

رؤاد التغيير: كيف يمكن للحكومات أن تقود عملية تحوّل الرعاية الصحية

مستقبل أنظمة
الرعاية الصحية

القمة
العالمية
للحكومات 2022

بالتعاون مع



إلهام الجيل القادم من الحكومات وتمكنينه

القمة العالمية للحكومات هي منصة عالمية تهدف إلى استشراف مستقبل الحكومات حول العالم، حيث تحدد لدى انعقادها سنوياً برنامج عمل حكومات المستقبل مع التركيز على تسخير التكنولوجيا والابتكار لمواجهة التحديات التي تواجه البشرية.

تبحث القمة العالمية للحكومات في نقاط الالتقاء ما بين العمل الحكومي واستشراف المستقبل والتكنولوجيا والابتكار، وهي منصة لتبادل المعرفة بين قادة الفكر ومركز للتواصل بين صنّاع السياسات والخبراء والروّاد في سبيل تحقيق التنمية البشرية وإحداث تأثيرات إيجابية على حياة المواطنين في جميع أنحاء العالم.

وتعتبر القمة العالمية للحكومات بوابة نحو المستقبل، إذ توفر مساحة لتحليل التوجّهات والمخاوف والفرص المستقبلية، وميداناً لعرض آخر الابتكارات وأفضل الممارسات والحلول الذكية التي تحتل على الإلهام وتحقّق الإبداع من أجل مواجهة التحديات المستقبلية.



جدول المحتويات

06	مقدمة
08	الملخص التنفيذي
12	تمهيد الطريق للحكومة
13	السياق التاريخي: عوائق التغيير
15	كيف أعادت جائحة كوفيد-19 صياغة الوضع الراهن؟
15	ما هو الدور الذي يجب أن تمارسه الحكومة؟
16	عكس هرم الرعاية الصحية
19	الثورة الرقمية طالت قطاع الرعاية الصحية
20	دور الحكومة: المبادئ والسياسات
21	المبدأ الأساسي: ضمان التغطية الشاملة وتوفير الخدمات للجميع
24	المبدأ الثاني: بناء أنظمة رعاية صحية تركز على المريض
32	المبدأ الثالث: تمكين المرضى من اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤونهم الصحية
36	المبدأ الرابع: التفكير الشمولي في العوامل المؤثرة على الصحة البدنية والنفسية
40	المبدأ الخامس: منح الحوافز لأفضل الممارسات التي تعتني بالمرضى
46	المبدأ السادس: بناء أنظمة تتسم بالمرونة في وقت الرخاء والشدة
54	المبدأ السابع: التخطيط طويل الأمد لإطلاق إمكانات التقنيات الرقمية
62	المبدأ الثامن: إنشاء شراكات إبداعية: السبيل الأوضح للتقدم
70	الخاتمة: فرصة فريدة لتطوير الرعاية الصحية
72	نبذة عن KPMG



مقدمة

يحدد هذا التقرير، الذي أعد بالشراكة بين مؤسسة القمة العالمية للحكومات وشركة "KPMG"، ما يتعين على الحكومات تنفيذه لمواجهة التحديات الحالية في قطاع الرعاية الصحية والاستعداد للمستقبل.

ويتناول التقرير تطوير النظام الصحي بدءاً من دور المرضى والمواطنين وحتى المؤسسات العالمية، ويحدد التغييرات المطلوبة لتحقيق الكفاءة المثلى والحصول على دعم جميع الأطراف المعنية. ورغم التحديات الشائعة في معظم أنظمة الرعاية الصحية، فإن الجوانب الديناميكية المتنوعة لأنظمة الرعاية الصحية والأطراف المعنية والبنية التحتية الخاصة بها لا تتيح تنفيذ منهج السياسة الواحدة التي تناسب الجميع. وبدلاً من وضع مجموعة محدودة من القواعد، **نقدم نهجاً قائماً على المبادئ** يمكن لكل حكومة تعديله وفقاً لظروفها ومتطلباتها ومهاراتها ومواردها الفريدة. ونأمل أن تتمكن الحكومات من تحقيق التوافق عبر هذه المبادئ والحصول على دعم شركائها من الأطباء ومقدمي الخدمات الصحية وشركات التأمين وقطاع الرعاية الصحية والجهات التنظيمية، من أجل تنفيذ الرؤية المشتركة.

ونقدم في التقرير أمثلة من جميع أنحاء العالم، ونحن على يقين من أنها ستعمل على تحفيز التطوير اللازم لتحسين النتائج الصحية في أعقاب جائحة كوفيد-19 والصمود أمام التحديات القادمة.

ويتناول التقرير آثار الجائحة على أنظمة الرعاية الصحية في العالم موضحاً دور الحكومة في قطاع الرعاية الصحية والمبادئ التي ينبغي أن يقوم عليها هذا الدور، ويشمل ذلك التعاون مع القطاع الخاص ومساعدة الأنظمة على إعادة صياغة دور المرضى.

وأخيراً، تقدم الدراسة إطاراً للعمل يشمل جميع الأطراف المعنية مع توضيح سبل بناء فريق عمل يتسم بالمرونة وتبني التقنيات الرقمية واستخدام الإصلاحات المالية في وضع حوافز لتعزيز الخدمات وتمكين المرضى من اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤونهم الصحية.

ويتمثل هدفنا هنا في ضمان استمرارية نتائج الدراسة وتوصياتها لفترة طويلة، مع مواصلة الحوار الإعلامي وتقديم التقارير المحدثة بانتظام، مما يؤدي في النهاية إلى تعزيز التعاون والحوار المجتمعي وإرساء قواعد لوضع السياسات.

الملخص التنفيذي

تؤدي الحكومات دوراً رائداً في تطوير قطاع الرعاية الصحية

أظهرت جائحة كوفيد-19 الحاجة إلى تطوير أنظمة الرعاية الصحية على مستوى العالم، إذ كان ينبغي على الحكومات تنسيق الاستجابة، وجمع موارد القطاعين الحكومي والخاص، ووضع سياسات ديناميكية لتنفيذ خطة الاستجابة. وأظهر ذلك أن المهارات والإبداع والموارد يمكن أن تحقق تطوراً كبيراً في قطاع الرعاية الصحية عندما تجتمع مع القيادة المناسبة. وأصبح للحكومات دور كبير في قيادة تطوير قطاع الرعاية الصحية، بعد أن رسمت مسار الخروج من هذه الأزمة.

وينبغي على الحكومات وضع سياسات الرعاية الصحية بناءً على ثمانية مبادئ:



1

ضمان التغطية الشاملة وتوفير الخدمات للجميع

تبلغ الخدمات الصحية أفضل مستوياتها عندما يحصل الناس على الرعاية المناسبة في الوقت والمكان المناسبين، دون أن تكون التكلفة عائقاً أمام الحصول على الرعاية الصحية أو سبباً لتأجيل الرعاية الضرورية.



2

بناء أنظمة رعاية صحية تركز على المريض

يسعى مستخدمو أنظمة الرعاية الصحية المتطورة للوصول إلى نفس مستوى التخصيص والرعاية الذي تتميز به القطاعات التي تركز على العملاء مثل البيع بالتجزئة والترفيه. وكان هناك اتجاه لتقسيم أنظمة الرعاية الصحية نظراً لأنها أصبحت أكثر تعقيداً وتخصصاً، وغالباً ما يعاني المرضى عند الحصول على خدمات الرعاية من قلة الدعم أو غيابه التام¹.

وعلى العكس من ذلك، يُبنى النظام الذي يركز على المريض وفقاً لمتطلبات المرضى. ويجب أن تكون الرعاية الأولية التي تركز على المريض نقطة الانطلاق للخدمات المتكاملة، بحيث يحصل المرضى بسهولة على الخدمات المنزلية والأولية والخدمات عبر الإنترنت وخدمات المستشفى والخدمات طويلة الأمد. وهناك أدلة على فاعلية أنظمة الرعاية التي تركز على المريض في خفض التكاليف وتحسين الجودة^{2,3,4,5}.



3

تمكين المرضى من اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤونهم الصحية

عملت القطاعات الأخرى على تغيير نموذج عملها (كيف يقدم مزود الخدمة أو الشركة الخدمات للعملاء⁶) من أجل منح العملاء مزيداً من حرية الاختيار. ويجب أن تجعل أنظمة الرعاية الصحية من المرضى محور عملية التطوير مع تمكينهم بصلاحيات أوسع فيما يتعلق بقرارات الرعاية الصحية.

واجهت العديد من أنظمة الرعاية الصحية خطر الانهيار بسبب جائحة كوفيد-19 التي دفعت الحكومات إلى مواجهة تحدٍ رئيسي في قطاع الرعاية الصحية؛ حيث كان ينبغي عليها تلبية الطلب المتنامي رغم العقبات في توفير الموارد مثل انخفاض الإنفاق العام وقلة الأطقم الطبية العاملة. وكشفت الجائحة عن ملامح المستقبل الذي قد نواجهه إن لم نستوعب ضرورة تطوير قطاع الرعاية الصحية.



4

التفكير الشمولي في العوامل المؤثرة على الصحة البدنية والنفسية

حفزت جائحة كوفيد-19 التفكير في تأثير كل جانب من الجوانب الاجتماعية على صحتنا، بدءاً من الإسكان وحتى التعليم. وهناك فروق شاسعة في جميع أنحاء العالم في متوسط العمر المتوقع وسنوات الحياة الصحية المتوقعة بين الأغنياء والفقراء بغض النظر عن مستوى الثروة الوطنية. وينبغي على الحكومات تصميم سياسات تعالج الأسباب الأساسية لهذه الفروق الضخمة على الصعيدين المحلي والدولي.



5

منح الدوافع لأفضل الممارسات التي تعتني بالمرضى

تواجه جميع الحكومات نفس التحدي، وهو كيفية تحسين الرعاية الصحية مع الحفاظ على ثبات التكلفة. وسيعمل ربط الدوافع بالنتائج المرجوة على دفع مقدمي الخدمات لتحقيق تلك النتائج بدلاً من زيادة أعداد الحاصلين على الخدمات. وسيفل ذلك من التكاليف ويوفر مستوى أعلى من رضا المرضى.



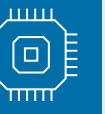
6

بناء أنظمة تتسم بالمرونة في وقت الرخاء والشدة

كشفت الجائحة عن هشاشة أنظمة الرعاية الصحية الأكثر تطوراً. لذلك يجب أن تتسم أنظمة الرعاية الصحية المرنة بالمزايا التالية:

- فرق العمل الكبيرة التي تتسم بالمرونة
- التعاون بين القطاعين الحكومي والخاص
- أنظمة مشاركة البيانات وتحليلها على نحو آمن وموثوق
- سلاسل التوريد القوية
- أنظمة الصحة العامة المحلية ذات الموارد الوفيرة

كان قطاع الرعاية الصحية يعاني من نقص الأطعم الطبية قبل الجائحة⁷. وأدركت معظم الدول أن كلفة الاستثمار في فرق العمل في قطاع الرعاية الصحية زهيدة مقارنة بالدمار الاقتصادي الذي ستتجنبه الدولة لأن الصحة هي ثروة وطنية. ويبدأ التطوير بإعادة التفكير في استراتيجيات الاستثمار الوطنية، وإنتاجية فرق العمل والخدمات السريرية، وتزويد الموظفين بالمهارات والموارد اللازمة لاستغلال قوة التكنولوجيا.



7

التخطيط طويل الأمد لإطلاق إمكانات التقنيات الرقمية

تتبع الخطط الحكومية الجداول الزمنية الانتخابية، في حين أن قرارات الرعاية الصحية مثل تدريب فرق العمل الطبية والاستثمار في أنظمة البيانات تتطلب جداول زمنية تتجاوز بكثير الدورات الانتخابية.

وسيتحقق النجاح في تطوير قطاع الرعاية الصحية من خلال التزام الحكومات بتقديم الخدمات الصحية الرقمية المبنية وفقاً لمتطلبات المستخدم. وستتطور الخدمات الرقمية لتقديم رعاية ذكية وملائمة ومخصصة ومدعومة بالذكاء الاصطناعي، وستتاح من خلال القنوات العادية والرقمية وفقاً لما يناسب الفرد الذي يصبح شريكاً في القرارات المتعلقة بصحته.



8

إنشاء شراكات إبداعية: السبيل الأوضح للتقدم

عززت الجائحة الاعتقاد السائد بأن الشراكة بين الحكومات والقطاع الخاص في الرعاية الصحية ممكنة. فبينما تؤدي الحكومات أدواراً قيادية في عملية التطوير، سترك الابتكار والتنفيذ في أيدي القطاع الخاص.

ويعتمد الابتكار في قطاع الرعاية الصحية على المبتكرين والباحثين والمستثمرين والمطورين والجهات التنظيمية وواضعي السياسات والمستخدمين. ويتلخص دور الحكومات في وضع قواعد واضحة، وتشجيع التعاون، والمساعدة في نشر الأفكار الجيدة في سوق الرعاية بسرعة.

القسم 1

تمهيد الطريق للحكومة

السياق التاريخي: عوائق التغيير

غالباً ما يُنظر إلى الحكومة على أنها عائق أمام تطوير الرعاية الصحية، حيث أدى التفكير قصير المدى إلى تشتيت الانتباه عن تعزيز فرق العمل والاستثمار في البنية التحتية الرقمية. وغالباً ما يؤدي ضغط أصحاب المصالح الخاصة - بدءاً من مقدمي الخدمات من القطاع الخاص وحتى نقابات الأطباء وشركات التأمين - إلى عدم القدرة على معارضتها أو مقاومة ارتفاع التكاليف من خلال إصلاح نظام السداد.

ويمكن أن تعيق **التركيبة السكانية للناخبين** إجراء التغييرات، ففي الولايات المتحدة، تقل احتمالية تصويت الأفراد غير الأصحاء، مما يجعل من الصعب على الحكومات تحسين جودة الرعاية الصحية وتوفيرها للأشخاص الأكثر فقراً⁸.

كما يمكن **للقواعد التنظيمية** أن تقف عائقاً أمام الابتكار، حيث يمكن للقواعد التي تهدف إلى حماية سرية المريض أن تعرقل تبادل المعلومات المهمة بين المتخصصين في الرعاية الصحية⁹ وتسبب تباطؤ الأبحاث الطبية¹⁰. ولم تنجح القوانين التي تحدد مسؤوليات المتخصصين في القطاع الطبي في مواكبة تغير المهارات اللازمة ومتطلبات نظام الرعاية الصحية^{11,12}.

بعد الأزمة المالية التي شهدتها العالم في العام 2008، اتبعت إسبانيا والبرتغال واليونان وإيطاليا والمملكة المتحدة للأزمة الاقتصادية **سياسات تقشف** قلّصت مخصصات الرعاية الصحية¹³، مما فاقم معاناة المستشفيات في جميع هذه البلدان^{14,15} خلال جائحة كوفيد-19.

وغالباً ما تتأخر المشاريع الاستثمارية الحكومية رفيعة المستوى، مثل بناء المستشفيات وتنفيذ برامج التحول الرقمي الضخمة، أو **تتجاوز الميزانية المقررة** أو لا تحقق النتائج المرجوة منها.

وتتبنى الحكومات طموحات محدودة فيما يخص تطوير قطاع الرعاية الصحية عندما تواجه أنظمة شديدة التعقيد، فمناهج التغيير التدريجية من القاعدة إلى القمة تخفق في التعامل مع ضغوط الطلب والتكلفة عندما تعاني من سوء التنظيم، مما يؤدي إلى إرهاق أنظمة المستشفيات التي تركز على علاج الأمراض بدلاً من التركيز على أنظمة الرعاية الأولية التي تحافظ على صحة الناس.

كيف أعادت جائحة كوفيد-19 صياغة الوضع الراهن؟

رغم أن جميع البلدان عانت تقريباً من أجل الاستجابة لجائحة كوفيد-19 في بعض الأحيان، فإن الجائحة العالمية وثقة الشعوب في أن الحكومات ستحافظ على سلامتهم قد أتاحت للحكومات فرصة إظهار اتسامها بالمرونة والابتكار والتركيز على النتائج. وقد تم اتخاذ قرارات سريعة بصورة فورية استجابةً لبيانات الجائحة، منها على سبيل المثال الحظر، والإغلاق، وفرض إجراءات وقائية واحترازية للحفاظ على الصحة العامة مثل ارتداء الكمامات، وتنفيذ برامج اللقاحات.

وتم تغيير اللوائح والقوانين أو تعليقها لتيسير استخراج تصاريح الاستخدام الطارئ للقاحات¹⁶، والسماح بإعادة تدريب الموظفين وإعادة توزيعهم، وتبسيط عمليات مشاركة البيانات، ودعم الاعتماد على الأدوات الرقمية الجديدة. ومكّنت الشراكة مع القطاع الخاص خدمات الرعاية الصحية من التحول إلى الخدمات الرقمية والتطور سريعاً وتصنيع اللقاحات.

كما دفعت الجائحة الحكومات لإعادة النظر في كل جانب من جوانب أنظمة الرعاية الصحية، التي تشمل عدد العاملين في القطاع والهيكل التنظيمي، والبنية التحتية الرقمية، وعمليات مراقبة الأمراض، والأبحاث، وسرعة سلسلة التوريد ومرونتها، وإمكانات الحصول على الرعاية الصحية، واستخدام البيانات، واللوائح والقوانين، وتكامل الخدمات. كما أعادت المناقشات حول العوامل التي تسهم في تدهور الوضع الصحي مثل اكتظاظ المساكن الذي يعزز إمكانية الإصابة بفيروس كوفيد-19، والحالات المرضية على غرار السمّة التي زادت بشكل كبير من خطر الوفاة عند الإصابة بالفيروس.

ما هو الدور الذي يجب أن تمارسه الحكومة؟

ينبغي على الحكومات المبادرة إلى تمكين الابتكار وشركاء التطوير خلال سعيها لبناء أنظمة الرعاية الصحية المستقبلية الممكنة رقمياً والتي تركز على المريض. ويمكن أن تصبح الحكومات محفزاً للتطوير من خلال المرونة التنظيمية والاستثمار في التكنولوجيا والأفراد ودعم الشركاء المناسبين من القطاعين الحكومي والخاص.

إن الرعاية الصحية التي تعتمد على التقنيات الرقمية ليست حكراً على البلدان الأكثر ثراءً بأي حال من الأحوال، بل على العكس من ذلك، فإن البلدان النامية التي تسعى إلى توفير الرعاية الصحية للجميع تتطلع بشكل متزايد إلى الانتشار ووفورات الحجم التي تمنحها التقنيات الرقمية من أجل تقديم الخدمات بتكلفة أقل بكثير من تكلفة تقديمها بدون التقنيات الشبكية¹⁹،²⁰.

