

تعزيز قدرة المنظومة الصحية على الصمود

وضع خارطة طريق لاستشراف الأوضاع
في إطار مواجهة الجوائح المستقبلية

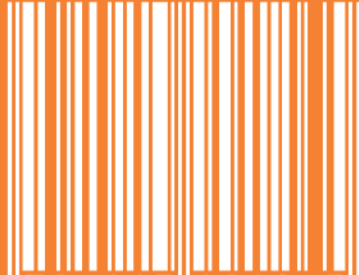
مها العاكوم
سانغيثا دامي
ديدي تومسون
عزيز شيخ



الاستشهاد المرجعي المقترح لهذا التقرير: مها العاكوم ، دامي سانغيتا، تومسون ديدي،
شيخ عزيز. تعزيز قدرة المنظومة الصحية على الصمود: وضع خارطة طريق لاستشراف
الأوضاع في إطار مواجهة الجوائح المستقبلية. الدوحة - قطر: مؤتمر القمة العالمي للابتكار
في الرعاية الصحية، 2022.

الرقم الدولي المعياري (ISBN): 978-1-913991-26-5

ISBN 978-1-91-399126-5



9 781913 991265 >

تعزيز قدرة المنظومة الصحية على الصمود

وضع خارطة طريق لاستشراف الأوضاع في إطار
مواجهة الجوائح المستقبلية

تقرير منتدى تعزيز قدرة المنظومة الصحية على الصمود التابع لمؤتمر "ويش" 2022

المحتويات

تمهيد	03
الملخص التنفيذي	04
القسم الأول: المعلومات الأساسية والنطاق	05
القسم الثاني: إجراءات تصدّي المنظومة الصحية لتحديات القدرة على الصمود التي خلّفها جائحة "كوفيد-19"	09
القسم الثالث: الخاتمة والتوصيات المتعلقة بالسياسات	32
شكر وتقدير	35
المراجع	36

بات جلياً للجميع على مدار السنتين ونصف الماضيتين أن غالبية النُظم الصحية تعوزها القدرة الكافية على الصمود في مجابهة التحديات الكبرى. وخير مثال على ذلك جائحة كورونا الراهنة التي أعملت معول الهدم في البنية العالمية، واستتبع ذلك معاناة النُظم الصحية في التعامل مع عددٍ لا طاقة لها به من مصابي فيروس كورونا "كوفيد-19"، إلى جانب تعطل نظم الرعاية الاعتيادية والانتقائية وتراجع أولويتها، ناهيك عن استنفاد قوى العاملين في مجال الرعاية الصحية وإرهاقهم بقدر هائلٍ من الأعباء الجسيمة.

وفيما نسعى جاهدين إلى تجاوز تداعيات تلك الجائحة، فلا بدّ من الإقرار بجوانب الضعف التي اعترت النُظم الصحية إبان الأزمة، والشروع في معالجتها من أجل التأهب للتعامل مع الجوائح والأزمات التي قد تلوح أمامنا في المستقبل.

يتناول هذا التقرير، من خلال الاستعانة بإطار النُظم الصحية الذي استحدثته منظمة الصحة العالمية، التحديات التي خلّفتها الجائحة في كافة محاور عمل المنظومة الصحية، ويستعرض عدداً من الأمثلة على إجراءات التصديّ المبتكرة لتلك التحديات، كما يسلط الضوء على فرص التحسين الممكن إجراؤها في المستقبل. ويختتم التقرير ببيان جملة من التوصيات المتعلقة بالسياسات -على المدى القريب والمتوسط والبعيد- بغية تعزيز مستويات التكيف والصمود في النُظم الصحية على الصعيد العالمي.

ونأمل أن يعود هذا التقرير بالفائدة المرجوة من خلال إرساء نقطة انطلاق يسترشد بها صانعو السياسات في مجابهة تحديات النُظم الصحية التي تلوح في الأفق.



Sultanah Al-Fayez

السيدة سلطنة أفضل

الرئيسة التنفيذية

لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش"



Aziz Sheikh

البروفيسور عزيز شيخ

مدير معهد أشر للعلوم الصحية للسكان

والمعلوماتية جامعة إدنبرة.

الملخص التنفيذي

كشفت جائحة فيروس كورونا المستجد "كوفيد-19" عن جوانب الضعف الكامنة في النظم الصحية على الصعيد العالمي، وأفضت إلى تعطّل الرعاية الصحية الاعتيادية على نطاق غير مسبوق، فضلاً عن عدم قدرة مرافق الرعاية الصحية على التعامل مع هذا العدد الهائل من مصابي فيروس "كوفيد-19".

ومن رحم تلك الأزمة استبانت لنا فرصة مواتية للتفكير في مدى فعالية نُظُمنا الصحية في مواجهة الاضطرابات الطارئة، ومدى قدرتها على التكيف معها. ولكي تتسم هذه النُظُم بالقدرة على الصمود، فمن المتوخى أن تكون قادرة على حماية أفراد المجتمع وتوفير الرعاية اللازمة لهم، حتى في ظل مواجهة الأحداث المعطّلة لسير الحياة، ومن بينها الجوائح.

ومن خلال الاستعانة بالنُسخة المعدّلة من إطار النُظُم الصحية لمنظمة الصحة العالمية (المتداول تحت مسمى "اللبّنة الستّ")، يرمي هذا التقرير إلى تحديد الثغرات التي تشوب أداء المنظومة الصحية وتعيق قدرتها على الصمود - على نحو ما عايشناه إبان اندلاع الجائحة - من أجل الخروج بالرؤى والتوصيات اللازمة بشأن السياسات التي تسهم في تحسين أداء المنظومة الصحية.

واستناداً إلى تلك الرؤى المبتكرة، نوصي أن تأخذ الحكومات وصانعو السياسات وقادة النُظُم الصحية بعين الاعتبار توصيات السياسة المتعلقة بتعزيز قدرة النُظُم الصحية على الصمود على المدى القريب (خلال الاثني عشر شهراً المقبلة)، والمدى المتوسط (من 12 إلى 24 شهراً)، والمدى البعيد (من 24 إلى 36 شهراً).

- **إجراءات المدى القريب:** تتمثل في وضع خطة تأهب مدروسة على مستوى القطاعات المعنية لمواجهة الجائحة، على أن تشمل على تحديد الأهداف والمسؤوليات وآليات الإبلاغ الواضحة.
- **إجراءات المدى المتوسط:** تشمل معالجة أوجه الضعف في المنظومة الصحية التي كشفت عنها الجائحة من خلال مواءمة نماذج الرعاية الصحية وتحسين نُظُم المعلومات ودعم العاملين في القطاع الصحي.
- **إجراءات المدى البعيد:** تنطوي على إجراء التغييرات الهيكلية والتنظيمية على مستوى الدولة بغية تعزيز القدرة على الصمود والتكيف مع الأوضاع القائمة والعمل مع المؤسسات والمنظمات الدولية لضمان التنسيق العالمي في مواجهة الجوائح المستقبلية.

القسم الأول: المعلومات الأساسية والنطاق

وفقاً للمعلومات التي أوردتها مؤشر الأمن الصحي العالمي لعام 2019، الصادر قبل أشهر قليلة من التقارير الأولى عن انتشار فيروس كورونا "سارس-كوف-2"، فإن جميع دول العالم لم تكن مؤهلة للتعامل مع جائحة عالمية¹.

"يشوب الأمن الصحي الداخلي ضعف كبير في جميع بلدان العالم؛ إذ تفتقر الدول إلى الاستعداد الكامل لمواجهة الأوبئة والجوائح، وتعاني كل دولة من مجموعة من الفجوات الجسيمة التي ينبغي العمل على معالجتها".

مؤشر الأمن الصحي العالمي لعام 2019

على الصعيد العالمي، واعتباراً من شهر مايو 2022، كان هناك ما يقرب من 550 مليون إصابة بفيروس "كوفيد-19" أفضت بدورها إلى ما يزيد عن 6,3 مليون حالة وفاة². لقد أأمطت الجائحة اللثام عن ضعف النظم الصحية العالمية والإقليمية والمحلية وأسهمت في استفحال هذا الضعف؛ ومن ذلك ما شهدناه من ترنح أداء تلك النظم جراء التعامل مع الأعداد الهائلة من المصابين بالفيروس، فضلاً عن تعطل سبل الوصول إلى الرعاية الصحية الاعتيادية بسبب اكتظاظ المرافق الصحية واستنفاد قوى العاملين فيها.

وعلى الرغم من تأثر الفئات السكانية الضعيفة بصور متفاوتة، فقد أخفقت النظم الصحية الأكثر "كفاءة" في الحفاظ على مستوى أدائها في ظل تلك التحديات، ما يؤكد على حقيقة أن تلك النظم تعمل على نحو متزامن ومتسق فيما بينها، وأن قوة المجتمع المدني إنما تُقاس بقوة أضعف فئاته. ولكي تتسم النظم الصحية بالقدرة على الصمود إبان الأزمات الصحية، يجب أن تتمكن من التصدي للأزمات القائمة علاوةً على الاستمرار في تقديم الخدمات والأدوار الصحية الأساسية الأخرى³⁻⁵.

تعريف المنظومة الصحية

تُشير منظمة الصحة العالمية إلى النظم الصحية بوصفها "معنية بتقديم الخدمات التي تعمل على تحسين صحة الأفراد ومجتمعاتهم أو الحفاظ عليها أو استعادتها"⁶. وتشمل تلك الخدمات الرعاية الصحية المقدمة من خلال الرعاية الأولية والثانوية والثالثية، كما تشمل أيضاً المكونات الأخرى الأقل وضوحاً، كتوفير خدمات الصحة العامة وتخطيط القوى العاملة في المجال الصحي وتحديث نظم المعلومات الصحية. وعلاوةً على الأنشطة المباشرة المعنية بتحسين مستوى الصحة، فإن التعريف يشمل كذلك الجهود الرامية إلى تحسين محددات الصحة، مثل الجهود المشتركة بين القطاعات المعنية للتأثير على الظروف البيئية والاجتماعية والاقتصادية الشاملة التي يعيشها الناس⁸.

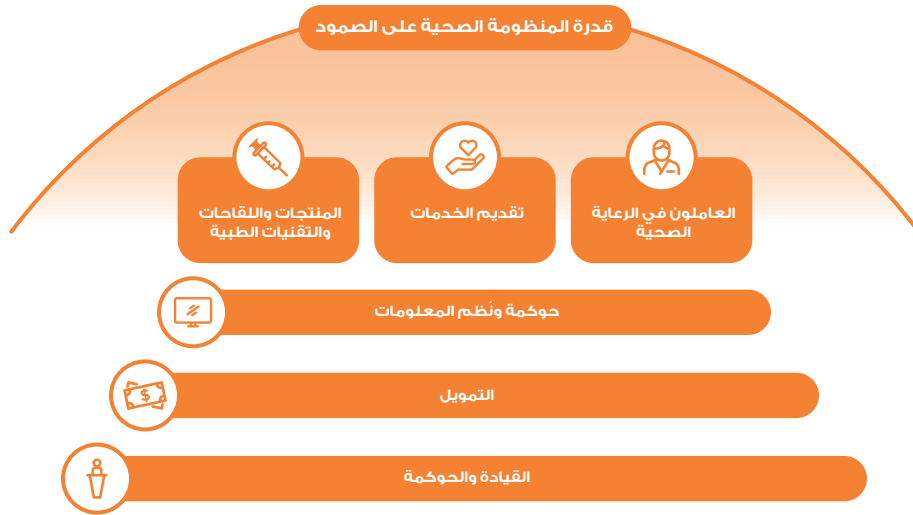
قياس قدرة المنظومة الصحية على الصمود

تُعرّف منظمة الصحة العالمية المنظومة الصحية القادرة على الصمود بأنها: "منظومة تتسم بالتأهب والاستجابة والتكيف مع الأحداث التي تؤدي إلى تعطل خدمات الصحة العامة، مع ضمان استمرارية الخدمات الصحية الأساسية عالية الجودة في جميع مستويات المنظومة الصحية"⁹. ولذلك، فمن المتوقع أن تسهم النظم الصحية القادرة على الصمود في حماية أفراد المجتمع وتوفير الرعاية اللازمة لهم، حتى في ظل مواجهة الأحداث المعطّلة لسير الأنشطة الحياتية، ومن بينها الجوائح. كما ينبغي أن تسهم تلك النظم في تحقيق النتائج الصحية الإيجابية قبل اندلاع الكارثة وفي أثنائها وعقب انتهائها¹⁰. وهذا يستلزم إنشاء قاعدة بيانات قوية وتحليلها، مشفوعةً بضخ الاستثمارات المدروسة وإعادة تصميم دقيق للنظم الصحية والنظم المرتبطة بها على الصعيد العالمي.

سبل قياس أداء المنظومة الصحية

لأغراض إعداد هذا التقرير، سنُعدّ بدراسة أداء المنظومة الصحية باستخدام نسخة معدّلة من إطار النظم الصحية الصادر عن منظمة الصحة العالمية، الذي يتألف قوامه من اللبّات الست، وهي: القيادة والحوكمة (تصريف الشؤون)؛ وتمويل الرعاية الصحية؛ والمعلومات (التي قمنا بتوسيع نطاقها لتشمل حوكمة ونظم المعلومات)؛ والعاملون في الرعاية الصحية؛ وتقديم الخدمات؛ والمنتجات والتقنيات الطبية (انظر الشكل 1)¹¹. ومن خلال الاستعانة بهذا التعريف، نجد أن الرعاية الصحية لا تقوم على فراغ، بل تتأثر وتتوثر في النظم المجتمعية الأخرى مثل الرعاية الاجتماعية والاقتصاد والتعليم والسياحة.

الشكل 1: إطار النظم الصحية الصادر عن منظمة الصحة العالمية (معدّل)



المصدر: منقول بتعديل من إطار النظم الصحية الصادر عن منظمة الصحة العالمية¹²

تُسهم كلُّ من اللبّات الستّ في تعزيز المنظومة الصحية بطرق مختلفة (انظر الجدول 1)؛ وتشكّل بعض هذه العناصر مُدخلات أساسية تتقاطع فيما بينها داخل المنظومة، وهي القيادة والحوكمة، والتمويل، وحوكمة ونُظم المعلومات، وتشارك جميعها في إرساء الأساس الذي يقوم عليه تنظيم باقي عناصر (لبّات) المنظومة الصحية. أمّا عناصر العاملين في الرعاية الصحية، وتقديم الخدمات الصحية، والمنتجات والتقنيات الطبية فهي تشكّل المُخرجات الأساسية التي تدعم أهداف المنظومة الصحية المتمثلة في الوصول إلى الرعاية والتغطية والجودة والسلامة¹³.

