مطبوعة
محاضرات في مقياس المؤشرات الصحية وسياسات الوقاية والعلاج
موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر اقتصاد الصحة وادارة المستشفيات
من اعداد الاستاذ : بومعراف الياس

مقدمة

بالنظر الى تسمية المقياس نجد ان هناك مصطلحين اساسين الأول المؤشرات الصحية والثاني سياسات الوقاية والعلاج. ولهما ارتباط وثيق بينهما من حيث ان سياسات الوقاية والعلاج وجب أن تبنى على اساس بيانات ومؤشرات صحية.

المؤشرات الصحية عبارة بيانات لا تصف فقط صحة السكان أو النظام الصحي بل تتعداها لتشمل جميع المحددات الاجتماعية للصحة بما فيها من متغيرات اقتصادية، اجتماعية، ثقافية وسلوكية. ونظرا لاتساع مفهوم الصحة، هناك العشرات من المؤشرات الصحية التي وجب على مستخدميها الاعتماد عليها في عملية توجيه ليس فقط السياسات الصحية وانما السياسات الاقتصادية والاجتماعية. لذا فإن تبني سياسات وقائية وعلاجية فعالة، يجب أن تبنى على اساس مؤشرات صحية شمولية تعكس الواقع الصحي للمجتمع المراد خدمته

اعتمدنا في اعداد هذه المطبوعة على **9** محاور اساسية **حسب االبرنامج الرسمي المعتمد من قبل الوزارة.** المحور الأول يتناول مفهوم الصحة وطرق قياسها، المحور الثاني المؤشرات الصحية من خلال التعريف بها، اسخدامتها وسماتها. في المحور الرابع، تطرقنا الى كيفية وضع المؤشرات الصحية وقياسها. في المحور الخامس، تناولنا المصادر الأساسية للبيانات لبناء المؤشرات الصحة. اما في المحور السادس، حاولنا معرفة كيفية تقييم جودة البيانات والمؤشرات الصحية، التي تعد أمر ضروري لبناء سياسات علاجية فعالة. أما المحور السابع، تطرقنا الى اهم المؤشرات الصحية لقياس الأداء الاستشفائي. أما المحاور الثلاثة الباقية **عبارة عن محاور تطبيقية**، تناولنا فيهم مقارنة المؤشرات الصحية لدول المغرب العربي، منطقة MENA ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية.

هذا الممطبوعة موجه لطلبة الماستر السنة الثانية، اقتصاد الصحة وادارة المستشفيات.

وفقنا الله في فعل الخير

.ا بومعراف الياس

فهرس المحتويات

مقدمة **2**

المحور الأول: الصحة : المفهوم، القياس **6**

1-1. مفهوم للصحة **7**

2-1. قياس الصحة **9**

1-2-1. معدل الوفيات ومتوسط العمر المتوقع **11**

2-2-1. المراضة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة **12**

المحور الثاني: محددات الصحة **14**

1-2. المحددات الاقتصادية والاجتماعية **17**

2-2. المحددات المادية **19**

3-2. الخصائص والسلوكات الفردية **20**

4-2. الرعاية الصحية **21**

المحور الثالث: المؤشرات الصحية: التعاريف والاستخدامات والسمات **23**

1-3. تعريف المؤشر الصحي **24**

2-3. استخدامات المؤشر الصحي **28**

3-3. سمات المؤشر الصحي **29**

المحور الرابع: وضع المؤشرات الصحية وقياسها **34**

1-4. القياس الرياضي للمؤشرات الصحية **35**

1-1-4. النسب PRPORTION **37**

2-1-4. المعدلات **38**

3-1-4. الأعداد **40**

4-1-4. النسب RATIOS **40**

2-4. تصنيف المؤشرات وفقا لتفسيرها الوبائي **41**

1-2-4. معدل الاصابة **41**

2-2-4. معدل الانتشار **42**

3-4. أنواع المؤشرات الصحية **43**

المحور الخامس: : مصادر البيانات لوضع المؤشرات الصحية	**45**
5-1. الدراسات الاستقصائية	**47**
5-2. السجلات الطبية	**48**
5-3. بيانات المطالبات	**49**
5-4. السجلات الحوية	**49**
المحور السادس:عمليات تقييم جودة البيانات والمؤشرات الصحية	**52**
6-1. تقييم جودة البيانات الصحية	**52**
6-1-1. تعريف جودة البيانات الصحية	**53**
6-1-2. أهمية تقييم جودة البياانات الصحية	**55**
6-2. تقييم جودة المؤشرات الصحية	**55**
6-2-1. معايير التقييم	**56**
6-2-2. أدوات وأطر القياس	**56**
المحور السابع:قياس أهم المؤشرات الصحية الرئيسية للمستشفيات	**57**
7-1. مؤشرات الكفاءة لاتشغيلية	**58**
7-1-1. معدل تشغيل الأسرة	**58**
7-1-2. متوسط مدة الاقامة	**60**
7-2. مؤشرات الوفيات	**63**
7-3. مؤشرات الاعتلال وجودة الرعاية الصحية	**64**
7-3-1. مؤشرات أمراض الأمومة الحادة الوخيمة	**64**
7-3-2. رضا المريض	**64**
7-3-3. مؤشرات جودة الوقاية	**65**
المحور الثامن:دراسة مقارنة للمؤشرات الصحية للمغرب العربي	**66**
8-1. النمو الديموغرافي	**68**
8-2. العرض الصحي	**70**
8-3. مستويات المعيشة	**71**
8-4. متوسط العمر المتوقع عند الولادة	**72**

5-8. معدل الوفيات 73
المحور التاسع :دراسة مقارنة للمؤشرات الصحية لمنطقة (MENA) 74
المحور العاشر: دراسة مقارنة للمؤشرات الصحية لدول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OCDE) 85
10-1. متوسط العمر المتوقع عند الولادة 86
10-2. اتجاهات الوفيات بسبب جميع الأسباب 87
10-3. النفقات الصحية 89
المراجع 92

المحور 1

الصحة: المفهوم والقياس

تمهيد

تعد الصحة اغلى سلعة في الوجود، وعادة ما يشار اليها كمفهوم للأداء، ففي الجانب الاقتصادي، يشار للصحة على انها الاداء الاقتصادي الجيد والذي يقيم باستخدام مؤشرات مثل الناتج المحلي الإجمالي، واستقرار الأسعار. كما يمكن للصحة ان تكون موضوع في مجال اقتصاد الصحة الذي يهدف الى تلبية الاحتياجات المتزايدة للمجتمع الصحي في ظل الامكانات المحدودة المتاحة.

ففي مجال الاقتصاد الصحي، تشير الصحة الى تحسين الصحة البدنية والنفسية، مثل تقليل من خطر الإصابة بالأمراض المزمنة والاستخدام الكفؤ للطاقة البشرية. كما يُعزز نمط الحياة الصحي الصحة العامة ويرفع من مستوبات النشاط الاقتصادي والانتاجية.

لذا من الضروري قياس الصحة للتوجيه السياسات الاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية والسياسية والمنظمة الصحية من خلال اتباع منهجيات كمية ونوعية دقيقة لتطوير مقاييس هادفة وعالية الجودة يمكن دمجها في الرعاية الصحية والبحوض العلمية.

1-1. مفهوم الصحة

ما معنى الصحة ؟ ، العديد من التعاريف والمفاهيم التي صيغت لتحديد مفهومها، تتراوح من المفهوم الطبي-الحيوي الى مفهوم الرفاهية الاجتماعية. فالتعاريف الأولى للصحة ربطتها بعدم وجود المرض، العجز والاعاقة. هذا التعاريف حسب الخبراء تعد قاصرة في تحديد مفهوم الواسع للصحة، واهم انتقاد موجه له ان الكثير من الناس هم مرضى ويمارسون حياتهم بشكل طبيعي على الرغم من أنهم غير اصحاء، كما ان هناك فروقات واضحة في استخدام الطاقة الجسدية لافراد لديهم نفس المرض أو العجز، وبالتالي حصر مفهوم الصحة في الجانب الطبي يعد اختصار للابعاد المتسعة لهذا المفهوم. ولتلافي هذا المفهوم الخاطىء للصحة، صاغت المنظمة العالمية

للصحة وهي أعلى هيئة صحية في العالم من خلال دستورها[1] مفهوما جديدا ومتسعا بانها "الصحة هي حالة من العافية الكاملة جسديًا وعقليًا واجتماعيًا، وليست مجرد غياب المرض أو الإعاقة."

« Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity[2] »

هذا التعريف يسمح بتفسيرين مختلفين. **تفسير مثالي**، حيث تصف الصحة حالة افتراضية مثالية من الرفاهية، و **تفسير شامل**، حيث تكون الصحة حالة من الرفاهية الشاملة، بما في ذلك جميع الأبعاد ذات الصلة لعناصرها المكوّنة. لقد كانت تهدف المنظمة الصحة العالمية من خلال هذا التعريف إلى اعطاء تفسير شامل لمفهوم الصحة. وقد قدمت أسبابًا تحليلية وتاريخية لدعم هذا الرأي[3].

من خلال هذا التعريف، يتضح ان الرعاية الصحية أمر ضروري لمساعدة الناس في الحفاظ على صحتهم العقلية والعاطفية والجسدية أو تحسينها، وتعتبر الصحة الجيدة أمرًا أساسيًا للتعامل مع التوتر والتمتع بحياة أطول وأكثر نشاطًا.

---

[1] تم اعتماد الدستور من قبل المؤتمر الصحي الدولي الذي عُقد في نيويورك من 19 يونيو إلى 22 يوليو 1946، ووقع عليه في 22 يوليو 1946 ممثلو 61 دولة (السجل الرسمي لمنظمة الصحة العالمية، 2، 100)، ودخل حيز التنفيذ في 7 أبريل 1948. وقد دخلت التعديلات التي اعتمدتها الجمعيات الصحية العالمية السادسة والعشرون، التاسعة والعشرون، التاسعة والثلاثون والحادية والخمسون (قراراتWHA26.37 ، WHA29.38، WHA39.6 و (WHA51.23حيّز التنفيذ في 3 فبراير 1977، 20 يناير 1984، 11 يوليو 1994 و15 سبتمبر 2005 على التوالي.

[2] CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD HEALTH ORGANIZATION, www.who.int/about/governance/constitution (12/11/2025).

[3] Thomas Schramme , Health as Complete Well-Being: The WHO Definition and Beyond, National Library of Medicine, pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10849326/ (12/11/2025).

لذا، فان الصحة مفهوم متعدد الأبعاد. فقد تساهم الصحة الروحية والعاطفية والمالية أيضًا في الصحة العامة.

2-1. قياس الصحة

ظهرت الحاجة لقياس الصحة منذأواخر اربيعينيات القرن الماضي لغرض فهم غير متحيز للواقع الصحي، والسماح باتخاذ الاجراءات السليمة وتتبع مستويات الأداء الصحي ومسائلة السلطات العمومية اتجاه المجتمع الصحي وتحديد مجالات تحسين وتعزيز الصحة العامة.

إن تعريف الصحة وفقا لرؤية المنظمة العالمية للصحة كمرادف لمفهوم الرفاهية الاجتماعية يعد امرا رائعا من الناحية النظرية، لكن في الواقع، قد يطرح ذلك صعوبات تقنية في ما يخص قياس الصحة. لذا يطرح سؤالا جوهريا : كيف نقيس المكاسب أو الخسائر المرتبطة بالصحة؟

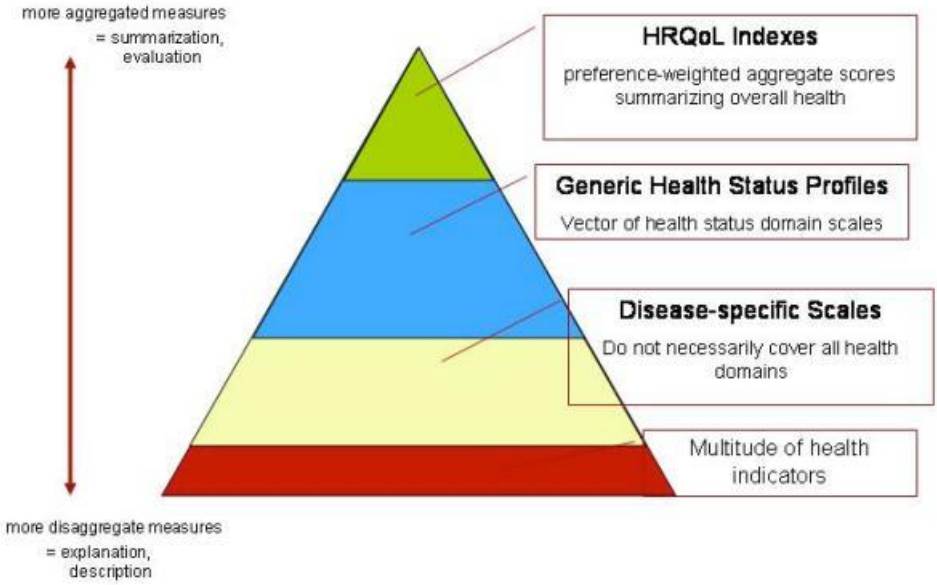
وإجابةً على هذا السؤال، قدّم فرايباك (2010) هرم بيانات صحة السكان في ورقةٍ بحثيةٍ ألّفها عام 2010 (انظر الشكل 1). يتألف الهرم من أربعة مستويات. في المستوى الأول من الهرم، أي القاعدة، توجد **مؤشرات الصحة الخام والإحصاءات الحيوية**، مثل معدلات الوفيات والتطعيم وسوء التغذية لدى السكان[4].

تُقاس الصحة باستخدام مزيج من الأساليب الموضوعية والسريرية والذاتية، بما في ذلك القياسات الجسدية مثل ضغط الدم ومؤشر كتلة الجسم، والمؤشرات السريرية مثل معدل ضربات القلب ومستويات الكوليسترول، والمؤشرات السكانية مثل متوسط العمر المتوقع ومعدل

[4]THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA, Measuring health related quality of life, https://patientreportedoutcomes.ca/2013/03/26/measuring-health-related-quality-of-life/ (13/11/2025).

الوفيات المرتبطة بأمراض معينة. كما تلعب النتائج التي يُبلغ عنها المرضى والاستبيانات المُعتمدة دورًا رئيسيًا في رصد الحالة الصحية العامة وجودة الحياة.

الشكل رقم 1-1. هرم قياس الصحة



SOURCE: Institute of Medicine (US) Committee on Public Health Strategies to Improve Health, For the Public's Health: The Role of Measurement in Action and Accountability.Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.

يتطلب رصد الحالة الصحية للسكان العديد من المقاييس الكمية والنوعية مثل معدل الأمل في الحياة، معدل الأمل في الحياة المصحح من العجز، معدل الوفيات ومعدلات تعكس الحالة الوبائية للمجنمع الصحي. ويُستخدم هذه المقاييس على نطاق واسع لتحديد الاحتياجات الصحية

غير الملباة وتوجيه السياسات الرامية إلى تلبيتها. ويعكس تعدد هذه المقاييس غياب تعريف ومنهجية متفق عليهما لقياس صحة السكان[65].

وعادة ما تركز السلطات العمومية للصحة على معدل الوفيات ومعدل الأمل في الحياة كأهم المؤشرات لقيايس ما يسمى بمخرجات الصحة، ولكن هذه المقاييس غير قادرة على تقييم الحالة الصحية للمجتمع أو ما يسمى عموما بدرجة اعتلال المجتمع والذي تقاس بالعديد من المتغيرات.

1-2-1. معدل الوفيات ومتوسط العمر المتوقع

تُعدّ معدلات الوفيات من أشهر المؤشرات صحية استخداما نظرا لسهولة الحصول على بيانتها من سجلات الوفيات، وتشمل مقاييسها الشائعة معدل الوفيات الخام أو الاجمالي (إجمالي الوفيات لكل 1000 شخص) ومعدل الوفيات المعياري حسب الفئات العمرية، والذي يُعدّل حسب توزيع الأعمار للسماح بمقارنات أفضل بين مختلف السكان ، خاصة بالنسبة للفئات العمرية الكثر عرضة للوفاة من الأطفال دون 5 سنوات والسكان الذين تتجاوز اعمارهم 65 سنة. وتعد معدلات الوفيات معدل وفيات الرضع من المؤشرات المهمة الأخرى المعتمدة من قبل الهيئات الصحية ويقاس بنسبة عدد وفيات الرضع لكل 1000 ولادة حية، ونسبة وفيات الأمهات (وفيات الأمهات لكل 100,000 ولادة حية)،

على سبيل المثال، لحساب تأثير الطاعون الكبير الذي انتشر بين عامي 1665 و1666 في لندن على الوفيات الزائدة. ومع انخفاض الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية في العالم المتقدم، تُحدد معدلات الوفيات الخام في المقام الأول من خلال التركيبة العمرية للسكان. على سبيل المثال،

---

[5] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine , Accounting for Health and Health Care: Approaches to Measuring the Sources and Costs of Their Improvement , The National Academies Press 2010

توفي حوالي 0.4% من سكان المكسيك في عام 2003 مقارنة بنسبة 1% من سكان إيطاليا. وكان السبب الرئيسي لهذا الاختلاف هو العمر، حيث بلغت نسبة المكسيكيين 6% مقارنة بنسبة 19% من الإيطاليين الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر (كانت معدلات الوفيات في أي عمر أقل في إيطاليا منها في المكسيك). لذلك، وعلى الرغم من أهمية معدل الوفيات، يجب توحيد مقاييسه لتعكس التركيبة العمرية لتكون مفيدة لأغراض المقارنة.

المؤشر الآخر الأكثر استخداما والذي يعتمد بدوره على معدلات الوفيات هو متوسط العمر المتوقع أو ما يعرف عموما بمعدل الأمل فب الحياة ، وهو مؤشرًا رئيسيًا للصحة العامة، هذا المؤشر يقيس متوسط عدد السنوات التي يُتوقع أن يعيشها الشخص في مجتمع معين.. وهناك مؤشر آخر مرتبط به، استخدمته المنظمة العالمية للصحة من خلال تقريرها الصادر سنة 2001 والمعنون " من أجل انظمة صحية أكثر أداءا "هو متوسط العمر المتوقع الصحي (HALE)، والذي يقيس عدد السنوات التي يُتوقع أن يعيشها الشخص بصحة جيدة، هذا المؤشر يجمع بين طول العمر وجودة الحياة من خلال احتساب السنوات التي قضاها مع المرض أو الإعاقة. ويُستخدم كلا المؤشرين لمقارنة ليس فقط التقدم الصحي وأنما التقدم الشامل بين البلدان، ويتأثر هذين المؤشرين بالعديد من العوامل الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية والسلوكية.

1-2-2. المراضة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة

مكملة لبيانات الوفيات، تقيس مؤشرات المراضة وطبيعة الحياة جودة أو سوء الحالة الصحية لدى السكان من خلال التعرف على طبيعة الأمراض والاعاقات والعجز السائدة في المجتمع لإعطاء صورة شاملة عن الحالة الصحية. تشمل المؤشرات الرئيسية للمراضة معدل الإصابة (الحالات الجديدة) ومعدل الانتشار (إجمالي الحالات) للأمراض الأكثر انتشارا في المجتمع الصحي كأمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض السكر، أمراض الكلى وأمراض السرطان، بالإضافة إلى المعدلات المتعلقة بالعرض الصحي (مستويات القبول، إعادة القبول، الخروج)،

وحضور العيادات، والمدة الوسطية للاقامة في المستشفى.هذه المقاييس تعد أساسية لفهم عبء المرض، وتتبع اتجاهاته، وتقييم فعالية تدخلات الصحة العامة.

في بعض الأحيان، تُدرج مقاييس إضافية أخرى لقياس الصحة مثل الأداء الاجتماعي والدور الوظيفي، والتي قد تتأثر بالأداء البدني والعقلي (بالإضافة إلى عوامل صحية أخرى)، ولكنها مهمة بما يكفي لتقديرها وقياسها في حد ذاتها، على الرغم من الجدل القائم حول ما اذا كان الأداء الاجتماعي والدور الوظيفي تُعدّ سمات فعلية للصحة أم مُحددات لها.



