

## تقييم كفاءة اداء المؤسسات الصحية في مدينة أربيل

### دراسة تطبيقية في مستشفى رزكاري التعليمي للمدة 2014 - 2016

Evaluation of the efficiency of the performance of health institutions in the city of Erbil  
Applied study in Rizkary Teaching Hospital for the period 2014-2016

م. م. بواري بورهان محمد

قسم الاقتصاد/ كلية الادارة والاقتصاد / جامعة صلاح الدين-أربيل

#### المستخلص

استخدمت الباحثة أهم المعيير السائدة لتقييم كفاءة اداء المؤسسات والمعتمدة من قبل منظمة الصحة العالمية (World Health Organization: WHO) حيث تم تطبيقها على مستشفى رزكاري التعليمي في مدينة اربيل، ولقد اتبعت الباحثة اسلوب التقييم المقارن لاداء المستشفى للاعوام 2014، 2015 و 2016 مع المعايير القياسية لمنظمة (WHO) لمعرفة الانحرافات الايجابية والسلبية. حيث توصلت الباحثة الى وجود انحرافات ايجابية في بعض المعايير وسلبية في بعضها الاخر تم مناقشتها، واقتراح بعض الحلول. الكلمات الافتتاحية: تقييم كفاءة الاداء، المعايير القياسية لمنظمة (WHO)، معدل اشغال السرير، معدل الاطباء الاختصاصيين الى الأسرة.

#### Abstract

The researcher used important known standards for performance evaluation of health institutions which dependable by (World Health Organization: WHO).

The researcher applied these standards on Rizgari educational hospital in Erbil city for the years 2014, 2015, 2016 and compares the results with (WHO) standards in order to know the negative and positive deviations.

Throughout this research we found out some negative and positive standards, Thus we present some recommendations.

Key Words: Performance evaluation, WHO's Standards, Bed occupancy rate, Rate of specialist doctors to family.

#### المقدمة

يعد الاداء الاقتصادي من أهم الموضوعات التي تحدد درجة وتنظيم الاقتصاد من خلال اسهامه في زيادة الناتج القومي، باعتباره احد المؤشرات الهامة لدرجة التطور الاقتصادي. ومن اجل الوقوف على مدى استغلال الموارد الاقتصادية استغلالاً اقتصادياً كفوءاً ينبغي اجراء تقييم كفاءة الاداء لجميع الأنشطة الاقتصادية انتاجية أو خدمية ومعرفة اسهامها في النشاط الاقتصادي الكلي، والوقوف على مراكز الخلل الموجودة فيها لغرض معالجتها وتنمية النواحي الايجابية فيها. ويعد تقييم كفاءة اداء المؤسسات من مجالات الهامة التي يجدر ايلاء العناية بها كونها تمس أهم حاجات الانسان وهي الحاجة الى الرعاية الصحية، كما أنها ترتبط بمسائل التشغيل وما يعترضها من نقص في الكوادر الصحية، أو تضخم في اعدادها ينعكس في انخفاض كفاءة الأداء، ومن ثم في تحمل تكاليف تعرقل امكانية استمرار الخدمة، أو تؤدي الى ارتفاعها بشكل غير مبرر.

لقد عمل الباحث على تقييم كفاءة اداء المستشفيات من خلال انتخاب نموذج عملي يتمثل بمستشفى رزكارى التعليمي كونه يعد من اكبر المستشفيات الحكومية في محافظة اربيل من خلال استخدام المعايير القياسية المعتمدة من قبل منظمة (WHO). ان من شأن هذا التقييم وغيره أن يقدم تقريراً لمتخذي القرار تتبين من خلاله نقاط القوة والخلل في الواقع الصحي، وامكانية اللجوء الى حلول عملية لسد الثغرات في هذا القطاع العام.

**مشكلة البحث:** هل ان مستشفى رزكارى التعليمي يعاني من انحرافات سلبية أو ايجابية في المجالات الآتية:-

1. معدل اشغال السرير.
2. معدل الاطباء الاختصاصيين/اسرة المستشفى.
3. معدل الصيداللة/اسرة المستشفى.
4. معدل الممرضين والمرضات/اسرة المستشفى.
5. معدل الاطباء الاختصاصيين/ممرضى المستشفى.
6. معدل الوفيات العام.

**هدف البحث:** تقييم كفاءة اداء مستشفى رزكارى التعليمي للوقوف على نواحي الانحرافات الايجابية والسلبية في اداءه. **أهمية البحث:** تأتي أهمية البحث من أهمية الموضوع الذي يتناوله وهو اداء المستشفيات الذي يمس حاجة هي من أهم حاجات الانسان، ولما كانت الخدمات الصحية بطبيعتها باهظة التكلفة فان هذا المستشفى بطابعه الحكومي كثيرا عن كاهل المواطنين، وبغية تمكن المستشفى من الاستمرار في اداء خدماته يجب الاستمرار في اجراء تقييم لأداءه. **فرضية البحث:** يعاني مستشفى رزكارى التعليمي من الانحرافات السلبية في بعض المعايير الصحية عن معايير منظمة (WHO) في حين يعاني من انحرافات ايجابية في بعضها الآخر.

**منهجية البحث:** اعتمد البحث المنهج الاستقرائي من خلال اعتماد اسلوب التحليل المقارن مع المعايير القياسية لمنظمة (WHO).

**حدود البحث:** يشمل حدود البحث مكانياً مستشفى رزكارى التعليمي، أما زمانياً فيشمل المدة 2014 - 2016. **خطة البحث:** ولتحقيق أهداف البحث فقد اشتمل على الفصلين، تضمن الفصل الاول الاطار النظري للبحث، فيما خصص الفصل الثاني للجانب التطبيقي، والذي ركز على تطبيق معايير تقييم كفاءة اداء مستشفى رزكارى التعليمي في مدينة اربيل، وقد ختم البحث بجملة من الاستنتاجات والمقترحات.

## الفصل الاول

### الجانب النظري للبحث

#### 1-1. مفهوم تقييم كفاءة الأداء:-

السمة الاولى لتقييم الاداء نه يأتي في مرحلة تنفيذ المشروعات الاستثمارية بقصد متابعة ذلك التنفيذ والتثبيت ولقد جاء في مفهوم ودراسة كفاءة الاداء بأنها مرحلة من مراحل الرقابة والتخطيط، فهي مرحلة من مراحل الرقابة باعتبارها تكشف الانحراف عن الاهداف الموضوعه، كما انها مرحلة من مراحل التخطيط باعتبارها ادارة ترشيد لاتخاذ القرارات التخطيطية من خلال ما يعرف بالتغذية العكسية (النجار، 2006، 351).

وان تقسيم الاداء عملية دورية لأنها تتكرر في فترات منتظمة واكثر هذه الفترات شيوعا هي السنة، بالإضافة الى كون عملية التقييم، فهي تعتبر ايضا من الوظائف المستمرة ويشترط ان تتصف بالدقة والوضوح والبساطة (الحسن، 1981، 57). كما جاء في دراسة كفاءة لاداء بانها اداة تستخدم للتعرف على نشاط المشروع المستهدف قياس النتائج المتحققة منه ومقارنتها بالاهداف المرسومة مسبقا بغية التعرف على الانحرافات مع اتخاذ الخطوات الكفيلة لتجاوز تلك الانحرافات (عبدالكريم و كداوي، 2002، 5).

