

EM/RC66/6

ش م/ل إ 6/66

تشرين الأول/أكتوبر 2019

اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط

الدورة السادسة والستون

البند 3 (د) من جدول الأعمال المؤقت

## تنمية القدرات المؤسسية الوطنية لرسم السياسات المستنيرة بالبيّنات في مجال الصحة

### ملخص تنفيذي

1. لضمان أن السياسات الصحية ملائمة وفعّالة وعالية المردودية، لا بد أن تستند هذه السياسات إلى بيّنات سليمة. ولذلك فإن رسم سياسات مسندة بالبيّنات أمر ضروري لتحقيق أهداف التنمية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة، وجرى التشديد مراراً وتكراراً على أهميتها في برنامج العمل العام الثالث عشر لمنظمة الصحة العالمية 2019-2023. ولكن قد يكون من الصعب على البلدان أن تحصل على بيّنات عالية الجودة وأن تنتفع بهذه البيّنات.
2. وتُعدّ هذه الورقة آخر خطوة في برنامج عمل طويل الأمد تقوم به المنظمة لتعزيز رسم السياسات المسندة بالبيّنات في بلدان إقليم شرق المتوسط. وقد أُعدّت هذه الورقة استجابةً لطلب اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، وتُقدّم الورقة إطار عمل لمساعدة البلدان على تحسين قدرتها المؤسسية الوطنية على رسم سياسات مستنيرة بالبيّنات. ويقدم هذا الإطار إجراءات عملية يمكن أن تتخذها الدول الأعضاء لبناء قدراتها المؤسسية الوطنية، ويعرض الخطوط العريضة للدعم الذي يمكن أن تقدمه المنظمة لتيسير هذه العملية.
3. وتختلف احتياجات البلدان وأولوياتها وقدراتها، وقد رُوِيَ في تصميم الإطار أن يكون مرناً لاستيعاب هذه الاختلافات. وعلاوة على ذلك، تضع الورقة نهجاً تحليلياً خماسي الأبعاد لمساعدة البلدان على تقدير احتياجاتها وقدراتها وصياغة استراتيجية مناسبة، وتشتمل الورقة على أمثلة واقعية مُستقاة من البلدان على شتى الإجراءات الممكنة. وهذا الإطار المقترح مُقدّمٌ إلى اللجنة الإقليمية للنظر فيه وإقراره إن أمكن.

### مقدمة

4. أُعدّت هذه الورقة التقنية استجابةً للقرار الصادر عن اللجنة الإقليمية لسنة 2017 الذي يطلب إلى المدير الإقليمي "إرساء آليات إقليمية لدعم رأب الفجوات بين المؤسسات البحثية المعنية وراسمي السياسات، وترجمة البيّنات البحثية إلى بيانات للسياسات الصحية، ودعم إرساء آليات وطنية في هذا الشأن" (1). وتُركّز الورقة على أهمية بناء وتعزيز القدرات المؤسسية الوطنية على رسم سياسات مسترشدة بالبيّنات، والنهج الواجب اتباعها لتحقيق ذلك. وتسد الورقة فجوة مهمة في التوصيات التقنية الحالية بشأن القدرات المؤسسية على تحسين استخدام البيّنات في رسم السياسات.

5. وهذه الورقة:

- توضح المقصود بكلمة "البيّنات" في سياق رسم السياسات؛
- وتستعرض أهم التحديات الماثلة والفرص السانحة لتنمية القدرة على رسم سياسات مستنيرة بالبيّنات في بلدان إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛
- وتناقش إعداد البيّنات في الإقليم، والموارد والقدرات المتاحة لإعداد البيّنات، وآراء واضعي السياسات وتصوراتهم بشأن استخدام البيّنات البحثية في اتخاذ قراراتهم؛
- وتقدم لمحة عامة عن التوصيات (بما فيها قرارات منظمة الصحة العالمية) والمقررات الإجرائية الحالية المتعلقة بتعزيز رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات؛
- وتطرح نهجاً متعدد المفاهيم لرسم سياسات مستنيرة بالبيّنات، وطرقاً لزيادة القدرات المؤسسية الوطنية؛
- وتقتراح إطار عمل إقليمياً لتحسين القدرات المؤسسية الوطنية على استخدام البيّنات في رسم السياسات الصحية بإقليم شرق المتوسط، لتعتمده اللجنة الإقليمية.

6. وتعكس هذه الورقة أولويات برنامج العمل العام الثالث عشر للمنظمة 2019-2023، والتركيز العالمي على تحقيق أهداف التنمية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة (2، 3).

### مصادر البيّنات اللازمة لرسم السياسات المستنيرة بالبيّنات في مجال الصحة

7. يعتمد رسم سياسات صحية مستنيرة بالبيّنات على استخدام أفضل البيّنات المتاحة، مع مراعاة السياقات والاحتياجات والأولويات والموارد الوطنية، لتحسين الحصائل الصحية للسكان (4-7). وفي حين أن طبيعة البيّنات قابلة للمناقشة، فإن البيّنات المُستمدة من بحوث كمية أو نوعية هي المصدر الرئيسي للمعرفة عند رسم سياسات مستنيرة بالبيّنات (8، 9). ويمكن أن تساعد البيّنات البحثية على ما يأتي:

- تحسين عمليات إعداد السياسات؛
- انتقاء خيارات السياسات التي تكون أكثر فعالية وكفاءة؛
- التنبؤ بالآثار المحتملة للسياسات على شتى الفئات الاجتماعية والاقتصادية (اعتبارات الإنصاف)؛
- الوقوف على العوامل التي تُيسّر أو تعوق تنفيذ السياسات؛
- تقييم تأثير السياسات على الحصائل (7، 8، 10، 11).

8. وقد تأتي البيّنات البحثية من دراسات كبيرة أو دراسات تدخلية أو استعراضات منهجية للبيّنات، علاوة على الدراسات الصغيرة التي تُركّز على مسائل وطنية، بما في ذلك الدراسات التي تُقيّم فعالية خيارات السياسات أو مردودية هذه الخيارات. على سبيل المثال، تشمل تقييمات التكنولوجيا الصحية تقييمات المأمونية والفعالية والمردودية والآثار الأوسع نطاقاً لإدخال التكنولوجيا في نظام الرعاية الصحية. أضف إلى ذلك أن تقديم توليفة من النتائج المُستقاة من بحوث نوعية هو أفضل رد على التساؤلات التي تتعلق، على سبيل المثال، بجدوى تنفيذ سياسة ما في هذا المجال، أو بمدى تقبّل المهنيين الصحيين أو غيرهم من أصحاب المصلحة لسياسة ما، أو بانطباق متلقي الرعاية الصحية أو عامة الناس عن سياسة ما (12).

9. ورغم إيلاء قدر كبير من الاهتمام لدور البيّنات المُستخلصة من البحوث، فإن واضعي السياسات، عند اتخاذهم قرارات مستنيرة بالبيّنات، يلتمسون ويستخدمون أيضاً مصادر أخرى للبيّنات (مثل

البيانات) لوضع السياسات الصحية. ويستخدم واضعو السياسات بياناتٍ مُعبّرةً عن الأوضاع الوطنية لتحديد الأولويات، ورسم خطة للسياسات، وتوجيه مواردهم وإجراءاتهم إلى المجالات الرئيسية التي تستدعي الاهتمام. وتُستخدم البيانات الوطنية أيضاً في استكمال البيّنات المُستمدة من البحوث. وتتسم البيانات والمعلومات الصحية المُعبّرة عن الأوضاع الوطنية بأهمية قصوى لفهم ما يأتي: (1) حالة الصحة والمرض وأسباب الوفاة، وتوزيعها داخل شتى الفئات السكانية؛ (2) وتوزيع عوامل الخطر والسلوكيات (مثل السمنة والتدخين) التي تؤثر في الحصائل الصحية؛ (3) وقدرة الخدمات الصحية وحالتها، والانتفاع بالرعاية الصحية في البلد (13). وتشمل المصادر الرئيسية للبيّنات نُظُم المعلومات الصحية الروتينية (بما في ذلك التقارير الخاصة بأسباب الوفاة)، والدراسات الاستقصائية الوطنية الخاصة بالأسر أو المرافق الصحية، ونُظُم ترصد الأمراض أو عوامل الخطر أو الأحداث الضارة، وسجلات معينة (مثل سجلات السرطان). وقد يكون لمصادر البيانات المذكورة أثر عميق على القرارات والسياسات الخاصة بتقديم الخدمات. على سبيل المثال، قد يؤثر تقرير واحد يتلقاه النظام الوطني لترصد "التيقظ الدوائي" في توفير مستحضر صيدلاني معين على المستوى الوطني. وتُجمّع بعض البلدان جميع التقارير المتعلقة بالبيّنات في مرصد وطني للصحة، أو تُقدّم لواجبي السياسات لوحات متابعة المعلومات، مما يسمح لهم بالاطلاع بسهولة على المؤشرات الرئيسية. وعلى الرغم من أن البيّنات الوطنية كثيراً ما تُستخدم في رسم السياسات، فربما تضيع فرص متعلقة بالسياسات أو ربما تُتخذ قرارات خاطئة حينما تكون هذه البيّنات غير كافية أو غير موثوق بها أو قديمة أو غير مُقدّمة في الوقت المناسب.

10. وتُجري أيضاً وزارات الصحة دراسات بحثية واستقصائية مُخصّصة الغرض أو منتظمة لرصد أو تقييم تنفيذ السياسات، أو لتجريب تدخلات جديدة، أو لتقييم آثار السياسات، أو للوقوف على مدى رضا المنتفعين بالرعاية الصحية عن الخدمات الصحية التي تقدمها الوزارات أو انطباعهم عن هذه الخدمات.<sup>1</sup> وتُعدّ هذه الدراسات البحثية مصدراً مهماً من المصادر التي يحصل منها واضعو السياسات على البيّنات، وإن كانت هذه الدراسات لا تُناقش بالتفصيل في المؤلفات المتعلقة برسم سياسات مستنيرة بالبيّنات.

<sup>1</sup> من أمثلة الدراسات الروتينية: دراسات التيقظ الدوائي، والدراسات الاستقصائية الخاصة بالمعارف والمواقف والممارسات، والدراسات الاستقصائية الخاصة برضا المرضى، وتقارير التدقيق، وتقييمات جودة الرعاية.

