

البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة

(Harmonized metadata template - format version 1.0)

0. معلومات المؤشر

a. الهدف

الهدف 3: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار.

b. الغاية

الغاية 3-8: تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والجيدة والفعالة والميسورة التكلفة.

c. المؤشر

المؤشر 3-8-1: نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية الأساسية.

d. السلسلة

SH_ACS_UNHC - مؤشر الخدمات المقدمة في إطار تحقيق التغطية الصحية الشاملة [1.8.3]

e. تحديث البيانات الوصفية

15 كانون الأول/ديسمبر 2023

f. المؤشرات ذات الصلة

تم تصميم دليل تغطية خدمة التغطية الصحية الشاملة لتلخيص المؤشرات الحالية المعنية بتغطية الخدمات الصحية لضمان الاتساق مع أهداف التنمية المستدامة والمبادرات العالمية الأخرى وتقليل عبء ازدواجية البيانات والإبلاغ. حالياً، يتم تضمين مؤشرين آخرين من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة في المؤشر (3-1 و 3-د-1).

يجب دائماً تفسير المؤشر 3-8-1 مع مؤشر التغطية الصحية الشاملة لمؤشرات أهداف التنمية المستدامة، 3-8-2، والذي يقيس الحماية المالية.

g. المنظمات الدولية المسؤولة عن الرصد العالمي

منظمة الصحة العالمية (WHO)

1. الإبلاغ عن البيانات

A.1. المنظمة

منظمة الصحة العالمية (WHO)

2. التعريف والمفاهيم والتصنيفات

A.2. التعريف والمفاهيم

التعريف:

تغطية توافر الخدمات الصحية الأساسية (المعرفة باعتبارها متوسط التغطية التي توفر الخدمات الأساسية المستندة إلى الإجراءات الكاشفة التي تشمل الصحة الإيجابية، وصحة الأمهات، والمواليد الجدد، والأطفال، والأمراض المعدية، والأمراض غير المعدية، والقدرة على توفير الخدمات، وإمكانية الوصول إليها لدى السكان عموماً والأشد حرماناً خصوصاً).

يُعدّ هذا المؤشر دليلاً يبلّغ عنه على أساس مقياس لا وحدة له من 0 إلى 100، ويتم احتسابه كمتوسط هندسي لـ 14 مؤشر من مؤشرات التتبع الخاصة بتغطية الخدمات الصحية.

المفاهيم:

يتم احتساب دليل تغطية الخدمات الصحية كمتوسط هندسي لـ 14 مؤشراً من مؤشرات التتبع الخاصة بتغطية الخدمات الصحية.

يتم سرد المؤشرات الـ 14 أدناه ويتم إعطاء بيانات وصفية تفصيلية عن كل عنصر من العناصر في الملحق 1. مؤشرات التتبع منظمة وفقاً لأربع فئات واسعة من تغطية الخدمة على النحو التالي:

- أولاً - الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات، والمواليد الجدد، والأطفال
1. تنظيم الأسرة: نسبة النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) المتزوجات أو في ارتباط اللاتي يحتجن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة (مؤشر أهداف التنمية المستدامة 3-7-1، البيانات الوصفية متوفرة هنا)
 2. الرعاية بالحمل والولادة: النسبة المئوية للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة مع ولادات حية في فترة زمنية معينة واللاتي تلقين الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة أربع مرات أو أكثر
 3. تحصيل الأطفال: النسبة المئوية للرضع الذين تلقوا ثلاث جرعات من اللقاح المحتوي على الخناق والكزاز والشاهوق
 4. علاج الأطفال: النسبة المئوية للأطفال دون سن 5 سنوات المشتبه بإصابتهم بالتهاب رئوي (سعال وصعوبة في التنفس ليس بسبب مشكلة في الصدر وأنف مسدود) في الأسبوعين السابقين للمسح الذي تم نقله إلى مرفق صحي أو مقدم رعاية صحية مناسب.

ثانياً. الأمراض المعدية

5. السل: نسبة حالات السل التي تم احصاؤها وعلاجها
6. فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز): النسبة المئوية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية الذين يتلقون حالياً العلاج المضاد للفيروسات الرجعية
7. الملاريا: النسبة المئوية للسكان في المناطق الموبوءة بالملاريا الذين ينامون تحت ناموسية معالجة بمبيدات الحشرات في الليلة السابقة [فقط للبلدان التي تعاني من عبء الإصابة بالملاريا المرتفع]
8. المياه والصرف الصحي: النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تستخدم مرافق الصرف الصحي المحسنة

ثالثاً. الأمراض غير المعدية

9. ارتفاع ضغط الدم: معدل ضغط الدم غير المرتفع حسب العمر (ضغط الدم الانقباضي أقل من 140 ملم زئبق أو ضغط الدم الانبساطي أقل من 90 ملم زئبق) بين البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 سنة فما فوق
10. السكري: معدل الانتشار الموحد السن لمعدل فحص السكر الصيامي (مليمول/ لتر) للبالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 سنة وما فوق
11. التبغ: معدل الانتشار الموحد السن لاستعمال التبغ حالياً لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر في آخر 30 يوم (مؤشر أهداف التنمية المستدامة 3-أ-1، البيانات الوصفية متوفرة هنا)

رابعاً. قدرة الخدمات والوصول

12. دخول المستشفى: حصة الفرد من أسرة المستشفيات، ذات الصلة بعتبة الحد أقصى التي تبلغ 18 لكل 10 آلاف من السكان
13. القوى العاملة في القطاع الصحي: العاملون في القطاع الصحي (الأطباء، الأطباء النفسيون، والجراحون) للفرد الواحد، نسبةً إلى الحد الأقصى للعتبات لكل كادر (جزء من مؤشر أهداف التنمية المستدامة 3-ج-1، راجع البيانات الوصفية هنا)
14. الأمن الصحي: مؤشر السعة الأساسية للوائح الصحية الدولية (IHR)، وهو متوسط النسبة المئوية لسمات 13 من القدرات الأساسية التي تم تحقيقها (مؤشر أهداف التنمية المستدامة 3-د-1، راجع البيانات الوصفية هنا)

B.2. وحدة القياس

مؤشر .

C.2. التصنيفات

لا يطبق

3. نوع مصدر البيانات وطريقة جمع البيانات

A.3. مصادر البيانات

يتم قياس العديد من مؤشرات التتبع الخاصة بتغطية الخدمات الصحية من خلال المسوح الأسر المعيشية. ومع ذلك، يتم استخدام البيانات الإدارية، وبيانات المرافق، والمسوح الخاصة بالمرافق، ونظم المراقبة لبعض المؤشرات. مصادر البيانات الأساسية لكل من مؤشرات التتبع الـ 14 موضحة بشكل أكثر تفصيلاً في المرفق 1.

من حيث القيم المستخدمة من أجل احتساب الدليل، تؤخذ القيم من المصادر المنشورة الحالية. الأمر الذي يشمل مجموعات البيانات المجمعة والتقديرات من مختلف وكالات الأمم المتحدة. وهو ملخص في الرابط أعلاه.

B.3. طريقة جمع البيانات

تختلف آليات جمع البيانات من الدول بين مؤشرات التتبع الـ 14، ولكن في العديد من الحالات قامت وكالة أو مجموعة تابعة للأمم المتحدة بجمع وتحليل مصادر البيانات الوطنية ذات الصلة ثم قامت بمشاورات رسمية بحكومات البلدان لاستعراض أو إنتاج تقديرات قابلة للمقارنة بين البلدان. أما بالنسبة لدليل تغطية خدمة التغطية الشاملة، فما أن يتم جمع المعلومات المتوفرة عن مؤشرات التتبع الـ 14، حتى تُجري منظمة الصحة العالمية المشاورات القطرية مع جهات التنسيق المعينة من الحكومات الوطنية لمراجعة المدخلات وحساب الدليل. لا تقوم منظمة الصحة العالمية بأنشطة تقدير جديدة لإنتاج قيم مؤشرات التتبع لدليل تغطية الخدمة؛ بدلا من ذلك، تم تصميم الدليل للاستفادة من سلاسل بيانات المؤشر الموجودة بالفعل وحسنة الإنشاء من أجل تخفيف عبء الإبلاغ.