وان عملية تقييم الاداء تبقى ضعيفة ليست ذات جدوى اذا ما بقيت في حدود المقارنات بين ما تحقق فعلا وما كان ينبغي ان يتحقق، بل تحديد الانحرافات التي تظهرها المقارنات واستخلاص النتائج واتخاذ الاجراءات اللازمة للتأثير فيها (عبدالله، 1999، 191). ويتضح ان عملية تقييم الاداء تهدف بالاساس الى التحقق وتأكد من سلامة تنفيذ الخطط الموضوعه والاهداف المحددة مقدما والتأكد من قيام الافراد والمسؤولين عن التنفيذ بالواجبات والمهام الملقاة على عاتقهم بكفاءة(عزيز، 2000، 34).

#### 2-1. أهمية تقييم كفاءة الأداء:-

يستمد تقييم الاداء أهميته من خلال الدور الكبير الذي يلعبه في مجال التأكد من تحقق الأهداف المخططة وهي حدود التكاليف الموضوعه التي تبين كفاءة استغلال الموارد المالية والبشرية المتاحة، أي تحقيق الرقابة الفعالة عن طريق بيان كيفية التصرف فيما اتيح من موارد خلال الفترة الحالية، كذلك بيان مدى نجاح الرقابة أو فشلها في تحقيق الاهداف الفعلي، والمساعدة في فرض الرقابة على خطط المدة المقبلة (عبدالكريم والكداوي، 1986، 93).

وكما يساعد تقييم الاداء على التحقق من وفاء الوحدات الاقتصادية بوظائفها بأفضل كفاءة ممكنة أما في مجال الخدمات فان تقييم الاداء يؤكد صلاحية الخدمات بأهمية مالية مما يستوجب التأكد من ان الانفاق على الخدمات الاجتماعية قد حقق اعلى عائد ممكن (النجار، 2006، 354). لكي يؤدي الى ارتفاع المستويات المعيشية والاجتماعية للافراد فضلا عن ارتفاع خدمة الاستثمارات الانتاجية وتبين أهمية تقييم الاداء في الكشف عن الانحرافات النوعية والكمية والقيمية والزمنية والفنية التي يمكن ان تحدث في مجال التنفيذ العملي للمشروعات الاستثمارية(صادق، 2010، 27). أي ان اهمية تقييم الاداء ترتبط بجميع القطاعات وبخاصة الصناعية منها والأنشطة الموجهة لها، والحقيقة ان جانب البناء والتطوير في اي بلديتعلق اساساً بالقطاع الصناعي (حسين، 1978، 38).

أي ان متابعة الاداء داخل القطاعات المختلفة كانت مؤشراً مهماً لبيان أهمية تقييم الاداء كجانب اساس لتحقيق هذا الهدف، وعندما يكون تقييم الأداء شاملاً وعلى كافة أوجه النشاطات في المشروع سوف يساعد على تغطية الجوانب الاقتصادية والفنية والاجتماعية والتالي سوف يؤدي الى ضمان تنفيذ المشروع لأهدافه المرسومة .

### 1-3. وظائف تقييم كفاءة الأداء:-

تمكن أهم وظائف تقييم كفاءة الأداء فيما يلي: (سلطان، 1988، 12)

1. التعرف على مدى تحقيق الوحدة الاقتصادية لأهدافها المحددة، وذلك يتطلب متابعة تنفيذ تلك الأهداف وفقاً للخطة المرسومة وضمن المدة الزمنية المحددة.
2. الكشف عن مواطن الانحرافات وأسبابها. ويتم ذلك بالتعرف على نشاطات الأقسام المختلفة للمنشأة.
3. كما تجدر الإشارة الى نقطة مهمة وهي انه لا يمكن الحكم على كفاءة الوحدة الانتاجية من خلال رقم الانتاج المستهدف خلال المدة الزمنية المحددة، بل يجب التأكد من ان الوحدة الانتاجية قد استخدمت مدخلاتها المادية والمالية والبشرية وغيرها استخداماً كفواً.

### 1-4. أسس تقييم كفاءة الأداء:-

تستند عملية تقييم كفاءة الأداء على مجموعة من الأسس وهي: (اسماعيل، 2002، 11)

1. تحديد أهداف المشروع.
2. تحديد الخطط التفصيلية لاجاد الفعاليات التي يمارسها المشروع.
3. تحديد مراكز المسؤولية.
4. تحديد معايير تقييم كفاءة الأداء.
5. توافر نظام للمعلومات.

### 1-5. مراحل تقييم كفاءة الأداء:-

تتمثل مراحل عملية تقييم كفاءة الاداء بثلاث مراحل اساسية وهي: (السمالك، 1998، 349)

1. مرحلة جمع البيانات الاحصائية اللازمة لدراسة المشروع فيما يتعلق بالارباح والخسائر والقوة العاملة وغيرها من البيانات الضرورية.
2. مرحلة التحليل الفني والمالي، تمثل هذه المرحلة مقارنة الجوانب الفنية والمالية للمشروع بما خطط له ونسبة مطابقة التنفيذ لما هو مقترنا بتحليل اقتصادي ومالي وذلك حسب طبيعة الوحدة الانتاجية.
3. مرحلة الحكم على نتائج التحليل، والمقصود بهذه المرحلة معرفة ما اذا كانت النشاطات في الوحدة الانتاجية تتم وفق ما خطط لها وكذلك معرفة الانحرافات النوعية.

### 1-6. أهم معايير تقييم كفاءة أداء المستشفيات:-

هناك معايير عدة تستخدم عادة لتقييم اداء المستشفيات والتي تتباين مع المعايير المتبعة لتقييم اداء الوحدات الانتاجية والخدمية الاخرى، نظراً لما لاداء المستشفيات من خصوصية.

وتتسم هذه المعايير بتشعبها وتعددتها، وفي ظل حدود البحث والمعايير التي اتبعتها منظمة الصحة العالمية (WHO) فقد اشتمل البحث على المعايير التالية:-  
 1-6-1. معيار توزيع عدد الأسرة على الاختصاصيين:-  
 اذا اشتمل الاطباء الاختصاصيين المختصين بالجراحة والكسور، ويقاس هذا المعيار بالشكل الاتي: (جلدة،  
 2007، 11)

$$\frac{\text{عدد الأسرة لقسمي الجراحة والباطنية}}{\text{مجموع اطباء الاختصاصيين (جراحه، باطنيه)}} = \frac{\text{معيار توزيع عدد الأسرة على الاطباء}}{\text{الاختصاصيين (جراحه، باطنيه)}}$$

1-6-2. معيار توزيع الكادر الصيدلاني على عدد الأسرة:-

ويقاس هذا المعيار كالآتي:(حجي وآخرون، 2015، 126)

$$\frac{\text{عدد الأسرة المهينة للرقود}}{\text{عدد الكوادر الصيدلانية}} = \frac{\text{معيار توزيع الكادر الصيدلاني على عدد الأسرة}}{\text{عدد الكوادر الصيدلانية}}$$

