

دور ديوان الرقابة المالية الاتحادي في الرقابة على الصحة والتنمية المستدامة  
" بحث تطبيقي في دائرة صحة الديوانية "

The role of the Office of Financial Supervision in the federal control over  
health and sustainable development

" Applied research in AL- Diwaniyah health office"

أ.م. د. خولة حسين حمد

الباحث / عماد عريس جاسم

المعهد العالي للدراسات المحاسبية والمالية - بغداد

دائرة صحة الديوانية

المستخلص:

يهدف البحث الى بيان دور ديوان الرقابة المالية في الرقابة على الصحة والتنمية المستدامة , بوساطة تفعيل دور ديوان الرقابة المالية الاتحادي في الرقابة على خطط وبرامج الصحة والتنمية المستدامة , في السعي للوصول الى مواجهة التحديات المتمثلة بالأمراض السارية وغير السارية المنتشرة والفقر المدقع وتدهور الوضع الامني وقلة التخصيصات التي تعرقل تطور الخدمات الصحية وتحسين نوعيتها , املا في معالجتها بشكل مقبول ينسجم مع المعايير المعتمدة والمدة المحددة لتحقيق الاهداف الانمائية.

**Abstract**

The study aims to indicate the role of health in the construction of sustainable development, mediated by activation of the role of the Office of Financial Supervision in federal oversight of plans and programs for health and sustainable development , in the quest to get to meet the challenges of communicable diseases and non-communicable widespread and extreme poverty and the deterioration of the security situation and the lack of allocations that hinder the development of health services and to improve quality, In the hope of processed acceptable in line with the approved standards and the time limit for achieving development goals.

**المقدمة:-**

يعد تدهور الوضع الامني للبلد , واستنزاف الموارد وعدم استغلالها بشكل افضل , والذي انعكس سلبا على الوضع الصحي ومن ثم انتشار الامراض المعدية وغير المعدية وزيادة معدلات الفقر , من ابرز التحديات على المستوى الاقتصادي والاجتماعي والبيئي والمؤسسي , لذا اصبح من الضرورة الرقابة على تقديم الخدمات الصحية لمواجهة تلك التحديات لتحقيق الاستمرارية بتقديم الخدمات الصحية بكفاءة وفاعلية بوساطة تفعيل دور ديوان الرقابة المالية الاتحادي في الرقابة على الصحة و التنمية المستدامة املا في تحقيق الاهداف المرسومة. وفي ضوء ذلك تضمن البحث اربعة محاور (منهجية البحث ودراسات سابقة , الصحة والتنمية المستدامة , الرقابة على الصحة والتنمية المستدامة, الاستنتاجات والتوصيات ) .

المحور الاول- منهجية البحث ودراسات سابقة:-

اولا : منهجية البحث

1- مشكلة البحث

في ظل اهتمام الحكومات بمفهوم التنمية المستدامة , الذي اخذ يحتل مساحة واسعة من النشاطات التي تمارسها الوحدات الاقتصادية, ومحاولة تطبيقه , وفق آلية تساهم في تلبية احتياجات الاجيال الحالية والمستقبلية , وكون الصحة احد مؤشرات التنمية المستدامة, و يتعذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة , لذا اصبحت الصحة من المكونات الاكثر اهمية في مجال التنمية بوصفها من العوامل التي تسهم في التنمية المستدامة واحد مؤشراتنا على حد سواء , ومن هنا يبرز الدور الرقابي على آلية التطبيق للسعي في الوصول للأهداف المرجوة , فضلا عن خلق الوعي والادراك والاهتمام من قبل الادارات في اعداد تقارير التنمية المستدامة والرقابة عليها , ويمكن صياغة المشكلة في ظل التساؤلات الآتية :

- أ- كيف تقوم الجهات الخاضعة لرقابة الديوان بأعداد تقارير التنمية المستدامة.
- ب- كيف يمكن لديوان الرقابة المالية الاتحادي المساهمة بشكل فاعل في تفعيل مؤشرات التنمية المستدامة ودمجها مع مؤشرات الصحة في البيئة العراقية .

2- أهمية البحث

تكمن أهمية البحث في تحقيق الصحة للجميع بوساطة خلق بيئة خالية من الامراض المهلكة لينعم الجيل الحالي والاجيال القادمة بالرفاهية والامان .

3- هدف البحث : يهدف البحث على التعرف على الآتي:

- أ- الصحة و التنمية المستدامة.
- ب- امكانية ديوان الرقابة المالية الاتحادي في الرقابة على الصحة لبناء التنمية المستدامة.

4- فرضية البحث :

يستند البحث على فرضية واحدة وهي يقوم ديوان الرقابة المالية الاتحادي بشكل فاعل في الرقابة على الصحة لبناء التنمية المستدامة في الوحدات الاقتصادية الخاضعة لرقابته.

5 - الحدود المكانية والزمانية للبحث

الحدود المكانية: دائرة صحة الديوانية  
الحدود الزمانية: تقارير الرقابة المالية للسنوات (2011. 2012. 2013).

6- أساليب جمع البيانات

- لغرض انجاز البحث بجانبه النظري والعملي تم اعتماد المصادر الآتية:
- الكتب والدوريات والرسائل الاكاديمية والمهنية.
  - القوانين والانظمة والتشريعات ذات الصلة.
  - تقارير ديوان الرقابة المالية وتقارير اللجان الاشرافية في دائرة صحة الديوانية.
  - الانترنت.

## ثانيا : دراسات سابقة

تعد هذه الفقرة (دراسات سابقة) المصدر الرئيس لاستمرار مجالات البحث العلمي بهدف التجديد والتطوير وبناء على ذلك يحاول الباحث تقديم عرض موجز لأبرز الدراسات ذات الصلة بموضوع هذه الدراسة ومن بين تلك الدراسات :-

أ- دراسة (الكوت و التهامي , 2000) : دور ديوان الرقابة والمحاسبة على قطاع الصحة في دولة الكويتيهدف البحث الى تحديد مفهوم ووسائل رقابة الديوان على قطاع الصحة والمقترحات الخاصة بزيادة فعالية تلك الرقابة في ضوء تطور مفاهيم الرقابة , وما اذا كانت وزارة الصحة قد حققت الاهداف المنوطة اليها من حيث توافر افضل الخدمات للمواطنين . واهم النتائج التي خلص اليها البحث هي ان اسلوب الديوان في الرقابة المالية التي يمارسها على الجهة الخاضعة لرقابته يجمع بين الرقابة السابقة واللاحقة , فضلا عن ذلك ان خطط الديوان للرقابة المالية على قطاع الصحة تركز بصفة اساس على تدقيق وفحص الإيرادات والمصروفات وشؤون التوظيف والمخازن والمستودعات , وذلك بما يتماشى مع اختصاصاته طبقا لقانونه . ومن اهم التوصيات التي توصلت اليها الدراسة , ضرورة الاخذ برقابة الاداء الى جانب الرقابة النظامية .

ب- دراسة (Ralph p. Hall :2006) : (فهم وتطبيق مفهوم التنمية المستدامة من اجل التخطيط واتخاذ القرارات في قطاع المواصلات في الولايات المتحدة). تهدف الدراسة الى توضيح مفهوم التنمية المستدامة بشكل عام وتطبيقه في قطاع المواصلات, ووضع مجموعة من المؤشرات لقياس الاستدامة في قطاع المواصلات . واهم النتائج التي خلصت اليها الدراسة هي استخدام مؤشرات التنمية البشرية (HDI) لقياس الدخل كمقياس لتحقيق الرفاهية , و فهم الاحتياجات الاساسية للبشر فضلا عن فهم العلاقة بين القرارات السياسية والاقتصادية والاجتماعية لتحقيق التنمية المستدامة , ومن اهم التوصيات التي توصلت اليها الدراسة ضرورة الالتزام بقواعد السلوك المهني لتحفيز السلوك البشري وتحقيق التوازن بين الاجيال لتعزيز التنمية المستدامة.

## المحور الثاني : الصحة والتنمية المستدامة

يتطرق المحور الى مفهوم الصحة والتنمية المستدامة والعلاقة بينهما وتمثيلها برسم بياني, بوساطة الوقوف على الاحداث التي مر بها المفهومين عبر سلسلة زمنية تمثلت في خمس عقود .

## اولا : مفهوم الصحة

يختلف مفهوم اصحة باختلاف الاطراف التي تتبنى هذا المفهوم , والزمن والتطور التكنولوجي وقد وضعت منظمة الصحة العالمية مفهوما للصحة بانها " حالة اكتمال السلامة العقلية والبدنية والاجتماعية وليس مجرد انعدام المرض او العجز(WHO,2003:8) . اذ يذكر (Thomas) امكانية تقسيم مراحل تطور الرعاية الصحية في اعقاب (بعد) الحرب العالمية الثانية الى ست مراحل اي حوالي خمسة عقود من النصف الاخير من القرن 20 والعقد الاول من القرن 21 كان مرحلة من المراحل وكما يأتي(Thomas,2003:47-51) :

❖ ظهور الطب الحديث في عام 1950 The 1950s: The Emergence of "Modern" Medicine

شهدت هذه المدة بناء العديد من المستشفيات , واصبحت قضية الصحة قضية رئيسة على طاولة المفاوضات فضلا عن ذلك ادخال عقاقير جديدة للعلاج , وتقديم الخدمات الصحية بشكل رسمي للسكان والتي ساهمت في حل كثير من المشاكل الصحية (Thomasm,2003:48) .

- 1- العصر الذهبي للطب الأمريكي في عام 1960: The Golden Age of American Medicine 1960 وفي (عام 1960) شهدت ترتيبات جديدة للتمويل والتوسع في الخدمات الصحية وزيادة الإنفاق على الرعاية الصحية مما أدى إلى تحقيق النمو السريع نتيجة زيادة الطلب على شراء الخدمات الصحية الذي بدأ يفوق توقعات مقدمي الخدمات الصحية (Black & Gruen,2005:14). كما شهدت تأسيس مجالات الرعاية الطبية للرسائل والبحوث للخدمات الصحية , وبعدها جاء أول الدعم الاتحادي الرسمي من خلال انشاء المركز الوطني للبحوث في الخدمات الصحية في عام 1968 وهي وكالة ابحاث متقدمة في الصحة والجودة (Isaacs & Colby,2008:38) .
- 2-التشكيك بالنظام في عام 1970: Questioning the System 1970 في عام 1978 تبنت منظمة الصحة العالمية في اعلان الما آتا ( Alma Alta ) وضع السياسات لتوجيه الخدمات الصحية نحو التركيز على الرعاية الصحية الأولية بدلا من التركيز على الادوية والعلاج ذات التكنولوجيا العالية , ورفع شعار الصحة للجميع ( Gabe et al,2003:12) .
- 3- التحول العظيم في عام 1980: The Great Transformation 1980 وخلال عام 1980 واولئل 1990 جرت محاولات لإصلاحات الخدمات العامة, وشمل ذلك تدريب الموظفين وتحسين اساليب وهيكل الحوافز القائمة على السوق , فضلا عن ذلك وضع معايير الاداء وانشاء المديرية السريرية وادخال نظم المعلومات المحسنة لتسهيل اتخاذ القرار الفعال (Preker & Langebrunner,2005:30) .
- 4- التحول الأنموذجي في عام 1990: The Shifting Paradigm 1990 شهدت هذه المدة ارتفاع في التكاليف الصحية , وعد المستشفى المحور الرئيسي للنظام , والطبيب الحارس الاساس , كما شهدت هذه المدة نقلة نوعية من التركيز على الرعاية الطبية الى التركيز على الرعاية الصحية, (Thomas,2003:50) .
- 5- الالفية الجديدة للرعاية الصحية 2000-2010: New Millennium Healthcare 2010 وشهدت الالفية الجديدة للرعاية الصحية للفترة من 2000 - 2010 اعلان توافقت فيه اراء الدول الاعضاء حول سبل بلوغ المرامي ( الاهداف ) الانمائية المتعلقة بالصحة , ويتضمن هذا التقرير تقييما للتقدم المحرز في أنشطة الحد من وفيات الاطفال بالوقاية والعلاج من الالتهاب الرئوي ( منظمة الصحة العالمية , 2011 : 1-7) .