C.3. الجدول الزمني لجمع البيانات

تختلف عملية جمع البيانات كل سنة إلى 5 سنوات عبر مؤشرات التتبع. إذ يتم على سبيل المثال الإبلاغ سنوياً عن البيانات القطرية المتعلقة بالتحصين وعلاج فيروس نقص المناعة البشرية، في حين أن المسوح الأسرية المعنية بجمع المعلومات عن علاج الأطفال قد تحدث كل 3-5 سنوات، بحسب البلد. تتوفر المزيد من التفاصيل حول مؤشرات التتبع الفردية في الملحق 1.

D.3. الجدول الزمني لنشر البيانات

يتم التخطيط لإصدار القيم الأساسية الأولى لدليل تغطية خدمة التغطية الصحية الشاملة (UHC) في كانون الأول/ديسمبر 2017. ومن المتوقع أن يتم إصدار تحديث كل سنتين.

E.3. الجهات المزودة للبيانات

في معظم الحالات، تشرف وزارات الصحة واجهزة الإحصاءات الوطنية على جمع البيانات والإبلاغ عن مؤشرات تغطية الخدمات الصحية.

F.3. الجهات الممّعة للبيانات

منظمة الصحة العالمية، بالاعتماد على مدخلات من وكالات دولية أخرى.

G.3. التفويض المؤسسي

4. اعتبارات منهجية أخرى

A.4. الأساس المنطقي

يتم تعريف الغاية 3-8 على أنها " تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والجيدة والفعالة والميسورة التكلفة". يكمن الاهتمام في تلقي جميع الأشخاص والمجتمعات للخدمات الصحية الجيدة التي يحتاجون إليها (بما في ذلك الأدوية وغيرها من المنتجات الصحية)، من دون أي صعوبات مالية. تم اختيار مؤشرين لرصد الغاية 3-8 ضمن إطار أهداف التنمية المستدامة. يُعنى المؤشر 3-8-1 بتغطية الخدمات الصحية، بينما يركز المؤشر 3-8-2 على النفقات الصحية بالنسبة لميزانية الأسر المعيشية لتحديد الصعوبات المالية الناجمة عن مدفوعات الرعاية الصحية المباشرة. يهدف المؤشران 3-8-1 و 3-8-2، مجتمعين، إلى التقاط أبعاد تغطية الخدمة والحماية المالية، على التوالي، للغاية 3-8. لذا يجب دائماً رصد هذين المؤشرين مجتمعين.

تقدم البلدان العديد من الخدمات الأساسية للحماية الصحية والترويج والوقاية والعلاج والرعاية. وتُعدّ مؤشرات تغطية الخدمة -التي يتم تعريفها على أنها حصول الأشخاص على الخدمة التي يحتاجونها- أفضل طريقة لتتبع التقدم المحرز في تأمين الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة (UHC). نظراً لأن مؤشر خدمة صحية واحد لا يكفي لرصد التغطية الصحية الشاملة، تم إنشاء دليل من 14 مؤشر تتبع تم اختيارها استناداً إلى المعايير الوبائية والإحصائية. الأمر الذي يشمل العديد من المؤشرات التي تتضمنها غايات أخرى من أهداف التنمية المستدامة، وبالتالي يخفّف من عبء جمع البيانات وإعداد التقارير. يتم الإبلاغ عن هذا الدليل بمقياس من دون وحدة من 0 إلى 100، باعتبار 100 كالوحدة المثلى.

4.B. التعليقات والقيود

تهدف مؤشرات التتبع هذه إلى أن تكون مؤشراً على تغطية الخدمة، وليست قائمة كاملة أو شاملة للخدمات والتدخلات الصحية المطلوبة للتغطية الصحية الشاملة. تم اختيار مؤشرات التتبع الـ 14 لأنها راسخة، مع بيانات مرفوعة على نطاق واسع من قبل الدول (أو من المتوقع أن تصبح متاحة على نطاق واسع قريباً). لذلك، يمكن احتساب الدليل بمصادر البيانات الحالية وهو لا يتطلب بذل جهود جديدة لجمع البيانات فقط لإبلاغ الدليل.

4.C. طريقة الاحتساب

يتم احتساب المؤشر مع متوسط هندسي، استناداً إلى الأساليب المستخدمة في دليل التنمية البشرية. يتطلب حساب المؤشر 3-8-1 أو 14 إعداداً مؤشراً للتتبع بحيث يمكن دمجها في الدليل، ثم احتساب الدليل من تلك القيم.

يتم أولاً وضع مؤشرات التتبع الـ 14 على المقياس نفسه، حيث تكون 0 القيمة الأدنى و 100 القيمة المثلى. بالنسبة لمعظم المؤشرات، هذا المقياس هو المقياس الطبيعي للقياس، على سبيل المثال، تتراوح نسبة الرضع الذين تم تحصينهم من 0 إلى 100 بالمائة. إلا أنه، بالنسبة لعدد قليل من المؤشرات، يلزم إجراء إعادة قياس مؤقتة للحصول على القيم المناسبة من 0 إلى 100، على النحو التالي:

- إعادة القياس على أساس الحد الأدنى غير الصفر للحصول على نسبة دقيقة (الأمر الذي يوسع رقعة التوزيع عبر البلدان):
تم إعادة قياس انتشار ضغط الدم غير المرتفع وانتشار عدم استخدام التبغ على حد سواء باستخدام 50٪ كأدنى قيمة.
قيمة ضغط الدم غير المرتفع = $100 * (40 - X) / (40 - 100)$
قيمة عدم استخدام التبغ = $100 * (30 - X) / (100 - X)$
- إعادة القياس للحصول على مقياس مستمر: كفحص السكر الصيامي، وهو مقياس مستمر (الوحدات بالمليمول / لتر)، الذي يتم تحويله إلى مقياس من 0 إلى 100 باستخدام الحد الأدنى من المخاطر البيولوجية النظرية (5.1 مليمول / لتر) والحد الأقصى الملحوظ عبر البلدان (7.1 مليمول / لتر).
القيمة المُعاد قياسها = $100 * (7.1 - \text{القيمة الأصلية}) / (7.1 - 5.1)$

- العتبات القصوى لمؤشرات المعدل: بلغت كثافة أسرة المستشفى وكثافة القوى العاملة الصحية على حد سواء عتبات الحد الأقصى، وتبقى القيم فوق هذه العتبة ثابتة عند 100. وتستند هذه العتبات إلى الحد الأدنى للقيم الملاحظة في دول منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.

$$\begin{aligned} \text{أسرة المستشفى المُعاد قياسها لكل 10000} &= \text{الحد الأدنى (100، القيمة الأصلية / 18 * 100)} \\ \text{الأطباء المُعاد قياسهم لكل 1000} &= \text{الحد الأدنى (100، القيمة الأصلية / 0.9 * 100)} \\ \text{الأطباء النفسيين المُعاد قياسهم لكل 100000} &= \text{الحد الأدنى (100، القيمة الأصلية / 1 * 100)} \\ \text{الجراحين المُعاد قياسهم لكل 100000} &= \text{الحد الأدنى (100، القيمة الأصلية / 14 * 100)} \end{aligned}$$

ما أن تكون كافة قيم مؤشر التتبع على مقياس من 0 إلى 100، يتم احتساب المتوسط الهندسي ضمن كل من مناطق الخدمة الصحية الأربع، ثم يتم أخذ المتوسط الهندسي لتلك القيم الأربع. إذا كانت قيمة مؤشر التتبع تساوي صفراً، فيتم حينها تعيينها على 1 (من أصل 100) قبل احتساب المتوسط الهندسي. في الرسم البياني أدناه توضيحٌ للحسابات.

بالنظر إلى توقيت وتوزيع المسوح الصحية المختلفة وآليات جمع البيانات الأخرى، لا تقوم البلدان بجمع كافة مؤشرات التتبع الأربعة عشر الخاصة بتغطية الخدمات الصحية ولا الإبلاغ عنها على أساس سنوي. يتم إجراء الرصد على مستوى البلد بشكل أنسب على فترات زمنية أوسع، على سبيل المثال، كل 5 سنوات، للسماح بجمع بيانات جديدة عبر المؤشرات. لذلك، ينبغي الإبلاغ عن مدى استخدام الاسناد لملء المعلومات الناقصة بالتوازي مع قيمة الدليل

- على المستويين الإقليمي والعالمي يتم إجراء أي احتساب مطلوب على مستوى البلد. يمكن بعد ذلك استخدام قيم البلد لاحتساب القيم الإقليمية والعالمية.