1-6-3. معيار توزيع عدد الأسرة على الممرضين والممرضات في المستشفى:-

ولاحساب قيمة هذا المعيار نتبع الآتي: (البكري، 2008، 205)

$$\frac{\text{عدد الأسرة لقسمي الجراحة والباطنية}}{\text{مجموع الممرضين والممرضات لقسمي الجراحة والباطنية}} = \frac{\text{معيار توزيع عدد الأسرة على الممرضين}}{\text{الاختصاص في قسمي الجراحة والباطنة}}$$

1-6-4. معيار التمريض:-

ويتبع هذا المعيار لقياس مدى ملائمة عدد الكادر التمريضي للاطباء الاختصاصيين. ويقاس هذا المعيار

الآتي:(البكري، 2008، 204)

$$\frac{\text{عدد ملاك التمريض للعاملين في المستشفى}}{\text{مجموع الاطباء الأختصاصيين}} = \frac{\text{معيار التمريض}}{\text{مجموع الاطباء الأختصاصيين}}$$

من خلال هذا المعيار يمكن تقييم كفاءة الموظفين في المستشفى ومدى ملائمة عددهم لخدمة مرض

المستشفى. ويقاس هذا المعيار كالآتي:(البياتي، 2009، 52)

$$\frac{\text{مجموع اسرة المستشفى لقسمي الجراحة والباطنية}}{\text{عدد الكادر الإداري والخدمي في المستشفى}} = \frac{\text{معدل معدل الأسرة/عدد الموظفين في المستشفى}}{\text{عدد الكادر الإداري والخدمي في المستشفى}}$$

1-6-6. معيار معدل الأسرة على عدد المعالجين الطبيعيين:-

يحتاج بعض المرضى الى العلاج الطبيعي بعد إجراء العمليات الجراحية في ردهات الجراحة والكسور، وأحياناً في ردهات الطب الباطني. ويقاس هذا المعيار كالاتي:(ارديني، 2001، 67)

$$\text{معيار معدل الأسرة/عددالمعالجين الطبيعيين} = \frac{\text{عدد اسرة المستشفى}}{\text{عدد المعالجين الطبيعيين}}$$

1-6-7. معيار معدل اشغال السرير:-

ويقاس هذا المعيار كالاتي:(البياتي، 2009، 116)

$$\text{معدل اشغال السرير} = \frac{\text{مجموع عدد ايام المرضى الراقدين خلال السنة}}{\text{عدد الأسرة} \times 365 \text{ يوم}} * 100$$

1-6-8. معدل الوفيات العام:-

يقاس هذا المعيار كالاتي:(ارديني، 2011، 100)

$$\text{معدل الوفيات العام} = \frac{\text{عدد الوفيات من المرضى الراقدين}}{\text{عدد المرضى الراقدين}}$$

1-6-9. معيار مكوث المرضى أو الراقدين:-

يقاس هذا المعيار كالاتي:(حجي، 2015، 130)

$$\text{معيار مكوث المرضى أو الراقدين} = \frac{\text{عدد أيام المكوث}}{\text{عدد المرضى الراقدين}}$$

## الفصل الثاني

تطبيق معايير تقييم كفاءة اداء مستشفى زكاري التعليمي في مدينة اربيل للمدة 2014-2017

تم تقسيم هذا الفصل الى ما يأتي:-

2-1. معيار توزيع عدد الأسرة على الاطباء الاختصاصيين:-

يعني انخفاض عدد الأسرة للاطباء الاختصاصيين مؤشراً جيداً لأمكانية هؤلاء الاطباء من المتابعة الأفضل للحالة الصحية للمرضى الراقدين في المستشفى.

$$\text{ويقاس هذا المعيار كالاتي:} = \frac{\text{عدد الأسرة المهينة للرقود}}{\text{مجموع الاطباء الاختصاصيين}}$$

حيث يمثل الاطباء الاختصاصيين الاطباء الذين يحملون تخصصي الجراحة والباطنة. ان توزيع الأسرة للاعوام 2014، 2015، 2016 على القسمين كانت كالآتي:

$$\begin{aligned} & \text{عدد الأسرة لقسمي الجراحة والباطنية} \\ & \text{مجموع اطباء الاختصاصيين (جراحه، باطنيه)} \\ & \text{معيار توزيع عدد الأسرة على الاطباء} \\ & \text{الاختصاصيين (جراحه، باطنيه) للعام 2014} \\ & = \frac{491}{157} = 3.12 \text{ سرير / طبيب} \\ & \text{معيار توزيع عدد الأسرة على الاطباء} \\ & \text{الاختصاصيين (جراحه، باطنيه) للعام 2015} \\ & = \frac{491}{150} = 3.2 \text{ سرير / طبيب} \\ & \text{معيار توزيع عدد الأسرة على الاطباء} \\ & \text{الاختصاصيين (جراحه، باطنيه) للعام 2016} \\ & = \frac{491}{138} = 3.55 \text{ سرير / طبيب} \\ & \text{معيار توزيع عدد الأسرة على الاطباء} \\ & \text{الاختصاصيين (جراحه، باطنيه) للعام 2017} \\ & = \frac{491}{127} = 3.86 \text{ سرير / طبيب} \end{aligned}$$

يلحظ مما تم بيانه حول معيار توزيع عدد الأسرة على الاطباء الاختصاصيين انه في حين ان عدد الأسرة في تزايد كحالة طبيعية لتزايد عدد السكان فان الملفت للنظر ان عدد الاطباء الاختصاصيين في فرعي الجراحة والباطنية في تناقض مستمر للسنوات الاربع مما يعكس تناقض مستمر في النسب التي يعكسها هذا المعيار وبالتالي يؤثر الى حالة سلبية يجب تداركها لان ارتفاع هذه النسب معناه ازدياد حصته الطبيب الواحد من خدمته لأسرة المستشفى من (3.12) سرير عام 2014 حتى بلوغها (3.86) سرير عام 2017. وهو ما يعنيه انخفاض في مستوى الخدمة المؤداة، الا انه من جانب اخر يعكس تزايد دور الكوادر الطبية في تحمل عبء الخدمات الصحية الا انه بمقارنة هذا المؤشر مع المعيار الدولي لمنظمة الصحة العالمية الذي يتراوح بين (4-5) سرير/طبيب اختصاص (عمر، 2011، 87)، يتبين ان مستشفى رزكاري لازال ضمن الحدود المقبولة رغم انخفاض قيمة هذا المؤشر في عام 2017 عن السنوات السابقة. يلحظ في هذا الجدول (1):

## جدول (1)

معدل الأسرة / الاطباء لقسمي الجراحة والباطنة في مستشفى زركارى التعليمي للمدة 2014-2017

السنوات	الأسرة / الأطباء	المعيار القياسي سرير / طبيب
2014	3.12	5 - 4
2015	3.2	
2016	3.55	
2017	3.86	

المصدر:

1. من اعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات مستشفى زركارى، شعبة الاحصاء، بيانات رسمية.
2. جلده، سليم بطرس، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للطباعة والنشر، عمان، الاردن، 2007، ص 11.

