

## البيانات الوصفية لمؤشر أهداف التنمية المستدامة

(Harmonized metadata template - format version 1.1)

### 0. معلومات المؤشر (SDG\_INDICATOR\_INFO)

0.a. الهدف (SDG\_GOAL)

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

0.b. الغاية (SDG\_TARGET)

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

0.c. المؤشر (SDG\_INDICATOR)

المؤشر 3-8.2: نسبة السكان الذين لديهم نفقات أسرية مباشرة على الصحة تتجاوز 40 في المائة من الميزانية التقديرية للأسرة<sup>1</sup>

0.d. السلسلة (SDG\_SERIES\_DESCR)

SH\_OOP\_XPD\_EARNNET40 - نسبة السكان الذين لديهم نفقات أسرية مباشرة على الصحة تتجاوز 40% من الميزانية التقديرية للأسرة، مصنفة حسب الموقع، والشريحة الخمسية، ونوع الأسرة، وخصائص رب الأسرة [3.8.2]

0.e. تحديث البيانات الوصفية (META\_LAST\_UPDATE)

12 كانون الأول/ديسمبر 2025

0.f. المؤشرات ذات الصلة (SDG\_RELATED\_INDICATORS)

تُعد الضائقة المالية الناجمة عن الإنفاق الأسري المباشر (من الجيب) على الصحة إحدى العواقب الرئيسية لقصور آليات الحماية من المخاطر المالية. وقد صُمم مؤشر أهداف التنمية المستدامة 3.8.2 لرصد الضائقة المالية الناتجة عن الإنفاق الصحي المباشر الذي يعرقل التقدم نحو تحقيق مقصد التغطية الصحية الشاملة 3.8. وينبغي دائماً تفسير هذا المؤشر جنباً إلى جنب مع المؤشر الآخر للتغطية الصحية الشاملة ضمن أهداف التنمية المستدامة، وهو المؤشر 3.8.1، الذي يقيس التغطية بالخدمات.

كما أن الضائقة المالية الناجمة عن الإنفاق الصحي المباشر تعيق الجهود الرامية إلى القضاء على الفقر والحد من أوجه عدم المساواة فيما بين البلدان وداخلها، ومن ثم تشمل مؤشرات أهداف التنمية المستدامة الأخرى ذات الصلة المؤشرات 1.1.1 و 1.2.1 و 10.1.1 و 10.2.1.

0.g. المنظمات الدولية المسؤولة عن الرصد العالمي (SDG\_CUSTODIAN\_AGENCIES)

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

## 1. الإبلاغ عن البيانات (CONTACT)

1.A. المنظمة (CONTACT\_ORGANISATION)

منظمة الصحة العالمية (WHO)

## 2. التعريف والمفاهيم والتصنيفات (IND\_DEF\_CON\_CLASS)

2.A. التعريف والمفاهيم (STAT\_CONC\_DEF)

### التعريف:

نسبة السكان الذين لديهم نفقات أسرية مباشرة على الصحة تتجاوز 40% من الميزانية التقديرية للأسرة. وتُعرف ميزانية الأسرة التقديرية بأنها إجمالي الإنفاق الاستهلاكي للأسرة أو دخلها مطروحاً منه خط الفقر المجتمعي (SPL). وباستخدام تعادلات القوة الشرائية (PPPs) لعام 2017، يعادل خط الفقر المجتمعي القيمة الأكبر من القيمتين التاليتين: 2.15 دولار (خط الفقر الدولي) أو 1.15 دولار + 50% من وسيط الإنفاق الاستهلاكي للأسرة أو دخلها، بعد استبعاد النفقات الأسرية المباشرة على الصحة. وتقاس جميع المبالغ على أساس يومي للفرد.

<sup>1</sup> تحسين اسم المؤشر ليصبح الاسم الصحيح الذي أقره فريق الخبراء المشترك بين الوكالات المعني بمؤشرات أهداف التنمية المستدامة بناءً على الاستعراضات الشاملة لعام 2025، وهو رهن الموافقة النهائية عليه في الدورة السابعة والخمسين للجنة الإحصائية في آذار/مارس 2026.

## المفاهيم:

المفهوم الرئيسيان محل الاهتمام هما الإنفاق الأسري على الصحة والميزانية التقديرية للأسرة.

## الإنفاق الأسري المباشر (من الجيب) على الصحة

يستند الإنفاق الأسري المباشر على الصحة إلى تعريف المدفوعات المباشرة (من الجيب) الوارد في تصنيف نظم تمويل الرعاية الصحية (HF) ضمن التصنيف الدولي للحسابات الصحية (ICHA). وتشمل أي نفقات يتم تكبدها في وقت استخدام الخدمة للحصول على أي نوع من الرعاية (التعزيرية أو الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية أو المطفة 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. يتم تمويلها من دخل الأسرة المعيشية (بما في ذلك التحويلات) أو المدخرات أو القروض، ولكنها لا تشمل أي مدفوعات من طرف ثالث. ويعتمد ذلك فقط على استعداد الأسرة وقدرتها على الدفع. تعتبر المدفوعات من الأموال الخاصة للنفقات الصحية أكثر مصادر التمويل غير المنصف بالنسبة للنظام الصحي. 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>2</sup>، الغني والفقير. إنهم يمثلون حاجزاً أمام الوصول لأولئك الأشخاص غير القادرين على العثور على الموارد الاقتصادية التي يحتاجون إلى دفعها من جيوبهم الخاصة. يجب أن تكون مكونات الإنفاق الاستهلاكي للرعاية الصحية للأسرة المعيشية متسقة مع القسم 06 من تصنيف الأمم المتحدة للاستهلاك الفردي وفقاً للغرض وتتضمن النفقات على الأدوية والمنتجات الطبية (06.1)، وخدمات الرعاية الخارجية للمرضى (06.2) وخدمات الرعاية الداخلية للمرضى (06.3) وخدمات الرعاية آخر (06.4)<sup>3</sup>.

يمكن تجميع مكونات الإنفاق الأسري المباشر على الصحة بعد تعديلها لتتوافق مع نفس الفترة الزمنية (مثل السنة أو الشهر). ثم يُقدَّر نصيب الفرد من الإنفاق الأسري المباشر على الصحة بقسمة إجمالي الإنفاق الأسري المباشر على الصحة على إجمالي عدد أفراد الأسرة. وأخيراً، تُحوَّل قيم نصيب الفرد هذه إلى ما يعادلها يومياً بتطبيق عوامل ثابتة ملائمة (مثل القسمة على 365 إذا كان الإجمالي سنوياً).

يجب أن تكون المعلومات الإضافية عن التعاريف والتصنيفات (على سبيل المثال، من قبل الجهة المزودة وخصائص المستفيدين) للنفقات الصحية متسقة مع [التصنيف الدولي للحسابات الصحية](#) وأسرة تصنيفها (على سبيل المثال حسب نوع المزود).