G.4. المجاميع الإقليمية

تستخدم المجاميع الإقليمية والعالمية تقديرات الأمم المتحدة للسكان على المستوى الوطني لحساب المتوسط المرجح للقيم الوطنية للمؤشر. هذا مبرر لأن التغطية الصحية الشاملة هي ملك للبلدان، ومؤشر الخدمات الأساسية هو مقياس موجز للوصول إلى الخدمات الأساسية لسكان كل بلد. وتستخدم تقديرات الأمم المتحدة للسكان على المستوى الوطني لضمان اتساق التقديرات وإمكانية مقارنتها داخل البلدان وبين البلدان بمرور الوقت.

H.4. المناهج والتوجيهات المتاحة للبلدان بشأن تجميع البيانات على الصعيد الوطني

I.4. إدارة الجودة

J.4. ضمان الجودة

K.4. تقييم الجودة

5. توافر البيانات والتفصيل

توافر البيانات:

ليس من السهل تلخيص توافر البيانات لدليل تغطية الخدمة الصحية الشاملة، بسبب اختلاف مصادر البيانات المستخدمة لمؤشرات التتبع الـ 14. بالإضافة إلى ذلك، تم إنتاج تقديرات قابلة للمقارنة بالنسبة لكثير من المؤشرات، بحيث كان قد تم الاعتماد على أنواع مختلفة من مصادر البيانات الأساسية لإبلاغ التقديرات مع استخدام التوقعات أيضاً لإسناد القيم الناقصة.

التسلسل الزمني:

تم نشر القيمة الأساسية لمؤشر تغطية خدمات الصحية الشاملة لعام 2015 عبر 183 دولة في أواخر عام 2017. وكجزء من هذه العملية، تم تجميع مصادر البيانات التي تعود إلى عام 2000. وفي عام 2019، كان مؤشر تغطية خدمات الصحية الشاملة تقديرياً للأعوام: 2000 و2005 و2010 و2015 و2017. في عام 2021، تم تقدير المؤشر لجميع السنوات من 2000 إلى 2019 لجميع البلدان.

التفصيل:

تعد المساواة عنصراً أساسياً في تعريف التغطية الصحية الشاملة، وبالتالي يجب استخدام مؤشر تغطية خدمة التغطية الصحية الشاملة لتوصيل المعلومات المتعلقة بالمساواة في تغطية الخدمة داخل البلدان. الأمر الذي يمكن أن يتم من خلال تقديم دليل منفصل للسكان في البلد مقابل السكان المحرومين لتسليط الضوء على الفوارق بينهما.

بالنسبة للبلدان، من المحتمل أن يكون الموقع الجغرافي هو البعد الأكثر جدوى للتقسيم دون الوطني استنادًا إلى متوسط مستويات التغطية المقاسة بمصادر البيانات الحالية. وللقيام بذلك، يمكن احتساب دليل التغطية الصحية الشاملة بشكل منفصل عن طريق، على سبيل المثال، المقاطعة أو المناطق الحضرية مقابل الإقامة الريفية، مما سيتيح إجراء مقارنات دون وطنية لتغطية الخدمة. وفي الوقت الحالي، فإن أكثر البيانات المتاحة بسهولة لتصنيفها حول الأبعاد الأخرى لعدم المساواة، مثل ثروة الأسرة المعيشية، تتعلق بمؤشرات التغطية ضمن فئة خدمات الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات، والمواليد الجدد، والأطفال. يمكن استخدام عدم المساواة الملحوظة في هذا البعد كبديل لفهم الاختلافات في تغطية الخدمة عبر الأبعاد الرئيسية لعدم المساواة. يجب استبدال هذا النهج بتفصيل كامل لمؤشرات التتبع الـ 14 بمجرد توفر البيانات للقيام بذلك.

6. المقارنة/الانحراف عن المعايير الدولية

مصادر التباين:

يعتمد دليل تغطية الخدمة على البيانات والتقديرات الحالية المتاحة للعموم الخاصة بمؤشرات التتبع. لقد تمت هذه الأرقام بالفعل من خلال عملية تشاور قطري (على سبيل المثال، تغطية خدمة التحصين)، أو أخذت مباشرة من البيانات التي أبلغت عنها الدولة.

7. المراجع والوثائق

الرابط :

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/

المراجع :

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(17\)30472-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(17)30472-2.pdf)
http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/

للتطور التاريخي للأساليب، انظر:

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_WHS2016_TechnicalNote_May2016.pdf
f?ua=1 (superseded by this document)

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/
http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2014/en/
<http://collections.plos.org/uhc2014>

الملحق 1: البيانات الوصفية لمؤشرات التتبع المستخدمة لقياس تغطية الخدمات الصحية الأساسية لرصد مؤشر أهداف التنمية المستدامة 3-8-1

الرجاء إرسال أي تعليقات أو استفسارات إلى: uhc_stats@who.int

مجال التتبع	تنظيم الأسرة
تعريف المؤشر	نسبة النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) المتزوجات أو في ارتباط اللاتي يحتجن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة
البسط	عدد النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة المتزوجات أو في ارتباط ويستخدمن الطرق الحديثة، أو التي يستخدمن شريكها حالياً وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة/ لمنع الحمل
المقام	مجموع عدد النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة المتزوجات أو في ارتباط ويحتجن إلى تنظيم الأسرة
مصادر البيانات الرئيسية	المسوح الصحية السكانية
طريقة القياس	<p>تشمل المسوح الأسرية سلسلة من الأسئلة لقياس معدل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة ويحتاج تنظيم الأسرة. يُعرّف إجمالي الطلب على تنظيم الأسرة على أنه مجموع عدد النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) المتزوجات أو المرتبطات واللواتي يستخدمن حالياً، أو يستخدمن شريكهن الجنسي حالياً، وسيلة واحدة على الأقل من وسائل منع الحمل (حديثة أو تقليدية)، وعدد النساء في سن الإنجاب اللواتي لديهن الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة. والحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة هي نسبة النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) سواء المتزوجات أو المرتبطات، ولديهن خصوبة ونشاطات جنسية ولكنهن لا يستخدمن أي وسيلة لمنع الحمل (حديثة أو تقليدية)، ويبلغن عن عدم الرغبة في المزيد من الأطفال أو الرغبة في تأخير ولادة الطفل القادم لمدة عامين على الأقل. وتشمل هذه المسوح:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. جميع النساء الحوامل (المتزوجات أو المرتبطات) اللواتي لم يكن يرغبن بالحمل أو أخطأن في الحساب في وقت الحمل؛ 2. جميع النساء في مرحلة انقطاع الطمث بعد الولادة (المتزوجات أو المرتبطات) اللواتي لا يستخدمن تنظيم الأسرة واللواتي لم يكن يرغبن بحملهن الأخير أو أخطأن في الحساب؛ 3. جميع النساء في مرحلة الخصوبة (المتزوجات أو المرتبطات) غير الحوامل ولا يمررن بانقطاع الطمث بعد الولادة، وهن إما لا يرغبن في المزيد من الأطفال (يردن الحد من حجم الأسرة)، أو يرغبن في تأجيل ولادة طفل لمدة عامين على الأقل أو لا يعرفن متى أو ما إذا كنّ يردن طفلاً آخر (يرغبن في ولادة طفل)، لكنهن لا يستخدمن أي وسيلة لمنع الحمل. <p>وتشمل الوسائل الحديثة تعقيم الإناث والذكور، استخدام العدة الرحمية المانعة (IUD)، والزرع، والحقن، وحبوب منع الحمل عن طريق الفم، والواقي الذكري والواقي الانثوي، وأساليب الحاجز المهبلية (بما في ذلك الحجاب الحاجز، وكبس عنق الرحم والرغوة والجيلي والكريمات المبيدة للحيوانات المنوية)، ووسيلة انقطاع الطمث الإرضاعي (LAM)، ووسائل منع الحمل الطارئة وغيرها من الأساليب الحديثة التي لم يتم الإبلاغ عنها بشكل منفصل.</p>
طريقة التقدير	<p>تنتج شعبة السكان في الأمم المتحدة سلسلة منهجية وشاملة من التقديرات والإسقاطات السنوية نسبة النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) واللواتي بحاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة وأُبيئت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة. ويتم تطبيق نموذج هرمي يبيّن على مجموعة بيانات عالمية شاملة لبيانات خاصة بكل بلد لإنشاء التقديرات والتوقعات. يفسر النموذج الاختلافات حسب مصدر البيانات ومجتمع العينة ووسائل منع الحمل.</p> <p>للمزيد من التفاصيل راجع الرابط التالي: https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators لجمع بيانات المسح الخاصة بكل بلد في الاستخدام العالمي لوسائل منع الحمل: https://www.un.org/development/desa/pd/node/3285</p>