## 2-2. معيار توزيع الكادر الصيدلاني على عدد الأسرة:-

يعكس هذا المعيار مدى العبء الذي يتحمله الكادر الصيدلاني في ضوء عدد الراقدين في المستشفى والذين يحتاجون بالضرورة الى الدواء حاجتهم الى اشكال الرعاية الطبية الاخرى. وفي هذا المعيار تم ادخال عدد الصيادلة من حملة بكالوريوس ومساعدى الصيادلة من حملة الدبلوم كون هذا العبء يتوزع على الجميع سواء كانوا حملة شهادة بكالوريوس او دبلوم.

ويلاحظ انه بينما تزايد عدد الكوادر الصيدلانية من (80) ادر صيدلي عام 2014 الى (86) كادر صيدلي عام 2015 فان العدد يأخذ بالتناقص في العامين التاليين 2016 و 2017 الى (72) و (65) كادر صيدلي وعلى التوالي. ويمكن قياس هذا المعيار كالاتي:-

عدد الأسرة المهيئة للرقود

$$\text{معيار توزيع الكادر الصيدلاني على عدد الأسرة} = \frac{\text{عدد الكوادر الصيدلانية}}{\text{عدد الأسرة المهيئة للرقود}}$$

لو طبقنا هذا المعيار لكل عام من أعوام البحث نحصل على:-

$$\text{معيار توزيع الكادر الصيدلاني على عدد الأسرة} = \frac{491}{80} = 6.13 \text{ سرير / كادر صيدلاني للعام 2014}$$

$$\text{معيار توزيع الكادر الصيدلاني على عدد الأسرة} = \frac{491}{86} = 5.7 \text{ سرير / كادر صيدلاني للعام 2015}$$

$$\text{معيار توزيع الكادر الصيدلاني على عدد الأسرة} = \frac{491}{72} = 6.83 \text{ سرير / كادر صيدلاني للعام 2016}$$



$$\text{معيار توزيع الكادر الصيدلاني على عدد الأسرة} = \frac{491}{65} = 7.55 \text{ سرير / كادر صيدلاني للعام 2017}$$

ويلاحظ من الملحق (1) ان عدد الصيادلة من حملة شهادة البكالوريوس يتفوق كثيراً على حملة شهادة الدبلوم من الكوادر الصيدلانية. فلو اخذنا العام 2015 على سبيل المثال لوجدنا انه في حين ان عدد الصيادلة كان مساوياً الى (65) صيدلاني وصيدلانية فان عدد معاوني الصيادلة (26) شخصاً. وبالتالي فلو طبقنا المعيار السابق لتوزيع الصيادلة (حملة البكالوريوس) على عدد الأسرة للعام 2015 فان النتيجة ستكون هكذا:

$$\text{معيار توزيع الصيادلة على عدد الأسرة للعام 2015} = \frac{\text{عدد الأسرة المهينة للرقود}}{\text{عدد الصيادلة}} = \frac{491}{65} = 7.55 \text{ سرير / صيدلاني}$$

ولو قارنا هذا المعيار بالمقياس العالمي لمنظمة (WHO) والذي يساوي (100) سرير للصيدلاني الواحد نجد ان هناك فائضاً حقيقياً سواء في عدد اجمالي الكوادر الصيدلية (حملة بكالوريوس + حملة الدبلوم)، أو في عدد الصيادلة (حملة البكالوريوس) مما يؤثر هنا الى نوع من البطالة المقنعة التي تعكس ضعف في الاداء الحقيقي. يلحظ الجدول (2)

جدول (2)

معدل الأسرة / الصيادلة والكوادر الصيدلية في مستشفى زركارى التعليمي للمدة 2014-2017

السنوات	الأسرة / الصيادلة والكوادر الصيدلية	الأسرة / الصيادلة	المعيار القياسي الأسرة / الصيادلة
2014	6.13		100
2015	5.7	7.55	
2016	6.83		
2017	7.55		

المصدر:

1. من اعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات مستشفى زركارى، شعبة الاحصاء، بيانات رسمية.
2. جلده، سليم بطرس، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للطباعة والنشر، عمان، الاردن، 2007، ص 11.

### 3-2. معيار عدد الأسرة / عدد الممرضين والمرضات في المستشفى:-

يبلغ المعيار القياسي لمنظمة الصحة العالمية (WHO) سريرين لكل ممرض أو ممرضة. ان ابتعاد عدد الممرضين والمرضات عن حدود هذا المعيار كثيراً بازدياد عدد الأسرة التي تقع على عاتق الممرض الواحد تجعله لا

يستطيع ان يقدم الخدمة الصحية على وجهها المطلوب حتى لو حرض لأداءها. أما ازدياد عدد الممرضين كثيراً بحيث يصبح عددهم أكثر من عدد اسرة المستشفى فان هذا يدل على وجود نوع من البطالة المقنعة التي يعيشها الكادر التمريضي في المستشفى.

عدد الأسرة لقسمي الجراحة والباطنية

معيار توزيع عدد الأسرة على الممرضين = مجموع الممرضين والمرضات لقسمي الجراحة والباطنية  
الاختصاص في قسمي الجراحة والباطنية

لو طبقنا هذا المعيار لكل عام من أعوام البحث نحصل على:-

معيار توزيع عدد الأسرة على الممرضين الاختصاص في قسمي الجراحة والباطنية للعام 2014	=	$\frac{491}{814}$	=	0.603	اي ان كل ممرض حصته اقل من سرير
معيار توزيع عدد الأسرة على الممرضين الاختصاص في قسمي الجراحة والباطنية للعام 2015	=	$\frac{491}{720}$	=	0.68	اي ان كل ممرض حصته اقل من سرير
معيار توزيع عدد الأسرة على الممرضين الاختصاص في قسمي الجراحة والباطنية للعام 2016	=	$\frac{491}{543}$	=	0.904	اي ان كل ممرض حصته تقارب السرير
معيار توزيع عدد الأسرة على الممرضين الاختصاص في قسمي الجراحة والباطنية للعام 2017	=	$\frac{491}{442}$	=	1.11	اي ان كل ممرض حصته تقارب السرير

ويلحظ الجدول (3):

جدول (3)

معدل الأسرة / الكادر التمريضي لقسمي الجراحة والباطنية في مستشفى زركارى التعليمي للمدة 2014-2017

المعيار القياسي سرير / ممرض أو ممرضة	الأسرة / الأطباء	السنوات
2	0.603	2014
	0.68	2015
	0.904	2016
	1.11	2017

المصدر:

1. من اعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات مستشفى زركارى، شعبة الاحصاء، بيانات رسمية.
  2. جلده، سليم بطرس، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للطباعة والنشر، عمان، الاردن، 2007، ص 11.
- من خلال النتائج الموضحة في الجدول (3) يبدو ان هناك تضخماً في الكادر التمريضي في قسمي الجراحة والباطنية اذ انه بينما يشير المعيار القياسي لمنظمة الصحة العالمية (WHO) الى ان حصة كل ممرض سريرين فان

النتائج لثلاث السنوات المتتالية 2014، 2015 و 2016 تشير الى ان حصة كل ممرض لا تصل الى سرير واحد، ما عدا عام 2017 الذي ترتفع فيه حصة الكادر التمريضي الى اكثر من سرير قليلاً. ورغم ان العناية الطبية نتوقع لها ان تكون بشكل افضل فيما لو خصص لكل سرير ممرض، الا ان النتائج تشير الى وجود نوع من البطالة المقنعة لدى الكادر التمريضي. ولعل مما يؤيد هذه النتيجة ما سنورده لاحقاً لمعيار التمريض.

