

الهدف ٣: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
الغاية ٣-٨: 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.

المؤشر ٣-٨-١: تغطية توافر الخدمات الصحية الأساسية (المعرفة باعتبارها متوسط التغطية التي توفر الخدمات الأساسية المستندة إلى الإجراءات الكاشفة التي تشمل الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات، والمواليد الجدد، والأطفال، والأمراض المعدية، والأمراض غير المعدية، والقدرة على توفير الخدمات، وإمكانية الوصول إليها لدى السكان عموماً والأشد حرماناً خصوصاً)

المعلومات المؤسسية

المنظمة/المنظمات:

منظمة الصحة العالمية (WHO)

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

تغطية توافر الخدمات الصحية الأساسية (المعرفة باعتبارها متوسط التغطية التي توفر الخدمات الأساسية المستندة إلى الإجراءات الكاشفة التي تشمل الصحة الإنجابية، 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 يبلغ عنه على أساس مقياس لا وحدة له من ٠ إلى ١٠٠، ويتم احتسابه كمتوسط هندسي لـ ١٤ مؤشر من مؤشرات التتبع الخاصة بتغطية الخدمات الصحية.

الأساس المنطقي:

يتم تعريف الغاية ٣-٨ 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 ٣-٨ ضمن إطار أهداف التنمية المستدامة. يُعنى المؤشر ٣-٨-١ بتغطية الخدمات الصحية، بينما يركز المؤشر ٣-٨-٢ على النفقات الصحية بالنسبة لميزانية الأسر المعيشية لتحديد الصعوبات المالية الناجمة عن مدفوعات الرعاية الصحية المباشرة. يهدف المؤشران ٣-٨-١ و ٣-٨-٢، مجتمعين، إلى التقاط أبعاد تغطية الخدمة والحماية المالية، على التوالي، للغاية ٣-٨. لذا يجب دائماً رصد هذين المؤشرين مجتمعين.

تقدم البلدان العديد من الخدمات الأساسية للحماية الصحية والترويج والوقاية والعلاج والرعاية. وتُعدّ مؤشرات تغطية الخدمة -والتي 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 ١٤ مؤشر تتبّع 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 ٠ إلى ١٠٠، باعتبار ١٠٠ كالوحدة المثلى.

المفاهيم:

يتم احتساب دليل تغطية الخدمات الصحية كمتوسط هندسي لـ ١٤ مؤشراً من مؤشرات التتبع الخاصة بتغطية الخدمات الصحية.

يتم سرد المؤشرات الـ ١٤ أدناه ويتم إعطاء بيانات وصفية تفصيلية عن كل عنصر من العناصر على شبكة الانترنت على الرابط التالي

[http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC Tracer Indicators Me \(tadata.pdf \)](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Tracer_Indicators_Me_tadata.pdf) بالإضافة إلى الملحق ١. مؤشرات التتبع منظمة وفقاً لأربع فئات واسعة من تغطية الخدمة على النحو التالي:

١. تنظيم الأسرة: نسبة النساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩ سنة) المتزوجات أو في ارتباط اللاتي يحتجن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة (مؤشر أهداف التنمية المستدامة ٣-٧-١، البيانات الوصفية متوفرة هنا)
٢. الرعاية بالحمل والولادة: النسبة المئوية للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة مع ولادات حية في فترة زمنية معينة واللاتي تلقين الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة أربع مرات أو أكثر
٣. تحصين الأطفال: النسبة المئوية للرضع الذين تلقوا ثلاث جرعات من اللقاح المحتوي على الخناق والكزاز والشاهوق
٤. علاج الأطفال: النسبة المئوية للأطفال دون سن ٥ 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

٥. السل: نسبة حالات السل التي تم احصاؤها وعلاجها بنجاح
٦. فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز): النسبة المئوية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون حالياً العلاج المضاد للفيروسات الرجعية
٧. 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]
٨. المياه والصرف الصحي: النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تستخدم مرافق الصرف الصحي المحسنة

ثالثاً. الأمراض غير المعدية

٩. ارتفاع ضغط الدم: معدل ضغط الدم غير المرتفع حسب العمر (ضغط الدم الانقباضي أقل من ١٤٠ ملم زئبق أو ضغط الدم الانبساطي أقل من ٩٠ ملم زئبق) بين البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ سنة فما فوق
١٠. السكري: معدل الانتشار الموحد السن لمعدل فحص السكر الصيامي (مليمول/ لتر) للبالغين الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٥ سنة وما فوق
١١. التبغ: معدل الانتشار الموحد السن لاستعمال التبغ حالياً لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ١٥ سنة فأكثر في آخر ٣٠ يوم (مؤشر أهداف التنمية المستدامة ٣-أ-١، البيانات الوصفية متوفرة [هنا](#))

رابعاً. قدرة الخدمات والوصول

١٢. دخول المستشفى: حصة الفرد من أسرة المستشفيات، ذات الصلة بعتبة الحد أقصى التي تبلغ ١٨ لكل ١٠ آلاف من السكان
١٣. القوى العاملة في القطاع الصحي: العاملون في القطاع الصحي (الأطباء، الأطباء النفسيون، والجراحون) للفرد الواحد، نسبة إلى الحد الأقصى للعتبات لكل كادر (جزء من مؤشر أهداف التنمية المستدامة ٣-ج-١، راجع البيانات الوصفية [هنا](#))
١٤. الأمن الصحي: مؤشر السعة الأساسية للوائح الصحية الدولية (IHR)، وهو متوسط النسبة المئوية لساعات ١٣ من القدرات الأساسية التي تم تحقيقها (مؤشر أهداف التنمية المستدامة ٣-د-١، راجع البيانات الوصفية [هنا](#))

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 ١٤ 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.

