

## البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة (Harmonized metadata template - format version 1.0)

### 0. معلومات المؤشر

#### a. الهدف

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

#### b. الغاية

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

#### c. المؤشر

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

#### d. السلسلة

SH\_ACS\_UNHC\_25 - مؤشر الخدمات المقدمة في إطار تحقيق التغطية الصحية الشاملة، منهجية 2025 [1.8.3]

#### e. تحديث البيانات الوصفية

12 كانون الأول/ديسمبر 2025

#### f. المؤشرات ذات الصلة

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

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

#### g. المنظمات الدولية المسؤولة عن الرصد العالمي

منظمة الصحة العالمية (WHO)

### 1. الإبلاغ عن البيانات

#### A.1. المنظمة

منظمة الصحة العالمية (WHO)

### 2. التعريف والمفاهيم والتصنيفات

#### A.2. التعريف والمفاهيم

##### التعريف:

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

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

##### المفاهيم:

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

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

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

ثانياً. الأمراض المعدية

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

ثالثاً. الأمراض غير المعدية

9. **ارتفاع ضغط الدم:** تغطية علاج ارتفاع ضغط الدم (تناول الدواء) بين البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 سنة فما فوق
10. **السكري:** تغطية علاج (تناول الدواء) مرض السكري بين البالغين المصابين به والذين تبلغ أعمارهم 30 سنة فأكثر (تقدير موحد حسب السن) (%)
11. **التبغ:** معدل الانتشار الموحد السن لاستعمال التبغ حالياً لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر في آخر 30 يوم (مؤشر أهداف التنمية المستدامة 3-1-1، البيانات الوصفية متوفرة [هنا](#))

رابعاً. قدرة الخدمات والوصول

12. **دخول المستشفى:** حصة الفرد من أسرة المستشفيات، ذات الصلة بعتبة الحد أقصى التي تبلغ 18 لكل 10 آلاف من السكان
13. **القوى العاملة في القطاع الصحي:** نصيب الفرد من العاملين في المجال الصحي (الأطباء، وموظفو التمريض والقبالة)، نسبة إلى العتبات القصوى المجمع (تداخل مع المؤشر 3-ج-1 من أهداف التنمية المستدامة، انظر البيانات الوصفية [هنا](#))
14. **الأمن الصحي:** مؤشر السعة الأساسية للوائح الصحية الدولية (IHR)، وهو متوسط النسبة المئوية لسمات 13 من القدرات الأساسية التي تم تحقيقها (مؤشر أهداف التنمية المستدامة 3-د-1، راجع البيانات الوصفية [هنا](#))

## B.2. وحدة القياس

مؤشر .

## C.2. التصنيفات

لا يطبق

## 3. نوع مصدر البيانات وطريقة جمع البيانات

### A.3. مصادر البيانات

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

من حيث القيم المستخدمة من أجل احتساب الدليل، تؤخذ القيم من المصادر المنشورة الحالية. الأمر الذي يشمل مجموعات البيانات المجمعمة والتقديرات من مختلف وكالات الأمم المتحدة. مزيد من التفاصيل في الملحق 1.

## B.3. طريقة جمع البيانات

تختلف آليات جمع البيانات من الدول بين مؤشرات التتبع الـ 14، ولكن في العديد من الحالات قامت وكالة أو مجموعة تابعة للأمم المتحدة بجمع وتحليل مصادر البيانات الوطنية ذات الصلة ثم قامت بمشاورات رسمية 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 الـ 14، حتى تُجري منظمة الصحة العالمية المشاورات القطرية مع جهات التنسيق المعنية من الحكومات الوطنية لمراجعة المدخلات وحساب الدليل. لا تقوم منظمة الصحة العالمية بأنشطة تقدير جديدة لإنتاج قيم مؤشرات التتبع لدليل تغطية الخدمة؛ بدلاً من ذلك، تم تصميم الدليل للاستفادة من سلاسل بيانات المؤشر الموجودة بالفعل وحسنة الإنشاء من أجل تخفيف عبء الإبلاغ.

### 3.C. الجدول الزمني لجمع البيانات

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

### 3.D. الجدول الزمني لنشر البيانات

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

### 3.E. الجهات المزودة للبيانات

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

### 3.F. الجهات الممّعة للبيانات

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

### 3.G. التفويض المؤسسي

## 4. اعتبارات منهجية أخرى

### 4.A. الأساس المنطقي

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

تقدم البلدان العديد من الخدمات الأساسية للحماية الصحية والترويج والوقاية والعلاج والرعاية. وتُعدّ مؤشرات تغطية الخدمة -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 14 مؤشر تتبّع تم اختيارها استناداً إلى المعايير البوآنية والإحصائية. الأمر الذي يشمل العديد من المؤشرات التي تتضمنها غايات أخرى من أهداف التنمية المستدامة، وبالتالي يخفّف من عبء جمع البيانات وإعداد التقارير. يتم الإبلاغ عن هذا الدليل بمقياس من دون وحدة من 0 إلى 100، باعتبار 100 كالوحدة المُتلى.