#### 4-2. معيار التمريض:-

لا ريب ان الكار الطبي لا يستطيع ان يعمل بكفاءة دون وجود عدد كاف ومتمرس من الممرضين الذين يكونون عادة في تماس مباشر مع مرضى المستشفى. ويحتسب هذا المعيار كالاتي:-

$$\text{معيار التمريض} = \frac{\text{عدد ملاك التمريض العاملين في المستشفى}}{\text{مجموع الاطباء الاختصاصيين}}$$

$$\text{معيار التمريض لقسمي الجراحة والباطنية} = \frac{\text{عدد ملاك التمريض (الجراحة + الباطنية)}}{\text{الأطباء الاختصاصيين (الجراحة + الباطنية)}}$$

$$\text{معيار التمريض لقسمي الجراحة والباطنية} = \frac{814}{157} = 5.18 \text{ ممرض / طبيب اختصاص} \\ \text{للعام 2014}$$

$$\text{معيار التمريض لقسمي الجراحة والباطنية} = \frac{720}{150} = 4.8 \text{ ممرض / طبيب اختصاص} \\ \text{للعام 2015}$$

$$\text{معيار التمريض لقسمي الجراحة والباطنية} = \frac{543}{138} = 3.9 \text{ ممرض / طبيب اختصاص} \\ \text{للعام 2016}$$

$$\text{معيار التمريض لقسمي الجراحة والباطنية} = \frac{442}{127} = 3.47 \text{ ممرض / طبيب اختصاص} \\ \text{للعام 2017}$$

من خلال النتائج التي يكشفها هذا المعيار يتضح الاتي:-

أ. ان عدد الكوادر الصحية من اطباء اختصاصيين وممرضين هو في تناقض مستمر طيلة مدة البحث.

ب. ان التناقض الحاصل في عدد الممرضين في قسمي الجراحة والباطنية كان بمعدلات اكبر من التناقض الحاصل في عدد الأطباء اختصاص جراحة وباطنية.

ج. رغم هذا التناقض في اعداد الممرضين والممرضات في قسمي الجراحة والباطنين فان المعيار السابق لعدد الأسرة منسوباً الى عدد الممرضين والممرضات اثار الى ان حصة الممرض لا تزيث عن سرير واحد في حين ان معيار منظمة الصحة العالمية يشير الى امكانية الممرض في الحدود الطبيعية ان يقدم الخدمة الصحية السريرية لسريرين في المستشفى.

وبما ان المعيار القياسي لاسرة المستشفى للمرضي = 2 سرير لكل الممرض في حين، 2 لاسرة المستشفى للطبيب = 4 سرير لكل طبيب فمعنى هذا اننا يمكن ان نستخرج معيار قياسي للممرض/طبيب يساوي 2 ممرض/طبيب. واذا قارنا هذه النتيجة مع النتائج التي حصلنا عليها بعد افراغها في الجدول (4) يتضح ان معدل الكادر التمريضي الى الاطباء الاختصاص يزيث عن المعيار القياسي بما يقارب الضعف.

#### جدول (4)

معدل الكادر التمريضي/ الاطباء اختصاص لقسمي جراحة وكسور في مستشفى زركارى التعليمي للمدة 2014-

2017

السنوات	الكادر التمريضي / الأطباء الاختصاص	المعيار القياسي كادر تمريضي / أطباء اختصاص
2014	5.18	2
2015	4.8	
2016	3.9	
2017	3.47	

المصدر:

1. من اعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات مستشفى زركارى، شعبة الاحصاء، بيانات رسمية.
2. جلده، سليم بطرس، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للطباعة والنشر، عمان، الاردن، 2007، ص 11.

#### 2-5. معيار معدل الأسرة / عدد الموظفين في المستشفى:-

يتضمن موظفي المستشفى ضمن هذا المعيار كلا من الكوادر الادارية والخدمية في المستشفى. يحتاج كل مستشفى الى نخبة من الكادر الاداري والخدمي لتسيير أعمال المستشفى المتعددة. ويتضمن الكادر الاداري موظفو الاستعلامات، وقاطعو التذاكر، والمحاسبون، والملاحظون، ومأمورو المخازن، والكتاب. في حين يتضمن الكادر الخدمي كلا من: المعينون، الحرس، البستانيون، السائقون، موظفو التغذية، الخياطون، الصباغون، الطباخون،.....الخ. ويتضمن الجدول (5) تطور اعداد جميع.

## جدول (5)

تطور اعداد الكادر الاداري والخدمي من مختلف الاصناف في مستشفى رزقارى التعليمي للمدة 2014-2017

2017	2016	2015	2014	السنوات الاصناف
27	27	28	28	قاطع التذاكر
38	40	43	42	موظف استعلامات
26	26	26	25	محاسب
6	6	7	6	ملاحظ
1	1	1	1	مأمور خزن
16	17	17	16	كاتب
-	-	-	-	مسجل
54	56	57	55	معين
4	4	4	5	حرس
14	14	18	17	بستاني
19	20	22	20	سائق
8	10	10	8	موظف تغذية
2	2	2	1	خياط
-	-	-	-	صباغ
2	2	2	2	طباخ
217	225	237	226	مجموع

1. من اعداد الباحثة بالاستفادة على بيانات مستشفى رزقارى، شعبة الاحصاء، بيانات رسمية.

2. عمر، محمد سليمان، تقويم اداء المؤسسات الصحية باستعمال معيار منظمة الصحة العالمية (WHO)

ومعايير اخرى (بحث تطبيقي في مستشفى رزقارى التعليمي في اربيل)، بحث دلوم عالي مقدم الى هيئة

امناء المحاسبين القانونيين، بغداد، العراق، 2011، ص 129.

هذه الاصناف من الكادر الاداري والخدمي للمدة 2014-2017.

ويتضح من الجدول انه بينما ازداد عدد الكادر الاداري والخدمي للمستشفى من 226 موظف في العام 2014 الى 237 موظف في العام 2015 فان العدد يأخذ بالتناقص في السنوات اللاحقة، ويعود السبب في هذا الى سياسة التوقف عن التعيينات في الدوائر الحكومية التي اتبعتها حكومة الاقليم بسبب الأزمة الاقتصادية، والمشاكل الاقتصادية والسياسية بين حكومة الاقليم والحكومة الاتحادية تشير المعايير القياسية لمنظمة (WHO) الى ان حصة كل سرير من اسرة المستشفى يجب ان تكون موظف واحد. ويتبين من خلال الجدول (6) ان نصيب الموظف من اسرة المستشفى يزيد عن (2) لجميع سنوات.

