

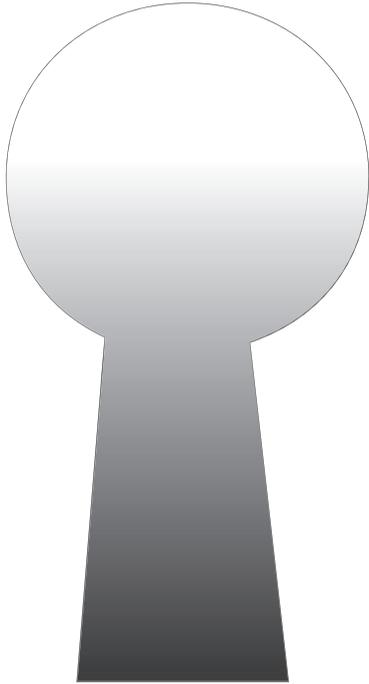
التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٣



# بحوث التغطية الصحية الشاملة



التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٣



# بحوث التغطية الصحية الشاملة

## شكر وتقدير

برعاية المديرين العامين المساعدين هيروكي ناكاتاني وماري بول كيني، تولى الأفراد المذكورة أسماؤهم أدناه تدوين هذا التقرير وإعداده:

## المؤلفون الرواد

كريستوفر داي، تيبس بويرما، ديفيد إيفانز، انطوني هاريس، كريستيان لاينهارت، جوان مكمانوس، تيكي بانغ، روبرت تري، روني زكريا.

## موظفو منظمة الصحة العالمية في جنيف

كارولين السوب، نجيب الشوريجي، جون بيرد، دوغلاس بيتشر، ديارميد كامبل – لنדרم، أندرو كاسلز، عائشة كوما، لويس دي فرانسيسكو سيربا، كارلوس دورا، جيرالد تسييكان، كريستي فيغ، فيونا فليك، هايبيسوس غيتاهون، عبد الغفار، لاراغ غولوغي، أندريه غريبيكسيور، صوفي غويتانا أغويتانت، متين غولمازأوغلو، علي حمندي، أسلي كالين، غسان كرم، إدوارد كيبي، ريتشارد لاينغ، ميلاني لاوكر، كنوت لونروث، ماري ماكينان، كلاريس ماسون، إليزابيث ماسون، مايك أمبيرفو، شانتي منديس، تيري ميرتنز، ظفر ميرزا، ماريا نيرا، بوليسيس بانيسيت، كيمبرلي باركر، ميكائيل فايفر، كينت رانسون، ماريو رافيغليون، جون ريدر، أليكس روس، كاثي روث، سارة ريسل، ريتو سادانا، أبها ساكسينا، تريش ساوييل، توماس شكسبير، إيزوبيل سليمان، يوهانس سمرفلد، مارلين تيمرمان، ديانا وايل، كارين وير.

## موظفو المكاتب الإقليمية والقطرية التابعة لمنظمة الصحة العالمية

نعيمة القصير، لويس كويرفو أموري، غوفين بيرماناند، مانجو راني، عيسى سانو، غاناوان سيتياي، كلوديا شتاين، إدوارد تورسان دإسبينييت، أدريك ويوو.

## أعضاء الفريق الاستشاري العلمي

آندي هينز (الرئيس)، فريد بينكا، سومسك تشونهاراس، ميمونة حميد، ريتشارد هورتون، جون لافيز، حسن مشيندا، بير أونغولو – زوغو، سيلفينا راموس، فرانسيسكو سونجان.

## آخرون أسهموا في مضمون التقرير أو في استعراضه

كلير ألين، توماس بومبيلز، ديفيد براملي، مارتن بوكستون، آن كنداو، مايكل كلارك، سيلفيا دي هان، ديفيد دورهايم، طوكر أرغودر، محمود فتح الله، ستيفن هاني، مارك هارينغتون، سيو هوبز، كاريل إجميلمويدن، نسرين جيساني، أناتول كرتيغر، جينا لاغومارسينو، غيرمو لومارشان، ديفيد ماي، ديرموت ماهر، أماندا ميلغان، كريستينا أورتيز، أدولفو مارتينيز بالومو، شارلوت ماسيلو – ريومي، بيتر ماسي، مارتن ماكي، أوبينا ماريلتا، بيتر ندومبي، تومسون برنتيس، برند ريشيل، يان روس، سابن شوت، بيتر سمول، حنا شتاينباخ، شيري سترابت، يوت تيراواتانانون، غوران تومسون، إيان فينين، لاتيتيا فونيشي، شاو فوون وونغ، جوديث ويتورث، سويت ويوبولوبراسرت، كاترين فينترخ.

## © منظمة الصحة العالمية ٢٠١٣

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من على موقع المنظمة الإلكتروني (www.who.int) أو شراءها من قسم الطباعة والنشر، منظمة الصحة العالمية 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (هاتف رقم: ٣٣٦٤ ٢٢ ٧٩١ +٤١؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٢٢ ٧٩١ +٤١؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int).

وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى قسم الطباعة والنشر عبر موقع المنظمة الإلكتروني (http://www.who.int/about/licensing/copyright\_form/en/index.html).

والتسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلافاً عن رأي منظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو سلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها. وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة توزع دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمناً. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد المنشورة. والمنظمة ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي تترتب على استعمال هذه المواد.

«التغطية الصحية الشاملة هي أقوى مفهوم وحيد تطرحه الصحة العمومية»

الدكتورة مارغريت تشان في خطاب ألقى على مسامع  
جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين، أيار/ مايو ٢٠١٢

«ثمة عبرة أخرى هي أهمية الاستثمار الطويل الأجل في المؤسسات البحثية  
التي تقدم البيانات اللازمة لوضع السياسات ...»

مجلة لانسيت, 2012, 380: 1259, (*Lancet*)  
بشأن نهج التغطية الصحية الشاملة في المكسيك

## رسالة من المديرية العامة

مع اقترابنا من عام ٢٠١٥، وهو الموعد النهائي لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs) التي وضعتها الأمم المتحدة، وجدنا أن الوقت قد حان لتقييم ما أُحرز من تقدُّم منذ عام ٢٠٠٠. وحين الوقت أيضاً للتفكير في السبل التي انتهجناها لإحراز التقدُّم، وكذلك في السبل التي نستطيع من خلالها أن نبلي بلاءً أفضل.



ولجميع الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية آثارٌ تتعلق بالصحة، غير أن ثلاثة منها تضع الصحة في الصدارة أو في محور أولوياتها، وهي الأهداف التي تتناول صحة الطفل (الهدف الرابع) وتحسين صحة الأمومة (الهدف الخامس) ومكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه والملاريا والسل وغيرها من الأمراض المعدية الخطيرة (الهدف السادس). وللإيضاح نسلط الضوء على واحدٍ فقط من هذه الأهداف هو الهدف الرابع الذي يدعو إلى خفض عدد وفيات الأطفال من ١٢ مليوناً في عام ١٩٩٠

إلى أقل من ٤ ملايين بحلول عام ٢٠١٥. وعلى الرغم مما أُحرز من تقدُّم هائلٍ منذ مطلع الألفية الثالثة، ولاسيما في الحد من الوفيات بعد فترة الولادة الحديثة، إلا أن أفضل القياسات تشير إلى أن ما يقرب من ٧ ملايين طفل دون سن الخامسة قضاوا نحبهم في عام ٢٠١١. ومن تجربتنا في البلدان المرتفعة الدخل نَعَلَمُ أنه يمكن الحيلولة دون حدوث جميع تلك الوفيات تقريباً. ولكن ما السبيل إلى تحقيق ذلك في كل مكان؟ من الأفكار التي يمكن تطبيقها لتحقيق هذه الغاية زيادة الاستفادة من التدخلات المجتمعية، ولكن هل تُجدي هذه التدخلات نفعاً؟ توفر التجارب التي تُجرى في شكل تجارب معشاة ذات شواهد البيئات الأكثر إقناعاً لاتخاذ إجراءاتٍ في مجال الصحة العمومية. بحلول عام ٢٠١٠ كانت ١٨ من التجارب المعشاة ذات الشواهد التي أُجريت في أفريقيا وآسيا وأوروبا قد أظهرت أن مشاركة العاملين في مجال التوعية والعاملين الصحيين غير المتخصصين وقابلات المجتمع والعاملين الصحيين المجتمعيين والقرويين والقابلات المدرَّبات جميعاً في هذه التدخلات أدت إلى خفض وفيات الأطفال حديثي الولادة بنسبة ٢٤٪ وحالات

الإملاص بنسبة ١٦٪ والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة بنسبة ٢٠٪. ونتج عن ذلك أيضاً انخفاضاً في أمراض الأمومة بمقدار الربع (١). وعلى الرغم من أن هذه التجارب لا تقدم حلاً لجميع التساؤلات - فعلى سبيل المثال لم تتضح بعد فوائد هذه التدخلات في خفض معدلات وفيات الأمهات، على العكس من معدلات المراضة - إلا أنها تمثل حجةً قويةً لإشراك العاملين الصحيين المجتمعيين في رعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة.

ويمكن لعمليات التقصي الصارمة هذه أن تعود بالفائدة على الملايين في جميع أنحاء العالم. فهي تواجه التحدي الذي يمثله واحدٌ فقط من الأهداف الإنمائية للألفية، لكنها في الوقت نفسه تعكس الروح العامة لهذا التقرير - ألا وهي تعزيز عمليات التقصي التي يُسخرُ فيها الإبداع من خلال الاعتماد على أجود أنواع العلوم بُغية تقديم خدماتٍ صحيةٍ ميسورة التكلفة وعالية الجودة وتوفير صحة أفضل للجميع. والأكثر من ذلك أن عملية الاكتشاف هذه تُعدُّ مصدر إلهامٍ وتحفيز، الأمر الذي يثير الطموحات للتغلب على أكبر المشاكل في مجال الصحة العمومية. وهذا هو الغرض من تقرير بحوث التغطية الصحية الشاملة.

يخاطب هذا التقرير كافة المعنيين بفهم كيفية بلوغ هدف التغطية الصحية الشاملة - أي كل مَنْ يمولُّ البحوث اللازمة ومَنْ يجري البحوث ومَنْ يرغب في إجراء البحوث ومَنْ يستخدم البيانات المُستَمَدَّة من البحوث. ويبين هذا التقرير كيف أن البحوث من أجل الصحة بوجهٍ عام تعزز بحوث التغطية الصحية الشاملة بوجهٍ خاص.

ومن العناصر الجوهرية لهذا التقرير فهم السبل الممكنة لإحراز تقدّم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، وإن كان نطاقه أوسع وأعمّ من ذي قبل. فمع قرب حلول الموعد النهائي المقرّر في عام ٢٠١٥ نسعى إلى إيجاد طرقٍ لتحسين جميع جوانب الصحة، سواء من خلال العمل داخل إطار الأهداف الإنمائية للألفية أو خارجه. ولهذا نبحت في الكيفية التي يسهم بها التمتع بصحةٍ أفضل في تحقيق الهدف الأكبر المتمثل في التنمية البشرية. وفي هذا السياق الواسع أدعوكم إلى قراءة تقرير بحوث التغطية الصحية الشاملة. كما أدعوكم إلى تقييم ما يسوقه التقرير من حججٍ ومراجعة ما يقدمه من براهين والمساعدة على دعم البحوث التي من شأنها أن تقربنا أكثر من تحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة.

*Melhan*

الدكتورة مارغريت تشان

المديرة العامة

منظمة الصحة العالمية

1. Lassi ZS, Haider BA, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 2010, (11):CD007754. (PMID:21069697, accessed 25 March 2013).



## المحتويات

iv	رسالة من المديرية العامة
xi	ملخص تنفيذي
5	١- دور بحوث التغطية الصحية الشاملة
6	تطوير مفهوم التغطية الصحية الشاملة
11	تقسي الحماية من المخاطر المالية
15	تقسي التغطية بالخدمات الصحية
21	الإنصاف والتغطية الصحية الشاملة
22	التغطية بالخدمات الصحية: كيف إلى جانب الكم
24	الاستنتاجات: الحاجة إلى بحوث في مجال التغطية الصحية الشاملة
35	٢- تزايد بحوث التغطية الصحية الشاملة
40	إبداع في كل مكان
42	تزايد البحوث
48	تفاوت مستويات النمو
53	قيمة البحوث الصحية
55	الاستنتاجات: البناء على الأسس القائمة
67	٣- كيف تسهم البحوث في التغطية الصحية الشاملة
71	دراسة الحالة ١
	استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات للحد من وفيات الأطفال
74	دراسة الحالة ٢
	العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية للوقاية من انتقال فيروس العوز المناعي البشري عن طريق الجنس

- 76 دراسة الحالة ٣  
استخدام مكملات الزنك لخفض معدلات إصابة الأطفال الصغار  
بالالتهاب الرئوي والإسهال
- 79 دراسة الحالة ٤  
استخدام التطبيب عن بُعد لتحسين جودة رعاية الأطفال
- 81 دراسة الحالة ٥  
وسائل جديدة لتشخيص السل
- 84 دراسة الحالة ٦  
استخدام «الحبة المتعددة» للحد من الوفيات الناجمة عن أمراض القلب  
والأوعية الدموية
- 86 دراسة الحالة ٧  
مقارنة بين العلاج التوليفي بستيبوغلوكونات الصوديوم والباروموميسين  
والعلاج المفرد بستيبوغلوكونات الصوديوم لداء الليشمانيات الحشوي
- 88 دراسة الحالة ٨  
الاعتماد على نقل المهام للارتقاء بمستوى التدخلات الرامية إلى تحسين  
معدلات بقاء الأطفال
- 90 دراسة الحالة ٩  
تحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية التوليدية الطارئة
- 93 دراسة الحالة ١٠  
استخدام التحويلات النقدية المشروطة لتحسين الاستفادة من الخدمات  
الصحية وتحسين الحاصلات الصحية
- 96 دراسة الحالة ١١  
دور التأمين في توفير خدماتٍ صحيةٍ سهلة المنال وميسورة التكلفة
- 97 دراسة الحالة ١٢  
حصول السكان المسنين على الرعاية الصحية بتكلفة ميسورة
- 99 الاستنتاجات: الدروس العامة المستخلصة من أمثلةٍ محددةٍ

111	٤- بناء نظم بحوث التغطية الصحية الشاملة
112	تحديد أولويات البحوث
117	تعزيز القدرات البحثية
117	إطار تعزيز القدرات
120	بناء واستبقاء قوة عاملة بحثية ماهرة
122	ضمان الشفافية والمساءلة في تمويل البحوث
124	بناء مؤسسات وشبكات البحوث
126	تحديد القواعد والمعايير وتنفيذها
126	الأخلاقيات واستعراض الجوانب الأخلاقية
128	الإبلاغ عن البيانات والأدوات والمواد البحثية وتبادلها
128	تسجيل التجارب السريرية
131	الاستفادة من البيّنات في تطوير السياسات والممارسات والمنتجات
131	ترجمة البيّنات إلى سياسات وممارسات
133	رصد وتنسيق البحوث على الصعيدين الوطني والدولي
136	تمويل بحوث التغطية الصحية الشاملة
136	تصريف شؤون البحوث الصحية على المستويين الوطني والدولي
136	الاستنتاجات: بناء نظمٍ بحثيةٍ فعالةٍ
151	٥- إجراءات بحوث التغطية الصحية الشاملة
151	البحوث - عنصرٌ لا غنى عنه لتحقيق التغطية الشاملة ومصدرٌ إلهامٍ في مجال الصحة العمومية
154	تحديد وقياس التقدم المُحرَز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة
155	السبيل إلى التغطية الصحية الشاملة، والسبيل إلى صحةٍ أفضل
156	بحوث التغطية الصحية الشاملة في جميع البلدان
157	دعم الأشخاص الذين يجرون البحوث
157	ترجمة البيّنات البحثية إلى سياساتٍ وممارساتٍ صحيةٍ
159	دعم بحوث التغطية الصحية الشاملة، على الصعيدين الوطني والدولي
160	دور منظمة الصحة العالمية في بحوث التغطية الصحية الشاملة
163	الفهرس



## ملخص تنفيذي

### ثلاث رسائل رئيسية يقدمها التقرير الخاص بالصحة في العالم

- لا يمكن بلوغ التغطية الصحية الشاملة، بما تتضمنه من إتاحةٍ كاملةٍ لخدماتٍ عالية الجودة لتعزيز الصحة والوقاية والعلاج والحماية من المخاطر المالية، دون الاستعانة بالبيئات المستمدة من البحوث. إذ تمتلك البحوث القدرة على معالجة مجموعةٍ واسعةٍ من الأسئلة حول سبل تحقيق التغطية الشاملة، ذلك لأنها تقدم إجاباتٍ تفيد في تحسين صحة الإنسان ورفاهه وتطوره.
- ينبغي أن تكون جميع البلدان منتجةً للبحوث لا مستهلكةً لها فحسب. ويجب الاستفادة من الأفكار الإبداعية التي يقدمها الباحثون ومن مهاراتهم في تعزيز إجراء عمليات التقصي ليس فقط في المراكز الأكاديمية وإنما أيضاً في برامج الصحة العمومية، أي في أماكن تطوير الخدمات الصحية وفي أماكن الحصول عليها.
- لا بد أن تحظى بحوث التغطية الصحية الشاملة بدعمٍ من الجهات الوطنية والدولية. لاستخدام الموارد المحدودة أفضل استخدام يلزم وجود نظم فعالة من أجل إعداد برامج البحوث الوطنية، وجمع الأموال والدعوة إلى تقديمها، وتعزيز قدرات البحوث، واستخدام نتائج البحوث على النحو الملائم.

### ماذا نهتم بالتغطية الصحية الشاملة؟

في عام ٢٠٠٥ قطعت جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية التزاماً بتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وكان هذا الالتزام تعبيراً جماعياً عن إيمانٍ بأنّ لجميع الناس الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون التعرض لخطر السقوط في براثن الإفلاس أو الفقر. ويمثّل العمل نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة آليةً قويةً للارتقاء بمستوى الصحة والرفاه ولتعزيز التنمية البشرية. يشرح الفصل الأول كيف أنّ القرار الذي اعتمده جميع الدول الأعضاء في المنظمة يتضمن وجهين من أوجه التغطية الصحية الشاملة هما: توفير وإتاحة خدماتٍ صحيةٍ عالية الجودة، وتوفير الحماية من المخاطر المالية لمن يحتاجون إلى استخدام هذه الخدمات. والمقصود بمصطلح «الخدمات الصحية» في هذا التقرير هو خدمات التعزيز والوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية المُلتطّفة، بما في ذلك توفير الرعاية الصحية في المجتمعات المحلية والمراكز الصحية والمستشفيات. ويتضمن هذا المصطلح

طرق اتخاذ الإجراءات بشأن المحددات الاجتماعية والبيئية سواء داخل القطاع الصحي أو خارجه. وتعدُّ الحماية من المخاطر المالية جزءاً من مجموعة التدابير التي توفر الحماية الاجتماعية الشاملة.

## لماذا نجري البحوث؟

لطالما كانت البحوث العلمية عاملاً أساسياً في تحسين صحة الإنسان. إذ تلعب البحوث دوراً حيوياً في تطوير التكنولوجيا والنظم والخدمات اللازمة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وفي مسيرة تحقيق التغطية الشاملة لا يُعدُّ اتباع نهجٍ نظاميٍّ لصياغة الأسئلة والإجابة عليها ترفاً بل ضرورة.

وعندما قطعت الدول الأعضاء في المنظمة هذا الالتزام بتحقيق التغطية الصحية الشاملة فقد خُطت بذلك خطوةً كبيرةً إلى الأمام في مجال الصحة العمومية. وكما ورد في الفصل الأول فقد كان اتخاذ تلك الخطوة نقطة انطلاقٍ لبرنامجٍ بحثي جديد. وفي هذا التقرير تمثّل البحوث مجموعة الطرائق الرسمية التي تحوّل الأفكار الواعدة إلى حلولٍ عمليةٍ لتحسين الخدمات الصحية وبالتالي تحسين الصحة. ويتمثل هدف هذا التقرير في تحديد الأسئلة البحثية التي تمهد الطريق أمام تحقيق التغطية الصحية الشاملة ومناقشة كيفية الإجابة على هذه الأسئلة.

وقُطعت أشواطٌ كبيرةٌ مؤخراً في توفير التغطية بالخدمات الصحية والحماية من المخاطر المالية، وهو ما يتجلى مثلاً في التقدم الذي أحرز نحو تحقيق أهداف الأمم المتحدة الإنمائية للألفية (MDGs). وعلى الرغم من هذا التقدم إلا أنّ الفجوة بين التغطية الحالية بالخدمات الصحية والتغطية الصحية الشاملة لا تزال كبيرة بالنسبة لكثير من الاعتلالات الصحية في العديد من الأماكن. فعلى سبيل المثال، كان ما يقرب من نصف جميع المصابين بفيروس الأيدز المؤهلين للحصول على العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لا يزالون محرومين منه في عام ٢٠١١، ويعاني ما يُقدَّر بنحو ١٥٠ مليون شخص من الكوارث المالية كل عام لاضطرارهم إلى سداد تكاليف خدمات الرعاية الصحية التي يحتاجون إليها من أموالهم الخاصة. لذا يركز هذا التقرير على البحوث اللازمة لزيادة إمكانية الوصول إلى هذا النوع من الخدمات الأساسية، وعلى سبل إيجاد البيئة المواتية لإجراء هذه البحوث.

## ما الأسئلة التي يجب أن تجيب عنها البحوث؟

يحدد الفصل الأول نوعين من الأسئلة المتعلقة بالبحوث. ولأنّ الأسباب المؤدية إلى اعتلال الصحة تختلف من مكانٍ إلى آخر فلا بد أن تختلف أيضاً الخدمات الصحية المطلوب توفيرها، بما فيها آليات الحماية من المخاطر المالية. وبالتالي تدور المجموعة الأولى من الأسئلة حول كيفية اختيار الخدمات الصحية اللازمة في كل مكان من الأماكن، وكيفية تحسين مستوى التغطية بالخدمات والحماية المالية، ومن ثمّ كيفية حماية وتحسين صحة الإنسان ورفاهه.

وتثير هذه الأسئلة مجموعةً واسعةً من المواضيع التي ينبغي طرحها للبحث. إذ يتعين إجراء البحوث لاكتشاف سبل تحسين التغطية بالتدخلات الحالية وتقديم تدخلات جديدة. ويجب أن تستكشف البحوث تطوير واستخدام كلٍّ من «البرامج» (مثل نظم تقديم الخدمات) و«الأجهزة» (مثل البحث والتطوير في مجال السلع والتكنولوجيا). وهناك حاجة إلى إجراء البحوث أيضاً لتقضي طرق تحسين الصحة سواء من داخل القطاع الصحي أو خارجه.

وقد حُدِّدت أكثر الأسئلة البحثية إلحاحاً للعديد من المواضيع البحثية الخاصة، مثل صحة الأمومة والطفولة والأمراض السارية والنظم والخدمات الصحية. وعلى الرغم من وجود بعض الاستثناءات البارزة إلا أنه لم تُبدل في العموم سوى جهود محدودة على مستوى العالم لتحديد أولويات البحوث الوطنية والترويج لها، ولتقدير مواطن القوة والضعف في البرامج الصحية الوطنية، ولتقييم المنافع الصحية والاجتماعية والاقتصادية التي تحققها البحوث.

وتدور المجموعة الثانية من الأسئلة حول كيفية قياس التقدُّم المحرَّز نحو بلوغ التغطية الشاملة في كل بيئةٍ ولكل مجموعةٍ سكانيةٍ، سواء من حيث الخدمات اللازم توفيرها أو المؤشرات والبيانات التي تقيس مستوى التغطية بهذه الخدمات. ويمكن الإجابة على هذه المجموعة من الأسئلة بقياس الفجوة بين مستوى التغطية الحالية بالخدمات ومستوى التغطية الشاملة. أمَّا التحدي المائل أمام البحوث فهو رَأب تلك الفجوة.

وهناك العديد من المؤشرات والأهداف ومصادر البيانات المستخدمة بالفعل لقياس مستوى التغطية بتدخلات صحية محددة. إذ تتبَّع القياسات المستخدمة لرصد التقدُّم المحرَّز نحو بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية، على سبيل المثال، مدى إتاحة العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، وعدد الولادات التي تتم تحت إشراف عاملين صحيين مَهرة، ومستوى التغطية بالتمنيع. بيِّد أن قياس جوانب أخرى من التغطية يتطلب مزيداً من التطوير، ومن أمثلة ذلك التدخلات الرامية إلى الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، أو تتبَّع مستوى التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة.

وعادةً ما يتعدَّر قياس مستوى التغطية بمئات التدخلات والخدمات التي تشكِّل أي نظام صحي وطني. ولكن من الممكن اختيار مجموعةٍ فرعيةٍ من الخدمات، وما يتصل بها من مؤشرات، بحيث تكون ممثلةً للكمية الإجمالية للخدمات والمستوى الكلي لوجودتها والإنصاف في توزيعها وتمويلها. وبهذا يكون التعريف العملي للتغطية الصحية الشاملة هو وصول جميع الأشخاص المؤهَّلين إلى الخدمات التي يحتاجون إليها. ويُعدُّ اختيار الخدمات الصحية الأساسية التي ينبغي رصدها، وانتقاء مجموعةٍ من المؤشرات لتتبَّع التقدم المحرَّز نحو تحقيق التغطية الشاملة، مهمةً بحثيةً تقع على عاتق البرامج الصحية في كل بلد. وعادةً ما تنبثق عن عمليات التقصي هذه مجموعة من المؤشرات المشتركة يمكن استخدامها لقياس ومقارنة مستويات التقدم المحرَّز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة في جميع البلدان.

ولا يستهدف هذا التقرير، في ظل تركيزه على البحوث، قياس الفجوة بين مستوى التغطية الحالية بالخدمات الصحية ومستوى التغطية الشاملة بشكلٍ قاطع، وإنما تحديد الأسئلة التي تطرأ أثناء سعيها إلى تحقيق التغطية الشاملة ثم مناقشة كيفية الإجابة عليها.

## هل ينبغي أن تملك جميع البلدان القدرات اللازمة لإجراء البحوث؟

على الرغم من إمكانية تطبيق نتائج بعض الدراسات البحثية على نطاقٍ واسعٍ إلا أن الكثير من الأسئلة المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة تحتاج إلى أجاباتٍ محليةٍ. ولذلك ينبغي أن تكون جميع البلدان منتجةً للبحوث لا مستهلكةً لها فحسب. قدم **الفصل الثاني** بياناتٍ وفيرةً توضح أن معظم البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل تملك الآن، على أقل تقدير، الأسس التي تبني عليها نظاماً فعالاً للبحوث الصحية الوطنية، في حين أن بعض البلدان تملك أكثر بكثير من مجرد الأسس، بل تزخر بمجتمعاتٍ بحثيةٍ مزدهرةٍ تشهد نمواً في عدد العلاقات الدولية بين بلدان الجنوب بعضها البعض وبينها وبين بلدان الشمال. ومن خلال تعزيز هذه النظم تستطيع البلدان الاستفادة على نحوٍ أكثر فعالية من مخزون الأفكار، مستخدمةً في ذلك الطرائق البحثية الرسمية لتحويل هذه الأفكار إلى منتجاتٍ واستراتيجياتٍ تفيد في الارتقاء بمستوى الصحة.

## أي أنواع الدراسات البحثية أوضحت كيفية تحسين التغطية بالخدمات الصحية وكيفية تحسين الصحة؟

من بين الحجج التي يمكن بها تعليل أهمية الاستثمار في البحوث إثبات أن عمليات التقصي العلمي تخرج فعلاً بنتائج يمكن ترجمتها إلى خدماتٍ صحيةٍ سهلة المنال وميسورة التكلفة تعود بالنفع على الصحة. ويقدم **الفصل الثالث** ١٢ مثالاً لدراساتٍ أظهرت كيف يمكن للبحوث أن تضع حلولاً لبعض التساؤلات الرئيسية التي أثرت بالفعل، أو يمكن أن تؤثر، على الحصائل السياسية والصحية.

نطرح هنا ثلاثة أمثلة لدعم هذه الحجة. في المثال الأول أظهرت البيانات المستقاة من استعراض منهجي لمسوحات أسرية أجريت في ٢٢ بلداً أفريقياً أن استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات ارتبط بانخفاضٍ في معدلات الإصابة بعدوى الملاريا وفي معدلات وفيات الأطفال. تؤكد هذه البيّنات على قيمة توسيع نطاق التغطية بالناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات، وإدامة هذه التغطية، في الأماكن التي تتوطنها الملاريا. وفي مجموعةٍ ثانيةٍ من التجارب أُجريت في إثيوبيا وكينيا والسودان وأوغندا ثبتت فعالية استخدام توليفةٍ من ستيبوغلوكونات الصوديوم والباروموميسين في علاج داء الليشمانيات الحشوي. ويستغرق هذا العلاج التولييفي مدةً أقصر من العلاج المفرد بستيبيوغلوكونات الصوديوم، ويقل معه احتمال مقاومة الأدوية. وبناءً على هذه البيّنات أوصت منظمة الصحة العالمية باستخدام هذا الدواء كتوليفةٍ علاجيةٍ من الخط الأول لداء الليشمانيات الحشوي في شرق أفريقيا. وأوضح استعراضٌ منهجيٌّ ثالث للبيّنات المستقاة من عدة بلدانٍ هي البرازيل وكولومبيا وهندوراس وملاويا والمكسيك ونيكاراغوا

أنَّ استخدام نظام التحويلات النقدية المشروطة - وهو نظام يقدم دفعاتٍ ماليةً للناس مقابل استخدامهم للخدمات الصحية - يشجع على استخدام هذه الخدمات ويؤدي إلى تحسُّن مستوى الحاصل الصحية.

ينبغي أن تكون سلسلة النجاحات التي حققتها عمليات التقصي هذه، والأخرى المبيّنة في الفصل الثالث، حافزاً للاستثمار في بحوثٍ أخرى. ولكن ليس بالضرورة أن تثبت جميع عمليات التقصي نجاح الأفكار المقترحة لتحسين الخدمات الصحية، أو فعالية تقديم الخدمات الجديدة في تحسين الصحة. فعند رسم الطريق إلى التغطية الشاملة نجد أن النتائج السلبية للدراسات البحثية لا تقل قيمةً عن النتائج الإيجابية.

## ما الطرائق البحثية المستخدمة للإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة؟

تبيّن الأمثلة الواردة في الفصل الثالث مدى تنوع الأسئلة المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة، وكذلك تنوع الطرائق البحثية التي تُستخدم لتقصّي هذه الأسئلة. وتشمل الطرائق التقييمات الكمية والنوعية، والدراسات الرصدية ودراسات الحالات والشواهد، ودراسات التدخل، والتجارب المعشاة ذات الشواهد، والاستعراضات المنهجية والتحليلات التلوية. ويبيّن هذا التقرير مزايا الحصول على البيّنات من مصادر متعددة، ويستكشف الصلة بين تصميم التجربة وقوتها الاستدلالية، ويسلط الضوء على ضرورة لجوء جميع المنتقِصين إلى الحلول التوفيقية في اختيار تصميم الدراسة (لأن أفضل البيّنات غالباً ما تكون أكثرها تكلفةً، ولكن ليس في جميع الأحوال). ويكشف هذا المسح طبيعة دورة البحوث التي تؤدي فيها الأسئلة إلى إجابات تؤدي بدورها إلى المزيد من الأسئلة. ويبيّن الفصل بعض الطرق التي يمكن بها ربط البحوث بالسياسات والممارسات الصحية.

## ما الإجراءات التي يمكن اتخاذها لتعزيز نظم البحوث الصحية الوطنية؟

من المرجح أن تصل البحوث إلى أعلى مستويات الإنتاجية عندما تُجرى ضمن نظامٍ داعمٍ للبحوث الوطنية. لذا يُعدُّ الفصل الرابع مقدّمةً إلى الوظائف الأساسية لنظم البحوث الصحية الوطنية وهي: تحديد أولويات البحوث، وتطوير القدرات البحثية، وتحديد قواعد ومعايير البحوث وترجمة البيّنات إلى ممارسات.

وقد وُضعت طرائق معيارية لتحديد أولويات البحوث. وينبغي أن تتوسع الحكومات في استخدام هذه الطرائق من أجل تحديد الأولويات الوطنية في جميع جوانب الصحة والوقوف على أفضل السبل لإنفاق الأموال المحدودة المتاحة على البحوث.

وفيما يتعلق بتعزيز القدرات، تقتضي البحوث الفعّالة اتّباع طرائق شفافةٍ وخاضعةٍ للمساءلة لتخصيص الأموال، ووجود مؤسساتٍ وشبكاتٍ بحثيةٍ جيدة التجهيز. بيد أن الأشخاص الذين يجرون البحوث - بفضولهم وخيالهم وحماسهم ومهاراتهم التقنية وخبراتهم واتصالاتهم - هم العنصر الأهم لنجاح أي مشروعٍ بحثيٍّ.

تُستخدم مدونات قواعد الممارسات - التي تمثل حجر الزاوية في أيّ نظامٍ للبحوث - بالفعل في كثيرٍ من البلدان. لذا تتمثل المهمة الأساسية المطلوبة في الفترة المقبلة في التأكد من أنها مدونات شاملة وقابلة للتطبيق في جميع البلدان، وكذلك تشجيع الالتزام بها في كل مكان. ويعتمد تحقيق التغطية الصحية الشاملة على إجراء مجموعةٍ متنوعةٍ من البحوث تبدأ بدراسة المسببات وتنتهي بدراسة أداء النظم الصحية. ولكن نظراً لعدم تطبيق الكثير من التدخلات الحالية ذات المردودية على نطاقٍ واسعٍ فهناك حاجة خاصة إلى ردم الفجوة بين المعارف الحالية وما يُتخذ من إجراءات. وتتعلق المجالات البحثية التي تحتاج إلى عنايةٍ خاصةٍ بتنفيذ التكنولوجيات الجديدة والحالية، وعمليات الخدمات الصحية، وتصميم نظم صحية فعالة. وللمساعدة على تجسير الفجوة بين العلم والممارسة ينبغي تعزيز البحوث ليس في المراكز الأكاديمية فحسب وإنما أيضاً في برامج الصحة العمومية، أي في أماكن تطوير الخدمات الصحية وفي أماكن الحصول عليها.

## كيف يمكن دعم بحوث التغطية الصحية الشاملة على الصعيدين الوطني والدولي؟

يقدم الفصل الرابع - استكمالاً لما بدأته تقارير عديدة سابقة - ثلاث آليات لتحفيز وتيسير إجراء بحوث التغطية الصحية الشاملة - وهي آليات الرصد والتنسيق والتمويل. وفي حالة وجود التزام بتبادل البيانات يمكن إنشاء مرادد وطنية وعالمية لرصد الأنشطة البحثية. ويمكن أن تضطلع المرادد بمجموعةٍ متنوعةٍ من الوظائف، منها أن تكون بمثابة مستودعات للبيانات الخاصة بعملية إجراء البحوث فضلاً عن عرض نتائج الدراسات البحثية ونشرها. ومن شأن هذه البيانات أن تساعد على تتبّع التقدم المحرّز نحو بلوغ التغطية الصحية الشاملة في كل بلدٍ على حدة.

ويدعم الرصد الوظيفة الثانية، وهي التنسيق، على مختلف المستويات - سواء من خلال تقاسم المعلومات، أو التحديد المشترك لأولويات البحوث، أو تيسير التعاون بشأن المشاريع البحثية. وفيما يتعلق بالوظيفة الثالثة، وهي التمويل، تزداد فعالية البحوث الصحية وإنتاجيتها عندما يكون هناك دخل مضمون ومنتظم. ويضمن التمويل المستدام عدم انقطاع المشاريع البحثية أو عدم تضررها نتيجة أي نقصٍ مفاجئٍ في الموارد. وقد اقترحت آليات مختلفة لجمع وصرف الأموال اللازمة لدعم البحوث وهي الآن قيد النقاش. وأياً كانت الآلية المعتمّدة ينبغي للجهات المانحة الدولية والحكومات الوطنية قياس التقدم المحرّز على أساس التزاماتها الخاصة بالاستثمار في البحوث الصحية.

## كيف ستدعم بحوث التغطية الصحية الشاملة؟

ألقى الفصل الخامس الضوء على المواضيع الرئيسية لهذا التقرير واقترح مجموعةً من الإجراءات تتيح للأوساط البحثية والحكومات الوطنية والجهات المانحة ومنظمات المجتمع المدني والمنظمات الدولية، بما فيها منظمة الصحة العالمية، دعم البحوث اللازمة لبلوغ هدف التغطية الصحية الشاملة. وعلى الرغم مما أضافه النقاش الدائر حول التغطية الصحية الشاملة من مفرداتٍ إلى قاموس الصحة العمومية في السنوات الأخيرة، إلا أنّ مبدأ «تشجيع وإجراء البحوث في مجال الصحة» لطالما شكّل جزءاً جوهرياً من هدف المنظمة المتمثل في تحقيق «أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه». ويشرح الفصل الخامس بإيجاز كيف أنّ المنظمة تلعب دوراً في إجراء البحوث وفي دعمها أيضاً من خلال استراتيجية المنظمة المعنية بالبحوث من أجل الصحة. ويتمشى هذا التقرير كثيراً مع أهداف استراتيجية المنظمة، وهو ما يعطي حافزاً لإنتاج بحوثٍ على أعلى مستوى من أجل تقديم أكبر قدرٍ من المنافع الصحية لأقصى عددٍ من الناس.



## الفصل ١

---

دور بحوث

التغطية الصحية الشاملة



## الفصل ١

4	النقاط الرئيسية
6	تطوير مفهوم التغطية الصحية الشاملة
11	تقسي الحماية من المخاطر المالية
15	تقسي التغطية بالخدمات الصحية
21	الإنصاف والتغطية الصحية الشاملة
22	التغطية بالخدمات الصحية: الكيف إلى جانب الكم
24	الاستنتاجات: الحاجة إلى بحوث في مجال التغطية الصحية الشاملة

## النقاط الرئيسية

- الغرض من التغطية الصحية الشاملة ضمان حصول الجميع على ما يحتاجون إليه من خدمات صحية - أي خدمات الوقاية والتعزيز والعلاج والتأهيل والرعاية الملطّفة - دون السقوط في براثن الإفلاس أو الفقر، سواء في الحاضر أو المستقبل.
- وقد قُطعت أشواط كبيرة في توفير الخدمات الصحية وكذلك في توفير الحماية من المخاطر المالية منذ عام ٢٠٠٥، وهو العام الذي تعهدت فيه جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية بتحقيق التغطية الصحية الشاملة. ويتجلى هذا الأمر من خلال التقدم الذي أُحرز نحو بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs) المتعلقة بالصحة، وهو ينعكس أيضاً في الانخفاض الواسع النطاق في المبالغ النقدية التي تُدفع نظير استخدام الخدمات الصحية.
- وعلى الرغم من هذا التقدم فإن التغطية بالخدمات الصحية وبالحماية من المخاطر المالية لم ترتق حتى الآن إلى مستوى التغطية الشاملة. إذ كان ما يقرب من نصف جميع المصابين بفيروس الأيدز المؤهلين للحصول على العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لا يزالون محرومين منه في عام ٢٠١١، ويعاني ما يُقدَّر بنحو ١٥٠ مليون شخص من الكوارث المالية كل عام لاضطرارهم إلى سداد تكاليف الخدمات الصحية من أموالهم الخاصة.
- وتختلف الظروف المسببة لاعتلال الصحة، وكذلك القدرات المالية اللازمة لحماية الناس من اعتلال الصحة، من بلد إلى آخر. ونتيجة لذلك ينبغي لكل دولة، في ظل ما تحصل عليه من موارد محدودة، أن تحدد أولوياتها فيما يتعلق بتحسين الصحة والخدمات اللازمة والآليات المناسبة للحماية من المخاطر المالية.
- وتؤدي هذه الملاحظات إلى طرح نوعين من الأسئلة المتعلقة بالبحوث، أولهما وأهمهما هو الأسئلة التي تدور حول تحسين الصحة والرفاه - أي الأسئلة التي تساعدنا على تحديد الخدمات الضرورية، بما فيها الحماية من المخاطر المالية، وعلى اكتشاف سبل توسيع نطاق التغطية بهذه الخدمات، بما في ذلك الحد من الفوارق في التغطية، وعلى بحث تأثيرات تحسين مستوى التغطية على الصحة. وتتمحور المجموعة الثانية من الأسئلة حول القياس - أي قياس ما يلزم من مؤشرات وبيانات لرصد مستويات كل من التغطية بالخدمات والحماية من المخاطر المالية والأثر الصحي. وتتمثل إحدى المهام المفيدة للبحوث في ما تقدمه من مساعدة على تحديد مجموعة من المؤشرات المشتركة لمقارنة التقدم المحرر نحو تحقيق التغطية الشاملة بين جميع البلدان.
- وليس لأي من هاتين المجموعتين من التساؤلات إجابات دائمة، وإن كانت دائرة البحوث تتيح على الدوام فرصاً جديدة لتحسين الصحة - حيث تفرز الأسئلة إجابات تثير مزيداً من الأسئلة. فالأهداف المراد تحقيقها اليوم فيما يخص التغطية الصحية الشاملة سوف تتبدل لا محالة في مستقبل سيرتفع فيه سقف التوقعات.

# 1

## دور بحوث التغطية الصحية الشاملة

الغرض من التغطية الصحية الشاملة ضمان استفادة الجميع من الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون السقوط في براثن الإفلاس أو الفقر. (١) وتتخذ التغطية الصحية الشاملة، بوصفها سليمة حركة «الصحة للجميع» (الإطار ١-١)، نظرةً واسعةً إزاء الخدمات اللازمة للإنسان لينعم بالصحة والرفاه. وتتراوح هذه الخدمات بين الرعاية السريرية التي تُقدّم للمرضى الفرديين والخدمات العمومية التي تحمي صحة جميع السكان، وهي تشمل الخدمات التي تأتي من داخل القطاع الصحي وخارجه. وتمثل الحماية من المخاطر المالية عنصراً من عناصر مجموعة التدابير يهدف إلى توفير الحماية الاجتماعية الشاملة. (١) ومن شأن الحماية من المصاعب المالية الخطيرة في حالة اعتلال الصحة أن تعطي الإنسان راحة البال التي تشكل جزءاً لا يتجزأ من رفاهه.

ويتطلب دعم الهدف المتمثل في التغطية الصحية الشاملة أيضاً التعبير عن الاهتمام بالإنصاف واحترام حق الجميع في الصحة (٨). وتُعدُّ هاتان المسألتان من الاختيارات الشخصية والأخلاقية التي تتعلق بنوع المجتمع الذي يرغب الناس في العيش فيه، بحيث تتعدى التغطية الشاملة الشكليات المتعلقة بالتمويل الصحي والرعاية الصحية العمومية والرعاية السريرية.

وتنظر العديد من الحكومات الوطنية الآن، مع ازدياد فهمها لنطاق التغطية الصحية الشاملة، إلى التقدم نحو هذا الهدف على أنه بمثابة مبدأ توجيهي لتطوير النظم الصحية وللتنمية البشرية بوجه عام. فمن الواضح أن هناك علاقة طردية بين صحة البيئة التي يعيش فيها الإنسان وبين صحته (٩). فالخدمات الوقائية والعلاجية تحمي صحة الإنسان وتحمي دخله (١٠، ١١). ويملك الأطفال الأصحاء قدرة أكبر على التعلم والبالغين الأصحاء قدرة أكبر على المساهمة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

وقد أُطلقَ على السبيل إلى التغطية الصحية الشاملة اسم «التحول الصحي العالمي الثالث»، وذلك بعد التحوّلين الديموغرافي والوبائي (١٢). وتُعدُّ التغطية الشاملة حالياً مطمحاً - ومشروعاً مشتركاً - لجميع الأمم على اختلاف مراحل تطورها. وعلى الرغم من أن الجدول الزمني للعمل وأولوياته يختلفان بالطبع من بلد إلى آخر، إلا أن الهدف الأسمى المتمثل في استفادة الجميع من الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون التعرض لضائقة مالية لا يختلف من مكان إلى آخر.

## الإطار ١-١ من «الصحة للجميع» إلى التغطية الصحية الشاملة

تُشكّل التغطية الصحية الشاملة مطمحاً يعزز مبدأ «التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه»، والذي ينص دستور منظمة الصحة العالمية على أنه «أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية»<sup>(٢)</sup>. ويمثل الوصول إلى أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه واحداً من الأهداف التي كان لها دور في توجيه السياسات الصحية على الصعيدين الوطني والدولي على مدى الـ٦٥ عاماً الفائتة، وقد وجد لنفسه منبراً في برنامج «الصحة للجميع» الذي بدأت منظمة الصحة العالمية تنفيذه في سبعينيات القرن الماضي وورد ذكره في إعلان ألما آتا لعام ١٩٧٨.

ويُعرف إعلان ألما آتا بأنه يهدف إلى تعزيز الرعاية الصحية الأولية كوسيلة لمعالجة المشاكل الصحية الرئيسية في المجتمعات المحلية، وتدعيم الإتاحة العادلة للخدمات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية والملطفة والتأهيلية.

كانت الفكرة القائلة بوجوب إتاحة الخدمات الصحية لجميع من يحتاج إليها جزءاً أساسياً من قرار صدر عن جمعية الصحة العالمية في عام ٢٠٠٥ لحث الدول الأعضاء على «وضع الخطط للتحويل إلى توفير التغطية الشاملة لمواطنيها بحيث تسهم في تلبية احتياجات السكان من الرعاية الصحية وتحسين جودتها، وفي الحد من الفقر، وفي بلوغ الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً»<sup>(٣)</sup>.

وأعيد التأكيد على الدور المحوري للرعاية الأولية في النظم الصحية في التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠١ الذي خصص جميع صفحاته لهذا الموضوع<sup>(٤)</sup>. واستكمل التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٠ هذا التراث من خلال اقتراح أن يؤخذ بعين الاعتبار الهدف المحدد المتمثل في تحقيق التغطية الصحية الشاملة عند إنشاء نظم التمويل الصحي - التي تسعى البلدان باستمرار، على اختلاف مستويات دخلها، إلى تعديلها وتكييفها.

كما أُعيد التأكيد على الهدفين المتمثلين في ضمان إتاحة الخدمات الصحية والحماية من المخاطر المالية في قرار صدر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام ٢٠١٢ يعزز التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية الاجتماعية والتمويل المستدام<sup>(٥)</sup>. ويذهب قرار عام ٢٠١٢ إلى أبعد من ذلك؛ حيث يسلط الضوء على أهمية توفير التغطية الصحية الشاملة لبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية وللتخفيف من حدة الفقر ولتحقيق التنمية المستدامة<sup>(٦)</sup>. ويعترف القرار، كما اعترفت حركة «الصحة للجميع» وإعلان ألما آتا من قبل، بأن التمتع بالصحة لا يعتمد على توافر فرص الحصول على الخدمات الطبية وتوافر المال اللازم لسداد تكاليف هذه الخدمات فحسب، بل يعتمد أيضاً على فهم العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيئية والكوارث الطبيعية والصحة.

تهدف هذه النبذة التاريخية إلى تهيئة المشهد لهذا التقرير. ويتناول التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٣: بحوث التغطية الصحية الشاملة أسئلة حول الوقاية والعلاج، وحول الكيفية التي يمكن أن يسد بها الأفراد والحكومات تكاليف الخدمات، وحول تأثيرها على صحة السكان وصحة الأفراد، وحول سبل تحسين الصحة من خلال التدخلات التي تجرى داخل القطاع الصحي وخارجه - في قطاعات مثل الزراعة والتعليم والشؤون المالية والصناعة والإسكان وغيرها. وعلى الرغم من أن تركيز التغطية الصحية الشاملة ينصب على التدخلات التي يتمثل هدفها الرئيسي في تحسين الصحة، فإن هناك تدخلات في قطاعات أخرى، مثل الزراعة والتعليم والمالية والصناعة والإسكان وغيرها، يمكن أن تعود بفوائد كبيرة.

## تطوير مفهوم التغطية الصحية الشاملة

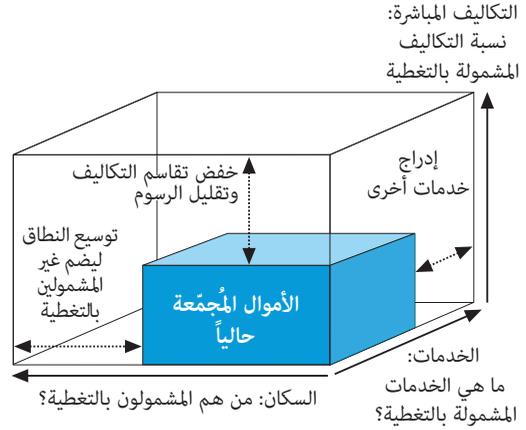
الخدمات - سواء أكان الشخص المستفيد منها أم طرفاً من الأطراف الأخرى الممولة لها (الشكل ١-١) (١، ١٣).

وتشمل الخدمات الصحية نُهجاً للوقاية والتعزيز والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة، ولا بد أن تكون هذه الخدمات كافية لتلبية الاحتياجات الصحية سواء من حيث الكم أو الكيف. ولا بد أيضاً من تحضير هذه الخدمات

طرح التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٠ مفهوم التغطية الصحية الشاملة في ثلاثة محاور هي: الخدمات الصحية المطلوبة، وعدد الأشخاص الذين يحتاجون إليها، والتكاليف التي سيتكبدها من وجب عليه دفع تكاليف

بأسعار معقولة ومن كفاءتها وجودتها (١٤، ١٥). وتختلف الخدمات المطلوبة من مكان إلى آخر نظراً لاختلاف أسباب اعتلال الصحة أيضاً. ومن المحتم أن تتغير مجموعة الخدمات المطلوبة على مر الزمن مع ظهور تكنولوجيات وإجراءات جديدة نتيجة عمليات البحث والابتكار التي تعقب التغيرات في أسباب اعتلال الصحة. وعند تحديد الخدمات المطلوب توفيرها تلعب مؤسسات مثل المعهد الوطني للصحة والتفوق السريري (NICE) في انكلترا وويلز وبرنامج تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية (HITAP) في تايلند (الإطار ١-٢) دوراً حيوياً في تقييم ما إذا كانت التدخلات فعّالة وميسورة التكلفة. يوجد في كل بلدان العالم أشخاص يعجزون عن سداد قيمة الخدمات التي يحتاجون إليها مباشرةً من أموالهم الخاصة، أو ربما يتضررون بشدة من جراء ذلك. وعندما يمرض ذوو الدخل المنخفضة الذين لا يتمتعون بأي حماية من المخاطر المالية فإنهم يواجهون معضلة: هي أنه في حالة وجود خدمة صحية محلية فإنهم قد يقررون اللجوء إلى هذه الخدمة فيزدادون هبوطاً في هاوية الفقر عند سداد تكلفتها، أو قد يقررون عدم استخدام تلك الخدمة فيعجزون عن الخروج من دائرة المرض ويواجهون خطر عدم القدرة على العمل (٢٠). والحل العام لتوسيع نطاق التغطية بالحماية من المخاطر المالية هو تطبيق أشكال مختلفة من الدفع المسبق لقيمة الخدمات. إذ يتيح الدفع المسبق تجميع الأموال بحيث يمكن إعادة توزيعها لتقليل الحواجز المالية التي تعترض سبيل من يحتاجون إلى خدمات لا يستطيعون في الأحوال العادية تحمّل تكلفتها. وبهذه الطريقة تتوزع المخاطر المالية الناجمة عن اعتلال الصحة على جميع المواطنين. ويمكن الحصول على الأموال المدفوعة مسبقاً من الضرائب أو غيرها من الرسوم الحكومية أو التأمين الصحي، وإن كانت هذه الأموال عادةً ما تأتي من مزيج من المصادر (١). ويُعدُّ هذا النوع من الحماية من المخاطر المالية أداةً من أدوات الحماية الاجتماعية التي تنطبق على مجال

## الشكل ١-١ قياس التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة في ثلاثة محاور



المصدر: منظمة الصحة العالمية (١) وبوس وشريوغ وجيريكه (١٣).

لمواجهة الأحداث غير المتوقعة - مثل الكوارث الطبيعية، والحوادث الكيميائية أو النووية، والأوبئة، وهلمَّ جَرّاً. وتتحدد الحاجة إلى توفير الحماية من المخاطر المالية وفقاً لحجم التكاليف التي يتعين على الأفراد أنفسهم سدادها بدفع مبالغ نقدية مباشرة وفورية. وفي حالة تمتع الشخص بالتغطية الشاملة فإنه لا يُطلب منه دفع أية مبالغ من ماله الخاص تتجاوز حداً معيناً من القدرة على تحمل التكاليف - وعادةً ما تكون قيمة هذا الحد صفرًا لأشد الناس فقراً وحرماناً. يمثّل إجمالي حجم الإطار الكبير الموضوع في الشكل ١-١ تكاليف كافة الخدمات المتاحة للجميع عند نقطة زمنية محددة (١). ويمثّل حجم الإطار الصغير الأزرق اللون الخدمات الصحية والتكاليف التي تغطيها الأموال المُجمّعة والمدفوعة مقدماً. والهدف من التغطية الشاملة هو أن يحصل الجميع على ما يحتاجون إليه من خدمات بتكلفة معقولة لا تثقل كاهلهم ولا كاهل الخزينة العامة. ولذلك ينبغي لجميع الحكومات أن تحدد أنواع الخدمات الصحية المطلوبة وأن تحدد كيفية التأكد من إتاحتها للجميع

<sup>١</sup> التكاليف غير المباشرة الناتجة مثلاً عن خسارة الأرباح لا تعتبر جزءاً من الحماية من المخاطر المالية ولكنها جزء من هدف أوسع نطاقاً للحماية الاجتماعية.

## الإطار ٢-١ طريقة تقييم تايلند لتكاليف التدخلات والتكنولوجيات الصحية والفوائد المُتحققة منها

في عام ٢٠٠١ بدأت الحكومة التايلندية تطبيق نظام التغطية الصحية الشاملة بعد أن قررت تمويله من الضرائب العامة. وكان الركود الاقتصادي قد أبرز الحاجة إلى إجراء تقييم دقيق للتكنولوجيات الصحية المؤهلة للحصول على التمويل بهدف الحد من تصاعد التكاليف. وفي ذلك الوقت لم تكن أي مؤسسة لديها القدرات اللازمة لإجراء كم ما طلبته الحكومة من عمليات تقييم التكنولوجيات الصحية (HTAs). ولهذا السبب أنشئ برنامج تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية (HITAP, www.hitap.net) لتقييم تكاليف التكنولوجيات الصحية وفعاليتها ومردوديتها - ولم يقتصر ذلك على الأدوية والإجراءات الطبية وإنما شمل أيضاً التدخلات الاجتماعية والتدابير الصحية العمومية والتغيرات الحاصلة في النظام الصحي نفسه (17، 1٧).

وعلى النقيض من المعهد الوطني للصحة والتفوق السريري (NICE) في انكلترا وويلز، الذي يتخصص في تقييم التدخلات القائمة فقط، يجري برنامج تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية بحثاً أولية، وتشمل الدراسات القائمة على المراقبة والتجارب المعشاة ذات الشواهد، وكذلك استعراضات منهجية وتحليلات وصفية تعتمد على تحليل المؤلفات الثانوية. وغالباً ما تكون مخرجات البرنامج في شكل عروض تقديمية رسمية ومناقشات مع المنتديات التقنية والسياسية ومطبوعات أكاديمية.

ومن أمثلة الأعمال التي قام بها برنامج تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية وضع استراتيجية للكشف عن سرطان عنق الرحم، الذي ينجم عن الإصابة بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) ويُعدُّ أحد الأسباب الرئيسية لحالات المرضة والوفاة بين النساء في تايلند. وعلى الرغم من تطبيق فحص لُطاخة بابانيكولاو (Pap) في جميع المستشفيات منذ أكثر من ٤٠ عاماً فإن نسبة النساء اللواتي خضعن لهذا الفحص بلغت ٥% فقط. وبدأ تطبيق الفحص البصري لعنق الرحم بالعين المجردة باستخدام حمض الخليك (VIA) كبديل لفحص لُطاخة بابانيكولاو في عام ٢٠٠١ لكونه لا يتطلب وجود أخصائيين في علم الخلايا. وفي بداية الدراسة التي أجراها برنامج تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية كان إجراء كل من الفحص البصري باستخدام حمض الخليك وفحص لُطاخة بابانيكولاو متاحاً للنساء بشكلٍ متوازٍ وكانت الشركات المنتجة للقاحات والوكالات الصحية الدولية والمنظمات غير الحكومية تمارس ضغوطاً لتقديم لقاح فيروس الورم الحليمي البشري الجديد (1٨).

وقد كانت الخيارات التي بحثها البرنامج تطبيق فحص لُطاخة بابانيكولاو التقليدي أو الفحص البصري لعنق الرحم باستخدام حمض الخليك أو التطعيمات أو مزيج من فحص بابانيكولاو والفحص البصري لعنق الرحم. وتم احتساب التكاليف على أساس مستويات المشاركة المقدّرة، وتضمنت التكاليف التي يتكبدها مقدم الرعاية الصحية وتكاليف حضور النساء جلسات الفحص وتكاليف علاج بعضهن من سرطان عنق الرحم. وجرى تحليل الفوائد المحتملة باستخدام نموذج قدر عدد النساء اللواتي سوف يتطور لديهن سرطان عنق الرحم في كل سيناريو من تلك السيناريوهات، وتم احتساب تأثير ذلك على سنوات الحياة المعدّلة نوعياً (QALYs) باستخدام البيانات الواردة من مجموعة من المرضى التايلنديين.

وخلّصت الدراسة إلى أن الاستراتيجية الأكثر مردودية هي تقديم الفحص البصري لعنق الرحم للنساء كل خمس سنوات في المرحلة العمرية ما بين ٣٠ و٤٥ عاماً، ثم بعد ذلك فحص لُطاخة بابانيكولاو كل خمس سنوات للنساء في المرحلة العمرية ما بين ٥٠ و٦٠ عاماً. ومن شأن هذه الاستراتيجية أن تحقق زيادةً قدرها ٠,٠١ في سنوات الحياة المعدّلة نوعياً ووفرةً في التكاليف الإجمالية قدرها ٨٠٠ باهت، وذلك عند مقارنة تطبيق هذه الاستراتيجية بعدم القيام بشيء على الإطلاق. أما تطعيم الفتيات في سن الخامسة عشرة بدون فحص فمن شأنه أن يزيد من سنوات الحياة المعدّلة نوعياً بمقدار ٠,٠٦ سنة بتكلفة قدرها ٨٠٠٠ باهت، فيما تقدّر تكاليف وفوائد الفحص البصري لعنق الرحم أو فحص لُطاخة بابانيكولاو وحده بمبلغ يقع بين المبلغين السابق ذكرهما (1٩).

وبدأ في عام ٢٠٠٩ تجريب النهج الذي أوصى به برنامج تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية في عدة مقاطعات، وهو يُطبّق الآن على المستوى الوطني. ويجري حالياً تقييم الأثر الفعلي لتطبيقه.

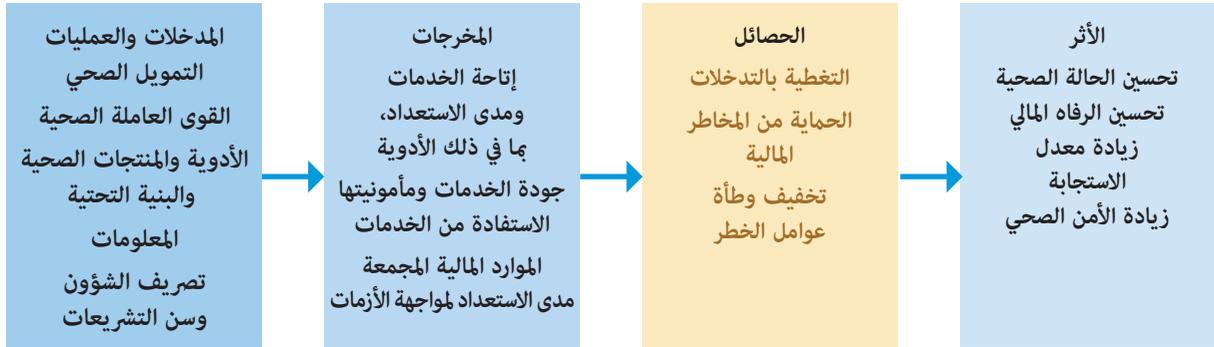
- ويعزو البرنامج ما حققه من نجاح في هذا الصدد إلى عدة عوامل هي:
- قوة البيئة البحثية في تايلند التي تزود البرنامج بالعاملين مثلاً وتدعم استعراض الأقران لتوصياته؛
- إقامة علاقات جامعية مع المعاهد المماثلة في البلدان الأخرى، مثل المعهد الوطني للصحة والتفوق السريري في انكلترا وويلز؛
- التعاون مع الأقران (ينظم البرنامج لقاءات مع سائر المعاهد المتخصصة في تقييم التكنولوجيات الصحية في آسيا، وأنشأ رابطةً مع اليابان وماليزيا وجمهورية كوريا)؛
- شفافية طرائق البحث، كي يتسنى فهم القرارات الصعبة أو التي لا تحظى بشعبية؛
- تطبيق مدونة قواعد السلوك (يلتزم البرنامج بمجموعة من القواعد السلوكية الصارمة التي تمنع مثلاً قبول الهدايا أو الأموال من شركات المستحضرات الصيدلانية)؛
- الحصول على الدعم السياسي من الحكومة، وتعزيزه من خلال فتح الأبواب أمام صناع القرار والتباحث معهم حول الطرائق المتبعة؛
- التمتع بدعم شعبي، بفضل إلقاء المحاضرات في الجامعات ونشر التوصيات لعامة الجمهور؛
- إجراء استعراض خارجي (أصدر البرنامج تكليفاً بإجراء استعراض خارجي لما طبّقه من طرائق وما قام به من أعمال في عام ٢٠٠٩).

تُستثمر الأموال في الأدوية وغيرها من السلع، وكذلك في البنى التحتية، من أجل إنتاج الخدمات التي تحدث أثراً في صحة الإنسان. ويقدم الشكل ١-٢ طريقة من طرق إيضاح هذه السلسلة من الأحداث. فلنأخذ على سبيل المثال الروابط القائمة بين تدخين التبغ والصحة. تتأثر نسبة الأشخاص الذين يدخلون بين مجموع السكان (الخصيلة)، وهو ما يشكل أحد عوامل الخطر المسببة لأمراض الرئة والقلب وغيرها من الأمراض (الأثر)، بمختلف الخدمات والسياسات التي تقي من اعتلال الصحة وتعزز الصحة الجيدة (المُخرجات). ومن بين هذه الخدمات والسياسات تقديم المشورة وجهاً لوجه، وحملات مكافحة التدخين، وحظر التدخين في الأماكن العامة، وفرض الضرائب على منتجات التبغ. وتؤثر التغطية السكانية المُتحققة من هذه التدخلات، التي غالباً ما تُقدّم في شكل مجموعة تدخلات، على عدد المدخنين بين السكان (٢١).

ولكن في واقع الأمر تمتد مشكلة تدخين التبغ وعلاقتها بالصحة إلى أبعد من سلسلة النتائج الموضحة في

الصحة (١٧). وتعمل هذه الأداة جنباً إلى جنب مع آليات الحماية الاجتماعية الأخرى - مثل الآليات الخاصة بإعانات البطالة والمرض، والمعاشات، وبنفقة الأطفال، ومعونة الإسكان، ومشاريع خلق فرص العمل، والتأمين الزراعي وهلمّ جراً - والتي يؤثر العديد منها بشكل غير مباشر على الصحة. وعادةً ما يتعدّد على الحكومات، وخاصة في البلدان المنخفضة الدخل، جمع ما يكفي من أموال عبر نظام الدفع المسبق للقضاء على فائض النفقات التي يدفعها المريض من ماله الخاص، وذلك بالنسبة لجميع الخدمات الصحية التي يحتاج إليها الناس (١). وبالتالي يكمن أحد التحديات في تحديد أفضل السبل لدعم الصحة في حدود الميزانية. وفي هذا السياق يقدم الشكل ١-١ ثلاثة خيارات للإنفاق هي: زيادة نسبة السكان المشمولين بالخدمات الحالية إلى الحد الأقصى، أو تنويع الخدمات الصحية عن طريق تقديم أنواع أخرى من التدخل، أو استخدام الأموال في تقديم تعويضات مالية مما يخفض المدفوعات النقدية للرعاية الصحية.

## الشكل ٢-١ عرض لسلسلة نتائج التغطية الصحية الشاملة، مع التركيز على الحاصلات



مقدار الخدمات وجودتها والإنصاف في إتاحتها

المحددات الاجتماعية

ملاحظة: تعتمد كل واحدة من هذه الحاصلات على المدخلات والعمليات والمخرجات (إلى اليسار) وتُحدِث في نهاية المطاف أثراً في صحة الإنسان (إلى اليمين). ويمكن اعتبار إتاحة الوصول إلى الحماية من المخاطر المالية أحد المخرجات أيضاً. ويجب أن تكون جميع القياسات معبرة ليس فقط عن كمية الخدمات وإنما أيضاً عن جودة الخدمات والإنصاف في إتاحتها (اللوحة العرضية الأولى). ولأن الإنصاف في التغطية يتأثر بعدد من «المحددات الاجتماعية» (اللوحة العرضية الثانية) فمن الأهمية بمكان قياس طائفة العوامل كاملة بداية من المدخلات وانتهاءً بالأثر وفقاً للدخل والمهنة ونوع الإعاقة وما إلى ذلك.

الصحية يتعدى كونه مسألة تقنية. ولتخصيص الأموال العامة لمجال الصحة آثار أخلاقية ومعنوية وسياسية أيضاً. ويمثل النقاش العام، المستند بالبيانات المستمدة من البحوث، الآلية المناسبة لتحقيق توافق حول قضايا مثل تحديد المرضى الذين يستحقون الحصول على الرعاية الصحية المدفوع أجرها من المال العام، والظروف التي في ظلها يحصلون عليها، ومجموعة الخدمات المشمولة فيها. وتضع القرارات الخاصة بهذه المسائل، التي تنطوي على مجموعة متضاربة من الضرورات الأخلاقية والاحتمالات السياسية، قيوداً على تحليل كيفية تحقيق أقصى قدر من التأثير الصحي مقابل الأموال المنفقة. وملخص القول، إن التحدي الأول أمام المضي قدماً نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة هو تحديد الخدمات والسياسات الداعمة اللازمة في أي مكان من الأماكن، بما فيها الحماية من المخاطر المالية، والفئة السكانية التي تحتاج إلى استخدام هذه الخدمات وتكاليف توفيرها. ويقضي ذلك

الشكل ٢-١. فغالباً ما يكون التدخين، مثله مثل العديد من عوامل الخطر الأخرى، أكثر شيوعاً بين الأشخاص الذين نالوا قسطاً متواضعاً من التعليم الرسمي وذوي الدخل المنخفضة. وعادةً ما يكون الأشخاص الذين حصلوا على قسط أكبر من التعليم أكثر وعياً بالخدمات المتاحة وأكثر استعداداً للاستفادة منها عند التماس الرعاية الصحية لعلاج الأمراض المرتبطة بالتدخين. وتعدُّ هذه «المحددات الاجتماعية»، التي تؤثر على الوقاية من الأمراض وعلاجها، أحد الأسباب التي تدعو إلى اتباع نظرة واسعة إزاء البحوث من أجل الصحة؛ حيث أنها تسلط الضوء على قيمة الجمع بين عمليات التقصي المُجرّاة داخل القطاع الصحي وخارجه بهدف تحقيق السياسات الرامية إلى «دمج الصحة في جميع القطاعات» (الإطار ٣-١ والفصل الثاني).

وحتى مع فهم محددات وآثار التغطية بالخدمات نجد أن تحقيق التوازن بين الاستثمارات في مجال الخدمات

سكان العالم) أن المعدل السنوي لتكبُّد النفقات الصحية الكارثية انخفض إلى مستويات قريبة من الصفر في البلدان التي تتمتع بنظم حماية اجتماعية راسخة، فيما وصل إلى ١١٪ في البلدان التي تفتقر إلى هذه النظم. وفي ٣٧ من أصل ٩٢ بلداً شملتها هذه المسوحات تجاوز المعدل السنوي لحدوث النكبات المالية ٢٪، وزاد في ١٥ منها عن ٤٪.

ومن القياسات غير المباشرة لتوفر الحماية من المخاطر المالية (أو غيابها) نسبة المدفوعات من الأموال الخاصة إلى إجمالي الإنفاق الصحي (الجدول الوارد في الإطار ١-٤؛ الشكل ١-٣). ففي ٦٣ بلداً، معظمها من البلدان المنخفضة الدخل التي يحتاج فيها الكثير من الناس إلى الحماية من المخاطر المالية، كان أكثر من ٤٠٪ من الإنفاق الصحي الكلي في صورة مدفوعات مباشرة يسدها المرضى من أموالهم الخاصة. ومن ناحية أخرى كانت المدفوعات المباشرة من الأموال الخاصة في ٦٢ بلداً أخرى لا تتعدى ٢٠٪ من الإنفاق الصحي. وعلى الرغم من أن غالبية هذه البلدان الـ ٦٢ بلدان مرتفعة الدخل إلا أنها تضم الجزائر وبوتان وكوبا وليسوتو وتايلند. وقد أثبتت حكومات هذه البلدان كيف يمكن للبلدان، برغم انخفاض متوسط دخلها، أن تحمي الناس الأشد فقراً من الاضطرار إلى دفع مبالغ مالية طائلة من أجل الحصول على الرعاية الصحية.

وتُستخدم هذه المسوحات أيضاً لتتبع ما أُحرز من تقدّم في مجال الحماية من المخاطر المالية مع مرور الوقت. ففي الفترة ما بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١٠ انخفضت في المتوسط نسبة الإنفاق على الصحة من خلال المدفوعات من الأموال الخاصة في جميع الأقاليم التابعة لمنظمة الصحة العالمية عدا إقليم واحد منها (٤٦). وكان هذا الإقليم هو أفريقيا حيث ظلّ المستوى مستقرّاً. وعلى الرغم من أن ٢٣ بلداً في جميع المناطق وفي جميع مستويات الدخل حققت انخفاضاً قدره ٢٥٪ على الأقل في نسبة الإنفاق الصحي من خلال المدفوعات من الأموال الخاصة، إلا أن ما يُقدَّر بنحو ١٥٠ مليون شخص تعرّضوا لنكبة مالية في عام ٢٠١٠،

فهم أسباب اعتلال الصحة والتدخلات الممكنة لمعالجتها، ومعرفة الفئات التي تتاح لها هذه الخدمات في الوقت الحاضر والأخرى التي لا تتاح لها هذه الخدمات وكذلك حجم الضائقة المالية التي يتعرض لها المرضى بسبب دفع تكاليف الخدمات من أموالهم الخاصة. ولأن الحكومات تمثل شعوبها فعليها أن تحدد سبل الاقتراب أكثر من تحقيق التغطية الشاملة باستخدام موارد مالية محدودة. ويتمثل التحدي الثاني في قياس ما أُحرزَ من تقدم نحو تحقيق التغطية الشاملة، باستخدام مؤشرات صحيحة وبيانات مناسبة. وهذان التحديان متلازمان لا ينفصلان، وتقدم البحوث البيّنات اللازمة لمواجهة كليهما.

ولتسليط الضوء على دور البحوث نورد أدناه شرحاً وافياً لمفهومَي الحماية من المخاطر المالية والتغطية بالخدمات الصحية، ونتطرق إلى مواطن القوة والضعف في طرائق تتبّع التقدم المُحرز في كل مجال منهما.

## تقسي الحماية من المخاطر المالية

من المُلفت للنظر، في وقتٍ ينتشر فيه التقشّف الاقتصادي على نطاقٍ واسع، أنّ حتى البلدان المرتفعة الدخل تكافح من أجل مواصلة تقديم الخدمات الصحية الحالية وللتأكد من إتاحتها بتكلفة ميسورة للجميع (٤١، ٤٢). ولذلك فإن مسألة كيفية توفير الحماية من المخاطر المالية، ومواصلة توفيرها، مسألة ذات أهمية في كل مكان.

ويمكن التعبير عن معدل الوصول إلى الحماية من المخاطر المالية على أنه عدد الأشخاص المسجّلين في نوعٍ من أنواع نظم التأمين أو المشمولين بخدمة صحية تُموّل من الضرائب وتُقدّم مجاناً في موقع استخدامها (٤٣). وفي الواقع غالباً ما يُقاس مستوى الحماية من المخاطر المالية بشكل أكثر دقة وفقاً لما يعاينه الأشخاص غير المشمولين بها من آثار سلبية (الإطار ١-٤). فعلى سبيل المثال توضح البيانات المستمدة من مسوحات شملت ٩٢ بلداً (يقطنها ٨٩٪ من

### الإطار ٣-١ ماذا تعني التغطية الصحية الشاملة والحماية الاجتماعية للمصابين بمرض السل؟

السلُّ مرضٌ من أمراض الفقر يزيد من انزلاق الناس في هاوية الفقر (٢٢). وإدراكاً لهذه الحقيقة تُقدّم خدمات تشخيص وعلاج السلِّ مجاناً للمرضى في معظم البلدان. وتُغطى تكاليف علاج السلِّ، الذي يُقدّم كخدمة عامة، من ميزانيات الرعاية الصحية المحلية وكثيراً ما يُستكمل دفع تلك التكاليف عبر المنح أو القروض الدولية (٢٣). وهذا يساعد على تقليص العوائق المالية التي تحول دون حصول المرضى على العلاج والتزامهم به. وعلى الرغم من ذلك فإن خدمات الصحة العمومية المجانية لا تكون في الغالب مجانية تماماً فداًئماً ما يتكبد المرضى مصروفات أخرى، حيث يدفعون تكاليف الاختبارات الطبية والأدوية ورسوم الاستشارة والنقل، بالإضافة إلى التكاليف غير المباشرة للمرض بسبب الدخل الذي يفقده المريض.

ولذلك غالباً ما تكون التكلفة الإجمالية لعلاج نوبة من نوبات مرض السلِّ عالية بالنسبة للمرضى مقارنةً بدخولهم (٢٤). إذ يتراوح متوسط التكلفة الإجمالية المُقدّرة التي يتكبدها مريض السل في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بين ٢٠٪ و ٤٠٪ من الدخل السنوي للأسرة، فيما تزيد هذه التكلفة في الفئات الأقل حظاً اجتماعياً واقتصادياً (٢٥-٣٢). حيث يصبح المرضى الأكثر فقراً مُثقلين بالديون - وتتراوح نسبتهم بين ٤٠٪ و ٧٠٪ من المرضى وفق ثلاث دراسات أُجريت في قارتي أفريقيا وآسيا (٢٦، ٢٨، ٢٩). ويكون جزء كبير من التكاليف التي يتكبدها المريض في رحلة علاجه من السلِّ خلال مرحلة التشخيص وقبل بدء مرحلة العلاج في إطار برنامج السلِّ المدعوم مالياً. وترتفع التكاليف بوجه خاص عندما يتولى التشخيص والعلاج أطباء خصوصيون، وهم أول من يلجأ إليهم الكثير من المرضى الأشد فقراً للحصول على الرعاية (٢٨، ٢٩، ٣٣، ٣٤). وعادةً ما تتضاعف التكاليف المالية بفعل الآثار الاجتماعية السلبية - مثل تعرُّض المريض للنبت من الأسرة والأصدقاء وللطلاق وللطرد من المدرسة وفقدانه لعمله - التي تصيب النساء أكثر من أي فئة أخرى (٣٥-٣٧).

وقد كانت للبحوث التي أفضت إلى هذه النتائج دور أساسي في توثيق العقبات التي وقفت حائلاً أمام استفادة المرضى من الخدمات الصحية والصعوبات المالية التي واجهت الأسر المتضررة من مرض السلِّ. وساعدت هذه البحوث على تحديد الحالات التي يمكن أن يسهم فيها تحسين الخدمات والتغطية التأمينية الصحية والحماية الاجتماعية في الوقاية من آثار الأمراض التي يمكن أن تؤدي إلى الوفاة أو تسبب نكبات مالية (٣٨).

ولتقدير التكاليف التي يتكبدها المرضى وتحديد العوائق التي تحول دون حصولهم على الخدمات، طوّرت منظمة الصحة العالمية وشركاؤها مجموعة أدوات خضعت مؤخراً للاختبار الميداني من خلال مسوحات أُجريت في عدة بلدان. وبدأت النتائج تُستخدم لإثراء السياسات الوطنية المعنية بتوفير الحماية الاجتماعية للمصابين بمرض السلِّ (٣٩، ٤٠). وبعيداً عن التشخيص والعلاج المجاني، يجب توفير ما يلي حتى يتسنى وضع مجموعة كاملة من تدابير الحماية الاجتماعية:

- **رعاية صحية شاملة**، وتقديمها مجاناً أو بأسعار مدعومة بقوة. إذ قلّما يدخل الناس نظام الرعاية الصحية كمرضى مصابين بالسلِّ ومن ثمّ مؤهلين للحصول على العلاج المجاني، وإنما يدخلون في أغلب الأحيان كمرضى يعانون من اعتلالات في الجهاز التنفسي، وغالباً ما تستغرق رحلة تصحيح التشخيص وبدء العلاج عدة أسابيع أو أشهر. لذا ينبغي خفض ما ينفقه المريض من ماله الخاص إلى أقل حد ممكن في جميع مكونات النظام الصحي (٣٣).
- **نظم محددة للحماية من المخاطر الاجتماعية أو المالية**، لتعويض المرضى عن التأثيرات المالية أو الاجتماعية السلبية الناجمة عن الإصابة بالسلِّ، ومنها على سبيل المثال نظم توزيع قسائم السفر أو الطرود الغذائية أو الحوالات النقدية، وكذلك نظم توفير الدعم النفسي والاجتماعي.
- **تشريعات لحماية العاملين**، بما يضمن عدم فصل المصابين بالسلِّ من أعمالهم بسبب مرض عادةً ما يصبح غير مُعدٍ بعد أسبوعين من تلقي العلاج الصحيح ويتعافى منه تماماً غالبية المرضى.

- تأمين ضد المرض، لتعويض المرضى عن الدخل المفقود خلال فترة المرض.
- صكوك لحماية حقوق الإنسان، للحد من الوصم والتمييز، مع إيلاء عناية خاصة لنوع الجنس والعرق وحماية الفئات الضعيفة الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالسل.
- تُهَج تشمل الحكومة ككل لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة، وسياسات تقوم على مبدأ «دمج الصحة في جميع القطاعات»، من خلال إلقاء نظرة شاملة على العوامل المسببة لأوبئة السل (الفصل الثاني). وتساعد استراتيجيات الحد من الفقر وشبكات الأمان المالي على الوقاية من مرض السل على مستويات عدة. ومن أهم العوامل للوقاية من السل توافر الظروف المعيشية والمهنية الجيدة والتغذية الجيدة. ويدعم التعليم الأساسي التغطية الصحية الشاملة من خلال التمكين من اتخاذ الاختبارات الخاصة بأهماط الحياة الصحية وتنوير القرارات الخاصة بالرعاية الصحية.
- لا يخص أي مما سبق مرض السل دون غيره، بيد أن برامج مكافحة السل هي من بين البرامج التي تتأثر بوجود أو غياب الخدمات والآليات الصحية المتعلقة بالحماية الاجتماعية. وفي حين أن الحلول التي تركز على أمراض معينة يمكن أن تساعد بشكل جزئي ومؤقت فإن للتغطية الصحية الشاملة، بما فيها الحماية الاجتماعية، دور حيوي في مكافحة السل بطريقة مستدامة وفعالة. لذا ينبغي لمقدمي برامج مكافحة الأمراض أن يتأكدوا من أن المرضى الذين تخدمهم البرامج مؤهلون للحصول على دعم من الخدمات الصحية العامة، وأنهم يتلقونه فعلاً، وليسوا مؤهلين فقط للحصول على دعم من برامج مكافحة السل.
- يرتبط السل ارتباطاً وثيقاً بالفقر وضعف الوضع الاجتماعي، وهو أحد الاعتلالات التي يمكن أن تكون بمثابة عنصر تَبْطُعي للتغطية الشاملة. وعلى الرغم من ذلك يجب على البرامج الوطنية لمكافحة السل أن تضيف تدابير الحماية من المخاطر المالية إلى المؤشرات الحالية المتعلقة بالتغطية بالخدمات. وفيما يلي بعض المؤشرات القابلة للقياس:

#### الحصيلة

- فيما يتعلق بالتغطية بالخدمات الصحية: التغطية بخدمات تشخيص وعلاج السل (النسبة المئوية لحالات السل التي حصلت على الرعاية المناسبة، والنسبة المئوية للحالات التي عولجت بنجاح؛ انظر الشكل ١-٥) والإنصاف في التغطية.
- فيما يتعلق بالحماية من المخاطر المالية: فرص الوصول إلى نظم الحماية من المخاطر المالية (النسبة المئوية للمرضى المستفيدين من النظم الحالية) والإنصاف في التغطية.

