

الواحد لكل والكل للصحة:

مستقبل صناعة السياسات الصحية من
منظور الصحة في كل السياسات

بقلم لارنت وودت، وأنجيلا عازار، وسليم عرموني، وإلسي ماريا
دومط

مونتيفور ديلويت بالتعاون مع القمة العالمية للحكومات



**WORLD
GOVERNMENT
SUMMIT**

Contents

4	الملخص التنفيذي
5	المقدمة
8	ما هي الصحة في كل السياسات؟
11	لِمَ تشجيع الدول على تطبيق نهج الصحة في كل السياسات؟
28	ما هي عوامل النجاح الرئيسية؟
30	كيف للدول أن تطبّق نهج الصحة في كل السياسات؟
31	التوجهات المستقبلية
33	ملاحظات ختامية

POLICY

Analysis Business Change Computer Cyberspace Digital Evolution Future Industry Innovation Management Manager Modernisation New People Reality Strategy Success Technology Transformation Virtual Web Work Assurance Certified Client Control Cyberspace Excellence

المخلص التنفيذي

المناقشات التي تلت الجائحة ركزت على تغيير النظم الصحية لتعزيز صمودها وبناء القدرات فيها لمواجهة التهديدات الصحية «الحادة» على المدى القصير. ولكن هذا الاهتمام، وإن كان محمودًا، أتى على حساب المناقشات حول ضعف النظم الصحية في مواجهة التهديدات الصحية على المدى الطويل (كالأزمات غير المُعدية، ومقاومة الجراثيم للأدوية، والتغير المناخي، وغيرها). وسيحتّم بروز هذه التهديدات الممتدة على المدى الطويل الإحاطة بالمحددات الصحية الأشمل (أي العوامل التي تؤثر في الصحة وتكون من خارج القطاع الصحي)، وهو ما يتطلب بدوره التزامًا وثيقًا بالتعاون المشترك بين مختلف القطاعات والمستويات الحكومية، حتى في غياب التهديدات الصحية الحادة على المدى القصير. ويُعتبر التوقيت مناسبًا كذلك للتعرف على نماذج الحوكمة القادرة على تعزيز التعاون بين القطاعات، ولاسيما في ظل الاتجاهات السائدة حاليًا في صناعة السياسات والتي وسّعت الفجوة بين الجهات المختصة بتقديم الخدمات العامة، وأبرزها اتجاهات مثل اللامركزية الحكومية والتخصيص. يُقدّم برنامج الصحة في كل السياسات مخططًا أوليًا للوصول إلى منظومة صحية أكثر كفاءة وإنصافًا في المستقبل، عبر نهج يقوم على مشاركة الحكومة ككل، وهو ضرورة حتمية لصناعة سياسات «صحية»، سواء في القطاع الصحي أم خارجه.

المقدمة

ساعدت جائحة كوفيد-19 في تسليط الضوء على عيوب البنية التحتية للصحة العامة حول العالم، كما كشفت مكانن الضعف الحادة في النظام الصحي والتحديات المرتبطة بقدرته على الصمود. وأدخلت تغييرات على السياسات ركزت على أجندة الأمن الصحي لتحسين استجابة النظام للتهديدات ذات الآثار الكبيرة على المدى القصير، من خلال تحسين التنسيق في الأزمات، ورفع القدرة على التشخيص، وتقديم الرعاية، ومكافحة الأمراض، والارتقاء بالتعاون الدولي، وغيرها من الأولويات. إلا أن مشكلة من نوع آخر كانت تتهدد للظهور منذ بداية الجائحة وما قبلها، ألا وهي العيوب المزمنة التي تجلت بوضوح في منظومة صناعة السياسات. ووصفت هذه العيوب «بالمزمنة» لأنها تعبر عن أوجه القصور المتجذرة في النظام والتي تنخر ببطء في أنشطته وخصائصه بدون أن تشملها الإصلاحات التي جاءت بها الجائحة على عجلة، على عكس العيوب الحادة. وكأمثلة عن هذه العيوب، نذكر النهج الانعزالي في تطوير السياسات، وضمور شبكات التعاون، والتشتت في آليات تقديم الخدمات العامة. وللأسف، فإن إهمال هذه العيوب المزمنة يضر بصحة المجتمعات ورفاهها، فيتركها في حال أسوأ من ذي قبل. وقد وصلت أنظمة صناعة السياسات حول العالم عند مفترق طرق حرج، فإما يتم تداركها سريعًا وإما تُحدث فجوة ما بين منظومة صناعة السياسات كهيكلية، وقدرة هذه المنظومة على استشراف الطموحات الصحية الجديدة للسكان والاستجابة لها بدلًا من الاكتفاء بالاستجابة اللائحة للحوادث الطارئة.


وفيما تعمل منظومات صناعة السياسات على تجاوز هذا المنعطف، سيكون عليها النظر في نماذج الحوكمة القادرة على التوفيق ما بين طموحاتها وهيكلاتها الجديدة قبل فوات الأوان، أي قبل أن تمضي في اتجاهين متعاكسين. وبالفعل، تتجه الحكومات في طموحاتها الجديدة نحو التعريفات الشاملة للتقدم، بما يشمل مفاهيم باتت معروفة مثل «جودة الحياة» و«السعادة». وتعتمد هذه المفاهيم بشكل كبير على نجاح سياسات الصحة والرفاه، وتتطلب بشكل عام التزامًا راسخًا بصناعة السياسات المشتركة بين القطاعات. ومن جهة أخرى، ينبغي على الحكومات أن تبحث كذلك في أثر بعض الأنماط التنظيمية مثل اللامركزية والتخصيص لما تسببه من تشتت في منظومة صناعة السياسات وتقديم الخدمات العامة، وهو ما قد يعيق التعاون اللازم بين القطاعات للارتقاء بالصحة والرفاه. ومن هنا ضرورة التوفيق بين هذين الاتجاهين المتباينين. يساعد برنامج الصحة في كل السياسات في تجاوز هذه المعضلة، إذ يقدم نموذج حوكمة يسهل اعتماد نهج الحكومة ككل في صناعة السياسات «الصحية».

نُفذ برنامج الصحة في كل السياسات في أكثر من 40 دولة وإقليمًا حول العالم¹، ولا يزال يحشد اهتمام الحكومات لما يقدمه من إمكانات في تحقيق التعاون المطلوب بين القطاعات للارتقاء بصحة السكان، والعدالة الصحية، والاستدامة. وإذ عمّدت كل دولة على تكييف مفهوم الصحة في كل السياسات بحسب سياقها المحلي، كان لا بد أن تنظر برامج الصحة في كل السياسات، سواء الجديدة أم القائمة، في التحديات المشتركة أمام التعاون الفعال مع مختلف أصحاب المصلحة، كلاً بحسب مجالات تركيزه وأولوياته. ولهذه الغاية، تحتاج هذه البرامج إلى استخدام أدوات عدة تساعد في تحقيق الأثر المنشود، بما في ذلك الحوكمة المتينة والتواصل والتنسيق بفعالية مع أصحاب المصلحة.

تُظهر الأمثلة عن فنلندا، وجنوب أستراليا، والمملكة العربية السعودية كيف تنفذ الدول عمليًا برنامج الصحة في كل السياسات. ولتحقق برامج الصحة في كل السياسات كامل إمكاناتها في المستقبل، سيكون عليها النظر في طرُق إشراك أصحاب المصلحة من خارج القطاع العام. فالصحة في كل السياسات مستقبلاً تعني الانتقال من نهج مشاركة «الحكومة ككل» إلى نهج مشاركة «المنظومة ككل» الذي يجمع تحت مظلة مجموعة أوسع من أصحاب المصلحة من القطاعات العام والخاص والأهلي، لمواصلة النهوض بصحة السكان والعدالة الصحية والاستدامة.



1 حكومة جنوب أستراليا والشبكة العالمية للصحة في كل السياسات، التقرير العالمي عن حالة الصحة في كل السياسات [الإنترنت]. أديلايد (أستراليا): حكومة جنوب أستراليا، 2019 [مُسْتَشَد به بتاريخ 5 يناير 2023]. متوفر على: <https://actionsdg.ctb.ku.edu/wp-content/uploads/2019/10/HiAP-Global-Status-Report-final-single-pages.pdf>



«ينبغي أن تُنفق النُظم الصحية
حصة كبيرة من مواردها
وجهودها في سبيل التعاون
مع القطاعات الرئيسية وتطوير
السياسات الصحية. وعليها أن
تقيس النجاح وفقاً لما ينعم
به سكانها من صحة، ورفاه،
وعدالة».

الدكتور كارلوس دورا، رئيس الجمعية الدولية للصحة الحضرية

ما هي الصحة في كل السياسات؟

«تعتبر الصحة في كل السياسات نهجًا لتطوير السياسات العامة في مختلف القطاعات بشكل منهجي يأخذ بعين الاعتبار الآثار الصحية للقرارات ويسعى إلى التآزر لتجنب الإضرار بالصحة وبهدف تحسين صحة السكان والعدالة الصحية».

- منظمة الصحة العالمية، إطار الصحة في كل السياسات من أجل العمل على المستوى القطري²

لهذه الغاية، أوردت منظمة الصحة العالمية تعريفًا رسميًا للصحة في كل السياسات مؤلفًا من جزئيتين. تتناول الجزئية الأولى «العملية التبادلية» وتصف الصحة في كل السياسات على أنها ممارسة تتطلب النظر بشكل منهجي في تداعيات القرارات السياسية العامة على الصحة⁴. والمقصود بالتبادلية أن هذه العملية لا تنظر فقط في أثر القطاعات الأخرى على الصحة، بل أيضًا في الفائدة التي تحظى أو تساهم بها تلك القطاعات غير الصحية من خلال السياسات التآزرية مع القطاع الصحي. فعلى سبيل المثال، قد يساهم تحسّن النتائج الصحية للسكان في رفع إنتاجية الموظفين عبر الحدّ من تعييبهم عن العمل ورفع سنّ التقاعد. ويساعد ذلك بدوره في تحريك النشاط الاقتصادي وحجم الإنتاج، ما يعود بالفائدة الجلية على أصحاب المصلحة الحكوميين من خارج القطاع الصحي.

يهدف نهج الصحة في كل السياسات إلى اعتماد آليات مؤسسية تمكّن أصحاب المصلحة من القطاعات غير الصحية من دراسة أثر تلك القطاعات على الصحة². وأبصر مفهوم الصحة في كل السياسات النور نتيجة الاعتراف بأن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ذات الجودة العالية هو عنصر واحد فقط من العناصر المساهمة في تحسين النتائج الصحية. أما الإحاطة بجميع تلك العناصر فتُحتم على القطاع الصحي التعاون مع مجموعة واسعة من الجهات الفاعلة، كالعامل مثلًا مع الجهات التنظيمية لقطاع البيئة لمكافحة تلوث الهواء الذي يشكل عامل خطر رئيسيًا للإصابة بأمراض القلب والأوعية، والسكري، وأمراض الجهاز التنفسي، أو مع الدفاع المدني وقطاع النقل لمكافحة الإصابات الناتجة عن التنقل. وكما يشير الدكتور كارلوس دورا، رئيس الجمعية الدولية للصحة الحضريّة والمنسق السابق للبيئة والصحة في منظمة الصحة العالمية، فإن «التعاون الفعال بين القطاعات ضروري للوقاية من أبرز مسببات الوفاة والإعاقة، وللنهوض برفاه السكان ككلّ. فسّن السياسات في قطاعات مثل السكن الآمن والصحي، والطاقة والنقل، والبنية التحتية الخضراء، يحدّ بشكل مباشر من المخاطر الصحية لدى غالبية الأشخاص، بصرف النظر عن إمكانية وصولهم إلى خدمات الصحة أو غيرها، وقبل إصابتهم باعتلال صحي». إضافةً إلى ذلك، وفي ضوء تنامي اللامركزية الحكومية التي تُعيد توزيع الصلاحيات وتنقلها من السلطات المركزية إلى السلطات دون الوطنية، ثمة حاجة إلى تعاون رأسي (أي بين المستويات الحكومية) يتزامن مع التعاون الأفقي (أي بين القطاعات). فضلًا عن ذلك، يفرض التخصيص (كقديم الخدمات مثلًا بواسطة مقاولين مُتعاقد معهم من القطاع الخاص أو من خلال الشراكات بين القطاعين العام والخاص) التوافق على الأهداف الحكومية من قِبَل أصحاب المصلحة في المنظومة بأكملها وليس فقط من قِبَل أصحاب المصلحة من داخل الحكومة.

«للتغيرات في نمط الحياة والصحة دور في تحسين حياة الأفراد، وأوضاع المجتمعات، وهو ما يستنهضنا لتقوية هذه العلاقة».

- د. روبرتو برتوليني، مستشار أول لسعادة الدكتورة حنان الكواري، وكبير علماء سابق لدى المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأوروبا

2 منظمة الصحة العالمية، إطار الصحة في كل السياسات من أجل العمل على المستوى القطري [الإنترنت]. منظمة الصحة العالمية، يونيو 2014 [مُسْتَشْهَد به بتاريخ 23 نوفمبر 2022]. 15 صفحة. متوفر على <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/140120HPRHIAFramework.pdf>

3 منظمة الصحة العالمية، إطار الصحة في كل السياسات من أجل العمل على المستوى القطري [الإنترنت]. منظمة الصحة العالمية، يونيو 2014 [مُسْتَشْهَد به بتاريخ 23 نوفمبر 2022]. 15 صفحة. متوفر على <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/140120HPRHIAFramework.pdf>

4 غرين ل، أستون ك، بيليس م، كليمينس ت، دوغلاس م. مقال علمي بعنوان «Health in All Policies» - A Key Driver for Health and Well-Being in a Post-COVID-19 Pandemic World، المجلة الدولية للبحوث البيئية والصحة العامة [الإنترنت]. سبتمبر 2021 [مُسْتَشْهَد به بتاريخ 27 نوفمبر 2022]. 18 (18): 9468. متوفر على: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8468680>

لِمَ تشجيع الدول على تطبيق نهج الصحة في كل السياسات؟

ثمة سببان رئيسيان يدعوان إلى تطبيق نهج الصحة في كل السياسات في سياق صناعة السياسات اليوم. ويرتبط السبب الأول بالأهداف والتطلعات الجديدة التي ترسمها الحكومات حول العالم. ففي مجال الصحة تحديداً، ازداد التركيز على التدخّلات التي تطل المحددات الصحية الأشمل (أي العوامل المؤثرة في الصحة من خارج القطاع الصحي)⁶. ويأتي هذا التركيز المتزايد انسجاماً مع تزايد الأعباء الصحية المنسوبة إلى الأمراض غير المعدية، ويستلزم تنفيذ تدخّلات مرتبطة بنمط الحياة خارج منظومات الرعاية الصحية التقليدية (أي في البيئة التي يعيش بها الأفراد وليس في مرافق الرعاية الصحية)⁷. بالإضافة إلى ذلك، تسعى الحكومات إلى تحقيق أهداف جامعة جديدة من خلال الابتعاد عن تطلعات من قبيل التنمية الاقتصادية، والسعي بدلاً منها إلى تطلعات أخرى مثل جودة الحياة. وتؤدّي الصحة دوراً مهماً في تحقيق هذه الأهداف الجامعة الجديدة وتتطلب بالتالي تعاوناً بين القطاعات. وعلى حدّ تعبير الدكتور دورا: «يتطلب نهج الصحة في كل السياسات إعادة التفكير في الأولويات والاستثمارات ومراجعتها وإعادة تأطيرها بهدف استعادة التركيز على توفير الصحة والرفاه والعدالة الصحية. وبالتالي، أصبح من الواضح أنّ المقياس المركزي لنجاح البلاد لم يعد مقتصرًا فقط على الناتج المحلي الإجمالي بل يذهب أبعد من ذلك بكثير».

