

# نحو مجتمعاتٍ سكانيةٍ صحيةٍ: وضع استراتيجيات لتحسين صحة السكان

تقرير منتدى «ويش» بشأن المجتمعات السكانية الصحية ٢٠١٦



سيو سيجل  
هوغ ألدرويك  
سابين فويك  
كريس هام  
هنا باتيل



# نحو مجتمعاتٍ سكانيةٍ صحيةٍ: وضع استراتيجيات لتحسين صحة السكان

تقرير منتدى «ويش» بشأن المجتمعات السكانية الصحية ٢٠١٦

٣	تصدير
٤	ملخص تنفيذي
٦	مقدمة
٧	القسم الأول: ما هي صحة المجتمعات السكانية ومن أين تنبع أهمية المصطلح؟
١٢	القسم الثاني: دراسات عيانية حول نُهج تحسين صحة المجتمعات السكانية
٢٤	القسم الثالث: إطار عمل لتصميم استراتيجيات تهدف لتحسين صحة المجتمعات السكانية
٣٥	القسم الرابع: التوصيات بشأن السياسات
٣٨	شكر وتقدير
٣٩	المراجع

## تصدير

بوصفنا قادة في مجال الرعاية الصحية، يتمحور هدفنا باستمرار حول تحسين صحة السكان. غير أن ركائز نظام الرعاية الصحية لا تعالج سوى جانبٍ طفيف من العوامل التي تحدّد فعليًا النتائج الصحية الشاملة. فبالرغم من وجود عوامل مختلفة، بما فيها الظروف المعيشية والتعليم ونمط الحياة والبيئة والنقل، تؤثر في صحة المجتمعات السكانية، فهي كثيرًا ما تُعتبر خارج نطاق سيطرة صناع سياسات الرعاية الصحية.

ينبغي لاستراتيجيات صحة المجتمعات السكانية أن تراعي جميع العوامل المحدّدة للصحة، وتضمن تحقيق جهودنا لأكبر قدر ممكن من التأثير. فربما تسهم إحالة أحد المرضى إلى مجموعة دعم اجتماعي في تأمين رفاهه أكثر مما يسهم به إعطاء وصفة بأدوية إضافية؛ ولربما يسهم الاستثمار في إنشاء مضخة مياه في تحسين صحة المجتمع المحلي أكثر مما يسهم به جهاز حاسوب جديد. وفي حين لا يزال يُعتبر توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة والعالية الجودة غاية في الأهمية، هناك العديد من الطرائق الأخرى التي يمكننا من خلالها إحداث أثر إيجابي كبير على صحة المجتمعات السكانية.

ومثلما يحتاج قادة الرعاية الصحية للتعاون مع القطاعات الأخرى، يتعين على الجهات المعنية في القطاعات غير الصحية القيام بدور أكبر في مجال الصحة. وهنا يمكن للحكومات المحلية وأرباب العمل ومنظمات المجتمع المحلي أن يكون لهم جميعًا تأثير إيجابي على صحة المجتمعات السكانية، عبر تطوير أماكن عمل أكثر مراعاة للصحة، والاستثمار في الحدائق ومسالك الدراجات، أو إشراك مجتمعاتهم المحلية في الأنشطة الرياضية.

ولمّا كانت العوامل التي تحدد صحة المجتمعات السكانية عديدة ومتداخلة، فالطول ذات الصلة هي كذلك أيضًا. ولذا، يهدف هذا التقرير الصادر عن مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش» حول المجتمعات السكانية الصحية إلى توضيح جوانب هذا الموضوع المعقد عبر توفير إطار عمل لتصميم استراتيجيات صحة المجتمعات السكانية. فقد آن الأوان للنظر خلف الحدود الضيقة للمفاهيم الطبية من أجل معرفة ما ينبغي القيام به فعليًا لإيجاد مجتمع سكاني صحي.



Susan E. Siegel

سو سيجل  
الرئيس التنفيذي لشركة  
GE Ventures & Healthymagination



A. V. Durrant

البروفيسور اللورد دارزي  
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمبادرة مؤتمر القمة  
العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش»،  
مؤسسة قطر

رئيس مجلس إدارة معهد الابتكار في الصحة  
العالمية التابع بجامعة إمبريال كوليدج في لندن

## ملخص تنفيذي

تتأثر صحة المجتمعات السكانية بمجموعة واسعة من العوامل، يقع معظمها خارج نطاق نظام الرعاية الصحية التقليدي، وتتضمن هذه الفئة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، فضلًا عن سلوكيات الأفراد.

تتطلب معالجة التحديات الصحية الرئيسية التي تواجه المجتمعات السكانية في جميع أنحاء العالم - بما فيها تزايد معدلات الأمراض المزمنة والتفاوتات الصحية الآخذة في الاتساع - اتخاذ إجراءات منسقة بين الجهات المختلفة داخل المجتمع. ومع ذلك، عادة ما تكون نُهج تحسين صحة المجتمعات السكانية مُجرّاةً وغير متوازنة في تقديم خدمات الرعاية الصحية.

وعليه، يضع هذا التقرير إطارًا لتطوير استراتيجيات جديدة لتحسين صحة المجتمعات السكانية، تربط أنظمة الرعاية الصحية بغيرها من الخدمات والقطاعات. ويركز هذا الإطار على ما ينبغي أن تتضمنه الاستراتيجية وكيف يمكن أن تحقق أهدافها على أرض الواقع.

يقدم التقرير بشأن المجتمعات السكانية الصحية خمس توصيات شاملة لواضعي السياسات:

### ١. التوصية الأولى: فهم المشكلة ووضع أهداف واضحة للتحسين

ينبغي استخدام مجموعة متنوعة من البيانات وإشراك الجمهور لفهم صحة المجتمعات السكانية واحتياجات مختلف الفئات داخل المجتمع. كذلك، ينبغي وضع أهداف طويلة الأجل لتحقيق التحسين وقياسها، وجمع بيانات آنية عن التأثير لدعم التعلم المستمر والتحسين.

### ٢. التوصية الثانية: التركيز على جميع محددات الصحة، وليس على الرعاية الصحية وحدها

ينبغي استخدام طائفة من الأدلة المستقاة من مجموعة متنوعة من المصادر لتحديد التدخلات ذات التأثير الأكبر على صحة المجتمعات السكانية، والإقرار بأن تقديم المزيد من الرعاية الصحية لا يؤدي دائمًا إلى صحة أفضل. ذلك أنه في بعض الحالات، ينبغي إعادة توزيع الموارد خارج نطاق الرعاية الصحية التقليدية وتوجيهها إلى قطاعات أخرى ذات صلة بالصحة.

### ٣. التوصية الثالثة: تبني مفهوم المساواة المشتركة لتحسين صحة المجتمعات السكانية

ينبغي أن تكون المساواة عن صحة المجتمعات السكانية مشتركةً بين عدّة مستويات، بدءًا بالحكومات الوطنية وانتهاءً بالمجتمعات المحلية والأفراد. وهنا، يمكن استخدام مزيج من النُهج الفنية والمقاربات القائمة على العلاقات للقيام بذلك، بما فيها اعتماد نماذج تمويل جديدة وتطوير مفهوم القيادة المشتركة.

### ٤. التوصية الرابعة: تمكين الأفراد والمجتمعات المحلية وتطوير قدراتهم

يقع العديد من أدوات تحسين صحة المجتمعات السكانية في نطاق سيطرة الأفراد والمجتمعات المحلية، وليس صناعات السياسات والحكومات. ولذا، ينبغي تحديد هذه الأدوات المجتمعية وتعزيزها وتطويرها، وتصميم سياسات وتدخلات تُعنى بالقضايا التي تهتم السكان المحليين فعلًا.

### ٥. التوصية الخامسة: إدراج العدالة الصحية كجزء أساسي من استراتيجية صحة المجتمعات السكانية

ينبغي اتخاذ إجراءات لتحسين العدالة الصحية على المستويين الوطني والمحلي، وذلك باستخدام نُهج هادفة عند الحاجة، وينبغي قياس العدالة الصحية ومراقبتها بشكل دوري، واعتبارها مقياسًا أساسيًا ودقيقًا لصحة المجتمعات السكانية.

أما لترجمة النوايا الحسنة إلى واقع ملموس، فينبغي لصحة المجتمعات السكانية تبوأ مكانة مرموقة على جدول أعمال جميع صناعات السياسات، وليس فقط الجهات المعنية بالرعاية الصحية. كما ينبغي لهذه القضية أن تستحوذ على اهتمام بقية أفراد المجتمع أيضًا، لأن صحة المجتمع السكاني - أكانت جيدة أم سيئة - تؤثر علينا جميعًا بنهاية المطاف. ومن دون اعتماد نهج جديدة، يُرجّح أن تبقى مختلف البلدان في كوكبنا عاجزةً عن التصديّ للتحديات الصحية الرئيسية التي تواجهها، كما ستعرض أنظمة الرعاية الصحية لضغط متزايد يصعب عليها تحمله.

## القسم الأول: ما هي صحة المجتمعات السكانية ومن أين تنبع أهمية المصطلح؟

### تعريف مصطلح صحة المجتمعات السكانية

لما كان معنى مصطلح صحة المجتمعات السكانية يختلف بحسب اختلاف الأفراد، وهي مشكلة ظهرت بسبب الانتشار التدريجي الواسع الذي عرفه هذا المصطلح،<sup>٧</sup> فإننا نقصُرُ معناه في تقريرنا هذا على النتائج الصحية لمجموعة من الأفراد، بما فيها توزيع النتائج الصحية ضمن هذه المجموعة<sup>٨</sup>، ونعتقد بأن أهمية هذا التعريف تنبع من كونه يؤكد على الدور الأساسي الذي تلعبه العدالة الصحية – أي التفاوتات الممكن تجنبها في النتائج الصحية بين مختلف فئات المجتمع – في فهم مدى صحة أحد المجتمعات السكانية.

هناك مجموعة من العوامل التي تحدّد النتائج الصحية للمجتمعات السكانية، بما فيها التفاعل المعقّد بين أنماط حياتنا والبيئة المحلية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية الأوسع نطاقًا والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات، فضلًا عن جيناتنا وعمرنا ونوعنا الاجتماعي (انظر الشكل ١).

#### الشكل ١: الصحة تعتمد على عدة عوامل بما فيها الجينات وأنماط الحياة والبيئة التي نعيش فيها والرعاية الصحية التي نحظى بها



المصدر: مقتبس من دلفرين ووايتهيد (١٩٩٣)<sup>٩</sup>

غالبًا ما يُعتبر تحسين صحة السكان من مهمات خدمات الرعاية الصحية التي يشرف عليها الأطباء والممرضون، والتي تدخل فيها عناصر الأدوية والتطوّر العلمي والتكنولوجي. ولما كانت هذه الخدمات تقدّم مثالًا واضحًا للغاية على كيفية تحسين الصحة من خلال تشخيص الأمراض والمشاكل الصحية وعلاجها والوقاية منها، ينبغي أن تكون الرعاية الصحية الشاملة أولوية بالنسبة لصنّاع السياسات في مختلف أنحاء العالم.<sup>١٠</sup>

ولكنّ بينما تلعب الرعاية الصحية دورًا هامًا في تحديد صحة السكان، فهي لا تشكّل سوى أحد أبعاد المشكلة فقط؛ إذ تشير الأدلة إلى أن الدور الأكثر أهمية إنما تلعبه أنماط حياتنا وبيئتنا المحلية، إلى جانب المحددات الاجتماعية والاقتصادية الأوسع نطاقًا للصحة في المجتمع.<sup>١١</sup> بعبارة أخرى، تعدّ الصحة نتاجًا للظروف التي يولد فيها السكان وينمون ويعيشون ويعملون ويشيخون، وثمرّة لتفاوتات السلطة والموارد التي تولّد هذه الظروف.<sup>١٢</sup> إذن، في حين تقوم خدمات الرعاية الصحية بدور حاسم في مساعدتنا خلال فترات المرض – كالعلاجات التي تقدم لمرضى القلب مثلًا، أو دعم الأفراد لإدارة مرض السكري لديهم – تساعد العديد من العوامل الأخرى في تحديد مدى حاجتنا لهذه الخدمات أولًا، ومتى نحتاج إليها ولماذا.

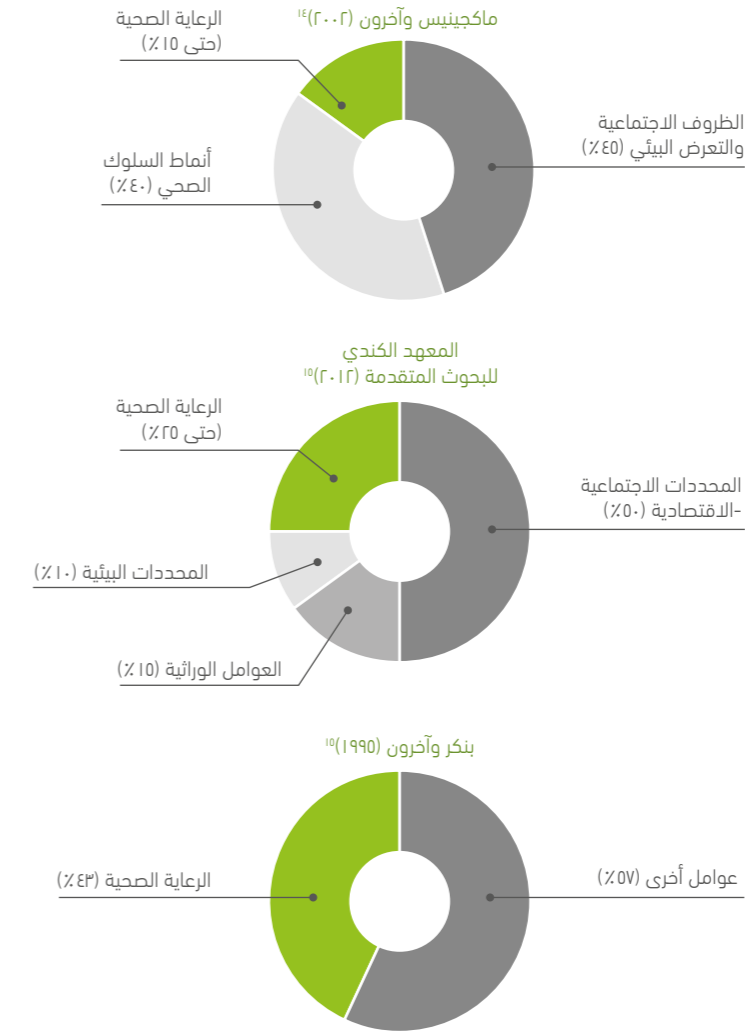
غالبًا ما يتم إهمال هذه الجوانب الأوسع نطاقًا للصحة من قبل صنّاع السياسات المعنيين بضخّ الاستثمارات أو اتخاذ القرارات بشأن السياسات. فكثيرًا ما يجري النظر إلى السياسات الصحية بشكل رئيسي من خلال المنظور الضيق للخدمات الطبية – أي تلك الخدمات التي يمكن أن تكون باهظة الثمن والتي غالبًا ما تحرك مشاعر التعلق بها لدى الجمهور، ما يؤدي إلى الافتقار لنهج أكثر منهجية للتصدي لهذا الموضوع.

ومن هذا المنطلق، يركز تقريرنا على مساعدة صنّاع السياسات والممارسين في تطوير استراتيجيات فعالة لتحسين صحة المجتمعات السكانية، عبر الأخذ بعين الاعتبار المحددات الأوسع نطاقًا للصحة، جنبًا إلى جنب مع توفير رعاية صحية عالية الجودة. ويتناول التقرير كيفية ربط أنظمة الرعاية الصحية بشكل أوّثق بالجهود الهادفة لمعالجة المحددات الأوسع نطاقًا للصحة هذه (بما فيها البيئات المعيشية والعوامل الاجتماعية). كما يشجع صنّاع السياسات على التفكير في الرعاية الصحية باعتبارها جانبًا واحدًا فقط من نهج أكثر شمولًا لتحسين صحة المجتمعات السكانية.

ويتوزّع التقرير على أربعة أقسام، يتناول أولها فحوى مصطلح صحة المجتمعات السكانية، ويبين سبب الحاجة إلى استراتيجيات لتحسين صحة المجتمعات السكانية؛ ويوضح الثاني الدلالات العملية لهذا المصطلح من خلال دراسات عيانية أجريت حول نظم ومبادرات مختلفة من جميع أنحاء العالم؛ ويقدم الثالث إطارًا لوضع استراتيجية لتحسين صحة المجتمعات السكانية، بالاعتماد على الدراسات العيانية تلك والدروس المستفادة من البحوث والممارسة؛ في حين يقدم الرابع توصيات لصنّاع السياسات والممارسين

حاول العديد من الدراسات تخمين الأثر النسبي لهذه العناصر المختلفة على صحتنا. <sup>١٠ ١١ ١٢ ١٣</sup> وفي حين خرجت هذه الدراسات بتقديرات متباينة، فقد اتفق معظمها على أن المحددات الأوسع نطاقاً للصحة تلعب دوراً أكبر في تحديد مدى كوننا أصحاء مقارنةً بخدمات الرعاية الصحية (انظر الشكل ٢).