### 4.B. التعليقات والقيود

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

## 4.c. طريقة الاحتساب

يتطلب حساب المؤشر 3-8-1 أو 14 إعداد 14 مؤشراً للتتبع بحيث يمكن دمجها في الدليل، ثم احتساب الدليل من تلك القيم.

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

- إعادة القياس على أساس الحد الأدنى غير الصفر للحصول على نسبة دقيقة (الأمر الذي يوسع رقعة التوزيع عبر البلدان):  

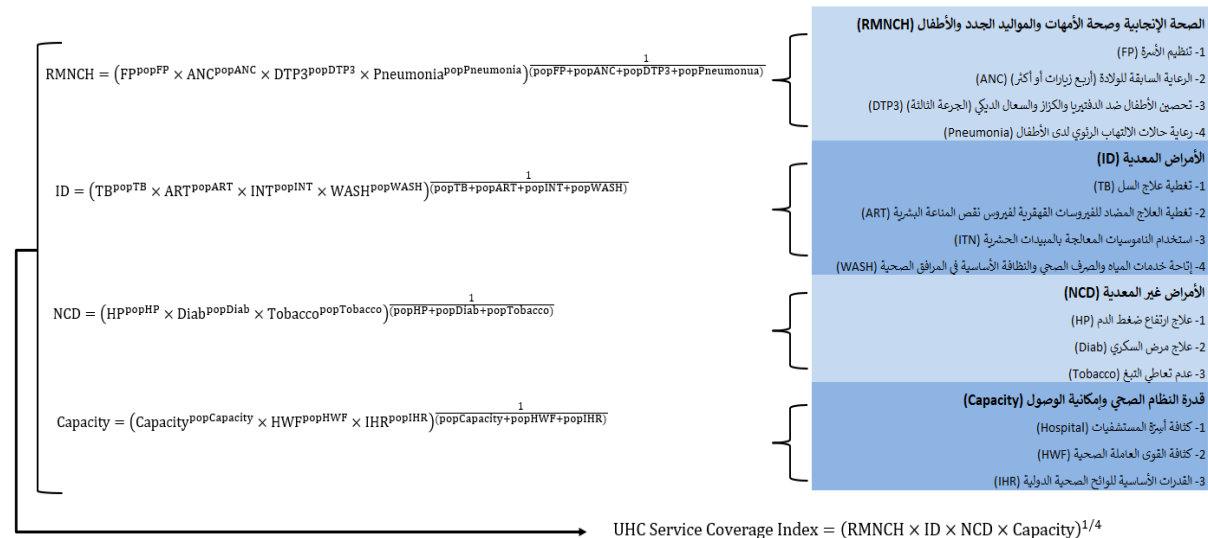
$$\text{قيمة ضغط الدم غير المرتفع} = 100 * (40 - X) / (40 - 100)$$

$$\text{قيمة عدم استخدام التبغ} = 100 * (30 - 30) / (100 - X)$$

- العتبات القصوى لمؤشرات المعدل: بلغت كثافة أسرة المستشفى وكثافة القوى العاملة الصحية على حد سواء عتبات الحد الأقصى، وتبقى القيم فوق هذه العتبة ثابتة عند 100. تستند عتبات أسرة المستشفيات إلى القيم الملاحظة في دول منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (إصدار عام 2015 من قاعدة بيانات الإحصاءات الصحية لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي) تستند عتبة القوى العاملة الصحية إلى المئين الخامس بين البلدان ذات الدخل المرتفع في عام 2013.

أسرة المستشفى المُعاد قياسها لكل 10000 = الحد الأدنى (100، القيمة الأصلية / 18 \* 100)  
 الأطباء وموظفو التمريض والقبالة المُعاد قياسهم لكل 1000 = الحد الأدنى (100، القيمة الأصلية / 6 \* 100)

ما أن تكون كافة قيم مؤشر التتبع على مقياس من 0 إلى 100، يتم احتساب المتوسط الهندسي المرجح ضمن كل من مناطق الخدمة الصحية الأربع، ثم يتم أخذ المتوسط الهندسي لتلك القيم الأربع. إذا كانت قيمة مؤشر التتبع تساوي صفراً، فيتم حينها تعيينها على 1 (من أصل 100) قبل احتساب المتوسط الهندسي المرجح في مجال الخدمة. في الرسم البياني أدناه توضيحٌ للحسابات. يتم ترجيح كل مؤشر تتبع بناءً على الفئة السكانية المحددة للمؤشر، استناداً إلى مقام المؤشر) المشار إليه بـ "Pop" في الرسم البياني(، وذلك باستخدام تقديرات الأمم المتحدة للسكان حيثما ينطبق ذلك. انظر المرفق 1 للاطلاع على تعاريف المقام وغيرها من مصادر المقام القابلة للمقارنة المستخدمة.