#### الأثر

- فيما يتعلق بالحماية من المخاطر المالية: التكاليف التي يتكبدها المرضى جراء الإصابة بالسل (النسبة المئوية لهذه التكاليف بما فيها النفقات الكارثية، والبيانات المستمدة من المسوحات، واستخدام الأداة لتقدير التكاليف الواقعة على كاهل المرضى).
- الأثر المشترك للتغطية الشاملة والحماية من المخاطر المالية ومعالجة المحددات الاجتماعية: معدل الإصابة بالسل ومعدل انتشاره ومعدل الوفيات الناجمة عنه (وتستمد هذه المعدلات من بيانات تَرَصُد البرامج وسجلات الأحوال المدنية والمسوحات السكانية).

إحداهما تستخدم مقياساً مباشراً مستمداً من بيانات المسوحات الأولية والأخرى تستخدم مقياساً غير مباشر مستمداً من مجموعتين مختلفتين من المسوحات. وعلى الرغم من اختلاف المؤشرات إلا أن النتائج واحدة. إذ تشير البيانات، كقاعدة عامة، إلى أنه عندما تنخفض المدفوعات

وَرُجَّ بنحو ١٠٠ مليون شخص إلى ما دون خط الفقر (ورد تعريف الفقر في الإطار ١-٤) لاضطرارهم إلى دفع تكاليف الرعاية الصحية من أموالهم الخاصة (٤٦). استُمدَّت هذه النتائج من خلال اتباع طريقتين مختلفتين للتعبير عن مستوى الحماية من المخاطر المالية؛

## الإطار ٤-١ قياس مستوى الحماية من المخاطر المالية

ينبغي أن يعبر قياس مستوى الحماية من المخاطر المالية في الأحوال المثالية عن عدد الأشخاص المسجلين في نوع من أنواع نظم التأمين الصحي وعدد الأشخاص المؤهلين للاستفادة من الخدمات الصحية التي توفرها الحكومة أو القطاع الخاص أو المجتمع المدني والقادرين على تحمّل تكاليفها.

### المؤشرات المباشرة وغير المباشرة للحماية من المخاطر المالية

المؤشرات المباشرة	الشرح
معدل الإنفاق الصحي الكارثي بسبب المدفوعات التي يسدها المرضى من أموالهم الخاصة	عدد الأشخاص أو نسبة السكان في جميع مستويات الدخل الذين ينفقون حصة غير متناسبة من دخلهم سنوياً على الخدمات التي يسدون تكاليفها من أموالهم الخاصة. وتُعرف الكارثة المالية على أنها الحالة التي تحدث عندما تتجاوز النفقات التي يتكبدها الشخص من ماله الخاص ٤٠٪ من صافي الدخل الذي تنفقه أسرته على الاحتياجات الأساسية.
متوسط معدل تجاوز المدفوعات الكارثية	يوضح متوسط المبلغ الذي تدفعه الأسر المتضررة من الإنفاق الكارثي فوق العتبة المتعارف عليها للإنفاق الكارثي على الصحة.
معدل الوقوع في هاوية الفقر بسبب المدفوعات التي يسدها المرضى من أموالهم الخاصة	عدد الأشخاص أو نسبة السكان الذين يُزجُّ بهم إلى ما دون خط الفقر بسبب المدفوعات التي يسدونها من أموالهم الخاصة. ويهبط الإنسان إلى ما دون خط الفقر عندما ينخفض دخله اليومي إلى مستوى أدنى من العتبة المحددة محلياً، والتي تتراوح عادةً من دولار إلى دولارين في اليوم تقريباً. وبالنسبة للأشخاص القريبين من عتبة الفقر، فإن أي مبالغ يدفعونها حتى وإن كانت صغيرة تنزل بهم إلى ما دون تلك العتبة.
حجم فجوة الفقر الناتجة عن المدفوعات التي يسدها المرضى من أموالهم الخاصة	مدى تفاقم حالة الفقر، التي كانت الأسر تعاني منها أصلاً، بسبب المدفوعات التي يسدونها من أموالهم الخاصة.
المؤشرات غير المباشرة	
المدفوعات التي يسدها المرضى من أموالهم الخاصة كحصة من إجمالي الإنفاق الصحي	هناك ارتباط كبير بين هذا المؤشر وحوادث النكبات المالية.
الإنفاق الحكومي على الصحة كحصة من الناتج المحلي الإجمالي <sup>١</sup>	يسلم هذا المؤشر بضرورة تغطية الفقراء في جميع البلدان بالحماية من المخاطر المالية من الإيرادات الحكومية العامة؛ ولكن قلماً يتمتعون جميعاً بالتغطية طالما كانت هذه النسبة أقل من ٥٠٪.

<sup>١</sup> الناتج المحلي الإجمالي. بالدولار الأمريكي.

ومع ذلك هناك بعض الصعوبات في تحديد الأشخاص الذين تشملهم فعلاً الحماية المالية وإلى أي مدى تشملهم هذه الحماية، كما يوضح المثلان التالي ذكرهما. أولاً فإن التأمين الصحي في حد ذاته لا يضمن حمايةً كاملةً من المخاطر المالية، حيث إن العديد من أشكال التأمين لا تغطي سوى مجموعة دنيا من الخدمات، ومن ثم يبقى لزاماً على الأشخاص المؤمن عليهم أن يسدوا أشكالاً مختلفة من المدفوعات من أموالهم الخاصة، منها المدفوعات النقدية غير الرسمية (١). ثانياً قد تكون الخدمات التي تمّولها الحكومة غير كافية. فعلى سبيل المثال قد لا تتوفر هذه الخدمات على مقربة من الأماكن المطلوب وجودها فيها، أو قد يكون هناك عدد قليل جداً من العاملين الصحيين أو قد لا توجد أي أدوية، أو قد يكون هناك تصوّر بأن الخدمات المقدمة غير آمنة. ففي الهند مثلاً يحق للجميع الاستفادة من الخدمات الصحية الحكومية، غير أن معدل المدفوعات المسددة من أموال المرضى الخاصة لا يزال من أعلى المعدلات في العالم (٤٤).

وفي المقابل نجد أنه من الأيسر، ومن الأدق في أغلب الأحيان، قياس الآثار التي تُطال الأشخاص غير المشمولين بالحماية من المخاطر المالية. يصف الجدول الوارد أعلاه أربعة من المؤشرات المباشرة ومؤشرين من المؤشرات غير المباشرة للحماية والتي يمكن قياسها من خلال مسوحات الإنفاق الأسري التي تشمل الإنفاق على الخدمات الصحية، كما هو موضح في النص الرئيسي. والتقنيات المستخدمة لقياس هذه المؤشرات تقنيات راسخة بفضل الاستثمار في البحوث ذات الصلة، والبيانات المستمدة من تلك المسوحات دائماً ما تكون متاحة بسهولة (٤٥). ولتقييم أوجه التفاوت في مجال الحماية من المخاطر المالية يمكن أيضاً قياس هذه المؤشرات على فئات سكانية مختلفة، ويمكن تصنيفها حسب الدخل (أو معدل الإنفاق أو مستوى الثراء) ومكان الإقامة ووضع الهجرة وما إلى ذلك.

ويرد تحديث سنوي للبيانات والمؤشرات التي تقيس مستوى الحماية من المخاطر المالية لجميع البلدان في قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية الخاصة بالإنفاق العالمي على الصحة (٤٤).

وهل تسجل أي من هذه القياسات القيمة المرتبطة براحة البال - أي الشعور بالطمأنينة الذي يتولد بفضل توافر الخدمات الصحية الموثوقة بسهولة وبأسعار معقولة؟ هذه موضوعات تقتضي مزيداً من البحث، وفي بعض الأحيان مزيداً من النقاش العام، حول آليات الحماية من المخاطر المالية وحول طرائق قياس الحماية.

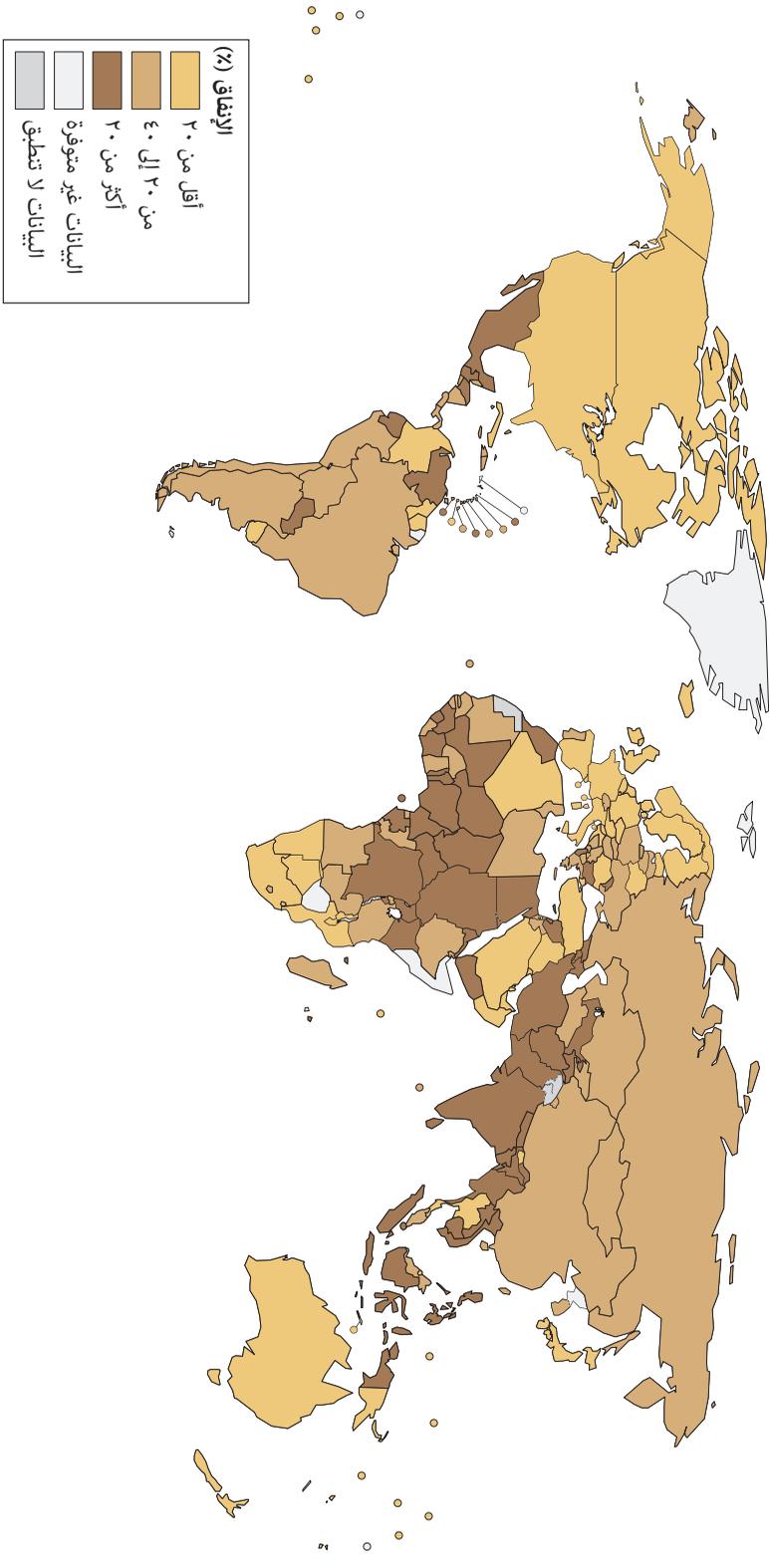
## تقسي التغطية بالخدمات الصحية

وقد ساعد تطوُّر التفكير بشأن التغطية الصحية الشاملة أيضاً على تحسين فهم الوظائف التي ينبغي للنظم الصحية أن تؤديها. ويجب أن تركز هذه الوظائف على الوقاية وكذلك العلاج، وبالتالي أن تضمن توفير ما يلي: (١) إمكانية الحصول على الأدوية والمنتجات الصحية الضرورية؛ (٢) عاملين صحيين مَهرة ومتحمسين يسهل لجميع المشمولين بخدماتهم الوصول إليهم؛ (٣) خدمات متكاملة وعالية الجودة تركز على المرضى وتُقدَّم في جميع مستويات الرعاية الصحية بدءاً بالرعاية الأولية وانتهاءً بالرعاية الثالثية؛ (٤) مجموعة متضافرة من البرامج ذات الأولوية للنهوض بالصحة ومكافحة الأمراض، لتشمل طرائق الوقاية والعلاج،

من الأموال الخاصة إلى نسبة تساوي أو تقل عن ١٥-٢٠٪ من إجمالي الإنفاق الصحي يكون معدل وقوع النكبات المالية ضئيلاً (٤٦، ٤٨).

وفي حين أن هذه المسوحات تقدم رؤى مفيدة في مجال الحماية من المخاطر المالية إلا أنها تثير مزيداً من التساؤلات حول مختلف الآراء التي تعزز الحماية من المخاطر المالية، وحول مصادر البيانات وطرائق القياس. ومن هذه التساؤلات على سبيل المثال: هل ينبغي عند وصف مستوى الحماية من المخاطر المالية في بلدٍ من البلدان إيلاء القدر نفسه من الأهمية لمعدل الإنفاق الكارثي ومعدل الوقوع في هاوية الفقر؟ وأيُّهما أفضل، تحسين مستوى الحماية من المخاطر المالية في المتوسط أم وضع حدٍ أدنى من الحماية لكل فرد؟ وإلى أي مدى يعكس مستوى الحماية من المخاطر المالية الهدف الأوسع المتمثل في تحقيق الحماية الاجتماعية؟ وما الأهداف أو المراحل الرئيسية التي يجب تحديدها لقياس مستوى الحماية من المخاطر المالية إلى حين تحقيق التغطية الشاملة بالكامل؟ وأي الاعتلالات الصحية، التي قد يتكلف علاجها مبالغ طائلة، تقع عادةً خارج نطاق الآليات الوطنية للحماية من المخاطر المالية وبالتالي تؤدي بالأسر إلى هاوية الفقر؟

الشكل ٣-١ النفقات الصحية من أموال المرضى الخاصة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي، ٢٠١٣



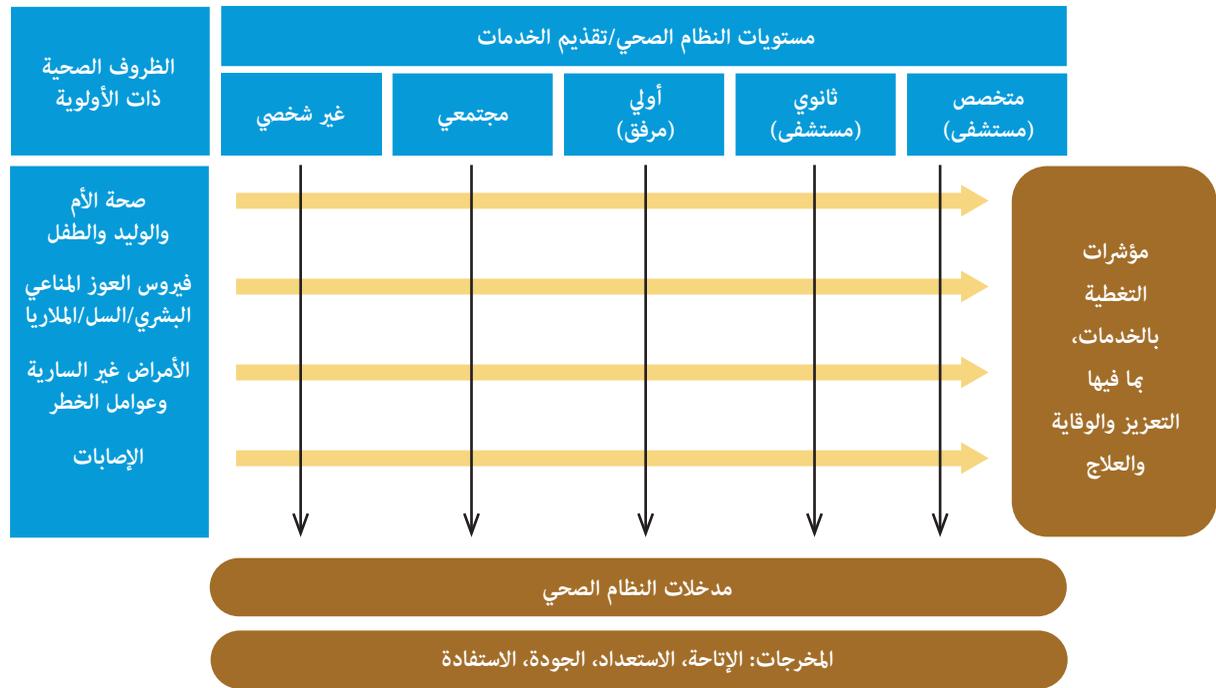
ملاحظة: يستند ذلك إلى البيانات المتاحة للمنظمة في شباط/فبراير ٢٠١٣.

الوقائية (مثل اللقاحات) والخدمات العلاجية (مثل العلاجات الدوائية) على معالجة الأسباب الرئيسية لاعتلال الصحة في الحاضر والمستقبل (ومنها على سبيل المثال الأسباب التي تناولتها الأهداف الرابع والخامس والسادس من الأهداف الإنمائية للألفية، والأمراض غير السارية في البلدان المنخفضة الدخل). وتمثل الأعمدة الواردة في الشكل ٤-١ مختلف المستويات التي تُقدَّم فيها الخدمات: في المجتمع المحلي، وإلى الأفراد في مراكز الرعاية الأولية أو المستشفيات الثانوية أو الثالثة، وإلى جميع السكان (الخدمات غير الشخصية) (٤٩). ويحتل نظام الرعاية الأولية القوي، كما يتضح من موقعه في الشكل ٤-١، مركزاً

ودمجها في النظم الصحية؛ (٥) نظم معلومات تُخرِج بيانات دقيقة وفي الوقت المناسب لاستخدامها في صنع القرارات؛ (٦) نظم للتمويل الصحي تجمع أموالاً كافية لدعم الصحة وتوفر الحماية من المخاطر المالية وتضمن استخدام الأموال بإنصاف وكفاءة.

وإيجازاً لمفهوم التغطية الشاملة يوضح الشكل ١-١ الخدمات الصحية على امتداد محور واحد. ولكن هناك في الواقع مجموعة متنوعة من الخدمات تُقدَّم على مستوياتٍ عدة، اعتماداً على طبيعة الاعتلال الصحي ونوع التدخل. وتمثل العناصر المكوّنة لكل صف من صفوف الشكل ٤-١ الخدمات التي تُعتبر ضرورية. ويجب أن تركز الخدمات

الشكل ٤-١ إطار قياس ورصد التغطية بالخدمات الصحية



ملاحظة: الخدمات الصحية «غير الشخصية» هي الإجراءات التي تنطبق إمّا على المجتمعات المحلية أو على جميع السكان - ومنها على سبيل المثال التثقيف الصحي الشامل أو وضع السياسات أو فرض الضرائب - أو على المكونات غير البشرية للبيئة - مثل تدابير الصحة البيئية. وتُعرّف الخدمات الصحية المجتمعية على أنها الإجراءات الصحية التي يقدمها الفرد أو المجتمع في المجتمع المحلي (من خلال مثلاً العاملين الصحيين المجتمعيين) وليس من خلال المرافق الصحية. وغالباً ما تُعدّ هذه الخدمات جزءاً من خدمة الرعاية الصحية الأولية.

وتبيّن هذه العمليات الرامية إلى تقصي التقدم المحرز نحو بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية، لعدد من التدخلات المختارة، مدى اقترابنا من تحقيق التغطية الشاملة. وينبغي في الأحوال المثالية أن نقيس مستوى التغطية بجميع التدخلات المكوّنة لمنظومة الخدمات الصحية، غير أنه عادةً ما يتعدّد تحقيق هذا الأمر حتى في البلدان المرتفعة الدخل. ففي المكسيك، على سبيل المثال، كانت هناك ٤٧٢ عملية تدخل مشمولة بخمس آليات منفصلة للحماية الصحية في عام ٢٠١٢، وكانت معظمها في إطار برنامج التأمين الصحي المعروف باسم *Seguro Popular* (الفصل الثالث، دراسة الحالة ١١) (٤٣). ومع ذلك من المُجدي أن ننتقي من بين التدخلات والمؤشرات ما نستخدمه كنوع من «العناصر التتبعية» لمُجمل التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الشاملة. ويجب أن تكون التدخلات المنتقاة متاحة بيسر لجميع المؤهلين لتلقيها في إطار التغطية الصحية الشاملة في أي مكان.

أما تحديد ما إذا كانت العناصر التتبعية تمثل واقع الوصول إلى جميع الخدمات الصحية فهو أمر يحتاج إلى تقييم، وهذه مهمة من مهام البحوث. لكن عرض هذه الفكرة يبيّن الإطار ٥-١ كيف أن العناصر التتبعية للتغطية بالخدمات الصحية للأُم والطفل، ومعها قياسات الحماية من المخاطر المالية، تعطي لمحةً عامّةً عن التغطية بالخدمات في الفلبين وأوكرانيا. إذ يتشابه هذان البلدان من حيث مستوى التغطية بالخدمات الصحية، بينما يختلفان في معدل الإنفاق الصحي الكارثي ومعدل الوقوع في هاوية الفقر بسبب المدفوعات التي يسدها المرضى من أموالهم الخاصة.

ومن الوظائف المهمة لهذا النوع من التحليل تحفيز فتح حوارات بشأن السياسات الوطنية تتناول أسباب عدم كفاية التغطية ببعض التدخلات. ففي المقارنة الواردة في الإطار ٥-١، على سبيل المثال، هل من شأن إضافة تدخلات أخرى أن تعطي نتائج مختلفة عن التقدم المحرز في مجال

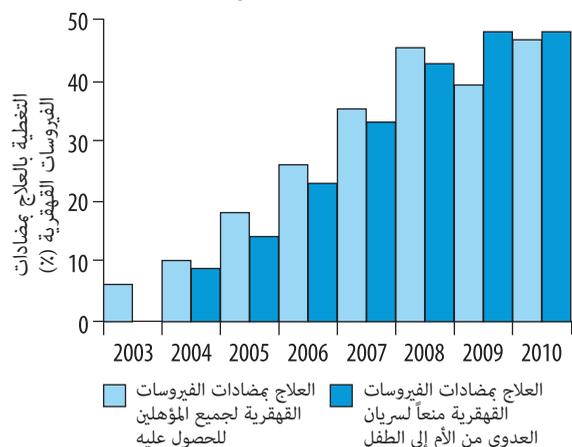
محورياً في أي نظام صحي فعال. (٤) والخدمات «غير الشخصية» عبارة عن الإجراءات التي تنطبق إمّا على المجتمعات المحلية أو على جميع السكان؛ وبمعناها الواسع هي عبارة عن التدابير المتخذة في مجال التعليم والبيئة والصحة العمومية والسياسات في مجموعة من القطاعات ذات التأثير على الصحة.

وقد كانت الأهداف الإنمائية للألفية محركاً قوياً لتحسين الصحة ولقياس ما أُحرزَ من تقدّم نحو تحسين الصحة باستخدام مؤشرات محدّدة بدقة وبيانات مُجمّعة بطرق قياسية ووفقاً لأهداف متفق عليها دولياً (٤٦، ٥٠). وعلى سبيل الإيضاح، يبيّن الشكل ٥-١ بعض الأمثلة على التقدم المُحرز نحو بلوغ الهدف الإنمائي السادس للألفية (وهو «مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه والملاريا والسل وغيرها من الأمراض»). وبالنسبة للأيدز والعدوى بفيروسه، تُعرّف «الإتاحة الشاملة» للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية حالياً بأنها توفير العلاج لما لا يقل عن ٨٠٪ من السكان المؤهلين للحصول عليه. وبحلول عام ٢٠١٠ كان ٤٧٪ من الأشخاص المؤهلين قد تلقوا العلاج. وبذلك لم يكن الهدف قد تحقّق على مستوى العالم، لكنّ البيانات الوطنية تبيّن أنه تحقّق في ١٠ بلدان، منها بلدان ترتفع فيها معدلات انتشار فيروس الأيدز، مثل بوتسوانا وناميبيا ورواندا.

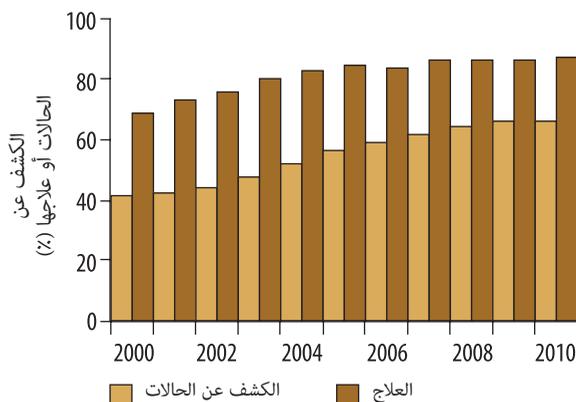
ويتناول الهدف الإنمائي السابع للألفية الاستدامة البيئية. وللمساهمة في تحقيق التغطية الشاملة يسعى هذا الهدف إلى خفض نسبة الأشخاص الذين لا يتاح لهم الوصول إلى مياه الشرب المأمونة ومرافق الإصحاح الأساسية إلى النصف في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٥. وبغضّ النظر عن وجود بعض العيوب المنهجية في القياس، فقد أُتيح لأكثر من ملياري شخص الاستفادة من مصادر مياه الشرب المُحسّنة بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٠، ومنها إمدادات المياه عبر الأنابيب والآبار المحمية. وبذلك تكون هذه الغاية من غايات الهدف الإنمائي السابع قد تحققت بحلول عام ٢٠١٠، وإن كانت معدلات إتاحة إمدادات المياه المُحسّنة عموماً أقل في المناطق الريفية عنها في المناطق الحضرية (٥٠، ٥٥).

## الشكل ٥-١ نحو تحقيق تغطية صحية شاملة: أمثلة على تزايد معدلات التغطية بتدخلات مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا وأمراض المناطق المدارية المهملة

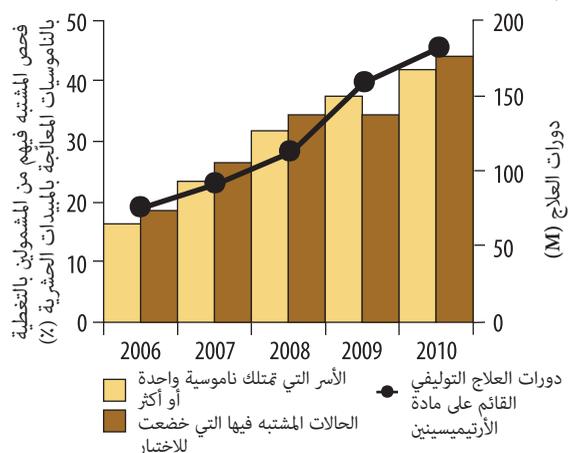
ألف - الأيدز والعدوى بفيروسه: التغطية بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية



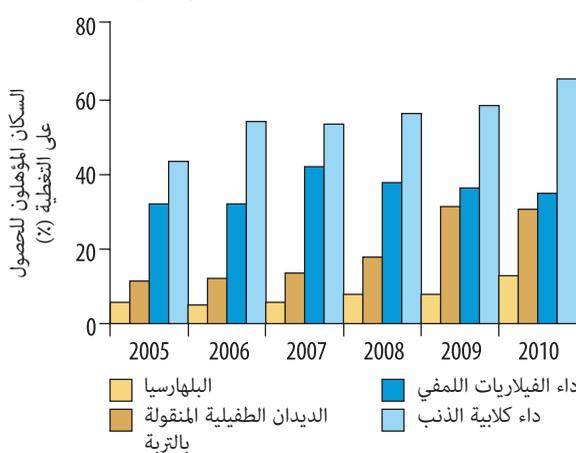
باء - السل: معدلات الكشف عن الحالات وعلاجها



جيم - الملاريا: مكافحة نواقل المرض وتشخيصه وعلاجه



دال - أمراض المناطق المدارية المهملة: العلاج الكيميائي الوقائي



ملاحظة: في الفترة بين عامي ٢٠٠٣ و ٢٠٠٨ كان مقام التغطية العلاجية بمضادات الفيروسات القهقرية هو جميع المصابين بفيروس الأيدز الذين كان تعداد خلايا CD4 لديهم يساوي أو يقل عن ٢٠٠ خلية/ميكروتر، لكنه في عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٠ كان جميع المصابين الذين كان تعداد خلايا CD4 لديهم يساوي أو يقل عن ٣٥٠ خلية/ميكروتر. وهو ما يفسر التراجع الواضح في مستوى التغطية بين عامي ٢٠٠٨ و ٢٠٠٩. وبالنسبة لمنع انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل باستخدام العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، لم يشمل البسط في عام ٢٠١٠ العلاج بدواء نيفيرابين أحادي الجرعة.

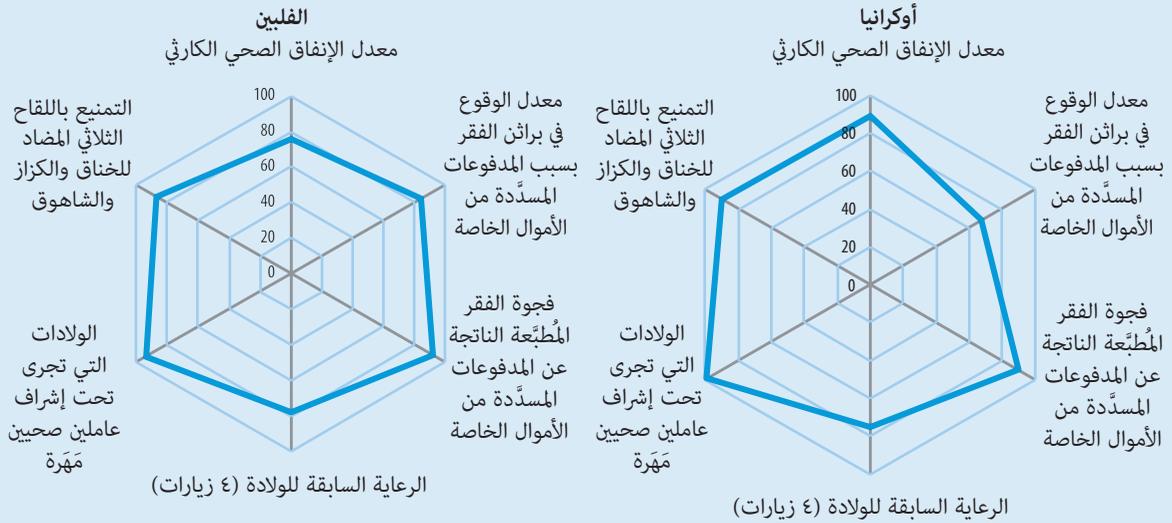
أما بالنسبة للملاريا، فإن البيانات المتعلقة بتغطية الأسر بالناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات والمتعلقة بالحالات المشتبه فيها التي خضعت للاختبار تخص الإقليم الأفريقي التابع لمنظمة الصحة العالمية. أما البيانات المتعلقة بالمعالجة التوليفية القائمة على مادة الأرتيميسينين فهي تخص العالم بأسره. وتفسير التغطية الشاملة هو أنها الوصول بنسبة التغطية بجميع التدخلات إلى ١٠٠٪، والاستثناء الوحيد لذلك هو الأهداف المؤقتة الخاصة بتحقيق ٨٠٪ أو أكثر من التغطية بمضادات الفيروسات القهقرية، و ٩٠٪ أو أكثر كنسبة المرضى الذين شفوا من السل، وأهداف التغطية المتغيرة لأمراض المناطق المدارية المهملة (NTDs) (٢٣، ٥٣-٥١).

تم استنساخها بإذن من الناشر داي، ومن آخرين. (٥٤).

## الإطار ٥-١ قياس التغطية بالخدمات الصحية

لا يتسنى عادةً قياس جميع جوانب التغطية بالخدمات حتى في البلدان المرتفعة الدخل، ولكن من المُجدي تحديد مجموعة من الظروف المناسبة لاستخدام «العناصر التتبعية»، وما يتصل بها من مؤشرات وأهداف خاصة بالتدخلات، لتتبع ما يُحرز من تقدم نحو تحقيق التغطية الشاملة. أما عملية اختيار الظروف المناسبة لاستخدام العناصر التتبعية وما يتصل بها من مؤشرات وبيانات، والعمل على إثبات أن هذه القياسات سليمة وقوية، فهذا موضوع يقتضي مزيداً من البحث (٥٧).

### استخدام العناصر التتبعية لاقتفاء أثر التقدم المُحرز نحو تحقيق التغطية الشاملة في الفلبين وأوكرانيا



كمثال على ذلك، تقدم ثلاثة عناصر تتبعية للتغطية بالخدمات الصحية للأم والطفل، ومعها ثلاثة قياسات للحماية من المخاطر المالية، لمحةً عامةً عن التغطية بالخدمات في الفلبين وأوكرانيا (انظر الشكل). والمؤشرات الثلاثة الخاصة بالتغطية بالخدمات هي: وجود قابلات ماهرات أثناء الولادة والتمنيع باللقاح الثلاثي المضاد للخنثى والكزاز والشاهوق (DTP 3) وتوفير أربع زيارات صحية للحوامل قبل الولادة (النسبة المئوية). والمؤشرات الثلاثة الخاصة بالحماية من المخاطر المالية هي: وقوع النكبات المالية بسبب المدفوعات المباشرة التي يسدها المرضى من أموالهم الخاصة والوقوع في هاوية الفقر بسبب المدفوعات المسددة من الأموال الخاصة واتساع فجوة الفقر بسبب المدفوعات المسددة من الأموال الخاصة. وبالنسبة لمؤشر الوقوع في هاوية الفقر، قُدِّرت أسوأ حصة ممكنة بنحو ٥٠٪، وهي أعلى نسبة سُجِّلت للوقوع في هاوية الفقر بسبب المدفوعات من الأموال الخاصة بين جميع البلدان. وفي الشكل الموضح يظهر تحقيق التغطية بالخدمات والحماية من المخاطر المالية بنسبة ١٠٠٪ عند الحافة الخارجية لمخطط الرادار، وبالتالي يمثل المصلح المُطلَّل بالكامل التغطية الشاملة. بيد أن الحماية من المخاطر المالية تُقاس حسب الآثار الناجمة عن غيابها (الإطار ٣-١)، وبالتالي يكون مقياس النسبة المئوية معكوساً بالنسبة لهذه المؤشرات الثلاثة.

وفيما يخص التغطية بالخدمات الصحية، تتشابه الفلبين وأوكرانيا في هذا الجانب، في حين أنهما يختلفان في معدل الإنفاق الصحي الكارثي (فهو أعلى في الفلبين) ومعدل الوقوع في هاوية الفقر (فهو أعلى في أوكرانيا) بسبب المدفوعات التي يسدها المرضى من أموالهم الخاصة. وبناءً على هذه المجموعة المحددة من المؤشرات، تثير هذه الملاحظات تساؤلات حول سبل إحراز مزيد من التقدم في مجال التغطية الشاملة (انظر النص الرئيسي).

ومن الجائز استكمال هذه العناصر التَّبُّعية الستة بعناصر تَبُّعية أخرى. فعلى سبيل المثال توجد مؤشرات قياسية للتقدم المحرز في مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا وبعض الاعتلالات غير السارية (الشكل ١-٥) (٥٧). ومع إضافة المزيد من المؤشرات يقترب المُضَلَّع الموضح في الشكل من شكل الدائرة. وفي الأحوال المثالية تصنّف جميع المؤشرات حسب الشريحة الخمسية للثراء ومكان الإقامة ونوع الإعاقة ونوع الجنس وحسب أي خصائص أخرى مهمة ومميّزة للفئات السكانية.

١٣٠ بلداً تملك قائمة بالأدوية الأساسية، وكانت ٨١٪ من البلدان المنخفضة الدخل قد حدّثت قوائمها في السنوات الخمس السابقة.

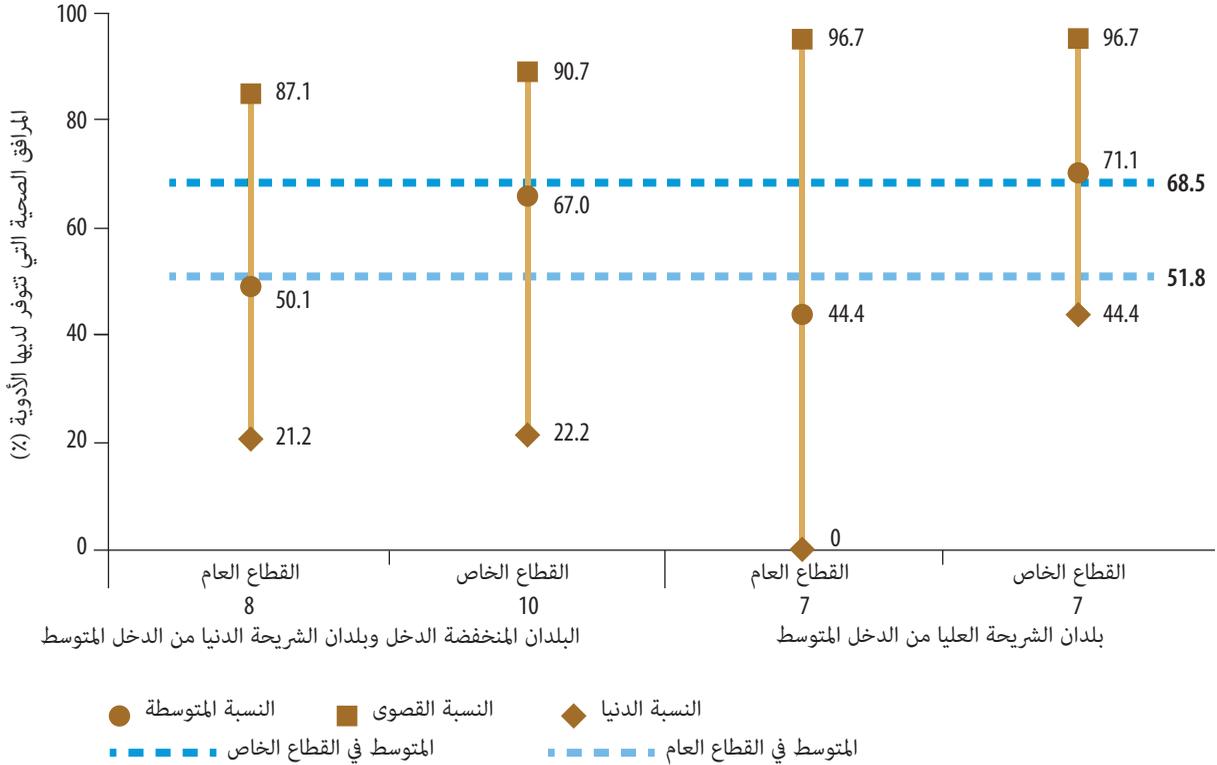
## الإنصاف والتغطية الصحية الشاملة

ينبغي ألا تنحصر مهمة نظم رصد التغطية بالخدمات في تسجيل العدد الإجمالي للأشخاص الذين يتاح لهم الوصول إلى الخدمات والذين لا يتاح لهم ذلك، وإنما ينبغي أن تشمل أيضاً تسجيل بعض التفاصيل الاجتماعية والديموغرافية عنهم. وحين تكون التغطية شاملة حقاً يتاح للجميع فرصة الوصول إلى الخدمات؛ أما التغطية الجزئية فقد تفيد فئات بعينها دون أخرى. ولرصد مستوى الإنصاف في عرض الخدمات الصحية والطلب عليها ينبغي تصنيف المؤشرات حسب الدخل أو مستوى الثراء أو نوع الجنس أو العمر أو نوع الإعاقة أو مكان الإقامة (مثل منطقة ريفية/ حضرية أو محافظة أو مقاطعة) أو وضع الهجرة والأصل العرقي (مثل فئات من السكان الأصليين). فعلى سبيل المثال كان هناك تفاوت في إتاحة فرص الوصول إلى مياه الشرب المأمونة بين المناطق: إذ كان ١٩٪ من سكان المناطق الريفية لا يزالون محرومين من مصادر المياه المحسّنة في عام ٢٠١٠، مقارنةً بـ ٤٪ فقط من سكان المناطق الحضرية (٥٠). ويظهر هذا التحليل الجوانب التي يتعين توجيه المزيد من الجهود إليها من أجل تحسين التغطية.

التغطية الشاملة؟ وهل يمثل مؤشر الإنفاق الكارثي ومؤشر الفقر أوجه للحماية من المخاطر المالية تختلف بين البلدين؟ ويبقى السؤال قائماً: «هل البيانات الأساسية دقيقة؟» وتعتمد التغطية بالخدمات على طريقة تقديم تلك الخدمات. ويمكن تقصي المدخلات إما بالإضافة إلى التدابير المباشرة للتغطية أو بديلاً عنها (الشكل ١-٢). فعلى سبيل المثال تجمع منظمة الصحة العالمية البيانات من المسوحات الخاصة بتقييم توافر الأدوية الأساسية وأسعارها (الشكل ١-٦) (٥٨). وأشارت المسوحات التي أُجريت في الفترة بين عامي ٢٠٠٧ و ٢٠١١ إلى أنّ ١٤ دواءً من الأدوية الأساسية الجنييسة قد توافرت في المتوسط في ٥٢٪ من المرافق الصحية العمومية وفي ٦٩٪ من المرافق الصحية الخاصة. وكان هناك اختلاف طفيف في المتوسطات بين بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط وبلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط، فيما ظهرت اختلافات كبيرة بين البلدان داخل كل فئة. فقد تراوحت نسبة توافر الأنواع الـ ١٤ من الأدوية الجنييسة بين بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط من صفر في ولاية ريو غراندي دو سول بالبرازيل إلى ٩٧٪ في جمهورية إيران الإسلامية.

ومن مزايا رصد الأدوية الأساسية، كوسيلة لتتبع التغطية بالخدمات، أنّ معدل توافر البيانات القابلة للمقارنة أخذ في الازدياد، وأنّ جودة هذه البيانات، التي تُجمَع من خلال تقييمات المرافق الصحية المنتظمة، أخذت هي الأخرى في التحسن. وبحلول عام ٢٠٠٧ كانت أكثر من

**الشكل ٦-١** توافر المجموعة المختارة من الأدوية الجنيسة في المرافق الصحية العمومية والخاصة في الفترة ٢٠٠٧-٢٠١١



تم استنساخها ب إذنٍ من الناشر، من الأمم المتحدة (٥٨).

البلدان التي تحرز أكبر قدر من التقدم في مجال صحة الأم والطفل هي التي تنجح في تضييق الفجوة بين الشريحتين الخمسية الأشد فقراً والأكثر ثراءً. (٥٩، ٦٠). وهذه صورة من صور «العالمية التقدمية» التي يجني فيها الأشخاص الأشد فقراً على الأقل قدر ما يجنيه الأشخاص الأكثر ثراءً في مسيرة تحقيق التغطية الشاملة (٦١).

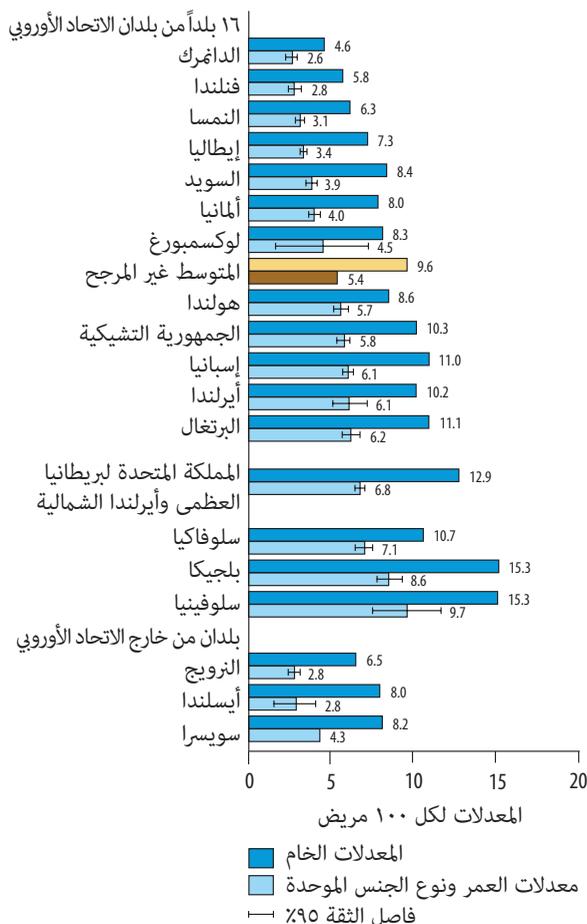
## التغطية بالخدمات الصحية: الكيف إلى جانب الكم

ليس المهم كمية الخدمات الصحية المقدّمة فحسب وإنما أيضاً جودتها. وقد وضعت منظمة التعاون الاقتصادي

ويوضح الشكل ٧-١ مثلاً آخر على التوزيع غير المتساوي للخدمات يتعلق بالخدمات الخاصة بصحة الأم والوليد والطفل. والقياس الموجز للتغطية بالخدمات يشمل خدمات تنظيم الأسرة ورعاية الأمهات والولدان وتمنيع الأطفال وعلاج أمراض الطفولة. وقد اختلف متوسط التغطية في ٤٦ بلداً من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل حسب الشريحة الخمسية للثراء كما كان متوقعاً، ولكن ظهر اختلاف كبير أيضاً في كل شريحة من الشرائح الخمسية. ولتحقيق التغطية الصحية الشاملة من الضروري رأب الفجوة بين الفئتين الأشد فقراً والأكثر ثراءً، سواء ضمن الشرائح الخمسية أو فيما بينها، ورفع مستويات التغطية في جميع الشرائح الخمسية. فالقاعدة العامة أن

### الشكل ٨-١ معدلات الإماتة بعد الإصابة بسكتة

دماغية خلال ٣٠ يوماً من دخول  
المستشفيات في بلدان منظمة التعاون  
الاقتصادي والتنمية التي تتوفر عنها بيانات

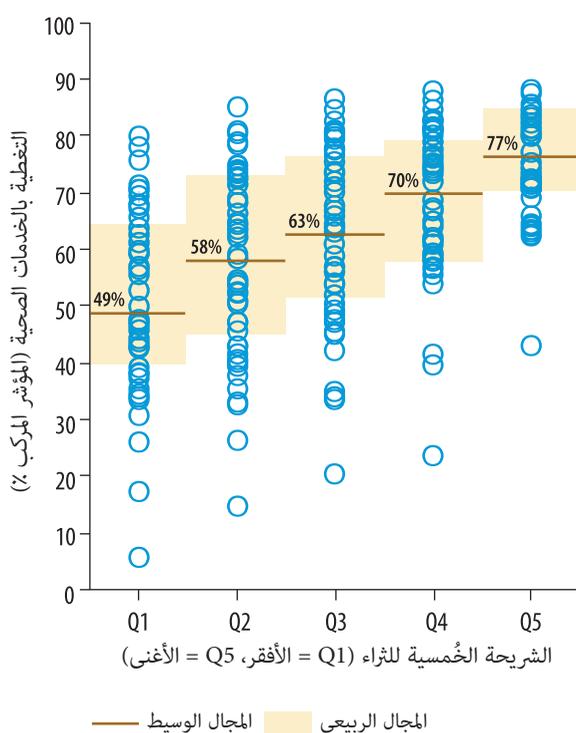


ملاحظة: المعدلات موحدة حسب العمر ونوع الجنس لجميع سكان بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية لعام ٢٠٠٥ البالغين من العمر ٤٥ عاماً فما فوق. تم استنساخها بإذن من الناشر، من منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (٢٥).

الذين يموتون خلال ٣٠ يوماً من دخولهم المستشفى (الشكل ٨-١) (٢٥). وكما هو الحال مع العديد من القياسات الخاصة بالكمية، غالباً ما يتعدّر إجراء مقارنة دقيقة للإحصاءات الوطنية المتعلقة بجودة الرعاية الصحية. وفي هذه الحالة يفضّل احتساب معدلات الإماتة على أساس

### الشكل ٧-١ قياس موجز للتغطية بالخدمات

في مجال صحة الأم والطفل، وتجنلي  
أوجه الإجحاف في الفوارق بين الشرائح  
الخُمسية للثراء



المصدر: المسوحات الديموغرافية والصحية أو المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات التي أُجريت في ٤٦ بلداً من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل.

والتنمية (OECD)، بعد أن عكفت لسنوات على إجراء البحوث حول جودة الرعاية الصحية، قياسات لجودة بعض التدخلات المختارة، تحديداً لمرض السرطان والصحة النفسية، وجوانب الوقاية وتعزيز الصحة، وسلامة المرضى والتجارب التي مروا بها (١٥، ٦٢-٦٤).

يوضح الشكل ٨-١ جانباً من جوانب جودة الرعاية الصحية، ألا وهو خطر الوفاة في المستشفيات بعد الإصابة بسكتة دماغية. ويقاس هذا الخطر على أنه نسبة الأشخاص

وفي هذا الفصل حددنا مجموعتين من الأسئلة المتعلقة بالبحوث، تتعلق أولاهما وأهمهما باختيار الخدمات الصحية اللازمة وتحسين التغطية بهذه الخدمات وبالحماية من المخاطر المالية وتقييم الكيفية التي تؤدي بها زيادة التغطية إلى تحسين الصحة والرفاه. وتتعلق المجموعة الثانية من الأسئلة بقياس المؤشرات والبيانات اللازمة لرصد التغطية والحماية من المخاطر المالية والفوائد العائدة على الصحة.

وينبغي أن يعتمد تحديد الخدمات الصحية الضرورية والأشخاص الذين يحتاجون إليها على أسباب اعتلال الصحة وتكنولوجيات وأدوات التدخل والتكاليف المتكبدة. إذ تختلف الخدمات المطلوبة من حالة إلى أخرى، كما تختلف القدرة على سداد تكاليفها. وتتمثل وظيفة البحوث في تقصي ما إذا كانت النظم الموضوعية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة تنجح حقاً في بلوغ أهدافها. وفي الوقت الراهن تتفاوت البيئات المتعلقة بهذه المسألة. فقد وجدت دراسة أُجريت لمقارنة ٢٢ بلداً من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل أن التدخلات الرامية إلى دعم التغطية الصحية الشاملة عادةً ما تؤدي إلى تحسين فرص الوصول إلى الرعاية الصحية. كما وجدت الدراسة، لكن بنتائج أقل إقناعاً، أنه يمكن أن يكون لهذه التدخلات تأثير إيجابي على الحماية من المخاطر المالية، وفي بعض الحالات قد يكون لها أثر إيجابي على الصحة (٦٨). ومن النتائج الأخرى التي توصل إليها الاستعراض أن تأثيرات التدخلات تختلف باختلاف السياق الذي تنفذ فيه وشكل هذا التنفيذ وعملية التنفيذ نفسها. ونوضح هذا التفاوت بمزيد من التفصيل في الفصل الثالث من هذا التقرير.

ولا غنى عن المجموعة الثانية من الأسئلة الخاصة بالقياس للإجابة على المجموعة الأولى. وبقدر ما تختلف الخدمات الصحية الضرورية من حالة إلى أخرى لابد أن تختلف أيضاً مجموعة المؤشرات اللازمة لقياس مستوى التغطية بتلك الخدمات. ونظراً لاستحالة قياس مستوى

المرضى الفرديين، غير أن بعض قواعد البيانات الوطنية لا تتبّع المرضى داخل المستشفيات وخارجها، أو فيما بين المستشفيات أو حتى داخل المستشفى الواحد، ذلك لأنها لا تستخدم مُعرّفات فريدة للمرضى. لذا تستند البيانات الواردة في الشكل ٨-١ إلى حالات دخول المرضى الفرديين وتقتصر على معدل الوفيات داخل المستشفى الواحد. وهناك اختلافات كبيرة في معدلات الإماتة بين البلدان، وإن كان يمكن إرجاع جزء من هذا الاختلاف إلى بعض الممارسات المحلية مثل إخراج المرضى من المستشفيات، ونقل المرضى إلى مستشفيات أخرى. أما الاستقرار والاتفاق على مؤشرات جودة قابلة للمقارنة دولياً فهذا موضوع آخر من الموضوعات التي تقتضي مزيداً من البحث.

## الاستنتاجات: الحاجة إلى بحوث في مجال التغطية الصحية الشاملة

عندما قطعت جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية على نفسها التزاماً بتحقيق التغطية الصحية الشاملة في عام ٢٠٠٥ فقد خطت بذلك خطوة كبيرة إلى الأمام في مجال الصحة العمومية. وقد كان اتخاذ تلك الخطوة نقطة انطلاق لبرنامج بحثي جديد. ونحن لا نعرف حتى الآن ما هو السبيل لضمان وصول الجميع إلى كافة الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها في جميع الأماكن، ولاتزال هناك العديد من الثغرات في فهم الروابط القائمة بين التغطية بالخدمات وبين الصحة (٦٦، ٦٧)، لكن ما نعرفه أن البحوث هي السبيل لسد تلك الثغرات.

ولا يهدف هذا التقرير، مع تركيزه على البحوث، إلى إجراء قياس نهائي للفجوة بين التغطية الحالية بالخدمات الصحية والتغطية الشاملة، إنما الهدف منه تحديد الأسئلة التي تطرأ أثناء سعينا إلى تحقيق التغطية الشاملة وكذلك مناقشة الكيفية التي يمكن بها الإجابة على هذه الأسئلة حتى يتسنى تسريع وتيرة التقدم المحرر.

تُعتبر التغطية الصحية الشاملة وسيلةً لتحسين الصحة ولتعزيز التنمية البشرية على حدٍ سواء، وهو ما يدرج بحوث التغطية الشاملة في سياق بحوث التنمية الأوسع نطاقاً. وفي هذا السياق تلعب البحوث دوراً ليس في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية فحسب ولكن أيضاً في دعم خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥. فعلى سبيل المثال هناك حاجة إلى مزيد من البحوث لتحسين قدرة النظم الصحية على التكيف أمام التهديدات البيئية مثل تلك التي يشكّلها تغيّر المناخ. ومن التحديات الإضافية والمُكمّلة للتحدي الذي تفرضه زيادة التغطية الصحية الشاملة تطوير بحوث تساعد على تعزيز فهم مدى إسهام السياسات المشتركة بين القطاعات في تحسين الصحة والنهوض بالتنمية.

ولأن عدد ما يمكن طرحه من أسئلة يفوق بكثير عدد ما يمكن الإجابة عليه، فمن الأهمية بمكان تحديد أولويات عمليات التقصي. فإجراء البحوث يحتاج إلى وجود باحثين ذوي مهارة ونزاهة يحصلون على التمويل اللازم للعمل في مؤسسات جيدة التجهيز. وللتأكد من أن البحوث تحقق نتائج تؤدي إلى تحسينات في مجال الصحة لابد أيضاً من وجود آليات لترجمة البيّنات إلى أفعال.

ويرد وصف مستفيض لهذه العناصر المكوّنة لنظام البحوث الناجح في الفصل الرابع. ويسبقه الفصل الثاني في تسليط الضوء على بعض آخر التطورات في مجال البحوث من أجل الصحة على مستوى العالم؛ وهي تضع الأساس لبناء نظم أفضل للبحوث. ويسوق الفصل الثالث عدة أمثلة على كيف أن البحوث تتناول طائفة واسعة من الأسئلة حول التغطية الصحية الشاملة وتقدم حلولاً لتوجيه السياسات والممارسات الصحية. ■

التغطية بجميع الخدمات يمكن اختيار مجموعة من تدخلات العناصر التتبعية، وما يتصل بها من مؤشرات، لتمثل الكمية والجودة الكلية للخدمات الصحية. ويمكن اختيار هذه التدخلات لتوضح بالأمثلة بعض الأنواع الخطيرة من الأمراض أو المشاكل الصحية مثل حالات العدوى الحادة وحالات العدوى المزمنة والأمراض غير السارية. وتتحقق التغطية الشاملة عندما يكون كل تدخل من التدخلات متاحاً لجميع الذين يحتاجون إليه، وعندما تحقق التغطية الشاملة نتائجها المرجوة. وعلى الرغم من أن لكل بلدٍ أولوياته الخاصة لتحسين الصحة إلا أنه من الممكن، من حيث المبدأ، اختيار مجموعة من المؤشرات المشتركة لمقارنة التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الشاملة في جميع البلدان. أما مهمة تحديد هذه المجموعة من المؤشرات فإنها مهمة أخرى تقتضي مزيداً من البحث.

وهناك بالفعل مؤشرات عديدة للتغطية بالخدمات الصحية تم توحيدها والتحقق من صلاحيتها وأصبحت تُستخدم على نطاق واسع. وقد تحسّنت تقنيات القياس بدرجة كبيرة عن طريق تتبّع التقدم المحرز نحو بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية، وخاصةً في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل (٥٠). ولكن بعيداً عن الأهداف الإنمائية للألفية لا يوجد رصيد كبير من الخبرة في رصد الوقاية من الأمراض ومكافحتها في مجالات صحية أخرى، منها مثلاً الأمراض غير السارية والشيخوخة والتأهيل والرعاية الملطّفة (٥٧). وبالمثل فعلى الرغم من أن هناك بعض المؤشرات القياسية لجودة الخدمات الصحية وللإنصاف في إتاحة الخدمات وللحماية من المخاطر المالية، إلا أن المجال لا يزال متسعاً لسقل طرائق جمع وقياس البيانات.

## المراجع

1. *The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010.
2. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization, 2006.
3. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005. Volume 1. Resolutions and decisions*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Document WHA58/2005/REC/1).
4. *The world health report 2008 – primary health care, now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
5. United Nations General Assembly Resolution A/RES/67/81. *Global health and foreign policy*. Sixty-seventh session. Agenda item 123, 2012.
6. Evans DB, Marten R, Etienne C. Universal health coverage is a development issue. *Lancet*, 2012, 380:864-865. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61483-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61483-4) PMID:22959373
7. *World social security report 2010/11. Providing coverage in times of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Office, 2010.
8. Chan M. *Address at the Conference of Ministers of Finance and Health. Achieving value for money and accountability for health outcomes, Tunis, 4 July 2012*. ([http://www.who.int/dg/speeches/2012/tunis\\_20120704](http://www.who.int/dg/speeches/2012/tunis_20120704), accessed 7 March 2013).
9. Haines A et al. From the Earth Summit to Rio+20: integration of health and sustainable development. *Lancet*, 2012, 379:2189-2197. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60779-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60779-X) PMID:22682465
10. Foster A. Poverty and illness in low-income rural areas. *The American Economic Review*, 1994, 84:216-220.
11. Bloom DE, Canning D. The health and wealth of nations. *Science*, 2000, 287:1207-1209. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.287.5456.1207> PMID:10712155
12. Rodin J, de Ferranti D. Universal health coverage: the third global health transition? *Lancet*, 2012, 380:861-862. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61340-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61340-3) PMID:22959371
13. Busse R, Schreyögg J, Gericke C. *Analysing changes in health financing arrangements in high-income countries. A comprehensive framework approach*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
14. Chisholm D, Evans DB. *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010.
15. *Improving value in health care: measuring quality*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.
16. Tantivess S, Teerawattananon Y, Mills A. Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the health intervention and technology assessment program. *PharmacoEconomics*, 2009, 27:931-945. doi: <http://dx.doi.org/10.2165/11314710-000000000-00000> PMID:19888793
17. Hanson K et al. Scaling up health policies and services in low- and middle-income settings. *BMC Health Services Research*, 2010, 10 Suppl 1:11. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-S1-11> PMID:20594366
18. Yothasamut J et al. Scaling up cervical cancer screening in the midst of human papillomavirus vaccination advocacy in Thailand. *BMC Health Services Research*, 2010, 10 Suppl 1:S5. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-S1-S5> PMID:20594371
19. Praditsitthikorn N et al. Economic evaluation of policy options for prevention and control of cervical cancer in Thailand. *PharmacoEconomics*, 2011, 29:781-806. doi: <http://dx.doi.org/10.2165/11586560-000000000-00000> PMID:21838332

20. McIntyre D, et al . What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine*, 2006, 62:858-865. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.001> PMID:16099574
21. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. Geneva, World Health Organization, 2011.
22. Lönnroth K et al. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. *Social Science & Medicine*, 2009, 68:2240-2246. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.041> PMID:19394122
23. *Global tuberculosis report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012. ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report](http://www.who.int/tb/publications/global_report), accessed 24 March 2013).
24. Barter DM et al. Tuberculosis and poverty: the contribution of patient costs in sub-Saharan Africa – a systematic review. *BMC Public Health*, 2012, 12:980. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-980> PMID:23150901
25. *Reaching the poor: challenges for TB programmes in the Western Pacific Region*. Manila, World Health Organization, 2004.
26. Hanson C, Weil D, Floyd K. Tuberculosis in the poverty alleviation agenda. In: Raviglione MC, ed. *Tuberculosis a comprehensive, international approach*, 3rd ed. New York, NY, CRC Press, 2006.
27. Kamolratanakul P et al. Economic impact of tuberculosis at the household level. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, 3:596-602. PMID:10423222
28. Rajeswari R et al. Socio-economic impact of tuberculosis on patients and family in India. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, 3:869-877. PMID:10524583
29. Wyss K, Kilima P, Lorenz N. Costs of tuberculosis for households and health care providers in Dar es Salaam, Tanzania. *Tropical Medicine & International Health*, 2001, 6:60-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-3156.2001.00677.x> PMID:11251897
30. Lönnroth K et al. Social franchising of TB care through private GPs in Myanmar: an assessment of treatment results, access, equity and financial protection. *Health Policy and Planning*, 2007, 22:156-166. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czm007> PMID:17434870
31. Kemp JR et al. Can Malawi's poor afford free tuberculosis services? Patient and household costs associated with tuberculosis diagnosis in Lilongwe. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:580-585. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.06.033167> PMID:17768515
32. Pantoja A et al. Economic evaluation of public-private mix for tuberculosis care and control, India. Part I. Socio-economic profile and costs among tuberculosis patients. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2009, 13:698-704. PMID:19460244
33. Floyd K et al. Cost and cost-effectiveness of PPM-DOTS for tuberculosis control: evidence from India. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84:437-445. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.05.024109> PMID:16799727
34. Uplekar M et al. Tuberculosis patients and practitioners in private clinics in India. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1998, 2:324-329. PMID:9559404
35. Porter JDH, Grange JM, eds. *Tuberculosis: an interdisciplinary perspective*. London, Imperial College Press, 1999.
36. Long NH. *Gender specific epidemiology of tuberculosis in Vietnam*. Stockholm, Karolinska Institutet, 2000.
37. Diwan V, Thorson A, Winkvist A. *Gender and tuberculosis*. Göteborg, Nordic School of Public Health, 1998.
38. Ananthkrishnan R et al. Expenditure pattern for TB treatment among patients registered in an urban government DOTS program in Chennai City, South India. *Tuberculosis Research and Treatment*, 2012, 2012:747924. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/747924> PMID:23213507
39. *Tool to estimate patients' costs*. Geneva, Stop TB Partnership, 2012. ([http://www.stoptb.org/wg/dots\\_expansion/tbandpoverty/spotlight.asp](http://www.stoptb.org/wg/dots_expansion/tbandpoverty/spotlight.asp), accessed 7 March 2013).

40. Mauch V et al. Free TB diagnosis and treatment are not enough - patient cost evidence from three continents. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2013, 17:381-387. doi: <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.12.0368> PMID:23407227
41. Mladovsky P et al. *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012.
42. Scherer P, Devaux M. *The challenge of financing health care in the current crisis. An analysis based on the OECD data*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (OECD Health Working Papers, No. 49).
43. Knaul FM et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*, 2012, 380:1259-1279. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X) PMID:22901864
44. *Global health expenditure database*. Geneva, World Health Organization, 2012. ([apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx](http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx), accessed 7 March 2013).
45. *ADePT: STATA software platform for automated economic analysis*. Washington, DC, The World Bank, 2012. ([web.worldbank.org](http://web.worldbank.org), accessed 24 March 2013).
46. *World health statistics 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012.
47. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs (Project Hope)*, 2007, 26:972-983. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972> PMID:17630440
48. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. Geneva, World Health Organization, 2010 (World Health Report [2010] Background Paper, No 19).
49. *Measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage*. Rockefeller Foundation Center, Bellagio, September 17–21, 2012. UHC Forward, 2012 (<http://uhcforward.org/publications/measurement-trends-and-equity-coverage-health-interventions-context-universal-health-co>, accessed 7 March 2013).
50. *The Millennium Development Goals report 2012*. New York, United Nations, 2012.
51. *Global report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012.
52. *World malaria report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012.
53. *Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. Geneva, World Health Organization, 2013.
54. Dye C et al. WHO and the future of disease control programmes. *Lancet*, 2013, 381:413-418. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61812-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61812-1) PMID:23374479
55. United Nations Secretary General's Advisory Board on Water and Sanitation. *Monitoring and reporting progress of access to water & sanitation. An assessment by UNSGAB*. New York, United Nations, 2008.
56. Scheil-Adlung X, Florence B. Beyond legal coverage: assessing the performance of social health protection. *International Social Security Review*, 2011, 64:21-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-246X.2011.01400.x>
57. Angell SY, Danel I, DeCock KM. Global indicators and targets for noncommunicable diseases. *Science*, 2012, 337:1456-1457. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1228293> PMID:22997310
58. *Millennium Development Goal 8. The global partnership for development: making rhetoric a reality*. New York, United Nations, 2012 (MDG Gap Task Force report 2012).
59. Victora CG et al. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet*, 2012, 380:1149-1156. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61427-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61427-5) PMID:22999433

60. Ruhago GM, Ngalesoni FN, Norheim OF. Addressing inequity to achieve the maternal and child health millennium development goals: looking beyond averages. *BMC Public Health*, 2012, 12:1119. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-1119> PMID:23270489
61. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet*, 2011, 377:2160-2161. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62058-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62058-2) PMID:21084113
62. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1988, 260:1743-1748. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033> PMID:3045356
63. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 2005, 83:691-729. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x> PMID:16279964
64. Davies H. *Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature*. Edinburgh, NHS Quality Improvement Scotland, 2005.
65. *Health at a glance: Europe 2012*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
66. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*, 2012, 380:917-923. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61039-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61039-3) PMID:22959388
67. Acharya A et al. *Impact of national health insurance for the poor and the informal sector in low- and middle-income countries: a systematic review*. London, EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2012.
68. Giedion U, Alfonso EA, Díaz Y. *The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence*. Washington, DC, The World Bank, 2013.



## الفصل ٢

---

تزايد بحوث

التغطية الصحية الشاملة



## الفصل ٢

34	النقاط الرئيسية
40	إبداع في كل مكان
41	تزايد البحوث
48	تفاوت مستويات النمو
53	قيمة البحوث الصحية
55	الاستنتاجات: البناء على الأسس القائمة

## النقاط الرئيسية

- تناول الفصل الأول طرق قياس الفجوة بين التغطية الحالية بالخدمات الصحية والتغطية الشاملة بالخدمات الصحية. وتشكل مسألة تحديد الطريقة المناسبة لسد هذه الفجوة هدفاً للبحث في كل بلد من البلدان. وتمثل بحوث التغطية الصحية الشاملة، مدعومةً بالبحوث الصحية، مجموعة الطرائق والنتائج المستخدمة لإيجاد سبل جديدة لتوفير الرعاية الصحية التي يحتاج إليها الجميع.
- وهناك الكثير من الأفكار الخلاقة عن كيفية تحقيق الرعاية الصحية الشاملة. وتأتي هذه الأفكار من داخل القطاع الصحي وخارجه وسوف تنمو وتزدهر أينما أُتيحت لها الفرصة ولاقَت تشجيعاً على ذلك.
- وتتزايد البحوث الهادفة إلى تحفيز وتسخير الأفكار الجديدة في جميع أنحاء العالم. وعلى الرغم من تفاوت مستويات هذا النمو إلا أن معظم البلدان تمتلك الآن الأسس التي تبني عليها برامج بحثية فعّالة.
- وليس الملفت فقط أن هناك زيادة في أعداد البحوث، بل أيضاً أن البحوث أصبحت تُجرى بطرق أكثر إبداعاً. ومن أمثلة ذلك وجود نمط جديد للتفكير لكسر قالب البحث والتطوير التقليدي، بحيث تُبتكر المزيد من المنتجات من خلال إقامة الشراكات بين الجامعات والحكومات والمنظمات الدولية والقطاع الخاص.
- وعلى الرغم من إمكانية تطبيق نتائج بعض الدراسات البحثية على نطاق واسع إلا أن الكثير من التساؤلات المطروحة حول التغطية الصحية الشاملة تحتاج إلى أجابات محلية. ولذلك ينبغي أن تكون جميع البلدان منتجةً للبحوث لا مستهلكةً لها فقط.
- وفي البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل تتمثل التحديات الرئيسية في تعزيز نُظم البحث وتحديد الأسئلة الرئيسية المتعلقة بالبحوث وإيجاد القدرة على تحويل البحوث إلى تطبيقات عملية.
- وعلى الرغم من تزايد البحوث إلا أن عدداً قليلاً من البلدان هو الذي قيّم بموضوعية مواطني القوة والضعف في برامجها البحثية، وقليلة هي البلدان أيضاً التي قيّمت المنافع الصحية والاجتماعية والاقتصادية التي يمكن أن تحققها البحوث. ولا شك أن جميع البلدان ستستفيد من اتباع نهج منظم لرصد وتقييم الاستثمارات والممارسات والمُخرجات والتطبيقات البحثية.

# 2

## تزايد بحوث التغطية الصحية الشاملة

قدّم الفصل الأول تعريفاً للتغطية الصحية الشاملة ومناقشةً للسبل العملية لقياس التقدم المحرّز نحو بلوغ ذلك الهدف. وقاد النقاش إلى طرح نوعين من الأسئلة المتعلقة بالبحوث، يتعلق أولهما بتحسين الصحة ويشمل أسئلة من قبيل: ما أنواع النُظم والخدمات الصحية المطلوبة وإلى مَنْ ستقدّم؟ وكيف يمكن تقديم هذه الخدمات الصحية الضرورية، وبأي تكلفة؟ وكيف ينبغي للخدمات الصحية أن تتكيّف مع التحولات المتوقّعة في عبء المرض في السنوات المقبلة؟ ويدور النوع الثاني من الأسئلة حول القياس، ومن أمثلة الأسئلة التي يتضمنها: ما أفضل طريقة لقياس مستوى التغطية بالخدمات والحماية من المخاطر المالية في أي مكان؟ وكيف لنا أن نعرف أننا بلغنا التغطية الشاملة؟

وفي سياق هذا التقرير يقدم البحث العلمي مجموعة الأدوات المستخدمة في تحفيز وتسخير الحلول الخلاقة لتلك الأسئلة - بمعنى أنّ البحوث تمدّنا بالتقنيات الرسمية التي تحوّل الأفكار الواعدة إلى طرائق عملية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

ويقدم هذا الفصل لمحةً عامةً عن المشهد المتغير في مجال البحوث. وأولى الملاحظات أنّ الإبداع والخيال والابتكار - وهي عناصر لا غنى عنها لأي ثقافة بحثية - ثلاثة أمور عالمية النطاق. ومن الفرضيات التي يقوم عليها هذا التقرير أنّ الأفكار الجديدة سوف تنمو وتزدهر أينما أُتيحت لها الفرصة ولاقت تشجيعاً على ذلك.

أما الملاحظة الثانية فهي أنّ البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل شهدت نمواً لافتاً في إنتاجية البحوث في العقدين الماضيين، بدأ في أعقاب صدور تقرير لجنة البحوث الصحية من أجل التنمية لعام ١٩٩٠، من بين تقارير أخرى (١). وأضاف ازدياد الاعتراف بما تقدمه البحوث من قيمة للصحة والمجتمع والاقتصاد زخماً إلى هذا الاتجاه التصاعدي. وعلى الرغم من تفاوت مستويات هذا النمو إلا أنّ معظم البلدان تمتلك الآن الأسس التي تبني عليها برامج بحثية فعّالة.

وتفرض عملية إجراء البحوث عدداً من الأسئلة على مستويات عدة، منها على سبيل المثال: ما هي المشكلة الصحية التي ينبغي حلها؟ وعلى طول الطيف الممتد من مسببات الأمراض إلى السياسات الصحية، ما نوع الأسئلة التي تُطرح حول هذه المشكلة؟

واستدلالاتها قوية)، ما هي تصاميم الدراسة التي سوف تُستخدم؟ وبالتوازي مع خط السرد الرئيسي لهذا الفصل، تقدم ثلاثة أطر مرافقة لهذا القسم تعريفاً للمصطلحات وتصنيفاً لأنواع المشاكل التي تتناولها بحوث التغطية الصحية الشاملة ووصفاً للأنشطة الواردة في دورة البحوث (الإطار ١-٢ والإطار ٢-٢ والإطار ٣-٢). والقصد من ذلك هو تقديم طريقة للتفكير في العملية البحثية وتصنيف ما سيرد في صفحات هذا التقرير من أسئلة وإجراءات خاصة بالبحوث.

ولا يأخذ تسلسل الأسئلة المتعلقة بالبحوث شكلاً خطياً وإنما يأخذ شكل تقنيات دورية: حيث تؤدي الأسئلة إلى إجابات ثم إلى المزيد من الأسئلة. ومن أمثلة تلك الأسئلة: أي من مراحل التقييم في دورة البحوث سوف تُتبع - قياس المشكلة أو فهم الخيارات المتاحة من أجل معالجة المشكلة أو حل المشكلة عن طريق المقارنة بين الخيارات أو تنفيذ الحل المفضل أو تقييم الحصيلة؟ وعلى طول المنحدر الممتد من الدراسات القائمة على المراقبة (التي عادةً ما تكون استدلالاتها ضعيفة) إلى التجارب المعشاة ذات الشواهد

### الإطار ١-٢ تعريف المصطلحات البحثية الواردة في هذا التقرير

البحوث هي تطوير المعارف بهدف فهم التحديات الصحية وحشد استجابة محسنة لها (٢، ٣). وتعدّ البحوث مصدراً بالغ الأهمية - ولكنها ليس المصدر الوحيد - للمعلومات المستخدمة في وضع السياسات الصحية. وثمة اعتبارات أخرى - كالقيم الثقافية وحقوق الإنسان والعدالة الاجتماعية وغيرها - تدخل في تقييم أهمية أنواع البيانات المختلفة في عملية صنع القرار (٤، ٥). ولا تشمل البحوث الاختبارات والتحليلات الروتينية للتكنولوجيات والعمليات، كتلك التي تخضع لها برامج الصحة أو مكافحة الأمراض، وعليه فإنها تختلف عن البحوث الخاصة بتطوير تقنيات تحليلية جديدة. كما أنها لا تشمل تطوير مواد التدريس التي لا تجسد بحوثاً أصلية.

البحوث الأساسية هي الأعمال التجريبية أو النظرية التي تُنُفذ في المقام الأول من أجل اكتساب معارف جديدة حول الأسس التي تقوم عليها الظواهر والحقائق الملاحظة، وذلك دون أن يكون لها أي تطبيق أو استخدام معيّن في المستقبل المنظور (٦). البحوث التطبيقية هي عمليات التقييم الأصلية التي تُنُفذ لاكتساب معارف جديدة، وتوجّه في الأساس نحو تحقيق هدف أو غرض عملي محدد (٧).

البحوث التشغيلية أو بحوث التنفيذ تسعى إلى الحصول على المعلومات حول التدخلات أو الاستراتيجيات أو الأدوات بُغية تحسين جودة أو تغطية النظم والخدمات الصحية (٨، ٩). ويمكن أن تصمّم هذه البحوث مثلاً على شكل دراسات قائمة على المراقبة أو دراسات مقطعية أو دراسات للحالات الفردية المقترنة بحالات ضابطة أو دراسات أترابية أو تجارب معشاة ذات شواهد (الإطار ٣-٢).

البحوث الانتقالية، وهي البحوث التي تنقل المعارف المكتسبة من البحوث الأساسية إلى مكان تطبيقها العملي في العيادة والمجتمع، وغالباً ما تتصف بأنها تنقل نتائجها من «المختبرات إلى أسرة المرضى» و«من أسرة المرضى إلى المجتمع». وتجري عملية الانتقال بين أي من المراحل التالية: نقل الاكتشاف الأساسي إلى أحد التطبيقات الصحية المرشحة؛ أو تقييم أهمية أحد التطبيقات بما يؤدي إلى وضع مبادئ توجيهية مسندة بالبيانات؛ أو نقل مجموعة من المبادئ التوجيهية إلى ممارسات صحية عن طريق تقديم البحوث وتعميمها ونشرها؛ أو تقييم الحاصلات الصحية لمجموعة من ممارسات الصحة العمومية (٩). وقد أُطلق على هذا النوع من البحوث أيضاً اسم بحوث التنمية التجريبية، وهو المصطلح المستخدم في الدراسة الواردة في الشكل ٣-٢.

بحوث السياسات والنظم الصحية (HPSR) تسعى إلى فهم وتحسين الطريقة التي تنظم بها المجتمعات نفسها من أجل بلوغ أهدافها الصحية الجماعية، وكذلك الطريقة التي تتعاون بها الجهات الفاعلة المختلفة مع بعضها بعضاً في عمليات رسم

... يتبع

السياسات والتنفيذ لتساهم في حصائل السياسات. وتُعدُّ بحوث السياسات والنظم الصحية مزيجاً من تخصصات متعددة، هي الاقتصاد وعلم الاجتماع وعلم الإنسان والعلوم السياسية والصحة العمومية وعلم الأوبئة، تقدم معاً صورةً شاملةً لطريقة استجابة النظم الصحية للسياسات الصحية وتكيفها معها، ومدى تأثير السياسات الصحية في النظم الصحية ومحددات الصحة الأوسع نطاقاً وتأثيرها هي نفسها بها (١٠).

البحوث من أجل الصحة تغطي نطاقاً من عمليات التقصي أوسع من ذلك الذي تغطيه البحوث الصحية، مما يعكس حقيقة أن الصحة تعتمد أيضاً على إجراءات تُتخذ خارج القطاع الصحي - في قطاعات مثل الزراعة والتعليم والعمل والسياسات المالية والإسكان والخدمات الاجتماعية والتجارة والنقل وغيرها. ومن المتوقع أن تزداد أهمية هذه الرؤية الأوسع للبحوث في مرحلة الانتقال من أهداف الأمم المتحدة الإنمائية للألفية إلى خطة التنمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٥. وكما هو موضح في الإطار ١-١ فإن بحوث التغطية الصحية الشاملة هي أيضاً نوع من أنواع بحوث التنمية.

بحوث التغطية الصحية الشاملة، والتي تُعدُّ جزءاً من جميع البحوث من أجل الصحة، هي مجموعة الأسئلة والطرائق والنتائج التي تُستخدم لإيجاد طرق جديدة لتوفير الرعاية الصحية التي يحتاج إليها الجميع.

الابتكار مصطلح عام يشير إلى تقديم شيء جديد - مثل فكرة أو استراتيجية أو طريقة أو أداة جديدة. ويمكن تقييم الأفكار الجديدة تقييماً موضوعياً عن طريق العملية البحثية.

## الإطار ٢-٢ تصنيف الدراسات البحثية: مثال

إنَّ من المفيد تصنيف كل ما يُطرح من أسئلة خاصة بالبحوث إلى أنواع، بالإضافة إلى تحديد الأنشطة المطلوب إدراجها في دورة البحوث (الإطار ٢-٣). ومن بين التصنيفات التي يمكن استخدامها ذلك التصنيف الذي وضعته مؤسسة التعاون في البحوث السريرية بالمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، ويستند جزئياً إلى التصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية، والذي يغطي الطيف الواسع من البحوث الطبية الحيوية والصحية، بدءاً بالبحوث الأساسية وانتهاءً بالتطبيقية (الإطار ٢-١) وعبر جميع مجالات الصحة والمرض. وتقدم الثمانية أقسام الواردة أدناه شروحاً مدعّمة بالأمثلة للموضوعات المدرجة في كل منها؛ ويمكن الاطلاع على التصنيف الكامل على الرابط: [www.hrcsonline.net](http://www.hrcsonline.net) (١١، ١٢). تُعتبر بعض جوانب القسم الأول، مثل التطور والأداء البيولوجي الطبيعي، بعيدةً عن نطاق بحوث التغطية الشاملة لأنها لا تعالج مباشرةً المشاكل المحددة في مجال الصحة. وقد أُدخل تعديلاً على القسم الثامن هنا للتمييز بين النظم (الهيكل العام) والخدمات (تقديمها في إطار نظام معين)، ويذهب هذا القسم أيضاً إلى ما هو أبعد من البحوث الصحية ليضم المفهوم الأشمل المتمثل في البحوث من أجل الصحة (الإطار ٢-١).

