



جامعة ميدأوشن

كلية الإدارة

ماجستير تخصص إدارة المشاريع

خطة بحث بعنوان

أثر الحوكمة الرقمية للمشاريع على كفاءة تشغيل المستشفيات:

دراسة تطبيقية على مستشفيات الرياض

**The Impact of Digital Project Governance on Hospital Operational Efficiency:
An Applied Study on Riyadh Hospitals**

إعداد الطالبة/

حورية بادي دعيح المطيري

الرقم الأكاديمي: 243000178

إشراف/

أ. د. الفيصل عبد الحميد محمد

أ. د. فايز علي جراد

العام الجامعي

2025

المقدمة:

يشهد قطاع الرعاية الصحية العالمي تحولاً هيكلياً عميقاً، مدفوعاً بالتقاء الضرورات الاقتصادية مع الإمكانيات الهائلة التي تتيحها الثورة الرقمية. في هذا السياق، لم تعد الكفاءة التشغيلية للمستشفيات مجرد هدف إداري، بل أضحت ضرورة استراتيجية للبقاء والاستدامة في مواجهة تحديات متصاعدة، تتمثل في ارتفاع تكاليف الرعاية، وتزايد الطلب على الخدمات الصحية النوعية، وشيخوخة المجتمعات (Hoxhaj et al., 2002, p. 2). وتُعد كفاءة تشغيل المستشفيات مقياساً لقدرة المؤسسة الصحية على تحويل مدخلاتها المحدودة، من موارد بشرية ومالية ومادية، إلى أقصى مخرجات ممكنة من الخدمات الصحية عالية الجودة، وهو ما ينعكس مباشرةً على تقليل الهدر، وتحسين تجربة المريض، وتعزيز الاستقرار المالي للمنظومة الصحية ككل (Hanawi et al., 2020, p. 5). إن السعي نحو تحقيق هذه الكفاءة يفرض على المستشفيات تبني نماذج عمل مبتكرة تتجاوز الأساليب التقليدية، وتتجه نحو استثمار التكنولوجيا كرافعة أساسية لتحسين العمليات السريرية والإدارية.

وهنا يبرز الدور المحوري للمشاريع الرقمية، التي تُعد الأداة التنفيذية لهذا التحول المنشود. ومع ذلك، فإن مجرد ضخ الاستثمارات في أنظمة المعلومات الصحية، أو منصات التطبيب عن بعد، أو تطبيقات الذكاء الاصطناعي لا يضمن تلقائياً تحقيق المنافع المرجوة. إذ تشير الأدبيات إلى أن نسبة كبيرة من مشاريع تكنولوجيا المعلومات في قطاع الرعاية الصحية تتعثر أو تفشل في تحقيق أهدافها بالكامل، ليس بسبب قصور تقني، وإنما نتيجة لضعف الأطر الحاكمة لها (Bannai et al., 2021). من هذا المنطلق، تكتسب حوكمة المشاريع الرقمية أهمية قصوى، حيث تُعرّف بأنها الإطار المتكامل من الهياكل والسياسات والعمليات وآليات اتخاذ القرار التي تضمن توجيه هذه المشاريع والرقابة عليها لتحقيق القيمة الاستراتيجية المنشودة (Schulte et al., 2022, p. 119). إنها تتجاوز إدارة المشروع اليومية لتركز على قضايا أعمق مثل المواءمة مع استراتيجية المستشفى، وإدارة المخاطر الرقمية المعقدة كالأمن السيبراني وخصوصية البيانات، وضمان المساءلة، وإشراك أصحاب المصلحة بفعالية لضمان تبني التغيير. (Alshaikh, 2020, p. 2).

إن العلاقة بين هذين المفهومين، حوكمة المشاريع الرقمية وكفاءة التشغيل، تُعد علاقة سببية جوهرية. فوجود إطار حوكمة ناضج يؤدي إلى اختيار المشاريع الرقمية ذات الأثر الاستراتيجي الأعلى، ويضمن تخصيص الموارد لها على النحو الأمثل، ويدير المخاطر التي قد تهدد نجاحها، ويقيس أداءها بشفافية (العنزي، 2022، ص 45) فعندما تضمن الحوكمة أن مشروع السجل الطبي الإلكتروني يواءم تماماً مع احتياجات الطاقم الطبي، فإن ذلك يؤدي إلى تقليل وقت إدخال البيانات، وخفض الأخطاء، وتسريع الوصول إلى

معلومات المريض، وهو ما ينعكس مباشرة على كفاءة العملية السريرية وتقليل متوسط مدة الإقامة (Salah p. 138,et al., 2021). وبالمثل، فإن الحوكمة الفعالة لمشروع نظام إدارة الموارد المؤسسية (ERP) تضمن تحسين إدارة المخزون الدوائي، وتقليل الهدر، وتحسين دورة الإيرادات، مما يعزز الأداء المالي للمستشفى (Yousef, 2023, p. 5). وبالتالي، لا تُعد الحوكمة الرقمية غاية في حد ذاتها، بل هي آلية تمكينية حاسمة لترجمة الاستثمارات الرقمية إلى مكاسب ملموسة في الكفاءة التشغيلية.

تكتسب هذه الإشكالية البحثية أبعاداً أكثر أهمية عند دراستها في سياق قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية، وتحديدًا في مدينة الرياض . فالمملكة، في إطار رؤية 2030 وبرنامج تحول القطاع الصحي، تضخ استثمارات ضخمة في رقمته خدماتها الصحية بهدف بناء نظام صحي شامل وفعال ومستدام (Alzahrani et al., 2022)، (p. 3). وتُعد مستشفيات الرياض، بكونها مركزاً للخدمات الطبية المتقدمة ومسرحاً للعديد من المشاريع الرقمية الطموحة، بيئة مثالية لاختبار هذه العلاقة البحثية. إلا أن نجاح هذه المشاريع وتحقيقها للأثر المأمول على كفاءة التشغيل يظل مرهوناً بمدى نضج أطر الحوكمة المطبقة فيها (الغامدي، 2021، ص 77). إن التحديات المتعلقة بتبني التقنيات الجديدة، ومقاومة التغيير، وضمان أمن البيانات الصحية الحساسة، تتطلب وجود آليات حوكمة مرنة وقوية تتجاوز الأساليب الإدارية التقليدية (Alkhamees, 2023, p.5).

وعليه، تنطلق هذه الدراسة من فرضية مفادها أن هناك أثراً إيجابياً وذا دلالة إحصائية لتطبيق أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع (المواءمة الاستراتيجية، إدارة المخاطر الرقمية قياس الأداء والمساءلة، إشراك أصحاب المصلحة وإدارة القيمة على مؤشرات الكفاءة التشغيلية للمستشفيات (كفاءة العمليات السريرية كفاءة استخدام الموارد، الأداء المالي، وجودة الخدمة). وتسعى الدراسة الحالية إلى سد فجوة معرفية مهمة، ففي حين تناولت دراسات سابقة كلاً من الحوكمة الرقمية أو الكفاءة التشغيلية بشكل منفصل، إلا أن هناك ندرة في الدراسات التجريبية التي تقيس طبيعة وقوة العلاقة السببية بينهما ضمن السياق الصحي السعودي. ومن خلال دراسة تطبيقية على مستشفيات الرياض، تتطلع هذه الأطروحة إلى تقديم نموذج علمي يمكن لصانعي السياسات الصحية ومديري المستشفيات الاسترشاد به لتصميم وتطبيق أطر حوكمة فعالة، تضمن تعظيم العائد على الاستثمارات الرقمية، والارتقاء بكفاءة وجودة الرعاية الصحية المقدمة بما يخدم الأهداف الاستراتيجية للتحول الصحي في المملكة.

مشكلة الدراسة

يواجه قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية، شأنه شأن نظرائه حول العالم، مفارقة محورية: ففي الوقت الذي تتزايد فيه وتيرة الاستثمار في المشاريع الرقمية كأداة حيوية لتحقيق أهداف رؤية 2030 في بناء نظام صحي مستدام، تتزايد أيضاً الأدلة على وجود فجوة عميقة بين التوقعات المأمولة من هذه المشاريع وبين العوائد الفعلية المتحققة على مستوى الكفاءة التشغيلية للمستشفيات (Alzahrani et al., 2022, p. 12). وتتمثل المشكلة الجوهرية التي تتناولها هذه الدراسة في أن تبني التقنيات الرقمية في المستشفيات لا يترجم تلقائياً إلى تحسينات ملموسة في كفاءة العمليات، أو خفض التكاليف، أو تعزيز جودة الرعاية. بل على العكس، يمكن أن يؤدي التنفيذ غير المنضبط لهذه المشاريع إلى زيادة التعقيد التشغيلي، وخلق مخاطر جديدة، وإهدار الموارد، مما يقوض الهدف الأساسي من الرقمنة (Bannai et al., 2021, p. 9).

ينبع الإحساس بوجود هذه المشكلة من ملاحظة التحديات المتكررة التي تواجهها المستشفيات في مدينة الرياض عند تنفيذ مشاريع التحول الرقمي. فعلى سبيل المثال، قد يُطلق مشروع لتطبيق نظام معلومات متكامل بتكلفة باهظة، ولكن بعد التنفيذ، يظل الطاقم الطبي يعتمد على السجلات الورقية بسبب مقاومة التغيير أو صعوبة استخدام النظام، مما يخلق ازدواجية في العمل ويزيد من احتمالية الأخطاء بدلاً من تقليلها. وفي مثال آخر، قد يُنفذ مشروع لمنصة تطبيب عن بعد دون إشراك كافٍ للمرضى في مرحلة التصميم، مما ينتج عنه منصة ذات قابلية استخدام منخفضة ومعدلات تبني متدنية، فتفشل في تحقيق أثرها المرجو على تخفيف الضغط على العيادات الخارجية (Alkhamees, 2023 p. 6). هذه الأمثلة الواقعية تشير إلى أن القصور لا يكمن في التكنولوجيا بحد ذاتها، بل في غياب إطار حوكمة متين يوجه هذه المشاريع منذ نشأتها وحتى تحقيق منافعها، ويضمن مواءمتها مع الاستراتيجية العامة، ويدير مخاطرها، ويقيس أثرها بفعالية.

هذا وتقود العديد من الدراسات والمؤشرات هذا الطرح. فقد سلطت دراسة أجراها (Asatiani et al., 2021, p. 14) الضوء على حالة فشل مشروع أتمتة عمليات روبوتية (RPA) في أحد القطاعات الخدمية، وعزت الفشل بشكل أساسي إلى ضعف الحوكمة، وعدم وضوح المسؤوليات، والفشل في إدارة توقعات أصحاب المصلحة. وعلى الصعيد الصحي تحديداً، أشار تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية إلى أن نجاح استراتيجيات الصحة الإلكترونية الوطنية يعتمد بشكل حاسم على وجود "حوكمة قوية وقيادة واضحة، World Health Organization, 2021, p.23). وفي السياق السعودي، أكد (الغامدي، 2021، ص 95) على أن تطبيق الحوكمة الرقمية يواجه تحديات تتعلق بالثقافة التنظيمية ونقص الوعي بأهميتها، مما يحد من قدرة المستشفيات على جني ثمار التحول الرقمي بالكامل. كما توصل (العنزي، 2022، ص 58) إلى أن هناك

ضعفاً نسبياً في تطبيق بعض ممارسات حوكمة تقنية المعلومات في القطاع الصحي السعودي، خاصة تلك المتعلقة بقياس الأداء وإدارة القيمة، مما يؤثر سلباً على الأداء المؤسسي.

تتجلى الفجوة البحثية التي تسعى هذه الدراسة إلى سدها في ثلاثة جوانب رئيسية. أولاً، على الرغم من تزايد الأدبيات حول أهمية حوكمة تكنولوجيا المعلومات (IT Governance) بشكل عام، إلا أن هناك ندرة في الدراسات التي تركز على حوكمة المشاريع الرقمية (Digital Project Governance) كإطار متخصص ومختلف بطبيعته، حيث إنه لا يتعامل فقط مع البنية التحتية التقنية، بل مع المشاريع التي تهدف إلى إحداث تغيير جذري في نماذج تقديم الخدمة الصحية. ثانياً، معظم الدراسات القائمة تميل إلى تناول العلاقة بين التكنولوجيا والكفاءة بشكل عام، دون تفكيك مفهوم الحوكمة إلى أبعاده المحددة (كالمواءمة الاستراتيجية وإدارة المخاطر، والمساءلة)، وقياس الأثر المستقل لكل بعد من هذه الأبعاد على مؤشرات الكفاءة التشغيلية. ثالثاً، توجد فجوة سياقية واضحة؛ حيث إن غالبية الأبحاث التطبيقية في هذا المجال أجريت في بيئات غربية، وهناك حاجة ماسة لدراسات تجريبية تنطلق من واقع القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية، وتأخذ في اعتبارها خصوصية التحديات والفرص المرتبطة بـ "رؤية 2030".

وبناءً على ذلك، تتجه هذه الدراسة نحو معالجة هذه المشكلة البحثية من خلال بناء واختبار نموذج سببي يربط بين ممارسات الحوكمة الرقمية للمشاريع كمتغير مستقل بأبعاده الخمسة، وبين كفاءة تشغيل المستشفيات كمتغير تابع بأبعاده الأربعة، في سياق مستشفيات مدينة الرياض. ومن خلال ذلك، تسعى الدراسة إلى الإجابة عن التساؤل المحوري: ما هو أثر الحوكمة الرقمية للمشاريع على كفاءة تشغيل المستشفيات؟ وبذلك، فإنها لا تكتفي بتشخيص المشكلة، بل تهدف إلى تقديم إطار عمل تطبيقي يمكن أن يساعد المؤسسات الصحية على تجاوز تحديات التنفيذ، وضمان أن استثماراتها الرقمية الضخمة تترجم إلى تحسينات حقيقية ومستدامة في كفاءة وجودة الرعاية الصحية.

أهمية الدراسة

تتبنق أهمية هذه الدراسة من طبيعة موضوعها الذي يلامس عصب التحول الاستراتيجي في أحد أهم القطاعات الحيوية، وهو قطاع الرعاية الصحية، ويمكن إيجاز جوانب أهميتها في النقاط التالية:

• الأهمية العلمية (النظرية):

1. تُسهم الدراسة في إثراء الأدب النظري المتعلق بحوكمة المشاريع الرقمية، وهو حقل فرعي ناشئ يتطلب المزيد من البحث لتحديد أبعاده وآليات تأثيره، خاصة ضمن سياقات خدمية معقدة كالقطاع الصحي.

2. تقدم الدراسة إطاراً مفاهيمياً متكاملًا يربط بين ممارسات الحوكمة الرقمية للمشاريع ومؤشرات الكفاءة التشغيلية للمستشفيات، مما قد يفتح آفاقاً لنماذج نظرية جديدة في مجال إدارة المشاريع الصحية.
3. تعد هذه الدراسة من أوائل الدراسات في حدود علم الباحث التي تتناول هذا الموضوع بشكل تجريبي في البيئة السعودية، مما يوفر أساساً معرفياً يمكن للباحثين المستقبليين البناء عليه لتوسيع نطاق البحث.
4. من خلال تفكيك متغيري الدراسة إلى أبعاد قابلة للقياس، تساهم الدراسة في تطوير أدوات قياس (مقاييس) يمكن تكييفها واستخدامها في دراسات كمية مشابهة في سياقات مختلفة.

• الأهمية العملية (التطبيقية)

1. تزود نتائج الدراسة صانعي السياسات الصحية ومديري المستشفيات في المملكة بأدلة عملية حول الأبعاد الأكثر تأثيراً في حوكمة المشاريع الرقمية، مما يساعد في توجيه الاستثمارات والجهود نحو الممارسات ذات العائد الأعلى.
2. توفر الدراسة إطاراً تشخيصياً يمكن لإدارات المستشفيات استخدامه لتقييم نضج ممارسات حوكمة المشاريع الرقمية لديها، وتحديد نقاط القوة والضعف التي تتطلب تحسيناً.
3. تقدم توصيات قابلة للتطبيق لمديري المشاريع وفرق العمل في القطاع الصحي حول كيفية تصميم وتنفيذ المشاريع الرقمية بطريقة تضمن تحقيق أهدافها التشغيلية والمالية.
4. تُسهم الدراسة في دعم مستهدفات رؤية 2030 المتعلقة برفع كفاءة الإنفاق الحكومي وتعزيز استدامة النظام الصحي من خلال بيان الآليات التي تضمن تعظيم العائد من الاستثمارات الرقمية الضخمة في القطاع.

• القيمة المضافة (الأصالة والابتكار):

1. تتمثل القيمة المضافة الأولى في الربط المباشر بين مفهومين لم يتم الربط بينهما بشكل تجريبي مكثف من قبل، وهما حوكمة المشاريع الرقمية وكفاءة تشغيل المستشفيات، بدلاً من دراسة كل منهما بمعزل عن الآخر.
2. تتجاوز الدراسة المفهوم العام لـ "حوكمة" تكنولوجيا المعلومات لتركز على "حوكمة المشاريع الرقمية بشكل خاص، مما يوفر رؤية أكثر دقة وتخصصاً تتناسب مع طبيعة المبادرات التحولية في القطاع الصحي.
3. تكمن أصالة الدراسة في تطبيقها ضمن سياق مستشفيات مدينة الرياض، التي تشهد زخماً كبيراً في مشاريع الرقمنة، مما يجعل نتائجها ذات صلة وثيقة وراهنية عالية للواقع السعودي.

4. تقدم الدراسة تحليلاً متعدد الأبعاد، حيث لا تكتفي بقياس الأثر الإجمالي، بل تتعمق في قياس أثر كل بعد من أبعاد الحوكمة على الكفاءة التشغيلية، مما يمنح فهماً أعمق لآليات التأثير.

تساؤلات الدراسة

انطلاقاً من طبيعة المشكلة البحثية وأبعادها تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة عن التساؤل الرئيس التالي:

• **التساؤل الرئيس: ما أثر الحوكمة الرقمية للمشاريع على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض؟**

ويتفرع من هذا التساؤل الرئيس، مجموعة من التساؤلات الفرعية التي تهدف إلى تفكيك أبعاد المشكلة والوصول إلى إجابة شاملة، وهي على النحو التالي:

1. **ما مستوى تطبيق أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع المواءمة الاستراتيجية، إدارة المخاطر الرقمية، قياس الأداء والمساءلة، إشراك أصحاب المصلحة، إدارة (القيمة في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة؟**

2. **ما مستوى كفاءة التشغيل بأبعادها كفاءة العمليات السريرية، كفاءة استخدام الموارد، الأداء المالي، جودة الخدمة وسلامة المرضى في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة؟**

3. **هل توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الحوكمة الرقمية للمشاريع بأبعادها مجتمعة وبين كفاءة تشغيل المستشفيات بأبعادها مجتمعة في مدينة الرياض؟**

4. **هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للحوكمة الرقمية للمشاريع (كمتغير إجمالي) على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض؟**

5. **هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لكل بعد من أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع المواءمة الاستراتيجية، إدارة المخاطر الرقمية، قياس الأداء والمساءلة، إشراك أصحاب المصلحة، إدارة القيمة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض؟**

أهداف الدراسة

بناءً على التساؤلات المطروحة، تُحدد أهداف الدراسة بما يضمن تحقيق الغرض العلمي منها، وذلك من

خلال هدف عام وأهداف فرعية متسقة.

• **الهدف العام:** بيان أثر الحوكمة الرقمية للمشاريع بأبعادها المختلفة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض، وتقديم توصيات عملية لتعزيز هذا الأثر.

ولتحقيق هذا الهدف العام، تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف الفرعية التالية:

1. التعرف على مستوى تطبيق ممارسات الحوكمة الرقمية للمشاريع بأبعادها في المستشفيات محل الدراسة.
2. تشخيص المستوى الحالي لكفاءة التشغيل بأبعادها المختلفة في المستشفيات محل الدراسة.
3. الكشف عن طبيعة وقوة علاقة الارتباط بين الحوكمة الرقمية للمشاريع وكفاءة تشغيل المستشفيات.
4. قياس الأثر الإجمالي للحوكمة الرقمية للمشاريع على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.
5. تحديد الأثر النوعي لكل بعد من أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع على كفاءة تشغيل المستشفيات، بهدف تحديد الأبعاد الأكثر تأثيراً.

فرضيات الدراسة

في ضوء مشكلة الدراسة وأهدافها، ومن أجل الإجابة عن تساؤلاتها المتعلقة بقياس الأثر، تم صياغة الفرضيات التالية بصيغتها الصفرية والبدلية، ليتم اختبارها إحصائياً:

• الفرضية الرئيسية:

- H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للحوكمة الرقمية للمشاريع بأبعادها مجتمعة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.
- H_1 : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) للحوكمة الرقمية للمشاريع بأبعادها مجتمعة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.

• الفرضيات الفرعية (المنبثقة من الفرضية الرئيسية)

- H_{01} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد المواءمة الاستراتيجية على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.
- H_{11} : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد المواءمة الاستراتيجية على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.
- H_{02} : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد إدارة المخاطر الرقمية على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.
- H_{12} : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد إدارة المخاطر الرقمية على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.

- H0₃: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعء قياس الأداء والمساءلة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.
- H1₃ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعء قياس الأداء والمساءلة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.
- H0₄: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعء إشراك أصحاب المصلحة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.
- H1₄ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعء إشراك أصحاب المصلحة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.
- H0₅: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعء إدارة القيمة والمنافع على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.
- H1₅ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعء إدارة القيمة والمنافع على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض.

الدراسات السابقة:

أولاً: دراسات عربية

تناولت العديد من الدراسات الحديثة في البيئة العربية موضوعات الحوكمة والتحول الرقمي والأداء في القطاع الصحي، وفيما يلي عرض لأبرز هذه الدراسات مرتبة من الأحدث إلى الأقدم:

- أجرى الهاشمي (2024) دراسة نوعية في الإمارات العربية المتحدة بعنوان: "حوكمة الذكاء الاصطناعي في قطاع الرعاية الصحية: دراسة استكشافية للتحديات والفرص". هدفت الدراسة إلى استكشاف التحديات الرئيسية والفرص المتعلقة بتطبيق أطر حوكمة فعالة لمشاريع الذكاء الاصطناعي في المستشفيات اعتمد الباحث على المنهج النوعي، مستخدماً أداة المقابلات المعمقة مع (12) من قادة التحول الرقمي وصانعي السياسات الصحية. وأظهرت النتائج أن أبرز تحديات الحوكمة تتمثل في ضمان جودة وشفافية البيانات، وتحديد المسؤولية الأخلاقية والقانونية، وإدارة المخاطر المتعلقة بالتحيز في الخوارزميات، وأوصت الدراسة بضرورة إنشاء لجان حوكمة متخصصة بالذكاء الاصطناعي داخل المؤسسات الصحية.

- وفي المملكة العربية السعودية، قدم البكري والعمرى (2024) دراسة بعنوان: "أثر حوكمة التحول الرقمي على جودة الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية". سعت الدراسة إلى قياس أثر تطبيق مبادئ حوكمة التحول الرقمي (بما في ذلك الحوكمة التقنية وحوكمة البيانات) على جودة الخدمات المقدمة للمستفيدين.

استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، وتم جمع البيانات عبر استبانة إلكترونية وزعت على عينة من (255) من مديري المراكز والكوادر الإدارية في مدينة جدة. وتوصلت النتائج إلى وجود أثر إيجابي وذو دلالة إحصائية لحوكمة التحول الرقمي على أبعاد جودة الخدمة (الاعتمادية، الاستجابة، الملموسية)، وأكدت على أهمية وجود قيادة داعمة كعامل حاسم للنجاح.

• وتناول الشامي (2023) في مصر، دراسة بعنوان : "نموذج مقترح لتحسين الكفاءة التشغيلية للمستشفيات العامة باستخدام تقنيات سلسلة الكتل (Blockchain)". هدفت الدراسة إلى بناء نموذج نظري يوضح كيف يمكن لتكنولوجيا البلوك تشين، عند إدارتها ضمن إطار حوكمة سليم، أن تحسن الكفاءة التشغيلية اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي ومراجعة الأدبيات المكثفة. وخلصت الدراسة إلى أن تطبيق البلوك تشين يمكن أن يعزز الكفاءة بشكل كبير من خلال تأمين السجلات الطبية ، وتبسيط عمليات التأمين الصحي، وتحسين إدارة سلسلة الإمداد الدوائي، لكنها شددت على أن تحقيق هذه المنافع مرهون بوجود حوكمة قوية تضمن التشغيل البيني، وتضع معايير واضحة، وتدير إشراك أصحاب المصلحة.

• تناولت دراسة شحادة (2023) في الأردن، بعنوان : أثر حوكمة " تكنولوجيا المعلومات في تحقيق التميز التشغيلي في المستشفيات الخاصة الأردنية" هدفت الدراسة إلى بيان أثر تطبيق أبعاد حوكمة تكنولوجيا المعلومات (المواءمة الاستراتيجية، تقديم القيمة، إدارة المخاطر، إدارة الموارد، قياس الأداء) على التميز التشغيلي. ولتحقيق ذلك، اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، باستخدام أداة الاستبانة التي وزعت على عينة عشوائية بسيطة مكونة من (196) من المديرين ورؤساء الأقسام في المستشفيات الخاصة. وكشفت النتائج عن وجود أثر إيجابي وذو دلالة إحصائية لأبعاد حوكمة تكنولوجيا المعلومات مجتمعة على تحقيق التميز التشغيلي، كما أظهرت أن بعد المواءمة الاستراتيجية كان الأكثر تأثيراً، تلاه بعد تقديم القيمة.

• وسعت دراسة الربيعي والساعدي (2023) التي أجريت في العراق، بعنوان: "دور الحوكمة الرقمية في تعزيز الأداء الاستراتيجي: دراسة استطلاعية في عدد من المستشفيات الحكومية". استهدفت الدراسة تحديد طبيعة الدور الذي تؤديه الحوكمة الرقمية بأبعادها (الشفافية، المساءلة ، المشاركة سيادة القانون الرقمي) في تعزيز الأداء الاستراتيجي. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات من عينة قصدية بلغت (85) مديراً ورئيس قسم وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباط وتأثير معنوية للحوكمة الرقمية في تعزيز الأداء الاستراتيجي، وأوصت الدراسة بضرورة تبني أطر عمل واضحة للحوكمة الرقمية لضمان توجيه المبادرات الرقمية نحو تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمستشفيات.