يتمثّل السبب الثاني لضرورة تطبيق نهج الصحة في كل السياسات في طبيعة صناعة السياسات التي تعاني من التشنّج والعمل الانعزالي. وبالتالي، إذا ما بقي الوضع على حاله، سيصعب تحقيق التعاون الأفقي (أي بين القطاعات) والتعاون الرأسي (أي بين مختلف مستويات الحكومة). ولعلّ نهج الصحة في كل السياسات خير وسيلة للتغلب على هذه الفجوة ومدّ جسور التعاون بين مختلف القطاعات والمستويات الحكومية.

أما الجزئية الثانية من تعريف منظّمة الصحة العالمية فتسلّط الضوء على هدفين لنهج الصحة في كل السياسات:

• أولاً، تحسين صحة السكان بمعنى تعظيم النتائج الصحية؛

• وثانياً، تعزيز العدالة الصحية، أي التأكّد من توزيع الموارد الصحية بشكل يتناسب مع الاحتياجات المختلفة للمجموعات السكانية الفرعية⁵.

لهذه الغاية، لا يهدف نهج الصحة في كل السياسات إلى تعزيز النتائج الصحية وحسب على مستوى السكان، مثلاً من خلال تحسين متوسط العمر الصحي المتوقع، وإنما أيضاً إلى تحسين متوسط العمر الصحي المتوقع بطريقة عادلة ما بين مختلف الفئات الديموغرافية كالنوع الاجتماعي، والعمر، والمناطق الجغرافية، والتعليم، والدخل.

6 منظّمة الصحة العالمية، إعلان جاكارتا لقيادة النهوض بالصحة في القرن الحادي والعشرين، جاكارتا (إندونيسيا): منظّمة الصحة العالمية، يوليو 1997 [مستشهد به بتاريخ 24 نوفمبر 2022]. 13 صفحة، متوفر على <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63698>

7 الأمين العام للأمم المتحدة، التقدم المحرز في الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها: تقرير الأمين العام، نيويورك (الولايات المتحدة): المكتبة الرقمية للأمم المتحدة، ديسمبر 2017 [مستشهد به بتاريخ 24 نوفمبر 2022]. 28 صفحة، متوفر على <https://digitallibrary.un.org/record/1474584>

5 غرين ل.، أستون ك.، بيلس م.أ.، كليمنس ت.، دوغلاس م.، مقال علمي بعنوان «Health in All Policies – A Key Driver for Health and Well-Being in a Post-COVID-19 Pandemic World»، المجلة الدولية للبحوث البيئية والصحة العامة [الإنترنت]. سبتمبر 2021 [مستشهد به بتاريخ 27 نوفمبر 2022]. 18: 9468. متوفر على: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8468680/>

الأهداف والتطلّعات الجديدة

يشكّل تزايد الاعتراف بالتأثيرات الصحية التي تمارسها القطاعات غير الصحية الهدف الأول من بين الأهداف والتطلّعات الجديدة التي تجعل نهج الصحة في كل السياسات آلية على هذا القدر من الأهمية. في حين يعتبر الوصول إلى الرعاية الصحية عالية الجودة أحد العوامل الرئيسية المساهمة في الصحة، لا تقتصر الوقاية من الأمراض وتحسين الصحة على مجرد توفير الرعاية الصحية. ففي نهاية المطاف، ليس الوصول إلى الرعاية الصحية سوى عامل واحد من بين عوامل كثيرة تؤثر في صحة الأفراد⁸. وللدّ من الأعباء الصحية على السكان، ينبغي معالجة الأسباب الجذرية الكامنة للأمراض، أي ما يُعرف بالمحددات الصحية الأشمل، وهي تتضمن في الواقع مجموعة متنوّعة من العوامل الاجتماعية، والبيئية، والاقتصادية، والجينية، والسلوكية، وغيرها. وتؤثر هذه العوامل بصورة ملحوظة على خيارات الأفراد المتعلقة بنمط حياتهم، وعلى طريقة عيشهم، ومكان سكنهم، وعملهم، وعمرهم⁹.

وبقدر ما تختلف هذه العوامل من فرد لآخر، فإنها ستقود إلى انعدام العدالة الصحية بين السكان، ما يعني تعدّر حصول الأفراد على البيئة أو الموارد الكافية لتلبية احتياجاتهم الصحية المتفاوتة. ولهذا السبب، تؤثر القرارات والسياسات التي تُعتمد بصورة مشتركة بين القطاعات الصحية وغير الصحية على حدّ سواء في صحة السكان، والعدالة الصحية، والاستدامة. وقد تؤثر كذلك في المحددات الصحية الأشمل التالية¹⁰:

العوامل البيئية: تتأثر الصحة بعوامل متعلقة بالبيئات الطبيعية والعمرانية، بما في ذلك جودة الهواء والماء، واستهلاك الموارد الطبيعية، واستخدام الأراضي، وتصميم المساحات الحضرية، وتوفير المساحات الخضراء (مثل الحدائق والطبيعة) والزرعاء (مثل المسطحات المائية) وإمكانية الوصول إليها، والتنمية المستدامة الشاملة.



العوامل الاجتماعية: تتأثر الصحة بالعوامل الاجتماعية، بما في ذلك جودة التعليم، والتثقيف الصحي، والبيئة الأسرية، والنماء في مرحلة الطفولة، والسلوكيات والمعتقدات الاجتماعية، وحماية المجموعات الضعيفة في المجتمع، والتمييز، والمخاطر الاجتماعية التواصلية (مثل الجريمة والعنف).



العوامل الاقتصادية: تتأثر الصحة بالعوامل الاقتصادية، بما في ذلك الدخل الشخصي للفرد ووثوته، والوضع الاقتصادي العام للبلاد بما في ذلك استقرارها الاقتصادي وما يرتبط به من موارد متاحة للخدمات العامة، والتوظيف، والنظام الضريبي، وأنماط التجارة التي تؤثر في توفر السلع والخدمات للسكان وإمكانية وصولهم إليها.



الجينات الوراثية والعمر: تتأثر الصحة بالعوامل التي تكون عادةً خارجة عن نطاق سيطرة الأفراد، بما في ذلك الجينات الوراثية، والعوامل التخلفية ويقصد بها التغيرات في الجينات الوراثية الناتجة عن مسببات الإجهاد الخارجية (أي البيئة الطبيعية والعمرانية)، والعمر.



العوامل السلوكية: تتأثر الصحة بالخيارات الفردية التي إما تعزز النتائج الصحية أو تُضعفها، وهي بدورها [أي هذه الخيارات الفردية] تتأثر بشكل ملحوظ بالعوامل الأخرى المذكورة أعلاه.



وعليه، ومن أجل الارتقاء بصحة السكان، ينبغي على الحكومات ألا تهتمّ فقط بالقطاع الصحي، بل أن تدرس أيضًا الآثار الصحية لقراراتها على المديين القصير والطويل وفي كافة المحددات السالفة الذكر. ويساعد هذا النهج في تجنّب خطر تأثير الحكومات سهوًا على هذه المحددات بطريقة تضرّ بالصحة، والعمل بدلًا من ذلك على تسخير قدرتها للتأثير إيجابيًا في تلك المحددات بما يخدم الصحة ويحسّنها¹¹. فمثلًا، تستطيع قطاعات النقل والتخطيط الحضري والبيئة أن تضافر جهودها لاستحداث بيئات عمرانية أكثر استدامة وسلامة، من خلال تطوير البنية التحتية التي تحدّ من انبعاثات المركبات وتشجّع التنقل الآمن والنشط (كالمشي أو ركوب الدراجة الهوائية للتنقل). فهذا العمل التآزري قادر على تحقيق الاستدامة البيئية في البيئة العمرانية، وعلى تحسين عوامل الخطر البيئية كتأثير جودة الهواء على الأمراض المزمنة، وتأثير السلامة المرورية على وقوع الحوادث¹². ويمكن أن تُحدث السياسات المطبّقة خارج القطاع الصحي فارقًا ملحوظًا في صحة الأفراد. وفي هذا السياق، يؤكّد الدكتور برتوليني هذه النقطة فيقول إنّ جائحة كوفيد-19 لفتت الانتباه إلى أهمية مراعاة الصحة عند تطوير السياسات أو اتخاذ القرارات في أي قطاع كان. وبنظره، لقد حان الوقت من أجل «تحويل مفهوم الصحة في كل السياسات من مجرد نظرية إلى واقع ملموس يُطبّق من خلال آليات تنفيذ عمليّة».

11 رودولف ل.، كابلان ج.، بين-موشي ك.، ديولون ل.، الصحة في كل السياسات: دليل حكومات الولايات والحكومات المحلية (Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments)، واشنطن العاصمة وأوكلاهو كاليفورنيا: الجمعية الأمريكية للصحة العامة ومعهد الصحة العامة، 2013 [مستشهد به بتاريخ 23 نوفمبر 2022]. 164 صفحة، متوفر على: <https://www.phi.org/thought-leadership/health-in-all-policies-a-guide-for-state-and-local-government>

12 راون ج. ر.، رودولف ل. د. مقال علمي بعنوان «Lessons from the "Health in All Policies" Approach in Public Health Environmental Health Perspectives» مجلة Environmental Health Perspectives [مستشهد به بتاريخ 22 نوفمبر 2022]. المجلد 125 (2)، ص. 149-154. متوفر على: <https://doi.org/10.1289/EHP294>

8 بوتكوس ر.، راب ك.، كوني ت. ج.، إنجل ل. س.، مقال علمي بعنوان «Envisioning a Better U.S. Health Care System for All: Reducing Barriers to Care and Addressing Social Determinants of Health» [مستشهد به بتاريخ 22 نوفمبر 2022]. الأقسام 50-59. <https://doi.org/10.7326/M19-2410>

9 هود ك. م.، جينوسو ك. ب.، سواين ج. ر.، كاتلين ب. ب.، مقال علمي بعنوان «County Health Rankings: Relationships Between Determinant Factors and Health Outcomes» [مستشهد به بتاريخ 24 نوفمبر 2022]. 129-135. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26526164/>

10 براون غ. و. دليل سياسات الصحة العالمية (The Handbook of Global Health Policy). [الإنترنت]. أكسفورد (المملكة المتحدة): دار النشر وابلي بلاكول، أبريل 2014 [مستشهد به بتاريخ 22 نوفمبر 2022]. 577 صفحة، متوفر على: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118509623>

التشتت القائم والجديد في صناعة السياسات

ستتطلب معالجة المحددات الصحية الأشمل، وتزايد انتشار الأمراض غير المعدية، واعتماد رؤية جديدة وشاملة إزاء التقدم قدرًا أكبر من التعاون بين القطاعات. ولكن، يجب أن يُعالج هذا النهج التشتت القائم في صناعة السياسات. ولا يمكن التغلب على هذا التشتت إلا من خلال آلية تسمح بمدّ الجسور بين أصحاب المصلحة وتحقيق الموازنة بين مختلف النظم في سبيل بلوغ الأهداف المشتركة، وهو الهدف المنشود أولاً وأخيراً لنهج الصحة في كل السياسات.

يعود السبب الأوّل للتشتت في صناعة السياسات إلى تنظيم عمل الحكومات بطريقة تقليدية متوارثة على مرّ السنوات. وبشكل عام، كانت الجهات المختصة بصناعة السياسات تعمل وفق اختصاصات مختلفة ومستقلة. وبالتالي، تحدّ هذه القيود البنيوية من القدرة على التعاون بين القطاعات والاستفادة من الفرص ذات الصلة، وبخاصة أن الجهات المختصة بصناعة السياسات تُستحدث لتنفيذ اختصاصها الذي يطال قطاعًا واحدًا فقط أو مجموعة ضيقة من القطاعات (مثل الرعاية الاجتماعية وتنمية المجتمع، أو الإعلام والثقافة)²⁰. ولأن ضعف التعاون بهذا الشكل هو نتيجة هذه القيود البنيوية، لا بدّ من بذل جهود واعية وهادفة لجمع مختلف الجهات المختصة بصناعة السياسات، وضمان قيامها بالحد المطلوب من التنسيق والتواصل ليتسنى للحكومات إيجاد الحلول للمشاكل المعقدة التي تحتاج إلى اتخاذ قرارات متكاملة. وبالتالي، يسمح نهج الصحة في كل السياسات بسدّ هذه الفجوة من خلال تمكين الجهات المختصة بصناعة السياسات في مختلف القطاعات من التعاون وتوحيد الجهود في مجال الصحة.