ومن المتوقع أن يتم في السنوات المقبلة استخدام مؤشرات أهداف التنمية المستدامة ذات الصلة بدلا من بعض مؤشرات التتبع الحالية (وهي تتلخص هنا). ومن المتوقع أيضا أن يتم إدراج المؤشرات الخاصة بفحص سرطان عنق الرحم والأدوية الأساسية في عمليات حساب الدليل بمجرد أن تصبح متوفرة (المرفق ٢). وسوف يعتمد توقيت هذه التغييرات على متى تصبح القيم المماثلة لهذه المؤشرات متاحة لمعظم الدول، وسوف تتبع مشاوره مع جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، بما في ذلك جهات التنسيق المعيّنة من مكاتب الإحصاء الوطني، وموافقة فريق الخبراء المشترك بين الوكالات المعني بمؤشرات أهداف التنمية المستدامة.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

يتم احتساب المؤشر مع متوسط هندسي، استنادا إلى الأساليب المستخدمة في دليل التنمية البشرية. يتطلب حساب المؤشر ٣-٨ ١ أولا إعداد ١٤ مؤشراً للتتبع بحيث يمكن دمجها في الدليل، ثم احتساب الدليل من تلك القيم.

يتم أولاً وضع مؤشرات التتبع الـ ١٤ على المقياس نفسه، حيث تكون ٠ القيمة الأدنى و ١٠٠ القيمة المثلى. بالنسبة لمعظم المؤشرات، هذا المقياس هو المقياس الطبيعي للقياس، على سبيل المثال، تتراوح نسبة الرضع الذين تم تحصينهم من ٠ إلى ١٠٠ بالمائة. إلا أنه، بالنسبة لعدد قليل من المؤشرات، يلزم إجراء إعادة قياس مؤقتة للحصول على القيم المناسبة من ٠ إلى ١٠٠، 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 ٥٠٪ كأدنى قيمة.

$$\text{القيمة المُعاد قياسها} = (X - ٥٠) / (١٠٠ - ٥٠) * ١٠٠$$

- إعادة القياس للحصول على مقياس مستمر: كفحص السكر الصيامي، وهو مقياس مستمر (الوحدات بالمليمول / لتر)، الذي يتم تحويله إلى مقياس من ٠ إلى ١٠٠ باستخدام الحد الأدنى من المخاطر البيولوجية النظرية (١, ٥ مليمول / لتر) والحد الأقصى الملحوظ عبر البلدان (١, ٧ مليمول / لتر).

$$\text{القيمة المُعاد قياسها} = (٧,١ - \text{القيمة الأصلية}) / (٥,١ - ٧,١) * ١٠٠$$

- 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 ١٠٠. وتستند هذه العتبات إلى الحد الأدنى للقيم الملاحظة في دول منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.

$$\text{أسرة المستشفى المُعاد قياسها لكل ١٠٠٠٠} = \text{الحد الأدنى (١٠٠، القيمة الأصلية / ١٨ * ١٠٠)}$$

$$\text{الأطباء المُعاد قياسهم لكل ١٠٠٠} = \text{الحد الأدنى (١٠٠، القيمة الأصلية / ٠,٩ * ١٠٠)}$$

$$\text{الأطباء النفسيين المُعاد قياسهم لكل ١٠٠٠٠٠} = \text{الحد الأدنى (١٠٠، القيمة الأصلية / ١ * ١٠٠)}$$

$$\text{الجراحين المُعاد قياسهم لكل ١٠٠٠٠٠} = \text{الحد الأدنى (١٠٠، القيمة الأصلية / ١٤ * ١٠٠)}$$

ما أن تكون كافة قيم مؤشر التتبع على مقياس من ٠ إلى ١٠٠، 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 صفرًا، فيتم حينها تعيينها على ١ (من أصل ١٠٠) قبل احتساب المتوسط الهندسي. في الرسم البياني أدناه توضيحٌ للحسابات.

هذه السلاسل الزمنية المنشورة النمذجة الحسائية للتوفيق بين مصادر بيانات متعددة أو إدراج القيم الناقصة، ويتم تلخيص هذه التفاصيل [هنا](#) وفي المرفق ١.

بعد تجميع هذه المدخلات، لا تزال هناك بعض القيم الناقصة لبعض السنوات بالنسبة لبعض المؤشرات. يتطلب حساب مؤشر تغطية خدمة التغطية الصحية الشاملة (UHC) قيمًا لكل مؤشر تتبع لبلد ما، لذا فمن الضروري إجراء بعض الإسنادات لملء فجوات البيانات هذه. ينطوي النهج الحالي على خوارزمية حساب بسيطة. لكل مؤشر:

- إذا كان لبلد ما قيم ناقصة بين سنتين لديهما قيم، فسيتم استخدام الاستيفاء الخطي لملء القيم الناقصة للسنوات المتداخلة
- إذا كان لبلد ما سنوات تاريخية ذات قيم، ولكن لا توجد قيمة حالية، فسيتم استخدام الاستقراء الثابت لملء القيم الناقصة في السنة الحالية
- إذا كان البلد ليس لديه قيم، يتم اسناد قيمة مع الوسيط الإقليمي، والتي يتم احتسابها على أساس مناطق البنك الدولي

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. لذلك، ينبغي الإبلاغ عن مدى استخدام الاسناد لملء المعلومات الناقصة بالتوازي مع قيمة الدليل. يتم إجراء الرصد على مستوى البلد بشكل أنسب على فترات زمنية أوسع، على سبيل المثال، كل ٥ سنوات، للسماح بجمع بيانات جديدة عبر المؤشرات. في الوقت الحالي، لم تحتسب منظمة الصحة العالمية سوى قيمة أساسية لأهداف التنمية المستدامة لعام ٢٠١٥.