آخر تحديث: 15 كانون الأول/ديسمبر 2023

	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة
--	--

الرعاية بالحمل والولادة	مجال التتبع
النسبة المئوية للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة مع ولادات حية في فترة زمنية معينة واللاتي تلقين الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة أربع مرات أو أكثر	تعريف المؤشر
عدد النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة مع ولادات حية في فترة زمنية معينة واللاتي تلقين الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة أربع مرات أو أكثر	البسط
مجموع عدد النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة مع ولادات حية في نفس الفترة.	المقام
المسوح الأسرية ونظم المعلومات الروتينية للمرافق.	مصادر البيانات الرئيسية
تعتمد البيانات المتعلقة بأربع زيارات أو أكثر من الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة على الأسئلة التي تطرح عما إذا كان قد تم فحص صحة المرأة أثناء الحمل وعن عدد المرات التي حصل فيها هذا. تشمل المسوح الأسرية التي يمكن أن تولد هذا المؤشر المسح الديمغرافي والصحي DHS والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات MICS، مسوح الصحة الإنجابية RHS وغيرها من المسوح القائمة على منهجيات مماثلة. يمكن استخدام أنظمة الإبلاغ عن الخدمات/ المرافق حيث تكون نسبة التغطية مرتفعة، وعادة في البلدان ذات الدخل المرتفع.	طريقة القياس
تحتفظ منظمة الصحة العالمية بقاعدة بيانات حول تغطية الرعاية السابقة للولادة: http://apps.who.int/gho/data/node.main.ANTE natalCARECOVERAGE4	طريقة التقدير
مثالاً سيتم استبدال هذا المؤشر بمقياس أكثر شمولية يُعنى برعاية الحمل والولادة، على سبيل المثال نسبة النساء اللاتي يتابعهن مقدم رعاية ماهر يحضر الولادة أو اللاتي يلدن في مؤسسة. ويتمثل التحدي في قياس الحضور الماهر عند الولادة في تحديد مقدمي الرعاية "الماهرين".	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

تحصين الأطفال	مجال التتبع
النسبة المئوية للرضع الذين تلقوا ثلاث جرعات من اللقاح المحتوي على الخناق والكزاز والشاهوق	تعريف المؤشر
الأطفال الذين يبلغون من العمر سنة واحدة والذين تلقوا ثلاث جرعات من اللقاح المحتوي على الخناق والكزاز والشاهوق	البسط
جميع الأطفال في سنتهم الأولى من العمر	المقام
المسوح الأسرية ونظم المعلومات الخاصة بالمرافق.	مصادر البيانات الرئيسية
للحصول على بيانات المسح، يتم جمع حالة تلقيح الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و23 شهراً من البطاقة الصحية للطفل أو، في حال عدم وجودها، من أخصائي الرعاية. بالنسبة للبيانات الإدارية، يتم استخراج إجمالي عدد الجرعات التي يتم إعطاؤها للسكان المستهدفين.	طريقة القياس
تستنبط منظمة الصحة العالمية واليونيسيف معاً تقديرات تغطية اللقاح الثلاثي DTP3 استناداً إلى البيانات التي أبلغت بها الدول الأعضاء رسمياً لمنظمة الصحة العالمية ولليونيسيف، بالإضافة إلى البيانات الواردة في الوثائق المنشورة غير الرسمية. كما تتشاور المنظمات مع خبراء محليين -وخاصة مديري برنامج التحصين الموسع الوطني وموظفي المكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية - وذلك من أجل الحصول على معلومات إضافية بشأن أداء خدمات التحصين المحلية المحددة. استناداً إلى البيانات المتاحة، والنظر في التحيزات المحتملة، ومساهمات الخبراء المحليين، تحدد كل من منظمة الصحة العالمية واليونيسيف المستوى الحقيقي المحتمل لتغطية التحصين. لمزيد من التفاصيل، انظر الرابط التالي:	طريقة التقدير
http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-053819/en/ http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index4.html	
هناك تباين في جداول اللقاحات الوطنية بين كافة البلدان. بناءً على ذلك، فإن أحد الخيارات لرصد التحصين الكامل للأطفال هو مراقبة القسم من الأطفال الذين يتلقون اللقاحات المدرجة في الجدول الوطني لبلدهم. الخيار الثاني، الذي قد يكون أكثر قابلية للمقارنة عبر البلدان وعبر الوقت، هو رصد تغطية اللقاح الثلاثي DTP3 كبديل للتحصين الكامل للأطفال. غالباً ما يشتمل اللقاح المحتوي على الخناق والكزاز والشاهوق على لقاحات أخرى، على سبيل المثال، ضد التهاب الكبد الوبائي والنزلة النزفية من النوع B، وهو مقياس معقول لمدى وجود منصة قوية لإيصال اللقاح إلى داخل البلد.	الملاحظا ت المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

علاج الطفل (طلب الرعاية لأعراض الالتهاب الرئوي)	مجال التتبع
النسبة المئوية للأطفال دون سن 5 سنوات المشتبه بإصابتهم بالتهاب رئوي (سعال وصعوبة في التنفس ليس بسبب مشكلة في الصدر وأنف مسدود) في الأسبوعين السابقين للمسح الذي تم نقله إلى مرفق صحي أو مقدّم رعاية صحية مناسب.	تعريف المؤشر
عدد الأطفال الذين يشتبه بإصابتهم بالتهاب رئوي في الأسبوعين السابقين للمسح الذي تم نقله إلى مقدم رعاية صحية مناسب.	البسط
عدد الأطفال المصابين بالتهاب رئوي مشتبه به في الأسبوعين السابقين للمسح.	المقام
المسوح الأسرية	مصادر البيانات الرئيسية
أثناء اجتماع اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية حول المؤشرات المستندة إلى المسح المعني ببقاء الطفل، الذي عقد في نيويورك، في 17 و18 حزيران/يونيو 2004، أوصي بأن توصف التهابات الجهاز التنفسي الحادة بأنها "الالتهاب الرئوي المفترض" لتعكس بشكل أفضل السبب المحتمل والتدخلات الموصى بها. تم اختيار تعريف الالتهاب الرئوي المفترض المستخدم في المسوح الديموغرافية والصحية (DHS) وفي المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS) من قبل المجموعة ويستند إلى تصورات الأم لطفل مصاب بالسعال، أو يتنفس بشكل أسرع من المعتاد مع أنفاس قصيرة وسريعة أو يواجه صعوبة في التنفس، مع استثناء الأطفال الذين يعانون من أنف مسدود فقط. ويختلف تعريف مقدم الرعاية الصحية "المناسب" بين الدول.	طريقة القياس
تحتفظ منظمة الصحة العالمية بقاعدة بيانات للرصد على المستوى القطري من المسوح الأسرية التي يمكن الاطلاع عليها على الرابط التالي: http://apps.who.int/gho/data/node.main.38?lang=en	
لا توجد حالياً تقديرات لهذا المؤشر قابلة للمقارنة على الصعيد الدولي.	طريقة التقدير
لا يتم قياس هذا المؤشر عادة في البلدان ذات الدخل المرتفع التي لديها أنظمة صحية راسخة. بالنسبة للبلدان التي ليس لديها بيانات ملحوظة، تم تقدير التغطية من الانحدار الذي يتنبأ بتغطية طلب الرعاية لأعراض الالتهاب الرئوي (على المقياس اللوغاريتمي)، تم الحصول عليه من قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية الموصوفة أعلاه، كدالة في سجل النقص المقدّر لمعدل وفيات الالتهاب الرئوي الأقل من خمسة، والذي يمكن الاطلاع عليه على الرابط التالي: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

