

Distr.: General
16 December 2008
Arabic
Original: English

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



اللجنة الإحصائية

الدورة الأربعون

٢٤-٢٧ شباط/فبراير ٢٠٠٩

البند ٣ (ز) من جدول الأعمال المؤقت*

بنود للمناقشة واتخاذ القرار: إحصاءات الصحة

تقرير الفريق العامل المشترك بين الأمانات المعني بإحصاءات الصحة

مذكرة من الأمين العام

يتشرف الأمين العام بأن يجيل، بناء على طلب من اللجنة الإحصائية في دورتها التاسعة والثلاثين**، تقرير الفريق العامل المشترك بين الأمانات المعني بإحصاءات الصحة. ويرجى من اللجنة النظر في الاقتراحات التي قدمها الفريق العامل المشترك بين الأمانات والموافقة عليها. وعلى وجه التحديد، يقترح الفريق العامل مواصلة تطوير إطار العمل خلال السنة القادمة ويدعو إلى عقد اجتماع لفريق الخبراء لاستعراض إطار العمل وتقييمه فور الانتهاء من صياغة المشروع الأولي.

تقرير الفريق العامل المشترك بين الأمانات المعني بإحصاءات الصحة

أولا - موجز وقائع الاجتماع

١ - عقد الفريق العامل المشترك بين الأمانات المعني بإحصاءات الصحة اجتماعه الخامس (التأم على جلسيتين) في شنغهاي، الصين، في ١٣ و ١٧ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٨،

* E/CN.3/2009/1

** انظر الوثائق الرسمية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، ٢٠٠٨، الملحق رقم ٤ (E/2008/24)، الفصل الأول، باء، المقرر ١١٥/٣٩.



بالتزامن مع انعقاد مؤتمر الرابطة الدولية لإحصاءات الرسمية. وترأست جلستي الاجتماع كليهما جينيفر مادانز (الولايات المتحدة). وشارك في الاجتماع ممثلون عن البلدان التالية: أستراليا، والبرازيل، والفلبين، وكندا، والنرويج، والولايات المتحدة (لم يتمكن ممثل جنوب أفريقيا من الحضور). وبالإضافة إلى ذلك، رعى الفريق العامل دورة للرابطة الدولية لإحصاءات الرسمية ركزت على استعمال البيانات الإدارية المتعلقة بإحصاءات الصحة. ونظمت الولايات المتحدة الدورة باسم الفريق العامل وترأستها، وقدمت فيها ورقات من جانب الأعضاء من جنوب أفريقيا، والفلبين، وكندا. وقدم الملاحظات الختامية العضو من البرازيل.

٢ - واقترح الفريق العامل في اجتماعه المعقود في تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٧، أن يتولى مهمة وضع إطار عمل لإحصاءات الصحة على أن يجري وضع المشروع الأولي خلال السنة التالية. ويحدد إطار العمل مضمون إحصاءات الصحة والعلاقة بين المضمون وأكثر مصادر البيانات الصحية شيوعاً. وعرض هذا الاقتراح على لجنة الأمم المتحدة الإحصائية في دورتها التاسعة والثلاثين. وأعربت اللجنة عن تأييدها للأعمال الجارية التي يقوم بها الفريق العامل لتحسين تنسيق إحصاءات الصحة، وعن تأييدها للاقتراح الداعي إلى وضع إطار للعمل. ويعمل الفريق منذ ذلك الحين على وضع الخطوط العريضة والمشروع الأول لأجزاء من إطار العمل. وعقدت اجتماعات شنغهاي لاستعراض ومناقشة مشاريع أجزاء من التقرير وضعها أعضاء الفريق العامل. وبينما لا يزال يجري وضع الإطار، فقد أرفق مشروع أولي بهذا التقرير.

٣ - ويجري وضع الإطار بسبب عدم وجود إحصاءات أساسية للصحة لتستخدمها البلدان ولغرض إجراء مقارنات شاملة بين الدول. وسيسهل هذا الإطار إجراء المزيد من التنسيق بين الهيئات الإحصائية ووزارات الصحة الوطنية. كما سيوفر آلية يمكن من خلالها توجيه التمويل الذي تقدمه الوكالات الدولية وغيرها من الجهات المانحة التي تؤيد جمع كمية كبيرة من البيانات المتعلقة بالصحة بحيث توفر المعلومات الصحية لاستخدامها على الصعيد القطري والدولي. وإن الافتقار إلى التنسيق بين الوزارات والنظام الإحصائي، وأهمية الجهات المانحة في عملية تمويل جمع البيانات يتسمان بأهمية خاصة في مجال إحصاءات الصحة. كما يؤدي الإطار المناسب إلى تحسين جودة جمع البيانات وتحليلها ونشرها، فضلاً عن تسهيل تنمية القدرات التقنية على الصعيد القطري.

٤ - ويوفر الإطار الجاري وضعه هيكلًا لتحديد أنواع المعلومات التي ينبغي جمعها، وتقييم المدى الذي تتاح فيه هذه البيانات، وتحديد الفجوات في البيانات، وتقييم جودة

البيانات، وتحديد متى تكون ثمة حاجة للمعايير الدولية من أجل دعم جمع المعلومات ذات الجودة العالية. وسيوضح الإطار، على وجه التحديد، مضمون إحصاءات الصحة، ويعكس طبيعة العلاقات القائمة بين مجالات المضمون وفي داخلها، مما يجعل من الممكن تحديد نظام شامل ومتناسك لجمع البيانات التي من شأنها أن توفر معلومات عن مجموعة من المواضيع بحيث يمكن الاستغناء عن النظم الإحصائية التجزئية أو التجميعية، وتيسير تحديد المجالات التي تظهر فيها الحاجة إلى نهج مبتكرة لجمع البيانات.

٥ - وتكفل مشاركة المجتمع الإحصائي، من خلال الفريق العامل، في وضع إطار العمل أن يجري تناول وإدماج المبادئ الأساسية للإحصاءات الرسمية التي اعتمدها اللجنة الإحصائية في نيسان/أبريل ١٩٩٤، وتعزز المساواة وتزيد من احتمال أن تصبح إحصاءات الصحة جزءاً من النظم الوطنية القائمة لجمع البيانات.

٦ - ويتضمن الفرع ١ من الإطار مناقشة سبب الحاجة إلى إطار عمل وبيّن الأهداف التي صُمِّم لتحقيقها. ويناقش في الفرع ٢، نطاق الصحة وعناصرها. وليس الغرض من ذلك فهرسة جميع بيانات جوانب الصحة أو تقييمها بل تقديم لمحة عامة عن المواضيع التي يمكن أن تدخل في نطاق إحصاءات الصحة. وتناقش في الفرع ٣ مصادر البيانات الصحية، كما هو الحال بالنسبة للفرع ٢، وليس الغرض منها فهرسة جميع بيانات المصادر الصحية والرعاية الصحية أو تقييمها، بل تقديم لمحة عامة عن هذه المصادر. ويجدد في الفرع ٤ هيكل إطار العمل. والغرض من ذلك هو التوسع في هذا الهيكل، ووصف العناصر وكيفية توافقها معاً، بما في ذلك تنظيم مختلف المواضيع في الإطار وعلاقتها ببعضها وتقديم أمثلة على التدابير المتخذة داخل كل عنصر. وسيتضمن أيضاً إجراء مناقشة للقضايا المتعلقة بصعوبة اتخاذ تدابير صحية يمكن مقارنتها على الصعيد الدولي. وسيعرض الفرع ٥، الذي لم يوضع بعد، الأعمال الجارية في مجال إحصاءات الصحة التي يمكن استخدامها لـ "ملء" إطار العمل (أي تقديم التدابير اللازمة للمفاهيم في إطار العمل)، مثل منظمة الصحة العالمية - فصيلة التصنيفات الدولية، وفريق واشنطن، ومبادرة بودابست، والأفرقة العاملة المعنية بأمراض محددة، وشبكة القياسات الصحية (المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية)، وما إلى ذلك. وثمة وثيقة غرفة اجتماعات متاحة لإبلاغ اللجنة بآخر المستجدات المتعلقة بما آلت إليه مبادرة بودابست وفريق واشنطن. وسوف يستفيد الفرع ٥ من الفروع من ١ إلى ٤ من خلال ربط التدابير بغيرها من الأعمال الجارية ومصادر البيانات الحالية. وبذلك سيكون من الممكن تحديد مكان وجود ثغرات في البيانات و/أو تحديد الحاجة إلى وضع معايير دولية.

