

البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة

(Harmonized metadata template - format version 1.1)

0. معلومات المؤشر (SDG_INDICATOR_INFO)

0.a. الهدف (SDG_GOAL)

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

0.b. الغاية (SDG_TARGET)

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.

0.c. المؤشر (SDG_INDICATOR)

المؤشر 3-8.2: نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة محسوبة كحصة من مجموع إنفاق الأسر المعيشية أو دخلها.

0.d. السلسلة (SDG_SERIES_DESCR)

ينطبق على جميع السلاسل (SH_XPD_EARN10 و SH_XPD_EARN25)

0.e. تحديث البيانات الوصفية (META_LAST_UPDATE)

31 مارس/آذار 2023

0.f. المؤشرات ذات الصلة (SDG_RELATED_INDICATORS)

مؤشرات أهداف التنمية المستدامة: 3-8.3؛ 1-1.1؛ 1-2.1.

0.g. المنظمات الدولية المسؤولة عن الرصد العالمي (SDG_CUSTODIAN_AGENCIES)

منظمة الصحة العالمية (WHO) و البنك الدولي (WB)

1. الإبلاغ عن البيانات (CONTACT)

1.A.1. المنظمة (CONTACT_ORGANISATION)

منظمة الصحة العالمية (WHO)

2. التعريف والمفاهيم والتصنيفات (IND_DEF_CON_CLASS)

2.A.2. التعريف والمفاهيم (STAT_CONC_DEF)

التعريف:

نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري.

يتم استخدام عتبتين لتحديد " الإنفاق الأسري الكبير على الصحة": أكبر من 10% وأكبر من 25% من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري.

المفاهيم:

يُعرّف المؤشر 3-8.2 على أنه " نسبة السكان ذات الإنفاق الأسري الكبير على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري ". وهو في الواقع يعتمد على نسبة تتجاوز العتبة. المفهوم الرئيس ذات أهمية وراء هذه النسبة هما الإنفاق الأسري على الصحة (المقسوم) ومجموع الإنفاق الأسري الاستهلاكي أو الدخل عند عدم توفّره (القاسم).

البسط

يُعرّف الإنفاق الأسري على الصحة بأنه أي نفقات يتم تكبدها في وقت استخدام الخدمة للحصول على أي نوع من الرعاية (التعزيزية أو الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية أو الملطفة أو الرعاية طويلة الأجل) بما في ذلك جميع الأدوية واللقاحات والمستحضرات الصيدلانية الأخرى وكذلك جميع المنتجات الصحية، من أي نوع من الموردين ولجميع أفراد الأسرة. تتسم هذه النفقات الصحية بمدفوعات مباشرة يتم تمويلها من دخل الأسرة المعيشية (بما في ذلك التحويلات) أو المدخرات أو القروض، ولكنها لا تشمل أي مدفوعات من طرف ثالث. ويعتمد ذلك فقط

على استعداد الأسرة وقررتها على الدفع. توصف مدفوعات الرعاية الصحية المباشرة بأنها المدفوعات من الأموال الخاصة في تصنيف خطط تمويل الرعاية الصحية من التصنيف الدولي للحسابات الصحية. تعتبر المدفوعات من الأموال الخاصة للنفقات الصحية أكثر مصادر التمويل غير المنصف بالنسبة للنظام الصحي. على هذا النحو، فإنها تمنح قط إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية والمنتجات الصحية التي يمكن للأفراد دفع ثمنها، دون أي تضامن بين الأصحاء والمرضى خارج نطاق الأسرة المعيشية، الغني والفقير. إنهم يمثلون حاجزاً أمام الوصول لأولئك الأشخاص غير القادرين على العثور على الموارد الاقتصادية التي يحتاجون إلى دفعها من جيوبهم الخاصة. يجب أن تكون مكونات الإنفاق الاستهلاكي للرعاية الصحية للأسرة المعيشية متسقة مع القسم 06 من تصنيف الأمم المتحدة للاستهلاك الفردي وفقاً للغرض وتتضمن النفقات على الأدوية والمنتجات الطبية (06.1)، وخدمات الرعاية الخارجية للمرضى (06.2) وخدمات الرعاية الداخلية للمرضى (06.3) وخدمات الرعاية آخر (06.4) ² يجب أن تكون المعلومات الإضافية عن التعاريف والتصنيفات (على سبيل المثال، من قبل الجهة المزودة وخصائص المستفيدين) للنفقات الصحية متسقة مع **التصنيف الدولي للحسابات الصحية** وأسرة تصنيفها (على سبيل المثال حسب نوع المزود).

المقام

إن الإنفاق على الاستهلاك الأسري والدخل الأسري هو على حد سواء تدابير الرعاية النقدية. إن استهلاك الأسرة المعيشية هو دالة الدخل الدائم، وهو مقياس للموارد الاقتصادية طويلة الأجل للأسرة التي تحدد مستويات المعيشة. يتم تعريف الاستهلاك بشكل عام على أنه مجموع القيم النقدية لجميع البنود التي تستهلكها الأسرة في الحساب المحلي خلال فترة مرجعية. وهي تشمل النفقات النقدية على السلع الغذائية وغير الغذائية غير المعمرة والخدمات المستهلكة وكذلك القيم المحتسبة للسلع والخدمات التي لم يتم شراؤها ولكن تم تحصيلها بطريقة أخرى للاستهلاك (قيمة الاستهلاك العيني)؛ قيمة استخدام السلع المعمرة وقيمة استخدام المساكن التي يشغلها مالكوها. عادة ما يتم جمع المعلومات عن استهلاك الأسر المعيشية في المسوح الأسرية التي قد تستخدم نهجاً مختلفاً لقياس درجة "الاستهلاك" اعتماداً على ما إذا كانت البنود تشير إلى سلع دائمة أو غير دائمة و / أو يتم إنتاجها بشكل مباشر من قبل الأسر المعيشية. إن مقياس الدخل الأكثر أهمية هو الدخل المتاح لأنه قريب من الحد الأقصى المتاح للأسرة المعيشية لإنفاق الاستهلاك خلال فترة المحاسبة. يتم تعريف الدخل المتاح على أنه إجمالي الدخل ناقصاً الضرائب المباشرة (صافي المبالغ المستردة)، والرسوم الإلزامية والغرامات. ويتكون إجمالي الدخل بصفة عامة من دخل الوظيفة ودخل الملكية والدخل الناجم عن الإنتاج الأسري للخدمات من أجل الاستهلاك الذاتي والتحويلات النقدية والعينية والتحويلات المستلمة كخدمات ³ من الصعب قياس الدخل بدقة بسبب تقلبه الكبير بمرور الوقت. في حين أن الاستهلاك أقل تغيراً بمرور الوقت وأسهل للقياس. لذلك يوصى باستخدام الاستهلاك كلما توافرت المعلومات الخاصة بالائتين أي الاستهلاك الأسري والدخل (انظر مصادر البيانات).

