

جامعة ميدأوشن



كلية الإدارة

قسم / تخصص. ماجستير إدارة صحية

عنوان البحث

تحليل كفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات الحكومية في ضوء مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs): دراسة ميدانية في مستشفيات وزارة الصحة بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية.

إعداد الطالب / محمد يحي حوّه

إشراف/

د. الفیصل عبد الحمید محمد

دفايز علي الجراد

العام الدراسي:

2025

جدول المحتويات

١	الفصل الأول
٥	ملخص الدراسة
٧	مقدمة الدراسة
٨	مشكلة الدراسة
٩	أهمية الدراسة
١٢	أهداف الدراسة
١٣	تساؤلات الدراسة
١٤	فرضيات الدراسة
١٥	مصطلحات الدراسة
١٦	متغيرات الدراسة
١٧	الفصل الثاني
١٨	الدراسات السابقة
٢٤	الإطار النظري

٢٩	مفهوم وأهمية مؤشرات الأداء الرئيسية
٣٢	الإطار النظري لكفاءة الأداء التنظيمي في المستشفيات
٣٦	مؤشرات الأداء في القطاع الصحي: التصنيفات والتطبيق
٤٠	كفاءة أداء الكوادر الطبية والمؤشرات الفردية
٤٤	كفاءة المستشفيات الحكومية والمؤشرات التشغيلية
٤٨	إطار قياس الأداء في مستشفيات وزارة الصحة السعودية
٥٠	تحديات تطبيق مؤشرات الأداء في البيئة السريرية
٥٢	العلاقة بين مؤشرات الأداء ورضا المستفيدين (المرضى)
٥٥	دراسات سابقة حول كفاءة الأداء في القطاع الصحي السعودي
٥٦	المتغيرات والعلاقات الارتباطية في الدراسة
٥٨	الفصل الثالث
٥٩	منهجية الدراسة
٥٩	مجتمع الدراسة
٦٠	أدوات جمع البيانات
٦١	حدود الدراسة

٦٢	الاستبيان
٧٠	الفصل الرابع
٧١	التحليل الإحصائي
٨٣	النتائج
٨٥	التوصيات
٨٧	المراجع
٩٠	الملخص
٩٢	الملحق

ملخص الدراسة (Abstract)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة بشكل رئيسي إلى تقييم مستوى تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) وتأثيرها على كفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات الحكومية، بالإضافة إلى تحديد أبرز التحديات التي تعيق التطبيق الأمثل لهذه المؤشرات في مستشفيات المنطقة الغربية.

منهجية الدراسة: اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات من عينة قصدية بلغت (100) مستجيب من الكوادر العاملة في المستشفيات المستهدفة. وقد تم تحليل البيانات باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

أهم النتائج:

1. المستوى العام لكفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات، بناءً على تطبيق المؤشرات، جاء مرتفعاً (بمتوسط 3.88 من 5)، مما يدل على وجود التزام أساسي بالجودة.

2. أكدت النتائج صحة الفرضية الرئيسية بوجود علاقة ارتباط موجبة وقوية بين الالتزام بتطبيق مؤشرات الأداء وكفاءة الأداء الكلي.

3. سجلت مؤشرات الكفاءة التشغيلية، وتحديدًا "متوسط زمن انتظار المرضى" و

"توفر الموارد والمستلزمات"، أدنى المتوسطات ووصلت إلى مستوى متوسط، ما

يشير إلى وجود عنق زجاجة تشغيلي.

4. تصدر تحدي ضعف البنية التحتية التكنولوجية قائمة المعوقات التي تواجه تطبيق

المؤشرات، مما يعيق عملية جمع وتحليل البيانات الدقيقة.

5. هناك اتفاق عالٍ بين المستجيبين على أن تحسين كفاءة الأداء يرتبط مباشرة برفع

مستوى رضا وثقة المستخدمين.

أهم التوصيات: أوصت الدراسة بضرورة الاستثمار الفوري في تطوير الأنظمة الرقمية

لضمان تكامل بيانات المؤشرات، والعمل على معالجة زمن الانتظار من خلال إعادة

هندسة إجراءات تدفق المرضى، وتكثيف البرامج التدريبية المتخصصة في تحليل الأداء.