## الشكل ٢: التقديرات المختلفة لتأثير المحددات الأوسع نطاقاً للصحة على صحة المجتمعات السكانية



المصادر:

جايمس مايكل ماكجنيس، وباميل وليامس-روسو، وجايمس نيكنم: «دواعي تركيز انتباه السياسات بطريقة أكثر فاعلية على تعزيز الصحة». مجلة الشؤون الصحية ٢٠٠٢، ٢١ (٢): ٧٨-٩٣.

المعهد الكندي للبحوث المتقدمة، وزارة الصحة الكندية، فرع المجتمعات السكانية والصحة العامة، مقاطعة ألبرتا ومقاطعة الأقاليم الشمالية الغربية، ٢٠٠٢. ورد ذكر هذه الدراسة في بحث أجريته داريا كوزنتسوسا تحت عنوان: «الأماكن الصحية: المجالس الرائدة في مجال الصحة العامة». لندن: شبكة الحكومة المحلية الجديدة، ٢٠١٢.

ج. بنكر، ه. فرازر، وف. موستلر. «دور الرعاية الطبية في تحديد الصحة: قائمة جرد بالفوائد». ١٩٩٥. ورد ذكر هذه الدراسة في مجلد كتاب المجتمع والصحة من تأليف ب. أميك، وس. ليفين، وأ. تارلوف، ود. تشابمان والنش. ٢٠٠٥. نيويورك: مطبعة جامعة أكسفورد.

بطبيعة الحال، لا يزال الحصول على خدمات الرعاية الصحية يعتبر هاماً، وعلى الصعيد العالمي، ترتبط زيادة الإنفاق الوطني على الرعاية الصحية بتحقيق نتائج صحية فضلى بشكل عام - ولا سيما في البلدان منخفضة الدخل حيث يمكن للزيادات الصغيرة نسبياً في الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي إحداث فرق كبير في صحة السكان (انظر الشكل ٣).<sup>١٤</sup> ولكن التأثير على النتائج الصحية ينقص كلما زاد الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي، ولا يؤدي تقديم المزيد من خدمات الرعاية الصحية بالضرورة إلى

تحقيق صحة أفضل للمجتمعات السكانية، فالولايات المتحدة، مثلاً، تنفق على الرعاية الصحية أكثر بكثير مما تنفقه دول أخرى مرتفعة الدخل، بما فيها أستراليا والسويد والمملكة المتحدة، ومع ذلك تحقق الولايات المتحدة نتائج صحية، بما فيها تلك المتعلقة بالعمر المتوقع وانتشار الأمراض المزمنة، أقل جودة من مثيلاتها في تلك البلدان.<sup>١٥</sup>

## الشكل ٣: الإنفاق على الرعاية الصحية ومتوسط العمر المتوقع (٢٠١١)



بسبب تأثيراتها المعقدة على صحتنا، تتوزع الأسباب الكامنة وراء مدى تمتع المجتمعات السكانية بالصحة الجيدة بشكل واسع في جميع أرجاء المجتمع والمجتمعات المحلية. لذا، وبدلاً من أن يكون الدور محصوراً بخدمات الرعاية الصحية، يتطلب تحسين صحة المجتمعات السكانية عملاً جماعياً بين مختلف الخدمات والقطاعات وفئات المجتمع، يركز على تحسين الصحة والحد من التفاوتات بين جميع الفئات السكانية التي تعيش في منطقة معينة. ولتحقيق هذا الهدف، تحتاج هذه الخدمات والقطاعات المختلفة إلى العمل معاً كأنظمة، والإقرار بعدم قدرة أي طرف على مواجهة هذه التأثيرات المعقدة على الصحة بمفرده. ومع ذلك، عادة ما تفتقر معظم البلدان إلى المساءلة الجماعية لتحسين صحة المجتمعات السكانية.

كثيراً ما يجري الخلط في بعض البلدان، بما فيها الولايات المتحدة، بين مصطلح صحة المجتمعات السكانية والجهود المحددة على نطاق ضيق لتحسين خدمات الرعاية الصحية المقدمة لمجموعات من المرضى، وليس لجميع السكان الذين يعيشون في منطقة جغرافية محددة.<sup>١٦</sup> وغالباً ما تتجاهل هذه النهج مجالات مثل الإسكان أو التنمية الاقتصادية، ولذا فقد يعبر مصطلح 'إدارة صحة المجتمعات السكانية' عن ذلك بشكل أفضل.<sup>١٧</sup> وفي حين يعدّ كلا النهجين هامّين، قد ينجم عن الخلط بينهما خطر منح الأولوية للرعاية الصحية على غيرها من الخدمات والقطاعات.

وعلى نفس المنوال، تقوم أنظمة الرعاية الصحية في بقاع كثيرة من العالم بتطوير طرق جديدة لتوفير خدمات رعاية صحية أكثر تكاملاً للمرضى، وتنطوي هذه الجهود أولاً على تنسيق الخدمات داخل منظومة الرعاية الصحية لتلبية احتياجات السكان بشكل أفضل - ولا سيما كبار السن والمصابين بالأمراض المزمنة منهم - ولكنها نادراً ما تمتد إلى الاهتمام بصحة المجتمعات السكانية المحلية بمفهومها العريض وتناول المحددات الأوسع نطاقاً للصحة.<sup>١٨</sup> وبغية ضمان تحقيق ذلك، قررنا أن يشكّل تناول هذه المحددات أحد محاور هذه الورقة البحثية.

## لماذا نحتاج للتركيز على صحة المجتمعات السكانية؟

هناك أسباب واضحة جدًا تقف وراء الأهمية التي يكتسبها اتباع صناعات السياسات لنهج واسع النطاق لتحسين صحة المجتمعات السكانية. ذلك أنه بينما تواجه مختلف البلدان والمجتمعات المحلية تحديات صحية محددة، فإنها تواجه أيضًا عددًا من القضايا المشتركة التي تثبت أهمية النظر إلى القطاع الصحي من منظور واسع. فمثلًا:

- تؤدي الأمراض المزمنة، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري، إلى موت ٣٨ مليون شخص كل عام في جميع أنحاء العالم. وتحدث ثلاثة أرباع هذه الوفيات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.<sup>١٩</sup> وبالْحَقِيقَة، فإن بالإمكان تجنب العديد من هذه الوفيات لأنها نتاج سلوكيات غير صحية قابلة للتعديل، بما فيها قلة النشاط البدني والأنظمة الغذائية غير الصحية وتعاطي التبغ والاستهلاك الضار للكحول.
- يتعاطم تأثير الأمراض المزمنة على صحة المجتمعات السكانية. ففي عام ٢٠١٠ مثلًا، أدت الأمراض المزمنة إلى ٥٤٪ من سنوات العمر المصححة باحتساب العجز في جميع أنحاء العالم، بعد أن كانت ٤٣٪ في عام ١٩٩٠. <sup>٢٠</sup> ويتفاوت انتشار السلوكيات غير الصحية التي تسبب الأمراض المزمنة بشكل كبير بين البلدان والفئات الاجتماعية المختلفة. ففي إنجلترا مثلًا، يُحتمل تعرّض الرجال المنحدرين من أوساط لا يتمتع سكانها بمهارات محددة، لخطر اتباع أنماط حياة غير صحية في كل من المجالات آفة الذكر (أي التدخين والكحول وممارسة الرياضة البدنية واعتماد نظام غذائي معين) بمعدل خمس مرات أكثر من الرجال المنتمين إلى المجموعات المهنية.<sup>٢١</sup>
- إن عددًا من عوامل الخطر هذه آخذٌ في الارتفاع في كل مكان تقريبًا. فلقد تضاعف الانتشار العالمي للسمنة مثلًا منذ ثمانينيات القرن الماضي.<sup>٢٢</sup> وفي حين يعتبر عدم التوازن بين السرعات الحرارية المستهلكة وتلك التي يحرقها الجسم السبب الرئيسي للسمنة، فإن الأسباب الكامنة وراء وباء السمنة – أو ما يعرف بـ 'أسباب الأسباب' –<sup>٢٣</sup> أوسع من ذلك بكثير، إذ إنها تضم سياسات متعلقة بالزراعة، والتسويق، والتعليم، والنقل، والتوظيف، فضلًا عن العديد من المجالات الأخرى.
- يستهلك علاج هذه الأمراض التي يمكن الوقاية منها نسبةً متزايدة من إنفاق البلدان، ما يؤدي إلى تقليص الموارد التي يمكن إنفاقها في أماكن أخرى. فعلى سبيل المثال، يتكبّد الأفراد والأسر وأرباب العمل والحكومات مبالغ طائلة لتغطية التكاليف المباشرة وغير المباشرة لمرض السكري.<sup>٢٤</sup> وفي الهند، يمكن لأسرة منخفضة الدخل يعاني أحد أفرادها على الأقل من مرض السكري أن تنفق ٢٥٪ من إجمالي دخلها على رعاية هذا المريض.<sup>٢٥</sup>
- يتوزّع عبء المرض والعجز بشكل غير متساوٍ بين المجتمعات السكانية. وتشير الدلائل إلى التفاوتات الجذرية والمستمرة في النتائج الصحية بين مختلف الفئات الاجتماعية؛ ذلك أن الفئات الاجتماعية الأكثر فقرًا في المجتمع تعاني باستمرار من الأوضاع الصحية الأكثر سوءًا. ففي اسكتلندا مثلًا، يتعرّض الأفراد الذين يعيشون في المناطق الأكثر فقرًا للإصابة بأمراض متعددة قبل فترة زمنية تبلغ ١٠-١٥ سنة مقارنةً بأولئك الذين يقطنون المناطق الأكثر غنى.<sup>٢٦</sup> وفي الولايات المتحدة، تتوقع البحوث بأن يموت ١٪ من الأشخاص الأكثر فقرًا قبل فترة زمنية تبلغ ١٠-١٥ سنة مقارنةً بأولئك الأكثر غنى.<sup>٢٧</sup> وتشير الدلائل إلى اتساق هذه التفاوتات عبر البلدان المختلفة، بصرف النظر عن الدخل القومي الإجمالي لتلك البلدان.<sup>٢٨</sup> وفي كثير من الحالات، فإن هذه الفجوات تزداد وتكبر.

تسلط طبيعة هذه المشاكل الضوء على أهمية اتخاذ إجراءات منسقة لتحسين صحة السكان، والأخذ في الاعتبار المحددات الأوسع نطاقًا للصحة، فضلًا عن الإجراءات التي ينبغي اتخاذها عبر أنظمة الرعاية الصحية.

وفي حين تتمحور معالجة هذه المشاكل أساسًا حول تحسين الصحة والعدالة الصحية، هناك أدلة متزايدة أيضًا تشير إلى الفوائد الاقتصادية الناجمة عن الاستثمار في صحة المجتمعات السكانية. ويتضمّن ذلك مجموعة متنوعة من الدراسات في مجالات عدة، بما فيها التعليم والنقل والتنمية الحضرية وتوافر الغذاء والتسويق والإسكان.<sup>٢٩-٣٠</sup> ويمكن لهذه الفوائد الاقتصادية أن تعود بالنفع على شرائح مختلفة في المجتمع، بما فيها الأفراد وجهات العمل والشركات والحكومات.

## الحاجة إلى استراتيجيات جديدة

يشكّل تحسين صحة المجتمعات السكانية قضيةً هامة بالنسبة للجميع. ففي حين يترتب على نظم الرعاية الصحية القيام بدور هام في الحفاظ على صحة السكان، ينبغي لهذه النظم العمل بشكل وثيق مع الخدمات والقطاعات الأخرى للتصدي للتأثيرات المعقدة والمتعددة على صحتنا. ولكن القيام بذلك ليس سهلًا. فغالبًا ما تكون الجهود المبذولة لتحسين صحة المجتمعات السكانية منسقة بطريقة سيئة وغير متوازنة، إذ تركز أساسًا على خدمات الرعاية الصحية. ومن دون نُهج أكثر شمولًا، يبرز خطر تحوّل صحة المجتمعات السكانية بسهولة كبيرة إلى مسألة تهتمّ الجميع ولا تهتمّ أحدًا في ذات الوقت.



## القسم الثاني: دراسات عيانية حول نُهج تحسين صحة المجتمعات السكانية

ليس تحسينُ صحة المجتمعات السكانية فكرةً جديدة. ففي العديد من البلدان، لجأت المجتمعات المحلية والمنظمات والحكومات إلى استخدام مجموعة من التدابير التي تتناول المحددات المتعددة لصحة السكان. وقد أُبرزت مجموعة متنوعة من التقارير، بما فيها تقرير اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة،<sup>١٣</sup> أدلة على ما يمكن القيام به لتعزيز الجوانب المختلفة لصحة المجتمعات السكانية، مع إيرادها أمثلة مستقاة من البحوث والممارسة.

ومع ذلك، عادة ما يكون التقدم بطيئًا في هذا المجال، وغالبًا ما يكمن التحدي في ترجمة المعرفة المتوفرة إلى إجراءات عملية. ولذا، نسعى في هذا القسم، بالاستناد إلى عدد قليل من الدراسات العيانية، لتسليط الضوء على الإجراءات المعمول بها في أجزاء مختلفة من العالم لتحسين صحة المجتمعات السكانية.<sup>١</sup> ولكون مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش» يركّز على قضية الرعاية الصحية بالدرجة الأولى، نقدّم أمثلة على نُظم أو مبادرات تلتزم بتحسين صحة مجتمعاتها السكانية من خلال تدخلاتٍ تركّز على المحددات الأوسع نطاقًا للصحة – بما فيها سلوكيات الأفراد والظروف الاجتماعية والبيئة – جنبًا إلى جنب مع التركيز على توفير خدمات الرعاية الصحية. وهذا يعني أن جميع الأمثلة الواردة في هذا البحث تتضمّن تركيزًا على الرعاية الصحية، لكنها تسعى لتجاوز النهج الضيقة التي تنطلق من التعاريف الطبية البحتة لمفهوم الصحة.

تركز الدراسات العيانية بشكل أساسي على الإجراءات المحلية أو الإقليمية لتحسين صحة المجتمعات السكانية، باستثناء المبادرة الكوبية (انظر الجدول ١). ولأنّ أيًا من هذه المبادرات لا تقدّم بحدّ ذاتها صورةً كاملة لكيفية تحسين صحة المجتمعات السكانية، سنكتفي في هذا البحث بتلخيص بعض الجوانب الرئيسية لعملها. ومع ذلك، توضح هذه المبادرات الدلالات العملية لتحسين صحة المجتمعات السكانية، فضلًا عن تقديم دروس مفيدة لصانعي السياسات والممارسين. وسنقوم باستكشاف هذه الدروس في القسم الثالث، الذي يحمل عنوان «إطار لتصميم استراتيجيات تحسين صحة المجتمعات السكانية.»

### الجدول ١: الخصائص الأساسية للدراسات العيانية

المثال	حجم السكان	السياق	الأهداف المتوخاة	التأثير
«الصحة الكاملة» (Total Health)، الهند	٧٠,٠٠٠	مبادرة لتحسين صحة المجتمع المحلي يقودها مستشفى	تعزيز فرص الحصول على الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات توفير خدمات الغذاء والتغذية تطوير البنية التحتية للمياه والصرف الصحي توفير خدمات التعليم والتوظيف وتنمية المهارات تشجيع النشاط البدني	تعزيز فرص الوصول إلى مجموعة واسعة من الخدمات والتحسينات في مؤشرات صحية مختارة
جيسندس كينزجتال (Gesundes Kinzigtal)، ألمانيا	٣١,٠٠٠	نظام صحي إقليمي	تشجيع أنماط حياة صحية بناء شراكات صحية في مكان العمل اتباع برامج موجّهة لإدارة الرعاية الصحية إشراك الجمهور	تحسين النتائج الصحية وتجربة الرعاية الصحية، وخفض تكاليف الرعاية الصحية
يونسوبينغ (Jönköping)، السويد	٣٤٠,٠٠٠	هيئة حكومية على مستوى الإقليم	تقديم الخدمات لكبار السن زيادة الروابط الاجتماعية والدعم المقدم من قبل النظراء تقديم خدمات للعائلات والأطفال الصغار إشراك الجمهور	تعدّد الهيئات من بين الجهات الأعلى أداءً في السويد لجهة تقديم مجموعة من تدابير الرعاية الصحية للمجتمعات السكانية
النظام الصحي العام، كوبا	١١,٧٠٠,٠٠٠	نظام الصحة الوطنية	اتباع نهج صحي قائم على أساس المجتمع المحلي توفير التدريب لمهنيي القطاع الصحي اتخاذ إجراءات مشتركة بين القطاعات المختلفة	يمكن مقارنة متوسط العمر المتوقع ومعدلات وفيات الرضع في كوبا بتلك التي تحققها البلدان ذات الدخل المرتفع، وذلك رغم محدودية الموارد
مركز بروملي-باي-بو (Bromley-by-Bow)، لندن	٣٢,٥٠٠	مركز الحياة الصحية للمجتمع المحلي	ربط المريض بشبكة دعم اجتماعية تقديم خدمات المشورة العملية توفير التعليم والمهارات وخدمات التوظيف إيجاد روابط داخل المجتمع المحلي	تحسين الوصول إلى مجموعة واسعة من الخدمات ودعم حصول الأفراد على فرص عمل



١ حدونا هذه الأمثلة باستخدام القاعدة المعرفية الخاصة بـ«ويش» وعن طريق الاتصال بخبراء مختارين. وقد جُمعت البيانات بشأن الأمثلة من الأدبيات المتاحة والوثائق غير المنشورة الواردة في مواقع الدراسات العيانية والمقابلات التي أجريت عبر الهاتف. ولم نتمكن من تحليل البيانات الأولية المستخدمة لإثبات صحة التأثير أو التحقق من هذه البيانات.