العتبة

يتم استخدام عتبتين لإعداد التقارير العالمية لتحديد إنفاق الأسرة المعيشية الكبير على الصحة كحصّة من مجموع الاستهلاك الأسري أو الدخل: عتبة أقل بنسبة 10% (10_3.8.2) وعتبة أعلى بنسبة 25% (25_3.8.2). مع هاتين العتبتين، يقيس المؤشر الصعوبات المادية (راجع قرة التعليقات والقيود).

B.2. وحدة القياس (UNIT_MEASURE)

النسبة المئوية (نسبة الناس)

C.2. التصنيفات (CLASS_SYSTEM)

لتعريف النفقات الصحية (البسط)

• http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en

لمكونات النفقات الصحية (البسط)

• القسم 06 من تصنيف الأمم المتحدة للاستهلاك الفردي حسب الغرض

• https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp;

لمكونات استهلاك الأسرة الإجمالي (المقام المفضل)

• التصنيف الأمم المتحدة للاستهلاك الفردي حسب الغرض

• https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp;

¹ http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en

² <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1>

³ <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/17thicls/r2hies.pdf>

3. نوع مصدر البيانات وطريقة جمع البيانات (SRC_TYPE_COLL_METHOD) 3.A. مصادر البيانات (SOURCE_TYPE)

تتمثل مصادر البيانات الموصى بها لرصد " نسبة السكان ذات الإنفاق الأسري الكبير على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري " بالمسوح الأسرية التي تحتوي على معلومات عن إنفاق استهلاك الأسرة المعيشية على الصحة ومجموع نفقات استهلاك الأسر المعيشية، ويتم إجراؤها بشكل روتيني من قبل مكاتب الإحصاءات الوطنية. وعادةً ما تقوم هذه المسوح بجمع هذه الدراسات لأنها تجري بالدرجة الأولى لتوفير مدخلات لحساب مؤشرات أسعار الاستهلاك أو تجميع الحسابات القومية. ومن المصادر المحتملة الأخرى للمعلومات المسوح الاجتماعية-الاقتصادية أو دراسات مستويات المعيشة؛ ومع ذلك، قد لا تقوم بعض هذه الدراسات بجمع معلومات عن إجمالي نفقات الاستهلاك الأسري -على سبيل المثال، عندما يقيس بلد ما الفقر باستخدام الدخل كتدبير⁴ للرفاهية. أهم معيار لاختيار مصدر بيانات لقياس المؤشر 3-8-2 لأهداف التنمية المستدامة هو توافر كل من إنفاق استهلاك الأسر على الصحة وإجمالي نفقات الاستهلاك الأسري. عندما يتم استخدام المسوح الاجتماعية-الاقتصادية أو دراسة مستويات المعيشة لقياس المؤشر 3-8-2 لأهداف التنمية المستدامة، فإن أي تحدي للمقارنة بين البلدان في المؤشر 1-1-1 ينطبق أيضًا على رصد المؤشر 3-8-2. بالنسبة لأي نوع من المسوح الأسرية، نظراً للتركيز على إنفاق الأسر المعيشية على الصحة، هناك حاجة إلى تحسين أدوات المسوح الحالية للمقارنة بين البلدان. وتتعاون منظمة الصحة العالمية مع مختلف وكالات الأمم المتحدة وغيرها من أصحاب المصلحة المهمين لضمان حدوث ذلك.

3.B. طريقة جمع البيانات (COLL_METHOD)

تحصل منظمة الصحة العالمية على بيانات المسوح الأسرية من مكاتب الإحصاءات الوطنية التي يتم فيها وضع مقسوم وقاسم لنسبة الإنفاق على الصحة وهما لمبادئها التوجيهية الخاصة إما مباشرة من جانبها أو من قبل الاستشاريين التابعين للمنظمة. تعمل منظمة الصحة العالمية من خلال مكاتبها الإقليمية أو مكاتبها القطرية لدعم وزارات الصحة. لا يتم إجراء أي تعديل منهجي.

كما يتلقى البنك الدولي عادةً بيانات من مكاتب الإحصاءات الوطنية بشكل مباشر. في حالات أخرى، يستخدم بيانات المكاتب الإحصائية الوطنية الواردة بشكل غير مباشر. على سبيل المثال، تتلقى البيانات من المكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي ومن دراسة الدخل في لوكسمبورج، التي تقدم بيانات البنك الدولي ومكاتب الإحصاءات الوطنية التي تلقتها. وتحفظ جامعة دي لا بلاتا الوطنية في الأرجنتين والبنك الدولي بصورة مشتركة بقاعدة البيانات الاجتماعية الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي التي تشمل إحصاءات مئسفة عن الفقر وغيره من المتغيرات التوزيعية والاجتماعية من 24 بلداً من بلدان أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، استناداً إلى البيانات الجزئية من المسوح التي أجرتها مكاتب الإحصاءات الوطنية. يتم الحصول على البيانات من خلال البرامج الخاصة بكل بلد، بما في ذلك برامج المساعدة التقنية وأنشطة التحليل وبناء القدرات المشتركة. لدى البنك الدولي علاقات مع مكاتب الإحصاءات الوطنية بشأن برامج العمل التي تشمل النظم الإحصائية وتحليل البيانات. وعادة ما يشارك الاخصائيون الاقتصاديون في مجال الفقر من البنك الدولي مع مكاتب الإحصاءات الوطنية على نطاق واسع في قياس الفقر وتحليله كجزء من أنشطة المساعدة التقنية.

تقوم منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بتوليد المؤشر 3-8-2 باتباع نفس النهج. قد جمعت كلتا المؤسساتان التقديرات على المستوى المتوسط. وتستند أهلية التقديرات المدرجة في قاعدة بيانات نهائية مشتركة لإنتاج تقديرات إقليمية وعالمية إلى فحوصات الجودة التالية:

بالنسبة إلى قاسم نسبة الإنفاق الصحي

- مقارنة لوغاريتم مجموع استهلاك الفرد في مصدر معياري بلوغاريتم إجمالي استهلاك الفرد المقدر من المسح. ويُقاس كلاهما على أساس شهري من خلال تعادل القوة الشرائية [PPP] الدولية للدولار في سنة 2011. ويؤخذ مصدر القياس من موقع بوفكالنت⁶ إذا توفر، أو من مؤشرات التنمية العالمية⁷ وتُحسب على أنها إجمالي الإنفاق الأسري الاستهلاكي النهائي بالقيمة الثابتة الدولية في سنة 2011 مقسومةً على إجمالي عدد السكان. حين يبلغ الفرق بين لوغاريتم مجموع الاستهلاك الفردي في المصدر المعياري ولوغاريتم قيمة الاستهلاك المقترحة من خلال المسح كحصة من لوغاريتم مجموع استهلاك الفرد في المؤشر

⁴ <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>

⁵ One example is the WHO engagement in the ongoing revision of COICOP by UNSD http://unstats.un.org/unsd/class/intercop/expertgroup/tor_tsg-coicop-2013.pdf. Another example is a BMGF project WHO is supporting to improve the measurement of household health expenditures <http://www.indepth-network.org/projects/ihope>

⁶ <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/povOnDemand.aspx>

⁷ <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>

أكثر من 10 في المائة باستخدام الأرقام المتاحة في بوفكالنت وأكثر من 15 في المائة باستخدام مؤشر التنمية العالمية، تُحدّد نقطة المسح على أنها قيمة غير عادية على المستوى الدولي من حيث نصيب الفرد من الاستهلاك.