## الجدول 1. مصادر البيّنات والمنتجات المعرفية المفيدة في الإجابة عن أسئلة السياسات

المنتجات المعرفية الرئيسية التي تجيب عن أسئلة السياسات	المصادر المعتادة للبيّنات	السؤال الرئيسي
موجزات السياسات صحائف وقائع البيانات مراصد المعلومات الصحية	الدراسات الاستقصائية للأسر والمرافق دراسات التصدّد المعلومات الصحية الروتينية دراسات أعباء الأمراض وأسباب الوفاة	ما القضايا/المشكلات الرئيسية ذات الأولوية فيما يخص اتخاذ القرارات؟
مبادئ توجيهية بشأن الصحة السريرية أو العامة دراسات تقييم التكنولوجيات الصحية موجزات السياسات	الاستعراضات المنهجية للدراسات التدخلية الدراسات التدخلية دراسات التصدّد (من أجل المأمونية)	ما الذي يمكن القيام به (تدخلات السياسات المحتملة ومأمونيتها وفعاليتها)؟
دراسات تقييم التكنولوجيات الصحية مبادئ توجيهية بشأن الصحة السريرية أو العامة موجزات السياسات	الاستعراضات المنهجية لدراسات الفعالية من حيث التكلفة وضع النماذج الاقتصادية وتحليل التكاليف	هل خيارات السياسات فعالة من حيث التكلفة؟
موجزات السياسات الحوار بشأن السياسات دراسات تقييم التكنولوجيات الصحية مبادئ توجيهية بشأن الصحة السريرية أو العامة	الاستعراضات المنهجية للدراسات النوعية وضع النماذج الاقتصادية وتحليل التكاليف الدراسات النوعية تقييمات العمليات الدراسات الاستقصائية الخاصة بمقدمي الخدمات والمنتفعين بها	ما مدى جدوى خيارات السياسات (الاستدامة، والقدرة على تحمل التكاليف، والمقبوليّة، واستراتيجيات التنفيذ)؟

11. وخلاصة القول أن البيّنات البحثية، لا سيّما إذا كانت نابغة من البلد (أو تتعلق باحتياجات البلد وموارده وأولوياته)، تساعد على تحديد المشكلات (مثل المشكلات المتعلقة بالصحة والشواغل الخاصة بالسياسات)، واختيار أهداف السياسات التي من المرجح أن تتحقق، وانتقاء خيارات السياسات التي تكون ذات فعالية أو مردودية أكبر. ويُسترشد بالبيّنات والمؤشرات الوطنية الموثوق بها في تحديد أولويات ومجالات العمل الخاص برسم السياسات، وتكلفة تنفيذ السياسات وجدوى تنفيذها مقارنةً بخيارات السياسات البديلة (4، 5، 13، 14). وترد في الجدول 1 قائمة بالمصادر المختلفة للبيّنات والمنتجات المعرفية الأنسب للإجابة عن شتى أسئلة السياسات.

## التحدّيات والفرص الحالية في الإقليم

12. توجد في إقليم شرق المتوسط "ثلاثة تيارات متوازية رسّمت، ولا تزال ترسم، ملامح استخدام البيّنات البحثية في السياسات الصحية" (14). وتتعلق هذه التيارات بالطلب المتزايد في صفوف واضعي السياسات على البيّنات البحثية والمعلومات الصحيحة لوضع السياسات الصحية، وتوفّر البيّنات وملاءمتها وحسن توقيتها، والعوائق الهيكلية والعملية التي تحوّل دون استخدام البيّنات في رسم السياسات الصحية. وعلى الرغم من أن هذه التحديات لا ينفرد بها الإقليم، فإن معالجتها أمر لا غنى عنه من أجل النجاح في تنفيذ الاستراتيجيات التي تهدف إلى تحسين رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات. ويُناقش التياران الأول والثاني في هذا القسم، ويُناقش التيار الثالث في أقسام لاحقة.

## دعم واضعي السياسات لاستخدام البيّنات في رسم السياسات

13. أبدى وزراء الصحة في بلدان الإقليم التزامهم بتوظيف البيّنات البحثية في اتخاذ قرارات اللجنة الإقليمية وغيرها من الهيئات، مما يعكس الحوار الوطني الذي يُجرى في كثير من البلدان، وتزايد إدراك أن الاسترشاد بالبيّنات عند اتخاذ القرارات أمر ذو أولوية (15-19). وتعكس أيضاً هذه الالتزامات زيادة بروز مسألة الصحة في المناقشات السياسية، وخطط التنمية الوطنية، وفي أوقات الانتخابات في العديد من البلدان. كما أن هذا المستوى من التمحيص والتدقيق قد أضفى مزيداً من الأهمية على تبرير السياسيين لقراراتهم ودعمهم لها ببيّنات بحثية، وعلى استخدام بيانات المؤشرات الوطنية والبحوث لتقييم وإثبات نتائج سياساتهم (8، 20). وإضافةً إلى ذلك، أدى تزايد طلب السكان على الخدمات الصحية وارتفاع أعداد المستّين إلى زيادة تكاليف الرعاية الصحية، ما أسفر عن زيادة إنعام النظر في السياسات الصحية.

## توفّر البيّنات البحثية وصحتها وملاءمتها وحسن توقيتها

14. يُعدّ نقص البحوث الصادرة عن بلدان إقليم شرق المتوسط أحد العوائق الرئيسية التي تحول دون اتخاذ قرارات مستنيرة بالبيّنات في بلدان الإقليم. ومن العوامل التي تسهم في هذا النقص: الافتقار إلى الموارد المالية والقدرة الأكاديمية اللازمة لإجراء البحوث ونشرها، وعدم كفاية تركيز البحوث الحالية على الأولويات الوطنية والمسائل المُوجّهة نحو السياسات، والمشكلات المتعلقة بجودة ما أُجري من بحوث، وصعوبة العثور على مخرجات بحثية نابغة من بلدان الإقليم.

15. ويتمثل أحد العوائق الرئيسية بالإقليم في عدم كفاية التمويل المُخصّص للبحوث. وكانت دعوة باماكو إلى العمل على إجراء بحوث من أجل الصحة في عام 2008 (21) خطوةً مهمةً للفت انتباه واضعي السياسات إلى هذه المسألة على الصعيد العالمي. وقد سبق أن وُجّهت دعوات عديدة لزيادة التمويل المُخصّص للبحوث الصحية. وفي عام 1990، أعلنت لجنة البحوث الصحية من أجل التنمية أنّ "البلدان ينبغي أن تستثمر ما لا يقل عن 2% من النفقات الصحية الوطنية لدعم الدراسة البحثية الأساسية التي تُجرى في مجال الصحة على الصعيد الوطني" وتعزيز القدرات البحثية، وأنّ "وكالات المساعدة الإنمائية ينبغي أن ... تُخصّص ما لا يقل عن 5% من مساعدات المشروعات الصحية للبحوث الصحية الوطنية الأساسية ولبناء القدرات البحثية" (22).<sup>2</sup> وعلى الرغم من أن الإقليم قد شهد، بوجه عام، زيادة في تمويل البحوث الصحية على مر السنين، لا يزال مستوى هذا التمويل منخفضاً جداً بالنسبة إلى الناتج المحلي الإجمالي العام لبلدان الإقليم (23).

16. وعلى الرغم من نقص التمويل، أظهرت الدراسات، ومنها الدراسات التي أُجريت بتكليف من المنظمة، وجود زيادة كبيرة في المخرجات البحثية الإقليمية المتعلقة بالصحة (24-28). وخلال 10 سنوات (من 2004 إلى 2013)، زاد الإنتاج الكلي للبحوث المتعلقة بالصحة في الإقليم بمقدار خمسة أضعاف، وزاد نصيب الإقليم من إجمالي الناتج البحثي العالمي من 0.85% إلى 2.36%، ولكن لا تزال هذه النسبة قليلة جداً في ضوء حصته في التعداد السكاني العالمي (التي تقل قليلاً عن 10%). وكانت جمهورية إيران الإسلامية قد شهدت أسرع زيادة في المخرجات البحثية، تليها مصر، والمملكة العربية السعودية، وتونس وباكستان. وفي نهاية هذه الفترة، كان نصيب الفرد من المخرجات البحثية المتعلقة بالصحة هو

<sup>2</sup> تكررت هذه الدعوة في قرار جمعية الصحة العالمية بشأن البحوث الصحية في عام 2005 (6). واقترح قرار آخر لجمعية الصحة العالمية في عام 2010 المؤشر التالي كمقياس لأداء منظمة الصحة العالمية: "ما لا يقل عن 5% من مجموع ميزانية المنظمة الأساسية والمساهمات الطوعية المقدمة للمنظمة المُخصصة لدعم البحوث في المنظمة، بما في ذلك الأموال المُخصّصة لتنفيذ وتقييم استراتيجيات البحوث ... (17)".

الأعلى في قطر، تليها جمهورية إيران الإسلامية، وتونس، والكويت، ولبنان (24، 26، 28). وترجع أهمية هذا الاتجاه التصاعدي للمخرجات البحثية إلى أن ملاءمة البحوث للأوضاع المحلية هي أحد الشواغل الرئيسية في عملية رسم سياسات مستنيرة بالبيّنات (29). ولذلك، يجب أن يعم هذا الاتجاه التصاعدي جميع بلدان الإقليم. وأظهرت الدراسة أيضاً أن نسبة كبيرة من جميع المنشورات البحثية في الإقليم تصدر عن عدد قليل من المؤسسات الأكاديمية (الجدول 2، في الصفحة الآتية).

17. وإضافةً إلى ذلك، حققت معظم البلدان تحسناً كبيراً في تطبيق معايير أخلاقيات البحوث استجابةً لقرار سابق للجنة الإقليمية (30).