#### ثانيا : مفهوم التنمية المستدامة

مصطلح التنمية من المصطلحات التي يكتنفها الغموض واللبس من حيث تعريفها . وقد لوحظ ان هذا المصطلح يحمل كل معنى يريد المتحدثون عرضه في قضاياهم , وقد استخدم هذا المصطلح لأول مرة استخداما اقتصاديا صرفا . فالتنمية المستدامة قصد بها على وجه الدقة نمو الاعمال وازدهارها بشكل متواصل , ثم تطور المصطلح ببطء ليعني المحافظة على البيئة والنمو الاقتصادي معا . وقد عرف تقرير " مستقبلنا المشترك " التنمية المستدامة بانها " التنمية التي تلبي احتياجات الجيل الحاضر دون المساس بقدرة الاجيال المقبلة على تلبية احتياجاتهم الخاصة , ويتضمن التعريف على مفهومين اساسين هما ( WCED , 1987 : 69) :

أ- الاحتياجات الاساسية للفقراء التي ينبغي ان تعطى الاولوية القصوى .

ب المحددات ( القيود ) التي تفرضها حالة التكنولوجيا والتنظيم الاجتماعي .

يرى (البدوي والبلتاجي ) بان مفهوم التنمية المستدامة مر بأربعة عقود , ففي عقد التنمية الاول الذي تبنته الامم المتحدة 1960-1970 اقترن مفهوم التنمية بالنمو الاقتصادي وفق مؤشرات تركز اغلبها على اعتبارات اقتصادية خاصة مثل الدخل القومي ودخل الفرد بحيث تركز مفهوم التنمية في زيادة دخل الفرد والمجتمع ممثلا بالدولة ( البدوي و البلتاجي ,

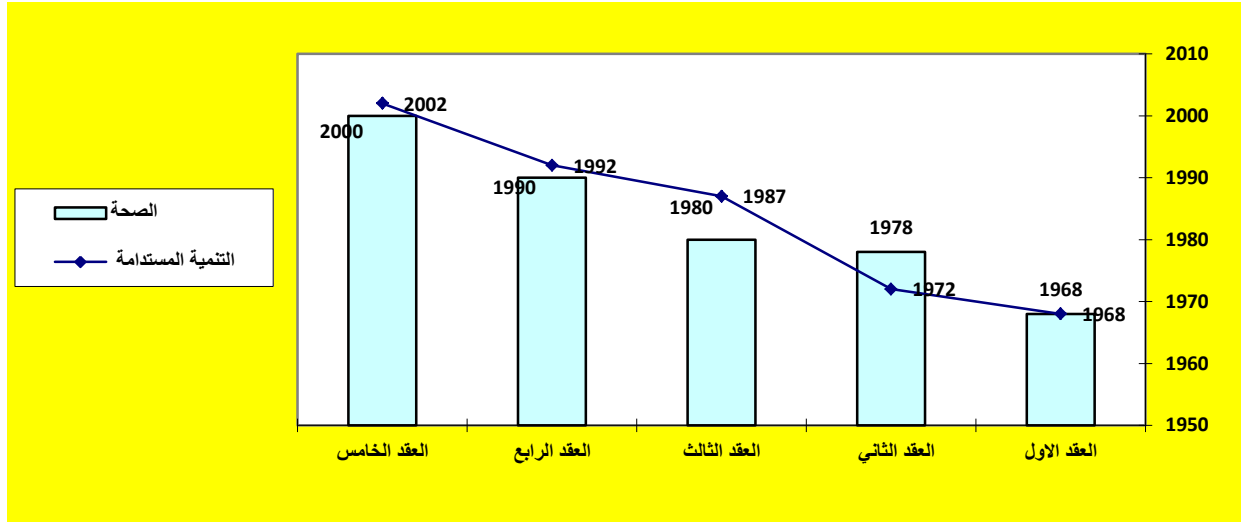
2013 : 19). كما شهدت هذه المدة وفي عام 1968 عقد مؤتمر لمنظمة الامم المتحدة للعلوم والثقافة (UNESCO) والذي يمثل حدث رائد في وقته لمناقشة التنمية البيئية المستدامة (Lutzkendorf & Gopp, 2006 : p 18). وفي العقد الثاني 1970-1980 اكتسب مفهوم التنمية ابعادا اجتماعية وسياسية وثقافية بجانب البعد الاقتصادي، وتمخضت هذه المدة عن انعقاد مؤتمر ستوكهولم في السويد عام 1972 حول البيئة الانسانية والذي يعد نقطة البداية لبيان دور الحكومات بتبني مفهوم التنمية المستدامة حيث صدر عن المؤتمر وثيقتان، الاولى، اعلان ستوكهولم للمبادئ البيئية، فضلا عن ذلك انشاء برنامج الامم المتحدة للبيئة والتنمية (Calvert&Calvert,2007) : 404-405.

وخلال عقد التنمية الثالث 1980-1990 اكتسب مفهوم التنمية بعدا حقوقيا وديمقراطيا يتمثل في المشاركة السياسية والشعبية في اتخاذ القرارات التنموية. ("التميمي، 2008 : 50-51). وفي عام 1987 قامت الوكالة العالمية للبيئة والتنمية (WCED)، بنشر تقريرها "مستقبلنا المشترك" our common future، حول مفهوم التنمية المستدامة الذي استخدم لأول مرة خلال هذه المدة من قبل اللجنة العالمية للبيئة والتنمية المعروفة باسم لجنة برونتلاند (Asefa, 2005 : 1).

وقد شهد عقد التنمية الرابع 1990 نقلة نوعية في مفهوم التنمية، حيث وصف (Haughton & Counsel) مفهوم التنمية المستدامة بانها عبارة عن فكرة كبيرة (Big idea) تساعد في انعاش الانهيار في الثروات واعادة السمعة المنهارة نتيجة فشل التخطيط (Haughton & Counsel, 2004 : 48). و تؤكد مفهوم التنمية المستدامة بشكل واضح في وثيقة الارض التي صدرت في ريودي جانيرو عام 1992 التي تضمنت سبعة وعشرين مبادا تدعو الى ضرورة تحقيق العدالة بين الاجيال المختلفة في توزيع الموارد الطبيعية ضمانا لتواصل عملية التنمية (قمة ريو، 1992 : 2). ومن ريودي جانيرو 1992 الى جوهانسبرغ 2002، اجتمع (104) من رؤساء الدول في جوهانسبرغ في جنوب افريقيا في مؤتمر القمة العالمية للتنمية المستدامة، اكد المجتمعون التزامهم بالتنمية المستدامة من خلال توافر الخدمات الصحية للجميع وتخفيض المخاطر الصحية البيئية مع مراعاة الاحتياجات الخاصة للأطفال والصلات القائمة بين الفقر والصحة البيئية، وتوافر عالم خاليا من الذل والهوان التي يسببها الفقر وان كرامة الانسان امر غير قابل للتجزئة وتمكين المرأة وتحررها والمساواة بين الجنسين في جميع الانشطة (جوهانسبرغ، 2002 : 11). واكد المجتمعون بان التحدي العالمي للتنمية المستدامة يكمن في الترابط المعقد للتنمية البيئية والاجتماعية والاقتصادية (Potter et al.,2004) نقلا عن (Elliott,2006 : 9).

يرى الباحث بوساطة تحليل مفهوم الصحة ومقارنة مع مفهوم التنمية المستدامة عبرة السلسلة الزمنية التي مر بها المفهومين بان هناك علاقة متداخلة ومترابطة بين المفهومين وامكانية توضيح هذه العلاقة في رسم بياني وكما في الشكل (1) الاتي :

شكل (1) يوضح العلاقة بين الصحة والتنمية المستدامة



المصدر: اعداد الباحث ( استنادا للمصادر الواردة في التطور التاريخي للخدمات الصحية والتنمية المستدامة)

ثالثا : رقابة ديوان الرقابة الاتحادي على الصحة لبناء التنمية المستدامة.

تنص المادة (10) من قانون الديوان (31) لسنة 2011 (الديوان هيئة مستقلة ماليا وإداريا له شخصية معنوية ويعد أعلى هيئة رقابة مالي يرتبط بمجلس النواب يمثلته رئيس الديوان او من يخوله) وينوب ديوان الرقابة المالية عن السلطة التشريعية بمراقبة اعمال السلطة التنفيذية المتمثلة بالمؤسسات الحكومية والجهات التي ينص قانونها او نظامها على خضوعها لرقابة وتدقيق الديوان , وتتم عملية الرقابة والتدقيق وفقا لأحكام المادة (6/اولا) من القانون بوساطة التحقق من سلامة التصرف في الاموال العامة ومدى الالتزام بتطبيق القوانين والانظمة والتعليمات , فضلا عن ما نصت عليه المادة 6/ (ثانيا وثالثا ) في الرقابة على تقويم الاداء للجهات الخاضعة لرقابته , وتقديم العون الفني في المجالات المحاسبية والرقابية والادارية وما يتعلق بها من امور تنظيمية وفنية وفق خطة سنوية شاملة لإنجاز المهام الرقابية بموجب المادة (7) من القانون والتي تتضمن :

اولا : مهام الرقابة وتقويم الاداء .

ثانيا : مجالات التعاون مع هيئة النزاهة ومكتب المفتشين العموميين .

ثالثا : الموضوعات والقضايا التي يعدها الديوان ضرورية لتحقيق الشفافية ومستوى اداء الحكومة لواجباتها .

اذ يقوم الديوان وفقا للمادة (10) من القانون بفحص وتدقيق المعاملات والتصرفات للإيرادات والنفقات العامة والالتزامات المالية كافة , والموجودات بأنواعها , والمستندات والعقود والسجلات والدفاتر الحسابية والموازنات والبيانات المالية والقرارات والوثائق والامور الادارية ذات العلاقة بمهام الرقابة , وفي ضوء المادة (11) من القانون تتم عملية الفحص والتدقيق وفقا للقواعد والاصول والمعايير المحلية والدولية المعتمدة والطرق والوسائل المتعارف عليها .وبناء على ما تقدم يرى الباحث ان انواع واساليب الرقابة الحالية التي يمارسها الديوان على الصحة هي ذات الرقابة التي يمارسها على الوزارات الاخرى والمتمثلة بالرقابة المحاسبية والقانونية ورقابة الاداء , والتي تساهم جميعها في بناء التنمية المستدامة , وامكانية توسيعها لتشمل تدقيق التنمية المستدامة.

المحور الثالث : الجانب العملي

اولا : نبذة تعريفية عن دائرة صحة الديوانية (عينة البحث):

في عام 1952/ تم تأسيس مناطق صحية في الوحدات الإدارية على مستوى لواء وبضمنها لواء الديوانية تشمل (مستشفى عام ومراكز صحية) ترتبط (إدارياً و فنياً) بمديرية الصحة العامة / بغداد وفي عام 1958/تم تأسيس رئاسة صحة الديوانية وتم العمل بهذا التصنيف لغاية 1984/1/17 إذ تم تحول رئاسة صحة الديوانية إلى دائرة صحة الديوانية ، وقد

صدرت مجموعة من القوانين التي تنظم عمل المؤسسات الصحية منها: - قانون الصحة العامة المرقم (89) لسنة 1981/ وقانون وزارة الصحة المرقم (10) لسنة 1983/ واستناداً للقوانين المؤشرة في أعلاه، تم تأسيس دائرة صحة الديوانية، ترتبط بها المستشفيات و قطاعات الرعاية الصحية الأولية في المحافظة (فنياً ومالياً) والجدول الاتي يوضح ذلك :-  
جدول (1) يوضح عدد المستشفيات والقطاعات /دائرة صحة الديوانية

العدد حسب سنوات البحث وستة الاساس				التفاصيل
2013	2012	2011	2007	
6	6	6	5	المستشفيات
5	5	5	4	القطاعات
75	65	64	54	المراكز الصحية
8	5	5	5	المراكز التخصصية
28	28	28	لا توجد	البيوت الصحية
12	13	12	13	العيادات الشعبية
13	14	14	14	التامين الصحي
5	5	5	2	اعدادية التمريض

المصدر : الجدول من اعداد الباحث استنادا لسجلات الدائرة والقطاعات التابعة لصحة الديوانية

#### ثانيا : الخطط والسياسات

لقد تم أعداد الخطة لتطوير العمل الصحي في المؤسسات الصحية للمدة من 2009 ولغاية نهاية 2013 . عبر تحديد رسالة الدائرة وسبل تحقيق هذه الرسالة من خلال الأهداف المحددة ضمن مدة زمنية وتحديد المسؤولين عن تنفيذ تلك النشاطات للوصول إلى الأهداف المنشودة وقد ركزت تلك الأهداف على المحاور الآتية :-

- (1)- خفض معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات للأطفال دون سن الخامسة بنسبة (50%) عن معدلات عام/2007و القضاء على مرض الكزاز الولادي. والسيطرة على مرض الكبد الفيروسي بنسبة (100%)
  - (2)- خفض معدلات أمراض سوء التغذية دون سن الخامسة بنسبة (7%) عن معدلات 2007 بحلول 2013
  - (3)- السيطرة على الأمراض الانتقالية بحلول 2013.
  - (4)- متابعة صلاحية الأغذية والماء (المحلية و المستوردة) للاستهلاك البشري
  - (5)- خفض معدلات وفيات الأمهات الناجمة عن الإصابة بالأمراض بنسبة (30%) , عن معدلات 2007
  - (6)- وضع نظام للسيطرة على تقديم الخدمات العلاجية .
  - (7)- تطوير البنى التحتية والخدمات الفندقية و زيادة عدد المراكز الطبية المتخصصة .
  - (8)- توافر الأدوية والمستلزمات الطبية ووضع نظام للسيطرة على مشتريات الأدوية وتوزيعها.
- ويرى الباحث اهم ما تم التوصل إليه بهذا الشأن :-

(اولا) :- قيام دائرة صحة الديوانية بإعداد خطه خمسيه تضمنت مجموعة من الأهداف الاستراتيجية التي حددتها وزارة الصحة دون أستنادها إلى دراسة احتياجات المواطنين والرقعة الجغرافية من الخدمات الصحية والعلاجية لاعتمادها في متابعة ومراقبة الأداء .