٧ - وترد جميع فروع إطار العمل المدرجة في المرفق في شكل مشروع وقطع بعضها في صياغتها شوطاً أكبر من غيرها. ويتوقع الفريق العامل أن يجري تطوير الفروع وهي قيد

الصياغة، ولكن هذه الصيغة تعكس أفكارنا بشأن هيكل الإطار ومضمونه. وكان من الضروري، على وجه الخصوص، وضع الفروع من ١ إلى ٤ قبل البدء في الفرع ٥، الذي يجمع بين مختلف عناصر الإطار. وفي الوقت الذي يتواصل فيه العمل على وضع الإطار، سيتعين على الفريق العامل اتخاذ قرارات بشأن مدى ما يمكن أن يضم الإطار من تفاصيل، وأفضل آلية للحصول على مدخلات من الدول التي ليست حالياً أعضاء في الفريق العامل. وسيتم ذلك بأهمية بالغة في حال اتخاذ تدابير محددة بوصفها تدابير أساسية. وسيمثل عرض الإطار في اجتماع لفريق من الخبراء، كما جرى الأمر بالنسبة للإحصاءات الاجتماعية، آلية ممتازة للحصول على مدخلات من المجتمع الإحصائي الأوسع نطاقاً.

٨ - وبالإضافة إلى وضع إطار العمل، يمكن أن يوفر الفريق العامل آلية لتيسير إضفاء الطابع المؤسسي على إحصاءات الصحة من خلال العمل كحلقة وصل بين النظام الإحصائي والمنظمات المهتمة في مجال الصحة والبيانات الصحية، ولا سيما وزارات الصحة، ومنظمة الصحة العالمية وغيرها من وكالات منظومة الأمم المتحدة. وبدلاً من أن يكرر الفريق العامل الأعمال التي تقوم بها المنظمات الأخرى في مجال إحصاءات الصحة، يمكن له أن يقترح مبادرات جديدة عند الحاجة، ويمكن أن يعمل على استعراض الاقتراحات التي تقدمها الأفرقة الأخرى. ويعزز الفريق العامل المساءلة على نطاق أوسع نظراً لأن البلدان الأعضاء تمثل سلطاتها الإحصائية الوطنية ولأن الفريق العامل يقدم تقاريره إلى اللجنة الإحصائية.

٩ - وينبغي توسيع نطاق العضوية في الفريق العامل لتشمل جميع البلدان والمنظمات الدولية التي لها مصلحة في هذا الموضوع ولديها استعداد لتخصيص بعض الوقت من أجل حل المشاكل المزمنة. ومن المهم أيضاً أن يكون ثمة توازن في عضوية الفريق من حيث المناطق الجغرافية ومستوى تطور النظم الإحصائية. وسوف تسهّل أعمال الفريق العامل خلال السنوات القليلة القادمة إلى حد كبير من خلال عقد عدد محدود من الاجتماعات التي تجري وجهاً لوجه. وستكون ثمة حاجة لبعض التمويل بغية تعويض بعض المشاركين عن تكاليف سفرهم. وينظر الفريق العامل في عقد اجتماع بالتزامن مع انعقاد اجتماع المعهد الإحصائي الدولي في ديربان، جنوب أفريقيا، وفي رعاية جلسة خلال الاجتماع.

١٠ - وقد ترغب اللجنة الإحصائية في التعليق على الإطار وتقديم التوجيه بشأن مجمل النهج المتبع، وتشجيع البلدان والمنظمات الدولية الأخرى على المشاركة في أعمال الفريق العامل، والموافقة على أعماله المتواصلة في وضع إطار العمل. وقد ترغب اللجنة أيضاً في الموافقة على اقتراح عقد اجتماع لفريق خبراء يجري فيه عرض الإطار وتقييمه. وسيجري عقد اجتماع من هذا القبيل فور الانتهاء من وضع المشروع الأولي للإطار.

مشروع أولي لإطار الإحصاءات الصحية: من إعداد الفريق العامل المشترك بين الأمانات المعني بالإحصاءات الصحية، تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٩

الفرع ١ - الحاجة إلى وضع إطار للإحصاءات الصحية

لقد تأخر مجال الإحصاءات الصحية عن غيره من مجالات الإحصاء، لا سيما فيما يتعلق بجمع معلومات أساسية موثوق بها وفي أوانها عن الصحة من أجل إتاحة استعمالها داخل البلدان ولإجراء مقارنات شاملة لعدة بلدان. ويتمثل أحد أسباب ذلك التأخر في أن الصحة ونظم الصحة يتسمان بتعقيد بالغ. وفضلا عن ذلك، ينعلم التنسيق في معظم البلدان في عملية جمع الإحصاءات الصحية ونشرها، وهو أمر يرتبط في حد ذاته بعدم وجود إطار واضح المعالم وما يتصل به من معايير لوضع إحصاءات صحية مماثلة لتلك التي وضعتها، على سبيل المثال، منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي من أجل التعليم (http://www.oecd.org/LongAbstract/0,3425,en_2649_37455_31603886_1_1_1_37455,00html) والتي صاغها فريق كانبرا التابع للجنة الأمم المتحدة الإحصائية بشأن إحصاءات دخل الأسر المعيشية (<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/canberra.htm>)، وتمثل الحاجة إلى تحسين التنسيق بين الهيئات الإحصائية ووزارات الصحة الوطنية انشغالا بالغا تنبغي معالجته. كما تتأثر إتاحة الإحصاءات الصحية والاتقاء بجودتها تأثرا كبيرا بواقع أن أكثرية المعلومات الصحية المجمعة في العديد من البلدان تمول وتدار من جانب وكالات دولية أو غيرها من الأطراف المانحة التي تركز أساسا على مراقبة أنشطة برنامجية محددة. ومن ثم، فإن ذلك يؤدي إلى تفتيت النظام الصحي مما لا يفي بالمطلبات الأساسية لوضع إحصاءات صحية إما لتوفيرها للاستعمال من قبل البلدان أو لإجراء مقارنات شاملة لعدة بلدان.

ومن شأن وضع إطار شامل واعتماده أن يرفع من مستوى التنسيق ويرتقي بالجودة في عملية جمع المعلومات الصحية وتحليلها ونشرها، وذلك لتحقيق الهدف الأسمى المتمثل في تحسين النتائج الصحية. وتوفر الأطارات التوجيه لوضع الإحصاءات وتنظيمها. وفي القطاعات التي تتمتع بوجود إطارات دولية لإنتاج الإحصاءات، فإن تلك الأطارات تساعد في تسهيل تنسيق النظم والأنشطة الإحصائية وتحسينها عن طريق تحديد الثغرات وكذا المجالات التي تفتقر إلى التطوير. ونتيجة لذلك، يوفر الإطار أساسا شاملا نوعا ما لتخصيص

الموارد اللازمة على الصعيد القطري، وفيما يخص البلدان النامية (التي تشكل فيها قدراتها تحدياً لكل من التخطيط والإدارة لتحقيق النتائج المرجوة)، يمثل الإطار توجيهها واضحاً نوعاً ما للجهات المانحة لكي ترصد الدعم اللازم للقطاعات ذات الأولوية. وسيتمكّن الإطار أيضاً الجهات المانحة من ترشيد خدمات الدعم وتوزيعها فيما بين البرامج والبلدان وسيسهل عمل الوكالات الدولية في صياغة منهجيات جديدة أو سبل جديدة لمواءمة المنهجيات القائمة مع الحالات التي ما زالت حتى الآن غير مألوفة في بعض البلدان النامية.

غايات الإطار

سيقدم الإطار هيكلًا لتحديد أنواع المعلومات التي ينبغي جمعها وذلك من أجل تقييم مدى توافرها وتحديد مستوى نوعيتها وقابليتها للمقارنة لرصد الثغرات القائمة بين مجموعة البيانات والمجالات المتقدمة للمعايير الدولية اللازمة لدعم عملية جمع معلومات ذات نوعية عالية. كما سيسهل الإطار إقامة حوار بين الهيئات الإحصائية الوطنية وغيرها من الجهات التي تمول أو تدير عملية جمع المعلومات الصحية، بما في ذلك وزارات الصحة وغيرها من المؤسسات شبه المتخصصة في الإحصاء كمعاهد الصحة العامة. وعلى وجه الخصوص، سيتمكّن الإطار من تحقيق الآتي:

(أ) جلاء مضمون الإحصاءات الصحية (التي يمتد نطاقها إلى نسب وأسباب الوفيات والاعتلال وحالة الصحة من حيث الأداء الوظيفي وعوامل المخاطر ومحددات الصحة وتوافر خدمات الرعاية الصحية والارتقاء بنوعيتها والاستفادة منها ونفقات الرعاية الصحية) والعلاقة بين مضمون البيانات الصحية الأكثر شيوعاً ومصادرها (التسجيل في دوائر الأحوال المدنية والدراسات الاستقصائية للسكان والمؤسسات ومراقبة انتشار الأمراض والرعاية الصحية والسجلات الإدارية)؛

(ب) تجسيد الطابع التسلسلي للمعلومات ضمن مجالات المضمون وإبراز الحاجة الملحة إلى اتخاذ تدابير عامة لصحة السكان وغيرها من التدابير المتصلة تحديداً بالحالات الفسيولوجية حسب تعريفها في الطب الأحيائي والعوامل المحددة لتلك الحالات؛

(ج) تيسير إمكانية صياغة نظام شامل ومتسق لجمع البيانات من شأنه أن يوفر معلومات حول جملة من المواضيع حتى يتسنى استبعاد نظم الإحصاءات الجزئية أو المنفردة؛

(د) تسهيل لعملية رصد المجالات التي تفتقر إلى الابتكار في نظريات جمع البيانات؛

(هـ) تسهيل إقامة شراكات ذات طابع مؤسسي فيما بين المكاتب الإحصائية ووزارات الصحة الوطنية وغيرها من الهيئات المعنية داخل البلدان.