## جدول (6)

معدل الأسرة / الكادر الإداري في مستشفى رزقاري التعليمي للمدة 2014-2017

المعيار القياسي	الأسرة / الكادر الإداري	الكادر الإداري والخدمي	الأسرة	السنوات
1 : 1	2.17	226	491	2014
	2.07	237	491	2015
	2.18	225	491	2016
	2.26	217	491	2017

1. من اعداد الباحثة بالاستفادة على بيانات مستشفى رزقاري، شعبة الاحصاء، بيانات رسمية.
2. عمر، محمد سليمان، تقويم اداء المؤسسات الصحية باستعمال معيار منظمة الصحة العالمية (WHO) ومعايير اخرى (بحث تطبيقي في مستشفى رزقاري التعليمي في اربيل)، بحث دبلوم عالي مقدم الى هيئة امناء المحاسبين القانونيين، بغداد، العراق، 2011، ص 129.

البحث مما يؤشر الى ارتفاع كفاءة الكادر الاداري كونه يقوم بجهد كبير في تسيير أعمال ووظائف المستشفى. ويبدو ضروريا زيادة اعداد هذا الكادر فيما لو كان تأثير نقصه سلبياً على اداء خدمات المستشفى المختلفة وبخاصة في الوظائف التي تشكو من نقص اكثر من غيرها.

## 2-6. معيار معدل الأسرة / عدد المعالجين الطبيعيين:-

يشير معيار المنظمة (WHO) الى ان المقياس الطبيعي لمعدل اسرة المستشفى الى المعالجين الطبيعيين يساوي 75 سرير للمعالج الطبيعي الواحد. ولو طبقنا هذا المعيار على البيانات الخاصة بالمستشفى نجد النتائج الموضحة في الجدول (7).

## جدول (7)

معدل الأسرة / المعالجين الطبيعيين في مستشفى رزقاري التعليمي للمدة 2014-2017

المعيار القياسي	عدد الأسرة / عدد المعالجين الطبيعيين	عدد المعالجين الطبيعيين	عدد الأسرة	السنوات
1 : 75	14.87	33	491	2014
	14.03	35	491	2015
	14.03	35	491	2016
	14.03	35	491	2017

1. من اعداد الباحثة بالاستفادة على بيانات مستشفى رزقاري، شعبة الاحصاء، بيانات رسمية.
2. عمر، محمد سليمان، تقويم اداء المؤسسات الصحية باستعمال معيار منظمة الصحة العالمية (WHO) ومعايير اخرى (بحث تطبيقي في مستشفى رزقاري التعليمي في اربيل)، بحث دبلوم عالي مقدم الى هيئة امناء المحاسبين القانونيين، بغداد، العراق، 2011، ص 129.

اذ يتضح من هذه النتائج ان هناك فائض في عدد المعالجن الطبيعيين ففي حين ان المعدل الطبيعي القياسي هو معالج طبيعي واحد تجاه (75) سرير، فان المعيار يشير ان حصة المعالج الطبيعي لجميع سنوات الدراسة لاتزيد عن (14.87) سرير وذلك في عام 2014. وهذه النتيجة تؤطر الى ضعف الكفاءة الاقتصادية بسبب وجود ما يسمى بالبطالة المقنعة.

#### 7-2. معدل اشغال السرير:-

يؤشر هذا المقياس الى الاستغلال الفعلي للأسرة المتاحة في المستشفى على النحو الذي يعزز اداء المستشفى ويخلافه لا يتحقق الاستغلال التام لأسرة المستشفى خلال المدة المحددة. ويحتسب هذا المعدل وفقاً للمعادلة الآتية(الباتي، 2009، 116):

$$\text{معدل اشغال السرير} = 100 \times \frac{\text{مجموع عدد ايام المرضى الراقدين خلال السنة}}{\text{عدد الأسرة} \times 365 \text{ يوم}}$$

مجموع عدد ايام المرضى الراقدين خلال السنة (عدد ايام المكوث) = عدد الراقدين x معدل المكوث، وبتطبيق هذه المعادلة ومقارنتها مع معيار المقياسي لمنظمة (WHO) لمعدل اشغال السرير البالغ (80%) نصل الى النتائج الموضحة في الجدول (8) حيث يتضح من نتائج الجدول ان معدل اشغال السرير لازال ادنى من المعيار القياسي مما يعني ان المستشفى يسير في مسار جيد من حيث العبء الملقى عليه في خدمة الراقدين اذا لازلوا لا يشكلون ضغطاً على الهيئة الصحية في المستشفى. ولا زال المستشفى لا يعد مكتظاً استناداً الى المعيار القياسي.

#### جدول (8)

معدل اشغال السرير مستشفى رزكارى التعليمي للمدة 2014-2016

المعيار القياسي	معدل اشغال السرير	السنوات
% 80	$100 \times \frac{4 * 24096}{365 * 491} = 53.7\%$	2014
	$100 \times \frac{4 * 16248}{365 * 491} = 36.26\%$	2015
	$100 \times \frac{4 * 29183}{365 * 491} = 65.13\%$	2016

المصدر: من اعداد الباحثة بالاستفادة من:

1. بيانات مستشفى رزكارى التعليمي، شعبة الاحصاء، بيانات رسمية.

2. عمر، محمد سليمان، تقويم اداء المؤسسات الصحية باستعمال معيار منظمة الصحة العالمية (WHO) ومعايير اخرى (بحث تطبيقي في مستشفى رزكارى التعليمي في اربيل)، بحث دبلوم عالي مقدم الى هيئة امناء المحاسبين القانونيين، بغداد، العراق، 2011، ص 129.

## 8-2. معدل الوفيات العام:-

لعل احدى مهام كل مستشفى ما يتجلى في اسعاف الحالات الطارئة واجراء العمليات الجراحية بسلام حتى تنتهي ايام مكوث الشخص المريض في المستشفى ويغادرها الى منزله، او علاجه من بعض الامراض التي لا تستوجب اجراء تداخل جراحي حتى يتم انقاذ حياته. وعلى هذا كلما قل معدل الوفيات العام كلما عد ذلك دليلا على كفاءة اداء المستشفى. وبشكل قياسي فان معيار منظمة (WHO) يشير الى معدل قياسي للوفيات العام يتراوح بين (3% - 4%). ولو طبقنا المعيار على مستشفى رزكارى نجد الاتي كما موضح في الجدول (9):

### جدول (9)

معدل الوفاة العام في مستشفى رزكارى التعليمي للمدة 2014-2016

السنوات	عدد الوفيات في المستشفى	عدد المرضى الراقدين	معدل الوفاة	المعيار القياسي
2014	245	24096	1%	%3 - %4
2015	456	16248	2.8%	
2016	296	29883	9%	

المصدر: اعد الجدول من قبل الباحثة بالاستعانة ب:

1. بيانات مستشفى رزكارى التعليمي، شعبة الاحصاء، بيانات رسمية.
2. جلد، سليم بطرس، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للطباعة والنشر، عمان، الاردن، 2007، ص 11.