### ١- البحوث الداعمة (البحوث الأساسية أو الأولية)

التطور والأداء البيولوجي الطبيعي؛ والعمليات النفسية والاجتماعية والاقتصادية؛ والعلوم الكيميائية والفيزيائية؛ والمنهجيات والقياسات (بما فيها عبء المرض)؛ والموارد والبُنى التحتية.

### ٢- المسببات (العلاقة السببية)

العوامل البيولوجية والداخلية المنشأ؛ والعوامل المرتبطة بالبيئة المادية؛ والعوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية؛ والترصّد والتوزيع؛ وتصاميم البحوث ومنهجياتها.

... يتبع

### ٣- الوقاية من الأمراض والاعتلالات، وتعزيز الرفاه

تدخلات الوقاية الأولية لتعديل السلوكيات أو تعزيز الرفاه؛ والتدخلات الرامية إلى تغيير المخاطر البيئية الفيزيائية والبيولوجية؛ والتغذية والوقاية الكيميائية؛ واللقاحات.

### ٤- الكشف والفحص والتشخيص

اكتشاف الواسمات والتكنولوجيات وإخضاعها للاختبارات قبل السريرية؛ وتقييم الواسمات وتكنولوجيات التشخيص؛ والفحص السكاني.

### ٥- تطوير العلاجات والتدخلات العلاجية

العلاج بالمستحضرات الصيدلانية والعلاج الخلوي والعلاج الجيني؛ والأجهزة الطبية؛ والتدخل الجراحي؛ والعلاج الإشعاعي؛ والتدخلات النفسية والسلوكية؛ والعلاجات البدنية والتكميلية.

### ٦- تقييم العلاجات والتدخلات العلاجية

العلاج بالمستحضرات الصيدلانية والعلاج الخلوي والعلاج الجيني؛ والأجهزة الطبية؛ والتدخل الجراحي؛ والعلاج الإشعاعي؛ والتدخلات النفسية والسلوكية؛ والعلاجات البدنية والتكميلية.

### ٧- تدبير الأمراض والاعتلالات

احتياجات الأفراد من الرعاية؛ والإدارة واتخاذ القرار؛ والموارد والبُنى التحتية.

### ٨- بحوث السياسات والنظم الصحية

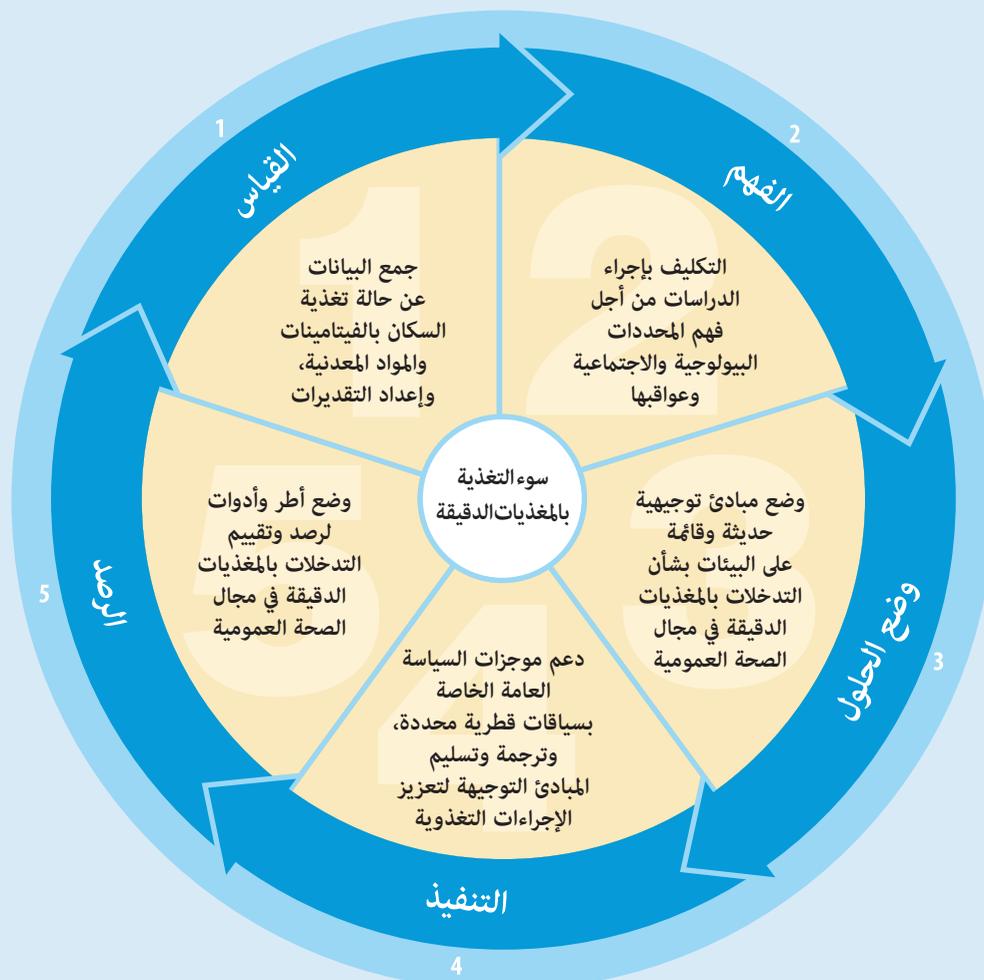
تنظيم الخدمات وتقديمها؛ واقتصاديات الصحة والرفاه؛ وتصريف شؤون السياسات والأخلاقيات والبحوث؛ وتصميم البحوث ومنهجياتها؛ والموارد والبُنى التحتية. إنَّ النُظم والخدمات التي تعود بالنفع على الصحة توجد داخل القطاع الصحي وخارجه (الإطار ١-٢).

لا يوجد اتفاق عام على طرق تصنيف البحوث. فقد يؤكد البعض على أهمية الطرائق المستخدمة وأنواع المسائل المطروحة في تخصصات الاقتصاد وعلم الأوبئة والإحصاء وعلم الاجتماع؛ في حين أن البعض الآخر قد يركز على عناصر دورة البحوث الواردة في الإطار ٣-٢. والسبب في تقديم هذا المثال على وجه التحديد استخدامه أيضاً في تنظيم دراسات الحالة الواردة في الفصل الثالث.

### الإطار ٣-٢ دورة البحوث: أسئلة وأجوبة ومزيد من الأسئلة

وبقدر ما يتوسع هذا التقرير في تعريف التغطية الصحية الشاملة (الفصل الأول) فإنه يتخذ نظرةً شاملةً أيضاً تجاه نطاق البحوث. ويهتم هذا التقرير بأي عملية تقصٍ يحركها هدف تحقيق التغطية الشاملة - بدءاً بعملية الاكتشاف ومروراً بعملية التطوير وانتهاءً بتقديم المنتج - ومن ثمَّ تؤدي إلى تحسين الصحة. وتتضمن عمليات التقصّي الخطوات الخمس المبيّنة في الشكل وهي: قياس حجم المشكلة الصحية؛ وفهم السبب أو الأسباب التي أدت إليها؛ وابتكار الحلول؛ وترجمة البيّنات إلى سياسات وممارسات ومنتجات؛ وتقييم فعالية التدخلات بعد التنفيذ. ولا تأخذ عملية إجراء البحوث شكلاً خطياً وإنما تأخذ شكل تقلابات دورية، حيث تأتي كل إجابة بمجموعة جديدة من الأسئلة. وغالباً ما يُطلق على هذه الدورة البحثية اسم «دورة الابتكار».

نعرض هنا دورة الأنشطة البحثية، المقسّمة إلى خمسة أجزاء، فيما يخص سوء التغذية الناتج عن عوز المغذيات الدقيقة



ملاحظة: ويبدأ البحث بقياس المشكلة وفهمها، وينتقل إلى وضع الحلول، ثم بعد ذلك رصد نجاح التدخلات. وتؤدي عملية الرصد إلى طرح أسئلة جديدة، وبذلك تبدأ دورة جديدة. تم استنساخها بإذن من الناشر، بينا - روزاس وآخرين. (١٣)

وكما هو موضح في استراتيجية منظمة الصحة العالمية للبحوث من أجل الصحة فإن البحوث الجيدة تحتاج إلى بيئة تمكينية، بما فيها من آليات للاتفاق على أولويات البحوث ولتطوير القدرات البحثية (الموظفين والتمويل والمؤسسات) ولوضع معايير الممارسات البحثية ولترجمة نتائج البحوث إلى سياسات (الفصل الرابع) (٢).

وتعتمد قوة الاستدلالات التي يمكن استنباطها من الدراسات البحثية بصورة جزئية على تصاميم الدراسات، والتي تتراوح بين دراسات قائمة على المراقبة (واستدلالاتها ضعيفة) ودراسات مقطعية ودراسات للحالات الفردية المقترنة بحالات ضابطة

... يتبع

ودراسات أترابية وتجارب معشة ذات شواهد (واستدلالاتها قوية) (١٤). ولتطبيق نتائج الدراسات البحثية في أوضاع أخرى لابد من الربط بين الأسباب والنتائج بالطريقة نفسها؛ وهذه مسألة لا تتعلق بتصميم الدراسة.

ويعمل نظام GRADE (نظام تدريج عمليات تقدير وتطوير وتقييم التوصيات) على تقييم جودة البيّنات وقوة التوصيات بناءً على البيّنات المتاحة. وهو عبارة عن آلية شفافة ومنهجية للفصل فيما إذا كانت نتائج البحوث على درجةٍ من القوة تكفي لتوجيه السياسات (١٥، ١٦). وفي الوقت الحاضر يُعتبر نظام GRADE أداةً فعالةً لتقدير قيمة التدخلات التي خضعت لتجارب سريرية لكنه لا يصلح كثيراً للحكم مثلاً على مدى سهولة تنفيذ أحد التدخلات في نظام صحي معين، أو مدى ملاءمته من حيث الإنصاف في مجال الصحة. لذا كان من الضروري ضبط نظام GRADE كي يتعامل مع المسائل الخاصة بالتمنيع، مثل آثار اللقاحات على المستوى السكاني، وباستخدام البيانات الواردة من نُظُم الترضد (١٧). وعلاوةً على ذلك ينبغي أن تُعرّض مُخرجات نظام GRADE بطريقة تتيح لواقعي السياسات الوصول إليها. وتساعد مبادرات مثل مبادرة DECIDE (تطوير وتقييم استراتيجيات الاتصال لدعم اتخاذ قرارات وممارسات مستنيرة استناداً إلى البيّنات <http://www.decide-collaboration.eu>) على تحقيق ذلك. ويقدم الفريق العامل المعني بنظام GRADE ([www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)) دورات وورش عمل لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من هذا النظام.

## إبداع في كل مكان

القصص الواردة في الإطار ٢-٤ ليست مجرد أمثلة فردية للبراعة العملية. فقد كشف مسح للبحث والتطوير أُجري على ١٠ بلدان بهدف نشر نتائجه في تقرير African Innovation Outlook 2010 أنّ الأفكار الجديدة موجودة في كل مكان. ووجد المسح أنّ المفاهيم الجديدة هي التي قادت إلى تطوير المنتجات والإجراءات في الشركات الخاصة بجميع أحجامها (٢٣). وبالاعتماد على بعض الأمثلة (الإطار ٢-٤) والمسوحات العامة نخرج باستنتاج أنّ الإبداع والخيال موجودان في كل مكان (٢٣). والافتراض العملي في هذا التقرير هو أنّ الأفكار الجديدة سوف تطرح حلولاً محتملة للمشاكل الصحية، وأنّ المبتكرين سوف يحوّلون بعض هذه الحلول المقترحة إلى تطبيقات عملية إذا أُتيحت لهم الفرصة ولاقوا تشجيعاً على ذلك. وسوف تُظهر البحوث أنّ بعض هذه الابتكارات العملية جديدة بالتنفيذ على نطاق واسع.

هناك تخوّف من أن تكون العديد من المشاكل المعاصرة في العالم - سواء في مجال الصحة أو غيره من المجالات - على درجةٍ من التعقيد يصعب معها فهمها وإدارتها (١٨). أمّا هذا التقرير فيتخذ نظرةً أكثر إيجابية تجاه هذا الأمر. فهناك بلا شك العديد من المشاكل التي يصعب حلها في الطريق إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة - مثل تحسين كفاءة الرعاية الصحية من خلال شبكة العلاقات الكثيفة التي تتكوّن منها الخدمات الصحية. ومع ذلك فأينما نظرنا في العالم نجد من يقترح حلولاً بارعةً للأسئلة الصعبة الخاصة بالرعاية الصحية (الإطار ٢-٤). والإبداع فكرةٌ من الأفكار المتكررة في هذا التقرير. وعلى الرغم من ضرورة تشجيع الحلول الخلاقة إلا أنه قد يكون للابتكارات نتائج عكسية غير مقصودة، ولهذا السبب ينبغي إخضاعها لتقييم دقيق.

## الإطار ٤-٢ مشاكل وأفكار وحلول

الابتكار على أرض الواقع: تطوير برنامج حاسوبي يعمل على الهاتف المحمول لمراقبة حركة الجنين ودقات قلبه



كان الجزائري زينو عبد اليمين قلقاً إزاء ما يتركه انتشار استخدام مبيدات الحشرات ومبيدات القوارض من رواسب كيميائية تضر بالإنسان والحيوانات الأليفة. وفي عام ٢٠١٢ فاز بجائزة الابتكار الأفريقية لما أجراه من بحوث لتطوير مبيدات آفات خالية من المواد الكيميائية ولا تخلف آثاراً على البيئة (١٩).

وفي العام نفسه سعى آرون توشابي ومجموعة من زملائه الطلاب في جامعة ماكيريبي بأوغندا إلى إيجاد طرق لجعل الحمل أكثر أماناً للنساء اللواتي لا يتيسر لهنّ الذهاب إلى المستشفيات (٢٠)، وتمكّنوا من اختراع ماسح ضوئي محمول للكشف عن الشذوذات في فترة الحمل مثل حالات الحمل خارج الرحم وعدم انتظام دقات قلب الجنين (انظر الصورة). وهذا الماسح الضوئي المحمول - وهو أرخص من جهاز التصوير بالموجات فوق الصوتية - عبارة عن بوقٍ يشبه القمع يعطي قراءةً على شاشة الهاتف النقال.

وفي ولاية تاميل نادو الهندية ابتكر الدكتور ف. موهان «عبادة السكري ذاتية التوسع» ليوفر خدمات التشخيص والرعاية لسكان المناطق الريفية النائية في الهند (٢١). وتزور عيادته المتنقلة، والمحتواة في شاحنة تحمل معدات اتصال بالأقمار الصناعية، بعض أكثر المناطق انعزلاً في ولاية تاميل نادو، حيث تربط بين أطباء المناطق الحضرية والمرضى في المناطق الريفية عن طريق العاملين الصحيين المجتمعيين. وهذه الشاحنة مزوّدة بتكنولوجيا التطبيق عن بُعد لإجراء اختبارات تشخيصية، مثل عمليات المسح الضوئي للشبكية، وإرسال النتائج خلال ثوانٍ إلى تشيناي، حتى من المناطق النائية التي لا تصل إليها خدمة الإنترنت. ولتطبيق هذه الابتكارات على نطاق أوسع ينبغي الاسترشاد بعمليات تقييم التكنولوجيات الصحية (٢٢).

والنقطة الرئيسية هنا هي أنّ أمثلة الإبداع والابتكار موجودة في كل مكان.

في الجزء التالي نبيّن أنّ البحوث المطلوبة لتسخير هذه الأفكار الجديدة آخذة في الازدياد.

## تزايد البحوث

ترك التقرير التاريخي الصادر عن لجنة البحوث الصحية من أجل التنمية في عام ١٩٩٠ أثراً مديداً من خلال إظهاره أنّ أقل من ١٠٪ من الإنفاق العالمي على البحوث كان موجّهاً إلى الأمراض المسؤولة عن أكثر من ٩٠٪ من العبء العالمي لاعتلال الصحة (الإطار ٥-٢). وبفضل نجاح هذا التقرير أصبحت عبارة «فجوة الـ ١٠ مقابل الـ ٩٠» («10/90 gap») مصطلحاً مختصراً يرمز إلى نقص الاستثمارات في مجال البحوث الصحية في البلدان المنخفضة الدخل.

وبعد أكثر من عقدين من الزمن ساهم هذا التقرير المؤثر، الذي صدر في عام ١٩٩٠، وما تلاه من أحداث (الإطار ٥-٢) في تزايد البحوث على مستوى العالم. فقد ارتفع كل مؤشر من مؤشرات النشاط البحثي تقريباً، وأصبح هناك تشجيع قوي لإجراء تقييمات منهجية لعبء المرض منذ أوائل تسعينيات القرن الماضي. وكان رد الفعل - كما رأينا في المؤلفات العلمية - مثيراً للدهشة، إذ تكاثرت الدراسات المنشورة عن عبء المرض سواء على المستوى العالمي أو الإقليمي أو الوطني (الجزء ألف من الشكل ١-٢) (٣١). صحيح أنّ المسائل المتعلقة بتحديد حجم المشكلة الصحية لا تخص دائماً عبء المرض (الإطار ٢-٢) و(الإطار ٣-٢) إلا أنّ هذا النوع من الدراسات يعكس الاتجاه التصاعدي لمستوى الاعتراف بالتحديات الصحية وتقييمها. ويمثّل التحسن الحاصل في مستوى البيّنات المتعلقة بالأسباب الرئيسية للأمراض والوفيات أساساً لتحديد أولويات البحوث، وقد زاد عدد ما نُشر من عمليات تحديد الأولويات في هذا المجال بمقدار خمسة أضعاف منذ عام ١٩٩٠ (الجزء باء من الشكل ١-٢) (٣٢). وأصبحت النُهج القياسية المتبّعة في تحديد الأولويات تحظى بقدر أكبر من القبول في جميع أنحاء العالم (٣٣، ٣٤).

يتطلب تحويل أولويات البحوث إلى دراسات بحثية وجود التمويل. فقد ظل مستوى الاستثمار في البحث والتطوير ثابتاً فيما يتعلق بالناتج الاقتصادي - أي الناتج المحلي الإجمالي - في البلدان المرتفعة الدخل. أما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (وغالباً الأخيرة) فقد ارتفع حجم الاستثمار المحلي في البحث والتطوير بمعدل أسرع بنسبة ٥٪ سنوياً من ارتفاع الناتج الاقتصادي (الجزء جيم من الشكل ١-٢). ويؤكد هذا الاتجاه التصاعدي القوي، والذي يزداد وضوحاً في الصين وغيرها من بلدان شرق آسيا، على الأهمية التي توليها الاقتصادات الناشئة للبحوث (٤). وينطبق هذا الاتجاه عموماً على البحث والتطوير، لكنه في كثير من الأحيان يفيد مجال الصحة أيضاً. وفي مجال بحوث السياسات والنظم الصحية على وجه التحديد، وجد مسحٌ أُجري في عام ٢٠١٠ على ٩٦ مؤسسة بحثية في عدد من البلدان المنخفضة الدخل أنّ حجم التمويل يزداد باطراد في هذه المؤسسات، وخاصةً الموجود منها في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (٣٥، ٣٦).

وأدت الأزمة المالية التي شهدتها العالم في أواخر العقد الأول من القرن الحالي إلى إبطاء الزيادة في حجم التمويل الموجه إلى تطوير تكنولوجيات لمكافحة الأمراض «المهملة»، والتي تؤثر بشكل رئيسي على البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ومع ذلك لم ينخفض التمويل بشكل ملحوظ: ففي المُجمَل ظل مستوى التمويل العام ثابتاً في الفترة بين عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١١ لأنّ تراجع التمويل الوارد من المنظمات الخيرية قوبل بزيادة في الاستثمار من جانب دوائر الصناعة (٣٧).

وساعدَ هذا الانكماش في الميزانيات، إلى جانب ما تُلقيه الأمراض السارية من عبءٍ ثقيلٍ ومستمرٍ على البلدان المنخفضة الدخل، على تشجيع نمطٍ من التفكير بدأ يخرج من قالب البحث والتطوير التقليدي لابتكار المزيد من المنتجات من خلال إقامة الشراكات بين الجامعات والحكومات والمنظمات الدولية والقطاع الخاص. وفي بعض

## الإطار ٥-٢ المراحل الرئيسية لتطور البحوث من أجل الصحة

### تقرير اللجنة المستقلة للبحوث الصحية من أجل التنمية لعام ١٩٩٠ (١)

كشف هذا التقرير التفاوت بين مستوى الاستثمار في البحوث الصحية في البلدان النامية (٥٪ من جميع الأموال) وبين عبء المرض في تلك البلدان، والذي يقاس بسنوات العمر المفقودة نتيجةً للوفيات التي يمكن تجنبها (٩٣٪). ووصف المنتدى العالمي للبحوث الصحية هذا التفاوت بعد ذلك بـ«فجوة الـ١٠ مقابل الـ٩٠» (تخصيص أقل من ١٠٪ من الإنفاق العالمي على البحوث لأمراض واعتلالات تسبب ٩٠٪ من عبء اعتلال الصحة) (٢٤). وأوصى التقرير بضرورة إجراء ودعم جميع الدول للبحوث الصحية الوطنية الأساسية؛ وبضرورة الحصول على مزيد من الدعم المالي من خلال الشراكات الدولية؛ وبضرورة إنشاء آلية دولية لرصد التقدم المحرز.

لجنة منظمة الصحة العالمية المخصصة المعنية بالبحوث الصحية المتعلقة بخيارات التدخلات المستقبلية لعام ١٩٩٦ (٢٥) حددت اللجنة القيمة الفضلى في مجال البحوث الصحية واقترحت تركيز الاستثمارات في أربعة مجالات رئيسية هي: أمراض الطفولة المعدية والتحديات الجرثومية والأمراض والإصابات غير السارية والنظم الصحية الضعيفة.

### اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة لعام ٢٠٠١ (٢٦)

شرح أعضاء اللجنة الأسباب الداعية إلى زيادة الاستثمار في البحوث الصحية على مستوى العالم، ودعوا إلى إنشاء صندوق عالمي للبحوث الصحية لدعم البحوث في بعض المجالات التي تؤثر بالدرجة الأولى على البلدان النامية، مع التركيز على البحوث العلمية الأساسية في مجالي الصحة والطب الحيوي.

### مؤتمر القمة الوزاري المعني بالبحوث الصحية الذي عُقد في مكسيكو سيتي (٢٠٠٤)

#### وقرار جمعية الصحة العالمية ج ص ٥٨٤-٣٤ المرتبط به (٢٠٠٥)

طالب المشاركون في مؤتمر القمة الوزاري وجمعية الصحة العالمية بزيادة الموارد وتكثيف البحوث في مجالي النظم الصحية والسياسات الصحية من أجل تعزيز النظم الصحية، مستنديين في ذلك إلى الأعمال التمهيدية لفرقة عمل مستقلة شكّلتها منظمة الصحة العالمية (٢٧). ولفت المشاركون الانتباه إلى نوع البحوث العلمية المطلوبة لتحسين النظم الصحية، وحثوا على بذل المزيد من الجهود لردم الفجوة بين الإمكانات العلمية وتحسين الصحة. وبالتوازي أصدرت منظمة الصحة العالمية التقرير العالمي عن المعرفة من أجل صحة أفضل (٢٨).

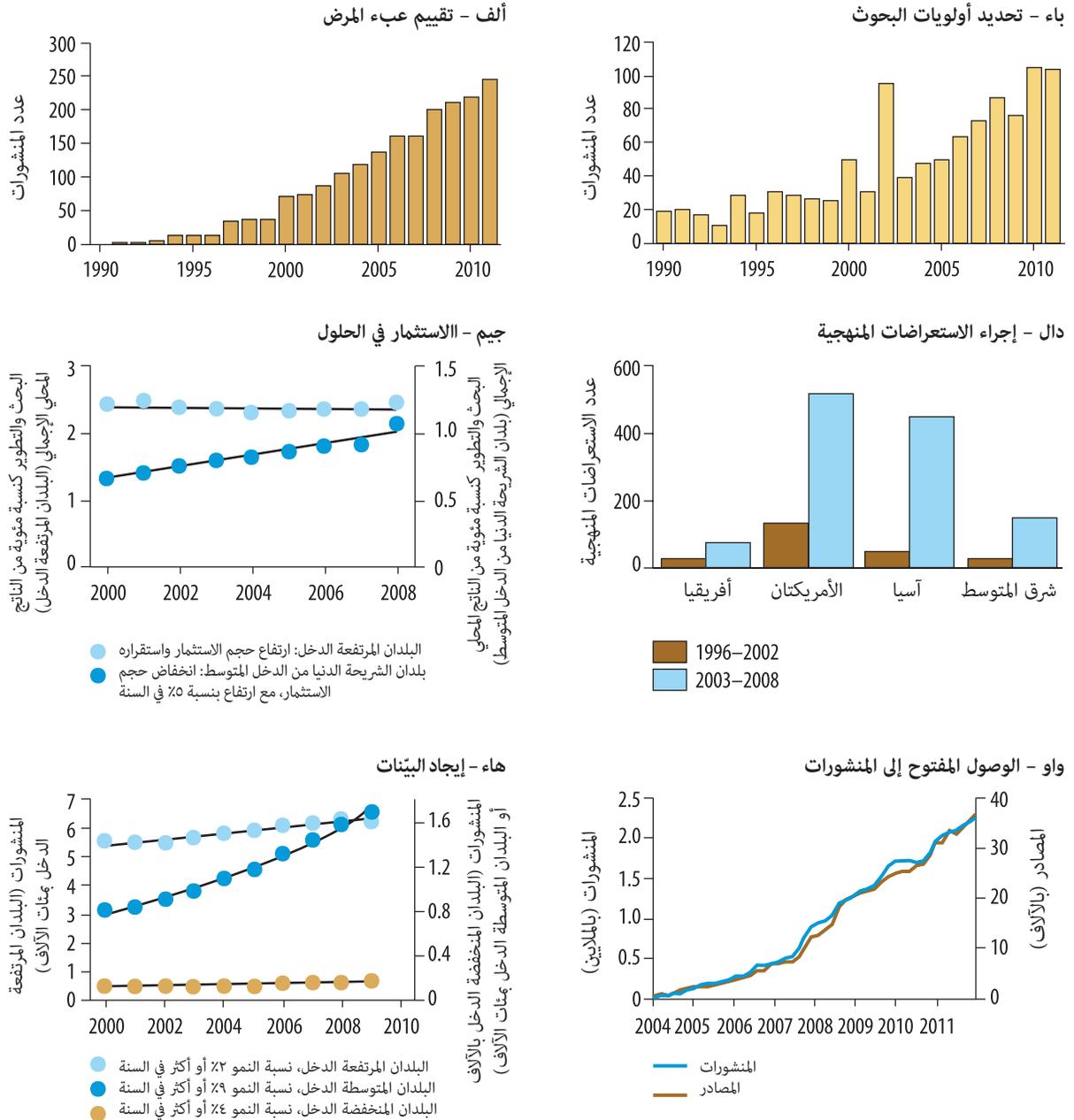
### المنتدى الوزاري العالمي المعني بالبحوث من أجل الصحة الذي عُقد في باماكو مالي عام ٢٠٠٨

أقامت المنظمة هذا المنتدى، بالتعاون مع خمسة من شركائها، تحت شعار «تعزيز البحوث من أجل الصحة والتنمية والإنصاف». وركّز المنتدى على وضع البحوث والابتكارات ضمن السياق الأوسع المتمثل في البحوث من أجل التنمية، وانبثقت عنه توصيات والتزامات محددة تُوجّه بخطة عمل للبحوث.

### الندوتان العالميتان لبحوث النظم الصحية اللتان عُقدتا في مونترو وبيجينغ عامي ٢٠١٠ و٢٠١٢

جاءت هاتان الندوتان استجابةً للاهتمام المتزايد ببحوث النظم الصحية (٢٩). ودعت ندوة مونترو، التي أُقيمت تحت شعار «تسخير العلوم لتسريع عجلة بلوغ التغطية الصحية الشاملة»، إلى تحقيق الملكية القطرية في تنمية القدرات الوطنية اللازمة لتعزيز النظم الصحية. وطُرح اقتراح بأن تصبح بحوث النظم الصحية القطب الثالث في مجال البحوث الطبية، لتكون مكتملةً للبحوث الطبية الحيوية والسريية. وأقيمت ندوة بيجينغ بعد ندوة مونترو تحت شعار «تحقيق الاندماج والابتكار لبلوغ التغطية الصحية الشاملة» (www.hsr-symposium.org).

الشكل ٢-١ القياسات الستة لنمو عدد البحوث الذي من شأنه أن يساعد على بلوغ التغطية الصحية الشاملة



المصادر: ألف وباء: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed); جيم: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية؛ دال: لو وآخرين (٢٠٠٣)؛ هاء: البنك الدولي؛ واو: [www.base-search.net](http://www.base-search.net)

١٩ بلداً (تصدّرتها مصر وجنوب أفريقيا) نمواً بمعدل متوسط قدره ٣,٥٪ سنوياً في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٩، إلا أن هذا النمو كان أسرع بكثير خلال السنوات الخمس الأخيرة من هذه الفترة (٢٦٪ سنوياً). وكان الحافز لزيادة إنتاجية البحوث في أفريقيا، من جانب العلماء الأفارقة، المخاوف من انتشار الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا، وترتبط هذه الزيادة بإنشاء مؤسسات وطنية للتدريب على الصحة العمومية (٤١). فقد وجد مسح لبحوث النظم الصحية في ٢٦ بلداً أنّ عدد عمليات التقييم زاد خلال العقد الأخير، وأنّ القرارات المتعلقة بالسياسات الصحية كانت مستندة بالبيّنات في نحو ثلثي البلدان التي شملها المسح (الفصل الرابع) (٤٢). ويشهد مجال بحوث السياسات والنظم الصحية ازدهاراً في الوقت الراهن، وإن كان بعض المعلقين يرون أن هذا المجال لم يصبح بعد مؤسّسةً كاملة التماسك (٢٩، ٤٣).

وبفضل التعاون الدولي ارتفعت أعداد البحوث المنشورة. وفي حين أن قلة الدراسات التي يقودها علماء من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل لا تزال مشكلة قائمة، إلا أنّ هناك ازدياداً في مستوى انخراط هؤلاء الباحثين في الشراكات الدولية. والصين هي أبرز مثال على ذلك: حيث ارتفعت نسبة المقالات العلمية الدولية التي شارك باحثون صينيون في تأليفها من ٥٪ في عام ٢٠٠٠ إلى ١٣٪ في عام ٢٠١٠ (الشكل ٢-٢). فمن بين البلدان السبعة التي تظهر عنها بيانات في الشكل ٢-٢ (وهي البرازيل والصين والهند واليابان والاتحاد الروسي والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والولايات المتحدة الأمريكية) حظيت الصين بأكبر زيادة في نسبة المشاركة في تأليف البحوث سواء بالمقاييس المطلقة أو النسبية.

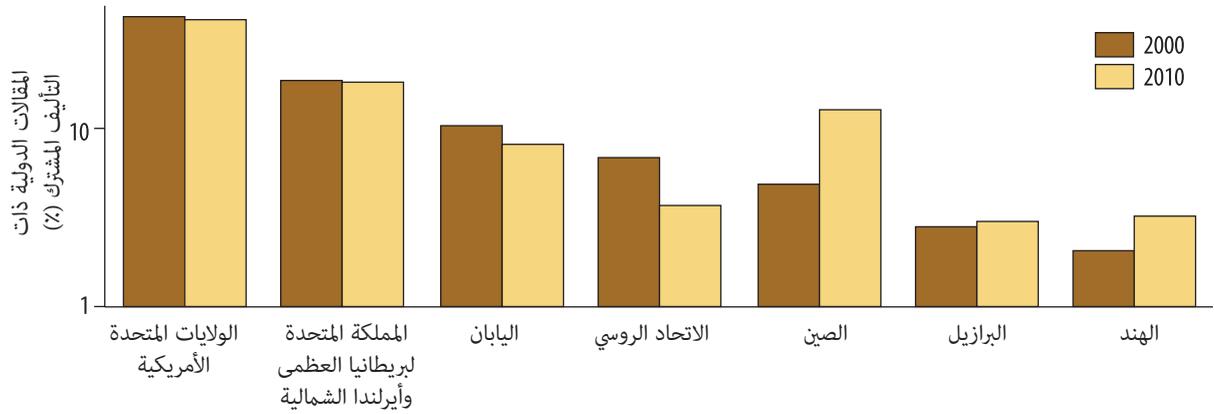
ومع تزايد عدد المواد العلمية التي تُنشر أصبحت كمية أكبر من نتائجها متاحة بحرّية من خلال ترتيبات «الإتاحة المفتوحة» التي تسمح بالوصول غير المقيد عبر شبكة الإنترنت إلى المقالات المنشورة التي خضعت لاستعراض الأقران (الجزء

الحالات يحل التعاون محل المنافسة، وتنشأ روابط واضحة بين المنظمات المختلفة المعنية باكتشاف وتطوير ونشر التكنولوجيات الجديدة. فقد بدأت مبادرة أدوية الأمراض المهملة (DNDi) العمل مع ثلاث شركات للمستحضرات الصيدلانية من أجل تطوير دواء جديد طارد للديدان. كما عملت وزارة الصحة الكندية مع مكتب المراقب العام للأدوية في الهند ومنظمة الصحة العالمية من أجل تيسير تسجيل واستخدام لقاح جديد لعلاج التهاب السحايا في أفريقيا (MenAfriVac) خلال بضعة أشهر (٣٨). ويساعد استمرار تطوّر الشراكات البحثية على تمهيد الطريق لجيل جديد من المنتجات والخدمات الطبية، مثل تلك الموجهة إلى الطب «الدقيق» أو «الشخصي».

وليس الملفت فقط أنّ هناك زيادة في أعداد البحوث، بل أيضاً أنّ عملية إجراء البحوث أصبحت أكثر قوةً وفعاليةً. ومن أمثلة ذلك الزيادة الحاصلة في عدد الاستعراضات المنهجية لبيّنات النظم الصحية (الجزء دال من الشكل ١-٢)، والتي طالما نادى بها تعاونية كوكرين ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) (٣٩). وفي السنوات الأخيرة تساوت الزيادة في عدد هذه الاستعراضات في البلدان المرتفعة الدخل والأخرى المنخفضة الدخل، وإن كانت هناك فروقات كبيرة بين فرادى البلدان المنخفضة الدخل. فقد أظهرت المقارنة بين الفترتين ١٩٩٦-٢٠٠٢ و٢٠٠٣-٢٠٠٨ أنّ عدد الاستعراضات المنهجية للنظم الصحية زاد بمقدار ثلاثة أضعاف في أفريقيا و١١٠ ضعفاً في آسيا (٣٠). وقد وصل عدد الاستعراضات المنهجية للتجارب السريرية إلى حدٍ يصعب معه تتبّع واستيعاب الكم الهائل من المعلومات الناجمة عنها. وأدت هذه التخمّة من البيانات إلى تعميم نداءٍ بابتكار طرقٍ أكثر كفاءةً لمواكبة تدفق البيّنات (٤٠).

وينتج عن الزيادة في عدد البحوث زيادة في البيّنات التي تساعد على توجيه السياسات والممارسات (الجزء هاء من الشكل ١-٢). ففي القارة الأفريقية شهدت إنتاجية البحوث، والتي قيست من خلال متابعة المطبوعات في

الشكل ٢-٢ نصيب كل بلد من المشاركة في تأليف المقالات العلمية والهندسية الدولية في العالم في ٢٠٠٠ و ٢٠١٠



ملاحظات: سجلت الولايات المتحدة والمملكة المتحدة مستويات عالية ولكن مستقرة من المشاركة في تأليف المقالات العلمية؛ حيث شارك باحثون مقيمون في الولايات المتحدة في تأليف ٤٣٪ من العدد الإجمالي للمقالات الدولية ذات التأليف المشترك في عام ٢٠١٠. وكان نصيب البرازيل والهند من المشاركة في التأليف صغيراً لكنه ينمو ببطء؛ فيما كان صغيراً في الصين لكنه ينمو بسرعة (٤).

الصحة (نهج تعزيز «الصحة في جميع القطاعات») - ومنها على سبيل المثال قطاعات الزراعة والتعليم والبيئة والشؤون المالية (الإطار ٦-٢) (٥١).

وأخيراً يدور نقاشٌ مفعّمٌ بالحيوية حول كيفية الإجابة على الأسئلة الخاصة بالصحة العمومية؛ وهذه علامة على وجود البيئة المناسبة لإجراء البحوث (٥٣). ومن بين موضوعات النقاش ما يتعلق بدراسة النظم الصحية. يقول فيكتور و زملاؤه إنَّ التجارب المعاشة ذات الشواهد على أهميتها في قياس نجاعة التدخلات السريرية إلا أنها لا تناسب تدخلات الصحة العمومية، وذلك لأنها تتضمن خطوات عديدة بين مرحلتَي تقصّي السبب المحتمل للمشكلة والوصول إلى النتيجة النهائية، ولأنَّ واحدةً أو أكثر من تلك الخطوات تعتمد على الظروف المحلية (٥٤). وعلى النقيض من ذلك فقد دافع بانيجي ودوفلو عن استخدام التجارب المعاشة ذات الشواهد بصرامة لاختبار الأفكار التي تدور حول السبل المناسبة لزيادة مستوى التغطية بالتدخلات المعتمدة على السلوك البشري (٥٥، ٥٦). ويتطرق النقاش إلى حقيقة أساسية حول التجارب المعاشة ذات الشواهد

واو من الشكل ١-٢) (٤٤). ومن المنطلق نفسه أنشئ برنامج «إتاحة الوصول إلى البحوث في مجال الصحة» - في إطار مبادرة «إتاحة الوصول إلى البحوث الصحية عبر شبكة الإنترنت» (HINARI) - في عام ٢٠٠١ لتوفير المزيد من فرص الوصول إلى المؤلفات العالمية في مجال الطب الحيوي، بالرغم من أن هذا النظام يشترط الانتساب إلى مؤسسة مسجّلة. ويمثل هذا البرنامج الآن واحداً من البرامج الأربعة المكوّنة لبرنامج البحوث من أجل الحياة (Research4Life) والبرامج الثلاثة الأخرى هي البحوث في مجال الزراعة، والبحوث في مجال البيئة، والبحوث من أجل التطوير والابتكار). وبحلول ذكراه العاشرة كان برنامج البحوث من أجل الحياة قد أتاح للباحثين في ٦٠٠٠ مؤسسة بحثية في ١٠٠ بلد من البلدان النامية فرصة الوصول مجاناً أو بتكلفة مخفضة إلى ٩٠٠٠ مجلة تتناول شؤون الصحة والزراعة والتكنولوجيا (٤٥).

ويتزايد أيضاً اتساع نطاق البحوث من أجل الصحة. وبينما العالم يتأمل مرحلة الانتقال من الأهداف الإنمائية للألفية إلى خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ زاد التركيز على البحوث التي تُجرى في جميع القطاعات ذات التأثير على

## الإطار ٢-٦ بحوث الصحة البيئية و«الصحة في جميع القطاعات» والتغطية الصحية الشاملة

يمكن عزو نحو ربع عبء المرض العالمي إلى عوامل خطر بيئية قابلة للتغيير (٤٦). وهذا مجرد تقدير تقريبي لأنه لا يزال أمامنا الكثير حتى يكتمل فهمنا للروابط القائمة بين البيئة والصحة ولسبل الحد من مخاطرها على الصحة. ولذلك ينبغي أن تشمل البحوث القادمة مجموعة كبيرة من عمليات التقصي تتراوح بين تقييم المخاطر المرتبطة بالتعرض للعوامل البيئية وآليات الوقاية وطرق إدماج هذه التدابير في عملية تقديم الخدمات (الإطار ٢-٢). وينبغي أن تأتي الحلول التي تحد من المخاطر الصحية البيئية من داخل القطاع الصحي ومن خارجه أيضاً.

وعوامل الخطر البيئية هي أي أخطار مادية أو كيميائية أو بيولوجية تؤثر تأثيراً مباشراً على الصحة، وكذلك أي عوامل تؤدي إلى تفاقم السلوكيات غير الصحية (مثل قلة النشاط البدني). وتتضمن عوامل الخطر البيئية انعدام مياه الشرب المأمونة ورداءة خدمات الإصحاح والنظافة الصحية، وهي مصادر للعدوى التي تسبب أمراض الإسهال. ووفقاً لتقييم عالمي لعوامل الخطر المسببة لاعتلال الصحة فقد تراجمت أهمية انعدام مصادر المياه المحسنة ورداءة خدمات الإصحاح في ترتيب عوامل الخطر، وذلك بالرغم من كونها مسؤولين عن فقدان ٩,٠٪ من جميع سنوات العمر المقضية مع التمتع بالصحة (أي سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، وتسمى اختصاراً DALYs) في عام ٢٠١٠ (٤٧). وتتضمن عوامل الخطر البيئية أيضاً تلوث الهواء في الأماكن المغلقة، ومصدره الرئيسي استخدام الوقود الصلب في المنازل، وتلوث الهواء في الأماكن المفتوحة، ويتسبب هذان النوعان من التلوث في تفاقم حالات الإصابة بحدوث العدوى الجهاز التنفسي السفلي. وكان تلوث الهواء داخل المنازل أحد عوامل الخطر الرئيسية المسببة لاعتلال الصحة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا في عام ٢٠١٠ (٤٧). ومن بين عوامل الخطر الأخرى الإصابات الناجمة عن التعرض للأخطار في أماكن العمل والتعرض الإشعاعي والتعرض للحوادث الصناعية. وتسهم عوامل الخطر أيضاً في سراية الأمراض المنقولة بالناقل: إذ يرتبط انتشار مرض الملاريا بالسياسات والممارسات المتعلقة باستخدام الأراضي وإزالة الغابات وإدارة الموارد المائية وتحديد مواقع المستوطنات وتصميم المنازل.

وتتضمن التغطية الصحية الشاملة صراحةً اتخاذ التدابير الوقائية (الفصل الأول)، حيث يتمثل هدفها الأساسي في تحسين الصحة، ومع ذلك لم تحظ فرص الوقاية من اعتلال الصحة بالاهتمام الكافي سواء داخل القطاع الصحي أو خارجه. ويقدم مشروع «الصحة في الاقتصاد الأخضر» أمثلة عديدة على البحوث التي تحدد الفوائد الصحية البيئية المحتملة من التخفيف من آثار تغير المناخ. وهي تبين كيف أن السياسات التي لا تتمثل أغراضها الرئيسية في توفير التغطية الصحية الشاملة، وإنما تتمثل بدلاً من ذلك في مواجهة التهديدات البيئية، يمكن أن تحقق فوائد كبرى صحية مشتركة. وبإمكان النظام الصحي أن يظطلع بدور هام في الدعوة إلى اتباع هذه السياسات التي تُعتبر مكملة للجهود الرامية إلى تعزيز التغطية الصحية الشاملة. وفيما يلي مثالان لقطاعين برهنت فيهما البحوث على تحقيق فوائد صحية مشتركة:

■ **النقل الحضري.** يمكن أن تؤدي زيادة الاستثمار في وسائل النقل العام (الحافلات والقطارات)، وكذلك زيادة الشبكات المخصصة لراكبي الدراجات والمشاة، إلى خفض مستوى تلوث الهواء في المناطق الحضرية والتشجيع على ممارسة النشاط البدني والحد من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور وخفض تكاليف التنقل للفئات الفقيرة والضعيفة (٤٨). فقد أظهرت دراسات أجريت على المتنقلين في المناطق الحضرية في شنغهاي وكوبنهاغن أن معدلات الوفيات بين راكبي الدراجات أقل بنسبة ٣٠٪، في المتوسط، مما هي عليه بين مستخدمي وسائل النقل الأخرى (٤٩).

■ **الإسكان ونظم الطاقة المنزلية.** يمكن أن يساعد تحسين عزل المنازل، فضلاً عن استخدام نظم موفرة للطاقة وخالية من الدخان للتدفئة والطهي والتهوية الداخلية، على الحد من الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي، بما فيها حالات الربو والالتهاب الرئوي والسل، وكذلك الحد من تأثير الأفراد بشدة ارتفاع درجات الحرارة أو شدة انخفاضها. وقد تحققت وفورات كبيرة في تكاليف الرعاية الصحية اللازمة لعلاج الربو وغيره من أمراض الجهاز التنفسي، حسب ما كشفت عدة دراسات لمتابعة نظم العزل داخل المنازل ذات الدخل المنخفض في نيوزيلندا. وكانت التوقعات المبشرة بتحقيق مكاسب صحية فورية حافزاً قوياً لزيادة الاستثمارات الحكومية في تحسين المنازل في نيوزيلندا. وينبغي أن تضاف إلى هذه المكاسب القصيرة الأجل القيمة الاقتصادية لما سيتحقق مستقبلاً من وفورات في انبعاثات الكربون (٥٠).

يتبع...

... يتبع

ويمكن للبحوث الاقتصادية أن تساعد على تحديد المجالات التي يمكن للتطور التكنولوجي أن يحقق فيها أكبر قدر من المنافع الصحية بأقل تكلفة، مما يخلق بدوره حلقةً حميدةً من الاستثمارات الخضراء «من الناحية الصحية». فعلى سبيل المثال غالباً ما يكون استخدام التكنولوجيا المحسّنة فيما يخص المواعد والوقود حلاً رخيصاً وفعالاً لأفقر الأسر في أفريقيا وأمريكا اللاتينية، بيد أن أفضل التكنولوجيات المتاحة لم تخضع بعد للتقييم. ومن شأن التحول من استخدام وقود الديزل في مجال النقل ومن أجل الحصول على الطاقة أن يحدّ ليس فقط من حالات التعرض للمسرطنات الضارة وإنما أيضاً من انبعاثات الكربون الأسود المسببة لتغير المناخ.

ويمكن إقامة حوار بين الحكومات ووكالات الأمم المتحدة ومنظمات المجتمع المدني بعد مؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة (ريو ٢٠٠٠) من أجل بلورة مجموعة جديدة من الأهداف الإنمائية (٥١، ٥٢). وهذه فرصة لتسليط الضوء على الروابط القائمة بين السياسات التي تؤثر في الصحة عبر مختلف قطاعات الاقتصاد - ليس قطاعي البيئة والصحة فحسب وإنما أيضاً قطاعات الزراعة والتعليم والشؤون المالية والسياسات الاجتماعية. يضاف إلى ذلك الحاجة إلى وجود بيانات ومؤشرات مناسبة (انظر أيضاً الإطار ١-٢). وتُعتبر البحوث التي تقوم عليها سياسة «الصحة في جميع القطاعات»، بالمعنى الأشمل الوارد في هذا التقرير، نوعاً من بحوث التغطية الصحية الشاملة.

معايير الممارسة واعتمادها وترجمة النتائج إلى سياسات (الإطار ٢-٣) - ليست بالتأكيد على مستوى واحد من الجودة العالية في كل مكان. ففي كثير من الحالات لا ترقى الممارسات البحثية إلى المستوى العالمي. لكنّ الوقوف على الإنجازات المحققة، لا العيوب فحسب، سيجعلنا في وضع أفضل لاستغلال الإمكانيات التي تقدمها البحوث.

ومن شأن أي مسحٍ لمواطني القوة المتنامية في البحوث أن يكشف لنا مواطني الضعف المتبقية. وبالنظر إلى البيئة اللازمة لإجراء البحوث وتسلسل الخطوات في دورة البحوث يمكن تعزيز البرامج البحثية في جميع أرجاء العالم في عدد من المجالات (الإطار ٢-٣).

وعلى الرغم من الزيادة المستمرة في عدد كبار السن وفي نسبتهم إلى مجموع السكان، إلا أن هناك تقصيراً في تحديد بعض أبرز أسباب المرض لدى المسنين. ففي بعض بلدان منطقة الأمريكتين مثلاً نجد تبايناً هائلاً في معدلات الوفيات بين مرضى الشلل الرعاش المبلّغ عنها. والسبب الأرجح لهذا التباين هو عدم دقة إجراءات التشخيص والإبلاغ أكثر منه وجود اختلافات حقيقية في معدلات الوفيات، لكنّ

مفادها أن: التجارب ذات الشواهد تسفر عن نتائج دقيقة وفقاً لظروف التجربة ذاتها. أمّا ما إذا كانت النتائج يمكن أن تنطبق خارج إطار التجربة أم لا فهذا أمرٌ يعتمد على طبيعة النظام محل البحث. ومن حيث الاتساق بين وضع وآخر فعلاً ما تكون المسارات البيوكيميائية للإنسان مثلاً أكثر اتساقاً من سلوكياته (انظر الفصل الثالث أيضاً).

لا يمثل ارتفاع مؤشرات النشاط البحثي، في أي وضعٍ كان، ضماناً لوجود تدخلات تساعد على بلوغ التغطية الصحية الشاملة. بيدّ أنه لا يمكن تحقيق التغطية الشاملة دون الاستعانة بالتكنولوجيا والنظم والخدمات، وتمثل البحوث الآلية التي يمكن من خلالها تطوير الأجهزة والبرمجيات اللازمة لذلك.

## تفاوت مستويات النمو

صحيح أن عدد البحوث في ازدياد، وأنّ نتائجها تعود بالنفع على الصحة في جميع أنحاء العالم، إلا أنّ عملية إجراء البحوث - وتشمل تحديد أولويات البحوث وبناء القدرات ووضع

فيما يحتاج البعض الآخر منها إلى حلول محلية (ومنها مثلاً إيجاد أفضل السبل لتوفير الدواء لكل من يحتاج إليه) (٦٤)، (٦٥). ولهذا السبب ينبغي أن تكون جميع البلدان منتجة للبحوث لا مستهلكة لها فقط. وينبغي إعلاء قيمة الخبرات المحلية وكذا العمليات والمبادرات والمؤسسات المحلية بدلاً من الالتفاف عليها (٦٤، ٦٦).

ويشكل جمع الأموال المطلوبة أحد التحديات أمام تحويل أولويات البحوث إلى دراسات بحثية، وتتنوع أشكال القيود المفروضة على جمع التبرعات. وعلى مستوى الثروة الوطنية يمثل الدخل القومي الإجمالي (GNI) مقياساً تجريبياً للإمكانات البحثية. وتوضح البيانات الواردة في الشكل ٢-٤ عدم تناسب زيادة إنتاجية البحوث مع زيادة الثروة الوطنية. فالقاعدة العامة أن مقابل كل زيادة في الدخل القومي الإجمالي مقدارها ١٠ أضعاف للفرد يزيد عدد المنشورات العلمية بمُعامل قدره حوالي ٥٠ منشوراً لكل فرد على أحسن تقدير (الشكل ٢-٤، الخط المنحدر). وتسري هذه الزيادة غير المتناسبة أيضاً على القياسات الأخرى المستخدمة لتحديد الناتج البحثي، ومنها على سبيل المثال عدد الباحثين وعدد براءات الاختراع لكل فرد من السكان.

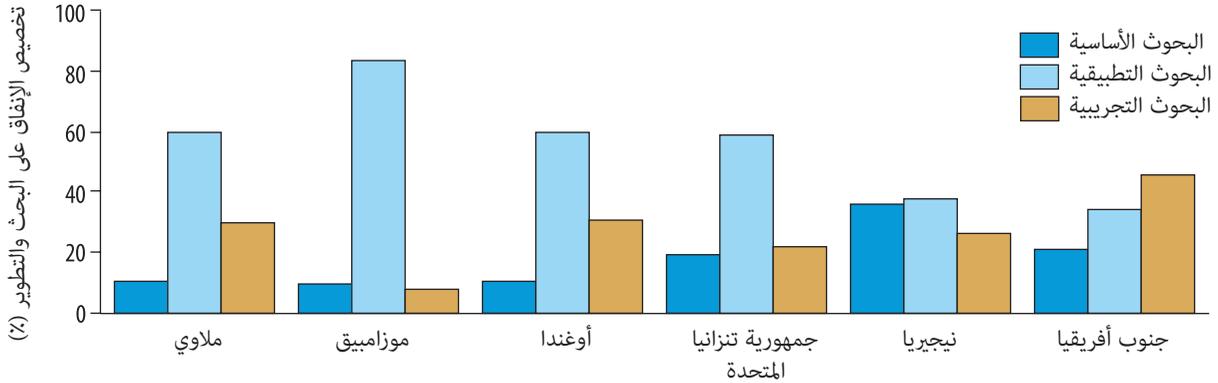
تُظهر هذه البيانات أيضاً أنه في حين أن بعض البلدان تستغل قدراتها لإجراء أقصى قدرٍ من البحوث التجريبية (وهي تقع بالقرب من الخط المنحدر في الشكل ٢-٤) إلا أن مجموعة كبيرة منها لا تفعل ذلك (ومن ثم تقع أسفل الخط المنحدر) (٦٧). ونجد بين هذه المجموعة بلداناً قليلة السكان (لا يتعدى سكانها ٢٠ مليون نسمة) قد تفضّل عدم الاستثمار في البحوث، ولكن هذا لا يعني أن جميع البلدان قليلة الاستثمار هي بلدان قليلة السكان. وبالمقارنة بين البلدان يمكن القول بأن الكثير من الإمكانات البحثية لا تزال غير مستغلة، بالرغم من توفر الثروات الوطنية. ولذلك فبقدر ما تساعد وفرة الثروة على تهئية الفرص لإجراء البحوث إلا أن عوامل أخرى لابد أن تتوفر

السبيل الوحيد للوقوف على حقيقة مرض الشلل الرعاش هو التقصي المنهجي. وهناك عموماً قصور في البيانات التي تحدد تواتر الاضطرابات النفسية والعصبية وآثارها الصحية (٥١). لذا ينبغي الحصول على معلومات ذات جودة أعلى بكثير حتى يتسنى تحديد عدد الأشخاص المعرضين للإصابة بهذه الاضطرابات أو المؤهلين لتلقي العلاج منها، وتحديد أسماء هؤلاء الأشخاص وعناوينهم (٥١-٦٠).

ومن المحتم أن تكون الزيادة الملموسة في الجهود البحثية، وهي جهود تعالج الكثير من المشاكل المختلفة في طائفة متنوعة وواسعة من السياقات، زيادةً متفاوتةً لا متساوية. إذ توجد حالياً مئات الدراسات المنشورة التي تركز على أمراض واعتلالات محددة - ضمن طائفة من الإصابات والأمراض السارية وغير السارية (٦١). وفي المقابل فإن مجموعة صغيرة نسبياً من الدراسات هي التي تحاول تحديد أولويات البحوث - في جميع جوانب الصحة - من وجهة نظر الحكومات الوطنية (الفصل الرابع) (٦٢، ٦٣). والسبب في ذلك هو تقاعس الحكومات عن إجراء تقييمات كافية لاحتياجات البحوث، على الرغم من كون هذه التقييمات جزء حيوي من مرحلة التخطيط للتغطية الصحية الشاملة.

وقد تكون أغلب حوافز مشاريع البحوث الوطنية غير مسبقة التخطيط لكنها في الوقت نفسه قد لا تفتقر إلى التوازن الكلي. فقد أشار تقرير ٢٠١٠ African Innovation Outlook إلى أن أربعة من البلدان الأفريقية المنخفضة الدخل ركزت على البحوث التطبيقية في حين أن اثنين من البلدان الأكثر ثراءً وزّعا الموارد توزيعاً أكثر تساوياً بين الدراسات الأساسية والتطبيقية والتجريبية (الشكل ٢-٣). وعند إلقاء نظرة منهجية على البحوث في هذه البلدان قد نجد أن التوازن مناسب تماماً، أو أنه يجب أن يتغير. ومربط الفرص أن بعض الأسئلة المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة لها حلول يمكن تطبيقها على نطاق واسع (منها مثلاً نجاعة دواء ما في مكافحة حالة مرضية محددة)،

**الشكل ٢-٣** استثمارات القطاعين العام والخاص في البحث والتطوير، مصنفة إلى ثلاث فئات هي بحوث التنمية الأساسية والتطبيقية والتجريبية، لستة بلدان أفريقية ومرتببة تصاعدياً حسب الدخل القومي الإجمالي (من اليسار إلى اليمين)

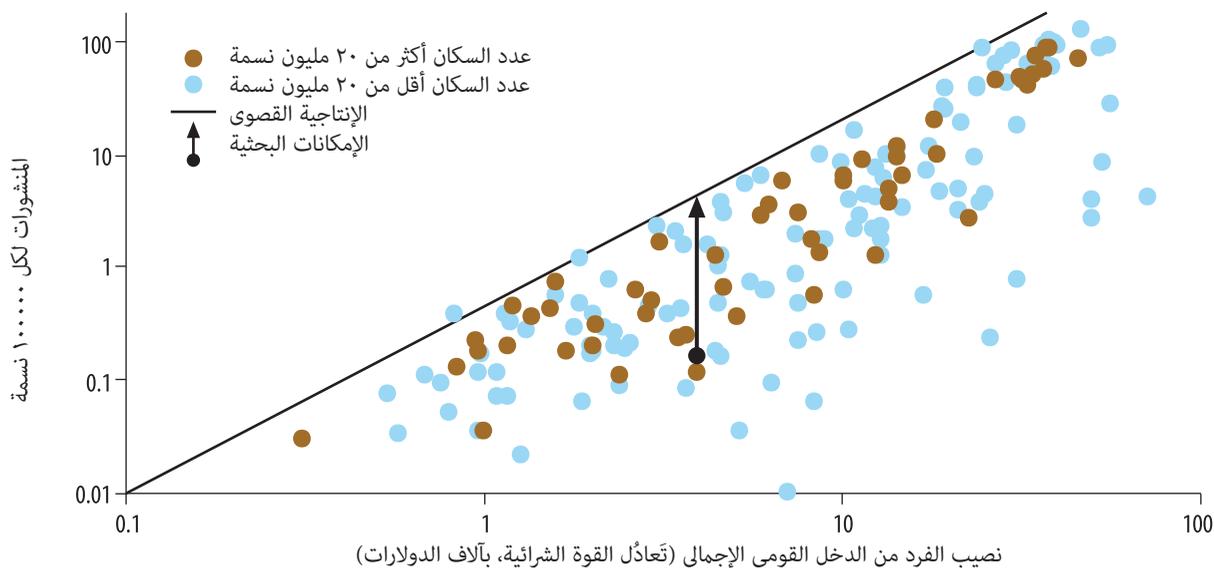


ملاحظة: للاطلاع على تعريفات أنواع البحوث انظر الإطار ١-٢. ركزت البلدان الأربعة الأشد فقراً على البحوث التطبيقية. أما البلدان الأكثر ثراءً، وهما نيجيريا وجنوب أفريقيا، فقد كان تركيزهما على فئات البحوث الثلاث أكثر توازناً (٣٥).

وثمة عوامل أخرى متبّطة للهمم ترتبط بحقوق الملكية الفكرية. ففي حين أنّ حماية الأفكار الجديدة باعتبارها ملكيةً فكريةً تشجع على تطوير أدوية وتكنولوجيات جديدة، إلا أنّ هذه المنتجات تُباع للقادرين على شرائها وغالباً ما يُحرّم منها مَنْ هم في أمسّ الحاجة إليها. ويمكن أن تكون المعلومات الحرة (باعتبارها سلعةً عامةً) والمعلومات المحظور تداولها (لكونها مسجّلة الملكية) عقباتٍ في طريق تحسين الصحة؛ وذلك لأن الأولى قد تمنع الابتكار والثانية قد تحدّ من إمكانية الوصول إلى نواتج الابتكار. و«حالات فشل السوق» هي العدو الأول للتغطية الصحية الشاملة، وتثير الحقائق المتعلقة بفشل السوق في البيئات المختلفة بعض الأسئلة البالغة الأهمية بشأن البحوث (الإطار ٢-٧) (٧١، ٧٢). وفي هذا السياق تسعى أفرقة الخبراء العاملة التابعة لمنظمة الصحة العالمية إلى تعزيز البحث والتطوير بطرق تتيح تصحيح حالات فشل السوق عن طريق إنتاج السلع العامة (٦٧، ٦٨، ٧٣).

حتى يمكن استغلال تلك الفرص. وعلى الرغم من ضرورة فهم هذه العوامل فمن الواضح أنّ الدول وحكوماتها هي التي تحدد حجم الأموال التي يجب استثمارها في البحوث وتحدد الموضوعات البحثية التي ينبغي إعطاؤها الأولوية. وكثيراً ما تشير الشركات الخاصة العاملة في مجال البحث والتطوير في البلدان المنخفضة الدخل إلى أنّ نقص التمويل وقلة الباحثين المهرة يمثلان عقبتين رئيسيتين أمام الابتكار (٣٥). وتقف مشكلة نقص الباحثين المدربين حائلاً أمام البحث والتطوير بوجه عام، لكنها موجودة أيضاً في مجالات معينة مثل بحوث النظم الصحية (٣٦). وعاملٌ آخر من العوامل المتبّطة للهمم في مجال البحوث التكنولوجية الخاصة هو هيمنة ثلة قليلة من المؤسسات المعروفة على مجال البحث والتطوير، بحيث لا يتاح للقادمين الجدد في معظم الأحيان إلا فرص قليلة. وعائق آخر يواجه البلدان المنخفضة الدخل هو صعوبة الوصول إلى المعلومات الخاصة بالتكنولوجيات الجديدة وإلى الأسواق التي يمكن الحصول منها على تلك المنتجات (٣٥).

## الشكل ٢-٤ الثروة الوطنية تسهل - ولكنها لا تضمن - زيادة إنتاجية البحوث الوطنية



ملاحظة: مقابل كل زيادة في الدخل القومي الإجمالي مقدارها ١٠ أضعاف للفرد يزيد عدد المنشورات العلمية بمُعامل قدره حوالي ٥٠ منشوراً (للفرد) على أحسن تقدير (تحديداً بمُعامل قدره  $10^{0.66}$ ، الخط المنحدر).  
 تمثل كل نقطة من النقاط الموضحة بلداً واحداً. وفي حين أنّ بعض البلدان تستغل قدراتها لتحقيق أقصى قدر من الإنتاجية، وتظهر بالقرب من الخط المنحدر، إلا أنّ العديد منها يقع أسفل الخط، وهو ما يشير إلى امتلاكها إمكانيات بحثية غير مستغلة، مقارنةً بحجم ثروتها الوطنية. وتتسم بعض هذه البلدان بقلّة عدد سكانها (أقل من ٢٠ مليون نسمة، الدوائر الزرقاء) ولكن ليس جميعها. ويشار إلى وجود إمكانيات بحثية غير مستغلة في أحد البلدان الكبيرة (الفلبين) بالسهم العمودي.  
 المصدر: البنك الدولي، أحدث البيانات لعام ٢٠٠٩.

الدخل، وانتشار ظاهرة مقاومة المضادات الحيوية، إلا أنّ تطوير المضادات الحيوية الجديدة لا يزال محصوراً في يد ثلة قليلة من الشركات الصيدلانية الكبرى (٧٦). ولكن من دواعي التفاؤل أنّ أساليب الوقاية من الأمراض غير السارية وعلاجها، التي تستأثر البلدان الأكثر ثراءً بتطوير معظمها، ستساعد على تخفيف العبء المتزايد لتلك الأمراض في البلدان الأكثر فقراً.

وبالإضافة إلى ذلك تؤدي الاستثمارات المالية في البحوث الأساسية وفي الاكتشاف والتطوير (المستحضرات الصيدلانية والتكنولوجيا الحيوية) إلى انكماش حجم الاستثمار في تقديم المنتجات. فقد وجد مسح أجري على ١٤٠ من الجهات الممولة للبحوث الصحية في العالم أنّ معظم البحوث تتجه نحو تطوير التكنولوجيات الصحية الجديدة بدلاً من تحسين الاستفادة من التكنولوجيات الموجودة بالفعل (٧٧).

ومن أسباب تفاقم مشكلة نقص الاستثمار في البحوث في البلدان المنخفضة الدخل (الشكل ٢-٤) وجود تحيز ضد نوع البحوث الذي يفيد تلك البلدان. إذ يبلغ إجمالي الإنفاق العالمي على البحوث الصحية أكثر من ١٠٠ مليار دولار سنوياً (٧١). ويتركز حوالي نصف هذا المبلغ في القطاع الخاص، ولاسيما في صناعات المستحضرات الصيدلانية والتكنولوجيا الحيوية، وتوجّه غالبية المنتجات التي تخرج بها هذه البحوث إلى أسواق البلدان المرتفعة الدخل (٧١، ٧٤). ومن الأمثلة التوضيحية على ذلك تطوير الأدوية: فمن بين ١٥٥٦ دواءً جديداً طُوّرت خلال فترة الثلاثين عاماً الممتدة بين ١٩٧٥ و٢٠٠٤ كان ٢١ دواءً فقط (أي ١,٣٪) مخصصة لعلاج أمراض غير موجودة في البلدان المرتفعة الدخل (٧٥). وعلى الرغم من استمرار ارتفاع عبء العدوى في البلدان المنخفضة والمتوسطة

## الإطار ٧-٢ الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية

وُلدت اللجنة المعنية بحقوق الملكية الفكرية والابتكار والصحة العمومية من رحم خوف البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من عدم الإنصاف في إتاحة منتجات البحوث، وكان الهدف من إنشائها تشجيع الابتكار وتحسين إمكانية الوصول إلى الأدوية. وأفضى عمل اللجنة إلى صدور وثيقة الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية (GSPA-PHI) التي وافقت عليها جمعية الصحة العالمية في عام ٢٠٠٩ (٦٨).

وتتكون الاستراتيجية وخطة العمل من ثمانية عناصر تهدف إلى تشجيع الابتكار وبناء القدرات وتحسين إمكانية الوصول إلى المنتجات وحشد الموارد. وهذه العناصر الثمانية هي:

(١) إعطاء الأولوية لاحتياجات البحث والتطوير؛

(٢) تعزيز البحث والتطوير؛

(٣) بناء القدرات الابتكارية وتحسينها؛

(٤) نقل التكنولوجيا؛

(٥) تطبيق الملكية الفكرية وإدارة شؤونها من أجل المساهمة في الابتكار وتعزيز الصحة العمومية؛

(٦) تحسين تقديم المنتجات وإمكانية الوصول إليها؛

(٧) تعزيز التمويل المستدام؛

(٨) إنشاء نظم للرصد والتبليغ.

ويجري العمل حالياً لتنفيذ عدة أنشطة مرتبطة بالاستراتيجية وخطة العمل، منها مثلاً إنتاج المستحضرات الطبية محلياً ونقل التكنولوجيا (العنصر الرابع)، وبناء القدرات في إدارة الملكية الفكرية وتطبيقها لصالح الصحة العمومية (العنصر الخامس)، ورفع التقارير بشأن نماذج التمويل المستدام وتحسين تنسيق البحث والتطوير (العنصر السابع) من خلال فريق الخبراء العامل التابع للمنظمة؛ وإنشاء نظم للرصد والتبليغ (العنصر الثامن) مثل المراكز البحثية (الفصل الرابع) (٦٩، ٧٠).

وتعتمد فعالية تنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل على كفاءة نظام البحوث الصحية في كل بلد. وبمرور الوقت يكشف الرصد والتقييم ما إذا كانت الاستراتيجية وخطة العمل تؤديان إلى زيادة الابتكار وزيادة إمكانية الاستفادة من منافع البحوث ومنتجاتها بأسعار معقولة وبصورة منصفة أم لا، وخاصة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

وفيما يتعلق بتقديم الرعاية الصحية، تحصل البحوث المعنية بالخدمات والنظم الصحية على قدر ضئيل نسبياً من الدعم وغالباً ما تكون ضيقة التركيز، وهو ما ينطبق على البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل على حدٍ سواء. ففي عام ٢٠٠٦ حصلت البحوث المعنية بالخدمات الصحية (الفئة ٨ في الإطار ٣-٢) في المملكة المتحدة على ما بين ٠,٤٪ و ١,٦٪ من جميع الأموال التي خصصتها أربع من أكبر هيئات التمويل لهذا الغرض (٧٨). وعلى الرغم

وفيما يخص الأمراض المهملة تنشأ حالة من عدم التوازن بسبب تفضيل الاستثمار في أنواع من العدوى والمرض دون أخرى. إذ يذهب الجزء الأكبر من التمويل المخصص للبحث والتطوير إلى مجال مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا، فيما تحصل بعض المسببات الرئيسية الأخرى لاعتلال الصحة على جزء صغير نسبياً من هذا التمويل، ومنها حمى الضنك وأمراض الإسهال وحالات العدوى بالديدان الطفيلية (٣٧).

وعند تقييم أوجه القوة والضعف في البحوث تتضح سريعاً فضائل تتبّع الاستثمارات والممارسات والتطبيقات الخاصة بالبحوث. وتعاني الكثير من البلدان من عدم وجود هذه البيانات أو عدم اكتمالها. لذا ينبغي لجميع البلدان، حتى يتسنى لها البناء على الأسس القائمة بأكبر قدرٍ من الفعالية، أن تتبّع نهجاً نظامياً لوضع خريطة البحوث ورصدها وتقييمها (١٥، ١٦).

## قيمة البحوث الصحية

يضاف إلى مجموعة الدوافع الباعثة على إجراء المزيد من البحوث تزايد البيّنات الدالّة على ارتفاع عوائد الاستثمار في هذا المجال، وإن كان هذا الأمر ينطبق بصفة أساسية على البلدان المرتفعة الدخل. وبصرف النظر عن بعض القضايا المنهجية المثيرة للجدل - مثل تحديد الطريقة المناسبة لقياس التحسن المتحقّق في مستوى الصحة، هل عن طريق ارتفاع معدلات البقاء على قيد الحياة أم تحسّن نوعية الحياة؟ - فإن هناك بيّنات كميّة متزايدة على ما تقدمه البحوث من فوائد لصحة الإنسان والمجتمع والاقتصاد (١٧).  
عوائد استثنائية، رصد تقرير أُعِدَّ لمؤسسة Funding First في الولايات المتحدة ما حققه تراجع معدلات الوفيات، وخاصةً تلك الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية، من مكاسب كبيرة (١٨). واستناداً إلى ارتفاع القيمة المُحتسّبة لحياة الفرد قُدّرت قيمة العوائد النقدية من الاستثمار في البحوث بنحو ١,٥ تريليون دولار أمريكي سنوياً بين عامي ١٩٧٠ و١٩٩٠، وكان ثلث هذا المبلغ ناتجاً عن البحوث الرامية إلى تطوير أدوية وبروتوكولات علاجية جديدة. أما بالنسبة لأمراض القلب والأوعية الدموية فقد كان عائد الاستثمار في البحوث الخاصة بها أعلى من الإنفاق السنوي بنحو ٢٠ ضعفاً. ووجدت دراسةً مماثلةً أجرتها مؤسسة Access Economics في أستراليا أنّ كل دولاراً أسترالياً استُثمِرَ في البحث والتطوير في مجال

مما يقدمه المعهد الوطني للبحوث الصحية في المملكة المتحدة من عونٍ لزيادة التمويل الموجه إلى بحوث الخدمات والنظم الصحية فإنّ هذه البيانات توضح أنّ بعض هيئات التمويل المهمة لا تعطي الأولوية الكافية لهذا المجال. ومن الأمور التي تكرر ملاحظتها في أماكن متنوعة عدم إيلاء الاهتمام الكافي لترجمة المعارف الحالية حول المنتجات والعمليات إلى سياسات وممارسات (٧٩-٨١). أضف إلى ذلك أنّ إسهامات العلوم الاجتماعية في البحوث الخاصة بهذا المجال، والتي يتجاوز نطاقها الدراسات السريرية وعلم الأوبئة، نادراً ما تنال ما تستحقه من التقدير (٢).

وحتى عندما تُقدّم الأموال اللازمة للبحوث على هيئة مساعدات إثمائية رسمية للبلدان المنخفضة الدخل فإنّ هذا الأمر لا يُعتبر مفيداً في جميع الأحوال. إذ يرى بعض الباحثين الأفارقة أنّ المعونة الخارجية تقوّض الجهود المبذولة لإقناع الحكومات الأفريقية بإنفاق المزيد من الأموال على البحوث (١٢). وأحد عيوب التمويل الخارجي في مجال بحوث السياسات والنظم الصحية هو أنه يركز على المسائل التشغيلية مثل كيفية توسيع نطاق الخدمات ذات الأولوية. فمن ناحية نجد أنّ التبرعات الخارجية المخصصة لإجراء البحوث التشغيلية والانتقالية تلبّي حاجةً ملحةً. ولكن من ناحية أخرى لا يولّي اهتماماً كافٍ للمسائل الهيكلية الأكثر عمقاً حول سير عملية تقديم الخدمات الصحية - ومنها على سبيل المثال المسائل التي تنطرق إلى كيفية تعزيز المساءلة في عملية تقديم الخدمات أو كيفية إشراك أصحاب المصلحة المحليين فيها (٢). ويسلط هذا النوع من الملاحظات الضوء على تحدٍ معيّن في تمويل البحوث هو ضمان توافق أولويات الجهات المانحة الدولية مع أولويات الخدمات الصحية الوطنية، وذلك إعمالاً بمبادئ إعلان باريس بشأن فعالية المعونة (٢٠٠٥) وبرنامج عمل أكرا (٢٠٠٨) (١٣)، وتمشياً مع الهدف الأوسع المتمثل في تحقيق التنمية الفعالة والذي تدعمه شراكة بوسان العالمية للتعاون الإنمائي الفعال (١٤).

لا يمكن قياس جميع منافع البحوث من الناحية النقدية ولا يصح ذلك (٩١). ولقياس الطائفة المتنوعة من المنافع الناتجة عن البحوث، يقيّم «إطار المردود المالي» نواتج البحوث تحت خمسة عناوين هي: المعارف، والمنافع العائدة على البحوث المستقبلية واستخدام البحوث، والمنافع الناجمة عن توجيه وضع السياسات وتطوير المنتجات، والمنافع العائدة على الصحة والقطاع الصحي، والمنافع الاقتصادية (٩١-٩٦). ويتمتع هذا النموذج التقييمي بجاذبية منطقية لأنه بالرغم من اعترافه بالتعقيدات وبالفتوحات في التغذية المرتدة فإنه يتتبع مراحل تطور فكرة البحث منذ بدايتها مروراً بالعملية البحثية وعملية النشر ووصولاً إلى أثرها على الصحة والمجتمع والاقتصاد (٩٢، ٩٧). وبذلك يتوازي هذا النموذج مع دورة البحوث المبيّنة في الإطار ٢-٣.

واستُخدم «إطار المردود المالي» في أيرلندا، على سبيل المثال، لتقييم المنافع الناجمة عن مشروع تجريبي حول الاكتشاف المبكر للذهان (٩٨). ووصفت الدراسة كيف يمكن لخدمات التدخل المبكر، الداعمة لجهود هيئة الخدمات الصحية الأيرلندية، أن تقلل من المدة التي يُترك فيها المرض دون علاج ومن شدة الأعراض ومن السلوك الانتحاري ومن معدل الانتكاس وما يترتب عليه من علاج في المستشفى. وأشارت الدراسة إلى أن الاكتشاف المبكر يخفض تكاليف العلاج وينقذ الأرواح ويحظى بتقدير كبير لدى المستفيدين من الخدمات وأسْرهم.

وبالإضافة إلى تقييم عوائد البحوث ينبغي النظر في مصدر الاستثمار الأوّلي وكيفية تأثيره على إتاحة الوصول إلى المنتجات الصادرة عن البحث. ومن أمثلة ذلك أن مؤسسات البحوث التابعة للقطاع العام في الولايات المتحدة تجري كماً من البحوث التطبيقية أكبر مما كان يُعتقد في بعض الأحيان. ففي مجال واحد فقط ساهمت هذه المؤسسات في اكتشاف ما بين ٩ و٢١٪ من جميع الأدوية المستخدمة في التطبيقات الدوائية الجديدة التي حصلت على الموافقة اللازمة بين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٧ (٩٩). ومن الملاحظ أيضاً أن

الصحة نتج عنه مكاسب صحية بلغ متوسطها ٢,١٧ دولاراً أسترالياً (ما يعادل ٢,٢٧ دولاراً أمريكياً تقريباً). ولم يتجاوز معدل العائد هذا المستوى إلا في قطاعي التعدين والتجزئة (١٩).

وقدّرت أيضاً القيمة المالية للمكاسب الصحية المحقّقة من التجارب المعشاة ذات الشواهد المتعلقة بالعلاجات الدوائية والإجراءات السريرية، التي مؤلها المعهد الوطني للاضطرابات العصبية والسكتة الدماغية في الولايات المتحدة (٩٠). وشمل هذا التقييم ٢٨ تجربة نُفّذت بتكلفة إجمالية بلغت ٣٣٥ مليون دولار أمريكي. ومن خلال إعطاء قيمة متساوية للسنة الواحدة من سنوات الحياة المعدّلة نوعياً (QALY) ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (GDP) بلغ صافي القيمة المقدّرة للمنافع العائدة على المجتمع بعد عشر سنوات ١٥,٢ مليار دولار أمريكي، وهو ما يعني وصول العائد السنوي على الاستثمار إلى ٤٦٪.

أما دراسة أخرى أُجريت في المملكة المتحدة حول البحوث الخاصة بأمراض القلب والأوعية الدموية والصحة النفسية فقد فَصّلت قيمة المكاسب الصحية (قدّرت قيمة سنوات الحياة المعدّلة نوعياً بنحو ٢٥ ٠٠٠ جنيه استرليني، وهي القيمة التي تستخدمها هيئة الخدمات الصحية الوطنية في المملكة المتحدة) عن قيمة المكاسب الاقتصادية (الناتج المحلي الإجمالي)، مع كون الأخيرة نتاج للتأثيرات الاقتصادية الأوسع لإنفاق المؤسسات العامة والخيرية على البحوث، بما في ذلك ما يحدثه هذا الإنفاق من تأثير حفاز للبحوث المموّلة من القطاع الخاص (١٧). وكان معدل العائد السنوي فيما يتعلق بالمكاسب الصحية ٩٪ لبحوث أمراض القلب والأوعية الدموية و٧٪ لبحوث الصحة النفسية، بلغ المعدل السنوي للعائدات من حيث الناتج المحلي الإجمالي ٣٠٪ لكل البحوث الطبية في المملكة المتحدة. وبلغت كل هذه المعدلات معاً معدلاً سنوياً إجمالياً للعائدات مقداره ٣٩٪ لبحوث أمراض القلب والأوعية الدموية والصحة النفسية في المملكة المتحدة خلال فترة بلغت ١٧ عاماً.

المنشودة من البحوث قد تحققت وإنما يوضح الأسس الداعمة التي يمكن أن نبني عليها الآن برامج بحثية ذات جودة أعلى.

الإبداع والخيال عنصران لا غنى عنهما لأي مؤسسة بحثية. ومن الفرضيات التي يقوم عليها هذا التقرير أنه حيثما أصيبَ الناس بمشاكلٍ صحيةٍ طُرحت أفكارٌ جديدةٌ للمساعدة على حلها. بيد أن العقبة التي يمكن أن تحول دون تحقيق ذلك هي الوسائل المستخدمة لتحويل تلك الأفكار إلى تطبيقات عملية يمكن الاعتماد عليها. فحتى البحوث الأعلى جودةً لا تؤدي تلقائياً إلى تحسين مستويات الصحة إن لم تُطبَّق نتائجها.

ولتكوين فهم أفضل للمهمة التي تنتظرنا فهناك حاجة منهجية إلى تقييم مواطن القوة والضعف في البحوث الصحية، لكل بلد على حدة، في جميع أنحاء العالم. وعند إنفاق المال العام على البحوث ينبغي أن تكون هناك آليات لمناقشة أولويات البحوث، ولتطوير القدرات اللازمة لإجراء البحوث، ولوضع المعايير المناسبة، ولترجمة النتائج إلى سياسات وممارسات. وعند تكوين رأي حول أولويات الإنفاق ينبغي أن يكون هناك توافق على المجموعة المتوازنة من الأنشطة المرتبطة بدورة البحوث وهي: قياس حجم المشكلة الصحية؛ وفهم الأسباب التي أدت إليها؛ وابتكار الحلول؛ وترجمة البيّنات إلى سياسات وممارسات ومنتجات؛ وتقييم فعالية التدخلات بعد التنفيذ. وعلاوةً على ذلك ينبغي عند دراسة أي مشكلة في أي مكان عقد نقاش حول طرق التقصي وأهمية الاستدلالات التي يمكن استنباطها منها.