ثانياً: دراسات أجنبية

حظي موضوع حوكمة المشاريع الرقمية وتأثيرها على الأداء في القطاع الصحي باهتمام واسع في الأدبيات الأجنبية، حيث ركزت الدراسات على آليات التأثير والتحديات المرتبطة بالتطبيق. وفيما يلي استعراض لأهم هذه الدراسات:

• في دراسة دولية متعددة البلدان، قدم **Weber et al. (2024)**. ورقة بحثية بعنوان: "حوكمة تطبيق الذكاء الاصطناعي في مسارات العمل السريري: إطار عمل للمؤسسات الصحية". كان الهدف هو تطوير وتقديم إطار عمل عملي لمساعدة المستشفيات على حوكمة دمج أدوات الذكاء الاصطناعي في العمليات السريرية اليومية. استخدمت الدراسة منهج البحث التشاركي (Participatory Action Research) بالتعاون مع ثلاثة مستشفيات كبرى في أوروبا. وأسفرت الدراسة عن إطار حوكمة متعدد المستويات يغطي دورة حياة مشروع الذكاء الاصطناعي بأكملها ، بدءاً من التقييم الاستراتيجي واختيار المشروع، مروراً بالتحقق من صحة النموذج وإدارة المخاطر، وانتهاءً بالمراقبة المستمرة بعد التنفيذ لضمان الأمان والفعالية والكفاءة.

• وفي الصين، أجرى **Lit & Chen (204)** دراسة كمية بعنوان: "أثر نضج التحول الرقمي على الأداء التشغيلي للمستشفيات: الدور الوسيط للرشاقة التنظيمية". هدفت الدراسة إلى اختبار العلاقة بين مستوى نضج التحول الرقمي للمستشفيات (والذي يتضمن أبعاد الحوكمة والهيكل والاستراتيجية) وبين مقاييس الأداء التشغيلي (مثل متوسط مدة الإقامة وتكلفة المريض). اعتمدت الدراسة على المنهج الكمي، حيث تم تحليل بيانات مسحية من (312) مستشفى صيني. وكشفت نتائج نمذجة المعادلات البنائية أن النضج الرقمي له تأثير إيجابي كبير على الأداء التشغيلي، وأن هذا التأثير يتوسطه بشكل كبير متغير "الرشاقة التنظيمية"، مما يعني أن الحوكمة الرقمية الفعالة تعزز قدرة المستشفى على التكيف السريع، وهو ما يؤدي بدوره إلى تحسين الكفاءة.

• كما تناولت دراسة **Singh & Gupta (2024)** في الهند، موضوعاً حيويًا بعنوان: "حوكمة الأمن السيبراني في الرعاية الصحية تحليل للعوامل المؤثرة على المرونة التشغيلية". سعت الدراسة إلى تحديد العوامل الرئيسية لحوكمة الأمن السيبراني التي تعزز المرونة التشغيلية للمستشفيات في مواجهة الهجمات الإلكترونية. استخدم الباحثان منهج دلفي (Delphi method) مع لجنة من (25) خبيراً في أمن معلومات الرعاية الصحية، تلاه مسح تأكيد. وأظهرت النتائج أن أهم عوامل الحوكمة هي: التزام مجلس الإدارة، ووجود رئيس تنفيذي لأمن المعلومات (CISO)، وتطبيق أطر عمل قياسية (مثل NIST) ، وإجراء تقييمات

منتظمة للمخاطر، وتدريب الموظفين، وهي عوامل تسهم مجتمعة في تقليل وقت التوقف عن العمل والحفاظ على استمرارية الخدمات، مما يعزز الكفاءة التشغيلية.

• وفي دراسة حديثة أجراها Jallow et al. (2024) في المملكة المتحدة، بعنوان: "حوكمة مشاريع الصحة الرقمية : مراجعة منهجية للعوامل المؤثرة على النجاح". هدفت الدراسة إلى تحديد وتصنيف عوامل الحوكمة الحاسمة التي تؤثر على نجاح مشاريع الصحة الرقمية. اتبع الباحثون منهج المراجعة المنهجية (Systematic Review) من خلال تحليل (58) دراسة منشورة في قواعد بيانات متعددة. وكشفت النتائج أن عوامل الحوكمة الأكثر تكراراً وأهمية لنجاح المشاريع تضمنت القيادة الواضحة والداعمة والمواءمة الاستراتيجية، وإشراك أصحاب المصلحة (خاصة الأطباء)، ووجود هياكل مساءلة محددة، بالإضافة إلى إدارة المنافع.

تعقيب عام على الدراسات السابقة

يكشف استعراض الأدبيات السابقة العربية منها والأجنبية، عن اهتمام علمي متزايد بالتقاطع بين حوكمة التكنولوجيا، والتحول الرقمي، وأداء المؤسسات الصحية. يقدم هذا الرصيد المعرفي أساساً متيناً تنطلق منه الدراسة الحالية، وفي الوقت ذاته، يُبرز فجوات محددة تسعى هذه الدراسة إلى معالجتها. ويمكن تفصيل ذلك على النحو التالي:

• اتساق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة:

تتسق الدراسة الحالية مع التوجه العام في الأدبيات الذي يؤكد على أن الحوكمة لم تعد ترفاً إدارياً، بل أصبحت عنصراً حاسماً لنجاح المبادرات الرقمية في القطاع الصحي. يتضح هذا الاتساق من خلال الإجماع شبه التام في الدراسات السابقة (مثل دراسة Jallow et al., 2024 و Hoxhaj et al 2022، والعنزي، 2022) على وجود علاقة إيجابية بين تطبيق أشكال مختلفة من الحوكمة (حوكمة تكنولوجيا المعلومات حوكمة التحول الرقمي، حوكمة الذكاء الاصطناعي) وبين تحقيق نتائج مرغوبة كالأداء المتميز، أو جودة الخدمة، أو نجاح المشاريع. وبالتالي، فإن الفرضية الرئيسية للدراسة الحالية، التي تفترض وجود أثر إيجابي للحوكمة على الكفاءة، تنطلق من أرضية صلبة وثقتها الأبحاث السابقة.

• جوانب اتفاق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة:

تتفق الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة في عدة جوانب جوهرية. فعلى مستوى المتغيرات، تتفق في تبني أبعاد رئيسية للحوكمة تكرر ظهورها في الأدبيات، مثل "المواءمة الاستراتيجية" التي كانت محوراً في دراسة شحادة (2023)، و "إدارة المخاطر" التي شكلت جوهر دراسة Gupta (Gupta & Singh 2024)،

وإدارة القيمة والمنافع التي برزت في دراسة (Cantele et al., 2023) و "إشراك أصحاب المصلحة" الذي أكدت عليه دراسة الجنابي (2022). كما تتفق مع دراسات مثل آل مساعد (2021) و Li & Chen في التركيز على "الكفاءة التشغيلية" أو "الأداء التشغيلي" كمتغير تابع حيوي يعكس نجاح المؤسسة الصحية. ومن الناحية المنهجية، تتفق الدراسة الحالية غالبية الدراسات الكمية التي تم استعراضها (مثل دراسة الربيعي والساعدي، 2023؛ و. Nuhu et al 2022) في اعتماد المنهج الوصفي التحليلي والاستبانة كأداة لجمع البيانات.

• جوانب اختلاف الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة:

على الرغم من الاتفاق في الخطوط العريضة، تختلف الدراسة الحالية في جوانب دقيقة ومهمة. فمعظم الدراسات السابقة تناولت حوكمة تكنولوجيا المعلومات (IT Governance) أو "الحوكمة الرقمية (Digital Governance)" كمفاهيم واسعة تتعلق بإدارة الأصول والعمليات الرقمية المستمرة. في المقابل، تركز الدراسة الحالية بشكل أكثر تحديداً على حوكمة المشاريع الرقمية (Digital Project Governance)، وهو ما يعالج الطبيعة المؤقتة والتحولية للمشاريع التي تهدف إلى إحداث تغيير، وليس فقط إدارة الوضع القائم. كما أن الدراسات السابقة إما أن تكون نوعية استكشافية (مثل دراسة الغامدي، 2021؛ و Asatiani et al., 2021)، أو تربط الحوكمة بمؤشرات أداء عامة. أما الدراسة الحالية فتسعى لبناء نموذج كمي يربط بين حزمة متكاملة ومحددة من أبعاد الحوكمة وبين مجموعة متعددة من مؤشرات الكفاءة التشغيلية المحددة في القطاع الصحي.

• الفجوة العلمية البحثية

بناءً على ما سبق، تتجلى الفجوة البحثية التي تسعى هذه الدراسة لسدها في ندرة الدراسات التجريبية الكمية التي اختبرت الأثر المتكامل لأبعاد حوكمة المشاريع الرقمية مجتمعة (المواءمة، المخاطر، الأداء، أصحاب المصلحة القيمة على نموذج متعدد الأبعاد للكفاءة التشغيلية للمستشفيات السريرية الموارد المالية الجودة ضمن السياق السعودي تحديداً. فالدراسات السابقة إما تناولت الحوكمة بشكل عام، أو ركزت على بعد واحد منها، أو ربطتها بنتائج غير تشغيلية، أو أجريت في بيئات تختلف في خصائصها وتحدياتها عن قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية الذي يخضع لعملية تحول استراتيجي فريدة في إطار رؤية 2030.

• استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

استفادت الدراسة الحالية بشكل كبير من الأدبيات السابقة؛ فعلى الصعيد النظري، ساهمت دراسات مثل (Schulte et al. (2022) و Kefir & Maar (2021) في بلورة الإطار المفاهيمي للحوكمة الرقمية وتحديد أبعادها. وعلى الصعيد المنهجي، ساعدت المراجعات المنهجية مثل دراسة et al (2024) Jallow و (2022) Hoxha et al. في تحديد المؤشرات والمتغيرات الرئيسية التي يجب قياسها. كما أن الدراسات التطبيقية السابقة (العربية والأجنبية) قدمت أساساً مهماً لتطوير فقرات أداة الدراسة (الاستبانة)، وستشكل نتائجها نقطة مرجعية هامة لمقارنة وتفسير نتائج الدراسة الحالية في فصل المناقشة.

• الجوانب المميزة للدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

تتميز هذه الدراسة بعدة جوانب تمنحها الأصالة والقيمة المضافة . أولاً، تتميز بتركيزها الدقيق على "حوكمة المشاريع الرقمية" بدلاً من المفهوم الأوسع للحوكمة التقنية. ثانياً، تتميز بتكامل نموذجها البحثي الذي يربط خمسة أبعاد محددة للمتغير المستقل بأربعة أبعاد محددة للمتغير التابع، مما يوفر رؤية شمولية وعميقة لآليات التأثير. ثالثاً، تكمن قيمتها في سياقها التطبيقي، حيث تُجرى على مستشفيات مدينة الرياض، وهي القلب النابض للتحويل الصحي في المملكة، مما يجعل نتائجها ذات راهنية وأهمية تطبيقية عالية لصانعي القرار. رابعاً: تسعى الدراسة لقياس "الأثر" بشكل مباشر من خلال اختبار الفرضيات، متجاوزةً وصف الواقع أو استكشاف العلاقات الارتباطية فقط، وهو ما يمثل مستوى أعمق من التحليل العلمي.

المنطلقات النظرية للدراسة:

تمهيد:

يوفر الإطار النظري الأساس المفاهيمي والتحليلي الذي تستند إليه الدراسة في تناول إشكالياتها وتحقيق أهدافها. ويضطلع هذا الجزء بمهمة بناء أرضية نظرية صلبة للدراسة من خلال تحليل مفاهيمها الأساسية وأبعادها، واستعراض العلاقة التكاملية بين متغيراتها ، وتوضيح سياقها التطبيقي.

أولاً: حوكمة المشاريع الرقمية:

تعد الحوكمة بمفهومها الواسع إحدى الركائز الأساسية لنجاح واستدامة أي مؤسسة في العصر الحديث. ومع تسارع وتيرة التحويل الرقمي، لم تعد الحوكمة تقتصر على الهياكل التنظيمية التقليدية، بل امتدت لتشمل البيئة الرقمية بكل تعقيداتها ، وخاصة المشاريع التي تُعد القاطرة التنفيذية لهذا التحويل. يتناول هذا المبحث المتغير

المستقل للدراسة حوكمة" المشاريع الرقمية من خلال تفكيك مفهومه، وتحديد خصائصه، واستعراض أبعاده الرئيسية.

لم يظهر مفهوم حوكمة المشاريع الرقمية من فراغ، بل هو نتاج تطور طبيعي لمفهوم "حوكمة المشاريع (Project Governance)" الذي تبلور استجابة لارتفاع معدلات فشل المشاريع وتعثرها. ففي البداية، كان التركيز منصّباً على "إدارة المشروع (Project Management)" كعملية تنفيذية تهتم بالمثلث الحديدي (الوقت التكلفة النطاق) إلا أن التجربة أثبتت أن نجاح المشروع يتجاوز هذه القيود الثلاثة ليرتبط بمدى تحقيقه للقيمة الاستراتيجية للمؤسسة، وهو ما لا يمكن ضمانه إلا من خلال إطار حوكمة يوفر التوجيه والرقابة وصناعة القرار على مستوى أعلى من مدير المشروع. (Martins et al., 2020, p. 2)

ومع بزوغ العصر الرقمي، انتقل مفهوم الحوكمة إلى مرحلة جديدة، حيث ظهر مصطلح "حوكمة تكنولوجيا المعلومات (IT Governance)" كإطار يهدف إلى ضمان أن استثمارات تكنولوجيا المعلومات تدعم أهداف العمل. ولكن سرعان ما تبين أن التحول الرقمي لا يقتصر على تطبيق التكنولوجيا، بل يشمل تغييرات جذرية في نماذج العمل وثقافة المؤسسة، وتُنفذ هذه التغييرات عبر مشاريع رقمية ذات طبيعة مختلفة، تتميز بالغموض العالي والسرعة والترابط الشديد مع استراتيجية المؤسسة (Tura al., 2020). من هنا، برزت الحاجة إلى مفهوم أكثر تخصصاً وديناميكية، وهو "حوكمة المشاريع الرقمية"، الذي لا يركز فقط على حوكمة الأصول التقنية، بل على حوكمة "مبادرات التغيير" الرقمية نفسها لضمان تحقيقها للقيمة المنشودة (الغامدي، 2021، ص 70).

يمكن تعريف **حوكمة المشاريع الرقمية (Digital Project Governance)** بأنها "الإطار الشامل الذي يتضمن الهياكل، والعمليات ومعايير اتخاذ القرار، والمساءلة والذي تستخدمه المؤسسة التوجيه والتحكم في محفظة مشاريعها الرقمية بهدف ضمان مواءمتها الاستراتيجية، وتحقيق القيمة المرجوة منها، وإدارة مخاطرها بفعالية (Schulte et al., 2002، p. 119). وتتميز حوكمة المشاريع الرقمية عن نظيرتها التقليدية بتركيزها على المرونة والرشاقة (Agility)، وقدرتها على التعامل مع المتغيرات السريعة، وتركيزها الشديد على القيمة المستدامة بدلاً من مجرد تسليم المخرجات في الوقت المحدد.

وتكتسب حوكمة المشاريع الرقمية أهمية قصوى في قطاع الرعاية الصحية، نظراً لحساسية البيانات التي يتم التعامل معها، والتكلفة الباهظة للمشاريع، والتأثير المباشر على سلامة المرضى وجودة الرعاية. إن غياب إطار حوكمة فعال قد يؤدي إلى فشل مشاريع حيوية كنظام السجلات الصحية الإلكترونية، ليس بسبب تقني، بل بسبب ضعف إدارة التغيير، أو عدم إشراك الأطباء بفعالية، أو الفشل في إدارة مخاطر الأمن السيبراني

Jallow et al., 2024, (p. 3). لذا، يعد وجود حوكمة ناضجة للمشاريع الرقمية في المستشفيات شرطاً أساسياً لترجمة الاستثمارات الضخمة في التكنولوجيا إلى تحسينات ملموسة في الكفاءة التشغيلية وسلامة المرضى.

ثانياً: كفاءة تشغيل المستشفيات:

تُعد كفاءة التشغيل مطلباً استراتيجياً وحيوياً للمؤسسات الصحية في جميع أنحاء العالم، فهي لا تمثل هدفاً مالياً فحسب، بل هي مؤشر مباشر على قدرة النظام الصحي على تقديم أفضل رعاية ممكنة باستخدام الموارد المتاحة والمحدودة غالباً في سياق التحول الرقمي، أصبحت كفاءة التشغيل هي المحك الرئيسي الذي يُقاس به نجاح الاستثمارات التكنولوجية. يتناول هذا المبحث المتغير التابع للدراسة، "كفاءة تشغيل المستشفيات"، من خلال استعراض ماهيته، وأهميته، وطرق قياسه، وأبعاده المختلفة.

تعرف الكفاءة (Efficiency) في أدبيات الإدارة والاقتصاد بأنها العلاقة بين المدخلات (Inputs) والمخرجات (Outputs). وفي القطاع الصحي، يُترجم هذا المفهوم إلى قدرة المستشفى على تحقيق أقصى مستوى من المخرجات الصحية (مثل عدد المرضى المعالجين، أو الخدمات المقدمة) باستخدام الحد الأدنى من المدخلات مثل الموارد المالية، عدد الأسرة، الطاقم الطبي، الأجهزة (Al. Hanawi et al., 2020, p.2. من المهم التمييز بين الكفاءة والفعالية (Effectiveness)؛ فبينما تُعنى الكفاءة بـ "فعل الأشياء بالطريقة الصحيحة" (Doing things right) أي بأقل هدر ممكن، تُعنى الفعالية بـ "فعل الأشياء الصحيحة (Doing the right things)" أي تحقيق الأهداف المرجوة مثل تحسين صحة السكان (Adil, 2021, p. 455). ولا يمكن تحقيق نظام صحي مستدام دون تحقيق كلا المفهومين معاً، حيث إن الكفاءة التشغيلية هي التي توفر الموارد اللازمة لتحقيق الفعالية السريرية. وتكتسب كفاءة التشغيل أهمية بالغة في ظل الضغوط المتزايدة على الأنظمة الصحية، بما في ذلك ارتفاع تكاليف التقنيات الطبية، وتزايد الأمراض المزمنة، وارتفاع توقعات المرضى. إن تحقيق الكفاءة يعني تقليل قوائم الانتظار، وتحسين استخدام غرف العمليات والأجهزة التشخيصية باهظة الثمن، وتقليل متوسط مدة إقامة المريض، وخفض التكاليف الإدارية، وكلها عوامل تساهم في تحرير الموارد لإعادة استثمارها في تحسين جودة الرعاية وتوسيع نطاق الخدمات (Hoxhaj et al., 2022, p. 3).

يُعد التحول الرقمي أحد أهم الروافع الاستراتيجية المتاحة للمستشفيات لتحقيق قفزات نوعية في كفاءتها التشغيلية. فالمشاريع الرقمية، عند تنفيذها وحوكمتها بشكل صحيح، يمكن أن تؤثر بشكل إيجابي على مختلف جوانب عمل المستشفى. على سبيل المثال، يمكن لنظام السجلات الصحية الإلكترونية (EHR) أن

يقلل من الوقت الضائع في البحث عن الملفات الورقية، ويخفض من الأخطاء الناتجة عن عدم وضوح الخط، ويسرع من عملية اتخاذ القرار السريري (Bannai et al., 8 .p. 8). كما يمكن لأنظمة إدارة الموارد المؤسسية (ERP) أن تحسن من كفاءة إدارة المخزون الدوائي وسلسلة الإمداد ، مما يقلل من الهدر والتكاليف. وبالمثل، تساهم منصات التطبيب عن بعد في تخفيف الضغط على العيادات الخارجية واستغلال وقت الأطباء بشكل أكثر كفاءة. إلا أن هذه الفوائد ليست تلقائية، وتظل مرهونة، كما أوضحت هذه الدراسة، بوجود إطار حوكمة قوي يضمن أن هذه المشاريع تحقق أهدافها المرجوة.

طريقة الدراسة وإجراءاتها

أولاً : منهج الدراسة:

ستعتمد الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive Analytical Method). سيهدف هذا المنهج إلى وصف وتحليل الظواهر والمتغيرات كما هي قائمة في الواقع، وهي الحوكمة الرقمية للمشاريع وكفاءة تشغيل المستشفيات في الرياض سيتم جمع البيانات المتعلقة بهذه المتغيرات وتحليلها كمياً لاستكشاف العلاقة بينهما وتحديد أثر الحوكمة الرقمية للمشاريع في رفع كفاءة تشغيل المستشفيات.

ثانياً: مجتمع الدراسة وعينتها:

مجتمع الدراسة:

سيتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المستويات الإدارية والإشرافية والفنية ذات العلاقة بإدارة المشاريع والعمليات التشغيلية في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية. سيتم تحديد قائمة بالمستشفيات المستهدفة بالتعاون مع الجهات الصحية المختصة لضمان الشمولية والتغطية المناسبة.

عينة الدراسة:

سيتم اختيار عينة طبقية عشوائية من مجتمع الدراسة. سيتم تقسيم مجتمع الدراسة إلى طبقات (مثل المستشفيات الحكومية والخاصة، أو حسب الأقسام ذات الصلة بإدارة المشاريع الإدارية التشغيلية تقنية المعلومات، الجودة). بعد ذلك، سيتم سحب عينة عشوائية بسيطة من كل طبقة. سيتم تحديد حجم العينة المناسب بناءً على معادلات إحصائية معتمدة لضمان التمثيلية الإحصائية لنتائج الدراسة، مع الأخذ في الاعتبار عدد أفراد المجتمع الكلي وطبيعة المتغيرات.

ثالثاً: أداة الدراسة:

ستكون الأداة الرئيسية لجمع البيانات هي الاستبانة (Questionnaire). سيتم تصميم الاستبانة بناءً على الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة، وستتكون من محاور رئيسية تقيس أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع (مثل الشفافية المساءلة، إدارة المخاطر الامتثال التكامل التقني) وأبعاد كفاءة تشغيل المستشفيات (مثل جودة الخدمة، كفاءة التكلفة، كفاءة الموارد سرعة الاستجابة، رضا المرضى). سيتم استخدام مقياس ليكرت الخماسي Like Scale لتحديد مدى موافقة المبحوثين على العبارات.

التحقق من صدق وثبات الأداة:

1. الصدق (Validity):

- **الصدق الظاهري (Face validity)** سيتم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين المتخصصين من أساتذة الجامعات والخبراء في مجال إدارة المشاريع الحوكمة الرقمية، إدارة المستشفيات وتقنية المعلومات الصحية، وذلك لإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول وضوح العبارات ملاءمتها لقياس المتغيرات وشموليتها، وصياغتها اللغوية سيتم الأخذ بتوصياتهم لإجراء التعديلات اللازمة.
- **صدق المحتوى (Content Validity)** سيتم التأكد من أن عبارات الاستبانة تغطي كافة أبعاد المتغيرات التي تسعى الدراسة لقياسها، وذلك بناءً على المراجعة الشاملة للأدبيات والدراسات السابقة.
- **صدق الاتساق الداخلي (Internal Consistency Validity):** سيتم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وبين درجة كل محور والدرجة الكلية للاستبانة، وذلك للتأكد من اتساق الأداة داخلياً وقدرتها على قياس ما وضعت لقياسه.

2. الثبات (Reliability):

سيتم قياس ثبات الاستبانة باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha). سيتم تطبيق الاستبانة على عينة استطلاعية (Pilot Study) من خارج عينة الدراسة الرئيسية، ثم سيتم حساب معامل ألفا كرونباخ لكل محور على حدة وللأداة ككل. سيتم اعتبار الأداة ثابتة إذا كانت قيم المعاملات مقبولة إحصائياً (عادةً ما تكون 0.70 فما فوق).

رابعاً: إجراءات الدراسة

ستتبع الدراسة الإجراءات التالية:

1. جمع البيانات:

- بعد التأكد من صدق وثبات الاستبانة، سيتم الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة من وزارة الصحة والجهات ذات العلاقة بالمستشفيات المستهدفة في الرياض لتسهيل عملية جمع البيانات.
- سيتم توزيع الاستبانات إلكترونياً أو ورقياً على أفراد عينة الدراسة، مع تقديم شرح وافٍ لأهداف الدراسة وضمان سرية المعلومات والمشاركة الطوعية.
- سيتم متابعة عملية جمع البيانات بانتظام لضمان أعلى معدل استجابة ممكن. سيتم فرز الاستبانات المستلمة واستبعاد غير المكتملة أو غير الصالحة للتحليل.

2. التحليل:

- سيتم ترميز البيانات المدخلة في برامج إحصائية متخصصة، مثل حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).
- سيتم إجراء التحليلات الإحصائية اللازمة للإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها.

3. التفسير:

- سيتم تفسير النتائج الإحصائية في ضوء الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة.
- سيتم مناقشة دلالات النتائج واستخلاص الاستنتاجات التي تجيب عن تساؤلات الدراسة وتختبر فرضياتها، وتقديم التوصيات بناءً على هذه الاستنتاجات.

خامساً: الأساليب الإحصائية التي ستستخدمها الدراسة

سيتم استخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لإجراء التحليلات الإحصائية التالية:

1. التحليل الوصفي (Descriptive Analysis):

- سيتم استخدام التكرارات النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لوصف خصائص عينة الدراسة، وتحديد مستوى الحوكمة الرقمية للمشاريع ومستوى كفاءة تشغيل المستشفيات.

2. التحليل الاستدلالي (Inferential Analysis):

- اختبار الفرضيات وتحديد العلاقات والتأثيرات، سيتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:
- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient): لتحديد طبيعة وقوة العلاقة بين أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع وكفاءة تشغيل المستشفيات.
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression Analysis): لتحديد الأثر (الدور) النسبي للحوكمة الرقمية للمشاريع بأبعادها المختلفة على كفاءة تشغيل المستشفيات.
- اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One-Way ANOVA) أو اختبار "ت" (t-test) حسب الحاجة لمقارنة المتوسطات بين المجموعات المختلفة (إن وجدت) وتحديد الفروق ذات الدلالة الإحصائية.

حدود الدراسة

ستلتزم هذه الدراسة بمجموعة من الحدود لضمان تركيزها وواقعيتها، على النحو الآتي:

1. الحدود الموضوعية (العلمية):

ستقتصر هذه الدراسة على بحث العلاقة بين متغيرين رئيسيين: الحوكمة الرقمية للمشاريع كمتغير مستقل، وكفاءة تشغيل المستشفيات كمتغير تابع سيتم قياس الحوكمة الرقمية للمشاريع من خلال أبعادها الرئيسية (مثل الشفافية، المساءلة، إدارة المخاطر، الامتثال، والتكامل التقني للمشاريع). بينما سيتم قياس كفاءة تشغيل المستشفيات من خلال أبعادها المحددة (مثل جودة الخدمة، كفاءة التكلفة، كفاءة الموارد سرعة الاستجابة، ورضا المرضى). هذا التركيز على هذه المتغيرات وأبعادها يهدف إلى تحقيق العمق في التحليل والوصول إلى فهم واضح ومحدد للعلاقة بينهما في السياق المختار.

2. الحدود المكانية:

ستقتصر الدراسة على النطاق الجغرافي للمستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية. بناءً على ذلك، فإن النتائج والتوصيات التي ستتوصل إليها هذه الدراسة ستطبق بشكل مباشر على هذه المستشفيات، وقد تحتاج إلى دراسات إضافية لتعميمها على مستشفيات في مدن أخرى أو مناطق جغرافية مختلفة، أو حتى على قطاعات صحية غير مستشفيات.