حيث يلحظ من الجدول (9) ان معدل الوفاة في المستشفى قليلة وهي حالة جيدة اذ ان نسب الوفاة لم تزد في سنوات البحث عن 2.8%، في حين ان المعيار القياسي يشير الى (3%-4%)، وبخاصة العام 2016 الذي انخفضت فيه معدلات الوفاة بشكل ملفت للنظر.

## 9-2. معيار مكوث المرضى او الراقدين:-

ويشير هذا المعيار الى عدد الايام القياسية لمنظمة (WHO) لمكوث المريض في المستشفى. حيث تقدره هذه المنظمة ب (7) ايام. ولو قارنا هذا المعدل بالنتائج الموضحة في الجدول (10) سوف نصل الى الاتي:-

### جدول (10)

معدل مكوث المرضى او الراقدين في مستشفى رزكارى التعليمي للمدة 2014-2016

السنوات	عدد المرضى الراقدين	ايام المكوث	معدل المكوث او البقاء	المعيار القياسي
2014	24096	96384	4	7
2015	16248	64992	4	
2016	29183	116732	4	



المصدر: اعد الجدول من قبل الباحثة بالاستفادة من:

3. بيانات مستشفى رزكارى التعليمي، شعبة الاحصاء، بيانات رسمية.
4. جلد، سليم بطرس، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للطباعة والنشر، عمان، الاردن، 2007، ص 11.

ان النتائج الموضحة في الجدول (10) تشير الى ان ايام مكوث المرضى في المستشفى (4) يوم تقل بكثير عن المعيار القياسي لمنظمة (WHO) وهي دليل سلبي عن اداء المستشفى ذلك ان معنى هذا انه لا تخصص ايام كافية يهتم بها بالمريض. ذلك انه وفي حالات التداخل الجراحي وحتى حالات مرضى الباطنية والقلبية فان المريض يحتاج الى ايام كافية في المستشفى ليتم التأكد من سلامته قبل خروجه من المستشفى بشكل نهائي.

### الاستنتاجات

من خلال نتائج البحث نصل الى الاستنتاجات الآتية:-

1. حقق مستشفى رزكارى التعليمي انجازات جيدة في مستوى اداءه في اكثر من معيار قياسي، الا ان جوانب اخرى اوضحت ضعف اداءه وبخاصة فيما يتعلق بتضخم عدد بعض الاختصاصات.
2. ضمن معيار توزيع عدد الأسرة على الاطباء الاختصاصيين فان المستشفى ضمن الحدود المقبولة (3.12، 3.86) سرير/طبيب لعامي 2014 و 2017 وعلى التوالي في الاعوام الاخيرة.
3. رغم ان الكادر التمريضي يشكل العمود الفقري في اي مستشفى وبخاصة في الجانب السريري في قسمي الجراحة والباطنية. ورغم ان الجداول تشير الى حدوث تناقص في اعدادهم ملفت للنظر في السنوات الاخيرة (0.603، 1.11) سرير/ممرض لعامي 2014، و 2017 وعلى التوالي، فان العدد لا يزال اقل من المعيار القياسي، وان هناك نوع من البطالة المقنعة في هذا التخصص ايضاً.
4. ان معيار الأسرة / الصيادلة بعيد جدا عن المعيار القياسي بشكل يلفت النظر، ويشير الى حقيقة تضخم المستشفى بالكادر الصيدلاني مما يشكل بطالة مقنعة حقيقية في هذا المجال العملي.
5. ان ما يؤكد ما توصلنا اليه في النقطة السابقة انه في حين ان المقياس الطبيعي لعدد الكادر التمريض للاطباء يساوي: 1:2 فان النتائج تشير الى ان معدل الكادر التمريض للاطباء الاختصاص قد وصل الى 5.18 في العام 2014 وانخفض الى 3.47 في العام 2017.
6. تبين من النتائج البحث ان الفئة التي كانت تعاني من نقص عددها في المستشفى وبالتالي هبوطها دون المعيار القياسي هي فئة الكادر الاداري والخدمي، وهذا المؤشر لارتفاع كفاءتها، الا انه من جانب اخر يخشى ان ينعكس قلة عددها في تدني مستوى ونوعية اداءها للخدمة. فالذي نحتاج اليه ان لا يؤثر انخفاض معدلها دون المعيار القياسي لمنظمة (WHO) في انخفاض كفاءتها. اذا يشير المعيار القياسي لمنظمة (WHO) الى ان حصة كل سرير من أسرة المستشفى يجب ان تكون موظف واحد في حين ان الواقع في مستشفى رزكارى يشير الى ان نصيب كل موظف يزيد على (2) سرير ولجميع سنوات الاستبيان.

7. من التخصصات الصحية التي وجدنا فائض غير طبيعي في اعدادها وبالتالي معدلها هي فئة المعالجين الطبيعيين التي ابتعدت كثيراً عن المعيار القياسي لمنظمة (WHO). اذا يشير المعيار القياسي لمنظمة (WHO) الى 75 سرير لكل معالج طبيعي في حين ان الواقع يشير الى (14.87)، و (14.03) سرير لكل معالج طبيعي للعامين 2014 و 2017، وعلى التوالي.
8. لم يشكل معيار معدل اشغال السرير ضغطاً على المستشفى اذ لازال المعيار ضمن المعيار القياسي لمنظمة (WHO). مما يعني ان هذا يجب ان ينعكس ايجابا على مستوى اداء الخدمة.
9. لقد شكل انخفاض معدل الوفيات العام عن المعدلات القياسية حالة ايجابية ملفته للنظر وبخاصة في السنة الاخيرة (العام 2016) مما يدعو كل مسؤول لان يشد على ايدي القائمين على ادارة المستشفى لهذا الانجاز المتميز.
10. ان انخفاض معدل مكوث المرضى دون المعدلات الطبيعية ظاهرة غير ايجابية برزت عند تقييم اداء المستشفى لما ينجم عن هذه الحالة من احتمال حصول مضاعفات صحية لدى المريض حينما يخرج من المستشفى دون مراقبة حالته الصحية لمدة كافية.