نظراً لأن الرعاية الصحية هي من المسائل السياسية الجوهرية، تميل الحكومات إلى وضع خطط توجيهية لتنظيم هيكلها وتقديم خدماتها، ولكن سرعة وتعقيد التغييرات في التقنيات والتوجهات والتوقعات تعني أن أي مخطط يفقد للمرونة سيصبح قديماً بسرعة كبيرة.



ويرى معهد تحسين الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، والذي يروج لاستخدام التقدم العلمي لتحسين الجودة والسلامة والصحة²⁵، أن الرعاية الأولية المثبتة ستحقق ما يسميه **”الهدف ثلاثي المحاور“ للرعاية الصحية: تحسين تجربة المرضى في الرعاية (بما في ذلك الجودة والرضا) وتحسين صحة السكان، وتقليل التكلفة للفرد**²⁶. وقد أشارت أبحاث **”كيه بي إم جي“** إلى وجود تناقض بين الدور الاستراتيجي المخصص للرعاية الأولية وقلة استثماراتها وأهميتها وتأثيرها النسبي، حيث تتعرقل بسبب آليات السداد غير المناسبة التي تحفز الأنواع الخاطئة من الرعاية، وعدم النجاح في تصميم الرعاية وفقاً لمتطلبات الأشخاص الذين يعانون من أكثر من حالة مرضية طويلة الأمد، وانخفاض استمرارية الرعاية حيث تستخدم ممارسات الرعاية الأولية أعداداً متزايدة من الممارسين العموميين، والحاجة إلى توفير روابط أفضل بالخدمات الموجودة في المجتمع مثل الإسكان والرعاية الاجتماعية والقطاع التطوعي²⁷.

ويرى قادة القطاع الرعاية الأولية على أنها مرحلة تحويلية، ولكن على الرغم من ذلك، لا يزال الاستثمار فيها دون المستوى اللازم لتحقيق إمكاناتها الاستراتيجية.

ويُحسّن نظام الرعاية الأولية المتين والمزوّد بموارد جيدة والمرتبّط جذرياً بالمجتمع المحلي من الحصول على الخدمات الصحية، ويمكن المرضى والمجتمعات من المشاركة في مجال الصحة، ويدعم الناس طوال حياتهم بشكل جيد، ويتيح للابتكار المحلي دعم المتطلبات المحددة لفئة معينة من السكان. وقد ثبت أن الرعاية الأولية في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء مرتبطة بتحسين الحصول على خدمات الرعاية، وتعزيز النتائج الصحية، وانخفاض الأعداد داخل المستشفيات وأقسام الطوارئ. كما يمكن أن تؤدي دوراً جيداً في مواجهة الآثار الصحية للظروف الاجتماعية السيئة²⁸.

يُنظر إلى الرعاية الأولية بشكل تقليدي على أنها بوابة للرعاية الثانوية يحرسها الممارس العام، ولكن نظراً لأن أنظمة الرعاية الصحية تزداد تعقيداً، فإن دورها يتحول بشكل متزايد نحو **التكامل في توفير خدمات الرعاية**. وتمثل جوهر الخدمات المتكاملة في نموذج **”الرعاية الأولية المحسّنة“**²⁹، حيث توجّه المرضى إلى القنوات الفعالة من حيث التكلفة وتضمن تقديم الرعاية المناسبة في المكان المناسب وفي الوقت المناسب وبالتكلفة المثلى للنظام ككل. ويُنظر لخدمات المستشفى على أنها الخطوة الأخيرة وليست الخطوة الأولى بعد الجراحة العامة. ويجب أن يكون الهدف هنا هو استمرارية الرعاية المبنية على متطلبات المريض بحصوله عليها في المنزل أو عبر الإنترنت أو الرعاية الأولية أو المجتمعية أو في المستشفيات أو الخدمات طويلة الأجل.

يجب على الحكومات التي لا تتحمل مسؤولية مباشرة عن توفير الرعاية الصحية أن تعمل على تنفيذ الإجراءات التالية:

- تحديد القواعد الخاصة بأنظمة الرعاية الصحية على غرار التضامن الاجتماعي والحق في الرعاية الصحية ميسورة التكلفة، ومعايير الجودة، والأهداف مثل توسيع نطاق الخدمات أو ضمان توفير خدمات الصحة العقلية بشكل كافٍ.
- وضع قواعد للتسعير وسرية بيانات المرضى، وإنشاء بيئات تعزز الابتكار وتضمن توفير فرق عمل مرنة وقابلة للتكيف.

تؤثر مستويات التمويل الحكومي وتوزيعها بشكل كبير على نطاق الرعاية الصحية وطريقة عمل الأنظمة. وتحفز النماذج التقليدية لدفع الرسوم مقابل الخدمات زيادة حجم خدمات الرعاية وليس جودتها، مما يؤدي إلى زيادة التكاليف وتقويض الإنتاجية. وعلى النقيض من ذلك، **من المرجح أن تعمل حوافز إدارة صحة السكان والتركيز على النتائج على تعزيز السلوكيات الصحية بين الناس وتضمن توفير القيمة مقابل المال**²². ويمكن أن تكون الحوافز المالية أيضاً محركاً لتوفير أشكال جديدة من الرعاية تعمل على تحسين جودة الخدمات ووصول المستخدمين لها، مثل الاستشارات عبر الإنترنت، عن طريق إضافتها إلى جداول المدفوعات والدعم الحكومي.

من ناحية أخرى، يمكن للوائح والقوانين أن تعزز أو تكبح تحسين الجودة وتطوير قطاع الرعاية الصحية. ورغم أن وضع حدود للممارسة المهنية يساعد على ضمان الجودة والسلامة، فإن وضع حدود صارمة بين التخصصات يمكن أن يمنع فرق العمل من الاستفادة الكاملة من مهاراتهم، ويديم طرق العمل القديمة، ويمنع العمل الجماعي متعدد التخصصات.

وخلافاً لتطوير نظام الرعاية الصحية، **يجب على الحكومات فهم تأثير عوامل مثل الإسكان والتعليم والتوظيف على الصحة البدنية والعقلية للأفراد**. وهناك مجموعة كبيرة من الأدلة على المستوى الدولي تشير إلى أن الظروف التي يولد الناس ويعيشون ويعملون فيها لها تأثير كبير على صحتهم. وتتأثر الجوانب الاجتماعية للصحة بدورها بعوامل مثل الوضع الاقتصادي، وتوزيع السلطة، والمساواة بين الجنسين والقيم المجتمعية²³.

عكس هرم الرعاية الصحية

يؤدي تحول الرعاية الصحية إلى تغيير ميزان القوى الموجودة حالياً بين يدي الأطباء وليس المواطنين والمرضى، وفي المستشفيات وليس في المجتمعات. ينبغي على الحكومات **”عكس هرم الرعاية“** بحيث يركز النظام بشكل أكبر على متطلبات كل فرد، ويدعمه في المجتمع من خلال الخدمات المحلية والرقمية وتيسير زيارة المستشفى عند الضرورة فقط²⁴.

وربما تتجه الحكومات بعد الجائحة إلى زيادة الاستثمار في المستشفيات، حيث يُنظر إلى أعداد أسرة العناية المركزة غالباً على أنها مؤشر على مستوى الاستعدادات. ولكن بعض جوانب نمط الحياة مثل السمنة أدت إلى زيادة الطلب على أسرة المستشفيات والرعاية الحرجة. وذكرنا الجائحة أن المجتمع المتفاعل والمستنير، الذي يعيش أنماط حياة صحية ومدعومة بالتدخلات الحكومية المبكرة، يساعد على تعزيز صحة الناس وبقائهم خارج المستشفيات³⁰، ويجب أن يتحول النقاش إلى الطريقة التي تمكّن الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة من منع تفشي الأمراض وتقليل تأثيرها عند حدوثها، ومساعدة الناس على العيش طوال حياتهم بصحة جيدة.

الثورة الرقمية طالت قطاع الرعاية الصحية

أدت الجائحة إلى تسارع الثورة الرقمية في قطاع رعاية الصحة. ركزت القطاعات الأخرى على القنوات الرقمية والتواصل مباشرة مع المستهلكين بتكلفة أقل على مدى العقدين الماضيين. وقد أسهمت جائحة كوفيد-19 في إجراء تغييرات مماثلة في قطاع الرعاية الصحية، ولكنها جاءت متأخرة، مما دفع القطاع نحو تبني التقنيات الرقمية التي يمكن أن تحسّن السلامة والجودة وتجربة المريض وحصوله على الخدمات، عند استخدامها بشكل مناسب.

ولدعم هذه الثورة، ينبغي على الحكومات فرض الانفتاح على القطاع بأكمله وتبني المعايير المفتوحة، وضمان مشاركة البيانات بسهولة وأمان، ودعم تطوير البنية التحتية المتنقلة. ومن خلال إنشاء قناة اتصال موثوقة بين مقدمي الخدمات، يمكن للبيانات أن تتبع المريض، مما يساعد جميع مقدمي الخدمة عبر النظام على اتخاذ القرارات الصحية المناسبة لحالة المريض.

ويعتمد النجاح على المستوى الرقمي على فرق العمل المرنة التي تقدم رعاية متعددة التخصصات معتمدة على الفريق. ونظراً لتحول الرعاية الصحية للتقنيات الرقمية بشكل متزايد - كما يُلاحظ بالفعل في بعض المستشفيات الأكثر تقدماً في جميع أنحاء العالم - سيستفيد الموظفون من تقنيات على غرار تعلم الآلة لتحديد علامات التدهور بصورة فورية وقراءة الفحوص الطبية. وتتيح هذه التقنيات معلومات كثيرة وتوفر الوقت، مما يفسح المجال للطبيب للتركيز على المريض، وذلك باستخدام مزيج من القنوات المادية والإلكترونية التي يتوقعها مستخدمو أنظمة الرعاية الصحية بشكل متزايد.

يعتمد توسيع نطاق الصحة الرقمية على تقديم فوائد ملموسة لتلبية متطلبات المرضى، لا سيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، مع مشاركة مستخدمي الخدمة من البداية، ومشاركة الأطراف المعنية وتدريبهم وتحفيزهم على تنفيذ التغيير، وتسهيل استخدام التقنيات وتعديلها وإتاحتها في جميع أنحاء نظام الرعاية الصحية³⁴.



القسم 2

دور الحكومة: المبادئ والسياسات

المبدأ التأسيسي: ضمان التغطية الشاملة وتوفير الخدمات للجميع

أصبح لازماً على الحكومات في جميع أنحاء العالم تحقيق هدف التنمية المستدامة للأمم المتحدة الخاص بالتغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030، مما يتطلب استراتيجيات جريئة واستثمارات كبيرة للتغلب على التحديات التي نواجهها، والتي تتضمن:

افتقار نصف العالم للخدمات الصحية الأساسية، وتسبب النفقات الباهظة للغاية في العديد من البلدان في تقييد الرعاية الصحية، حيث تبلغ 100 مليون في السنة^{32, 33}.

عدم توفير نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية للتغطية الشاملة³⁴، رغم أنه الأعلى تكلفة في العالم، وعدم حصول 29 مليون نسمة من سكانها غير المسنين على التأمين الصحي³⁵.

يمثل توفير التغطية الصحية الشاملة تحدياً لمعظم البلدان، فهناك صعوبات في جميع أنحاء العالم في الحصول على الرعاية الصحية في المناطق الريفية والنائية والأجزاء الفقيرة من المدن. وقد انخفض شعور العديد من الدول الصناعية الكبرى بالرضا عن أنظمتها بسبب الجائحة، حيث عانت هذه الأنظمة الكبيرة وذات التمويل الجيد من أجل توفير الرعاية الصحية للمواطنين.



ومن خلال خبرتنا العالمية في دعم الحكومات والممولين ومقدمي الخدمات ومجموعات المرضى، حددنا سبعة مبادئ يجب أن تتبعها الحكومات خلال تأدية دورها كقائد وشريك وعامل تمكين في تطوير قطاع الرعاية الصحية، بما يحقق أهداف تعزيز صحة وسعادة السكان وتقديم أفضل الخدمات.

خريطة الإجراءات الحكومية لتطوير قطاع الرعاية الصحية القائم على المبادئ

مبادئ التطوير	تعزيز صحة وسعادة السكان وتقديم أفضل الخدمات						الحكومة كقائد وشريك وعامل تمكين للتطوير					
	ضمان التغطية الشاملة وتوفير الخدمات للجميع											
	بناء أنظمة رعاية صحية تركز على المريض	تمكين المرضى من اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤونهم الصحية	التفكير الشمولي في العوامل المؤثرة على الصحة	منح الحوافز لأفضل الممارسات التي تعني بالمرضى	بناء أنظمة تتسم بالمرونة في وقت الرخاء والشدة	التخطيط طويل الأمد لإطلاق العنان لقوة التقنيات الرقمية	إنشاء الشراكات الإبداعية					
العناصر	تطوير الرعاية الأولية على نطاق واسع كخدمة شاملة تديرها فرق متكاملة ومتعددة التخصصات، ويتم تحفيزها من خلال آليات التمويل التي تنقل الرعاية بعيداً عن المستشفيات	استخدام أنظمة السداد لتحفيز تطوير الرعاية، وتمكين المرضى من خلال التقنيات الرقمية، وتضمن آراء المرضى في قياس النتائج	إعادة تركيز الإنفاق العام لمنح المجتمع المرونة اللازمة لمواجهة التحديات، والاستثمار في برامج الصحة العامة ومعالجة الأسباب الجذرية للحرمان من الخدمات الصحية	تحديد الأهداف، وقياس التكاليف والنتائج، وفهم الأسواق، وضمان توفر الخدمات والشفافية، ودعم جهود الإصلاح، وتقييم التقدم المحرز	السماح للأطباء بالعمل بكامل إمكاناتهم، وكسر الحواجز المعطلة للإنتاج، وإزالة القيود عن أعداد المشاركين في البرامج التدريب السريري، والاستثمار في مساعي الرعاية، وتبني تقنيات القيادة المثبت نجاحها	فرض الانفتاح وتبني المعايير المفتوحة، والاستثمار في تقنيات السحابة، وضمان أمن البيانات، ودعم البنية التحتية المتنقلة، وتحفيز التحول الرقمي	وضع القواعد واللوائح التي تشجع السلوكيات الصحية، ومساعدة المبتكرين في العثور على جهات التمويل وشركاء البحث والتطوير، والمساعدة في نشر المنتجات الجيدة في السوق					
	نظام يتمحور حول الفرد ويركز على صحته وعافيته، بما في ذلك الوقاية والرعاية الأولية التي يحصل عليها بسهولة ضمن مجتمعه	تمكين السكان ومنحهم الفرصة لاتخاذ القرارات "المتعلقة بصحتهم" بالتعاون مع مقدمي الخدمات من أجل تحسين النتائج وتجربة المستخدم	تكامل جميع الأطراف المشاركة في تحسين صحة الشخص وعافيته، بما في ذلك العوامل الاجتماعية المؤثرة على الصحة (مثل الإسكان والتوظيف)، والوصول إلى قدر أكبر من عدالة التوزيع وتحقيق نتائج أفضل	تحديد القيمة التي تقدمها خدمات الرعاية من منظور متطلبات المرضى وليس من منظور مقدمي الخدمات، حيث تعمل أنظمة السداد على مواءمة وتحسين القيمة التي يقدمها كل جزء من نظام الرعاية الصحية وتحفيز تحقيق النتائج المرجوة	نظام صحي يتمتع بالمرونة الشاملة، من فرق العمل المحسنة إلى سلسلة التوريد الموثوقة التي تساعد في الاستجابة لمتطلبات النظام اليومية وخلال الأزمات	نظام صحي ميني على أساس رقمي يتيح إمكانية التشغيل الآمن من أي مكان بين مقدمي الرعاية المتكاملة، ويمكن المرضى ويستخدم البيانات لتوجيه عملية اتخاذ القرار على مستوى وضع السياسات ومقدمي الخدمات والمريض	منظومة شاملة للابتكار تدعم أفضل مقدمي الخدمات والباحثين والمصنعين من خلال القواعد واللوائح سريعة الاستجابة وسهولة الحصول على التمويل	إطار التطوير				
الهدف		تطوير طريقة تقديم الخدمات						تطوير الأنظمة				

المبدأ الثاني: بناء أنظمة رعاية صحية تركز على المريض

يجب أن تهدف الرعاية الصحية التي تركز على المريض إلى تحقيق الصحة والعافية المثلى للأفراد والسكان من خلال سهولة الحصول على الخدمات، مع التركيز على الوقاية بقدر تركيزها على علاج الأمراض. ويسعى مستخدمو الرعاية الصحية بشكل متزايد إلى الحصول على نفس مستوى التركيز على العملاء الذين يجدونه في قطاعي البيع بالتجزئة والترفيه. ولكي تتجاوز الأنظمة الصحية مبدأ "منهج واحد يناسب الجميع"، فإنها تحتاج إلى تبني الركائز الست للعلاقات المتميزة مع متلقي الخدمة:³⁶

1 

النزاهة والشفافية وبناء الثقة

يجب على مقدمي الرعاية الصحية والأنظمة الصحية والحكومات التي تنظمها وتديرها بناء الثقة من خلال الإجراءات المتسقة التي تتسم بالشفافية تماماً كما تبني الثقة في العلاقات الشخصية بمرور الوقت. ويشمل ذلك الابتعاد عن التركيز على الربح ومحاولة فعل ما هو صحيح لكل مريض.

2 

التعاطف لبناء العلاقة

ينبغي على مؤسسات الرعاية التعبير عن اهتمامها من خلال وضع متطلبات المرضى على رأس أولوياتها. ويجب أن يكون اللطف والتعاطف ركيزتين أساسيتين لتقديم الرعاية الصحية، وأن يتجلى ذلك من خلال ثقافة المؤسسة وطريقة تفاعل الموظفين مع المرضى.

3 

إنشاء تجارب تركز على الشخص لتحفيز الارتباط العاطفي

إن أخذ المتطلبات والظروف الفردية في الحسبان يقوي شعور المرضى بالمشاركة في قرارات الرعاية الصحية وبأن صوتهم مسموع، مما يمنحهم الإحساس بأن شؤونهم الصحية تحت السيطرة.

4 

حل المشاكل لتحويل التجارب السلبية إلى تجارب إيجابية

عندما تخفق الرعاية في تحقيق النتيجة المرجوة، من المهم أن تناقش المريض لفهم الجوانب الناجحة والجوانب غير الناجحة. ويجب أن تكون الجودة والتجربة، بالإضافة إلى النتائج السريرية، على رأس أولويات مقدمي الخدمات دائماً، وجزءاً من عملية التحسين المستمر.

