

سلسلة تقارير أسبار

رقم (479)

ردمد : 2961-4074

ISSN: 2961-4074

رقم الإيداع : 1446/3664

من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي،
هل نعيش أطول أم نعيش أفضل؟

لجنة الشؤون الصحية والرياضية



ملتقى أسبار
Asbar Council
(نادي تفكير)



مركز أسبار
ASBAR CENTER

32 Years
عامًا
منذ 1994



ملتقى أسبار
Asbar Council
(نادي تفكير)

من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، هل نعيش أطول أم نعيش أفضل؟

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



ملتقى أسبار
Asbar Council
(نادي تفكير)

من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، هل نعيش أطول أم نعيش أفضل؟

تقرير يصدر عن ملتقى أسبار

- رئيس الملتقى:
- د. فهد العربي الحارثي
- رئيس الهيئة الإشرافية للملتقى
- د. عبدالرحمن العريني
- الأمين العام
- د. أماني البريكان
- التحرير
- د. إبراهيم إسماعيل عبده
- التصميم والإخراج:
- أ. صفوان يحيى مسعد
- لجنة الشؤون الصحية والرياضية
- أ. د. مها المنيف (رئيس اللجنة)
- د. فاديه البحيران (نائب رئيس اللجنة)
- أعضاء اللجنة*
- د. أحمد الايوبي
- د. ريم البنيان
- د. صالح الأنصاري
- د. عبدالعزيز بن محمد العثمان
- أ. عبد الله الضويحي
- د. فائق الزامل
- د. لمياء بنت عبد المحسن البراهيم
- د. ماجد مقبل الخلف

* ترتيب الأسماء حسب الحروف الأبجدية

مقدمو الأوراق العلمية

- الورقة الرئيسية: د. ريم البنيان
- التعقيب الأول : د. صالح الأنصاري
- التعقيب الثاني : د. عبدالرحمن القحطاني
- إدارة الحوار: د. فائق الزامل



المحتويات

الصفحة	الموضوع
2	• تمهيد
3	• الملخص التنفيذي
5	• الورقة الرئيسية
19	• التعقيبات
24	• المداخلات حول القضية
24	• العمر الصحي بوصفه هدفاً للتحويل الصحي: من زيادة سنوات الحياة إلى تحسين جودتها
27	• التأصيل الشرعي لإطالة العمر الصحي ومفهوم الوقاية في الإسلام
29	• الوضع الراهن للتحويل الصحي في المملكة: من علاج المرض إلى إدارة صحة السكان
34	• الصحة الحكيمة في المملكة العربية السعودية: من تقديم الخدمات إلى تحقيق النتائج
38	• قياس العمر الصحي في المملكة وبناء مؤشر وطني موحد
40	• المحددات الاجتماعية والسلوكية للعمر الصحي وجودة الحياة
44	• التكامل بين القطاعات في تعزيز العمر الصحي: الصحة والتعليم والبيئة والمجتمع
47	• بناء واستكمال منظومة وطنية لإطالة العمر الصحي: رصد المؤشرات وتحويل البيانات إلى سياسات وأولويات مستقبلية
51	• التوصيات
53	• المصادر والمراجع
56	• المشاركون



ملتقى أسبار
Asbar Council
(نادي تفكير)

من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، هل نعيش أطول أم نعيش أفضل؟

تمهيد

يتناول هذا التقرير قضية مهمة ناقشها ملتقى أسبار خلال شهر سبتمبر من عام 2026م، بمشاركة نخبة متميزة من مفكري المملكة من مختلف التخصصات والممارسات، حيث أسهمت رؤاهم المتنوعة وآراؤهم البناءة ومقترحاتهم الهادفة في إثراء الحوار وتعميق مناقشة أبعاد القضية، والتي جاءت بعنوان «من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، هل نعيش أطول أم نعيش أفضل؟»، وأعد ورقتها الرئيسة د. ريم البنيان، وعقّب عليها كلٌّ من د. صالح الأنصاري، د. عبدالرحمن القحطاني، فيما أدار الحوار د. فاتن الزامل.





الملخص التنفيذي:

يتناول هذا التقرير قضية جاءت بعنوان "من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، هل نعيش أطول أم نعيش أفضل؟" وأشارت د. ريم البنيان في الورقة الرئيسية إلى أنه يمكن أن تنتقل المملكة من التركيز على إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، من خلال زيادة السنوات التي يعيشها الأفراد بصحة وقدرة واستقلالية، مشيرةً إلى ارتفاع متوسط العمر المتوقع في المملكة من 74 عاماً عام 2016 إلى 78.8 عاماً عام 2024، مع استهداف بلوغ 80 عاماً بحلول 2030. وأوضحت أن متوسط العمر المتوقع، رغم أهميته في قياس اتجاهات الوفيات، لا يعكس بمفرده جودة السنوات المضافة، مما يستدعي دمج مع مؤشرات العمر الصحي والوفيات المبكرة والعبء المرضي وجودة الحياة والقدرة الوظيفية وتجربة المستفيد والتفاوتات الصحية. وأكدت أن تحقيق العمر الصحي يتطلب تكامل السياسات الصحية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية، وتوجيه الاستثمار نحو الوقاية والرعاية الأولية والكشف المبكر، وربط التمويل بالنتائج والعدالة والكفاءة، إلى جانب قياس الأثر الاقتصادي وحوكمة الابتكار الصحي، بما يضمن تحول زيادة سنوات الحياة إلى سنوات أكثر صحة واستقلالية وإنتاجية. بينما أكد د. صالح الأنصاري في التعقيب الأول أهمية ما طرحته الورقة من تكامل استراتيجي، ولا سيما تأصيل الحوكمة السيادية بمنح وزارة الصحة دور الرقيب والمقيم لأداء القطاعات المرتبطة بمحركات العمر الصحي، وتعزيز الشفافية المالية من خلال إبراز كلفة الأمراض المزمنة وخسائر الإنتاجية، وتحويل الإنفاق الوقائي والتوعوي إلى استثمار حكومي مستدام. كما شدد على أن نجاح التحول نحو إطالة العمر الصحي يتطلب تطوير مؤشرات أداء وأدوات إلزامية لمساءلة القطاعات، وترجمة تمويل الوقاية إلى تدخلات ميدانية في الرعاية الأولية والمدارس وأماكن العمل، تركّز على تحسين أنماط الحياة، وتعزيز النشاط البدني، والحد من السمنة ومخاطرها، بما يضمن الانتقال من التوعية النظرية إلى التدخلات السلوكية العملية.



في حين ذكر د. عبدالرحمن القحطاني في التعقيب الثاني أن العمر الصحي ينبغي أن يكون غاية وطنية حكمة تُدمج في السياسات والأنظمة والخدمات، وليس برنامجاً مستقلاً، مؤكداً أن المملكة تمتلك سياسات وبرامج متعددة داعمة للعمر الصحي، وأن الأولوية تتمثل في تقييم فاعليتها وتكاملها وأثرها الفعلي. واقترح إنشاء مرصد وطني لإطالة العمر الصحي للرصد والتحليل وتقييم الأداء ودعم صناعة السياسات، إلى جانب تبني نهج مسار الحياة، والانتقال من التوعية التقليدية إلى منظومة قائمة على الأدلة لتغيير السلوك وتعزيز الثقافة الصحية. كما أكد أهمية بناء قدرات القطاعات والقيادات، والاستفادة المؤسسية من القيم والتعاليم الإسلامية في دعم السلوكيات الصحية والوقاية، بالتكامل مع التشريعات والخدمات والبيئات الداعمة.

وتطرق المداخلات لعددٍ من المحاور الرئيسية، تناولت العمر الصحي بوصفه هدفاً للتحول الصحي، والانتقال من زيادة سنوات الحياة إلى تحسين جودتها، والتأصيل الشرعي لإطالة العمر الصحي ومفهوم الوقاية في الإسلام، والوضع الراهن للتحول الصحي في المملكة والانتقال من علاج المرض إلى إدارة صحة السكان، ومفهوم الصحة الحكيمة وتطبيقاتها في المملكة من تقديم الخدمات إلى تحقيق النتائج، وقياس العمر الصحي وبناء مؤشر وطني موحد، والمحددات الاجتماعية والسلوكية للعمر الصحي وجودة الحياة، والتكامل بين القطاعات في تعزيز العمر الصحي، ولا سيما الصحة والتعليم والبيئة والمجتمع، إلى جانب بناء واستكمال منظومة وطنية لإطالة العمر الصحي من خلال رصد المؤشرات وتحويل البيانات إلى سياسات وأولويات مستقبلية.



الورقة الرئيسية: د. ريم البنيان

حققت المملكة تقدماً مهماً في متوسط العمر المتوقع، ويقتضي بلوغ المرحلة التالية الانتقال من التركيز على عدد سنوات الحياة وحده إلى زيادة السنوات التي تُعاش بصحة وقدرة واستقلالية. ويتطلب ذلك أن يصبح العمر الصحي هدفاً وطنياً مشتركاً تتقاسم مسؤوليته القطاعات الصحية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية.

يمثل متوسط العمر المتوقع عند الميلاد أحد أكثر المؤشرات قدرةً على تلخيص قصة صحة السكان؛ إذ يختزل نمط الوفيات السائد في فترة زمنية محددة في رقم واحد. غير أن هذا المؤشر لا يوضح، بمفرده، ما إذا كانت السنوات الإضافية تُعاش بصحة وقدرة واستقلالية، أم مع المرض والإعاقة؛ لذلك ينبغي تفسيره إلى جانب متوسط العمر الصحي المتوقع، والوفيات المبكرة التي يمكن الوقاية منها والعبء المرضي، وجودة الحياة، والنتائج التي يبلغ عنها المستفيدون أفادت وزارة الصحة بأن متوسط العمر المتوقع في المملكة ارتفع من 74 عاماً في 2016 إلى 78.8 عاماً في 2024، في مسار يستهدف الوصول إلى 80 عاماً بحلول 2030. ويعكس هذا التقدم أهمية المحافظة على زخم التحول، مع توسيع بوصلة القياس من طول الحياة إلى جودة السنوات المضافة. [1، 2]

يتسق هذا التحول مع رؤية السعودية 2030 التي تربط المجتمع الحيوي بنمط حياة صحي مستدام، ورعاية صحية فعالة، وكفاءة حكومية قائمة على المسؤولية والمساءلة. كما يتسق مع التعريف الوطني الشمولي للصحة الحكيمة في المملكة (value in health)، بوصفه إطاراً يربط أفضل النتائج الصحية للفرد والمجتمع والسكان بالتوجيه العادل والاستخدام الأمثل للموارد، بما ينعكس على الازدهار والنمو الاقتصادي الوطني. [3، 4]



ملتقى أسبار
Asbar Council
(نادي تفكير)

من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، هل نعيش أطول أم نعيش أفضل؟



القرارات القيادية ذات الأولوية



1 اعتماد متوسط العمر المتوقع ومتوسط العمر الصحي المتوقع بوصفهما نتيجتين وطنيتين متكاملتين، لا مؤشرين صحيين منفصلين.



2 إنشاء حوكمة مشتركة على مستوى وطني تربط مسؤوليات القطاعات بمحركات العمر الصحي التي تقع ضمن اختصاصاتها.



3 توجيه الاستثمار نحو الوقاية والصحة العامة والرعاية الأولية، مع ربط التمويل والشراء بالنتائج والعدالة والكفاءة.



4 اعتماد لوحة قيادة وطنية موحدة تجمع طول الحياة، والعمر الصحي، والوفيات القابلة للوقاية، والتفاوتات، وتجربة المستفيد، والأثر الاقتصادي



5 إدماج الأثر الصحي في السياسات الكبرى، وربط الأثر الصحي بالإنتاجية والمشاركة الاقتصادية والاستدامة المالية من خلال قياس وطني منضبط



ويشير

ذلك إلى أن هدف العمر الصحي لا يتحقق بتوسيع الرعاية العلاجية وحدها، بل يتحقق عندما تعمل السياسات القطاعية ككل ضمن إطار نتائج مشترك، ويُقاس أثر الإنفاق بما يضيفه من سنوات حياة أفضل صحة وأكثر عدالة.





أولاً: ماذا يعني متوسط العمر المتوقع؟

مؤشر موجز للوفيات السائدة، وليس تنبؤاً فردياً

تعرف منظمة الصحة العالمية متوسط العمر المتوقع عند الميلاد بأنه متوسط عدد السنوات التي يُتوقع أن يعيشها مولود جديد امتداد حياته، لمعدلات الوفاة حسب العمر والجنس السائدة وقت الميلاد. وبذلك فهو مقياس سكاني افتراضي يلخص أوضاع الوفاة في سنة محددة، ولا يمثل توقعاً دقيقاً بعدد السنوات التي سيعيشها فرد بعينه. [5، 6] وقد تختلف القيم المنشورة بين المصادر الوطنية والدولية بسبب اختلاف دورات التحديث، والتعريفات، والمعالجات الإحصائية، ونماذج التقدير. وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن نقص اكتمال بيانات الوفيات قد يستلزم النمذجة، بما قد يفضي إلى فروق عن جداول الحياة الوطنية. وعليه، يجب اعتماد سلسلة وطنية مرجعية واحدة للاستخدام القيادي، مع توثيق المنهج ومصدر كل قيمة. [5، 8]

ماذا يلتقط المؤشر؟

- أثر الوفيات في مختلف الأعمار، مع حساسية خاصة للوفيات المبكرة.
- الحصيلة التراكمية لعوامل صحية واجتماعية واقتصادية وبيئية وسياسات عامة متعددة.
- اتجاهها عاماً يسمح برصد التقدم عبر الزمن، شريطة ثبات التعريف وجودة بيانات الوفيات.

وماذا لا يلتقط؟

- نوعية السنوات المعيشة، أو القدرة الوظيفية، أو الاستقلالية، أو جودة الحياة.
- التفاوتات التي قد تختبئ خلف المتوسط الوطني بين المناطق أو الفئات.
- الأسباب المباشرة للتحسن أو التراجع؛ فالمؤشر نتيجة نهائية تتطلب تحليلاً تفصيلياً لمحركاتها.



من طول الحياة إلى العمر الصحي

يأخذ متوسط العمر الصحي المتوقع في الاعتبار السنوات التي تُعاش في صحة غير كاملة بسبب المرض أو الإصابة. ولذلك فإن اقتران المؤشرين يجب عن سؤالين مختلفين: كم سنة يعيش السكان؟ وكم سنة من هذه الحياة تُعاش بصحة جيدة؟ [5، 7] كما أن هذا المؤشر لا يلتقط الأثر الاقتصادي لإطالة العمر.

وينبغي ألا يُقرأ تحسن متوسط العمر المتوقع باعتباره دليلاً كافياً على تحسن صحة السكان. القراءة القيادية الأدق تجمع بين طول الحياة، والعمر الصحي، والوفيات المبكرة، والعبء المرضي والاقتصادي والعدالة، والنتائج التي تهم الفرد والأسرة والمجتمع.

ثانياً: لماذا يمثل العمر الصحي أولوية لرؤية المملكة 2030؟

مجتمع حيوي: الصحة شرط لجودة الحياة

تضع رؤية السعودية 2030 المجتمع الحيوي ضمن ركائزها، وترتبط الرفاه بنمط حياة صحي مستدام وبأنظمة رعاية صحية واجتماعية فعالة. كما يركز برنامج تحول القطاع الصحي على تسهيل الوصول، وتحسين جودة وكفاءة الخدمات، وتعزيز الوقاية من المخاطر الصحية، وتعزيز السلامة المرورية. [2]

اقتصاد مزدهر: الصحة أصل من أصول رأس المال البشري

لا يكفي طول الحياة لإحداث أثر اقتصادي إيجابي ما لم تقترن السنوات الإضافية بصحة وقدرة على التعلم والعمل والمشاركة. وتخلص دراسة اقتصادية سعودية حديثة تغطي 2000 إلى 2023 إلى وجود علاقة طويلة الأجل بين الإنفاق الصحي والنمو الاقتصادي، مع تأكيد أن ترجمة المكاسب الصحية إلى أثر اقتصادي كامل تتطلب سياسات داعمة للمشاركة في القوى العاملة والإنتاجية وكفاءة المؤسسات. [9]



وطن طموح: المساءلة عن النتائج لا عن حجم النشاط

تقتضي المرحلة التالية من التحول أن تنتقل التقارير القيادية من متابعة المدخلات والأنشطة منفردة إلى مساءلة المنظومة عن نتائج مترابطة: هل أصبح الناس أصح؟ هل تقلصت الفجوات؟ وهل تحقق الموارد أثراً صحياً واجتماعياً واقتصادياً مستداماً؟ وتؤكد مراجع الصحة الحكيمة أن "الجودة والكفاءة" (value) لم تعد مقارنة فنية بين نتيجة وتكلفة داخل مسار علاجي فحسب، بل أصبحت قدرة نظامية على تحقيق نتائج أفضل بعدالة وكفاءة، وربطها بأثر وطني أوسع على جودة الحياة ورأس المال البشري والازدهار الاقتصادي. [3، 4، 10]

التقدم المحقق يرفع سقف التحدي

بلغ متوسط العمر المتوقع المعلن وطنياً 78.8 عاماً في 2024 مقابل 74 عاماً في 2016. وكلما ارتفع متوسط العمر، أصبحت المكاسب الإضافية أصعب، وانتقل مركز الثقل من خفض وفيات الطفولة والأمراض المعدية إلى الوقاية من الأمراض غير المعدية، وتقليل الوفيات المبكرة، وتحسين الوظيفة وجودة الحياة. وقد خلص تحليل منشور في مجلة منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط إلى أن تحقيق مكاسب إضافية يتطلب معالجة المحركات الأساسية، ومنها التدخين والسمنة ونمط الحياة والسياسات ذات الصلة. [1، 6]

المغزى الاستراتيجي: الاقتراب من مستهدف الثمانين عاماً لا يمثل نهاية المهمة، بل بداية مرحلة أدق: الحفاظ على المكاسب، وتقليص سنوات المرض، وتحسين التوزيع العادل للعمر الصحي بين المناطق والفئات، وتحويل الصحة إلى رافعة لرأس المال البشري. مع توثيق لأثر الصحة على الاقتصاد.