18. وعلى الرغم من هذه التحسينات، لا تزال توجد تحديات مهمة. وهناك مخاوف من قلة المنشورات البحثية التي تُركّز على الموضوعات الصحية ذات الأولوية لوضعي السياسات، ومنها احتياجات الفئات المستضعفة والمحرومة. أضف إلى ذلك أن طرق البحث المُتَّبعة في البحوث المنشورة غالباً ما تعجز عن تقديم بيّنات من شأنها أن تساعد على توجيه القرارات الخاصة بالسياسات (31). على سبيل المثال، تنتج المؤسسات الأكاديمية في الإقليم عدداً قليلاً نسبياً من الاستعراضات المنهجية للدراسات التدخلية. وعلى مدار العقد الماضي، كان لمؤسسة كوكرين (التي كانت تُعرف في السابق باسم شبكة كوكرين للتعاون) مركزان جغرافيان فقط في الإقليم (في البحرين وجمهورية إيران الإسلامية). ولا يعمل منهما حالياً سوى مركز واحد<sup>3</sup>. أضف إلى ذلك محدودية القدرة على إجراء تجارب عشوائية مضبوطة أو الإشراف عليها، إذ لا يوجد في الإقليم سوى سجلين معتمدين من منظمة الصحة العالمية للتجارب العشوائية المضبوطة (32، 33)<sup>4</sup>. ولا تُجرى الدراسات التدخلية ودراسات التقييم الاقتصادي في الإقليم بكثرة، على الرغم من أن طرق البحث هذه يمكن أن تقدم بيانات تساعد على اتخاذ القرارات الصحية، أي إنها توفر البيّنات اللازمة لإجراء دراسات تقييم التكنولوجيا الصحية وإعداد أو تكييف مبادئ توجيهية بشأن الصحة السريرية والعامة (34-37). كما أن البحوث النوعية ضرورية أيضاً لأنها ترصد آراء وتصورات متلقي الرعاية الصحية ومُقدِّمها، والمديرين، ومتخذي القرارات. وغالباً ما يكون البحث النوعي هو المصدر المُفضَّل للبيّنات من أجل الوقوف على العوامل التي تعوق أو تُيسِّر تطبيق السياسات (12) (الجدول 1). إلا أن الدراسات النوعية غير شائعة في الإقليم. وقد يكون العثور على بيّنات بحثية تحدياً في حد ذاته، لأن الدراسات قد تكون منشورة بلغات وطنية، ولذلك يصعب استرجاعها من خلال عمليات البحث المعتادة عن المؤلفات. وغالباً ما يشير واضعو السياسات إلى أن أحد عوائق رسم سياسات مسترشدة بالبيّنات يتمثل في صعوبة الحصول على منشورات بحثية وثيقة الصلة وموثوق بها (29).

3 توقف مركز كوكرين في البحرين عن العمل.

4 في جمهورية إيران الإسلامية (<https://www.ircr.ir>) ولبنان (<http://lbcir.emro.who.int>). وقد أنشئ الغاني رسمياً في آب/أغسطس 2019.

الجدول 2. المؤسسات الخمسة والعشرون في إقليم شرق المتوسط التي أنتجت معظم المقالات البحثية المفهرسة في PubMed المنشورة بين عامي 2004 و2013 في مجال الطب البيولوجي والصحة (28)

البلد	المؤسسة	المقالات المنشورة <sup>(1)</sup>	~141000
1	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة طهران للعلوم الطبية	6.0
2	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة شهيد بهشتي للعلوم الطبية	3.2
3	المملكة العربية السعودية	جامعة الملك سعود	3.2
4	تونس	جامعة تونس المنار	2.5
5	مصر	جامعة القاهرة	2.4
6	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة شيراز للعلوم الطبية	2.1
7	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة أصفهان للعلوم الطبية	2.1
8	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة آزاد الإسلامية	1.6
9	مصر	جامعة المنصورة	1.6
10	لبنان	الجامعة الأمريكية في بيروت	1.6
11	باكستان	جامعة الأغا خان	1.6
12	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة تبريز للعلوم الطبية	1.5
13	تونس	جامعة صفاقس	1.4
14	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة مشهد للعلوم الطبية	1.4
15	مصر	جامعة عين شمس	1.3
16	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة طهران	1.2
17	الكويت	جامعة الكويت	1.2
18	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة تربية مدرس	1.2
19	مصر	جامعة الإسكندرية	1.1
20	المملكة العربية السعودية	مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث	1.1
21	تونس	جامعة المنستير	1.0
22	الأردن	جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية	0.9
23	مصر	المركز القومي للبحوث	0.9
24	الإمارات العربية المتحدة	جامعة الإمارات العربية المتحدة	0.9
25	عُمان	جامعة السلطان قابوس	0.8
	المجموع		43.8
		61731	

<sup>(1)</sup> تشمل بيانات الجامعات بيانات المستشفيات التعليمية أو المراكز البحثية التابعة لهذه الجامعات. وتُنسب المنشورات إلى المؤسسة التي ينتمي إليها المؤلف الرئيسي.

### مبادرات لتعزيز توفر البيّنات اللازمة لرسم السياسات الصحية

19. سعت المنظمة والدول الأعضاء في الإقليم إلى تحسين توفر البيّنات البحثية وزيادة استخدامها في رسم السياسات. ووافقت اللجنة الإقليمية في قرار اتخذته عام 2001 على "تخصيص 2% من أموال «البعثات المشتركة لمراجعة البرامج والتخطيط» من أجل دعم أنشطة البحوث الصحية الإقليمية" (30). وفي عام 2011، دعت اللجنة الإقليمية "الدول الأعضاء ذات الدخل المرتفع إلى التبرع

بالأموال لدعم البحث الإقليمي في مجالات الصحة العامة ذات الأولوية" (38). ولكن يبدو أن هذه القرارات لم تُحدث، على أرض الواقع، فرقاً كبيراً في محدودية الأموال المتاحة للبحوث ذات الأولوية القصوى في الإقليم.

20. وكان إنشاء الفهرس الطبي لإقليم شرق المتوسط مبادرة مهمة من جانب المكتب الإقليمي استجابةً لقرار اللجنة الإقليمية في عام 1978. ويجري العمل بنشاط في الفهرس الطبي منذ عام 1987، ويوفر هذا الفهرس إمكانية الاطلاع على بحوث منشورة بلغات وطنية، أو بحوث منشورة في مجلات أكاديمية غير مُدرجة في قواعد البيانات الدولية الرئيسية للمؤلفات الأكاديمية (39). ويشتمل الفهرس الطبي حالياً على أكثر من 200000 تنويه مقتبس من 668 مجلة مُحكّمة في مجال العلوم الصحية والطب البيولوجي نُشرت في 20 بلداً من بلدان الإقليم. ومن المبادرات المهمة الأخرى إنشاء المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية. وتُعدّ هذه المراكز أحد أوجه التزام الدول الأعضاء بمساعدة المنظمة على أداء مهمتها، بما في ذلك إيجاد البيّنات اللازمة لرسم السياسات. ونظراً إلى تزايد قدرات المؤسسات الأكاديمية في الإقليم، تهدف المنظمة حالياً إلى زيادة عدد المراكز المتعاونة في الإقليم (40).

21. وكان التقرير العالمي عن المعرفة من أجل صحة أفضل: تعزيز النظم الصحية تقريراً حاسماً ودعوةً عالميةً إلى زيادة الاهتمام برسم سياسات مسترشدة بالبيّنات، لا سيّما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط (41). وأسفر التقرير عن القرار التاريخي رقم ج ص ع 34.58 الذي اتخذته جمعية الصحة العالمية في عام 2005، ودعت فيه إلى الترجمة التطبيقية للمعارف بوصفها استراتيجية رئيسية وحثّت الدول الأعضاء على ما يلي (6):

- وضع وتنفيذ أو تعزيز سياسة وطنية للبحوث الصحية مع تقديم الدعم السياسي المناسب، وتخصيص ما يكفي من التمويل والموارد البشرية لإجراء بحوث النظم الصحية؛
- تشجيع التعاون مع شركاء آخرين في مجال البحوث الصحية من أجل تيسير إجراء هذه البحوث داخل أنظمتهم الصحية؛
- وضع أو تعزيز آليات لنقل المعرفة دعماً لنُظم تقديم الرعاية الصحية والصحة العامة المسندة بالبيّنات، وسياسات متعلقة بالصحة قائمة على البيّنات.

22. وإضافةً إلى ذلك، أُنشئت في عام 2005 شبكة السياسات المسترشدة بالبيّنات لإقامة شبكات من الباحثين الأكاديميين وواضعي السياسات وتعزيز جدول أعمال رسم السياسات المسترشدة بالبيّنات على المستويات العالمية والإقليمية والوطنية (42). وتبحث شبكة السياسات المسترشدة بالبيّنات عن عمليات واستراتيجيات من شأنها أن تقدّم خيارات سياسات موثوق بها (رسائل قابلة للتطبيق) من خلال توليف أفضل البيّنات المتاحة (الشكل 1).

23. وزاد توسيع نطاق مفهوم رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات ليشمل: (1) الاستراتيجيات التي تزيد من طلب واضعي السياسات للبيّنات البحثية، (2) وإنتاج البحوث التي تلبي الاحتياجات الخاصة بالسياسات؛ (3) والعمليات التي تعزز ترجمة البيّنات البحثية إلى سياسات وممارسات (10). وعلاوة على ذلك، جرى الترويج لعمليتي إعداد موجزات السياسات واستخدام الحوارات التي تدور حول السياسات على أنهما من الأدوات والمنصات التي تُيسّر وضع سياسات صحية شفافة، وتعرض الفوائد والتحديات التي قد تظهر إذا اتبع واضعو السياسات مسار عمل واحداً دون غيره من المسارات المُقدّمة (14، 43). وعلى الرغم من أن إنشاء شبكة السياسات المسترشدة بالبيّنات قُوبل بحماس واسع النطاق في أمريكا اللاتينية، ثم في أوروبا لاحقاً، كان اعتماد هذا المفهوم واستخدامه في رسم السياسات في



بلدان إقليم شرق المتوسط مقصوراً على بضعة بلدان، خصوصاً لبنان. وكانت نهج هذه الشبكة تميل إلى التركيز على القرارات المتعلقة بالسياسات التي كانت أكثر تعقيداً وأقل ملاءمة للعمليات الموحدة الخاصة بتوليف المعلومات من أجل اتخاذ القرارات، مثل تقييمات التكنولوجيات الصحية (انظر أدناه).

24. وأبرزت قرارات اللجنة الإقليمية في عامي 2008 و2011، على التوالي، التزام الدول الأعضاء في الإقليم "بزيادة وعي واضعي السياسات بأهمية استخدام البيّنات البحثية في اتخاذ القرارات وتعزيز قدراتهم في هذا الصدد" (44)، و"بإنشاء وتعزيز شبكات مختلفة على المستوى الوطني للنهوض بالتعاون البحثي داخل البلدان واسترشاد السياسة الصحية والتخطيط بنتائج البحوث" (38).



