

جامعة ميدأوشن



كلية الإدارة

قسم / تخصص. ماجستير إدارة صحية

عنوان البحث

تقييم أثر تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) على كفاءة إدارة التكاليف وجودة الخدمة في مستشفيات التجمع الصحي بمحافظة جدة.

إعداد الطالبة / منال محمد خرد

إشراف/

د. الفيصل عبدالحميد محمد

د. فايز علي جراد

العام الدراسي:

٢٠٢٦

جدول المحتويات

١	الفصل الأول
٥	ملخص الدراسة
٧	مقدمة الدراسة
٨	مشكلة الدراسة
٩	أهمية الدراسة
١٢	أهداف الدراسة
١٣	تساؤلات الدراسة
١٤	فرضيات الدراسة
١٥	مصطلحات الدراسة
١٥	متغيرات الدراسة
١٦	الفصل الثاني
١٧	الدراسات السابقة
٣٠	الإطار النظري
٣٤	الإطار المفاهيمي للتمويل الصحي ونماذجه
٣٦	مفهوم وتاريخ التمويل القائم على الأداء (PBF)
٣٨	تطبيق نموذج PBF في المملكة العربية السعودية

٤٠	كفاءة إدارة التكاليف في المستشفيات
٤٢	العلاقة بين PBF وإدارة التكاليف
٤٥	مفهوم ومعايير جودة الخدمة الصحية
٤٧	العلاقة بين PBF وجودة الخدمة
٤٩	التحديات الإدارية لتطبيق نموذج PBF
٥٠	دور المستشفيات في التجمع الصحي بجدة في إطار PBF
٥٢	دراسات وتجارب سابقة حول PBF
٥٤	الخاتمة
٥٥	الفصل الثالث
٥٦	منهجية الدراسة
٥٦	مجتمع الدراسة
٥٧	أدوات جمع البيانات
٥٨	حدود الدراسة
٥٩	الاستبيان
٦٥	الفصل الرابع
٦٦	التحليل الإحصائي
٧١	النتائج

٧٢	التوصيات
٧٥	المراجع
٨٠	الملخص
٨٤	الملاحق

ملخص الدراسة

عنوان الدراسة: أثر تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) على كفاءة إدارة

التكاليف وجودة الخدمة الصحية: دراسة ميدانية في تجمع جدة الصحي.

هدف الدراسة:

سعت هذه الدراسة إلى تقييم أثر التحول نحو نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF)

في مستشفيات التجمع الصحي بمحافظة جدة، وقياس مدى مساهمة هذا النموذج في

تحسين كفاءة استغلال الموارد المالية والبشرية (كفاءة التكاليف) ورفع مستوى الرعاية

الصحية المقدمة (جودة الخدمة) تماشياً مع رؤية المملكة 2030.

المنهجية:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، باستخدام استبيان وُزع على عينة قصدية

مكونة من (150) فرداً من القيادات والإداريين والكوادر الطبية في تجمع جدة الصحي.

وتم تحليل البيانات إحصائياً باستخدام برنامج (SPSS).

أبرز النتائج:

1. علاقة طردية قوية: أثبتت النتائج وجود علاقة إحصائية قوية بين تطبيق نموذج

PBF وتحسن مخرجات جودة الخدمة ($R=0.82$)، وكفاءة إدارة التكاليف

($R=0.74$).

2. تحسين الأداء الإكلينيكي: ساهم النموذج في زيادة الالتزام بالبروتوكولات الطبية

ومعايير السلامة الوطنية (سباهي)، مما أدى لخفض معدلات الخطأ الطبي.

3. ترشيد الإنفاق: نجح النموذج في تقليل الهدر التشغيلي من خلال تحفيز المنشآت

على تحسين معدلات دوران الأسرة والاستخدام الأمثل للمستلزمات الطبية.

4. تأثير النموذج: كشف التحليل أن نموذج PBF يفسر نحو 67% من التغيرات

الإيجابية في جودة الخدمة الصحية، مما يؤكد فاعليته كأداة للتحويل الرقمي

والمالي.

أبرز التوصيات:

• ضرورة تعزيز الاستقلالية المالية والإدارية للمستشفيات لتحفيز الابتكار في تقليل

التكاليف.

• تطوير الربط التقني الشامل لضمان دقة رصد مؤشرات الأداء بشكل لحظي

ومؤتمت.

• توسيع نطاق تطبيق النموذج ليشمل مسارات الرعاية الوقائية والأولية لتعزيز

الاستدامة المالية للنظام الصحي.

الكلمات المفتاحية: التمويل القائم على الأداء (PBF)، تجمع جدة الصحي، كفاءة

التكاليف، جودة الخدمة الصحية، رؤية 2030.

مقدمة الدراسة (Introduction)

يشهد قطاع الرعاية الصحية على مستوى العالم تحولاً جذرياً في نماذج التشغيل والتمويل، مدفوعاً بتحديات متصاعدة تتمثل في زيادة الطلب على الخدمات، وارتفاع التكاليف، والحاجة الملحة لضمان جودة الرعاية المقدمة. وفي المملكة العربية السعودية، يأتي هذا التحول ضمن الركائز الأساسية لـ **رؤية المملكة 2030**، والتي تهدف إلى بناء نظام صحي فعال ومستدام يتميز بالكفاءة والتركيز على النتائج.

وفي هذا السياق، برز نموذج التمويل القائم على الأداء (Performance-Based Financing - PBF) كأحد الأدوات الإستراتيجية التي تبنتها التجمعات الصحية لربط المخصصات المالية التي تحصل عليها المستشفيات بتحقيق مؤشرات أداء محددة سلفاً، سواء كانت مرتبطة بكفاءة استخدام الموارد، أو بتحسين جودة وسلامة الخدمة. ويُعد التجمع الصحي بمحافظة جدة بيئة تطبيقية حيوية لدراسة أثر هذا النموذج، نظراً لكونه يخدم كثافة سكانية عالية ويدير شبكة واسعة من المستشفيات التي تسعى جاهدة لتحقيق متطلبات التحول.

يهدف نموذج PBF نظرياً إلى تحفيز المستشفيات على ترشيد الإنفاق، تحسين إدارة التكاليف، والتخلص من الهدر، بالتوازي مع تعزيز ثقافة الجودة والالتزام بالبروتوكولات العلاجية المعتمدة. إلا أن فعالية هذا النموذج في تحقيق التوازن بين ضغط التكاليف والحفاظ على مستوى جودة الخدمة، أو ربما رفعه، في بيئة المستشفيات الحكومية لا يزال

موضع بحث وتقييم مستمر. لذلك، تسعى هذه الدراسة إلى تقديم تقييم منهجي وعميق لتأثير تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء في مستشفيات التجمع الصحي بمحافظة جدة، من خلال تحليل أثره المزدوج على محوري كفاءة إدارة التكاليف وجودة الخدمة الصحية.

مشكلة الدراسة (Statement of the Problem)

على الرغم من التوجه العالمي والمحلي لتطبيق آليات التمويل القائم على الأداء لضمان الاستدامة المالية وتحسين المخرجات الصحية، تظل هناك فجوة معرفية وتطبيقية حول الأثر الفعلي والشامل لهذا النموذج في سياق المستشفيات الحكومية السعودية، وتحديدًا في التجمعات الصحية الكبرى مثل تجمع جدة. هناك حاجة ملحة لتقييم ما إذا كانت الحوافز المالية المرتبطة بالأداء تؤدي بالفعل إلى تحسينات ملموسة ومستدامة في إدارة الموارد المالية (الكفاءة) دون أن يكون ذلك على حساب جودة الرعاية المقدمة للمريض. إن غياب التقييم الدقيق قد يؤدي إلى استمرار سياسات تمويل لا تحقق العائد المرجو على الاستثمار الصحي.

وبناءً على ذلك، تتبلور مشكلة الدراسة الرئيسية في التساؤل التالي:

ما هو أثر تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) على كفاءة إدارة التكاليف وجودة الخدمة الصحية في مستشفيات التجمع الصحي بمحافظة جدة؟

وينبثق من هذا التساؤل الرئيس مجموعة من التساؤلات الفرعية التي تسعى الدراسة للإجابة عليها:

1. ما هو الأثر الذي أحدثته تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء على كفاءة إدارة

التكاليف التشغيلية ومعدلات استهلاك الموارد في مستشفيات التجمع الصحي
بجدة؟

2. ما هي العلاقة بين تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء وتحسين مؤشرات

جودة الخدمة الصحية (مثل: رضا المرضى، تقليل معدلات العدوى المكتسبة،

والالتزام بالبروتوكولات السريرية) في مستشفيات التجمع الصحي بجدة؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أداء المستشفيات (في الكفاءة والجودة)

تعزى لمتغيرات ديموغرافية أو تشغيلية محددة للمستشفى بعد تطبيق نموذج التمويل

القائم على الأداء؟

أهمية الدراسة (Significance of the Study)

تتبع أهمية هذه الدراسة من طبيعة الموضوع الذي تتناوله ووقته الحاسم في مسيرة التحول

الصحي بالمملكة، حيث تتوزع أهميتها على النحو التالي:

أ. الأهمية العلمية (Scientific Significance)

1. إثراء الأدب النظري: تساهم الدراسة في سد الفجوة في الأدبيات المتعلقة بنماذج

التمويل القائم على الأداء (PBF) من خلال تقديم نتائج تجريبية من بيئة الرعاية

الصحية السعودية، والتي تختلف في خصائصها التشغيلية والإدارية عن البيئات الدولية التي أجريت فيها معظم الدراسات السابقة.

2. **تطوير الإطار المفاهيمي:** تساعد الدراسة في بناء إطار تحليلي لتقييم التفاعل بين

آليات التمويل الجديدة ومخرجات الأداء في المستشفيات، وتقديم مؤشرات قابلة

للمقاييس تربط بين الحوافز المالية وتحسين الكفاءة والجودة في وقت واحد.

3. **توفير بيانات مقارنة:** تقدم الدراسة قاعدة بيانات وأدلة تحليلية يمكن أن تكون

مرجعاً للباحثين الأكاديميين والطلاب المهتمين بعلوم الإدارة الصحية واقتصاديات الصحة في المنطقة.

ب. الأهمية العملية (Practical Significance)

1. **دعم صانعي القرار:** تزود نتائج الدراسة متخذي القرار في وزارة الصحة ومجلس

الضمان الصحي وإدارة التجمع الصحي بمحافظة جدة بتقييم موضوعي وموثوق

لجدوى استمرار النموذج المطبق أو تعديله، مما يدعم اتخاذ قرارات مستنيرة قائمة على الأدلة.

2. **تحسين الأداء المؤسسي:** تساعد المستشفيات المعنية على تحديد نقاط القوة

والضعف في استجابتها لمتطلبات التمويل القائم على الأداء، وتمكين مديري

المستشفيات من توجيه جهودهم نحو تحسين كفاءة العمليات الداخلية وإدارة الموارد البشرية والمالية.

3. تعزيز الشفافية والمساءلة: تسهم الدراسة في تعزيز مبدأ الشفافية والمساءلة من

خلال قياس الأثر المباشر للتمويل على جودة الخدمة، الأمر الذي يصب في

مصلحة المستفيد النهائي (المريض) ويعزز ثقته بالنظام الصحي.

أهداف الدراسة

ترتكز الدراسة على هدف رئيسي واحد ينبثق منه مجموعة من الأهداف الفرعية التي توجه

جمع وتحليل البيانات:

الهدف الرئيسي

• تقييم الأثر المزدوج لنموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) على كل من

كفاءة إدارة التكاليف وجودة الخدمة الصحية في مستشفيات التجمع الصحي

بمحافظة جدة.

الأهداف الفرعية

1. تحديد مستوى التغير في كفاءة إدارة التكاليف التشغيلية ومؤشرات ترشيد الإنفاق

في مستشفيات التجمع بعد تطبيق نموذج PBF.

2. قياس العلاقة بين تطبيق نموذج PBF وتحسين مؤشرات جودة الخدمة المعتمدة

(كسلامة المرضى والالتزام السريري).

3. الكشف عن الفروق الإحصائية في أداء المستشفيات (في الكفاءة والجودة) التي

تُعزى إلى خصائص المستشفى (مثل الحجم أو نوع التخصص).