## الدراسة العيانية الأولى: مبادرة الصحة الكاملة، سافانمبال مندل، الهند

### الخلفية والسياق

تهدف هذه المبادرة، التي تقودها مجموعة مستشفيات أبولو في الهند، إلى تحسين الوضع الصحي بمختلف جوانبه لكل الأفراد الذين يعيشون في بلدة سافانمبال مندل في منطقة جيتور بولاية أندرا براديش، وذلك عبر الأخذ في الاعتبار المحددات الأوسع نطاقًا للصحة وإتاحة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. يستفيد ٧٠,٠٠٠ شخص في منطقة سافانمبال مندل الريفية المحرومة التي تعاني من صعوبة حصول سكانها على الخدمات، من البرنامج الذي أُطلق في عام ٢٠١٣ كنتيجة لتشريع يُلزم الشركات بإنفاق نسبة من أرباحها على مشاريع التنمية الاجتماعية.<sup>٣٢</sup>

### النهج والتدخلات

بدأت المبادرة بتقييم الوضع الصحي والاجتماعي والاقتصادي للمجتمع المحلي عبر إجراء مسح جوّال باستخدام مقارنة STEPwise التدرجية المُتبعة من قبل منظمة الصحة العالمية،<sup>٣٣</sup> ليُصار بعد ذلك إلى إطلاق مجموعة من الخدمات تغطي خمسة مجالات.

#### إتاحة الوصول إلى الرعاية الصحية

أطلقت المبادرة عيادة متنقلة لإتاحة وصول السكّان إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وأخرى فرعية لتوفير مجموعة أوسع من الخدمات ضمن المجتمع المحلي. كذلك، قامت بتطوير برامج رعاية صحّية موجهة للأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة، وقدمت برامج التنظير الشعاعي لقطاعات مختلفة من السكان، بمن فيهم أطفال المدارس. كما تقدم برامج التثقيف الصحي المشورة في عدد من المجالات، بما فيها التغذية والنظافة وعوامل خطر الإصابة بالأمراض المزمنة.

#### الغذاء والتغذية

أُنشئت مراكز تغذية للمساعدة في الوقاية من أمراض فقر الدم وسوء التغذية لدى الأمهات الحوامل. وتوفر هذه المراكز أيضًا التثقيف اللازم حول النظافة ومراعاة الأصول الصحية ورعاية الأطفال والأطعمة والوصفات الغذائية منخفضة التكلفة، فضلًا عن توفير الأغذية للنساء اللواتي ينتمين للعائلات الأكثر فقرًا في المجتمع المحلي. ويستهدف مركز منفصل للتغذية الأفراد الأكبر سنًا ممّن يعانون من سوء التغذية، علقًا أنه يجمع بين تقديم الدعم الطبي وتوفير الإرشاد والمشورة بشأن أنماط الحياة الصحية. كذلك عملت المبادرة على توزيع بذور لزراعة الخضروات بغية دعم الأكل الصحي في المجتمع المحلي.

#### تطوير البنية التحتية للمياه والصرف الصحي

أنشأت المبادرة محطات مياه جوّالة لإتاحة الحصول على المياه الصالحة للشرب، إلى جانب توعية المجتمع المحلي بغية التشجيع على استخدامها. كذلك أقيمت مرافق الصرف الصحي في المجتمعات الأكثر حرمانًا التي كانت تفتقر إلى الخدمات الأساسية.

#### التعليم والتوظيف وتنمية المهارات

يقدم مركز التدريب دورات تدريبية مهنية للنساء والشباب، تشمل التدريب على تصنيع حقائب الخيش (الجوت) بما من شأنه أن يؤدي إلى إيجاد فرص العمل للنساء، وستقوم المبادرة قريبًا بتقديم المزيد من

فرص التدريب عبر إبرام شراكة محلية مع منظمة ولاية أندرا براديش لتنمية المهارات. وقد استثمرت مجموعة أبولو أيضًا في مدرسة جديدة يستفيد منها أكثر من ٥٥٠ طفلًا.

#### النشاط البدني

تُقدّم دروس اليوغا في إحدى البلديات بالمقاطعة. ولهذه الغاية، جرى تدريب السكان، بمن فيهم الطلاب ومعلمو المدارس المحلية، لقيادة جلسات اليوغا في مجتمعاتهم المحلية. كذلك، نظّمت أبولو منافستها الشبابية الأولى للرياضات الريفية في يونيو ٢٠١٥.

### التأثير

مكّنت المبادرة السكان المحليين من الحصول على مجموعة متنوّعة من الخدمات. فعلى سبيل المثال، تستفيد من العيادة الصحية المتنقلة ١٠٤ بلدات، ويستفيد ٢٠,٠٠٠ شخص من المياه النظيفة التي توّفرها محطات المياه الجوّالة التابعة للمبادرة. كذلك سجّل عدد قليل من المؤشرات الصحية تحسّنًا ملحوظًا. فقد استفادت ٢٠٠ امرأة من الخدمات التي توفرها مراكز التغذية، ما أدى إلى زيادة نسبة السيدات اللواتي يبلغ تعداد الهيموجلوبين (كريات الدم الحمراء) لديهن أكثر من ١٢ مليغرام في الديسيلتر (حيث تمثل نسبة أقل من ١٢ قيمة منخفضة تؤشر إلى وجود فقر الدم) من ١٤ إلى ٤٣٪. وتلقت أكثر من ٣٠٠ امرأة تدريبات على كيفية تصنيع حقائب الجوت، ما أدى إلى خلق فرص العمل للسيدات وزيادة متوسط دخلهنّ. وسيُصار إلى نشر المزيد من البيانات بالتوازي مع تقدم المبادرة قُدّمًا إلى الأمام.



## الدراسة العيانية الثانية: جيسندس كينزجتال، ألمانيا

### الخلفية والسياق

جيسندس كينزجتال هو بمثابة مشروع مشترك بين شبكة من الأطباء وإحدى شركات إدارة الرعاية الصحية. ويُعنى هذا المشروع يدمج خدمات الرعاية الصحية وتحسين صحة ما يقرب من نصف عدد السكان الذين يعيشون في كينزجتال، جنوب غرب ألمانيا، الذين يبلغ تعدادهم ٧١,٠٠٠ نسمة. ومنذ العام ٢٠٠٦، تحملت الشركة كامل مسؤولية الإنفاق على الرعاية الصحية لهذه الشريحة السكانية، حيث أبرمت عقودًا طويلة الأجل مع شركتي تأمين صحي ألمانيّتين.<sup>٣٤</sup> وينخرط حوالي ثلث السكان بنشاط في المشروع الذي يقدّم خدماته مجانًا لجميع المشمولين بالتأمين، حيث يمكّنهم من الاستفادة من برامج تحسين الصحة التي يقدمها.

### النّهج والتدخلات

يركز مشروع جيسندس كينزجتال على تحقيق 'هدف ثلاثي الأبعاد' يتمثل في تحسين صحة الأفراد وتعزيز تجربة الرعاية الصحية وخفض تكاليفها، من خلال إدماج الخدمات في النظام الصحي تزامنًا مع العمل مع الجهات المختلفة لمعالجة الجوانب الأوسع نطاقًا لصحة السكان. وعندما ينجح في خفض تكاليف الرعاية الصحية نتيجة لذلك، يتقاسم المشروع الفوائذ مع الآخرين.

### أنماط الحياة الصحية

تُقدّم دورات التمارين الرياضية بالتعاون مع ٣٨ ناديًا رياضيًا وست صالات للألعاب الرياضية في منطقة كينزجتال، بالإضافة إلى دروس الرقص واليوغا ونوادي المشي لمسافات طويلة ودورات التمارين الرياضية المائية، وذلك من خلال شراكات مع الجماعات المحلية الأخرى. وتعمل الشركة أيضًا بشكل وثيق مع الوكالات الحكومية المحلية لخلق بيئات مجتمعية أكثر صحة – من خلال تطوير مسارات المشي والتشجيع على استخدامها، على سبيل المثال. كما تعمل بالتعاون مع المدارس لتعزيز أنماط الحياة الصحية من خلال تقديم فصول دراسية بشأن التوعية الصحية، فضلًا عن أنشطة المسرح والألعاب.

### صحة الموظفين

أنشأت الشركة شبكة 'شركات كينزجتال الصحية' التي تهدف لتبادل التعلم وأفضل الممارسات حول تعزيز الصحة في مكان العمل. وتقدم الشبكة الدعم لمساعدة الأفراد على البقاء بصحة جيدة خلال فترات الدوام الرسمي والحدّ من التوتر والقلق أثناء العمل، كما تقدّم الدعم للشركات لخلق بيئات عمل صحية والعمل مع الموظفين لمساعدتهم على العودة إلى العمل بعد المرض. ويجري تقديم برامج تحسين الصحة للعاطلين عن العمل أيضًا.

### برامج إدارة الرعاية الصحية

جرى تطوير برامج إدارة الرعاية الصحية الموجهة لعلاج الأمراض المزمنة والوقاية منها. ويُدرّب الأطباء على المشاركة في صنع القرارات، كما يُشجّع الأفراد على تحديد الأهداف الصحية التي يعتبرونها أساسية. ويتم الجمع بين الخدمات الطبية من جهة والتدخلات التي تركز على أنماط حياة الأفراد والعوامل الاجتماعية من جهة أخرى. وقد اعتمدت السجلات الإلكترونية على نطاق المنظومة للمرضى لضمان تنسيق الرعاية الصحية بين مختلف مقدمي الخدمات عند الحاجة إليها. ويسمح ذلك أيضًا بتوزيع السكان على شرائح مختلفة وترتيب سلّم المخاطر لتحديد المرضى المعرضين للخطر الشديد وأولئك الذين يُحتمل تعرّضهم لمثل هذا الخطر، بحيث يستفيدون من الدعم الموجه.

### إشراك الجمهور

يلحظ الهيكل الإداري لشركة جيسندس كينزجتال السكانَ ضمن بنيته، كما أنهم يشاركون بنشاط في تصميم برامج الشركة وخدماتها. وفي إطار دعم المبادرات الصحية التي يقودها المجتمع المحلي، جرى إنشاء صندوق استثماري من أجل الإنفاق على مبادراتٍ يختارها السكان المحليون بأنفسهم. وتسعى قناة تلفزيونية ومجلة متخصصة بالصحة لنشر الوعي حول برامج وأنشطة شركة جيسندس كينزجتال، فضلًا عن تخصيص عدد من الفصول الدراسية الجامعية على محاضرات تهدف لتقديم نصائح صحية لدعم الوقاية من الأمراض وتدريب المرضى على الإدارة الذاتية لأوضاعهم الصحية.

### التأثير

نجحت الشركة في تحسين النتائج الصحية للسكان الذين تخدمهم، وتحديدًا خفض معدلات الوفيات في أوساط الأفراد الذين يستفيدون من خدمات التأمين الصحي التي تقدّمها الشركة مقارنةً بأولئك غير المنتسبين إلى تلك الخدمات.<sup>٣٥</sup> <sup>٣٦</sup> كذلك أدّلت الشركة تحسيناتٍ على كفاءة الخدمات الصحية وتجربة الأفراد المستفيدين من الرعاية الصحية. وقد نجحت الشركة أيضًا في الحدّ من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية،<sup>٣٧</sup> كما استطاعت بين عامي ٢٠٠٦ و ٢٠١٠ تحقيق وفر مقداره ١٦,٩٪ في ميزانية السكان الأعضاء في أحد صندوقي التأمين ضد المرض، مقارنةً بمجموعة من أعضاء الصندوق في منطقة أخرى.



## الدراسة العيانية الثالثة: مجلس مقاطعة يونشوبينغ، السويد

### الخلفية والسياق

يُعدّ مجلس مقاطعة يونشوبينغ بمثابة هيئة حكومية إقليمية يستفيد من خدماتها ٣٤٠,٠٠٠ شخص في جنوب السويد. ويُعنى المجلس بتخطيط وتمويل وتقديم الخدمات الصحية للسكان، بالشراكة مع الحكومة المحلية لضمان ترابط هذه الخدمات بخدمات وسياسات أخرى. ويتمتع المجلس بدرجة عالية من الاستقلالية في اتخاذ القرارات نتيجة لنظام السويد القائم على تفويض السلطة وتقاسمها.

### النهج والتدخلات

يسعى المجلس منذ أكثر من ٢٠ عامًا لتحقيق رؤية تقوم على توفير حياة سعيدة للمواطنين في مقاطعة جذابة. ويعتبر هدف تحسين نوعية الحياة، وليس مجرد تحسين الرعاية الصحية، جزءًا لا يتجزأ من الطريقة التي يتم من خلالها التخطيط للخدمات وتقديمها.<sup>٣٨</sup>

#### الخدمات لكبار السن

يُشتهر مجلس مقاطعة يونشوبينغ بسعيه لتحسين الرعاية الصحية والدعم لكبار السن، بما في ذلك بذل الجهود لتنسيق الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الاجتماعية<sup>٣٩</sup> والبرامج التي تعالج الجوانب الأوسع نطاقًا لصحة كبار السن. فعلى سبيل المثال، يستخدم برنامج «شغف الحياة» الذي أطلقه المجلس، اللقاءات الجماعية لزيادة الروابط الاجتماعية لكبار السن وتقديم الدعم لهم بما يمكّنهم من عيش حياة صحية. وتُعقد اللقاءات (وتُسمى أيضًا اجتماعات 'مقاهي الحياة') التي يدعمها مدرّبون ومتطوّعون، في أماكن مختلفة بناءً على الموضوع المطروح للمناقشة، كأن تُعقد مثلًا في صالات رياضية إذا كان موضوع الحديث يتركز على ممارسة التمارين الرياضية.

#### الروابط الاجتماعية

تم تكييف نموذج «مقهى الحياة» لزيادة الروابط الاجتماعية بين مختلف الفئات السكانية. ويشمل ذلك عقد لقاءات جماعية تركز على احتياجات الأقليات، وقضايا التفاعل بين الأجيال، وربط الأفراد بأقرين يعانون من ظروف صحية مماثلة، بحيث يمكنهم تقديم الدعم لبعضهم البعض لإدارة صحتهم.

#### الأسر والأطفال الصغار

يوفّر ١٥ مركزًا أسريًا عبر مقاطعة يونشوبينغ خدمات متكاملة للعائلات التي تضم أطفالًا صغارًا، بما فيها الرعاية الصحية للأمهات والأطفال، والخدمات الاجتماعية، والتعليم في مرحلة ما قبل المدرسة.<sup>٤٠</sup> ويعمل المهنيون ضمن فرق متعددة التخصصات لربط الأسر بفئات المجتمع والخدمات الأخرى. وتهدف هذه المراكز إلى دعم تنمية الطفولة المبكرة وتحسين قدرة أولياء الأمور والمجتمعات المحلية على تلبية احتياجات أطفالهم.

#### إشراك الجمهور

يجري إشراك السكان في 'حوارات حول الصحة' في مراحل مختلفة من حياتهم من أجل إتاحة الفرصة أمامهم لمناقشة القضايا التي تتصل بصحتهم، وتوفير الممرضات مقابلات تحفيزية للأطفال في المدارس.<sup>٤١</sup> كما تقوم خدمات الرعاية الصحية الأولية بإجراء مقابلات مماثلة مع البالغين. وعندما يحتاج

المرضى إلى دعم من قبل الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الاجتماعية، يعمل المهنيون بالشراكة معهم ومع عائلاتهم لتصميم خدمات تتمحور حول النتائج الصحية التي تمس هؤلاء المرضى.<sup>٤٢</sup>

### التأثير

مقارنةً مع مناطق سويدية أخرى، قدّم مجلس مقاطعة يونشوبينغ أداءً جيدًا على مستوى مجموعة من التدابير المتّصلة بصحة السكان.<sup>٤٣</sup> ويشمل ذلك وجود أعلى متوسط عمر متوقع وأعلى نسبة من الأفراد الذين يتمتعون بصحة جيدة، فضلًا عن تحقيق أدنى معدلات للوفيات التي يمكن تجنبها والتي تتصل بالسياسات العامة (بما فيها الوفيات المتعلقة بالتدخين). كما يحتل المجلس مرتبة متقدمة أيضًا على مستوى عدد السكّان الذين أبلغوا عن إجرائهم لمناقشات حول أنماط حياتهم فيما يتعلق بالرعاية الصحية الأولية. وقد أدى عمل المقاطعة في مجال تحسين الرعاية لكبار السن إلى خفض كبير لعدد كبار السن الذين يدخلون المستشفيات.<sup>٤٤</sup>



## الدراسة العيانية الرابعة: نظام الصحة العامة في كوبا

### الخلفية والسياق

تتبع حكومة كوبا، وهي بلد متوسط الدخل يبلغ عدد سكانه ١١ مليون نسمة، نظامًا صحيًا يسمح بحصول جميع المواطنين على الخدمات الصحية التي تتكامل بشكل وثيق مع غيرها من الخدمات والسياسات والمجتمعات المحلية، كجزء من نهج شامل يهدف إلى تحسين صحة السكان.