● مقارنة عدد الفقراء المقدر من المسح وفقاً لخط الفقر الذي بلغ 1.90 دولار في اليوم في تعادل القوة الشرائية للدولار في سنة 2011 بمعدل انتشار الفقر المبلغ عنه وفقاً لموقع بوفكالنت على أساس خط الفقر نفسه (وهو القيمة المعيارية). حين يتجاوز الفرق المطلق بين القيمة المعيارية والتقدير التي يقدمها المسح 10 نقاط مئوية، تُحدّد نقطة المسح على أنها قيمة غير عادية من حيث الفقر المدقع وقد يتم استبعادها.

● مقارنة عدد الفقراء المقدر من المسح وفقاً لخط الفقر 3.10 دولار في اليوم في تعادل القوة الشرائية للدولار في سنة 2011 بالفقر المبلغ عنه في موقع بوفكالنت على أساس خط الفقر نفسه (وهو القيمة المعيارية). حين يتجاوز الفرق المطلق بين القيمة المعيارية والتقدير التي يقدمها المسح 10 نقاط مئوية، تُحدّد نقطة المسح على أنها قيمة غير عادية من حيث عدد الفقراء عند 3.10 دولار في اليوم وقد يتم استبعادها.

بالنسبة إلى مقسوم نسبة الإنفاق الصحي

● مقارنة معدّل نسبة الإنفاق الصحي في المسح بمعدّل معياري لنصيب الميزانية كنسبة من التدبير الكلي لإنفاق الأسرة المعيشية من الأموال الخاصة بالعملية المحلية الحالية. حين يتجاوز الفرق بينهما 5 نقاط مئوية، تُحدّد نقطة المسح على أنها قيمة غير عادية من حيث حصة ميزانية الأسرة التي تُنفق على الصحة وقد يتم استبعادها. يتوفر مؤشر الاقتصاد الكلي حول إنفاق الأسرة المعيشية من الأموال الخاصة عبر قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي⁸ وقاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية⁹ أما المعلومات حول الإنفاق الاستهلاكي النهائي للأسر المعيشية، فُستخلص أيضاً من قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية (رمز السلسلة: (NE.CON.PRVT.CN

وتُستخدم هذه المعايير أيضاً للاختيار بين تقديرين للبلدان والسنوات التي تستمد منها المنظمات مصدر البيانات نفسه. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى تقرير منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي لعام 2017 بشأن تتبع التغطية الصحية الشاملة، بالإضافة إلى واغستاف وآخرين.

في نهاية عملية ضمان الجودة، تجمع منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي تقديرات غير متكررة حول نسبة السكان الذين ينفقون بشكل كبير على الصحة كحصة من إجمالي إنفاق الأسر المعيشية أو دخلها، ومن ثم تجري منظمة الصحة العالمية عملية تشاور على مستوى البلد. وبحسب قرار المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية (رقم EB107.R8)، يُطلب إلى المنظمة القيام بذلك قبل نشر التقديرات على مستوى البلد بالنيابة عن الدول الأعضاء. وعند قياس أي مؤشر، تبدأ هذه العملية بإرسال منظمة الصحة العالمية طلباً رسمياً إلى وزارات الصحة تُطلب فيه تعيين جهة تنسيق للتشاور بشأن المؤشر. وفور تعيينها، ترسل إليها المنظمة مسودة تقديرات وتوصيفاً للمنهجية. وتتوفر رموز STATA للتحليل الإحصائي لإعادة إنتاج التقديرات التي نُشرت، ومن ثم ترسل جهة التنسيق تعليقاتها إلى منظمة الصحة العالمية وغالباً ما تتضمن بيانات جديدة أو تقديرات فُطرية مراجعة وتُستخدم لتحديث تقديرات البلد. وخلال عملية مشاوره البلدان في العام 2017، عيّنت 137 دولة عضو في منظمة الصحة العالمية جهات تنسيق، وتلقت 100 دولة منها مسودة حول التقديرات ومعلومات حول المنهجية، في حين لم تتلق سوى 37 دولة معلومات حول المنهجية نظراً إلى عدم إعداد مسودة تقديرات. وتتوفر تقديرات حول 32 دولة عضو في المنظمة فقط من أصل 57 دولة لم تُعين لها جهة تنسيق.

بالإضافة إلى هذه المشاورات، تعقد منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بانتظام فعاليات تدريبية من أجل قياس انعدام تغطية الحماية المالية، تشمل مشاركين من وزارة الصحة ومن مكتب الإحصاء الوطني. وتتعاون منظمة الصحة العالمية حالياً مع عدد من الجهات على المستويين الإقليمي والوطني من أجل دعم إنتاج المؤشر 3-8-2. ومع اعتماد هذا المؤشر مؤخراً، لم يتولّ بعد مكتب الإحصاء الوطني إنتاجه بشكل روتيني، على الرغم من توفر البيانات وبساطة منهجيته. كما لم تُدرج بعد نتائج هذا التعاون في قاعدة البيانات التي جمعتها منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، غير أنّ التقديرات الصادرة عن البلدان تخضع لعملية ضمان الجودة نفسها الموضحة أعلاه.

3.c. الجدول الزمني لجمع البيانات (FREQ_COLL)

يتبع جمع البيانات خطة للبلد لإجراء مسح عن الإنفاق الاستهلاكي للأسر وعن الميزانية وعن الدخل والإنفاق.

⁸ <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>

⁹ <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>

3.D. الجدول الزمني لنشر البيانات (REL_CAL_POLICY)

سيتم إصدار تقديرات حول نسبة السكان ذات الاتفاق الاسري الكبير على الصحة كحصّة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري بحلول حزيران/يوليو 2017. ومن الآن فصاعداً، ستتم إضافة المزيد من البيانات الجديدة كلما زادت المعلومات التي يتم تلقيها من مراكز التنسيق المعنية (راجع عملية الجمع). يتم التخطيط لإجراء تحديثات للتقديرات الإقليمية والعالمية كل عامين.

3.E. الجهات المزودة للبيانات (DATA_SOURCE)

أجهزة الإحصاء الوطنية بالتعاون مع وزارات الصحة. انظر مصادر البيانات لمزيد من التفاصيل.