• على المستويين الإقليمي والعالمي

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

المجاميع الإقليمية:

يتم احتساب المجاميع الإقليمية والعالمية باستخدام أحجام السكان الوطنية لاحتساب المتوسط المرجح للقيم الخاصة بكل بلد لهذا الدليل. هذا له ما يبرره على أساس أن التغطية الصحية الشاملة هي ملكية للبلدان، ودليل الخدمات الأساسية هو مقياس موجز للوصول إلى الخدمات الأساسية لسكان كل بلد.

مصادر التفاوت:

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. كما تم التشاور مع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية بشأن قيم خط الأساس الخاصة بالدليل لعام ٢٠١٥.

مصادر البيانات

الوصف:

يتم قياس العديد من مؤشرات التتبع الخاصة بتغطية الخدمات الصحية من خلال المسوح الأسرية. ومع ذلك، يتم استخدام البيانات الإدارية، وبيانات المرافق، والمسوح الخاصة بالمرافق، ونظم المراقبة لبعض المؤشرات. مصادر البيانات الأساسية لكل من مؤشرات التتبع الـ ١٤ موضحة بشكل أكثر تفصيلاً [هنا](#) وفي المرفق ١.

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.

عملية الجمع:

تختلف آليات جمع البيانات من الدول بين مؤشرات التتبع ال ١٤، ولكن في العديد من الحالات قامت وكالة أو مجموعة تابعة للأمم المتحدة بجمع وتحليل مصادر البيانات الوطنية ذات الصلة ثم قامت بمشاورات رسمية حكومات 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 ال ١٤، 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.

توافر البيانات

الوصف:

ليس من السهل تلخيص توافر البيانات لدليل تغطية خدمة التغطية الصحية الشاملة، بسبب اختلاف مصادر البيانات المستخدمة لمؤشرات التتبع ال ١٤. 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. واستنادا إلى مصادر البيانات الأساسية لكل من مؤشرات التتبع (أي تجاهل التقديرات والتوقعات)، يبلغ متوسط نسبة المؤشرات المستخدمة لاحتساب الدليل مع البيانات الأساسية المتاحة منذ عام ٢٠١٠ حوالي ٧٠٪ في جميع أنحاء العالم، مع تصنيف إقليمي لأهداف التنمية المستدامة على النحو التالي:

استراليا ونيوزيلندا	٦٥٪	أميركا الشمالية وأوروبا	٦٤٪
وسط وجنوب آسيا	٧٦٪	أوقيانوسيا	٥٦٪
شرق وجنوب شرق آسيا	٧٣٪	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	٧٣٪
أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٧٢٪	غرب آسيا وشمال إفريقيا	٦٣٪

السلاسل الزمنية:

سيتم نشر القيمة الأساس لدليل تغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة لعام ٢٠١٥ عبر ١٨٣ دولة في نهاية العام ٢٠١٧. وكجزء من هذه العملية، تم تجميع مصادر البيانات التي تعود إلى العام ٢٠٠٠، وسينضوي الدليل في المستقبل على الاتجاهات الزمنية.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

تختلف عملية جمع البيانات كل سنة إلى ٥ 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 ٣-٥ سنوات، بحسب البلد. تتوفر المزيد من التفاصيل حول مؤشرات التتبع الفردية على الرابط التالي: http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Tracer_Indicators_Metadata.pdf

إصدار البيانات:

يتم التخطيط لإصدار القيم الأساسية الأولى لدليل تغطية خدمة التغطية الصحية الشاملة (UHC) في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٧. وبعد ذلك، من المحتمل مراجعة القيم وتحديثها كل عامين.

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

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

المراجع

دليل الموارد الموحد:

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//

للاطلاع على التطور التاريخي للوسائل المستخدمة، راجع الروابط التالية:

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_WHS2016_TechnicalNote_May2016.pdf?ua=1

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>

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 ثلاثة مؤشرات من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة في الدليل (٣-٧، ٣-أ، ٣-د). عند توفر قيم قابلة للمقارنة، سيتم دمج العديد من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة الإضافية، واستبدالها بالدليل بدلاً من المؤشرات المستخدمة حالياً. ويشمل ذلك ٣-١، ٣-ب، ٣-ج، ١-٢، ١-٦، ١-٦. لذلك، من المتوقع أن تكون ٧ مؤشرات من مؤشرات التتبع الـ ١٤ الحالية هي من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن تضمين المؤشر ٣-ب، ٣-ب في الدليل بمجرد توفر البيانات. ترتبط مؤشرات تغطية الخدمة الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل والملاريا ارتباطاً وثيقاً بمؤشرات الإصابة بالمرض في الغاية ٣-٣ من حيث آليات جمع البيانات والإبلاغ عنها، وترتبط مؤشرات التتبع لعلاج ارتفاع ضغط الدم والسكري بوفيات الأمراض غير السارية كما تم قياسها في المؤشر ٣-٤-١. يخضع إدراج مؤشرات أهداف التنمية المستدامة في المستقبل للتشاور مع الدول الأعضاء وموافقة فريق الخبراء المشترك بين الوكالات المعني بمؤشرات أهداف التنمية المستدامة.