لاحظ أنه في البلدان حيث خطر الإصابة بالملايا متدني، يتم إسقاط مؤشر التتبع الخاص باستخدام الشبكات المعالجة بمبيدات الحشرات من عملية الحساب.

## 4.d. التحقق

## E.4. التعديلات

لا ينطبق

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

• على مستوى البلد  
تتمثل نقطة الانطلاق لاحتساب الدليل في تجميع المعلومات الموجودة لكل مؤشر تتبع. في العديد من الحالات، يتضمن ذلك استخدام سلاسل زمنية للبلد تم إنتاجها أو تجميعها من قبل وكالات الأمم المتحدة بالتشاور مع حكومات البلدان (على سبيل المثال، تغطية التحصين، والوصول إلى المرافق الصحية، وتغطية علاج فيروس نقص المناعة البشرية، إلخ). تتضمن بعض هذه السلاسل الزمنية المنشورة النمذجة الحسابية للتوفيق بين مصادر بيانات متعددة أو إدراج القيم الناقصة، ويتم تليخيص هذه التفاصيل في المرفق 1.

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، تُحتسب قيمة له (بالتقدير). فبالنسبة لطلب الرعاية للالتهاب الرئوي، يتم توفيق اندثار لاحتساب القيم المفقودة (انظر الملحق 1 للتفاصيل). وبالنسبة لتنظيم الأسرة، تُستخدم مجاميع الأقاليم الفرعية الـ 49 للأهداف الإنمائية للألفية (UN MDG). أما بالنسبة لجميع المؤشرات الأخرى، فيُحسب الوسيط الإقليمي لاحتساب القيم المفقودة. وبشكل افتراضي، تستند الأقاليم إلى الأقاليم الفرعية لأهداف التنمية المستدامة التابعة للأمم المتحدة. ومع ذلك، عند عدم وجود عدد كافٍ من البلدان التي تتوفر عنها بيانات داخل الأقاليم الفرعية لأهداف التنمية المستدامة، يمكن استخدام مجموعات أخرى.

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

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

## G.4. المجاميع الإقليمية

تستخدم المجاميع الإقليمية والعالمية مقامات كل مؤشر دال - المستمدة في الغالب من تقديرات الأمم المتحدة للسكان - على المستوى الوطني، لحساب متوسط مرجح لكل مؤشر دال، وكذلك المجموع الكلي للمقامات أو الوزن. وتستخدم متوسطات المؤشرات الدالة هذه والأوزان المجمعَة لحساب المؤشر كما هو موضح في الرسم البياني الوارد في القسم 4.c لإقليم معين. وتستخدم تقديرات الأمم المتحدة للسكان على المستوى الوطني لضمان اتساق التقديرات وإمكانية مقارنتها داخل البلدان وبين البلدان بمرور الوقت.

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

### I.4. إدارة الجودة

## 4. ضمان الجودة

### 4.k. تقييم الجودة

## 5. توافر البيانات والتفصيل

### توافر البيانات:

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

### التسلسل الزمني:

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

### التفصيل:

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

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

## 6. المقارنة/الانحراف عن المعايير الدولية

### مصادر التباين:

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

## 7. المراجع والوثائق

### الرابط:

[http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/)

### المراجع:

[http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2017/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/)

آخر تحديث: 12 كانون الأول/ديسمبر 2025

[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/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/en/)

للتطور التاريخي للأساليب، انظر:

[http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/UHC\\_WHS2016\\_TechnicalNote\\_May2016.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_WHS2016_TechnicalNote_May2016.pdf?ua=1) (superseded by this document)

[http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/)

[http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2014/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2014/en/)

<http://collections.plos.org/uhc2014>

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

الرجاء إرسال أي تعليقات أو استفسارات إلى: [uhc\\_stats@who.int](mailto:uhc_stats@who.int)