(ثانيا) :- عدم قيام دائرة صحة الديوانية بإعداد الخطط البديلة المعدة مسبقاً لمعالجة المشاكل التي تواجه تنفيذ الأهداف الرئيسية والمهام التفصيلية الواردة في القانونين (89، 10) لسنة / (1981، 1983) ومواكبة الظروف المستجدة وملائمتها لها. مما تقدم تتضح الأهداف التي تضمنتها القوانين المختصة، إلا إن الخطط الموضوعة وإجراءات تنفيذها لا ترقى إلى المستوى المطلوب لتحقيق تلك الأهداف .

- الجدول (2) يوضح الاهداف المستهدفة عن معدلات سنة 2007 وفق الخطة الخمسية لدائرة صحة الديوانية وخطة التنمية الوطنية لسنة (2010-2014) والاهداف الانمائية مقارنة مع المنجز لسنة 2013 وكما يأتي.
- أ- ارتفاع معدل الوفيات للأطفال دون سن الخامسة لسنة 2013 والذي يعد من الاهداف الانمائية بنسبة (25.5%) وفاة لكل (1000) ولادة حية مقارنة بالمعدلات المستهدفة لخطة دائرة صحة الديوانية (عينة البحث) والمعدل المستهدف لوزارة الصحة وغاية الهدف الانمائي (بتخفيض الوفيات بنسبة 75%)، وبالبالغة (24.5%، 12.3%، 12.3%) وفاة على التوالي ، فضلا عن ارتفاع معدل الوفيات للأمهات بنسبة ( 31.8 %) وفاة لكل (100) الف ولادة حية مقارنة بالمعدلات المستهدفة اعلاه، وبالبالغة (6.5%، 6.5%، 18.2%) وفاة على التوالي مما يؤشر عدم تحقيق الدائرة الاهداف المحددة وفق الخطة الخمسية (2009-2013) والاهداف الانمائية ، بتخفيض معدل الوفيات للأطفال دون سن الخامسة بنسبة 50% والامهات بنسبة 75%، وتحذير من تحقيق الهدف الانمائي بحلول 2015 وكما يتضح عدم التزام الدائرة بالاتفاقيات الدولية المتعلقة بحماية الطفل واستراتيجية الرعاية المتكاملة حول امراض الطفولة والتي تهدف الى تقليل وفيات الاطفال دون سن الخامسة ، وتدني مستوى كفاءة الدائرة باتخاذ التدابير اللازمة في زيادة التحصينات ضد الامراض ورفع مستوى تعليم الام وتوعيتها وتخفيض نسبة الفقر ، وتطوير وسائل الصحة البيئية ، لتحقيق الصحة للجميع والذي يعد من اهم مبادئ التنمية المستدامة.
- ب- كما يلحظ انخفاض معدل الاطفال الذين يعانون من سوء التغذية لسنة 2013 بنسبة (7.1%) مقارنة بمعدلات المستهدفة عن معدلات/2007 وفقا لخطط الدائرة والوزارة بنسبة (7.7%، 7.7%) ، مما يؤشر تحقيق دائرة صحة الديوانية للأهداف المحددة وفق خطتها الخمسية (2009-2013).
- ج- يلحظ وجود اصابات بالأمراض الانتقالية منها مرض الكبد الفيروسي بأنواعه و التيفوئيد، ، اللشمانيا الجلدية بنسبة (5.7%، 1.81%، 0.16%) على التوالي لسنة 2013 ،مما يؤشر عدم تحقيق الدائرة لهدفها في السيطرة على الامراض الانتقالية بنسبة 100% ، خلافا لقانون وزارة الصحة (10) لسنة 1983 الفقرة الثالثة منه والتي تشير الى مكافحة الامراض الانتقالية والسيطرة عليها ومراقبتها والحد من انتشارها في الاراضي والمياه والاجواء، و نتيجة تدني الوضع الامني ، وانعكاساته على تنفيذ برامج الصرف الصحي والماء الصالح للشرب ، وزيادة عدد النازحين ، وعدم التزام الدائرة بمبادئ التنمية المستدامة والاسترشاد بها والمتمثلة في حق الانسان في حياة صحية منتجة في وئام مع الطبيعة، التي تمثل اساس تحقيق التنمية.
- د- عدم تحقيق الدائرة المعدل المستهدف (0.7) وفق خطة التنمية الوطنية بزيادة المراكز الصحية بنسبة (20%) عن معدل 2007، اذ بلغت الزيادة بمعدل (0.6%) في سنة 2013 وبفارق (0.1%) عن المستهدف، الا ان هذه الزيادة لا تتناسب مع معدل ما تخدمه القطاعات الصحية ضمن الرقعة الجغرافية لمحافظة الديوانية والتي تشمل عدد من المراكز الصحية الرئيسية والفرعية مع عدد السكان المخدمين ، ، والمشار اليها في الجدول (23) صفحة (114) من المبحث نفسه . كما يلحظ عدم تحقيق الدائرة للمعدل المستهدف للخطة بزيادة عدد الاسرة لدوائر الصحة بنسبة (41%) ، اذ بلغ معدل الفعلي (1.1%) لسنة 2013 مقارنة بالمعدل المستهدف (1.4) لخطة التنمية الوطنية . نتيجة عدم قيام الدائرة بأنشاء المستشفيات والمراكز التخصصية اذ قامت فقط بتأهيل المستشفيات والمراكز التخصصية كون مضي عليها مدة طويلة ، مما شكل تحديا لتحقيق هدف خطة التنمية الوطنية لسنة (2010-2014) ، وتدني في نسبة اشغال الاسرة لسنة البحث 2013 اذ بلغ (68,34%) مقارنة بالمؤشر القياسي (80%) مما يشير الى ضعف اداء المؤسسة في تقديم الخدمات الصحية).
- هـ- ارتفاع نسبة السكان الذين يقل انفاقهم عن دولارين ونصف بنسبة (44%) لسنة 2013، مقارنة بالمعدلات المستهدف لخطة التنمية الوطنية والهدف الانمائي الاول (القضاء على الفقر المدقع والجوع) وبالبالغة (24.5%، 15%) على التوالي ، مما يؤشر عدم تحقيق الدائرة للأهداف المحددة وفق الخطط اعلاه بوساطة استغلال التخصيصات الممنوحة ضمن



استراتيجية تخفيف الفقر , لتنفيذ البرامج المخصصة للصرف الصحي وايصال الماء الصالح للشرب وبناء المراكز التخصصية والرعاية الصحية الاولية والمستشفيات والذي انعكس سلبا على تحسين المستوى الصحي للفقراء بانتشار الامراض الانتقالية وعدم السيطرة عليها وارتفاع وفيات الامهات والاطفال دون سن الخامسة كما ذكر سابقا .

جدول (2) يوضح اهداف خطة دائرة صحة الديوانية والنسب المتحققة مقارنة بالخطط والاهداف الانمائية

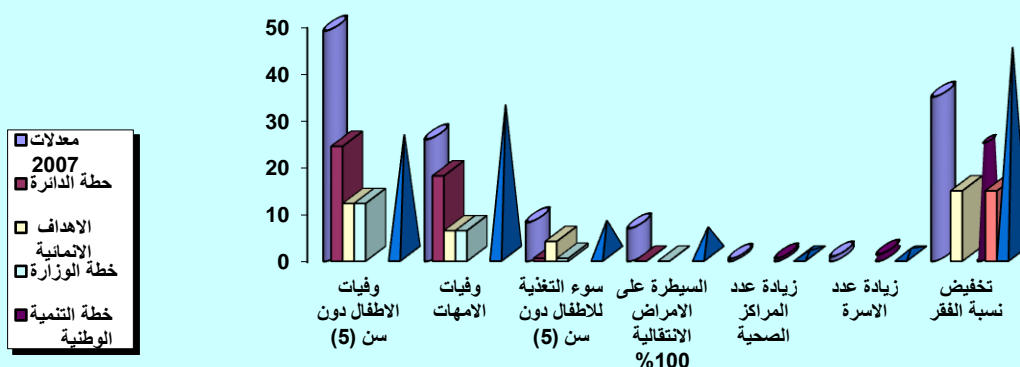
القرق بين الفعلي 2013 والمستهدف المستهدف - الفعلي			المعدل الفعلي 2013 (7)	المعدلات المستهدفة وفق الخطط والاهداف الانمائية					المعدلات 2007 (1)	الاهداف
7-4	7-3	7-2		استراتيجية الفقر (6)	خطة التنمية الوطنية (5)	خطة وزارة الصحة (4)	الاهداف الانمائية (3)	خطة صحة الديوانية (2)		
(13.2)	(13.2)	(1)	25.5	-	-	12.3	12.3	24.5	49	تخفيض وفيات الاطفال دون سن (5) بنسبة 50% و75% للأهداف الانمائية
(25.3)	(25.3)	(13.6)	31.8	-	-	6.5	6.5	18.2	26	تخفيض وفيات الامهات بنسبة 30% و75% للأهداف الانمائية
0.6	(2.9)	0.6	7.1	-	-	7.7	4.2	7.7	8.3	سوء التغذية للأطفال (نقص الوزن) دون (5) بنسبة 7% و 50% للأهداف الانمائية
(5.7)	(5.7)	(5.7)	5.7	-	-	صفر	-	صفر	7	السيطرة على الامراض الانتقالية (الكبد الفيروسي) بنسبة 100%
(0.1)	-	-	0.6	-	0.7	-	-	-	0.55	زيادة اعداد المراكز الصحية بنسبة 20%
(0.3)	-	-	1.1	-	1.4	-	-	-	1	زيادة اعداد الاسرة في دوائر الصحة بنسبة 41%
(19)	(19.5)	(29)	44	15	24.5	-	15	-	35	تخفيض نسبة السكان الذي يقل انفاقهم عن دولارين الى النصف بحلول 2015 و30% وفق خطة التنمية الوطنية

المصدر: الجدول من اعداد الباحث استنادا, لبيانات وزارة التخطيط الجهاز المركزي للإحصاء 2013 /سجلات دائرة صحة

الديوانية /مؤشرات البيئة والتنمية المستدامة ذات الاولوية في العراق لسنوات البحث/التقرير السنوي لوزارة الصحة

2013./ملاحظة : ( ) سلبى عدم تحقيق الهدف

شكل (1) ايوضح مقارنة خطة صحة الديوانية مع الخطط التنموية الوطنية والاهداف الانمائية



ثالثا : كلف تقديم الخدمة ومقارنتها بالكلف المعيارية :-

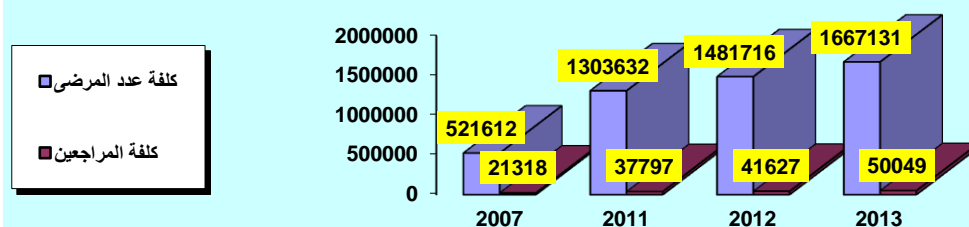
عدم وجود نظام كلفة لدى دائرة صحة الديوانية لاحتساب كلفة المريض لكل سنة وبالتالي تم الاعتماد على المصروفات لكل سنة مالية وحسب المعلومات المتوفرة في سجلاتها ويتضح من الجدول (3) , كلفة المريض المستخرجة بالاعتماد على المصروفات لكل سنة وأعداد المرضى خلال سنوات البحث ، إذ يلحظ زيادة بالتكاليف خلال سنوات البحث مقارنة بسنة /2007 لتصل أعلى النسب بالنسبة للمريض الراقد خلال سنة/2013، وتعود أسباب هذا الارتفاع إلى التعيينات المركزية للمهن الطبية والصحية التي بدورها ادت الى زيادة في الرواتب والأجور .