الجدول 1: اللبّات الستّ التي تقوم عليها المنظومة الصحية

أهداف المنظومة الصحية	اللبّنة الأساسية
تنطوي القيادة والحوكمة على ضمان وضع أطر عمل استراتيجية للسياسات ودمجها مع الإشراف الفعّال، وبناء التحالفات، والتنظيم، والاهتمام بتصميم المنظومة والمساءلة.	القيادة والحوكمة 
يُسهم نظام التمويل الصحي الجيد في جمع الأموال اللازمة للرعاية الصحية، على نحو يضمن حصول الأشخاص على الخدمات المطلوبة، وحمايتهم من التداعيات المالية أو العوز المرتبط بعدم القدرة على دفع المقابل المالي نظير تلك الخدمات. كما أنه يوفر الحوافز لمزودي الخدمات والمستخدمين لتحقيق الفعالية اللازمة.	التمويل 
يتسم نظام المعلومات الصحية جيد الأداء بضمان إنشاء وتحليل ونشر واستخدام معلومات موثوقة وأنية عن المحددات الصحية وأداء المنظومة الصحية والحالة الصحية.	حوكمة ونُظم المعلومات 
القوى العاملة جيدة الأداء في قطاع الرعاية الصحية هي التي تؤدي عملها بطرق سريعة الاستجابة وعادلة وفعّالة من أجل الوصول إلى أفضل النتائج الصحية الممكنة، في حدود الظروف والموارد المتاحة (أي، وجود أعداد كافية من العاملين، موزعين بطريقة عادلة، علاوةً على كفاءتهم واستجابتهم ونتائجهم المحققة).	العاملون في الرعاية الصحية 
تتميز الخدمات الصحية الجيدة بتقديم التدخلات الفعّالة الآمنة وعالية الجودة لمن يحتاجها في الوقت والمكان المناسبين بأدنى قدر من إهدار الموارد.	تقديم الخدمات 
تضمن المنظومة الصحية جيدة الأداء الوصول العادل إلى المنتجات واللقاحات والتقنيات الطبية الأساسية ذات الجودة الموثوقة والأمان والفاعلية والتكلفة الميسورة إلى جانب سلامتها من الناحية العلمية وفعاليتها من حيث التكاليف.	المنتجات واللقاحات والتقنيات الطبية 

المصدر: تقرير منظمة الصحة العالمية (2007)¹⁴

حدود إطار النُظم الصحية لمنظمة الصحة العالمية

يُعدّ تقسيم أي بناء معقّد مثل المنظومة الصحية مسألة محفوفة بالمخاطر؛ إذ يركّز إطار النُظم الصحية الذي أعدّته منظمة الصحة العالمية تركيزًا كبيرًا على الإجراءات التي تتمّ في قطاع الرعاية الصحية، متجاهلاً في الوقت ذاته لأهمية الإجراءات المتخذة في القطاعات الأخرى، ويفتقر إلى بيان العوامل التي تؤثر في السلوكيات المتعلقة بالصحة والمحددات الاجتماعية والاقتصادية الأساسية للصحة¹⁵. كما أنه لا يأتي على ذكر الروابط والتفاعلات الدينامية الجوهرية التي تحدث بين العناصر المختلفة المشار إليها آنفًا.

وبالرغم من ذلك، يقدّم الإطار مجموعة محددة من الأهداف والقدرات -التي أقرتها وزارات الصحة بالفعل- والتي يمكن الاستعانة بها في تقييم النُظم الصحية من خلال تحديد أوجه القوة ومواطن الضعف والمجالات الممكن تحسينها¹⁶.

نطاق ومنهجية التقرير

يرمي هذا التقرير، من خلال الاستعانة بالنسخة المعدّلة من إطار النُظم الصحية لمنظمة الصحة العالمية، إلى تحديد الثغرات التي تشوب أداء المنظومة الصحية وتعيق قدرتها على الصمود -على نحو ما عايشناه إبان اندلاع الجائحة- من أجل الخروج بالرؤى والتوصيات اللازمة بشأن السياسات التي تسهم في تحسين أداء المنظومة الصحية. ويقوم منهجنا في العمل على الاستعانة بخبرات مجموعتنا الاستشارية الدولية متعددة التخصصات، ومراجعة الدراسات الدولية وإجراء سلسلة من المقابلات شبه المنظّمة مع لجنة من الخبراء الدوليين.

ويُعدّ هذا التقرير جهدًا مكملًا لعدد من التقارير الحالية المتخصصة التي تركّز على الجوانب الأخرى للجائحة¹⁷، والمبادرات ذات الصلة ومن بينها الجهود المبذولة لمكافحة جائحة "كوفيد-19" من جانب مؤسسة "رؤاد الصحة العالمية"¹⁸ (Exemplars in Global Health)، وتصنيفات منظمة الصحة العالمية لأفضل البلدان أداءً إبان الجائحة¹⁹، إلى جانب جهود مؤسسة "الفريق المستقل المعني بالتأهب للجوائح والتصدي لها" (Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) الرامية إلى القضاء التام على جائحة "كوفيد-19"²⁰.

القسم الثاني: إجراءات تصدي المنظومة الصحية لتحديات القدرة على الصمود التي خلّفتها جائحة "كوفيد-19"

يُعنى هذا القسم ببيان التحديات الرئيسية الناجمة عن الجائحة والتي تعيق أداء المنظومة الصحية من خلال الاستعانة بإطار النظم الصحية لمنظمة الصحة العالمية. كما نستعرض في هذا القسم أمثلة على الحلول المبتكرة والدروس التي يمكن الاستفادة منها في تحسين قدرة المنظومة الصحية على الصمود على مستوى كل عنصر من عناصرها الأساسية.

القيادة والحوكمة

التحديات القائمة

ألقت أزمة "كوفيد-19" بتحديات غير مسبوقة على كامل الأجهزة القيادية²¹، وبات الجميع يتطلع إلى نهوض الأشخاص في موقع المسؤولية بأدوارٍ عدّة -من بينها الإلمام بطبيعة الأزمة، والتكيف والتعامل الفعّال معها، وإعداد وتنفيذ الحلول من أجل استعادة الأوضاع الطبيعية في أقرب وقت- إلى جانب إطلاع مواطنيهم على آخر المستجدات²². وفي العديد من البلدان، جرى تجاوز القنوات التشريعية الطبيعية أثناء اندلاع الجائحة من خلال الدعوة إلى تفعيل القوانين التي تنظم حالات الطوارئ الداخلية بهدف تفادي التأخيرات المتفاقمة في اتخاذ الإجراءات المطلوبة. وفي إطار مواجهة الموجة الأولى من الجائحة، تم إغلاق العديد من جوانب المجتمع المدني، ما وضع القادة تحت ضغط هائل من أجل إيجاد السبل المبتكرة للحفاظ على سلامة الأداء المجتمعي. وعلى الرغم من عدم وجود حل ملائم لجميع الظروف، فقد أدّى اختلاف القادة وأساليب القيادة إلى مستويات متفاوتة من النجاح من حيث النتائج الصحية المحققة بين السكان إبان الجائحة. ويمكن أن تساعدنا دراسة تلك الأساليب في استقاء النتائج والتوصيات التي يُسترشد بها في صياغة الاستراتيجيات المعنية بمجابهة الجوائح المستقبلية²³.

إجراءات التصدي الفعّالة والدروس المستفادة

وضع الخطط والتشريعات المدروسة

شهد أداء البلدان في إدارة الجائحة عددًا من التغيرات بمرور الوقت، إذ تمكّنت الدول التي اعتمدت خططاً مدروسة للتصدي للجائحة، وكانت قادرة على تفعيلها بوتيرة سريعة، من إدارة الجائحة منذ اندلاعها بصورة ملائمة إلى حدّ ما (لمزيد من التفاصيل، راجع دراسة الحالة 1). من ناحية أخرى، عانت الدول المفتقرة إلى هذه الخطط أو التي تملك خططاً لم تُختبر بالدقة المطلوبة وضغاً سيئاً منذ بداية الجائحة²⁴.

ولذلك، ينبغي صياغة الأحكام التشريعية المتعلقة بتدابير الطوارئ، مثل عمليات الإغلاق، وأن تكون مُعدّة للتطبيق قبل اندلاع الجوائح المحتملة؛ وقد تمكّنت البلدان التي تعتمد تدابير الطوارئ من الإسراع في سنّ تلك القوانين، مما ساعد في إبطاء انتشار الفيروس وتخفيف الضغوط الناجمة على المنظومات الصحية²⁵.



دراسة الحالة ١: تجارب الدول الساعية إلى تنفيذ سياسة القضاء التام على فيروس "كوفيد-19"

السياق

- بادرت مجموعة من الدول -شملت أستراليا، وكمبوديا، والصين، وهونغ كونغ، ولاوس، ومنغوليا، ونيوزيلندا، وسنغافورة، وكوريا الجنوبية، وتايوان، وفيتنام- إلى تنفيذ سياسة القضاء التام على فيروس "كوفيد-19" التي تهدف إلى منع دخول فيروس "سارس-كوف-2" إلى البلاد من الخارج والقضاء على انتقال المرض بين صفوف المجتمع.

منهج العمل

- تطبّق هذه السياسة نهجًا صارمًا لنظام "الاكتشاف والفحص والتتبع والعزل والدعم، يتضمن إجراء اختبار جماعي لعينات مستهدفة، وتكرار الفحص لتجنب النتائج السلبية غير الحقيقية، وتتبع المخالطين، وفرض الحجر الصحي وتيسيره، إلى جانب فرض عمليات الإغلاق لأماكن معينة بحسب الضرورة.
- يهدف النظام المذكور إلى اكتشاف الحالات في وقت مبكر والحيلولة دون انتقال الإصابة من خلال تتبع المخالطين وتقديم الدعم المالي أو الاجتماعي أو النفسي لهم أثناء فترات العزل.
- يمكن أن تشمل التدابير الصارمة لمراقبة الحدود منع السفر إلى الدولة أو الدول المصنّفة بالخطورة العالية، وتفعيل العمل بجوازات اللقاحات ضد فيروس "كوفيد-19"، والفحص داخل المطارات بحثًا عن علامات الإصابة بالعدوى، علاوةً على فرض الحجر الصحي الإلزامي للقادمين من الخارج.
- اقترن تطبيق النظام في العادة بمجموعة من التدخلات غير الدوائية، التي شملت بثّ رسائل التوعية الصحية للعامة، والتباعد الجسدي لمنع انتشار المرض، وارتداء الأقنعة في الأماكن العامة.

النتائج المحقّقة

- لم تتمكن أي دولة من القضاء التام على فيروس "كوفيد-19".
- ومع ذلك، تُظهر النتائج أنّ الدول التي سعت إلى تطبيق هذه السياسة سجّلت نسبة أقل في عدد الوفيات جرّاء الإصابة بالفيروس. واعتبارًا من 15 مارس 2022، ظلت أعداد الوفيات أقل من 50 حالة وفاة لكل 100 ألف نسمة في جميع الدول المذكورة أعلاه، وجاءت على النحو التالي: (الصين: أقل من 1، نيوزيلندا: 2، تايوان: 4، لاوس: 9، سنغافورة: 20، كوريا الجنوبية: 21، أستراليا: 22، فيتنام: 43 - وذلك مقارنةً بالدول التي اتبعت سياسة التخفيف، حيث ارتفع عدد الوفيات في بيرو إلى ما يقرب من 650 حالة وفاة لكل 100 ألف نسمة (وبلغ عدد الوفيات في المملكة المتحدة 244، وفي إيطاليا 200، وفي الولايات المتحدة 294، وفي البرازيل 310 حالة وفاة)

- لم تتأثر اقتصادات الدول التي اعتمدت سياسة القضاء التام على فيروس "كوفيد-19" بشكل كبير مقارنةً بالدول الأخرى؛ فقد شهدت تايوان والصين على سبيل المثال نموًا في اقتصادهما خلال عامي 2020 و2021، فيما سجّلت أستراليا ونيوزيلندا وكوريا الجنوبية تراجعًا في الناتج المحلي الإجمالي عام 2020، أعقبه زيادة ملموسة خلال عام 2021.

الدروس المستفادة

- من المرجح أن يسهم فرض الإجراءات الوقائية المبكرة في احتواء أعداد الحالات المصابة والحدّ من المخاطر التي يتعرض لها العاملون في قطاع الرعاية الصحية علاوةً على تعزيز قدرات المنظومة الصحية.
- يجب على الدول دراسة سياسات القضاء التام على فيروس "كوفيد-19" فور الوصول إلى النسبة المنشودة لتلقي اللقاحات.
- يلزم جمع البيانات الصحية والاقتصادية طويلة المدى من أجل تقييم مدى الفعالية الكليّة لاستراتيجية القضاء التام على فيروس "كوفيد-19"

هياكل القيادة والتحكم

يُعد وجود هيكل قيادة وتحكم من المحاور الحاسمة في نجاح الخطط الفاعلة، إذ يتيح إمكانية التصديّ للجوائح على نحو مبكر ومتسق وملائم. فعلى سبيل المثال، شرعت كوريا الجنوبية في التخطيط لإجراءات التصديّ الوطنية في وقت مبكر في شهر يناير 2020²⁶. وجرى إبرام اتفاق بين كوريا وإدارة الغذاء والدواء الأمريكي والقطاع الخاص (ممثلًا في شركة فارما)، والذي عبّل بإنتاج تقنية تفاعل البوليميراز المتسلسل للنسخ العكسي (RT-PCR). وقبيل انتشار الجائحة، تمّ إجراء محاكاة لأعراض الإصابة بالالتهاب الرئوي، بما ساعدهم في التأهب لتداعيات الجائحة من هذا القبيل. وفي باكستان، ضمّ مركز القيادة والتشغيل الوطني ممثلين من وزارة الخدمات الصحية الوطنية، وإدارة التنظيم والتنسيق، والهيئة الوطنية لإدارة الكوارث، وجميع الفروع الصحية والإدارية في المقاطعات؛ وكانت تلك المجموعة تلتقي بصفة يومية للمساعدة في وضع إجراءات متسقة للتصديّ للجائحة على مستوى البلاد، وذلك على الرغم من محدودية الموارد المتاحة لدى الدولة.

الإسهام العلمي في وضع السياسات

كان لدعم تطوير العلم المستند إلى الأدلة بغية توجيه السياسات أثرٌ بالغ إبان الجائحة، ومن الأهمية في هذا الصدد إبقاء هذه اللجان العلمية بعيدًا عن تدخل الحكومة من أجل الحفاظ على استقلاليتها وتعزيز الثقة العامة بها. وفي سياق متصل، يُعدّ التواصل الفعّال أمرًا حيويًا وقد نجحت بعض النماذج في بناء ثقة الجمهور^{27,28}. فعلى سبيل المثال، وفي مستهل الجائحة، حظيت البلدان التي يحكمها قادة يعتمدون استخدام قنوات تواصل نزيهة وشفافة بدرجة عالية من ثقة مواطنيها وذلك على غرار ما جرى في نيوزيلندا واسكتلندا وكوريا الجنوبية وتايوان²⁹⁻³².

التخطيط لمواجهة المرض «إكس»

من المتوقع أن يأخذ قادة جميع البلدان مخاطر اندلاع جائحة أخرى على محمل الجدّ، وأن يبادروا إلى وضع خطط متطورة ومدروسة وقابلة للتنفيذ تعطي الأولوية لتدابير مكافحة المرض «إكس» وهو مصطلح صاغته منظمة الصحة العالمية ويجري استخدامه على مستوى القطاع الصحي للإشارة إلى مُسبب غير معروف لمرض يظهر مستقبلاً وقد يُفضي إلى جائحة³³ (راجع دراسة الحالة 2). ومن خلال التخطيط والإعداد المناسبين، يندر أن تكون هناك حاجة إلى اللجوء إلى عمليات الإغلاق الوطنية المطوّلة، ما يساعدنا في تجنب العديد من التداعيات الصحية والاجتماعية والاقتصادية الكارثية التي عايشناها خلال جائحة «كوفيد-19».



دراسة الحالة 2: التخطيط للتصدّي للمرض "إكس"

السياق

- أدرجت منظمة الصحة العالمية "المرض إكس" - وهو مُسبب مجهول لمرض قد يُفضي إلى تفشي جائحة جديدة في المستقبل - للمرة الأولى في قائمة الأمراض ذات الأولوية في عام 2018، ما يشير إلى ضرورة تطوير البنية التحتية السريرية وكذلك البنى التحتية للصحة العامة والبحث والتطوير اللازمة لإجراءات التصدّي لتهديدات الأمراض المُعدية الناشئة.

منهج العمل

- استعدت معظم البلدان التي لديها خطط تأهب لمواجهة جوائح الإنفلونزا، ولكن لم يكن لدى أي منها خطط للتعامل مع المرض "إكس".