ثالثاً: من نظام يقدم خدمات إلى منظومة متكاملة تحقق أثر

التعريف الوطني للصحة الحكيمة (value in health)

يعرّف مركز الصحة الحكيمة المفهوم بأنه «تحقيق أفضل النتائج الصحية على مستوى الفرد والمجتمع والسكان، بالتوجيه العادل والاستخدام الأمثل للموارد، بما ينعكس إيجاباً على أهداف النمو الاقتصادي الوطني».

ويوسّع هذا التعريف نطاق التطبيق من قيمة التدخل الصحي منفرداً إلى قيمة النظام الصحي بأكمله، بما يشمل النتائج السريرية والوظيفية وتجربة المستفيد، والموارد المالية والبشرية والرأسمالية والطبيعية، والعوائد الصحية والمالية والاقتصادية الكلية. [3، 4، 10]



ماذا يعني هذا المنظور؟

-من قياس الزيارات والإجراءات إلى قياس النتائج الصحية والوظيفية وتجربة المستفيد.
-من التوسع في الإنفاق بوصفه غاية إلى توجيه الموارد نحو أعلى عائد صحي عادل ومستدام.
-من مبادرات متفرقة على مستوى مقدم الخدمة إلى قدرة نظامية تشمل البيانات والتحليلات
وقياس النتائج والتكلفة والمقارنة المرجعية والرعاية المتكاملة والحوافز والابتكار.
-من مؤشرات متفرقة إلى بنية قياس وطنية تربط نضج مكونات النظام الصحي بالنتائج الصحية
والعدالة وكفاءة الموارد والأثر الاقتصادي.
-من التركيز على العلاج بعد وقوع المرض إلى إدارة مخاطر السكان والوقاية والتدخل المبكر.
-من النظر إلى الصحة كتكلفة قطاعية إلى التعامل معها كاستثمار في الإنسان والإنتاجية
والمرونة الاقتصادية.
وتشير الدلائل إلى أن تحويل الصحة الحكيمة من مفهوم إلى ممارسة يتطلب قياس نضج قدرات
النظام الصحي، مثل أنظمة البيانات الرقمية، والتحليلات، وقياس التكلفة والنتائج، والمقارنات
المرجعية، ومسارات الرعاية المتكاملة، ونماذج الدفع والشراء المبنية على القيمة، وشبكات
مقدمي الخدمة، ومنظومة الابتكار والتغيير الاستراتيجي. وبذلك لا تصبح المؤشرات غاية بذاتها،
بل أداة لإدارة التحول نحو سنوات حياة أطول وأكثر صحة وعدالة وإنتاجية. [3، 4، 10]



يأتي هذا المفهوم كأحدى ركائز تحول القطاع الصحي في المملكة وكتوجه للنظم الصحية عالمياً في مواجهة التحديات المالية لاستدامة النظم الصحية تجاه عمليتين أساسيتين هما: 1- طول عمر الإنسان مع ازدياد نسب وتكلفة رعاية الأمراض المزمنة و 2- سرعة الاكتشاف والابتكار في مجال الصحة وهنا تفصيل لهذه التحديات:

عبء الأمراض المزمنة في المملكة. تشير حالة الاستثمار المشتركة لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي إلى أن الأمراض غير المعدية الرئيسة تسببت في نحو 35% من الوفيات المقدرة في المملكة، وأن أكثر من واحد من كل أربعة أشخاص كان متأثراً بأحد الأمراض غير المعدية الرئيسة. كما تعرض بيانات البنك الدولي، المستندة إلى أطلس الاتحاد الدولي للسكري، تقديراً لانتشار السكري بين البالغين من 20 إلى 79 سنة بلغ 23.1% في عام 2024. وقُدِّرت دراسة نمذجة لعشرة أمراض غير معدية ذات أولوية أن تكلفة إدارتها قد ترتفع من 19.8 مليار دولار أمريكي في 2020 إلى 32.4 مليار دولار في 2030، بزيادة قدرها 63%، مع التنبيه إلى أن هذه أرقام تقديرية تعتمد على افتراضات الانتشار والتغطية العلاجية وتكلفة الرعاية. [11، 12، 13]

كما أن الصحة النفسية جزء أساسي من العمر الصحي والاضطرابات النفسية تؤثر في جودة الحياة والقدرة على التعلم والعمل. وقُدِّر المسح الوطني السعودي للصحة النفسية معدل الانتشار مدى الحياة لأي اضطراب مشمول في المسح بنحو 34.2% بين المواطنين الذين تراوحت أعمارهم بين 15 و65 سنة، استناداً إلى عينة وطنية من 4,004 مشاركين. كما أظهرت دراسة العلاج أن 28.3% فقط ممن استوفوا معايير اضطراب نفسي خلال حياتهم تلقوا علاجاً، مع وسيط تأخر بلغ ثماني سنوات لدى من طلبوا العلاج. وتدعم هذه النتائج دمج الكشف والتدخل المبكر والصحة النفسية في الرعاية الأولية والمدارس وأماكن العمل، مع قياس فجوة العلاج والنتائج الوظيفية ضمن مؤشرات العمر الصحي. [14، 15]

لا تمثل السنوات الإضافية مكسباً اقتصادياً صافياً إذا امتدت معها فترات المرض المزمن المكلف أو الاعتماد الوظيفي. وقدرت حالة الاستثمار المشتركة لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي الكلفة السنوية للأمراض غير المعدية في المملكة بنحو 91.6 مليار ريال، بما يعادل 3.08% من الناتج المحلي الإجمالي لعام 2019. وفي دراسة منفصلة لعشرة أمراض غير معدية، قُدِّرت التكاليف الطبية المباشرة بنحو 11.8 مليار دولار دولي سنوياً، أي 13.6% من الإنفاق الصحي السنوي، وقدرت خسائر إنتاجية القوى العاملة بنحو 75.7 مليار دولار دولي، أي 4.5% من الناتج المحلي الإجمالي. وهذه تقديرات صادرة عن دراستين بمنهجتين مختلفتين، ولذلك لا يجوز جمعها أو اعتبارها قياساً واحداً. [11، 16]



تسارع الابتكار الصحي وضغوط الاستدامة المالية.

يوسع الابتكار الطبي والدوائي والرقمي نطاق ما يمكن تشخيصه وعلاجه، لكنه قد يرفع الطلب والإنفاق إذا أُدخلت تقنيات مرتفعة الكلفة قبل اكتمال الدليل على قيمتها النسبية. وتشير منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية إلى أن ارتفاع الدخول والابتكار التقني والتغير الديموغرافي قد ترفع متوسط الإنفاق الصحي في دولها إلى 11.8% من الناتج المحلي الإجمالي بحلول 2040 في غياب تحول سياساتي، مقارنة بمسار أكثر استدامة يبلغ 10.6% عند تعزيز الوقاية وتقليل الإنفاق غير الفعال وتحسين حوكمة الميزانيات. وهذه توقعات لمتوسط دول المنظمة وليست تقديراً خاصاً بالمملكة. ويقتضي ذلك تقييماً مبكراً للتقنيات الصحية، وربط التسعير والتغطية والشراء بالنتائج، وإعادة التقييم بعد الإدراج، والحد من الرعاية منخفضة القيمة. [17]

قياس ما يهم الناس: مشروع قياس نتائج ومخرجات الأمراض المزمنة PaRIS في المملكة وأبرز نتائجه

يمثل مشروع PaRIS، الذي تقوده منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، أول مسح دولي معياري واسع النطاق لقياس النتائج والتجارب الصحية التي يبلغ عنها مستخدمو الرعاية الأولية، مع تركيز خاص على الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة. ويجمع المشروع بين مقاييس النتائج المبلغ عنها من المرضى PROMs، مثل الصحة الجسدية والنفسية والرفاه والوظيفة الاجتماعية، ومقاييس التجربة المبلغ عنها PREMs، مثل الوصول واستمرارية الرعاية والتنسيق والرعاية المتمحورة حول الشخص ودعم الإدارة الذاتية والثقة في النظام الصحي. [18]

شاركت المملكة في الدورة الأولى منذ مراحل التخطيط والتجربة الميدانية، ونُفذ المسح الرئيس خلال 2023-2024. ووفق وثائق المشروع الوطنية، شمل التنفيذ أكثر من 15 ألف مستفيد ونحو 100 من ممارسي ومراكز الرعاية الأولية في وزارة الصحة والقطاعات الحكومية الأخرى والقطاع الخاص. كما وسعت المملكة النطاق الدولي المخصص للأشخاص بعمر 45 سنة فأكثر ليشمل عينة وطنية إضافية من البالغين بعمر 18-44 سنة. [19، 20]



ويظهر تحليل وطني لبيانات PARIS أن 64.1% من المشاركين أبلغوا عن حالة مزمنة واحدة على الأقل، وارتفعت النسبة إلى أكثر من 80% بين من بلغوا 45 سنة فأكثر. ومن بين المصابين بحالة مزمنة، أفاد 56% بوجود مرضين مزمنين أو أكثر. وانخفضت نسبة من صنفوا صحتهم الجسدية ضمن المستوى الجيد من 93.5% لدى غير المصابين بحالات مزمنة إلى 27% لدى المصابين بست حالات أو أكثر. كما انخفضت الثقة في الإدارة الذاتية من 75.7% إلى 53%، وانخفض مؤشر الرعاية المتمحورة حول الشخص من 87.6% إلى 67.3% مع تزايد تعدد الأمراض. وهذه النتائج مستمدة من تحليل وطني لبيانات المشروع؛ وبعضها وارد في مخطوطة وطنية قيد الإعداد وغير منشورة بعد، ولذلك ينبغي وصفها صراحة بأنها نتائج تحليلية وطنية لا نتائج منشورة في تقرير دولي محكم. [20]

وتوفر الدورة الأولى خط أساس وطنياً لقياس النتائج والتجارب من منظور المستفيدين، وتدعم تطوير نماذج رعاية متكاملة للأمراض المتعددة وتحسين تنسيق الرعاية ودعم الإدارة الذاتية. كما تتيح المشاركة في دورة لاحقة قياس التغير بمرور الزمن ومقارنة النتائج الدولية، شريطة الالتزام بمنهجية المعايير ومعدلات الاستجابة ومتطلبات جودة البيانات. [18، 19]



ملتقى أسبار
Asbar Council
(نادي تفكير)

من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، هل نعيش أطول أم نعيش أفضل؟



رابعاً:

الصحة أشمل من الرعاية الصحية

الفجوة بين طول العمر والعمر الصحي والفرصة
أمامنا



ما الذي توفره المملكة؟

رؤية السعودية 2030

برنامج تحول القطاع الصحي

نموذج الرعاية وتوسيع الرعاية الأولية والرقمنة

نهج الصحة في جميع السياسات

برامج الوقاية والفحص وإدارة الأمراض المزمنة

التقرير الصحي العالمي السعودي

تمتلك المملكة قاعدة سياسات وبرامج داعمة للعمر الصحي، تشمل رؤية السعودية 2030، وبرنامج تحول القطاع الصحي، ونموذج الرعاية، وتوسيع الرعاية الأولية والرقمنة، ونهج الصحة في جميع السياسات، وبرامج الوقاية والفحص وإدارة الأمراض المزمنة. كما يوفر التقرير الصحي العالمي السعودي إطاراً لتوحيد مؤشرات الصحة السكانية ومقارنتها بالمعايير الدولية. وتتمثل الفجوة الحالية في الحاجة إلى توحيد السلسلة المرجعية لمتوسط العمر المتوقع HALE، وربط التمويل والحوكمة بنتائج السكان، ونشر تقييمات دورية للأثر الصحي والاقتصادي، وإظهار التفاوتات والصحة النفسية والوظيفة وتجربة المستفيد. وعليه، فالمشكلة ليست غياب السياسات أو البرامج، بل الحاجة إلى تكاملها واستمرارية تمويلها وقابلية قياس أثرها ومساءلة الجهات عن النتيجة المشتركة. [2، 6، 21]



الوقاية

العلاج

أبرز التحديات



تمويل مستدام
للووقاية



مؤشرات نتائج
ومساءلة متعددة
القطاعات



تحويل الهدف
المعلن إلى واقع
عملي



تحقيق التوازن بين
الوقاية والعلاج

رغم أن برنامج تحول القطاع الصحي يضع الوقاية من المخاطر الصحية ضمن أهدافه، فإن النظم الصحية تواجه عموماً حوافز تمويل وقياس تميل إلى الخدمات العلاجية القابلة للعد والإجراء، بينما تتوزع منافع الوقاية والصحة العامة على مدد زمنية أطول وقطاعات متعددة. وتؤكد منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية أن تعزيز صحة السكان وتقليل الإنفاق غير الفعال من أهم مسارات استدامة الإنفاق الصحي. كما تؤكد منظمة الصحة العالمية أن نهج الصحة في جميع السياسات يتطلب إدراج الاعتبارات الصحية بصورة منهجية في قرارات القطاعات المختلفة ومساءلتها عن الآثار الصحية. وبالنسبة للمملكة، يتمثل التحدي في تحويل هدف الوقاية المعلن إلى تمويل مستدام ومؤشرات نتائج ومساءلة متعددة القطاعات، دون افتراض وجود إهمال مطلق للوقاية. [2، 17، 21]





ملتقى أسبار
Asbar Council
(نادي تفكير)

من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، هل نعيش أطول أم نعيش أفضل؟

يتشكل العمر الصحي عبر مسار الحياة ومن خلال عوامل تتوزع على قطاعات عديدة. فالرعاية الصحية تعالج المخاطر والمرض، إلا أن فرص الوقاية والقدرة على العيش بصحة تتأثر كذلك بالغذاء، والتعليم، والعمل، والدخل، والسكن، وتصميم المدن، والنقل والسلامة، والبيئة، والنشاط البدني، والروابط الاجتماعية. ولهذا فإن الزيادة المستدامة في العمر الصحي تعتمد على تنسيق السياسات العامة، ومعالجة عوامل الخطورة السلوكية والاستقلالية والبيئية التي تسهم في الوفيات المبكرة والأمراض غير المعدية، لا على أداء جهة صحية واحدة.

ولذلك فإن التعامل مع هذه العوامل يتطلب حزمة متكاملة تشمل التنظيم، والتحفيز، والتوعية، والكشف المبكر، وتحسين البيئات العمرانية والغذائية والعملية. وهنا يأتي نهج الصحة في جميع السياسات الذي تعمل به المملكة من خلال لجنة وزارية تدرس السياسات بهدف تحسين العمر الصحي لسكان المملكة العربية السعودية.



أدوار القطاعات في نتيجة وطنية مشتركة
هذه أمثلة لمؤشرات مشتركة بين القطاعات وتظل وزارة الصحة مسؤولة عن قيادة المعرفة الصحية وتحديد الأولويات، لكن المسؤولية عن العمر الصحي يجب أن تكون مشتركة، وأن ترتبط بكل جهة وفق أدواتها النظامية والمالية والتنفيذية.

القطاع	مثال لمؤشر	المساهمة في العمر الصحي
الصحة	الوفيات القابلة للوقاية والعلاج، النتائج المبلغ عنها من المستفيدين	الوقاية، الرعاية الأولية، الكشف المبكر لإدارة الأمراض المزمنة، جودة العلاج، التكامل واستمرارية الرعاية
التعليم	مؤشرات الثقافة الصحية والصحة المدرسية	الثقافة الصحية والمهارات والقدرة على اتخاذ قرارات صحية عبر مراحل الحياة
البلديات والإسكان والنقل	النشاط البدني، الإصابات والوفيات المرورية	بيئات آمنة قابلة للمشبي، ومساحات عامة، وسلامة الطرق، وإتاحة النشاط البدني عبر التخطيط الحضري والنقل
الزراعة والتجارة والصحة	مؤشرات التغذية وعوامل الخطورة	بيئة غذائية تدعم الخيارات الصحية، وتحد من الملح والسكر والدهون المتحولة، وتقلل التسويق الغذائي الموجه للأطفال
الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية	الغياب المرتبط بالمرض والمشاركة في سوق العمل	عمل صحي وآمن، مشاركة اقتصادية، وحماية اجتماعية مناسبة
البيئة والطاقة	مؤشرات التعرض البيئي ذات الصلة بالصحة	تقليل التعرض للمخاطر البيئية، وتحسين جودة الهواء الداخلي والخارجي، ودعم القدرة على التكيف
المالية والتخطيط	العائد الصحي والاقتصادي وتوزيع الإذفاق الوقائي	توجيه الموارد للاستثمارات الأعلى أثراً وربط الموازنات بالنتائج



سادساً: التوصيات



1 اعتماد العمر الصحي تتبّحه وطنية مشتركة وبناء منظومة قياس موحدة

اعتماد متوسط العمر المتوقع ومتوسط العمر الصحي المتوقع (HALE) ضمن منظومة وطنية واحدة، مع مؤشرات للوفيات المبكرة، وسنوات الحياة في صحة غير كاملة، والتفاوتات، والصحة النفسية، والقدرة الوظيفية، وتجربة المستفيد. وتوحيد السلسلة المرجعية والمنهجية وسنة الأساس، ونشر لوحة قيادة دورية تربط جودة السنوات المضافة بكفاءة الموارد والعائد الاقتصادي، مع إيفاء مستهدف 80 عاماً بحلول 2030 في سياقة الرسمي.