## الميزانية التقديرية للأسرة

تُعرَّف الميزانية التقديرية للأسرة بأنها إجمالي الإنفاق الاستهلاكي للأسرة أو دخلها مطروحاً منه خط الفقر المجتمعي.

## الإنفاق الاستهلاكي للأسرة أو الدخل

يُعد كل من الإنفاق الاستهلاكي للأسرة ودخل الأسرة من مقاييس الرفاه النقدي.

إن الإنفاق الاستهلاكي للأسرة المعيشية<sup>4</sup> هو دالة الدخل الدائم، وهو مقياس للموارد الاقتصادية طويلة الأجل للأسرة التي تحدد مستويات المعيشة. يتم تعريف الاستهلاك بشكل عام على أنه مجموع القيم النقدية لجميع البنود التي تستهلكها الأسرة في الحساب المحلي خلال فترة مرجعية. وهي تشمل النفقات النقدية على السلع الغذائية وغير الغذائية غير المعمرة والخدمات المستهلكة وكذلك القيم المحتسبة للسلع والخدمات التي لم يتم شراؤها ولكن تم تحصيلها بطريقة أخرى للاستهلاك (قيمة الاستهلاك العيني)؛ قيمة استخدام السلع المعمرة وقيمة استخدام المساكن التي يشغلها مالكوها. يشمل إجمالي الإنفاق الاستهلاكي للأسرة أو دخلها النفقات على الصحة عادة ما يتم جمع المعلومات عن استهلاك الأسر المعيشية في المسوح الأسرية التي قد تستخدم نهجاً مختلفاً لقياس درجة "الاستهلاك" اعتماداً على ما إذا كانت البنود تشير إلى سلعة 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 الإستهلاك خلال الفترة المرجعية. 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>5</sup>.

<sup>2</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development; World Health Organization; Eurostat. (2011). *A System of Health Accounts 2011: Classification of Health Care Financing Schemes (ICHA-HF)* (Chapter 7, pp. 153-191). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264116016-en>

<sup>3</sup> United Nations Statistics Division. (n.d.). *Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP)*. Retrieved September 19, 2025, from <https://unstats.un.org/unsd/classifications/coicop>

<sup>4</sup> Mancini, Giulia; Vecchi, Giovanni. On the Construction of a Consumption Aggregate for Inequality and Poverty Analysis (English). Washington, D.C.: World Bank Group. ([link](#))

<sup>5</sup> International Labour Organization. (2003). *Resolution concerning household income and expenditure statistics* (17th International Conference of Labour Statisticians, Resolution 2 on Household Income and Expenditure Statistics). Geneva: ILO. Retrieved from [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@stat/documents/normativeinstrument/wcms\\_901515.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@stat/documents/normativeinstrument/wcms_901515.pdf)

يُقدَّر نصيب الفرد من الدخل أو الإنفاق الاستهلاكي بقسمة إجمالي دخل الأسرة أو إنفاقها الاستهلاكي على إجمالي عدد أفراد الأسرة. ثم تُحوَّل قيم نصيب الفرد هذه إلى ما يعادلها يومياً بتطبيق عوامل ثابتة ملائمة. فعلى سبيل المثال، إذا كان نصيب الفرد من دخل الأسرة متاحاً على أساس سنوي، تُقسم المبالغ على 365.

من الصعب قياس الدخل بدقة بسبب تقلبه الكبير بمرور الوقت. في حين أن الاستهلاك أقل تغيراً بمرور الوقت وأسهل للقياس. لذلك يوصى باستخدام استهلاك الأسر ودخلها عند توفر معلومات عن استهلاكها ودخلها (انظر قسم "التعليقات والقيود" لمعرفة المزيد عن حساسية المعيار ٢-٨-٣ لاختيار الدخل/النفقات في المقام). تعتمد الإحصاءات المتعلقة ٢-٨-٣، التي تُعدّها حالياً منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، بشكل أساسي على الاستهلاك (انظر قسم مصادر البيانات).

يستخدم هذا المؤشر نفس البيانات المتعلقة بدخل الأسرة واستهلاكها التي تُستخدم لرصد مؤشري أهداف التنمية المستدامة 1.1.1 و 10.1.1، والمصنفة ضمن مؤشرات المستوى الأول (Tier 1).

### خط الفقر المجتمعي

يُعد خط الفقر المجتمعي صياغة معيارية لخط فقر نسبي عالمي، ويُعرف بأنه القيمة الأكبر من بين قيمتين: خط الفقر الدولي (المستخدم في مؤشر أهداف التنمية المستدامة 1.1.1) وصيغة رياضية تتضمن عنصراً ثابتاً وتدرجاً نسبياً في مستويات الاستهلاك أو الدخل. وقد استحدث البنك الدولي خط الفقر المجتمعي في عام 2017 إقراراً بأن الحد الأدنى المقدر لتكلفة الاحتياجات والمشاركة الاجتماعية يختلف بين البلدان ويمرور الوقت، رهناً بالمستوى العام للتنمية الاقتصادية.

ويمكن استخدام طرق أخرى لتقييم تكلفة الاحتياجات الأساسية وتحديد الميزانية التقديرية. ونظراً لأن القابلية للمقارنة بين البلدان تمثل سمة هامة في إطار الرصد العالمي لأهداف التنمية المستدامة، فإن استخدام تعريف موحد لتكلفة الاحتياجات الأساسية يكون ملائماً لجميع البلدان (أي خط الفقر المجتمعي) يُعد النهج المفضل. علاوة على ذلك، ضُبط خط الفقر المجتمعي ليكون أقرب ما يمكن من الناحية التجريبية لتعاريف خطوط الفقر الوطنية القائمة<sup>6</sup>.

ويُعتبر الإنفاق الأسري المباشر على الصحة مصدراً للضائقة المالية عندما يتجاوز عتبة معينة من الميزانية التقديرية للأسرة. وقد اختيرت نسبة 40% كحد فاصل بناءً على الممارسات الدولية<sup>7</sup>. وقد أظهرت الأبحاث السابقة أن النهج القائم على الميزانية التقديرية أكثر رصانة فيما يتعلق باختيار العتبة لأغراض المقارنة بين البلدان، مقارنةً بالأساليب القائمة على إجمالي ميزانية الأسرة<sup>8</sup>.

## B.2 وحدة القياس (UNIT\_MEASURE)

النسبة المئوية (%). وحدة القياس هي نسبة الأشخاص.

## C.2 التصنيفات (CLASS\_SYSTEM)

فيما يتعلق بتعريف مدفوعات الرعاية الصحية المباشرة:

• [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)

لمكونات الإنفاق الأسري المباشر على الصحة:

• القسم 06 من تصنيف الأمم المتحدة للاستهلاك الفردي حسب الغرض  
<https://unstats.un.org/unsd/classifications/coicop>;

لمكونات استهلاك الأسرة الإجمالي

• التصنيف الأمم المتحدة للاستهلاك الفردي حسب الغرض  
<https://unstats.un.org/unsd/classifications/coicop> ;

## 3. نوع مصدر البيانات وطريقة جمع البيانات (SRC\_TYPE\_COLL\_METHOD)

<sup>6</sup> Jolliffe, Dean, and Espen Beer Prydz. "Societal poverty: A relative and relevant measure." *The World Bank Economic Review* 35, no. 1 (2021): 180-206.