5 

إدارة وتلبية التوقعات وتجاوزها

يمثل الرضا نقطة وسطى بين التوقع والخدمة الفعلية، ويجب أن يكون الهدف دائماً هو فهم التوقعات وتليبيتها وتجاوزها كلما أمكن ذلك.

6 

تقليل العبء على المتعامل

يتوقع الناس الحصول على خدمة سريعة وسلسة، ويؤدي تقليل العقبات والبيروقراطية في تجربة الرعاية الصحية إلى زيادة رضا المرضى وثقتهم بالنظام.

مقومات النجاح

يجب على أنظمة الرعاية الأولية أن:



تكون شاملة وأن تركز على المريض وتهتم بالسكان وتفي بمتطلبات الصحة البدنية والعقلية. وفي حال عدم توفر المهارات أو الخدمات المناسبة، يجب على فريق الرعاية الأولية تنسيق عملية الرعاية مع المتخصصين في الخدمات المجتمعية الأخرى ومتخصصي الرعاية الثانوية، والتعاون مع خدمات الدعم الاجتماعي المحلية الأخرى.



تضع الرعاية التي تركز على المريض **في الاعتبار ظروف الحياة على صحته وعافيته**، مثل الثروة والسكن والعمل والوضع العائلي. ويعتبر المرضى ومقدمو الرعاية طرفين أساسيين في اتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج.



تهتم بالسكان لأنها **تفهم وتحاول تلبية متطلبات المجتمع بأكمله** وليس مجموعة الأشخاص المسجلين في عياداتها فقط. ويتطلب ذلك دعم المجموعات التي يُحتمل أن تكون مستبعدة من الرعاية مثل المشردين أو المنعزلين، فضلاً عن فهم ومعالجة الأسباب الجذرية لاعتلال الصحة.

سياسات بناء أنظمة صحية تركز على المريض

أكد إعلان أستانا الصادر عن ممثلي 120 دولة تابعة لمنظمة الصحة العالمية أن تحسين الرعاية الصحية الأولية هو النهج الأكثر شمولاً وفعالية لتعزيز الصحة البدنية والعقلية، حيث يقلل التكاليف، ويزيد من تكامل الخدمات، ويعزز رضا المرضى، ويسهل التحسينات الكبيرة في طرق الرعاية وتعاون مقدمي الخدمات. كما تعتبر الرعاية الأولية جزءاً لا يتجزأ من المجتمعات التي نعيش ونعمل فيها³⁷.

ولكن الاستثمار في الرعاية الأولية توقف في العديد من البلدان، ففي هيئة الصحة الوطنية (NHS) في إنجلترا، حققت الاستشارات العامة نمواً بنسبة 0.7% سنوياً على مدار العقدين الماضيين لغاية العام 2020، فيما حققت الزيارات المخطط لها، خاصة في المستشفيات، نمواً بنسبة 9.6%. وقد أدى ذلك إلى تحول كبير نحو الرعاية المعتمدة على المستشفيات³⁸. وغالباً ما تستثمر أنظمة الرعاية الصحية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل موارد كبيرة في المستشفيات دون ضمان دعمها بنظام مستدام مبني على الرعاية الأولية³⁹.

تغير التوجهات

يتطلب التحول إلى أنظمة تركز على الرعاية الأولية تغيير المفاهيم الحالية. ولا تزال نماذج السداد تكافئ المستشفيات على تقديم الرعاية، بينما يكون توفير الخدمات بالقرب من المنزل أقل تكلفة وأكثر فعالية. ويتسبب ضعف إمكانية العمل من أي مكان في تقويض استخدام التقنيات الرقمية لمشاركة البيانات ودمج الرعاية ودعم تحسين الجودة وتوجيه المرضى إلى أماكن تقديم الرعاية الأولية.

وينبغي أن ينظر المتخصصون في نظام الرعاية الصحية إلى الرعاية الأولية على أنها تحظى بنفس المكانة التي تتمتع بها المستشفيات، وأن يعتبروا أن التعاون مع طبيب أسرة المريض ضرورياً للحصول على رعاية عالية الجودة. ويحتاج المرضى إلى معرفة ملائمة وجودة مستوى الرعاية التي يمكن تقديمها من خلال أنظمة الرعاية الأولية.



مبادئ تصميم أنظمة الرعاية التي تركز على المريض

ينبغي على الحكومات تحديد المبادئ التي يريد الناس تضمينها في أنظمة الرعاية الأولية الجديدة وتحفيز تطوير القطاع. ويجب أن تكون هذه المبادئ مصاغمة بوضوح يكفي لتمكين تطبيقها مع ترك مجال للإبداع المحلي. كما يجب أن تكون مدعومة بالحوافز والإجراءات والعقود والقواعد التي تشجع التطور مع إدارة المخاطر. وفيما يلي أربعة مبادئ للتصميم:²⁷

1

سهولة الحصول على المعلومات بشكل دائم

يجب توفير إمكانية الحصول على المعلومات والخبرات الكافية بسرعة مع ضمان استمرارية ذلك طوال فترة الرعاية من خلال توفير إمكانية الوصول لبيانات المريض عبر أي مؤسسة رعاية.

وتشمل الاتجاهات العالمية النقاط التالية: زيادة حجم وعدد عيادات الرعاية الأولية، وتعزيز الخدمات المتخصصة في المجتمع بدعم من خدمات الاستشارات عن بُعد وخدمات التشخيص في مؤسسات الرعاية الأولية، وإنشاء عيادات مصممة للأشخاص الذين يعانون من حالات مرضية متعددة، والاستثمار في العلاجات غير الطبية لتشجيع العادات الصحية وتحسين العوامل المؤثرة على الصحة الاجتماعية.

2

المرضى والسكان

يبقى أطباء العائلة حجر الأساس للرعاية الأولية في البلدان ذات الدخل المرتفع. مع ذلك، غيّرت العديد من أنظمة الرعاية تركيزها في السنوات الأخيرة إلى الفرق المتكاملة التي تضم الأطباء والصيادلة والممرضات والمساعدات الصحيين مثل أطباء العلاج الطبيعي والوظائف الداعمة الجديدة، من أجل تقديم مجموعة واسعة من الخدمات.

ويعكس هذا التغيير تحولاً نحو إدارة صحة السكان، إضافةً إلى تعزيز دور المرضى في تحديد أهداف الرعاية وتحقيقها، والتي غالباً ما تتجاوز الفحوص الطبية الحيوية التقليدية. وتتعاون الفرق متعددة التخصصات مع المريض لتقديم خطة رعاية متكاملة بأهداف مثل تقليل مخاطر الإصابة بأمراض القلب والتفكير بشكل مبتكر في الدعم، مثل "الوصفات الاجتماعية" للانضمام إلى برامج التمارين الرياضية.

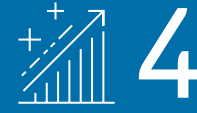
3

تدقيق المعلومات والنتائج

ينبغي على الحكومات تقديم حوافز لتوجيه المرضى بعيداً عن الرعاية الثانوية عالية التكلفة إلى أماكن أكثر كفاءة.

- تعمل دول مثل المملكة العربية السعودية على تطوير أنظمة مماثلة من حيث المبدأ لمراكز الرعاية المسؤولة في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تتعاون الأنظمة المحلية المتكاملة لتعزيز صحة السكان، من خلال دعم توسيع نطاق الرعاية الأولية. ولكن النموذج الأمريكي لا يضمن تحسين النتائج أو خفض التكاليف. ومن المهم أيضاً عدم إدخال هذه المراكز في التعقيدات الناتجة عن متطلبات مواءمة المعلومات والشؤون المالية والنتائج، بل ينبغي أن تركز على تحسين الخدمة^{40، 41}.

- هناك نموذج آخر ناجح هو الخدمات الطبية المنزلية التي تركز على المريض. ويضمن هذا النموذج أن تتحمل ممارسات الرعاية الأولية مسؤولية جميع المرضى المسجلين، بما في ذلك الخدمات التي تتجاوز الرعاية الأولية. ويعتمد هذا النموذج على السجلات الصحية الإلكترونية المتكاملة ويدعم المرضى في الاهتمام بحالتهم المرضية بمساعدة تطبيقات الأجهزة المتحركة. كما يحتاج أيضاً إلى نماذج سداد تكافئ النتائج التي يحققها مختلف مقدمي الخدمات الذين يعملون معاً، من المستشفيات والعيادات إلى المدارس والمؤسسات الدينية ومنافذ بيع الطعام وغيرها من المؤسسات المجتمعية.



4

الإدارة والمساءلة

من المهم تطوير مدراء وقادة الرعاية الأولية من أجل دعم تحسين الخدمة، لا سيما مع دمج آليات السداد المعتمدة على القيمة المقدّمة. وتسهم الشفافية في أداء مقدمي الخدمة وجهات سداد الرسوم على تقليل التباين وتعزيز المساءلة، مما يدفع الأنظمة الصحية المحلية للتدّسن.

دراسة حالة: مؤسسة كلاليت في إسرائيل، قوة الرعاية الأولية الرقمية



- ربما تكون إسرائيل الدولة الوحيدة في العالم التي تمتلك نظاماً رقمياً للرعاية الصحية على أساس الرعاية الأولية، والذي أظهر نتائج خلال تنفيذ برنامج لقاحات كوفيد-19.
- تُقدّم خدمات الرعاية عن طريق أربع مؤسسات صحية غير هادفة للربح، أكبرها هي مؤسسة كلاليت التي تضم أكثر من أربعة ملايين عضو. وتمتلك كل مؤسسة صحية شبكتها الخاصة من عيادات الرعاية الأولية مع فريق عمل يتضمن الأخصائيين الاجتماعيين والمساعدين الصحيين المتخصصين الذين يقدمون رعاية على مدار الساعة.
- تدير كلاليت أكثر من 1500 عيادة إضافةً إلى مراكز رعاية المسنين وإعادة التأهيل والرعاية الصحية العقلية، و14 مستشفى عاماً ومتخصصاً وشبكة من الصيدليات وعيادات الأسنان والمختبرات في جميع أنحاء البلاد⁴²، وتوفر المؤسسة مستوى عالٍ من الرعاية بتكلفة منخفضة⁴³، مع ارتفاع مستوى رضا المرضى عن الخدمات.
- يمكن الحصول بسهولة على خدمات الرعاية الأولية، حيث يتمكن ثلثا المرضى من زيارة مراكز الرعاية في نفس اليوم.
- يتم تمكين الربط بين المستشفى والمجتمع من خلال نظام مشاركة البيانات الخاص بمؤسسة كلاليت، الذي يتضمن توفير السجلات والنتائج الصحية عبر الإنترنت. وتعتمد جميع الأنشطة الصحية على البيانات الذكية، مع إجراء العديد من الاستشارات عبر الهاتف الذكي، وذلك حتى قبل الجائحة.
- سهلت الإجراءات الصحية الرقمية تصدر إسرائيل لدول العالم في توفير لقاحات كوفيد-19. واستخدمت المؤسسات الصحية الأربعة السجلات الصحية الإلكترونية لتسريع تحديد مجموعات السكان والتواصل معها عن طريق الرسائل النصية لحجز موعد لتلقي اللقاح.
- يتجلى تركيز الدولة على الرعاية الأولية من خلال إنفاقها على المستشفيات، الذي انخفض من 42% إلى 35% من إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة بين عامي 1995 و2012، فيما ارتفع الإنفاق على الرعاية المجتمعية من 39% إلى 43.4%⁴⁴.



المبدأ الثالث: تمكين المرضى من اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤونهم الصحية

تتضمن عملية تمكين المريض منحه مزيداً من التحكم بالقرارات الصحية⁴⁵، والتي كثيراً ما وعد بتنفيذها مقدمو الخدمات والحكومات، ولكنهم لم يفعلوا. وتعتمد هذه العملية على تغيير الأنظمة وثقافتها من خلال التدريب والقيادة والحوافز المالية والبيانات.

عند تمكين المريض، يتفهم دوره في الرعاية الصحية الشخصية، ويستطيع اكتساب المعرفة الكافية للتعامل مع مقدمي الخدمات، وامتلاك المهارات اللازمة لاستخدام هذه المعرفة للمساهمة في صنع القرار، كما يشعر بمزيد من التحكم الناتج عن دعم النظام له. وتشمل الخطوات التي يمكن أن يتخذها الطاقم الطبي لدعم الإدارة الذاتية للحالة الصحية تحديد المشكلات من منظور المريض والاستماع إليه ومساعدته على تحديد الأهداف والتغلب على المخاوف⁴⁶.

من الصعب تنفيذ عملية تمكين المرضى، ويمكن أن يكون لها مفاهيم مختلفة اعتماداً على مدى تمتع المرضى بخيارات متعددة والقوة البدنية والعاطفية اللازمة للمشاركة في اتخاذ القرارات والمهارات والثقة للتعبير عما يريدونه.

سياسات تمكين المرضى

لم تنجح الرعاية الصحية إلى حد كبير في تغيير نموذج تقديم الخدمات ليشمل تمكين المرضى، وذلك بسبب اعتبار مشاركة المرضى في الرعاية الصحية مسألة أخلاقية وليست اقتصادية. وغالباً لا يوجد توافق بين ما يريده المرضى وما يتم تقديمه من خدمات، مما يؤدي إلى تكرار عمليات التشخيص والعلاج وإهدار وقت الفريق الطبي وزيادة التكلفة. وهناك أدلة متزايدة على أن تمكين المريض يمكن أن يعزز كفاءة التكلفة⁴⁷.

بدأت الجهات المسؤولة عن سداد الرسوم في فهم قدرة المريض على ممارسة الضغط على التكاليف مع تحسين الجودة، حيث تزداد تكلفة علاج المرضى ذوي المهارات المنخفضة والأقل ثقة في أنفسهم للمشاركة في الرعاية الصحية بنسبة 8-21% مقارنة بالمرضى الذي يشاركون في الرعاية الصحية⁴⁸.

هناك أربع طرق رئيسية يمكن للحكومات من خلالها تشجيع تمكين المرضى وزيادة مشاركتهم الفعالة:

1 تحفيز الإدارة الذاتية للرعاية



يجب هيكلة أنظمة السداد لتعكس القيمة الفعلية للخدمات المقدمة للمرضى والقائمين على رعايتهم ومجتمعاتهم. وإذا تم التعامل مع الإدارة الذاتية للحالة الصحية على أنها تكلفة عرضية، فسيكون من الصعب رؤية العائد على الاستثمار، ولكن إذا نظر النظام إلى حياة المريض بأكملها أو صحة السكان، فإن العائد على الاستثمار في تعزيز الإدارة الذاتية للحالة الصحية سيكون كبيراً. وتعتبر الحالات المرضية طويلة الأمد مثلاً واضحاً على ذلك.

تمثل الميزانيات الصحية الشخصية إحدى أدوات التعزيز المالية الأخرى لتمكين المريض. وتخصص الجهة التي تسدد رسوم الرعاية الأموال لدعم الأهداف الصحية للفرد، والتي يمكنه بعد ذلك إنفاقها في إطار خطة الرعاية⁴⁹. ولضمان نجاح الميزانيات الصحية الشخصية، يجب دعم الناس خلال عملية اتخاذ القرارات.

2 تمكين المرضى من خلال التقنيات المتطورة



تتيح التقنيات الرقمية للمرضى المشاركة بفاعلية في رعايتهم الشخصية وإدارة الحالات الطبية طويلة الأمد. وتتضمن منصات الرعاية الذاتية أدوات التشخيص وخطوط المساعدة الطبية، ومنها تطبيق Babylon Health في المملكة المتحدة والمملكة العربية السعودية، وتطبيق Tonic في بنغلاديش.

ويجب على واضعي القوانين والأطباء تعزيز نهج مشترك لتطوير التطبيقات. فعلى سبيل المثال، يجب أن تتضمن التطبيقات التي تساعد في إدارة الحالة الطبية طويلة الأمد إمكانات فحص الأعراض وجمع البيانات ودعم الصحة البدنية والعقلية.

تضمنين آراء المرضى عند قياس النتائج

تتجاهل العديد من مقاييس الأداء آراء المرضى. ولكن عند الحكم على النتائج، من المهم تقييم مدى تلبية توقعات المريض⁵⁹.



وضع آراء المرضى على رأس الأولويات خلال برامج التدريب السريري

منح المرضى دوراً أكبر للمشاركة في رعايتهم الشخصية يتحدى الثقافة الطبية التقليدية التي تكوّنت على مدار قرون، لذلك تتمثل الطريقة الوحيدة لتحقيق هذا الهدف في ترسيخ مبدأ تمكين المريض من اليوم الأول للتدريب الطبي.



دراسة حالة: تطبيق نموذج "إشراك العميل" على السكان المحليين - مؤسسة "ساوث سنترال" في أنكوراج في ألاسكا



- عندما تولت مؤسسة "ساوث سنترال" مسؤولية خدمات الصحة الأولية والمجتمعية والعقلية لسكان ألاسكا الأصليين في منتصف التسعينيات، كانت جودة الرعاية والخدمات الطبية في المنطقة من بين الأسوأ في الولايات المتحدة. وتعتبر مؤسسة "ساوث سنترال" في الوقت الحالي رائدة في إعادة تصميم النظام الصحي، فقد انخفضت التكاليف وارتفعت الجودة وأصبحت خدمات الرعاية في المنطقة من أفضل خدمات الرعاية في الولايات المتحدة.
- بدأت عملية التحسين عندما تم نقل مسؤوليات الخدمات والتمويل من الحكومة الفيدرالية إلى مزيج من القيادات القبلية والمحلية والمجتمعية⁵⁴، دون فرض قواعد تنظيمية كثيرة أو وجود منافسة. فأصبح التغيير مدفوعاً بالقادة وموظفي الرعاية الصحية والمجتمع ككل.
- رفضت مؤسسة "ساوث سنترال" نموذج الرعاية الصحية القائم الذي يعتمد على الخبراء في تحديد الأمراض واقتراح الإجراءات الطبية التي يجب اتباعها. فبدلاً من تلقي الفحوص والتشخيص والعلاجات بشكل سلبي، تم تطبيق نموذج "إشراك العميل" لتشجيع المرضى على المشاركة في تحمل مسؤولية الصحة والعافية.
- يتضمن الفريق الطبي العديد من الخبراء، ولكن العميل هو من يتخذ القرارات. وتشمل مقاييس الأداء التي تستخدمها مؤسسة "ساوث سنترال" ما إذا كانت فرق الرعاية الأولية تدعم الأشخاص في المشاركة في الاهتمام بصحتهم أم لا. وفي العام 2015، أشار 96% من المرضى إلى أنهم شاركوا في القرارات المتعلقة برعايتهم الشخصية.
- توفر مؤسسة "ساوث سنترال" بديلاً لاستراتيجيات التفتيش من أجل ضمان إدارة الأداء بكفاءة.