مجال التتبع	تنظيم الأسرة
تعريف المؤشر	نسبة النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللاتي يستخدمن حالياً وسيلة حديثة لمنع الحمل من بين اللاتي يرغبن إما في عدم إنجاب أطفال (إضافيين) أو تأجيل الحمل القادم
البسط	عدد النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللاتي يستخدمن حالياً، أو يستخدمن حالياً، وسيلة حديثة واحدة على الأقل لمنع الحمل
المقام	إجمالي الطلب على تنظيم الأسرة (مجموع عدد النساء اللاتي يستخدمن أي وسيلة لمنع الحمل و عدد النساء اللاتي لديهن حاجة غير ملبأة لتنظيم الأسرة
مصادر البيانات الرئيسية	المسوح الصحية السكانية
طريقة القياس	<p>تشمل المسوح الأسرية سلسلة من الأسئلة لقياس معدل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة ويحتاج تنظيم الأسرة. يُعرّف إجمالي الطلب على تنظيم الأسرة على أنه مجموع عدد النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) واللواتي يستخدمن حالياً، أو يستخدمن حالياً، وسيلة واحدة على الأقل من وسائل منع الحمل (حديثة أو تقليدية)، وعدد النساء في سن الإنجاب اللواتي لديهن الحاجة غير الملبأة لتنظيم الأسرة. والحاجة غير الملبأة لتنظيم الأسرة هي نسبة النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة)، 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"> <li>1. جميع النساء الحوامل اللواتي لم يكن يرغبن بالحمل أو أخطأن في الحساب في وقت الحمل؛</li> <li>2. جميع النساء في مرحلة انقطاع الطمث بعد الولادة اللواتي لا يستخدمن تنظيم الأسرة واللواتي لم يكن يرغبن بحملهن الأخير أو أخطأن في الحساب؛</li> <li>3. جميع النساء في مرحلة الخصوبة 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.</li> </ol> <p>وتشمل الوسائل الحديثة تعقيم الإناث والذكور، استخدام العدة الرحمية المانعة (IUD)، والزرع، والحقن، وحبوب منع الحمل عن طريق الفم، والواقي الذكري والواقي الانثوي، وأساليب الحاجز المهبلية (بما في ذلك الحجاب الحاجز، وكبس عنق الرحم والرغوة والجيلي والكريمات المبيدة للحيوانات المنوية)، ووسيلة انقطاع الطمث الإرضاعي (LAM)، ووسائل منع الحمل الطارئة وغيرها من الأساليب الحديثة التي لم يتم الإبلاغ عنها بشكل منفصل.</p>
طريقة التقدير	<p>تنتج شعبة السكان في الأمم المتحدة سلسلة منهجية وشاملة من التقديرات والإسقاطات السنوية نسبة النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) واللاتي بحاجة الى خدمات تنظيم الاسرة ولبييت حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة. ويتم تطبيق نموذج هرمي يبيّن على مجموعة بيانات عالمية شاملة لبيانات خاصة بكل بلد لإنشاء التقديرات والتوقعات. يفسر النموذج الاختلافات حسب مصدر البيانات ومجتمع العينة ووسائل منع الحمل.</p> <p>لمزيد من التفاصيل راجع الرابط التالي:  <a href="https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators">https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators</a>          لجمع بيانات المسح الخاصة بكل بلد في الاستخدام العالمي لوسائل منع الحمل:  <a href="https://www.un.org/development/desa/pd/node/3285">https://www.un.org/development/desa/pd/node/3285</a></p>
الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة	يمكن أيضاً الاطلاع على بيانات السكان المستخدمة كمقام للترجيح في الرابط أعلاه

الرعاية بالحمل والولادة	مجال التتبع
النسبة المئوية للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة مع ولادات حية في فترة زمنية معينة واللاتي تلقين الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة أربع مرات أو أكثر	تعريف المؤشر
عدد النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة مع ولادات حية في فترة زمنية معينة واللاتي تلقين الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة أربع مرات أو أكثر	البسط
مجموع عدد النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة مع ولادات حية في نفس الفترة.	المقام
المسوح الأسرية ونظم المعلومات الروتينية للمرافق.	مصادر البيانات الرئيسية
تعتمد البيانات المتعلقة بأربع زيارات أو أكثر من الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة على الأسئلة التي تطرح عما إذا كان قد تم فحص صحة المرأة أثناء الحمل وعن عدد المرات التي حصل فيها هذا. تشمل المسوح الأسرية التي يمكن أن تولد هذا المؤشر المسح الديمغرافي والصحي DHS والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات MICS، مسوح الصحة الإنجابية RHS وغيرها من المسوح القائمة على منهجيات مماثلة. يمكن استخدام أنظمة الإبلاغ عن الخدمات/ المرافق حيث تكون نسبة التغطية مرتفعة، وعادة في البلدان ذات الدخل المرتفع.	طريقة القياس
تحتفظ منظمة الصحة العالمية بقاعدة بيانات حول تغطية الرعاية السابقة للولادة: <a href="http://apps.who.int/gho/data/node.main.ANENATALCARECOVERAGE4">http://apps.who.int/gho/data/node.main.ANENATALCARECOVERAGE4</a>	طريقة التقدير
مثالاً سيتم استبدال هذا المؤشر بمقياس أكثر شمولية يُعنى برعاية الحمل والولادة، على سبيل المثال نسبة النساء اللاتي يتابعهن مقدم رعاية ماهر يحضر الولادة أو اللاتي يلدن في مؤسسة. ويتمثل التحدي في قياس الحضور الماهر عند الولادة في تحديد مقدمي الرعاية "الماهرين".	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