النتائج المحققة

- بالنسبة إلى جائحة "كوفيد-19"، تمكّنت البلدان التي تعرّضت مؤخراً لبعض المتحورات الأخرى لفيروس كورونا مثل متلازمة الشرق الأوسط التنفسية، والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس) من تعديل خططها الخاصة بالتأهب لمواجهة الجوائح مستعينة بالإجراءات التالية:
- تطبيق تدابير المتابعة الموضوعة بالفعل لتحديد السلالات الفيروسية الجديدة بشكل سريع على سبيل المثال تدابير المتابعة التي تبنتها سنغافورة من خلال المتابعة المجتمعية ومتابعة المختبرات والمتابعة البيطرية والخارجية ومتابعة المستشفيات.
- اعتماد المستشفيات، وشمل ذلك اعتماد التأهب لمكافحة الجوائح والتمارين المنتظمة لفحص حالة الجاهزية لديها. وفي هذا الصدد، استعانت تايوان بصفة دورية بمنظومتها الناشئة لمراقبة الأمراض المُعدية والتصدّي لها، والتي تشتمل على تدابير واضحة للحيلولة دون إرهاب منظومة الرعاية الصحية، بالإضافة إلى وجود شبكة دعم للحد من تفشي الأمراض المُعدية داخل المجتمع المحلي.
- تفعيل المبكر لإجراءات التصدّي المُتسقة للجائحة بين الوكالات والحكومات الدولية من خلال مراكز رفيعة المستوى ومحددة مسبقاً لمكافحة الجوائح والسيطرة عليها على غرار ما قامت به الصين وهونج كونج وسنغافورة وتايوان.
- اشتملت آليات تمويل الرعاية الصحية لمكافحة الجوائح، مثل التأمين الوطني للرعاية الصحية في تايوان، على تطبيق خطط الدفع المسبق لضمان استدامة الرعاية الصحية.

- تدشين بوابة إلكترونية مباشرة تتيح للأطباء إرسال إخطار في الوقت المناسب بشأن الأمراض المعدية والوصول إلى المعلومات في الوقت الفعلي حول تطورات الأمراض المعدية على الصعيدين المحلي والعالمي، على غرار ما قامت به سنغافورة.

الدروس المُستقاة

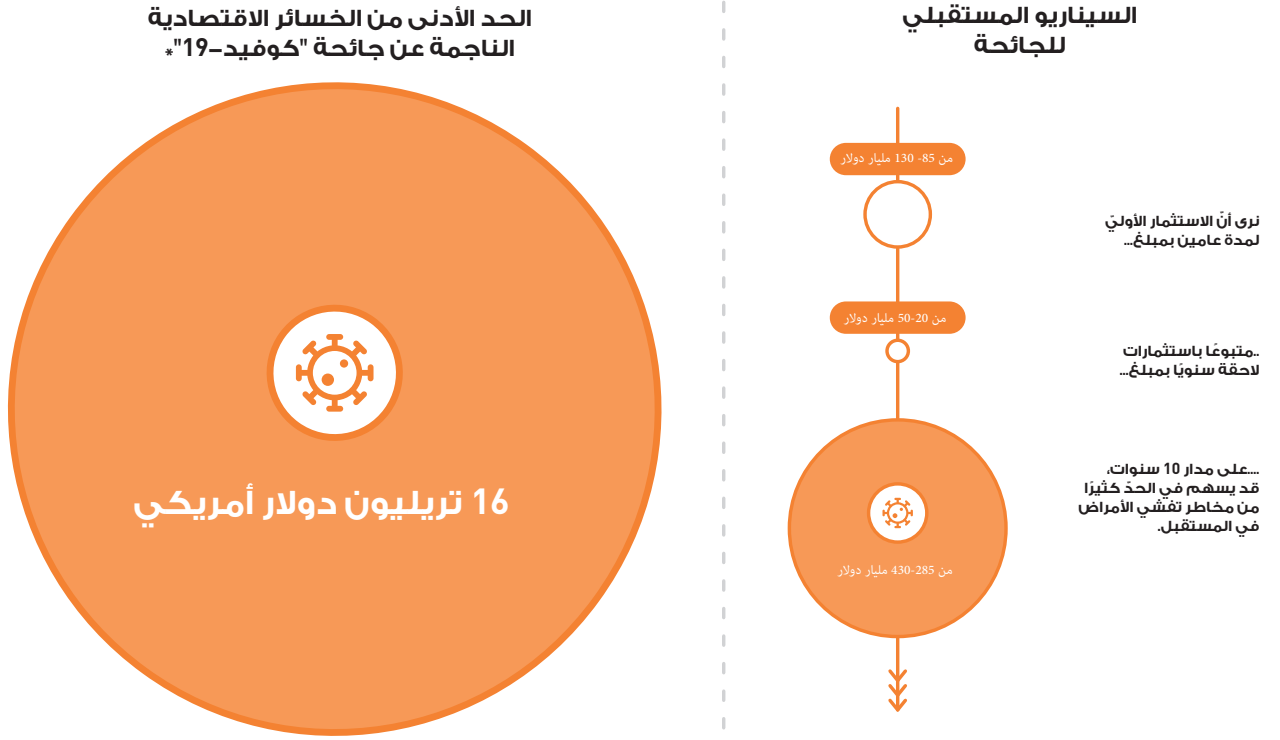
- لا زالت خطط التأهب لمكافحة الجوائح دون المستوى الأمثل في معظم الدول.
- تمكّنت بعض البلدان التي عانت مؤخرًا من بعض الأنواع الأخرى لفيروس كورونا من إعادة توظيف واستخدام البنى التحتية والموارد المتاحة لديها للتصدّي بفاعلية وكفاءة لفيروس "سارس-كوف-2".
- ينبغي أن تراعي خطط مكافحة الجوائح دراسة المجموعة المحتملة من تهديدات الأمراض المعدية بدلاً من التركيز على حالة واحدة (على سبيل المثال، الإنفلونزا أو فيروس كورونا) أو مجموعة من الحالات (مثل الفيروس). وينبغي الاستفادة من الإلمام بمفهوم المرض "إكس" في سياق التأهب لمكافحة لجوائح في المستقبل.
- ينبغي أن تشمل خطط مكافحة الجوائح على إجراء اختبار الإجهاد بانتظام من خلال عمليات محاكاة يشارك فيها ممثلون رفيعي المستوى من الحكومة، مع نشر النتائج والتحلي بالشفافية فيما يتعلق بالتدابير العلاجية المتخذة في هذا الشأن.
- بدأ المجلس الأوروبي في التخطيط لاستراتيجية دولية للتأهب للجوائح والتي ستكون مُلزمة فور اعتمادها للدول الأعضاء بالمجلس بموجب القانون الدولي.

التمويل

التحديات القائمة

سلّطت جائحة "كوفيد-19" الضوء على الثغرات القائمة في تمويل الرعاية الصحية والفوارق الباعثة على القلق في النتائج الصحية بين الفئات السكانية الغنية والفقيرة³⁴. ولا تزال معظم البلدان تفتقر إلى التمويل الكافي لتدريب القوى العاملة، وتعزيز الصحة المجتمعية، وتقديم الرعاية الصحية الأولية، واتخاذ التدابير المضادة مثل التشخيص وتوفير العلاجات واللقاحات. وفي الآونة الراهنة، تعتمد الموارد المالية المتاحة لإدارة تفشي المرض في الغالب على التمويل المخصّص، وهو أمر غير مستدام في مواجهة الاضطرابات المستقبلية وقد يُضعف خطط القدرة على الصمود. لقد عاودت جائحة "كوفيد-19" التأكيد على نقاط الضعف المستمرة المتعلقة بسياسات التمويل الصحي في البلدان التي لديها أنظمة تأمين صحي اجتماعي³⁵. وعلى الرغم من فاعلية الرعاية الصحية الأولية من حيث التكلفة في تقديم الرعاية الصحية للمجتمعات، فإن الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية يمثل أقل من 50% من الميزانيات المخصصة للصحة في الوقت الراهن³⁶. ومن هذا المنطلق، دعت منظمة الصحة العالمية إلى زيادة بنسبة 1% من إجمالي الناتج المحلي في التمويل العام السنوي للاستثمار في الرعاية الأولية³⁷.

الشكل 2: تكلفة إجراءات التأهب لمكافحة الجوائح مقارنة بالخسائر الاقتصادية التقديرية الناجمة عن تفشي جائحة "كوفيد-19"



* على افتراض استمرار تفشي جائحة "كوفيد-19" لمدة 50 عاماً

المصدر: شركة ماكينزي آند كومباني (2020)³⁸

قُدرت تكلفة الاضطراب الاقتصادي الناجم عن جائحة "كوفيد-19" بما يزيد عن 16 تريليون دولار أمريكي³⁹. ويشكّل الاستثمار المطلوب للتأهب لمواجهة الجوائح بغية الحيولة دون وقوع الاضطرابات المستقبلية الناتجة عن الجوائح قدرًا يسيرًا من تلك التكلفة (انظر الشكل 2). وهذا يعيد التأكيد على أهمية إعداد دراسة الجدوى للاستثمار في قدرة المنظومة الصحية على الصمود والتصدي للجوائح على كافة الصعد العالمية والإقليمية والمحلية.

إجراءات التصدي الفعّالة والدروس المستقاة

الاستثمار في المنظومات الصحية الممولة من القطاع العام والتغطية الصحية الشاملة والرعاية الأولية

خصصت العديد من البلدان ميزانيات لحالات الطوارئ، ما أتاح استثمار موارد إضافية في المنظومات الصحية الممولة من القطاع العام. كما أسهم وجود تغطية صحية شاملة داخل الدولة علاوةً على منظومة صحية مستندة إلى القيمة في تحقيق الفائدة المرجوة من عدة أوجه، بما في ذلك وجود قوة عاملة موزعة في جميع أنحاء البلاد يمكن تدريبها وتزويدها بالمهارات وإعادة توظيفها. وفي المقابل، واجهت مرافق الرعاية الصحية الربحية تحديات جسيمة - ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، وفي ظل الحاجة الماسّة إلى العاملين في مجال الرعاية الصحية، جرى منح عدد من الأطباء إجازة دون مرتب بسبب توقف العيادات العادية عن العمل وافتقارها إلى الاستدامة المالية⁴⁰.

وبشكل عام، هناك حاجة إلى زيادة الاستثمار في منظومات الرعاية الصحية وقطاع الرعاية الصحية. ويجب ألا يقتصر هذا على الأمراض المعدية فحسب، بل ينبغي أن يشمل أيضًا الأمراض غير السارية "الجوائح" مثل أمراض القلب التاجية والسكري والسرطان والصحة العقلية. كما ينبغي زيادة الاستثمار في مجال الابتكار في الرعاية الصحية من أجل طرح حلول منخفضة التكلفة وقابلة للقياس، لا سيّما في مجال الرعاية الأولية.

الاستثمار المُوجه في الصحة العامة والبحوث

جرى تخصيص مبالغ هائلة بغية تعزيز الصحة العامة من أجل الإسراع في تدشين نظام فعّال للفحص والتتبع والعزل في عددٍ من الدول مثل كمبوديا وسنغافورة والولايات المتحدة وفيتنام. وقد بادرت بعض الدول، مثل تايوان، إلى دعم محور "العزل" في نظام "الاكتشاف والفحص والتتبع والعزل والدعم"، علاوةً على تقديم الدعم المالي اللازم لإجراءات العزل. كما خصصت العديد من الدول، مثل المملكة المتحدة، قدرًا أكبر من الأموال بهدف تطوير اللقاحات والعلاجات المضادة للفيروسات وعمليات البحث والتطوير. وقد أسفرت بعض عمليات التعاون - مثل التعاون بين اتحاد الجينوم المعني بجائحة "كوفيد-19" ولقاح أكسفورد أسترازينيكا - عن نتائج مبهرّة في غضون فترات زمنية وجيزة.

تنسيق جهود التعاون الدولي لإتاحة الحصول العادل على اللقاحات

كشفت جائحة كورونا الراهنة عن وجود تفاوت كبير بين مختلف دول العالم تجلّى في ما شاهدناه جميعاً من انعدام المساواة في توزيع اللقاحات. فعلى الرغم من الجهود القصوى التي تبذلها منظمة الصحة العالمية ومنظومة "كوفاكس"، فإنه لا يزال هناك الكثير من الجهود التي ينبغي بذلها لمعالجة هذا التفاوت. وكشفت الأرقام الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بتاريخ 4 مايو 2022 أن ثلاثة من كل أربعة أشخاص في الدول مرتفعة الدخل قد تلقوا جرعة واحدة على الأقل من اللقاح مقارنة بواحد من كل ستة أشخاص في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل.

وفي إطار تعزيز حوكمة الصحة العالمية، لا بُدَّ من حشد الموارد الإقليمية والدولية. وينبغي أن يشمل ذلك آليات التمويل والإنفاذ المناسبة والكافية لأجل حماية النظم الصحية من المآزق المتكررة التي تواجهها في حالات التأهب والتصدي⁴¹. وقد أنشأت مجموعة العشرين صندوق الوساطة المالية لمكافحة الجوائح والتأهب والتصدي لها في عام 2021 ووضعت هذا الغرض نصب عينيها. ومن ثمّ تبنى الصندوق منهج "الصحة الواحدة" أثناء العمل على تحقيق الهدف المتمثل في ضمان التمويل الكافي والمستدام لمكافحة الجوائح عبر إعداد ترتيبات تنسيقية بين وزارات الصحة والمالية على مستوى العالم⁴².

حوكمة المعلومات ونظم المعلومات

التحديات القائمة

لا بُدَّ من توافر البيانات الدقيقة الآنية والمبوبة والموثوقة عن فيروس كورونا المستجد لفهم ديناميات الجوائح وتوجيه عملية صناعة القرار وصياغة السياسات^{43,44}. وينبغي أيضاً توافر القدرة على الربط بين مصادر البيانات المتفرقة ومناقشتها بوتيرة سريعة لإيصال القرارات الكثيرة التي يلزم اتخاذها في وقت الأزمات الصحية⁴⁵. ومع ذلك، ثبت أن الجمع بين مصادر البيانات المختلفة أمر من الصعوبة بمكان لأسباب عدّة، من بينها صعوبة الوصول إلى البيانات ومتطلبات إدارة المعلومات وتوحيد/مواءمة البيانات وامتلاك القدرات الكافية لمعالجة البيانات والربط بينها وتنظيمها وتحليلها وتفسيرها⁴⁵⁻⁴⁸.

إجراءات التصديّ الفعّالة والدروس المستفادة

كشفت جائحة كورونا الراهنة عن إمكانية المشاركة الآمنة والأخلاقية للبيانات الصحية، التي على الرغم من صعوبتها، إلا أنها أيضاً ضرورية لأجل التصديّ الفعال للجائحة. وقد أسهمت أنظمة الرصد القوية إلى جانب سهولة الوصول إلى البيانات الآنية إسهاماً أساسياً في التصديّ لجائحة كورونا الراهنة على الصعيدين الوطني والإقليمي

وإبلاغ القرارات الرئيسية مثل فرض قيود الإغلاق ورفعها⁵⁰. ومن الأمثلة على ذلك لوحة المتابعة التابعة لجامعة جون هوبكنز⁵¹ و"عالمنا من خلال البيانات"⁵² (Our World in Data).

ويلزم أن تتوافر للنظم الصحية القدرة على التنبؤ بالأزمات المستقبلية وتوقعها، (باستخدام التطورات التي شهدتها قدرات النمذجة) من أجل التصدي للجائحة بشكل أسرع وأكثر ذكاءً. ومما يُسهّل تبني هذا المنهج وجود منظومة وطنية موحّدة ومركزية وفاعلة للصحة العامة تمتلك سجلات صحية إلكترونية متكاملة وشاملة للرعاية الأولية والثانوية. ومن بين الدول التي استحدثت هذه القدرات خلال جائحة كورونا الراهنة، ونجحت نسبياً في استخدام هذه البيانات لتوجيه صناعة القرار في مجال الصحة العامة والسريية، أيسلندا وإسرائيل وقطر واسكتلندا وتايوان^{53, 54}. على الرغم من ذلك، فإنه يجب تنظيم الوصول إلى البيانات الصحية بعناية، مع وجود تشريعات تُوازن بين الحاجة إلى الخصوصية والأمن، وبين أي فوائد تعود على الصحة العامة⁵⁵. كما لا بُدَّ أن يكون لدى الدول سياسات تراعي الحاجة إلى التحلي بالمرونة في حالات الطوارئ مثل حالات تفشي الجوائح.