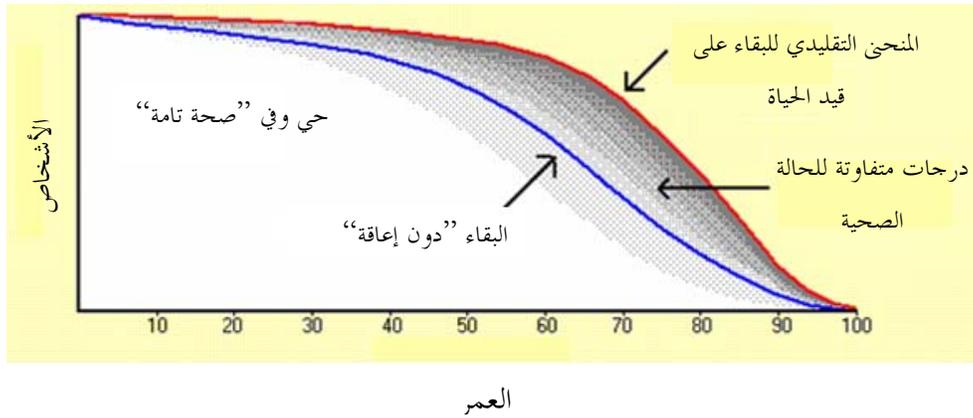
ويتوافق وضع إطار الإحصاءات الصحية مع القرار الذي اتخذته المجلس التنفيذي للجمعية الصحية العالمية في دورته الـ ١١٨ ويكتمل كلا من إطار شبكة القياسات الصحية ومعايير النظم القطرية للمعلومات الصحية. ويجري حالياً بذل جهد كبير في مجال الإحصاءات الصحية، بما في ذلك أعمال فريق واشنطن ومبادرة بودابست والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ومنظمة الصحة العالمية وأسرة التصنيفات الدولية. وسيدرج هذا العمل في سياق إطار الإحصاءات الصحية.

ويتناول الفرع الثاني من هذه الوثيقة نطاق مفهوم الصحة وأركانه. ولا يرحى من ذلك وضع فهرسة أو تقييم لجميع جوانب الصحة وإنما تقديم لمحة عامة عن المواضيع التي تدخل ضمن نطاق الإحصاءات الصحية. ويتطرق الفرع الثالث إلى مصادر بيانات الصحة، وعلى غرار ما ذكر في الفرع الثاني، لا يرحى من ذلك وضع فهرسة أو تقييم لجميع مصادر بيانات الصحة والرعاية الصحية، وإنما تقديم لمحة عامة عن تلك المصادر. أما الفرع الرابع فيتطرق لهيكل الإطار. والقصد من ذلك هو الاستفاضة في مناقشة هذا الهيكل وشرح أركانه وكيفية تناسقها جميعاً. بما في ذلك تنظيم مختلف المواضيع ضمن الإطار والعلاقات المتبادلة فيما بينها وأمثلة من التدابير المتخذة وكيفية تسخير تلك المصادر، على اختلافها، من أجل التوصل إلى اتخاذ تدابير تشمل مختلف جوانب الإطار. كما يحتوي الفرع على مناقشة للمسائل المتعلقة بصعوبة اتخاذ تدابير صحية قابلة للمقارنة على الصعيد الدولي. وسيعرض الفرع الخامس، الذي لم يوضع بعد، لمناقشة للعمل الجاري في مجال الإحصاءات الصحية الذي يمكن تسخيره "لإثراء" الإطار (أي تقديم تدابير بشأن المفاهيم التي يحتوي عليها) كالعمل الذي أُنجزته أسرة التصنيفات الدولية التابعة لمنظمة الصحة العالمية وكذا فريق واشنطن ومبادرة بودابست، وأفرقة العمل المعنية بمراقبة أمراض معينة وشبكة القياسات الصحية والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية وغيرها من الهيئات. وما زالت جميع الفروع في صيغة مشروع بينما تقدم البعض منها عن غيره في عملية الصياغة. ويتوقع الفريق العالم أن تطور الفروع أثناء صياغتها، فهذه النسخة ما هي إلا تجسيد لتصوراتنا عن هيكل الإطار ومضمونه.

الفرع ٢ - نطاق مفهوم الصحة وأركانه

يضم مفهوم الصحة، في معناه الأوسع، معظم جوانب السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية أو يمكن أن يرتبط بها جميعاً. لكن الهدف من الفرع الحالي لا يتمثل في وضع فهرسة أو تقييم لجميع عناصر الصحة وإنما في تقديم لمحة عامة عن المواضيع التي تدخل ضمن نطاق الإحصاءات الصحية.

وتجدر الإشارة إلى أنه غالباً ما يتم الاستناد إلى معدل الوفيات كقياس وحيد أو مركزي لتحديد الصحة. وبالرغم من أن معدل الوفيات يمثل ركناً هاماً من أركان الصحة، فإن التركيز على معدل الوفيات وحده هو أبعد ما يكون عن أن يفي بوصف الحالة الصحية للسكان. وكما يلاحظ من الشكل المبين أدناه (وولفسن)، تفرز إحصاءات الوفيات المنحني التقليدي للبقاء على قيد الحياة الذي يستخدم في قياس العمر المتوقع. إلا أن من المهم تقسيم سنوات الحياة إلى تلك التي يعيشها الأشخاص في حالات صحية متفاوتة تتراوح فيما بين "صحة تامة أو مثلى" وبين الحالات التي تتحدد بالمرض أو القصور الوظيفي بدرجات متباينة. وأقل عدد سنوات الحياة هي التي يعيشها الأشخاص في صحة "تامة" وثمة طرائق متنوعة لوصف السنوات المتبقية من حياتهم. وسيعالج الإطار مختلف التدابير التي يمكن استعمالها لتعريف مفهوم الصحة "التامة" ووصف الصحة "غير التامة".



ويضطلع بجمع المعلومات الصحية مجموعة متنوعة من أصحاب المصلحة وذلك لتلبية نطاق واسع من الأغراض وهي معلومات تجسد الطابع المعقد والمجزأ للنظم الصحية في العديد من البلدان. ويشكل ذلك عاملاً رئيسياً في صعوبة إعداد تقارير شاملة وموحدة سواء داخل البلدان أو تشمل العديد من البلدان. لكن تفصيل مفهوم الصحة إلى مجموعة من المواضيع أو العناصر التي شاع وضع تقارير بشأنها، هو إحدى الطرائق لحصر نطاقه. ويضطلع مختلف

مصادر البيانات والهدف من جمعها (كصد النتائج الصحية للسكان وسياسية التقييم وما إلى ذلك) بدور كبير في وضع تعريف لتلك العناصر. ويجمع العديد من مواضيع/عناصر المعلومات الصحية بطبيعتها ضمن النظام الصحي أو تستخلص من السجلات الإدارية المرتبطة به وهي توفر معلومات عن نظام الرعاية الصحية في حد ذاته فضلا عن أوجه الالتقاء فيما بين عناصره. وتوفر المعلومات التي تجمع عن طريق الدراسات الاستقصائية أو مجموعات البيانات طويلة الأجل، جوانب مختلفة للصورة، بما في ذلك جوانب الحالة الصحية وتجارب الاستفادة من الرعاية الصحية وعوامل الخطورة والمحددات الاجتماعية. ويتناول الفرع الثالث مناقشة مفصلة لذلك.

وتقسم بقية المناقشة في هذا الفرع أركان الصحة إلى ستة مجالات واسعة تيسيرا لعرضها. إلا أن هناك في الواقع ترابطا فيما بين معظم المواضيع. وضمن كل مجال واسع ينبغي أن تتناول الإحصاءات الصحية مسائل التوزيع وكذا التصنيف حسب مقاييس رئيسية للتقسيم إلى طبقات بما فيها الجنس والعمر والوضع الاجتماعي والاقتصادي ومستوى التعليم والأصل العرقي والموقع الجغرافي وما إلى ذلك. وفيما يلي تفصيل لهذه المجالات الستة:

١ - معدل الوفيات

يشكل معدل الوفيات عنصرا رئيسيا من عناصر الصحة. فهو يقدم باعتبار ارتباطه بفئات فرعية محددة حسب العمر والجنس والسبب، صورة مفصلة عن الأسباب والحالات المسؤولة عن فقدان الأرواح في بلد أو مجموعة سكانية ما. ويتسم كل من معدل وفيات الأطفال والرضع والعمر المتوقع بأهمية خاصة، غالبا ما يستعان به كمؤشر على حالة الصحة العامة للسكان ورفاههم.