2 تفعيل حوكمة وطنية متعددة القطاعات وتمكين وزارة الصحة كرقب سيادي

إنشاء آلية حوكمة علياً، أو تكليف آلية قائمة، لتوزيع المسؤوليات عن محركات العمر الصحي وحسم التداخلات. وتمكين وزارة الصحة نظامياً وتشريعياً من تقييم أداء القطاعات ذات العلاقة، مثل البلديات والتجارة والتعليم والبيئة، عبر معايير معلنة وأدوات إلزامية لرصد الفجوات ومحاسبة الجهات، مع رفع تقارير دورية مباشرة إلى الجهات العليا، وفاء المسؤولية التنفيذية لدى كل قطاع.



3 مأسسة الوقاية والرفاه بتمويل حكومي مستدام

رصد ميزانيات حكومية مستقلة ومتعددة السنوات للصحة العامة والرعاية الأولية والكشف المبكر والتوعية وتغيير السلوك والصحة المدرسية والمهنية والبيئات الصحية، مع تقليص الاعتماد على تبرعات المسؤولية الاجتماعية والجهود التطوعية. ويغامل الإنفاق الوقائي كأصل استثماري، ويربط التمويل والشراء بنتائج السكان والعدالة والكفاءة، وبأدلة الفاعلية وقابلية التنفيذ والعائد الصحي والاقتصادي.



4 إلزام المنظومة بالتقييم المالي الشفاف لمكاسب العمر الزمني

إصدار تقارير كفاءة مالية دورية تكشف الإنفاق التراكمي على مضاعفات الأمراض غير المعدية، وتربط مكاسب العمر خلال العقد الماضي بتقييم اقتصادي يميز بين كلفة التعايش مع المرض والإعاقة وكلفة الوقاية منهما. وتشمل التقارير التكاليف الطبية المباشرة، وخسائر الإنتاجية، والرعاية طويلة الأجل، والمشاركة في سوق العمل، مع الإفصاح عن الافتراضات والمنهجيات وتجنب استنتاج السببية دون دليل.



5 حوكمة الابتكار وتوجيهه نحو الصحة الحكيمة الشاملة والعادلة

إنشاء مسار وطني سريع ومنضبط لتقييم التقنيات الصحية والأدوية والحلول الرقمية قبل التمويل وبعده، وربط الأسعار والتغطية والشراء بالنتائج الواقعية والقيمة المضافة، وإعادة تقييم التدخلات منخفضة القيمة. ويشمل ذلك إدماج الصحة النفسية والقدرة الوظيفية وفجوة العلاج في قياس HALE ومسارات الرعاية الأولية والوقاية، لضمان أن يترجم الابتكار إلى سنوات حياة صحية لا إلى توسع غير متضبط في الإنفاق.





ملتقى أسبار
Asbar Council
(نادي تفكير)

من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، هل نعيش أطول أم نعيش أفضل؟

الخاتمة

أثبتت المملكة قدرتها على تحقيق تقدم سريع وملاموس في متوسط العمر المتوقع ضمن مسيرة التحول. غير أن أثر هذا التقدم يكتمل عندما تتحول السنوات الإضافية إلى سنوات بصفة أفضل، وقدرة أعلى، واستقلالية أطول، ومشاركة اجتماعية واقتصادية أوسع. وهذا هو جوهر الانتقال من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، ومن قياس البقاء إلى قياس حياة تُعاش بجودة وكرامة وإنتاجية. إن العمر الصحي ليس نتيجة ينتجها القطاع الصحي منفرداً، بل حصيلة السياسات العامة مجتمعة. ومن ثم فإن القيادة السعودية مدعوة إلى تثبيت هذا المؤشر كغاية وطنية مشتركة، ووضع حوكمة واضحة له، وتوجيه الموارد نحو الوقاية والقيمة، وبناء قياس يجمع النتائج والعدالة والكفاءة والأثر الاقتصادي. بذلك يصبح مستهدف العمر المتوقع جزءاً من منظومة أوسع تترجم رؤية السعودية 2030 إلى حياة عامرة وصحية، واقتصاد أكثر إنتاجية، ووطن أكثر كفاءة ومساءلة.



التعقيبات:

• التعقيب الأول: د. صالح الأنصاري

نقاط القوة والتكامل الاستراتيجي في الورقة

- تأصيل الحوكمة السيادية، حيث صاغت الورقة نموذج حوكمة متين يمنح وزارة الصحة دور "الرقيب السيادي" والمقيم لأداء القطاعات الأخرى (كالبلديات، التجارة، والتعليم)، مما ينهي معضلة تشتت المسؤولية.

- الشفافية المالية والاقتصادية، حيث أُدرجت لغة الأرقام الصريحة حول كلفة الأمراض المزمنة (مثل بلوغ انتشار السكري 23.1%) وخسائر الإنتاجية التي قُدرت بـ 75.7 مليار دولار)، كما منحت التوصيات وزناً ثقيلاً أمام صناع القرار المالي.

- استدامة التمويل الوقائي، حيث دعت الورقة إلى الانتقال بالإنفاق الوقائي والتوعوي ليكون "أصلاً استثمارياً حكومياً مستداماً" بدلاً من الدرهان للمبادرات التطوعية أو تبرعات المسؤولية الاجتماعية، وهذا يعالج الخلل التاريخي في طغيان الجانب العلاجي على حساب العمل الوقائي المعني بالدرجة الأولى بإطالة العمر الصحي وتعزيز الرؤية التعزيزية للصحة في المراحل القادمة.

توصيات لتفعيل أدوات التطبيق لضمان نجاح هذا التحول

1. تطوير مؤشرات المساءلة التنفيذية، حيث يتطلب تفعيل دور وزارة الصحة كرقيب سيادي صياغة أدوات إلزامية فورية ومؤشرات أداء (KPIs) واضحة ترفع للجهات العليا لتقويم أداء أي قطاع يتراخى في تعديل محركات/محددات العمر الصحي البيئية والسلوكية التابعة له.

2. التحول نحو النمط المعيشي الميداني، وهذا يتطلب مؤسسة ميزانيات الوقاية يجب أن تترجم عملياً في الرعاية الأولية والمدارس وأماكن العمل عبر حلول جذرية تهدف إلى خفض مقاومة الإنسولين، وتعزيز النشاط البدني، ومكافحة السمنة بتدخلات سلوكية مباشرة وليس مجرد توعية نظرية.



• التعقيب الثاني: د. عبدالرحمن القحطاني

أولاً: العمر الصحي غاية وطنية حكمة

يقترح هذا التعقيب التعامل مع إطالة العمر الصحي (HEALTHY LIFE EXPECTANCY, HALE) بوصفه غاية وطنية حكمة (OVERARCHING NATIONAL OUTCOME) لتعزيز الصحة، وليست مبادرة مستقلة أو برنامجاً إضافياً. فالمطلوب ليس إنشاء مسار مواز، بل استخدام منظور العمر الصحي في مراجعة وتطوير السياسات، والأنظمة، واللوائح، والخدمات، والبرامج، والتشريعات التي تمس صحة السكان.

ويستدعي ذلك اعتماد سؤال جوهري عند تصميم أو مراجعة القرارات والسياسات ذات الأثر السكاني: ما أثر هذا القرار على إطالة العمر الصحي وليس مجرد إطالة العمر؟

ثانياً: المملكة لا تبدأ من الصفر

تمتلك المملكة سياسات وأدوات تنظيمية وبرامج وخدمات ذات صلة جوهرية بإطالة العمر الصحي. من أبرزها برامج التحول الصحي والرعاية الأولية التي يفترض أن تكون قائمة على مفهوم الصحة الحكيمة (VALUE-BASED HEALTH CARE)، كما تشمل أنظمة الغذاء، والضرائب الانتقائية، ومكافحة التبغ. وكذلك خدمات الصحة المدرسية، وبرامج تعزيز النشاط البدني، وجودة الحياة، إضافة إلى الصحة النفسية، والسلامة المرورية، والخدمات التأهيلية. كما يشمل ذلك التحول النوعي في الصحة الرقمية.

لكن وجود سياسة أو برنامج لا يكفي في حد ذاته لإثبات تحقق أثر سكاني أو تحسن في العمر الصحي. والأولوية حالياً ليست في زيادة عدد المبادرات، بل تقييم ما هو قائم بطريقة منهجية وشفافة ومستقلة، فهل السياسات والأدوات التنظيمية والتدخلات الحالية، كافية؟ وهل تنفذ بفعالية عالية، وتحقق أهدافها على أرض الواقع وفق تصميمها؟ وهل تضمن الوصول للفئات المستهدفة؟ وهل هناك اتساق (COHERENCE) بينها وتكامل؟

ومن خلال ذلك يمكن التمييز بين الفجوات المحتملة سواء على مستوى السياسات أو التدخلات نفسها، أو في تصميمها وتنفيذها، أو إنفاذها. كما تشمل الفجوات المحتملة التغطية والإنصاف، وقياس الأثر، والاتساق بين السياسات.



ثالثاً: المرصد الوطني لإطالة العمر الصحي

يكمُن أحد أهم التحديات في المملكة تجاه إطالة العمر الصحي عدم وجود آلية ومنهجية واضحة ومنشورة في حساب العمر الصحي ورصد معطياته، ولازالت الأبحاث المعنية بذلك نادرة على مستوى المملكة.

ويوصي هذا التعقيب بإنشاء مركز وطني لإطالة العمر الصحي (NATIONAL HEALTHY LIFESPAN OBSERVATORY)، بوصفه وظيفة وطنية للرصد والتحليل وتقييم الأداء والتعلم السياساتي (POLICY LEARNING)، وترجمة الأدلة إلى قرارات وسياسات بالتنسيق مع القطاعات المعنية. ويوصى بأن يرتبط بهيئة الصحة العامة (وقاية). ويمكن الاستثمار في المرصد الصحي السكاني التابع لوزارة الصحة وتطويره ليصبح مركزاً وطنياً لإطالة العمر الصحي.

رابعاً: اتساق الاقتصاد والصحة

الصحة ليست منافساً للتنمية الاقتصادية، بل شرط من شروط استدامتها. فالسكان الأصحاء أكثر قدرة على التعلم والعمل والإنتاج والمشاركة، كما أن خفض الوفيات المبكرة (بقدره الله) والمرض والعجز يمكن أن يدعم رأس المال البشري، ويقلل الإنفاق العلاجي والخسائر والإنتاجية. [22] لكن هذا الاتساق لا يتحقق تلقائياً. لذلك، يقترح التعقيب اعتماد مراجعة منهجية لاتساق السياسات مع هدف إطالة العمر الصحي (HEALTHY LIFESPAN POLICY COHERENCE REVIEW)، قبل إقرار القرارات والسياسات ذات الأثر السكاني المحتمل، وبخاصة القرارات التنظيمية أو الاقتصادية أو الاستثمارية أو الضريبية.

ويقصد بذلك ألا يُنظر إلى الجدوى الاقتصادية أو الإيرادات أو نمو السوق بمعزل عن الآثار الصحية والاجتماعية طويلة المدى، والقبول المجتمعي (ACCEPTABILITY)، والاعتبارات الأخلاقية (ETHICAL CONSIDERATIONS). ولا سيما على الأطفال والشباب والفئات الأكثر هشاشة. وينسجم ذلك مع مفهوم اتساق السياسات لدى منظمة الصحة العالمية القائم على تعزيز السياسات المتكاملة بين الجهات الحكومية، ومع نهج الصحة في جميع السياسات (HIAP)، وكذلك خارطة تنفيذ الوقاية من الأمراض المزمنة غير السارية (NCD-GAP) والمتضمنة تحقيق الاتساق والتكامل، وتقليل الآثار السلبية غير المقصودة. [24,23]



ويمكن أن يشكل إنتاج وترويج أكياس النيكوتين (NICOTINE POUCHES) مثالاً عملياً لهذه المراجعة. والمقصود ليس إصدار حكم مسبق على تلك المنتجات، بل فحص الادعاءات الصحية المصاحبة لها ومدى اتساقها مع الأدلة الصحية، وكذلك دراسة أثرها على الإدمان واتساعه في المملكة خصوصاً بين فئة الأطفال والمراهقين من كلا الجنسين، وما قد ينجم عن ذلك من آثار قد تهدد العمر الصحي في المملكة.

خامساً: تبني نهج مسار الحياة

تستلزم إطالة العمر الصحي تبني نهج مسار الحياة (LIFE-COURSE APPROACH)، فالصحة والقدرة الوظيفية في مراحل العمر اللاحقة لا تبدأ عند ظهور المرض أو عند التقدم في السن، بل تتأثراً تراكمياً من مرحلة الحمل والأمومة والطفولة والمراهقة، وتتأثر بالانتقالات اللاحقة إلى التعليم والعمل وتكوين الأسرة والشيخوخة، والبيئة المحيطة بمستوياتها المتعددة. لذلك ينبغي أن تُصمم السياسات والخدمات والتواصل الصحي وفق احتياجات ومخاطر وفرص كل مرحلة عمرية، مع ضمان الاستمرارية والإنصاف بين المراحل. [25]

وتؤكد منظمة الصحة العالمية أن هذا النهج يربط البداية الصحية في الحياة بصحة أفضل في منتصف العمر والشيخوخة، ويعتمد على التدخل المبكر والعمل عبر القطاعات والبيئات، لا على انتظار ظهور المرض. [26]

سادساً: من التوعية إلى صناعة الأثر.. بناء منظومة وطنية للتواصل الصحي وتغيير السلوك

إطالة العمر الصحي لا يتحقق داخل المؤسسات الصحية فقط؛ بل يبدأ في الحياة اليومية للأشخاص الأصحاء أو المعرضين مبكراً لعوامل الخطر. وهؤلاء لا يحتاجون غالباً إلى دواء أو مراجعات علاجية متكررة للمراكز الصحية، بل يحتاجون إلى بيئات وتمكين وتواصل صحي فعال يساعدهم على اتخاذ السلوك الوقائي والمحافظة عليه.

وتؤكد منظمة الصحة العالمية أن تغيير السلوك الصحي لا يعتمد على المعرفة فقط، بل على تفاعل الدوافع الفردية مع البيئة الاجتماعية والسياسات والخدمات والقدرة العملية على اتخاذ السلوك الصحي. وقد دعت جمعية الصحة العالمية إلى دمج العلوم السلوكية وبناء قدراتها المؤسسية في الصحة العامة. [27،28]

ومن ثم، ينبغي التحول من التوعية التقليدية القائمة على نشر المعلومات، ومجرد قياس حجم الانتشار، إلى منظومة وطنية للتواصل الصحي وتغيير السلوك (NATIONAL HEALTH COMMUNICATION AND BEHAVIOR CHANGE SYSTEM)، قائمة على الأدلة (EVIDENCE-INFORMED)، ومصممة وفق نظريات تغيير السلوك (BEHAVIOR CHANGE THEORIES)، ومرتبطة بسياسات وخدمات وبيئات تمكّن الناس من الفعل. على أن تعمل وفق نموذج موحد، مع ترك مساحة للتكيف بحسب القطاعات والمنطقة والفئة والسلوك المستهدف.



وتمثل الثقافة الصحية (HEALTH LITERACY) مكوناً أساسياً في هذا التحول، فهي لا تقتصر على مهارات الفرد في فهم المعلومات، بل تشمل كذلك قدرة المؤسسات على إتاحة معلومات وخدمات قابلة للوصول والفهم والاستخدام، وتصميم التدخلات وفق احتياجات وسياق المجتمع وتعزيز قدرته على اتخاذ القرارات الصحية. [9]

سابعاً: صناعة التأييد وبناء القدرات وطنياً

يتطلب مفهوم إطالة العمر الصحي إلى صناعة تأييد (ADVOCACY BUILDING) منظمة لدى القيادات الصحية والاقتصادية والاجتماعية، فهو مفهوم عابر للبرامج والقطاعات، ونظراً لكونه من المفاهيم الحديثة نسبياً فقد لا يكون حاضراً بعد بالقدر ذاته في لغة القرار والتخطيط. ويمكن القيام بذلك من خلال برنامج وطني لصناعة التأييد لإطالة العمر الصحي على مستوى القيادات بفئاتهم المتعددة، وعلى مستوى المناطق والقطاعات والعاملين في ذلك المجال داخل وخارج المنظومة الصحية. كما أن حداثة هذا المفهوم تستدعي تبني برامج لبناء القدرات والتدريب المتخصص لدى القطاعات والمناطق والعاملين داخل المنظومة الصحية وخارجها، يصمم وفق احتياجات كل فئة ودورها في تحقيق نتائج العمر الصحي.