مقدمة الدراسة

يُعدّ قطاع الرعاية الصحية من أهم القطاعات الحيوية التي تعكس مستوى تقدم الدول وجودة الحياة فيها. وفي المملكة العربية السعودية، يحظى هذا القطاع بأولوية قصوى، خاصة في ظل انطلاق برنامج التحول الوطني ورؤية المملكة 2030، التي تهدف إلى بناء نظام صحي متكامل وفعال، يركز على مبدأ الجودة والكفاءة في تقديم الخدمات. وتُعتبر المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة هي العصب الرئيسي لهذا النظام، حيث تتحمل مسؤولية تقديم الرعاية لأعداد ضخمة من المستفيدين.

لتحقيق هذه الأهداف الطموحة، أصبح من الضروري الانتقال من مجرد تقديم الخدمة إلى قياس أدائها بفعالية وموضوعية. وفي هذا السياق، تبرز مؤشرات الأداء الرئيسية (Key Performance Indicators – KPIs) كأداة إدارية حاسمة، حيث توفر معايير كمية واضحة لتقييم كفاءة العمليات التشغيلية، ومستوى جودة الرعاية المقدمة، وفعالية استغلال الموارد البشرية والمالية. ومنطقة الدراسة، المنطقة الغربية، تمثل بيئة خصبة لهذه الدراسة نظراً لكثافتها السكانية وطبيعة الخدمات الصحية التي تقدمها لضيوف الرحمن والمواطنين والمقيمين.

تتبع هذه الدراسة من الحاجة الملحة إلى تحليل وتقييم مستوى كفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات الحكومية في المنطقة الغربية باستخدام الإطار المنهجي لمؤشرات الأداء الرئيسية المعتمدة، وذلك لضمان التوافق بين الممارسات الفعلية والمعايير العالمية والمستهدفة، والمساهمة في سد فجوة الأداء التي قد تعيق تحقيق الأهداف الإستراتيجية للقطاع الصحي.

مشكلة الدراسة

على الرغم من الاستثمارات الضخمة والجهود المبذولة من وزارة الصحة في تطوير البنية التحتية وتأهيل الكوادر، لا تزال هناك تساؤلات حول الكفاءة الحقيقية للأداء التشغيلي والمهني داخل المستشفيات الحكومية، ومدى تطبيق واعتماد مؤشرات الأداء الرئيسية كأداة لتقييم وتحسين الأداء بشكل مستمر. يمكن صياغة المشكلة في السؤال الرئيسي التالي:

المشكلة الرئيسية:

ما مستوى كفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات الحكومية في مستشفيات وزارة الصحة بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية في ضوء مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) المعتمدة؟

وتتبع من المشكلة الرئيسية التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مستوى التزام الكوادر الطبية (الأطباء، التمريض، الفنيون) بتطبيق مؤشرات

الأداء الرئيسية المتعلقة بجودة الرعاية وسلامة المرضى (مثل معدل الأخطاء

الطبية، ومؤشرات مكافحة العدوى)؟

2. ما مدى كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات الحكومية في المنطقة الغربية كما

تعكسها مؤشرات الأداء الرئيسية الإدارية (مثل معدل إشغال الأسرة، ومتوسط مدة

الإقامة، ووقت انتظار المرضى)؟

3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية

والكفاءة المتحققة وبين مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة في

مستشفيات المنطقة الغربية؟

4. ما هي أبرز التحديات والصعوبات التي تواجه تطبيق نظام مؤشرات الأداء

الرئيسية في مستشفيات وزارة الصحة بالمنطقة الغربية؟

أهمية الدراسة

تستمد هذه الدراسة أهميتها من عاملين رئيسيين هما: الأهمية العلمية (الأكاديمية)

والأهمية العملية (التطبيقية) على النحو التالي:

1. الأهمية العلمية (الأكاديمية):

- **إثراء المكتبة العربية:** تساهم الدراسة في سد الفجوة المعرفية من خلال تقديم تحليل عميق ومفصل لاستخدام مؤشرات الأداء الرئيسية في تقييم الكفاءة بمستشفيات وزارة الصحة، خاصة في بيئة الرعاية الصحية السعودية.
- **تطوير إطار تحليلي:** تقدم الدراسة إطاراً تحليلياً ومنهجياً يمكن استخدامه كنموذج معياري لتقييم كفاءة الأداء في مؤسسات صحية أخرى في المملكة أو المنطقة، مما يفتح آفاقاً لدراسات مقارنة مستقبلية.
- **تحديد المتغيرات البحثية:** تساعد نتائج الدراسة الباحثين والأكاديميين في تحديد أهم المتغيرات ومؤشرات الأداء الأكثر تأثيراً في جودة وكفاءة الخدمات الصحية في السياق المحلي.