3.F. الجهات المجمعّة للبيانات (COMPILING_ORG)

منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي.

3.G. التفويض المؤسسي (INST_MANDATE)

4. اعتبارات منهجية أخرى (OTHER_METHOD)

4.A. الأساس المنطقي (RATIONALE)

يتم تعريف الغاية ٨-٣ 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 والجيّدة والفعالة والميسورة التكلفة". ويتمثل القلق مع جميع الأشخاص والمجتمعات التي تتلقّى الخدمات الصحية الجيدة التي تحتاجها (بما في ذلك الأدوية والمنتجات الصحية الأخرى)، من دون أي مصاعب مادية. تم اختيار مؤشرين لرصد الغاية ٨-٣ ضمن إطار أهداف التنمية المستدامة. يغطّي المؤشر ٨-٣ الخدمات الصحية، ويتم تعقبه مع دليل يجمع 16 مؤشراً لتغطية الخدمات الصحية الخاصة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل والأمراض المعدية والأمراض غير المعدية ومدى قدرة الخدمة والوصول إلى مقياس واحد موجز. ويركز المؤشر ٨-٣ على النفقات الصحية فيما يتعلق بميزانية الأسر المعيشية لتحديد المصاعب المادية الناجمة عن مدفوعات الرعاية الصحية المباشرة. تم وضع المؤشرين ٨-٣ و ٢-٨-٣ معاً من أجل الحصول على تغطية الخدمة وأبعاد الحماية المالية، على التوالي، للغاية ٨-٣. يجب رصد هذين المؤشرين دائماً على نحو مشترك.

المؤشر ٢-٨-٣ مستمد من المنهجيات التي يعود تاريخها إلى التسعينيات، وقد تم تطويرها بالتعاون مع أكاديميين من البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية. ويشير المؤشر ٢-٨-٣ إلى تحديد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تخصيص حصة كبيرة من إجمالي إنفاقهم أو دخلهم الأسري أو للرعاية الصحية. وينصب التركيز على المدفوعات التي تتم في مرحلة الاستخدام للحصول على أي نوع من أنواع العلاج، ومن أنواع مقدمي الخدمة، لأي نوع من أنواع المشاكل المرضية أو الصحية، بعد خصم أي تعويضات للفرد الذي قام بالدفع ولكن باستثناء الدفعات المسبقة للخدمات الصحية؛ على سبيل المثال، على شكل ضرائب أو أقساط التأمين أو مساهمات محددة. هذه المدفوعات المباشرة هي الطريقة الأقل إنصافاً لتمويل الأنظمة الصحية نظراً إلى أنها تحدد مدى تلقي الرعاية.

ومن الواضح أن هذا يتعارض مع روحية هذه الغاية، التي تدعو إلى منح إمكانية النفاذ على أساس الاحتياجات الصحية، وليس قدرة الأسر على تجميع كل مواردها المالية لتلبية الاحتياجات الصحية لأفرادها. قد تكون هناك حاجة إلى بعض المدفوعات المباشرة ولكن المؤشر ٨-٣ يركز على الاعتقاد بأنه لا ينبغي على أي شخص، مهما كان مستوى دخله، أن يختار بين الإنفاق على الصحة والإنفاق على سلع وخدمات أساسية أخرى مثل التعليم والضروريات الغذائية والإسكان والمرافق العامة. تتمثل إحدى طرق تقييم المدى الذي تؤدي به الأنظمة الصحية إلى الصعوبات المالية في احتساب نسبة السكان ذات الاتفاق الاسري الكبير على الصحة كحصّة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري.

4.B. التعليلات والقيود (REC_USE_LIM)

من الممكن رصد المؤشر ٢-٨-٣ على أساس منتظم باستخدام نفس بيانات المسوح الأسرية التي يتم استخدامها لرصد الغاية ١-١ و٢-١ من أهداف التنمية المستدامة الخاصة بالفقر¹⁰. كما يتم إجراء هذه المسوح بانتظام لأغراض أخرى مثل احتساب الأوزان لمؤشر أسعار المستهلك. وعادةً ما تُجرى هذه المسوح بواسطة المكاتب الإحصائية الوطنية. وبالتالي، فإن رصد نسبة السكان الذين لديهم نفقات أسرية كبيرة على الصحة كحصة من مجموع الاستهلاك والدخل الأسري لا يضيف أي عيب إضافي لجمع البيانات ما دام يمكن تحديد عنصر الإنفاق الصحي في بيانات الاستهلاك غير الغذائي للأسر. وعلى الرغم من أن هذا يمثل ميزة، إلا أن المؤشر ٢-٨-٣ يعاني من نفس التحديات التي تواجه المؤشر ١-١ من أهداف التنمية المستدامة الناجمة عن حسن توقيت المسوح وتواترها وجودتها وبياناتها وقابلية مقارنتها. ومع ذلك فإن المؤشر ٢-٨-٣ له حدوده المفاهيمية والتجريبية الخاصة به.

أولاً، يحاول المؤشر ٢-٨-٣ تحديد الصعوبات المادية التي يواجهها الأفراد عند استخدام دخلهم أو مدخراتهم أو الحصول على قروض لدفع تكاليف الرعاية الصحية. ومع ذلك، فشلت معظم المسوح الأسرية في تحديد مصدر التمويل الذي تستخدمه الأسرة المعيشية التي تبلغ عن الإنفاق الصحي. في البلدان التي لا يوجد فيها استرداد بآثر رجعي لإنفاق الأسرة المعيشية على الصحة، هذه ليست مشكلة. إذا أُبلغت إحدى الأسر المعيشية عن أي نفقات على الصحة، فسيكون ذلك بسبب عدم سداد أي مدفوعات من طرف ثالث. ومن ثم فهي متسقة مع التعريف المعطى لمدفوعات الرعاية الصحية المباشرة (المقسوم).

من ناحية أخرى، بالنسبة لتلك البلدان التي يكون فيها استرداد بآثر رجعي -على سبيل المثال، من خلال نظام التأمين الصحي- قد يتم تسديد المبلغ الذي أُبلغت عنه الأسرة عن النفقات الصحية كلياً أو جزئياً في وقت لاحق، ربما خارج فترة إجراء المسوح الأسرية.

ومن الواضح أن هناك حاجة إلى مزيد من العمل لضمان أن تقوم أدوات المسوح بجمع معلومات عن مصادر التمويل التي تستخدمها الأسرة لدفع تكاليف الرعاية الصحية، أو أن أداة المسح الأسري تحدد دائماً أن النفقات الصحية ينبغي أن تكون صافية من أي تعويض.