<sup>7</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, K., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., and Murray, C. (2003), "Households Catastrophic Health Expenditure: A Multi-Country Analysis," *The Lancet*, 326, 111–117.

<sup>8</sup> Hsu, J., Flores, G., Evans, D. et al. Measuring financial protection against catastrophic health expenditures: methodological challenges for global monitoring. *Int J Equity Health* 17, 69 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0749-5>

### 3.A. مصادر البيانات (SOURCE\_TYPE)

تتمثل مصادر البيانات الموصى بها لرصد هذا المؤشر 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>9</sup> للرفاهية. أهم معيار لاختيار مصدر بيانات لقياس المؤشر 3-8-2 لأهداف التنمية المستدامة هو توافر كل من إنفاق استهلاك الأسر على الصحة وإجمالي نفقات الاستهلاك الأسري.

### 3.B. طريقة جمع البيانات (COLL\_METHOD)

تتواصل منظمة الصحة العالمية (WHO) والبنك الدولي مع وزارات الصحة و/أو المكاتب الإحصائية الوطنية لغرضين: (أ) طلب الوصول إلى البيانات الجزئية لمسوح الأسر المعيشية لإنتاج مؤشر أهداف التنمية المستدامة 3.8.2؛ (ب) طلب تقديرات من الدولة نفسها.

(أ) النوع الأول من الطلبات تقدمه كل منظمة على حدة. تحصل منظمة الصحة العالمية على البيانات الجزئية لمسوح الأسر المعيشية من المكاتب الإحصائية الوطنية من خلال مكاتبها الإقليمية أو مكاتبها القطرية. غالبًا ما يكون طلب الوصول جزءًا من برامج المساعدة الفنية المتعلقة بقضايا تمويل الصحة.

يتلقى البنك الدولي أيضًا عادةً بيانات من المكاتب الإحصائية الوطنية مباشرة. وفي حالات أخرى، يستخدم بيانات المكاتب الإحصائية الوطنية التي يتلقاها بشكل غير مباشر. على سبيل المثال، يتلقى بيانات من يوروستات ودراسة دخل لوكسمبورغ (LIS)، اللتين توفران بيانات المكتب الإحصائي الوطني للبنك الدولي بصيغتها الأصلية أو موحدة للمقارنة. تشترك جامعة لا بلاتا الوطنية في الأرجنتين والبنك الدولي في إدارة قاعدة بيانات SEDLAC (قاعدة البيانات الاجتماعية والاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي)، التي تتضمن إحصاءات منسقة حول الفقر ومتغيرات توزيعية واجتماعية أخرى من 24 دولة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، استنادًا إلى بيانات جزئية من مسوح الأسر المعيشية التي تجريها مكاتب الإحصاء الوطنية. تُجمع البيانات من خلال برامج خاصة بكل بلد، بما في ذلك برامج المساعدة الفنية والأنشطة التحليلية وبناء القدرات المشتركة. للبنك الدولي علاقات مع مكاتب الإحصاء الوطنية في برامج عمل تتضمن أنظمة إحصائية وتحليل بيانات. يتعاون خبراء اقتصاديات الفقر في البنك الدولي عادةً مع مكاتب الإحصاء الوطنية على نطاق واسع في قياس الفقر وتحليله كجزء من أنشطة المساعدة الفنية.

تُنظم منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بانتظام دورات تدريبية حول قياس نقص تغطية الحماية المالية لإنتاج مؤشر 3-8-2 من أهداف التنمية المستدامة. يشارك في هذا النوع من الأنشطة مشاركون من وزارة الصحة، وكذلك من المكتب الإحصائي الوطني.

تُجمع جميع تقديرات البلدان والسنوات التي تنتجها المنظمات في قاعدة بيانات مشتركة بعد عملية تقييم للجودة (انظر القسم 4.j). ويتم تضمين هذه التقديرات في المشاورات القطرية التي تُجرى لإعطاء الفرصة لـ: (أ) مراجعة التقديرات ومصادر البيانات والأساليب المستخدمة في الحساب؛ (ب) تقديم معلومات حول مصادر البيانات الإضافية؛ (ج) بناء تفاهم متبادل حول نقاط القوة والضعف في البيانات المتاحة وضمن الملكية الواسعة للنتائج؛ (د) طلب التقديرات التي تنتجها الدولة كما سيتم شرحها بمزيد من التفصيل فيما يلي.

(ب) تُطلب التقديرات التي تُنتجها كل دولة من خلال مشاورات قطرية تُجريها منظمة الصحة العالمية. وتبعًا لقرار المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية (EB107.R8)، تبدأ هذه العملية بإرسال المنظمة طلبًا رسميًا إلى وزارات الصحة لترشيح جهة تنسيق للمشاورات. تُرسل المنظمة مسودة التقديرات والأوصاف المنهجية إليها، مع إرسال نسخ من جهات التنسيق المعنية بإعداد تقارير أهداف التنمية المستدامة في الدول التي تُرشد بناءً على طلب شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة. تتوفر رموز STATA لإعادة إنتاج التقديرات المشتركة. ثم تُرسل جهات التنسيق إلى منظمة الصحة العالمية تعليقاتها، والتي غالبًا ما تتضمن بيانات جديدة أو تقديرات قطرية مُنقحة تُستخدم لتحديث تقديرات الدول. تخضع التقديرات التي تُنتجها الدول لنفس عملية تقييم الجودة، وتُدرج في قاعدة البيانات المشتركة إذا لم تُدرج ضمن الاستهلاك أو حصة ميزانية الصحة (انظر القسم 4.j).

### 3.C. الجدول الزمني لجمع البيانات (FREQ\_COLL)

<sup>9</sup> United Nations Statistics Division. (n.d.). *Metadata for SDG indicator 1.1.1: Proportion of the population living below the international poverty line by sex, age, employment status and geographic location (urban/rural)*.

Retrieved September 19, 2025, from <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>

آخر تحديث: 12 كانون الأول/ديسمبر 2025

يتم عادة إجراء مشاوره وطنية بشأن تقديرات المؤشر ٣-٨-٢ من أهداف التنمية المستدامة بين شهري كانون الثاني/يناير واذار/مارس كل عامين. (انظر القسم 4.j).

### D.3. الجدول الزمني لنشر البيانات (REL\_CAL\_POLICY)

يتم إصدار تقديرات المؤشر ٣-٨-٢ للتنمية المستدامة على المستويات القطرية والإقليمية والعالمية كل عامين إما في 12 كانون الأول/ديسمبر (يوم التغطية الصحية الشاملة) أو في سبتمبر (الجمعية العامة للأمم المتحدة).