ثامناً: القيم الإسلامية كأصل وطني مؤسسي

تمثل القيم والتعاليم الإسلامية أصلاً وطنياً (NATIONAL ASSET) مهماً لتعزيز الصحة، ولم تُستثمر بعد بالقدر الذي يوازي تأثيرها على تحفيز السلوك الصحي، والتوازن الصحي والنفسي، وتعزيز الروابط الاجتماعية، والحفاظ على البيئة، ودعم المسؤولية الفردية والأسرية والمجتمعية. ولا ينبغي التعامل مع هذا البعد باعتباره مجرد وعظ أو حملات موسمية متفرقة؛ بل بوصفه جزءاً مؤسسياً من تصميم مبادرات متوافقة ثقافياً ودينيًا (-CULTURALLY AND FAITH- RESPONSIVE INITIATIVES). ويشمل ذلك تصميم التدخلات بالشراكة مع الجهات الدينية والمجتمعية، وربطها بخدمات وسياسات وبيئات داعمة، وقياس قبولها وأثرها السلوكي. ويتسق هذا التوجه مع إعلان عمّان لتعزيز الصحة من خلال أنماط الحياة الإسلامية (AMMAN DECLARATION ON HEALTH PROMOTION THROUGH ISLAMIC LIFESTYLES) الصادر عن المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط (WHO/EMRO)، والذي يوصي باستثمار التعاليم الإسلامية المرتبطة بالصحة لتعزيز أنماط الحياة الصحية. [30]

ويمكن توظيف هذه الأصول في برامج الوقاية من التبغ والنيكوتين والإدمان، والتوازن الغذائي، والنشاط البدني، والصحة النفسية، والترابط الاجتماعي، والسلامة، والالتزام العلاجي، وصحة الأسرة، وغيرها. غير أن هذه المبادرات يجب أن تكون مكاملة للتشريعات والخدمات والبيئات الداعمة، لا بديلاً عنها، وأن تطبق بطرق مبتكرة وجاذبة للفئات المستهدفة وفق منهجية تضمن قياسها وتقييمها.



المدخلات حول القضية

• **العمر الصحي بوصفه هدفًا للتحويل الصحي: من زيادة سنوات الحياة إلى تحسين جودتها**

لا يمثل التقدم الصحي في زيادة سنوات الحياة فحسب، بل في ضمان أن تُعاش هذه السنوات بصحة جيدة واستقلالية ووظيفة ورفاه. فقد يطول العمر مع استمرار المرض أو العجز أو التدهور الجسدي والنفسي، كما قد تؤثر ظروف مثل الإجهاد المزمن والفقر والعزلة الاجتماعية الشديدة في الصحة وترتبط بتسارع بعض مظاهر الشيخوخة الخلوية. ومن ثم، يصبح تحسين نوعية سنوات الحياة هدفًا مكملًا لإطالة العمر الزمني.

وفي هذا السياق، تكتسب العلاقة بين الصحة والرفاه أهمية أساسية؛ فوفقًا للإطار العالمي لمنظمة الصحة العالمية بشأن الرفاه (WHO'S GLOBAL FRAMEWORK ON WELLBEING)، يُنظر إلى الرفاه بوصفه حالة متعددة الأبعاد تمكّن الأفراد والمجتمعات من الازدهار وتحقيق إمكاناتهم والتكيف مع ضغوط الحياة الطبيعية.

ويمثل الترابط الاجتماعي أحد مكونات الرفاه والعوامل الداعمة للعمر الصحي؛ فالروابط الاجتماعية القوية تساعد في الحد من آثار الإجهاد على الصحة الجسدية والنفسية، وقد ترتبط بانخفاض الالتهاب وإبطاء بعض مظاهر الشيخوخة الخلوية، بما قد يخفف مخاطر أمراض القلب والسكتة الدماغية والسكري. وفي المقابل، ترتبط العزلة الاجتماعية المزمنة باستجابات فسيولوجية ضارة للإجهاد، وزيادة مخاطر الاكتئاب وتسارع التدهور المعرفي.

ويرتبط هذا التوجه برؤية المملكة 2030 في تحسين الصحة والرفاه، كما يمكن لتحسين العمر الصحي أن يحقق وفورات في التكاليف الطبية المباشرة وتكاليف فقدان الإنتاجية غير المباشرة. وعالميًا، تشير الأبحاث إلى أن توسيع التدخلات الصحية المثبتة الفعالية وإبطاء الشيخوخة البيولوجية قد يساهم في إضافة نحو 12.5 تريليون دولار سنويًا إلى الناتج المحلي الإجمالي العالمي بحلول عام 2050، بما يعادل نحو 7% من الناتج الاقتصادي العالمي.



ويرتبط هذا الأثر الاقتصادي بثلاثة مسارات رئيسية. يتمثل الأول في عائد طول العمر (LONGEVITY DIVIDEND)، حيث تتيح إطالة سنوات الصحة والنشاط للفئات الأكبر سنًا مواصلة العمل أو ريادة الأعمال أو تقديم الاستشارات. ووفقًا لدراسة نُشرت في الولايات المتحدة الأمريكية، من المتوقع أن تسهم الفئة العمرية فوق الخمسين عامًا في 39% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي، بما يعادل 118 تريليون دولار، بحلول عام 2050.

ويتمثل الثاني في العائد على الاستثمار في الرعاية الصحية الوقائية؛ إذ تُنفق تريليونات الدولارات على إدارة الأمراض المزمنة في مراحلها المتأخرة، بينما يمكن لتوجيه موارد أكبر نحو التشخيص المبكر والوقاية أن يحقق عائداً عالمياً يقدر بنحو 1:4.

أما الثالث فيتعلق بإنتاجية القوى العاملة؛ إذ ترتبط كل سنة إضافية في متوسط العمر الصحي المتوقع بزيادة الناتج المحلي الإجمالي الأساسي للدولة بنسبة تتراوح بين 0.7% و4%، نتيجة انخفاض الغياب عن العمل، وتحسن الوظائف الإدراكية، وانخفاض سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة (DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS).

ويتطلب تعزيز العمر الصحي اعتماد منظور مسار الحياة (LIFE-COURSE APPROACH)، بحيث يُنظر إلى الصحة باعتبارها نتيجة تراكمية تتشكل عبر مراحل العمر، مع تأثير كل مرحلة في المراحل اللاحقة. وتبرز المراهقة بصورة خاصة؛ إذ تتشكل خلالها العديد من العادات والسلوكيات طويلة الأمد، في حين يرتبط جزء مهم من عبء الأمراض المزمنة غير السارية بعوامل يمكن الوقاية منها في مراحل مبكرة.

وتشير التقديرات إلى أن نحو 70% من حالات الوفاة المبكرة لدى البالغين ترتبط بصورة مباشرة بسلوكيات بدأت في مرحلة المراهقة، مما يبرز أهمية توجيه الاستثمارات الوقائية إلى هذه المرحلة للحد من تراكم عوامل الخطر عبر الحياة. ومن ثم، فإن العمر الصحي لا ينبغي أن يُعامل كهدف يبدأ في الشيخوخة، بل كنتيجة لمسار صحي واجتماعي يبدأ منذ المراحل المبكرة.



ويقتضي هذا التحول تطوير السردية الوطنية لنتنقل من التركيز على طول العمر إلى الصحة والوظيفة والاستقلالية والرفاه، مع التوجه نحو اقتصاد الرفاه (WELLBEING ECONOMY) الذي يوازن الناتج المحلي الإجمالي بمؤشرات وطنية للرفاه. كما تبرز أهمية اعتماد مؤشر وطني للفجوة بين متوسط العمر المتوقع ومتوسط العمر الصحي، وتعزيز الترابط الاجتماعي، وتطبيق منظور مسار الحياة في السياسات الصحية والاجتماعية، مع التركيز على مراحل الانتقال الحرجة، وفي مقدمتها المراهقة. ويعني ذلك أن النجاح لا يقاس بمجرد إضافة سنوات إلى الحياة، وإنما بزيادة السنوات التي تُعاش بصحة وجودة حياة واستقلالية ورفاه.





• التأصيل الشرعي لإطالة العمر الصحي ومفهوم الوقاية في الإسلام

تستند إطالة العمر الصحي، من منظور شرعي، إلى الجمع بين الإيمان بأن الآجال والأعمار مقدرة عند الله عز وجل، والأخذ بالأسباب المشروعة للمحافظة على الصحة والوقاية من الأمراض. فالصحة أمانة ومسؤولية، ويجمع التصور الإسلامي بين الأسباب الروحية، كالصلاة والدعاء والرقية والأذكار وحسن الخلق، والأسباب الطبية، كاستشارة المختصين وتناول الأدوية واتباع أنماط الحياة الصحية، تطبيقاً لقوله صلى الله عليه وسلم: «أَخْرِصْ عَلَى مَا يَنْفَعُكَ، وَاسْتَعِنْ بِاللَّهِ وَلَا تَعْجَزْ».

ولا يتعارض الأخذ بالأسباب الوقائية مع الإيمان بالقدر، بل هو من قدر الله؛ فعندما سئل النبي صلى الله عليه وسلم عن الأدوية والرقى، وهل ترد من قدر الله شيئاً، قال: «هي من قدر الله». ومن ثم، تمثل الوقاية الصحية أحد مجالات الأخذ بالأسباب التي تحفظ صحة الإنسان وقدرته على أداء أدواره الدينية والاجتماعية. ويرتبط ذلك بمبدأ حفظ الضروريات الخمس، وفي مقدمتها حفظ النفس والعقل، بما يجعل الوقاية ممتدة إلى الحد من أسباب المرض ومخاطره، وليس علاجه بعد وقوعه. وحث الإسلام على ممارسات يومية تسهم في المحافظة على الصحة والحد من مخاطر الأمراض، وفي مقدمتها الاعتدال في الطعام والشراب، قال تعالى: {وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا} (الأعراف، الآية: 31)، وقال النبي صلى الله عليه وسلم: «ما ملأ ابن آدم وعاء شراً من بطنه»، و«حسب ابن آدم أكلات يقمن صلبه». ويرتبط هذا الهدي بالوقاية من السممة والسكري وأمراض القلب وغيرها من الأمراض المرتبطة بالتغذية.

كما تحظى النظافة بمكانة واضحة؛ فقد فُرض الغسل والوضوء، وحث الإسلام على السواك وغسل اليدين قبل الطعام وبعده، بما يعزز الممارسات الوقائية. وأرست السنة النبوية مبدأ الوقاية من الأوبئة والحجر الصحي، حيث قال صلى الله عليه وسلم بشأن الطاعون: «إِذَا سَمِعْتُمْ بِهِ بِأَرْضٍ فَلَا تَقْدُمُوا عَلَيْهِ، وَإِذَا وَقَعَ بِأَرْضٍ وَأَنْتُمْ بِهَا فَلَا تَخْرُجُوا فِرَازًا مِنْهُ». ويضاف إلى ذلك تشجيع الممارسات التي تقوي الجسد، مثل الرمي والسباحة وركوب الخيل والمشي إلى المساجد، بما يدعم النشاط البدني وحيوية الجسم.

كما يمتد التصور الوقائي إلى الصحة النفسية والعقلية، ومن ذلك النهي عن الغضب، حيث قال صلى الله عليه وسلم: «لا تغضب»، بما يرتبط بضبط الانفعالات والمحافظة على التوازن النفسي. كما يسهم الرضا والتوكل على الله والإيمان بالقدر في تعزيز الطمأنينة والحد من التوتر، ويتكامل ذلك مع الصلاة والدعاء والذكر والرقية وحسن الخلق، مع الاستمرار في الأخذ بالأسباب الطبية عند الحاجة.



وتتضمن النصوص الشرعية أعمالاً صالحة يرتبط بها بسط الرزق وزيادة العمر أو بركته، ومن أبرزها صلة الرحم، فقد قال النبي صلى الله عليه وسلم: «مَنْ سَرَّهُ أَنْ يُبَسَّطَ لَهُ فِي رِزْقِهِ، وَأَنْ يُنْسَأَ لَهُ فِي أَثَرِهِ، فَلْيُصِلْ رَجِمَهُ». كما جاء: «لا يزيد في العمر إلا البر»، إلى جانب ما ورد في بر الوالدين وحسن الخلق وحسن الجوار وصلة الأرحام من معانٍ ترتبط ببركة العمر وعمران الديار.

وتتصل هذه الأعمال بالعمر الصحي من خلال ما يتيح العمر من فرص للنفع والعطاء والمحافظة على العلاقات الاجتماعية وأداء الأدوار الدينية والاجتماعية. وبذلك يتأسس المنظور الشرعي لإطالة العمر الصحي على التكامل بين الإيمان بالقدر، والأخذ بالأسباب الطبية والوقائية، وحفظ النفس والعقل، والعناية بالصحة النفسية والجسدية، والسلوكيات الصحية، والأعمال الصالحة المرتبطة ببركة العمر، بما يجعل المحافظة على الصحة مسؤولية فردية واجتماعية، ويجعل الوقاية نهجاً يتجاوز منع المرض إلى المحافظة على قدرة الإنسان وتوازنه واستقلاليته ونفعه لنفسه ومجتمعه.



• الوضع الراهن للتحويل الصحي في المملكة: من علاج المرض إلى إدارة صحة السكان

1) التحويل من قياس الخدمات إلى قياس النتائج الصحية

شهدت الرعاية الصحية في المملكة منذ إطلاق مسار التحويل الصحي قبل نحو تسع سنوات تحولات واسعة في جودة الخدمات وإتاحتها وآليات تقديمها. فقد تحقق تحسن ملحوظ في جودة الخدمات الصحية في مختلف مناطق المملكة، وتيسير الوصول إليها خلال أوقات أقصر، إلى جانب تحسن تجربة المرضى والسكان. كما ظهرت شواهد على تحسن الاستدامة المالية وكفاءة الإنفاق الصحي والحوكمة والمساءلة، وتطوير نماذج تقديم الرعاية الصحية.

ويتميز الانتشار الجغرافي للخدمات الصحية باتساع ملحوظ، وإن ظل متفاوتاً من الناحية الوظيفية؛ فقد أحصت بيانات هيئة الإحصاء مؤخرًا نحو 520 مستشفى و5,800 مركز رعاية أولية ومجمعًا طبيًا. وتتوافر خدمات الرعاية الأولية والمستشفيات العامة في معظم المحافظات، بينما تتركز الخدمات التخصصية والمرجعية الدقيقة في المدن الكبرى والعواصم الإدارية للمناطق. ومن ثم، لم تعد العدالة الصحية تقاس بعدد المنشآت وحده، وإنما بزمان الوصول إلى الخدمة، وتوافر التخصصات والكوادر، وساعات التشغيل، وسرعة الإحالة، واستمرارية الأدوية، وجودة النتائج الصحية. ولا تزال بعض المحافظات الطرفية تعتمد على الانتقال إلى مراكز المناطق للحصول على خدمات تخصصية، خاصة في الأورام والقلب والأعصاب والعناية الحرجة والتأهيل.

وفي إطار التحويل الصحي، أُنشئت 20 تجمعًا صحيًا تغطي مناطق المملكة، وسُجل أكثر من 20 مليون مستفيد في مراكز الرعاية الأولية، كما فُعلت 8 مسارات علاجية ذات أولوية. وحتى الوقت الراهن، اكتمل نقل أكثر من 130 ألف موظف في 10 تجمعات صحية، بما يعكس تقدمًا مهمًا في التحويل المؤسسي مع استمرار استكمال مراحل.

وبصورة عامة، أصبحت منظومة تقديم الرعاية الصحية أكثر شمولًا ورقمية وتكاملاً، وانتقلت تدريجيًا من نموذج يقوم على منشآت متفرقة إلى شبكات صحية تتولى مسؤولية تقديم الرعاية للسكان ضمن نطاقات محددة. إلا أن تقييم التحويل لا ينبغي أن يتوقف عند تحسن إتاحة الخدمات وكفاءة تقديمها، بل يمتد إلى أثره في صحة السكان على المدى الطويل. فالأدلة المتاحة تبدو أكثر وضوحًا في إثبات التحسن في مؤشرات إطالة العمر، بينما لا يزال تقييم التحسن في جودة سنوات الحياة أكثر محدودية، في ظل غياب نشر دوري ومفصل لمؤشرات العمر الصحي وجودة النتائج الصحية، بما يحد من القدرة على تحديد مدى انعكاس التحويل على سنوات الحياة التي يعيشها السكان بصحة واستقلالية وجودة حياة.