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

علاج الطفل (طلب الرعاية لأعراض الالتهاب الرئوي)	مجال التتبع
النسبة المئوية للأطفال دون سن 5 سنوات المشتبه بإصابتهم بالتهاب رئوي (سعال وصعوبة في التنفس ليس بسبب مشكلة في الصدر وأنف مسدود) في الأسبوعين السابقين للمسح الذي تم نقله إلى مرفق صحي أو مقدم رعاية صحية مناسب.	تعريف المؤشر
عدد الأطفال دون سن 5 سنوات المشتبه بإصابتهم بالتهاب رئوي (سعال وصعوبة في التنفس ليس بسبب مشكلة في الصدر وأنف مسدود) في الأسبوعين السابقين للمسح الذي تم نقله إلى مرفق صحي أو مقدم رعاية صحية مناسب.	البسط
عدد الأطفال دون سن 5 سنوات المشتبه بإصابتهم بالتهاب رئوي (سعال وصعوبة في التنفس ليس بسبب مشكلة في الصدر وأنف مسدود) في الأسبوعين السابقين للمسح	المقام
المسوح الأسرية	مصادر البيانات الرئيسية
أثناء اجتماع اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية حول المؤشرات المستندة إلى المسح المعني ببقاء الطفل، الذي عقد في نيويورك، في 17 و18 حزيران/يونيو 2004، أوصي بأن توصف التهابات الجهاز التنفسي الحادة بأنها "الالتهاب الرئوي المفترض" لتعكس بشكل أفضل السبب المحتمل والتدخلات الموصى بها. تم اختيار تعريف الالتهاب الرئوي المفترض المستخدم في المسوح الديموغرافية والصحية (DHS) وفي المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS) من قبل المجموعة ويستند إلى تصورات الأم لطفل مصاب بالسعال، أو يتنفس بشكل أسرع من المعتاد مع أنفاس قصيرة وسريعة أو يواجه صعوبة في التنفس، مع استثناء الأطفال الذين يعانون من أنف مسدود فقط. ويختلف تعريف مقدم الرعاية الصحية "المناسب" بين الدول.	طريقة القياس
تحتفظ منظمة الصحة العالمية بقاعدة بيانات للرصد على المستوى القطري من المسوح الأسرية التي يمكن الاطلاع عليها على الرابط التالي: <a href="http://apps.who.int/gho/data/node.main.38?lang=en">http://apps.who.int/gho/data/node.main.38?lang=en</a>	
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 المقدر لمعدل وفيات الالتهاب الرئوي الأقل من خمسة، والذي يمكن الاطلاع عليه على الرابط التالي: <a href="https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html">https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html</a>	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة
لضمان الاتساق وإمكانية مقارنة المقام داخل البلدان وفيما بينها بمرور الوقت، تُستخدم تقديرات الأطفال دون سن الخامسة المستمدة من تقديرات الأمم المتحدة للسكان في الترتيب بدلاً من المقام المحدد المدرج في هذا الجدول	

علاج السل	مجال التتبع
نسبة حالات السل التي تم احصاؤها وعلاجها	تعريف المؤشر
عدد الحالات الجديدة والحالات المنتكسة المكتشفة وتم علاجها في سنة معينة	البسط
عدد حالات الإصابة الجديدة بالسل لنفس العام	المقام
نظم معلومات المرافق، وأنظمة المراقبة، والمسوح الصحية المستندة إلى السكان مع اختبارات تشخيص السل، وسجل السل ونظام الإبلاغ الفصلي ذي الصلة (أو سجلات السل الإلكترونية)	مصادر البيانات الرئيسية
يتطلب هذا المؤشر مدخلين رئيسيين: (1) عدد حالات السل الجديدة والحالات المنتكسة التي تم تشخيصها وعلاجها في البرامج الوطنية لمكافحة السل وإبلاغ منظمة الصحة العالمية بها في سنة معينة. (2) عدد حالات الإصابة بالسل في نفس السنة، والتي عادةً ما تقدرها منظمة الصحة العالمية.  المؤشر النهائي = (1) / (2)	طريقة القياس
يتم إنتاج تقديرات الإصابة بالسل من خلال عملية استشارية وتحليلية تقومها منظمة الصحة العالمية ويتم نشرها سنويًا. تستند هذه التقديرات إلى الإخطارات عن الحالة السنوية وتقييم جودة وتغطية بيانات الإخطار بالسل والمسوح الوطنية لانتشار مرض السل والمعلومات المستمدة من أنظمة تسجيل الوفيات (الحيوية). يتم اشتقاق تقديرات الإصابة في كل بلد، باستخدام واحد أو أكثر من النهج التالية بناءً على البيانات المتاحة: 1. الإصابة = الإخطار بالحالات / النسبة المقدرة للحالات المكتشفة؛ 2. الإصابة = انتشار / مدة الحالة؛ 3. الإصابة = الوفيات / نسبة الإصابات التي تؤدي إلى الوفاة.  أدخلت نماذج ديناميكية وإحصائية لإعداد تقديرات لعامي 2020 و2021 تضع في الحسبان الاضطرابات الكبيرة التي طرأت على توفير خدمات تشخيص وعلاج السل والوصول إليها في سياق جائحة فيروس كورونا (كوفيد-19).	طريقة التقدير
يمكن الاطلاع على تقديرات منظمة الصحة العالمية هنا، بما في ذلك المقام المستخدم للترجيح: <a href="http://www.who.int/tb/country/data/download/en">http://www.who.int/tb/country/data/download/en</a>	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

