

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 والجيّدة والفعالة والميسورة التكلفة  
المؤشر ٣-٨-٢: نسبة السكان الذين تصرف أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة محسوبة كحصة  
من مجموع إنفاق الأسر المعيشية أو دخلها

## المعلومات المؤسسية

### المنظمة/ المنظمات:

منظمة الصحة العالمية (WHO)

### المفاهيم والتعاريف

#### 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.

#### الأساس المنطقي:

يتم تعريف الغاية ٣-8 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 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 3-8 ضمن إطار أهداف التنمية المستدامة. يغطّي المؤشر 3-8-1 الخدمات الصحية، ويتم تفعيله مع دليل يجمع 16 مؤشراً لتغطية الخدمات الصحية الخاصة بالصحة الإيجابية وصحة الأم والطفل والأمراض المعدية والأمراض غير المعدية ومدى قدرة الخدمة والوصول إلى مقياس واحد موجز. ويركز المؤشر 3-8-2 على النفقات الصحية فيما يتعلق بميزانية الأسر المعيشية لتحديد المصاعب المادية الناجمة عن مدفوعات الرعاية الصحية المباشرة. تم وضع المؤشرين 3-8-1 و3-8-2 معاً من أجل الحصول على تغطية الخدمة وأبعاد الحماية المالية، على التوالي، للغاية 3-8. يجب رصد هذين المؤشرين دائماً على نحو مشترك.

المؤشر 3-8-2 مستمد من المنهجيات التي يعود تاريخها إلى التسعينيات، وقد تم تطويرها بالتعاون مع أكاديميين من البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية. ويشير المؤشر 3-8-2 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 2-8-3 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 الانفاق الأسري الكبير على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري.

### المفاهيم:

يُعرّف المؤشر 2-8-3 على أنه " نسبة السكان ذات الانفاق الأسري الكبير على الصحة كحصة من مجموع الإنفاق أو الدخل الأسري ". وهو في الواقع يعتمد على نسبة تتجاوز العتبة. المفهوم الرئيسي ذات أهمية وراء هذه النسبة هما الانفاق الأسري على الصحة (المقسوم) ومجموع الإنفاق الأسري الاستهلاكي أو الدخل عند عدم توفره (القاسم).

### المقسوم

يُعرّف الانفاق 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. تنتم 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. على هذا النحو، فإنها تمنح فقط إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية والمنتجات الصحية التي يمكن للأفراد دفع ثمنها، دون أي تضامن بين الأصحاء والمرضى خارج نطاق الأسرة المعيشية<sup>1</sup>، ويعتمد ذلك فقط على استعداد الأسرة وقدرتها 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.

<sup>1</sup> [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](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)

يجب أن تكون مكونات الإنفاق الاستهلاكي للرعاية الصحية للأسرة المعيشية متسقة مع القسم 06 من تصنيف الأمم المتحدة للاستهلاك الفردي وفقاً للغرض<sup>2</sup> وتتضمن النفقات على الأدوية والمنتجات الطبية (06.1)، وخدمات الرعاية الخارجية للمرضى (06.2) وخدمات الرعاية الداخلية للمرضى (06.3).

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. ينتج التصنيف الدولي للحسابات الصحية من التعاون بين منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي ومنظمة الصحة العالمية.

## القاسم

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 (السلع والخدمات) التي تستهلكها الأسرة في الحساب المحلي خلال فترة مرجعية. وهو يشمل القيم المحسوبة للسلع والخدمات التي لم يتم شراؤها ولكن تم تحصيلها بطريقة أخرى للاستهلاك. عادة ما يتم جمع المعلومات عن استهلاك الأسر المعيشية في المسوح الأسرية التي قد تستخدم نهجاً مختلفة 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<sup>3</sup>.

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 بالاثنتين أي الاستهلاك الأسري والدخل (انظر مصادر البيانات).