2. الأهمية العملية (التطبيقية):

- **دعم القرار:** تزويد صانعي القرار في وزارة الصحة والمديريات الصحية بالمنطقة الغربية ببيانات موضوعية وتقييم دقيق يعتمد على مؤشرات الأداء، مما يساعدهم في اتخاذ قرارات رشيدة وموجهة لتحسين الأداء.
- **تحسين الجودة:** تقديم توصيات عملية ومحددة تستهدف نقاط ضعف محددة في الأداء التشغيلي والمهني، مما يؤدي مباشرة إلى رفع جودة الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين والمقيمين.

• **كفاءة الموارد:** المساهمة في زيادة كفاءة استخدام الموارد المتاحة (البشرية والمالية)

من خلال تسليط الضوء على العمليات التي تتسم بالهدر أو ضعف الأداء، بما

يتوافق مع متطلبات الحوكمة والشفافية.

• **دعم رؤية 2030:** تعتبر الدراسة مساهمة مباشرة في تحقيق أهداف برنامج

التحول الصحي، الذي يركز على الكفاءة والنتائج، كجزء لا يتجزأ من رؤية المملكة

2030.

أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق هدف رئيسي يتفرع منه مجموعة من الأهداف التفصيلية، التي تعكس التساؤلات المطروحة وتسعى للإجابة عليها.

الهدف الرئيسي:

تحديد وتحليل مستوى كفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات الحكومية في مستشفيات وزارة الصحة بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية، في ضوء مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs).

الأهداف الفرعية:

1. تحديد مستوى التزام الكوادر الطبية بتطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية الخاصة بجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى في المستشفيات الحكومية بالمنطقة الغربية.
2. تقييم كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات الحكومية (مثل معدل إشغال الأسرة، ومتوسط مدة الإقامة) كما تعكسها مؤشرات الأداء الرئيسية الإدارية.
3. الكشف عن العلاقة التأثيرية بين مستوى تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية والكفاءة المتحققة وبين مستوى رضا المستفيدين (المرضى) عن الخدمات الصحية المقدمة.
4. تحديد وتحليل أبرز التحديات والصعوبات التي تواجه الإدارة والكوادر في تطبيق نظام مؤشرات الأداء الرئيسية في المستشفيات المشمولة بالدراسة.

5. تقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات المنهجية التي تساهم في رفع كفاءة

الأداء التشغيلي والمهني بناءً على نتائج مؤشرات الأداء الرئيسية.

تساؤلات الدراسة

تتطلق الدراسة من التساؤل الرئيسي التالي، الذي يوجه عملية جمع البيانات وتحليلها:

التساؤل الرئيسي:

ما مستوى كفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات الحكومية في مستشفيات وزارة الصحة بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية في ضوء مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) المعتمدة؟

التساؤلات الفرعية:

1. ما مستوى التزام الكوادر الطبية (الأطباء، التمريض، الفنيون) بتطبيق مؤشرات

الأداء الرئيسية المتعلقة بجودة الرعاية وسلامة المرضى؟

2. ما مدى كفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات الحكومية في المنطقة الغربية كما

تعكسها مؤشرات الأداء الرئيسية الإدارية؟

3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية

والكفاءة المتحققة وبين مستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة في

مستشفيات المنطقة الغربية؟

4. ما هي أبرز التحديات والصعوبات التي تواجه تطبيق نظام مؤشرات الأداء

الرئيسية في مستشفيات وزارة الصحة بالمنطقة الغربية؟

سادساً: فرضيات الدراسة

لغرض اختبارها إحصائياً وتفسير نتائج الدراسة، تفترض الدراسة ما يلي:

الفرضية الرئيسية:

• هناك مستوى مرتفع ذو دلالة إحصائية لكفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات

الحكومية في ضوء مؤشرات الأداء الرئيسية المعتمدة.

الفرضيات الفرعية:

1. هناك مستوى مرتفع ذو دلالة إحصائية للالتزام الكوادر الطبية بتطبيق مؤشرات

الأداء الرئيسية الخاصة بجودة الرعاية وسلامة المرضى.

2. هناك مستوى مرتفع ذو دلالة إحصائية لكفاءة الأداء التشغيلي للمستشفيات

الحكومية في المنطقة الغربية كما تعكسها مؤشرات الأداء الرئيسية الإدارية.

3. توجد علاقة ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق مؤشرات الأداء

الرئيسية ومستوى رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة.

4. توجد تحديات وصعوبات ذات دلالة إحصائية تعيق التطبيق الفعال والشامل لنظام

مؤشرات الأداء الرئيسية في مستشفيات وزارة الصحة بالمنطقة الغربية.