جدول (3) يوضح كلفة المريض من المصروفات

السنة	إجمالي المصروفات التشغيلية + مبلغ الأدوية المجهزة من قبل الشركة العامة (كيماديا) / دينار (1)	المرضى الراقدين لكل 1000 من السكان (2)	مراجعات المرضى (3) لكل 1000 من السكان	أجمالي المرضى الراقدين والمرضى المراجعين (4) (3+1)	دينار (5)	دينار (6)	دينار (7)
2007	36884725010	70713	1730245	1800958	521612	21318	20481
2011	123352305665	94622	3263528	3358150	1303632	37797	36732
2012	134476105583	90757	3230516	3321273	1481716	41627	40489
2013	158859239246	95289	3174069	3269358	1667131	50049	48590

المصدر : وزارة الصحة التقرير السنوي لسنوات البحث/(5.6.7) الاحتماب من قبل الباحث

شكل (2) يوضح كلفة المريض من المصروفات



رابعاً : العقود التي ابرمتها الدائرة على الموازنة التشغيلية والاستثمارية

يتضح من الجدول (4) العقود التي ابرمتها الدائرة على الموازنة التشغيلية والاستثمارية واستراتيجية الفقر وكلفتها والمبالغ المصروفة والتي تشمل جميع الاعمال المتعلقة بالنشاط , ولدى دراسة عينة من هذه العقود والمتمثلة بترميم وتوسيع وانشاء الابنية للمراكز الصحية والمستشفيات (20) عقد , والتنظيف والاعذية ( 21) عقد وعقود الانترنت(4) عقد(والاجهزة ) (12) عقد اذ تم تثبيت الملاحظات الاتية :

(1) عدم الدقة في ابرام العقود اذ لوحظ ابرام عقدين لحالة واحدة ولنفس المكان وبمدة مقاربة , اذ تم التعاقد مع شركة روعة نور الافق للمقاولات بموجب العقد (65) في 2011/1/10 لترميم مركز صحي الدغارة وبمبلغ (92813800) دينار(اثان وتسعون مليون وثمانمائة وثلاثة عشر وثمانمائة دينار) وبالمقابل تم التعاقد لنفس السبب مع شركة سلم المجد للمقاولات بموجب العقد (108) في 2011/2/13 وبمبلغ (305582000) دينار(ثلاثمائة وخمسة مليون وخمسمائة واثان وثمانون دينار) مما يؤشر وبشكل سلبي استنزاف الموارد وهدر للوقت وعدم الاستغلال الافضل للموارد ( في انشاء المراكز الصحية وشراء ادوية واجهزة طبية), و عدم التوازن والموائمة بين الموارد الاقتصادية والاجتماعية والتي تحقق التنمية المستدامة اذا استغلت بشكل افضل.

(2) التعاقد مع شركة البناء للمقاولات بالعقد المرقم (92) في 2011/1/16 وبمبلغ (215000000) دينار(مئتان وخمسة عشر مليون دينار ) لنصب جهاز الاشعة الرقمي وتدريب العاملين الا ان الشركة لم تقم بتنصيب الجهاز بسبب التعاقد غير المدروس مع الشركة كونها غير مخولة بنصب الاجهزة من قبل شركة الام (GE) المتخصصة فضلا عن عدم التزام دائرة صحة الديوانية بالمبلغ المحدد للتعاقد (110000000) دينار(مائة وعشرة مليون دينار) بموجب كتاب مكتب المفتش ذي العدد 11860 في 2011/2/28 مما ادى الى الغاء العقد المبرم مع الشركة رغم مضي مدة طويلة تقارب السنة على تاريخ العقد ومن ثم ضياع الوقت وعدم استغلال الموارد بشكل افضل في رفع جودة الخدمة الصحية .

جدول (4) يوضح العقود التي ابرمتها الدائرة على الموازنة التشغيلية والاستثمارية واستراتيجية الفقر

السنة	الموازنة التشغيلية	الموازنة الاستثمارية	استراتيجية الفقر	اجمالي كلفة العقود/دينار		
				تشغيلية	استثمارية	استراتيجية الفقر
2011	39	5	-	6538939800	2491470000	
2012	12	1	-	1189698000	644915000	
2013	16	1	2	2942130500	1541148000	2593745000
	المجموع			10670768300	4677533000	2593745000
	المصرف			10670768300	2744876730	لا يوجد صرف

المصدر : الجدول اعداد الباحث استنادا لبيانات شعبة العقود في دائرة صحة الديوانية

خامساً : عدد المراجعات للمراكز الرعاية الصحية الاولية خلال سنوات البحث .

يلحظ من خلال المعلومات المتوفرة في الجدول (5) الاتي :

(1) انخفاض عدد المراجعات اليومية للمراكز الصحية لسنتين (2011, 2012 , 2013) , وبمعدل (70, 65, 63) مراجعة مقارنة بالمراجعات اليومية للمراكز الصحية لسنة (2007) بمعدل(88) مراجعة, نتيجة انشاء مراكز صحية جديدة وادخالها في الخدمة , والبالغ عددها (20) مركز صحي وبكلفة (41164598000) دينار (واحد واربعون مليار ومائة واربعة وستون مليون وخمسمائة وثمانية وتسعون الف دينار) مما ادى الى تقليل العبء على بعض المراكز من المرضى المراجعين.. مما يؤشر تطور الخدمات في المراكز الصحية بشكل جعلها موازية للمستشفيات .

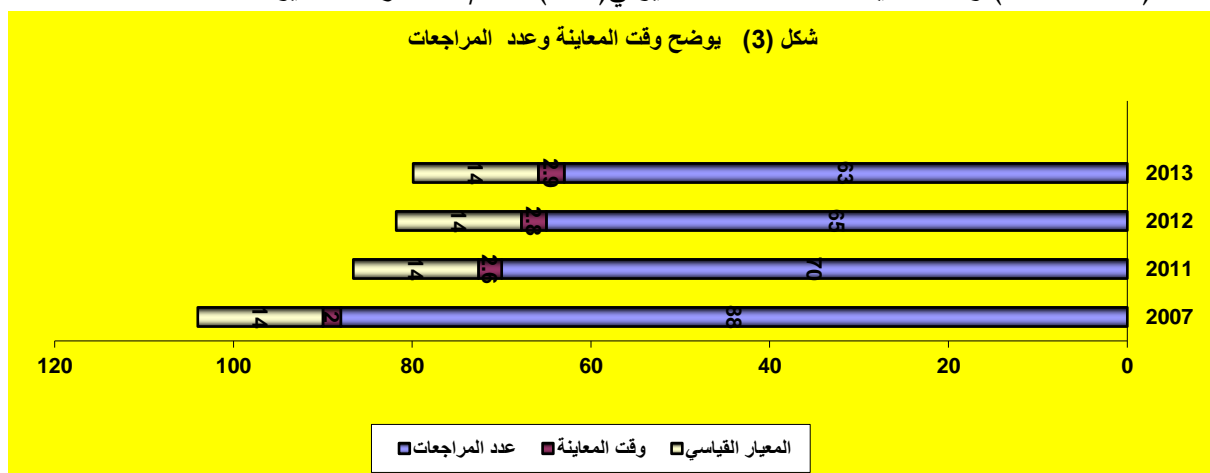
(2) رغم التطور الحاصل في الخدمات الصحية التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية الأولية , وانخفاض عدد المراجعات الا ان عدد المراجعات يبقى مرتفعا ومقيدا لوقت معاينة الطبيب للمريض , حيث ظهر وقت المعاينة قصير جدا (2.6 , 2.8 , 2.9) دقيقة على التوالي مقارنة بالوقت المعياري (14) دقيقة , مما ينذر بوجود مخاطر عدم التشخيص الصحيح والمعالجة الصحيحة , والتي قد تزيد من معاناة المراجع وعدم قدرته على اداء عمله وانخفاض انتاجيته , ومن ثم يؤدي الى صعوبة ضمن الفحص المنتظم والسعي للتحسين المستمر للصحة وسلامة الاداء والتي تعد من اهم مبادئ التنمية المستدامة واساس تحقيقها.

جدول (5) يوضح وقت المعاينة وعدد المراجعين

السنة	عدد المراجعات السنوي (1)	عدد السكان (2)	عدد المراجعات في اليوم (3)	ساعات العمل من (4) (12-9)	عدد المركز (5)	معدل الزيارة لكل 1000 من السكان (6)	وقت معاينة الطبيب (دقيقة) 3/4 (8)	معدل التغير لعدد المراجعات السنوي (1.1)
2007	1730245	990483	88	3	54	1747	2	-
2011	1634395	1129295	* 70	3	64	1447	2.6	(1.1)
2012	1682423	1162485	65	3	65	1447	2.8	(0.5)
2013	1711645	1191106	63	3	75	1437	2.9	(0.2)

المصدر : وزارة الصحة / التقرير السنوي لسنوات البحث

الباحث: \* عدد المراجعات اليومية = عدد المراجعات السنوي / 365 / عدد المراكز الصحية  
 (\*\*\* , \*\*\*) وقت المعاينة = ساعات العمل اليومي (180) دقيقة / عدد المراجعات اليومية



سادسا : نسبة عدد الولادات اقل من 2500 غم دون سن الخامسة ومعدلات الفقر لسنوات البحث  
 يلحظ من الجدول (6) الاتي :

(1) انخفاض نسبة الاطفال ناقصي الوزن للسنتين (2011, 2012, 2013) بنسبة (3.8% , 4.4% , 7.1%) مقارنة بسنة الاساس/207 البالغة (8.3%) , ويعني ذلك تحقيق الدائرة لهدفها المقرر ضمن خطتها الخمسية بخفض معدلات امراض سوء التغذية دون سن الخامسة بنسبة (7%) عن معدلات سنة 2007 / البالغة (8.3%) بحلول 2013/

(2) عند دمج مؤشر الصحة للأطفال ناقصي الوزن بمؤشر التنمية المستدامة (معدلات الفقر) , يتضح وجود علاقة طردية بينهما فكلما زاد معدل الاصابة للأطفال ناقصي الوزن زاد معدل الفقر والعكس بالعكس, اذ يلحظ ارتفاع معدل

الاصابة بمرض نقص الوزن لسنوات (2011,2012, 2013) بنسبة (8.3%, 3.8%, 4.4%, 7.1%) مقارنة بمعدلات الفقر للسنوات المذكورة بنسبة (24.6%, 19.2%, 44.1%, 40%) على التوالي, يلاحظ شكل(14),كون الفقر من الاسباب الرئيسية في زيادة الامراض ومنها نسبة ولادات الاطفال ناقصي الوزن دون سن الخامسة ,مما يشكل صعوبة في تحقيق الهدف الانمائي الاول وهو القضاء على الفقر المدقع والجوع فضلا عن التقليل من فرص تحقيق التنمية المستدامة.