### E.3. الجهات المزودة للبيانات (DATA\_SOURCE)

أجهزة الإحصاء الوطنية بالتعاون مع وزارات الصحة. انظر مصادر البيانات لمزيد من التفاصيل. راجع A.3 مصادر البيانات لمزيد من التفاصيل.

### F.3. الجهات المجمعّة للبيانات (COMPILING\_ORG)

منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي.

### G.3. التفويض المؤسسي (INST\_MANDATE)

ويستند دعم منظمة الصحة العالمية لرصد البعد المتعلق بالحماية المالية للتغطية الصحية الشاملة (الغاية ٣-٨)، المؤشر ٣-٨-٢ على وجه التحديد) إلى القرار [WHA58.33](#) بشأن التمويل الصحي المستدام والتغطية الشاملة والتأمين الصحي الاجتماعي.

وفي البنك الدولي، تتولى وحدة المشاركة العالمية التابعة لقطاع الممارسات العالمية للصحة والتغذية والسكان (HNP) مسؤولية جمع مؤشر أهداف التنمية المستدامة 3.8.2 والتحقق منه وتقديره.

## 4. اعتبارات منهجية أخرى (OTHER\_METHOD)

### A.4. الأساس المنطقي (RATIONALE)

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". 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. تُعدّ المصاعب المادية نتيجة رئيسية لقصور آليات الحماية من المخاطر المالية، ويمكن مواجهتها في أي بلد، بغض النظر عن مستوى الدخل ونوع النظام الصحي. ويتعلق المؤشر ٣-٨-٢ بتحديد الأشخاص الذين يواجهون ضائقة مالية بسبب النفقة على الرعاية الصحية من جيوبهم الخاصة بما يتجاوز قدرتهم على الدفع، مما قد يؤدي إلى خفض الإنفاق على الاحتياجات الأساسية الأخرى كالتعليم والغذاء والسكن والمرافق. تُعدّ الميزانية التقديرية للأسرة مقياساً أفضل لقدرة الأسرة على الدفع مقارنة بإجمالي ميزانية الأسرة. إذ لا تأخذ الأخيرة في الاعتبار أن الأسر الأفقر تميل إلى تخصيص معظم مواردها للضروريات. وهذا المفهوم مُضمن في تعريف الميزانية التقديرية المعتمد لهذا المؤشر من خلال استخدام خط الفقر لتقدير تكلفة الاحتياجات الأساسية، وخصم قيمة خط الفقر من ميزانية كل أسرة؛ والمقصود هنا خط الفقر المجتمعي (SPL). ويُعدّ خط الفقر المجتمعي منهجية قياسية ملائمة لمجموعة واسعة من البلدان لتقييم تكلفة الاحتياجات الأساسية، مع مراعاة تباين هذه التكلفة بين البلدان وبمرور الوقت. ومن خلال استخدام خط الفقر المجتمعي هذا، يأخذ المؤشر 3.8.2 في الحسبان أن الإنفاق الصحي المباشر (من الجيب) يعيق الجهود الرامية إلى "القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان" (الهدف 1 من أهداف التنمية المستدامة)، و"الحد من أوجه عدم المساواة داخل البلدان وفيما بينها" (الهدف 10)، كما يمكنه تتبع التقدم المحرز نحو الغاية الشاملة لأهداف التنمية المستدامة بشكل أفضل، وهي عدم ترك أي أحد خلف الركب.

ويُعدّ الحد من الضائقة المالية في مجال الصحة أمراً بالغ الأهمية في أجندة التنمية العالمية، كما أنه أولوية لقطاع الصحة في العديد من البلدان في جميع أنحاء العالم.

## B.4. التعليقات والقيود (REC\_USE\_LIM)

من الممكن رصد المؤشر 3.8.2 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>10</sup>. كما يتم إجراء هذه المسوح بانتظام لأغراض أخرى مثل احتساب الأوزان لمؤشر أسعار المستهلك. عادةً 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 3.8.2 يعاني من نفس التحديات التي تواجه المؤشر 1-1 من أهداف التنمية المستدامة الناجمة عن حسن توقيت المسوح وتواترها وجودة بياناتها وقابلية مقارنتها. ومع ذلك فإن المؤشر 3.8.2 له حدوده المفاهيمية والتجريبية الخاصة به.

أولاً، التحديات التي تواجه تتبع الإنفاق الصحي المباشر: يحاول المؤشر 3.8.2 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 للإنفاق الأسري المباشر (من الجيب) على الصحة.

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. وينبغي أيضاً مراجعة أداة المسح وتصميم العينة بعناية لتقليل أخطاء القياس الناتجة عن الأخطاء غير المتعلقة بالعينة مثل فترات الاستدعاء القصيرة جداً أو الطويلة جداً التي تمنع جمع البيانات بشكل صحيح لجميع مكونات الرعاية الصحية (الإقامة الليلية، والأدوية، وما إلى ذلك)؛ أو أخطاء العينة مثل أخذ عينات زائدة من المناطق ذات العبء المنخفض بشكل خاص من المرضى.

ثانياً يعتمد المؤشر 3.8.2 على نقطة قطع واحدة، وهي 40% من الميزانية التقديرية للأسرة. ولا يُؤخذ في الحسبان الأشخاص الذين يقعون تحت هذه العتبة بقليل، وتلك مشكلة دائمة في المقاييس القائمة على نقاط القطع. ومع ذلك، تشير الأدلة التجريبية إلى أن اختيار العتبة يؤثر على مستوى المؤشر ولكنه لا يؤثر على الاتجاهات بمرور الوقت.

ثالثاً، تُستخدم مؤشرات أخرى لقياس الصعوبات المالية في الصحة، يستند كلها إلى مصادر البيانات نفسها. عادة ما تركز هذه التدابير على نسبة السكان الذين يتكبدون إنفاقاً أسرياً مباشراً على الصحة يكون إما كبيراً أو مفقراً<sup>11</sup>، 12، 13. غير أن التركيز حصراً على أي من الإنفاق الصحي الكبير أو المفقور لا يحيط بكامل طيف الأشخاص الذين تتدهور مستويات معيشتهم جراء الإنفاق الأسري المباشر على الصحة. ويوفر هذا التعريف لمؤشر أهداف التنمية المستدامة 3.8.2 إطاراً موحداً لرصد الإنفاق الأسري المباشر على الصحة بشقيه الكبير والمفقور، وذلك باستخدام خط فقر طُور ليكون ملائماً لجميع البلدان على اختلاف مستويات الدخل، وعتبة استُخدمت على نطاق واسع لتحديد الإنفاق الأسري المباشر الكبير على الصحة، معرفةً بالنسبة إلى الميزانية التقديرية للأسرة بدلاً من الميزانية الإجمالية. ويستند هذا النهج إلى منهجية اقترحها

<sup>10</sup> United Nations Statistics Division. (n.d.). *Metadata for SDG indicator 1.1.1: Proportion of the population living below the international poverty line by sex, age, employment status and geographic location (urban/rural)*. Retrieved September 19, 2025, from <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>

<sup>11</sup> الفصل الثاني من "تتبع مسار التغطية الصحية الشاملة: تقرير الرصد العالمي لعام 2017"، منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي للإنشاء والتعمير/البنك الدولي؛ 2017؛ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf>

<sup>12</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, K., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., and Murray, C. (2003), "Households Catastrophic Health Expenditure: A Multi-Country Analysis," *The Lancet*, 326, 111–117

<sup>13</sup> World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2016). *Framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance*. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Retrieved from [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) ; Dmytraczenko, T., & Almeida, G. (2015). *Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from selected countries*. Washington, DC: World Bank and Pan American Health Organization. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7661/9781464804557\\_ENG.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7661/9781464804557_ENG.pdf)

البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، وتستخدمها كلتا المنظمتين في إعداد التقارير العالمية منذ عام 2021، كما تستخدمها منظمة الصحة العالمية في إعداد التقارير الإقليمية منذ عام 2017 (انظر المراجع).