الشكل 1: من البحث النظري إلى اتخاذ القرار (41)

25. وقد وُضعت نهج أخرى لتعزيز رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات، ولكن تحت مظلات مختلفة. وجرى الترويج لتقييم التكنولوجيات الصحية على أنه نهج لاستخدام أفضل البيّنات البحثية المتاحة إلى جانب البيّنات المحلية لتقييم مأمونية التكنولوجيات (مثل الأدوية والأجهزة والإجراءات) وفعاليتها ومردوديتها وجدواها ومقبوليتها في نظم الرعاية الصحية (5، 35، 45). وتعزز عمليات تقييم التكنولوجيات الصحية النظم التي تكون فيها إضافةً تكنولوجيات جديدة إلى النظم الصحية قاصرةً على توصيات سليمة مستمدة من دراسات تقييم التكنولوجيات الصحية وقائمةً على هذه التوصيات (46، 47). وتُعتبر أيضاً المبادئ التوجيهية الخاصة بالممارسات السريرية والمبادئ التوجيهية الخاصة بالصحة العامة من المنتجات المعرفية التي تهدف إلى تحسين اتخاذ قرارات مستنيرة بالبيّنات على صعيد الصحة السريرية أو العامة. وقد أسهمت المنظمة إسهاماً كبيراً في وضع طرق يُسترشد بها في إعداد هذه المبادئ التوجيهية. ووضعت أيضاً جدول أعمال لضمان أن التوصيات الواردة في المبادئ التوجيهية للمنظمة تستند إلى بيّنات سليمة (34). وأما دليل المنظمة الخاص بإعداد المبادئ التوجيهية فيمكن اعتماده على المستوى الوطني من قِبَل البلدان التي لديها الموارد اللازمة للقيام بذلك. وقد تعاونت المنظمة في الآونة الأخيرة مع مؤسسات أكاديمية من شتى أنحاء العالم من أجل زيادة استخدام البيّنات النوعية في رسم السياسات من خلال وضع نهج جديد لتحديد مقدار الثقة التي يجب أن تحظى بها النتائج المستخلصة من توليفات البيّنات النوعية (12، 48) (الجدول 1).

26. وإضافةً إلى ذلك، كان أحد برامج العمل المكثفة التي قامت بها المنظمة والدول الأعضاء بالإقليم يهدف إلى تعزيز القدرة الوطنية على استخدام المعلومات الصحية الروتينية وبيانات أسباب الوفاة، والإبلاغ عن المؤشرات الأساسية. وعملاً بقرارات اللجنة الإقليمية في عام 2013، ساعد البرنامج على إجراء تحسينات جوهرية في نظم المعلومات الصحية الوطنية بجميع بلدان الإقليم (13، 20، 49، 50).

## برنامج لتعزيز القدرات المؤسسية الوطنية على الاستفادة من البيّنات في السياسات الصحية

27. يتطلب رسم سياسات مستنيرة بالبيّنات وصول القدرات المؤسسية إلى مستوى من شأنه أن يدعم متخذي القرارات على نحو موثوق به وفي الوقت المناسب. وربما يفتقر كثير من وزارات الصحة إلى هذه القدرات. والقدرات المؤسسية هي التيار الثالث، الذي سبق أن أشرنا إليه في هذه الورقة، الذي يؤثر في رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات في الإقليم (14). وفي الغالب، لا تحدد القرارات السابقة الصادرة عن المنظمة (قرارات جمعية الصحة العالمية أو اللجنة الإقليمية) بشأن رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات المتطلبات المؤسسية. وذهب منشور صدر عام 2007 عن التحالف التابع للمنظمة المعني ببحوث السياسات والنظم الصحية إلى أبعد من ذلك في تحديد المتطلبات المؤسسية الوطنية لرسم سياسات مستنيرة بالبيّنات (51)، ولكن كان التقرير يركز على المؤسسات الأكاديمية، ولم يُحدّد المتطلبات اللازمة داخل وزارات الصحة. وأثبتت أيضاً أعمال أخرى ضرورة توسيع نطاق الجهود الرامية إلى بناء القدرات المؤسسية (52). ومن المثير للاهتمام أن اللجنة الإقليمية اتخذت في عام 2008 قراراً التمسّت فيه إنشاء وحدات بحثية داخل وزارات الصحة (44). ونقّدت معظم وزارات الصحة في الإقليم هذا القرار. ومن ناحية أخرى، كانت اللجنة الإقليمية قد أوصت في عام 2011 بإنشاء شبكات معنية بالسياسات المستنيرة بالبيّنات، ولكن لم تدفع هذه التوصية إلى اتخاذ إجراءات ذات شأن في البلدان (38). وربما تكون الطبيعة غير المُحدّدة لتوصية عام 2011 أحد أسباب محدودية تنفيذها.

28. أضف إلى ذلك أن بعض أدوات السياسات والمنتجات المعرفية التي تدعو إليها المنظمة (الجدول 1) يُيسّر الاستفادة من البيّنات في رسم السياسات: موجزات السياسات، ودراسات تقييم التكنولوجيات الصحية، والمبادئ التوجيهية الخاصة بالصحة السريرية والعامّة. وتشير البيانات إلى أن بلدان الإقليم تفتقر معظمها إلى برامج وطنية لإجراء و/أو تكييف دراسات تقييم التكنولوجيات الصحية، ولتكييف أو إعداد مبادئ توجيهية بشأن الممارسات السريرية والصحة العامّة (34، 35، 53). وكذلك قليلة هي بلدان الإقليم التي تستخدم أو تصدر موجزات سياسات منتظمة بشأن سياساتها الوطنية الرئيسية المتعلقة بالصحة. ولتغيير هذا الوضع، ينبغي مراعاة الاحتياجات المختلفة لوزارات الصحة في ضوء سياقها وظروفها وأولوياتها. وينبغي أيضاً النظر في شتى أنواع المسائل التي يواجهها واضعو السياسات وتتطلب اتخاذ قرارات مسترشدة بالبيّنات (الجدول 1).

29. وتوسعت المنظمة منذ عام 2015 في برنامج عملها في الإقليم مع التركيز على القدرات المؤسسية وعمليات وضع السياسات التي تعزز رسم سياسات صحية مستنيرة بالبيّنات. واستجابةً لطلبات خاصة مُقدّمة من وزارات الصحة، ساعدت المنظمة البلدان على إعداد موجزات السياسات، واستخدام البيّنات النوعية في اتخاذ القرارات، وتحديد الأولويات البحثية. وفيما يلي بعض الأنشطة الرئيسية التي تشمل الإقليم بأسره:

- إعداد خريطة تُوضّح قدرة المؤسسات البحثية الإقليمية على إجراء البحوث الصحية (54، 55)؛
- دراسات بيبليوغرافية إحصائية (ببليومترية) للإنتاج البحثي المتعلق بالصحة في الإقليم (24، 28)؛
- مشاورات مع الخبراء بشأن إعداد وتكييف مبادئ توجيهية مسندة بالبيّنات (2015)؛
- بناء القدرات الإقليمية (تدريب المدربين) بشأن إعداد موجزات السياسات (2015 و2016).

30. وعُرضت حصائل الأنشطة المذكورة أعلاه، إلى جانب تجارب البلدان في تعزيز رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات، في حدث أُقيم في عام 2017 في إسلام آباد قبل انعقاد اللجنة الإقليمية لعام 2017.

واستجابةً لهذا العرض، طلبت اللجنة الإقليمية من المنظمة "إرساء آليات إقليمية لدعم رآب الفجوات بين المؤسسات البحثية المعنية وراسمي السياسات، وترجمة البيّنات البحثية إلى بيانات للسياسات الصحية، ودعم إرساء آليات وطنية في هذا الشأن"، وتعمدت في الوقت نفسه ببناء "القدرات الوطنية على استخدام البيّنات المستمدة من البحوث الصحية في رسم السياسات الصحية الوطنية"(1). وتآبعت الأنشطة الآتية توصيات اللجنة الإقليمية.

- التآاور مع الخبراء بشأن النهج الرامية إلى تحسين القدرات المؤسسية على اتخاذ قرارات مستنيرة بالبيّنات (2017)؛
- التآاور مع الخبراء بشأن وضع خطط وطنية لإجراء دراسات استقصائية أسرية (2017)؛
- نشر ورقة موقف في المجلة الصحية لشرق المتوسط لتسليط الضوء على التزام المنظمة ونهجها (2017) (14)؛
- إجراء استعراض مفاهيمي للأساليب الحالية المتبعة في تعزيز القدرات المؤسسية على ترجمة البيّنات إلى سياسة (2018) (Elsayed O, Rashidian A, Elfeky S, Mandil A. Unpublished ) (paper, 2019)؛
- عرض الأنشطة الإقليمية في اجتماع تآاوري عالمي للمنظمة بشأن ترجمة البيّنات إلى سياسة (2018)؛
- تقييم حالة القدرات المؤسسية على ترجمة البيّنات إلى سياسة في بلدان الإقليم (2018-2019) (انظر الجدول 3 للاطلاع على النتائج الرئيسية)؛
- اجتماع إقليمي للمراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية لإعادة تقييم أدوار هذه المراكز ومهامها (2019)؛
- مشاورة إقليمية بشأن تعزيز نظم المعلومات الصحية القطرية والقدرات الخاصة برصد التغطية الصحية الشاملة، وأهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة (2019)؛
- اجتماع رفيع المستوى بشأن ترجمة البيّنات إلى سياسة (2019). وناقش هذا الاجتماع، للمرة الأولى، شتى استراتيجيات ترجمة البيّنات إلى سياسة: عمليات الترجمة التطبيقية للمعارف، ودراسات تقييم التكنولوجيات الصحية، وإعداد المبادئ التوجيهية وتكييفها، والدراسات الاستقصائية والبيانات الروتينية، والدراسات المخصصة الغرض المستخدمة في دعم رسم السياسات.