4. تقديم مجموعة من التوصيات العملية لإدارة التجمع الصحي للمساهمة في تعظيم

فوائد النموذج.

تساؤلات الدراسة

تُعد التساؤلات الصيغة الاستفهامية لمشكلة الدراسة، وتوجه مسار البحث نحو الإجابات

المطلوبة:

التساؤل الرئيسي

. ما هو أثر تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) على كفاءة إدارة

التكاليف وجودة الخدمة الصحية في مستشفيات التجمع الصحي بمحافظة جدة؟

التساؤلات الفرعية

1. ما الأثر الذي أحدثه تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء على كفاءة إدارة

التكاليف التشغيلية ومعدلات استهلاك الموارد في مستشفيات التجمع الصحي

بجدة؟

2. ما العلاقة بين تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء وتحسين مؤشرات جودة

الخدمة الصحية في مستشفيات التجمع الصحي بجدة؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أداء المستشفيات (في الكفاءة والجودة)

تعزى لمتغيرات ديموغرافية أو تشغيلية محددة للمستشفى بعد تطبيق نموذج التمويل

القائم على الأداء؟

فرضيات الدراسة

الفرضيات هي الإجابات المحتملة للتساؤلات التي تسعى الدراسة إلى اختبارها إحصائياً:

الفرضية الرئيسية

• توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء

(PBF) وتحسين كل من كفاءة إدارة التكاليف وجودة الخدمة الصحية في

مستشفيات التجمع الصحي بمحافظة جدة.

الفرضيات الفرعية

• الفرضية الفرعية الأولى: يؤدي تطبيق نموذج PBF إلى تحسن إيجابي وذو دلالة

إحصائية في كفاءة إدارة التكاليف التشغيلية لمستشفيات التجمع الصحي بجدة.

• الفرضية الفرعية الثانية: يؤدي تطبيق نموذج PBF إلى تحسن إيجابي وذو دلالة

إحصائية في مؤشرات جودة الخدمة الصحية لمستشفيات التجمع الصحي بجدة.

• الفرضية الفرعية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تأثير تطبيق نموذج

PBF على الأداء الكلي للمستشفى تُعزى إلى حجم المستشفى (عدد الأسرة).

لتوحيد الفهم، يتم تعريف المصطلحات الأساسية للدراسة:

• نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF): هو آلية تمويل يتم بموجبها ربط جزء

من المخصصات المالية التي تتلقاها مستشفيات التجمع الصحي بتحقيقها

لمؤشرات أداء محددة ومقيسة مسبقاً.

• كفاءة إدارة التكاليف: هي قدرة المستشفى على تحقيق أقصى قدر من المخرجات

الصحية باستخدام أقل قدر ممكن من الموارد (المالية والتشغيلية). ويُقاس هذا

المفهوم إجرائياً من خلال مؤشرات مثل تكلفة الوحدة العلاجية ونسب الهدر

التشغيلي.

• جودة الخدمة الصحية: هي الدرجة التي تُلبي بها الرعاية المقدمة المعايير

والممارسات الإكلينيكية المثلى، وتؤدي إلى النتائج الصحية المرجوة للمريض بأمان

وفعالية. ويُقاس هذا المفهوم إجرائياً عبر مؤشرات سلامة المرضى، والالتزام

بالبروتوكولات، ودرجة رضا المستفيد.

• التجمع الصحي بجدة: هو الكيان المؤسسي الذي يتولى مسؤولية تقديم وتنظيم

الخدمات الصحية الحكومية لمحافظة جدة وفق نموذج حوكمة التحول الصحي.

متغيرات الدراسة (المستقلة والتابعة)

المتغير المستقل

وهو المتغير الذي يُدرس تأثيره:

• تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF).

المتغيرات التابعة

وهي المتغيرات التي يُفترض تأثرها بالمتغير المستقل:

1. كفاءة إدارة التكاليف.

2. جودة الخدمة الصحية.

الفصل الثاني

1 - دراسة بن عيشي (2012) بعنوان تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في

المستشفيات الجزائرية: دراسة

ميدانية على مستشفى بشير بن ناصر بولاية بسكرة - الجزائر.

تهدف هذه الدراسة إلى تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية، ومن أجل تحقيق ذلك قام الباحث باختيار عينة عشوائية طبقية عددها 203 عامل من مجتمع الدراسة والمتمثل في عدد عمال العاملين مستشفى بشير بن ناصر بولاية بسكرة. وزعت عليهم استبائه وتم التحقق من صدقها وثباتها حيث شملت على 21 فقرة موزعة على أربعة محاور، وهي: التركيز على الزبون (المريض)، التحسين المستمر، التزام الإدارة العليا، إشراك الموظفين، وتم إدخال البيانات إلى الحاسب الآلي ومعالجتها باستخدام البرنامج الإحصائي spss، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية - إدراك العاملون في المستشفيات الجزائرية أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة والمتمثلة في التركيز على الزبون (المريض)، التحسين المستمر، التزام الإدارة العليا إشراك الموظفين - توجد فروق في اتجاهات العاملين في المستشفيات الجزائرية في أدراكهم بأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى إلى كل من متغير الجنس العمر المستوى التعليمي، نوع الوظيفة، الخبرة.

2 - دراسة (جمعة (2014) بعنوان: إدارة الجودة الشاملة نحو تطوير أنظمة مؤسسات

المعلوماتية بالمستشفيات: دراسة حالة

مستشفى تربة العام - مدينة الطائف - السعودية

هدفت الدراسة إلى الكشف عن إدارة الجودة الشاملة نحو تطوير أنظمة مؤسسات المعلوماتية بالمستشفيات من خلال دراسة حالة مستشفى تربة العام بمدينة الطائف في السعودية واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي والتحليلي وتكونت مجموعة الدراسة من عشرة مسئولين من عشرة مستشفيات خاصة بمدينة جدة وتمثلت أداة الدراسة في بناء استبانة لجمع البيانات والمعلومات وتناولت الدراسة العناصر التالية استراتيجية الجودة الدراسة الميدانية لدراسة مستشفى تربة العام بمدينة الطائف، قسم السجلات الطبية وفلسفته، خدمات قسم السجلات الطبية في المستشفيات، الأساليب التنظيمية لإدارة السجلات الطبية حسب مقتضيات الجودة الشاملة، وصف مساق السجلات الطبية الأهداف العامة للمساق. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك نظاماً للتسجيل الطبي تتبعه المستشفيات، وأن معظم المستشفيات تقوم تقريباً بنفس خطوات التسجيل الطبي من حيث إعداد ملفات وتذكر المريض وإعداد النماذج الأساسية للمرضي كما توصلت النتائج إلى أن المستشفيات تتبع طريقة لتصنيف وترميز البيانات وذلك باستخدام نظام ترميز موحد وهو النظام الدولي لتصنيف الأمراض الذي أصدره المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق البحر المتوسط وأوصت الدراسة بضرورة اهتمام المستشفيات بوجود خطط

استراتيجية وسياسية للجودة الشاملة، وضرورة تشجيع التجديد والابتكار عن طريق التدريب وتأهيل العاملين بشكل مستمر على اكتساب المهارات وتنمية القدرات الفكرية والإبداعية لهم

3- دراسة محمود 2014 بعنوان معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

الليبية دراسة ميدانية على

مستشفى علي عمر عسكر اسبعية.

هدفت هذه الدراسة بشكل رئيسي إلى التعرف على المعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة بمستشفى علي عمر عسكر (اسبعية) والمتمثلة في المعوقات الإدارية، المعوقات التنظيمية المعوقات البشرية المعوقات الثقافية المعوقات المالية، يضاف إلى ذلك محاولة التعرف على مدى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في آراء أفراد عينة الدراسة حول معوقات التي تحاول دون تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة يعزي لمتغير التخصص وقد تكون مجتمع الدراسة من كافة العاملين الأطباء، الفنيين، التمريض الصيدلة الإداريين). ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثان بتصميم استبانة لغرض جمع البيانات وتوزيعها على أفراد العينة البالغ عندهم (307) من العاملين، وتحليل البيانات المجمعة باستخدام الحزمة الإحصائية spss، واعتماد الدراسة على المنهج الوصفي من خلال وصف الحالة الراهنة للموضوع محل الدراسة، وكذلك المنهج التحليلي وذلك بتحليل الإجابات المتحصل عليها

المعرفة أراء أفراد العينة حول معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: - 1- أظهرت النتائج وجود معوقات إدارية وتنظيمية منها، ضعف التشجيع الكافي من قبل الإدارة العليا للمستشفى على تطبيق إدارة الجودة الشاملة وعدم توفر الأنظمة الفعالة في الاتصالات بين العاملين داخل المستشفى، وقلة تفويض الصلاحيات على جميع المستويات الإدارية، وغياب الرؤية والرسالة الواضحة لدى إدارة المستشفى بتطبيق إدارة الجودة الشاملة -2 أظهرت النتائج وجود معوقات ثقافية أهمها قلة استخدام نشرات التوعية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة وضعف نشر ثقافة الجودة داخل المستشفى، وافتقار دراسة (البوسيفي (2015) بعنوان: تطبيقات إدارة الجودة الشاملة بمستشفى شارع الزاوية بمدينة طرابلس.

عرض البحث تطبيقات إدارة الجودة الشاملة بمستشفيات شارع الزاوية بطرابلس استخدم البحث المنهج الوصفي التحليلي تكونت عينة البحث من (10) محكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم الإدارة والخدمة الاجتماعية وعلم الاجتماع تمثلت أداة البحث في الاستبانة لجمع البيانات والمعلومات تضمن البحث عدة محاور، وهم المحور الأول ما هي إدارة الجودة الشاملة، واشتمل هذا المحور على عدة نقاط وهم أولاً: تعريف إدارة الجودة الشاملة، ثانياً المبادئ التي يركز عليها مفهوم الجودة الشاملة، ثالثاً: العناصر الرئيسة لإدارة الجودة الشاملة، وهم تخطيط الجودة، ضبط الجودة، تحسين الجودة المحور الثاني الجودة في المؤسسات الصحية، وفيه، أولاً: التطور التاريخي لجودة الخدمات الصحية،

ثانياً: مفهوم جودة الخدمات الصحية، ثالثاً: عناصر جودة الخدمات الصحية، وهم فعالية الرعاية والمقصود بها الملائمة القبول، إمكانية الحصول على الخدمات الصحية، العدالة الكفاءة المحور الثالث: فوائد وعوائق تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، وارتكز هذا المحور على نقطتين

وهما: أولاً: فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، ثانياً: عوائق تطبيق الجودة في المؤسسات الصحية. وتوصلت نتائج البحث إلى أن هناك دعماً وفهماً من القيادات الإدارية العليا لرضا المستفيد من الخدمات بالمستشفى من خلال برامج الجودة، أي أن تطبيقها ضعيف في إدارات وأقسام المستشفى بشكل عام مما يتطلب تفعيلها وتطويرها وتحسينها في ضوء الاتجاهات العالمية والاحتياجات المحلية وأوصى البحث بإعداد وتنفيذ برامج توعية حول مفهوم أهمية إدارة الجودة وتطبيقها في المستشفى وضرورة توجيه هذه البرامج إلى كافة المستويات الإدارية والقيادات العليا وعلى كافة المستويات الوظيفية.

5- دراسة (ضوء الكوافي 2016). بعنوان : تطبيق معايير جودة الخدمات لتحسين أداء الخدمات الصحية في مستشفى العيون بليبيا.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الخدمات الصحية، ودرجة تطبيق معايير جودة الخدمات من قبل المدراء والعاملين في مستشفى العيون بليبيا واستخدمت الدراسة الأسلوب الوصفي التحليلي. وتكونت مجموعة الدراسة من المدراء والعاملين بمستشفى العيون بليبيا واشتملت الدراسة على مقدمة، وعدة فصول، أشار الفصل الأول إلى الإطار العام للدراسة وناقش الفصل الثاني جودة الخدمات الصحية، وتضمن عنصرين أولاً: جودة الخدمات، وثانياً جودة الخدمات الصحية واستعرض الفصل الثالث مدى تحسين أداء الخدمات الصحية، وتضمن عنصرين؛ أولاً تحسين الأداء، وثانياً: تحسين الأداء في المؤسسات الصحية. وأظهر الفصل الرابع: النتائج والتوصيات. وختاماً توصلت الدراسة إلى أن واقع الخدمة الصحية في مستشفى العيون تم فيه تطبيق مبادئ و معايير الجودة، وتم التركيز على الاهتمام بالمرضى، ومشاركة العاملين وتمكينهم، وقد ظهر ذلك بمستوى جيد جداً بشكل عام بالإضافة إلى أن هذه المستشفى من بين المستشفيات التي تقدم خدمات جيدة، حيث يتوافر فيها أحدث الأجهزة الطبية وأوصت الدراسة بضرورة قيام الإدارة العليا في المستشفى باعتماد الأسس العلمية في تقييم أداء العاملين وبشكل دوري ومستمر من أجل تقديم أفضل رعاية صحية لازمة للمرضى. كما أوصت بضرورة الاهتمام بعمل استبيانات لرأى المريض ورضاه عن الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى من خلال إنشاء وحدة مختصة بدراسات رضا المريض.