ملتقى أسبار
Asbar Council
(نادي تفكير)

من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، هل نعيش أطول أم نعيش أفضل؟



من علاج المرض إلى إدارة صحة السكان



مؤشرات النتائج الصحية .. رؤية أوسع لصحة أفضل

01 من السؤال التقليدي إلى سؤال النتائج



ولم يعد السؤال الرئيس الذي ينبغي أن تجيب عنه وزارة الصحة مقتصرًا على عدد المرضى الذين تمت معالجتهم أو الخدمات الصحية التي قُدمت، وإنما أصبح يرتبط بالنتائج الصحية المتحققة، ومن ذلك: كم حالة مرضية تم منع حدوثها؟ وكم وفاة مبكرة تم تجنبها؟ وكم سنة صحية أُضيفت إلى حياة السكان؟

02 من العلاج إلى الوقاية وإدارة المخاطر



ويمتد تقييم النتائج إلى قياس النجاح في خفض معدلات السمنة والسكري والتدخين والإصابات والمشكلات النفسية، إلى جانب فاعلية التعامل المبكر مع عوامل الخطورة منذ مراحل الطفولة. ويعكس ذلك انتقالاً من علاج المرض بعد حدوثه إلى إدارة صحة السكان وتعزيز الوقاية والتدخل المبكر.

03 الاستدامة والقياس طويل المدى



مركز الصحة الحكيمة

ويتطلب هذا التوجه ضمان استدامة البرامج الوقائية ووضع آليات لقياس أثرها على المدى البعيد، بما يتيح تقييم إسهامها في تحسين صحة السكان. كما يبرز دور مركز الصحة الحكيمة في ربط المبادرات الوقائية والصحية بمؤشرات واضحة تقيس العمر الصحي وجودة الحياة.

أهداف النتيجة الصحية



تحسين
جودة الحياة



زيادة
العمر الصحي



الوقاية من الأمراض
وعوامل الخطورة



مجتمع أكثر صحة
ونشاطاً





2) دور مركز الصحة الحكيمة في دعم التحول الصحي

يؤدي مركز الصحة الحكيمة دورًا محفّزًا ومُمكنًا للمنظومة الصحية للتحرك بصورة متكاملة نحو تحسين صحة السكان والرعاية الصحية، من خلال تطبيق ممارسات الصحة الحكيمة وتوجيه الاهتمام إلى النتائج الصحية القابلة للقياس والمتابعة.

وتشمل أبرز المهام تحديد المؤشرات التي ينبغي قياسها، وفي مقدمتها النتائج الصحية مثل متوسط العمر ومتوسط العمر الصحي، إلى جانب النتائج من منظور المستفيد، ومنها مقاييس النتائج الصحية التي يبلغ عنها المرضى (PROMS) ومقاييس الخبرة التي يبلغ عنها المرضى (PREMS). كما يعتمد المركز على إطار يتكون من عشرة ممكنات للمنظومة الصحية، يتم من خلاله قياس مستوى نضج هذه الممكنات بصورة دورية، وتحديد جوانب التطوير، ثم تقديم التوصيات لصناع القرار بشأن الإجراءات اللازمة لتسريع تطبيق ممارسات الصحة الحكيمة وتوسيع نطاقها.

ويمثل هذا الدور مسارًا داعمًا للانتقال إلى منظومة تركز على النتائج الصحية الفعلية، والعمر الصحي، وجودة الحياة، وتجربة المستفيد، وكفاءة استخدام الموارد بدلاً من الاكتفاء بقياس حجم النشاط والخدمات. وقد بدأ العمل بهذا الدور خلال العام الحالي، بما يدعم بناء نهج أكثر انتظامًا في قياس نضج ممارسات الصحة الحكيمة وتطويرها على مستوى المنظومة الصحية.

3) نموذج الرعاية الصحية السعودي ودوره في التحول نحو الرعاية المتكاملة والوقائية

يُعد نموذج الرعاية الصحية السعودي ركيزة أساسية في مسار التحول الصحي، إذ يستهدف تقديم خدمات رعاية متكاملة للمواطنين والمقيمين وفق مستويات مرتفعة من الجودة والكفاءة، وبما يتوافق مع مستهدفات رؤية السعودية 2030. ويرتكز النموذج على مفهوم الشمولية من خلال الوقاية من الأمراض والمحافظة على صحة الأفراد، والانتقال من النهج العلاجي إلى نهج وقائي يستهدف الحد من حدوث المرض وتعزيز الصحة.

وقد صُمم النموذج وطُبق في التجمعات الصحية العشرين بهدف تعزيز الصحة، وترسيخ مشاركة الفرد وأسرته في المحافظة على صحتهم، وإتاحة الوصول إلى مختلف مستويات الرعاية، وتحسين الاستجابة لاحتياجات السكان الصحية. كما يضع الإنسان في محور الرعاية بدلاً من المنشأة، من خلال خدمات ملائمة لاحتياجاته وبكفاءة وجودة وقيمة مرتفعة، مع الاستفادة من الأدوات الرقمية والافتراضية وتوسيع الخدمات المجتمعية وتعزيز دور مراكز الرعاية الصحية الأولية.



ويتيح النموذج مسارات متكاملة ومتراصة تتمحور حول الفرد وتُدار من خلال فريق طبي يمتد عبر مستويات الرعاية المختلفة، بما يدعم مسؤولية الفريق عن جودة الخدمة وكفاءتها ويضمن انتقال المريض بينها بصورة سلسة. ويعمل من خلال ستة أنظمة للرعاية المتكاملة تتفرع عنها عشرات المبادرات، تجمع بين الوقاية واستعادة الصحة بعد حدوث المرض. وتتمثل هذه الأنظمة في:

- الرعاية الوقائية: تركز على الوقاية وتعزيز الصحة وتمكين الأفراد من تبني أنماط حياة صحية ودعم المجتمعات لهم.
- الرعاية العاجلة: توفر الرعاية اللازمة في حالات الطوارئ بما يضمن الوصول إلى العلاج في الوقت والمكان المناسبين.
- الرعاية الاختيارية: تهدف إلى تحقيق نتائج جيدة للإجراءات الطبية المجدولة، مع توفير الرعاية المناسبة قبل العملية وبعدها.
- الولادة الآمنة: توفر دعماً مستمراً للأمهات من مرحلة ما قبل الزواج إلى الولادة ورعاية الأطفال بعدها.
- رعاية الأمراض المزمنة: تقدم رعاية مستمرة للمرضى وتدعم التنسيق بين مقدمي الرعاية لضمان جودة العلاج.
- الرعاية التلطيفية: تقدم رعاية داعمة للمرضى في مراحل الحياة النهائية، مع مراعاة احتياجاتهم واحتياجات أسرهم.



ويخضع نموذج الرعاية الصحية السعودي للمراجعة والتحديث بصورة متتابعة، بما يسمح بتطوير مكوناته ومساراته وفق الاحتياجات الصحية المتغيرة للسكان، ويدعم استمرار الانتقال نحو منظومة صحية أكثر تكاملاً ووقاية تتمحور حول الإنسان وجودة مخرجات الرعاية الصحية. وتشير التحولات المؤسسية والرقمية وتطوير نموذج الرعاية إلى انتقال مهم في بنية النظام الصحي، من التركيز على المنشأة والخدمة إلى التركيز بدرجة أكبر على السكان ومسارات الرعاية والنتائج. إلا أن اكتمال هذا الانتقال يتطلب توسيع القياس من مؤشرات الإتاحة والنشاط وكفاءة الإنفاق إلى مؤشرات تعكس صحة السكان والعمر الصحي وجودة الحياة والقدرة الوظيفية والاستقلالية. ومن ثم، فإن المرحلة المقبلة لا تتعلق فقط باستكمال إعادة تنظيم تقديم الخدمات، وإنما بقدرة المنظومة على إثبات أثر الوقاية والكشف المبكر وإدارة الأمراض المزمنة وتعزيز الصحة في حياة السكان. ويقتضي ذلك ربط نتائج التحول الصحي بمؤشرات سكانية طويلة المدى، بما يسمح بتحديد مدى الانتقال من علاج المرض إلى إدارة صحة السكان، ومن تحسين تقديم الرعاية إلى تحقيق تحسن مستدام في السنوات التي يعيشها السكان بصحة وجودة حياة أفضل.



• الصحة الحكيمة في المملكة العربية السعودية: من تقديم الخدمات إلى تحقيق النتائج

استُحدث مصطلح الصحة الحكيمة للتعبير عن توجه حديث في النظم الصحية يجمع بين الجودة والكفاءة، ويرتبط في الأدبيات الإنجليزية بمصطلحات مثل VALUE IN HEALTH وVALUE-BASED CARE. وبدأ استخدام هذا المفهوم قبل نحو عشرين عامًا على يد MICHAEL PORTER من جامعة هارفارد، حيث ارتبط في بدايته بالإجراءات والخدمات المقدمة داخل المستشفيات والعيادات، مثل استبدال الركية أو استئصال الزائدة الدودية، وانطلقت القيمة في هذا السياق من العلاقة بين النتائج الصحية المتحققة والتكلفة اللازمة لتحقيقها.

ومع تطور المفهوم، انتقل من التركيز على الإجراء العلاجي الفردي إلى الاهتمام بالنتائج الصحية على نطاق أوسع، وأصبح تطبيقه يختلف بين الدول والمناطق والقطاعات وفقًا للظروف الاجتماعية والاقتصادية، وتوزيع الميزانيات والموارد الصحية. ففي بعض التجارب، ومنها الاتحاد الأوروبي، ارتبط المفهوم بقيم مثل التضامن (SOLIDARITY)، في حين تبنت المملكة المتحدة توجهًا شموليًا يتجاوز حدود الخدمة العلاجية الفردية.

وفي المملكة، جرى عند تأسيس مركز الصحة الحكيمة تطوير مفهوم يتناسب مع السياق السعودي، مستندًا إلى مركات وطنية ودولية، من بينها ما يتضمنه نظام الحكم الأساسي بشأن الرعاية الصحية والصحة العامة، والتزام المملكة بنهج التغطية الصحية الشاملة (UNIVERSAL HEALTH COVERAGE) في إطار الأمم المتحدة، الذي تُقاس مستوياته من خلال مؤشرات منظمة الصحة العالمية. واتجه التعريف السعودي إلى تحقيق النتائج الصحية التي تهم المستفيد في ضوء الموارد المستخدمة والأثر الاقتصادي المترتب عليها، بما يعكس مفهوم «الصحة الحكيمة» بصورة أشمل من الترجمة الحرفية لمفهوم «القيمة». كما ارتبط هذا التوجه بأحد قرارات مجلس الوزراء المتعلق بمشاركة المملكة في تحالف الصحة الحكيمة التابع للمنتدى الاقتصادي العالمي.



ويقوم توجه الصحة الحكيمة على إعادة توجيه الاهتمام من حجم النشاط الصحي والخدمات المقدمة إلى النتائج الصحية التي تتحقق للمستفيدين والسكان. فلا يعكس عدد المستشفيات أو الزيارات أو العمليات أو المرضى، بمفرده، مقدار التحسن الفعلي في الصحة، وإنما تتطلب القيمة الصحية النظر إلى ما تحقق من نتائج في ضوء الموارد والتكاليف المستخدمة.

ويمتد هذا التوجه إلى أنظمة التمويل والحوافز، بحيث تصبح النتائج الصحية وصحة السكان محورًا للتخطيط والتطوير، مع تعزيز الوقاية، والحد من الهدر، وتحقيق عدالة أكبر في إتاحة الخدمات. كما لا تقتصر الصحة الحكيمة على الكفاءة الاقتصادية، وإنما تشمل عدالة الوصول إلى الرعاية الصحية المتقدمة لمختلف فئات المجتمع.

وفي هذا الإطار، تتجه الصحة الحكيمة إلى النظر إلى الرعاية باعتبارها مسارًا متكاملًا، لا مجموعة منفصلة من الخدمات والإجراءات، بما يعزز استمرارية الرعاية والتنسيق بين مختلف مقدميها، ويجعل الموارد والحوافز أكثر ارتباطًا بالنتائج الفعلية التي تهتم المستفيد.

كذلك فقد اتسع تطبيق الصحة الحكيمة من الإجراءات العلاجية الحادة (ACUTE CARE) إلى إصلاح النظم الصحية وربط النتائج بالموارد، وأصبح أكثر أهمية مع ارتفاع متوسط العمر، وانتشار الأمراض المزمنة وما يرتبط بها من تكاليف، وتسارع الابتكار في الأدوية والبحوث الجينية والفحوصات والتصوير الطبي.

وفي هذا السياق، تبرز الوقاية والتشخيص المبكر باعتبارهما من المجالات التي تتطلب توجيه الموارد نحو ما يحقق نتائج صحية فعلية، مع تجنب الإفراط في الفحص والعلاج من خلال الاستناد إلى الدليل العلمي وتقدير المخاطر. كما يتطلب الأمر النظر إلى النتائج بصورة تتجاوز المؤشرات السريرية لتشمل جودة الحياة والقدرة الوظيفية والاستقلالية.



ولا تمثل الصحة الحكيمة تدخلاً مباشراً لإطالة العمر الصحي، وإنما تمثل آلية للتمويل والحوكمة وتوجيه الموارد والحوافز نحو النتائج الصحية الفعلية، وتتكامل مع التدخلات الوقائية والعلاجية والاجتماعية المستندة إلى الأدلة (EVIDENCE-BASED INTERVENTIONS).

أيضاً تتضح أهمية الصحة الحكيمة بصورة خاصة في رعاية كبار السن؛ إذ لا يكفي التركيز على عدد الزيارات والخدمات المقدمة، بل تمتد الرعاية إلى تحسين الصحة وجودة الحياة والقدرة الوظيفية والاستقلالية. كما أن كبار السن يمثلون فئة غير متجانسة؛ فبينما يتمتع بعضهم بعطاء علمي ومهني واجتماعي، ونشاط بدني، ووعي صحي، وقدرة مالية، ووصول أفضل إلى الخدمات، يواجه آخرون انخفاضاً في التعليم أو الدخل، أو محدودية الدعم الأسري والحركة والوصول إلى الخدمات.

وتتطلب رعاية هذه الفئة تكاملاً بين مختلف مقدمي الرعاية؛ إذ قد يصعب تحديد الجهة التي تُنسب إليها النتيجة الصحية بصورة منفردة. فإذا تحسنت مؤشرات السكري أو ضغط الدم، فقد تكون النتيجة حصيلة عمل الطبيب أو الفريق الصحي أو المركز أو المنظومة الصحية بأكملها، ولا سيما في الحالات المعقدة التي تتعدد فيها الجهات المقدمة للرعاية.

ومن هنا ترتبط VALUE-BASED CARE بمسار رعاية متكامل واستمرارية الرعاية (CONTINUITY OF CARE) وافرقة متعددة التخصصات تشمل طب الأسرة والتمريض والتغذية والعلاج الطبيعي والصحة النفسية والخدمات الاجتماعية والرعاية المنزلية عند الحاجة. كما تشمل النتائج المستهدفة الصحة النفسية والاجتماعية، والنشاط البدني، والاستقلال الوظيفي، والمشاركة الاجتماعية، وجودة الحياة.

ويتطلب تطبيق الصحة الحكيمة توطين المفاهيم والنماذج بما يتناسب مع الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمجتمع السعودي، بدل نقل المؤشرات والتجارب الدولية بصورة مباشرة.

وتجدر الإشارة إلى أن التحول الصحي في المملكة يمثل مجالاً مهماً لتعزيز تطبيق الصحة الحكيمة، في ضوء استراتيجية التحول الصحي الشمولي وتشجيع إشراك مختلف القطاعات والتعامل مع محددات الصحة التي تتجاوز نطاق القطاع الصحي. كما توجد في المملكة لجنة وزارية للصحة في كل السياسات، بما يدعم إدماج الاعتبارات الصحية في القرارات القطاعية.



وبرز التركيز على الصحة الحكيمة القائمة على الجودة والكفاءة ضمن مجموعة العشرين خلال رئاسة المملكة للمجموعة عام 2020، حين أقر وزراء الصحة إنشاء GLOBAL INNOVATION HUB FOR IMPROVING VALUE IN HEALTH بولاية تمتد لخمس سنوات، بهدف تسريع التعلم وتبني وتقييم الأساليب المختلفة لتحسين القيمة في النظم الصحية. وبحلول نهاية عام 2025، تؤكد استمرار المركز بعد ولايته الأولى، بمشاركة 19 دولة من المجموعة وثلاث منظمات.

كما وصلت دول المجموعة إلى مراحل متفاوتة في الانتقال نحو الرعاية القائمة على القيمة، بدءًا من تطوير نماذج الرعاية والدفع المرتبط بالنتائج، وصولاً إلى توظيف البيانات الرقمية في إدارة الأمراض المزمنة. وأطلقت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية مسح PARIS، وظهرت نتائج دورته في 19 دولة، مع استمرار الفجوة بين قياس النشاط الصحي وقياس القيمة المتحققة من الخدمات والرعاية.

ومن ثم، يرتبط تعزيز الصحة الحكيمة في المملكة بقدرة التحول الصحي على توجيه الموارد والحوافز نحو النتائج السكانية، وربط أداء التجمعات الصحية بالنتائج القابلة للرصد، وتعزيز التكامل بين القطاعات والسياسات، بما يدعم الجودة والكفاءة والقيمة واستدامة التحول الصحي.





• قياس العمر الصحي في المملكة وبناء مؤشر وطني موحد

(1) أهمية قياس العمر الصحي

يمثل العمر الصحي (HEALTHY LIFE EXPECTANCY - HALE) أحد المؤشرات التي تساعد على الانتقال من النظر إلى طول الحياة فقط إلى النظر في السنوات التي يعيشها الإنسان في حالة صحية أفضل. ويختلف العمر الصحي عن العمر المتوقع، إذ يأخذ في الاعتبار السنوات التي يعيشها السكان في ظل حالات صحية غير كاملة نتيجة المرض أو الإصابة.