### الجدول 3. حالة رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات في بلدان إقليم المنظمة لشرق المتوسط

- (أ) النتيجة الرئيسية 1: رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات يُنظر إليه بعين التفهُم والاستحسان في الإقليم
- رأى 90% أن منظماتهم تدعم استخدام البيّنات البحثية في اتخاذ القرارات
  - رأى 69% أن منظماتهم تدعم تنمية المهارات المهنية لمُحلي السياسات
  - أفاد 74% بالانتظام في حضور الاجتماعات الخاصة بإعداد السياسات
- (ب) النتيجة الرئيسية 2: توفرُ الموارد والقدرات على رسم سياسات مستنيرة بالبيّنات يشكّلان تحديّين مهمّين
- رأى 51% أن منظماتهم تقدم دعماً كافياً لإنفاذ رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات
  - أبلغ 13% فقط عن وجود أي سياسة حالية للإلزام باستخدام البيّنات البحثية في رسم السياسات
  - أجرت 21% فقط من المنظمات أكثر من خمسة مشروعات بحثية تناولت الاحتياجات الوطنية اللازمة لدعم رسم السياسات الصحية
  - لدى حوالي 10% من المنظمات أكثر من خمسة محللين للسياسات

ج) آراء المستجيبين حول السُّبُل التي تستطيع المنظمة من خلالها أن تساعد البلدان في إعداد السياسات المستنيرة بالبيّنات	
<p>في مجال وضع الآليات الإقليمية:<sup>أ</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• إعداد موجزات السياسات استناداً إلى السياق الإقليمي/القُطري (75%)</li> <li>• تيسير الاتصال بين الباحثين وراسمي السياسات (73%)</li> <li>• زيادة إتاحة الموارد التي توفر البيّنات (60%)</li> <li>• إتاحة منصة لأفضل الممارسات يسهل الدخول إليها (58%)</li> <li>• وضع مبادئ توجيهية بشأن ممارسات الصحة العامة/الممارسات السريرية (57%)</li> <li>• إعداد فريق (فرق) الاستجابة السريعة من أجل استعراض وتوليف بيّنات مراعية للسياق في حالات الطوارئ (48%)</li> </ul>	<p>في مجال تحسين القدرات الوطنية:<sup>أ</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بناء قدرات الباحثين وراسمي السياسات ومحلي السياسات (83%)</li> <li>• تقديم توصيات بالإعدادات المؤسسية والأدلة العملية لاستخدام البيّنات في رسم السياسات (73%)</li> <li>• إتاحة برامج التوجيه والمشورة التقنية، بالإضافة إلى الخبراء والأدوات ذات الصلة (72%)</li> </ul>

أُعبّر النسب المئوية المذكورة بين قوسين عن المستجيبين الذين دعموا الإجراء.

المصدر: دراسة استقصائية شملت 68 شخصاً من كبار واضعي السياسات (بما في ذلك عدد قليل من وزراء الصحة السابقين) وكبار مطوري السياسات (داخل وزارات الصحة والأوساط الأكاديمية) من جميع بلدان الإقليم الاثنتين والعشرين (2019-2018) (Elsayed O, Rashidian A, Elfeky S, Mandil A. Unpublished paper, 2019).

## انتقاء النهج الملائم لتحسين القدرات المؤسسية الوطنية على استخدام البيّنات في رسم السياسات

31. تتباين بلدان الإقليم في قدراتها الوطنية وكذلك في احتياجاتها وأولوياتها، وعلى إطار العمل الخاص بتحسين القدرات المؤسسية على استخدام البيّنات في رسم السياسات أن يراعي الظروف المختلفة والتوقعات الوطنية (المربع 1). كما ينبغي أن يعتمد إطار العمل أيضاً على الخبرة الدولية ويأخذ بعين الاعتبار نجاح أو فشل التوصيات السابقة. ولكن في الوقت ذاته، قد يجد بلد ما طرقاً أو نهجاً مختلفة تتناسب مع احتياجاته الخاصة.

<p>المربع 1. العوامل التي تؤثر على انتقاء النهج الملائم لتحسين القدرات المؤسسية الوطنية على رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات</p> <p>تتباين القدرات المؤسسية الوطنية اللازمة حسب السياق، وتختلف من بلدٍ إلى آخر. وبالتالي، على كل بلد أن يأخذ بعين الاعتبار العوامل التالية للوصول إلى الحل الملائم له.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• السكان الوطنيون والاحتياجات التي تفرضها الأولويات</li> <li>• قدرة المؤسسات الأكاديمية على إجراء بحوث صحية صحيحة وموثوق بها أو توليف البحوث</li> <li>• قدرة المؤسسات الأكاديمية على توفير تدريب حول التخصصات الرئيسية والطرق اللازمة لرسم سياسات مستنيرة بالبيّنات، مثل الاستعراضات المنهجية، والمردودية ووضع النماذج الاقتصادية، وإعداد موجزات السياسات؛ ووضع المبادئ التوجيهية ومواءمتها، وتحليلات السياسات، والدراسات النوعية وتوليف البحوث النوعية، والتحليلات الإحصائية</li> <li>• وجود مؤسسات ذات تميز تقني مرتبطة بوزارة الصحة (مثل المعاهد الوطنية للصحة العامة؛ والمعاهد الوطنية للبحوث الصحية)</li> <li>• توافر الموارد المالية لإجراء بحوث صحية وتوليف البحوث</li> </ul>
--

- وجود وحدات معنية داخل وزارة الصحة، أو توافر فرصة إنشاء مثل هذه الوحدات (مثل/وحدات السياسات الصحية، وإدارات التخطيط، ووحدات البحث والتطوير، ووحدات تقييم التكنولوجيا الصحية)

32. بالإضافة إلى ما سبق، هناك حاجة إلى مجموعة من الأبعاد لتوجيه عملية اختيار طريقة إعداد أو تحسين القدرات المؤسسية الوطنية على استخدام البيّنات في رسم السياسات (المربع 2). وهذه الأبعاد ليست خيارات ثابتة، بل تستطيع البلدان الانتقاء من بين مجموعة من الخيارات المتاحة في البُعد الواحد، ومن المهم أن يُنظر بعناية في الخيارات التي يتعين انتقاؤها. كما يمكن الاختيار من بين البدائل الواقعة ضمن بعض الأبعاد لمختلف المسائل المتعلقة بالسياسات. فعلى سبيل المثال، قد يقرر بلد ما عقد حوار مكثف وإشراك أصحاب المصلحة بشأن بعض السياسات (السياسات الحساسة من الناحية السياسية أو السياسات العالية التأثير) بينما يُشرك أصحاب المصلحة في سياسات أخرى على نحو أكثر انتقائية.

المربع 2. الأبعاد التي يُستشهد بها في اختيار طريقة إعداد أو تحسين القدرات الوطنية المؤسسية على استخدام البيّنات في رسم السياسات

البُعد 1: نهج متكامل متعدد المفاهيم أو نهج ذات مفهوم واحد

البُعد 2: المواءمة أو الاستحداث

البُعد 3: دور المؤسسات الأكاديمية

البُعد 4: مستوى إشراك أصحاب المصلحة

البُعد 5: مستوى توحيد الأساليب والإجراءات الشكلية لعملية إعداد السياسات

### البُعد 1: نهج متكامل متعدد المفاهيم أو نهج ذات مفهوم واحد

33. تتطلب عملية رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات في مجال الصحة إعداد برامج وعمليات لتحديد الموضوعات الصحية ذات الأولوية وأفضل البيّنات المتاحة لانتقاء التدخلات الفعّالة، ووضع نهج اتخاذ القرارات التي تأخذ بعين الاعتبار أفضل البيّنات المتاحة. وكما ذكر سابقاً، توجد مجموعة من المنتجات المعرفية المختلفة (الجدول 1) لتحسين رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات. ولكن تُنقذ البرامج غالباً بمعزلٍ عن بعضها البعض بل وتتنافس على نفس الموارد المحدودة للغاية في أغلب بلدان الإقليم (موارد مالية وخبرات بشرية).

34. هناك تداخل لافت في الخبرة التقنية المطلوبة لإعداد مختلف المنتجات المعرفية والتقارير بشأن توليف البيّنات. على سبيل المثال، يتطلب إعداد أو مواءمة الممارسات السريرية أو المبادئ التوجيهية للصحة العامة وتقييمات التكنولوجيات الصحية استيعاباً تقنياً للاستعراضات المنهجية ووضع النماذج الاقتصادية. وقد تقدّم تقييمات التكنولوجيات الصحية تقيماً للتكنولوجيات والممارسات السريرية أو قد تغطي المبادئ التوجيهية للصحة العامة أمراضاً أو قضايا صحية محل اهتمام، إلا أنه يمكن الاستفادة من نتائج تقييمات التكنولوجيات الصحية في إعداد هذه المبادئ التوجيهية. كما تشكل النتائج والتوصيات التي تسفر عنها تقييمات التكنولوجيات الصحية ومبادئها التوجيهية قاعدة العديد من موجزات السياسات. وبالإضافة إلى ذلك، فقد يستفيد تقييم التكنولوجيات الصحية أو أحد المبادئ التوجيهية الوطنية من الحوار العام. وتتطلب كل هذه النهج إدارة أي تضارب للمصالح بصورة واضحة لضمان عدم تأثر هذه العملية بأي تحيزات شخصية أو مالية في غير محلها (34). وعلاوة على ذلك، يُعتبر فهم البيانات الوطنية واستخدامها شرطاً لإعداد جميع المنتجات المعرفية المذكورة أعلاه أو مواءمتها. وعلى الرغم من الحاجة إلى منتجات مختلفة لمسائل السياسات المختلفة (الجدول 1)،

للتقريب بين النهج فوائده؛ إذ يمكن أن ينظم عملية رسم السياسات الوطنية ويسمح بالاستفادة من الخبرات والموارد المحدودة المتاحة في أغلب وزارات الصحة أو الهيئات المرتبطة بها.

35. لقد أطلقت دعوة إلى ربط النهج المختلفة لاستخدام البيّنات في رسم السياسات أو دمجها مع بعضها البعض (46)، ولكن لم تُناقش هذه الدعوة أو تُعتمد على نطاق واسع. ولقد نوقش النهج المتكامل المتعدد المفاهيم (الشكل 2) بشأن القدرات المؤسسية الوطنية على استخدام البيّنات في رسم السياسات في اجتماع عُقد في شباط/فبراير 2019 في لبنان حول القدرات المؤسسية على استخدام البيّنات في رسم السياسات. واستُخدمت المداولات التي جرت في هذا الاجتماع لمواصلة إعداد وتنقيح إطار عمل لرسم السياسات المستنيرة بالبيّنات في بلدان الإقليم.