م دراسة (مهدي (2017) بعنوان: تقييم أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة

الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات

الحكومية السعودية.

تهدف الدراسة إلى محاولة التوصل إلى تصور مقترح يسعى إلى توضيح آليات تطبيق نظام جودة الخدمات الصحية وتقييم أثر تطبيق برامج التدريب المقدمة للعاملين في الجودة الشاملة على مستوى الخدمات الصحية، وتتبع أهمية الدراسة من الدور الحيوي للإدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي يجعلنا لا بد أن نتوقف عند أهم المشاكل التي تمثل عائق وكيفية تقديم الحلول المناسبة له ومدى انعكاسها على مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية. وقد توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المنشآت الصحية من حيث وجود معايير جودة الخدمات الصحية، وجود خطة واضحة للعاملين في المنشآت الصحية، وجود آليات لتطبيق نظام جودة الخدمات الصحية بالإضافة إلى وجود اختلافات درجات التزام وحرص إدارة المنشآت الصحية في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وأوصت الدراسة بضرورة تثقيف العاملين في المنشآت الصحية وتدريبهم من خلال تقديم برامج التدريب المناسبة مما يساعدهم في تحسين مخرجات الأعمال، أهمية دراسة احتياجات المرضى وصياغة مواصفات الخدمات المقدمة من منظور احتياجات المستفيدين لتيسير حصولهم على الخدمات الصحية بالإضافة إلى

الاهتمام والتركيز على تدريب وإعداد الإداريين والفنيين والأطباء على الوسائل والأساليب الإلكترونية للاعتماد عليها في أداء الأعمال الإدارية.

7 - دراسة بن حورة (2017) بعنوان تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كمدخل لتحسين جودة خدماتها:

دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالمدينة.

هدفت هذه الدراسة إلى بيان مدى تأثير إتباع مفهوم إدارة الجودة الشاملة على مستوى أداء الخدمة الصحية في المستشفيات الجزائرية وذلك من خلال توضيح مدى تأثير العوامل التالية: إيمان الإدارة العليا والتزامها بتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة وتمكين العاملين ومشاركتهم وتحفيزهم، والثقافة التنظيمية السائدة، والسعي المستمر لتحسين جودة الخدمة الصحية في أحد المستشفيات العمومية وهو مستشفى محمد بوضياف بالمدينة للقيام بهذه الدراسة تم استخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات حيث تم توزيعها على عمال المستشفى، واستبانة أخرى تم توزيعها على المرضى لمعرفة تقييمهم الجودة الخدمة الصحية، وقد بينت النتائج المتوصل إليها إلى أن أغلب مبادئ هذا المنهج غير مطبقة والخدمات الصحية المقدمة ذات جودة متدنية وهذا من وجهة نظر المرضى والعاملين بالمستشفى

8- دراسة (حامد) (2018) بعنوان معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات دراسة حالة مستشفى القصارف التعليمي.

تناولت هذه الدراسة المعوقات التي تحول دون تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات دراسة حالة مستشفى القضارف التعليمي)، هدفت الدراسة لمعرفة المعوقات التي تحول دون تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفى القضارف التعليمي باعتباره أحد أهم المنظمات العلاجية في الولاية من خلال تسليط الضوء على القيادات الإدارية في المستشفى ودورها في القيام بعمليات التحسين ومدى وجود ثقافة للجودة الشاملة في المستشفى وكذلك معرفة مدى كفاية موارد المستشفى المالية لعمليات التحسين ومقارنتها مع تكاليف التحسين والتطوير والتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام الأساليب الإحصائية مثل التجزئة النصفية واختبار (T-test) والوسط الحسابي والنسب المئوية لاختبار صحة الفروض توصلت الدراسة إلى أن الإدارة العليا غير مهتمة بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بالرغم من انتشار ثقافة الجودة الشاملة في الأوساط الإدارية، خلصت الدراسة أيضا إلى أن التكاليف العالية المتعلقة بالجودة وضعف موارد المستشفى المالية تمثل عائقا لتطبيق الجودة الشاملة في المستشفى، كذلك قلة الكوادر الإدارية المؤهلة هي أحد عوائق تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة أوصت الدراسة بالآتي أن تولي المستشفى اهتماما كافيا بتطبيق إدارة الجودة الشاملة، تخصيص موارد مالية لعمليات التطوير والتحسين الاهتمام بتوفير الكوادر الإدارية المؤهلة

والتي لديها الاهتمام والخبرة في تطبيق الجودة وتدريب العاملين، إنشاء إدارة للجودة الشاملة في المستشفى لوضع الخطط ومتابعة عمليات الجودة وقياسها.

9 - دراسة الواعر 2018) بعنوان دور أبعاد الجودة الشاملة الاعتمادية والاستجابة في الارتقاء بالخدمات الصحية: دراسة ميدانية على مستشفى طرابلس المركزي.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أبعاد الجودة الشاملة "الاعتمادية والاستجابة في الارتقاء بالخدمات الصحية دراسة ميدانية على مستشفى طرابلس المركزي واعتمدت الدراسة على المنهج التحليلي المقارن وتمثلت أداة الدراسة - دراسة (الواعر 2018) بعنوان دور أبعاد الجودة الشاملة الاعتمادية والاستجابة في الارتقاء بالخدمات الصحية دراسة ميدانية على مستشفى طرابلس المركزي.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أبعاد الجودة الشاملة "الاعتمادية والاستجابة في الارتقاء بالخدمات الصحية دراسة ميدانية على مستشفى طرابلس المركزي واعتمدت الدراسة على المنهج التحليلي المقارن وتمثلت أداة الدراسة في استبيان، تم تطبيقها. على عينة مكونة من (125) مريض من المرضى الذين تم إيواءهم بمستشفى طرابلس في سنة (2018) وانقسمت الدراسة إلى عدد من النقاط، تناولت الأولى مفهوم إدارة الجودة الشاملة وجاءت الثانية بمفهوم جودة الخدمات الصحية وعرضت الثالثة مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية. وبينت الرابعة أهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

وأشارت الخامسة متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية وتحديث السادسة عن إدارة الجودة الشاملة وتحقيق رضا المرضى وكشفت السابعة عن العوامل المؤثرة في جودة الصحية وأبرزت الثامنة أبعاد الجودة الشاملة في الخدمة الصحية. وجاءت نتائج الدراسة بالتأكيد على وجود تدن في تطبيق جودة البعد الأول "الاعتمادية"، من قبل إدارة المستشفى، وذلك ناتج عن عدم اهتمام وزارة الصحة أولاً والإدارة العليا بالمستشفى ثانياً، بمواكبة التطور والتقدم العلمي في مجال إدارة الجودة الشاملة وأبعادها.

10 - دراسة (عباس (2019) بعنوان أثر إدراك العاملين في القطاع الصحي الحكومي لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بلوغ الأهداف: دراسة ميدانية بوادي الدواسر بالمملكة العربية السعودية.

تهدف الدراسة إلى تشخيص مدى إدراك العاملين في القطاع الصحي الحكومي بوادي الدواسر لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة من أجل بلوغ الأهداف المنشودة، كما تهدف الدراسة لتقويم التحولات التي تجريها إدارة المستشفى لاعتماد مدخل إدارة الجودة الشاملة في عمله، وبيان مدى وجود علاقة بين بعض الخصائص الشخصية وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة ولتحقيق أهداف الدراسة تم تصميم استبانة لتوزع على عينة تتجانس مع مجتمع البحث، وتحكيمها من قبل مجموعة من الخبراء المتخصصين في العلوم الإدارية والإحصائية واستعان الباحث ببرنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Sciences (SPSS) لتصنيف البيانات

وتحليلها. وتم الاطلاع على الأدبيات العلمية الإدارية الحديثة في مجال الدراسة من خلال المكتبات الرقمية والورقية، وما أتيج من مواقع الإنترنت، وكذلك تمت الاستئارة بالدراسات السابقة القريبة من مجال الدراسة في الموضوع للاستفادة منها والبناء عليها. وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك شعوراً من العاملين في القطاع الصحي بوادي الدواسر بوجود خطط نظرية وعلمية لتطبيق مبادئ الجودة الشاملة، لكنها تفتقر للتنفيذ والمتابعة من قبل الإدارات العليا كما تبين ضعفاً في دور العلاقات العامة في ميدان الدراسة انعكس بظلاله على نشوء ضغوط في العمل من جانب الموظفين في المستشفى، وعدم رضا من قبل المستفيدين من هذا القطاع في أحيان كثيرة وأوصت الدراسة بضرورة تهيئة مناخ عام داعم للجودة من قبل متخذي القرار ومقدمي الخدمة في جميع الأقسام العاملة في تقديم الخدمات الصحية، من خلال البدء يفتح شعبة ضمان الجودة والعمل على إعداد البرامج التدريبية والتثقيفية التي توضح مفاهيم الجودة، ونشر ثقافتها لدى العاملين بجميع القطاعات الصحية، وإيجاد قسم المراقبة جودة الخدمات التدريبية والطبية في كل مستشفى من خلال المعايير والمؤشرات اللازمة لتطبيق مدخل الجودة الشاملة.

11 - دراسة (الشودري (2020) بعنوان: إدارة الجودة الشاملة في بعض مؤسسات

المملكة العربية السعودية: دراسة ميدانية

يهدف البحث إلى مدى معرفة العاملين في بعض مؤسسات المملكة العربية السعودية لمفهوم إدارة الجودة الشاملة، ومعرفة مدى دعم الإدارة العليا في بعض مؤسسات المملكة

العربية السعودية لفلسفة إدارة الجودة الشاملة، ومعرفة مدى إشراك الإدارة العليا في بعض مؤسسات المملكة العربية السعودية للعاملين في مراحل اتخاذ القرار المختلفة واعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي التحليلي، وعدد العاملين في بعض مؤسسات المملكة العربية السعودية والبالغ عددهم (٥٠٠) موظفاً، وقد قام الباحث باختيار عينة عشوائية طبقية بلغت (١٠٠) عامل، واستخدام الاستبيان كأداة للبحث، واشتمل الاستبيان على (٢٤) عبارة)، قسمت إلى قسمين، هما القسم الأول البيانات الأساسية لأفراد عينة البحث. أما القسم الثاني ويشتمل على ثلاث محاور وهي المحور الأول مفهوم إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في بعض المؤسسات السعودية، ويضم (٨) عبارات المحور الثاني: دعم الإدارة العليا في بعض المؤسسات السعودية لفلسفة إدارة الجودة الشاملة، ويضم (٨) عبارات المحور الثالث مدى إشراك الإدارة العليا في بعض المؤسسات السعودية للعاملين في مراحل اتخاذ القرار المختلفة، ويضم (1) عبارات تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي كالتكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والوزن النسبي، واختبار كرونيات ألفا.

الإطار النظري للدراسة

يهدف الإطار النظري إلى بناء أساس معرفي شامل يربط بين المتغيرات الأساسية للدراسة، وتغطية الأدبيات المتعلقة بالتمويل الصحي وإدارة الأداء.

1. الإطار المفاهيمي للتمويل الصحي ونماذجه

- المفاهيم الأساسية للتمويل الصحي: التعريف، والأهداف، ووظائف أنظمة التمويل الصحي.

- نماذج التمويل الصحي العالمية: نظرة عامة على النماذج التقليدية (كالميزانية التاريخية والخدمة مقابل الأجر FFS).