رابعاً، اختبر مؤشران لرصد الغاية 3-8 المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة ضمن إطار أهداف التنمية المستدامة. ويُعنى المؤشر 3-8-1 ببُعد تغطية الخدمات الصحية ضمن التغطية الصحية الشاملة، فيما يُعنى المؤشر 3-8-2 بأبعاد تتبّع الحماية المالية. بالتالي، لا بدّ من رصد هذين المؤشرين معاً دائماً. وبالطبع، يواجه بعض الناس الذين يبحثون عن الرعاية الصحية بعض العقبات التي تحول دون وصولهم إليها، وهي تتعلّق بالقيود المالية، ومشاكل القبول بهم، وعدم توقّر الخدمات، أو أخرى تتعلّق بالوصول إليها. وهؤلاء الأشخاص الذين لا يستطيعون تجاوز مثل هذه العقبات (أي العقبات المالية وغير المالية) لن يُبلغوا عن أي نفقات صحية، ما قد يؤدي إلى انخفاض معدلات المؤشر 3-8-2. وحين يحصل ذلك، من المفترض أن تنخفض أيضاً معدلات المؤشر 3-8-1، نظراً إلى أنّ مؤشرات التتبّع لتغطية الخدمات يجب أن تعكس عدم قدرة جزء كبير من السكان على الوصول إلى الخدمات التي يحتاجونها. لكن لا بدّ من تتبّع بعض المؤشرات المحدّدة على العقبات التي تحول دون الوصول إلى الخدمات اللازمة، للتوصّل إلى فهم أفضل لطبيعة هذه العقبات.

#### c.4. طريقة الاحتماب (DATA\_COMP)

المتوسط الموزون بالسكان لعدد الأشخاص الذين لديهم نفقات أسرية مباشرة على الصحة تتجاوز 40% من إجمالي الميزانية التقديرية للأسرة:

$$\frac{\sum_i m_i \omega_i 1(oop_i^{health} > 0.4 * (y_i - SPL) \cap oop_i^{health} > 0)}{\sum_i m_i \omega_i}$$

حيث تدل "i" على أسرة معيشية، 1 هي دالة المؤشر، وتقابل  $w_i$  ترجيحات عينة الأسرة المعيشية مضروبة بحجم الأسرة للحصول على أرقام تمثيلية لكل شخص،  $oop_i^{health}$  هي نصيب الفرد اليومي من الإنفاق الأسري المباشر (من الجيب) على الصحة،  $(y_i - SPL)$  هي هو الميزانية التقديرية للأسرة و  $y_i$  يعادل نصيب الفرد اليومي من إجمالي الإنفاق الاستهلاكي للأسرة أو الدخل، و  $SPL$  هو خط الفقر المجتمعي.

باستخدام تعادلات القوة الشرائية (PPPs) لعام 2017، يعادل خط الفقر المجتمعي (SPL) القيمة الأكبر من بين القيمتين التاليتين: 2.15 دولار (خط الفقر الدولي) أو 1.15 دولار + 50% من وسيط \* الإنفاق الاستهلاكي للأسرة أو دخلها. ولا يوجد أي مخصص صحي صريح في تعريف خط الفقر المجتمعي. وبناءً على ذلك، يُحسب الوسيط استناداً إلى توزيع الإنفاق الاستهلاكي للأسرة أو دخلها بعد استبعاد الإنفاق الأسري المباشر على الصحة.

$$SPL = \max (\$2.15 \text{ a day}; \$1.15 \text{ a day} + 0.5 * \text{median}(y_i - oop_i^{health}))$$

تُحوّل جميع المبالغ المحددة بقيم تعادلات القوة الشرائية (2.15 دولار و 1.15 دولار) إلى العملات المحلية بأسعار عام 2017، ثم تُحوّل إلى الأسعار السائدة في وقت إجراء مسح الأسر المعيشية المعنى باستخدام أفضل مؤشر متاح لأسعار المستهلك (CPI). ويتسق هذا النهج مع المنهجية المستخدمة في مؤشر أهداف التنمية المستدامة 1.1.1. وتكون الميزانية التقديرية  $(y_i - SPL)$  سالبة بالنسبة للأشخاص الذين يعيشون تحت خط الفقر المجتمعي. وفي هذه الحالات، تكون العتبة المستخدمة لتحديد ما إذا كان الإنفاق الأسري المباشر على الصحة مصدرراً لضائقة مالية صفرأ فعلياً، حيث إن أي إنفاق إيجابي (غير صفري) على الصحة سيتجاوز الميزانية التقديرية للأسرة.

تُعرّف مصطلحات الإنفاق الأسري المباشر (من الجيب) على الصحة، والإنفاق الاستهلاكي للأسرة أو دخلها، وخط الفقر المجتمعي (SPL) على النحو الموضح في قسم 'المفاهيم'. وتُقاس جميع المبالغ على أساس نصيب الفرد يومياً. ولمزيد من المعلومات حول المنهجية، يرجى الرجوع إلى المراجع.

#### d.4. التحقق (DATA\_VALIDATION)

يُطلب من أجهزة الإحصاء الوطنية الحصول على البيانات الجزئية التي تتلقاها منظمة الصحة العالمية، ويكون مجموع الإنفاق الاستهلاكي أو الدخل للأسرة المعيشية قد وُضع وفقاً لمبادئها التوجيهية الخاصة، وتتبع البيانات هذه المبادئ حين لا يتوقّر المقام. تنتج منظمة الصحة العالمية الإنفاق الأسري المباشر (من الجيب) على الصحة وفقاً للتعريفات والتصنيفات الموضحة في القسمين A2 و C2.

تقدّم حكومات البلدان البيانات الجزئية التي يحصل عليها البنك الدولي، وتضم هذه البيانات في العادة الإنفاق الاستهلاكي أو الدخل للأسرة المعيشية والإنفاق المباشر (من الجيب) على الصحة اللذين يوضعان مسبقاً. وفي بعض الأحيان، يُضطر البنك الدولي إلى وضع مجموع مستوى الرفاه أو تعديل المجموع الذي يقّمه البلد.