جدول (6) يوضح نسبة الاطفال ناقصي الوزن

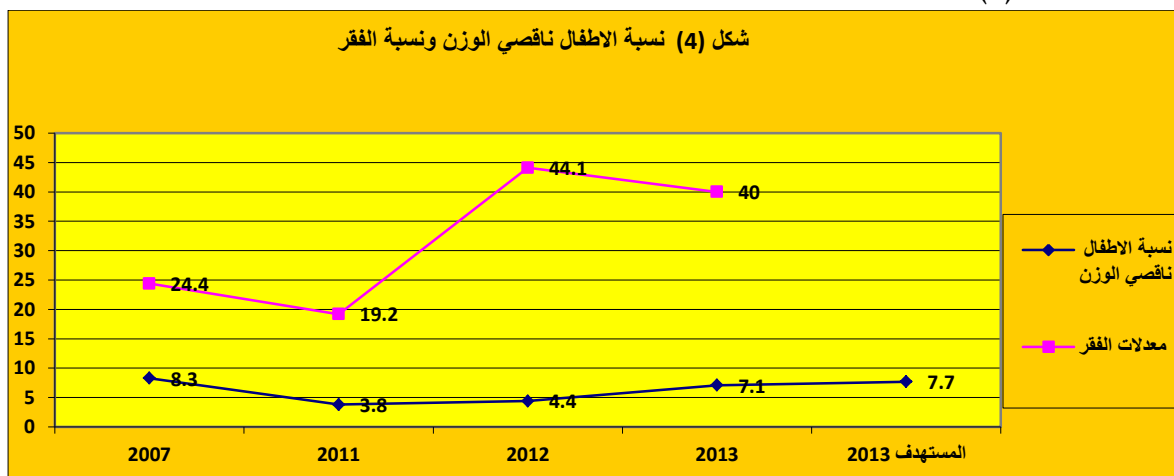
السنة	عدد الولادات الكلي	عدد الولادات اقل من 2500غم (2)	نسبة الاطفال ناقصي الوزن (3)	عدد السكان	معدلات الفقر %	معدل التغيير للولادات اقل من 2500غم (6)
2007	31042	2576	8.3	990483	24.6	-
2011	26840	1032	3.8	1129295	19.2	(12)
2012	27531	1206	4.4	1162485	44.1	(9)
2013	26902	1920	7.1	1191106	40	(4)

المصدر : ( 1 ) تقرير وسجلات شعبة الاحصاء في دائرة صحة الديوانية لسنوات البحث ( 2 , 3 ) وزارة الصحة /التقرير السنوي لسنوات البحث /مؤشرات البيئة والتنمية المستدامة ذات الاولوية العراق /2011

(4) دائرة صحة الديوانية / قسم الصحة العامة/شعبة التحصين

(5) وزارة التخطيط/قسم/ احصاءات التنمية البشرية , الجهاز المركزي للاحصاء

(6) الاحتساب من قبل الباحث



سابعا :الامراض الانتقالية : عدد حالات التدرن الرئوي المكتشفة ومعدل الاصابة بالمرض معدلات الاصابة العوز المناعي والكبد الفيروسي لكل 10000 نسمة من السكان خلال سنوات البحث:- من الجدول (7) يتضح ,انخفاض معدل الاصابة بمرض التدرن للسنتين (2011, 2012, 2013) بمعدل (4, 3.4, 3.2) اصابة لكل 10000 نسمة من السكان وبمعدل تغير ( 107%, 74%, 61% ) على التوالي مقارنة بسنة الاساس 2007 البالغة (0.73) اصابة لكل 10000 نسمة مما يؤشر عدم تحقيق الدائرة للمعدل المستهدف المحدد وفق الخطة الخمسية التي وضعتها لسنة (2009-2013) بالسيطرة على الامراض الانتقالية بنسبة 100%

, رغم سيطرتها على مرض العوز المناعي بحلول 2013 والانخفاض المتحقق , الا ان استمرار معدل الانخفاض ومكافحة الدائرة لمرض العوز المناعي يجعل فرص الاقتراب من تحقيق الهدف الاتمائي السادس ( مكافحة مرض العوز المناعي والتدرن) بالسيطرة على مرض التدرن , فضلا عن استدامة الحياة وتحقيق الصحة للجميع ويعد من اهم مبادئ التنمية المستدامة واساس تحقيقها.

جدول (7) يوضح عدد المصابين بمرض التدرن والعوز المناعي والكبد الفيروسي لكل 10000 نسمة

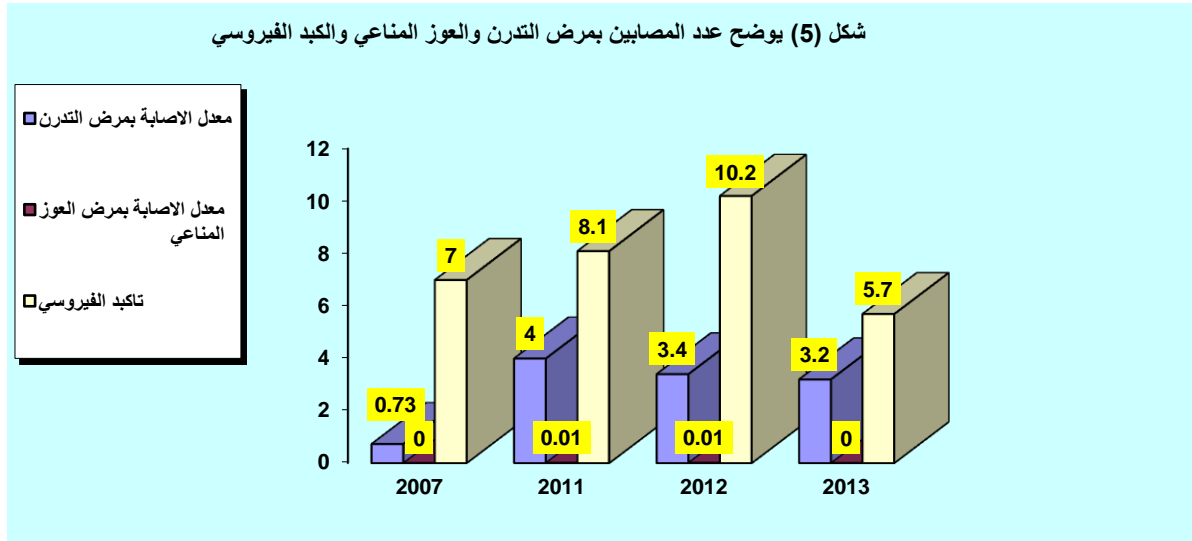
السنة	بمرض التدرن الرئوي(1)	بمرض العوز المناعي(2)	مرض الكبد الفيروسي(3) بكل انواعه	عدد السكان(4)	4/1 (5)	4/2 (6)	4/3 (7)	معدل التغير (8)		
								(1)	(2)	(3)
2007	72	صفر	690	990483	0.73	صفر	7	-	-	-
2011	457	1	910	1129295	4	0.01	8.1	صفر	6.4	107
2012	391	1	1183	1162485	3.4	0.001	10.2	صفر	12	74
2013	378	صفر	681	1191106	3.2	صفر	5.7	صفر	(0.2)	61

المصدر: (2.1) وزارة الصحة /التقرير السنوي خلال سنوات البحث /احصاءات البيئة في العراق 2007

(4) قسم الوقاية الصحية /شعبة التحصين لدائرة صحة الديوانية لسنوات البحث

(5, 6, 7, 8) احتسب من قبل الباحث

شكل (5) يوضح عدد المصابين بمرض التدرن والعوز المناعي والكبد الفيروسي



ثامنا : مستوى معدل الولادات والوفيات بين النساء بالفئة العمرية (15-49) سنة ومستوى التعليم.

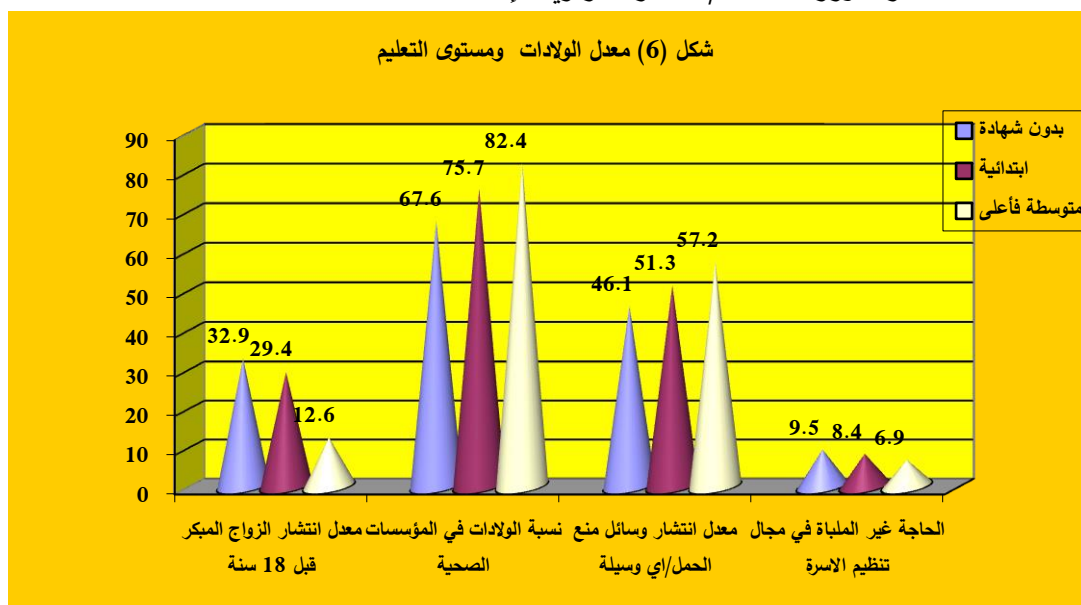
يرتبط ارتفاع مؤشر الولادات والوفيات بين النساء للفئات العمرية (15-49) سنة بعلاقة عكسية بالمستوى التعليمي للمرأة , حيث يرغب بعض الاباء باكمال اولادهم الدراسة الجامعية مما يقلل من حالات الزواج المبكر بسن 18 سنة حسب القانون العراقي واقل من هذا العمر يكون بموافقة ولي الامر وبالتالي تنخفض نسبة الولادات الحية , وتنخفض الوفيات للأمهات اثناء الحمل او الولادة , اما في حالة الزواج المبكر الذي يسبب بحرمان المرأة من اكمال تعليمها , فضلا على مواجهتها لمسؤوليات الحياة واعباء ومعاناة الحمل والولادة وقد لا تستطيع تحملها , وللمستوى التعليمي للمرأة دورا في تنظيم الاسرة , على سبيل المثال استعمال الوسائل الحديثة لمنع الحمل , كما ان هناك نسبة من النساء لا يستخدمن وسائل منع الحمل , ولكن يرغبن في التوقف عن الانجاب وترتفع هذه النسبة كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة , ومن الجدول (8) يتضح الاتي :

- (1) ارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة للنساء المتزوجات او ازواجهن , حيث ارتفع معدل انتشار منع الحمل باستخدام اي وسيلة , بارتفاع المستوى التعليمي للمرأة بنسبة (57.7%) للنساء الحاصلات على شهادة المتوسطة فأعلى مقارنة بالنساء الحاصلات على شهادة الابتدائية وبدون شهادة بنسبة (51.3%46.1%) على التوالي .
- (2) ارتفاع نسبة الولادات التي تتم داخل المؤسسة الصحية للنساء الحاصلات على شهادة المتوسطة فأعلى بنسبة (82.4%) مقارنة بنسبة النساء الحاصلات على شهادة الابتدائية وبدون شهادة البالغة (75.7%67.6%) على التوالي . مما يؤثر وعي وإدراك المرأة الحامل بضرورة تأمين البيئة الصحية المناسبة للولادة حفاظا على حياتها وحياء الوليد .
- (3) ارتفاع نسبة الزواج المبكر للنساء اللواتي لا يحملن شهادة دراسية بنسبة (32.9%) مقارنة بنسبة النساء الحاصلات على الشهادة الابتدائية والمتوسطة فأعلى البالغة (29.4%12.6%) على التوالي .
- يرى الباحث امكانية اعتماد مؤشر التعليم الذي يعد من مؤشرات التنمية المستدامة لقياس المستوى التعليمي للنساء المتزوجات كأحد مؤشرات الصحة لما له من دور في اهتمام المرأة بوضعها الصحي وخفض معدل الولادات والوفيات للنساء بعمر (15-19) سنة .