يرد في الفصل الرابع وصف تفصيلي لسبل إيجاد البيئة المناسبة لإجراء البحوث ولطرق الحكم على أدائها. ولكن قبل النظر في كيفية إنشاء برامج بحثية فعالة يبيّن الفصل الثالث كيف يمكن للبحوث أن تقدم حلولاً ذات مصداقية لبعض الأسئلة المهمة المتعلقة بالتغطية الصحية من أجل توجيه السياسات والممارسات. ■

البحوث الممولة من القطاع العام في الولايات المتحدة غالباً ما تكتشف أدويةً يُتوقع أن يكون لها تأثيرات سريرية هائلة. ومن الخصائص البارزة للدراسات المعنية بتقدير القيمة الاقتصادية للبحوث - وفقاً لنتائج أحد الاستعراضات - أنه لم يسبق لأي منها أن أُجريت في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ولذلك فإن أحد المخاوف الرئيسية هو محدودية إمكانية اعتماد هذه البلدان على بحوث طبية أُجريت في مكان آخر (٩١).

## الاستنتاجات: البناء على الأسس القائمة

إن البحوث الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة ليست ترفاً؛ وإنما هي ضرورة أساسية لاكتشاف وتطوير وتقديم التدخلات التي يحتاج إليها الناس حتى يظلوا أصحاء (١٠٠). وإذا كانت «أفضل أيام الصحة العمومية لا تزال أمامنا» فإن ذلك يعود جزئياً إلى أن أفضل أيام البحوث الصحية لا تزال تنتظرنا أيضاً (١٠١).

وقد خلف تقرير لجنة البحوث الصحية من أجل التنمية لعام ١٩٩٠ إرثاً كبيراً (١٠٢)، حيث نتج عنه إدراك واسع النطاق لمدى انخفاض مستوى الاستثمار في البحوث ومدى هشاشة البحوث الصحية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويتضح الآن بعد مرور أكثر من ٢٠ عاماً أن البحوث من أجل الصحة في ازدياد في جميع أنحاء العالم. فقد تحسنت إمكانية تحديد المشاكل الصحية مقارنةً بما كانت عليه قبل عقدين من الزمن؛ وزادت الموارد المالية والقدرات البحثية المستغلة في معالجة المسائل الأساسية المتعلقة بالصحة؛ وزاد الالتزام في عمليات التقصي بأفضل الممارسات في تصميم البحوث وتطبيق أخلاقياتها والإبلاغ عن نتائجها؛ وزاد عدد مؤسسات وشبكات البحوث، وزاد التعاون الوطني والدولي سواء فيما بين بلدان الجنوب أو بينها وبين بلدان الشمال (١٠٣). إن ما يقدمه هذا الفصل من استعراض للمشهد البحثي لا يعني أن كامل الأهداف

## المراجع

1. Commission on Health Research for Development. *Health research - essential link to equity in development*. Oxford, Oxford University Press, 1990.
2. WHO strategy on research for health. Geneva, World Health Organization, 2012. ([http://www.who.int/phi/WHO\\_Strategy\\_on\\_research\\_for\\_health.pdf](http://www.who.int/phi/WHO_Strategy_on_research_for_health.pdf), accessed 23 April 2013).
3. *Research assessment exercise. Guidance on submissions*. London, Higher Education Funding Council for England, 2005.
4. National Science Board. *Science and engineering indicators 2012*. Arlington, VA, National Science Foundation, 2012.
5. Humphreys K, Piot P. Scientific evidence alone is not sufficient basis for health policy. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 2012, 344:e1316. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1316> PMID:22371864
6. *Glossary of statistical terms*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012. ([stats.oecd.org/glossary/search.asp](http://stats.oecd.org/glossary/search.asp), accessed 14 March 2013).
7. Zachariah R et al. Is operational research delivering the goods? The journey to success in low-income countries. *The Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12:415-421. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(11\)70309-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70309-7) PMID:22326018
8. Lobb R, Colditz GA. Implementation science and its application to population health. *Annual Review of Public Health*, 2013, 34:235-251. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114444> PMID:23297655
9. *Translational research*. Seattle, Institute of Translational Health Sciences, 2012 ([www.iths.org](http://www.iths.org), accessed 14 March 2013).
10. Alliance for Health Policy and Systems Research. What is HPSR? Overview (web page). Geneva, World Health Organization, 2011.
11. *Health research classification system*. London, UK Clinical Research Collaboration, 2009.
12. *Health research classification systems: current approaches and future recommendations*. Strasbourg, European Science Foundation, 2011.
13. Pena-Rosas JP et al. Translating research into action: WHO evidence-informed guidelines for safe and effective micronutrient interventions. *The Journal of Nutrition*, 2012, 142:1975-2045. doi: <http://dx.doi.org/10.3945/jn.111.138834> PMID:22113868
14. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. *Basic epidemiology*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2006.
15. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 2008, 336:924-926. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD> PMID:18436948
16. *WHO handbook for guideline development*. Geneva, World Health Organization, 2012.
17. Duclos P et al. Developing evidence-based immunization recommendations and GRADE. *Vaccine*, 2012, 31:12-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.02.041> PMID:22391401
18. Homer-Dixon T. *The ingenuity gap*. London, Vintage Books, 2001.
19. *Innovation Prize for Africa*. Addis Ababa, United Nations Economic Commission for Africa and the African Innovation Foundation, 2011 ([www.innovationprizeforafrica.org](http://www.innovationprizeforafrica.org), accessed 14 March 2013).
20. Nakkazi E. *Students develop software to monitor unborn babies*. AllAfrica, 2012. ([allafrica.com/stories/201205240064.html](http://allafrica.com/stories/201205240064.html), accessed 14 March 2013).
21. Dr. Mohan's Diabetes Specialities Centre (web site). Chennai, Dr. Mohan's, 2012. ([www.drmoahnsdiabetes.com](http://www.drmoahnsdiabetes.com), accessed 14 March 2013).

22. *Priority-setting in health: building institutions for smarter public spending*. Washington, DC, Center for Global Development, 2012.
23. Omachonu VK, Einspruch NG. Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 2010,15(1).
24. *The 10/90 report on health research 2000*. Geneva, Global Forum for Health Research, 2000.
25. *Investing in health research and development. Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options*. Geneva, World Health Organization, 1996.
26. *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva, World Health Organization, 2001.
27. Task Force on Health Systems Research. Informed choices for attaining the Millennium Development Goals: towards an international cooperative agenda for health-systems research. *Lancet*, 2004, 364:997-1003. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17026-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17026-8) PMID:15364193
28. *World report on knowledge for better health – strengthening health systems*. Geneva, World Health Organization, 2004.
29. Hafner T, Shiffman J. The emergence of global attention to health systems strengthening. *Health Policy and Planning*, 2013, 28:41-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czs023> PMID:22407017
30. Law T et al. Climate for evidence-informed health systems: a profile of systematic review production in 41 low- and middle-income countries, 1996–2008. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2012, 17:4-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1258/jhsrp.2011.010109> PMID:21967823
31. Murray CJ et al. GBD 2010: a multi-investigator collaboration for global comparative descriptive epidemiology. *Lancet*, 2012, 380:2055-2058. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62134-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62134-5) PMID:23245598
32. Youngkong S, Kapiriri L, Baltussen R. Setting priorities for health interventions in developing countries: a review of empirical studies. *Tropical Medicine & International Health*, 2009, 14:930-939. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02311.x> PMID:19563479
33. Viergever RF et al. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems*, 2010, 8:36. PMID:21159163
34. Rudan I. Global health research priorities: mobilizing the developing world. *Public Health*, 2012, 126:237-240. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2011.12.001> PMID:22325672
35. AU-NEPAD (African Union – New Partnership for Africa’s Development). *African innovation outlook 2010*. Pretoria, AU-NEPAD, 2010.
36. Adam T et al. Trends in health policy and systems research over the past decade: still too little capacity in low-income countries. *PLoS ONE*, 2011, 6:e27263. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0027263> PMID:22132094
37. *Neglected disease research and development: a five year review*. Sydney, Policy Cures, 2012.
38. Mundel T. Global health needs to fill the innovation gap. *Nature Medicine*, 2012, 18:1735. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/nm1212-1735> PMID:23223055
39. Chalmers I, Hedges LV, Cooper H. A brief history of research synthesis. *Evaluation & the Health Professions*, 2002, 25:12-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0163278702025001003> PMID:11868442
40. Bastian H, Glasziou P, Chalmers I. Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we ever keep up? *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000326. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000326> PMID:20877712
41. Nachega JB et al. Current status and future prospects of epidemiology and public health training and research in the WHO African region. *International Journal of Epidemiology*, 2012, 41:1829-1846. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dys189> PMID:23283719

42. Decoster K, Appelmans A, Hill P. *A health systems research mapping exercise in 26 low- and middle-income countries: narratives from health systems researchers, policy brokers and policy-makers*. (Background paper commissioned by the Alliance for Health Policy and Systems Research to develop the WHO Health Systems Research Strategy). Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, 2012.
43. Sheikh K et al. Building the field of health policy and systems research: framing the questions. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001073. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001073> PMID:21857809
44. *Global Open Access Portal*. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2012. (<http://www.unesco.org/new/en/communication-and-information/portals-and-platforms/goap/>, accessed 14 March 2012).
45. *Making a difference*. Geneva, Research4Life, 2011.
46. Prüss-Üstün A, Corvalán C. *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 2006.
47. Lim SS et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012, 380:2224–2260. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8) PMID:23245609
48. Dora C et al. *Urban transport and health. Module 5g. Sustainable transport: a sourcebook for policy-makers in developing cities*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, and Geneva, World Health Organization, 2011.
49. *Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – transport sector*. Geneva, World Health Organization, 2011.
50. *Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector*. Geneva, World Health Organization, 2011.
51. *Sustainable development goals*. New York, United Nations, 2013. ([sustainabledevelopment.un.org](http://sustainabledevelopment.un.org), accessed 14 March 2013).
52. Haines A et al. From the Earth Summit to Rio+20: integration of health and sustainable development. *Lancet*, 2012, 379:2189–2197. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60779-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60779-X) PMID:22682465
53. Gilbert N. International aid projects come under the microscope. *Nature*, 2013, 493:462–463. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/493462a> PMID:23344337
54. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:400–405. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.3.400> PMID:14998803
55. Banerjee AV, Duflo E. *Poor economics*. New York, NY, PublicAffairs, 2011.
56. Duflo E. Rigorous evaluation of human behavior. *Science*, 2012, 336:1398. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1224965> PMID:22700919
57. Eaton WW et al. The burden of mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, 2008, 30:1–14. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/epirev/mxn011> PMID:18806255
58. Yasamy MT et al. Responsible governance for mental health research in low resource countries. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001126. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001126> PMID:22131909
59. Tol WA et al. Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001096. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001096> PMID:21949644
60. *Challenges and priorities for global mental health research in low- and middle-income countries*. London, Academy of Medical Sciences, 2008.
61. Pang T, Terry RF. PLoS Medicine editors. WHO/PLoS collection “No health without research”: a call for papers. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001008. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001008>

62. Tomlinson M et al. A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. *Health Research Policy and Systems*, 2011, 9:19. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-9-19> PMID:21575144
63. Alger J et al. Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina: una revisión de 14 países [National health research systems in Latin America: a 14-country review]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2009, 26:447-457. PMID:20107697
64. Victora CG et al. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet*, 2004, 364:1541-1548. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17279-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17279-6) PMID:15500901
65. *Knowledge translation on ageing and health: a framework for policy development*. Geneva, World Health Organization, 2012.
66. *Planning, monitoring and evaluation framework for capacity strengthening in health research* (ESSENCE Good practice document series. Document TDR/ESSENCE/11.1). Geneva, World Health Organization, 2011.
67. McKee M, Stuckler D, Basu S. Where there is no health research: what can be done to fill the global gaps in health research? *PLoS Medicine*, 2012, 9:e1001209. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001209> PMID:22545025
68. *Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property*. Geneva, World Health Organization, 2011.
69. *Research and development to meet health needs in developing countries: strengthening global financing and coordination. Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination*. Geneva, World Health Organization, 2012.
70. *Research and development — coordination and financing. Report of the Expert Working Group*. Geneva, World Health Organization, 2010.
71. *Public health, innovation and intellectual property rights: report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
72. *Promoting access to medical technologies and innovation: intersections between public health, intellectual property and trade*. Geneva, World Health Organization, World Intellectual Property Organization and World Trade Organization, 2013.
73. Røttingen J-A et al. *Multi-stakeholder technical meeting on implementation options recommended by the WHO Consultative Expert Working Group on Research & Development (CEWG): Financing and Coordination*. Nonthaburi and Cambridge, MA, International Health Policy Program Thailand and Harvard Global Health Institute, Bellagio, Rockefeller Foundation, 2012.
74. Røttingen J-A et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *Lancet*, 2013 May 17. pii: S0140-6736(13)61046-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61046-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61046-6)
75. Chirac P, Torreele E. Global framework on essential health R&D. *Lancet*, 2006, 367:1560-1561. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68672-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68672-8) PMID:16698397
76. Braine T. Race against time to develop new antibiotics. *Bulletin of the World Health Organization*, 2011, 89:88-89. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.030211> PMID:21346918
77. Leroy JL. et al Current priorities in health research funding and lack of impact on the number of child deaths per year. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:219-223. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2005.083287> PMID:17194855
78. Rothwell PM. Funding for practice-oriented clinical research. *Lancet*, 2006, 368:262-266. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69010-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69010-7) PMID:16860680

79. Zachariah R et al. The 2012 world health report 'no health without research': the endpoint needs to go beyond publication outputs. *Tropical Medicine & International Health*, 2012, 17:1409-1411. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2012.03072.x>
80. Brooks A et al. Implementing new health interventions in developing countries: why do we lose a decade or more? *BioMed Central Public Health.*, 2012, 12:683. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-683> PMID:22908877
81. Bennett S, Ssengooba F. Closing the gaps: from science to action in maternal, newborn, and child health in Africa. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000298. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000298> PMID:20613861
82. Nordling L. African nations vow to support science. *Nature*, 2010, 465:994-995. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/465994a> PMID:20577179
83. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013 (<http://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm>, accessed 16 March 2013).
84. *Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness*. Busan, Global Partnership for Effective Development Cooperation, 2011. ([www.aideffectiveness.org/busanhlf4/](http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/), accessed 14 March 2013).
85. Oxman AD et al. A framework for mandatory impact evaluation to ensure well informed public policy decisions. *Lancet*, 2010, 375:427-431. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61251-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61251-4) PMID:20113827
86. *Evaluation for development* (web page). Ottawa, International Development Research Centre, 2012. (<http://www.idrc.ca/EN/Programs/Evaluation/Pages/default.aspx>, accessed 16 March 2013).
87. Health Economics Research Group, Brunel University. Office of Health Economics, RAND Europe. *Medical research. What's it worth? Estimating the economic benefits from medical research in the UK*. London, UK Evaluation Forum, 2008.
88. *First Funding. Exceptional returns. The economic value of America's investment in medical research*. New York, NY, Albert & Mary Lasker Foundation, 2000.
89. *Exceptional returns: the value of investing in health R&D in Australia II*. Canberra, The Australian Society for Medical Research, 2008.
90. Johnston SC et al. Effect of a US National Institutes of Health programme of clinical trials on public health and costs. *Lancet*, 2006, 367:1319-1327. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68578-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68578-4) PMID:16631910
91. Yazdizadeh B, Majdzadeh R, Salmasian H. Systematic review of methods for evaluating healthcare research economic impact. *Health Research Policy and Systems*, 2010, 8:6. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-8-6> PMID:20196839
92. Donovan C, Hanney S. The 'Payback Framework' explained. *Research Evaluation*, 2011, 20:181-183. doi: <http://dx.doi.org/10.3152/095820211X13118583635756>
93. Wooding S et al. Payback arising from research funding: evaluation of the Arthritis Research Campaign. *Rheumatology*, 2005, 44:1145-1156. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keh708> PMID:16049052
94. Hanney S et al. An assessment of the impact of the NHS Health Technology Assessment Programme. *Health Technology Assessment*, 2007, 11:iii-iv, ix-xi, 1-180. PMID:18031652
95. Oortwijn WJ et al. Assessing the impact of health technology assessment in the Netherlands. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2008, 24:259-269. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0266462308080355> PMID:18601793
96. Kwan P et al. A systematic evaluation of payback of publicly funded health and health services research in Hong Kong. *BMC Health Services Research*, 2007, 7:121. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-7-121> PMID:17662157

97. Buxton M, Hanney S. How can payback from health services research be assessed? *Journal of Health Services Research & Policy*, 1996, 1:35-43. PMID:10180843
98. Nason E et al. *Health research – making an impact. The economic and social benefits of HRB funded research*. Dublin, Health Research Board, 2008.
99. Stevens AJ et al. The role of public-sector research in the discovery of drugs and vaccines. *The New England Journal of Medicine*, 2011, 364:535-541. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs1008268> PMID:21306239
100. Whitworth JA et al. Strengthening capacity for health research in Africa. *Lancet*, 2008, 372:1590-1593. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61660-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61660-8) PMID:18984193
101. Chan M. *Best days for public health are ahead of us, says WHO Director-General. Address to the Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21 May 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012. ([http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha\\_20120521](http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521), accessed 14 March 2013).
102. Frenk J, Chen L. Overcoming gaps to advance global health equity: a symposium on new directions for research. *Health Research Policy and Systems*, 2011, 9:11. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-9-11> PMID:21342523
103. Thorsteinsdottir H, ed. *South-South collaboration in health biotechnology: growing partnerships amongst developing countries*. New Delhi and Ottawa, Academic Foundation and International Development Research Centre, 2012.



## الفصل ٣

---

كيف تسهم البحوث في  
التغطية الصحية الشاملة



## الفصل ٣

66	النقاط الرئيسية
71	استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات للحد من وفيات الأطفال
74	العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية للوقاية من انتقال فيروس العوز المناعي البشري عن طريق الجنس
76	استخدام مكملات الزنك لخفض معدلات إصابة الأطفال الصغار بالالتهاب الرئوي والإسهال
79	استخدام التطبيب عن بُعد لتحسين جودة رعاية الأطفال
81	وسائل جديدة لتشخيص السل
84	استخدام «الحبة المتعددة» للحد من الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية
86	مقارنة بين العلاج التوليقي بستيروغلوكونات الصوديوم والباروموميسين والعلاج المفرد بستيروغلوكونات الصوديوم لداء الليشمانيات الحشوي
88	الاعتماد على نقل المهام للارتقاء بمستوى التدخلات الرامية إلى تحسين معدلات بقاء الأطفال
90	تحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية التوليدية الطارئة
93	استخدام التحويلات النقدية المشروطة لتحسين الاستفادة من الخدمات الصحية وتحسين الحاصلات الصحية
96	دور التأمين في توفير خدماتٍ صحيةٍ سهلة المنال وميسورة التكلفة
97	حصول السكان المسنين على الرعاية الصحية بتكلفة ميسورة
99	الاستنتاجات: الدروس العامة المستخلصة من أمثلة محددة

أحد العاملين الصحيين يقيس محيط منتصف الذراع العلوي لأحد الأطفال في مركز تغذية في كويغو بتشاد. اللون الأصفر على شارة الذراع يبين أن الطفل يعاني من سوء التغذية (©UNICEF/NYHQ2011-2139/Estève).

## النقاط الرئيسية

- إن البحوث تنير الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة وإلى صحة أفضل. يوضح هذا الفصل ذلك من خلال ١٢ دراسة حالة تبحث أسئلة حول قضايا تتراوح من الوقاية من أمراض محددة ومكافحتها إلى أداء النظم الصحية لوظائفها.
- وتُظهر عدة دراسات حالة كيف أنّ الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة يرتبط بالتقدم المحرّز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs) المتعلقة بالصحة، والتي تُعنى بصحة الأم والطفل ومكافحة الأمراض السارية الرئيسية.
- وتتناول بحوث التغطية الصحية الشاملة الأسئلة على ثلاثة مستويات، إذ تركز أولاً على السؤال التالي: ما طبيعة المشكلة الصحية، هل تتعلق مثلاً بالمرض أم بالنظام الصحي؟ ثانياً: ما هو السؤال المحدد الجاري طرحه، وما موقع هذا السؤال في دورة البحوث، التي تبدأ بفهم الأسباب وتنتهي بتطبيق الحلول؟ ثالثاً: ما هو تصميم الدراسة الأنسب لمعالجة السؤال محل البحث؟
- وتوضح دراسات الحالة هذه الأسئلة على جميع المستويات الثلاثة، وتسلط الضوء بصورة خاصة على مجموعة الطرائق التي يشجع استخدامها في البحوث الصحية، بدءاً بالدراسات الرصدية وانتهاءً بالتجارب المعشاة ذات الشواهد.
- وتؤدي هذه الأمثلة أيضاً إلى بعض الاستنتاجات العامة حول بحوث التغطية الصحية الشاملة. وهي توضح اختلاف أنواع المشاكل التي يمكن للبحوث أن تقدم لها حلولاً، ومزايا وجود بيئات واردة من مصادر متعددة، وطبيعة دورة البحوث، والعلاقة بين تصميم الدراسة وقوتها الاستدلالية، والتحدي المتمثل في تطبيق نتائج البحوث في البيئات المختلفة، والعلاقة بين البحوث والسياسات والممارسات.

# 3

## كيف تسهم البحوث في التغطية الصحية الشاملة

أوضح الفصل الثاني كيف أنّ البحوث الصحية بوجهٍ عام، وبعوث التغطية الصحية الشاملة بوجهٍ خاص، آخذة في الازدياد في جميع أنحاء العالم، وإن كان ذلك على نحوٍ متفاوت. وفي هذا الفصل ينتقل التركيز إلى نتائج البحوث، حيث يقدم الفصل مجموعةً مختارةً من دراسات الحالة لتوضيح كيف يمكن للبحوث أن تعالج مجموعةً واسعةً من الأسئلة المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة وأن تقدم حلولاً قد تساعد على توجيه السياسات والممارسات الصحية.

وعند اختيار دراسات الحالة ووصفها نحدد تسلسلاً هرمياً لعمليات التقصي يقوم على ثلاثة مستويات. يتعلق المستوى الأول بتحديد طبيعة المشكلة الصحية. وقد يكون التركيز على مرض معين (مثل الداء السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو السل أو الأيدز والعدوى بفيروسه)، أو على أداء عنصر من عناصر النظام الصحي لوظائفه (مثل القوى العاملة الصحية أو شبكة المختبرات الوطنية أو عدالة أحد نظم التأمين الصحي). يغطي هذا الفصل كلاً من الأمراض والنظم الصحية، ويركز على البحوث التي تساعد على إحراز التقدم، سواء نحو بلوغ التغطية الصحية الشاملة أو نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة وإدامتها بعد ذلك. وتتضمن أمثلة البحوث أسئلةً حول صحة الطفل (الهدف الرابع) وصحة الأم (الهدف الخامس)، وكذلك حول الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا (الهدف السادس). ويناقش هذا الفصل أيضاً الأمراض غير السارية، وأداء النظم الصحية لوظائفها، والعقبات المالية التي تعترض الرعاية الصحية.

يتعلق المستوى الثاني بتحديد السؤال البحثي وتصنيفه وتحديد موقعه في دورة البحوث (الإطار ٢-٣). وقد نُظمت دراسات الحالة في هذا الفصل وفقاً للتصنيف الذي اقترحه مؤسسة التعاون في البحوث السريرية بالمملكة المتحدة، والذي يغطي ثماني فئات تبدأ بـ«البحوث الداعمة» (مثل البحوث الأساسية أو الأولية) وتنتهي ببحوث السياسات والنظم الصحية (الإطار ٢-٢) (١، ٢). ورُتبت دراسات الحالة المُدرّجة في الجدول ٣-١ وفقاً لهذا المخطط. وتندرج هذه المجموعة من دراسات الحالة تحت الفئات ٣ إلى ٨ الوارد وصفها في الإطار ٢-٢، وذلك لأنّ «البحوث الداعمة» (الفئة ١) و«مسببات الأمراض» (الفئة ٢) ليست بينهما وبين التغطية الصحية الشاملة علاقة مباشرة بخلاف الفئات الأخرى.

رقم دراسة الحالة	تصنيف البحث (الفترة في الإطار ٢-٣)	المشكلة الصحية المحددة	نوع الدراسة	البلد	الآثار المترتبة بالنسبة إلى التغطية الصحية الشاملة
١	الوقاية من الأمراض والاعتلالات، وتعزيز الرفاه (الفترة ٣)	ارتفاع معدلات سرية الملاريا والوفيات الناجمة عنها.	تحليل تلوي لبيانات المسوحات الأسيية (٣)	٢٣ بلداً أفريقياً	جاءت البيانات داعمة للجهود الرامية إلى توسيع نطاق التغطية بالناموسيات المعالجة بمبيدات الشبرات وإدامتها من خلال إظهار تأثير أحد التدخلات المؤكدة في حالة من واقع الحياة (٤). ارتبط استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الشبرات بانخفاض طفيليات الملاريا والوفيات الناجمة عنها بين الأطفال الصغار.
٢	الوقاية من الأمراض والاعتلالات، وتعزيز الرفاه (الفترة ٣)	ارتفاع معدلات انتقال فيروس العوز المناعي البشري عن طريق الجنس.	تجربة معشاة ذات شواهد شملت عدة بلدان (٥)	تسعة بلدان في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية وأمريكا الشمالية	دعمت الدراسة الاستخدام الاستراتيجي للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للحد من انتشار عدوى فيروس العوز المناعي البشري، وعززت قاعدة البيانات اللازمة لوضع سياسات ومبادئ توجيهية عالمية بشأن استخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعلاج الفيروس والوقاية منه. أدى بدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في وقت مبكر إلى انخفاض كبير في معدلات انتقال فيروس العوز المناعي البشري عن طريق الجنس.
٣	الوقاية من الأمراض والاعتلالات، وتعزيز الرفاه (الفترة ٣)	ارتفاع معدلات مرآمة ووفيات الأطفال الناجمة عن الإسهال وعدوى الجهاز التنفسي، ويمكن الوقاية منها عن طريق تناول مكملات الزنك.	تجربة معشاة ذات شواهد (٦)	بنغلاديش	أضافت هذه البيانات وزناً إلى توصيات اليونيسيف/ منظمة الصحة العالمية باستخدام مكملات الزنك لعلاج الإسهال، وأظهرت أيضاً أهمية الإضافة للزنك في التدبير العلاجي للأمراض الجهاز التنفسي. يمكن استخدام تكنولوجيا التطبيق عن بعد لتوفير الخبرات اللازمة في المناطق التي يصعب الوصول إليها والتي تعاني من نزاعات حيث لا يتسنى لسكانها الوصول مباشرة إلى الخدمات الصحية.
٤	الاكتشاف والفحص والتشخيص (الفترة ٤)	رداءة الرعاية الطبية للمقدّمة للأطفال في معظم حالات النزاع.	دراسة أثرية مستقبلية محكمة تاريخياً (١٦)	الصومال	يمكن استخدام تكنولوجيا التطبيق عن بعد إلى تحسين جودة الرعاية الطبية المقدّمة للأطفال في المستشفيات.

...يتبع

رقم دراسة الحالة	تصنيف البحث (الفترة في الإطار ٢-٢)	المشكلة الصحية المحددة	نوع الدراسة	البلد	الآثار المترتبة بالنسبة إلى التغطية الصحية الشاملة
------------------	------------------------------------	------------------------	-------------	-------	--

٥	الكشف والفحص والشخص (الفترة ٤)	عدم دقة الاختبارات التشخيصية الشائعة لمرض السل وعدم قدرتها على كشف حالات مقاومة الأدوية.	تقييم لصلاحيّة اختبار تشخيصي جديد (٨)	أذربيجان والهند وبنبرو وجنوب أفريقيا	أوصت منظمة الصحة العالمية باستخدام اختبار Xpert® MTB/RIF باستخدام اختبار Xpert® MTB/RIF في عام ٢٠١٠. وبحلول أيلول/سبتمبر ٢٠١٢ كان ٨٩٨ جهازاً من أجهزة اختبار Xpert قد اشترت في القطاع العام في ٧٣ من أصل ١٤٥ بلداً مؤهلاً للحصول على أسعار ميسّرة. قد يؤدي تناول الحبة المتعددة إلى خفض معدلات الإصابة والوفاة بأمراض القلب والأوعية الدموية عند دمجها مع بعض الأنشطة الوقائية الأخرى مثل ممارسة التمارين الرياضية وتباعد نظم غذائية صحية. نتج عن هذه النتائج أن أوصت المنظمة بإمكانية استخدام ستينوغلوكونات الصوديوم والباروموميسين كوليقة علاجية من الخط الأول لداء الليشمانيات الصخوي في شرق أفريقيا.
٦	تطوير العلاجات والتدخلات العلاجية (الفترة ٥)	انتهاء أمراض القلب والأوعية الدموية إلى فئة الأمراض غير السارية الرئيسية وكونها مشكلة صحية عمومية عالمية.	تجربة معشاة ذات شواهد (٩)	الهند	كان العلاج التوليقي بستيروغلوكونات الصوديوم والباروموميسين فعالاً وأقصر زمناً ومرتبناً بانخفاض مخاطر نشوء مقاومة للأدوية.
٧	تقييم العلاجات والتدخلات العلاجية (الفترة ٦)	انتشار داء الليشمانيات الصخوي، ككثير من أمراض طفلي مميت في العالم بعد الملاريا، من دون وجود خيارات كافية لعلاجها.	تجربة معشاة ذات شواهد شملت عدة بلدان (١٠)	إثيوبيا وكينيا والسودان وأوغندا	كان العلاج التوليقي بستيروغلوكونات الصوديوم والباروموميسين فعالاً وأقصر زمناً ومرتبناً بانخفاض مخاطر نشوء مقاومة للأدوية.
٨	تدبير الأمراض والاعتلالات (الفترة ٧)	تأثير نقص العاملين الصحيين المؤهلين سلباً على التغطية بالتدخلات العلاجية الرامية إلى إبقاء الأطفال على قيد الحياة.	تجربة معشاة ذات شواهد شملت عدة بلدان (١١)	بنغلاديش والبرازيل وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة	يُعَدُّ نقل المهام استراتيجيّة فعالة لتعزيز النظم الصحية، ولزيادة التغطية بتدخلات التدبير العلاجي المتكامل وسائر التدخلات الرامية إلى بقاء الأطفال على قيد الحياة، في المناطق التي تعاني من نقص الخدمات والموارد ومن ثمّ نقص العاملين الصحيين.

## بحوث التغطية الصحية الشاملة

رقم دراسة الحالة	تصنيف البحث (الفترة في الإطار ٢-٣)	المشكلة الصحية المحددة	نوع الدراسة	البلد	النتائج الرئيسية	الأثار المترتبة بالنسبة إلى التغطية الصحية الشاملة
٩	بحوث السياسات والنظم الصحية (الفترة ٨)	ارتفاع معدل وفيات الأمهات في أفريقيا.	دراسة أثرية استعدادية (١٦)	بوروندي	ارتبط توفير إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية التوليدية الطارئة بحدوث انخفاض سريع وملحوظ في وفيات الأمهات في منطقة من المناطق الريفية.	تُعَدُّ الرعاية التوليدية الطارئة طريقةً من بين طرق أخرى، لتحقيق الهدف الإنمائي الخامس للألفية في المناطق الريفية في أفريقيا.
١٠	بحوث السياسات والنظم الصحية (الفترة ٨)	تأثير العقبات المالية سلباً على إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية والاستفادة منها.	استعراض منهجي (١٣)	البرازيل وكولومبيا وهندوراس وملاوي وباكستان ونيكاراغوا	نتج عن تطبيق نظم التحويلات النقدية المشروطة ارتفاع في مستوى الاستفادة من الخدمات الصحية وتحسُّن في النتائج الصحية.	تقدم نظم التحويلات النقدية المشروطة حافزاً مالياً لزيادة الطلب على الخدمات الصحية والاستفادة منها عن طريق تقليل أو إزالة العقبات المالية التي تحول دون الوصول إليها.
١١	بحوث السياسات والنظم الصحية (الفترة ٨)	وقوف النفقات التي يدفعها المرضى من أموالهم الخاصة والنفقات الكارثية التي تتحملها الأسر عائقاً أمام تحقيق التغطية الصحية الشاملة.	تجربة عشوائية معشاة (١٤)	المكسيك	أدى تنفيذ برنامج وطني عام للتأمين الصحي إلى خفض النفقات التي تُدفع من الأموال الخاصة وكذلك النفقات الكارثية، ووصلت مزايا هذا النظام إلى الأسر الفقيرة.	نتج عن تنفيذ هذا البرنامج الوطني للتأمين الصحي احتفال المكسيك بلوغ التغطية الصحية الشاملة في عام ٢٠١١.
١٢	بحوث السياسات والنظم الصحية (الفترة ٨)	احتمال عدم استدامة تمويل النظم الصحية في البلدان التي تشكل المستوطن عالية سكانها.	تنبؤات كمية للإذفاق الصحي العمومي المرتبط بالشيخوخة، ٢٠١٠-٢٠٦٠ (١)	الجمهورية التشيكية وألمانيا وهنغاريا وهولندا وسلوفينيا	يتوقع حدوث زيادات معتدلة في الإذفاق على الصحة العمومية بسبب شيخوخة السكان، ويتوقع تراجعها بعد عام ٢٠٣٠.	على الرغم من أنه من غير المتوقع أن تؤدي الشيخوخة إلى تكبد تكاليف إضافية كبيرة إلا أنه يتعين على نظم الرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية طويلة الأمد في البلدان الأوروبية أن تتكيف مع مقتضيات شيخوخة السكان.

وفائدها المحتملة. وأحياناً ما يكون إجراء الدراسات الرصدية أسرع وأرخص وأسهل من إجراء التجارب الرسمية، وإن كانت نتائج هذه الدراسات ربما لا ترقى إلى مستوى النتائج القاطعة لأنه قد يشوبها شائبة التحيز وتصبح في نهاية المطاف مجرد نتائج مضللة (الإطار ٣-٢). وقد يعتمد اختيار الأساليب على مدى إمكانية وأهمية الحصول على نتائج يمكن أن تؤثر في النهاية على السياسات الصحية. وتنبثق عن أمثلة الدراسات الواردة أدناه، وعددها ١٢ دراسة، مجموعة من الملامح العامة لبحوث التغطية الصحية الشاملة نوردها في نهاية هذا الفصل.

## دراسة الحالة ١

استخدام الناموسيات المعالّجة بمبيدات الحشرات للحد من وفيات الأطفال: تحليل منهجي لبيانات المسوحات الواردة من ٢٢ بلداً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى

### ضرورة إجراء البحوث

توفر الناموسيات المعالّجة بمبيدات الحشرات (ITNs)، (الشكل ٣-١) - عن طريق قتلها البعوض أو صدّه - الحماية من الملاريا للأشخاص الذين ينامون تحتها. وبقتلها البعوض يُتوقع لها أن تساهم أيضاً في الحد من سריّة الملاريا بين أفراد المجتمع (٤).

قدمت تجارب معشاة ذات شواهد أُجريت في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في مجموعة متنوعة من الأماكن التي تتوطنها الملاريا بيّناتٍ قويةً على نجاعة الناموسيات المعالّجة بمبيدات الحشرات في الحد من انتشار طفيل الملاريا وخفض معدلات الإصابة به ووفيات الأطفال الناجمة عن جميع الأسباب (١٧، ١٨). وأظهرت هذه التجارب أنّ استخدام الناموسيات يمكن أن يحدّ من انتشار المتصورة المنجلية بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات بنسبة ١٣٪ والوفيات الناجمة عن الملاريا بنسبة ١٨٪. ونتيجة لذلك أصبح توفير الناموسيات المعالّجة بمبيدات الحشرات على

اختيرت الدراسات الواردة في هذا الفصل لتعبر عن مجموعة متنوعة واسعة من الحالات والنهج والظروف، تتراوح من «الوقاية من الأمراض وتعزيز الرفاه» إلى «بحوث السياسات والنظم الصحية». وهي تمثل جميع مراحل دورة البحوث التي ورد وصفها في الفصل الثاني. وقد أُجريت عمليات التقصي في أغلبها في بلدانٍ منخفضة ومتوسطة الدخل، حيث تعاني هذه البلدان من أكبر فجوةٍ بين مستوى التغطية الحالية بالخدمات الصحية والمستوى المطلوب لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتمشياً مع واقع إجراء البحوث فإنّ البيّنات تتفاوت في جودتها وقد تفاوتت في تأثيرها على وضع أو تعديل السياسات الصحية.

وتبدأ عملية تقصي كل نوع من الأسئلة بفهم المشكلة وتنتقل إلى وضع الحل ثمّ بعد ذلك تقييم جدوى هذا الحل وتكلفته وفعالته ومردوديته. ويؤدي التقييم إلى طرح مزيدٍ من الأسئلة، وبذلك تبدأ دورة جديدة من البحث أو التقييم (الإطار ٣-٢). ومع تحسّن جودة البيّنات من خلال تكرار دورات البحوث يمكن توقّع بعض التغييرات في المشورة المتعلقة بالسياسات أيضاً.

أما المستوى الثالث فيرتبط بتصميم عملية التقصي. ويقتضي ذلك تحديد أنسب الأساليب لجمع معلومات موثوقة بأكبر قدرٍ من الدقة، وذلك للحصول على بيّناتٍ قد تتيح الإجابة على الأسئلة البحثية قيد الدراسة وتؤدي في نهاية المطاف إلى تحسين التغطية الصحية، إما من خلال تنفيذ تدخلات جديدة أو عن طريق وضع سياسات جديدة. وتتنوع تصاميم الدراسات من تقصّيات رصدية يمكن أن تحتوي على مكونات نوعية مهمة (بين فئات مستهدفة من المرضى مثلاً أو من العاملين في مجال الرعاية الصحية) إلى مقارنات بين التدخلات المختلفة تتحدد فيها الحاصلات الأساسية باستخدام أساليب كمية (الجدول ٣-٢) (١٥). وتجمع بعض التصاميم المعقدة بين العناصر النوعية والأخرى الكمية (١٦). ويؤثر شكل التصميم المختار على جدوى الدراسة وتكلفتها ومدتها فضلاً عن موثوقيتها (صلاحيتها)

الجدول ٣-٢ لمحة عامة عن تصاميم الدراسات البحثية

نوع الدراسة <sup>أ، ب</sup>	المستهدف بالدراسة	الأسلوب المناسب لتنظيم الدراسة	كيفية الوصول إلى الاستنتاجات
الاستعراضات المنهجية للتجارب <sup>ج</sup> التجارب التي تستخدم أسلوب التخصيص العشوائي (مثل التجارب المعشاة ذات الشواهد) أو التخفيض <sup>د، هـ</sup>	الدراسات الأولية المشاركون في الدراسة	البحث المنهجي تخصيص مجموعة للدراسة باستخدام أسلوب التخصيص العشوائي أو التخفيض	بتلخيص قوة البيانات بالتدخل والقياس والمتابعة والمقارنة
التجارب التي تستخدم أساليب التخصيص الأخرى الاستعراضات المنهجية للملاحظات الرصدية سواء بالتجارب أو بدونها	المشاركون في الدراسة الدراسات الأولية	تخصيص مجموعة للدراسة باستخدام الأساليب الأخرى البحث المنهجي	بتلخيص قوة البيانات بالتدخل والقياس والمتابعة والمقارنة
الدراسات الأترابية (المستقبلية) أو الاستعدادية المحكومة تاريخياً <sup>و</sup>	المشاركون في الدراسة أو مجتمع الدراسة <sup>ز</sup>	تقسيم المجموعات بناءً على وجود أو غياب خصائص معينة مثل عوامل خطر	بالمقارنة والمقارنة
دراسات الحالات والشواهد (الاستعدادية)	مجتمع الدراسة	تقسيم المجموعات بناءً على الحصيلة موضع الاهتمام	بمقارنة الخصائص (مثل التعرض)
الدراسات المقطعية العرضية <sup>ح</sup>	مجتمع الدراسة	تقييم المجموعة في نقطة زمنية محددة	بتقييم مدى انتشار الخاصية وارتباطها بأي حصيلة من الحاصلات
سلاسل الحالات	المرضى	الملاحظة والإبلاغ	بوصف العلاج والحاصلات
تقارير الحالات	مريض واحد	الملاحظة والإبلاغ	بوصف العلاج والحاصلات

<sup>أ</sup> يعتمد اختيار نوع الدراسة في الغالب على السؤال الخاص بالرعاية الصحية.

<sup>ب</sup> ينبغي إجراء تقييم نقدي لصلاحيّة جميع الدراسات (لاكتشاف أخطاء التحيز وأخطاء الصدفة) ويجب أيضاً تقييم فائدتها.

<sup>ج</sup> لم تُدرج الاستعراضات غير المنهجية وسائر الملاحظات الرصدية في هذا الجدول.

<sup>د</sup> تُعدّ التجارب الصحيحة (مثل التجارب المعشاة ذات الشواهد) عموماً هي التصاميم الأكثر موثوقية لتقصّي الأسباب والنتائج في التدخلات الطبية وتدخلات الصحة العمومية.

<sup>هـ</sup> «التخفيض» هو طريقة من طرائق التخصيص التكيفي تهدف إلى الحد من الاختلافات القائمة بين المتغيرات التنبؤية للمرضى الموزعين على مجموعات العلاج المختلفة.

<sup>و</sup> «مجتمع الدراسة» هو في العادة مجموعة فرعية من فئة سكانية أكبر.

<sup>ز</sup> يكون لبعض هذه الأنواع العامة من الدراسات أكثر من اسم (فعلي سبيل المثال قد تُسمى الدراسة المقطعية العرضية أيضاً دراسة انتشار).

تم استنساخها بإذنٍ من الناشر من ستيوارت م إ، وسترايت س أ، مجموعة ديلفيني المحدودة (www.delfini.org).

المانحة الدولية (١٩). فقد زاد حجم التمويل المخصص لمكافحة الملاريا زيادةً هائلةً من ١٠٠ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠٠٣ إلى ١,٥ مليار دولار أمريكي في عام ٢٠١٠، وكان الجزء الأكبر من هذا المبلغ قد استثمر في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (٤). وقد وُزعت في الفترة بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠١٠ أكثر من ٤٠٠ مليون ناموسية (وُزِعَ ٢٩٠ مليوناً منها من بداية عام ٢٠٠٨) - وهو عدد يكفي لتغطية قرابة ٨٠٪ من السكان المعرضين لخطر الإصابة بالملاريا في أفريقيا (٢٠).

نطاقٍ واسعٍ عنصراً محورياً في الجهود العالمية لمكافحة الملاريا. وفي عام ٢٠٠٥ حددت جمعية الصحة العالمية هدف تزويد ٨٠٪ على الأقل من الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالملاريا بالناموسيات المعالَجة بمبيدات الحشرات بحلول عام ٢٠١٠. وقد تفاوتت مستويات التقدم نحو تحقيق هذا الهدف بين البلدان، على الرغم من أنّ العديد من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء نجحت في رفع نسبة الأسر التي تمتلك ناموسيات معالَجة من صفر تقريباً إلى أكثر من ٦٠٪ بدعم من الجهات

### الشكل ٣-١ استخدام الأسر للناموسيات المعالِجة بمبيدات الحشرات



سارة هويباك / مبادرة منشور

٢٩ مسحاَ ديموغرافياً وصحياً أُجريت في ٢٢ بلدًا في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (٣).

#### ملخص النتائج

وجد المتقِّصون، بعد تجميع نتائج المسوحات الفردية، انخفاضاً بنسبة ٢٠٪ (بلغ فاصل الثقة ٩٥٪: من ٣ إلى ٣٥٪) في انتشار طفيليات الملاريا ناتجاً عن امتلاك كل أسرة لناموسية واحدة على الأقل، مقارنةً بعدم امتلاك أي ناموسية على الإطلاق. فقد أدى النوم تحت ناموسية معالِجة بمبيدات الحشرات في الليلة السابقة إلى انخفاضٍ نسبته ٢٤٪ (بلغ فاصل الثقة ٩٥٪: من ١ إلى ٤٢٪) في انتشار طفيليات الملاريا. وأدى امتلاك ناموسية واحدة على الأقل إلى انخفاضٍ في وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات بنسبة ٢٣٪ (بلغ فاصل الثقة ٩٥٪: من

وعلى النقيض من نتائج التجارب ذات الشواهد قد تكون الناموسيات المعالِجة بمبيدات الحشرات أقل فعاليةً عند استخدامها بصورة روتينية نظراً لزوال تأثير المبيدات أو استعمال الناموسيات بطريقةٍ غير سليمة أو تعرضها للتلف. وبالتالي لا يمكن التأكد من درجة تأثير الناموسيات المعالِجة بالمبيدات - عند استخدامها بصورة روتينية - على مرض الملاريا ووفيات الأطفال الناجمة عنه.

#### تصميم الدراسة

أُجري تحليلٌ لتويُّ لستة مسوحات لمؤشرات الملاريا ومسحٌ ديموغرافي وصحي لتحديد العلاقة بين امتلاك الأسر للناموسيات المعالِجة بمبيدات الحشرات وانتشار طفيليات الملاريا. وخضع الانخفاض الحاصل في معدلات وفيات الأطفال لمزيد من التقييم باستخدام بياناتٍ وردت من

■ تدعم هذه البينات أهمية مواصلة الجهود لتوسيع نطاق التغطية بالناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات ثم الحفاظ على مستوى هذه التغطية.

## دراسة الحالة ٢

**العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية للوقاية من انتقال فيروس العوز المناعي البشري عن طريق الجنس: تجربة معيشة ذات شواهد لأزواج متخالفين الحالة المصلية في تسعة بلدان**

### ضرورة إجراء البحوث

بحلول نهاية عام ٢٠١١ قُدِّرَ أن هناك أكثر من ثمانية ملايين شخص في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يتلقون العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية (ART). وعلى أساس معايير الأهلية الحالية للحصول على هذا العلاج (وهي جميع المصابين بفيروس الأيدز الذين لديهم تعداد خلايا CD4 مساوٍ أو أقل من ٣٥٠ خلية/ميكروتر) تمثل هذه الأرقام تغطيةً شاملةً نسبتها ٥٦٪ مقارنةً بتغطيةٍ بلغت نسبتها ٦٪ في عام ٢٠٠٣ (٢٢).

وعلى الرغم من هذا الإنجاز إلا أن الأيدز والعدوى بفيروسه لا يزال يشكل عبئاً ثقیلاً على كاهل الصحة: إذ قُدِّرَ عدد حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري بنحو ٢,٥ مليون حالة في عام ٢٠١١ فيما قُدِّرَ عدد الوفيات الناجمة عنه بنحو ١,٧ مليون حالة وفاة (٢٢). ومن الواضح أنه لن يتسنى السيطرة على انتشار فيروس العوز المناعي البشري دون الحد بدرجة كبيرة من انتقاله وحالات العدوى الجديدة.

### تصميم الدراسة

أُجريت تجربة معيشة ذات شواهد بالْعُقْل (HPTN 052) في تسعة بلدان في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية وأمريكا الشمالية وضمت التجربة ١٧٦٣ زوجاً كان أحدهما مصاباً بفيروس العوز المناعي البشري والآخر غير مصاب به (أي أزواج متخالفين الحالة المصلية) (٥). وتحدّد للأشخاص

١٣ إلى ٣١٪)، وجاءت هذه النتائج متسقة مع ما رصدته التجارب المعيشة ذات الشواهد.

يُبد أن دقة هذه النتائج قد تتأثر بتصميم الدراسة الرصدية. ومن المحتمل أن تكون خصائص أخرى مشتركة بين الأشخاص الذين امتلكوا ناموسيات ساهمت مثلاً في الحد من انتشار الطفيليات وخفض معدلات وفيات الأطفال. وتتضمن العوامل المسببة لهذا الالتباس تناول الأدوية المضادة للملاريا، وتحسُّن الاستفادة من الرعاية الصحية ووسائل اللجوء إليها، والمستوى المالي للأسر.

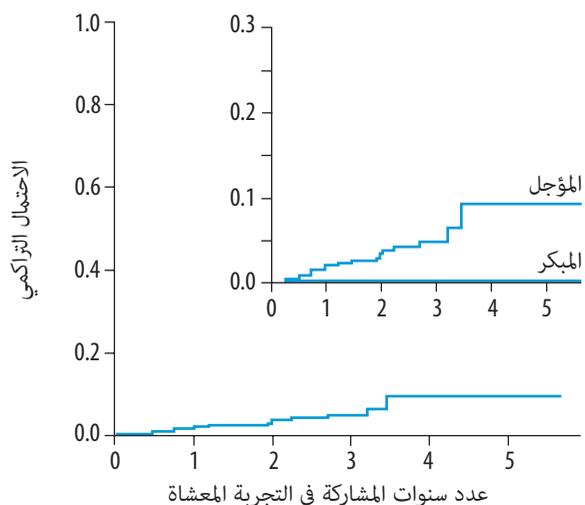
### خطوات على طريق التغطية الصحية الشاملة

على الرغم من هذه التنويهات فإن نتائج هذا التحليل تشير إلى أن الآثار المفيدة لاستخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات، والتي أثبتتها التجارب السريرية، تتحقق أيضاً عند استخدام الناموسيات بصورة روتينية. ومع تزايد نقص الموارد المتاحة للارتقاء بالصحة في العالم ينبغي أن تكون هذه البينات مصدراً لطمأنة الجهات المانحة والبرامج الوطنية بأن الاستثمارات المخصصة لهذا الغرض أثبتت فعاليتها حتى الآن في مكافحة الملاريا. وتقل فعالية الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات بدرجة ملحوظة بعد مرور ٢ إلى ٣ سنوات نتيجة تلف الناموسية وزوال آثار مبيد الحشرات، وبالتالي تقتضي الضرورة إيجاد سبلٍ لاستبدال الناموسيات أو إعادة تشبيعها (٢١). وتبرر البينات المستقاة من هذه الدراسة أهمية مواصلة الجهود لتوسيع نطاق التغطية بالناموسيات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وتسلسط الضوء على أهمية الحفاظ على مستوى التغطية بالناموسيات في البلدان التي وُزعت فيها الناموسيات بالفعل على نطاق واسع.

### الاستنتاجات الرئيسية

■ في ظل الاستخدام الروتيني للناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات في الأسر الأفريقية كان ما أثبتته هذه الناموسيات من فعالية في خفض معدلات الإصابة بطفيليات الملاريا ووفيات الأطفال متسقاً مع ما رصدته التجارب السريرية.

**الشكل ٢-٣ انتقال فيروس العوز المناعي البشري في حالة الشركاء من الأزواج متخالفتي الحالة المصلية، فيما يتعلق بالسنة التي بدأوا فيها المشاركة في التجربة، ووفقاً لما إذا كانوا قد بدأوا العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في وقت مبكر أم متأخر**



مقتبس من كوهين وآخرين بإذنٍ من الناشر (٥).

على الرغم من أن الدراسات الأترابية الرصدية السابقة كانت قد أشارت إلى أن البدء المبكر في تناول العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية يساعد على الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري إلا أن هذه التجربة كانت أول تجربة معيشة ذات شواهد تقدم دليلاً قاطعاً على ذلك. وغالباً ما تكون الآلية التي يتحقق بها ذلك هي استمرار كبح نشاط الفيروس في الإفرازات التناسلية. وتقدم هذه الدراسة سنداً قوياً لاستخدام المبكر للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية من جانب الأزواج متخالفتي الحالة المصلية كأحد العناصر المكوّنة لاستراتيجية شاملة في مجال الصحة العمومية ترمي إلى الحد من انتشار فيروس العوز المناعي البشري وتتضمن تغيير السلوك واستخدام العوازل وختان الذكور واستخدام الإناث لمبيدات الجراثيم القائمة على مضادات الفيروسات

المصابين بالفيروس الذين تراوح تعداد اللمفاويات التائية CD4 لديهم بين ٣٥٠ و ٥٥٠ خلية/ ميكروتر أن يتلقوا العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية على الفور (مجموعة العلاج المبكر بمضادات الفيروسات القهقرية)، أو بعد انخفاض تعداد اللمفاويات التائية CD4 لديهم إلى ٢٥٠ خلية/ ميكروتر أو أقل، أو بعد أن يظهر عليهم مرضٌ من الأمراض المرتبطة بالأيدز (مجموعة العلاج المؤجل بمضادات الفيروسات القهقرية). ولاقى الشركاء غير المصابين بالفيروس تشجيعاً على القيام بجميع الزيارات المهمة بعد ذلك للحصول على المشورة بشأن سبل الحد من المخاطر واستخدام العوازل، ولعلاج العدوى المنقولة جنسياً، ولتدبير الحالات الطبية الأخرى. وكانت نقطة المنتهى الأولية للوقاية هي انتقال فيروس العوز المناعي البشري إلى الشركاء غير المصابين به.

### ملخص النتائج

لوحظ وجود ما مجموعه ٣٩ حالة انتقال لفيروس العوز المناعي البشري (بلغ معدل الإصابة ١,٢ لكل ١٠٠ سنة من مجموع أعمار الأشخاص؛ وفاصل الثقة ٩٥٪: من ٠,٩ إلى ١,٧)، منها ٢٨ حالة لأشخاص كانوا مرتبطين فيروسيًا بشركائهم المصابين (بلغ معدل الإصابة ٠,٩ لكل ١٠٠ شخص سنويًا؛ وفاصل الثقة ٩٥٪: من ٠,٦ إلى ١,٣). ومن بين حالات انتقال الفيروس بين الشركاء المرتبطين فيروسيًا وبالبالغ عددها ٢٨ حالة، لم تقع سوى واحدة في مجموعة العلاج المبكر بمضادات الفيروسات القهقرية فيما وقعت الحالات السبع والعشرون الأخرى في مجموعة العلاج المؤجل بمضادات الفيروسات القهقرية، وهو ما يمثل انخفاضاً بنسبة ٩٦٪ (بلغ فاصل الثقة ٩٥٪: من ٧٢ إلى ٩٩٪) في مخاطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري (نسبة المخاطر ٠,٠٤؛ وفاصل الثقة ٩٥٪: من ٠,٠١ إلى ٠,٢٧، الشكل ٢-٣). وارتبط بدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في وقت مبكر أيضاً بانخفاض في عدد الحوادث السريرية الفردية المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري، ولاسيما تلك الناجمة عن الإصابة بالسل خارج الرئة (نسبة المخاطر ٠,٥٩؛ وفاصل الثقة ٩٥٪: من ٠,٤٠ إلى ٠,٨٨).

٢٠١٣ تؤكد على نجاعة هذه الأدوية في علاج فيروس العوز المناعي البشري والوقاية منه (٢٦).

هناك مجموعة من الأسئلة يتعين الإجابة عليها حتى يمكن توسيع نطاق هذا التدخل، من بينها ما إذا كان المصابون بفيروس العوز المناعي البشري الذين لم تظهر عليهم أي أعراض سيكونون على استعداد للخضوع للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية من أجل الوقاية من تطور الفيروس، وما إذا كان هذا النهج سيزيد من خطر مقاومة الأدوية، وكيفية تغلب هيئات الخدمات الصحية على مشكلة التكاليف والأعباء الإضافية للرعاية الصحية.

### الاستنتاجات الرئيسية

- يساعد توفير العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في مرحلة مبكرة من الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري على الحد من انتقال الفيروس جنسياً بين الأزواج متخالفي الحالة المصلية.
- يمكن استخدام نهج العلاج المبكر بمضادات الفيروسات القهقرية كجزء من استراتيجية للصحة العمومية تهدف إلى خفض معدلات الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري والحد من انتشاره.
- ساهمت هذه النتائج البحثية بطريقة غير مباشرة في تعزيز البيانات الداعمة للنهج التكميلية الأخرى للوقاية من الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري، بما فيها الوقاية من الانتقال الرأسي للفيروس من الأم إلى الطفل.

### دراسة الحالة ٣

استخدام مكملات الزنك لخفض معدلات إصابة الأطفال الصغار بالالتهاب الرئوي والإسهال: تجربة معشاة ذات شواهد أجريت في أحد المجتمعات الحضرية ذات الدخل المنخفض في بنغلاديش

### ضرورة إجراء البحوث

الزنك هو أحد المغذيات الدقيقة التي لا غنى لجسم الإنسان عنها في تخليق البروتين ونمو الخلايا. وينتشر

القهقرية والعلاج الوقائي بهذه المضادات قبل التعرض للفيروس.

### خطوات على طريق التغطية الصحية الشاملة

حازت الدراسة HPTN 052 على لقب «إنجاز العام» في استطلاع للرأي أجرته المجلة العلمية الشهيرة «ساينس» في عام ٢٠١١، ما أدى إلى شحذ الجهود للقضاء على وباء فيروس العوز المناعي البشري/ الأيدز في العالم (٢٣). وفي نيسان/ أبريل ٢٠١٢ أصدرت منظمة الصحة العالمية إرشادات حول تحريّ فيروس العوز المناعي البشري وتقديم المشورة بشأنه للأزواج، وأوصت فيها بضرورة توفير العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية للأزواج متخالفي الحالة المصلية الذين لديهم تعداد خلايا CD4 مساوٍ أو أعلى من ٣٥٠ خلية/ ميكرو لتر وذلك بغرض الحد من انتقال الفيروس من الشخص المصاب به إلى شريكه غير المصاب (٢٤). ونشرت المنظمة أيضاً تحديثاً برمجياً حول استخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لعلاج الحوامل ومنع انتقال العدوى بالفيروس إلى الرضع، وشمّل ذلك استخدام ما يُطلَق عليه «الخيار ب+». يوفر هذا الخيار العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية للمصابات بفيروس العوز المناعي البشري، بغض النظر عن تعداد خلايا CD4 لديهن، كاستراتيجية بسيطة للقضاء على عدوى الفيروس في الرضع وفي الوقت نفسه لحماية صحة الأم والأب والأطفال الذين يولدون لهما لاحقاً. وكانت ملاوي أول بلدٍ يقترح تطبيق هذا النهج، حيث قدمت «الخيار ب+» إلى أكثر من ٣٥٠٠٠٠ حامل مصابة بالفيروس في الأشهر الاثني عشر الأولى من تنفيذه (٢٥). تقدم الدراسة HPTN 052 الآن مبرراً علمياً قوياً آخر لإجراء هذا التدخل. وفي منتصف عام ٢٠١٢ أصدرت المنظمة ورقة مناقشة حول الاستخدام الاستراتيجي للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للمساعدة في القضاء على وباء فيروس العوز المناعي البشري، لتوفر بذلك الأساس المنطقي لوضع مجموعة جديدة من المبادئ التوجيهية العالمية الموحدّة بشأن الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في عام

ستساعد على توجيه السياسات الدولية المتعلقة باستخدام الزنك.

### تصميم الدراسة

أُجريت دراسة معشة ذات شواهد بين سكان إحدى المناطق الحضرية الفقيرة في دكا ببנגلاديش لتحديد ما إذا كان تناول جرعة كبيرة من الزنك أسبوعياً (٧٠ مليغرام) سيققل من تواتر إصابة الأطفال دون سن الخامسة بالالتهاب الرئوي السريري والإسهال وغيرهما من الأمراض (٦). وقِيست أيضاً آثار الزنك على النمو وتركيزات النحاس والهيماغلوبين في المصل. وأُعطي الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين ٦٠ يوماً و١٢ شهراً بصورة عشوائية جرعات من الزنك أو الدواء الغفل تؤخذ عن طريق الفم مرة واحدة أسبوعياً لمدة ١٢ شهراً. وخضع الأطفال لتقييم أسبوعي من القائمين على البحث لتحديد الحاصل الأولية الخاصة بالالتهاب الرئوي والإسهال باستخدام إجراء موحد. وتضمنت النتائج الثانوية معدلات الإصابة بأنواع عدوى الجهاز التنفسي الأخرى.

### ملخص النتائج

بلغ مجموع الأطفال الذين أُعطوا مكملات الزنك ٨٠٩ أطفال ومجموع الذين أُعطوا الدواء الغفل ٨١٢ طفلاً. وكان عدد حالات الإصابة بالالتهاب الرئوي في مجموعة العلاج بالزنك أقل بكثير مما كان عليه في مجموعة الغفل (١٩٩ مقابل ٢٨٦؛ بلغ الاختطار النسبي ٠,٨٣؛ وفاصل الثقة ٩٥٪: من ٠,٧٣ إلى ٠,٩٥). ولوحظ انخفاض كبير، وإن كان متواضعاً، في حالات الإصابة بالإسهال (١٨٨١ حالة مقابل ٢٤٠٧؛ بلغ الاختطار النسبي ٠,٩٤؛ وفاصل الثقة ٩٥٪: من ٠,٨٨ إلى ٠,٩٩). وكانت جميع الأمراض الأخرى (وهي التهاب الأذن الوسطى وداء الطرق الهوائية الارتكاسي والتهاب القصبية) أقل تواتراً بكثير في مجموعة العلاج بالزنك مما كانت عليه في مجموعة الغفل (الجدول ٣-٣). وكانت هناك حالتا وفاة في مجموعة الزنك و١٤ حالة وفاة في مجموعة الغفل. ولم تشهد مجموعة الزنك أي حالات وفاة ناجمة عن الالتهاب الرئوي، فيما وقعت ١٠ حالات وفاة في مجموعة الغفل.

عوز الزنك انتشاراً واسعاً في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وترتفع معدلات تعرّض السكان المتأثرين به لخطر الإصابة بتأخر النمو وأمراض الإسهال وعداوى الجهاز التنفسي والملاريا. وقد يرتبط عوز الزنك بزيادة في أعداد الوفيات تصل إلى نحو ٨٠٠ ٠٠٠ حالة وفاة سنوياً بين الأطفال دون سن الخامسة على مستوى العالم، بما في ذلك الوفيات الناجمة عن الإسهال (١٧٦ ٠٠٠) والالتهاب الرئوي (٤٠٦ ٠٠٠) والملاريا (١٧٦ ٠٠٠) (٢٧). ولذلك فإن إعطاء مكملات المغذيات الدقيقة (مثل الزنك) هو أحد التدخلات التي قد تكون مهمة في سياق بلوغ الهدف الرابع والخامس والسادس من الأهداف الإنمائية للألفية.

وقد أظهرت عدة تجارب معشة ذات شواهد أُجريت في عددٍ من المستشفيات والمجتمعات المحلية الآثار النافعة لتناول مكملات الزنك في خفض عدد نوبات الإسهال والالتهاب الرئوي فضلاً عن تخفيف حدة المرض (٢٨ و٢٩). وبالنظر إلى فوائد تناول مكملات الزنك، أصدر صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومنظمة الصحة العالمية بياناً في عام ٢٠٠٤ يفيد بضرورة علاج جميع الأطفال الذين يعانون من الإسهال في البلدان النامية بمكملات الزنك (٣٠). ومع ذلك لا تزال العديد من الأسئلة تحتاج إلى إجابات. فقد كانت غالبية البحوث المُجرّاة حول استخدام مكملات الزنك للوقاية من الإسهال والالتهاب الرئوي قد شملت الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن سنتين، في حين أنّ الأطفال الأصغر سناً قد يكونون في الواقع أكثر عرضة لهذا النوع من الأمراض. لذلك فإن السؤال المطروح هنا هو: ما الأثر المتوقع لتناول مكملات الزنك على الأطفال الأصغر سناً؟ في معظم الدراسات السابقة كان الزنك يُعطى بصفة يومية، وربما يكون ذلك أقل ملاءمةً أو جدوى بكثير من إعطاء الجرعة التي تؤخذ مرة في الأسبوع. وبالإضافة إلى ذلك يمكن أن يؤثر تناول الزنك لفترات ممتدة على استقلاب الحديد والنحاس، وكلاهما من المغذيات الدقيقة الأساسية. كان الشعور السائد أنّ الإجابة على هذه الأسئلة

### الجدول ٣-٣ عدد التشخيصات التي أجراها الموظفون الطبيون في العيادات في مجموعتي

الزك والغفل، دكا، بنغلاديش

القيمة الاحتمالية	الاختطار النسبي (فاصل الثقة ٩٥٪)	الغفل (مجموع أعمار الأطفال = ٥١١) <sup>١</sup>	الزك (مجموع أعمار الأطفال = ٤٢٧) <sup>١</sup>	
٠,٠٣٠	٠,٩٤ (٠,٩٩-٠,٨٨)	٢٤٠٧	١٨٨١	الإسهال
٠,٠٠١	٠,٩٢ (٠,٩٧-٠,٨٨)	٦٢٩٤	٤٨٣٤	عدوى الجهاز التنفسي العلوي
٠,٠٤٢	٠,٨٨ (٠,٩٩-٠,٧٩)	٣١٤	٢٣٢	داء الطرق الهوائية الارتكاسي والتهاب القصيبات
٠,٠٠٢	٠,٥٨ (٠,٨٢-٠,٤١)	٥٧٢	٣٩٤	التهاب الأذن الوسطى القيحي
٠,٠٠٤	٠,٨٣ (٠,٩٥-٠,٧٣)	٢٨٦	١٩٩	الالتهاب الرئوي
٠,٠١٦	٠,٥١ (٠,٨٨-٠,٣٠)	٤٢	١٨	الالتهاب الرئوي الشديد
٠,٠١٣	٠,١٥ (٠,٦٧-٠,٠٣)	١٤	٢	الوفاة

<sup>١</sup> تشير إلى مجموع أعمار الأطفال الذين خضعوا للمتابعة. تم استنساخه من بروكس وآخرين بإذن من الناشر (٦).

تناول الزك إلى خفض حالات الإعاقة السمعية وتكاليف علاجها وبالتالي تحسين نوعية حياة المصابين. ويمثل إعطاء جرعات أسبوعية للأطفال الصغار خطوة مهمة على طريق خفض كميات الحبوب المتناولة وتعزيز الجوانب العملية للإدارة البرمجية لمكملات الزك. ويتعين الآن إجراء المزيد من الدراسات لتقييم الجرعة المثلى ومدة الحماية بعد وقف تناول جرعات الزك الأسبوعية.

#### الاستنتاجات الرئيسية

- كان لإعطاء الأطفال دون سن الثانية مكملات الزك تأثير وقائي ملحوظ ضد الإصابة بالالتهاب الرئوي والتهاب الأذن الوسطى القيحي والوفيات الناجمة عن الالتهاب الرئوي. وكان للعلاج بالزك أيضاً تأثير (وإن كان متواضعاً) على خفض تواتر الإسهال وتحسين النمو.
- أثبتت جرعات الزك التي تؤخذ مرة في الأسبوع جدواها ومأمونيتها، وارتبطت بوجود مزايا برمجية محتملة وبعدم حدوث أي تأثير سلبي ملموس على مستويات النحاس والهيماغلوبين في المصل.

ولوحظت زيادة طفيفة في طول الأطفال في مجموعة الزك عند بلوغهم ١٠ أشهر. ولم تتأثر تركيزات النحاس والهيماغلوبين في المصل سلباً بعد ١٠ أشهر من تناول مكملات الزك.

#### خطوات على طريق التغطية الصحية الشاملة

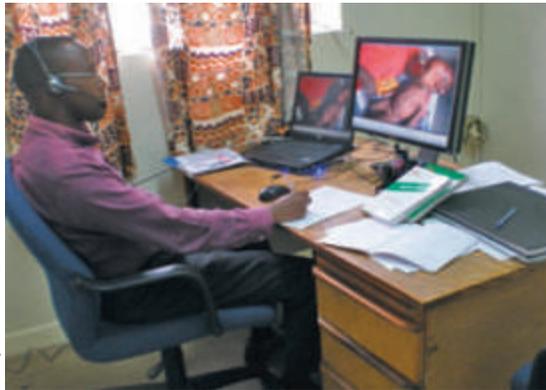
أوضحت هذه النتائج أن إعطاء الأطفال الصغار مكملات الزك كان له تأثير وقائي ملحوظ ضد الإصابة بنوبات الالتهاب الرئوي والتهاب الأذن الوسطى القيحي، والأهم من ذلك أنه أدى إلى تراجع الوفيات بنسبة ٨٥٪ بفضل الوقاية من الوفيات الناجمة عن الالتهاب الرئوي.

وقدمت هذه النتائج البيّنات اللازمة للاستمرار في تنفيذ التوصيات التي أصدرتها اليونيسيف/ منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠٤ بضرورة استخدام الزك لمكافحة الأمراض التنفسية (٣٠). وقد كان لهذه النتائج عدد من الآثار الأخرى المترتبة على السياسات. إذ يُعتبر التهاب الأذن الوسطى عدوى شائعة بين الأطفال في البيئات ذات الموارد المحدودة وله عقابيل سريرية مهمة. وعن طريق خفض معدلات الإصابة بالتهاب الأذن الوسطى يمكن أن يؤدي

لرعاية المرضى الداخليين من الأطفال في مساحة نصف قطرها ٢٥٠ كيلومتراً. وتضمنت خدمة التطبيب عن بُعد تبادلاً سمعياً وبصرياً فورياً - أي «في الوقت الحقيقي» - للمعلومات المتعلقة بحالات الأطفال بين أطباء سريريين في الصومال وطبيب أطفال متخصص موجود في نيروبي بكينيا. وتضمنت المعدات المستخدمة لهذا الغرض كاميرا متنقلة وميكروفون ومكبر صوت مرتبط بحاسوب موجود في جناح الأطفال في الصومال وأجهزة مماثلة في غرفةٍ للاستشارات في كينيا. وتم ربط الموقعين عن طريق خدمة الإنترنت عريض النطاق (الشكل ٣-٣). وجرى تقييم الأثر المنعكس على جودة الرعاية من خلال مقارنة التشخيص الأولي والوصفة الطبية الأولية (التدبير الأولي) لحالة كل طفل مع التشخيص والعلاج النهائي (التدبير النهائي) الذي أدلى به طبيب الأطفال المتخصص، وكذلك من خلال مقارنة الحصائل السلبية التي شهدتها المستشفى خلال فترة زمنية طُبِّق فيها نظام التطبيب عن بُعد (سنة التدخل، ٢٠١١) مع الحصائل التي تحققت خلال فترة زمنية لم يُطبَّق فيها نظام التطبيب عن بُعد (السنة الشاهدة، ٢٠١٠). وأجري أيضاً استبيان لجمع تصورات الأطباء السريريين حول القيمة المضافة للتطبيب عن بُعد.

### الشكل ٣-٣ غرفة الاستشارات وطبيب الأطفال

المتخصص في نيروبي، كينيا، وهو يجري استشارة طبية عن بُعد مع زملائه في مستشفى غوريل، الصومال



روفي زكريا

## دراسة الحالة ٤

### استخدام التطبيب عن بُعد لتحسين جودة رعاية الأطفال: دراسة بحثية تشغيلية في الصومال

#### ضرورة إجراء البحوث

لقد أتت الحرب الدائرة منذ عقدين في الصومال على أخضرها ويابسها، وتعاني المرافق الصحية هناك من نقصٍ خطيرٍ في الأطباء المتخصصين. ويتولى تقديم خدمات الرعاية الصحية عددٌ محدودٌ من الأطباء السريريين الصوماليين الذين حالت ظروف الحرب دون حصولهم على فرصة لمواصلة تعليمهم، ودون خضوعهم لإشراف كبار الأطباء السريريين في موقع عملهم، ودون حصولهم على الإمدادات والمعدات الطبية الضرورية. وتُعدُّ جودة الرعاية - خاصةً المقدمة للأطفال المرضى الذين يُدخَلون إلى عنابر المستشفيات - مصدراً كبيراً للقلق. لذا فإنَّ بلوغ التغطية الصحية الشاملة يقتضي الوصول إلى المناطق النائية والسكان المتضررين من النزاع حيث توجد تحديات هائلة بسبب تهالك البنى التحتية ونقص الموارد البشرية المؤهلة والماهرة.

ومن الحلول المُجدية لسد هذه الفجوة في الخبرات استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في صورة التطبيب عن بُعد (٣١-٣٤). ويُقصد بالتطبيب عن بُعد «تقديم الخدمات الطبية من مسافات بعيدة»، ولتطبيق هذه التكنولوجيا في الصومال تَعْلِيل بسيط هو تصدير الخبرات (وليس الخبراء) إلى الصومال (٣٣).

#### تصميم الدراسة

أُجريت دراسة أترابية مستقبلية لقياس أثر إدخال نظام التطبيب عن بُعد على جودة رعاية الأطفال. وأجري أيضاً استبيانٌ لتحديد القيمة المضافة لإدخال هذه الخدمة، وفقاً لوجهات نظر الأطباء المحليين السريريين الذين استخدموها (١٧). وكان موقع الدراسة هو جناح الأطفال في مستشفى منطقة غوريل الذي يخدم نحو ٣٢٧ ٠٠٠ نسمة هم سكان المنطقة. ويضم هذا المستشفى الوحدة الوحيدة المخصصة

## ملخص النتائج

من أصل ٣٩٢٠ طفلاً دخلوا المستشفى أُحيل ٣٤٦ طفلاً (٩٪) إلى خدمة التطبيب عن بُعد. وأجرى طبيب الأطفال المتخصص تغييراً كبيراً في التدبير الأولي لحالة ٢٢٢ طفلاً (٦٤٪ من المُحالين) ونجح في تشخيص أمراضٍ تمثل خطراً على الحياة ولم تُكتشف في التشخيص الأولي لدى ٨٨ طفلاً (٢٥٪ من المُحالين). وكان التطبيب عن بُعد في هذه الحالات تدخلًا منقذاً للأرواح (الجدول ٣-٤). وعلى مدى سنة واحدة كان هناك تحسن تدريجي في قدرة الأطباء السريريين على تدبير الحالات المعقدة، وهو ما يتضح من الانخفاض الخطي الكبير في التغييرات المُدخلة على التدبير الأولي لحالات الإصابة بالتهاب السحايا والتشنجات (من ٩٢٪ إلى ٢٩٪، القيمة الاحتمالية = ٠,٠٠١) وبعُدوى الجهاز التنفسي السفلي (من ٧٥٪ إلى ٤٥٪، القيمة الاحتمالية = ٠,٠٢) وسوء التغذية الحاد (من ٨٦٪ إلى ٤٠٪، القيمة الاحتمالية = ٠,٠٠٢) (الشكل ٣-٤). ومن المستبعد أن يكون فقدان الاهتمام لدى مستخدمي خدمة التطبيب عن بُعد هو السبب وراء هذه النتيجة حيث أُحيل جميع الأطفال المصابين بالحالات الموصوفة إلى خدمة التطبيب عن بُعد وفقاً لبروتوكول الدراسة وراجَعَ الحالات نفس طبيب الأطفال المتخصص. وانخفضت نسبة الحاصلات السلبية (الوفيات والخسائر الحاصلة خلال فترة المتابعة) في أجنحة الأطفال بنسبة ٣٠٪ بين عامي ٢٠١٠ (بدون التطبيب عن بُعد) و٢٠١١ (في وجود التطبيب عن بُعد) (بلغت نسبة الأرجحية ٠,٧٠؛ وفاصل الثقة ٩٥٪: من ٠,٥٧ إلى ٠,٨٨). واتفق جميع الأطباء السريريين السبعة في تقييمهم للتطبيب عن بُعد على أن له قيمة مضافة عالية في تحسين التعرف على علامات الخطر وتحسين ممارسات وصف الأدوية.

## خطوات على طريق التغطية الصحية الشاملة

على الرغم من أن هذه دراسة رصدية أكثر منها تجريبية إلا أن نتائجها تشير إلى أنه يمكن للتطبيب عن بُعد أن يوفر الخبرات السريرية للمناطق النائية والتي يصعب الوصول

## الجدول ٣-٤ الأمراض المهددة للحياة والتي لم

تُكتشف في التشخيص الأولي وساعدَ التطبيب عن بُعد على تشخيصها بصورة سليمة، جناح الأطفال في مستشفى غوريل، الصومال، من كانون الثاني/يناير إلى كانون الأول/ديسمبر ٢٠١١

العدد (النسبة المئوية)	الأمراض المهددة للحياة التي أمكنَ تشخيصها من خلال التطبيب عن بُعد
٣٩ (٤٤)	التهاب السحايا الجرثومي والسل السحائي
١١ (١٣)	السل الرئوي مصحوب بانصباب جنبي و/ أو تاموري
١١ (١٣)	تسمم الدم عند الأطفال حديثي الولادة
٦ (٧)	صدمة تسمم الدم/ الصدمة الإنتانية
٥ (٦)	قصور القلب الاحتقاني
٣ (٣)	الاختناق الشديد في الفترة المحيطة بالولادة
٢ (٢)	الالتهاب المعوي القولوني الناخر
٢ (٢)	التهاب المفاصل الإنتاني الشديد
٢ (٢)	التهاب الحويضة والكلية الشديد
٧ (٨)	أمراض أخرى
٨٨ (١٠٠٪)	المجموع

تم استنساخه من زكريا وآخرين بإذن من الناشر (٧).

إليها. ومع ذلك ينبغي تقييم فعالية وجدوى ومقبولية إدخال هذه التكنولوجيا وأثرها على تيسير الوصول إلى الرعاية وتحسين جودتها في المناطق ذات الظروف المماثلة والخارجة من النزاعات، وفي أفضل الأحوال ينبغي اتباع نهج تجريبي أكثر صرامةً عند تقييم هذه العناصر (٣٥).

## الاستنتاجات الرئيسية

■ يجب أن تشمل الجهود الرامية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة الأشخاص الذين يصعب الوصول إليهم والمتضررين من النزاعات.

## دراسة الحالة ٥

وسائل جديدة لتشخيص السل: تقييم لصلاحية اختبار Xpert® MTB/RIF في أذربيجان والهند وبيرو وجنوب أفريقيا

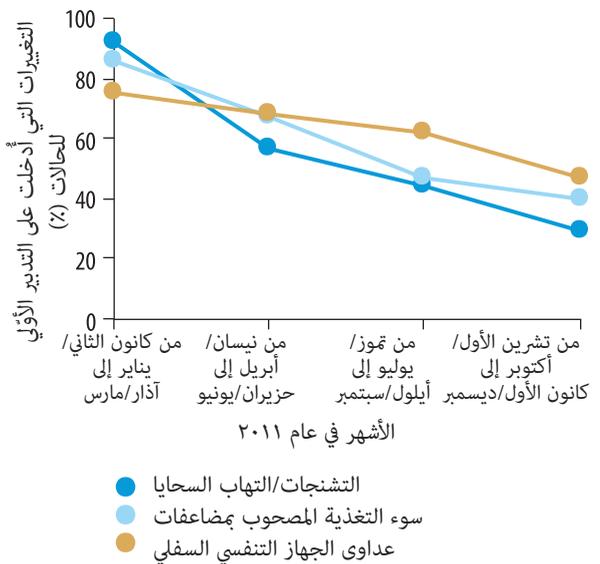
### ضرورة إجراء البحوث

على الرغم من تنفيذ "استراتيجية منظمة الصحة العالمية لدحر السل" على أوسع نطاق إلا أنّ مرض السل لا يزال أحد أكبر مشاكل الصحة العمومية. ففي عام ٢٠١١ ظهر ما يُقدَّر بنحو ٨,٧ ملايين حالة إصابة جديدة بمرض السل حول العالم، لم يُبلغ سوى عن ٥,٨ ملايين حالة منها (٦٧٪)، وهو ما يوضح الفجوة القائمة في التغطية بالخدمات. وفي العام نفسه ظهر ما يُقدَّر بنحو ٣١٠ ٠٠٠ حالة من السل المقاوم للأدوية المتعددة (MDR-TB)، وهو نوع من السل مقاوم لدواءين على الأقل هما الإيزونيازيد والريفامبيسين، بين مرضى السل الرئوي المُبلَّغ عنهم، ولم تخضع سوى ٦٠ ٠٠٠ حالة من هذه الحالات للتشخيص والعلاج (٣٦).

ويمثل عدم صلاحية أدوات التشخيص سبباً رئيسياً في تدني مستوى الكشف عن حالات السل وإلحاق المرضى ببرامج العلاج. فمئذ عشرات السنين وعمليات تشخيص السل تركز على إجراء فحصٍ مجهري للطاخة البلغم للمرضى المشتبه في إصابتهم بالسل الرئوي، يليه إخضاع المرضى للطاخة السلبية للتصوير الشعاعي. ومن عيوب هذه العملية أنها تستغرق وقتاً طويلاً ومكلفة بالنسبة للمرضى بسبب اضطرارهم إلى الذهاب إلى العيادة عدة مرات وغير دقيقة في التشخيص. وينطبق هذا الأمر بصفة خاصة على مرضى السل المصابين بفيروس العوز المناعي البشري، حيث تظهر لدى نسبة كبيرة منهم لطاخة سلبية وكذلك نتائج عادية للأشعة السينية الصدرية (خاصةً المصابين منهم بمرحلة متقدمة من الأيدز والعدوى بفيروسه). ويضاف إلى ذلك أنّ الفحص المجهري للطاخة البلغم لا يستطيع تشخيص السل المقاوم للأدوية.