المحور 2

محددات الصحة

تمهيد

تشير محددات الصحة عموما إلى العوامل التي تؤثر بشكل كبير على النتائج الصحية والمستوى الصحي. وتشمل مجموعة من العوامل الشخصية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تؤثر على الحالة الصحية مثل العوامل الجينات والسلوكيات الفردية، والبيئة الاجتماعية والاقتصادية (مثل الدخل والتعليم والعمل)، والبيئة المادية (مثل السكن وظروف المجتمع). تُحدِّد هذه العوامل صحة الأفراد والسكان ككل.

ونظرا لارتباط هذه المحددات بالبيئة الاجتماعية التي يعيشها الفرد، العديد من الهيئات وعلى رأسها المنظمة العالمية للصحة تسميها بالمحددات الاجتماعية للصحية لأن هناك علاقة وثيقة بين صحة الناس والظروف التي ينمون فيها، ويعيشون، ويعملون، ويلعبون، ويتقدمون في السن. وهذه بدورها تؤثر على مختلف السلوكيات الصحية وغيرها من المحددات ، ومن امثلة هذه المحددات نجد[7]:

- السكن الآمن، والمواصلات، والأحياء السكنية؛
- التعليم، وفرص العمل، والدخل؛
- الحصول على أغذية مغذية وفرص ممارسة النشاط البدني
- التمييز والعنف؛
- تلوث الهواء والماء؛

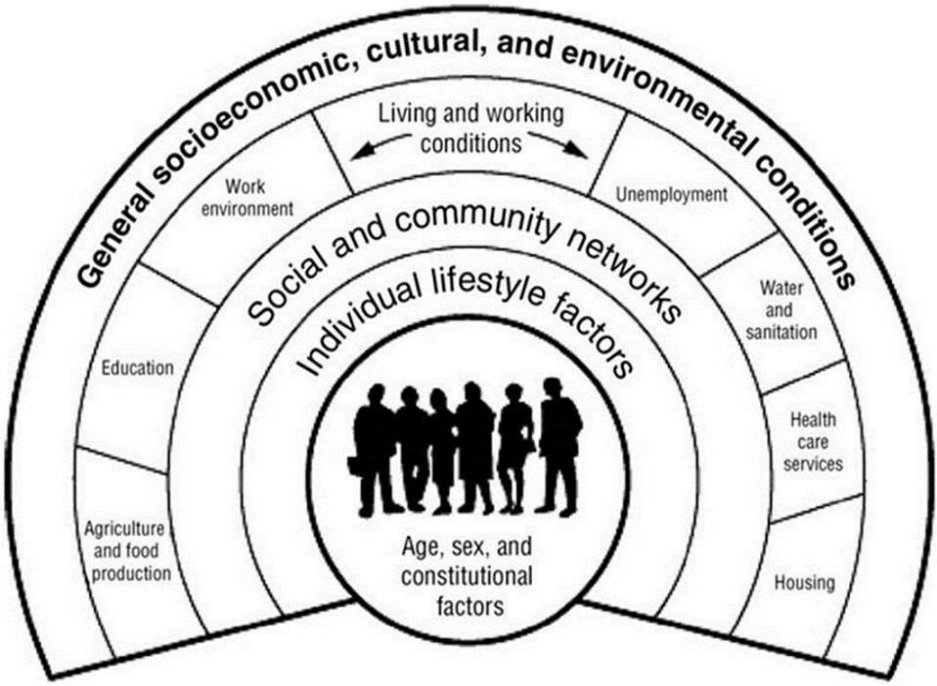
[7] The Office of Disease Prevention and Health Promotion, Social Determinants of Health, https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health, (13/11/2025).

- مهارات اللغة والقراءة والكتابة؛

بالنظر الى هذه المحددات نجد من منها تمثل عوامل خطر مثل التمييز العنصري وتلوث الهواء وسوء التغذية، ومن منها عوامل وقائية كالسكن اللائق، التعليم وارتفاع في مستوى الدخل الاقتصادي، وهي تتفاعل في ما بينها لتؤثر على صحة الأفراد والجماعات .حسب المنظمة العالمية للصحة، غالبا ما تكون هذه المحددات الاجتماعية لها تأثير أكبر من الرعاية الطبية، لأن الأفراد لهم سيطرة محدودة على العديد من المحددات الاجتماعية لأنها تتشكل خارج نطاق تأثيرهم.

تشمل مُحدِّدات الصحة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية العامة؛ وظروف المعيشة والعمل؛ والشبكات الاجتماعية والمجتمعية؛ والعوامل السلوكية والبيولوجية الفردية. يُبيِّن النموذج في الشكل 2 كيفية تفاعل هذه المُحدِّدات وتأثيرها على الصحة والرفاهية.

شكل رقم 2-1. نموذج دالغرين-و ايتهيد لمحددات الصحة



SOURCE : Goran Dahlgren, Margaret Whitehead, T**he Dahlgren-Whitehead model of health determinants**: 30 years on and still chasing rainbows, Public Health 199 (2021), P.22.

2-1. المحددات الاقتصادية والاجتماعية

تشير المحددات الاقتصادية الاجتماعية للصحة إلى الظروف التي يعمل فيها الأشخاص ويعيشون ويتقدمون في السن، وهي عوامل تساهم بشكل كبير في صحة الفرد، حيث تمثل ما يصل إلى 55% من الصحة والرفاهية العامة.

العديد ن الدراسات أثبتت على وجود علاقة ايجابية بين الانفاق الاقتصادي والمستوى الصحي وانه عاملا حاسما في تحديد وتعزيز الصحة العامة. وكثيراً ما يرتبط ارتفاع الإنفاق على الرعاية الصحية بتحسين البنية التحتية للرعاية الصحية، وتحسين فرص الحصول على خدماتها، وتحقيق نتائج صحية أفضل. في المقابل، قد يؤدي عدم كفاية الإنفاق على الرعاية الصحية إلى

خدمات صحية دون المستوى الأمثل، وإطالة فترات الانتظار، وتقليل فرص الحصول على العلاجات اللازمة[8].

ويعد الدخل والعدالة في توزيعه من اهم المحددات الاقتصادية للصحة لأنه يحسن من التعليم ويرفع من مستوى التوظيف ويسمح بالحصول على السكن اللائق، وهي الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يولد فيها الناس وينمون ويعيشون ويعملون ويتقدمون في العمر. تؤثر هذه المحددات بشكل كبير على النتائج الصحية، وقد تؤدي إلى تفاوتات صحية، حيث غالبًا ما يعاني الأفراد ذوو الوضع الاجتماع والاقتصادي المتدني من تدهور في صحتهم. تتوفر العديد من الموارد.

وتشمل المحددات الاقتصادية الرئيسية للصحة في ما يلي:

- الدخل والثروة: يرتبط الفقر ارتباطًا وثيقًا بتدهور النتائج الصحية وارتفاع معدلات الوفيات المبكرة. ويمكن أن يحدّ نقص الموارد الاقتصادية من إمكانية الحصول على طعام مغذٍّ، وسكن آمن، ورعاية صحية.
- التعليم: يرتبط ارتفاع مستويات التعليم بتحسن الصحة. ويُعدّ التعليم عاملًا رئيسيًا في الوضع الاجتماعي والاقتصادي للفرد، ويوفر فرصًا للحصول على عمل ودخل أفضل.
- التوظيف: تُعد فرص العمل وجودة العمل أمرًا بالغ الأهمية. وتؤثر عوامل مثل ظروف العمل، والأمن الوظيفي، والدخل من العمل جميعها على الصحة.
- السكن والحي: تؤثر جودة السكن وظروف الحي بشكل كبير على الصحة. ويشمل ذلك إمكانية الحصول على سكن آمن، وحدائق، ووسائل نقل، ومدارس، بالإضافة إلى التعرض للمخاطر البيئية.

[8] Fahad Saleem, Economic Determinants of Public Health: A Comprehensive Analysis, Health Economics and Outcome Research 2023, Vol. 09, Issue 02, 001, P.1.

- الوصول إلى الموارد: يُحدد الوضع الاقتصادي إمكانية الوصول إلى موارد أخرى تؤثر على الصحة، مثل خيارات الطعام الصحي، والمكتبات، وغيرها من الخدمات الاجتماعية والمجتمعية.

تُعدّ المحددات الاجتماعية للصحة مسؤولة عن معظم أوجه عدم المساواة الصحية - وهي الاختلافات غير العادلة، والتي يُمكن تجنّبها، في الوضع الصحي داخل البلدان وفيما بينها. ويُلاحظ عدم المساواة، على سبيل المثال، في محددات مثل السكن الآمن وبأسعار معقولة، والمياه النظيفة، والنظافة والصرف الصحي، والحصول على التعليم، والسلامة العامة، والأمن الغذائي والتغذية، وخدمات الصحة العامة، والبيئة الخالية من التلوث.

تُمثل العوامل الاجتماعية والاقتصادية المجموعة الأكثر تأثيرًا وأكبرها تأثيرًا من بين عوامل الصحة، حيث تؤثر على 40% من النتائج الصحية. وتشمل هذه العوامل التعليم، والتوظيف، والدخل، والهياكل الأسرية والاجتماعية، وسلامة المجتمع[9].

على سبيل المثال، يرتبط التحصيل التعليمي ارتباطًا وثيقًا بالحرمان، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية، والمستوى التعليمي للوالدين، ودعم الأسرة، وخصائص المدارس الفردية. كما يرتبط أيضًا بتقليل التدخين، وتحسين النظام الغذائي، وزيادة النشاط البدني.

ترتبط البطالة بمجموعة من المخاطر الصحية والتفاوتات الصحية الناجمة عن البطالة، بالإضافة إلى انخفاض الدخل والحرمان والفقر الناتج عنها. ويزداد خطر اعتلال الصحة مع طول مدة البطالة. ويكون معدل البطالة، ومعدل البطالة طويلة الأمد، أعلى بشكل عام في المناطق الأكثر حرمانًا.

[9]Charla B. Johnson, Brenda Luther, Andrea S., Wallace Marjorie ,Gibson Kulesa, Social Determinants of Health What Are They and How Do We Screen, Orthopaedic Nursing • March/April 2022 • Volume 41 • Number 2, P.88.

2-2. المحددات المادية

تشمل المحددات الجسدية للصحة عوامل مثل إمكانية الحصول على سكن ووسائل نقل آمنة، والتعرض للتلوث، وتوافر الغذاء الصحي والأماكن الترفيهية، والعوامل البيولوجية والوراثية كالعمر والظروف الوراثية. ويمكن أن تتأثر هذه المحددات بالبيئات التي صنعها الإنسان (مثل أنظمة السكن والغذاء) والبيئة الطبيعية (مثل الهواء والماء)، بالإضافة إلى التركيب البيولوجي المتأصل للفرد.

ويشمل ذلك البيئة الطبيعية (مثل جودة الهواء، والوصول إلى المياه، والطقس) والبيئة التي صنعها الإنسان (مثل السكن، والنقل، والتخلص من النفايات، وتوافر المرافق الترفيهية).

البيئة المادية - المياه النظيفة والهواء النقي، وأماكن العمل الصحية، والمنازل الآمنة، والمجتمعات المحلية، والطرق، كلها عوامل تُسهم في الصحة الجيدة. التوظيف وظروف العمل - يتمتع العاملون بصحة أفضل، وخاصةً أولئك الذين لديهم سيطرة أكبر على ظروف عملهم.

من أمثلة العوامل المادية المُحددة للصحة ما يلي[10]:

- البيئة الطبيعية، مثل النباتات والطقس وتغير المناخ؛
- البيئة العمرانية، مثل المباني أو وسائل النقل؛
- مواقع العمل والمدارس والأماكن الترفيهية؛
- السكن والمنازل والأحياء؛
- التعرض للمواد السامة والمخاطر المادية الأخرى؛
- العوائق المادية، وخاصةً للأشخاص ذوي الإعاقة؛

[10] WORKD HEALTH ORGANISATION, Determinants of health, https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health (13/11/2025).

- العناصر الجمالية، مثل الإضاءة الجيدة والأشجار والمقاعد.

3-2. الخصائص السلوكية والفردية

تشمل العوامل الفردية المُحددة للصحة جينات الشخص وعمره وجنسه، بالإضافة إلى سلوكياته الشخصية وخياراته الحياتية، مثل النظام الغذائي والنشاط البدني وتعاطي المخدرات. كما تشمل عوامل فردية مثل المعرفة والمهارات والمواقف تجاه الصحة.

- **علم الوراثة وعلم الأحياء**

- الصفات الوراثية: يُمكن أن يُحدد تركيبك الجيني متوسط عمرك، وصحتك العامة، واحتمالية إصابتك بأمراض مُعينة؛
- العمر والجنس: يُمكن أن تُؤثر هذه العوامل البيولوجية على أنواع الأمراض التي تُصيب الأفراد، وعلى مسار صحتك العام على مدار العمر.

- **السلوك ونمط الحياة**

- النظام الغذائي والتغذية: يُؤثر الطعام الذي تتناوله بشكل كبير على صحتك؛
- النشاط البدني: تُعدّ ممارسة التمارين الرياضية بانتظام ومستويات اللياقة البدنية من العوامل الرئيسية المُحددة للصحة الفردية؛
- تعاطي المواد: يُؤثر تعاطي التبغ والكحول والمخدرات الأخرى بشكل مُباشر على النتائج الصحية؛
- مهارات التأقلم: تُعدّ كيفية تعامل الفرد مع التوتر وتحديات الحياة الأخرى عاملاً حاسماً.

- **الخصائص الفردية**

- المعرفة والمهارات: يُعدّ فهم الشخص للمعلومات الصحية وقدرته على التصرف بناءً عليها أمرًا بالغ الأهمية؛
- المواقف والمعتقدات: يُمكن أن تُؤثر معتقداتك حول الصحة والطب والرعاية الصحية على سلوكك واستخدامك للخدمات الصحية؛
- الدافع: تُعدّ القدرة والدافع للمشاركة في الرعاية الصحية الخاصة بك والقيام بدور فعّال فيها من العوامل الرئيسية.

2-4. الرعاية الصحية

تُعدّ الرعاية الطبية أحد العوامل الحاسمة للصحة، إلا أن عوامل أخرى كالجينات والسلوك والبيئة الاجتماعية والجسدية تُعدّ مهمة أيضًا. ويُعتبر الحصول على رعاية صحية جيدة وتأمين صحي وخدمات صحية فعّالة من مكونات الرعاية الطبية. ومع ذلك، غالبًا ما يكون للعوامل الاجتماعية والاقتصادية كالدخل والتعليم والوظيفة والبيئة المادية التي يعيش فيها الشخص تأثير أكبر على النتائج الصحية.

ومن امثلة محددات الرعاية الصحية،نجد:

- الوصول إلى الرعاية: مدى توافر الخدمات، بما في ذلك الرعاية الوقائية والعلاجية؛
- جودة الرعاية: مدى فعالية الرعاية الصحية، وأمانها، وتركيزها على المريض، وتوقيتها، وعدالة تقديمها؛
- التأمين الصحي: تغطية الخدمات الطبية، والتي قد تؤثر على قدرة الفرد على الحصول على الرعاية وتحمل تكلفتها.

في نهاية المطاف، العلاج الوحيد لنظام الرعاية الصحية المتهالك هو مساعدة الناس على تحسين صحتهم. وهذا يتطلب إعادة النظر جذريًا في تمويلنا وأولوياتنا. ويكمن مفتاح ذلك في تغيير المحددات السلبية للصحة - الغذائية والبيئية والاجتماعية[11]

المحور 3

المؤشرات الصحية: التعاريف والاستخدامات والسمات

[11] Joseph Pizzorno, Stacie Stephenson, Health Care System and Addressing the Determinants of Health, Integr Med (Encinitas)2017 Feb;16(1):16–18.

تمهيد

استخدمت لأول مرة المؤشرات الصحية في القرن التاسع عشر، حيث استخدمت معدلات الوفيات ومتوسط العمر المتوقع كمقاييس لمراقبة صحة السكان. وفي وأوائل القرن العشرين، أصبحت المؤشرات الصحية تشمل معدلات وفيات المواليد والرضع، ومعدلات الإصابة بالأمراض. ومع نشاة المنظمة العالمية للصحة عام 1948، أعطت اهمية بالغة للمعطيات الصحة العالمية. وفي منتصف القرن العشرين، اتسعت المؤشرات الصحية لتشمل المتغيرات الاجتماعية والبيئية كمعدلات التغذية والصرف الصحي والتلقيح. كما ظهرت أيضا المؤشرات الصحية أو المتعلقة بالمحددات الصحية المركبة مثل مثل مؤشر التنمية البشرية (HDI) المستخدم من قبل الأمم المتحدة، في ثمانينيات القرن العشرين. وظهر نهج أوسع نطاقًا للصحة العالمية مع الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs) في التسعينيات، ومنذ ذلك الحين، مع أهداف التنمية المستدامة (SDGs).

1-3. تعريف المؤشر الصحي

مؤشر الصحة هو سمة قابلة للقياس تصف صحة السكان، أو محددات الصحة، أو أداء النظام الصحي. يمكن استخدام هذه المؤشرات لمراقبة الوضع الصحي، وتحديد المشاكل الصحية، وتوجيه السياسات، وتقييم نجاح البرامج الصحية. ومن الأمثلة على ذلك متوسط العمر المتوقع، ومعدل وفيات الرضع، وتغطية التطعيمات.

تشير مؤشرات الصحة إلى مقاييس تُنشر بانتظام لتوفير فهم أعمق لخصائص السكان أو أداء برنامج ما، بما في ذلك النتائج السريرية وانتشار عوامل الخطر الصحية. ويمكن لهذه المؤشرات أن تُرشد إجراءات الصحة العامة، مثل تغييرات السياسات أو التدخلات لمعالجة القضايا الصحية الهامة[12]. بمعنى أن المؤشرات الصحية هي عبارة عن متغيرات قابلة للقياس يمكن استخدامها لوصف صحة السكان أو محدداتها[13]. كما انه من بين مميزات المؤشرات الصحية أنها مقاييس موجزة تهدف إلى توفير معلومات قابلة للمقارنة وقابلة للتنفيذ حول الموضوعات ذات الأولوية المتعلقة بصحة السكان أو أداء النظام الصحي[14].

يمكن تعريف مؤشرات الصحة بأنها مقاييس محددة تُبرز وتصف الحالة الصحية للسكان، وتُقدم معلومات تفصيلية عنهم. تُقدم هذه المؤشرات بيانات قيّمة حول مجموعة واسعة من القضايا، بما في ذلك الوفاة والمرض والنظام الغذائي ومتوسط العمر ومعدلات الإصابة بالأمراض وتوافر الرعاية الطبية. تُساعد هذه المؤشرات الحكومة والباحثين وصانعي السياسات على تقييم طبيعة وظائف النظام الصحي، وتحديد الصعوبات الصحية، والتخطيط الاستراتيجي للتدخلات المحددة[15].

---

[12] https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/health-indicators (14/11/2025).

[13] WORLD HEALTH ORGANISATION, Glossary of health data, statistics and public health indicators. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO,P.9.

[14] CIHIcanadian institute of health information, https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/health-system-performance-measurement/what-is-an-indicator (14/11/2025).

[15] https://testbook.com/ias-preparation/health-indicators.

يمكن وصف مؤشرات الصحة بأنها مفاهيم قابلة للقياس تُستخدم لتحديد الصحة العامة للأفراد أو المجموعات. فهي توفر معلومات حيوية عن متوسط العمر المتوقع، ومعدلات الإصابة بالأمراض، وإمكانية الحصول على الرعاية الصحية، والغذاء، وسبل العيش. وتستخدم هذه المؤشرات من قِبل الحكومات ومقدمي الرعاية الصحية والباحثين لتحديد كيفية تقييم التقدم المحرز واتخاذ القرارات. ويمكن أن تكون هذه المعرفة بمؤشرات الصحة حاسمة لتطوير ممارسات صحية عامة فعّالة، وتعزيز نظام الرعاية الصحية، وخاصةً في الدول النامية مثل الهند، حيث ينبغي توزيع الموارد بشفافية لتحقيق أقصى قدر من الفعالية[16].