يجب دائماً تفسير المؤشر ٣-٨-١ مع مؤشر التغطية الصحية الشاملة لمؤشرات أهداف التنمية المستدامة، ٣-٨-٢، والذي يقيس الحماية المالية.

المرفق ١: البيانات الوصفية لمؤشرات التتبع المستخدمة لقياس تغطية الخدمات الصحية الأساسية لرصد مؤشر أهداف التنمية المستدامة ٣-٨-١

تاريخ النشر: ٩ آذار/ مارس ٢٠١٨

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

مجال التتبع	تنظيم الأسرة
تعريف المؤشر	نسبة النساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩ سنة) المتزوجات أو في ارتباط اللاتي يحتجن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة
البسط	عدد النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة المتزوجات أو في ارتباط ويستخدمن الطرق الحديثة
المقام	مجموع عدد النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ 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 والطلب على تنظيم الأسرة. يُعرّف إجمالي الطلب على تنظيم الأسرة على أنه مجموع عدد النساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩ سنة) المتزوجات أو المرتبطات واللواتي يستخدمن حالياً، أو يستخدمن شريكهن الجنسي حالياً، وسيلة واحدة على الأقل من وسائل منع الحمل، والحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة. الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة هي نسبة النساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩ 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"> ١. جميع النساء الحوامل (المتزوجات أو المرتبطات) اللواتي لم يكن يرغبن بالحمل أو أخطأن في الحساب في وقت الحمل؛ ٢. 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؛ ٣. 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 المهبل (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>

<p>تنتج شعبة السكان في الأمم المتحدة سلسلة منهجية وشاملة من التقديرات والإسقاطات السنوية لنسبة الطلب على تنظيم الأسرة التي ترضي النساء المتزوجات أو المرتبطات. يتم استخدام نموذج هرمي بيزي جنباً إلى جنب مع البيانات الخاصة بكل بلد لإنشاء التقديرات والتوقعات وتقييم عدم اليقين من بيانات المسح. يفسر النموذج الاختلافات حسب مصدر البيانات ومجتمع العينة ووسائل منع الحمل. للمزيد من التفاصيل راجع الرابط التالي:</p> <p>http://www.un.org/ar/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml</p>	<p>طريقة التقدير</p>
	<p>الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة</p>

<p>الرعاية بالحمل والولادة</p>	<p>مجال التتبع</p>
<p>النسبة المئوية للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة مع ولادات حية في فترة زمنية معينة واللاتي تلقين الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة أربع مرات أو أكثر</p>	<p>تعريف المؤشر</p>
<p>عدد النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة مع ولادات حية في فترة زمنية معينة واللاتي تلقين الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة أربع مرات أو أكثر</p>	<p>البسط</p>
<p>مجموع عدد النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة مع ولادات حية في نفس الفترة.</p>	<p>المقام</p>
<p>المسوح الأسرية ونظم المعلومات الروتينية للمرافق.</p>	<p>مصادر البيانات الرئيسية</p>
<p>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 والمسوح الأسرية الإقليمية 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.</p>	<p>طريقة القياس</p>
<p>تحتفظ منظمة الصحة العالمية بقاعدة بيانات حول تغطية الرعاية السابقة للولادة:</p> <p>http://www.who.int/gho/maternal_health/who_rhr_anc4_detailed_2017.xls</p>	<p>طريقة التقدير</p>
<p>مثالياً سيتم استبدال هذا المؤشر بمقياس أكثر شمولية يُعنى برعاية الحمل والولادة، على سبيل المثال نسبة النساء اللاتي يتابعهن مقدّم رعاية ماهر يحضر الولادة أو اللاتي يلدن في مؤسسة. ويتمثل التحدي في قياس الحضور الماهر عند الولادة في تحديد مقدمي الرعاية "الماهرين". تفقد منظمة الصحة العالمية واليونيسيف حالياً عملية للتوصل إلى اتفاق بين البلدان حول تعريف مقدم الرعاية الماهر، وبعد ذلك يمكن إدراج مؤشر أكثر شمولاً عن رعاية الحمل والولادة في الدليل. بمجرد توفر قيم قابلة للمقارنة عبر البلدان، سيتم استخدام المؤشر ٣-١-٢ من أهداف التنمية المستدامة.</p>	<p>الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة</p>

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 ١٢ و ٢٣ شهرًا 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 معًا تقديرات تغطية اللقاح الثلاثي DTP3 استنادًا 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. استنادًا 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: http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-053819/en/ http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index4.html	طريقة التقدير
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. غالبًا 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. تمت الموافقة مؤخرًا على مؤشر تغطية اللقاح في الغاية ٣-ب من أهداف التنمية المستدامة. وبناءً لنصيحة تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٧، لفريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتحصين، سيتم استبدال هذا المؤشر بالجرعة الثانية من لقاح الحصبة، التي تعد واحدة من المكونات الأربعة للمؤشر ٣-ب-١. سيتم إجراء هذا التغيير بعد عملية التشاور القطرية.	الملاحظا ت المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

علاج الطفل (طلب الرعاية لأعراض الالتهاب الرئوي)	مجال التتبع
النسبة المئوية للأطفال دون سن ٥ 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.	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 ١٧ و ١٨ حزيران/ يونيو ٢٠٠٤، 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://www.who.int/gho/child_health/prevention/pneumonia/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: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_child_cod_2015/en/	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