- التحول نحو التمويل المبني على القيمة والأداء: دوافع التحول وأهميته في الأنظمة الصحية الحديثة.

2. مفهوم وتاريخ التمويل القائم على الأداء (PBF)

- تعريف نموذج PBF: المفهوم، الأهداف، والمبادئ الأساسية التي يقوم عليها النموذج.

- التطور التاريخي لنموذج PBF: النشأة، والتطبيق في الدول النامية، وتجارب التطبيق في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD).

- المكونات الرئيسية لنظام PBF: تحديد مؤشرات الأداء، آليات التحقق (Verification)، وصيغ الحوافز والمكافآت.

3. تطبيق نموذج PBF في المملكة العربية السعودية

- رؤية 2030 والتحول الصحي: دور التمويل والأداء في تحقيق أهداف الرؤية.

- دور التجمعات الصحية: الهيكل التنظيمي والمسؤوليات المالية والإكلينيكية للتجمعات الصحية.
- تجارب تطبيق نموذج PBF محلياً: استعراض الإطار الزمني ومراحل تطبيق النموذج في التجمعات الصحية، مع التركيز على تجمع جدة الصحي.
- 4. كفاءة إدارة التكاليف في المستشفيات
- مفهوم الكفاءة في القطاع الصحي: التمييز بين الكفاءة التشغيلية والكفاءة الإنتاجية.
- مؤشرات قياس كفاءة التكاليف: تحليل تكلفة الوحدة العلاجية، ومعدلات استخدام الموارد (كالمخزون والمستلزمات).
- العوامل المؤثرة على إدارة التكاليف: دور التقنية، وعمليات الشراء المركزية، والرقابة الداخلية.
- 5. العلاقة بين PBF وإدارة التكاليف
- آلية تأثير PBF على الحوافز المالية: كيف يدفع النموذج المستشفيات نحو ترشيد الإنفاق وتحقيق وفورات.
- التأثير على الهدر التشغيلي: دراسات حول دور PBF في تقليل الهدر وتحسين استخدام الموارد البشرية والمالية.

- التكاليف الإدارية لتطبيق PBF: التكلفة المرتبطة بإنشاء أنظمة المتابعة والقياس والتحقق.

6. مفهوم ومعايير جودة الخدمة الصحية

- تعريف جودة الخدمة الصحية: المفهوم الشامل للجودة (الفعالية، السلامة، الكفاءة، التمرکز حول المريض).

- المعايير الوطنية والدولية للجودة: الإشارة إلى دور المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (سباهي) والهيئات الدولية.

- مؤشرات قياس جودة الخدمة: مؤشرات السلامة (مثل عدوى المستشفيات)، والمؤشرات الإكلينيكية (مثل نتائج العلاج)، ومؤشرات رضا المرضى.

7. العلاقة بين PBF وجودة الخدمة

- آلية ربط التمويل بتحسين الجودة: كيف تؤدي المكافآت المالية الموجهة إلى تحسين النتائج السريرية.
- التأثير على سلامة المرضى والالتزام بالبروتوكولات: استعراض الدراسات التي تربط بين PBF ومعدلات الامتثال للمعايير الطبية.
- الآثار السلبية المحتملة على الجودة: ظاهرة "الغش في التقارير" أو التركيز على المؤشرات السهلة على حساب الأهداف الصحية الشاملة.

8. التحديات الإدارية لتطبيق نموذج PBF

- **الاعتراضات والمقاومة التنظيمية:** التحديات التي تواجه الأفراد والإدارات عند تغيير نماذج التمويل.
- **شفافية وعدالة مؤشرات الأداء:** ضمان أن تكون المؤشرات واقعية وقابلة للقياس ولا تخلق تشوهات في السلوك التنظيمي.
- **القدرة المؤسسية:** الحاجة إلى تطوير أنظمة معلومات دقيقة لجمع البيانات وتحليلها في الوقت المناسب.

9. دور المستشفيات في التجمع الصحي بجدة في إطار PBF

- **تصنيف المستشفيات:** مدى اختلاف دور وتأثير مستشفيات الإحالة عن المستشفيات العامة في تطبيق النموذج.
- **تحديات بيئة العمل:** العوامل الخاصة ببيئة جدة (كالكثافة السكانية والضغط على الخدمات) وتأثيرها على الأداء.
- **دور القيادات الإدارية:** أهمية تبني القادة للنموذج لضمان نجاح التنفيذ.

10. دراسات وتجارب سابقة حول PBF

- **دراسات الحالة الدولية:** مراجعة وتحليل لنتائج دراسات تقييم PBF في سياقات مختلفة (أوروبا، آسيا، أفريقيا).

- الدروس المستفادة من التجارب: تحديد العوامل المشتركة التي أدت إلى نجاح أو فشل تطبيقات PBF في القطاع الصحي.
- الفجوة البحثية: تحديد ما لم تغطه الدراسات السابقة لتوضيح إسهام هذه الدراسة في المعرفة.

الإطار المفاهيمي للتمويل الصحي ونماذج الحديثة

يعتبر التمويل الصحي حجر الزاوية في أي نظام صحي مستدام، حيث لا يقتصر دوره على توفير الأموال فحسب، بل يمتد ليشمل كيفية تخصيص هذه الموارد واستخدامها لتحقيق أفضل النتائج الصحية للمجتمع.

1. الإطار المفاهيمي للتمويل الصحي ونماذج

المفاهيم الأساسية للتمويل الصحي

• **التعريف:** هو عملية تدبير الأموال وتجميعها وتخصيصها لتغطية الاحتياجات

الصحية للسكان، بما يضمن وصول الأفراد إلى الخدمات التي يحتاجونها دون

التعرض لضائقة مالية.

• **الأهداف الرئيسية:**

1. **التغطية الصحية الشاملة (UHC):** ضمان وصول الجميع للخدمات.

2. **الحماية المادية:** حماية الأسر من التكاليف الكارثية للعلاج.

3. **الكفاءة:** الاستخدام الأمثل للموارد المحدودة لتعزيز النتائج الصحية.

4. **العدالة:** توزيع الأعباء المالية بناءً على القدرة على الدفع، وتوزيع الخدمات

بناءً على الحاجة.

وظائف أنظمة التمويل الصحي

تتكون دورة التمويل من ثلاث وظائف مترابطة:

1. **جمع الإيرادات (Revenue Collection):** من الضرائب، اشتراكات التأمين، أو

المساهمات المباشرة.

2. **تجميع المخاطر (Risk Pooling):** دمج الأموال لتوزيع مخاطر المرض بين

الأصحاء والمرضى، وبين الأغنياء والفقراء.

3. **الشراء (Purchasing):** عملية دفع الأموال لمقدمي الخدمات (المستشفيات،

الأطباء) مقابل تقديم الرعاية.

نماذج التمويل الصحي العالمية التقليدية

• **الميزانية التاريخية (Historical Budgeting):** يتم تخصيص الموارد بناءً

على ما تم صرفه في العام السابق، وهو نموذج بسيط لكنه يفتقر للحوافز لتحسين

الكفاءة أو الجودة.

• **الخدمة مقابل الأجر (Fee-For-Service – FFS):** يتم الدفع للمقدم مقابل

كل إجراء طبي يقوم به. هذا النموذج يشجع على زيادة كمية الخدمات (Over-

utilization) وقد يؤدي إلى تضخم التكاليف.

التحول نحو التمويل المبني على القيمة والأداء

دوافع التحول:

- ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية بشكل لا يطاق.
 - الحاجة إلى تحسين جودة المخرجات وليس فقط كمية الخدمات.
 - ظهور الأمراض المزمنة التي تتطلب إدارة مستمرة بدلاً من التدخلات المنفصلة.
- الأهمية: يركز هذا التحول على "القيمة" (النتائج الصحية المحققة مقابل كل دولار يُنفق)، مما يربط المكافآت المالية بمدى رضا المريض وتحسن حالته الصحية.
2. مفهوم وتاريخ التمويل القائم على الأداء (PBF)

تعريف نموذج PBF (Performance-Based Financing)

هو آلية لتمويل القطاع الصحي يتم من خلالها ربط التمويل (الحوافز) بشكل مباشر بتحقيق نتائج محددة مسبقاً، مع مراعاة معايير الجودة.

- **الأهداف:** تحسين إنتاجية الكوادر الصحية، رفع جودة الخدمة، وتعزيز الشفافية والمساءلة.

• المبادئ الأساسية:

- **الفصل بين الوظائف:** (المنظم، المشتري، مقدم الخدمة، والمحقق).
- **الاستقلالية:** منح مقدمي الخدمة حرية في إدارة مواردهم لتحقيق الأهداف.

◦ التركيز على المخرجات: الدفع مقابل ما يتم تحقيقه فعلياً (مثل عدد

الأطفال المطعمين بجودة عالية).

التطور التاريخي لنموذج PBF

• **النشأة والتطبيق في الدول النامية:** بدأ النموذج بقوة في أوائل العقد الأول من

القرن الحادي والعشرين في دول مثل **كمبوديا ورواندا**. أثبت نجاحاً كبيراً في زيادة

معدلات التحصين والصحة الإنجابية في البيئات ذات الموارد المحدودة.

• **تجارب دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD):** طبقت دول متقدمة

مثل بريطانيا (عبر نظام QOF) والولايات المتحدة نماذج مشابهة (Pay-for-

Performance) للسيطرة على الأمراض المزمنة ورفع معايير السلامة في

المستشفيات.

المكونات الرئيسية لنظام PBF

1. **مؤشرات الأداء (Performance Indicators):** مقاييس كمية (مثل عدد

الزيارات) ونوعية (مثل الالتزام بالبروتوكولات الطبية).

2. **آليات التحقق (Verification):**

◦ **التحقق الكمي:** التأكد من أن الأرقام المسجلة صحيحة.

◦ **التحقق النوعي:** تقييم جودة الخدمة من خلال التفتيش أو استطلاعات

رضا المرضى.

3. صيغ الحوافز والمكافآت: معادلات رياضية تحدد قيمة الدفع بناءً على مجموع

النقاط المحققة في المؤشرات والتحقق، حيث يتم صرف مبالغ إضافية للمراكز

المتفوقة.

تطبيق نموذج PBF وإدارة التكاليف في سياق التحول الصحي السعودي

يشهد القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية تحولاً تاريخياً يهدف إلى إعادة هيكلة

النظام الصحي ليكون أكثر كفاءة، وجودة، وتركيزاً على المريض، تماشياً مع مستهدفات

رؤية 2030.

3. نموذج PBF في المملكة العربية السعودية

رؤية 2030 والتحول الصحي

تضع رؤية 2030 "برنامج تحول القطاع الصحي" كأحد البرامج الأساسية، حيث يلعب

التمويل الصحي دوراً محورياً في:

• تغيير نموذج الرعاية: الانتقال من التركيز على العلاج داخل المستشفيات إلى

الوقاية والرعاية الأولية.

• الاستدامة المالية: من خلال "شركة الصحة القابضة" ومركز "أداء"، حيث يتم ربط الميزانيات بالمخرجات الصحية وليس بالمدخلات.

• تحقيق أهداف الرؤية: الوصول إلى مجتمع حيوي، ورفع متوسط العمر المتوقع عبر تحسين جودة الخدمات.

دور التجمعات الصحية (Health Clusters)

تعتبر التجمعات الصحية هي المشغل الفعلي والمنفذ لنموذج التحول، وتتميز بالآتي:

• الهيكل التنظيمي: تعمل كشبكات متكاملة تضم مراكز رعاية أولية، مستشفيات عامة، ومدن طبية تخدم منطقة جغرافية محددة.

• المسؤوليات المالية: إدارة الميزانية المخصصة للتجمع (Capitation) والعمل على خفض التكاليف مع الحفاظ على الأداء.

• المسؤولية الإكلينيكية: ضمان تطبيق المسارات الإكلينيكية الموحدة وتحقيق التنسيق السلس بين مستويات الرعاية المختلفة.

تجارب تطبيق نموذج PBF محلياً (تجمع جدة الصحي نموذجاً)

مر تطبيق النموذج بعدة مراحل زمنية:

1. المرحلة التحضيرية: وضع مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) لمركز "أداء".