وعلى الصعيد العالمي، شهدنا أيضاً قوة التعاون الدولي ومشاركة البيانات للارتقاء بسبل التصدي للجائحة على نحو يصب في صالح الجميع. فعلى سبيل المثال، فإن التحالف الدولي لأبحاث بيانات فيروس "كوفيد-19" (ICODA)، الذي أنشأه مركز أبحاث البيانات الصحية في المملكة المتحدة، يتيح للباحثين الوصول إلى بيانات فيروس كورونا المستجد على مستوى العالم للاطلاع على التأثير الناجم عن تدابير الإغلاق^{56, 57}. وتسهيل التطوير السريع لسبل العلاج الجديدة⁵⁸. وبناءً على ذلك فإنه يلزم الدول مواصلة الاستثمار في هذه المبادرات على المدى الطويل، مع وضع معايير واضحة ومناهج عمل مشتركة لضمان استفادة جميع الدول استفادةً كاملة، بما في ذلك الدول منخفضة ومتوسطة الدخل⁵⁹.

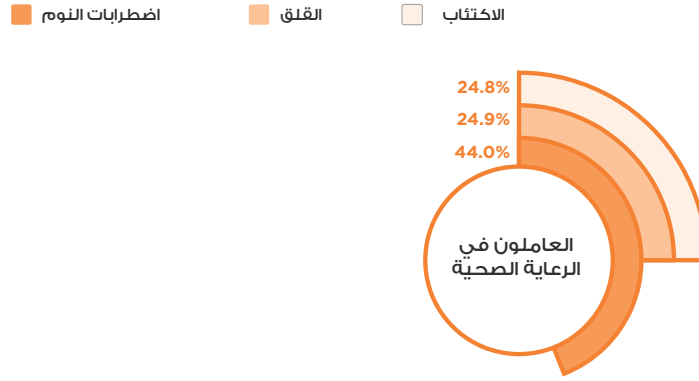
العاملون في الرعاية الصحية

التحديات القائمة

لقد فرضت جائحة كورونا الراهنة ضغوطاً هائلة على العاملين في الرعاية الصحية على مستوى العالم، إذ لم تتوافر آنذاك لهيئات الرعاية الصحية قدرات احتياطية للتعامل مع تزايد أعداد المصابين بفيروس "كوفيد-19" ممّن هم بحاجة إلى العلاج، وبالتالي كانت هناك صعوبة في المحافظة على سلامة العاملين في مجال الصحة والرعاية الصحية. وأثناء الأشهر الستة الأولى من الجائحة، أصيب عدد كبير من العاملين في الرعاية الصحية بالفيروس. إذ ترجع خطورة هذه الإصابات إلى عدة عوامل، منها عدم توافر معدات الوقاية الشخصية، وبيئة العمل، والتعرض للإصابة، ومخالطة المصابين، وعدم توافر الاختبارات الكافية⁶⁰.

كما أدت الضغوط الناتجة عن أعباء العمل القاسية، والمخاطر العالية للتعرض للأمراض، والإشكاليات الأخلاقية، وزيادة ضوابط التنظيمية التي تسببت في عجزهم الجزئي عن تدبير أمورهم بأنفسهم، وبيئة الممارسة والتنظيم السريع التطور أثناء الجائحة، كل هذا أدى إلى شعور العاملين في الرعاية الصحية بالقلق والاكتئاب والتوتر والإجهاد الشديد (انظر الشكل 3) ⁶⁵⁻⁶¹.

الشكل 3: انتشار اضطرابات الصحة النفسية بين العاملين في الرعاية الصحية أثناء جائحة كورونا الراهنة



المصادر: 1: ساهيبي وآخرون (2021) 66، 2: مارفالدي وآخرون (2021) 67

وعلى الرغم من أن الإجهاد واستنفاد القوى كان يشكل أزمة مستمرة بين العاملين في الرعاية الصحية قبل الجائحة بوقت طويل ⁶⁸ و ⁶⁹، فإن الجائحة قد عرّضتهم قطعاً إلى معاناة صعوبات إضافية، إذ تأثرت ظروف عملهم وصحتهم النفسية ورفاهيتهم وتصوراتهم العامة للسلامة في بيئة العمل، ⁷⁰ وأعرب عدد غير قليل من العاملين في الرعاية الصحية أيضاً عن تخوفهم من الاضطرار إلى سد الفراغات في حالات الطوارئ بسبب شعورهم بعدم توافر الحماية الكافية، وما يصاحب ذلك من التخوف من خطر نقل العدوى إلى أسرهم، ⁷¹ و ⁷² ووجد العديد من العاملين في الرعاية الصحية أنفسهم يقدمون الرعاية لساعات طويلة تتزايد يوماً تلو الآخر في المرافق المزدحمة، ويعملون إلى جوار زملائهم دون التزود في كثير من الأحيان بالمهارات أو التدريب اللازم، وأحياناً دون توافر معدّات الوقاية الشخصية الكافية.

وقد تزايدت مستويات الإجهاد بين العاملين في الرعاية الصحية في وحدات العناية المركزة والأماكن المرتبطة بها، وبين الأطباء المقيمين و الممرضين والممرضات - مما أدى في حالات كثيرة إلى إصابتهم بالقلق والاكتئاب ⁷³، ويؤثر ارتفاع مستويات الإجهاد سلباً على العاملين في الرعاية الصحية أنفسهم، وكذلك قد يؤثر على إنتاجيتهم وجودة خدمات الرعاية التي يقدمونها للمرضى.

إجراءات التصديّ الفعّالة والدروس المستفادة

توفير ظروف عمل آمنة للعاملين في مجال الرعاية الصحية

إن العاملين في الرعاية الصحية بحاجة إلى التمتع بالقدرة على توفير الرعاية في الخطوط الأمامية مع الحد من المخاطر التي تتعرض لها صحتهم وصحة أسرهم، مع توفير معدّات الوقاية الشخصية المناسبة كخطوة أولى أساسية لمنع تفشي العدوى بين أفراد هذه الفئة.

وقد منحت العديد من الدول الأولوية للعاملين في مجال الرعاية الصحية في تلقي اللقاحات والعلاجات، فور توافرها. وكذلك جرى توفير سكن للعديد من العاملين في الرعاية الصحية بعيداً عن أسرهم لأجل الحد من خطر إصابة أسرهم بالفيروس. ومع ذلك، أسفر بعدهم عن أسرهم لفترات زمنية طويلة، وعملهم بمعزل عن زملائهم الذين أصيبوا بالجائحة، إلى حدوث مشكلات مثل تدني معنوياتهم وإصابتهم باضطرابات الصحة النفسية. وهذا يبين مدى الحاجة إلى زيادة العناية بالصحة النفسية لدى العاملين في الرعاية الصحية ورفاهيتهم (انظر أيضًا تقرير منتدى مؤتمر القمة العالمي للإبتكار في الرعاية الصحية "ويش" بعنوان: دعوة عالمية من أجل العمل على حماية الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية الصحية). وتوفر مكتبة "كوكران" مراجعة شاملة لأدلة دعم رفاهية العاملين في الرعاية الصحية.⁷⁴ وقد عالجت بعض الجهات العاملة في المجال هذه الإشكالية عن طريق تقديم الاستشارات عبر الهاتف والرسائل النصية وتوفيرها عبر الإنترنت.⁷⁵

والأهم من ذلك، هو أن تعمل النُظم الصحية على تحسين ظروف العمل وحماية حقوق العمال على المستوى التنظيمي، بالإضافة إلى توفير خدمات نفسية واجتماعية على المستوى الفردي.

حشد العاملين في الرعاية الصحية وزيادة أعدادهم

أدتّ الطفرة الكبيرة في طلب الرعاية الصحية، إلى جانب عزل أعداد كبيرة من العاملين في الرعاية الصحية بسبب إصابتهم بفيروس كورونا المستجد، إلى حدوث عجز كبير في أعداد العاملين. وقد عالجت دول كثيرة هذه الإشكالية عبر استقدام عمالة إضافية لزيادة القوى العاملة لديها⁷⁶ من خلال ما يلي:

- تجديد تصاريح مزاولة المهنة للمتقاعدين حديثاً.
- توظيف عمالة من الخارج.
- إعادة توزيع الأفراد (مثل: الاستعانة بأفراد من الجيش لقيادة سيارات الإسعاف).
- رفع المهارات (مثل: التوسع في تدريب العاملين في الخدمات المعاونة بالقطاع الطبي على توفير اللقاحات أو تدريب ممرضات الأقسام على العمل في العناية المركزة).
- تسريع الجداول الزمنية للتصاريح (مثل: تبكير المملكة المتحدة بالتصريح لطلاب الطب بمزاولة المهنة).

وفي إطار تصدي ماليزيا لحالات الطوارئ في يناير 2020، كوَّنت غرفة عمليات المعاهد الوطنية للصحة فريقاً لحشد القوى العاملة، حتى يمكن توزيع الأفراد بكفاءة وفعالية على المناطق الأشد احتياجاً. وقد نجحت في ذلك بفضل استخدام نظام مركزي لإدارة البيانات على الإنترنت، وهذا بدوره أتاح التوزيع السريع للعاملين. كما استفادت دول كثيرة من القوى العاملة في القطاع الخاص بفضل الشراكات المبرمة بين القطاعين العام والخاص، وهذا أدى بدوره إلى زيادة القدرات بوتيرة سريعة.⁷⁷ وكذلك هناك حاجة ماسة لتعزيز دور العاملين في الرعاية الصحية على المستوى القاعدي في المناطق الريفية وشبه الحضرية.

التوسع في خدمات الصيدلة

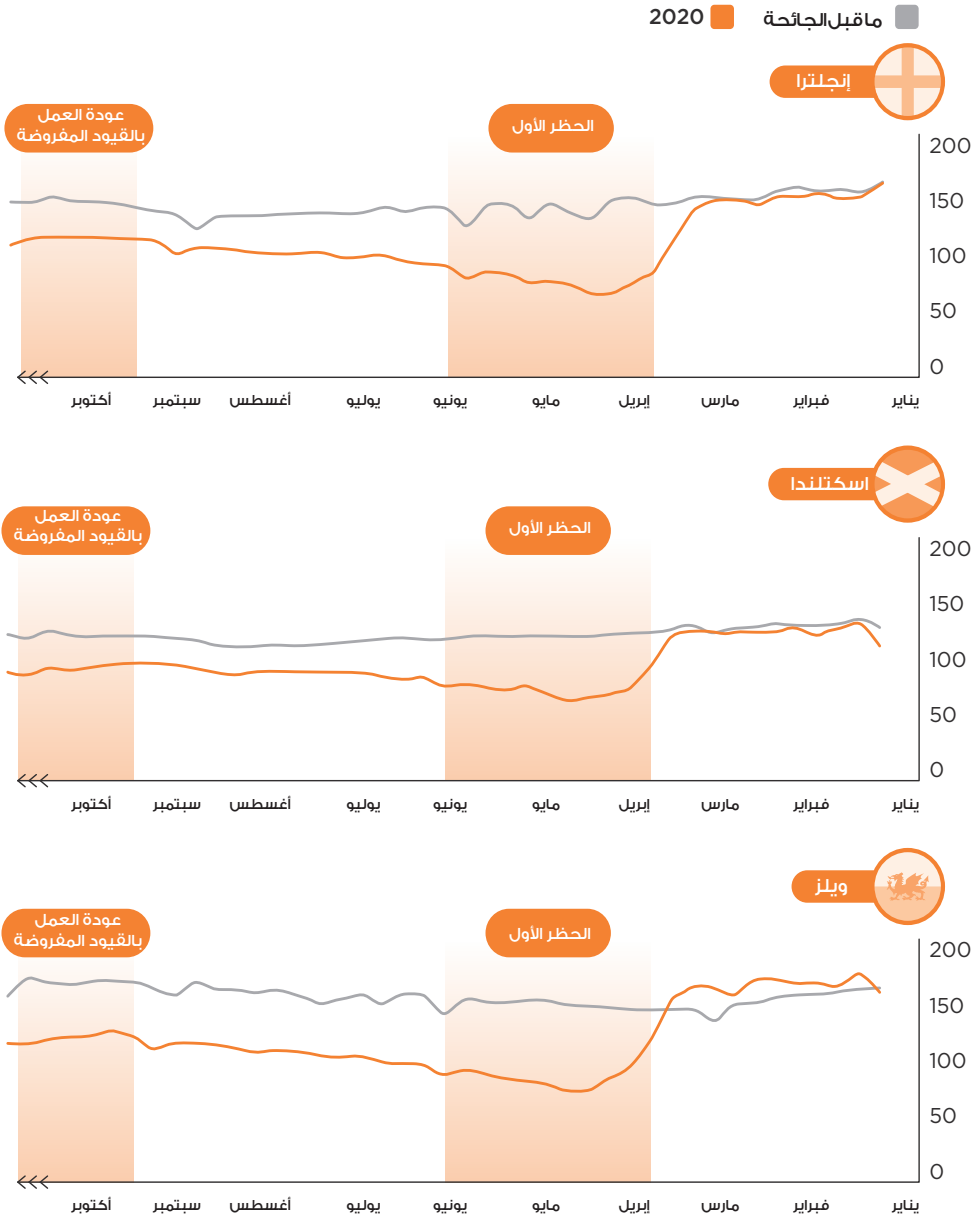
لا بُدَّ من استغلال العاملين لكامل مهاراتهم حتى تحقق النُظُم الصحية أقصى قدر من الكفاءة. فلدى الصيدالة خبرة كبيرة في جميع مناحي إدارة الأدوية، إلا أنه يندر استغلال تلك الخبرة التي تمثل فرصة غير مستثمرة - لا سيَّما في الدول منخفضة الدخل، التي تعاني فيها نُظُم الرعاية الصحية المجتمعية من ضعف التطوير. ففي الصين، على سبيل المثال، ساهم الصيدالة بدور بارز في توعية المرضى وإجراء الاختبارات وإدارة الأدوية والتطعيم⁸¹⁻⁷⁸. وفي يونيو 2022، أعلنت حكومة المملكة المتحدة أن الصيدالة ستتاح لهم قريباً إمكانية تقييم المرضى الذين يعانون من أعراض السرطان، المحتملة وإحالتهم إلى الأخصائيين المناسبين، وهذا بدوره سيسرع من وتيرة إحالات مرضى السرطان، وسيمنح الممارسين العامين وقتاً لأداء بقية أعمالهم.⁸²

تقديم الخدمات

التحديات القائمة

على الصعيد العالمي، أفضت الجائحة إلى تعطيل الخدمات الصحية الاعتيادية والطارئة بقدر كبير⁸³ في 90% من الدول على اختلاف المناطق ومستويات الدخل (انظر الشكل 4 الذي يوضح تأثير نشاط المستشفيات في جميع دول المملكة المتحدة).⁸⁴ كما تعطلت جميع أماكن الرعاية الصحية، مما قلَّ من إمكانية الحصول على العناية اللازمة وذلك على مستوى الرعاية الأولية والمجتمعية، وكذلك في أماكن الرعاية في حالات الطوارئ والخدمات الإسعافية.⁸⁵ وكذلك تعطلت العمليات الجراحية الاختيارية في حوالي 60% من الدول، مما أدى إلى تراكم الحالات، وهذا قد يكون له عواقب كبيرة على صحة ورفاهية السكان مع استمرار الجائحة وعقب انتهائها. وكشفت دراسة استقصائية أجرتها منظمة الصحة العالمية أن قرابة 50% من الدول عانت من تعطل خدمات الرعاية التأهيلية والرعاية التلطيفية. كذلك تدنت مستويات الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية بنحو الثلث خلال الجائحة، بسبب التخوف من الإصابة بالعدوى عند زيارة مرافق الرعاية الصحية.⁸⁶

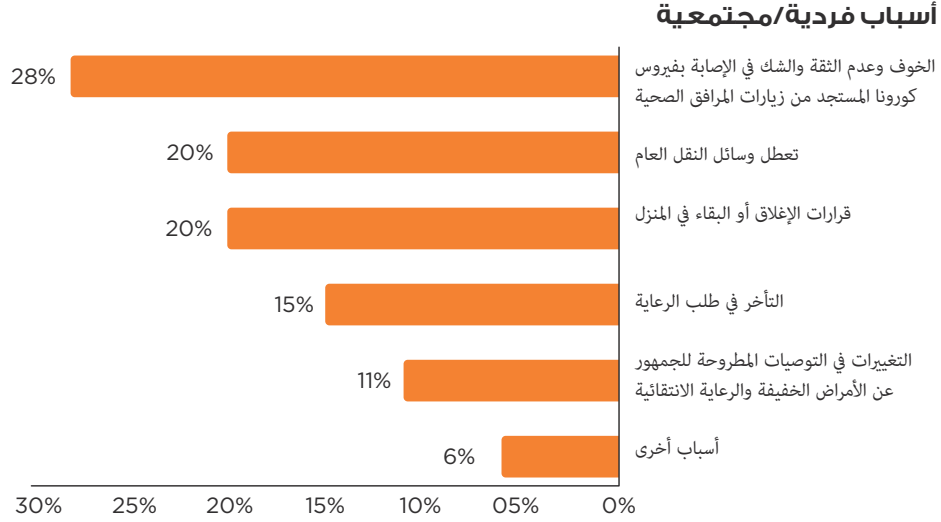
الشكل 4: المعدلات الأسبوعية لدخول المستشفيات (لكل 100 ألف نسمة) قبل الجائحة وأثناءها في المملكة المتحدة



المصدر: شاه وآخرون (2022)⁸⁷

كذلك أفضت الجائحة وتداعياتها على الخدمات الصحية الأساسية إلى عرقلة التقدّم المحرز على مدى عشرات السنين في مكافحة الأمراض الأخرى، مثل فيروس نقص المناعة البشرية والملاريا والسل، حسبما هو موضح في الشكل 5⁸⁸.