## الشكل ٣-٤ الاتجاهات النزولية في التغييرات التي

أدخلت على التدبير الأولي للحالات بعد الاستشارات الطبية عن بُعد مع الطبيب المتخصص في كينيا (يعبّر عنها كنسبة مئوية لجميع الحالات)، مستشفى غوريل، الصومال، من كانون الثاني/يناير إلى كانون الأول/ديسمبر ٢٠١١



مقتبس من زكريا وآخرين بإذنٍ من الناشر (٧).

- وفي الصومال انخفضت بفضل تكنولوجيا التطبيب عن بُعد نسبة الحاصلات السلبية (الوفيات والخسائر الحاصلة خلال فترة المتابعة) في أجنحة الأطفال بنسبة ٣٠٪ بين عامي ٢٠١٠ (بدون التطبيب عن بُعد) و ٢٠١١ (في وجود التطبيب عن بُعد).
- والتطبيب عن بُعد هو وسيلة لجلب الخبرات الطبية إلى مراكز الخدمات الصحية النائية دون الحاجة إلى نقل الخبراء أنفسهم.

### تصميم الدراسة

إن التطور التشخيصي الأكثر زيادةً حتى الآن في مجال تشخيص السل هو اختبار دقيق ومحدد لتضخيم الحمض النووي، ويُعرف هذا الاختبار باسم Xpert® MTB/RIF (شركة Cepheid، سانيفال، كاليفورنيا، الولايات المتحدة الأمريكية) ويستخدم أساساً مشتركاً لتشخيص المتفطرة السُّلية (MTB) وحالات مقاومة الريفامبيسين (RIF) (الشكل ٣-٥). ومن مزايا هذا النظام الذي يعتمد في استخدامه على الخراطيش أنه لا يتطلب سوى توفر الحد الأدنى من الخبرات المخبرية ويُخرج نتائج مؤتمتة بالكامل في أقل من ساعتين. وقد أُجرى تقييمٌ لأداء Xpert MTB/RIF في عددٍ من المرافق الصحية في أذربيجان والهند وبيرو وجنوب أفريقيا (١).

### ملخص النتائج

كان هناك ١٧٣٠ مريضاً يُشتبه في إصابتهم بالسل الرئوي الحساس للأدوية أو المقاوم للأدوية المتعددة، وقدم كل واحد منهم ثلاث عينات للبلغم، ثم أُدرج ١٤٦٢ مريضاً مؤهلين للخضوع للاختبار في التحليل الرئيسي. وباستخدام مزعة البلغم كاختبار مرجعي جاءت نتائج اختبار Xpert MTB/RIF واضحةً في ٦٠٤ من أصل ٦٠٩ مرضى خالين من السل (أي ٩٩,٢٪ من الحالات السلبية التي كشف عنها الاختبار). وبلغت نسبة الحساسية الكلية (كنسبة مئوية من الحالات الإيجابية الصحيحة التي كشف عنها الاختبار) لعينة بلغم واحدة أُخذت من مرضى السل ذوي لطاخات البلغم الإيجابية ٩٧,٦٪ (وبلغ فاصل الثقة ٩٥٪:

### الشكل ٣-٥ استخدام جهاز اختبار Xpert® MTB/RIF في أحد المرافق الصحية في جنوب أفريقيا



الإصابة بالسل المقاوم للأدوية المتعددة (٣٧). ويمكن استخدام هذا الاختبار أيضاً بعد الفحص المجهرى، ولاسيما مع المرضى ذوي عينات البلغم السلبية (٣٨). وفي أيلول/ سبتمبر ٢٠١٢ كان ما مجموعه ٨٩٨ جهازاً من أجهزة GeneXpert و ٤٨٢ ٥٥٠ و Xpert MTB/RIF قد اشتريت في القطاع العام في ٧٣ من أصل ١٤٥ بلداً مؤهلاً للحصول على أسعارٍ مُيسرة. (٣٩). وأجري تقييم للجدوى التشغيلية لهذا النظام ودقته وفعاليتها في عددٍ من المرافق الصحية الموجودة في بعض المناطق الرئيسية والمناطق الفرعية في أفريقيا وآسيا وأوروبا وأمريكا الجنوبية، وجاءت النتائج مؤكدةً لوجود هذه العناصر الثلاثة في النظام (٤٠). بيد أن الحاجة تقتضي إجراء تقييمات أخرى في عددٍ أكبر من المرافق الواقعة في الضواحي لأن أداء الجهاز في هذه البيئات يعتمد على بعض العوامل التشغيلية مثل التكلفة ودرجة الحرارة والعمر الافتراضي للخرائطش وإمدادات الطاقة واحتياجات الصيانة والمعايرة. كما أن أثر اختبار Xpert MTB/RIF على الصحة العمومية يعتمد على الصلة القائمة بين التشخيص وما يتبعه من علاج.

وينبغي أن تعمل البرامج الوطنية لمكافحة السل على إيجاد أفضل خوارزميات التشخيص المصممة خصيصاً لتلائم الأوضاع الوبائية المحلية من أجل تحقيق أقصى استفادة من اختبار Xpert MTB/RIF. وتحمل هذه التكنولوجيا وما يتصل بها من بحوثٍ إمكانية تقريب المسافة بين المرضى والمراكز المقدمة لخدمات التشخيص. وتُجرى حالياً دراسات تشغيلية أخرى لتقصي تكلفة هذا الاختبار وأفضل موقع لإجرائه وأفضل استخدام له داخل النظم الصحية ومع أدوات تشخيصية أخرى (٤١). ومع تكاثر العمليات التي تتقضى أداء نظام Xpert MTB/RIF ظهر تحسُّن أيضاً في تصاميم الدراسات (ك. واير، منظمة الصحة العالمية، اتصال شخصي)، وهو ما يمثل حالةً من حالات التطور التكنولوجي التي ترتقي بجودة البحوث (٣٨).

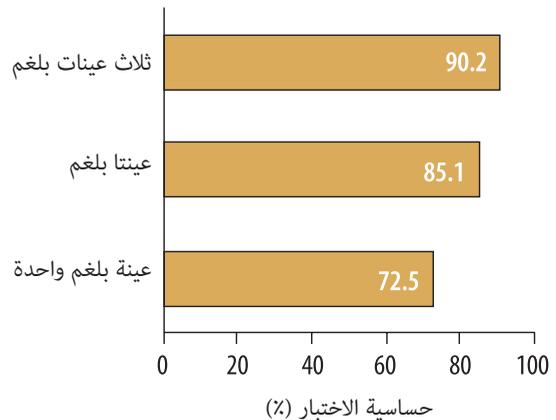
من ٩٦,٢ إلى ٩٨,٥). أما بالنسبة لمرضى السل ذوي لطاخات البلغم السلبية ومزارع البلغم الإيجابية فقد زادت نسبة حساسيتهم مع زيادة عدد لطاخات البلغم المختبرة (الشكل ٣-٦). وبلغت النسبة الكلية لحساسية ووضوح (كنسبة مئوية من الحالات السلبية الصحيحة) الكشف عن مقاومة الريفامبيسين ٩٧,٦٪ (فاصل الثقة ٩٥٪: من ٩٤,٤ إلى ٩٩,٠) و ٩٨,١٪ (فاصل الثقة ٩٥٪: من ٩٦,٥ إلى ٩٨,٩) على التوالي.

### خطوات على طريق التغطية الصحية الشاملة

على أساس هذه النتائج وما تلاها من نتائج أوصت منظمة الصحة العالمية في كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٠ بضرورة استخدام اختبار Xpert MTB/RIF كاختبار تشخيصي أولي مع الأشخاص المشتبه في إصابتهم بالسل المرتبط بفيروس العوز المناعي البشري والأشخاص المعرضين لخطر

### الشكل ٦-٣ حساسية اختبار Xpert MTB/RIF

في حالة أخذ العديد من عينات البلغم في الكشف عن حالات السل ذات اللطاخات السلبية والمزارع الإيجابية (وهي حالات شائعة بين المصابين بفيروس الأيدز)



المصدر: بوهمه وآخرين (٤١).

## الاستنتاجات الرئيسية

- يفيد اختبار Xpert MTB/RIF في الكشف السريع عن حالات السل وحالات مقاومة الريفامبيسين، التي تُعدُّ علامةً على الإصابة بالسل المقاوم للأدوية المتعددة. ويفيد هذا الاختبار بصفة خاصة في اكتشاف حالات السل بين المرضى المصابين بفيروس العوز المناعي البشري، مما يسمح بتشخيصها في مرحلة مبكرة من إصابتهم بالمرض.
- وعملاً بالتوصيات التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية في كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٠، كان القطاع العام في ٧٣ بلداً قد حصل على ٩٠٠ جهاز من أجهزة اختبار Xpert MTB/RIF بحلول نهاية أيلول/ سبتمبر ٢٠١٢.
- وتُجرى حالياً بحوث أخرى لمواجهة التحديات التشغيلية واللوجيستية الماثلة في المناطق المختبرية والميدانية، ولتقييم يُسر تكلفة هذا الاختبار وتأثيره الوبائي ومردوديته.

## دراسة الحالة ٦

استخدام «الحبة المتعددة» للحد من الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية: تجربة معشاة ذات شواهد أُجريت في الهند

### ضرورة إجراء البحوث

يتزايد انتشار وباء الأمراض غير السارية في جميع أنحاء المعمورة - وعلى رأس هذه الأمراض تأتي أمراض القلب والأوعية الدموية والداء السكري والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة. وتشير الإحصاءات إلى أنّ هذه الأمراض مسؤولة عن ثلثي الوفيات التي تقع في العالم كل عام والبالغ عددها ٥٧ مليون حالة وفاة، علماً بأنّ ٨٠٪ منها تقع في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ومن المتوقع أن يرتفع عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية من ٣٦ مليوناً في عام ٢٠٠٨ إلى ٥٢ مليوناً في عام ٢٠٣٠ (٤٢). ولمواجهة تفشي هذا الوباء اتفقت الدول الأعضاء في منظمة

الصحة العالمية على مجموعة من الأهداف لخفض أعداد الوفيات الناتجة عن وقوع الأمراض غير السارية الرئيسية الأربعة بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم من ٣٠ إلى ٧٠ عاماً بنسبة ٢٥٪ بحلول عام ٢٠٢٥ (٤٣). واقترحت المنظمة ١٠ أهداف لبلوغ هذه الغاية، من بينها العلاج بالأدوية للحد من انتشار عوامل الخطر المسببة للآزمات القلبية والسكتات الدماغية (٤٢).

وقد وُضع أول تصوّر لحبة توليفية للوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية في عام ٢٠٠٠، وبعد ذلك بوقتٍ قصيرٍ قُدمت «الحبة المتعددة» (أو "polypill") كاستراتيجية للحد من أمراض القلب والأوعية الدموية (٤٤). وتعتمد فكرة هذه الحبة على مفهوم بسيطٍ هو توليف عددٍ من الأدوية المختلفة (هي الأسبرين وحاصرات بيتا ومثبطات الإنزيمات القابلة للأنجيوتنسين والستاتينات) المتوفرة في صيغتها الجينية وبتكلفة منخفضة لعلاج بعض عوامل الخطر المسببة لأمراض القلب والأوعية الدموية، منها على وجه الخصوص مرض القلب الإقفاري. ولفكرة توليف عدة أدوية في حبةٍ واحدةٍ جاذبيةً خاصةً نظراً لبساطتها ومقبوليتها، ولأنّ تناول حبة واحدة بصورة روتينية أسهل من تناول عدة حبوب.

### الطرائق المتبعة

في عام ٢٠٠٩ أُجريت تجربة معشاة مزدوجة التعمية من تجارب المرحلة الثانية لتقييم أثر تناول الحبة المتعددة على عوامل الخطر المؤثرة في بعض الأشخاص الذين بلغوا من العمر منتصفه ولا يعانون من أمراض القلب والأوعية الدموية في ٥٠ مركزاً صحياً في الهند. وأُطلق على هذه الدراسة اسم «الدراسة الهندية للكبسولة المتعددة» (TIPS) (٩). وتكونت الحبة المتعددة من توليفة جرعات منخفضة من أحد مدرّات البول الثيازيدية والأيتنولول والرامبيريل والسيمفاستاتين والأسبرين. وقيس تأثير الدواء على مجموعةٍ من عوامل الخطر، من بينها ارتفاع ضغط الدم وارتفاع تركيزات الكوليسترول وارتفاع معدل ضربات

وينبغي توسيع نطاق البيّنات الحالية من خلال إجراء تجارب كبيرة للمرحلة الثالثة لتقصّي نجاعة الحبة المتعددة في خفض معدلات الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية والسكتة الدماغية، والوفيات الناجمة عن هذه الاعتلالات، في مجموعات كبيرة من البشر على مدى فترات زمنية أطول بكثير (٤٦). وتشكل الأسئلة التشغيلية تحدياً أمام ترجمة البيّنات القائمة إلى سياسات. وللإجابة على هذه الأسئلة ينبغي إجراء دراسات سريرية ورسدية تتضمن ما يلي: (١) مرتسم المأمونية وكيفية التصرف في حال كان أحد مكونات الحبة المتعددة ممنوعاً استعماله أو كان له أثر جانبي؛ (٢) جرعات المكونات المختلفة؛ (٣) ما إذا كان تناول حبة يُنظر إليها على أنها حلٌّ سحريٌّ للأمراض غير السارية سيؤدي بمتناوليها إلى التخلي عن التدابير الوقائية الأخرى مثل اتّباع نظام غذائي مناسب وتغيير السلوك وممارسة التمارين الرياضية. لذا فمن الضروري الاستناد في إجراء البحوث لقياس قدرة هذا التدخل على التخفيف من العبء العالمي لأمراض القلب والأوعية الدموية وقياس إنجازات هذا التدخل فيما يخص الصحة العمومية قبل تطوير السياسات إلى الدراسة الهندية للكبسولة المتعددة.

### الاستنتاجات الرئيسية

- أثبتت المرحلة الأولى من البحوث أنّ تكوين الكبسولة المتعددة، وهي حبة واحدة تحتوي على توليفة من الأدوية، قد يكون طريقة بسيطة وعملية للحد من عوامل الخطر المتعددة وأمراض القلب والأوعية الدموية التي تمثل واحدةً من أكبر المشاكل الصحية العمومية العالمية.
- هناك حاجة إلى إجراء التجارب السريرية للمرحلة الثالثة حتى يتسنى الخروج بتقييم أدقّ لنجاعة الحبة المتعددة ويتسنى أيضاً للبحوث التشغيلية تقييم جدوى استخدام هذا العلاج في الممارسة العملية.
- عند تقييم أثر تناول الحبة المتعددة ينبغي في نفس الوقت تقييم سائر وسائل الحد من مخاطر الإصابة

القلب. وجرى أيضاً تقييم مدخول الحبوب المتعددة لقياس جدواها وإمكانية تحملها.

### ملخص النتائج

أدرج في الدراسة ما مجموعه ٢٠٥٣ شخصاً تتراوح أعمارهم بين ٤٥ و٨٠ عاماً ولا يعانون من أي من أمراض القلب والأوعية الدموية لكنهم معرّضون لعامل واحد من عوامل الخطر على الأقل. وأدت الدراسة الهندية للكبسولة المتعددة إلى انخفاض ضغط الدم الانقباضي بمقدار ٧,٤ ملميمتر زئبق (وبلغ فاصل الثقة ٩٥٪: من ٦,١ إلى ٨,١) وضغط الدم الانبساطي بمقدار ٥,٦ ملميمتر زئبق (فاصل الثقة ٩٥٪: من ٤,٧ إلى ٦,٤) وكوليسترول البروتينات الشحمية المنخفضة الكثافة بمقدار ٠,٧٠ مليمول/ لتر (فاصل الثقة ٩٥٪: من ٠,٦٢ إلى ٠,٧٨). وبلغ متوسط الانخفاض في معدل ضربات القلب ٧,٠ نبضة في الدقيقة. وكانت هذه الانخفاضات التي حققتها الدراسة أفضل أو مماثلة للانخفاضات الناتجة عن تناول الأدوية المفردة أو توليفات الأدوية المفردة، وكانت إمكانية تحمل هذا العلاج مماثلة لإمكانية تحمل العلاجات الأخرى. وقد تختلف آثار الحبة المتعددة على مستوى السكان حسب درجة التزامهم بتناولها. والأهم من ذلك أنّ ثلث المشاركين في الدراسة كانوا مصابين بالداء السكري، أي ينتمون إلى واحدة من فئات المرضى المعروفة بتركّز عوامل الخطر فيها. وتتيح التزامية المرضية إمكانية تقديم العلاج الموجه، وذلك في حالة استخدام الحبة المتعددة للوقاية الأولية.

### خطوات على طريق التغطية الصحية الشاملة

أظهرت نتائج هذه الدراسة أنّ كل مكوّن من مكونات الحبة المتعددة ساعد على خفض خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية. وأجريت عدة تجارب أخرى منذ ذلك الحين لتبيان تأثيرات تناول مختلف أنواع الحبات المتعددة في خفض ضغط الدم والكوليسترول وكانت نتائجها جيدة بشكل عام، على الرغم من مواجهة بعض المشاكل الخاصة بنقص الالتزام وتدني مستوى الفوائد المجنية عن المستوى الذي كان متوقعا (٤٥).

بأمراض القلب والأوعية الدموية مثل تغيير النظم الغذائية ومنع تدخين التبغ وممارسة الرياضة البدنية.

## دراسة الحالة ٧

مقارنة بين العلاج التوليفي بستيبوغلوكونات الصوديوم والباروموميسين والعلاج المفرد بستيبوغلوكونات الصوديوم لداء الليشمانيات الحشوي: تجربة معشة ذات شواهد أُجريت في إثيوبيا وكينيا والسودان وأوغندا

### ضرورة إجراء البحوث

يُعرف داء الليشمانيات الحشوي (VL) البشري أيضاً باسم داء الكالازار، وهو مرض طفيلي مميت تسببه طفيليات الليشمانيا دونوفانية وينتقل عن طريق ذبابة الرمل (الشكل ٣-٧). وهو ثاني أكبر مرض طفيلي مميت في العالم بعد الملاريا، حيث يبلغ عدد حالات الإصابة به حوالي ٥٠٠ ٠٠٠ حالة في جميع أنحاء العالم (٤١). ويُعدّ داء الليشمانيات الحشوي مرضاً مهماً في آسيا (وخاصةً في بنغلاديش والهند ونيبال) وكذلك في شرق أفريقيا. إذ يبلغ معدل الإصابة به في شرق أفريقيا ٣٠ ٠٠٠ حالة ينتج عنها ٤٠٠٠ حالة وفاة سنوياً (٤١). وتهاجر طفيليات الليشمانيا إلى الأعضاء الداخلية في جسم الإنسان مثل الكبد والطحال ونخاع العظم (ومن هنا جاء مصطلح «الحشوي») وتؤدي في كثير من الأحيان إلى الوفاة إذا تُركت دون علاج. ولا يوجد في الوقت الحاضر ما يكفي من التدابير الفعالة للقضاء على ذبابة الرمل، وترتفع معدلات الوفيات الناجمة عن هذا المرض، ولا يتوفر سوى القليل من الخيارات الفعالة والميسورة التكلفة لعلاجها. ويدل هذا الوضع، ومعه قلة عدد البحوث وعمليات تطوير الأدوية الخاصة بداء الليشمانيات الحشوي، على أنه يمكن وصف هذا الداء بأنه «مرضٌ مُهمَلٌ».

وتقتصر الوسائل العلاجية لداء الليشمانيات الحشوي في شرق أفريقيا على استخدام ستيبوغلوكونات الصوديوم الأنتيمونية، وهو علاج فعال لكنه يقتضي مكوث المريض في

المستشفى لمدة أربعة أسابيع وحققه بهذه المادة في العضل كل يوم ويرتبط استخدامه بآثارٍ سلبيةٍ خطيرةٍ منها تسمم القلب. ولذلك يصعب استخدام هذا الدواء لكونه يشكل عبئاً على كاهل المريض والنظام الصحي. ويضاف إلى ذلك أنّ قدرة هذه الطفيليات على مقاومة هذا الدواء تتزايد باستمرار.

وقد ثبتت نجاعة دواء بديل، هو باروموميسين كبريتات (PM)، في الهند (٤٩). ولكن لا يوجد سوى كمٍّ محدودٍ من المعلومات عن نجاعة الباروموميسين في علاج داء الليشمانيات الحشوي في البيئات الأفريقية التي قد تختلف فيها الاستجابة للعلاج. وأظهرت دراسة رصدية كبيرة شملت ٤٢٦٣ مريضاً بداء الليشمانيات الحشوي من جنوب السودان أنّ استخدام توليفة من ستيبوغلوكونات الصوديوم والباروموميسين لفترة زمنية أقصر (١٧ يوماً) أدى إلى نتائج أفضل من استخدام ستيبوغلوكونات الصوديوم وحدها (٥٠). ولتسجيل الباروموميسين وتقييم نجاعة استخدام العلاج التوليفي بستيبوغلوكونات الصوديوم وباروموميسين الكبريتات في شرق أفريقيا كان لابد من الحصول على بيانات نجاعته ومأمونيته من تجربةٍ معشة ذات شواهد من تجارب المرحلة الثالثة.

### تصميم الدراسة

أُجريت تجربة معشة ذات شواهد شملت عدة مراكز صحية في أربعة بلدان في شرق أفريقيا (هي إثيوبيا وكينيا والسودان وأوغندا) (١٠). وكان للتجربة ثلاثة أذرع هي: (١) العلاج المفرد بستيبوغلوكونات الصوديوم (بجرعة مقدارها ٢٠ مليغرام/ كيلوغرام/ يوم لمدة ٣٠ يوماً) وكان هو الذراع المرجعية؛ (٢) العلاج المفرد بباروموميسين الكبريتات (٢٠ مليغرام/ كيلوغرام/ يوم لمدة ٢١ يوماً)؛ (٣) العلاج التوليفي بستيبوغلوكونات الصوديوم وباروموميسين الكبريتات الذي يُعطى لفترةٍ أقصر من العلاجين الآخرين (٢٠ مليغرام/ كيلوغرام/ يوم من ستيبوغلوكونات الصوديوم؛ و١٥ مليغرام/ كيلوغرام/ يوم من باروموميسين كبريتات

الشكل ٣-٧ إجراء فحص سريري لطفلة في الرابعة من عمرها تعاني من داء الليشمانيات الحشوي (داء الكالازار) في السودان



منظمة الصحة العالمية/برنامج الخاص بالبحث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية/كرامب

أولية عن النجاعة لـ ١٩٨ و ٢٠٠ مريض على التوالي. أما في عملية المقارنة بين توليفة ستيبوغلوكونات الصوديوم والباروموميسين وبين ستيبوغلوكونات الصوديوم المرجعية سُجل ٣٨١ و ٣٨٦ مريضاً في كل ذراع على التوالي وتوفرت بيانات عن النجاعة لـ ٣٥٩ مريضاً في كل ذراع.

وكانت نجاعة العلاج المفرد بالباروموميسين أقل بكثير من النجاعة التي لوحظت في الذراع المرجعي لستيبوغلوكونات الصوديوم (٨٤,٣٪ مقابل ٩٤,١٪، الفارق ٩,٧٪؛ وفاصل الثقة ٩٥٪: من ٣,٦ إلى ١٥,٧٪). أما نجاعة توليفة ستيبوغلوكونات الصوديوم والباروموميسين التي أُعطيت لمدة أقصر، هي ١٧ يوماً، فقد تساوت مع نجاعة ستيبوغلوكونات الصوديوم التي أُعطيت وحدها لمدة

لمدة ١٧ يوماً). وكان الهدف من ذلك هو المقارنة بين نجاعة ومأمونية العلاجين المفرد بالباروموميسين والتوليفي بستيبوغلوكونات الصوديوم والباروموميسين من ناحية وبين الذراع المرجعية المتمثلة في العلاج المفرد بستيبوغلوكونات الصوديوم من ناحية أخرى. وكانت نقطة المنتهى الأولية لإثبات النجاعة هي الحصول على علاج نهائي، أي الإزالة الكاملة للطفيليات من الطحال أو نخاع العظم أو الغدد الليمفاوية بعد ستة أشهر من انتهاء العلاج.

### ملخص النتائج

في إطار عملية المقارنة بين العلاج المفرد بالباروموميسين وبين العلاج المفرد بستيبوغلوكونات الصوديوم سُجل ٢٠٥ مرضى في كل ذراع وتوفرت في الذراعين بيانات

## دراسة الحالة ٨

الاعتماد على نقل المهام للارتقاء بمستوى التدخلات الرامية إلى تحسين معدلات بقاء الأطفال: دراسة رصدية شملت بلداناً متعددة هي بنغلاديش والبرازيل وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة

### ضرورة إجراء البحوث

تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى وجود نقص في القوى العاملة الصحية العالمية قدره أكثر من أربعة ملايين شخص (٥١). وغالباً ما تعاني البلدان التي ترتفع فيها معدلات وفيات الأطفال أيضاً من نقص في عدد العاملين الصحيين المؤهلين. وثمة استراتيجية عالمية تسمى «التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة» (IMCI) اعتمدها أكثر من ١٠٠ بلد بُغية خفض وفيات الأطفال. وتصف المبادئ التوجيهية السريرية المتعلقة بهذه الاستراتيجية سبل تقييم وتصنيف وتدبير الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات ويعانون من أمراض شائعة (٥٢). ومن بين العقبات الرئيسية أمام توسيع نطاق التغطية بخدمات التدبير العلاجي المتكامل نقص العاملين الصحيين المؤهلين. لذا يُعتبر نقل المهام - وهو مصطلح يُستخدم لوصف العملية التي من خلالها تُنقل مهامٌ محددة، عند الاقتضاء، إلى عاملين صحيين لم يحصلوا على نفس المستوى من المؤهلات ونفس القدر من التدريب السابق للخدمة - خياراً من الخيارات الممكنة لمعالجة مشكلة نقص أعداد العاملين (٥٣).

وهناك ندرة في التقييمات المنشورة بشأن جودة الرعاية السريرية التي يقدمها العاملون الصحيون من غير الأطباء الذين ينفذون استراتيجية التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة. وهناك حاجة إلى هذا النوع من البيّنات لتقييم إمكانية الترويج لنقل المهام على أنه استراتيجية يمكن من خلالها الارتقاء بمستوى التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة، وتحسين صحة الأطفال في المناطق التي تعاني من نقص الخدمات.

٣٠ يوماً (٩١،٤٪ مقابل ٩٣،٩٪، الفارق ٢،٥٪؛ وفاصل الثقة ٩٥٪: من ١،٣ إلى ٦،٣٪). ولم تكن هناك فروق ملحوظة في مرتسمات المأمونية الخاصة بالمقررات العلاجية الثلاثة.

### خطوات على طريق التغطية الصحية الشاملة

ساعدَ قصر مدة العلاج بتوليفة ستيبوغلوكونات الصوديوم والباروموميسين مقارنةً بمدة العلاج المفرد بستيبوغلوكونات الصوديوم (١٧ يوماً مقابل ٣٠ يوماً) على التخفيف من أعباء العلاج الملقاة على كاهل المرضى والمرافق الصحية وخفض التكاليف المرتبطة بهذا العلاج. ومن حيث تكلفة الدواء رجحت الكفة أيضاً لصالح العلاج التولييفي مقابل العلاج المفرد بستيبوغلوكونات الصوديوم (٤٤ دولاراً أمريكياً مقابل ٥٦ دولاراً أمريكياً). وانخفضت أيضاً المخاطر المحتملة لمقاومة الطفيليات لستيبوغلوكونات الصوديوم في حالة العلاج التولييفي.

وهكذا دعمت النتائج تقديم العلاج التولييفي بستيبوغلوكونات الصوديوم وباروموميسين الكبريتات كدواء لعلاج داء الليشمانيات الحشوي في شرق أفريقيا. وأوصت لجنة خبراء تابعة لمنظمة الصحة العالمية باستخدامه كخطٍ علاجي أول لداء الليشمانيات الحشوي في شرق أفريقيا.

### الاستنتاجات الرئيسية

- كان العلاج التولييفي بستيبوغلوكونات الصوديوم وباروموميسين الكبريتات لداء الليشمانيات الحشوي، والذي بلغت مدته ١٧ يوماً فقط، مساوياً في نجاعته للعلاج الاعتيادي بستيبوغلوكونات الصوديوم الذي يستمر ٣٠ يوماً، وتميز العلاج التولييفي أيضاً بجودة مرتسم مأمونيته. وبالتالي فمن شأن التحوّل إلى استخدام هذا العلاج التولييفي أن يخفف من الأعباء الملقاة على كاهل المرضى والمرافق الصحية وأن يحدّ من مخاطر نشوء مقاومةٍ للأدوية.
- دعمت النتائج تقديم العلاج التولييفي بستيبوغلوكونات الصوديوم والباروموميسين كخطٍ علاجي أول لداء الليشمانيات الحشوي في شرق أفريقيا.

ما يثبت أن قصر فترة التدريب يؤثر سلباً على جودة الرعاية المقدمّة للأطفال.

ومن التنبيهات الهامة أن أداء كل فئة من فئتي العاملين الصحيين كان ضعيفاً (وأبرز مثال على ذلك «الأطفال الذين حصلوا على التدبير العلاجي الصحيح» في أوغندا). ولا توجد أسباب معروفة لهذا الضعف في مستوى الأداء. ومن الجدير بالذكر أيضاً أن هذه التقييمات أُجريت على مستوى الرعاية الأولية الذي يتميز بانخفاض عدد الأطفال المصابين بأمراض خطيرة (فقد تراوحت نسبة الإحالة إلى المستشفيات من ١٪ في البرازيل إلى ١٣٪ في أوغندا). وعلاوةً على ذلك فإن العاملين الصحيين الذين حصلوا على فترة تدريب أقصر قد يكونون أكثر استعداداً للامتثال للمبادئ التوجيهية السريرية القياسية (وبالتالي ربي أنهم قدموا التدبير العلاجي الصحيح للأطفال) في حين أن العاملين الصحيين الذين حصلوا على فترة تدريب أطول قد يتبعون مجموعةً أوسع من الإجراءات المختلفة وبالرغم من ذلك يحققون نتائج على نفس المستوى من الجودة. وبالإضافة إلى ذلك لم يؤخذ في الاعتبار عمر العاملين الصحيين وسنوات خبرتهم، وهما عاملان قد يعوّضان قصر فترة التدريب.

#### خطوات على طريق التغطية الصحية الشاملة

تدل هذه النتائج على أن العاملين الصحيين من غير الأطباء الذين حصلوا على فترات تدريب قصيرة نسبياً قبل الالتحاق بالخدمة يمكن أن يقدموا خدمات التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة. وعلى الرغم من حاجة جميع كوادر العاملين الصحيين إلى الحصول على قدرٍ إضافيٍّ من التدريب في بعض الأماكن إلا أن نقل المهام يتيح إمكانية توسيع قدرات تدخلات التدبير العلاجي المتكامل وسائر التدخلات الرامية إلى بقاء الأطفال على قيد الحياة في المناطق التي تعاني من نقص الخدمات وبالتالي تواجه نقصاً في أعداد العاملين الصحيين (٥٤-٥٦). وقد أظهرت التجارب المعشاة أيضاً أن نقل المهام من الأطباء إلى عاملين صحيين أقل تأهيلاً منهم أمرٌ قابلٌ للتنفيذ ويمكن أن يفيد في حالة نقص عدد العاملين في تقديم الخدمات الصحية (٥٧-٥٩).

#### تصميم الدراسة

أُجريت دراسةٌ رصديةٌ في أهم المرافق الصحية الحكومية في بلدانٍ متعددةٍ هي بنغلاديش والبرازيل وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة (١١). وقورن الأداء السريري للعاملين الصحيين الذين حصلوا على فترة تدريب طويلة قبل الالتحاق بالخدمة (مثل الأطباء والعاملين السريريين) بأداء أولئك الذين حصلوا على فترة تدريب أقصر (جميع العاملين الصحيين الآخرين مثل الممرضين والقابلات ومساعدى التمريض الذين يقدمون الرعاية السريرية). وقيمت جودة الرعاية المقدمّة باستخدام مؤشرات قياسية ووفقاً لما إذا كانت عمليات تقييم وتصنيف وتدبير الأطفال المرضى قد نُفذت بالكامل وفق المبادئ التوجيهية المتعلقة باستراتيجية التدبير المتكامل لأمراض الطفولة. وجرى تقييم كل طفل مرتين، الأولى كانت عن طريق العامل الصحي المدرب على الاستراتيجية والخاضع هو نفسه للتقييم والثانية كانت عن طريق مشرف لم يطلع على التشخيص والعلاج الأصلي الذي قام به العامل الصحي. وعلى الرغم من تصنيف هذا البحث كدراسةٍ لتدبير الأمراض والاعتلالات إلا أنه يدخل أيضاً ضمن بحوث السياسات والنظم الصحية.

#### ملخص النتائج

شملت الدراسة ما مجموعه ١٢٦٢ طفلاً موجودين في ٢٦٥ مرفقاً من المرافق الصحية الحكومية، موزعين على النحو التالي: ٢٧٢ طفلاً من بنغلاديش، و١٤٧ من البرازيل، و٢٣١ من جمهورية تنزانيا المتحدة، و٦١٢ من أوغندا. في البرازيل بلغت نسبة العاملين الصحيين الذين حصلوا على فترة تدريب طويلة وقدموا التدبير العلاجي الصحيح ٥٨٪، مقارنةً بـ ٨٤٪ من أولئك الذين حصلوا على فترة تدريب أقصر. وفي أوغندا بلغت هاتان النسبتان ٢٣٪ و٣٣٪ على التوالي (الجدول ٣-٥). وبالمثل كانت نسب الأطفال الذين تلقوا التدبير العلاجي الصحيح في بنغلاديش وجمهورية تنزانيا المتحدة من فئتي العاملين الصحيين مماثلةً للنسب السابقة تقريباً. وبالتالي لم يظهر في أي من الأماكن الأربعة

**الجدول ٣-٥ تقييم وتصنيف وتدبير الأطفال من جانب عاملين صحيين مدربين على التدبير العلاجي المتكامل  
لأمراض الطفولة، مصنفاً حسب طول فترة التدريب السابق للخدمة**

فترة التدريب القصيرة	فترة التدريب الطويلة	مؤشر تقييم الأطفال <sup>أ</sup>
٠,٧٢	٠,٧٣	بنغلاديش
٠,٥٣	٠,٤٨	البرازيل
٠,٦٠	٠,٥٩	أوغندا
٠,٨٨	٠,٩٤	جمهورية تنزانيا المتحدة
		الأطفال الذين صُنّفوا تصنيفاً صحيحاً <sup>ب</sup>
٠,٦٧	٠,٧٢	بنغلاديش
٠,٧٣	٠,٦١	البرازيل
٠,٣٩	٠,٤٥	أوغندا
٠,٨٠	٠,٧٦	جمهورية تنزانيا المتحدة
		الأطفال الذين حصلوا على التدبير العلاجي الصحيح <sup>ج</sup>
٠,٦٨	٠,٦٣	بنغلاديش
٠,٨٤	٠,٥٨	البرازيل
٠,٣٣	٠,٢٣	أوغندا
٠,٦٣	٠,٦٤	جمهورية تنزانيا المتحدة

<sup>أ</sup> يُعنى هذا المؤشر بتقييم جودة واكتمال التقييم السريري المقدم للأطفال المرضى بناءً على ١٧ عنصراً قياسياً (منها مثلاً التحقق من وجود الحمى والإسهال وما إلى ذلك).  
<sup>ب</sup> تصنيف الأمراض استناداً إلى المبادئ التوجيهية المتعلقة بالتدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة.  
<sup>ج</sup> تقديم التدبير العلاجي الصحيح استناداً إلى المبادئ التوجيهية المتعلقة بالتدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة.  
تم استنساخه من هويشو وآخرين بإذن من الناشر (١١).

الصحيين، وإن كانت الضرورة تقتضي في بعض الحالات حصول العاملين على قدر أكبر من التدريب.

## دراسة الحالة ٩

**تحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية التوليدية الطارئة: دراسة بحثية تشغيلية في المناطق الريفية في بوروندي**

### ضرورة إجراء البحوث

يرمي الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية إلى تحقيق انخفاض في معدل وفيات الأمهات (MMR) بنسبة ٧٥٪ خلال الفترة بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٥. ويُعدّ معدل

## الاستنتاجات الرئيسية

- لم يؤثر نقل المهام من عاملين صحيين حصلوا على فترة تدريب طويلة (مثل الأطباء والعاملين السريريين) إلى عاملين صحيين حصلوا على فترة تدريب أقصر منهم (مثل الممرضين والقابلات ومساعدتي التمريض) سلباً على جودة خدمات الرعاية الخاصة بالتدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة.
- يمكن استغلال نقل المهام لزيادة التغطية بخدمات التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة وسائر تدخلات بقاء الأطفال على قيد الحياة في المناطق التي تعاني من نقص الخدمات ومن كمّ نقص العاملين

الريفية في بوروندي (١٢). فقد تم ربط جميع وحدات رعاية الأمومة التسع الموجودة في المراكز الصحية الخارجية في منطقة كابيبي بأحد المرافق المركزية لخدمات الرعاية التوليدية الطارئة وبخدمة إسعاف عبر الهواتف النقالة أو الأجهزة اللاسلكية عالية التردد. وعند استقبال امرأة مصابة بمضاعفات الولادة في أي من هذه المراكز الصحية كان موظفو المركز يتصلون بمرفق خدمات الرعاية التوليدية الطارئة وترسل سيارة إسعاف (ومعها قابلة مدربة) على الفور لنقل المرأة إلى مرفق الرعاية التوليدية. وكانت المسافة من هذه المراكز الصحية إلى مرفق خدمات الرعاية التوليدية الطارئة تتراوح بين ١ كم و ٧٠ كم.

وتم احتساب أثر هذا التدخل عن طريق تقدير عدد الوفيات التي أمكن تفاديها بين النساء اللاتي أُصبن بحالة من حالات مرضة الأمهات الحادة (SAMM) واللاتي نُقلن إلى مرفق خدمات الرعاية التوليدية الطارئة وعولجن فيه. وكان ذلك عن طريق مقارنة عدد الوفيات بين النساء اللاتي أُصبن بمرضة الأمهات الحادة واستفدن من هذا التدخل بعدد الوفيات المتوقع بين نفس المجموعة من النساء على افتراض أن هذا التدخل لم يوجد من الأساس (٦٣). واعتمد تحديد مرضة الأمهات الحادة على مجموعة محددة من الاعتلالات، كان من بينها حالات الولادة المطوّلة أو المتعسرة التي تستلزم إجراء عملية قيصرية أو الولادة باستخدام أداة شفت، وحالات الإجهاض المعقدة (العفوية أو المتعمدة)، ومقدمات الارتعاج أو الارتعاج، والنزف الذي يحدث قبل الوضع أو بعد الوضع (الجدول ٣-٦). وجرى احتساب معدل وفيات الأمهات باستخدام العدد المقدّر للوفيات التي أمكن تفاديها في كابيبي وقورن هذا المعدل بما أحرزته بوروندي من تقدم نحو تحقيق الهدف الإنمائي الخامس للألفية.

### ملخص النتائج

في عام ٢٠١١ نُقلت ١٣٨٥ امرأة إلى مرفق خدمات الرعاية التوليدية الطارئة، وكان من بينهن ٧٦٥ (٥٥٪) امرأة مصابة

وفيات الأمهات أحد القياسات المهمة لصحة الأمهات على مستوى السكان ويُعرّف على أنه عدد وفيات الأمهات في فترة زمنية معينة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة حية خلال نفس الفترة (٦٠). وعلى الرغم من تراجع معدل وفيات الأمهات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من ٤٤٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة حية في عام ١٩٩٠ إلى ٢٩٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة في عام ٢٠٠٨، إلا أنّ هذا الانخفاض البالغ نسبته ٣٤٪ لا يرقى إطلاقاً إلى نسبة ٧٥٪ المطلوب بلوغها بحلول عام ٢٠١٥ وفق الهدف الإنمائي الخامس للألفية، وهي نسبة تبدو غير قابلة للتحقيق في ظل الوتيرة الحالية للتقدم (٦١). ويُعدّ معدل وفيات الأمهات في بوروندي من بين أعلى المعدلات في العالم حيث وصل إلى ٨٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة حية (وبالمقارنة نجد أنّ هذا المعدل في السويد لا يتعدى حالتين وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة حية) (٦٢).

وعلى الرغم من أنّ إتاحة الوصول إلى مجموعة خدمات الرعاية التوليدية الطارئة (EMOC) هي أحد التدخلات التي تحظى بقبول واسع من بين التدخلات الرامية إلى الحد من وفيات الأمهات، إلا أنه لا تتوفر أي بيانات منشورة من أفريقيا تساعد على تحديد حجم الأثر الذي يحدثه تحسين توافر مثل هذه الرعاية وتحسين إمكانية الوصول إليها على المستوى السكاني. هل يؤدي إنشاء مرفق مركزي لخدمات الرعاية التوليدية الطارئة، مع إنشاء نظام يعمل بفعالية لإحالة ونقل الأمهات اللواتي يُصنّ بمضاعفات خلال الولادة، في منطقة ريفية إلى انخفاض كبير وسريع في وفيات الأمهات يتيح تحقيق الهدف الإنمائي للألفية؟

### تصميم الدراسة

قدّرت دراسةً أترابيةً استعاديةً الأثر الذي يخلفه إنشاء مرفق مركزي لخدمات الرعاية التوليدية الطارئة ونظام لنقل المرضى بسيارات الإسعاف على معدل وفيات الأمهات فيما يتعلق بالهدف الإنمائي الخامس للألفية في منطقة كابيبي

**الجدول ٦-٣ المضاعفات والتدخلات التوليدية الطارئة التي تصنّف ضمن حالات مرضة الأمهات الحادة، كابيبي، بوروندي، ٢٠١١**

الحالة الطارئة	العدد (النسبة المئوية)
المجموع	٧٦٥ (١٠٠)
الولادة المطولة أو المتعسرة التي تستلزم إجراء عملية قيصرية أو الولادة باستخدام أدوات	٢٦٧ (٣٥)
الإجهاد المعقد (العفوي أو المتعمد)	٢٢٦ (٣٠)
النزف الذي يحدث قبل الوضع أو بعد الوضع	٩١ (١٢)
الولادة القيصرية الناتجة عن زيادة ارتفاع الرحم أو نزول المولود بصورة غير طبيعية تستلزم إجراء عملية قيصرية	٧٣ (١٠)
وفاة الطفل في الرحم مع استمرار انقباضات الرحم لأكثر من ٤٨ ساعة	٤٦ (٦)
مقدمات الارتعاج	١٨ (٢)
الإنتان	١٥ (٢)
تمزق جدار الرحم	١٤ (٢)
الحمل المنتبذ	٥ (٠,٧)
الملاريا	٤ (٠,٥)
فقر الدم الشديد	٤ (٠,٥)
استئصال الرحم في الحالات الطارئة	٢ (٠,٣)

تم استنساخه من تايلور سميث وآخرين بإذن من الناشر (١٢).

فطنة العاملين السريريين، وربما كان لذلك تأثير على عدد حالات مرضة الأمهات الحادة. بيد أن التعريف المعيارية لحالات مرضة الأمهات الحادة كانت متاحة وكان الأطباء مدربين جيداً على استخدامها، ومن المفترض أن يكون ذلك قد قلل من احتمال حدوث أخطاء في وضع التقديرات.

**خطوات على طريق التغطية الصحية الشاملة**

تشير النتائج إلى أن توفير الرعاية التوليدية الطارئة، في ظل وجود نظام يعمل بفعالية لأحالة المرضى ونقلهم، يمكن أن يحدث انخفاضاً ملحوظاً في معدلات وفيات الأمهات. وهذا سبيل من سبل التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، ونحو بلوغ الهدف الإنمائي الخامس للألفية في المناطق الريفية في أفريقيا. بيد أن

بحالة من حالات مرضة الأمهات الحادة (الجدول ٦-٣) وقد حالت هذه المجموعة من التدخلات دون وقوع ما قُدّر بنحو ٧٤٪ (فاصل الثقة ٩٥٪: من ٥٥ إلى ٩٩٪) من وفيات الأمهات في المنطقة، أي ما يعادل ٢٠٨ (فاصل الثقة ٩٥٪: من ٨ إلى ٣٦٠٪) حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة حية. وقد كان هذا المعدل لوفيات الأمهات ضمن حدود الغاية المطلوب بلوغها في بوروندي بحلول عام ٢٠١٥ بموجب الهدف الإنمائي الخامس للألفية (وهي ٢٧٥ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة حية)، وقد حققت بوروندي هذه الغاية قبل وقت طويل من الموعد المحدد في عام ٢٠١٥ (الجدول ٨-٣).

وأحد العيوب المحتملة لهذه الدراسة أن تشخيص إصابة النساء بمرضة الأمهات الحادة اعتمد على

التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة ونحو بلوغ الغاية التي حددها الهدف الإنمائي الخامس للألفية.

## دراسة الحالة ١٠

استخدام التحويلات النقدية المشروطة لتحسين الاستفادة من الخدمات الصحية وتحسين الحاصلات الصحية: استعراض منهجي للبيانات المستقاة من بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل

### ضرورة إجراء البحوث

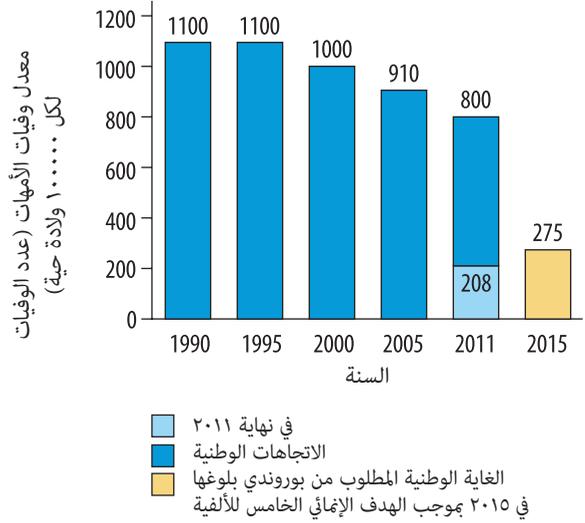
يقدم نظام التحويلات النقدية المشروطة (CCTs) دفعات مالية إلى الأسر شريطة أن تمتثل هذه الأسر لبعض المتطلبات المحددة سلفاً فيما يتعلق بالرعاية الصحية أو غيرها من البرامج الاجتماعية (الشكل ٣-٩). ويستند تبرير برامج التحويلات النقدية المشروطة إلى الفكرة القائلة بأن توفير الإعانات المالية أمرٌ ضروريٌ لتشجيع الفقراء على استخدام الخدمات الصحية والوصول إليها (٦٤).

والقصد من نظم التحويلات النقدية المشروطة هو أن تكون حافزاً مالياً يدفع الناس إلى تبني السلوكيات الصحية، ويؤدي إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية وزيادة الاستفادة منها عن طريق تقليل أو إزالة العقبات المالية التي تحول دون الوصول إليها. ولكن ما هو الدليل على فعالية مثل هذا النهج؟

### تصميم الدراسة

أُجريت دراسة منهجية لتقييم البيئات المتاحة حول فعالية التحويلات النقدية المشروطة في تحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية (الاستفادة من الخدمات الصحية) وتحسين الحاصلات الصحية، ولاسيما بالنسبة للمجموعات السكانية الأشد فقراً في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (١٣). وأدرجت فيها دراسات من البرازيل وكولومبيا وهندوراس وملاويا والمكسيك ونيكاراغوا.

## الشكل ٣-٨ المعدل المقدر لوفيات الأمهات في كازيني



ملاحظة: بلغ معدل وفيات الأمهات ٢٠٨. تم استنساخه من تايلور سميث وآخرين بإذنٍ من الناشر (١٢).

التحدي المماثل أمامنا هو ضمان توافر التمويل وغيره من الموارد اللازمة لزيادة الإنجازات والحفاظ عليها حتى عام ٢٠١٥ وما بعده. لذا فمن الضروري إجراء المزيد من البحوث حول مردودية التدخلات وسبل تكييفها مع البيئات المختلفة.

### الاستنتاجات الرئيسية

- هناك ارتباط بين إنشاء مرفق مركزي لخدمات الرعاية التوليدية الطارئة - مع إنشاء نظام يعمل بفعالية لنقل المرضى بسيارات الإسعاف - وحدث انخفاض سريع وملحوظ في وفيات الأمهات.
- تُعدُّ هذه الحالة مثلاً لتحسين الرعاية الصحية - كونها تدخلاً تستطيع بوروندي وبلدان أخرى من خلاله

**الشكل ٣-٩** تشكل بطاقات الهوية جزءاً لا يتجزأ من النظم التي تقدم تحويلات نقدية مشروطة (CCTs) في إطار البرامج الصحية والتعليمية



برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، في البرازيل

إصابتهم بالتقزم أو النحافة أو سوء التغذية المزمن. وفيما يتعلق بالحصائل الصحية الأخرى، أفادت الأمهات بحدوث انخفاض نسبته من ٢٠٪ إلى ٢٥٪ في احتمالات إصابة الأطفال دون سن الرابعة بالأمراض في الشهر السابق. وقد ردت مزيد من البيّنات الحديثة حول تأثير التحويلات النقدية المشروطة من تجربة معشاة ذات شواهد أُجريت في المناطق الريفية في ملاوي لتقييم تأثير المدفوعات النقدية في الحد من مخاطر إصابة الشابات بفيروس الأيدز (٦٥). وفي إطار هذه التجربة اختيرت تلميذات وشابات تراوحت أعمارهن بين ١٣ و ٢٢ عاماً وُخّصت لبعضهن مبالغ مالية شهرية بصورة عشوائية ولم يُخصّص للبعض الآخر منهن أي مبالغ. ثم قُسمت المجموعة

### ملخص النتائج

فيما يخص الاستفادة من الخدمات الصحية، ارتبط تقديم التحويلات النقدية المشروطة بزيادة في عدد من خضعوا لاختبارات تحريّ فيروس العوز المناعي البشري نسبتها ٢٧٪ (بحسب دراسة واحدة أُجريت في ملاوي)، وزيادة في أعداد الأطفال الذين حضروا إلى المراكز الصحية في الشهر السابق تراوحت نسبتها بين ١١٪ و ٢٠٪، وزيادة في أعداد الأطفال دون سن الرابعة الذين قاموا بزيارات الرعاية الصحية الوقائية تراوحت نسبتها بين ٢٣٪ و ٣٣٪. أما فيما يخص الحصائل المرتبطة بالقياسات البشرية فقد لوحظت آثارٌ إيجابيةً على نمو الأطفال، منها زيادة بمقدار ١ سنتيمتر تقريباً في طول الأطفال دون سن الرابعة، وانخفاض في احتمالات

في الفترة المحيطة بالولادة وخفض معدلات إدخال الأطفال دون سن الخامسة إلى المستشفيات لتلقي العلاج (٦٦).

### خطوات على طريق التغطية الصحية الشاملة

تتوفر حالياً مجموعة كبيرة من البيانات التي تظهر أنه يمكن لنظم التحويلات النقدية المشروطة - في بعض الظروف - أن تخلف آثاراً إيجابية على الحالة التغذوية والصحية للإنسان من خلال زيادتها لمعدلات استخدام الخدمات الصحية وتعزيزها للسلوكيات الصحية (١٣)، (٦٧-٦٩). ولكن لا يصلح بالضرورة تطبيق نظم التحويلات النقدية المشروطة في جميع الأماكن، حيث يعتمد نجاحها على مجموعة متنوعة من العوامل - منها على سبيل المثال قدرتها على تعريف المشاركين بمعرفات شخصية فريدة (الشكل ٣-٩) - وعلى امتلاكها لآليات فعالة وموثوقة لصرف المبالغ المالية للمشاركين. وهناك أيضاً عيوب في الدراسات التي أجريت حتى الآن، منها على سبيل المثال أن التجارب التي تبين التغيرات الحاصلة في السلوك على المدى القصير لا تضمن حدوث تغيرات في المواقف تجاه الصحة على المدى الطويل. وبذلك تتضح أهمية إيجاد المزيج المناسب من الحوافز واللوائح التي تؤثر على عرض الخدمات والطلب عليها حتى يتسنى لنظم التحويلات النقدية المشروطة تحسين جودة الرعاية في أي مكان (٦٨). وهذا هدف يقتضي إجراء مزيد من البحوث.

### الاستنتاجات الرئيسية

- تمثل نظم التحويلات النقدية المشروطة حافزاً مالياً لزيادة الطلب على الخدمات الصحية والاستفادة منها عن طريق تقليل أو إزالة العقبات المالية التي تحول دون الوصول إليها.
- أظهرت دراسات شملت عدة بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل أن تطبيق نظم التحويلات النقدية المشروطة يمكن أن يؤدي - في بعض الظروف - إلى زيادة الاستفادة من الخدمات الصحية ومن ثم إلى تحسين الحصائل الصحية.

التي تتلقى مبالغ شهرية إلى مجموعتين: مجموعة كان حصولها على المبالغ مشروطاً (بالذهاب إلى المدرسة في ٨٠٪ من الأيام الدراسية في الشهر السابق)، ومجموعة لم يكن حصولها على المبالغ مقيداً بأي شروط (فما كان عليهن سوى الذهاب إلى مراكز تحويل الأموال لتسلمها). وتلقت الأسر مبالغ مختلفة تراوحت بين ٤ و ١٠ دولارات فيما تلقت كل فتاة مبلغاً تراوح بين دولار واحد و ٥ دولارات. ووجد بعد ١٨ شهراً من بداية التجربة أن معدل انتشار فيروس الأيدز بين ١٢٨٩ تلميذة شاركن في التجربة بلغ ١,٢٪ في المجموعة التي تلقت تحويلات نقدية و ٣,٠٪ في المجموعة الشاهدة (بلغت نسبة الأرجحية ٠,٣٦؛ وفاصل الثقة ٩٥٪: من ٠,١٤ إلى ٠,٩١). وبلغ معدل انتشار فيروس الهربس البسيط من النوع الثاني ٠,٧٪ في المجموعة التي تلقت تحويلات نقدية و ٢,٠٪ في المجموعة الشاهدة (نسبة الأرجحية ٠,٢٤؛ وفاصل الثقة ٩٥٪: من ٠,٠٩ إلى ٠,٦٥). ولم يكن هناك فرق بين المجموعة التي تلقت المبالغ المالية بلا شروط والأخرى التي تلقتها بشروط في معدلات انتشار فيروس الأيدز وفيروس الهربس البسيط من النوع الثاني. ومن هذه النتائج يتضح أن تمكين التلميذات مالياً قد يكون له تأثير مفيد على صحتهم الجنسية والإنجابية.

وفي البرازيل أظهرت دراسة بيئية شملت جميع أنحاء البلاد أن توسيع نطاق التغطية ببرنامج بولسا فاميليا، وهو برنامج وطني للتحويلات النقدية المشروطة يحوّل الأموال إلى الأسر الفقيرة في حالة امتثالها لشروط معينة تتعلق بالصحة والتعليم، ارتبط إلى حد كبير بتراجع معدل الوفيات (سواء تلك الناجمة عن جميع الأسباب أو الناجمة عن أسباب تتعلق بالفقر) بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات. وكان أكبر تأثير أحدثه تعزيز التغطية ببرنامج بولسا فاميليا هو خفض معدل الوفيات الناجمة عن سوء التغذية والإسهال بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات. وبالإضافة إلى ذلك لوحظ أن البرنامج أدى إلى زيادة التغطية بعمليات التطعيم وزيارات الأمهات

## دراسة الحالة ١١

### دور التأمين في توفير خدماتٍ صحيةٍ سهلة المنال وميسورة التكلفة: تجربة معيشة ذات شواهد في المكسيك

#### ضرورة إجراء البحوث

في عام ٢٠٠٣ شرعت المكسيك في تنفيذ مجموعة جديدة من الإصلاحات الصحية الرامية إلى توفير التغطية الصحية لنحو ٥٠ مليون شخص كانوا يفتقرون إلى أي نوعٍ من الحماية المالية ضد المخاطر الصحية. وكان الحق في الحصول على الرعاية الصحية قبل عام ٢٠٠٣ هو أحد الاستحقاقات الوظيفية التي لم يكن يحصل عليها سوى العمالة التي تتقاضى أجوراً. وكانت غالبية كبيرة من الفقراء إما من غير الأجراء أو العاطلين عن العمل، وكانت نسبة كبيرة منهم معرضة لخطر تحمّل نفقات صحية كارثية أو تؤدي بهم إلى دائرة الفقر.

وأدت الإصلاحات الصحية التي أطلقتها المكسيك في عام ٢٠٠٣ إلى تشريع نظام «الحماية الاجتماعية في الصحة»، الذي أنشأ برنامج *Seguro Popular* (التأمين الشعبي) ليكون برنامج التأمين العام الذي يكفل للمستفيدين منه وصولاً مقيماً إلى الرعاية الصحية الشاملة. وكان من المهم في السنوات القليلة الأولى من تنفيذ برنامج *Seguro Popular* - من أجل استغلال ميزة تنفيذه على مراحل - تقييم أثر هذا التدخل على الإنفاق الصحي والمالي (٧٠).

#### تصميم الدراسة

في دراسة عنقودية معيشة اختير ١٠٠ زوج من مناطق مستجمعات المياه التابعة للمرافق الصحية («مجموعات الصحة») بطريقة عشوائية ليكونوا إما مجموعة تستفيد من مزايا هذا التدخل أو مجموعة شاهدة. وقدم هذا التدخل، أي برنامج *Seguro Popular*، مجموعةً من المنافع شملت التغطية بـ ٢٦٦ تدخلاً صحياً و ٣١٢ نوعاً من الأدوية، ورفع حجم الأموال المقدمة إلى وزارات الصحة

التابعة للولايات بقدرٍ يتناسب مع عدد الأسر المستفيدة من البرنامج. وأُتيح أيضاً الأموال اللازمة لتغطية النفقات الصحية الكارثية المرتبطة بأمراض معينة. وأُجريت ضمن مجموعات الصحة المستفيدة من التدخل حملة لإقناع كل أسرة بالانضمام إلى برنامج *Seguro Popular*. أما أسر المجموعات الشاهدة فقد تلقت القدر المعتاد من الرعاية الصحية وكان عليهم دفع تكلفتها (١٤). وتمثلت أهم الحوائل في معرفة تفاصيل النفقات التي صُنفت على أنها نفقات يدفعها المريض من ماله الخاص للحصول على أي خدمات صحية، بينما حُدّدت النفقات الكارثية على أنها أي نفقات صحية تتجاوز ٣٠٪ من قدرة المريض على الدفع (وتقاس على أساس الدخل).

#### ملخص النتائج

كانت النفقات المدفوعة من الأموال الخاصة في المجموعات التي استفادت من هذا التدخل أقل بنسبة ٢٣٪ مما كانت عليه في المجموعات الشاهدة. وكان هناك انخفاض بنسبة ٥٩٪ في النفقات الكارثية بين الأسر الموجودة ضمن المجموعات المستفيدة من التدخل والتي انضمت إلى برنامج *Seguro Popular* (بلغ متوسط نسبة الأسر التي انضمت إلى البرنامج ٤٤٪). ورأى ٦٩٪ من الأشخاص المسجلين في برنامج *Seguro Popular* أنّ الخدمات الصحية كانت عالية أو متوسطة الجودة، وأفاد ٨٥٪ من المسجلين أنّ مسؤولي البرنامج شرحوا لهم مزايا البرنامج بوضوح. والمثير للدهشة أنّ برنامج *Seguro Popular* - خلافاً لنتائج دراسات رصدية سابقة - لم يكن له تأثير كبير على جودة الرعاية المقدّمة (مثل تحسين إمكانية الوصول إلى المرافق الصحية والاستفادة منها أو الحد من حالات نفاذ مخزون الأدوية) ولم يؤدّ إلى زيادة التغطية للأمراض المزمنة. ويمكن إرجاع هذه النتائج إلى كون مدة التقييم لم تتجاوز ١٠ أشهر (٧١، ٧٢). وعلى الرغم من أنّ هذه النتائج نتائج مشجعة إلا أنّ هناك حاجة إلى إجراء مزيدٍ من البحوث للتحقق من الآثار الطويلة الأجل للبرنامج.

## دراسة الحالة ١٢

حصول السكان المسنين على الرعاية الصحية بتكلفة ميسورة: التنبؤ بالتغيرات المستقبلية في الإنفاق العام على الصحة في خمسة بلدانٍ أوروبيةٍ

### ضرورة إجراء البحوث

مع استمرار ارتفاع متوسط أعمار السكان في البلدان الأوروبية سيعاني عددٌ أكبر من الأشخاص من أمراض مزمنة وحالات عجزٍ نتيجةً لإصابتهم بالسرطانات وأمراض القلب والأوعية الدموية والكسور والخرف وغيرها من الاعتلالات. ويضاف إلى ذلك أن عدداً متزايداً من الأشخاص سيعانون من عدة حالات مرضية في آنٍ واحدٍ. وقد أثارت هذه الملاحظات قلقاً من أن يصبح من غير الممكن تحمّل تكاليف الإنفاق العام على الرعاية الصحية المقدّمة للسكان المسنين.

### تصميم الدراسة

استطاع ريشل وزملاؤه - باستخدام البيانات المنشورة حول التنبؤات الخاصة بشيخوخة السكان وحول الإنفاق الصحي الحالي حسب العمر - حساب التغيرات السنوية المتوقّعة في نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية المرتبطة بالشيخوخة خلال الفترة من عام ٢٠١٠ إلى عام ٢٠٦٠ (٧٤). فقد افترضوا أن نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في كل فئةٍ عمريةٍ سيظل ثابتاً طوال فترة الخمسين عاماً المذكورة، وأنّ تكاليف الوحدة للرعاية الصحية لن تتغير. وكان هذا التحليل قد أُجريَ لخمسة بلدانٍ أعضاء في الاتحاد الأوروبي - هي الجمهورية التشيكية وألمانيا وهنغاريا وهولندا وسلوفينيا.

### ملخص النتائج

كانت الزيادات المتوقّعة في الإنفاق الصحي المرتبط بشيخوخة السكان زياداتٍ متواضعةً. وكانت الزيادات السنوية في نصيب الفرد من الإنفاق الصحي، والذي حُسب كنسبٍ متوسطةٍ لكل خمس سنوات، ثابتةً في

## خطوات على طريق التغطية الصحية الشاملة

ثبت أن التصميم الذي اختير لهذه الدراسة الرامية إلى تقييم آثار برنامج *Seguro Popular* كان قوياً وأنّ البرنامج نجح بالفعل في الوصول إلى الفقراء. ففي آب/أغسطس ٢٠١٢، أي في غضون ١٠ سنوات من إطلاق هذا البرنامج، كان ٥٢ مليون مكسيكي لم يسبق أن شملهم أي نظام تأمينٍ قد حصلوا على الرعاية الصحية التي ترعاها الولايات. ومع الأخذ في الاعتبار التغطية بمجموعة متنوعة من البرامج التأمينية نجد أنّ نحو ٩٨٪ من سكان المكسيك البالغ عددهم ١١٣ مليون نسمة تمتعوا بالحماية من المخاطر المالية في عام ٢٠١٢، وبذلك احتفلت المكسيك ببلوغ التغطية الصحية الشاملة (٧٠، ٧٣). ومع ذلك لا تزال هناك حاجة إلى إجراء مزيدٍ من البحوث التجريبية التي تسمح بفترات أطول للمتابعة حتى يمكن قياس آثار نظم التأمين على إمكانية الوصول إلى المرافق الصحية والاستفادة منها وعلى الحصائل الصحية. وينبغي ألا يقتصر تنفيذ هذا الأمر على المكسيك وإنما يجب أن يمتد إلى بلدانٍ أخرى تخطط لإجراء إصلاحاتٍ في سياساتها الخاصة بالصحة العمومية.

### الاستنتاجات الرئيسية

- أدى تنفيذ برنامج وطني عام للتأمين الصحي، هو *Seguro Popular*، إلى احتفال المكسيك ببلوغ التغطية الصحية الشاملة خلال أقل من عشر سنوات من إنطلاقه.
- نتج عن تنفيذ برنامج *Seguro Popular* خفض النفقات التي تُدفع من الأموال الخاصة وكذلك النفقات الكارثية، ووصلت مزايا هذا النظام إلى الأسر الفقيرة.
- بإمكان هذه البرامج التأمينية أن تساهم في بلوغ التغطية الصحية الشاملة في بلدانٍ أخرى.

الصحية (١٣). وتنبأت دراسة أُجريت لصالح المفوضية الأوروبية بأنّ بلدان الاتحاد الأوروبي ستشهد زيادةً معتدلةً في الإنفاق الصحي في القطاع العام بسبب شيخوخة السكان، ليرتفع من ٦,٧٪ من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٠٧ إلى ٨,٢٪ في عام ٢٠٦٠ (١٤). وإذا لم يصاحب الزيادات في متوسط العمر المتوقع تغييرٌ في عدد سنوات العمر التي يتمتع فيها الإنسان بالصحة، فمن المتوقع أن يزداد الإنفاق العام على الرعاية الصحية بنسبة ٠,٧٪ فقط، ليصل إلى ٧,٤٪ من الناتج المحلي الإجمالي.

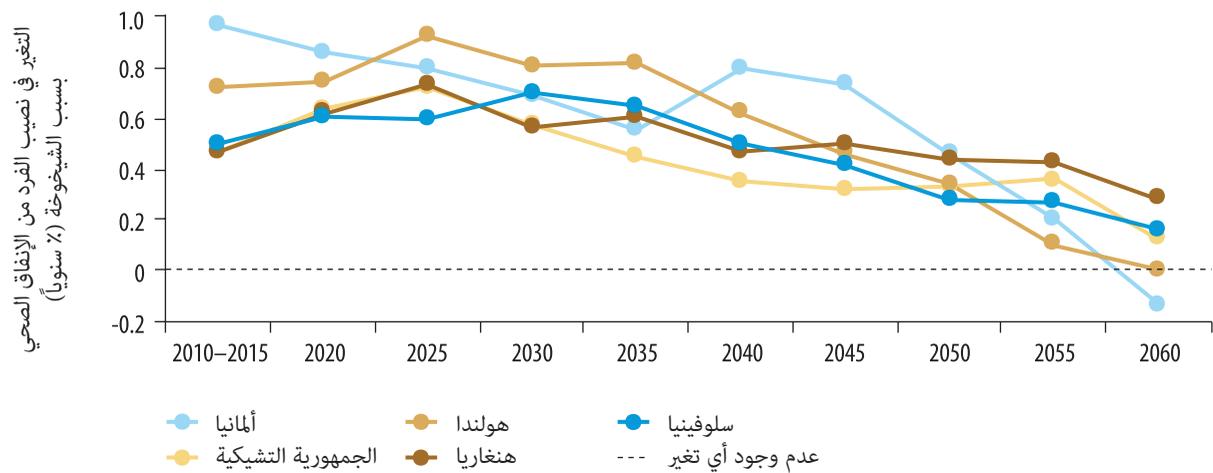
وتشير البحوث التي أُجريت حول تكاليف الوفاة إلى أنّ قرب الوفاة يفوق الشيخوخة أهميةً كأحد مؤشرات ارتفاع الإنفاق على الرعاية الصحية (١٥، ١٦). وعادةً ما تكون نسبةً كبيرةً من النفقات التي يدفعها الإنسان على الرعاية الصحية طوال حياته في السنة الأخيرة من حياته، لاسيما في الأسابيع القليلة الأخيرة قبل وفاته (١٧)، وغالباً ما يقل

البلدان الخمسة. فلم يحدث أن تجاوزت هذه النسب ١٪ من متوسط الإنفاق السنوي، كما أنها أخذت في التراجع بعد عام ٢٠٣٠ (الشكل ٣-١٠). ففي هولندا على سبيل المثال من المتوقع أن تصل الزيادة في إنفاق الشخص الواحد إلى ذروتها بين عامي ٢٠٢٠ و٢٠٢٥، وهو ما سيؤدي إلى وصول متوسط معدل النمو السنوي إلى ٠,٩٪ بسبب الشيخوخة، ثم هبوطه إلى صفر في الفترة بين عامي ٢٠٥٥ و٢٠٦٠ والتي يُتوقع أن ترتفع فيها نسبة الشباب بين سكان هولندا.

### خطوات على طريق التغطية الصحية الشاملة

لا يوجد في هذا التحليل ما يدعم الافتراض الشائع القائل بأنّ شيخوخة السكان سيرفع حجم الإنفاق الصحي في المستقبل إلى مستوياتٍ لا يمكن تحملها. وتتفق هذه النتائج مع بعض التقييمات الأخرى التي وجدت أنه من غير المتوقع أنّ تؤدي شيخوخة السكان إلى زياداتٍ كبيرةٍ في تكاليف الرعاية

الشكل ٣-١٠ التغيرات المتوقعة في نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة العمومية المرتبط بالشيخوخة في خمسة بلدانٍ أوروبيةٍ، ٢٠١٠-٢٠٦٠



ملاحظة: النقاط هي متوسط الزيادات السنوية في النسب المئوية، والذي يُحسب كنسبةٍ متوسطةٍ لكل خمس سنوات استناداً إلى البيانات المتاحة عن شيخوخة السكان المتوقعة وعن الأحمال الحالية للإنفاق الصحي حسب العمر.

تم استنساخها من ريشل وآخرين بإذنٍ من الناشر (٧٤).

## الاستنتاجات: الدروس العامة المستخلصة من أمثلة محددة

تشكل دراسات الحالة المقدمة في هذا الفصل، وعددها ١٢ دراسة تتراوح مواضيعها بين مكافحة الملاريا وتوفير التأمين الصحي، أمثلةً للبحوث التي تنير الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة. فهي تعالج مجموعة متنوعة من الأسئلة المتعلقة ببلوغ التغطية الشاملة، وتستخدم مجموعة من طرائق البحث - هي التقييمات الكمية والنوعية، والدراسات الرصدية ودراسات الحالات والشواهد، ودراسات التدخل غير المعشاة، والتجارب المعشاة ذات الشواهد، والاستعراضات المنهجية والتحليلات التلوية. وتظهر هذه الدراسات الفوائد المحتملة لجمع البيّنات من مصادر متعددة، وتستكشف الصلة بين تصميم التجربة وقوتها الاستدلالية. كما أنها تكشف طبيعة دورة البحوث التي تؤدي فيها الأسئلة إلى إجابات تؤدي بدورها إلى المزيد من الأسئلة، وتبيّن كيف أنّ البحوث تعمل بالتفاعل مع السياسات والممارسات.

ولدراسات الحالة هذه ست خصائص تستحق التركيز، أولها أنّ أنسب طرائق البحث - أي تلك التي تتوصل إلى أفضل حل وسط بين التكلفة والوقت والصلاحية - تختلف على مدار دورة البحوث. إذ تقدم التجارب المعشاة ذات الشواهد والتجارب التي تستخدم طريقة التخفيض لتخصيص مجموعات الدراسة أدق أنواع الإجابات للأسئلة المتعلقة بنجاعة أحد التدخلات، ولكن شريطة أن تكون قد خضعت لتقييم نقدي صارم أثبت صلاحيتها. أما الحكم على فعالية التدخلات خلال الممارسات الروتينية فهو أمرٌ أشد صعوبة بسبب عدم وجود شواهد تجريبية (٧٥، ٧٦). ومع ذلك فغالباً ما يكون من الممكن إيجاد حلول للمسائل التشغيلية المتعلقة باحتياجات التوظيف والبنى التحتية وسلاسل توريد السلع من خلال عملية قائمة على «التعلم بالممارسة» - أي عن طريق تكرار الممارسة وتصحيح الأخطاء وإجراء التحسينات بعد التقييم، وتستخدم هذه

الإنفاق على الرعاية الصحية بالنسبة للأشخاص الطاعنين في السن (الذين تزيد أعمارهم عن ٨٠ عاماً). ويضاف إلى ذلك أنه على الرغم من أنّ كبار السن من الفئات الأكثر استخداماً لخدمات الرعاية الصحية إلا أنّ بعض العوامل الأخرى - أبرزها التطورات التكنولوجية - لها تأثير أكبر على مجموع تكاليف الرعاية الصحية (٧٤).

ومع ذلك فإنّ تزايد نسبة كبار السن بين سكان البلدان الأوروبية يضع بعض التحديات أمام تحقيق الصحة والرفاه إذا كان يتعين على نسبة متضائلة من السكان، على سبيل المثال، أن تتحمل التكاليف المرتفعة للرعاية الصحية والاجتماعية والمعاشات التقاعدية. بيد أنّ هذه التحديات ليست مستعصية، حيث يمكن اتخاذ عدة تدابير، من بينها: تعزيز الصحة الجيدة طوال الحياة، مما يزيد من فرصة قضاء سنوات العمر الإضافية في صحة جيدة؛ والتقليل من وطأة الأمراض المزمنة من خلال الكشف المبكر وتوفير الرعاية المبكرة؛ وتحسين كفاءة النظم الصحية بحيث تكون أقدر على التعامل مع احتياجات كبار السن؛ وزيادة مشاركة كبار السن في القوى العاملة (٧٤، ٨٨).

### الاستنتاجات الرئيسية

- في الفترة بين عام ٢٠١٠ وعام ٢٠٦٠ لن تتعدى الزيادات السنوية المقدّرة في الإنفاق الصحي بسبب شيخوخة السكان ١٪، وستزداد تراجعاً، في خمسة بلدانٍ أوروبية.
- وفي حين يُتوقع أن تتزايد أعداد كبار السن الذين يعانون من أمراضٍ مزمنةٍ وحالاتٍ عجزٍ إلا أنه لوحظ أنّ تكاليف الرعاية الصحية لا ترتفع إلا في السنة الأخيرة من حياة الإنسان.
- وعلى الرغم من أنه من غير المتوقع أن تؤدي الشيخوخة إلى تكبد تكاليفٍ إضافيةٍ كبيرةٍ إلا أنه يتعين على نظم الرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية طويلة الأمد في البلدان الأوروبية أن تتكيف مع مقتضيات شيخوخة السكان.

ثالثاً، فإن الهدف من هذا التقرير هو تعزيز البحوث التي تجعل التغطية بالتدخلات الصحية شاملة حقاً. فلا يجوز أن يكون الوصول إلى الخدمات الصحية امتيازاً يقتصر على سكان المناطق التي يسودها قدرٌ نسبي من السلام في العالم. إذ شهد عام ٢٠٠٩ وحده نشوب ٣١ نزاعاً مسلحاً في أنحاءٍ مختلفةٍ من العالم (١٢)، وهذه ظروف تقتضي إيجاد أساليبٍ مبتكرة لتوفير الرعاية الصحية. وفي هذا السياق يُعدُّ التطبيب عن بُعد مثلاً على إحدى وسائل التكنولوجيا التمكينية (دراسة الحالة ٤).

رابعاً، فعلى الرغم من أن بعض دراسات الحالة الواردة في هذا الفصل تبين كيف يمكن للبحوث أن تؤثر على الممارسات، إلا أنه لا يمكن الاعتماد على البيّنات وحدها لتحديد السياسات والإجراءات الصحية (الإطار ٢-١). ومن الأسباب الشائعة لعدم استخدام نتائج البحوث: عدم وجود صلة بين السؤال البحثي والمشاكل التي يواجهها العاملون الصحيون أو واضعو السياسات؛ وعدم شرح نتائج البحوث بوضوح للأشخاص الذين قد يستخدمونها على الرغم من كونها نُشرت ضمن مؤلفات خضعت لاستعراض الأقران؛ وارتفاع تكلفة أو شدة تعقيد الحلول الناتجة عن البحوث إلى درجة لا يمكن معها تنفيذها (١١).

خامساً، فإن الأمثلة الالتي عشرة المطروحة في هذا الفصل وإن كانت تتناول طائفةً واسعةً من حالات اعتلال الصحة وأساليب دراستها إلا أنها تترك حتماً بعض الثغرات. إذ لا تقل بعض المواضيع التي لم يتناولها هذا الفصل أهميةً عن تلك التي تناولها، ومنها على سبيل المثال إيجاد سبلٍ للتأهب لمواجهة الجوائح أو للتخفيف من الأخطار البيئية أو لتقييم الفوائد الصحية للزراعة (الإطار ٢-٦).

وأخيراً، تشير الأمثلة الواردة في هذا الفصل إلى مزايا إنشاء نظامٍ مُحكَمٍ لإجراء البحوث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، ومزايا تعميق ثقافة التقصي في كل مكان تُجرى فيه البحوث. ولتدعيم هذه القضية يصف الفصل الرابع بُنية النُظم التي يمكن من خلالها إجراء بحوث التغطية الصحية الشاملة بطريقةٍ فعالة. ■

العملية عادةً في حالة الابتكارات البسيطة. ويبدو أن هذه هي الطريقة السائدة للتعامل مع إصلاحات التأمين الصحي في أفريقيا وآسيا، أما ما إذا كانت التدخلات التي تفتقر إلى الشواهد (أي تلك التدخلات التي لم تخضع للاختبار من خلال تجارب رسمية) يمكن أن تخرج بأفضل الحصائل فهذا أمرٌ مطروح للنقاش (٧٧).

وفي حالات التصدي للطوارئ الصحية يعيب بعض تصاميم التجارب ارتفاع تكلفتها وبطؤها وصعوبتها من الناحية اللوجستية، في حين أن الدراسات الرصدية يمكن إجراؤها بسرعة وبتكلفة زهيدة - وإن كانت هي عرضة لأن تخرج باستنتاجات مضللة. بيد أن هناك حالات تستحق مثل هذه المجازفة لأنها تؤدي إلى نتائج إيجابية. فقد أُجريت بحوث رصدية حول نقل المهام وتطبيق اللامركزية في توفير الخدمات الصحية، استجابةً للطلب الهائل على الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية بهدف مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وأسفرت عن بياناتٍ مهمةٍ أمكن استخدامها في توجيه السياسات والممارسات قبل توافر أي بيّنات من التجارب ذات الشواهد (٧٨، ٧٩). ومع ذلك فإن الجهود الأخيرة التي نجحت في تعديل وتطبيق تصاميم التجارب الرسمية (وخاصةً تصاميم التجارب المعشاة) لاستخدامها في أغراض غير إجراء التجارب السريرية (مثل معالجة مشاكل الوصول إلى الخدمات الصحية وتوفيرها) تدل على أنه لا يجوز التضحية دائماً بدقة التجارب في سبيل الحصول على النتائج بسرعة وبتكلفة زهيدة (١٠).

ثانياً، فإن استمرار دورة طرح الأسئلة والإجابة عليها يدل على أنه يمكن رصد تنفيذ الحلول الناتجة عن البحوث (وهي أفضل الإجابات التي تتوصل إليها البحوث في أي لحظة زمنية) على نحوٍ فعال. بيد أن القياسات التي تُستخدم حالياً في الحكم على نجاح التدخلات الجديدة ونظم جمع البيانات ذات الصلة ليست كافية بالمرة (١١).