3. الحدود البشرية:

ستشمل الدراسة الكادر الإداري والإشرافي والفني العامل في الإدارات ذات الصلة بإدارة المشاريع والعمليات التشغيلية وتقنية المعلومات والجودة داخل المستشفيات المستهدفة بمدينة الرياض. لن تتطرق الدراسة إلى شرائح أخرى قد تكون موجودة في هذه المستشفيات أو مرتبطة بها بشكل غير مباشر، مثل المتعاقدين الخارجيين غير الموظفين بشكل مباشر في الأقسام المذكورة أو المراجعين والمرضى. يهدف هذا التركيز إلى فهم أثر الحوكمة الرقمية للمشاريع على الموظفين الذين يشاركون بشكل مباشر في إدارة وتنفيذ المشاريع وتشغيل المستشفيات.

4. الحدود الزمنية

سيتم تطبيق الدراسة ميدانيا خلال النصف الثاني من عام 2025م هذا يعني أن البيانات التي سيتم جمعها ستعكس آراء وإدراكات الباحثين خلال هذه الفترة الزمنية المحددة. وبالتالي، فإن النتائج ستعبر عن الوضع الراهن وقت جمع البيانات، وقد تتغير هذه الإدراكات والعمليات مع مرور الوقت أو بتغير الظروف التنظيمية، التقنية، أو السياسات الصحية.

الإطار النظري

- مدخل الى الحوكمة الرقمية في المستشفيات
- مدخل الى كفاءة تشغيل المستشفيات
- مدخل الى العلاقة بين الحوكمة الرقمية وكفاءة تشغيل المستشفيات

مدخل الى الحوكمة الرقمية في المستشفيات

مفهوم الحوكمة الرقمية

الحوكمة الرقمية هي إطار استراتيجي تنظيمي وتقني يُحدّد كيفية إدارة المنظمات، خصوصًا الحكومية، لمواردها الرقمية من بيانات وبنى تحتية وأنظمة تقنية، بهدف تحقيق أهدافها بشكل فعال وآمن وشفاف (الشريف والعوفي، 2022، ص. 80).

الحوكمة الرقمية هي منظومة من المبادئ والسياسات والإجراءات التنظيمية التي تُستخدم لإدارة وتوجيه عمليات التحول الرقمي داخل المؤسسات، وذلك بهدف ضمان الاستخدام الفعال والأخلاقي للتقنيات الرقمية، وتحقيق الشفافية، والمساءلة، والمشاركة، وحماية البيانات، بما يُسهم في تحسين الأداء المؤسسي وتحقيق التنمية المستدامة (الزهراني، 2020، ص. 160).

الحوكمة الرقمية هي الاستخدام الاستراتيجي للتكنولوجيا لتعزيز مؤسسات الدولة، وزيادة الشفافية، وتحسين تقديم الخدمات العامة (الخالدي، 2019، ص. 210).

هي آلية لإدارة التحول الرقمي على مستوى المؤسسات أو الحكومات، تضمن الشفافية والعدالة والمساءلة في التعاملات الرقمية (العتيبي، 2021، ص. 95).

الحوكمة الرقمية هي الإطار الذي تُمارس من خلاله السلطة والسيطرة على الموارد الرقمية في المنظمة، لضمان اتساق السياسات الرقمية مع الأهداف الاستراتيجية، وتطبيق آليات رقابية فعالة تحقق التكامل بين التقنية والإدارة (العسيري، 2020، ص. 140).

الحوكمة الرقمية هي الإطار المتكامل الذي يضبط ويقود استخدام التكنولوجيا الرقمية داخل المؤسسات وفق مبادئ الشفافية والمساءلة والمشاركة، بهدف تعزيز الكفاءة وضمان الاستخدام الآمن والمسؤول للبيانات والأنظمة الرقمية (وزارة الصحة السعودية، 2021، ص. 22).

أهمية الحوكمة الرقمية

في العصر الرقمي المتسارع الذي نعيشه اليوم، أصبحت الحوكمة الرقمية ضرورة استراتيجية لأي مؤسسة تطمح إلى تحقيق الكفاءة، الشفافية، والاستدامة في الأداء. وتكمن أهمية الحوكمة الرقمية في قدرتها على تنظيم العلاقة بين التقنية والقرارات المؤسسية، وتوجيه عملية التحول الرقمي نحو أهداف واضحة، بما يضمن الاستخدام الأمثل للموارد الرقمية وتحقيق القيمة المضافة من خلال التقنية (الشريف والعوفي، 2022، ص. 80).

أولاً: تعزيز الشفافية والمساءلة في اتخاذ القرار

من أبرز الأبعاد التي تؤكد على أهمية الحوكمة الرقمية هو دورها الفاعل في تعزيز الشفافية داخل المؤسسة، وذلك من خلال توثيق كافة الإجراءات والقرارات بشكل إلكتروني، ما يُمكن الجهات الرقابية من تتبع العمليات

والتحقق من الالتزام باللوائح. كما تسهم الحوكمة الرقمية في تحقيق المساءلة الفورية من خلال تحديد المسؤوليات والأدوار لكل مستخدم داخل النظام الرقمي، وهو ما يحد من فرص الفساد الإداري ويضمن اتخاذ قرارات مستنيرة تستند إلى بيانات دقيقة ومحدثة (العتيبي، 2021، ص. 95).

ثانيًا: رفع كفاءة الأداء التشغيلي وتوفير الوقت والتكلفة

تسهم الحوكمة الرقمية في رفع كفاءة التشغيل الداخلي للمؤسسات، لا سيما في بيئات معقدة كالمستشفيات، من خلال توظيف أدوات التحليل الذكي والأنظمة المتكاملة التي تقلل من التكرار والازدواجية، وتسرع من وتيرة تقديم الخدمات. وبهذا، فإن الحوكمة الرقمية تتيح للمؤسسات توفير الوقت والجهد والتكاليف التشغيلية، من خلال تقليل الاعتماد على الورقيات وتقليص الأخطاء البشرية، وتحسين توزيع الموارد (الخالدي، 2019، ص. 210).

ثالثًا: دعم استمرارية العمل وجودة الخدمة

تُعد استمرارية الأعمال والجودة عنصرين أساسيين في بيئة الرعاية الصحية، وتبرز الحوكمة الرقمية كأداة فعالة لتحقيق هذين الهدفين. فمن خلال أنظمة النسخ الاحتياطي وحفظ البيانات، وضمان تدفق المعلومات بين الأقسام المختلفة، يمكن للمستشفيات ضمان استمرارية العمل حتى في حالات الطوارئ أو الأعطال التقنية. كما تُسهم الحوكمة الرقمية في تحسين جودة الخدمة المقدمة للمرضى عبر ربط المعلومات الطبية والإدارية في نظام موحد يسهل الوصول إليه من قبل مقدمي الرعاية (العسيري، 2020، ص. 140).

رابعًا: توجيه الاستثمار التقني نحو الأولويات المؤسسية

من بين أهم مخرجات الحوكمة الرقمية أنها تساعد صناع القرار على توجيه الموارد التقنية والمالية نحو المبادرات الأكثر أهمية وتأثيرًا، وذلك من خلال أدوات قياس العائد على الاستثمار الرقمي وتحليل الأداء. فبدلاً من الإنفاق العشوائي على حلول تكنولوجية متفرقة، تتيح الحوكمة الرقمية وضع خارطة طريق رقمية واضحة، تربط بين الأهداف التشغيلية والإنفاق التقني، مما يُفضي إلى تحقيق التوازن بين الكفاءة والتكلفة (الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، 2022، ص. 35).

خامسًا: ضمان التوافق مع الأطر التشريعية والسياسات الوطنية

مع ازدياد عدد اللوائح المرتبطة بأمن المعلومات، وحقوق المرضى، والحوكمة المؤسسية، تبرز أهمية الحوكمة الرقمية في مساعدة المؤسسات على الالتزام بهذه التشريعات. فهي توفر قواعد واضحة لإدارة البيانات، وتطبيق إجراءات الخصوصية، وتدقيق العمليات إلكترونياً، بما يتوافق مع المعايير الوطنية والدولية. وداخل المملكة العربية السعودية، تواءم الحوكمة الرقمية مع متطلبات هيئة الحكومة الرقمية والهيئة الوطنية للأمن السيبراني، مما يجعلها أداة تنظيمية داعمة للتوافق القانوني (العسيري، 2020، ص. 140).

سادساً: تحسين تجربة المستخدم الداخلي والخارجي

تُسهّم الحوكمة الرقمية في تحسين تجربة العاملين داخل المؤسسة من خلال تقديم أدوات تسهل أداء المهام اليومية، وتُعزز من بيئة العمل الرقمية. وفي المقابل، فهي ترفع من جودة تجربة المستخدم الخارجي - مثل المرضى في المستشفيات - حيث يحصلون على خدمات أسرع، ودقة أعلى في التشخيص، وإجراءات إلكترونية سهلة تقلل من الانتظار والروتين. وبهذا تتحول المؤسسات إلى كيانات أكثر قرباً للمستفيد، وأكثر تفاعلاً مع احتياجاته (الشريف والعوفي، 2022، ص. 80).

سابعاً: تعزيز التكامل المؤسسي والتواصل الداخلي

تعمل الحوكمة الرقمية على ربط الأقسام والوحدات المختلفة داخل المؤسسة عبر نظام معلوماتي موحد، مما يقلل من العزلة التنظيمية ويعزز التكامل بين الوظائف المختلفة (الزهراني، 2020، ص. 160). هذا التكامل الرقمي يسهّل تبادل البيانات ويُسرّع اتخاذ القرار، ويجعل من المستشفيات - كمثال تطبيقي - مؤسسات أكثر قدرة على الاستجابة للمتغيرات الصحية والاحتياجات المتجددة للمرضى والمجتمع.

ثامناً: التمهيد للابتكار المؤسسي والتحول الذكي

من خلال توفير بنية رقمية مرنة، تمهد الحوكمة الرقمية الطريق نحو تبني تقنيات المستقبل مثل الذكاء الاصطناعي، وإنترنت الأشياء، والروبوتات الذكية، ضمن بيئة مؤسسية منظمة ومحكومة. فهي لا تقتصر على إدارة التكنولوجيا الحالية، بل تخلق بيئة ابتكارية تُمكن المؤسسة من التكيف مع التطورات المتسارعة، وتوظيفها في تحسين الخدمات، وتطوير المنتجات، وتحقيق الريادة في القطاع الصحي أو غيره (العنبي، 2021، ص. 95).

الخلاصة

تتجلى أهمية الحوكمة الرقمية في كونها أداة استراتيجية متكاملة تساعد المؤسسات على تحقيق أهدافها التشغيلية والتنظيمية بكفاءة وشفافية. فهي ليست فقط وسيلة تقنية، بل إطار إداري حديث يُعيد تشكيل طريقة إدارة الموارد واتخاذ القرار، ويُسهّم في بناء مؤسسات أكثر مرونة، وأكثر قدرة على التكيف مع التحولات المستقبلية. وفي بيئة المستشفيات خاصة، تصبح الحوكمة الرقمية مساراً ضرورياً لرفع جودة الرعاية، وضمان استدامة الأداء، وتحقيق التكامل بين الإنسان والتقنية في خدمة الصحة العامة.

الأبعاد الرئيسية للحوكمة الرقمية

تُعد الحوكمة الرقمية إطاراً إدارياً وتقنياً متكاملًا، لا يُختزل في استخدام الأدوات التكنولوجية فحسب، بل يمتد ليشمل مجموعة من الأبعاد الجوهرية التي تضمن نجاح التحول الرقمي واستدامته، وتعزيز أثره المؤسسي

والاجتماعي. ومن أبرز هذه الأبعاد: المواءمة الاستراتيجية، إدارة المخاطر الرقمية، قياس الأداء والمساءلة، إشراك أصحاب المصلحة، وإدارة القيمة. وتفصيلها كما يلي (السبيعي، 2018، ص. 109):

1. المواءمة الاستراتيجية (Strategic Alignment)

يُعد بُعد المواءمة الاستراتيجية من الركائز الأساسية للحوكمة الرقمية، حيث يتمحور حول توجيه المبادرات والمشاريع الرقمية لخدمة الأهداف الاستراتيجية العليا للمؤسسة، بحيث لا تعمل الأنظمة أو الحلول الرقمية بمعزل عن التوجه العام للمؤسسة أو القطاع. إن نجاح أي مشروع رقمي لا يُقاس فقط بمدى تطبيقه التكنولوجي، بل بمدى ارتباطه المباشر بخطة المؤسسة ورؤيتها (الشريف والعوفي، 2022، ص. 80).

فعلى سبيل المثال، إذا كانت إحدى المستشفيات تهدف إلى تحسين تجربة المريض، فإن الأنظمة الرقمية المستخدمة يجب أن تصب في هذا الهدف، مثل تطوير تطبيقات حجز المواعيد أو تقديم الاستشارات عن بعد. وتتحقق هذه المواءمة من خلال وجود قيادة رقمية واعية، وخطط عمل تكنولوجية منبثقة من الخطط العامة للمؤسسة، ومنهجية متابعة دقيقة تضمن الاتساق بين مختلف المشاريع الرقمية والاستراتيجية الكلية (الغامدي، 2021، ص. 60).

2. إدارة المخاطر الرقمية (Digital Risk Management)

تُعد المخاطر الرقمية أحد أهم التحديات التي تواجه المؤسسات في عصر التحول الرقمي. وعليه، فإن الحوكمة الرقمية تتطلب وجود نظام مؤسسي يعترف بالمخاطر التكنولوجية ويديرها بفعالية. وتشمل هذه المخاطر: الاختراقات الأمنية، فقدان البيانات، الأعطال التقنية، الاعتماد الزائد على التكنولوجيا، ومشكلات الخصوصية. تكمن أهمية هذا البعد في أن الفشل في إدارته قد يُفضي إلى خسائر مالية جسيمة، أو انتهاك للثقة العامة، خاصة في المؤسسات الصحية حيث تمثل بيانات المرضى أحد أكثر أنواع البيانات حساسية. لذا فإن الحوكمة الرقمية تضع إدارة المخاطر كعنصر محوري، يشمل تحليل مسبق للمخاطر، تصميم خطط استجابة للطوارئ، التأمين على البيانات، والتدقيق الدوري على الأنظمة الرقمية (الخالدي، 2019، ص. 210).

3. قياس الأداء والمساءلة (Performance Measurement & Accountability)

لا يمكن الحديث عن حوكمة رقمية فعالة دون وجود آليات دقيقة لقياس الأداء وتحقيق المساءلة. فهذا البعد يعكس مدى نجاح أو فشل المبادرات الرقمية من خلال مؤشرات كمية ونوعية، ويُمكن الإدارة من اتخاذ قرارات مبنية على الأدلة لا على الحدس أو التقديرات الشخصية (العسيري، 2020، ص. 140).

تتجلى المساءلة الرقمية في وضوح الأدوار والمهام المرتبطة بالأنظمة التقنية، بحيث يكون لكل قرار أو نشاط رقمي "بصمة رقمية" توضح من قام به ومتى وكيف. كما تُستخدم أدوات القياس الرقمية مثل لوحات التحكم

الرقمية (Dashboards) وتقارير الأداء الإلكتروني لتقييم الفعالية والسرعة والجودة، سواء على مستوى الخدمات المقدمة أو كفاءة الموظفين أو رضا المستفيدين (الحربي، 2022، ص. 100).
في السياق الصحي، يمكن قياس متوسط زمن الانتظار، أو معدلات رضا المرضى عن الخدمات الإلكترونية، أو تقييم فعالية الأنظمة في تقليل الأخطاء الطبية.

4. إشراك أصحاب المصلحة (Stakeholder Engagement)

يُعتبر هذا البعد من الأبعاد التي تُضفي طابعاً تشاركياً على الحوكمة الرقمية، حيث لم تعد المؤسسات تتخذ قراراتها الرقمية بشكل منعزل، بل أصبح من الضروري إشراك أصحاب العلاقة أو المتأثرين بالتحول الرقمي في مختلف المراحل، من التخطيط إلى التنفيذ ثم التقييم (آل رشيد، 2020، ص. 130).
يشمل أصحاب المصلحة كل من: الموظفين، المستفيدين، الموردين، المجتمع، الشركاء، وحتى الجهات الرقابية. ويتيح هذا التفاعل تبادل الأفكار، وتحديد التحديات باكراً، وضمان أن الأنظمة الرقمية تُصمم بما يلبي الاحتياجات الحقيقية على أرض الواقع (العتيبي، 2021، ص. 95).

في المستشفيات مثلاً، فإن إشراك الأطباء والمرضى والممرضين في تصميم النظام الإلكتروني للملفات الصحية يزيد من فاعلية استخدامه ورضا المستخدمين عنه، ويقلل من المقاومة المؤسسية.

5. إدارة القيمة (Value Management / Value Delivery)

يركز هذا البعد على تحقيق العائد المؤسسي والمجتمعي من الاستثمارات الرقمية. فالمؤسسات لا تُطبق التحول الرقمي لمجرد مواكبة العصر، بل بهدف توليد قيمة ملموسة، سواء كانت مالية، تشغيلية، أو خدمية. إدارة القيمة تُعنى بقياس ما إذا كانت المشاريع الرقمية قد حققت الأهداف المرجوة، وما إذا كان العائد منها يُبرر التكلفة والجهد المبذول (الزهراني، 2020، ص. 160).

تُترجم القيمة هنا إلى: تحسين جودة الخدمة، تسريع الإجراءات، تقليل الأخطاء، تخفيض التكاليف، وزيادة رضا المستفيدين. ويتم ذلك من خلال أدوات التقييم الدوري، تحليل التكلفة مقابل العائد، والاستفادة من التغذية الراجعة للمستخدمين.

في القطاع الصحي، تظهر القيمة مثلاً عند استخدام نظام ذكاء صناعي لتقليل الأخطاء في وصف الأدوية أو التنبؤ باحتياجات المرضى، مما يُقلل من المضاعفات ويرفع من كفاءة المستشفى (الحربي، 2022، ص. 100).

6. المساءلة الرقمية (Digital Accountability)

المساءلة الرقمية هي العمود الفقري لأي نظام حوكمة، وهي ما يُميز التحول الرقمي الخاضع للرقابة عن غيره. يُقصد بها تحديد المسؤوليات والصلاحيات الرقمية بشكل واضح، وربط كل إجراء تقني بمصدره البشري أو البرمجي، بما يُسهم في الرقابة والمحاسبة.

يتطلب هذا البعد إنشاء بنية تقنية تُسجل وتوثق جميع المعاملات، من الدخول إلى النظام، إلى العمليات التي أُجريت، وتحديد من المسؤول عن كل عملية. وهذا يُسهم في خلق بيئة رقمية شفافة، آمنة، وعادلة. في المؤسسات الصحية، تكون المساءلة الرقمية واضحة في إمكانية تتبع من أدخل بيانات المريض، ومن راجعها، ومن أقر التشخيص، مما يُقلل من فرص التلاعب أو الإهمال (الشريف والعوفي، 2022، ص. 80).
الخلاصة:

تمثل الأبعاد الستة للحوكمة الرقمية نظاماً تكاملياً يُمكن المؤسسات من الاستفادة المثلى من التحول الرقمي، ليس فقط على المستوى التقني، بل على المستويين الاستراتيجي والتشغيلي. وعند تطبيق هذه الأبعاد بصورة متوازنة ومدروسة، يمكن للمؤسسات – لاسيما المستشفيات – أن تحقق مستويات عالية من الكفاءة، والجودة، والمساءلة، والاستدامة في خدماتها. فالحوكمة الرقمية ليست مجرد خيار تقني، بل توجه إداري واستراتيجي لبناء مؤسسات أكثر مرونة وفعالية في العصر الرقمي.

فوائد الحوكمة الرقمية

تُعد الحوكمة الرقمية (Digital Governance) إحدى الركائز الأساسية لتحقيق التحول المؤسسي المستدام، حيث تمثل إطاراً استراتيجياً يُنظّم كيفية اتخاذ القرارات المتعلقة باستخدام التكنولوجيا، وتحقيق التوافق بين الأهداف التقنية والتنظيمية. وقد أثبتت التجارب أن تطبيق الحوكمة الرقمية يحقق جملة من الفوائد الجوهرية التي تعزز الأداء المؤسسي والشفافية والكفاءة التشغيلية. وفيما يلي عرض موسع لأهم هذه الفوائد (العتيبي، 2021، ص. 95):

1. تحسين الكفاءة التشغيلية للمؤسسات

تُساهم الحوكمة الرقمية في رفع كفاءة الأداء من خلال تنظيم سير العمل الرقمي، وتوحيد العمليات، وتقليل الوقت والجهد المبذول في الإجراءات الروتينية (الخالدي، 2019، ص. 210).

من خلال اعتماد أنظمة مؤتمتة ومتناسقة، يمكن تقليل الاعتماد على الورق، وتسريع الخدمات، والتقليل من التكرار والأخطاء البشرية.

في قطاع المستشفيات مثلاً، يمكن من خلال الحوكمة الرقمية تسريع إجراءات إدخال المرضى، وتحسين التنسيق بين الأقسام (مثل المختبرات والأشعة والصيدلة)، مما ينعكس على تقليص وقت الانتظار وتحسين تجربة المريض.

2. رفع مستوى الشفافية والمساءلة

تعزز الحوكمة الرقمية من مبادئ الشفافية والمسؤولية من خلال إرساء آليات واضحة لتوثيق جميع الأنشطة والقرارات رقمياً، بما يسهل تتبعها ومراجعتها عند الحاجة (الشريف والعوفي، 2022، ص. 80). كما تسمح النظم الرقمية بإعداد تقارير دقيقة ودورية، تسهل عمليات الرقابة الداخلية والخارجية، وتُقلل من فرص الفساد أو التلاعب.

على سبيل المثال، في المؤسسات الصحية، تتيح الحوكمة الرقمية متابعة دقيقة لاستخدام الموارد الطبية والأدوية، وتحديد المسؤوليات الإدارية بدقة.

3. تحسين اتخاذ القرار المبني على البيانات

من أبرز فوائد الحوكمة الرقمية قدرتها على تحسين عملية اتخاذ القرار من خلال الاعتماد على قواعد بيانات موثوقة، وتحليلات لحظية دقيقة، وتقارير أداء مفصلة (الزهراني، 2020، ص. 160).

فعند توفر معلومات رقمية شاملة ومتكاملة، يصبح بمقدور القادة والمديرين اتخاذ قرارات سريعة ومستنيرة، مما يُعزز القدرة على التكيف مع التغيرات.

في المستشفيات، يمكن استخدام البيانات الرقمية لتحديد أوقات الذروة، أو أكثر الأقسام ضغطاً، مما يُساعد في تحسين توزيع الكوادر والمعدات.

4. تعزيز أمن المعلومات وحماية البيانات

توفر الحوكمة الرقمية إطاراً شاملاً لإدارة الأمن السيبراني وحماية البيانات الحساسة من التهديدات والاختراقات. وذلك من خلال اعتماد سياسات وإجراءات لضبط الوصول، والتشفير، والمراقبة المستمرة، والتعامل مع الحوادث. هذا الجانب بالغ الأهمية في المؤسسات الصحية، حيث تُعد ملفات المرضى من أكثر أنواع البيانات حساسية، ويتطلب حمايتها التزاماً صارماً بقواعد الأمن الرقمي (العسيري، 2020، ص. 140).

5. تعزيز رضا المستفيدين (المواطنين أو المرضى)

عبر تسهيل الإجراءات، وتوفير الخدمات الرقمية، وتحقيق السرعة والدقة، تسهم الحوكمة الرقمية في رفع مستوى رضا العملاء أو المستفيدين (الحربي، 2022، ص. 100).

فالتجربة الرقمية الفعالة تتيح للمستفيد الحصول على الخدمة بطريقة سلسة ومرنة دون تأخير أو تعقيد. مثلاً، عند حجز موعد إلكتروني في المستشفى أو الحصول على نتائج الفحوصات عبر تطبيق رقمي، يشعر المريض بالرضا والثقة في المؤسسة الصحية.

6. تقليل التكاليف التشغيلية على المدى الطويل

رغم أن الحوكمة الرقمية تتطلب استثمارات أولية في البنية التحتية، إلا أنها تُسهم على المدى المتوسط والبعيد في خفض التكاليف التشغيلية، من خلال تقليل الاعتماد على الورق، وتقليص الفاقد في الوقت والموارد، وتقليل الأخطاء التي تتطلب إعادة العمل (الشريف والعوفي، 2022، ص. 80). مثلاً، الأرشفة الرقمية للملفات الطبية تُغني عن التخزين الورقي باهظ التكاليف، كما تقلل الحاجة إلى المساحات المادية والصيانة المستمرة.

7. دعم الابتكار والتحول المؤسسي

تُعتبر الحوكمة الرقمية محفزاً أساسياً للابتكار داخل المؤسسات، حيث تُوفر بيئة تشجع على تبني أدوات وتقنيات جديدة، وتجريب حلول مبتكرة للتحديات التشغيلية. كما تُمهّد الطريق نحو التحول المؤسسي الذكي القائم على الذكاء الاصطناعي، وإنترنت الأشياء، وتحليل البيانات الضخمة.

مثال تطبيقي: يمكن للمستشفيات الذكية استخدام الذكاء الاصطناعي في التشخيص أو مراقبة المرضى عن بُعد، ضمن بيئة حوكمة تضمن الجودة والمساءلة.

8. تحقيق التكامل بين الوحدات والإدارات

تُساعد الحوكمة الرقمية على تحقيق الانسجام والتكامل بين الإدارات والوحدات داخل المؤسسة من خلال ربط الأنظمة وتبادل البيانات بسلاسة.

وهذا التكامل يُلغي الجزر المنعزلة داخل المؤسسة، ويُحسن كفاءة العمل الجماعي والتنسيق.

في المستشفيات، يسهل التكامل بين إدارة الطوارئ والمختبر الصيدلية ونظام إدارة الأسرة تتبع الحالة الصحية للمريض لحظة بلحظة (العسيري، 2020، ص. 140).

9. ضمان التوافق مع الأنظمة والتشريعات

تُسهم الحوكمة الرقمية في ضمان التزام المؤسسة بالأنظمة المحلية والدولية ذات الصلة، مثل قوانين الخصوصية، والمواصفات التقنية، وأطر الامتثال، من خلال آليات رقمية لضبط الأداء ومراجعة الامتثال الدوري.

وهذا يُعد مهماً بشكل خاص في المؤسسات الصحية التي تخضع لقوانين صارمة فيما يتعلق بالخصوصية وسلامة المرضى (الحربي، 2022، ص. 100).

10. تحسين المرونة التنظيمية وسرعة الاستجابة

توفر الحوكمة الرقمية مرونة أعلى للمؤسسات في التكيف مع التغيرات المفاجئة أو التحديات غير المتوقعة، من خلال قدرة الوصول إلى البيانات، والتحكم بالعمليات عن بُعد، وإعادة ضبط السياسات الرقمية بسرعة. خلال الأزمات مثل جائحة كورونا، ساعدت الحوكمة الرقمية المستشفيات على الاستجابة السريعة من خلال منصات المراقبة، وحجز المواعيد، والتطبيب عن بُعد (الشريف والعوفي، 2022، ص. 80).