والشيء المثير في المؤشرات الصحية انه يمكن استخدامها في قياس المستوى الصحي (مخرجات الصحة) أو مدخلاتها (محددات الصحة). وعادة ما تصنف المؤشرات الصحية الى اربعة مجالات:

- الحالة الصحية (مثل: متوسط العمر المتوقع، وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية)؛
- المخاطر الصحية (مثل: تقزم الأطفال، وانتشار التدخين)؛
- التغطية الخدمات (مثل: معدل تغطية التطعيم)؛
- النظم الصحية (مثل: كثافة أسرّة المستشفيات، وتغطية تسجيل الوفيات)[17].

المؤشرات الصحية هي مقاييس أو أدوات كمية أو إحصائية تُستخدم لقياس الحالة الصحية لفرد أو مجموعة محددة. وهي متغيرات تُستخدم لقياس التغيرات في مستوى تحقيق الأهداف الصحية، أو كمقاييس غير مباشرة أو جزئية للحالات المعقدة. يمكن أن تكون المؤشرات رقمية (نسب، نسب مئوية، معدلات)، أو نوعية (وجود أو غياب حدث). تنقسم مؤشرات الصحة إلى

[16] https://testbook.com/ias-preparation/health-indicators.

[17] World Health Organization,Global reference list of 100 core health indicators: working version *5*.World Health Organization, Geneva, 2014.

عدة مجالات رئيسية: العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، ومؤشرات الحالة الصحية، ومحددات الصحة، ومؤشرات النظم الصحية، ومؤشرات السياسة الصحية، وغيرها[18].

كما أن المؤشرات الصحة تصف عموما[19]:

- صحة السكان (مثل: متوسط العمر المتوقع، ومعدل الوفيات، ومعدل الإصابة بالأمراض أو انتشارها، أو غيرها من الحالات الصحية)؛
- محددات الصحة (مثل: السلوكيات الصحية، وعوامل الخطر الصحي، والبيئات المادية، والبيئات الاجتماعية والاقتصادية)؛
- إمكانية الحصول على الرعاية الصحية، وتكلفتها، وجودتها، واستخدامها.
- بناءً على المقياس، يمكن تحديد مؤشر صحي لسكان أو مكان أو نطاق سياسي أو منطقة جغرافية محددة.

وعادة ما يتم الخلط بين المقاييس، والمؤشرات ومؤشرات الأداء، نوجز لكم أهم الفروقات بين هذه المقاييس الصحية من خلال الجدول رقم 1[20].

الجدول رقم 3-1. المقاييس الصحية

نوع القياس	الوصف	الأمثلة
المقاييس	▪ معلومات قابلة للقياس الكمي وتُسجل كرقم. ▪ لها قيمة واستخدامات متعددة، لكن	▪ إجمالي النفقات الصحية ▪ حالات دخول المرضى إلى المستشفيات للمساعدة الطبية في حالات الوفاة

[18] https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-1-4020-5614-7_1420.

[19] CDC , https://www.cdc.gov/nchs/ppt/nchs2012/li-18_churchill.pdf (14/11/2025).

[20] canadian institute of health information (CIHI), https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/health-system-performance-measurement/what-is-an-indicator (14/11/2025).

	لا يمكن مقارنتها.	▪ عدد زيارات أقسام الطوارئ بسبب التسمم بالمواد الأفيونية
المؤشر	▪ يُعطي سياقًا للمقاييس، عادةً باستخدام نسبة (مثلًا، لكل X). ▪ مُصمم لضمان قابلية المقارنة (مثلًا، من خلال تعديل المخاطر أو توحيدها). ▪ قد توجد أو لا توجد توجيهية.	▪ تكلفة الإقامة القياسية في المستشفى ▪ الاستشفاء بسبب الإصابة ▪ نسبة الأطباء في المناطق الريفية
مؤشر الأداء	▪ مؤشر صحي له اتجاه مرغوب فيه (على سبيل المثال، المعدلات المنخفضة مرغوبة)	▪ مرضى الجراحة الذين أُعيدوا إلى المستشفى ▪ استخدام التقييد في الرعاية طويلة الأمد ▪ حالات دخول المستشفى بسبب الكحول فقط

2-3. استخدامات المؤشر الصحي

ان اهمية التطبيق الجيد عند اعداد المؤشرات الصحية يسمح برصد صحة الأفراد والمجموعات، تقييم السياسات الصحية وتحديد التفاوتات في مجال الحصول على الرعاية الصحية وكذا توجيه برامج الوقاية والعلاج. فهي تُوفر وسيلة كمية لقياس التقدم في مجال الصحة، وتسليط الضوء على المجالات التي تحتاج إلى تحسين وتعديل، ومقارنة الأوضاع الصحية بين مختلف فئات المجتمع أو على مر الزمن. كما تُعد المؤشرات الصحة معطيات حيوية للدول والعاملين في مجال قطاع الصحة والمنظمات الدولية والمجتمع المدني وكل المهتمين بالصحة للتخطيط الاستراتيجي للتدخلات وتحسين تقديم الرعاية الصحية.

يمكن اجمال استخدامت المؤشرات الصحية في ما يلي[21]:

[21] https://www.prepladder.com/neet-pg-study-material/social-and-preventive medicine/understanding-health-indicators-importance-types.

- **رصد الحالة الصحية**: تُستخدم مؤشرات الصحة لتتبع صحة الأفراد والسكان على مر الزمن، وتحديد أنماط الأمراض والوفيات والاتجاهات الأخرى المتعلقة بالصحة.
- **تقييم التدخلات والبرامج**: تُساعد هذه المؤشرات على قياس جودة وفعالية خدمات الرعاية الصحية ومبادرات الصحة العامة، مما يُمكّن صانعي السياسات والعاملين في مجال الصحة من تقييم النجاح وإجراء التحسينات.
- **تحديد التفاوتات الصحية**: تُسلط المؤشرات الضوء على أوجه عدم المساواة في النتائج الصحية بين مختلف الفئات بناءً على عوامل مثل العرق أو الجنس أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي، مما يُساعد في توجيه السياسات نحو تحقيق العدالة الصحية.
- **إثراء سياسات الصحة العامة**: تستخدم الحكومات والمنظمات الدولية مؤشرات الصحة لفهم احتياجات السكان الصحية، وللتخطيط الاستراتيجي وتخصيص الموارد لأنشطة الوقاية والتوعية.
- **مقارنة النتائج الصحية**: تُوفر هذه المؤشرات طريقةً قياسيةً لقياس ومقارنة المشاكل الصحية عبر مختلف السكان أو المناطق أو على مر الزمن، كما هو الحال في المقارنات الدولية لمؤشرات الصحة.
- **تحسين جودة الرعاية الصحية**: توفر المؤشرات أساسًا للمقارنة ويمكنها تسليط الضوء على المجالات التي يمكن فيها تحسين جودة الرعاية، مثل تحسين السلامة والدقة والكفاءة.

3-3. سمات المؤشر الصحي

حتى تكون المؤشرات الصحية لها اهمية في عملية اتخاذ القرارات الصحية، يجب أن تكون صالحة، وموثوقة، ومحددة، وحساسة، وقابلة للتطبيق، لوصف صحة السكان أو أداء النظام الصحي بدقة. ويجب أن تكون قابلة للقياس الكمي، وتوفر بيانات ذات اهمية عن الحالة الصحية (مثل متوسط العمر المتوقع أو معدلات الأمراض)، ومحددات الصحة (السلوكيات، والبيئة)، ومدى إمكانية الحصول على الرعاية الصحية وجودتها أو استخدامها.كما يجب أن تضمن هذه المؤشرات إمكانية استخدام المؤشرات لرصد اتجاهات الصحة، وتخطيط الموارد المتاحة، وتتبع التقدم نحو تحقيق الأهداف الصحية.

ينبغي أن تتوافر الصفات التالية في مؤشر الصحة الذي سيُستخدم لوصف الصحة[22]:

- الصلاحية: يقيس المؤشر بدقة ما خُصص لقياسه، كما يجب أن يكون المؤشر محددًا جيدًا، وأن يُطبق تعريفه بشكل موحد دوليًا.
- الموثوقية: يُعطي المؤشر نتائج متسقة عند استخدامه بشكل متكرر.
- الدقة: المؤشر دقيق ومُعرّف بوضوح لقياس جانب مُعين من جوانب الصحة.
- الحساسية: يُمكن للمؤشر رصد التغيرات بمرور الوقت أو استجابةً للتدخلات.
- الجدوى: يُمكن قياس المؤشر وجمع بياناته باستخدام الموارد والبيانات المُتاحة.
- ملائمة: المؤشر مُهم ومفيد للغرض المُستخدَم من أجله، مثل وضع السياسات أو تقييم البرامج.

وهناك من يحدد معايير لاختيار مؤشرات صحة السكان[23].

[22] Anita Burrell, Characteristics and a List of Health Indicators, American Journal of Preventive Medicine and Public Health, 2022 VOL 8, NO. 8, PAGES 01-02.

ينبغي أن تكون:

1. سليمة نظريًا ومرتبطة بأهداف الصحة العامة:

- تعكس مواضيع صحية وطنية مهمة تُعتبر ذات قيمة اجتماعية؛
- أن تكون مدعومة بأهداف صحية حكومية؛
- أن تعالج المشكلات التي يمكن حلها من خلال السياسات العامة والمبادرات التشغيلية.

2. منسجمة مع مفاهيم مفهومة للعامة بحيث يسهل تقديمها للجمهور وصانعي السياسات، حيث:

- أن تكون في شكل يسهل على عامة الناس وقادة الرأي والمجتمعات الصحية والطبية تفسيره وفهمه؛
- أن يكون لديها خطة نشر.

3. دقيقة تقنيًا، حيث

- أن تكون مقاييس موثوقة؛
- أن تكون متاحة من مصادر موثوقة بشكل منتظم (كل سنتين على الأقل)؛

4. أن تكون قابلة للتجزئة على مستويات متعددة (وطنية، ولائية، ومحلية، ومجتمعية) ولفئات سكانية مختارة ومتنوعة؛

---

[23] Jeanette Pope , Selecting health indicators in population health: Notes on choosing health indicators for the National Biomedical Risk Factor Survey, AHMS Working Paper Series No. 2, Public Health Information Development Unit, Commonwealth of Australia 2003, ublished online by Public Health Information Development Unit, The University of Adelaide, p.4.

5. أن تعالج قضايا الوقاية الأولية والثانوية والثالثية، بالإضافة إلى المحددات البيئية والاجتماعية والاقتصادية للصحة؛
6. أن تُشرك مجموعة من أصحاب المصلحة في تطويرها حتى تتمتع بالمصداقية.

ويمكن اجمال فوائد استخدام المؤشرات الصحية في ما يلي[24]

- تقارير متسقة حول نتائج الرعاية الصحية وجودة الرعاية ؛
- زيادة إمكانية مقارنة جودة الرعاية الصحية عبر الزمن وفي مختلف المواقع ؛
- مؤشرات رعاية صحية سهلة الفهم ؛
- تسهيل إصدار الأحكام وتحديد الأولويات ؛
- تسهيل قياس وتتبع الأداء السريري والنتائج ؛
- رصد وتقييم جودة الرعاية الصحية ؛
- تحسين جودة الرعاية الصحية ؛

[24] Lack N, Bréart G, Bloch VVH, Gissler M, Göpel W, Haumont D, Hummler H, Loureiro B, Vavouraki E, Zeitlin J, ***Characteristics of health indicators***, **https://newborn-health-standards.org/standards/standards-english/data-collection-documentation/characteristics-of-health-indicators/**

- زيادة توافر تحليلات الاتجاهات ؛
- تسهيل التعاون بين القطاعات ؛
- تسهيل إعداد تقارير مرجعية ؛
- إمكانية مقارنة مؤشرات الرعاية الصحية عالميًا ؛

هناك مؤشرات صحية أكثر بكثير للاختيار من بينها مما يمكن لأي نظام معلومات صحية أن يشمله بشكل معقول. في البلدان النامية، ونظرًا لمحدودية الموارد والقدرات، ثمة حاجة لاختيار مجموعة محدودة من المؤشرات التي تنطبق بوضوح على الرصد وصنع القرار والسياسات الصحية، وقياسها جيدًا[25].

[25] Charles Larson 1, Alec Mercer, ***Global health indicators: an overview, CMAJ***. 2004 Nov 9;171(10):1199–1200.



المحور 4

وضع المؤشرات الصحية وقياسها

تمهيد

تعد المؤشرات الصحية قيمة في مجال الرعاية الصحية وتسهل تقييم الحالة الصحية للأفراد والسكان، وعلى الرغم من ذلك، من الصعب جمع جميع المقاييس دفعة واحدة، ولا يوجد الى حد الآن مؤشر صحي واحد موضوعي، شامل يستخدم لقياس الحالة الصحية للمجتمع.

في مجال القياس الرياضي للمؤشرات الصحية، نجد العديد من الأساليب المستخدمة لالمام نوعا ما بالمفهوم الواسع للصحة، حيث نجد القيم المطلقة، القيمة النسبية، المعدلات وغيرها من المقاييس لقياس الحالة الصحة للافراد والجماعات. اما من الناحية التركيبية، نجد المقاييس البسيطة مثل معدلات الوفيات (مثل معدل وفيات الأمهات)، ومؤشرات الاعتلال (التي تقيس المرض والإعاقة)، والمقاييس المركبة مثل متوسط العمر المتوقع المُعدَّل حسب الصحة (HALE)، الذي يجمع بيانات الوفيات والإعاقة. كما نجد ايضا المقايي الفردية مثل مؤشر كتلة الجسم (BMI) أو ضغط الدم، بينما تُستخدم مقاييس قائمة على التفضيلات، مثل سنوات الحياة المُعدَّلة حسب الجودة (QALYs)، لتقييم الحالة الصحية.

1-4. القياس الرياضي للمؤشرات الصحية

تُحسب المؤشرات من بيانات أولية مُستخلصة من عينة مُختارة من مجتمع مُستهدف. وفي بعض الأحيان، تُحسب من بيانات مجتمع بأكمله. تُمثل المؤشرات المُستندة إلى العينات تقديرات للقيمة الحقيقية للمجتمع، وتُبلغ بهامش خطأ، يُعبر عنه عادةً بفاصل ثقة بنسبة 95%.

من ناحية التعقيد، نجد المؤشرات الصحية البسيطة والتي تحسب على اساس القيم المطلقة (العد)، النسب والمعدلات والمؤشرات الصحية المركبة التي تجمع العديد من المتغيرات في آن واحد.

- **المؤشرات البسيطة:** تقيس متغير صحي معين، وتستخدم العديد من المقاييس مثل:
  - العدد: عدّ بسيط للأحداث، مثل عدد الحالات الجديدة لمرض ما خلال فترة زمنية محددة.
  - النسب والتناسب والمعدلات (**Ratios, Proportions, and Rates**): توفر هذه الأساليب مقياسًا أكثر توحيدًا للمقارنة بين مختلف الفئات السكانية.

- **المؤشرات المركبة:** تجمع هذه المؤشرات مؤشرات متعددة في درجة واحدة لتوفير نظرة عامة شاملة على الصحة.
  - متوسط العمر المتوقع المعدّل حسب الحالة الصحية (HALE): يحسب متوسط عدد السنوات التي يمكن أن يعيشها الشخص بصحة جيدة، مع مراعاة كل من الوفيات والإعاقة.
  - سنة الحياة المعدّلة حسب الجودة (QALY): مقياس للنتائج الصحية يعتمد على جودة الحياة بالإضافة إلى طول العمر. يُحسب باستخدام مقاييس جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

- سنة الحياة المعدّلة حسب الإعاقة (DALY): يجمع بين الوقت المعيشي مع الإعاقة والوقت الضائع بسبب الوفاة المبكرة.

4-1-1. النسب (proportion)[26]

يُصنّف علماء الأوبئة الأشخاص، سواءً كانوا مصابين بحالة مرضية أم لا، خلال مسوحات العينة. ويحسبون نسبة الأشخاص الذين شملهم الاستطلاع في منطقة جغرافية محددة في وقت محدد، والذين: على سبيل المثال، نسبة من: ثبتت إصابتهم بحالة مرضية مثل فقر الدم أو الملاريا؛ أو ممن يمتلكون سمة معينة مثل الحصول على مياه شرب آمنة. ويُبلغون عن هذه النسبة كمؤشر على انتشار الحالة المرضية في المجتمع الذي صُمّم المسح لتمثيله.

يُصنّف الباحثون المشاركين في الدراسة حسب العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية المُحتملة للحالة. على سبيل المثال، قد يستخدمون بيانات فئوية مثل التعليم، أو نوع الإقامة، أو الجنس، ويُبلغون عن المؤشرات كنسب من العينة تندرج ضمن فئات مُحددة.

النسبة هي عدد الوحدات التي تحمل سمة معينة في وقت مُحدد (أو على مدار فترة زمنية) مقسومًا على إجمالي عدد الوحدات في المجتمع في ذلك الوقت (مُعبّرًا عنه كنسبة مئوية، لكل ألف، أو، في حالة السمات النادرة، لكل عشرة آلاف). على سبيل المثال:

- **لوصف انتشار حالة مرضية**

[26] Global Health Data Methods, Measurement of indicators
https://globalhealthdata.org/measurement-of-health-indicators/,

- معدل انتشار التقزم (الطول بالنسبة للعمر <-2 بانحراف معياري عن متوسط معايير نمو الطفل لمنظمة الصحة العالمية) بين الأطفال دون سن الخامسة.
- معدل انتشار سوء التغذية (الوزن بالنسبة للطول >+2 أو <-2 بانحراف معياري عن متوسط معايير نمو الطفل لمنظمة الصحة العالمية) بين الأطفال دون سن الخامسة، حسب النوع (الهزال وزيادة الوزن).

- **لوصف إمكانية الوصول**

- نسبة السكان الذين يستخدمون خدمات مياه الشرب المُدارة بأمان ؛
- نسبة السكان الذين يستخدمون خدمات الصرف الصحي المُدارة بأمان، بما في ذلك مرافق غسل اليدين بالماء والصابون؛

- **لوصف التغطية**

- نسبة الولادات التي تتم بإشراف عاملين صحيين مؤهلين؛
- نسبة النساء في سن الإنجاب (15-49 عامًا) اللاتي يُلبَّين احتياجاتهن من تنظيم الأسرة بالوسائل الحديثة؛

4-1-2. المعدلات(rates)

يحسب علماء الأوبئة أيضًا عدد الحالات الجديدة لمرضٍ ما، مثل الحصبة أو سرطان الثدي، التي تحدث في مجموعة سكانية خلال فترة زمنية محددة. يقسّمون هذا العدد على متوسط عدد الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالمرض خلال الفترة الزمنية، ويُبلغون عن معدل حدوث يُشير إلى تكرار حدوث المرض مُجدّدًا في المجموعة السكانية خلال تلك الفترة. وبالمثل، يُعبّر علماء

الديموغرافيا عن أعداد المواليد والوفيات التي تحدث في مجموعة سكانية خلال فترة زمنية مُحددة كمعدلات لكل مجموعة سكانية.