علاج السل	مجال التتبع
نسبة حالات السل التي تم احصاؤها وعلاجها	تعريف المؤشر
عدد الحالات الجديدة والحالات المنتكسة المكتشفة وتم علاجها في سنة معينة	البسط
عدد الحالات الجديدة والحالات المنتكسة في نفس العام	المقام
نظم معلومات المرافق، وأنظمة المراقبة، والمسوح الصحية المستندة إلى السكان مع اختبارات تشخيص السل، وسجل السل ونظام الإبلاغ الفصلي ذي الصلة (أو سجلات السل الإلكترونية)	مصادر البيانات الرئيسية
يتطلب هذا المؤشر مدخلين رئيسيين: (1) عدد حالات السل الجديدة والحالات المنتكسة التي تم تشخيصها وعلاجها في البرامج الوطنية لمكافحة السل وإبلاغ منظمة الصحة العالمية بها في سنة معينة. (2) عدد حالات الإصابة بالسل في نفس السنة، والتي عادةً ما تقدرها منظمة الصحة العالمية. المؤشر النهائي = (1) / (2)	طريقة القياس
يتم إنتاج تقديرات الإصابة بالسل من خلال عملية استشارية وتحليلية تقومها منظمة الصحة العالمية ويتم نشرها سنويًا. تستند هذه التقديرات إلى الإخطارات عن الحالة السنوية وتقييم جودة وتغطية بيانات الإخطار بالسل والمسوح الوطنية لانتشار مرض السل والمعلومات المستمدة من أنظمة تسجيل الوفيات (الحيوية). يتم اشتقاق تقديرات الإصابة في كل بلد، باستخدام واحد أو أكثر من النهج التالية بناءً على البيانات المتاحة: 1. الإصابة = الإخطار بالحالات / النسبة المقدرة للحالات المكتشفة؛ 2. الإصابة = انتشار / مدة الحالة؛ 3. الإصابة = الوفيات / نسبة الإصابات التي تؤدي إلى الوفاة. يتم الجمع بين هذه التقديرات الخاصة بالإصابة بالسل مع البيانات التي تبلغ عنها البلدان عن عدد الحالات التي تم اكتشافها وعلاجها، والنسبة المئوية للحالات التي تم علاجها بنجاح، كما هو موضح أعلاه.	طريقة التقدير
لاحتساب المؤشر باستخدام تقديرات منظمة الصحة العالمية، يمكن الوصول إلى الملفات اللازمة على الرابط التالي: http://www.who.int/tb/country/data/download/en / وحساب المؤشر $as = c_cdr$	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

علاج فيروس نقص المناعة البشرية	مجال التتبع
النسبة المئوية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون حالياً العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي	تعريف المؤشر
عدد البالغين والأطفال الذين يتلقون حالياً العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي في نهاية فترة التقرير	البسط
عدد البالغين والأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية خلال نفس الفترة	المقام
نظم الإبلاغ عن المرافق، ومواقع مراقبة الرصد، والمسوح السكانية	مصادر البيانات الرئيسية
البسط: يمكن توليد البسط عن طريق تعداد عدد البالغين والأطفال الذين تلقوا العلاج المركب المضاد لفيروسات النسخ العكسي في نهاية الفترة المشمولة بالتقرير. يمكن جمع البيانات من سجلات المعالجة بمضادات فيروسات النسخ العكسي أو أنظمة إدارة الإمداد بالعقاقير. يتم بعد ذلك ربطها ونقلها إلى تقارير مقطعية شهرية أو فصلية يمكن تجميعها للحصول على مجموع الإعداد الوطنية. يجب أن يتم تضمين المرضى الذين يتلقون المعالجة المضادة لفيروس النسخ العكسي في القطاع الخاص والقطاع العام في البسط. المقام: قد تأتي البيانات المتعلقة بعدد الأشخاص المصابين بعدوى فيروس نقص المناعي البشري من المسوح السكانية أو، كما هو شائع في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، من أنظمة المراقبة القائمة على عيادات الرعاية السابقة للولادة.	طريقة القياس
استمدت تقديرات تغطية العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي بين الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في عام 2015 كجزء من جولة تقدير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2016، أو في بعض الحالات المحدودة، أُخذت من البيانات المقدمة إلى برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز من خلال أداة الإبلاغ عن التقدم المحرز في مواجهة الإيدز. لتقدير عدد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية عبر الزمن في البلدان المثقلة بالأعباء، يستخدم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بالتعاون مع البلدان نموذجاً وبائياً (الطيف) يجمع بين بيانات المراقبة الخاصة بالانتشار مع العدد الحالي للمرضى الذين يتلقون العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي والافتراضات حول التاريخ الطبيعي لتطور فيروس نقص المناعة البشرية. نظراً للتوصية بالعلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي لجميع الأفراد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، فإن مراقبة تغطية العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي أصبحت أقل تعقيداً من ذي قبل، عندما يكون الأشخاص الذين بلغوا مرحلة معينة من مراحل المرض فقط هم المؤهلين لتلقي العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي. يمكن الاطلاع على تقديرات تغطية المعالجة المضادة لفيروس النسخ العكسي على الرابط التالي: http://aidsinfo.unaids.org/	طريقة التقدير
لا تتوفر دائماً تقديرات مماثلة للتغطية المضادة لفيروس النسخ العكسي في البلدان ذات الدخل المرتفع، ولا سيما الاتجاهات الزمنية.	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

مجال التتبع	الوقاية من الملاريا
تعريف المؤشر	النسبة المئوية للسكان في المناطق الموبوءة بالملاريا الذين ينامون تحت ناموسية معالجة بمبيدات الحشرات في الليلة السابقة
البسط	عدد الأشخاص في المناطق الموبوءة بالملاريا الذين ينامون تحت الناموسية المعالجة بمبيدات الحشرات.
المقام	العدد الإجمالي للأشخاص في المناطق الموبوءة بالملاريا.
مصادر البيانات الرئيسية	تأتي البيانات المتعلقة بحصول الأسر المعيشية على الناموسية المعالجة بمبيدات الحشرات واستخدامها من المسوح الأسرية الممثلة وطنياً، مثل المسوح الديموغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الخاصة بمؤشرات الملاريا. تقوم <i>Milliner Global Associates</i> بتجميع البيانات المتعلقة بعدد الناموسيات المذكورة التي يتم تسليمها بواسطة الشركات المصنعة إلى البلدان، ويتم الإبلاغ عن البيانات المتعلقة بالعدد الذي يتم توزيعه داخل البلدان من خلال البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا.
طريقة القياس	تشير العديد من المسوح الوطنية التي أجريت مؤخراً إلى عدد الناموسيات المعالجة بالمبيدات الملاحظة في كل أسرة معيشية مجيبة. يمكن تحويل معدلات الملكية إلى نسبة الأشخاص الذين ينامون تحت هذه الناموسيات باستخدام علاقة خطية بين الوصول والاستخدام والتي تم استخراجها من 62 مسوح تجمع معلومات عن كلي المؤشرين.
طريقة التقدير	يمكن استخدام النماذج الحسابية لدمج البيانات من المسوح الأسرية حول الوصول إليها واستخدامها مع معلومات عن شحنات الناموسيات المعالجة بالمبيدات من الشركات المصنعة وتوزيعها بواسطة البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا لإنتاج تقديرات سنوية لمدى تغطيتها. تستخدم منظمة الصحة العالمية هذا النهج بالتعاون مع مشروع أطلس المعني بالملاريا. ويمكن الاطلاع على التفاصيل المنهجية في ملحق تقرير الملاريا العالمي لعام 2015: https://apps.who.int/iris/handle/10665/200018 .
الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة	تقوم منظمة الصحة العالمية بإنتاج تقديرات قابلة للمقارنة لتغطية الناموسية المعالجة بالمبيدات لـ 40 دولة ترزح تحت عبء ثقيل. بالنسبة للبلدان الأخرى، لا يتم تضمين تغطية الناموسية المعالجة بالمبيدات الحشرية في فهرس تغطية الخدمة بسبب قيود البيانات. ومع ذلك، ستركز البحوث المستقبلية على تقدير تغطية الناموسيات المعالجة بالمبيدات بين تلك البلدان المعرّضة لخطر الملاريا خارج إفريقيا (والتي قد تكون محلية) المنقولة بعبء الملاريا.