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

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

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

مجال التتبع	الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية
تعريف المؤشر	تغطية علاج (تناول الدواء) ارتفاع ضغط الدم بين البالغين المصابين به والذين تتراوح أعمارهم بين 30 و79 سنة (تقدير موحد حسب السن)(%)
البسط	عدد البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 30 و79 سنة والذين تناولوا دواء ارتفاع ضغط الدم
المقام	عدد البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 30 و79 سنة المصابين بارتفاع ضغط الدم (المعروف بأنه ضغط دم انقباضي $\leq 140$ ملم زئبق، أو ضغط دم انبساطي $\leq 90$ ملم زئبق، أو تناول دواء لعلاج ارتفاع ضغط الدم)
مصادر البيانات الرئيسية	المسوح السكانية ونظم المراقبة
طريقة القياس	تستخدم مصادر البيانات التي تسجل ضغط الدم المقاس (وتستبعد البيانات المبلغ عنها ذاتياً). وفي حال أخذت قراءات متعددة لضغط الدم لكل مشارك، تُسقط القراءة الأولى ويؤخذ متوسط القراءات المتبقية. ويمكن تقييم ما إذا كان الدواء يُتناول لعلاج ارتفاع ضغط الدم باستخدام أسئلة مصاغة بصيغ متنوعة مثل: "هل تتناول حالياً أي أدوية أو أقراص أو حبوب لعلاج ارتفاع ضغط الدم؟" أو "خلال الأسبوعين الماضيين، هل تناولت أي عقاقير (أدوية) لعلاج ارتفاع ضغط الدم وصفها طبيب أو عامل صحي آخر؟". وفي الدراسات التي تجمع معلومات عن الأدوية الموصوفة، يمكن استخدام معلومات المسح للتحقق من أن الغرض من تناول دواء خفض ضغط الدم كان تحديداً لعلاج ارتفاع ضغط الدم.
طريقة التقدير	تتوفر التفاصيل الكاملة للمدخلات ومنهجيات البيانات في: التعاون بشأن عوامل خطر الأمراض غير السارية (NCD-RisC). الاتجاهات العالمية في انتشار ارتفاع ضغط الدم والتقدم المحرز في علاجه والسيطرة عليه من عام 1990 إلى عام 2019: تحليل مجمع لـ 1201 دراسة ممثلة للسكان شملت 104 ملايين مشارك. مجلة "الانسيت" 1-01330(21)6736-S0140 <a href="https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736(21)01330-1/fulltext">https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736(21)01330-1/fulltext</a> . وقد استخدم ما مجموعه 1201 دراسة سكانية تضمنت قياس ضغط الدم وبيانات عن علاج ضغط الدم لدى 104 ملايين فرد تتراوح أعمارهم بين 30 و79 سنة لتقدير الاتجاهات في ارتفاع ضغط الدم وتشخيصه وعلاجه والسيطرة عليه من عام 1990 إلى عام 2019. ويتم إعداد التقديرات الموحدة حسب السن عن طريق تطبيق التقديرات الخام على المعيار السكاني لمنظمة الصحة العالمية.
الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة	يمكن أيضاً الاطلاع على بيانات السكان المستخدمة كمقام للترجيح في مقالة مجلة "الانسيت" الواردة أعلاه.