علاج السل	مجال التتبع
نسبة حالات السل التي تم احصاؤها وعلاجها بنجاح	تعريف المؤشر
عدد الحالات الجديدة والحالات المنتكسة المكتشفة في سنة معينة والتي قد تم علاجها بنجاح	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 ثلاثة مدخلات رئيسية: (١) عدد حالات السل الجديدة والحالات المنتكسة التي تم تشخيصها وعلاجها في البرامج الوطنية لمكافحة السل وإبلاغ منظمة الصحة العالمية بها في سنة معينة. (٢) عدد حالات الإصابة بالسل في نفس السنة، والتي عادةً ما تقدرها منظمة الصحة العالمية. (٣) النسبة المئوية لحالات السل التي تمت معالجتها بنجاح (الشفاء زائد اكتمال العلاج) بين حالات السل التي أبلغت بها السلطات الصحية الوطنية.	طريقة القياس
المؤشر النهائي = (١) / (٢) × (٣)	
يتم إنتاج تقديرات الإصابة بالسل من خلال عملية استشارية وتحليلية تقوم بها منظمة الصحة العالمية ويتم نشرها سنوياً. تستند هذه التقديرات إلى الإخطارات عن الحالة السنوية وتقييم جودة وتغطية بيانات الإخطار بالسل والمسوح الوطنية لانتشار مرض السل والمعلومات المستمدة من	طريقة التقدير

<p>أنظمة تسجيل الوفيات (الحيوية). يتم اشتقاق تقديرات الإصابة في كل بلد، باستخدام واحد أو أكثر من النهج التالية بناءً على البيانات المتاحة:</p> <p>١. الإصابة = الإخطار بالحالات / النسبة المقدرة للحالات المكتشفة؛</p> <p>٢. الإصابة = انتشار / مدة الحالة؛</p> <p>٣. الإصابة = الوفيات / نسبة الإصابات التي تؤدي إلى الوفاة.</p> <p>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.</p>	
<p>لاحتساب المؤشر باستخدام تقديرات منظمة الصحة العالمية، يمكن الوصول إلى الملفات اللازمة على الرابط التالي:</p> <p>http://www.who.int/tb/country/data/download/en/</p>	<p>الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة</p>

<p>علاج فيروس نقص المناعة البشرية</p>	<p>مجال التتبع</p>
<p>النسبة المئوية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشري الذين يتلقون حاليًا العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي</p>	<p>تعريف المؤشر</p>
<p>عدد البالغين والأطفال الذين يتلقون حاليًا العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي في نهاية فترة التقرير</p>	<p>البسط</p>
<p>عدد البالغين والأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية خلال نفس الفترة</p>	<p>المقام</p>
<p>نظم الإبلاغ عن المرافق، ومواقع مراقبة الرصد، والمسوح السكانية</p>	<p>مصادر البيانات الرئيسية</p>
<p>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 الأعداد الوطنية. يجب أن يتم تضمين المرضى الذين يتلقون المعالجة المضادة لفيروس النسخ العكسي في القطاع الخاص والقطاع العام في البسط.</p> <p>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.</p>	<p>طريقة القياس</p>
<p>استُمدت تقديرات تغطية العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي بين الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في عام ٢٠١٥ كجزء من جولة تقدير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام ٢٠١٦، 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.</p> <p>لتقدير عدد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية عبر الزمن في البلدان المثقلة بالأعباء، يستخدم برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز بالتعاون مع البلدان نموذجًا وبانيًا (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.</p> <p>نظرًا للتوصية بالعلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي لجميع الأفراد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، فإن مراقبة تغطية العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي أصبحت أقل تعقيدًا</p>	<p>طريقة التقدير</p>

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/	
لا تتوفر دائمًا تقديرات مماثلة للتغطية المضادة لفيروس النسخ العكسي في البلدان ذات الدخل المرتفع، ولا سيما الاتجاهات الزمنية.	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

الوقاية من الملاريا	مجالات التتبع
النسبة المئوية للسكان في المناطق الموبوءة بالملاريا الذين ينامون تحت ناموسية معالجة بمبيدات الحشرات في الليلة السابقة	تعريف المؤشر
عدد الأشخاص في المناطق الموبوءة بالملاريا الذين ينامون تحت الناموسية المعالجة بمبيدات الحشرات.	البسط
العدد الإجمالي للأشخاص في المناطق الموبوءة بالملاريا.	المقام
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 Milliner Global Associates 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.	مصادر البيانات الرئيسية
تشير العديد من المسوح الوطنية التي أجريت مؤخرًا 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 ٦٢ دراسة استقصائية تجمع معلومات عن كلي المؤشرين.	طريقة القياس
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 ٢٠١٥: http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2015/report/en. /	طريقة التقدير
تقوم منظمة الصحة العالمية بإنتاج تقديرات قابلة للمقارنة لتغطية الناموسية المعالجة بالمبيدات لـ ٤٠ دولة تزرع 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 المعرضة لخطر الملاريا خارج إفريقيا (والتي قد تكون محلية) المثقلة بعبء الملاريا.	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