## العتبة

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

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

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

### التعليقات والقيود:

من الممكن رصد المؤشر 2-8-3 على أساس منتظم باستخدام نفس بيانات المسوح الأسرية التي يتم استخدامها لرصد الغاية 1-1 و 2-1 من أهداف التنمية المستدامة الخاصة بالفقر<sup>4</sup>. 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 عبء 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 2-8-3 يعاني من نفس التحديات التي تواجه المؤشر 1-1-1 من أهداف التنمية المستدامة الناجمة عن حسن توقيت المسوح وتواترها وجوده بياناتها وقابلية مقارنتها. ومع ذلك فإن المؤشر 2-8-3 له حدوده المفاهيمية والتجريبية الخاصة به.

أولاً، يحاول المؤشر 2-8-3 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 بأثر رجعي لإنفاق الأسرة المعيشية على الصحة، هذه ليست مشكلة. إذا أبلغت 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 بأثر رجعي -على سبيل المثال، من خلال نظام التأمين الصحي- قد يتم تسديد المبلغ الذي أبلغت 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 2-8-3 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 2-8-3. ومن خلال القيام بذلك، من الممكن تحديد نسبة السكان الذين يكرسون أي حصة من ميزانية أسرهم للصحة.

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

ثالثاً، يعتمد مؤشر 2-8-3 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 جرّاء عدم قدرة الأشخاص على إنفاق أي مبلغ على الصحة، على الأقل الإنفاق على الخدمات المشمولة في المؤشر 1-8-3، يجب أن يؤدي إلى مستويات منخفضة من التغطية.

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 2-8-3<sup>1098765</sup>

## المنهجية

### طريقة الحساب:

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

$$\sum_i w_i 1 \left( \frac{\text{household health expenditure}}{\text{total household expenditure}} > \tau \right)$$

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،  $\tau$  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".

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>; [http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/)

<sup>7</sup> <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection>

<sup>8</sup> [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](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)

<sup>9</sup> [http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB\\_2016\\_EN\\_19169.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1)

<sup>10</sup> <http://apps.searo.who.int/uhc>

## التفصيل:

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

- النوع الاجتماعي لرب الأسرة وعمره
- الموقع الجغرافي (ريفي / حضري)
- خمسيات تدابير الرعاية للأسر المعيشية (مجموع الإنفاق أو الدخل الاسري)

## معالجة القيم الناقصة:

على المستوى القطري لا توجد نية في الوقت الحالي لمعالجة القيم الناقصة في غياب أي معلومات سابقة عن هذا المؤشر. ويجري العمل بصورة مشتركة بين منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بشأن معالجة القيم الناقصة على المستويين الإقليمي والعالمي على نفس الافتراض الذي يقضي بعدم إجراء أي إسناد في غياب أي معلومات سابقة على هذا المستوى.

## المجاميع الإقليمية:

سوف تستند المجاميع الإقليمية والعالمية إلى القيم الوسطية المرجحة للسكان من نسبة الأشخاص الذين لديهم إنفاق أسري كبير على الصحة كنسبة من إجمالي إنفاق أو دخل الأسرة المعيشية.

سيستخدم البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية مجموعتهما الإقليمية الخاصة بهما، بالإضافة إلى التوزيع الإقليمي المقترح لأهداف التنمية المستدامة من قبل شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة.

## مصادر التفاوت:

في بعض الحالات، يتم إنتاج نفقات الاستهلاك بعد عملية توحيد موحدة تهدف إلى جعل البيانات قابلة للمقارنة عبر البلدان. على سبيل المثال، تنتج الفرق الإقليمية من البنك الدولي نسخًا منسقة من مجموعات البيانات الأولية وفقًا للإجراءات الإقليمية المشتركة. وقد ينتج عن ذلك تباينات بين متغيرات الإنفاق المتولدة باستخدام البيانات الأولية، ومتغيرات الإنفاق المتولدة باستخدام إجراءات التنسيق. تستند مجموعة البيانات للجنة الاقتصادية لأفريقيا في حالة الفقر على دراسة قياس مستويات المعيشة LSMS أو مسح خاصة بميزانيات الأسر المعيشية HBS، تم جمعها في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى، في حين تركز مجموعة SHIP على منطقة أفريقيا. تتوفر وثائق مفصلة تصف إجراءات التنسيق في الوثائق المرفقة.