### النهج والتدخلات

تقوم المبادئ الأساسية للنظام الصحي الكوبي على توفير الرعاية الصحية كحق أساسي للمواطنين، وتكامل الخدمات الوقائية والعلاجية، وتكامل خدمات الرعاية الصحية مع التنمية الاقتصادية والاجتماعية الأوسع نطاقًا، والمشاركة العامة.<sup>٤٥</sup> وتعدّ هذه المبادئ جزءًا لا يتجزأ من النهج الذي تتبّعه كوبا لتحسين صحة السكان.

#### الصحة المجتمعية

تعمل حوالي ٥٠٠ عيادة شاملة على دمج مجموعة من الخدمات الصحية المجتمعية تحت سقف واحد – بما في ذلك الرعاية الصحية الأولية والخدمات الطبية المتخصصة والخدمات الاجتماعية وتقديم المشورة وغيرها من الخدمات، وذلك بالاعتماد على الاحتياجات المحلية. وتضمّ هذه العيادات، التي تقدّم خدماتها لما يقرب من ٣٠,٠٠٠ إلى ٦٠,٠٠٠ شخص، فرقًا تابعة لبرنامج «طبيب وممرضة العائلة» القائم على أساس الأحياء السكنية.<sup>٤٦</sup>

وتُعنى هذه الفرق بتحسين صحة المجتمعات المحلية الصغيرة والمحددة جغرافيًا من خلال معالجة الجوانب الاجتماعية والبيئية والاقتصادية للصحة العامة في هذه المجتمعات، فضلًا عن تقديم الخدمات الطبية لها.<sup>٤٧</sup> وتقيّم هذه الفرق، التي يتمركز بعضها في المصانع والمدارس أو حتى على متن السفن بما يجعلها جزءا لا يتجزأ من مجتمعاتها المحلية، الخصائص الوبائية للمجتمعات المحلية، كما تقوم بزيارة كل أسرة مرة واحدة على الأقل في السنة.

#### التدريب الاحترافي

يتلقى مهنيّو الصحة دروسًا عن المحددات الأوسع نطاقًا للصحة وعمل الفريق المتعدد التخصصات، كجزء من التدريب الأساسي الخاص بهم، ويشتمل التدريب الموجّه لأطباء الأسرة والممرضات – وهم المهنيون الذين يجري تدريبهم ليكونوا قادة المجتمع المحلي المسؤولين عن تحسين صحة السكان – بشكل أساسي على عناصر الصحة العامة والطب السريري.<sup>٤٨</sup>

#### العمل المشترك بين القطاعات

يقوم النهج الكوبي من أجل تحسين صحة السكان على العمل المشترك بين القطاعات على المستويين الوطني والمحلي.<sup>٤٩</sup> <sup>٥٠</sup> ويجري استخدام الأولويات الصحية الشاملة لمختلف المؤسسات الحكومية، فضلًا عن اللجان الوطنية التي تجمع بين الإدارات المختلفة، لتشجيع التعاون في السياسات الصحية على المستوى الوطني. وتوفر المجالس الصحية 'فضاءً متعدد القطاعات' للتخطيط للصحة العامة على المستوى المحلي، وتشمل المجالات الرئيسية للسياسة العامة التي جرى استقاء هذا النهج منها، العمل في مجال البيئات الطبيعية والتعليم والتوظيف وظروف العمل وأنماط الحياة وتنمية الطفولة والمساواة بين الجنسين.<sup>٥١</sup> <sup>٥٢</sup>

### التأثير

رغم كونها دولة محدودة الموارد، تحقق كوبا نتائج صحية مثيرة للإعجاب، حيث يمكن مقارنة متوسط العمر المتوقع (٧٨ عامًا) ومعدلات وفيات الرضع فيها (٥ وفيات لكل ١٠٠٠ ولادة) بتلك التي تحققها البلدان مرتفعة الدخل.<sup>٥٣</sup> ويترافق تحقيق هذه النتائج مع تركيز قوي على العدالة الصحية.<sup>٥٤</sup> وقد نُسبت العديد من هذه النجاحات إلى تركيز كوبا على المحددات الاجتماعية للصحة، بما فيها التعليم والتغذية، بدلًا من مجرّد الاكتفاء بتقديم خدمات الرعاية الصحية.<sup>٥٥</sup> فعلى سبيل المثال، تعدّ معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة في كوبا الأعلى بين مثيلاتها في العالم.<sup>٥٦</sup>



## الدراسة العيانية الخامسة: مركز بروملي-بي-بو، لندن

### الخلفية والسياق

يعدّ مركز بروملي-بي-بو مؤسسة خيرية تعود ملكيتها للمجتمع المحلي في منطقة تاور هاملتس شرقي لندن، وهي واحدة من أكثر المناطق حرمانًا في إنجلترا. وقد عمل المركز منذ عام ١٩٩٩ بالشراكة مع عدد من الأطباء العامين والمجموعات الأهلية لتوفير الخدمات لـ٣٢,٥٠٠ شخص، بغية تقديم الدعم لهم لتحسين مهاراتهم والعثور على فرصة عمل وعيش حياة صحية وسعيدة. ويتلقى المركز مزيجًا من تمويل القطاعين العام والخاص والتمويل القائم على المنح لدعم عمله.

### النهج والتدخلات

تركّز هذه المؤسسة الخيرية، التي تقدّم خدماتها لجميع السكّان، على دعم الأفراد الأكثر حرمانًا في المجتمع. وهي تقوم بذلك من خلال دمج مجموعة من الخدمات التي تتمحور حول احتياجات المجتمع المحلي. ويتموضع العديد من هذه الخدمات، بما فيها الرعاية الصحية الأولية وبرامج الصحة العامة والرعاية الاجتماعية وخدمات التوظيف والتعليم والتدريب على المهارات وغيرها من خدمات المشورة والدعم، في 'مركز الحياة الصحية' التابع للمؤسسة.

#### صياغة 'الوصفات الاجتماعية'

يعمل الأطباء العامون وغيرهم من مهنيي الرعاية الصحية على ربط مرضاهم بالخدمات المقدمة في المركز وبالمجتمع المحلي الأوسع نطاقًا. ويشمل ذلك تقديم الدعم في مجالات متعددة مثل الرعاية الاجتماعية والإسكان وخدمات تنمية المهارات وبرامج تشجيع أنماط الحياة الصحية. ويمكن للأطباء العامين الوصول إلى قاعدة بيانات تضمّ أكثر من ١٠٠٠ خدمة ومجموعة أهلية، فضلًا عن صياغة 'وصفات اجتماعية' استنادًا إلى احتياجات الأفراد. وقد أصبح البرنامج متّبعًا اليوم في جميع عيادات الأطباء العامين في منطقة تاور هاملتس.

#### خدمات المشورة العملية

تُقدم خدمات المشورة العملية إلى جانب خدمات الأطباء العامين في مركز الحياة الصحية وغيرها من المواقع. ويجري تقديم المشورة بشأن مزايا الرعاية الاجتماعية (بما فيها مساعدة الأفراد على فهم طبيعة استحقاقاتهم)، والقضايا المالية (بما فيها وضع الميزانيات)، وغيرها من المجالات مثل الإسكان والهجرة. ويتحدث المستشارون بلغات عديدة لاستيعاب التنوع الثقافي لأفراد المجتمع المحلي.

#### التعليم والمهارات وفرص العمل

يقدم المركز دورات في التدريب المهني ودعمًا للأفراد على مستوى كتابة السيرة الذاتية والإعداد لمقابلات العمل، من أجل مساعدتهم في التغلب على العوائق التي تحول دون إيجادهم لفرصة عمل. كذلك يدير المركز خدمة وساطة مهنية تسعى لربط الأفراد بجهات العمل المحلية المناسبة، ويدعم أيضًا الأفراد الأقل حظًا في التعليم، بما يساعدهم في بناء ثقتهم ومهاراتهم الأساسية من خلال تقديم دروس اللغة الإنجليزية ودورات الكتابة والحساب ومحو الأمية. كما يوفّر المركز الدعم لروّاد المشاريع المحلية، من خلال برنامج «ما وراء الأعمال» على سبيل المثال، وهو برنامج يهدف إلى رعاية وإطلاق المشاريع الاجتماعية الجديدة وتقديم المشورة العملية بشأن الأعمال التجارية واستثمار رأس المال في الشركات الناشئة.

#### الروابط المجتمعية

يسيطر على النهج الذي يتّبعه المركز التركيزُ على الروابط المجتمعية. ولذا، قام المركز بتصميم برامج للحد من العزلة الاجتماعية وإنشاء شبكات الدعم ضمن المجتمع المحلي. فعلى سبيل المثال، يدعم برنامج 'الأنشطة الخارجية' كبار السن، حيث يسعى إلى جعلهم يتفاعلون مع الآخرين من خلال دروس الفن، والعلاج من خلال البستنة، ودروس الحياة الصحية.

### التأثير

منذ تأسيسه وحتى الآن، يجري قياس تأثير مركز بروملي-بي-بو بشكل أساسي من خلال حجم الخدمات التي يستفيد منها السكان. وتشير الإحصائيات إلى أنه في الفترة من ٢٠٠٩ إلى ٢٠١٢، تلقت أكثر من ٣,٠٠٠ أسرة خدمات الرعاية الاجتماعية والمشورة القانونية، وحصل ١,٠٠٠ شخص على دعم مالي، بينما نال ٥,٠٠٠ بالغ الدعم لتبني أنماط حياة صحية أكثر. كذلك، فقد احتضن المركز ٦٢ مؤسسة اجتماعية، بلغ حجم أعمالها أكثر من ٤ ملايين جنيه استرليني، ما أدى إلى إيجاد ٣٢٥ فرصة عمل. ومنذ بدء تنفيذه في منطقة تاور هاملتس، يستفيد ٤٢,٠٠٠ مريض من برنامج 'الوصفات الاجتماعية.' ويجري حاليًا تقييم عمل المركز خلال فترة تمتد لعدة سنوات.

## القسم الثالث: إطار عمل لتصميم استراتيجيات تهدف لتحسين صحة المجتمعات السكانية

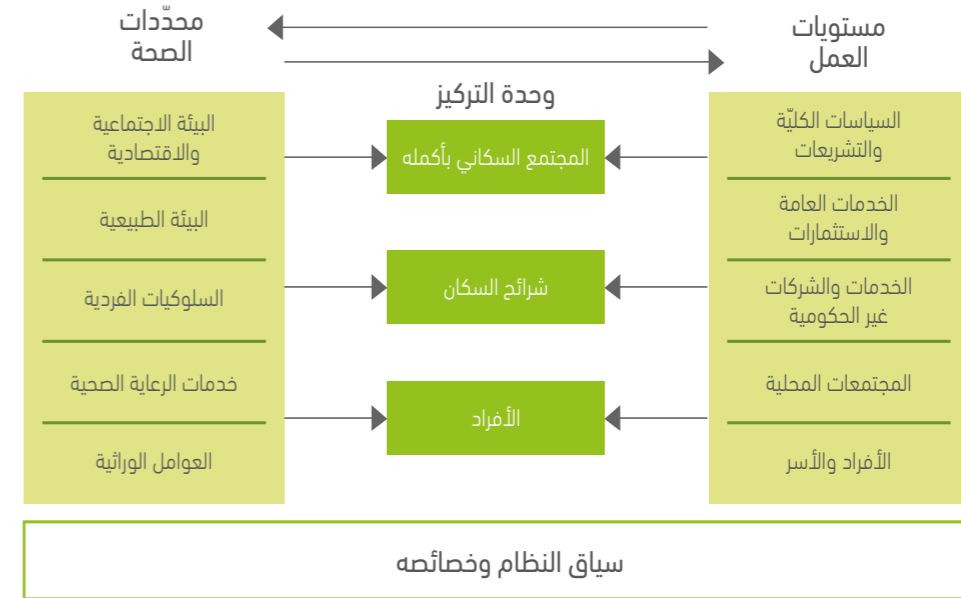
تسلط الأمثلة المذكورة في القسم السابق الضوء على اختلاف النهج المُعمّدة في أجزاء مختلفة من العالم لتحسين صحة المجتمعات السكانية - سواء في البلدان المرتفعة أو المنخفضة الدخل. وتختلف هذه النهج إلى حدّ كبير اعتمادًا على السياق المحلي الذي يعكس مستويات مختلفة من التحديات التنموية والأخرى المتصلة بصحة المجتمعات السكانية. ولكن ما هي المجالات المشتركة التي يمكن العمل عليها بشأن صحة المجتمعات السكانية؟ وكيف يمكن أن تتحول إلى واقع؟

استنادًا إلى الدراسات العيانية والدروس المستفادة من البحوث والممارسة، نقترح إطار العمل التالي لتوجيه عملية وضع استراتيجيات هادفة لتحسين صحة المجتمعات السكانية (انظر الشكل ٤). ويستقي إطار العمل هذا مضمونه من نماذج مماثلة<sup>٥٧</sup> لتحديد ثلاثة مجالات واسعة ينبغي أخذها في الاعتبار لدى وضع استراتيجية لصحة المجتمعات السكانية، بما فيها:

- تأثير المحددات المتعددة للصحة
- المستويات المختلفة للعمل
- وحدة التركيز على السياسات والتدخلات.

كذلك، يقرّ هذا الإطار بأن السياق المحلي يشكّل عنصرًا أساسيًا في التأثير على تصميم نُهج جديدة.

### الشكل ٤: إطار عمل لتصميم استراتيجيات تهدف لتحسين صحة المجتمعات السكانية



نورد أدناه وصفًا لكل مجال على حدة، كما نركز على كيفية اتخاذ إجراءات عملية في هذه المجالات، موضحين الخطوات الأساسية اللازمة لتطوير استراتيجية لصحة المجتمعات السكانية وتنفيذها. وقد لخصنا هذه الخطوات ضمن أطر (مربعات) في متن النص، مع روابط يمكن التعرّف من خلالها على الأدوات والموارد ذات الصلة.

## محددات الصحة

كما سبق وأوضحنا في القسم الأول، تتأثر صحة المجتمعات السكانية بالعديد من محددات الصحة، بما فيها:

- البيئات الاجتماعية والاقتصادية - بما فيها التعليم وفرص العمل والدخل، فضلًا عن الروابط الاجتماعية والأصول المجتمعية
- البيئات الطبيعية - بما فيها المنزل والمساحات المادية المحيطة به مثل الحدائق العامة والطرق
- السلوكيات الفردية - بما فيها النظام الغذائي الذي يتبعه الفرد، وما إذا كان يدخن أو يشرب الكحول أم لا، ومقدار التمارين الرياضية التي يمارسها
- الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات - بما في ذلك مدى توفر هذه الخدمات وجودتها
- العمر والنوع الاجتماعي والعوامل الوراثية.

وبينما يمكن نظريًا تناول كل واحدة منها على حدة، يؤدي التفاعل المعقد لهذه المحددات في حياة السكان من وجهة النظر العملية إلى تحديد صحة المجتمعات السكانية. فما يحدث في مرحلة الطفولة بالذات له تأثيرٌ مستمر مدى الحياة على صحتنا.<sup>٥٨</sup> ومع تقدم الأفراد في السن، تتفاعل هذه العوامل لتحديد مدى تمتعهم بالصحة. ولذا، ينبغي تصميم استراتيجيات تحسين صحة المجتمعات السكانية بحيث تعكس هذا الأمر، فتتصدى لمجموعة العوامل المؤثرة على صحتنا والروابط التي تجمع بينها.

ويتضح هذا من خلال الدراسات العيانية المختلفة للنُهج الناجحة المذكورة آنفًا في القسم الثاني. فلو أخذنا مبادرة مبادرة الصحة الكاملة في سافانمبال مندل بالهند كمثالٍ على ذلك، سنجد أنها تركز على توفير التعليم والتدريب على المهارات لجميع الأطفال في المنطقة، فضلًا عن توفير التدريب الموجه للسيدات بغية مساعدتهن على اكتساب مهارات وفرص عمل جديدة. كذلك، جرى العمل على تحسين البيئة الطبيعية للمجتمع المحلي، جنبًا إلى جنب مع القيام بتدخلات لتشجيع أنماط الحياة الصحية، ويُعدّ تحسين فرص الحصول على الرعاية الصحية عالية الجودة جزءًا واحدًا فقط من نهجٍ أوسع من ذلك بكثير.

ينبغي أن تتضمن نقطة الانطلاق نحو استراتيجية لتحسين صحة المجتمعات السكانية اكتساب فهمٍ مفصّل للاحتياجات الصحية للسكان - وهي المشكلة التي نعالجها في هذا التقرير - والاعتراف بمساهمة المحددات الأوسع نطاقًا للصحة في النتائج الصحية الشاملة (انظر الإطار ١). وينبغي أن يشمل ذلك بياناتٍ عن توزيع النتائج الصحية بين السكان، فضلًا عن مقولات وآراء الأفراد حول القضايا التي تعنيهم بالفعل.

### (يتبع الإطار ١)

محدودة، أو تركز على الأمور التي يمكن قياسها بسهولة بصرف النظر عما إذا كانت هذه الأمور ذات مغزى أم لا. ولذا، فإن من الأهمية بمكان في هذا الصدد التأكد من الاستماع لأصوات الأفراد والمجتمعات لفهم طبيعة القضايا التي تعنيهم بالفعل.