الشكل 5: أسباب تغير الخدمات المقدمة لمرضى فيروس نقص المناعة البشرية والسل والملاريا من إبريل إلى سبتمبر 2020* أسباب فردية/مجتمعية



* حسب آراء العاملين المشاركين في عمليات التفتيش المفاجئة على مستوى 32 دولة.

المصدر: الصندوق العالمي (2021)⁸⁹

إجراءات التصدي الفعّالة والدروس المستفادة

مسار رعاية منفصلان لحالات فيروس "كوفيد-19" وغيرها من الحالات

في بداية الجائحة عانت مستشفيات كثيرة من عدم توافر الاستعداد الكافي للتعامل مع الطبيعة شديدة العدوى للفيروس، والحجم الهائل للمرضى المصابين بأمراض خطيرة ممن يحتاجون إلى رعاية حرجة طويلة الأمد، وافتقاد الخبرة الكافية لعلاج مسببات الأمراض غير المعروفة⁹⁰. وكذلك كانت البيانات المتعلقة بمسارات انتقال المرض محدودة في بداية الجائحة، مما أدى إلى تعقيد استراتيجيات الوقاية من العدوى في المستشفيات⁹¹. وبناءً على ذلك، ركز قادة المنظومة الصحية على إنشاء مرافق منفصلة للأمراض المعدية أو مناطق علاجية مخصصة داخل المرافق، وتم ذلك عبر إنشاء مستشفيات جديدة (مثل: الصين) أو مؤقتة/بديلة أو إعادة استخدام المرافق كمراكز خاصة بفيروس كورونا المستجد (مثال: دولة قطر) أو وضع مسارات مختلفة للمرضى للمتابعة داخل نفس المؤسسة (كما في المملكة المتحدة)^{92,93}.

بروتوكولات فيروس "كوفيد-19"

في مواجهة المرض الجديد، كان لا بُدَّ من مشاركة النتائج البحثية في أقرب وقت ممكن مع العامّة وقيادات النُظُم الصحية والأطباء. ومن الأمثلة على هذه المبادرات دليل الوقاية والعلاج من فيروس كورونا المستجد "كوفيد-19"، الذي نشرته الصين لأول مرة في مارس 2020، وصياغة مبادئ توجيهية سريرية مباشرة وخوارزميات لتقسيم المخاطر لاستخدامها في رعاية المجتمع والمستشفيات⁹⁴⁻⁹⁶. وكذلك سارعت منظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات العالمية بإصدار إرشادات فنية أساسية لمساعدة الدول، لا سيّما الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، في التصدي للفيروس⁹⁷.

الشراكات بين القطاعين العام والخاص

واجهت دول كثيرة حاجة ماسة إلى زيادة قدرات المنظومة الصحي، لا سيَّما فيما يتعلق بأسرة المستشفيات والطواقم الطبية ومعدات مثل أجهزة التنفس الصناعي. من أجل الإسراع بزيادة قدرات المرافق والقوى العاملة، وأبرمت عدة دول شراكات بين القطاعين العام والخاص، ومن تلك الدول أستراليا وإيطاليا والهند وليبيريا وإسبانيا.⁹⁸ واستعانت بعض الدول بخدمات العاملين في الرعاية الصحية من القطاع الخاص في قطاع الرعاية الصحية العامة، أو استعانت مؤقتاً بالمتقاعدين أو العاطلين في مجال الرعاية الصحية للمساعدة في سدّ هذا العجز. إذ ينبغي على المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية أن تسهم بدور أكبر في تيسير هذه العلاقات ودعم تقديم الخدمات.

الرعاية عن بُعد

ظهر توجه جماعي مفاجئ يدعو للاستعاضة عن الاستشارات المعتادة التي كانت تجرى مباشرة وجهاً لوجه بنماذج الرعاية عن بُعد التي توفر الحجز على الهاتف والرسائل النصية والمواقع الإلكترونية والاستشارات بالصور والفيديوهات، للحد من انتشار العدوى في المستشفيات وحماية العاملين في القطاع الطبي (انظر دراسة الحالة 3).⁹⁹ وكذلك كانت تُقدم بعض خدمات الرعاية في الفنادق والمنازل، ومما ساهم في إتاحة تلك الخدمات الرصد عن بُعد والوحدات المتنقلة.

وفُرت الخدمات الصحية عن بُعد إمكانات كبيرة للنُظُم الصحية، مما أتاح لها الانتقال من نماذج الرعاية العرضية لأصحاب الأمراض المزمنة إلى نماذج رعاية ممتدة وأكثر استمرارية. ويمكن الإسراع بوتيرة استخدام نماذج الرعاية عن بُعد عن طريق: تطوير شبكات الهاتف المحمول/ الإنترنت اللاسلكي؛ وتدريب العاملين والمرضى/مقدمي الرعاية؛ وتحفيز نماذج الرعاية الممتدة التي تحقق نتائج بدلاً من نموذج الرسوم مقابل الخدمة. ومع ذلك، لا بُدَّ من وجود تقييم قائم على الأدلة لسلامة وجودة خدمات الرعاية التي تقدمها هذه المنصات مع مراعاة الفئات التي قد تحرم من هذه الخدمات بسبب افتقارها إلى فرص الاستفادة من التكنولوجيا الرقمية.



دراسة الحالة ٣: مشروع "الدرع الواقى" (Kavach) بمستشفيات أبولو

السياق

- تم تبني ومناقشة نماذج الرعاية عن بُعد على مدى عقدين من الزمن، إلا أنها قوبلت بالعديد من العقبات؛ مثل تفضيل المرضى للاستشارات المباشرة وجهًا إلى وجه، ومخاوف الأطباء بشأن الجودة وصعوبات سداد التكاليف، مما أدى إلى عدم التوسع في تبنيها قبل الجائحة.
- أسفر ظهور الجائحة عن حدوث تحولات سريعة للغاية في نماذج الرعاية الصحية عن بُعد، حيثما كان ذلك ممكنًا.

منهج العمل

- دشنت أبولو للرعاية الطبية - أكبر جهة خاصة تقدم الخدمات الصحية في الهند والتي تمتلك شبكة تضم أكثر من 300 عيادة رعاية أولية و73 مستشفى - مشروع "الدرع الواقى" (Kavach) الذي طرح منهجًا مبتكرًا ومتعدد الجوانب للرعاية الطبية عن بُعد للمساهمة في مواجهة التحديات التي فرضها فيروس كورونا المستجد. وشمل المشروع العناصر الرئيسية التالية:
- بروتوكولات العلاج الموحدة: نُشرت المعايير القائمة على الأدلة في "كتاب أحمر" جرى تعميمه على جميع وحدات أبولو، وكذلك المستشفيات الأخرى وأطباء الإحالة في المجتمع المحلي.
- نشر المعلومات: للمرضى/الجمهور عبر وسائل التواصل الاجتماعي ووسائل الإعلام المطبوعة وعبر الكتب الإلكترونية. ووفرت منصة أبولو للتعلم الإلكتروني الطبي تدريبًا على التعامل مع أجهزة التنفس الصناعي - مباشرة وعن طريق المحاكاة، للمساعدة في التعامل مع الزيادة الكبيرة في مرضى الرعاية الحرجة.
- تقييم المخاطر: أتاح تطبيق أبولو - Apollo 24/7 - أداة تقييم ذاتي لمخاطر فيروس كورونا المستجد، حيث كانت هذه الأداة قائمة على الذكاء الاصطناعي، وكذلك أتاح الموقع الإلكتروني للمرضى تقييم المخاطر التي يتعرضون لها بأنفسهم. واستفاد من هذه الأداة أكثر من 15.7 مليون شخص.
- الدعم السريري: أتاح منصة "Apollo 247" الرقمية التفاعلية للمرضى الحصول على خدمات أبولو في أي وقت، مثل الاستشارات والاختبارات التشخيصية وتوصيل الأدوية إلى المنازل، عبر هواتفهم الجوّالة أو الموقع الإلكتروني.

- الرصد عن بُعد: أتاح مشروع stay@home للمرضى الذين يعانون من أعراض خفيفة البقاء في منازلهم، مع الاستفادة من نُظْم الرصد عن بُعد، والاستشارات عن بُعد وغيرها من وسائل الدعم عن بُعد.
- دعم العزل: أتاح مشروع stay@hotel غرفاً فندقية مدعّمة لتسهيل عزل مرضى فيروس كورونا المستجد.

النتائج المحقّقة

- وفرت مستشفيات أبولو 20 ألف خدمة سريرية عن بُعد بصورةً يوميةً.
- تضم المنصة الرقمية التفاعلية أكثر من 100 ألف مستخدم يوميًا في 75 مدينة؛ وقد قدمت أكثر من 470 ألف وصفة طبية لمستخدميها.

الدروس المستفادة

- سرعان ما شجعت دول أخرى في جميع أنحاء العالم نماذج الرعاية عن بُعد، مما أتاح الفرصة لتعزيز هذه التجارب المبكرة.
- لا غنى عن توعية المرضى وتمكينهم وتقديم التدريب المهني لهم لتحقيق أقصى قدر من الاستفادة من الاستشارات عن بُعد وتقليل المخاطر المرتبطة بها.

الاعتماد

يُقصد بالاعتماد - المراجعة الخارجية لخدمات الرعاية الصحية وفق مجموعة من المعايير المحددة مسبقاً، وطالما تم الاستعانة به لضمان جودة الرعاية الصحية¹⁰⁰. ويتضمن الاعتماد معايير خاصة بالاستعداد للتصدي للجوائح والكوارث، وكذلك يتضمن ممارسات دورية لاختبار مدى استفادة النُظُم الصحية من هذا الاستعداد في تحسين تصديها للأزمات. فعلى سبيل المثال، تقوم تايوان من حين لآخر باختبار منظومة رصد الأمراض المعدية والتصدي لها والتي تتضمن تدابير واضحة لعدم إرباك منظومة الرعاية الصحية. وأنشأت أيضاً شبكة دعم للحد من انتقال العدوى إلى المجتمعات المحلية¹⁰¹.

التخطيط لحالات الكوارث والتدريب على التعامل معها

لا بُدَّ أن يكون لدى جميع النُظُم الصحية خطط أساسية للتعامل مع حالات الكوارث - تتضمن زيادة القدرات وإعادة تخصيص المساحات الحالية، وتوفير نظام يضمن اختبار هذه الخطط دورياً. وكذلك لا بُدَّ من تضمين التخطيط الوبائي للأمراض المعدية (هما في ذلك جائحة الأنفلونزا المقبلة) في الدورات التدريبية المعتادة.

المنتجات واللقاحات والتقنيات الطبية

التحديات القائمة

في بداية الجائحة، شهد العالم أجمع عجزاً في الأقنعة الجراحية والقفازات، وأردية المستشفيات وأجهزة التنفس الاصطناعي، والأغطية الواقية للوجه والنظارات الواقية، مما تسبب في بث الذعر بين العاملين في الرعاية الصحية وصانعي السياسات. ولقد كشف هذا العجز عن وجود خلل طويل الأمد في سلسلة الإمدادات الطبية^{102, 103}. ويرجع هذا العجز بقدر كبير إلى الشراء بدافع الهلع وسوء الاستخدام والتخزين، والزيادة الهائلة في طلب النُظُم الصحية في جميع أنحاء العالم. رغم أن القدر الأكبر من الاهتمام بنقص الإمدادات الطبية تمركز حول معدات الوقاية الشخصية، فإن الإشكاليات تتجاوز ذلك بكثير لتشمل لوازم الاختبار والمستحضرات الصيدلانية ومواد غسيل الكلى، بالإضافة إلى مجموعة متنوعة من المستلزمات الأخرى الضرورية لمرضى فيروس كورونا المستجد وغيره من الأمراض¹⁰⁴. وينتج عن نقص هذه المنتجات تأخر تقديم الرعاية وأحياناً الحرمان منها كلياً أو تقليلها. وهذا يزيد من خطر الأخطاء الطبية في حالة استخدام منتجات بديلة، ومن ثمَّ قد يؤدي ذلك إلى زيادة الوفيات ومعدلات الإصابة¹⁰⁵. كما أدى هذا النقص أيضاً إلى ارتفاع الأسعار وتوسيع دائرة التجار المشبوهين وزيادة التدخلات الحكومية.

كما تواجه سلاسل توريد اللقاحات صعوبات متنوعة؛ حيث صدر تصريح باستخدام لقاحات فيروس كورونا المستجد لأول مرة قبل أكثر من 18 شهراً، ورغم ذلك لا يزال تعميم اللقاحات على مستوى العالم دون القدر الأمثل. وعلى الرغم من أن التردد في أخذ اللقاح يؤثر على إقبال المواطنين على الحصول عليه، فإن التركيز الكبير على تصنيع اللقاحات وإعداد البحوث حولها والسعي إلى تطويرها في الدول ذات الدخل المرتفع والمتوسط ساهم في انخفاض معدلات تلقي اللقاحات في الدول منخفضة الدخل.

وباعت الشركات الإقليمية التي تمتلك حقوق الملكية الفكرية لإنتاج اللقاحات حصصًا كبيرة من الجرعات إلى حكومات بلادها وغيرها من الدول مرتفعة الدخل¹⁰⁶. كما حذرت منظمة الصحة العالمية من أن "اكتناز اللقاحات" قد يؤدي إلى إطالة أمد فيروس كورونا المستجد دون داعٍ، ومن ثمّ تتفاقم إشكالية الظلم الواقع على الدول متوسطة ومنخفضة الدخل¹⁰⁷.

وكذلك تسببت الحاجة إلى التخزين البارد للقاحات في إهدار كميات كبيرة منها. ولأجل تقليل الهدر وضمان الوصول العادل للقاحات، فلا بُدَّ من تمتع سلسلة توريد اللقاحات بالقدرة على التكيف واستكمال ذلك بتقنيات مراقبة درجة الحرارة لإحراز تقدّم¹⁰⁸.