جدول (8) يوضح دور المستوى التعليمي في تنظيم الاسرة

معدل انتشار الزواج المبكر قبل سنة 18	نسبة الولادات في المؤسسات الصحية	تنظيم الاسرة		المؤشرات المستوى تعليمي
		معدل انتشار وسائل منع الحمل/اي وسيلة	الحاجة غير الملابة في مجال تنظيم الاسرة	
%32.9	%67.6	%46.1	%9.5	بدون شهادة
%29.4	%75.7	%51.3	%8.4	ابتدائية
%12.6	%82.4	%57.2	%6.9	متوسطة , اعدادي

المصدر : وزارة التخطيط/ الجهاز المركزي للإحصاء لسنة البحث 2011



تاسعا- نسبة وفيات الامهات نتيجة الحمل او عند الولادة لكل /100000 ولادة حية خلال سنوات البحث

من الجدول (9) يتضح ارتفاع نسبة الوفيات للأمهات لسنة (2013) بنسبة (31.8 لكل 100000) ولادة حية وبمعدل تغير (83%) مقارنة بسنتي البحث (2011، 2012) البالغة (11.7، 5.3) على التوالي ، مما يدل على تدني اداء المستشفى (النسائية والاطفال) وضعف اجراءات المتخذة من قبل المستشفى في تحسين البيئة الصحية للنساء وزيادة معدلات الفقر وضعف المتابعة من فيل الصحة بشكل دوري ، وبالتالي صعوبة تحقيق الهدف الانمائي الخامس وهو تحسين صحة الامهات .

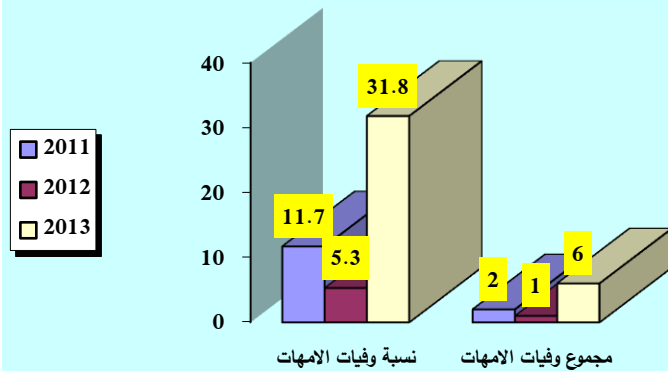
الجدول (9) يوضح نسبة وفيات الامهات

السنة	مجموع الولادات الحية	مجموع وفيات الامهات	نسبة وفيات الامهات * %	معدل التغير لوفيات الامهات * %
2011	16969	2	11.7	-
2012	18762	1	5.3	(50)
2013	18841	6	31.8	83

المعيار القياسي وفاه/100000 ولادة حية

المصدر : مستشفى النسائية والاطفال / شعبة الاحصاء في الديوانية لسنوات البحث  
\* احتسب من قبل الباحث

شكل (7) يوضح نسبة وفيات الامهات



#### عاشرا- حملات اللقاحات خلال سنوات البحث

لم يتم تنفيذ كامل حملات اللقاحات المخطط لها من قبل الدائرة والخاصة بمرض شلل الأطفال لسنة/ 2011 ، رغم أهميتها من التقليل في الإصابة بذلك المرض وقلّة في عدد الحملات المخطط أجرائها لسنة 2011/ وانعدامها لسنة 2012 ، 2013 فضلا عن تسجيل إصابات خلال سنوات البحث لتلك الأمراض وبأعداد كبيرة علما بأنه تم صرف مبلغ (343870000) دينار (ثلاثمائة وثلاثة واربعون مليون وثمانمائة وسبعون الف دينار) عن تأجير سيارات لدعم تنفيذ حملة اللقاح وكما موضح في الجدول (10) الاتي :-

جدول (10) يوضح نسبة تنفيذ حملة اللقاحات

اسم المرض	المخطط من الحملات			المنفذ		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
شلل أطفال	2	2	2	2	1	2
حصبة	1	1	1	1	1	1
التايفويد	1	-	-	1	-	-
التهاب الكبد	1	-	-	1	-	-



-	-	1	-	-	1	كزاز ولادي
---	---	---	---	---	---	------------

المصدر: دائرة صحة الديوانية /قسم الصحة العامة لسنوات البحث

الحادي عشر- نسب الملقحين من الأطفال بلقاح شلل الأطفال للجرعات الثلاث والملقحين بالتهاب الكبد الفيروسي للجرعات الثلاث والـ (BCG) لسنوات البحث:-

من الجدول (11) الاتي يتضح انخفاض عدد الأطفال الملقحين بلقاح شلل الأطفال للجرعات الثلاثة لسنة/2012 بنسبة(78%) مقارنة بسنة/2011 بنسبة (82%) مما يشير إلى عدم اكمال اللقاحات للأطفال من خلال تلقيح الأطفال بجرعة واحدة أو جرعتين دون اكمال بقية الجرعات ، وارتفاع نسبة عدد الأطفال الملقحين ضد مرض الـ ( BCG ) لسنة(2012, 2013) بنسبة (90% ، 91%) على التوالي بالمقارنة مع سنة/2011 وانخفاض نسبة الملقحين بالكبد الفيروسي لسنة 2013 بنسبة (87%) مقارنة مع سنة/ 2012 والبالغ نسبتها(91%)، مما يشير الى ضعف اجراءات الدائرة المتخذة لتحسين صحة الطفل وتقديم الرعاية الصحية المتكاملة مما يشكل تهديدا لحياة الطفل ومن ثم زيادة وفيات الاطفال دون سن الخامسة , فضلا عن مخاوف في حالة الاستمرار في انخفاض مستوى اللقاحات عن الابتعاد من تحقيق الهدف الانمائي الرابع بتخفيض وفيات الاطفال وزيادة عدد نسبة الملقحين ضد الحصبة للأطفال الرضع بحلول 2015.

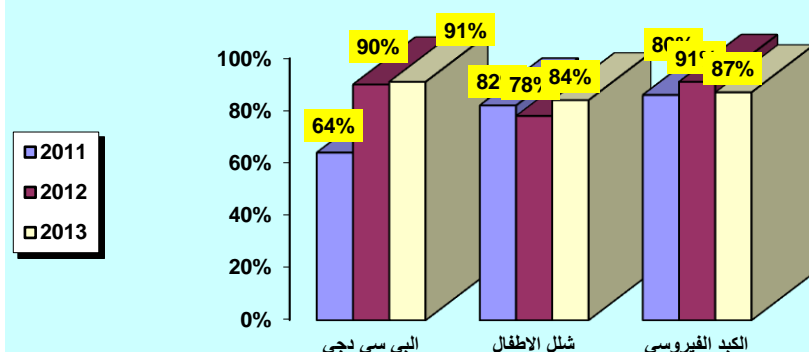
جدول (11) يوضح نسب الملقحين من الأطفال بلقاح شلل الأطفال للجرعات الثلاث والملقحين بالتهاب الكبد الفيروسي للجرعات الثلاث والـ (BCG)

2013			2012			2011			السنة
نسبة المنفذ %	المنفذ	المستهدف	نسبة المنفذ %	المنفذ	المستهدف	نسبة المنفذ %	المنفذ	المستهدف	نوع اللقاح
91	40105	44071	90	38483	42759	64	2655	41484	البي سي جي
84	35724	42528	78	32186	41264	82	32826	40032	شلل الاطفال
87	38342	44071	91	40817	45070	86	38574	44854	الكبد الفيروسي نمط ( B )

المصدر: وزارة التخطيط / الجهاز المركزي للإحصاء /مؤشرات البيئة والتنمية المستدامة ذات الاولوية في العراق /دائرة

صحة الديوانية /قسم الصحة العامة لسنوات البحث/ \*احتسب من قبل الباحث

شكل (8) يوضح نسب الملقحين من الأطفال بلقاح شلل الأطفال للجرعات الثلاث والملقحين بالتهاب الكبد الفيروسي للجرعات الثلاث والـ (BCG)



### الثالث عشر : خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية :

أ- عدد المستشفيات التابعة لدائرة صحة الديوانية إلى عدد السكان خلال سنوات البحث :-  
 من الجدول (12) الاتي يتضح زيادة عدد المستشفيات في قضاء الديوانية من اثنان الى ثلاثة مستشفى للسنوات (2011, 2012, 2013) وبمعدل (0.57, 0.55, 0.54) مستشفى على التوالي , مقارنة بسنة الاساس /2007 والبالغ عددها (2) مستشفى وبمعدل (0.23) مستشفى , كما لا يوجد تطور في اعداد المستشفيات للأقضية الاخرى واستقرت اعدادها على مستوى واحد لكل قضاء مقارنة بسنة الاساس , مما يؤشر عدم تناسب اعداد المستشفيات مع عدد السكان المخدمين, إذ حدد المعيار المعتمد من قبل الوزارة عدد السكان لكل مستشفى بـ (1-100000) نسمة , كما يلحظ تركيز عدد المستشفيات في قضاء الديوانية اكثر من باقي الاقضية الاخرى مما يؤشر ضعف الاجراءات المتخذة من قبل الدائرة في تنفيذ السياسات والممارسات الهادفة الى القضاء على التمييز والمعاملة غير العادلة في التوزيع العادل لإشباع الاحتياجات الانمائية والبيئية للأجيال الحالية والمستقبلية بطريقة منصفة والتي تعد اهم مبادئ التنمية المستدامة واساس تحقيق التنمية المكانية فضلا عن ضعف امكانية الدائرة في الوصول للنسبة 50% وهي النسبة المخطط لها لتوسيع وتطوير المؤسسات الصحية وفقا للخطة الوطنية للتنمية للسنوات (2010-2014) .

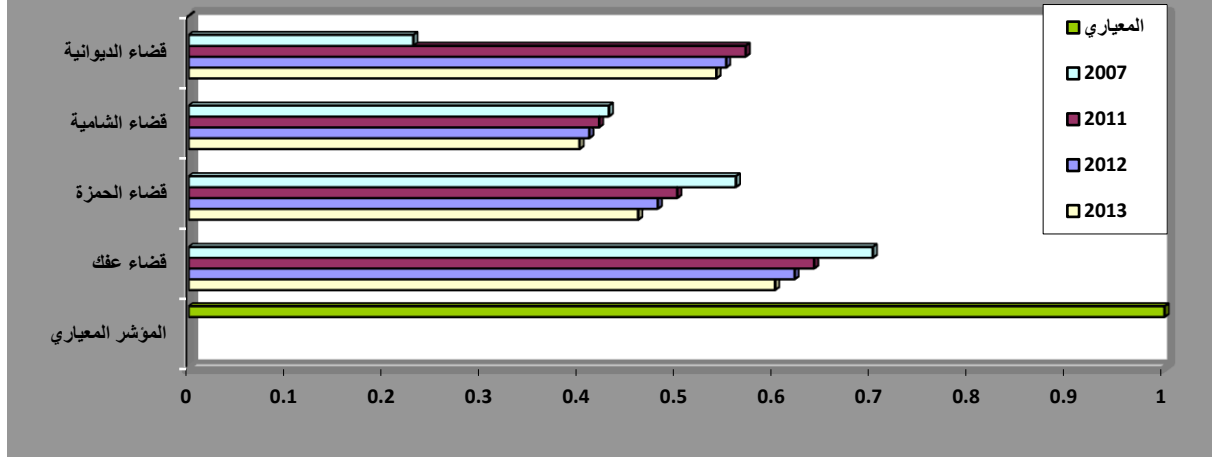
جدول (12) يوضح عدد المستشفيات التابعة لدائرة صحة الديوانية إلى عدد السكان

السنة	قضاء الديوانية		قضاء الشامية		قضاء الحمزة		قضاء عفك		
	عدد السكان (1)	عدد لمستشفيات	عدد السكان (1)	عدد لمستشفيات (2)	عدد السكان (1)	عدد لمستشفيات (2)	عدد السكان (1)	عدد لمستشفيات (2)	
2007	440927	2	230974	1	175959	1	142623	1	
2011	526284	3	235848	1	203088	1	156096	1	
2012	541221	3	243433	1	209619	1	161375	1	
2013	554580	3	252673	1	216972	1	166881	1	
المعيار القياسي								المعيار القياسي واحد مركز لكل 100000 نسمة	

المصدر : دائرة صحة الديوانية/قسم الرقابة الصحية شعبة التحصين لسنوات البحث

احتسب المعدل لكل 100000 نسمة تم من قبل الباحث لسنوات البحث

شكل (9) يوضح عدد المستشفيات الى عدد السكان حسب الاقضية التابعة لصحة الديوانية



ب- معدل المكوث للمرضى الى عدد المرضى الراقدين خلال سنوات البحث

من الجدول (13) الاتي والمعلومات المتوفرة يتضح :