مجال التتبع	المياه والصرف الصحي
تعريف المؤشر	النسبة المئوية للسكان الذين يستخدمون على الأقل خدمات الصرف الصحي الأساسية، أي مرافق الصرف الصحي المحسنة التي لا يتم تقاسمها مع أسر أخرى
البسط	عدد الأشخاص الذين يستخدمون خدمات الصرف الصحي الأساسية وكذلك أولئك الذين يستخدمون خدمات الصرف الصحي المدارة بأمان. تشمل المرافق المحسنة أنظمة التدفق / التدفق على شبكات المجاري عبر الأنابيب أو خزانات الصرف الصحي أو مراحيض الحفر؛ ومراحيض الحفر ذات البلاطة (مراحيض الحفر المحسنة المهواة)، أو المراحيض السّماوية.
المقام	مجموع السكان
مصادر البيانات الرئيسية	المسوح والتعدادات الأسرية
طريقة القياس	يتم جمع البيانات المتعلقة بمرافق الصرف الصحي المحسنة بشكل روتيني في المسوح والتعدادات الأسر المعيشية. وقد تجمع مصادر البيانات هذه أيضاً معلومات حول مشاركة مرافق الصرف الصحي التي يتم تقاسمها بين أسرتين أو أكثر، وحول تفريغ مرافق الصرف الصحي في الموقع. كما تُستخدم الاستجابات على مستوى الأسرة، الموزونة حسب حجم الأسرة، لحساب تغطية السكان.
طريقة التقدير	يقوم برنامج الرصد المشترك (JMP) بتجميع ومراجعة وتقييم البيانات الوطنية التي تم جمعها من قبل أجهزة الإحصاء والمؤسسات الأخرى ذات الصلة بما في ذلك السلطات القطاعية. ويستخدم الارتداد الخطي لتقديم تقديرات للسكان الذين يستخدمون مرافق الصرف الصحي المحسنة، وكذلك النسبة التي يمارسون التغطية في العراق. ويتم إجراء تراجع أيضاً لتقدير عدد السكان باستخدام مرافق الصرف الصحي المحسنة المتصلة بالمجاري وخزانات الصرف الصحي؛ هذه مقيدة بحيث لا تتجاوز تقديرات إجمالي المرافق المحسنة. ويتم تقدير نسبة السكان الذين يتشاركون في مرافق الصرف الصحي المجاري وغير المجاري من خلال أخذ متوسط جميع البيانات المتاحة حول المشاركة من المسوح والتعدادات الأسر المعيشية. كما يتم حساب خدمات الصرف الصحي الأساسية عن طريق ضرب نسبة السكان الذين يستخدمون مرافق الصرف الصحي المحسنة بنسبة مرافق الصرف الصحي المحسنة التي لا يتم تقاسمها بين أسرتين أو أكثر. ويتم عمل تقديرات منفصلة للمناطق الحضرية والريفية، ويتم إنشاء التقديرات الوطنية كمتوسطات مرجحة للثنتين، باستخدام البيانات السكانية من أحدث تقرير لشعبية السكان في الأمم المتحدة. كما تم إجراء مسح أو تعداد للأسر المعيشية متاح لمعظم البلدان منذ عامين إلى ستة أعوام. وتقوم JMP باستنباط الانحدار لمدة عامين بعد آخر نقطة بيانات متاحة. وبعد هذه النقطة، تظل التقديرات دون تغيير لمدة تصل إلى أربع سنوات ما لم تكن التغطية أقل من 0.5 في المائة أو أعلى من 99.5 في المائة، وفي هذه الحالة يتم تمديد الخط إلى أجل غير مسمى. للمزيد من المعلومات، راجع https://washdata.org/monitoring/methods/estimation-methods
الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة	يُعدّ مؤشر أهداف التنمية المستدامة المعني بالصرف الصحي (مؤشر أهداف التنمية المستدامة 6-2-1) نسخة موسعة عن مؤشر الأهداف الإنمائية للألفية، والذي يتضمن جودة مرافق الصرف الصحي. بمجرد توفر البيانات والتقديرات القطرية لهذا المؤشر الجديد، يمكن استخدامه لرصد التغطية الصحية الشاملة بدلاً من تعريف مؤشر الأهداف الإنمائية للألفية الموصوف أعلاه. ويمكن أيضاً النظر في مؤشر مشترك يحدد نسبة الأسر التي تحصل على المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي.

مجال التتبع	الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية
تعريف المؤشر	معدل انتشار ضغط الدم الطبيعي المعتمد على العمر بين البالغين 18 سنة فأكثر، بغض النظر عن وضع العلاج
البسط	عدد البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 سنة أو أكبر الذين يعانون من ضغط الدم الانقباضي >140 ملم زئبق وضغط الدم الانبساطي > 90 ملم زئبق (بغض النظر عن وضع العلاج)
المقام	عدد البالغين 18 سنة فأكثر
مصادر البيانات الرئيسية	المسوح السكانية ونظم المراقبة
طريقة القياس	يتم استخدام مصادر البيانات التي تسجل ضغط الدم المقاس (يتم استبعاد البيانات المبلغ عنها ذاتياً). إذا تم أخذ قراءات متعددة لضغط الدم لكل مشارك، يتم إسقاط القراءة الأولى ويتم حساب متوسط القراءات المتبقية.
طريقة التقدير	لإنتاج تقديرات وطنية قابلة للمقارنة، تكمن ملاحظات البيانات الخاصة بالانتشار في مجال بديل ضغط الدم الانقباضي و/أو ضغط الدم الانبساطي بحيث يتم تحويلها إلى انتشار ارتفاع ضغط الدم، الذي يعرف بأنه ضغط الدم الانقباضي <= 140 ملم زئبق أو ضغط الدم الانبساطي <= 90 ملم زئبق باستخدام معادلات الانحدار. ثم يتم تركيب نموذج هرمي يبيزي لهذه البيانات لاحتساب معدلات انتشار محددة بحسب البلد والعمر والجنس، والتي تمثل مصادر البيانات الوطنية مقابل دون الوطنية، ومصادر البيانات الحضرية مقابل الريفية، وتسمح للاختلاف في الانتشار عبر العمر والجنس. ثم يتم إنتاج التقديرات المعيارية للعمر من خلال تطبيق التقديرات الأولية على السكان المعياريين لمنظمة الصحة العالمية. تفاصيل الأساليب الإحصائية على الرابط التالي: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736(21)01330-1/fulltext
الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة	يتم تحويل تقديرات الانتشار إلى انتشار ضغط الدم الطبيعي لإدماجها في مؤشر التغطية الصحية الشاملة، بحيث تكون القيمة 100 ٪ هي الهدف الأمثل. يتم حساب هذا على النحو التالي: انتشار ضغط الدم الطبيعي = 1 - ارتفاع ضغط الدم المرتفع. وقد احتسبت التقديرات السابقة الذكر لكل من النساء والرجال بشكل منفصل؛ بالنسبة لمؤشر تتبّع التغطية الصحية الشاملة، يتم احتساب متوسط بسيط للقيم الخاصة بالرجال والنساء. ضغط الدم الطبيعي هو مجموع النسبة المئوية للأفراد الذين لا يعانون من ارتفاع ضغط الدم، والنسبة المئوية للأفراد الذين يتم التحكم في ارتفاع ضغط الدم لديهم عن طريق الدواء. عدم وجود ارتفاع ضغط الدم هو نتيجة لجهود الوقاية من خلال تعزيز النشاط البدني والوجبات الغذائية الصحية، وكذلك عوامل أخرى. إن ارتفاع ضغط الدم الذي يتحكم به الدواء هو نتيجة لعلاج فعال. هذا المؤشر هو بالتالي وكيل لكل من تعزيز الصحة الفعالة والخدمات الطبية الفعالة. مع توفر المزيد من البيانات، من المرجح أن يتم استبدال هذا المؤشر بجزء بسيط من السكان الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم الذين يتلقون العلاج.