تجري منظمة الصحة العالمية حالياً مشاورات قطرية للإبلاغ عن التقديرات القطرية ومصادر البيانات والأساليب المستخدمة لرصد المؤشر 3-8-2 من أهداف التنمية المستدامة. وينبغي أن يساعد ذلك على اكتساب فهم أفضل فيما يتعلق بالمصادر المحتملة للتفاوتات.

**الوصف:**

تتمثل مصادر البيانات الموصى بها لرصد " نسبة السكان ذات الإنفاق الاسري الكبير على الصحة كحصّة 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 كتدبير<sup>11</sup> للرفاهية. أهم معيار لاختيار مصدر بيانات لقياس المؤشر 2-8-3 لأهداف التنمية المستدامة هو توافر كل من إنفاق استهلاك الاسر على الصحة وإجمالي نفقات الاستهلاك الأسري.

عندما يتم استخدام المسوح الاجتماعية-الاقتصادية أو دراسة مستويات المعيشة لقياس المؤشر 2-8-3 لأهداف التنمية المستدامة، فإن أي تحدي للمقارنة بين البلدان في المؤشر 1-1-1 ينطبق أيضاً على رصد المؤشر 2-8-3. 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<sup>12</sup> ذلك.

**عملية الجمع:**

تحصل منظمة الصحة العالمية على بيانات المسوح الأسرية من مكاتب الإحصاءات الوطنية التي يتم فيها وضع مقسوم وقاسم لنسبة الإنفاق على الصحة وفقاً لمبادئها التوجيهية الخاصة إما مباشرةً 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. وتحتفظ جامعة دي لا بلاتا الوطنية في الأرجنتين والبنك الدولي بصورة مشتركة بقاعدة البيانات الاجتماعية الاقتصادية لأميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي التي تشمل إحصاءات متسقة عن الفقر وغيره من المتغيرات التوزيعية والاجتماعية من 24 بلداً من بلدان أميركا اللاتينية ومنطقة

<sup>11</sup> <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>

<sup>12</sup> 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](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>

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. فقد جمعت كلتا المؤسستان التقديرات على المستوى المتوسط. وتستند أهلية التقديرات المدرجة في قاعدة بيانات نهائية مشتركة لإنتاج تقديرات إقليمية وعالمية إلى فحوصات الجودة التالية:

بالنسبة للقاسم نسبة الإنفاق على الصحة

- التحقق من توزيع نصيب الفرد من الاستهلاك بشكل طبيعي
- المقارنة بين اللوغارتم في استهلاك الفرد مع الأرقام المتاحة في بوفكالنت
- مقارنة نسبة الفقراء عند 1.90 دولار أميركي يومياً مع أرقام بوفكالنت

بالنسبة للمقسوم نسبة الإنفاق على الصحة

- مقارنة متوسط نسبة الإنفاق الصحي في المسح بمتوسط نصيب الميزانية المشكل كنسبة تابعة لتدبير اقتصادي كلي لنفقات الأسرة المعيشية من الأموال الخاصة بالعملة المحلية الحالية؛ وهذا متاح من قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي من خلال قاعدة البيانات المتعلقة بمؤشرات التنمية العالمية والإنفاق الاستهلاكي النهائي للأسر المعيشية بالعملة المحلية الحالية المستخرجة من قاعدة البيانات المتعلقة بمؤشرات التنمية العالمية.

وتستخدم هذه المعايير أيضاً لتحديد ما بين التقديرين لتلك البلدان وتلك السنوات التي تستمد كلا المؤسستان منها مصدر البيانات نفسه. هذا العمل مستمر، ويمكن إضافة المزيد من فحص النوعية.