الخلاصة:

تمثل الحوكمة الرقمية رافعة استراتيجية لتطوير الأداء المؤسسي، ورفع الكفاءة، وتعزيز الشفافية، وتحقيق رضا المستفيدين. كما تُمهّد الطريق نحو التحول الرقمي الكامل الذي يجعل من التكنولوجيا شريكاً رئيساً في اتخاذ القرار، وتحقيق التميز المؤسسي، خاصة في القطاعات الحيوية مثل الصحة.

تحديات ومعوقات الحوكمة الرقمية

أولاً: تحديات الحوكمة الرقمية

رغم الأهمية المتزايدة للحوكمة الرقمية في تحسين كفاءة وشفافية المؤسسات، إلا أن تطبيقها يواجه عدداً من التحديات المتشابكة، التي قد تعيق الاستفادة الكاملة منها، خاصة في القطاعات الحيوية مثل الصحة والتعليم والخدمات العامة. وتتمثل أبرز هذه التحديات في الجوانب التالية (آل رشيد، 2020، ص. 130):

1. ضعف البنية التحتية الرقمية

تمثل البنية التحتية التقنية الركيزة الأساسية لتطبيق الحوكمة الرقمية، ويُعد نقص التجهيزات أو ضعف الأنظمة وقلة الاعتمادية من أبرز المعوقات التي تواجه المؤسسات.

ففي كثير من المؤسسات، لا تزال هناك أنظمة تقنية قديمة (Legacy Systems)، أو شبكة اتصالات غير مستقرة، أو أجهزة غير مؤهلة لاستيعاب التطبيقات الحديثة، مما ينعكس سلباً على كفاءة العمليات الرقمية. في المستشفيات على سبيل المثال، قد يؤدي بطء النظام الإلكتروني إلى تعطل تسجيل المرضى أو تأخير العمليات الجراحية، وهو ما يتعارض مع أهداف الحوكمة الرقمية (الخالدي، 2019، ص. 210).

2. غياب السياسات والتشريعات المنظمة

التحول الرقمي يتطلب أطراً قانونية واضحة تضبط استخدام البيانات، وتحمي الخصوصية، وتضمن المساءلة. ويُعد غياب أو ضعف التشريعات الخاصة بحوكمة البيانات، وحماية الخصوصية الرقمية، والأمن السيبراني أحد أبرز التحديات التي تُعيق التنفيذ الفعال للحوكمة الرقمية (الزهراني، 2020، ص. 160).

على سبيل المثال، إذا لم تكن هناك لائحة تنظيمية لحماية ملفات المرضى الصحية الإلكترونية، فقد يتعرض النظام للاختراق أو سوء الاستخدام، دون إمكانية المساءلة القانونية الكافية.

3. نقص الكفاءات البشرية المتخصصة

تتطلب الحوكمة الرقمية وجود خبرات بشرية قادرة على تصميم وإدارة الأنظمة الرقمية، وتحليل البيانات، وتأمين المعلومات، وتوجيه فرق العمل نحو الاستخدام الأمثل للتقنيات. وفي العديد من المؤسسات، تعاني الإدارات من نقص شديد في الكفاءات التقنية والإدارية الرقمية، أو الاعتماد على مزودي خدمة خارجيين دون نقل المعرفة إلى داخل المؤسسة. في السياق الصحي، قد يواجه الأطباء أو الإداريون صعوبة في استخدام الأنظمة الإلكترونية لعدم تدريبهم الكافي، مما يؤدي إلى ضعف الأداء أو رفض التغيير (العسيري، 2020، ص. 140).

4. مقاومة التغيير الثقافي والتنظيمي

تمثل المقاومة الداخلية من قبل الموظفين والإدارات أحد التحديات النفسية والتنظيمية الكبرى أمام تطبيق الحوكمة الرقمية. فالانتقال من الأنظمة الورقية التقليدية إلى الأنظمة الرقمية يتطلب تغييراً في الثقافة التنظيمية، وتبني عقلية الانفتاح على التكنولوجيا، وهذا ما لا يتحقق بسهولة في بيئات يغلب عليها الطابع البيروقراطي. الموظفون قد يشعرون بالتهديد من التكنولوجيا، أو فقدان السيطرة، أو القلق من فقدان وظائفهم، مما يؤدي إلى إعاقة تبني الأنظمة الرقمية أو استخدامها بصورة غير فعالة (الشريف والعوفي، 2022، ص. 80).

5. تهديدات الأمن السيبراني والاختراقات

كلما زاد اعتماد المؤسسة على الأنظمة الرقمية، زادت معها مخاطر الهجمات السيبرانية وسرقة البيانات. وتُعد قضايا الأمن الرقمي من أكبر التحديات التي تهدد استقرار تطبيق الحوكمة الرقمية، خصوصاً في المؤسسات التي تتعامل مع بيانات حساسة، مثل المستشفيات. تشمل التهديدات: فيروسات الفدية (Ransomware)، والهجمات على خوادم البيانات، وسرقة الحسابات، والتجسس الإلكتروني، وكلها تُشكل خطراً حقيقياً على استمرارية العمليات الرقمية وسلامة المعلومات (الحربي، 2022، ص. 100).

6. الفجوة الرقمية بين الأفراد والقطاعات

تشير "الفجوة الرقمية" إلى تفاوت الوصول إلى التكنولوجيا واستخدامها بين الأفراد أو الإدارات أو حتى المناطق الجغرافية. ففي بعض المؤسسات، قد تتوفر أنظمة حديثة في إدارة معينة، بينما تُستخدم طرق بدائية في إدارات أخرى، مما يُضعف التكامل المؤسسي.

كذلك، قد لا يتمتع جميع الموظفين بنفس المهارات الرقمية، ما يُحدث فجوة في الاستخدام الفعّال للتقنيات، ويؤثر على نتائج الأداء الكلي للحكومة الرقمية (الخالدي، 2019، ص. 210).

7. ضعف التكامل بين الأنظمة الرقمية

من التحديات الجوهرية أيضاً عدم التكامل بين الأنظمة والمنصات الرقمية المستخدمة داخل المؤسسة أو بين المؤسسات الأخرى ذات العلاقة.

ففي المستشفيات، قد تستخدم الإدارة المالية نظاماً، والمختبرات نظاماً مختلفاً، بينما لا توجد حلقة وصل بينهما، مما يؤدي إلى تأخير المعلومات، وتكرار الإدخال، وظهور أخطاء بشرية أو تقنية.

نجاح الحوكمة الرقمية يتطلب أنظمة مترابطة وقواعد بيانات موحدة تسمح بتدفق المعلومات بسلاسة ودقة بين جميع الأطراف (العسيري، 2020، ص. 140).

8. غياب مؤشرات الأداء الرقمية الواضحة

إن قياس أثر الحوكمة الرقمية يتطلب وجود مؤشرات أداء رقمية دقيقة وواضحة، تقيس الكفاءة، والجودة، والمخرجات، والرضا، والامتثال.

وفي كثير من الأحيان، تُطبّق الأنظمة الرقمية دون وجود آلية فعالة لتقييم نتائجها، مما يجعل من الصعب معرفة مدى نجاحها أو فشلها. ومن دون قياس حقيقي، تتحول الحوكمة الرقمية إلى مجرد شعار دون مضمون، ولا يتم اتخاذ قرارات تطويرية مبنية على بيانات واقعية (العتيبي، 2021، ص. 95).

9. ارتفاع تكاليف التنفيذ والتشغيل

تتطلب البنية التحتية الرقمية، وأنظمة الحماية، وتدريب الموارد البشرية، وتحديث الأنظمة التقنية، استثمارات مالية كبيرة، قد تُشكّل عبئاً على ميزانيات بعض المؤسسات، لا سيما في بدايات التحول.

كما أن المشاريع الرقمية التي تُدار بشكل غير سليم قد تُهدر الموارد دون تحقيق العائد المرجو، مما يؤدي إلى فقدان الثقة في التحول الرقمي ذاته (آل رشيد، 2020، ص. 130).

10. غياب القيادة الرقمية الفاعلة

من أبرز التحديات الإدارية للحكومة الرقمية غياب قيادة رقمية واعية تمتلك الرؤية والمهارات لإدارة التحول الرقمي بفعالية.

فالتقنيات وحدها لا تكفي، بل يجب أن تكون هناك قيادة قادرة على توجيه الفرق، وإدارة التغيير، وتجاوز العقبات، واتخاذ قرارات مرنة تعتمد على البيانات (الزهراني، 2020، ص. 160).

غياب هذه القيادة يؤدي إلى تخطيط في القرارات، أو سوء اختيار الأنظمة، أو تطبيق الحوكمة الرقمية بشكل صوري لا يحقق أي تأثير فعلي.

ثانياً: معوقات الحوكمة الرقمية

رغم ما تقدمه الحوكمة الرقمية من فوائد كبيرة على مستوى تحسين الأداء وتعزيز الكفاءة، إلا أن تطبيقها يواجه جملة من المعوقات والتحديات التي قد تُحد من فاعليتها أو تؤخر جهود التحول الرقمي في المؤسسات، لاسيما في القطاع الصحي. وهذه المعوقات قد تكون تنظيمية، أو تقنية، أو بشرية، أو تشريعية، وتحتاج إلى معالجة استراتيجية شاملة لضمان استدامة الحوكمة الرقمية ونجاحها (الحربي، 2022، ص. 100).

وفيما يلي عرض تفصيلي لأبرز هذه المعوقات:

1. ضعف البنية التحتية التكنولوجية

يُعد غياب أو ضعف البنية التحتية التقنية من أبرز العقبات أمام تنفيذ الحوكمة الرقمية. فتطبيق نظام حوكمة فعال يتطلب شبكات قوية، ومراكز بيانات متطورة، وسرعة اتصال عالية، وأجهزة متكاملة تدعم الأنظمة الرقمية. وفي بعض المستشفيات، لا تزال الأقسام تعتمد على سجلات ورقية أو أنظمة جزئية لا تتكامل مع باقي الإدارات، مما يضعف الأداء ويُعيق التحول الرقمي (آل رشيد، 2020، ص. 130).

2. نقص الكفاءات البشرية المؤهلة

تعاني العديد من المؤسسات من ندرة الكوادر البشرية المؤهلة رقمياً، سواء على صعيد القيادة أو العاملين التنفيذيين، الأمر الذي يُقلل من القدرة على تفعيل نظم الحوكمة الرقمية بكفاءة. على سبيل المثال، قد يفتقر بعض الموظفين في المستشفيات إلى المهارات التقنية للتعامل مع أنظمة إدارة المرضى أو السجلات الإلكترونية، مما يؤدي إلى أخطاء أو مقاومة لاستخدام النظام (العتيبي، 2021، ص. 95).

3. مقاومة التغيير من داخل المؤسسة

يُعد المقاومة الداخلية للتغيير أحد التحديات الثقافية الكبرى التي تواجه التحول الرقمي. فغالباً ما يواجه إدخال نظم حوكمة رقمية معارضة من بعض العاملين، إما بسبب الخوف من التكنولوجيا، أو من فقدان السيطرة أو الوظيفة.

هذه المقاومة تظهر بوضوح في أقسام إدارية معتادة على العمل الورقي، وتكون غير متقبلة للرقابة والشفافية التي تفرضها الحوكمة الرقمية.

4. ضعف الدعم القيادي والإداري

عدم وجود إرادة إدارية حقيقية أو قيادة مؤسسية تدفع نحو تبني الحوكمة الرقمية يعد عائقاً حاسماً. فالحوكمة تتطلب قيادة رقمية واعية، تؤمن بالتحول وتدير التغيير المؤسسي بكفاءة.

وعندما تفتقر إدارات المستشفيات إلى استراتيجيات رقمية واضحة، أو لا تُخصص ميزانيات للحلول الرقمية، فإن المشروع الرقمي يظل مجرد مبادرة غير مكتملة (العسيري، 2020، ص. 140).

5. غياب السياسات والتشريعات الداعمة

غياب الأطر القانونية والتنظيمية التي تُنظم البيانات، وتحمي الخصوصية، وتحدد المسؤوليات في البيئة الرقمية، يُعد من أبرز التحديات. فالحوكمة الرقمية تتطلب وجود سياسات واضحة لضبط الأداء، وإدارة المخاطر، وحماية البيانات الشخصية.

وفي قطاع الصحة، قد يؤدي غياب تشريعات واضحة لحماية السجلات الطبية الإلكترونية إلى بطء في تبني الحوكمة الرقمية خوفاً من المسؤولية القانونية.

6. قلة التمويل والاستثمارات الرقمية

يُشكل ضعف الموارد المالية عائقاً أمام تطوير الأنظمة الرقمية، وتحديث الأجهزة، وتدريب الموظفين. فالحوكمة الرقمية تتطلب استثماراً مستمراً في البنية التحتية والأنظمة والدعم الفني.

وفي المستشفيات الحكومية على وجه الخصوص، قد تواجه إدارات المشاريع صعوبة في توفير ميزانيات كافية لنشر أنظمة الحوكمة الرقمية بشكل كامل (العتيبي، 2021، ص. 95).

7. عدم تكامل الأنظمة والتطبيقات

من أكبر العوائق التي تواجه الحوكمة الرقمية هو عدم تكامل الأنظمة الرقمية داخل المؤسسة، حيث تعمل كل إدارة أو قسم بنظام منفصل لا ينسجم مع الآخر.

وهذا يؤدي إلى صعوبة في تبادل البيانات، وتكرار المعلومات، وانخفاض كفاءة اتخاذ القرار، مثل ما يحدث عند غياب الربط بين سجلات المرضى والمختبرات والصيدلية (العسيري، 2020، ص. 140).

8. التهديدات السيبرانية ومخاطر أمن المعلومات

مع التوسع في استخدام التكنولوجيا، تظهر مخاطر كبيرة تتعلق بالقرصنة، واختراق البيانات، والبرمجيات الخبيثة، وهو ما يُشكل تهديداً مباشراً لأي بنية حوكمة رقمية (الزهراني، 2020، ص. 160).

المؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات عرضة لمثل هذه الهجمات، بسبب احتوائها على بيانات شخصية وطبية حساسة، مما يتطلب استثماراً كبيراً في الأمن السيبراني.

9. الفجوة الرقمية بين الأفراد أو الأقسام

تُعد الفجوة في استخدام التكنولوجيا بين الموظفين أو بين الوحدات الإدارية من أبرز المعوقات. حيث تختلف مهارات المستخدمين وقدرتهم على التعامل مع الأنظمة، مما يُحدث تفاوتاً في الأداء. مثلاً، قد يكون لدى قسم الأشعة كفاءات تقنية عالية، بينما تعاني أقسام أخرى من تأخر في تبني التطبيقات، مما يُفقد النظام الرقمي التماسك والتكامل.

10. صعوبة قياس الأداء الرقمي بشكل دقيق

تقنر بعض المؤسسات إلى مؤشرات أداء رقمية واضحة يمكن من خلالها تقييم مدى نجاح تطبيق الحوكمة الرقمية وتأثيرها على الكفاءة أو الجودة. في غياب آليات دقيقة للرصد والتقييم، يصبح من الصعب تعديل أو تحسين السياسات الرقمية، وقد يُفقد المشروع اتجاهه الأصلي (العتيبي، 2021، ص. 95).

الخلاصة:

إن معوقات الحوكمة الرقمية لا تمثل موانع دائمة، بل هي تحديات قابلة للتجاوز إذا توفرت الرؤية الاستراتيجية والدعم المؤسسي والتشريعي.

ومعالجة هذه المعوقات تتطلب خطة شاملة تدمج بين التطوير التكنولوجي، وبناء القدرات البشرية، وتحديث السياسات، وتعزيز ثقافة الابتكار والشفافية، وهو ما يُعد ضرورة ملحة في مؤسسات حيوية مثل المستشفيات.

الحلول المقترحة لتجاوز معوقات وتحديات الحوكمة الرقمية

تشكل الحوكمة الرقمية محوراً أساسياً في تطوير كفاءة المؤسسات الصحية، لاسيما في ظل التحول الرقمي المتسارع الذي تشهده المملكة العربية السعودية. ومع ذلك، تواجه المستشفيات تحديات متعددة تعيق تنفيذ الحوكمة الرقمية بشكل فعال. ومن هنا، برزت الحاجة إلى تقديم حلول عملية تتسم بالمرونة والواقعية، وتراعي الخصوصية التشغيلية للمستشفيات، خصوصاً في مدينة الرياض (العتيبي، 2021، ص. 95).

أولاً: تعزيز البنية التحتية التقنية وتوفير التجهيزات الرقمية الحديثة من أولى الخطوات اللازمة لتطبيق الحوكمة الرقمية بنجاح، توفير بنية تحتية متينة تدعم الأنظمة الرقمية. فغياب التجهيزات الحديثة أو ضعفها يؤدي إلى تعثر سير العمليات الرقمية ويفرض الاعتماد على الأساليب التقليدية. لذلك، ينبغي على المستشفيات الحكومية والخاصة في الرياض العمل على تحديث الشبكات الداخلية، وتوفير أنظمة معلومات صحية حديثة، وربط الأقسام المختلفة بأنظمة تكاملية موحدة، بما يضمن سرعة تبادل البيانات بين الأقسام، ويسهل عمليات المتابعة والرقابة (العسيري، 2020، ص. 140).

ثانياً: تنمية الكفاءات الرقمية لدى الكوادر الصحية والإدارية

تُعد القدرات البشرية ركيزة أساسية في إنجاح أي مبادرة للتحويل الرقمي. ومن هنا، يأتي الحل الثاني متمثلاً في الاستثمار في تدريب وتأهيل الموظفين من أطباء، وممرضين، وإداريين، على استخدام أدوات الحوكمة الرقمية، وفهم مبادئها، وتطبيقها ضمن بيئة العمل اليومية. ويجب أن تكون هذه البرامج التدريبية مستمرة، ومبنية على تحليل دقيق للفجوات المعرفية، وأن تُنفذ باستخدام أساليب مرنة مثل التعليم الإلكتروني، وورش العمل التفاعلية، وخصص المحاكاة (آل رشيد، 2020، ص. 130).

ثالثاً: بناء ثقافة مؤسسية داعمة للتحويل الرقمي

لا تقتصر تحديات الحوكمة الرقمية على البنية التحتية أو الجوانب التقنية، بل تمتد إلى الثقافة التنظيمية داخل المستشفيات. إذ أن مقاومة التغيير من قبل بعض الموظفين تمثل عائقاً حقيقياً، خصوصاً عند الشعور بأن الأنظمة الجديدة قد تزيد من عبء العمل أو تقلل من أهمية دورهم. لذلك، من الضروري العمل على تغيير هذه الثقافة من خلال التوعية المستمرة، وتوضيح الفوائد المرجوة من التحويل الرقمي، وتقديم قصص نجاح داخلية تسهم في بناء قنوات إيجابية حول الحوكمة الرقمية (الزهراني، 2020، ص. 160).

رابعاً: تعزيز القيادة الرقمية داخل المستشفى

القيادة الرقمية الواعية قادرة على توجيه مسار التغيير، وتوفير البيئة التنظيمية المناسبة لتطبيق الحوكمة الرقمية. لذا، يُقترح أن تتولى إدارة كل مستشفى تشكيل لجنة للحوكمة الرقمية، تضم ممثلين من جميع الأقسام الحيوية، وتعمل تحت إشراف المدير التنفيذي للمستشفى. تكون مهمة هذه اللجنة صياغة رؤية رقمية موحدة، وتحديد أولويات التحويل الرقمي، ومتابعة مراحل التنفيذ، وتقييم الأثر بصفة دورية (آل رشيد، 2020، ص. 130).

خامساً: مراجعة الأطر التشريعية والتنظيمية بما يدعم الحوكمة الرقمية

تعاني العديد من المؤسسات الصحية من قصور في القواعد والسياسات التي تنظم العمل الرقمي. لذا، من الضروري تطوير السياسات الداخلية للمستشفيات بحيث تتضمن قواعد واضحة لحماية البيانات الرقمية، وإجراءات التعامل مع المعلومات الحساسة، وتحديد المسؤوليات الرقمية لكل وحدة تنظيمية. كما ينبغي العمل بالتنسيق مع وزارة الصحة وهيئة الحكومة الرقمية لتبني إطار تشريعي موحد يضبط الممارسات الرقمية داخل جميع المستشفيات (الحربي، 2022، ص. 100).

سادساً: تخصيص ميزانيات مستقلة للتحويل الرقمي

من العوامل الحاسمة في نجاح الحوكمة الرقمية، توفير الدعم المالي اللازم لتحديث الأنظمة، وتوظيف الاستشاريين، وتنفيذ برامج التدريب. لذا يُوصى بأن تخصص المستشفيات في ميزانيتها السنوية بنداً مستقلاً

يُعنى ببرامج الحوكمة الرقمية. ويمكن تعزيز هذه الجهود من خلال الدخول في شراكات مع القطاع الخاص، أو الاستفادة من مبادرات التمويل الحكومي ضمن رؤية المملكة 2030 (العتيبي، 2021، ص. 95).

سابعًا: دمج الأنظمة التشغيلية ضمن منصة إلكترونية موحدة

يعاني الكثير من المستشفيات من تباين الأنظمة المستخدمة في الإدارات المختلفة، وهو ما يؤدي إلى صعوبة التتبع وتحقيق التكامل في العمل. والحل يكمن في تبني نظام معلومات صحي موحد وشامل، يدمج جميع الخدمات السريرية والإدارية، مثل سجلات المرضى، الجداول الطبية، الصيدليات، والمختبرات، إضافة إلى أنظمة الموارد البشرية والمالية. هذا التكامل يساهم في دعم اتخاذ القرار الفوري، ويرفع من كفاءة تشغيل المستشفى.

ثامنًا: تعزيز الأمن السيبراني وضمان حماية البيانات

مع الاعتماد المتزايد على الأنظمة الرقمية، تزداد الحاجة إلى ضمان أمن المعلومات والبيانات الحساسة. لذلك، لا بد من اعتماد سياسات صارمة لحماية البيانات من الاختراقات والتسريبات، عبر تطبيق معايير التشفير، وتحديد صلاحيات الوصول، وتدريب العاملين على أساليب الوقاية من الهجمات السيبرانية، بالإضافة إلى التنسيق مع الهيئة الوطنية للأمن السيبراني لتطبيق أفضل الممارسات (الحربي، 2022، ص. 100).

تاسعًا: تقليل الفجوة الرقمية بين المستخدمين

في المستشفيات، هناك تباين كبير في مستويات الإلمام الرقمي بين الموظفين. لذا، من الضروري تصميم واجهات رقمية مبسطة تراعي هذا التنوع، مع توفير دعم فني مباشر على مدار الساعة، يساعد الموظفين في تجاوز أي عقبات فنية أو تقنية قد تعيقهم أثناء أداء مهامهم اليومية (الزهراني، 2020، ص. 160).

عاشرًا: تبني نظام لقياس مؤشرات الأداء الرقمي

لتقييم فعالية الحوكمة الرقمية، لا بد من إنشاء نظام لقياس مؤشرات الأداء الرقمية. ينبغي أن يشمل هذا النظام مؤشرات مثل معدل استخدام النظام الإلكتروني، نسبة الخدمات المؤتمتة، مستوى رضا المرضى والموظفين، وعدد الأخطاء التشغيلية. توفر هذه المؤشرات قاعدة بيانات قوية يمكن البناء عليها لتحسين العمليات وتطوير الخدمات بصفة مستمرة (آل رشيد، 2020، ص. 130).

الخلاصة

تمثل الحوكمة الرقمية وسيلة استراتيجية لتعزيز كفاءة تشغيل المستشفيات وتحسين جودة الرعاية الصحية. إلا أن نجاحها يعتمد على قدرة المؤسسة الصحية على تجاوز المعوقات التنظيمية والتقنية والثقافية، من خلال حزمة حلول متكاملة تدمج بين التخطيط، والتمكين، والتمويل، والتقييم المستمر. ويمثل هذا النهج السبيل الأمثل

لتحقيق مستشفيات ذكية تتوافق مع طموحات المملكة في مجال الرعاية الصحية الرقمية، وتسهم في بناء مجتمع صحي مستدام.

مدخل الى كفاءة تشغيل المستشفيات

تعريف كفاءة تشغيل المستشفيات

كفاءة تشغيل المستشفيات تشير إلى قدرة المستشفى على استخدام موارده البشرية والمالية والتقنية بشكل أمثل لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية بأقل تكلفة ممكنة وفي أقصر وقت، مع ضمان رضا المرضى وسلامتهم. كفاءة التشغيل هي مدى قدرة المستشفى على تحقيق أهدافه الصحية والإدارية باستخدام أقل قدر ممكن من الموارد وبأعلى مستوى من الإنتاجية والجودة (السويلم، 2019، ص. 110).

الكفاءة التشغيلية تعني تقليل الهدر في الموارد، وزيادة الإنتاجية الطبية لكل وحدة تكلفة، مع الحفاظ على مستوى عالٍ من النتائج الصحية (الحربي، 2021، ص. 85).

هي قدرة المنشأة الصحية على تنظيم العمليات الداخلية مثل إدارة الأسرة، وجدولة الكوادر الطبية، وسير العمل الإداري والسريري بشكل متناسق يضمن تقديم الرعاية الصحية بشكل سريع وآمن وفعال (المطيري، 2022، ص. 220).

كما تُعرّف كفاءة تشغيل المستشفيات بأنها قدرة المؤسسة الصحية على استخدام الموارد المتاحة (البشرية، المالية، التقنية، والبنية التحتية) بطريقة فعالة ومنظمة لتحقيق أعلى مستوى من الأداء في تقديم الخدمات الصحية، بأقل التكاليف الممكنة، وفي أقل وقت ممكن، دون التأثير السلبي على جودة الرعاية أو سلامة المرضى. وتشمل هذه الكفاءة جميع الجوانب التشغيلية داخل المستشفى، من استقبال المرضى، إلى تقديم الخدمات العلاجية والتشخيصية، مروراً بإدارة الكوادر والموارد، ووصولاً إلى مخرجات الرعاية الصحية ورضا المستفيدين (الحمد، 2020، ص. 150).

ونقوم كفاءة التشغيل على محورين أساسيين:

– الكفاءة التقنية: (Technical Efficiency)

وتعني تحقيق أقصى قدر من المخرجات الصحية باستخدام نفس كمية المدخلات أو تقليل المدخلات المستخدمة دون التأثير على حجم أو جودة المخرجات. مثلاً، استخدام نفس الكادر الطبي والمعدات لخدمة عدد أكبر من المرضى بكفاءة أعلى. (الخال، 2020، ص. 70)

– الكفاءة الاقتصادية: (Allocative Efficiency)

وتعني تخصيص الموارد بطريقة تحقق أعلى منفعة ممكنة بالنسبة للمرضى والمنظومة الصحية ككل، مثل توجيه الإنفاق نحو الأولويات الصحية بناءً على البيانات والتحليلات (الزهراني، 2019، ص. 100). وتُعتبر كفاءة التشغيل في المستشفيات مؤشراً حاسماً في تقييم الأداء المؤسسي؛ إذ تعكس مدى جودة التخطيط والتنفيذ والرقابة على العمليات الداخلية. ويُقاس ذلك عبر مجموعة من المؤشرات التشغيلية، مثل (الحربي، 2021، ص. 85):

- متوسط مدة الإقامة للمريض.
- معدل دوران الأسرة.
- نسبة استغلال الموارد الطبية.
- تكاليف الخدمة مقارنة بعدد المستفيدين.
- زمن الانتظار.
- درجة رضا المرضى.