يجري التحقّق في العادة من جودة البيانات الجزئية التي تحصل عليها كلتا المنظمتان لتتبع المؤشر 3-8-2، وذلك من أجل تتبّع مؤشرات أخرى مهمة (مثل المؤشر 1-1-1 من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة). ويجري تقييم للجودة قبل التشاور مع البلدان بشأن تقديرات المؤشر 3-8-2 (راجع القسم k.4). تُدرج التقديرات التي تنتجها كلتا المنظمتان في مشاوره للحصول على تعليقات البلدان وتلقيها عند الاقتضاء.

## E.4. التعديلات (ADJUSTMENT)

لا ينطبق

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

### • على الصعيد الوطني

لم تتم محاولة أي احتساب لإنتاج تقديرات. يتم تقدير المؤشر 3-8-2 لجميع السنوات التي يتوفر فيها مسح تمثيلي وطني حول ميزانية الأسرة ودخل الأسرة ونفقاتها والظروف الاجتماعية والاقتصادية أو مستويات المعيشة مع معلومات عن إجمالي إنفاق الأسرة أو الدخل وإجمالي إنفاق الأسرة على الصحة. وعندما تكون هناك استطلاعات متعددة مع مرور الوقت لنفس البلد، يتم إعطاء الأفضلية للتقديرات المنتجة بناءً على نفس المسح. ويتم إجراء سلسلة من الاختبارات للاحتفاظ بأفضل السلاسل أداءً (انظر عملية التجميع K.4).

### • على المستوى الإقليمي

نظراً إلى أنّ المسوح تُجرى على أساس سنوي في معظم البلدان، تُحتسب تقديرات المؤشر 3-8-2 من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة عبر البلدان لسنوات مختلفة. ومن أجل احتساب التصنيفات الإقليمية والعالمية لسنة مرجعية مشتركة (على سبيل المثال 2000، 2005، 2010، 2015، إلخ...)، يتم أولاً "توفيق" التقديرات الوطنية المستندة إلى المسوحات زمنياً باستخدام مزيج من الاستكمال الداخلي/الاستكمال الخارجي (عند توفر تقديرين مستنديين إلى المسوحات على الأقل في الفترة المحيطة بسنة المرجع)؛ والنمذجة القياسية الاقتصادية (عند توفر تقدير واحد مستند إلى المسوحات في الفترة المحيطة بسنة المرجع)؛ والاحتساب القائم على الوسيط الإقليمي (عند عدم توفر تقديرات مستندة إلى المسوحات في الفترة المحيطة بسنة المرجع). لمزيد من المعلومات، انظر المراجع.

يعادل التقدير الإقليمي للمؤشر 3-8-2 إجمالي عدد الأشخاص في جميع بلدان المنطقة ممن لديهم الإنفاق المباشر (من الجيب) على الصحة إيجابياً على الصحة يتجاوز 40% من الميزانية التقديرية للأسرة، مقسوماً على إجمالي عدد السكان في تلك المنطقة.

## G.4. المجاميع الإقليمية (REG\_AGG)

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

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

## H.4. المناهج والتوجيهات المتاحة للبلدان بشأن تجميع البيانات على الصعيد الوطني (DOC\_METHOD)

تتم مشاركة جميع الوثائق اللازمة لتجميع البيانات على المستوى الوطني مع جهات الاتصال المعينة كل عامين. يمكن أن تطلبها أجهزة الإحصاء الوطنية ووزارات الصحة جنباً إلى جنب مع رموز STATA، إلى [uhc\\_stats@who.int](mailto:uhc_stats@who.int)، الموضوع: حزمة لإنتاج مؤشر 3-8-2 من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة.

## I.4. إدارة الجودة (QUALITY\_MGMNT)

وفيما يخص منظمة الصحة العالمية، تُدار جودة التقديرات من خلال قسم التمويل الصحي والاقتصاديات في المقر الرئيسي، وأما بالنسبة للبنك الدولي، فمن خلال قطاع الممارسات العالمية للصحة والتغذية والسكان (HNP).

## 4.J. ضمان الجودة (QUALITY\_ASSURE)

تخضع تقديرات المؤشر 3-8-2 من أهداف التنمية المستدامة، التي تصدرها منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، لتدقيق الجودة من قِبَل أعضاء فريق الرصد العالمي للحماية المالية المشترك بين المنظمين، والذي يضم موظفين من قسم التمويل الصحي والاقتصاديات في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية، وقطاع الممارسات العالمية للصحة والتغذية والسكان (HNP) في البنك الدولي. وتخضع جميع التقديرات التي يختارها فريق الرصد العالمي المشترك للنشر، استناداً إلى المعايير الموضحة في القسم K.4، لمشاورات وطنية يشارك فيها أعضاء من مكاتب الإحصاء الوطنية ووزارات الصحة المعنية (انظر القسم J.4).

## 4.K. تقييم الجودة (QUALITY\_ASSMNT)

تنتج منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي المؤشر 3-8-2 باتباع النهج ذاته (انظر المنهجية) وتجمع كلتا المنظمتان بين التقديرات على المستوى المتوسط. تستند أهلية التقديرات المدرجة في قاعدة بيانات عالمية مشتركة على مستوى البلد والمستخدم لإنتاج تقديرات إقليمية وعالمية إلى تقييم الجودة التالي:

بالنسبة للإنفاق الاستهلاكي للأسرة أو الدخل

- قارن معدل الاستهلاك أو الدخل الشهري الإجمالي للأسرة المعيشية في مصدر معياري بمعدل القيمة الشهرية المقدرة من المسح. وتُستمد القيم المرجعية من منصة الفقر وعدم المساواة (PIP) التابعة للبنك الدولي<sup>14</sup> في حال توفرها، وإلا فمن مؤشرات التنمية العالمية<sup>15</sup> (WDI)، وتُحسب باعتبارها نفقات الاستهلاك النهائي للأسر المعيشية وفقاً لأحدث تعادلات القوة الشرائية (PPP) المتاحة مقسومة على إجمالي عدد السكان. تستند المقارنة إلى نسبة كل من المتوسطات والوسيطات (من المصدر المرجعي إلى التقدير المستند إلى المسح). وإذا كانت النسبة أكبر من 20% (عندما يكون مقياس الرفاه المستخدم في التقديرات هو نفسه، سواء الدخل أو الاستهلاك) أو 30% (عندما تختلف مقاييس الرفاه المستخدمة في المسح عن التقديرات المرجعية)، تُصنف نقطة المسح على أنها قيمة متطرفة من حيث نصيب الفرد من الاستهلاك أو الدخل، ويُشار إليها لاحتمال استبعادها.