المبدأ الرابع: التفكير الشمولي في العوامل المؤثرة على الصحة البدنية والنفسية

سلطت جائحة كوفيد-19 الضوء على تأثير كل جانب من جوانب هياكلنا الاجتماعية على صحتنا، بدءاً من الإسكان ووصولاً إلى التعليم. وتحتاج الحكومات إلى فهم أعمق لنقاط الترابط بين أنظمة الرعاية والهياكل الاجتماعية وأثارها على السياسات والخدمات.

هناك فروق شاسعة في جميع أنحاء العالم في متوسط العمر المتوقع وسنوات الحياة الصحية المتوقعة بين الأغنياء والفقراء، بغض النظر عن مستوى الثروة الوطنية. وتشير الأدلة العالمية إلى أن العوامل الاجتماعية المؤثرة على الصحة هي المسؤولة عن انتشار الإعاقات وحالات الوفاة الناجمة عن الأمراض غير السارية⁵². وينبغي على الحكومات تصميم سياسات تعالج الأسباب الأساسية لهذه الفروق الضخمة على الصعيدين المحلي والدولي.

سياسات تضمن العدالة في الصحة والعافية

تتعلق العديد من أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة بالحد من الفروق الصحية على الصعيدين الوطني والعالمي، تتضمن:⁵³

- القضاء على الفقر
- الصحة الجيدة والرفاه
- التعليم الجيد
- المساواة بين الجنسين
- الحد من أوجه عدم المساواة

وفي الولايات المتحدة، يزيد متوسط العمر بالنسبة لـ 1% من أغنى الرجال بمقدار 14.6 سنة مقارنة بمتوسط عمر 1% من أفقر الرجال، في حين أن الفرق بالنسبة للنساء هو 10.1 سنة⁵⁴. أما في فنلندا، التي تعتبر واحدة من المجتمعات الأكثر مساواة بين السكان، كان الفارق في متوسط العمر المتوقع عند سن 25 بين أعلى 20% وأقل 20% من السكان دخلاً في العام 2007 يبلغ 11.4 سنة بين الرجال و6,3 سنة بين النساء⁵⁵.

وأصبحت الأمراض غير السارية، مثل تلك التي تسببها السمنة، شائعة بشكل متزايد وتؤثر بشكل كبير على المجتمعات الفقيرة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويزيد الأمر تعقيداً أن الأسر الفقيرة أكثر عرضة للمعاناة من النفقات المالية الباهظة بسبب المرض، وبالتالي فإن الأشخاص الذين يكونون في أمس الحاجة إلى العلاج هم الأكثر عرضة لعدم الحصول عليه⁵⁶،⁵⁷.



إعادة بناء الحياة واكتساب الثقة بعد جائحة كوفيد-19

أدت جائحة كوفيد-19 وعمليات الإغلاق لمحاولة احتوائها إلى تفاقم الفوارق الصحية. وبخلاف تأثير الجائحة على كبار السن، كانت الوفيات غير متناسبة بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة، وأولئك الذين يعيشون في مساكن مزدحمة والأشخاص الذين يعملون في مهن عالية الخطورة مثل العمل في خدمات الرعاية. وتشمل العواقب السلبية لعمليات الإغلاق فقدان الوظائف والدخل، وعدم التواجد في المساحات الخضراء، وتدهور الصحة العقلية⁶².

وتشير بيانات منظمة الصحة العالمية إلى اضطراب 153 دولة إلى تقديم الدعم النقدي للمواطنين، فيما أغلقت المدارس في أكثر من 200 دولة، مما أثر على 86% من الأطفال في التعليم الابتدائي في البلدان المصنفة على أنها منخفضة النمو. وأشار العمال الذين يعتمدون على الأجور اليومية إلى انخفاض مستويات الصحة والعافية وازدياد التوتر. وعلى المدى الطويل، سيكون توزيع عواقب البطالة غير متساو^{59 63}.

تتسبب الجائحة في وضع الفروق الصحية على طاولة المناقشات السياسية. فإضافة إلى معالجة العواقب المباشرة وغير المباشرة للجائحة، يجب على مؤسسات الدولة إعادة اكتساب ثقة الناس الذين عانوا أكثر من غيرهم^{64 65}. ويعتبر انعدام الثقة عاملاً مهماً يساهم في تردد حصول السكان الأكثر تضرراً على اللقاحات⁶⁶.

أشارت مؤسسة "هيلث فاوندیشن" في المملكة المتحدة إلى الحاجة إلى عقد اجتماعي جديد يضمن تعزيز دور الدولة في توفير الحماية الاجتماعية، والاستثمار في برامج الصحة العامة، وتنفيذ إجراءات تحسين الإسكان وجودته، والعمل على إزالة العوائق التي تواجه الأقليات⁶⁷.

ولتحقيق مزيد من العدالة بين الناس، أوصت لجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة بدعم صحة الأم، والتطعيم ضد الحصبة، وضمان العلاج الفعال للإسهال الأطفال، والاستثمار في وسائل النقل في المناطق الريفية، ومنع التدهور البيئي، وتوفير الحماية الاجتماعية في كل مراحل الحياة⁵⁸.

يجب أن تشمل التدخلات الصحية المباشرة حملات التطعيم والفحص التي تستهدف المجتمعات المحرومة، وضمان الوصول إلى خدمات مثل الصحة الجنسية والرعاية الإنجابية، واستخدام برامج التغذية لدعم نمو الطفل الصحي وتحفيز الإقلاع عن التدخين⁵⁹.

يجب أن يكون هدف البلدان في المراحل الأولى من تطوير الرعاية الصحية الشاملة تحقيق التوسع قبل تعزيز الخدمات⁴³. يعني ذلك توفير عدد صغير من الخدمات لجميع المواطنين بسرعة من خلال الرعاية الأولية الأساسية الجيدة بدلاً من تطوير مجموعة كبيرة لعدد قليل من السكان⁴³، مما يساعد في اكتساب ثقة السكان والحصول على الدعم السياسي للتغطية الصحية الشاملة، كما سيؤثر بشكل كبير على أكبر عدد من الناس.

توفير الخدمات للمجتمعات الأقل حظاً

يوجد في كل بلد تقريباً فئات مجتمعية أقل حظاً، مثل الأقليات العرقية أو العمال المهاجرين، الذين غالباً ما يتم تهملهم أو تجاهلهم عند تشكيل أولويات السياسة المحلية. وعادة ما تكون هذه الفئات المجتمعية ذات دخل منخفض ومحرومة اجتماعياً وتعاني من مستويات عالية من الأمراض المزمنة⁶⁸.

يعدّ الفقر من أهم قضايا العدالة الاجتماعية ويفرض تكاليف باهظة على الدولة. واعتبرت الأبحاث في كندا الفقر أحد أكبر الأعباء على الاقتصاد والرعاية الصحية وأنظمة العدالة الجنائية، حيث يتم إنفاق عشرات المليارات من الدولارات الكندية على مزايا التأمين على العمل ودعم الأسر ذات الدخل المنخفض. وقدرت دراسة أجريت في العام 2011 في مقاطعة كولومبيا البريطانية أن تنفيذ استراتيجية شاملة للحد من الفقر سيكلف الدولة 4 مليارات دولار كندي، وهو مبلغ أقل من نصف تكلفة عدم اتخاذ أي إجراء⁶⁴.

دراسة حالة: شبكة المرونة الوطنية لمواجهة كوفيد-19 التابعة لمدرسة مورهاوس للطب في جورجيا في الولايات المتحدة الأمريكية



- تتعاون مدرسة مورهاوس للطب في أتلانتا بولاية جورجيا مع الحكومة الفيدرالية لتطوير شبكة وطنية من المنظمات المجتمعية للمساعدة في معالجة آثار جائحة كوفيد-19 بين السكان المحرومين والأقليات العرقية. ويشير المشروع إلى تركيزه على الأمريكيين ذوي الأصول الأفريقية واللاتينية والآسيوية وسكان هاواي الأصليين وغيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ والأمريكيين الأصليين وسكان ألاسكا الأصليين. وتتعاون الشبكة مع المؤسسات الاجتماعية والأكاديمية والشركات والمراكز الصحية والمستشفيات والمؤسسات الدينية والوكالات الفيدرالية لتوفير الموارد المهمة المرتبطة بهذه الأقليات ثقافياً على مستوى المجتمع⁶⁸.
- تنشر شبكة المرونة الوطنية لمواجهة كوفيد-19 (المدعومة من كيه بي إم جي، التي صممت المنظومة التقنية التي يقوم عليها البرنامج) المعلومات المتعلقة بالجائحة للأقليات⁶⁹. وتأسست هذه المنظومة على مبدأ "من المجتمع ولأجل المجتمع"، وشارك ممثلو المجتمع في تصميمها لتعزيز احتمالية نجاحها مع بناء الثقة. وتعمل الشبكة على مساعدة الأشخاص في الحصول على مجموعة واسعة من أنواع الدعم في مجتمعاتهم المحلية، من الطعام إلى الفحوص الطبية، كما تستخدم تحليل البيانات لتحديد الدعم المطلوب.

المبدأ الخامس: منح الحوافز لأفضل الممارسات التي تعتني بالمرضى

تواجه جميع الحكومات نفس التحدي، وهو كيفية تحسين الرعاية الصحية مع الحفاظ على ثبات التكلفة بالنسبة لجميع الأطراف المعنية التي تتضمن المرضى ودافعي الضرائب ومقدمي الخدمات وشركات التأمين. وتؤثر طرق السداد للأطباء والعيادات والمستشفيات على النتائج المالية وخدمات الرعاية. وسيؤدي تعديل أسس السداد لتحفيز النتائج المرجوة إلى تغيير توجهات الإنفاق على الرعاية الصحية ويحسن النتائج بالنسبة للمرضى.

تعمل معظم أنظمة الرعاية الصحية في العالم وفقاً لنموذج "الرسوم مقابل الخدمة"، والذي يزيد الحجم والتكلفة بينما لا يضمن الجودة في كثير من الأحيان. ويستفيد مقدمو الخدمات من تقديمها للمرضى، ولكن لا يحرصون على تحسين الصحة والعافية على نطاق المجتمع الأوسع. ولكن تُقاس القيمة الحقيقية بالنتائج، وليس العمليات أو المدخلات، لذلك ينبغي على أنظمة السداد أن تعكس القيمة التي تُرى من منظور متطلبات المرضى. ونظراً لأن النتائج نادراً ما تكون مرتبطة بأنشطة مقدم واحد، يتعين على الأنظمة القائمة على النتائج توحيد الأطراف المعنية لضمان تعزيز التعاون أثناء تقديم خدمات الرعاية.

وسلّطت الجائحة الضوء على الحاجة إلى وجود حوافز لمواكبة التطورات التقنية وتوقعات المرضى المتغيرة. ونظراً لتغير زيارات الرعاية الأولية والعيادات الخارجية إلى الاستشارات عبر الهاتف ومكالمات الفيديو، كان لا بد من إيجاد طريقة سداد مؤقتة لهذه الاستشارات لضمان الدفع مقابل الخدمات بنفس طريقة خدمات الرعاية العادية.



سياسات لتحفيز أفضل النتائج

تزداد تكاليف الخدمات وتعقيدها والتقدم التقني مع ارتفاع الطلب، ويجب أن تعزز أنظمة السداد قيمة الرعاية الصحية. ويجب أن تركز عمليات إصلاح أنظمة السداد على المبادئ التالية:

القياس يعني المعرفة

يجب أن تكون نقطة البداية هي تحليل النظام الحالي، بدءاً من نتائج الرعاية وتكاليفها. ويمكن هذا التحليل صانعي السياسات من التعرف على المجالات التي يمكن دعمها من خلال إصلاح نظام السداد.

إذا كان الهدف الرئيسي يتمثل في الحد من عدد الأطفال منخفضي الوزن عند الولادة، على سبيل المثال، يجب أن تشمل تكاليف الرعاية فترة الحمل كاملة إضافة إلى فترة رعاية الأطفال حديثي الولادة. يجب أن تكون القيمة مكافئة لمتطلبات المريض وليس لعمليات مقدم الخدمة. وعند دعم كبار السن الذين يعانون من أمراض طويلة الأمد، يتحول الهدف من معالجة كل مرض على حدة إلى تحسين جودة ومستوى الحياة التي يعيشونها.

تعتبر عملية قياس التكاليف والنتائج معقدة للغاية، حيث تتضمن تحديات مثل قلة البيانات وعدم تحديد مجموعة مقاييس الجودة التي تعكس النتائج بشكل أفضل. ومن أمثلة تبسيط هذه المعلومات استخدام عنصر "عدم وجود مضاعفات في السنة التالية للعملية الجراحية" كمقياس للنجاح.

أخذ ديناميكيات السوق في الحسبان

يحتاج واضعو السياسات إلى فهم خصائص السوق وديناميكيات الأنظمة الصحية، والآثار المترتبة على إصلاح نظام السداد. ويشمل ذلك اتجاهات العرض والطلب ووسائل التعزيز السياسية والاقتصادية المتاحة وتحليل فرص زيادة القيمة المقدمة للمرضى. ويجب مراعاة ديناميكيات القوة بين تقديم الخدمات (مجموعة مقدمي الخدمات) والمتطلبات المستقبلية للسكان عند وضع الحكومات لبرامج الإصلاح والحصول على الدعم اللازم لها وتنفيذها.

موازنة الحوافز بين العرض والطلب

يجب أن توازن أي عملية إصلاح بين حوافز العرض والطلب. أدركت سنغافورة الفوائد طويلة المدى لزيادة معدلات التطعيم ضد الأمراض المنتشرة في المنطقة، وتحسين صحة السكان من خلال برنامج تطعيم طموح قلل من العوائق المالية من خلال تقاسم التكاليف⁷⁰.

ضمان التوافق بين الغايات والنتائج

يجب أن يبنثق هيكل نظام تقديم الخدمات من الغايات (تعتمد على متطلبات السكان) والنتائج (أهداف السياسة الصحية) التي يهدف إلى تحقيقها. وبمجرد تحديد المتطلبات والأهداف بوضوح، يمكن وضع حوافز لتعزيز النتائج وتسريع تطوير الرعاية. وعادة ما تعمل الحكومات بشكل معكوس من خلال البدء من وضعها الحالي، والذي غالباً ما يديم الممارسات القائمة بدلاً من تعزيز تكامل الرعاية. ويمكن أن يساعد التركيز على مجالات التحسين الرئيسية، حتى لو اقتصر على مجموعات مرضية معينة، أو مجموعات سكانية، أو قطاعات رعاية معينة، على تعزيز عمليات إصلاح نظام السداد.

ضمان العدل وتوفير الخدمات

يجب أن تضمن أنظمة السداد أن توزيع الموارد لا يميز بين مجموعات المرضى المختلفة. فعلى سبيل المثال، يجب أن يضع نظام السداد في الاعتبار عوامل الخطر مثل العمر والنوع الاجتماعي والحالة الصحية، لمنع مقدمي الخدمة من "انتقاء" المواطنين الأصغر سناً أو الأكثر صحة أو الأقل تكلفة⁷¹.

إضفاء الشفافية على أنظمة السداد

يجب أن تكون أنظمة السداد قياسية وشفافة ومفهومة، بحيث تكون أهدافها ووسائل تحقيق هذه الأهداف واضحة لواضعي السياسات وجهات السداد ومقدمي الخدمات. وتعتبر أطر حوكمة البيانات والثقة والمساءلة ضرورية لتحديد كيفية توجيه التمويل، وضمان تحقيق النتائج، والنطاقات التي يجب توجيه الإجراءات التصحيحية لها⁷².

تقييم الإصلاحات

يزيد تعقيد سوق الخدمات الصحية من صعوبة تناسب نتائج إصلاح أنظمة السداد مع الخطة بدقة. ويجب اختبار التغييرات التي تُجرى على السياسات قبل بدء تطبيقها على نطاق واسع من أجل الوصول إلى أعلى فرص النجاح وتحديد المشكلات مبكراً.

الحصول على الدعم اللازم لعملية الإصلاح

ينبغي على الحكومات التعاون مع الأطراف المعنية من البداية ومشاركة أهداف ودوافع عملية الإصلاح للحصول على دعم هذه الأطراف.

دراسة حالة: تمكين عملية إصلاح نظام الرعاية الصحية في ألزيرا في إسبانيا



- أصابت الضغوط المالية نظام الرعاية الصحية الإسباني غير المرن الذي عفا عليه الزمن في تسعينيات القرن العشرين. وتم تكليف صانعي السياسات بإنشاء نظام شامل مع التخفيف من المخاطر المالية، ففرضوا إصلاحات تفصل بين التمويل والشراء وتوفير الخدمات الصحية. وأتاحت هذه الإصلاحات مشاركة القطاع الخاص من خلال الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص لتقديم الخدمات بموجب تمويل محدد مرتبط بمقاييس الجودة.
- كانت منطقة ألزيرا في فالنسيا من أوائل المناطق التي استفادت من فرص هذه الشراكات، وطلبت من إحدى الشركات الخاصة بناء مستشفى وإدارتها. أقامت شركة إدارة الخدمات الصحية Ribera Salud شراكة لتسهيل الحصول على الرعاية، وتعزيز استدامة التكاليف، وتحسين النتائج الصحية، وتقوية كفاءة النظام، وقد اعتمد نموذج عملها على أربع ركائز:

التمويل العام: تدفع المنطقة لشركة Ribera مبلغاً سنوياً محدداً للفرد، والتي تتعاقد بعد ذلك مع مقدمي الخدمات (وكثير منهم تابعون للحكومة) وتغطي جميع تكاليف العلاج للسكان المشتركين.



الملكية العامة: شبكة تقديم الخدمات والبنية التحتية (بما في ذلك المستشفى) مملوكة للدولة وتقع ضمن الممتلكات العامة.



الرقابة العامة: تخضع Ribera للمساءلة القانونية بموجب اتفاقية الشراكة، والتي تتضمن حداً أقصى للربح بنسبة 7,5% من الإيرادات، ويعاد المبلغ الزائد إلى الحكومة لإعادة استثماره. ويتم مراقبة أداء النظام وصحة السكان ومقاييس النتائج.



تقديم الخدمة بشكل خاص: من خلال التعاقد لمدة 20-15 عاماً وتعزيز المساءلة عن التكاليف والنتائج، تعمل Ribera كمقدم خدمات واحد متكامل.