وتزداد أهمية هذا المؤشر في ظل التحولات الديموغرافية والصحية، وانتشار الأمراض المزمنة، وارتفاع متوسط العمر، إذ يوفر أساساً أوسع لفهم ما إذا كانت الزيادة في العمر المتوقع تقتزن بزيادة مماثلة في السنوات التي تُعاش بصحة واستقلالية وجودة حياة أفضل.

ويمثل تحديد متوسط العمر الصحي في المملكة تحدياً منهجياً؛ إذ لا يوجد حتى الآن، رقم وطني رسمي معتمد من وزارة الصحة أو أي قطاع صحي حكومي، محسوب وفق منهجية وطنية موحدة ومنشورة تتيح تتبعه سنوياً، رغم أهمية هذا المؤشر في توجيه السياسات الصحية وتقييم التدخلات.

وفي ظل ذلك، تتوافر تقديرات دولية؛ فقد بلغ متوسط العمر الصحي في المملكة نحو 65.6 سنة لعام 2021 وفق WHO GLOBAL HEALTH OBSERVATORY. كما أشار تقرير مؤسسة هيفولوشن «تمكين عمر صحي أطول للمملكة العربية السعودية» (2023) إلى نحو 64 سنة، مقارنة بعمر متوقع يبلغ 76 سنة وفق بيانات عام 2020، أي بفجوة تتجاوز عشر سنوات وفقاً للتقرير (HEVOLUTION FOUNDATION).

ولا تمثل هذه التقديرات قياساً وطنياً مباشراً يمكن التعامل معه باعتباره رقماً سعودياً موحداً، نظراً إلى اختلاف سنوات القياس والمصادر والمنهجيات المستخدمة في احتسابها.

(2) المنهجية اللازمة لبناء مؤشر وطني موحد

يعتمد احتساب HALE على نماذج عبء المرض، وأوزان العجز، وبيانات الوفيات ونتائج المسوح الصحية، ولذلك يمكن أن تتغير قيمته باختلاف الافتراضات والمنهجيات المستخدمة. ومن ثم، يتطلب بناء مؤشر وطني موحد وضع منهجية واضحة ومعلنة وقابلة للمراجعة، مع تحديد الجهة المسؤولة عن اعتماد الرقم الوطني النهائي، سواء وزارة الصحة أو الهيئة العامة للإحصاء أو هيئة الصحة العامة «وقاية».

كما ينبغي وضع آلية لإدارة المراجعات وفترات عدم اليقين والفروق التي قد تظهر بين التقديرات الوطنية والدولية، بما يضمن اتساق الرقم المنشور وإمكان تتبعه ومراجعته عبر الزمن.

ولا ينبغي استخدام HALE منفرداً للحكم على أداء النظام الصحي، وإنما ضمن حزمة مترابطة من المؤشرات تشمل الفجوة بين العمر المتوقع والعمر الصحي، والوفيات المبكرة، والعجز، والصحة النفسية، والقدرة الوظيفية، والاستقلالية، وتجربة المستفيد.



كما يتطلب بناء منظومة وطنية للعمر الصحي توحيد أسس جمع البيانات واحتساب المؤشر ونشره، بما يسمح بتبعه بصورة دورية، وتحليل الفجوة بين العمر المتوقع والعمر الصحي، ورصد الاختلافات بين المناطق والفئات السكانية، وربط التغيرات بالتدخلات والسياسات ذات الصلة.

وتؤكد وزارة الصحة بلوغ متوسط العمر المتوقع 78.8 سنة في عام 2024، بينما تعرض منظمة الصحة العالمية عمراً صحياً متوقعاً قدره 65.6 سنة لعام 2021؛ ولا ينبغي مقارنة الرقمين بصورة مباشرة لاختلاف السنة والمصدر والمنهج. ولذلك، ينبغي أن يستند المؤشر الوطني إلى بيانات متزامنة ومنهجية موحدة، وأن تُنشر نتائجه مصحوبة بفترات عدم اليقين، وتفاصيل المنهج المستخدم، والتوزيع بحسب الجنس والمنطقة والدخل.

(3) العمر الصحي كأداة للتخطيط وتقييم التحول الصحي

يوفر المؤشر الوطني الموحد للعمر الصحي أساساً لتقييم أثر التحول الصحي، وتوجيه الموارد، ومراجعة الأولويات، وقياس الانتقال من إطالة العمر الزمني إلى زيادة السنوات التي تُعاش بصحة واستقلالية وجودة حياة أفضل. كما يتيح ربط التغيرات في العمر الصحي بالتدخلات الصحية والاجتماعية وتقييم أثرها.

ولا تقتصر أهمية المؤشر على إنتاج قيمة وطنية كلية، وإنما تمتد إلى تحديد الفروق بين المناطق والفئات السكانية وربطها بالسياسات والتدخلات ذات الصلة. كما تكتسب القيمة الصحية من منظور المستفيد أهمية في تفسير النتائج، سواء تعلق الأمر بالأفراد أو الأسر أو المجتمعات أو السكان، مع مراعاة القيم والاعتقادات والثقافة الصحية في السياق السعودي.

وعلى المستوى الوطني، ينبغي أن تتجاوز قراءة العمر الصحي المؤشرات السريرية والكفاءة الاقتصادية إلى أبعاد الكرامة والاستقلال والرفاه والسعادة، بحيث يصبح المؤشر أداة لفهم مدى نجاح المنظومة الصحية والاجتماعية في زيادة السنوات التي يعيشها الإنسان بصحة واستقلالية وجودة حياة أفضل.



• المحددات الاجتماعية والسلوكية للعمر الصحي وجودة الحياة

لا يرتبط العمر الصحي وجودة الحياة بالجوانب الفسيولوجية والوراثية وحدها، وإنما يتأثران بمجموعة من المحددات الاجتماعية والسلوكية والبيئية التي تشكل ظروف حياة الأفراد وأنماط معيشتهم. وتبرز الصحة النفسية بصفة خاصة بوصفها مجالاً تتضح فيه أهمية هذه المحددات؛ إذ تتأثر الاضطرابات النفسية، ومنها القلق والاكتئاب ومختلف الاضطرابات النفسية، بالبيئة الاجتماعية وأنماط المعيشة، إلى جانب العوامل المرتبطة بالتحضر والحضرية، والفقر، والحروب، والتحوللات الاجتماعية الحادة، وضغوط العمل والحياة اليومية، وطبيعة العلاقات الاجتماعية.

(1) البيئة الاجتماعية والصحة النفسية وأثرهما في العمر الصحي

ذكرت منظمة الصحة العالمية، في إحصائية تعود إلى عام 2021، أن شخصاً واحداً من كل سبعة أشخاص في العالم يعاني من اضطراب نفسي، وهي نسبة تعكس اتساع نطاق هذه الظاهرة وعدم اقتصرها على المجتمعات الصناعية الغربية، بل امتدادها إلى مختلف المجتمعات. ولا تقتصر آثار الظروف الاجتماعية والبيئية الضاغطة على ظهور الاضطرابات النفسية، وإنما قد تمتد إلى نشوء حالات من الأنومي الجماعي المرتبطة باختلال المعايير الاجتماعية السائدة وتبديلها، وسيادة اللامعنى، وغياب اليقين بشأن المستقبل، بما قد يزيد من معاناة الأفراد ويؤثر في توازنهم النفسي والاجتماعي.

ويمكن في هذا السياق الاستناد إلى إسهام عالم الاجتماع "إميل دوركايم" في تفسير الانتحار وتصنيفه إلى أربعة أنماط، والتي ترتبط بدرجات التماسك الاجتماعي والوهن الاجتماعي، بما يبرز العلاقة بين البناء الاجتماعي والحالة النفسية والسلوك الفردي. ومن ثم، تتضح أهمية النظر إلى جودة الحياة الآمنة بوصفها أحد المقومات الداعمة للصحة النفسية والعقلية والعمر المديد والصحي، حتى مع وجود أمراض عضوية يمكن علاجها أو السيطرة عليها؛ فالحالة الصحية لا تتحدد بوجود المرض أو غيابه فقط، وإنما تتأثر أيضاً بمستوى الأمان والاستقرار، وطبيعة العلاقات الاجتماعية، والضغوط اليومية، والبيئة التي يعيش فيها الفرد.

(2) الأزمات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية وأثرها في جودة الحياة

تمثل جائحة كوفيد-19 مثالاً واضحاً على تداخل الأبعاد الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية؛ فقد أحدثت تداعيات واسعة على مستوى العالم، وارتبطت بزيادة الاضطرابات النفسية، حيث أشارت منظمة الصحة العالمية إلى ارتفاعها بنحو 26% مقارنة بما قبل الجائحة، فضلاً عن آلاف الضحايا الذين أودى الوباء بحياتهم. ويعكس ذلك أهمية جودة الحياة وخلوها من مصادر التوتر والأزمات المفتعلة، مثل الحروب والأزمات الاقتصادية، في الحد من الاضطرابات النفسية والعقلية وبعض الآثار الصحية المرتبطة بها.



ولا تقتصر المسؤولية عن هذه الجوانب على وزارات الصحة، وإنما تتطلب تكامل أدوار الجهات والقطاعات المرتبطة بجودة الحياة والبيئة الاجتماعية والاقتصادية والأمنية. فالكثير من الأزمات والمحن التي تهدد سلامة الإنسان ترتبط بعوامل من صنع البشر، سواء ارتبطت بدوافع سياسية كالحروب، أو بمصالح اقتصادية قد تأتي بعض آثارها على حساب رفاه الإنسان وسعادته وأمنه. وفي الوقت الذي يتقدم فيه الطب والدواء في علاج الأمراض المستعصية ومواجهة الأوبئة والحد من آثارها وضحاياها، تظل بعض الظروف والممارسات التي ينتجها الإنسان قادرة على إعاقه جودة الحياة والرفاه؛ ولذلك تبرز الحاجة إلى أن يترافق التقدم الطبي مع تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تشكل الإطار الذي تُمارس فيه الحياة الصحية.

(3) العلاقات الاجتماعية والمشاركة في العمل ودورهما في العمر الصحي

تُعد العلاقات الاجتماعية من المحددات المهمة للصحة العامة والعمر الصحي، وقد تناولت دراسات وتجارب متعددة هذا الارتباط. كما تناول المسلسل الوثائقي THE BLUE ZONES: HOW TO LIVE TO BE 100 عددًا من المناطق حول العالم التي يعيش فيها الأفراد حتى يبلغوا مئة عام أو أكثر، من خلال تحليل العوامل المرتبطة بطول العمر في كل منطقة، ثم عرض العوامل العامة المشتركة بينها في الحلقة الأخيرة. وكان من أبرزها وجود حياة اجتماعية غنية بالتفاعل وعلاقات اجتماعية قوية، وترابط الأسر بمختلف أعمارها، وحصول كبار السن على مساندة الشباب وعلاقات وثيقة مع الأبناء والأحفاد، وربما أبناء الأحفاد. ويتقاطع ذلك مع جانب ديني مهم في حياة المسلمين يتمثل في الإحسان إلى الوالدين وصلة الرحم. وإلى جانب العلاقات الاجتماعية، تناول الوثائقي عوامل أخرى ترتبط بطول العمر، من بينها نوعية الغذاء، والنشاط والحركة، والاستمرار في العمل والإنتاج ما دام الإنسان قادرًا على ذلك.

وترتبط هذه المحددات بصورة مباشرة بأوضاع المتقاعدين في المملكة العربية السعودية. حيث يحدث التقاعد غالبًا عند سن الستين، وهي مرحلة قد تظل فيها القدرة على النشاط والعطاء والإنتاج قائمة، ولا سيما مع التطور الصحي وارتفاع متوسط العمر المتوقع. وإذا بلغ متوسط العمر المتوقع للإنسان السعودي نحو 79 عامًا، فإن التقاعد عند الستين قد يعني قضاء ما يقارب 19 عامًا خارج سوق العمل، وهي مدة تمثل قرابة ربع العمر المتوقع. ولا تعني هذه السنوات بالضرورة انخفاض القدرة على المشاركة أو الإنتاج، إلا أن الخروج المبكر نسبيًا من الحياة المهنية قد يرتبط لدى بعض الحالات بتراجع الإحساس بالدور والإنجاز، خصوصًا مع انخفاض التفاعل الاجتماعي أو انشغال الأبناء بمتطلبات الحياة والعمل. وقد تنعكس هذه الظروف في صورة عزلة اجتماعية أو مشاعر نفسية سلبية لدى بعض كبار السن، بما يجعل مرحلة ما بعد التقاعد أحد المجالات المهمة عند تناول العمر الصحي، وليس مجرد مرحلة مرتبطة بالتوقف عن العمل.



4) العمر الصحي وسياسات التقاعد واستمرار المشاركة

تكتسب العلاقة بين العمل والتقاعد والعمر الصحي أهمية إضافية عند النظر إلى بعض المقارنات الدولية بين متوسط العمر الصحي (HALE) وسن التقاعد. فوفق الإحصاءات المشار إليها لعام 2025، يبلغ متوسط العمر الصحي في اليابان نحو 73.4 سنة مقابل سن تقاعد يبلغ 65 سنة، أي بفارق نحو 8.4 سنوات. وفي آيسلندا يبلغ HALE نحو 71.4 سنة مقابل سن تقاعد يبلغ 67 سنة، أي نحو 4.4 سنوات، وفي النرويج نحو 71.2 سنة مقابل 67 سنة، أي نحو 4.2 سنوات. وفي السويد يبلغ نحو 71.1 سنة مقابل 66 سنة، أي نحو 5.1 سنوات، وفي أستراليا نحو 70.6 سنة مقابل 67 سنة، أي نحو 3.6 سنوات، وفي ألمانيا نحو 68.9 سنة مقابل 66.2 سنة، أي نحو 2.7 سنة. أما الولايات المتحدة، فيبلغ HALE المذكور نحو 63.9 سنة مقابل سن تقاعد يبلغ 66.7 سنة، بما يجعل العلاقة بين المؤشرين مختلفة عن الحالات السابقة.

ولا تعني هذه الفروق أن الفرد يتقاعد ثم يظل بالضرورة في حالة صحية جيدة طوال الفترة الفاصلة بين سن التقاعد ومتوسط العمر الصحي؛ فـ HALE يمثل متوسطًا سكانيًا تقديريًا للعمر المتوقع الذي يُقضى في حالة صحية جيدة، في حين يرتبط سن التقاعد بأنظمة المعاشات وقواعد الاستحقاق وسياسات سوق العمل، كما قد يختلف السن الفعلي للخروج من العمل عن السن النظامي. ومن ثم، تُستخدم المقارنة لفهم العلاقة العامة بين سياسات العمل والتقاعد ومسار العمر الصحي، وليس باعتبار الفروق سنوات مضمونة من الصحة بعد التقاعد.

وتتجه دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية OECD في عدد من الحالات إلى ربط سن التقاعد بالتغيرات في متوسط العمر المتوقع، بما يعكس إعادة النظر في مدة الحياة المهنية مع ارتفاع العمر المتوقع وتحسن الأوضاع الصحية للسكان. وتشير البيانات المشار إليها إلى أن سن التقاعد الطبيعي المستقبلي قد يصل في بعض الدول إلى 70 سنة أو أكثر، كما في إيطاليا والسويد، بينما يصل في الدنمارك إلى 70 سنة بعد تعديل بعض الأنظمة ذات الصلة. ويبرز ذلك أهمية دراسة مدى ملائمة سياسات التقاعد للتحويلات الديموغرافية والصحية، بحيث لا يُنظر إلى التقاعد باعتباره نهاية تلقائية للمشاركة الاقتصادية والاجتماعية، وإنما مرحلة يمكن تنظيمها بصورة أكثر مرونة وفق القدرة الصحية والرغبة في الاستمرار وطبيعة المهنة.

ويمكن أن يشمل هذا التوجه خيارات مثل التقاعد التدريجي، والعمل بدوام جزئي، وإعادة توزيع المهام، والاستمرار في العمل التطوعي أو المهني بعد التقاعد، مع مراعاة طبيعة المهنة والقدرة الصحية. ومن شأن هذه الخيارات الحفاظ على الإحساس بالدور والإنجاز، وتعزيز التفاعل الاجتماعي، والاستفادة من الخبرات المتراكمة لدى كبار السن، بما يساعد على جعل سنوات العمر الإضافية أكثر صحة واستقلالية ومشاركة في الحياة الاجتماعية.