بالإضافة إلى معالجة انعزالية الجهات في تطوير سياساتها، يجب على الحكومات مواجهة اللامركزية والتخصيص اللذين قد يُفاقما التشتت في صناعة السياسات وتقديم الخدمات العامة. فاللامركزية والتخصيص يُنتجان تحديات عدة كصعوبة توافق أصحاب المصلحة على الأهداف الجامعة، وهو ما يؤكد على ضرورة اعتماد نهج الصحة في كل السياسات وضمان قدرته على التطور والتكيف. وبالتالي، للتصدي لهذه التحديات، يجب تحويل الصحة في كل السياسات من نهج قائم على مشاركة الحكومة ككل إلى نهج قائم على مشاركة المنظومة ككل، وهو خيار نتوسّع به أكثر في قسم **الاتجاهات المستقبلية** من هذه الوثيقة. ولفهم هذه التحديات، من المهمّ تحليل التغيرات المتواصلة الناتجة عن هذه الإجراءات الإصلاحية.

فأولاً، تؤدي اللامركزية إلى تشتت الصلاحيات الحكومية وصلاحيات اتخاذ القرار بسبب كثرة المستويات الرأسيّة للحكومة (مثلًا من الحكومة المركزية إلى الحكومات المحلية)، وهو ما يصعب التوافق بين أصحاب المصلحة. ومن هنا الحاجة إلى وضع نماذج حوكمة تتيح التوافق على الأهداف المشتركة وتحدّ من التشتت²¹. وتتعدّد أسباب لامركزية القرار. ففي بعض البلدان، هي من السمات التقليدية المتعارف عليها للحكومات. أما في بلدان أخرى، تُعتمد اللامركزية كإجراء إصلاحي. ولطالما كانت الدوافع وراء تطبيق إصلاحات اللامركزية نابعة من السياق وتهدف في العادة إما إلى إعطاء اختصاصات ضيقة ومحددة للمؤسسات الحكومية لزيادة فعاليتها، وإما إلى بناء روابط أقوى ما بين مؤسسات اتخاذ القرار والسكان المستفيدين من خدماتها، لتمكين تلك المؤسسات من اتخاذ قراراتها المتعلقة بالسياسات بشكل يستجيب للظروف، ويلبي الاحتياجات المحلية، ويخضع لمساءلة السكان²².

ستتطلب معالجة المحددات الصحية الأشمل، وتزايد انتشار الأمراض غير المعدية، واعتماد رؤية جديدة وشاملة إزاء التقدم قدرًا أكبر من التعاون بين القطاعات.

عمليًا، تمّ تصنيف اللامركزية ضمن ثلاث آليات مختلفة:

- لامركزية الوظائف الإدارية (Deconcentration)، وهي إصلاحات تقوم على نقل صلاحية اتخاذ القرار من مكتب مركزي إلى مكتب واحد أو مكاتب عدة في مستويات أدنى، على أن تبقى سلطة اتخاذ القرار ضمن المؤسسة نفسها؛
- تفويض السلطة (Delegation)، هي إصلاحات تقوم على نقل المسؤولية أو الوظائف العامة إلى مؤسسة منفصلة ومستقلة (أو شبه مستقلة)؛
- نقل السلطة (Devolution)، وتقوم على انتقال سلطة اتخاذ القرار إلى إدارة حكومية دون وطنية أو محلية²³.

وتساهم اللامركزية في زيادة التشتت في صناعة السياسات وتقديم الخدمات العامة. وعلى الرغم من الفوائد المحتملة الكثيرة التي تأتي بها هذه الآليات، ينبغي على الحكومات التي تعتمد هيكليات لامركزية النظر في كيفية الجمع ما بين أصحاب المصلحة في مختلف المستويات الحكومية للعمل معًا على تحقيق الأهداف المشتركة في مجال صحة السكان، والعدالة الصحية، والاستدامة.

20 الأمم المتحدة. عرض موجز بعنوان «HLPF Issue Briefs 5: From silos to integrated policy making». إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة [الإنترنت]. 2014 [مُستشهد به بتاريخ 23 نوفمبر 2022]. 4 صفحات. متوفر على: <https://sdgs.un.org/publications/hlpf-issue-briefs-5-silos-integrated-policy-making-17778>

21 أ. بليك، ل. كيمتون، د. مارلو، ب. أوبراين، ج. توماني. Decentralisation: Issues, Principles and Practice. جامعة نيوكاسل (المملكة المتحدة): مركز دراسات التنمية الحضرية والإقليمية (CURDS)، جامعة نيوكاسل، مايو 2016 [مُستشهد به بتاريخ 24 نوفمبر 2022]. 36 صفحة. متوفر على: <https://research.ncl.ac.uk/build/outputs/reports/Pike%20et%20al.%202016%20Decentralisation%20-%20Issues%20-%20Final%20Draft.pdf>

22 ك. ديك-ساعو. مقالة علمية بعنوان «Decentralization for improving the provision of public services in developing countries: A critical review». مجلة Cogent Economics & Finance [الإنترنت]. أغسطس 2020 [مُستشهد به بتاريخ 27 نوفمبر 2022]. 8:1. متوفر على: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23322039.2020.1804036>

Rondinelli D. What is Decentralization?. In: Litvack J, Seddon J, editors. Decentralization Briefing 23. رونديني د. مقالة بعنوان «What is Decentralization?» في مجموعة الملاحظات عن اللامركزية بقلم ج. ليتفاك وج. سيدون [الإنترنت]. معهد البنك الدولي. [التاريخ غير محدد] [مُستشهد به بتاريخ 23 نوفمبر 2022]. ص 5-2. متوفر على: <http://www1.worldbank.org/publicsector/LearningProgram/Decentralization/> BriefingNotes.pdf

«لا تزدهر صناعة السياسات عالية الجودة إلا عندما تجمع برامج الصحة في كل السياسات الخبرات المشتركة ما بين القطاع الصحي والقطاعات غير الصحية والمنظومة الأوسع لأصحاب المصلحة».

الدكتورة نوف النمير، أمين عام اللجنة الوزارية للصحة في
كل السياسات في المملكة العربية السعودية

نتيجةً لذلك، تتعدّد العوامل التي تؤكّد على ضرورة اعتماد نهج الصحة في كل السياسات. وتندرج هذه العوامل في محورين اثنين. أولاً، تتزايد الحاجة إلى تطوير السياسات وتقديم الخدمات العامة بصورة مشتركة بين القطاعات استجابةً للاعتراف المتزايد بالمحددات الصحية التي تقع خارج قطاع الرعاية الصحية - ولاسيما مكافحة الأمراض غير المعدية ولأن الحكومات تتبني كذلك رؤى أكثر شمولية إزاء التقدّم. وثانياً، لأن سياق صناعة السياسات قد يصعب حدوث مثل هذا التعاون بشكل عفوي وبدون أي تدخلات؛ ذلك أن كل جهة حكومية تميل إلى العمل الانفرادي بمعزل عن الأخرى، ولأن تزايد التعقيد في الهياكل التنظيمية للحكومات قد يأتي بمجموعات جديدة ومشتتة أكثر من أصحاب المصلحة في مختلف المستويات الحكومية أو من القطاع الخاص.

ثانياً، يؤدي التخصيص إلى إشراك أطراف جديدة في تقديم الخدمات العامة التي كانت سابقاً حكراً على القطاع العام. ويصعب هذا التشتت التوافق على أهداف مشتركة في المنظومات الأكثر تعقيداً فيطلب بالتالي نماذج حوكمة متينة ودقيقة. ويعزى التخصيص إلى دوافع معقّدة، وقد كانت النجاحات التي حققتها متفاوتة. ولكن، على مدى العقود الأربعة الماضية، تزايد لجوء الحكومات إلى التخصيص باعتباره أداة لتقديم الخدمات العامة. وقد اتخذت هذه الأدوات أشكالاً عدة كالشراكات بين القطاعين العام والخاص أو إسناد تقديم الخدمات إلى القطاع الخاص²⁴. وبينما كان التخصيص عالمياً يركّز بدايةً على البنية التحتية الاقتصادية (مثلاً، النقل، والاتصالات، والطاقة)، توسّع لاحقاً ليشمل تقديم الخدمات الاجتماعية (مثل الرعاية الصحية) والقطاعات المهمة للمحددات الصحية الأشمل (مثل التعليم أو الرعاية الاجتماعية)²⁵. وفي دول مجلس التعاون الخليجي، شكّل التخصيص إحدى سمات الإصلاحات. ففي المملكة العربية السعودية مثلاً، انبثق برنامج التخصيص عن رؤية 2030 وأسس المركز الوطني السعودي للتخصيص والشراكة بين القطاعين العام والخاص^{26,27}. أما في الإمارات العربية المتحدة، فأعربت الجهات التنظيمية للرعاية الصحية صراحةً عن نيتها بتخصيص القطاع²⁸. وبحلول العام 2018، كان القطاع الخاص يدير 50% من المستشفيات في إمارة أبوظبي، من بينها 90% موجودة في العاصمة²⁹. وقد تسبّب التخصيص في اتساع الفجوة ما بين الجهات التنظيمية للقطاع والجهات التي تقدّم الخدمات من القطاع الخاص. وهذا ما يستلزم اعتماد نماذج حوكمة ملائمة ومستدامة ومرنة، للتأكد من تصويب الجهود في اتجاه تحقيق الأهداف الجامعة لصحة السكان والعدالة الصحية.

24 ويليمس، ت. فان دورين و. Paradox of Accountability: How Collaborative Arrangements Lead to an Accountability Paradox. [مُستشهد به بتاريخ 27 نوفمبر 2022]. (3)77-530 505. متوفر على: https://www.researchgate.net/publication/258182589_Lost_in_Diffusion_How_Collaborative_Arrangements_Lead_to_an_Accountability_Paradox

25 وكثافيانوس، أ. ماماني، إ. ميفرنالدي، م. A Global Review of Public Private Partnerships Trends and Challenges for Social Infrastructure. [مُستشهد به بتاريخ 24 نوفمبر 2022]. المجلد 147: 9. متوفر على: https://www.researchgate.net/publication/322639023_A_Global_Review_of_Public_Private_Partnerships_Trends_and_Challenges_for_Social_Infrastructure

26 حكومة المملكة العربية السعودية، برنامج التخصيص 2025، المملكة العربية السعودية: رؤية المملكة 2030، 2018 [مُستشهد به بتاريخ 24 نوفمبر 2022]. 48 صفحة. متوفر على: <https://www.ncp.gov.sa/en/MediaCenter/News/Pages/The-Privatization-Projects-Manual.aspx>

27 صفحة «نبذة موجزة عن المركز الوطني للتخصيص» (NCP In Brief) من الموقع الإلكتروني للمركز الوطني للتخصيص [الإنترنت]. Riyadh (SA): National Center for Privatization & PPP. 2017 [مُستشهد به بتاريخ 24 نوفمبر 2022]. متوفر على: <https://www.ncp.gov.sa/en/Pages/NCP-In-Brief.aspx>

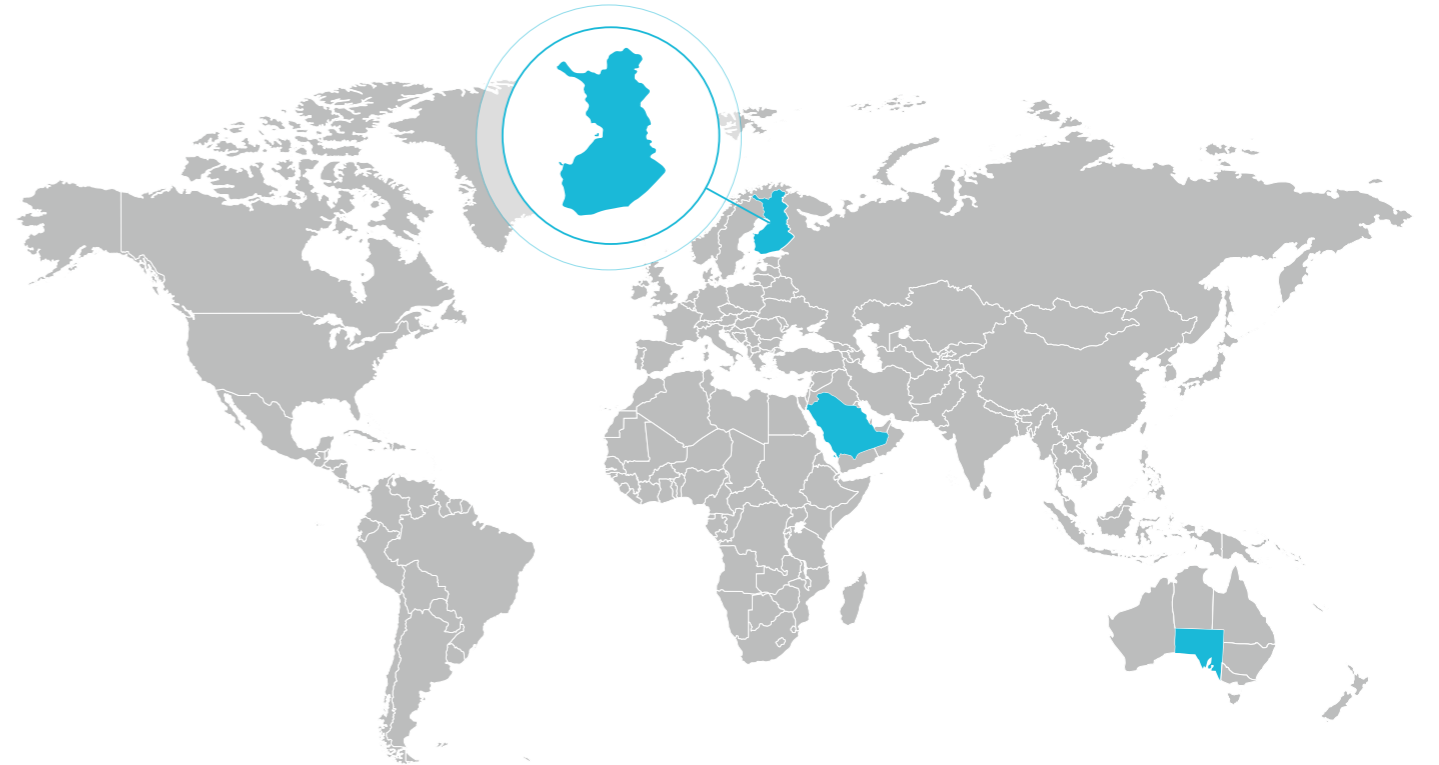
28 حكومة دبي وهيئة الصحة بدبي، دليل دبي للاستثمار الصحي 2021، دبي (الإمارات العربية المتحدة): هيئة الصحة بدبي، [التاريخ غير محدد] [مُستشهد به بتاريخ 24 نوفمبر 2022]. 22 صفحة. متوفر على: <https://www.dha.gov.ae/uploads/022022/Dubai%20Health%20Investment%20Guide%20en2022221649.pdf>

29 آ. مونسار، م. الشلفامي، ح. ساياني، Moonesar MA, Elsholkamy MM, Sayani H. The State of UAE Healthcare Service Delivery: Public Perceptions – Preliminary Insights. [الإنترنت]. دبي (الإمارات العربية المتحدة): كلية محمد بن راشد للإدارة الحكومية، يناير 2018 [مُستشهد به بتاريخ 27 نوفمبر 2022]. 112 صفحة. متوفر على: <https://mbrsgcdn.azureedge.net/cmsstorage/mbrsg/files/82/82dd2866-1197-4cc8-a3ce-0628733051d8.pdf>

كيف للدول أن تطبّق نهج الصحة في كلّ السياسات؟

بالرغم من أن نماذج تطبيق نهج الصحة في كلّ السياسات تتشارك تعريفاً وهدفاً عاماً، فإنها تختلف من بلد لآخر، ممّا يؤكد على أهمية مراعاة أولويات كلّ بلد، وهياكل الحوكمة المختلفة فيه. تقدّم فنلندا، وجنوب أستراليا، والمملكة العربية السعودية دراسات حالة عن كيفية تطبيق نهج الصحة في كلّ السياسات.