وتبرز أهمية كفاءة التشغيل في قدرتها على تحقيق التوازن بين تحسين نوعية الخدمة الصحية وخفض التكاليف التشغيلية، وهي مسألة محورية في ظل التحديات التي تواجهها النظم الصحية، مثل ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية وزيادة تعقيد الحالات المرضية (العبيد، 2021، ص. 210). ومن هنا، فإن تعزيز كفاءة التشغيل يُعد ضرورة استراتيجية لأي منشأة صحية، لا سيما في عصر التحول الرقمي، حيث تتيح تقنيات الحوكمة الرقمية أدوات قوية لمتابعة الأداء، وتحسين سير العمل، ودعم اتخاذ القرار، مما يؤدي في النهاية إلى رفع كفاءة التشغيل وتحقيق استدامة النظام الصحي (الجهني، 2020، ص. 70).

مؤشرات قياس كفاءة تشغيل المستشفيات

تُعد كفاءة تشغيل المستشفيات إحدى الركائز الأساسية في تقييم أداء المنظومة الصحية، كونها تعكس مدى قدرة المستشفى على استخدام موارده بطريقة فعالة لتحقيق أفضل نتائج ممكنة بأقل التكاليف والجهد. ولقياس هذه الكفاءة بدقة، طُورت مجموعة من المؤشرات التشغيلية التي تُمكن صُنّاع القرار من تتبع الأداء، واكتشاف مكامن الضعف، وتحديد مجالات التحسين (العتيبي، 2021، ص. 145). وتُصنف هذه المؤشرات إلى فئات متعددة تشمل الموارد البشرية، والبنية التحتية، وجودة الخدمات، ورضا المرضى. وفيما يلي أبرز هذه المؤشرات:

أولاً: معدل دوران الأسرة، وهو من أهم المؤشرات التشغيلية التي تعكس مدى الاستخدام الفعلي لأسرة المستشفى. يُقاس هذا المعدل من خلال عدد المرضى الذين يشغلون السرير الواحد خلال فترة معينة. ارتفاع هذا المعدل

يشير غالبًا إلى كفاءة تشغيلية عالية، إلا أن تجاوزه للحدود المثلى قد يدل على ضغط مفرط ونقص في الطاقة الاستيعابية (السويلم، 2019، ص. 110).

ثانيًا: متوسط مدة الإقامة، والذي يُمثل الزمن الذي يقضيه المريض داخل المستشفى منذ لحظة الدخول وحتى الخروج. يُعتبر هذا المؤشر حساسًا للغاية، إذ أن مدة إقامة طويلة قد تعني ضعفًا في كفاءة العمليات العلاجية، في حين أن المدة القصيرة بشكل مفرط قد تعكس خروجًا مبكرًا يؤثر على جودة الرعاية ويزيد من احتمالية إعادة الدخول (المطيري، 2022، ص. 220).

ثالثًا: نسبة إشغال الأسرة، وهي مؤشر مركزي في فهم مدى الاستفادة من الطاقة السريرية المتاحة. تتراوح النسبة المثالية عالميًا بين 75% و85%. انخفاض هذه النسبة قد يشير إلى هدر في الموارد، بينما ارتفاعها قد يعني وجود ضغط على الخدمات.

رابعًا: زمن الانتظار، والذي يعكس كفاءة تنظيم المواعيد والعمليات داخل المستشفى. فكلما قل زمن الانتظار، دلّ ذلك على سرعة الاستجابة وتحسن الخدمة التشغيلية، وهو ما يُسهم في رفع رضا المرضى وتعزيز الثقة في المؤسسة الصحية (الحمّد، 2020، ص. 150).

خامسًا: تكلفة الخدمة لكل مريض، ويُستخدم هذا المؤشر لمقارنة الكفاءة المالية للمستشفيات. فكلما انخفضت التكلفة دون التأثير على جودة الرعاية، دلّ ذلك على وجود نظام تشغيلي كفء قادر على إدارة الموارد بفعالية. وارتفاع التكلفة مقابل نتائج ضعيفة يشير إلى خلل في كفاءة التشغيل.

سادسًا: معدل إعادة الدخول للمستشفى، وهو مؤشر يرتبط ارتباطًا وثيقًا بجودة الرعاية الأولية المقدمة. فإعادة دخول المريض لنفس السبب خلال فترة زمنية قصيرة (غالبًا 30 يومًا) يدل على ضعف جودة الخدمة أو إخراج المريض قبل استكمال علاجه (الحربي، 2021، ص. 85).

سابعًا: نسبة رضا المرضى، وهو مؤشر نوعي لكنه بالغ الأهمية، إذ يعكس الانطباعات الفعلية للمستفيدين عن تجربة تلقي الرعاية. يتأثر هذا المؤشر بكفاءة الطاقم الطبي، ومدة الانتظار، ونظافة المكان، وسهولة الإجراءات، وغيرها.

ثامنًا: معدل استخدام المعدات الطبية، والذي يُظهر مدى استثمار المستشفى في أجهزته الطبية ومدى فعالية استخدامها. انخفاض هذا المؤشر قد يدل على وجود استثمارات غير مستغلة أو ضعف في تنظيم الجداول الطبية (الحمّد، 2020، ص. 150).

تاسعًا: إنتاجية العاملين، وهو مؤشر يُقاس بعدد الخدمات أو المرضى الذين يتم التعامل معهم من قبل كل موظف. هذا المؤشر يوضح مدى كفاءة توزيع المهام والموارد البشرية، ويساعد على تحديد فرص التحسين في الهيكل الإداري والتشغيلي (العبيد، 2021، ص. 210).

تجدر الإشارة إلى أن هذه المؤشرات لا ينبغي تفسيرها بمعزل عن بعضها البعض، إذ إنها تتكامل فيما بينها لتقديم صورة شاملة عن كفاءة التشغيل. كما أن التقدم في تقنيات الحوكمة الرقمية، يُسهم في تحسين دقة هذه المؤشرات، وتسريع تحليلها، ودعم اتخاذ القرار المبني على البيانات.

أبعاد كفاءة تشغيل المستشفيات

أبعاد كفاءة تشغيل المستشفيات، وهي تشمل: كفاءة العمليات السريرية، كفاءة استخدام الموارد، الأداء المالي، جودة الخدمة، وسلامة المرضى. وتمثل هذه الأبعاد العناصر الجوهرية التي تترابط لتشكل الصورة الشاملة لكفاءة الأداء داخل أي منشأة صحية:

أولاً: كفاءة العمليات السريرية

تشير كفاءة العمليات السريرية إلى مدى جودة وفعالية الإجراءات الطبية والتشخيصية التي يتم تنفيذها داخل المستشفى. ويتضمن ذلك دقة التشخيص، كفاءة الخطط العلاجية، ومدى التزام الكادر الطبي بالبروتوكولات الإكلينيكية المعتمدة (المطيري، 2022، ص. 220).

وتُعد العمليات السريرية حجر الأساس في تحقيق نتائج علاجية فعّالة، حيث تؤثر بشكل مباشر في مدة الإقامة، معدل إعادة الدخول، ونسب الشفاء. كما تشمل هذه الكفاءة استخدام الأنظمة الرقمية لدعم اتخاذ القرار الطبي، وتحسين سير العمل بين الأقسام، مما يقلل من الأخطاء الطبية ويعزز التكامل بين فرق الرعاية (العبيد، 2021، ص. 210).

ثانياً: كفاءة استخدام الموارد

تعكس كفاءة استخدام الموارد قدرة المستشفى على توظيف موارده البشرية، والمالية، والتقنية، والمادية بشكل أمثل لتحقيق أقصى استفادة ممكنة بأقل هدر (السويلم، 2019، ص. 110).

يشمل ذلك توزيع الكوادر الطبية بشكل يتناسب مع حجم الطلب، الاستغلال الأمثل للأجهزة والمعدات، والتحكم في استهلاك الأدوية والمواد الاستهلاكية. وترتبط هذه الكفاءة ارتباطاً وثيقاً بإدارة الوقت والعمليات اللوجستية داخل المستشفى، مثل جدولة العمليات، وإدارة الطوارئ، وسلاسل الإمداد الطبي (العتيبي، 2021، ص. 145).

تُعد الحوكمة الرقمية أداة مركزية في تحسين هذا البُعد، من خلال أنظمة تتبّع الموارد وتحليل البيانات لدعم القرارات التشغيلية (الحربي، 2021، ص. 85).

ثالثاً: الأداء المالي

الأداء المالي هو أحد المحاور الحاسمة في كفاءة التشغيل، إذ يقيس مدى قدرة المستشفى على تحقيق توازن بين التكاليف والعائدات، مع المحافظة على الاستدامة المالية دون المساس بجودة الرعاية (آل علي، 2019، ص. 130).

تتضمن كفاءة الأداء المالي ترشيد النفقات، تقليل الهدر، وتعظيم العائد من الخدمات المقدمة، بالإضافة إلى الإدارة الفعالة لفواتير التأمين الصحي، والتحصيل، وتخطيط الميزانيات.

كما يُقاس الأداء المالي بمؤشرات مثل: تكلفة المريض الواحد، الإيرادات مقابل النفقات، ونسب العجز أو الفائض. وتسهم الأنظمة الرقمية في تحسين هذا الجانب من خلال أتمته العمليات المحاسبية والرقابة المالية اللحظية (الحمد، 2020، ص. 150).

رابعاً: جودة الخدمة

تشمل جودة الخدمة جميع الجوانب المتعلقة بتجربة المريض منذ لحظة دخوله المستشفى حتى خروجه، وتشمل مستوى الرعاية السريرية، التواصل مع الكادر الطبي، احترام الخصوصية، نظافة البيئة العلاجية، وسهولة الإجراءات.

جودة الخدمة عنصر مهم في قياس كفاءة التشغيل، إذ ترتبط مباشرة برضا المرضى ومعدلات عودتهم أو توصيتهم بالمستشفى للآخرين (الحربي، 2021، ص. 85).

تعتمد المستشفيات الرائدة على أدوات رقمية لقياس جودة الخدمة مثل استبيانات إلكترونية، وتقارير الأداء، وتحليلات زمن الانتظار، مما يُمكن الإدارة من التنبؤ بالمشكلات وحلها قبل أن تتفاقم.

خامساً: سلامة المرضى

تمثل سلامة المرضى بُعداً محورياً لا غنى عنه في كفاءة تشغيل المستشفيات، إذ تُعنى بمنع حدوث الأخطاء الطبية، وتقليل المضاعفات الناتجة عن التدخلات العلاجية، وضمان بيئة علاجية خالية من المخاطر.

تشمل مؤشرات هذا البُعد معدلات العدوى المكتسبة داخل المستشفى، نسب الأخطاء الدوائية، حوادث السقوط، والامتنال لمعايير مكافحة العدوى (السويلم، 2019، ص. 110).

تُعزز الحوكمة الرقمية من سلامة المرضى عبر أنظمة التتبع الإلكتروني للجراجات والأدوية، ودعم القرار الإكلينيكي، وإشعارات الإنذار المبكر، مما يُقلل من احتمالات الخطأ البشري.

الخلاصة

تُشكّل هذه الأبعاد الخمسة منظومة متكاملة تُسهم في تحقيق كفاءة تشغيلية عالية داخل المستشفيات. وكلما زادت قدرة المنشأة الصحية على موازنة هذه الأبعاد وتطويرها باستمرار، كلما ارتفعت قدرتها على تقديم

خدمات صحية فعّالة وآمنة ومستدامة. وتلعب الرقمنة والحوكمة الرقمية دورًا مفصليًا في تعزيز هذه الأبعاد من خلال ربط البيانات، وتحسين المخرجات، وزيادة الشفافية والمساءلة (العبيد، 2021، ص. 210).

أهمية كفاءة تشغيل المستشفيات

تُعد كفاءة تشغيل المستشفيات من الدعائم الجوهرية لتحسين المنظومة الصحية وتحقيق أهدافها الاستراتيجية، لا سيما في ظل التحديات المتزايدة التي تواجهها القطاعات الصحية على المستويين المحلي والعالمي، مثل ارتفاع تكاليف الرعاية، تزايد أعداد المرضى، ونقص الموارد. وتكمن الأهمية الفعلية لكفاءة التشغيل في دورها المحوري في تحقيق التوازن بين جودة الخدمة الصحية واستدامة الموارد المالية والبشرية، وهو ما يجعلها عنصرًا حيويًا في تحسين الأداء المؤسسي وضمان رضا المستفيدين.

وفيما يلي أبرز أوجه أهمية كفاءة التشغيل داخل المستشفيات (السويلم، 2019، ص. 110):

1. تحسين جودة الخدمات الصحية

تُسهم كفاءة التشغيل في رفع مستوى جودة الخدمات المقدمة من خلال ضمان تنفيذ العمليات السريرية والإدارية وفق أفضل الممارسات والمعايير، مما يقلل من معدلات الأخطاء الطبية ويُحسن من نتائج العلاج. فكلما كانت العمليات منسقة وفعّالة، كلما تحسنت جودة الرعاية الصحية، وهو ما ينعكس بشكل مباشر على صحة المرضى ورضاهم (الجهني، 2020، ص. 70).

2. زيادة رضا المرضى والمراجعين

تلعب كفاءة التشغيل دورًا جوهريًا في تعزيز تجربة المريض، من خلال تقليل وقت الانتظار، وتحسين انسيابية الخدمات، والحد من التكرار في الإجراءات. كل ذلك يرفع من مستوى الثقة والرضا لدى المرضى، وهو أحد أهم مؤشرات نجاح أي منشأة صحية (الحربي، 2021، ص. 85).

3. خفض التكاليف التشغيلية وتحقيق وفورات مالية

تُمكن الكفاءة التشغيلية للمستشفيات من استثمار مواردها المتاحة بأفضل صورة، مما يساعد على تقليل الهدر المالي، واستخدام الموارد البشرية والتقنية بشكل ذكي. كما تتيح آليات القياس والتحسين المستمر رصد النفقات الزائدة والتخلص من العمليات غير الضرورية، مما يُفضي إلى تحقيق وفورات ملموسة تدعم استدامة التشغيل (آل علي، 2019، ص. 130).

4. تحقيق استدامة النظام الصحي

في ظل الضغوط المتزايدة على الأنظمة الصحية، خاصة في الدول ذات النمو السكاني الكبير أو الموارد المحدودة، تبرز كفاءة التشغيل كأداة ضرورية لضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية دون الإخلال بالجودة أو زيادة الأعباء المالية على الدولة أو الأفراد (الحمد، 2020، ص. 150).

5. تحسين إدارة الوقت والموارد البشرية

تساعد كفاءة التشغيل على تنظيم الوقت داخل المستشفيات، سواء على مستوى الكوادر الطبية أو الإداريين، مما ينعكس على تقليل الإرهاق الوظيفي وتحسين الإنتاجية. كما تساعد في توزيع المهام بفعالية ومنع التداخل بين الفرق الطبية، وهو ما يُعزز كفاءة الأداء ويحافظ على جودة الخدمات (المطيري، 2022، ص. 220).

6. دعم اتخاذ القرار الإداري والطبي

توفر كفاءة التشغيل قاعدة بيانات دقيقة وتحليلات دورية حول الأداء، مما يُمكن الإدارة العليا من اتخاذ قرارات مستنيرة قائمة على الأدلة، سواء في التخطيط الاستراتيجي أو تحسين العمليات اليومية. ويساعد ذلك أيضًا في تحديد مكامن الخلل بسرعة واتخاذ الإجراءات التصحيحية الفعّالة (العبيد، 2021، ص. 210).

7. زيادة الطاقة الاستيعابية وتحسين استغلال البنية التحتية

من خلال تحسين تدفق المرضى وتقليل فترات الإقامة غير الضرورية، تتيح كفاءة التشغيل رفع الطاقة الاستيعابية للمستشفى دون الحاجة إلى توسعات مادية كبيرة. كما يُسهم ذلك في استخدام غرف العمليات، الأسرة، والأجهزة الطبية بكفاءة أعلى، مما يعزز جاهزية المستشفى لمواجهة الطوارئ أو الأزمات الصحية (آل علي، 2019، ص. 130).

8. تعزيز التنافسية والاعتماد المؤسسي

تُعد الكفاءة التشغيلية من المعايير الأساسية في تقييم الأداء المؤسسي، خاصة عند التقدم للحصول على اعتمادات صحية وطنية أو دولية مثل (CBAHI) أو (JCI). كما تساعد على رفع السمعة المؤسسية وزيادة ثقة المجتمع بالمستشفى، وهو ما ينعكس في تحسين مكانتها التنافسية ضمن القطاع الصحي (الحربي، 2021، ص. 85).

الخلاصة:

إن كفاءة تشغيل المستشفيات لم تعد خيارًا، بل ضرورة استراتيجية لتحقيق الأداء الأمثل، واستدامة الخدمات الصحية، وتحقيق أهداف الرعاية الشاملة. ومع التحول الرقمي المتسارع في القطاع الصحي، أصبحت الكفاءة التشغيلية ترتبط بشكل مباشر بقدرة المستشفيات على التكيف، والتطور، والابتكار، مما يجعل الاستثمار في تحسينها من أولويات السياسات الصحية الحديثة.

أهداف كفاءة تشغيل المستشفيات

تهدف كفاءة تشغيل المستشفيات إلى تحقيق التوازن الأمثل بين جودة الخدمات الصحية المقدمة واستخدام الموارد المتاحة بطريقة فعالة ومستدامة. فهي لا تقتصر فقط على خفض التكاليف أو تسريع العمليات، بل تسعى إلى تحقيق نتائج صحية أفضل، ورفع مستويات الرضا، وضمان استمرارية تقديم الخدمات بجودة عالية في ظل التحديات المتزايدة (الجهني، 2020، ص. 70).

وفيما يلي أبرز الأهداف التي تسعى المستشفيات إلى تحقيقها من خلال تحسين كفاءتها التشغيلية:

1. تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة

يُعد تحسين نوعية الخدمات الصحية هدفاً محورياً لكفاءة التشغيل، حيث تسعى المستشفيات إلى ضمان تقديم رعاية فعّالة وآمنة قائمة على الأدلة والبروتوكولات السريرية المعتمدة. وتشمل الجودة جوانب متعددة مثل سرعة الاستجابة للحالات، الدقة في التشخيص، والرعاية الشخصية للمرضى، بما يعزز من النتائج الصحية النهائية ويقلل من معدلات الخطأ الطبي (الحربي، 2021، ص. 85).

2. ترشيد استخدام الموارد وتقليل الهدر

تهدف كفاءة التشغيل إلى استخدام الموارد (البشرية، المالية، الطبية، والتقنية) بشكل مثالي، مما يساهم في تقليل الهدر المالي والتشغيلي، كاستخدام المفرط للأدوية أو المعدات أو الإقامة غير الضرورية. ويساعد هذا الترشيح في توجيه الموارد إلى الأولويات القصوى داخل المستشفى، وبالتالي رفع الكفاءة العامة للمنشأة (الحمد، 2020، ص. 150).

3. رفع مستوى رضا المرضى ومتلقي الخدمة

أحد الأهداف المهمة لكفاءة التشغيل هو تعزيز تجربة المريض ورفع مستوى رضاه عن الخدمات المقدمة. ويتحقق ذلك من خلال تقليل زمن الانتظار، تحسين التواصل مع الطاقم الطبي، وضمان معاملة إنسانية تحترم الخصوصية والكرامة. فكلما كانت العمليات أكثر كفاءة وتنظيماً، كلما شعر المرضى بثقة ورضا أكبر (العبيد، 2021، ص. 210).

4. تحقيق الاستدامة المالية للمؤسسة الصحية

تُعد الاستدامة المالية هدفاً استراتيجياً في ظل التكاليف المتزايدة للرعاية الصحية، إذ تسعى المستشفيات من خلال كفاءتها التشغيلية إلى تحقيق التوازن بين الإيرادات والمصروفات، وتحسين إدارة الميزانيات، وتعزيز مصادر الدخل عبر الخدمات المتميزة أو الشراكات. وهو ما يساعد على ضمان استمرارية تقديم الخدمة دون تعثر مالي (السويلم، 2019، ص. 110).

5. زيادة الإنتاجية وتحسين استغلال الطاقات

تهدف كفاءة التشغيل إلى تحسين إنتاجية العاملين والأنظمة داخل المستشفى، من خلال تقنيات الإدارة الرشيدة، وأتمته العمليات الروتينية، واستخدام التحليلات التنبؤية. ويؤدي ذلك إلى تحسين مخرجات العمل (مثل عدد المرضى المعالجين أو العمليات المقراة) في مقابل نفس المدخلات أو أقل، مما يرفع من أداء المؤسسة بشكل عام (الحربي، 2021، ص. 85).

6. تعزيز سلامة المرضى والحد من الأخطاء الطبية

يُعد خفض معدلات المضاعفات الطبية والأخطاء هدفاً أساسياً لأي نظام صحي كفاء. وتسهم الكفاءة التشغيلية في بناء أنظمة إنذار مبكر، وتطبيق بروتوكولات السلامة، وتوظيف الأدوات الرقمية لمراقبة الأداء السريري، مما يحسن من بيئة العمل ويقلل من المخاطر المحتملة على المرضى (الحمد، 2020، ص. 150).

7. تحقيق التكامل في تقديم الخدمات الصحية

من أهداف كفاءة التشغيل أيضاً ضمان التنسيق والتكامل بين مختلف أقسام المستشفى، بما في ذلك العيادات الخارجية، غرف العمليات، الطوارئ، والأقسام الداعمة. يساعد هذا التكامل على تقليل التداخل والتكرار، وتحسين تدفق العمل، وتقديم خدمات صحية أكثر تماسكاً وفعالية (آل علي، 2019، ص. 130).

8. دعم اتخاذ القرار الإداري القائم على البيانات

من خلال تعزيز كفاءة التشغيل، تصبح البيانات التشغيلية والسريرية أكثر تنظيماً ودقة، مما يوفر قاعدة معلومات قوية تساعد الإدارة على اتخاذ قرارات دقيقة، سريعة، واستراتيجية. ويشمل ذلك إدارة السعة السريرية، توقع الطلب، وضبط التكاليف وفق مؤشرات الأداء الفعلية (الحربي، 2021، ص. 85).

الخلاصة:

تمثل كفاءة تشغيل المستشفيات أحد الركائز الأساسية لأي نظام صحي متطور، حيث تضمن تحقيق التوازن بين جودة الرعاية وكفاءة الاستخدام، بما ينعكس إيجاباً على المرضى، العاملين، والإدارة على حد سواء. ومع تزايد الضغوط على المستشفيات، تبرز كفاءة التشغيل كعنصر جوهري لتعزيز استجابة النظام الصحي لمتطلبات الجودة والاستدامة والتطور التكنولوجي (السويلم، 2019، ص. 110).

الآثار المترتبة على ضعف الكفاءة التشغيلية في المستشفيات

تُعد الكفاءة التشغيلية حجر الزاوية في الأداء المؤسسي للمستشفيات، وتمثل انعكاساً لقدرتها على تقديم خدمات صحية عالية الجودة باستخدام أقل قدر ممكن من الموارد، ضمن إطار منظم يضمن الاستدامة. ومع ذلك، فإن ضعف هذه الكفاءة لا يؤدي فقط إلى تراجع مؤقت في الأداء، بل يخلف سلسلة من الآثار السلبية المتراكمة

والمداخلات التي تمس البنية التحتية الصحية، والكوادر الطبية، ومتلقي الخدمة، والمنظومة المالية والإدارية بأكملها (الحربي، 2021، ص. 85).

أولاً: ارتفاع النفقات التشغيلية وهدر الموارد

أحد أبرز المظاهر الأولية لضعف الكفاءة التشغيلية هو الارتفاع غير المبرر في التكاليف الجارية. يحدث ذلك نتيجة غياب التخطيط الاستراتيجي لاستخدام الموارد، مما يؤدي إلى سوء توزيع المهام، وتكدس المعدات، وزيادة استهلاك الأدوية دون مراقبة أو تقييم دوري. كما تسهم الإجراءات اليدوية، وضعف تكامل النظم التقنية، في مضاعفة النفقات الإدارية غير الضرورية (العبيد، 2021، ص. 210).

ثانياً: تراجع جودة الخدمات الصحية

يؤثر الضعف التشغيلي على جودة الرعاية المقدمة من خلال تأخر الإجراءات الطبية، وغياب التنسيق بين الأقسام، وتكرار الأخطاء في تشخيص أو علاج المرضى. كما تقل قدرة المستشفى على تقديم رعاية متمحورة حول المريض، وهو ما يظهر جلياً في انخفاض معدلات الشفاء وارتفاع نسب العودة إلى الطوارئ أو الإقامة المتكررة (آل علي، 2019، ص. 130).

ثالثاً: تآكل رضا المرضى والثقة المجتمعية

يمثل رضا المرضى مؤشراً جوهرياً للكفاءة التشغيلية. وعند غياب الفعالية التنظيمية، تظهر مظاهر عدم الرضا بشكل ملحوظ، مثل طول أوقات الانتظار، ازدحام العيادات، ضعف التواصل بين الطبيب والمريض، وعدم الالتزام بمواعيد الخدمات. هذه العوامل تؤدي تدريجياً إلى تراجع ثقة المجتمع في المؤسسة الصحية، واتجاه المرضى إلى خيارات أخرى قد تكون أكثر تكلفة أو خارجية (الحمد، 2020، ص. 150).

رابعاً: إجهاد الكوادر الطبية والإدارية

بيئة العمل ذات الكفاءة التشغيلية المنخفضة تضع الكوادر الطبية تحت ضغوط غير منطقية، تتمثل في سوء توزيع المهام، وانعدام الدعم التقني، وكثرة الأعطال الإدارية، وضعف التواصل بين الوحدات. هذه البيئة تؤدي إلى الاحتراق المهني، وتراجع التحفيز، وارتفاع معدلات التغيب أو الاستقالة، مما يفاقم الأزمة التشغيلية بشكل حلقي مستمر (الجهني، 2020، ص. 70).

خامساً: ضعف القدرة على مواجهة الأزمات

المستشفيات ذات الكفاءة المنخفضة تكون في موقف حرج عند مواجهة ظروف طارئة كالأوبئة، الكوارث الطبيعية، أو الحوادث الجماعية. فعدم وجود خطط تشغيلية مرنة، وقلة تدريب العاملين على التعامل مع الأزمات، يؤدي إلى تعطل الخدمات، وتأخر الاستجابة، وارتفاع معدلات الوفاة أو المضاعفات الصحية (العبيد، 2021، ص. 210).