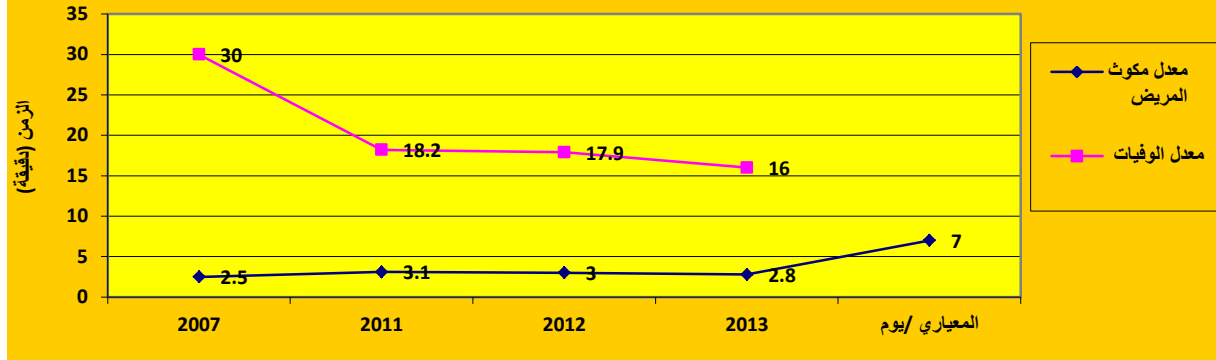
انخفاض معدل مكوث المريض لسنة الاساس (2007) بمعدل (2.5) يوم بالمقابل ارتفاع معدل الوفيات لكل 1000 نسمة بمعدل (30) وفاة نتيجة تدهور الوضع الامني وشحة الادوية وضعف الخدمات المقدمة للمريض وعدم نظافة المستشفيات بسبب عدم كفاءة متعهدي التنظيف , بمقارنة بسنوات (2011, 2012, 2013) بمعدل مكوث (3.1, 3.0, 2.8) يوم , ومعدل وفيات (18, 18, 16) وفاة على التوالي وبشكل عام عند مقارنة معدلات المكوث لسنة الاساس وسنوات البحث بالمؤشر القياسي (7) يوم يلحظ انخفاض معدل المكوث , مما يؤثر عدم اكمال المريض المدة المقررة للرقود واكماله مدة العلاج , و عدم تحقق الشفاء الكامل للمريض , يعني ذلك تعرض حياة المريض للأضرار المضاعفة , التي تجعله غير قادر على اداء عمله بنشاط وانخفاض انتاجيته , مما يزيد من معدلات البطالة التي تؤدي الى انتشار الفقر والذي بدوره يؤدي الى زيادة الامراض فينبغي على الدائر اتخاذ الاجراءات المناسبة بالمتابعة والرقابة على طريقة تعامل مقدمي الخدمة في المؤسسات الصحية وخاصة المستشفيات مع المرضى المراجعين والراقدين وطريقة صرف الدواء بشكل يؤمن وصوله للمريض فضلا عن فحص الغذاء المقدم للمريض والتأكد من سلامته وخلوه من التلوث وانه معد وفق ما حدده الطبيب المختص , لتحقيق الصحة للجميع والذي يعد مبدءا من مبادئ التنمية المستدامة .

جدول (13) يوضح معدل المكوث للمرضى الى عدد المرضى الراقدين

السنة	عدد المرضى الراقدين لكل 1000 نسمة (1)	عدد الوفيات من المرضى الراقدين (2)	ايام المكوث الفعلية (3)	معدل مكوث المريض (4) * 1/3	معدل الوفيات لكل 1000 مريض راقد (5)
2007	70029	2088	173325	2.5	30
2011	94622	1720	289685	3.1	18.2
2012	90757	1625	268681	3	17.9
2013	95289	1529	266403	2.8	16
المؤشر القياسي المقبول					7 ايام

المصدر : وزارة الصحة / التقرير الاحصائي السنوي لسنوات البحث/ \* احتسب من قبل الباحث

شكل (10) معدل المكوث والوفيات



ج- معدل الوفيات للأطفال الرضع والاقبل من خمس سنوات (لكل 1000 ولادة حية) لسنوات البحث يلحظ من الجدول (14) والمعلومات المتوفرة فيه الاتي :

(1) ارتفاع معدلات الوفيات للأطفال دون الخامسة (25% لكل 1000 ولادة حية ) لسنة 2013. مقارنة بسنة الاساس و بسنتي البحث (2007, 2011, 2012) البالغة معدلاتها (9%, 5%, 4%) وفاة على التوالي مما يؤدي الى صعوبة تحقيق المعدل المستهدف (4.5%) وفق خطتها الخمسية (2009-2013) بنسبة (50%) عن معدلات سنة (2007) البالغ (9%) , فضلا عن تقليل فرص تحقيق الهدف الانمائي الرابع , وابتعاده عن المؤشر المستهدف تحقيقه البالغ (2.25) وفاة والغاية منه تخفيض وفيات الاطفال دون سن الخامسة بنسبة 75% بحلول 2015 , و الالتزام بالاتفاقيات الدولية التي تهدف الى تقليل الوفيات للأطفال دون سن الخامسة ومنها اتفاقية استراتيجية الرعاية المتكاملة لحماية الطفولة من الامراض , واتفاقية حقوق الطفل عام 1989 والتي تشير الى حق الطفل بالتمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه.

(2) انخفاض معدلات الوفيات للرضع للسنتين (2012, 2013) وبنسبة (25% , 20%) وفاة لكل 1000 ولادة حية مقارنة بسنة البحث /2011 البالغة (28) وفاة وسنة الاساس (2007) البالغ معدلها (40%) مما يؤشر تحقيق الدائرة المعدل المستهدف وفق خطتها الخمسية بحلول 2013 البالغ (20%) , واقترب المؤشر من تحقيق المعدل المستهدف للهدف الانمائي(تخفيض الوفيات للاطفال الرضع ) البالغ (10%) , فضلا عن تخفيض الوفيات بنسبة 75 % بحلول 2015مما يؤشر اتخاذ التدابير المناسبة في تحسين الوضع الصحي للطفل من خلال وعي الام بالالتزام ببرنامج التلقيحات واعتماد تغذية الطفل على ثدي الام .

جدول (14) يوضح معدل الوفيات للأطفال الرضع والاقبل من خمس سنوات (لكل 1000 ولادة حية)

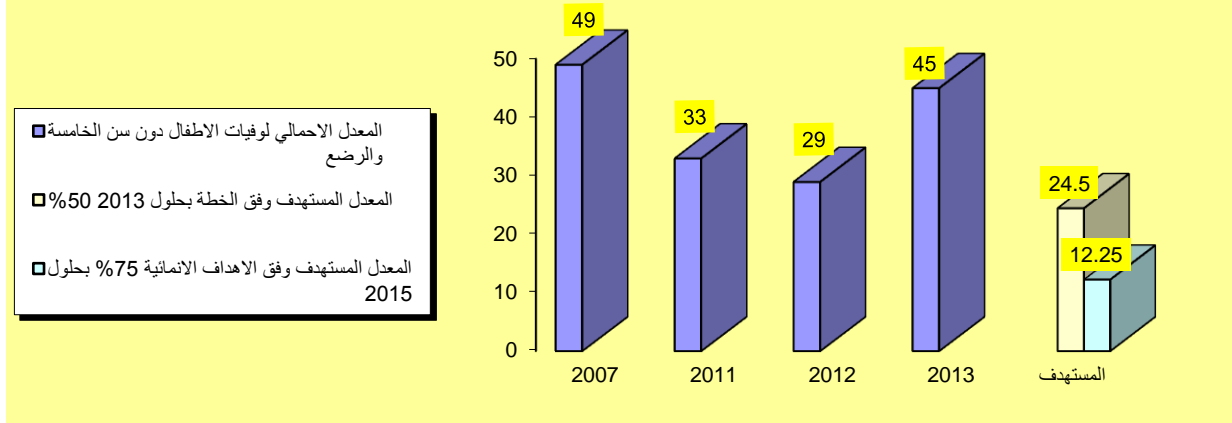
السنة	عدد الولادات الحية الكلي	عدد الوفيات اقل من خمس سنوات	عدد وفيات الرضع دون السنة	المجموع	معدل الوفيات اقل من (5) سنوات لكل 1000 ولادة حية	معدل وفيات الرضع	المعدل الاجمالي %
	(1)	(2)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
2007	31042	268	1271	1539	9	40	49
2011	41481	208	1164	1372	5	28	33
2012	41476	171	1048	1219	4	25	29
2013	39036	995	781	1776	25	20	45
المستهدف بحلول 2013 عن معدلات 2007 بنسبة 50% *					4.5	20	24.5

12.25	10	2.25	المستهدف لتحقيق غاية الهدف الانمائي بتخفيض الوفيات للأطفال بنسبة 75% **
-------	----	------	---

المصدر: وزارة الصحة التقرير السنوي وسجلات دائرة صحة الديوانية لسنوات البحث

(5, 7, 6, \*, \*\*, \*) احتسب من قبل الباحث (\*\*/9, 40, 49×50%, 75%)

شكل (11) يوضح معدل الوفيات للأطفال الرضع والاقبل من خمس سنوات (لكل 1000 ولادة حية



د- الفحوصات المخبرية والاجهزة الساندة (المفراس, الرنين, قسطرة القلب, الايكو, السونار, الاشعة التشخيصية, الناظور للجهاز الهضمي) لكل 1000 (و) 10000 من السكان على التوالي.

ومن الجدول (15) يتضح زيادة في عدد الفحوصات المخبرية الكلية للسنتين (2012, 2013) بمعدل (2220, 2274) فحص لكل 1000 من السكان مقارنة بسنة /2011 البالغة (1856) بسبب تامين اجهزة فحص دقيقة مثل (المفراس scan C.T) والتي تعني بالفحوصات التشخيصية وشراء جهاز (PCR) المختبري وتجهيز وتنصيب جهاز اشعة وبكلفة اجمالية (2140271940) دينار (مليارين ومائة واربعون مليون ومئتان وواحد وسبعون الف وتسعمائة واربعون دينار), والذي يؤشر بشكل ايجابي على دقة وكفاءة التشخيص للحالات المرضية, التي تساعد على اعطاء العلاج المناسب للمريض للشفاء من المرض, مما يخلق لدى المريض الشعور بالأمان والرضا والاستمرار بالعيش في بيئة آمنة خالية من الامراض.

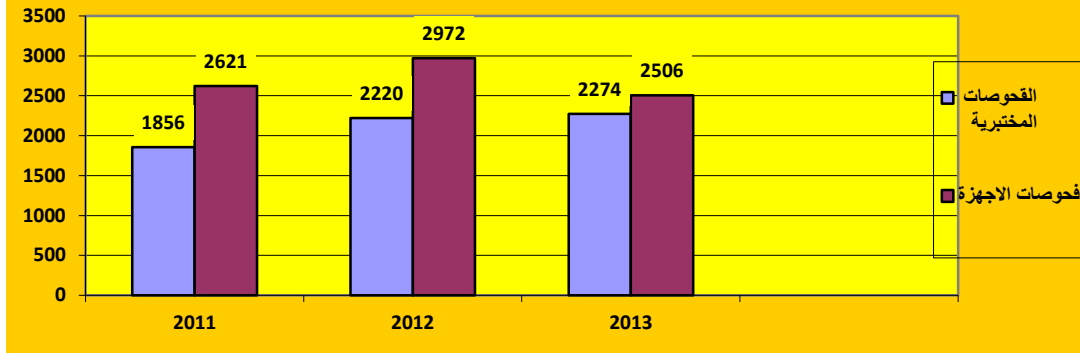
جدول (15) يوضح الفحوصات المخبرية والاجهزة الساندة

السنة	الفحوصات المخبرية الكلية (1)	فحوصات الاجهزة الساندة (2)	عدد السكان	معدل الفحوصات الكلية لكل 1000 من السكان (3)	معدل فحوصات الاجهزة الساندة لكل 10000 من السكان (4)
2011	2095730	297327	1129295	1856	2621
2012	2580597	345443	1162485	2220	2972
2013	2708969	298532	1191106	2274	2506