5) السلوكيات اليومية والتوعية والسياسات الصحية

تمثل السلوكيات اليومية أحد المحددات المباشرة للعمر الصحي، ولذلك تبرز أهمية التوعية وتوجيه السياسات في التأثير فيها ومتابعة تغييرها بمرور الوقت. ويشمل ذلك رصد مستوى النشاط البدني ومعدلات الخمول، ونمط النوم الصحي ومؤشرات السهر، وعدد الوجبات ومدخول النشويات، واستهلاك المشروبات الغازية والمحلة، وممارسات الصيام المتقطع، وتغير معدلات التدخين بمختلف أنواعه، والتواصل الاجتماعي الإيجابي، ومدة تصفح الشاشات واستخدامها، إلى جانب غيرها من السلوكيات المرتبطة بأنماط الحياة المعاصرة. وتبرز كذلك تحديات سلوكية متجددة لدى الأجيال الحالية، وفي مقدمتها استخدام منتجات التبغ بمختلف أشكالها، بما في ذلك الشيشة والمعسل والسجائر الإلكترونية، وغيرها من السلوكيات التي لم تكن بهذا المستوى من الحضور والانتشار لدى الأجيال السابقة. وتمثل هذه السلوكيات تحديات صحية للجيل الحالي وللأجيال القادمة، وبخاصة «جيل الرؤية»، الأمر الذي يجعل قياس اتجاهاتها بصورة دورية ومتابعة استجاباتها للتوعية والتدخلات والسياسات الصحية جزءاً مهماً من تقييم الجهود الرامية إلى بناء أجيال أكثر صحة وتحسين جودة الحياة.

ومن هذا المنظور، يصبح من المهم توسيع القياس من مؤشرات الخدمات الصحية، التي تعكس إنجازات مهمة وغير مسبوقة على مستوى الإقليم، إلى مؤشرات ترتبط بمحددات الصحة (HEALTH DETERMINANTS) وأنماط السلوك اليومية. فالعمر الصحي وجودة الحياة لا يتحددان بما تقدمه المنظومة الصحية من خدمات فقط، وإنما يتأثران أيضاً بالمحددات الاجتماعية والسلوكية والبيئية. ويساعد رصد هذه المحددات وقياس تغييرها عبر الزمن وربطها بالتوعية وتوجيه السياسات في بناء صورة أكثر شمولاً عن التقدم نحو مجتمع أكثر صحة، وإطالة العمر الصحي، وتحسين جودة الحياة.



• التكامل بين القطاعات في تعزيز العمر الصحي: الصحة والتعليم والبيئة والمجتمع

- (1) التكامل بين الصحة الحكيمة والصحة في كل السياسات
يتكامل نهجاً الصحة الحكيمة والصحة في كل السياسات في تعزيز صحة السكان، إذ تركز الصحة الحكيمة على تحقيق نتائج صحية ذات قيمة وكفاءة داخل النظام الصحي، بينما تعمل الصحة في كل السياسات على إدماج الاعتبارات الصحية في قرارات مختلف القطاعات.
وتتبع أهمية هذا التكامل من أن جزءاً كبيراً من المحددات الصحية يقع خارج نطاق الخدمات الصحية، ويرتبط بالدخل والتعليم والإسكان وسلامة الطرق والتخطيط العمراني وتنظيم الأغذية والإعلام وغيرها. ولذلك، فإن تحسين كفاءة النظام الصحي، مهما بلغ مستواه، يحتاج إلى سياسات قطاعية موازية تؤثر في الظروف التي تشكل صحة السكان وأنماط حياتهم.
وبذلك تسهم الصحة الحكيمة في تحسين قيمة وكفاءة الرعاية والنتائج الصحية داخل النظام الصحي، بينما توسع الصحة في كل السياسات نطاق التدخل ليشمل المحددات الواقعة خارجه، بما يدعم الانتقال من تحسين الخدمات إلى تحسين صحة السكان والعمر الصحي.
- (2) تطبيق الصحة في كل السياسات في المملكة العربية السعودية
يتجسد هذا التوجه في المملكة من خلال وجود لجنة وزارية للصحة في كل السياسات، أتاحت معالجة عدد من القضايا الصحية بالتعاون بين القطاعات. ومن الأمثلة على ذلك العمل المشترك في مجال السلامة المرورية، حيث أسهمت السياسات والإجراءات المشتركة في خفض معدلات الحوادث، ووصل الانخفاض إلى نحو النصف، كما حظي هذا الإنجاز بتكريم من منظمة الصحة العالمية.
ومن الأمثلة كذلك تطبيق سياسات تتعلق بإضافة المعلومات الغذائية على المنتجات الغذائية وفي المطاعم، بما يساعد الأفراد على اتخاذ قرارات أكثر وعياً بشأن اختياراتهم الغذائية، ويوضح أثر السياسات التنظيمية خارج نطاق الرعاية الصحية المباشرة في السلوكيات الصحية.
وتبرز أهمية تمكين وزارة الصحة من قياس مدى تطبيق السياسات الصحية المشتركة وأثرها الفعلي في صحة السكان، بما يسمح بتقييم النتائج وتحديد المجالات التي تحتاج إلى مزيد من التدخل والتنسيق بين القطاعات.



3) التعليم والصحة وبناء ثقافة العمر الصحي

يشكل التكامل بين التعليم والصحة أحد المراكز الأساسية لتعزيز العمر الصحي؛ فالصحة تهئ الظروف المناسبة للتعليم، بينما يسهم التعليم في بناء المعارف والقدرات والسلوكيات الداعمة للصحة. ولذلك يمثل الاستثمار في التعليم استثماراً غير مباشر في الصحة العامة.

ويرتبط التعليم بعدد من المحددات الاجتماعية للعمر الصحي؛ إذ يعزز الوعي الصحي والوقائي، ويرفع القدرة على فهم المخاطر والإرشادات الطبية وتبني أنماط حياة صحية. كما يسهم التعلم المستمر في بناء الاحتياطي المعرفي (COGNITIVE RESERVE) ودعم القدرات العقلية، بما قد يؤخر ظهور أعراض بعض أمراض التدهور العصبي، مثل الخرف والزهايمر. ويرتبط التعليم كذلك بفرص وظيفية ودخول أفضل، بما يعزز فرص الحصول على رعاية صحية جيدة والعيش في بيئات أكثر أماناً والحد من الضغوط المادية والنفسية. كما يرفع التعليم مستوى التبحر الصحي (HEALTH LITERACY)، بما يعزز قدرة الأفراد على فهم المعلومات الصحية والتعامل مع الأنظمة الصحية، والالتزام بالخطط العلاجية، والمشاركة في الفحوصات الدورية والكشف المبكر.

ومن هذا المنطلق، تبرز أهمية إدماج ثقافة إطالة العمر الصحي (HEALTHY LONGEVITY) في الأنظمة التعليمية، من خلال تحديث المناهج وإدراج مفاهيم علم طول العمر (LONGEVITY SCIENCE) وإدارة التوتر ونظافة النوم والتغذية السليمة منذ المراحل الدراسية الأولى. كما ينبغي دعم التعلم مدى الحياة (LIFELONG LEARNING) من خلال برامج تعليمية وتدريبية لكبار السن، بما يحافظ على نشاطهم العقلي والاجتماعي ويحد من العزلة، إلى جانب تعزيز محو الأمية الرقمية الصحية وتدريب مختلف الفئات على استخدام الطب الاتصالي وتطبيقات تتبع الصحة وفهم البيانات الحيوية.

4) البيئة والمجتمع بوصفهما محددين للعمر الصحي

تؤثر البيئة الاجتماعية والمادية في قدرة الأفراد على تبني أنماط حياة صحية والاستمرار فيها؛ فالأحياء والمدن ووسائل النقل والغذاء والمساحات المخصصة للنشاط البدني ترتبط بالفرص المتاحة للصحة وجودة الحياة. ولذلك تمتد مسؤولية تعزيز العمر الصحي إلى قطاعات البلديات والتخطيط العمراني والنقل والغذاء والإعلام وغيرها.

ويمكن ترجمة هذه المسؤولية إلى مؤشرات قابلة للقياس؛ ففي التعليم يمكن متابعة النشاط البدني وجودة البيئة الغذائية، وفي البلديات قياس سهولة الوصول إلى مرافق المشي ومدى استخدامها، وفي النقل متابعة سلامة التنقل وإتاحة الوصول إلى الخدمات. كما تمثل المدارس والجامعات بيئات مهمة لتكوين السلوكيات الصحية من خلال توفير مساحات للحركة وخيارات غذائية مناسبة وبيئة تشجع على العادات الصحية. ويشمل التكامل كذلك دور الأسرة والمجتمع في دعم السلوكيات الصحية والمشاركة الاجتماعية، بما يعزز جودة الحياة ويحد من العزلة، ويجعل سنوات العمر الإضافية أكثر ارتباطاً بالاستقلالية والمشاركة والنفع الاجتماعي.



5) مؤسسة هيفولوشن ودعم البحث والابتكار في العمر الصحي
تكتسب مؤسسة هيفولوشن (HEVOLUTION FOUNDATION) أهمية خاصة في بناء منظومة العمر الصحي، بوصفها مؤسسة سعودية غير ربحية تأسست عام 2021، ويقع مقرها في الرياض، ويرأس مجلس إدارتها صاحب السمو الملكي ولي العهد الأمير محمد بن سلمان حفظه الله.
وتتمثل رؤية المؤسسة في إطالة العمر الصحي لمصلحة البشرية، بينما تركز رسالتها على إطالة العمر الصحي وفهم مراحل الشيخوخة من خلال مجموعة واسعة من الأدوات والتقنيات. ووفقاً لما يرد في موقع المؤسسة، تُعد المؤسسة الخيرية الأولى من نوعها في هذا المجال، وتقدم المنح والاستثمارات للمشروعات الناشئة.

كما تلتزم المؤسسة بتمويل الأبحاث ذات العلاقة بإطالة العمر الصحي بمبلغ يصل إلى مليار دولار، بما يعكس تنامي الاهتمام المؤسسي والوطني بأبحاث الشيخوخة والعمر الصحي ودعم المعرفة والتقنيات المرتبطة بهما. ونشرت المؤسسة تقريراً عام 2023 يُعد أحد المصدرين اللذين استندت إليهما التقديرات السابقة لمتوسط العمر الصحي في المملكة، والتي أشارت إلى نحو 64 سنة. وتبرز أهمية التقرير في النقاش المتعلق بقياس العمر الصحي، مع ضرورة التمييز بين التقديرات الدولية والقياس الوطني الرسمي وفق منهجية وطنية موحدة. ومن ثم، تبرز أهمية التنسيق والشراكة مع مؤسسة هيفولوشن في الجهود الوطنية المرتبطة بإطالة العمر الصحي، بالنظر إلى خبرتها ومواردها واستثماراتها، وما تمثله من نموذج عملي على الالتزام المؤسسي طويل المدى بدعم الأبحاث والابتكار في هذا المجال.





• بناء واستكمال منظومة وطنية لإطالة العمر الصحي: رصد المؤشرات وتحويل البيانات إلى سياسات وأولويات مستقبلية

1) المستهدف الوطني للعمر الصحي وتكامل المسؤوليات

تكتمل دلالة المستهدف الوطني للعمر الصحي بقدرة الإنسان على الحركة، وقضاء احتياجاته، والاستقلال، والمشاركة في الأسرة والمجتمع. ووفق مفهوم الشيخوخة الصحية لدى منظمة الصحة العالمية، لا يشترط التمتع بالصحة الكاملة لاعتبار الفرد متمتعاً بشيخوخة صحية؛ فقد يعيش الإنسان مع مرض مزمن تتم السيطرة عليه مع احتفاظه بقدرة على الاستقلال والمشاركة. ومن ثم، يمكن أن يقوم المستهدف الوطني على زيادة سنوات العمر الصحي، وتقليل سنوات المعاناة والاعتماد على الآخرين، والحد من الفوارق الصحية بين المناطق والفئات السكانية.

ويتطلب تحقيق ذلك تحديد مسؤوليات واضحة للقطاعات، ومؤشرات تستطيع التأثير فيها، وموارد تتناسب مع مهامها، مع مراعاة الفترة الزمنية اللازمة لظهور أثر التدخلات وعدم افتراض تحقق النتائج الصحية بصورة فورية.

وفيما يتعلق برصد العمر الصحي، ينبغي أولاً تقييم قدرات المرصد القائم وتطويره متى كان قادراً على أداء هذه المهمة، بدل استحداث كيان جديد بصورة تلقائية. ويتطلب ذلك تحديد مسؤوليات جمع البيانات واعتمادها، ونشر منهجية الحساب وحدود النتائج، وإتاحة البيانات المجمعة للباحثين مع الحفاظ على الخصوصية وإتاحة المراجعة العلمية المستقلة. وإذا تعذر سد الفجوات من خلال الجهات القائمة، يمكن بحث إنشاء كيان جديد بوظائف واضحة واحتياج محدد، بما يضمن التكامل المؤسسي وتجنب الازدواجية.

أما بلوغ العمر المتوقع في حائل 83.5 سنة، وفق ما نشرته وكالة الأنباء السعودية، فيمثل مؤشراً يستحق الدراسة لتحديد العوامل التي أسهمت في تحقيقه وإمكان الاستفادة منها في سياسات تعزيز العمر الصحي. غير أن تقييم أثر ذلك في الصحة الفعلية للسكان يتطلب بيانات إضافية عن سنوات المرض والعجز، ومقارنات موحدة من حيث السنة والمنهج؛ إذ لا يكفي ارتفاع العمر المتوقع وحده لتحديد عدد السنوات التي يعيشها السكان بصحة جيدة واستقلالية.

وبناءً على ذلك، تبرز أهمية إصدار تقرير دوري مختصر للعمر الصحي يوضح تطور العمر المتوقع والعمر الصحي، والفوارق بين المناطق والفئات السكانية، ومسؤوليات القطاعات، والأثر المتحقق من تدخلاتها، بما يساعد على مراجعة الأولويات وتوجيه الموارد نحو التدخلات التي تسهم بصورة أكبر في تحسين صحة السكان واستقلاليتهم وجودة حياتهم.



2) بناء منظومة وطنية لرصد العمر الصحي ومحدداته

يبرز تساؤل أساسي حول العوامل التي تفسر التباين في الحالة الصحية بين الأشخاص في الفئة العمرية نفسها، ومدى إمكانية التأثير فيها من خلال الوقاية، وتحسين أنماط الحياة، والكشف المبكر، والإدارة الفاعلة للأمراض المزمنة. كما تبرز أهمية تحديد السبل التي تمكّن النظام الصحي القائم على الوقاية وتعزيز الصحة من زيادة نسبة من يصلون إلى مراحل عمرية متقدمة مع المحافظة على الصحة والقدرة الوظيفية والاستقلالية والمشاركة.

وترتبط الإجابة عن ذلك بوجود نظام وطني مستمر يربط التدخلات الصحية والوقائية والاجتماعية بنتائجها الفعلية على العمر الصحي. ووفقاً للمعلومات المتاحة، لا يزال هناك احتياج إلى تطوير آلية وطنية لمتابعة أثر التدخلات والسياسات والبرامج، وتحديد مدى إسهامها في تحسين العمر الصحي، والكشف عن الفروق بين الفئات السكانية ومحدداتها.

ومن هنا تبرز أهمية بناء مرصد وطني للعمر الصحي يقيس المؤشر ويتابعه بصورة مستمرة، ويربطه بمحدداته والتدخلات المؤثرة فيه، مع تحليل الفروق بين المناطق والفئات العمرية والاجتماعية ورصد الاتجاهات بمرور الوقت. ويمكن أن يمثل مرصد الصحة السكاني التابع لوزارة الصحة نواة لهذه الوظيفة، من خلال توسيع نطاقه ليشمل العمر الصحي ومحدداته وربط البيانات بالتدخلات والسياسات. وعند الحاجة، يمكن تطوير هذه الوظيفة في إطار مركز وطني للعمر الصحي يتولى الرصد والتحليل وتقييم الأداء والتعلم السياساتي (POLICY LEARNING)، وترجمة الأدلة إلى قرارات وسياسات والتنسيق بين القطاعات.

ولا يستلزم ذلك استحداث جهة جديدة بصورة تلقائية؛ إذ ينبغي أولاً تقييم قدرات المراكز والجهات الوطنية القائمة وتطويرها إذا كانت قادرة على أداء هذه الوظيفة، على أن يُنشأ كيان مستقل عند وجود فجوة محددة لا يمكن معالجتها من خلالها. وفي جميع الأحوال، يجب تحديد مسؤوليات جمع البيانات واعتمادها، ومنهجية احتساب المؤشرات وحدود استخدامها، بما يضمن وضوح المسؤولية واستمرارية القياس.



(3) تحويل المؤشرات الوطنية إلى أدوات لصنع السياسات

لا تكتمل قيمة الرصد بإنتاج المؤشرات، وإنما تتحقق عندما تتحول البيانات إلى معرفة قابلة للاستخدام في اتخاذ القرار. ولذلك ينبغي أن تشمل لوحة المؤشرات الوطنية قياس الفجوة بين متوسط العمر المتوقع ومتوسط العمر الصحي، وتحليل الاختلافات بين المناطق والفئات العمرية والاجتماعية للكشف عن التفاوتات التي قد تخفيها المتوسطات العامة.

كما ينبغي ألا يُنظر إلى العمر الصحي بوصفه مؤشرًا منفردًا، وإنما ضمن مجموعة من المؤشرات المفسرة له، مثل سنوات الحياة مع المرض أو الإعاقة، والقدرة الوظيفية، والاستقلالية، والصحة النفسية، وجودة الحياة، والمشاركة الاجتماعية. ويساعد ذلك في تحديد ما إذا كان ارتفاع العمر المتوقع مصحوبًا بتحسين فعلي في نوعية السنوات الإضافية.