٢ - الحالة الصحية

تمثل الحالة الصحية لفرادى الفئات والمجتمعات المحلية نشاطا هاما في معظم النظم الصحية. وتعتبر التقديرات المتعلقة بشيوع حالات متنوعة بين السكان بمثابة مقاييس مرجعية من أجل تحسين النتائج الصحية وقاعدة معلومات لتخطيط الخدمات وتقديمها وتقدير تكاليفها على حد سواء. وتمكن التطورات المنهجية والتكنولوجية الجديدة من وضع قياس دقيق وغير منحاز وذلك باستخدام التدايير والعلامات البيولوجية السريرية (كتلك المتعلقة برصد الملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية). ويمكن أن يتسع نطاق هذه التدايير ليشمل تدايير أوسع للرفاه، كالرفاه الشخصي والتقييم الذاتي للحالة الصحية. ويتيح اتخاذ تدايير تفصيلية للحالات الصحية إجراء مقارنات بين مختلف شرائح السكان من أجل تحديد الفئات

التي بلغت نتائج صحية ذات مستويات أسوأ من غيرها كما يمكن من تحديد المجالات التي تتوفر فيها أفضل الفرص لإجراء تحسينات (بين مختلف فئات السكان والحالات على حد سواء). كما يمكن أن تكون المعلومات المستقاة عن حالات الاعتلال المتزامن عاملاً هاماً في هذا النوع من التحليل.

٣ - الإعاقة/الأداء الوظيفي

توفر البيانات المتعلقة بحالات الإعاقة أو الأداء الوظيفي، وإن كانت ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالحالة الصحية من منظور وحيد، معلومات عن مدى تأثير الظروف المسببة للإعاقة في الأداء الوظيفي لمجموعة ما من السكان وفي الحد من نشاطها. وبخلاف الحالة الصحية أو الاستفادة من الخدمات الصحية، وهي مسألة يمكن أن تكون ذات طابع عرضي، يركز الأداء الوظيفي عادة على الظروف والاحتياجات في الأجل الطويل. وتعتبر بعض المسائل كمدى حدة الإعاقة وطول فترتها ودرجة الاستقلال والحاجة إلى الدعم والمطالبة به من العناصر الرئيسية لهذا النوع من البيانات.

٤ - عوامل الخطر/الوقاية

تتسم المعلومات المتعلقة بالعوامل البيولوجية والوراثية والبيئية والسلوكية التي يمكن أن تؤدي إلى اعتلال الصحة بأهمية بالغة في منع العديد من الحالات المرضية. وبالرغم من أن عوامل الخطر قد تختلف اختلافاً كبيراً حسب الحالات، فإن المعلومات عن عوامل الخطر هي على نفس الدرجة من الأهمية بالنسبة للأمراض المعدية والمزمنة. والوقاية الفعالة تفضي إلى تحسين النتائج الصحية وتخفيض تكاليف نظم الرعاية الصحية. كما يمكن أن يمتد نطاق المعلومات عن عوامل الخطر من مقياس الطب الأحيائي (كمستويات ضغط الدم ونسبة الكوليسترول فيه) إلى أنماط السلوك المرتبط بأسلوب الحياة (كالتدخين وأنماط النشاط البدني) والعوامل الاجتماعية والاقتصادية (كالدخل ومستوى التعليم). والمسائل الأخرى كالأفعال ذات الصلة بالصحة والإدارة الذاتية والوعي بأهمية الصحة هي من عناصر المعلومات المتعلقة بعوامل الخطر والوقاية، على غرار مسألة الاعتلال المتزامن (ليس فحسب في الحالات المرضية وإنما في عوامل الخطر ذاتها).

٥ - النظم/الخدمات الصحية

يتسم مستوى أداء النظام الصحي بأهمية بالغة في تحقيق نتائج صحية للسكان. فالأداء هو بمثابة تجسيد لجملة مركبة من العناصر التي تشمل توفر خدمات الرعاية الصحية وإمكانية الحصول عليها وجودتها والاستفادة منها. ولكي تقدم جواباً شافياً على السؤال

التالي "ما هو مدى جودة أداء النظام الصحي من أجل بلوغ نتائج كهذه؟"، لا بد من تحقيق مبادئ الفعالية والمواءمة وإمكانية الوصول، والكفاءة وسرعة الاستجابة، والاستدامة في تلك الخدمات. ومن بين عناصر هذا العنصر تقدم الرعاية الصحية الأولية والثانوية والتدخل الطبي وتوفير الأدوية والعلاج المقدم وتحديد كلفته وفعالته وتحقيق سلامة المريض واعتماد مقاييس للرعاية الصحية. وكما ذكر آنفاً، غالباً ما تتمحور معم هذه البيانات التي تستخدم لتحقيق هذا العنصر، حول النظام الصحي وتستمد ضمن النظام ذاته. كما تستمد البيانات من شروط الامتثال للأنظمة ومبادئ المساءلة وتقييم السياسات ورصدها. وتعتبر المسائل المرتبطة بتحقيق الاستدامة فيما يخص التكاليف والقوة العاملة في قطاع الصحة من الشواغل الرئيسية في هذا المجال. وتتسم الإحصاءات المتعلقة بإمدادات وعمليات الأداء الوظيفي للنظام الصحي بما في ذلك إتاحة البنية التحتية الصحية وتوزيعها والقوة العاملة في مجال الصحة وتوفير الأدوية والتجهيزات والتكنولوجيات الأساسية بأهمية جوهرية في عملية التخطيط للقطاع الصحي وإدارته. ويجري تقييم الخدمات لا بناء على مدى توافرها فحسب، وإنما أيضاً على إمكانية الاستفادة منها والقدرة على تحمل كلفتها وجودتها ومقبوليتها. وثمة حاجة إلى وضع إحصاءات بشأن الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية مصنفة حسب مقاييس رئيسية للتقسيم إلى طبقات، وذلك حتى يتسنى لأخصائيي التخطيط الصحي الإصابة في استهداف الفئات الضعيفة أو المهملة من السكان.

٦ - النفقات الصحية

يمكن أن يؤثر رصيد النفقات العامة والخاصة (للأعمال التجارية ودخل الأسر المعيشية معاً) والخارجية المتعلقة بالصحة في مدى فعالية وكلفة النظم الصحية والوصول إلى العلاج. ويمكن أن يؤدي ذلك في آخر المطاف إلى إيجاد تفاوت في النتائج الصحية بين مختلف فئات السكان. إلا أن النفقات الصحية هي عنصر أساسي من عناصر الإنفاق المحلي، بل إن البلدان الأكثر ثراء تواجه صعوبات في تحقيق الاستدامة وتلبية الحاجة إلى الفعالية نتيجة لزيادة نسبة الشيخوخة بين السكان. ولذا، فإن توفير معلومات مفصلة حول أنماط الإنفاق وتكاليف الوحدات، ونظم التأمين الصحي والإعانات الحكومية وتوقعات الكلفة المستقبلية كلها عناصر أساسية في هذا الجانب. وتقع مسؤولية تخصيص الموارد، في العديد من الأحوال على عاتق مسؤولي إدارة الرعاية الصحية المحليين، وهناك حاجة إلى البيانات المالية لتجسيد هذا الاتجاه.

الفرع ٣ - مصادر البيانات الصحية

تُجمع البيانات الصحية عن طريق طائفة واسعة من النهج ويمكن الحصول عليها من مصادر عدة. ويمكن لهذا الإطار أن يساعد على إضفاء الاتساق على هذه المصادر المختلفة للبيانات وتحسين نوعية المعلومات. ويستعرض هذا الفرع مصادر البيانات الأكثر أهمية في مجال البيانات الصحية. وهو يبين مواطن القوة والضعف فيها ويعالج كيفية تحسينها لاستخدامها في التخطيط الصحي ووضع السياسات فضلا عن توجيهها نحو برامج للتدخلات الصحية تتسم بالفعالية والكفاءة من حيث التكلفة.

الشروط الأساسية للمصادر الإحصائية

لا تتقيد الإحصاءات الصحية حاليا بأي معايير للبيانات الصحية باستثناء المعايير العامة كالمبادئ الأساسية للإحصاءات الرسمية، وميثاق العمل الإحصائي الأوروبي، وغير ذلك من معايير جودة الإحصاءات. وفي حين لا تبذل حاليا جهود لوضع معايير محددة للإحصاءات الصحية، فإن هناك بعض الجهود المبذولة حاليا التي تركز على إنشاء أطر صحية من قبيل شبكة المصفوفات الصحية وإطار العمل الوطني للحسابات الصحية. ويوجد عدد من الأطر الجيدة النوعية لأمراض محددة إلى جانب نظم تصنيف تديرها منظمة الصحة العالمية.