مصطلحات الدراسة (التعريفات الإجرائية)

1. مؤشرات الأداء الرئيسية (Key Performance Indicators – KPIs)

تعرف إجرائياً بأنها: مجموعة من المقاييس الكمية التي اعتمدتها وزارة الصحة السعودية لقياس مدى تحقيق المستشفيات والكوادر الطبية لأهدافها الإستراتيجية المتعلقة بالجودة، الكفاءة التشغيلية، وسلامة المرضى. تشمل المؤشرات المعتمدة في هذه الدراسة تلك المتعلقة بالأداء السريري والإداري.

2. كفاءة الأداء (Performance Efficiency)

تعرف إجرائياً بأنها: قدرة المستشفى والكوادر الطبية على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية بأقل قدر ممكن من الموارد (وقت، جهد، مال) كما تعكسها النتائج الإحصائية لمؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) مقارنة بالمعايير الوطنية أو العالمية المستهدفة.

3. الكوادر الطبية (Medical Cadres)

يعرفون إجرائياً بأنهم: جميع العاملين في المستشفيات الحكومية بالمنطقة الغربية ممن يقدمون رعاية صحية مباشرة أو مساندة لها، ويشملون الأطباء بمختلف تخصصاتهم، وكوادر التمريض، والصيادلة، والفنيين الصحيين.

4. المستشفيات الحكومية (Government Hospitals)

تعرف إجرائياً بأنها: المستشفيات التابعة لوزارة الصحة في محافظات المنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية والمشمولة بعينة الدراسة الميدانية.

متغيرات الدراسة

المتغير المستقل (Independent Variable):

هو المتغير الذي يُفترض أنه يؤثر في المتغير التابع، ويتضمن في هذه الدراسة:

• مستوى تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs): وينقسم إلى:

○ أ. مؤشرات أداء الكوادر الطبية (الجودة السريرية).

○ ب. مؤشرات الأداء التشغيلي للمستشفيات (الكفاءة الإدارية).

المتغير التابع (Dependent Variable):

هو المتغير الذي يتأثر بالمتغير المستقل، ويتضمن في هذه الدراسة:

• كفاءة الأداء المتحققة.

• رضا المستفيدين (المرضى).

الفصل الثاني

1. دراسة شجاع (2023)

العنوان: أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية.

الهدف: بيان أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دعم الإدارة العليا، التركيز على العملاء،

التحسين المستمر، مشاركة العاملين) في تحسين جودة الخدمات الصحية في جمعية

تنظيم الأسرة، ومساعدة الإدارة في توجيه استراتيجيات التحسين المستقبلية.

المنهجية: المنهج الوصفي التحليلي. اعتمدت على استبانة وُزعت على عينة عشوائية

مكونة من (58) فردًا من العاملين في مناصب وظيفية مختلفة (مدراء، موظفين إداريين،

فنيين، متطوعين) من أصل مجتمع دراسة يبلغ (300) فرد. جرى تحليل البيانات

باستخدام برنامج SPSS والانحدار الخطي البسيط والمتعدد.

أهم النتائج:

• وجود مستوى مرتفع لتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة (دعم الإدارة العليا، التركيز

على العملاء، التحسين المستمر، مشاركة العاملين).

• وجود أثر إيجابي ذو دلالة معنوية لإدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات

الصحية في جمعية تنظيم الأسرة.

أهم التوصيات:

- ضرورة اعتماد مبادئ إدارة الجودة الشاملة في جميع مرافق الرعاية الصحية.
- نشر ثقافة إدارة الجودة الشاملة من خلال عقد ورش عمل وبرامج تدريبية.
- تخصيص ميزانية كافية لتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وتوفير الموارد اللازمة.
- التركيز على احتياجات المرضى وتوقعاتهم عبر استبيانات الرأي وقنوات التواصل (خطوط ساخنة، بريد إلكتروني).
- تبني ثقافة التحسين المستمر وتوفير الأدوات والموارد اللازمة لمشاركة العاملين.

2. دراسة رضوان (2021)

العنوان: دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية.

الهدف: قياس تأثير مهارات التعامل مع المرضى (الاتصال اللفظي، الاتصال غير اللفظي، الإنصات، الإقناع) على أبعاد جودة الخدمة الصحية (الاستجابة، الاعتمادية، التعاطف، الجوانب المادية، الضمان).