وتحتاج عملية التقييم إلى مراعاة الفترة الزمنية اللازمة لظهور أثر التدخلات؛ فبعضها يحقق نتائج سريعة، بينما تحتاج التدخلات في التعليم والبيئة والتخطيط الحضري وأنماط الحياة إلى سنوات قبل انعكاسها على المؤشرات الصحية. كما ينبغي إتاحة البيانات الوطنية بصورة مجمعة للباحثين، مع الحفاظ على الخصوصية، وإخضاع المؤشرات والمنهجيات لمراجعة علمية مستقلة تعزز موثوقية القياس وتحدد من استخدام الأرقام خارج سياقها العلمي.

(4) الاستفادة من الثورة الرقمية والذكاء الاصطناعي في الرصد والوقاية

يمكن توظيف التقنيات الرقمية والذكاء الاصطناعي في التنبؤ بالمخاطر الصحية، وتقديم التدخلات الوقائية المخصصة، وإدارة الأمراض المزمنة عن بُعد، بما يدعم الانتقال من الاستجابة للمرض إلى اكتشاف المخاطر والتدخل المبكر.

وفي هذا الإطار، تبرز الحاجة إلى إنشاء منصة وطنية للصحة التنبؤية (PREDICTIVE HEALTH) تعتمد على الذكاء الاصطناعي لتحليل البيانات الصحية والسكانية وتقديم توصيات مخصصة وفق المخاطر والعمر والظروف الفردية. ويمكن ربطها بمنظومة الرصد الوطنية للانتقال من وصف الوضع الصحي إلى التنبؤ بالمخاطر وتوجيه التدخلات الوقائية.

(5) البحث العلمي والابتكار وتحويل المعرفة إلى ممارسة

تتطلب استدامة منظومة العمر الصحي بناء منظومة بحثية وطنية تشمل البحوث السكانية والسريرية والسلوكية والاقتصادية، وإنشاء مركز وطني للبحوث في هذا المجال بتمويل مستدام وشراكات مع الجامعات والمراكز البحثية الدولية، مع التركيز على ترجمة البحوث إلى سياسات وممارسات.

ولا تقتصر أهمية البحث العلمي على إنتاج المعرفة، وإنما تشمل اختبار فعالية التدخلات وتحديد تكلفتها وعائدها الصحي والاجتماعي والاقتصادي، وتوفير الأدلة التي تساعد صانعي القرار على تحديد الأولويات وتوجيه الموارد.



6) إطالة العمر الصحي بوصفها برنامجًا وطنيًا متكاملًا

تتجاوز إطالة العمر الصحي الاحتفاء بارتفاع متوسط العمر المتوقع إلى التساؤل عن مدى تمتع الإنسان بسنواته الإضافية بصحة جيدة واستقلالية وجودة حياة. فالنجاح لا يقاس بعدد السنوات فحسب، وإنما بالقدرة على الحركة والعمل والمشاركة الاجتماعية والعيش بعيدًا عن الأمراض المزمنة والإعاقات التي يمكن الوقاية منها.

ويتطلب ذلك تحويل العمر الصحي إلى برنامج وطني تنفيذي يمتد إلى الأسرة والمدرسة ومكان العمل والحي، ولا يقتصر على المنشآت الصحية، مع إشراك القطاع الخاص وشركات التأمين والجهات غير الربحية في برامج الوقاية وتعزيز المشي والتغذية الصحية والفحوص المبكرة والصحة النفسية، وتهيئة المدن لتكون أكثر ملاءمة لكبار السن.

كما يمكن ربط جزء من التمويل والحوافز بتحقيق نتائج صحية قابلة للقياس، وربط السياسات بمؤشرات واضحة تحدد المسؤوليات القطاعية وتتيح متابعة الأثر وتعديل الأولويات وفق النتائج الفعلية. وتُعد إطالة العمر الصحي استثمارًا اقتصاديًا واجتماعيًا لما يمكن أن تسهم به في خفض تكاليف العلاج والرعاية طويلة الأجل، ورفع الإنتاجية، وتعزيز مشاركة كبار السن، بما يجعلها مسؤولية وطنية مشتركة ومؤشرًا جوهريًا على جودة التنمية ومدى نجاح مستهدفات رؤية السعودية 2030.

7) الحوكمة المؤسسية وتكامل البيانات وتحويل الرصد إلى قرار

يتطلب نجاح المنظومة الوطنية حوكمة تضمن تحول الرصد إلى سياسات، ويأتي في مقدمتها صناعة التأييد (ADVOCACY BUILDING) لدى القيادات لأهمية المرصد ودوره في دعم التحول الصحي وتعزيز الصحة، بما يسهم في تشكيل التزام سياسي مبكر بإنشائه ودعمه.

كما تُعد الاستقلالية شرطًا أساسيًا لفاعلية المرصد، بحيث يتمتع بدرجة كافية من الاستقلال عن الجهات التي يرصد تدخلاتها ويقومها. وتبرز كذلك ضرورة امتلاكه خط تصعيد مباشر وملزم إلى جهة قرار عليا، مثل مجلس أو لجنة وطنية رفيعة المستوى، بما يضمن انتقال التوصيات إلى قرارات وسياسات قابلة للتنفيذ ومتابعة نتائجها.

يمثل توفير الكفاءات القيادية الوطنية تحديًا رئيسًا؛ إذ ينبغي اختيار القيادات وفق معايير واضحة للكفاءة والخبرة، مع توافر قيادة تحويلية (TRANSFORMATIONAL LEADERSHIP) قادرة على قيادة التغيير المؤسسي، واعتماد استقطاب مؤسسي معن بدلاً من التعيينات المغلقة.

ويتطلب ذلك بنية تقنية متكاملة تربط بيانات الرعاية الأولية والوفيات والمسوح الصحية والسكانية والاجتماعية والاقتصادية وغيرها، ضمن منصة موحدة بدل الأنظمة المتجزئة. ولا يقتصر التكامل على التقنية؛ إذ يتطلب ثقافة مؤسسية داعمة لمشاركة البيانات واستخدام الأدلة، ومعالجة مقاومة تبادل البيانات من خلال أطر واضحة للحوكمة والربط وتبادلها.

وبذلك تمثل البيانات حلقة الوصل بين الرصد والتحليل والتقييم وصنع القرار وتحديد الأولويات ومتابعة الأثر وإعادة توجيه السياسات، بما يحول المنظومة من وصف الواقع الصحي إلى التأثير فيه بصورة مستمرة.



التوصيات

- 1- اعتماد إطالة العمر الصحي غايةً وطنية ومؤشرًا رئيسيًا للأداء الصحي.
• الجهات المسؤولة: مجلس الوزراء، وزارة الصحة، هيئة الصحة العامة «وقاية»، المركز الوطني لقياس أداء الأجهزة العامة «أداء».
• آلية التنفيذ: اعتماد مستهدفات وطنية للعمر الصحي حتى عامي 2030 و2040، وإدراجها ضمن مؤشرات الأداء الوطنية والصحية، وربطها بمؤشرات جودة الحياة والرفاه والاستقلالية والقدرة الوظيفية، مع قياس أثرها الاقتصادي والاجتماعي بصورة دورية.
- 2- توحيد قياس العمر الصحي وإنشاء مرصد وطني للرصد والتقييم
• الجهات المسؤولة: وزارة الصحة، الهيئة العامة للإحصاء، هيئة الصحة العامة «وقاية»، المركز الوطني للمعلومات الصحية، والمراكز والجامعات البحثية المتخصصة.
• آلية التنفيذ: اعتماد منهجية وطنية موحدة ومعلنة لاحتساب العمر الصحي، وتحديد خط أساس وطني، وتوحيد مصادر البيانات الصحية والسكانية، وإصدار تقارير دورية مصنفة حسب الجنس والمناطق والفئات السكانية، وإنشاء مرصد وطني يتولى تحليل البيانات ورصد الفجوات ودعم البحوث والتقييم.
- 3- تفعيل حوكمة متعددة القطاعات لإطالة العمر الصحي
• الجهات المسؤولة: وزارة الصحة، هيئة الصحة العامة «وقاية»، ووزارة الاقتصاد والتخطيط، بالتنسيق مع الوزارات والجهات الحكومية ذات العلاقة.
• آلية التنفيذ: تشكيل إطار وطني تنسيقي لإطالة العمر الصحي، وتفعيل نهج الصحة في جميع السياسات (HIAP)، وإجراء تقييم للأثر الصحي للسياسات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والعمرانية والمناخية، ومتابعة أثرها في العدالة الصحية والتفاوتات بين المناطق والفئات السكانية.



ملتقى أسبار
Asbar Council
(نادي تفكير)

من إطالة العمر إلى إطالة العمر الصحي، هل نعيش أطول أم نعيش أفضل؟



إعادة توجيه التمويل والخدمات الصحية نحو الوقاية والنتائج

4



الجهات المسؤولة: وزارة الصحة، وزارة المالية، المركز الوطني للتخصيص، مجلس الضمان الصحي، والجهات المشغلة للتجمعات الصحية.



آلية التنفيذ: تخصيص موارد مستدامة لبرامج الوقاية وتعزيز الصحة، وتطوير نماذج تمويل ترتبط تدريجيًا بالنتائج والقيمة الصحية، وتعزيز الرعاية الصحية الأولية والكشف المبكر وإدارة الأمراض المزمنة وعوامل الخطورة، وتفعيل الشراكات مع القطاع الخاص في البرامج الوقائية.



5

تنفيذ حزمة وطنية لتعزيز الصحة والوقاية عبر مراحل الحياة



الجهات المسؤولة: وزارة الصحة، وهيئة الصحة العامة «وقاية»، بالتنسيق مع وزارة التعليم، ووزارة البيئة والمياه والزراعة، ووزارة البلديات والإسكان، ووزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، ووزارة الرياضة، والجهات ذات العلاقة.



آلية التنفيذ: تنفيذ برامج متكاملة لصحة الأطفال والمراهقين والشباب، ومكافحة السمنة والتدخين وعوامل الخطورة، وتعزيز الصحة النفسية وصحة العاملين والشيخوخة الصحية، وتطوير البيئات الداعمة للنشاط البدني والتنقل النشط والمساحات الخضراء وجودة الهواء، وتعزيز الرعاية المنزلية وطويلة الأجل والبيئات الصديقة لكبار السن.



6

تمكين الفرد والأسرة وتوظيف البيانات والتقنيات الصحية



الجهات المسؤولة: وزارة الصحة، هيئة الصحة العامة «وقاية»، وزارة الإعلام، وزارة التعليم، هيئة الحكومة الرقمية، الهيئة السعودية للبيانات والذكاء الاصطناعي «سدايا»، والجامعات والمراكز البحثية.



آلية التنفيذ: إطلاق برامج وطنية للتثقيف والتسويق الاجتماعي وتعزيز السلوكيات الصحية، وتفعيل القنوات الرقمية ومنها تطبيق «صحتي» للتوعية بالعمر الصحي والوقاية، وتوظيف الذكاء الاصطناعي والتحليلات المتقدمة للتنبؤ بالمخاطر وتخصيص التدخلات، مع تطبيق أطر واضحة للحكومة والخصوصية والأخلاقيات والعدالة.





٥ المصادر والمراجع

- 1- وزارة الصحة السعودية. «وزارة الصحة تؤكد: التحول الصحي أسهم في رفع متوسط العمر المتوقع إلى 78.8 سنة». 7 أبريل 2025.
- 2- برنامج تحول القطاع الصحي. التقرير السنوي لبرنامج تحول القطاع الصحي لعام 2024. المملكة العربية السعودية.
- 3- مركز الصحة الحكيمة. الصحة الحكيمة في المملكة العربية السعودية: تطور المفهوم واتساع دائرة الأثر. 2026. وثيقة داخلية.
- 4-Center for Value in Health. Introduction to the Center for Value in Health. April 2026. Internal presentation.
- 5-World Health Organization. Life expectancy and healthy life expectancy: indicator definitions and metadata. Global Health Observatory.
- 6-Ministry of Health, Deputyship of Population Health. Saudi Global Health Report: SDGs & WHO 100 Core Indicators. Version 1.0. Riyadh; 2025.
- 7- Hevolution Foundation. Enabling a Healthy Lifespan for Saudi Arabia. Riyadh; 2023.
- 8-Alghannam R, Alharbi A. Assessing the impact of government healthcare expenditure and life expectancy on economic growth in Saudi Arabia: an econometric time-series study (2000–2023). Health Economics Review. 2026;16:13. doi:10.1186/s13561-026-00720-4.
- 9-Center for Value in Health. Delivering System-Level Value in Health: A Policy Framework for Saudi Arabia. Internal Working Document, Version 1.0. May 2026.
- 10- Bah S. How feasible is the life expectancy target in the Saudi Arabian vision for 2030? Eastern Mediterranean Health Journal. 2018;24(4):401–404. doi:10.26719/2018.24.4.401.
- 11- World Health Organization and United Nations Development Programme. The Case for Investment in Prevention and Control of Non-Communicable Diseases in the Kingdom of Saudi Arabia. 2021.
- 12- World Bank. Diabetes prevalence (% of population ages 20 to 79) — Saudi Arabia. Source: International Diabetes Federation Diabetes Atlas. 2024.

- 13-Boettiger DC, Lin TK, Almansour M, Hamza MM, Alsukait R, Herbst CH, et al. Projected impact of population aging on non-communicable disease burden and costs in the Kingdom of Saudi Arabia, 2020–2030. BMC Health Services Research. 2023;23:1381. doi:10.1186/s12913-023-10309-w.
- 14- Altwaijri YA, Al-Subaie AS, Al-Habeeb A, Bilal L, Al-Desouki M, Aradati M, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the Saudi National Mental Health Survey. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2020;29(3):e1836. doi:10.1002/mpr.1836.
- 15-Al-Subaie AS, Altwaijri YA, Al-Habeeb A, Bilal L, Almeharish A, Sampson NA, et al. Lifetime treatment of DSM-IV mental disorders in the Saudi National Mental Health Survey. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2020;29(3):e1837. doi:10.1002/mpr.1837.
- 16-Malkin JD, Finkelstein EA, Baid D, Alqunaibet A, Almudarra S, Herbst CH, et al. Impact of noncommunicable diseases on direct medical costs and worker productivity, Saudi Arabia. Eastern Mediterranean Health Journal. 2022;28(4):296–301. doi:10.26719/emhj/22.015.
- 17-OECD. Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight? Paris: OECD Publishing; 2024. doi:10.1787/880f3195-en.
- 18-OECD. Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). Paris: OECD Publishing; 2025.
- 19-Center for Value in Health. The Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS): Saudi Arabia Participation in Cycle 2. Project briefing. June 2026. وثيقة داخلية.
- 20-AlMunif S, Shahzad MW, Al-Shabaan AA, AlSukhayri A, AlMalki R, Al Bunyan RF. Healthcare experience and outcomes of patients with multiple chronic conditions in Saudi Arabia. Manuscript based on Saudi PaRIS data; unpublished. 2026.



- 21-World Health Organization. Health in All Policies: Helsinki Statement-Framework for Country Action. Geneva: World Health Organization; 2014.
- 22-World Bank. Unlocking the Power of Healthy Longevity: Compendium of Research for the Healthy Longevity Initiative. Washington, DC: World Bank; 2024.
- 23-World Health Organization. Health in All Policies: Helsinki Statement—Framework for Country Action. Geneva: WHO; 2014.
- 24-World Health Assembly. Implementation Road Map 2023–2030 for the Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2030. Decision WHA75(11); 2022.
- 25-World Health Organization. Framework to Implement a Life Course Approach in Practice. Geneva: WHO; 2025. ISBN 978-92-4-011257-5.
- 26- <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112575>
- 27-World Health Assembly. Behavioural Sciences for Better Health. Resolution WHA76.7; 30 May 2023.
- 28-World Health Organization. Establishing a Behavioural Insights Function: Decision Support Tool. Geneva: WHO; 2024. ISBN 978-92-4-009542-7.
- 29-World Health Organization. Health Literacy Development for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Volume 1, Overview. Geneva: WHO; 2022. ISBN 978-92-4-005533-9.
- 30-World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Health Promotion through Islamic Lifestyles: The Amman Declaration. Cairo: WHO EMRO.



المشاركون

• الورقة الرئيسة: د. ريم البنيان

• التعقيب الأول: د. صالح الأنصاري

• التعقيب الثاني: د. عبدالرحمن القحطاني

• إدارة الحوار: د. فاتن الزامل

• المشاركون بالحوار والمناقشة:

- | | |
|------------------------|------------------------|
| - د. إحسان بوحليقة | - د. عبدالعزيز العثمان |
| - د. أحمد الأيوبي | - م. عبدالله الرخيص |
| - أ. د. أحمد الخطيب | - أ. عبدالله الضويحي |
| - أ. أحمد المحميد | - د. عبدالله الغفيص |
| - د. حميد الشايجي | - أ. فائزة العجروش |
| - د. خالد الرديعان | - د. فادية البحيران |
| - د. سعيد آل مزهر | - د. لمياء البراهيم |
| - أ. عبدالرحمن باسلم | - أ. محمد المعجل |
| - د. عبدالرحمن العريني | - أ. د. مها المنيف |
| - د. عبدالعزيز الحرقان | - د. وفاء طيبة |



ملتقى أسبار

Asbar Council

(نادي تفكير)

تأسس الملتقى في 28 يونيو 2015م



@MultaqaAsbar



@Multaqa_Asbar



<https://cutt.us/U0nnC>



00966114624229



www.asbar.com