إدارة مرض السكري	مجال التتبع
معدل الانتشار الموحد السن لمتوسط معدل فحص السكر الصيامي للبالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 25 سنة فأكثر	تعريف المؤشر
المسوح السكانية ونظم المراقبة	مصادر البيانات الرئيسية
يتم تحديد مستويات الجلوكوز في فحص السكر الصيامي عن طريق أخذ عينة دم من المشاركين الذين صاموا لمدة 8 ساعات على الأقل. استخدمت المؤشرات الحيوية الأخرى ذات الصلة، مثل الهيموغلوبين (HbA1c) ، للمساعدة في حساب التقديرات (انظر أدناه).	طريقة القياس
لإنتاج تقديرات وطنية قابلة للمقارنة، يتم تحويل ملاحظات البيانات التي تستند إلى متوسط فحص السكر الصيامي FPG أو اختبار تحمل الجلوكوز عن طريق الفم (OGTT) أو الهيموغلوبين HbA1c كلها إلى متوسط معدل فحص السكر الصيامي FPG. ثم يتم تركيب نموذج هرمي يبيّن لهذه البيانات لاحتساب معدلات الانتشار الخاصة بكل دولة على أساس العمر والجنس، والتي تمثل مصادر البيانات الوطنية مقابل دون الوطنية، ومصادر البيانات الحضرية مقابل الريفية، وتسمح للاختلافات بالانتشار عبر العمر والجنس. ثم يتم إنتاج التقديرات المعيارية للعمر من خلال تطبيق التقديرات الأولية على السكان المعياريين لمنظمة الصحة العالمية. يمكن الاطلاع على التفاصيل المنهجية هنا: https://www.who.int/diabetes/global-report/en/	طريقة التقدير
قد يكون فحص السكر الصيامي للفرد منخفضاً بسبب العلاج الفعال بأدوية خفض الجلوكوز، أو لأن الشخص ليس مصاباً بمرض السكري نتيجة لأنشطة تعزيز الصحة أو عوامل أخرى مثل علم الوراثة. وبالتالي يكون فحص السكر الصيامي وكلياً لكل من الترويج الفعال لنظام وسلوكيات غذائية صحية وعلاج فعال لمرض السكري. مع توفر المزيد من البيانات، سيتم استبدال هذا المؤشر بجزء السكان المصابين بداء السكري تحت العلاج. وقد احتسبت التقديرات السابقة الذكر لكل من النساء والرجال بشكل منفصل؛ بالنسبة لمؤشر تتبّع التغطية الصحية الشاملة، يتم احتساب متوسط بسيط للقيم الخاصة بالرجال والنساء.	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

منطقة التبغ	مكافحة التبغ
تعريف المؤشر	النسبة المئوية المعيارية للعمر من السكان الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر والذين لا يستخدمون حالياً أي منتج من منتجات التبغ (الذين يدخن و/أو الذين لا يدخن) على أساس يومي أو غير يومي.
البسط	البالغين 15 سنة فأكثر الذين لا يستخدمون حالياً أي منتج من منتجات التبغ (الذين يدخن و/أو الذين لا يدخن) على أساس يومي أو غير يومي.
المقام	البالغين 15 سنة فأكثر
مصادر البيانات الرئيسية	المسوح الأسر المعيشية
طريقة القياس	وتضم "منتجات التبغ" السجائر والسجائر الصغيرة والسيجار وسيقار الشيروت والبيدي والغليون والشيشة (النرجيلة) والسجائر الملفوفة يدوياً، وسجائر القرنفل أو الكريتيكس وغيرها من أنواع التبغ الذي يُستهلك عبر التدخين (عن طريق الفم والأنف). أما منتجات التبغ التي لا تشمل هي السجائر الإلكترونية (التي لا تحتوي على التبغ)، "السيجار الإلكتروني"، "الشيشة الإلكترونية"، JUUL و "الأنابيب الإلكترونية".
طريقة التقدير	يتم استخدام نموذج إحصائي قائم على الانحدار التلوي السلبي ذي الحددين Bayesian لنمذجة انتشار تعاطي التبغ الحالي لكل بلد، بشكل منفصل للرجال والنساء. ويتوفر وصف كامل للطريقة كمقالة تمت مراجعتها من قبل النظراء في The Lancet، المجلد 385، رقم 9972، ص 966-976 (2015). وبمجرد تجميع معدلات الانتشار الخاصة بالعمر والجنس من المسوح الوطنية في مجموعة بيانات، كان النموذج مناسباً لحساب تقديرات الاتجاه من عام 2000 إلى عام 2025. ويتكون النموذج من مكونين رئيسيين: (أ) تعديل المؤشرات والفئات العمرية المفقودة، و (ب) إنشاء تقدير للاتجاهات بمرور الوقت بالإضافة إلى فاصل موثوق به يبلغ 95٪ حول التقدير. واعتماداً على اكتمال/شمولية بيانات المسح من بلد معين، يستخدم النموذج أحياناً بيانات من دول أخرى لملء فجوات المعلومات. وعندما يكون لدى بلد ما أقل من مسحتين تمثيلية على الصعيد الوطني على أساس السكان في سنوات مختلفة، لا تُبذل أي محاولة لملء فجوات البيانات ولا يتم حساب أي تقديرات. ولسد فجوات البيانات، يتم "استعارة" المعلومات من بلدان في نفس المنطقة الفرعية للأمم المتحدة. كما تُستخدم خطوط الاتجاه الناتجة لاشتقاق تقديرات لسنوات فردية، بحيث يمكن الإبلاغ عن رقم حتى لو لم تقم الدولة بإجراء مسح في تلك السنة. ومن أجل جعل النتائج قابلة للمقارنة بين البلدان، يتم توحيد معدلات الانتشار حسب العمر وفقاً لمعيار منظمة الصحة العالمية للسكان. سيكون لتقديرات البلدان ذات المسوح غير المنتظمة أو العديد من فجوات البيانات نطاقات كبيرة من عدم اليقين، وينبغي تفسير هذه النتائج بحذر.
الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة	يتم احتساب انتشار عدم التدخين التبغ ك 1 ناقص انتشار تدخين التبغ.