بل إن أبرز الجهود العالمية لتأمين الحصول العادل على لقاحات فيروس كورونا المستجد - الممتثلة في منظومة "كوفاكس" - تعرضت لانتقادات شديدة¹⁰⁹. وانطلقت منظومة "كوفاكس" في أبريل 2020 برئاسة التحالف العالمي للقاحات والتحصين، وتحالف اللقاحات، والتحالف من أجل ابتكارات التأهب للجوائح، ومنظمة الصحة العالمية، في تحالف دولي بين مؤسسات الرعاية الصحية يستهدف تحسين الحصول على لقاحات فيروس كورونا المستجد. وتعمل منظومة "كوفاكس" على شراء اللقاحات وتوزيعها على الدول الأكثر احتياجًا إليها. حيث قامت منظومة "كوفاكس" في بداية الأمر بشراء ملياري جرعة لقاح كورونا وتوزيعها على 190 دولة بحلول نهاية عام 2021. إلا أنه بحلول يناير 2022، جرى تسليم مليار جرعة فقط إلى 144 دولة من الدول المشاركة¹¹⁰. ومع ذلك، اعتمد نجاح تلك المهمة إلى حد كبير على عدة عوامل خارجية، مثل القدرة على التصنيع والتنظيم، وتوافر التمويل، وشروط التعاقد، واستعداد الدول لتوفير برامج اللقاح الوطنية.



دراسة الحالة ٤: زيادة قدرات تصنيع معدّات الوقاية الشخصية وأجهزة التنفس الاصطناعي

السياق

- تزايدت حاجة العالم إلى معدات الوقاية الشخصية وأجهزة التنفس الاصطناعي أثناء جائحة كورونا الراهنة، وهذا بدوره أدى إلى حدوث عجز في دول كثيرة.

منهج العمل

- اتخذت الدول إجراءات للمساعدة في استيراد المستلزمات الطبية، مثل تخفيف رسوم الاستيراد والجمارك والضرائب؛ (ومن تلك الدول الأرجنتين والصين وفيجي ونيجيريا وبيرو وسريلانكا). وفي المقابل، وضعت تلك الدول قيوداً على تصدير المنتجات الطبية.
- اعتمدت بعض الدول على التكتلات الشرائية مثل سلسلة الإمداد الخاصة بكوفيد-19- التابعة للأمم المتحدة ومنصة إفريقيا للمستلزمات الطبية، والتبرعات القادمة من شركاء التطوير، أو المَنَح والقروض الواردة من دول أخرى و من كيانات مالية دولية (مثل البنك الدولي وبنك التنمية الآسيوي) لتأمين الإمدادات الطبية.
- طوّرت دول عدّة منصات لمراجعة سلاسل الإمداد حتى تتمكن من الرصد الدقيق للموارد الملائمة وتخصيصها للمناطق المحتاجة في أنحاء البلاد (ومن تلك الدول الصين والهند واليابان وأوغندا والمملكة المتحدة).

معدّات الوقاية الشخصية

- كان لدى بعض الدول (مثل: الصين، وتايلاند، وسنغافورة، وكوريا الجنوبية، والولايات المتحدة الأمريكية) مخزوناً من معدّات الوقاية الشخصية في إطار خطط تلك الدول تأهباً للتصدي للجوائح، وقد قامت تلك الدول بجمع هذا المخزون في زمن قياسي، فكان لدى كوريا الجنوبية أكبر مخزون، كما كان لدى سنغافورة إمدادات احتياطية تكفيها لمدة ستة أشهر.
- كان لدى دول أخرى (مثل: المملكة المتحدة) مخزوناً من معدّات الوقاية الشخصية منتهية الصلاحية، ويعود ذلك لعدم التحقق منها والتأكد من جاهزيتها، ويبدو أن غالبية الدول ليس لديها مثل هذه الاحتياطات.
- اتخذت إجراءات لزيادة الإنتاج المحلي من معدّات الوقاية الشخصية لتلبية الطلب المتزايد عليها، فاعتمدت تايلاند 12 مشروعاً داخلياً في مارس 2022 جديداً بالإضافة إلى 13 منشأة معتمدة قائمة بالفعل.

- وأعدت سنغافورة توظيف نشاط شركة هندسية تابعة للحكومة للشروع في إنتاج أقنعة الوجه، وكذلك ساهمت اليابان ممثلة في وزارة الاقتصاد والتجارة والصناعة بإنتاج مائة مليون قناع للوجه أسبوعياً.
- في إطار السعي نحو سدّ عجز المخزون في اليابان، شجعت الدولة شركات تصنيع المنتجات الطبية على زيادة الإنتاج، مما أدى إلى زيادة حجم الإنتاج بمقدار ثلاثة أضعاف، وصارت المصانع تعمل على مدار 24 ساعة يومياً.

أجهزة التنفُّس الاصطناعي

- أقدمت مصانع السيارات في الهند والولايات المتحدة على تغيير نشاطها وبدأت إنتاج أجهزة تنفُّس ميسورة التكلفة.
- زادت فيتنام إنتاجها من أجهزة التنفُّس الاصطناعي عبر تشجيع نقل التكنولوجيا بين مختلف القطاعات الصناعية لإنتاج أجهزة التنفُّس المُبتكرة والمتنقلة.
- صمّمت المملكة المتحدة جهاز ضغط هواء إيجابي مستمر (CPAP) يسهل إنتاجه وتوزيعه بسرعة على مستشفيات جهاز الصحة الوطنية للتعامل مع تفشي جائحة كوفيد-19، وجاء ذلك بفضل التعاون بين فريق من مهندسي الميكانيكا في جامعة لندن وشركة "مرسيدس أيه أم جي" للمحركات عالية الأداء.

الدروس المستقاة

- لا بُدَّ من توافر معدّات الوقاية الشخصية الكافية على الدوام أثناء تفشّي الجوائح، وذلك لحماية العاملين في مجالي الصحة والرعاية الطبية. وينبغي أن يشمل التخطيط لمواجهة الجوائح توفير كميات محددة من المخزون وإمكانية زيادة المخزون في وقت قصير، لا سيّما لو كان ذلك عبر زيادة الإنتاج المحلي.
- ينبغي تطوير عملية التخلص من معدّات الوقاية الشخصية، مع الاستعانة بالمواد القابلة لإعادة التدوير لمنع تفاقم التهديدات العالمية الأخرى مثل الاحتباس الحراري.
- مثّلت أجهزة التنفُّس الاصطناعي حلاً أساسياً أنقذ حياة الكثيرين من المصابين بإصابات حادة بكوفيد-19، وقد يسهم تغيير أنشطة المصانع وما يصاحب ذلك من تغييرات مالية وتشريعية في زيادة الإنتاج.
- ثمة مساعٍ عدّة لإنتاج عدد من أجهزة التنفُّس الاصطناعي ميسورة التكلفة، وهذا قد يساعد في تزويد الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل بتلك الأجهزة.

إجراءات التصدي الفعّالة والدروس المستفادة

التصنيع والتوزيع

يتعين على الدول أن تستثمر في إنتاج المعدات الطبية ومعدّات الوقاية الشخصية والاختبارات واللقاحات محليًا، ونظرًا لأنه لا تتوافر لجميع الدول إمكانيات التصنيع، فلا بُدَّ لتلك الدول أن تضمن توافر قنوات كافية لإمدادها بمعدّات الوقاية الشخصية وتوزيعها لتسهيل التلقيح الشامل. ولا بُدَّ من سن تغييرات تشريعية تسمح بتغيير أنشطة المصانع، وذلك مثلًا لأجل زيادة القدرة المحلية على تصنيع معدّات الوقاية الشخصية وأجهزة التنفّس الاصطناعي واللقاحات والأدوية.

كما يتعين على الدول توفير أنظمة تبريد مطوّرة لتخزين لقاحات الحمض النووي الريبوزي المرسل في درجات حرارة منخفضة، وكذلك تحتاج تلك الدول لإدارة سلاسل تبريد لا تتوافر لدى أغلبية الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل¹¹¹، وهذا يتطلّب تخطيطًا استراتيجيًا للتوزيع واستثمارًا موجهًا.

القواعد التنظيمية الحكومية والتعاون الحكومي

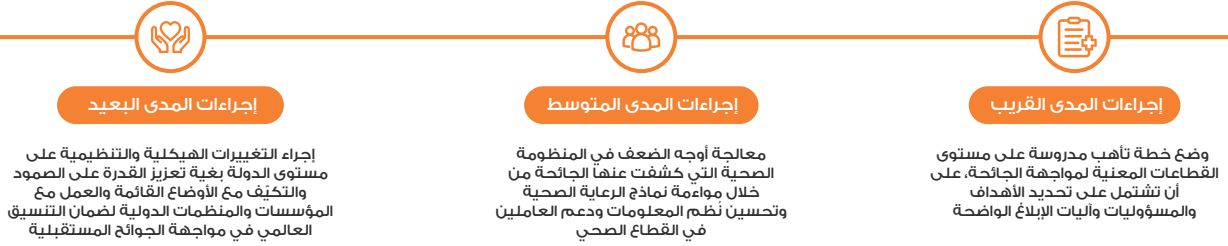
جرى تطوير وتصنيع لقاحات كوفيد-19، بما في ذلك الجرعات الأولى من لقاحات الحمض النووي الريبوزي المرسل الأولى، بمعدل غير مسبوق (انظر تقرير مؤتمر "ويش": عصر جديد لابتكار اللقاحات بالاستفادة من جائحة كوفيد-19). وحدث ذلك بفضل إدراك الحكومات لضرورة وجود لقاح لأجل التصدي لهذه الجائحة، وبفضل توفير التمويل الكافي، وكذلك بفضل العمليات التنظيمية المتسارعة¹¹². ويسري هذا أيضًا على تطوير أدوية مثل مضادات الفيروسات والأجسام المضادة وحيدة النسّل. وبالإضافة إلى ذلك، كُثفت التجارب السريرية مما أدى إلى تسريع وتيرة التجارب وتقديم النتائج على نحو غير مسبوق بفضل التعاون العالمي في مجالات البحوث والتطوير والقيادة، ومن تلك التجارب، على سبيل المثال، تجربتي التعافي¹¹³ "RECOVERY" وريهاب - كاب "RE-MAP-CAP" (المعنية بعينة عشوائية مدمجة متعددة العوامل من المرضى المصابين بالالتهاب الرئوي المكتسب من المجتمع) وتجارب "كوفيد-19"¹¹⁴⁻¹¹⁷

وسارعت الدول بإصدار براءات الاختراع الطبية للتعجيل بتوفير اللقاحات على مستوى العالم، وطالبت منظمات غير حكومية وحكومات بعض الدول بتعليق حماية براءات الاختراع الخاصة بلقاحات كوفيد-19- والتقنية الأساسية لتعزيز الحصول عليها في جميع أنحاء العالم¹¹⁸⁻¹²⁰، ودعت منظمة الصحة العالمية الحكومات إلى اتخاذ تدابير لضمان حصول جميع المواطنين على اللقاحات والأدوية والتقنيات، إلا أنه من المؤسف أن بعض الدول قد منعت محاولات ضمان الحصول على الخبرات والتقنية والمواد اللازمة لتصنيع لقاحات وأدوية "كوفيد-19"¹²¹⁻¹²⁴.

ولكي تزيد فعالية وكفاءة منظومة "كوفاكس" فلا بُدَّ من التوافق السياسي على مشاركة الجرعات المتاحة من لقاحات كوفيد-19 وإعادة توزيعها على نحو مناسب. ويمكن أن تسهم الجهود المبذولة لمواءمة نقل التكنولوجيا وحل الإشكاليات المتعلقة بالملكية الفكرية في تعزيز الجهود الرامية للتعجيل بتعميم اللقاحات على مستوى العالم لمكافحة فيروس "كوفيد-19" وغيره من الجوائح التي قد تلوح في الأفق مستقبلاً.

القسم الثالث: الخاتمة والتوصيات المتعلقة بالسياسات

الشكل 6: خارطة تعزيز قدرة المنظومة الصحية على الصمود في المستقبل



في إطار العمل على تعزيز قدرة المنظومة الصحية على الصمود في المستقبل، نوصي أن تأخذ الحكومات وصانعو السياسات وقادة النظم الصحية بعين الاعتبار توصيات السياسة التالية على المدى القريب (خلال الاثني عشر شهرًا المقبلة)، والمدى المتوسط (من 12 إلى 24 شهرًا)، والمدى البعيد (من 24 إلى 36 شهرًا).

إجراءات المدى القريب: تتمثل في وضع خطة تاهب مدروسة على مستوى القطاعات المعنية لمواجهة الجائحة، على أن تشمل على تحديد الأهداف والمسؤوليات وآليات الإبلاغ الواضحة.

- يجب على جميع البلدان إنشاء مركز معني بمكافحة الجوائح والسيطرة عليها، يترأسه رئيس الدولة، ويضم ممثلين رفيعي المستوى من وزارات الصحة والأمن الداخلي والخارجية والاقتصاد والمالية، مع إتاحة الاستعانة بالخبراء المتخصصين. ويلزم منح الصلاحيات اللازمة لهذا المركز للإعلان عن حالات تفشي الأمراض على المستوى المحلي مع إطلاق خطة العمل الموضوعية لمكافحة المرض "إكس".
- يتعين على الحكومات وضع خطط تاهب للتصدي لجائحة المرض "إكس" واختبار هذه الخطط بصفة دورية تحت الضغط من خلال تدريبات المحاكاة ونشر النتائج على الرأي العام لإبداء النظر بشأنها. وينبغي أن تتضمن تلك الخطط ما يلي: استراتيجيات واضحة لتوفير معدات الوقاية الشخصية واللقاحات بشكل عاجل لحماية خطوط الدفاع الأولى من العاملين في مجال الرعاية الصحية؛ ومناهج عملية للاستمرار في تقديم الخدمات الأساسية من خلال تطوير منظومة الرعاية الصحية عن بُعد؛ وتوفير مرافق منفصلة للتعامل مع المرضى المحتمل إصابتهم بأمراض معدية؛ وصياغة تشريعات تتيح تبادل البيانات لدعم جهود التصدي للجائحة

إجراءات المدى المتوسط: تشمل معالجة أوجه الضعف في المنظومة الصحية التي كشفت عنها الجائحة من خلال مواءمة نماذج الرعاية الصحية وتحسين نظم المعلومات ودعم العاملين في القطاع الصحي.

- ينبغي التعجيل باستخدام نماذج الرعاية عن بُعد من خلال تطوير شبكات الهاتف المحمول والشبكات اللاسلكية، وتدريب العاملين والمرضى/مقدمي الرعاية، ودعم تقديم المزيد من نماذج الرعاية طويلة الأجل التي تهدف إلى تحقيق النتائج المرجوة بدلاً من الاقتصار على اعتماد نهج الرسوم مقابل الخدمات في إطار الهدف الاستراتيجي للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة.
- يجب تضافر جهود الحكومات الوطنية بهدف تعزيز نماذج العمل بين القطاعين العام والخاص التي ظهرت جدواها الملموسة في مكافحة جائحة "كوفيد-19".
- ثمة حاجة إلى زيادة الاستثمار من أجل تلبية الاحتياجات النفسية والبدنية للعاملين في قطاع الرعاية الصحية.
- يتعين تمكين العاملين في الرعاية الصحية من خلال التدريب على التصدي لحالات الطوارئ الوبائية. وينبغي إدراج هذا التدريب ضمن البرامج التدريبية المقدمة للطلاب الجامعيين والخريجين، علاوة على توسعة نطاقه ليشمل العاملين في مرافق الرعاية الصحية؛ وهناك العديد من الفرص للتعاون الدولي في هذا الصدد من خلال العمل على إتاحة الموارد اللازمة.

إجراءات المدى البعيد: تنطوي على إجراء التغييرات الهيكلية والتنظيمية على مستوى الدولة بغية تعزيز القدرة على الصمود والتكيف مع الأوضاع القائمة، والعمل مع المؤسسات والمنظمات الدولية لضمان التنسيق العالمي في مواجهة الجوائح المستقبلية.