المياه والصرف الصحي	مجال التتبع
نسبة الأسر التي تستخدم مرافق الصرف الصحي المحسنة	تعريف المؤشر
السكان الذين يعيشون في أسرة تستخدم: تدفق أو صب التدفق إلى شبكة المجاري، أو خزانات الصرف الصحي أو مراحيض الحفر؛ مرحاض بحفرة تهوئة محسنة. حفرة مرحاض مع بلاطة. أو مرحاض سمادي.	البسط
مجموع السكان	المقام
المسوح والتعدادات الأسرية	مصادر البيانات الرئيسية
يتم استخدام الاستجابات على مستوى الأسرة، المقاسة حسب حجم الأسرة، لاحتساب التغطية السكانية.	طريقة القياس
أصدر برنامج الرصد المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف تقديرات منتظمة لتغطية تحسين الصرف الصحي لرصد الأهداف الإنمائية للألفية. بعد تجميع قاعدة بيانات لمصادر البيانات المتاحة، لكل دولة، يتم تجهيز الانحدارات الخطية البسيطة لسلسلة البيانات في البلاد للحصول على تقدير في العينة، وكذلك لإنتاج استقرار لمدة عامين بعد آخر نقطة بيانات متاحة، وبعد ذلك تظل التغطية ثابتة لمدة ٤ سنوات بعدها تُعتبر ناقصة. يتم ذلك بشكل منفصل للمناطق الحضرية والريفية، ثم يتم الجمع بينها للحصول على تقديرات التغطية الوطنية. يمكن الاطلاع على تفاصيل المنهجية وأحدث التقديرات على الرابط التالي: http://www.wssinfo.org/	طريقة التقدير
يُعدّ مؤشر أهداف التنمية المستدامة المعني بالصرف الصحي (المؤشر ٦-٢-١) 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.	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية	مجال التتبع
معدل انتشار ضغط الدم الطبيعي المعتمد على العمر بين البالغين ١٨ سنة وما فوق، بغض النظر عن وضع العلاج	تعريف المؤشر
عدد البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ سنة أو أكبر الذين يعانون من ضغط الدم الانقباضي > ١٤٠ ملم زئبق وضغط الدم الانبساطي > ٩٠ ملم زئبق (بغض النظر عن وضع العلاج)	البسط
عدد البالغين ١٨ سنة فأكثر	المقام
المسوح السكانية ونظم المراقبة	مصادر البيانات الرئيسية
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 القياس

<p>إنتاج 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 <math>= 140</math> ملم زئبق أو ضغط الدم الانبساطي <math>= 90</math> 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:</p> <p>http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31919-5/fulltext</p> <p>أصدرت منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع عامل خطر الأمراض غير السارية تقديرات قابلة للمقارنة لهذا المؤشر حتى عام ٢٠١٥، وهي متاحة على الرابط التالي:</p> <p>http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875STANDARD?lang=en</p>	<p>طريقة التقدير</p>
<p>يتم تحويل تقديرات الانتشار إلى انتشار ضغط الدم الطبيعي لإدماجها في مؤشر التغطية الصحية الشاملة، بحيث تكون القيمة ١٠٠٪ هي الهدف الأمثل. يتم حساب هذا على النحو التالي: انتشار ضغط الدم الطبيعي = ١ - 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.</p> <p>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 يتحكّم 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.</p>	<p>الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة</p>

<p>إدارة مرض السكري</p>	<p>مجال التتبع</p>
<p>معدل الانتشار الموحد السن لمتوسط معدل فحص السكر الصيامي للبالغين الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٥ سنة وما فوق</p>	<p>تعريف المؤشر</p>
<p>المسوح السكانية ونظم المراقبة</p>	<p>مصادر البيانات الرئيسية</p>
<p>يتم تحديد مستويات الجلوكوز في فحص السكر الصيامي عن طريق أخذ عينة دم من المشاركين الذين صاموا لمدة ٨ ساعات على الأقل. استخدمت المؤشرات الحيوية الأخرى ذات الصلة، مثل الهيموغلوبين (HbA1c)، للمساعدة في حساب التقديرات (انظر أدناه).</p>	<p>طريقة القياس</p>
<p>إنتاج 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 يبيزي 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</p>	<p>طريقة التقدير</p>

من خلال تطبيق التقديرات الأولية على السكان المعياريين لمنظمة الصحة العالمية. يمكن الاطلاع على التفاصيل المنهجية هنا: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60679-X/abstract	
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 وكثيراً 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 التتبّع	مكافحة التبغ
تعريف المؤشر	معدل الانتشار الموحد السن لاستعمال التبغ حالياً لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ١٥ سنة فأكثر في آخر ٣٠ يوماً
البسط	البالغين ١٥ سنة وما فوق الذين لم يدخنوا التبغ في آخر ٣٠ يوماً
المقام	البالغين ١٥ سنة وما فوق
مصادر البيانات الرئيسية	المسوح الأسرية
طريقة القياس	يشمل "تدخين التبغ الحالي" السجائر أو السيجار أو الغليون أو أي منتجات تبغية أخرى مدخنة خلال الثلاثين يوماً الماضية. ويتم جمع البيانات عن طريق الإبلاغ الذاتي في المسوح.
طريقة التقدير	تقدر منظمة الصحة العالمية انتشار ظاهرة تدخين (عدم تدخين) التبغ في الوقت الحالي باستخدام نموذج الانحدار الوصفي الثنائي السلبي، والذي يولد تقديرات قابلة للمقارنة من خلال ضبط الاختلافات في الفئات العمرية وتعريف المؤشر عبر المسوح الوطنية المشمولة في التحليل. تتم هذه التقديرات بشكل منفصل للرجال والنساء. يمكن الاطلاع على التفاصيل المنهجية على الرابط التالي: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60264-1/supplemental . وفي ما يلي تقديرات منظمة الصحة العالمية لانتشار تدخين التبغ (راجع "التدخين الحالي لأي منتج من منتجات التبغ"): http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/
الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة	يتم احتساب انتشار عدم التدخين التبغ ك ١ ناقص انتشار تدخين التبغ.