- قدّم هذا النموذج طريقة جديدة لتحسين الرعاية وتوفير الخدمات والبنية التحتية، وتم توسيعه ليشمل مناطق أخرى في جميع أنحاء إسبانيا، كما وقرّ نموذج الشراكة الإدارة الفعالة من حيث التكلفة للنظام والرقابة الحكومية على الجودة وتوفير الخدمات⁴⁴.



المبدأ السادس: بناء أنظمة تتسم بالمرونة في وقت الرخاء والشدّة



كشفت الجائحة عن هشاشة أنظمة الرعاية الصحية الأكثر تطوراً (تلك التي تستهلك حوالي عُشر الناتج المحلي الإجمالي)⁷³. تتطلب الأنظمة المرنة فرق العمل الكبيرة والمرنة وسلاسل التوريد القوية والتعاون الوثيق بين القطاعين الحكومي والخاص والأنظمة الآمنة والموثوقة لجمع وتحليل وتبادل البيانات وأنظمة الصحة العامة المحلية ذات الموارد الكبيرة.

يجب أن تتسم فرق العمل المستقبلية بالمرونة



- ترى الأستاذة سوزي بيركس بيكر، الزميلة في مجال القيادة في مؤسسة King's Fund، أن جائحة كوفيد-19 أظهرت احتياج فرق العمل إلى قدر أكبر من المرونة.
- وقالت في حديثها إلى كيه بي إم جي: "ينبغي أن تتميز فرق العمل بالتصميم المعياري، بحيث يمكن تعزيز المهارات المطلوبة في أي وقت، ويستخدم الناس هذه المصطلحات لوصف ما قد تبدو عليه المستشفيات في المستقبل.
- وأضافت: "[أثناء الجائحة] لا يمكنك أن تقول "هذه ليست وظيفتي، لن أعمل أبداً في قسم الجهاز التنفسي". فقد تم إزالة حدود بين التخصصات، وهو أمر مثير للاهتمام لأننا كنا نطمح إلى التخصص وكافأناه".
- ولكنها تؤكد أن الأشخاص الذين أعيد تدريبهم على رعاية مرضى كوفيد-19 كانوا هم أنفسهم يعتمدون على متخصصين مثل استشاري الجهاز التنفسي، "ولذلك يمثل الأمر مسألة توازن".
- تتوقع سوزي بيركس بيكر اتباع نهج قابل للتعديل بالنسبة للمهارات، مما يؤدي إلى آثار طويلة الأجل على التدريب وهيكل فرق العمل، حيث سيكون التدريب موجهاً نحو اكتساب مهارات متنوعة عبر الوظائف الطبية المختلفة. ويمكن أن يساعد ذلك النهج في حل صعوبات التنبؤ بمتطلبات التخصصات المختلفة سلفاً، مدفوعاً بالتدريب السريري الصارم الحالي، وأضافت: "كيف يمكن أن تخطط لفريق عمل مناسب للتطورات المستقبلية؟ عليك التخطيط لتحقيق المرونة".
- وسيمكّن ذلك التخطيط المستقبلي من إعادة تشكيل المهارات وتوزيع الموظفين بشكل أسرع في حالات الطوارئ الصحية في المستقبل.



سياسات اكتساب المرونة

تطوير فريق العمل المرن

كان قطاع الرعاية الصحية يعاني من نقص الأطقم الطبية قبل الجائحة. وأشارت التوقعات إلى أن الطلب على العاملين في القطاع الصحي سيرتفع إلى 80 مليوناً⁷⁴ بحلول العام 2030، لكن منظمة الصحة العالمية توقعت عجزاً بنحو 18 مليوناً⁷⁵. ومن المرجح أن تؤدي الجائحة إلى تسريع نمو الطلب على المدى الطويل.

وأكدت جائحة كوفيد-19 أن الاستثمار في الرعاية الصحية هو بمثابة وثيقة تأمين فعالة للغاية من حيث التكلفة للدولة وشعبها، فتلکفة دعم العاملين في مجال الرعاية الصحية تعتبر ضئيلة مقارنة بعواقب تدهور الخدمات الصحية.

هناك نوعان من الصعوبات التي تواجهنا عند محاولة حل مشكلة نقص الأطقم الطبية:

1



عدم قدرة الدول الأكثر ثراءً على إنقاذ نفسها من هذا النقص، وإذا استمرت الهياكل المهنية القائمة، فإن طرق العمل لن تلبّي متطلبات السكان سريعة التغير ولن تستغل إمكانات التقدم التكنولوجي مثل اتخاذ القرارات السريرية بمساعدة الذكاء الاصطناعي.

2



المسار المستقبلي يكمن في إعادة النظر في إنتاجية فريق العمل، وإعادة صياغة الخدمات السريرية، وإكساب العاملين في مجال الرعاية القدرة على الاستفادة القصوى من قوة التكنولوجيا والذكاء الاصطناعي، وتغيير استراتيجيات الاستثمار الوطنية.

حدد مارك بريتنيل، الشريك في كيه بي إم جي، في دراسته الرئيسية بعنوان "Human: solving the global workforce crisis in healthcare"، التغييرات واسعة النطاق التي تحتاج الحكومات إلى تنفيذها، والتي تتضمن:

إعادة توجيه حوار أطقم العمل الصحية نحو بناء الصحة والثروة الوطنية



يؤدي تعزيز متوسط الفترة التي يقضيها الشخص في العمل دوراً مهماً في بناء الأمة والتماسك الاجتماعي والحراك الاجتماعي والحد من عدم المساواة. وقدّرت دراسة أجرتها مجلة لانسيت في العام 2013 أن 11% من النمو الاقتصادي في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل خلال الفترة من العام 2000 ولغاية العام 2011 نتجت عن انخفاض معدل الوفيات⁷⁶.

تحفيز بناء الأطقم الطبية



ينبغي على الحكومات تحفيز توفر أطقم العمل من خلال إجراءات مثل تخفيف قيود التدريب وزيادة معدل مشاركة العاملين في الرعاية الصحية، ورغم وجود أسباب منطقية لفرض قيود على التدريب السريري، كالتكلفة وقدرة المستشفيات على دعم المتدربين وخطر انخفاض الطلب نتيجة زيادة المعروض، فإن الجوانب السلبية لهذه القيود تتفوق حالياً على فوائدها. وفي أستراليا، أدى إلغاء السياسات التقييدية المفروضة على تعليم التمريض إلى زيادة القبول في برامج التمريض من 16,700 إلى أكثر من 23,000 في غضون عامين⁷⁷.

دعم الأطباء من أجل تعدد التخصصات



بينما تضمن اللوائح تطبيق المعايير وارتفاع مستوى الأمان، فإنها يمكن أن تقوّض التحسين والتكامل والعمل الجماعي من خلال استمرار الحدود بين أقسام الطب السريري وكبح الابتكار. وأظهرت استجابة الدول للجائحة أنه يمكن تدريب الموظفين على نطاق واسع ووتيرة سريعة لتولي أدوار جديدة، مما يخفف الضغط على المتخصصين. ومن أمثلة الموظفين الذين يستخدمون قدراتهم الكاملة الممرضات العاملات في المناطق النائية اللاتي يتولين جوانب من أدوار أطباء التوليد⁷⁸. ويمثل ذلك "دوراً موسعاً"، حيث يتولى المتخصص مهمة تتجاوز نطاق عمله التقليدي. ويتناقض هذا الدور مع أدوار الطبيب السريري المتطور، والتي تتطلب الدراسة والتدريب المهني الرسمي. ويمكن رؤية هذه الأمثلة في مجموعة كبيرة من الأقسام، على غرار الممرضين الممارسين المتطورين في أقسام الأورام⁷⁹.

دعم التعلم مدى الحياة وتطوير أدوار سريرية جديدة



يجب أن تتغير القوانين التنظيمية من تثبيت التدريب قبل الخدمة إلى تسهيل التعلم مدى الحياة. ومن "التدرج" المهني الثابت إلى دعم المهنيين الذين يبحثون عن وقت للتطوير أو إجراء الأبحاث، ومساعدة الموظفين على التنقل بين المهن مع اكتسابهم المهارات اللازمة لها.

- يمكن أن يصبح الموظفون الذين يعملون خارج نطاق أدوارهم التقليدية على درجة عالية من الكفاءة في مهام محددة، مما يخفف الضغط على الأعضاء الآخرين في الفريق. وتشمل الأمثلة فنيي الجراحة الذين أصبحوا خبراء في إجراء معين كجزء من فريق جراحي أكبر، والمساعدات الطبيين الماهرة في التعرف على التاريخ المرضي للشخص وتقديمه إلى الطبيب أو الممرضة ودعم المريض بالتدريب والتثقيف الصحي.
- غالباً ما تخضع المهن للوائح المهنية القانونية الثابتة بالصدفة. ففي المملكة المتحدة، لا يخضع اختصاصيو الإرواء، الذين يشغلون آلات تحويل مجازة القلب والرئة أثناء جراحة القلب، للقوانين التنظيمية، بينما تم فرض اللوائح القانونية على اختصاصي العلاج بالفنون⁸⁰ في العام 2003.
- تجري حالياً دراسة فكرة توحيد قانون الممارسة للمتخصصين في الرعاية الصحية مع تحديد إجراءات تأديبية مشتركة. واقترحت هيئة المعايير المهنية للرعاية الصحية والاجتماعية في المملكة المتحدة بالفعل قانوناً موحداً، وأشارت إلى أنه سيعزز منع حدوث الأضرار مع تبسيط اللوائح للمرضى والمهنيين وأرباب العمل والمعلمين⁸¹.

تبنى تقنيات القيادة والتطوير المثبت نجاحها

نظراً للتكلفة العالية والقيمة العالية للعاملين في مجال الرعاية الصحية، هناك الكثير من الأفكار القديمة الخاصة بالقيادة والتنمية الشخصية والأداء. ويجب أن تتبنى الرعاية الصحية مناهج مثل تعزيز ثقافة التعلم بدلاً من إلقاء اللوم على الأشخاص عند حدوث أخطاء، وتشجيع الاحترام المهني المتبادل، وتوفير مواعيد العمل المرنة، والاستماع إلى مخاوف الموظفين والاستجابة لها.

معالجة عدم المساواة بين العاملين في القطاع الصحي

تعاني الرعاية الصحية من ضعف الأداء في معالجة عدم المساواة بين العاملين فيها، لا سيما فيما يتعلق بالنساء⁸⁶ والأشخاص من الأقليات العرقية⁸⁷. وتشكل النساء نسبة متزايدة من العاملين في القطاع الصحي على مستوى العالم، مع ارتفاع مطرد في أعداد الطبيبات منذ سبعينيات القرن العشرين، ولكن على الرغم من التمثيل القوي للنساء في القطاع، لا يزال عدم المساواة مستمر. فعلى مستوى العالم، تشغل النساء عدداً أقل من المناصب القيادية في الفرق الطبية والأوساط الأكاديمية والهيئات المهنية والمستشفيات والنقابات. ويتجه توزيع الطبيبات نحو تخصصات طب الأطفال وأمراض النساء والأمراض الجلدية والغدد الصماء، بينما لا يزال تواجدهن نادراً في تخصصات جراحة العظام والمسالك البولية وأمراض القلب والجراحة التجميلية⁸⁸.

تعزيز مرونة سلاسل التوريد

ركزت سلاسل التوريد في البلدان ذات الدخل المرتفع قبل الجائحة على الحصول على أفضل قيمة مقابل المال من خلال تجميع المشتريات عبر مؤسسات الشراء الجماعي، بينما ركزت البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل على ضمان استقرار إمدادات المنتجات الأساسية. أما بالنسبة للمنتجات والمستحضرات الصيدلانية الأكثر تطوراً، كانت الأولوية هي تتبع سلسلة التوريد لمنع المنتجات المقلدة من دخول السوق.

كشفت الجائحة عن نقاط الضعف في سلاسل التوريد مثل صعوبات توفير أدوات الحماية الشخصية، وأدوات الفحوص والاختبارات، كما أظهرت اللقاقات الفجوات المحلية والترابط العالمي. وأدى ذلك إلى ظهور نزاعات اقتصادية وسياسية بين البلدان حيث منعت الدول المصنعة تصدير الإمدادات من أجل خدمة أسواقها المحلية أولاً. وقد أفضى ذلك إلى إدراك الحكومات دورها الدبلوماسي في سلاسل التوريد والحاجة إلى إعادة النظر في قدرات الإنتاج المحلية والتوظيف والاستثمارات لتجنب الصدمات المستقبلية.

دراسة حالة: التميز المعياري في الهند



- يجمع عدد قليل من مقدمي الرعاية الصحية في القطاع الخاص بالهند بين مناهج خط التجميع الأمريكية وتقنيات الإدارة المرنة اليابانية ومنهج الابتكار "Jugaad" الهندي في مبدأ واحد هو: "تقديم حلول بسيطة للمشكلات المعقدة توفر علاجاً عالي الجودة بجزء بسيط من التكاليف الغربية"⁷.
- تتبنى مستشفى أبولو وأرافيند للعناية بالعيون توسيع نطاق الخدمة لزيادة الجودة مع تقليل التكلفة. ويستفيد هذا المنهج من المهارات المهنية النادرة للأطباء الذين يعملون فقط في المهام التي تتطلب أطباء، مع تفويض رعاية ما قبل الجراحة وما بعدها لموظفي الدعم المتخصصين. ويجري أطباء أرافيند ما بين 1,000 و 1,400 عملية جراحية في العيون سنوياً، مقارنة بـ 400 عملية جراحية في الولايات المتحدة⁸².
- تقدم مستشفى أبولو وأرافيند نتائج مكافئة لنتائج المستشفيات الغربية (وربما نتائج أفضل في بعض الحالات) بفضل العلاقة الوثيقة بين الكمية والجودة في الجراحة، فكلما أدى الشخص عمله بوتيرة أكبر، كان أفضل في أداءه⁸³.

دراسة حالة - الفرق المرنة ذاتية الإدارة في هولندا



- مؤسسة Buurtzorg (التي تعني الرعاية القريبة) هي هيئة رعاية صحية رائدة أنشئت في العام 2006 معتمدة على نموذج للرعاية الشاملة بقيادة الممرضات أدى إلى إصلاح الرعاية المجتمعية في هولندا⁸⁴.
- تتمثل فلسفتها في البدء من العميل لإيجاد حلول تعزز الاستقلال وتحسين جودة الحياة.
- ويتبع هذا النموذج منهجاً غير عادي، حيث تعمل الممرضات البالغ عددهن 10,000 ممرضة في فرق ذاتية الإدارة مكونة من 12 ممرضة مع مستوى منخفض من السيطرة أو الدعم المركزي. وتُنشئ الفرق الجديدة مكاتبها المحلية الخاصة، وتقدم نفسها للأطباء المحليين والمجتمعات والمعالجين. وتوفر هذه الفرق ذات الصلاحيات الكاملة جميع خدمات الرعاية التي يحتاجها المستخدمون. ويضعون جداول خاصة للمواعيد، ويشاركون المسؤوليات ويتخذون القرارات معاً، ويحصلون على الحالات المرضية عبر التسويق الشفهي والإحالات، ويحققون أعلى معدلات رضا العملاء في الدولة.
- أشارت دراسة أجرتها KPMG إلى أنه على الرغم من أن مستويات مهارة التمريض العالية تعني ارتفاع التكاليف في الساعة، فإن عدد ساعات الرعاية اللازمة يقل بنسبة 50%، مما يحقق توفيراً كبيراً⁸⁵.
- حققت مؤسسة Buurtzorg نمواً كبيراً من فريق واحد إلى 850 فريقاً في غضون 10 سنوات، من خلال التوسع في مجال الصحة العقلية والرعاية الأسرية.

الاستثمار في طواقم تقديم الرعاية الصحية الجديدة

يتركز الإنفاق على تدريب العاملين وتطويرهم عند قمة هرم المهارات، ولكنه لا يعكس تزايد الحالات المزمنة التي يمكن للعاملين ذوي المهارات الأقل الذين يتلقون المساعدة التقنية أن يقدموا الدعم لها ويعززوا إدارة المريض الذاتية لحالته الصحية.

يجب أن تحفز الحكومات الاستثمار في طواقم جديدة للرعاية المتنقلة الذين ينتشرون في جميع مستويات الرعاية الصحية والاجتماعية لتقديم الخدمات في المجتمعات والمستشفيات والمنازل.

تحفيز التطور الرقمي

يجب على الحكومات ومقدمي الخدمات والأنظمة الصحية تحفيز إمكانات التطوير التي يوفرها الذكاء الاصطناعي وأدوات المساعدة المعرفية والروبوتات والبلوك تشين لزيادة إنتاجية فرق العمل وتسريع تقديم الرعاية. ويجب وضع استراتيجيات انتقالية لإدارة تطوير فرق العمل حيث يتم تعديل الأدوار أو إعادة صياغتها من خلال الأتمتة.

تعتمد ثورة الرعاية الصحية الرقمية على توسيع نطاق فهم أعضاء الفريق لأدوارهم. ويُعتبر أفراد مثل خبراء الذكاء الاصطناعي شركاء في تقديم الرعاية إضافة إلى متخصصي الرعاية التقليديين. وقد أوجدت الرعاية الصحية دوراً جديداً لفرق تقنية المعلومات والبيانات أثناء الجائحة.

المبدأ السابع: التخطيط طويل الأمد لإطلاق إمكانات التقنيات الرقمية

تضفي العديد من القرارات والاستثمارات الاستراتيجية في مجال الرعاية الصحية تأثيراً له آفاق زمنية طويلة تتجاوز فترات تولي الحكومة. ومع تبني قطاع الرعاية الصحية للتحول الرقمي، علينا تجنب الإنفاق التدريجي المجزأ، **ونعتمد بدلاً من ذلك على استراتيجيات واستثمارات متماسكة طويلة الأجل مرتبطة بأولويات النظام الصحي.** ويجب على الحكومات وضع رؤية رقمية للرعاية الصحية، تتضمن طرق تقديم الخدمات وسبل تمكين المواطنين والمرضى، كما ينبغي عليها التأكد من وجود اللبنة الأساسية اللازمة للنجاح مثل إمكانية تشغيل المنظومة من أي مرفق تابع لنظام الرعاية والبنية التحتية المتنقلة.