المعدل هو عدد مرات حدوث حدث ما في فترة زمنية مُقسومًا على متوسط عدد السكان الذين يُمكن أن يحدث فيهم هذا الحدث (يُعبّر عنه لكل ألف، أو لكل عشرة آلاف أو مئة ألف في الحالات النادرة)، على سبيل المثال:

- **لوصف معدل انتشار الأمراض**
  - معدل الإصابة بالسل لكل 100,000 نسمة؛
  - معدل الإصابة بالملاريا لكل 1000 نسمة؛
  - عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 نسمة من السكان غير المصابين، حسب الجنس والعمر والفئات السكانية الرئيسية ؛
- **لوصف معدل الوفيات**
  - معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة؛
  - معدل وفيات حديثي الولادة؛
  - معدل الوفيات المنسوبة إلى أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، وداء السكري، أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة؛
  - معدل وفيات الحالات، معدلات الوفيات المرتبطة بالسبب لكل 100 حالة أو دخول المستشفى؛
- **لوصف معدل الخصوبة**

- معدل المواليد لدى المراهقات (10-14 سنة؛ 15-19 سنة) لكل 1000 امرأة في تلك الفئة العمرية ؛

4-1-3. الأعداد(counts)

يحسب مديرو الصحة متوسط أعداد الأشخاص الذين يراجعون العيادات الخارجية أو المرضى الذين يدخلون المستشفى، أو يعبرون عن عدد المرافق الصحية لكل مجموعة سكانية، أي ككثافة.

الأعداد هي عدد الحالات والأحداث والعناصر في فترة زمنية و/أو منطقة جغرافية، على سبيل المثال:

- عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدخلات لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة؛
- نسبة وعدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و17 عامًا والذين يعملون، حسب الجنس والعمر .

4-1-4. النسب(ratios)

النسبة هي حاصل قسمة عدد على عدد آخر، على سبيل المثال:

- كثافة وتوزيع العاملين الصحيين؛

- معدل وفيات الأمهات .

2-4. تصنيف المؤشرات وفق للتفسير الوبائي[27]

يشير المرض إلى حالة الإصابة بالمرض أو عدم الصحة داخل مجتمع معين، ليكون بمثابة مؤشر مهم للعاملين في مجال الصحة العامة لفهم أنماط الأمراض وتطوير التدخلات الفعالة. على عكس الوفيات، التي تركز على الموت، تقيس مؤشرات المرض عبء المرض في السكان الأحياء. هناك ثلاث مقاييس رئيسية تُستخدم لقياس المرض: معدل الحدوث، معدل الانتشار، ومعدل الوفيات، كل منها يوفر رؤى فريدة حول ديناميكيات المرض وشدته.

1-2-4. معدل الاصابة

يقيس معدل الانتشار تواتر الحالات الجديدة من مرض معين التي تظهر في مجتمع ما خلال فترة زمنية محددة. إنه في الأساس وسيلة لتتبع مدى سرعة انتشار المرض داخل المجتمع.

يتم حساب معدل الحدوث باستخدام الصيغة التالية:

معدل الحدوث = (عدد الحالات الجديدة خلال فترة زمنية محددة / عدد السكان المعرضين للخطر خلال تلك الفترة) × 1,000

[27] Morbidity Measures: Incidence, Prevalence, and Case Fatality Rates - Socio.Health, Morbidity Measures: Incidence, Prevalence, and Case Fatality Rates - Socio.Health (15/11/2025).

عادةً ما يتم التعبير عن النتيجة على شكل عدد الحالات الجديدة لكل 1000 شخص، على الرغم من أن مسؤولي الصحة العامة قد يغيرون هذا المقام (إلى 10,000 أو 100,000) اعتمادًا على ندرة المرض.

يُستخدم معدل الحدوث للقيام بعدة وظائف مهمة في علم الأوبئة والصحة العامة:

- **تتبع الأمراض**: يساعد في مراقبة انتشار الأمراض المعدية، مما يمكّن السلطات الصحية من التعرف على التفشيات في وقت مبكر.
- **تقييم المخاطر**: من خلال مقارنة معدلات الحدوث بين سكان أو مناطق مختلفة، يمكن للباحثين تحديد المجموعات عالية المخاطر أو البؤر الجغرافية الساخنة.
- **تقييم التدخلات**: يمكن أن توضح التغيرات في معدلات الحدوث مع مرور الوقت فعالية التدخلات الصحية العامة، أو حملات التطعيم، أو التغييرات في السياسات.

2-2-4. معدل الانتشار

بينما يركز معدل الحدوث على الحالات الجديدة، يقيس معدل الانتشار العبء الإجمالي للمرض في نقطة زمنية محددة. ويشمل كل من الحالات الجديدة والحالات القائمة، مما يوفر لمحة عن وضع المرض داخل السكان.

هناك نوعان رئيسيان من معدلات الانتشار:

- **انتشار النقطة**: نسبة السكان المصابين بمرض في نقطة زمنية محددة (مثل لقطة سريعة).
- **انتشار الفترة**: نسبة المصابين بمرض خلال فترة زمنية محددة (مثل مقطع فيديو)

يتم حساب معدل الانتشار باستخدام الصيغة التالية:

معدل الانتشار= (عدد الحالات الموجودة في وقت محدد / العدد الإجمالي للسكان في ذلك الوقت) × 1,000

يستخدم مخططو الصحة العامة بيانات الانتشار من أجل:

- **تخصيص الموارد**: المناطق ذات الانتشار الأعلى قد تتطلب المزيد من المرافق الصحية أو الأخصائيين أو موارد العلاج.
- **تخطيط الخدمات**: فهم انتشار الحالات يساعد في تصميم خدمات صحية مناسبة.
- **تحديد الأولويات**: الحالات ذات الانتشار العالي غالبًا ما تصبح أولوية للتثقيف الصحي، وبرامج الفحص، وتمويل البحوث.

3-4. أنواع المؤشرات الصحية

هناك العديد من المؤشرات وتعريفات المؤشرات التي تم تطويرها بواسطة المنظمات الدولية والمجموعات المرجعية والمجموعات المشتركة بين الوكالات والدول والأكاديميين ومجموعات المناصرة وغيرهم. وغالبًا ما تُستخدم المؤشرات لأغراض مختلفة بما في ذلك إدارة البرامج، وتخصيص الموارد، ومراقبة التقدم في البلاد، والصرف القائم على الأداء، والتقارير العالمية، وما إلى ذلك.

في عام 1978، تم إعلان إعلان ألما آتا الذي وضع استراتيجية عالمية لتحقيق الصحة للجميع. ولقيس تحقيق هذا الهدف، اقترحت منظمة الصحة العالمية 12 مؤشراً لتقوم الدول بالإبلاغ عنها

على المستوى الدولي، وخيار 19 مؤشراً إضافياً للاستخدام الوطني، مصنفة كالتالي: السياسات الصحية، والاجتماعية والاقتصادية، وتقديم الرعاية الصحية، والحالة الصحية[28].

التصنيفات هي مواضيع شاملة يمكن تطبيقها على المؤشر. فيما يلي تعريفات كل تصنيف[29]:

- **الرعاية السريرية**: مؤشرات تقيس الرعاية الطبية بما في ذلك كيفية تقديم الرعاية وما إذا تم تقديمها. أمثلة على مؤشرات الرعاية السريرية تشمل 'البالغون الذين خضعوا لفحص روتيني' و'معدل مقدمي الرعاية الصحية العقلية.'
- **نتائج الصحة**: مؤشرات تقيس الأحداث الحادة أو لمرة واحدة بما في ذلك الوفاة. تشمل الأمثلة 'البالغون الذين تعرضوا لسكتة دماغية' و'معدل الوفاة بسبب التسمم بالأدوية.'
- **السلوكيات الصحية**: مؤشرات تقيس سلوكيات الأفراد. تشمل الأمثلة استهلاك الفواكه والخضروات، معدلات التدخين ومعدلات التطعيم.
- **الحالة الصحية**: مؤشرات تقيس الحالات المزمنة، الحالة الصحية العامة أو المبلغ عنها ذاتيًا والصحة النفسية. تشمل الأمثلة 'البالغون 20+ الذين يعانون من السمنة' و'الأشخاص ذوي الإعاقة.'

---

28 Global Health Data Methods: Health indicators, globalhealthdata.org/health-indicators/#:~:text=To%20measure%20attainment%20of%20this%20goal%2C%20the%20WHO,economic%2C%20provision%20of%20health%20care%20and%20health%20status.

29Conduent Healthy Communities Institute, Indicator classification definitions, help.healthycities.org/hc/en-us/articles/219556268-Indicator-classification-definitions.,

- **المحددات الاجتماعية للصحة**: مؤشرات تقيس الظروف الاجتماعية في البيئة التي يعيش فيها الناس والتي تؤثر على الصحة والرفاهية ... .تشمل الأمثلة: 'الطلاب المتمكنون في القراءة'، 'الأسر التي تعيش تحت مستوى الفقر'، و'الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا فما فوق ويعيشون بمفردهم'
- **المحدد البدني للصحة**: مؤشرات تقيس الظروف الفيزيائية في البيئة التي يعيش فيها الناس والتي تؤثر على الصحة والرفاهية. تشمل الأمثلة: 'متوسط وقت السفر إلى العمل'، 'تلوث الجسيمات السنوي'، و'كثافة متاجر المشروبات الكحولية.'



المحور 5

مصادر البيانات لوضع المؤشرات الصحية وقياسها

تمهيد

تُشتق المؤشرات الصحية من مصادر بيانات مختلفة، بما في ذلك المسوحات والسجلات الإدارية وسجلات الصحة. وتجمع المسوحات الصحية الوطنية، مثل نظام مراقبة عوامل الخطر السلوكية (BRFSS) في الولايات المتحدة، بيانات عن السلوكيات والظروف الصحية. وتوفر السجلات الإدارية من المستشفيات والعيادات معلومات عن استخدام الخدمات ونتائجها. وتتعقب سجلات الصحة، مثل سجلات السرطان، أمراضًا محددة وتساهم في فهم اتجاهات الصحة[30].

ستستكشف هذه القسم كيفية جمع المعلومات الصحية والطبية، ومن أين تأتي. المصادر الرئيسية لإحصاءات الصحة هي الاستطلاعات، والسجلات الإدارية والطبية، وبيانات مطالبات الرعاية الصحية، والسجلات الحيوية، والمراقبة، وسجلات الأمراض، والأدبيات الرمادية، والأدبيات المحكمة[31].

---

[30] www. ar.statisticseasily.com/قاموس-مصطلحات/ما-هي-مؤشرات-الصحة-وفهم-المقاييس-الرئيسية/

[31] National Library of Medecine , Health Data Sources, www.nlm.nih.gov/oet/ed/stats/03-100.html (16/11/2025).

سننظر في هذه المصادر، ومزايا وعيوب استخدام كل منها لإنشاء الإحصاءات الصحية.

تشير مصادر البيانات في الرعاية الصحية إلى الأصول المختلفة التي يتم من خلالها جمع المعلومات الصحية وتخزينها وتحليلها. فكر فيها كنقاط البداية لجميع الإحصاءات والاتجاهات والرؤى التي تشكل فهمنا واستجابتنا للتحديات الصحية في مجتمعاتنا.

1-5. الدراسات الاستقصائية

تعرف ايضا الدراسات الاستقصائية بالمسوحات الصحية وهي عبارة عن دراسات تهدف الى جمع البيانات والمعطيات من مجموعات سكانية لغرض تقييم الوضع الصحي ومدى حاجة المجتمع الصحي لموارد اظافية. كما تعد الدراسات الاستقصائية حجر الأساس لتخطيط السياسات الصحية وطرق الوقاية والعلاج ورصد مدى التقدم نحو تحقيق الأهداف الصحية المحددة من قبل السلطات العمومية.

تُعدّ الدراسات الاستقصائية وسيلة مهمة لجمع المعلومات الصحية والاجتماعية من عينة من الناس بطريقة موحدة لفهم السكان الأكبر بشكل أفضل. هناك العديد من الطرق المستخدمة لإجراء الدراسات الاستقصائية، بما في ذلك قوائم الأسئلة والمقابلات المتعمقة عبر الهاتف أو البريد أو البريد الإلكتروني أو بالحضور الشخصي. تتيح أبحاث الاستقصاءات للباحثين جمع البيانات التجريبية في فترة زمنية قصيرة نسبيًا. اعتمادًا على التصميم والنطاق، يمكن للدراسات الاستقصائية جمع البيانات من عينة تمثيلية من الناس، لا سيما عندما تكون العينات عشوائية، أو يمكنها استخدام عينة مختارة لغرض علمي محدد (ما يسمى بأخذ العينات غير العشوائية لأغراض محددة).

على الرغم من عديد الايجابيات التي توفرها الدراسات الاستقصائية، هناك كذلك العديد من السقطات التي يمكن ان تشوبها مثل عدم القدرة على الحصول على المعلومات والبيانات التفصلية، عدم رغبة الأفراد في الاجابة على الأسئلة، كما قد تكون معدلات الاستجابة ضعيفة مما يمس بمصداقية الاستقصاء.

من المهم جدا عند القيام بعمليات الاستطلاع تصميم الأسئلة بعناية وان تكون واضحة ومفهومة وبسيطة للمستجوبين وذات صلة مباشرة بالموضوع، ومن الأفضل أن تمس الدراسات الاستقصائية لجمع الاحصاءات الصحية جميع الأطراف المستفيدة من الرعاية الصحية.

2-5. السجلات الطبية

تمثل السجلات الطبية أحد اهم مصادر البيانات الصحية لأنه تؤرخ الأحداث الطبية والصحية لكل فرد من أفراد المجتمع، حيث تجمع المعلومات حول المريض وتستخدم للتتبع جميع الحداث والمعاملات التي تمت بين المريض ومقدمي الرعاية الصحية مثل التاريخ الطبي، العلاجات ونتائج الفحوصات والأدوية والعمليات الجراحية. قد يختلف محتوى السجلات الطبية من الدولة الى اخرى، ان هناك اطر قانونية تحدد محتوى هذه السجلات وطبيعة المعلومات الواجب توافرها وقد تشمل البيانات الديموغرافية، المشاكل الصحية، التطعيمات وتفاصيل العلاج.

تعد السجلات الطبية ضرورية لتخطيط الرعاية الصحية وتقييم مدى جودة الخدمات المقدمة من قبل المؤسسات الصحية وقياس وتحليل الاتجاهات في استخدام الرعاية الصحية والخصائص الوبائية للمجتمع الصحي.

مع التطور التكنولوجي واستخدام الرقمنة في مجال الرعاية الصحية، تم اسخدام السجلات الطبية الإلكترونية (EMRs) هي نسخ رقمية من سجلات المرضى الورقية التقليدية. تم تقديم السجلات الصحية الإلكترونية لأول مرة في الستينيات، لكنها لم تصبح شائعة إلا في العقد الأول من الألفية الثانية. و تسهل السجلات الصحية الإلكترونية على مقدمي الرعاية إدخال معلومات

عن المرضى. بعد ذلك يمكن استخدام البيانات من السجلات الصحية الإلكترونية لأغراض البحث، مثل مقارنة مدى فعالية مقدمي الرعاية، ومعرفة كيف يستجيب المرضى للعلاج. في الولايات المتحدة، لا تزال خصوصية المرضى محمية حتى مع استخدام السجلات الصحية الإلكترونية بموجب قانون تأمين الصحة وقابلية المحاسبة(HIPAA) ، والذي يتم تطبيقه بواسطة مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية.

وتتضمن السجلات الطبية الإلكترونية التاريخ الطبي للمريض، وتشخيصاته، وأدويته، وحساسيته، ونتائج فحوصاته. تُستخدم هذه السجلات داخل مؤسسة رعاية صحية واحدة لمساعدة مقدمي الرعاية الصحية على إدارة رعاية المرضى، وتحسين التواصل، وتقليل الأخطاء. وتختلف السجلات الطبية الإلكترونية عن السجلات الصحية الإلكترونية (EHRs)، المصممة لمشاركتها بين مختلف مقدمي الرعاية الصحية والمؤسسات.

3-5. بيانات المطالبات (Claims Data)

تعد بيانات المطالبات من بين أهم المصادر لبناء وتوجيه السياسات الصحة وهي أوسع نطاقا من السجلات الطبية. وهي عبارة عن بيانات ادارية يقدمها مقدمي الرعاية الصحية لمختلف الجهات خاصة السلطات العمومية المكلفة بالادارة الصحية، وتتضمن بيانات المطالبات بيانات المرضى الديموغرافية، وتشخيصاتهم، وإجراءاتهم، وتكاليفهم. وتعطي نظرة شاملة على تفاعلات المرضى مع نظام الرعاية الصحية، وتُستخدم لأغراض تحليلية متنوعة، مثل فهم أنماط الأمراض، وقياس النتائج الصحية، وإدارة تكاليف وموارد الرعاية الصحية، معلومات عن ملايين مواعيد الأطباء والفواتير ومعلومات التأمين والتواصلات الأخرى بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحية.

من بين ايجابيات بيانات المطالبات أنها مباشرة من الملاحظات التي يدونها مقدم الرعاية الصحية، والكم الهائل من المعلومات التي توفرها تمكن الباحثين من تحليله وتمكين السلطات العمومية من استغلالها. لكن بالمقابل، يطرح هذا الاسلوب العديد من السلبيات، لعل من اهمها

انخفاض في مستوى المصداقية بسبب الممارسات الغير القانونية مثل الفوترة غير القانونية، وصفات طبية غير حقيقة، اختبارات طبية غير مجدية.

4-5. السجلات الحيوية

يتم جمع السجلات الحيوية بواسطة النظام الوطني للإحصاءات الحيوية وتُصان من قبل الحكومات المحلية وحكومات الولايات. تشمل السجلات الحيوية الولادات والوفيات والزواج والطلاق ووفيات الأجنة. كما تسجل معلومات عن سبب الوفاة أو تفاصيل الولادة.

تعتبر السجلات الحيوية مفيدة لأنها توفر معلومات مفصلة جدًا وتشمل معلومات عن الاضطرابات النادرة التي تؤدي إلى الوفاة. ومع ذلك، نظرًا لوجود عدد كبير من الحكومات المحلية وحكومات الولايات التي تجمع هذه المعلومات، فإن السجلات قد تكون غير متسقة. بالإضافة إلى ذلك، توفر السجلات الحيوية معلومات فقط عن الأمراض والحالات المرضية التي تنتهي بالوفاة.

المحور 6

عمليات تقييم جودة البيانات والمؤشرات الصحية

تمهيد

تعد عمليات تقييم جودة البيانات والمؤشرات الصحية أمرا بالغ الأهمية، لأنها تثر بشكل مباشر على جودة نظم المعلومات الصحية التي تعد القاعدة الأساسية لعملية توجيه السياسات والاستراتيجيات الصحية. فالبيانات الصحية الجيدة تعزز من الثقة في نظام الرعاية الصحسة، بينما تؤدي البيانات الضعيفة الى سوء اتخاذ القرارات الصحية. إن الغاية الأساسية من جودة البيانات والمؤشرات الصحية هو تحسين وتعزيز الصحة لدى المجتمع.

يتساءل دوما مسؤولو ادارة البيانات واعداد التقارير عن صحة البيانات الصحة، درجة موثوقيتها، توقيتها لغرض معرفة فعاليتها من خلال عمليات تقييم جودتها سواء داخليا او خارجيا، لأنها تعد قاعدة معلومات أساسية لجميع الأطراف المستفيدة بما فيهم الأطباء والمرضى وشركات التأمين والمؤسسات الأخرى إلى الحفاظ على دقة جمع بياناتهم في مجال الرعاية الصحية.

1-6. تقييم جودة البيانات الصحية

قواعد بيانات استخدام الرعاية الصحية، وغيرها من مصادر البيانات الثانوية، بشكل متزايد في الدراسات الرصدية لتقدير عبء الأمراض ولتقييم التدخلات الصحية في جميع أنحاء العالم.

ويمكن عزو شعبيتها المتزايدة كأداة بحثية إلى حجم مجموعات المرضى الكبيرة التي تغطيها، واستمرارية توفير البيانات على مر الزمن، وانخفاض التكلفة، وتوافرها في الوقت المناسب، وإمكانية تطبيقها لدراسة الممارسة السريرية الواقعية[32].