على المستوى القطري، تجمع منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي تقديرات غير متكررة عن نسبة السكان الذين يتبعون النهج الوارد وصفه في "المجاميع الإقليمية"؛ وتتخذ منظمة الصحة العالمية عملية تشاور قطرية. بعد صدور القرار رقم EB107.R8 للمجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية، يُطلب من منظمة الصحة العالمية القيام بذلك قبل نشر التقديرات على المستوى القطري بالنيابة عن الدول الأعضاء. بالنسبة لأي مؤشر معين، تبدأ هذه العملية بإرسال منظمة الصحة العالمية طلباً رسمياً إلى وزارات الصحة لتعيين مركز تنسيق للتشاور بشأن المؤشر. حالما تعين الدول الأعضاء مراكز تنسيق، ترسل منظمة الصحة العالمية بعد ذلك مسودة تقديرات وتوصيفاً للمنهجية. ثم ترسل مراكز التنسيق لمنظمة الصحة العالمية تعليقاتها، التي غالباً ما تتضمن بيانات جديدة تُستخدم لتحديث تقديرات البلد.

وبالإضافة إلى هذه المشاورات، تنظم منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بانتظام مناسبات تدريبية بشأن قياس انعدام تغطية الحماية المالية، تشمل مشاركين من وزارة الصحة وكذلك من مكاتب الإحصاءات الوطنية.



يغطي توافر البيانات ما لا يقل عن 50 ٪ من جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية للأهداف الإنمائية للألفية في جميع المناطق باستثناء أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (42.4 ٪) وأوقيانيا (7.1 ٪) وآسيا الغربية وأفريقيا الشمالية. تعقد منظمة الصحة العالمية حالياً عملية تشاور قطري تنتهي في الثاني من نيسان/ أبريل 2017. كما سيقوم البنك الدولي بإجراء تشاور مع الموظفين القطريين للبنك الدولي في آذار/مارس. من خلال هذه العملية، من المتوقع أن يتم تحديد المزيد من البيانات.

للمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على الرابط التالي:

[http://www.who.int/health\\_financing/topics/financial-protection/monitoring-data/en/](http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/monitoring-data/en/)

### السلاسل الزمنية:

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.

### الجدول الزمني

#### جمع البيانات:

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

#### إصدار البيانات:

سيتم إصدار تقديرات حول نسبة السكان ذات الإنفاق 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 المعينة (راجع عملية الجمع). يتم التخطيط لإجراء تحديثات للتقديرات الإقليمية والعالمية كل عامين.

### الجهات المزودة بالبيانات

مكاتب الإحصاءات الوطنية بالتعاون مع وزارات الصحة. انظر مصادر البيانات لمزيد من التفاصيل.

### الجهات المجمعّة للبيانات

منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي.

### المراجع

#### دليل الموارد الموحّدة:

[http://www.who.int/health\\_financing/topics/financial-protection/monitoring-sdg/en/](http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/monitoring-sdg/en/)

#### المراجع:

فيما يتعلق بالأنهج الأساسية وراء التعريف الحالي للإنفاق الإسري الكبير على الصحة كحصّة من مجموع الإنفاق أو الدخل الإسري - الفصل 18 من "تحليل الإنصاف في مجال الصحة باستخدام بيانات المسح الإسري". واشنطن العاصمة: مجموعة البنك الدولي؛ 2008،

<http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/analyzing-health-equity-using-household-survey-data>

#### لتعريف النفقات الصحية

[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](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)

#### لعناصر النفقات الصحية

- القسم 06 من تصنيف الأمم المتحدة للاستهلاك الفردي حسب الغرض  
<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lq=1&Co=06.1>

#### المؤشرات ذات الصلة

مؤشرات أهداف التنمية المستدامة: 1-8-3؛ 1-1-1؛ 1-2-1.

لمزيد من المعلومات حول هذه المؤشرات، يرجى الاطلاع على الصفحة الإلكترونية التالية:  
<http://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/metadata-compilation/>