أدت جائحة كوفيد-19 إلى تسريع الرعاية الصحية الرقمية من خلال دفع الموظفين نحو تجربة الأدوات الرقمية الجديدة، وتحفيز البنوك والمؤسسات المالية وصناديق الثروة السيادية إلى زيادة الاستثمار في تقنيات الرعاية الصحية. ويعتبر التحول إلى النظام الرقمي تحولاً دائماً، وإن كان بمستويات أقل مما كان عليه خلال فترات الذروة الأولى للجائحة قبل طرح اللقاحات. وتقدر KPMG أنه مع الوصول إلى ذروة الموجة الأولى من الجائحة، كانت 85-80% من الاستشارات تتم عبر الهاتف أو الفيديو، قبل أن تتراجع إلى 30-45%. وكان متوسط الاستشارات عبر الإنترنت عالمياً في يناير 2020 يبلغ 1% فقط. وترى مايكروسوفت أنه تم ضغط عامين من التحول الرقمي وتنفيذهما في شهرين فقط⁸⁹. يمثل السؤال الحالي فيما إذا كان لدى الحكومات الالتزام والسياسات المطلوبة للاستفادة من هذا التغيير أم لا.

سياسات تعزيز تقديم خدمات الرعاية الصحية رقمياً

أين ينبغي أن نكون؟

يشير التحليل الذي أجرته منظمة الصحة العالمية والمنتدى الاقتصادي العالمي إلى أن الخدمات الصحية الرقمية تُصمم وفقاً لمتطلبات الأفراد والعائلات. ستتيح التطورات الرقمية خدمات الرعاية المصممة حسب الطلب والمدعومة بالذكاء الاصطناعي والتي تُقدّم من خلال القنوات المادية والإلكترونية لتناسب الفرد الذي يشارك في إدارة صحته وعافيته⁹¹.

لا يتبنى الجميع هذه الرؤية، حيث يقاوم الأطباء التغييرات في توازن القوى بين الطبيب والمريض والتي أصبحت ممكنة بفضل الثورة الرقمية، وتتجلى هذه المقاومة في محاربة إمكانية وصول المرضى إلى سجلاتهم الصحية⁹² واعتماد تطبيقات تمكين المرضى ببطء.

فرض الانفتاح على القطاع وتبني المعايير المفتوحة

تتيح إمكانية العمل من أي مرفق صحي جمع بيانات المريض بطرق آمنة وموحدة بصورة فورية وربطها معاً لتشكيل رؤية شاملة لحالة المريض. ويمكن لأنظمة المعلومات والأجهزة والتطبيقات المختلفة الوصول بسهولة إلى البيانات وتبادلها ودمجها واستخدامها بشكل تعاوني وبطريقة منسقة وآمنة. ورغم أن إمكانية العمل من أي مرفق صحي مرتبطة تاريخياً بمشاركة المعلومات عبر مقدمي الخدمات، فإنها تشمل الآن المرضى ومقدمي الرعاية والتطبيقات الصحية والباحثين ومطوري التقنيات والجهات المسؤولة عن السداد.

وتعتبر هذه إمكانية مرادفاً للمعايير المفتوحة ويجب أن تكون على رأس أولويات جميع أنظمة الرعاية الصحية، مما يقلل التكاليف ويحسن سلامة المرضى ورعايتهم ويحفز رقمنة النظام بأكمله.

ويعمل فرض تبني المعايير المفتوحة على منع الأنظمة من الانغلاق والتحول إلى مجموعات غير مرنة. ويجب أن تتسم التقنيات بالتصميم المعياري، بحيث يمكن ترقيتها دون تكلفة أو تعطيل أو خطر الاضطرار إلى استبدال الشبكات بأكملها. وكلما زاد عدد الأطراف الذين يساعدون في تطوير هذه المعايير والموافقة عليها، يصبح العمل من أي مرفق صحي أكثر سهولة. أصبحت موارد التشغيل التفاعلي الصحي السريع (FHIR) بروتوكولاً أساسياً للحلول الناشئة لشهادات كوفيد-19 على مستوى العالم، حيث يربط الأفراد بحالة التحصين باللقاحات أو الفحوصات. ومن خلال استغلال المعايير المفتوحة، يمكن للحكومات تسهيل مشاركة البيانات محلياً ودولياً بمرونة.

الاستثمار في التقنيات السحابية

يمكن للتقنيات السحابية توفير المال عن طريق خفض الاستثمار الرأسمالي، وتسمح بالوصول للبيانات من أي مكان وتشجع على استخدام المعايير المفتوحة. وتستجيب هذه التقنيات للطلب المتغير من خلال تمكين التوسع السريع في سعة التخزين وقدرات المعالجة، كما تدعم الخصوصية والأمان عند تنفيذها بشكل صحيح.

وتعمل التقنيات السحابية على تقليل التكاليف الإدارية من خلال الأتمتة وأنظمة العمل المحسنة، وربط المرضى بمقدمي الخدمات بأمان وسهولة. وتقدم شركات التقنية الكبيرة، ومنها مايكروسوفت وسيلز فورس وسيرفيس ناو وورك داي، حلول رعاية صحية قائمة على السحابة تقديراً للقيمة التي يقدمها القطاع.

ضمان إمكانية مشاركة البيانات بشكل آمن

تمثل البيانات شريان الحياة لتقنيات الرعاية الصحية. وتعتمد قدرة الأنظمة الصحية ومقدمي الخدمات على جمع البيانات وتحليلها بشكل كبير على ثقة المرضى في استخدامها بشكل مناسب وحماية خصوصيتهم وطلب موافقتهم عند الضرورة، مثل استخدام التسلسل الجيني في الأبحاث.

ويمكن تطبيق قوانين مشاركة البيانات التي تهدف إلى تعزيز ثقة المرضى بطرق لا تخدم مصالحهم. فعلى سبيل المثال، يمكن للمرضى رفض الإذن بمشاركة سجلاتهم الصحية بدون كشف الهوية مع الباحثين على الرغم من أنهم يرغبون في الاستفادة من الأبحاث⁹³، وكانت هناك حالات من الإخفاق أثناء جائحة كوفيد-19 في مشاركة البيانات حول الأشخاص المعرضين للخطر أو المصابين الذين يحتاجون الدعم⁹⁴.

وخلال فترة الجائحة، أصدرت البلدان تشريعات لتعليق القوانين أو تخفيفها لضمان مشاركة المعلومات الخاصة بكوفيد-19، مثل العدوى وتعرض الأشخاص والمخالطين لهم للفيروس، بسرعة من أجل دعم تتبع المخالطين. كما كان يجب تقديم موافقات جديدة لإجراء استشارات المرضى عبر الهاتف أو الفيديو بدلاً من الزيارات الشخصية للطبيب. وتمكنت الأنظمة الصحية من اكتساب ثقة المرضى في وقت قصير من خلال الوضوح بشأن استخدام البيانات والاستباق في السعي للحصول على الموافقات وتطوير إطار عمل يتيح العديد من الخيارات.

يمكن أن تستفيد الحكومات من هذه الدروس من أجل السياسات والممارسات المستقبلية. ونظراً لأن المزيد من المصادر تساهم بالمعلومات الموجودة في سجلات المريض، مثل الهاتف الذكي والأجهزة القابلة للارتداء، فإن الأمر يتطلب مزيداً من الثقة في النظام الذي يجمع هذه البيانات وينقلها ويشاركها. ويجب على الحكومات الموازنة بين تسهيل مشاركة البيانات مع أولئك الذين يحتاجون إليها والحفاظ على الخصوصية وثقة المرضى.

تقديم حوافز مالية للرقمنة

يجب أن يحفز نظام السداد والاستثمار رقمنة الخدمات، بما في ذلك مشاركة البيانات والاعتماد على سجلات المرضى الإلكترونية. سمحت ألمانيا للأطباء منذ العام 2020 بوصف التطبيقات الصحية المعتمدة للمرضى، مع سداد التكاليف عن طريق شركات التأمين⁹⁶، فيما أدت الجائحة إلى تعديل خطط السداد لدفع تكاليف الاستشارات عبر الهاتف والفيديو⁹⁷. ويمكن للحكومات أن تحفز تبني هذه التقنيات، التي غالباً ما تغرق بين القيود والتحديات السياسية.

تكامُل الرعاية الصحية مع المدن الذكية

تهدف المدن الذكية إلى تحسين حياة المواطنين من خلال التقنيات المتصلة. وتعمل المدن الذكية وإنترنت الأشياء على تطوير الرعاية الصحية وتعزيز تمكين المريض في المنزل ومكان العمل والأنشطة الترفيهية. وتتمثل رؤية المدن الذكية في دمج نقاط الاتصال في الحياة اليومية لتحسين طريقة تصميم المدينة وعملها.

يمكن ملاحظة ذلك على مستوى السكان، مثل مشروع Sidewalk Labs التابع لشركة ألفا بيت، والذي يتطلع إلى فهم أفضل لطريقة عيش الأشخاص وتفاعلهم مع بيئتهم.

أثارت مشاريع المدن الذكية مثل Sidewalk Labs مخاوف كبيرة بشأن الخصوصية^{98 99}. وللاحتفاظ بثقة الناس، يجب أن يعتمد دمج الرعاية الصحية مع مفهوم المدينة الذكية على الفوائد الواضحة والقيمة الكبيرة للمواطنين، مع التعامل مع البيانات بدرجة عالية من الشفافية والمساءلة والسيطرة الشخصية لصاحب البيانات.

نظراً لأن أنظمة الذكاء الاصطناعي تتعلم من مجموعات البيانات في العديد من البلدان، فإن هناك حاجة لوضع معايير دولية مشتركة بشأن مشاركة المعلومات. ويعمل الاتحاد الأوروبي على دمج البيانات عبر الدول الأعضاء لتمكين تقديم الوصفات الطبية الرقمية عبر الحدود وتبادل بيانات المرضى. وهناك حاجة إلى هذا المنهج على نطاق أوسع لجني الفوائد الكاملة للبيانات الصحية، مثل دعم أبحاث الأمراض النادرة.

دعم الأمن السيبراني

تتعرض الأنظمة الصحية لمختلف أنواع الهجمات السيبرانية التي تشمل على سبيل المثال الابتزاز من خلال برامج الفدية أو التهديد بالتسريبات والوصول إلى الأبحاث الحساسة والملكية الفكرية. وشهدت السنوات الأخيرة قيام المجرمين بسرقة بيانات المستشفيات للحصول على ملايين الدولارات وسعيهم للوصول إلى الأبحاث، بما في ذلك بيانات دراسات اللقاحات.

تقاس **قوة الأمن السيبراني بالحلقة الأضعف** فيه، ومع انتشار الأجهزة الطبية واتصالها بالمنصات المختلفة، أخفقت عمليات ضمان الجودة والضوابط الأمنية في كثير من الأحيان في تلبية المعايير المناسبة. ومع وجود المزيد من الأجهزة المتصلة، يجب أن يضمن المصنعون والموردون والمستخدمون والجهات التنظيمية حماية المستهلكين. ويتمثل دور الحكومة في تحديد وإنفاذ معايير واضحة وقوية للأمن السيبراني، مع الحفاظ على أمن البنية التحتية الوطنية الحيوية والملكية الفكرية ضد الجهات المعتدية.

إدارة العلاقات مع شركات التقنية العملاقة

ستؤدي شركات التقنية العملاقة دوراً مهماً للغاية في تحويل تركيز الرعاية الصحية إلى المستخدم، بفضل البنى التحتية الراسخة الخاصة بالبيانات وفهم هذه الشركات العميق لسلوك المستهلكين. فعند انتشار الجائحة، تعاونت شركات التقنية الكبيرة لإنشاء واجهات البرامج التطبيقية لتمكين تطبيقات تتبع المخالطين وعرض إشعارات التعرض للفيروس. **ويمكن أن تساعد تقنياتهم في توفير قيمة كبيرة للمرضى والصحة العامة على نطاق أوسع.**

ولكن يجب إدارة العلاقة بين شركات التقنية العملاقة وقطاع الرعاية الصحية بعناية للحفاظ على ثقة المرضى بشأن كيفية امتلاك البيانات واستخدامها. قضت هيئة مراقبة الخصوصية في المملكة المتحدة في العام 2017 بأن إحدى المستشفيات التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية قد انتهكت قوانين حماية البيانات عندما منحت شركة "ديب مايند"، شركة الذكاء الاصطناعي التابعة لجوجل، إمكانية الوصول إلى سجلات 1,6 مليون مريض. وقد طغى هذا الحكم على النتائج الرائعة للمشروع في الكشف عن إصابات الكلى الحادة.



دراسة حالة: إدارة خدمات الإسعاف في الوقت الحقيقي، فيكتوريا في أستراليا 101 100



- تقدّم "أمبولانس فيكتوريا" خدمات الإسعاف للولاية بأكملها، وتوفّر الاستجابة الطارئة لأكثر من 5.8 مليون شخص في منطقة تزيد مساحتها عن 227,000 كيلومتر مربع، أي ما يعادل مساحة رومانيا تقريباً.
- وتستخدم تعلم الآلة والتحليل التنبؤي وتحليل السبب الجذري واستخراج البيانات لمنح المسعفين معلومات بصورة فورية.
- تُدمج بيانات نظام الرعاية الصحية مع مصادر المعلومات مثل أنماط الطقس وحركة المرور لتوفير بيانات سياقية لتحديد أفضل مكان لتخصيص الموارد والطرق التي يجب أن يسلكها المسعفون. وبعد الوصول إلى المرضى، يتم تحديد أفضل المستشفيات التي يجب التوجه إليها، مع مراعاة أمور مثل الوقت المستغرق للوصول وازدحام المستشفى ومتطلبات المرضى.
- يعمل النظام على تمكين الجميع من المسعفين المبتدئين إلى الرئيس التنفيذي، ويوفّر رؤى حول الأداء الفردي والجماعي، وتحليل المشاكل والتنبؤ بالنتائج المستقبلية.
- يهدف البرنامج إلى تحقيق زيادة الإنتاجية في مجالات مثل سرعة الاستجابة لمكالمات الطوارئ وجودة الرعاية السريرية والاستخدام الأمثل للموارد، وتركز الابتكارات الجديدة في النظام على تدريب العاملين وتحسين الاتصالات.

المبدأ الثامن: إنشاء شراكات إبداعية: السبيل الأوضح للتقدم

أظهرت جائحة كوفيد-19 أن الحكومات والقطاع الخاص يمكن أن يتشاركا في تقديم رعاية صحية أفضل للسكان. كما أوضحت الجائحة أن القطاع الخاص مستعد وقادر على الشراكة مع الحكومة في إيجاد الحلول للتحديات الكبرى التي تواجه المجتمعات، بدءاً من تطوير اللقاحات واختبارها وتصنيعها وتوزيعها بسرعة ودمج غير مسبوقين إلى تخصيص البنية التحتية الرقمية والمختبرية وسلسلة التوريد لفحص وتعقب ملايين الأشخاص ضمن احتمالات العدوى وتحويل خطوط الإنتاج الصناعي إلى تصنيع أدوات التعقيم والوقاية الشخصية.

بينما تؤدي الحكومات أدواراً قيادية في عملية تطوير الرعاية الصحية كمنسق للجهود وممكّن لها ومنظم للسياسات العامة، فإن الجزء الأكبر من عمليات التنفيذ ستكون بين يدي القطاع الخاص، حيث سيقوم بالاستثمار، وتطوير ابتكارات تقنية ثورية جديدة، وإجراء الأبحاث، وتنفيذ عمليات التصنيع والتوزيع.

لتعزيز التعاون، يجب على مقدمي الخدمات من القطاعين الحكومي والخاص تجاوز نقاط الخلاف القديمة بشأن قضايا مثل الصراع بين القواعد التنظيمية والابتكار والنظر لبعضهم البعض كشركاء في التطوير من أجل تحقيق نتائج أفضل. على سبيل المثال، في البلدان التي تسعى إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، يمكن للشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص مساعدة الحكومات على احتواء التكاليف من خلال تحديد الالتزامات طويلة الأجل وتطوير نماذج الرعاية المرنة. وبالنسبة للقطاع الخاص، توفر شراكات التغطية الصحية الشاملة فرصاً لإقامة مشاريع في أسواق الرعاية الصحية بمستويات نمو لم تشهداها الدول الغربية منذ سنوات.

يمكن للشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص التي تُدار بشكل جيد أن تحقق مكاسب للأطراف الثلاثة:

المرضى: توفير خدمات صحية عالية الجودة بتكاليف مماثلة أو أقل




الحكومات: تحقيق أقصى استفادة من رأس المال العام المحدود





المشاركين من القطاع الخاص: تحقيق عوائد مستدامة وموثوقة لاستثماراتهم وخبراتهم.



ولكن يصعب ترسيخ هذه الشراكات وإنجاحها، لأنها علاقات طويلة الأمد مع استثمارات كبيرة ومشاركة للمخاطر بين القطاعين الحكومي والخاص. وهناك ثلاثة مكونات أساسية للنجاح وهي:

1  جمع استثمارات رأسمالية أكبر مما يمكن القيام به دون مشاركة القطاعين الحكومي والخاص معاً

2  الانفتاح والشفافية: يجب قياس ومراجعة التقدم المحرز نحو التطور المرغوب حتى تكون جميع الأطراف قيد المساءلة مع تعزيز ثقة السكان.

3  الوفاء بوعود تحقيق العائد على الاستثمار من خلال الفوائد المالية والمجتمعية والصحية.

هناك العديد من الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص سيئة الإدارة. وتشمل الأخطاء في هذه الشراكات تحفيز العمليات بدلاً من النتائج عالية القيمة، ووضع افتراضات خاطئة أو مفرطة التفاؤل أو ضعيفة بشكل مفرط بشأن المستقبل، وإدارة المخاطر بشكل سيئ، والفشل في إيجاد المنافسة. ولإنجاح الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص، ينبغي على الحكومات إدارة الأسواق بدلاً من مجرد طلب العطاءات لتقديم الخدمات. وتحتاج الحكومة إلى فهم الآليات والحوافز والنتائج المتوقعة لاتفاقيات الشراكة، وكيف تتوافق مع التأثير المطلوب، ويمكن القيام بذلك من خلال اتباع نهج جديد لإدارة الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص، يشمل أطر المساءلة التي تقيّم بسرعة التقدم السريري والمالي المحرز لضمان تقديم الخدمات وتحقيق عائد على استثمار القطاع الخاص.

تغيير الأسواق

برزت الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص كنموذج لتوسيع الرعاية الصحية الحكومية في آسيا وأفريقيا وأمريكا اللاتينية والشرق الأوسط، حيث تقيّم الحكومة مدى قدرة الشركاء من القطاع الخاص على المساهمة في الاستثمار والمهارات لمساعدتها على تحسين جودة الرعاية وتوفير الخدمات.