بالنسبة لخط الفقر المجتمعي

- قارن نسبة عدد الفقراء المقدرة من المسح عند خط الفقر المجتمعي مع قيم معدل انتشار الفقر الواردة في منصة الفقر وعدم المساواة (PIP) عند خط الفقر نفسه (القيمة المرجعية)<sup>16</sup>. وتستند المقارنة إلى الفرق المطلق بين قيم نسبة عدد الفقراء في المسح والقيم المرجعية. عندما يكون نوع مقياس الرفاه المستخدم للتقديرات هو نفسه بين المسح والقيمة المرجعية، ويتجاوز الفرق المطلق 10 نقاط مئوية، تُصنف نقطة المسح كقيمة متطرفة في تتبع الفقر القائم على خط الفقر المجتمعي، ويُشار إليها لاحتمال استبعادها. أما عندما يختلف نوع مقياس الرفاه المستخدم في التقديرات، يُقارن الفرق المطلق بعبء قدرها 20 نقطة مئوية لتحديد القيمة المتطرفة والإشارة إليها لاحتمال استبعادها.
- قارن قيمة خط الفقر المجتمعي المقدرة من المسح بالقيم المرجعية المتاحة من منصة الفقر وعدم المساواة (PIP) للبلاد والسنة ذاتهما (نفس مصدر نسبة عدد الفقراء)<sup>17</sup>. وعندما يكون نوع مقياس الرفاه المستخدم للتقديرات هو نفسه، ويتجاوز الفرق المطلق بين القيمة المرجعية والتقدير المستند إلى المسح نسبة 10%، تُصنف نقطة المسح على أنها قيمة متطرفة في تتبع الفقر عند خط الفقر المجتمعي، ويُشار إليها لاحتمال استبعادها. أما عندما يختلف نوع مقياس الرفاه المستخدم للتقديرات، يُقارن الفرق المطلق بعبء قدرها 20% لتحديد القيمة المتطرفة والإشارة إليها لاحتمال استبعادها.

بالنسبة للإنفاق الأسري المباشر (من الجيب) على الصحة

- قارن متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الأسري المباشر على الصحة في مصدر مرجعي مع القيم المتوسطة المقدرة من المسح. وتُستمد قيم المصدر المرجعي من قاعدة البيانات العالمية بشأن الإنفاق على الصحة<sup>18</sup> (GHED) التابعة لمنظمة الصحة العالمية بوحدة العملة المحلية السنوية للفرد، والتي تُحوَّل إلى قيم يومية للفرد بتعادلات القوة الشرائية لعام 2017 (PPP2017) باستخدام

<sup>14</sup> يمكن تنزيل البيانات باستخدام البوابة الإلكترونية (<https://pip.worldbank.org/home>) وبالإضافة إلى البوابة الإلكترونية، يمكن تنزيل البيانات مباشرة من برنامج STATA.

<sup>15</sup> World Bank. (n.d.). *World Development Indicators* [Data set]. Retrieved September 19, 2025, from <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>

<sup>16</sup> يمكن تنزيل البيانات باستخدام البوابة الإلكترونية (<https://pip.worldbank.org/home>) وبالإضافة إلى البوابة الإلكترونية، يمكن تنزيل البيانات مباشرة من برنامج STATA.

<sup>17</sup> يمكن تنزيل البيانات باستخدام البوابة الإلكترونية (<https://pip.worldbank.org/home>) وبالإضافة إلى البوابة الإلكترونية، يمكن تنزيل البيانات مباشرة من برنامج STATA.

<sup>18</sup> Data can be downloaded using online portal (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en/>) by choosing Data explorer, Health expenditure data, Financing schemes, and Household out-of-pocket payments (OOPs).

عامل تحويل. وتُستمد قيم تعادلات القوة الشرائية من قاعدة بيانات منصة الفقر وعدم المساواة<sup>19</sup> (PIP) في حال توفرها، وإلا فمن قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية التابعة للبنك الدولي<sup>20</sup>. وتُستند المقارنة إلى النسبة بين متوسط نصيب الفرد من للإنفاق الأسري المباشر (من الجيب) على الصحة في المصدر المرجعي والقيم المتوسطة المقدرة من المسح (الفرق بين متوسط النفقات والتقدير المستند إلى المسح). وإذا كانت النسبة أكبر من 10% (عندما يكون مقياس الرفاه المستخدم للتقديرات هو نفسه، سواء الدخل أو الاستهلاك) أو 20% (عندما تختلف مقاييس الرفاه المستخدمة في المسح عن التقديرات المرجعية)، تُصنف نقطة المسح على أنها قيمة متطرفة من حيث وسيط الاستهلاك أو الدخل للفرد، ويُشار إليها لاحتمال استبعادها.

• قارن متوسط حصة الإنفاق الصحي المباشر من الميزانية في المسح بمعدل معياري لحصة الإنفاق الصحي المباشر من الميزانية. وقد أنشئ هذا المعدل بدءاً من بيانات الحسابات الصحية الوطنية كنسبة من المقياس الإجمالي لنفقات الأسرة المعيشية من أموالها الخاصة، وصولاً إلى الإنفاق الاستهلاكي النهائي للأسر المعيشية والمؤسسات الربحية التي تخدم هذه الأسر، بوحدات العملة المحلية الحالية. حين يتجاوز الفارق المطلق 5 نقاط مئوية، تُحدّد نقطة المسح على أنها قيمة خارجية من حيث حصة ميزانية الأسرة المعيشية المنفقة على الصحة وتوضع عليها علامة تدل على احتمال استبعادها. تتوفّر المؤشرات الكلية من قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي<sup>21</sup>.

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

وتخضع التقديرات التي تنتجها الدول وتنتشرها من خلال المشاورات على مستوى البلد لعملية ضمان الجودة نفسها، وهي تندرج في قاعدة البيانات المشتركة إذا لم توضع عليها علامة لا من حيث الاستهلاك/الدخل ولا من حيث الإنفاق الأسري المباشر (من الجيب) على الصحة.

## 5. توافر البيانات والتفصيل (COVERAGE)

### توافر البيانات:

يزداد عدد البلدان أو الأقاليم التي تحتوي على بيانات مؤشر 3-8-2 من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة بمرور الوقت مع توفر المزيد من الدراسات الاستقصائية لما لا يقل عن 150 اقتصاداً (مقاسةً على أساس تلك التي تتوفر لديها نقطة بيانات واحدة على الأقل). وهذا يماثل مدى التوافر الخاص بالمؤشر 1-1-1 من أهداف التنمية المستدامة. بالنسبة للمؤشر 3-8-2 وللحصول على آخر التحديثات، يرجى استشارة بوابات البيانات المخصصة لمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي:

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>

<https://data.who.int/indicators/i/A65146D>

<https://data.who.int/indicators/i/4934B28>

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

### التسلسل الزمني:

في المتوسط، يبلغ تكرار تقديرات المؤشر 3-8-2 نحو 6.5 نقاط بيانات لكل بلد. وتتفاوت هذه الوثيرة بين البلدان، ولكنها تتراوح في المتوسط ما بين مرة كل 2.6 سنة في إقليم منظمة الصحة العالمية لأوروبا، ومرة كل 6.5 سنوات في إقليم منظمة الصحة العالمية لأفريقيا.