إدارة مرض السكري	مجال التتبع
تغطية علاج (تناول الدواء) مرض السكري بين البالغين المصابين به والذين تبلغ أعمارهم 30 سنة فأكثر (تقدير موحد حسب السن)	تعريف المؤشر
عدد البالغين الذين تبلغ أعمارهم 30 سنة فأكثر المصابين بمرض السكري والذين يتناولون حالياً أدوية خفض الجلوكوز	البسط
العدد الإجمالي للبالغين الذين تبلغ أعمارهم 30 سنة فأكثر المصابين بمرض السكري، المعرف بأنه بلوغ مستوى جلوكوز البلازما أثناء الصيام $(FPG) \geq 7.0$ مليمول/لتر، أو الهيموغلوبين السكري $(HbA1c) \geq 6.5\%$ ، أو تناول دواء لعلاج مرض السكري	المقام
المسوح السكانية ونظم المراقبة	مصادر البيانات الرئيسية
يمكن تقييم ما إذا كان الدواء يُتناول لعلاج مرض السكري باستخدام أسئلة مصاغة بصيغ متنوعة مثل: "هل تأخذ حالياً الأنسولين لعلاج مرض السكري؟" أو "خلال الأسبوعين الماضيين، هل تناولت أي عقاقير (أدوية) لعلاج مرض السكري وصفها طبيب أو عامل صحي آخر؟". وتستخدم مستويات جلوكوز البلازما أثناء الصيام (FPG) و/أو الهيموغلوبين السكري (HbA1c) لتحديد الأفراد الذين يعانون من ارتفاع سكر الدم ولكنهم لا يتلقون علاجاً لمرض السكري. ويتم تحديد مستويات جلوكوز البلازما أثناء الصيام عن طريق أخذ عينة دم من المشاركين الذين صاموا لمدة 8 ساعات على الأقل.	طريقة القياس
تجري مواءمة بيانات الرصد القائمة على جلوكوز البلازما أثناء الصيام (FPG) أو الهيموغلوبين السكري (HbA1c) للحصول على تقديرات قابلة للمقارنة تعكس كلا المؤشرين الحيويين.. 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 من خلال تطبيق التقديرات الأولية على السكان المعياريين لمنظمة الصحة العالمية. يمكن الاطلاع على التفاصيل هنا: <a href="https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02317-1/fulltext">https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02317-1/fulltext</a>	طريقة التقدير
يمكن أيضاً الاطلاع على بيانات السكان المستخدمة كمقام للترجيح في مقالة مجلة "لانسييت" الواردة أعلاه.	الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

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

مجال التتبع	النفاز إلى المستشفى
تعريف المؤشر	حصة الفرد من أسرة المستشفيات، ذات الصلة بعتبة الحد أقصى الذي يبلغ 18 لكل 10 آلاف من السكان
البسط	عدد أسرة المستشفيات (يجب أن تستثني أسرة المخاض والولادة)
المقام	مجموع السكان
مصادر البيانات الرئيسية	النظم الإدارية / نظام الإبلاغ الخاصة بالمراقب الصحية
طريقة القياس	تستخدم الأنظمة الإدارية القطرية لإجمالي عدد أسرة المستشفيات، التي تُقسم على مجموع السكان المقدر، وتضرب ب 10000. تقوم المكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية والمجموعات الأخرى بجمع معلومات عن كثافة أسرة المستشفيات الوطنية، بما في ذلك الموارد التالية على شبكة الإنترنت: المرصد الإقليمي لمكتب منظمة الصحة العالمية في أوروبا: <a href="https://rho.emro.who.int/rhodata/node.main.A36">https://rho.emro.who.int/rhodata/node.main.A36</a> المرصد الإقليمي لمكتب منظمة الصحة العالمية في إفريقيا: <a href="http://www.aho.afro.who.int/ar/data-statistics/hospital-population-beds-10-000">http://www.aho.afro.who.int/ar/data-statistics/hospital-population-beds-10-000</a> بوابة المعلومات الصحية الأوروبية لمنظمة الصحة العالمية في أوروبا: <a href="http://gateway.euro.who.int/ar/data-sources/european-database-on-human-and-technical-resources-for-health/">http://gateway.euro.who.int/ar/data-sources/european-database-on-human-and-technical-resources-for-health/</a> منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي: <a href="https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm">https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm</a>
طريقة التقدير	باستخدام البيانات المتاحة، يتم احتساب المؤشر بالنسبة إلى قيمة 18 سرير في المستشفى لكل 10000 من السكان. تقل هذه العتبة عن الحد الأدنى لبلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ذات الدخل المرتفع (منذ عام 2000) والذي يبلغ 20 سرير لكل 10 آلاف شخص، وتميل إلى أن تتوافق مع معدل دخول المستشفى للمرضى الداخليين والذي يبلغ 5 لكل 100 شخص في السنة. تم تصميم هذا المؤشر لالتقاط مستويات منخفضة من قدرة المستشفى على الاستيعاب؛ يتم استخدام الحد الأقصى لأن الكثافة العالية للغاية للأسرة المستشفى لا تشكل بالضرورة استخداماً فعالاً للموارد. يتم احتساب المؤشر على النحو التالي، وذلك باستخدام بيانات البلد حول كثافة أسرة المستشفيات (كس)، والتي ينتج عنها قيم تتراوح بين 0 و 100: • بلد ذو كثافة بأسرة المستشفيات/كس > 18 لكل 10,000 في السنة، المؤشر = كس / 18 * 100. • بلد ذو كثافة بأسرة المستشفيات/كس < 18 لكل 10,000 في السنة، المؤشر = 100.
الملاحظات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة	تجدر الإشارة إلى أن قياس التغطية في جميع المجالات الصحية أمر صعب، وأن المستوى الأمثل لهذه المؤشرات غير معروف، كما أنها لا ترتبط بحاجة محددة للخدمات. ورغم هذه الحقيقة، فإن المستويات المنخفضة لهذه المؤشرات تدل على ضعف الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية واستخدامها.