ثانياً، يعتمد المؤشر ٢-٨-٣ على نقطة فصل واحدة لتحديد ماهية "الإنفاق الصحي الكبير كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري". لا يؤخذ بعين الاعتبار الأشخاص الذين يعيشون تحت هذه العتبات أو فوقها، الأمر الذي دائماً ما يسبب مشكلة بالتدابير القائمة على وقف الإنتاج. يتم تجنب هذا ببساطة عن طريق تحديد وظيفة التوزيع التراكمي لنسبة الإنفاق على الصحة وراء المؤشر ٢-٨-٣. ومن خلال القيام بذلك، من الممكن تحديد نسبة السكان الذين يكسبون أي حصة من ميزانية أسرهم للصحة.

ثالثاً، يعتمد مؤشر ٢-٨-٣ على مقاييس الإنفاق اللاحق على الرعاية الصحية. يمكن أن تكون مستويات الإنفاق المنخفضة سببها أخطاء القياس نتيجة أخطاء غير متعلقة بأخذ العينات، إنما مثل فترة المسح القصيرة التي لا تسمح بجمع المعلومات عن الرعاية الصحية التي تتطلب المبيت؛ أو أخطاء خاصة بأخذ العينات مثل أخذ عينات كثيرة من منطقة ذات نسبة أمراض قليلة. كما أن عدم الإنفاق قد يكون جزءاً من عدم قدرة الأشخاص على إنفاق أي مبلغ على الصحة، على الأقل الإنفاق على الخدمات المشمولة في المؤشر ٢-٨-٣، يجب أن يؤدي إلى مستويات منخفضة من التغطية.

رابعاً، تُستخدم مؤشرات أخرى لقياس الصعوبات المالية، يستند كلها إلى مصادر البيانات نفسها: يعتمد التعريف الحالي للمؤشر ٢-٨-٣ من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة على منهجيات يعود تاريخها إلى تسعينيات القرن الماضي، طُورت بالتعاون مع أكاديميين من البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، وهذا يتوافق مع مؤشر وقوع الإنفاق الصحي الكارثي باستخدام نهج حصة الميزانية (راجع المراجع). وبالإضافة إلى المؤشر ٢-٨-٣، تُحدّد منظمة الصحة العالمية أيضاً النفقات الكبيرة على الصحة في ما يتعلّق بالإنفاق غير الكفاف¹¹،¹²،¹³، ويستخدم كل من منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي مؤشرات على إقرار الإنفاق الصحي لتقييم إلى أي مدى يمنع الإنفاق الصحي خارج نطاق الصحة الجهود الرامية إلى "القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان" (الهدف 1).

خامساً، لا بد من تتبّع المؤشر ٢-٨-٣ بالتوازي مع المؤشر ١-٨-٣ من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة، بالإضافة إلى المؤشرات المعنوية بعقبات الوصول: اختير مؤشران لرصد الغاية ٨-٣ المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة ضمن إطار أهداف التنمية المستدامة. ويُعنى المؤشر ١-٨-٣ ببُعد تغطية الخدمات الصحية ضمن التغطية الصحية الشاملة، فيما يُعنى المؤشر ٢-٨-٣ بأبعاد تتبّع الحماية المالية. بالتالي، لا بدّ من

¹⁰ <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>

¹¹ الفصل الثاني من "تتبع مسار التغطية الصحية الشاملة: تقرير الرصد العالمي لعام 2017"، منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي للإنشاء والتعمير/البنك الدولي؛ 2017؛ <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>

¹² Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., and Evans, T. (2007), "Protecting Households From Catastrophic Health Spending," *Health Affairs*, 26, 972–983. Xu, K., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., and Murray, C. (2003), "Households Catastrophic Health Expenditure: A Multi-Country Analysis," *The Lancet*, 326, 111–117

¹³ http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection;http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1 ; http://apps.searo.who.int/uhchhttp://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=en

رصد هذين المؤشرين معاً دائماً. وبالطبع، يواجه بعض الناس الذين يبحثون عن الرعاية الصحية بعض العقبات التي تحول دون وصولهم إليها، وهي تتعلق بالقيود المالية، ومشاكل القبول بهم، وعدم توفر الخدمات، أو أخرى تتعلق بالوصول إليها. وهؤلاء الأشخاص الذين لا يستطيعون تجاوز مثل هذه العقبات (أي العقبات المالية وغير المالية) لن يُبلغوا عن أي نفقات صحية، ما قد يؤدي إلى انخفاض معدلات المؤشر ٢-٨-٣. وحين يحصل ذلك، من المفترض أن تنخفض أيضاً معدلات المؤشر ١-٨-٣، نظراً إلى أن مؤشرات التتبع لتغطية الخدمات يجب أن تعكس عدم قدرة جزء كبير من السكان على الوصول إلى الخدمات التي يحتاجونها. لكن لا بد من تتبع بعض المؤشرات المحددة على العقبات التي تحول دون الوصول إلى الخدمات اللازمة، للتوصل إلى فهم أفضل لطبيعة هذه العقبات.

هناك مؤشرات أخرى تستخدم لقياس المصاعب المادية. تستخدم الوكالات المتخصصة مثل منظمة الصحة العالمية إطاراً أوسع يتضمن تعريفاً للإنفاق الكبير على الصحة فيما يتعلق بالحد الأدنى من الإنفاق بالإضافة إلى المؤشر ٢-٨-٣ 191817161514

c.4. طريقة الاحتماب (DATA_COMP)

متوسط عدد السكان الموزون ذات الانفاق الاسري الكبير على الصحة كحصّة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري.

$$\frac{\sum_i m_i \omega_i 1 \left(\frac{\text{health expenditure of the household } i}{\text{total expenditure of the household } i} > \tau \right)}{\sum_i m_i \omega_i}$$

حيث تدل "i" على أسرة معيشية، 1 () هي دالة المؤشر، وتقابل w_i ترجيحات عينة الأسرة المعيشية مضروبة بحجم الأسرة للحصول على أرقام تمثيلية لكل شخص، τ هي عتبة تحدد إنفاق الأسرة المعيشية الكبير على الصحة كنسبة من إجمالي استهلاك الأسرة المعيشية أو دخلها (أي 10% و 25%). يتم تعريف إنفاق الأسرة المعيشية على الصحة وإنفاق الأسرة المعيشية أو الدخل على النحو الموضح في قسم "المفهوم". لمزيد من المعلومات حول المنهجية، يرجى الرجوع إلى Wagstaff et al (2018) والفصل 2 من تقرير منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي لعام 2017 حول تتبع التغطية الصحية الشاملة.

d.4. التحقق (DATA_VALIDATION)

يُطلب من أجهزة الإحصاء الوطنية الحصول على البيانات الجزئية التي تتلقاها منظمة الصحة العالمية، ويكون القاسم (مجموع الإنفاق الصحي للأسرة المعيشية) قد وُضع وفقاً لمبادئها التوجيهية الخاصة، وتتبع البيانات هذه المبادئ حين لا يتوفر المقام. تنتج منظمة الصحة العالمية البسط (مجموع الإنفاق الصحي للأسر المعيشية) وفقاً للتعريفات والتصنيفات الموضحة في القسمين A2 و C2.