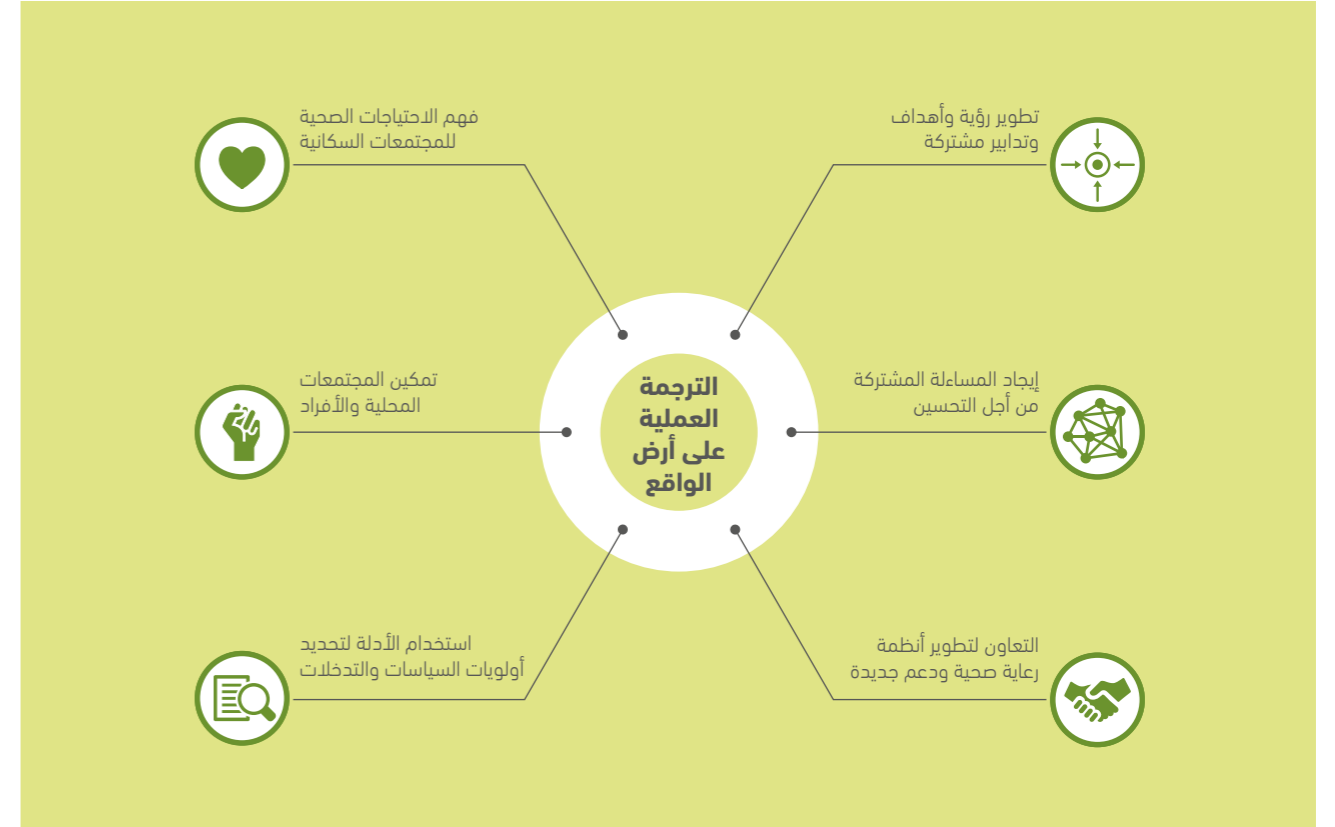
هناك طرق مختلفة لدعم إشراك المجتمعات المحلية في تحديد الأولويات وتحسين الخدمات - بدءًا بالمشاركات وانتهاءً بالتحكم التام للمجتمع المحلي فيها.<sup>٦١</sup>

ويمكن أيضًا استخدام بيانات بشأن تفضيلات الأفراد حين يستفيدون من الخدمات الصحية، من أجل الحصول على فهم أوسع لاحتياجات ورغبات المجتمع المحلي.<sup>٦٢ ٦٣</sup>

تتلخّص المسألة الأخرى المتعلقة بتقييمات الاحتياجات الصحية بأن هذه التقييمات غالبًا ما تعتمد على بيانات لا تتوفر إلا بعد فارق زمني طويل، أي مع نهاية كل عام مثلاً. ولذا، ينبغي، متى أمكن ذلك، استخدام بيانات "الزمن الحقيقي" للمساعدة في الحصول على فهم أفضل ومستمر لاحتياجات السكان.

بالاعتماد على هذا الفهم لاحتياجات المجتمعات السكانية، ينبغي وضع الغايات والأهداف المشتركة من أجل تحديد مجالات التحسين (انظر الإطار ٢). وينبغي أن يشمل ذلك مزيجًا من الغايات الطويلة الأجل التي تتجاوز حدود الأطر السياسية والسياسات، فضلًا عن الأهداف القصيرة الأجل التي يمكن من خلالها إصرار التقدم بسرعة أكبر. وينبغي دعم ذلك بواسطة مجموعة من التدابير الرامية إلى تبيان مدى تحقيق هذه الغايات، وكذلك تقديم ملاحظات حول فعالية التدخلات المختلفة التي قد تسهم في الوصول إلى المزيد من التحسينات.

عند النظر في الموازنة السليمة بين الأهداف والاستثمار، يجدر الإقرار بأن الإطار المبين في الشكل ٤ يقدم صورة اصطناعية تركز بشكل متوازٍ على المحددات المختلفة للصحة. ولكن كما سلف وذكرنا في القسم الأول، لا ينسجم هذا الشكل مع حقيقة الأمور، إذ تسهم العناصر المختلفة في النتائج الصحية بطرق مختلفة، وتلعب الرعاية الصحية دورًا أصغر في إحداث هذه النتائج مقارنةً بالمحددات الأوسع نطاقًا للصحة. ومع ذلك، غالبًا ما يجري ضخ الاستثمارات بطريقة غير متوازنة في مجال خدمات الرعاية الصحية. وحين يحدث ذلك، يتعين على صناع السياسات معالجة الخلل من خلال النظر في أفضل تخصيص ممكن للموارد لتحقيق الأهداف الصحية للسكان، ما قد يعني إعادة تخصيص الموارد وتوزيعها بين الخدمات والفئات السكانية المختلفة.<sup>٦٤</sup>



## الإطار ١ - الترجمة العملية على أرض الواقع: فهم احتياجات الصحة للمجتمعات السكانية

هناك مجموعة من البيانات التي يمكن استخدامها لفهم الاحتياجات الصحية للمجتمعات السكانية، بما فيها البيانات بشأن عبء اعتلال الصحة والوفيات، والظروف الاجتماعية والمعيشية للأفراد والخدمات المتاحة لتلبية احتياجاتهم، وأولويات السكان المحليين. كذلك، ينبغي جمع البيانات للمساعدة في فهم الأصول المتاحة داخل المجتمعات المحلية لتحسين صحة السكان ورفاهيتهم، وكيفية تطوير تلك الأصول (انظر الإطار ٤).

قد تتوفر البيانات بكمية أكبر في بعض البلدان مقارنةً بسواها، وقد يستوجب الأمر، في بعض الحالات، جمع بيانات جديدة، ففي سافانمال مندل، الهند مثلاً، استُخدم نهج STEPwise<sup>٦٥</sup> المُعتمد من منظمة الصحة العالمية لتحديد عوامل خطر الإصابة بالأمراض المزمنة. وفي دول أخرى، هناك مجموعة من البيانات المتاحة بالفعل لفهم صحة المجتمعات السكانية المحلية - بما فيها تصنيف صحة الإقليم (County Health Rankings) الذي نُشر في الولايات المتحدة.<sup>٦٦</sup>

علاوةً على فهم الصورة العامة لصحة المجتمعات السكانية، ينبغي تصنيف البيانات لتحديد أوجه التفاوت في النتائج الصحية بين مختلف الفئات الاجتماعية، بما فيها أوجه التفاوت المتعلقة بالدخل أو النوع الاجتماعي أو العرق، ما يمكن أن يدعم ترتيب أولوية التدخلات تبعًا لاحتياجات الفئات المختلفة.

صحيحٌ أن تقييمات الاحتياجات الصحية لا تعدّ فكرة جديدة، إلا أن واحدة من التحديات الرئيسية التي تواجهها هذه التقييمات هي أنها تعتمد عادةً على البيانات المتاحة حاليًا، التي غالبًا ما تكون





## الإطار ٢ - الترجمة العملية على أرض الواقع: تطوير رؤية وأهداف وتدابير مشتركة

تشكّل الرؤية والأهداف المشتركة الأساس لاستراتيجية تحسين صحة المجتمعات السكانية. وتحتاج هذه الرؤية إلى دعم كبار القادة على مستوى الحكومات والمجتمعات المحلية، كما يمكن استخدامها لإقناع الجهات المعنية بالحاجة لاتخاذ إجراءات عملية. ويمكن أيضًا استخدام هذه الرؤية الجليّة لتوضيح أهداف صحة المجتمعات السكانية للجمهور - كما هو الحال بالنسبة لرؤية مجلس مقاطعة يونسويينغ بالسويد التي تقوم على توفير 'حياة سعيدة في مقاطعة جذابة'.

وفي حين ينبغي للأهداف أن تعكس بنهاية الأمر الاحتياجات المحلية، توفّر أهداف التنمية المستدامة التابعة للأمم المتحدة إطارًا للأهداف والغايات ذات الأهمية العالمية.<sup>٦٥</sup> وقد تم اختيار هذه الأهداف طويلة الأمد عن سابق تصوّر وتصميم، إذ اعتمدت عام ٢٠١٥ لتحقيقها بحلول العام ٢٠٣٠ - ما يعكس ثبات الغرض اللازم توفّره على امتداد فترة من الزمن لجعل التحسينات في صحة المجتمعات السكانية أمرًا ممكن الحدوث.

يجب أن تقوم الأهداف الصحية للسكان على نهج مُنظّم لقياس التقدم المُحرز والإبلاغ عن النتائج، بما في ذلك إبلاغ الجمهور بها. وينبغي أن يشمل ذلك الاتفاق على مجموعة صغيرة من التدابير لتقييم التقدم العام - ما يمكن أن يطلق عليه تسمية 'لوحة أجهزة قياس صحة المجتمعات السكانية' - التي تكون مدعومة بمجموعة أكبر من المقاييس للسماح لمختلف الشركاء لفهم كيفية إسهامهم في تحقيق الأهداف الفردية. وينبغي أن يشمل ذلك قياس ورصد التغيرات في العدالة الصحية. وتتوفر مجموعة من الأدوات والأطر للمساعدة في القيام بذلك في السياقات الوطنية المختلفة.<sup>٦٦ ٦٧ ٦٨ ٦٩ ٧٠</sup>

ينبغي استخدام البيانات المتعلقة بتأثير السياسات والتدخلات على هذه الأهداف لتكوين طقّة تعلم لصانعي السياسات والممارسين، تسمح لهم بتقييم النهج وإعادة تصميمها استنادًا إلى البيانات. وبالاعتماد على التقنيات وأساليب المعلوماتية الجديدة، ينبغي أن يتمثل الهدف في إرساء 'نظام تعلم صحي' قادر على جمع البيانات في الزمن الحقيقي لتوفير أساليب للتحسين المستمر.<sup>٧١</sup>

## مستويات العمل

يتطلب التصدي لهذه المحددات المتعددة للصحة العمل على عدة مستويات - بدءًا من السياسات الكلية والتشريعات وصولًا إلى الأفراد والأسر. ويمكن استخدام موارد وأساليب مختلفة لتحسين صحة المجتمعات السكانية على كل مستوى من هذه المستويات، كما ينبغي للاستراتيجية الفعالة أن تسعى إلى إنشاء نظام للمساءلة المشتركة بينها للتحسين (انظر الإطار ٣).

على مستوى السياسات الكلية والتشريعات، تلعب الحكومات دورًا حاسمًا في ترسيخ التركيز على صحة المجتمعات السكانية في جميع سياساتها وبرامجها، فضلًا عن خلق بيئة مواتية تسمح بتسليط الضوء على المبادرات الصحية التي تضطلع بها المجتمعات السكانية المحلية، ما يطلق عليه غالبًا تسمية نهج 'الصحة في جميع السياسات'.<sup>٧٢</sup> وفي كوبا، على سبيل المثال، توضع السياسات الصحية الوطنية بالتعاون بين مختلف القطاعات، كما يجري وضع ورصد الأولويات المشتركة بين المؤسسات الحكومية لتحسين صحة المجتمعات السكانية.



## الإطار ٣ - الترجمة العملية على أرض الواقع: إيجاد المساءلة المشتركة من أجل التحسين

بسبب التأثيرات المعقدة على صحتنا، تنتشر الأدوات اللازمة لتحسين صحة المجتمعات السكانية على نطاق واسع في جميع أنحاء المجتمع - فلا تبقى حكرًا على الإدارات الحكومية أو مؤسسات الرعاية الصحية. وتبرز الحاجة بالتالي لاتباع نماذج جديدة من الحوكمة لإيجاد نموذج من المساءلة المشتركة لتحسين صحة المجتمعات السكانية بين المجموعات المختلفة.

هناك مجموعة من الأدلة والأمثلة الموجودة التي تظهر كيف يمكن استخدام أشكال 'ذكية' من الحوكمة لترجمة النوايا الحسنة بشأن تحسين صحة المجتمعات السكانية إلى إجراءات عملية.<sup>٧٣ ٧٤ ٧٥</sup> ويشمل ذلك دور الحكومات في استخدام التشريع وغيره من الوسائل لتحديد المتطلبات اللازمة لمختلف الجهات المعنية لتحقيق الأهداف المتفق عليها حول صحة المجتمعات السكانية، فضلًا عن تعزيز قدرات الحكومات والمجتمعات المحلية على إخضاع هذه الجهات المعنية للمساءلة.<sup>٧٦</sup>

هناك أطر مختلفة تحدد الخطوات اللازمة لعمل مشترك ناجح بين مختلف القطاعات على المستويين الوطني والمحلي.<sup>٧٨</sup> وتشدد هذه الأطر على عوامل أساسية، بما فيها تحديد المصالح المشتركة، وإشراك الشركاء الرئيسيين منذ لحظة إطلاق المبادرات، وضمان تقاسم القيادة والمكافآت بين الشركاء، والتركيز على تحقيق أهداف ملموسة ونتائج واضحة.

وقد لخصت أطر أخرى 'مبادئ تصميمية' للمنظمات المحلية التي ترغب في التعاون من أجل تحسين صحة المجتمعات السكانية.<sup>٧٩</sup> ويعتمد هذا العمل الذي يسلط الضوء على مجموعة من العناصر التقنية (مثل النماذج الجديدة للتمويل) والعناصر القائمة على العلاقات (مثل تطوير قيادة النظام) واللازمة لتطوير أشكال فعالة من التعاون، على البحوث الأصلية التي كتبها إيلينور أوستروم حول إدارة الموارد الجماعية المشتركة.<sup>٨٠ ٨١</sup>

ويمكن تشكيل فريق متخصص، يطلق عليه أحيانًا تسمية 'المنظمة الأساسية'،<sup>٨٢</sup> للعمل على المستوى المحلي لتنسيق أنشطة مختلف الجهات المعنية والمجموعات الأهلية حول الغايات المشتركة.<sup>٨٣ ٨٤</sup> ويُرجّح أيضًا أن تمهّد مثل هذه الفرق المتخصصة السبيل نحو مزيد من الابتكار في طرق العمل لتحقيق هذه الأهداف.<sup>٨٥</sup>

يمكن للحكومات أيضًا استخدام مبدأ التشريع للعمل في مجالات محددة لتحسين الصحة من خلالها - كاتخاذ إجراءات لمعالجة أسباب الأمراض المزمنة على سبيل المثال.<sup>٨٦</sup> وتشكّل التشريعات الخاصة بالأمكان الخالية من التدخين التي اعتمدت في عدد من البلدان أحد الأمثلة في هذا المجال، وقد أدت تلك التشريعات إلى تحسّن في صحة المجتمعات السكانية.<sup>٨٧ ٨٨</sup> وفي مجال السياسات التي لا تمثل الصحة فيها هدفًا رئيسيًا - بما فيها إصلاح نظام الرعاية الاجتماعية أو تطوير البنية التحتية - يمكن استخدام تقييمات الأثر الصحي للتأكد من إسهام السياسات بنشاط في تعزيز صحة المجتمعات السكانية.<sup>٨٩</sup>

وفي حين أن للسياسات والتشريعات الوطنية دور هام على هذا الصعيد، يُعتبر العمل المحلي ضروريًا لوضع نُهج تحسين صحة المجتمعات السكانية موضع التنفيذ؛ إذ تعتمد الوحدة الجغرافية الصحيحة للعمل المحلي على السياق المحلي والمشاكل التي يجري تناولها، فعلى سبيل المثال، غالبًا ما ينبغي اتخاذ إجراءات على مستوى المدينة لمعالجة تأثيرات الحياة في المدن.<sup>٩٠</sup> وفي الكثير من الحالات، تتولى الخدمات العامة قيادة هذه الإجراءات - كما حدث مثلًا في يونسويينغ وكوبا - ولكنها ينبغي أن تشمل أيضًا الخدمات غير الحكومية والشركات والمجتمعات المحلية.