على مستوى البلدان:

- ينبغي أن تضطلع الحكومات بمعالجة مسألة النقص في أعداد القوى العاملة في مجالي الصحة السريرية والعامة بطرق عادلة ومستدامة، وهما يتواءم مع التوجه الدولي نحو توفير التغطية الصحية الشاملة على مستوى الرعاية الأولية.
- ينبغي النظر في إجراء التغييرات التشريعية بهدف:
- إتاحة استخدام البيانات الشخصية للاسترشاد بها في التصدي للجوائح استناداً إلى التجارب في بلدان شرق آسيا.
- إعادة توجيه القدرة التصنيعية من أجل زيادة القدرة الوطنية على تصنيع معدّات الوقاية الشخصية (جميع البلدان) بالإضافة إلى تصنيع أجهزة التنفس الاصطناعي واللقاحات والأدوية عند اللزوم.

- متى توافر التمويل العام، يجب إدراج بنود نقل التكنولوجيا والالتزام بالترخيص الطوعي في كافة الاتفاقيات ذات الصلة.
- يجب على الحكومات تخصيص تمويل إضافي في موازنتها السنوية من أجل:
 - تعزيز القدرة على الكشف المبكر عن اندلاع موجات تفشي الأمراض.
 - حماية العاملين في مجال الصحة والرعاية وغيرهم من العاملين الأساسيين.
 - تعزيز قدرات الصحة العامة ودعم إمكانات المتابعة لديها (بما يشمل إجراءات الفحص والتتبع والعزل)
- زيادة الطاقة الاستيعابية للمستشفيات
- دعم القدرات البحثية لتيسير إجراءات التصدي القائمة على الأدلة.
- الحد من أوجه التفاوت وعدم المساواة الموجودتان على مستوى الرعاية الصحية والاجتماعية.
- شراء الأدوات من أجل إتاحة الوصول العادل والفعال إلى تقنيات التشخيص والعلاجات واللقاحات المتوفرة.

على المستوى الدولي:

- ينبغي أن تضع منظمة الصحة العالمية أهدافاً قابلة للقياس، وأن تطرح معايير واضحة يمكن تحقيقها في إطار التأهب للجوائح والتصدي لها. وعلى حكومات البلدان أن تضطلع بعد ذلك بمواءمة خطط التأهب وفق تلك الأهداف، وضمان توافر التمويل واللوجستيات والقدرات المطلوبة من القوى العاملة. ويجب كذلك أن تُراجع منظمة الصحة العالمية هذه الأهداف بصفة دورية والاستعانة بها كوسيلة للمساءلة وتبادل الخبرات.
- يتعين على منظمة الصحة العالمية إنشاء نظام متابعة عالمي يربط بين مراكز المعلومات لدى الدول الأعضاء علاوةً على حماية حقوق الأشخاص.
- يجب أن يستوفي صندوق الوساطة المالية لمجموعة العشرين الحد الأدنى من موازنته السنوية البالغ 10,5 مليار دولار أمريكي لدعم الوصول العادل إلى تقنيات التشخيص، والعلاجات، والمتابعة العالمية، والبحث والتطوير، والتصنيع، وتطوير اللقاحات، وتعزيز النظم الصحية؛ وينبغي في هذا السياق تضافر جهود التعاون بين مجموعة الخبراء المتخصصين بهدف الوقوف على أفضل الممارسات لدعم تعزيز النظم الصحية.

على الرغم من أنّ جائحة "كوفيد-19" قد كشفت عن وجود ثغرات هائلة في النظم الصحية على مستوى العالم، فقد أتاحت لنا فرصة سانحة لتعزيز قدرة تلك النظم على الصمود والتكيف مع الأوضاع القائمة. وستشهد السنوات المقبلة فتح آفاق جديدة لصانعي السياسات ومقدمي الرعاية الصحية من أجل بناء نظم صحية أفضل تُعطي الأولوية للرعاية المتاحة للجميع بأعلى مستويات الجودة والقيمة المنشودة.

شكر وتقدير

ترأس المجلس الاستشاري للمنتدى المعني بإعداد هذا التقرير البروفيسور عزيز شيخ، أستاذ أبحاث وتطوير الرعاية الأولية، ومدير معهد آشر للعلوم الصحية للسكان والمعلوماتية في جامعة إدنبرة.

كتب هذا التقرير البروفيسور عزيز شيخ، بالتعاون مع السيدة مها العاكوم، والسيدة ديدي تومسون، من مؤتمر قمة "ويش"، والدكتورة سانغيتا دامي، من هيئة الخدمات الصحية الوطنية "إن إتش إس - لوثيان" في اسكتلندا.

ونودّ أن نعرب عن عميق شكرنا وامتناننا إلى أعضاء المجلس الاستشاري لمنتدى "تعزيز قدرة المنظومة الصحية على الصمود" التابع لمؤتمر قمة "ويش" 2022، الذين أسهموا برؤاهم الفريدة في إعداد هذا التقرير:

- الدكتور عبد اللطيف الخال، مؤسسة حمد الطبية - قطر
- الدكتور ديفيد بيتس، كلية "تي إتش تشان" للصحة العامة بجامعة هارفارد - الولايات المتحدة الأمريكية
- الدكتور روبرتو برتوليني، وزارة الصحة العامة - قطر
- البروفيسور ذو الفقار بوتا، مستشفى المرضى الأطفال - تورونتو، كندا
- البروفيسورة دام سالي ديفيز، كلية "ترينيتي" بجامعة كيمبريدج - المملكة المتحدة
- الدكتور فيكتور دزاو، الأكاديمية الوطنية للطب - الولايات المتحدة الأمريكية
- السيدة بريثا ريدي، مستشفيات أبولو - الهند
- الدكتورة نيكول شيبكر، مؤسسة "فارما أكسس" - هولندا

كما نعرب عن شكرنا للإسهامات القيّمة في إعداد هذا التقرير من جانب:

- الدكتور ماتشيديسو مويتي، منظمة الصحة العالمية - بوتسوانا
- الدكتور أحمد المنظري، منظمة الصحة العالمية - سلطنة عُمان
- الدكتور كواسي بواهيني، مؤسسة "فارما أكسس" - هولندا
- الدكتور أنوبام سيبال، مستشفيات أبولو - الهند
- السيدة برينديرا ساشديفا، مستشفيات أبولو - الهند
- الدكتور جون نكنغاسونغ، المراكز الإفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها - إثيوبيا
- الدكتور أندرس تيغنيل، عالم الأوبئة - السويد
- الدكتور مارتن ماي، كلية لندن للصحة وطب المناطق الحارة - المملكة المتحدة
- الدكتور يونغمي جي، معهد "باستور كوريا" - جمهورية كوريا
- الدكتورة شارون بيكوك، جامعة كيمبريدج - المملكة المتحدة

وتوجّه ختامًا بوافر الشكر والتقدير للسيدة سلطنة أفضل، الرئيسة التنفيذية لمؤتمر قمة "ويش"، على ما قدّمته من دعم كريم وتعقيبات نافعة أسهمت في خروج هذا التقرير بصورته النهائية.

يتحمل المؤلفون المسؤولية عن الآراء الواردة في ثنايا هذا التقرير، والتي لا تعكس بالضرورة آراء أو قرارات أو سياسات المؤسسات التي ينتسبون إليها؛ كما يتحمل المؤلفون المسؤولية عن أي خطأ أو سهو ورد في التقرير.

1. Baum F, et al. Explaining Covid-19 performance: What factors might predict national responses? *BMJ*. 2021; 372, 4-7.
2. WHO. Coronavirus (COVID-19) Dashboard. World Health Organization (WHO). Available at: <https://covid19.who.int> [Accessed 7 July 2022].
3. Kruk ME, et al. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*. 2015 May 9; 385(9980), 1910-1912.
4. Kruk ME, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *Lancet Global Health*. 2018; 6, e1196-e1252.
5. Sagan A. Health system resilience during the pandemic: It's mostly about governance. *Eurohealth (Lond)*. 2021; 27, 10-15.
6. WHO. *Introducing the WHO regional office for Europe*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010. Available at: https://issuu.com/whoeurope/docs/who_europe_brochure_en [Accessed 7 July 2022].
7. Reinhardt U, Cheng T. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000; 78(8), 1064. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268209> [Accessed 5 July 2022].
8. Pallipedia. Health care system. International Association for Hospice & Palliative Care. Available at: <https://pallipedia.org/health-care-system> [Accessed 5 July 2022].
9. Thomas S, et al. *Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies*. Policy Brief No. 36. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2020.
10. Bayntun C. A health system approach to all-hazards disaster management: A systematic review. *PLoS Currents*. 2012 Aug 22; 4:e50081cad5861d.
11. Borghi J, Brown GW. Taking systems thinking to the global level: Using the WHO building blocks to describe and appraise the global health system in relation to COVID-19. *Global Policy*. 2022; 13, 193-207.
12. Borghi J, Brown GW. Taking systems thinking to the global level: Using the WHO building blocks to describe and appraise the global health system in relation to COVID-19. *Global Policy*. 2022; 13, 193-207.
13. World Health Organization. *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734> [Accessed 5 July 2022].
14. WHO. *Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2007. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf [Accessed 5 July 2022].

15. WHO. *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734> [Accessed 5 July 2022].
16. Borghi J, Brown GW. Taking systems thinking to the global level: Using the WHO building blocks to describe and appraise the global health system in relation to COVID-19. *Global Policy*. 2022; 13, 193–207.
17. WHO, UNICEF and UNFPA. *Modelling the health impacts of disruptions to essential health services during COVID-19: Module 1: Understanding modelling approaches for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health, and nutrition*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021.
18. Exemplars in Global Health. *Making better decisions in global health: Understand positive outliers to inform policy and practice*. Available at: <https://www.exemplars.health> [Accessed 5 July 2022].
19. WHO. WHO Results Report shows global health achievements despite COVID-19 pandemic. 16 May 2022. Available at: <https://www.who.int/news/item/16-05-2022-who-results-report-shows-global-health-achievements-despite-covid-19-pandemic> [Accessed 5 July 2022].
20. The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response. *COVID-19: Make it the last pandemic*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021. Available at: https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf [Accessed 5 July 2022].
21. Dey T, et al. Lag time between state-level policy interventions and change points in COVID-19 outcomes in the United States. *Patterns*. 2021; 2, 100306.
22. Jong W. Meaning making by public leaders in times of crisis: An assessment. *Public Relations Review*. 2017; 43, 1025–1035.
23. Beilstein CM, et al. Leadership in a time of crisis: Lessons learned from a pandemic. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2021; 35, 405–414.
24. Gibney E. Whose coronavirus strategy worked best? Scientists hunt most effective policies. *Nature*. 27 April 2020. Available at: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01248-1> [Accessed 5 July 2022].
25. Institute for Government. Coronavirus: local lockdowns. Available at: <https://www.instituteforgovernment.org.uk/explainers/coronavirus-local-lockdowns> [Accessed 5 July 2022].
26. Kim JH, et al. Emerging COVID-19 success story: South Korea learned the lessons of MERS. Guest post as part of the Exemplars in Global Health. 5 March 2021. Available at: <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-south-korea> [Accessed 5 July 2022].
27. Ahern S, Loh E. Leadership during the COVID-19 pandemic: Building and sustaining trust in times of uncertainty. *BMJ Leader*. 2020; 5(4). Available at: <https://bmjleader.bmj.com/content/5/4/266> [Accessed 5 July 2022].

28. McKinsey & Company. Leadership in a crisis: How leaders can support their organizations during the COVID-19 crisis and recovery. Available at: <https://www.mckinsey.com/business-functions/people-and-organizational-performance/our-insights/leadership-in-a-crisis> [Accessed 5 July 2022].
29. Orme G. Women leaders have shone during the pandemic: Men, take note. *Forbes*, 4 August 2021. Available at: <https://www.forbes.com/sites/gregorme/2021/08/04/women-leaders-have-shone-during-the-pandemicambitious-men-should-take-note/?sh=3748ddc451c6> [Accessed 5 July 2022].
30. Garikipati S, Kambhampati U. Leading the fight against the pandemic: Does gender 'really' matter? *SSRN*, 3 June 2020. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3617953 [Accessed 5 July 2022].
31. Zenger J, Folkman J. Research: Women are better leaders during a crisis. *Harvard Business Review*, 30 December 2020. Available at: <https://hbr.org/2020/12/research-women-are-better-leaders-during-a-crisis> [Accessed 5 July 2022].
32. Graham-Harrison E, Davidson H. How Taiwan triumphed over Covid as the UK faltered. *The Guardian*, 24 March 2021. Available at: <https://www.theguardian.com/world/2021/mar/24/how-taiwan-triumphed-over-covid-as-uk-faltered> [Accessed 5 July 2022].
33. WHO. Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts. Geneva: World Health Organization (WHO). Available at: <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts> [Accessed 5 July 2022].
34. OECD & World Health Organization. *Health at a glance: Asia/Pacific 2020: Measuring progress towards universal health coverage*. Sixth edition. Paris: OECD; 2020.
35. Thomson S, et al. How resilient is health financing policy in Europe to economic shocks? Evidence from the first year of the COVID-19 pandemic and the 2008 global financial crisis. *Health Policy (New York)*. 2022; 126, 7-15.
36. WHO. *Spending on health in Europe: entering a new era*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340910> [Accessed 5 July 2022].
37. WHO. Countries must invest at least 1% more of GDP on primary health care to eliminate glaring coverage gaps. Geneva: World Health Organization (WHO), 22 September 2019. Available at: <https://www.who.int/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps> [Accessed 5 July 2022].
38. McKinsey & Company. Preparing for future pandemics now can help minimize the economic damage. 27 July 2020. Available at: <https://www.mckinsey.com/featured-insights/coronavirus-leading-through-the-crisis/charting-the-path-to-the-next-normal/preparing-for-future-pandemics-now-can-help-minimize-the-economic-damage> [Accessed 5 July 2022].
39. Craven, et al. *Not the last pandemic: Investing now to reimagine public-health systems*. McKinsey & Company, 21 May 2021. Available at: <https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/not-the-last-pandemic-investing-now-to-reimagine-public-health-systems> [Accessed 5 July 2022].

40. Japsen B. Coronavirus hits one in five US doctors with pay cut. *Forbes*, 22 April 2020. Available at: <https://www.forbes.com/sites/brucejapsen/2020/04/22/coronavirus-hits-one-in-five-us-doctors-with-pay-cuts-furloughs/?sh=41fda692bef6> [Accessed 5 July 2022].
41. Sagan A, et al. *Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better*. Health Policy Series 56. European Observatory on Health Systems and Policies. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021. Available at: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1390564/retrieve> [Accessed 5 July 2022].
42. WHO. *Delivering on the G20 Leaders commitment to build an equitable and effective Financial Intermediary Fund (FIF) for Pandemic Preparedness and Response (PPR)*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022. Available at: [https://www.who.int/news/item/19-04-2022-delivering-on-the-g20-leaders-commitment-to-build-an-equitable-and-effective-financial-intermediary-fund-\(fif\)-for-pandemic-preparedness-and-response-\(ppr\)](https://www.who.int/news/item/19-04-2022-delivering-on-the-g20-leaders-commitment-to-build-an-equitable-and-effective-financial-intermediary-fund-(fif)-for-pandemic-preparedness-and-response-(ppr)) [Accessed 5 July 2022].
43. Pearce N, et al. Accurate statistics on COVID-19 are essential for policy guidance and decisions. *American Journal of Public Health*. 2020 July; 110(7), 949–951. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32324422> [Accessed 5 July 2022].
44. Galaitsi SE, et al. The challenges of data usage for the United States' COVID-19 response. *International Journal of Information Management*. 2021 August; 59, 102352. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33824545> [Accessed 5 July 2022].
45. Badker R, et al. Challenges in reported COVID-19 data: Best practices and recommendations for future epidemics. *BMJ Global Health*. 2021; 6, e005542.
46. Pearce N, et al. Accurate statistics on COVID-19 are essential for policy guidance and decisions. *American Journal of Public Health*. 2020 July; 110(7), 949–951. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32324422> [Accessed 5 July 2022].
47. Fairchild G, et al. Epidemiological data challenges: Planning for a more robust future through data standards. *Frontiers in Public Health*. 2018; 6, 1–9.
48. Riffe T, Acosta E. Data resource profile: COVerAGE-DB: A global demographic database of COVID-19 cases and deaths. *International Journal of Epidemiology*. 2021; 50, 390–390F.
49. Interacademy Partnership. *Call for a global health data sharing framework for global health emergencies*. Trieste, Italy: Interacademy Partnership for Science, Health and Policy; 2022.
50. Brooks L. Nicola Sturgeon announces lifting of Omicron restrictions in Scotland. *The Guardian*, 18 January 2022. Available at: <https://www.theguardian.com/world/2022/jan/18/nicola-sturgeon-announces-lifting-of-omicron-restrictions-in-scotland> [Accessed 5 July 2022].
51. Johns Hopkins Center for Communications Programs. COVID behaviors dashboard. Available at: https://ccp.jhu.edu/kap-covid/?gclid=CjwKCAjwwdWVBhA4EiwAjcYJEIoNvJWC-DYyhJoM7P8Lqyf7KjfzsClO38VvOjgn2JOn4KFQDiu2txoCJhQQAvD_BwE [Accessed 5 July 2022].