تقدّم حكومات البلدان البيانات الجزئية التي يحصل عليها البنك الدولي، وتضم هذه البيانات في العادة البسط والمقام اللذين يوضعان مسبقاً. وفي بعض الأحيان، يُضطر البنك الدولي إلى وضع مجموع مستوى الرفاه أو تعديل المجموع الذي يقدّمه البلد.

يجري التحقق في العادة من جودة البيانات الجزئية التي تحصل عليها كلتا المنظمتان لتتبع المؤشر ٢-٨-٣، وذلك من أجل تتبع مؤشرات أخرى مهمة (مثل المؤشر ١-١-١ من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة). ويجري تقييم للجودة قبل التشاور مع البلدان بشأن تقديرات المؤشر ٢-٨-٣ (راجع القسم 4.k) تُدرج التقديرات التي تنتجها كلتا المنظمتان في مشاوره للحصول على تعليقات البلدان وتفتيحها عند الاقتضاء.

¹⁴ Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., and Evans, T. (2007), "Protecting Households From Catastrophic Health Spending," *Health Affairs*, 26, 972–983. Xu, L., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., and Murray, C. (2003), "Households Catastrophic Health Expenditure: A Multi-Country Analysis," *The Lancet*, 326, 111–117. Wagstaff, A. and van Doorslaer, E. (2003), "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with applications to Vietnam 1993-98," *Health Economics*, 12, 921–934.

¹⁵ <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>; http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/

¹⁶ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection>

¹⁷ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=en

¹⁸ http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1

¹⁹ <http://apps.searo.who.int/uhc>

E.4. التعديلات (ADJUSTMENT)

لا ينطبق

F.4. معالجة القيم الناقصة (1) على مستوى البلد و (2) على المستوى الإقليمي (IMPUTATION)

• على الصعيد الوطني

لم تتم محاولة أي احتساب لإنتاج تقديرات. يتم تقدير نسبة السكان الذين لديهم إنفاق أسري كبير على الصحة كحصة من إجمالي إنفاق أو دخل الأسرة لجميع السنوات التي يتوفر فيها مسح تمثيلي وطني حول ميزانية الأسرة ودخل الأسرة ونفقاتها والظروف الاجتماعية والاقتصادية أو مستويات المعيشة مع معلومات عن إجمالي إنفاق الأسرة أو الدخل وإجمالي إنفاق الأسرة على الصحة. وعندما تكون هناك استطلاعات متعددة مع مرور الوقت لنفس البلد، يتم إعطاء الأفضلية للتقديرات المنتجة بناءً على نفس المسح. ويتم إجراء سلسلة من الاختبارات للاحتفاظ بأفضل السلاسل أداءً (انظر عملية التجميع K.4).

• على المستوى الإقليمي

نظراً إلى أن المسوح تُجرى على أساس سنوي في معظم البلدان، تُحتسب تقديرات المؤشر ٣-٨-٢ من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة عبر البلدان لسنوات مختلفة. ومن أجل احتساب التصنيفات الإقليمية والعالمية لسنة مرجعية مشتركة (مثلاً كل خمس سنوات بين العامين 2000 و2015؛ أو كل سنتين ابتداءً من العام 2015)، تُصطف تقديرات البلدان القائمة على المسوح باستخدام إحدى الطرق بحسب توفر المعلومات حول هذا البلد لسنة مرجعية أو قرابتها (T^*): في البلدان التي يلاحظ فيها نسبة وقوع للمؤشر ٣-٨-٢ من مؤشرات التنمية المستدامة في السنة المرجعية T^* ، تُستخدم هذه النقطة. وحين يُلاحظ وجود نسبي وقوع على الأقل للمؤشر ٣-٨-٢ من مؤشرات التنمية المستدامة خلال نافذة زمنية تمتد إلى 5 سنوات قرابة السنة المرجعية [T^*+5 ; T^*-5]، يُستخدم الاستكمال الخطي لتقدير قيمة المؤشر ٣-٨-٢ من مؤشرات التنمية المستدامة خلال السنة المرجعية. وفي حال عدم الامتثال لهذه الشروط ووجود نسبي وقوع على الأقل للمؤشر ٣-٨-٢، يُقدّر نموذج متعدي المستويات باستخدام الحصة الإجمالية للإنفاق من الأموال الشخصية على الصحة من مجموع الإنفاق الاستهلاكي كمتغير توضيحي عند توفر هذه المعلومات. وفي حال عدم توفر مثل هذه المعلومات أو عدم وجود نسبي وقوع للمؤشر ٣-٨-٢ من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة، يُحتسب معدل الوقوع في السنة المرجعية بمعدل الوقوع في تلك السنة بين البلدان ضمن مجموعة الدخل نفسها (منخفض، متوسط من الشريحة الدنيا أو متوسط من الشريحة العليا أو مرتفع) حسب تصنيف البنك الدولي. في حال عدم توفر مثل هذا التصنيف، تُستخدم القيمة المتوسطة الإقليمية للمؤشر ٣-٨-٢ من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة عند عتبة 10 في المائة. إن التصنيف الإقليمي المستخدم للاحتساب هو المستوى الأول من M49. ومن ثم تُجمع تقديرات كل بلد للسنة المرجعية حتى المستويين الإقليمي والعالمي لاحتساب "مجموع عدد السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات صحية تزيد عن 10 في المائة من مجموع دخل الأسرة أو إنفاقها" بالملايين. ثم تُحتسب نسبة مجموع السكان على المستويين العالمي والإقليمي من خلال التعبير عن هذه الأرقام كنسبة من السكان المعنيين، بما يعادل احتساب معدل مرجح بالسكان لنسبة البلدان ذات الصلة. لمزيد من المعلومات، يُرجى مراجعة سجل البيانات الوصفية لمركز الصحة العالمية التابع لمنظمة الصحة العالمية: (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4844>) (WHO Global Health Observatory metadata registry).

تتوافق النسبة الإجمالية للسكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات صحية كحصة من مجموع إنفاق الأسر المعيشية أو دخلها لمنطقة ما مع مجموع عدد الأشخاص في جميع البلدان في تلك المنطقة الذين يصرفون هذه النفقات الكبيرة مقسومةً على مجموع عدد الأشخاص في تلك المنطقة.

G.4. المجاميع الإقليمية (REG_AGG)

تتوافق المجاميع الإقليمية والعالمية مع المتوسطات المرجحة بالسكان لتقديرات البلدان "المنتظمة" (انظر F 4).

يستخدم البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية مجموعتهما الإقليمية الخاصة، بالإضافة إلى التقسيم الإقليمي المقترح لأهداف التنمية المستدامة من قبل شعبة الإحصاء في الأمم المتحدة.