المبادئ الأساسية للإحصاءات الرسمية - تسلط المبادئ الأساسية الضوء على أهمية الإحصاءات الرسمية في معالجة احتياجات البلدان من المعلومات وتوضيح ما هو مطلوب من حيث جودة الإحصاءات الرسمية واستخدامها ونشرها. وهي تصف الحاجة إلى سن قوانين لدعم استخدامها وضمان خصوصية (سرية) البيانات. ويتعين على الإحصاءات الصحية، إن كانت رسمية، أن تتقيد بالمبادئ الأساسية. ويعالج المبدأ ٥ مصادر الإحصاءات الرسمية على وجه التحديد. وقد تستمد البيانات للأغراض الإحصائية من جميع أنواع المصادر، يستوي في ذلك كون المصادر دراسات استقصائية إحصائية أو سجلات إدارية. وتختار الوكالات الإحصائية أكثر المصادر ملاءمة لاحتياجاتها المحددة مع مراعاة الجودة والتوقيت المناسب، والتكاليف والعبء الواقع على كاهل المقيمين.

ميثاق العمل الإحصائي الأوروبي - على الرغم من أن ميثاق العمل الإحصائي الأوروبي هو أكثر واقعية وتفصيلا من المبادئ الأساسية، فإن المبادئ الأساسية أكثر وضوحا إزاء الإحصاءات بوصفها عنصرا لا غنى عنه في نظام المعلومات لأي مجتمع ديمقراطي. وتضم مدونة الممارسات ١٥ مبدأ أساسيا لإعداد الإحصاءات الرسمية، وجميعها تتبع النوعيات التي

اعتمدها العديد من البلدان. وعلى الرغم من أن صندوق النقد الدولي ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي يعملان باستخدام مجموعة مختلفة إلى حد ما من أبعاد الجودة، فإن العناصر الرئيسية هي نفسها التي يغطيها ميثاق العمل الإحصائي الأوروبي.

معايير جودة الإحصاءات - من الممكن استخدام معايير جودة الإحصاءات من قبيل تلك التي وضعها صندوق النقد الدولي كمقياس لنوعية الإحصاءات الصحية المتاحة.

شبكة المصفوفات الصحية - اقترحت شبكة المصفوفات الصحية إطاراً لنظم المعلومات الصحية بحيث يهتم بطائفة كاملة من المعلومات الصحية تبدأ من الإسهامات والعمليات حتى تصل إلى النتائج والتأثير. وإن أمكن أن يعالج ذلك الإطار مسألة اكتمال البيانات الصحية، فإنه لا يضمن جودة البيانات الصحية أو محتواها.

الحسابات الصحية الوطنية - تمثل الحسابات الصحية الوطنية إطاراً لتجميع المعلومات عن نفقات البلد الصحية. وتتكون من مجموعة من الإحصاءات تعرض بصورة منهجية الإنفاق على الصحة الوطنية لسنة معينة. وهي تتيح على وجه التحديد معلومات عما يلي: (أ) مقدار الإنفاق على الرعاية الصحية؛ (ب) الجهة التي تدفع تكاليف الرعاية الصحية؛ (ج) الخدمات الصحية المقدمة؛ (د) تكاليف إدارة مشاريع التمويل الصحية. وتقدم نظرة على كفاءة وفعالية تمويل الرعاية الصحية كما تساعد على تحديد التدخلات الملائمة لتحسين الرعاية الصحية. ومن الممكن أن تتيح هذه الحسابات، بوصفها إطاراً، إمكانية التدقيق في التقديرات واتساقها.

التصنيفات الدولية الموحدة - هذه التصنيفات هي المعايير المقبولة دولياً التي ينبغي أن تستخدمها البلدان في عملية المقارنة الدولية كلما كان ذلك ممكناً. ومن أمثلة التصنيفات الرئيسية المستخدمة في الإحصاءات الصحية، التصنيف الدولي للأمراض والتصنيف الدولي للأداء الوظيفي، والإعاقة والصحة. وتُعد جداول التناظر التي تربط بين التصنيفات الوطنية والدولية مفيدة في هذا الشأن.

وسيتأثر اختيار مصادر التدابير الصحية الأساسية بالمعلومات المطلوبة، وتوافرها وتواترها، وجدواها، وتكاليفها والعبء الملقى على كاهل المجيبين، وبالموازنة بين الحاجة إلى سلسلة زمنية وإلى مقارنة تاريخية مع التغيرات الكبرى التي لا بد من التعرف عليها مع مرور الوقت.

التعدادات

يمكن للتعدادات أن توفر مصدرا رئيسيا للبيانات الصحية. فهي توفر صورة كلية عن السكان المستهدفين ذوي الصلة، ويمكن جمع المعلومات إما عن طريق إجراء المقابلات أو عن طريق الاستبيان الذاتي أو عن طريق الجمع بين الأسلوبين معا.

وتقوم الأمم المتحدة وبعض اللجان الإقليمية بوضع توصيات من أجل إجراء تعدادات السكان والمساكن. ومن الممكن أن يكون المجالان اللذان يغطيهما التعداد، أي الخصائص الديمغرافية للأشخاص وخصائص الوحدات السكنية وغيرها من أماكن الإقامة، مفيدتين للتخطيط الصحي وتقرير السياسات. ويمكن للتعدادات أن تشمل مؤشرات العمر المتوقع عند الولادة، ومعدلات وفيات الأطفال والبالغين والإعاقة، وعدد العاملين في مجال الرعاية الصحية وتوزيعهم. ولا تقتصر التعدادات على السكان والمساكن فحسب، بل يمكن أن تشمل جمع البيانات من البلديات بشأن خدمات الرعاية الصحية فيها أو من مقدمي الخدمات الصحية.

مواطن القوة والضعف

وفي حين توفر التعدادات صورة كاملة للسكان المستهدفين، إلا أن إجراءاتها باهظة التكاليف، ونظرا لأن العديد من استمارات التعداد للأسر المعيشية تملأ ذاتيا، فإنها لا تكون ملائمة للحصول على المعلومات الصحية المعقدة والمتسمة أحيانا بالحساسية. وتعتبر التعدادات الموجهة نحو مجموعة أصغر من السكان المستهدفين سبلا فعالة من حيث التكلفة لجمع نطاق واسع من المعلومات. ومع ذلك، فمن المهم مراعاة العبء الواقع على كاهل الجييين، لأن الأسئلة البادية السهولة، من قبيل الرعاية في المستشفيات، قد تتطلب البحث في جميع سجلات المستشفيات وقيام الجييين بإجراء عمليات حسابية معقدة. وقد يؤدي ذلك إما إلى ضعف الامتثال، الذي يؤثر على نوعية البيانات، أو ينتج عنه إلقاء عبء ثقيل جدا على الجييين أو إلى الأمرين معا.

الدراسات الاستقصائية للعينات

تشكل الدراسات الاستقصائية للعينات إحدى المصادر الرئيسية للإحصاءات الصحية. ولا سيما أنها يمكن أن تحدد معدلات انتشار (على سبيل المثال، الأعراض، والإعاقة، وعوامل الخطر) بين السكان التي لا يمكن الحصول عليها عن طريق البيانات الإدارية المستندة إلى استخدام الخدمات. وبالمثل، يمكن استخدامها لتحديد الطلب المتوقع أو غير الملبى للخدمات الصحية ويمكنها أن توفر مقاييس لسلوك السكان الصحي ولعوامل

الخطر. وكما هو الحال بالنسبة للتعدادات، من الممكن جمع المعلومات إما عن طريق إجراء المقابلات أو باستخدام الاستبيان الذاتي، أو الجمع بين الأسلوبين معا. وكما هو الشأن في حالات التعدادات، يمكن إجراء الدراسات الاستقصائية للعينات عن السكان أو عن المرافق الصحية أو غيرها من الكيانات. والمادة الواردة أدناه تركز على الدراسات الاستقصائية لسكان الأسر المعيشية.

وتشكل الدراسات الاستقصائية للعينات إحدى مصادر الإحصاءات بشأن الحالة الصحية، واستخدام خدمات الرعاية الصحية، والسلوكيات الصحية. وفي معظم البيئات ذات الدخل المنخفض، تشكل الدراسات الاستقصائية المصدر الرئيسي للمعلومات عن وفيات الأطفال، عن طريق التواريخ التفصيلية للأطفال منذ الميلاد أو بأساليب غير مباشرة. وفي بعض الحالات تكون الدراسات الاستقصائية للعينات هي المصدر الوحيد المتاح للبيانات، فعلى سبيل المثال، في حالة الإبلاغ الذاتي عن الوضع الصحي أو رضا المستخدمين، عندما يعبر المحيب عن رأي لا يمكن العثور عليه في مصدر إداري. كما تشكل الدراسات الاستقصائية للعينات في أحيان كثيرة أداة جيدة لوصف النتائج الصحية.