1. UK Clinical Research Collaboration. *Health research classification system*. London, Medical Research Council, 2009. (<http://www.hrcsonline.net/>, accessed 17 March 2013).
2. *Health research classification systems – current approaches and future recommendations*. Strasbourg, European Science Foundation, 2011.
3. Lim SS et al. Net benefits: a multicountry analysis of observational data examining associations between insecticide-treated mosquito nets and health outcomes. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001091. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001091> PMID:21909249
4. Eisele TP, Steketee RW. African malaria control programs deliver ITNs and achieve what the clinical trials predicted. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001088. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001088> PMID:21909247
5. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *The New England Journal of Medicine*, 2011, 365:493-505. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1105243> PMID:21767103
6. Brooks WA et al. Effect of weekly zinc supplements on incidence of pneumonia and diarrhoea in children younger than 2 years in an urban, low-income population in Bangladesh: randomised controlled trial. *Lancet*, 2005, 366:999-1004. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67109-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67109-7) PMID:16168782
7. Zachariah R et al. Practicing medicine without borders: tele-consultations and tele-mentoring for improving paediatric care in a conflict setting in Somalia? *Tropical Medicine & International Health*, 2012, 17:1156-1162. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2012.03047.x> PMID:22845678
8. Boehme CC et al. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. *The New England Journal of Medicine*, 2010, 363:1005-1015. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa0907847> PMID:20825313
9. Yusuf S et al. Effects of a polypill (Polycap) on risk factors in middle-aged individuals without cardiovascular disease (Trends Pharmacol Sci): a phase II, double-blind, randomised trial. *Lancet*, 2009, 373:1341-1351. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60611-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60611-5) PMID:19339045
10. Musa A et al. Sodium stibogluconate (SSG) & paromomycin combination compared to SSG for visceral leishmaniasis in East Africa: a randomised controlled trial. *PLoS neglected tropical diseases*, 2012, 6:e1674. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0001674> PMID:22724029
11. Huicho L et al. How much does quality of child care vary between health workers with differing durations of training? An observational multicountry study. *Lancet*, 2008, 372:910-916. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61401-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61401-4) PMID:18790314
12. Tayler-Smith K et al. Achieving the Millennium Development Goal of reducing maternal mortality in rural Africa: an experience from Burundi. *Tropical Medicine & International Health*, 2013, 18:166-174. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12022> PMID:23163431
13. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 2009, 4:CD008137. PMID:19821444
14. King G et al. Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet*, 2009, 373:1447-1454. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60239-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60239-7) PMID:19359034
15. Lienhardt C, Cobelens FG. Operational research for improved tuberculosis control: the scope, the needs and the way forward. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2011, 15:6-13. PMID:21276290

16. Nachega JB et al. Current status and future prospects of epidemiology and public health training and research in the WHO African region. *International Journal of Epidemiology*, 2012, 41:1829-1846. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dys189> PMID:23283719
17. Eisele TP, Larsen D, Steketee RW. Protective efficacy of interventions for preventing malaria mortality in children in Plasmodium falciparum endemic areas. *International Journal of Epidemiology*, 2010, 39 Suppl 1:i88-i101. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyq026> PMID:20348132
18. Lengeler C. Insecticide-treated bednets and curtains for preventing malaria. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 2000,2CD000363. PMID:10796535
19. Flaxman AD et al. Rapid scaling up of insecticide-treated bed net coverage in Africa and its relationship with development assistance for health: a systematic synthesis of supply, distribution, and household survey data. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000328. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000328> PMID:20808957
20. *Malaria funding and resource utilization: the first decade of Roll Back Malaria*. Geneva, World Health Organization on behalf of the Roll Back Malaria Partnership, 2010.
21. Eisele TP, Steketee RW. Distribution of insecticide treated nets in rural Africa. *BMJ (Clinical research Ed.)*, 2009, 339:b1598. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b1598> PMID:19574313
22. *UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012.
23. Alberts B. Science breakthroughs. *Science*, 2011, 334:1604. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1217831> PMID:22194530
24. *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples. Recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2012.
25. Schouten EJ et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV and the health-related Millennium Development Goals: time for a public health approach. *Lancet*, 2011, 378:282-284. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62303-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62303-3) PMID:21763940
26. *Programmatic update. Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants*. Geneva, World Health Organization, 2012.
27. Caulfield LE, Black RE. Zinc deficiency. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004:257-279.
28. Bhutta ZA et al. Therapeutic effects of oral zinc in acute and persistent diarrhea in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 72:1516-1522. PMID:11101480
29. Bhutta ZA et al. Prevention of diarrhea and pneumonia by zinc supplementation in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials. Zinc Investigators' Collaborative Group. *The Journal of Pediatrics*, 1999, 135:689-697. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476\(99\)70086-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476(99)70086-7) PMID:10586170
30. *Joint statement. Clinical management of acute diarrhoea*. New York, NY, United Nations Children's Fund and Geneva, World Health Organization, 2004.
31. Sood S et al. What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemedicine Journal and e-Health*, 2007, 13:573-590. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2006.0073> PMID:17999619
32. Spooner SA, Gotlieb EM. Telemedicine: pediatric applications. *Pediatrics*, 2004, 113:e639-e643. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.113.6.e639> PMID:15173548
33. Wootton R, Bonnardot L. In what circumstances is telemedicine appropriate in the developing world? *JRSM Short Reports*, 2010, 1:37. doi: <http://dx.doi.org/10.1258/shorts.2010.010045> PMID:21103129

34. Shiferaw F, Zolfo M. The role of information communication technology (ICT) towards universal health coverage: the first steps of a telemedicine project in Ethiopia. *Global Health Action*, 2012, 5:1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v5i0.15638> PMID:22479235
35. Coulborn RM et al. Feasibility of using teleradiology to improve tuberculosis screening and case management in a district hospital in Malawi. *Bulletin of the World Health Organization*, 2012, 90:705-711. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.099473> PMID:22984316
36. *Global tuberculosis report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012.
37. *Automated real-time nucleic acid amplification technology for rapid and simultaneous detection of tuberculosis and rifampicin resistance: Xpert MTB/RIF system. Policy statement*. Geneva, World Health Organization, 2011.
38. Weyer K et al. Rapid molecular TB diagnosis: evidence, policy-making and global implementation of Xpert® MTB/RIF. *The European Respiratory Journal*, 2012, doi: <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00157212> PMID:23180585
39. WHO monitoring of Xpert MTB/RIF roll-out (web site). Geneva, World Health Organization, 2012. (<http://who.int/tb/laboratory/mtbrifrollout>, accessed 17 March 2013).
40. Boehme CC et al. Feasibility, diagnostic accuracy, and effectiveness of decentralised use of the Xpert MTB/RIF test for diagnosis of tuberculosis and multidrug resistance: a multicentre implementation study. *Lancet*, 2011, 377:1495-1505. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60438-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60438-8) PMID:21507477
41. Pantoja A et al. Xpert MTB/RIF for diagnosis of TB and drug-resistant TB: a cost and affordability analysis. *The European Respiratory Journal*, 2012, (Epub ahead of print) doi: <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00147912> PMID:23258774
42. *A comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva, World Health Organization, 2012. ([http://www.who.int/nmh/events/2012/discussion\\_paper3.pdf](http://www.who.int/nmh/events/2012/discussion_paper3.pdf), accessed 17 March 2013).
43. Beaglehole R et al. Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. *Lancet*, 2012, 380:1283-1285. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61692-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61692-4) PMID:23063272
44. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 2003, 326:1419. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7404.1419> PMID:12829553
45. Rodgers A et al. An international randomised placebo-controlled trial of a four-component combination pill ("polypill") in people with raised cardiovascular risk. *PLoS ONE*, 2011, 6:e19857. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0019857> PMID:21647425
46. Thom S et al. Use of a Multidrug Pill In Reducing cardiovascular Events (UMPIRE): rationale and design of a randomised controlled trial of a cardiovascular preventive polypill-based strategy in India and Europe. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2012, doi: <http://dx.doi.org/10.1177/2047487312463278>
47. *Control of the leishmaniasis. Report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis, 22-26 March 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 (WHO Technical Report Series, No. 949).
48. Reithinger R, Brooker S, Kolaczinski JH. Visceral leishmaniasis in eastern Africa — current status. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2007, 101:1169-1170. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.trstmh.2007.06.001> PMID:17632193
49. Sundar S et al. Injectable paromomycin for Visceral leishmaniasis in India. *The New England Journal of Medicine*, 2007, 356:2571-2581. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa066536> PMID:17582067
50. Melaku Y et al. Treatment of kala-azar in southern Sudan using a 17-day regimen of sodium stibogluconate combined with paromomycin: a retrospective comparison with 30-day sodium stibogluconate monotherapy. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2007, 77:89-94. PMID:17620635
51. *The world health report 2006— working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.

52. Gove S. Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview. The WHO Working Group on Guidelines for Integrated Management of the Sick Child. *Bulletin of the World Health Organization*, 1997, 75 Suppl 1:7-24. PMID:9529714
53. *Task shifting. Global recommendations and guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2008.
54. Lewin S et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 2010,3CD004015. PMID:20238326
55. Ellis M et al. Intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths in rural Bangladesh: a prospective, community-based cohort study. *Pediatrics*, 2011, 127:e1182-e1190. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2010-0842> PMID:21502233
56. *WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting*. Geneva, World Health Organization, 2012.
57. Jaffar S et al. Rates of virological failure in patients treated in a home-based versus a facility-based HIV-care model in Jinja, southeast Uganda: a cluster-randomised equivalence trial. *Lancet*, 2009, 374:2080-2089. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61674-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61674-3) PMID:19939445
58. Fairall L et al. Task shifting of antiretroviral treatment from doctors to primary-care nurses in South Africa (STRETCH): a pragmatic, parallel, cluster-randomised trial. *Lancet*, 2012, 380:889-898. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60730-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60730-2) PMID:22901955
59. Mugenyi P et al. Routine versus clinically driven laboratory monitoring of HIV antiretroviral therapy in Africa (DART): a randomised non-inferiority trial. *Lancet*, 2010, 375:123-131. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)62067-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62067-5) PMID:20004464
60. Graham WJ et al. Measuring maternal mortality: an overview of opportunities and options for developing countries. *BMC Medicine*, 2008, 6:12. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-6-12> PMID:18503716
61. Maternal mortality is declining, but more needs to be done. *The Millenium Development Goal Report 2010. Addendum 2. Goal 5 Improve Maternal Health*. New York, NY, United Nations, 2010.
62. *Trends in maternal mortality: 1990–2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates*. Geneva, World Health Organization, 2012.
63. Fournier P et al. Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:30-38. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.07.047076> PMID:19197402
64. Oxman AD, Fretheim A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? A critical review of selected evaluations of results-based financing. *Journal of Evidence-based Medicine*, 2009, 2:184-195. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1756-5391.2009.01024.x> PMID:21349012
65. Baird SJ et al. Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial. *Lancet*, 2012, 379:1320-1329. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61709-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61709-1) PMID:22341825
66. Rasella D et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*, 2013 May 14. pii: S0140-6736(13)60715-1. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60715-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60715-1) PMID:23683599
67. Ranganathan M, Lagarde M. Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low and middle income countries: a review of the impact of conditional cash transfer programmes. *Preventive Medicine*, 2012, 55 Suppl I:S95-S105. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2011.11.015> PMID:22178043

68. Waldman RJ, Mintz ED, Papowitz HE. The cure for cholera - improving access to safe water and sanitation. *The New England Journal of Medicine*, 2013, 368:592-594. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1214179> PMID:23301693
69. Dye C et al. Prospects for tuberculosis elimination. *Annual Review of Public Health*, 2012 (Epub ahead of print).
70. Knaul FM et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*, 2012, 380:1259-1279. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X) PMID:22901864
71. Gakidou E et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 2006, 368:1920-1935. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69568-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69568-8) PMID:17126725
72. Hussey MA, Hughes JP. Design and analysis of stepped wedge cluster randomized trials. *Contemporary Clinical Trials*, 2007, 28:182-191. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2006.05.007> PMID:16829207
73. Mexico: celebrating universal health coverage. *Lancet*, 2012, 380:622. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61342-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61342-7) PMID:22901868
74. Rechel B et al. Ageing in the European Union. *Lancet*, 2013, 381:1312-1322. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62087-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62087-X) PMID:23541057
75. Glasgow RE, Lichtenstein E, Marcus AC. Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:1261-1267. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.8.1261> PMID:12893608
76. Sussman S et al. Translation in the health professions: converting science into action. *Evaluation & the Health Professions*, 2006, 29:7-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0163278705284441> PMID:16510878
77. Lagomarsino G et al. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet*, 2012, 380:933-943. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61147-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61147-7) PMID:22959390
78. *Treat, train, retain. The AIDS and health workforce plan. Report on the consultation on AIDS and human resources for health.* Geneva, World Health Organization, 2006.
79. Zachariah R et al. Task shifting in HIV/AIDS: opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2009, 103:549-558. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.09.019> PMID:18992905
80. Banerjee AV, Duflos E. *Poor economics.* New York, NY, Public Affairs, 2011.
81. Zachariah R et al. Is operational research delivering the goods? The journey to success in low-income countries. *The Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12:415-421. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(11\)70309-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70309-7) PMID:22326018
82. Armed conflicts. In: Cañadas FM et al. *Alert 2010! Report on conflicts, human rights and peacebuilding.* Barcelona, Escola de Cultura de Pau/School for a Culture of Peace, 2010. ([http://www.humansecuritygateway.com/documents/ECP\\_Alert2010\\_ReportonConflictsHumanRightsandPeacebuilding.pdf](http://www.humansecuritygateway.com/documents/ECP_Alert2010_ReportonConflictsHumanRightsandPeacebuilding.pdf), accessed 19 March 2013).
83. Figueras J, McKee M, eds. *Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems.* Copenhagen, Open University Press, 2011.
84. *2009 Ageing report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060).* Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2009.
85. Polder JJ, Barendregt JJ, van Oers H. Health care costs in the last year of life – the Dutch experience. *Social Science & Medicine*, 2006, 63:1720-1731. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.018> PMID:16781037

86. Breyer F, Felder S. Life expectancy and health care expenditures: a new calculation for Germany using the costs of dying. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2006, 75:178-186. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.03.011> PMID:15893848
87. Kardamanidis K et al. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *The Medical Journal of Australia*, 2007, 187:383-386. PMID:17907999
88. *Good health adds life to years. Global brief for World Health Day 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012 (Document WHO/DCO/WHD/2012.2).

## الفصل ٤

---

بناء نظم بحوث  
التغطية الصحية الشاملة





## الفصل ٤

110	النقاط الرئيسية
112	تحديد أولويات البحوث
117	تعزيز القدرات البحثية
126	تحديد القواعد والمعايير وتنفيذها
131	ترجمة البينات إلى سياسات وممارسات
133	رصد وتنسيق البحوث على الصعيدين الوطني والدولي
136	تمويل بحوث التغطية الصحية الشاملة
136	تصريف شؤون البحوث الصحية على المستويين الوطني والدولي
136	الاستنتاجات: بناء نظمٍ بحثيةٍ فعالةٍ

التدبير العلاجي تحت إشراف المجتمع المحلي لداء كَلابية الذنب (الأنكوسركية) والملاريا والسل، وتوزيع فيتامين ألف على الرُّضع، شمالي نيجيريا (منظمة الصحة العالمية/ البرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية/ أندي كراغس).

## النقاط الرئيسية

- تطلّع نُظُم البحوث الصحية بأربع وظائف أساسية هي: تحديد أولويات البحوث وتطوير القدرات البحثية وتحديد قواعد ومعايير البحوث وترجمة البيّنات إلى ممارسات، وهي وظائف تدعم الصحة بوجهٍ عام والتغطية الصحية الشاملة بوجهٍ خاص.
- وقد وُضعت طرائق معيارية لتحديد أولويات البحوث، ولكن أفضل الأمثلة الموثّقة هي الخاصة بمواضيع صحية محددة مثل مكافحة الملاريا والسل والحد من وفيات الأطفال. وينبغي لجميع البلدان أن تحدد الأولويات الوطنية في جميع جوانب الصحة للوقوف على أفضل السبل لإنفاق الأموال المحدودة المتاحة على البحوث.
- وحتى تكون البحوث فعالةً يجب أن تُطبّق أساليبٌ شفافةٌ وخاضعةٌ للمساءلة لتخصيص الأموال، وأن تكون هناك مؤسسات وشبكات بحثية جيدة التجهيز. ومع ذلك فإنّ الأشخاص الذين يجرون البحوث - بفضولهم وخيالهم وحماسهم ومهاراتهم التقنية وخبراتهم واتصالاتهم - هم العنصر الأهم لنجاح أي مشروع بحثي.
- وهناك بالفعل تطبيق واسع لمدونات قواعد الممارسات - التي تمثل حجر الزاوية في أيّ نظام للبحوث - في العديد من البلدان. والمهمة المطلوبة في الفترة المقبلة هي التأكد من أنها مدونات شاملة وقابلة للتطبيق في جميع البلدان، وكذلك تشجيع الالتزام بها في كل مكان.
- ويعتمد بلوغ التغطية الصحية الشاملة على إجراء مجموعةٍ متنوعةٍ من البحوث تبدأ بدراسة المسببات وتنتهي بدراسة أداء النظم الصحية. ولأنّ الكثير من التدخلات القائمة ذات المردودية لا تطبّق على نطاقٍ واسعٍ فهناك حاجة خاصة إلى ردم الفجوة بين المعارف الحالية وما يُتخذ من إجراءات. وللمساعدة على تحقيق هذا الهدف ينبغي تعزيز البحوث ليس في المراكز الأكاديمية فحسب وإنما أيضاً في برامج الصحة العمومية، أي في أماكن تطوير الخدمات الصحية وفي أماكن الحصول عليها.
- تقع العديد من محددات الصحة والمرض خارج النظام الصحي، لذا ينبغي أن تتقّصى البحوث أثر السياسات الرامية إلى تعزيز «الصحة في جميع القطاعات». وتؤدي البحوث إلى زيادة حجم البيّنات المتعلقة بمدى تأثير الأنشطة البشرية على الصحة، منها على سبيل المثال الممارسات الزراعية وما تسببه من تغيرات في البيئة الطبيعية.
- وتشمل آليات دعم البحوث الرصد (المراصد الوطنية والدولية) والتنسيق (تقاسم المعلومات والدراسات البحثية التعاونية) والتمويل (جمع الأموال وتوزيعها لدعم أولويات البحوث الوطنية والعالمية).

# 4

## بناء نظم بحوث التغطية الصحية الشاملة

تبيّن دراسات الحالة التي وردت في الفصل الثالث كيف يمكن للبحوث أن تتناول بعض أهم الأسئلة المتعلقة ببلوغ التغطية الصحية الشاملة، وكذلك أن تقود إلى نتائج تساعد على توجيه السياسات والممارسات. ويتوقف نجاح هذه الدراسات المختارة - وأيّ دراسة تستهدف دعم التغطية الصحية الشاملة - على توفر بيئة مواتية لإجراء بحوثٍ على أعلى مستوى. ويقترن وجود البحوث الأكثر مصداقيةً - أي التي تصل إلى أكبر عددٍ من الناس وينتج عنها أكبر قدرٍ من الفوائد للصحة - بوجود ثقافةٍ استقصائيةٍ راسخةٍ، ومجموعةٍ من الإجراءات لدعم عمليات التقصي وتنفيذها، وحوارٍ دائمٍ بين الباحثين وواضعي السياسات.

ويجب أن يضطلع أيّ نظامٍ فعالٍ للبحوث الصحية بأربع وظائف على وجه الخصوص، هي تحديد الأسئلة والأولويات الخاصة بالبحوث، وجمع الأموال وتطوير قدرات الباحثين والبنية التحتية لبحوثهم، وإنشاء قواعد ومعايير للممارسات البحثية، وتحويل نتائج البحوث إلى صيغةٍ يمكن بها توجيه السياسات. وتبنّت استراتيجية منظمة الصحة العالمية للبحوث من أجل الصحة جميع هذه الوظائف الأربع (الإطار ٤-١). تتيح نظم البحوث الفعالة للباحثين تنفيذ دورة البحوث كاملةً وهي: قياس حجم المشكلة الصحية، وفهم السبب أو الأسباب التي أدت إليها، وابتكار الحلول، وترجمة البيانات إلى سياسات وممارسات ومنتجات، وتقييم فعالية التدخلات بعد التنفيذ (الإطار ٢-٣).

وقليلةً هي التقييمات التي تركز على جودة أداء نظم البحوث لوظائفها الأساسية، وإن كان مسحٌ لبحوث النظم الصحية قد أُجريَ في ٢٦ بلداً لتقصي أنواع البحوث الجاري تنفيذها والقدرات اللازمة لتنفيذها والاستفادة من نتائج البحوث في الممارسات (الإطار ٤-٢).

ولتوضيح كيفية بناء نظمٍ بحثيةٍ تستطيع دعم التغطية الصحية الشاملة، يحدد هذا الفصل المبادئ التي تقوم عليها كل وظيفة من تلك الوظائف الأساسية الأربع ويستشهد بالأمثلة لبيان طريقة عمل كل منها. ويقدم الفصل بعد ذلك تعريفاً بالآليات المناسبة لدعم هذه الوظائف على الصعيدين الوطني والدولي والمتمثلة في آليات الرصد والتنسيق والتمويل. والهدف من هذا التعريف أن يقدم لمحةً عامةً عن العملية البحثية لا أن يكون دليلاً شاملاً. ويمكن لكل

## الإطار ٤-١ استراتيجية منظمة الصحة العالمية للبحوث من أجل الصحة

في عام ٢٠١٠ اعتمدت جمعية الصحة العالمية الثالثة والستون القرار ج ص ع٦٣-٢١ المتعلق بوضع استراتيجية لإدارة وتنظيم البحوث في منظمة الصحة العالمية. وكان قرار جمعية الصحة العالمية حافزاً لاستعراض وتنشيط دور البحوث في المنظمة، وتحسين الدعم المقدم للدول الأعضاء في المنظمة لبناء قدراتها في مجال البحوث الصحية، وتعزيز الدعوة إلى أهمية البحوث من أجل الصحة، وتحسين التعريف بدور المنظمة في البحوث من أجل الصحة (١، ٢).

يستند النهج الذي تتبعه المنظمة في إجراء البحوث الصحية إلى ثلاثة معايير هي:

- الجودة - الالتزام بإجراء بحوث عالية الجودة وملتزمة بالمعايير الأخلاقية وخاضعة لاستعراض الخبراء وتتميز بالكفاءة والفعالية ومتاحة للجميع وتخضع لرصدٍ وتقييمٍ دقيقٍ.
  - الأثر - إعطاء الأولوية لأنشطة البحث والابتكار التي تتميز بأقصى قدرة على تحسين الأمن الصحي العالمي، وتسريع التنمية المتعلقة بالصحة، ومعالجة أوجه الإجحاف الصحية، وبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية.
  - الشمول - العمل بالتعاون مع الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة، واتّباع نهج متعدد القطاعات لإجراء البحوث من أجل الصحة، وتعزيز مشاركة المجتمعات المحلية والمجتمع المدني في العملية البحثية.
- وتقوم الاستراتيجية على خمسة أهداف، ينطبق الهدف الأول منها على المنظمة في حين تنطبق الأهداف الأخرى بصورة أعمّ على عملية إجراء البحوث (الإطار ١-٢). وهذه الأهداف هي:
- التنظيم (تعزيز ثقافة البحث في كافة أنحاء منظمة الصحة العالمية)؛
  - الأولويات (التأكيد على البحوث التي تعالج أهم المشاكل الصحية)؛
  - القدرات (المساعدة على تطوير وتعزيز نظم البحوث الصحية الوطنية)؛
  - المعايير (تعزيز الممارسات الجيدة في مجال البحوث ووضع القواعد والمعايير)؛
  - التحويل (ربط السياسات بالممارسات ومنتجات البحوث).
- وتُستخدم هذه الاستراتيجية العالمية حالياً لتوجيه الاستراتيجيات الإقليمية والوطنية، مع الأخذ بعين الاعتبار السياق المحلي واحتياجات الصحة العمومية وأولويات البحوث.
- الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة.

## تحديد أولويات البحوث

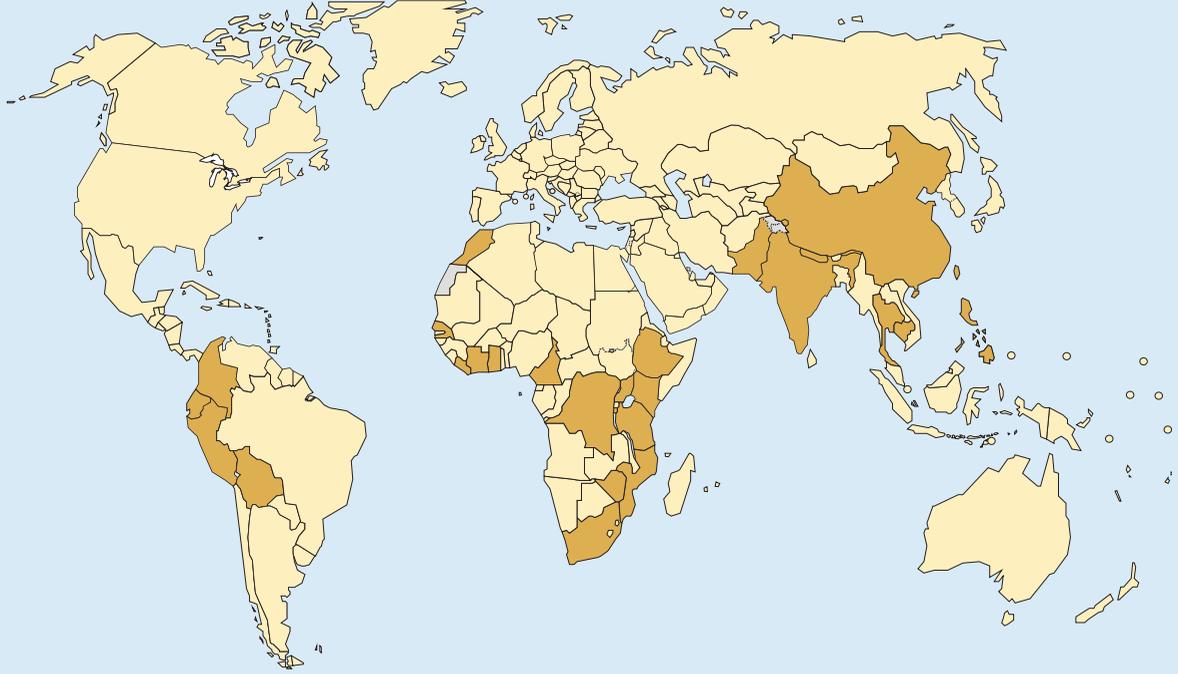
ينبغي للباحثين وواضعي السياسات عند تعاملهم مع القائمة اللانهائية من الأسئلة المتعلقة بالصحة العمومية أن يقرروا معاً أيّ تلك الأسئلة هي الأجدر بالتقّصي، وبالتالي الأجدر بالإنفاق. وما يلي هو دليل متدرّج يشرح الخطوات المناسبة لتحديد الأولويات، مع تسليط الضوء على الأسئلة الرئيسية (١).

المختصين في بناء نظم البحوث وتطويرها، سواء على مستوى المقاطعات أو على المستوى الوطني أو الإقليمي، أن يجدوا بعض التفاصيل العملية الإضافية في عددٍ متزايدٍ من الأدلة التشغيلية، وإن كانت هذه الأدلة لا تزال غير شاملة (٤-٩). وتساعد الأمثلة الواردة في هذا الفصل، ومعها مجموعة الخبرات الموجزة في الفصول السابقة، على الخروج ببعض التوصيات المحددة بشأن تطوير البيئة البحثية، ولاسيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

## الإطار ٢-٤ مسح لحالة بحوث النظم الصحية في ٢٦ بلداً

لا تزال هناك نُدرة في عمليات تقييم حالة البحوث الصحية، ولكن هناك دراسة أجرت تقييماً نوعياً لبحوث النظم الصحية في ٢٦ بلداً من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في أفريقيا وآسيا وأمريكا الجنوبية - كما هو مبين في الشكل (٣):

### البلدان التي شملها مسح بحوث النظم الصحية



تم التوصل إلى الاستنتاجات التالية:

- كانت حصيلة البلدان المنخفضة الدخل التي أجرت بحوثاً للنظم الصحية أقل من حصيلة البلدان المتوسطة الدخل، بيد أن بعض البلدان المتوسطة الدخل كانت لا تملك إلا قدراتٍ بحثيةً محدودةً للغاية.
- تملك غالبية البلدان الأفريقية قدرًا ضئيلاً من القدرات البحثية، وإن كانت هناك استثناءات لهذه القاعدة مثل غانا وجنوب أفريقيا. أمّا في آسيا فقد عجزت الهند عن اللحاق بركب الصين.
- تعاني معظم البلدان من نقص برامج التدريب على البحوث أو غيابها.
- تملك البلدان المتوسطة الدخل عدداً من الباحثين وتشكيلةً من التخصصات المتنوعة أكبر مما تملكه البلدان المنخفضة الدخل.
- غالباً ما يعتمد تقرير وجهة البحوث في البلدان المنخفضة الدخل على الجهات المانحة أو الوكالات الدولية أو الاتحادات الدولية. ولا يزال التمويل الخارجي يلعب دوراً كبيراً في العديد من البلدان المتوسطة الدخل.
- يشهد الاهتمام ببحوث النظم الصحية نمواً مطرداً في أكثر من نصف البلدان التي شملها المسح.
- في حوالي ثلثي البلدان التي خضعت للتقييم تُتخذ قرارات مُسندة بالبيّنات بشأن بعض السياسات الصحية ولكن ليس جميعها.
- أظهرت قلة من البلدان تفضيلها لاستخدام البيّنات المحلية أو الممارسات الدولية المعدّلة محلياً (وكان أبرزها الصين وتايلند).

- التقييم. كيف يجري تقييم عملية تحديد الأولويات ومن بعدها تقييم ما تحدد من أولويات؟ وبأي وتيرة تُجرى هذه التقييمات؟
- الشفافية. بعد الانتهاء من العملية، ما هي الوثيقة التي سوف تسجل الطريقة التي أُجريت بها العملية فعلاً، ومن سيتولى إعدادها، وكيف ستعمّم النتائج على نطاق واسع؟
- ويشهد العالم حالياً نمواً مطرداً في اعتماد وتعديل هذه الطرائق المعيارية التي ورد وصفها بصورٍ شتى، وأصبحت نتائجها أكثر شفافيةً وقابليةً للتكرار (١٧). بيد أنها تطورت كثيراً من كونها طرائق تحدد أولويات البحوث لمواضيع صحيةٍ مختارةٍ (الإطار ٤-٣). وحتى الآن لم تجرِ العادة على جودة توثيق محاولات تحديد الأولويات الوطنية للبحوث، في جميع جوانب الصحة، وقليلةً هي المعلومات المتوفرة حول ما إذا كان تحديد الأولويات قد أثر على الموارد المخصصة لإجراء البحوث وحول شكل هذا التأثير. وعلاوةً على ذلك لا يحظى إجراء البحوث المتعددة التخصصات باهتمامٍ كبيرٍ، بالرغم من الاتفاق على أهميته (٤٢). ومع ذلك فقد أعادت «حركة بحوث السل» مؤخراً التأكيد على قيمة البحوث المتعددة التخصصات (٢٧، ٤٣).
- تقدم القلة القليلة من عمليات تحديد الأولويات الوطنية التي أُجريت بالفعل ثم نُشرت في مطبوعات رسمية، كتلك التي أُجريت في البرازيل (الإطار ٤-٤)، دروساً مفيدةً للعمليات التي تليها (٤٤-٤٧). وقد أجرى توملينسون وآخرون فحصاً منهجياً لسبل تحديد أولويات البحوث في ثمانية بلدان، من خلال النظر في الطرائق المستخدمة ومشروعية النهج المتبّع وأساليب توثيقه، ومشاركة أصحاب المصلحة، وعملية المراجعة وتقديم الطعون، والجهات التي تولت زمام القيادة (٤٧). وخلص توملينسون وزملاؤه إلى وجود مواطن ضعف في عددٍ من الخطوات المحددة أعلاه: حيث وجدوا أنّ الأولويات وُضعت في أغلب الأحيان ضمن الفئات الواسعة للأمراض بدلاً من أن تصنّف كأَسئلةٍ بحثيةٍ
- السياق. عمّ تدور العملية؟ ومن تستهدف؟ وما الموارد المتاحة؟ وما القيم أو المبادئ التي تقوم عليها؟ وما البيئات الصحية والبحثية والسياسية التي تُجرى فيها؟
- النهج. هل يجب اعتماد أحد النهج المعيارية، أم أنّ الظروف تقتضي تطوير طرائق جديدة أو معدّلة؟ وفيما يلي ثلاثة من هذه النهج المعيارية:
  - مصفوفة النهج الموحدة الثلاثية الأبعاد (CAM) - جمع المعلومات بطريقةٍ منظمةٍ (١٠)؛
  - البحوث الصحية الوطنية الأساسية (ENHR) - تحديد أولويات البحوث الصحية للعمليات الوطنية (١١، ١٢)؛
  - نهج مبادرة بحوث صحة وتغذية الطفل (CHNRI) - حوارزمية منهجية لتحديد الأولويات (١٣، ١٤).
- الشمول. من الذي يجب أن يشارك في تحديد أولويات البحوث ولماذا؟ هل يوجد توازن مناسب بين الخبرات والمصالح؟ هل أُشركت جميع المكونات المعنية داخل القطاع الصحي وداخل الدوائر المهمة الأخرى؟ ربما تتبّع الدوائر المهمة المختلفة نهجاً خاصة بها في تحديد أولويات البحوث (في مسائل مثل تقييم التكنولوجيات الصحية أو وضع السياسات الصحية في المملكة المتحدة) (١٥، ١٦).
- المعلومات. ما المعلومات التي ينبغي جمعها لتوجيه العملية (مثل عمليات استعراض المؤلفات، أو البيانات التقنية المتعلقة بعبء المرض أو بالمردودية، أو آراء أصحاب المصلحة، أو تحليل آثار عمليات تحديد الأولويات السابقة)؟
- التخطيط. كيف السبيل إلى تحويل الأولويات المحددة إلى دراساتٍ بحثيةٍ؟ من سيتولى تنفيذ البحوث وتمويلها؟
- المعايير. ما العوامل التي يجب أن تحدد الأولويات في أي مكان؟
- الطرائق. هل ينبغي أن يعتمد النهج على التوافق أم القياسات أم كليهما؟

### الإطار ٣-٤ تحديد أولويات البحوث حول مواضيعٍ صحيةٍ مختارةٍ

ركزت غالبية عمليات تحديد الأولويات في مجال البحوث الصحية على مواضيعٍ محددةٍ. وبدلاً من أن تبادر الحكومات الوطنية بإجراء هذه العمليات فإنَّ مجموعاتٍ مواضيعيةٍ مختلفةٍ داخل الأوساط البحثية هي التي تنفذها عادةً وفقاً لمنظورها. ويوضح الجدول الوارد أدناه مجموعةً مختارةً من الأمثلة على ذلك.

#### تحديد أولويات البحوث حول مواضيعٍ صحيةٍ مختارةٍ

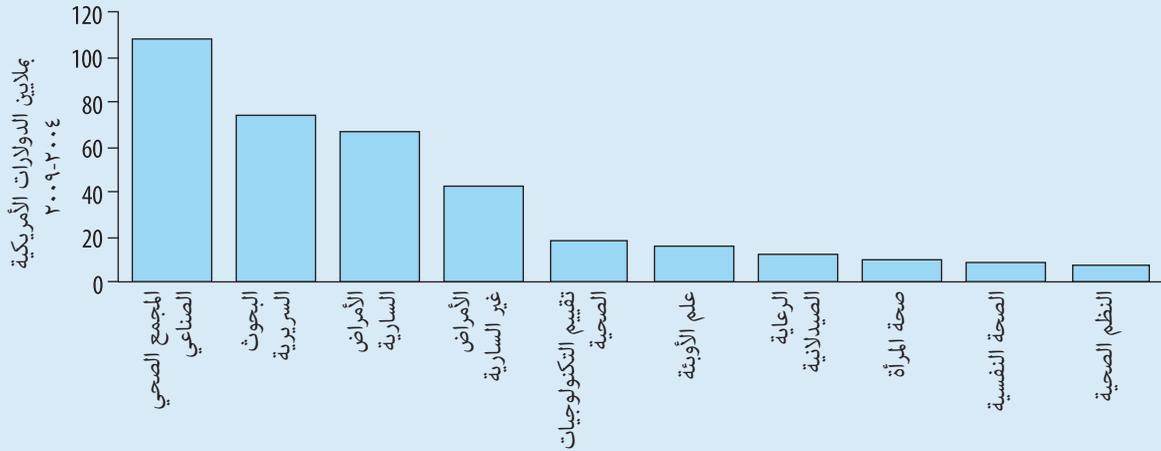
الموضوع الصحي	محور التركيز
الولادات المبكرة وحالات الإملص	المستوى المجتمعي (١٨)
الاختناق أثناء الولادة	خفض معدل الوفيات (١٩)
الالتهاب الرئوي لدى الأطفال	خفض معدل الوفيات (٢٠)
الإسهال لدى الأطفال	خفض معدل الوفيات (٢١)
صحة الطفل	جنوب أفريقيا (٢٢)
الصحة النفسية	البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (٢٣)
الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي	الأوضاع الإنسانية (٢٤)
السل	بدءاً بالبحث والتطوير وانتهاءً بالبحوث التشغيلية (٢٥-٢٨)
الملاريا	الاستئصال: الأدوية (٢٩)
الملاريا	الاستئصال: النظم الصحية والبحوث التشغيلية (٣٠)
داء الليشمانيات	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (٣١)
داء الليشمانيات	اللقاحات (٣٢)
داء شاغاس وداء المثقبيات الأفريقي البشري وداء الليشمانيات	وسائل التشخيص والأدوية واللقاحات ومكافحة النواقل والنظم الصحية (٣٣)
الأمراض المعدية المُهملة	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (٣٤)
حالات العدوى بالديدان الطفيلية	علم الأوبئة والتدخلات الرامية إلى مكافحة جميع أنواع الديدان الطفيلية الخطيرة التي تصيب الإنسان (٣٥)
الأمراض الحيوانية المنشأ والعدوى التي يصاب بها السكان المهمشون	علم الأوبئة والتدخلات؛ البحوث المُجرأة داخل القطاع الصحي وخارجه (٣٦)
الأمراض غير السارية	البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (٣٧)
الموارد البشرية الصحية	البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (٣٨)
تمويل النظم الصحية	البلدان «النامية» (٣٩)
البحث والتطوير لإحدى هيئات الخدمات الصحية الوطنية	التفاعل بين الرعاية الأولية والثانوية في المملكة المتحدة (٤٠)
الإنصاف والصحة	المحددات الاجتماعية للصحة (٤١)

## الإطار ٤-٤ تحديد أولويات البحوث في البرازيل

أدرجت الحكومة البرازيلية منذ عام ٢٠٠٠ البحوث الصحية ضمن الأولويات الوطنية (٤٤). وقد استُخدمت الموارد العامة في إجراء البحوث الأساسية والبحوث الانتقالية (انظر التعريفات الواردة في الإطار ٢-١) وفي توطيد الروابط بين الأوساط البحثية والخدمات الصحية. وفي عام ٢٠٠٤ وضعت البرازيل أجندة الأولويات الوطنية في مجال البحوث الصحية للمساعدة على بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة - وهي الحد من وفيات الأطفال وتحسين صحة الأمومة ومكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا. واسترشدت البرازيل عند تخصيص الأموال للبحوث على نحوٍ عادلٍ بستة أهدافٍ هي: (١) تحسين صحة السكان (٢) التغلب على عدم المساواة والتمييز (٣) احترام الحياة والكرامة الإنسانية (٤) ضمان الالتزام بالمعايير الأخلاقية الرفيعة في إجراء البحوث (٥) احترام التعددية المنهجية والفلسفية (٦) ضمان الاندماج الاجتماعي وحماية البيئة والاستدامة البيئية.

وفي محاولةٍ لبلوغ هذه الأهداف أعطت البرازيل الأولوية في استثمارها في البحوث الصحية في الفترة بين ٢٠٠٤-٢٠٠٩ للمجالات العشرة المبينة أدناه. وحُصصت معظم الأموال لـ«المجمع الصحي الصناعي» (بما شمله من تكنولوجيا حيوية ومعدات وموادٍ ومقدمي خدماتٍ صحية وتكنولوجية) وللبحوث السريرية والأمراض السارية. وكانت البحوث المتعلقة بصحة المرأة والصحة النفسية والنظم الصحية من بين المجالات العشرة ذات الأولوية في الاستثمار، وإن كان ترتيبها متأخراً عن المجالات السابق ذكرها.

### مجالات الاستثمار العشرة الأولى للبرازيل في مجال البحوث الصحية، ٢٠٠٩-٢٠٠٤



ملاحظة: يرد وصفٌ للمجمع الصحي الصناعي في النص. وتتضمن عملية تقييم التكنولوجيات الصحية مجموعةً محددةً من الدراسات البحثية والاستعراضات المنهجية والتقييمات الاقتصادية. المصدر: باتشيكو سانتوس وآخرون (٤٤).

بحلول عام ٢٠١٠ كانت حوالي ٤٠٠٠ منحة قد حُصصت للبحوث خلال هذه الفترة، وكانت نحو ٥٤٥ مليون دولار أمريكي قد استثمرت في البحوث الصحية في جميع أنحاء البلاد. وكان نصيب الإقليم الجنوبي الشرقي (وفيه ريو دي جانيرو وساو باولو) ٤٠٪ من جميع المشاريع المنفذة و٦٠٪ من الأموال الممنوحة. وقد ساعدت البحوث في تحسين وسائل العلاج والوقاية والتشخيص وفي تطوير منتجاتٍ وخدماتٍ جديدةٍ وفي تعزيز نظام الرعاية الصحية الموجه نحو المرضى (٤٤). ويجري تحديث الأولويات دورياً، كما في التقرير الذي صدر في عام ٢٠١١ بعنوان *Strategic investigations for the health system* والذي ي طرح ١٥١ موضوعاً بحثياً استناداً إلى سياسات البرازيل الصحية للفترة بين ٢٠١٢-٢٠١٥.

- المشاركة والتوافق - ينبغي أن تكون هناك جهود مشتركة بين الممولين والشركاء المحليين، مع وجود تنسيق محلي، إعمالاً بمبادئ إعلان باريس بشأن فعالية المعونة (٢٠٠٥) وبرنامج عمل أكرا (٢٠٠٨)، وتمشياً مع الهدف الأوسع المتمثل في تحقيق التنمية الفعالة (٤٩، ٥٠).
- فهم السياق - ويبدأ ذلك بتحليل القواعد والممارسات المحلية والسياسية والاجتماعية والثقافية.
- البناء على مواطن القوة - ينبغي إعلاء قيمة الخبرات المحلية وكذا العمليات والمبادرات والمؤسسات المحلية بدلاً من الالتفاف عليها.
- الدخول في التزام طويل الأمد - يجب أن يكون هناك اعتراف بأن أي تغيير تُحدِثه المُدخلات في السلوك والأداء يستغرق وقتاً (قد يصل إلى سنوات).
- تحقيق الترابط بين مكونات القدرات عبر المستويات المختلفة - ينبغي عند تطوير القدرات الأخذ بعين الاعتبار الروابط القائمة بين عناصر الأفراد والمنظمات والنظم المكوّنة للبحوث الصحية.
- التعلّم المستمر - يجب أن يشمل ذلك تحليلاً دقيقاً للوضع في بداية التدخل وأن يتيح وقتاً كافياً للتفكير في الإجراءات اللاحقة.
- تحقيق المواءمة - يجب أن تعمل الجهات الممولة والحكومات وسائر المنظمات التي تدعم الشريك نفسه في تعزيز القدرات على مواءمة جهودها.
- يُعدُّ القرار المتعلق ببناء القدرات البحثية وتعزيزها، وبتخصيص الأموال اللازمة لذلك، قراراً سياسياً بدرجة كبيرة (الإطار ٤-٥)، بيّد أنّ شرح الأسباب الداعية إلى تقديم الدعم يقتضي عمل تقييم دقيق لكل ما هو مطلوب لإجراء بحوثٍ فعالة. وتشمل هذه المتطلبات توافر قوى عاملة تتمتع بالمهارة والثقة بالنفس وتعمل تحت مظلة قيادة قوية، والحصول على تمويلٍ كافٍ مع استخدام طرائق شفافة وخاضعة للمساءلة لتخصيص الأموال، ووجود مؤسسات وشبكاتٍ بحثية جيدة التجهيز.

محددة، وأنّ مشاركة أصحاب المصلحة كانت ضعيفة، وأنّ العمليات لم توثّق جيداً، وأنه لم توجد أي إجراءات للطعن في القرارات المتخذة. واستندت جميع العمليات إلى طرائق معيارية معترف بها دولياً، وإن كان تطبيق هذه الطرائق شائبه النقصان.

## تعزيز القدرات البحثية

أوضح الفصل الثاني كيف أنّ القدرات البحثية العلمية عادةً ما تنمو بمعدلٍ لا يتناسب مع معدل نمو الثروة الوطنية. ونجد في المثال الموضح أنّ كل زيادة مقدارها عشرة أضعاف في الثروة (والتي تُقاس بأنها الدخل القومي الإجمالي (GNI) للفرد) يمكن أن تؤدي إلى زيادة الناتج البحثي (المنشورات أو عدد الباحثين لكل فرد) بمُعامل قدره ٥٠. بيّد أنّ إنتاجية البحوث الحالية في العديد من البلدان لا تزال أدنى من هذا المستوى بكثير (٤٨). كيف إذن تستطيع البلدان تطوير القدرات اللازمة لاستغلال الإمكانيات الكاملة للبحوث الصحية؟

## إطار تعزيز القدرات

قد يشير مصطلح «القدرات» إلى جميع العناصر المكوّنة لنظام البحوث، لكنه يعني هنا قدرة الأفراد والمؤسسات والشبكات - على الصعيدين الوطني والعالمي - على إجراء بحوثٍ تخرج بأفضل مستوى ممكن من النتائج ثم نشر هذه النتائج (٧). وقد وضعت مبادرة ESSENCE المعنية بالبحوث الصحية أطراً للمبادئ العامة لتلك العملية. وتُعدُّ ESSENCE مبادرةً تعاونيةً بين وكالات التمويل تستهدف تحسين أثر الاستثمارات على المؤسسات والأشخاص، وكذلك توفير آليات التمكين اللازمة لتلبية الاحتياجات والأولويات ضمن الاستراتيجيات الوطنية المعنية بالبحوث من أجل الصحة. وهذه المبادئ هي (٥):

## الإطار ٤-٥ دور وزارات الصحة في تطوير القدرات البحثية: غينيا - بيساو وباراغواي نموذجاً

تطوّر نظام البحوث الصحية في غينيا - بيساو بفضل التأثير القوي للمانحين الدوليين والشركاء التقنيين الذين قدموا الأموال والخبرات العلمية (٥١). وكانت الجهات الرئيسية المنفذة للبحوث هي مشروع بانديم الصحي والمختبر الوطني للصحة العمومية وقسم علم الأوبئة والمعهد الوطني للدراسات والبحوث (INEP) الموجه نحو العلوم الاجتماعية. أما أولويات البحوث فقد حدد معظمها باحثون مغتربون وركزت في مجملها على فهم أسباب وفيات الأطفال والحد منها.

وفي عام ٢٠١٠ أسست وزارة الصحة المعهد الوطني للصحة العمومية (INASA) إدراكاً منها للحاجة إلى تحديد أولويات البحوث الوطنية ومواءمة التمويل وبناء القدرات البحثية المحلية وربط البحوث بصنع القرارات. ويتمثل دور المعهد الوطني للصحة العمومية في تنسيق إدارة وتصريف شؤون البحوث الصحية على الصعيد الوطني. وتتولى منظمة الصحة لغرب أفريقيا (WAHO) قيادة الدعم التقني الخارجي، وذلك بالشراكة مع مجلس البحوث الصحية من أجل التنمية (COHRED) ومركز بحوث التنمية الدولية (IDRC).

وكان للتعهد الذي قدمته وزارة الصحة بالاستثمار في البحوث دور محوري في النجاح الذي تحقق حتى الآن. ومن أكبر التحديات التي تواجه غينيا - بيساو حالياً قلة عدد الباحثين المهرة والاعتماد على المساعدات الخارجية.

تملك باراغواي قاعدةً بحثيةً أقوى من تلك التي تملكها غينيا - بيساو، حيث إنّ لديها عدداً أكبر من الكفاءات والمؤسسات المتخصصة في البحوث الصحية<sup>١</sup>، إلا أنها تعاني من ضعف التنسيق بين المؤسسات. لذا أنشأت وزارة الصحة مديريةً جديدةً للبحوث في عام ٢٠٠٧، وشكلت في عام ٢٠٠٩ لجنةً مشتركةً بين المؤسسات بغرض إنشاء إطار للبحوث الصحية. وضمت اللجنة وزير التربية والتعليم وممثلين عن اليونيسيف وعن منظمة الصحة للبلدان الأمريكية. واستناداً إلى تجارب بلدان أخرى، أبرزها المكسيك، وضعت اللجنة سياسةً حكوميةً تتعلق بالبحوث الصحية وأسست أول مجلس وطني للبحوث الصحية.

وفي إطار مسيرة تحسين البحوث الصحية تخضع جميع مؤسسات البحوث في البلاد حالياً للتقييم. وقد أنشئت قاعدة بيانات للباحثين على الإنترنت، ولا يحق إلا للباحثين المسجّلين عليها الحصول على تمويلٍ من مجلس العلوم والتكنولوجيا. وتوفر قاعدة البيانات هذه معلوماتٍ عن تدريب الباحثين وخبراتهم والمواضيع البحثية الحالية، والهدف منها هو إدارة التمويل المخصص من خلال إنشاء صندوقٍ للبحوث الصحية وكذلك تخصيص هذه الأموال بشفافية لمن يستحقها.

وكما في تجربة غينيا - بيساو كان الدعم الذي قدمه وزير الصحة بدعمٍ من رئيس باراغواي عاملاً رئيسياً في إنشاء نظام وطني للبحوث الصحية.

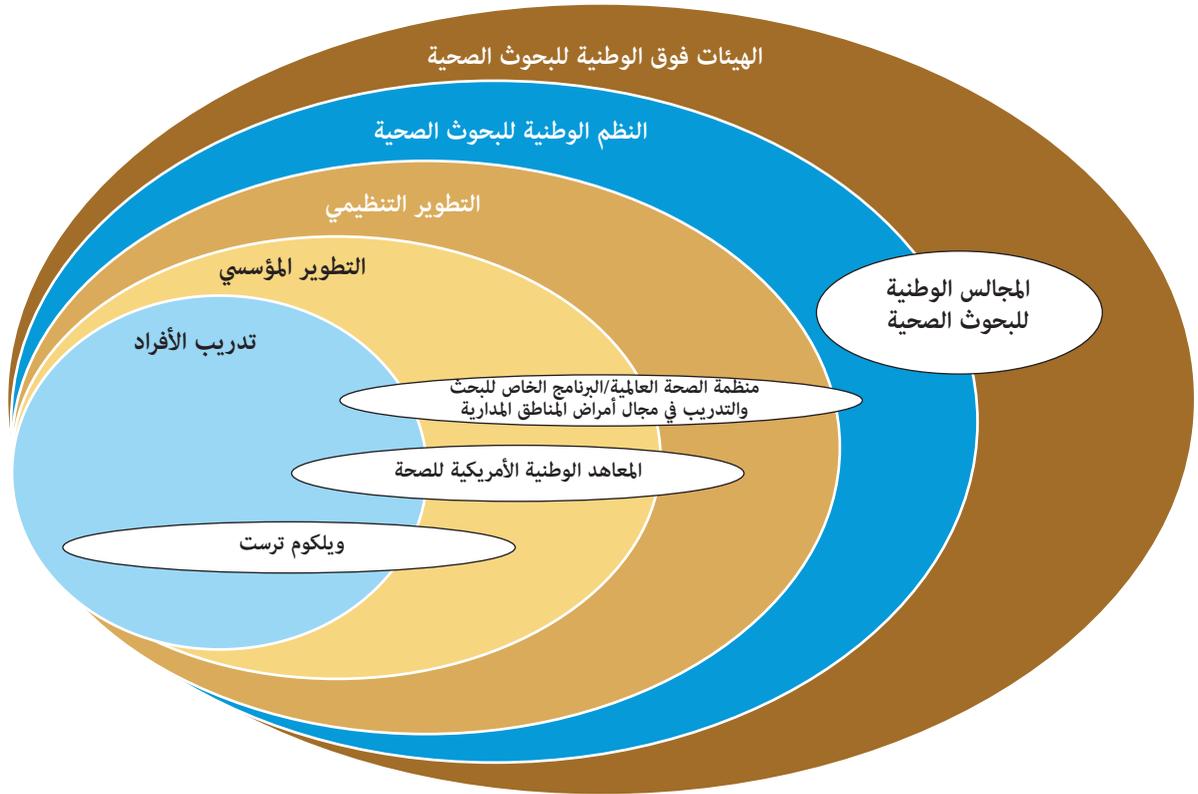
<sup>١</sup> مجلس البحوث الصحية من أجل التنمية (COHRED)، اتصال شخصي؛ [www.healthresearchweb.org/en/paraguay](http://www.healthresearchweb.org/en/paraguay)

لمنظمات. وفي هذا الصدد تُعدّ فرقة العمل المعنية بتعزيز القدرات البحثية في مجال مكافحة الملاريا في أفريقيا جزءاً من المبادرة المتعددة الأطراف لمكافحة الملاريا، التي ينسقها البرنامج الخاص للبحث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية (TDR).

وتتباين الآراء أيضاً حول مدى التركيز الواجب منحه لمسائل مثل بناء مؤسساتٍ متميزة وإنشاء شبكاتٍ دولية

يوضح الشكل ٤-١ والجدول ٤-١ إطاراً من الأطر المناسبة لبناء القدرات يحمل مقومات العديد من الأطر الأخرى (٥٢-٥٧). وفي حين أنّ من المفيد البدء باستخدام هذا النوع من الهياكل إلا أنّ النهج المتبّع في بناء القدرات في أي مكان يعتمد على الرؤية الاستراتيجية للبحث المقرر إجراؤه وعلى الغرض من إجراءاته. ومن المناسب في بعض الأحيان، وليس جميعها، أن نفكر في مؤسساتٍ تابعة

الشكل ٤-١ أمثلة للجهود المبذولة لبناء القدرات البحثية، ما بين حركات فردية وأخرى عالمية



تم اقتباسه وتعديله بإذن من الناشر، من لانسغ ودينيس (٥٢).

قياس مستوى النجاح من شأنه أن يتيح فهماً أعمق له. وقد أُجري تقييمٌ لمعرفة أيّ مؤشرات القدرات البحثية يحقق أكبر مستوى من الفائدة في أربع بيئاتٍ مختلفةٍ هي: الرعاية الصحية المُسنّدة بالبيّنات في غانا، وخدمات التحري والمشورة الطوعية بشأن فيروس العوز المناعي البشري في كينيا، والفقير باعتباره أحد محددات الوصول إلى خدمات مكافحة السل في ملاوي، وتعزيز الصحة المجتمعية في جمهورية الكونغو الديمقراطية (٦). وأوضح التقييم أنّ البرامج كلما تقدمت في العمر تغيرت أنسب المؤشرات. فقد كانت لمشاركة أصحاب المصلحة والتخطيط لتوسيع نطاق البرامج أهمية بالغة في البداية، فيما كان للابتكار والموارد المالية وإضفاء الطابع

وتعزيز البحوث الانتقالية وتحسين طرائق تقاسم المعارف والمعلومات ومكافأة الأداء الجيد (٥٧). وعلاوةً على ذلك فإنّ مختلف العناصر الواردة في الجدول ٤-١ تتفاعل فيما بينها، فنجد مثلاً أنّ التدريب في المرحلة الجامعية وما بعد الجامعية غالباً ما يكون فعالاً عندما تكون المؤسسات المضيفة نفسها قوية (الجدول ٤-١، العمود ١، الصف ٢). وينبغي لأيّ برنامج يرمي إلى تعزيز القدرات البحثية أن يحدد منذ بدايته تعريفاً للنجاح ووسيلةً لرصده وتقييمه - وهو مجالٌ لا يزال ينقصه الكثير من المعرفة (٥٢، ٥٣، ٥١-٦٠). فعلى الرغم من أنّ رسم خريطة جغرافية بسيطة للنشاط البحثي يمكن أن ينيّر الطريق إلى فهمه (الشكل ٤-٢) إلا أنّ

**الجدول ٤-١** إطار لتوجيه بناء القدرات، يسلط الضوء على النهج والأهداف، واحتمال الاستدامة، ومحور تركيز البحوث

النهج المتبّع في تعزيز القدرات				الكيان المستهدف
مراكز الامتياز	الشركات المؤسسية بين البلدان	التعلّم بالممارسة	التدريب في المرحلة الجامعية وما بعد الجامعية	
+	++	+	+++	فرداً <sup>أ</sup>
+++	+++	++	+++	مؤسسة
++	+++	++	++	شبكة
+++	++	++	+	المستوى الوطني
++	+++	++		المستوى فوق الوطني
+++	+++	+	++	استثمار مالي <sup>ب</sup>
إنشاء البرامج والسياسات والنظم				محور تركيز البحوث
+++				احتمال الاستدامة <sup>ج</sup>

<sup>أ</sup> علامات (+) تشير إلى استهداف الكيان + أحياناً، أو ++ غالباً، أو +++ كثيراً.  
<sup>ب</sup> في هذا الصف، علامات (+) تشير إلى أن حجم الاستثمار المالي الذي تحتاج إليه نظم البحوث الصحية الوطنية أو وكالات التمويل + منخفض، أو ++ متوسط، أو +++ مرتفع.  
<sup>ج</sup> في هذا الصف، علامات (+) تشير إلى أن احتمال استدامة النهج المختلفة + متوسط، أو +++ قوي.  
 تم استنساخه بإذن من الناشر، من لانسنغ ودينيس (٥٢).

المساهمة الحيوية التي يقدمها الباحثون في مجال الصحة باعتبارهم جزءاً من القوى العاملة الصحية (٥٦، ٦٣). ولا تزال النسبة الأكبر من البحوث التي تُجرى في كثير من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يهيمن عليها علماء البلدان الأكثر ثراءً بما يقدمونه من خبرات وأموالٍ تحتاج إليها تلك البلدان احتياجاً ماساً. وهناك جهود جارية للتحوّل نحو بناء قوى عاملة بحثية قادرة على الاعتماد على ذاتها وتملك المهارات اللازمة في البلدان المنخفضة الدخل، وإن كانت هذه العملية تسير بخطى بطيئة.

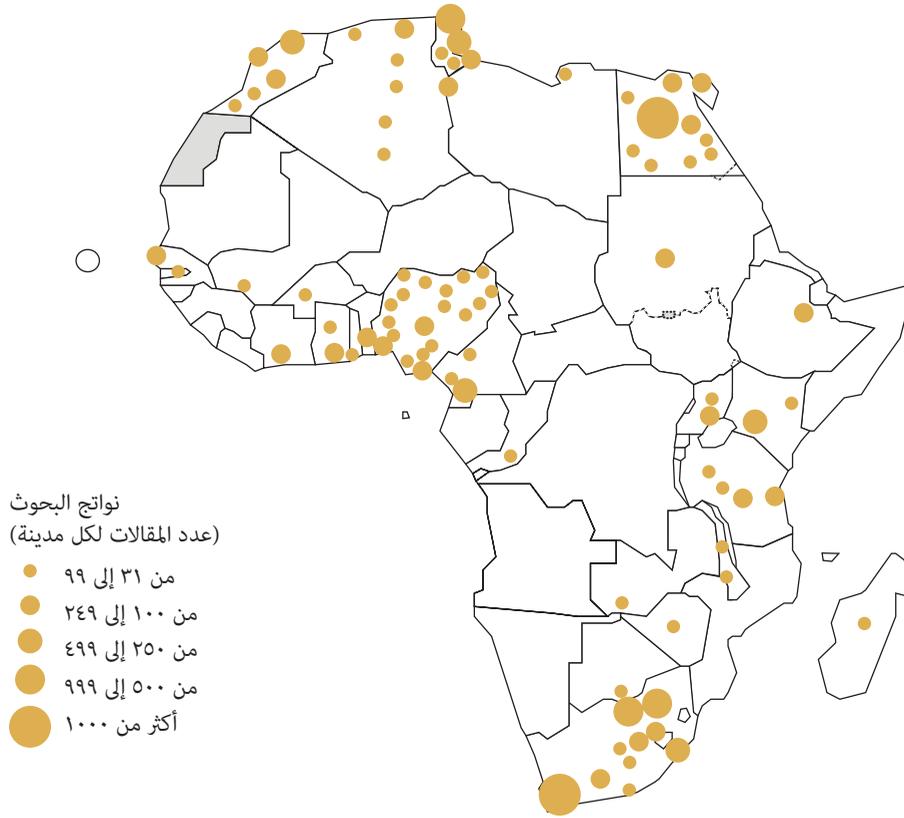
ويشكّل التعاون الدولي جزءاً من الحل مادام هناك التزام بالمبادئ الأساسية (الإطار ٤-٦). وتسير جنباً إلى جنب مع أمثلة التعاون البحثي العديدة بين بلدان الشمال وبلدان الجنوب مجموعة متنوعة من نظم

المؤسسي على الأنشطة أهمية أكبر خلال مرحلة التوسّع. وتجلّى الدور الحيوي لتوفير التمويل للأنشطة الأساسية وللإدارة المحلية خلال مرحلة التوطيد. تُلقى الأقسام التالية نظرةً أقرب على ثلاثة عناصر للقدرات ذات أهمية شاملة، ألا وهي: بناء القوى العاملة البحثية، وتتبع التدفقات المالية، وتطوير المؤسسات والشبكات.

**بناء واستبقاء قوة عاملة بحثية ماهرة**

سلط «التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٦- العمل معاً من أجل الصحة» الضوء على الدور المحوري للعاملين الصحيين، وعلى النقص الشديد في أعدادهم، خاصةً في البلدان المنخفضة الدخل (٦٢). وهنا تتجلى أهمية

## الشكل ٤-٢ التوزيع الجغرافي للقدرات البحثية في أفريقيا



ملاحظة: يفيد رسم خريطة لأعلى ٤٠ مدينة أفريقية من حيث مُخرجات البحوث في توضيح الأماكن التي تتركز فيها أنشطة البحث والتطوير والأماكن الأخرى التي تندر فيها، كما يسلط الضوء على أوجه التفاوت في إنتاجية أنشطة البحث والتطوير في مختلف أنحاء القارة.

تم تعديله باستخدام map shapefile الخاص بمنظمة الصحة العالمية بموجب رخصة «المشاع المبدع» (CC BY 3.0. <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>) من نوكا س. وآخرين (٦١).

البحثية التشغيلية الموجهة نحو المنتجات والتي يقدمها الاتحاد الدولي لمكافحة السل وأمراض الرئة، ومنظمة أطباء بلا حدود (MSF) في لكسمبرغ (٦٥-٦٧). وحتى في الأماكن التي تنقصها الأموال اللازمة لإجراء البحوث في أفريقيا، توجد رغبة شديدة في التطوير الوظيفي من خلال تقديم برامج التوجيه والإرشاد ودورات إدارة المشاريع وحلقات العمل في كتابة مقترحات المشاريع وبرامج التدريب اللغوي، وكذلك من خلال التواصل في المؤتمرات (٦٥).

التدريب للباحثين الشباب - منها على سبيل المثال النظم التي يقدمها البرنامج الخاص للبحث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية (www.who.int/tdr)، وشبكة البرامج التدريبية في مجال علم الأوبئة وتدخلات الصحة العمومية (TEPHINET, www.tephinet.org)، ومبادرة المؤسسات الأوروبية للبحوث الأفريقية في مجال أمراض المناطق المدارية المهملة (EFINTD, www.ntd-africa.net)، والبرنامج البرازيلي «علوم بلا حدود» (www.cienciasemfronteiras.gov.br)، والدورات

## الإطار ٤-٦ مبادئ الشراكة البحثية

يمكن الاطلاع على المزيد من التفاصيل عن هذه المبادئ الأحد عشر في مجموعة «المبادئ التوجيهية لإجراء البحوث بالشراكة مع البلدان النامية» التي أعدتها اللجنة السويسرية للشراكة البحثية مع البلدان النامية (٦٤). وفيما يلي هذه المبادئ الأحد عشر (مع تعديلات طفيفة):

- ١- العمل معاً على تحديد الأغراض البحثية، مع إشراك أولئك الذين سيستفيدون من النتائج.
- ٢- بناء الثقة المتبادلة، بما يحفز إقامة تعاون بحثي نزيه ومفتوح.
- ٣- تبادل المعلومات وتطوير شبكات تنسيق،
- ٤- تقاسم المسؤولية والملكية،
- ٥- تطبيق مبدأ الشفافية في المعاملات المالية وغيرها من المعاملات،
- ٦- رصد وتقييم التعاون، بما يتيح الحكم على الأداء من خلال إجراء تقييمات داخلية وخارجية منتظمة.
- ٧- نشر النتائج في مطبوعات مشتركة وبوسائل أخرى، مع إيلاء العناية الكافية لتبليغها إلى الذين سيستفيدون منها في النهاية.
- ٨- تطبيق النتائج إلى أقصى حد ممكن، اعترافاً بالالتزام القاضي بضمان استخدام النتائج لصالح الفئة المستهدفة.
- ٩- تقاسم فوائد البحوث بإنصاف بما في ذلك المطبوعات وبراءات الاختراع.
- ١٠- زيادة القدرات البحثية على الصعيدين الفردي والمؤسسي.
- ١١- البناء على الإنجازات البحثية - وخاصةً المتعلق منها باكتساب المعارف الجديدة وتحقيق التنمية المستدامة وتعزيز القدرات البحثية.

أو داعمةً وعمليات تقصّي للنظم والخدمات الصحية، إطاراً واحداً للإبلاغ عن الأموال المُنفقة على البحوث في مجالاتٍ مختلفةٍ. ففي المملكة المتحدة مثلاً نجد أنّ جلّ ما تنفقه مؤسسة ويلكوم ترست ومجلس البحوث الطبية (MRC) على البحوث يذهب إلى البحوث الداعمة والبحوث السببية (الشكل ٤-٣). وفي المقابل توجّه وزارتان من وزارات الصحة (تحديداً الإنكليزية والاسكتلندية) معظم إنفاقهما البحثي نحو تقييم العلاجات والتدبير العلاجي للأمراض والخدمات الصحية (٦٩، ٧٠). وعلى الرغم من اختلاف الحالتين إلا أنّ كلاً منهما يكمل الآخر ويبرز فجواتٍ في التمويل يتعين سدها، ربما من مصادر أخرى. وتشير البيانات الواردة في الشكل ٤-٣ إلى أنّ مؤسسة ويلكوم ترست ومجلس البحوث الطبية ووزارتيّ الصحة ينفقون أموالاً قليلةً نسبياً

وبفضل هذه النظم المختلفة أصبح بإمكان العلماء في البلدان المنخفضة الدخل التعبير عن آرائهم بقدرٍ أكبر من الثقة. فعلى سبيل المثال رأى الباحثون الأفارقة ضرورة عدم حصر مسؤولية تقديم الدعم لبحوث أمراض المناطق المدارية المهملة بالجهات المانحة الخارجية، وذلك من منطلق اعتقادهم بضرورة أن تتحمل حكوماتهم أيضاً جزءاً من مسؤولية توفير البنى التحتية وفرص العمل (٦٥، ٦٨).

## ضمان الشفافية والمساءلة في تمويل البحوث

مثلما تحتاج البحوث إلى الأموال يحتاج تطوير القدرات البحثية إلى آلية لتتبع حجم الأموال المُنفقة على البحوث على اختلاف أنواعها. وتقدم مجالات البحوث الثماني الواردة في الإطار ٢-٢، والتي تتراوح بين دراساتٍ أساسيةٍ

على البحوث الخاصة بالوقاية (الفئة ٣) أو بالكشف عن الأمراض وتشخيصها (الفئة ٤)، الأمر الذي يدعو لا إلى رصد البحوث فحسب وإنما أيضاً تحقيق قدر أكبر من الموازنة بين هيئات التمويل.

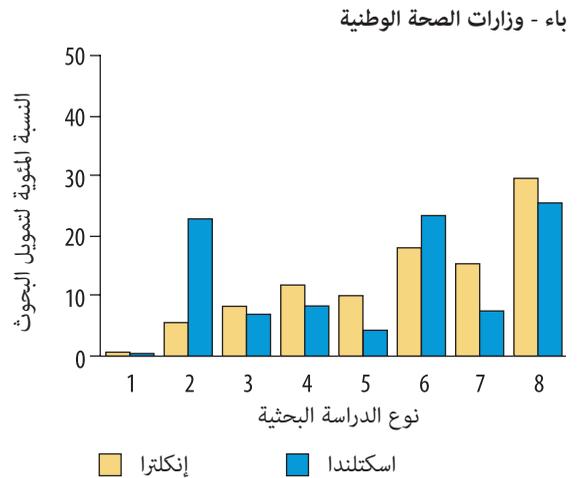
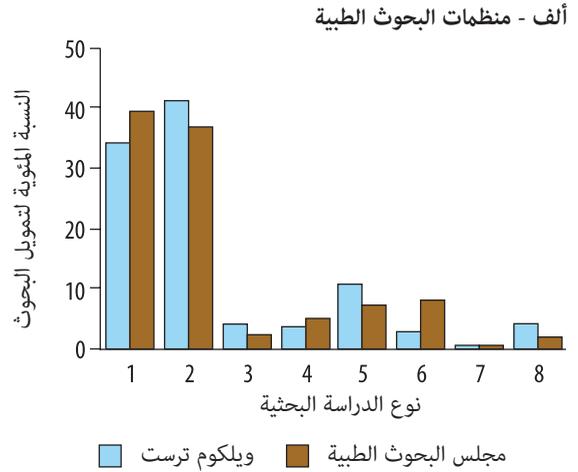
لا تخفى على أحد مزايا اعتماد طريقة موحدة لحساب الأموال المخصصة للبحوث - سواء فيما يخص التواصل أو إمكانية المقارنة أو التعاون (٦٩). ويُعدّ النهج المبين في الشكل ٣-٤ واحداً من عدة نظم اقترحت لهذا الغرض (٦٩).

وتتبع جميع النظم نهجاً مماثلاً للتصنيف - يعتمد على الجمع بين رمز المرض ووصفٍ للغرض من البحث - مما يدل على وجود فهمٍ مشتركٍ لما ينبغي أن يتضمنه نظام التصنيف. وقد تأخذ الخطوة التالية على طريق التوفيق بين النظم المختلفة واحداً من مسارين: إما الموافقة على اعتماد نفس النظام أو التعويل على برامج حاسوبية لترجمة التشكيلة الحالية من نظم التصنيف ووضع خرائط لها وفقاً لمعيار مشترك (٧١). والنهج الأمثل هو ذلك الذي يحقق الهدف الرئيسي بسهولة، وهو ضمان تحقيق الشفافية والمساءلة في مجال تمويل البحوث (٧٠).

ويجب أن يعتمد تحديد مبالغ التمويل المطلوبة للبحوث على إجراء تقييمٍ للدراسات الضرورية وحجم تكلفتها. وعلى الرغم من أهمية تطبيق أساليب محاسبية جيدة في مجال البحوث، إلا أن المهارات اللازمة لتقييم كل من الاحتياجات والتكاليف لا تزال بحاجةٍ إلى تطوير.

ويقدم تمويل البحوث التشغيلية الخاصة بمرض السلّ مثلاً واضحاً على صعوبة تقييم الاحتياجات. فقد حُدّ حجم الإنفاق المرغوب (الميزانية) لبحوث السل التشغيلية بمبلغ ٨٠ مليون دولار أمريكي سنوياً، يُحسب على أنه ١٪ من النفقات المخصصة للبرامج الوطنية لمكافحة السل (٧٢). وقياساً على هذا الهدف المحدد عشوائياً لحجم الإنفاق، والذي يقل كثيراً عن حجم الإنفاق المخصص لأي من مجالات بحوث السل الأخرى، بلغ مجموع الأموال المتاحة ٧٦٪ من الاحتياجات التي جرى تقييمها. وفي حين

### الشكل ٣-٤ مرتسمات متباينة ولكن مكتملة لبعضها البعض للإنفاق على البحوث الصحية في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، ٢٠١٠-٢٠٠٩



أنواع البحوث هي: (١) البحوث الداعمة؛ والبحوث الخاصة بـ (٢) المسببات؛ (٣) الوقاية؛ (٤) الكشف والتشخيص؛ (٥) تطوير العلاجات؛ (٦) تقييم العلاجات؛ (٧) تدبير الأمراض؛ (٨) النظم والخدمات الصحية (الإطار ٢-٣).

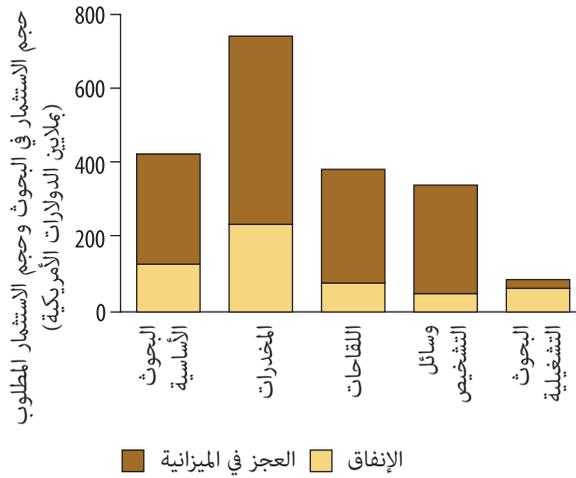
ملاحظة: وقد بلغت النسب المئوية لكل من المنظمات الأربع ١٠٠٪.

تم الاقتباس والتعديل بإذن من الناشر، من منظمة التعاون في مجال البحوث السريرية في المملكة المتحدة (٦٩).

#### الشكل ٤-٤ النفقات العالمية وعجز الميزانية

في البحث والتطوير في مجال

مكافحة السل حسب فئة البحث، ٢٠١٠



ملاحظة: الأموال المنفقة على وسائل التشخيص والبحوث التشغيلية قليلة نسبياً؛ في حين أن الميزانية المخصصة لإجراء البحوث التشغيلية منخفضة بصورة غير عادية.

تم الاستنساخ بإذن من الناشر، من فريق العمل المعني بالعلاج (٧٣).

من صلاحيتها، ويتبادلون الحلول المحلية والعالمية لإتاحة الفرصة لتحقيق تنمية تقودها أطراف محلية (٧٩). ويرد في الإطار ٤-٨ وصف لما شهدته إحدى الشبكات المتعددة الجنسيات من نجاح في تقييم عمليات تشخيص وعلاج مرض الزهري.

ولا يعني تسليط الضوء على التعاون بين البلدان المنخفضة الدخل إهمال الروابط التقليدية التي لا تزال البلدان المرتفعة الدخل تقدم من خلالها الأموال والخبرات للبلدان الأقل دخلاً وفي الحالات التي يختلف فيها تركيز الدراسات البحثية لكل مجموعةٍ منهما في حين أن كلاهما يكمل الآخر. على سبيل المثال فقد انصبَّ جلُّ تركيز التجارب السريرية في البلدان الأفقر على الأمراض السارية أكثر منه

أنَّ هذه نسبة مئوية لم يسبق أن حظي بها أي مجال بحثي آخر (الشكل ٤-٤) (٧٣) إلا أنَّ مكنم الخطورة هنا أن نرى في ذلك تلبيةً كافيةً للحاجة إلى البحوث التشغيلية. وعلى الرغم من أنَّ الخطة العالمية لدحر السل نجحت في تسليط الضوء على الحاجة إلى الاستثمار في البحث والتطوير في مجال التكنولوجيا إلا أنَّ هناك حاجةً أكبر إلى انتهاج طريقةٍ أكثر موضوعية لحساب ميزانية البحوث التشغيلية الخاصة بالسل، ولاسيما في ضوء ما يراه كثيرون من أنَّ الجهود المكرَّسة للبحوث التشغيلية غير كافية بالمرءة (٢٨، ٧٤-٧٥).

وفيما يخص مسألة تقدير التكاليف، يُعتبر حساب النفقات المباشرة مهمةً يسيرةً نسبياً، لكنَّ المهمة الأصعب هي تحديد التكاليف غير المباشرة، بما فيها الأموال اللازمة لبناء البنى التحتية وترقيتها (٧٦). وتأخذ المؤسسات البحثية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل على عاتقها مهمة إقناع الجهات المانحة الخارجية بالمساهمة في التكاليف غير المباشرة وكذلك بمواءمة أولوياتها البحثية عند المساهمة في التكاليف المباشرة. وفي عام ٢٠٠٦ واجه المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال في بنغلاديش (ICDDR,B) هاتين المشكلتين ونجح في حلها (٧٧). وكان من بين الحلول التي لجأ إليها المركز اعتماد نهجٍ شفافٍ لرصد وتقييم الموارد المالية. واستطاع المركز أن يحدد ويقيس بوضوح الأنشطة والمخرجات والحاصلات في مجالات البحوث والخدمات السريرية والتدريس والإدارة والعمليات.

#### بناء مؤسسات وشبكات البحوث

أعربت شبكة «التجارب الصحية العالمية» عن وجهة نظرٍ بشأن بناء القدرات تشاركها فيها شبكات أخرى للبحوث الصحية (الإطار ٤-٧). ففي سياق شبكات البحوث يُرى أنَّ «القدرات» هي إنشاء مجتمعٍ من الباحثين المقيمين في البلدان المنخفضة الدخل الذين يملكون القدرة على ابتكار طرائق وأدوات تشغيلية لتحسين الصحة والتحقق

## الإطار ٧-٤ إنشاء شبكات البحوث

### مبادرة تعزيز قدرات البحوث الصحية في أفريقيا (ISHReCA)

مبادرة (ishreca.org) ISHReCA هي مبادرة تقودها أطرافاً أفريقية وتتمثل رسالتها في بناء مؤسساتٍ قويةٍ للبحوث الصحية في أفريقيا (٥٥، ٥٩). وتستهدف المبادرة توسيع نطاق القدرات البحثية بأربع طرق هي: (١) توفير منصة للباحثين الأفارقة في مجال الصحة لمناقشة سبل بناء قدرات مستدامة للبحوث الصحية في أفريقيا؛ (٢) تشجيع إعداد برنامج عمل للبحوث الصحية بقيادةً أفريقيةً يمكن من خلاله التفاوض مع الممولين والشركاء حول دعم المبادرات البحثية ومواءمتها؛ (٣) الدعوة إلى زيادة التزام الحكومات الوطنية والمجتمع المدني بإجراء البحوث، مع التأكيد على ضرورة ترجمة البحوث إلى سياسات وممارسات؛ (٤) البحث عن طرقٍ جديدةٍ لحشد الدعم الإقليمي والدولي للبحوث الصحية في أفريقيا.

### الشبكة الأفريقية للابتكار في مجال الأدوية ووسائل التشخيص (ANDI)

أطلقت شبكة ANDI في عام ٢٠٠٨، وهي شبكة تستضيفها لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأفريقيا (UNECA) في أديس أبابا (٦١). وبدعم من أول صندوقٍ للابتكار تمتلكه وتديره أفريقيا، تسعى شبكة ANDI إلى تحقيق رسالة «تعزيز وإدامة عملية بقيادةً أفريقيةً لابتكار المنتجات الصحية اللازمة لتلبية احتياجات الصحة العمومية في أفريقيا من خلال الاستفادة الفعالة من المعارف المحلية وتجميع شبكات البحوث وبناء القدرات لدعم التنمية الاقتصادية». وتتمثل رؤية الشبكة في إيجاد منصة مستدامة للابتكار في مجال البحث والتطوير تتيح للبلدان الأفريقية تلبية احتياجاتها الصحية. ولتحقيق هذه الرؤية تعمل شبكة ANDI حالياً على بناء القدرات اللازمة لدعم البحث والتطوير والتصنيع في مجال المستحضرات الصيدلانية بهدف تحسين إمكانية الحصول على الأدوية. ومن الأنشطة المحددة في هذا الصدد وضع حافظة عالية الجودة، وإقامة مشاريع للابتكار في البحث والتطوير في مجال المستحضرات الصيدلانية في عموم أفريقيا، وتنسيق المشاريع وإدارتها، بما في ذلك إدارة الملكية الفكرية. وتمثل أكثر من ٣٠ مؤسسةً أفريقيةً معترفاً بها دولياً كمراكز امتياز في مجال البحوث وملتزمةً بتبادل الخبرات والمعارف المعدات والمرافق البحثية جزءاً لا يتجزأ من شبكة ANDI (٦١، ٧٨).

### التجارب الصحية العالمية

«التجارب الصحية العالمية» (globalhealthtrials.tghn.org) هي مجتمعٌ إلكتروني يتبادل المعلومات حول الدراسات السريرية والتجارب التجريبية في مجال الصحة العالمية، من خلال تقديم الإرشادات والأدوات والموارد وبرامج التدريب والتطوير المهني. ويوجد فيه مركزٌ للتعلّم الإلكتروني يقدم دورات قصيرة وندوات ويضم مكتبة.

### اتحاد تقييم المضادات الحيوية المضادة للسل في عموم أفريقيا (PanACEA)

تعود علاقات التعاون في مجال البحوث بين بلدان الشمال وبلدان الجنوب، مثل علاقة التعاون التي تدعمها شراكة البلدان الأوروبية والبلدان النامية في مجال التجارب السريرية (www.edctp.org)، إلى سنوات عديدة مضت. وتعمل شراكة البلدان الأوروبية والبلدان النامية في مجال التجارب السريرية (EDCTP)، التي تضم ١٤ بلداً، على «تسريع استحداث أدوية ولقاحات ومبيدات للجراثيم ووسائل تشخيص جديدة أو محسنة لمكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا، مع التركيز على التجارب السريرية للمرحلة الثانية والثالثة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى».