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

تتم مشاركة جميع الوثائق اللازمة لتجميع البيانات على المستوى الوطني مع جهات الاتصال المعينة كل عامين. يمكن أن تطلبها أجهزة الإحصاء الوطنية ووزارات الصحة جنباً إلى جنب مع رموز STATA، إلى uhc_stats@who.int، الموضوع: حزمة لإنتاج مؤشر ٣-٨-٢ من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة.

4.1. إدارة الجودة (QUALITY_MGMNT)

تتم إدارة جودة التقديرات من خلال وحدة التمويل والاقتصاد الصحي التابعة لمنظمة الصحة العالمية ووحدة الممارسات العالمية للصحة والتغذية والسكان التابعة للبنك الدولي، ووحدة المشاركة العالمية

4.2. ضمان الجودة (QUALITY_ASSURE)

يتم مراجعة التقديرات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي من قبل أعضاء وحدة تمويل الصحة والاقتصاد التابعة لمنظمة الصحة العالمية ووحدة الممارسات العالمية للصحة والتغذية والسكان بالبنك الدولي، ووحدة المشاركة العالمية وتقديمها إلى استشارة وطنية تتألف من أعضاء من أجهزة الإحصاء الوطنية ذات الصلة ووزارة الصحة كل سنتين.

4.3. تقييم الجودة (QUALITY_ASSMNT)

تنتج منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي المؤشر 3-8-20 بأثبات الأساليب وطريقة التحقق من صحة القيم الناقصة ومعالجتها، كما هو موضح في القسم 4.j إلى القسم 4.d. وتجمع كلتا المنظمتان بين التقديرات على المستوى المتوسط. تستند أهلية التقديرات المدرجة في قاعدة بيانات عالمية مشتركة على مستوى البلد والمستخدم لإنتاج تقديرات إقليمية وعالمية إلى تقييم الجودة التالي:

بالنسبة إلى مقام نسبة الإنفاق الصحي

• قارن معدل الاستهلاك أو الدخل الشهري الإجمالي للأسرة المعيشية في مصدر معياري بمعدل القيمة الشهرية المقترنة من المسح. تستند المقارنة إلى نسبة كلا المعدلين (المصدر المعياري والتقدير القائم على المسح). إذا كانت النسبة أكبر من 20 في المائة (حين يعتمد كلا المعدلان على الاستهلاك) أو 30 في المائة (حين يعتمد تقدير المصدر المعياري على الدخل ويعتمد التقدير القائم على المسح على الاستهلاك)، تُحدّد نقطة المسح على أنها قيمة خارجية من حيث نصيب الفرد من الاستهلاك وتوضع عليها علامة تدل على احتمال استبعادها. يُعبّر عن كلا المعدلين بالدولار الدولي. ويتمثل مصدر المعدل المعياري بمنصة الفقر وعدم المساواة²⁰ (المعبّر عنها في الأساس بالدولار الدولي)، أو يكون مشتقاً من مؤشرات التنمية العالمية²¹ ويُحتسب على أنه نفقات الاستهلاك النهائي للأسر المعيشية بالدولار الدولي الثابت مقسوماً على مجموع عدد السكان. يتوقّر المعدل المقدر من المسح بوحدة العملة الإسمية المحلية، فُحوّل إلى دولارات دولية باستخدام تعادل القوة الشرائية للاستهلاك الخاص وأسعار مؤشر المستهلك. ويمكن تنزيل بيانات تعادل القوة الشرائية من موقع بيانات البنك الدولي ومنصة الفقر وعدم المساواة، كما يمكن تنزيل البيانات الخاصة بمؤشرات أسعار المستهلك من منصة الفقر وعدم المساواة، ويُفضّل استخدام هذه المنصة كمصدر بيانات لمؤشرات أسعار المستهلك وتعادل القوة الشرائية.

• قارن عدد الفقراء المقدر من المسح باستخدام خطوط الفقر الدولية مع معدل انتشار الفقر المبلغ عنه في منصة الفقر وعدم المساواة عند خطوط الفقر نفسها (القيمة المعيارية). حين يتجاوز الاختلاف المطلق بين القيمة المعيارية والتقدير القائم على المسح 10 نقاط مئوية، تُحدّد النقطة القائمة على المسح على أنها قيمة خارجية لتتبع الفقر باستخدام خطوط الفقر الدولية، وتوضع عليها علامة تدل على احتمال استبعادها. استُخدم خط الفقر المدقع وخط الفقر المتوسط لهذا التقييم. تُحتسب أحدث قيمة لخط الفقر المدقع الدولي على أنها 2.15 دولاراً أمريكياً في اليوم للفرد الواحد باستخدام تعادل القوة الشرائية للعام 2017 للاستهلاك الخاص، قحل بذلك مكان خط الفقر البالغ 1.90 دولاراً على أساس تعادلات القوة الشرائية للعام 2011. أما أحدث قيمة لخط الفقر الدولي المعتدل، فهي 3.65 دولاراً أمريكياً في اليوم للفرد الواحد، استناداً إلى تعادلات القوة الشرائية للعام 2017، وهي تحل مكان خط الفقر البالغ 3.20 دولاراً على أساس تعادلات القوة الشرائية للعام 2011. وهذا الرقم يتوافق مع المعيار النموذجي المستخدم لتقييم مستويات الفقر الوطنية في البلدان ذات الدخل المتوسط من الشريحة الدنيا. لمزيد من المعلومات حول التنقيح الأخير لتعديل القوة الشرائية، يُرجى زيارة الرابط التالي: <https://www.worldbank.org/en/news/factsheet/2022/05/02/fact-sheet-an-adjustment-to-global-poverty-lines>

بالنسبة إلى بسط الإنفاق الصحي

• قارن معدل نسبة الإنفاق الصحي في المسح بمعدل معياري لحصة الميزانية الصحية. وقد أنشئ هذا المعدل بدءاً من بيانات الحسابات الصحية الوطنية كنسبة من المقياس الإجمالي لنفقات الأسرة المعيشية من أموالها الخاصة، وصولاً إلى الإنفاق الاستهلاكي النهائي للأسر المعيشية والمؤسسات الربحية التي تخدم هذه الأسر، بالعملة المحلية الحالية. حين يتجاوز الفارق المطلق 5 نقاط مئوية، تُحدّد نقطة المسح على أنها قيمة خارجية من حيث حصة ميزانية الأسرة المعيشية المُنفقة على الصحة وتوضع عليها علامة تدل على احتمال استبعادها. تتوقّر المؤشرات الكلية من [قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي](#)²².

<https://pip.worldbank.org/home> 20

<https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators> 21

<https://apps.who.int/nha/database> 22

تستخدم هذه المعايير أيضاً لتحديد التقديرات التي ينبغي القبول بها بين تقديرين، بالنسبة إلى هذه البلدان والسنوات تستخدم فيها منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي مصدر البيانات نفسه. ومن أجل إدراج تقدير قائم على المسح للمؤشر 3-8-2 من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة في قاعدة البيانات المشتركة، وفي المشاورة على مستوى البلد التي تجري كل عامين والموضحة سابقاً، لا يمكن أن يكون هذا التقدير قيمة خارجية من حيث الاستهلاك، ولا من حيث حصة الميزانية الصحية.