يشير بُعد "عملية جمع البيانات" إلى توليد البيانات وتجميعها ووصفها وصيانتها. أما بُعد "البيانات" فيركز على قيم البيانات أو مخططات البيانات على مستوى السجل/الجدول أو مستوى قاعدة البيانات. وبُعد "استخدام البيانات"، المرتبط بالاستخدام والمستخدم، هو الدرجة والطريقة التي تُستخدم بها البيانات. لقد قدم هذا النهج منظورًا شاملاً لتقييم جودة البيانات بشكل كمي ونوعي[33].

6-1-1. تعريف جودة البيانات

جودة البيانات مفهومٌ معقدٌ ومتعدد الأوجه، تختلف تعريفاته باختلاف السياق. في مجال الرعاية الصحية، تُعدّ البيانات عالية الجودة أساسيةً لاتخاذ القرارات السريرية، ونتائج المرضى، والبحوث. على الرغم من أهميتها، لا يوجد تعريفٌ متفقٌ عليه عالميًا لجودة البيانات، ولا يزال تقييمها صعبًا نظرًا لتنوع الأبعاد والمنهجيات المستخدمة[34].

---

[32] Flavia Carle (1), Lidia Di Minco (2), Edlira Skrami (1), Rosaria Gesuita (1), Luigi Palmieri (3), Simona Giampaoli (3), Giovanni Corrao (4, Quality assessment of healthcare databases, Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2017, Volume 14, Number 3, Suppl. 2, p.e12901-1.

[33] Flavia Carle (1), Lidia Di Minco (2), Edlira Skrami (1), Rosaria Gesuita (1), Luigi Palmieri (3), Simona Giampaoli (3), Giovanni Corrao (4, Quality assessment of healthcare databases, Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2017, Volume 14, Number 3, Suppl. 2, p.e12901-3.

[34] Elham Hosseinzadeh, Marziyeh Afkanpour, Mehri Momeni & Hamed Tabesh, Data quality assessment in healthcare, dimensions, methods and tools: a systematic review, BMC Medical Informatics and Decision Making volume 25, Article number: 296 (2025).

تعرف جودة البيانات (DQA) على أنها عملية منظمة تهدف إلى تقييم نقاط القوة والضعف في مجموعة بيانات معينة. يقوم بتحديد الأخطاء والتناقضات التي يمكن أن تؤثر سلبًا على الجودة العامة للبيانات. الجودة المنخفضة للبيانات يمكن أن تعرقل العمليات التجارية، وتزيد التكاليف، وتؤدي إلى انتهاكات تنظيمية، خاصة في قطاعات مثل الرعاية الصحية والمالية.

كما تعرف أيضا على أنها القدرة على استخدام البيانات بشكل فعال واقتصادي وسريع لإطلاع وصياغة القرارات وتقييمها. تعتبر جودة البيانات متعددة الأبعاد، فهي تتجاوز دقة السجل لتشمل عوامل مثل سهولة الوصول، الصلة، التوقيت المناسب، البيانات الوصفية، التوثيق، قدرات وتوقعات المستخدمين، التكلفة والمعرفة المتخصصة الخاصة بالسياق. إن تحديد أبعاد جودة البيانات هو الخطوة الأولى في عملية تقييم جودة البيانات ويساعد في تحديد الإجراءات اللازمة لتحسين جودة البيانات. اقترح كار وتشين تجميع أبعاد جودة البيانات العديدة الموصوفة في الأدبيات في ثلاث أبعاد عليا، وهي "عملية جمع البيانات" و"البيانات" و"استخدام البيانات" [35].

تستند طرق تقييم جودة البيانات بشكل عام إلى نظرية القياس التي تربط خصائص البيانات بالمقاييس الملموسة. يتكون كل بعد من أبعاد جودة البيانات من مجموعة من الخصائص. كل خاصية تصف متطلبًا محددًا لجودة البيانات، مما يوفر المعيار لتقييم جودة البيانات. يمكن قياس كل خاصية بطرق مختلفة؛ وبالتالي، هناك تفاوت في الأساليب. .[36]..

يُمكن تسليط الضوء على تدني جودة البيانات الصحية، وعدم توفرها، وضعف تكاملها (تجزؤها) من بين العوامل الرئيسية التي تؤثر سلبًا على البحث واتخاذ القرارات الصحية. بالإضافة

,

[35] Flavia Carle (1), Lidia Di Minco (2), Edlira Skrami (1), Rosaria Gesuita (1), Luigi Palmieri (3), Simona Giampaoli (3), Giovanni Corrao (4, Quality assessment of healthcare databases, Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2017, Volume 14, Number 3, Suppl. 2, p.e12901-3.

[36] Flavia Carle (1), Lidia Di Minco (2), Edlira Skrami (1), Rosaria Gesuita (1), Luigi Palmieri (3), Simona Giampaoli (3), Giovanni Corrao (4, Quality assessment of healthcare databases, Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2017, Volume 14, Number 3, Suppl. 2, p.e12901-4.

إلى ذلك، تجدر الإشارة إلى وجود عدد كبير من قواعد البيانات البعيدة التي لا يمكن الوصول إليها إلا في سياق محدد. تُسبب هذه العوامل مشاكل في جودة البيانات، وبالتالي فقدان المعلومات. على الرغم من ضخامة حجمها، تظل المعلومات غير مركزية، ولكنها تحتاج إلى دعم عملية اتخاذ القرار ، مما يجعل تنسيقها وتقييمها أمرًا صعبًا[37].

6-1-2. أهمية تقييم جودة البيانات

إن إجراء تقييم لجودة البيانات أمر ضروري للمنظمات من أجل:

- تحديد مشاكل جودة البيانات: التعرف على مجموعات البيانات ذات الجودة المنخفضة وفهم المشاكل المحددة التي تؤثر عليها.
- دعم اتخاذ القرار: تزويد الأطراف المعنية بفهم واضح لجودة مجموعة البيانات، مما يمكنهم من اتخاذ قرارات مستنيرة بخصوص تنظيف البيانات وإدارتها.
- تحسين قابلية استخدام البيانات: تعزيز الاستخدام العام للبيانات لأغراض التحليل والأعمال من خلال معالجة المشكلات المحددة.

6-2. تقييم جودة المؤشرات الصحية

يتضمن تقييم جودة مؤشرات الصحة تقييم مدى ملاءمتها وسلامتها العلمية وجدواها، والتأكد من أنها تقيس الجوانب الرئيسية لفعالية الرعاية الصحية وسلامتها وتركيزها على المريض. يمكن

---

[37] Filipe Andrade Bernardi [1,✉,#], Domingos Alves [1,#], Nathalia Crepaldi [1], Diego Bettiol Yamada [1,#], Vinícius Costa Lima [1], Rui Rijo, Data Quality in Health Research: Integrative Literature Review, J Med Internet Res. 2023 Oct 31;25

إجراء هذا التقييم باستخدام أطر عمل مثل معايير SMART (محددة، قابلة للقياس، قابلة للتحقيق، ذات صلة، محددة زمنيًا) وبالنظر إلى مقاييس العمليات والنتائج. وأخيرًا، تستخدم المؤسسات برامج حاسوبية وقواعد بيانات راسخة (مثل مؤشرات جودة وكالة البحوث الصحية والجودة الأمريكية (AHRQ) أو مؤشرات جودة ونتائج الرعاية الصحية التابعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)) لقياس ومقارنة أداء الرعاية الصحية داخليًا وخارجيًا.

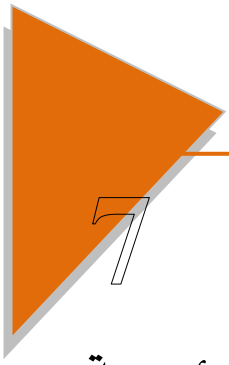
6-2-1. معايير التقييم

- الأهمية والجدوى: هل يقيس المؤشر جانبًا أساسيًا من الصحة والرعاية الصحية؟
- السلامة العلمية: هل يستند المؤشر إلى مناهج متينة وقائمة على الأدلة؟
- الجدوى: هل البيانات اللازمة لحساب المؤشر متوفرة، وهل يمكن جمعها بتكلفة معقولة؟
- معايير SMART: يجب أن تكون المؤشرات محددة، وقابلة للقياس، وقابلة للتحقيق، وذات صلة، ومحددة زمنيًا.
- مقاييس العملية والنتائج: يجب أن يستخدم التقييم الجيد مزيجًا من مقاييس العملية (كيفية تقديم الرعاية) ومقاييس النتائج (نتائج الرعاية).

6-2-2. أدوات وأطر القياس

هناك العديد من أدوات وأطر قياس المؤشرات الصحية، لعل من اهمها:

- مؤشرات جودة وكالة الرعاية الصحية والجودة (AHRQ): توفر مجموعة من المؤشرات لمساعدة المستشفيات في جهود تحسين الجودة، مع توفر برامج حاسوبية لاستخدامها.
- مؤشرات جودة الرعاية الصحية لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (HCQI): مشروع يقيس ويقارن جودة الخدمات الصحية في مختلف البلدان.
- مؤشرات جودة المرضى الداخليين (IQI): توفر معلومات حول وفيات المرضى الداخليين، واستخدام الإجراءات، وحجم المرضى، لمقارنة أداء المستشفى.
- مؤشرات سلامة المرضى (PSIs): تساعد المستشفيات على تحديد وتقييم المضاعفات المحتملة والآثار الجانبية التي تلي الإجراءات والولادة.



المحور 7

قياس أهم المؤشرات الصحية الرئيسية للمستشفيات

تمهيد

تعد المستشفيات بدون شك أكبر مستهلك لموارد القطاع الصحي بسبب كبر حجمها، طبيعة الخدمات الطبية المتخصصة التي تقدمها اضافة الى الخدمات الأخرى التي تقدمها من ايواء واطعام والمصاريف الأخرى المتعلقة بالفندقة. لذا تعد مسألة قياس أداء المستشفيات أمر بالغ الأهمية، ويستخدم في هذا الشأن العديد من المؤشرات الكمية والنوعية للدلالة على طبيعة هذا النوع من المؤسسات الصحية ولتطبيق مبادىء المسؤولية.

وتشمل مؤشرات المستشفيات العديد من المجالات المتعلقة بالكفاءة التشغيلية ، جودة الرعاية الصحية، معدلات وفيات المرضى ومستويات رضى المريض، كما تشمل مجالات أخرى متعلقة بالأداء المالي والاداري.

1-7. مؤشرات الكفاءة التشغيلية

ان هدف الكفاءة التشغيلية على مستوى المستشفيات هو تعظيم الانتاجية وتقليل استخدام الموارد المتاحة لتقديم رعاية صحية عالية الجودة للمرضى من خلال العديد من الاجراءات لعل

من اهمها تحسين سيرورة العمل، ادارة سلسلة الامدادات، الاستفادية من التكنولوجيا الطبية، تخفيض التكاليف وتخفيض فترات الانتظار. ومن أهم هذه المؤشرات نجد ما يلي:

7-1-1. معدل تشغيل الأسرة

يعد هذا المؤشر من بين أهم المؤشرات التي تستخدم في قياس النشاط الاستشفائي، لانه ببساطة يقيس درجة استغلال الطاقة المتاحة أو ما يسمى الطاقة السريرية.

يُحسب معدل الإشغال بقسمة عدد الأسرّة المشغولة فعليًا (أيام/أسرّة) للرعاية العلاجية (HC.1 في تصنيف SHA) على عدد الأسرّة المتاحة للرعاية العلاجية مضروبًا في 365 يومًا، مع ضرب النسبة في 100.

باستخدام هذا المؤشر، يكون المدير على دراية بنوع السرير الأكثر استخدامًا، والفئة العمرية، والجنس، والتأمين الصحي الأكثر طلبًا؛ أي أن الميزانية تكون دائمًا منظمة.

يُدرج جميع المرضى الذين تم إدخالهم إلى المستشفى كمرضى داخليين في البسط، بغض النظر عن مكان إقامتهم في أقسام الجراحة اليومية، أو الأجنحة الجراحية، أو الطوارئ، وما إلى ذلك. وبالتالي، يمكن أن يتجاوز حساب إشغال المستشفى 100%.

- **البسط - المشمولات:**

- مرضى الرعاية الحادة للبالغين والأطفال
- مرضى الطوارئ الداخليين (EIPs) (أي المرضى الذين تم إدخالهم إلى قسم الطوارئ بانتظار سرير داخلي)
- مرضى التعافي بعد التخدير (PARs)
- مرضى يوم العملية (ADOPs)

- المرضى في غرفة العمليات (أو في موقع الإقامة كمريض داخلي)
- المرضى في وحدات الرعاية الخاصة (مثل وحدة العناية المركزة، ووحدة العناية المركزة لحديثي الولادة، ووحدة العناية القلبية الوعائية، ووحدة العناية المركزة للقلب والأوعية الدموية)
- المرضى الداخليون في جميع المساحات (بما في ذلك الأسرّة الشاغرة)
- لمرضى الذين يحملون تصريحًا (خارج المستشفى ولكن لا يزالون مسجلين كمريض داخلي)
- مرضى الولادة

- **المقام - المشمولات:**

- الأسرّة المجهزة بطاقم تمريضي (أي الأسرّة التي تضم طاقم تمريضي مُخصص). يُشار إلى ذلك في مسح الأسرّة على أنه "مجهزة بطاقم تمريضي وتعمل".
  - ✓ غرف المخاض والولادة
  - ✓ وحدات الرعاية الخاصة
  - ✓ وحدات الرعاية الحادة
  - ✓ وحدات الرعاية شبه الحادة (الانتقال/إعادة التأهيل)

7-1-2. متوسط مدة الإقامة

يُحسب بناءً على متوسط مدة إقامة المرضى خلال فترة زمنية محددة.

باستخدام هذا المؤشر، يستطيع مدير المستشفى معرفة عدد حالات الخروج والنقل والوفيات، وهو أمر بالغ الأهمية للروتين المالي والتشغيلي.

غالبًا ما يُستخدم متوسط مدة الإقامة في المستشفيات (ALOS) كمؤشر على الكفاءة. في حال ثبات جميع العوامل الأخرى، يُقلل تقصير مدة الإقامة من تكلفة الخروج، ويُحوّل الرعاية من المرضى الداخليين إلى رعاية ما بعد الحالات الحادة الأقل تكلفة. يشير متوسط مدة الإقامة إلى متوسط عدد الأيام التي يقضيها المرضى في المستشفى. ويُقاس عادةً بقسمة إجمالي عدد أيام إقامة جميع المرضى الداخليين خلال عام على عدد حالات الدخول أو الخروج. يُستثنى من ذلك حالات اليوم الواحد. يُعرض هذا المؤشر لجميع حالات الرعاية الحادة، وكذلك حالات الولادة دون مضاعفات[38].

لحساب متوسط مدة الإقامة في المستشفيات، يقسم محللو الرعاية الصحية إجمالي عدد أيام إقامة المرضى في المستشفى على عدد حالات الدخول خلال فترة محددة. الصيغة بسيطة: متوسط مدة الإقامة = إجمالي أيام إقامة المرضى / إجمالي حالات الدخول. يوفر هذا الحساب صورة واضحة عن متوسط مدة إقامة المرضى في المستشفى، وهو أمر بالغ الأهمية لتقييم أداء المستشفى وتخطيطه. يُعدّ جمع البيانات ومعالجتها بدقة أمرًا بالغ الأهمية لهذا الحساب لضمان موثوقية النتائج وانعكاسها الفعلي على الوضع التشغيلي للمستشفى[39].

متوسط مدة الإقامة في المستشفيات ليس مجرد رقم؛ بل هو مؤشر مهم لأداء النظام الصحي. فترات الإقامة القصيرة قد تشير إلى رعاية فعّالة ونتائج جيدة للمرضى، بينما قد تشير فترات الإقامة الطويلة إلى مشاكل محتملة في إدارة المرضى أو إجراءات المستشفى. تستخدم الأنظمة الصحية هذه البيانات لتحسين إدارة أسرة المستشفيات، وتحسين رعاية المرضى، وخفض تكاليف

[38] OECD, https://www.oecd.org/en/data/indicators/length-of-hospital-stay.html

[39] WHO , https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_540-6100-average-length-of-stay-all-hospitals/#id=19635 (23/11/2025).

الرعاية الصحية. إضافةً إلى ذلك، يُساعد فهم هذا المقياس في التخطيط الاستراتيجي وتخصيص الموارد، مما يضمن قدرة المستشفيات على تلبية متطلبات رعاية المرضى دون المساس بالجودة[40].

تكمن الميزة الأساسية لقياس متوسط مدة الإقامة في قدرته على توفير رؤى ثاقبة حول كفاءة المستشفى ورعاية المرضى. فهو يساعد مقدمي الرعاية الصحية على تحديد المجالات التي يمكن تحسينها في عمليات العلاج وإدارة المرضى. علاوة على ذلك، يُعد هذا المقياس مفيدًا في مقارنة الأداء عبر مختلف المستشفيات والأنظمة الصحية، مما يُعزز بيئة تنافسية تُسهم في تحسين خدمات الرعاية الصحية[41].

ومع ذلك، فإن متوسط مدة الإقامة له حدود يجب مراعاتها. يمكن أن يكون هذا المقياس منحرفًا بسبب قيم متطرفة، مثل فترات الإقامة الطويلة أو القصيرة بشكل غير عادي، والتي قد لا تمثل بدقة تجربة المريض العامة. بالإضافة إلى ذلك، فإنه لا يأخذ في الاعتبار تعقيد الحالات الفردية؛ فقد يحتاج المرضى الذين يعانون من مشاكل صحية حادة أو متعددة إلى فترات إقامة أطول، مما قد ينعكس بشكل غير عادل على مقاييس أداء المستشفى. علاوة على ذلك، يمكن للعوامل الخارجية مثل سياسات الرعاية الصحية، وتوافر التكنولوجيا، والظروف الاجتماعية والاقتصادية أن تؤثر أيضًا على متوسط مدة الإقامة، مما يجعل من الصعب المقارنة بين مختلف المناطق أو البلدان بفعالية[42].

في الختام، على الرغم من أن متوسط مدة الإقامة مؤشر حاسم لأداء المستشفيات ونظام الرعاية الصحية، إلا أنه يجب تفسيره مع فهم سياقه الأوسع وحدوده. من خلال القيام بذلك،

---

40 WHO , https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_540-6100-average-length-of-stay-all-hospitals/#id=19635 (23/11/2025).

41 WHO , https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_540-6100-average-length-of-stay-all-hospitals/#id=19635 (23/11/2025).

42 IBID

يمكن لمقدمي الرعاية الصحية الاستفادة بشكل أفضل من هذا المقياس لتحسين رعاية المرضى وكفاءة العمليات[43].

2-7. مؤشرات الوفيات [44]

تُعد مؤشرات وفيات المستشفيات (أي مؤشرات اتجاهات الوفيات) عناصر أساسية في برنامج مراقبة سلامة المرضى في المستشفيات. تتيح بعض مؤشرات وفيات المستشفيات، مثل نسب الوفيات المعيارية في المستشفيات (HSMRs)، مقارنة عدد الوفيات التي حدثت في المستشفى بعدد الوفيات التي كان من الممكن توقعها، مع مراعاة خصائص المستشفى والمريض. تُستخدم مؤشرات وفيات المستشفيات على النحو الأمثل كأدوات فحص للسلامة والجودة لدعم الحوكمة السريرية من خلال تحديد مواطن القلق المحتملة أو أفضل الممارسات، وليس كمقاييس للأداء.

في عام 2009، اتفق وزراء الصحة الأستراليون على ضمان جمع بيانات وفيات المستشفيات في كل ولاية وإقليم وتقديمها إلى مستشفياتهم للمراجعة الدورية، إلى جانب معدلات العدوى، ومعدلات إعادة القبول، ونتائج استطلاعات تجربة المرضى.

مؤشرات وفيات المستشفيات التي أقرها وزراء الصحة هي:

نسب الوفيات المعيارية في المستشفيات

الوفيات في الفئات ذات التشخيص المنخفض

---

[43] IBID

[44] https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/mortality (22/11/2025).

الوفيات داخل المستشفى لأربع حالات محددة.