فنلندا («نهج لامركزي»)



وأضاء المشروع على تطوير السياسات المشتركة بين القطاعات وأثرها الإيجابي على عوامل الخطر ومعدلات الوفيات الناتجة عن مرض الشريان التاجي، وكانت قد بلغت في صفوف الرجال 690 حالة وفاة من جراء هذا المرض لكل 100 ألف رجل تتراوح أعمارهم بين 35 و64 سنة³⁶. وعلى مدى عشر سنوات، ساهم المشروع، بالتعاون مع قطاعات متعدّدة، في خفض معدلات الوفيات الناتجة عن مرض الشريان التاجي بين الرجال بنسبة هائلة بلغت 84%³⁷. وجاء هذا الإنجاز كثمرة لحملة التوعية حول التغذية التي أطلقت عبر وسائل الإعلام الجماهيرية، والتعاون من أجل توفير بدائل عن الأغذية الدهنية، والتدريب بهدف التثقيف الصحي في قطاع خدمات الطعام الجماعية، وتوسيع نطاق التدابير المتخذة لمكافحة استهلاك التبغ³⁸. وأثبت المشروع أهمية استحداث التدخّلات التي تعالج المحددات الصحية الأشمل، وبالتالي تساهم في تغيير عوامل الخطر بهدف تحقيق فوائد صحية ملحوظة للسكان بطريقة مستدامة وبتكلفة فعالة. وهكذا، من خلال التعاون بين القطاعات وصناعة السياسات الصحية، نجحت فنلندا في كبح معدلات الوفيات الناتجة عن مرض الشريان التاجي وأكدت على الأهمية الحاسمة لبرنامج الصحة في كل السياسات.

«في سبعينيات القرن الماضي، شرّعت فنلندا في تنفيذ مشروع محلي للصحة العامة، فمهّدت الطريق لاعتماد نهج الصحة في كل السياسات مؤسسياً داخل البلاد وخارجها».

خلافًا للكثير من برامج الصحة في كل السياسات حول العالم، تعتمد فنلندا نهجًا لامركزيًا مختلفًا يتدرّج «من القاعدة إلى القمة»، وتؤدّي من خلاله البلديات دورًا مهمًا في تطبيق الصحة في كل السياسات بدعم من الحكومة الوطنية. وبالرغم من أنّ البلديات تعمل بمحاذاة الجهات الحكومية المركزية، فإنها تنعم باستقلالية كبيرة مكرّسة في اختصاصاتها التي تطل قطاعات مختلفة وتؤثّر على محدّدات صحية عدة، وبالتالي لديها دور حاسم في إدارة جهود تطبيق برنامج الصحة في كل السياسات³³، عدا عن أنها [أي البلديات] مُطالبة بتقييم أثر القرارات كافة على الصحة قبل تنفيذها³⁴. وبالإضافة إلى العمل المُنجز على مستوى البلديات، تحدّد الحكومة الوطنية المشاكل والتفاوتات من خلال تحليل البراهين والشكاوى الواردة على المستوى الوطني، واستعراض جهود تنفيذ السياسات والبرامج ومتابعتها³⁵.

خلال تاريخ فنلندا الطويل في تطبيق نهج الصحة في كل السياسات، شكّل مشروع كاريليا الشمالية إحدى قصص النجاح الرئيسية للبلاد، حيث شكّ الطريق لاعتماد الصحة في كل السياسات نهجًا مؤسسياً في الدولة.

فنلندا هي مهدّ «الصحة في كل السياسات» وأكثر من ينادي بتطبيق هذا النهج حول العالم. ففي سبعينيات القرن الماضي، شرّعت الدولة في تنفيذ مشروع محلي للصحة العامة، فمهّدت الطريق لاعتماد نهج الصحة في كل السياسات مؤسسياً داخل البلاد وخارجها³⁰. وإضافة إلى دور فنلندا كقدوة ومصدر إلهام لغيرها من الدول في مجال تطوير السياسات التعاونية والمشاركة بين القطاعات لبرامج الصحة في كل السياسات حول العالم، فقد ساهمت الدولة في وضع ميثاق أوتواوا لتعزيز الصحة في العام 1986، وهو وثيقة مفصلية تؤكد على أهمية تطوير السياسات العامة الصحية من أجل صحة السكان³¹. وأثناء ترأسها للاتحاد الأوروبي لاحقًا، دعمت فنلندا نهج الصحة في كل السياسات ليصبح أحد المبادئ الجامعة للاستراتيجية الأوروبية للصحة الشاملة واستضافت المؤتمر العالمي الثامن لتعزيز الصحة الذي نظّمته منظمة الصحة العالمية في العام 2013، حيث كانت الصحة في كل السياسات الموضوع الرئيسي للمؤتمر³². وقد ساعدت هذه الجهود في الحفاظ على زخم تطبيق نهج الصحة في كل السياسات حول العالم.

36 فارشايانين إ. The North Karelia Project: Cardiovascular disease prevention in Finland. Global Cardiology Science & Practice [الإنترنت]. يوليو 2018 [مُستشهد به بتاريخ 16 نوفمبر 2022]; 2(2): 13. متوفر على: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6062761/>

37 فارشايانين إ. The North Karelia Project: Cardiovascular disease prevention in Finland. Global Cardiology Science & Practice [الإنترنت]. يوليو 2018 [مُستشهد به بتاريخ 16 نوفمبر 2022]; 2(2): 13. متوفر على: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6062761/>

38 بوسكا ب. جاني ب. The North Karelia Project: Prevention of Cardiovascular Disease in Through Population-Based Lifestyle Interventions. American Journal of Lifestyle Medicine [الإنترنت]. مارس 2020 [مُستشهد به بتاريخ 22 نوفمبر 2023]; 14(5): 499-495. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32922234/>

30 ملكاس ت. مقالة علمية بعنوان «Health in all policies as a priority in Finnish health policy: a case study on national health policy development» [الإنترنت]. مارس 2013 [مُستشهد به بتاريخ 16 نوفمبر 2022]; 41 (الملحق 11): 28-3. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23434760/>

31 ميثاق أوتواوا للصحة: المؤتمر الدولي لتعزيز الصحة [الإنترنت]. أوتواوا، أونتاريو (كاليفورنيا): حكومة كندا. نوفمبر 1986 [27 نوفمبر 2022]. صفحة واحدة. متوفر على: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion.html>

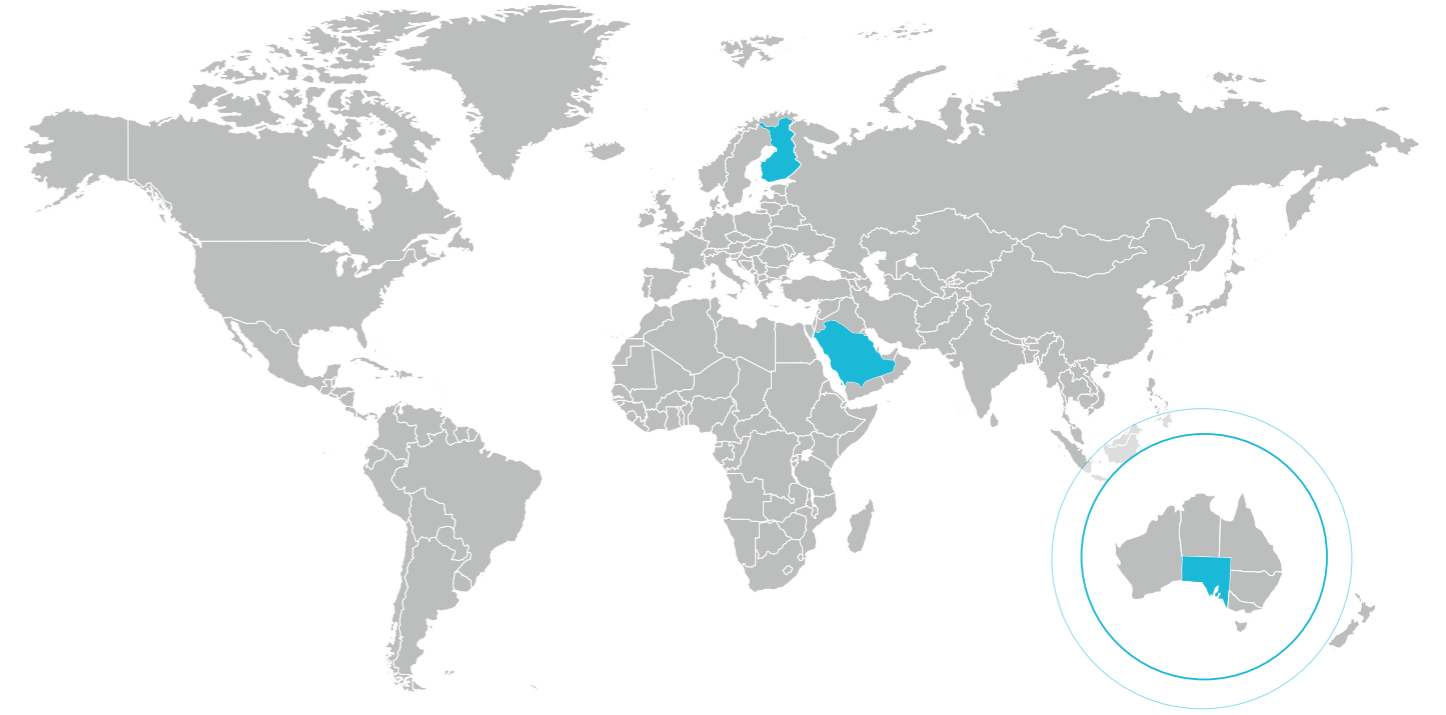
32 ملكاس ت. مقالة علمية بعنوان «Health in all policies as a priority in Finnish health policy: a case study on national health policy development» [الإنترنت]. مارس 2013 [مُستشهد به بتاريخ 16 نوفمبر 2022]; 41 (الملحق 11): 28-3. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23434760/>

33 ملكاس ت. مقالة علمية بعنوان «Health in all policies as a priority in Finnish health policy: a case study on national health policy development» [الإنترنت]. مارس 2013 [مُستشهد به بتاريخ 16 نوفمبر 2022]; 41 (الملحق 11): 28-3. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23434760/>

34 المعهد الفنلندي للصحة والرعاية. Management of Health and Wellbeing Promotion: Human Impact Assessment. هلسنكي (فنلندا): المعهد الفنلندي للصحة والرعاية; 14 نوفمبر 2022 [مُستشهد به بتاريخ 5 ديسمبر 2023]. متوفر على: <https://thi.fi/en/web/management-of-health-and-wellbeing-promotion/management-of-wellbeing/practices/human-impact-assessment>

35 ستال ت. The Finnish experience - From rhetoric to implementation and evaluation. المجلة الأكاديمية Scandinavian Journal of Public Health [الإنترنت]. فبراير 2018، [مُستشهد به بتاريخ 23 نوفمبر 2022]; 46 (الملحق 20): 38-46. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29552965/>

جنوب أستراليا («نهج مركزي»)



ويتمثل الهدف النهائي لهذا النهج في توفير الفوائد المتبادلة ليس فقط للقطاع الصحي وحسب، بل أيضًا للقطاعات الأخرى والمجتمع بأسره، من خلال دراسة العلاقة بين السياسات والصحة لتصميم حلول قائمة على الأدلة للمشاكل الصحية⁴⁴. وخصص فريق الصحة في كل السياسات أعضاء مكلفين بتسهيل التعاون بين القطاعات، وتطوير قاعدة الأدلة المتعلقة بالمشاكل الصحية والمحددات الصحية، وتوفير الدعم الإداري والتوجيه بشأن عملية تطوير السياسات.

أثبتت جنوب أستراليا نجاح الإطار الذي اعتمدته لتطوير السياسات المشتركة بين القطاعات من خلال مشروع «الوزن الصحي» الذي نُفذ بين عامي 2010 و2011⁴⁵. جسّد هذا المشروع إجراءً ناجحًا من إجراءات الصحة في كل السياسات في جنوب أستراليا لمعالجة انتشار مرض البدانة في الولاية. فالبدانة مشكلة منتشرة ومتنامية في أستراليا، حيث يعاني 67% من البالغين و25% من الأطفال من زيادة الوزن أو البدانة، و93% لا يستهلكون الكمية الكافية من الفاكهة والخضار⁴⁶. هدف مشروع الوزن الصحي إلى الوقاية من البدانة وتأثيرها اللاحق على الصحة وتكاليف الرعاية الصحية الناتجة عنها، وذلك من خلال صياغة السياسات بمشاركة مجموعة متنوعة من أصحاب المصلحة الحكوميين. وعلى ضوء البحوث القائمة على الأدلة، حدّد أصحاب المصلحة الحكوميين فرصًا لتقديم التوصيات بشأن السياسات بالتعاون مع وحدة الصحة في كل السياسات التي نجحت في تعزيز الصحة وتبني أهداف أصحاب المصلحة. وتوجّه المشروع بعمل تعاوني لصياغة السياسات في قطاعات التعليم، والصحة، والغذاء، والزراعة للحدّ من انتشار البدانة، من خلال تصميم الشوارع بشكل صحي أكثر، واعتماد خيارات الطعام الصحية، وفرض القيود على الإعلانات المروّجة للطعام غير الصحي، وتشجيع النشاط البدني وبخاصة في الحدائق الوطنية. وبعد ذلك، نُفذت السياسات التي تمت صياغتها من خلال مشروع الوزن الصحي كجزء من استراتيجية جنوب أستراليا لتحسين الغذاء والنشاط للأعوام 2016-2011 (Eat Well Be)⁴⁷.