وتشكل الدراسات الاستقصائية أحيانا بديلا عن التعدادات التي ستكون مكلفة جدا أو تلقي بعبء إبلاغ ثقيل جدا على كاهل المبلغين.

ويمكن أن تكون الدراسات الاستقصائية للعينات في بعض البلدان بمثابة بديل عن عملية التسجيل الحيوية المتقدمة، ولكن في المدى البعيد لا ينبغي للموارد المستخدمة من أجل الدراسة الاستقصائية أن تعرض للخطر إنشاء آلية للتسجيل تعمل بشكل جيد.

مواطن القوة والضعف

تتميز الدراسات الاستقصائية للسكان عن البيانات المستندة إلى نظام إداري والتي لا تبين إلا الاستخدام الفعلي للخدمات. ومن الميزات الأخرى لبيانات الدراسات الاستقصائية الرقابة المباشرة التي يمكن تطبيقها على محتوى البيانات، لأنه من الممكن توجيه أسئلة عن المواضيع المطلوب الحصول على المعلومات بشأنها على نحو دقيق. ومن الممكن أن يؤدي ذلك إلى عملية مقارنة دولية جيدة جدا.

وتشكل الدراسات الاستقصائية المصدر البديل الوحيد عندما يكون اهتمامنا منصبا على ما يُبلغ به الجيبون فيما يتعلق ببعض الخصائص الصحية من قبيل الألم، والإرهاق، أو بعض جوانب الأداء الوظيفي أو تقييمهم لوضعهم الصحي، أو أية بيانات أخرى يستحيل وجودها في سجل إداري.

ويمكن بصفة عامة تجهيز البيانات الواردة من الدراسات الاستقصائية للعينات ونشرها على نحو أسرع من البيانات الواردة من السجلات، عند استخدام التقنيات الحديثة من قبيل المقابلات الشخصية بمساعدة الحاسوب والمقابلات الهاتفية بمساعدة الحاسوب.

وتشكل الدراسات الاستقصائية للعينات وسيلة مكلفة نسبياً لجمع البيانات وقد يؤدي عدم الرد إلى نتائج تتسم بالتحيز، كما أن الذين تجرى معهم المقابلات ليسوا دائماً قادرين أو راغبين في تقديم إجابات دقيقة لا سيما فيما يتعلق بتشخيص المرض أو بالخدمات المقدمة إليهم.

الإبلاغ عن الأمراض: فرع سيُضاف إلى التقرير.

السجلات الإدارية

السجلات

لدى بعض البلدان تقليد عريق في استخدام السجلات الإدارية في إعداد الإحصاءات الرسمية. وفي السنوات الأخيرة ازداد عدد البلدان التي تدرس إمكانية إعداد الإحصاءات استناداً إلى السجلات الإدارية.

والسجل هو جمع منهجي للبيانات على مستوى الوحدة بحيث تكون منظمة بطريقة تسمح بالاستكمال. والاستكمال هو عملية تتبع أية تغييرات في البيانات التي تصف الوحدات وخصائصها المميزة. والسجلات المحوسبة هي أيسر استخداماً كمصادر للبيانات من السجلات القائمة على السجلات الورقية.

وعلى الرغم من تباين أهمية السجلات وحدواها كمصدر للإحصاءات من بلد لآخر، فقد دلت التجارب في العديد من البلدان على أن السجل الاستراتيجي يمكن أن يؤدي إلى خفض التكاليف والعبء الواقع على كاهل المقيمين.

وتتضمن السجلات، كقاعدة، معلومات عن مجموعة كاملة من الوحدات في السكان المستهدفين (على سبيل المثال، الأشخاص، والمستشفيات). وتُحدّد هذه الوحدات عن طريق مجموعة دقيقة من القواعد (على سبيل المثال، الموظفون الصحيون العاملون في المستشفيات)، ويجري استكمال الخصائص المميزة بما يتماشى مع التغيرات التي مرت بها الوحدات. وعلى أبسط المستويات، قد يكون السجل عبارة عن قائمة بجميع وحدات السكان المستهدفين وليس أكثر من ذلك. كما تضم السجلات عملياً بعض الخصائص

الإضافية لكل وحدة من الوحدات. وتشكل المناسبات المتعلقة بالأشخاص كالمناسبات الديمغرافية (ولادات، ووفيات) بعض الوحدات ذات الصلة بالإحصاءات الصحية.

ويتمثل أحد الشروط الرئيسية في أن يكون بالإمكان التعرف دوماً على كل وحدة في السجل على نحو فريد. وأفضل طريقة لتحقيق ذلك تكون عن طريق استخدام نظام رموز التعريف، ولكن التعرف يمكن أيضاً أن يتم دون الحاجة إلى الرمز إن توفرت معلومات كافية عن الوحدة (بالنسبة للأشخاص قد تشكل الأسماء، والعناوين، وتاريخ الميلاد وما شابهها، هذه المعلومات). ويُمكن استخدام نفس مجموعات رموز التعريف على نطاق السجلات من إقامة وصلات فيما بينها ولكن لا تستخدم جميع السجلات نفس مجموعات الرموز، وبالتالي فليس كل السجلات قابلاً لإقامة وصلات فيما بينها.

والسجلات الإدارية هي السجلات التي تُستخدم في المقام الأول في نظم المعلومات الإدارية. وأما بعض السجلات الإدارية المستخدمة لأغراض إحصائية فهي السجلات المعدة على نطاق البلد والتي تديرها الدولة أو بالاشتراك مع السلطات المحلية، وتشكل السجلات ذات الأهمية الحيوية كسجلات المواليد والوفيات مثلاً على ذلك. ومن الممكن أيضاً استخدام السجلات الخاصة، كالسجلات التي يديرها مقدمو الرعاية الصحية من القطاع الخاص.

وتُعد السجلات الإحصائية عن طريق تجهيز البيانات الواردة من السجلات الإدارية. ومن الممكن أن تستند السجلات الإحصائية إلى سجل إداري وحيد، أو إلى بيانات مجمعة من مصادر إدارية متعددة.

وينبغي أن تكون السجلات الإدارية شاملة ودقيقة قدر الإمكان، لكن من الممكن استخدام السجلات، وإن لم تكن مكتملة، للأغراض الإحصائية.

ومن المهم أن تتابع الإحصاءات نفس المناسبات والوحدات مع مرور الوقت. وينبغي ألاّ تتغير التعاريف الواردة في السجلات الإدارية مع مرور الوقت، لضمان المقارنة التاريخية. وينبغي أن تدرج الأبعاد الزمنية وبيانات المناسبات في السجلات الإدارية وأن تكون مركزية في الإحصاءات.

ولدى الكثير من البلدان تسجيل إداري رسمي لأسباب الوفاة. وقد تتباين التغطية ودرجاتها من بلد لآخر، ولكن من المعتاد أن يشكل هذا مصدراً جيداً للأغراض الإحصائية.

ومن الممكن تخزين معلومات السجل الإداري بطرق مختلفة. والسجلات التي تستخدم في كثير من البلدان لأغراض إحصائية هي سجلات محوسبة وتتاح البيانات في شكل إلكتروني.

لماذا تستخدم البيانات الإدارية للأغراض الإحصائية؟

من وجهة نظر الجمهور، فإن لاستخدام البيانات الإدارية للأغراض الإحصائية المزايا التالية:

- الكفاءة من حيث التكلفة
- لا تثقل كاهل المقيمين باستفسارات لا ضرورة لها
- من الممكن أن يكون أمن البيانات أفضل إن كان عدد الأشخاص الذين يتولون معالجتها محدوداً
- يمكن للشكل الإلكتروني للبيانات أن يحسن احترام الخصوصية.

وهناك عامل رئيسي ييسر استخدام البيانات الإدارية ألا وهو استخدام نظام فريد للتعريف ضمن المصدر نفسه مع مرور الوقت، وعلى نطاق مصادر مختلفة على حد سواء. ويضفي الافتقار إلى مثل هذا النظام الفريد للتعريف المزيد من الصعوبة على إعداد إحصاءات مفيدة بحيث تكون أكثر من مجرد إحصاء للمناسبات.

الشروط القانونية

توفر التشريعات أساساً لاستخدام مصادر البيانات الإدارية للأغراض الإحصائية. وينبغي أن تعكس التشريعات الوطنية المبادئ التوجيهية الدولية لتقليل عبء الاستجابة على المبلّغ، بحيث يكون من الممكن الاستفادة من مصادر البيانات الإدارية القائمة بدلاً من إعادة جمع البيانات للأغراض الإحصائية. ومنتجو الإحصاءات ملزمون في بعض البلدان بأن يستخدموا أولاً وقبل كل شيء البيانات التي سبق جمعها لأغراض أخرى. والمكتب الإحصائي الوطني ملزم في البداية بتقييم ما إذا كانت البيانات متوفرة في السجلات الإدارية قبل البدء في عملية مباشرة لجمع البيانات.