7-3. مؤشرات الاعتلال وجودة الرعاية الصحية

7-3-1. مؤشرات الأمراض الأمومية الحادة الوخيمة

طُوّرت مؤشرات الأمراض الأمومية الحادة الوخيمة (SAMM) لدعم رصد هذه الحالات محليًا ومراجعتها، ولتمكين المستشفيات من رصد وتنفيذ استراتيجيات تحسين السلامة والجودة المتعلقة بالحوادث الأمومية الحادة.

تتضمن مؤشرات (SAMM) تعريفات سريرية ومجموعات رموز. وُضعت تعريفات (SAMM) السريرية كوسيلة أساسية لتحديد حالات SAMM ذات الأولوية العالية باستمرار. وأُضيفت مجموعات الرموز كآلية إضافية لتحديد حالات (SAMM) من خلال استخدام البيانات التي تُجمع بانتظام.

7-3-2. رضا المرضى

بما أن رضا المرضى مؤشرٌ على جودة الرعاية الصحية في المستشفى، فإنه يُحصل عليه من خلال التقييمات.

وبفضل التقنيات، يُمكن تقييم رضا المرضى من خلال نماذج أسئلة حول جودة الخدمات المُقدمة، وهي مُستعدة لتقبل الاقتراحات والنقد.

كما تُساعد الأسئلة حول التوصيات المُحتملة للوحدة في عملية الحساب، حيث تُوفر الإجابات دليلاً لاتخاذ القرارات.

7-3-3. مؤشرات سلامة المرضى

المضاعفات المحتملة التي قد تحدث داخل المستشفى والآثار الجانبية المحتملة بعد العمليات الجراحية والإجراءات والولادة. تُفرض رسوم على كل حالة.

7-3-4. مؤشرات جودة الوقاية

عدد الحالات التي تعالجها المستشفيات والمرتبطة بأمراض يمكن الوقاية منها. من بين هذه الأمراض التي تتم مراقبتها: الربو، والسكري، والتهابات المسالك البولية، وتقييم فعالية هذه الرعاية.

المحور 8

دراسة مقارنة للمؤشرات الصحية لدول المغرب العربي

تمهيد

تعد مسالة الصحة في قلب اهتمامات دول المغرب العربي بسبب التحولات الديموغرافية والوبائية، محدودية الموارد المالية مع الطلب المتزايد للسكان من الصحة والرعاية الصحية.

أصبحت السياسات الصحية الحالية للمنطقة غير قادرة على تلبية الاحتياجات الصحية للسكان بسبب عدم واقعيتها من الناحية الاقتصادية وفقدانها للشرعية من قبل السكان.

في الواقع، بذلت دول المغرب العربي (شكل رقم 7-1) جهودا كبيرة منذ سنوات لتطوير قطاع الرعاية الصحية وادى ذلك الى ارتفاع كبير في حجم الهياكل الصحية والطبية، ارتفاع في عدد المؤمنين، تحسن كبير الى الوصول الى المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي، تحسن في التغذية وانخفاض كبير في معدلات الوفيات وارتفاع في معدل الأمل في الحياة.

شكل رقم 7-1. دول المغرب العربي



لكن التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي عرفتها دول المغرب العربي ادت الى زيادة كبيرة في عدد السكان تغيرات في انماط الاستهلاك، ظهور امراض جديدة. لذا فان التغلب على هذه التحديات يتطلب معرفة المؤشرات الصحية من اجل وضع رؤية شاملة لمشاكل الصحة في المنطقة[45].

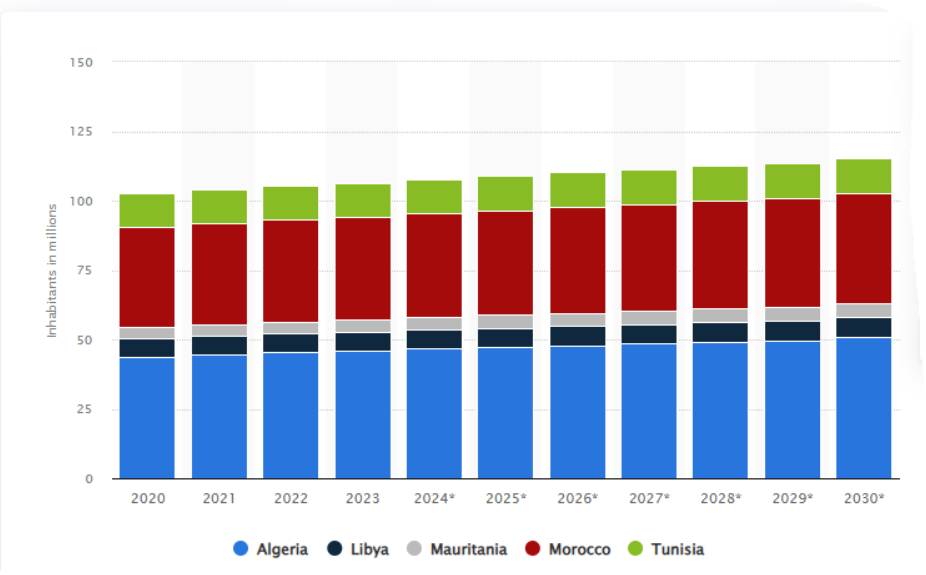
تُعتبر الصحة في منطقة المغرب العربي صورةً متباينة، مع تحسن في مؤشرات رئيسية مثل متوسط العمر المتوقع، إلا أن هناك تحديات مستمرة في كفاءة الرعاية الصحية، وتخصيص الموارد، والوصول إلى الرعاية المتخصصة، لا سيما في مجالات مثل علاج السرطان. في حين تُعتبر بعض الدول نماذج للكفاءة، تُعاني دول أخرى من سوء استخدام الموارد، وهناك تفاوت ملحوظ في تغطية التدابير الصحية الوقائية مثل فحوصات السرطان. ويجري العمل على تطوير وإصلاح البنية التحتية لمعالجة هذه القضايا.

1-8. النمو الديموغرافي

[45] بومعراف الياس، صاولي مراد، محددات الصحة في دول المغرب العربي- دراسة قياسية خلال الفترى (1995-2014)، مجلة الدراسات الاقتصادية والمالية، جامعة حمة لخظر الوادي، العدد 10، الجزء 02، 2017، ص.192.

يوضح هذا الإحصاء تطور إجمالي عدد سكان دول المغرب العربي من عام 2020 إلى عام 2023 تضم منطقة المغرب العربي الجزائر وليبيا وموريتانيا والمغرب وتونس. في عام 2020، بلغ إجمالي عدد سكان جميع دول المغرب العربي حوالي 102.49 مليون نسمة.

شكل رقم 7-2. منحى تطور إجمالي سكان دول المغرب العربي من عام 2020 إلى عام 2030 (بالمليون نسمة)



SOURCE: WORLD BANK DATA

سيزداد عدد سكان المغرب العربي من 102 مليون إلى 132 مليون نسمة بحلول عام 2050، وهو نمو متوقع قدره مليون نسمة سنويًا. يتركز معظم السكان حاليًا في الجزائر والمغرب، بنسبة 77%.

2-8. العرض الصحي

يبلغ الإنفاق السنوي على الرعاية الصحية للفرد 447.9 دولارًا أمريكيًا، و776.8 دولارًا أمريكيًا، و854.6 دولارًا أمريكيًا في المغرب وتونس والجزائر على التوالي. وتحسن متوسط معدل وفيات الرضع لكل 1000 نسمة إلى 10.9 في تونس، و16.8 في المغرب، و18.9 في الجزائر. وانخفضت معدلات وفيات الأمهات إلى 43 و48.5 لكل 100,000 ولادة في تونس والجزائر، على التوالي، بينما ظلت مرتفعة نسبيًا في المغرب: 72.6. ويبلغ عدد أسرّة المستشفيات لكل 1000 نسمة 1.1 سريرًا فقط في المغرب، و1.9 سريرًا، و2.9 سريرًا في الجزائر وتونس، على التوالي. بلغ عدد الأطباء لكل ألف نسمة 0.73 في المغرب، و1.3 في تونس، و1.72 في الجزائر. ويظل هذا المعدل منخفضًا جدًا مقارنةً بـ 3.9 لكل ألف نسمة في أوروبا. **وتواجه دول المغرب العربي حاليًا هجرةً للأطباء، معظمهم إلى فرنسا**، حيث يمثلون 7.1% و10.7% من التونسيين والمغاربة على التوالي، **وأكثر من 24% من**

الجزائريين. ويشكل هذا الوضع، نظرًا للفجوة بين العرض والطلب على الرعاية الصحية في الدول المتقدمة، تهديدًا حقيقيًا وسريعًا لهذه الدول الثلاث[46].

عدد الأطباء لكل 1000 نسمة: 1.43 في تونس، و1.24 و0.67 في الجزائر والمغرب على التوالي. السكان في شيخوخة ويتجاوز متوسط العمر المتوقع 70 عامًا عند الولادة للرجال والنساء. يبلغ معدل وفيات الأطفال لكل 1000 ولادة حية 16 في تونس، و30 و33 في المغرب والجزائر على التوالي. يبلغ الإنفاق السنوي على الرعاية الصحية للفرد 275 دولارًا في تونس، و245 في الجزائر، و195 في المغرب. الإنفاق العام على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (تقدير) 3.64٪ في الجزائر، و6.3٪ في تونس، و6.2٪ في المغرب. يُعد الحصول على الرعاية الصحية مشكلة شائعة في جميع البلدان الثلاثة، حتى لو كان العرض في تونس هو الأكثر شمولاً. يبلغ معدل أسرة المستشفيات لكل 1000 نسمة 2.1 في تونس، و1.7 و1.1 في الجزائر والمغرب على التوالي. رغم التقدم الكبير، لا يزال معدل وفيات الأمهات مرتفعًا في الجزائر والمغرب: 120 و110 لكل 100 ألف ولادة، على التوالي (100/60 ألف في تونس). وتُعدّ أمراض القلب والأوعية الدموية السبب الأكثر شيوعًا للوفاة، تليها السرطانات والأمراض الأيضية[47].

رغم التقدم الكبير المحرز، لا تزال دول المغرب العربي تواجه تحديات جسيمة. **فهجرة الأطباء**، **وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية**، **وتفشي الأمراض المعدية المتوطنة**، تُشكل عقبة كبيرة أمام أنظمة الرعاية الصحية المثقلة أصلاً والتي تتسم بالمرونة.

3-8. مستويات المعيشة

[46] https://www.ispor.org/docs/default-source/intl2023/ispor23rezaig-et-al-poster-healthcare-system-maghreb-pdf.pdf?sfvrsn=1e7ef345_0.

47 L. Mahi1 · A. Kettani, Issues And Progress Of Health Systems In The Maghreb Countries, Volume 17, Issue 3pA147May 2014

ينصبّ تركيز حكومات كل دولة عضو على زيادة الناتج المحلي الإجمالي من خلال توفير المزيد من فرص العمل، وتشجيع الاستثمار المحلي والأجنبي، والحدّ من الأمية. وتُعدّ الجزائر والمغرب الدولتين صاحبتي أعلى ناتج محلي إجمالي في منطقة المغرب العربي. وباستثناء المغرب، فإنّ معدل التضخم في بقية دول المغرب العربي مرتفع للغاية، لا سيما في ليبيا التي تُعاني من أزمة لا تزال مستمرة، حيث أدّى عدم الاستقرار الاجتماعي والسياسي إلى اندلاع الحرب الأهلية الليبية. وقد أدّى هذا الصراع، الذي نشبت شرارته في عام 2011، إلى وجود حكومتين متحاربتين في ليبيا، في طرابلس وبنغازي على التوالي. وتعترف الأمم المتحدة بالحكومة الأولى، بينما تقع موارد النفط الليبية في منطقة بنغازي.

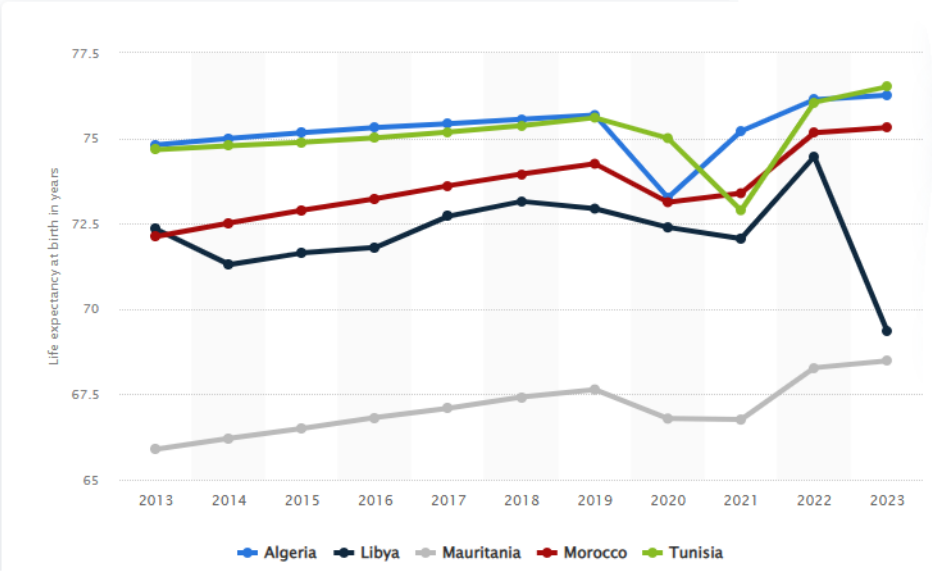
إنّ دمج منطقة المغرب العربي في القطاعين المالي والتقني العالمي عملية تستغرق وقتًا طويلاً، لكنها تزخر بالإمكانيات. وعلى وجه الخصوص، يُمكن للهجة التصالحية التي أظهرها ملك المغرب، محمد السادس، أن تُوحّد المنطقة. ومع تراجع التوترات السياسية، قد تبدأ المنطقة في تحقيق قدراتها الاقتصادية[48]..

4-8. متوسط العمر المتوقع عند الولادة

بلغ متوسط العمر المتوقع في المغرب العربي عام 2023 حوالي 75.31 عامًا للمغرب و76.26عامًا للجزائر. ورغم أن البيانات الدقيقة لبقية دول المنطقة ليست حديثة العهد، تشير أرقام عام 2022 إلى حوالي 72.90 عامًا للمغرب و74عامًا للجزائر. وتُظهر هذه الأرقام تحسنًا ملحوظًا على مر العقود، ويعود ذلك بشكل رئيسي إلى التقدم في الرعاية الصحية وظروف المعيشة.

شكل رقم 2. دول المغرب العربي: متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 2013 إلى 2023

[48] https://www.statista.com/topics/4660/maghreb-region/#topicOverview.



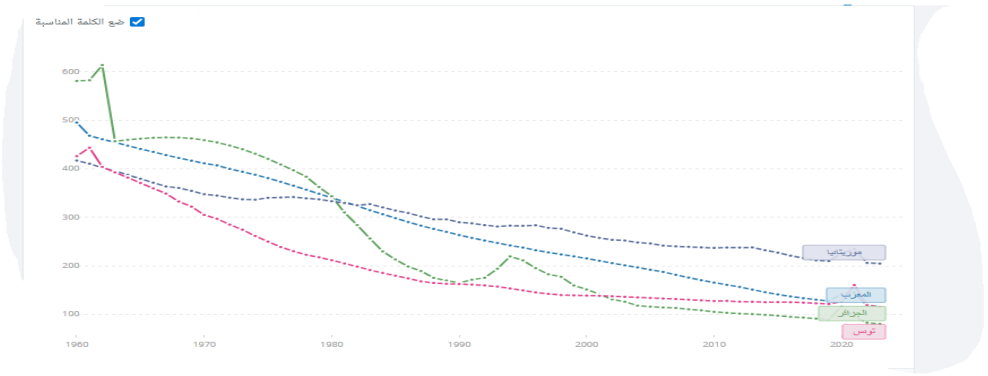
SOURCE : https://www.statista.com/statistics/796157/life-expectancy-at-birth-in-the-maghrebcountries/?srsltid=AfmBOoqQP4zgcfEmCs1uwC0Jqre78EsZwkyUyYCW5AJrFzY6py7gDggB

5-8. معدل الوفيات

خلال الفترة 1990-2015، شهد الاتجاه العام لمعدلات الوفيات الإجمالية انخفاضًا، حيث تراوحت في عام 2015 بين 547 حالة وفاة لكل 100,000 نسمة في تونس و437 حالة وفاة لكل 100,000 نسمة في الجزائر. كما شهد اتجاه الوفيات المحددة الناجمة عن الأمراض المعدية انخفاضًا، لا سيما في موريتانيا. ومن بين قائمة "العشرة الأوائل" لأسباب الوفاة، تراوحت بين أربعة وثمانية أمراض غير معدية، بما في ذلك مرض القلب الإقفاري، الذي احتل المرتبة الأولى في المغرب

العربي باستثناء موريتانيا. أما بالنسبة للأطفال دون سن الخامسة، فقد كان الخداج السبب الرئيسي للوفاة في دول المغرب العربي الخمسة عام 201549.

شكل رقم 3. معدل الوفيات، بالغون، ذكر (لكل 1000 ذكر بالغ)



SOURCE:

https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.AMRT.MA?end=2023&locations=MA-DZ-MR-TN&start=1960&view=chart

المحور 9

Sarra Melki, Zeineb Serhier, Nadir Boussouf, Sid'Ahmed Dahdi, Mohamed Khalil, Ahmed Ben Abdelaziz, Mortality in the Great Maghreb (1990-2015): causes of death and trends, Tunis Med 2019 Jan;97(1):P. 13.

دراسة مقارنة للمؤشرات الصحية لمنطقة MENA

تمهيد

تشهد منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تحوّلًا وبائيًا من ارتفاع عبء الأمراض المعدية إلى زيادة عبء الأمراض غير المعدية، على الرغم من أن توقيت وسرعة هذا التحول يختلفان من بلد لآخر

على مدى العقود القليلة الماضية، حققت الدول في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تحسينات كبيرة في تطوير نظمها الصحية وتحسين الوضع الصحي لسكانها. ومع ذلك، لا تزال المنطقة تواجه تحديات سياسية، واقتصادية كلية، واجتماعية، وصحية كبيرة ومتنوعة. في الفترة 2010–2011، **اندلعت الانتفاضات الجماهيرية بسبب ارتفاع معدلات البطالة والفقر والقمع السياسي، والمعروفة باسم الربيع العربي، في عدة دول. أدت هذه الأحداث إلى موجة من الاضطرابات الاجتماعية والسياسية التي تركت آثارًا طويلة الأمد في جميع أنحاء المنطقة**. لا **تزال العراق وليبيا وسوريا واليمن غارقة في صراعات عنيفة طويلة الأمد. أما الدول الأخرى فهي أكثر استقرارًا لكنها تشهد تغييرات وإصلاحات كبيرة**[50].

يتميز قطاع الصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بتنوعه، حيث تتراوح أنظمته بين الرعاية الأولية الممتازة والتحديات التي تواجهها. وتستثمر دول المنطقة في تحديث بنيتها التحتية، وتبني تقنيات جديدة كالتطبيب عن بُعد والذكاء الاصطناعي لتحسين الكفاءة، وتسعى جاهدةً لإدارة الأمراض المزمنة كالسرطان. وتعمل منظمات مثل منظمة ACCESS Health International والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر على تعزيز أنظمتها الصحية ودعم الفئات السكانية الضعيفة.

حققت دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا **تقدمًا هائلاً في خفض وفيات الأمهات والأطفال دون سن الخامسة**. فقد انخفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 50% في المنطقة بين عامي 1990 و2015 (من 220 إلى 110 حالات وفاة لكل 100,000 ولادة حية)؛ وانخفضت معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 59% في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بين عامي 1990 و2015 (من 71 إلى 29 حالة وفاة لكل 1,000 ولادة حية). وكانت اتجاهات معدل وفيات حديثي الولادة مماثلة لتلك الخاصة بمعدل وفيات الأمهات والأطفال دون سن الخامسة

[50] USAID, Health Trends in the Middle East and North Africa A Regional Overview of Health Financing and the Private Health Sector, Rockville, MD: Abt Associates Inc.,July 2018, P.4.