الشكل 2. نهج متكامل متعدد المفاهيم لاستخدام البيّنات في رسم السياسات الصحية  
(Rashidian A, unpublished report, 2019)

36. وقد اعتمدت بلدان كثيرة نهجاً موازياً لرسم السياسات المستنيرة بالبيّنات التي، على سبيل المثال، لا ترتبط فيها برامج المبادئ التوجيهية بتقييمات التكنولوجيات الصحية أو بمبادرات الحوار بشأن السياسات. وقد تقع أيضاً هذه المبادرات داخل قطاعات متنافسة بوزارات الصحة. وعلى الرغم من أنه يمكن تفهّم هذه النهج غير المتكاملة، يُستحسن أن تُجمَع معاً تحت مظلة واحدة<sup>5</sup>. أي إننا، فيما يتعلق بهذا البُعد الخاص بالتحليل، نوصي بأن تسعى جميع البلدان إلى المُضي قدماً صَوْبَ نهج متعدد المفاهيم؛ ويتعارض ذلك مع أبعاد التحليل الأربعة الأخرى الواردة في هذه الورقة، حيث ينبغي لكل بلد أن يختار النهج الذي يناسبه. وقد يكون من الصعب وضع نهج متكامل متعدد المفاهيم بسبب اختلاف الاهتمامات والأولويات، إلا أنه ينبغي أن يؤتي ثماره على المدى البعيد.

## البُعد 2: المواءمة أو الاستحداث

37. على البلدان أن تقرر منذ البداية إذا كانت تعتزم استحداث المبادئ التوجيهية المطلوبة، أو تقارير تقييمات التكنولوجيات الصحية، أو موجزات السياسات، أم إنه من الأفضل لها مواءمة الوثائق

<sup>5</sup> قد تتّبع البلدان نهجاً غير متكاملة من خلال برامج موازية لتقييم التكنولوجيات الصحية (مثل فصل الأدوية عن الأجهزة الطبية) أو برامج إرشادية وطنية (مثل فصل الممارسة السريرية عن المبادئ التوجيهية للصحة العامة). ولا يُنصح بهذه النهج غير المتكاملة لأنها تؤدي إلى إهدار موارد قيّمة وربما تتسبب في عدم توافق العمليات المهمة لرسم السياسات.

المتاحة من مصادر موثوق بها (مثل، المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، أو موجزات السياسات الإقليمية للمنظمة وتقارير تقييم التكنولوجيا الصحية من البلدان التي يوجد لديها برامج مُطبّقة). وفيما يخص معظم القضايا ذات الأولوية في معظم بلدان الإقليم، يُفضل مواءمة المنتجات المعرفية المتاحة (إذا كانت مرتبطة باحتياجات البلد وأولوياته) (المربع 3). ولكن قد يكون صعباً مواءمة التحليلات الاقتصادية أو تقييمات الجدوى من سياقٍ إلى آخر.

### المربع 3. القدرة الوطنية على استحداث توليف بيّنات لرسم السياسات الصحية: جمهورية إيران الإسلامية

في جمهورية إيران الإسلامية، يُعد إدراج الصحة والتعليم الطبي تحت وزارة واحدة مثلاً على النظام الصحي المتكامل، حيث يستفيد راسمو السياسات من التعاون الوثيق مع المؤسسات الأكاديمية. ولقد كان للجهود الوطنية لبناء القدرات على تعزيز استخدام البحوث في رسم السياسات داخل البلد دوراً مهماً في استحداث سياسات مستنيرة بالبيّنات على نحو أفضل. كما أسفرت هذه الجهود أيضاً عن تحسين القدرة الوطنية على إجراء استعراضات منهجية، ودراسات تقييم اقتصادية وبعوث نوعية.

ويتولى المعهد الوطني الإيراني للبحوث الصحية (التابع لكل من جامعة طهران للعلوم الطبية ووزارة الصحة والتعليم الطبي) إعداد واستخدام بيّنات وموجزات السياسات، وإجراء حوارات حول السياسات، كما يعمل مرصداً للصحة ووحدة للاستجابات السريعة. ولقد ظل المعهد يعمل على تطوير تقييمات التكنولوجيا الصحية لأكثر من 80 تكنولوجيا جديدة. وتبدأ دراسات تقييم التكنولوجيا الصحية من مؤسسات أكاديمية، نيابةً عن وزارة الصحة والتعليم الطبي. كما وضع المعهد خطة وطنية لإجراء الدراسات الاستقصائية الأسرية الوطنية المرتبطة بالصحة. وتُجرى إدارة الأغذية والعقاقير الإيرانية أيضاً دراسات حول تقييم التكنولوجيا الصحية لاتخاذ قراراتها بشأن أدوية في السوق لأول مرة. وعلاوة على ذلك، يُستشهد بنتائج تقييمات التكنولوجيا الصحية في استحداث أو مواءمة بروتوكولات الرعاية السريرية الوطنية للأدوية الباهظة الثمن.

38. وقد يكون قرار البتّ في تكييف أو إعداد أحد المنتجات المعرفية اللازمة لإحدى المسائل المتعلقة بالسياسات في البلدان ذات الدخل المنخفض أو التي تشهد حالات طوارئ قراراً مخالفاً للتوقعات. على سبيل المثال، يكون لدى البلدان المتأثرة بالطوارئ العديد من المسائل المتعلقة بالسياسات، ولكن لا يوجد لديها كثير من المنتجات المعرفية التي استحدثت من قبل للتعامل مع هذه المسائل. ومن ثمّ، فإنها تحتاج إلى إعداد هذه المنتجات، ولكنها في الوقت نفسه تفتقر إلى الموارد اللازمة للقيام بذلك بسبب ظروف الطوارئ. وبالإضافة إلى ذلك، قد لا تغطي المنتجات المعرفية المتاحة كثيراً من المسائل الموجودة في البلدان المنخفضة الدخل بصورة كافية. وفي مثل هذه الظروف، قد لا يمتلك البلد القدرة على إرساء عمليات قوية لإعداد المنتجات المعرفية، مما يجعل دعم المنظمة والهيئات الدولية الأخرى أمراً بالغ الأهمية.

### البُعد 3: دور المؤسسات الأكاديمية

39. يركّز هذا البُعد على مستوى إشراك المؤسسات الأكاديمية في عمليات استخدام البيّنات في رسم السياسات. ومن ناحية، يمكن الوثوق في مراكز الامتياز الأكاديمية لاستحداث توليفات البيّنات والمنتجات المعرفية المطلوبة التي يحتاج إليها راسمو السياسات لاتخاذ القرارات (مثلاً، من خلال الاتفاقات التعاقدية أو مذكرات التفاهم). على سبيل المثال، يوجد تعاون وثيق بين وزارة الصحة وإحدى المؤسسات الأكاديمية المستقلة في لبنان (المربع 4). ولكن من ناحية أخرى، يمكن تعزيز الوحدات التقنية الموجودة في وزارة الصحة، حتى تُعد ملخصات البيّنات وتُعد خيارات السياسات داخلياً. أما الخيارات المتاحة بين الناحيتين، فقد تتضمن على سبيل المثال الاعتماد على معهد وطني للصحة العامة (تابع لوزارة الصحة أو تربطه بها علاقة وثيقة)<sup>6</sup> لإنجاز هذا العمل نيابةً عن الوزارة. وفي

<sup>6</sup> تختلف أسماء هذه المعاهد من بلد إلى آخر. على سبيل المثال، قد يُطلق عليها: المعهد الوطني للصحة العامة، أو المدرسة الوطنية للصحة العمومية، أو المعهد الوطني للبحوث الصحية، أو المعهد الوطني للصحة.

الوقت الذي يضطلع فيه هذا المعهد بدورٍ في رسم السياسات الصحية الوطنية في جمهورية إيران الإسلامية (المربع 3)، فإن هناك أمثلة أخرى على هذا النوع من التعاون في الإقليم، كما هو الحال في أفغانستان، والمغرب، وفلسطين، وباكستان، والسودان، وتونس، مع تباين الموارد وحجم المشاركة في رسم السياسات الوطنية الصحية. ومؤخراً في عام 2019، أوكلت وزارة الصحة في المغرب إلى المدرسة الوطنية للصحة العمومية مهمة إعداد برنامج لإدارة المعارف لتحسين رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات في البلد.

#### المربع 4. الدعم المُقدّم من مؤسسة أكاديمية مستقلة لرسم السياسات المستنيرة بالبيّنات: لبنان

طبّق لبنان برنامجاً موسعاً للاسترشاد بالبيّنات البحثية في رسم السياسات من خلال التعاون مع إحدى المؤسسات الأكاديمية المستقلة. ويشارك مختلف راسمي السياسات ومنتخذي القرارات في جميع مراحل عملية ترجمة المعارف. ولقد طلب البرلمان اللبناني من الوحدات الأكاديمية المساعدة في التشريعات المعنية بالأغذية والسلامة.

ويعمل مركز ترشيد السياسات الصحية (K2P) بالجامعة الأمريكية في بيروت على توليف البيّنات، ووضع المعارف في سياق محدد، وإشراك الأطراف المعنية للتأثير على السياسات والإجراءات الصحية. ولقد أُطلقت المبادرة العالمية لتوليف البيّنات لبناء قدرات القطاعات وتعزيزها في مجال إصدار البيّنات واستخدامها لدعم السياسات والممارسات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويقع مقر أمانة هذه المبادرة في مركز المراجعات النُظمية لسياسات الصحة وأبحاث الأنظمة بالجامعة الأمريكية في بيروت. وينصب اهتمام مركز تصنيف تقييم التوصيات وإعداد التقييمات بالجامعة على إصدار الاستعراضات المنهجية، وإعداد المبادئ التوجيهية لتعزيز الرعاية الصحية المسندة بالبيّنات.

#### البُعد 4: مستوى إشراك الأطراف المعنية

40. قد يكون مستوى إشراك أصحاب المصلحة محدوداً أو واسع النطاق. ويمكن أن يتراوح بين مُشاورات قليلة مع الخبراء أو الفرق المهنية العاملة في إعداد وثائق السياسات إلى إشراك أصحاب المصلحة بالكامل في إعداد السياسات وإجراء الحوارات العامة على الإنترنت أو وجهاً لوجه على مدار المراحل المختلفة من عملية إعداد السياسات.<sup>7</sup> وبالنسبة لهذا البُعد، قد يبدو معقولاً أن يحدد البلد الحد الأدنى لمستوى إشراك أصحاب المصلحة، ثم يمكن طلب زيادة حجم المشاركة متى كان ذلك ضرورياً. ومرة أخرى، سيمثّل سياق كل بلد أحد العوامل الرئيسية في تحديد مستوى إشراك أصحاب المصلحة. على سبيل المثال، قد تتطلب القرارات المتعلقة بالسياسات استجابةً لإحدى حالات الكوارث أو الطوارئ على المستوى الوطني، على الرغم من حساسيتها الشديدة، إجراءات سريعة لاتخاذ قرارات. ومن ثمّ، ينبغي أن يتغير مستوى إشراك أصحاب المصلحة بما يكفل اتخاذ القرارات المتعلقة بالسياسات الوطنية في الوقت المناسب.