مجال التتبّع	النفوذ إلى المستشفى
تعريف المؤشر	حصة الفرد من أسرة المستشفيات، ذات الصلة بعبئة الحد أقصى الذي يبلغ ١٨ لكل ١٠ آلاف من السكان
البسط	عدد أسرة المستشفيات (يجب أن تستثني أسرة المخاض والولادة)
المقام	مجموع السكان

<p>النظم الإدارية / نظام الإبلاغ الخاصة بالمرافق الصحية</p>	<p>مصادر البيانات الرئيسية</p>
<p>تستخدم الأنظمة الإدارية القطرية لإجمالي عدد أسرة المستشفيات، التي تُقسم على مجموع السكان المقدر، وتُضرب ب ١٠٠٠٠٠.</p> <p>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:</p> <p>https://rho.emro.who.int/rhodata/node.main.A36</p> <p>المرصد الإقليمي لمكتب منظمة الصحة العالمية في إفريقيا:</p> <p>http://www.aho.afro.who.int/ar/data-statistics/hospital-beds-10--population-000</p> <p>الملاحق القطرية لمكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي في جنوب شرق آسيا:</p> <p>http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/data/hsp/hsp_2014/ar</p> <p>بوابة المعلومات الصحية الأوروبية لمنظمة الصحة العالمية في أوروبا:</p> <p>http://gateway.euro.who.int/ar/data-sources/european-database-on-human-and-technical-resources-for-health/</p> <p>منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي:</p> <p>http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2014_health_glance_ap-2014-en</p>	<p>طريقة القياس</p>
<p>باستخدام البيانات المتاحة، يتم احتساب المؤشر بالنسبة إلى قيمة ١٨ سرير في المستشفى لكل ١٠٠٠٠ من السكان. تقل هذه العتبة عن الحد الأدنى لبلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ذات الدخل المرتفع (منذ عام ٢٠٠٠) والذي يبلغ ٢٠ سرير لكل ١٠ آلاف شخص، وتميل إلى أن تتوافق مع معدل دخول المستشفى للمرضى الداخليين والذي يبلغ ٥ لكل ١٠٠ شخص في السنة. تم تصميم هذا المؤشر لالتقاط مستويات منخفضة من قدرة المستشفى على الاستيعاب؛ يتم استخدام الحد الأقصى لأن الكثافة العالية للعناية لأسرة 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 ٠ و ١٠٠:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بلد ذو كثافة أسرة المستشفيات/كس > ١٨ لكل ١٠٠,٠٠٠ في السنة، المؤشر = كس / ١٨ * ١٠٠. • بلد ذو كثافة أسرة المستشفيات/كس < ١٨ لكل ١٠٠,٠٠٠ في السنة، المؤشر = ١٠٠. 	<p>طريقة التقدير</p>
<p>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.</p>	<p>الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة</p>

مجال التتبع	القوى العاملة في القطاع الصحية
تعريف المؤشر	العاملون في القطاع الصحي (الأطباء، الأطباء النفسيون، والجراحون) للفرد الواحد، نسبة إلى الحد الأقصى للعتبات لكل كادر
البسط	عدد الأطباء والأطباء النفسيين والجراحين
المقام	مجموع السكان
مصادر البيانات الرئيسية	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.
طريقة القياس	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 التقدير	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 ٢٠٠٠، وهي كما يلي: الأطباء = ٠,٩ لكل ١٠٠٠، الأطباء النفسيون = ١ لكل ١٠٠,٠٠٠، والجراحون = ١٤ لكل ١٠٠,٠٠٠. تتم عملية إعادة القياس هذه بنفس الطريقة الخاصة بمؤشر كثافة أسرة المستشفى الموصوفة أعلاه، مما ينتج عنه قيم مؤشر تتراوح بين ٠ و ١٠٠ لكل من الكوادر الثلاثة. على سبيل المثال، باستخدام بيانات الدولة عن الأطباء لكل ١٠٠٠ نسمة (اكس)، سيتم احتساب المؤشر الخاص بالكوادر على النحو التالي: <ul style="list-style-type: none"> البلد مع اكس > ٠,٩ لكل ١٠٠٠ سنوياً، المؤشر الخاص بالكادر = $اكس / ٠,٩ * ١٠٠$. البلد مع اكس < ٠,٩ لكل ١٠٠٠ في السنة، المؤشر الخاص بالكادر = ١٠٠. كخطوة أخيرة، يتم احتساب الوسيط الهندسي لقيم المؤشر الخاصة بالكوادر الثلاث للحصول على المؤشر النهائي لكثافة القوى العاملة في القطاع الصحي.
الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة	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. وقد يحلّ العمل على قياس مؤشر أهداف التنمية المستدامة ٣-ج-١ هذه المسألة ويفتح المجال لمؤشر أكثر شمولاً.