## الإطار ٤ - الترجمة العملية على أرض الواقع: تمكين المجتمعات المحلية والأفراد

غالبًا ما يجري الحديث عن تمكين السكّان للسيطرة على صحتهم، ولكن نادرًا ما يتم ترجمة ذلك بشكل عمليّ. ويمكن استخدام عدد من الأساليب لتحويل هذه الوعود إلى واقع ملموس.

على المستوى الفردي، يمكن استخدام نُهج 'تفعيل المريض' لفهم قدرات الأفراد على إدارة صحتهم وتحديد التدخلات اللازمة لتحسينها. وتتراوح هذه النُهج ما بين مجرد الإشارة إلى المعلومات والتدليل عليها والمزيد من التدريب والدعم المكثف.<sup>٩١</sup>

وتتضمّن العناصر الرئيسية لنهج تفعيل المريض تحسين 'المعرفة الصحيّة' للأفراد - بما في ذلك مستوى مهاراتهم وفهمهم وثقتهم بالاستفادة من المعلومات والخدمات المتصلة بالصحة والرعاية الاجتماعية. وتشتمل النهج الرامية إلى تحقيق ذلك على التعليم في السنوات المبكرة، ودعم الأقران، وتدريب مهنيّي الصحة.<sup>٩٢</sup> ولمّا كان من الأرجح أن الأفراد الذين ينتمون إلى الفئات الاجتماعية المحرومة يمتلكون معرفةً صحيةً محدودة،<sup>٩٣</sup> فإنّ معالجة فجوات القدرة هذه تعتبر أمرًا بالغ الأهمية للمساعدة في الحدّ من التفاوتات.

وعندما يتكّ السكّان بخدمات الرعاية الصحية، ينبغي أن تشكّل عملية اتخاذ القرارات المشتركة القاعدة لكيفية تفاعل المهنيين مع المرضى، وهناك مجموعة واسعة من الأساليب العملية التي يمكن استخدامها للقيام بذلك.<sup>١٠٢</sup> ويعني اتخاذ القرارات المشتركة العمل معًا لتحديد الرعاية والدعم الصحيين بناءً على الأدلة السريرية والتفضيلات الواعية للمرضى. كذلك، ينبغي قياس مستويات صنع القرار المشترك لدعم التحسينات في مجال الرعاية الصحية.<sup>١٠٣</sup> ويمكن استخدام أدوات مسّح بما فيها التعاون (collaboRATE)<sup>١٠٤</sup> وغيرها من قياسات جودة القرار للقيام بذلك.

يقوم مركز بروملي-بي-بو على سبيل المثال على أساس شراكة بين مؤسسة خيرية تعود ملكيتها للمجتمع المحلي وأطباء عامين محليين، وينطوي جزء كبير من عمله على ربط الأفراد بمجموعات وشبكات عبر المجتمع المحلي. وغالبًا ما تلعب منظمات القطاعين التطوعي والمجمعي تحديدًا، دورًا حاسمًا في معالجة التفاوتات الموجودة في المجال الصحي عن طريق تصميم الخدمات للفئات المهمشة.<sup>٩١</sup> وفي جيسندس كينزنتال، تعمل الشركات كجهات رئيسية شريكة في تحسين الصحة العامة من خلال الإجراءات التي تتخذها بشأن بيئات عمل الموظفين فيها.

ويمكن للشركات أيضًا القيام بدور قيادي على مستوى الجهود الأوسع نطاقًا لتحسين صحة المجتمعات السكانية، من خلال عدم الاكتفاء بتركيز اهتمامها على موظفيها والتوجّه نحو المجتمع الأوسع نطاقًا. ففي مدينة سنسيناتي بالولايات المتحدة مثلاً، قادت شركة جنرال إلكتريك الجهود الرامية للربط بين الخطط الصحية ومقدمي الرعاية الصحية والشركات الكبيرة والمنظمات المجتمعية، من أجل تحسين الصحة العامة والرعاية الصحية للسكان المحليين.<sup>٩٢</sup> وقد بدأت مبادرات أخرى يقودها أربابُ العمل بالتركيز على الجوانب الأوسع نطاقًا لصحة المجتمعات المحلية، حيث توفّر القيادة للتعاون بين القطاعات.<sup>٩٣</sup>

أيًا يكن المستوى حيث يجري اتخاذ الإجراء، ينبغي وضع المجتمعات المحلية والأسر والأفراد في قلب الجهود الرامية لتحسين صحة المجتمعات السكانية (انظر الإطار ٤). فصحة الفرد ورفاهه يتأثران بشدة بمجتمعه المحلي والشبكات الاجتماعية التي ينخرط فيها، فضلًا عن غيرها من أشكال رأس المال الاجتماعي.<sup>٩٤</sup> ولذا ينبغي أن تسعى نُهج تحسين صحة المجتمعات السكانية إلى تعزيز وتطوير هذه 'الأصول المجتمعية' - أي القدرات الإيجابية الكامنة لدى الأفراد والمجتمعات المحلية التي يمكن تسخيرها وتطويرها لتعزيز الصحة والرفاه.<sup>٩٥</sup>



## الإطار ٥ - الترجمة العملية على أرض الواقع: استخدام الأدلة لتحديد أولويات السياسات والتدخلات

يمكن العثور على الأدلة حول ما يمكن القيام به في مجموعة مختلفة من الأماكن - بما في ذلك المراجعات المنهجية، والأمثلة على الممارسات الجيدة، والدراسات المحكمة، والتقارير الصادرة عن الجمعيات الخيرية والمراكز الفكرية والمنظمات غير الحكومية. وإضافة إلى البحث على أمثلة في أماكن أخرى، يمكن استقاء الأدلة أيضًا من تجارب الاستراتيجيات المحلية وأثرها الراهن.

لا يُعدّ استخدام الأدلة لوضع السياسات فكرة جديدة، ولكن لا يجري غالبًا الاستفادة من الأدلة بشكل كافي في عملية تخطيط السياسات وتنفيذها.

وفي الوقت نفسه، يجدر الإقرار بأنه قد يتوفر في بعض الحالات مقدارٌ ضئيلٌ من الأدلة فقط لإظهار ما إذا كانت إحدى السياسات أو التدخلات المحددة ستكون فعالة في المستقبل، وفي حين قد يُعزى ذلك إلى نقصٍ في التقييم، أو صعوبةً في قياس الفوائد، أو لأنه لم يجر ببساطة تجربة الفكرة بعد، نجد أن الأدلة على الإجراءات المتخذة بشأن المحددات الأوسع نطاقًا للصحة لا تتوفر دائمًا بنفس وفرتها في التجارب السريرية أو التجارب الموجهة التي تستخدم عينات

### (يتبع الإطار ٤)

وعلى مستوى المجتمع ككل، تعتبر شبكات دعم الأقران وسيلةً هامة يمكن للأفراد من خلالها تقديم الدعم للآخرين لإدارة صحتهم - كما يحدث مثلاً في برنامج 'شغف الحياة' الذي أطلقه مجلس مقاطعة يونشوبينغ. وهناك أدلة متزايدة على فعالية هذه الشبكات.<sup>١٠٦-١٠٥</sup>

في كل مجتمع محلي، هناك مجموعة من 'الأصول' المتاحة التي ينبغي تسخيرها لتعزيز الصحة والرفاه. ويمكن أن يشمل ذلك أمورًا مثل وقت الأفراد ومهاراتهم، ومجموعات الدعم أو الشبكات الاجتماعية الفاعلة، أو المباني أو المساحات المادية. كما تتوفر الأدوات لمساعدة صناع السياسات على فهم الأصول المتاحة داخل المجتمعات المحلية، وكيفية تسخيرها، فضلًا عن تأثير السياسات والاستثمار في دعم هذه الأصول.<sup>١٠٧-١٠٨</sup>

ينبغي أيضًا لصناع السياسات إشراك الأفراد والمجتمعات المحلية بفاعلية في اتخاذ القرارات حول كيفية التخطيط للخدمات وتقديمها. ففي مشروع جيسندس كينزنتال، على سبيل المثال، يجري تمثيل السكان في الهيكل الإداري للنظام، كما يشاركون في اتخاذ القرارات حول الخدمات والاستثمارات المجتمعية. كذلك يقدّم 'نظام نوكا للرعاية' (Nuka system of care) في ألاسكا مثالًا قويًا آخر على ملكية المجتمع المحلي للنظام الصحي.<sup>١٠٩-١١٠</sup>

ينعكس هذا التركيز على الأصول المجتمعية في الدراسات العيانية المذكورة في القسم الثاني. ففي يونشوبينغ مثلاً، صُممت البرامج لزيادة الروابط الاجتماعية بين السكّان وإقامة شبكات دعم النظراء لذوي الاحتياجات الصحية الشائعة. وقد أُتبع نهجٌ مماثل في مركز بروملي-بي-بو، حيث تهدف البرامج ذات الصلة للحدّ من العزلة الاجتماعية وتحسين قدرات الأفراد على إدارة صحتهم.

في كل هذه المستويات المختلفة - بدءًا بالسياسات الكليّة والتشريع وانتهاءً بالإجراءات المتخذة على المستوى المحلي - ينبغي أن يستند اختيار وتحديد أولويات التدخلات في نهاية المطاف إلى الأدلة وما يمكن القيام به لتلبية احتياجات المجتمعات السكانية المحلية على الوجه الأفضل (انظر الإطار ٤). ويشمل ذلك الأدلة المستقاة من مجموعةٍ من المصادر، بما في ذلك التشاور مع السكان المحليين حول ما يهمهم.

### (يتبع الإطار ٥)

عشوائية. كذلك، ينصبّ معظم تمويل البحوث الصحية على العوامل الطبية الحيوية وليس الاجتماعية.

وبجدر الإقرار أيضًا بأن تقييمات فعالية التكلفة في مجال الرعاية الصحية نادرًا ما تراعي مسألة العدالة الصحية أو تقيس في تحليلاتها المجموعة الكاملة من المزايا الاجتماعية.<sup>١١١</sup>

وهذا يعني أنه ينبغي دمج الأدلة المستقاة من مصادر متعددة، بما في ذلك معارف الأفراد، لضمان الاستماع إلى صوت الفئات المستبعدة.<sup>١١٢</sup> وينبغي كذلك، متى أمكن، تقييم الإجراءات المحلية والوطنية للاستشارة بها في وضع الاستراتيجيات المستقبلية.

وإذا كان من الأهمية بمكان اختيار التدخلات المناسبة، إلا أن تحديد أولويات هذه التدخلات قد يشكّل تحدّيًا أكبر – لأنه غالبًا ما ينطوي على اتخاذ قرارات صعبة في الاختيار بين برامج جديدة بالاهتمام، علمًا بأن العديد منها يوفر قدرًا ضئيلاً من البيانات التي تساعد في إجراء تقييم الفعالية المقارنة.

تتضمن النهج التي يمكن استخدامها لتحديد أولويات التدخلات في مجال الصحة العامة ما يلي<sup>١١٣</sup>:

- تحديد الأولويات وفقًا لحجم المشكلة ونطاقها
- تحديد الأولويات وفقًا لترابط أسباب المشاكل
- تحديد الأولويات وفقًا لأثر التدخل وفعاليتها من حيث التكلفة
- تحديد الأولويات عبر إشراك الجمهور.

## وحدة التركيز

بحكم تعريفها، ينبغي لاستراتيجية تحسين صحة المجتمعات السكانية أن تركز على مجموع السكان الذين يعيشون في منطقة جغرافية محددة، ولكن هذا لا يعني أنه ينبغي دائمًا أخذ الجميع في الاعتبار عند وضع السياسات والتدخلات الصحية.

أما على النطاق الواسع، فيمكن تصميم التدخلات بحيث تركز على:

- مجموع السكان – كأن تركز مثلًا على الرعاية الصحية أو الإجراءات الشاملة التي تهدف لتحسين البيئة الطبيعية للمجتمع المحلي بأكمله
- شرائح سكانية محددة – كأن تركز مثلًا على الخدمات الرامية لتحسين صحة الأطفال والأسر، أو ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة
- الأفراد – كأن تكون مصممة خصيصًا لتلبية الاحتياجات المحددة للفرد.

تجمع كافة الدراسات العيانية المبيّنة في القسم الثاني من هذا التقرير مزيدًا من التدخلات في كل من هذه المستويات الثلاثة.<sup>١١٤</sup>

ومن أجل المساعدة في فهم الجماعات المحددة التي يمكن أن تستفيد من السياسات والتدخلات المختلفة، ينبغي استخدام البيانات لتوزيع المجتمعات السكانية إلى شرائح على أساس الخصائص المشتركة فيما بينها، مثل الفئة العمرية أو الحالة الصحية أو المخاطر الصحية.<sup>١١٤</sup>

في مشروع جيسندس كينزجتال، على سبيل المثال، يجري استخدام بيانات السجلات الطبية الإلكترونية للتعرف على الأفراد الذين يمكن أن يستفيدوا من برامج الدعم الموجهة. وهذا يشمل الأفراد الذين يعانون من عوامل محددة في نمط الحياة، أو أولئك المعرضين لخطر الإصابة بأمراض مزمنة. ويجري تصميم الخدمات لتتلاءم مع احتياجات الأفراد داخل هذه المجموعات، استنادًا إلى أهدافهم الصحية والأولويات التي تهتمهم. كذلك يجري حاليًا تطوير أساليب جديدة لتوزيع المجتمعات السكانية إلى شرائح بناءً على الدوافع والسلوكيات الأساسية للأفراد، جنبًا إلى جنب مع البيانات بشأن حالتهم الصحية.<sup>١١٥</sup>

وتعدّ مفوضية الصحة في لندن، التي رفعت تقريرها<sup>١١٦</sup> إلى عمدة لندن عام ٢٠١٥، مثالًا آخر على استخدام مجموعة من البيانات لتوزيع السكان إلى عدة شرائح على أساس الاحتياجات الصحية الشائعة (انظر الشكل ٥). وقد جرى تحديد خمس عشرة مجموعة سكانية مختلفة بناءً على تحليل بيانات المعدلات السكانية والمشاركة مع المجموعات المهنية والعامّة.

### الشكل ٥: توزيع السكان إلى شرائح في لندن

الفئة العمرية	الفئة العمرية	الفئة العمرية	الفئة العمرية	
١٢-٠	١٧-١٣	٦٤-١٨	٦٥+	
الأطفال الذين يتمتع أغلبهم بصحة جيدة	الشباب الذين يتمتع أغلبهم بصحة جيدة	البالغون الذين يتمتع أغلبهم بصحة جيدة	كبار السن الذين يتمتع أغلبهم بصحة جيدة	الأفراد الذين يتمتع أغلبهم بصحة جيدة (بقية السكان)
الأطفال والشباب ممن يعانون من السرطان أو من حالة صحية طويلة الأمد أو أكثر	البالغون الذين يعانون من واحدة أو أكثر من الحالات الطويلة الأمد	كبار السن الذين يعانون من واحدة أو أكثر من الحالات الطويلة الأمد		الأفراد الذين يعانون من واحدة أو أكثر من الحالات العقلية
		البالغون وكبار السن المصابون بالسرطان		السرطان
الأطفال ذوو الاحتياجات المستمرة للرعاية الصحية المركزة	الشباب ذوو الاحتياجات المستمرة للرعاية الصحية المركزة	البالغون وكبار السن المصابون بالمرض العقلي الشديد والدائم		المرض العقلي الشديد والدائم
		البالغون وكبار السن الذين يعانون من صعوبات التعلم		صعوبات التعلم
		البالغون وكبار السن الذين يعانون من الإعاقات البدنية		العجز الجسماني الشديد
		البالغون وكبار السن الذين يعانون من الخرف المتقدم، وألزهايمر		الخرف المتقدم، وألزهايمر، إلخ
		المشردون من الأفراد أو الأسر، أو كلا الفئتين مجتمعين، (بمن فيهم الأطفال والشباب والبالغون وكبار السن)، الذين يعانون في كثير من الأحيان من الإدمان على الكحول والمخدرات		الفئات المستبعدة اجتماعيًا

المصدر: مفوضية الصحة في لندن - <http://www.londonhealthcommission.org.uk/wp-content/uploads/Better-Health-for-London-Interactive-Summary-Report.pdf>

أيًا يكن النهج المتّبع في تحديد المجموعات السكانية، يتطلب تحسين الوضع الصحي لكل شريحة سكانية إشراك مجموعة مختلفة من المهارات والموارد التي يملكها المجتمع المحلي. على سبيل المثال، لن يحتاج الأطفال والشباب الذين يعانون من صعوبات التعلم إلى نفس مجموعة خدمات الدعم التي يحتاج إليها كبار السن الذين يعانون من حالات صحية طويلة الأمد. وهذا يعني أنه ينبغي لمختلف الشركاء والخدمات العمل يدًا بيد لتطوير أنظمة رعاية صحية ودعم جديدة للمجموعات السكانية المختلفة (انظر الإطار ٦).

## القسم الرابع: التوصيات بشأن السياسات

ينبغي لقضية تحسين صحة المجتمعات السكانية أن تستحوذ على اهتمام جميع صناعات السياسات – وليس فقط المسؤولين عن خدمات الرعاية الصحية. وينبغي أيضًا أن تستحوذ على اهتمام بقية فئات المجتمع، لأن الأدوات والموارد اللازمة لتحسين صحة المجتمعات السكانية تقع خارج نطاق صناعات القرار والجهات الحكومية.