سادسًا: ضعف التوافق مع نظم التحول الرقمي

في ظل توجه المؤسسات الصحية نحو التحول الرقمي، فإن المستشفيات ضعيفة الكفاءة تعاني من مقاومة داخلية للتغيير، وصعوبات في اعتماد الأنظمة الحديثة كالسجلات الصحية الإلكترونية، ونظم إدارة الجودة، وأدوات ذكاء الأعمال. وهذا يحرمها من فرص تحسين الأداء، وتقليل التكاليف، وتحقيق ميزة تنافسية رقمية.

سابعًا: فقدان القدرة التنافسية والاستراتيجية

لا يمكن لأي مستشفى أن يحافظ على مكانته المؤسسية إذا لم يكن قادراً على إثبات كفاءته التشغيلية. ضعف الكفاءة يجعل المؤسسة غير مؤهلة للشراكات، ويقلص من فرص حصولها على الاعتمادات الطبية المحلية والدولية، كما يضعف من قدرتها على اجتذاب الكفاءات المهنية أو المشاريع التنموية الداعمة (السويلم، 2019، ص. 110).

الخلاصة

إن ضعف الكفاءة التشغيلية في المستشفيات لا يُعد خللاً تقنياً فقط، بل هو تحدٍ استراتيجي ذو أبعاد متعددة، تؤثر في القدرة على تقديم خدمة صحية فعالة، آمنة، ومستدامة. ومن هنا، تبرز الحاجة الماسة إلى حوكمة رقمية ذكية، وتخطيط إداري مرن، واستثمار في الكوادر والأنظمة لضمان استعادة التوازن وتحقيق الرؤية الصحية الشاملة.

معوقات كفاءة تشغيل المستشفيات

رغم الأهمية الاستراتيجية لكفاءة تشغيل المستشفيات في تعزيز جودة الرعاية الصحية وتقليل التكاليف، إلا أن العديد من المستشفيات تواجه جملة من التحديات والمعوقات التي تؤثر سلباً على مستويات الكفاءة وتحدّ من قدرتها على الاستجابة المثلى لاحتياجات المرضى. ويمكن تصنيف هذه المعوقات إلى عدة محاور رئيسية:

1. ضعف البنية التحتية والتقنية

تعاني بعض المستشفيات، خاصة في القطاعات الحكومية أو المناطق الطرفية، من قصور في البنية التحتية، سواء من حيث الطاقة الاستيعابية أو توفر المعدات الطبية المتطورة أو أنظمة تكنولوجيا المعلومات. هذا القصور يؤدي إلى اختناقات تشغيلية ويعرقل عمليات التنسيق والمتابعة داخل المنشأة الصحية (الجهني، 2020، ص. 70).

2. النقص في الكوادر المؤهلة

يُعد نقص الكوادر الصحية المدربة - خاصة في التخصصات الحرجة كالعناية المركزة والتخدير والطوارئ - أحد أبرز معوقات الكفاءة التشغيلية. كما أن سوء توزيع القوى العاملة أو غياب خطط الإحلال والتطوير المهني المستمر يؤدي إلى انخفاض الإنتاجية وارتفاع معدلات الإرهاق المهني (الحربي، 2021، ص. 85).

3. ضعف إدارة الموارد

تُعد الإدارة غير الفعالة للموارد – سواء البشرية أو المالية أو المادية – من العوامل التي تضعف الكفاءة التشغيلية. فغياب آليات التخطيط والتخصيص الأمثل للموارد يؤدي إلى الهدر، بينما يؤدي الإفراط أو القصور في الاستخدام إلى انخفاض جودة الخدمة (العبيد، 2021، ص. 210).

4. البيروقراطية الإدارية وتعدد المستويات التنظيمية

يؤدي تعدد الطبقات الإدارية وعدم وضوح الأدوار والصلاحيات إلى بطء اتخاذ القرار، وتأخير العمليات الإدارية، وضعف المرونة التشغيلية، مما ينعكس على الأداء الكلي للمستشفى ويؤدي إلى انخفاض الكفاءة (الحمد، 2020، ص. 150).

5. نقص البيانات ومحدودية أنظمة المعلومات

تفتقر بعض المستشفيات إلى أنظمة معلومات صحية متكاملة تتيح تحليل الأداء وتتبع العمليات السريرية والإدارية. هذا النقص يعوق القدرة على اتخاذ قرارات مبنية على البيانات، ويصعب من عملية التقييم والتحسين المستمر (العبيد، 2021، ص. 210).

6. ضعف ثقافة الجودة والتحسين المستمر

في بعض البيئات الصحية، تغيب ثقافة الجودة والتطوير المهني المستمر، مما يحدّ من مبادرات الابتكار والتحسين الذاتي في العمليات التشغيلية. كما أن مقاومة التغيير بين الموظفين تُعد عائقًا أمام تبني الممارسات الحديثة (السويلم، 2019، ص. 110).

7. الضغط المتزايد على الخدمات الصحية

مع تزايد أعداد السكان وارتفاع معدلات الأمراض المزمنة، تواجه المستشفيات ضغطًا متزايدًا يفوق طاقتها التشغيلية. هذا الضغط يؤدي إلى ازدحام في الأقسام، وزيادة في فترة الانتظار، وانخفاض في جودة الخدمة، مما يعيق تحقيق الكفاءة المنشودة (آل علي، 2019، ص. 130).

8. ضعف التكامل بين الأقسام والجهات الصحية

غالبًا ما تفتقر المستشفيات إلى التكامل الأفقي والعمودي بين أقسامها أو مع الجهات الصحية الأخرى (مثل المختبرات المركزية أو المستودعات الطبية أو المراكز المرجعية)، وهو ما يؤدي إلى ازدواجية في العمل، وتأخير في الإجراءات، وتدني مستوى التنسيق (العبيد، 2021، ص. 210).

9. غياب الحوكمة الرقمية وضعف التحول الرقمي

في ظل التوجه العالمي نحو التحول الرقمي في الرعاية الصحية، تُعد قلة الاستثمار في أنظمة الحوكمة الرقمية واستخدام أدوات التحليل الذكي من أبرز المعوقات التي تحول دون تحسين كفاءة التشغيل، حيث تظل العمليات يدوية وبطيئة وتعتمد على التقديرات الشخصية بدلاً من البيانات والتحليلات (الحربي، 2021، ص. 85).

10. التمويل غير المستدام

تعتمد بعض المستشفيات على تمويل حكومي ثابت لا يرتبط بالأداء أو حجم الخدمة، مما يضعف الحافز على تحسين الكفاءة ويحدّ من القدرة على تطوير الخدمات أو تحديث البنية التحتية (الحمد، 2020، ص. 150).

الخلاصة:

إن معوقات كفاءة تشغيل المستشفيات متعددة ومعقدة، وتتطلب تدخلات شاملة تشمل الإصلاح الإداري، والتحول الرقمي، وتطوير القدرات البشرية، وتحسين آليات الرقابة والتخطيط. كما أن التكامل بين الحوكمة الرقمية والإدارة التشغيلية يُعد من أهم مفاتيح التغلب على هذه المعوقات وبناء نظام صحي أكثر استدامة وكفاءة.

حلول كفاءة تشغيل المستشفيات

إن تحقيق كفاءة تشغيلية عالية في المستشفيات لا يتم بمجرد تعديل جزئي أو إجراء تقني منفصل، بل يتطلب تبني منهج شامل يعالج التحديات التشغيلية من جذورها عبر سلسلة من الحلول الاستراتيجية والتنفيذية. وفيما يلي أبرز هذه الحلول:

1. التحول الرقمي وتطبيق الحوكمة الرقمية

يُعد التحول الرقمي حجر الزاوية في تحسين كفاءة التشغيل، حيث تُسهم الأنظمة الإلكترونية (مثل السجلات الطبية الإلكترونية، وأنظمة إدارة الموارد، وتحليلات البيانات الذكية) في (الجهني، 2020، ص. 70):

- تقليل الوقت الضائع في المعاملات الورقية.
- تسريع الإجراءات الإدارية والسريرية.
- تحسين دقة البيانات والمعلومات.
- دعم اتخاذ القرار بناءً على مؤشرات الأداء الفعلية.

كما أن تطبيق مبادئ الحوكمة الرقمية يضمن وجود هيكل واضح للمساءلة والشفافية، ويساعد في ضبط الأداء وتوجيه الموارد بكفاءة (الشهري، 2022، ص. 90).

2. تحسين إدارة الموارد البشرية

- تعتمد الكفاءة التشغيلية بدرجة كبيرة على فاعلية القوى العاملة. ولذا، تشمل الحلول في هذا الجانب:

- تدريب الكوادر الصحية والإدارية بانتظام على المهارات الفنية والقيادية.
- توزيع الموظفين بشكل عادل حسب الحاجة والضغط في الأقسام.
- تحفيز الموظفين من خلال أنظمة مكافآت تعتمد على الأداء.
- تقليل معدلات دوران الموظفين عبر تحسين بيئة العمل.

3. إعادة هيكلة العمليات الداخلية

العمليات غير الفعالة أو المكررة تمثل عبئاً على الكفاءة التشغيلية. ومن الحلول المقترحة (الدوسري، 2018، ص. 110):

- إعادة تصميم سير العمل (Workflow Reengineering) لتقليل الخطوات غير الضرورية.
- توحيد الإجراءات وتطوير أدلة عمل معيارية.
- تقليل البيروقراطية من خلال تفويض الصلاحيات واستخدام النماذج الرقمية.
- اعتماد مفهوم "الرعاية المتمركزة حول المريض" لتحسين تدفق المرضى وتقليل أوقات الانتظار.

4. التكامل بين الأقسام والمنشآت الصحية

يُسهم التكامل الأفقي والعمودي في (الشهري، 2022، ص. 90):

- تحسين تبادل المعلومات بين الأقسام الطبية والإدارية.
- تقليل الازدواجية في العمل.
- تسهيل عملية التحويل بين المستويات المختلفة للرعاية (أولي، ثانوي، تخصصي).
- تحسين استمرارية الرعاية الصحية وخفض التكلفة.

5. تطبيق إدارة الجودة الشاملة والتحسين المستمر

من خلال تبني ثقافة الجودة والتحسين المستمر، يمكن للمستشفيات تعزيز الكفاءة عبر (البقي، 2021، ص. 160):

- قياس مؤشرات الأداء بانتظام وتحليل الانحرافات.
- إشراك العاملين في اقتراح الحلول وتحسين الإجراءات.
- إجراء تدقيقات داخلية دورية لضمان التزام الأقسام بالمعايير.
- تطبيق منهجيات تحسين الجودة مثل Lean و Six Sigma لتقليل الهدر.

6. التخطيط المالي الفعال وترشيد الإنفاق

تعتبر الإدارة المالية الرشيدة من أهم أدوات تحسين الكفاءة، ويشمل ذلك:

- إعداد موازنات تشغيلية تعتمد على الأداء ومخرجات الخدمة.
 - مراقبة الإنفاق وتوجيه الموارد إلى الأولويات الصحية.
 - خفض التكاليف من خلال التعاقد الموحد للمستلزمات الطبية والأدوية.
 - الاستثمار الذكي في التكنولوجيا التي تحقق عائداً تشغيلياً.
7. الاعتماد على مؤشرات قياس الأداء

يُسهّم تتبع مؤشرات الأداء (KPIs) في:

- التعرف على مكان الضعف في العمليات التشغيلية.
- تحفيز الإدارات على تحقيق أهداف محددة قابلة للقياس.
- تعزيز الشفافية والمساءلة في كل وحدة داخل المستشفى.

وتشمل هذه المؤشرات: معدل دوران الأسرة، متوسط مدة الإقامة، رضا المرضى، التكلفة لكل مريض، وزمن الانتظار (العنزي، 2022، ص. 190).

8. الشراكات مع القطاع الخاص والمؤسسات التعليمية

من خلال الشراكات الاستراتيجية، يمكن:

- الاستفادة من كفاءات وخبرات القطاع الخاص في الإدارة والتشغيل.
- تطوير برامج تدريبية مشتركة لرفع كفاءة الكوادر.
- التعاون في إجراء بحوث تحسين الجودة والكفاءة التشغيلية.
- تخفيف الضغط على المستشفيات الحكومية من خلال توزيع العبء التشغيلي (الشهري، 2022، ص. 90).

الخلاصة:

إن كفاءة تشغيل المستشفيات تمثل مكوناً حيوياً في جودة وفعالية النظام الصحي، ولا يمكن تحقيقها إلا من خلال حلول متكاملة تجمع بين الإدارة الرشيدة، والحوكمة الرقمية، والتكنولوجيا، وتطوير الكوادر، وتحفيز ثقافة التحسين. ويُعد التزام الإدارة العليا وتحفيز العاملين من العوامل الحاسمة في ضمان استدامة هذه الحلول وتحقيق أثرها الفعلي على أداء المستشفى ورضا المرضى.

مدخل الى العلاقة بين الحوكمة الرقمية وكفاءة تشغيل المستشفيات

في ظل التحولات المتسارعة التي يشهدها القطاع الصحي، أصبحت الحوكمة الرقمية أحد المفاهيم المحورية التي تدعم جودة الخدمات الطبية وتعزز من فعالية تشغيل المؤسسات الصحية. وتشير التجارب الدولية الحديثة إلى أن تطبيق مبادئ الحوكمة الرقمية في المستشفيات لا يقتصر على الجانب التقني فحسب، بل يشمل إعادة تشكيل ثقافة الإدارة وتوجيه الموارد بطريقة ذكية وشفافة وفعالة، الأمر الذي يُفضي مباشرة إلى تحسين كفاءة التشغيل (آل رشيد، 2020، ص. 135).

تبدأ العلاقة بين الحوكمة الرقمية وكفاءة التشغيل من القدرة على المواءمة الاستراتيجية، حيث تتيح الحوكمة الرقمية للمستشفيات مواءمة خططها التشغيلية مع أهدافها الصحية والإدارية، من خلال استخدام نظم دعم القرار وأنظمة إدارة المعلومات. هذه المواءمة تؤدي إلى توجيه الموارد البشرية والمالية نحو أولويات التشغيل الأكثر تأثيراً، وبالتالي تقليل الهدر وتحقيق الاستخدام الأمثل (الغامدي، 2021، ص. 60).

كما تسهم إدارة المخاطر الرقمية – كأحد أبعاد الحوكمة – في تعزيز كفاءة التشغيل من خلال التنبؤ بالمشكلات قبل وقوعها، ورصد التهديدات التقنية والطبية، واتخاذ التدابير الوقائية بمرونة عالية. هذه القدرة على التنبؤ والتحكم تضمن استمرارية التشغيل وتقليل التكاليف الناتجة عن الأعطال أو الحوادث أو الأخطاء الطبية.

أما على صعيد الأداء، فإن آليات القياس والمساءلة التي تفرضها الحوكمة الرقمية تضمن شفافية العمليات التشغيلية وقابليتها للتقييم المستمر. فوجود أنظمة متكاملة لرصد مؤشرات الأداء الرئيسة (KPIs) مثل متوسط الإقامة، ونسب الإشغال، وتكاليف التشغيل، يمكن إدارة المستشفى من اتخاذ قرارات قائمة على بيانات دقيقة وحديثة، مما يعزز من سرعة الاستجابة وتحقيق الكفاءة القصوى (الحربي، 2021، ص. 85).

إلى جانب ذلك، فإن الحوكمة الرقمية تركز على إشراك أصحاب المصلحة من خلال أدوات تفاعلية تسهل إشراك المرضى، والأطباء، والممارسين، والإداريين، وحتى الممولين، في عمليات التقييم والتحسين. هذا الانفتاح يخلق بيئة تشاركية تعزز من الرضا الوظيفي والالتزام المهني، وتؤدي إلى تحسين نوعية الخدمة، وبالتالي رفع كفاءة التشغيل بشكل عام (العتيبي، 2021، ص. 95).

كما أن إدارة القيمة – وهي أحد المحاور الجوهرية في الحوكمة الرقمية – تفرض على المستشفيات تحقيق توازن بين التكلفة والجودة والنتائج الصحية، ما يدفع نحو تحسين العمليات السريرية، وتقليل النفقات غير الضرورية، ورفع العائد الصحي للمريض مقابل كل ريال يُنفق (الزهراني، 2020، ص. 160).

ولأن كفاءة التشغيل تعتمد أيضاً على جودة المعلومات، فإن الحوكمة الرقمية تضمن وجود أنظمة معلومات صحية موثوقة ومتربطة تسهل إدارة الملفات الطبية، والمواعيد، والمخزون، والموارد البشرية، وهو ما يؤدي إلى انسيابية في العمليات وتقليل الفاقد الزمني والمادي (السويلم، 2019، ص. 110).

وفي المجمل، تُعد الحوكمة الرقمية إطارًا شاملاً يمكّن المستشفيات من التحول من النمط التقليدي في الإدارة والتشغيل إلى نموذج مؤسسي يعتمد على التكنولوجيا، والتحليل، والتخطيط الذكي. وهذا التحول لا يسهم فقط في رفع كفاءة التشغيل، بل يجعل المستشفيات أكثر استعدادًا للاستجابة للأزمات، وأكثر قدرة على التوسع والتطوير ضمن بيئة صحية متغيرة (الزهراني، 2020، ص. 160).

منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد:

يتناول ذلك وصف لإجراءات البحث الميدانية التي قامت بها الباحثة لتحقيق أهداف البحث، وتتضمن تحديد المنهج المتبع في البحث، ومجتمع البحث، وعينة البحث، وأداة البحث والتحقق من صدقها وثباتها، والمعالجة الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج.

منهج الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة؛ قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي وهو المنهج الملائم لهذه الدراسة ، ويعرف المنهج الوصفي التحليلي بأنه : " ذلك النوع من البحوث الذي يتم بواسطته استجواب جميع أفراد مجتمع البحث، أو عينة كبيرة منهم، وذلك بهدف وصف الظاهرة المدروسة، من حيث طبيعتها، ودرجة وجودها فقط (العساف، 1433هـ، 179) .

مجتمع الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة في جميع العاملين في المستويات الإدارية والإشرافية والفنية ذات العلاقة بإدارة المشاريع والعمليات التشغيلية في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية

عينة الدراسة

تم اختيار عينة عشوائية من العاملين في المستويات الإدارية والإشرافية والفنية ذات العلاقة بإدارة المشاريع والعمليات التشغيلية في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية مكونة من (300) فرد بواقع (190) فرد من المستشفيات الحكومية و(110) من المستشفيات الخاصة.

أداة الدراسة:

بعد أن تم الاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع البحث والاستعانة بالإطار النظري للبحث، قامت الباحثة ببناء وتطوير الاستبانة أداة لجمع بيانات الدراسة؛ لمناسبتها لتحقيق أهداف الدراسة، والإجابة عن تساؤلاتها

بناء أداة الدراسة:

تمّ تصميم أداة الدراسة (استبانة) بهدف التعرف على أثر الحوكمة الرقمية للمشاريع على كفاءة تشغيل المستشفيات، وقد قامت الباحثة بإعداد الاستبانة بصورتها المبدئية، من خلال مراجعة الأدبيات المتعلقة

بهدف البحث، وكذلك بعد الاطلاع على الدِّراسات السَّابقة ومراجعة أدواتها المتعلقة بموضوع الدِّراسة الحاليَّة، حيث تكونت الاستبانة من قسمين رئيسيين :

القسم الأول: المتغيرات الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة.

القسم الثاني: محاور الاستبانة ويتكون من محورين رئيسيين كالآتي:

المحور الأول: الحوكمة الرقمية للمشاريع ويتكون من (15) فقرة مقسمة على خمسة أبعاد

المحور الثاني: كفاءة تشغيل المستشفيات ويتكون من (12) فقرة مقسمة على أربعة أبعاد

احتساب الدرجات على أداة الدِّراسة:

بعد أن تمَّ تطبيق أداة الدِّراسة على عينة الدِّراسة، قامت الباحثة برصد الدرجات باستخدام مقياس ليكرت

الخماسي، حيث إنه لكل عبارة خمسة مستويات، بحيث تعطى درجة لكل درجة موافقة، كالتالي: الدرجة (1)

لدرجة الموافقة (غير موافق بشدة)، والدرجة (2) لدرجة الموافقة (غير موافق) ، والدرجة (3) لدرجة الموافقة

(محايد) ، والدرجة (4) لدرجة الموافقة (موافق) ، والدرجة (5) لدرجة الموافقة (موافق بشدة).

صدق أداة الدِّراسة:

إن صدق الأداة يعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه، كما يُقصد بالصدق "شمول الاستبانة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية أخرى، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها (العساف، 1433 هـ، ص310) وقد قامت الباحثة بالتأكد من صدق أداة الدِّراسة من خلال القيام بما يلي:

• **الصدق الظاهري للأداة (التحكيمي):**

بعد الانتهاء من بناء أداة الدِّراسة، تمَّ عرضها على عدد من أعضاء هيئة التدريس المتخصَّصين؛ وذلك للاسترشاد بأرائهم، وقد طُلب من المحكِّمين إبداء الرأي حول مدى وضوح العبارات، ومدى ملاءمتها لما وُضعت لأجله، ومدى مناسبة العبارات للمحور الذي تنتمي إليه، مع وضع التعديلات والاقتراحات التي يمكن من خلالها تطوير الاستبانة.

وقد تمَّ الأخذ بملاحظات المحكِّمين، واعتماد العبارة التي اتَّفَق عليها من قبل المحكِّمين بنسبة تزيد عن (٨٥ %) فأكثر

• **صدق البناء لأداة الدِّراسة:**

بعد التأكد من الصدق الظاهري لأداة الدِّراسة (الاستبانة) قامت الباحثة بالتأكد من صدق البناء الداخلي وذلك بحساب الصدق الداخلي لفقرات محاور الاستبانة، حيث تم حساب معامل الارتباط بين إجابات العينة على كل فقرة من كل محور، وبين إجمالي إجابات العينة عن جميع فقرات المحور التابعة له العبارة، حيث جاءت النتائج على النحو التالي:

المحور الأول: الحوكمة الرقمية للمشاريع

جدول رقم (1) صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات المحور الأول والدرجة الكلية للمحور

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.884**	9	0.773**	1
0.859**	10	0.794**	2
0.938**	11	0.693**	3
0.968**	12	0.763**	4
0.854**	13	0.851**	5
0.846**	14	0.919**	6
0.778**	15	0.872**	7
		0.653**	8

**دال عند مستوى دلالة 0.01

يُتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين الفقرات بالمحور الأول والدرجة الكلية للمحور الأول " الحوكمة الرقمية للمشاريع" جاءت جميعها موجبة ودالة إحصائية وذات قيم متوسطة ومرتفعة، فضلاً عن كونها ذات دلالة إحصائية مما يشير إلى تمتع المحور بدرجة صدق مرتفعة وعليه فإن هذه النتيجة توضح صدق فقرات المحور وصلاحيته للتطبيق الميداني.

المحور الثاني: كفاءة تشغيل المستشفيات

جدول رقم (2) صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات المحور الثاني والدرجة الكلية للمحور

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.846**	7	0.916**	1
0.944**	8	0.944**	2
0.733**	9	0.714**	3
0.702**	10	0.805**	4
0.699**	11	0.770**	5
0.711**	12	0.822**	6

**دال عند مستوى دلالة 0.01

يُتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين الفقرات بالمحور الثاني والدرجة الكلية للمحور " كفاءة تشغيل المستشفيات " جاءت جميعها موجبة ودالة إحصائياً وذات قيم مرتفعة، فضلاً عن كونها ذات دلالة إحصائية مما يشير إلى تمتع المحور بدرجة صدق مرتفعة جداً وعليه فإن هذه النتيجة توضح صدق فقرات المحور وصلاحيته للتطبيق الميداني.

ثبات أداة الدراسة:

ثبات أداة الدراسة يعنى أن الأداة ستعطي نفس النتائج تقريباً عند تطبيقها مرات عديدة على العينة نفسها ولقياس مدي ثبات الاستبانة قامت الباحثة باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Chronbach Alpha) للتأكد من ثبات أداة الدراسة، ويوضح الجدول التالي قيم معاملات الثبات ألفا كرونباخ لكل محور من محاور الاستبانة:

جدول رقم (3) معامل ثبات ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة

المحور	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
المحور الأول: الحوكمة الرقمية للمشاريع	15	.834
المحور الثاني: كفاءة تشغيل المستشفيات	12	.886
الدرجة الكلية للثبات	27	.890

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ كانت مناسبة لأغراض البحث العلمي؛ حيث تشير نتائج الجدول السابق إلى ارتفاع معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ على كافة محاور الاستبانة وكذلك على الدرجة الكلية، حيث بلغت (0.890) مما يدل على صلاحية الاستبانة لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها.

أساليب تحليل البيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها، تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، والتي يرمز لها اختصاراً بالرمز (SPSS). وذلك بعد ترميز وادخال البيانات إلى الحاسب الآلي، كما يلي:

اعطيت الاجابة: (موافق بشدة = 5 درجات)، (موافق = 4 درجات)، (محايد = 3 درجات)، (غير موافق = 2 درجتين)، (غير موافق بشدة = 1 درجة واحدة)، ومن ثم قام الباحث بحساب الوسط الحسابي لإجابات أفراد مجتمع الدراسة.

ولتحديد طول خلايا المقياس الخماسي (الحدود الدنيا والعليا) المستخدم في محاور الدراسة، تم حساب المدى $(4=1-5)$ ، ثم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية الصحيح أي $(0.80 = 5/4)$ بعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول رقم (4) درجة الموافقة ومدى الموافقة على مقياس ليكرت الخماسي.

الترج وفقاً لمقياس ليكرت	درجة الترميز (الوزن النسبي)	فئة المتوسط		مقياس الحكم علي النتائج
		من	إلى	
غير موافق بشدة	1	1	1.80	ضعيفة جداً
غير موافق	2	1.81	2.60	ضعيفة
محايد	3	2.61	3.40	متوسطة
موافق	4	3.41	4.20	عالية
موافق بشدة	5	4.21	5.00	عالية جداً

ولخدمة اغراض الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها من خلال اداة الدراسة في الجانب الميداني، استُخدمت

عدد من الأساليب الإحصائية لمعرفة اتجاهات أفراد مجتمع الدراسة حول التساؤلات المطروحة، وذلك باستخدام

أساليب المعالجة الإحصائية المناسبة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وذلك بعد أن تم ترميز البيانات وإدخالها إلى الحاسب الآلي، ثم تم استخراج النتائج وفقاً للأساليب الإحصائية الآتية:

1- **التكرارات والنسب المئوية (Percentage & Frequencies):** للتعرف على الخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة وتحديد إجابات أفرادها اتجاه عبارات المحاور الرئيسة التي تتضمنها أداة الدراسة.

2- **المتوسط الحسابي (Mean):** لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض إجابات أفراد عينة الدراسة عن المحاور الرئيسة (متوسط متوسطات العبارات).

3- **الانحراف المعياري (Standard Deviation):** للتعرف على مدى انحراف إجابات أفراد عينة الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة، ولكل محور من المحاور الرئيسة عن متوسطها الحسابي، وقد استخدمت الدراسة هذا الأسلوب نظراً لأن الانحراف المعياري يوضح التشتت في إجابات أفراد عينة الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة، إلى جانب المحاور الرئيسة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر تركزت الاجابات وانخفض تشتتها بين المقياس.