#### البُعد 5: مستوى توحيد الأساليب والإجراءات الشكلية لإعداد السياسات

41. يتطلب تطوير منتجات معينة لاستخدام البيّنات في رسم السياسات (مثل المبادئ التوجيهية المسندة بالبيّنات وتقييمات التكنولوجيات الصحية) استخدام الطرق الواضحة المُشار إليها في بداية الوثيقة (ويكون ذلك عادةً جزءاً من السياسة الوطنية). وقد تحتاج منتجات أخرى إلى بعض التعديلات في الطرق، حسب الموضوع. وعلى وجه الخصوص، فإن عملية إدراج مصادر البيّنات الأخرى، مثل البيانات الوطنية، والتكاليف واعتبارات الجدوى قد تتباين من سياسةٍ إلى أخرى حسب السياق.

<sup>7</sup> قد تتضمن أصحاب المصلحة على سبيل المثال: الجمعيات أو الرابطة المهنية، أو اتحادات مقدّمي خدمات الرعاية الصحية، أو فئات المرضى، أو المنظمات غير الحكومية، أو أعضاء البرلمان وأصحاب المناصب المُنتخبة، أو جمعيات حماية المستهلك، أو الجمهور العام.



42. كما يمكن للبلد أن يقرر كيف ستتأثر عملية اتخاذ القرارات بتوصيات السياسات الصادرة عن المصادر المختلفة للبيّنات والمنتجات المعرفية (الجدول 1، والشكل 2): هل ستكون توصيات السياسات مُلزِمة لعملية اتخاذ القرارات أم هل ستكون التوصيات ذات طابع استشاري بالدرجة الأولى؟ ولكن، ينبغي استيفاء شرطين أساسيين في هذا الصدد: (1) معالجة حالات تضارب المصالح (على مختلف مستويات عملية استخدام البيّنات في رسم السياسات)، (2) وأخذ توصيات السياسات بعين الاعتبار على الأقل بواسطة راسمي السياسات، حتى لو جاءت قراراتهم مخالفة للخيارات الموصى بها. ومن دون استيفاء الشرط الأول، قد تتضمن عملية استخدام البيّنات في رسم السياسات مشورة ضارة أو متضاربة في عملية اتخاذ القرارات. ومن دون استيفاء الشرط الثاني، ستكون عملية استخدام البيّنات في رسم السياسات غير مكتملة.

#### إطار عمل لتحسين القدرات المؤسسية الوطنية على استخدام البيّنات في رسم السياسات

43. أُعدَّ إطار عمل لتحسين القدرات المؤسسية الوطنية على استخدام البيّنات في رسم السياسات الصحية في إقليم شرق المتوسط من خلال التعاون المتواصل بين منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء منذ عام 2015. وكما ذُكر في هذه الورقة، ركزت هذه الأنشطة على تحسين القدرات الإقليمية والوطنية على إعداد موجزات السياسات (أو المبادئ التوجيهية) ومواءمتها، وإعداد البيّنات وتولييفها، وعمليات اتخاذ القرارات وتحديد النهج الفعّالة لإضفاء الطابع المؤسسي على القدرات الوطنية على رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات. وتستعرض هذه الورقة المعلومات التقنية الأساسية للإطار وأسباب التوصيات العملية الواردة فيه.

44. ينبغي أن يعقب هذا الإطار استراتيجية عمل لتوجيه الدعم الذي تقدمه المنظمة إلى البلدان في انتقاء الإعدادات المؤسسية الملائمة أكثر من غيرها للاحتياجات الوطنية ومواءمتها. وعلى المنظمة أن تواصل عملها على بناء قدرات الباحثين، وراسمي السياسات، ومحلي السياسات بشأن استخدام البيّنات في رسم السياسات (مثل إعداد موجزات السياسات، وعمليات الحوار حول السياسات ومواءمة المبادئ التوجيهية). كما ينبغي أن تطور المنظمة القدرات والعمليات الإقليمية لتحديد الأولويات وإعداد موجزات السياسات الأساسية استناداً إلى السياقات الإقليمية والقُطرية. وينبغي أن يوضع في الاعتبار مواءمة المبادئ التوجيهية العالمية للمنظمة بما يتماشى مع الوضع في الإقليم (وذلك بدعم من المنظمة)، وإعداد مبادئ توجيهية للمسائل ذات الأولوية الإقليمية (في حالة عدم وجود مبادئ توجيهية للمنظمة في هذا الشأن). وعلى المنظمة أن تواصل تيسير الاتصال بين الباحثين وراسمي السياسات، وتوسيع نطاق إتاحة موارد البيّنات من خلال المنصات الإقليمية. وينبغي على وجه الخصوص أن تأخذ المنظمة بعين الاعتبار تدريب فرق الاستجابة السريعة لتقييم وتولييف البيّنات الخاصة بمسائل مراعية لسياق حالات الطوارئ حيث تغيب عملية استخدام البيّنات في رسم السياسات أو تكون غير واضحة.

45. كما يلقي الإطار الضوء على مجموعة من الإجراءات كي تنفذها البلدان في إطار جهودها الرامية إلى تحسين القدرات المؤسسية الوطنية على رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات. وبعض القدرات لا غنى عنها لجميع وزارات الصحة، بغض النظر عن الاحتياجات والسياقات الوطنية لكل منها. ويكفل هذا المستوى من القدرة المؤسسية تمكّن فرق دعم السياسات من تحديد موقع المنتجات المعرفية التي قد تكون مرتبطة بمسائل السياسات ذات الأولوية وتقييمها وربما أيضاً مواءمتها. كما يمكن أن تضع البلدان في اعتبارها اتخاذ مزيدٍ من الإجراءات وفقاً لاحتياجاتها وقدرتها (مثلاً في حالات الطوارئ أو النزاعات، والسكان الوطنيين، والموارد الأكاديمية، والموارد المالية)، ويشمل ذلك إنشاء أو تقوية الهيئات المرتبطة بذلك والتي تستطيع دعم عملية رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات في مجال الصحة.

## المراجع

1. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean resolution EM/RC64/R.1 on the Annual report of the Regional Director for 2016. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2017.
2. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2015.
3. Mahjour J, Mirza Z, Rashidian A, Atta H, Hajjeh R, Thieren M, et al. "Promote health, keep the world safe, serve the vulnerable" in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.* 2018;24(4):323–4.
4. The WHO strategy on research for health. Geneva: World Health Organization; 2012.
5. World Health Report 2013. Research for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2013.
6. Resolution WHA58.34. Ministerial Summit on Health Research. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2005 ([http://www.wpro.who.int/health\\_research/policy\\_documents/ministerial\\_summit\\_on\\_health\\_research\\_may2005.pdf?ua=1](http://www.wpro.who.int/health_research/policy_documents/ministerial_summit_on_health_research_may2005.pdf?ua=1), accessed 13 August 2019).
7. Macintyre S, Petticrew M. Good intentions and received wisdom are not enough. *J Epidemiol Community Health.* 2000;54(11):802–3.
8. Rashidian A. Policy and programme evaluation: principles and objectives. *East Mediterr Health J.* 2017;23(1):3–4.
9. Brownson RC, Chiqui JE, Stamatakis KA. Understanding evidence-based public health policy. *Am J Public Health.* 2009;99:1576–1583.
10. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ.* 2006;84(8):620–8.
11. Resolution WHA63.21. WHO strategy on research for health (Annex 7). In: Sixty-third World Health Assembly, Geneva, 17–21 May 2010. Resolutions and decisions, annexes. Geneva, 2010 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63-REC1/WHA63\\_REC1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-en.pdf), accessed 16 August 2019).
12. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gulmezoglu M, et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med.* 2015;12(10):e1001895.
13. Alwan A, Ali M, Aly E, Badr A, Doctor H, Mandil A, et al. Strengthening national health information systems: challenges and response. *East Mediterr Health J.* 2016;22(11):840–50.
14. Rashidian A, Mandil A, Mahjour J. Improving evidence-informed policy-making for health in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.* 2018;23(12):793–4.

15. El-Jardali F, Lavis JN, Ataya N, Jamal D, Ammar W, Raouf S. Use of health systems evidence by policymakers in eastern Mediterranean countries: views, practices, and contextual influences. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:200.
16. Haq Z, Hafeez A, Zafar S, Ghaffar A. Dynamics of evidence-informed health policy making in Pakistan. *Health Policy Plan.* 2017; 32(10):1449–56.
17. Al Mawali AHN, Al Qasmi AM, Al Sabahi SMS, Idikula J, Abd Elaty MA, Morsi M, et al. Oman Vision 2050 for health research: a strategic plan for the future based on the past and present experience. *Oman Med J.* 2017;32(2):86–96.
18. Majdzadeh R, Yazdizadeh B, Nedjat S, Gholami J, Ahghari S. Strengthening evidence-based decision-making: is it possible without improving health system stewardship? *Health Policy Plan.* 2012;27(6):499–504.
19. Maleki K, Hamadeh RR, Gholami J, Mandil A, Hamid S, Butt ZA, et al. The knowledge translation status in selected Eastern Mediterranean universities and research institutes. *PLoS One.* 2014;9(9):e103732.
20. Eastern Mediterranean Region: framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance 2017. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2018 ([http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB\\_2017\\_EN\\_16766.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2017_EN_16766.pdf?ua=1), accessed 30 August 2019).
21. Bamako Call to Action on Research for Health. Strengthening research for health, development and equity. Global Ministerial Forum on Research for Health. Bamako, Mali, November 17–19 2008 (<http://www.who.int/rpc/news/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.pdf>, accessed 18 March 2011).
22. Commission on Health Research for Development. Health research. Essential link to equity in development. Oxford; Oxford University Press; 1990 ([http://www.cohred.org/downloads/open\\_archive/ComReports\\_0.pdf](http://www.cohred.org/downloads/open_archive/ComReports_0.pdf), accessed 30 September 2019).
23. Røttingen JA, Regmi S, Eide M, Young AJ, Viergever RF, Ardal C, 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;382(9900):1286–1307.
24. Tadmouri GO, Mandil A, Rashidian A. Development of an Eastern Mediterranean Region search strategy for biomedical citations indexed in PubMed. *East Mediterr Health J.* 2017;23(9):619–29.
25. Ismail SA, McDonald A, Dubois E, Aljohani FG, Coutts AP, Majeed A, et al. Assessing the state of health research in the Eastern Mediterranean Region. *J R Soc Med.* 2013;106(6):224–33.
26. El Rassi R, Meho LI, Nahlawi A, Salameh JS, Bazarbachi A, Akl EA. Medical research productivity in the Arab countries: 2007–2016 bibliometric analysis. *J Global Health* 2018; 8(2). doi: 10.7189/jogh.08.020411.