52. Our World in Data. Explore the global situation. Available at: <https://ourworldindata.org/coronavirus#explore-the-global-situation> [Accessed 5 July 2022].
53. WISH. *Data-enabled Responses to Pandemics: Policy Lessons from COVID-19*. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health (WISH); 2022.
54. Simpson C, et al. Temporal trends and forecasting of COVID-19 hospitalisations and deaths in Scotland using a national real-time patient-level data platform: A statistical modelling study. *The Lancet*. 2021 August 1; 3(8), e517–e525.
55. WHO. *Spending on health in Europe: entering a new era*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340910> [Accessed 5 July 2022].
56. Stock SJ, et al. Enabling a healthy start for vulnerable newborns. *The Lancet*. 2020 November 7; 396(10261), 1490. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33125933> [Accessed 5 July 2022].
57. Stock SJ, et al. The international Perinatal Outcomes in the Pandemic (iPOP) study: Protocol. *Wellcome Open Research*. 2021 February 2; 6, 21. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34722933> [Accessed 5 July 2022].
58. ICODA. Vision and mission. International COVID-19 Data Alliance (ICODA). Available at: <https://icoda-research.org/about/about-us/#visionandmission> [Accessed 5 July 2022].
59. Digital Development Partnership. *Unraveling data's Gordian knot: Enablers and safeguards for trusted data sharing in the new economy*. Washington DC: World Bank Group; 2020. Available at: <https://www.worldbank.org/en/topic/digital-development/publication/unraveling-data-gordian-knot-enablers-safeguards-trusted-data-sharing-new-economy> [Accessed 5 July 2022].
60. Gholami M, et al. COVID-19 and healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*. 2021; 104, 335–346.
61. Shanafelt T, et al. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA – Journal of the American Medical Association*. 2020; 323, 2133–2134.
62. Dzau VJ, et al. Preventing a parallel pandemic – a national strategy to protect clinicians' well-being. *New England Journal of Medicine*. 2020; 383(6), 513–515.
63. Abed Alah M, et al. The psychological impact of COVID-19 on health care workers working in a unique environment under the umbrella of Qatar Red Crescent Society. *Heliyon*. 2021; 7.
64. Mosolova E, et al. Stress, anxiety, depression and burnout in frontline healthcare workers during two peaks of COVID-19 pandemic in Russia. *Psychiatry Research*. 2021 December; 306, 114226.
65. Denning M, et al. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *PLoS One*. 2021; 16, 1–18.

66. Sahebi A, et al. The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2021 April 20; 107, 110247. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33476692> [Accessed 5 July 2022].
67. Marvaldi M, et al. Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioural Reviews*. 2021 July; 126, 252-264. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33774085> [Accessed 5 July 2022].
68. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. *Taking Action Against Clinician Burnout. Taking Action Against Clinician Burnout*. Washington DC: The National Academies Press; 2019.
69. Martínez-López JÁ, et al. Psychological impact of COVID-19 Emergency on Health Professionals: Burnout incidence at the most critical period in Spain. *Journal of Clinical Medicine*. 2020 September 20; 9(9), 3029.
70. Denning M, et al. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *PLoS One*. 2021; 16, 1-18.
71. Shanafelt T, et al. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020; 323, 2133-2134.
72. Leo CG, et al. Burnout among healthcare workers in the COVID 19 era: A review of the existing literature. *Frontiers in Public Health*. 2021; 9, 1-6.
73. Sharifi M, et al. Burnout among healthcare providers of COVID-19: A systematic review of epidemiology and recommendations. *Archives of Academic Emergency Medicine*. 2020; 9, e7.
74. Cochrane Library. Coronavirus (COVID-19): Support for wellbeing in the healthcare workforce. Cochrane Special Collections, 2 February 2022. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/collections/doi/SC000045/full> [Accessed 5 July 2022].
75. Mental Health at Work. Our frontline: Support for key and essential workers. Available at: <https://www.mentalhealthatwork.org.uk/toolkit/ourfrontline-keywork> [Accessed 5 July 2022].
76. Harvey A. Covid-19: medical schools given powers to graduate final year students early to help NHS. *BMJ*. 2020; 368.
77. Amir AR, et al. Workforce mobilization from the National Institutes of Health for the Ministry of Health Malaysia: A COVID-19 Pandemic Response. *Frontiers in Public Health*. 2021 February 11; 9, 574135.
78. Gombos MC. Expanding the role of the pharmacist in the wake of COVID-19. *Pharmacy Times*, 21 April 2021. Available at: <https://www.pharmacytimes.com/view/expanding-the-role-of-the-pharmacist-in-the-wake-of-covid-19> [Accessed 5 July 2022].

79. Amariles P, et al. How to link patients with suspicious COVID-19 to health system from the community pharmacies? A route proposal. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2021 January; 17(1), 1988-1989.
80. Ung COL. Community pharmacist in public health emergencies: Quick to action against the coronavirus 2019-nCoV outbreak. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2020; 16(4), 583-586.
81. Basheti IA, et al. Pharmacists' readiness to deal with the coronavirus pandemic: Assessing awareness and perception of role. *Research in Social Administrative Pharmacy*. 2021 March; 17(3), 514-522.
82. NHS. High street pharmacies spot cancers in new NHS early diagnosis drive. NHS England, 15 June 2022. Available at: <https://www.england.nhs.uk/2022/06/high-street-pharmacies-spot-cancers-in-new-nhs-early-diagnosis-drive> [Accessed 5 July 2022].
83. WHO, UNICEF and UNFPA. *Modelling the health impacts of disruptions to essential health services during COVID-19: Module 1: Understanding modelling approaches for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health, and nutrition*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2021.
84. WHO. COVID-19 continues to disrupt essential health services in 90% of countries. Geneva: World Health Organization (WHO); 23 April 2021. Available at: <https://www.who.int/news/item/23-04-2021-covid-19-continues-to-disrupt-essential-health-services-in-90-of-countries> [Accessed 5 July 2022].
85. WHO. *Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November-December 2021. Interim report*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022.
86. Moynihan R, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: A systematic review. *BMJ Open*. 2021; 11, 11-17.
87. Shah SA, et al. Impact of first UK COVID-19 lockdown on hospital admissions: Interrupted time series study of 32 million people. *Lancet*. 2022; 49, 101462.
88. The Global Fund. The impact of Covid-19 on HIV, TB and malaria services and systems for health: A snapshot from 502 health facilities. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 13 April 2021. <https://www.theglobalfund.org/en/updates/2021/2021-04-13-the-impact-of-covid-19-on-hiv-tb-and-malaria-services-and-systems-for-health> [Accessed 5 July 2022].
89. The Global Fund. The impact of Covid-19 on HIV, TB and malaria services and systems for health: A snapshot from 502 health facilities. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 13 April 2021. <https://www.theglobalfund.org/en/updates/2021/2021-04-13-the-impact-of-covid-19-on-hiv-tb-and-malaria-services-and-systems-for-health> [Accessed 5 July 2022].
90. Kerlin MP, et al. Actions taken by us hospitals to prepare for increased demand for intensive care during the first wave of COVID-19: A national survey. *Chest*. 2021 August; 160(2), 519-528. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7948669> [Accessed 5 July 2022].

91. Dancer S. Reducing the risk of COVID-19 transmission in hospitals: Focus on additional infection control strategies. *Surgery (Oxford)*. 2021 November; 39(11), 752-758. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8511651> [Accessed 5 July 2022].
92. Sky News. COVID: 6000-bed hospital built in China as cases surge. 17 March 2022, Sky News. Available at: <https://news.sky.com/video/covid-6000-bed-hospital-built-in-china-as-cases-surge-12568222> [Accessed 5 July 2022].
93. Al Khal A, et al. Qatar's Response to COVID-19 Pandemic. *Heart Views*. 2020 July-September; 21(3), 129-132. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7899009> [Accessed 5 July 2022].
94. Liang L, Yu I. *Handbook of COVID-19 prevention and treatment*. Hangzhou: Zhejiang University School of Medicine; 2020. Available at: https://www.researchgate.net/publication/339998871_Handbook_of_COVID-19_Prevention_and_Treatment [Accessed 5 July 2022].
95. NICE. *COVID 19 rapid guideline: Managing COVID-19*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng191/resources/covid19-rapid-guideline-managing-covid19-pdf-51035553326> [Accessed 5 July 2022].
96. ISARIC 4C. Risk prediction: the 4C Mortality Score. International Severe Acute Respiratory and emerging Infection Consortium (ISARIC). *BMJ*. 9 Mar 2020. Available at: https://isaric4c.net/outputs/4c_score [Accessed 5 July 2022].
97. WHO. Country & technical guidance - Coronavirus disease (COVID-19). Geneva: World Health Organization (WHO). Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance> [Accessed 5 July 2022].
98. Shilson-Thomas A, Mills W. All hands on deck: Public private partnerships during COVID-19. *Reform Perspectives*, November 2020. Available at: <https://reform.uk/research/all-hands-deck-public-private-partnerships-during-covid-19> [Accessed 5 July 2022].
99. Vindrola-Padros C, et al. The implementation of remote home monitoring models during the COVID-19 pandemic in England. *EClinicalMedicine*. 2021 April; 34, 100799. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33817610> [Accessed 5 July 2022].
100. Shaw CD. *Toolkit for accreditation programs*. Melbourne, Australia: The International Society for Quality In Health Care; 2004.
101. Lee WC. Taiwan's experience in pandemic control: Drawing the right lessons from SARS outbreak. *Journal of the Chinese Medicine Association*. 2020 July; 83(7), 622-623. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7434012> [Accessed 5 July 2022].
102. Miller FA, et al. Vulnerability of the medical product supply chain: The wake-up call of COVID-19. *BMJ Quality & Safety*. 2021; 30, 331-335.
103. Bown CP. How COVID-19 medical supply shortages led to extraordinary trade and industrial policy. *Asian Economic Policy Review*. 2022; 17, 114-135.

104. Ranney M, et al. Critical supply shortages – the need for ventilators and personal protective equipment during the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*. 2020; 6, 510–512.
105. Phuong JM, et al. The impacts of medication shortages on patient outcomes: A scoping review. *PLoS One*. 2019; 14, e0215837.
106. Nature (editorial). A patent waiver on COVID vaccines is right and fair. *Nature* 2021 May 25; 593, 478. Available at: <https://www.nature.com/articles/d41586-021-01242-1> [Accessed 5 July 2022].
107. United Nations. Vaccine hoarding will prolong COVID warns WHO, as agency mulls early Omicron data. *UN News*, 9 December 2021. Available at: <https://news.un.org/en/story/2021/12/1107542> [Accessed 5 July 2022].
108. Fahrni ML, et al. Management of COVID-19 vaccines cold chain logistics: A scoping review. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*. 2022; 15, 1–14.
109. Ducharme J. COVAX was a great idea, but is now 500 million doses short of its vaccine distribution goals. What exactly went wrong? *TIME*, 9 September 2021. Available at: <https://time.com/6096172/covax-vaccines-what-went-wrong> [Accessed 5 July 2022].
110. Gavi. COVAX has so far shipped over 1 billion COVID-19 vaccines to 144 participants. Gavi, 17 January 2022. Available at: <https://www.gavi.org/covax-vaccine-roll-out> [Accessed 5 July 2022].
111. Fleming M, et al. Port to patient: Improving country cold chains for COVID-19 vaccines. McKinsey & Company, 14 September 2021. Available at: <https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/port-to-patient-improving-country-cold-chains-for-covid-19-vaccines> [Accessed 5 July 2022].
112. Cross S, et al. Who funded the research behind the Oxford–AstraZeneca COVID-19 vaccine? *BMJ Global Health*. 6; 12, e007321. Available at: <https://gh.bmj.com/content/6/12/e007321> [Accessed 5 July 2022].
113. RECOVERY: Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy. Available at: <https://www.recoverytrial.net> [Accessed 7 July 2022].
114. Gavi. How clinical vaccine trials are speeding up in a pandemic. Gavi, 18 March 2020. Available at: <https://www.gavi.org/vaccineswork/how-clinical-vaccine-trials-are-speeding-pandemic> [Accessed 5 July 2022].
115. WHO. COVID-19 vaccines. Geneva: World Health Organization (WHO). Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines> [Accessed 5 July 2022].
116. FDA. Coronavirus Treatment Acceleration Program (CTAP). US Food and Drug Administration (FDA). Available at: <https://www.fda.gov/drugs/coronavirus-covid-19-drugs/coronavirus-treatment-acceleration-program-ctap> [Accessed 5 July 2022].

117. European Medicines Agency. COVID-19 vaccines: Development, evaluation, approval and monitoring. Available at: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/covid-19-vaccines-development-evaluation-approval-monitoring> [Accessed 5 July 2022].
118. Nature (editorial). Time is running out for COVID vaccine patent waivers. *Nature* 2022 March 29; 603, 764. Available at: <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00878-x> [Accessed 5 July 2022].
119. Al Jazeera. WTO chief welcomes COVID vaccine patent waiver plan. Al Jazeera, 16 March 2022. Available at: <https://www.aljazeera.com/news/2022/3/16/wto-chief-welcomes-covid-shot-patent-plan-drugmakers-balk> [Accessed 5 July 2022].
120. Storz U. The patent maze of COVID-19 vaccines. *Expert Opinion on Therapeutic Patents*. 2021 December; 31(12), 1177-1188. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34139951> [Accessed 5 July 2022].
121. Schlein L. WHO: populism, nationalism, vaccine hoarding are prolonging pandemic. VOA, 29 December 2021. Available at: <https://www.voanews.com/a/who-populism-nationalism-vaccine-hoarding-are-prolonging-pandemic/6374502.html> [Accessed 5 July 2022].
122. UNDP. WHO: Global Dashboard for Vaccine Equity. United Nations Development Programme (UNDP) Data Futures Platform. Available at: <https://data.undp.org/vaccine-equity> [Accessed 5 July 2022].
123. Beaubien J. For the 36 countries with the lowest vaccination rates, supply isn't the only issue. National Public Radio (NPR), 14 January 2022. Available at: <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2022/01/14/1072188527/for-the-36-countries-with-the-lowest-vaccination-rates-supply-isnt-the-only-issu> [Accessed 5 July 2022].
124. Nebehay S, Mason J. WHO warns against vaccine hoarding as poorer countries go without. Reuters, 9 December 2021. Available at: <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/who-warns-against-vaccine-hoarding-poor-countries-go-without-2021-12-09> [Accessed 5 July 2022].

شركاء أبحاث وارش

وزارة الصحة العامة
Ministry of Public Health
دولة قطر • State of Qatar



يُعرب "ورش" عن امتنانه للدعم الذي قدّمته وزارة الصحة العامة



ISBN 978-1-91-399118-0



9 781913 991180 >

www.wish.org.qa