وتخضع التقديرات التي تنتجها الدول وتشاركها من خلال المشاورات على مستوى البلد لعملية ضمان الجودة نفسها، وهي تدرج في قاعدة البيانات المشتركة إذا لم توضع عليها علامة لا من حيث الاستهلاك ولا من حيث حصة الميزانية الصحية.

5. توافر البيانات والتفصيل (COVERAGE)

توافر البيانات:

يزداد عدد البلدان أو الأقاليم التي تحتوي على بيانات مؤشر 3-8-2 من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة بمرور الوقت مع توفر المزيد من الدراسات الاستقصائية. لمزيد من المعلومات وللحصول على آخر التحديثات، يرجى استخدام بوابات البيانات المخصصة لمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي:

& <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection> &
<https://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/>

التسلسل الزمني:

يتشابه تواتر هذه البيانات مع تواتر البيانات المستخدمة لإنتاج المؤشر 1-1-1. ويختلف ذلك عبر البلدان ولكن في المتوسط يتراوح بين سنة واحدة و3 إلى 5 سنوات.

التفصيل:

التفصيل التالي ممكن حتى الآن وقد تم تصميم المسح لتقديم تقديرات تمثيلية على هذا المستوى:

- الموقع الجغرافي (ريفي / حضري)
- جنس رب الأسرة (ذكر / أنثى) ؛
- العمر والجنس رب الأسرة (أقل من 60 سنة / 60 سنة أو أكثر ، ذكر / أنثى) ؛
- التركيب العمري للأسرة على أساس المجموعات التالية: "الكبار قط (20-59 سنة)" - الأسر التي تتكون من أفراد تتراوح أعمارهم بين 20 و 59 سنة. "البالغون الذين لديهم أطفال ومراهقون (أقل من 60 عاماً من الأعضاء)" - الأسر التي تتكون من أفراد تقل أعمارهم عن 60 عاماً قط على النحو التالي: فرد واحد على الأقل دون سن 20 عاماً وعضو واحد على الأقل يتراوح عمره بين 20 و 59 عاماً ؛ "الأسر متعددة الأجيال (جميع الأعمار)" - الأسر التي تضم على الأقل شخصاً واحداً أقل من 20 عاماً وشخصاً واحداً على الأقل يتراوح عمره بين 20 و 59 عاماً وشخصاً واحداً على الأقل على الأقل = 60 عاماً ؛ "البالغون مع كبار السن (من 20 عاماً)" - الأسر التي تتكون من أفراد تبلغ أعمارهم < 20 عاماً قط على النحو التالي: شخص واحد على الأقل يتراوح عمره بين 20 و 59 عاماً وشخص واحد على الأقل = 60 عاماً ؛ "كبار السن قط (< 60 عاماً)" - الأسر التي تتكون من أفراد تتراوح أعمارهم بين < 60 عاماً قط ؛ "قط الأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 20 عاماً" - الأسر التي تتكون من أفراد تقل أعمارهم عن 20 عاماً قط.
- الموقع الجغرافي (ريفي / حضري)
- التفصيل المحتمل الآخر ممكن، على سبيل المثال حسب الشرائح الخمسية لمقاييس رفاحية الأسرة (إجمالي الإنفاق أو الدخل الاستهلاكي للأسر المعيشية). انظر القسم 4.ب بشأن التعليقات والقيود الخاصة بمدى حساسية التصنيف لاختيار مقياس الرفاهية.

6. المقارنة/الانحراف عن المعايير الدولية (COMPARABILITY)

مصادر التباين:

تستند جميع التقديرات على مستوى الدولة إلى مسوح تمثيلية على الصعيد الوطني مع معلومات عن إجمالي إنفاق الأسرة أو الدخل ونفقات الأسرة على الصحة (انظر مصادر البيانات). في معظم الحالات، تأتي هذه البيانات من المسوح الأسر المعيشية غير المعيارية، ويمكن تصميم عمليات ما بعد التوحيد القياسي لزيادة درجة القابلية للمقارنة عبر البلدان. على سبيل المثال، تنتج الفرق الإقليمية من البنك الدولي نسخاً موحدة من مجموعات البيانات الخام باتباع الإجراءات الإقليمية المشتركة مثل مجموعات البيانات المنسقة الخاصة بالفقر في أوروبا الشرقية وآسيا

الوسطى (ECAPOV²³)؛ تنتج مجموعة المؤشرات المنسقة المستندة إلى المسح (SHIP) من برنامج الفقر حول المسوح الأسرية المنسقة في المنطقة الإفريقية للبنك الدولي، في حين تم تطوير مجموعة المسح الاقتصادي للأسرة الموحدة (SHES) من قبل البنك الدولي لبرنامج المقارنة الدولية. تنتج مجموعات بيانات دراسة الدخل في لوكسمبورغ (LIS) عن جهد لتنسيق مجموعات البيانات من العديد من البلدان المرتفعة والمتوسطة الدخل²⁴.

في بعض الحالات، يمكن الوصول إلى البيانات الأولية لإنتاج تقديرات على المستوى القطري. في بعض البلدان، تتوفر كل من البيانات الأولية والنسخ الموحدة؛ في بعض البلدان، تتوفر الإصدار القياسي فقط. عند توفر إصدارات متعددة من نفس المسح، يتم الاحتفاظ بالتقدير الذي كان أفضل أداء في سلسلة من اختبارات ضمان الجودة (انظر عملية الجمع). عند اختيار نسخة موحدة من أدوات المسح المصممة وطنياً، هناك اختلافات بين متغيرات الإنفاق الناتجة باستخدام البيانات الأولية، ومتغيرات الإنفاق الناتجة باستخدام إجراءات التنسيق، والتي قد تؤدي إلى حدوث تقديرات مختلفة للسكان الذين يعانون من إنفاق أسري كبير على الصحة كنسبة من إجمالي إنفاق أو دخل الأسرة.

7. المراجع والوثائق (OTHER_DOC)

الرابط:

<http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp>;

<http://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/>

المراجع:

Global monitoring reports (e.g. 2015, 2017, 2019, 2021)

<https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/global-monitoring-report>

المنهجية:

- Chapter 2 on Financial protection in “Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report”, World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2017;
- Wagstaff, A., Flores, G., Hsu J., Smitz, M-F., Chepynoga, K., Buisman, L.R., van Wilgenburg, K. and Eozenou, P., (2018), “Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study”, the Lancet Global Health, volume 6, issue 2, e169-e179.
[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)
- Chapter 18 of “Analyzing health equity using household survey data”. Washington, DC: World Bank Group; 2008, <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/analyzing-health-equity-using-household-survey-data>