تعتبر وحدة الصحة في كل السياسات في جنوب أستراليا مكوّنًا أساسيًا لتطبيق نهج الصحة في كل السياسات في الولاية. وتستخدم الوحدة نهجًا قائمًا على «تحليل المنظور الصحي» الذي يتضمّن العمل المنظم مع أصحاب المصلحة لمعالجة القضايا الصحية بشكل تعاوني وفعال. ويقدم تحليل المنظور الصحي منهجية تساعد في تطبيق نهج الصحة في كل السياسات من خلال خمس خطوات رئيسية هي إشراك القطاعات الأخرى، وجمع الأدلة، وتقديم التوصيات، واتّباع إجراءات محدّدة لدراسة القرارات قبل اتخاذها، والتقييم⁴³.

أسّست الحكومة في جنوب أستراليا وحدة مختصة بالصحة في كل السياسات في العام 2007³⁹، واعتمدت نهجًا مركزيًا يسهّل على مختلف الجهات الحكومية تطوير السياسات المشتركة بين القطاعات. وبدلًا من اعتماد آلية تنطلق من القاعدة إلى القمة، كما كان الحال في تجربة فنلندا، طبّقت جنوب أستراليا نهج الصحة في كل السياسات من القمة إلى القاعدة من خلال مبادرة «المفكر المقيم» (Thinker in Residence) التي أطلقتها حكومة الولاية، وهي عبارة عن برنامج مصمّم لإشراك قادة الفكر في الحكومة ليساهموا في استحداث حلول جديدة للتحديات التي تواجهها الولاية^{40,41}. وقد طوّرت الولاية نهج الصحة في كل السياسات على مدى سنوات عديدة بناءً على اقتراح من هذه المبادرة، فصادق عليه أولًا مجلس الوزراء ومن ثمّ صدر بيان أدلّيايد بشأن الصحة في كل السياسات في العام 2010 وسُنّ قانون الصحة العامة لجنوب أستراليا في العام 2011. ولم تتوقف هذه الجهود الأولية عند هذا الحدّ، بل اعقبته أشكال تعاون متعدّدة، بما في ذلك توقيع مذكرة تفاهم بين وزارة رئيس الوزراء ومجلس الوزراء ووزارة الصحة والشيخوخة من أجل الحوكمة المشتركة لبرنامج الصحة في كل السياسات⁴².

44 لوليس أ.، ويليامز ك.، هيرلي ك.، ويلدجوس د.، ساوفورد أ.، كيكوش إ. Health in All Policies: Evaluating the South Australian Approach to Intersectoral Action for Health. Canadian Journal of Public Health [الإنترنت]. فبراير 2012 [مستشهد به بتاريخ 16 نوفمبر 2022]; 103(7 الملحق 1): الأقسام 9-15. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23618043/>

45 نيومان ل.، لودفورد إ.، ويليامز ك.، هيربوت م. Applying Health in All Policies to obesity in South Australia. Health Promotion International [الإنترنت]. مارس 2016. [مستشهد به بتاريخ 16 نوفمبر 2022]; 31(1): 58-44. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25085460/>

46 نيومان ل.، لودفورد إ.، ويليامز ك.، هيربوت م. Applying Health in All Policies to obesity in South Australia. Health Promotion International [الإنترنت]. مارس 2016. [مستشهد به بتاريخ 16 نوفمبر 2022]; 31(1): 58-44. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25085460/>

47 حكومة جنوب أستراليا. استراتيجية جنوب أستراليا لتحسين الغذاء والنشاط للأعوام 2011-2016 (Eat Well Be) Active. جنوب أستراليا (أستراليا). حكومة جنوب أستراليا. 2011. [مستشهد به بتاريخ 23 نوفمبر 2022]. <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/88f366804951e778bb999fb3b73084503/EWBA-Strategy-PHCS-HealthPromotion-20111207.pdf?MOD=AJPER&ES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-e8f366804951e78bb999fb3b73084503-nKQvEWP>

39 يوم ف.، ديلاني-كرووي ت.، ماكجوجل ك.، لوليس أ.، فان إريك م.، ويليامز ك. Ideas, actors and institutions: lessons from South Australian Health in All Policies on what encourages other sectors'. BMC Public Health [الإنترنت]. أكتوبر 2017 [مستشهد به بتاريخ 23 نوفمبر 2022]; 17(1): 811. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29037182/>

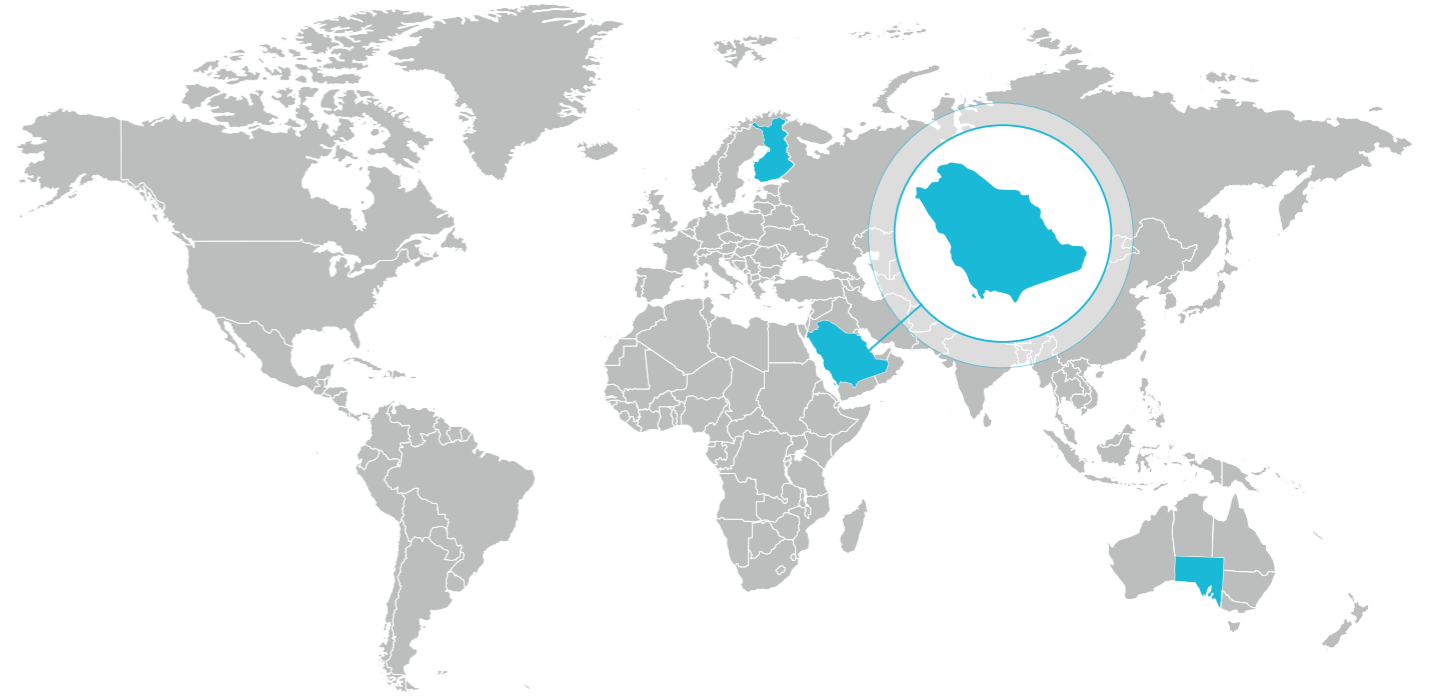
40 يوم ف.، ديلاني-كرووي ت.، ماكجوجل ك.، لوليس أ.، فان إريك م.، ويليامز ك. Ideas, actors and institutions: lessons from South Australian Health in All Policies on what encourages other sectors'. BMC Public Health [الإنترنت]. أكتوبر 2017 [مستشهد به بتاريخ 23 نوفمبر 2022]; 17(1): 811. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29037182/>

41 ديلاني ت.، لوليس أ.، يوم ف.، بويي ج.، جونز ل.، مكديرموت د.، وآخرون. Health in All Policies in South Australia: what has supported early implementation. Health Promotion International [الإنترنت]. ديسمبر 2016 [مستشهد به بتاريخ 16 نوفمبر 2022]; 31(4): 898-888. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26276800/>

42 حكومة جنوب أستراليا ومنظمة الصحة العالمية. التقدّم في أهداف التنمية المستدامة من منظور الصحة في كل السياسات: دراسة حالات من حول العالم. جنوب أستراليا (أستراليا): حكومة جنوب أستراليا; 2017 [مستشهد به بتاريخ 23 يناير 2022]. 204 صفحات. متوفرة على: <https://www.who.int/publications/m/item/progressing-the-sustainable-development-goals-through-health-in-all-policies>

43 ديلاني ت.، لوليس أ.، يوم ف.، بويي ج.، جونز ل.، مكديرموت د.، وآخرون. Health in All Policies in South Australia: what has supported early implementation. Health Promotion International [الإنترنت]. ديسمبر 2016 [مستشهد به بتاريخ 16 نوفمبر 2022]; 31(4): 898-888. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26276800/>

المملكة العربية السعودية («الكل مشارك»)



«برنامج الصحة في كل السياسات في المملكة العربية السعودية هو الأعلى طموحًا في العالم نظرًا إلى تنفيذه على نطاق واسع وارتباطه بقيادة صناعة السياسات الأرفع مستوى في المملكة».

وفضلاً عن أجهزة حوكمة الصحة في كل السياسات، اشترطت الحكومة السعودية دراسة الأثر الصحي للأنظمة واللوائح أثناء صياغتها، وهو ما استوجب إجراء تقييم إلزامي للأثر الصحي في إجراءات تطوير السياسات في المملكة. وسيتيح ذلك دراسة أثر السياسات على صحة السكان بشكل منهجي، وبخاصة السياسات التي تقترحها القطاعات غير الصحية، وكذلك دراسة أثارها المتباينة على مجموعات السكان الفرعية. واستعداداً لهذا العمل، تبني منظومة صناعة السياسات قدراتها من خلال إعداد المبادئ التوجيهية وتطوير الخبرات الفنية. ومع مواصلة تفعيل هذه الجهود وتوسيع نطاقها، ستصبح المملكة قادرة على دعم تطوير السياسات «الصحية» والمشاركة بين القطاعات للحفاظ على صحة سكانها ورفاههم.

لعلّ برنامج الصحة في كل السياسات في المملكة العربية السعودية هو الأعلى طموحًا في العالم نظرًا إلى تنفيذه على نطاق واسع وارتباطه بقيادة صناعة السياسات الأرفع مستوى في المملكة. وتتولى حوكمة البرنامج جهات حكومية مختلفة تمثل 13 وزارة وهيئة وبرنامجًا في المملكة، وتمتلك مجتمعة تأثيرًا وطنيًا على المحددات الصحية الأشمل، على مستوى الوزراء ونواب الوزراء معًا. وينبثق عن البرنامج خمسة مجالات سياساتية و11 مسارًا مواضيعيًا بهدف توزيع جهود الجهات الأعضاء فيه وإدارتها. وقد عيّنت على رأس كل مسار جهة حكومية تتولى قيادته، وسُمي فردٌ من أعلى المسؤولين فيها لقيادة جهود المسار طيلة مراحل تطوير السياسات. وتتولى الأمانة العامة للصحة في كل السياسات تسهيل عمل المسارات، وهي وحدة تمكن التعاون بين أصحاب المصلحة وتقدّم المشورة في تطوير السياسات، بما في ذلك من خلال التعرّف على المشكلات التي تطال صحة السكان والعدالة الصحية في المملكة، ومعالجتها بحسب الأولوية بناءً على منافعها المحتملة لسكان المملكة.

يعدّ برنامج الصحة في كل السياسات في المملكة العربية السعودية أحد البرامج الأكثر طموحًا حول العالم وهو بقيادة نخبة من كبار المسؤولين وينفذ من خلال مجموعة متكاملة من الآليات المصممة لإدارة منافع البرنامج الاجتماعية والاقتصادية. وعلى غرار برنامج الصحة في كل السياسات في جنوب أستراليا، أطلق البرنامج في المملكة في أعلى المستويات الحكومية. وقد وُضِع الأساس التشريعي له في العام 2017 عندما رأت الحكومة ضرورة تضمين الصحة العامة كأولوية في التشريعات والسياسات كافة في البلاد. وعلى هذا الأساس، أطلق برنامج الصحة في كل السياسات في المملكة بهدف خفض الأعباء الصحية وعوامل الخطر وانعدام العدالة الصحية، مع تسهيل تحقيق الوفورات الاقتصادية لقطاع الرعاية الصحية. ويدعم البرنامج تحقيق رؤية 2030 وبخاصة تطلعاتها المرتبطة بتمكين بناء «مجتمع حيوي بنيانه متين»⁴⁸.

ما هي عوامل النجاح الرئيسية؟

لضمان فعالية نهج الصحة في كل السياسات، ينبغي على الدول التي تقوم بتنفيذه، وبصرف النظر عن النموذج الذي تتبعه، أن تأخذ في الاعتبار عدة عوامل نجاح رئيسية لتسهيل التنسيق بين أصحاب المصلحة وتعزيز استمرارية الصحة في كل السياسات واستدامتها. استُخلِصت هذه الدروس من تجارب سابقة لبرامج الصحة في كل السياسات حول العالم التي واجهت جميعها تحدياً رئيسياً مشتركاً وهو إمداد منظومة صناعة السياسات برؤية مشتركة لتطوير السياسات «الصحية».

«لا يمكن الاكتفاء بعد الآن بالتأكيد على تأييدنا لمبادئ برامج الصحة في كل السياسات، بل أصبحنا مُطالبين بترجمة المبادئ إلى أفعال، من خلال التعرف على المشاكل، ودراساتها من مختلف الجوانب، وتحديد السياسات التي قد تأتي بالأثر المنشود».

- د. برتوليني

وعلى ضوء الدروس المستفادة من التجارب السابقة في تنفيذ برامج الصحة في كل السياسات، ينبغي مراعاة ما يلي في جهود الصحة في كل السياسات⁴⁹:

تجنّب فوقية أو «إمبريالية» القطاع الصحي وما يرتبط بها من انطباعات خاطئة

نظرًا إلى أن برامج الصحة في كل السياسات تهدف إلى جمع أصحاب المصلحة من خارج القطاع الصحي للنظر في صناعة السياسات «الصحية»، ثمة خطر بأن يتكوّن لديهم انطباع خاطئ بأن القطاع الصحي يتجاوز اختصاصه فيما يُعرف بـ «إمبريالية القطاع الصحي» (أي تدخّله في القطاعات الأخرى لإعطاء الأولوية للصحة على حساب المخرجات الأخرى)⁵⁰. ونظرًا إلى اختلاف اختصاصات أصحاب المصلحة، ينبغي أن تكون برامج الصحة في كل السياسات مهيأة للاستماع إلى مخاوفهم المحتملة، والعمل تعاونيًا على إيجاد الحلول ومجالات المنفعة المتبادلة، والحصول على تأييد أصحاب المصلحة أولاً قبل استثمار الوقت والموارد في سياسات، ومبادرات، ومشاريع معيّنة، وأي جهود أخرى ذات صلة.

تأمين التمويل اللازم

يحتاج تطوير السياسات وفق نهج الصحة في كل السياسات تمويلًا كافيًا. فنظرًا إلى طبيعة هذه السياسات المشتركة بين القطاعات، قد يكون للتمويل اعتبارات معقّدة، وقد يمانع أصحاب المصلحة تخصيص جزء من تمويلهم الخاص لهذا الغرض، وبخاصة أن القيود المرتبطة بكفاية الموارد أو التمويل هي من التحديات الحاضرة دائمًا في عمل الجهات الحكومية. إضافةً إلى ذلك، قد يسعى أصحاب المصلحة من القطاع غير الصحي إلى نقل مسؤولية التمويل إلى نظرائهم في القطاع الصحي. وفي الوقت نفسه، وبما أن برامج الصحة في كل السياسات تطمح إلى التطور من مبادرة مصدرها القطاع الصحي فقط إلى جهد شامل للحكومة ككل، فقد لا تتوفر في البداية جهة راعية بديهية تتولى تمويلها. لذلك، ينبغي تحديد آليات التمويل المستدام في مرحلة مبكرة وتأمين هذا التمويل سواء لتشغيل برنامج الصحة في كل السياسات أم لتمويل السياسات التي قد تنبثق لاحقًا عنه.

تجاوز صعوبات التنفيذ

تواجه صناعة السياسات دومًا خطر وقوع خلافات بين القائمين على صياغة السياسات والقائمين على تنفيذها، وبخاصة في برامج الصحة في كل السياسات التي تركّز غالبًا على التعاون الأفقي (أي بين القطاعات) على حساب التعاون الرأسي (أي بين المستويات الحكومية). وبالتالي، ينبغي أن تعمل برامج الصحة في كل السياسات على احتواء هذا الخطر وتلافيه من خلال توفيق وجهات النظر بين صناع القرار، والشركاء في السياسة، والفِرَق القائمة على التنفيذ.

التثقيف الصحي

تتعاون برامج الصحة في كل السياسات مع أصحاب المصلحة في قطاعات عدة يمتلكون خبرة فنية واسعة في المجالات التي تقع ضمن نطاق اختصاصهم، وبدرجة أقل، في القضايا الصحية التي ستسعى برامج الصحة في كل السياسات إلى معالجتها. وسيتعين على برامج الصحة في كل السياسات أن تؤمن التواصل الفعال بشأن القضايا الصحية مع الفئات المستهدفة من القطاعات غير الصحية لتعظيم الكفاءة. إلا أن التحدّي بلغة مشتركة مع أصحاب المصلحة يتطلب، من جملة أمور أخرى، بذل الجهود لبناء القدرات في منظومة صناعة السياسات. ويمكن أن يتم ذلك من خلال العمل على تأهيل أفراد معيّنين ليكونوا بمثابة «وكلاء الصحة في كل السياسات»⁵¹، وذلك عن طريق برامج مخصصة لبناء قدراتهم وتدريبهم ليكونوا جهات اتصال وتنسيق لبرنامج الصحة في كل السياسات لدى الجهات أو المؤسسات الحكومية التي ينتمون إليها، فيسهّلون بذلك تبادل المعرفة بين هذه الجهات والبرامج.

اعتماد الصحة في كل السياسات كنهج مؤسسي

أطلق الكثير من برامج الصحة في كل السياسات حول العالم نتيجة عوامل اجتمعت فأوجدت التوقيت المناسب، أو نتيجة الجهود الشخصية التي بذلها القادة الحكوميون. ولضمان استمرارية الصحة في كل السياسات، يتعيّن على الدول أن تنظر في كيفية إضفاء الطابع المؤسسي على نهج الصحة في كل السياسات بحيث يصبح جزءًا لا يتجزأ من تصميم مؤسساتها وإجراءاتها المعتمدة لصناعة السياسات، ويستمر إلى ما بعد انتهاء الظروف الطارئة أو مغادرة القادة الحكوميين الذين وقفوا وراء إطلاقه. وبالنسبة إلى الدول التي سبق وطبقت برامج الصحة

في كل السياسات، فقد رسّخت تلك البرامج مؤسسيًا من خلال تشريعات تُعنى بالصحة العامة وتُلزم باتباع نهج الصحة في كل السياسات عند تطوير السياسات كافة، وكذلك من خلال رصد الميزانيات وحمايتها.

الحكومة المتينة

ينبغي أن تتبع برامج الصحة في كل السياسات نماذج حوكمة متينة منذ انطلاق الإجراء المعتمد لتطوير السياسة وحتى نهايته، لتجاوز التعقيدات التي ترافق التعاون بين القطاعات ولتتمكين الفعالية والكفاءة في إجراءات تطوير السياسات. ويستلزم ذلك تحديد أدوار أصحاب المصلحة ومسؤولياتهم بوضوح، وإرساء آليات للرقابة ورفع التقارير واتخاذ القرار.

قياس الأثر

قد يكون من الصعب تقييم أثر جهود تعزيز الصحة. وبالتالي، ينبغي أن تخطّط برامج الصحة في كل السياسات مليًا وتدرس كيفية قياس الأثر وجمع البيانات للسياسات التي تقوم بتطويرها. سيتيح ذلك للمؤسسات التعلم من خلال مراقبة التقدم، وتأمّل الإنجازات والاعتراف بها، ومشاركة الدروس المستفادة.

إشراك المجتمع

يعتمد نجاح برامج الصحة في كل السياسات بشكل كبير على معالجة المحددات الصحية الموجودة خارج القطاع والناعبة في معظم الأحيان من الظروف الاجتماعية والاقتصادية ومن نمط الحياة. نتيجة لذلك، ينبغي أن تتواصل برامج الصحة في كل السياسات بشكل نشط مع المجتمع الذي يُعتبر المستفيد الأول منها، بهدف فهم الآراء، والمواقف، والسلوكيات، والأولويات والانطلاق منها في تطوير السياسات. يساعد هذا النوع من التواصل والإشراك في تحديد الأسباب الجذرية للمشاكل الصحية بدقة وتمعّن، ويضمن وعي المجتمع وانفتاحه إزاء التدخلات السياسية المقترحة والمُنفذة.

49 س. ل. غرير، د. ف. ليفيس، أبعاد من القيادة: الاستراتيجيات السياسية للتنسيق في السياسات الصحية. السياسة الصحية [الإنترنت]. مايو 2014 [مستشهد به بتاريخ 27 نوفمبر 2022]. (1)116: 7-12. متوفر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24576497/>

50 ب. كيرني، إ. سانت ديني، ه. ميتشل، مستقبل صناعة سياسات الصحة العامة بعد كوفيد-19: مراجعة منهجية نوعية للدروس المستفادة من برامج الصحة في كل السياسات. مجلة 2021. Open Research Europe. [مستشهد به كمرجع بتاريخ 27 نوفمبر 2022]. 1:23. متوفر على: <https://open-research-europe.europa.eu/articles/1-23>

World Health Organization. HiAP Implementation at Global, Regional and Local Levels: Module 9 [Internet]. World Health Organization. [n.d.] [cited 2023 Jan 6]. 31p. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/hiap-ppt-module-9.pptx?sfvrsn=930ffb_2

كيف للدول أن تطبّق نهج الصحة في كل السياسات؟



يشير الدكتور دورا إلى أن نجاح برامج الصحة في كل السياسات يعتمد على مكونات رئيسية هي:

- القيادة والالتزام الواضحان ببرنامج الصحة في كل السياسات من قِبَل القادة الحكوميين في أعلى المستويات، إضافةً إلى التواصل مع منظومة الأعمال، والوسط الأكاديمي، والمجتمع المدني.
- آليات المساءلة لكافة القطاعات للإبلاغ عن المنافع الصحية والمخاطر الناشئة عن السياسات، مع تحديد المكافآت (أو العقوبات) بناءً على ذلك.
- الاستثمار بشكل كبير في المؤسسات، والموارد البشرية، والحوكمة مع التركيز على ضمان الصحة والرفاه للجميع.
- الفهم العام لكيفية تأثير السياسات القطاعية على الصحة والرفاه، إضافةً إلى مساهمة المنظومة ككل في بناء مجتمعات تنعم بالصحة والعدالة الصحية.

تمتلك برامج الصحة في كل السياسات إمكانات هائلة تخولها تحقيق منافع ملموسة للنظم الصحية حول العالم، ولكن يجدر في البداية تحديد السياسات المشتركة بين القطاعات التي يمكن أن تشكل نقطة البداية لبرامج الصحة في كل السياسات. يصف الجدول 1 [أدناه] السياسات المشتركة بين القطاعات الأكثر فعالية من حيث التكلفة التي دددتها منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع مشروع أولويات مكافحة الأمراض. وصحيح أن هذا النوع من السياسات يستوجب تعاونًا بين القطاعات لأن مالكيها هم من خارج القطاع الصحي، ولكن طبيعة هذا التعاون تختلف بين سياسة وأخرى.

يختلف هذا التعاون أولاً بحسب مستوي الخبرة في المجال الصحي التي ينبغي توفرها أثناء تطوير السياسة. وقد يكون من الأسهل على مالكي السياسات من خارج القطاع الصحي تطوير السياسات بالاستناد إلى خبرات فريقهم الداخلي. فعلى سبيل المثال، فإن قطاع الطاقة هو الأقدر على صياغة السياسات في مجال دعم الطاقة النظيفة، حتى ولو كان القطاع الصحي هو الذي أثار هذه القضية لتأثيرها الإيجابي على جودة الهواء ودورها في التخفيف من عوامل الخطر البيئية. ولكن إحداث التغيير في القطاعات الأخرى قد يكون أصعب على القطاع الصحي لعدم امتلاكه المعرفة الفنية التي يتطلبها هذا التغيير.

ثانيًا، تُعتبر السياسات التي يستطيع مالكوها تنفيذها بشكل أحادي على أنها «تدخلات ميسرة» في برامج الصحة في كل السياسات، فهي لا تتطلب مستوى عاليًا من التعاون بين القطاعات كما أنها الأسهل في التنفيذ. ولكن من جهة أخرى، فإن السياسات التي تتطلب أعلى درجة من التعاون بين القطاعات هي التي تمكّن برامج الصحة في كل السياسات من إضافة القيمة الأكبر، فهي قد تسهّل التعاون بين القطاعات في المجالات حيث يصعب على منظومة صناعة السياسات النجاح بمفردها.

التوجهات المستقبلية

عند النظر في مستقبل الصحة في كل السياسات، من المهم البحث في كيفية استمرار نهج الصحة في كل السياسات في التطور للوقوف على التحديات الجديدة في مجال صحة السكان، والعدالة الصحية، والاستدامة، وطريقة استجابة الحكومات لها. وبشكل خاص، سيكون من المهم أن تدرس برامج الصحة في كل السياسات، الحالية والمستقبلية، طريقة تطورها من نموذج حوكمة شامل للحكومة ككل إلى نموذج شامل للمنظومة ككل يجمع القطاع الخاص، والقطاع الأهلي، والجمهور العام. وكما ذكر آنفًا، فقد أصبح واضحًا أن اتخاذ القرارات الحكومية وتقديم الخدمات العامة يزداد تعقيدًا نتيجة تشتت صلاحيات اتخاذ القرارات بين الهياكل الحكومية اللامركزية المتدرّجة عموديًا، ونتيجة تخصيص الخدمات العامة الذي سمح بدخول القطاع الخاص إلى المعادلة. فجميع أصحاب المصلحة المذكورين معيّنون بالتأثير على صحة السكان، والعدالة الصحية، والاستدامة. ومع نزوح التدخلات في مجال صحة السكان، سيتعيّن على الحكومات توسيع نطاق اهتمامها بما يتخطى التشريعات واللوائح وتقديم الخدمات العامة، والعمل على التعاون والابتكار مع كامل منظومة أصحاب المصلحة وليس فقط مع أصحاب المصلحة الحكوميين.

وفي الواقع، ستصبح أشكال التعاون هذه حتمية إذا ما كانت الحكومات جديّة في موضوع الارتقاء بصحة السكان، والعدالة الصحية، والاستدامة في المستقبل. تتضمن التدخلات الأكثر فعالية من حيث التكلفة بحسب منظمة الصحة العالمية ومشروع أولويات مكافحة الأمراض (الجدول 1)، عدّة تدخلات تتطلب تعاونًا على مستوى المنظومة ككل؛ فلا تستطيع الحكومة منفردة التوصل إلى تقليص طوعي لكمية الملح في الأغذية المعبأة في قطاع الغذاء، أو إلى تعميم استخدام التقنية ذات الانبعاثات المنخفضة. ولكن لكي يتطور برنامج الصحة في كل السياسات إلى نهج شامل للمنظومة ككل، ينبغي تقديمه كروية لا تتعارض مع أسس هذا المفهوم. فمشروع كاريليا الشمالية الشهير الذي شكّل أساسًا لتطوير ممارسات الصحة في كل السياسات في فنلندا وفي العالم من بعدها، لم يحقق نجاحه اللافت إلا من خلال إشراك المنظومة ككل، أي جميع ما فيها من جهات فاعلة تؤثر في تشخيص مرض الشريان التاجي، وعلاجه، والحد من مخاطر الإصابة به في كاريليا الشمالية⁵². وتضمّنت تلك الجهود التعاون مع القطاع الخاص لابتكار منتجات جديدة وصحية أكثر وقنوات جديدة للتثقيف الصحي في صفوف العاملين في قطاع الغذاء. وأعقب هذا المشروع أنشطة متفرقة في مجال الصحة في كل السياسات على مستوى المنظومة ككل، كان أبرزها استراتيجية فيجن زيرو للسلامة المرورية في السويد

52 ب. بوسكا، ت. ستال، Health in All Policies—The Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues. مجلة Current Issues [الإنترنت]. أبريل 2010 [مستشهد به كمرجع بتاريخ 16 نوفمبر 2022]. 31: 28-315. مؤتمّر على: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20070201/>

ملاحظات ختامية

تواجه النُظم الصحية تحديات تدعوها إلى اعتماد طرق جديدة في صياغة التدخلات لتحسين صحة السكان، والعدالة الصحية، والاستدامة. ويساعد نهج الصحة في كل السياسات في التغلب على تحدّي رئيسي تعاني منه النُظم الصحية ومنظومات صناعة السياسات بشكل عام، ويتمثل في كيفية تحسين صحة السكان عندما تؤثر فيها بشكل كبير عوامل من خارج القطاع الصحي. سلّطت جائحة كوفيد-19 الضوء على ضرورة التعاون بين القطاعات لمعالجة التهديدات الصحية من خلال تلاقح أصحاب المصلحة للاستجابة للأزمة، وهم الذين يعملون في العادة بمعزل عن بعضهم البعض. ومع الاهتمام الحالي ببناء قدرة النُظم الصحية على الصمود ومواجهة التهديدات الصحية المستقبلية الحادة مثل جائحة كوفيد-19، ينبغي أن تستغل النُظم الصحية هذا الزخم فتركز جهودها باتجاه استحداث الآليات الضرورية للتعاون بين القطاعات، وإرسائها، وتعزيز ترابطها وانتشارها، بدلاً من أن تبقى منعزلة واستجابية فقط. فمع استمرار النُظم الصحية في التكيف لمواجهة الإصابات المتزايدة بالأمراض غير المعدية وغيرها من التهديدات طويلة الأمد ذات الآثار الصحية المنتشرة على نطاق واسع، كالتغير المناخي ومقاومة الجراثيم للأدوية، يجب أن تصبح صناعة السياسات المشتركة بين القطاعات إجراءً الاعتيادي لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان. يقدم برنامج الصحة في كل السياسات مخططاً أولياً ملموساً لجمع أصحاب المصلحة تحت مظلة واحدة، وترسيخ التعاون وتكييفه مع احتياجات منظومة صناعة السياسات ليشكل حجر الأساس لدعم الارتقاء بصحة السكان، والعدالة الصحية، والاستدامة من قِبَل الحكومة ككل. أما مستقبلاً، فتحتاج برامج الصحة في كل السياسات إلى البحث في طرق معالجة التعقيدات المتزايدة في سياق صحة السكان، من خلال البناء على النهج القائم على مشاركة الحكومة ككل والانطلاق منه نحو إشراك أصحاب المصلحة من خارج القطاع العام أيضاً لضمان مشاركة كامل المنظومة.

التي عملت مع مصنّعي السيارات ومشغلي خدمات النقل للحد من معدلات الحوادث المرورية في البلاد، وحققت نجاحاً غير مسبوق⁵³. ولعلّ هذه النماذج الناجحة هي خير قدوة لبرامج الصحة في كل السياسات لتحذو حذوها أو تستمد الإلهام منها.

وبينما تنظر الدول في تطوير نماذجها القائمة للصحة في كل السياسات أو في تأسيسها لأول مرة، سيتعين على الحكومات النظر في تسهيل تلاقح أصحاب المصلحة على اختلاف شبكاتهم لتحقيق الأهداف المشتركة التي تعود بالمنافع المتبادلة على جميع المشاركين. وينبغي أن تبنت حوكمة هذه الشبكات عن المشاورات الطويلة والمرهقة، كونها تثير التملل والشكوى من قِبَل ممثلي الجهات الحكومية⁵⁴. وكبدل عن ذلك، تستطيع برامج الصحة في كل السياسات ابتكار طرق لتنظيم تواصلها مع مختلف مجموعات أصحاب المصلحة لإبقاء صلاحية اتخاذ القرارات في يد الجهة الأنسب، مع الحفاظ على المرونة وإتاحة جمع المبررات من الأطراف المعنية الأخرى، وأبرزها القطاع الخاص، والقطاع الأهلي، والجمهور العام. ويتعين على برامج الصحة في كل السياسات، وقبل كل شيء، الاستفادة من هذه الشبكات للاستجابة للطبيعة المتغيرة لصناعة السياسات، وللتقلبات الجوهرية المتواصلة التي تقود الحكومات دوماً إلى اتجاهات جديدة. وينبغي أن تواكب برامج الصحة في كل السياسات تطور الحكومات المستقبلية، وأن تحافظ في الوقت نفسه على القيمة السامية التي تقدمها ومفادها أن تعزيز صحة السكان، والعدالة الصحية، والاستدامة يحقق أقصى فعالية عندما يتعاون أصحاب المصلحة من القطاع الصحي والقطاعات غير الصحية لمعالجة المحددات الصحية الأشمل. وبالتالي، فإن مستقبل الصحة في كل السياسات يكمن في الانتقال من نهج قائم على مشاركة «الحكومة ككل» إلى نهج قائم على مشاركة «المنظومة ككل».

53. لميعوث الخاص للأمم المتحدة للسلامة المرورية، كتاب The Road Ahead: 26 Voices for Safe and Sustainable Mobility and Sustainable Mobility [Internet]. الأمم المتحدة [مستشهد به كمرجع بتاريخ 24 نوفمبر 2022]. 210 صفحات. متوفر على: <https://roadsafetyfund.un.org/sites/default/files/downloads/resources/2022-06/The%20Road%20Ahead.pdf>

54. ليم، مقالة بعنوان «Networked Governance: Why It Is Different and How It Can Work» [الإنترنت]. سنغافورة: كلية الخدمة المدنية في سنغافورة، يناير 2011 [مستشهد به بتاريخ 27 نوفمبر 2022]. متوفر على: <https://www.csc.gov.sg/Networked-Governance-Why-It-Is-Different-and-How-It-Can-Work> (csc.gov.sg)

المربع 1: مقابلة مع الدكتورة نوف النمير

لفهم أفضل الممارسات في تأسيس برامج الصحة في كل السياسات وضمان نجاحها، التقينا بالدكتورة نوف النمير، أمين عام اللجنة الوزارية للصحة في كل السياسات في المملكة العربية السعودية.

السؤال: ما هو طموح برنامج الصحة في كل السياسات في المملكة العربية السعودية وبماذا ينفرد عن غيره؟

الجواب: ينبثق برنامج الصحة في كل السياسات في المملكة العربية السعودية عن رؤية 2030 التي تقدم مخططاً إرشادياً لنجاح المملكة في المستقبل في ثلاثة محاور هي: وطن طموح، واقتصاد مزدهر، ومجتمع حيوي. ويساهم البرنامج في دعم التغيير المطلوب لبناء مجتمع حيوي بالفعل، من خلال تمكين أبناء هذا المجتمع من أن يتمتعوا بحياة مجزية وصحية. وإقراراً بأهمية الجهود المشتركة بين القطاعات في سبيل حياة صحية ومُجزية لسكان المملكة، وضع قادتنا الأساس التشريعي لتكون الصحة العامة أولوية في سياسات الدولة كافة. وبرنامج الصحة في كل السياسات هو وليدة هذا التوجّه وثمرة هذه الجهود، وهو يطمح إلى أن يصبح جهة استشارية تمكّن صناع السياسات من تطوير سياسات «صحية» وعالية الجودة، ومؤثرة، من خلال الإحاطة بالمحددات الصحية ومفهوم العدالة الصحية والوصول في نهاية المطاف إلى تحسين متوسط العمر المتوقع.

برنامج الصحة في كل السياسات في المملكة فريد من حيث حجم طموحه وهيكلته، وهذا ما يتجلى أساساً في نطاق تنفيذه. أسس البرنامج بموجب أوامر ملكية عدة، وهو ما يؤكد على حجم الالتزام والتطلع إلى تمكينه على أعلى المستويات. ونتج عن الأوامر الملكية إنشاء لجنة وزارية ولجنة تنفيذية تضمان أكثر من 20 وزيراً، ونائب وزير، ورئيساً تنفيذياً لجهات تنظيمية، يضطلع كل منهم بدور رئيسي في الإشراف وفي ضمان تحسين صحة السكان والعدالة الصحية. وبذلك، يستفيد برنامج الصحة في كل السياسات في المملكة من مشاركة القطاعات المتعددة كونه يضم صانعي السياسات من بين القادة الأعلى مستوى في الحكومة السعودية، ويمثل بالتالي أحد أكثر الجهود طموحاً حول العالم في مجال الصحة في كل السياسات.

ومن خلال تحقيق طموحنا والتعويل على قوة هيكل الحوكمة الذي أرسيناه، نتطلع لأن نصبح مرجعاً لبرامج الصحة في كل السياسات حول العالم.

السؤال: من خلال خبرتك كأمين عام اللجنة الوزارية للصحة في كل السياسات في المملكة، ما النصيحة التي تقدمينها للقادة الحكوميين الذين هم في صدد تأسيس برنامج الصحة في كل السياسات؟

الجواب: يتطلّب تأسيس برنامج الصحة في كل السياسات دعماً حقيقياً ومستمرّاً من القادة. وبالتالي، من المهم بداية الإضاءة على الحاجة إلى برنامج كهذا والفرصة الماثلة لتأسيسه. يعتمد تأسيس البرنامج أيضاً على العلاقات الناجحة مع أصحاب المصلحة، وهو جانب مهم يجب ألا تغفل عنه برامج الصحة في كل السياسات الجديدة. ففي المملكة مثلاً، علمنا برنامج الصحة في كل السياسات في المملكة إيلاء الأهمية لجانبين أساسيين. أولاً، ينبغي علينا استثمار الوقت في كسب دعم القادة في منظومة صناعة السياسات، وخصوصاً من خارج القطاع الصحي، وذلك من خلال توضيح أهمية البرنامج بطريقة تولد الثقة في منهجيتنا وتوضح أن التعاون بين القطاعات ليس ضرورياً فقط لتحسين صحة السكان والعدالة الصحية، بل إنه قادر أيضاً على توليد منافع مشتركة وتمييزة للجهات أو المؤسسات التي ينتمي إليها القادة على اختلاف اختصاصاتها. وفي الوقت ذاته، يساعدنا الوقت الذي نقضيه مع القادة الحكوميين في التعلم من خبرتهم الواسعة والحصول على المشورة حول أفضل السبل للتقدم في أعمال البرنامج.

ثانياً، ونظراً إلى أهمية أصحاب المصلحة في جهود برامج الصحة في كل السياسات، فمن الضروري التعمق بشكل خاص في فهم مشهد أصحاب المصلحة واعتماد نهج المنظومة المتكاملة. يستلزم ذلك فهماً لكيفية الاستفادة من اختصاصات مختلف الجهات، ومعرفتها، وقدراتها، والحصول على الموافقات المطلوبة لاستحداث السياسات. ومن المهم امتلاك رؤية شاملة لأصحاب المصلحة القادرين على التأثير في تطوير السياسات وإشراكهم في الإجراء، وكذلك استخدام الأدوات التقنية وأدوات النمذجة لفهم أثر السياسات على العوامل المتعددة ومنها صحة السكان والعدالة الصحية، والعوامل الاقتصادية والاجتماعية الأخرى. ويساعد ذلك كله في فهم مشهد أصحاب المصلحة في الصحة في كل السياسات، والذي لا يقتصر على الحكومة فقط، بل يشمل المنظومة كاملة ليكون بالتالي برنامجاً جامعاً عن حق.

نصحتي الأخيرة لبرامج الصحة في كل السياسات الجديدة

هي السرعة والتعاون في العمل؛ فطبيعة هذه البرامج معقدة حتّى كونها ترتبط بمجموعة واسعة من أصحاب المصلحة ولا تخلو بالتالي من التحديات في إجراءات تطوير السياسات. ولذلك، لا بد أن تعتمد برامج الصحة في كل السياسات بكثافة على التعاون ليتسنى لها التعرّف على الطول من خلال العمل عن كثب مع أصحاب المصلحة. إذ تساهم هذه البرامج في التعرّف على المشاكل المرتبطة بصحة السكان والعدالة الصحية بهدف تحسين الاستجابة لها مستفيدة من التعاون بين القطاعات. وبعد التعرّف على تلك المشاكل الصحية، ينبغي على البرنامج إعطاء الأولوية للجمع بين أصحاب المصلحة لتحديد مسار العمل اللاحق. وتقوم هذه الجهود على التكرار وإعادة المحاولة، ولذلك ينبغي أن تتقبل برامج الصحة في كل السياسات تعدّ معرفة الطول كافة منذ البداية. ولا تزدهر صناعة السياسات عالية الجودة إلا عندما تجمع برامج الصحة في كل السياسات الخبرات المشتركة ما بين القطاع الصحي والقطاعات غير الصحية والمنظومة الأوسع لأصحاب المصلحة.

المربع 2: مقابلة مع الدكتور روبرتو برتوليني

أجرينا مؤخرًا مقابلة مع الدكتور روبرتو برتوليني، كبير العلماء السابق في مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لأوروبا، للتحدث عن تجربته وعن مرثياته حول المسار المستقبلي لبرامج الصحة في كل السياسات. يشغل الدكتور برتوليني حاليًا منصب المستشار الأعلى لسعادة الدكتورة حنان الكواري، ولمؤسسة حمد الطبية في قطر، ولوزارة الصحة العامة القطرية، وهو أيضًا مستشار لبرنامج الصحة في كل السياسات في قطر.

يعتبر الدكتور برتوليني أن الصحة في كل السياسات هي نهج متكامل تم تطويره لمراعاة الاعتبارات الصحية في صناعة السياسات في كافة القطاعات، بهدف تحسين صحة السكان. وبحسب ما قاله، فقد سلطت جائحة كوفيد-19- الراهنة الضوء على تداعيات سوء التغذية (أي التغذية غير الكافية والسمنة) وتدني النشاط البدني. وتُعزى هذه التداعيات جزئيًا إلى عدم مراعاة الصحة في قرارات وسياسات القطاعات غير الصحية، رغم أن آثارها على الصحة تزداد شدةً. ويلاحظ برتوليني تزايد اهتمام الحكومات بنهج الصحة في كل السياسات، وبخاصة في مكان إقامته في قطر حيث لمس تقدمًا كبيرًا في هذا المجال. ولكن، على الرغم من أن هذا الاهتمام المتزايد بالصحة يُقدّم فرصة مثالية لتنفيذ برنامج الصحة في كل السياسات، يعتبر برتوليني أن الانتقال من النظرية إلى التطبيق سيطرح تحديات لا يمكن تجاوزها إلا بجهود جبارة.

تحدّث برتوليني عن تجربته في قطر، وعن التقدم الذي أحرزته البلاد في معالجة المحددات الصحية الأشمل، حيث شارك في فريق العمل الذي دعم حصول ثماني مدن قطرية على اعتماد «المدينة الصحية» في إطار الاستراتيجية الوطنية للصحة 2018-2022 التي يعزى نجاحها إلى عمل مختلف القطاعات معًا لتحقيق هدف مشترك. وأورد برتوليني مثال قطاع التعليم حيث نفذت قطر سياسات التغذية والنشاط البدني في المدارس لتمكين الطلاب من اعتماد نمط حياة صحي أكثر، وقطاع التطوير العمراني حيث افتتحت الحدائق لتسهيل ممارسة النشاط البدني على أبناء المجتمع. وتحدث أيضًا عن استفادة قطر من كأس العالم كفرصة لتعزيز الصحة، على غرار مبادرة «مقاعد الصداقة» مثلًا. ففي إطار هذه المبادرة، كُتبت رسائل داعمة للصحة النفسية على عدد من المقاعد في الملاعب، بلغات مختلفة وباللوان الفيرق المشاركة.

ولكن، على الرغم من التقدم الكبير الذي أحرزته قطر في معالجة المحددات الصحية الأشمل، لا يزال برنامج الصحة في كل السياسات في قطر، كما في العالم،

الصحة المضرة التي قد تنشأ عن السلع والخدمات التي يقدمها وعن أنشطته التجارية. وبالتالي، يكفل نهج الصحة في كل السياسات تطوير سياسات تنظم القطاع الخاص باتجاه تعزيز الصحة وتخفيف حدة الآثار الصحية المحتملة. فيمكن مثلًا اللجوء إلى سياسات تسعير معينة لتشجيع استهلاك السلع والخدمات التي تعزز الصحة، والثني عن استهلاك السلع غير الصحية.

ختامًا، عبّر الدكتور برتوليني عن سروره حيال التقدير المتزايد الذي يلقاه نهج الصحة في كل السياسات، على الرغم من أن معالجة التحديات السابق ذكرها لن يكون خاليًا من التعقيدات، وأشار إلى أن اعتماد نهج شامل للمنظومة ككل سيتطلب الاعتماد على الأدوات، والجهود، والقدرات المناسبة لتحسين صحة السكان. وختم برتوليني المقابلة بالكلمات التالية: «لا يمكن الاكتفاء بعد الآن بالتأكيد على تأييدنا لمبادئ برامج الصحة في كل السياسات، بل أصبحنا مُطالبين بترجمة المبادئ إلى أفعال، من خلال التعرف على المشاكل، ودراساتها من مختلف الجوانب، وتحديد السياسات التي قد تأتي بالآثار المنشود».

يعاني ثغرات في التنفيذ. ومردّد ذلك أسباب عدة من بينها تدني الاهتمام بالمشاكل الصحية والنظر إليها كتهديدات صحية، وهو يؤثر على تقدّم برنامج الصحة في كل السياسات كونه يعتمد بشكل كبير على تأييد أصحاب المصلحة وإيلائهم الأولوية له. وبحسب برتوليني، فإن البرامج التي تنظر عادة في الأثر الصحي هي البرامج الميسرة التي لا تواجه صعوبات في التنفيذ. ومع ذلك، فلم تحظ بعض التهديدات الصحية، كتلوث الهواء، بالقدر المناسب من الاهتمام، ربما بسبب المصالح الاقتصادية أو عدم اعتبارها تهديدات حقيقية أو وشيكة.

إضافةً إلى تأييد أصحاب المصلحة، ذكر برتوليني تحديات أخرى ينبغي أخذها في الاعتبار عند إعداد وتنفيذ برامج الصحة في كل السياسات.

• يُعرّف أخصائيو الصحة العامة بحاملي الأخبار السيئة، لأنهم المعنيون بتوضيح أثر السلوكيات أو الظروف البيئية على الإصابة بالأمراض. إضافة إلى ذلك، ثمة انطباع سائد بأن التدخلات التي يقترحها العاملون في القطاع الصحي تتطلب دومًا بذل الجهود أو تقديم التضحيات، ما يؤدي إلى مقاومة الجمهور العام لها بسبب أثرها المظنون على جودة حياتهم.

• عدم قيام الجمهور العام بالدعوة إلى معالجة المحددات الصحية الأشمل وعدم دفعه الحكومات بما يكفي لمعالجتها، ويعود ذلك جزئيًا إلى غياب الوعي بشأنها وبشأن أثرها على مجموعة واسعة من النتائج الصحية، ما يُضعف إمكانية حصول هذه المحددات على حجم الاهتمام الضروري من قبل الحكومات.

• يمكن أن يكون للأنشطة التجارية ولتقديم السلع والخدمات في القطاع الخاص آثار مفيدة أو مضرّة على الصحة، لذا، ينبغي تحديد الأثر الصحي السلبي الناشئ عن الأنشطة التجارية والسلع غير الصحية وتحسين تنظيمها للارتقاء بصحة السكان.

يعتبر الدكتور برتوليني أن هناك عدة عوامل رئيسية مطلوبة لتجاوز هذه التحديات، ومن بينها تقوية «تقنيات التسويق» لتعزيز الصحة، وتنظيم أنشطة القطاع الخاص. ليست نظرية التنفيذ المثالي لبرامج الصحة في كل السياسات بعيدة المنال، ولكنها تتطلب خطة تواصل قوية في مجال الصحة العامة لتعزيز العلاقة بين القطاع الصحي والقطاعات غير الصحية وكسب تأييد أصحاب المصلحة. واستشهد برتوليني بتقنيات التسويق المستخدمة من قبل الشركات العالمية الكبرى ومنها أبل (لهواتف «آي فون»)، وكوكا كولا، وماكدونالدز، كأمثلة على قوة التسويق. فقد أُنعت أبل مثلًا المستهلكين بأن استخدام هواتف «آي فون» يجعلهم أسعد في حياتهم، بينما أُنعت ماكدونالدز مستهلكيها بأن وجبات «هابي ميل» هي من الخيارات الأقل تكلفة للحصول على وجبة تُسعدهم وتكون عالية الجودة. تطلّع الحكومة بدور أساسي في تنظيم أنشطة القطاع الخاص لتجنب الآثار

الجدول 1: التدخلات المشتركة بين القطاعات وذات التكلفة الفعالة، مصنفةً بحسب عوامل الخطر العالمية^{56,55}

أبرز عوامل الخطر العالمية	التدخل	مالك السياسة الرئيسي من خارج القطاع الصحي	مشاركة القطاعات غير الصحية	الخبرة الفنية في المجال الصحي المطلوبة لتطوير السياسات	كثافة التعاون بين القطاعات
	توفير الوجبات المدرسية المدعومة أو المجانية للطلاب المعرضين للخطر	نعم	التعليم	القطاع الاجتماعي	منخفضة
1. سوء التغذية لدى الأمهات والأطفال	استيفاء الغذاء المدعوم لمعايير الجودة والتغذية	نعم	القطاع الاجتماعي	الغذاء	متوسطة
	تدعيم الغذاء بالحديد وحمض الفوليك	نعم	الغذاء	التجارة	متوسطة
	معالجة ملح الطعام باليود	نعم	الغذاء	التجارة	متوسطة
	تعزيز البنية التحتية الآمنة لركوب الدراجات الهوائية والمشى	نعم	التخطيط الحضري	النقل	مرتفعة
	رفع الوعي العام وتنقيف المجتمع وتوفير البرامج لتحسين مستويات النشاط البدني	نعم	التعليم	الرياضة والثقافة	مرتفعة
	تنفيذ التدخلات في مجال الرعاية الصحية الأولية لتقديم الإرشاد في كلا موضوع النشاط البدني والقيام بالإحالات	كلا	الرعاية الصحية	الرياضة والثقافة	مرتفعة
2. ارتفاع ضغط الدم الانقباضي	تقليل كميات الملح في الأغذية المصنعة من خلال اللوائح والحوافز لتعديل على المنتجات الغذائية	نعم	الغذاء		متوسطة
	التثقيف حول مخاطر الاستهلاك المفرط للملح	نعم	التعليم		مرتفعة
	تقليل استهلاك الملح من خلال تشجيع المطاعم والمنشآت الغذائية الأخرى على تقليل كميات الملح في الطعام	نعم	الغذاء	التجارة	مرتفعة
	تنفيذ الحملات الإعلامية جماهيرية لخفض استهلاك الملح	نعم	التعليم		مرتفعة
	وسم عبوات المنتجات الغذائية بالبطاقات الغذائية المناسبة للثني عن استهلاك الملح	نعم	التجارة	الغذاء	متوسطة
	حظر التدخين في الأماكن العامة لتقليل استهلاك التبغ والتعرض السلبي لدخان التبغ	نعم	التجارة		منخفضة
	بدء تطبيق السياسات الضريبية والسياسات المالية الأخرى للثني عن استهلاك التبغ	نعم	التجارة	القطاع المالي	منخفضة
	وسم جميع عبوات منتجات التبغ بالملصقات المناسبة التي تتضمن التحذيرات الصحية	نعم	التجارة		منخفضة
	حظر أي نوع من الأنشطة المشجعة على استهلاك التبغ، بما في ذلك الإعلانات	نعم	التجارة	قطاع الإعلام	منخفضة
	تثقيف العامة حول استهلاك التبغ والتدخين السلبي من خلال الحملات الإعلامية الجماهيرية	نعم	التجارة	التعليم	مرتفعة
3. التبغ	توفير الإعانات لمصادر الطاقة المستدامة	نعم	للبيئة	الطاقة	منخفضة
	الثني عن استخدام الوقود المنزلي الملوث للغاية، بما في ذلك الوقود الصلب والكيروسين	نعم	للبيئة	الطاقة	منخفضة
	تشجيع استخدام السلع «الخضراء» (أي المنتجات منخفضة الانبعاثات أو ذات الاستهلاك المنخفض للطاقة)	نعم	للبيئة	الطاقة	منخفضة
	بدء تطبيق السياسات الضريبية والسياسات المالية الأخرى لخفض الانبعاثات	نعم	القطاع المالي		منخفضة
	ضبط الانبعاثات في القطاعات الملوثة للغاية وتنظيمها (مثلًا المرافق، والنقل، والتصنيع)	نعم	البيئة		مرتفعة
	وقف تقديم الإعانات لمصادر الطاقة غير المتجددة	نعم	الطاقة		منخفضة
	حظر استخدام الدهون المتحولة في الصناعات الغذائية	نعم	الغذاء		منخفضة
	تقليل كميات الملح في الأغذية المصنعة من خلال اللوائح والحوافز لتعديل على المنتجات الغذائية	نعم	الغذاء		متوسطة
	التثقيف حول مخاطر الاستهلاك المفرط للملح من خلال الحملات الإعلامية الجماهيرية	نعم	التعليم		مرتفعة
	خفض استهلاك الملح من خلال تشجيع المؤسسات التعليمية، ومنشآت الرعاية الصحية، ودوائر العمل، وغيرها، على تقليل كمية الملح في الطعام	نعم	الغذاء	التجارة	مرتفعة
4. تلوث الهواء	وسم الجانب الأمامي لعبوات المنتجات الغذائية بالبطاقات الغذائية المناسبة للثني عن استهلاك الملح	نعم	الغذاء	التجارة	منخفضة
5. المخاطر الغذائية					

55 د. واتكينز، ر. نوجانت، ج. يامي، ه. ساكسينيان، ش. ن. موك، وآخرون الأولويات الصحية في السياسات المشتركة بين القطاعات. في: د. ت. جيمسون، ه. غيليانو، س. هورتون، ب. جا، ر. لاكسمينارانان، ش. ن. موك، ر. نوجانت (مؤلفون آخرون). أولويات مكافحة الأمراض: المجلد 9. أولويات مكافحة الأمراض. النسخة الثالثة. واشنطن العاصمة (الولايات المتحدة الأمريكية): البنك الدولي للإنشاء والتعمير / البنك الدولي، نوفمبر 2017 [مُستشهد به بتاريخ 23 نوفمبر 2022]؛ 18 صفحة. متوفر على: <https://dcp-3.org/chapter/2550/essential-intersectoral-policies-health>

56 منظمة الصحة العالمية. في الأمراض غير المعدية: أفضل الخيارات وتدخلات أخرى موصى بها لتعادي الأمراض غير المعدية ومكافحتها. جنيف (سويسرا): منظمة الصحة العالمية؛ 2017 [مُستشهد به كمرجع بتاريخ 27 نوفمبر 2022]. 28 صفحة. متوفر على: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>



**WORLD
GOVERNMENT
SUMMIT**