(انخفاض بنسبة 49% بين عامي 1990 و2015)، ويبلغ معدل وفيات حديثي الولادة الحالي حوالي 15 حالة وفاة لكل 1,000 ولادة حية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا[51].

من الجدير بالملاحظة عدم التوازن في التقدم داخل البلدان، حيث لا تحرز جميع شرائح السكان تقدمًا بنفس المعدل. تتمتع البلدان ذات الدخل المرتفع بتغطية أفضل لخدمات بقاء الأم والوليد والطفل، مثل زيارات رعاية ما قبل الولادة، والقابلات الماهرات، والحماية من كزاز حديثي الولادة، والتطعيم ضد الحصبة. علاوة على ذلك، تتكرر أوجه عدم المساواة والاختناقات بين البلدان داخل الحدود الوطنية[52].

لم تشهد الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تغيرًا يُذكر منذ عام 1990. ولا تزال مضاعفات الحمل والولادة، مثل النزيف (حوالي 20٪)، وارتفاع ضغط الدم (حوالي 15٪)، وتسمم الدم لدى الأم والالتهابات الأخرى (حوالي 10٪)، والولادة المتعسرة (حوالي 10٪)، والإجهاض (حوالي 13٪)، الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات. وتُمثل هذه الأسباب، التي يُمكن الوقاية منها، مجتمعةً ما يقرب من 70٪ من جميع وفيات الأمهات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ورغم انخفاض نسبة وفيات الأطفال الناجمة عن الالتهاب الرئوي والإسهال منذ عام 2000، إلا أن هذه الأسباب التي يُمكن الوقاية منها لا تزال تُمثل الأسباب الرئيسية لوفيات ما بعد الولادة في المنطقة[53].

لسنوات عديدة، عانت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من صراعات مستمرة، مما أثر سلبًا على صحة الفئات الأكثر ضعفًا، من النساء والأطفال. وقد تفشت الأمراض في أجزاء عديدة من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وخاصةً في البلدان المتضررة من النزاعات. ويُعدّ تفشي فيروس شلل الأطفال البري في سوريا والكوليرا في اليمن من الأمثلة على استمرار تحديات الصحة

51 https://www.unicef.org/mena/health.

52 IBID.

53 IBID.

العامة في هذه المنطقة. ويُشكّل تدهور النظام الصحي في بلدان المنطقة المتضررة من النزاعات تحديًا خطيرًا أمام تمتع الأطفال بحقهم في الصحة[54].

تُركز هذه النظرة العامة على وضع الصحة العامة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا على الوضع الصحي في المنطقة؛ والاتجاهات الديموغرافية والوبائية؛ والأنشطة المُنفَّذة بالفعل، بما في ذلك المساعدة في تحسين صحة السكان؛ وتحديد الفجوات في الجهود الحالية؛ وآثارها على استراتيجية الصحة العامة الإقليمية المستقبلية. وقد تحققت تحسينات كبيرة في الوضع الصحي ومعدلات الاعتلال والوفيات، ويعود ذلك إلى حد كبير إلى تقديم الخدمات الصحية وبرامج الصحة العامة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية. فقد انخفض معدل وفيات الرضع، وارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة. وعلى الرغم من الإنجازات الكبيرة، إلا أن تحديات هائلة تقف في طريق تحقيق الصحة المثلى للجميع. ولا تزال الأمراض المعدية مرتفعة، بينما تتزايد الأمراض غير المعدية والإصابات مع التحضر السريع وتغير أنماط الحياة[55].

جدول رقم 8-1. مؤشر تغطية الخدمات، مؤشر الحماية المالية، ومؤشر التغطية الصحية الشاملة لأنظمة الصحة في دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

[54] https://www.unicef.org/mena/health.

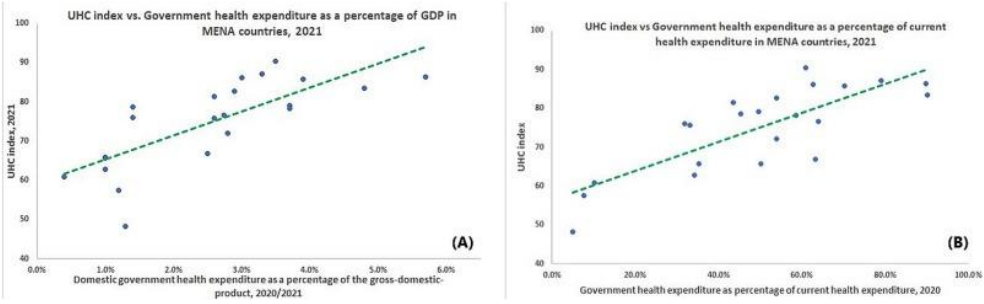
[55] https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/1cadef2b-9a2a-5704-9e9b-8696ac502d7c.

Country	Population (in thousands)	UHC legislation	Service Coverage (SC) index	Financial protection (FP) index	UHC index
Afghanistan	40,099	No	40.9	80.9	57.5
Bahrain	1463	Yes	76.0	97.5	86.1
Djibouti	1106	No	43.9	98.4	65.7
Egypt	109,262	No	70.2	82.3	76.0
Iran, Islamic Republic of	87,923	No	74.3	91.9	82.7
Iraq	43,534	No	58.5	88.8	72.1
Jordan	11,148	Yes	64.9	96.5	79.1
Kuwait	4250	Yes	77.8	95.9	86.4
Lebanon	5593	No	72.6	79.0	75.7
Libya	6735	No	62.1	72.0	66.9
Morocco	37,077	No	69.5	95.5	81.4
Oman	4520	Yes	69.9	99.7	83.5
Pakistan	231,402	No	45.2	95.8	65.8
Palestine (Occupied Palestine territory)	5133	No	61.0	96.1	76.6
Qatar	2688	No	76.4	99.2	87.0
Saudi Arabia	35,950	No	74.4	99.1	85.9
Somalia	17,066	No	26.8	86.7	48.2
Sudan	45,657	No	43.5	90.4	62.8
Syrian Arab Rep.	21,324	No	64.1	96.4	78.6
Tunisia	12,263	Yes	67.1	91.2	78.2
United Arab Emirates	9365	Yes	81.8	99.8	90.3
Yemen	32,982	No	42.5	87.2	60.9

تشمل الدراسة الحالية 22 دولة يزيد عدد سكانها عن 722 مليون نسمة، ما يمثل أكثر من 9.2٪ من سكان العالم [22]. يوضح الجدول 1 نتائج مؤشر التغطية الصحية الشاملة، الذي

يتراوح من حد أدنى يبلغ 48.2 (الصومال) إلى 90.3 (الإمارات العربية المتحدة) مع متوسط إقليمي، والوسيط، والانحراف المعياري بلغ 74.9، 77.4، و11.1 على التوالي. سجلت جميع دول منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا مؤشرات SC أقل من مؤشرات .FP فقط ست دول من أصل 22 دولة في المنطقة قد سنّت تشريعات لتوثيق التزامها بالتغطية الصحية الشاملة: البحرين، الأردن، الكويت، عمان، تونس، والإمارات العربية المتحدة (الجدول 1). تظهر الشكل 1 التفاوت في توزيع مؤشرات التغطية الصحية الشاملة بناءً على مجموعات الدخل الوطني. وتشير الاتجاهات إلى زيادة مؤشر التغطية الصحية الشاملة مع دخل الدولة، حيث توجد أدنى قيمة لمؤشر التغطية الصحية الشاملة في الدول ذات الدخل المنخفض والعكس صحيح[56].

شكل رقم 8-1. الإنفاق الحكومي المحلي العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي ومؤشر التغطية الصحية الشاملة



تشير البيانات إلى وجود علاقة إيجابية قوية توحي بأن زيادة الإنفاق/الاستثمار الحكومي المحلي على الصحة يُحسن مؤشر التغطية الصحية الشاملة. تظهر المرونة المقدرة بقيمة +0.228 أن

[56]Ahmed Hamood Alshehari [a], Abdulhakim Ali Al-Selwi [a], Sergius Alex Agu [b], Mohammed Amine Younes, Measuring progress towards universal health coverage in 22 Middle East and North African countries, Dialogues in Health, Volume 5, December 2024, 100191 , P.2.

زيادة بنسبة نقطة مئوية واحدة في الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي يرفع مؤشر التغطية الصحية الشاملة بنسبة 0.228٪. وبالمثل، كانت هناك علاقة إيجابية كبيرة بين الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الإنفاق الصحي الحالي ومؤشر التغطية الصحية الشاملة، r(20) = +0.794، p ≤0.001. تعرض الشكل 2ب علاقة إيجابية قوية بين الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الإنفاق الصحي الحالي ومؤشر التغطية الصحية الشاملة، مما يشير إلى أن زيادة مساهمة الحكومة في توفير الصحة وتمويلها (بالنسبة لإنفاق الأسر المباشر وتمويل الجهة المانحة أو الخارجي) يحسن مؤشر التغطية الصحية الشاملة. وتُشير المرونة المقدرة بقيمة +0.266 إلى أن زيادة بنسبة نقطة مئوية واحدة في مساهمة الحكومة في إجمالي الإنفاق الصحي ترفع مؤشر التغطية الصحية الشاملة بنسبة 0.266٪[57].

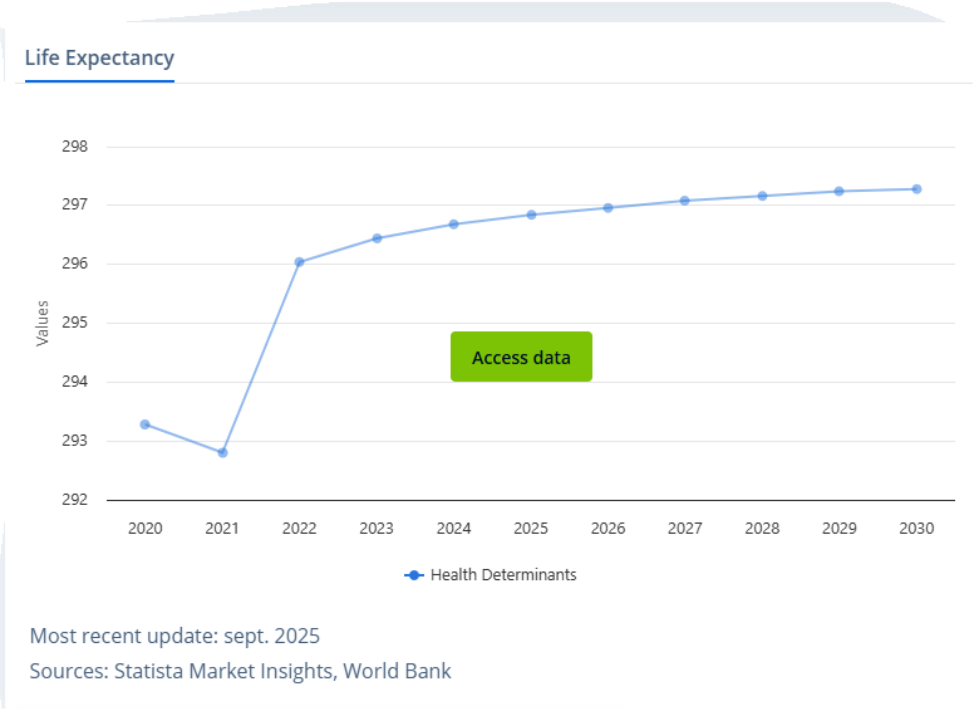
كما هو متوقع، هناك ترابط كبير جدًا بين درجات وترتيب الدول في مؤشر متوسط العمر المتوقع (LEI) ومؤشر العمر المتوقع الصحي .(HLEI) وعلى الرغم من وجود ترابط قوي، يوفر الشكل A 1 مبررًا لحساب الأخير، حيث تظهر بعض الدول، ومعظم الدول العربية، انحرافًا كبيرًا عن المعدل في هذا الصدد. ويتضح هذا بوضوح من موقع معظم الدول العربية أسفل خط الانحدار، مما يشير إلى درجات أقل بشكل غير متناسب في HLEI مقارنةً بـ .LEI

تحقق العديد من الدول درجات أعلى من الدول العربية من حيث مؤشر العمر الصحي المتوقع .(HLEI)في الواقع، كما هو موضح في الجدولA.2 ، الموجود في الملحق 2، تظهر بعض الدول، مثل كولومبيا وقبرص وهندوراس وبيرو، مرتبة عالية بشكل خاص من حيث مؤشر العمر الصحي المتوقع مقارنةً بمؤشر العمر المتوقع .(LEI) ومع ذلك، بالنسبة لغالبية الدول، هناك علاقة قوية

[57]Ahmed Hamood Alshehari [a], Abdulhakim Ali Al-Selwi [a], Sergius Alex Agu [b], Mohammed Amine Younes, Measuring progress towards universal health coverage in 22 Middle East and North African countries, Dialogues in Health, Volume 5, December 2024, 100191 , P.3.

بين المؤشرين، حيث تحقق العديد من الدول أداءً جيدًا على كلا المؤشرين LEI و .HLEI من بين الدول العربية، تحقق الأردن فقط أداءً جيدًا على كلا المؤشرين.

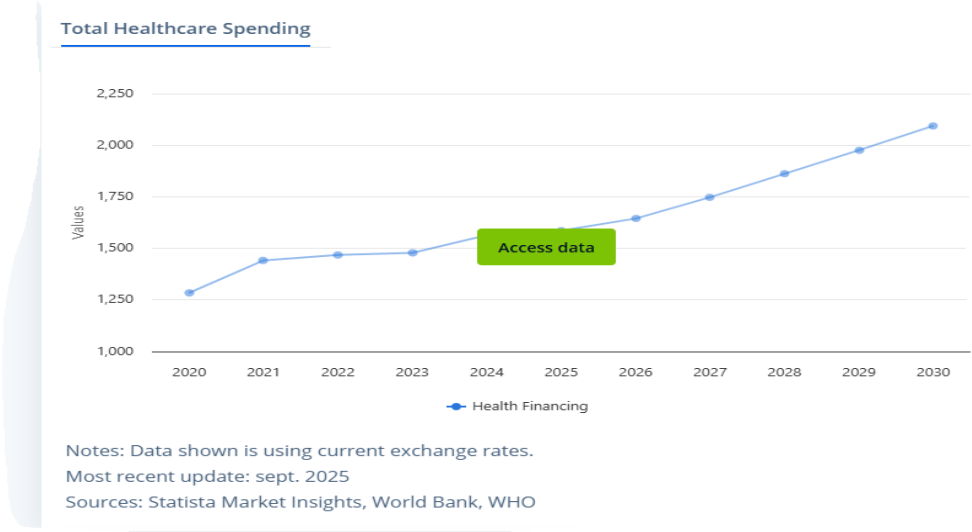
شكل رقم 8-2. تطور معدل الأمل في الحياة منذ سنة 2020



خلال العقود الماضية، شهد الإنفاق على الرعاية الصحية زيادة في العديد من الدول، وتتبع منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا نفس النمط بشكل رئيسي بسبب ارتفاع أسعار التكنولوجيا الصحية، وزيادة الوعي بالصحة، وتغير نمط الحياة. ونتيجة لذلك، تواجه أنظمة الرعاية الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تحديًا كبيرًا لمجاراة الطلب المتزايد على

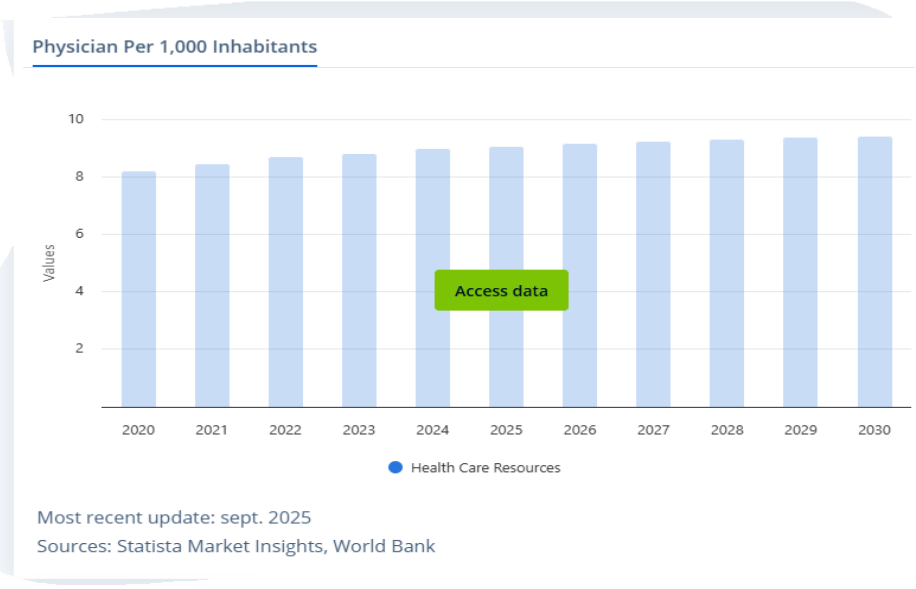
الرعاية الصحية نتيجة للنمو السكاني السريع، والزيادة المستمرة في عدد كبار السن، وارتفاع انتشار الأمراض المزمنة وغير المعدية[58].

شكل رقم 8-3. تطور النفقات الصحية منذ سنة 2020



58 Bander Balkhi1*, Dhfer Alshayban2 and Nawaf M. Alotaibi3, Impact of Healthcare Expenditures on Healthcare Outcomes in the Middle East and North Africa (MENA) Region: A Cross-Country Comparison, 1995–2015, Frontiers in Public Health
February 2021, P.1.

شكل رقم 8-4. تطور عدد الأطباء بالنسبة ل 1000 ساكن منذ سنة 2000



شكل رقم 8-5. تطور عدد الممرضين بالنسبة ل 1000 ساكن منذ سنة 2000



يمكن فهم تمويل الصحة بمعنيين، واسع وضيّق. في المعنى الواسع، يتعلق بالموارد التي يتم تعبئتها واستخدامها لتحسين حالة الصحة لدى السكان وحمايتهم من عوامل الخطر التي قد تضر بتطورهم العقلي والاجتماعي والجسدي. أما في المعنى الضيق، فيركز على تمويل مكونات ووظائف نظام الرعاية الصحية الذي يهدف إلى تلبية الاحتياجات الصحية للسكان. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يُعرف تمويل الصحة بأنه "وظيفة في نظام الصحة تهتم بتعبئة وتراكم وتخصيص الأموال لتغطية احتياجات الناس الصحية، فردياً وجماعياً، في النظام الصحي. وهدف تمويل الصحة هو توفير التمويل، بالإضافة إلى وضع الحوافز المالية المناسبة لمقدمي الخدمة، لضمان وصول جميع الأفراد إلى الرعاية الصحية العامة والشخصية الفعالة" (منظمة الصحة العالمية2010).[59]

[59] USAID, Health Trends in the Middle East and North Africa A Regional Overview of Health Financing and the Private Health Sector, Rockville, MD: Abt Associates Inc.,July 2018, P.4.