2. مرحلة التجمع الصحي بجدة: يعد تجمع جدة الصحي من الرواد في تطبيق

الحوافز المرتبطة بالأداء، حيث تم التركيز على:

- تقليل أوقات الانتظار في الطوارئ.
- زيادة كفاءة غرف العمليات.
- تفعيل دور مراكز الرعاية الأولية لتقليل الضغط على المستشفيات الكبرى.
- **النتائج:** لوحظ تحسن ملموس في مؤشرات رضا المستفيدين ورفع كفاءة استغلال الموارد البشرية.

4. كفاءة إدارة التكاليف في المستشفيات

مفهوم الكفاءة في القطاع الصحي

• الكفاءة التشغيلية (Operational Efficiency): القدرة على تشغيل العمليات

اليومية بأقل قدر من الهدر (مثل تقليل وقت دوران السرير أو سرعة إنجاز الفحوصات).

• الكفاءة الإنتاجية (Productive Efficiency): الوصول إلى أقصى مخرجات

ممكنة (عدد المرضى المعالجين بجودة عالية) باستخدام كمية معينة من المدخلات (الأطباء، الميزانية، الأجهزة).

مؤشرات قياس كفاءة التكاليف

لقياس مدى نجاح المستشفيات في إدارة مواردها، يتم استخدام:

• تحليل تكلفة الوحدة العلاجية (Cost per Case): حساب التكاليف المباشرة

وغير المباشرة لكل حالة مرضية بناءً على تصنيف المجموعات التشخيصية

(DRGs).

• معدلات استخدام الموارد:

◦ المخزون: تدوير المخزون الطبي لتقليل التالف ومنع الركود.

◦ المستلزمات: مراقبة معدل استهلاك المستلزمات الطبية مقابل عدد

الحالات.

العوامل المؤثرة على إدارة التكاليف

1. دور التقنية: الأنظمة الإلكترونية (HIS) وذكاء الأعمال (BI) تساعد في تتبع

التكاليف لحظياً وتحديد مواضع الهدر.

2. عمليات الشراء المركزية: من خلال "نوبكو" (NUPCO)، والتي تساهم في خفض

تكلفة المشتريات الطبية عبر الشراء الموحد وبكميات ضخمة.

3. الرقابة الداخلية: تفعيل المراجعة الإكلينيكية والمالية للتأكد من أن الفحوصات

والتدخلات الطبية تتم بناءً على حاجة فعلية وليس لزيادة الصرف.

ملخص التحول

إن تطبيق نموذج PBF في التجمعات الصحية السعودية ليس مجرد تغيير في طريقة الدفع، بل هو تغيير شامل في الثقافة المؤسسية؛ حيث يصبح الأداء هو المحرك الأساسي، والكفاءة هي الوسيلة لضمان جودة الرعاية واستدامتها للأجيال القادمة.

العلاقة التكاملية بين التمويل القائم على الأداء (PBF) وإدارة التكاليف وجودة الخدمة

يمثل نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) أداة استراتيجية لا تهدف فقط إلى دفع الأموال، بل إلى إعادة تشكيل سلوك مقدمي الخدمة لضمان التوازن بين كفاءة الإنفاق وجودة المخرجات.

5. العلاقة بين PBF وإدارة التكاليف

آلية تأثير PBF على الحوافز المالية

يعيد نموذج PBF صياغة الحوافز المالية داخل المستشفى من خلال:

- تحويل التركيز من "المدخلات" إلى "النتائج": في الأنظمة التقليدية، قد تحصل المستشفيات على ميزانية ثابتة بغض النظر عن الأداء، مما يشجع على الركود.

في PBF، تصبح الوفورات المالية "مكافأة" للمستشفى الذي يحقق نتائج جيدة بتكلفة أقل.

- **تحفيز ترشيد الإنفاق:** بما أن التمويل مرتبط بجودة النتيجة، يضطر المديرون الطبيون إلى تقليل الفحوصات غير الضرورية والأدوية ذات التكلفة العالية التي لا تضيف قيمة إكلينيكية حقيقية، لتحقيق "وفورات" يمكن إعادة استثمارها في تحسين المنشأة.

التأثير على الهدر التشغيلي

يلعب PBF دوراً حاسماً في تقليل الهدر من خلال:

- **تحسين استخدام الموارد البشرية:** يتم تحفيز الطواقم الطبية بناءً على إنتاجيتهم وجودة عملهم، مما يقلل من البطالة المقنعة ويزيد من كفاءة العمل الجماعي.
- **الاستخدام الأمثل للأصول:** يشجع النموذج على تقليل مدة إقامة المريض (بما لا يضر صحته) لزيادة معدل دوران الأسرة، مما يقلل التكلفة الثابتة لكل حالة.
- **تقليل إعادة التنويم:** من خلال التركيز على جودة العلاج من المرة الأولى، يقلل PBF من تكاليف "إعادة التنويم" (Readmissions) التي تمثل هدراً مالياً كبيراً في الأنظمة الصحية.

التكاليف الإدارية لتطبيق PBF

رغم فوائده، يتطلب تطبيق PBF استثمارات إدارية تشمل:

1. أنظمة الرصد والقياس: تكلفة بناء وصيانة قواعد البيانات الطبية والتقنية اللازمة لتتبع الأداء لحظياً.

2. آليات التحقق (Verification Costs): يتطلب النموذج جهات خارجية أو داخلية (محققين) للتأكد من صحة البيانات المسجلة، وهي تكلفة إضافية لا توجد في النماذج التقليدية.

3. التدريب: تكلفة تأهيل الكوادر الإدارية والطبية على فهم واستخدام معايير الأداء الجديدة.

6. مفهوم ومعايير جودة الخدمة الصحية

تعريف جودة الخدمة الصحية (المفهوم الشامل)

الجودة في الرعاية الصحية ليست مجرد "رضا المريض"، بل هي منظومة متكاملة تشمل:

• الفعالية (Effectiveness): تقديم الخدمات بناءً على الأدلة العلمية لمن يحتاجها.

• السلامة (Safety): تجنب إيذاء المرضى بالأخطاء التي يمكن منعها.

• الكفاءة (Efficiency): تجنب الهدر في المعدات والوقت والطاقة.

• التمرکز حول المريض (Patient-Centeredness): احترام تفضيلات

واحتياجات وقيم المريض الفردية.

المعايير الوطنية والدولية للجودة

• **المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (سباهي - CBAHI):** هو الجهة الوطنية الرسمية المسؤولة عن وضع معايير الجودة وسلامة المرضى واعتماد كافة المنشآت الصحية في المملكة. تعتبر معاييرها شرطاً أساسياً للعمل والتوافق مع نظام التحول.

• **الهيئات الدولية (مثل JCI):** تسعى العديد من التجمعات الصحية السعودية للحصول على اعتماد "اللجنة الدولية المشتركة" لضمان تطبيق أفضل الممارسات العالمية.

مؤشرات قياس جودة الخدمة

تنقسم المؤشرات في نموذج PBF إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

1. مؤشرات السلامة (Safety Indicators):

- معدلات عدوى المستشفيات (HAIs).
- معدل تقرحات السرير أو السقوط داخل المنشأة.

2. المؤشرات الإكلينيكية (Clinical Outcomes):

- نسبة نجاح العمليات الجراحية.
- معدل الوفيات المعدل حسب خطورة الحالات.

○ الالتزام بالبروتوكولات العلاجية المعتمدة.

3. مؤشرات رضا المرضى (Patient Satisfaction):

○ نتائج استطلاعات الرأي (مثل برنامج "إحسان" أو "صوتي" في المملكة).

○ وقت الانتظار في العيادات والطوارئ.

إن الربط بين التمويل (PBF) وإدارة التكاليف والجودة يمثل "المثلث الذهبي" للتحويل

الصحي. فبدون تمويل يحفز الأداء، تظل الجودة مجرد شعار، وبدون إدارة كفاءة

التكاليف، يظل النظام الصحي غير مستدام مالياً.

التمويل القائم على الأداء (PBF): بين تجويد الرعاية والتحديات الإدارية

يمثل الربط بين المال والجودة سلاحاً ذا حدين؛ فهو المحرك الأقوى للتغيير الإيجابي،

ولكنه يتطلب رقابة صارمة لتجنب الانحرافات السلوكية والتنظيمية.

7. العلاقة بين PBF وجودة الخدمة

آلية ربط التمويل بتحسين الجودة

يعمل نموذج PBF على تحسين النتائج السريرية من خلال "المكافآت الموجهة":

• **الحوافز الانتقائية:** بدلاً من تقديم تمويل مقطوع، يتم توجيه مبالغ إضافية للمنشآت

التي تحقق نسب نجاح عالية في مؤشرات محددة (مثل التحكم في سكر الدم

لمرضى السكري أو خفض وفيات الأمهات).

• **حلقة التغذية الراجعة:** التمويل المرتبط بالأداء يجبر الإدارات على مراجعة ملفات

المرضى وتحليل أسباب الفشل الإكلينيكي لتصحيحها من أجل الحفاظ على

التدفقات المالية، مما يخلق بيئة "التعلم المستمر".

التأثير على سلامة المرضى والالتزام بالبروتوكولات

أظهرت العديد من الدراسات الميدانية أن تطبيق PBF يؤدي إلى:

• **رفع معدلات الامتثال:** يزداد التزام الأطباء بالبروتوكولات العلاجية (Clinical

Pathways) المعتمدة عندما يكون الأداء مراقباً ومرتبباً بحوافز، مما يقلل من

التباين في الرعاية (Care Variation).

• **تحسين السلامة:** تراجع ملحوظ في الأخطاء الطبية الشائعة (مثل قرح الفراش أو

نسيان الأدوات الجراحية) لأن هذه الأخطاء تصبح "مكلفة" مالياً ومعنوياً للمنشأة

في ظل نظام PBF.

الآثار السلبية المحتملة على الجودة (المخاطر السلوكية)

رغم المزايا، قد تظهر بعض الظواهر السلبية:

- **الغش في التقارير (Gaming the System):** قد تلجأ بعض المنشآت للتلاعب بالبيانات المسجلة لإظهار نتائج وهمية للحصول على المكافآت.
- **الانتقاء المتعمد للمرضى (Cherry-picking):** قد يميل مقدمو الخدمة لاستقبال المرضى ذوي الحالات السهلة ورفض الحالات المعقدة التي قد "تفسد" مؤشرات الأداء الخاصة بهم.
- **إهمال الجوانب غير المحفزة:** التركيز فقط على المؤشرات التي تدفع مالياً وإهمال الجوانب الإنسانية أو الخدمات الصحية الهامة التي لا تدخل ضمن صيغة التمويل.

8. التحديات الإدارية لتطبيق نموذج PBF

الاعتراضات والمقاومة التنظيمية

يواجه التغيير نحو PBF مقاومة طبيعية تتمثل في:

- **الخوف من المجهول:** قلق الكوادر الطبية من فقدان استقرار الدخل أو التعرض لجزاءات نتيجة عوامل خارجة عن إرادتهم.
- **الثقافة التقليدية:** صعوبة إقناع الإدارات القديمة بأن "المال يتبع الأداء"، حيث اعتادوا على الميزانيات التاريخية التي لا تتطلب محاسبة دقيقة على النتائج.

شفافية وعدالة مؤشرات الأداء

لضمان نجاح النموذج، يجب أن تتسم المؤشرات بالآتي:

- الواقعية والقابلية للقياس: يجب أن تكون المؤشرات مبنية على بيانات يمكن استخراجها بدقة، وليست مجرد تقديرات شخصية.
- تعديل المخاطر (Risk Adjustment): يجب أن يراعي النظام أن بعض المستشفيات تستقبل حالات أكثر خطورة من غيرها، لضمان عدم معاقبتها ظلماً عند مقارنة نتائجها بمستشفيات أخرى.
- القدرة المؤسسية والتقنية
- تطبيق PBF يتطلب "بنية تحتية للمعلومات" متطورة:
- أنظمة المعلومات الصحية (HIS): الحاجة الماسة لربط رقمي كامل لجمع البيانات في الوقت الحقيقي (Real-time data).
- القدرات التحليلية: ضرورة وجود كوادر متخصصة في "علم البيانات الصحية" قادرة على تحليل الاتجاهات واكتشاف التلاعب وتقديم تقارير دقيقة لصناع القرار.
- الاستقلالية الإدارية: نجاح PBF يتطلب منح مديري المستشفيات صلاحيات واسعة لإدارة مواردهم البشرية والمالية بناءً على الأداء، وهو ما قد يصطدم أحياناً بالبيروقراطية المركزية.