وعليه، قمنا في هذا التقرير بـ:

- شرح فحوى المصطلح وسبب حاجتنا إلى نهج جديدة لتحسين صحة المجتمعات السكانية
- تبيان الدلالات العملية لذلك عبر استخدام أمثلة عن أنظمة ومبادرات من جميع أنحاء العالم
- تحديد إطار لتطوير استراتيجية لتحسين صحة المجتمعات السكانية، يركز على ما ينبغي لهذه الاستراتيجية أن تشملها وكيفية تحقيق ذلك.

حتقًا، لم يغطّ التقرير بشأن المجتمعات السكانية الصحة كافة القضايا، لا سيما أننا ركزنا بشكل خاص على كيفية ربط أنظمة الرعاية الصحية بشكل وثيق بالجهود الرامية إلى معالجة المحددات الأوسع نطاقًا للصحة؛ بمعنى أن هناك العديد من المجالات التي لم نتطرق إليها، مثل دور سياسات إعادة التوزيع أو الاستخدام العادل في تعزيز صحة المجتمعات السكانية. ولكن هدفنا يتمثل في تقديم إطار عملي يدعم صناعات السياسات في مجال الرعاية الصحية لتصميم نهج جديدة.

ولكن اعتمادًا على هذا الإطار، نقدّم لصناعات السياسات خمس توصيات سيكون لها آثار مختلفة في السياقات المختلفة. فعلى سبيل المثال، في بعض البلدان ذات الدخل المنخفض، قد يكون الحصول على خدمات الرعاية الصحية السبيل الأفضل نحو تحسين الصحة، في حين أنه في العديد من البلدان ذات الدخل المرتفع، قد يكون للاستثمار في مجالات أخرى تأثير أكبر. ولهذا السبب، تقدم التوصيات مجموعة من المبادئ ليُصار إلى تطبيقها محليًا:

### ١. فهم المشكلة ووضع أهداف واضحة من أجل التحسين

- استخدام مجموعة متنوّعة من البيانات لفهم صحة المجتمعات السكانية، وإشراك الجمهور لفهم القضايا الهامة التي تعنيهم، وتوزيع السكان إلى شرائح على أساس احتياجات مختلف الفئات السكانية.
- وضع أهداف واضحة من أجل التحسين، واتخاذ تدابير مشتركة لتطبيقها، وتقديم تقارير منتظمة بشأن التقدم المحرز، واستخدام هذه البيانات لتقييم السياسات والتدخلات في الزمن الحقيقي لدعم التعلم والتحسين المستمرين.
- عند وضع الأهداف الصحية، ينبغي اعتماد أسلوب التفكير على المدى البعيد – والإقرار بأن تحسين صحة المجتمعات السكانية يتطلب التزامًا يتخطى حدود السياسات والدورات السياسية التقليدية.

عقب إصدار تقرير مفوضية الصحة في لندن، جرى وضع سلسلة من البرامج التغييرية التي تشارك فيها الجهات المعنية في قطاعي الرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية وغيرها من الخدمات لتطوير برامج مصممة خصيصًا لتلبية الاحتياجات المحددة للفئات السكانية المختلفة. فالمهمة الأساسية لصناعات السياسات تتلخص في التأكد من أن أنشطة الجماعات المختلفة تشكل جزءًا من نهج متماسك ومتعاقد، لتفادي تحوّلها إلى مجموعة مفككة من المبادرات.

وفي حين تبدو الحاجة ملحةً لاتخاذ إجراءات تشمل جميع الفئات السكانية، ينبغي الإقرار بأن الأضرار والمخاطر التي تتعرض لها صحة السكان تبدأ في فترة ما قبل الولادة ثم تأخذ في التراكم أثناء مراحل الحياة المختلفة.<sup>١١٧</sup> ولذا، ينبغي إيلاء اهتمام خاص للسياسات بغية منح كل طفل أفضل بداية حياة ممكنة بما يؤدي إلى تحسين صحته والحدّ من التفاوتات على مستوى المجتمع السكاني بأكمله.<sup>١١٩</sup>

## الإطار ٦ - الترجمة العملية على أرض الواقع: التعاون لتطوير أنظمة رعاية صحية ودعم جديدة

عادةً ما يجري تصميم النماذج الحالية للرعاية الصحية والدعم عبر مراعاة الحدود التنظيمية أو الخدمية، وليس احتياجات المجتمعات السكانية، ما قد يؤدي إلى خدمات مجزأة ونتائج سيئة. ولذا، يحتم إدخال تحسيناتٍ على صحة المجتمعات السكانية، على المنظمات والخدمات من مختلف القطاعات التعاون فيما بينها لتطوير أنظمة رعاية صحية ودعم جديدة.<sup>١٢٠</sup>

وينعكس ذلك في مجموعة متنوعة من النهج الواردة في القسم الثاني. ففي يونسوبينغ مثلًا، تقوم المراكز الأسرية بدمج خدمات صحة الأمومة والطفولة والخدمات الاجتماعية والتعليم في مرحلة ما قبل المدرسة، فضلًا عن ربطها الأسر بخدمات أخرى بناءً على احتياجاتها. أما في جيسندس كينزجتال، فيجري تقديم برامج لتشجيع أنماط الحياة الصحية بالتعاون مع الصالات والأندية الرياضية، علاوة على اتخاذ إجراءات لخلق بيئات مجتمع محلي أكثر مراعاة للصحة بالشراكة مع الوكالات الحكومية المحلية.

يمكن استخدام نفس مبادئ العمل المشترك بين القطاعات<sup>١٢١</sup> المذكورة في الإطار ٣ من أجل وضع أساس للتعاون بين مختلف المنظمات والمجموعات. وفي نفس السياق، يمكن استخدام عناصر فنية، بما فيها الميزانيات القائمة على أساس السكان واتفاقيات تقاسم المخاطر، لمواءمة الحوافز مع الأهداف الصحية للمجتمعات السكانية.<sup>١٢٢</sup>

عند تصميم نظم جديدة للرعاية الصحية والدعم، من الهامّ الإقرارًا بالدور الحاسم الذي يمكن أن تقوم به الخدمات الصحية في ربط السكان بمجموعة واسعة من خدمات الدعم بناءً على احتياجاتهم. وينطبق ذلك بشكل خاص على الرعاية الصحية الأولية، حيث يسعى الأفراد لطلب المشورة الطبية ولكنهم غالبًا ما يستفيدون من الدعم الاجتماعي عوضًا عن ذلك.<sup>١٢٣</sup> ويعدّ نموذج صياغة 'الوصفات الاجتماعية' الذي يعتمد على مركز بروملي-بي-بو مثالًا على كيفية القيام بذلك من الناحية العملية، إذ يحيل الأطباء العامون المرضى بنشاط على خدمات مثل 'المشورة بشأن الدين'، وخدمات الرعاية الاجتماعية والتدريب على المهارات، وذلك باستخدام قاعدة بيانات إلكترونية تحتوي على أكثر من ١٠٠٠ خيار لمجموعات قائمة على أساس المجتمع المحلي.



## ٢. التركيز على جميع العوامل المحددة للصحة، لا على الرعاية الصحية فقط

- اتخاذ الإجراءات اللازمة بشأن جميع العوامل المحددة للصحة، بما فيها البيئات الاجتماعية والاقتصادية، والبيئات المادية، والسلوكيات الفردية والعوامل الوراثية، فضلاً عن الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات.
- عند اللزوم، ينبغي إعادة توزيع عنصرَي الوقت والاستثمار بصورة متوازنة لتحسين صحة المجتمعات السكانية من خلال عدم الاكتفاء بتقديم خدمات الرعاية الصحية والتركيز على العوامل الأخرى المحددة للصحة.
- استخدام الأدلة لمعرفة التدخلات التي يمكن أن تحقق الغاية المرجوة منها، وتلك التي ينبغي إعطاؤها الأولوية لتحسين صحة المجتمعات السكانية، علاوة على جمع البيانات لبناء قاعدة الأدلة.

## ٣. اتباع نموذج المساءلة المشتركة لتحسين صحة المجتمعات السكانية

- تحديد أهداف لتحسين صحة المجتمعات السكانية على أعلى مستوى في المؤسسات الحكومية، ووضع آليات لإخضاع الإدارات المختلفة للمساءلة من أجل التحسين.
- استخدام أشكال جديدة من الحوكمة لإيجاد نموذج للمساءلة المشتركة من أجل تحسين صحة المجتمعات السكانية على المستوى المحلي. وينبغي أن يتضمن ذلك تعزيز دور الخدمات غير الحكومية والشركات والجماعات المحلية، جنبًا إلى جنب مع الخدمات العامة.
- تصميم أنظمة جديدة للرعاية الصحية والدعم على أساس الأهداف الصحية للمجتمعات السكانية بدلاً من الحدود التنظيمية أو الخدمية، وذلك باستخدام مجموعة من النهج الفنية والنهج القائمة على العلاقات لتشجيع العمل المشترك بين القطاعات.

## ٤. تمكين الأفراد والمجتمعات المحلية وتطوير قدراتها

- وضع الأفراد والمجتمعات المحلية في صميم استراتيجية صحة المجتمعات السكانية - بدءًا بفهم أهدافهم الصحية وانتهاءً بإشراكهم في عملية صنع القرار بشكل مستمر.
- تطوير قدرات الأفراد على إدارة صحتهم، من خلال تدريب مهنيي الصحة على اتخاذ القرارات المشتركة، وتقييم مدى ممارسة ذلك عمليًا، إلى ما هنالك من الوسائل.
- تحديد وتعزيز وتطوير مجموعة متنوعة من الأصول التي تعود للمجتمعات المحلية لدعم إجراء تحسينات لتحقيق صحة ورفاه المجتمعات السكانية.

## ٥. إدراج العدالة الصحية كجزء أساسي من استراتيجية صحة المجتمعات السكانية

- تضمين التركيز على تحسين العدالة الصحية كجزء أساسي من جميع السياسات والبرامج بشأن صحة المجتمعات السكانية، باستخدام نهج هادفة للقيام بذلك عند اللزوم.
- التأكد من سماع صوت الفئات المهمشة لدى تحديد الأهداف الصحية للمجتمعات السكانية وتصميم الخدمات ذات الصلة.
- قياس ورصد العدالة الصحية على المستويين الوطني والمحلي، ورؤية العدالة كمقياس أساسي لمدى تمتع المجتمعات السكانية بصحة جيدة.

## هل سيتحقق ذلك؟

هذا التقرير حلقةٌ في سلسلة طويلة من الأوراق البحثية التي ظهرت في هذا المجال على مدى عقودٍ من الزمن لا سنوات، وتهدف جميعها إلى تشجيع صناع القرار على التفكير في الصحة بطرق مختلفة تتخطى نطاق أداء خدمات الرعاية الصحية. ذلك أنه مهما اتسمت خدمات الرعاية الصحية بالكفاءة والفعالية، تظل الحاجة قائمة، وفقًا لما تثبته الأدلة الواضحة، لاتخاذ إجراءات بشأن المحددات الأوسع نطاقًا للصحة لإحداث فرق حقيقي في حياة السكان. ورغم ذلك، هناك فجوة كبيرة لا تزال تفصل بين الأدلة والواقع. فهل ستكون الأمور مختلفة هذه المرة؟ ينبع الأمل من حقيقةٍ بسيطةٍ مفادها أنه لا يوجد أماننا خيار آخر. كذلك، فإن التحديات المشتركة التي تواجه المجتمعات السكانية في جميع أنحاء العالم - بما فيها العبء المتزايد للأمراض المزمنة والتفاوتات الصحية الآخذة في الاتساع يومًا بعد يوم - تتطلب عملاً جماعيًا تشارك فيه المؤسسات الحكومية والمجتمع. ومن دون اعتماد نهج جديدة، ستكبر هذه الفجوات ببساطة - وسيجري استنزاف خدمات الرعاية الصحية التي تضطرّ للعمل تحت الضغط. ولا شك أن من شأن الإطار المُبيّن في هذا التقرير مساعدة صناع السياسات على تطوير هذه النهج الجديدة للحصول على مجتمعات سكانية تتمتع بصحة أفضل.

ترأس المجلس الاستشاري لمنتدى «المجتمعات السكانية الصحية» المسؤول عن إصدار هذا التقرير، السيدة سو سيجل، الرئيس التنفيذي لشركة GE Ventures. وقد شارك في صياغة التقرير كلٌّ من هوغ ألدرويك وكريس هام من مؤسسة صندوق الملك الخيرية (The King's Fund)، وسابين فويك وهنّا باتيل من إمبيرال كوليدج لندن.

نودّ أن نتوجه بخالص شكرنا لجميع أعضاء المجلس الاستشاري الذين ساهموا في كتابة هذه الورقة البحثية، وهم:

فلورا أسنسيون | المدير العام المساعد لمؤسسة الرعاية الصحية الأولية، قطر

محمد آل ثاني | مدير إدارة الصحة العامة بوزارة الصحة العامة القطرية

جاك كوكران | المدير التنفيذي السابق لمؤسسة «ذي برمنتني»، الولايات المتحدة

بريندان ديلاني | أستاذ كرسي المعلوماتية الطبية واتخاذ القرارات، إمبيرال كوليدج لندن، المملكة المتحدة

غوران هنريكس | الرئيس التنفيذي للتعليم والابتكار، مجلس مقاطعة يونسويينغ، السويد

مايكل مارموت | مدير معهد العدالة الصحية بكلية لندن الجامعية، المملكة المتحدة

بريتا ريدي | نائب الرئيس التنفيذي لمجموعة مستشفيات أبولو، الهند

عزيز شيخ | أستاذ بحوث الرعاية الأولية والتنمية والمدير المشارك لمركز المعلوماتية الطبية بجامعة إدنبرة، المملكة المتحدة

جاويد شيخ | عميد وإيل كورنيل للطب - قطر

هارولد سوكنس | أستاذ فخري في الطب والمدير المساعد لشؤون هيئة التدريس، معهد دارتموث للسياسة الصحية والممارسة السريرية، الولايات المتحدة

أجيس تسوروس | مدير شعبة السياسات والحوكمة للصحة والرفاه، المكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية

أجرى المقابلات التي ساهمت في رفد هذا التقرير بالمعلومات، هوغ ألدرويك، كبير مستشاري السياسات في مؤسسة صندوق الملك الخيرية.

يتوجه رئيس المجلس الاستشاري للمنتدى والمؤلفون بالشكر لكلّ من أسهم في صياغة هذا التقرير، بمن فيهم روبرت ويلز، وآلان جيلبرت، ومويشيل زامبيريتي، وكريستين ويلكنسون.

ويتحمل المؤلفون كامل المسؤولية عن أي سهو أو خطأ ورد في التقرير.