4- **معامل ارتباط بيرسون (Pearson):** لقياس الاتساق الداخلي بين عبارات الأداة (الاستبانة) وكل محور تنتمي إليه.

5- **معامل الثبات ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha- α):** لحساب معامل ثبات أداة الدراسة

6- اختبار تحليل الانحدار (Regression test) : لدراسة أثر المتغير المستقل على

المتغير التابع

نتائج الدراسة وتفسيراتها

تمهيد

يتناول ذلك عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، وذلك من خلال عرض استجابات أفراد عينة الدراسة لعبارات الأداة، ومعالجتها إحصائياً، وصولاً إلى النتائج وتحليلها وتفسيرها، في ضوء الأطر النظرية، والدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة، وتقوم الباحثة بمناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة وتفسيرها، من خلال الإجابة عن أسئلتها .

أولاً: خصائص عينة الدراسة:

تم حساب التكرارات والنسب المئوية لأفراد عينة البحث وفقاً للمتغيرات:

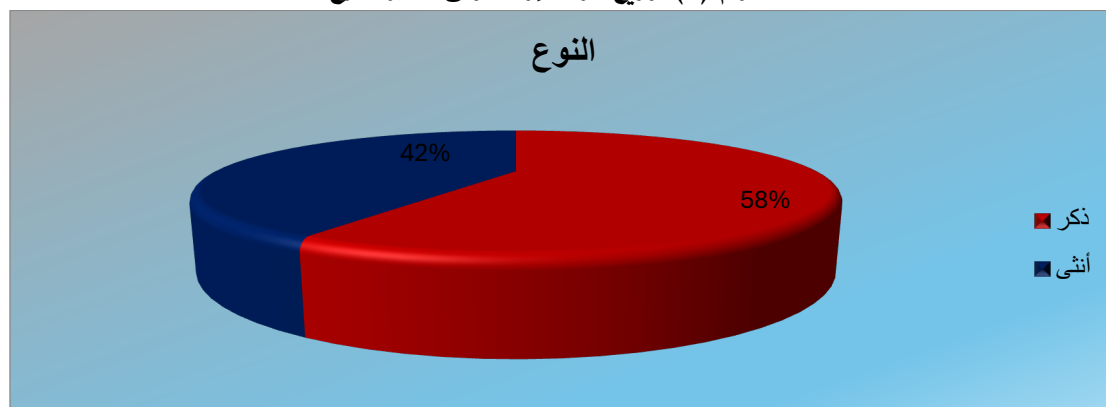
1- النوع:

جدول رقم (1) توزيع أفراد الدراسة وفق متغير النوع

النوع	التكرار	النسبة
ذكر	175	58.3
أنثى	125	41.7
المجموع	300	100%

يتضح من الجدول أن نسبة (58.3 %) من إجمالي أفراد عينة الدراسة من الذكور، ونسبة (41.7 %) من إجمالي أفراد الدراسة من الإناث.

شكل رقم (1) توزيع أفراد الدراسة وفق متغير النوع



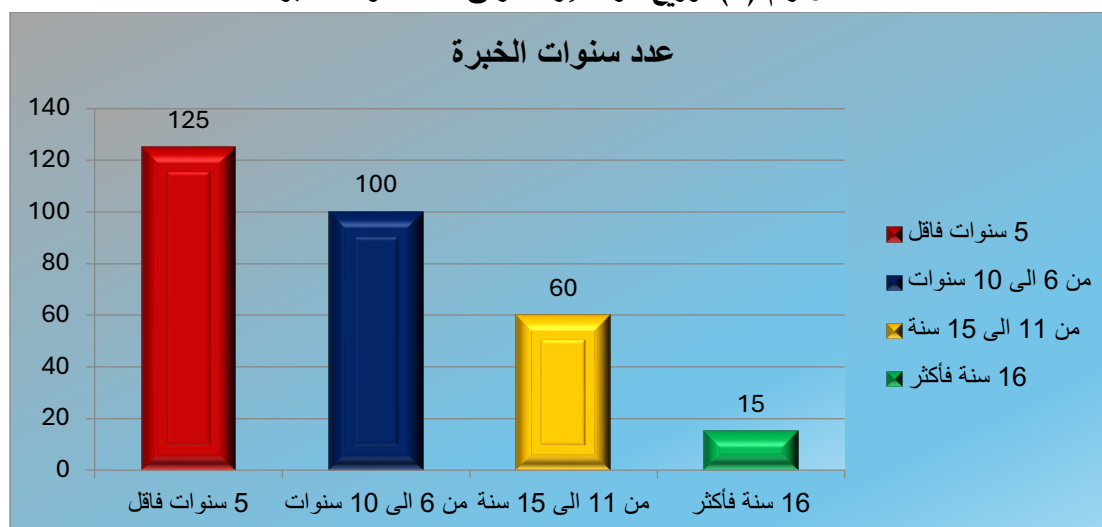
2- عدد سنوات الخبرة:

جدول رقم (2) توزيع أفراد الدِّراسة وفق عدد سنوات الخبرة

عدد سنوات الخبرة	التكرار	النسبة
5 سنوات فأقل	125	41.7
من 6 الى 10 سنوات	100	33.3
من 11 الى 15 سنة	60	20.0
16 سنة فأكثر	15	5.0
المجموع	300	100%

يُتَّضح من الجدول أنَّ نسبة (41.7%) من إجمالي أفراد الدِّراسة عدد سنوات خبرتهم 5 سنوات فأقل، و نسبة (33.3%) من إجمالي أفراد الدِّراسة خبرتهم من 6 الى 10 سنوات، ونسبة (20%) من إجمالي أفراد الدِّراسة خبرتهم من 11 الى 15 سنة، ونسبة (5%) من إجمالي أفراد الدِّراسة خبرتهم 16 سنة فأكثر.

شكل رقم (2) توزيع أفراد الدِّراسة وفق عدد سنوات الخبرة



3- المؤهل العلمي:

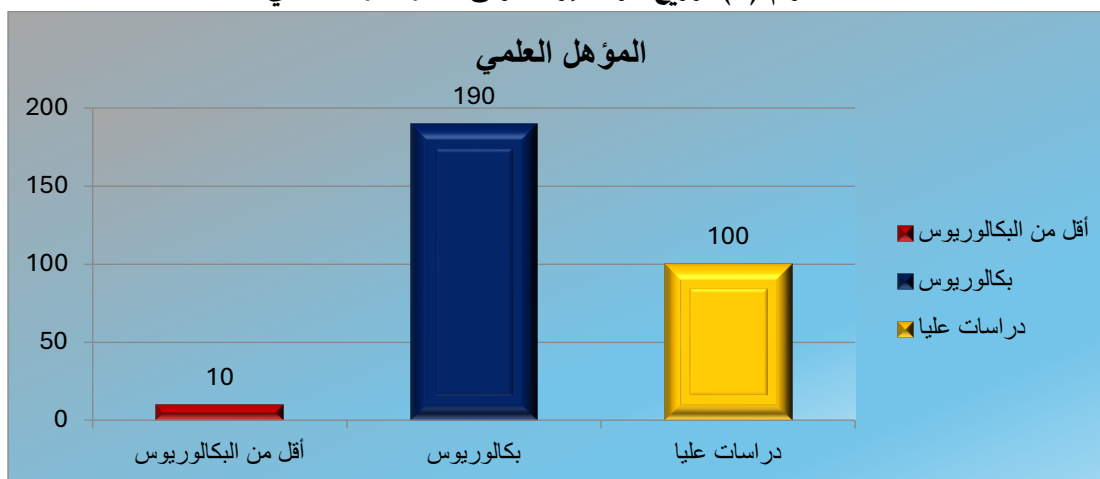
جدول رقم (3) توزيع أفراد الدِّراسة وفق متغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية
---------------	---------	----------------

3.3	10	أقل من البكالوريوس
63.3	190	بكالوريوس
33.3	100	دراسات عليا
100%	300	المجموع

يتَّضح من الجدول أنَّ نسبة (63.3 %) من إجمالي أفراد عينة الدِّراسة مؤهلهم العلمي بكالوريوس، ونسبة (33.3 %) من إجمالي أفراد الدِّراسة مؤهلهم العلمي دراسات عليا، ونسبة (3.3 %) من إجمالي أفراد الدِّراسة مؤهلهم العلمي اقل من البكالوريوس.

شكل رقم (3) توزيع أفراد الدِّراسة وفق متغير المؤهل العلمي



ثانيا الإجابة عن أسئلة الدراسة

السؤال الأول ما مستوى تطبيق أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع المواءمة الاستراتيجية، إدارة المخاطر الرقمية، قياس الأداء والمساءلة، إشراك أصحاب المصلحة، إدارة القيمة في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة؟

لدراسة مستوى تطبيق أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع المواءمة الاستراتيجية، إدارة المخاطر الرقمية، قياس الأداء والمساءلة، إشراك أصحاب المصلحة، إدارة القيمة في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والرتبة لأبعاد المحور الاول وجاءت النتائج كما يلي :

البعد الأول المواءمة الاستراتيجية

جدول (4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لفقرات بعد المواءمة الاستراتيجية

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
---------------	--------	--------------------	----------------------	--------	---------------

1	يتم ربط أهداف المشاريع الرقمية بوضوح مع الأهداف الاستراتيجية الشاملة للمستشفى.	4.05	.675	1	موافق
2	تساهم المشاريع الرقمية في دعم رؤية المستشفى وخططها المستقبلية.	4.03	.610	2	موافق
3	يتم تحديد أولويات المشاريع الرقمية بناءً على مدى مساهمتها في تحقيق أهداف المستشفى.	3.97	.637	3	موافق
المتوسط العام		4.02	0.64	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى تطبيق المواءمة الاستراتيجية في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساوياً (4.02)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.64)، وهي قيمة منخفضة تدلُّ على تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول مستوى تطبيق المواءمة الاستراتيجية في مستشفيات الرياض

وتراوحت قيم الانحرافات المعيارية للبعد بين (0.61 - 0.675)، وجاءت جميع الفقرات ذات قيم منخفضة؛ مما يوضح تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول جميع الفقرات.

وجاءت في الترتيب الأول العبارة رقم (1): (يتم ربط أهداف المشاريع الرقمية بوضوح مع الأهداف الاستراتيجية الشاملة للمستشفى.)، بمتوسط حسابي بلغ (4.05)، وانحراف معياري بلغ (0.675)، وفي الترتيب الأخير العبارة رقم (3): (يتم تحديد أولويات المشاريع الرقمية بناءً على مدى مساهمتها في تحقيق أهداف المستشفى.)، بمتوسط حسابي بلغ (3.97)، وانحراف معياري بلغ (0.637).

ومما سبق يتبين ارتفاع مستوى تطبيق المواءمة الاستراتيجية في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

البعد الثاني إدارة المخاطر الرقمية

جدول (5) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لفقرات بعد إدارة المخاطر الرقمية

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتبة	درجة الموافقة
4	يتم تحديد وتقييم المخاطر المرتبطة بالمشاريع الرقمية بشكل منظم في المستشفى.	3.92	.696	1	موافق
5	توجد آليات واضحة للتعامل مع المخاطر الرقمية (مثل أمن البيانات، فشل الأنظمة).	3.85	.732	2	موافق
6	يتم مراقبة التهديدات السيبرانية المحتملة للمشاريع الرقمية باستمرار.	3.62	.865	3	موافق

موافق	0.76	3.80	المتوسط العام
-------	------	------	---------------

يتبين من الجدول السابق أن مستوى تطبيق إدارة المخاطر الرقمية في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساويا (3.80)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.76)، وهي قيمة منخفضة تدل على تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول مستوى تطبيق إدارة المخاطر الرقمية في مستشفيات الرياض

وتراوحت قيم الانحرافات المعيارية للبعد بين (0.696 - 0.865)، وجاءت جميع الفقرات ذات قيم منخفضة؛ مما يوضح تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول جميع الفقرات.

وجاءت في الترتيب الأول العبارة رقم (4): (يتم تحديد وتقييم المخاطر المرتبطة بالمشاريع الرقمية بشكل منتظم في المستشفى.)، بمتوسط حسابي بلغ (3.92)، وانحراف معياري بلغ (0.696)، وفي الترتيب الأخير العبارة رقم (6): (يتم مراقبة التهديدات السيبرانية المحتملة للمشاريع الرقمية باستمرار.)، بمتوسط حسابي بلغ (3.62)، وانحراف معياري بلغ (0.865).

ومما سبق يتبين ارتفاع مستوى تطبيق إدارة المخاطر الرقمية في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

البعد الثالث قياس الأداء والمساءلة

جدول (6) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لفقرات بعد قياس الأداء والمساءلة

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
7	توجد مؤشرات أداء رئيسية (KPIs) واضحة لقياس نجاح المشاريع الرقمية في المستشفى	3.45	.999	3	موافق
8	يتم تقييم أداء المشاريع الرقمية بانتظام ومقارنتها بالأهداف المحددة.	3.83	.740	2	موافق
9	توجد مسؤوليات واضحة ومحددة للمساءلة عن نتائج المشاريع الرقمية.	3.88	.761	1	موافق
المتوسط العام		3.72	0.83	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى تطبيق قياس الأداء والمساءلة في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساويا (3.72)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.83)، وهي قيمة منخفضة تدل على تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول مستوى تطبيق قياس الأداء والمساءلة في مستشفيات الرياض

وتراوحَت قيم الانحرافات المعيارية للبعد بين (0.74 - 0.999)، وجاءت جميع الفقرات ذات قيم منخفضة؛ مما يوضّح تجانس آراء أفراد عينة الدّراسة حول جميع الفقرات.

وجاءت في الترتيب الأول العبارة رقم (9): (توجد مسؤوليات واضحة ومحددة للمساءلة عن نتائج المشاريع الرقمية.)، بمتوسّط حسابي بلغ (3.88)، وانحراف معياري بلغ (0.761)، وفي الترتيب الأخير العبارة رقم (7): (توجد مؤشرات أداء رئيسية (KPIs) واضحة لقياس نجاح المشاريع الرقمية في المستشفى)، بمتوسّط حسابي بلغ (3.45)، وانحراف معياري بلغ (0.999).

ومما سبق يتبين ارتفاع مستوى تطبيق قياس الأداء والمساءلة في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

البعد الرابع إشراك أصحاب المصلحة

جدول (7) المتوسّطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لفقرات بعد إشراك أصحاب المصلحة

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
10	يتم إشراك الأطراف المعنية (الأطباء، الممرضون، الإدارة، المرضى) في مراحل تخطيط وتنفيذ المشاريع الرقمية.	4.02	.833	2	موافق
11	توجد قنوات فعالة للتواصل مع أصحاب المصلحة بخصوص تقدم وتحديات المشاريع الرقمية.	4.13	.650	1	موافق
12	يتم أخذ آراء وملاحظات أصحاب المصلحة في الاعتبار عند تطوير أو تحسين الأنظمة الرقمية.	3.67	.896	3	موافق
المتوسط العام		3.94	0.79	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى إشراك أصحاب المصلحة في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساوياً (3.94)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.79)، وهي قيمة منخفضة تدلّ على تجانس آراء أفراد عينة الدّراسة حول مستوى إشراك أصحاب المصلحة في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

وتراوحَت قيم الانحرافات المعيارية للبعد بين (0.65 - 0.896)، وجاءت جميع الفقرات ذات قيم منخفضة؛ مما يوضّح تجانس آراء أفراد عينة الدّراسة حول جميع الفقرات.

وجاءت في الترتيب الأول العبارة رقم (11): (توجد قنوات فعالة للتواصل مع أصحاب المصلحة بخصوص تقدم وتحديات المشاريع الرقمية.)، بمتوسّط حسابي بلغ (4.13)، وانحراف معياري بلغ (0.65)، وفي الترتيب الأخير العبارة رقم (12): (يتم أخذ آراء وملاحظات أصحاب المصلحة في الاعتبار عند تطوير أو تحسين الأنظمة الرقمية.)، بمتوسّط حسابي بلغ (3.67)، وانحراف معياري بلغ (0.896).

ومما سبق يتبين ارتفاع مستوى إشراك أصحاب المصلحة في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

البعد الخامس: إدارة القيمة والمنافع

جدول (8) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لفقرات بعد إدارة القيمة والمنافع

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
13	يتم تحديد المنافع المتوقعة من المشاريع الرقمية بوضوح قبل البدء فيها.	3.85	.577	2	موافق
14	يتم قياس وتحقيق المنافع الفعلية التي تجلبها المشاريع الرقمية للمستشفى (مثل توفير التكاليف، تحسين الخدمة).	3.67	.729	3	موافق
15	تساهم المشاريع الرقمية في إضافة قيمة حقيقية للعمليات التشغيلية والخدمات المقدمة للمرضى.	3.98	.725	1	موافق
المتوسط العام		3.83	0.68	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى إدارة القيمة والمنافع في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساوياً (3.83)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.68)، وهي قيمة منخفضة تدل على تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول مستوى إدارة القيمة والمنافع في مستشفيات الرياض

وتراوحت قيم الانحرافات المعيارية للبعد بين (0.729 - 0.577)، وجاءت جميع الفقرات ذات قيم منخفضة؛ مما يوضح تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول جميع الفقرات.

وجاءت في الترتيب الأول العبارة رقم (15): (تساهم المشاريع الرقمية في إضافة قيمة حقيقية للعمليات التشغيلية والخدمات المقدمة للمرضى)، بمتوسط حسابي بلغ (3.98)، وانحراف معياري بلغ (0.725)، وفي الترتيب الأخير العبارة رقم (14): (يتم قياس وتحقيق المنافع الفعلية التي تجلبها المشاريع الرقمية للمستشفى (مثل توفير التكاليف، تحسين الخدمة).)، بمتوسط حسابي بلغ (3.67)، وانحراف معياري بلغ (0.729).

ومما سبق يتبين ارتفاع مستوى إدارة القيمة والمنافع في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

ومما سبق تبين أن مستوى تطبيق أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع المواءمة الاستراتيجية، إدارة المخاطر الرقمية، قياس الأداء والمساءلة، إشراك أصحاب المصلحة، إدارة القيمة في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء كما يلي

جدول (9) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لأبعاد المحور الأول

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
1	المواءمة الاستراتيجية	4.02	0.64	1	موافق
2	إدارة المخاطر الرقمية	3.8	0.76	4	موافق
3	قياس الأداء والمساءلة	3.72	0.83	5	موافق
4	إشراك أصحاب المصلحة	3.94	0.79	2	موافق
5	إدارة القيمة والمنافع	3.83	0.68	3	موافق
المتوسط العام		3.86	0.74	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى تطبيق أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساويا (3.86)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.74)، وهذا يشير الى ارتفاع مستوى تطبيق أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

السؤال الثاني ما مستوى كفاءة التشغيل بأبعادها كفاءة العمليات السريرية، كفاءة استخدام الموارد، الأداء المالي، جودة الخدمة وسلامة المرضى في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة؟

لدراسة مستوى كفاءة التشغيل بأبعادها كفاءة العمليات السريرية، كفاءة استخدام الموارد، الأداء المالي، جودة الخدمة وسلامة المرضى في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والرتبة لأبعاد المحور الثاني وجاءت النتائج كما يلي:

البعد الأول كفاءة العمليات السريرية

جدول (10) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لفقرات بعد كفاءة العمليات السريرية

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
1	تتميز العمليات السريرية (قبول المرضى، التشخيص، العلاج) بالسرعة والفعالية في المستشفى.	4.17	.642	1	موافق
2	يتم استخدام الأنظمة الرقمية لتحسين تدفق العمليات السريرية وتقليل الأخطاء البشرية.	4.03	.736	2	موافق
3	يقل استخدام التكنولوجيا من وقت انتظار المرضى للحصول على الخدمات الطبية.	3.90	.817	3	موافق

المتوسط العام	4.03	0.73	موافق
---------------	------	------	-------

يتبين من الجدول السابق أن مستوى كفاءة العمليات السريرية في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساويا (4.03)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.73)، وهي قيمة منخفضة تدل على تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول مستوى كفاءة العمليات السريرية في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة وتراوحت قيم الانحرافات المعيارية للبعد بين (0.642 - 0.817)، وجاءت جميع الفقرات ذات قيم منخفضة؛ مما يوضح تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول جميع الفقرات.

وجاءت في الترتيب الأول العبارة رقم (1): (تتميز العمليات السريرية (قبول المرضى، التشخيص، العلاج) بالسرعة والفعالية في المستشفى.)، بمتوسط حسابي بلغ (4.17)، وانحراف معياري بلغ (0.642)، وفي الترتيب الأخير العبارة رقم (3): (يقل استخدام التكنولوجيا من وقت انتظار المرضى للحصول على الخدمات الطبية.)، بمتوسط حسابي بلغ (3.9)، وانحراف معياري بلغ (0.817).

ومما سبق تبين ارتفاع مستوى كفاءة العمليات السريرية في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

البعد الثاني كفاءة استخدام الموارد

جدول (11) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لفقرات بعد كفاءة استخدام الموارد

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتبة	درجة الموافقة
4	يتم استغلال الموارد البشرية والمالية والتقنية في المستشفى بكفاءة عالية.	3.92	.850	2	موافق
5	تساهم الأنظمة الرقمية في تقليل الهدر وتحسين استخدام الإمدادات والمخزون.	3.63	.904	3	موافق
6	يتم اتخاذ القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد بناءً على بيانات وتحليلات دقيقة.	4.10	.877	1	موافق
المتوسط العام		3.88	0.88	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى كفاءة استخدام الموارد في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساويا (3.88)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.88)، وهي قيمة منخفضة تدل على تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول مستوى كفاءة استخدام الموارد في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة وتراوحت قيم الانحرافات المعيارية للبعد بين (0.85 - 0.904)، وجاءت جميع الفقرات ذات قيم منخفضة؛ مما يوضح تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول جميع الفقرات.

وجاءت في الترتيب الأول العبارة رقم (6): (يتم اتخاذ القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد بناءً على بيانات وتحليلات دقيقة.)، بمتوسط حسابي بلغ (4.1)، وانحراف معياري بلغ (0.877)، وفي الترتيب الأخير العبارة رقم (5): (تساهم الأنظمة الرقمية في تقليل الهدر وتحسين استخدام الإمدادات والمخزون.)، بمتوسط حسابي بلغ (3.63)، وانحراف معياري بلغ (0.904).

ومما سبق يتبين ارتفاع مستوى كفاءة استخدام الموارد في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

البعد الثالث الأداء المالي

جدول (12) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لفقرات بعد الأداء المالي

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتبة	درجة الموافقة
7	تساهم التقنيات الرقمية في تحسين كفاءة التحصيل المالي وإدارة الفواتير في المستشفى.	3.73	.989	2	موافق
8	ألاحظ وجود تحسن في الأداء المالي للمستشفى نتيجة لتبني الحلول الرقمية.	3.82	.983	1	موافق
9	تساعد الأنظمة الرقمية في مراقبة النفقات وتحديد فرص التوفير.	3.55	.964	3	موافق
المتوسط العام		3.70	0.98	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى الأداء المالي في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساوياً (3.70)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.98)، وهي قيمة منخفضة تدل على تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول مستوى الأداء المالي في مستشفيات الرياض

وتراوح قيم الانحرافات المعيارية للبعد بين (0.983 - 0.989)، وجاءت جميع الفقرات ذات قيم منخفضة؛ مما يوضح تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول جميع الفقرات.

وجاءت في الترتيب الأول العبارة رقم (8): (ألاحظ وجود تحسن في الأداء المالي للمستشفى نتيجة لتبني الحلول الرقمية.)، بمتوسط حسابي بلغ (3.82)، وانحراف معياري بلغ (0.983)، وفي الترتيب الأخير العبارة رقم (9): (تساعد الأنظمة الرقمية في مراقبة النفقات وتحديد فرص التوفير.)، بمتوسط حسابي بلغ (3.55)، وانحراف معياري بلغ (0.964).

ومما سبق يتبين ارتفاع مستوى الأداء المالي في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

البعد الرابع جودة الخدمة وسلامة المرضى

جدول (13) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لفقرات بعد جودة الخدمة وسلامة المرضى

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
10	تساهم الأنظمة الرقمية في تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة للمرضى.	3.90	.915	1	موافق
11	تساعد التقنيات الرقمية في تعزيز سلامة المرضى وتقليل الأخطاء الطبية.	3.75	.985	2	موافق
12	تساهم الحلول الرقمية في تحسين تجربة المريض بشكل عام (سهولة المواعيد، الوصول للمعلومات).	3.63	.957	3	موافق
المتوسط العام		3.76	0.95	موافق	

يتبين من الجدول السابق أن مستوى جودة الخدمة وسلامة المرضى في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساويا (3.76)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.95)، وهي قيمة منخفضة تدل على تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول مستوى جودة الخدمة وسلامة المرضى في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

وتراوحت قيم الانحرافات المعيارية للبعد بين (0.915-0.985)، وجاءت جميع الفقرات ذات قيم منخفضة؛ مما يوضح تجانس آراء أفراد عينة الدراسة حول جميع الفقرات.

وجاءت في الترتيب الأول العبارة رقم (10): (تساهم الأنظمة الرقمية في تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة للمرضى.)، بمتوسط حسابي بلغ (3.9)، وانحراف معياري بلغ (0.915)، وفي الترتيب الأخير العبارة رقم (12): (تساهم الحلول الرقمية في تحسين تجربة المريض بشكل عام (سهولة المواعيد، الوصول للمعلومات).)، بمتوسط حسابي بلغ (3.63)، وانحراف معياري بلغ (0.957).