ولدى بعض البلدان تشريعات عن تجهيز البيانات الشخصية لضمان حماية خصوصية الأفراد وحقوقهم القانونية لدى إنشاء واستخدام سجلات محوسبة تتضمن معلومات شخصية.

وبطبيعة الحال، قد يثير إنشاء المزيد من السجلات الإدارية في المجتمع مناقشات بشأن مسائل الخصوصية، لا سيما بالنسبة للمعلومات الصحية. وإذا كان الجمهور مرتاباً أو يتخذ موقفاً سلبياً، فإن السياسيين قد يرغبون عن إنشاء سجلات جديدة أو تحسين السجلات القائمة، أو يمكنهم أن يحدوا من إمكانية وصول الإحصائيين إلى السجلات الصحية.

ومن المهم أن يقدر الجمهور العام ويفهم مزايا استخدام مصادر السجلات لأغراض إحصائية وأن يوافق الجمهور على نطاق واسع على استخدام السجلات الإدارية للإنتاج الإحصائي. ومن الحيوي تحديث التشريعات المتعلقة بالسجلات الوطنية وضمان أن يتسم عمل السلطات المكلفة بالسجلات بالانفتاح والشفافية.

مواطن القوة والضعف

توفر السجلات الإدارية من الناحية المبدئية تغطية كاملة للسكان المعنيين، مع بقاء تكاليف جمع الإحصاءات وتجهيزها منخفضة نسبياً. وغالباً ما يكون من الممكن إنتاج إحصاءات أكثر تفصيلاً باستخدام السجلات الإدارية بدلاً من استخدام الدراسات الاستقصائية للعينات، مثلاً الإحصاءات الخاصة بمناطق جغرافية صغيرة أو معايير تصنيف مفصلة.

وتنطوي بيانات السجلات على إمكانيات كبيرة لأن من الممكن ربط مختلف السجلات ببعضها بواسطة وسائل تعريف فريدة محددة بوضوح. وغالباً ما تكون البيانات المأخوذة من السجلات الإدارية متسقة وذات نوعية عالية للأغراض الإدارية التي تستخدم لأجلها. وعندما تُستخدم بيانات السجلات للأغراض الإحصائية، قد تُكشف المشاكل المتعلقة بالاتساق ونوعية البيانات.

وقد يسبب نقص التغطية في السجلات انحيازاً في البيانات، مثلما يفعل عدم الاستجابة للدراسات الاستقصائية للعينات.

والإحصائيون مقيدون إلى حد بعيد بتعاريف السلطات المسؤولة عن السجلات وممارستها الإدارية. وقد يُنظر إلى البيانات المأخوذة من المصادر الإدارية على أنها وجهة نظر السلطات. وعلاوة على ذلك، ليس الإحصائيون قريبين من الجمع الفعلي للبيانات، وقد لا تكون لديهم معرفة كافية بالبيانات من حيث دقة محتواها وتجهيزها وجودتها. وتتمثل أحسن طريقة لمعالجة هذه المشكلة في وجود تعاون وثيق بين الإحصائيين والسلطات المسؤولة عن السجلات الإدارية.

ولا تحتوي السجلات الإدارية دائماً على كل المتغيرات أو الملاحظات الضرورية للإحصاءات ذات الصلة. وفي هذه الحالات، يجوز جمع معلومات إضافية من الدراسات الاستقصائية للعينات، ليس لاستكمال الإحصاءات (كما هو الحال عند نقص التغطية) فحسب، بل أيضاً لتقييم جودة البيانات وإظهار الجوانب المختلفة لنفس المسألة (مثلاً مقارنة حالات الاعتلال المأخوذة من سجلات المستشفيات بالتقييم الذاتي للحالة الصحية).

سجلات الرعاية الصحية

غالباً ما تُستخدم سجلات مقدمي الرعاية الصحية لتوليد الإحصاءات الصحية، حتى ولو لم يكن هناك سجل إداري لسجلات الرعاية الصحية. ويمكن توليد نوعين من المعلومات من هذه السجلات: (أ) المعلومات المولدة من خلال تقارير المرافق الصحية، كاستخدام الأدوية واللوازم وأسرّة المرضى ومتوسط مدة الإقامة؛ (ب) المعلومات المولدة من السجلات الفردية من قبيل التشخيصات وخصائص المرضى والإجراءات الطبية الموفرة والبقاء على قيد الحياة.

نظم المحاسبة

على الصعيد الوطني

تمثل نظم المحاسبة من قبيل تلك التي تحتفظ بها الوحدات الحكومية والمستشفيات وشركات التأمين أيضاً مصادر محتملة للبيانات المتعلقة بالقطاع الصحي. وتشمل البيانات المولدة من هذه المصادر تكاليف الصحة وتمويلها.

وتحتفظ المستشفيات وغيرها من المؤسسات الصحية والحكومات المحلية والمركزية، بشكل دوري، بسجلات للتكاليف والإيرادات ومصادر التمويل الخاصة بها باستخدام نظم محاسبية. ويتم إعداد تقارير محاسبية، غالباً لتزويد الإدارة بمعلومات مستكملة عن حالة المستشفيات أو الشؤون المالية للنظام الصحي ومستويات أدائه. وغالباً ما تشمل التقارير المحاسبية موجزات للإيرادات والنفقات، والأصول والخصوم، والتدفقات النقدية. وبالإضافة إلى ذلك، تصدر مختلف المؤسسات أو الوحدات الحكومية مجموعة متنوعة من التقارير والعروض المفصلة. ويمكن أن تكون الفترة المشمولة بالتقرير إما سنوية أو فصلية أو شهرية.

مواطن القوة والضعف

لا تستخدم هذه النظم نموذج إبلاغ موحد، وقد تكون أو لا تكون محوسبة. وعندما تُستخدم نظم حاسوبية، يمكن أن تُعد الإحصاءات باستخدام مقتطفات ملفات إلكترونية من مختلف النظم الحاسوبية.

وبما أن النظم الحاسوبية مبنية بطرائق مختلفة، فمن الضروري تصنيف وترميز مختلف الأصناف للسماح بتوليد قيم إجمالية قابلة للمقارنة ومتسقة. ومن الضروري أيضاً وجود ضوابط للتحريير والجودة من أجل ضمان الاتساق بين البيانات المأخوذة من مختلف القطاعات والمؤسسات. وستعطي القيم المحررة/المنقحة صورة عن التكاليف الصحية الإجمالية، التي يمكن توزيعها حسب القطاعات والمؤسسات. ويمكن بناء مؤشرات ستعطي معلومات عن النشاط والأولوية والإنتاجية وتغطية الاحتياجات. وبتوحيد المعلومات المدخلة، يمكن مقارنة المناطق والمؤسسات ومجموعات المؤسسات وكذلك رصد التطورات الطارئة بمرور الزمن.

على الصعيد الدولي

يوفر نظام حسابات الصحة الخاص بمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي إطاراً للإبلاغ عن التكلفة والإيرادات والتمويل قابلاً للمقارنة مع الأطر المستخدمة في بلدان أخرى. ويستخدم النظام أيضاً بوصفه توجيهاً في عمل تنظيم مصادر بيانات المحاسبة الوطنية وتوحيدها.

وهو بوصفه إطاراً ينتج مجموعة من الحسابات الشاملة والمتناسكة والمتسقة والقابلة للمقارنة دولياً لتلبية احتياجات المحللين ومقرري السياسات في القطاعين الصحيين العام والخاص (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٠). ومن ثم، فهو يعالج مسألة قابلية المقارنة على الصعيد الدولي فيما يتعلق بالإبلاغ عن التكاليف والإيرادات والتمويل.

وينشئ دليل نظام حسابات الصحة أساساً مفاهيمياً لقواعد الإبلاغ الإحصائية التي تتلاءم مع الإحصاءات الاقتصادية والاجتماعية الأخرى. وهو يقترح تصنيفاً دولياً للحسابات الصحية - حالياً في صيغته ١ - يشمل ثلاثة أبعاد للرعاية الصحية:

- تمويل الرعاية الصحية (التصنيف الدولي للحسابات الصحية - الرعاية الصحية)
- صناعات مقدمي خدمات الرعاية الصحية (التصنيف الدولي للحسابات الصحية - مقدمو خدمات الرعاية الصحية)

- مصادر تمويل الرعاية الصحية (التصنيف الدولي للحسابات الصحية - تمويل الرعاية الصحية).