## فريق عمل المنتدى ويش

مدير المنتدى: جيسيك بربست

رئيس تطوير المنتدى: هنّا باتيل

زميل المنتدى: سابين فويك

01. Nicholson D, Yates R, Warburton W, Fontana G. Delivering universal health coverage: a guide for policymakers. 2015; Available at: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/public/Universal-health-coverage.pdf>.
02. Commission on the Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, 2008. Geneva: World Health Organization, 2008.
03. Booske BC, Athens JK, Park H, Kindig DA, Remington PL. Different perspectives for assigning weights to determinants of health. County Health Rankings Working Paper. University of Wisconsin, Population Health Institute. 2010; Available at: <http://uwphi.pophealth.wisc.edu/publications/other/different-perspectives-for-assigning-weights-to-determinants-of-health.pdf>
04. Bunker J, Frazier H, Mosteller F. The role of medical care in determining health: creating an inventory of benefits. 1995. In Amick III B, Levine S, Tarlov AR, Chapman Walsh D (eds.). *Society and health*: 305-41. New York: Oxford University Press.
05. McGinnis J, Williams-Russo P, Knickman J. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs* 2002; **21(2)**: 78-93.
06. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, Geddes I. Fair society, healthy lives: the Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review, 2010.
07. Sharfstein J (2014). The strange journey of population health. *Milbank Quarterly* 2014; **92(4)**: 640-643.
08. Kindig D, Stoddart G. What is population health? 2003. *American Journal of Public Health*; **93(3)**: 380-383.
09. Dahlgren D, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for The King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, 1993. Accessible in: Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. 2007. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf).
10. Canadian Institute for Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch AB/NWT 2002, cited in Kuznetsova D. Healthy places: councils leading on public health. London: New Local Government Network, 2012.
11. Booske BC, Athens JK, Park H, Kindig DA, Remington PL. Different perspectives for assigning weights to determinants of health. County Health Rankings Working Paper. University of Wisconsin, Population Health Institute. 2010; Available at: <http://uwphi.pophealth.wisc.edu/publications/other/different-perspectives-for-assigning-weights-to-determinants-of-health.pdf>
12. Bunker J, Frazier H, Mosteller F. The role of medical care in determining health: creating an inventory of benefits. In Amick III B, Levine S, Tarlov AR,

29. World Health Organization. The economics of social determinants of health and health inequalities: a resource book. Luxembourg: World Health Organization, 2013.
30. McDaid, D, Sassi F, Merkur S (eds.). Promoting health, preventing disease: the economic case. Maidenhead: Open University Press, 2015.
31. World Health Organization. The economics of social determinants of health and health inequalities: a resource book. Luxembourg: WHO, 2013.
32. Ministry of Law and Justice. The companies act, 2013. 2013; Available at: <http://www.mca.gov.in/Ministry/pdf/CompaniesAct2013.pdf>
33. World Health Organization. Chronic diseases and health promotion. STEPwise approach to surveillance; Available at: <http://www.who.int/chp/steps/en/>
34. Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, Richter-Reichhelm M, Siegel A, Witzenrath W. Gesundes Kinzigtal integrated care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *International Journal of Integrated Care* 2010; 10: 1–15.
35. Hildebrandt H, Timo S, Stunder B. The triple aim in Kinzigtal, Germany: improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK? *Journal of Integrated Care* 2012; 20(4): 205–22.
36. Busse R, Stahl J. Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England. *Health Affairs* 2014; 33(9): 1549–58.
37. Hildebrandt H, Timo S, Stunder B. The triple aim in Kinzigtal, Germany: improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK? *Journal of Integrated Care* 2012; 20(4): 205–22.
38. Ovretveit J, Staines A. Sustained improvement? Findings from an independent case study of the Jönköping Quality Programme. *Quality Management in Health Care* 2007; 16(1): 68–83.
39. Institute for Healthcare Improvement. Improving patient flow: the Esther project in Sweden. Available at: <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/ImprovingPatientFlowTheEstherProjectinSweden.aspx>
40. Abrahamsson A, Samarasinghe K. Open pre-schools at integrated health services—a program theory. *International Journal of Integrated Care* 2013; 13: e014.
41. Golsater M, Fast A, Bergman-Lind S, Enskar K. School nurses' health dialogues with pupils about physical activity. *British Journal of School Nursing* 2015; 10(7): 330–336.
42. Staines A, Thor R, Robert G. Sustaining improvement? The 20-year Jönköping quality improvement program revisited. *Quality Management in Health Care* 2015; 24(1): 21–37.
43. National Board of Health and Welfare, Public Health Agency of Sweden, Swedish Association of Local Authorities and Regions. Regional comparisons 2014: public health. 2014; Available at: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19912/2015-9-2.pdf>
- Chapman Walsh D (eds.). *Society and health*: 305–41. New York: Oxford University Press, 1995.
13. McGinnis J, Williams-Russo P, Knickman J. The case for more active policy attention to health promotion. 2002. *Health Affairs* 2002; 21(2): 78–93.
14. World Health Organization. WHO global health expenditure atlas. Geneva: WHO, 2014.
15. Squires D, Anderson C. US health care from a global perspective: spending, use of services, prices, and health in 13 countries. 2015; Available at: <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/oct/us-health-care-from-a-global-perspective>
16. Noble DJ, Greenhalgh T, Casalino LP. Improving population health one person at a time? Accountable care organizations: perceptions of population health – a qualitative interview study. *BMJ Open* 2014; 4: e004665.
17. Kindig D (2015). What are we talking about when we talk about population health? *Health Affairs Blog* 2015; Available at: <http://healthaffairs.org/blog/2015/04/06/what-are-we-talking-about-when-we-talk-about-population-health/>
18. Alderwick H, Ham C, Buck D. Population health systems: going beyond integrated care. London: The King's Fund, 2015.
19. World Health Organization. Noncommunicable diseases. 2015; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
20. Murray CJL, Vos T, Lozano R et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012; 380(9859): 2197–2223.
21. Buck D, Frosini F. Clustering of unhealthy behaviours over time: implications for policy and practice. London: The King's Fund, 2012.
22. World Health Organization. Obesity and overweight. 2015; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
23. Marmot M (2015). *The Health gap: the challenge of an unequal world*. Bloomsbury: London.
24. Seuring T, Archangelidi O, Suhrcke M. The economic costs of type 2 diabetes: a global systematic review. *Pharmacoeconomics* 2015; 33(8): 811–831.
25. World Health Organization. Diabetes: the cost of diabetes. 2015; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en/>
26. Barnett K, Mercer SW, Norbury W, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multi-morbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet* 2012; 380(9836): 37–43.
27. Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N, Bergeron A, Cutler D. The association between income and life expectancy in the United States, 2001–2014. *JAMA* 2016; 10.1001(jama.2016): 4226.
28. Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.

61. Coulter A. Engaging communities for health improvement: a scoping study for the health foundation. London: The Health Foundation, 2010.
62. Mulley A, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. London: The King's Fund, 2012.
63. De Silva D. Helping measure person-centred care: a review of the evidence about commonly used approaches and tools to help measure person-centred care. London: The Health Foundation, 2014.
64. Sox H. Resolving the tension between population health and individual care. *JAMA* 2013; 310(18): 1-2.
65. United Nations. Sustainable development goals. Transforming our World – the 2030 Agenda for Sustainable Development. Available at: <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>
66. World Health Organization. Global Health Observatory data. Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries. 2013; Available at: [http://www.who.int/gho/health\\_equity/handbook/en/](http://www.who.int/gho/health_equity/handbook/en/)
67. Guerra G, Borde E, de Snyder NS. Measuring health inequities in low and middle income countries for the development of observatories on inequities and social determinants of health. *International Journal for Equity in Health* 2016; 15(9): 10.1186/s12939-016-0297-9.
68. Hosseinpoor AR, Bergen N, Schlottheuber. Promoting health equity: WHO health inequality monitoring at global and national levels. *Global Health Action* 2015; 8(10): 10.3402/gha.v8.29034.
69. Asada Y. A framework for measuring health inequity. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005; 59: 700-705.
70. Stiefel MC, Riley CL, Roy B, Ramaswamy R, Stout S. 100 million healthier lives: progress to date. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2016.
71. Grossmann C, Goolsby AW, Olsen L, McGinnis MJ. Engineering a learning healthcare system. A look at the future. Workshop summary. Washington: National Academies Press, 2011.
72. Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis MJ (eds.). Better care at lower cost: the path to continuously learning health care in America. Washington: The National Academies Press, 2013.
73. Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S (eds.). Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies. Malta: Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2013.
74. World Health Organization Europe. Governance for health equity: taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. Copenhagen: WHO regional Office for Europe. 2014; Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/235712/e96954.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf)
75. World Health Organization, Public Health Agency of Canada. Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. 2008; Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/health\\_equity\\_isa\\_2008\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf)
44. Baker GR, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L, Stelmachovich K, Born K. High performing healthcare systems: delivering quality by design. Toronto: Longwoods, 2008.
45. Keck CW, Reed GA. The curious case of Cuba. *American Journal of Public Health* 2012; 102(8): e13-22.
46. World Health Organization. Cuba's primary health care revolution: 30 years on. 2008; Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/08-030508/en/>
47. Keck CW, Reed GA. The curious case of Cuba. *American Journal of Public Health* 2012; 102(8): e13-22.
48. Morales IR, Fernandez JA, Duran F. Cuban medical education: aiming for the six-star doctor. *MEDICC Review* 2008; 10(4).
49. Spiegel J, Alegret M, Cloair V, Pagliccia, Martinez B, Bonet M, Yassi A. Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba. *International Journal of Public Health* 2011; 15: 15-23.
50. Serrate PC-F, Lausanna RC, Jean Claude MM, Espinosa CS, Gonzalez TC. Study on intersectoral practices in health in Cuba: report to the pan American health organization: stage one. 2007; Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/isa\\_part1\\_cuba.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_part1_cuba.pdf)
51. Spiegel J, Alegret M, Cloair V, Pagliccia, Martinez B, Bonet M, Yassi A. Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba. *International Journal of Public Health* 2011; 15: 15-23.
52. de Andrade LOM, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet* 2015; 385(9975): 1343-1351.
53. World Health Organization. World health statistics 2015. Geneva: WHO, 2015.
54. Gorry C. Millenium Development Goals and health equity in Cuba. *MEDICC Review* 2005; 7(9): 2-5.
55. Champion EW, Morrissey S. A different model—medical care in Cuba. *New England Journal of Medicine* 2013; 368(4): 297-299.
56. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Adult and youth literacy: national, regional and global trends, 1985-2015. 2013; Available at: <http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/literacy-statistics-trends-1985-2015.pdf>
57. Kindig A, Asada Y, Booske B. A population health framework for setting national and state health goals. *JAMA* 2008; 299(17): 2081-2083.
58. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: a powerful equalizer. Final report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. 2007; Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/ecd\\_kn\\_report\\_07\\_2007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_report_07_2007.pdf)
59. World Health Organization. Chronic diseases and health promotion. STEPwise approach to surveillance. Available at: <http://www.who.int/chp/steps/en/>
60. Robert Wood Johnson Foundation. County health rankings and roadmaps. Building a culture of health, county by county. Available at: <http://www.countyhealthrankings.org/>



93. The Vitality Institute. Beyond the four walls: why community is critical to workforce health. 2015; Available at: <http://thevitalityinstitute.org/site/wp-content/uploads/2015/07/VitalityInstitute-BeyondTheFourWalls-Report-28July2015.pdf>
94. Foot J. What makes us healthy? The asset approach in practice: evidence, action, evaluation. 2012; Available at: <http://www.assetbasedconsulting.co.uk/uploads/publications/wmuh.pdf>
95. Morgan A, Ziglio E (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education* 2007; supplement 2:17-22.
96. Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health: an introduction to patient activation. London: The King's Fund, 2014.
97. Roberts J. Local action on health inequalities: improving health literacy to reduce health inequalities. London: Public Health England, 2015.
98. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy. Washington: National Center for Education Statistics, 2006.
99. Sahm LJ, Wolf MS, Curtis LM, McCarthy S. Prevalence of health literacy among Irish adults. *Journal of Community Health* 2012; 17(supplement 3): 100-108.
100. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, Fehrenbach SN, Ren J, Koplan JP. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA* 1999; 10(281): 545-551.
101. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health* 2010; 10: 614.
102. Coulter A, Collins A. Making shared-decision-making a reality. London: The King's Fund, 2011.
103. Mulley A, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. London: The King's Fund, 2012.
104. CollaboRATE. Measuring the level of shared decision making. Available at: <http://www.collaboratescore.org>
105. South J, Raine G, White J. Community health champions: evidence review. Leeds: Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University, 2010.
106. Hex N, Tatlock S. Altogether better: social return on investment case studies. York: York Health Economics Consortium, University of York, 2011.
107. Foot J. What makes us healthy? The asset approach in practice: evidence, action, evaluation. 2012; Available at: <http://www.assetbasedconsulting.co.uk/uploads/publications/wmuh.pdf>
108. University of Kansas, Community toolbox. 2016; Available at: <http://ctb.ku.edu/en>
109. Gottlieb K. The Nuka system of care: improving health through ownership and relationships. *International Journal of Circumpolar Health* 2013; 72.
110. Collins B. Intentional whole health system redesign: Southcentral Foundation's 'Nuka' system of care. London: The King's Fund, 2015.
76. Rantala R, Bortz M, Armada F (2014). Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promotion International* 2014; 29(supplement 1): i92-i102.
77. World Health Organization Europe. Governance for health equity: taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. Copenhagen: WHO regional Office for Europe. 2014; Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/235712/e96954.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf)
78. Public Health Agency of Canada. Crossing sectors: experiences in intersectoral action, public policy and health. 2007; Available at: [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2007/phac-aspc/HP5-45-2007E.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2007/phac-aspc/HP5-45-2007E.pdf)
79. Ham C, Alderwick H. Place-based systems of care: a way forward for the NHS in England. London: The King's Fund, 2015.
80. Ostrom E. Governing the commons: the evolution of institutions for collective action. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
81. Ostrom E. Beyond markets and states: polycentric governance of complex economic systems. *American Economic Review* 2010; 100: 1-33.
82. Kania J, Kramer M. Collective impact. *Stanford Social Innovation Review* 2011; winter.
83. Whittington JW, Nolan K, Lewis N, Torres T. Pursuing the Triple Aim: the first seven years. *Milbank Quarterly* 2015; 93(2): 263-300.
84. Mangan S, Fisher E, Kindig D, Isham G, Wood D, Eustis M, Backstrom C, Leitz S. Achieving accountability for health and health care. *Minnesota Medicine* 2012.
85. Govindarajan V, Trimble R. The other side of innovation: solving the execution challenge. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2010.
86. Beaglehole R, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet* 2011; 377(9775): 1438-1447.
87. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption (review). *The Cochrane Library* 2016; Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005992.pub3/abstract>
88. Been JV, Nurmatov UB, Cox B, Nawrot TS, van Schayck CP, Sheikh A. Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2014; 383(9928): 1549-60.
89. World Health Organization. Health impact assessment (HIA). Short guides. Available at: <http://www.who.int/hia/about/guides/en/>
90. Galea S, Freudenberg N, Vlahov D. Cities and population health. *Social Science and Medicine* 2005; 60(5): 1017-1033.
91. Foot C, Maybin J. How to deliver high-quality, patient-centred, cost-effective care: consensus solutions from the voluntary sector. London: The King's Fund, 2010.
92. Mttke S, Liu H, Hirshman S, Wah SH, Newberry S. Quantitative evaluation of the impact of the healthy communities initiative in Cincinnati. Santa Monica: RAND Corporation, 2014.

## شركاء ویش



یثمن ویش الدعم الذي تقدمه وزارة الصحة



111. Public Health England, UCL Institute of Health Equity. Local action on health inequalities: understanding the economics of investments in the social determinants of health. London: Public Health England, 2014.
112. Allen M, Allen J. Local action on health inequalities. Tackling health inequalities through action on the social determinants of health: lessons from experience. London: Public Health England 2014.
113. Buck D, Gregory S. Improving the public's health: a resource for local authorities. London: The King's Fund, 2013.
114. Lynn J, Straube BM, Bell KM, Jencks SF, Kambic RT (2007). Using population segmentation to provide better health care for all: the 'bridges to health' model. *Milbank Quarterly* 2007; 85(2): 185-208.
115. Hostetter M, Klein S. Is it time to bring consumer data into health care? The Commonwealth Fund. 2016; Available at: <https://medium.com/@CommonwealthFund/is-it-time-to-bring-consumer-data-into-health-care-f4cdf1fd2588#.cm38iksv7>
116. London Health Commission. Better Health For London. 2014; Available at: [http://www.londonhealthcommission.org.uk/wp-content/uploads/London-Health-Commission\\_Better-Health-for-London.pdf](http://www.londonhealthcommission.org.uk/wp-content/uploads/London-Health-Commission_Better-Health-for-London.pdf)
117. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: a powerful equalizer. Final report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. 2007; Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/ecd\\_kn\\_report\\_07\\_2007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_report_07_2007.pdf)
118. Buck D, Gregory S. Improving the public's health: a resource for local authorities. London: The King's Fund, 2013.
119. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, Geddes I. Fair society, health lives: the Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review, 2010.
120. Alderwick H, Ham C, Buck D. Population health systems: going beyond integrated care. London: The King's Fund, 2015.
121. Public Health Agency of Canada. Crossing sectors: experiences in intersectoral action, public policy and health. 2007; Available at: [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2007/phac-aspc/HP5-45-2007E.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2007/phac-aspc/HP5-45-2007E.pdf)
122. Ham C, Alderwick H. Place-based systems of care: a way forward for the NHS in England. London: The King's Fund, 2015.
123. The Low Commission. The role of advice services in health outcomes: evidence review and mapping study. 2015; Available at: <http://www.thelegaleducationfoundation.org/wp-content/uploads/2015/06/Role-of-Advice-Services-in-Health-Outcomes.pdf>

## ملاحظات

## شركاء ویش

McKinsey&Company

MedStar Health  
Institute for Quality and Safety

NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE

NORTHWESTERN  
UNIVERSITY  
IN QATAR  
عضو في مؤسسة قطر  
Member of Qatar Foundation

مؤسسة الرعاية الصحية الأولية  
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

QATAR  
AIRWAYS القطرية

كلية الصيدلة  
College of Pharmacy  
جامعة قطر  
QATAR UNIVERSITY

أكاديمية ريناد  
RENAD ACADEMY  
مؤسسة قطر  
Qatar Foundation

مركز دراسات التشريع  
الإسلامي والأخلاقي  
Research Center for Islamic  
Legislation and Ethics  
عضو في كلية الدراسات الإسلامية في قطر  
Member of Qatar Faculty of Islamic Studies

السفرة  
Sidra  
مركز السفارة للطب والبحث  
Sidra Medical and Research Center  
عضو في مؤسسة قطر  
Member of Qatar Foundation

نجوم  
العلم  
من مبادرات مؤسسة قطر  
An Initiative of Qatar Foundation

اللجنة العليا  
للمشاريع والورث  
Supreme Committee  
for Delivery & Legacy

THE  
BEHAVIOURAL  
INSIGHTS TEAM.

THE  
CARTER CENTER

TheKingsFund

جامعة كالغاري في قطر  
UNIVERSITY OF CALGARY IN QATAR

UMASS  
BOSTON

وايل كورنيل  
للطب-قطر  
عضو في مؤسسة قطر  
Member of Qatar Foundation

ويك  
WEYAK  
جمعية أصدقاء الصحة النفسية  
MENTAL HEALTH FRIENDS ASSOCIATION

wise  
world innovation summit for education  
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في التعليم  
من مبادرات مؤسسة قطر  
An Initiative of Qatar Foundation

WORLD BANK GROUP



## ملاحظات