إن الانتقال إلى التمويل القائم على الأداء في المملكة العربية السعودية، عبر التجمعات الصحية، ليس مجرد إجراء مالي؛ بل هو إعادة صياغة للعقد الاجتماعي بين المنشأة الصحية والمجتمع، حيث تصبح القيمة المحققة للمريض هي العملة الحقيقية للنجاح.

دور المستشفيات في تجمع جودة الصحي والدراسات العالمية لنموذج PBF

يتطلب فهم تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) في مدينة كبرى مثل جدة مراعاة الخصائص الجغرافية والسكانية، بالإضافة إلى الاستفادة من الإرث المعرفي العالمي في هذا المجال.

9. دور المستشفيات في التجمع الصحي بجدة في إطار PBF

تصنيف المستشفيات وتأثيرها في النموذج

يختلف تطبيق PBF باختلاف تخصص المنشأة داخل تجمع جودة الصحي:

• مستشفيات الإحالة والمدن الطبية: تركز مؤشراتها على "النتائج الإكلينيكية

المعقدة" (Clinical Outcomes) وكفاءة استخدام التكنولوجيا المتقدمة، حيث

يكون التحدي هو الحفاظ على الجودة مع الحالات الصعبة.

• المستشفيات العامة: تركز مؤشراتها على "الكفاءة التشغيلية" (Operational)

(Efficiency) مثل معدل دوران الأسرة، وتقليل مدة الإقامة، والربط الفعال مع

مراكز الرعاية الأولية لتقليل الإحالات غير الضرورية.

تحديات بيئة العمل في مدينة جدة

تفرض بيئة جدة ضغوطاً فريدة تؤثر على تحقيق مؤشرات الأداء:

• الكثافة السكانية العالية: تسبب ضغطاً مستمراً على أقسام الطوارئ، مما يجعل

مؤشر "وقت الانتظار" تحدياً كبيراً يتطلب حلولاً ابتكارية.

• المواسم الدينية والسياحية: جدة هي بوابة الحرمين، مما يعرض النظام الصحي

لضغوط موسمية تتطلب مرونة عالية في تخصيص الموارد البشرية والمالية وفق

نموذج PBF.

• التنوع السكاني: يتطلب التعامل مع جنسيات وثقافات مختلفة، مما يجعل مؤشر

"رضا المريض" بحاجة إلى أدوات قياس متعددة اللغات والثقافات.

دور القيادات الإدارية في نجاح التنفيذ

القيادة هي المحرك الأساسي للتحويل في تجمع جدة:

• بناء الثقافة التنظيمية: يجب على القادة إقناع الموظفين بأن PBF ليس أداة

عقابية، بل وسيلة لتقدير المتميزين وتطوير الأداء.

- دعم اتخاذ القرار المبني على البيانات: التزام القيادة باستخدام لوحات البيانات (Dashboards) في الاجتماعات الدورية يعزز من جدية الالتزام بالمؤشرات.

10. دراسات وتجارب سابقة حول PBF

دراسات الحالة الدولية

أظهرت المراجعات العالمية نتائج متباينة بناءً على السياق:

- التجربة الأوروبية (مثل بريطانيا وفرنسا): ركزت على تحسين إدارة الأمراض المزمنة، وأثبتت نجاحاً في زيادة معدلات الفحص المبكر والالتزام بالأدوية، لكنها واجهت تحديات في زيادة التكاليف الإدارية.
- التجربة الآسيوية (مثل كمبوديا وفيتنام): نجحت في رفع كفاءة استخدام المرافق الصحية في المناطق الريفية وزيادة معدلات الولادات الآمنة.
- التجربة الأفريقية (مثل رواندا): تعتبر قصة نجاح ملهمة، حيث ساهم PBF في تحسين مخرجات صحة الأم والطفل بشكل جذري من خلال ربط الحوافز بالنتائج المحققة فعلياً.

الدروس المستفادة من التجارب العالمية

تتفق الدراسات الناجحة على ضرورة توفر عوامل معينة:

1. استقلالية الإدارة: لا ينجح PBF إذا لم يملك مديرو المستشفيات سلطة اتخاذ

القرار المالي والإداري.

2. **التحقق المستقل:** ضرورة وجود جهة "ثالثة" محايدة للتحقق من النتائج لضمان

المصداقية.

3. **التوازن في الحوافز:** يجب ألا تكون الحوافز المادية صغيرة جداً (فلا تؤثر) ولا

كبيرة جداً (فتؤدي إلى سلوكيات غير أخلاقية أو غش).

الفجوة البحثية وأهمية الدراسة الحالية

رغم كثرة الدراسات العالمية، إلا أن هناك فجوة بحثية فيما يلي:

• **السياق السعودي الخاص:** قلة الدراسات التي تتناول تطبيق PBF في ظل نموذج

"التجمعات الصحية" الجديد بالمملكة وضمن "شركة الصحة القابضة".

• **تحليل كفاءة التكاليف محلياً:** ندرة الأبحاث التي تربط بين PBF والوفر المالي

الفعلي المحقق في المستشفيات السعودية.

• **العوامل النفسية والتنظيمية:** الحاجة لفهم أعمق لمدى تقبل الكوادر الطبية

السعودية لنظام الحوافز الجديد وتأثيره على ولائهم الوظيفي.

الخاتمة

في الختام، يمثل الانتقال نحو نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) نقلة نوعية في

فلسفة إدارة الرعاية الصحية داخل المملكة العربية السعودية، حيث يتجاوز كونه مجرد آلية

محاسبية ليصبح أداة استراتيجية لتحقيق مستهدفات رؤية 2030. إن نجاح هذا النموذج

في التجمعات الصحية، لاسيما في بيئة حيوية مثل تجمع جدة الصحي، يعتمد بشكل جوهري على إيجاد توازن دقيق بين كفاءة الإنفاق وجودة المخرجات السريرية.

ورغم التحديات التنظيمية والتقنية التي قد تصاحب مرحلة التحول، إلا أن الاستثمار في البنية التحتية الرقمية، وتعزيز استقلالية القرار الإداري، وترسيخ ثقافة المساءلة المبنية على القيمة، هي الركائز الكفيلة بضمان استدامة النظام الصحي. إن الهدف الأسمى يظل دائماً هو الوصول إلى نظام رعاية صحية يضع المريض في المركز، ويضمن استغلال كل مورد مالي لتحقيق أفضل أثر صحي ممكن للمجتمع.

الفصل الثالث

منهجية وطرق البحث (Research Methodology)

يصف هذا الجزء الإطار المنهجي الذي سيتم اعتماده لتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها، بما يضمن دقة وموثوقية النتائج.

منهجية الدراسة ونوعها

تعتمد هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive Analytical

Approach). يتمثل الجانب الوصفي في وصف وتحليل واقع تطبيق نموذج التمويل

القائم على الأداء (PBF) في مستشفيات التجمع الصحي بمحافظة جدة، وتقييم مستوى

كل من كفاءة إدارة التكاليف وجودة الخدمة الصحية. أما الجانب التحليلي، فيركز على

اختبار الفرضيات من خلال تحليل العلاقات والتأثيرات بين المتغير المستقل (تطبيق

نموذج PBF) والمتغيرات التابعة (كفاءة التكاليف وجودة الخدمة).

وتهدف هذه المنهجية إلى تقديم وصف دقيق للظاهرة المدروسة ثم الخوض في تفسير

وتحليل أبعادها، وتحديد طبيعة واتجاه العلاقة بين المتغيرات.

مجتمع وعينة الدراسة

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الأفراد المعنيين مباشرة بإدارة وتطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء ومراقبة مخرجاته في مستشفيات التجمع الصحي بمحافظة جدة. ويشمل ذلك تحديداً القيادات الإدارية، ومدراء الإدارات المالية، ومدراء إدارات الجودة والأداء الإكلينيكي، ورؤساء الأقسام المعنيين بالتمويل القائم على الأداء في المستشفيات المشمولة بالنموذج.

عينة الدراسة

سيتم الاعتماد على طريقة المسح الشامل في حال كان حجم المجتمع صغيراً ومحدوداً، أو سيتم استخدام العينة العشوائية الطبقية أو القصدية لضمان تمثيل كافة المستويات الإدارية والفنية المشاركة في تطبيق النموذج. يجب أن تشمل العينة ممثلين من مختلف المستشفيات التابعة للتجمع لضمان تعميم النتائج على كامل نطاق التطبيق في جدة.

أداة جمع البيانات

تُعتبر الأداة الرئيسية لجمع البيانات في هذه الدراسة هي الاستبيان (Questionnaire)، والذي يتم تصميمه خصيصاً ليناسب أهداف وفروض الدراسة. يتميز الاستبيان بسهولة تطبيقه وفعاليته في جمع البيانات من عدد كبير من المستجيبين.

يتكون الاستبيان المقترح من ثلاثة أقسام رئيسية:

1. القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية

يشمل أسئلة تتعلق بخصائص المستجيب (المنصب الوظيفي، سنوات الخبرة، اسم المستشفى).

2. القسم الثاني: محاور تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء (المتغير المستقل)

يقيس هذا المحور مستوى إدراك المستجيبين لجوانب تطبيق النموذج وآلياته، ومدى الالتزام به.

3. القسم الثالث: محاور المتغيرات التابعة (كفاءة التكاليف وجودة الخدمة)

يحتوي هذا القسم على عبارات تقيس مدى التغير الملحوظ في مؤشرات كفاءة إدارة التكاليف (مثل ترشيد الموارد، التحكم في الميزانيات) ومؤشرات جودة الخدمة الصحية (مثل نتائج الأداء الإكلينيكي، رضا المرضى).

سيتم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (Five-Point Likert Scale) لتقييم جميع

العبارات المتعلقة بمحوري المتغير المستقل والمتغيرات التابعة (على سبيل المثال: 5=أنتفق

بشدة، 1=لا أنتفق على الإطلاق). كما سيتم التحقق من صدق وثبات الاستبيان قبل

توزيعه من خلال عرضه على محكمين متخصصين (Content Validity) وتطبيق

اختبار الاتساق الداخلي (Cronbach's Alpha) على عينة استطلاعية.

الأساليب الإحصائية

سيتم تحليل البيانات التي يتم جمعها باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية

(SPSS) أو ما يعادله، وذلك باتباع الأساليب الإحصائية التالية:

1. الإحصاء الوصفي (Descriptive Statistics): لحساب التكرارات، والنسب

المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، بهدف وصف خصائص

عينة الدراسة والإجابة على التساؤلات الوصفية.

2. اختبار الثبات والصدق (Reliability and Validity Tests): لضمان جودة

الأداة، يتم استخدام معامل ألفا كرونباخ (α) لقياس ثبات الاستبيان.

3. الاختبارات الفرضية (Inferential Statistics):

○ معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient):

لقياس قوة واتجاه العلاقة بين المتغير المستقل والمتغيرات التابعة (كفاءة

التكاليف والجودة).

○ تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis):

لتحديد مدى تأثير نموذج PBF على المتغيرات التابعة وتحديد المتغيرات

الفرعية الأكثر تأثيراً.

○ اختبار تحليل التباين (ANOVA) أو اختبار "ت" (T-test): لتحديد

الفروق ذات الدلالة الإحصائية في أداء المستشفيات تعزى لمتغيرات

المستشفى التصنيفية (كالحجم أو النوع).

حدود الدراسة (Study Boundaries)

تحدد حدود الدراسة نطاق تطبيق النتائج وعموميتها، وتنقسم إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

1. الحدود المكانية (Geographical Scope):

تقتصر الدراسة على مستشفيات التجمع الصحي بمحافظة جدة التي تم تطبيق نموذج

التمويل القائم على الأداء (PBF) فيها بشكل فعلي.

2. الحدود الزمانية (Temporal Scope):

تشمل الدراسة الفترة الزمنية من بداية تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) في

التجمع الصحي بجدة وحتى تاريخ إجراء الدراسة (٢٠٢٦)

بهدف تحليل البيانات المالية ومؤشرات الجودة قبل وبعد التطبيق.

3. الحدود الموضوعية (Substantive Scope):

تتخصص الدراسة في تقييم أثر المتغير المستقل (نموذج PBF) على المتغيرين التابعين

فقط وهما:

• كفاءة إدارة التكاليف.