مجالات التتبع	القوى العاملة في القطاع الصحية
تعريف المؤشر	العاملون الصحيون (الأطباء وأفراد التمريض والقبالة) لكل نسمة، نسبة إلى حد أقصى مجمع
البسط	عدد الأطباء وأفراد التمريض والقبالة
المقام	مجموع السكان
مصادر البيانات الرئيسية	استجابة لجمعية الصحة العالمية التاسعة والستين (WHA69.19) ، طوّرت منصة إلكترونية لبيانات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية (NHWA) لتيسير الإبلاغ الوطني. وبالإضافة إلى الإبلاغ، تعمل المنصة أيضاً كأداة تحليلية على المستويات الوطنية والإقليمية والعالمية. ومنذ إطلاقها في تشرين الثاني/نوفمبر 2017، دُعيت الدول الأعضاء إلى استخدام منصة بيانات الحسابات الوطنية للقوى العاملة الصحية للإبلاغ عن بيانات القوى العاملة الصحية. واستكمالاً للإبلاغ الوطني عبر المنصة، تُستخدم أيضاً مصادر إضافية مثل التعداد الوطني، ومسوحات القوى العاملة، والمصادر الإدارية الوطنية والإقليمية الرئيسية، وتصادق عليها البلدان. وتُستمد معظم البيانات الواردة من المصادر الإدارية من استعراضات القطاع الصحي الوطني المنشورة و/أو التقارير الوطنية الرسمية المقدمة إلى مكاتب منظمة الصحة العالمية.
طريقة القياس	تُشجّع البلدان على اعتماد نهج تدريجي لتنفيذ الحسابات القوى العاملة الصحية الوطنية (NHWA) يستند إلى انخراط أصحاب المصلحة المتعددين على المستويين الوطني ودون الوطني. وتتشارك جهات الاتصال الوطنية للبيانات مع منظمة الصحة العالمية عبر المنصة الإلكترونية لبيانات الحسابات الوطنية للقوى العاملة الصحية. وهذه المنصة، التي تستضيفها منظمة الصحة العالمية، مصممة لتيسير الإبلاغ عن بيانات المؤشرات المدرجة في دليل الحسابات الوطنية للقوى العاملة الصحية، وتبادل البيانات عبر المستويات الثلاثة للمنظمة. يمكن الاطلاع على التفاصيل والبيانات المنهجية على الرابط التالي: <a href="http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en">http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en</a>
طريقة التقدير	باستخدام البيانات المتاحة، يُحسب المؤشر بالنسبة لقيمة عتبة تبلغ 6 أطباء وأفراد تمريض وقبالة لكل 1000 من السكان، وهي القيمة التي تمثل المئين الخامس للكثافات في البلدان مرتفعة الدخل في عام 2013 (سنة الأساس المستخدمة للقوى العاملة الصحية في جمعية الصحة العالمية التاسعة والستين (WHA69.19)). وتتم إعادة التقدير هذه بنفس الطريقة المتبعة لمؤشر كثافة أسرة المستشفيات الموضح أعلاه، مما ينتج عنه قيم للمؤشر تتراوح بين 0 و100. وباستخدام البيانات الوطنية عن الأطباء وأفراد التمريض والقبالة لكل 1000 من السكان (x) ، يُحسب المؤشر كما يلي: <ul style="list-style-type: none"> <li>• البلد الذي لديه <math>x &lt; 67</math> لكل 1000 سنوياً: المؤشر = <math>100 * x / 6</math>.</li> <li>• البلد الذي لديه <math>x \geq 67</math> لكل 1000 سنوياً: المؤشر = 100.</li> </ul>
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 تعريف متسقة للمهنيين الأساسيين في القطاع الصحي غير الأطباء للسماح بإجراء مقارنات دقيقة عبر البلاد.

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