المحور 10

دراسة مقارنة للمؤشرات الصحية لدول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OCDE)

تمهيد

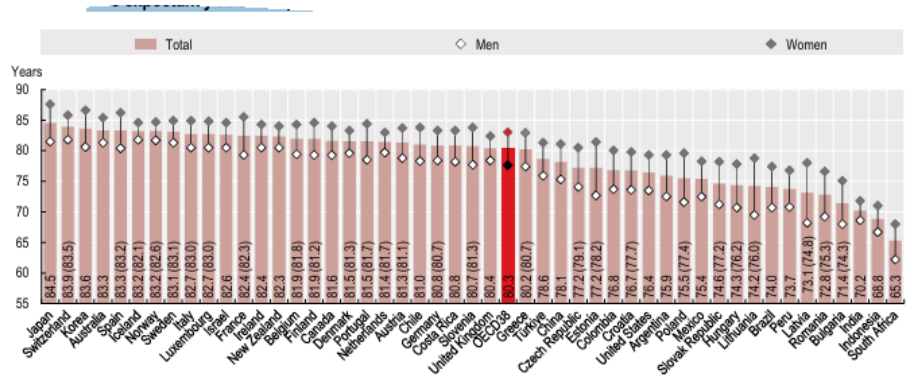
منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) هي منظمة دولية تعمل كمنتدى للدول للتعاون في السياسات الاقتصادية والتنمية. تعمل مع أكثر من 100 دولة لتعزيز السياسات التي تحسن الأداء الاقتصادي، مكافحة تغير المناخ، تعزيز التعليم، ومكافحة التهرب الضريبي الدولي. كما تحدد منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية قواعد للضرائب الدولية وتوفر منصة لتبادل البيانات وأفضل الممارسات في السياسات العامة.

1-10. متوسط العمر المتوقع عند الولادة

بينما زادت متوسطات العمر المتوقع في جميع دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية خلال نصف القرن الماضي، إلا أن التقدم كان يتباطأ في العقد الذي سبق جائحة كوفيد-19، وشهدت العديد من الدول انخفاضات واضحة في متوسط العمر المتوقع خلال الجائحة. في عام 2021، بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة 80.3 سنة في جميع دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (الشكل 3.1). تصدرت اليابان وسويسرا وكوريا مجموعة كبيرة من 27 دولة عضو في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية تجاوز فيها متوسط العمر المتوقع عند الولادة 80 سنة. وكانت هناك مجموعة ثانية، بما في ذلك الولايات المتحدة، بلغ فيها متوسط العمر المتوقع بين 75 و80 سنة. وسجلت لاتفيا وليتوانيا والمجر وجمهورية سلوفاكيا أدنى متوسطات عمر متوقعة بين دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، بأقل من 75 سنة. وتشير البيانات الأولية من يوروسطات لعام 2022 إلى انتعاش قوي في متوسط العمر المتوقع في العديد من دول أوروبا الوسطى والشرقية، لكن الصورة كانت متباينة في دول أوروبية أخرى، بما في ذلك انخفاض بمقدار نصف سنة أو أكثر في آيسلندا وفنلندا والنرويج[60].

[60] OCDE , Health at a Glance 2023 OECD INDICATORS, OECD Publishing, Paris 2023, P.62.

شكل رقم 10-1.متوسط العمر المتوقع عند الولادة حسب الجنس، 2021 و2022 (أو أقرب سنة)



Note: Latest available data for the United Kingdom 2020; and for Türkiye 2019. Provisional 2022 values in brackets.
Source: OECD Health Statistics 2023, Eurostat 2023 for EU countries plus Iceland, Norway and Switzerland.

10-2. اتجاهات الوفيات بسبب جميع الأسباب

يقيس التطور في معدل الوفيات بسبب جميع الأسباب ما إذا كان، وإذا كان كذلك، إلى أي مدى، يكون إجمالي عدد الوفيات من جميع الأسباب أعلى من المتوقع عادةً لفترة معينة. هنا، يتم مقارنة أعداد الوفيات المبلغ عنها في عام 2022 بمتوسط السنوات الخمس السابقة لبداية جائحة كوفيد-19 (2015 إلى 2019). الهدف هو إنشاء مؤشر سنوي لكيفية تطور معدل الوفيات لجميع الأسباب عبر البلدان مقارنة بالوفيات قبل جائحة كوفيد-19، لرصد أي تأثيرات مباشرة أو غير مباشرة على معدلات الوفيات، وكذلك لمعرفة ما إذا كانت هناك عوامل أخرى تحافظ على ارتفاع معدل الوفيات في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. بينما أثبت التطور في معدل الوفيات لجميع الأسباب، والوفيات الزائدة، فائدته بشكل خاص في تقديم فهم أفضل لتأثير كوفيد-19 عبر البلدان([1]Morgan et al., 2020) ، إلا أنه يظل مؤشراً ذا قيمة لرصد اتجاهات الوفيات الإجمالية بعد كوفيد-19[61].

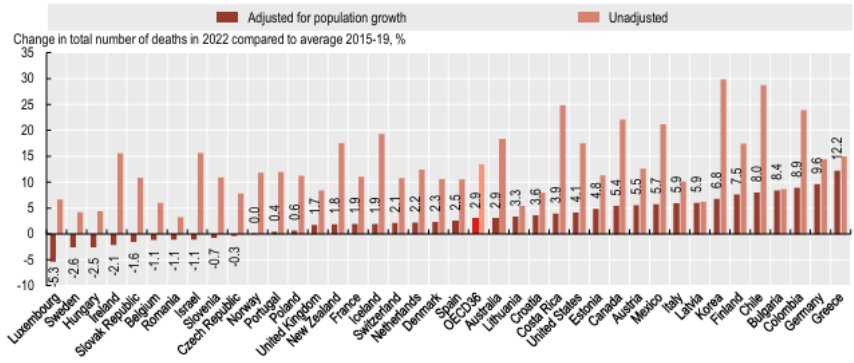
[61] OCDE , Health at a Glance 2023 OECD INDICATORS, OECD Publishing, Paris 2023, P.62.

بين عامي 2020 و2022، شهدت دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية 6 ملايين حالة وفاة إضافية مقارنة بالسنوات التي سبقت الجائحة، مع وفاة عدد أكبر من الأشخاص في عام 2022 مقارنةً بمتوسط السنوات الخمس السابقة في جميع دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية باستثناء تسع دول فقط. إن استخدام أرقام الوفيات لجميع الأسباب المعدلة حسب نمو السكان الوطني يأخذ في الاعتبار أن العديد من الدول قد شهدت تغييرات كبيرة في حجم السكان وتركيبهم – نتيجة شيخوخة السكان والهجرة – والتي يمكن أن يكون لها تأثير كبير على إجمالي الوفيات. وقد مرت جميع دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية تقريبًا بهذه التغيرات الديموغرافية السريعة، حيث ازداد متوسط عدد السكان الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا فأكثر بنسبة 19% بين عامي 2015 و2022 (مورغان، قريبًا[2]). لذلك، عند استخدام معدلات الوفيات غير المعدلة، يتم المبالغة بشكل كبير في تقدير المعدلات في جميع الدول التي تتوفر لها بيانات قابلة للمقارنة عن الوفيات لجميع الأسباب[62].

متوسط التغير في إجمالي عدد الوفيات في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية في عام 2022 مقارنة بالفترة 2015-2019 كان زيادة بنسبة 2.9٪ عند النظر في عدد الوفيات المعدل وفقًا لنمو السكان الوطني، بينما كانت الزيادة 13.2٪ عند استخدام معدلات الوفيات غير المعدلة (الشكل 9-2).

[62] OCDE , Health at a Glance 2023 OECD INDICATORS, OECD Publishing, Paris 2023, P.64.

شكل رقم 10-2. التطورفي معدل الوفيات من جميع الأسباب، 2022

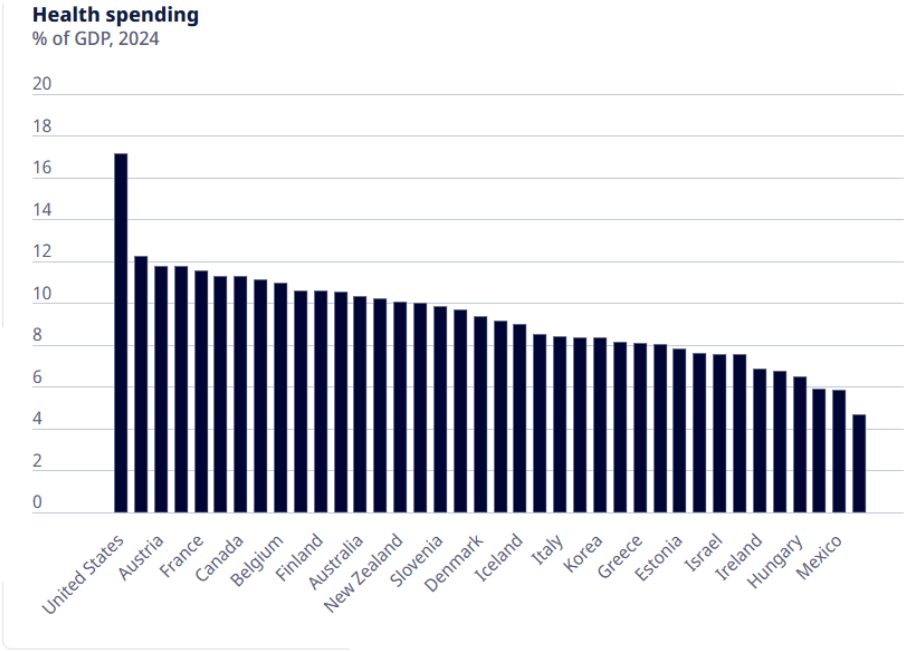


Source: OECD Health Statistics 2023.

10-3. نفقات الصحية

الإنفاق الصحي هو الاستهلاك النهائي للسلع والخدمات الصحية، حيث يشمل الرعاية الصحية الشخصية (مثل العلاجية والتأهيلية والرعاية طويلة المدى، والخدمات المساعدة والسلع الطبية) والخدمات الجماعية (مثل الوقاية والصحة العامة وإدارة الصحة)، لكنه يستثني النفقات الاستثمارية. يتم تمويل الرعاية الصحية من خلال خطط "الحكومة/الإلزامية" (الإنفاق العام والتأمين الصحي الإلزامي) وخطط "تطوعية" (التأمين التطوعي، والمدفوعات الشخصية، والمنظمات غير الحكومية، والشركات الخاصة).

شكل رقم 10-3. النفقات الصحية كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي لسنة 2024



SOURCE: www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html

تشكل النفقات الصحية شرطًا مسبقًا هامًا لأداء الرعاية الصحية. وقد درست الدراسة الحالية تأثير النفقات الصحية على النتائج الصحية باستخدام معدل وفيات الأطفال ومتوسط العمر المتوقع كمؤشرات في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية .(OECD) وتساهم الدراسة في إثراء الأدبيات من خلال دراسة تأثير النفقات الصحية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية الأخرى على النتائج الصحية في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. وأكدت النتائج التأثير السلبي للنفقات الصحية على معدل وفيات الأطفال والتأثير الإيجابي على متوسط العمر المتوقع في الدول التي شملتها الدراسة. وكشفت النتائج أيضًا عن التأثير السلبي للدخل وتلوث

الهواء وعدد الأطباء على معدل وفيات الأطفال، بينما كان التأثير إيجابيًا على متوسط العمر المتوقع[63].

استنادًا إلى التأثير الإيجابي للنفقات الصحية على نتائج الصحة، من الضروري أن تسهل الحكومة نظام الرعاية الصحية والنظام الصحي بشكل عام من خلال دعمه باستمرار من خلال الإنفاق الصحي المنتج والسياسات المناسبة وفي الوقت المناسب. هناك حاجة لتعزيز أسس النظام الصحي وزيادة عدد الكوادر الطبية مثل الأطباء. ومع ذلك، فإن زيادة النفقات الصحية في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية في السنوات الأخيرة تثير مخاوف جدية بشأن الاستدامة المالية على المدى الطويل. لذلك، بالإضافة إلى الإنفاق الصحي، يجب على الحكومة التركيز على تدابير أخرى مثل الاقتصادية والبيئية التي تضمن نتائج صحية إيجابية. لهذا الغرض، يجب على الحكومة العمل على تضمين صوت المرضى أثناء صياغة السياسات الصحية للحصول على نتائج منتجة بأقل تكلفة .تحتاج دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية إلى حماية جودة البيئة. فالتدهور البيئي يزيد من حدوث الأمراض مما يؤدي إلى زيادة نفقات الصحة. لذلك، يجب على دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية التركيز على تعزيز استهلاك الطاقة المتجددة.

63 Asim Anwar [1,*], Shabir Hyder [1], Norashidah Mohamed Nor [2], Mustafa Younis, Government health expenditures and health outcome nexus: a study on OECD countries, Front Public Health 2023 Apr 17;11 , P.05.

المراجع

ARTICLES :

1. بومعراف الياس، صاولي مراد، محددات الصحة في دول المغرب العربي- دراسة قياسية خلال الفترى (1995-2014)، مجلة الدراسات الاقتصادية والمالية، جامعة حمة لخظر الوادي، العدد 10، الجزء 02، 2017.
2. Ahmed Hamood Alshehari a, Abdulhakim Ali Al-Selwi a, Sergius Alex Agu b, Mohammed Amine Younes, Measuring progress towards universal health coverage in 22 Middle East and North African countries, Dialogues in Health, Volume 5, December 2024, 100191.
3. Anita Burrell, Characteristics and a List of Health Indicators, American Journal of Preventive Medicine and Public Health, 2022 VOL 8, NO. 8.
4. Asim Anwar 1,*, Shabir Hyder 1, Norashidah Mohamed Nor 2, Mustafa Younis, Government health expenditures and health outcome nexus: a study on OECD countries, Front Public Health 2023 Apr 17;11.
5. Bander Balkhi1*, Dhfer Alshayban2 and Nawaf M. Alotaibi3, Impact of Healthcare Expenditures on Healthcare Outcomes in the Middle East and North Africa (MENA) Region: A Cross-Country Comparison, 1995–2015, Frontiers in Public Health February 2021.
6. Charla B. Johnson, Brenda Luther, Andrea S., Wallace Marjorie ,Gibson Kulesa, Social Determinants of Health What Are They and How Do We Screen, Orthopaedic Nursing • March/April 2022 • Volume 41 • Number 2.
7. Charles Larson 1, Alec Mercer, Global health indicators: an overview, CMAJ. 2004 Nov 9;171(10):1199–1200.
8. Elham Hosseinzadeh, Marziyeh Afkanpour, Mehri Momeni & Hamed Tabesh, Data quality assessment in healthcare, dimensions, methods and tools: a systematic review, BMC Medical Informatics and Decision Making volume 25, Article number: 296 (2025).
9. Fahad Saleem, Economic Determinants of Public Health: A Comprehensive Analysis, Health Economics and Outcome Research 2023, Vol. 09, Issue 02, 001.
10. Filipe Andrade Bernardi 1,✉, Domingos Alves 1,#, Nathalia Crepaldi 1, Diego Bettiol Yamada 1,#, Vinícius Costa Lima 1, Rui Rijo, Data Quality in Health Research: Integrative Literature Review, J Med Internet Res. 2023 Oct 31;25

11. Filipe Andrade Bernardi [1,✉,#], Domingos Alves [1,#], Nathalia Crepaldi [1], Diego Bettiol Yamada [1,#], Vinícius Costa Lima [1], Rui Rijo, Data Quality in Health Research: Integrative Literature Review, J Med Internet Res. 2023 Oct 31;25
12. Flavia Carle (1), Lidia Di Minco (2), Edlira Skrami (1), Rosaria Gesuita (1), Luigi Palmieri (3), Simona Giampaoli (3), Giovanni Corrao (4, Quality assessment of healthcare databases, Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2017, Volume 14, Number 3, Suppl. 2, p.e12901-1.
13. Giampaoli (3), Giovanni Corrao (4, Quality assessment of healthcare databases, Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2017, Volume 14, Number 3, Suppl. 2, p.e12901-3.
14. Joseph Pizzorno, Stacie Stephenson, Health Care System and Addressing the Determinants of Health, Integr Med (Encinitas)2017 Feb;16(1):16–18.
15. Thomas Schramme , Health as Complete Well-Being: The WHO Definition and Beyond, National Library of Medicine, pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10849326/ .

REPORTS:

1. USAID, Health Trends in the Middle East and North Africa A Regional Overview of Health Financing and the Private Health Sector, Rockville, MD: Abt Associates Inc.,July 2018.
2. OCDE , Health at a Glance 2023 OECD INDICATORS, OECD Publishing, Paris 2023.
3. Jeanette Pope , Selecting health indicators in population health: Notes on choosing health indicators for the National Biomedical Risk Factor Survey, AHMS Working Paper Series No. 2, Public Health Information Development Unit, Commonwealth of Australia 2003, ublished online by Public Health Information Development Unit, The University of Adelaide.
4. USAID, Health Trends in the Middle East and North Africa A Regional Overview of Health Financing and the Private Health Sector, Rockville, MD: Abt Associates Inc.,July 2018, P.4.

WEB:

1. canadian institute of health information (CIHI), https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/health-system-performance-measurement/what-is-an-indicator (14/11/2025).
2. CDC , https://www.cdc.gov/nchs/ppt/nchs2012/li-18_churchill.pdf (14/11/2025).
3. CIHIcanadian institute of health information, https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/health-system-performance-measurement/what-is-an-indicator (14/11/2025).
5. Conduent Healthy Communities Institute, Indicator classification definitions, help.healthycities.org/hc/en-us/articles/219556268-Indicator-classification-definitions.,
4. CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD HEALTH ORGANIZATION, www.who.int/about/governance/constitution (12/11/2025).
6. Global Health Data Methods, Measurement of indicators, https://globalhealthdata.org/measurement-of-health-indicators/,
7. Global Health Data Methods: Health indicators, globalhealthdata.org/health-indicators/#:~:text=To%20measure%20attainment%20of%20this%20goal%2C%20the%20WHO,economic%2C%20provision%20of%20health%20care%20and%20health%20status.
5. https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-1-4020-5614-7_1420.

8. https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/1cadef2b-9a2a-5704-9e9b-8696ac502d7c.
6. https://testbook.com/ias-preparation/health-indicators.
7. https://testbook.com/ias-preparation/health-indicators.
9. https://www.ispor.org/docs/default-source/intl2023/ispor23rezaig-et-al-poster-healthcare-system-maghreb-pdf.pdf?sfvrsn=1e7ef345_0.
8. https://www.prepladder.com/neet-pg-study-material/social-and-preventive medicine/understanding-health-indicators-importance-types.
10. https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/mortality (22/11/2025).
9. https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/health-indicators (14/11/2025).
11. https://www.statista.com/topics/4660/maghreb-region/#topicOverview.
12. https://www.unicef.org/mena/health.
13. https://www.unicef.org/mena/health.
14. L. Mahi1 · A. Kettani, Issues And Progress Of Health Systems In The Maghreb Countries, Volume 17, Issue 3pA147May 2014
15. Lack N, Bréart G, Bloch VVH, Gissler M, Göpel W, Haumont D, Hummler H, Loureiro B, Vavouraki E, Zeitlin J, Characteristics of health indicators, https://newborn-health-standards.org/standards/standards-english/data-collection-documentation/characteristics-of-health-indicators/
10. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine , Accounting for Health and Health Care: Approaches to Measuring the Sources and Costs of Their Improvement , The National Academies Press 2010.

16. National Library of Medecine , Health Data Sources, www.nlm.nih.gov/oet/ed/stats/03-100.html (16/11/2025).
17. OECD, https://www.oecd.org/en/data/indicators/length-of-hospital-stay.html
18. Sarra Melki, Zeineb Serhier, Nadir Boussouf, Sid'Ahmed Dahdi, Mohamed Khalil, Ahmed Ben Abdelaziz, Mortality in the Great Maghreb (1990-2015): causes of death and trends, Tunis Med 2019 Jan;97(1):P. 13.
11. The Office of Disease Prevention and Health Promotion, Social Determinants of Health, https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health.
12. THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA, Measuring health related quality of life, https://patientreportedoutcomes.ca/2013/03/26/measuring-health-related-quality-of-life/ .
19. WORKD HEALTH ORGANISATION, Determinants of health, https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health (13/11/2025).
20. WORLD HEALTH ORGANISATION, Glossary of health data, statistics and public health indicators. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO,P.9.
21. World Health Organization,Global reference list of 100 core health indicators: working version 5.World Health Organization, Geneva, 2014.
22. www. ar.statisticseasily.com/-قاموس-مصطلحات/ما-هي-مؤشرات-الصحة-وفهم-المقاييس-الرئيسية/