الفرع ٤ - هيكل الإطار

يقدم الهيكل طريقة لتنظيم الأبعاد المختلفة للصحة التي يجب أن يعالجها النظام الإحصائي وإظهار أوجه الترابط فيما بينها. ويُنظم الإطار بواسطة مقاييس الصحة الأعم في القمة مدعومة بمقاييس أكثر تحديداً. وليست العلاقات بين المقاييس وفيما بينها سببية بالضرورة؛ وإنما هي بالأحرى أشبه ما تكون بشبكة عنكبوتية عالية التعقيد. وليس هدف الإطار هو تحديد كل علاقة ولكن تحديد أنواع المقاييس المدرجة تحت العنوان العام لإحصاءات الصحة وتقديم مخطط عام لطبيعة العلاقات القائمة فيما بينها. ويرد فيما يلي مخطط موجز لهيكل الإطار ووصف لأنواع المقاييس المدرجة.

المقاييس العامة للصحة - تعتبر هذه المقاييس بشكل عام المؤشرات الصحية الأساسية اللازمة لرصد الحالة الصحية العامة لجماعة سكانية ما. وتنتج المستويات التي تنطوي عليها هذه المقاييس والتغيرات التي تطرأ فيها عن مجموعة من العوامل المختلفة التي تعكسها مقاييس أخرى في الإطار. ويمكن أن يؤدي عدد من التركيبات المختلفة لمقاييس أكثر تحديداً إلى قيمة واحدة على مقياس عام بحيث يمكن أن تعكس المساواة بين قيم هذه المقاييس ظروفًا صحية جد مختلفة. ولا يمكن بشكل عام اتخاذ تدابير على أساس المقاييس لأنها لا تقدم معلومات بشأن ما ينبغي تغييره لكي تتغير الصحة. ورغم هذه الخصائص، فإن هذه المقاييس تقدم وصفاً جيداً للحالة الصحية العامة للجماعات السكانية أو الجماعات الفرعية من السكان. وينبغي أن تراعي المقاييس سياسات وبرامج تحسين الصحة التي يتم سنها أو تدهور نظام الرعاية الصحية أو الهيكل الاقتصادي أو الاجتماعي. ولا يمكن للمقاييس المتوفرة حالياً أن تستوفي كل هذه المعايير، ولكن القصد هو استيفاؤها. وتشمل مقاييس الصحة العامة: العمر المتوقع؛ ومعدلات وفيات الرضع؛ والصحة المقدرة ذاتياً.

ويتمثل نوع آخر من المقاييس العامة في مقياس موجز. وتكون هذه الأنواع من المقاييس ذات بنية رقيقة وغالباً ما تكون ذات طابع مركب. ومن أمثلة ذلك المقاييس المختلفة للعمر المتوقع المعدل حسب الصحة التي لا تهدف إلى بيان طول العمر فحسب بل كذلك إلى نوعية الحياة المتصلة بالصحة. وتتطلب هذه المقاييس معلومات عن معدل الوفيات وكذلك عن مقاييس الصحة غير المتصلة بالوفيات وطريقة لجمع الاثنين معاً بغية وصف عدد السنوات التي يمكن لشخص ما ضمن جماعة سكانية معينة أن يتوقع أن يعيشها "في صحة جيدة" بالاستناد إلى نتائج حالة الوفيات والحالة الصحية السائدة في تلك الجماعة

السكانية. ويوفر الإطار مورداً لمقاييس الصحة غير المتصلة بالوفيات التي يمكن استخدامها في المقاييس الموجزة.

مقاييس الوضع الوظيفي للسكان (المشار إليه بعبارة "الحالة الصحية" في مبادرة بودابست) - يمكن قياس الأداء الوظيفي من خلال مجموعة من المجالات، بما فيها المجال الحسي والحركي والإدراكي والنفسي ومجال الاتصال والجزء العلوي من الجسم. وتُدرج مقاييس الإعاقة أيضاً في هذا المستوى لأنها تجمع بين الأداء الوظيفي والمعلومات المتعلقة بالبيئة لوصف مدى قدرة كل المواطنين على المشاركة مشاركة كاملة في المجتمع. وتقوم مبادرة بودابست وفريق واشنطن حالياً بوضع مقاييس للوضع الوظيفي.

المقاييس البيولوجية، بما فيها الخصائص البدنية ومسببات الأمراض والأمراض - تُعرف الأمراض أو الحالات بمجموعة من الخصائص الباثولوجية التي تتصل هي نفسها بهيكل ووظيفة بيولوجيين. ويمكن أن تكون هذه الخصائص البدنية معقدة وأن تقاس على مستوى العضو (أو الأعضاء المتعددة) أو يمكن أن تكون مستهدفة بشكل أدق من قبيل حالات الشذوذ الوراثي أو القابلية الوراثية. ومقاييس حالات المرض شائعة وهناك أمثلة كثيرة للمقاييس المتوفرة الخاصة بأمراض معينة. وتُدرج هنا مقاييس سبب الوفاة. وتُدرج أيضاً ضمن هذه المجموعة من المقاييس خصائص كالأم أو التعب.

عوامل الخطر - تشمل هذه المجموعة من المقاييس عوامل تزيد أو تخفّف خطر الإصابة بمسببات الأمراض وبالأمراض، ومن ثم فإنها تؤثر في المستويات الوظيفية والمقاييس العامة للصحة. ومن الأمثلة المحددة الحمية والتغذية والتدخين والنشاط البدني.

العوامل ذات الصلة - هناك عدد كبير من العوامل المتصلة بالصحة. وتتصل مجموعة رئيسية من المقاييس بالرعاية الصحية، بما فيها الإمدادات وإمكانية الوصول والاستخدام والنفقات وخصائص النظام. وتشكل خصائص نظام الصحة العامة ومبادرات الصحة العامة عنصراً رئيسياً آخر، مثلها مثل العوامل المتصلة بالحالة الاجتماعية - الاقتصادية على المستوى الفردي وبوصفها خاصية هيكلية. وتتسم العلاقات بين هذه العوامل والصحة بالتعقيد.

العلاقات القائمة فيما بين مجموعات المقاييس - تتمثل إحدى الطرائق الممكنة لإيضاح كيفية بناء المصفوفة في النظر في أحد الأمثلة. وأي مقياس عام للصحة مثل العمر المتوقع يوفر معلومات عن مستويات الوفيات ولكن ليس عن كيفية قضاء سنوات العمر. ويمكن الحصول على هذه المعلومات الأخيرة في جزء الوضع الوظيفي من المصفوفة. ويمكن أن يتسبب في تغير الوضع الوظيفي عدد من مسببات الأمراض المتصلة بهيكل الجسم ووظيفته التي تتصل بدورها بعوامل بيولوجية ووراثية وبيئية. وفي البلدان المتقدمة النمو، تمثل الحالات المزمنة الكثير من

حالات القصور الوظيفي؛ وتُقدم المعلومات المتعلقة بانتشار هذه الحالات بواسطة مجموعة من المقاييس التي تعتمد على الخصائص البيولوجية. وفي البلدان النامية، تتصل الأمراض المعدية بالقصور الوظيفي والوفاة؛ ويوصي الإطار بإدراج مقاييس لهذه الحالات. وتُدرج في ذلك القطاع من الإطار عوامل الخطر والجهود الوقائية الخاصة بكيانات المرض، كما تُدرج فيه عوامل ذات صلة من قبيل الآثار البيئية، بما فيها مستوى الصرف الصحي وما إذا كانت البيئات مؤاتية للرياضة البدنية.

الفرع ٥ - العمل الجاري (مقابلة المقاييس مع الإطار)

يتعين تطويره. سيقدم الفرع ٥ العمل الجاري في الإحصاءات الصحية التي يمكن أن تستخدم من أجل "ملء" الإطار (أي توفير المقاييس للمفاهيم الواردة في الإطار)، من قبيل منظمة الصحة العالمية - أسرة التصنيفات الدولية وفريق واشنطن ومبادرة بودابست والأفرقة العاملة الخاصة بأمراض معينة وشبكة القياسات الصحية والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية وغيرها. وسيعتمد الفرع ٥ على الأجزاء من ١ إلى ٤ بربط المقاييس بعمل جارٍ آخر ومصادر البيانات الحالية. وبفعل ذلك، سيكون من الممكن تحديد مواطن الثغرات في البيانات و/أو الحاجة إلى وضع معايير دولية.

المراجع

المبادئ الأساسية للإحصاءات الرسمية، المعتمدة خلال الدورة الخاصة للجنة الإحصائية للأمم المتحدة، ١١-١٥ نيسان/أبريل ١٩٩٤، الوثائق الرسمية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، ١٩٩٤، الملحق رقم ٩ (E/1994/29)، الفصل الخامس.

منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، نظام حسابات الصحة، الصيغة ١، منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٠.

توصية المفوضية الأوروبية المؤرخة ٢٥ أيار/مايو ٢٠٠٥ بشأن استقلالية السلطات الإحصائية الوطنية والاجتماعية ونزاهتها ومساءلتها (COM/2005/0217).

الإحصاءات المستندة إلى السجلات في بلدان الشمال الأوروبي، الأمم المتحدة، نيويورك وجنيف، ٢٠٠٧.