مجال التتبع	النفاد إلى المستشفى
تعريف المؤشر	حصة الفرد من أسرة المستشفيات، ذات الصلة بعتبة الحد أقصى الذي يبلغ 18 لكل 10 آلاف من السكان
البسط	عدد أسرة المستشفيات (يجب أن تستثني أسرة المخاض والولادة)
المقام	مجموع السكان
مصادر البيانات الرئيسية	النظم الإدارية / نظام الإبلاغ الخاصة بالمراقب الصحية
طريقة القياس	تستخدم الأنظمة الإدارية القطرية لإجمالي عدد أسرة المستشفيات، التي تُقسم على مجموع السكان المقدر، وتضرب ب 10000. تقوم المكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية والمجموعات الأخرى بجمع معلومات عن كثافة أسرة المستشفيات الوطنية، بما في ذلك الموارد التالية على شبكة الإنترنت: المرصد الإقليمي لمكتب منظمة الصحة العالمية في أوروبا: https://rho.emro.who.int/rhodata/node.main.A36 المرصد الإقليمي لمكتب منظمة الصحة العالمية في إفريقيا: http://www.aho.afro.who.int/ar/data-statistics/hospital--population-beds-10-000 بوابة المعلومات الصحية الأوروبية لمنظمة الصحة العالمية في أوروبا: http://gateway.euro.who.int/ar/data-sources/european-database-on-human-and-technical-resources-for-health/ منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي: https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm
طريقة التقدير	باستخدام البيانات المتاحة، يتم احتساب المؤشر بالنسبة إلى قيمة 18 سرير في المستشفى لكل 10000 من السكان. تقل هذه العتبة عن الحد الأدنى لبلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ذات الدخل المرتفع (منذ عام 2000) والذي يبلغ 20 سرير لكل 10 آلاف شخص، وتميل إلى أن تتوافق مع معدل دخول المستشفى للمرضى الداخليين والذي يبلغ 5 لكل 100 شخص في السنة. تم تصميم هذا المؤشر لالتقاط مستويات منخفضة من قدرة المستشفى على الاستيعاب؛ يتم استخدام الحد الأقصى لأن الكثافة العالية للغاية للأسرة المستشفى لا تشكل بالضرورة استخداماً فعالاً للموارد. يتم احتساب المؤشر على النحو التالي، وذلك باستخدام بيانات البلد حول كثافة أسرة المستشفيات (كس)، والتي ينتج عنها قيم تتراوح بين 0 و100: • بلد ذو كثافة بأسرة المستشفيات/كس > 18 لكل 10,000 في السنة، المؤشر = كس / 18 * 100. • بلد ذو كثافة بأسرة المستشفيات/كس < 18 لكل 10,000 في السنة، المؤشر = 100.
الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة	قد يكون المؤشر البديل هو معدل تلقي العلاج داخل المستشفى، نسبة إلى الحد الأقصى المسموح به. ومع ذلك، لا يتم الإبلاغ عن هذا المؤشر حالياً على نطاق واسع عبر المناطق، وخاصة المنطقة الأفريقية. في البلدان التي تتوفر فيها المعدلات الخاصة بحصة الفرد من أسرة المستشفيات ومعدلات تلقي العلاج داخل المستشفى، تكون هذه المعدلات مترابطة بشكل كبير.

القوى العاملة في القطاع الصحية	مجال التتبع
العاملون في القطاع الصحي (الأطباء، الأطباء النفسيون، والجراحون) للفرد الواحد، نسبة إلى الحد الأقصى للعتبات لكل كادر	تعريف المؤشر
عدد الأطباء والأطباء النفسيين والجراحين	البسط
مجموع السكان	المقام
قاعدة بيانات وطنية أو سجل للعاملين في القطاع الصحي، المترافقة مع التقييم المنتظم للاكتمال باستخدام بيانات التعداد أو سجلات الجمعيات المهنية أو التعدادات الخاصة بالمرافق.	مصادر البيانات الرئيسية
يعتمد تصنيف العاملين في القطاع الصحي على معايير التعليم والتدريب المهنيين، وتنظيم المهن الصحية، وأنشطة ومهام الوظائف، أي إطار لتصنيف متغيرات القوى العاملة الرئيسية وفقاً للخصائص المشتركة. يعتمد إطار منظمة الصحة العالمية إلى حد كبير على أحدث التنقيحات لنظم التصنيف الموحدة دولياً التابع لمنظمة العمل الدولية (التصنيف الدولي الموحد للمهن)، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (التصنيف الدولي الموحد للتعليم)، وشعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة (التصنيف الصناعي الدولي الموحد لجميع الأنشطة الاقتصادية). يمكن الاطلاع على التفاصيل والبيانات المنهجية على الرابط التالي: http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/	طريقة القياس
باستخدام البيانات المتاحة، يتم احتساب المؤشر عن طريق إعادة القياس أولاً، بشكل منفصل، نسب كثافة العاملين في القطاع الصحي لكل من الكوادر الثلاثة (الأطباء والأطباء النفسيين والجراحين) نسبة إلى الحد الأدنى للقيم المرصودة في جميع بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي منذ عام 2000، وهي كما يلي: الأطباء = 0.9 لكل 1000، الأطباء النفسيون = 1 لكل 100,000، والجراحون = 14 لكل 100,000. تتم عملية إعادة القياس هذه بنفس الطريقة الخاصة بمؤشر كثافة أسرة المستشفى الموصوفة أعلاه، مما ينتج عنه قيم مؤشر تتراوح بين 0 و100 لكل من الكوادر الثلاثة. على سبيل المثال، باستخدام بيانات الدولة عن الأطباء لكل 1000 نسمة (اكس)، سيتم احتساب المؤشر الخاص بالكوادر على النحو التالي:	طريقة التقدير
<ul style="list-style-type: none"> البلد مع اكس > 0.9 لكل 1000 سنوياً، المؤشر الخاص بالكادر = 0.9×100. البلد مع اكس < 0.9 لكل 1000 في السنة، المؤشر الخاص بالكادر = 100. كخطوة أخيرة، يتم احتساب الوسيط الهندسي لقيم المؤشر الخاصة بالكوادر الثلاث للحصول على المؤشر النهائي لكثافة القوى العاملة في القطاع الصحي.	
من الأفضل توسيع نطاق فئة "الأطباء" لتشمل جميع "المهنيين الأساسيين في القطاع الصحي"، مثل الممرضات والقابلات. ومع ذلك، لا توجد قاعدة بيانات قابلة للمقارنة دولياً تستخدم تعاريف متسقة للمهنيين الأساسيين في القطاع الصحي غير الأطباء للسماح بإجراء مقارنات دقيقة عبر البلاد.	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

الأمن الصحي	مجال التتبع
مؤشر السعة الأساسية للوائح الصحية الدولية (IHR)، وهو متوسط النسبة المئوية لسمات 13 من القدرات الأساسية التي تم تحقيقها في وقت محدد.	تعريف المؤشر
القدرات الأساسية الثلاث عشرة هي: (1) التشريعات والتمويل؛ (2) تنسيق اللوائح الصحية الدولية ووظائف جهات الاتصال الوطنية؛ (3) الأحداث حيوانية مصدر وواجهة صحة الإنسان والحيوان؛ (4) السلامة الغذائية؛ (5) المختبر؛ (6) المراقبة؛ (7) الموارد البشرية؛ (8) إطار الطوارئ الصحية الوطنية؛ (9) تقديم الخدمات الصحية؛ (10) الإبلاغ عن المخاطر؛ (11) نقاط الدخول؛ (12) الأحداث الكيميائية؛ (13) الطوارئ النووية المشعة.	
عدد السمات المحققة	البسط
إجمالي عدد السمات	المقام
مسح المخبر الرئيس	مصادر البيانات الرئيسية
يبلغ المخبرون الرئيسون عن تحقيق مجموعة من السمات لكل من القدرات الأساسية الـ 13 باستخدام أداة منظمة الصحة العالمية القياسية. وتستند هذه الأداة إلى التقييم الذاتي والتقرير الذاتي من قبل الدولة الطرف. وتمت مراجعة الاستبيان في 2018 وتم استخدامه للإبلاغ في 2018 و2019 بنفس الشكل، مختلفاً عن الاستبيان المستخدم خلال الفترة من 2010-2017، وبالتالي هناك قيود على مقارنة الدرجات من التقارير بين الفترة 2010-2017 مع التقارير بعد 2018.	طريقة القياس
يتم تصنيف درجة كل مستوى مؤشر كنسبة مئوية من الأداء على طول مقياس "1 إلى 5". وعلى سبيل المثال بالنسبة للبلد الذي يختار المستوى 3 للمؤشر 2.1، سيتم التعبير عن مستوى المؤشر على النحو التالي:	طريقة التقدير
$60\% = 100 * \frac{3}{5}$ <p>مستوى السعة يتم التعبير عن مستوى القدرة على أنه متوسط جميع المؤشرات. على سبيل المثال بالنسبة لبلد يختار المستوى 3 للمؤشر 2.1 والمستوى 4 للمؤشر 2.2. سيتم التعبير عن مستوى المؤشر لـ 2.1 على النحو التالي: $60\% = 100 * \frac{3}{5}$، سيتم التعبير عن مستوى المؤشر لـ 2.2 على النحو التالي: $80\% = 100 * \frac{4}{5}$ وسيتم التعبير عن مستوى السعة لـ 2 على النحو التالي: $70\% = 2 / (80 + 60)$</p>	
بدأت البلدان في إبلاغ منظمة الصحة العالمية بالقدرات الأساسية الخاصة باللوائح الصحية الدولية لعام 2010. وقد تم استخدام أول درجة متاحة من اللوائح الصحية الدولية لكل بلد لجميع السنوات 2009-2000.	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة