الملائم للحالة المرضية، كذلك تسود حالة من عدم التيقن حول الحالة الصحية للأفراد مما يعنى أن عملية اتخاذ القرار لاتتم في بيئة من اليقين بتفضيلات المستهلك وانما تعتمد على احتمالات حدوث مختلف الحالات الصحية، وفي جانب العرض عادة ما يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية من خلال منافذ محدودة تنسم معظمها بمظاهر الاحتكار بمعنى امكانية التحكم في الاسعار سواء أكان ذلك بالنسبة للمستشفيات الكبرى أو المراكز الصحية أو العيادات الخاصة .

كذلك ينعدم حافز الربح لدى المستشفيات الحكومية الكبرى. بالاضافة إلى ذلك تتعدد الوصفات العلاجية بتعدد الحالات المرضية مما يعنى انعدام صفة التجانس كذلك تتوفر لدى الأطباء معلومات فنية تتحدد على اساسها نوعية الخدمة المقدمة ولا تتوافر هذه المعلومات للأفراد المستهلكين. وعادة ما تلخص هذه الاختلافات بين الأسواق النمطية وسوق خدمات الرعاية الصحية في ملاحظة أن الثانى يتصف بعدم كمال المعلومات وعدم كمال التنافس وفي ظل هذه الخصائص عادة ما تفشل آلية السوق في تحقيق كفاءة

تخصيص الموارد ومن ثم في تعظيم رفاه الفرد الامر الذي يستدعى تدخل
الدول¹.

ويمكن اجمال الفروق بين الاسواق التنافسية وسوق خدمات الرعاية
الصحية في الجدول الآتي :-

الأسواق التنافسية النمطية	سوق خدمات الرعاية الصحية
عدد كبير من المنتجين	عدد محدود من المستشفيات والعيادات خارج المدن الكبيرة
حافز تعظيم الربح	معظم المستشفيات لاتعتمد حافز الربح
تجانس السلع	عدم تجانس الخدمات
كمال المعلومات لدى المستهلكين	عدم معرفة المستهلكين الكاملة بالمعلومات ذات العلاقة
مقابلة التكلفة للسلعة المستهلكة	مقابلة جزء من تكلفة الخدمة

تدخل الحكومات في اسواق الخدمات الصحية

مبررات تدخل الحكومة في أسواق الخدمات الصحية

هناك ثلاثة مبررات لقيام الحكومة بدور كبير في القطاع الصحي
ينبغي الاهتمام بها في إصلاح النظم الصحية .

1- الخدمات الصحية سلع عامة :

تعتبر كثير من الخدمات المرتبطة بالصحة سلع عامة، مثل المعلومات
الصحية ومكافحة الامراض المعدية ن فاستخدام شخص ما للمعلومات
الصحية ليس من شأنه ان يبقى قدراً أقل من المعلومات للآخرين كى

1 - http://www.tishreen.edu.sy/sites/default/files/Tishreen_Magazine/2.pdf

يستهلكوها كما لا يسع شخصاً معيناً أن يستفيد من مكافحة البعوض الناقل للملاريا في حين يستبعد شخص آخر يقيم في نفس المنطقة من هذه الاستفادة، ونظراً لأن أسواق القطاع الخاص وحدها لا توفر إلا قدرًا قليلاً جداً من السلع العامة ذات الدور الحاسم في الصحة فإن مشاركة الحكومة ضرورية لزيادة المعروض من هذه السلع والخدمات الصحية الأخرى وفورات خارجية هامة شأنها في ذلك شأن جميع السلع العامة فالاستهلاك من جانب فرد يؤثر في الغير، وتحصين طفل من شأنه أن يبطئ من انتقال عدوى الحصبة وغيرها من الأمراض، ويتيح وفرًا خارجياً إيجابياً، والذين يلوثون البيئة والسائقون المخمورون يحققون وفورات خارجية سلبية ويتطلب الأمر أن تشجع الحكومات أنواع السلوك التي تتطوى على وفورات خارجية إيجابية وألا تشجع ذات الوفورات الخارجية السلبية.¹

2- عدم قدرة الفقراء على تحمل تكاليف الخدمات الصحية

توفير الخدمات الصحية المردودة للتكاليف للفقراء هو نهج فعال ومقبول اجتماعياً للإقلال من الفقر ويرى معظم البلدان أن الحصول على الرعاية الصحية الأساسية حق من حقوق الإنسان .

كما ان التمويل الحكومي للرعاية الاكلينيكية الجوهرية للتخفيف من حدة الفقر، وهو تمويل يمكن أن يتخذ أشكالاً شتى مثل دعم القطاع الذي يقدم خدمات للفقراء هو والمنظمات غير الحكومية، واعطاء الفقراء مستندات قيد يستطيعون تقديمها إلى من يختارونهم من مقدمي الخدمات، وتقديم خدمات حكومية للفقراء بالمجان أو بأقل من التكلفة.²

1 - أ.ب. ماخ ، ب. آبييل - سميث ، تخطيط مالية القطاع الصحى ، منظمة الصحة العالمية ، الاسكندرية ظن 2002، ص ص 30-35.

2 - عزة عمر الغدرى ، الامن الاجتماعى والصحة ، مرتمر الأمن الاجتماعى للتنمية 12-13 أكتوبر ، القاهرة ، 1999، ص ص 100-105 .

3- تنظيم التأمين الصحي الذي يوفره القطاع الخاص

قد يدعو الأمر إلى إجراء من جانب الحكومة للتعويض عن مشكلات ناشئة عن عدم اليقين وعن تقصير سوق التأمين فأوجه عدم اليقين الكبيرة التي تكتنف احتمال حدوث المرض، وكفاءة الرعاية من شأنها أن تخلق طلباً قوياً على التأمين فأوجه عدم اليقين الكبيرة التي تكتنف احتمال حدوث للمرض، وكفاءة الرعاية من شأنها أن تخلق طلباً قوياً على التأمين وتخلق كذلك أوجهاً للقصور في إدارة أسواق القطاع الخاص ويرجع ذلك لعدة أسباب :-

- أن التباين في المخاطر الصحية قد يهيء لشركات التأمين حوافز تحدوها إلى رفض التأمين على من هم في أشد الحاجة إلى التأمين الصحي .
- أن التأمين يقلل من الحوافز التي تحدو الأفراد إلى تقاضى المخاطر والتكاليف، وذلك بسلوكهم سلوكاً يتصف بالحرص والرؤية، كما أنه يوفر للأطباء والمستشفيات حوافز وفرصاً تحدوهم إلى إعطاء المرضى من أسباب الرعاية ما يفوق احتياجهم إليه .
- عدم التماثل في المعلومات بين مقدمى الخدمات وبين المرضى بشأن النتائج التي يسفر عنها التدخل فمقدمو الخدمات يقدمون النصائح للمرضى بشأن اختيار العلاج ومتى ارتبط دخل مقدمى الخدمة بهذه النصيحة فقد ينتج عن ذلك إسراف في العلاج .
- ونتيجة لهذين الاعتبارين الأخيرين في أسواق القطاع الخاص غير المنظمة بلوائح، فإن التكاليف تتصاعد دون تحقيق مكاسب صحية ملموسة بالنسبة للمرضى ويقع على عاتق الحكومات دور هام ينبغى لها الاضطلاع به في تنظيم التأمين الصحي الذي يوفره

القطاع الخاص او في التعويض بدائل مثل التأمين الاجتماعي، للتأكد من تغطيته الواسعة ولا بقاء تكاليفه منخفضة ¹.

ويجب أن يكون تدخل الحكومة من خلال سياسات مخططة لتلائم الواقع والموارد المتاحة، وإلا خاطرت بأن تفاقم نفس المشكلات التي تجتهد في حلها ولذلك فإن راسمى السياسة الصحية يواجهون قرارات صعبة تتعلق بتخصيص الموارد الحكومية متى صارت ضلعاً مباشراً في القطاع الصحي - بتقديم برامج الصحة العامة أو بتمويل الخدمات الاكلينيكية الاساسية للفقراء وذلك لأن دافعى الضرائب والمتبرعين في بعض البلدان يريدون أن يروا أقصى حداً من المكاسب الصحية المتولدة عن الاموال التي أنفقت ².

تدخل الحكومة لمعالجة أوجه القصور في قواعد السوق الحر في اسواق الخدمات الصحية فى نظام السوق التنافسى نجد أن الكفاءة الاقتصادية في جانبى الطلب والعرض لا تتحقق عند تراجع شروط السوق التنافسية وهى: أن المستهلكين لديهم معلومات كاملة وأن قدرة الموارد على التحرك كاملة، وأن المرضى ومقدمى الخدمات لديهم حافز لتخفيض تكاليف شراء وتقديم الخدمات الصحية، وتتمثل أهم الشروط التنافسية التي لا تتوافر في الخدمات الصحية في :-

أ- أن المستهلكين تنقصهم المعلومات المتعلقة بالتشخيص وحاجات العلاج ونوعية مختلف مقدمى الخدمات والأسعار التي يطلبها مختلف مقدمى الخدمات .

1 - البنك الدولى: تقرير عن التنمية فى العالم 2003: الاستثمار فى الصحة ، واشنطن 2003، ص ص 62-68.

2-HAMMER. J. S. *Economic Analysis for Health Projects. The World Bank Research Observer*,no.1 world bank, Washington, 1997, 47-71.

ب-توجد حواجز انتقال الموارد ممثلة في القيود المفروضة على المهام المسموح بأدائها لكل مهنة طبية والدخول إلى المهن الصحية ودخول المؤسسات في الأسواق المؤسسية المختلفة .

ج- انخفاض حوافز المرضى ومقدمى الخدمة لتخفيض تكاليف الخدمات الصحية وبسبب شراء غطاء تأمينى زائد نتيجة الاستقطاع الضريبي بالنسبة للعاملين لديهم، واعتماد مقدمى الخدمة على السداد بناء على التكاليف من خلال طرف ثالث مثل الحكومة .¹

ويتمثل اثر حواجز دخول المهنة ونقص المنافسة السعرية في أن الأسعار التي يدفعها المرضى مقابل الخدمات الصحية لاتعكس التقييم الحدى لاستخدام هذه الخدمات ويزيد استخدام المرضى للخدمات الصحية عندما يكون التأمين مدعماً (سواء من الحكومة أو من خلال الاستقطاع الضريبي) على ما كان يمكن أ، يرغبوا في دفعه مقابل هذه الرعاية إذا كانوا سيدفعون الثمن كاملاً وكذلك فإن السعر المدفوع للخدمات الصحية عن طريق طرف ثالث، أو الحكومة او المرضى (سواء من خلال الدفع المباشر أو من خلال الضرائب) يزيد على ادنى تكلفة لتقديم هذه الخدمة الصحية .

وفى القطاع المؤسسى يؤدى نقص معلومات المستهلكين وموانع الدخول إلى زيادة الأسعار عن التكلفة المتوسطة. وتستطيع المستشفيات تسعير خدماتها بحيث تدعم مختلف الخدمات والمرضى. وتشير قدرتها على التسعير حسب مرونة طلب المرضى (مثل الطبيب) على نقص المنافسة السعرية وأدى التأمين الزائد على

1-FELDSTEIN. P. J. *Health Care Economics*. Second Edition, John Willey & Sons, New York, 1983,95-100

المرضى والسداد لمقدمى الخدمات بناء على التكاليف إلى انتفاع غير مناسب وقلق على الكفاءة والإفراط في تضاعف التسهيلات وسرعة ارتفاع التكاليف الطبية.

وهكذا يتضح أن هناك قصوراً في سوق الخدمات الصحية وكان بعضها ناتجاً عن تدخل الحكومة، ويرجع هذا القصور هو وضع قيود على دخول المهنة وتقديم المعلومات والمنافسة السعرية في توفير الحماية للمستهلك¹.

ثانياً :- دالة الإنتاج في القطاع الصحي:

يتطلب توزيع الموارد على مجموعة المدخلات الأقل تكلفة لتحقيق تحسن مستويات الصحة إدراك مفهوم دالة إنتاج الصحة حيث تصف دالة الإنتاج العلاقة بين توليفات المدخلات والنواتج المحقق، ويجب تمييزها عن منحى إمكانات الإنتاج الذي يصف الموازنة بين المدخلات المختلفة من مجموعة محددة من الموارد . إذ يمكن إنتاج الصحة باستخدام توليفات مختلفة من المدخلات، ويفترض في الدراسات التجريبية لدوال إنتاج الصحة أن العلاقات المقدرة كفاءة فنياً واقتصادياً؛ أي أن المدخلات تحقق أقصى ناتج ممكن حيث يتم الإنتاج بأقل قدر ممكن من المدخلات (الموارد) ويهتم الاقتصادي (وصانع السياسة) بتحديد توليفة المدخلات الأكثر اقتصادياً - أي الأقل تكلفة - لإنتاج مستوى محدد من منتج الصحة . وقبل أن يتم تحديد توليفة مدخلات الإنتاج الأقل تكلفة لإنتاج مستوى معين من الصحة، لابد من تحديد دالة إنتاج الصحة أولاً . وبمجرد تحديد هذه الدالة والحصول على تقديرات للآثار الحدية لكل من مدخلات الإنتاج على الصحة يصبح من

1 - مجلس الشورى المصرى ، مستقبل الرعاية الصحية فى مصر والتوجه القومى للتأمين الصحى الاجتماعى، القاهرة ، 1996، ص ص 75-80.

الممكن المقارنة بين زيادة الإنفاق على مدخلات الإنتاج المختلفة، وبالتالي تحسين عملية تخصيص الموارد لتحسين الإنتاج الصحي، ويتم ذلك بمجرد أن نتاح معلومات عن تأثير كل برنامج صحي والتكاليف النسبية لزيادة حجمه على مستوى الصحة.

وإجمالاً يمكن القول أن دالة إنتاج الصحة هي أداة تحليلية لتحديد كيفية تخصيص الموارد بين البرامج المختلفة والبديلة لتحقيق تحسن في مستوى الصحة

وتتضمن هذه الطريقة التحليلية خطوتين هما:-

أولاً:- تحديد المعلومات المطلوبة.

ثانياً :- كيفية استخدام تلك المعلومات لتخصيص الموارد.

الناتج الكلي في دالة إنتاج الصحة :

وتتمثل الخطوة الأولى في استخدام دالة إنتاج الصحة لاتخاذ قرارات التخصيص في تحديد دالة معينة - أي تعريف الناتج (الهدف) الذي يجب تحقيقه والبدائل المختلفة لتحقيقه، ولكي يتم تحديد هذه المجموعة من البدائل فلا بد من تحديد وتعريف الناتج المرغوب بوضوح .فعلى سبيل المثال؛ إذا كان الهدف (الناتج) المرغوب عاماً مثل زيادة صحة السكان، فإن البدائل ستكون أيضاً عامة إلى حد ما، مثل تحسين البيئة، وتحسين التغذية، والتركيز على الرعاية الوقائية، وتحسين سبل الحصول على الخدمات الصحية، وتحسن العادات الصحية الشخصية.

أما بالنسبة لصانعي السياسات، فإن هذه السياسات البديلة ليست محددة بما يكفي لايضاح أي البرامج البيئية أو الوقائية أو العلاجية التي يجب تنفيذها من أجل تحقيق تأثيرات إيجابية على المستويات الصحية لمجموعات سكانية

معينة . وإذا لم يتم تحديد الهدف الصحي وفقاً للمجموعات العمرية والنوعية (وربما الموقع أو المنطقة الجغرافية) فإنه لن يمكن تحديد المشروع الذي سيحقق أكبر أثر إيجابي على مستوى الصحة، مثل برنامج مراقبة السرطان أو برنامج صحة الأم والطفل.¹

ويعتبر المهنيون الصحيون وغيرهم من المتخصصين في البرامج الصحية أكثر قدرة من غيرهم على تحديد البرامج الصحية البديلة لزيادة المستوى الصحي لمجموعة سكانية أو عمرية أو نوعية محددة . وباستخدام نماذج التعظيم، يستطيع الاقتصاديون تحديد كيفية تخصيص الاعتمادات المالية المحدودة التي تم رصدها للقطاع الصحي بين البرامج البديلة لتحقيق أكبر زيادة ممكنة في مستوى الصحة.

ويتضح الأسلوب الأنسب الذي يجب أن يستخدم لتخصيص الموارد بين البرامج البديلة من أجل تحقيق أقصى زيادة ممكنة للهدف . فبافتراض أن هدف السياسة يتمثل في تخفيض معدل وفيات الرضع، فما هي أنواع البرامج التي يجب زيادة الإنفاق عليها لتحقيق هذا الهدف؟ ومن أجل التوضيح، سنفترض وجود برنامجين فقط لتحقيق هذا الهدف (خفض معدل وفيات الرضع)، أحدهما يتمثل في إنشاء وحدات إضافية للعناية المركزة في بعض المستشفيات للأطفال المصابين بحالات مرضية شديدة الخطورة، والثاني يتمثل في زيادة الاعتمادات المالية لتمويل برامج صحة الأم والطفل (للحوامل والأطفال حتى عمر خمس سنوات) في المناطق التي تعاني من قصور في الخدمات الصحية . وتوضح الطريقة التالية نوع المعلومات

1 - طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مكتبة المدينة ، القاهرة ، الطبعة الثانية ، 2000 ، ص 364 .

والتحليل المطلوب لتحديد أفضل أسلوب لتخصيص الموارد (الاعتمادات المالية) بين هذين البرنامجين.

الناتج الكلى في دالة انتاج الصحة :

تتمثل الخطوة الاولى في استخدام دالة انتاج الصحة لاتخاذ قرارات التخصيص في تحديد دالة معينة - أى تعريف الناتج (الهدف) الذي يجب تحقيقه والبدائل المختلفة لتحقيقه، ولكى يتم تحديد هذه المجموعة من البدائل فلا بد من تحديد وتعريف الناتج المرغوب بوضوح .فعلى سبيل المثال؛ إذا كان الهدف الناتج (المرغوب عاماً مثل زيادة صحة السكان، فإن البدائل ستكون أيضاً عامة إلى حد ما، مثل تحسين البيئة، وتحسين التغذية، والتركيز على الرعاية الوقائية، وتحسين سبل الحصول على الخدمات الصحية، وتحسن العادات الصحية الشخصية.

أما بالنسبة لصانعي السياسات، فإن هذه السياسات البديلة ليست محددة بما يكفي لايضاح أي البرامج البيئية أو الوقائية أو العلاجية التي يجب تنفيذها من أجل تحقيق تأثيرات إيجابية على المستويات الصحية لمجموعات سكانية معينة . وإذا لم يتم تحديد الهدف الصحي وفقاً للمجموعات العمرية والنوعية) وربما الموقع أو المنطقة الجغرافية (فإنه لن يمكن تحديد المشروع الذي سيحقق أكبر أثر إيجابي على مستوى الصحة، مثل برنامج مراقبة السرطان أو برنامج صحة الأم والطفل .

ويعتبر المهنيون الصحيون وغيرهم من المتخصصين في البرامج الصحية أكثر قدرة من غيرهم على تحديد البرامج الصحية البديلة لزيادة المستوى الصحي لمجموعة سكانية أو عمرية أو نوعية محددة .وباستخدام نماذج التعظيم، يستطيع الاقتصاديون تحديد كيفية تخصيص الاعتمادات

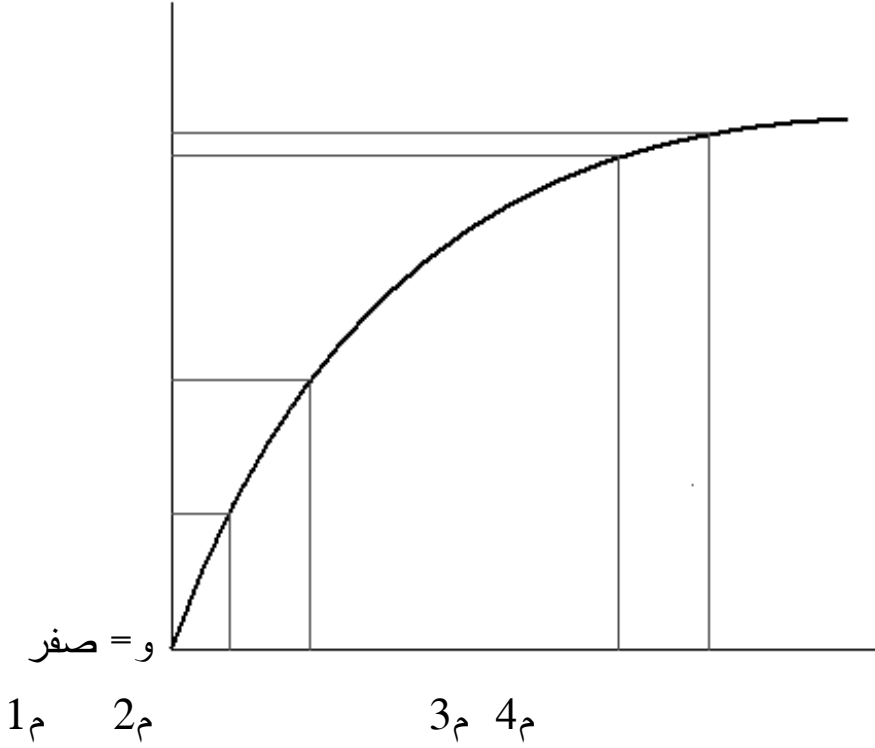
المالية المحدودة التي تم رصدها للقطاع الصحي بين البرامج البديلة لتحقيق أكبر زيادة ممكنة في مستوى الصحة.

ويتضح الأسلوب الأنسب الذي يجب أن يستخدم لتخصيص الموارد بين البرامج البديلة من أجل تحقيق أقصى زيادة ممكنة للهدف . فبافتراض أن هدف السياسة يتمثل في تخفيض معدل وفيات الرضع، فما هي أنواع البرامج التي يجب زيادة الإنفاق عليها لتحقيق هذا الهدف؟ ومن أجل التوضيح، سنفترض وجود برنامجين فقط لتحقيق هذا الهدف (خفض معدل وفيات الرضع)، أحدهما يتمثل في إنشاء وحدات إضافية للعناية المركزة في بعض المستشفيات للأطفال المصابين بحالات مرضية شديدة الخطورة، والثاني يتمثل في زيادة الاعتمادات المالية لتمويل برامج صحة الأم والطفل (للحوامل والأطفال حتى عمر خمس سنوات) في المناطق التي تعاني من قصور في الخدمات الصحية . وتوضح الطريقة التالية نوع المعلومات والتحليل المطلوب لتحديد أفضل أسلوب لتخصيص الموارد (الاعتمادات المالية) بين هذين البرنامجين.¹

1 - بول فلادستين ، ترجمة محمد حامد عبد الله ، اقتصاديات الرعاية الصحية ، مطابع جامعة الملك سعود ، الرياض ، 2002 ، ص 25.

ناتج كلى للصحة

حجم البرنامج



ويوضح الشكل التالى العلاقة بين زيادة الإنفاق على كل من هذين البرنامجين وأثرهما على معدلات وفيات الأطفال فعندما يكون البرنامج صغيراً نسبياً فإن المدخلات الإضافية المخصصة لذلك البرنامج يحتمل أن تحقق زيادات كبيرة نسبياً في ناتج البرنامج (أى انخفاض معدلات وفيات الرضع) وكلما تم تخصيص موارد إضافية لذلك البرنامج فسيستمر الناتج في الإزدياد ولكن بمعدل متزايد في المراحل الأولى للبرنامج وبعد ذلك يبدأ تدريجياً بالتزايد بمعدل متناقص وذلك لأنه في نهاية الأمر سوف تزداد صعوبة العثور على أطفال إضافيين مصابين بحالات مرضية شديدة

الخطورة، كما يتضح من إنشاء وحدات عناية مركزة إضافية، إذ أ، وضع وحدة عناية مركزة ثالثة للرضع في منطقة قد يؤدي إلى انخفاض استخدام الوحدات الثلاث حتى لو كانت الوحدات السابقتان تستخدمان بالكامل، وهكذا فإنه بإنشاء الوحدة الإضافية الثالثة سينخفض متوسط إنتاج وحدة العناية المركزة .

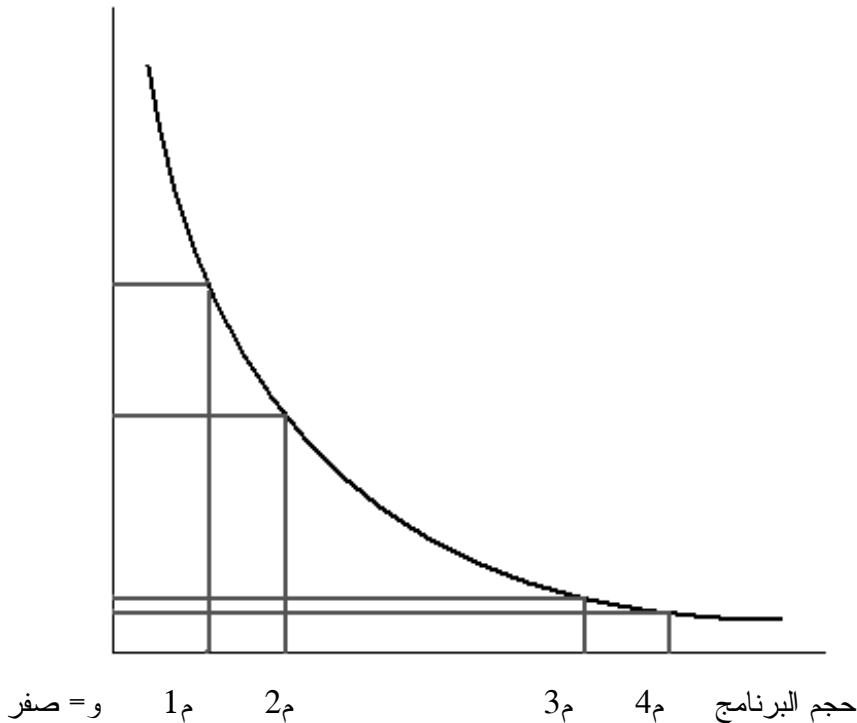
أو حتى إذا لم ينخفض استخدام الوحدة الواحدة قد تستقبل هذه الوحدات أطفالاً مصابين بأمراض أقل خطورة بالمقارنة مع أولئك الذين كانوا يستقبلون عندما لم توجد سوى وحدتين فقط للعناية المركزة. وبالنسبة لبرامج صحة الأم والطفل ففي المراحل الأولى ستقدم هذه البرامج الرعاية للمرضى (الأمهات الحوامل والأطفال حتى عمر خمس سنوات) الذين هم بحاجة كبيرة للرعاية .وكلما تم تخصيص المزيد من الموارد لصحة الأم والطفل، فإما أن يصبح العثور على أفراد بحاجة كبيرة إلى هذا البرنامج أكثر تكلفة، أو أن تبدأ هذه البرامج بتقديم الرعاية لأشخاص حاجتهم أقل لهذا النوع من الرعاية .وفي كلتا الحالتين سيبدأ ناتج البرنامج لكل وحدة من وحدات مدخلات إنتاجه في الانخفاض مع تزايد حجم البرنامج .ولذا فمن الخطأ الافتراض أن هناك علاقة ثابتة (أي علاقة خطية) بين مدخلات البرنامج ومخرجاته .إذ أن الموارد الإضافية المنفقة على البرامج الصحية قد لا تحقق الزيادة نفسها في الناتج النهائي كالزيادات السابقة في نفقات البرنامج.

الناتج الحدى في دالة الانتاج الصحية :

هناك طريقة أخرى لتوضيح كيف يؤدي أسلوب التخصيص أعلاه إلى تحقيق أكبر زيادة في الناتج الكلى تتمثل في دراسة وتحديد العلاقات الحدية بين اجمالى مدخلات ومخرجات البرامج المختلفة .

وتتضح التغيرات الحدية بين إجمالى مدخلات ومخرجات كل برنامج في الشكل التالى وهذه العلاقات الحدية التى تعكس التغير في الناتج الكلى نتيجة زيادة وحدة من مدخلات البرنامج تنخفض في النهاية بزيادة حجم البرنامج للسبب نفسه الذى أدى زيادة مدخلات البرنامج، تنخفض في النهاية بزيادة حجم البرنامج للسبب نفسه الذى أدى زيادة منحنى الناتج الكلى بمعدل متناقص .

التغير الحدى في الصحة



الناتج المتوسط في دالة إنتاج الصحة :

نظراً لأن الدراسات التجريبية التي أجريت على العلاقة بين الناتج الكلى للبرامج ومدخلاته ليست متاحة دائماً، فإنه يصعب وضع تقديرات للآثار الحدية لزيادة موارد البرامج إلا أنه من المحتمل أن تتوفر البيانات عن الناتج الكلى للبرنامج وإجمالي نفقاته. ولذلك يستطيع المحللون حساب النواتج المتوسطة للبرنامج الصحي (الناتج الكلى / المدخلات الكلية). ونظراً لتوافر المقاييس المتوسطة بدرجة كبيرة، فهي تستخدم عادة كأساس للمقارنة بين منافع البرامج المتنافسة وتخصيص الموارد فيما بينها. ولكن استخدام هذه المقاييس المتوسطة اقتصادياً يمكن أن يؤدي إلى تخصيص غير سليم للموارد بين البرامج الصحية .

ثالثاً :- حجم الانفاق على الرعاية الصحية في العالم

يتكون الانفاق العام على الصحة من الانفاق المتكرر والانفاق الرأسمالي من الميزانيات الحكومية والقروض والمنح الخارجية (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية) وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية أو الاجبارية .

ويعبر إجمالي الانفاق على الرعاية الصحية عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي .

الدولة	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
إثيوبيا	4.5	4.3	4.7	4.7	4.9	4.3	4.1	4.2	4.8	4.3	4.4	4.9
أذربيجان	5.4	4.7	4.5	4.5	6.6	7.9	7.8	6.1	5.0	4.3	5.8	5.9
أرمينيا	6.3	6.5	6.8	5.7	5.7	5.8	4.9	4.2	3.9	3.8	4.6	4.4
إريتريا	4.7	5.3	5.1	4.4	4.1	3.8	3.0	3.1	3.2	4.3	2.8	2.7
اسبانيا	7.3	7.2	7.2	7.3	8.2	8.2	8.3	8.3	8.5	9.0	9.6	9.5
استراليا	7.8	8.0	8.1	8.4	8.3	8.5	8.4	8.5	8.5	8.7	8.7	8.7
اسرائيل	7.3	7.3	7.8	7.7	7.7	7.6	7.6	7.4	7.4	7.5	7.6	7.6
افغانستان	6.7	8.3	9.0	7.5	8.4	8.7	8.8	6.8	7.3	7.0	7.6	7.6
اكوادور	4.7	4.2	4.6	4.9	4.9	5.1	5.2	6.7	7.0	7.0	8.8	8.1
الارجنتين	9.1	9.0	9.4	8.3	8.3	8.3	8.5	8.5	8.4	8.4	9.5	8.1
الاردن	9.4	9.7	10.0	9.9	9.5	9.5	8.9	8.2	8.4	8.5	9.6	8.0
الامارات	3.8	3.2	3.	3.4	3.2	2.9	2.7	2.3	2.5	3.0	4.4	3.7
ألبانيا	5.8	6.4	6.0	6.3	6.2	6.9	6.8	6.7	6.9	6.7	6.9	6.5
البحرين	4.7	3.9	4.3	4.4	4.2	3.9	3.7	3.5	3.6	4.2	4.7	5.0
البرازيل	7.1	7.2	7.3	7.2	7.0	7.1	8.2	8.5	8.5	8.3	8.8	9.0
البرتغال	8.2	8.8	8.8	9.0	9.7	1.0	10.2	10.1	10.0	10.1	10.7	11.0
البوسنة والهرسك	8.7	7.1	7.2	7.1	8.0	9.2	9.1	9.3	9.8	10.3	10.9	11.1
الجزائر	3.9	3.5	3.8	3.6	3.6	3.7	3.5	3.1	3.1	3.7	4.6	4.2
سوريا	5.2	4.9	4.9	5.0	5.1	4.5	4.1	3.8	3.8	3.4	3.5	3.4
اليمن	4.7	4.5	4.8	4.7	5.7	5.3	4.9	5.3	5.3	5.4	5.5	5.2
السودان	3.8	3.4	3.5	3.6	3.8	4.1	4.0	4.9	4.4	6.9	7.3	6.3
الصين	4.5	4.6	4.6	4.8	4.8	4.7	4.7	4.6	4.4	4.6	5.1	5.1
الكويت	3.8	2.6	3.7	3.7	3.3	2.8	2.4	2.3	2.1	1.9	3.8	2.6
السعودية	3.3	4.1	4.3	4.5	4.0	3.7	3.5	3.8	3.8	3.2	4.4	4.3
المملكة المتحدة	6.9	7.0	7.3	7.6	7.8	8.0	8.3	8.5	8.4	8.9	9.8	9.6
اليابان	7.5	7.7	7.9	8.0	8.1	8.0	8.2	8.2	8.2	8.5	9.5	9.5
الولايات المتحدة	13.4	13.4	14.1	14.8	14.6	14.7	14.7	15.9	16.1	16.5	17.6	17.9
مصر	5.3	5.4	5.8	6.1	5.8	5.5	5.2	5.3	4.9	4.8	4.8	4.7

وبتحليل الجدول التالي نلاحظ أن نسبة الانفاق على الرعاية الصحية

تختلف من دولة لأخرى كنسبة من الناتج المحلي فوفقاً لإحصائيات 2010

نجد الآتي:-

- تتفق مصر 4.7%

- وتنفق اسبانيا 9.5%
 - وتنفق استراليا 8.7%
 - وتنفق اسرائيل 7.6%
 - وتنفق الولايات المتحدة 17.9%
 - وتنفق اليابان 9.5%
 - وتنفق السعودية 4.3%
 - وتنفق الصين 5.1%
 - وتنفق السودان 6.3%
 - وتنفق الكويت 2.6%
- حجم الانفاق على الرعاية الصحية في بعض دول العالم كنسبة مئوية(%) من الناتج المحلي

:source <http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?page=2>

جدول يوضح حجم انفاق القطاع العام(%) من اجمالي المنفق على الصحة

في بعض الدول طبقاً لبيانات البنك الدولي في الفترة من 1999 حتى 2010

الدولة	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
إثيوبيا	46.6	53.6	57.1	54.0	57.9	57.2	60.9	55.3	56.7	51.9	53.5	52.9
أذربيجان	18.4	18.6	18.9	17.7	12.6	13.0	11.2	14.0	19.2	18.9	22.9	21.9
أرمينيا	28.3	18.1	26.7	25.2	27.3	25.4	30.4	38.0	41.6	44.5	43.5	40.5
إريتريا	42.8	39.1	38.7	44.3	40.0	41.9	38.8	45.6	45.3	56.9	44.6	45.2
اسبانيا	72.0	71.6	71.2	71.3	70.4	70.6	71.0	71.6	71.9	73.2	74.7	74.2
استراليا	68.4	66.8	66.3	66.9	66.1	66.7	66.9	66.6	67.5	67.9	68.5	68.5
اسرائيل	65.9	63.7	62.6	63.8	64.5	64.0	62.9	62.6	60.9	61.7	62.4	61.7
افغانستان	-	-	-	6.7	6.5	10.5	9.2	12.4	10.9	6.1	22.5	22.5
اكودور	39.4	31.2	34.5	33.7	25.0	27.2	27.7	31.6	34.4	36.1	37.5	40.2
الارجنتين	55.1	53.9	54.0	53.6	51.7	51.5	53.5	54.7	58.2	61.8	66.0	64.4
الأردن	53.3	48.0	48.3	49.9	49.4	52.9	52.8	54.8	59.8	61.8	70.2	67.6
الامارات	77.4	76.7	78.3	63.1	63.2	59.1	59.0	59.4	59.6	65.9	76.6	73.0
ألبانيا	43.3	36.1	38.2	36.1	35.9	42.0	44.0	44.3	43.1	44.7	44.9	42.2
البحرين	69.2	67.5	67.0	66.6	66.9	67.2	68.1	68.8	70.7	73.1	72.2	71.1

الدولة	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
البرازيل	42.7	40.3	42.3	44.6	44.4	47.0	40.1	41.7	41.8	42.8	43.6	47.0
البرتغال	67.6	66.3	67.0	68.6	68.7	68.1	68.0	68.8	70.7	65.3	66.5	65.8
البوسنة والهرسك	54.4	57.6	60.7	63.3	69.2	57.2	57.3	60.1	63.7	67.7	68.1	68.1
الجزائر	69.4	73.3	77.4	77.3	78.7	71.1	72.1	74.4	77.3	79.5	79.2	79.9
سوريا	38.4	40.4	44.2	45.8	48.2	48.0	50.5	48.5	49.1	46.5	46.0	46.0
اليمن	49.9	53.8	53.3	51.2	45.8	37.9	33.9	31.6	29.7	31.0	23.5	21.0
السودان	19.8	27.4	27.8	28.4	29.8	32.2	34.6	33.3	33.3	33.1	29.6	27.6
الصين	40.9	38.3	35.6	35.8	36.2	38.0	38.8	40.7	46.9	49.9	52.5	54.3
الكويت	79.4	76.0	81.4	79.0	80.2	79.7	79.8	81.1	78.7	78.3	85.4	80.4
السعودية	67.9	71.6	72.1	71.9	72.0	71.7	72.8	74.7	72.3	66.9	65.9	66.0
المملكة المتحدة	80.6	78.8	79.5	79.6	79.8	81.2	81.7	81.3	81.2	82.5	83.4	83.2
اليابان	80.7	80.8	81.4	81.3	80.4	80.8	81.6	79.4	80.4	80.8	80.5	80.3
الولايات المتحدة	43.1	43.2	44.2	44.1	43.8	44.1	44.2	45.0	45.2	46.0	47.3	48.2
مصر	40.4	40.5	40.5	40.3	38.4	38.3	39.5	43.9	41.4	42.2	41.6	39.2

:source <http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?page=2>

وبالنظر للجدول السابق أيضاً يمكن الوقوف على ماتخصه كل دولة
للانفاق على القطاع العام في مجال الصحة وفقاً لإحصائيات 2010
حيث يلاحظ الاتي:-

- تخصص الولايات المتحدة نسبة 48.2%
- تخصص مصر 39.2%
- تخصص اليابان 80.3%
- تخصص المملكة المتحدة 83.2%
- تخصص السعودية 66%
- تخصص الكويت 80.4%
- تخصص الصين 54.3%
- تخصص استراليا 68.5%

- تخصص اسرائيل 61.7%
- تخصص الاردن 67.6%
- تخصص الامارات 73%
- تخصص السودان 27.6%
- تخصص الامارات 73%
- تخصص الاردن 67.6%
- تخصص الارجننتين 64.4%
- تخصص البحرين 71.1 %

ومن خلال هذا التحليل نخلص الى وجود دول تعتمد على القطاع العام في تمويل الرعاية الصحية والانفاق عليها خاصة في دول مثل الولايات المتحدة واليابان وان المواطن صحة اعلى من اى شى آخر والدولة هي المنوطة بالحفاظ على صحة وتوفيرها بتكلفة متدنية مقارنة بدول مثل اليمن التي تتفق 21 % ومصر التي تتفق 39% مما يعنى مدى اهمية وأدمية المواطن في الدول المتقدمة مقارنة بالدول المتخلفة .

رابعاً:- مؤشرات الوضع الصحي في مصر مقارنة بدول العالم

يعتمد الخبراء مؤشرات محددة لقياس مستوى الرعاية الصحية في الدول، وهذه هي نتائج مصر طبقاً لأحدث قياسات هذه المؤشرات عام 2011:-

1- متوسط العمر المتوقع (70.5 سنة) تعتبر اليابان هي الأولى

على العالم بمتوسط 83,2 سنة وأفغانستان الأخيرة بمتوسط 44,6 سنة وتحتل مصر المرتبة الـ 105 في هذا المؤشر.. ويلزمنا أن نرتفع بالمؤشر لمتوسط 78 سن حتى نكون الأفضل عربياً.. فى هذه الحالة سيقفز ترتيبنا للمرتبة الـ 36.

2- عدد أسرة المستشفيات بالنسبة لعدد السكان (17 سرير لكل 10000 مواطن) وتعتبر اليابان هي الأولى على العالم بعدد 127 سرير لكل 10000 مواطن وبنجلاديش الأخيرة بعدد 4 أسرة لكل 10000 مواطن وتحل مصر المرتبة الـ 56 في العالم في هذا المؤشر..لا تتوفر إحصاءات دقيقة لمعظم الدول العربية في هذا المؤشر..لكن إسرائيل تحتل المركز الـ 22 على العالم بعدد 60 سرير لكل 10000 مواطن.

3- عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان : (طبيب واحد لكل 357 مواطن) يتراوح العدد في الدول المتقدمة بين طبيب لكل 250 - 400 مواطن بينما في دولة مثل أنجولا يوجد طبيب واحد لكل 13 ألف مواطن. وتحل مصر المرتبة رقم 33 في العالم في هذا الصدد..وهو المؤشر الوحيد الذي تصدر فيه الدول العربية والافريقية .

4-نسبة وفيات الأطفال في السنة الأولى بعد الولادة (4,19 طفلا بين كل ألف طفل) الأفضل هي هونج كونج 2,5: طفلا والأسوأ هي أنجولا 5,192: طفل مصر في المركز الـ 54 على العالم ويمكن أن تصل للمركز التاسع عشر على العالم إذا انخفضت النسبة مثل إسرائيل 4,4 طفل بين كل ألف طفل .

5-نسبة وفيات النساء لأسباب متعلقة بالحمل أو الولادة (82 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة في المركز الـ 101 على العالم) الأفضل هي اليونان :حالتان والأسوأ هي أفغانستان 1400 :حالة ونحتاج أن نخفض العدد إلى 8 حالات لكي نكون الأفضل عربيا وهو ما يؤهلنا للمركز الـ 38 عالميا .

6-نسبة السكان الذين تتوفر لديهم مياه نقية %99 :من السكان..
وتسبق مصر 27 دولة تتوفر لمواطنيها المياه النقية بنسبة..100%
بينما في دولة مثل الصومال لا تتوفر المياه النقية لأكثر من %30
من السكان .. تحتل مصر المركز الثاني عربياً بعد لبنان في هذا
المؤشر .

7- حجم الإنفاق الحكومي على الصحة بالنسبة لإجمالي الإنفاق
الحكومي :تتفق مصر %5,9 من إجمالي الإنفاق الحكومي على
الصحة..هذا المؤشر هو الأسوأ بجدارة في مؤشراتنا..نحتل به
الترتيب رقم 166 على العالم الأفضل هي فنزويلا التي تتفق على
الصحة % 30,8 من إجمالي المصاريف الحكومية والأسوأ هي
ميانمار التي تتفق .(%0,8 تسبقنا في هذا المؤشر 10 دول
عربية..ولو استطعنا أن نصعد بحجم الإنفاق إلى16,1 سننتبأ
المكانة الأولى عربيا وال 28على العالم .

8- نصيب الفرد من الإنفاق الكلى على الرعاية الصحية : (يبلغ نصيب
الفرد المصرى من الإنفاق الكلى على الصحة 112 دولارا سنويا
في المركز رقم 125 عالميا)..الأفضل لوكسمبورج 8183 :
دولارا..والأسوأ جمهورية الكونغو الديمقراطية 3 :دولارات
وتسبقنا هنا 12 دولة عربية..ولكى نكون في المقدمة عربياً نحتاج
للتقدم للترتيب ال 30عالميا ب 1715دولارا لكل مواطن .

أهم المشاكل اليومية للمواطن المصرى فيما يخص الرعاية الصحية:

1- إفتقاد الشعور بالأمان للعجز عن تغطية نفقات العلاج الطارىء
والعمليات الجراحية والأمراض المزمنة.

- 2- الإحتياج للعلاج خارج مصر نتيجة قصور الكفاءة التشخيصية والعلاجية في الداخل.
- 3- غياب العدالة في توزيع الخدمات الطبية على المواطنين.
- 4- ضعف الثقة في الدواء المصرى.
- 5- معاناة من طفح المجارى أو نقص مياه الشرب النظيفة والصرف الصحي وتراكم القمامة مما يؤدي لبيئة غير صحية تسهل إنتشار الأوبئة والأمراض.
- 6- هجرة الأطباء بسبب ضعف العائد المادى الحكومى سواء إلى الخارج في دول أخرى أو إلى الداخل في القطاع الخاص.
- 7- إختلاف الخبرة والآراء والأسعار ومستوى الممارسة وغلبة السلوك التجارى على القطاع الخاص.
- 8- ضعف التدريب الطبى سواء في مرحلة الدراسة الجامعية أو بعد التخرج..خصوصا خارج المستشفيات التعليمية ومستشفيات القوات المسلحة.
- 9- ضعف مستوى البحث العلمى.
- 10- التباين في مقومات العملية التعليمية بين كليات الطب.
- 11- عجز أعداد الممرضات المؤهلات عن الوفاء باحتياجات السوق الطبى.
- 12- تكرار أزمات نقص بعض الأدوية الأساسية لعلاج المرضى المزمنين.
- 13- عدم وجود جهة واحدة حاكمة للخدمات الطبية نتيجة وجود مستشفيات جامعية ومستشفيات للقوات المسلحة خارج اطار وزارة الصحة.

14- تعدد المهام التي تقوم عليها نقابة الأطباء بخلاف مهمتها الأصلية.. ألا وهى الدفاع عن مصالح الأعضاء وتنظيم شئون المهنة.

15- افتقاد جهة محايدة ضابطة تراقب الممارسة الطبية وتراجع أخطاء الأطباء وتحاسبهم عليها.

16- ضعف الوعي الصحي العام.

17- لجوء المرضى لغير المتخصصين لعلاج مشاكلهم الصحية.

18- إرتفاع نسب التلوث.

19- إرتفاع نسب الإصابة بالسرطان ونسب الوفيات من السرطان.

20- إرتفاع نسب الإصابة بالأمراض المعدية وخصوصا الإلتهاب الكبدى الوبائى.

21- الإفتقار لخدمات المتابعة والفحص الدورى لكبار السن والمواطنين الأكثر عرضة لأمراض معينة.

22- سوء استخدام الأدوية عموما والمضادات الحيوية خصوصا.

23- قصور خدمات الإسعاف السريع عن الوفاء باحتياجات المواطنين بشكل مكافئ للمعايير الدولية.¹

التحليل الاقتصادي والعلمى للوضع الصحي في مصر

يمكن تحليل الوضع الصحي الراهن في مصر من خلال النقاط الآتية

لضرورة وضع رؤيا لتطوير هذا القطاع ولعل أهم هذه النقاط هي :-

1- 60 مليار جنيها تقريبا هي مجموع ما ينفق على الرعاية الصحية في مصر سنويا .. وهو رقم ضعيف جدا لا يمكن أن يمول رعاية

1- <http://ar-ar.facebook.com/notes>

صحية جيدة بمقاييس العصر لشعب تجاوز تعدادة ال 90 مليون مواطن..معظم هذا المبلغ يخرج من جيوب المواطنين نظرا للتردى الشديد في الخدمات الصحية الحكومية إذ تساهم فقط ب 41% من هذه المصاريف من خلال ميزانية وزارة الصحة التي يتم توزيعها ما بين أجور وعلاج على نفقة الدولة واستثمارات في المستشفيات والبرامج.

لا توجد بنود ثابتة في الميزانية تنفق على :-

- تدريب الأطباء والمرضات
- مواجهة الأزمات الطارئة: نقص الأدوية - أوبئة مثل انفلونزا الطيور أو الخنازير - الكوارث الطبيعية
- النهوض بالوعى الصحي العام
- الحد من الإصابة بالسرطان والأمراض المعدية خصوصا الإلتهاب الكبدى الوبائى إضافة إلى هذا..لا توجد استراتيجية للتخلص تدريجيا من بند العلاج خارج الدولة الذي يستهلك أكثر من مليار جنيه من الميزانية السنوية..كذلك لا توجد استراتيجية لترشيد استخدام الأدوية التي تخطى سوء استخدامها نسبة 15% تهدر عشرات الملايين من الجنيهات سنويا.

2- تسهم عدة عوامل في غياب العدالة الصحية في مصر.. منها التفاوت الطبقي والتباين في مستويات الدخل والثروات.. وقلة الإهتمام بالأقاليم والمركزية الزائدة للقاهرة بالنظر للجمهورية.. والمركزية الزائدة للمدن الكبرى بالنظر للقرى والمدن الأصغر والمراكز.. وتعدد الجهات المقدمة للخدمة .. وإرتباط الحصول على المزايا بشبكات العلاقات الإجتماعية والرشاوى والمحسوبيات والمصالح المتبادلة.

3- لا تعاني مصر من نقص في عدد المستشفيات .. فقط إذا تم دمج جميع المستشفيات بما فيها المستشفيات الخاصة في الرعاية الصحية المتكاملة لكل أبناء الوطن.

4- تفتقد الدولة المصرية بشكل عام أدوات الرقابة والشفافية وحماية المستهلك المحايدة المستقلة الموجودة في الدول الديمقراطية.. نتيجة لهذا لا يثق المجتمع في جودة العديد من منتجاته ومنها الدواء.. نتيجة لهذا يمارس العديد من الأطباء المهنة بمعايير تجارية بحتة أو بمعايير متخلفة عن خطوط الممارسة الحديثة أو بلا معايير أصلا .. نتيجة لهذا يفتقر البحث العلمى المصرى التميز المطلوب للنشر في الدوريات العلمية العالمية .. نتيجة لهذا كثيرا ما تثار علامات الإستفهام حول مصداقية إختبارات كليات الطب

5- الهزال المهين في أجور الأطباء يعتبر إهدارا للمال والجهد والوقت الذي استثمر في إعدادهم بشكل خاص وفى بناء المنظومة الصحية بشكل عام..وهو إهدار كفيل بهدم المنظومة كلها..الأمر نفسه ينطبق بشكل أقل على الممرضات، ويضاف إليه بالنسبة لهن النظرة الدونية التي ينظرها العديد من الناس لهذه المهنة السامية..وهى نظرة أقل مما تستحقه وتحظى به في الدول المتقدمة.

6- قصور وزارة الصحة في التواصل مع من خارجها أدى إلى ضعف الوعي الصحي العام نتيجة سطحية الخطاب الجماهيرى..وأدى إلى التأخر في متابعة أحدث ما وصل إليه الطب في العالم نتيجة قلة الإطلاع على التطورات في الدول الأكثر تقدما..وأدى إلى غياب التنسيق مع الوزارات والهيئات المحلية مما ضيع فرصا لتكامل الخدمات الصحية وتوفير المال العام والتخطيط لاستراتيجيات وقائية.

لذلك يجب تبني خطة طموحة لتطوير القطاع الصحي خلال خمس سنوات
تقوم على :-

1- الوصول بمجمل الإنفاق على الصحة في مصر في خلال 5 سنوات
ليصل ل 256 مليار جنيها بنصيب 2560 جنيها تقريبا لكل مواطن بدلا
من 672 جنيها في الوضع الحالي مع زيادة سنوية في حجم الإنفاق
تتناسب مع المتغيرات الاقتصادية .

2- مضاعفة الإنفاق الحكومي على الصحة 3 مرات تقريبا في خلال سنتين
ليبلغ 16% من حجم الإنفاق الحكومي بدلا من 5,9% في الوقت
الحالي .

3- زيادة نصيب الإنفاق الحكومي على الصحة من مجمل الإنفاق على
الصحة ليكون 50% بدلا من 41% حاليا .

4- إعادة توزيع الإنفاق الحكومي على الصحة في إطار نظام واحد متكامل
للتأمين الصحي يعفى محدودى الدخل والمعدمين من أية نفقات..ويقتطع
10% من دخل الموظفين الحكوميين متوسطى ومرتفعى
الدخل..ويتعامل بنظام كفاء عادل مرن مع مرتفعى الدخل من غير
العاملين بالحكومة.

5- توحيد ادارة الرعاية الصحية بكل قطاعاتها في كيان واحد.

6- الإستفادة من كافة إمكانيات الدولة لخدمة المنظومة الصحية بما في ذلك
القطاع الطبى الخاص.

7- الربط بين الدخل والكفاءة..ينطبق هذا على الطبيب قدر ما ينطبق على
المستشفى..وينطبق على المستشفى الخاص قدر ما ينطبق على
المستشفى العام¹.

1- <http://ar-ar.facebook.com/notes>

المطلب الثانى: الطلب والعرض فى الاقتصاد الإسلامى:

أ- الحاجة تترجم فى طلب ما يزيل ألماً أو يحقق لذة والحاجة ترتبط بمسألة الطلب، وإن الاقتصاد الإسلامى لا يقر إهمال الحاجة طالما لم تترجم فى صورة طلب فهو يصنف الحاجات ويرتبها ثم يعبئ الموارد لإنتاج ما يشبع تلك الحاجات غير مقيد بالحاجز المالى، فإذا لم يكن لدى الفرد مال، فإن الدولة والجماعة مسئولة من خلال جهاز التحويلات المالية بمصادرة المتعددة عن إمداده بالأموال اللازمة للحصول على ما يشبع حاجته أو تقدمها له دون دفع ثمن (1).

ومهما يكن من أمر فلا خلاف حول قصور الطلب بمفهومه الوضعى حيث لا يعترف إلا بالقدرة المالية فحسب، مهما كانت تفاهة الحاجة أو عدم جديتها. ولا يعترف بالحاجة العارية عن المقدرة مهما اشتدت.

وهنا نتساءل: هل الفقير الذى ليس بيده مال وله حاجة حقيقية يدخل ويشترى ما يحتاجه فى ظل نظام الحاجة الفعلية بدلاً من نظام الطلب الفعلى؟ وبأى مال يشتري؟ أنه طالما تم الشراء فقد وقع طلب ووجدت قدرة مالية. وإذن فقد تحولت الحاجة إلى طلب. وبدونه ما كان ليحصل على حاجته من السوق اللهم إلا إذ قلنا أن البائعين فى ظل النظام الإسلامى سوف يمدون الفقراء بما يحتاجونه دون دفع ثمن، وإذا صح هذا فى حالات فردية فإنه لا يصح كنظام عام يسير عليه السوق. أى الفقير إذا لم يتأتى له المال فلن يستطيع إشباع حاجات من مؤسسات الإنتاج والعرض؟ فهل يعنى ذلك أن الأمر عاد كالاقتصاد الوضعى؟ (2)

(1) د. شوقى أحمد دنيا ، مقدمة فى النظرية الاقتصادية من منظور إسلامى ، مطابع جامعة الأزهر ، القاهرة ، 2001 ، ص 80 .

(2) (نفس المرجع السابق) ، ص 81 .

لا فقد واجه الاقتصاد الإسلامي هذا الموقف من خلال أجهزة التحويلات المالية المستمرة والمتدفقة من الأغنياء إلى الفقراء، والتي تضمن توافر المقدرة الشرائية في أيدي الفقراء بالقدر الذي يمكنهم من إشباع حاجاتهم الأساسية كما أن الدولة تتولى بنفسها توفير بعض احتياجاتهم دون دفع ثمن منهم، وهي في الحقيقة تتوب عنهم بما لديهم من قدرة شرائية ومالية. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن ما يعيب الطلب في ظل الاقتصاد الوضعي من أنه لا يعبأ بنوعية الحاجة طالما ترجمت في شكل طلب أى دعمت بالمقدرة المالية، سوف تقضى عليه إلى حد بعيد القيم الإسلامية والتشريعات التي تحكم عملية الإنتاج ونوعية المنتجات من جهة وتحكم سلوك الفرد التي تحول بينه وبين الإسراف من جهة أخرى، وفي ظل تلك البيئة لن تجد طلباً ذا بال قائماً على مجرد توافر القوة الشرائية بل يراعى فيه القيم والقواعد الإسلامية الحاكمة (1).

نخلص من ذلك بأن جوهر القضية لا يتمثل في كون مصطلح الطلب كافياً أو غير كاف، وفي استبداله بمصطلح الحاجة وإنما يتمثل في قيام الطلب الفعلي على أساس من الحاجة الحقيقية بحث يستوعبها سواء ما جاء منها مدعماً بقوة شرائية ذاتية أو ما اكتسب تلك القوة الشرائية من أجهزة أخرى في الدولة وبحيث لا يظهر إلا بوجودها ولا يتسع لرغبات وشهوات لا تمثل حاجة فعلية.

وفي ظل تلك الضوابط لا نرى حرجاً من استخدام مصطلح الطلب والعرض، والإبقاء عليه في التحليل الاقتصادي الإسلامي على الخدمات

(1) نفس المرجع السابق ، ص 82 .

الصحية، واتخاذ القرارات المناسبة بناء على النتائج المترتبة على هذا التحليل الاقتصادي في ظل تطبيق النظرية الاقتصادية الجزئية والكلية.

المطلب الثاني: الإعتبارات التي يجب مراعاتها والمتعلقة بالعرض والطلب للخدمات الصحية :

1- أن للخدمات الصحية وضعاً مميزاً لا يجعل منها سلعة مثل أى سلعة أخرى في المجتمع.

2- أن ترك توفير الخدمات الصحية لآليات السوق لن يمكن من عرض الخدمات الوقائية والتعزيزية من طرف القطاع الخاص، باعتبار أن لهذه الخدمات صبغة عمومية، تستوجب تدخل الدولة لتفرع هذه الخدمات التي تعتبر رئيسية للحفاظ على صحة الأفراد والمجتمع .

3- أن عنصر الإلمام بخصائص السلع المقدمة في السوق مثل النوعية والتكلفة، والتي تحدد الطلب عليها لا يتوفر في سوق الخدمات الصحية وهذه من الأمور التي أدت على التأكيد على أهمية الدور الموكل للدولة من خلال وزارة الصحة في الإدارة العامة والتنظيم لسوق الخدمات الصحية حفاظاً على نوعيتها وعلى توفير مبدأ العدالة بين كل المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية باعتبارها أحد الحقوق الرئيسية للإنسان أياً كان.

4- أن اقتصاديات الصحة تمكن من تحليل السياسات الصحية المتعلقة بالعرض والطلب، وبالنظر إلى إمكانيات المواطنين، كما تمكن من التعرف على تكلفة الخدمات الصحية وتطورها وأثر هذه التكلفة على إتاحة الخدمات بشكل عادل، ويساعد في النهاية على صنع القرار، وعلى الأخذ بالبرامج الصحية الأكثر كفاءة وعدلاً .

5- أن زيادة الطلب على خدمات القطاع الخاص، وتقليل الطلب على الخدمات الحكومية سوف يؤدي إلى تحسن الأوضاع لكلا القطاعين، فزيادة الطلب على خدمات القطاع الخاص سوف تنعش هذا القطاع وتزيد من استثماراته، وتفتح المجال. أما توفير فرص عمل جديدة، أما تقليل الطلب على الخدمات الصحية الحكومية فسوف ينعكس أيضا على هذه الخدمات ويحسنها ويرفع مستوى إدارتها .

المبحث الثاني

التمويل والأنفاق الصحي

في الاقتصاد الوضعي والإسلامي

المطلب الأول: التمويل والإنفاق في الاقتصاد الوضعي

إن هناك علاقة بين التمويل والأنفاق الصحي، فإذا توفر التمويل الجيد من مصادر المعتمدة، ووافقه الأنفاق الجيد على الموارد الصحية، كان تحسن الرعاية الصحية يساهم في تحسن مستوى الصحة ورفع مستوياتها، وبالتالي زيادة الإنتاج ومتوسط الأعمار في المجتمع .

1-1 الإنفاق العام الموجة للصحة في الاقتصاد الوضعي:

يشمل الإنفاق الصحي أوجه الإنفاق على المستشفيات والمراكز الصحية، والعيادات، وخطط التأمين الصحي، وتنظيم الأسرة ⁽¹⁾: ويعتبر الإنفاق الصحي أحد مكونات الإنفاق العام الاجتماعي، أو أنه أحد مكونات الإنفاق العام على رأس المال.

ويسهم الإنفاق العام على المجالات الصحية بصورة مباشرة على تحسين الحالة الصحية للفرد. وذلك من خلال تقديم الخدمات الصحية والعلاجية والوقائية، وبتكلفة قد تكون مجانية، أو تقل كثيراً عن إجمالي التكلفة. ويترتب على استهلاك بعض أفراد المجتمع للرعاية الصحية العامة تحسن مباشر في صحتهم، ويستفيد من ذلك جميع الأفراد الآخرين في محيطهم. سواء كان ذلك بتضاءل فرص إصابة الآخرين بالمرض، أو تحرير

(1) د. جميل طاهر ، صالح العصفور ، الدليل الموحد لمفاهيم ومصطلحات التخطيط في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية ، المعهد العربي للتخطيط ، الكويت 1966، ص 134.

الوقت المخصص من الأفراد الأصحاء لرعاية المرضى ليتحول إلى وقت منتج ومولد للدخل⁽²⁾ .

إن الإنفاق الصحي للمجتمع ينمو طردياً مع النمو في الناتج القومي للمجتمعات بالإضافة إلى التغيرات الديمغرافية والوبائية التي تمر بها الشعوب بمراحل مختلفة، والتغيرات في أنماط وسلوكيات الحياة والتي تؤدي مجتمعة وبصورة متزايدة لنشوء مجتمعات أكثر شيخوخة تعاني من معدلات أعلى من الأمراض خصوصاً الأمراض المزمنة، والتي تتطلب معدلاً أعلى وأكثر من الخدمات الصحية .

ومن المؤشرات الصحية: متوسط عدد الأطباء لكل (100000) نسمة في العالم النامي كان 4.4 طبيب مقارنة بـ (217) طبيب في العالم المتقدم، وكذلك نسبة أسرة المستشفيات للسكان تقع بين هذين الرقمين مما يدل على تدنى الحالة الصحية في العالم النامي.

ويذهب البنك الدولي: إلى أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة، ترتبطان بالدخل والتعليم، وبالمتغيرات التي تحدثها الثروة (الاقتصاد) والتعليم، وسلوك الأفراد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية التي يحددها المناخ، والعوامل الجغرافية والبيئة إلى حد كبير⁽¹⁾ .

والعلاقة بين مستوى التعليم والصحة علاقة تبادلية، فكلما ارتفع المستوى التعليمي كلما تحسن مستوى الصحة، وكلما تحسن مستوى الصحة

(1) د. طلعت الدمرداش ، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية وآثارها الاقتصادية : دراسة حالة لجمهورية مصر العربية . (بحث غير منشور) كلية التجارة ، جامعة الزقازيق ، 2001 ، ص 40 .

(2) د. طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الصحة والتنمية ، مرجع سابق ، ص 17

يتحسن مستوى التعليم، وكلما تحسن المستوى الصحي والمستوى التعليمي، كلما تتحسن إنتاجية عنصر العمل، يزداد عرض العمل، مما يؤدي إلى اضطراب نمو الاقتصاد القومي. كما أن هناك دراسات عديدة متزايدة تؤكد على آثار اعتلال صحة الأطفال على التحاقهم بالمدارس، وقدرتهم على التعليم والمواظبة، والكثير من الأمراض التي تعاني منها الأطفال، يؤثر سلباً في انخفاض قدرتهم على الاستيعاب، وتدنى مستواهم التعليمي (2).

وتؤكد الدراسات أن هناك اهتماماً متزايداً بالاستثمار في الموارد البشرية منذ بداية ثمانينات القرن العشرين، فقد أبدت الحكومات اهتماماً متزايداً بالإنفاق الصحي والتعليمي، حيث تشكل الصحة والتعليم أهم أشكال استثمار رأس المال البشري* (Human capital) .

ويتراوح إجمالي ما يتم إنفاقه على قطاع الصحة ما بين 2% إلى 14% من الناتج الإجمالي في الدول المختلفة، وتقرير إحدى دراسات البنك الدولي، أن العالم خصص نحو 9% من إنتاجه الكلي لقطاع الصحة، وهذه المبالغ الكبيرة التي يتم إنفاقها كانت استجابة للتحديات المتعددة الناتجة عن الانتقال الديمغرافي والانتقال الوبائي (1) .

(1) مالكولم جيلز ، مايكل رومر ، اقتصاديات التنمية ، مرجع سابق ، ص 393

* (استثمار بشري) : كل استثمار يؤدي إلى زيادة قدرة أفراد المجتمع على العمل كبعض أوجه الإنفاق على الصحة أو الإنفاق على التعليم والتدريب ، ومن أمثلة الإنفاق : الإنفاق على تحسين وسائل التغذية، وعلى الأمراض المضنية للصحة ، والباعثة على الهزال الجسماني كالمالاريا ، والبلهارسيا وغيرهما. والإنفاق على الخدمات الزراعية التي تستهدف تعريف المزارعين بالوسائل الحديثة في الإنتاج الزراعي ، والإنفاق في تدريب الأيدي العاملة تدريباً فنياً لخلق فئة من العمال المهرة اللازمين لتنفيذ برامج التنمية الاقتصادية ، كالصناع المهرة ، ومساعدى المهندسين (أفراد الفئة الوسطى من الفنيين) أو مساعدى الأطباء .

(2) البنك الدولي : تقرير عن التنمية في العالم 2001م ، مرجع سابق ، ص 19 .

وفي الولايات المتحدة كان الإنفاق الكلي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي يصل إلى 14%، وفي فرنسا 9.8% وكلاهما من دول الدخل المرتفع، في حين أن هذه النسبة تتجه للإنفاق في دول الدخل المتوسط والمنخفض حيث تصل إلى 8% في المملكة العربية السعودية، 5.8% في تونس، 3.7% في مصر، 3.6% في المغرب، وهذه الدول من دول الدخل المتوسط⁽²⁾.

وإذا نظرنا إلى الإنفاق العام على الصحة سنجد أنه متدني جداً خلال الفترة من 1990 حتى 1997 بالنسبة لدول الدخل المتوسط والمنخفض باستثناء (السعودية) حيث يتراوح الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي بين 1.7% في مصر، 1.2% في المغرب. والمشكلة بالنسبة للدول الأقل نمواً هي أن البعض منها ينظر إلى الإنفاق العام على الصحة، على أنه إنفاق استهلاكي بحت، ولهذا فإنها تتجه إلى الحد منه، وقد يكون الإنفاق الكلي على الصحة منخفضاً جداً - على الأقل من 2% من الناتج المحلي الإجمالي في العديد من الدول مثل: السودان، ونيجيريا وإندونيسيا - وهذا التدني في الإنفاق على الصحة يعني عدم إمكانية توفير الإجراءات الصحية الفعالة المنخفضة التكلفة لكل السكان⁽³⁾.

(1) نفس المرجع السابق ، ص 21 .

(2) د. طلعت الدمرداش ، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق الصحي على الخدمات الصحية وآثارها الاقتصادية ، مرجع سابق ، ص 42 .

جدول رقم (2)

مؤشرات الإنفاق الصحي في بعض دول العالم (متوسط السنوات 1998-90)

متوسط الإنفاق الصحي للفرد دولار/ للفرد	نسبة الإنفاق الصحي على الناتج المحلي			دولة
	إجمالي %.. من الناتج المحلي	الخاص %.. من الناتج المحلي	العام %.. من الناتج المحلي	
2727	10.8	3.5	8.3	ألمانيا
2287	9.6	2.5	7.1	فرنسا
4080	14	7.4	6.5	أمريكا
584	8	1.6	6.4	السعودية
2379	7.3	1.4	5.9	اليابان
1480	6.9	1	5.9	إنجلترا
123	7.9	4.2	3.7	الأردن
68	4.6	1.3	3.3	الجزائر
48	3.8	2	1.8	مصر
32	3.8	0.1	1.7	إيران
6	1.3	0.7	0.6	إندونيسيا

Source: World Bank, World Development indicators, 2000:

Washington, D.C: World Bank). 2000 PP.90-93.

وقد يكون ما يصرف على الصحة ليس بالضرورة هو العامل المحدد للحالة الصحية للمجتمع. وهذا الشيء تظهره الإحصاءات الصحية .

فكما يوضح الجدول رقم (2) الآتي: أنه لا ترتبط المؤشرات الصحية الأكثر استخداماً لمقارنة الحالة الصحية للمجتمعات بنسبة المنصرف على الصحة من الناتج القومي، فالولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال تعتبر أكثر دول العالم إنفاقاً على الصحة 14% من الناتج القومي في 1995

إلا أن مؤشراتها الصحية ليست الأفضل، فبالمقارنة مع اليابان مثلاً (7.3%) فقط من الناتج القومي صرف على الصحة في نفس العام ، نجد أن المؤشرات الصحية في اليابان أفضل (معدل وفيات الأطفال الرضع 7 لكل ألف، ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة 73 سنة للذكور و 80 سنة للإناث في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1988، مقابل 4 لكل ألف و 77 سنة للذكور، و 83 سنة للإناث في اليابان في نفس العام على التوالي)

جدول رقم (3)

جدول يوضح المؤشرات الصحية والاقتصادية في بعض دول العالم .

الدولة	متوسط العمر عند الولادة		المنصرف على الصحة من الناتج القومي %.. لعام 1995	معدل وفيات الأطفال الرضع (في الألف) للعام 1998
	ذكور	إناث		
الولايات المتحدة	73	80	14	7
كندا	76	82	9.2	6
بريطانيا	75	80	6.9	7
فرنسا	74	82	9.7	6
اليابان	77	83	7.2	4
روسيا	61	73	4.8	18
السويد	76	81	7.3	5

Basic, Health indicators form the world Health Report 1999.

ولكن إذا قارنا بين المؤشرات الصحية لكل من كندا والسويد على سبيل المثال (كلاهما تستخدم نظام تأمين صحي وطني) نجد أن المؤشرات الصحية للسويد تكاد تكون متساوية أو أفضل (معدل وفيات الأطفال الرضع 6 لكل ألف، ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة 76 سنة للذكور، 82 سنة

للإنثاء في كندا عام 1988 مقابل 5 لكل ألف، 76 سنة للذكور و 81 سنة للإنثاء في السويد في نفس العام على التوالي⁽¹⁾.

رغم أن المنصرف من الناتج القومي على الصحة في السويد يقل عن مثيله في كندا في نفس العام (7.3% مقابل 9.2% على التوالي) ويتضح ذلك من الجدول رقم (3) :

جدول رقم (4) المؤشرات الصحية والاقتصادية في الدول النامية

الدولة	متوسط العمر عند الولادة	المنصرف على الصحة من الناتج القومي ..% لعام 1998	معدل وفيات الأطفال الرضع (في الألف) لعام 1998
السعودية	72	8	—
الأردن	71	7.9	27
الجزائر	71	4.6	25
مصر	67	3.8	49
إيران	71	4.2	26
إندونيسيا	65	1.2	42

Source: World Bank, World Development indicators, 2000

(Washington, D.C: World Bank)

PP. 106: 108

ويتضح أيضاً أن المؤشرات الصحية الأكثر استخداماً لمقارنة الحالة الصحية للمجتمعات على أساس أيضاً نسبة المنصرف على الصحة من الناتج القومي.

(1) د. عبد المحسن بن صالح الحيدر ، د. محمد علي التركي ، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية ، (بحث ميداني) معهد الإدارة العامة ، الرياض ، 1423هـ — 2002م ، ص 122

وبالمقارنة نجد أن المنصرف على الصحة من الناتج القومي في الدول النامية أقل بمثيله في الدول المتقدمة اقتصادياً.

فمثلاً نجد مؤشرات الإنفاق الصحي في الولايات المتحدة 14% وهي أكثر دول العالم إنفاقاً على الصحة بينما نجد السعودية وهي أكثر الدول الإسلامية إنفاقاً على الصحة أقل بمثيلها الولايات المتحدة الأمريكية. جدول رقم (4) .

وهذا يدل على أن مستويات الرعاية الصحية منخفضة وتعاني من مشكلات اقتصادية

مقاييس الإنفاق الصحي :

هناك مؤشرات يمكن الارتكاز عليها لقياس إنتاجية الإنفاق الصحي

وهي :-

1- مؤشرات توقع الحياة .

2- مؤشرات معدل الوفيات .

1- مؤشرات توقع الحياة :-

يمكن أن يستدل من مؤشرات توقع الحياة على مستوى الرعاية الصحية ومن ثم على إنتاجية الإنفاق الصحي بالنسبة للدول، وتعد مؤشرات توقع الحياة مقاييس غير مباشرة لإنتاجية الإنفاق الصحي، ولكن تجدر الإشارة إلى أن توقع الحياة بالنسبة للفرد لا يرجع فقط إلى مستوى الرعاية الصحية، ولكن يرجع وبدرجة أكبر إلى البرامج الصحية مثل: التغذية والإسكان، والتعليم، والبيئة، ومن ثم فإن دلالة هذا المؤشر لا تكون دليلاً

كاملاً على إنتاجية الإنفاق الصحي، ولكن هذا لا يمنع أن هناك دلالة جزئية لهذا المؤشر على إنتاجية الإنفاق الصحي* .

ويشتمل هذا المؤشر على مؤشرين فرعيين هما⁽¹⁾:-

1- مؤشر توقع الحياة عند الميلاد .

2- مؤشر نسبة عدد السكان الذين يصلون إلى سن 65 عام بالنسبة إلى

السكان وبتحليل مؤشر توقع الحياة في مصر ومقارنته بمثيله على

مستوى العالم في الفترة 90-1998، وبحسب البيانات التي شملها

تقرير مؤشرات التنمية في العالم للعام 2000 والتي يظهرها الجدول

رقم (5) .

*حيث يتأثر هذا المؤشر بالخدمات الصحية الموجهة للطفل قبل الميلاد ، متمثلة في الرعاية الصحية الموجهة للأمهات مثل فترة الحمل ، وأثنائها - وكذلك الخدمات الصحية التي يتلقها الطفل بعد الميلاد وطوال فترة الطفولة ، وعلى مدى توافر تلك الخدمات وإمكانية الوصول إليها .

(1) د. طلعت الدمرداش ، ظاهرة تزايد الإنفاق الصحي ، مرجع سابق 52

جدول (5)

المؤشرات الصحية وتوقع الحياة والوفيات للدول المتقدمة والنامية .

الدولة	توقع الحياة عند الميلاد		معدل وفيات الرضع		معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة لكل 1000 حالة		معدل وفيات البالغين لكل 1000 حالة		الحياة إلى سن 65 عام	
	1998	1980	1998	1980	1998	1980	1998	1980	1998	1980
ألمانيا	72	77	5	12	6	16	66	132	79	89
فرنسا	74	78	5	10	5	13	51	137	80	92
أمريكا	74	77	7	13	-	15	68	133	79	89
السعودية	61	72	20	65	26	85	138	165	73	78
اليابان	76	81	4	8	5	11	45	98	85	93
إنجلترا	74	77	6	12	7	14	66	122	81	89
الأردن	-	71	27	41	31	-	119	158	73	80
الجزائر	59	71	35	98	40	139	123	158	72	79
مصر	56	67	49	120	59	175	171	195	66	71
إيران	60	71	36	87	33	126	150	161	72	76
إندونيسيا	55	65	43	90	53	125	186	237	62	70

Source: world Bank, World Development indicators, 2000

(Washington, D.C: World Bank. 2000) PP, 106- 108

وبحسب مؤشر توقع الحياة عند الميلاد: في الجدول رقم (5) .

يلاحظ تحسن هذا المؤشر في عام 1998 مقارنةً بعام 1980 بالنسبة

لجميع دول العالم، تأتي اليابان على رأس القائمة بالنسبة للعالم، حيث يبلغ

العمر المتوقع عند الميلاد 81 سنة في عام 1998، يليها فرنسا 78 سنة،

وألمانيا، وأمريكا 77 سنة .

بينما نجد الدول النامية لا تتساوى مع ألمانيا والمملكة المتحدة وأمريكا في نفس توقع العمر 77 سنة، وبالنسبة لمصر يصل توقع الحياة عند الميلاد 67 سنة في عام 1998 مقارنةً بعام 1980، وأن كان ذلك يدل على تحسن الحالة الصحية ما بين 1980 إلى 1998 وتظل الدول النامية أقل بكثير من مثيلها في الدول المتقدمة وبحسب مؤشر نسبة عدد السكان الذين يصلون سن 65 عام لإجمالي السكان :

تأتي اليابان على رأس القائمة بالنسبة للعالم حيث يصل هذا المؤشر 92% من السكان الإناث و85% من السكان الذكور، ويتراوح هذا المؤشر في الدول المتقدمة ما بين 79 % إلى 85% بالنسبة للسكان الذكور وما بين 86 إلى 93 بالنسبة للسكان الإناث .

وبالنسبة لمصر هذا المؤشر 66% من السكان الذكور و71% من السكان الإناث، وهذا المؤشر يدل على أن الدول النامية أقل بكثير من مثيلتها في الدول المتقدمة.

2- مؤشر معدل الوفيات :

يمكن أن يستدل من مؤشر معدل الوفيات على إنتاجية الإنفاق الصحي، وتعد مؤشرات الوفيات مقاييس غير مباشرة لإنتاجية الإنفاق الصحي، وهذا المؤشر لا يكون ذو دلالة كاملة ومباشرة على إنتاجية الإنفاق الصحي، وذلك لأن معدل الوفيات يتوقف على عوامل أخرى عديدة بخلاف مستوى الإنفاق الصحي مثل :- انتشار العادات القبلية، وانتشار الحروب، وانتشار حوادث الطرق، وانتشار استهلاك الخمر والمخدرات ... وغيرها، ولكن هذا لا يمنع من أخذ الدلالة الجزئية لهذا المؤشر في الاعتبار حيث يؤدي انخفاض مستوى الرعاية الصحية. وإمكانية الوصول إليها إلى حدوث

الوفيات وجميع المجموعات العمرية للسكان ويشمل هذا المؤشر على أربعة مؤشرات فرعية هي:-

- 1- مؤشر معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود .
 - 2- مؤشر معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة لكل 1000 حالة .
 - 3- مؤشر معدل وفيات البالغين لكل 1000 حالة.
 - 4- مؤشر الوفيات العام .
- وبتحليل مؤشر معدل الوفيات في العالم النامي ومقارنته على مستوى العالم للفترة 1990-1998م، وبحسب البيانات التي شملها تقرير مؤشرات التنمية في العالم 2000 والتي يظهرها الجدول (5) يمكن استخلاص النتائج التالية :-

- 1- تحسن هذا المؤشر بالنسبة لجميع دول العالم بلا استثناء حيث انخفاض هذا المؤشر في عام 1998 مقارنةً بعام 1980 بمعدل قد يصل إلى النصف في جميع دول العالم، وتأتي اليابان على رأس القائمة بالنسبة لدول العالم حيث يبلغ معدل وفيات الرضع 4 لكل 1000 مولود يليها ألمانيا وفرنسا حيث بلغ معدل وفيات الرضع 5 لكل 1000 مولود، ويتراوح هذا المؤشر ما بين 5-7 مولود لكل 1000 في الدول المتقدمة.
- 2- وبالنسبة لمصر يصل معدل وفيات الرضع 49 مولود لكل 1000 مولود في عام 1998 مقارنةً بـ 120 مولود لكل 1000 مولود عام 1980، وأن هذا المعدل أعلى بكثير من مثيلته في الدول المتقدمة . وبحسب مؤشر معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة لكل 1000 حالة :

3- يلاحظ تحسن هذا المؤشر بالنسبة لجميع دول العالم بدون إستثناء، حيث انخفض لأكثر من النصف في عام 1998 مقارنةً بعام 1980، وتأتى اليابان وفرنسا على رأس القائمة بالنسبة للعالم حيث يصل هذا المؤشر 5 حالات لكل 1000 حالة، يليها ألمانيا حيث يصل هذا المؤشر 6 حالات لكل 1000 حالة، ويتراوح هذا المؤشر ما بين 5-7 حالات لكل 1000 حالة في الدول المتقدمة .

4- وبالنسبة لمصر يصل معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة 59 حالة لكل 1000 حالة في عام 1998 مقارنةً بـ 175 حالة لكل 1000 حالة في عام 1980، وأن كان هذا يدل على تحسن الحالة الصحية ما بين عامي 1980-1998، ألا أن هذا المعدل يزيد كثيراً عن مثيله في الدول المتقدمة .

وبحسب مؤشر معدل وفيات البالغين لكل 1000 حالة :

5- تأتي اليابان على رأس القائمة بالنسبة للعالم حيث يصل 45 لكل 1000 حالة بالنسبة للإناث و 98 لكل 1000 حالة بالنسبة للذكور، يليها فرنسا حيث يصل هذا المؤشر 51 لكل 1000 حالة بالنسبة للإناث و 127 لكل 1000 حالة بالنسبة للذكور، ويتراوح هذا المعدل في الدول المتقدمة ما بين 45-68 لكل 1000 حالة بالنسبة للإناث و 98-132 لكل 1000 حالة بالنسبة للذكور .

وبالنسبة لمصر يصل معدل وفيات البالغين 171 لكل 1000 حالة بالنسبة للإناث، و 195 لكل 1000 حالة بالنسبة للذكور، ويزيد كثيراً في الدول النامية عن مثيله في الدول المتقدمة .

مؤشرات الرعاية الصحية :

ويمكن أن يستدل من مؤشرات الرعاية الصحية على مدى إمكانية حصول أفراد المجتمع على خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات: كما تعد مؤشرات الرعاية الصحية مقاييس مباشرة لإنتاجية الإنفاق الصحي، وتشتمل هذه المؤشرات على عدة مؤشرات فرعية. (1)

- 1- مؤشرات عدد الأطباء لكل 1000 من السكان .
 - 2- مؤشرات عدد أسرة المستشفيات لكل 1000 من السكان .
 - 3- مؤشرات نسبة دخول المرضى المنومين بالمستشفيات إلى إجمالي السكان .
 - 4- مؤشر متوسط فترة الإقامة للمرضى المنومين بالمستشفيات .
 - 5- مؤشر عدد زيارات المرضى المنومين بالمستشفيات لكل فرد .
- ويمكن بتحليل مؤشرات الرعاية الصحية تلك التي تقدمها المستشفيات لأفراد المجتمع، يتضح مستوى الرعاية الصحية في البلاد المقارنة، ومدى كفاءتها ومدى تدنى هذا المستوى، قياساً على مستوى العالم .

مؤشرات توقع الحياة :

ويمكن أن يستدل من مؤشرات توقع الحياة على مستوى الرعاية الصحية، ومن ثم على إنتاجية الإنفاق الصحي بالنسبة للدولة، وتعد مؤشرات توقع الحياة مقاييس غير مباشرة لإنتاجية الإنفاق الصحي. ولكن تجدر الإشارة إلى أن توقع الحياة بالنسبة للفرد لا يرجع فقط إلى مستوى الرعاية الصحية ولكن يرجع وبدرجة أكبر إلى البرامج الصحية مثل: التغذية

(1) د. طلعت الدمرداش : تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق الصحي على الخدمات الصحية ، مرجع سابق ،

والإسكان والتعليم والبيئة، ومن ثم فإن دلالة هذا المؤشر لا تكون دليلاً كاملاً على إنتاجية الإنفاق الصحي والرعاية الصحية، وبالإضافة إلى ذلك قد تساهم مجموعة مختلفة من العوامل الشخصية ⁽²⁾ (مثل: السلوكيات مرتفعة الخطورة) أو المتلازمات البيئية (مثل: الفقر الدائم أو العنف الأسرى) التي تقع خارج النظام الذي يعنى به نظام الرعاية الصحية ولكن مع هذا لا يمنع أن هناك دلالة جزئية لهذا المؤشر على الرعاية الصحية وإنتاجية الإنفاق الصحي* .

ويشتمل هذا المؤشر على مؤشرين فرعيين هما :

- 1- مؤشر توقع الحياة عند الميلاد .
- 2- مؤشر نسبة عدد السكان الذين يصلون إلى سن 65 عام بالنسبة إلى إجمالي السكان .

وعلى الرغم من تقدم البحوث الطبية وتطور المستشفيات الأمريكية وتزويدها بأحدث الأجهزة والتقنيات، إلا أن الولايات المتحدة أخذت في التقهقر خلف بعض البلدان الأخرى، فيما يتعلق بالمؤشرات الصحية، حيث تتفق هذه البلدان نسبة أقل من ناتجها القومي العام على الخدمات الصحية وتحصل على رعاية صحية أفضل ومعدلات أقل لوفيات الرضع، وتوقعات أعلى لمتوسط الحياة عند الولادة، ووفيات أقل للناس في مرحلة الحياة المنتجة، وتعزى بعض هذه النتائج إلى توزيع الرعاية الصحية المتفاوتة حيث ينال الفقراء والمسنون رعاية محدودة، ويتضح ذلك فيما سبق وبيننا أن نسبة

(1) لو أن أدى ، وآخرون ، تقويم نظام الرعاية الطبية (الفعالية والكفاءة والأنصاف) ، ترجمة ،

د. عبد المحسن بن صالح الحيدر ، مراجعة الترجمة ، د. عبد الله سيف الدين غازي ساعاتي، معهد

الإدارة العامة ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، الرياض ، 1420هـ - 2000م ، ص 170

* حيث يتأثر هذا المؤشر بالخدمات الصحية الموجهة للطفل قبل الميلاد ، متمثلة فى الرعاية الصحية الموجهة للأمهات قبل فترة الحمل وأثناءها ، وكذلك الخدمات الصحية التى يتلقاها الطفل بعد الميلاد وطوال فترة الطفولة ، وعلى مدى توافر تلك الخدمات وإمكانية الوصول إليها .

الإنفاق الصحي من جملة الإنفاق العام في الولايات المتحدة الأمريكية 14.1%، 9.2% في اليابان وهى الأعلى في متوسط الأعمار .

كما أن معظم التسهيلات الطبية في الدول النامية مركزة في المناطق الحضرية حيث يقيم 25% من السكان، وعدم تقديم الرعاية الصحية بهذا الشكل المريح لجماهير السكان يصبح ظاهرة متفشية في تلك الدول النامية، فمثلاً في الهند يوجد 80 % من الأطباء العاملين في المناطق الحضرية التي يقطنها 20 % من السكان. وعلى ذلك فإن الإنفاق على الصحة في أكثر من 75 % من مصروفات حكومات الدول النامية مخصصة للمستشفيات الحضرية التي تقدم رعاية طبية عالية على النمط الأوربي للأقلية من السكان⁽¹⁾

1-2 التمويل العام الموجة للصحة في الاقتصاد الوضعي:

ماذا يعني التمويل الصحي ؟ وما هي المصادر التي يعتمد عليها التمويل الصحي ؟ وما هي البدائل للتمويل الصحي ؟ وهل القطاع الخاص للخدمات الصحية هو البديل الأمثل - كما في الولايات المتحدة الأمريكية ؟.

- **التمويل الصحي:** يتعلق بتحليل الجوانب المتعلقة بتوفير الموارد الرأسمالية اللازمة للخدمات الصحية⁽²⁾. إن التمويل العادل للخدمات الصحية هو أحد الأهداف التي أعتمدت عليه منظمة الصحة العالمية في تحليل أداء النظم الصحية، خاصة أنه يسعى إلى إزالة العقبات المالية أمام كل شرائح المجتمع للحصول على الخدمات الصحية، وتوفير استجابة

(1) د. فؤاد أبو ستيت ، إقتصاديات التنمية والتخطيط ، جهاز نشر الكتاب الجامعى ببلوان ، القاهرة ، 2003 ، ص 61 .

(2) موقع شبكة الإنترنت ، 2003/10/15م
<http://www.alwatan.com/graphics/2000/act/22/10/heads/I/10.htm>

النظام الصحي للمتطلبات الصحية⁽²⁾. كما يعتبر توفير عدالة في تمويل الخدمات الصحية، التي هي أهم أهداف النظم الصحية، مما يؤكد أهمية الأخذ بمبادئ وأدوات اقتصاديات الصحة في إدارة النظم الصحية، وأن هذا ما تدعوا له منظمة الصحة العالمية بالتعاونها الفني مع البلدان. ونظم التمويل الصحي تعتمد على مصادر متعددة تشتمل على⁽³⁾ :-

- 1- التمويل الحكومي: عن طريق ما يتم تحصيله من ضرائب وجمارك وعائدات للثروات الطبيعية والاستثمارات العامة للدولة.
 - 2- التمويل الخاص: سواء من أفراد أو من منظمات هادفة للربح أو غير هادفة للربح .
 - 3- التأمين الصحي: عن طريق الدفع المسبق من المستفيدين (طرف أول) بالتعاون مع أرباب أعمالهم أو الحكومة إلى مقدمي الخدمة (طرف ثان) من خلال شركات التأمين (طرف ثالث).
 - 4- تمويل أجنبي: عن طرق الدول الغنية في صورة معونات سنوية توجه نسبة منها للتمويل الصحي في الدول الفقيرة، ويميل هذا النوع إلى تغطية التكلفة الرأسمالية فقط للمشروعات الصحية.
- ويمكن حصر البدائل الرئيسية لتمويل الخدمات الصحية في الآتي⁽⁴⁾ :-

- 1- الرسوم مقابل الخدمات : (Free for Service) ويعتمد هذا الأسلوب على أن يدفع المريض الرسوم المعتادة المألوفة في منطقة الخدمة، وفيما

(1) نفس المرجع السابق ، ص 2

(2) د. عبد المحسن بن صالح الحيدر ، د. محمد على التركي ، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية ، مرجع سابق ، ص 41 .

(3) نفس المرجع السابق ، ص 41 - 42

يوفر هذا الأسلوب الحوافز الإنتاجية المرتفعة ،إلا أنه يؤدي إلى التضخم والتوسع في استخدام الإجراءات ذات المنفعة الهامشية المنخفضة مقابل التكلفة .

2- الخدمات الصحية الوطنية: (National health services) تقدم

العديد من الدول الخدمات الصحية المجانية لمواطنيها والمقيمين بها، وفق نظم مختلفة أشهرها نظام الخدمات الصحية الوطنية الذي تقدم الدولة من خلاله الخدمات الصحية لجميع شرائح المجتمع حسب الاحتياج الصحي، وبغض النظر عن الدفع، ويوفر هذا النظام جميع الخدمات الوقائية والعلاجية بما فيها الأدوية، وخدمات الأسنان والولادة ورعاية الأمومة، والطفولة، والتتويم، والصحة النفسية من خلال مرافق تتبع الدولة، وبواسطة قوى عاملة صحية موظفة بها، ويدفع لها مرتبات شهرية، ويمول النظام من خلال الضرائب العامة وكما هو الحال في بريطانيا والدول الاسكندنافية، ويشبه هذا النظام إلى حد كبير النظام المطبق في المملكة العربية السعودية، وبعض الدول الخليجية والعربية الأخرى⁽¹⁾.

3- التأمين الصحي: يشمل مصطلح التأمين الصحي بشكل عام، عدة أنواع

من العقود التأمينية التي رغم ارتباطها ببعضها البعض، إلا أن كل منها يهدف إلى الحماية ضد مخاطر مختلفة، ويدخل ضمن التأمين الصحي تصنيفان: تأمين دخل العجز، وتأمين التكلفة الطبية، الذي يشمل تكاليف الأطباء، والمستشفيات، وخدمات التمريض، والخدمات الصحية الأخرى ذات العلاقة، بالإضافة إلى الأدوية والتجهيزات الطبية، وتكاليف الرعاية

(1) نفس المرجع السابق ، ص42

الطبية الناتجة عن المرض أو الإصابة⁽²⁾. وقد تأخذ المنافع التأمينية عدة أشكال فقد تكون بالتعويض المباشر عن التكاليف إما لمقدم الخدمة أو للمؤمن عليه أو بدفع مبالغ نقدية محددة أو توفير الخدمات مباشرة، وقد تقدم خدمات التأمين الصحي في أي صورة من صور التأمين التجاري أو الاجتماعي أو التعاوني السالف الذكر، أو يتم الجمع بين أكثر من صورة منها. إلا أن تفاقم مشكلات التمويل الصحي في بلدان العالم المختلفة، لأسباب متعددة أهمها الارتفاع المطرد في تكلفة تقديم الخدمات الصحية، المبالغة أحياناً في الاستثمار في منشآت صحية جديدة بدون اللجوء للتخطيط السليم الذي يأخذ في الاعتبار التكلفة التشغيلية، ونقص الموارد الذي تختلف أسبابه من دولة لأخرى، قد أظهر حاجة ملحة للتفكير في بدائل أخرى لتمويل الخدمات الصحية.

ومن البديهي أن توفير التمويل هو الذي يحدد مدى توافر الخدمات ومدى جودتها، أما نقص التمويل فسيؤدي لا محالة إلى نقص في الخدمات المتاحة وتدني جودتها، كما يؤدي إلى نقص القدرة على صيانة المنشآت والأجهزة الطبية، كما يقلل من عمرها الافتراضي وكثرة أعطالها وانعكاسات ذلك على جودة الخدمات المقدمة.

وفي إطار احتواء استرداد تكلفة الخدمات الصحية، ظهرت عدة بدائل أثبتت بعضها نجاحاً في دول معينة، ولا يزال بعضها محل التجربة في دول أخرى.

(1) نفس المرجع السابق ، ص42

وتشتمل هذه البدائل إلى ⁽¹⁾:-

1- الرسوم مقابل الخدمة داخل المنشآت الصحية: ويعتمد هذا الأسلوب على أن يدفع المريض رسوماً على الخدمات التي يتلقاها في المنشآت الصحية الحكومية للمساهمة في تمويل الخدمات الصحية الأساسية وتحسينها، ويتمتع المريض مقابل ذلك بخدمات ذات جودة عالية تشبه الخدمات المقدمة بالمستشفيات الخاصة.

2- نظام المدفوعات المستقبلية: (Prospective payment system)
يتم فيه دفع تكاليف الرعاية الطبية من خلال مجموعات مرتبطة تشخيصاً (Diagnosis Related Groups)، حيث تدفع الدولة أو شركة التأمين الصحي لكل حالة مرضية مبلغاً محدوداً وفق المجموعة التشخيصية، بغض النظر عن التكاليف التي يتكبدها مقدم الخدمة، ويحفز هذا النظام على تحسين أداء المستشفيات، ومقدمي الخدمة، وتخفيض الإنفاق غير الضروري، وبالتالي يؤدي إلى تخفيض تكاليف الرعاية الطبية.

3- منظمات الحفاظ على الصحة: (Health Maintenance organization)
خطة تأمينية توفر من خلالها المنظمات الصحية المشاركة، في خدمات شاملة للمشاركين مقابل أقساط اشتراك سنوية محددة مسبقاً، وقد أثبتت فاعليتها في ضبط التزايد المطرد في أسعار الخدمات الصحية، مقارنة بالطرق التقليدية للدفع مع توفر نتائج صحية مماثلة، وتوصلت هذه المنظمات إلى تخفيض تكلفة الرعاية الصحية من خلال الحد من

(1) نفس مرجع سابق ، ص43

خدمات التقويم ومن تقليص فترة الإقامة في المستشفى دون التأثير في جودة نتائج الرعاية المقدمة.

4- منظمات الرعاية المفضلة: (Preferred Provider Organization)

خطة تأمينية تمنح المشتركين من مجموعة كبيرة مثل: النقابات العمالية، ومجموعات الموظفين، الفرصة للاختيار بين عدد محدد من مقدمي الخدمة التي يتم التفاوض معهم على تقديم الخدمات الصحية بأسعار مخفضة، ويكون الدفع في مقابل الخدمة المقدمة، مع وضع ضوابط لتقليل النفقات، وتكون الأسعار أقل في حالة مراجعة المرضى للأطباء والمستشفيات المحددة مسبقاً، ويفضل الموظفون الاشتراك في مثل هذه المنظمات، لأنها أكثر مرونة وأقل تقييداً من منظمات الحفاظ على الصحة، كما يفضلها أرباب العمل⁽¹⁾.

كما أن الصعوبة في المواءمة بين النفقات الباهظة التي تتطلبها الرعاية الصحية وبين إمكانيات التمويل، وهو الأمر الذي حدا بالدول طبقاً لفلسفتها الاجتماعية تطبيق نماذج اقتصادية مختلفة تتراوح بين مجانية الرعاية الصحية على جميع مستويات الخدمات الصحية كما هو الحال في بعض الدول العربية إلى قطاع التأمين الإجباري (كما هو الحال في معظم الدول الأوروبية) إلى نظام يعتمد اعتماداً كلياً على القطاع الخاص كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية.

الكفاءة الاقتصادية الكلية :-

أن الكفاءة الاقتصادية الكلية تشير إلى التكاليف الكلية للرعاية الصحية بالمقارنة بالمقاييس الإجمالية للأوضاع الصحية⁽²⁾.

(1) نفس المرجع السابق ، ص44

(2) د. طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مرجع سابق ، ص 257

فالدول المختلفة تتفق كميات متفاوتة من مواردها القومية على الصحة، وتقوم بتخصيص هذه الموارد بطرق مختلفة، وتتنجز إنجازات متفاوتة فيما يتعلق بالأوضاع الصحية والحصول على الخدمة، أو الشعور بالرضا، وبدون شك فإن هذه الاختلافات في النتائج تشير إلى اختلافات في كفاءة النظم الصحية.

كما يعتبر مقياس متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي مؤشراً جيداً على الحالة الصحية للمجتمع، ولكن يجب أن يؤخذ في الاعتبار عند تحليل هذا المقياس عدالة توزيع الإنفاق الصحي، أو ما يمكن أن نطلق عليه عدالة الوصول إلى الخدمات الصحية.

ويتم حساب متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي كالآتي :-

متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي =

الإنفاق الصحي الإجمالي (الكلي)

عدد السكان

=

الإنفاق العام الصحي + الإنفاق الخاص الصحي

عدد السكان

ويمكن استخدام هذا المقياس على أساس متوسط نصيب الفرد من

الإنفاق العام على الخدمات الصحية على أساس أن الإنفاق العام على

الخدمات الصحية يتيح للجميع فرصة الرعاية الصحية بدون تمييز، بعكس

الإنفاق الخاص الصحي.

ويحسب نصيب الفرد من الإنفاق العام⁽²⁾ = الإنفاق العام الصحي
عدد السكان

(1) نفس المرجع السابق ، ص 45

ونستنتج من ذلك أن الإنفاق العام على الرعاية الصحية له آثاره حيث يترتب على استهلاك بعض أفراد المجتمع للرعاية الصحية العامة تحسن مباشر في صحتهم ويستفيدون من ذلك جميع الأفراد الآخرين في محيطهم سواء كان ذلك بتضاءل فرص إصابة الآخرين بالمرض، أو تحرير الوقت المخصص من الأفراد الأصحاء لرعاية المرضى ليتحول إلى وقت منتج ومولد للدخل .

التمويل الصحي في مصر:

تعتبر وزارة الصحة هي أكبر مقدم حكومي لخدمات الرعاية في مصر. حيث تستهلك هي وهيئاتها المركزية ومديرتها بالمحافظات حوالى 60% من الموازنة الحكومية للقطاع الصحي ويستخدم تمويل وزارة الصحة المركزى في الإنفاق كباب أول وثان لتغطية المرتبات والمزايا. ومتطلبات العمليات التشغيلية (أدوية ومستلزمات وما يصرف في غير الأدوية والمستلزمات كضرورات للعمليات التشغيلية). كما يستعمل التمويل المركزى بصفة أساسية لتغطية استثمارات الباب الثالث لإضافة وتجديد أصول⁽¹⁾.

وتحصل وزارة الصحة على مورد من مصدر تمويلى آخر (خلاف تمويل وزارة المالية والمعونات) وقد تزايد ذلك المصدر من أقل من 1% إلى حوالى 6% من جملة مواردها الحكومية عام 1995. ويتمثل ذلك المصدر في التمويل الذاتى الذي يتولد من تقديم الخدمة بأجر في بعض الوحدات ويسمى في وزارة الصحة والسكان بـ"العلاج الاقتصادي وهو يستخدم أسرة متقطعة من الأسرة المجانية (حوالى 20%) لتقديم علاج بأجر وقد وصلت قيمته إلى حوالى 97 مليون جنيه في عام 1995.

(1) وردة هاشم ، وزارة الصحة ، سلسلة الوزارات المصرية ، مركز الدراسات السياسية والإستراتيجية بالأهرام ، القاهرة ، 2004 ، ص 31

وقد لجأت وزارة الصحة إلى أسلوبين جديدين لتعظيم مواردها المالية ⁽¹⁾
الأسلوب الأول:

هو نقل تبعية وحدات المؤسسات العلاجية "أكبر بائع حكومي للخدمة الطبيعية بأجر حتى عام 1994 إليها حيث فقدت تلك المؤسسات وضعيتها كهيئات اقتصادية مع استمرار دورها البائع للخدمة بأجر وتعزيز الدور الإنفاقي لوزارة الصحة لتشغيل تلك الوحدات بالاستناد إلى الشركات المتعاقدة والإنفاق العائلي بديلاً عن الإنفاق من وزارة المالية.

الأسلوب الثاني:

وهو اتباع أسلوب المؤسسات العلاجية كمعالج بأجر في إدارة وتشغيل الوحدات الجديدة التي تم افتتاحها وتشغيلها منذ عام 1997 دون تحويلها إلى وحدات تابعة لهيئات اقتصادية مع إنقاص إنفاق.

الموازنة التقديرية بالجنيه لوزارة الصحة والسكان، ومنظماتها المركزية،

ومديرياتها الصحية

السنة المالية 1998/97	السنة المالية 1994/93	الجهة الصحية
911311000	324599600	ديوان وزارة الصحة
19897300	-----	ديوان السكان
931208300	324599600	إجمالي الديوانين
1198392400	852627000	مديريات الصحة
		هيئات وزارة الصحة
162717000	77624000	هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية
14798000	6535000	هيئة الرقابة والبحوث الدوائية
		المؤسسات العلاجية

(2) نفس المرجع السابق ذكره .

الجهة الصحية	السنة المالية 1994/93	السنة المالية 1998/97
القاهرة	142751000	62599000
الإسكندرية	4958000	5693000
بور سعيد	2325000	7780000
دمياط	2206000	2815000
كفر الشيخ	957000	1205000
القليوبية	856000	1234000
الهيئة العامة للتأمين الصحي	1086516000	1386838000
هيئة المصل واللقاح	37612000	82315000
المجلس القومي للسكان	-----	14746000
المجلس القومي للأمومة والطفولة	-----	7846000
الإجمالي	2539567560	3873202000

المصدر: وزارة الصحة والسكان - الإدارة المالية 1998.

وتقوم وحدات وزارة الصحة والسكان، بتوليد موارد إضافية، من خلال ما يسمى بالعلاج الاقتصادي، ولكن نادراً ما تبلغ وزارة الصحة والسكان بنتيجة ذلك النشاط، كما تتأخر المراجعة النهائية التي تقوم بها وزارة المالية لمستندات ذلك النشاط، لمدة عامين أو ثلاثة، وهناك دراسة استطلاعية قامت بها إدارة التخطيط بوزارة الصحة، ويتضح منها أن تقدير ذلك الدخل يرقى إلى 1.7% من حجم الإنفاق الصحي بمديرية الصحة بالمحافظات وحدها.

1- تزايد الموزانة التقديرية بحوالى 50% عما كانت عليه في 1994/1993 وذلك بخلاف إضافة المجلس القومي للسكان، والمجلس القومي للأمومة والطفولة، حيث ظلا منفصلين عن وزارة الصحة والسكان، ولم يتم إدماجهما في وزارة الصحة إلا في عام 1996.

2- يجب ملاحظة أن المبلغ المخصص لما يسمى بـديوان وزارة الصحة، وهو 911 مليون جنيه في موازنة 1997 - 1998، يشمل أيضاً مبلغ 152 مليون جنيه تذهب إلى الباب الثالث في مديريات الصحة، لتمويل الاستثمارات، حيث أنها تحجز مركزياً للتوزيع على المحافظات، حسب الخطة المقررة مركزياً من خلال إدارة التخطيط بوزارة الصحة والسكان. كما شمل ذلك المبلغ أيضاً، تمويلاً آخر محتجزاً بالديوان لحساب مديريات الصحة لتمويل احتياجات تلك المديريات من الأدوية والمستلزمات الطبية (باب ثانى)، حيث يفرج عنه طبقاً لاحتياجات المحافظات التموينية من الأدوية والمستلزمات الطبية، بناء على المناقصات التي تتم مركزياً، للارتباط باحتياجات المحافظات السنوية، وذلك للاستفادة من مزايا طرح مناقصة كبرى، يلعب فيها ديوان وزارة الصحة، دور المشتري الأعظم، بأقل سعر ممكن.

الإتفاق الحقيقى في وزارة الصحة:

ويبين الجدول التالى حجم الإنفاق الحقيقى في وزارة الصحة عن السنوات الأربع، من العالم المالى 1989 / 1990 إلى العام المالى 1992 / 1993.

93/92	92/91	91/90	العام المالى 90/89	جهة الإتفاق
239.205.004	209.532.964	91.27.315	69.986.070	ديوان وزارة الصحة
920.087.837	837.867.604	657.190.042	574.193.008	مديريات الصحة
1213202841	1048	748.409.568	644.179.87	الإجمالى

المصدر: وزارة المالية - إدارة التخطيط في وزارة الصحة، 1997.

ونلاحظ من الجدول أن الإنفاق الصحي قد زاد إلى 1200 مليون جنيه تقريباً في 1993 بدلاً من 644 مليون في 1990.

كما تؤكد الإحصائيات زيادة الإنفاق الصحي في العام المالي 94 - 1995 إلى 1501 مليون جنيه.

وبالنسبة للزيادات في أبواب الإنفاق، نجد أن الباب الأول قد انخفض إلى 51% بدلاً مما كان عليه 64% وأن قيمة الأدوية والمستلزمات الطبية قد زادت إلى 29% مما كانت عليه (19%) وأن الإنفاق الاستثماري تزايد وصولاً إلى 19% في العام المالي 94/1995.

ونستنتج من هذا أن تخفيض الإنفاق العام الموجه للصحة كما يطلب من الدول النامية له تأثيره السلبي والخطير على الطبقات الفقيرة في المجتمع، فبالإضافة إلى تأثيره على صحة الأفراد بالسلب يظهر تأثيره على زيادة أعباء وتكاليف المعيشة للأفراد غير القادرين والتي تكون دخولهم محدودة جداً ولا تكفي للإنفاق على ضروريات الحياة⁽¹⁾.

إن توفير الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة والتي تستقبل أى مريض في أى وقت والخدمات المقدمة في مستشفيات الجامعات والتأمين الصحي الذي يستفيد منه المشتركون فيه، ويجب في هذا المجال مد شبكة التأمين الصحي ليشمل جميع الأفراد بالدولة كما يجب أيضاً توفير وحدات صحية ومراكز استقبال في جميع المناطق حتى تكون الخدمة الصحية متاحة لأى فرد في أى مكان وبنفس الجودة وبسعر منخفض.

(1) د. فتحى أبو الفضل وآخرون، دور الدولة والمؤسسات في ظل العولمة، مكتبة الأسرة، مطابع الهيئة المصرية العامة في الكتاب، القاهرة، 2004م ص121.

المطلب الثاني: التمويل والإنفاق في الاقتصاد الإسلامي

يظهر أثر الإنفاق العام في الاقتصاد الإسلامي من زاوية الإنتاج القومى على طاقة الأفراد في العمل والإدخار. وكذلك على القدرة في توجيه عناصر الإنتاج نحو أفضل استعمالاتها⁽¹⁾.

أ- فاهتمام الدولة الإسلامية بالإنفاق على الخدمات العامة كالتعليم والصحة... الخ يعتبر بمثابة تشجيع للاستثمارات الإنسانية، يسمح من حيث المبدأ بتكوين رأس المال الإنسانى الضرورى لكل تنمية اقتصادية واجتماعية فهذا الإنفاق بإسهامه في تهيئة الفرد فكرياً وبدنياً يؤدي في النهاية إلى زيادة طاقة الأفراد على العمل، ويؤدي بالضرورة على زيادة دخولهم ومن ثمة مقدرتهم على الإدخار وفى كل ذلك دفع لعجلة الإنتاج والارتقاء به.

ب- وتأثير النفقات العامة الإسلامية على حوافز العمل والإدخار يبدو واضحاً فيما تنفقه الدولة الإسلامية في شكل إعانات ومساعدات لمعاونة الأفراد وتمكينهم من شق طريق مستقبلهم أو ضمان حد الكفاية لمعيشتهم عند الضرورة، ولعل إبراز ما يميز النفقات العامة الإسلامية في هذا الصدد، هو اقتصرها على حالات معينة لا تؤثر في حوافز العمل والإدخار كحالات العجز والشيخوخة والبطالة والاضطرارية فإن إطلاق هذه النفقات دون قيد أو شرط، يؤدي إلى هبوط مستوى الرغبة في العمل والإدخار، والميل إلى الكسل والتراخي والمرض اعتماداً على ما تؤديه الدولة من إعانات والإنفاق

(1) د. عوف محمود الكفراوي ، بحوث في الإقتصاد الإسلامى ، مؤسسة الثقافة الجامعية ، الإسكندرية ، 2000 ص 213 .

العام في الإسلام لا يؤثر على الإنتاج فحسب، بل يؤثر تأثيراً فعالاً على الاستثمار.

وعلى ذلك فالإنفاق العام في الإسلام يهدف إلى عجلة الإنتاج وزيادة الاستثمار وتنظيمه للإنتاج يسمح بمزيد من الاستثمارات بما يحققه النماء والتعمير، ولكنه يشترط أن يكون ذلك داخل دائرتين هامتين دائرة الحلال فلا يتجاوزها إلى ما حرم الله فيكون ذلك متفقاً والتشريع المالي الإسلامي. ودائرة العدل فلا يتجاوزها على الظلم فقد حرمة الله على نفسه وجعله محرماً بين عباده.

والعمر فرصة زمنية منحت للإنسان ابتلاء، والدنيا فرصة زمنية منحت للبشرية جمعاء، ومن هنا وجب على المسلم أن يستعمل أوقات الفراغ فما هو نافع ومفيد ومنتج قال رسول الله ﷺ لا تزول قدما عبد يوم القيامة حتى يسأل من أربع: عن عمره فيما أفناه، وعن علمه فيما فعل فيه، وعن ماله من أين أكتسبه وفيما أنفقه، وعن جسمه فيم أبلاه⁽¹⁾ وعلى ذلك فقد اهتمت الحضارة الإسلامية بالإنفاق والتمويل على الخدمات الصحية (البيمارستانات) تدعياً لصحة الإنسان والمحافظة عليه.

يعتبر نظام الوقف من أفضل الأنظمة لتمويل المشروعات الصحية والعلمية والثقافية، كما يعتبر الوقف رمزاً للعطاء والسماحة، وعصباً للاقتصاد الإسلامي، ونظاماً راقياً للصدقات، ومورداً مستمراً للإنفاق. يحقق التكافل الاجتماعي، ويلبي الحاجات والمنافع لأي مجتمع إسلامي. وله أهمية تاريخية عظيمة في الكفاح ضد الفقر والجهل والعجز (المرض). ونما هذا

(1) سنن للترمذي 942/4، كتاب صفة القيامة، وقال هذا حديث حسن صحيح.

النظام وقوى في ظل التطورات التي حدثت في التاريخ الإسلامي، ومع مختلف أنظمة الحكم في الدولة الإسلامية⁽¹⁾.

وأن تشريع الوقف بالإسلام لم يخصص منافعه للمسلم، وإنما جعله عاماً، فإنشاء مدرسة يتعلم فيها الجميع، وكذلك مستشفى يعالج فيها الجميع دون تفرقة بين المسلم وغير المسلم.⁽²⁾ وكانت تمويل الرعاية الصحية من تبرعات تطوعية من الأغنياء وأهل الخير، الذين كانوا يتسابقون في تجهيز البيمارستانات خاصة المتنقلة عند الغزوات أو إلى السجون، أو البيمارستان الذي كان يرافق الحجاج. والوقف مصدر من مصادر التمويل الصحي. وتمويل غيره من وجوه النفع العام، وتحقيق التكامل الاجتماعي، وتأمين المعاش لطالبيه، مما يساعد في دعم الرعاية الصحية الكاملة، وحتى أصبحت "مؤسسة الوقف" المؤسسة الأولى التي مولت صناعة الحضارة الإسلامية، وتجديد هذه الحضارة على مر تاريخ الإسلام.

(1) د. عبد الفتاح مصطفى غنيم، الوقف في مجال التعليم والثقافة في مصر خلال القرن العشرين، العدد 89، سلسلة قضايا إسلامية، مطبعة وزارة الأوقاف، (القاهرة)، 1422هـ - 2002م، ص 28: 33

(2) د. شوقي أحمد دنيا، أستاذ الاقتصاد الإسلامي بجامعة الأزهر، (الوقف يحتاج إلى تحريك)، جريدة الأهرام، القاهرة، 15 ديسمبر 2002، ص 13.

المبحث الثالث

التأمين الصحي

مع انتشار الصناعة ظهرت الحاجة الملحة للعلاج، حفاظاً على صحة المواطنين في عصر الإنتاج، ولأهمية القوى البشرية في الارتفاع بمستوى معيشة الأفراد والارتفاع بمستوى الدخل القومي فظهر التأمين الصحي منذ أكثر من مائتين عام بين المنظمات العمالية في الدول الصناعة ومن أهداف التأمين الصحي، توفير الرعاية الصحية الكاملة للمواطنين، وحماية الطبقات الضعيفة في المجتمع في خطر المرض الذي يتعرضون له، ولا قدرة مادية لهم على حماية أنفسهم فيه واستكمال الإمكانات العلاجية بما يتناسب مع احتياجات السكان.

وبدأت الهيئة العامة في تطبيق التأمين الصحي على العمال في مصر عام 1964، واستطاع خلال العشر سنوات من بدأ التأمين الصحي أن يغطي حوالى نصف مليون مواطن (1)

وخلال دراستنا هذه سنوضح نماذج لنظم التأمين الصحي في المملكة المتحدة البريطانية والولايات المتحدة الأمريكية كدول متقدمة وفى مصر كدولة من الدول النامية مع إيضاح لأساليب هذه الأنظمة لتغطية احتياجات المواطنين.

(1) د . عبد المحيى محمود حسن صالح ، الصحة العامة وصحة المجتمع ، الأبعاد الاجتماعية والثقافية ، مرجع سابق ، ص 389 .

نماذج للتأمين الصحي في دول العالم:

1-1 التأمين الصحي في المملكة المتحدة :-

بدأت دولة الرفاهة الحديثة في بريطانيا مع صدور القانون الوطني للتأمين في عام 1911م. فموجب هذا القانون تم إنشاء نظام تأمين إجباري على الطبقة العاملة، مما قوض الحركة العمالية لمساعدة النفس، حيث إن الدولة أصبحت مسئولة عن ترتيب شئونهم بعد صدور هذا القانون. ثم جاء تقرير Beveridge في عام 1942م ليزيد من المكاسب التي تحققت مع بداية القرن الماضي ويوصى بإنشاء دولة رفاة شاملة جامعة، وكان من أهم توصيات هذا التقرير إنشاء خدمات صحية وطنية. وفي عام 1944م صدرت الورقة البيضاء "الخدمات الصحية الوطنية اشتملت على ثلاثة عناصر رئيسية هي (1).

- ضمان توفير الفرص المتساوية لجميع السكان للحصول على الخدمات الطبية التي يحتاجونها بصرف النظر عن الإمكانات المالية أو العمر أو الوظيفة.
- فصل العناية بالصحة عن الإمكانات الشخصية وتقديم الخدمة الصحية مجاناً، فيما عدا بعض الرسوم المحتملة والمتعلقة بالمستلزمات.
- توفير خدمات شاملة تغطي جميع أوجه الطب الوقائي والعلاجي.

وقد وضعت هذه المبادئ في صورة تشريعية في قانون الخدمة الصحية الوطنية الذي صدر عام 1946م. وبمقتضى هذا القانون تم منح وزير الصحة السلطة لنقل ملكية أى مستشفى يراها مناسبة إلى الملكية العامة

(2) عبد المحسن بن صالح محيضر ، د. محمد التركي ، نظام التأمين الصحى فى المملكة العربية السعودية، مرجع سابق ، ص 61 .

للدولة، وبالتالي تم تنظيم هذه المستشفيات تحت مظلة المجالس الصحية المحلية كنظام شامل للخدمة الصحية المجانية الذي مازال يعمل بهذا النهج حتى الآن رغم إعادة تنظيمها عدة مرات في أعوام 1974 و 1982 و 1990 ولكن دون المساس بمجانية العلاج.

ويشبه هذا النظام في بعض جوانبه النظم الصحية الموجودة ببعض البلدان العربية التي تقدم خدماتها مجاناً للسكان، حيث لا توجد اشتراكات مالية في مؤسسة عامة للتأمين الصحي، ولا توجد إجراءات محاسبية يجب أن يتبعها المريض عند ترده على العيادات أو عند التنويم بالمستشفيات. ويتم تمويل النظام بنسبة 90% من حصة الضرائب العامة والباقي من ضريبة الضمان الاجتماعي⁽¹⁾.

وتنقسم الخدمات الصحية الوطنية إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية التي يقوم بها الممارس العام، وخدمات الرعاية الصحية المتخصصة التي تقدم عن طريق الأخصائيين بالمستشفيات. والممارس العام هو نقطة اتصال المريض بالنظام، وللمريض الحق في اختيار الممارس العام الذي يرغبه، كما للأخير حرية الرفض أو قبول المريض ضمن مرضاه. وللحصول على خدمات الأخصائيين يجب أن يتم التحويل من قبل الممارس العام إلا في الحالات الطارئة.

وتشمل منافع النظام خدمات التنويم والخدمات الطبية العامة التي تشمل خدمات الأطباء العامين وأطباء الأسنان وأطباء العيون والخدمات الصيدلانية، وكذلك الخدمات الصحية المحلية التي تشمل خدمات الأمومة ورعاية الأطفال وخدمات التمريض المنزلي والتحصينات وبعض خدمات

(1) نفس المرجع السابق ص 62.

الصحة النفسية، إضافة إلى المستشفيات التخصصية التي توفر خدمات التنويم والعيادات الخارجية والرعاية النهارية للمرضى، بما في ذلك خدمات الأطباء الاختصاصيين.

بجانب الخدمات الصحية الوطنية التي تقدم مجاناً للمرضى، ابتداءً من القطاع الصحي الخاص في النمو وابتداءً التأمين الصحي التجاري يجد تشجيعاً، وقد وصلت نسبة السكان الذين لديهم تأمين صحي خاص 13% في سنة 1996م، كما وصلت نسبة العمليات الجراحية التي يتم إجراؤها في مستشفيات القطاع الخاص 20%.

1-2 التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية :

تتعدم النظرة إلى الرعاية الصحية كأحد الحقوق المدنية للمواطنين في النظام الأمريكي الذي يعتمد أساساً على التأمين الطبي الخاص مع مساعدة حكومة فيدرالية لغير القادرين وكبار السن والمتقاعدين من القوات المسلحة، وتقدم هذه المساعدة من خلال⁽¹⁾:-

- برنامج الرعاية الطبية لرعاية كبار السن فوق الخامسة والستين من العمر وذوي العجز الخطير
- برنامج المساعدة الطبية لرعاية الفقراء وغير القادرين .
- برنامج المحاربين القدماء، ويتولى أمر الإنفاق الصحي على المتقاعدين من القوات المسلحة وتوفير مستشفيات خاصة لهم في جميع أنحاء الولايات المتحدة، وفي الآونة الأخيرة، ونتيجة للارتفاع الحاد في تكاليف الخدمات الصحية ظهرت مشاريع الرعاية المدارة اقتصادياً لتحل محل التأمين الصحي التقليدي الذي انخفضت نسبته

(1) محمد بن سالم البكر : أنماط التأمين الصحي ، ورقة مقدمة في ندوة التخطيط الصحي الثامنة المنعقدة بالكويت ، في الفترة من 11- 13 إبريل ، 1994م ، ص 48 .

من 96% في عام 1980 لتصل إلى 5% فقط في عام 1990، ليحل محل صور أخرى بين خطط الرعاية الصحية.

وتشتمل خطط الرعاية الصحية المدارة اقتصادياً على :-

أ- **منظمات الحفاظ على الصحة:** (Health Maintenance Organization)

خطة تأمينية توفر من خلالها المنظمات الصحية المشاركة خدمات شاملة للمشاركين بأسعار محددة مسبقاً، وقد أثبتت فعاليتها في ضبط التزايد المطرد في أسعار الخدمات الصحية مقارنة بالطرق التقليدية للتأمين .

ب- **منظمات الرعاية المفضلة:** Preferred Provider Organizations

خطة تأمينية تمنح المشاركين الفرصة للاختيار بين عدد من مقدمي الخدمة، ويكون الدفع في مقابل الخدمة، مع وضع ضوابط لتقليل النفقات وتكون الأسعار أقل في حال مراجعة المرضى للأطباء ومستشفيات معينة⁽¹⁾. وبالنسبة للأشخاص الذين لا تتم تغطيتهم بأحد هذه الطرق ولا يستطيعون الحصول على تأمين صحي خاص، فهم يتعرضون لمخاطر صحية شديدة، وعلى الرغم من الإنفاق الكبير على الرعاية الصحية إلا أنه هناك أكثر من 35 مليون أمريكي بدون أي حماية مالية من تكاليف الرعاية الصحية وبدون أي تغطية تأمينية صحية من أي نوع.

وعلى الرغم من تقدم البحوث الطبية وتطور المستشفيات الأمريكية وتزويدها بأحدث الأجهزة والتقنيات، والإنفاق الكبير على الرعاية الصحية، إلا أن المؤشرات الصحية منخفضة في الولايات المتحدة وأقل من بلدان

(1) خالد بن سعيد ، بدران بن عبد الرحمن العمر ، " تجارب عالمية مختارة في التأمين الصحي " ، ورقة مقدمة لندوة تقديم وتمويل الخدمات الصحية بين مسئوليات الدولة ودور القطاع الخاص، المنعقدة في الرياض ، الفترة من 12- 13 رجب 1417هـ ، الموافق : 23 نوفمبر 1996م ، ص 105 .

أخرى، وهذا ما وضعه الباحث في دور المستشفيات في الرعاية الصحية. وهل نظام التأمين الصحي المطبق هو السبب وراء ذلك ؟
ووراء هذا، التكلفة المتزايدة نحو إمكانية حصول غير المؤمن عليهم على الرعاية الصحية وارتفاع التكلفة وعدم رضا الأمريكيين عن نظام الرعاية الصحية.

لقد حاول الرئيس - بيل كلينتون - إصلاح الأنظمة الحالية من خلال مشروع تأمين صحي وطني يوفر الرعاية الطبية لجميع مواطنين الولايات المتحدة الأمريكية، ولكن هذا المشروع تعثر تمريرة بالكونجرس الأمريكي: وأهم خصائص هذا المشروع ⁽¹⁾:

- 1- تغطية المواطنين بمظلة التأمين الصحي.
- 2- توفير حرية الاختيار بين عدة خطط تأمينية .
- 3- التحويل من خلال مشاركة أرباب العمل والعاملين في التكلفة.
- 4- ضمان جودة الخدمات المقدمة.

1-3 التأمين الصحي في مصر:

الخدمات الصحية في مصر تقدم من خلال ثلاثة مصادر هي ⁽²⁾:

- 1- القطاع الحكومي: يشمل مقدمي الخدمة في القطاع الحكومي على وزارة الصحة (62%) ووزارة التعليم العالي ممثلة في المستشفيات الجامعية (14%) ومجموعة أخرى من الوزارات التي تقدم خدمات صحية لمنسوبيها مثل :- وزارة الدفاع، والداخلية، والنقل، والزراعة.

(1) محمد بن سالم البكر ، " أنماط التأمين الصحي " ، مرجع سابق ، ص 49 - 50 .

(2) د. عبد المحسن بن صالح الحيدر ، د. محمد التركي ، " نظام التأمين الصحي التعاوني " ، مرجع سابق

2- **القطاع العام :-** ويشمل مقدمى الخدمة في هذا القطاع على الهيئة العامة للتأمين الصحي (4.5 %)، والمؤسسة العلاجية (4.4 %)، وهيئة المستشفيات التعليمية (4.2 %)، وشركات الدفاع العام (1 %) .

3- **القطاع الخاص :-** ويقدم جميع الخدمات من خلال عيادات الأطباء والمستوصفات والمستشفيات الخاصة بجميع مستوياتها وأحجامها.

وتلعب الهيئة العامة للتأمين الصحي دوراً رائداً في توفير التأمين الصحي الاجتماعي لشرائح متعددة من السكان، وهي هيئة مستقلة تتبع تنظيمات وزارة الصحة والسكان، وقد تم إنشاؤها عام 1964 لتقديم تأمين صحي إجباري، وفي البداية كان الهدف هو التغطية الاجتماعية والصحية لجميع السكان، وعلى أساس أن الخدمات الصحية حق لكل مواطن، وأن العلاج الطبي لا يجب أن يكون سلعة تباع وتشترى، وواكب ذلك صدور قانون التأمين الصحي في سنة 1964، أيضاً، والذي أتاح التأمين للعاملين في القطاعين العام والخاص وبعض العاملين في القطاع الحكومي⁽¹⁾.

وقد تم التخطيط لكي تمتد هذه المظلة التأمينية لتشمل المستفيدين المؤهلين بدءاً من بعض مجموعات العاملين، ثم يمتد ذلك ليشمل جميع العاملين وأصحاب المعاشات المتقاعدين وذويهم، وبدأ التنفيذ في ذلك الوقت في محافظة الإسكندرية⁽²⁾.

(1) د. سلوى عثمان الصديقي ، مدخل في الصحة العامة الرعاية الصحية والاجتماعية ، مرجع سابق ،

ص 256 : 260

(2) نفس المرجع السابق ، ص 259 : 260

وتدير الهيئة العامة للتأمين الصحي عدة برامج منفصلة للتأمين الصحي الاجتماعي وفقاً لقوانين مختلفة تشتمل⁽¹⁾: -

- برامج التأمين على الموظفين الذين تمت تغطيتهم التأمينية من خلال قانون رقم 32 لعام 1975م وهم جميعاً الموظفين بالقطاع الحكومي.
- برامج التأمين على الموظفين الذين تمت تغطيتهم التأمينية من خلال قانون 79 لعام 1975م، وهم بعض العاملين بالقطاعين العام والخاص والتأمين على أصحاب المعاشات (المتقاعدين) أو الأراامل.
- برامج التأمين على الطلبة الذين تمت تغطيتهم التأمينية وفقاً لقانون 99 لعام 1992م، ويشمل هذا البرنامج جميع الطلبة (أكثر من عشرة ملايين طالب).

ويشتمل الخدمات الصحية التي تكلفها الهيئة العامة للتأمين الصحي على خدمات التنويم بالمستشفيات وخدمات العيادات الخارجية وخدمات التوليد، والتحليلات والفحوص الإشعاعية، والعقاقير، خدمات الفحص الطبي الدوري لثمانية ملايين عامل (سواء تشملهم مظلة التأمين الصحي أم لا) من العاملين المعرضين لمخاطر مهنية، أو المعرضين للإصابة بأمراض المهنة، ويتم في هذا الصدد مراقبة حدوث أي خطراً أو مرضاً مهنيّاً وفقاً لجداول زمنية خاصة بذلك، ويتم علاج المخاطر والأمراض المهنية التي يتم اكتشافها⁽²⁾.

ومما هو جدير بالذكر أن العاملين الذين تغطيهم خدمات التأمين الصحي وفقاً لقانون 32 وقانون 79 لعام 1975، يحق لهم تلقي جميع

(1) د. عبد المحسن بن صالح الحيدر، د. محمد علي التركي ، نظام التأمين الصحي التعاوني ، مرجع سابق، ص 71 .

(2) المرجع السابق ذكره ، ص 72 .

الخدمات المتاحة بما في ذلك خدمات زراعة الأعضاء وجراحات التجميل والعلاج بالخارج، ولا توجد حدود على نوعية أو كمية الخدمات، وتغطي الهيئة العامة للتأمين الصحي حالياً 35% فقط من السكان البالغ عددهم قرابة 70.5 مليون وفقاً لآخر إحصاء سكاني عام 2004 (1)

تمويل الهيئة العامة للتأمين الصحي:

يتم تمويل الهيئة العامة للتأمين الصحي من خلال (2)

- الاشتراكات التي تخصم من رواتب المستفيدين (1.5% من الراتب)، المبالغ النقدية التي تم دفعها كنسبة من تكلفة الخدمة، ومن إسهامات أرباب الأعمال، من خلال اشتراكات يدفعها الطالب بواقع أربعة جنيهاً سنوياً، يضاف إليها 12 جنيهاً كمساهمة حكومية، ومن خلال ضريبة على السجائر بواقع 10 قروش عن كل علبة، بالإضافة إلى ذلك تتلقى الهيئة العامة للتأمين الصحي أموالاً إضافية من وزارة المالية لتغطية خسائرها المالية السنوية .

التأمين التعاوني من قبل النقابات المهنية :

تقدم النقابات المهنية نوعاً من التأمين التعاوني لمنسوبيها وأفراد أسرهم وفقاً لأنظمة أو شروط متعددة، ويتيح هذا النوع من التأمين للمشاركين تلقي الخدمات العلاجية في العيادات والمستشفيات الخاصة بما في ذلك خدمات التنويم بالمستشفيات ويمول هذا التأمين من خلال الاشتراكات السنوية التي يدفعها المشاركون، إضافة إلى ما يدفعونه نقداً عن

(1) المرجع السابق ذكره ، ص 72 .

(2) المرجع السابق ذكره ، ص 72 .

كل زيارة كجزء من تكلفة الخدمة، وتتأوب درجة نجاح تشغيل هذه الأنظمة من نقابة لأخرى مع عدم وجود أي تنسيق بين هذه النقابات (4).

التأمين الصحي التجاري :

صدر قانون عام 1998، قانون يبيح 100% من ملكية شركات التأمين العاملة في مصر للشركات الأجنبية، ورغم ذلك تعثرت خصخصة هذه الشركات (وهي أربع شركات رئيسية مملوكة للدولة) وذلك لأسباب اجتماعية، حيث تشترط الشركات الأجنبية لشراء هذه الشركات تخفيض عدد العمالة مما ترفضه الحكومة⁽¹⁾.

ويقتصر نشاط التأمين الصحي التجاري لهذه الشركات، بالإضافة إلى بعض فروع الشركات الأجنبية العاملة في مصر، على شريحة محدودة للغاية من العاملين في الشركات الأجنبية والمتعددة الجنسيات.

واقع التأمين الصحي في مصر الآن :

آخر إحصائية لعدد المنتفعين بالتأمين الصحي بلغت حوالي 29 مليون مواطن، وهناك خطط داخل أروقة وزارة الصحة، يتم العمل على تنفيذها، على قدم وساق من أجل زيادة عدد المنتفعين به، بحيث يغطي كافة فئات الشعب المصري، حسبما صرح ويؤكد وزير الصحة بصفة مستمرة⁽³⁾.
والتأمين الصحي أصبح هو الملاذ لملايين المصريين، بعد أن فقدوا الأمل في الحصول على خدمة طبية تؤدي الغرض من قبل وزارة الصحة، وبعد ما بدأت الحكومة تفض يديها من مسألة العلاج المجاني، وأصبحت

(1) المرجع السابق ذكره ، ص73

(2) المرجع السابق ذكره ، ص73

(3) موقع شبكة الإنترنت ، " المصريين والتأمين الصحي "

<http://www.freeweds.com/reportage2/secu.htm>

تستعيز عنه بالقرارات الصادرة بالعلاج على نفقة الدولة، والتي يقف البسطاء والفقراء أمامها مكتوفي الأيدي.

وعلى الرغم من المشاكل التي يعانيها مرضى التأمين الصحي، إلا أننا أمام تقرير يوضح تطور الهيئة منذ عام 1995م وحتى الآن، وهو تقرير يوضح الآتي بالحقائق والأرقام .

جدول (6)

تقرير الهيئة العامة للتأمين الصحي من 1995: 2002م

2002	1995	المؤشر
29 مليون	21 مليون	- المؤمن عليهم .
7789 سرير	6380 سرير	- عدد أسرة المستشفيات .
512	368 عيادة	- عدد العيادات الخارجية .
5425	2702 مريض	- مرض الفشل الكلوي المستفيدين من التأمين الصحي
28.000	26.000	- حالات العرض الممارس
450 مليون	223	- عدد حالات دخول المستشفيات .
550	365 مليون	- تكلفة الدواء
2600	130 عملية	- عمليات جراحة القلب .
46	9	- عمليات زرع النخاع .
500	300	- عمليات زرع الكلى .
12.000	10.000	- حالات الأورام .
450	350	- عدد الصيدليات .

المصدر: تقرير الهيئة العامة للتأمين الصحي في مصر منذ عام 1995 حتى 2002م

ويتضح من هذا الجدول الآتي :

- ارتفاع تكلفة الدواء بالهيئة من 365 مليون جنيه عام 1995 إلى 550 مليون جنيه عام 2002، وأصبحت نسبة الديون المستحقة على الهيئة بلغت مليار جنيه والسبب ارتفاع التكاليف.
- انخفاض تكاليف علاج المريض من 2140 جنيه عام 1997 إلى ألفي جنيه عام 2002م

مما يعني تدهور الرعاية الصحية الواجبة إزاء الأفراد، وهذا يعني أن التأمين الصحي يعاني العجز في التمويل مما يترتب عليه سوء الخدمات المقدمة مع زيادة أعداد المؤمن عليهم وارتفاع أعدادهم. وأن ذلك أدى في النهاية إلى فشل الهيئة في تقديم خدمة صحية جيدة. وعجز الهيئة على تطوير خدماتها التأمينية .

ورغم التكدس والزحام وغياب الأطباء .. وسوء الخدمة المقدمة وتراجع مستواها إلا أننا فوجئنا بأن الدكتور / عوض تاج الدين⁽¹⁾ - يعلن أنه وخلال السنوات القادمة سوف يشمل التأمين الصحي جميع المواطنين في مصر، مؤكداً أنه يجري حالياً بحث وتطوير لبعض وحدات الهيئة لاستيعاب الأعداد الجديدة، ويتم في ذات الوقت استكمال بناء بعض المنشآت المعطلة منذ سنوات وتطوير قاعدة البيانات الخاصة بالمؤمن عليهم .

ويلاحظ أن نظم التأمين الصحي وكذلك الخدمات الصحية الحكومية في كثير من الدول يكتنفها الكثير من الفقر والضياع وسوء استخدام الموارد المخصص لها، كأن تصرف الأدوية بدون مرض حقيقي مع إهمال تشغيل

(1) د. عوض تاج الدين ، أستاذ الأمراض الصدرية ووزير الصحة ، بجمهورية مصر العربية . موقع شبكة الإنترنت

الأجهزة الطبية، وسوء التعاقدات على الأجهزة الطبية ومستلزمات العلاج الجارية: وغيرها، وذلك بسبب عدم تحديد المسؤولية ونقص المعلومات للحكم على مدى فعالية التكاليف في مجال التأمين الصحي، بينما تتسم الخدمات الصحية المقدمة من خلال القطاع الخاص بمستوى مرتفع من الكفاءة والفاعلية .

وبرغم ذلك فإن الإقتصار على تقديم الخدمات الصحية من خلال القطاع الخاص لن يؤدي إلى تحقيق معيار العدالة في تقديم الخدمات الصحية وهو ما يؤكد أهمية بل ضرورة تقديم بعض الخدمات الصحية من خلال إطار حكومي، وكذلك نظم التأمين الصحي، وصولاً إلى معيار العدالة مع التأكيد على ضرورة تحقيق معيار الكفاءة والفاعلية من خلال ترشيد استخدام الموارد.

إن إتساع مظلة التأمين الصحي هي حماية للفقراء المرضى وتدعيم لقواهم الإقتصادية والاجتماعية، وأن التأمين الصحي لا يخالف الشريعة الإسلامية .

المزايا والعيوب في القطاع الصحي الحالي في مصر: **أولاً: مزايا القطاع الصحي في مصر (1)**

1- الدولة ترعى رسمياً كل المواطنين من خلال الخدمات المجانية، المقدمة من وزارة الصحة وغيرها من الوزارات، وكذلك الخدمات التأمينية المقدمة من الهيئة العامة للتأمين الصحي وغيره، بتمويل من الشركات، والجهات الحكومية، للعاملين، والطلبة، وذوى المعاشات والأرامل.

(1) وردة هاشم . وزارة الصحة ، سلسلة الوزارات المصرية ، مركز الدراسات السياسية والإستراتيجية بالأهرام ، القاهرة 2004 ، ص 95 .

- 2- إتاحة ولوج المواطنين للوحدات "إتاحة فيزيقية" تغطي أكثر من 95% من السكان (بصرف النظر عن نوعية الخدمة المتاحة حتى الآن).
 - 3- وجود قاعدة تحتية هائلة من الوحدات (عيادات ومستشفيات)، ومن القوى البشرية خاصة الأطباء.
 - 4- إمكانية الحصول على نوعية راقية من الخدمات التقنية.
 - 5- الإتاحة للأصناف الدوائية.
 - 6- مستوى التطعيم الإجبارى، وهو بصفة عامة محقق بمستوى جيد.
 - 7- تناقص معدل نمو السكان متحقق بمستوى محدود حتى عام 2000.
 - 8- إتاحة الحصول على المياه، لأكثر من 80% من السكان، كما إن الإصحاح الصحي يتزايد تدريجياً لمستوى أفضل.
 - 9- تزايد النسبة المخصصة للرعاية الصحية من الناتج القومى الإجمالى إلى حوالى 4% عام 1998، وذلك بالمقارنة، بما كان في أوائل التسعينيات، وبالرغم من أن المتوسط المخصص في العالم يرقى إلى 7.4% من الناتج القومى الإجمالى العام.
- غير أن تلك النقاط القوية، لم تؤد إلى نظام صحى فعال وكفاء، حيث أن هناك مشكلات أساسية بنيوية (هيكلية) تحد من فاعلية الأداء وكفاءته.

ثانياً: عيوب القطاع الصحي في مصر:

وهى تمثل تحديات مستقبلية يجب تصحيحها، بما يمكن من الانطلاق، بعد رفع قدرة النظام وفعاليته وكفاءته لتحقيق أهداف المرحلة القادمة (من 2000 إلى 2020) كما حددتها منظمة الصحة العالمية في مؤتمرها عام 1998. (1)

(1) سمير فياض ، الصحة في مصر ، الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام 2002 ، المكتبة الأكاديمية، القاهرة ، 2002 ص 86

ويمكن تلخيص تلك المشكلات فيما يلي:

أ- مشكلات خاصة بمخرجات الخدمات الصحية:

- 1- لا يزال معدل وفيات الأمهات مرتفعاً.
- 2- لا يزال معدل وفيات الرضع والأطفال - أقل من خمس سنوات - مرتفعاً، وأعلى من بعض الدولة المماثلة لمصر دخلياً.
- 3- لا يزال التفاوت بين الحضر والريف قائماً، فمثلاً يصل المتوسط العام الكلي لوفيات الأطفال، أقل من خمس سنوات إلى وفاة واحدة من بين كل 16 طفلاً طبقاً لبيانات اليونيسيف على حين يصل في ريف الوجه القبلي إلى وفاة واحدة من بين كل 8 أطفال.
- 4- لا يزال ممكناً تحسين برامج الصحة العامة للأمراض الوبائية السارية، بصورة أفضل، وصولاً إلى معدلات أفضل. أما برامج الصحة العامة، للأمراض غير السارية فلا تزال محدودة وفقيرة في توجهها إلى عموم المواطنين.
- 5- برامج الوقاية وحماية وتعزيز الصحة لا تزال بحاجة إلى التركيز على نمط الحياة المعاش، والأمراض ذات المسببات المجتمعية الناتجة من التدخين، والحوادث، وفرط التغذية.
- 6- لا تزال الأمهات لا يلقين الرعاية الواجبة، في فترة ما قبل الحمل، حيث لا تزيد تلك المتابعة بواسطة فني مدرب صحياً عن 28%.
- 7- وأخيراً لا تزال مشكلة سوء ونقص التغذية تمثل خطورة كبيرة، خاصة في الريف، والمناطق الهامشية في الحضر، بما يرفع نسبة التقزم تحت سن الخامسة إلى حوالي 25%، وبما يصل بنسبة الهزال الشديد بينهم إلى حوالي 4%.

ب- مشكلات تتعلق بالعدالة وإتاحة الحصول على الخدمات الصحية:

- لا تزال الرعاية التأمينية لا تغطي إلا أقل من 40% من المواطنين، أغلبهم إما من البالغين الذكور بالحضر ممن يخدمون في الحكومة أو قطاع الأعمال (العام سابقاً)، أو قطاع العمل الخاص المنظم، أو من أرباب المعاشات والأرامل، وإما من أطفال المدارس، ونسبة محدودة ممن ينتمون إلى شريحة ما قبل السن المدرسى.⁽¹⁾

- لا تستند موارد النظام إلى قدرة المواطنين على دفع المقابل المادى، حيث يتحمل الفقراء نسبة مئوية أكبر من دخلهم للإنفاق على الرعاية الصحية، كما أن متوسطى الدخل يتحملون، بصفة منتظمة، دفع ضرائب بنسبة مئوية من دخلهم، أكثر مما يتحمل الأكثر يسراً، في دفع ضرائبهم، وذلك ما يؤدي إلى عدم انتظام دفع الضرائب طبقاً لشرائح الدخل المجتمعة، بل وإلى تناقصها في بعض الشرائح العليا، مما يؤثر على قدرة تمويل النظام الصحي.

- تفاوت الإنفاق العام، والإنفاق الصحي، للفرد الواحد، بين الحضر والريف، حيث يزيد الإنفاق العام للفرد في الحضر عن الريف بواقع 67%، ويزيد الإنفاق الصحي للفرد في الحضر عن الريف بواقع 79%.

- تفاوت الإنفاق الصحي بين شرائح الدخل، حيث لا تحصل شريحة الدخل الدنيا إلا على 16% من الإنفاق الصحي العام، على حين تحصل شريحة الدخل العليا على 24% من الإنفاق الصحي العام، بخلاف حصة الأسد في الإنفاق الصحي الخاص.

(1) الهيئة العامة للتأمين الصحي ، تقرير المتابعة السنوى للفئات المنتفعة من نشاط الهيئة خلال عام 2001/2000 ، ص 30 .

- أما نظام وأحوال التوظيف ذات المرتبة المنخفض فتحفز مقدمى الخدمة من الأطباء حفزاً سلبياً، فيلجأون إلى تحويل حالات المرضى بالوحدات الحكومية للتوجه إليهم في عيادات الممارسة الطبية الخاصة ووحداتها. وذلك ما يؤدي إلى زيادة التكلفة، وتآكل شبكة وزارة الصحة والسكان في تحقيق الأمان الاجتماعى والصحي للمواطنين.
- إن انتفاع السكان الفقراء بالدعم الدوائى المقدم من الدول محدود، حيث أنه لا يقدم إلى الفقراء وإنما إلى الكافة، ويصعب على الفقراء الاستفادة منه.

ج - مشكلات تتعلق بكفاءة الإدارة، والتمويل (1)

- 1- وصلت نسبة الإنفاق الصحي من الناتج القومى الإجمالى إلى 3.7% في عام 1997، ووصلت نسبة الإنفاق الصحي الحكومى إلى حوالى 3%، ثم إلى 4% من الموازنة الحكومية، وهى نسبة منخفضة، بالمقارنة بالمعدلات العالمية للإنفاق الصحي والتي تبلغ 7.4% من الناتج العالمى الإجمالى.
- 2- تتجزأ الخدمة الصحية العامة إلى 29 هيئة ومنظمة محدودة الروابط والعلاقات، وتلك المنظمات تتعلق بالتمويل والإنفاق، وتوزيع الحصص المالية الاستثمارية والجارية، وتقديم الخدمات الصحية، طبقاً لما تم إيضاحه مسبقاً، ولكل من تلك المنظمات أهدافها، وسياساتها، وخياراتها، وتأثيرها وتأثيرها على القطاع العام، وعلى القطاع الخاص، ومنظمات كل منها ووحداتها.

(1) عفت عبد الله الزغبى ، سياسات التأمين الصحى فى مصر ، مركز دراسات استشارات الإدارة العامة ، كلية الإقتصاد والعلوم السياسية ، جامعة القاهرة ، 2003 ، ص50

3- وتتعدد مصادر التمويل، في الوقت الذي يحدد فيه كل مصدر تمويلى مجموعة قواعد تحكم توظيف تمويله، بديلاً عن مجموعة قواعد واحدة تحكم النظام الصحي ككل، يشجع مقدمى الخدمة على التلاعب بالتكلفة في محاولة منهم لتغطية دخلهم من الممارسة المهنية، بل ويستبعد الاستخدام الكفء للموارد المالية الحكومية، والخاصة، لتحقيق خدمة أفضل، وأيسر، وأقل تكلفة.

4- توضح الدراسات الخاصة بتكلفة الوحدة القياسية في مستشفيات وزارة الصحة والسكان، وفى الهيئة العامة للتأمين الصحي تفاوتات وتباينات في كفاءة الأداء بين تلك المستشفيات تتراوح نسبها ما بين 3: 4: 1، كمتوسط تكلفة، عن يوم الإقامة بالمستشفى أو كمتوسط لحالة الدخول الواحدة.

5- يبلغ معدل الأسرة في مصر سريرين لكل ألف من السكان، وهو معدل أصبح مناسباً للاحتياجات الطبية بالأسلوب المعاصرة لتشغيل الأسرة. كما أنه ملائم بالقياس للدول مماثلة الدخل. ولكن تلك الأسرة بحاجة إلى تجهيز وتجديد أكثر معاصرة، ونظم معلومات، وإدارة، وتنمية قوى بشرية، تتلاءم وقواعد الجودة، والتحكم الإحصائى المنظم.

6- وفيما يتعلق بمدة إقامة المريض في المستشفى فإنها تختلف من مستشفى إلى آخر بالنسبة للحالة المرضية الواحدة، أو المماثلة، طبقاً لبعض العينات التي تمت دراستها في مستشفيات وزارة الصحة.

7- أما عدد الأطباء في مصر، فعددهم يزيد على أكثر من ثلاثة أضعاف العدد الموجود لكل ألف من السكان، بالمقارنة بالدول متماثلة الدخل مع مصر.

8- ويقترب عدد الأطباء على مستوى الجمهورية، من عدد الأسرة

المتاحة (بمعدل يقترب من طبيب واحد لكل سرير واحد متاح).

9- وفي مصر يصل عدد الأطباء الأخصائيين، إلى 60% من المشتغلين

بالرعاية الصحية في وزارة الصحة، والباقي فقط هم من الأطباء

الممارسين، العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية، ويزداد

اختلال تلك النسبة بإضافة الأطباء العاملين خارج وزارة الصحة.

10- وتقوم كليات الطب، سنوياً، بتخريج أعداد من الأطباء تزيد عن

ضعف الحاجة، حيث ينضمون إلى الأعداد الزائدة من الأطباء

خريجي السنوات السابقة.

ونظراً لأن الإنفاق الصحي الكلى مازال منخفضاً، وبسبب انخفاض

الكفاءة التوزيعية للوحدات والموارد والأفراد وانخفاض الكفاءة التقنية للإدارة

والتنظيم والأداء المهني، وانخفاض جودة المنتج الخدمي، فإن ما يقدم من

اقتراحات خاصة بالتوسع لمواجهة الزيادة السكانية، والتغير في نمط

الأمراض تجعل النظام غير قابل للاستمرار بتلك المواصفات على المدى

الطويل.

والهيئة العامة للتأمين الصحي لا تسير على أسس سليمة حالياً، وأى

مقترحات توسيعية لتغطية فئات سكانية أوسع بدون توفير الموارد

والإمكانات لن يؤدي إلى تزايد عدم السلامة التمويلية والأدائية.

كما أن التوسع لتغطية فئات سكانية أخرى، في نظام صحى غير

كفء، لن يؤدي إلا إلى مردود متدن لذلك الإنفاق طبقاً للنظام القائم.

الباب الثانى

دراسة المشكلات الصحية فى الإقتصاد الوضعى

والاقتصاد الإسلامى

بعد استعراض للسياسات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي في الباب الأول. تبين لنا مفهوم الصحة في الاقتصاد الوضعي والإسلامي كما عرفها العلماء المعاصرون والتي يجب الوصول إليه، ومعرفة مدى اهتمام الإسلام بالصحة منذ أكثر من أربعة عشر قرناً، ومدى اهتمام العلماء المسلمون بالصحة أمثال: ابن النفيس، وأبن سينا وابن خلدون وغيرهم، ثم كانت الأهداف الصحية التي ينشدها المجتمع، وتنشدها الدول، والمنظمات العالمية، والمؤسسات الدولية التي تضعها لشعوبها. ثم استعراض لصور التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية على اعتبار أنها جزء من اقتصاديات الصحة، وتساعد في مدى ملائمة الخدمات المقدمة مع مستوى معيشة المواطنين، بشكل عادل وعدم حرمان أى شخص من العلاج لأى سبب إقتصادي أو إجتماعي. ولكن قبل ذلك يجب أن نضع نصب أعيننا دراسة المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي وما ينتج عنها من أمراض، حيث أن تأثير المشكلة الصحية الاقتصادية لم يكن غاية في حد ذاته، وإنما وسيلة تساعد على تحقيق أهداف السياسات الصحية لرفع المعاناة وأحداث التنمية البشرية بحيث تؤتى ثمارها المرجوة بالسيطرة على الأمراض، ثم خلو المجتمع منها.

ومن أسباب ودوافع المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي، الفقر، وعدم توافر المياه الصالحة للشرب وسوء التغذية، والزيادة السكانية وغيرها، ومن الآثار المترتبة على المشكلات الصحية انتشار الفقر والضعف، والبطالة، وضعف الأداء الإداري، وضعف الإنتاجية، وركود النشاط الاقتصادي وغيرها، مع الأخذ في الاعتبار أن كل سبب أو أثر للمشكلات الصحية الاقتصادية له نوع من الأمراض وكلها تضر بالاقتصاد القومي وضعف معدلات التنمية. لذلك تعمل الدول والشعوب جاهدة في

القضاء على الأمراض، والمحافظة على صحة أفرادها، وهناك من المؤشرات الصحية، والبيانات الإحصائية، والتحليلات الاقتصادية التي يمكن استخدامها لمواجهة المشكلات الصحية، ومعرفة المطلوب حيال هذه المشكلات. ووضع الأنظمة الصحية المناسبة.

وفى الباب الثاني الذي نحن بصدده سيتم التعرف على المشكلات الصحية من حيث أسبابها، وآثارها، والأمراض الناتجة عنها، في فصلين، الفصل الأول: أسباب المشكلات الصحية الاقتصاد الوضعي والإسلامي، الفصل الثاني، الآثار المترتبة على المشكلات الصحية من حيث الآثار الاجتماعية والآثار الاقتصادية، ثم معالجة هذه الآثار في منهج الاقتصاد الإسلامي.

الفصل الأول

أسباب المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي

اليوم ومع المتغيرات المنظورة على الساحة العالمية في بداية القرن الـ 21، لقد اتضح أن العالم يعاد رسمه في خريطة سياسية اقتصادية، بل واجتماعية خاصة بعد أن انتهت ازدواجية العالم، بانحسار الشيوعية، وانفراد قطب واحد في ريادة السيادة العالمية، ولسوف تستمر تلك الريادة حتى يظهر قطب آخر في أوروبا الموحدة أو الصين البازغة أو غيرهم. كذلك تطور العالم اقتصادياً بظهور دور البنك الدولي، وصندوق النقد الدولي، انتهاء بقوانين الجات التي تمخضت في تكوين منظمة التجارة العالمية وما تحتويه من اتفاقيات ملزمة لكل من وافق عليها منذ عام 1994، وما وصلت إليه من أساليب لانتقال رؤوس الأموال والسلع ووسائل الإدارة والقوى العاملة بما يؤثر على حرية الدول وسيادتها وسياستها، وبالتالي صحة سكانها وبقائها⁽¹⁾.

بالإضافة إلى ظواهر عديدة مؤثرة على الصحة منها: النظام العالمي الجديد والعولمة، وقضايا حقوق الإنسان وحقوق الفرد في الصحة والتعليم، ظهور التكتلات العالمية العملاقة التي احتوت 85% من سكان العالم في شركات، وما زال العالم العربي بعيداً عنها حالياً، والتطور الانقلابي في مفاهيم الملكية الفكرية والصناعية ومخاطر تطبيقها خاصة في مجالات الغذاء

(1) موقع شبكة الإنترنت : إسلام ست مؤتمر العولمة بتاريخ 2003/1/15
<http://islamset.com/Arabic/globe/res/badranT.html>

والدواء، واختلاط الحضارات واللغات والثقافات وتداخل التكنولوجيا مع انحسار الذاتية وشحوب الهوية .

وعلي هذا تبقى أسباب ودوافع المشكلات الصحية من هذه الأسباب التالية خاصة في العالم العربي والإسلامي والدول النامية ونستعرض هذا الفصل من خلال مبحثين :

- المبحث الأول: أسباب المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي.
- المبحث الثاني: سياسة الاقتصاد الإسلامي في علاج المشكلات الصحية.

المبحث الأول

أسباب المشكلات الصحية

في الاقتصاد الوضعي

نظراً إلى مشاكلنا الصحية في العالم الإسلامي كجزء من العالم النامي غنياً كان أم فقيراً. نجد أنها تقع بين حالتين هما (1):-

أولاً :- جوع وبطالة وهجرة في الدول غير القادرة.

ثانياً :- ترف واستهلاك وقلق في الدول التي تعاني من مشكلات الوفرة.

ويمكن تحليل هذه المشكلات الواقعة في الحالتين وذلك من خلال

عرض أسباب ودوافع المشكلات الصحية في الاقتصاد الوضعي كما يلي :-

أولاً - مشاكل الفقر .

ثانياً - عدم توافر المياه الصالحة للشرب .

ثالثاً - سوء التغذية .

رابعاً - الزيادة السكانية .

خامساً - نقص الإمكانيات للموارد للخدمات الصحية .

سادساً - التوتر العصبي الذي يصاحب حياة العصر .

سابعاً - أسباب وراثية.

(1) المجالس القومية المتخصصة ، دورية المجالس القومية المتخصصة ، العدد الرابع ، السنة السادسة ، القاهرة ، أكتوبر - ديسمبر 1981م ، ص 25 .

أولاً: - مشاكل الفقر :

الفقر مصدر فقر، والفقير هو المحتاج، والفقر ضد الغنى وهو: عبارة عن فقد ما يحتاج إليه، أما فقد ما لا يحتاج إليه فلا يسمى فقراً⁽¹⁾. وقد ذكر الله سبحانه الفقر، والفقير، الفقراء في القرآن الكريم فقال تعالى :- ﴿الشَّيْطَانُ يَعِدُكُمُ الْفَقْرَ...﴾ [سورة البقرة: 268]، ﴿إِنَّمَا الصَّدَقَتُ لِلْفُقَرَاءِ وَالْمَسْكِينِ...﴾ [سورة التوبة: 60]. وخط الفقر: هو مستوى الدخل الذي لا يمكن دونه تحمل تكاليف الحد الأدنى للغذاء الكافي والمتطلبات غير الغذائية الأساسية، والفقر من أخطر المشكلات التي تؤثر في الحالة الصحية، مما يترتب عليه من فقدان الصحة النفسية والجسدية والمعنوية، ذلك أنه أحد الثالوث المدمر للحياة (الفقر، والجهل، والمرض) التي تواجه العالم النامي وتعرقل حركة حياته التنموية ورغم التقدم العلمي والتطور الآلي غدا الفقر مشكلة الإنسان الكبرى. ذلك لأن تطور العلوم والصناعة، لم تؤثر في إصلاح الجانب الإنساني والأخلاقي بين الناس: فكلما تقدم الوضع المادي للإنسان المتكبر انهار وضعه النفسي والأخلاقي فازداد ظمأً وجشعاً وحباً للمال وسيطرة على خيرات الإنسان المستضعف. مما زاد في محنة الفقراء واتساع مساحة الفقر⁽⁵⁾. حيث تعاني 54 دولة نامية من دول العالم الثالث من انخفاض الدخل المتوسط خلال عقد الثمانينات، منها 14 دولة تعيش على حافة الفقر، إضافة إلى تصاعد المديونية الخارجية لهذه الدول، وفي كل عام

(1) عبد الرحمن بن سعد عبد الرحمن آل سعود ، مشكلات الفقر وسبل علاجها في ضوء الإسلام) ، مركز الدراسات الأمنية الرياض ، 1411هـ - 1990م ، ص 23 .

(2) د. عبد الرحمن بن سعد بين عبد الرحمن آل سعود ، مشكلة الفقر وسبل علاجها في ضوء الإسلام ، مرجع سابق ، ص 165

يموت أكثر من 14 مليون طفل قبل سن الخامسة بسبب الفقر، ويعاني حوالي 150 مليون طفل من سوء التغذية .

والفقر يؤدي إلى إضعاف الصحة، والصحة المتدهورة تؤدي إلى الفقر، بحيث تصبح حلقة مفرغة

(فقر ← صحة متدهورة ← فقر ← صحة متدهورة)

بالإضافة إلى أن الفقراء يعيشون في ظروف سكنية سيئة ومزدحمة، ولا يجدون الغذاء الكافي، مما يؤدي إلى انتشار العدوى والأمراض المعدية، خاصة بين الرضع والأطفال. وكذلك فإن الفقراء يكونون أقل حظاً في التعليم، وبذلك تقل فرصتهم في الحصول على وظائف مجزية، مما يزيد من الفوارق الاجتماعية بينهم وبين بقية المجموعات، وبما في ذلك الأطباء والعاملون في الخدمات الصحية، وبالتالي تزداد حالتهم سوءاً⁽¹⁾

ولا يتوقف الأمر عند مستوى النمو الاقتصادي، والذي يقاس عادة بمتوسط نصيب الفرد من الدخل القومي، ولكن الأمر يتوقف بدرجة أعلى على نمط توزيع الاقتصاد القومي، فكلما ضاقت حدة التفاوت في توزيع الدخل القومي، يقل عدد الذين يعيشون في مستوى الفقر، وتحسن الحالة الصحية للأفراد، وليس أدل على ذلك من مقياس العمر المتوقع في كل من اليابان والمملكة المتحدة، فقد كان العمر المتوقع وتوزيع الدخل متشابهان في كل من اليابان والمملكة المتحدة في عام 1970م، إلا أنه لم يعد كذلك الآن، فاليابان اليوم هي صاحبة أعلى عمر متوقع في العالم، ويرجع ذلك إلى التوزيع المتساوي في الدخل بينما العمر المتوقع في إنجلترا الآن يقل عن نظيره في اليابان بأربعة سنوات، وذلك يرجع لاتساع التفاوت في توزيع

(1) المعهد العربي للتخطيط، الحاجات الأساسية في الوطن العربي، الحلقة النقابية الثانية عشرة، ط 1، الكويت 1991م، 112 .

الدخل في إنجلترا منذ ثمانينات القرن العشرين، وهذه الصلة القوية بين الدخل والصحة تجعل هناك ارتباطاً تبادلياً بين معدل الدخل وتوزيعه والصحة.⁽¹⁾

ويتضح من المقارنة بين دول الشمال والجنوب، أو الدول المتقدمة والمتخلفة، سوء التوزيع الاقتصادي، ف فيما يتعلق بالجوانب (متوسط العمر المتوقع، معدل الوفيات بين الأطفال، وسوء التغذية، انتشار الأمراض التي يمكن تفاديها بالعلاج الصحي ونسبة الأمية) ويتضح المقارنة بين الدول المتقدمة والمتخلفة فيما يتعلق بالجوانب سالف الذكر وجود اختلافات هائلة ومخيفة جداً، ففي الكامرون مثلاً يموت (100) طفل قبل مرور العام الأول على مولدهم وذلك ما بين (1000) طفل من المواليد الأحياء، أما الأرقام المماثلة في كل من إنجلترا وهولندا تبلغ (12-18) طفلاً على التوالي، زيادة على ذلك فإن أعداد كبيرة من الأفريقيين تموت قبل بلوغ السن الخامسة من العمر، ويعتبر نقص الأطباء من العوامل الرئيسية، ففي إيطاليا يوجد طبيب لكل (580) نسمة، وفي تشيكوسلوفاكيا طبيب لكل (510) نسمة أما في النيجر فيوجد طبيب واحد لكل (50.000) نسمة وفي تشاد طبيب لكل (70.000)، وفي تونس طبيب لكل (5000) نسمة.⁽²⁾

والفقر يؤدي إلى القلق النفسي والضعف الجسماني في المجتمع، والأمراض الناتجة من سوء التغذية، وبالتالي تؤدي إلى إنجاب ذرية ضعيفة تنمو في ظروف سيئة مما يؤدي إلى إصابتهم بأمراض عضوية أو عقلية بالإضافة إلى أنه يكون حائلاً بين الشخص وبين متابعة دراسته إلى جانب

(1) د. طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الصحة والتنمية ، (مرجع سابق) ، ص 16

(2) د. صبحي محمد قنوص ، أزمة التنمية ، ط2 ، الدار الدولية للاستثمار الثقافية ، القاهرة ، 1999 ،

أنهاك راعي الأسرة في تدبير أسباب الحياة الأسرية مما يترتب عليه إهماله لأبنائه الصغار وتوجيههم. والفقر داء خبيث إذا تغلغل في مجتمع أدى إلى هلاكه وتدميره، وإجهاضه النفس، وازدادت معه الخلافات الاقتصادية المترابطة، وترتب عليه الأمراض الوبائية الفتاكة التي تنقل العدوى مثل: الكوليرا والحصبة، وأمراض العيون وبعض الأمراض الأخرى كالبلهارسيا مما يهدد المجتمع، وتزداد الشعوب بالاضطراب والظلم واليأس والمستقبل الغامض⁽¹⁾.

ويمكن تصنيف مناهج قياس الفقر إلى اتجاهين:

الاتجاه الأول: اتجاه الرفاهية ويستخدم أصحاب هذا الاتجاه معايير مالية في قياس الرفاهية مثل: دخل الفرد وإنفاقه الاستهلاكي، وهو الاتجاه السائد في أو بيان الفقر.

الاتجاه الثاني: اتجاه الـ (لا رفاهية non-welfarist) ويعنى هذا الاتجاه بدراسة المؤثرات الاجتماعية للرفاهية مثل: التغذية والصحة والتعليم، ويركز على قضايا مثل: سوء التغذية، أو غياب الرعاية الصحية أو الأمية باعتبارها نتائج مباشرة لانتشار الفقر⁽²⁾

وهنا لابد أن نتذكر أن خمس سكان العالم أو أكثر يقعون في مستوى الفقر المدقع (Extrem Poverty) وبعضهم في العالم العربي والإسلامي، كما أن التخلف المصاحب للفقر ينتهي إلى الحروب الصغيرة التي تسببت

(1) محمد خميس إبراهيم ، الظروف الاقتصادية والجريمة ، دراسة تتناول العلاقة التأثيرية المتبادلة بين الظروف الاقتصادية والجريمة ، دورية مجلة الفكر الشرطي ، المجلد الثاني ، العدد الثاني ، الشارقة الإمارات العربية ، 1414هـ - 1993م ، ص 218 .

(2) موقع شبكة الإنترنت ، الفقر والتنمية الكل أصبح فقيرا ... ! بتاريخ 2003/2/22
HTTP://WWW.ISLAMONLIN.NET

في وفاة ما لا يقل عن 150 مليون نسمة في العالم النامي منها (أفغانستان - والصومال - السودان - العراق)، وتشير نتائج دراسة ميزانية الأسرة التي أعدها الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء بالتعاون مع البنك الدولي عام 1999 إلى أن حوالي 50% من السكان في مصر يعيشون في حالة الفقر أي يحصلون على دخل يقل عن خط الفقر وهو الحد الكافي للحصول على مقومات الحياة الأساسية (1) .

والفقر يؤدي إلى الهجرة: والهجرة ظاهرة خطيرة تتأكد في مجالين (2) :-

الهجرة من القرية إلى المدينة: والقرية التي تفقد سكانها تتميز بضيق الرزق وسوء أحوال المعيشة، فيهرب سكانها إلى المدينة أملاً في إيجاد فرصة أحسن للعمل ومستوى أحسن للحياة ولكن في كثير من الأحوال تبوء بالفشل خاصة عندما تزداد الهجرة عن حد معين وتعجز المدينة عن توفير فرص العمل والرزق لهؤلاء المهاجرين .

أما الهجرة الأخرى فهي هجرة العقول المستتيرة والأيدي المدربة إلى خارج الوطن حيث النجاح أيسر واثبات الذات أسهل والرزق متاح.

ورغم أن تلك الهجرة قد تكون مصدراً (لعائد اقتصادي) له قيمته . إلا أنها عندما تزيد لا بد أن تؤخذ في حساب الانتقاص من قدرات البناء الداخلي للوطن.

(1) المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المجلس القومي لخدمات التنمية الاجتماعية ، الدورة 19 ، مرجع سابق ، ص 45 .

(4) موقع شبكة الانترنت بتاريخ [Http://www.islamset.com/Arabic/ahip/bdran.html](http://www.islamset.com/Arabic/ahip/bdran.html) 2005/1/7م

ثانياً: - عدم توافر المياه الصالحة للشرب .

المياه شريان الحياة بل تساوي الحياة، وأن نقطة المياه أغلى من البترول، ولا يمكن الاستغناء عنها لكل كائن حي، قال سبحانه: ﴿...وَجَعَلْنَا مِنْ أَلْمَاءٍ كُلَّ شَيْءٍ حَيٍّ...﴾ [سورة الأنبياء:30] فالمياه هي مصدر الحياة، ويدونها تتعرض البشرية للفناء المحقق، وتعتبر عدم توافر المياه الصالحة للشرب، من أهم المشاكل التي تواجه العالم في القرن الحادي والعشرين .

ويوجد حوالى 1.5 مليار شخص لا يحصلون على المياه النقية كما يوجد حوالى مليار شخص لا يحصلون على خدمات الصرف الصحي في العالم ومع تزايد الطلب على المياه في الزراعة والصناعة فقد أصبح من الضروري إيجاد طريقة فعالة لتوزيع المياه والبحث عن منابعها .

وأصبحت كل الدول تبحث تدابيرها في كيفية الحصول على ما يكفيها من المياه، لأن نقص المياه قد يكون سبباً في الخلافات بين الدول وبعضها، وأيضاً سبباً في نقص الموارد الاقتصادية التي تعتمد عليها حياة الإنسان.⁽¹⁾

ولقد توقع تقرير حديث: أنه يعاني حوالى ثلاثة مليارات شخص من نقص المياه بحلول عام 2025م، وقالت منظمة أمريكية غير حكومية، أن هذا الرقم يبلغ أربعة أضعاف العدد الحالي لما يعانون من نقص في كميات المياه، كما أن حوالى أربعة أخماس العالم لا يحصلون على مياه الشرب النقية بالكميات اللازمة. وثبت أن هناك علاقة بين الماء وبين بعض الأمراض الناتجة عن تلوث المياه، وثبت أن تكاليف مشاريع مياه الشرب أقل من تكاليف مقاومة الأوبئة التي تحدث نتيجة لعدم وجود هذه المشاريع⁽²⁾

(1) جريدة العالم الإسلامي، العدد ، 1720، الجمعة 10 شعبان 1422هـ ، 26 أكتوبر، 2001م ، ص 5.

(2) نفس المرجع السابق ، ص 5

ويعتبر مؤشر الحصول على مياه الشرب النقية، أحد أهم المقاييس للصحة الذي لا يمكن الإستغناء عنه فأعراض المياه غير الصالحة كحمى التيفود والكوليرا، وهو مجموعة واسعة من أمراض الإسهال الخطيرة والقاتلة مسئولة عن أكثر من 35 % من وفيات الأطفال الصغار في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية، معظم هذه الأمراض الناتجة عنها ممكن تفاديها سريعاً بوجود المياه النقية

وتلوث المياه نوعان⁽¹⁾ :

- 1- التلوث البكتيري .
- 2- التلوث الكيميائي. نتيجة لوجود مواد سامة مثل: الرصاص والزرنيخ والمبيدات الحشرية، والتي تكسب الماء رائحة ومذاقاً كريهاً. والماء من أخطر الوسائل في نقل الأمراض، كما أن بعض المياه تسبب أمراضاً معينة بسبب زيادة أو نقص بعض العناصر أو المركبات الكيميائية :

والأمراض المعدية التي ينقلها الماء هي :-

- 1- الأمراض البكتيرية: مثل الكوليرا والتيفود والدوسنتاريا والتهاب العين والأذن والجلد.
- 2- أمراض فيروسية: مثل شلل الأطفال والتهاب الكبد الوبائي وبعض أنواع النزلات المعدية .
- 3- أمراض طفيلية: مثل الدوسنتاريا الأميبية والبلهارسيا.

وتعتبر المياه العذبة المصدر الرئيسي لمياه الشرب، وذلك بعد تنقيتها في شبكات تنقية المياه حتى تصبح صالحة للشرب، ويعتبر مدى توافر المياه

(1) د. عبد المحيي محمود حسن صالح ، الصحة العامة وصحة المجتمع ، الأبعاد الاجتماعية والثقافية ، مرجع سابق ، ص 106

النقية للشرب من مؤشرات قياس مستوى معيشة الأفراد في مختلف الدول. ويختلف الاستهلاك السنوي للفرد من المياه النقية باختلاف درجة التقدم، ففي الدول المرتفعة الدخل يساوي الاستهلاك السنوي للفرد من المياه النقية 9.378 متر مكعب (م³)، في حين يبلغ الاستهلاك السنوي للفرد من المياه النقية في الدول المنخفضة الدخل 5.096 متر مكعب (م³) وذلك في 1996⁽¹⁾.

والإنسان المتحضر هو الذي يلوث الماء ويدنسه في مختلف مراحل استعماله له: في مستوى الاستعمال الشخصي بما يليقه من فيروسات وجراثيم وطفيليات وغير ذلك من المفرغات العضوية، وفي مستوى الاستعمال المنزلي بما يصبه فيه من منظفات وغيرها من المواد الكيميائية، وفي مستوى الاستعمال الزراعي بما يضيفه إليه من مبيدات حشرية وأسمدة، ومن مفرغات حيوانية كثيرة ما تحمل عوامل المرض، ثم في مستوى الاستعمال الصناعي، بما ينسكب فيه مباشرة من المصانع، أو بما يتسرب فيه أو بما ينطلق من المصانع من ملوثات الهواء⁽²⁾

وعليه فإن قلة المياه الشديدة (الجفاف)، أو زيادتها بصورة كبيرة تسبب معظم الكوارث الطبيعية، وتؤثر كوارث المياه على الصحة بطرق عديدة منها زيادة العدوى وسوء التغذية، الصدمة النفسية وتلوث مصادر المياه.

(1) د. أمينة عز الدين عبد الله، التطوير الاقتصادي، الموارد الاقتصادية، مطابع جامعة حلوان، 2001، ص 210.

(2) موقع شبكة الإنترنت، يوم المياه العالمي، 2001، المياه والصحة، الفيضانات والجفاف.
<http://www.emro.who.int/www/floods-ar.htm>

ثالثاً :- سوء التغذية .

ولسوء التغذية تكاليف ملموسة وغير ملموسة، فضلاً عن ارتفاع النفقات الصحية لمعالجة الحالات المصابة بسوء التغذية ومضاعفاتها، وهناك إهدار كبير للإنتاج القومي يصعب تقدير قيمته الاقتصادية، نتيجة تأثير نقص التغذية سلباً على الإمكانات الذهنية والمناعة والقدرة على العمل والإنتاج. وقد أثبتت الدراسات العديدة أن الاهتمام بالحالة الغذائية والوقاية من سوء التغذية أقل تكلفة من علاج آثارها المباشرة وغير المباشرة⁽³⁾

وقد أدى انتشار الجوع وسوء التغذية على نطاق واسع في العالم. إلى أن ما يقرب من 800 مليون نسمة يعانون من نقص مزمن في الأغذية وغير قادرين على الحصول على كميات كافية من الغذاء تلبي حتى احتياجاتهم الدنيا من الطاقة، ويعاني ما يقرب من 200 مليون طفل دون الخامسة من أعراض نقص التغذية الحاد أو المزمن، ويزيد هذا الرقم في فترات النقص الموسمي في الأغذية، وفي أوقات المجاعة والاضطرابات الاجتماعية⁽⁴⁾.

والفقير معروف أنه غير القادر على الحصول لكن من الغذاء، توفر له أسعار تكفيه العمل 8 ساعات، والفقر هو الفاعل الأول المدمر للحياة (إذ أنه نبع الآفات المدمرة التي تصيب الإنسان إذ المرض ونقص التغذية يترعرعان مع الفقر والجوع)

ووفقاً لبعض التقديرات تعتبر سوء التغذية أحد العوامل الهامة في وفاة 13 مليون طفل دون الخامسة يموتون كل عام، وأشكال العدوى المختلفة التي يمكن تلفيها مثل الحصبة والإسهال والملاريا والالتهاب الرئوي

(1) جريدة العالم الإسلامي ، العدد رقم ، 1720 ، مرجع سابق ، ص 5 .

(2) نفس المرجع السابق ، ص 5

أو من توليفة هذه الأمراض. وسوء التغذية هو السبب الرئيسي لانخفاض الوزن عند الميلاد في الأطفال حديثي الولادة وفي سوء النمو، ومن الأرجح أن الأطفال الذين ينجون من نقص الوزن عند الميلاد سيظلون يعانون من تأخر النمو والمرض طوال طفولتهم، وفترتي المراهقة والبلوغ، والأرجح كذلك أن النساء اللاتي يعانين من تأخر النمو سيواجهن الحلقة المفرغة لسوء التغذية بما سيقدمونه من أطفال يعانون من نقص الوزن عند الميلاد. وتزداد ظاهرة الجوع. إذا كان تزايد السكان يفوق معدلات القدرة على إنتاج الطعام. وهذه ظاهرة سوف تحتل مكانها في الاقتصاد العالمي في الحقبة القادمة. وأن يأتي يوم تكون فيه الأموال غير قادرة للحصول على الاحتياجات من الطعام. وسوف يكون التحكم في مواد الغذاء سلاح الجوع (والتجوع) السلاح الأساسي في الحروب القادمة، وهذا أخطر من الأسلحة التقليدية وحتى النووية (1)

ومن المؤشرات الصحية التي تستخدم غالباً لسوء التغذية عند الأطفال تتمثل في النسبة المئوية للأطفال الأقل وزناً، وهذا ما تعاني منه الدول الفقيرة وكشفت الإحصائيات أن 67% من أطفال بنجلاديش كانوا أقل وزناً و 63 % في الهند، و 43% في جنوب أفريقيا، 42 % في فيتنام، 38 % في إثيوبيا، 86 % في غانا ونيجيريا .

وسوء التغذية يؤدي إلى نقص إستيعاب التلاميذ في المدارس في أهم مراحل حياة الطفل خاصة وأن معظم الأطفال وأسرهم تعاني من الحالة الاقتصادية والاجتماعية. بالإضافة إلى وجود بعض الأمراض المتوطنة مثل

(1) موقع شبكة الإنترنت

البلهارسيا في الريف المصري، وانتشار السلوك الخاطئ في التغذية مما يؤثر على صحة الأطفال والتسرب من التعليم.⁽¹⁾

وسوء التغذية يؤدي إلى نقص اليود الذي يعد أكبر سبب لتليف المخ والتخلف العقلي وقد بدأت في الظهور الصلات القوية بين سوء التغذية في بداية النمو، بما في ذلك فترة نمو الجنين والإصابة في فترة العمر التالية بالأمراض الصحية المزمنة مثل: أمراض القلب التاجية، والسكر، وارتفاع ضغط الدم، ويولد في العالم النامي سنوياً نحو 30 مليون طفل من حديثي الولادة بعوائق أمام النمو نتيجة سوء التغذية في رحم الأم .

أما الاستهلاك المفرط: حيث ينطلق الإنسان لاستهلاك نفسه أولاً في ما يسمى بالحضارة الحديثة، فيضعف زراعه ويزداد اعتماد عقله على غيره، ويصاب بالأمراض التخمّة، ثم تتطلق الدول ويتحول رأس المال الكامن إلي مستهلك ضائعة لأصول لا تعوض إذا فقدت، وقضية العصر هي الحفاظ على ثروات كامنة تحت الأرض وعلى ثروات خارجها تدر عائداً مستديماً⁽²⁾

رابعاً:- الزيادة السكانية .

لقد غدت الزيادة السكانية في الوقت الحاضر من أهم المسائل التي تعاني منها البلاد النامية، ومن أخطر القضايا التي تسبب المشكلات الصحية، نظراً للتزايد المرتفع في النمو السكاني، وترتبط الزيادة السكانية بالأمراض، إذ لاشك أن الازدحام وزيادة الكثافة السكانية في الأحياء المختلفة يؤدي إلى انخفاض المستوى الصحي وانتشار الأمراض، فالأسرة الفقيرة يعيش فيها

(1) د. أحمد شوقي الفنجرى ، السلوك الإسلامي والصحة (أثر الإسلام وتعاليمه في الحفاظ على صحة الفرد والمجتمع) ، الكويت ، 2003م ، ص 3 .

موقع شبكه الانترنت بتاريخ Http://www.islamset.com/Arabic/ahip/bdran.html (2)
2005/1/7م

عدد من الأفراد في حجرة واحدة غير صحية مما يعمل على فساد الهواء، وكثرة الجراثيم وفي البلاد النامية تزداد الكثافة السكانية ويرتفع معدل وفيات الأطفال الرضع إلى أضعاف نفس المعدل في البلدان المتقدمة، وزيادة معدلات النمو السكاني وتراجع تنمية الموارد والتنمية البشرية وعدم ملاحظتها تترتب عليه تحديات كبيرة مثل: مشكلة الجوع، ونقص الغذاء والبطالة وأطفال الشوارع والأمية ... الخ، بالإضافة إلى التلوث المعقد (الفقر والجهل والمرض) وهم أهم ظواهر التخلف⁽¹⁾. ويترتب على الزيادة السكانية أو التكديس السكاني وجود الأحياء العشوائية التي تكثر فيها المشاكل الصحية والأمراض والظواهر الاجتماعية التي تزيد المشاكل سوءاً. وتتميز الأحياء العشوائية بعدم وجود منظومة إدارة المخلفات (جمعها، نقلها، إعادة استخدامها، التخلص منها)، وعدم وجود وعي من تفهم عميق للآثار الحالية والمستقبلية لمشكلة تكديس المخلفات الصلبة، والآثار الناجمة عن تكديس القمامة بالشوارع يؤدي لانتشار القوارض والحشرات الضارة كذلك عدم وجود البنية الأساسية للصرف الصحي بالأحياء العشوائية ينتج عن طفق مياه الصرف ومالها من تأثيرات ضارة مثل (انتشار الميكروبات المرضية، وتكاثر الحشرات الناقلة للأمراض كالذباب والبعوض). كذلك عدم وجود المساكن الصحية المبنية دون تخطيط علمي مدروس ..، تكون مصدر للقمامة والفضلات المنزلية مما يتسبب في الأمراض الصدرية والنفسية⁽²⁾.

(1) د. حسنى عبد الحميد احمد شومان، دور المتغيرات الاجتماعية فى الطب والأمراض، مرجع سابق، ص 96

(2) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ 2003/7/30

<http://www.egypt-pacts.org/files/fl11-27.htm>

وتزايد السكان في المنطقة العربية بسرعة مقلقة، فبعد أن كان 50 مليوناً عام 1948، وصلوا إلى 300 مليوناً عام 2000، ومن المنتظر أن يستقر التعداد عند (700 مليون عام 2035 م) ولقد تطور التعليم وانتشر نسبياً لكن الأمية مازالت تزيد عن 50% من المجموع السكاني مع تزايد نسبتها بين النساء واللاتي يمثلن نصف المجموع السكاني والقوى العاملة مازالت متخلفة في تعدادها ومستواها إذ لا تزيد عن 25% من مجموع السكان وتزيد نسبتها في النساء، ونسبة الإعاقة تؤكد أن كل عامل يعول (4) أفراد تقريباً² والإحصاءات الخاصة بعدد السكان تشمل عمل تعدادات دورية على فترات متساوية من السنين تقوم فيها الدولة بعدد الأفراد من السكان، وبالتالي تقدير عدد السكان من سنة إلى أخرى دون إجراء عملية التعداد مرة أخرى. ويصور تعداد السكان مقدار رقي الدولة كما يشير إلى مواطن الضعف أو القصور في أنظمتها المختلفة. والمقصود بعدد السكان عدد الناس الموجودين على قيد الحياة في تاريخ معين .

$$\text{وتحسب كثافة السكان بقسمة} = \frac{\text{عدد السكان في بلد ما}}{\text{مساحة هذا البلد بالكيلومتر}}$$

$$\text{وكثافة السكان} = \frac{\text{عدد الأشخاص}}{\text{عدد حجرات السكن}}$$

قياس درجة الازدحام داخل المسكن عن طريق

وقياس كثافة السكن له أهميته في الأبحاث الصحية وقياس مستويات المعيشة

خامسا :- نقص الموارد المتاحة للخدمات الصحية .

الخدمات الصحية: تهدف إلى تخليص الفرد من المرض وتمكينه من العودة إلى حالة السلامة الصحية.

ويمكن تقسيم هذه الخدمات إلى قسمين رئيسيين (3):-

الأول :- يشتمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد، والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات، أن تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر، بالإضافة إلى الخدمات الصحية حتى يتم الشفاء.

الثاني :- الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة .

وعليه فإن نقص الموارد المتاحة للخدمات الصحية سواء على مستوى الموازنة العامة للدولة أو على مستوى الدخل الفردي سيؤدي إلى تراكم المشكلات الصحية، واحتمالات الإصابة بالمرض، وبالتالي توقع معدلات نمو اقتصادي منخفضة في المستقبل، ونقص إنتاجية الفرد، وبالتالي الناتج القومي الإجمالي .

(1) د. طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مرجع سابق ، ص 20 .

وعلى العكس فإن الإنفاق على الخدمات الصحية، يرمي إلى تحقيق هدف أساسي على المستوى الشخصي وهو الشفاء من المرض، فإن لم يكن فيتعدى الهدف إلى التخفيض من الآلام للمريض، فإن تحقيق هذا الهدف إنما يعود بثماره على الاقتصاد القومي⁽¹⁾.

ومثل هذه الخدمات لا يمكن تركها للقطاع الخاص لأنه لن يقوم بتوزيعها توزيعاً عادلاً، ولن يوفرها بالتكلفة المناسبة لجمهور المواطنين، بل لن يقوم بإنتاجها في بعض الأحيان لأنها لا تدر ربحاً. لذا كان الاهتمام بالخدمات الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني فقط، بل مرجعه الدافع الاقتصادي وبنفس الدرجة.

سادساً:- التوتر العصبي الذي يصاحب هذا العصر.

التوتر سمة العصر، ووجه عملته الآخر، والذي أصبح عامل رئيسي في المشكلات الصحية والأمراض التي تتعرض لها المجتمعات. والإنسان عناصر ثلاثة هي:- النفس والذهن والبدن تتكاتف لإظهار شخصيته المستقلة، وهذه العناصر معرضة لهجمات التوتر الشرسة، وبسبب ترابطها مع بعضها، فإن ما يصيب إحداها ينعكس عليها جميعاً، فما يصيب البدن يضعف من كفاءة الذهن، أو يعبث بصفاء النفس. كما أن التوتر النفسي يتراءى للناظر على شكل أعراض جسمانية أو إختلالات في المقدرة الذهنية، مع أنها تشترك في جذور واحدة.

والتوتر عبارة عن طاقة مكبوتة لا تجد لها مخرجاً، فتؤثر على صفاء التفكير، والتحكم بالانفعال والآلام العضلية والعضوية، وقد تنتهي بأحد الأمراض العضوية أو النفسية التي تعادل 70% من الأمراض المعروفة⁽²⁾.

(1) نفس المرجع السابق ، ص 20

(2) د. نايف محمد الرشوان ، القلق والتوتر والامتحانات، المجلة الثقافية، العدد، 32 ، الأردن ، 1414هـ - 1994 ، ص 255 .

وللتوتر مضاعفاته للأمراض أهمها الجسدية مثل: زيادة الإحساس بالآلام العضلية والعضوية وتهيجها، والذهنية كإعاقة التركيز وتشويش التفكير والتردد، واتخاذ المواقف السلبية من الأمور، والنفسية: فتشمل الإحساس بالدونية، والقلق المزمن والأرق والخوف وغيرها، هذا إضافة إلى تأثير التوتر على المجتمع المحيط بالشخص سلبياً⁽²⁾ .

وهذه الأمراض العصبية تؤثر على إنتاجية الفرد، وتضعف من كفاءته في العمل، وما يصاحبها من نفقات الدواء والعلاج، والانقطاع عن العمل أو الغياب، وتترتب آثاره على الأسرة في تحمل الأعباء والتكاليف . ومن الحقائق التي تذكر في هذا المجال أن نسبة الانتحار الفري والجماعي ظاهرة خطيرة في هذه المجتمعات، خاصة لمن هم في عمر الزهور في سن الإنتاج ذكر ذلك في تقرير عن الصحة النفسية في الولايات المتحدة. وقد يثبت انخفاض معدلات الانتحار حيث يزداد الأيمان، وارتفاع هذه المعدلات حيث تنخفض معدلات الأيمان سابعاً: - أسباب وراثية .

الأمراض الوراثية تحدث نتيجة لخلل في التركيب الوراثي للإنسان إما في الجينات أو الكروموسومات، وتؤدي تشوهات في الشكل الخارجي أو اضطرابات أو خلل في الكفاءة الوظيفية، ومن أمثلة الأمراض الوراثية: التخلف العقلي، التشوهات الخلقية، أنيميا البحر المتوسط، وبعض الأمراض الوراثية لا تظهر إلا في ظروف بيئية معينة كأمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم .

(1) د. سائر البرغوثي ، كيف نتغلب على التوتر ، المجلة الثقافية ، العدد 35 ، الاردن ، 1416هـ - 1995م ، ص 217 .

كما أن الأمراض التي يلعب فيها العامل الوراثي دوراً كبيراً مثل سرطان الثدي، أمراض القلب، مرض السكر، ضغط الدم، بعض الأمراض العقلية، والمشاكل الصحية المتعلقة بالعين مثل: -

المياه الزرقاء، والنسيان، وإدمان الكحوليات وغيرها من الأمراض الأخرى، وأيضاً يعتبر العامل الوراثي هو أحد العوامل الهامة التي تساهم في الوقاية من الكثير من الأمراض أو التنبؤ بها حتى يمكن تداركها في مرحلة مبكرة (1).

(1) موقع شبكة الإنترنت ، الأمراض النفسية وأثرها على الصحة النفسية بتاريخ 2003/8/25
<http://www.balagh.Com/malboat/akhlaq/118/TbovmDec.htm>

المبحث الثاني

سياسة الاقتصاد الإسلامي

لعلاج المشكلات الصحية

تعاني الدول الإسلامية من المشكلات الصحية الاقتصادية التي تحيط بها من كل جانب، وهي نفس المشكلات التي تعانيها دول العالم الثالث (الدول النامية) والتي تعوق تقدمها الصحي والاقتصادي.

والحالة الصحية للفرد والأسرة والمجتمع ترتبط ارتباطاً مباشراً مع حالته الاقتصادية، والحالة الاقتصادية يقصد بها توزيع الثروة داخل المجتمع، ومسألة الغنى والفقر، ومستوى الدخل الذي يمكن الفرد، والذي يؤثر على مستوى المعيشة، والسكن والغذاء والماء واللبس، وغيرها من الأمور الأساسية التي تقي الإنسان من شر الأمراض، والمشكلات الصحية.

وتناول الباحث سياسة الاقتصاد الإسلامي في علاج المشكلات

الصحية من حيث: -

- 1- سياسة الاقتصاد الإسلامي في محاربة الفقر .
- 2- سياسة الاقتصاد الإسلامي وعنايته بالماء .
- 3- سياسة الاقتصاد الإسلامي وعنايته بالغذاء .
- 4- سياسة الاقتصاد الإسلامي والزيادة السكانية.
- 5- سياسة الاقتصاد الإسلامي والأخذ بوسائل التكنولوجيا.
- 6- سياسة الاقتصاد الإسلامي في معالجة الأمراض لوراثية.

أولاً - سياسة الاقتصاد الإسلامي في محاربة الفقر:-

اعتبر الإسلام الفقر والغنى حقيقتان ثابتتان، وقرر أنهما من طبيعة ذلك الوجود الإنساني ولقد قرر القرآن الكريم هذه الحقيقة الثابتة، فقد قال تعالى: ﴿... نَحْنُ قَسَمْنَا بَيْنَهُمْ مَعِيشَتَهُمْ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا...﴾ [سورة الزُخْرُف: 32] ولكن الإسلام مع ذلك أم يجعل الطبقات بسبب الغنى، فليس في الإسلام نظام الطبقات، وعمل على ألا يستعلى غني على فقير لغناه، وأن الفضل عند الله للتقوى، والعمل الصالح يرفعه .

وسياسة الاقتصاد الإسلامي في محاربة الفقر أنواع كثيرة منها⁽¹⁾:

1- تمكين كل قوي من أن يعمل بإعداد أسباب العمل، فإن لم يكن قادرا على عمل ذي خطر في نظر الناس أو لم يكن منه، كان عليه أن يعمل بيده، وقد شجع النبي ﷺ العمل اليدوي، ولذلك قال عليه الصلاة والسلام " ما أكل ابن آدم طعاما خيرا من عمل يده، وأن نبي الله داود كان يأكل من عمل يده ⁽²⁾" وذكر نبي الله داود بالذات لأنه كان قائدا عظيما ولأنه كان ملكا ذا سلطان، وتحت يده خزائن الدولة، ولو أخذ منها ما يكفيه وأهله بالمعروف ما كانت عليه غضاضة مما أخذ، ولكنه أثر أن يأكل من عمل يده، لينال ذلك الكسب الطيب الذي هو خير كسب.

ولقد جاء رجل إلى النبي ﷺ يطلب منه صدقة من بيت المال، فوجده النبي ﷺ قويا قادرا، فلم يعطه مالا ينفق منه، ولكن اشترى له فأسا وأعطاه إياها ليحتطب بها، ويأكل من عمل يده، وقد حث النبي ﷺ الأقوياء على

(1) الإمام محمد أبو زهرة ، تنظيم الإسلام للمجتمع ، دار الفكر العربي ، القاهرة بدون تاريخ ، ص 38
(2) أخرجه الأمام النووي ، رياض الصالحين رقم 543 ، دار الكتب العلمية بيروت ، لبنان ، 1405 - 1985 ، ص 224 .

العمل وروي عنه أنه قال " لئن يحتطب أحدكم بفأسه خير له من أن يسأل الناس أعطوه أو منعوه (1)"

ولقد حث النبي ﷺ على العمل اليدوي وكرمه لكيلا تكون غضاضة، وليكثر العمال الذين يعملون، والصناع الذين يصنعون بأيديهم، ويراقبون أدوات الصناعة الكبرى، وأن العمران يحتاج إليهم، ولا يستغنى عنهم .

2- ومن سياسة الإسلام في علاج الفقر، تهيئة الفرص بأن يمكن كل ذي موهبة من الانتفاع بموهبته على قدر طاقته، فقد قرر فقهاء الإسلام أن كل ما يقوم عليه العمران من هندسة وطب وفلاح الأرض، وإقامة المصانع، والجهاد في سبيل الله تعالى دفعا للأذى وحماية للجودة - واجب على الأمة - وهو واجب على وجه الخصوص على من كان قادرا بالفعل على واحد من هذه الأمور، وواجب على العموم على الأمة متمثلة إرادتها في ولي أمرها والقائمين على شئونها، ووجوبا على العموم من قبيل الكشف عن ذوي المواهب من بين شبابها، وتوسيد كل أمر إلى من هو أهل له، والكشف على حماية المواهب بتهيئة الفرص لكل ذي موهبة من أن تظهر موهبته. ولقد قرر فقهاء المسلمين أن السبيل لتهيئة الفرص للجميع هو أن تكون درجة التعليم لها الأسبقية في تولي الأعمال .

3- ومن سياسة الإسلام في علاج الفقر، تسهيل أسباب الحياة للمرضى والعاجزين عن الكسب، فإنه إذا كان قد مكن العامل من أن يعمل، وكل ذي موهبة من أن تتكشف موهبته، فإن هناك شيوفا أقعدهم ثقل السن من أنهم يعملوا، ونساء أضعفتهم أنوثتهن عن أن يخرجن إلى الحياة

(1) أخرجه البخاري في صحيحه جـ 2 \ صـ 836 \ حـ 2244 .

عاملات كادحات ،و يتامى فقدوا العائل، فكان حقا على الإسلام أن يترتب لهؤلاء أسباب الحياة، وقد فعل ولم يقصر، فقد قال محمد نبي الله ﷺ " من ترك مالا فلورثته، ومن ترك كلاً فإليّ وعليّ" (1) أي من يموت عن مال فإنه يوزع على ورثته، ومن ترك أشخاصا كان يعولهم، ولا مال ينفقون منه، فإن محمدا الكريم قال إنه يتول إليه، ونفقته عليه، وإنما كان اليتيم يتول إليه، لأن اليتامى قوة المستقبل، إذا قامت الدولة بحق رعايتهم، وأعطتهم العناية التي تجعل من كل يتيم رجلا عاملا .

وقد دبر الإسلام سد حاجة المحتاجين في حالة المرض والعجز

واليتيم عن طريق:

1- وأول هذه الينابيع بيت المال . فإن كل موارد بيت المال للفقير حق فيها يجب أن يعطى منها

2- الزكاة فإنها يبتدأ من الصرف منها للفقراء والمساكين وأبناء السبيل الذين انقطعت بهم السبل

3- في نظام نفقات الأقارب، فإن الإسلام أوجب على القريب الغني نفقة القريب العاجز .

والإسلام قد وضع الأدوية المتعددة لداء الفقر، وبين الحلول المتنوعة لمعضلة الحاجة والحرمان، ولم يكن ذلك مجرد مبادئ نظرية يتم الحديث عنها بعيداً عن صلاحيتها للواقع، بل إن المسلمين قد طبقوها وأقاموها في مجتمعاتهم فحصل ما تكلم عنه التاريخ بفخر واعتزاز، حتى إن تاريخ الأمة الإسلامية ليشرّف بذلك العهد الزاهي الذي لحق عهد الخلفاء الراشدين، ونقصد به عهد خلافة الإمام العادل عمر بن عبد العزيز، فكان منادي عمر

(1)-أخرجه الطبراني في معجمه الأوسط ج4 \ ص329 \ ج434 .

ينادي كل يوم: أين الغارمون ؟ أين الناكحون ؟ أين المساكين ؟ أين اليتامى ؟
حتى أغنى كلاً من هؤلاء (1).

وفي تاريخ الخلفاء يذكر السيوطي: قال عمر بن أسيد: والله ما مات
عمر حتى جعل الرجل يأتينا بالمال العظيم فيقول: اجعلوا هذا حيث ترون،
فما يبرح حتى يرجع بماله كله، وقد أغن عمر الناس (2). قال تعالى:
﴿وَلَوْ أَنَّ أَهْلَ الْقُرَىٰ آمَنُوا وَاتَّقَوْا لَفَتَحْنَا عَلَيْهِم بَرَكَاتٍ مِّنَ السَّمَاءِ وَالْأَرْضِ...﴾
[سورة الأعراف: 96] ويقول رسول الله ﷺ: "أن الرجل ليحرم الرزق بالذنوب
يصيبه (3)".

أوجب الإسلام رعاية الإمام (ولي الأمر) أو ما يطلق عليه في
عصرنا (الدولة أو الحكومة) لجمهور الناس عامة وأصحاب الحاجة
خاصة، وجعله مسئولاً عن ذلك أمامهم ثم بين يدي الله تعالى، قال ﷺ: -
﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُم بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا
بِالْعَدْلِ إِنَّ اللَّهَ نِعِمَّا يَعِظُكُمْ بِهِ إِنَّ اللَّهَ كَانَ سَمِيعًا بَصِيرًا﴾ (٥٨) [سورة النساء: 58] كما
قال رسول الله ﷺ في الحديث المتفق عليه "كلكم راع وكلكم مسئول عن
رعيته، فالإمام راع ومسئول عن رعيته.. (4)" وقد بين رسول الله عليه وسلم
مسؤولية ولي الأمر تجاه الفقراء والمحتاجين وأعاليتهم في الحديث الذي
أخرجه الإمام مسلم من أبي هريرة - رضى الله عنه - فقال أنا أولى بالمؤمنين
في كتاب الله فأياكم ما ترك ديناً وضيعاً (عياًلاً) فادعوني فأنا ولية (5)".

(1) الحافظ بن كثير ، البداية والنهاية ، ط2 ، مكتبة المعارف ، بيروت ، 1411 هـ - 1990 م .
(2) الحافظ جلال الدين الأسيوطي ، تاريخ الخلفاء ، ط1 ، دار الكتاب العلمية ، بيروت ، 1408 هـ -
1998 م .

(3) أخرجه مسلم في صحيحة ، ح4 ، ص 2569 .

(4) رواه البخاري في صحيحة .

(6) رواه مسلم في صحيحة ح/ 3041 .

أما الموارد التي يستعين بها ولي الأمر (الدولة) في كفالة الفقراء وأصحاب الحاجات ورعايتهم فهي الزكاة التي يجمعوها ولي الأمر ويأخذها من الأغنياء ليردها.

علي الفقراء قال تعالى: ﴿حُذِّمْنَ أَمْوَالُهُمْ صَدَقَةً تُطَهِّرُهُمْ وَتُزَكِّيهِمْ بِهَا...﴾ [سورة التوبة: 103].

خمس الغنائم: والغنائم: المال المأخوذ من الكفار بالقتال يؤخذ خمسة لبيت مال المسلمين، قال الله تعالى: ﴿وَأَعْلَمُوا أَنَّمَا غَنِمْتُمْ مِنْ شَيْءٍ فَإِنَّ لِلَّهِ خُمُسَهُ وَلِلرَّسُولِ وَلِذِي الْقُرْبَىٰ وَالْيَتَامَىٰ وَالْمَسْكِينِ وَابْنِ السَّبِيلِ...﴾ [سورة الأنفال: 41] وقال تعالى: ﴿مَا أَفَاءَ اللَّهُ عَلَىٰ رَسُولِهِ مِنْ أَهْلِ الْقُرَىٰ فَلِلَّهِ وَلِلرَّسُولِ وَلِذِي الْقُرْبَىٰ وَالْيَتَامَىٰ وَالْمَسْكِينِ وَابْنِ السَّبِيلِ كَيْ لَا يَكُونَ دُولَةً بَيْنَ الْأَغْنِيَاءِ مِنْكُمْ...﴾ [سورة الحشر: 7] **الفئ:** ما أخذه المسلمون من الكفار بغير قتال .

الخراج: فريضة مالية علي الأراضي المفتوحة عنوة وتركت بيد أهلها يزرعونها ويستغلونها.

الجزية: ما يؤخذ من الذمي بشروط محدودة مقابل الحماية والمنع.

العشور: ضريبة تجارية يخضع لها الذميون والمستأمنون في أموالهم المعدة للتجارة التي تدخل وتنتقل في ديار الإسلام وتختلف مقدارها باختلاف التجارة والبلاد ومدة الإقامة والمعاملة بالمثل

خمس الركاز :- يقصد به ما وجد مدفوناً من كنوز الأرض في أرض موات أو طريق سابل وهو من ضرب الجاهلية، أما كان من ضرب الإسلام (علامات تدل علي ذلك) فهو لقطة تجري عليها أحكامهم.

- غلة أراضي الدولة وعقاراتها.
- الضوائع والودائع التي تعذر معرفة صاحبها .

• التعزيزات المالية التي يحكم بها القضاء علي مرتكبي المخالفات الشرعية.

• ميراث من لا وارث له .

الضرائب :- ويقصد بها ما تفرضه الدولة علي الأغنياء في حالة عدم تحقيق الكفاية من الموارد السابقة الذكر، وقد ورد في الحديث الذي أخرجه الأمام الترمذي عن جماعة من الصحابة: " أن في المال حقا سوى الزكاة " . وهو ما يدل علي إعطاء صلاحيات واسعة في جباية الأموال اللازمة من الموسرين في الحدود اللازمة للإصلاح ولتحقيق الكفاية لأصحاب الحاجات أو لمتطلبات البلاد الضرورية مثل الدفاع عن أهلها ورد العدوان وفداء الأسرى وغيرها .

ثانيا - سياسة الاقتصاد الإسلامي وعنايته بالماء:

إن من القواعد الرئيسية للصحة العامة للإسلام النظافة والطهارة، وهي جملة من المعالم الرئيسية في تشريعات الإسلام التي أولته الشريعة الإسلامية اهتماما كبيرا، حتى جعلت الطهارة والنظافة شرطا لأداء الصلاة وغيرها من العبادات. وقد حرص الإسلام على النظافة بشقيها المعنوي والحسي، قال تعالى: ﴿...أَللَّهُ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ﴾ [سورة البقرة:222] " وقد جعل النبي ﷺ الطهارة نصف الإيمان، فقال: " الطهور شطر الإيمان⁽¹⁾ ".

ولما كان الإنسان هو العنصر الفعال في البيئة لما حباه الله من النعم التي لم تعطى لغيره، ولأنه عماد العمران البشري فقد اهتم به جسدا وروحا وقلبا وعقلا، وحثه على نظافة جسده وما عليه من ثياب وما يحيط به من

(1) أخرجه مسلم في صحيحه ، ج 1 ، ص 63 ، ح 35 .

مكان وأجواء وما يحتاج إليه من مطعم ومشرب، كما حثه على الارتقاء المادي والنفسي لأن صحة الأجسام وجمالها ونضارته من الأمور التي وجه الإسلام إليها عناية فائقة واعتبرها من صميم رسالته، حيث لا يكون الإنسان راجحاً في ميزان الإسلام، محترم الجانب إلا إذا تعهد جسمه بالتنظيف والتهذيب وكان في مطعمه ومشربه وهيئته الخاصة بعيداً عن الأدران المكدرية والأحوال المنفرة . وليست صحة الجسد وطهارته سلاحاً عادياً فقط، بل إن أثرها عميق في تزكية النفس وتمكين الإنسان من النهوض بالأعباء والحياة . وما أخرج أعباء الحياة إلى الجسم الجلد والبدن القوي والصبور⁽¹⁾ .

ولما كان الماء هو أساس الحياة وأساس الطهارة والنظافة، أولاهها الإسلام اهتماماً كبيراً لما له من أهمية بالغة في حياة الكائنات الحية عامة، والإنسان خاصة، حيث جعل الله كل شيء منه حي ،

قال تعالى: ﴿... وَجَعَلْنَا مِنَ الْمَاءِ كُلَّ شَيْءٍ حَيٍّ...﴾ [سورة الأنبياء: 30] .

لذلك جعلت الشريعة الإسلامية الغراء حق الانتفاع بالماء مكفوفاً للجميع

بلا احتكار يقول النبي ﷺ : " المسلمون شركاء في ثلاث: في الكأ والماء والنار"⁽²⁾

و إذا كان الله - ﷻ - قد جعل من الماء كل شيء حي، سواء كان

إنساناً أم حيواناً أم نباتاً أم غيره، فإن ذلك ادعى إلى أن نحافظ عليه لأنه النعمة

المهداة من الله - ﷻ - إلى جميع مخلوقاته حتى تستمر في العيش إلى ما شاء

الله . فوجب الشريعة ما يلي:

(1) أحمد علي سليمان ، مستقبل الأمن المائي العربي في عصر العولمة ، العدد(116) سلسلة قضايا

إسلامية . وزارة الأوقاف ، القاهرة 01425هجريه - 2004ميلادية ص 65.

(2) أخرجه البخاري في صحيحة ، ج5 ، ص2358 ، ح 6053 .

1- وجوب المحافظة على الماء وعدم الإسراف فيه :

و الناظر في الشريعة الإسلامية الغراء يجد أن نصوصها قد تضافرت للحث على المحافظة على موارد المياه، وعلى حمايتها من كل العوامل التي تسبب فسادها . ومن ثم فقد نهت الشريعة الإسلامية عن الإسراف في الماء واستعماله في غير موقعه أو تجاوز الحد اللائق في استعماله حتى لو كان بغرض الطهارة من الحدث الأكبر أو الأصغر، وكان النبي ﷺ القدوة الحسنة في ذلك، فقد روى الإمام مسلم من حديث أنس رضي الله عنه : "كان النبي ﷺ يتوضأ بالمد، ويغتسل بالصاع إلى خمسة أمداد" ⁽¹⁾ . وجاءه أعرابي يسأله عن الوضوء (فأراه ثلاثاً، قال هذا الوضوء، فمن زاد على هذا فقد أساء وتعدى وظلم) ⁽²⁾ وجاءت الأحكام الشرعية الإسلامية لتنبه إلى أهمية الماء في الحياة، وتحذر من الإسراف في استهلاكه في أغراض الشرب والصناعة والزراعة، وحتى في مجال العبادات، سواء أكانت هذه المياه متوفرة بكثرة أو محدودة الكمية، لأن العبرة بالتصرف الأخلاقي المتوازن فيها وليس بالنظر إلى كثرتها أو قلتها حتى تحتفظ البيئة بهذا المورد المهم، قال مجاهد: " لو أنفق إنسان ماله في الحق لم يكن مبذراً، ولو أنفق مداً في غير حق كان مبذراً " ⁽³⁾

2- النهي عن تلويث الماء.

وفي صفحات الرسالة، السابقة واللاحقة ما يفيد شرح هذا.

(1) أخرجه مسلم في صحيحة ١ ج ١ \ ١ ص 227 \ 269 .

(2) أخرجه مسلم في صحيحة ١ ج ١ \ ١ ص 227 \ 270 .

(3) مختصر تفسير ابن كثير ، اختصار وتحقيق : محمد علي الصابوني 0 دار القرآن الكريم ، بيروت

الطبعة، السابعة سنة 1981م ، ص 473

3- المحافظة على الثروة النباتية وعدم الإسراف في زراعة ما ليس فيه فائدة:

ومن عظمة الإسلام إقراره لمبدأ المحافظة على الثروة النباتية وعدم الإسراف في زراعة ما ليس فيه فائدة تحاشيا لاستنزاف المياه فيما لا عائد له . وهذا المبدأ اعتمدته الفقهاء المسلمون بناء على ما أقره الإسلام من الامتناع عن الإسراف في كل مجالات الحياة، وأباحوا زراعة نباتات الزينة في الحالات التي تكون فيها الأمة مكتفية في غذائه، أما إذا كان عدد السكان كبيرا والإنتاج الزراعي غير كاف لتلبية احتياجاتهم الضرورية، فإن الإسلام يفرض على أصحاب الأراضي أن يوجهوا عنايتهم إلى استنبات المحاصيل الغذائية، وعدم تبديد التربة والمياه فيما لا فائدة منه . وقد تناول ابن خلدون هذه الفكرة في مقدمته، وأشار إلى أن من بين أسباب نفشي المجاعات في الأمصار انصراف الأغنياء إلى زراعة أشجار الزينة للتباهي بها، وإغفالهم الضروريات التي يكون بها معاش العباد: يقول بعض الخواص إن المدينة إذا كثرت فيها غرس النارنج⁽¹⁾ تأذنت بالخراب، حتى إن كثيرا من العامة يتحاشى غرس النارنج، وإنما معناه أن البساتين وإجراء المياه هو من توابع الحضارة . ثم إن النارنج والليم والسرو⁽²⁾ . وأمثال ذلك مما لا طعم فيه ولا منفعة هو من غاية الحضارة، إذ لا يقصد بها في البساتين إلا أشكالها فقط، لا تغرس إلا بعد التنفن في مذاهب الطرف⁽³⁾ .

(1) النارنج : شجرة مثمرة من الفصيلة السذابية دائمة الخضرة ، لها رائحة عطرية وأزهارها بيض عبقة الرائحة تظهر في الربيع وتستعمل في صنع ماء الزهر وبعض العطور . راجع : المعجم الوسيط ، ص 913

(2) الليم : هو نفسه الليمون ، وهو شجر مثمر من فصيلة البرتقاليات . السرو : جنس شجر حرجي للترابين، من فصيلة الصنوبريات . راجع : المعجم الوسيط ، ص 248

(3) مقدمة ابن خلدون . ص 251

لقد أراد الإسلام أن يكون الاقتصاد في الاستهلاك صفة أساسية من صفات المسلم، وخلفا مركزا فيه، يوافقه في جميع مجالات حياته، ويكيف سلوكه، ويرشده إلى أقوم السبل للتعامل مع مختلف موارد البيئة لصيانتها من العبث، والمحافظة عليها من السرف، وحمايتها من التبيد، وهي الأمور الضرورية التي تفتقر إليها البيئة ويفقدها الإنسان العربي، وتتطلب من المسلم التحرك الواعي في هذا المجال لإيجاد القنوات المؤثرة التي بإمكانها توصيل هذا الفكر الخصب والطرح الواعي إلى العالم⁽¹⁾.

المياه التي يصح التطهير بها سبع مياه :-

1- ماء السماء: أي المطر، أو الندى يقول الله تعالى ﴿... وَأَنْزَلْنَا مِنَ السَّمَاءِ مَاءً طَهُورًا﴾ [سورة الفرقان:48].

2- ماء البحر: أي المالح قال ﷺ " هو الطهور ماؤه الحل ميتته " (2)

3- ماء النهر: أي الحلو كماء النيل

4- ماء البئر: سواء كان مستطيلا، مربعا أو مستديرا، ويدخل في هذا النوع المضخات " الطلمبات " لأن المواسير كالآبار إلا أنها ضعيفة

5- ماء العين: وهو ما خرج ونبع من الأرض بدون معالجة، كالمستقعات والعيون الفوارة (كعيون حلوان) ومما يدل علي ماء البئر والعين قوله تعالى:

﴿ أَلَمْ تَرَ أَنَّ اللَّهَ أَنْزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَسَلَكَهُ يَنْبِيعَ فِي الْأَرْضِ... ﴾

[سورة الزمر:21]

6- ماء الثلج: وهو ما نزل من السماء مائعا ثم جمد.

(1) أحمد علي سليمان ، مستقبل الأمن المائي العربي ، مرجع سابق ، ص72

(2) رواه الخمسة .

7- ماء البرد: وهو ما نزل من السماء جامدا ثم صار سائلا على الأرض، ويشهد لهذين النوعين قول أبي هريرة رضي الله عنه كان رسول الله ﷺ " إذا كبر في الصلاة سكت هنيئته قبل القراءة فقلت يا رسول الله - بأبي أنت وأمي أرأيت سكوتك بين التكبير والقراءة ما تقول ؟ قال " أقول اللهم باعد بيني وبين خطاياي كما باعدت بين المشرق والمغرب اللهم نقني من خطاياي كما تنقي الثوب الأبيض من الدنس، اللهم أغسلني من خطاياي بالثلج والماء والبرد " (1) .

وعلى ذلك حث الإسلام على طهارة المياه من كل ما يعلق بها من شوائب أي أن المياه التي يصح التطهر بها هي كل ماء نزل من السماء، أو نبع من الأرض على أي صفة من الصفات واشترطت الشريعة الإسلامية لصلاحية المياه للتطهر أن يكون ماء طبيعيا لم يتغير طعمه أو لونه أو رائحته ولم تخلطه قاذورات يخشى منها على صحة الإنسان.

ثالثا- سياسة الاقتصاد الإسلامي في الغذاء :-

من وجهة النظر الاقتصادية الإسلامية، فإن المفهوم العام للأمن الغذائي، هو ضمان استمرار تدفق المستوى " المعتاد " من الغذاء اللازم لاستهلاك المجتمع، لا يمكن الاعتراض عليه إلا إذا كان ضمن المستوى المعتاد من الغذاء سلعة محرمة شرعا . وقد يجد الاقتصادي المسلم لذلك أنه من الأوفق القول بأن الأمن الغذائي هو ضمان استمرار أو تدفق المستوى " المعتاد " من الغذاء الحلال اللازم لاستهلاك المجتمع في أي فترة من الزمن .

وللمجتمع الإسلامي له معالجته لمستوى الغذاء الحلال عندما يكون مرتفعا أو منخفضا تبعا للحالة الاقتصادية وتحديد المستوى المعتاد بحيث

(1) رواه الجماعة والترمذي

يضمن له مستوى - حد الكفاف - وما يكفيه من الغذاء، حتى أن الجار ليحاسب عن جاره الجائع إذا أهمل مساعدته.

لقد أهتم الإسلام بغذاء المسلم من النواحي الآتية منها ⁽¹⁾ وبين له الأغذية الحلال وشجع عليها وأخيراً نظم له عادات الغذاء ومواعيده وبين أنواعها:

1- الأغذية المحرمة: قال تعالى : ﴿حُرِّمَتْ عَلَيْكُمُ الْمَيْتَةُ وَالْدَّمُ وَلَحْمُ الْخِنْزِيرِ وَمَا أُهْلَ لِغَيْرِ اللَّهِ بِهِ وَالْمُنْخَنِقَةُ وَالْمَوْقُوذَةُ وَالْمُتَرَدِّيَةُ وَالنَّطِيحَةُ وَمَا أَكَلَ السَّبْعُ إِلَّا مَا ذَكَّيْتُمْ...﴾ [سورة المائدة:3] . وكل واحدة من هذه المحرمات لها حكمة علمية لا يجادل فيها أحد. وقد حرم الإسلام الخمر أيضاً .. قليلها وكثيرها، ذلك أن ضرره الأخلاقي والمعنوي أخطر من الضرر الجسمن

2- الأغذية الحلال: الإسلام دين الفطرة والأصل في تعاليمه الإباحة لكل الأطعمة إلا ما كان فيه ضرر، ولكن هناك أغذية يشجع عليها لفائدتها للجسم، من ذلك لحم البر البحر، والعسل والحليب... الخ. والإسلام يعارض المذاهب النباتية التي تمنع أكل اللحوم لأسباب دينية ويعتبر ذلك تحريم ما أحل الله والحكمة في ذلك أن جسم الإنسان لا يستطيع أن يعيش سليماً على النباتات وحدها، لأن أمعاء الإنسان أقصر من أمعاء الحيوانات أكلة العشب، فهي لا تستطيع أخذ ما يكفيها من البروتينات عن طريق الوجبة النباتية.

4- تنظيم الغذاء كما وتوقيتاً: لقد نص الإسلام على عدم الإسراف في الطعام وقال تعالى: ﴿...وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا...﴾ [سورة الأعراف:31]

(1) د. أحمد شوقي الفنجري ، السلوك الإسلامي والصحة (أثر الإسلام وتعاليمه في الحفاظ على صحة الفرد والمجتمع ، الكويت ، 2003م ، ص 3 .

وفرض الإسلام " نظاماً " للصوم لمدة شهر كل عام وليس هناك مجال للشك في فوائد الصوم الصحية والنفسية .

رابعاً: سياسة الاقتصاد الإسلامي في الزيادة السكانية :

إن مشكلة البلدان النامية من وجهة النظر الإسلامية ليست في كثرة الأعداد السكانية في حد ذاتها، وإنما هي في ضعف مقدرة العنصر البشري المقترن بهذه الكثرة، إنها كثرة ولكن (كغناء السيل) لا قيمة لها، فهي كثرة مقترنة بالسلبية والجهل والتردي في أنواع من السلوك الذي لا يجلب إلا مزيداً من الجهل والفقر . مزيد من التخلف الاقتصادي .⁽¹⁾

أي أن عملية التنمية لن تنتعش بزيادة أو نقصان الأعداد البشرية التي تتميز بالخصائص المذكورة فالسلبية سوف تستمر والتردي في أنواع من السلوك المعاكس للتنمية الاقتصادية سوف يستمر .

و هل يستطيع أحد من الاقتصاديين أن يفترض أن الحد من التزايد السكاني في أي بلد من البلدان النامية سوف يتسبب في أن يصبح العمال أكثر رغبة في العمل ، أو أكثر مقدرة في أداء أعمالهم ، أو في أن يصبح رجال الأعمال أكثر ميلاً للمخاطرة في الأعمال الجديدة ؟ .

لابد أن نسلم معاً أن نمو الناتج الحقيقي الكلي بمعدل أكبر من معدل نمو السكان يعتمد على نوعية العنصر البشري، وقدرته المستمدة على التغير للأحسن، وإحداث التغيرات المناسبة في النشاط الاقتصادي⁽²⁾ .

(1) د. عبد الرحمن يسري أحمد ، دراسات في علم الاقتصاد الإسلامي ، مرجع سابق ، ص 219.

(2) - نفس المرجع السابق ، ص 220

وفي ظل هذا الفرض يمكن أن تنمو الأعداد البشرية، كما تنمو بلا تحديد، وسوف تنمو الطاقة الإنتاجية على سبيل التأكيد بمعدلات أكبر من نمو الطاقة الاستهلاكية للسكان .

خامسا- سياسة الاقتصاد الإسلامي في الأخذ بوسائل التكنولوجيا الحديثة:-
من الضروري الرقي أو الارتقاء بالصحة، أن يأخذ العالم الإسلامي بالوسائل العلمية الحديثة، ونعني بذلك (التقنية) التي ترمي إلي استخدام البحث العلمي في تطوير الخدمات الصحية تطويرا شاملا في جميع المجالات الطبية، والأنشطة الإدارية والتنظيمية والاجتماعية بهدف التوصل إلي أساليب وقائية وعلاجية فعالة ولا نعني بذلك نقل ثمرات التقنية من عدد وآلات ومصانع بل نعني أعداد الكفاءات الإسلامية القادرة علي تطبيق التقنية فلا يعقل مثلا أن نستورد آلات طبية حديثة دون أعداد الخبرات من الأيدي العاملة التي يكون في استطاعتها تشغيلها وصيانتها وتطويرها. أن نقل ثمرات التقنية دون أعداد.

مما يمثل عبا اقتصاديا على الدول الإسلامية إذا وضعنا في الاعتبار أن أسرارها لا توجد ألا في مواطنها مما يزيد في تكاليف صيانتها، واحتمال تعطلها وقد رأينا بعض الدول الإسلامية تكتفي بنقل نتائج التقنية الغربية دون أن تبني تقنية إسلامية مستقلة فترتب على ذلك نتائج سلبية في مقدمتها⁽¹⁾.

1- فشل التقنية الطبية.

2- استنزاف خبراتها ووقوعها تحت رحمة المنتج الأجنبي.

وخاصة في تحكم الدول الغربية في الدواء بحقوق الملكية الفكرية (براءة الاختراع). في اكتشاف الأدوية الحديثة .

(1) حسن سري ، الاقتصاد الإسلامي ، مرجع سابق ، ص 301

لا مناص إذا من أيجاد تقنية إسلامية مستقلة، مع الاستفادة من التقدم العلمي في الدول المتقدمة، وتهيئة المناخ المناسب للبحث العلمي، وجذب العقول المهاجرة للعودة إلى الوطن الإسلامي، للإسهام في بناء تقنية إسلامية تتلاءم مع المنهج الإسلامي، الذي يسعى لتحقيق حد الكفاية للوطن الإسلامي الكبير، ولن يؤدي هذا إلى زيادة الإنتاج فحسب، بل يؤدي كذلك إلى تحقيق الاستقلال الاقتصادي والسياسي .

سادساً - سياسة الاقتصاد الإسلامي في معالجة التوتر العصبي :-

الحياة الإسلامية مليئة بكل ما يؤدي إلى تمتع للفرد بالصحة النفسية والعقلية والسلامة الجسمية، فالهدى القرآني الكريم يحض على عدم التكالب أو أن يحمل الإنسان نفسه ملا يطيق أو تحتل لأن ذلك يؤدي إلى إرهاب النفس، ومن ثم إصابتها بالمرض، يقول الله تعالى: ﴿لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا اكْتَسَبَتْ...﴾ [سورة البقرة: 286] .

فعنى الإسلام بما ينفع الفرد في علاج ما يعترى نفسه من الأمراض والعلل والأزمات والآضرار والصراعات والتوترات والمشاكل ويفتح أمامه دائماً أبواب التوبة النصوح على مصارعها، ولا شك أن استقراء التراث الإسلامي يوضح أن الاهتمام بعلاج النفس ليس وليد اليوم، وإنما له أصول وجذور قوية تكمن في الدين الإسلامي عقيدة وسلوكاً .

ويظهر الأثر النفسي للتدين في الزهد والورع والتقوى والرضا والقناعة⁽¹⁾.

ويكشف استطلاع التراث الإسلامي كثيراً من الحقائق منها أن علماء المسلمين قد اهتموا بأمر النفس وسلوكها وعلاجها وأدركوا كثيراً من وظائف

(1) د. عبد الرحمن محمد العيسوي، الإسلام والصحة النفسية (دراسة نفسية)، دار الراتب الجامعية، ط1، بيروت، 1420هـ / 2001م، ص55

النفس، وحسنوا أنفس الطبيعة البشرية، ووضعوا كثيراً من أسس ومبادئ السلوك الأخلاقي مما كان له الأثر الإيجابي في صحة المسلم جسدياً وعقلياً وروحياً وخلقياً وفكرياً .

سابعاً - سياسة الاقتصاد الإسلامي في معالجة الأمراض الوراثية :

فلم يغفل الإسلام من التحذير من الأمراض التي تأتي عن طريق الوراثة فمن هدى رسول الله ﷺ قال : " تخيروا لنطفكم، ونكحوا الأكفاء وانكحوا اليهم"⁽¹⁾ وهذه نعمة كريمة من الرسول ﷺ إلي الأمراض الوراثية التي اثبت العلم الحديث صحتها كالأمراض العقلية، وبعض التشوهات الأخلاقية وتبرز عادة بشكل واضح من عادة الاقتصار في الزواج من الأقارب وعن عمر بن الخطاب رضي الله عنه قال " غربوا النكاح " وذلك حفاظاً علي قوة النسل والذرية.

(1) رواه مسلم في صحيحة

الفصل الثاني

الآثار المترتبة على المشكلات الصحية وعلاجها في الاقتصاد الاسلامي

إن انتشار الأمراض وتزايدها، دون التوقف للوقاية منها أو علاجها شئ خطير ومدمر، وأمر قبيح ومرفوض، وتآبأة النفس البشرية لأنه يمحو العزة والكرامة، ويسبب العجز والعوز والتبعية المتدنية للأفراد والجماعات، والشعوب والمجتمعات، لما يصيبها من انخفاض وإحباط على جميع المستويات .

فالمرض مشكلة إنسانية تصيب الفرد وتؤثر على طبيعة المجتمع الإنتاجية، والنظام الاقتصادي ملزم بإيجاد نظام صحي متكامل يحافظ من خلاله على صحة الأفراد، ومعالجه تؤدي بهم إلى الشفاء الكامل، ومن ثم إرجاعهم مرة أخرى إلى عجلة الإنتاج والخدمات الاقتصادية .

وإذا لم يؤدي العلاج الموصوف من قبل المؤسسات الرسمية إلى شفاء الفرد شفاءً كاملاً، فإن النظام الصحي ملزم بإعلان عجز الفرد عن احتلال دورة الطبيعي في المجتمع، مشيراً إلى ضرورة تحمل النظام الاقتصادي مسؤولية دفع تعويض مالي يحفظ كرامة الفرد العاجز ويسد حاجته الأساسية، وسوف يتناول الباحث في هذا الفصل دراسة الآثار المترتبة على المشكلات الصحية من خلال بحثين:

المبحث الأول :- الآثار الاجتماعية وعلاجها في الاقتصاد الإسلامي.

المطلب الأول: الآثار الاجتماعية

المطلب الثاني: الإجراءات التطبيقية لمعالجة الآثار الاجتماعية في الاقتصاد الإسلامي

المبحث الثاني: الآثار الاقتصادية وعلاجها في الاقتصاد الإسلامي .

المطلب الأول: الآثار الاقتصادية.

المطلب الثاني: الإجراءات التطبيقية لمعالجة الآثار الاقتصادية في

الاقتصاد الإسلامي .

ثم بيان مميزات الاقتصاد الإسلامي عن غيره من الاقتصاديات

الوضعية .

ثم بيان الاتفاق والاختلاف بين الاقتصاد الإسلامي والاقتصاد

الوضعي في حل المشكلات.

المبحث الأول

الآثار الاجتماعية وإجراءات العلاج في الاقتصاد الإسلامي

وإذا كان المجتمع كالجسم له أمراضه التي تفنيه، فإن شر هذه الأمراض ذلك الثالوث الخطر الذي تعانيه أكثر الأمم، وتجاهده كل الحكومات وهو " الفقر والجهل والمرض " فهي دون مرء، أفسى أمراض المجتمع وألد أعداء الشعوب، وهي أعصى الجرائم الاجتماعية التي جرت في دم الإنسانية منذ فجر التاريخ إلي اليوم، تتألم لها وتعجز عن مقاومتها.

أما أعراض هذه الأمراض فلا حصر لها، فهي التدهور كله، والتخلف كله، بل الموت الأدبي بكل صورته وشتى معانيه، وإذا كانت الأمم الغربية - رغم أن مبادئها رأسمالية اشتراكية - قد وفقت إلي حد كبير في علاجها وتخفيف ويلاتها، فإنه لا تزال الأمم الأدنى كالشرق تحيا في تخلف اجتماعي، يكاد يفتك بها هذا الثالوث الخطر (1).

وسوف نتناول هذا المبحث من خلال مطلبين :

المطلب الأول : الآثار الاجتماعية للمشكلات الصحية.

المطلب الثاني: الإجراءات التطبيقية لمعالجة الآثار الاجتماعية في الاقتصاد الإسلامي.

موقع شبكة الانترنت بتاريخ . <http://www.Adabihait.gov.sa/booko3.html> (1)
2003/9/30

المطلب الأول :

الآثار الاجتماعية للمشكلات الصحية

إن نظرية الصراع الاجتماعي¹ " اعتبرت المعافاة الصحية مصدرا من مصادر القوة الاجتماعية التي اهتم بها الرأسماليون، ولما كان المجتمع الرأسمالي مبنيا على المنافسة الاقتصادية، فأن المنافسة للسيطرة على النظام الصحي تحمل كل معاني المنافسة الاقتصادية، لأن النظام الصحي يدر على الطبقة الرأسمالية مقدارا هائلا من الثروة، ناهيك عن اندماج قادة النظام الصحي في العملية الرأسمالية، وخصوصا عملية الاستثمار، وما يصاحبها من قدرة على تحويل القوة الاقتصادية إلى قوة سياسية، وإذا كان توزيع الثروة في المجتمع الرأسمالي محصورا في الطبقة الرأسمالية القوية، فإن النظام الصحي بكل ما يجلبه من خيرات سيكون حتما في قبضة اليد الرأسمالية، لأن هذا النظام الصحي يمثل الطرف المنتصر في عملية الصراع الاجتماعي "

ويمكن توضيح الآثار الاجتماعية الحقيقية للمرض على النحو التالي :

1- الأضرار الاجتماعية الخطيرة على المجتمع .

2- انهيار وضعف الأسرة.

3- انتشار الفقر والضعف .

4- البطالة

5- التسول

6- أزمة الإسكان

7- صراع القيم

1 -موقع شبكة الانترنت " النظام الصحي في الإسلام " بتاريخ 2004/4/3

<http://www.rafed.net/books/olom-quran/nazaria/not.html>

أولاً: الأضرار الاجتماعية الخطيرة على المجتمع

يساهم المرض في تقويض النظام الاجتماعي، كما تساهم الظواهر الطبيعية والمادية في هدم ما بناه الإنسان، فالزلازل المدمر، والجفاف المؤدى إلى المجاعة، والحروب المؤدية إلى خراب شامل، تقوض النظام الاجتماعي والاقتصادي، كما يقوضه انتشار الأمراض .

كما أن انتشار الأمراض يهز الكيان السياسي، ويؤثر على النظام الاقتصادي من خلال تعطيل طاقات الأفراد في العمل والاستثمار والإنتاج. والمرض ليس قضية شخصية تهم الفرد فحسب، لأنه وحده الذي يتألم، إلا أن الواقع يفصح، بأن المرض مسألة اجتماعية، لأنه لا يمكننا أن نتصور فصل الصحة والمرض والعلاج عن الصورة الاجتماعية الكلية. كما يتعدى تأثير الأمراض إلى عائلة المريض ومحبيه، فمع أن المريض يمر بتجربة مريرة من الآلام والقلق والانعراج خلال فترة مرضه، إلا أن عائلته تعاني أيضاً من حالته الاستثنائية، فقلق العائلة على معيّلها، وخوفها من فقدان المورد (المعاش) يساهم في اضطراب الوضع العائلي ويجعله مرتبطاً بصورة وثيقة بصحة المعيل. والأضرار الاجتماعية الناتجة عن الأمراض تهدد المجتمع في صور شتى منها: الانحراف، والأمية والطلاق والبطالة، وانتشار ظاهرة التسرب من التعليم، وتزايد الجهل ويظهر بقوة الثلاث المعقد (الفقر، الجهل- المرض) بين أفراد المجتمع⁽¹⁾.

(1) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ 2005/2/15م

1-<http://www.rafed.net/books/olom-quran/gazaria>

ومن الأمراض الاجتماعية: أمية وتعليم المرأة :

تعتبر المرأة من أهم العوامل المؤثرة على صحة الطفل، حيث تقوم المرأة بصفقتها ربة البيت والأم بدور يؤثر في الارتقاء في المستوى الصحي للأسرة وخاصة الأبناء (الوقاية من الأمراض والتعامل السليم معها) ولذلك فإن مفهوم الحفاظ على حياة الطفل، كما وصفته هيئة إغاثة الطفولة (اليونيسيف) اشتمل على تعليم المرأة كأحد العوامل الهامة لرفع المستوى الصحي للطفل .

وقد أثبتت بيانات الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء أن حالات وفيات الرضع تبلغ أعلى مستوى بين الأمهات الأميات وأقل مستوى بين الأمهات اللاتي أتممن التعليم الثانوي.

ولا شك أن انخفاض المستوى التعليمي للأم يساعد على تمسكها بعادات وتقاليد وممارسات خاطئة في تغذية الطفل وتنشئته مما يؤثر سلبا على نموه، وعلى سبيل المثال حرمان الطفل من بعض الأغذية الهامة أثناء المرض (1).

حرمان الأيتام من التعليم والغذاء :

إن المرض الذي يصيب البالغين من أرباب الأسر ويؤدي بهم إلى الوفاة يثير موضوع إعالة الأيتام، إذ أنه حتى في المجتمعات المترابطة التي يتولى فيها الأقارب كفالة اليتيم يعاني الأطفال اليتامى من انخفاض الفرص في مواصلة التعليم وانخفاض كمية الغذاء مقارنة بالأطفال الآخرين، ولمعالجة هذا الوضع تتجه بعض البلدان - كزمبابوي - مثلا - إلى تقديم

(1) المجالس القومية المتخصصة، تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية الدورة (1) القاهرة 90 / 1991 م .

خدمات خاصة للأطفال اليتامى تتمثل في حرف بدل رسوم دراسية وأزياء مدرسية وغيرها للأسر التي تعتني باليتيم مع نسبة إصابة تصل إلى 26% من البالغين وما يقدر بـ 60 ألف يتيم خلال عام 2000م⁽¹⁾ .

في دراسة عملية لتكاليف العلاج التي تعطى لمريض الإيدز مقارنة بالمرضى الآخرين غير المصابين بالإيدز - أجريت عام 1995 م - تبين أن هذه التكلفة استمرت منذ عام 1992 وحتى يناير 2000م في الارتفاع، وفي دراسة عملية أخرى نجد أن مقدار الفقد في الرفاهة محسوبا بتكاليف العلاج الشخصية التي يدفعها المريض من جيبه الخاص هو 40% من مجمل تكلفة العلاج تتمثل في رسوم الرعاية الطبية المنزلية التي يتحملها المريض، وبالتالي تلاحظ أن الدراسات التي تركز فقط على التكلفة المعروفة من خلال التعامل مع المستشفيات أو من خلال ما تنفقه الحكومة، لا تعبر بالفعل عن التكاليف الإجمالية لمريض الإيدز وما يتسبب فيه من انخفاض في مستوى الرفاهة له والمعيّلين له⁽²⁾.

ومن ناحية أخرى يعتبر الطلب علي الدواء والعلاج بشكل عام من الناحية الاقتصادية طلبا ضعيف المرونة، أي أن الشخص يضطر لشرائه مهما كان سعره وإذا ما علمنا أن أسعار الأدوية والعقاقير في ارتفاع مستمر وأنها قد تضاعفت خلال الفترة من 1990 - 1999م فقط نجد أن مريض الإيدز ومن يعولونه يعانون من تدهور مستمر في مستوى الرفاهة. كما أورد البنك الدولي بأن منطقة الكاريبي قد خسرت بالفعل 6% من ثرواتها بسبب ارتفاع الإنفاق على الصحة وانخفاض الادخار وزيادة الاعتماد على

(1) موقع شبكة الانترنت بتاريخ 2003/11/3

2- <http://www.islam-online.net/iol-arabic/dowalla/namaa-38/namaa2.asp> .

(3) نفس المرجع السابق ذكره .

الأشخاص العاملين اقتصاديا وفقدان قوى العمل يسبب المرض، الأسر الذي يعني انخفاضاً في مستوى الرفاهة لتلك المنطقة (1)

ويجب ألا نغفل لك العوامل الاجتماعية والنفسية التي من الممكن أن يسببها العمل، والتي من الممكن أن يكون لها تأثيراتها المرضية النفسية على العامل كتلك الأمراض الاجتماعي والنفسية المرتبطة بضغوط العمل . فبيئة العمل تسهم بشكل عام في إحداث كثير من الأمراض الصحية والنفسية والتي تؤثر بشكل مباشر على الوضع الصحي في المجتمع ² .

ولا شك أن أبرز المعطيات الجديدة التي أفرزها المجتمع الحديث هي تلك التي تتعلق باستخدام التكنولوجيا الحديثة وأجهزة الاتصالات المتعددة، فهي بلا شك تؤثر في السلوك الإنساني، وتكون لها علاقات اجتماعية مختلفة وتفرض أيضاً نوعية من الضغوط الحياتية اليومية التي لم تكن موجودة أو ظاهرة في وقت سابق. فأشارت دراسة قام بها ناي وير بينج ³ NIE AND ERBING (2000)

من جامعة ستانفورد الأمريكية والتي عمل من خلالها على مسح عام لمجتمع الولايات المتحدة الأمريكية فوجد أن هناك تأثيراً مباشراً مرتبطاً باستخدام جهاز الإنترنت على العلاقات الاجتماعية للفرد في المجتمع الأمريكي، وخلصت الدراسة إلى أن هناك ارتباطاً بين المدة التي يقضيها الفرد أمام جهاز الحاسب الآلي مستخدماً الإنترنت، وبين العزلة الاجتماعية .

(1) نفس المرجع السابق ذكره .

(2) -د. يعقوب يوسف الكندري ، الثقافة ، والصحة ، والمرض ، رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة ، مجلس النشر العلمي ، جامعة الكويت ، 2003م ، ص207

3- Nie,n.and Erbing ,L.(2000)internet and society : Apreliminary Report . stand ford institute for the quantitative study of society intersurveyinc , and mckinsey and co.

فالعلاقات الاجتماعية تأثرت بشكل مباشر باستخدام الأشخاص المكثف للانترنت. فكلما زاد عدد الساعات التي يقضيها المرء في استخدام الإنترنت، ذات انخفاض التفاعل الأسري والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين . والذي دعا الباحثين في النهاية إلى التحذير من أن العالم سوف يتحول إلى عالم ذرات دون مشاعر إنسانية ودون تفاعل مباشر إذا استمر اللجوء إلى استخدام هذه التقنية والإفراط باستخدامها . فهذه ارتبطت بشكل كبير بمفهوم العزلة الاجتماعية الذي يعتبر بعدا من أبعاد الاغتراب الاجتماعي .

وأن المرض ليس ظاهرة بيولوجية فحسب، بل انه ظاهرة اجتماعية أيضا، فالمجتمع الإنساني لا يتطور تطورا طبيعيا ما لم يقم الأفراد جميعا بأداء أدوارهم الاجتماعية في كل الأوقات. فإذا تعرض أحدهم لمرض من الأمراض أصبح دوره الاجتماعي شاغرا لأنه لا يستطيع القيام بتأدية ذلك الدور المناط به اجتماعيا. والنتيجة أما أن يحال ذلك الدور الي فرد سليم من الناحية الصحية وأما أن يبقى شاغرا دون شاغل يشغله. وهذا التبديل في الأدوار الاجتماعية يسلط ضغطا ويولد أربكا ضد الحركة الطبيعية لنظام الاجتماعي⁽¹⁾

أن انتشار الأمراض، يساهم في اضطراب النظام الاجتماعي، وإضعاف قواه الإنتاجية خصوصا إذا ما انتشرت الأمراض المعدية في المجتمع انتشاراً واسعاً كالمالاريا والجذري والكوليرا، فإنها تنزل ضربة ساخنة بالمؤسسات الاقتصادية والإنتاجية للدولة .

فالإلدمان على سبيل المثال يعتبر آفة تصيب الفرد والمجتمع، إذ يتصدع البنيان الاجتماعي، وتتفكك الروابط الاجتماعية، وتضعف قدرة

بتاريخ 2003/12/7 HTTP://WWW.raled.net/boks/olom-quran/nazaria/no7.html (1)

الإنسان على العمل وبتزايد عجز الشباب عن مواجهة الواقع والارتباط بمتطلباته، وتتفاقم المشكلات الاجتماعية، وتزداد عدد الحوادث والجرائم وحوادث الانتحار⁽¹⁾.

وهذا يفسر تجاهل الحكومات الاستعمارية في معالجة الأمراض والأوبئة الفتاكة في البلدان المستعمرة معالجة جديدة، لأن هذه الأمراض تفتح أبواباً لتدمير طاقة المجتمع الإنتاجية واستهلاك مصادره وخيراته، وإذا ضعف المجتمع على الصعيد الإنتاجي تكاثر المستكبرون على اقتسام خيراته ونهبها⁽²⁾

وقد سعت بريطانيا عند احتلالها الهند في القرن التاسع عشر إلى استخدام عمليه نشر الأمراض كسلاح ضد العدو، مستفيدة من تجربتها التاريخية في واقعيتين⁽³⁾ :

الأولى: في القرن الرابع عشر: والثانية: في بداية القرن العشرين الميلادي .

حيث اكتسح الطاعون أوروبا في القرن الرابع عشر وسمى في وقته بالموت الأسود، لإفناؤه أكثر من ثلث سكان القارة، وتدميره البنية الاقتصادية والسياسة والدينية لدول القرون الوسطى الأوروبية، وفي سنة 1918 قتلت الأنفلونزا الأوروبية أكثر من عشرين مليون فرد. والمنهج الإسلامي يحارب الانحراف والامية والجهل والمرض، بكل الأشكال والصور، ويدعو إلى

(1) جريدة البيان ، الإمارات ، الأحد 5 ذو الحجة ، 1422 هـ ، 17 فبراير 2002 .

(2) موقع شبكة الانترنت

File :// D:\ شاهين النظام الصحي .htm

(3) نفس المرجع السابق

القوة والعلم والمجد " قال تعالى: ﴿كُنْتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ...﴾
[سورة آل عمران:110].

ثانيا: انهيار وضعف الأسرة:

إن المرض يؤثر في الحياة الأسرية، وتتأثر الأسرة باعتبارها الأداة البيولوجية التي تحقق إنجاب الأبناء واستمرار الحياة، فهي الوسيلة التي تنتقل من خلالها الخصائص الوراثية عن طريق الصفات التي تحملها الجينات (GENES) ولا تقوم الأسرة على أساس صحي سليم إلا من خلال الاستعداد الجسمي السليم الذي هو حجر الزاوية في الحياة الأسرية السعيدة¹ ويقرر الكثير من العلماء أن ضعف النسل وانحطاط قدرته العقلية يرجع العوامل وراثية في كثير من الأحيان، ولهذا ينصحون بعدم زواج الأقارب خاصة إذا كانت درجة القرابة وثيقة إذ تنتقل كل الصفات السيئة في الأصول القريبة، وبعض الخصائص الضعيفة في الأصول البعيدة الامراض.

و عندا يتعرض احد أفراد الأسرة لمرض تؤثر حالته في كل أعضاء الأسرة، حيث يضطرب نظام الحياة اليومي، بالإضافة إلى الأعباء والمسئوليات والتي يتحملها جميع أعضاء الأسرة خاصة إذا كان المرض مزمن، كما تتأثر الأسرة تأثيرا بالغ الأثر إذا كان المريض هو رب الأسرة، حيث قد يتوقف دخله أو ينخفض، ونتيجة لذلك تقاسي الأسرة بأكملها، وخاصة إذا لم يكن للمريض مدخرات سابقة أو مصادر أخرى للدخل تساعد في مواجهة هذه الظروف الطارئة، فقد يشعر بالفشل في القيام بالتزامه نحو أسرته وبالتالي بالقلق حول مصير الأسرة، مما يؤدي إلى اكتتابه بدرجة تؤثر في كافة المحيطين به وقد تضطر المرأة (الزوجة) إلى الخروج للعمل لإعالة أسرته

1 - أميرة منصور يوسف علي ، المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية ، المكتب الجمعي الحديث، الإسكندرية ، 1999 ،ص92

وقد يتعذر عليها إيجاد العمل المناسب بسبب السن أو الأمية أو نقص الخبرة فتضطر إلى ممارسة أي نوع من العمل وترك بيتها وأبنائها دون رعاية كافية. كما يجلب مرض ألام الكثير من المشكلات واضطراب الحياة الأسرية، فالأب ينتابه القلق والجزع حول حالة أسرته تنتهي به إلى التوتر والعجز عن تدبير أمور الأسرة، وتشعر ألام بالبوأس واليأس لأن حالة الأسرة تعكس عجزها عن تدبير شئون الأسرة ومباشرة إشرافها على أموره، ولأن حياة أبنائها تغمرها شيء من الفوضى والإهمال، وقد تضطر الابنة الكبرى للانقطاع عن دراستها لرعاية إخوتها الصغار، مما يعرضها للإحباط لفشلها في تحقيق أهدافها في الحياة .

كما تتأثر الأسرة أيضا بمرض أحد أبنائها أيضا وبالإضافة على التأثير النفسي لمرض الطفل على والديه وما ينتابه من مخاوف وقلق حول مستقبل الطفل .فهناك قيود يفرقه المرض ذاته على نشاط الطفل تؤثر على الجوانب النفسية والاجتماعية .

و نستنتج من ذلك انهيار وضعف الأسرة المصاحبة للمرض في العلاقات الأسرية نفسها والعلاقات الخارجية للمريض .

ويمكن القول بان انهيار وضعف الأسرة تتلخص في الآتي ¹ :

1- قد يهتز موقف المريض بأسرته، وتتأثر علاقته بأصدقائه فينتاب المريض

الحزن والألم في حالات الشلل وفقد البصر

2- ضعف مكانة المريض بسبب طول فترة المرض والبقاء في المستشفى

الأمر الذي يؤدي إلى خلل فيدوره في البيئة الطبيعية وفي المنزل

1 -عبد الحي محمود حسن صالح ، الصحة العامة وصحة المجتمع (الأبعاد الاجتماعية والثقافية) ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2001م، ص244

3- قد يخشى أحد الزوجين في حالة وجوده في المستشفى للعلاج على الطرف الآخر وهو موجود بمفرده، وخاصة إذا كان هو الموجود بالمستشفى فإن

الغيرة تستبد به ويفضل الاحتفاظ بمرضه عن الغيبة عن منزله

4- قد تنهار الروابط الأسرية نتيجة للمرض، فقد يطلب أحد الزوجين الطلاق

إذا وجد انه لا يستطيع الاستمرار في الحياة الزوجية بسبب المرض

المعدي أو المزمّن خوفا من انتقاله إليه أو إذا أدى المرض إلى إحداث

عاهة يصعب معها الاستمرار في الحياة الزوجية

5- إذا كان مرض أحد الزوجين ميئوس من شفائه أو ينتج عن عجز جنسي

وخاصة إذا كان الزوجين في بداية حياتهما فإنه يصعب بل يستحيل

الاستمرار في الحياة الزوجية

و على ذلك فإن الأعباء المالية التي يفرضها المرض على المرضى

وعائلاتهم وأقاربهم بشكل خاص وعلى المجتمع ككل - يعيق برامج مكافحة

الفقر والتخلف في الدول النامية، وما يقال يزيد من تدهور مستوى الرفاهية

المتدني - أصلا - في كثير من الدول، فالعائلات التي تعتني بأحد أفرادها

المريض غالبا ما تستنزف الموارد المالية التي تحتاج إليها لتغطية نفقات

حاجاتها الأساسية الأخرى .

ثالثا- انتشار الفقر والضعف :-

الفقر وانخفاض مستوى المعيشة، حيث يتبعه نقص في التغذية،

وافتقار لشروط المسكن الصحي، وعدم وجود إمكانيات الوقاية والعلاج من

الأمراض، مما يترتب عليه زيادة معدلات الوفيات بين الناس بصفة عامة،

والأطفال بصفة خاصة. انتشار الجهل والأمية، وما يتبعه من عدم وعي

أولياء الأمور فيما يتعلق بالشئون الصحية وطرق الوقاية من الأمراض

أو أهمية العلاج المبكر. كما أن انتشار المعتقدات الخاطئة فيما يتعلق بالقضاء

والقدر، والتواكل بحجة أن ما كتبه الله على الإنسان، لابد أن يراه الإنسان (المكتوب على الجبين لازم تشوفه العين) فهناك فهم خاطئ للدين، حيث تحت جميع الديانات السماوية على ضرورة المحافظة على النفس (فالمؤمن القوى خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف)، واعتقد البعض أن الأطفال الذين يموتون في سن مبكرة يقومون بخدمة والديهم، ولتشفع لهم في الآخرة، على أنهم يدخلون الجنة، مما يجعلهم يهملون في الوقاية والعلاج للأطفال. وصف الفقر بأنه ظرف من الحياة محدود جدا بفعل سوء التغذية والأمية والمرض والبيئة المتدهورة، ومعدلات الوفيات المرتفعة، ومتوسط عمر متوقع منخفض، أي من أي تعريف معقول للكرامة البشرية وهذا بين أن الفقر ليس مجرد حالة اقتصادية⁽¹⁾.

وتقول المديرية التنفيذية لبرنامج الأمم المتحدة الإيزابيث داود

سويل⁽²⁾: أن هناك حدا من الفقر إذا عاش الفقراء دونه فإنهم يصبحون مدمرون للبيئة بشكل كبير جدا وقد يتفاقم الأمر إلى درجة أن يحتاج الفقراء إلى تدبير الموارد التي يمكنها أن تغذى الفقراء لسنوات طويلة، ومن أبلغ الصور على هذه القضية قيام الفلاح بأكل بذور الحبوب التي سيزرعها العام القادم، وأينما وجد الفقر يضحي الناس بمصالحهم البعيدة المدى من أجل حاجة البقاء على المدى القصير، لذا فإن انتشار الفقر المدقع والضعف ليس فقط نتيجة للتدهور الصحي والبيئي، بل هو أيضا إلى حد ما سبب يؤدي إلى

(1) عدنان هزاع البياتي ، الفقر والتدهور البيئي في الوطن العربي ، مجلة شئون عربية ، العدد 86 ، القاهرة ، 1996 ، ص 70

(2) الإيزابيث داود سويل ، لابد من إيجاد الإرادة والموارد للتخلص من مشكلة الفقر المدمر للبيئة ، مجلة منبر البيئة ، المجلد السادس ، العدد الثاني ، 1993 . ص 16 .

المشكلات الصحية وتدمير البيئة، ومن الصعب أن نتصور جائعاً يستطيع أن يحمل فأساً ليفلح أرضاً أو يغرس شجرة، لأنه مشغول بأسباب البقاء .

بالإضافة إلى الصراع على الدخل المنخفض فإن كثير من السكان في الدول النامية يعانون من مشكلات دائمة متمثلة في سوء التغذية وضعف الصحة، وبالنسبة لدرجة الحرمان البشري بالنسبة للمؤشرات الصحية الأساسية نرى أن (766) مليون نسمة في البلاد الفقيرة لا يتمتعون بالخدمات الصحية و(112) مليون نسمة ليس لديهم مياه صالحة للشرب و(1.9) بليون تقريباً (نصف الكرة الأرضية) يعيشون بدون دورات مياه و(158) مليون طفل تحت سن 5 سنوات عندهم سوء تغذية (1)

وقد أوضح تقرير الأمين العام للأمم المتحدة كوفي عنان: أن هناك 550 مليون نسمة يبيتون جوعاً كل ليلة، وأن 1.5 مليار نسمة لا يحصلون على مياه الشرب النقية، أو الصرف الصحي الملائم، كما أن أكثر من 1.5 مليار نسمة يعيشون في فقر مدقع، وطالب الحكومات أن تعمل على خفض عدد هؤلاء الفقراء بمقدار النصف بحلول عام 2015م (2).

كما أن سكان البلدان النامية وعددهم 4.4 مليار نسمة، يظل خمسهم يتضور جوعاً، في آخر النهار، ويفتقر ثلثهم إلى مياه الشرب النقية، وربعهم إلى مسكن ملائم، ولا يرتاد خمس جميع الأطفال المدارس بعد السنة الخامسة من التعليم الابتدائي. وعلى الرغم من أن الدراسات العلمية تؤكد أن العالم بوضعه الحالي ينتج من الأغذية ما يزيد بنسبة 10% عما يكفي لإطعام الكرة الأرضية، وأن الأرض يمكن أن تنتج أربعة أضعاف المؤن الحالية، وتغذى جميع سكانها في القرن الجديد من الألفية الثالثة، شريطة أن يخصص جهد

(1) د. فؤاد أبو ستيت ، إقتصاديات التنمية والتخطيط، مرجع سابق ، ص 63 .

(2) جريدة العالم الإسلامي ، العدد 1720 ، ص 5

رئيسي للزراعة، فالمشكلة إذن هي سوء توزيع بين دول الشمال ودول الجنوب، ومن الممكن توفير الغذاء والتعليم والصحة لكل سكان الأرض بـ 40.0 مليار دولار سنوياً، بينما يخصص العالم 600 مليار سنوياً للنفقات العسكرية، كما أن الإنفاق الحربي يمتص خمس مصروفات البلاد في الدول ذات الدخل المنخفض (1).

رابعا - البطالة :

البطالة مشكلة اقتصادية، كما هي مشكلة نفسية، واجتماعية، وأمنية، وسياسية، وجيل الشباب هو جيل العمل والإنتاج، لأنه جيل القوة والطاقة والمهارة والخبرة. ويعانى عشرات الملايين من الشباب من البطالة بسبب نقص التأهيل وعدم توافر الخبرات لديهم، ولتدنى مستوى تعليمهم وإعدادهم قبل حكوماتهم أو أولياء أمورهم .

وتؤكد الإحصاءات أن هناك عشرات الملايين من العاطلين عن العمل في كل أنحاء العالم من جيل الشباب، وبالتالي يعانون من الفقر والحاجة والحرمان، وتخلف أوضاعهم الصحية، أو تأخرهم عن الزواج وإنشاء الأسرة، أو عجزهم عن تحمل مسؤولية أسرهم. كما تفيد الإحصاءات العلمية أن للبطالة آثارها السيئة على الصحة النفسية كما أن لها آثارها على الصحة الجسدية، أن نسبة كبيرة من العاطلين عن العمل يفتقدون تقدير الذات، ويشعرون بالفشل وأنهم أقل من غيرهم، كما وجد أن نسبة منهم يسيطر عليهم الملل، وأن يقظتهم العقلية والجسمية منخفضة (2).

(1) نفس المرجع السابق ، ص 5

(2) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ 2003/12/25

-<http://www.balayh.com.matboat/osrh/62/s80us2st.htm>

وأن البطالة تعيق عملية النمو النفسي بالنسبة للشباب الذين مازالوا في مرحلة النمو النفسي، كما أن القلق والكآبة وعدم الاستقرار يزداد بين العاطلين، بل ويمتد هذا التأثير النفسي على حالة الزوجات، وأن هذه الحالات النفسية تنعكس سلبياً على العلاقة بالزوجة والأبناء، وتزداد المشاكل العائلية، وعند الأشخاص الذين يفتقدون الوازع الديني، يقوم البعض منهم على شرب الخمر، بل وجد أن 69% ممن يقدمون على الانتحار من العاطلين عن العمل. ونتيجة للتوتر النفسي تزداد نسبة الجريمة كالقتل والاعتداء والعدوانية بين هؤلاء العاطلين⁽²⁾. ومن مشاكل البطالة أيضاً هي مشكلة الهجرة، وترك الأهل والأوطان التي لها آثارها ونتائجها السلبية، كما أن لها آثارها الإيجابية، والسبب الأساسي في هذه المشاكل بين العاطلين عن العمل هو الافتقار إلى المال، وعدم توفره لسد الحاجة. أن تعطيل الطاقة الجسدية تؤدي إلى عملية عكسية ترتد عليه تلك الطاقة لتهدمه نفسياً مسببة مشاكل كثيرة، وتتحول البطالة في كثير من بلدان العالم إلى مشاكل أساسية معقدة من التظاهر والعنف والانتقام⁽³⁾.

والبطالة سواء كانت بطالة مباشرة أو بطالة مقنعة، ويدخل تحت هذا الباب قضية تكدس العمالة مع قلة الإنتاج، وهي آفة من آفات العالم النامي، وكذلك قضية التوسع في التعليم بدون توجيه أو ربط بخطة التنمية، ذلك أن التعليم عملية حيوية في عصرنا الحالي، وليس ترفاً أو أسلوباً للمباهاة، أنه

(1) موقع شبكة الإنترنت ، البطالة في مصر : الأبعاد والمواجهة . بتاريخ 2002/12/25م
<http://www.almishkat.org/arbdoc99/ar-n13/ar-rn13.htm>

(2) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ 2003/12 /25
<http://www.rghbrery.com/111.html>

(3) د. خيرى خليل الحملى ، السلوك الانحرافى فى إطار التخلف والتقدم ، المكتب الجامعي ، الإسكندرية،

موجه إلى الارتزاق عن طريق اكتساب مهارات وقدرات يحتاج إليها المجتمع تضيف إلى رفاهيته، وإلا كان التعليم جهداً وإنفاقاً بلا عائد⁽⁴⁾.

خامساً: التسول:

وهو ظاهرة قديمة، وتزداد انتشاراً في الدول النامية التي يعاني الأفراد من قلة الدخل، وبالتالي هم أكثر عرضة للأمراض وتفشي الفوضى والجرائم في المجتمع، وتحاول الدول وخاصة في مصر جاهدة للحد من هذه الظاهرة عن طريق المؤسسات الاجتماعية وغيرها، وتؤدي زكاة المال دوراً هاماً في علاج المشكلة، بشرط أن تقام بحصيلتها مشروعات إنتاجية يعمل بها المتسول، لأن الإسلام يرفض التسول ويحبذ العمل¹

سادساً: أزمة الإسكان :

أزمة الإسكان بكل ما تحمله من تداعيات على قضايا: زواج الشباب، والتكامل الأسري، والعشوائيات، والتلوث البيئي، والتزام السكاني، بل والانحراف والجروح، وكلها قضايا اجتماعية خطيرة، فإذا لم تعالج بطرق مناسبة، كانت عواقبها جلب الأمراض وتفاقمها داخل المجتمع .

سابعاً: صراع القيم:

صراع القيم بكل ما تحتويه من تناقضات سلوكية داخل الأسرة وخارجها، وسيادة قيم الأنانية والعنف والحسد الاجتماعي والطبقي، كنتيجة لتنامي مجتمع للسفاهة الاسرافية، مع تنامي الفقر، وما تفرزه هذه الظواهر من أمراض نفسية من إحباط وقلق وكراهية، وشيوع ظاهرة البلطجة والاعتصاب والسرقة بالإكراه

1 - المحاسبة القومية المتخصصة ، تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية ، الدورة العشرون، القاهرة ، 1999-2000م، ص

المطلب الثاني

الإجراءات التطبيقية

في معالجة الآثار الاجتماعية في نظر الإسلام

إذا كانت الدول الحديثة قد عرفت بعض أنظمة الأمن الاجتماعي، بعد قيام الثورة الصناعية في أوروبا، إلا أن الإسلام سبق ذلك بما يربو على ألف عام، عندما جاء بكل أنظمة هذا الأمن الذي عبر عنها احد علماء الاقتصاد المحدثين بقوله أن الإسلام هو دين الضمان الاجتماعي، من حيث التزام الدولة، ودين التكافل الاجتماعي من حيث التزام الأفراد، وقد ضمن لكل فرد وجد في المجتمع الإسلامي، أيًا كانت ديانته أو جنسيته حد الكفاية لا حد الكفاف في المعيشة، حتى عجز أن يوفره لنفسه، لسبب خارج عن إرادته، كالمرض أو الشيخوخة أو العجز أو البطالة أو غير ذلك .

ومن أوضح صور الأمن التي جاء بها الإسلام لجميع الناس، أيًا كان دينهم أو جنسهم، الأمن الاجتماعي المتمثل في حق الإنسان: في أن تكون لديهم العناصر التي تكفي لتوفير المعيشة المستقرة له في المجتمع، سواء كانت متعلقة بطعامه أو ملبسه أو مسكنه أو صحته وغير ذلك، ولتحقيق هذا الأمن حددت الشريعة الغراء العديد من الوسائل والتي هي من الإجراءات التطبيقية في معالجة الآثار الاجتماعية ومن أهمها :

- 1- الاستراتيجية الإسلامية في التعاون مع المشكلات .
- 2- الضمان الاجتماعي .
- 3- التكافل الاجتماعي.
- 4- التأمين الاجتماعي.

أولاً: الاستراتيجية الإسلامية في التعامل مع المشكلات

لا شك أن منهج الاقتصاد الإسلامي يرتبط بمعالجة الآثار السلبية للمشكلات الصحية سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية داخل المجتمع الإسلامي وأن للمنهج الإسلامي أسس واستراتيجية إسلامية في التعامل مع المشكلات وعلى ذلك يمكن بيان أسس المنهج الإسلامي في هذا الإطار.

أهم أسس المنهج الإسلامي أو الاستراتيجية الإسلامية في التعامل مع المشكلات المجتمعة المختلفة ونوجزها فيما يلي⁽¹⁾:

1. يؤسس الإسلام مجتمعا قويا عقائديا وماديا يقوم على الإيمان والتوازن والتكافل والعدل. وبهذا يحول أصلا دون ظهور المشكلات . فالمجتمع الإسلامي مجتمع مخطط يتسم بانعدام العشوائية، فهو يقيم نماذج بنائية تحقق الوقاية من المشكلات أصلا، وإذا برزت بعض المشكلات بحكم الخطأ الإنساني أو الظروف والضغوط البيئية أو الخارجية، فإن المجتمع الإسلامي يعالجها من خلال مناهج محددة .

2. للإسلام أساليبه ومداخله المتميزة في فهم وتشخيص وتحليل وعلاج المشكلات، فقد أبدع المسلمون المنهج العلمي التجريبي الواقعي قبل أن يعرفه الأوروبيون، ذلك المنهج الذي يقوم على طرح الأسباب المحتملة كفروض، والتأكد من صدقها من خلال الملاحظة والمقارنة ومختلف الأساليب الميدانية، وكذلك فإنه يأخذ بالتفسير الإيماني المتميز الذي يتصل بوسوسة الشيطان ونقص الوازع الديني وهوى النفس والبعد عن الالتزام بالمعايير الشرعية، ولهذا فإن المواجهة الإسلامية للمشكلات تحقق التكامل بين المداخل العقدية والقيمية والأخلاقية، وبين المداخل المادية السلطوية

(1) د/نبيل السمالوطي، الإسلام وقضايا التنمية الشاملة، العدد (96)، سلسلة قضايا إسلامية، وزارة الأوقاف، القاهرة، 1424 هـ - 2003 م، ص119.

الواقعية، وهذا ما تعجز عنه الأساليب الوضعية لافتقارها للمداخل العقدية
الإيمانية وللمداخل القيمية الأخلاقية المترتبة عليها. وغالبا ما تفشل
المداخل المادية السلطوية القانونية وحدها في علاج المشكلات المجتمعية .
3. إذا كان المشتغلون بعلم اجتماع المشكلات الاجتماعي - مثل " كولمان
COLCMAN " كريسي " D.CRESSCY - يؤكدون لصراع الأيديولوجي
القائم بين الباحثين والدول في مناهج مواجهة المشكلات، فهناك أنصار
الاستراتيجية الليبرالية القائمة على أساس ميكانيزمات التوازن الثقافي
استنادا إلى أن المشكلات المجتمعية تعد مظهرا للخلل ووظيفي
DYS FUNCTION وهناك أنصار استراتيجية مادية الجدلية القائمة على
منهج التغيير الثوري والعنيف والجذري، استنادا إلى أن المشكلات
المجتمعة تعد مظهرا للخلل البنائي STRUCTURAL SOCIAL
DISIMTGRATION وتختلف مداخل العلاج والمواجهة تبعاً لاختلاف
الاستراتيجيات، ويشير " إيرل روبنغتون " E. RUBINGTON ومارتن
وين بيرج WEINBERG إلى أن استعراض تراث علم الاجتماع يكشف
عن ظهور خمسة مداخل سوسيولوجية عند دراسة المشكلات المجتمعية
وهي: مدخل الأمراض الاجتماعية SOCIOPATHOLOGY، والتفكك
الاجتماعي DISINTEGRATION وصراع القيم والسلوك الانحرافي
والمدخل التصنيفي الثقافي والاستراتيجية الإسلامية تختلف جذريا عن
هذه المداخل الوضعية، ذلك لأنها تعتمد على إعادة الصياغة البنائية
والوظيفية والتنظيمية للمجتمع استنادا إلى أحكام الشريعة الإلهية المنشأ،
وإلى إرسال تنظيمات تتصل بالمصالح المرسله للناس والتي تراعي
متطلبات التغيير والزمان والمكان ومتطلبات التفوق المادي في إطار
المعيارية الإسلامية الثابتة .

4. تعتمد الاستراتيجية الإسلامية في مواجهة مشكلات المجتمع على مجموعة متكاملة من المداخل - قبل أن ينتبه إليها الغربيون بأكثر من 1300 سنة، أهمها المدخل التربوي والمدخل السلطوي، ومدخل القدوة، ومدخل القوة أو تنفيذاً لحكام الله من خلال سلطة الدولة.

5. تقوم الاستراتيجية الإسلامية على التكاملية والشمولية في مواجهة المشكلات. نظراً للتساند الوظيفي والبنائي بينهما فالفقر يرتبط بعدم أداء الزكاة، ويرتبط بالبطالة، ويرتبط بالجريمة .. الخ، والزنا يرتبط بالسفور، يرتبط بالاختلاط، يرتبط بالعزوف عن الزواج المبكر، ويرتبط بارتفاع المهور .. الخ . ولهذا يضع الإسلام مناهج بدائية ووقائية وعلاجية تكاملية تحقيقاً للتعامل الشمولي مع المشكلات.

ثانياً - الضمان الاجتماعي

وهو حق للمواطن والتزام على الدولة في تقديم المساعدة للمحتاجين من مواطني هذه الدولة بسبب المرض أو الفقر أو العجز أو الشيخوخة وغيرها، ومصدر هذا الحق وذلك الالتزام هو التبعية لنظام الدولة .و الضمان الاجتماعي حق للجميع، فيما أوردته كتب سيرة الخلفاء الراشدين - رضي الله عنهم - أجمعين - أن عجوزاً يهودياً ضريراً كان يسير في طرقات المدينة المنورة يسأل الناس، فقابلته أمير المؤمنين عمر بن الخطاب - رضي الله عنه - فقال له: ما حملك على هذا ؟ قال الحاجة والجزية، فأرسله إلى بيت مال المسلمين، وقرر له راتباً مستمراً منه، وطلب من عماله أن يضعوا عنه وعن أمثاله الجزية، وقال كلمته العادلة " ما كنا لنأكل شباباً ونضيعه في شيخوخته " وهذا هو التطبيق العملي لمبدأ الضمان الاجتماعي الذي وضعه الإسلام والذي نشر مظلته العادلة على كل رعايا الدولة الإسلامية، أيا كان دينهم أو جنسهم إن حل مشكلة الفقراء والمعوزين والقضاء على شبح الخوف من عواقب ارتفاع نسبة

سكان الأرض يمكن في تطبيق قواعد الضمان الاجتماعي على أوسع نطاق يشمل تعميم التأمينات الاجتماعية، وتحقيق اصل التكافل الاجتماعي، ولا شك أن سياسة جمع الثروة وتوزيعها في الإسلام كفيلة بتحقيق هذه الأهداف ولعل من أهم ما جاء به الإسلام في المجال الاجتماعي منذ أكثر من أربعة عشر قرناً، أصل المبدأ " الضمان الاجتماعي " بمعنى ضمان الحد اللائق لمعيشة كل فرد مما عبر عنه رجال الفقه الإسلامي القدامى بمصطلح " حد الكفاف " الذي هو الحد الأدنى للمعيشة . ويؤدي هذا انه يتعين أن يتوافر لكل فرد في أي مجتمع يوصف بأنه إسلامي، المستوى اللائق للمعيشة والذي يختلف باختلاف الزمان والمكان كما يختلف باختلاف الأشخاص، وهو ما يوفره كل شخص لنفسه وجهده وعمله، فإذا عجز عن ذلك لسبب خارج إرادته كمرض أو شيخوخة، فإن نفقته تكون واجبة في بيت مال المسلمين أي خزانة الدولة ، أيا كانت ديانته أو جنسيته، طالما وجد في مجتمع إسلامي قاعدته " ألا يضار أو يضيع احد ¹ والضمن الاجتماعي واجب على الدولة والأفراد على السواء، طالما كان هناك محتاج في المجتمع المسلم، وهناك صورة بشعة للمجتمع الذي يتقاعس عن القيام بهذا الحق، وهي التي أشار إليها الرسول الكريم ﷺ بقوله " أيا أهل عرصة ، أصبح فيهم امرؤ جائع فقد برئت منهم ذمة الله ورسوله " ² . وهذا الجزاء عظيم، لأن الجزاء الذي وقع على هذا الإنسان أعظم، هو جزاء لا ينجو منه الأفراد إذا كانوا متفرقين، أو كانوا في جماعة لها نظام معين كالعشيرة أو القبيلة أو الدولة، ومن ثم وجب على هؤلاء جميعاً مضاعفة الجهد في القيام بهذا الحق، حتى لا يقعوا تحت طائلة ذلك الجزاء في الدنيا والآخرة ومن صور الضمان الاجتماعي في عهد عمر رضي الله عنه ، فكان رضي الله عنه من أول

1 - د. محمد شوقي الفنجري ، المقومات الأساسية للمجتمع الإسلامي 0 نفس المرجع السابق ، ص 536

2- رواه الحاكم في المستدرک ، والإمام أحمد في مسنده

من دون الدواوين وعم العطاء ابتداء من ستة عشر للهجرة، إنما زادت أموال بيت المال وتضخمت الإيرادات فقام بإحصاء شامل لجميع المسلمين، ثم قام بترتيبهم حسب منازلهم، فبدأ بأقارب الرسول ﷺ وأهل بيته، ثم سائر بني هاشم ثم أقرب المسلمين إليه، فإذا تساوا في درجة القرابة قدم عليهم أهل السابقة من المهاجرين ثم بيوتات الأنصار، وسار ﷺ بهذه السيرة في جميع أصقاع الدولة الإسلامية، إذ أمر عماله بتقسيم المال في أهل كل إقليم ومصر وبذلك شمل الإسلام جميع أفراد المجتمع بالعطاء، وفر الإسلام الأرضية الصلبة للأمن والاستقرار الاجتماعي، لأن التكافل العام يكفل الحد الأدنى من المعيشة للمواطن، أينما يضمن بيت المال مستوى أعلى وارتفاع أو يكفل سد الحاجات وإشباع الرغبات بصفة أكبر وبين واجبات الدولة وتحقيق هذه الأهداف كلها فإن عليها أن تضع المشاريع الكفيلة لإنجاز هذه الأمور، وأول ذلك حمل أفراد المجتمع وإلزامهم بامتثال مأمورات الشريعة واجتتاب منهياتها، فما لم يطبق المسلمون أحكام الإسلام على أنفسهم فإن شيئاً من تلك الأهداف لن يتحقق¹.

ثالثاً - التكافل الاجتماعي :

وهو قيام الأفراد بتقديم العون المادي أو المعنوي بعضهم لبعض في أي مكان أو زمان، أو لأي سبب والأساس في ذلك قوله تعالى: ﴿...وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ ٢﴾ [سورة المائدة:2] إن هذا التكافل الاجتماعي يعد مقياساً حقيقياً لمعرفة درجة نقاء معدن الإنسان، فما الأسهل أن يأخذ المسلم حفنة من ماء، فيتوضأ بها ثم يصلي ما شاء من أنواع الصلوات، فرائض، أو سنن، أو نوافل،

1- د. إبراهيم صالح الحسيني، الوظيفة الاجتماعية في الإسلام، مرجع سابق، ص 624

ولكن المحك الحقيقي له، عندما يطلب منه أن يضع يده في جيبه ليخرج ولو القدر اليسير من المال، ليقدمه لمن يستحق من خلق الله، ولذلك قال أمير المؤمنين عمر بن الخطاب رضي الله عنه " لا تنظروا للرجل (معرفة معدنه) عند صلاته ولكن أنظروه عند درهمه وديناره " ¹ .

ذلك أن الإسلام ينظر إلى المجتمع على انه كيان في متواصل ومتراحم، فالأسرة ترتبط بالمودة الواصلة، والمجتمع الصغير يتعاون فيما بينه على الخير، والأخذ بيد الضعيف، وتنمية المستغلات المملوكة للأحاد أو الجماعة على أكمل وجه، والأمة يتضافر احدها على الخير فيما بينها، وعلى التعاون فيما ينفعها، والإنسانية كلها تتعاون على رفعها، القوي ينصر الضعيف والعالم يعلم الجاهل، ولقد صرح القرآن الكريم بأن الناس امة واحدة وأن اختلاف الألوان والأجناس واللغات لا يقتضي التفاوت في معنى الإنسانية وحقوقها على الجميع سواء ² إن بذل المال لمن يستحقه، هو من شعب الإيمان المتعددة، ومن تقاعس عن ذلك كان على شعبة من النفاق، بل هو يعد مذبذباً برسالة الإسلام، يقول الحق تعالى: ﴿أَرَأَيْتَ الَّذِي يُكَذِّبُ بِالْذِّينِ ﴿١﴾ فَذَلِكَ الَّذِي يَدْعُ الْيَتِيمَ ﴿٢﴾ وَلَا يُحِضُّ عَلَىٰ طَعَامِ الْمِسْكِينِ ﴿٣﴾﴾ [سورة الماعون 1: 3] .

وقد أشار الرسول الكريم ﷺ إلى إحدى الصور التي يكتمل فيها إيمان الإنسان، بقوله الشريف " ليس بمؤمن، من بات شبعانا وجاره جائع إلى جنبه، وهو يعلم ³ ومن رحمة الله ورسوله بنا أن جعلنا عدم اكتمال الإيمان في هذه الحالة، مرتبطاً بعلم الجار بجوعة جاره، أو عدم علمه، وإلا كانت العاقبة سيئة على الجميع .

1 - حسن حسن منصور ، الأمن الاجتماعي في الإسلام ، مرجع سابق ، ص 95
2 - الإمام محمد أبو زهرة ، تنظيم الإسلام للمجتمع ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، بدون تاريخ ، ص 140
3 - أخرجه البخاري في الأدب المفرد ، ج 1 \ ص 52 \ ح 112 .

وهناك صورة أو نموذج رائع لقوم تمتعوا بالتكافل الاجتماعي في أفضل صورته، فكانوا أهلاً للدرجات العليا من الإيمان، إنهم الأشعريون قبيلة الصحابي الجليل أبي موسى الأشعري - رضي الله عنه - الذين قال فيهم أشرف المرسلين ﷺ عن "موسى" ابن الأشعريين "إذا أرموا (نفذ زادهم) في الغزو، أو قل طعام عيالهم بالمدينة، جعلوا ما كان عندهم في ثوب واحد، ثم اقتسموه بينهم في إناء واحد بالسوية، فهم مني وأنا منهم" ¹ "فهؤلاء القوم الكرام كانوا يتكافلون في أوقات الحرب والسلم، وكان كل واحد منهم يتفقد أحوال غيره من بني قومه، فإذا تبين أن هناك من هو في حالة عوز مادي، أخبر عنه الآخرين، فيقدم الجميع كل ما لديهم، ويتقاسمونه بالتساوي فيما بينهم، حتى لا يتميز أي واحد منهم على الآخر، وبذلك يتحقق لكل منهم الأمن الاجتماعي في حياته . وهكذا نجد التكافل الاجتماعي في الأسرة الواحدة مثل رائع فيما بينهم من التراحم والمودة، وأن القوي يعين الضعيف، وأن الغني يطعم الفقير، وأن ذلك يقتضي أن يمد الإنسان يد العون لكل إنسان يحتاج إلى العون وذلك من خلا طرق أربع ²:

1- نفقات الأقارب

2- الزكاة

3- التعاون في المجتمعات الصغيرة

4- و الصدقات غير الواجبة قانونياً وكما هو ثابت في موضعه في

كتب الفقه ما أروع أن يحتذي أبناء أمة الإسلام هذا النموذج الرائع،

الذي يعد تجسيداً حياً للمثل الذي ضربه الرسول الكريم ﷺ لهذه

الأمة بقوله الشريف " مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم، كمثل

1 - الإمام النووي ، رياض الصالحين ، رقم (568) ، دار الكتب العلمية مرجع سابق ص 232 .
2 - د. محمد أبو زهرة ، التكافل الاجتماعي في الإسلام ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1991 ، ص 81 ، ص 110

الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى"¹ وبذلك يستحقون ما وصف به الرسول الكريم الأشعرين "فهم مني وأنا منهم"

رابعاً- التأمين الاجتماعي :

وهو أن تقوم الدولة بوضع نظام معين لجمع اشتراكات من القادرين من أبناء المجتمع، وتدعمها إذا لزم الأمر من بيت المال، ومنحهم بعض المزايا، في بعض الأوقات أو عند وقوع بعض الأحداث وغير ذلك، وهذا النظام مبعثه المصلحة التي تسعى الدولة لتحقيقها لأفرادها، وأفضل نظام حاء به الإسلام لتحقيق هذه الوسيلة من الأمن الاجتماعي، هو الزكاة، سواء كانت مفروضة كأحد أركان هذا الدين، أم كانت صورة من صور التطوع .

و إذا كان الحديث عن الجانب الاجتماعي للزكاة يطول كثيراً، عن باب مالا يدرك كله لا يترك كله، نشير إلى مسألة هامة في أداء الزكاة، وهي غفلة كثير من المسلمين عن تحري الدقة في التعامل مع الزكاة الركن الثالث من الأركان الخمسة التي بني عليه دينهم ولا سيما بالشخص المستحق بها، خاصة في أيامنا المعاصرة² ومن عجب أن يعطونا كل عناياتهم للركن الثاني وهو الصلاة، رغم اقترانهما في الأمر تبشر معها، في كثير من آيات الكتاب العزيز والأحاديث النبوية المطهرة، كما في قوله تعالى : ﴿وَأَقِيمُوا الصَّلَاةَ وَآتُوا الزَّكَاةَ...﴾ [سورة البقرة:43].

و بسبب هذه التفرقة شن الخليفة الأول أبو بكر الصديق - رضي الله عنه - الحرب على مانعي الزكاة، وقال لمن عارض هذه الحرب: (والله لأقاتلن من فرق بين الصلاة والزكاة) ورغم انه لم يقف دور مؤسسة الزكاة منذ نشأتها،

1 - أخرجه مسلم في صحيحه ، ج4 ، 1999م

2 - حسن حسن منصور ، الأمن الاجتماعي في الإسلام ، مرجع سابق ص96

على مجرد سد حاجة الفقير العاجز، بل إعطاء فرصة العمل للقادر عليه، فكثير ما أعطى الفقير ما يمكن أن نسميه برأس مال ليبدأ تجارة ينميها أو ليشتري آلات لصناعة يعرفها، كذلك لعبت مؤسسة الزكاة في العهد الإسلامي الأول دورها في تخفيف الأعباء العائلية، من ذلك ما قرره سيدنا عمر بن الخطاب - رضي الله عنه - بإعطاء كل مولود مائة درهم ويزيد العطاء كلما نما الولد¹.

فعلى صاحب المال الذي تجب فيه الزكاة، أن يتحرى بدقة صاحب المصرف الشرعي المستحق لها، حتى يضعها في يده، بما يضمن له أداء هذا الركن الأصيل للإسلام، وهنا يجدر الإشارة إلى ما ذكره فقهاء الحنابلة، من أن الفقراء والمساكين المستحقين للزكاة ينقسمون إلى ثلاثة أنواع هي²

1- شخص يستطيع أن يعمل ويكسب ويغني نفسه، والصانع والتاجر والزارع وغيرهم، ولكن ليست لديه أدوات الصناعة، أو رأس مال التجارة، أو أرض الزراعة، فيأخذ من مال الزكاة ما يمكن لشراء هذه الأدوات، أو بداية رأس المال، أو قيمة إيجار الأرض الزراعية، ليتمكن من مزاولة النشاط الذي يكتسب منه ما يكفيه طوال حياته، دون حاجة إلى اخذ الزكاة مرة أخرى .

2- شخص يستطيع أن يعمل ويكفي نفسه، ولكنه قنوع لتحصيل العلم، وتعليمه للغير، ولا يمكن الجمع بين الكسب وطلب العلم، فإنه يأخذ من مال الزكاة ما يعينه على القيام بمهام العلم، لأن عمله هذا من قبيل فرض الكفاية، الذي يعم نفعه سائر المسلمين ولكن على العكس المتفرغ للعبادة لا يأخذ من مال الزكاة، لأن نفع العبادة يعود عليه وحده .

1- د. محمد شوقي الفنجري، المقومات الأساسية للمجتمع الإسلامي، مرجع سابق ص 537
2- حسن حسن منصور، الأمن الاجتماعي في الإسلام، مرجع سابق، ص 97

3- شخص عاجز عن الكسب، كالمريض المقعد، والشيخ الهرم، والطفل اليتيم وغيرهم، فيأخذون من مال الزكاة ما يكفي حاجاتهم الأصلية، حتى يزول عنهم سبب عدم القدرة على الكسب وعلى ذلك يكون تطبيق النظام الاجتماعي في الإسلام قد م معالجة لجميع الآثار المسببة للمشكلات الصحية فقد عالج كل ما نزل بأفراد المجتمع من أضرار من حيث الأمراض وما ترتب عليها من ضعف وأمية وحرمان وفقر وبطالة وأزمة وصراع القيم ليسود التراحم والوفاء والتعاون والرخاء والتضحية والجهاد فإن الإنسان أيا كان دينه أو جنسه يتمتع في ظل الإسلام بالحياة الآمنة في معاشه، في يومه وغده، وفي كل أمواله من اليسر والعسر، والقوة والضعف، والصحة والمرض، وما ذلك إلا لأنه من أوجه العظمة في هذا الدين، إنه لم يجعل الفقير عالة على الغني ولا المريض عالة على غيره فيحول إسقاطه من حسابه، ولا جعله سببا لتحقيق سعادته، إن لم يكن في الدنيا ، فيكون في دار البقاء في الآخرة، وهذا يدفع الغني للبحث عن الفقير والمريض ليقدم له يد العون المادي والمعنوي، وإذا لقيه يبش في وجهه، ولسانه يردد ما كان يقوله بعض سلفنا الصالح: مرحبا بمن يحمل زادي إلى الآخرة، وهذه غاية عظمى تستحق أن يتنافس فيها المتنافسون، ويكون هذا علاجا لجميع الأطراف الاجتماعية داخل المجتمع الإسلامي .

المبحث الثاني

الآثار الاقتصادية للمشكلات الصحية وعلاجها

إن ارتفاع معدل الأمراض في العالم يمثل حرب استنزاف مستمر ضد الاقتصاد الدولي، حيث لا تتوقف اثر المرض عند من أصابه ، بل تتعدى ذلك وتصيب الاقتصاد القومي فتدمره ؛ لتوجيه المزيد من الموارد لقطاع الصحة على حساب قطاعات أخرى أهم كالتعليم والتنمية فضلا عن انخفاض حجم القوى العاملة وساعة العمل بسبب تزايد حالات الوفاة وسف يتناول الباحث هذا المبحث من خلال:

المطلب الأول: الآثار الاقتصادية للمشكلات الصحية.

المطلب الثاني: الإجراءات التطبيقية لمعالجة الآثار الاقتصادية في الاقتصاد الإسلامي.

المطلب الأول

الآثار الاقتصادية للمشكلات الصحية

ظهر الإسلام منذ أربعة عشر قرناً، وطبق المسلمون مبادئه المستمدة من كتاب الله وسنه رسوله، فكان مجتمعاً مثالياً، وأصبحت الأمة الإسلامية أمة فاضلة لم يعرف لها التاريخ مثيلاً، وكان الاقتصاد الإسلامي هو الدواء الناجح لكل أمراض المجتمع لأنه يتواءم مع فطرة الإنسان، ولذلك أحرزت الأمة الإسلامية من النجاح ما لم يتحقق لأمة غيرها، ولما أغفل المسلمون تطبيق الاقتصاد الإسلامي في حياتنا المعاصرة كثرت الأمراض والأوجاع وظهرت آثارها في المجتمع الإسلامي .

وسوف يتناول الباحث في هذا المطلب الآثار الاقتصادية الحقيقية

للمرض أهمها:

- 1- انخفاض مستوى المعيشة .
- 2- ارتفاع التكلفة المادية لمكافحة المرض
- 3- انخفاض انتاجية الموارد البشرية
- 4- ضعف الأداء الإداري
- 5- ركود النشاط الاقتصادي

أولاً: انخفاض مستوى المعيشة :

يتسبب المرض في الكثير من المشكلات الاقتصادية، وخاصة إذا كان المريض هو رب الأسرة أو عائلها الوحيد وليس له أي دخل أو مورد رزق آخر، وخاصة إذا تسبب دخوله المستشفى أو بقاءه بالمنزل دون الذهاب إلى العمل وبالتالي انقطاع هذا الدخل، فإن الأسرة تواجه موقفاً قد تضطر في إلى

الاستدانة أو بيع الممتلكات أو خروج الأبناء من المدرسة أو خروج الزوجة إلى العمل، وقد يضطر المريض إلى مغادرة المستشفى قبل الانتهاء من العلاج حتى يعود إلى العمل ويعول أسرته، فتسوء حالته الصحية نتيجة للإرهاق ونقص العلاج¹.

بالإضافة إلى أن بعض الأمراض تحتاج إلى عمليات جراحية أو عقاقير طبية أو أدوية باهظة الثمن، فإن ذلك يؤثر في ميزانية الأسرة خاصة إن لم تدخر الأسرة وتخطط لمثل هذه المواقف والظروف . والإصابة بالمرض لا تعني فقدان الدخل خلال فترة المرض فحسب، بل تحمل نفقات إضافية للإنفاق على العلاج ومن ثم فإن المستوى الاقتصادي للفرد يصاب بخطرين في وقت واحد وبالتالي فإن انخفاض مستوى المعيشة قد يكون سببا في عدم تنفيذ خطة العلاج الذي يصفها الطبيب ؛ كأن يصف نظاما معيناً للتنفيذ ويصعب على المريض تنفيذه لارتفاع تكاليفه فتسوء حالته الصحية، أو أن تحتاج الحالة المرضية إلى فترة طويلة من الراحة أو البقاء في الفراش ؛ ولكن حاجة المريض الاقتصادية تضطره إلى عدم تنفيذ تعليمات الطبيب فينتكس المريض، أو ينصح الطبيب بنقص وتقليل ساعات العمل وهذا يعني نقص في دخل المريض، ولا يستطيع المعيشة بهذا الدخل المنخفض، أو يشير الطبيب إلى تغيير نوع العمل حتى يلائم الحالة الصحية للمريض، أو تغيير المسكن حيث أنه لا يتناسب والحالة الصحية للمريض، ولكن عدم توفر فرص العمل، وضغط الحالة الاقتصادية لا تساعد المريض على إحداث التغيير المطلوب² . ولا شك أن حالات الوفاة والعجز البدني التي يسببها المرض تؤدي إلى فقد في القوى

(1) د. أميرة منصور يوسف علي، المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية، والمكتب الجامعي

الحديث، الإسكندرية، 1999، ص98

(2) الشارقة، مجلة دورية، الفكر الشرطي، المجلد الثاني، العدد الرابع، الإمارات، 1414 هجرية.

1994 ميلادية، ص250

العاملة أيام العمل، الأمر الذي يضر بالاقتصاد، وانخفاض مستوى المعيشة، ويزداد هذا الضرر كلما ازدادت أيام العمل المفقودة، وكلما ازدادت حالات الوفاة ضمن القوى العاملة اقتصاديا

ثانيا: ارتفاع التكلفة المادية لمكافحة الأمراض :

ومن الآثار المترتبة على المشكلات الصحية ، ارتفاع التكلفة المادية لمكافحة المرض في الدول المتقدمة والنامية وذلك نظرا لمشاكل تزايد الطلب، ومن ثم الضغط على الموارد المتاحة لتقديم الخدمات الصحية .

وفي هذا الصدد صنفت منظمة الصحة العلمية ضحايا مرض الإيدز من ضحايا ستة أمراض معدية أخرى عام 1998 فجاء مرض الإيدز في المرتبة الثانية بعد أمراض الجهاز التنفسي الحادة، ويتأثر الاقتصاد بشدة من جراء فقد فئات معينة تؤدي دورا هاما فيه، فقد أغلقت جمهورية إفريقيا الوسطى عشرة مدارس خلال الفترة من 1996-1998 م بسبب وفاة المدرسين الناجمة عن مرض الإيدز، ولنا أن نتخيل حجم الضرر الذي يحدثه هذا المرض على مستوى التربية بشكل عام، وعلى مستوى التعليم بشكل خاص، وفي زامبيا يحصد المرض ما بين 4 إلى 5 أشخاص يوميا وهو ما يعادل حوالي 4% من مجمل حالات الوفاة في البلد¹ .

كما يتراوح ثمن الدواء الذي يتعاطاه مريض الإيدز من 10 إلى 20 ألف دولار سنويا، وتصل هذه التكلفة إلى 155 ألف دولار سنويا في مراحل متقدمة من المرض، وتفرض هذه التكاليف أعباء إضافية مرهقة على ميزانية الدولة، وتعجز الدول في كثير من الأحيان عن الوفاء بها، حتى في الدول المتقدمة التي بها أنظمة تأمين صحي متطورة، فإن هذه الأنظمة قد لا تغطي كل التكاليف

1- موقع شبكة الإنترنت " الإيدز محرقة للأموال والعمال " بتاريخ 2003/12/30
<http://www.online.net/iol-arabic/dowalia/nomaa-38/nomaa-2.asp>

بالكامل، وعلى سبيل المثال خلال النصف الأول من 1996 م في واشنطن وجدها تضاعف عدد المرضى المنتمين إلى برنامج المساعدة الدوائية لمرض الإيدز، كما ازدادت تكاليف البرنامج إلى ثلاثة أضعاف مما أدى إلى قيام عدد من الولايات المتحدة الأمريكية بفرض قيود على الانضمام إلى هذه البرامج مثل¹ :

- تخفيض مستوى سقف الدخل الذي يسمح للمصاب بالانضمام للبرنامج
- إنشاء قوائم انتظار للراغبين
- صرف بعض الأدوية بمقابل

وإذا أسلمنا لمحدودية الموارد المالية للدولة، فإن ازدياد نفقات قطاع الصحة بسبب المرض سيكون على حساب تخفيض النفقات على قطاعات أخرى كالتعليم مثلا، كما أن ارتفاع نفقات الرعاية الطبية للإيدز في قطاع الصحة نفسه سيكون على حساب مستوى الرعاية الطبية لبقية القطاعات في قطاع الصحة كالأطفال أو المعاقين على سبيل المثال.

وفي دراسة أجراها البنك الدولي عام 1997 تبين أن تكلفة الرعاية الطبية لمريض الإيدز خلال عام واحد تساوي 207 مرة من نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي، كما أن تكلفة الرعاية الطبية لمريض الإيدز خلال عام واحد تفوق تكلفة عشرة تلاميذ في المرحلة الابتدائية، وبفارق كبير في العديد من الدول مثل اليونان، كينيا، البرازيل، زائير، تنزانيا، كوستاريكا، وفي أفضل الأحوال فإن التكاليف تتساوى تقريبا مع دول متقدمة مثل اليابان - الولايات المتحدة الأمريكية، ولنا أن نتصور كيف ستكون هذه الإحصائيات إذا ما علمنا

1- نفس المرجع السابق

أنها أجريت قبل ظهور بعض العقاقير الجديدة -الباهظة الثمن- المضادة للفيروس¹.

وقد أشارت التقديرات الرسمية لوزارة الصحة إلى أن حوالي 14 مليون نسمة في مصر مصابين بمرض البلهارسيا، وأن الإصابة تنتشر بين فئات السن الصغيرة، وتظهر هذه الأعراض ومضاعفاتها عادة في فئة الأعمار بين 30 - 55 سنة وهي أهم سنوات الإنتاج للعامل الزراعي، وحددت هذه الدراسات أيضا أن نسبة مساهمة عنصر العمل للإنتاج الزراعي بـ 25%، و قدرت متوسط نسبة المصابين بالبلهارسيا في القطاع الزراعي 50%، ومتوسط ما يفقده العامل الزراعي من المقدرة الإنتاجية نتيجة الإصابة بـ 25% من القوة الإنتاجية، وحددت الفقر الاقتصادي نتيجة البلهارسيا وجدها على أساس المعدلات الآتية: 25% نسبة مشاركة العمل في الإنتاج الزراعي، ومتوسط الإصابة بإصابة البلهارسيا في القطاع الزراعي 26.5%²

وعلى ذلك يمكن حساب الفاقد الاقتصادي في الإنتاج الزراعي نتيجة البلهارسيا على أساس :

الفاقد الاقتصادي في الإنتاج الزراعي = نسبة مساهمة العمل في الزراعة × متوسط الإصابة × معامل الفقد البشري = 25% × 26.5% × 25% = 16.56%.

و هذا يبين مدى الخسارة الاقتصادية لمرض البلهارسيا على إنتاجية العامل الزراعي باعتباره من أكثر شرائح المجتمع تعرضا لأضرار هذا المرض، ومن ثم يؤثر على الإنتاج الزراعي القومي للبلاد .

1 - نفس المرجع السابق .

2- د.محمد صالح الشيخ ، الآثار الاقتصادية والمالية لتلوث البيئة ووسائل الحماية منها ، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية ، الإسكندرية ، 2000م ، ص 257

يؤثر المرض أيضا على الطاقة الاستيعابية للمستشفيات، والأطقم الطبية، حيث يعاني الأطباء والممرضون في نصف الدول الإفريقية المصابة من ضغط ساحق من مرض الإيدز، وعلى سبيل المثال: يمثل مرض الإيدز في زيمبابوي وحدها حوالي نصف عدد الأسرة المتاحة في المستشفيات بالدولة ككل.

وأن ارتفاع معدل حوادث الطرق: يصل 2.5% من جميع الوفيات بالولايات المتحدة الأمريكية، ترجع لحوادث الطرق وهذا ما يوضح الأهمية الاقتصادية لتلك الحوادث، ومع دراسة توزيعات العمر للضحايا، يتضح انه تميل للارتفاع في حالة صغار السن، وهو ما يعني قصر العمر الإنتاجي للفرد ومن ثم فاقد اقتصادي اكبر، فحوادث الطرق من الأسباب الأولى للوفاة للأشخاص من سن 15 حتى حوالي 35 سنة، ومن الواضح أن الآثار الاقتصادية للحوادث في هذا الصدد، لا تقتصر على الوفيات ولكن كذلك على تكلفة الحوادث التي تؤدي إلى عجز كلي أو جزئي للمصابين وهو ما ينعكس أثره ليس فقط على فقد إنتاجية هؤلاء أثناء فترة علاجهم بل تكلفة هذا العلاج بالإضافة إلى ما يحدث من الفقد الكامل لإنتاجية المصابين بالعجز الكلي، هذا بالإضافة للآثار الاجتماعية والنفسية على المحيطين المتأثرين بالمصاب وهو ما يؤثر بالتالي على إنتاجيتهم وكفاءة أدائهم¹

ومع تزايد عدد السيارات عالميا، أدى إلى سهولة الحركة والتنقل، بالإضافة إلى توفير الوقت، إلا انه قد أدى أيضا إلى الآثار السيئة على صحة الإنسان والبيئة، فقد أكدت الدراسات العلاقة الوثيقة بين التلوث الصادر من عوادم السيارات وأمراض القلب والتنفس بالإضافة إلى تسبب السيارات فيم يعرف بالتلوث السمعي، وتأثير عوادم السيارات على البيئة معروف لدى معظم

1- الشارقة، مجلة دورية، مرجع سابق

الناس، إلا أن عوادم السيارات تعتبر من أهم مسببات ظاهرة ارتفاع درجة حرارة سطح الأرض، أو ما يعرف "بالاحتباس الحراري"، كما أن كثرة استخدام السيارات قد أدى إلى قلة الحركة الجسمانية، مما يؤدي بدوره إلى الكثير من الأمراض¹

وتتأثر ارتفاع التكلفة المادية لمكافحة الأمراض بعدة عوامل منها :

- 1- **أدى التقدم الطبي:** مثل زرع الأعضاء، والعلاج بالجينات إلى ظهور علاجات جديدة مما خلق حاجات جديدة لمزيد من الإنفاق الصحي وتوقعات أكبر، كما ترتب على انتشار تكنولوجيا التشخيص والعلاج عن بعد، خلق حاجات جديدة لمزيد من الإنفاق على الخدمات الصحية وتوقعات أكبر، كذلك إضافة إلى تزايد تكاليف الاتصالات في مجال الخدمات الصحية من خلال الأقمار الصناعية .
- 2- **يترتب على تحسين مستويات المعيشة تزايد توقع الحياة، ومن ثم تزايد الحاجة إلى المزيد من الموارد المطلوبة للعلاج الطبي واستمرار رعاية المسنين .**
- 3- **يؤدي عدم توافر المعلومات عن الخدمات الصحية لمستهلكي تلك الخدمات إلى زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية، بينما يترتب على توافر نظام معلومات جيد عن الخدمات الصحية إلى اختصار خطوات ومراحل العلاج وتكاليفه .**
- 4- **أدى انتشار التعليم في الدول النامية وتزايد الاهتمام ببرامج الإعلام الصحي إلى تزايد الطلب على الخدمات الصحية، ومن ثم التوسع في**

1- موقع شبكة الانترنت " العالم يقول ؛ وداعا للسيارات " بتاريخ 2004/1/1م
<http://www.islamonline/arabic/science120.../artical16.shtm>

مخصصات الخدمات الصحية وبرامج الإنفاق العام في الموازنة العامة للدولة .

5- أدى التقدم الصناعى المتسارع في الدول المتقدمة، وسعى الدول النامية إلى إحداث تنمية صناعية إلى تزايد مشاكل التلوث البيئى، وما يتبعه من تدهور الحالة الصحية العامة للسكان، ويترتب على ذلك زيادة مخصصات الإنفاق العام على برامج الخدمات الصحية الوقائية والرقابة الصحية للبيئة

ترتب على تزايد الاهتمام بالاستثمار في الموارد البشرية منذ بداية ثمانينات القرن العشرين تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية والتعليمية حيث تشكل الصحة والتعليم أهم أشكال رأس المال البشرى (Human capital). وفى الأصل يرتبط مفهوم رأس المال البشرى ارتباطاً بالمهارات المكتسبة من خلال التعليم الرسمى، وكذلك خبرات العمل، ويمثل ذلك المفهوم الضيق لرأس المال البشرى، وقد اتسع هذا المفهوم في السنوات الأخيرة ليشمل الاستثمار في الصحة والتغذية ويمثل ذلك المفهوم الواسع لرأس المال البشرى⁽¹⁾

تفرض زيادة عدد السكان على الحكومات ضرورة تخصيص موارد متزايدة لقطاع الصحة، سواء تم توجيه تلك المخصصات إلى برامج الخدمات الصحية، أو إلى برامج بديعة تهدف إلى تحسين الصحة، ولعل هذا العامل يكون أكثر وضوحاً في الدول النامية، إذ أن معظم هذه الدول وبرغم ما تنفذه من برامج تنظيم الأسرة بأنها مازالت تعاني من معدلات نمو سكاني مرتفعة⁽²⁾.

(1) أنظر المرجع السابق ، ص15

(2) أنظر المرجع السابق ، ص 19 .

وأدى ظهور التقنيات الطبية الحديثة إلى تسابق الحكومات لاقتنائها بحجة مسايرة العصر، دون مراعاة لأعبائها المالية، أو فرص واحتمالات الاستفادة منها ومن ثم أصبح الجانب الأكبر من المكون الرأسمالي للإنفاق العام على الخدمات الصحية، يستخدم في إنشاء وتجهيز مستشفيات تخصصية على درجة عالية من التكنولوجيا باهظة التكاليف، بالإضافة إلى توجهات بعض المستشفيات الحكومية لاقتناء أجهزة طبية على درجة عالية من التكنولوجيا قد لا تستخدم على الإطلاق، وحتى لو استخدمت سيكون بأقل من طاقة تشغيلها المثلى كثيرا.

ثالثا - انخفاض إنتاجية الموارد البشرية :

خلصت مجموعة من الدراسات التي تناولت تأثير المرض على معدل العمر ومعدل الوفاة، إلى أن المرض سوف يرفع من معدلات الوفاة في مجموعة من الدول النامية وسوف يستمر في ذلك خلال العشر سنوات القادمة، وقد قدرت الأمم المتحدة أن سكان الدول الأكثر إصابة بالمرض سوف يتناقص بمقدار 13 مليون نسمة عام 2005، وبمقدار 30 مليون نسمة عام 2025 م، كما أن معدلات الأعمار في هذه الدول سوف يتناقص بمقدار 27%، وفي نفس الوقت يقدر مكتب الإحصاء السكاني الأمريكي مقدار النقص في عدد سكان هذه الدول بحوالي أربعة أضعاف تقديرات الأمم المتحدة تقريبا أي (59) مليون نسمة في 2005 م، 120 مليون نسمة في 2025 م، ويرجع الخبراء الاختلاف في التقديرات إلى اختلاف الطرق الإحصائية المستخدمة في التقدير، ولكن وبشكل عام فإن كلا التقديرين يعكس الآثار السلبية للمرض على الموارد البشرية¹

1 - موقع شبكة الإنترنت بتاريخ 2004/2/3م

1-<http://www.islam-online.net/iol-arabic/dowalia-38/namaa2-asp>

يترتب على تدهور الحالة الصحية لأفراد المجتمع انخفاض إنتاجية هؤلاء في سن العمل، وكذلك فإن انخفاض الحالة الصحية يؤدي إلى انخفاض معدل توقع الحياة، ومن ثم تزداد حالات الوفاة للأفراد وهم في سن العمل أو خروجهم إلى المعاش المبكر بسبب المرض، وبالتالي يفقد الاقتصاد القومى ما كان يمكن لهؤلاء الأفراد أن يسهموا به في الناتج القومى لو أنهم كانوا في صحة تامة، أو لو أنهم استمروا في الإنتاج بكامل طاقاتهم حتى سن الخروج إلى المعاش، أى أن سوء الحالة الصحية للأفراد يؤدي إلى ضياع جزء من الناتج كان من المتوقع تحقيقه. وفي الدول النامية وجد أن زيادة الإنفاق على الصحة يعتبر من المتطلبات الأساسية بالتنمية المستدامة، ذلك أنها تؤدي إلى زيادة العمر الإنتاجى للإنسان، وترفع إنتاجيته، فضلاً عن إقلال عدد ساعات التعطل عن العمل⁽¹⁾

كما أن اعتلال الصحة (المرض) قد تفرض ضغوطاً على الأفراد الأصحاء في المجتمع وقد يفرض الأفراد ذوو الصحة السيئة تكاليف إضافية على دافعى الضرائب إذا كانت الخدمة الصحية تمول من الضرائب، وقد يمثل هذا مشكلة متصاعدة إذا تزايدت بنسبة المتقاعدين بسبب المرض إلى العاملين، مما يؤدي إلى ارتفاع معدل الإعالة أحياناً .

وسوء صحة الفرد تفرض عليه تكاليف من حيث انخفاض قدرته على التمتع بالحياة، أو كسب الدخل، أو العمل بفاعلية، وهكذا تسمح الصحة الجيدة للفرد بمراحله حياة أكثر إنجازاً وإنتاجية بينما يحدث العكس في حالة تدهور الحالة الصحية للفرد من انخفاض الإنتاجية وتحمل التكاليف⁽¹⁾.

(1) أنظر المرجع السابق ، ص 20 .

(2) نفس المرجع السابق ، ص 20

كما أن تحسن الخدمات الصحية يحقق منافع للمجتمع ككل إذا أدى ذلك إلى تحسن الصحة، بالإضافة إلى تحقيق منافع للفرد، وكذلك فإن عملية توفير رعاية صحية يمكن أن يكون لها تأثير هام على رفاهية الفرد ورفع الإنتاجية.

رابعاً - ضعف الأداء الإداري :

الإدارة عنصر أساسي من عناصر التأثير في عملية الإعداد والاستثمار والتوجيه وعندما تكون الإدارة ؛ إدارة علمية تتوفر فيها الدقة وحسن التدبير وحسن استخدام الطاقات من رأس المال والخبرات والفرص السياسية والإمكانات البشرية والطبيعية، تستطيع الأمة أن تستخدم إمكاناتها وإن كانت قليلة استخداماً حسناً، وتعمل على توظيفها وتنميتها وتطويرها، وحين يغيب حسن الإدارة والتدبير، فإن الإمكانات الضخمة ستهدر وتضيع أو توظف بشكل لا يعطي المردودات المرجوة منه. فترشيد استثمار رؤوس الأموال والإنفاق والاستفادة من الفرص المتاحة والخبرات والأيدى العاملة والمواد المتوافرة، كلها تحتاج إلى عنصر الإدارة التي تقوم بتجميع تلك العناصر وتوظيفها توظيفاً سليماً .

والذي يتابع أوضاع العالم الإسلامي يجد أن أحد الأسباب للتخلف هو ضعف الأداء الإداري، وسوء التعامل مع إمكانات التنمية والتطوير الإنسانية والمادية. وفي المنشآت والهيئات المرتبطة بالصحة في الدول النامية نجد أن المدير المسئول يواجه مشكلة: وهي كيفية تحقيق أفضل استخدام للموارد المتاحة لتحقيق الهدف، أو مجموعة الأهداف المنشودة ! كما تعاني المستشفيات الحكومية من قلة التمويل المخصص لها، ويرجع ذلك إلى ضعف الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية، حيث يمثل حوالى 2.5% فقط من إجمالي الميزانية العامة للدولة، وعلى سبيل المثال: فإن الميزانية

المتاحة الآن لتشغيل السرير بوزارة الصحة، غير كافية لتقديم الخدمات الصحية على المستوى المطلوب، نظراً للزيادة المطردة في أسعار الأدوية والأغذية، وأفلام الأشعة والمحاليل والمستلزمات الفندقية، وعدم تخصيص ميزانية لخدمات العيادات الخارجية مما يؤثر في الأداء الإدارى واتخاذ القرار⁽¹⁾.

لقد أثبتت التجربة أن تركيز الرعاية الصحية في البلدان العربية، له أثر محدود على نمط الأمراض والوفيات، وغير مجز من الناحية الاقتصادية والاجتماعية، **لعدة عوائق تبدو عامة في مختلف البلدان العربية أهمها⁽²⁾**.

1- ضعف دعم العملية الإدارية بالمعلومات، خاصة في إطار نظام الخدمات الصحية .

2- المشكلة الرئيسية الثانية تكمن في الإدارة، فهناك حاجة ماسة لتحسين المهارات الإدارية داخل النظم الصحية .

3- تنمية القوى العاملة في الحقل الصحي، هناك حاجة ماسة إلى وضع السياسات الخاصة بالتوظيف ومستويات الأجور والترقى الوظيفى على أساس صحيح .

4- انعدام الوعى بالأهداف والأساليب الحقيقية للرعاية الصحية الأولية .

5- الموارد المالية غير السكانية، باستثناء الدول المصدرة للبترول، بالإضافة إلى انعدام التخطيط الصحي، وعشوائية وقصور البحث في أولويات الرعاية الصحية، وعدم رصد المتغيرات في المجتمعات العربية لتلبية حاجاتها الصحية، أو وضع الحلول الملائمة لها في الوقت المناسب .

(1) المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المجلس القومى لخدمات التنمية الاجتماعية ، الدورة الثامنة ، مرجع سابق ، ص 75 .

(2) المعهد العربى للتخطيط ، الحاجات الأساسية فى الوطن العربى ، مرجع سابق ، ص 120 .

(3) مجدي عبد الفتاح سليمان ، علاج التضخم والركود الاقتصادي في الإسلام ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة ، 2002م ، ص 297

خامسا - ركود النشاط الاقتصادي :

المقصود من الركود الاقتصادي: هو انخفاض في الطلب الكلي الفعلي يؤدي إلى ببطء في تعريف السلع والبضائع في الأسواق ومن ثم تخفيض تدريجي في عدد العمالة في الوحدات الإنتاجية وتكديس المعروض والمخزون من السلع والبضائع وتفاشي ظاهرة عدم انتظام المتعاملين في النشاط الاقتصادي في سداد التزاماتهم المالية في مواعيدها وشيوع الإفلاس والبطالة³ الركود الاقتصادي، حالة مرضية بلا شك، تعاني فيها الحياة الاقتصادية مجموعة من الصعاب، تعوق سيرها المطرد المنظم، في سبيل التقدم والارتقاء، ويكفي أن نشير على تفاشي الأمراض وشيوعها، والبطالة، وانهيار حجم الإنتاج الحقيقي من السلع والخدمات، وهي الظواهر التي تصحب عادة عهود الانكماش وتلازمها، ويكفي أن نذكر المآسي التي تتخلف عن الانكماش الربحي من إفلاس كثير من المشروعات، ومن إيقاف تنفيذ المشروعات، التي كان قد شرع في إنشائها، ومن زيادة أعباء الديون على المشروعات وعلى الأفراد وعلى الحكومات، نتيجة تدهور الدخل والأسعار، ومن إقبال الأفراد على اكتناز جانب مهم من ثرواتهم للاحتفاظ بها في شكل نقدي، ومن اضطراب الدولة إلى التضيق على الإنفاق، وفوق هذا كله يبرز شعور قوي لدى أفراد المجتمع بأن أي نشاط اقتصادي مآله إلى الفشل، وأن أي سعي لا بد وأن ينتهي بالخيبة، وأن المستقبل يبدو لهم ظلاما قاتما، وكل ما في الحياة الاقتصادية ينذر بنذر سيء، ونجد أدوات وثروات عاطلة أو نصف عاطلة، والمصانع تعمل بنصف طاقتها، وفي حالة الركود نرى الأسواق عامرة بالسلع والبضائع ولا يوجد لها مشتر، وهكذا الأمراض وانتشارها يقوض النشاط الاقتصادي وتؤثر في هبوط الاقتصاد القومي .

المطلب الثاني

الإجراءات التطبيقية في معالجة الآثار الاقتصادية في الاقتصاد الإسلامي

من الحقائق المعروفة أن " الفقر، الجهل، المرض " يمثل مثلثا لا ينفصل أي ركن من أركانه عن الركنين الآخرين، ولكن الركن الذي يمثل الفقر هو الركن الأساسي، الذي يستند عليه الركنان الآخران بحيث يمكن أن يختفيا بسهولة في حالة اختفائه، وينطبق هذا على الفرد والشعوب إلى حد سواء والمستوى الاقتصادي لأي شعب من الشعوب له علاقة مباشرة بأحواله الصحية، إذ أن نقص الامكانيات يعتبر العقبة الرئيسة في سبيل تنفيذ البرامج الخاصة بمقاومة الأمراض وعلاج المرضى وتطوير الخدمات الصحية، كما يعتبر العقبة الرئيسة في طريق رفع مستوى المعيشي للشعب، ورفع مستواها الحضاري، مما يؤدي الى بقاء قطاع كبير منها فريسة للجهل الذي يعتبر بدوره حليفا قويا للمرض والمستوى الصحي لمجتمع ما يتناسب طرديا مع مستواه الاقتصادي، فكلما زاد الدخل القومي والفردى ارتفع المستوى الصحي، وكلما ارتفع المستوى الاقتصادي والتعليمي والثقافي كلما ارتفع المستوى الصحي للفرد والمجتمع فكان من الضروري معالجة الآثار الاقتصادية لضمان مستوى صحي، ومستوى اقتصادي مناسب يحقق الاستقرار والأمن للمجتمع 0

الإجراءات التطبيقية في معالجة الآثار الاقتصادية في الاقتصاد الإسلامي: ¹

1- الرجوع إلى تعاليم الدين الاسلامي

2- تنمية الموارد البشرية

3- التوسع في الانتاج النافع

1 - حسن سري ، الاقتصاد الإسلامي ، مركز الإسكندرة للكتاب ، مرجع سابق ، ص299

4- رفع مستوى المعيشة

5- الأخذ بالوسائل العلمية الحديثة التي تساعد على الانتاج

6- الحد من التبعية للعالم الخارجي، وزيادة التكامل بين بلدان العالم

الاسلامي

أولاً: الرجوع إلى تعاليم الدين الإسلامي:

فالاسلام كل لا يتجزأ، ولا يجوز الأخذ ببعض تعاليمه دون بعض، وأن الاقتصاد الاسلامي جزء من النظام الاسلامي العام، بعقائده وتشريعاته، وأخلاقياته، وأنه يجمع بين مصلحة الفرد ومصلحة الجماعة، ويوفق بين الحاجات المادية للإنسان والحاجات الروحية، ويجعل التقوى عنصراً من عناصر الانتاج، بحيث يكون الضمير الديني رقيباً ذاتياً على العمل، وسبيلاً إلى الإتيان، فالتقوى خير زاد للمسلم، وهي رصيده الباقي الذي ترجح كفته في الحساب ﴿... وَتَكْرَهُواْ فَإِنَّكُمْ خَيْرَ الْإِنْسَانِ عَلَىٰ مَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ﴾ [سورة البقرة: 197] .

إننا بحاجة ماسة إلى العودة إلى الفكر الاسلامي السليم القائم على روح الاسلام، وغاياته وقواعده الكلية، ومراتب أحكامه من خلال مصدريه العظمين: الكتاب الكريم وسنة رسول الله ﷺ، وذلك لنتمكن من إعادة فتح التصورات والحلول الاسلامية للمشكلات الصحية .. وغيرها، التي تعاني منها الأمة العربية والاسلامية، بشكل يجعلها على يقين تام أن الاسلام هو السبيل الأوحى لإنقاذها، وفيه الحل الأمثل لجميع مشكلاتها، ويحول بينها وبين أمراضها¹ والاقتصاد الاسلامي الذي يعد شريعة الله في التعامل بين بني البشر وقد قدم للعالم نموذجاً رائعاً من النجاح في التطبيق لم يرق الى مستواه نظام آخر على ظهر الأرض ؟ فلا سبيل سوى العودة الى تعاليم الله ورسوله،

1 - لجنة التعريف بالإسلام ، الفكر الإسلامي المتوازن ، سلسلة قضايا إسلامية ، العدد (115) ، وزارة الأوقاف ، القاهرة ، 1425 - 2004 ، ص15

وتطهير الاقتصاد في الدول الإسلامية من كل ما حرمه الله ورسوله، حتى يزول الداء وينجح الدواء ويعم الخير والبركة ﴿وَلَوْ أَنَّ أَهْلَ الْقُرَىٰءِ آمَنُوا وَاتَّقَوْا لَفَنَحْنَاهُمْ بَرَكَاتٍ مِّنَ السَّمَاءِ وَالْأَرْضِ وَلَٰكِن كَذَّبُوا فَأَخَذْنَاهُم بِمَا كَانُوا يَكْسِبُونَ﴾ [سورة الأعراف:96]. فإذا ثابت الأمة الى رشدتها ووضعت يدها على الجرح، وعرفت موطن الداء لوجب عليها بعد ذلك أن تتبين الخطوات التي يجب أن تسلكها للوصول إلى الدواء وتحقيق الهدف، فالرجوع الى الله سبحانه، ورسوله يقي الفرد من كثير من الأمراض المنتشرة، وخاصة ما انتشر منها في الدول الإفريقية من مرض الإيدز . لقد بينت إحصائيات منظمة الصحة العالمية أن نسبة الإصابة في دول شمال إفريقيا والشرق الوسط كانت 18% فقط، وهي أقل نسبة في العالم تقريبا، وهو ما يعكس الطبيعة المحافظة في هذه المجتمعات، والمبنية على الدين الإسلامي الحنيف الذي يحرم الزنا والشذوذ والخمر والمخدرات ¹ .

كما أن المناهج المستوردة تجعل النمط الغربي للإستهلاك هدفا تتطلع اليه الجماهير، وهي إذ تخلق فيهم هذا التطلع تعجز عن تجنيدهم في حلقة الانتاج لتحقيق ما يتطلعون اليه، ومن ثم فهي توقعهم في الإحباط النفسي، وليس بهذا النمط من السلوك تعالج قضايا التنمية، إن منهج الاسلام الذي نحن في حاجة اليه، هو منهج يقلب هذا الترتيب، منهج يحقق مشاركة الجماهير في البذل والعطاء على الاستهلاك المظهري ²، واشريعة الإسلامية بما تملك من سيطرة على قلوب الناس تستطيع أن تجعلهم يعطون بغير حدود عبادة الله تعالى، كما تستطيع ان تضبط استهلاكهم عند الحدود المعقولة التي تتجنب

1- موقع شبكة الإنترنت بتاريخ 2004/2/15م

<http://www.Islam-online.net/iol-arabic/dowalia/namaa-38/namaa2.asp>

2- د.إبراهيم يوسف ، خطوات على طريق المنهج الإسلامي في التنمية ، المجلة العلمية ، العدد الأول، كلية التجارة - بنات - تقفنا الأشراف ، جامعة الأزهر ، 2004 ، ص98

التقنير والإسراف، أنه ليس إلا الطريق الذي حدده الإسلام للنهوض بالمجتمع اقتصاديا وصحيا واخراجه من ضنك الحياة إلى طيب الحياة، قال تعالى: ﴿مَنْ عَمِلْ صَالِحًا مِّنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيٰوةً طَيِّبَةً﴾ [سورة النحل: 97].

ثانيا: تنمية الموارد البشرية:

يرتبط تطبيق الاقتصاد الإسلامي بالعنصر البشري، فدور الفرد المسلم هو العامل الأساسي والفعال لنجاح هذا التطبيق، ومن هنا فإن بناء الإنسان نفسه وتصحيح سلوكه على أسس ومبادئ أخلاقية هو محور العمل الإسلامي ونقطة انطلاقه⁰ ويخلص بعض المختصون في مركز دراسات الوقاية من الإيدز في جامعة كاليفورنيا بأن القاية من خلال تغيير الأنماط السلوكية هي الطريقة الوحيدة للتحكم في انتشار الأمراض¹.

و نجد أن الأنماط السلوكية على القواعد الإسلامية تهذب الفرد بدءا من البيت، والأسرة، ومرورا بالمدرسة، وإنتقالا إلى المجتمع العام لقوله تعالى ﴿يَأَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا أَنفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا...﴾ [سورة التحريم: 6] ، كما أن إعداد الفرد روحيا وعقليا وبدنيا يؤدي إلى تكوين رأس المال الانساني الضروري لكل تنمية اقتصادية واجتماعية، لأن ذلك يزيد من طاقات الأفراد على العمل مما يزيد دخولهم ووعيهم الإدخاري، ويدفع عجلة الانتاج والارتقاء به فلا غنى عن التنمية البشرية، وأن الأمر الأساسي لإنجاح خطط التنمية هو مشاركة الشعب بجميع فئاته وطوائفه في تنفيذها .

1- موقع شبكة الإنترنت بتاريخ 2004/3/7م

<http://www.Islam-online.net/iol-arabic/dowalia/namaa-38/namaa2.asp>

والتنمية البشرية تتطلب تضافر الجهود لإحداث تنمية في العقلية والطريقة التي يفكر بها الناس ويتطلب ذلك ما يلي:¹

1- إصلاح جذري لنظام التعليم الاسلامي ؛ ويتحقق ذلك بصياغة خطط وسائل تربوية تتسجم مع المفاهيم الاسلامية ويحرك في نفوس المسلمين عنصر الإبداع .

2- التركيز على الجانب العملي والتطبيقي، ويتحقق بالتوسع في التعليم الفني والصحي و الصناعي والزراعي .

3- الاتجاه في دراسة العلوم الانسانية الى ما يتصل بالحياة الواقعية والمشكلات الصحية

4- التوسع في الخدمات والأنشطة في المجال الصحي والرياضي والغذائي وإصلاح النظم الادارية والتخطيط والتقويم.

5- الاهتمام بالتوعية الدينية ؛ بالإرشاد الخلقي، وإبراز قيمة التعاون والمشاركة في الاسهام الفعال في المشاريع الاجتماعية، وغرس روح التضحية والإيثار، والتمسك بالأصالة، والوقوف ضد التيارات المناهضة للتعاليم الاسلامية، ونشر الوعي الصحي .

ثالثا: التوسع في الانتاج النافع :

حثت الشريعة الاسلامية على الانتاج، وحرمت الامتناع عن العمل، ولو كان هذا الامتناع بسبب التفرغ للعبادة وحذرت من الكسل، وإهمال العمل، وعملت على الوقاية من الأمراض وعلاجها، لأن المحفظة على الفرد هدف اساسي يفرضه المذهب الاقتصادي الاسلامي على الأفراد وعلى المجتمع، وحرمت انتاج ما يضر بالصحة أو يعطل العقل أو يلهو النفس وتحرم الشريعة

1 - حسن سري ، الاقتصاد الإسلامي ، مرجع سابق ، ص300

جميع المعاملات التي ليس لها إنتاج اقتصادي مثل: القمار والسحر والشعوذة، ولا يجوز التكسب بدون عمل، أو من غير الاسهام في الدورة الانتاجية للسلع والخدمات كما لا يجوز اكتناز الأموال، وتحارب الشريعة تجميدها وتحرم الفائدة التي لا تشتمل على دخل مضمون لأفراد لا يسهمون في النشاط الإنتاجي كما تحرم أنواع المسكرات والمخدرات، وكل أنواع اللهو والمجون، لأنها تؤثر على القوى العقلية للإنسان، وتنقص من قدرته على ممارسة الأنشطة الجدية المنتجة¹.

كما جعلت الشريعة تعلم العلوم المادية والتكنولوجية والصناعات المختلفة، والتفوق في العلوم والفنون والصناعات من فروض الكفاية على أفراد المجتمع الاسلامي إذا تم تحقيقه من بعض الناس سقطت الفرضية عن الباقيين، وجعلت الشريعة من حق الدولة أن تعيد توزيع الموارد الطبيعية على أوجه الاستعمال عند الحاجة من أجل الكفاية وزيادة الانتاج، كما حرمت الإسراف والتبذير وقللت الفوارق الاستهلاكية بين الناس . أما أساليب التوسع الانتاجي في المجتمع الاسلامي وفقا للأولويات والإحتياجات **على النحو التالي:**

1 - استصلاح الأراضي للزراعة: لتوفير الأمن الغذائي وانتاج المحاصيل الغذائية بما يتناسب مع النمو المضطرد وزيادة السكان في بقاع الوطن الاسلامي

2- تحقيق الاكتفاء الذاتي في مجال انتج السلع الاستراتيجية .

3- توجيه الموارد الاقتصادية المتاحة لإنتاج الضروريات، وتجنب الأنماط الاستهلاكية الكمالية

4- توفير وعرض المواد الغذائية والسلع الأساسية- بما في ذلك مواد البناء بأسعار معقولة في متناول الجميع

1 - نفس المرجع السابق ، ص72

5- ترشيد الاستهلاك، والحد من محاكاة السلوك الطرفي ونشر الوعي

الإدخاري

6- حماية الانتاج المحلي وتحسينه وتجويده، حتى يصمد امام منافسة الانتاج

المستورد

7- الحد من التطلعات المادية، وإيجاد سياسة إعلامية موجهة للقضاء على

الاسراف، والدعاية للصناعات المحلية

8- تدعيم الإنتاج الحربي للدفاع عن الأمة الاسلامية، والاتحاد تدريجيا لعدم

الاعتماد على الغير في تسليح الجيوش الاسلامية .

رابعاً: رفع مستوى المعيشة:

في ظل النظام الاقتصادي الاسلامي لا يوجد جائع أو محروم ،ذلك لانه

يضمن حد الكفاية لكل فرد أو حد الكفاف - كما يسميه الفقهاء - فلكل القدر

الازم الذي يكفل له الحد الأدنى من العيش الكريم من مأكل ومشرب وملبس

ومسكن وهذا في نظر الاسلام حق ثابت " وفي أموالهم حق للسائل والمحروم"¹،

أما بالنسبة للفقراء الأصحاء القادرين على العمل، فيفتخ الاسلام أمامهم أبواب

الكسب الشريف في مجالات التجارة والزراعة والاحتراف أما الوسائل التي

تحقق رفع المستوى المعيشي²:

1- توفير حد الكفاية: ويتحقق ذلك بإيجاد نظام اجتماعي يضمن ضروريات

الحياة لجميع الفئات غير القادرة بسبب العجز أو المرض أو كبر السن

ولن يتأتى ذلك الا بإحياء فريضة الزكاة لتؤدي دورها الفعال في انجاح هذا

النظام .

1 - سورة الذاريات ، الآية رقم 16

2 - نفس المرجع السابق ، ص305

- 2- **القضاء على البطالة:** بإيجاد فرص العمل لكل قادر بتشجيع استصلاح الأراضي الزراعية وغزو الصحراء، وتشجيع الصناعات الصغيرة، وإنتاج السلع الوسيطة والتوجه إلى التعليم الصحي والصناعي والزراعي
- 3- إيجاد التوازن وتقليل الفجوة بين الطبقات وذلك بتوزيع الدخل توزيعاً عادلاً بين فئات المجتمع لصالح محدودي الدخل بين العمال والفقراء، فلا ينبغي أن ينظر إلى العمل على أنه تابع لرأس المال وليس مشاركاً في عملية الإنتاج والتنمية، كما يحدث في النظم المادية البحتة - بل ينظر إليه على أنه مكمل ومشارك لرأس المال، حتى تتحقق العدالة بين أصحاب رؤوس الأموال والعمال وتضييق الفجوة الهائلة بين أصحاب العمل والعمالين وتتوافر أقصى منفعة من الطيبات التي سخرها الله تعالى لكل فئات المجتمع على حد سواء
- 4- تنمية الموارد واستغلال الموارد المتاحة: فالتنمية في الإسلام فرض وضرورة لأنها تعني المزيد من السيطرة على الموارد التي سخرها الله لخدمة الإنسان، وتحقيق مستويات متزايدة من الدخل مما يتيح رفع مستوى المعيشة ومعلوم أن التنمية لا تتحقق إلا بتوظيف واستثمار الإمكانيات المتاحة واكتشاف موارد جديدة وفقاً لخطط واعية، من غير تبديد ولا إهدار.
- 5- القضاء على التضخم وتوفير الاستقرار الاقتصادي فالتضخم من أخطر الأسباب لتدني مستوى المعيشة من العمال والموظفين وصغار الملاك؛ لأنه يؤدي إلى ارتفاع الأسعار بما لا يتناسب مع دخولها المحدودة وللحد من التضخم تتبع الحلول الآتية: ¹

1 - نفس المرجع السابق ، ص 306

أ- العمل على تشجيع غنتاج السلع المحلية البديلة للسلع المستوردة،
وتصدير الزائد منها عن الاستهلاك المحلي، وذلك لتموية ميزان
المدفوعات

ب- إعادة النظر في عمل البنوك التجارية الربوية التي تتحكم بالإئتمان
تستولي على طاقات مالية بدون وجه حق مما يؤدي الى رفع الأسعار
وزيادة الأعباء على الطبقات الكادحة .

ج- مراعاة الظروف الاقتصادية في الانفاق العام ؛ فتزيد الدولة من
انفاقها في حالة الركود الاقتصادي لتنشيط الاقتصاد، وتقلص الانفاق
في حالة الانتعاش

د- منع الوسطاء: لن كثرة الوسطاء بين المنتج والمستهلك يؤدي الى
ارتفاع الأسعار ويتفق ذلك مع أسس الاقتصاد الاسلامي حيث نهى
رسول الله ﷺ عن تلقي الركبان وبيع الحاضر للبادي لقوله "
ولا تلقوا الركبان، ولا يبيع بعضكم على بيع بعض، ولا يبيع حاضر
لباد" ¹

خامسا: نقل فنون الانتاج الحديثة عن المجتمعات الأخرى :

اذ يشهد العالم تطورا متصاعدا في فنون الانتاج، فان مسألة نقل فنون
الانتاج الحديثة عن المجتمعات الأخرى الأكثر تقدما يعد من المسائل الهامة
والحيوية في الاجراءات التطبيقية في معالج الآثار الاقتصادية
واذ تع مشكلة نقل الفنون الانتاجية عن الدول الغربية المتقدمة، وهي
المصدر الأساسي لها، من اهم المشاكل التي تواجه الافادة من فنون الانتاج هذه،
وذلك لأن نقل واستخدام هذه الفنون يجب ان يتوافق مع المقررة المحلية داخل

1 - أخرجه نسلم في صحيحة

الأقطار المنقولة إليها لاستيعاب فنون الانتاج الحديثة، وأن تكون هناك مقدرة أيضا على متابعة التطور في هذه المجالات بما يوافق الظروف المحلية من خلال الأبحاث والدراسة وتطوير المقدرة المحلية على التجديد والابتكار، كما يتعين ان تكون هناك اجراءات لعلاج ما يترتب على اتباع الفنون الحديثة في مجالات معينة على المجالات الأخرى التي لم تحظى بهذا التطور من خسائر او آثار سيئة وعلى المجتمع من أضرار ربما كان من بينها تلوث البيئة او الأمراض او البطالة او غيرها، حتى لا يثبط ذلك من قدرة المجتمع على بناء القدرة الاستيعابية المحلية لفنون الانتاج الحديثة ويرفع من تكلفة استيراد وإدارة معداتها، وذلك لمسئولية الدولة عن كافة أفراد وطوائف المجتمع والحفاظ على المقرة الانتاجية والاقتصادية والحفاظ على البيئة التي يعيشون فيها ويمارسون نشاطهم وعلى ادارة المجتمع ككل وفقا لقول رسول الله ﷺ " لا ضرر ولا ضرار"¹ .

هذا ويدفع الاسلام المجتمعات الى الافادة من كل مجالات التقدم العلمي التي يتم الوصول اليها في مجتمعات أخرى في كل من الماضي والحاضر، وذلك كما يتبين² :

أ- الافادة من خبرات الأمم السابقة قال تعالى: ﴿... وَذَكَرَهُمْ بِأَنَّمْ اللَّهُ...﴾ [سورة إبراهيم:5] ، وقال تعالى أيضا ﴿لَقَدْ كَانَتْ فِي قَصَصِهِمْ عِبْرَةً لِأُولِي الْأَلْبَابِ...﴾ [سورة يوسف:111] ، وقال أيضا ﴿قُلْ سِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَانظُرُوا كَيْفَ كَانَ عَاقِبَةُ الَّذِينَ مِن قَبْلُ كَانَ أَكْثَرُهُمْ مُّشْرِكِينَ﴾ [سورة الروم:42] وقال سبحانه : ﴿يُرِيدُ اللَّهُ لِيُبَيِّنَ لَكُمْ وَيَهْدِيَكُمْ سُنَنَ الَّذِينَ مِن قَبْلِكُمْ...﴾ [سورة النساء:26] . وتندرج هذه الافادة تحت قاعدة عامة

1 - أخرجه البخاري في صحيحه
2- د. محمد عبد المنعم عفر ، التنمية والتخطيط وتقييم المشروعات في الاقتصاد الاسلامي ، مرجع سابق ، ص182

هي الافادة من هذه الخبرات فيما يتفق مع الاطار العام للنظام الاسلامي المتكامل .

ب- الافادة من خبرات ومكتسبات المجتمعات المعاصرة: قال تعالى ﴿...فَسْأَلُوا أَهْلَ الذِّكْرِ إِنْ كُنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾ [سورة النحل:43] ، وقال رسول الله ﷺ " من خرج في طلب العلم فهو في سبيل الله حتى يرجع " ¹ . ولهذه الافادة ايضا شروط هي: تنقية هذه الخبرات والمكتسبه اتمما يخالف الاطار العام للنظام الاسلامي اذي يقر القوانين العلمية الثابتة، ويفيد من النظريات والمظهر الخارجى فيما يتفق مع القوانين العلمية الثابتة والمذهب الاقتصادي الاسلامي وحيث يعمل الاسلام على الافادة من الخبرات المتاحة له في تطوير الفنون الانتاجية، والافادة من خبرات المجتمعات الأخرى فيما يتفق ونظامه العم وظروف مجتمعه، فإنه بذلك يؤكد تجنب مشاكل النقل الآلي للفنون الحديثة وإتباع مناهج الغير دون تعديل او تطوير، ودون تطوير القدرة المحلية على الاستيعاب والتطوير وهو بذلك يتجاوز او يقلل من المشاكل المرتبطة بذلك إلى حدها الأدنى ونكون قد استفدنا بالأخذ بالوسائل العلمية الحديثة التي تساعد على الإنتاج.

سادسا: الحد من التبعية للعالم الخارجي، وزيادة التكامل بين بلدان العالم الإسلامي .

ما زالت الأمة الإسلامية تحت وطأة التبعية الاقتصادية للعالم الخارجي، والله ﷻ يقول: ﴿كُنْتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ...﴾ [سورة آل عمران:110] لقد فرضت التبعية فرضا على البلدان الاسلامية في ظروف ضعفها الشديد حينما تم احتلالها عسكريا او وضعها تحت الحماية او الانتداب من قبل القوى

1- الإمام النووي ، رياض الصالحين ، رقم (1385) ، مرجع سابق ص475 .

الاستعمارية في القرن الماضي، هذه القوى التي لم تكن في حقيقة الأمر سوى امتداد طبيعي للحملات الصليبية الهمجية على البلدان الإسلامية منذ عدة قرون مضت والتي أحبطت حينذاك بفض تماسك المسلمين

و لعل من أهم استمرار التبعية وخاصة التبعية الفكرية التي تكونت خلال فترة التبعية السياسية والاقتصادية ثم استمرت بسبب الوهم السائد لدى الكثير من المثقفين بثقافات غربية ولدى الحكام بأن التمسك بأهداف الحضارة الغربية يحمل أسس التقدم والترقي، بل ان بعض الحكومات في البلدان الإسلامية لن تقدم على وض سياسات جديدة او مشروعات حيوية قبل استشارة خبراء من الغرب وفي بعض حالات البلدان الإسلامية ظهرت الانظمة الاشتراكية كأنظمة جديدة غير جهرها بالاحاد، وبناء حياتها الاجتماعية والسياسية والاقتصادية على اساس¹.

ولكن لم تكن التبعية الفكرية سببا في استيراد الخمر والأفلام السينمائية الفاسدة في البلدان الإسلامية، وتحليل الربا في المصارف القائمة فيها - وتفضيل اغنياء المسلمين ايداع اموالهم في المصارف الغربية الشهيرة لأنها (اكثر امانا)، وكذلك الاستثمار في مشروعات (عالية الربحية) داخل البلدان الغربية بلا من المخاطرة بها في استثمارات قليلة العائد نسبيا داخل البلدان الإسلامية النامية، ألم تؤدي التبعية الفكرية الى تفضيل المسؤولية في داخل معظم البلدان الإسلامية لزيادة الارتباط بالأسواق الأوروبية والأمريكية، بدلا من التفكير في توثيق العلاقات الاقتصادية بالبلدان الإسلامية القريبة منها .

أن التخلف الاقتصادي التي تعاني منه الدول الإسلامية لا يرجع إلى الإسلام، لان الاسلام يسعى الى الاعتماد على الذات على مستوى الفرد

1- د.عبد الرحمن يسري أحمد ، الاقتصاديات الدولية ، الدار الجامعية ، الاسكندرية، 2000، ص331

والدولة بحيث، تستقل الدول الإسلامية وتعتمد على قدرتها الذاتية وامكاناتها البشرية لتحقيق التنمية، إنما يرجع التخلف الى ابتعاد المسلمين عن المنهج الإسلامي وتمسكهم بالتبعية للنظم الوضعية¹.

إن الاسلام يرفض التبعية للامم الكافرة والمشاركة مهما بلغت من تقدم وازدهار مادي لا يقتدى بها ولا بأنظمتها، ولا يتناسب مع ابناء الامة الاسلامية ان يأخذوا مناهج تفكيرهم التي تتنافى مع مفاهيم ومعطيات الشريعة الاسلامية.

و هنا تبدو ضرورة التكامل الاقتصادي بين الدول الاسلامية للحد من التبعية والحاجة للدول الأخرى، فبعض الدول الإسلامية يملك المال ، وبعضها يملك الموارد الطبيعية، وأخرى تتوفر لها القوى البشرية، او الاراضي الشاسعة الصالحة للزراعة، فالأخرى ان تتعاون هذه الدول - بحق الإخاء الإسلامي -وما حباها الله من تفوق اقتصادي اذا تضافرت الجهود بالعمل لانجاح ذلك باخلاص واستقلالية في عصر التكتلات الاقتصادية.

مزايا الاقتصاد الإسلامي عن غيره من الاقتصاديات الوضعية:

- 1- اهتمام الإسلام بمعالجة القضايا الاقتصادية، وشموله كافة أوجه الحياة الاقتصادية.
- 2- الرجوع إلى الإسلام بتطبيق ما جاء فيه من تشريعات هو السبيل الوحيد لإنقاذ البشرية من وضعها الاقتصادي المتردي وحل كافة المشكلات الاقتصادية التي يعاني منها عالمنا المعاصر.

1- د.حسن سري ، الاقتصاد الإسلامي ، مرجع سابق ، ص301

3- التعامل مع الحياة الاقتصادية وفق شرع الله، والتمكن من استنباط الأحكام الشرعية الاقتصادية.

4- إدراك الأخطار والانحرافات في الأنظمة الاقتصادية الوضعية.

5- تفوق النظام الاقتصادي الإسلامي على غيره من النظم الاقتصادية السائدة في عصرنا.

أوجه الاتفاق والاختلاف بين الاقتصاد الإسلامي والوضعي في حل والمشكلات

1- يختلف تحديد مفهوم ومضامين المشكلة الاجتماعية في الإسلام عن تحديداتها في ظل النظم الوضعية . ففي ظل النظم الأخيرة لا توجد ثوابت ولا قيم ولا أخلاقيات ولا معايير مطلقة. فالأمور كلها نسبية . وما ينظر إليه اليوم على أنه مشكلة قد لا ينظر إليه غدا على أنه كذلك (مثل الزنا واللواط وتعاطي المخدرات صارت حقا قانونيا للأفراد اليوم في العديد من دول أوروبا أما في الإسلام فان تحديد المفاهيم والمضامين يرتبط بالبناء العقائدي والأخلاقي والقيمي وهو ثابت مطلق وليس نسبيا، وهذا ما يضمن السواء والبعد عن الانحراف والسير مع الهوى الذي يحطم الإنسان والمجتمعات ويقود للهاوية . ليس معنى هذا تجميد حركة المجتمع الإسلامي . وهناك مجال حرية الحركة في مجال التحريم والحماية حسب مقتضيات التغيير والتنمية والظروف الزمانية والمكانية، وهذا الأمر لا يتصل بالثوابت الإيمانية والأخلاقية والقيمية الاستراتيجية العليا في الإسلام، ولكنه يتصل بالمصالح المرسلة ومجالات التعذير، وهي مجالات مفتوحة حرة بشرط عدم التصادم مع الأبعاد الثابتة للبناء العقدي والأخلاقي والقيمي للإسلام .

- 2- لا ينكر الإسلام الأساليب المنهجية والتحليلية المستخدمة اليوم في فهم المشكلات الاجتماعية بالأساليب المسيحية والتاريخية والإحصائية والمقارنة لمعرفة جذورها وعواملها وارتباطاتها الوظيفية وغيرها من مشكلات وظواهر . كذلك لا يعارض الإسلام أساليب المنهج العلمي في التحديد والتشخيص ورسم خطط المواجهة والتنفيذ والمتابعة والتقويم، ولا ينكر جوهرها إسلامية النشأة والتنظير والتطبيق . ويكفي دراسة مواجهة الإسلام لآفات كثيرة مثل تعاطي المسكرات والزنا وغيرهما .
- 3- يتفق المنهج الإسلامي في مواجهة المشكلات مع الفطرة السوية والعقل الراشد ويستمد أسسه من الشريعة . ولهذا لا يقع هذا المنهج في الطوباويات أو الإغراق في المثاليات غير القابلة للتطبيق فالمنهج الإسلامي يتسم بالاعتدال والواقعية الأخلاقية .
- 4- تضع الاستراتيجية الإسلامية في التعامل مع المشكلات نسقا من الأولويات مستمدا من الأولويات في الإسلام نفسه كدين سماوي 0 فالمشكلات التي تفرض قيام المجتمع الإسلامي أو التي تمس أمورا إيمانية أو تطبيق الشريعة الإسلامية تأتي أولا وتحتل أهمية كبرى، فدفع الضرر مقدم على جلب المنافع .

الباب الثالث

أساليب الوقاية والعلاج فى الإقتصاد الوضعى

والاقتصاد الإسلامى

الباب الثالث

أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي

بعد التعرض في الباب الأول لصور من التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية، ومدى أهميتها، وأفضل الصور التي يجب استخدامها، اقترن ذلك باستعراض المشكلات الصحية من حيث الأسباب والآثار الناتج عنها الأمراض في الباب الثاني.

ويثار التساؤل عن مدى نجاح أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والإسلامي؟ وما مدى اتفاق واختلاف أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والإسلامي؟

وإذا كان الإسلام يتفق مع العلاجات الحديثة طالما لا يخالف الشريعة، إلا أنه أكثر فاعلية في نجاح العلاج، وفي تحقيق الشفاء، فهو يقوى الإرادة ويجدد العزم، ويبعث الثقة مما يكون له الأثر في التخفيف من مضاعفات المرض، وإن لم يكن الشفاء منه.

كما أن هناك صفات مشتركة بين نظم المستشفيات في الحضارة الإسلامية والمستشفيات الحديثة مما يدل على أهمية الصحة عند المسلمين قبل غيرهم منذ عده قرون.

وأصبح لدى جميع دول العالم اليوم، قناعة بأن الوقاية خير من العلاج، وأن العلاج الناجح يساهم في صحة الأفراد وعودتهم إلى عجلة

الإنتاج، وهناك من الإحصاءات الصحيحة ما يشير إلى ذلك، ولم تضع الدول السياسات الصحية إلا لمواجهة المشكلات الصحية من خلال أساليب الوقاية والعلاج.

وفى الباب الثالث سيتم معرفة أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي، وأساليب الوقاية والعلاج في المؤسسات العلاجية في الحضارة الإسلامية في مجال التطبيق. في ثلاثة فصول الفصل الأول: أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي وفى الفصل الثانى أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي، وفى الفصل الثالث أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي في مجال التطبيق في المؤسسات العلاجية في الحضارة الإسلامية (البيمارستانات).

الفصل الأول

أساليب الوقاية والعلاج

في الاقتصاد الوضعي

تتاول الباحث أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي، حتى نقف على أهمية الوقاية ونذكر الأقوال الشائعة والأمثال المعبرة، " درهم وقاية خير من قنطار علاج" والوقاية خير من العلاج ". وذلك بعد أن أصبحنا اليوم ندرك أهمية الوقاية في حياتنا نتيجة لمعرفتنا بحجم الأضرار المادية والاجتماعية (الاقتصادية) والنفسية التي تنجم عن الأمراض فالإحصائيات تقول (1):

1- أنه يموت سنوياً ملايين البشر وتضيع ملايين من ساعات العمل، وتتفق أموال كثيرة على أمراض يمكن الوقاية منها بتكاليف زهيدة تكاد لا تساوي شيئاً، إذا ما قورنت بالتكاليف الباهظة التي تنفق سنوياً على العلاج .

2- وعلى سبيل المثال: أن داء الجدري الذي انتشر في أنحاء العالم. وبسببه مات الملايين وتشوه آخرون، كان علاجه ما يقارب مليار دولار سنوياً، ولكن بعد تنفيذ برنامج الوقاية من الجدري على نطاق عالمي صارت التكاليف المخصصة للقضاء عليه ثلث المبلغ السابق.

3- وكما أن تكلفة الوقاية من الالتهاب الكبدي بالطعم الواقي قد يكلف 100 جنيه وتكلفة العلاج كبيرة، أما علاج المضاعفات باهظة قد تصل إلى مئات الآلاف.

(1) موقع شبكة الإنترنت : (المنهج الوقائي في الإسلام) بتاريخ 2004/4/4
<http://www.alwatan.Com/graphics/2001/june/22.06/heads/otg.htm>

يقول هانس- بيترمارتين⁽²⁾ والمؤلم حقاً أن تشارك منظمة التجارة العالمية (WTO) في دعم وتعزيز السياسات الحمائية التي تنتهجها بلدان الشمال من خلال اتفاقية حقوق الملكية الفكرية، وما تتطوي عليه هذه الاتفاقية من ترسيخ للتخلف وتعزيز لانتشار الفقر والمرض. فكما هو معروف فإن ملكيه. مالا يقل عن 90% من حقوق براءات الاختراع تعود أصلاً إلى بلدان الشمال، وبفضل هذه الاتفاقية أسست بلدان الشمال ومعها منظمة التجارة العالمية، تفرض غرامات باهظة على كل من تسول له نفسه الانتفاع من مكتشفات ومبتكرات العصر، ولعل الأدوية الخاصة بعلاج مرض نقص المناعة (الإيدز) مثال صارخ على ما نحن في صدد الحديث عنه، فمع أن هذا المرض يقضي على آلاف الأرواح كل يوم في القارة الإفريقية، أصرت دول الشمال على احتكار وتسويق هذه الأدوية بأسعار خيالية نادراً ما يستطيع مواطن إفريقي دفعها، ولولا الاحتياجات الواسعة والمظاهرات الصارخة في جنوب إفريقيا لما تنازلت بلدان الشمال عن شيء من حقوقها الخاصة بهذا الشأن أبداً.

- أما تكلفة الوقاية من الدرن بما في ذلك علاج الحالات لوقاية المجتمع، والالتزام بالتطعيم لا يقارن بآثار ذلك على الفرد والأسرة والمجتمع، صحياً، ونفسياً، ومادياً، وبالتالي إنتاجياً.

- أما البلهارسيا فمثال صارخ، لتدمير الإنسان لنفسه، لمجرد تجاهله وجهله لمبدأ بسيط للحفاظ على الصحة، وهو عدم قضاء الحاجة في المياه، ولم تكتفي البلهارسيا بآثارها المدمرة المباشرة، ومضاعفتها التي قد لا تجد

(1) هانس، بيتر مارتين، هارالدشومان، "فخ العولمة " الاعتداء على الديمقراطية والرفاهية " ، ترجمة وتقديم د. عدنان عباس على ، مراجعة وتقديم ، د. رمزي زكي ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، أغسطس 2003م ، ص 27.

علاجاً، ولكنها قد لا تعلن عن نفسها بإفساح المجال للأمراض أخرى تظهر على السطح.

ونستنتج أن: مضاعفات هذه الأمراض يضيف عبأً ثقيلاً يستنزف المال ويدمر النفس، ونخص في هذا المقام الأمراض المتوطنة كالالتهاب الكبدي - الدرن - والبلهارسيا، فهي لم تترك بصماتها على الصحة والحالة المادية، بل أثرت على الحالة العقلية والنفسية، وصلت إلى حد الزعر في بعض الأحيان. وأن الوقاية من الأمراض يوفر المستنزف في العلاج، ويحافظ على القوى البشرية. وهما درعا للتنمية .

المبحث الأول

أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي

من أساليب الوقاية والعلاج (1) :

- 1- إجراءات ترقية الصحة وتقويتها (الوقاية العامة) .
- 2- إجراءات الوقاية النوعية.
- 3- الاكتشاف المبكر والعلاج الفوري للحالات المرضية.
- 4- علاج المرضى (الوحدات العلاجية) .
- 5- الإجراءات التأهيلية.

وسوف يوضح الباحث أهم هذه الطرق:

أولاً: إجراءات ترقية الصحة وتقويتها (الوقاية العامة)

الارتقاء بالصحة (Health Promotion) عن طريق (2):

التثقيف الصحي: (Health Education) والإجراءات الآتية: -

- 1- تثقيف المواطن بالحقائق الجوهرية للصحة والمرض والإرشاد وتعديل السلوك نحو العادات التي توفر الصحة. ويعد التثقيف الصحي الأساسي لأي برنامج صحي وهو العمود الفقري لتخطيط وسائل مكافحة الأمراض المعدية والوقاية منها ورفع صحة المجتمع.

- 2- المحافظة على مستوى غذائي يناسب مختلف أدوار النمو، إذ توجد

علاقة وثيقة بين الحالة الصحية الغذائية للجسم وبين مقاومة الجسم

لمسببات الأمراض من الجهة الأخرى.

(1) د. سلوى عثمان الصديق ، مدخل في الصحة العامة ، مرجع سابق ، ص 37 .

(2) د . صلاح الدين أحمد رحيم ، المبادئ العامة لعلم الوبائيات ، مرجع سابق ، ص 77 : 78

3- المحافظة على صحة البيئة من ناحية المسكن الصحي وتوفير الشروط الصحية في المجالات العامة وفي مجالات العمل وإجراء الفحوصات المخبرية قبل الزواج .

4- إجراء فحوص دورية نوعية للاكتشاف المبكر للأمراض المزمنة.

ثانياً: إجراءات الوقاية النوعية:

وذلك بحماية المجتمع من الأمراض والأمراض المعدية (1):-

1- حماية الفرد من المرض عن طريق :-

أ- العناية بالنظافة الشخصية (Personal Hygeine) مثلاً أن

غسل الأيدي بالصابون قبل الأكل وبعد استعمال المرافق الصحية يحمي الإنسان من الكثير من الأمراض المعدية المعوية.

ب- الحماية من الأخطار المهنية: عن طريق وسائل ميكانيكية

لحماية العاملين من أخطار بعض الصناعات وتوعية العاملين بالطرق الخاصة بالحماية من أخطار المهنة.

ج- الحماية من الحوادث في المنزل والطرق مثلاً.

د- استعمال أغذية خاصة مثلاً لمنع أمراض سوء التغذية ومنع مضاعفات بعض الأمراض كداء السكر .

2- حماية الفرد من الأمراض المعدية عن طريق :-

أ- استعمال اللقاحات النوعية بصورة دورية ابتداء من الطفولة

وإعطاء جرعات منشطة من اللقاح لكي نضمن وجود مستوى

عال للمناعة في المجتمع.

(1) نفس المرجع السابق ، ص 78

ب- استعمال العلاجات الوقائية الكيماوية (Chemo- Prophylaxis) بغرض تأمين الوقاية القصيرة الأمد مثل استعمال الأدوية في مرض الملاريا والحمى المخية والشوكية.

ج- منع تلوث مياه الشرب ومعالجة .

لذلك كانت الإجراءات العامة للوقاية من الأمراض ومكافحتها التي تنقسم إلى ثلاثة أقسام:⁽²⁾

1-1- الإجراءات الوقائية:

الهدف من هذه الإجراءات هو منع حدوث المرض، ولذلك فهي تتعلق بالبواغث التي تعمل في المدة ما قبل تولد المرض وتسمى (الوقاية الأولية) أو (Primary Prevention) وتشمل ما يلي⁽¹⁾ :-

- 1- رفع مستوى السلامة الجسمية والعقلية والرفاه الاجتماعي.
- 2- حماية أفراد المجتمع وتشمل حماية الفرد من الأمراض العامة من الأمراض الانتقالية.

1-2- إجراءات المكافحة :-

والهدف منها الحد من انتشار العدوى من الوحدات العلاجية والحد من مضاعفات المرض ولذا فهي تتعلق بما يلي⁽²⁾ :-

أ- مدة المرض وتسمى (Secondary Prevention) وتشمل:

- 1- الإجراءات المتخذة ضد انتشار الأمراض المعدية.
- 2- الإجراءات المتخذة للإقلال من مضاعفات وعواقب المرض.

ب- مدة التفاهم وتسمى الوقاية الثالثة (Tertiary Prevention):

(1) نفس المرجع السابق ، ص 78 .

(2) نفس المرجع السابق ، ص 78 .

(3) نفس المرجع السابق ، ص 79 .

وتتعلق بالإجراءات التي تتخذ بعد زوال الأعراض من المريض.

1-3- الإجراءات الدولية:

إجراءات وضعت من قبل منظمة الصحة العالمية (W.H.O) وهي منظمة صحية تابعة لهيئة الأمم المتحدة والهدف منها هو منع دخول الأمراض المعدية المادة الوبائية إلى مختلف الأقطار من البلدان الموبوءة، وتخص هذه الإجراءات المسافرين. والحجاج إلى الديار المقدسة، ومنها ما هو خاص بالبضائع والحيوانات وتشمل تلقيح المسافرين والحيوانات المنقولة وتنمية الوعي بأسباب الوقاية من المرض، وتوعية الشباب قبل سفرهم إلى الخارج بأخطار المرض .

ثالثا: الاكتشاف المبكر والعلاج الفوري للحالات المرضية

وهي الإجراءات الوقائية⁽¹⁾ التي تنمو لاكتشاف الحالات المرضية في أدوارها الأولى مع عدم ظهور الأعراض المرضية، وبالتالي قد تكون مجهولة للمصابين بها. ومما لا شك فيه أن الاكتشاف المبكر للأمراض يساعد على العلاج الفوري، وبالتالي يكون ايسر وأسهل وذات فاعلية أسرع في العلاج، ويساعد على منع حدوث مضاعفات للمريض.

ومن طرق الاكتشاف المبكر⁽²⁾:

- 1- الكشف الدوري والفحص المستمر للحالة الجسمية العامة دون إحساس الفرد بأي أعراض مرضية أو حدوث آلام.
- 2- التحليلات الطبية الشاملة سواء كان تحليل بول أو دم أو الخ .
- 3- عمل الأشعات المختلفة الشاملة والمقطعية.

(1) د . سلوى عثمان الصديق ، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية ، مرجع سابق ،

(2) نفس المرجع السابق ، ص 39

وهذه الإجراءات تساعد في الكشف المبكر للحالات المرضية، وبالتالي علاج الأمراض في حالة ظهورها في الأطوار الأولى لها يساعد على تجنب حدوث مضاعفات، وبالتالي إمكانية الشفاء التام وكلما تقدمت الدول والمجتمعات كلما كان هناك إجراءات للاكتشاف المبكر للأمراض. ولذلك يجب أن يقوم الفرد بإجراء الفحص المستمر للوصول إلى الاكتشاف المبكر لأي مرض، وبالتالي يسهل علاجه.

رابعاً: علاج المرض

ويهدف العلاج للحد من المضاعفات أو العجز المرضي واستكمال الشفاء، فهذه الإجراءات تستهدف علاج المرض والوقاية من مضاعفات المرض للمريض، بل ويستهدف أيضاً وقاية المجتمع من انتشار المرض ولاسيما إذا كان مرضاً معدياً. وذلك عن طريق المستشفيات العامة والوحدات العلاجية .

خامساً: الإجراءات التأهيلية :

وتشمل الإجراءات التي تتخذ بعد علاج المرضية وثبوت الحالة التشريحية والوظيفية للجسم وتستهدف هذه الإجراءات الوقاية من المضاعفات الاجتماعية والاقتصادية، بل وتحقيق التكيف الاجتماعي للفرد، حيث تستهدف الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والمهنية حتى يستطيع الاعتماد على نفسه في تصريف شئون حياته، فباستغلال أقصى قدراته وإمكانياته المتبقية أفضل استغلال ممكن⁽¹⁾ .

وعملية التأهيل تمر بمجموعة من الخطوات التي تبدأ بالفحص الطبي الشامل لتحديد درجة العجز أو الإصابة ثم تحديد الأساليب الطبية اللازمة

(1) نفس المرجع السابق ، ص 40

للحالة: ويصاحب هذه العملية التأهيل النفسي للفرد لقبول العجز أو العاهة والرضا النفسي يؤهل الفرد للتأهيل الاجتماعي حيث محاولة التكيف مع المجتمع باختيار المهنة أو العمل الذي يتناسب وطبيعة العجز أو العاهة، وبالتالي التأهيل المهني المناسب، وبالتالي إيجاد العمل المناسب وتحقيق التأهيل والتكيف الاجتماعي (2).

وتختلف المجتمعات في مدى اهتمامها بطرق الوقاية والعلاج، حيث تتفاوت باختلاف المستويات الاقتصادية والاجتماعية، فبرامج الدعاية الصحية الوقائية تعتبر سمة من سمات المجتمعات المتقدمة، حيث الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض، بالتالي استخدام إجراءات علاجية فورية، بينما نجد أن البرامج العلاجية هي البرامج التي تميز المجتمعات النامية .

- العلاج ينقسم بدوره إلى (3):

- **العلاج بالعقاقير:** كأدوية المسكنات والمضادات الحيوية.
- **العلاج الإشعاعي:** وذلك باستخدام المواد المشعة في علاج الحالات السرطانية .
- **العلاج الجراحي:** كالقيام بعمليات الاستئصال أو التقويم أو الخياطة أو تركيب الأعضاء وزرعها.
- **العلاج الطبيعي:** كالتدليك والتمارين الرياضية والحمامات الساخنة .
- **العلاج بالتنفس الصناعي (Inhalation therapy):** كإنعاش المريض بالأكسجين الإضافي وبالكميات المناسبة وإنعاش المرضى تحت العمليات الجراحية.

(1) د . عبد المحي محمود صالح ، الممارسات المهنية في المجال الطبي ، مرجع سابق ، ص 289 : 294

(2) حسان محمد نذير ، إدارة المستشفيات ، مرجع سابق ، ص 57 - 58 .

- العلاج التأهيلي: كعلاج حول العين وعلاج أمراض النطق (Speech therapy) وعلاج مرضى الحالات النفسية. وقد يضاف إلى طرق العلاج السابقة النشاطات التدريب وتعزيز صحة المجتمع (Health promotion)، وذلك تبعاً لأهداف العلاج الأساسية لإمكاناته المتوفرة .

المبحث الثاني

مساهمة المستشفيات الحديثة في الوقاية والعلاج

المستشفى في المفهوم الحديث: مؤسسة اجتماعية تعمل على تقديم الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين، وتصل خدماتها الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المركزية، وهي أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية ولإجراء البحوث التطبيقية (1).

المستشفيات في العصر الحديث :

تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية مركز الطب في العالم الحديث، ولذلك نأخذها كنموذج للتطور التاريخي لمستشفيات العصر الحديث. فلقد كانت المستشفيات في بدايتها تتشأ وتدار من قبل الكنائس، وكانت تؤوى المشردين وأصحاب الأمراض المستعصية، ففي عام 1751م أنشئ أول مستشفى في الولايات المتحدة وانتشرت المستشفيات، وبدأت تؤدي دورها العلاجي الفعال في القرن التاسع عشر الميلادي، باستخدام نتائج الاكتشافات الطبية التي توالى في ذلك القرن، حيث أدى التطور الطبى إلى نمو المستشفيات وكبر حجمها (2).

- وخلال الفترة 1873-1923م زاد عدد المستشفيات من 170 مستشفى إلى 4500 مستشفى معظمها مستشفيات عامة، وعقب الحرب العالمية الثانية، حدث تطور تقنى طبى هائل انعكس على

(1) المجالس القومية المتخصصة ، تقرير المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية ، الدورة 20 ،

مرجع سابق ، ص 35

(2) د. عبد الاله ساعاى ، مبادئ إدارة المستشفيات ، ط1 ، دار الفكر العربى ، القاهرة ، 1419هـ -

1998م ، ص 17 .

المستشفيات وطور أدائها، وفي عام 1965 بدأ تطبيق نظامي التأمين الحكومي بكبار السن، وللفقراء، ولقد ارتفع عدد مراجعي العيادات الخارجية والطوارئ في المستشفيات الأمريكية من 65 مليوناً في عام 1954 إلى 180 مليوناً في عام 1980، إلى أن بلغ العدد 250 مليوناً عام 1990م، وفي منتصف الثمانينات الميلادية أصبح في الولايات المتحدة الأمريكية (7500) مستشفى معظمها مستشفيات عامة، وكان للمستشفيات الحديثة تحولات علمية، وتكنولوجية متقدمة في علاج المرضى (3).

صفات تتميز بها مستشفيات العصر الحديث: (1)

1- التركيز على العيادات الخارجية :

تتميز المستشفيات الحديثة بالتحول من التركيز على (التتويم)، إلى التركيز على العيادات الخارجية، إلى التركيز على ما يعرف بالرعاية المنزلية. (Home Health care) المتمثل في إيصال خدمات المستشفى إلى المريض في منزله .

2- عمليات اليوم الواحد :

كما تتميز المستشفيات الحديثة باعتمادها على تقنيات إجرائية حديثة، من ضمنها التركيز على عمليات اليوم الواحد، والتي لا تتطلب بقاء المريض أكثر من يوم واحد بالمستشفى .

3- عمليات المناظير :

من التقنيات الطبية الحديثة التي تستخدم بشكل واسع في المستشفيات العصرية، عمليات المناظير، والتي يعود تاريخها إلى عام 1987، حيث تمت

(1) نفس المرجع السابق ، ص 38

(2) نفس المرجع السابق ، ص 29-30

أول عمليات لاستئصال المرارة باستخدام المناظير في فرنسا، ثم اتسع استخدامها في مختلف دول العالم (2).

4- استخدام الليزر :

وفى إطار استخدام التقنيات المتطورة، ينتشر في المستشفيات الحديثة استخدام الليزر.

5- استخدام الطب الإتصالي :

يقوم المستشفى العصرى باستخدام الطب الاتصالي، الذي يعد خدمة طبية متطورة تمكن من تبادل الاستشارات الطبية في المؤسسات الطبية المختلفة في مختلف العالم والتعرف على أحدث التقنيات الطبية والعمليات الجراحية بواسطة الفضائيات والأقمار الصناعية .

6- المكنة البشرية :

تسيير مهام العمل الوظيفى، في مختلف أقسام المستشفى الحديث يتم باستخدام الحاسب الآلى (الكمبيوتر)، واستخدام ما يعرف بـ (النانوتكنولوجى) للكشف عن حجم ذرة الغبار الدقيقة لإجراء عمليات جراحية، ولمهاجمة وتدمير الخلايا السرطانية .

7- معايير الجودة :

وذلك في ظل المناخ التنافسى بين المستشفيات .

8- أساليب إدارية حديثة :

مثل هندسة المستشفيات، أو إعادة تصميم وصياغة المستشفيات بهدف الوصول إلى رضا المستفيدين .

(1) نفس المرجع السابق ، ص 29

9- مواكبة التطورات الحديثة :

أصبحت المعلومات الطبية تتضاعف كل خمس سنوات، وأصبحت هناك حلول طبية للعديد من المشاكل المرضية التي لم يكن بمقدور الإنسان معالجتها، والمستشفى الحديث يواكب هذه التغيرات بيقظة وتفاعل .

هذه التقنيات للمستشفيات الحديثة تؤدي إلى :

إحداث خفض كبير في النفقات، وتقلل من تعرض المريض للمخدر، وتقلل من فترة معاناة الألم، وعودة المريض السريعة إلى عمله أو منزله، وتوفير الوقت، وجودة الخدمات الطبية ويقول كلايتوف شيرمان⁽¹⁾: المستشفى الحديث ليس مجرد موقع أو مبنى، بل هو مجموعة من المعتقدات والممارسات في كيفية خدمة المريض، وفي كيفية استثمار وتحفيز العمل والإنتاج في كيفية إدارة المستشفى .

أنواع المستشفيات الحديثة (2):

1- المستشفى العام (أو ذو التخصصات المتعددة)

هو المستشفى الذي تتوافر فيه جميع الخدمات الإكلينيكية أو الطبية لمعالجة وتشخيص مختلف الحالات العامة .

2- المستشفى التخصصي :

وهو المستشفى الذي يتوافر فيه خدمات إكلينيكية متخصصة لمعالجة حالات مرضية معينة، أو لعلاج فئة معينة من أفراد المجتمع مثل: مستشفى الصحة النفسية، مستشفى العيون، ومستشفى الأطفال، ومستشفى أمراض النساء والتوليد، ومستشفى الأنف والأذن والحنجرة، ومستشفى الحميات.....

(1) V: Clayton Sherman, creating the New American Hospital, (San Farnncisco : jossey-Bass publisher, 1993). P.15 .

(2) حسان محمد نذير ، إدارة المستشفيات ، مرجع سابق ، ص 43 - 48

3- المستشفيات الخاصة:

وهي المستشفيات التي يمتلكها شخص أو شركة أو هيئة بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمة المقدمة .

وعلى ذلك فإن المستشفيات تقدم الخدمة العلاجية لمن يحتاجها، كما يقدم التعليم الصحي لطلاب الطب، والتمريض، والتخصصات الصحية الأخرى، كذلك يقدم تعليمًا صحيًا، مستمرًا لجميع العاملين بالمستشفى، ويسهم في التثقيف الصحي للمجتمع، وكذلك يقوم بالدراسات والأبحاث الطبية التي تسهم في تحسين الوضع الصحي العام .(1)

والمستشفى مؤسسة تحتوى على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للتتويج، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء، وخدمات التمريض المستمرة، وذلك لاعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين .(2)

والمستشفى من منظور وظيفي جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي، تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين، وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية .(3)

(1) د. عبد الاله ساعاى ، مبادئ إدارة المستشفيات ، ط1 ، دار الفكر العربى ، القاهرة ، 1419هـ —

1998م ، ص 16

(2) حسان محمد نذير ، مرجع سابق ، ص 34

(3) منظمة الصحة العالمية ، سلسلة التقارير الفنية رقم 395 ، إدارة المستشفيات ، (جنيف سويسرا -

منظمة الصحة العالمية ، 1980) ، ص 6

الفصل الثاني

أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي

إذا تتبعنا منهج الإسلام في الوقاية لوجدنا أنه أتجه لوقاية خمسة أشياء رئيسية في حياة الإنسان: الدين والنفس والعقل والنسل والمال، وهي التي يطلق عليها الفقهاء اسم (الضرورات الخمس) مما يعني أن الوقاية معلم أساسي من معالم التشريع الإسلامي. وقد شدد الإسلام في حماية هذه الضرورات ووقايتها من الأضرار التي تلحق بها ووضع لها ضوابط لوقايتها وعلى رأس هذه الضوابط القاعدة الفقهية: (دفع الضرر مقدم على جانب المنفعة) وهي كما نلاحظ قاعدة وقائية خالصة تلخص منهج الإسلام في الوقاية، وأن دفع الضرر أهم وأولى من جلب المنفعة (1).

ويمكن تتبع هذه الأساليب في ثلاثة مباحث :

المبحث الأول: منهج الإسلام في الوقاية والعلاج .

المبحث الثاني: أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي .

المبحث الثالث: دراسة حالة (الطب الوقائي العلاجي) في الإسلام

(1) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ 2004/5/7م

[http://www.alwatan.com/graphics/2001/june/22.6/head . otg..htm](http://www.alwatan.com/graphics/2001/june/22.6/head.otg.htm)

المبحث الأول

منهج الإسلام في العلاج

المرض معرفاً بال ونكرة، ورد ذكره في القرآن الكريم أربع عشرة مرة، والمريض خمس مرات، والمرضى خمس مرات كذلك، وفي قوله تعالى: ﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ﴾ [سورة الشعراء: 80] رجوع أسباب العلاج إلى الله ﷻ برمته، وتقويض الأمر إليه كاملاً (1) قال تعالى: ﴿وَنُزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ...﴾ [سورة الإسراء: 82] فالقرآن هو: الشفاء التام من جميع الأدوية القلبية والبدنية، وأدواء الدنيا والآخرة (2) ودعوة العلماء للبحث عن أسباب الأمراض واكتشاف ما يجهلونه من وسائل العلاج، فليست كل الأدوية معلومة ولكن تكتشف بالتدريج، وروى احمد عن أبى مسعود خديجه عن النبي ﷺ " أن الله لم ينزل دواء إلا انزل له شفاء علمه من علمه وجهلة من جهلة " (3) والأمراض التي لم يكتشف علاجها بعد هي ابتلاء من الله تعالى للعبد، فعليه أن يصبر ويحتسب وله الجنة. وروى الشيخان عن ابن عباس رضي الله عنهما أن امرأة أتت النبي ﷺ فقالت: إني اصرع وإني أتكشف فادع الله لى قال: أن شئت صبرت ولك الجنة، وإن شئت دعوت الله ﷻ أن يعافيك قالت: اصبر (4).

(1) د. السيد الجميلي ، الأعجاز الطبي في القرآن ، مرجع سابق ، ص 30

(2) أبى القيم الجوزية ، الطب النبوى ، مرجع سابق ص 272

(3) اخرج ابن ابى الدنيا ، فى المرض والكفارات ، ج 1 ، ص 198 ، ح 257

(4) اخرج ابن ابى الدنيا ، فى المرض والكفارات ، ج 1 ، ص 185 ، ح 237

ومنهج الإسلام في العلاج الالتزام بالقواعد الشرعية ومن ذلك ما يلي⁽¹⁾:-

أ- تجنب المحرمات في العلاج، والأصل في الأشياء الإباحة ما لم يرد نص بتحريمها، وقد روى أبو داود عن ابن مسعود رضي الله عنه عن النبي ﷺ قال أن الله لم يجعل شفاءكم فيما حرم عليكم⁽²⁾.

ب- الاهتمام بالتوجيهات الشرعية للإجراءات الطبية: فقد أرست الشريعة كثيراً من المبادئ التي تنظم المعاملات وتناولها بالتفصيل علم أصول الفقه، وكثير من هذه المبادئ يمكن تطبيقه في عملية العلاج، فقواعد المصلحة توضح أن الأصل في المنافع الإباحة، والأصل في المضار التحريم. كما تقوم قواعد تجنب الضرر على مبدأ (لا ضرر ولا ضرار) وبالمفاضلة بين المنفعة والضرر، يمكن استنباط رأى الشرع في الإجراءات العلاجية.

أما قواعد دفع الحرج ومراعاة الضرورة فتوضح الرخص الشرعية التي تتيح للطبيب والمريض من المحظورات بقدر الحاجة، أما قواعد الحقوق فتتظم الجوانب القانونية وأداب مهنة الطب، كل هذه القواعد تقوم على مبدأ العدل والإحسان، وتكسب الممارسة الطبية صبغة إسلامية متميزة.

وفي الطب النبوي نجد أن الرسول الكريم ﷺ لم يكن طبيباً بالمعنى الذي نعرفه الآن، ولكنه كان رسولا جاء بتعاليم أنزلت عليه من السماء بآيات قرآنية، تتضمن الحرص على صلاح الناس، وإصلاحهم في أجسامهم وعقولهم وحالاتهم الاجتماعية، وقد اعترف الرسول الكريم بالطب والأطباء، وحث المسلمين على الاستفادة بكل ما يساعد الإنسان على حفظ صحته وعافيته، وكانت أدوية الرسول الكريم مفردة لا مركبة، على ما كان يوصى

(1) د. إبراهيم الصباد ، النظرية الطبية الإسلامية فى الوقاية والعلاج ، الكويت ، 2001 ، ص 4

(2) اخرجة الحاكم ، فى مستدركة ، ج 4 ، ص 243 ، ح 7509 .

به، وهو العدول عن الدواء المركب، إذا كان الحصول على الشفاء بالدواء المفرد⁽¹⁾. وعن العلاج بالأدوية والمداخلات الطبية التي أمر بها رسول الله ﷺ فإن العمل بها يتطلب الإيمان بكل ما جاء به رسول الله ﷺ ، حيث لا ينفع من هذا المفهوم العلاجي، إلا من تلقاها بقبول حسن واعتقد الشفاء بها، فلم يوحى بها رسول الله ﷺ إلا بعد أن تلقاها بوحى من ربه تبارك وتعالى، وسوف نورد هنا على سبيل المثال ما جاء في المفهوم العلاجي للطب النبوي:

1- **العلاج بالعسل:** جاء في القرآن الكريم عن عسل النحل (.... يخرج من بطونها شراب مختلف ألوانه فيه شفاء للناس)⁽²⁾. وجاء المفهوم العلاجي للمداواة بالعسل في الحديث الصحيح عن أبي سعيد خديجة عن أن رجلا أتى النبي ﷺ وقال: ابن أخي يشتكى من بطنه فقال اسقه عسلا، ثم أتاه الثانية: فقال اسقه عسلا، ثم أتاه الثالثة فقال: اسقه عسلا، ثم أتاه الرجل فقال: فعلت وما زال .

فقال له الرسول ﷺ: صدق الله وكذب بطن أخيك، اسقه عسلا ، فسقاه فبرأ⁽³⁾.

ويريد رسول الله ﷺ بقوله: صدق الله قوله تعالى (فيه شفاء للناس) وعسل النحل أمر به رسول الله في الحديث لمداواة الإسهال بالمسهل، ولطرد الأخطا الفاسدة من المعدة والأمعاء حسب أصول الطب الحديث⁽⁴⁾.

(1) أبى قيم الجوزية ، الطب النبوي ، مرجع ساق ص 218.

(2) سورة النحل ، الآية رقم 69 .

(3) أخرجه مسلم ، فى صحيحة ، ج 4 ، ص 1737 ، ح 2217

(4) د. السيد الجميلى ، الأعجاز الطبى فى القرآن ، مرجع سابق ، ص 197 .

2- العلاج بالحجامة: جاء في صحيح البخارى عن انس رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: (أن امثل - أى افضل - ما تداويتم به الحجامة)⁽³⁾ والحجامة من انجح الطرق المعالجة سكان المناطق الحارة لان إخراج الدم إلى ظاهرة البدن يفيد كثيرا، ذلك لان الأمراض، أما أن تكون دموية أو غير دموية، فان كانت من القسم الأول فشفأؤها إخراج الدم بالحجامة من جزء مناسب من الجسم، كابتداء الإصابة بالفالج وضغط الدم نتيجة امتلاء الشرايين به وما ينجم عنه من احتقان بالمخ وغيره⁽⁴⁾.

3- العلاج بالحبّة السوداء: ثبت في الصحيحين من حديث أبى سلمة، عن أبى هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: عليكم بهذه الحبة السوداء فان فيها شفاء من كل داء إلا السام. قالوا يا رسول الله وما السام قال: الموت. وتسمى في العديد من مجتمعات امتنا العربية (حبة البركة) وهى حبة تنبت في بلاد فارس ذات طعم حريف، ورائحة عطرية، وهى تنبت كذلك بالهند وأفريقيا وصعيد مصر. وللحبة السوداء استعمالات طبية من الباطن والظاهر، فاستعمالاتها الباطنية أنها تفيد في النزلات الصدرية وهى مشعة للبلغم، وهى تحلل الأخلط الضارة بالجسم وتقرزها إلى الخارج. وقيل أنها إذا شربت بماء وعسل فأنها تفتت الحصاة، وإذا مزجت بماء الشيح أخرجت الديدان من الأمعاء، ودخانها طارد للهوام. أما استعمالاتها من الظاهر فقد لوحظ أن مزجها مع غيرها من العقاقير يفيد في بعض الأمراض الجلدية وتحليل الأورام، وإذا ما

(1) أخرجه الترمذى ، فى سننه ، ج 4 ، ص 388 ، ح 2047

(2) موقع شبكة الإنترنت . " عودة الحجامة تهز عرش الطب العربى " ميادة الصباغ بتاريخ 2004/5/3
<http://www.Islamonline.Net/Arabic/science/2000/09/articles/article2.shtml>

نقعت في الخل يوما ثم سحقت واستنشقتها المريض سعوطا أبرأت آلام الرأس (5).

4- علاج الحمى: ثبت في الصحيحين، عن نافع أبي عمر أن النبي ﷺ قال: (إنما الحمى أو شدة الحمى من فيح جهنم فابردوها بالماء) والطب النبوي عالج الحمى بمثل ما يعالجها المصريون والحكماء المتخصصون وهى الماء البارد، ولا يزال حتى اليوم نرى أطباء الحميات يضعون للحمومين حمامات الماء البارد - للقضاء على نوبات الحمى المصاحبة للالتهابات الرئوية أو الالتهابات المعوية. بل أن حالات الحميات عند اشتداد الحرارة تعالج بالماء بطريقتين: الأولى: من الخارج على هيئة كمرات باردة أو مثلجة لغرض تهبيط وانزال درجة الحرارة، الثانية: تعاطى الماء بالفم بكثرة أثناء الحميات، يساعد جميع أعضاء الجسم - خصوصا الكليتين على النهوض بوظائفها الحيوية للجسم.

ونشير هنا أن الرسول الكريم ﷺ عني بتتقيف أمته، ثقافة صحيحة تلقى تعاليمها من ربه، واستتبط بعضها من كنه الحياة وإدراك خصائص النفس، ومن ذلك التعرف إلى حاجة الجسد والنفس، والعلم بالوسائل المؤدية إلى حفظ التوازن بين حاجة الجسم وحاجة النفس، وإعطاء كل من عنصري الإنسان حقه .

وجاء الطب النبوي بأول مفهوم وقائي للحجر الصحي، بل أن رسول الله ﷺ أو من وضع قانون الحجر الصحي وسبق الطب النبوي بذلك الطب الحديث⁽¹⁾ ففي الصحيحين عن عاد بن سعد بن أبي وقاص عن أبيه، أنه

(1) أبى قيم الجوزية ، الطب النبوي ، مرجع سابق ، ص 229 .

(2) أ. معالي عبد الحميد جودة ، المفهوم الوقائي والمفهوم العلاجي في الطب النبوي ، جمهورية مصر العربية ، 2001م ، ص 3 .

سمعه يسأل أسامة بن زيد ماذا سمعت من رسول الله ﷺ في الطاعون ؟ فقال أسامة: قال رسول الله ﷺ "الطاعون رجز أرسل على طائفة بني إسرائيل، وعلى من كان قبلكم، فإذا سمعتم به بأرض فلا تدخلوا عليه، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها فراراً منه"⁽²⁾ ولو علمت أوربا بقانون الطب النبوي وعملت به حين اجتاحتها الطاعون في أواسط القرن الرابع عشر الميلادي، لخفت حينئذ الخسائر التي منيت بها الأرواح، فقد قدر عدد الموتى الذين قضى عليهم هذا المرض 25 مليون نسمة. والطاعون من حيث اللغة، نوع من الوباء، قاله صاحب الصحاح، وهو عند أهل الطب: ورم رديء قتل، يخرج منه تلهب شديد مؤلم جداً، يتجاوز المقدار في ذلك ويصير ما حوله في الأكثر أسود أو أخضر، ويؤول أمره إلى التقرح سريعاً، وفي الأكثر يحدث في ثلاثة مواضع: في الإبط وخلف الأذن والأرنبة، في اللحوم الرخوة⁽¹⁾.

وبلغة أهل الطب، بأن المفهوم الوقائي في حديث النبي ﷺ عن الطاعون هو ما يتبع الآن في الوقاية من الطاعون، فإذا أصيبت مدينة ما بهذا الوباء، أقيم حولها (حجر صحي) يمنع أي شخص من الخروج منها، ويمنع دخول أي شخص إليها، ماعدا الأطباء ومعاونيهم، وبذلك يمنع المرض من الانتشار خارج هذه المدينة، ويتم حصار الوباء في مكان واحد مما يسهل من مراقبة المصابين وعلاجهم .

(1) اخرجة مسلم ، فى صحبة ، ج 4 ، ص 1737 ، ح 3218 .

(2) أ. معالي عبد الحميد جودة ، المفهوم الوقائي والمفهوم العلاجي في الطب النبوي ، مرجع سابق ،

بل أن الطب النبوي لم يغفل المفهوم الوقائي بالنسبة للحيوان، وفي ذلك يقول النبي ﷺ " لا يوردن ممرض على مصح "⁽¹⁾ أي لا يورد صاحب الإبل المريضة على صاحب الإبل السليمة فيعدي مريضها سليماً، ولقد أشار الشاعر العربي إلى ذلك بقوله: (لا تربط الجرباء حول سليمة خوفاً على تلك السليمة تجرب) وقد عرفها رسول الله ﷺ العدو ، وأوضح المفهوم الوقائي قبل اكتشاف الجراثيم وقبل أن يعرفها أطباء الشرق والغرب، قال رسول الله ﷺ .. " فر من المجذوم فرارك من الأسد "⁽²⁾، وفي هذا الحديث ما يوضح حرص الرسول العظيم ﷺ على ما في أخطار العدو، ومن الملفت للنظر في هذا الحديث النبوي أن هناك دوراً من أدوار مرض الجزام يبدو فيه المصاب بوجه ذي سحنة تشبه وجه الأسد، ولذلك دعت حديثاً (السحنة الأسدية)!⁽³⁾

وكذلك رأينا من النبي الأُمي ﷺ المنهج الوقائي في الطب النبوي، هذا المنهج الذي أرتكز أساساً على الدعوة إلى نظافة الجسم، وتأثير هذه النظافة في الوقاية في كثير من الأمراض والالتهابات، كما أن المنهج الوقائي للطب النبوي قدم لنا ما يطلق عليه بلغة العصر الحديث الآن الحجر الصحي، قبل أن تعرفه البشرية كلها بمئات السنين.

وقال بعض السلف: جمع الله الطب كله في نصف آية ﴿...وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا...﴾ [سورة الأعراف:31] وهذا يعني الطب الوقائي.

(1) اخرجة الطمادى ، فى شرح معانى الآثار ، جـ 4 ، ص 303 .

(2) خرجه البخارى ، فى صحيحة ، جـ 5 ، ص 2159 ، ح 5380 .

(3) أ. معالي عبد الحميد جودة ، المفهوم الوقائي والمفهوم العلاجي في الطب النبوي ، مرجع سابق ،

المبحث الثاني

من أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي (1):-

أولاً: وجوب الطهارة للبدن والثوب والمكان.

ثانياً: إمطة الأذى عن الطريق والتجمعات العامة .

ثالثاً: التربية الذهنية والجسدية والصحة النفسية .

رابعاً: التغذية والعناية بالجهاز الهضمي.

خامساً: التربية البدنية وتقوية الجسم .

سادساً: التداوي في حالة المرض .

أولاً: وجوب الطهارة للبدن والثوب والمكان

لقد أمر الإسلام بالنظافة وأعتبرها من الإيمان، فنص على نظافة الناس في أجسامهم وملابسهم وعاداتهم، وعلى نظافة الشوارع والبيوت ونظافة الطعام والشراب، ونظافة الشواطئ وموارد المياه ... ولن تكفي هذه العجالة لسرد كافة تعاليم الإسلام في النظافة ولسوف نوجز هنا بعض هذه المجالات :-

فقد أمر الإسلام (بالغسل) أي الاستحمام قال تعالى: ﴿يَتَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا إِذَا قُمْتُمْ إِلَى الصَّلَاةِ فَاغْسِلُوا وُجُوهَكُمْ وَأَيْدِيَكُمْ إِلَى الْمَرَافِقِ وَامْسَحُوا بِرُءُوسِكُمْ وَأَرْجُلَكُمْ إِلَى الْكَعْبَيْنِ وَإِنْ كُنْتُمْ جُنُبًا فَاطَّهَّرُوا وَإِنْ كُنْتُمْ مَرْضَىٰ أَوْ عَلَىٰ سَفَرٍ أَوْ جَاءَ أَحَدٌ مِنْكُمْ مِنَ الْغَائِطِ أَوْ لَمَسْتُمُ النِّسَاءَ فَلَمْ يَجِدُوا مَاءً فَتَيَمَّمُوا صَعِيدًا طَيِّبًا فَامْسَحُوا بِوُجُوهِكُمْ وَأَيْدِيكُمْ مِنْهُ مَا يُرِيدُ اللَّهُ لِيَجْعَلَ

(1) د. محمد عبد المنعم عفر ، التنمية والتخطيط وتقييم المشروعات في الاقتصاد الإسلامي ، مرجع سابق، ص 132 - 137 .

عَلَيْكُمْ مِّنْ حَرَجٍ وَلَكِنْ يُرِيدُ لِيُطَهِّرَكُمْ وَلِيُتِمَّ نِعْمَتَهُ عَلَيْكُمْ لَعَلَّكُمْ
تَشْكُرُونَ ﴿٦﴾ [سورة المائدة: 6] .

وقد حفل التشريع الإسلامي بالكثير من الأحكام المتعلقة بوقاية الفرد
المجتمع من الأمراض المختلفة نجملها في النقاط الآتية (1):-

الوقاية بالعبادة والوقاية بالطهارة والوقاية بالحض على العادات
الحسنة والوقاية بتحريم الخبائث والوقاية بالعزل الصحي والحجر الصحي
والوقاية بالتداوي .

وفي نظافة الأيدي قال رسول الله ﷺ (اغسل يديك قبل الأكل
وبعد) (2) وقال رسول الله ﷺ " إذا قام أحدكم من نومه فليغسل يديه فلا
يدري أحدكم أين باتت يده " (3)، وكذلك نظافة الأبدان (في الجمع والأعياد...
الخ) ومنعاً لانتقال الأذى والأمراض ومسبباتها ونظافة الثوب وأناقته قال
تعالى : ﴿وَيَا بَكَ فَطَهِّرْ ۖ وَالرُّجْزَ فَاهْجُرْ ۝٥﴾ [سورة المائدة: 5]

وقال ﷺ " أحسنوا رداءكم وأصلحوا ركايبكم " (5) ونص على نظافة
الشراب والطعام فأمر بتغطية الآنية من الغبار والذباب قال رسول ﷺ
" غطوا الإناء وأوكؤا السقاء " (6)

والأصل في العبادات أنها امتثال لأمر الله وعليها أن تؤديها سواء
أدركنها حكمتها ومغزاها أم لم ندرك. وقد عرف حتى الآن الكثير من حكم
الصلاة ولا يزال يكتشف يوما بعد يوم حكم أخرى للعبادات ولو تأملنا في

(1) د. محمد عبد المنعم عفر ، التنمية والتخطيط وتقييم المشروعات في الاقتصاد الإسلامي ، مرجع سابق
ص 135

(2) اخرج الطبراني ، في معجمه الأوسط ، ج 7 ، ص 164 ، ح 7166 .

(3) اخرج مسلم ، في صحيحه ، ج 1 ، ص 233 ، ح 278 .

(4) اخرج الترمذي ، في سننه ، ج 5 ، ص 111 ، ح 2799 .

(5) اخرج مسلم ، في صحيحه ، ج 3 ، ص 1594 ، ح 2012 .

العبادات للاحظنا التالي: أنها عبادة عملية ليست مجرد أذكار يؤديها القلب واللسان بل يشارك فيها جميع الجسد وأنها تعمل على تقوية خلق المسلم، وأنها فعل اجتماعي، فهي تحرض النفس البشرية على فعل الخير الخ، ومن هنا يتبين لنا أن العبادات كاللقاحات تقي المسلم من الأمراض الاجتماعية والنفسية والعضوية، فالدعاء هو مخ العبادة والله يقول: ﴿...أَدْعُوْنِيْ أَسْتَجِبْ لَكُمْ...﴾ [سورة غافر: 60] فعلىنا أن نتيقن أن المرض هو ابتلاء من الله يصيب به من يشاء وأن الله هو الشافي ومع ذلك يجب ألا نرسخ في أنفسنا أن كل ما هو مكتوب فهو أمر محتوم لابد من وقوعه ولا نستعد للقاءه بل ندعو الله سراً وعلانية رخاء وشدة أن يهبنا الصحة ويقينا من كل سوء ولنا في رسول الله أسوة حسنة إذ ورد أنه لا يكف عن الدعاء لحظة ولا يفرط في الأخذ بأسباب عافيته مع تيقنه بأن دعاءه مستجاب، ومن الأدعية الواردة في هذا المجال " اللهم أهديني فيمن هديت وعافني فيمن عافيت وتولني فيما توليت وبارك لي فيما أعطيت وقني شر ما قضيت فأنك تقضي بالحق ولا يقضى عليك أنه لا يزل من واليت تباركت ربنا وتعاليت⁽¹⁾

ثانياً: إمطة الأذى عن الطريق والتجمعات العامة والمنتزهات:

وجعل ذلك من شعب الإيمان التي يلتزم بها المسلم⁽²⁾ قال رسول الله ﷺ "الإيمان بضع وسبعون أو بضع وستون شعبة، فأفضلها قول لا إله إلا الله، وأدناها إمطة الأذى عن الطريق، والحياء شعبة من الإيمان"⁽³⁾ هذا

(1) موقع شبكة الإنترنت بتاريخ 2004/6/17م

<http://www.alwatan.com/graphics/2001/june/22.6/heads/otg.htm>

(2) محمد عبد المنعم عفر ، التنمية والتخطيط وتقويم المشروعات فى الاقتصاد الإسلامى ، مرجع سابق ، ص 136 .

(3) اخرجة مسلم ، فى صحيحة ، ج 1 ، ص 63 ، ح 35 .

بالإضافة إلى منع تلوث الطرق والحدائق العامة وأماكن الظل، وحث على نظافة البيوت والمساكن قال ﷺ " نظفوا أفئيتكم ودوركم " (1) وعلى نظافة الشوارع "أن تميط الأذى عن الطريق لك صدقة" (2)، وحث على نظافة مصادر المياه: كالآبار والأنهار وعلى نظافة شواطئهم فممنع التبول أو التغوط فيها " اتقوا الملاعين الثلاثة: التغوط في الموارد وفي الظل وفي الطريق" (3)

ثالثاً: التربية الذهنية والصحة النفسية

وذلك بالمداومة على تقوى الله، وتفويض الأمر له، مع الأخذ بالأسباب والتزام الأوامر واجتناب النواهي، وأن يظل القلب معلقاً بالله، واللسان حياً بذكره، والتسليم بقضائه وقدره، دون تراخ أو كسل، وأن ما أصاب الإنسان لم يكن ليخطئه وما أخطأه لم يكن ليصيبه، فتقوى عزيمته ولا تتهار قواه. قال تعالى: ﴿قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ...﴾ [سورة التوبة: 51].

ويعتبر التوتر العصبي من أخطر المشاكل في القرن العشرين، وخاصة في دول أوربا. فكثير ما نسمع عن أصحاب ملايين انتحروا وعن آباء أو أمهات أصيبوا بلوثة عائلية مفاجئة فقتلوا أولادهم وأزواجهم وكل أهلهم. وفي أخف الحالات هناك الملايين من البشر الذين يعيشون على المهدئات والمسكنات والمنومات لكي يستطيعوا ممارسة حياتهم اليومية، ولا يرجع ذلك إلى الأسباب البدائية المعروفة كال فقر أو المرض أو الجهل. فهذه الشعوب تتمتع بالرخاء الزائد وبأعلى درجة من العلم والصحة، ولكن السبب

(1) سبق بخريجة

(2) اخرجة البخارى ، فى الأبواب المفرد ، ج 1 ، ص 307 ، ح 891 .

(3) سبق تخريجه

هو ما يسمى الآن بالتوتر الحضاري، وقد أجرى الكثير من الدراسات حول أسبابه، واجتمعت الآراء على أنها تتلخص في الآتي⁽¹⁾:- طغيان المادية- الفراغ الروحي والعقائدي- انعدام الدافع الأخلاقي والوازع الديني- انعدام التراحم والتعاون في المجتمع الحديث- الرخاء الزائد دون هدف إنساني- ضجة المدنية. ولكن التربية الذهنية والصحة النفسية في الدين الإسلامي، أو في المجتمع الإسلامي تتلاحم فيها شئون الدين مع الدنيا، والحياة الدنيا مع الآخرة وإذا ما طبق الإسلام في عصرنا الحاضر تطبيقاً سليماً عن فهم ودراسة وعلم. لقضينا على جميع أسباب التوتر والعصبية، فالمجتمع الإسلامي يقوم على المحبة والتعاون والأمان والتراحم بين الناس والمجتمع الإسلامي يخلو من أسباب التوتر وبؤر الفساد كالخمر والقمار والزنا والمخدرات، والمجتمع الإسلامي .. يرفض اليأس والقنوط والانتحار ويحث على الصبر والإيمان والجهد حتى النصر، ومثل هذه التعاليم الذهنية والفكرية والنفسية في هذا المجتمع لا يمكن أن تظهر فيه أسباب التوتر الحضاري .

والحج هو الركن الخامس من أركان الإسلام، وهو يعد دورة تدريبية وقائية يخرج الحاج منها وقد أكتسب خبرات نفسية وأخلاقية عالية تجعله أكثر استعداداً للعطاء وفعل الخير، والحج من جهة أخرى رياضة بدنية عالية يبذل فيها الحاج من الجهد ما لا يقل عن ما يبذله الرياضيون في الدورات العالمية، فيقطع الحاج الكيلو مترات أثناء أدائه مناسك الحج المختلفة باذلاً جهداً كبيراً يكسبه اللياقة بعد ذلك وتوفر له جانباً كبيراً من الوقاية.

(1) محمد عبد المنعم عفر ، التنمية والتخطيط وتقييم المشروعات في الاقتصاد الإسلامي ، مرجع سابق ، ص 136 .

رابعاً: التغذية والعناية بالجهاز الهضمي :

يلتزم المسلم في غذائه وكسائه وسائر أوجه استهلاكه ما يلي (1):-

أ- الاقتصاد في النفقة - يقول الله تعالى: ﴿... وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ﴾ (سورة الأعراف: 31).

ب- الاعتماد في طعامه على الطيبات من الرزق، فيقول تعالى: ﴿فَكُلُوا مِمَّا رَزَقَكُمُ اللَّهُ حَلَالًا طَيِّبًا وَاشْكُرُوا نِعْمَتَ اللَّهِ إِنْ كُنْتُمْ إِيَّاهُ تَعْبُدُونَ﴾ (سورة النحل: 114).

ج- اجتناب أسباب الضرر والمرض بالامتناع عن بعض المأكولات المسببة له ومن ذلك قوله تعالى: ﴿حُرِّمَتْ عَلَيْكُمُ الْمَيْتَةُ وَالْدَّمُ وَلَحْمُ الْخَنزِيرِ وَمَا أُهْلَ لِغَيْرِ اللَّهِ بِهِ وَالْمُنْخَنِقَةُ وَالْمَوْقُوذَةُ وَالْمُتَرَدِّيَةُ وَالنَّطِيحَةُ وَمَا أَكَلَ السَّبُعُ إِلَّا مَا ذَكَّيْتُمْ وَمَا ذُبِحَ عَلَى النُّصُبِ وَأَنْ تَسْقَسَمُوا بِالْأَزْلَمِ ذَلِكُمْ فَسُقٌ...﴾ (سورة المائدة: 3). ومنع المسكرات وغيرها مما يصيب الجسم بالضعف، ويجعله سهل الإصابة بالأمراض ضعيف المقاومة لها.

د - نظافة اليدين والفم والأسنان: فمن آداب الطعام غسل اليدين والبسملته والأكَل باليمن، كذلك فقد قال رسول الله ﷺ: "تسوكوا فإن السواك مطهرة للفم مرضاة للرب" (3) وقوله ﷺ: "لولا أن أشق على أمتي لأمرتهم بالسواك عند كل صلاة" (4) وعناية الإسلام بالتوسط في الطعام منعاً للثخمة وأمرها فيقول رسول الله ﷺ: "المؤمن يأكل

(1) د. محمد عبد المنعم عفر ، التنمية والتخطيط وتقويم المشروعات ، مرجع سابق ، ص 139.

(2) سبق تخريجه .

(3) أخرجه مسلم ، في صحيحة ، ج 1 ، ص 220 ، ح 352 .

في معي واحد، والكافر يأكل في سبعة أمعاء" (5) رواه البخاري، وقوله أيضاً: " ما ملأ أبن آدم وعاء شراً من بطنه، بحسب أبن آدم لقيمات يقمن صلبه، فأن كان لا بد فاعلاً، فثلاث لطعامه، وثلاث لشرابه، وثلاث لنفسه" (6) رواه أحمد والترمذي .

هـ- اشتغال الغذاء على ما يجعله متوازناً غير ضار: وذلك لمنع أو تقليل أضرار الأغذية إلى حده الأدنى، إذ تختلف الأغذية وتركيبها ومكوناتها وآثارها على الجسم، لذا يراعى دائماً عدم الاقتصار على طعام واحداً أو التركيز عليه، وأن يشمل الطعام على أغذية متنوعة لتعديل أثرها على الجسم .

أما الصيام: فهو ركن من أركان الإسلام وتتجلى فيه فائدة وقائية عظيمة للإنسان ومن أسرار الصوم التي اكتشفت ما يلي: - الصيام يعمل على تجديد حيوية الجسم إذ يؤدي إلى استهلاك الأغذية المخزونة في الجسم فإذا نفذ هذا المخزون بسبب الصوم يبدأ الجسم باستهلاك بعض البروتينات المكونة للأعضاء وبخاصة الكبد والعضلات مما يؤدي إلى تحريض خلايا هذه الأعضاء وتنشيطها ودفعها إلى التجدد. ويذكر الدكتور آلان كوت (1) في " دراسة حول الصوم الطبي " لقد وجدت في الصيام صحة تامة.. ونوعية جديدة من الحياة وشعوراً بالصفاء والسعادة، إنه لشيء يجهله بنوا البشر... " ويضيف " أن الصوم شيء ثمين جداً ينال بأرخص الكلف، وغالباً ما يبعث الحيوية والنشاط بصورة مباشرة وسريعة " وقبل ذلك فالصوم كله عبادة

(1) لخرجة الدرامى ، فى سننه ، ج 2 ، ص 135 ، 2040 .

(2) سبق تخريجه.

(3) د. آلان كوت، دراسة حول الصوم الطبي، النظام الغذائي الأمثل ط1، إعداد فاروق آقبيق ، محمد حسن الحمصي، مؤسسة بيروت ، 1402 هـ ، 1982 ، ص 23 .

متميزة الأثر في النفس فهو يرقق النفس ويلطف الحواس، ويكسر الشهوة المنحرفة ويحد من دوافع الشر.

أما الزكاة: فيبرز أكبر أدوارها في أنها وقاية للجسم من الأمراض النفسية بشكل خاص، فالمرء عندما يقدم زكاة ماله فهو يشعر المحتاجين بأنه أخ لهم وواحد منهم. ويحقق الأمن الاجتماعي بين الطبقات القادرة مالياً والطبقات التي تحتاج إلى مساعدتها، فإذا تم ذلك فإن الأحقاد الاجتماعية التي توجد في بعض المجتمعات، لا تجد لها بيئة في المجتمع الذي يدين بالزكاة⁽²⁾ وهي ترقى بالنفس إلى مراقى الفلاح قال تعالى: ﴿خُذْ مِنْ أَمْوَالِهِمْ صَدَقَةً تُطَهِّرُهُمْ وَتُزَكِّيهِمْ بِهَا...﴾ [سورة التوبة: 103]، وهي ليست مجرد مال يدفع إلى الفقير من الغني، بل هي باب عريض واسع كبركة تحل على المزكي والبلاد والناس .

خامساً: التربية البدنية وتقوية الجسم:

إذ يعمل الإسلام على تقوية أفراد المجتمع الإسلامي للقيام بأداء الواجبات تجاه النفس والأسرة والمجتمع. وسائر المجتمعات الإسلامية غير الحاجة إلى ذلك .

وقد استطاعت تعاليم الإسلام في سنوات قليلة أن تغير كل شيء في حياة عرب الجزيرة البدو الرحل، وأن تجعل من هؤلاء الجهلة المتنافرين أعظم أمة عرفها التاريخ في شتى نواحي الحياة:⁽⁴⁾ اجتماعياً: أصبحوا مثلاً أعلى للوحدة والتعاون والتراحم وحسن الخلق، عسكرياً: أصبحوا مثلاً أعلى

(1) د. محمد رأفت عثمان ، بعض وجوه الإعجاز التشريعي في القرآن الكريم " ندوة الإعجاز العلمي في القرآن الكريم ، (الذي نظمته الجمعية الخيرية الإسلامية 24 فبراير 2003 - 23 ذو الحجة 1423هـ) ، دار السعادة الجديدة ، القاهرة ، ص 116 .

(2) المفهوم الوقائي والمفهوم العلاجي في الطب النبوي ، مرجع سابق ، ص 4

لشجاعة والانضباط العسكري وعبقريّة التخطيط الحربي، واقتصادياً: أصبحوا من أغنى الأمم وأكثرها عدالة في التوزيع حتى كانت أموال الصدقات لا تجد من يحتاج إليها من فقراء المسلمين فتزد إلى بيت المال، وفي مجال العلم: أيضاً أصبحوا في مقدمة عصرهم وفي كل علوم الدنيا كالطب والفلك والمعمار ... الخ. قال تعالى: ﴿وَأَعِدُّوا لَهُمْ مَا اسْتَطَعْتُمْ مِنْ قُوَّةٍ...﴾ [سورة الأنفال: 60]، وما هذا إلا أنهم أتبعوا أوامر دينهم فكانوا أشداء على أعدائهم، رحماء فيما بينهم. وما تميزوا به من صلابة أبدانهم وقوة أجسادهم وبذل أرواحهم ودمائهم وأموالهم في سبيل نصرة دينهم جهاداً في سبيل الله.

الصلاة: وهي عماد الدين وقد شدد الإسلام في المحافظة عليها وبالإضافة إلى أنها عبادة واجبة، وجد بالدراسات العلمية أن الجسم يستفيد استفادة عظيمة من الصلاة فالإنسان عندما يصلي ويؤدي أعمال الصلاة من ركوع وسجود وتعود وقيام ففي هذه الحالة تنشط الدورة الدموية في الجسم وتتحرك العضلات والمفاصل وترتاح الأعصاب المتوترة.

وقد حكى أن أحد العلماء الغربيين كان يبحث عن هيئة للجسم تجعل الدم يصل بسهولة إلى معظم أجزاء الجسم وخصوصاً الدماغ فلم يجد حتى وجد رجلاً يصلي وكان على هيئة السجود فقال الطبيب وجدتها فلما أجرى دراسات وجد بالفعل أن السجود هو أنسب هيئة⁽²⁾ والآن بدأت بعض الشركات والمصانع تدرك هذه الحقيقة فبدأت تفرض على موظفيها فترات من الراحة خلال ساعات العمل يغادرون منها أماكن عملهم إلى صالات مخصصة لممارسة بعض الرياضات الخفيفة التي تساعد الجسم على استعادة

(1) معالي عبد الحميد جودة ، المفهوم الوقائي والمفهوم العلاجي في الطب النبوي ، مرجع سابق ، ص 5

حيويته ونشاطه، وهكذا فإن الصلاة تساعد الحسم ليحافظ على رشاقته ولياقتته إضافة إلى أنها تقي من وساوس الشيطان قال تعالى : ﴿...إِنَّ الصَّلَاةَ تَنْهَى عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ...﴾ [سورة العنكبوت: 45] .

سادساً: التداوي في حالة المرض :

وذلك باتخاذ الإجراءات الاحتياطية اللازمة لمنع انتشار المرض، فقد قال رسول الله ﷺ: "أن الله لم ينزل داء إلا أنزل له شفاء فتداؤوا"⁽¹⁾

وقد وضع الإسلام قواعد للتداوي بالإفادة من الأدوية الروحية والأدوية المادية، وبين أنه ليس في ذلك ما يتنافى مع التوكل المطلوب من المسلم على خالقه، شأنه في ذلك شأن دفع الجوع والعطش بالأكل والشرب، وتجنب المهلكات والدعاء وطلب العافية، ودفع المضار وغير ذلك، كما أن قول الرسول ﷺ بأن الداء له شفاء تقوية لنفس المريض والطبيب، وحث على طلب الدواء فإن المريض إذا أشتعر أن لدائه دواء تعلق قلبه بالرجاء وترك اليأس وقويت نفسه على المرض، كما أن الطبيب أيضاً يعلمه أن للداء دواء يبحث عنه أن لم يكن يعلمه. كذلك يقول الرسول ﷺ: "المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف"⁽²⁾، ويقول ﷺ: "أن لنفسك عليك حقاً وأن لزوجك عليك حقاً، وأن لعينك عليك حقاً، فأعط كل ذي حق حقه"⁽³⁾ وذلك عناية بالصحة واهتماماً بأداء الواجبات وتوصيل الحقوق لأصحابها.

(1) أخرجه النسائي ، فى سننه الكبرى ، ج 4 ، ص 194 ، ح 6863

(2) أخرجه مسلم ، فى صحيحه ، ج 4 ، ص 2053 ، ح 2664

(3) أخرجه البخارى ، فى صحيحه ، ج 5 ، ص 2272 ، ح 5783

هذا فضلاً عن العناية بالمريض ورفع الحرج عنه، وتخفيف بعض الأحكام عليه. مثل التيمم بدلاً من الغسل والوضوء، والصلاة قاعداً أو راقداً بدلاً من القيام، وجواز الفطر في شهر الصيام، وعدم الخروج للحج والجهاد....إلى غير ذلك. رعاية له ولظروفه حتى لا يرهق نفسه ويتعرض لمضاعفات المرض .

المبحث الثالث

دراسة حالة (الطب الوقائي والعلاجي)

في الإسلام

للطب الوقائي ارتباط وثيق بثقافة المجتمع ودينه، والتعاليم الإسلامية غنية بالقيم الوقائية - في كيفية الاستفادة من السيطرة على الكثير من الأمراض السارية عن طريق البراز والهواء والماء، وأن بعض هذه الأمراض يشكل خطراً صحياً في مناطق مختلفة من العالم، بما في ذلك بعض الدول الإسلامية نتيجة لإهمال المسلمين لبعض دقائق أمر دينهم، ولن يتحقق ذلك بتطبيق هذا المنهج الوقائي العلاجي في الإسلام وذلك⁽¹⁾ :-

- 1- السيطرة على بعض الأمراض الناتجة عن البراز .
- 2- التحكم في الأمراض التي تنتقل عن طريق الهواء .
- 3- التحكم في الأمراض المنقولة عن طريق الماء .

أولاً: السيطرة على بعض الأمراض الناتجة عن البراز :-

يعتبر تناول الأطعمة الملوثة من أهم وسائل انتقال الأمراض كالتييفويد، والزهار، وشلل الأطفال والتهاب الكبد الفيروسي ونحوها، حيث تنتقل جراثيم المرض من براز المريض أو حامل المرض إلى الإنسان المعرض للإصابة .

أن انتقال الجراثيم من براز المصاب إلى الآخرين عن طريق اليد أو الآنية ونسبة حدوث ذلك تعتمد اعتماداً كبيراً على مستوى نظافة البيئة

(1) د. عادل أحمد الباز ، د. حنف ليو ، الطب الوقائي في الإسلام ، تطبيق التعاليم الإسلامية المتعلقة بالتحكم في بعض الأمراض السارية ، المملكة العربية السعودية ، 2001م ، ص 3 .

وتطورها، ومتى تطورت وسائل النظافة والتنظيف الصحي أمكن خفض نسبة حدوث هذه الأمراض⁽²⁾.

- ويحث الإسلام على استخدام اليد اليسرى لغسل السبيلين مع إبقاء اليد اليمنى نظيفة للوضوء والأكل، ففي الحديث عن عمر بن سلمة - رضي الله عنه - قال: كنت طفلاً في حجر رسول الله ﷺ وكانت يدي تطيش في الصفحة فقال لي رسول الله ﷺ: "يا غلام سم الله وكل بيمينك وكل مما يليك"⁽³⁾. وعن عائشة رضي الله عنها قالت: "كانت يد رسول الله ﷺ اليمنى لظهورة وطعامه واليسرى لخلافه وما كان من أذى". أن هذا النظام يضمن نظافة اليد اليمنى من البراز في حين يمنع الأكل باليد اليسرى، وبذلك يقلل من نسبة انتقال الجراثيم الموجودة في البراز إلى الفم عن طريق اليد.

- أن المناطق الباردة الرطبة وذات الظل تعتبر جواً ملائماً لنمو أغلب أنواع البكتيريا وبويضات الديدان، ويساعد في ذلك خلوها من تأثير الأشعة فوق البنفسجية القاتلة للجراثيم والبويضات فعلى سبيل المثال: ثبت أن بويضات دودة الإسكارس يمكن أن تعيش في هذه الأجواء لمدة عامين مع بقائها معدية. وبما أن البول والبراز يعتبران من مصادر هذه الجراثيم والديدان، لذا ينصح بعدم التبول والتبرز في الظل "كظل الشجرة والنباتات ونحوها"، وقد أمر بذلك رسول الله ﷺ قبل العلم الحديث بألف وأربعمائة سنة⁽¹⁾، حيث روى أبي هريرة رضي الله عنه قال:

(1) د. محمود جاد عبد الرحمن ، هدى الإسلام فى الطب الحديث ، (دراسة مقارنة وبرامج صحية وقائية إسلامية) ، دار المعرفة ، الجامعية ، الإسكندرية ، 1997م ، ص 57 .
(2) أخرجه البخارى ، فى صحيحة ، ج 5 ، ص 2056 ، ح 5061 .
(3) د. عادل أحمد الباز ، د. حنف ليو ، الطب الوقائي فى الإسلام ، مرجع سابق ، ص 3 .

قال رسول الله ﷺ: " اتقوا اللاعنين، فقالوا وما اللاعنين ؟ قال " الذي يتخلى في طريق الناس وظلمهم" (2) والتخلي هو (التبول والتبرز).
 أن الكثير من الديدان فالانكلستوما والسترنفولايد ونحوها تصيب الإنسان عن طريق اختراق جلد القدم، ويحصل ذلك عادة إذا ما سار الإنسان حافيا خصوصاً في الطرقات العامة وأماكن الظل ومصادر المياه كالعيون وغيرها، فالتبول والتبرز في هذه المناطق وسير الإنسان حافياً فيها يعطي هذه الديدان فرصة أكبر لاختراق أخمص القدم وحصول المرض، ولقد وضع الإسلام قواعد كفيلة بالسيطرة على هذه المشكلة، حيث نهى عن البول والبراز في طريق الناس وظلمهم، وفي نفس الوقت حث على لبس النعال، حيث روي جابر قال: سمعت رسول الله ﷺ يقول في غزوة "غزوناها" استكثروا من النعال، فإن الرجل ما يزال راكب ما انتعل" (3) رواه مسلم، قال النووي في شرح هذا الحديث: معناه أنه شبه الراكب في خفة المشقة عليه، وقله تعب وسلامة رجله مما يعرض لها في الطريق من خشونة وشوك وأذى ونحو ذلك .

ثانياً: - التحكم في الأمراض التي تنتقل عن طريق الهواء :

أن نفخ الرذاذ وزفرة يؤدي إلى انتقال كثير من الأمراض المعدية كالإنفلونزا القوباء (الهربز البسيط) شلل الأطفال والنكاف والحصبة الألمانية والرشاح والتهاب الحلق والحجرة والسل وغيرها من الأمراض ، خاصة الفيروسية، ولذلك فإنه ينصح بعدم النفخ والتنفس في آنية الأكل والشرب، كما يستحسن تغطية الوجه أثناء العطاس والتثاؤب، ولقد وجه الإسلام إتباعه إلى هذه الوسائل الوقائية منذ أيام الرسول ﷺ وحتى قيام

(1) سبق تخریجة .

(2) أخرجه مسلم ، في صحیحة ، ج 3 ، ص 1660 ، ح 2096 .

الساعة⁽¹⁾ فعن عبد الله بن عباس - رضي الله عنه - نهى رسول الله ﷺ أن يتنفس في الإناء أو ينفخ فيه، وفي الحديث أن النبي ﷺ نهى عن النفخ في الشراب فقال رجل: القذاه آراها في الإناء؟ قال أخرجها، قال: فإني لا أروى من نفس واحدة قال: فأين القدح إذا عن فيك⁽²⁾. أن الحوار بين رسول الله ﷺ وهذا الصحابي وإصراره على عدم النفخ في الشراب يجعل الأمر في حكم الواجب وبين ادراكه لخطورة ذلك الأمر الذي لم يكن واضحاً لصاحبه في ذلك الوقت.

- أنه باتباع التوجيهات الإسلامية يمكن التحكم في الكثير من الأمراض السارية والوقاية منها، ونتيجة لإهمال بعض المسلمين لهذه التعاليم القيمة، انتشرت بعض الأمراض في أوساطهم (حتى استوطن بعضها) مع إمكانية التحكم فيها والوقاية منها وهذه بعض الأمثلة :-

- يعتبر الدرن من الأمراض الشائعة في بعض الدول الإسلامية (وهو ينتقل عن طريق الهواء). وقد أجرى الدكتوران أحمد الحسن، وتاج الدين دراسة على درن الأمعاء في السودان، وجد أن السبب الرئيسى لدرن الأمعاء في السودان هو جرثومة الدرن الإنسانية، بعكس ما هو معروف علمياً من أن السبب هو الجرثومة الدرنية البقرية، ويعتقد الباحثان أن تفسير ذلك هو العادة المتبعة في خض اللبن وصنع الزبد منه، حيث يتم ملء القربة إلى نصفها باللبن ثم تنفخ المرأة (والتي قد تكون مصابة بدرن الصدر) بفمها في القربة تملئ النصف الآخر بالهواء، ثم تبدأ خض اللبن وتفصل الزبد ويشرب اللبن (الرايب) بدون غلي أو تسخين، وبالتالي ينتقل المرض من صدر المرأة إلى أمعاء

(1) د. محمود جاد عبد الرحمن ، هدى الاسلام في الطب الحديث ، مرجع سابق ، ص 61 .

(2) اخرجة ابن حنبل ، في مسنده ، ج 3 ، ص 26 ، ح 11219 .

الأخرين، وتنتشر هذه العادة في كثير من بلاد المسلمين مع أنه نهى عنها شرعاً.⁽³⁾

وبالنسبة للعطاس والتثاؤب جاء في الحديث: "عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ: كان إذا عطس غطى وجهه بيديه أو بثوبه وغض بها صوته"⁽¹⁾ وعن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه قال: قال رسول الله ﷺ "إذا تثاءب أحدكم فليضع يده على فيه" رواه مسلم⁽²⁾

ثالثاً: - التحكم في الأمراض المنتقلة عن طريق الماء :

يعتبر الماء الراكد جواً ملائماً لنمو الكثير من البكتريا كالكوليرا والسالمونيلا والشملا والبتوسبايرا وغيرها⁽³⁾.

وأن دورة حياة البلهارسيا من المستحيل تكاثر هذا الطفيل في أي بيئة أو وطن أن لم يكن تبول أو تبرز في الماء، ولذلك كان النهي عن التبول والتبرز هو مجامع الوقاية جمعت في كلمات معدودات لها مقامات ومعالم الطب الوقائي في عصرنا الحديث⁽⁴⁾.

والتعاليم الإسلامية العام منها والخاص تسهم في الحد من هذه المشكلة، فالقرآن والحديث مليئان بالتوجيهات العامة التي حث عليها رسول الله ﷺ. قال: " لا يبولن أحدكم في الماء الدائم الذي لا يجري ثم يغتسل فيه" متفق عليه⁽⁵⁾.

(1) حسن خليل محمد، الوقاية خير من العلاج، مجلة الرابطة، السعودية، يونيو 1988م، ص 48

(2) اخرجة الترمذى، فى سننه، ج 5، ص 86، ح 2745.

(3) اخرجة ابن يعلى، فى مسنده، ج 12، ص 32، ح 6679.

(4) عبد الحى محمود حسن صالح، الصحة العامة وصحة المجتمع، مرجع سابق، ص 106.

(5) حسن خليل محمد، الوقاية خير من العلاج، مجلة الرابطة، السعودية، يونيو 1988م، ص 48.

(6) متفق عليه.

- تستوطن البلهارسيا (وهي مرض ينتشر عن طريق الماء الملوّث) في مصر والسودان وبعض الدول المدارية، ففي مصر وحدها يوجد أربع عشرة مليوناً حالة بلهارسيا.

- تكثر الإصابة بالانكلستوما والديدان المستديرة وغيرها في المناطق المدارية ومنها دول إسلامية، وتؤدي عادة التبول والتبرز في الطرقات العامة والظل ومصادر المياه إلى زيادة نسبة الإصابة خصوصاً مع انتشار الحفا، علماً بأن هذه العادات منهي عنها شرعاً، ويأثم المسلم إذا فعلها .

أن نظافة الماء أمر في غاية الأهمية في الطب الحديث، ولقد حثت الأحاديث على ذلك، ففي الحديث: نهى رسول الله ﷺ عن النفخ في الشراب فقال رجل: القذاه أراها في الإناء، قال: أهرقها⁽⁶⁾ .

وفي الحديث يؤكد لنا أهمية نظافة الماء وذلك :-

- 1- بتذكيرنا بخطورة نفخ الرذاذ في الماء .
- 2- بالأمر بأهراق القذاه وهي القشة الصغيرة من الوسخ .
- وفي الختام قد يقول قائل بأن هذا ليس بجديد فكل هذه الأوامر معروفة للطب الوقائي الحديث، وللإجابة نقول أن هذه الدراسة أثبتت ما يلي:
- 1- هذه التوجيهات التي عرفها الطب مؤخراً، أمر بها الإسلام منذ أكثر من ألف وأربعمائة عام، وجعلها جزء من الدين .
- 2- يحث الدين الإسلامي على النظافة .
- 3- يجهل الكثير من المسلمين هذه التعاليم، ولذا فهم يعانون من هذه الأمراض .

(1) حسن خليل محمد ، الوقاية خير من العلاج ، مرجع سابق ، ص 48 .

أوجه الاتفاق والاختلاف للوقاية والعلاج بين الاقتصاد الإسلامي والاقتصاد الوضعي:

تكتشف البشرية حقائق علمية وطبية جديدة كل يوم، ولقد شهدنا كثيراً من تلك المعجزات العلمية يرد ذكرها في القرآن الكريم منذ أكثر من أربعة عشر قرناً:

﴿سُرِّيهِمْ ءَايَاتِنَا فِي الْأَفَاقِ وَفِي أَنْفُسِهِمْ حَتَّىٰ يَبَيِّنَ لَهُمْ أَنَّهُ الْحَقُّ...﴾
[سورة فُصِّلَتْ: 53].

1- الطب الإسلامي شامل، يهتم بالجسد والروح، بالفرد والمجتمع على السواء، تعاليمه وممارساته تصب في منحى الحفاظ على أخلاقيات المجتمع والأسريه وتقويتها.

2- ويؤكد الإسلام أن لكل داء دواء يستطب به، وأن على البشر أن يسعوا لاكتشاف كل داء أو مرض، وعليهم ألا يياسوا، وكل اكتشاف علمي يحافظ على الصحة وصالح الإنسان، يعدوا عملاً طيباً صالحاً من وجهة نظر الإسلام، شريطة ألا يتعارض مع المفاهيم والمبادئ الإسلامية .

3- كما نلاحظ التكلفة العالية للطب الحديث أصبحت ترهق اقتصاد كثير من البلدان النامية وتجعله بعيداً عن متناول الكثير من سكان العالم. وذلك عندما تحول الطب في العالم الغربى إلى تجارة على أيدي شركات الأدوية والأجهزة الطبية الحديثة. ومن المنطلق الرأسمالى الذي يحكم اقتصاديات تلك الدول. حول حاجة المريض للعلاج إلى سلعة ممكن أن تحقق الأرباح الطائلة بصرف النظر عن البعد الإنسانى للأمور. وان في اتباع منهج الإسلام ذلك المنهج الربانى نجاه للمسلمين من الفقر والجهل والمرض، وفى فعالية الشفاء التام. والوقاية من الأمراض والعلل والسقم، وما هو إلا اتباع لينال الناس السعادة في الدنيا والفوز في الآخرة.

ومما يؤسف له حقا أن معظم أبناء المسلمين – أن لم يكن كلهم
يتلقون العلم حالياً عن مؤلفات غربية تنسب الفضل كله إلى علماء
من غير العرب ⁽¹⁾، وهم يجهلون تماماً تراث الحضارة العربية، وأنها
المصدر الذي تلقى منه الغرب أصول العلوم جميعاً .

(1) د. أمّنه صبرى مراد ، لمحات من تاريخ الطب القديم ، مرجع سابق ، ص 285 .

الفصل الثالث

أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي في مجال التطبيق

المؤسسات العلاجية في الحضارة الإسلامية (البيمارستانات)

عنى الإسلام بصحة الأبدان، وحث على الاستشفاء ومعالجة الأمراض، وكان من مظاهر ذلك في الحضارة الإسلامية، الحرص على إنشاء البيمارستانات أو المستشفيات، والعناية بتزويدها بكل ما يلزمها من أطباء وأدوات طبية وغير ذلك .

ولقد أبدت الحضارة الإسلامية اهتماماً كبيراً بالبيمارستانات عبر التاريخ، وكان أول ما شيد منها في دمشق زمن الأمويين، وبعد ذلك تطورت وتكاثرت في العهد العباسي، فشيد عدد كبير منها في بغداد، والقاهرة، ودمشق، وغيرها من العواصم الإسلامية والمدن الكبرى⁽¹⁾. كما اتسمت بالتنظيم الدقيق والكفاءة وجودة الخدمة، وكانوا يبذلون في عنايتهم باختيار المكان الصحي الملائم، الذي يصلح لإقامة بيمارستان عليه، حيث كان يقام في أحسن الأماكن موقعاً، وبجوار المياه الجارية من الأنهار أو البحار، حيث الخضرة وجمال الطبيعة، وكانت قاعاتها واسعة حسنة البناء، وقد توفرت فيها كل أسباب الراحة والرفاهية، وذلك من حيث الأسرة الناعمة، والحمامات الفخمة، والخدمات عالية الجودة، ومن المعلوم أن هذا البيمارستان على غناها

(1) د. حسن الباشا ، مدخل إلى العمارة والفنون الإسلامية ، مطابع معهد الدراسات الإسلامية ، القاهرة ،

ورفاهيتها، كانت تفتح أبوابها للفقراء، ولكل أبناء الشعب مجاناً، دون تمييز من السلطان إلى من دونه⁽²⁾ .

وكان البيمارستان مثلاً للجانب الأخلاقي والإنساني والحياتي، الذي ينطوى عليه الإسلام، وما كانت تمتاز به من شمول الثقافة الطبية الإسلامية، من الناحيتين النظرية والعملية، ومن السياسات الطبية التي يتبعونها في إنشائها كمدارس لتعليم الطب، وتطبيب المرضى، وتمارين للطلاب، وكان المستشفى يقسم على أساس علمي طبي إلى أجنحة منفصلة فكان قسم للرجال، وقسم للنساء، ثم أقسام الأمراض: قسم أمراض النساء، وقسم أمراض العيون، قسم للجراحة، قسم معالجة الحمى وغيرها، ثم قسماً خاصاً لمعالجة الحالات الطارئة، وكان بالبيمارستان، سجلات وتقارير طبية للمرضى، ومكتبة طبية، حيث كان المستشفى يقوم بدور التعليم أيضاً، من خلال المكتبة، والسجلات، والتقارير الطبية⁽¹⁾ .

ويعتبر أول مستشفى ثابت في الإسلام، هي الخيمة التي أقامها الرسول ﷺ في غزوة الخندق، وهي خيمة لعلاج المرضى والجرحى المصابين في الغزوات، وفي رواية، أنها خيمة "رفيده" التي كانت في مسجد رسول الله ﷺ حيث كانت تعالج فيه المرضى، ومنهم سعد بن معاذ رضي الله عنه، حيث أمرها الرسول ﷺ أن تشرف على معالجته⁽²⁾ .

(1) د. سعيد عبد الفتاح عاشور ، حضارة الإسلام ، مرجع سابق ، ص 66 .

(2) أ. حنيفة الخطيب ، الطب عند العرب ، مرجع سابق ، ص 198 - 200 .

(3) د. عصام الدين عبد الرؤوف الفقى ، تاريخ الفكر الإسلامى ، دار الفكر العربى ، القاهرة ، 2001م ، ص 367 .

كما أقام عبد الله بن الزبير خيمة لعلاج المرضى المصابين، وذلك في المسجد الحرام بعد أن أعلن خروجه على الدولة الأموية. وفي عام 88 هـ أقام الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك أول مستشفى في الشام لإيواء وعلاج المرضى، كما أقام مستشفى للمجذوبين لأول مرة في التاريخ الإنساني، وأعد لكل ضرير مرافقا، وجعل في بيمارستانه أطباء، وأجرى على المجذومين والعميان الأزراق، وكان المريض يعالج بالمجان، وإذا دخل المريض البيمارستان تنزع ثيابه في غرفة الاستقبال، ويرتدى ملابس نظيفة، ويظل مقيماً في البيمارستان للعلاج، وإذا شفى من مرضه، تقدم له خروج، وإذا أكله اطمن الطبيب المعالج على شفائه، ويسمح له بمغادرة المستشفى⁽³⁾. ويذهب بعض المؤرخين إلى القول بأن أول من وضع بيمارستانا في مصر هو أحمد بن طولون، ويذكر الكندي أن ذلك كان على عام 259هـ/872م بينما يقول البلوى أنه كان في عام 261هـ/0874 وقد أوقف أحمد بن طولون على البيمارستان وقوفاً للإنفاق من دخلها عليه، ووضع شروطاً للعلاج داخل البيمارستان فهو للعمامة ولا يعالج فيه جندى ولا مملوك والحق به حمامين أحدهما للرجال والآخر للنساء.

وفي سنة إحدى وستين ومائتين، بنى أحمد بن طولون المارستان، ولم يكن مثل ذلك بمصر مارستان، وقد انفق عليه ستون ألف دينار، وكان يركب بنفسه في كل يوم جمعة وينظر إلى المرضى، وسائر الإغلاء، والمحبوسين من المجانين، وقد كان أعظم هذه المارستانات بالقاهرة، كان المارستان الكبير المنصوري الذي بناه الملك المنصور قلاوون سنة اثنين وثمانين وستمئة هجرية⁽²⁾

(1) أ. حنيفة الخطيب، الطب عند العرب، مرجع سابق، ص 200

(2) د. بول غليونجي، اسهام علماء المسلمين في البحث العلمي في مجال الطب، مجلة اتحاد الجامعات العربية، الأردن، عمان، 1994م، ص 136 - 137.

وإن نشأة البيمارستانات كمؤسسة طبية صحية تعليمية، ووضع اللوائح والتنظيمات لإدارته تقدم الدليل على أن المسلمين استطاعوا أن يحققوا درجة عالية في التنظيم والإدارة تتساوى مع ما نراه في كثير من المستشفيات والمؤسسات العلاجية في عصرنا الحديث.

وشهدت مصر أيضاً نشأة البيمارستان المؤيدى وذلك في عام 821هـ / 1418 م واستغرق بناؤه حتى عام 823هـ / 1420 م ولكن لم يستمر في عمله سوى عام واحد تحول بعده إلى دار لاستقبال الرسل الورددين للسلطان ثم تحول بعد ذلك على جامع رتب له خطيب وإمام ومؤذن، وأقيم به منبر وخطبت به الجمعة لأول مرة عام 825هـ / 1421م.⁽¹⁾

وإنشاء البيمارستانات على أية حال يعد خطوة هامة في تطور التعليم عند المسلمين، وتطوره في مصر نموذجاً تطبيقياً يؤكد على عناية الدولة بصحة رعاياها، كما أنه من الملفت للنظر تطور الإدارة الإسلامية فيما يختص بالشئون الداخلية وانسحاباً على إدارة البيمارستان المنصوري ليقدم دليلاً على كيفية إدارة البيمارستانات الإسلامية.

وكان للبيمارستان ناظر يتولى النظر العام لشئونه وأحواله وله مساعدوه فعلى الجانب الإدارى كان معه أمين البيمارستان ومباشر البيمارستان، ومباشر للمطبخ، ومباشر لعمارة أوقاف البيمارستان، ومباشر لاستخراج مال الوقف الخاص به.

وعلى الجانب الطبى كان هناك كبير الأطباء يساعده الأطباء المتخصصون في الجوانب المختلفة كالجراحة والحميات والرمد، والبطانية والنساء وغيرها وتناوب الأطباء في رعاية المرضى في أيام العطلات، فكان

(1) د. فتحة النبراوى: تاريخ النظم فى الحضارة افسلامية ، دار الفكر العربى القاهرة، 1414هـ، 1994 ص 258

هناك الطبيب المناوب الذي يقوم بالعمل أيام الجمعة من كل أسبوع لاستقبال حالات الطوارئ التي قد تحدث خلال تلك الأيام.

وكان الـبـيـمارـسـتـان يـضـم أقـسـامـا مـتـخـصـصـة وـزود بـخـزانـة للـشـراب هـي الـصـيـدليـة. وـالحـق بـه أـيـضـاً قـسـم تـركـب فـيـه الـأدوية وتـصـنـع المعـاجين والأـكـحال كـما خـصـص مـكان لـتـوزيـع الـأدوية عـلى الـمرضى.

وتأكـيـداً عـلى أن الـبـيـمارـسـتـان كان مؤسـسة تعليمية زود بـخـزانـة للـكـتب تـضم نفائـس الأعمـال والمؤلفـات فـي الطـب وغيـرها لمن يـريد من طـلاب الطـب أن يـتزود بـالعـلم الدقيق المـتـخـصـص، وـالبـيـمارـسـتـان المنصـورى كان مـسـتـشـفى تعليمياً إذ تـوكـد المـصـادر أن رئيـس الأطـباء كان يجلس ليلقى دروساً فـي الطـب مـما يـدل أن عـلى أن الـبـيـمارـسـتـان يـسـتـقـبل طـلبة الطـلب لـيـدرسـوه ويتـعلمـوه عـلى أيدى أطباء الـبـيـمارـسـتـان المنصـورى.

وكان للـبـيـمارـسـتـان ميزانية خاصة به، مصدرها الأوقاف التي أوقفت عليه، بالإضافة إلى مصروف يومية بلغ خمسمائة رطل يبدو أنها كانت عينية من مختلف الأطعمة هذا سوى السكر الذي كان يخصص يوميا للـبـيـمارـسـتـان.

إدارة الـبـيـمارـسـتـانات:

وضع المسلمون نظاماً لإدارة الـبـيـمارـسـتـان يمكننا إن نستنبطه مما كانت عليه إدارة الـبـيـمارـسـتـان المنصـورى تلك الإدارة التي تنبئ عن فهم واضح لما يجب أن يكون عليه التنظيم الداخلى للـبـيـمارـسـتـان باعتباره مؤسسة طبية للتداوى، ومؤسسة تعليمية لتدريس الطـب وتـخـريـج الأطـباء.

كان للـبـيـمارـسـتـان المنصـورى رئيـس الأطـباء يـسـاعـده عـدد من الأطـباء المتـخـصـصين وعـدد من المـوظـفين الإداريين ومنهم أمين الـبـيـمارـسـتـان، ومباشرون للإدارة والمطبخ والعمارة بالإضافة إلى المشرفين على خزانة

الشرب، الذين لابد وأن يكونوا متخصصين في الصيدلة وتركيب الأدوية، وفي الجدول التالي يتضح لنا الهيكل الإداري للبيمارستان.

الهيكل الإداري الطبي	الهيكل الإداري المعاون
1- رئيس الأطباء.	1- أمين البيمارستان.
2- الأطباء المتخصصون.	2- المباشر (مباشر البيمارستان)
3- الطبيب المناوب.	3- مباشر الإدارة.
	4- مباشر المطبخ.
	5- مباشرة العمارة.
	6- مباشرة استخراج الوقف.

أنواع البيمارستانات:

أولاً: المستشفيات الثابتة ⁽¹⁾: وتشمل :

1- المستشفيات الكبيرة (البيمارستانات) لقد تميزت هذه المستشفيات بمواقعها المتميزة، والكثير منها أقيم على ضفاف نهري دجلة والفرات، فشيّد بيمارستان أم المقتدر على نهر دجلة عام 306هـ وفي نفس العام شيّد بيمارستان المقتدر على النهر نفسه، وعلى نهر دجلة أيضاً شيّد عضد الدولة البيمارستان العضدي في عام 317هـ، والبيمارستان النوري في دمشق عام 549هـ، والمنصوري في القاهرة، وبنى من البيمارستانات، في مراکش، ومكة المكرمة، وتونس وغيرها في المدن العربية، أما سبل تمويل البيمارستانات فيتم عن طريق المقتدرين وما أوقف لها، وهناك أوقاف كثيرة مخصصة للنفقة على البيمارستانات .

(1) د. عبد الإله ساعتي، مبادئ إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 14

2- **مستشفى المدرسة:** اهتم المسلمون ببناء مستشفيات في المدارس الكبيرة، وذلك لتتولى علاج العاملين بالمدرسة، من مدرسين، وطلاب، وخدم، وغيرهم، وتضم المستشفى صيدلية وكان من أهم المدارس: المدرسة المستنصرية .

3- **مستشفى السجن:** وكان ذلك في العصر العباسي، وذلك بعد أن قام وزير الخليفة المقتدر ويدعى على الجراح بزيارة إلى السجن، فما وجد من تغير في أحوال المسجونين من الأمراض، فأمر بإنشاء مستشفيات في السجن تتولى علاج المسجونين .

ثانيا: المستشفيات المتنقلة: وتشمل :

1- **مستشفى السبيل:** هي المستشفيات التي ترافق قوافل الحجاج في ترحالهم من العراق والشام إلى بيت الله الحرام - الشعائر المقدسة، وتزود عادة بالأدوية والعقاقير والأطباء والممرضين، ويمولها المحسنون الذين كانوا يتسابقون للمساهمة، بتحمل نفقاتها، وكان أول من بدأ بهذه المستشفيات الخليفة معاوية بن أبي سفيان .

2- **المستشفى المحمول:** وهي المستشفيات التي تنتقل إلى المناطق النائية، تعالج المرضى والمصابين، وتزودهم بالأدوية التي يحتاجونها، ويرجع تاريخهم إلى عهد الخليفة المقتدر العباسي، وتنتقل حيث الحاجة من مكان لآخر .

3- **مستشفى الجيش:** ويقتصر بها البيمارستانات التي ترافق الجيش، ويكون بها طبيب أو أكثر ومساعدون وصيادلة وخدم ومعهم أدوية وأدوات وعقاقير .

ثالثاً: مستشفيات العزل (1)

1- دور المجذومين: وتعود جذورها إلى عهد الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك الذي خصص دوراً خاصة لمرض الجذام في الشام، ثم أقام عامله الحجاج بن يوسف الثقفي دوراً خاصة في العراق لعلاج المجذومين وعزلهم. وكذلك أصبحت هناك، دور لذوى العاهات والعميان والبؤساء .

2- دور المجانين: كان المسلمون يرفقون بحال المجانين، ويعتنون بهم، ويعملون على دراسة حالتهم ومعالجتهم، ولقد أقاموا دوراً لإيوائهم ومعالجتهم من قبل أطباء ومعهم صيادلة وخدم، ومن هذه المستشفيات، مستشفى القاهرة الذي شيده صلاح الدين الأيوبي، ودار المجانين في دمشق .

وكان التمويل الصحي في الحضارة الإسلامية من خلال :-

1- تمويل البيمارستانات.

2- التمويل عن طريق مساهمة الأطباء في عمل الإحسان.

1- تمويل البيمارستانات.

وكان يتوقف هذا النوع من التمويل إلى حد كبير على الوقف :

معنى الوقف في الشرع: هو حبس العقار على حكم ملك الله تعالى، وهذا يعنى زوال ملك مالكة الأصل وانتقاله إلى ملك الله فلا يباع ولا يوهب ولا يورث وتصبح منفعته حقاً للموقوف عليهم سواء كانوا معينين كالفقراء، وأبناء السبيل، أو طلبه العلم⁽¹⁾، هذا الوقف قد بدأت " مؤسسته " مع بدايات الدولة الإسلامية الأولى، على عهد رسول الله ﷺ، عندما أوصى " مخيرق

(1) أ. حنيفة الخطيب ، الطب عند العرب ، مرجع سابق ، ص 250

(2) د. عبد الحليم محمود ، الفقه الإسلامي الميسر ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، 1992م ، ص 281 .

بن النضر " (3هـ / 625م) بأمواله إلى رسول الله. يصنع فيها ما أراد الله " وكانت سبعة حوائط أي (بساتين)، فجعلها رسول الله ﷺ وقفاً محبوساً أعيانها، وتتفق ثمارها على الأمة⁽¹⁾.

ثم جاء عمر بن الخطاب - رضي الله عنه - فأصطفى أنفس أمواله - أرضه في خيبر - فجعلها دفعا على النفع العام .. فذهب إلى رسول الله ﷺ فقال: يا رسول الله إني استقدت مالاً، هو عندي نفيس، فأردت أن أتصدق به، فأجابه الرسول: تصدق بأصله لا بيباع، ولا يوهب، ولا يورث، ولكن ينفق من ثمره⁽²⁾.

فكتب عمر "وثيقة" ⁽³⁾ حجة وقفه التي لعلها أقدم وثاق وحجج هذا النظام في تاريخ الإسلام وفيها: (هذا ما كتب عبد الله عمر في ثمخ (أرض بخيبر) " أنه لا يباع أصلها ولا يوهب ولا يورث للفقراء، والقربى والرقاب وفي سبيل الله وابن السبيل والضعيف، ولا جناح على من وليها أن يأكل منها بالمعروف ويطعم صديقاً غير متمول فيه "⁽⁴⁾

ومنذ الدولة الأموية، وفي عهد هشام بن عبد الملك (71-125هـ) / 660-430م أصبح للأوقاف بعد اتساع حجمها "ديوان" خاص يتولاه من يسمى " صدر الوقوف "⁽⁵⁾

وظل هذا " الديوان " أهلياً لأن الوقف مؤسسة " الأمة " لا " الدولة " منها مولت صناعة الحضارة، وبها أقامت العدالة النسبية والتكامل الاجتماعي

(1) د. مصطفى عمار ، المستقبل الاجتماعي للأمة الإسلامية،(مستقبل الأمة الإسلامية - قضايا إسلامية)، العدد 99 ، مطبعة وزارة الأوقاف ، (القاهرة) ، 1424هـ - 2003م ، ص 218 .

(2) نفس المرجع السابق ذكره ، ص 218 .

(3) نفس المرجع السابق ذكره ، ص 218 .

(4) نفس المرجع السابق ، 218 .

(5) المرجع السابق ذكره ، ص 219 .

بين الناس. لقد جاء حين من الدهر، بلغت فيه - على عهد السلطان الظاهر برقوق (738هـ - 810هـ) / 1338 - 1398م مساحة الأراضي الموقوفة نصف أراضي الدولة، الأمر الذي أمتد بثمراتها إلى مختلف ميادين العمران الإسلامي وشملت منها⁽¹⁾: إقامة البيمارستانات: مؤسسات متكاملة للعلاج وللاستشفاء من الأمراض العضوية والنفسية الخ، أن أمة تولت صناعة حضارتها أهلياً وتطوعياً، بالأوقاف ... فكان عمرانها الدنيوي قربته الله ﷻ، يحفزها إليها الاعتقاد الديني الجدير بإحياء هذا الشكل من أشكال التمويل لتحقيق التكامل الاجتماعي في عالم أصبح غابة توظف بها 97% من رؤوس الأموال في السمسرة والمغامرات ...، و90% من عقول العلماء في خدمة صناعة السلاح والدمار ...، و86% من ثمرات الإنتاج العالمي لرعاية 20% من السكان!⁽²⁾.

وبإحياء الوقف، هذه المؤسسة التي مولتها الأمة من خلال الأوقاف.. هو إحياء التكامل الاجتماعي، والعدالة المالية في الأمة الإسلامية . كانت البيمارستانات (المستشفيات العامة) في عصورها الوسطى تمول من الأوقاف التي تحبس عليها، والأموال التي ترصد لها، وتتفق عليها بسطاء في وفرة الغذاء والكساء، والأثاث والأدوية والأطباء والصيادلة والخدم، ومن تمويل الكثير والإنفاق الكثير من الأموال، بلغت ذروتها زمن العباسيين، وعلى سبيل المثال: عن العناية والترفيه التي نعمت بها البيمارستانات زمن العباسيين، فنذكر ما أعد من وسائل الراحة في البيمارستان العضدي مع العلم أنه لم يكن من بيمارستانات الدرجة الأولى⁽³⁾:

(1) المرجع السابق ذكره ، ص 219 : 220 .

(2) المرجع السابق ذكره ، ص 227 .

(3) حنيفة الخطيب ، الطب عن العرب ، مرجع سابق ، ص 200 : 201

فإن ناظره في سنة 449هـ/1058م بعد أن دثرت أوقافه أعادها وجمع فيه من الأشربة، والأدوية، والعقاقير، التي عز وجودها شيئاً كثيراً، وأقام الفرش واللحف للمرضى، والأرايح⁽¹⁾ الطبية، والأسرة، والتلج، والمستخدمين، والأطباء، والفراشين، وكان فيه ثمانية أطباء، ونساء طباخات، ودواوين، وحراس، والحمام، والبستان الذي إلى جانبه، فيه أنواع الثمار والبقول، والسفن على مسافة تنقل الضعفاء، والفقراء، والأطباء يتناولونهم بكرة وعشية، ويبيتون عندهم بالنوبة، وكان فيه عدة خواب فيها السكر الطبرزد⁽²⁾ وصناديق فيها أكفان، وقدور كبار وصغار، وآلات، وأربعة وعشرين فراشاً.. وأشياء ما يوجد في دور الخلفاء، وكانت العناية الطبية سواء في المدن أو في القرى أو في السجون أيام السلم والحرب، يتم على أكمل وجه بحسب الإمكانيات المتوفرة، وكان لكل بيمارستانات (ناظر) يشرف على إدارة الأوقاف العديدة التي كان منشئو البيمارستانات يخصصون دخلها للإنفاق على شئونها⁽³⁾.

2- التمويل عن طريق مساهمة الأطباء في عمل الإحسان

لقد ثرى بعض أطباء العصر العباسي ثراءً فاحشاً، هذا فضلاً عن المناصب الكبرى التي كان يتوصل إليها الأطباء أصحاب الجاه والثروة،

(1) الأرايح : الرائحة الطبية

(2) سكر الطبرزد : سكر النبات

(3) كلمة " بيمارستان " بفتح الراء وسكون السين ، وهي لفظة فارسية مركبة من مقطعين هما " بيمار " بمعنى المريض أو العليل أو المصاب و" ستان " بمعنى الدار أو المكان ، ومعنى ذلك أن البيمارستان هو " دار المرضى " ثم اختصرت فأصبحت مارستان ، وهي بمثابة المستشفيات العامة التي تعالج فيها جميع الأمراض الباطنية والجراحية والرمدية والعقلية ، ولما أصابتها الكوارث هجرها المرضى إلا من المجانبيين حيث لم يكن لهم مكان سواها ، فأصبحت الكلمة مرتبطة بهؤلاء المرضى فقط .

ومهما يكن فإن قصص الأطباء، والأموال التي كانت تغدق عليهم، تدل على تقدير الإسلام واحترامه للمعرفة الطبية.

فمثلاً جبرائيل بختيشوع حصل من جهة الخلفاء من الأموال ما لم يحصله غيره من الأطباء، وذلك في مدة خدمته للرشيد، يذكر أن رزقه من رسم العامة في كل شهر عشرة آلاف درهم (10.000) أي مائة وعشرون ألف درهم (120.000) درهم في السنة، وفي فترة ثلاث وعشرين سنة، وهي مدة خدمته للرشيد، استولى على مليونين وستمائة وثمانين ألف درهم (2.680.000) (1)

فلم يكن تأسيس المستشفيات وقفاً على الخلفاء والولاة والرجال الأغنياء وإنما دأب على تأسيسها أيضاً الأطباء مساهمة في عمل الإحسان ومساعدة الناس المحتاجين، بالإضافة إلى ما أسهموا به في إدارة المستشفيات التي أسسها العرب في مختلف المقاطعات الإسلامية. ففي سنة 306هـ / 1918م أشار سنان بن ثابت عم المقتدر بأن يتخذ بيمارستاناً يسب إليه، فأمر بإنشائه في باب الشام وسماه البيمارستان المقتدري، وأنفق عليه من ماله في كل شهر مائتي دينار، وفي السنة نفسها فتح سنان بن ثابت بيمارستان السيدة الذي بناه بسوق على دخلة وجلس فيه، ورتب المطبيين، واستقبل المرضى، وكانت النفقة عليه في كل شهر ستمائة ديناراً (2) .

ومن مكارم الأخلاق للأطباء ما حدث به علي بن محمد بن الصلحي الكاتب عن القطيعي أحد أطباء مصر المشهودين أنه حول أحد دوره إلى ما يشبه البيمارستان، يأوي إليه المرضى من الفقراء، فيعالجهم وقدم لهم الأغذية

(1) حنيفة الخطيب ، الطب عن العرب ، مرجع سابق ، ص 143 .

(2) المرجع السابق ذكره ، ص 178 .

والأدوية، ويقوم بخدمتهم مجاناً، وكان ينفق أكثر من مدخوله في هذا السبيل⁽¹⁾.

ولم تكن العناية بالصحة العامة تقوم فقط على مساهمة الأطباء وأهل الخير من الأغنياء، لأن ذلك كان يتطلب تمويلاً ضمنيّاً، فكانت الحكومة تقوم بأعباء تتعلق بنقل الخدمات الطبية إلى المناطق الريفية والسجون مما يشكل تعاوناً بين الحكومة والجهاز الطبي إن الإسلام قد أهدى للبشرية مؤسستين ماليّتين هما مؤسسة الزكاة ومؤسسة الوقف، ولكن تم تعطيلهما في العالم الإسلامي، في حين نهض العالم الغربي حيث أنه لا توجد أسرة أوروبية أو أمريكية ألا وتخصص تلقائياً نسبة 2% من دخلها للمنظمات غير الحكومية والجمعيات الخيرية، كما أن رجال الأموال بالغرب يوقفون من أملاكهم وأموالهم لأوجه البر مثل: الجامعات والمستشفيات.⁽²⁾

ولو تنبه العالم الإسلامي إلى هذا لحل أغلب مشاكله التي يعاني منها أفراد من بطالة وأمّية ومشاكل صحية الخ .

أوجه الاتفاق والاختلاف بين المستشفيات في الحضارة الإسلامية والمستشفيات الأخرى:

المستشفيات في العصور الوسطى:

يقول جيس بينا: ⁽³⁾ " أن المستشفيات عالية الكفاءة التي شيدها المسلمون في العصر الإسلامي خلال العصور الوسطى، تعد إسهاماً رائعاً

(1) موقع شبكة الإنترنت ، د. عبد الرحمن العيسوي ، رسالة البيمارستانات في الإسلام بتاريخ 2004/7/7م

<http://www.bolagh.com/mosoa/sirah/T7ous5uro.htm>.

(2) د. محمد شوقي الفنجري ، الوكيل السابق لمجلس الدولة (الوقف يحتاج إلى تحريك) ، جريدة الأهرام، القاهرة ، 15 ديسمبر 2002م ، ص 13 .

(3) Lawrence wolper and jesus pena. Health care Adminstration. (Maryland : An Aspen publication, 1987). P.5.

ومتميزاً للحضارة الإسلامية، ولا يمكن مقارنة المستشفيات العسكرية الرومانية والمستشفيات المسيحية، بذلك المستوى الرفيع للمستشفيات العربية من حيث العدد، ومن حيث التنظيم، ومن حيث التميز، إن المصحات النفسية والعقلية أنشأها المسلمون قبل أن تعرفها أوروبا بعشر قرون .

وإذا نظرنا إلى حال الأوربيين في ذلك الوقت، وجدناهم يؤمنون بأن المرض نقمة وعذاب من الله، لذلك كانوا لا يرحمون المريض، ويعدون الإشفاق عليه أمراً مخالفاً لتعاليم الدين، وفي هذا المجتمع الذي تسيطر فيه هذه الأفكار على الناس في معاملتهم، عاش الناس يقاسون أهوال المرض، وتكرر أهلكهم وذويهم لهم، مما جعلهم يستعذبون الموت تخلصاً من هذه الأهوال، وتلك الآلام، بل أن الأمر قد يصل أحياناً إلى ما هو أشد وأنكى من ذلك، فالمصابون بالجزام يحرقون، ويوقع العقاب الشديد على المجانين، وعندما أرادوا أن يتحرروا من هذه الأفكار والأعمال، أقاموا بعض المستشفيات التي كانت بيئة مخصصة بالجرائم، وعشاً للأمراض الخبيثة (2).

ويمكننا في ضوء هذا نتبين الفرق الهائل بين ماكان عليه العرب المسلمون والأوربيون، فقد كان العرب يتزعمون العالم في العلوم الطبية وغيرها من مقومات الحضارة، وكانت كلمة (عرب) تحتل في الأذهان المكانة التي تحتلها كلمة (غربي) أو أوربي في هذا العصر، لقد كانت كلمة عربي تفرع أذن كل أوربي في هذه الفترة قرعاً شديداً. ويقرر العلاقة (سيديو): أن العرب المسلمين هم في الواقع أساتذة أوروبا في جميع فروع المعرفة (3).

(1) أبو الفتوح التوانس ، من أعلام الطب العربي ، الدار القومية للطباعة والنشر ، القاهرة ، بدون تاريخ ،

ص 53 - 54

(2) نفس المرجع السابق ذكره ، ص 11

2-1 المستشفيات الحديثة :

أن البيمارستانات كانت تسير على نظام تام، وعلى أصول مرعية لا تقل عن النظام الحديث لتنظيم المستشفيات الحالي .

فالبيمارستانات كانت تنقسم إلى قسمين منفصلين، قسم للرجال، وآخر للنساء، وكل قسم به عدة غرف وقاعات، منها ما هو للأمراض الباطنة، ومنها ما هو للعيون والجراحة، وما شابه ذلك وكل قسم في الوقت ذاته ينقسم إلى غرف: الحميات، وحوادث الإسهال، والأمراض النفسية، ولم تخلو المستشفيات من أقسام خاصة للناقهين لكي يستعيدوا صحتهم، تلك هي حال المستشفيات في الحضارة الإسلامية في القرون الوسطى .⁽¹⁾

ولكن كيف كان حال المستشفيات في أوروبا في هذه الفترة ؟ تذكر المصادر التاريخية أن المستشفيات في أوروبا كانت مصدراً لنقل الأمراض بين المرضى المقيمين ومخالفتهم، هذا بالإضافة إلى أن المرضى لم يكونوا يحظون بالمعاملة الإنسانية اللائقة، ويذكر بعض الملوك، كانوا يحرقون المجذومين، ويعذبون المجانين، ولا يكثر ثون لصحة المسجونين أو لحياتهم. ولعل ما يلفت للنظر أن العرب المسلمين كان نظامهم في المستشفيات التي أنشأوها، على غرار النظام الحديث الذي تسير عليه المستشفيات الحالية، من حيث تقديم العقاقير، والفحص، والنظافة، والأكل والخدمة، ونظام الأطباء. أما عن جودة الرعاية الطبية، التي كانت تقدم في هذه المستشفيات، فلقد قطعت شوطاً بعيداً نظراً لما قام به علماء العرب المسلمون من الاطلاع والدراسة والتشخيص والزيادة على علوم من سبقوهم في الطب. فالفحص الطبى عند المسلمين كثيراً عما هو عليه الآن، فقد كانوا بفحصون لون

(1) حسان محمد نذير ، إدارة المستشفيات ، مرجع سابق ، ص 26

البول، ويجسون النبض، ويقومون بتجربة العقاقير قبل وصفها للناس على الحيوانات، ومن ذلك تجربة الرازي للزئبق بأنواعه على قرد، والتي استخلص منها مدى الضرر الذي يسببه. وكان العرب المسلمون أول من استخدم الكاويات والمخدر في الطب في العمليات الجراحية، وأنهم أول من استخدموا الأفيون بمقادير كبيرة لمعالجة حالات الجنون، وأشاروا بصب الماء البارد على الجروح والرضوض لمعالجة النزيف (2).

وقد خطا العرب المسلمون خطوات واسعة في مجال تنظيم مزاولة مهنة الطب والصيدلة، حيث كان يفرض على الأطباء والصيدلة أن يجتازوا امتحانا خاصا قبل السماح لهم بمزاولة المهنة .

1. سمات المستشفيات الحديثة:

- 1- عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بمخاطبة الآخرين .
 - 2- اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفيات من الناحية الصحية .
 - 3- وجود المستشفى المتنقل عندما تدعوا الضرورة وإرساله المناطق النائية بصورة دورية خصوصاً إذا كانت تلك المناطق تفتقر إلى الخدمات الصحية الأساسية .
 - 4- إنشاء المستشفيات العامة والمتخصصة .
 - 5- الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية .
 - 6- التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى من خلال عمليات التشخيص ووصف العلاج .
- تنظيم مزاولة مهنة الطب والصيدلة عن طريق الإجازة بواسطة الامتحان .

(1) نفس المرجع السابق ، ص 26

الخاتمة

تم استعراض دراسة اقتصاديات الصحة بين الاقتصاد الوضعي والإسلامي، من خلال عرض السياسات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي من حيث تحديد مفهوم الصحة على مستوى الأفراد المفترض الوصول إليها في الاقتصاد الوضعي ويجب تطبيقها في حياة المسلمين الاقتصاد الإسلامي وخلق الإنسان القوى في جسمه وعقله وروحه، والذي يستطيع أن يحمل الرسالة إلى كافة أنحاء الأرض ثم إبراز الأهداف الصحية على مستوى المجتمع المراد تحقيقها في الاقتصاد الوضعي، والتي سبق دعوة الإسلام إليها منذ أكثر من أربعة عشر قرناً لتحقيق إقامة المجتمع الصحيح البنية، المنيع ضد الأمراض الوافدة والمستوطنة.

تم على مستوى الدولة استخدام صور من التحليل الاقتصادي للخدمات الصحية في الاقتصاد الوضعي والإسلامي، حيث لا ترفض الإسلام الأساليب الاقتصادية المعاصرة طالما تتفق مع العقل ولا تخالف الشريعة، واستخدام البيانات الإحصائية والمؤشرات الصحية والتي تمكن من الدولة من تحديد الإمكانيات اللازمة من الموارد الصحية باستخدام أنسب النظم العلاجية لمواجهة المشكلات الصحية من حيث الأسباب أو الآثار المترتبة مع هذه المشكلات، وكبرى هذه المشكلات الصحية (المرض)، واتخاذ أنسب القرارات حيال هذه المشكلات سواء من ناحية إمكانيات المواطنين ومستوى معيشتهم، أو عدد الحداد الصحية والمستشفيات، ومعدل الأطباء ومعدل الأسرة وتوفير الأموال اللازمة والأفراد واستخدامها الاستخدام الأمثل وتحقيق عدالة التوزيع لإمكانية الحصول على النتائج الصحية اللازمة باستخدام أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الوضعي والإسلامي، والتي

تؤتي ثمارها المرجوة في الاقتصاد الوضعي، وتغيير منهج حياة للمسلمين في الاقتصاد الإسلامي، مما يساعد على الشفاء من المرض أو تحسن في الصحة أو الارتقاء بالصحة، ومما يساهم أيضاً بنتائج طيبة في حياة الشعوب. وتحسن دخولهم وبالتالي تحسن في المستوى الاقتصادي القومي، ثم استخدام أساليب الوقاية والعلاج في الاقتصاد الإسلامي في المؤسسات العلاجية في الحضارة الإسلامية (المارستانات) في مجال التطبيق.

وبناء على ما سبق توصل الباحث إلى النتائج والتوصيات الآتية :

أولاً :- النتائج

1- الإسلام دين الفطرة وهو دين يركز على صالح البشر أجمعين واهتمامه بمعالجة القضايا الاقتصادية وشمولة كافة أوجه الحياة الاقتصادية.

2- أن الاقتصاد الإسلامي ينظر للإنسان كقيمة جوهرية، وأن الله ﷻ ألزمه أمانة وكلفة رسالة، فكانت نعمة الصحة أمانة، فلا يجب العبث بها، أو تضييعها أو التفريط فيها فكانت المحافظة عليها طاعة لله وقرب منه ولأن الله جميل يحب الجمال، وأعلى مراتب الجمال في الإنسان صحته.

3- أن هناك نقط التقاء بين الاقتصاد الوضعي والاقتصاد الإسلامي في هذا المجال من التحليل الاقتصادي ألا أن هناك كثير من أوجه الخلاف ويرجع ذلك إلى اختلاف الفلسفة الاقتصادية والأهداف في كل من الاقتصاديين أن الجوع إلى الإسلام بتطبيق ما جاء فيه من تسرد مياه هو السبيل الوحيد لإنقاذ البشرية من وضعها الاقتصادي المتردد، وحل كافة المشكلات الاقتصادية التي يعاني منها عالمنا المعاصر.

4- يتفق الاقتصاد الإسلامي في مواجهة المشكلات مع الفطرة السوية والعقل الراشد و يستمد أسسه من الشريعة . ولهذا لا يقع هذا المنهج في الطوباويات أو الإغراق في المثاليات غير القابلة للتطبيق فالمنهج الإسلامي يتسم بالاعتدال والواقعية الأخلاقية

5- يضع الاقتصاد الإسلامي في التعامل مع المشكلات نسقا من الأولويات مستمدا من الأولويات في الإسلام نفسه كدين سماوي 0 فالمشكلات التي تفرض قيام المجتمع الإسلامي أو التي تمس أمورا إيمانية أو تطبيق الشريعة الإسلامية تأتي أولا وتحتل أهمية كبرى، فدفع الضرر مقدم على جلب المنافع .

6- أن الصحة قيمة اقتصادية فإنها تقلل من الخسائر الناجمة كن مرض العمال وأنها تسمح باستخدام الوارد الطبيعية التي كان الوصول إليها متعذراً، وأنها تزيد من إلحاق الأطفال بالمدارس، وتجعلهم اقدر على تحصيل العلم، وأنها تحرر الموارد للانتفاع بها في استخدامات بديلة، ولولا ذلك لا نفعت على علاج الأمراض وأما المكاسب الاقتصادية فهي أكبر تسبباً في حالة الفقراء، وهم بصورة نمطية الأكثر تعرضاً للإعاقة تسبب ضعف الصحة، وهم الذين يتأثر بهم أن يحققوا أكثر مكسب في تنمية الموارد الطبيعية المستخدمة استخداماً قاصراً.

7- أن اقتصاديات الصحة تمكن من تحليل السياسات الصحية المتعلقة بالعرض والطلب للخدمات الصحية، والإنفاق والتمويل، والتأمين الصحي، النظر إلى إمكانيات المواطنين كما تمكن من التعرف مساهمة الإنفاق والتمويل في تطوير الخدمات الصحية، دار هذا على

أتمام هذه الخدمات بشكل عادل، وتساعد في الغاية على صنع القرار، وعلى الأخذ بالبرامج الصحية الأكثر كفاءة وعدلاً.

8- أن زيادة الطلب على خدمات القطاع الخاص. وتقليل الطلب على الخدمات الحكومية سوف يؤدي إلى تحسن الأوضاع لكلاً القطاعين، فزيادة الطلب على خدمات القطاع الخاص سوف تنعش هذا القطاع وتزيد من استثمارته، وتتيح المجال أما توفير فرص عمل جديدة، أن تقليل الطلب على الخدمات الصحية الحكومة فسوف ينعكس أيضاً على هذه الخدمات وتحسينها ويرفع مستوى أدائها.

8- أثبتت الدراسات بأن العمر المتوقع يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحالة الاقتصادية فيكون للنمو الاقتصادي تأثيراً بتعديل صحة السكان الفقراء، لأن تحسن المستوى الاقتصادي بتوجه إلى شراء الضروريات الأساسية، ولاسيما المواد الغذائية، والمسكن، ما يعود على الصحة بمنافع كبيرة كما أن التقدم العلمي والتكنولوجي في مجال الخدمات الصحية زاد من إمكان الحصول على قدر أكبر من الصحة بمستوى إقتصادي معين وأن تدهور الحالة الصحية لأفراد المجتمع يؤدي إلى انخفاض إنتاجية هؤلاء الأفراد في سن العمل، وكذلك فإن انخفاض الحالة الصحية يؤدي إلى انخفاض معدل توقع الحياة، ومن ثم تزداد حالات الوفاة للأفراد وهم في سن العمل أو خروجهم إلى المعاش المبكر بسبب المرض وبالتالي يفقد الاقتصاد القومي ما يكن يمكن لهؤلاء الأفراد أن يسهموا به في الناتج القومي لو أنهم كانوا في صحة تامة أو لو أنهم استمروا في الإنتاج بكامل طاقاتهم حتى سن والخروج إلى المعاش أي أن سوء

الحالة الصحية للأفراد يؤدي إلى ضياع جزء من الناتج كان من المتوقع تحقيقه.

10- أن هناك علاقة بين الانفاق والتمويل للخدمات الصحية، فإذا توفر التمويل الجيد من مصادره المعتمدة، ووافقة الإنفاق الجيد على الموارد الصحية، كان تحسن الخدمات الصحية يساهم في تحسن مستوى الصحة ورفع مستواها، وبالتالي زيادة الإنتاج وزيادة متوسط الأعمار في المجتمع.

11- أن اتساع مظلة التأمين الصحي حماية للفقراء والمرضى، وتدعيم لقواهم الاقتصادية الاجتماعية وهو لا يخالف الشريعة الإسلامية.

12- أن الصحة والاقتصاد والبيئة بينهما علاقات متبادلة، فكلما تحسن المستوى الاقتصادي تحسنت للبيئة وصحة الإنسان والعكس إذا تدهور الاقتصاد بكون البيئة وسترث صحة الإنسان، والصحة الجيدة تؤثر في زيادة الإنتاج وتنعكس إلى تحسن الأحوال الاقتصادية والبيئة ويرتفع المستوى الاقتصادي.

13- يشكل القضاء على الفقر المهمة المركزية لسياسة للتنمية في مستهل القرن الحادي والعشرين، حيث لا زالت إعداد غفيرة من سكان العالم تعاني من الفقراء على الرغم من النمو الاقتصادي السريع، ونظراً لأن الصحة السيئة هي أحد الأسباب الرئيسية للفقر، فإن توصف الاستثمارات التي تستهدف تحسن الأحوال الصحية للفقراء بوسعها أن توفر وسيلة للتخفيف من حدة الفقر.

14- وعلى الرغم من أن متوسط العمر عام 1900 هو 49 سنة فقط فزاد الآن أكثر 15 سنة وبذلك زادت فرصة الحياة أمام كل راشد وهذه انتصارات طبية باهرة، فإن مشكلة المرضى مازالت بعيدة عن

الحل، وما زال المرض عبئاً اقتصادياً ثقیلاً على عاتقه الدول والأفراد.

15- يجهل الكثير من المسلمين تعاليم الدين الإسلامي الحنيف ولذا فهم يعانون من الأمراض.

16- أن لكل دار دواء يستطب به، ويؤمن المسلمون بأن على البشر أن يسعوا لاكتشاف علاج كل داء أو مرض وعليهم الإيناسوا. وطالما توافر العزم على معاونة الأخرى وتجنب آلام فسوف يتحقق هذا الهدف وكل اكتشاف على يحافظ على الصحة وصالح الإنسان يعد عملاً صالحاً من وجه نظر الإسلام شريطة إلا يتعارض مع المفاهيم والمبادئ الإسلامية.

17- أن التعامل مع الحياة الاقتصادية وفق شرع الله، والتمكن من استتباط الا تقام الشريعة الاقتصادية، وإدراك الأخطاء والانحرافات في الأنظمة الوضعية وإبراز المزايا في صورة علمية محايدة مقنعة بعيدة عن التحيز أو التعصب مما يؤكد تفوقه النظام الاقتصادي الإسلامي على غيره من النظم الاقتصادية السائدة في عصرنا.

18- أن التكلفة العالية للطب الحديث أصبحت ترهق اقتصاد كثير من البلدان النامية وتجعله بعيداً عن متناول الكثير من سكان العالم، وذلك عندما تحول الطب في العالم الغربي إلى تجارة على أيدي شركات الأدوية والأجهزة الطبية الحديثة، ومن المنطلق الرأسمالي الذي يحكم اقتصاديات تلك الدول حول حاجة المريض للعلاج إلى سلعة يمكن أن تحقق الأرباح الطائلة بصرف النظر عن البعد الإنساني للأمور، وأما في اتباع منهج الإسلام ذلك المنهج الرباني نجاه للمسلمين من الفقر والجهل والمرض، وفي فاعليه الشفاء التام،

والوقاية من الأمراض والعلل والسقم، وما هو إلا اتباع لينال الناس السعاد في الدنيا والفوز في الآخرة.

ثانياً: - التوصيات:

1- يجب على المسلمين أن يفهموا أمور دينهم فهماً صحيحاً ففيه الصحة والسلامة والسعادة ويجب إصلاح جذرى لنظام التعليم الإسلامي: ويتحقق ذلك بصياغة خطط ووسائل تربوية تتسجم مع المفاهيم الإسلامية، ويحرك في نفوس المسلمين عنصر الإبداع.

2- التركيز على الجانب العملى والتطبيقي: ويتحققه بالتوسع في التعليم الطبى والصحي الإسلامى لأنه يلعب دوراً في تغيير العادات الشخصية.

3- التوسع في دراسة العلوم الإنسانية إلى ما يتصل بالحياة الواقعية والمشكلات العملية، وما يحتاجه المجتمع الإسلامى عامة والاقتصاد خاصة.

4- التوسع في الخدمات والأنشطة في المجال الصحي والرياضى والغذائى وإصلاح التنظيم الإدارى والرقابية والتخطيط والتقويم.

5- الاهتمام بالتوعية الدينية: بالإرشاد والخلقى، وإبراز فيه التعاون والمشاركة والإسهام الخصال في المشاريع الاجتماعية وغرس روح التضيحية والإيثار، والتمسك بالإصالة، والوقوف ضد التيارات الفكرية المناهجة لتعاليم الإسلام، ونشر الوعى الصحى وترشيد الاستهلاك.

6- التوسع في استصلاح الأراضى الزراعية: لتوفير الأمن الغذائى، إنتاج المحاصيل الغذائية بما يتناسب مع النحو المطرد وزيادة السكان في قطاع الوطن الإسلامى وتحقيق الاكتفاء الذاتى في مجال إنتاج

- السلع الاستراتيجية وتوجه الموارد الاقتصادية المتاحة لانتاج الخدمات الصحية وتجنب حرمان أي شخص من العلاج لأي سبب.
- 7- القضاء على البطالة: بإيجاد فرص العمل لكل قادر بتشجيع استصلاح الأراضي الزراعية، وغزو الصحراء، وتشجيع الصناعات الصغيرة، وإنتاج السلع البسيطة والتوجه إلى التعليم.
- 8- يجب الإنفاق على الصحة والإنفاق على التعليم لأنه يعتبر استثماراً في رأس المال البشري. لذا لا بد من الاهتمام بالإنسان كوسيلة وهدف والتركيز على رفع مستواه الصحي لجعله قادراً على العطاء والإنتاج للمساهمة في خطط التنمية والاندماج في الحياة العملية، فالمصانع بحاجة إلى عمال أصحاء، وكذلك المزارع وكل القطاعات الخدمية والإنتاجية بالإضافة إلى ذلك يؤدي إلى زيادة كمية في المستقبل من خلال زيادة العمر المتوقع في العمل، وهذا أيضاً يكمل الاستثمار في التعليم نظراً لأنه مع بقاء الأشياء الأخرى على ما حق عليه فإن العائد على التعليم سيتجه للتركيز إذا عمل الناس واكتسبوا لفترات أطول.
- 9- يجب تثقيف الأفراد بالحقائق الجوهرية للصحة والمرض والارشاد وتعديل السلوك نحو العادات التي توفر الصحة، وبعد التثقيف الصحي الأساسي لأي برنامج صحي وهو العمود الفقري لتخطيط وسائل وقائي الأمراض المعدية والوقائية منها ورفع صحة المجتمع.
- 10- يتعين القيام بالمزيد من الدراسات لتحديد احتياجات المجتمع واهتمامتهن والمناطق المفتقرة للمعرفة الصحية على أي مستوى حتى يتسنى للبرامج أن تعنى بالاحتياجات وأن تسد التغيرات.

- 11- يجب أن يتم تطوير برامج اقتصاديات الصحة على مستوى كليات الطب في الجامعات والمجتمع على أساس من التعاليم الإسلامية، يجب إجراء المزيد من الأبحاث حول اقتصاديات الصحة في الاقتصاد الإسلامي والوضعي التي تفنقر إلى ما يدعمها علمياً.
- 12- ينبغي أن تصمم البرامج الصحية القائمة على أساس للتعاليم الإسلامية وذلك العلاج المشكلات الصحية مثل استخدام مياه الشرب والزيادة السكانية، وسبق للتغذية، مع تطوير برامج التربية الغذائية لكي تتناسب مع كل المستويات والاقتصادية.
- 13- ويبقى القول للاقتصاديين، أن يتذكروا دائماً القيمة الجوهرية للصحة، إذ أن النظم المعاصرة تمتلك الأدوات اللازمة لتحسين رفاهية الفقراء بتكلفة متواضعة، كما أن على المسؤولين عن الصحة ينهوا السياسيين إلى أن الاستثمار في الصحة يسرع بالنمو الاقتصادي، وأنه أحد الوسائل الفعالة للتخلص من الفقر.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- القرآن الكريم
- صحيح البخارى ومسلم وكتب الحديث
- ✕ إبراهيم مدكور، المعجم المدرس الوجيز، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، القاهرة، 1990 - 1991م، ص 360 .
- ✕ ابن القيم الجوزية: الطب النبوى، دار الكتب العلمية، بيروت، 1403هـ - 1983م.
- ✕ ابن النفيس: الموجز في الطب، تحقيق عبد الكريم الغرباوى / مراجعة أحمد عمار، ط 3 المجلس الأعلى للشئون الإسلامية، القاهرة، 1422هـ - 2001م .
- ✕ ابن سينا، القانون في الطب، مطبعة بولاق، القاهرة، 1394هـ
- ✕ أبو الفتوح التوانسى: من أعلام الطب العربى، الدار القومية للطباعة والنشر، القاهرة / ب. ت .
- ✕ احمد شوقى الفنجري: الطب الوقائى في الإسلام، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2000م .
- ✕ أميرة منصور يوسف: المدخل الاجتماعى للمجالات الطبية والنفسية، المكتب الجامعى، الإسكندرية، 1999 م .
- ✕ أمنية عز الدين عبد الله: التطور الاقتصادى، الموارد الاقتصادية، مؤسسة نبيل للطباعة، القاهرة، 2001 م .

- ✕ آمنه صبرى مراد: لمحات من تاريخ الطب القديم، مكتبة النصر الحديثة، القاهرة، 1966م.
- ✕ السيد الجميلى: الأعجاز الطبى فى القرآن الكريم، دار مكتبة الهلال، القاهرة، 1990م.
- ✕ الفاضل العبيد عمر: حياتك بين الصحة والمرض، ط6، مكتبة الطالب الجامعى، مكة المكرمة، 1408هـ - 1988م .
- ✕ الأمام الزبيدي، مختصر صحيح البخارى، مكتبة الإيمان، المنصورة، 1415هـ - 1994 .
- ✕ الإمام بن تيميه، السياسة الشرعية، دار الكتب العلمية، بيروت، 1995 .
- ✕ الأمام محمد الغزالى، أحياء علوم الدين، المجلد الثانى، دار المعرفة، لبنان، 1402 - 1982م.
- ✕ توفيق الطويل، فى تراثنا العربى الإسلامى، عالم المعرفة، الكويت، 1405هـ - 1985م .
- ✕ الحافظ ابن كثير: البداية والنهاية، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت، 1411هـ - 1990م .
- ✕ الحافظ جلال الدين السيوطى: تاريخ الخلفاء، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت، 1411هـ - 1998م .
- ✕ حسان محمد نزيل: إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1410هـ - 1990م .
- ✕ حسن الباشا، مدخل إلى العمارة والفنون الإسلامية، معهد الدراسات الإسلامية، القاهرة، 1999م .

- ✕ حسن سري، الاقتصاد الإسلامي (مبادئ، وخصائص، وأهداف)، مركز الإسكندرية للكتاب الجامعي، الإسكندرية 1418 هـ - 1998.
- ✕ حسين عبد المجيد رضوان، المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض، المكتب الجامعي، إسكندرية، 1999 م .
- ✕ حسين عمر، مبادئ علم الاقتصاد، تحليل جزئي وكلي ومعجم إقتصادي، دار الفؤاد القاهرة، 1999م
- ✕ حنيفة الخطيب، الطب عند العرب، الأهلية للنشر والتوزيع، بيروت، 1988م
- ✕ خيرى خليل الجميلى، السلوك الانحرافى في إطار التخلف والتقدم، المكتب الجامعي، الإسكندرية، 1998م .
- ✕ خيرية عبد الفتاح، نظرية التحليل الإقتصادي، مكتبة المدينة، الزقازيق، 2004 م
- ✕ رفعت الرميس، الاقتصاد الإجتماعى، دار الفؤاد، القاهرة، 2003 م .
- ✕ سعيد عبد الفتاح عاشور، حضارة الإسلام، مطابع معهد الدراسات الإسلامية، القاهرة، 1414 هـ، 1999م.
- ✕ سلوى عثمان الصديق، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية، المكتب الجامعي، الإسكندرية، 1999م .
- ✕ سمير فياض، الصحة في مصر، الواقع وسيناريوهات المستقبل في عام 2002م، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، 2002 م
- ✕ شوقى احمد دنيا، مقدمة في النظرية الاقتصادية من منظور إسلامى، معهد الدراسات الإسلامية، القاهرة، 1421 هـ - 2000 م .

- ❑ شوقي احمد دنيا ، الاقتصاد الإسلامي (قضايا منهجية) مطبعة مركز صالح كامل، القاهرة ،2000م.
- ❑ _____ ، التنمية والبيئة دراسة مقارنة، مطابع رابطة العالم الإسلامي، مكة المكرمة، 1414 هـ .
- ❑ صبحى محمد قنوص، أزمة التنمية، ط2، الدار الدولية للنشر للاستثمار الثقافية، القاهرة، 1999م.
- ❑ صلاح الدين أحمد رحيم، المبادئ العامة لعلم الوبائيات، شركة التايمس للطبع والنشر، بغداد 1989م.
- ❑ طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة الزقازيق، 2001م.
- ❑ عاصم بين طاهر عرب: اقتصاديات العمل (نظره عامة)، مطابع جامعة الملك سعود، الرياض، 1415 هـ .
- ❑ عادل العوا، اخلاقنا الاقتصادية، دار الحصاد للنشر والتوزيع، سوريا، 1994م
- ❑ عاطف محمد شحاتة: مقدمة في تاريخ علم الاجتماع الطبى، مكتبة ألا نجلو المصرية، القاهرة، 1995.
- ❑ عبد المحيى محمود حسن صالح: الصحة العامة وصحة المجتمع والأبعاد الاجتماعية والثقافية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001م
- ❑ _____ ، الممارسات المهنية في المجال الطبى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2000 م .
- ❑ عبد الحميد الغزالى: المنهج الإسلامي للتنمية الاقتصادية، معهد الدراسات الإسلامية 2001 م.

- ✕ عبد العزيز طريح شرف، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبيعية، ط2، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية 1993م.
- ✕ عبد الأله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 1419هـ - 1998م.
- ✕ عبد الحليم محمود: الفقه الميسر، دار الفكر العربي، القاهرة، 1992م.
- ✕ عبد الرحمن بن سعد عبد الرحمن آل سعود: مشكلات الفقر وسبل علاجها في ضوء الإسلام، مركز الدراسات الأمنية، الرياض، 1411هـ - 1990م .
- ✕ عبد الرحمن يسري أحمد، دراسات في علم الاقتصاد الإسلامي، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002م.
- ✕ ———، الاقتصاديات الدولية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2000م.
- ✕ ———: التحليل الإقتصادي الجزئي يبن النظرية والتطبيق، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003م .
- ✕ عبد القادر محمد عبد القادر: اتجاهات حديثة في التنمية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2000م.
- ✕ عبد المحسن بن صالح الحيدر، محمد على التركي: نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1423هـ - 2002م .
- ✕ عبده السيد شحاتة، أمراض ناتجة من الغذاء، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، 1999م.

- ✕ عدنان أحمد البكر، حنيف ليو: الطب الوقائي في الإسلام، تطبيق للتعاليم الإسلامية المتعلقة بالتحكم في بعض الأمراض السارية، المملكة العربية السعودية 2000 م .
- ✕ عصام الدين عبد الرؤف الفقى: تاريخ الفكر الإسلامى، دار الفكر العربى، القاهرة، 2001م.
- ✕ عفت عبد الله الزغبى: سياسات التأمين الصحى فى مصر، مركز دراسات إستشارات الإدارة العامة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، 2003 م .
- ✕ على محمد المكاوى: البيئة والصحة، دراسة فى علم الاجتماع الطبى، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 1995م.
- ✕ كمال التابعى: التنمية البشرية، دراسة حالة مصر، مكتبة ألا نجلو المصرية، القاهرة، 2001 م .
- ✕ عوف محمود الكفراوى، بحوث فى الاقتصاد الإسلامى، مؤسسة الثقافة الجامعية، الإسكندرية، 2000 م.
- ✕ كمال عبد الحميد إسماعيل، أبو العلا احمد عبد الفتاح، الثقافة الصحية للرياضيين، دار الفكر العربى، القاهرة، 1422هـ-2001م.
- ✕ فتحى أبو الفضل وآخرون، دور الدولة والمؤسسات فى ظل العولمة، مكتبة الأسرة، مطابع الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، 2004 م .
- ✕ فتحية النبراوى، تاريخ النظم فى الحضارة الإسلامية، دار الفكر العربى، القاهرة، 1414 هـ، 1994 م .
- ✕ فؤاد ابوسيتيت، إقتصاديات التنمية والتخطيط، جهاز نشر الكتاب الجامعى بطلوان، القاهرة، 2003 م.

- ✕ مجدى عبد الفتاح سليمان، علاج التضخم والركود الاقتصادي في الإسلام، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000م .
- ✕ مرسى محمد عزب، لمحات عن التراث الطبى العربى الإسلامى، دار الطباعة والنشر الطبى، الإسكندرية، 1980م .
- ✕ مقدمة ابن خلدون، ط7، دار العلم للملايين، 1409هـ - 1989م.
- ✕ محمد عبد المنعم عفر، التنمية الاقتصادية وتقويم المشروعات في الاقتصاد الإسلامى، دار الوفاء للطباعة والنشر، المنصورة، 1412هـ - 1992م.
- ✕ _____، أحمد فريد مصطفى، التحليل الاقتصادي الجزئى في الاقتصاد الوضعى والإسلامى، مؤسسة شباب الجامعة، 1999م .
- ✕ محمد أبو زهرة، تنظيم الإسلام للمجتمع، دار الفقه العربى، القاهرة، بدون تاريخ .
- ✕ _____، التكافل الإجتماعى فى الإسلام، دار الفقه العربى، القاهرة، 1991
- ✕ محمد شوقي الفنجرى، المذهب الاقتصادى فى الاسلام، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1997م.
- ✕ محمود جاد عبد الرحيم، هدى الإسلام فى الطب الحديث، دراسة مقارنة وبرامج صحة وقائية إسلامية، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، 1997م.
- ✕ محمود سمير طوبار، إقتصاديات المالىة العامة، مكتبة المدينة، الزقازيق، 2004م .

✕ نبييل خالد، الأمراض ومعجزة الوقاية والعلاج، مكتبات

الأهرام، القاهرة، 1999

✕ نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى دراسة في علم الاجتماع

الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993 م .

✕ نواف بن صالح الحديث، المنهج الاقتصادي في التخطيط لنبي الله يوسف

عليه السلام، ط4، مطابع التقنية، الرواد، 1414 هـ، 1999 م .

ثانياً: كتب مترجمة

(1) آلان كوت، دراسة حول الصوم الطبي، النظام الغذائي الأمثل، ط1،

إعداد فاروق افبيق، محمد حسن الحمص، مؤسسة الأبحاث، بيروت،

1402 هـ - 1982 م.

(2) الكسيس كاريل: الإنسان ذلك المجهول، تعريب، شفيق أسعد فريد،

مكتبة المعارف، بيروت، 1983 م.

(3) بيتر داك، مجتمع ما بعد الرأسمالية، ترجمة صلاح بن معاذ ميون،

معهد الإدارة العامة، الرياض، 1422 هـ - 2001 م.

(4) جيمس جوارتنى، ريجارد ستروب، الاقتصاد الكلى (الاختيار العام

والخاص) ترجمة وتعريب، عبد الفتاح عبد الرحمن، عبد العظيم

محمد، مراجعة، كامل سلمان العانى، دار المريخ، الرياض، 1408 هـ

- 1988 م .

(5) لوأن ادى وآخرون، تقويم نظام الرعاية الطبية (الفعالية والكفاءة

والأنصاف) ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، مراجعة عبد الله

سيف الدين غازى ساعاتى، معهد الإدارة العامة، مكتبة الملك فهد

الوطنية، الرياض، 1420 هـ - 2000 م.

6) مالكولم جيلز، مايكل رومر: اقتصاديات التنمية، تعريب طة عبد الله منصور وعبد العظيم مصطفى، مراجعة، محمود إبراهيم منصور، المريخ للنشر، الرياض، 1415هـ - 1995م.

7) هانس بيترمارتين، هارالد شومان، فخ العولمة، الاعتداء على الديمقراطية والرفاهية، ترجمة وتقديم، عدنان عباس على، مراجعة رمزي زكي، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، أغسطس 2003 .

ثالثاً : أبحاث غير منشورة

1) طلعت الدمرداش، إقتصاديات الصحة والتنمية، (بحث غير منشور)، كلية التجارة جامعة الزقازيق 2004م.

2) _____، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحية وآثارها الإقتصادية، دراسة حالة لجمهورية مصر العربية (بحث غير منشور)، كلية التجارة جامعة الزقازيق، 2001 .

رابعاً: الدوريات

أ - المجلات

- 1- المجلة العلمية، العدد الأول، كلية التجارة بنات، تفهنا الأشراف، جامعة الأزهر، 2004م.
- 2- مجلة الأزهر، الجزء الأول، السنة الثامنة والسبعون، مجمع البحوث الإسلامية، القاهرة، 1426هـ، 2005.
- 3- مجلة الاقتصاد الإسلامي، العدد (105) الإمارات العربية، 1410هـ - 1990
- 4- مجلة جامعة طنطا البيئية، العدد 3، 1997م.
- 5- مجلة الآفاق، العدد الثالث، السنة الأولى، مطبعة جامعة الزرقا الأهلية، الأردن، ربيع أول 1421هـ - يوليو 2000م .

- 6- مجلة المجاهد، العدد 210 السنة 17، الشئون المعنوية بالقوات المسلحة، القاهرة، 1997 .
- 7- مجلة الأشراف، العدد 32، نقابة السادة الأشراف، القاهرة، 1424هـ - 2003م.
- 8- مجلة الفكر الشرطي، المجلد الرابع، العدد السابع، الإمارات العربية، الشارقة، 1416هـ - 1996م.
- 9- _____، المجلد الثاني، العدد الثاني، الإمارات العربية، الشارقة، 1414هـ - 1996م.
- 10- _____، العدد الرابع، الإمارات، الشارقة، 1414هـ، 1994م.
- 11- مجلة الوعي الإسلامي، العدد 379، الكويت، 1418هـ - 1997 م .
- 12- _____، العدد 444، الكويت، 1423هـ .
- 13- مجلة الرابطة: السعودية، يونيو، 1988 م.
- 14- مجلة اتحاد الجامعات العربية: الأردن، عمان، 1994 م.
- 15- المجلة العربية للدراسات الأمنية، مجلد 12، العدد 23، أكاديمية نايف العربية، الرياض، 1418هـ - 1990 .
- 16- المجلة الثقافية، العدد 35، الأردن، 1416هـ - 1995م.
- 17- _____، الأردن، العدد 37، 1416هـ - 1996م.
- 18- _____، العدد 32، الأردن، 1414هـ - 1994م .
- 19- مجلة الاقتصاد والإدارة، العدد 170، مطابع جامعة الملك عبد العزيز، جدة، 1402هـ - 1983م.
- 20- مجلة شئون عربية، العدد 86، القاهرة، 1996م.
- 21- سلسلة قضايا إسلامية، الأوقاف، القاهرة، العدد 99، 2003م.

- 22- _____، الأوقاف، القاهرة، العدد 115، 2004م.
- 23- _____، الأوقاف، القاهرة، العدد 104، 2004م.
- 24- _____، الأوقاف، القاهرة، العدد 89، 2002م.
- 25- _____، الأوقاف، القاهرة، العدد 96، 2003م.
- 26- سلسلة أقرأ، العدد 656، دار المعارف، القاهرة، 2000م.
- 27- مجلة منبر الإسلام، مطابع الأزهر، القاهرة، فبراير 2002 .
- 28- مجلة منبر البيئية، المجلد السادس، العدد الثاني، 1993 م.
- 29- مجلة مركز السنة والسيرة، العدد الثامن، جامعة قطر، 1415هـ - 1995 .
- 30- مجلة المعرفة، العدد (64)، الرياض، رجب 1421هـ، أكتوبر، 2000 م.
- 31- سلسلة الوزارات المصرية، وزارة الصحة، مركز الدراسات بالأهرام، القاهرة، 2004 م.

ب- الصحف

1. جريدة العالم الإسلامي، العدد، 1720، الرياض، 1422هـ - 2001م.
2. جريدة البيان، الإمارات، الأحد 5 ذو الحجة، 1422هـ، 17 فبراير 2002م.
3. جريدة الأهرام، القاهرة، 15 ديسمبر 2002 .

ج- التقارير والنشرات

- 1- التقرير الاقتصادي العربي الموحد، الأمانة العامة لجامعة الصندوق العربي الموحد، اليونسكو، سبتمبر 2000 م.

- 2- تقرير المجالس القومية المتخصصة، للخدمات والتنمية الاجتماعية،
الدورة التاسعة عشر، رئاسة الجمهورية، القاهرة،
1998م، 1999م .
- 3- تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية، الدورة 20،
رئاسة الجمهورية، القاهرة، 2 سبتمبر 1999، يوليو
2000 .
- 4- _____، الدورة 11، رئاسة
الجمهورية، القاهرة، 1990، 1991 .
- 5- _____، الدورة التاسعة، رئاسة
الجمهورية، القاهرة، 1989.
- 6- تقرير المجلس القومي، دورة المجالس القومية المتخصصة، العدد
الرابع السنه السادسة، رئاسة الجمهورية، القاهرة، 1981 .
- 7- تقرير المجلس القومي للإنتاج والشؤون الإقتصادية، الدورة الثامنة
والعشرون، رئاسة الجمهورية، القاهرة، 2001م، 2002 م.
- 8- تقرير البنك الدولي عن التنمية في العالم للإنشاء والتعمير، 1988،
1999 مركز الأهرام، القاهرة .
- 9- تقرير البنك الدولي للتنمية في العالم 2000، مركز الأهرام، القاهرة .
- 10- تقرير البنك الدولي للتنمية في العالم 2001، مركز الأهرام، القاهرة .
- 11- تقرير البنك الدولي عن التنمية في العالم، 1993، الاستثمار في
الصحة، مركز الأهرام بالقاهرة .
- 12- منظمة الصحة العالمية، سلسلة تقارير الصحة، 395، جنيف، سويسرا
1980م.

- 13- تقرير البنك الدولي عن التنمية في العالم، الاستثمار في الصحة، مركز الأهرام، القاهرة، 1993م.
- 14- تقرير المتابعة السنوى للفئات المنتفعة من نشاط الهيئة العامة للتأمين الصحي خلال عام 2002، 2001 .
- 15- د. عادل احمد الباز، د. صنف ليو، الطب الوقائى في الإسلام، تطبيق التعاليم الإسلامية المتعلقة بالتحكم في بعض الأمراض السارت، المملكة العربية السعودية، 2001 م .
- 16- إبراهيم الصياد، النظرية الطبية في الوقاية والعلاج، الكويت، 2001م.
- 17- أ. معالى عبد الحميد جودة، المفهوم الوقائى والمفهوم العلاجى في الطب النبوى، جمهورية مصر العربية، 2001 م .
- 18- المؤتمر الإقليمى لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، صحة البيئة، اليونسكو 2001 م.
- 19- المؤتمر العام الحادي عشر للمجلس الأعلى للشئون الإسلامية، نحو مشروع حضاري لنهضة العالم الإسلامي، القاهرة، 1420هـ 1999م.

خامساً: أبحاث وندوات:

- 1- المعهد العربى للتخطيط، الحلقة السادسة، حول تقييم تجارب التخطيط في الوطن العربى، (الواقع والممكن)، الجزء الأول ، الكويت، 1983م .
- 2- _____، الحلقة الثانية عشر، الحاجات الأساسية في الوطن العربى، الكويت 1991 م.
- 3- خالد بن سعيد بدران بن عبد الرحمن العمر، تجارب عالمية مختارة في التأمين الصحي ورقة عمل مقدمة لندوة تقديم وتمويل

الخدمات الصحية بين مسئوليات الدولة ودور القطاع
الخاص، المنعقدة في الرياض، الفترة من 12-13 رجب
1417هـ، الموافق 23 نوفمبر 1996م .

4- محمد بن سالم الباز، أنماط التأمين الصحي، ورقة عمل مقدمة في ندوة
التخطيط الصحي الثامنة، المنعقدة بالكويت، في الفترة من
11-23 أبريل، 1994م.

5- محمد رأفت عثمان، بعض وجوه الإعجاز التشريعي في القرآن الكريم،
ندوة الإعجاز العلمي في القرآن الكريم بمقر الجمعية
الإسلامية، 24 فبراير 2003، ذى الحجة، 1423،
دار السعادة بالقاهرة .

6- ندوة الدراسات العليا والبحوث لخدمة التنمية في جنوب الوادي، جامعة
أسيوط، 1997م.

سادساً: بيلوجرافيا :

1- الدليل الموحد لمفاهيم ومصطلحات التخطيط في دول مجلس التعاون
لدول الخليج العربية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت،
1996م.

سابعاً: المراجع الأجنبية :

- 1- Alfred Marchall, Principles of Economics, London: the MacMillan press ltd, Eighth ed– low- price ed., 1977.
- 2- Lawrence wolper and Jesue pena, Health (are Adminestr ation (Mary land: An aspen publication, 1987).
- 3- V. Clayton Sherman, creating the New American Haspital (San Farncisco: Jassey –Bass- publishes 1993)p.15.
- 4- Nie,n.and Erbing ,Linternet and society: Apreliminary Report. stand ford institute for the quantitative study of society intersurveyinc, and mckinsey and co. .(2000)

ثامناً: مواقع شبكة الإنترنت :

- 1- <http://www.alwatan.com/graphics/2000/oct/22/head/It10.htm>
- 2- [http:// islamset.com/arabic/globie/res/badranlhtml](http://islamset.com/arabic/globie/res/badranlhtml)
- 3- <http://www.freeweds.com/reportage2/secu.htm>
- 4- <http://www.heartcles.com/heartsa/index.php>
- 5- <http://safola.com/pcrisk.shtml>

- 6- <http://www.islamon.line.net/iol-arabic/dowalia/namaa-38/namaa.2.asp>
- 7- [http:// www.balagh.com/deen/uhl2ifji.htm](http://www.balagh.com/deen/uhl2ifji.htm)
- 8- [http :// www.Feedo.net/qual.htm](http://www.Feedo.net/qual.htm)
- 9- [http://www.Suomalia.lia.arg/s-web/health.20%-Stratgic2s-9- .htm.](http://www.Suomalia.lia.arg/s-web/health.20%-Stratgic2s-9-.htm)
- 10- [http:// www.Swlul.met.sa/1999.jak/iul/23/9r/htm.](http://www.Swlul.met.sa/1999.jak/iul/23/9r/htm)
- 11- [http://www.egypt- facts- ar9/files/fn-27.htm.](http://www.egypt-facts-ar9/files/fn-27.htm)
- 12- [http://www.balagh.com/malboat/ak.hlag/118/Tbovmdee .htm.](http://www.balagh.com/malboat/ak.hlag/118/Tbovmdee.htm)
- 13- <http://www.refed.net/books/olom-quran/nazaria>
- 14- <http://www.almishkat.org/arbdoc99/ar-m13/ar-rm13.htm>
- 15- [http:// www.bolah.com/matbact/osth/62/s8ous/2st.htm](http://www.bolah.com/matbact/osth/62/s8ous/2st.htm)
- 16- <http://islamest.com/arabic/aimos/globe/res/saqeri.htm>
- 17- [http://www.islamset.com/arabic/aioms/globe/res /saqerI.htm.](http://www.islamset.com/arabic/aioms/globe/res/saqerI.htm)
- 18- <http://www.emro.who.int/wwd/floods-Ar.htm>
- 19- <http://www.rghbrery.com/111.htm>
- 20- [http:// www.rghbrery.com/111 html](http://www.rghbrery.com/111.html)
- 21- [http:// www.islamist.com/arabic/ahip/islamic/alsayed
.html.p.4](http://www.islamist.com/arabic/ahip/islamic/alsayed.html.p.4)
- 22- [http:// www.elwatan.com/graphics/2001/june/22.6/head
.otg.htm](http://www.elwatan.com/graphics/2001/june/22.6/head.otg.htm)

- 23- [http:// www.islamonline.net/arabic/science/2000/og
/articles/2.shtml](http://www.islamonline.net/arabic/science/2000/og/articles/2.shtml)
- 24- [http:// www.islamonline.net/iol-arabic/dowalia/
mafaheem-16-asp](http://www.islamonline.net/iol-arabic/dowalia/mafaheem-16-asp)
- 25- [http:// www.raped.net/books/olom/quram/nazaira
/no7.html](http://www.raped.net/books/olom/quram/nazaira/no7.html)
- 26- [http:// www.islamonline.net/arabic/science/2000/
articalII6.shtm](http://www.islamonline.net/arabic/science/2000/articalII6.shtm)