وانبثق عن هذه الشراكة اتحاد تقييم المضادات الحيوية المضادة للسل في عموم أفريقيا (PanACEA)، وهو شبكة مكونة من ١١ موقعاً متصلاً للتجارب السريرية في ستة بلدان أفريقية وتدعمها منظمات بحثية أوروبية وشركات للمستحضرات الصيدلانية. وكان الهدف الأول للشبكة تقصي دور الموكسيفلوكساسين في تقصير مدة علاج السل، لكنّ طموح الاتحاد لا يقف عند هذا الحد - إذ يصبو إلى ترسيخ مبدأ التعاون بدلاً من التنافس ليكون قوةً دافعةً لإجراء تجارب سريرية وتنظيمية عالية الجودة.

يتبع...

### برنامج البحوث من أجل الصحة في أفريقيا (R4HA)

يتمثل هدف برنامج R4HA (www.cohred.org/r4ha) في إيجاد حلولٍ للمشاكل المشتركة عن طريق العمل الجماعي. وتعمل وكالة الشراكة الجديدة من أجل تنمية أفريقيا (NEPAD) ومجلس البحوث الصحية من أجل التنمية (COHRED) - بدعمٍ مالي من وزارة الشؤون الخارجية الهولندية - مع موزامبيق والسنغال وتنزانيا من أجل تعزيز تصريف شؤون البحوث الصحية في هذه البلدان. وتُستكمل الأنشطة الموجهة إلى البلدان بإتاحة فرص التعلُّم والتبادل بين البلدان. وفي الوقت نفسه أطلقت مجموعة من ١٤ بلداً من بلدان غرب أفريقيا في عام ٢٠١١ مشروعاً مدته أربع سنوات يكرّس نشاطه لتعزيز نظم البحوث الصحية. ويتلقى المشروع تمويله من مركز بحوث التنمية الدولية الكندي ومنظمة الصحة لغرب أفريقيا، هذا إلى جانب ما يتلقاه من تسهيلاتٍ تقنيةٍ من مجلس البحوث الصحية من أجل التنمية. وخُلصت عمليةً لتقييم البحوث من أجل الصحة في هذه المجموعة من بلدان غرب أفريقيا إلى أنّ غينيا - بيساو وليبيريا ومالي وسيراليون هي أكثر البلدان حاجةً إلى الدعم. وتقدم منظمة الصحة لغرب أفريقيا ومجلس البحوث الصحية من أجل التنمية العون اللازم لبناء النظم الصحية في هذه البلدان مستنديّن في ذلك إلى خطط عمل وضعها بنفسهما.

### الأخلاقيات واستعراض الجوانب الأخلاقية

تتمثل المبادئ الأخلاقية التي توجّه سلوك الباحثين - والتي تشرف على تنفيذها اللجان الأخلاقية - في ضمان الصدق والموضوعية والنزاهة والعدالة والمساءلة والملكية الفكرية والحياسة والنزاهة المهنية وحماية المشاركين في الدراسات البحثية والإشراف الجيد على البحوث نيابةً عن الآخرين (٨٣-٨١).

وقد حددت منظمة الصحة العالمية ١٠ معايير ينبغي استيفاؤها عند استعراض الجوانب الأخلاقية للبحوث الصحية التي يخضع لها البشر (الإطار ٤-٩). ووُضعت هذه المعايير لتكون مكتملةً للقوانين واللوائح والممارسات القائمة، ولتوفر أساساً يمكن للجوانب الأخلاقيات البحوث الارتكاز عليه عند وضع مجموعةٍ محددةٍ من الممارسات والإجراءات المكتوبة الخاصة بها. وتوجد بين المنظمات التي ترصد الامتثال للمعايير الأخلاقية جهاتٌ مستقلةٌ مثل مكتب نزاهة البحوث في المملكة المتحدة (www.ukrio.org) ومؤسسة فيموس (www.wemos.nl) (Wemos).

على الأمراض غير السارية. وفي المقابل يملك الباحثون في البلدان الأغنى خبراتٍ هائلةً في دراسة الأمراض غير السارية، ولكن مع استمرار تزايد الحاجة إلى إجراء البحوث حول هذه الأمراض في العالم من المتوقع أن يزداد الطلب على خبراتهم أيضاً (٧٩).

### تحديد القواعد والمعايير وتنفيذها

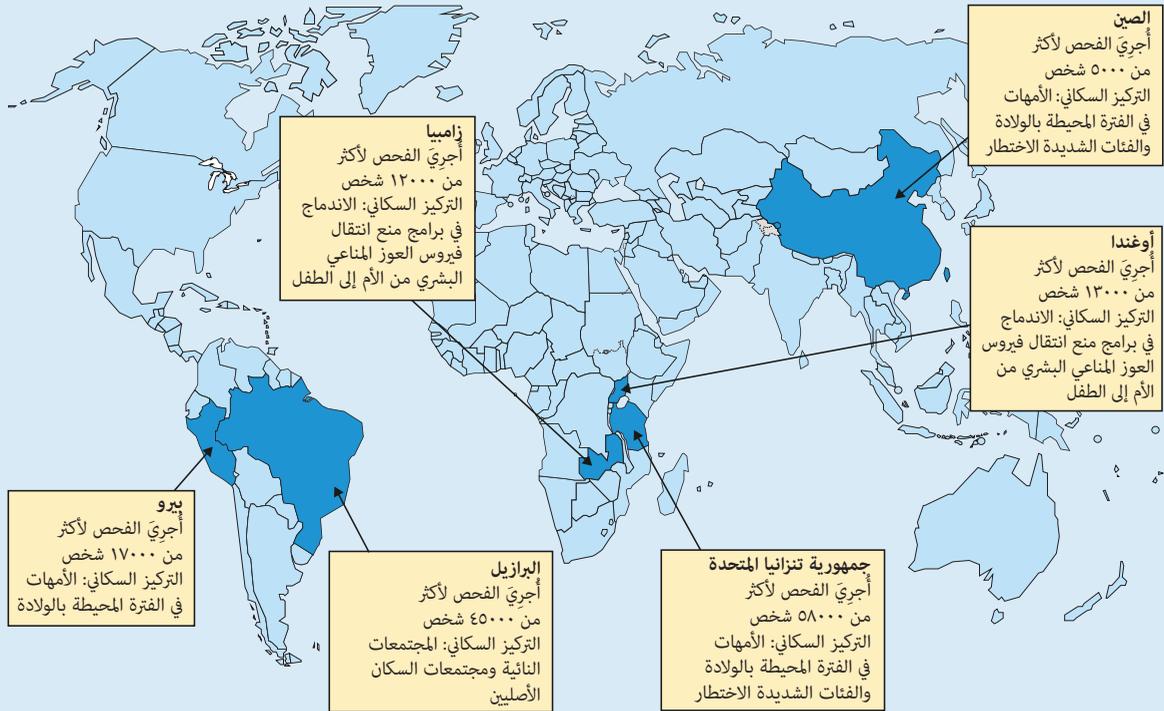
أعدت منظمات بحثية عديدة حول العالم مدوناتٍ للممارسات تفرض اتباع سلوكٍ مسؤولٍ عند إجراء البحوث، وكان من بين هذه المنظمات مجلس البحوث الطبية في المملكة المتحدة والمجلس الوطني للصحة والبحوث الطبية في أستراليا (٨١، ٨٢). ويحدد هذا القسم المسؤوليات الرئيسية التي تقع على عاتق المؤسسات والباحثين فيما يخص تنفيذ بحوثٍ مسؤولَةٍ. ولأنّ هذه المبادئ منصوصٌ عليها بوضوح في المبادئ التوجيهية الدولية فلا يقتضي الأمر بالضرورة زيادة تطوير المبادئ وإثماً تعميم تطبيقها في كل مكان.

## الإطار ٨-٤ سبل الوقاية من الزهري وعلاجه: شبكة للبحوث التشغيلية تربط بين ستة بلدان

تصاب مليوناً امرأة حاملٍ بمرض الزهري كل عام، وتنتقل أكثر من مليون منهن العدوى إلى أطفالهن حديثي الولادة، ما يؤدي إلى زيادة معدل الولادات المبتسرة وحالات الإملاص وحالات انخفاض وزن الرضع. وتؤدي الإصابة بالزهري أيضاً إلى زيادة فرص انتقال فيروس الأيدز عن طريق الجنس ومن الأم إلى الطفل.

يُبد أن الزهري مرضٌ يسهل تشخيصه وعلاجه، كما أن الزهري الخَلقي يمكن الوقاية منه. إذ لا تتعدى تكلفة ما تقدمه مراكز الرعاية من اختبارات تشخيصية وعلاج بالنسولين دولاراً أمريكياً واحداً لكل منهما. وقد نسقت كلية لندن للتصحيح وطب المناطق المدارية مشروعاً لبحوث التنفيذ شمل بلداناً متعددة واستمر ثلاث سنوات من أجل تحديد جدوى ومردودية تقديم الاختبارات التشخيصية البسيطة وعلاجات اليوم الواحد للأمهات في الفترة المحيطة بالولادة والفئات السكانية الشديدة الخطر في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (1٠). وقد أُجري فحص لأكثر من ١٥٠ ٠٠٠ شخص في ستة بلدان. وقُدِّمت التدخلات من خلال الخدمات القائمة، لذا لم يكن هناك دَع لإنشاء بنى تحتية جديدة.

### الأعداد التي خضعت للفحص والتركيز السكاني حسب البلد



كانت الأعمال التحضيرية الأولى – بما فيها التأكد من أن عملية الفحص مقبولة ثقافياً – عاملاً حاسماً في نجاح المشروع. ففي الصين تدرت العاملات في مجال الجنس على التحدث إلى غيرهن من العاملات في المجال نفسه وتشجيعهن على إجراء الفحص. وفي بلد سابع، أي في هايتي، تلقى المعالجون التقليديون تثقيفاً حول علامات مرض الزهري وأعراضه، مما ساعدهم على إحالة المرضى إلى العيادات الصحية. وتم التشاور مع وزارات الصحة حول البيئات التي يجب توافرها حتى تنظر في إمكانية تغيير السياسات. وأجري مسحٌ أساسي للخدمات والعقبات ساعد على تصميم تدخلات محددة لاجتياز العوائق وقياس الارتفاع الحاصل في مستوى التغطية. وتلقت

يتبع...

وزارات الصحة بانتظام معلوماتٍ عن المستجدات ساعدت على ترسيخ الشعور بالملكية وتغيير السياسات. وفي جوانب تراوحت بين تعيين الموظفين وتوفير المعدات، كان التركيز الأساسي على إنشاء نظمٍ يمكن استدامتها. وفي جميع البلدان المشاركة حققت الدراسة زيادةً كبيرةً في مستوى التغطية بالاختبارات التشخيصية لمرض الزهري، وهو ما أحدث انخفاضاً في معدل انتشار الزهري وفي خطر الإصابة بعدوى فيروس الأيدز. ونتيجةً لذلك ظهرت على الفور بعض المنافع الملموسة التي أدت إلى تغييرات سريعة في السياسات طُبِّقَت، في بعض الحالات، حتى قبل اكتمال الدراسات البحثية. وساعدت البحوث أيضاً على تعزيز الخدمات الصحية في بعض البلدان المشاركة. ففي البرازيل مثلاً قدمت البحوث نموذجاً لتوفير الخدمات الصحية للسكان الأصليين، وكذلك قالباً لإدخال تكنولوجيات جديدة.

## الإبلاغ عن البيانات والأدوات والمواد البحثية وتبادلها

يتولى مجتمع البحوث مسؤولية ضمان دقة الطرائق المتبعة ونزاهة النتائج المحققة وإنتاج البيانات وتبادلها وكفاية استعراضات الأقران وحماية الملكية الفكرية (11، 90، 91). في عصر الوصول المفتوح خرجت الجمعية الملكية البريطانية بمجموعةٍ من الآراء المؤثرة التي تؤكد ضرورة أن يكون «الانفتاح الذكي» هو القاعدة في البحوث العلمية (92). وهذا يقتضي انفتاح الباحثين مع العلماء الآخرين ومع الجمهور ووسائل الإعلام؛ وزيادة الاعتراف بقيمة جمع البيانات وتحليلها وتبليغها؛ ووضع معايير مشتركة لتبادل المعلومات؛ والإلزام بنشر البيانات في صورةٍ تتيح إعادة استخدامها بهدف دعم النتائج؛ وتطوير الخبرات والبرمجيات اللازمة لإدارة كم هائلٍ من البيانات الرقمية (93). وخلص هذا الاستعراض الذي أجرته الجمعية الملكية إلى أن الانفتاح الذكي هو مفتاح التقدم العلمي. فهو الأساس الذي نركز عليه في فهم وتبليغ النتائج التي يمكن استغلالها لأغراضٍ عملية، منها تحسين الصحة. ويرافق هذا الاتجاه العام نحو الانفتاح انتشار العديد من المنصات الإلكترونية لتبادل المعلومات، من بينها «شبكة البحوث الصحية» و«بيئات النظم الصحية» و«البيئات

الفائقة السرعة» (PDQ) (الإطار 4-10). ومع شيوع ظاهرة تبادل البيانات أصبح من الضروري توافر هياكل متسقة لقواعد البيانات ومعايير مناسبة للإبلاغ حتى يكون التواصل فعالاً. وفي حين أن المبادئ والممارسات المتعلقة بتبادل البيانات الجينية عالية التطور إلا أن الأخرى المتعلقة بتبادل البيانات حول الابتكار والبحث والتنمية ليست على نفس الدرجة من التطور (94، 95).

## تسجيل التجارب السريرية

ينص إعلان هلسنكي (1964-2008) على أنه «يجب تسجيل كل تجربةٍ سريريةٍ في قاعدة بيانات عامة يمكن الوصول إليها قبل إدراج أول شخص في التجربة». ويُعتبر تسجيل التجارب السريرية مسؤوليةً علميةً وأخلاقيةً ومعنويةً لأنه يجب الاسترشاد بجميع البيئات المتاحة عند اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية. أما من الناحية العملية فإن منصة السجلات الدولية للتجارب السريرية (ICTRP) تساعد الباحثين ووكالات التمويل على تلافي الازدواجية التي لا داعي لها وتحديد الثغرات في بحوث التجارب السريرية والتعرف على التجارب التي قد تهمهم وقد يحبذون المشاركة فيها (96). ويضاف إلى ذلك أن عملية التسجيل قد تؤدي إلى تحسين جودة التجارب السريرية - من خلال

## الإطار ٩-٤ معايير المنظمة لاستعراض الجوانب الأخلاقية للبحوث التي يخضع لها البشر

الغرض من هذه المعايير (الواردة هنا بإيجاز) أن تكون بمثابة إرشادات تهتدي بها لجان أخلاقيات البحوث والباحثون الذين يضعون ويجرون دراسات البحوث الصحية (18). ولا تقتصر قائمة المشاركين في مهمة استعراض الجوانب الأخلاقية على اللجان الدائمة وإنما تمتد لتشمل، على سبيل المثال، فرقاً مستقلةً من خبراء التقييم الخارجيين المدربين الذين يستطيعون تقصي مزاعم سوء السلوك البحثي (19).

### ١- مسؤولية وضع نظام استعراض الجوانب الأخلاقية للبحوث

يجب أن تُدعم عملية استعراض الجوانب الأخلاقية بإطارٍ قانونيٍّ ملائمٍ. ويجب أن تتمكن لجان أخلاقيات البحوث من توفير استعراضاتٍ مستقلةٍ لجميع البحوث المتعلقة بالصحة على المستوى الوطني و/ أو دون الوطني و/ أو المؤسسي (العام أو الخاص).

### ٢- تكوين لجان أخلاقيات البحوث

يجب أن تضم لجان أخلاقيات البحوث أعضاءً من تخصصاتٍ وقطاعاتٍ متعددةٍ، ممن في ذلك أفراد يحملون خبرات بحثية ذات صلة.

### ٣- موارد لجان أخلاقيات البحوث

يجب أن تتوفر للجان أخلاقيات البحوث الموارد الكافية - من موظفين ومرافق وتمويل - للوفاء بمسؤولياتها.

### ٤- استقلالية لجان أخلاقيات البحوث

يجب ضمان استقلالية لجان أخلاقيات البحوث من أجل حماية عملية صنع القرار من التأثير بأي فردٍ أو كيانٍ يرضى أو يجري أو يستضيف البحوث التي تستعرضها.

### ٥- تدريب لجنة أخلاقيات البحوث

ينبغي توفير التدريب حول الجوانب الأخلاقية للبحوث الصحية التي يخضع لها البشر، وحول تطبيق الاعتبارات الأخلاقية على أنواع البحوث المختلفة، وحول طريقة إجراء لجنة أخلاقيات البحوث لاستعراضات البحوث.

### ٦- شفافية لجنة أخلاقيات البحوث وخضوعها للمساءلة وجودتها

يجب أن تتوفر الآليات التي تسمح بشفافية عمليات لجان أخلاقيات البحوث وخضوعها للمساءلة واتساقها وتحسين جودتها.

### ٧- الأساس الأخلاقي لعملية صنع القرار في لجان أخلاقيات البحوث

تستند لجنة أخلاقيات البحوث في قراراتها بشأن ما تستعرضه من بحوثٍ إلى التطبيق المُحكّم والمتسق للمبادئ الأخلاقية الواردة في الوثائق الإرشادية وصدوك حقوق الإنسان الدولية، وكذلك إلى أي قوانين أو سياسات وطنية تتسق مع هذه المبادئ.

### ٨- إجراءات صنع القرار في لجان أخلاقيات البحوث

تستند اللجنة في قراراتها بشأن بروتوكولات البحوث إلى عملية نقاشٍ ومدولةٍ دقيقةٍ وشاملةٍ.

### ٩- السياسات والإجراءات المكتوبة

تتضمن السياسات والإجراءات المكتوبة تحديد عضوية لجنة أخلاقيات البحوث، وتصريف شؤون اللجنة، وإجراءات الاستعراض، وإجراءات صنع القرار، وإجراءات الاتصال، وعمليات المتابعة والرصد، والتوثيق والأرشفة، والتدريب، وضمان الجودة، وإجراءات التنسيق مع لجان أخلاقيات البحوث الأخرى.

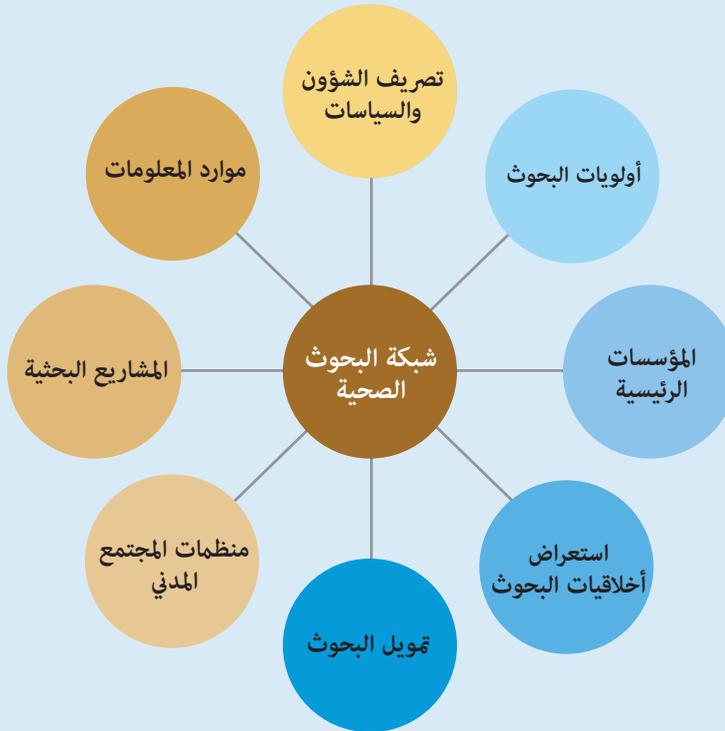
### ١٠- مسؤوليات الباحثين

لا يتولى إجراء البحوث إلا أشخاصٌ لديهم مؤهلات علمية أو سريرية أو أي مؤهلات أخرى ذات صلة تتناسب مع المشروع، ويجرون البحوث وفقاً للشروط التي تقرها لجنة أخلاقيات البحوث.

## الإطار ٤-١٠ تبادل المعلومات عن الممارسات الحالية في مجال البحوث الصحية: بعض الأمثلة

تقدم شبكة البحوث الصحية ([www.healthresearchweb.org](http://www.healthresearchweb.org)) بيانات وجدول ورسوماً بيانية عن رصد وتقييم الاستثمارات البحثية على المستوى الوطني أو المؤسسي. وتستخدم هذه المنصة صيغةً قابلةً للتحرير من نوع ويكي (wiki) حتى يتسنى للمؤسسات والوكالات تعديل البيانات المُدخلة بما يناسب احتياجاتها الخاصة. وتتضمن المعلومات التي تقدمها الشبكة السياسات والأولويات والمشاريع والقدرات والمُخرجات على النحو الوارد في الشكل.

### شبكة البحوث الصحية

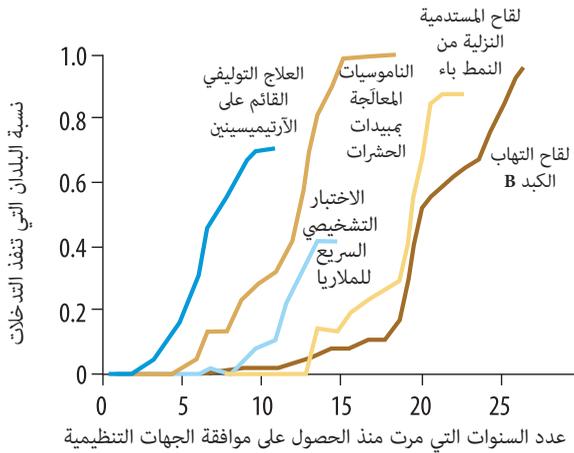


يتزايد عدد مستخدمي المنصة على الصعيدين الإقليمي والقطري. ففي الأمريكيتين طورت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية (PAHO) شبكة البحوث الصحية للأمريكتين ([www.healthresearchweb.org/en/americas](http://www.healthresearchweb.org/en/americas)) التي ترتبط بشبكة EVIPNet (الإطار ٤-١٢) ومئات من لجان أخلاقيات البحوث العاملة في أمريكا اللاتينية. وفي أفريقيا تستخدم اللجنة التنزانية للعلوم والتكنولوجيا (COSTECH) المنصة لإصدار دعوات عامة للباحثين لتقديم مقترحاتهم البحثية. ومن خلال هذه المنصة تستطيع اللجنة التنزانية أن ترصد أي الدراسات حازت على الدعم، وأن تراقب مدى استجابتها لأولويات البحوث الوطنية، وأن تعرف أي الموارد العامة حُصصت للبحوث، وأن تطلع على نتائج البحوث.

بيّنات النظم الصحية ([www.healthsystemevidence.org](http://www.healthsystemevidence.org)) هي عبارة عن مبادرة أطلقها منتدى ماساتشر الصحي وتُعدُّ مستودعاً للبيّنات التي يجري تحديثها باستمرار - والتي تتألف في معظمها من استعراضات منهجية - حول تصريف شؤون النظم الصحية وتمويلها وتقديم الخدمات الصحية.

البيّنات الفائقة السرعة ([www.pdq-evidence.org](http://www.pdq-evidence.org)) (PDQ) هي شبكة من البيّنات تديرها وحدة الشؤون الطبية المسندة بالبيّنات التابعة للجامعة البابوية الكاثوليكية في تشيلي. وهي توفر أيضاً بيّنات حول الصحة العمومية وحول النظم والخدمات الصحية، وغالباً ما تقدم المعلومات في صورة ملخصات منظمة واستعراضات منهجية.

**الشكل ٤-٥** مقدار ما نفذته ٤٠ بلداً منخفضة الدخل من خمسة تدخلات، على فترات تصل إلى ٢٧ عاماً بعد حصولها على موافقة الجهات التنظيمية



تم استنساخه بموجب رخصة «الوصول المفتوح» من بروكس وآخرين (١٠٢).

نهج «المثلث الذي يحرك الجبال» وغيره (١٠٣-١٠٦). ولكن بعيداً عن الناحية النظرية، لا توجد سوى بيّنات ضعيفة على مدى السرعة التي يمكن بها تحقيق التغطية الواسعة بالتدخلات (٥٩، ١٠٧). ويمكن تبسيط المشكلة عن طريق تقسيمها إلى أربعة أسئلة تساعد على فهم الأسباب وراء عدم توسيع نطاق بعض التدخلات التي أثبتت نجاعتها (١٠٨). أولاً، كيف يمكن تقديم نتائج البحوث بشكل يكون مفهوماً وذا مصداقية لدى جمهور المستفيدين المحتملين؟ ثانياً، ما أفضل السبل لنشر النتائج على نحو فعال بمجرد شرحها بوضوح؟ وفي السياق نفسه، من الجمهور المستهدف، وما هي القنوات التي يمكن من خلالها الوصول إليه؟ يحتوي الإطار ٤-١١ على قائمة بالصعوبات التي تقف في طريق نشر النتائج وكذلك بعض الإرشادات حول كيفية

مثلاً كشف المشاكل الموجودة في تصميم التجربة في مرحلة مبكرة من انطلاقها. وعلى الرغم من اختلاف المتطلبات التنظيمية والقانونية والأخلاقية والتمويلية اللازمة للإشراف على التجارب السريرية وإجرائها باختلاف البلدان إلا أنّ منصة السجلات الدولية للتجارب السريرية هي مورد عالمي يمكن استخدامه في التجارب السريرية أيّاً كان مكان إجرائها. وقد شهدت التجارب السريرية المسجلة زيادةً عديدةً ملحوظةً منذ عام ٢٠٠٠، حيث تتضمن منصة السجلات الدولية حالياً أكثر من ٢٠٠ ٠٠٠ سجلّاً للتجارب السريرية.

## الاستفادة من البيّنات في تطوير السياسات والممارسات والمنتجات

تقتضي الممارسات الجيدة إتاحة أيّ نتائج قد يكون لها تأثير على الممارسات السريرية أو على تطوير طرائق للوقاية أو العلاج أو على السياسات العامة لكل من يرغب في استخدامها (١١). وما نقل المعلومات إلا جزء واحد من عملية ترجمة البيّنات البحثية إلى سياساتٍ وممارساتٍ صحيةٍ على النحو المبين في القسم التالي.

## ترجمة البيّنات إلى سياسات وممارسات

ثمّة توافق واسع في الآراء على أنّ معظم البحوث الصحية تتركّس لاستحداث التدخلات والتدليل على نجاعتها عبر التجارب، وعلى أنّ الجهد الموجه لعملية تحويل البيّنات من مادةٍ بحثيةٍ إلى إجراءاتٍ لتحسين الصحة لا يزال محدوداً (٩٧، ٩٨). وفي سياق بلوغ التغطية الصحية الشاملة، لا تزال العديد من التدخلات الحالية الرخيصة والناجعة والعالية المردودية بعيدةً عن متناول الكثيرين الذين يمكن أن يستفيدوا منها (٩٩-١٠١). وهناك تدخلات مُثبتة الفعالية لا تكاد تُستخدم؛ في حين أنّ تنفيذ تدخلات أخرى قد يستغرق سنوات أو عقود (الشكل ٤-٥) (١٠٢). واستُخدمت مجموعةٌ متنوعةٌ من النهج المفاهيمية لرسم المسار الذي يتخذ لتحويل البيّنات إلى إجراءات - مثل

## الإطار ٤-١١ عشرة أخطاء شائعة الحدوث عند نشر تدخلات جديدة، واقتراحات لتفاديها

١- افتراض وجود اهتمام بالبيّنات لدى الجهات التي يُحتمل أن تتبنى التدخلات  
الاقتراح: ليس للبيّنات أهمية كبيرة إلا لمجموعةٍ فرعيةٍ صغيرةٍ من الجهات التي يُحتمل أن تتبنى التدخلات المقترحة، وغالباً ما تُستخدم البيّنات لرفض تلك التدخلات. ولذلك ينبغي التركيز على متغيرات أخرى مثل الاتساق والتكلفة والبساطة عند التعريف بالابتكارات الجديدة.

٢- الاستعاضة عن تصورات الجهات التي يُحتمل أن تتبنى التدخلات بتصورات الباحثين  
الاقتراح: الاستماع إلى ممثلي الجهات التي يُحتمل أن تتبنى التدخلات من أجل فهم احتياجاتهم والتعرف على ردود فعلهم إزاء التدخلات الجديدة.

٣- الاعتماد على واضعي التدخلات للتعريف بالتدخلات  
الاقتراح: تيسير سبل الوصول إلى الخبراء، ولكن مع الاعتماد في التعريف بالتدخلات على أشخاصٍ قادرين على جذب انتباه الجهات المتبينة المحتملة.

٤- تقديم التدخلات قبل الانتهاء من إعدادها  
الاقتراح: عدم الترويج للتدخلات إلا بعد الحصول على نتائج واضحة.

٥- افتراض أنّ المعلومات سوف تؤثر على عملية صنع القرارات  
الاقتراح: على الرغم ممّا للمعلومات من أهميةٍ إلا أنه عادةً ما تكون هناك حاجة أيضاً إلى قوة تأثير. لذا ينبغي الجمع بين مصادر المعلومات ومصادر التأثير الاجتماعي والسياسي.

٦- الخلط بين السلطة وقوة التأثير  
الاقتراح: جمع البيانات اللازمة لمعرفة أيّ الجهات المتبينة المحتملة تُعتبر مصدراً للمشورة، والاستعانة بهذه الجهات لتسريع نشر التدخلات.

٧- منح أوائل من تبّنوا التدخلات (المبتكرين) الأسبقية في جهود نشرها  
الاقتراح: ليس بالضرورة أن تكون أوائل الجهات التي تبنت التدخلات جهات تقليدية أو قوية التأثير. لذا ينبغي معرفة نوع العلاقة التي تربط الجهات المتبينة المحتملة بالجهات المستفيدة الرئيسية حتى يمكن تحديد أي منها هو الأقوى تأثيراً (١٠٩).

٨- عدم التمييز بين وكلاء التغيير ورموز السلطة وقادة الرأي وأبطال الابتكار  
الاقتراح: قلّمًا يستطيع الفرد الواحد أن يؤدي أدواراً متعددة، لذلك ينبغي تحديد الدور الذي يستطيع كل شخص أن يلعبه في عملية النشر.

٩- اختيار مواقع البيان العملي بناءً على معياريّ الحافز والقدرة  
الاقتراح: يعتمد انتشار أي تدخل على نظرة الآخرين إلى مواقع البيان العملي الأولى. ولهذا السبب ينبغي عند اختيار مواقع البيان العملي إيلاء الاعتبار للمواقع التي يُتوقع أن يكون لها تأثير إيجابي.

١٠- الدعوة إلى تبني تدخل واحدٍ كحلٍّ لمشكلة معينة  
الاقتراح: من المستبعد أن يتناسب تدخل واحد مع جميع الظروف؛ ولكن عادةً ما يكون تقديم مجموعةٍ من الممارسات المسندة بالبيّنات حلاً أكثر فعاليةً (١٠٥، ١١٠).

تم الاقتباس والتعديل من ديرينغ (١١١).

الغالبية العظمى من القرارات (انظر الإطار ٢-٣ بشأن نظام GRADE لتقييم البيّنات اللازمة لتوجيه السياسات) (١١٦). وتعتمد قوة تأثير البحوث على موقع الأنشطة البحثية في قائمة أولويات الهيئات المسؤولة عن وضع السياسات والممارسات. وإحداث أكبر تأثير يجب أن تكون البحوث الصحية جزءاً لا يتجزأ من الوظائف الأساسية لكل نظامٍ صحيٍّ (٥٤). لذا ينبغي أن يُختار لقسم البحوث في أي وزارة للصحة موقعٌ يتيح له نقل نتائج البحوث إلى واضعي السياسات والمساعدة في الإشراف على الممارسات البحثية الوطنية - من خلال مثلاً إنشاء قواعد بيانات وطنية لحصر المشاريع البحثية المعتمّدة والمكتملة والمطبوعات العلمية المنشورة وبراءات الاختراع الممنوحة.

وعندما يتعامل الباحثون عن كتب مع واضعي السياسات فإنّ ذلك لا يتيح لهم فقط تحقيق النتائج حسب الطلب وإمّا أيضاً صياغة برنامج عمل البحوث (١١٧). فعلى سبيل المثال يُعتبر التقييم الروتيني لبرامج الصحة العمومية مصدراً مهماً للأسئلة التي تقوم عليها البحوث، ومع ذلك فقليلة هي البلدان التي لديها قوانين وسياسات تفرض إجراء مثل هذه التقييمات (١١٨). ويتمثل أحد مواطن ضعف النظم الحالية لتعزيز التغطية الصحية الشاملة في عدم إشراكها لمسؤولي التقييم منذ البداية (١١٩). لذا فمن شأن إدراج علماء البحوث في برامج الصحة العمومية أن يحفز عمليتي الرصد والتقييم.

## رصد وتنسيق البحوث على الصعيدين الوطني والدولي

تشمل آليات تحفيز وتيسير بحوث التغطية الصحية الشاملة الرصد والتنسيق والتمويل، وهي آليات وثيقة الارتباط ببعضها البعض وسبق طرحها مراراً وتكراراً كوسائل لتشجيع ودعم البحوث ذات الأولوية العالية (١٢٠-١٢٢). وفي الآونة الأخيرة قدم التقرير الصادر عن فريق الخبراء الاستشاريين

تفاديها (١١١). ومما لا شك فيه أنّ هذه التدابير التصحيحية لن تنال رضا الجميع، ولذلك يرى بروكس وزملاؤه أنه بدلاً من النشر السابق للأوان فإن النشر، الذي قد يستغرق عقوداً، يمكن أن يتم، على الأرجح، بسرعة أكبر عن طريق توقع نقاط الاختناق المحتملة وإزالتها خلال مرحلة البحث والتطوير (الشكل ٤-٥) (١٠٢).

ثالثاً، على أيّ المعايير يبني المستفيدون الرئيسيون قرارهم بتبني تدخل جديد؟ الوضع المثالي أن يكون القرار الرسمي بتبني التدخل منصوفاً عليه بوضوح في السياسات الحكومية. ورابعاً، بمجرد أن يُتخذ القرار بتبني التدخل، ما أنسب طريقة لتنفيذه وتقييمه؟ توجد في الممارسة العملية حالة شد وجذب بين أهمية الحفاظ على الشكل الأصلي للتدخل وضرورة تكييفه مع الظروف المحلية. ويمكن عموماً توقع أن تعمل البرامج بطريقة غير سليمة في البداية بحيث يتعين صقلها وتكييفها لتناسب مع الظروف (١٠٥).

ويمكن الاستعانة بمجموعةٍ متنوعةٍ من الشبكات والأدوات والأجهزة، بما فيها EvipNet وSURE وTRAction وSUPPORT (الإطار ٤-١٢)، للإجابة على هذه الأسئلة الأربعة بخصوص تشكيلة من التدخلات في حالاتٍ مختلفة. ففي سياق أداء النظم الصحية، تتسم الطرائق المستخدمة للحكم على البيّنات الدالة على فعالية التدخلات بأنها جيدة التطور. بيد أنّ هناك حاجةً إلى استحداث أدواتٍ للمساعدة على تقييم البيّنات الناتجة عن الاستعراضات المنهجية من حيث قبول أصحاب المصلحة لخيارات السياسات وجدوى التنفيذ، وكذلك من حيث الإنصاف. وهناك حاجة أيضاً إلى إجراء بحوثٍ حول طرق وضع وبناء وتقديم خيارات السياسات فيما يتعلق بوظائف النظم الصحية (١١٤، ١١٥).

عادةً ما تختلف البيئة التي يعمل فيها الباحثون عن تلك التي يعمل فيها صناع القرار، وليس من السهل توفير فرصة تقييم البحوث التي تُنشر في المطبوعات التقنية والمجلات العلمية لمعظم الأشخاص الذين يتخذون

## الإطار ٤-١٢ ترجمة البحوث إلى سياسات وممارسات

هناك فرق مهم بين البيّنات المستخدمة لوضع السياسات والبيّنات المستخدمة للتأثير على الممارسات. ويركز المثالان الأولان من الأمثلة الواردة أدناه على السياسات، بينما يركز الثالث على الممارسات.

### شبكات السياسات المسندة بالبيّنات (EVIPNet)

الغرض من شبكة EVIPNet ([www.evipnet.org](http://www.evipnet.org)) هو تعزيز النظم الصحية من خلال ربط نتائج البحوث العلمية بوضع السياسات الصحية. وشبكة EVIPNet عبارة عن شبكة من الفرق المتواجدة في أكثر من ٢٠ بلداً حول العالم وتعمل على توليف نتائج البحوث وصياغة موجزات السياسات وتنظيم المنتديات المعنية بالسياسات والتي تضم بوتقةً من واضعي السياسات والباحثين وفئات المواطنين. وقد ساعدت المبادرات الأخيرة، على سبيل المثال، على تحسين إمكانية الوصول إلى العلاج التوليقي القائم على الآرتيميسينين لعلاج الملاريا في أفريقيا وناقشت دور الرعاية الصحية الأولية في التدبير العلاجي للأمراض غير السارية المزمنة في الأمريكتين (١١٢). وتقدم أداة SURE (أداة دعم استخدام البيّنات البحثية)، باعتبارها أحد مكونات شبكة EVIPNet، مجموعةً من الإرشادات لإعداد واستخدام موجزات السياسات التي تدعم تطوير النظم الصحية في أفريقيا.

### أدوات SUPPORT لوضع سياسات صحية مسندة بالبيّنات

أدوات SUPPORT هي سلسلة من المقالات التي تشرح كيفية استخدام البيّنات العلمية في توجيه السياسات الصحية (١١٣). وتوضح السلسلة، من بين جملة أمور، كيفية الاستفادة المثلى من الاستعراضات المنهجية والاستفادة بوجه عام من البيّنات البحثية لتوضيح المشاكل المرتبطة بالسياسات الصحية.

### مشروع ترجمة البحوث إلى إجراءات (TRAction)

يعمل مشروع TRAction ([www.tractionproject.org](http://www.tractionproject.org)) على تشجيع استخدام التدخلات التي أثبتت فعاليتها، ويقدم المنح للبحوث الانتقالية في مجالات صحة الأم والوليد والطفل، إدراكاً منه لحقيقة أنّ هناك بالفعل حلولاً لكثير من المشاكل الصحية في البلدان النامية لكنها لم توضع موضع التطبيق. ويمثل مشروع TRAction جزءاً من برنامج البحوث الصحية (HaRP) التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID).

حيث المبدأ أن يقوم بالمهام التالية دعماً لبحوث التغطية الصحية الشاملة:

- تجميع وتحليل وعرض البيانات بشأن تدفقات الأموال إلى قطاع الصحة؛
- العمل كمستودع للبيانات المتعلقة بنتائج البحوث والمتعلقة بنجاحة التدخلات وسلامتها وجودتها ويسر تكاليفها، بما في ذلك تسجيل التجارب السريرية؛
- جمع المعلومات - بالتعاون مع المنظمات الأخرى التي تجمع حالياً بياناتٍ عن مؤشرات العلوم والتكنولوجيا (مثل اليونيسكو، ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان

العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير سلسلةً من التوصيات لدعم البحث والتطوير في مجال التكنولوجيا الصحية، وهو نفس ما فعّله التحالف المعني ببحوث السياسات والنظم الصحية ولكن في مجال بحوث السياسات والنظم الصحية (الإطار ٤-١٣) (١١٧، ١٢٣، ١٢٤). وتنطبق الكثير من الأفكار المقترحة لتعزيز البحث والتطوير وبحوث السياسات والنظم الصحية على جميع جوانب البحوث الصحية، ولأجل ذلك نوردتها جميعاً هنا.

وفي حالة وجود التزامٍ بتبادل البيانات فإنّ مرصداً عالمياً، يتألف من مراصد وطنية ومراكز إقليمية، بإمكانه من

### الإطار ٤-١٣ استراتيجية منظمة الصحة العالمية بشأن بحوث السياسات والنظم الصحية

أطلقت استراتيجية منظمة الصحة العالمية بشأن بحوث السياسات والنظم الصحية، التي وضعها التحالف المعني ببحوث السياسات والنظم الصحية، في تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٢. وتشرح الاستراتيجية كيف أن مجال بحوث السياسات والنظم الصحية الناشئ (الإطار ٢-١) يلي الاحتياجات المعلوماتية لصناع القرار والممارسين الصحيين ومنظمات المجتمع المدني، وهم جميعاً مسؤولون عن تخطيط النظم الصحية الوطنية وتحسين أدائها (١١٧). وتمثل الاستراتيجية، لكونها الاستراتيجية العالمية الأولى من نوعها في هذا المجال، علامةً فارقةً في مسيرة تطوُّر بحوث السياسات والنظم الصحية.

وللاستراتيجية ثلاثة أهداف أولها توحيد مجاليّ البحوث وصنع القرار والربط بين مختلف تخصصات البحوث التي تولد معارف جديدة بشأن النظم الصحية. وثاني أهداف الاستراتيجية هو المساهمة في تحقيق فهمٍ أوسع لهذا المجال عن طريق توضيح نطاق ودور بحوث السياسات والنظم الصحية وتوفير رؤى ثابتة حول العمليات الدينامية التي من خلالها تُستمد البيانات من هذه البحوث وتُستخدم بعد ذلك في صنع القرارات. أما الهدف الثالث فهو أن تكون الاستراتيجية محركاً للتغيير، بحيث تدعو إلى التعاون الوثيق بين الباحثين وصناع القرار كبديل لعملمهم على مسارين متوازيين.

وتستعرض وثيقة الاستراتيجية عدة إجراءات يمكن لأصحاب المصلحة من خلالها تسير اتخاذ قرارات مُسندة بالبيانات وتعزيز النظم الصحية. وترد بعض هذه الإجراءات في النص الرئيسي لهذا الفصل. وتدعم هذه الخيارات التي يكمل بعضها بعضاً دمج البحوث في عمليات اتخاذ القرارات وتشجع على الاستثمار الوطني والعالمي في بحوث السياسات والنظم الصحية. وللحكومات الوطنية أن تختار تطبيق بعض هذه الإجراءات أو كلها حسب الاحتياجات الخاصة والموارد المتاحة لكلٍّ منها.

لإنشاء مرادف وطنية وإقليمية وعالمية. وتشكل هذه الأفكار جزءاً من الجدول الدائر حول سبل تعزيز البحث والتطوير من أجل الصحة في البلدان المنخفضة الدخل (١٢٦).

ويوفر الرصد فرصاً لتنسيق الأنشطة البحثية؛ إذ يمثل تبادل المعلومات وبناء الشبكات والتعاون ثلاثة من المكونات الأساسية للتنسيق. وتكمن مزايا التنسيق في التوصل، عن طريق التعاون، إلى حلولٍ للمشاكل المشتركة، أحياناً باستخدام موارد مشتركة. بيّد أنّ التنسيق لا يخلو من العيوب أيضاً، فإحدى مشاكله هي تحديد كيفية إتاحة الفرص لزيادة فعالية البحوث - من خلال مثلاً السعي إلى جعلها عنصراً مكملاً وتلافي الازدواجية فيها - دون فرض قيودٍ لا داعي لها على الإبداع والابتكار.

ويتحقق التنسيق في أبسط صورته من خلال تبادل المعلومات. فهناك مرصد Orphanet، على سبيل المثال، وهو بوابة مرجعية توفر المعلومات عن الأمراض النادرة

الاقتصادي، وشبكة مؤشرات العلوم والتكنولوجيا للبلدان الأيبيرية - الأمريكية وللبلدان الأمريكية، والمنظمة العالمية للملكية الفكرية) - بشأن المنشورات البحثية والتجارب السريرية وبراءات الاختراع على النحو المتوخى في الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية (الإطار ٢-٧) (١٢٥)؛

■ رسم خريطة للتقدم المحرز في بحوث التغطية الصحية الشاملة عن طريق قياس المُدخلات والآثار الصحية على امتداد سلسلة النتائج (الفصل الأول)؛

■ وضع معايير للبحوث وتعزيزها، وزيادة المساءلة عن الأعمال، وتوفير الدعم التقني؛

■ تيسير التعاون والتنسيق، خاصةً بين البلدان، عن طريق تقاسم المعلومات من مستودع البيانات. وتعتمد إمكانية الوفاء بجميع هذه الوظائف في الممارسة العملية على توافر الموارد ووجود الإرادة اللازمة

## تصريف شؤون البحوث الصحية على المستويين الوطني والدولي

قد يتساءل المرء عن مدى فعالية تصريف شؤون وإدارة نظام البحوث الصحية في أي بلدٍ من البلدان - أو بمعنى آخر مدى جودة تنفيذ جميع وظائفه الأساسية. وعلى الرغم من أهمية إجراء تقييماتٍ منهجيةٍ لتصريف شؤون البحوث إلا أنّ ذلك نادراً ما يحدث. وفي واحدٍ من الأمثلة القليلة المتاحة استُخدمت ثمانية مؤشرات لتصريف الشؤون والإدارة لتقييم نظم البحوث الصحية الوطنية في ١٠ بلدانٍ في إقليم شرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية (الشكل ٤-٦) (١٣٠).

ووجد هذا التقييم بعض الأمثلة على الممارسات الجيدة، لكنه وجد أيضاً أنّ قلةً من البلدان هي التي تملك نظاماً وطنياً رسمياً للبحوث الصحية وأنّ الكثير من اللبانات الأساسية لأي نظامٍ فعالٍ لم تكن موجودة من الأصل. وبناءً على هذه المؤشرات اتضح وجود تباين كبير بين البلدان العشرة في قدراتها البحثية وأنّ البلدان الأفضل أداءً من بين هذه المجموعة هي لبنان وعمان وتونس. وقد أُجريت تقييماتٍ مماثلة لبلدان من أمريكا اللاتينية وجزر المحيط الهادئ (٤٥، ١٣١). وأفضل نوعٍ من أنواع تصريف الشؤون هو ذلك الذي يضمن تنفيذ جميع الوظائف الرئيسية للنظام البحثي ضمن إطار تنظيمي يتمتع بدرجةٍ من الخفة تتيح تيسير العملية البحثية بدلاً من عرقلتها (١٣٢).

## الاستنتاجات: بناء نظمٍ بحثيةٍ فعالةٍ

تختلف مراحل التطور التي تمر بها الوظائف الأربع لنظام البحوث الفعال - وهي تحديد أولويات البحوث، وتطوير القدرات البحثية، وتحديد قواعد ومعايير البحوث، وترجمة البيّنات إلى ممارسات - باختلاف البلدان. وبناءً على ذلك تختلف أجزاء النظام التي تحتاج إلى أكبر قدرٍ من الاهتمام

وأدوية الأمراض النادرة (١٢٧). وعلى مستوى آخر قد يقتضي التنسيق العمل المشترك لتحديد أولويات البحوث فيما يخص أحد المواضيع المختارة، مثل التدخلات الرامية إلى مكافحة الأمراض غير السارية (٣٧). وإذا انتقلنا إلى مستوى أعلى من التنظيم فقد نجد مشاريع بحثية مشتركة، منها على سبيل المثال مشاريع لاختبار أدوات جديدة للوقاية أو العلاج في مواقع مختلفة في عدة بلدان. ومن أبرز الأمثلة على ذلك التقييم المنسق للقاح MenAfriVac في مختلف أنحاء غرب ووسط أفريقيا، وكذلك خدمات تشخيص وعلاج مرض الزهري في ثلاث قارات (الإطار ٤-٨) (٨٠، ١٢٨، ١٢٩).

## تمويل بحوث التغطية الصحية الشاملة

تزداد إنتاجية البحوث الصحية عندما يكون هناك دخل مضمون ومنتظم. ويمكن للجهات المانحة الدولية والحكومات الوطنية أن تستخدم معايير محددة وطوعية لقياس مدى التزامها بالاستثمار في البحوث الصحية. وقد اقترحت سلسلة من المعايير لتمويل البحوث، ويمكن الاستعانة بهذه المعايير كنقاط انطلاق لوضع الأهداف المرجو تحقيقها في تمويل البحوث (١٢١). ووفقاً لذلك اقترحت لجنة البحوث الصحية من أجل التنمية لعام ١٩٩٠ أن يخصص كل بلد ما لا يقل عن ٢٪ من الإنفاق الصحي الوطني لـ«البحوث الصحية الوطنية الأساسية» (١٢٠). ومن توصيات اللجنة الأحدث صدوراً توصية بأن تخصص البلدان «النامية» ما بين ٠,٠٥ و ٠,١٠٪ من الناتج المحلي الإجمالي لجميع أنواع البحوث الصحية التي تمولها الحكومة (١٢١). وأن تخصص البلدان المرتفعة الدخل ما بين ٠,١٥ و ٠,٢٠٪ من الناتج المحلي الإجمالي للبحوث الصحية التي تمولها الحكومة (١٢١). أما تحديد هذه المعايير فهو مسألة تقديرية، وإن كان ينبغي أن تكون متناسبة مع بلوغ التغطية الصحية الشاملة، أو على الأقل السير على الطريق الصحيح لبلوغها.

الشكل ٤-٦ ثمانية جوانب لتصريف شؤون وإدارة نظم البحوث الصحية الوطنية (NHRS) في ١٠ بلدان في إقليم شرق المتوسط

الإدارة وتصريف الشؤون	اليمن	الإمارات العربية المتحدة	تونس	المملكة العربية السعودية	قطر	عمان	بنان	الكويت	الأردن	لبنان
الأولويات الصحية الوطنية										
بيان أهداف نظم البحوث الصحية الوطنية										
الهيكل الرسمي لتصريف شؤون نظم البحوث الصحية الوطنية										
الهيكل الرسمي لإدارة نظم البحوث الصحية الوطنية										
أولويات البحوث الصحية الوطنية										
السياسات/الخطط/الاستراتيجية الصحية الوطنية										
بيان القيم الخاص بنظم البحوث الصحية الوطنية										
نظم رصد وتقييم نظم البحوث الصحية الوطنية										

المصدر: كنيدي وآخرون (٢٠١٠).

تكييفها لتلائم البيئات والظروف الجديدة. ومن المهام الأساسية المطلوبة في الفترة المقبلة التأكد من التزام هذه المدونات بالمعايير المتفق عليها وطنياً ودولياً في إجراء البحوث.

رابعاً، فعلى الرغم من أن بلوغ التغطية الصحية الشاملة يعتمد على إجراء طائفة واسعة من الدراسات البحثية الأساسية والتطبيقية إلا أن هناك حاجة خاصة إلى ردم الفجوة بين المعارف الحالية وما يتخذ من إجراءات. وللمساعدة على تحقيق هذا الهدف ينبغي تعزيز البحوث ليس في المراكز الأكاديمية فحسب وإنما أيضاً في برامج الصحة العمومية، أي في أماكن تطوير الخدمات الصحية وفي أماكن الحصول عليها.

وإلى جانب إلقاء الضوء على كيفية إجراء البحوث، خاصة داخل البلدان، استعرض هذا الفصل الطرائق التي يمكن بها دعم البحوث على الصعيدين الوطني والدولي.

من بلد إلى آخر. ولذلك يسלט هذا الاستنتاج الضوء على جانب من جوانب كل وظيفة له دور مهم في جميع نظم البحوث الصحية الوطنية.

أولاً، فيما يخص اختيار مواضيع البحوث، ينبغي بذل المزيد من الجهود لتحديد أولويات البحوث الصحية الوطنية، على خلاف تحديد أولويات المواضيع الصحية المختارة.

ثانياً، فإن قدرات أي بلد على إجراء البحوث اللازمة تعتمد على ما يتلقاه من تمويل وما يملكه من مؤسسات وشبكات. بيد أن الأشخاص الذين يجرون البحوث - بفضولهم وخيالهم وحماسهم ومهاراتهم التقنية وخبراتهم واتصالاتهم - هم العنصر الأهم لنجاح أي مشروع بحثي.

ثالثاً، فإن مدونات قواعد الممارسات - التي تمثل حجر الزاوية في أي نظام للبحوث - تُستخدم بالفعل في كثير من البلدان، لكنها بحاجة إلى مزيد من التطوير وينبغي

على ضمان وجود تمويل كافٍ لدعم البحوث المتعلقة بالأولويات الوطنية والعالمية. وفي ضوء ما تحقّق بالفعل في مجال البحوث تتمثل المهمة التالية في تحديد الإجراءات التي يمكن اتخاذها لبناء نظمٍ للبحوث تتمتع بقدرٍ أكبر من الفعالية. ويقترح الفصل الخامس مجموعةً من الإجراءات المناسبة استناداً إلى المواضيع الرئيسية لهذا التقرير. ■

وهناك ثلاث آليات لتوفير هذا الدعم: الرصد والتنسيق والتمويل. ومن بين الطرق التي يمكن بها رصد البحوث بفعالية أكبر إنشاء مرصد وطنية ودولية للبحوث ومتصلة ببعضها بعضاً. ومن وظائف المرصد أنها تساعد على التنسيق من خلال تقاسم المعلومات وتيسير إجراء الدراسات البحثية التعاونية. وتستطيع المرصد أيضاً أن ترصد التدفقات المالية الموجهة إلى البحوث وأن تساعد

## المراجع

1. Viergever RF et al. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems*, 2010, 8:36. PMID:21159163.
2. Terry RF, van der Rijt T. Overview of research activities associated with the World Health Organization: results of a survey covering 2006/07. *Health Research Policy and Systems*, 2010, 8:25. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-8-25> PMID:20815938.
3. Decoster K, Appelmans A, Hill P. *A health systems research mapping exercise in 26 low- and middle-income countries: narratives from health systems researchers, policy brokers and policy-makers*. Geneva, World Health Organization, 2012.
4. UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR). *Research capacity building in developing countries*. Geneva, World Health Organization and TDR, 2003.
5. *Planning, monitoring and evaluation framework for capacity strengthening in health research*. (ESSENCE Good practice document series. Document TDR/ESSENCE/11.1). Geneva, World Health Organization, 2011.
6. Bates I et al. Indicators of sustainable capacity building for health research: analysis of four African case studies. *Health Research Policy and Systems*, 2011, 9:14. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-9-14> PMID:21443780.
7. *Capacity building in research*. London, Department for International Development, 2010.
8. Fathalla MF, Fathalla MMF. *A practical guide for health researchers*. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2004.
9. Gilson L, ed. *Health policy and systems research: a methodological reader*. Geneva, World Health Organization, 2012.
10. Ghaffar A et al. *The 3D Combined Approach Matrix: an improved tool for setting priorities in research for health*. Geneva, Global Forum for Health Research, 2009.
11. Okello D, Chongtrakul P, COHRED Working Group on Priority Setting. *A manual for research priority setting using the ENHR strategy*. Geneva, Council on Health Research for Development, 2000.
12. *A manual for research priority setting using the essential national health research strategy*. Geneva, Council on Health Research for Development, 2000.
13. Rudan I et al. Setting priorities in global child health research investments: universal challenges and conceptual framework. *Croatian Medical Journal*, 2008, 49:307-317. doi: <http://dx.doi.org/10.3325/cmj.2008.3.307> PMID:18581609.

14. Rudan I et al. Evidence-based priority setting for health care and research: tools to support policy in maternal, neonatal, and child health in Africa. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000308. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000308> PMID:20644640.
15. *Health technology assessment programme*. London, National Institute for Health Research, 2013. ([www.hta.ac.uk/funding/HTAremmit.shtml](http://www.hta.ac.uk/funding/HTAremmit.shtml), accessed 20 March 2013).
16. *Policy research programme, best evidence for best policy*. London, Department of Health, 2013. ([prp.dh.gov.uk](http://prp.dh.gov.uk), accessed 20 March 2013).
17. Youngkong S, Kapiriri L, Baltussen R. Setting priorities for health interventions in developing countries: a review of empirical studies. *Tropical Medicine & International Health*, 2009, 14:930-939. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02311.x> PMID:19563479.
18. George A et al. Setting implementation research priorities to reduce preterm births and stillbirths at the community level. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1000380. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000380> PMID:21245907.
19. Lawn JE et al. Setting research priorities to reduce almost one million deaths from birth asphyxia by 2015. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1000389. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000389> PMID:21305038.
20. Rudan I et al. Setting research priorities to reduce global mortality from childhood pneumonia by 2015. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001099. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001099> PMID:21980266.
21. Fontaine O et al. Setting research priorities to reduce global mortality from childhood diarrhoea by 2015. *PLoS Medicine*, 2009, 6:e41. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000041> PMID:19278292.
22. Tomlinson M et al. Setting priorities in child health research investments for South Africa. *PLoS Medicine*, 2007, 4:e259. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0040259> PMID:17760497.
23. Sharan P et al. Mental health research priorities in low- and middle-income countries of Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *The British Journal of Psychiatry*, 2009, 195:354-363. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.108.050187> PMID:19794206.
24. Tol WA et al. Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001096. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001096> PMID:21949644.
25. Nicolau I et al. Research questions and priorities for tuberculosis: a survey of published systematic reviews and meta-analyses. *PLoS ONE*, 2012, 7:e42479. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0042479> PMID:22848764.
26. *An international roadmap for tuberculosis research: towards a world free of tuberculosis*. Geneva, World Health Organization, 2011.
27. Lienhardt C et al. What research is needed to stop TB? Introducing the TB research movement. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001135. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001135> PMID:22140369.
28. *Priorities in operational research to improve tuberculosis care and control*. Geneva, World Health Organization, 2011.
29. The malERA Consultative Group on Drugs. A research agenda for malaria eradication: drugs. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1000402. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000402> PMID:21311580.
30. The malERA Consultative Group on Health Systems and Operational Research. A research agenda for malaria eradication: health systems and operational research. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1000397. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000397> PMID:21311588.
31. McDowell MA et al. Leishmaniasis: Middle East and North Africa research and development priorities. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2011, 5:e1219. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0001219> PMID:21814585.

32. Costa CH et al. Vaccines for the leishmaniases: proposals for a research agenda. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2011, 5:e943. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000943> PMID:21468307.
33. *Research priorities for Chagas disease, human African trypanosomiasis and leishmaniasis*. Geneva, World Health Organization, 2012.
34. Dujardin JC et al. Research priorities for neglected infectious diseases in Latin America and the Caribbean region. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2010, 4:e780. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000780> PMID:21049009.
35. *Research priorities for helminth infections*. Geneva: World Health Organization, 2012.
36. *Research priorities for zoonoses and marginalized infections*. Geneva, World Health Organization, 2012.
37. *Prioritized research agenda for prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva, World Health Organization, 2012.
38. Ranson MK et al. Priorities for research into human resources for health in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:435-443. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.066290> PMID:20539857.
39. Ranson K, Law TJ, Bennett S. Establishing health systems financing research priorities in developing countries using a participatory methodology. *Social Science & Medicine*, 2010, 70:1933-1942. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.051> PMID:20378228.
40. Jones R, Lamont T, Haines A. Setting priorities for research and development in the NHS: a case study on the interface between primary and secondary care. *British Medical Journal*, 1995, 311:1076-1080. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.311.7012.1076> PMID:7580669.
41. Östlin P et al. Priorities for research on equity and health: towards an equity-focused health research agenda. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001115. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001115> PMID:22069378.
42. *The 10/90 report on health research 1999*. Geneva, Global Forum for Health Research, 1999.
43. Sizemore CF, Fauci AS. Transforming biomedical research to develop effective TB vaccines: the next ten years. *Tuberculosis (Edinburgh, Scotland)*, 2012, 92 Suppl 1:S2-S3. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1472-9792\(12\)70003-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1472-9792(12)70003-3) PMID:22441154.
44. Pacheco Santos LM et al. Fulfillment of the Brazilian agenda of priorities in health research. *Health Research Policy and Systems*, 2011, 9:35. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-9-35> PMID:21884575.
45. Alger J et al. [National health research systems in Latin America: a 14-country review]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2009, 26:447-457. PMID:20107697.
46. Ijsselmuiden C, Ghannem H, Bouzouaia N. Développement du système de recherche en santé: analyse et établissement des priorités en Tunisie [Development of health research system: analysis and defining priorities in Tunisia]. *La Tunisie Médicale*, 2009, 87:1-2. PMID:19522419.
47. Tomlinson M et al. A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. *Health Research Policy and Systems*, 2011, 9:19. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-9-19> PMID:21575144.
48. McKee M, Stuckler D, Basu S. Where there is no health research: what can be done to fill the global gaps in health research? *PLoS Medicine*, 2012, 9:e1001209. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001209> PMID:22545025.
49. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005.
50. *Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness*. Busan, Global Partnership for Effective Development Cooperation, 2011. ([www.aideffectiveness.org/busanhlf4/](http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/), accessed 20 March 2013).

51. Kok MO et al. The emergence and current performance of a health research system: lessons from Guinea Bissau. *Health Research Policy and Systems*, 2012, 10:5. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-10-5> PMID:22321566.
52. Lansang MA, Dennis R. Building capacity in health research in the developing world. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:764-770. PMID:15643798.
53. Bennett S et al. Building the field of health policy and systems research: an agenda for action. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001081. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001081> PMID:21918641.
54. Hoffman SJ et al. *A review of conceptual barriers and opportunities facing health systems research to inform a strategy from the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization, 2012.
55. Whitworth JA et al. Strengthening capacity for health research in Africa. *Lancet*, 2008, 372:1590-1593. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61660-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61660-8) PMID:18984193.
56. Ijsselmuiden C et al. Africa's neglected area of human resources for health research – the way forward. *South African Medical Journal/Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 2012, 102:228–233.
57. How to build science capacity. *Nature*, 2012, 490:331-334. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/490331a> PMID:23075964.
58. Bennett S et al. *What must be done to enhance capacity for health systems research?* Geneva: World Health Organization 2010.
59. Whitworth J, Sewankambo NK, Snewin VA. Improving implementation: building research capacity in maternal, neonatal, and child health in Africa. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000299. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000299> PMID:20625547.
60. Meyer AM, Davis M, Mays GP. Defining organizational capacity for public health services and systems research. *Journal of Public Health Management and Practice*, 2012, 18:535-544. PMID:23023278.
61. Nwaka S et al. Developing ANDI: a novel approach to health product R&D in Africa. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000293. PMID:20613865 doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000293> PMID:20613865.
62. *The world health report 2006— working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
63. Ijsselmuiden C. Human resources for health research. *MMS Bulletin*, 2007, 104:22-27.
64. *Guidelines for research in partnership with developing countries: 11 principles*. Bern, Swiss Commission for Research Partnership with Developing Countries, (KFPE), 1998.
65. Kariuki T et al. Research and capacity building for control of neglected tropical diseases: the need for a different approach. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2011, 5:e1020. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0001020> PMID:21655352.
66. Garcia CR, Parodi AJ, Oliva G. Growing Latin American science. *Science*, 2012, 338:1127. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1232223> PMID:23197500.
67. Harries AD, Zachariah R. Applying DOTS principles for operational research capacity building. *Public Health Action*, 2012.
68. Laabes EP et al. How much longer will Africa have to depend on western nations for support of its capacity-building efforts for biomedical research? *Tropical Medicine & International Health*, 2011, 16:258-262. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2010.02709.x> PMID:21371216.
69. *UK health research analysis 2009/10*. London, UK Clinical Research Collaboration, 2012.
70. Head MG et al. UK investments in global infectious disease research 1997–2010: a case study. *The Lancet Infectious Diseases*, 2013, 13:55-64. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70261-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70261-X) PMID:23140942.

71. Terry RF et al. Mapping global health research investments, time for new thinking - a Babel Fish for research data. *Health Research Policy and Systems*, 2012, 10:28. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-10-28> PMID:22938160.
72. *The Global Plan to Stop TB 2011–2015. Transforming the fight towards elimination of tuberculosis*. Geneva, World Health Organization, 2010.
73. *Tuberculosis Research and Development: 2011 report on tuberculosis research funding trends, 2005–2010*. New York, NY, Treatment Action Group, 2012.
74. Zachariah R et al. The 2012 world health report 'no health without research': the endpoint needs to go beyond publication outputs. *Tropical Medicine & International Health*, 2012, 17:1409-1411. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2012.03072.x>.
75. Lienhardt C, Cobelens FG. Operational research for improved tuberculosis control: the scope, the needs and the way forward. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2011, 15:6-13. PMID:21276290.
76. *Five keys to improving research costing in low- and middle-income countries*. (ESSENCE Good practice document series. Document TDR/ESSENCE/1.12). Geneva, World Health Organization, 2012.
77. Mahmood S et al. Strategies for capacity building for health research in Bangladesh: Role of core funding and a common monitoring and evaluation framework. *Health Research Policy and Systems*, 2011, 9:31. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-9-31> PMID:21798006.
78. Nwaka S et al. Analysis of pan-African Centres of excellence in health innovation highlights opportunities and challenges for local innovation and financing in the continent. *BMC International Health and Human Rights*, 2012, 12:11. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-698X-12-11> PMID:22838941.
79. Lang TA et al. Clinical research in resource-limited settings: enhancing research capacity and working together to make trials less complicated. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2010, 4:e619. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000619> PMID:20614013.
80. Mabey DC et al. Point-of-care tests to strengthen health systems and save newborn lives: the case of syphilis. *PLoS Medicine*, 2012, 9:e1001233. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001233> PMID:22719229.
81. *Good research practice: principles and guidelines*. London, Medical Research Council, 2012.
82. *Australian Code for the Responsible Conduct of Research*. Canberra, National Health and Medical Research Council, 2007.
83. *The ethics of research related to healthcare in developing countries*. London, Nuffield Council on Bioethics, 2005.
84. *Singapore Statement on Research Integrity*. Singapore, Second World Conference on Research Integrity, 2010.
85. *Operational guidelines for ethics committees that review biomedical research*. Geneva, World Health Organization, 2000.
86. UK Research Integrity Office (web site). Falmer, Sussex Innovation Centre, University of Sussex, 2012. ([www.ukrio.org](http://www.ukrio.org), accessed 20 March 2013).
87. WMA declaration of Helsinki. *Ethical principles for medical research involving human subjects*. Seoul, World Medical Association, 2008.
88. *Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants*. Geneva, World Health Organization, 2011.
89. Chalmers I, Haines A. Commentary: skilled forensic capacity needed to investigate allegations of research misconduct. *British Medical Journal*, 2011, 342:d3977. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d3977>.

90. Chan M et al. Meeting the demand for results and accountability: a call for action on health data from eight global health agencies. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000223. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000223> PMID:20126260.
91. Walport M, Brest P. Sharing research data to improve public health. *Lancet*, 2011, 377:537-539. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62234-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62234-9) PMID:21216456.
92. The Royal Society. *Science as an open enterprise: open data for open science*. London, The Royal Society, 2012.
93. Rani M, Buckley BS. Systematic archiving and access to health research data: rationale, current status and way forward. *Bulletin of the World Health Organization*, 2012, 90:932-939. PMID:23284199.
94. Leung E et al. Microcolony culture techniques for tuberculosis diagnosis: a systematic review. [i-iii]. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2012, 16:16-23. doi: <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.10.0065> PMID:21986554.
95. Haak LL et al. Standards and infrastructure for innovation and data exchange. *Science*, 2012, 338:196-197. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1221840> PMID:23066063.
96. International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) Geneva, World Health Organization, 2012. ([www.who.int/ictrp/trial\\_reg/en/index2.html](http://www.who.int/ictrp/trial_reg/en/index2.html), accessed 20 March 2013).
97. *World report on knowledge for better health – strengthening health systems*. Geneva, World Health Organization, 2004.
98. Green A, Bennett S, eds. *Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy*. Geneva, World Health Organization, 2007.
99. Jamison DT et al. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. New York, NY, Oxford University Press, 2006.
100. Duflo E. Rigorous evaluation of human behavior. *Science*, 2012, 336:1398. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1224965> PMID:22700919.
101. Cobelens F et al. Research on implementation of interventions in tuberculosis control in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2012, 9:e1001358. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001358> PMID:23271959.
102. Brooks A et al. Implementing new health interventions in developing countries: why do we lose a decade or more? *BioMed Central Public Health*, 2012, 12:683. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-683> PMID:22908877.
103. Wasi P. "Triangle that moves the mountain" and health systems reform movement in Thailand. *Human Resources for Health Development Journal*, 2000, 4:106-110.
104. Lavis JN et al. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84:620-628. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.06.030312> PMID:16917649.
105. Glasgow RE, Emmons KM. How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *Annual Review of Public Health*, 2007, 28:413-433. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144145> PMID:17150029.
106. Panel on Return on Investment in Health Research. *Making an impact: a preferred framework and indicators to measure returns on investment in health research*. Ottawa, Canadian Academy of Health Sciences, 2009.
107. Orton L et al. The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review. *PLoS ONE*, 2011, 6:e21704. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0021704> PMID:21818262.
108. Noonan RK, Emshoff G. Translating research to practice: putting "what works" to work. In: DiClemente RJ, Salazar LF, Crosby RA, eds. *Health behavior theory for public health*. Burlington, MA, Jones & Bartlett Learning, 2011:309-334.

109. Kok MO, Schuit AJ. Contribution mapping: a method for mapping the contribution of research to enhance its impact. *Health Research Policy and Systems*, 2012, 10:21. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-10-21> PMID:22748169.
110. Boaz A, Baeza J, Fraser A. Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Research Notes*, 2011, 4:212. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-4-212> PMID:21696585.
111. Dearing JW. Applying diffusion of innovation theory to intervention development. *Research on Social Work Practice*, 2009, 19:503-518. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049731509335569> PMID:20976022.
112. Panisset U et al. Implementation research evidence uptake and use for policy-making. *Health Research Policy and Systems*, 2012, 10:20. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-10-20> PMID:22748142.
113. Lavis JN et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). *Health Research Policy and Systems*, 2009, 7 Suppl 1:I1. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-I1> PMID:20018098.
114. Lewin S et al. Guidance for evidence-informed policies about health systems: assessing how much confidence to place in the research evidence. *PLoS Medicine*, 2012, 9:e1001187. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001187> PMID:22448147.
115. Bosch-Capblanch X et al. Guidance for evidence-informed policies about health systems: rationale for and challenges of guidance development. *PLoS Medicine*, 2012, 9:e1001185. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001185> PMID:22412356.
116. Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy (Understanding public health)*, 2nd ed. New York, NY, Open University Press, 2012.
117. *Strategy on health policy and systems research: changing mindsets*. Geneva, World Health Organization, 2012.
118. Kebede M et al. *Blueprints for informed policy decisions: a review of laws and policies requiring routine evaluation*. Oslo, Kunnskapssenteret (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services), 2012.
119. Giedion U, Alfonso EA, Díaz Y. *The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence*. Washington, DC, The World Bank, 2013.
120. Commission on Health Research for Development. *Health research — essential link to equity in development*. Oxford, Oxford University Press, 1990.
121. *Research and development to meet health needs in developing countries: strengthening global financing and coordination. Report of the consultative expert working group on research and development: financing and coordination*. Geneva, World Health Organization, 2012.
122. *Research and development coordination and financing. Report of the Expert Working Group*. Geneva, World Health Organization, 2010.
123. Knutsson KE et al. *Health policy/systems research, realizing the initiative — a background document to an international consultative meeting at Lejondal, Sweden April 10–12*. Lejondal, 1997 (unpublished).
124. Røttingen J-A et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *Lancet*, 2013 May 17. pii: S0140-6736(13)61046-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61046-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61046-6) PMID:23697824.
125. *Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property*. Geneva, World Health Organization, 2011.
126. Hotez PJ et al. *Strengthening mechanisms to prioritize, coordinate, finance, and execute R&D to meet health needs in developing countries*. Washington, DC, Institute of Medicine, 2013.

127. Orphanet. The portal for rare diseases and orphan drugs (web site). Paris, Orphanet/INSERM, 2012 (www.orpha.net, accessed 20 March 2013).
128. Sow SO et al. Immunogenicity and safety of a meningococcal A conjugate vaccine in Africans. *The New England Journal of Medicine*, 2011, 364:2293-2304. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1003812> PMID:21675889.
129. Frasch CE, Preziosi MP, LaForce FM. Development of a group A meningococcal conjugate vaccine, MenAfriVac(TM). *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 2012, 8:715-724. doi: <http://dx.doi.org/10.4161/hv.19619> PMID:22495119.
130. Kennedy A et al. National health research system mapping in 10 Eastern Mediterranean countries. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2008, 14:502-517. PMID:18720615.
131. *National health research systems in Pacific island countries*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2009.
132. *A new pathway for the regulation and governance of health research*. London, Academy of Medical Sciences, 2011.



## الفصل ٥

---

إجراءات بحوث  
التغطية الصحية الشاملة



## الفصل ٥

150	النقاط الرئيسية
151	البحوث - عنصرٌ لا غنى عنه لتحقيق التغطية الشاملة ومصدرُ إلهامٍ في مجال الصحة العمومية
154	تحديد وقياس التقدم المُحرَز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة
155	السبيل إلى التغطية الصحية الشاملة، والسبيل إلى صحةٍ أفضل
156	بحوث التغطية الصحية الشاملة في جميع البلدان
157	دعم الأشخاص الذين يجرون البحوث
157	ترجمة البيانات البحثية إلى سياساتٍ وممارساتٍ صحيةٍ
159	دعم بحوث التغطية الصحية الشاملة، على الصعيدين الوطني والدولي
160	دور منظمة الصحة العالمية في بحوث التغطية الصحية الشاملة

## النقاط الرئيسية

استناداً إلى الفصول السابقة، يسلط الفصل الخامس الضوء على المواضيع الرئيسية لهذا التقرير، ويقترح مجموعة من الإجراءات لتوجيه إجراء البحوث بوجه عام ولدعم بحوث التغطية الصحية الشاملة بوجه خاص.

وهناك عدة اعتباراتٍ مهمةٍ تتعلق بإجراء البحوث مع التركيز على نظم البحوث الصحية الوطنية. ومن أمثلة هذه الاعتبارات ما يلي:

■ إنَّ البحوث هي أكثر من مجرد أداة جوهرية لتحسين الخدمات الصحية، بل هي مصدر إلهامٍ أيضاً في مجال الصحة العمومية.

■ على الرغم من أنَّ التركيز البحثي لهذا التقرير هو تحسين إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية وحماية الأشخاص المعرضين للخطر، إلا أنَّ تعريف وقياس التقدُّم المحرَّر نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة يمثلان في حد ذاتهما موضوعين للبحث.

■ عادةً ما يؤدي توسيع نطاق التغطية بالخدمات الصحية وتحسين الحماية المالية إلى صحة أفضل، ومع ذلك هناك حاجة أيضاً إلى إجراء البحوث من أجل ربط توفير الخدمات بالأثر الصحي على نحوٍ يحقق أكبر قدرٍ من الفعالية.

■ لأنَّ المشاكل الصحية المحلية عادةً ما تتطلب حلولاً محلية فينبغي أن تكون جميع البلدان منتجةً للبحوث ومستهلكة لها.

■ يُعدُّ تطوير القدرات البشرية وظيفَةً حيويَةً من الوظائف الأساسية لنظم البحوث الصحية الوطنية. ولأنَّ الأشخاص الذين يجرون البحوث هم الركيزة الأولى لأيِّ مشروعٍ بحثي ينبغي وضعهم في صدارة عملية تعزيز القدرات.

■ لاتزال هناك فجوة واسعة قائمة منذ زمن طويلٍ بين المعارف الحالية والممارسات الصحية. ولاتزال هناك حاجة إلى بذل المزيد من الجهود لترجمة البيِّنات إلى سياساتٍ وممارساتٍ.

تتضمن الإجراءات اللازمة لدعم البحوث على الصعيدين الوطني والدولي ما يلي:

■ الرصد (من خلال مثلاً إنشاء المراصد البحثية)؛

■ التنسيق (بدءاً بتقاسم المعلومات وحتى إجراء الدراسات البحثية التعاونية)؛

■ التمويل (لضمان وجود أموالٍ كافيةٍ لدعم الأولويات العالمية والمحلية في مجال البحوث).

ويرد وصفٌ للدور الذي تلعبه منظمة الصحة العالمية في إجراء البحوث ودعمها في استراتيجية المنظمة المعنية بالبحوث من أجل الصحة. وهي استراتيجية ترمي إلى إنتاج بحوثٍ على أعلى مستوى بهدف تقديم أكبر قدرٍ من المنافع الصحية لأقصى عددٍ من الناس.

# 5

## إجراءات بحوث التغطية الصحية الشاملة

ولا يرمي هذا التقرير إلى قياس الفجوة القائمة بين مستوى التغطية الحالية بالخدمات الصحية ومستوى التغطية الشاملة بشكلٍ قاطع؛ بل إلى تحديد الأسئلة البحثية التي تطرأ على طول الطريق المؤدي إلى التغطية الشاملة ثم مناقشة كيفية الإجابة عليها.

تناول الفصل الأول نوعين من الأسئلة المتعلقة ببحوث التغطية الصحية الشاملة، يدور أولهما حول تحسين الصحة والرفاه - أي سبل التقدّم نحو بلوغ التغطية الشاملة ومدى إسهام تحسين التغطية في حماية الصحة وتحسينها. وتدور المجموعة الثانية من الأسئلة حول القياس - أي المؤشرات التي يمكن استخدامها لقياس مستوى التغطية بالخدمات الصحية الأساسية ومستوى الحماية من المخاطر المالية في أي بيئة كانت.

وللدرد على هاتين المجموعتين من الأسئلة أُلقت الفصول الأربعة السابقة نظرةً شاملةً على البحوث وعلى التغطية الصحية الشاملة، حيث يُستخدم أعلى مستوى من مستويات العلوم لتسخير الإبداع والخيال من أجل تقديم خدماتٍ صحيةٍ ميسورة التكلفة وحمايةٍ صحيةٍ أفضل للجميع.

ويسلط هذا الفصل الأخير الضوء على المواضيع الرئيسية لهذا التقرير ويقترح مجموعةً من الإجراءات - أولاً، حول إجراء البحوث، مع التركيز على نظم البحوث الصحية الوطنية، وثانياً، بهدف دعم البحوث على الصعيدين الوطني والدولي (الإطار 0-1). وفي إطار هذا السرد الوصفي يستعرض الفصل أيضاً دور منظمة الصحة العالمية في دعم هذه الإجراءات، استناداً إلى استراتيجية المنظمة الخاصة بالبحوث من أجل الصحة (الإطار 4-1) (1).

### البحوث - عنصرٌ لا غنى عنه لتحقيق التغطية الشاملة ومصدرٌ إلهامٍ في مجال الصحة العمومية

للإجابة على السؤال القائل: «كيف يمكن بلوغ التغطية الصحية الشاملة؟» غالباً ما نحتاج إلى إجراء نوعٍ من أنواع عمليات التقصي الرسمية، سواء أكان تجربةً معشاة ذات شواهد أم دراسةً

## الإطار ١-٥ الأسئلة والإجراءات الرئيسية المتعلقة ببحوث التغطية الصحية الشاملة

يحدد هذا الإطار الأسئلة الرئيسية المتعلقة ببحوث التغطية الصحية الشاملة التي قد تثار بعد الاطلاع على المناقشات الواردة في النص الرئيسي، ومعها بعض الإجراءات المهمة التي يمكن اتخاذها للمساعدة في الإجابة على الأسئلة.

### الأسئلة المتعلقة بالبحوث

تحسين مستوى التغطية بالخدمات الصحية

- كيف يمكن إتاحة الخدمات الصحية الأساسية والحماية من المخاطر المالية للجميع؟ وكيف يؤدي توسيع نطاق التغطية بالخدمات وتحسين مستوى الحماية من المخاطر المالية - وبلوغ التغطية الصحية الشاملة في النهاية - إلى تحسين مستوى الصحة؟
- قياس مستوى التغطية بالخدمات الصحية
- ما المؤشرات والبيانات التي يمكن استخدامها لرصد التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الشاملة بالخدمات الصحية الأساسية والحماية من المخاطر المالية في كل مكان؟

### الإجراءات المتعلقة بإجراء البحوث، ولاسيما داخل نظم البحوث الصحية الوطنية

تحديد أولويات البحوث:

- تحديد أولويات البحوث، وخصوصاً على الصعيد الوطني، استناداً إلى تقييمات للأسباب الرئيسية لاعتلال الصحة.
- تعزيز القدرات البحثية:
- منح الأولوية لتوظيف وتدريب واستبقاء الأشخاص الذين يجرون البحوث؛ إذ يمثل العاملون المعنيون بإجراء البحوث الركيزة الأولى لأي مشروعٍ بحثي.
- توفير التدريب ليس فقط حول طرائق إجراء البحوث وإنما أيضاً حول معايير حُسن إجراء البحوث - منها المساءلة والأخلاقيات والنزاهة والإشراف على دقة المعلومات نيابةً عن الآخرين.
- تدريب صنّاع القرار على استخدام البيّنات المُستَمَدّة من البحوث، وتدريب الباحثين على فهم عملية صنع القرار.