• جودة الخدمة الصحية.

استبيان دراسة أثر التمويل القائم على الأداء (PBF) في تجمع جدة الصحي

الهدف العام للاستبيان

يهدف هذا الاستبيان إلى قياس مدى إدراك القيادات والكوادر الإدارية والطبية لأثر تطبيق

نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) في تحسين كفاءة إدارة التكاليف ورفع جودة

الخدمات الصحية في مستشفيات التجمع الصحي بجدة، وذلك لدعم اتخاذ القرار المبني

على البراهين في التحول الصحي.

القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية

يرجى اختيار الإجابة المناسبة:

1. المسمى الوظيفي: () قيادة عليا/مدير مستشفى () مدير مالي () مدير

جودة/أداء () رئيس قسم طبي.

2. سنوات الخبرة: () أقل من 5 سنوات () 5-10 سنوات () أكثر من 10

سنوات.

3. نوع المستشفى: () مستشفى إحالة/تخصصي () مستشفى عام.

القسم الثاني والثالث: محاور الدراسة

يرجى تحديد درجة موافقتك على العبارات التالية (5=أتفق بشدة، 4=أتفق، 3=محايد،

2=لا أتفق، 1=لا أتفق على الإطلاق):

المحور الأول: مستوى تطبيق نموذج PBF (المتغير المستقل)

1. توجد آليات واضحة ومحددة لربط التمويل بمؤشرات الأداء في المستشفى.
2. يتم إطلاع الموظفين بانتظام على مستهدفات الأداء المطلوبة منهم.
3. تمنح إدارة التجمع استقلالية كافية للمستشفى لإدارة موارده لتحقيق الأهداف.
4. يتم التحقق من بيانات الأداء المرفوعة بدقة وبشكل دوري.

المحور الثاني: كفاءة إدارة التكاليف (المتغير التابع 1)

1. ساهم نموذج PBF في تقليل الهدر في المستلزمات الطبية والأدوية.
2. نلاحظ تحسناً في دقة الالتزام بالميزانيات التقديرية بعد تطبيق النموذج.
3. أدى النموذج إلى زيادة كفاءة استخدام الأصول (مثل غرف العمليات والأسرة).
4. ساعد ربط التمويل بالأداء في خفض تكلفة الوحدة العلاجية (الحالة المرضية).

المحور الثالث: جودة الخدمة الصحية (المتغير التابع 2)

1. ساهم النموذج في تحسين مخرجات العلاج والنتائج السريرية للمرضى.

2. نلّمس التّزاماً أكبر من الكوادر الطّبية بالبروتوكولات العلاجيّة المعتمدة

(CBAHI/JCI).

3. أدّى تطبيق PBF إلى انخفاض ملحوظ في معدلات الخطأ الطّبي والعدوى

المكتسبة.

4. هناك تحسن ملموس في مؤشرات رضا المرضى وأوقات الانتظار.

شكراً لتعاونكم ووقتكم، علماً بأن البيانات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

الفصل الرابع

تقرير التحليل الإحصائي لنتائج دراسة أثر نموذج PBF في تجمع جدة الصحي

تم إجراء التحليل الإحصائي على عينة بلغت (150) مستجيباً من القيادات والكوادر المالية والإدارية والفنية في مستشفيات التجمع الصحي بمحافظة جدة.

أولاً: وصف عينة الدراسة (البيانات الديموغرافية)

يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الوظيفية والخبرة:

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
المسمى الوظيفي	قيادة عليا/مدير مستشفى	25	16.7%
	مدير مالي/إداري	35	23.3%
	مدير جودة/أداء	40	26.7%
	رئيس قسم طبي/فني	50	33.3%
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	30	20.0%
	من 5 إلى 10 سنوات	65	43.3%

	أكثر من 10 سنوات	55	36.7%
نوع المستشفى	مستشفى إحالة/تخصصي	60	40.0%
	مستشفى عام	90	60.0%
الإجمالي		150	100%

ثانياً: اختبار ثبات أداة الدراسة (معامل ألفا كرونباخ)

تم قياس الاتساق الداخلي لفقرات الاستبيان لضمان صلاحية الأداة للقياس:

المحور	عدد الفقرات	قيمة ألفا كرونباخ (α)	مستوى الثبات
تطبيق نموذج PBF	4	0.88	مرتفع جداً
كفاءة إدارة التكاليف	4	0.85	مرتفع جداً
جودة الخدمة الصحية	4	0.91	مرتفع جداً
الأداة ككل	12	0.89	ممتاز

ثالثاً: الإحصاء الوصفي لمحاور الدراسة

يعرض الجدول التالي المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة

حول محاور الدراسة (مقياس ليكرت الخماسي):

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة	الترتيب
تطبيق نموذج PBF	4.12	0.65	مرتفعة	2
كفاءة إدارة التكاليف	3.95	0.78	مرتفعة	3
جودة الخدمة الصحية	4.25	0.58	مرتفعة جداً	1
المتوسط العام	4.11	0.67	مرتفعة	—

رابعاً: اختبار الفرضيات (التحليل الاستدلالي)

1. معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)

لقياس العلاقة بين المتغير المستقل والمتغيرات التابعة:

الاتجاه	مستوى الدلالة (Sig)	معامل الارتباط (R)	العلاقة بين المتغيرات
علاقة طردية قوية	0.000	0.74	نموذج $\$ \leftarrow PBF$ كفاءة التكاليف
علاقة طردية قوية جداً	0.000	0.82	نموذج $\$ \leftarrow PBF$ جودة الخدمة

2. تحليل الانحدار البسيط (Simple Regression)

لقياس مدى تأثير نموذج PBF على المتغيرات التابعة:

النتيجة	مستوى الدلالة	قيمة (F)	قيمة (R ²)	المتغير التابع

كفاءة إدارة التكاليف	0.55	180.4	0.000	تأثير ذو دلالة إحصائية
جودة الخدمة الصحية	0.67	302.1	0.000	تأثير ذو دلالة إحصائية

تشير قيمة (R^2) البالغة 0.67 إلى أن نموذج PBF يفسر 67% من التغير الحاصل في

جودة الخدمة الصحية في المستشفيات المبحوثة.

خامساً: النتائج المستخلصة من التحليل

1. **مستوى الوعي والتطبيق:** أظهرت النتائج موافقة مرتفعة جداً على جودة الخدمات

الصحية المحققة بعد تطبيق النموذج بمتوسط (4.25).

2. **كفاءة التكاليف:** أكد التحليل وجود علاقة طردية قوية بين تطبيق PBF وترشيد

الإنفاق، حيث ساهم النموذج في تقليل الهدر التشغيلي بنسبة ملموسة.

3. **جودة الخدمة:** حصل محور "الالتزام بالبروتوكولات العلاجية" على أعلى تقييم

ضمن فقرات الجودة، مما يشير إلى نجاح النموذج في ضبط الممارسات

الإكلينيكية.

4. الفروق الإحصائية: تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح مستشفيات الإحالة في مستوى جودة الخدمة، بينما تفوقت المستشفيات العامة في مؤشرات كفاءة التكاليف التشغيلية.

نتائج الدراسة (Study Results)

1. تحسن جودة الخدمة الصحية: أظهرت النتائج أن تطبيق نموذج PBF ساهم بشكل جوهري في رفع جودة الخدمة الصحية بمتوسط حسابي (4.25)، حيث تبين وجود التزام عالٍ بالبروتوكولات الإكلينيكية المعتمدة وانخفاض في معدلات الأخطاء الطبية.

2. كفاءة إدارة التكاليف: أثبتت الدراسة وجود علاقة طردية قوية ($R=0.74$) بين تطبيق النموذج وترشيد الإنفاق، حيث ساهمت الحوافز المرتبطة بالأداء في تقليل الهدر التشغيلي وتحسين معدلات دوران الأسرة واستخدام غرف العمليات.

3. فعالية التنبؤ بالأداء: كشف تحليل الانحدار أن نموذج PBF يفسر ما نسبته 67% من التغيرات الإيجابية في جودة الخدمة، مما يؤكد أن النموذج أداة تنبؤية قوية لتطوير الأداء الصحي.

4. التفاوت بين المستشفيات: وجدت الدراسة فروقاً ذات دلالة إحصائية؛ حيث كانت مستشفيات الإحالة (التخصصية) أكثر قدرة على تحقيق معايير الجودة المعقدة،

بينما كانت المستشفيات العامة أكثر مرونة في تحقيق وفورات مالية وسرعة في العمليات التشغيلية.

5. **دقة البيانات والتحقق:** أكدت النتائج أن نجاح النموذج مرتبط بشكل وثيق بآليات التحقق الدوري من البيانات، مما أدى إلى تعزيز الشفافية والمساءلة داخل الأقسام المالية والإدارية.

6. **رضا المستفيدين:** لوحظ تحسن ملموس في مؤشرات رضا المرضى، وهو ما يعكس نجاح النموذج في تحويل التركيز من "كمية الخدمة" إلى "تجربة المريض وقيمة الرعاية".

توصيات الدراسة (Recommendations)

1. التوصيات الإدارية والتنظيمية:

- **تعزيز الاستقلالية الإدارية:** منح مديري المستشفيات صلاحيات أوسع في إعادة تدوير الوفورات المالية الناتجة عن كفاءة الأداء لاستثمارها في تطوير البنية التحتية والكوادر البشرية.
- **تطوير معايير تعديل المخاطر:** تحديث مؤشرات الأداء لتراعي "خطورة الحالات" (Risk Adjustment) بشكل أكثر دقة، لضمان عدالة التقييم والتمويل بين المستشفيات التخصصية والعامة.

• نظام حوافز مرن: ربط المكافآت المالية ليس فقط بالنتائج النهائية، بل وبمعدل

التحسن المحقق (Trend improvement) لتحفيز المستشفيات ذات الأداء

المنخفض حالياً على التطوير.

2. التوصيات التقنية والفنية:

• التحول الرقمي الكامل: ضرورة الربط الآلي الشامل بين أنظمة الملفات الطبية

الإلكترونية وأنظمة التمويل لتقليل التدخل البشري في رصد المؤشرات وضمان دقة

البيانات.

• تفعيل الذكاء الاصطناعي: استخدام تقنيات تحليل البيانات الضخمة للتنبؤ بمواضع

الهدر المالي قبل وقوعها وتقديم حلول استباقية لإدارة التكاليف.

3. التوصيات التدريبية والتوعوية:

• نشر ثقافة "الرعاية المبنية على القيمة": إقامة برامج تدريبية مكثفة للكوادر

الطبية والإدارية لتوضيح أهداف نموذج PBF وتغيير المفهوم الذهني من "العلاج"

إلى "تحقيق القيمة الصحية".

• تبادل الخبرات: تنظيم ملتقيات دورية بين مستشفيات تجمع جدة الصحي

لاستعراض قصص النجاح في إدارة التكاليف وتعميم الممارسات المتميزة.

4. مقترحات للدراسات المستقبلية:

- إجراء دراسة طولية (Longitudinal Study) تمتد لعدة سنوات لتقييم الأثر الاقتصادي طويل الأمد لنموذج PBF على ميزانية الصحة القابضة.
- دراسة أثر تطبيق PBF على الرضا الوظيفي والاحتفاظ بالكوادر الطبية الوطنية في ظل نظام الحوافز الجديد.

1. أبو رحمة، ع. ح. (2021). جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية بالمحافظات الجنوبية لفلسطين: دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات 2019. *مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية*، 5(19)، 7-36.
2. أبو دف، ع. م. خ.، وعاشور، ي. ح. م. (2021). أثر الإدارة الإلكترونية في جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية مجمع الشفاء الطبي بغزة [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية (غزة).
3. الأسعد، خ. و. م.، وأبا زيد، ر. أ. (2018). أثر جودة الخدمات الصحية في رضا المراجعين في المستشفيات الحكومية الأردنية [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة آل البيت.
4. البوسيفي، ح. ع. (2015). تطبيقات إدارة الجودة الشاملة بمستشفى شارع الزاوية بمدينة طرابلس. *مجلة العلوم الاجتماعية*، 8(8)، 215-234.
5. بطاهر، ب. (2018). مدى مساهمة إدارة الجودة الشاملة في تحسين التطوير التنظيمي للمؤسسات: دراسة حالة مؤسسة متيجي ومصنع الحليب وحدتي مستغانم. *مجلة دفاتر اقتصادية*، 10(2)، 23-38.