المصدر: وزارة الصحة /التقرير السنوي خلال سنوات البحث

\* احتسب من قبل الباحث

شكل (12) معدل الفحوصات المختبرية والاجهزة الساندة



#### الرابع عشر: ادارة واستخدام الموارد البشرية

أ- عدد المعيّنين من الملاكات الطبية والصحية والتمريضية والادارية والخدمية والفنية ومعدل المشاركة للمرأة في التوظيف. ويلاحظ من الجدول (16): زيادة مجموع التعيينات لجميع الملاكات الطبية والصحية والتمريضية والادارية والخدمية والفنية لسنتي (2012, 2013) اذ بلغت ( 639, 529) موظف على التوالي مقارنة بسنة (2011) البالغة (457) موظف, وكانت النسبة الاكبر للتعيينات لفئة المهن الصحية والتمريضية , اذ بلغت (258, 317, 340) موظف من الذكور والاناث لسنوات البحث (2011, 2012, 2013) وبنسبة مشاركة للإناث (36%, 32%, 31%) على التوالي, كون تعيينات المهن الطبية والصحية تكون مركزية , مما يؤشر وبشكل ايجابي الى الدور الذي تؤديه المرأة في المشاركة كونها تؤدي دورا حيويا في الادارة والتنمية والبيئية ومشاركتها الكاملة هي اساسية لتحقيق التنمية المستدامة وتعد مبدءا من مبادئها , وكما يلاحظ اقل نسبة تعيينات كانت للملاكات الساندة الادارية والفنية والخدمية , اذ بلغت (105, 228, 108) لسنوات البحث وبنسبة مشاركة للإناث (2%, 8%, 3%) على التوالي, كون ان التعيينات المتعلقة بالملاكات الساندة الادارية والخدمية والفنية تكون حسب الدرجات الشاغرة والحاجة الفعلية للدائرة اي انها تعيينات غير مركزية مما يؤدي الى انخفاضها عن تعيينات الملاكات الصحية والطبية والتمريضية, علما لم تراعى المساواة في منح الرواتب والاجور بين الوزارة والدوائر التابعة لها اذ نلاحظ فوارق كبيرة بين رواتب واجور الموظفين , خلافا للاتفاقية الدولية منع التمييز في العمل وشغل الوظائف (100) لسنة 1958 والتي انضم اليها العراق في 1959 والتي تضمنت حق المساواة في الاجر عند تماثل قيمة العمل. يلاحظ عدم عدالة سلم الرواتب (22) لسنة 2008 , اذ لوحظ هناك فوارق كبيرة بين درجات السلم والمخصصات بين التوصيف الوظيفي للدائرة نفسها ودوائر الوزارة والوزارة الاخرى.

جدول (16) يوضح التعيينات للملاكات الطبية والصحية والتمريضية والفنية والادارية والخدمية ونسبة مشاركة المرأة في القوى العاملة

كلية التعيينات / شهريا (مليون) (**)	نسبة % مشاركة المرأة في القوى العاملة (*)						المجموع (5)	الإداريين والفنيين والخدميين (3)		المهن الصحية والتمريضية (2)		الأطباء والصيادلة (1)		السنة
	5/3		5/2		5/1			اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	
	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور		اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	
202402000	2	21	20	36	11	9	457	11	94	92	166	52	42	2011
296760050	8	28	18	32	10	5	639	48	180	112	205	62	32	2012

126285450	3	17	33	31	8	7	529	18	90	176	164	40	39	2013
625447500	المجموع													

المصدر: سجلات الدائرة شعبة الافراد / الملاك/ وحدة التعينات لسنوات البحث .  
(\* , \*\* ) تم الاحتساب من قبل الباحث , احتسبت كلفة التعينات استنادا لقانون الرواتب رقم(22) لسنة 2008 على اساس الراتب الاسمي ومخصصات الشهادة والخطورة عند التعيين.

ب- معدل تطور ذوي المهن الطبية والتمريضية والصحية لكل (10000) من السكان خلال سنوات البحث.  
من الجدول (17) يتضح الاتي:

(1) زيادة معدلات الاطباء لسنوات البحث (2011, 2012 , 2013) بمعدل (8.7, 9, 8) مقارنة بالمعيار القياسي (2 طبيب) لكل 10000 نسمة , وهذا يعني حرص الوزارة على استيعاب الخريجين من كليات الطب وتطويرهم لخدمة السكان .

(2) زيادة معدلات الصيادلة لسنوات البحث (2011, 2012 , 2013) بمعدل (2.9, 3, 2) مقارنة بالمعيار القياسي (1 صيدلي لكل 10000 نسمة) , وهذا امكانية استغلال الفائض في زيادة كفاءة المؤسسة الصحية من خلال فتح مراكز ومستشفيات جديدة تتناسب مع حجم السكان المتزايد.

(3) زيادة معدلات الممرضين والممرضات لسنوات البحث (2011, 2012, 2013) بمعدل (18, 20, 27) مقارنة بالمعيار القياسي (1 لكل 10000 نسمة) مما يشير الى حرص الوزارة على زيادة ملاكها من خلال استيعاب خريجي مدارس واعداديات التمريض وكليات التمريض وتطويرهم لخدمة المجتمع .

جدول (17) يوضح معدل تطور ذوي المهن الطبية والتمريضية والصحية لكل (10000) من السكان

السنة	عدد السكان	الاطباء	الصيادلة	الممرضين والممرضات	1/2	1/3	1/4
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
2011	1129295	980	296	2021	8.7	2.9	18
2012	1162485	1041	349	2326	9	3	20
2013	1191106	961	241	3211	8	2	27
المعيار القياسي	10000/2 نسمة	10000/1 نسمة	10000/1				

المصدر : (2. 3. 4) الملاك المصدق لدائرة صحة الديوانية لسنوات البحث(5. 6. 7) الاحتساب من قبل الباحث

#### المحور الرابع : الاستنتاجات والتوصيات

##### اولا : الاستنتاجات

- 1- قيام الديوان الرقابة المالية الاتحادي بممارسة الرقابة المحاسبية والقانونية ورقابة الاداء على الوحدات الاقتصادية الخاضعة لرقابته , دون ممارسة تدقيق التنمية المستدامة .
- 2- عدم تحقيق دائرة صحة الديوانية للمستوى المطلوب وفق خطتها للأهداف الانمائية والمتمثلة في القضاء على الفقر المدقع والجوع , وتخفيض معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة من العمر , وتحسين صحة الامهات والسيطرة على الامراض الانتقالية وغير الانتقالية بحلول 2013.
- 3- لدى مقارنة مؤشرات الصحة والتنمية المستدامة مع الخطط الاستراتيجية لدائرة صحة الديوانية لوحظ ارتفاع معدلات الوفيات للأطفال دون لسنة 2013. و تدني نسبة السكان المخدومين بشبكة صرف صحي, فضلا عن ذلك, تدني نسب تنفيذ تخصيصات الموازنة التشغيلية والاستثمارية لسنة (2013).
- 4- انخفاض وقت المعاينة اذ بلغ (2.6, 2.8, 2.9) دقيقة على التوالي مقارنة بالوقت المعياري (14) دقيقة.

- 5- عدم كفاءة متعهدي التنظيف والاعذية , اذ لوحظ زيادة النماذج المفحوصة مقابل زيادة النماذج الفاشلة لفحوصات البكتريا وللفحص البكتريولوجي للغذاء فضلا عن عدم كفاءة المستشفى بأجراء عمليات التعقيم والتعقيم .
- 6- للمستوى التعليمي للمرأة دورا في تنظيم الاسرة , كما يرتبط ارتفاع مؤشر الزواج المبكر والولادات والوفيات داخل المؤسسة الصحية بين النساء للفئات العمرية (15-49) سنة , بعلاقة عكسية بالمستوى التعليمي للمرأة.
- 7- انخفاض معدل المكوث , مما يؤثر عدم اكمال المريض المدة المقررة للرقود واكماله مدة العلاج , و عدم

#### ثانيا : التوصيات

- 1- امكانية قيام ديوان الرقابة المالية الاتحادي اعتماد تدقيق التنمية المستدامة فضلا عن التدقيق المالي وتدقيق الالتزام وتدقيق الاداء , لتحقيق التدقيق الشامل املا في الوصول لتحقيق الاهداف المرسومة .
- 2- دراسة اعتماد مؤشرات الصحة والتنمية المستدامة لقياس مدى التقدم الحاصل , في تقديم الخدمات الصحية والوقوف على المعوقات التي تحول دون تحقيق التنمية والاقترب من تحقيق الاهداف الانمائية عند وضع الخطط والاستراتيجيات والموارد المالية
- 3- مراعاة الدقة عند ابرام العقود لتنفيذ المشاريع بوساطة اختيار اعضاء لجان (فتح وتحليل العطاءات ) من ذوي الخبر والاختصاص , والذين يتمتعون بالنزاهة والسمعة الطبية لتحقيق الفائدة الفعلية بالمساهمة في تحقيق التنمية المستدامة.
- 4- ترجمة الخطة الخمسية الى كميات وارقام ليتسنى متابعة التنفيذ وقياس النتائج اضافة الى اعداد الخطط البديلة لمعالجة التطورات التي قد تحصل.
- 5- ضرورة العمل على إيجاد نظام لاحتساب كلفة المريض والتي على أساسها يتم تحديد المعايير اللازمة لقياس الخدمات الصحية وبالتالي محاولة تخفيضها إلى أدنى مستوياتها.
- 6- ضرورة السعي الجاد من قبل دائرة الصحة في توجيه الأطباء الاختصاص في زيادة الوقت المستغرق في معاينة المريض للتشخيص المرض وعدم معاينة أكثر من مريض في وقت واحد.
- 7- اعتماد مؤشر التعليم الذي يعتبر من مؤشرات التنمية المستدامة لقياس المستوى التعليمي للنساء المتزوجات كأحد مؤشرات الصحة لما له من دور في اهتمام المرأة بوضعها الصحي وخفض معدل الولادات والوفيات للنساء بعمر (15-19) سنة .

#### المصادر

##### اولاً- القوانين والتعليمات والوثائق الرسمية:

- 1- جدول اعمال القرن 21 في ريو دي جانيرو في البرازيل , 1992
- 2- تقرير مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة , جوهانسبرغ من 8/26 الى 8/4/2002
- 3- منظمة الصحة العالمية , التقرير الخاص بالصحة في العالم , 2003.
- 4- قانون ديوان الرقابة المالية الاتحادي (31) لسنة 2011.
- 5- مؤشرات البيئة والتنمية المستدامة ذات الاولوية في العراق (2011, 2012, 2013).
- 6- تقارير الرقابة المالية الاتحادي للسنوات (2011, 2012, 2013).



ثانياً- الكتب العربية :

1- بدوي , محمد عباس و البلتاجي , يسرى محمد , المحاسبة في مجال التنمية المستدامة .الطبعة الاولى , المكتب الجامعي الحديث , 2013 .

2- التميمي , رعد سامي عبد الرزاق, العولمة والتنمية البشرية في الوطن العربي . عمان : دار دجلة , 2008 .

ثالثاً- الرسائل والأطاريح الجامعية:

1- الكوت , عادل حسين و التهامي , صلاح سعد, دور ديوان المحاسبة في الرقابة على قطاع الصحة في الكويت , 2000.

#### Foreign References

1. Asefa, Sisay, The Economics of Sustainable Development, the United States of America,2005.
2. Black , Nick&Gruen, Reinhold , , Understanding health services , First published, Tottenham Court Road, London, 2005.
- 3.Calvert, Peter & Calvert, Susan, Third edition, Politics and Society in the Developing World, British Library Cataloguing-in-Publication Data ,2007.
4. Elliott,Jennier A. an introduction to sustainable development,2006.
5. Gabe, Jonathan&Calnan, Michael&Bury, Michael,The sociology of the Health service, New York,2003.
6. Haughton, Graham & Counsell, David, First published, Regions, Spatial Strategies and Sustainable Development, Simultaneously published in the USA and Canada ,2004.
- 7.Isaacs, Stephen L.& Colby, To Improve Health and Health Care, United States of America,2008.
8. Lützkendorf, Thomas & Göppl, Hermann, The Application of Sustainable Development Principles to the Theory and Practice of Property Valuation,Simultaneously published in the USA and Canada, 2006.
- 9.Preker, Alexander S.& Langenbrunner, John C., Spending Wisely, The World Bank, 2005.
10. Ralph p. Hall, Understanding and Applying the Concept of Sustainable Development to Planning and Decision-Making in the U.S,2006.
- 11.Thomas,K.Richard, , Health Services Planning, Second Edition, New York,2003