وضع المعايير:

- صقل مدونات قواعد الممارسات وتطبيقها حتى يتسنى إجراء بحوثٍ أخلاقيةٍ ومسؤولةٍ في كل مكان.
- تصنيف أنواع الدراسات والبيّنات البحثية وفق معاييرٍ دوليةٍ متفق عليها وقابلة للمقارنة.
- ترجمة البحوث إلى سياساتٍ وممارساتٍ:
- تضمين البحوث في عمليات وضع السياسات من أجل تيسير الحوار بين العلم والممارسة.
- وضع إجراءات رسمية لترجمة البيّنات إلى ممارسات.
- ضمان أن تراعى أفضل البيّنات المتاحة في برامج التنمية المهنية المستمرة وتحسين نوعية الرعاية.
- تحسين الحوافز التي تشجع على إجراء البحوث ذات الصلة بالسياسات الصحية.
- إشراك الشركات البحثية الخاصة وكذلك المؤسسات العامة في عمليات اكتشاف وتطوير وإطلاق التكنولوجيات الجديدة.
- ضمان المشاركة وفهم الجمهور للبحوث:
- ضمان وجود تمثيلٍ واسعٍ لجميع قطاعات المجتمع في عملية تصريف شؤون البحوث.

■ زيادة فرص إطلاع الجمهور على المناقشات والتقييمات المتعلقة بالسياسات سواء من خلال وسائل الإعلام أو المشاورات والاجتماعات العامة.

### الإجراءات اللازمة لدعم البحوث على الصعيدين الوطني والدولي

رصد البحوث:

■ إنشاء مرصد بحثية وطنية ودولية لتجميع وتحليل البيانات المتعلقة بعملية إجراء البحوث (عن التمويل والأولويات والمشاريع وما إلى ذلك) والبيانات المتعلقة بنتائج البحوث - بما فيها البحوث الرامية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة. تنسيق البحوث وتقاسم المعلومات:

■ تعزيز تبادل المعارف وبناء الشبكات والتعاون، وخاصةً داخل البلدان المبتدئة في تطوير القدرات البحثية وفيما بينها. تمويل البحوث:

■ تطوير آلياتٍ محسّنةٍ لجمع وصرف الأموال اللازمة للبحوث، سواء من خلال الهيئات الوطنية والدولية القائمة أو عن طريق إنشاء هيئاتٍ جديدةٍ.

■ إنشاء آليات تمويل مرنة تسمح بإجراء البحوث في مختلف التخصصات، سواء داخل القطاع الصحي أو خارجه. وضع معايير للاستثمار في البحوث الصحية.

إدارة وتصريف شؤون البحوث الصحية:

■ إجراء تقييم منهجي للإدارة وتصريف الشؤون في نظم البحوث الصحية الوطنية والدولية لتحديد ما إذا كانت هناك آليات لأداء الوظائف الأساسية المذكورة أعلاه (المتعلقة بالأولويات والقدرات والمعايير والترجمة).

■ إجراء تقييم منهجي للسياسات العامة والبرامج الاجتماعية الشاملة التي تستند إلى البحوث من أجل الصحة، وإتاحة النتائج على نطاق واسع.

السحائية «A» (هو MenAfriVac) حصول ١٠٠ مليون شخص على اللقاح في مختلف أنحاء منطقة حزام التهاب السحايا في أفريقيا خلال عامين (٢، ٣). وفي المثال الثاني أظهرت التجربة السريرية الشهيرة HPTN 052 - التي حازت على لقب «إنجاز العام» من مجلة «ساينس» في ٢٠١١ - مدى فعالية تلقي العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في الوقاية من معظم حالات انتقال عدوى فيروس الأيدز عن طريق الجنس بين الأزواج، الأمر الذي أثار مزيداً من النقاش حول القضاء على الأيدز والعدوى بفيروسه (٤).

رصديةً بسيطةً. وفي مسيرتنا نحو تحقيق التغطية الشاملة نجد أنّ اتباع نهجاً نظامياً في صياغة الأسئلة والإجابة عليها ليس ترفاً بل ضرورة، ذلك لأنه مصدر البيّنات الموضوعية التي يمكن أن توجه السياسات والممارسات الصحية. يبد أنّ البحوث هي أكثر من مجرد أداة جوهريّة؛ بل هي مصدر إلهام أيضاً في مجال الصحة العمومية. إذ يرتفع سقف الطموحات بالتغلب على أكبر مشاكل الصحة العمومية بفضل الاكتشافات التي تتوصل إليها البحوث، وهو ما يوضّحه مثالان حدثا مؤخراً. في المثال الأول أعقب تطوير لقاح متقارن جديد عالي النجاعة مضاد للمكورات

ولهذا السبب ينبغي أن توضح قياسات التغطية ليس فقط متوسط مستوى إتاحة الخدمات لمجموعة سكانية معينة وإنما أيضاً مستوى إتاحتها لمختلف الفئات المصنفة حسب الدخل ونوع الجنس والعرق والخصائص الجغرافية وما إلى ذلك. وكان الفصل الأول قد أوضح أن أعلى مستوى من التقدّم نحو توفير خدمات رعاية صحة الأمومة والطفولة جاء بفضل تضييق الفجوة بين الفئات الأقل دخلاً والفئات الأعلى دخلاً (5). وهذه صورة من صور «العالمية التقدمية» التي يجني فيها الأشخاص الأشد فقراً على الأقل قدر ما يجنيه الأشخاص الأكثر ثراءً في مسيرة تحقيق التغطية الشاملة (6). بيد أن المشكلة في القياس أنه يتعين تطبيق البيانات المصنفة على المؤشرات الصحيحة حتى يمكن رصد تنفيذ إحدى السياسات المختارة المتعلقة بالإنصاف.

وينشأ عن هذه الاعتبارات نوعان من الأسئلة البحثية، يدور النوع الأول منهما حول تحسين الصحة. وبالنظر إلى عبء المرض الذي يثقل كاهل أي بلد تُطرح الأسئلة التالية: ما الخدمات المطلوب توفيرها؟ وما السبيل إلى تحقيق التغطية الشاملة بهذه الخدمات؟ وكيف يؤدي توسيع نطاق التغطية إلى تحسين مستوى الصحة؟ تمثل هذه المجموعة من الأسئلة الشاغل الرئيسي لهذا التقرير.

وتدور المجموعة الثانية من الأسئلة حول القياس: ما التعريف العملي للتغطية الصحية الشاملة في أي مكان؟ وما المؤشرات والبيانات التي يمكن استخدامها لرصد التقدّم المحرّز نحو بلوغ هذا الهدف؟ على الرغم من أن الإجابات على هذه الأسئلة تنبع جزئياً من المجموعة الضخمة من المعلومات الحالية المتعلقة بمؤشرات محددة، إلا أنه يتعين أيضاً إجراء بحوث جديدة. وتتمثل إحدى المنتجات التي يجب أن تخرج بها هذه البحوث في مجموعة من المؤشرات المشتركة لمقارنة التقدّم المحرّز نحو تحقيق التغطية الشاملة بين جميع البلدان.

وكثيراً ما ينطبق معنى التغطية الشاملة على واحدة من الخدمات الصحية المرصودة أو عددٍ منها أو ربما

ولا يمثل ارتفاع مؤشرات النشاط البحثي الوارد وصفها في الفصل الثاني، في حد ذاته، ضماناً لوجود منتجاتٍ واستراتيجياتٍ من شأنها أن تساعدنا على بلوغ التغطية الصحية الشاملة. إلا أن هذه الاتجاهات التصاعديّة مجتمعة تشير إلى تزايد حجم المعلومات والبيّنات التي ستؤثر على السياسات والممارسات الصحية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وتملك معظم بلدان العالم الآن، على أقل تقدير، الأسس التي تبني عليها نظاماً فعالاً للبحوث الصحية الوطنية، في حين أن بعضها يملك أكثر بكثير من مجرد الأسس، بل تزخر بمجتمعات بحثية مزدهرة.

## تحديد وقياس التقدّم المحرّز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة

نظراً لاختلاف الأسباب المؤدية إلى اعتلال الصحة والقدرات اللازمة لتوفير الحماية المالية من بلدٍ إلى آخر، يتعين على كل بلد أن يحدد المشاكل الصحية ذات الأولوية على المستوى الوطني وأنواع الخدمات اللازم توفيرها لمعالجة هذه المشاكل، وكذلك أن يبحث في الطرق التي يمكن بها توفير هذه الخدمات. فعادةً ما تكون الخدمات التي تشكل النظام الصحي الوطني كثيرةً إلى درجة تمنع رصدها على نحوٍ شاملٍ. وهنا يكون البديل العملي هو اختيار مجموعة من مؤشرات التغطية القابلة للقياس لتقوم مقام العناصر التتبعية التي تعكس مجمل حجم الخدمات الواجب توفيرها ومستوى جودتها والتوزيع العادل لها، بما فيها من طرق لضمان توفير الحماية المالية. وهكذا يتبلور تفسير عملي للتغطية الشاملة في أي مكان يسمح بإتاحة كل تدخلٍ تمثيلي، سواء أكان خدمةً صحيّة أم آليّة للحماية المالية، لجميع المؤهلين للحصول عليه.

وتضمن التغطية الشاملة، بحكم تعريفها، إتاحة الخدمات والحماية الاجتماعية للجميع. ولكن عندما تكون التغطية جزئيةً قد يستفيد بعض الناس منها أكثر من غيرهم.

والباروموميسين كتوليفةٍ علاجيةٍ من الخط الأول لداء الليشمانيات الحشوي في شرق أفريقيا. أما في المثال الثاني فقد وجد استعراضٌ منهجيٌّ للبيّنات المستقاة من البرازيل وكولومبيا وهندوراس وملايو والمكسيك ونيكاراغوا أنّ استخدام نظام التحويلات النقدية المشروطة (CCTs) ارتبط بتحسّن الاستفادة من الخدمات الصحية وتحسّن مستوى الحاصلات الصحية (١). ومن شأن هذه النتائج أن تشجع على إجراء مزيدٍ من الدراسات البحثية حول فائدة تطبيق نظام التحويلات النقدية المشروطة في بلدانٍ أخرى. وبالإضافة إلى ربط البحوث بالتغطية بالخدمات ومن ثمّ بالصحة، خرجت دراسات الحالة الاثنتا عشرة ببعض الاستنتاجات العامة أيضاً حول إجراء البحوث، يتعلق بعضها بنطاق البحوث. وتتنوع الأسئلة المتعلقة بكيفية تحقيق التغطية الصحية الشاملة ما بين أسئلةٍ حول أسباب اعتلال الصحة وحول طرائق الوقاية والعلاج وأخيراً حول مستوى أداء الخدمات الصحية. ويجب أن تركز البحوث على اكتشاف سبل تحسين التغطية بالتدخلات الحالية وتقديم تدخلات جديدة. ويجب أن تستكشف البحوث تطوير واستخدام كلٍّ من «البرامج» (مثل نظم تقديم الخدمات) و«الأجهزة» (مثل البحث والتطوير في مجال السلع والتكنولوجيا). وهناك حاجة إلى إجراء البحوث أيضاً لتقصّي طرق تحسين الصحة سواء من داخل القطاع الصحي أو خارجه.

وتوضح دراسات الحالة أيضاً طرائق إجراء البحوث وعمليات البحوث وحاصلاتها. وبوجهٍ عام فإنّ البحوث الناجحة هي التي تحفز دورةً من الاستفسارات تقود فيها إجابات الأسئلة الأولى إلى مجموعةٍ جديدةٍ من الأسئلة، وتكون هذه الدورة في الوقت نفسه عاملاً محفزاً لهذه البحوث. وعادةً ما يكون تصميم الدراسة البحثية توفيقياً لأنّ أقوى البيّنات والاستدلالات لا تأتي بطبيعة الحال إلا من أكثر الدراسات تكلفَةً وطولاً (مثل التجارب المعشاة ذات الشواهد). ويعتمد اختيار التصميم أيضاً على مدى الحاجة

جميعها - مثل التمنيع ضد الحصبة، وإتاحة العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية للمصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري، وتوفير نوعٍ محددٍ من التأمين الصحي وهلمّ جراً. بيد أنّ تحقيق ذلك سيثير بلا شك مزيداً من التساؤلات بشأن تحسين الصحة، ومع تتبّع الأسباب المتغيرة لاعتلال الصحة عن طريق التدخلات والتكنولوجيات الجديدة تظهر العديد من التساؤلات الأخرى. والاستجابة المثلى للنجاحات السابقة والتحديات الجديدة هي صياغة تعريفٍ أكثر طموحاً للتغطية الشاملة - أي وضع برنامج عمل جديدٍ للبحوث - وإخراج المزيد من البيّنات لتوجيه السياسات والممارسات الصحية. لذا يُعدّ السعي إلى بلوغ التغطية الصحية الشاملة آليَةً قويةً لمواصلة السعي إلى تحسين الصحة.

## السييل إلى التغطية الصحية الشاملة، والسييل إلى صحةٍ أفضل

قدّم الفصل الثالث ١٢ دراسة حالة أظهرت بالاستشهاد بالأمثلة مدى إسهام البحوث في تحقيق التغطية الصحية الشاملة ونجاحها في الخروج بنتائجٍ تؤثر فعلاً على السياسات الصحية والحاصلات الصحية أو من الممكن أن تؤثر عليها. وهناك أمثلة عديدة أخرى لم يرد وصفها في هذا التقرير، لكننا نعيد إلقاء الضوء هنا على مثالين من الفصل الثالث يتناولان التغطية بالخدمات والتمويل. في المثال الأول أثبتت عدة تجارب معشاة ذات شواهد أُجريت في إثيوبيا وكينيا والسودان وأوغندا فعالية استخدام توليفةٍ من ستيوغلوكونات الصوديوم (SSG) والباروموميسين (PM) في علاج داء الليشمانيات الحشوي. ويستغرق هذا العلاج التوليقي مدةً أقصر من العلاج المفرد بستيوغلوكونات الصوديوم، ويقل معه احتمال مقاومة الأدوية (١٧). وبناءً على هذه البيّنات أوصت منظمة الصحة العالمية بإمكانية استخدام العلاج بستيوغلوكونات الصوديوم

ولكي تكون البلدان منتجةً للبحوث لابد من وجود نظام وطني فعال للبحوث. ويجب أن يملك هذا النظام القدرات اللازمة لتحديد الأولويات؛ ولتعيين الموظفين وإنشاء المؤسسات البحثية؛ وللتكليف مع المعايير البحثية واعتمادها ومراعاتها؛ ولإستخدام البحوث كأداة للتأثير على السياسات والممارسات الصحية؛ ولرصد كل ما يتعلق بالبحوث من عمليات ومُخرجاتٍ وحصائلٍ وآثارٍ والإبلاغ عنها.

وينبغي تحديد أولويات البحوث في كل بيئةٍ حسب المشاكل الصحية الرئيسية الموجودة فيها. وعلى الرغم من أن لعمليات التقصي التي تُجرى بدافع الفضول مكانتها البارزة على ساحة البحث العلمي، إلا أن هذا التقرير يعطي قيمةً عاليةً للدراسات التي تعالج الشواغل الصحية الرئيسية والتي تعمل على سد الفجوات الحالية والمستقبلية في التغطية بالخدمات والحماية من المخاطر المالية. وقد وُضعت طرائق معيارية لتحديد أولويات البحوث، إلا أن أفضل الأمثلة الموثقة هي الخاصة بمواضيع صحية محددة (الفصل الرابع). ويقل ظهور العمليات الوطنية الرامية إلى تحديد أولويات البحوث، وإن كانت بعض البلدان - وأبرزها البرازيل - تسير بخطواتٍ ثابتةٍ في هذا الاتجاه. ولمعالجة أولويات البحوث، بمجرد اختيارها، يلزم إجراء عمليات التقصي في جميع مراحل دورة البحوث وهي: قياس حجم المشكلة الصحية؛ وفهم السبب أو الأسباب التي أدت إليها؛ وابتكار الحلول؛ وترجمة البيانات إلى سياسات وممارسات ومنتجات؛ وتقييم فعالية التدخلات بعد التنفيذ.

ويجب أن تكون عملية تحديد الأولويات عمليةً شاملةً وشفافةً ومنهجيةً ومرتبطةً بتمويل البحوث. وتتنوع الأطراف التي لها مصلحة في العملية البحثية ما بين صناع قرار ومُنفذين ومنظمات مجتمع مدني ووكالات تمويل وشركات مستحضرات صيدلانية وشركات لتطوير المنتجات، فضلاً عن الباحثين أنفسهم. وتشمل أدوار الوكالات الوطنية والدولية الممولة للبحوث - لما لها من ثقلٍ كبيرٍ - تشجيع

إلى تعميم النتائج من بيئةٍ إلى أخرى؛ حيث يزيد احتمال تطبيق النتائج على نطاقٍ واسعٍ متى قلَّ عدد العمليات المتغيرة التي تربط الأسباب بالنتائج. ولذلك غالباً ما تكون الأفضلية للتجارب السريرية في مهامٍ مثل تقييم نجاعة الأدوية واللقاحات (التي تحكمها عوامل فيسيولوجية)، أما الدراسات الرصدية فغالباً ما تُستخدم لحل المسائل التشغيلية المتعلقة بإيجاد أفضل السبل لتقديم الأدوية واللقاحات ضمن الخدمات الصحية (التي تتأثر بالنظم والسلوكيات المحلية). والسؤال الحتمي الذي يواجه كل دراسةٍ بحثيةٍ هو «كم من الوقت والمال نستطيع إنفاقه على عملية التقصي هذه؟».

وفي حين أن هذا التقرير يركز على البحوث الموجهة نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة فإنه يسلط الضوء أيضاً على الفوائد المشتركة للبحوث الصحية المجرة في قطاعات أخرى، مثل قطاعات الزراعة والتعليم والبيئة والنقل (الإطار ٢-٦). ولا يناقش التقرير البحوث التي تبين كيفية جعل النظم الصحية أكثر مرونة إزاء التهديدات البيئية، مثل الأحوال المناخية المتطرفة، أو البحوث الخاصة بكيفية خفض النظم الصحية لانبعاثات غازات الاحتباس الحراري الصادرة منها. وهذان موضوعان بحثيان هامان ولكنهما ثانويان بالنسبة إلى الموضوع الرئيسي، أي بحوث التغطية الصحية الشاملة.

## بحوث التغطية الصحية الشاملة في جميع البلدان

كما أوضحنا في الفصل الثالث فإن نتائج بعض الدراسات البحثية يمكن تطبيقها على نطاقٍ واسعٍ، بيد أن كثيراً من الخطوات التي تقود نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة تقتضي إيجاد إجاباتٍ محليةٍ للأسئلة المحلية. ولهذا السبب ينبغي أن تكون جميع البلدان منتجةً للبحوث ومستهلكة لها.

تحديد أولويات البحوث؛ وإجراء تحليلاتٍ قابلةٍ للمقارنة لجودة الناتج البحثي وإنتاجية البحوث؛ وتحديد حالات التعاون في مجال البحوث؛ وتبسيط عمليات استعراض الأقران والتوظيف العلمي.

## دعم الأشخاص الذين يجرون البحوث

حتى يتسنى إجراء بحوثٍ فعالةٍ لا بد من اتباع طرائق شفافة وخاضعة للمساءلة لتخصيص الأموال، ووجود مؤسساتٍ وشبكاتٍ بحثيةٍ جيدة التجهيز. بيد أن الأشخاص الذين يجرون البحوث هم العنصر الأهم لنجاح أي مشروعٍ بحثيٍّ. لذلك ينبغي أن تبدأ عملية بناء القدرات البحثية بتعيين الموظفين العاملين في البحوث وتدريبهم، مع تطبيق آلياتٍ لاستبقاء أفضل الباحثين.

ولا تقتصر متطلبات التدريب البحثي على تعلم الطرائق والأساليب العلمية، وإنما تمتد لتشمل أيضاً إجراء البحوث على نحوٍ سليم. وقد جاءت مدونات أخلاقيات البحوث لتعزز معاني الصدق والموضوعية والنزاهة والعدالة والمساءلة والملكية الفكرية والكيافة والنزاهة المهنية والإشراف الجيد على البحوث نيابةً عن الآخرين. وهناك بلدان عديدة تستخدم بالفعل مدونات الممارسات الأساسية. وعلى الرغم من ضرورة تحديث وتعديل المعايير المتفق عليها دولياً وفق الظروف المحلية في أغلب الأحيان، إلا أن هناك مهمةً مستقبليةً لها أهميتها وهي تطبيق المعايير الحالية على الممارسات البحثية الروتينية في كل مكان.

## ترجمة البيانات البحثية إلى سياساتٍ وممارساتٍ صحيةٍ

تحتاج الأسئلة المهمة المتعلقة بالتغطية بالخدمات الصحية، وكذا المتعلقة بالصحة، إلى إجاباتٍ موثوقةٍ وواضحةٍ

الالتزام بمستوياتٍ عاليةٍ من الموضوعية والدقة والمساءلة، وضمان سهولة الوصول إلى النتائج، والمطالبة بخضوع البحوث للمساءلة (أي المطالبة باستخدام الأموال المخصصة للبحوث على نحوٍ فعالٍ).

ولطالما كانت البحوث من أجل الصحة مشروعاً دولياً. لكن الاتجاه الجديد هو العمل على تدعيم الروابط الراسخة بين بلدان الشمال وبلدان الجنوب من خلال علاقات التعاون بين بلدان الجنوب. ومن المتوقع أن تظل خبرات البلدان المرتفعة الدخل على نفس القدر من الأهمية نظراً لأن عبء الأمراض غير السارية على سبيل المثال - الذي كان حتى وقتٍ قريبٍ مشكلاً تُورقُ البلدان الغنية فقط - أخذ في التزايد في البلدان المنخفضة الدخل. كما أن مجموعات الباحثين المُدرَّبين الذين جاءوا من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل إلى البلدان المرتفعة الدخل قد يحدون - في وجود الحوافز المناسبة - العودة إلى موطنهم. وفي عالمٍ شديد التداخل، تقل أهمية التمييز بين مختلف أنواع الروابط الدولية، وتصبح هناك حاجة إلى شتى صور التواصل من أجل تعزيز التعلم بين الأقران ودعم المساعي البحثية المشتركة وتقاسم الموارد. وفيما يخص البلدان التي بدأت تظهر كقوى في مجال البحوث فإنَّ شروعها في إقامة تعاونٍ متعدد الجنسيات، بدلاً من مجرد الانضمام كمشارك مدعو، يمثل تأكيداً لتنامي مستوى الثقة في البحوث.

وتحتاج إقامة الشبكات إلى التواصل الفعال بين جميع أطراف مجتمع البحوث. ويكون التواصل أسهل عند استخدام لغةٍ بحثيةٍ مشتركةٍ، وهو ما يتطلب اتباع نهجٍ موحدٍ ومنهجيٍّ لتصنيف وجمع وترتيب البيانات. ويوجد بين نظم تصنيف أنواع النشاط البحثي منافسٌ رائدٌ هو نظام تصنيف البحوث الصحية الذي اقترحه مؤسسة العلوم الأوروبية (٩). والغرض منه هو نقل الحقائق والنتائج الخاصة بالبحوث الصحية بطريقةٍ قياسيةٍ إلى الجهات الراعية والحكومات والجمهور؛ وتحديد الفجوات والفرص المتاحة لإجراء البحوث، لما لها من أهميةٍ حيويةٍ في

ويزيد احتمال تطبيق نتائج البحوث إذا توفرت إجراءات رسمية لترجمة البيّنات إلى ممارسات. وتشمل الآليات الرئيسية لتحقيق ذلك وضع بروتوكولات لصياغة وتخطيط وتنفيذ السياسات تشير صراحةً إلى البيّنات البحثية، وتشمل هذه الآليات أيضاً شحذ مهارات الأكاديميين في صياغة السياسات وتنفيذها. وعلى الرغم من أنّ نشر النتائج ليس الإجراء الوحيد، ولا حتى الأفضل، لقياس إنتاجية البحوث، إلا أنّ هناك نقصاً كبيراً في عدد المنشورات الرسمية المتعلقة بالبحوث التشغيلية الروتينية.

ويمكن تعزيز البحوث الانتقالية من خلال زيادة الحوافز المقدّمة لمجتمع البحوث. ولتشجيع المسؤولية المشتركة بين الباحثين من أجل بلوغ التغطية الشاملة يمكن تعديل قياسات الأداء المستخدمة في المؤسسات الأكاديمية والبحثية. ويجب أن تشير الحوافز ليس فقط إلى ما يُنشر في المجلات العلمية والطبية المؤثرة وإنما أيضاً إلى قياسات المؤثرات المتعلقة بالسياسات والممارسات. وعند الربط بين البحوث والسياسات ينبغي عدم إغفال أنّ الشركات البحثية الخاصة التي تستهدف الربح (العاملة في مجالات مثل التكنولوجيا الحيوية والمستحضرات الصيدلانية وغيرها) لا تقل أهميةً عن المؤسسات البحثية العامة. ويجري حالياً تطوير عدد متزايد من المنتجات الصحية عبر شراكات بين القطاعين العام والخاص، ما أدى إلى إنشاء روابط واضحة بين مختلف المنظمات العاملة في مجالات اكتشاف وتطوير وتقديم التكنولوجيات الجديدة. وفي هذا الصدد شَرَحَ الفصل الثاني الدور الذي لعبته مبادرة توفير الأدوية لعلاج الأمراض المهملة (DNDi) في تنسيق عمليات استحداث أدويةٍ طارئةٍ للديدان التي أجرتها عدة شركات للمستحضرات الصيدلانية.

ولكي تتحقق الاستفادة الكاملة من البحوث يجب أن يحظى العلماء وصناع القرار على اختلاف أنواعهم بدعم الجمهور. وقد سبقت الإشارة إلى اضطلاع منظمات المجتمع المدني بدورٍ في تحديد أولويات البحوث، غير أنّ مشاركة

للقادرين على استخدامها - أي صناع القرار على اختلاف أدوارهم. فعندما تتحول نتائج البحوث إلى سياساتٍ وممارساتٍ تظهر مجموعةٌ جديدةٌ من الأسئلة التي تصبح محلاً لبحوثٍ جديدةٍ.

وعلى الرغم من أنّ بلوغ التغطية الصحية الشاملة يتطلب إجراء طائفةٍ واسعةٍ من الدراسات البحثية الأساسية والتطبيقية، إلا أنّ الفجوة القائمة بين المعارف الحالية والإجراءات التي تُتخذ لاتزال واسعة، والجهود المبذولة لسدها بطيئةٌ للغاية (١٠). ومن المجالات التي تعاني من إهمالٍ واضحٍ التنفيذ والبحوث التشغيلية وبحوث السياسات والنظم الصحية - وهي مجالات يتعاون فيها العلماء مع صناع القرار.

ولتسريع هذه العملية ينبغي تعزيز البحوث ليس في المراكز الأكاديمية فحسب وإنما أيضاً في برامج الصحة العمومية، أي في أماكن تطوير الخدمات الصحية وفي أماكن الحصول عليها. وكلما زاد التفاعل بين الباحثين وصناع القرار زاد التفاهم بينهم. ويمكن اتّباع مجموعةٍ متنوعةٍ من الطرائق لتدريب صناع القرار على استخدام البيّنات المستقاة من البحوث، وكذلك لتدريب الباحثين على فهم عملية صنع القرار. ويمكن أن تتضمن الدورات التدريبية أمثلةً على استخدام البيانات (وخاصةً ذلك الكم الهائل من البيانات الذي يُجمَع بصفة روتينية) والبيّنات والمعلومات لتوضيح الفوائد الناجمة عن استخدام البيّنات والعواقب المترتبة على عدم استخدامها. ويمكن تعيين الباحثين في مواقع تتيح لهم المساعدة في تشكيل الأسئلة المتعلقة بالسياسات التي تتناسب مع دراساتٍ بحثيةٍ محددةٍ، وكذلك الاعتراض على ما يُتخذ من قراراتٍ غير مناسبة بشأن السياسات. ويُعدُّ تناوب الموظفين بين وزارات الصحة والمؤسسات البحثية أحد العوامل المساعدة على التواصل، وتزداد الفجوة ضيقاً بفضل موظفي البحوث المعيّنين خصيصاً لتيسير عمليات ترجمة المعارف إلى سياسات وممارسات.

وربطه بعدة مرادف وطنية، قد يساعد على تنفيذ عددٍ من الوظائف الداعمة لبحوث التغطية الصحية الشاملة على نحوٍ أكثر عمومية. إذ يمكن لشبكة من المرادف أن تجمع وتحلل وتعرض البيانات بشأن التدفقات المالية الموجهة إلى البحوث الصحية، سواء أكانت بحثاً من أجل التطوير التكنولوجي (البحث والتطوير التقليدي) أم من أجل تحسين النظم والخدمات الصحية، ويمكنها أيضاً أن تربط التمويل بالاحتياجات البحثية. ويمكن لشبكة كهذه أن ترسم خريطةً للتقدم المحرز في بحوث التغطية الصحية الشاملة عن طريق قياس كل عنصر من عناصر سلسلة النتائج بدءاً بالمُدخلات والعمليات مروراً بالمخرجات والحصائل ووصولاً إلى الأثر الصحي (الفصل الأول). ويعتمد عدد المهام التي يمكن للمرادف تنفيذها في الواقع العملي على توافر الموارد ووجود الإرادة اللازمة لإنشائها.

ويتيح الرصد عن طريق المرادف، أو عن طريق أية آلية مماثلة، فرصاً أيضاً لتنسيق الأنشطة البحثية. ويمكن أن تتولى هيئةً دوليةً مهمةً تقديم الإرشادات بشأن التنسيق، من خلال مثلاً إعادة تشكيل لجنة المنظمة الاستشارية للبحوث الصحية (كانت أول لجنة استشارية من هذا النوع قد أُنشئت في عام ١٩٥٦). وأياً كانت الهيئة المسؤولة عن ذلك فإنها لا بد أن تكون ممثلةً لوجهات نظر جميع الأطراف المعنية - من باحثين ووكالات تمويل وشركات خاصة ومجتمع مدني وحكومات ممثلة لها في البلدان المعنية.

وفيما يتعلق بالتمويل، ينبغي للجهات المانحة الدولية والحكومات الوطنية أن تستخدم معايير محددة لقياس مدى التزامها بالاستثمار في البحوث الصحية. وقد استعرض الفصل الرابع بعضاً من الاقتراحات التي طُرحت في هذا الصدد - منها على سبيل المثال أن تخصص البلدان «النامية» ما بين ٠,٠٥ و ٠,١٠٪ من الناتج المحلي الإجمالي لجميع أنواع البحوث الصحية التي تمويلها الحكومة (١٥). وهناك حاجة إلى الاتفاق على شكلٍ من أشكال التقييم للحكم على ما إذا

الجمهور في البحوث يجب أن تكون أوسع نطاقاً مما هي عليه الآن. ويحق لأفراد الجمهور، وهم مصدر الأموال الحكومية المخصصة للبحوث، أن يشاركوا في جميع نواحي عملية التقصي؛ حيث أن استمرارهم في تقديم الدعم يعتمد على تمكنهم من الاستماع إلى تفاصيل النتائج وفهمها والإيمان بها والاستفادة منها. ويمكن السعي إلى تحقيق هذه الغايات من خلال إشراك الجمهور عبر وسائل الإعلام والمناقشات المتعلقة بالسياسات والتقييمات المفتوحة. وتؤدي إتاحة البيانات للجمهور (مثل إتاحتها من خلال المرادف المذكورة أدناه) إلى زيادة الشفافية وزيادة ثقة الجمهور عند استخدام البيانات في اتخاذ قراراتٍ تؤثر على إتاحة الرعاية الصحية.

وكما أن المشروع البحثي الواحد قد لا يسفر بالضرورة عن منتجٍ صحيٍّ مفيدٍ، فإن المنتج المفيد لا يؤثر بالضرورة على السياسات الصحية. وتعليل ذلك أن البحوث ما هي إلا واحد من محددات السياسات. أضف إلى ذلك أن العوامل التي تؤثر في السياسات الصحية ليست بالضرورة هي نفس العوامل التي تساعد على تحويل السياسات إلى ممارسات (١١، ١٢). فهناك اعتبارات أخرى بخلاف البيانات العلمية وهي القيم الثقافية وحقوق الإنسان والإنصاف والعدل الاجتماعي والطلبات المتنافسة على الأموال العامة (١٣، ١٤). ولأن السياسات والممارسات تخضع للكثير من المؤثرات المختلفة، ولأنها توضع في ظل ظروفٍ تتنافس فيها مصالح متعددة، ينبغي أن تكون البيانات القوية والحيادية محل تقدير صناع القرار.

## دعم بحوث التغطية الصحية الشاملة، على الصعيدين الوطني والدولي

تناوَل الفصل الرابع ثلاث آلياتٍ لدعم بحوث التغطية الصحية الشاملة هي: الرصد والتنسيق والتمويل. وفي سياق الالتزام بتبادل البيانات فإن إنشاء مرصداً عالمياً،

تقدم المشورة بشأن البحوث الصحية أن تستعد لمواجهة هذا التحدي الجديد.

## دور منظمة الصحة العالمية في بحوث التغطية الصحية الشاملة

جاء في بداية هذا التقرير تنبيهاً بأن التغطية الصحية الشاملة تعزز هدف «بلوغ جميع الشعوب أعلى مستوى ممكن من الصحة»، والذي يُعدّ ركيزةً من ركائز دستور منظمة الصحة العالمية وقوةً موجهةً في جميع ما تقوم به المنظمة من أعمال. وقد شرحنا في مختلف أجزاء هذا التقرير الأسباب التي تجعل البحوث عنصراً حيوياً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، ومن ثمّ لتحسين صحة جميع الناس في شتى أنحاء العالم.

وتُعدّ استراتيجية منظمة الصحة العالمية للبحوث من أجل الصحة (الإطار ٤-١) آليةً لدعم البحوث الصحية تعمل المنظمة من خلالها مع الحكومات ووكالات التمويل والشراكات والمنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني والجهات الخيرية والمستثمرين التجاريين من بين آخرين. وببساطةٍ يتمثل هدف استراتيجية المنظمة في إنتاج بحوثٍ على أعلى مستوى تقدم أكبر قدرٍ من المنافع الصحية لأقصى عددٍ من الناس. وتمشياً مع الوظائف الأساسية المطلوبة لتنفيذ البحوث (الفصل الرابع والنص أعلاه)، يتمثل دور المنظمة في دفع عجلة البحوث التي تلبّي الاحتياجات الصحية السائدة في دولها الأعضاء، وفي دعم نظم البحوث الصحية الوطنية، وفي وضع قواعد ومعايير لإجراء البحوث على نحوٍ سليم، وفي تسريع ترجمة نتائج البحوث إلى سياساتٍ وممارساتٍ صحيةٍ.

وتلعب منظمة الصحة العالمية، بوصفها الوكالة الدولية الرئيسية المعنية بالصحة، دوراً رئيسياً في تعزيز بحوث التغطية الصحية الشاملة وإجرائها. وفيما يخص الرصد، ينبغي لأيّ مرصدٍ بحثيٍّ عالميٍّ أن يتمتع بتمثيلٍ

كان حجم الاستثمار متوافقاً مع تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

ومجرد الانتهاء من اختيار المعايير تظهر الحاجة إلى إيجاد آلياتٍ لجمع الأموال وصرفها على الصعيدين الوطني والدولي. وقد يوضع نظامٌ جديدٌ محسّنٌ للتمويل، أو قد تطوره إحدى المنظمات القائمة. وتمتلك عدة هيئات دولية - منها البرنامج الخاص للبحث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية (TDR)، والتحالف العالمي للقاحات والتحصين (GAVI)، والصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا، والمرفق الدولي لشراء الأدوية (UNITAID) - القدرة على إدارة الأموال المخصصة للبحوث وتوزيعها على البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل للأغراض البحثية.

وأياً كانت آلية التمويل المختارة فإنها لا بد أن تشجع بفعالية إجراء البحوث في مختلف التخصصات، سواء داخل القطاع الصحي أو خارجه. وكما ذكرنا في مختلف أجزاء هذا التقرير، فقد أقرت بحوث التغطية الصحية الشاملة بأن الصحة بوجهٍ عام، والوقاية بوجهٍ خاص، تعتمدان أيضاً على إجراءاتٍ تُتخذ خارج القطاع الصحي - في قطاعات مثل الزراعة والتعليم والعمل والسياسات المالية والخدمات الاجتماعية والتجارة وغيرها. لذا يجب أن تراعي أي سياسة صحية شاملة مبدأ تعزيز «الصحة في جميع القطاعات» المعنية بتصريف الشؤون، وأن تغطي البحوث أيضاً جميع هذه القطاعات.

ومن المتوقع أن يزداد هذا الأمر وضوحاً عندما يتبنى العالم، ابتداءً من عام ٢٠١٥ فصاعداً، خطة تنمية جديدة لتحل محل الأهداف الإنمائية للألفية. ففي حقبة ما بعد عام ٢٠١٥ لا بد أن تلعب الصحة دوراً مفصلياً وواضحاً في التنمية الاجتماعية والاقتصادية والبشرية (١٦). ولتوليد البيانات التي تدعم التنمية المستدامة يجب أن يتوفر التمويل لتعزيز البحوث من أجل الصحة في مختلف التخصصات. ويجب على اللجان الوطنية والدولية التي

وكلاهما تستضيفه منظمة الصحة العالمية، آيتين يمكن استخدامهما لصرف الأموال المخصصة للبحوث. ومع زيادة استكشاف هذه الاحتمالات تعمل المنظمة على تعزيز وظائفها الأساسية. ومن هذه الوظائف ضمان أن تجسد المبادئ التوجيهية للمنظمة أفضل البيئات التي تتيحها البحوث.

واسع، وأن يكون قادراً على وضع المعايير المناسبة وتطبيقها، وأن يحشد الدعم الدولي اللازم. وفيما يخص التنسيق، تستضيف المنظمة العديد من اللجان الاستشارية البحثية ذات التمثيل الواسع. أما فيما يخص التمويل، يمثل البرنامج الخاص للبحث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية والمرفق الدولي لشراء الأدوية،

## المراجع

1. WHO strategy on research for health. Geneva, World Health Organization, 2012. ([http://www.who.int/phi/WHO\\_Strategy\\_on\\_research\\_for\\_health.pdf](http://www.who.int/phi/WHO_Strategy_on_research_for_health.pdf), accessed 23 April 2013).
2. Sow SO et al. Immunogenicity and safety of a meningococcal A conjugate vaccine in Africans. *The New England Journal of Medicine*, 2011, 364:2293-2304. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1003812> doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1003812> PMID:21675889.
3. Frasch CE, Preziosi MP, LaForce FM. Development of a group A meningococcal conjugate vaccine, MenAfriVac(TM). *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 2012, 8:715-724. doi: <http://dx.doi.org/10.4161/hv.19619> PMID:22495119
4. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *The New England Journal of Medicine*, 2011, 365:493-505. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1105243> PMID:21767103
5. Victora CG et al. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet*, 2012, 380:1149-1156. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61427-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61427-5) PMID:22999433
6. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet*, 2011, 377:2160-2161. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62058-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62058-2) PMID:21084113
7. Musa A et al. Sodium stibogluconate (SSG) & paromomycin combination compared to SSG for visceral leishmaniasis in East Africa: a randomised controlled trial. *PLoS neglected tropical diseases*, 2012, 6:e1674. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0001674> PMID:22724029
8. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 2009, 4:CD008137. PMID:19821444
9. *Health research classification systems: current approaches and future recommendations*. Strasbourg, European Science Foundation, 2011.
10. *World report on knowledge for better health – strengthening health systems*. Geneva, World Health Organization, 2004.
11. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 2003, 362:1225-1230. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1) PMID:14568747

12. Bosch-Capblanch X et al. Guidance for evidence-informed policies about health systems: rationale for and challenges of guidance development. *PLoS Medicine*, 2012, 9:e1001185. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001185> PMID:22412356
13. National Center for Science and Engineering Statistics. *Science and engineering indicators 2012*. Arlington, VA, National Science Foundation, 2012.
14. Humphreys K, Piot P. Scientific evidence alone is not sufficient basis for health policy. *BMJ (Clinical research ed)*, 2012, 344:e1316. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1316> PMID:22371864
15. *Research and development to meet health needs in developing countries: strengthening global financing and coordination. Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination*. Geneva, World Health Organization, 2012.
16. *Sustainable development goals*. New York, NY, United Nations, 2013. ([sustainabledevelopment.un.org](http://sustainabledevelopment.un.org), accessed 20 March 2013).

# فهرس المواضيع

ملاحظة: أُضيفَ الحرف b أو f أو t إلى نهاية بعض أرقام الصفحات للإشارة إلى الأطر أو الأشكال أو الجداول على التوالي.

(أ)	
الأسئلة المتعلقة بالبحوث/نظر الأسئلة المتعلقة بالبحوث	الإبتكار 37b
الاستثمارات المالية 10f, 10	في مجال البحوث 35, 36b, 40, 41b
العوائد/نظر عوائد الاستثمار	القيود 55
الاستثمارات المالية في مجال الرعاية الصحية 10	الإبداع في مجال البحوث 35, 40, 41b, 55
الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الصحة العمومية	«الإتاحة الشاملة» للعلاج بمضادات الفيروسات
والإبتكار والملكية الفكرية (GSPA-PHI) 52b	القهرقية (ART) 18
أستراليا، عوائد الاستثمار 53	إتاحة الوصول إلى البحوث 46
الاستعراضات المنهجية 133, 45	«الانفتاح الذي» 128
البلدان المنخفضة الدخل 45	برنامج إتاحة الوصول إلى البحوث الصحية عبر شبكة
تعاونية كوكرين 45	الإنترنت (HINARI) 46
الإسكان ونظم الطاقة المنزلية، بحوث الصحة البيئية 47b	البيئات الفائقة السرعة (PDQ) 130b
الإسهال	بيئات النظم الصحية 130b
دراسة حالة بحثية 76-78, 78t	شبكة البحوث الصحية 130b
المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال في	المملكة المتحدة 126
بنغلاديش (ICDDR, B) 124	اتحاد تقييم المضادات الحيوية المضادة للسسل في عموم
إطار المردود المالي 54	أفريقيا 125b (PanACEA)
أيرلندا 54	اختبار 81-83, 82f, 83f Xpert® MTB/RIF
الاعتبارات القانونية، حقوق الملكية الفكرية 50	الأخلاقيات واستعراض الجوانب الأخلاقية 128, 152b
إعلان ألما آتا 6b	إعلان هلسنكي (1964-2008) 128
إعلان هلسنكي (١٩٦٤-٢٠٠٨)، تسجيل التجارب	إنشاء نظام 129b
السريية 134, 128	تسجيل التجارب السريية 128, 134
الالتهاب الرئوي، دراسة حالة بحثية 76-78, 78t	السياسات والإجراءات 129b
أمراض القلب والأوعية الدموية	لجان الأخلاقيات 129b
البحوث 53	مسؤوليات الباحثين 129b
دراسة حالة 80-84	معايير منظمة الصحة العالمية 126, 129b
«لحبة المتعددة» 84-85	إدارة (البحوث الصحية) 136, 137, 153b
عوائد الاستثمار 53	أدوات SUPPORT لوضع سياسات صحية مسندة بالبيئات 134b
الأمراض المهملة	الأدوية الجينية، توافرها 21, 22f
البحث والتطوير 45	

الشمول 114	البحوث 52-53
الطرائق 114	التغطية بتدخلات مكافحة أمراض المناطق المدارية 18, 19f
المشاكل الصحية ذات الأولوية 154	داء الليشمانيات الحشوي (VL) دراسة حالة
المشترك 127b, 136	بحثة 86-88, 82f
الزهري 127b	مبادرة أدوية الأمراض المهملة (DNDi) 45
لقاح MenAfriVac لمكافحة التهاب السحايا	<b>إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية</b>
في أفريقيا 136	البحوث/انظر البحوث
المعايير 114	الرعاية التوليدية الطارئة 90-92, 92t, 93f
المعلومات 114	الشامل 111 (انظر أيضاً التغطية الصحية الشاملة)
النهج 112	العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية (ART) 18
الوطني 114	العوائق، مرض السل 12b
البرازيل 114, 116b	<b>إنتاجية البحوث/انظر البحوث، الإنتاجية</b>
الأيدز (انظر أيضاً فيروس العوز المناعي البشري)	<b>الإنصاف 5, 21, 23f (انظر أيضاً البلدان المنخفضة الدخل)</b>
التغطية بالتدخلات 18, 19f	صحة الأم والطفل 22, 23f
أيرلندا، إطار المردود المالي 54	«العالمية التقدمية» 22
(ب)	<b>الإنفاق (الرعاية الصحية) 9</b>
باراغواي، دور وزارات الصحة 118b	أوروبا، شيخوخة السكان 97-99, 98f
البحث والتطوير	تمويل البحوث كنسبة من 136
الاستثمار 44f, 45	الضرائب 7, 8b
الأمراض المهملة 45	الناتج المحلي الإجمالي وانظر الناتج المحلي الإجمالي (GDP)
البلدان الأفريقية 42-43, 44f	<b>«الانفتاح الذي» 128</b>
البلدان المتوسطة الدخل 45	<b>الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs) 18</b>
البلدان المنخفضة الدخل 45, 135	الاستدامة البيئية (MDG 7) 18
السل (TB) 123-124f	تحسين صحة الأم (MDG5) 90-92, 92t, 93f
المستثمرون من القطاع الخاص 50	حقبة ما بعد عام 2010 160
<b>الباحثون 121-122</b>	استراتيجية منظمة الصحة العالمية للبحوث من أجل
بناء القدرات/انظر القدرات (البحثة)	الصحة 112b
دور في التنفيذ 160	الأيدز والعدوى بفيروسه (MDG 6) 18, 19f
المسؤوليات 129b	<b>أوروبا، شيخوخة السكان، دراسة حالة بحثة 97-99, 98f</b>
<b>البحوث</b>	<b>أوكرانيا، العناصر التتبعية للتقدم المحرز نحو تحقيق التغطية</b>
الإبداع والخيال والابتكار 35	<b>الصحية الشاملة 18, 20b</b>
إتاحة الوصول إلى/انظر إتاحة الوصول إلى البحوث	<b>أولويات البحوث 25, 48-49, 55, 112-114, 116b, 152b</b>
الآثار المنعكسة على التغطية الصحية الشاملة 67-99	<b>156-157</b>
(انظر أيضاً دراسات الحالة (في مجال البحوث))	التخطيط 114
الأخلاقيات واستعراض الجوانب الأخلاقية/انظر الأخلاقيات	التقييم 114
واستعراض الجوانب الأخلاقية	السياق 112
	الشفافية 114

العوامل المسببة للالتباس 74  
 القدرات البحثية /نظر القدرات (البحثية)  
 قيمة 53-54  
 إطار المردود المالي 54  
 عوائد الاستثمار /نظر عوائد الاستثمار  
 مبادئ الشراكة 122b  
 متعدد التخصصات 114  
 مدونات قواعد الممارسات /نظر مدونات قواعد الممارسات  
 المعايير /نظر مدونات قواعد الممارسات  
 من أجل الصحة، التعريف 37b  
 المؤسسات /نظر مؤسسات وشبكات البحوث  
 مؤسسة التعاون في البحوث السريرية بالمملكة المتحدة 67  
 النشر /نظر نشر البحوث  
 نظام البحوث الصحية /نظر نظام البحوث الصحية  
 نقص الاستثمارات 42, 43b  
**البحوث الأساسية 36b, 37b**  
**البحوث الاقتصادية، بحوث الصحة البيئية 47b**  
**البحوث الانتقالية 36b, 158**  
**الجوافز 158**  
**البحوث التشغيلية 36b**  
**البحوث التطبيقية 36b**  
**بحوث التغطية الصحية الشاملة 37b**  
**بحوث التنفيذ 36b**  
**بحوث السياسات والنظم الصحية (HPSR) 36b**  
 استراتيجية منظمة الصحة العالمية 135b  
 الدراسات البحثية 37b  
 المرصد 134-135  
**البحوث الصحية 36b (نظر أيضاً البحوث)**  
 التعريف 36b  
 نظام التصنيف 157  
**بحوث الصحة البيئية 47b**  
 البحوث الاقتصادية 48b  
 المخاطر الصحية البيئية 47b  
 الإسكان ونظم الطاقة المنزلية 47b  
 النقل الحضري 47b  
**بحوث الصحة العمومية 46**  
**البحوث المتعددة البلدان 88-90, 90t, 127b, 136**

الاستعراضات المنهجية /نظر الاستعراضات المنهجية  
 الأسئلة 67, 35-36 (نظر أيضاً أولويات البحوث)  
 تحسين الصحة 155  
**الاقتصادي 48b**  
**الأمراض المهملة 52-53**  
**الإنتاجية**  
 البلدان الأفريقية 44-46  
 الثروة الوطنية 49, 51f  
 قياس التغطية الصحية الشاملة 154  
 الأولويات /نظر أولويات البحوث  
 البحث والتطوير /نظر البحث والتطوير  
 البحوث المتعددة البلدان 88-90, 90t, 127b, 136  
 بشأن تقديم الرعاية الصحية 53  
 البلدان المتوسطة الدخل /نظر البلدان المتوسطة الدخل  
 البلدان المنخفضة الدخل /نظر البلدان المنخفضة الدخل  
 التجارب المعشاة /نظر التجارب المعشاة ذات الشواهد (RCTs)  
 ترجمة البيانات /نظر ترجمة البيانات إلى سياسات وممارسات  
 التزايد 35-52  
 القياسات 43, 44f, 45  
 تصنيف الشؤون (البحوث الصحية) 136, 137f  
 التصميم /نظر تصاميم البحوث  
 تصنيف الدراسات /نظر تصنيف الدراسات البحثية  
 التعاون في مجال البحوث /نظر التعاون الدولي في  
 مجال البحوث  
 التعريفات 36b  
 التنسيق 153b, 161 (نظر أيضاً المرصد)  
 التنفيذ /نظر ترجمة البيانات إلى سياسات وممارسات  
 توفير البيانات البحثية 131  
 دور في تحقيق التغطية الصحية الشاملة 5-25, 150  
 الدورة 39b, 40b  
 رسم خريطة للنشاط 119, 121f  
 الرصد 153b (نظر أيضاً المرصد)  
 الشبكات /نظر مؤسسات وشبكات البحوث  
 الشراكة /نظر التعاون الدولي في مجال البحوث  
 الصحة البيئية /نظر بحوث الصحة البيئية  
**الصحة العمومية 46**  
 «الصحة في جميع القطاعات» 47b

- مبادرة تعزيز قدرات البحوث الصحية في أفريقيا (ISHReCA) 125b  
**البلدان المتوسطة الدخل**  
 البحث والتطوير 45  
 البحوث 35  
 الباحثون 121-122  
 نُظُم البحوث الصحية 113b  
 عوز الزنك 77, 78t  
**البلدان المنخفضة الدخل (انظر أيضاً البلدان الأفريقية؛ الإنصاف)**  
 البحث والتطوير 45, 135  
 البحوث 35, 122  
 الاستعراضات المنهجية 45  
 الباحثون 121-122  
 التعاون 124  
 نُظُم البحوث الصحية 113b  
 نقص الاستثمارات 42, 43b  
 تنفيذ التدخلات 131, 131f  
 «العالمية التقدمية» 22  
 عوز الزنك 77, 78t  
**بنغلاديش**  
 دراسة حالة بحثية 76-78, 78t  
 المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال في بنغلاديش (ICDDR, B) 124  
**البيئات الفائقة السرعة (PDQ) 130b**  
**بيئات النظم الصحية 130b**  
**(ت)**  
 تايلاند، برنامج تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية (HITAP) 7, 8b  
 التجارب التي تعتمد على إعطاء دواء عُقْل 77, 74  
 التجارب السريرية 131 (انظر أيضاً التجارب المعشاة ذات الشواهد (RCTs))  
 التسجيل 128, 134  
**التجارب المعشاة ذات الشواهد (RCTs) 46, 99**  
 دراسة حالة بحثية 79-81, 79f, 81f, 80t  
 عوائد الاستثمار 53
- البحوث المتعددة التخصصات 114**  
**البحوث من أجل الصحة، التعريف 37b**  
**البرازيل**  
 أولويات البحوث الوطنية 114, 116b  
 برنامج بولسا فاميليا 95  
 التحويلات النقدية المشروطة (CCTs) (دراسة حالة بحثية) 94  
**البرامج (الصحية) (انظر أيضاً ممارسات الرعاية الصحية)**  
 برنامج بولسا فاميليا 95  
 برنامج تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية (HITAP) 7, 8b  
**برنامج إتاحة الوصول إلى البحوث الصحية عبر شبكة الإنترنت (HINARI) 46**  
**برنامج البحوث من أجل الصحة في أفريقيا (R4HA) 126b**  
**برنامج Seguro Popular (التأمين الشعبي) 96-97**  
**برنامج تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية (HITAP) 7, 8b**  
 دور 8b  
 سرطان عنق الرحم 8b  
 عوامل النجاح الرئيسية 9b  
**البلدان الأفريقية**  
 اتحاد تقييم المضادات الحيوية المضادة للسلسلة في عموم أفريقيا (PanACEA) 125b  
 الاستثمار في البحث والتطوير 42-43, 44f  
 البحوث 122  
 الإنتاجية 45-47  
 التمويل 53  
 نُظُم البحوث الصحية 113b  
 برنامج البحوث من أجل الصحة في أفريقيا (R4HA) 126b  
 دراسات الحالة البحثية  
 التحويلات النقدية المشروطة (CCTs) 93-95, 94f  
 داء اليشمانيات الحشوي (VL) 86-88, 82f  
 الرعاية التوليدية الطارئة (EMOC) 90-92, 92t, 93f  
 الوقاية من الملاريا ومعدل وفيات الأطفال 71-73  
 دور وزارات الصحة 118b  
 دور وزارة الصحة بنغينيا بيساو 118b  
 الشبكة الأفريقية للابتكار في مجال الأدوية  
 ووسائل التشخيص (ANDI) 125b  
 لقاح MenAfriVac لمكافحة التهاب السحايا في أفريقيا 45

- التحليل التلوي 73  
«التحول الصحي العالمي الثالث» 5  
التحويلات النقدية المشروطة (CCTs) 93-95, 94f  
التدبير العلاجي (للأمراض والاعتلالات), دراسات حالة 38b  
التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI) 88  
التدخلات  
البحوث
- الآثار الناجمة عن 67-99 (انظر أيضاً دراسات الحالة  
(في مجال البحوث))  
ترجمة البيانات/نظر ترجمة البيانات إلى سياساتٍ  
وممارساتٍ  
الدراسات 37b  
التقييم 133  
الجهات المتبئية 132b, 133  
تدخين التبغ 9  
ترجمة البيانات/نظر ترجمة البيانات إلى سياساتٍ وممارساتٍ  
مكافحة السل 12b  
ترجمة البيانات إلى سياساتٍ  
وممارساتٍ 131, 134b, 152b, 158  
البحوث الانتقالية/نظر البحوث الانتقالية  
التغطية الصحية الشاملة 67-99  
توفير البيانات البحثية 131  
دور الباحثين 158  
السياسات 67-99  
أدوات SUPPORT لوضع سياسات صحية مستدة  
بالبيانات 134b  
شبكات السياسات المستدة بالبيانات (EVIPNet) 134b  
مشروع ترجمة البحوث إلى إجراءات (TRACTION) 134b  
نظام GRADE 40b, 133  
التشخيص، في الدراسات البحثية 38b  
تصاميم (البحوث) 72t, 99, 155  
الأمثلة/نظر دراسات الحالة (المتعلقة بالبحوث)  
البحوث الانتقالية/نظر ترجمة البيانات إلى سياساتٍ وممارساتٍ  
التجارب التي تعتمد على إعطاء دواء عُقُل 74  
التجارب المعشاة ذات الشواهد (RCTs) 46  
التحليل التلوي 73  
تصاميم التجارب 99
- الدراسات الرصدية/نظر الدراسات الرصدية  
دراسة أثرية استعادية 90-92, 92t, 93f  
مزدوجة التعمية 84  
تصاميم التجارب 99  
تصنيف الشؤون (البحوث الصحية) 136, 137f  
تصنيف الدراسات البحثية 37b, 67, 68t, 69t, 70t  
(انظر أيضاً دراسات الحالة (في مجال البحوث))  
البحوث الأساسية 37b  
بحوث السياسات والنظم الصحية 38b, 69t, 70t  
تدبير الأمراض والاعتلالات 38b, 69t  
تطوير العلاجات والتدخلات العلاجية 38b, 69t  
تعزيز الرفاه 38b, 68t  
تقييم العلاجات والتدخلات العلاجية 38b, 69t  
التمويل حسب/نظر تمويل البحوث  
رمز المرض 123  
الكشف والفحص والتشخيص 37b, 68t  
المسببات (العلاقة السببية) 37b  
مؤسسة التعاون في البحوث السريرية بالمملكة المتحدة 67  
نظام تصنيف البحوث الصحية (HRCS) 37b, 68t, 69t, 70t, 157  
الوقاية من الأمراض والاعتلالات 38b, 68t  
التطبيق عن بُعد، دراسة حالة بحثية 79-81, 79f, 81f, 80t  
تطوير الأدوية 51  
تطوير المنتجات 131  
التعاون في مجال البحوث/نظر التعاون الدولي في مجال البحوث  
التعاون الدولي في مجال البحوث 45, 46f, 122, 157  
البحوث المتعددة البلدان 88-90, 90t, 127b, 136  
الصين 45, 46f  
المبادئ 122b  
تعاونية كوكرين 45  
تعريفات البحوث 36b  
التغطية (بالخدمات الصحية/الرعاية الصحية) 7f, 15-19  
جودة الرعاية الصحية/نظر جودة الرعاية الصحية  
دور البحوث 152b  
الشامل/نظر التغطية الصحية الشاملة  
القياس 15-18, 17f, 20b, 24, 152b  
الأهداف الإنمائية للألفية/نظر الأهداف الإنمائية  
للألفية (MDGs)

السَّل (TB) 123-124f  
 الشفافية 114-118  
 لقاح MenAfriVac لمكافحة التهاب السحايا في أفريقيا 45  
 مبادرة أدوية الأمراض المهملة (DNDi) 45  
 المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال في  
 بنغلاديش (ICDDR, B) 124  
 المساءلة 122-124  
 المصادر 159  
 الجهات المانحة الخارجية 122-124, 53  
 الجهات المانحة الدولية 53  
 المعايير 136  
 المملكة المتحدة 122-123f  
 مجلس البحوث الطبية (MRC) 122-123f  
 ويلكوم ترست 122  
 الناتج المحلي الإجمالي (GDP) 136  
 تنسيق البحوث 153b, 161 (انظر أيضاً المراسد)  
 التنفيذ (السياسات والممارسات والتدخلات)  
 نشر البيانات البحثية/نظر نشر البحوث  
 توافر الأدوية الجينية 21, 22f  
 توفير الخدمات التأمينية في المكسيك، دراسة حالة بحثية 96-97  
 (ج)  
 الجمعية العامة للأمم المتحدة، قرار عام 2012 6b  
 الجمعية الملكية (المملكة المتحدة) 126  
 الجهات المانحة الخارجية، تمويل البحوث 122-124  
 جودة الرعاية الصحية 22-23  
 معدلات الإماتة/نظر معدلات الإماتة  
 (ح)  
 «حالات فشل السوق» 50  
 «الحبة المتعددة» 84-85  
 حقوق الملكية الفكرية 50  
 الحماية الاجتماعية 7  
 السَّل (TB) 12b  
 الحماية من المخاطر المالية 11-13, 13b, 14f  
 الآليات 13b  
 تحديد القياسات

## التغطية الصحية الشاملة 96

الآثار الناجمة عن البحوث 67-99 (انظر أيضاً دراسات الحالة)  
 الإنصاف/نظر الإنصاف  
 البحوث 136 (انظر أيضاً البحوث)  
 التزايد/نظر تزايد البحوث  
 دور 5-25, 150  
 تحسين الصحة 155  
 «التحول الصحي العالمي الثالث» 5  
 التغطية/نظر التغطية  
 تمويل البحوث 136  
 توافر الأدوية الجينية 21, 22f  
 الحق في الصحة 5  
 حقبة ما بعد عام 2010 160  
 الخدمات الصحية/نظر الخدمات الصحية  
 الصحة البيئية 47b  
 «الصحة للجميع» 5, 6b  
 «العالمية التقدمية» 22, 154  
 العناصر التَّبعية للتقدم المحرّز نحو تحقيق التغطية الصحية  
 الشاملة 18, 20b  
 قياس التقدم المحرّز 154  
 المحاور 7f  
 الحماية من المخاطر المالية/نظر الحماية من المخاطر  
 المالية  
 الخدمات الصحية/نظر الخدمات الصحية  
 المراسد 134-135  
 المشاكل الصحية ذات الأولوية 154  
 المفهوم 6-11  
 الهدف من 5  
 التقرير الخاص بالصحة في العالم 2006 120  
 تمويل البحوث 45, 52, 54, 136, 153b  
 الاستثمارات المالية 51  
 الآلية 160  
 الإنفاق الصحي الوطني 136  
 البحث والتطوير/نظر البحث والتطوير  
 تصنيف الدراسات 122-123f  
 تطوير القدرات 110-111  
 تقدير التكاليف 123-124

الدراسة الهندية للكبسولة المتعددة (TIPS) 84-85  
 علاج داء الليشمانيات الحشوي 86-88, 82f  
 لمحة عامة عن الأمثلة 67, 68t, 69t, 70t  
 نقل المهام لتحسين معدلات بقاء الأطفال على قيد  
 الحياة 88-90, 90t  
 وسائل تشخيص السل 81-83, 82f, 83f  
 الوقاية من الإسهال/الالتهاب الرئوي عن طريق إعطاء مكملات  
 الزنك (للأطفال الصغار) 76-78, 78t  
 الوقاية من الملاريا (الناموسيات) ومعدل وفيات  
 الأطفال 71-74

الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري عن طريق العلاج  
 بمضادات الفيروسات القهقرية 74-76, 75f

**دراسة أترابية استعادية 90-92, 92t, 93f**

**الدراسات الرصدية 71, 156**

دراسة حالة بحثية 79-81

القيود 74

**الدراسة 74-76, 153 HPTN 052**

الدراسة الهندية للكبسولة المتعددة (TIPS) 84-85

**الدفع المسبق 7**

البحوث الانتقالية /نظر البحوث الانتقالية

التغطية الصحية الشاملة 67-99

دور الباحثين 158

مشروع ترجمة البحوث إلى إجراءات (TRAction) 134b

**دور الرعاية الأولية في النظم الصحية 6b**

دور وزارات الصحة

باراغواي 118b

غينيا - بيساو 118b

(ر)

**رسم خريطة للنشاط البحثي 119, 121f**

**رصد البحوث 153b**

الرعاية التوليدية الطارئة، دراسة حالة 90-92, 92t, 93f

الرعاية الصحية (انظر أيضاً الخدمات الصحية)

الاستثمارات المالية 10, 10f

إمكانية الوصول إلى 96

الإنفاق /نظر الإنفاق (على الرعاية الصحية)

البحوث المعنية بتقديم الخدمات 53

**الصعوبات 14b**

القياسات المباشرة 13, 14b

القياسات غير المباشرة 13, 14b

تعريف 13

الدفع المسبق 7

ذوو الدخول المنخفضة 7

القياس 23-24

المدفوعات التي يسدها المرضى من أموالهم

الخاصة 13, 14b, 14f

(خ)

**الخدمات الصحية 5, 6, 17-18, 17f (انظر أيضاً الرعاية الصحية)**

إمكانية الوصول إلى 96

الأهداف الإنمائية للألفية /نظر الأهداف الإنمائية

للألفية (MDGs)

دور الرعاية الأولية 6b

العناصر التتبعية للتقدم المُحرَز نحو تحقيق التغطية

الشاملة 18, 20b

المتطلبات 23-24

(د)

**داء الليشمانيات الحشوي (VL) 86-88, 82f**

دراسة حالة بحثية 86-88, 82f

**الدخل القومي الإجمالي (GNI) 49, 50f, 117**

**دراسات حالة (في مجال البحوث) 68-96**

أمراض القلب والأوعية الدموية، الحد من الوفيات باستخدام

«الحبة المتعددة» 84-85

إمكانية الوصول إلى الرعاية التوليدية

الطارئة 90-92, 92t, 93f

برنامج *Seguro Popular* (التأمين الشعبي) 96-97

التحويلات النقدية المشروطة (CCTs) 93-95, 94f

التصميم 71

التطبيق عن بُعد لتحسين جودة رعاية

الأطفال 79-81, 79f, 81f, 80t

توفير الخدمات التأمينية في المكسيك 96-97

حصول السكان المسنين على الرعاية الصحية بتكلفة ميسورة

(في أوروبا) 97-99, 98f

شبكات السياسات المستندة بالبيّنات (EVIPNet) 134b  
 الشبكة الأفريقية للابتكار في مجال الأدوية  
 ووسائل التشخيص (ANDI) 125b  
 شبكة البحوث الصحية 130b  
 شبكة «التجارب الصحية العالمية» 124, 125b  
 الشراكة (في مجال البحوث) (انظر أيضاً التعاون الدولي في مجال البحوث)  
 المبادئ 122b  
 شراكة البلدان الأوروبية والبلدان النامية في مجال التجارب  
 السريرية (EDCTP) 125b  
 الشفافية

أولويات البحوث 114  
 تمويل البحوث 122-124  
 شيخوخة السكان، الإنفاق الصحي في أوروبا، دراسة  
 حالة بحثية 97-99, 98f

(ص)

صحة الأم

الإنصاف في التغطية بالخدمات 23f  
 تحسين صحة الأم (MDG5) 90-92, 92t, 93f  
 الدراسة HPTN 052 74-76  
 دراسة حالة بحثية 90-92, 92t, 93f  
 مرضاة الأمهات الحادة (SAMM) 90-92, 92t

صحة الجنين 41b

الإنصاف في التغطية بالخدمات 23f  
 صحة الرضع، الإنصاف في التغطية بالخدمات 23f  
 صحة الطفل

الإنصاف في التغطية بالخدمات 23f  
 التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة (IMCI) 88  
 دراسات الحالة البحثية  
 الوقاية من الإسهال والالتهاب الرئوي 76-78, 78t  
 الوقاية من الملاريا (الناموسيات) 71-74, 73f  
 نقل المهام لتحسين معدلات بقاء الأطفال على  
 قيد الحياة 88-90, 90t  
 التطبيق عن بُعد 79-81, 79f, 81f, 80t  
 الدراسة HPTN 052 74-76

«الصحة في جميع القطاعات» 47b (انظر أيضاً التغطية الصحية  
 الشاملة)

المشاكل الصحية ذات الأولوية 154  
 وظائف النظم 15  
 رمز المرض 123

(ز)

الزهري

شبكة للبحوث التشغيلية 127b  
 الفحص 127b

(س)

سرطان عنق الرحم 8b

السّل (TB) 12b

اختبار MTB/RIF Xpert® 81-83, 82f, 83f  
 الإنفاق على العلاج 12b

برامج المكافحة 13b

التغطية بالتدخلات 18, 19f

تمويل البحوث 123-124f

الحماية الاجتماعية 12b

دراسة حالة بحثية 81-83, 82f, 83f

السّل المقاوم للأدوية المتعددة (MDR-TB) 81

العوائق التي تحول دون الوصول إلى الخدمات 12b

المؤشرات القابلة للقياس 13b

السّل المقاوم للأدوية المتعددة (MDR-TB) 81

(انظر أيضاً السّل (TB))

سنوات الحياة المعدّلة نوعياً (QALY) 54

السياسات/نظر السياسات الصحية

السياسات الصحية 96

الآثار الناجمة عن البحوث 67-99 (انظر أيضاً دراسات الحالة)

أدوات SUPPORT لوضع سياسات صحية مستندة

بالبيّنات 134b

ترجمة البيّنات/نظر ترجمة البيّنات إلى سياسات وممارسات

شبكات السياسات المستندة بالبيّنات (EVIPNet) 134b

المحددات 159

نظام GRADE 40b, 133

(ش)

شبكات البحوث/نظر مؤسسات وشبكات البحوث

- الصحة النفسية، عوائد الاستثمار 54  
الصين، التعاون الدولي في مجال البحوث 45, 46f
- (ض)  
الضرائب 7, 8b
- (ع)  
«العالمية التقدمية» 22, 154  
العلاج، دراسات بحثية 38b  
العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية (ART)  
«التغطية الشاملة» 18  
الدراسة HPTN 052 74-76  
دراسة حالة بحثية 74-76, 75f
- (ق)  
القدرات (البحثية) 114-122  
الإطار 117-120  
بناء القدرات 117-122, 121f, 120t, 137  
المؤسسات 120  
تعريف القدرات 117, 124  
التمويل /نظر تمويل البحوث  
الدخل القومي الإجمالي (GNI) 49, 50f, 117  
رسم خريطة للنشاط 119, 121f  
شبكة «التجارب الصحية العالمية» 124, 125b  
القوى العاملة 117-120  
التعاون الدولي 120, 122b  
البلدان المنخفضة الدخل 120-122  
البلدان المتوسطة الدخل 120-122  
التوظيف والتدريب 157  
التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٦ 120  
مبادرة ESSENCE 117  
المؤسسات والشبكات /نظر مؤسسات وشبكات البحوث  
القوى العاملة (البحثية) /نظر الباحثين
- (ك)  
الكالازار /نظر داء الليشمانيات الحشوي (VL)  
الكشف، في الدراسات البحثية 38b
- (ل)  
لجنة البحوث الصحية من أجل التنمية (تقرير ١٩٩٠) 42, 43b, 55  
الفحص
- «فجوة الـ ١٠ مقابل الـ ٩٠» 42, 43b
- (ف)  
غينيا بيساو، دور وزارات الصحة 118b
- (ع)  
العوائد الاستثنائية (الولايات المتحدة الأمريكية) 53  
الناتج المحلي الإجمالي (GDP) 54  
العوائد الاستثنائية (الولايات المتحدة الأمريكية) 53  
عوز المغذيات الدقيقة، دورة البحوث 39b
- (غ)  
GSPA-PHI (الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية) 52b  
غينيا بيساو، دور وزارات الصحة 118b

مكمّلات الزنك، دراسة حالة بحثية 76-78, 78t  
 الملاريا  
 التغطية بالتدخلات 18, 19f  
 تمويل مكافحة المرض 73, 73f  
 دراسة حالة البحوث 71-74, 73f  
 مؤسسة بحثية 120  
 ممارسات الرعاية الصحية (انظر أيضاً البرامج (الصحية))  
 ترجمة البيانات/انظر ترجمة البيانات إلى سياسات وممارسات  
 التطوير 131  
 مشروع ترجمة البحوث إلى إجراءات (TRACTION) 134b  
 نظام 40b, 133 GRADE  
 الممارسة السريرية/انظر ممارسات الرعاية الصحية  
 المملكة المتحدة، إجراء البحوث في مجال  
 إتاحة الوصول إلى البحوث 46  
 أمراض القلب والأوعية الدموية 54  
 «الانفتاح الذي» 128  
 البحوث الخاصة بالصحة النفسية 54  
 التعاون في البحوث السريرية 67  
 التمويل 122-123f  
 مجلس البحوث الطبية (MRC) 122-123f  
 ويلكوم ترست 122  
 الجمعية الملكية 126  
 عوائد الاستثمار 53  
 فيما يتعلق بالخدمات والنظم الصحية 53  
 المعهد الوطني للبحوث الصحية 53  
 منصة السجلات الدولية للتجارب السريرية (ICTRP) 128  
 منظمة الصحة العالمية (المنظمة)  
 استراتيجية منظمة الصحة العالمية للبحوث من  
 أجل الصحة 110-112b, 160  
 الأهداف 112b  
 الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs) 112b  
 بحوث السياسات والنظم الصحية (HPSR) 135b  
 تنسيق البحوث 161  
 دور 160  
 المرصد 159 (انظر أيضاً المرصد)  
 المعايير الأخلاقية 126, 129b  
 المواءمة، مبادرة ESSENCE المعنية بالبحوث الصحية 117

لقاح MenAfriVac المضاد للمكورات السحائية "A"  
 في أفريقيا 45, 153  
 وضع أولويات مشتركة للبحوث 136  
 (م)  
 مبادرة أدوية الأمراض المهملة (DNDi) 45  
 مبادرة ESSENCE المعنية بالبحوث الصحية 117  
 المبادئ 117-120  
 مبادرة تعزيز قدرات البحوث الصحية في  
 أفريقيا (ISHReCA) 125b  
 مجلس البحوث الطبية (MRC) 122-123f  
 المحددات الاجتماعية، الوقاية من الأمراض أو علاجها 10, 13b  
 المدفوعات التي يسدها المرضى من أموالهم  
 الخاصة 13, 14b, 14f  
 مدونات قواعد الممارسات 137, 152b, 157  
 الأخلاقيات واستعراض الجوانب الأخلاقية/انظر الأخلاقيات  
 واستعراض الجوانب الأخلاقية  
 تسجيل التجارب السريرية 128, 134  
 السياسات والممارسات والمنتجات 131  
 المرصد 134-135, 138, 153b, 159  
 تنسيق البحوث 153b  
 منظمة الصحة العالمية و 161  
 مرضة الأهميات الحادة (SAMM) 90-92, 92t  
 المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال في  
 بنغلاديش (ICDDR, B) 124  
 المساءلة في مجال تمويل البحوث 122-124  
 مشاركة الجمهور في البحوث 158-159  
 المشاكل الصحية ذات الأولوية 154  
 مشروع ترجمة البحوث إلى إجراءات (TRACTION) 134b  
 المعايير/انظر مدونات قواعد الممارسات  
 معدلات الإماتة 23-24, 23f  
 معدلات الإماتة بعد الإصابة بسكتة دماغية 23-24, 23f  
 معدل وفيات الأطفال، دراسات حالة بحثية، 71-74, 73f, 77,  
 78, 88-90, 90t, 95  
 معدل وفيات الأهميات (MMR) 90-92, 93f  
 المعهد الوطني للبحوث الصحية (المملكة المتحدة) 53  
 المكسيك، توفير الخدمات التأمينية، دراسة حالة بحثية 96-97

نظام GRADE (نظام تدرج عمليات تقدير وتطوير

وتقييم التوصيات) 40b, 133

نُظَم البحوث الصحية 113b

البلدان الأفريقية 113b

البلدان المتوسطة الدخل 113b

البلدان المنخفضة الدخل 113b

تصريف الشؤون (البحوث الصحية) 136, 137f, 153b

تقييم 110-112b

المراصد 134-135, 138

النظم الوطنية (NHRS) 136, 137, 156

الوظائف 110, 138

بناء القدرات /نظر القدرات (البحثية)

مدونات قواعد الممارسات /نظر مدونات قواعد الممارسات

الأولويات /نظر أولويات البحوث

الترجمة إلى ممارسات /نظر ترجمة البيّنات إلى سياساتٍ

وممارساتٍ

استراتيجية منظمة الصحة العالمية للبحوث من أجل

الصحة /نظر منظمة الصحة العالمية (المنظمة)

نظم البحوث الصحية الوطنية (NHRS) 136, 137, 156

النقل الحضري، بحوث الصحة البيئية 47b

نقل المهام 88-90

(و)

ويلكوم ترست (المملكة المتحدة)، تمويل البحوث 122

مؤسسات وشبكات البحوث 124

اتحاد تقييم المضادات الحيوية المضادة للسل في عموم

أفريقيا (PanACEA) 125b

برنامج البحوث من أجل الصحة في أفريقيا (R4HA) 126b

البناء 124

التواصل 157

الزهري، شبكة البحوث التشغيلية 127b

شبكة «التجارب الصحية العالمية» 124, 125b

الشبكة الأفريقية للابتكار في مجال الأدوية

ووسائل التشخيص (ANDI) 125b

شراكة البلدان الأوروبية والبلدان النامية في مجال التجارب

السريرية (EDCTP) 125b

مبادرة تعزيز قدرات البحوث الصحية في

أفريقيا (ISHReCA) 125b

المعهد الوطني للبحوث الصحية (المملكة المتحدة) 53

الملاريا 118

مؤسسة التعاون في البحوث السريرية بالمملكة المتحدة 67

الموظفون /نظر الباحثون

(ن)

الناتج المحلي الإجمالي (GDP) 54

تمويل البحوث 136

نشر البحوث 131, 132b

الأخطاء 132b

نظام تصنيف البحوث الصحية (HRCS) 157



## مكاتب منظمة الصحة العالمية

### WHO Headquarters

Avenue Appia 20  
1211 Geneva 27, Switzerland  
Telephone: +41 22 791 21 11  
Facsimile: +41 22 791 31 11  
E-mail: [info@who.int](mailto:info@who.int)  
Web site: <http://www.who.int>

### WHO Regional Office for Africa

Cité du Djoué  
PO Box 06  
Brazzaville, Congo  
Telephone: +47 241 39100 or +242 770 0202  
Facsimile: +47 241 39503  
E-mail: [webmaster@afro.who.int](mailto:webmaster@afro.who.int)  
Web site: <http://www.afro.who.int>

### WHO Regional Office for the Americas/Pan American Sanitary Bureau

525, 23<sup>rd</sup> Street NW  
Washington, DC 20037, United States of America  
Telephone: +1 202 974 3000  
Facsimile: +1 202 974 3663  
E-mail: [webmaster@paho.org](mailto:webmaster@paho.org)  
Web site: <http://www.paho.org>

### WHO Regional Office for South-East Asia

World Health House  
Indraprastha Estate  
Mahatama Gandhi Marg  
New Delhi 110 002, India  
Telephone: +91 11 2337 0804 or 09 or 10 or 11  
Facsimile: +91 11 2337 0197/2337 9395 or  
2337 9507  
E-mail: [registry@searo.who.int](mailto:registry@searo.who.int)  
Web site: <http://www.searo.who.int>

### WHO Regional Office for Europe

Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Telephone: +45 45 33 70 00  
Facsimile: +45 45 33 70 01  
E-mail: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Web site: <http://www.euro.who.int>

### مكتب منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

شارع عبد الرزاق السنهوري  
صندوق بريد ٩٦٠٨، مدينة نصر  
القاهرة ١١٣٧١، مصر  
رقم الهاتف: ٥٠ ٠٠ ٢٢٧٦ ٢٠٢  
رقم الفاكس: ٩٢ ٢٤ ٢٦٧٠ ٢٠٢ أو ٩٤ ٩٤ ٢٤ ٢٦٧٠ ٢٠٢  
عنوان البريد الإلكتروني: [webmaster@emro.who.int](mailto:webmaster@emro.who.int)  
الموقع على الإنترنت: <http://www.emro.who.int>

### WHO Regional Office for the Western Pacific

PO Box 2932  
1000 Manila, Philippines  
Telephone: +63 2 528 8001  
Facsimile: +63 2 521 1036 or 526 0279  
E-mail: [postmaster@wpro.who.int](mailto:postmaster@wpro.who.int)  
Web site: <http://www.wpro.who.int>

### International Agency for Research on Cancer

150, Cours Albert Thomas  
69372 Lyon Cédex 08, France  
Telephone: +33 472 73 84 85  
Facsimile: +33 472 73 85 75  
E-mail: [webmaster@iarc.fr](mailto:webmaster@iarc.fr)  
Web site: <http://www.iarc.fr>

## بحوث التغطية الصحية الشاملة

ينبغي أن تُتاح للجميع الخدمات الصحية التي تلزمهم من دون أن تفقرهم بسبب دفع أجورها. ويدافع هذا التقرير بالقول إن من المتعذر تحقيق التغطية الصحية الشاملة - المقترنة بإتاحة كاملة لخدمات عالية الجودة في مجال الوقاية والعلاج والحماية من المخاطر المالية - من دون الاستعانة بالبيانات المستمدة من البحوث العلمية. ويؤكد التقرير على أنه ينبغي أن تظطلع جميع الدول والمستهلكين كذلك بإجراء البحوث. وينبغي ألا تقتصر عمليات الاكتشاف على المراكز الأكاديمية فحسب بل أن تشمل أيضاً برامج الصحة العمومية التي يسعى الناس في إطارها إلى الحصول على الرعاية الصحية والاستفادة من الخدمات التي تقدمها. ويمكن أن تساعد عمليات التقصي التي تتراوح بين التجارب السريرية والدراسات المتعلقة بالسياسات الصحية على رسم المسار المنتهج في تحسين الحاصلات الصحية والحد من الفقر، على أن البحوث بحاجة إلى دعم وطني ودولي لتُكَلَّل بالنجاح.

ISBN 978 92 4 656459 0



9 789246 564590