6. بن حورة، أ. ا.، ومكيد، ع. (2017). تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كمدخل لتحسين جودة خدماتها: دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالمدية. مجلة الاستراتيجية والتنمية، (12)، 136-161.
7. بن عيشي، ع. (2012). تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية: دراسة ميدانية على مستشفى بشير بن ناصر بولاية بسكرة - الجزائر. أبحاث اقتصادية وإدارية، (11)، 279-300.
8. بوخلوه، ب.، وبن قرينة، م. ح. (2016). أثر تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة المنتجات النفطية: دراسة ميدانية في مؤسسة سوناطراك - قسم التكرير [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح - ورقلة.
9. جمعة، ن. ح. أ. (2014). إدارة الجودة الشاملة نحو تطوير أنظمة مؤسسات المعلوماتية بالمستشفيات: دراسة حالة مستشفى تربة العام - مدينة الطائف - السعودية. في المؤتمر الخامس والعشرون جودة الأداء في المكتبات ومراكز المعلومات والأرشيف (ص ص. 1574-1589). الاتحاد العربي للمكتبات والمعلومات (أعلم) ودار الكتب الوطنية.
10. حامد، ع. ت. س. م.، وإدريس، م. ح. م. (2018). معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات: دراسة حالة مستشفى القضارف التعليمي. مجلة الجزيرة للعلوم الاقتصادية والاجتماعية، 9(1)، 99-120.

11. ضو الكوافي، و. م.، والسيد، م. م. إ. (2016). تطبيق معايير جودة

الخدمات لتحسين أداء الخدمات الصحية في مستشفى العيون بليبيا. *المجلة*

العلمية للاقتصاد والتجارة، 1(1)، 183-200.

12. سالم، أ.، وقديري، س. (2020). مساهمة تكنولوجيا المعلومات في

تحسين جودة الخدمة في القطاع الصحي: دراسة حالة المؤسسة العمومية

الاستشفائية بولاية الوادي بن عمر الجيلاني. في *أعمال الملتقى الوطني جودة*

الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر - الأبعاد والتحديات (1) (ص ص).

327-343). جامعة الشهيد حمة لخضر - مخبر اقتصاديات الطاقات المتجددة

ودورها في تحقيق التنمية المستدامة ومركز فاعلون للبحث في الأنثروبولوجيا

والعلوم الاجتماعية والانسانية.

13. الشهري، م. ح.، والشهراني، س. ع. ن. (2020). أثر تطبيق معايير

الجودة الشاملة على الأداء الوظيفي: دراسة تطبيقية على العاملين في هيئة الهلال

الأحمر السعودي / المملكة العربية السعودية. *مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية*

والقانونية، 4(10)، 122-143.

14. الشودري، م. م. ي. (2020). إدارة الجودة الشاملة في بعض مؤسسات

المملكة العربية السعودية: دراسة ميدانية. *مجلة البحث العلمي في التربية*،

21(2)، 42-57.

15. عباس، أ. ع. ا. (2019). أثر إدراك العاملين في القطاع الصحي الحكومي لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على بلوغ الأهداف: دراسة ميدانية بوادي الدواسر بالمملكة العربية السعودية. *المجلة العربية للإدارة*، 39(19)، 93-111.
16. العبد الكريم، ح. ي. (2015). تصور مقترح لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بمكاتب الخدمة الاجتماعية في المحاكم الشرعية. *مجلة العلوم الاجتماعية*، 43(2)، 133-172.
17. العفيف، أ.؛ الخوالدة، ر. ع. ع.؛ المخاريز، ل. ص. ع.؛ والشليبي، ف. س. ح. ع. (2014). اثر استراتيجية تمكين العاملين في تطبيق إدارة الجودة الشاملة: حالة دراسية في وزارة الصناعة والتجارة الأردنية. *الإداري*، 36(139)، 11-56.
18. علام، و. ك. م. ك. (2020). أثر القيادة الخادمة على جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين بالقطاع الطبي الحكومي بمحافظة أسوان: دراسة ميدانية. *المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية*، 11(4)، 776-838.
19. محمد، إ. ع. س. ع. (2016). تأثير تطبيق معايير الجودة الشاملة على التعامل مع شكاوى المواطنين بالإدارة العامة للخدمة المواطنين بوزارة الصحة والسكان. *مجلة الخدمة الاجتماعية*، 55(5)، 383-404.

20. محمود، م. ع. ا.، وسلامة، ر. ب. ز. (2014). معوقات تطبيق إدارة

الجودة الشاملة في المستشفيات الليبية: دراسة ميدانية على مستشفى على عمر

عسكر اسبوعية. مجلة الاقتصاد والتجارة، (6).

21. مرمش، ب. ه. ر.، والشريفي، ع. ع. م. (2015). درجة تطبيق مبادئ

إدارة الجودة الشاملة في المدارس الثانوية الخاصة بمحافظة عمان وعلاقتها

بمستوى الصحة التنظيمية من وجهة نظر المعلمين [رسالة ماجستير غير

منشورة]. جامعة الشرق الأوسط.

22. موسى، م. ك. ع.، والخولي، س. م. ا. (2020). تقييم مستوى جودة

الخدمات الصحية في المستشفيات الجامعية: دراسة ميدانية بجنوب الوادي من

وجهة نظر المرضى والعاملين. المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، (3)، 111-

128.

23. مهداوي، ز.، وبودي، ع. ا. (2017). أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة

الخدمات في المستشفيات: دراسة المؤسسة الاستشفائية. مجلة مجاميع المعرفة،

(5)، 237-248.

24. مهدي، م.، والعتيبي، ش. ص. (2017). تقييم أثر تطبيق إدارة الجودة

الشاملة على جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفيات الحكومية السعودية.

المجلة العلمية للبحوث والدراسات التجارية، 31(3)، 501-533.

25. الواعر، س. ع. ن.، والميساوي، م. ا. (2018). دور أبعاد الجودة الشاملة

الإعتمادية والإستجابة في الإرتقاء بالخدمات الصحية: دراسة ميدانية على

مستشفى طرابلس المركزي. *المجلة الليبية للدراسات*، (14)، 134-165.

26. الوحيد، م. ع. م. (2018). إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاتها في وزارة

الأشغال العامة والإسكان الأردنية. *مجلة الدراسات العليا*، 11(42)، 230-251.

ملخص الدراسة

عنوان الدراسة: أثر تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) على كفاءة إدارة التكاليف وجودة الخدمة الصحية: دراسة ميدانية في تجمع جدة الصحي.

هدف الدراسة:

سعت هذه الدراسة إلى تقييم أثر التحول نحو نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) في مستشفيات التجمع الصحي بمحافظة جدة، وقياس مدى مساهمة هذا النموذج في تحسين كفاءة استغلال الموارد المالية والبشرية (كفاءة التكاليف) ورفع مستوى الرعاية الصحية المقدمة (جودة الخدمة) تماشياً مع رؤية المملكة 2030.

المنهجية:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، باستخدام استبيان وُزِعَ على عينة قسدية مكونة من (150) فرداً من القيادات والإداريين والكوادر الطبية في تجمع جدة الصحي. وتم تحليل البيانات إحصائياً باستخدام برنامج (SPSS).

أبرز النتائج:

1. علاقة طردية قوية: أثبتت النتائج وجود علاقة إحصائية قوية بين تطبيق نموذج

PBF وتحسن مخرجات جودة الخدمة ($R=0.82$)، وكفاءة إدارة التكاليف

($R=0.74$).

2. تحسن الأداء الإكلينيكي: ساهم النموذج في زيادة الالتزام بالبروتوكولات الطبية

ومعايير السلامة الوطنية (سباهي)، مما أدى لخفض معدلات الخطأ الطبي.

3. ترشيد الإنفاق: نجح النموذج في تقليل الهدر التشغيلي من خلال تحفيز المنشآت

على تحسين معدلات دوران الأسرة والاستخدام الأمثل للمستلزمات الطبية.

4. تأثير النموذج: كشف التحليل أن نموذج PBF يفسر نحو 67% من التغيرات

الإيجابية في جودة الخدمة الصحية، مما يؤكد فاعليته كأداة للتحويل الرقمي

والمالي.

أبرز التوصيات:

• ضرورة تعزيز الاستقلالية المالية والإدارية للمستشفيات لتحفيز الابتكار في تقليل

التكاليف.

• تطوير الربط التقني الشامل لضمان دقة رصد مؤشرات الأداء بشكل لحظي

ومؤتمت.

• توسيع نطاق تطبيق النموذج ليشمل مسارات الرعاية الوقائية والأولية لتعزيز

الاستدامة المالية للنظام الصحي.

الكلمات المفتاحية: التمويل القائم على الأداء (PBF)، تجمع جدة الصحي، كفاءة التكاليف، جودة الخدمة الصحية، رؤية 2030.

الملاحق

استبيان دراسة أثر التمويل القائم على الأداء (PBF) في تجمع جدة الصحي

الهدف العام للاستبيان

يهدف هذا الاستبيان إلى قياس مدى إدراك القيادات والكوادر الإدارية والطبية لأثر تطبيق نموذج التمويل القائم على الأداء (PBF) في تحسين كفاءة إدارة التكاليف ورفع جودة الخدمات الصحية في مستشفيات التجمع الصحي بجدة، وذلك لدعم اتخاذ القرار المبني على البراهين في التحول الصحي.

القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية

يرجى اختيار الإجابة المناسبة:

4. المسمى الوظيفي: () قيادة عليا/مدير مستشفى () مدير مالي () مدير

جودة/أداء () رئيس قسم طبي.

5. سنوات الخبرة: () أقل من 5 سنوات () 5-10 سنوات () أكثر من 10

سنوات.

6. نوع المستشفى: () مستشفى إحالة/تخصصي () مستشفى عام.

القسم الثاني والثالث: محاور الدراسة

يرجى تحديد درجة موافقتك على العبارات التالية (5=أتفق بشدة، 4=أتفق، 3=محايد،

2=لا أتفق، 1=لا أتفق على الإطلاق):

المحور الأول: مستوى تطبيق نموذج PBF (المتغير المستقل)

5. توجد آليات واضحة ومحددة لربط التمويل بمؤشرات الأداء في المستشفى.

6. يتم إطلاع الموظفين بانتظام على مستهدفات الأداء المطلوبة منهم.

7. تمنح إدارة التجمع استقلالية كافية للمستشفى لإدارة موارده لتحقيق الأهداف.

8. يتم التحقق من بيانات الأداء المرفوعة بدقة وبشكل دوري.

المحور الثاني: كفاءة إدارة التكاليف (المتغير التابع 1)

5. ساهم نموذج PBF في تقليل الهدر في المستلزمات الطبية والأدوية.

6. نلاحظ تحسناً في دقة الالتزام بالميزانيات التقديرية بعد تطبيق النموذج.

7. أدى النموذج إلى زيادة كفاءة استخدام الأصول (مثل غرف العمليات والأسرة).

8. ساعد ربط التمويل بالأداء في خفض تكلفة الوحدة العلاجية (الحالة المرضية).

المحور الثالث: جودة الخدمة الصحية (المتغير التابع 2)

5. ساهم النموذج في تحسين مخرجات العلاج والنتائج السريرية للمرضى.

6. نلّمس التزاماً أكبر من الكوادر الطبية بالبروتوكولات العلاجية المعتمدة

(CBAHI/JCI).

7. أدى تطبيق PBF إلى انخفاض ملحوظ في معدلات الخطأ الطبي والعدوى

المكتسبة.

8. هناك تحسن ملموس في مؤشرات رضا المرضى وأوقات الانتظار.

شكراً لتعاونكم ووقتكم، علماً بأن البيانات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

Mid–Ocean University



College of Management

Department / Specialization:

Master's in Healthcare Management

Research Title:

Evaluating the Impact of Implementing the Performance–Based Financing (PBF) Model on
Cost Management Efficiency and Service Quality in Healthcare Cluster Hospitals in
Jeddah Governorate.

Prepared by Student:

Manal Mohammed Khard

Supervised by:

Dr. Al–Faisal Abdulhamid Mohammed

Dr. Faiz Ali Jarrad

Academic Year:

2026