يعمل الشركاء من القطاع الخاص على تعديل طبيعة دورهم في تقديم الرعاية بأنفسهم. فقد ركزت الأسواق في أستراليا وأوروبا على الشركات التي تبني المستشفيات وتديرها، فيما تشمل الشراكات في الأسواق الجديدة حالياً الرعاية الأولية وشركات الاتصالات ومعاهد التدريب السريري وشركات علوم الحياة وسلاسل المستشفيات متعددة الجنسيات.

بدلت اقتصاديات الرعاية الأولية جهوداً كبيرة لإشراك القطاع الخاص، خاصة في المناطق الريفية. ولكن تغير هذا الوضع مؤخراً، حيث وافقت سلاسل العيادات ومقدمي خدمات التطبيب عن بُعد على الشراكات بين القطاعين الحكومي والخاص في مجال الرعاية الأولية في الصين والهند والبرازيل وروسيا ورومانيا وجنوب أفريقيا وسنغافورة⁴⁰². ويرجع ذلك إلى زيادة تبني التقنيات الرقمية التي تقلل من تكلفة تقديم الخدمات وتعزز توفرها ونتائج الرعاية ككل.

اللوائح التنظيمية كعامل تمكين

يجب أن تكون القواعد التنظيمية عاملاً مساعداً للمبتكرين على تقديم منتجات آمنة وعالية الجودة إلى السوق مع حماية المستهلك، بدلاً من أن تكون عقبات أمام المبتكرين. ويجب على الحكومات وضع متطلبات لتحقيق النتائج السريرية المرغوبة، والعمل بشكل أخلاقي، وضمان الخصوصية، وتلبية شروط السلامة السريرية، والحفاظ على الأنظمة آمنة وقابلة للعمل من أي مكان. وتفرض تقنيات مثل الذكاء الاصطناعي تحديات على غرار "مشكلة الصندوق الأسود"، حيث تكون الشركات غير راغبة في تعريض ملكيتها الفكرية لجهات التدقيق التنظيمي الخارجية، واختبار العدد الكبير من البدائل التقنية مثل أدوات دعم اتخاذ القرار.

وهناك أيضاً اعتبارات أخلاقية ومؤسسية مهمة. هل البيانات التي بُنيت عليها الخوارزمية تحتوي على تحيزات خفية، على أساس العرق أو الجنس؟ ومن أمثلة ذلك ما إذا كان نظام الكشف عن سرطان الجلد فعالاً بنفس القدر مع درجات لون البشرة المختلفة. وبينما تسعى الحكومات إلى تعزيز المساواة في الحصول على الرعاية، يجب أن تتصدى عمليات تبني التقنيات المتطورة لهذه التحيزات.

يجب أن تكون اللوائح التنظيمية متناسبة مع المخاطر، بحيث تكون الموافقات اللازمة لعمل تطبيقات الأجهزة المتنقلة التي تشجع على الحياة الصحية أقل بكثير من الموافقات اللازمة لأدوات فحص أعراض الأمراض الخطيرة.

مساعدة المنتجات الملائمة في الوصول إلى السوق بسرعة

هناك العديد من طرق دعم وصول المنتجات بسرعة إلى السوق التي يمكن للحكومات تنفيذها، وفيما يلي مثالان على تلك الطرق:



أطلقت هيئة الصحة الوطنية في الهند مبادرة للوصول إلى السوق لدعم الاستثمار في الابتكار وتسهيل العمل مع القطاع الحكومي¹⁰⁴. وأعلنت عن تمويل يمكن للشركات الناشئة أن تتقدم للحصول عليه وشرحت بوضوح المتطلبات السريرية التي ينبغي معالجتها. وتقلل عملية تقديم الطلبات البسيطة من البيروقراطية، ويتعاون المتقدمون الناجحون مع المستشفيات لإجراء التجارب السريرية وتطوير الابتكارات.

دعم نشر الأفكار الناجحة وتنفيذها على نطاق واسع

غالباً ما تعاني ابتكارات الرعاية الصحية التي تفيد المرضى وتخفف التكاليف من الانتشار بشكل يكفي لاعتمادها على مستوى نظام الرعاية الصحية. وربما يحل التمويل جزءاً من المشكلة، ولكن قد يكون العائق الرئيسي هو جعل المؤسسات والأطباء يتكيفون مع طريقة جديدة في التفكير والعمل. تحتاج الحكومات والأنظمة الصحية إلى دعم الأفكار الناجحة وتوفير التدريب والاستثمار لتبنيها ونشر الابتكارات.

دراسة حالة: مبادرة الوصول المشترك السريع التابعة لهيئة الصحة الوطنية في إنجلترا



- تمثل مبادرة "الوصول المشترك السريع" شراكة بين الحكومة وهيئة الصحة الوطنية في إنجلترا وقطاع التقنيات الصحية وقطاع الأدوية والجمعيات الخيرية الطبية والأوساط الأكاديمية ومجموعات المرضى والجهات التنظيمية لتبسيط تبني ابتكارات الرعاية الصحية¹⁰⁵. وتهدف هذه المبادرة إلى نشر الابتكارات بين الأطباء والمرضى بسرعة أكبر وتعزيز الابتكار داخل هيئة الصحة الوطنية.
- تساعد عملية "إشارات الطلب" الباحثين على فهم متطلبات الخدمات الصحية، بينما تحدد عملية "استشراف الآفاق" أكثر الابتكارات الواعدة.
- تشمل الأولويات علاجات السرطان المستقلة عن الأنسجة، حيث يتم استخدام نفس الدواء لعلاج جميع أنواع السرطان مع طفرة جينية معينة، وتقنيات الذكاء الاصطناعي، مع تخصيص 140 مليون جنيه إسترليني على مدى ثلاث سنوات لتسريع اختبار وتقييم تقنيات الذكاء الاصطناعي الواعدة.



1

التتبع السريع: تُظهر الموافقة على لقاءات كوفيد-19 كيف يمكن للجهات التنظيمية اختيار التقنيات والموافقة عليها بسرعة. وتشمل الأمثلة على ذلك إجراء عمليات الموافقة بصورة متوازية باستخدام مناهج صارمة قائمة على المخاطر، والعمل عن كثب مع المطورين أثناء التجارب السريرية والالتزام بفترات زمنية قصيرة لإصدار قرارات الموافقة إذا استوفت المنتجات معايير معينة لترخيص الاستخدام في حالات الطوارئ.



2

انفتاح المشتريات: يمكن أن تكون عمليات شراء في قطاع الرعاية الصحية محيرة للمبتدئين. وتشمل المشاكل الشائعة مطالبة الشركة بأن تكون مورداً معتمداً قبل أن تكون قادرة على تقديم العطاءات، وتوضع شروط معقدة في العقود بحيث تستثني جميع الموردين باستثناء الشركات الكبرى، وأتباع المناقصات المعقدة للغاية بحيث لا تتمكن الشركات الصغيرة من المشاركة فيها. يجب أن تشجع المشتريات دخول موردين جدد موثوقين وتجنب اعتماد أنظمة الرعاية الصحية على عدد صغير من الشركات الكبيرة.

توفير التمويل الأولي لدعم الابتكار

يمكن أن توفر صناديق التحدي (مسابقات تمويل التطوير) إشارات قوية للسوق من خلال تحديد المجالات التي تحتاج فيها الأنظمة الصحية إلى الابتكار التقني. وقد أدت الاستثمارات الأولية الصغيرة في مجال الرعاية الصحية إلى ظهور شركات ضخمة، ويوضح ذلك من العدد الكبير من الشركات التي تسمى "يونيكورن" في قطاع الرعاية الصحية، وهي الشركات الناشئة التي تقدر قيمتها بأكثر من مليار دولار أمريكي¹⁰³.

بناء القدرات الحكومية لتعزيز الشراكات مع القطاع الخاص

تشمل مقومات نجاح الحكومة في الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص رفع مستوى مهارات الحكومة المرتبطة بالشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص وتبني السياسات المهمة المتعلقة بهذا النوع من الشراكات. وطورت العديد من البلدان وحدات مخصصة للشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص بموارد مناسبة لدعم المشاريع الحكومية، ومنحتها مسؤولية التوصية بالمشاريع المناسبة، وإدارة المشتريات والاستثمار في الملكية، والتي غالباً ما تكون أكثر قوة وكثافة من متطلبات المشاريع التقليدية.

تعتبر الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص سياسية بطبيعتها، لا سيما عندما تنطوي على خدمات سريرية من خلال مقدمي الخدمات من القطاع الخاص. ولكن لا مفر من وجود بعض الشكوك العامة والمقاومة السياسية، التي ربما تكون في محلها، نظراً لحجم التزام الحكومة وأهمية الخدمات الصحية المحلية. ويتمثل أفضل منهج للتعامل مع هذه الشكوك في توقع الأسئلة والمخاوف التي ستطرح ومعالجتها على نحو منفتح وشفاف وبناءً. وكلما زاد الدعم الذي تتلقاه الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص، زاد احتمال نجاحها.

دراسة حالة: "تحقيق المكاسب للأطراف الثلاثة": نموذج عن تكامل الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص، مستشفى دي براغا، البرتغال¹⁰²



- تم افتتاح مستشفى دي براغا الجديدة التي تضم 700 سرير في العام 2011.
- تمثلت أهداف الحكومة بالنسبة لهذه المستشفى، التي تقدم خدماتها إلى حوالي مليون شخص، في توفير رعاية ثانوية على أحدث طراز مع الحفاظ على الإنفاق الرأسمالي الأولي واستخدام خبرات القطاع الخاص لتقليل التكلفة الإجمالية من خلال الإدارة بكفاءة. وكانت الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص مسؤولة عن الخدمات السريرية بالإضافة إلى عمليات البناء والصيانة.
- تمت هيكلة الصفقة في صورتين من الشراكة بين القطاعين الحكومي والخاص، لفصل مخاطر بناء المستشفى الجديدة ("InfraCo") والخدمات السريرية التي تقدمها ("CliniCo"). عملت شراكة InfraCo بموجب عقد مدته 30 عاماً لتصميم وبناء وتمويل وصيانة موقع المستشفى، والذي تطلب استثماراً رأسمالياً أولياً قدره 120 مليون يورو. ودمج نموذج السداد بين الأسعار الثابتة والعناصر المرتبطة بالأداء لضمان التنفيذ في الوقت المحدد والتشغيل المتواصل للمستشفى بكامل طاقته.
- عملت شراكة CliniCo بموجب عقد أقصر مدته 10 سنوات قيمته 40 مليون يورو. كان نموذج السداد قائماً إلى حد كبير على الأنشطة ولكن يسقوف مختلفة (أسعار أقل تُدفع بعد الوصول إلى توقعات الطلب المحددة مسبقاً) وعقوبات في حال الفشل في تقديم الخدمات.
- كانت النتائج إيجابية بالنسبة لجميع الأطراف. وقدرت دراسة مستقلة للقيمة مقابل المال أن هذه الشراكات وفرت 15-21% مقارنة بتسليم إدارة المستشفى لإحدى الهيئات العامة. وأشارت محكمة المدققين إلى أن تكلفة التشغيل لكل مريض كانت الأقل في نظام الرعاية الصحية الوطنية في البرتغال.
- قال فرناندو فاريا، الذي عمل على الصفقة لصالح KPMG في البرتغال، إن أحد أسباب النجاح تمثل في العمل على فهم الاقتصاد الصحي المحلي بالتفصيل: استشراف تغير الطلب، وتأثير التغييرات على الخدمات الأخرى، والمجالات التي يمكن تحسينها.

الخاتمة

فرصة فريدة لتطوير الرعاية الصحية

- حان الوقت لتقود الحكومات تطوير أنظمة الرعاية الصحية، حيث تتوفر العديد من العوامل التي تمثل فرصة فريدة للتغيير:
- الالتزام العالمي بالرعاية الصحية الشاملة في إطار أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة¹⁰⁶
 - قوة دافعة نحو التغيير أوجدتها الاستجابات الحكومية الاستثنائية للجائحة
 - أنظمة الرعاية الصحية
 - التطورات الثورية في التقنيات الرقمية
 - فهم السياسيين المتزايد للعوامل المجتمعية ونمط الحياة التي تؤدي إلى تحسين الصحة
- أظهرت الجائحة أن العديد من الحكومات في جميع أنحاء العالم مستعدة لبذل جهود استثنائية لحماية صحة شعوبها. وفي الوقت نفسه، عمل مليارات الأفراد على تغيير سلوكياتهم للحفاظ على صحتهم وصحة مجتمعاتهم.
- ويجب الآن استغلال هذا التوحد حول الهدف المحدد لإنشاء أنظمة رعاية صحية تركز على دعمنا جميعاً من أجل الارتقاء بصحتنا الجسدية والعقلية.

منذ ما يقرب من 50 عاماً، تقدم شركة KPMG الخليج المحدودة خدمات التدقيق والضرائب والاستشارات لمجموعة واسعة من العملاء المحليين والدوليين من القطاعين الحكومي والخاص في جميع قطاعات الأعمال والاقتصاد في دولة الإمارات العربية المتحدة وفي سلطنة عمان. ونتعاون مع عملائنا من خلال بناء الثقة وتخفيف المخاطر وتحديد فرص العمل.

وتمثل KPMG الخليج المحدودة جزءاً من شبكة KPMG إنترناشيونال كورپوريتيف العالمية متعددة التخصصات، والتي نشأت منذ 150 عاماً، وتضم ما يقرب من 219,000 موظف في أكثر من 147 دولة. وتجمع شركة KPMG في الإمارات العربية المتحدة وسلطنة عمان بين معرفتها المحلية والخبرات الدولية للشبكة، لتوفير المهارات المتخصصة التي يتطلبها عملاؤنا.

وتنتشر مكاتب الشركة على نطاق واسع في الشرق الأوسط: فإلى جانب مكاتبها في الإمارات العربية المتحدة وسلطنة عمان، فإن لها مكاتب في المملكة العربية السعودية والبحرين والكويت وقطر ومصر والأردن ولبنان. تأسست الشركة في العام 1973، ويعمل بها في الإمارات العربية المتحدة وسلطنة عمان حوالي 1,700 موظف في دبي وأبوظبي ومسقط، يضمون أكثر من 100 شريك ومدير.

ونلتزم بتحقيق غد أفضل من خلال برنامج استثماري متعدد السنوات ضمن أجندة التغيير على مستوى الممارسات البيئية والاجتماعية وحوكمة الشركات. فقد أصبح تأثير المشاكل أكثر وضوحاً من السابق، ولذلك السبب نلتزم بتعزيز خدماتنا العالمية المرتبطة بالممارسات البيئية والاجتماعية وحوكمة الشركات، مدعومة بإدراك مسؤوليتنا عن المساعدة في بناء مستقبل أفضل للجميع. وتعتبر الممارسات البيئية والاجتماعية وحوكمة الشركات الركيزة الأساسية التي تقوم عليها مؤسستنا العالمية، بدءاً بتمكين موظفينا ليصبحوا أسباباً للتغيير الإيجابي، إلى تقديم حلول وخدمات أفضل لعملائنا. كما نلتزم بدعم المجتمعات التي نعمل فيها، مع المساعدة في إحداث تغيير ملموس.

ومع استمرارنا في النمو، نهدف إلى التطور والتقدم، ونسعى جاهدين لاكتساب أعلى مستويات الثقة في عملنا. وتتمثل قيمنا فيما يلي:

النزاهة: نفعل الصواب.



التميز: لا نتوقف أبداً عن التعلم والتطور.



الشجاعة: نفكر ونتصرف بجرأة.



العمل الجماعي: نحترم بعضنا البعض ونستمد القوة من اختلافاتنا.



السعي للأفضل: نحقق ما يجب أن يتم إنجازه.



ونعمل وفق ثلاث ركائز تشكل أساس شركتنا: الجودة الاستثنائية للخدمات، والالتزام الراسخ بالمصلحة العامة، وبناء وتمكين الفرق.

جهات الاتصال

أحمد فايز

رئيس قسم استشارات الرعاية الصحية
KPMG الخليج الأدنى
ahmedfaiyaz@kpmg.com

نيتين مهرتيرا

شريك ورئيس قسم الرعاية الصحية
KPMG الخليج الأدنى
nmehrotra@kpmg.com

شكر الله حداد

رئيس القسم الاستشاري للقطاع
الحكومي
KPMG الخليج الأدنى
chucrallahaddad@kpmg.com

الدكتورة آنا فان بوك

الرئيسة العالمية لقطاع الرعاية الصحية
KPMG إنترناشيونال
vanpoucke.Anna@kpmg.nl

فرحان سيد

رئيس القسم الاستشاري
KPMG الشرق الأوسط وجنوب آسيا،
KPMG الخليج الأدنى
farhansyed1@kpmg.com

مازن حوالة

رئيس محفظة الأعمال والبرامج
وإدارة المشاريع
KPMG الخليج الأدنى
mhoualla@kpmg.com

شكر وتقدير

المؤلفان:

يتوجه المؤلفان، ريتشارد فيز ورائدال باران تشونغ، بالشكر إلى جميع الأفراد والمؤسسات الذين ساهموا بوقتهم وخبرتهم ورؤاهم في هذا التقرير.

مع تقديم شكر خاص للدكتورة آنا فان بوك، ومارك برينيل، وريتشارد ستولز، وإيميلين رودنبورغ، ونيتي بال، وليم فورسيث، وجوناثان داف، وأبيشيك ديب بوركاياستا، وللخبرين الخارجيين:

• الدكتورة سوزي بيركس بيكر، الزميلة في مجال القيادة في مؤسسة King's Fund في لندن، المملكة المتحدة.

• الدكتور تشارلز بي فريدمان، رئيس قسم تعلم العلوم الصحية في جامعة ميتشيغان، الولايات المتحدة.