ومما سبق تبين ارتفاع مستوى جودة الخدمة وسلامة المرضى في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

ومما سبق تبين مستوى كفاءة التشغيل بأبعادها كفاءة العمليات السريرية، كفاءة استخدام الموارد، الأداء المالي، جودة الخدمة وسلامة المرضى في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء كما يلي

جدول (14) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لأبعاد المحور الثاني

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
1	كفاءة العمليات السريرية	4.03	0.73	1	موافق
2	كفاءة استخدام الموارد	3.88	0.88	2	موافق
3	الأداء المالي	3.70	0.98	4	موافق
4	جودة الخدمة وسلامة المرضى	3.76	0.95	3	موافق

المتوسط العام	3.84	0.89	موافق
---------------	------	------	-------

يتبين من الجدول السابق أن مستوى كفاءة التشغيل في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساويا (3.84)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.89)، وهذا يشير الى ارتفاع مستوى كفاءة التشغيل في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

السؤال الثالث هل توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الحوكمة الرقمية للمشاريع وبين كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض؟

لدراسة العلاقة بين تطبيق الحوكمة الرقمية للمشاريع وبين كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض تم استخدام اختبار الارتباط لبيرسون (Pearson correlation test) وجاءت النتائج كما يلي

جدول (15) العلاقة بين تطبيق الحوكمة الرقمية للمشاريع وبين كفاءة تشغيل المستشفيات

كفاءة تشغيل المستشفيات		الحوكمة الرقمية للمشاريع
معامل الارتباط لبيرسون	0.873**	
مستوى الدلالة	0.00	
العدد	300	

من الجدول تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الحوكمة الرقمية للمشاريع وبين كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض حيث جاء مستوى الدلالة مساويا (0.00) أقل من (0.05) وجاء معامل الارتباط مساويا (0.873) وهي قيمة موجبة تشير الى وجود علاقة ارتباطية موجبة وكان معامل الارتباط ذات قيمة مرتفعة (أكبر من 0.7) مما يشير الى وجود علاقة ارتباطية إيجابية قوية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الحوكمة الرقمية للمشاريع وبين كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض أي أنه بزيادة تطبيق الحوكمة الرقمية للمشاريع تزداد كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض

السؤال الرابع هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للحوكمة الرقمية للمشاريع على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض؟

لدراسة أثر الحوكمة لرقمية للمشاريع على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي (Linear Regression) وجاءت النتائج كما يلي

جدول (16) أثر تطبيق الحوكمة الرقمية للمشاريع على كفاءة تشغيل المستشفيات

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
المقدار الثابت	2.004	14.006	.000

الحوكمة لرقمية للمشاريع	.504	11.137	.000
معامل الارتباط=.873	معامل التحديد = .661		
قيمة الاختبار F=124.025	القيمة الاحتمالية = 0.00		

من الجدول السابق نجد ان معامل الارتباط جاء مساويا (0.873) مما يدل على انه بزيادة تطبيق الحوكمة الرقمية للمشاريع تزداد كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض وجاء معامل التحديد مساويا (0.661) ومنها نستنتج ان تطبيق الحوكمة الرقمية يفسر ما يقارب من (66.1 %) من التباين في كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض وجاءت قيمة F مساوية (124.025) وهى قيمة ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة مساويا (0.00) أقل من (0.05) مما يدل على وجود تأثير إيجابي قوي ذات دلالة إحصائية للحوكمة الرقمية للمشاريع على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض

السؤال الخامس هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لكل بعد من أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع المواءمة الاستراتيجية، إدارة المخاطر الرقمية، قياس الأداء والمساءلة، إشراك أصحاب المصلحة، إدارة القيمة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض؟

لدراسة أثر أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع المواءمة الاستراتيجية، إدارة المخاطر الرقمية، قياس الأداء والمساءلة، إشراك أصحاب المصلحة، إدارة القيمة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression)، وجاءت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول رقم (17) أثر أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع على كفاءة تشغيل المستشفيات

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
المقدار الثابت	.758	4.272	.000
المواءمة الاستراتيجية	.122	1.484	.001
إدارة المخاطر الرقمية	.171	-.785	.004
قياس الأداء والمساءلة	.377	4.253	.000
إشراك أصحاب المصلحة	.291	1.879	.003
إدارة القيمة والمنافع	.192	1.684	.000
معامل الارتباط=.896	معامل التحديد = .796		
قيمة الاختبار F=172.277	القيمة الاحتمالية = 0.00		

من الجدول السابق نجد ان معامل الارتباط جاء مساويا (0.896) مما يدل على انه بزيادة ممارسة أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع تزداد كفاءة تشغيل المستشفيات وجاء معامل التحديد مساويا (0.796) ومنها نستنتج ان ابعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع تفسر ما يقارب من (79.6 %) من التباين في كفاءة تشغيل

المستشفيات وجاءت قيمة F مساوية (172.277) وهى قيمة ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة مساويا (0.00) أقل من (0.05) مما يدل على وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية لأبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع (المواءمة الاستراتيجية، إدارة المخاطر الرقمية، قياس الأداء والمساءلة، إشراك أصحاب المصلحة، إدارة القيمة) على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض التحقق من فروض الدراسة:

الفرض الأول " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد المواءمة الاستراتيجية على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض:

للتحقق من صحة الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي (Linear Regression) وجاءت النتائج كما يلي

جدول رقم (18) أثر المواءمة الاستراتيجية على كفاءة تشغيل المستشفيات

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
المقدار الثابت	.464	3.010	.003
المواءمة الاستراتيجية	.704	1.988	.000
معامل الارتباط=.877		معامل التحديد = .699	
قيمة الاختبار F = 102.304		القيمة الاحتمالية = 0.00	

من الجدول السابق نجد ان معامل الارتباط جاء مساويا (0.877) مما يدل على انه بزيادة تطبيق المواءمة الاستراتيجية يزداد كفاءة تشغيل المستشفيات وجاء معامل التحديد مساويا (0.699) ومنها نستنتج ان تطبيق المواءمة الاستراتيجية يفسر ما يقارب من (69.9 %) من التباين في كفاءة تشغيل المستشفيات وجاءت قيمة F مساوية (102.304) وهى قيمة ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة مساويا (0.00) أقل من (0.05) مما يدل على وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد المواءمة الاستراتيجية على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض الفرض الثاني " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد إدارة المخاطر الرقمية على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض:

للتحقق من صحة الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي (Linear Regression) وجاءت النتائج كما يلي

جدول رقم (19) أثر إدارة المخاطر الرقمية على كفاءة تشغيل المستشفيات

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
المقدار الثابت	1.015	5.630	.000
إدارة المخاطر الرقمية	.762	14.263	.000
معامل الارتباط=.802		معامل التحديد = .567	
قيمة الاختبار F = 93.440		القيمة الاحتمالية = 0.00	

من الجدول السابق نجد ان معامل الارتباط جاء مساويا (0.802) مما يدل على انه بزيادة تطبيق إدارة المخاطر الرقمية يزداد كفاءة تشغيل المستشفيات وجاء معامل التحديد مساويا (0.567) ومنها نستنتج ان تطبيق إدارة المخاطر الرقمية يفسر ما يقارب من (56.7 %) من التباين في كفاءة تشغيل المستشفيات وجاءت قيمة F مساوية (93.440) وهي قيمة ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة مساويا (0.00) أقل من (0.05) مما يدل على وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد إدارة المخاطر الرقمية على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض

الفرض الثالث " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد قياس الأداء

والمساءلة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض:

للتحقق من صحة الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي (Linear Regression) وجاءت النتائج كما يلي

جدول رقم (20) أثر قياس الأداء والمساءلة على كفاءة تشغيل المستشفيات

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
المقدار الثابت	1.042	6.837	.000
قياس الأداء والمساءلة	.687	16.810	.000
معامل الارتباط=.796		معامل التحديد = .541	
قيمة الاختبار F = 82.568		القيمة الاحتمالية = 0.00	

من الجدول السابق نجد ان معامل الارتباط جاء مساويا (0.796) مما يدل على انه بزيادة تطبيق قياس الأداء والمساءلة يزداد كفاءة تشغيل المستشفيات وجاء معامل التحديد مساويا (0.541) ومنها نستنتج ان تطبيق قياس الأداء والمساءلة يفسر ما يقارب من (54.1 %) من التباين في كفاءة تشغيل المستشفيات وجاءت قيمة F مساوية (82.568) وهي قيمة ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة مساويا (0.00) أقل

من (0.05) مما يدل على وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد قياس الأداء والمساءلة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض

الفرض الرابع " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) لبعد إشراك أصحاب المصلحة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض "

للتحقق من صحة الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي (Linear Regression) وجاءت النتائج كما يلي

جدول رقم (21) أثر إشراك أصحاب المصلحة على كفاءة تشغيل المستشفيات

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
المقدار الثابت	2.051	1.983	.00
إشراك أصحاب المصلحة	.405	6.884	.00
معامل الارتباط=0.788	معامل التحديد = 0.546		
قيمة الاختبار F=81.293	القيمة الاحتمالية = 0.00		

من الجدول السابق نجد ان معامل الارتباط جاء مساويا (0.788) مما يدل على انه بزيادة إشراك أصحاب المصلحة يزداد كفاءة تشغيل المستشفيات وجاء معامل التحديد مساويا (0.546) ومنها نستنتج ان إشراك أصحاب المصلحة يفسر ما يقارب من (54.6 %) من التباين في كفاءة تشغيل المستشفيات وجاءت قيمة F مساوية (81.293) وهى قيمة ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة مساويا (0.00) أقل من (0.05) مما يدل على وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد إشراك أصحاب المصلحة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض

الفرض الخامس " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد إدارة القيمة والمنافع على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض "

للتحقق من صحة الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي (Linear Regression) وجاءت النتائج كما يلي

جدول رقم (22) أثر إدارة القيمة والمنافع على كفاءة تشغيل المستشفيات

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
المقدار الثابت	1.721	2.409	.00
إدارة القيمة والمنافع	.397	5.721	.00

معامل الارتباط=0.801	معامل التحديد = 0.689
قيمة الاختبار F=84.19	القيمة الاحتمالية = 0.00

من الجدول السابق نجد ان معامل الارتباط جاء مساويا (0.801) مما يدل على انه بزيادة تطبيق إدارة القيمة والمنافع يزداد كفاءة تشغيل المستشفيات وجاء معامل التحديد مساويا (0.689) ومنها نستنتج ان تطبيق إدارة القيمة والمنافع يفسر ما يقارب من (68.9 %) من التباين في كفاءة تشغيل المستشفيات وجاءت قيمة F مساوية (84.19) وهى قيمة ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة مساويا (0.00) أقل من (0.05) مما يدل على وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد إدارة القيمة والمنافع على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض

ملخص نتائج الدراسة وتوصياتها

عرضت الباحثة فيما سبق نتائج البحث الميدانية، وذلك من خلال عرض استجابات أفراد عينة البحث على تساؤلات البحث ومعالجتها إحصائياً باستخدام مفاهيم الإحصاء الوصفي وأساليبه الإحصائية، وصولاً إلى النتائج وتحليلها وتفسيرها وسيتم فيما يلي تناول ملخص الدراسة، وينتهي بتقديم التوصيات.

ملخص نتائج الدراسة:

ويتمثل ذلك في عرض أبرز النتائج التي توصل إليها البحث فيما يتعلق بالاجابة عن أسئلة الدراسة وتحقيق أهدافها، على النحو التالي:

- مستوى تطبيق أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساويا (3.86)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.74)، وهذا يشير الى ارتفاع مستوى تطبيق أبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة
- مستوى كفاءة التشغيل في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة جاء بدرجة عالية، حيث جاء المتوسط العام مساويا (3.84)، ودرجة موافقة (موافق)، بانحراف معياري بلغ (0.89)، وهذا يشير الى ارتفاع مستوى كفاءة التشغيل في مستشفيات الرياض من وجهة نظر عينة الدراسة

- وجود علاقة ارتباطية إيجابية قوية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الحوكمة الرقمية للمشاريع وبين كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض أي أنه بزيادة تطبيق الحوكمة الرقمية للمشاريع تزداد كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض
- وجود تأثير إيجابي قوي ذات دلالة إحصائية للحوكمة الرقمية للمشاريع على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض
- وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية لأبعاد الحوكمة الرقمية للمشاريع (المواءمة الاستراتيجية، إدارة المخاطر الرقمية، قياس الأداء والمساءلة، إشراك أصحاب المصلحة، إدارة القيمة) على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض
- وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد المواءمة الاستراتيجية على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض
- وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد إدارة المخاطر الرقمية على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض
- وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد قياس الأداء والمساءلة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض
- وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد إشراك أصحاب المصلحة على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض
- وجود تأثير إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبعد إدارة القيمة والمنافع على كفاءة تشغيل المستشفيات في مدينة الرياض

توصيات الدراسة:

- في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج، يمكن للباحثة وضع التوصيات على النحو الآتي:
- ربط المشاريع الرقمية بالاستراتيجية المؤسسية وذلك بالتأكد من أن كل مشروع رقمي يخدم مباشرة أهدافها الاستراتيجية لضمان أقصى تأثير.

- تعزيز أمن المعلومات وإدارة المخاطر لحماية البيانات والأنظمة الرقمية من التهديدات السيبرانية والأعطال.
- تفعيل قياس الأداء والمساءلة الرقمية وذلك بتحديد مؤشرات أداء واضحة للمشاريع الرقمية ومتابعتها بانتظام لضمان تحقيق الأهداف وتحسين الكفاءة.
- اشراك جميع الكوادر الطبية والإدارية بالمشاريع الرقمية لزيادة القبول وتحسين الاستفادة

المراجع:

أولاً: المراجع العربية

1. البقمي، طلال عبد المجيد. (2021). تحليل الكفاءة التشغيلية لمستشفيات وزارة الصحة باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA). رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأمير سلطان.
2. البكري أحمد ياسين والعمرى، خالد سعيد (2024). أثر حوكمة التحول الرقمي على جودة الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة جدة. مجلة جامعة الملك عبد العزيز: الاقتصاد والإدارة، 38(1)، 113-135.
3. الجنابي، حيدر كريم. (2022). دور إدارة المشاريع الرقمية في تحسين جودة الخدمات الصحية الإلكترونية: دراسة استطلاعية في دائرة صحة بغداد. مجلة الإدارة والاقتصاد، 11(43)، 178-195.
4. الجهني، فواز بن حسن. (2020). العوامل الإدارية المؤثرة على كفاءة التشغيل في أقسام الطوارئ بالمستشفيات العامة. مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية للعلوم الإدارية، 14(1)، 65-90.
5. الحربي، خالد عبد العزيز. (2021). أثر إدارة الجودة الشاملة على كفاءة التشغيل في المستشفيات الحكومية: دراسة تطبيقية في مدينة الرياض. مجلة الإدارة الصحية، 10(1)، 77-95.
6. الحربي، فهد عبد الله (2022). استخدام تحليل مغلف البيانات (DEA) لقياس الكفاءة النسبية للمستشفيات الحكومية في منطقة القصيم المجلة السعودية للإدارة والأعمال، 4(2)، 45-68. الربيعي، حيدر حمزة، والساعدي، مؤيد يوسف. (2023). دور الحوكمة الرقمية في تعزيز الأداء الاستراتيجي: دراسة استطلاعية في عدد من المستشفيات الحكومية في محافظة بغداد. مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، 72، 234-255.
7. الحربي، يعقوب عبد العزيز. (2022). أثر الحوكمة الإلكترونية على جودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، 48(1)، 99-120.

8. الحمد، عبد الله بن محمد. (2020). دور نظم المعلومات الصحية في تحسين كفاءة تشغيل المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية. مجلة العلوم الإدارية والمالية، 12(3)، 145-170.
9. الخالد، نورة عبد الله. (2020). تحسين كفاءة التشغيل من خلال تطبيق مبادئ الإدارة الرشيقة في المستشفيات. المجلة العربية للجودة، 6(1)، 55-82.
10. الخالدي، ناصر أحمد. (2019). حوكمة تقنية المعلومات في المستشفيات الحكومية: دراسة تطبيقية على مستشفيات منطقة الرياض. مجلة العلوم الإدارية والاقتصادية، 7(3)، 201-225.
11. الدوسري، سعد عبد العزيز. (2018). مدى تأثير الموارد البشرية على كفاءة تشغيل المستشفيات: دراسة ميدانية على مستشفيات القطاع العام. مجلة الاقتصاد والإدارة، 38(4)، 97-118.
12. الزبيدي، ماهر محمد (2021). أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على كفاءة الأداء في المستشفيات الخاصة. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، 27(124)، 110-130.
13. الزهراني، سعيد محمد. (2020). الحوكمة الرقمية كمدخل لتعزيز جودة الخدمات الصحية في المستشفيات السعودية. المجلة العربية للإدارة، 40(2)، 155-178.
14. الزهراني، عبد الله سعيد. (2019). أثر القيادة الإدارية على كفاءة تشغيل المنشآت الصحية. مجلة العلوم الإنسانية والإدارية، 11(2)، 88-113.
15. السبيعي، محمد حسين. (2018). حوكمة البيانات الصحية في المستشفيات: دراسة حالة مستشفى الملك فيصل التخصصي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود.
16. السويلم، فهد بن ناصر. (2019). قياس كفاءة الأداء التشغيلي في المستشفيات السعودية باستخدام نموذج التحليل الشبكي. مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الإدارية، 31(2)، 101-120.
17. الشامي علاء مصطفى. (2023). نموذج مقترح لتحسين الكفاءة التشغيلية للمستشفيات العامة باستخدام تقنيات سلسلة الكتل. (Block chain). المجلة المصرية للدراسات التجارية 47(4)، 201-233.
18. الشريف، محمد عبد الله، والعوفي، سلطان ناصر. (2022). فاعلية الحوكمة الرقمية في دعم القرارات الطبية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية. مجلة جامعة طيبة للعلوم الإدارية، 18(1)، 75-98.
19. الشهري، نورة بنت عبد العزيز. (2022). كفاءة تشغيل المستشفيات في ضوء معايير الاعتماد الصحي الوطني (سباهي). رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود.

20. العبيد، ريم بنت صالح. (2021). العوامل المؤثرة في كفاءة تشغيل المستشفيات: دراسة مقارنة بين المستشفيات العامة والخاصة في المملكة العربية السعودية. مجلة الاقتصاد والإدارة، 41(3)، 199-225.
21. العتيبي، فهد راشد. (2021). دور التحول الرقمي في تحسين كفاءة الأداء بالمستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية. مجلة الإدارة الصحية، 12(1)، 89-110.
22. العتيبي، محمد بن عبد الله. (2021). أثر تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) على كفاءة التشغيل في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية. مجلة الإدارة العامة، 61(2)، 134-159.
23. العسيري، هشام بن بدر. (2020). التحديات التي تواجه تطبيق الحوكمة الرقمية في القطاع الصحي السعودي. مجلة الاقتصاد والإدارة، 30(2)، 132-157.
24. العنزي، ريم بنت نايف. (2022). أثر تطبيق التحول الرقمي على تحسين كفاءة تشغيل أقسام السجلات الطبية في المستشفيات الحكومية. مجلة العلوم الصحية، 8(2)، 181-200.
25. الغامدي، عبد الله سعيد. (2021). التحول الرقمي في القطاع الصحي ودوره في تحسين الكفاءة التشغيلية بالمستشفيات. مجلة الاقتصاد والعلوم الإدارية، 9(4)، 45-70.
26. المركز السعودي لكفاءة الإنفاق. (2021). مبادئ كفاءة التشغيل في القطاع الصحي: الدليل الإرشادي للمستشفيات. الرياض: وزارة المالية.
27. المطيري، يوسف سعود. (2022). دور التحول الرقمي في تحسين كفاءة تشغيل الخدمات الصحية في المستشفيات. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، 48(4)، 213-235.
28. الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (2022). دليل حوكمة تقنية المعلومات الصحية. الرياض: الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
29. أبو سنة محمد علي والمداح محمد إبراهيم. (2023). أثر إدارة المخاطر الرقمية على استمرارية الأعمال في قطاع الرعاية الصحية المجلة العربية للإدارة، 43(1)، 51-70.
30. آل رشيد، نواف محمد. (2020). الاستراتيجية الرقمية وأثرها على الحوكمة في المؤسسات الصحية السعودية. مجلة الإدارة الحديثة، 15(2)، 123-148.
31. آل علي، سعد محمد. (2019). أثر مستوى الكفاءة التشغيلية على رضا المرضى: دراسة حالة في مستشفيات المنطقة الشرقية. مجلة التنمية الإدارية، 37(1)، 122-146.

32. آل مساعد، علي محمد (2021). أثر تطبيق أنظمة إدارة الجودة على الكفاءة التشغيلية في المستشفيات الخاصة بمدينة أبها مجلة العلوم الإدارية 33(2)، 215-240.
33. مجلس الضمان الصحي. (2020). تقرير الأداء الصحي وتقييم الكفاءة في منشآت مقدمي الخدمة. الرياض: مجلس الضمان الصحي التعاوني.
34. منظمة الصحة العالمية – المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. (2018). تحسين الكفاءة التشغيلية للمستشفيات: مبادئ وتطبيقات. القاهرة: منظمة الصحة العالمية.
35. منظمة الصحة العالمية. (2019). كفاءة النظام الصحي في المملكة العربية السعودية: التحديات والتوصيات. جنيف: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
36. وزارة الاقتصاد والتخطيط. (2021). تحليل كفاءة الإنفاق في القطاع الصحي ضمن رؤية المملكة 2030. الرياض: مركز الدراسات والبحوث الاقتصادية.
37. وزارة الصحة السعودية. (2020). تقرير الأداء التشغيلي للمستشفيات الحكومية. الرياض: الإدارة العامة للتخطيط والتنمية.
38. وزارة الصحة السعودية. (2021). التحول الرقمي الصحي: المبادرات والتوجهات الاستراتيجية. الرياض: وزارة الصحة.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Aaltonen, K., & Kujala, J. (2022). Stakeholder engagement in projects: A review of the literature and a research agenda. *Project Management Journal*, 53(1), 1–18.
- Adil, M. (2021). A framework for performance measurement in healthcare: Integrating efficiency and effectiveness. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 34(5), 453–470.
- Al-Hanawi, M. K., Mwale, M. L., & Al-Sharqi, O. (2020). Health system efficiency in the Kingdom of Saudi Arabia: A stochastic frontier analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4642.
- Alkhamees, A. F. (2023). Barriers to the adoption of e-health technology in Saudi Arabia: A review of the literature. *Journal of Public Health*, 31, 1–9.

- Alshaikh, M. (2020). E-health in Saudi Arabia: A holistic approach to national e-health governance. *Health Policy and Technology*, 9(1), 1–5.
- Alzahrani, A. I., Al-Samarraie, H., & Eldenfria, A. (2022). The role of digital transformation in the Saudi health care sector. *Sustainability*, 14(18), 11466.
- Asatiani, A., Apte, U., Penttinen, E., Rinta-Kahila, T., & Salovaara, A. (2021). "Robot, re-bot": A case of failed robotic process automation implementation. *MIS Quarterly Executive*, 20(2), 1–17.
- Bannai, H. A., Al-Amri, A. S., & Al-Marzooq, D. A. (2021). The impact of electronic medical record implementation on the efficiency and financial performance of hospitals: A systematic review. *Health Informatics Journal*, 27.(2)
- Cantele, S., DE BIASE, L., & Zardini, A. (2023). Project governance for sustainability: A maturity model for healthcare organizations. *Project Management Journal*, 54(3), 285–300.
- Hoxhaj, R., Haderi, S., & Gessert, S. (2022). How health information technologies affect the efficiency of hospital operations: A systematic literature review. *Journal of Medical Systems*, 46(1), 8.
- Jallow, A., Al-Shorbaji, N., & Ndumbe, S. (2024). Digital health project governance: A systematic review of factors influencing success. *International Journal of Medical Informatics*, 183, 105331.

شاكراً لكم حسن تعاونكم وتقبلكم ، راجياً الله لكم دوام التوفيق والنجاح

اولا المتغيرات الديموغرافية:

النوع

- ذكر
- أنثى

عدد سنوات الخبرة

- 5 سنوات فأقل
- من 6 الى 10 سنوات
- من 11 الى 15 سنة
- 16 سنة فأكثر

المؤهل العلمي

- أقل من البكالوريوس
- بكالوريوس
- دراسات عليا

المحور الاول: الحوكمة الرقمية للمشاريع

رقم الفقرة	الفقرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
المواءمة الاستراتيجية						
1	يتم ربط أهداف المشاريع الرقمية بوضوح مع الأهداف الاستراتيجية الشاملة للمستشفى.					
2	تساهم المشاريع الرقمية في دعم رؤية المستشفى وخططها المستقبلية.					
3	يتم تحديد أولويات المشاريع الرقمية بناءً على مدى مساهمتها في تحقيق أهداف المستشفى.					
إدارة المخاطر الرقمية						

					4	يتم تحديد وتقييم المخاطر المرتبطة بالمشاريع الرقمية بشكل منتظم في المستشفى.
					5	توجد آليات واضحة للتعامل مع المخاطر الرقمية (مثل أمن البيانات، فشل الأنظمة).
					6	يتم مراقبة التهديدات السيبرانية المحتملة للمشاريع الرقمية باستمرار.
قياس الأداء والمساءلة						
					7	توجد مؤشرات أداء رئيسية (KPIs) واضحة لقياس نجاح المشاريع الرقمية في المستشفى
					8	يتم تقييم أداء المشاريع الرقمية بانتظام ومقارنتها بالأهداف المحددة.
					9	توجد مسؤوليات واضحة ومحددة للمساءلة عن نتائج المشاريع الرقمية.
إشراك أصحاب المصلحة						
					10	يتم إشراك الأطراف المعنية (الأطباء، الممرضون، الإدارة، المرضى) في مراحل تخطيط وتنفيذ المشاريع الرقمية.
					11	توجد قنوات فعالة للتواصل مع أصحاب المصلحة بخصوص تقدم وتحديات المشاريع الرقمية.
					12	يتم أخذ آراء وملاحظات أصحاب المصلحة في الاعتبار عند تطوير أو تحسين الأنظمة الرقمية.
إدارة القيمة والمنافع						
					13	يتم تحديد المنافع المتوقعة من المشاريع الرقمية بوضوح قبل البدء فيها.
					14	يتم قياس وتحقيق المنافع الفعلية التي تجلبها المشاريع الرقمية للمستشفى (مثل توفير التكاليف، تحسين الخدمة).
					15	تساهم المشاريع الرقمية في إضافة قيمة حقيقية للعمليات التشغيلية والخدمات المقدمة للمرضى.

المحور الثاني: كفاءة تشغيل المستشفيات

رقم الفقرة	الفقرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
كفاءة العمليات السريرية						
1	تتميز العمليات السريرية (قبول المرضى، التشخيص، العلاج) بالسرعة والفعالية في المستشفى.					
2	يتم استخدام الأنظمة الرقمية لتحسين تدفق العمليات السريرية وتقليل الأخطاء البشرية.					
3	يقلل استخدام التكنولوجيا من وقت انتظار المرضى للحصول على الخدمات الطبية.					
كفاءة استخدام الموارد						
4	يتم استغلال الموارد البشرية والمالية والتقنية في المستشفى بكفاءة عالية.					
5	تساهم الأنظمة الرقمية في تقليل الهدر وتحسين استخدام الإمدادات والمخزون.					
6	يتم اتخاذ القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد بناءً على بيانات وتحليلات دقيقة.					
الأداء المالي						
7	تساهم التقنيات الرقمية في تحسين كفاءة التحصيل المالي وإدارة الفواتير في المستشفى.					
8	ألاحظ وجود تحسن في الأداء المالي للمستشفى نتيجة لتبني الحلول الرقمية.					
9	تساعد الأنظمة الرقمية في مراقبة النفقات وتحديد فرص التوفير.					
جودة الخدمة وسلامة المرضى						
10	تساهم الأنظمة الرقمية في تحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة للمرضى.					
11	تساعد التقنيات الرقمية في تعزيز سلامة المرضى وتقليل الأخطاء الطبية.					

					12	تساهم الحلول الرقمية في تحسين تجربة المريض بشكل عام (سهولة المواعيد، الوصول للمعلومات).
--	--	--	--	--	----	---

✳️ خالص شكري وتقديري لتعاونكم ،،،