مجال التتبع	الأمن الصحي
تعريف المؤشر	مؤشر السعة الأساسية للوائح الصحية الدولية (IHR)، وهو متوسط النسبة المئوية لسماوات ١٣ من القدرات الأساسية التي تم تحقيقها في وقت محدد.
	القدرات الأساسية الثلاث عشرة هي: (١) التشريعات والسياسات والتمويل الوطني؛ (٢) التنسيق واتصالات جهات الاتصال الوطنية؛ (٣) المراقبة؛ (٤) الاستجابة؛ (٥) الاستعداد؛ (٦) الإبلاغ عن المخاطر؛ (٧) الموارد

البشرية؛ (٨) المختبر؛ (٩) نقاط الدخول؛ (١٠) الأحداث الحيوانية المصدر؛ (١١) سلامة الأغذية؛ (١٢) الأحداث الكيميائية؛ (١٣) 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 ١٣ باستخدام أداة منظمة الصحة العالمية القياسية، كما هو موضح في الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf يمكن العثور على قيم مؤشر مستوى السعة هنا: http://www.who.int/gho/ihr/monitoring/legislation/en/index1.html	طريقة القياس
يتم حساب المؤشر عن طريق حساب متوسط ، عبر الإمكانيات الأساسية الـ ١٣ ، النسبة المئوية لسمات كل سعة تم تحقيقها.	طريقة التقدير
	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

المرفق ٢: البيانات الوصفية لمؤشرات التتبع التي يمكن إدراجها بمجرد توفر البيانات

سيخضع تضمين مؤشرات التتبع هذه في المستقبل للتشاور مع الدول الأعضاء والموافقة عليها من قبل فريق الخبراء المشترك بين الوكالات المعني بتحقيق أهداف التنمية المستدامة.

الكشف عن السرطان وعلاجه	مجال التتبع
النسبة المئوية للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٣٠ و ٤٩ سنة اللواتي يبلغن عن اجراء اختبار للكشف عن سرطان عنق الرحم	تعريف المؤشر
عدد النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ٣٠ و ٤٩ سنة اللواتي أبلغن عن إجراء اختبار للكشف عن سرطان عنق الرحم باستخدام أي من هذه الطرق: فحص عنق الرحم باستخدام حمض الاسيتيك VIA، مسحة عنق الرحم واختبار الحمض النووي للكشف عن فيروس الورم الحليمي البشري.	البسط
جميع النساء اللواتي تتراوح أعمارهم بين ٣٠ و ٤٩ سنة	المقام
المسوح السكانية	مصادر البيانات الرئيسية
يتم جمع البيانات المبلغ عنها ذاتيا عن تاريخ الكشف عن سرطان عنق الرحم من خلال المسوح.	طريقة القياس
لا توجد حاليًا تقديرات مماثلة لتغطية فحص سرطان عنق الرحم.	طريقة التقدير
يوجد حاليًا عدد قليل من الدول التي لديها بيانات حديثة لهذا المؤشر، وبالتالي فهي مستبعدة من حسابات دليل تغطية خدمة التغطية الشاملة. يتمثل التحدي الإضافي الذي يواجه قابلية المقارنة الدولية في أن مصادر البيانات قد تستخدم فترات زمنية مختلفة (النساء اللاتي لم يفحصن على الإطلاق مقابل من خضعن للفحص في السنوات الخمس الماضية) وفئات عمرية مختلفة.	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

الحصول على الأدوية الأساسية	مجال التتبع
نسبة المرافق الصحية التي تتوفر فيها الأدوية الأساسية	تعريف المؤشر
عدد المنشآت التي تتوفر في مخازنها الأدوية الأساسية	البسط
إجمالي عدد المرافق الصحية	المقام
المسوح الخاصة بالمرافق أو، على الأرجح، نظم المعلومات الروتينية الخاصة بالمرفق	مصادر البيانات الرئيسية
يتم جمع البيانات المتعلقة بتوافر قائمة محددة من الأدوية من المسوح المعنية بعينة من المرافق. يتم الإبلاغ عن التوفر على أنها النسبة المئوية لمستودعات الأدوية المتواجد بها أدوية معينة في يوم المسح. إذا كانت تقارير المرافق الروتينية عن المخزونات دقيقة وكاملة، فقد يكون من الممكن أيضًا استخدام البيانات من النظام الروتيني. مطلوب التحقق المستقل المنتظم.	طريقة القياس
لا يزال هذا المؤشر قيد التطوير، سواء من حيث القائمة الأساسية للأدوية التي يتعين مراقبتها واستراتيجيات جمع البيانات. وقد جمعت مسح تقييم مدى توافر البيانات وجهوزيتها SARA البيانات لعدد محدود من البلدان، راجع الرابط التالي: http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_methods/ar .	طريقة التقدير

<p>يوجد حاليًا حوالي ٣٠ دولة لديها بيانات حديثة عن الوصول إلى الأدوية الأساسية، وبالتالي فهي مستعدة من حسابات دليل تغطية خدمة التغطية الصحية الشاملة. الأهم من ذلك، أوصى الفريق العامل المشترك المعني بتحقيق أهداف التنمية المستدامة SDG-IAEG مؤخرًا، بوجود مؤشرات منفصلة للقاحات والحصول على الأدوية الأساسية تحت الغاية ٣-ب. إذا تم تبنيها من قبل اللجنة الإحصائية للأمم المتحدة في مارس ٢٠١٧، سيتم الانتهاء من تحديد البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة بشأن الحصول على الأدوية الأساسية. بمجرد بدء الإبلاغ عن هذا المؤشر، يمكن استخدامه في دليل التغطية الصحية الشاملة UHC.</p>	<p>الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة</p>
---	---