### التفصيل:

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

- عُمر رب الأسرة (أقل من 60 عاماً / 60 عاماً فأكثر) وجنسه (ذكر / أنثى)؛

<sup>19</sup> يمكن تنزيل البيانات باستخدام البوابة الإلكترونية (<https://pip.worldbank.org/home>) وبالإضافة إلى البوابة الإلكترونية، يمكن تنزيل البيانات مباشرة من برنامج STATA.

<sup>20</sup> World Bank. (n.d.). *World Development Indicators* [Data set]. Retrieved September 19, 2025, from <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>

<sup>21</sup> Data can be downloaded using online portal (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>) by choosing Data explorer, Health expenditure data, Financing schemes, and Household out-of-pocket payments (OOPS) and Macro data, Consumptions, Final consumption expenditure of Household and profit institutions serving households (PFC).

- التركيب العمري للأسرة: تشمل فئة "البالغون فقط" الأسر التي تتألف حصراً من أشخاص تتراوح أعمارهم بين 20 و 59 عاماً؛ وتشمل الأسر "متعددة الأجيال" البالغين الذين يعيشون مع أشخاص دون سن العشرين (أطفال و/أو يافعين) بالإضافة إلى كبار السن (60 عاماً فأكثر)؛ وتشمل "الأسر الشابة" البالغين الذين يعيشون مع أطفال (من 0 إلى 9 سنوات) و/أو يافعين (من 10 إلى 19 سنة)؛ وتشمل فئة "البالغون مع كبار السن" الأسر التي تتألف من بالغين يعيشون مع شخص واحد على الأقل من كبار السن (60 عاماً فأكثر)، وفئة "كبار السن فقط" التي تتألف حصراً من كبار السن.
- الموقع الجغرافي (ريفي / حضري)
- خُمسيات مقاييس الرفاه الأسري (إجمالي الإنفاق الاستهلاكي للأسرة أو الدخل). انظر الملاحظات والقيود لمعرفة مدى حساسية التصنيف حسب مقياس الرفاه المختار.
- 
- التفصيل المحتمل الآخر ممكن، على سبيل المثال حسب الشرائح الخمسية لمقاييس رفاهية الأسرة (إجمالي الإنفاق أو الدخل الاستهلاكي للأسر المعيشية). انظر القسم 4.ب بشأن التعليقات والقيود الخاصة بمدى حساسية التصنيف لاختيار مقياس الرفاهية.

## 6. المقارنة/الانحراف عن المعايير الدولية (COMPARABILITY)

### مصادر التباين:

تعريف الميزانية التقديرية / تكلفة الاحتياجات الأساسية:

لأغراض الإبلاغ العالمي، تتحدد تكلفة الاحتياجات الأساسية / الميزانية التقديرية بالرجوع إلى خط الفقر المجتمعي. ورغم أن خط الفقر المجتمعي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بخطوط الفقر الوطنية، فإنهما مختلفان. وبإمكان البلدان استخدام خطوط الفقر الوطنية الخاصة بها لاستخراج المؤشر ذاته، أما على المستوى الإقليمي، فقد تتوفر تقييمات إقليمية أخرى أكثر ملاءمة لتكلفة الاحتياجات الأساسية.

مصادر البيانات:

تستند جميع التقديرات على مستوى الدولة إلى مسح تمثيلية على الصعيد الوطني مع معلومات عن إجمالي إنفاق الأسرة أو الدخل ونفقات الأسرة على الصحة (انظر مصادر البيانات). في معظم الحالات، تأتي هذه البيانات من المسوح الأسر المعيشية غير المعيارية، ويمكن تصميم عمليات ما بعد التوحيد القياسي لزيادة درجة القابلية للمقارنة عبر البلدان. على سبيل المثال، تنتج الفرق الإقليمية من البنك الدولي نسخاً موحدة من مجموعات البيانات الخام باتباع الإجراءات الإقليمية المشتركة: تستند مجموعات البيانات المنسقة الخاصة بالفقر في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى (ECAPOV) إلى مجموعات بيانات دراسة قياس مستويات المعيشة<sup>22</sup> (LSMS)، أو مسوحات ميزانية الأسرة (HBS) التي تم جمعها في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى التابعة للبنك الدولي.؛ تنتج مجموعة المؤشرات المنسقة المستندة إلى المسح (SHIP) من برنامج الفقر حول المسوح الأسرية المنسقة في المنطقة الإفريقية للبنك الدولي، في حين تم تطوير مجموعة المسح الاقتصادي للأسرة الموحدة (SHES) من قبل البنك الدولي لبرنامج المقارنة الدولية<sup>23</sup>. تنتج مجموعات بيانات دراسة الدخل في لوكسمبورغ (LIS) عن جهد لتنسيق مجموعات البيانات من العديد من البلدان المرتفعة والمتوسطة الدخل<sup>24</sup>.

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

<sup>22</sup> <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTLSMS/0,,contentMDK:21610833~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:3358997,00.html>

<sup>23</sup> World Bank. (2019, April). *Sub-Saharan Africa: Reference manual for harmonizing household surveys*. Washington, DC: World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/556731569933058892/pdf/Sub-Saharan-Africa-Reference-Manual-for-Harmonizing-Household-Surveys.pdf>

<sup>24</sup> LIS Cross-National Data Center. (2025). *LIS Cross-National Data Center in Luxembourg*. Retrieved September 19, 2025, from <https://www.lisdatacenter.org/>

## 7. المراجع والوثائق (OTHER\_DOC)

الرباط :

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

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

المراجع :

*Global monitoring reports on universal health coverage and financial protection in health (e.g. 2015, 2017, 2019, 2021, 2023)*

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

المنهجية:

*Discretionary budget approach*

- Wagstaff A, Eozenou P (2014). CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. Washington (DC): World Bank Policy Research Working Paper No. 6861. [\(link\)](#)
- Cylus J, Thomson S, Evetovits T. Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. Bull World Health Organ. 2018; 96(9):599–609. [\(link\)](#)

*On the societal poverty line:*

- [Jolliffe, Dean, and Espen Beer Prydz. "Societal poverty: A relative and relevant measure." The World Bank Economic Review 35, no. 1 \(2021\): 180-206.](#)

Regional reports:

*On internationally comparable evidence based on the discretionary budget approach using a 40% threshold*

- Thomson S, Cylus J, Evetovits T (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/311654>
- WHO Regional Office for Europe (2023). Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

*On internationally comparable evidence based on one single indicator to capture large and impoverishing out-of-pocket health spending*

- Tracking universal health coverage: 2021 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2021
  - Monitoring progress on universal health coverage and the health-related Sustainable Development Goals in the WHO South-East Asia Region: 2022 update. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
  - Progress towards universal health coverage: monitoring financial protection in the Western Pacific Region. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2023