### المقترحات

- في ضوء الاستنتاجات التي تم التوصل اليها يمكن اقتراح الآتي:-
1. يجدر بوزارة الصحة في حكومة اقليم كردستان العراق ان تعيد النظر بالتوزيع القائم الحالي للكوادر الصحية في محافظة اربيل باتجاه توزيع الكادر الصحي على الاقضية والنواحي وبخاصة تلك التي تعاني من نقص في الكوادر الصحية.
  2. لا بد من استمرار التوسع في مستشفى رزكارى التعليمي من خلال افتتاح قاعات جديدة تستوعب اسرة جديدة لان عدد سكان محافظة في حالة ازدياد مستمر قد يؤدي مستقبلا الى ارتفاع معدل اشغال السرير الى ما يتجاوز المعايير القياسية.
  3. رغم ان المعيار القياسي لعدد الاسرة الى الاطباء الاختصاصيين لا يزال ضمن المعيار القياسي لمنظمة (WHO) فان استمرار ازدياد عدد الاسرة الى الاطباء الاختصاصيين يستدعي مراعاة استقرار هذه النسبة من خلال زج اعداد جديدة لاستكمال دراستهم العليا داخل الاقليم وخارجه، والتأكيد على تحسين نوعية هذه الكوادر من خلال الدورات التدريبية داخل الاقليم وخارجه.
  4. رغم ان عدد الكوادر الصحية من الممرضين والممرضات هو ضمن المؤشرات المقبولة، الا ان هذا لايلغي ضرورة الاستمرار باستقبال الطلبة خريجي الاعداديات في المعاهد الصحية. وتحسين كفاءتهم باستمرار من خلال الدورات التدريبية المكثفة.
  5. ان تضخم الكادر من المعالجين الطبيعيين بشكل ظاهر يطرح امكانية نقل الإعداد الفائضة الى مستشفيات اخرى لتحقيق اعلى كفاءة في الاستفادة من تخصصاتهم في اقضية ونواحي المحافظة وعدم تعيين مزيدا من المعالجين الطبيعيين او نقلهم الى مستشفى رزكارى التعليمي.

6. ان تضخم الكادر الصيدلي والمعالجين الطبيعيين بشكل غير مألوف في مستشفى زكاري يطرح وبقوة ضرورة معالجة هذه الحالة غير الطبيعية سواء من خلال توزيع الفائض على المستشفيات والوحدات الصحية خارج حدود بلدية مدينة اربيل، فضلا عن اعادة النظر سواء في اعداد المقبولين في كليات الصيدلة في الاقليم أو المتبعثين لخارج العراق لهذا الغرض وارشادهم بضرورة التفكير في اختصاصات اخرى لها سوق واعد داخل الاقليم.
7. يجب ان يسير ازدياد اعداد الكوادر الصحية في محافظة اربيل باتجاه مواز لتحسين نوعية هذه الكوادر الصحية من خلال زجها في دورات تدريبية تطويرية داخل العراق وخارجه، اذ ان ارتفاع مستوى النوعية للكوادر الصحية يجدر ان يتقدم على ازدياد الاعداد.
8. ضرورة مراعاة زيادة عدد الكادر الاداري والخدمي في المستشفى ككون اعداد هذا الكادر لا ينسجم مع معايير منظمة الصحة العالمية اذ ينخفض عنها بشكل ملحوظ.
9. على الجهات الصحية المعينة مراجعة مدة مكوث المرضى في المستشفى كي ترتفع الى المعدلات الطبيعية القياسية حتى يمكن ضمان جودة ورعاية صحية أفضل للمرضى والتأكد من سلامة حالتهم الصحية قبل خروجهم من المستشفى.

## المصادر

أولاً: الكتب:

1. البكري، ثامر ياسر، ادارة المستشفيات، دار اليازوري، عمان، الاردن، 2008.
2. البياتي، حسين ذنون حسين، اثر درجة الاعتمادية بين المعايير في اداء المستشفيات، اطروحة دكتوراه في ادارة الاعمال، جامعة الموصل، العراق، 2009.
3. جلدة، سليم بطرس، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للطباعة والنشر، عمان، الاردن، 2007.
4. الجميلي، حميد جاسم، فتحي حسين، صاعب ابراهيم جواد، الاقتصاد الصناعي، بدون دار النشر، بغداد، العراق، 1979.
5. الدايري، عبدالوهاب مطر، تقييم المشاريع ودراسات الجدوى الاقتصادية، دار الحكمة للطباعة والنشر، بغداد، العراق، 1990.
6. السماك، محمد ازهر سعيد، اقتصاديات المواقع الصناعية وتقييم المشروعات ودراسة الجدوى، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 1998.
7. عبدالعزيز مصطفى عبدالكريم وطلال محمود الكداوي، تقييم المشاريع الاقتصادية: دراسة في تحليل الجدوى الاقتصادية وكفاءة الاداء، الطبعة الثانية، مديرية دار الكتب للطباعة والنشر، الموصل، العراق، 2002.
8. عبدالعزيز مصطفى عبدالكريم وطلال محمود الكداوي، تقييم المشاريع الاقتصادية: دراسة في تحليل الجدوى الاقتصادية وكفاءة الاداء، الطعة الأولى، مديرية دار الكتب للطباعة والنشر، الموصل، العراق، 1986.
9. عقيل جاسم عبدالله، تقييم المشروعات اطار النظري والتطبيقي، دار مجد دلاوي للنشر، عمان، الاردن، 1999.
10. النجار، يحيى غني، تقييم المشروعات ودراسات الجدوى وتقييم كفاءة الاداء، جامعة بغداد، بغداد، العراق، 2006.

ثانياً: الرسائل والاطاريح:

1. ارديني، طه احمد حسن، تقييم الاداء باستخدام البيانات المحاسبية للرقابة على نشاط التمويل الذاتي في مستشفى صدام العام في الموصل، رسالة ماجستير غير المنشورة، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة الموصل، العراق، 2011.
2. اسماعيل، عزت صابر، تقييم كفاءة الاداء الاقتصادي لمعمل الأسمنت في معمل طاسلوجة للفترة 1992-2001، رسالة ماجستير غير المنشورة، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة السليمانية، السليمانية، العراق، 2002.
3. سلطان، داود سليمان، تقييم الاداء الصناعي لمديرية دار الكتب للطباعة والنشر للفترة 1978-1986، رسالة ماجستير غير المنشورة، قسم الاقتصاد، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة الموصل، الموصل، العراق، 1988.

4. صادق، يسرى احسان، تقييم كفاءة الاداء الاقتصادي لمعمل غاز اربيل للمدة 2000 – 2008، رسالة دبلوم عالي في قسم الاقتصاد، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة صلاح الدين-اربيل، العراق، 2010.
5. عزيز، ماريما محمد، تحليل وتقييم كفاءة الاداء لمعمل الغزل والنسيج الصوفي اربيل للفترة (1989-1999)، رسالة ماجستير غير المنشورة، كلية الادارة والاقتصاد، جامعة صلاح الدين-اربيل، اربيل، العراق، 2000.
6. عمر، محمد سليمان، تقويم اداء المؤسسات الصحية باستعمال معيار منظمة الصحة العالمية (WHO) ومعايير اخرى (بحث تطبيقي في مستشفى رزكارى التعليمي في اربيل)، بحث دبلوم عالي مقدم الى هيئة امناء المحاسبين القانونيين، بغداد، العراق، 2011.

ثالثاً: البحوث والدراسات:

1. حجي، ادريس رمضان وآخرون، تقييم كفاءة اداء المؤسسات الصحية في اربيل/ دراسة تطبيقية في المستشفى الجمهوري التعليمي للمدة (2014-2015)، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والادارية، المجلد 7، عدد 14، العراق، 2015.
2. الحسن، رحى، تقييم اداء الموظفين، مجلة التنمية الادارية، العدد (16)، بغداد، العراق، 1981.
3. حسين، فوزي، تقييم الاداء الاقتصادية في المشروعات الصناعية، مجلة الصناعية، العدد 22، السنة الثانية، بغداد، العراق، 1978.