27. UNESCO Science Report: toward 2030. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO); 2015.
28. Tadmouri GO; Mandil A; Rashidian A. Biomedical and health research geography in the Eastern Mediterranean Region (2004–2013). *East Mediterr Health J.* 2019;25(x):xxx–xxx.  
<https://doi.org/10.26719/emhj.19.082>
29. Yousefi-Nooraie R, Rashidian A, Nedjat S, Majdzadeh R, Mortaz-Hedjri S, Etemadi A, et al. Promoting development and use of systematic reviews in a developing country. *J Eval Clin Pract.* 2009;15(6):1029–34.
30. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean resolution EM/RC48/R.8 on renewed health research for development in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2001.
31. Rashidian A, Jahanmehr N, Jabbour S, Zaidi S, Soleimani F, Bigdeli M. Bibliographic review of research publications on access to and use of medicines in low-income and middle-income countries in the Eastern Mediterranean Region: identifying the research gaps. *BMJ Open.* 2013;3:10 e003332.
32. Al-Gasseer N, Shideed O. Clinical trial registration in the Eastern Mediterranean region: a luxury or a necessity? *East Mediterr Health J.* 2012;18(2):108–11.
33. Solaymani-Dodaran M, Khalili D, Hosseini H, Najafi L, Kamali K, Ranjbar P, et al. Iranian Registry of Clinical Trials two years on and the timing of registrations. *J Evid Based Med.* 2011;4(3):168–71.
34. WHO handbook for guideline development – 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014.
35. 2015 Global survey on health technology assessment by national authorities. Main findings. Geneva: World Health Organization; 2015.
36. Schünemann HJ MR, Brozek J, Santesso N, Alonso-Coello P, Guyatt G, Scholten R, et al; GRADE Working Group. GRADE Guidelines: 16. GRADE evidence to decision frameworks for tests in clinical practice and public health. *J Clin Epidemiol.* 2016;76:89–98.
37. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008;336(7650):924–6.
38. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean resolution EM/RC58/R.3 on strategic directions for scaling up research for health in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2011.
39. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean resolution EM/RC28A/R9 on the regional medical library. Alexandria: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 1978.

40. Rashidian A, Mandil A, ElFeky S, Al-Mandhari A. WHO collaborating centres in the Eastern Mediterranean Region: an agenda for action and improvement. *East Mediterr Health J*. 2018;24(11):1035–7.
41. World report on knowledge for better health: strengthening health systems. Geneva: World Health Organization; 2004.
42. Hamid M, Bustamante-Manaog T, Viet Dung T, Akkhavong K, Fu H, Ma Y et al. EVIPNet: translating the spirit of Mexico. *Lancet*. 2005;366(9499):1758–60.
43. SURE guides for preparing and using evidence-based policy briefs. Version 2.1 – updated November 2011. The SURE Collaboration; 2011 ([https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/sure\\_guides.html](https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/sure_guides.html), accessed 30 September 2019).
44. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean resolution EM/RC55/R.7 on bridging the gap between health researchers and policy-makers in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2008.
45. Banta D. The development of health technology assessment. *Health Policy*. 2003;63(2):121–32.
46. Garrido MV, Gerhardus A, Røttingen JA, Busse R. Developing health technology assessment to address health care system needs. *Health Policy*. 2010;94(3):196–202.
47. Wild C, Stricka M, Patera M. Guidance for the development of a National HTA-strategy. *Health Policy Technol*. 2017;6(3):339–47.
48. Lewin S, Bohren M, Rashidian A, Munthe-Kaas H, Glenton C, Colvin CJ, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 2: how to make an overall CERQual assessment of confidence and create a summary of qualitative findings table. *Implement Sci*. 2018;13(Suppl 1):10.
49. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean resolution EM/RC60/R.7 on the regional strategy for the improvement of civil registration and vital statistics systems 2014–2019. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2013.
50. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean resolution EM/RC60/R.8 on monitoring health situation, trends and health system performance. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2013.
51. World Health Organization and Alliance for Health Policy and Systems Research. Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy (edited by Andrew Green and Sara Bennett). Geneva: World Health Organization; 2007.
52. Shroff Z, Javadi D, Gilson L, Kang R, Ghaffar A. Institutional capacity to generate and use evidence in LMICs: current state and opportunities for HPSR. *Health Res Policy Syst*. 2017;15(1):94.

53. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean resolution EM/RC53/R.7 on medical devices and equipment in contemporary health care systems and services. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2006.
54. El-Jardali F, Mandil A, Jamal D, BouKarroum L, El-Feky S, Nour M, et al. Engagement of health research institutions in knowledge translation in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.* 2018;24(7):672–9.
55. Mandil A, El-Jardali F, El-Feky S, Nour M, Al-Abbar M, Bou-Karroum L. Health research institutional mapping: an Eastern Mediterranean Regional perspective. *East Mediterr Health J.* 2018;24(2):189–97.

## إطار عمل لتحسين القدرات المؤسسية الوطنية على استخدام البيّنات في رسم السياسات الصحية في إقليم شرق المتوسط

الدعم الذي تُقدّمه منظمة الصحة العالمية وشركاء التنمية الآخرون	الإجراءات القُطرية	فئات البلدان
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تقديم الدعم التقني بشأن انتقاء أساليب مؤسسية وطنية مناسبة من أجل رسم سياسات مستنيرة بالبيّنات</li> <li>• تقديم الدعم التقني لعملية بناء القدرات الوطنية الرئيسية من أجل رسم سياسات مستنيرة بالبيّنات</li> <li>• دعم إعداد الموجزات السياسية ذات الأهمية الإقليمية</li> <li>• دعم مواءمة المبادئ التوجيهية العالمية للمنظمة بما يتناسب مع السياق الإقليمي بشأن الموضوعات ذات الأولوية القصوى</li> <li>• دعم إعداد المبادئ التوجيهية المتعددة البلدان أو الإقليمية بشأن الموضوعات ذات الأولوية القصوى</li> <li>• إنشاء شبكة إقليمية من المؤسسات التي تدعم بفعالية رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات على المستوى الوطني</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وضع آليات لتنظيم تضارب المصالح وإدارته في مجال رسم السياسات</li> <li>• تحسين قدرة إدارة التخطيط في وزارة الصحة على إجراء التقييم الدقيق للتقارير حول المنتجات المعرفية وتوليف البيّنات (مثل موجزات السياسات، وتقييمات التكنولوجيات الصحية، والمبادئ التوجيهية، والاستعراضات المنهجية)</li> <li>• ضمان إتاحة مصادر البيّنات البحثية الصحية لوزارة الصحة (مثلاً، من خلال برنامج منظمة الصحة العالمية الخاص بمبادرة الشبكة الدولية الصحية لتيسير الوصول إلى نتائج البحوث الصحيّة "هيناري HINARI")</li> <li>• تحسين تقارير أسباب الوفيات والمرصد الوطني للمؤشرات الصحية، ومنها تقارير الترصد</li> </ul>	أ جميع البلدان
<ul style="list-style-type: none"> <li>• دعم إعداد الموجزات السياسية ومواءمة المبادئ التوجيهية للمنظمة بما يتناسب مع السياق الإقليمي بشأن الموضوعات ذات الأولوية القصوى</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ضمان توافر الحد الأدنى للقدرة (الخصائص الوبائية وتحليل التكاليف) على إعداد تقارير حول السياسات</li> <li>• التركيز على مواءمة تقارير توليف البيّنات ذات الأولوية القصوى بما يتناسب مع الأوضاع الوطنية</li> <li>• إدراج أموال الموارد الخاصة بأنشطة استخدام البيّنات في رسم السياسات ضمن طلبات الجهات المانحة لتحسين القدرات الوطنية</li> </ul>	ب البلدان ذات الموارد الأكاديمية المحدودة
<ul style="list-style-type: none"> <li>• دعم إعداد الموجزات السياسية ومواءمة المبادئ التوجيهية للمنظمة بما يتناسب مع الأولويات الوطنية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• إدراج أموال الموارد الخاصة بأنشطة استخدام البيّنات في رسم السياسات ضمن طلبات الجهات المانحة لتحسين القدرات الوطنية</li> </ul>	ج البلدان المتأثرة بحالات طوارئ مديدة أو حادة

كما ورد في (أ)	<p>بالإضافة إلى (أ):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• إعداد برامج لتقييمات التكنولوجيات الصحية ومواءمة/إعداد المبادئ التوجيهية بالتعاون مع المؤسسات الأكاديمية</li> <li>• إعداد عمليات رسمية لاستخدام البيّنات في رسم السياسات، ومنها إعداد موجزات السياسات وإجراء حوارات حول السياسات</li> <li>• تشكيل فريق مضطلع باستخدام البيّنات في رسم السياسات في وزارة الصحة، على أن يشمل جميع مجالات الخبرات الرئيسية</li> <li>• إعداد خطط للدراسات الاستقصائية الأسرية الوطنية المتوسطة الأمد (10 سنوات على سبيل المثال)</li> <li>• إعداد سجل فعّال بحالات الإصابة بالسرطان وبرنامج التيقّظ الدوائي</li> </ul>	د البلدان ذات الموارد/القدرات الأكاديمية الهائلة والكثافة السكانية المنخفضة
كما ورد في (أ)	<p>بالإضافة إلى (أ) و(د):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• إنشاء معاهد تتبع وزارة الصحة (مثل: المعهد الوطني للصحة العامة، والمعهد الوطني للبحوث الصحية، والمعهد الوطني للصحة وتميز الرعاية) وإسناد إليها مهمة: التكليف بالمبادئ التوجيهية الوطنية وتقييمات التكنولوجيات الصحية وموجزات السياسات، أو تطويرها، أو تقييمها، أو مواءمتها</li> <li>• تحسين قدرة المؤسسات الأكاديمية على تغطية جميع المجالات اللازمة لاستخدام البيّنات في رسم السياسات</li> </ul>	هـ البلدان ذات الموارد/القدرات الأكاديمية الهائلة والكثافة السكانية المرتفعة