- WHO (13 December 2017). World Bank and WHO: half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses www.who.int/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses
- WHO and the World Bank. (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf
- US News. (26 October 2016). 3 reasons the US doesn't have universal health coverage. www.usnews.com/news/national-news/articles/2016-10-26/3-reasons-the-us-doesnt-have-universal-health-coverage
- Tolbert, J, et al. (6 November 2020). Key facts about the uninsured population. Kaiser Family Foundation. www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population
- KPMG. (2020) Customer experience in the new reality. assets.kpmg/content/dam/kpmg/xx/pdf/2020/07/customer-experience-in-the-new-reality.pdf
- World Health Organization (WHO) and United Nation's Children's Fund (UNICEF). (2018). Global conference on primary health care. www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf
- Tallack, C, et al. (2020). The bigger picture: learning from two decades of changing NHS care in England. Health Foundation www.health.org.uk/publications/reports/the-bigger-picture
- Chabrol, F, et al. (2019). 40 years after Alma-Ata, is building new hospitals in low-income and lower-middle-income countries beneficial?. BMJ Global Health. gh.bmj.com/content/3/Suppl_3/e001293.info
- Marcotte, L, and Liao, J. (6 April 2020). One size will not fit all: factors that drive strategy in accountable care organizations. American Journal of Accountable Care. www.ajmc.com/view/one-size-will-not-fit-all-factors-that-drive-strategy-in-accountable-care-organizations
- sites/robertpearl/2017/09/25/fee-for-service-addiction
- Colleaga. How can a population health approach be used to improve outcomes & lower costs? www.colleaga.org/article/how-can-population-health-approach-be-used-improve-outcomes-lower-costs
- Marmot, M. (8 September 2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. WHO. qplus.qmul.ac.uk/pluginfile.php/158355/mod_book/chapter/3300/Marmot%20Lancet%20Sept%202012%20health%20inequities%20Europe.pdf
- KPMG. (September 2020). Inverting the Pyramid – enhancing primary care to deliver new model of care in Saudi Arabia. assets.kpmg/content/dam/kpmg/sa/pdf/2020/inverting-the-pyramid.pdf
- Institute for Healthcare Improvement. About us. www.ihl.org/about/Pages/default.aspx
- Institute for Healthcare Improvement. The Triple Aim. www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx
- KPMG. (2014). The primary care paradox. assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2014/12/primary-care-paradox-v3.pdf
- Shi, L. (31 December 2012). The impact of primary care: a focused review. Scientifica (Cairo). www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3820521
- Department of Health and Social Care. (27 July 2020). New obesity strategy unveiled as country urged to lose weight to beat coronavirus (COVID-19) and protect the NHS www.gov.uk/government/news/new-obesity-strategy-unveiled-as-country-urged-to-lose-weight-to-beat-coronavirus-covid-19-and-protect-the-nhs
- Sjogren, L, et al. (13 October 2021). Impact of obesity on intensive care outcomes in patients with COVID-19 in Sweden – a cohort study. PLOS ONE. journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0257891
- Labrique, A. (3 November 2018). Best practices in scaling digital health in low and middle income countries. BMC Globalization and Health. globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0424-z
- NAB (15 October 2021). Is medical education keeping pace with change? business.nab.com.au/is-medical-education-keeping-pace-with-change-49341
- Wardle, J, et al. (June 2016). Is health practitioner regulation keeping pace with the changing practitioner and health-care landscape? An Australian perspective. Frontiers in Public Health. www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2016.00091/full
- McKee, M, et al. (2012). Austerity: a failed experiment on the people of Europe. Clinical Medicine. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4952125
- Our World in Data. COVID-19 Data Explorer ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer
- Associated Press. (1 April 2020). Why Europe's hospitals – among the best in the world – are struggling with coronavirus. www.scmp.com/news/world/europe/article/3077824/why-europes-hospitals-among-best-world-are-struggling-coronavirus
- Mahase, E. (9 December 2020). Vaccinating the UK: how the COVID vaccine was approved, and other questions answered. BMJ. www.bmj.com/content/371/bmj.m4759
- hTinson, A, and Clair, A. (28 December 2020). Better housing is crucial for our health and the COVID-19 recovery. Health Foundation. www.health.org.uk/publications/long-reads/better-housing-is-crucial-for-our-health-and-the-covid-19-recovery
- World Obesity. Obesity and COVID-19: policy statement. www.worldobesity.org/news/obesity-and-covid-19-policy-statement
- Vision. Universal health coverage: digital 2030 technology as part of the solution. www.2030vision.com/news/universal-health-coverage-digital-technology-as-part-of-the-solution
- Path: (18 July 2018). Using the power of data to achieve universal health coverage. www.path.org/articles/using-power-data-achieve-universal-health-coverage
- Pearl, R. (25 September 2017). Healthcare's dangerous fee-for-service addiction. Forbes. www.forbes.com/
- Shorten, A. (22 September 2014). Patients need help to navigate the maze of healthcare. BMJ. blogs.bmj.com/ebn/2014/09/22/patients-need-help-to-navigate-the-maze-of-healthcare
- Pirhonen, L, et al. (7 September 2020). Modelling the cost effectiveness of person-centred care for patients with acute coronary syndrome. European Journal of Health Economics. link.springer.com/article/10.1007/s10198-020-01230-8
- Health Foundation. (24 September 2014). Eight case studies that show you can improve quality while also saving money. www.health.org.uk/newsletter-feature/eight-case-studies-that-show-you-can-improve-quality-while-also-saving-money
- Venhuizen, G. (15 October 2019). Can patient centred care plus shared decision-making equal lower costs?. BMJ. www.bmj.com/content/367/bmj.l5900.full
- Nielsen, M, et al. (February 2016). The patient-centered medical home's impact on cost and quality. Patient-Centered Primary Care Collaborative. www.pcpcc.org/sites/default/files/resources/The%20Patient-Centered%20Medical%20Home%27s%20Impact%20on%20Cost%20and%20Quality%2C%20Annual%20Review%20of%20Evidence%2C%202014-2015.pdf
- Twin, A. (5 July 2020). Value proposition. Investopedia www.investopedia.com/terms/v/valueproposition.asp
- Britnell, M. (2019). Human: solving the global workforce crisis in healthcare. Oxford University Press. oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/oso/9780198836520.001.0001/oso-9780198836520
- Dawes, D. (2020). The political determinants of health. John Hopkins University Press
- UK Parliament Health and Social Care and Science and Technology Committees. (12 October 2021). Coronavirus: lessons learned to date. publications.parliament.uk/pa/cm5802/cmselect/cmhealth/92/9203.htm
- Evans, H. (25 May 2018). Using data in the NHS: the implications of the opt-out and GDPR. King's Fund. www.kingsfund.org.uk/publications/using-data-nhs-gdpr

- /health-healthcare-morehouse
- HealthXchange.sg. Vaccines do the trick www.healthxchange.sg/news/vaccines-do-the-trick⁷⁰
- OECD. (29 June 2016). Better ways to pay for healthcare. www.oecd.org/publications/better-ways-to-pay-for-health-care-9789264258211-en.htm⁷¹
- Healthcare Financial Management Association. (September 2008). Healthcare payment reform: from principles to action. www.hfma.org/content/dam/hfma/document/comment_letter/PDF/5440.pdf⁷²
- ONS. (29 August 2019). How does UK healthcare spending compare with other countries? www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/articles/how-doesukhealthcarespendingcomparewithothercountries/2019-08-29#:~:text=As%20a%20percentage%20of%20GDP,the%20remaining%20six%20G7%20countries⁷³
- Liu, J, et al. (2017) Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. Human Resources for Health human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0187-2⁷⁴
- Cometto G. (2016). Health workforce needs, demand and shortages to 2030: an overview of forecasted trends in the global health labour market. WHO. www.who.int/hrh/com-heeg/Needs_demands_shortages.pdf⁷⁵
- Jamison, D, et al. (3 December 2013). Global health 2035: a world converging within a generation. The Lancet. www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62105-4/fulltext⁷⁶
- OECD. (March 2016). Health workforce policies in OECD countries – nurses, Australia. www.oecd.org/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries-9789264239517-en.htm⁷⁷
- Geelhoed, D, et al. (27 June 2018). Improving emergency obstetric care and reversing the underutilisation of vacuum extraction: a qualitative study of implementation in Tete Province, Mozambique. BMC Pregnancy and Childbirth. bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com//bmcpregnancychildbirth⁷⁸
- World Bank. www.worldbank.org/en/news/feature/2020/07/13/everyone-equal-making-inclusive-growth-a-priority-for-ethnic-minorities
- Canadian Centre for Policy Alternatives. (July 2011). The cost of poverty in BC. www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2011/07/CCPA_BC_cost_of_poverty_SUMMARY.pdf⁶¹
- Valentine, N. (4 November 2020). Extent, scope and impacts of COVID-19 one health inequities: the evidence. WHO. www.who.int/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/overview--covid-19-impacts-(nicole-valentine).pdf⁶²
- Bambra, C, et al (1 November 2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. Journal of Epidemiology and Community Health. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298201⁶³
- Stiglitz, J. (2020). The pandemic has laid bare deep divisions, but it's not too late to change course. International Monetary Fund. www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2020/09/COVID19-and-global-inequality-joseph-stiglitz.htm⁶⁴
- Child, D. (19 February 2021). In the UK, lower vaccine uptake among minorities causes concern. Al Jazeera. www.aljazeera.com/news/2021/2/19/vaccine-uptake-lags-in-uks-bame-communities-study-shows⁶⁵
- Daly, M, et al. (24 May 2021). Public trust and willingness to vaccinate against Covid-19 in the US from October 14 2020 to March 29 2021. JAMA. jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2780519⁶⁶
- Bibby, J, et al. (7 May 2020). Will COVID-19 be a watershed moment for health inequalities?. Health Foundation www.health.org.uk/sites/default/files/2020-05/Will%20COVID-19%20be%20a%20watershed%20moment%20for%20health%20inequalities.pdf⁶⁷
- Morehouse School of Medicine. (2020). National COVID-19 Resiliency Network. na123.salesforce.com/sfc/p/#3t000002RmWL/a/3t000000Ur5n/mq8p.Mfl2XopWRBXCagnMNUq7WHL6UFQol_xdeoNYc⁶⁸
- Ellis, T. (8 January 2021). How KPMG is moving the needle for diversity, inclusion and well-being at work – and beyond. Thrive Global. thriveglobal.com/stories/todd-ellis-kpmg-diversity-equity-inclusion-mental⁶⁹
- of care. King's Fund www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/intentional-whole-health-system-redesign-Kings-Fund-November-2015.pdf
- Marmot, M, and Bell, R. (28 January 2019). Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. BMJ. www.bmj.com/content/364/bmj.l251⁵²
- United Nations. Sustainable development goals. sdgs.un.org/goals⁵³
- Dizikes, P. (11 April 2016). New study shows rich, poor have huge mortality gap in US. MIT News. news.mit.edu/2016/study-rich-poor-huge-mortality-gap-us-0411⁵⁴
- Truesdale, B, and Jencks, C. (March 2016). The health effects of income inequality: averages and disparities. Annual Review of Public Health. www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-032315-021606⁵⁵
- Niessen, L, et al. (4 April 2018). Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the sustainable development agenda. Lancet. www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30482-3/fulltext⁵⁶
- Chuma, J, Gilson, L, and Molyneux, C. (2007) Treatment-seeking behaviour, cost burdens and coping strategies among rural and urban households in Coastal Kenya: an equity analysis. Tropical Medicine & International Health. onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2007.01825.x⁵⁷
- Coovadia, H, and Friedman, I. (February 2015). Reducing health inequalities in developing countries. Oxford Textbook of Global Public Health. oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199661756.001.0001/med-9780199661756-chapter-9⁵⁸
- WHO. (2010). Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/78069/E93670.pdf⁵⁹
- Belmont, J. (13 July 2020). Everyone equal: making inclusive growth a priority for ethnic minorities.⁶⁰
- Lapointe, J. (1 August 2017). Accountable care organizations grow, but face new challenges. Revcycle Intelligence. revcycleintelligence.com/news/accountable-care-organizations-grow-but-face-new-challenges⁴¹
- Mor Research Applications. Clalit at a glance. www.mor-research.com/clalit-at-a-glance⁴²
- Britnell, M. (2015). In search of the perfect health system. Palgrave Macmillan. www.amazon.co.uk/Search-Perfect-Health-System/dp/1137496614⁴³
- Dror, H. (1 June 2020). How Israel delivers healthcare value. Inter-American Development Bank. blogs.iadb.org/salud/en/how-israel-healthcare-value⁴⁴
- Patient Empowerment Network. (22 May 2018). What does it mean to be an empowered patient? powerfulpatients.org/2018/05/22/what-does-it-mean-to-be-an-empowered-patient⁴⁵
- Coleman, M. (15 October 2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. American Family Physician. www.aafp.org/afp/2005/1015/p1503.html⁴⁶
- Jinxiao, L, et al. (January 2019). Long-term cost-effectiveness of the patient empowerment programme for type 2 diabetes mellitus in primary care. Diabetes, Obesity and Metabolism. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30058268⁴⁷
- Britnell, M. (2019). Human: solving the global workforce crisis in healthcare. Oxford University Press. oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/oso/9780198836520.001.0001/oso-9780198836520⁴⁸
- McDonald, C. (2014). Patients in control: why people with long-term conditions must be empowered. IPPR. www.ippr.org/files/publications/pdf/patients-in-control_Sept2014.pdf⁴⁹
- Bowling, A, et al. (2012). The measurement of patients' expectations for healthcare: a review and psychometric testing of a measure of patients' pottery expectations. National Institute of Health Research (Health Technology Assessment programme). njl-admin.nihr.ac.uk/document/download/2002259⁵⁰
- Collins, B. (2015). International whole health system redesign: Southcentral Foundation's 'Nuka' system⁵¹

- Fussell, S. (21 November 2018). The city of the future is a data collection machine. The Atlantic. www.theatlantic.com/technology/archive/2018/11/google-sidewalk-labs/575551 ⁹⁹
- Healthcare IT News. (9 January 2019). Ambulance Victoria aims for better resource allocation with predictive analytics tech. www.healthcareitnews.com/news/anz/ambulance-victoria-aims-better-resource-allocation-predictive-analytics-tech ¹⁰⁰
- Coops, A, and Geels, M. (9 February 2018). Data analytics global hackathon: helping Ambulance Victoria deliver faster care. KPMG. home.kpmg/au/en/home/insights/2018/02/data-analytics-global-hackathon-helping-ambulance-victoria.html ¹⁰¹
- KPMG. (2018). What works – the triple win – rethinking public-private partnerships for universal healthcare. assets.kpmg/content/dam/kpmg/xx/pdf/2017/08/what-works-the-triple-win.pdf ¹⁰²
- Investopedia. (29 March 2021). What is a unicorn? www.investopedia.com/terms/u/unicorn.asp#:~:text=Unicorn%20is%20the%20term%20used,capitalist%20Aileen%20Lee%20in%202013 ¹⁰³
- ET Healthworld. (26 July 2019). NHA, GOI and NATHEALTH join hands to drive innovations in healthcare sector. health.economictimes.indiatimes.com/news/industry/nha-goi-and-nathealth-join-hands-to-drive-innovations-in-healthcare-sector/70386472 ¹⁰⁴
- NHS England. NHS Accelerated Access Collaborative. www.england.nhs.uk/aac ¹⁰⁵
- UN. Sustainable Development Goal 3 – good health and well-being. www.undp.org/sustainable-development-goals#good-health ¹⁰⁶
- Spataro, J. (30 April 2020). 2 years of digital transformation in 2 months. Microsoft. www.microsoft.com/en-us/microsoft-365/blog/2020/04/30/2-years-digital-transformation-2-months ⁸⁹
- World Economic Forum. (2015). Healthcare: building a digital healthcare system. reports.weforum.org/digital-transformation/building-the-healthcare-system-of-the-future ⁹⁰
- WHO. (2021). Global strategy on digital health 2020–2025. www.who.int/docs/default-source/documents/gsdhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf ⁹¹
- Davies, P. (25 August 2012). Should patients be able to control their own records?. BMJ. www.bmj.com/bmj/section-pdf/187619?path=/bmj/345/7871/Feature.full.pdf ⁹²
- NHS. Opting out of sharing your health records. www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/opt-out-of-sharing-your-health-records ⁹³
- Golding, N. (21 April 2020). NHS data sharing failure ‘exasperating and could cause error’. Local Government Chronicle. www.lgcplus.com/services/health-and-care/nhs-data-sharing-failure-exasperating-and-could-cause-error-21-04-2020 ⁹⁴
- Stevens, L. (3 July 2017). Royal Free and Google DeepMind trial did not comply with DPA. Digital Health. www.digitalhealth.net/2017/07/royal-free-and-deepmind-did-not-comply-with-dpa-ico ⁹⁵
- Stern, A, et al. (2 December 2020). Want to see the future of digital health tools? Look to Germany. Harvard Business Review. hbr.org/2020/12/want-to-see-the-future-of-digital-health-tools-look-to-germany ⁹⁶
- Richardson, E, et al. (2020). Keeping what works: remote consultations during the COVID-19 pandemic. Eurohealth. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336301/Eurohealth-26-2-73-76-eng.pdf ⁹⁷
- Cecco, L. (6 June 2019). ‘Surveillance capitalism’: critic urges Toronto to abandon Smart city project. Guardian. www.theguardian.com/cities/2019/jun/06/toronto-smart-city-google-project-privacy-concerns ⁹⁸
- Alotaibi, T. (December 2020). The impact of advanced nurse practitioner (ANP) role on adult patients with cancer: a quantitative systematic review. Applied Nursing Research. [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189720309009#:~:text=Advanced%20clinical%20nursing%20practice%20role,Aplin-Kalisz%2C%202011\).&text=From%20this%2C%20it%20can%20be,from%20screening%20till%20terminal%20care](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189720309009#:~:text=Advanced%20clinical%20nursing%20practice%20role,Aplin-Kalisz%2C%202011).&text=From%20this%2C%20it%20can%20be,from%20screening%20till%20terminal%20care) ⁷⁹
- Health Foundation. (March 2016). Fit for purpose? – Workforce policy in the English NHS. www.health.org.uk/publications/fit-for-purpose ⁸⁰
- Professional Standards Authority for Health and Social Care. (October 2021). Reshaping regulation for public protection. www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/thought-paper/reshaping-regulation-for-public-protection.pdf ⁸¹
- Govindarajan, V, and Ramamurti, R. (2013). Delivering world class care affordably. Harvard Business Review. hbr.org/2013/11/delivering-world-class-health-care-affordably ⁸²
- Hughes, R. (June 1987). Effects of surgical volume and hospital volume on quality of care in hospitals. Medical Care. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3695658 ⁸³
- Buurtzorg. The history of Buurtzorg www.buurtzorg.com/about-us/history ⁸⁴
- /Buurtzorg. About us. www.buurtzorg.com/about-us ⁸⁵
- Boniol, M, et al. (March 2019). Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. WHO. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf ⁸⁶
- Wilbur, K, et al. (June 2020). Developing workforce diversity in the health professions: a social justice perspective. Health Professions Education www.sciencedirect.com/science/article/pii/S245230112030016X ⁸⁷
- Levy, H. (14 September 2016). How the gender gap is shifting in medicine, by specialty. Amino www.linkedin.com/pulse/how-gender-gap-shifting-medicine-specialty-hannah-levy ⁸⁸

القمة
العالمية
للحكومات



@WorldGovSummit

#WorldGovSummit

شارك في النقاش
worldgovernmentsummit.org