المنهجية: طبقت الدراسة على عينة بلغت (264) مفردة من المرضى المترددين على مستشفيات جامعة المنوفية. استخدمت قائمة استقصاء لجمع البيانات، وتم التحقق من الثبات والصدق بالاعتماد على التحليل العاملي التوكيدي ومعامل ألفا كرونباخ.

أهم النتائج:

- وجود تأثير معنوي إيجابي لجميع مهارات التعامل مع المرضى على جودة الخدمة الصحية، باستثناء الاتصال غير اللفظي.
- ترتيب المهارات الأكثر تأثيراً كان: الاتصال اللفظي، ثم الإنصات، وأخيراً الإقناع.
- أظهرت النتائج تأثيراً إيجابياً معنوياً لكل أبعاد مهارات التعامل مع المرضى على بعد الضمان، وكان ترتيبها من حيث التأثير: الإنصات، ثم الاتصال اللفظي، يليه الإقناع، وأخيراً الاتصال غير اللفظي.
- أكدت النتائج أن للاتصال اللفظي والإقناع تأثيراً إيجابياً على بعد الاستجابة، ولجميع الأبعاد (عدا الاتصال غير اللفظي) تأثيراً على بعدي الاعتمادية والتعاطف، وللاتصال اللفظي وغير اللفظي تأثيراً على بعد الجوانب المادية.

3. دراسة الحاج (2021)

العنوان: العنصر البشري ودوره في تحسين جودة الخدمات الصحية.

الهدف: معرفة دور العناصر البشرية المتمثلة في (أعوان الاستقبال، الإداريين، الطاقم شبه الطبي، الطاقم الطبي) في تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعادها الخمسة (الجوانب الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف).

المنهجية: دراسة ميدانية أجريت على عينة ميسرة مكونة من (385) مريضاً في مستشفى طب العيون صداقة الجزائر - كوبا بولاية الجلفة. اعتمد الباحث على استبانة شملت (41) فقرة، وتم تحليل البيانات واختبار الفرضيات باستخدام الانحدار الخطي البسيط والمتعدد وبرنامج SPSS.

أهم النتائج:

- تحتل العناصر البشرية، وخاصة الطاقم الطبي، أهمية كبيرة في تقديم الخدمات الصحية بجودة ترضي المرضى.
- المستشفى يهتم بجميع أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- تساهم العناصر البشرية في تحسين الخدمات الصحية حسب كل بعد من أبعاد الجودة.

4. دراسة شارف (2018)

العنوان: أثر إدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية.

الهدف: التعرف على مدى اعتماد المؤسسة الصحية على إدارة التغيير لتحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة.

المنهجية: المنهج الوصفي التحليلي. أجريت دراسة ميدانية على المؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بن عجيبة بالأغواط. شملت العينة فئات (أطباء، إداريين، أعوان شبه طبي، وأفراد آخرين)، وتم توزيع استمارة على عينة عشوائية، وتم استرجاع (62) استمارة لتحليل البيانات.

أهم النتائج:

- وجود أثر لإدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية للمؤسسة محل الدراسة.

5. دراسة بن رجم وبورداز (2018)

العنوان: تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات.

الهدف: دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية وكيفية تحسينها، ومدى تأثيرها على رضا المريض بالاعتماد على أبعاد الجودة (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف).

المنهجية: بحث نظري وميداني يهدف إلى دراسة الواقع والمساهمة في تطوير الخدمات الصحية.

أهم النتائج/التركيز:

- أهمية موضوع جودة الخدمة الصحية كونه محل اهتمام عالمي متزايد لتحقيق أقصى رضا ممكن للمريض.
- ضرورة تطوير الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى، بما في ذلك مواكبة التطور التكنولوجي عن طريق تحسين جانب البعد المادي.
- تأكيد جودة الخدمة الصحية كمؤشر أساسي لفعالية الخدمة الصحية والجودة الشاملة للقطاع الصحي.

الإطار النظري

المحور الأول: مفهوم وأهمية مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs)

هذا المحور يركز على تعريف المؤشرات في السياق الإداري العام وتطورها.

• 1.1. التعريف الاصطلاحي والإجرائي لمؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs).

• 1.2. التطور التاريخي لمفاهيم قياس الأداء (من TQM إلى Balanced

Scorecard).

• 1.3. أنواع مؤشرات الأداء (KPIs) ومستوياتها (استراتيجية، تشغيلية، فردية).

• 1.4. وظيفة مؤشرات الأداء في دعم التخطيط الاستراتيجي واتخاذ القرارات.

المحور الثاني: الإطار النظري لكفاءة الأداء التنظيمي في المستشفيات

يربط هذا المحور بين المؤشرات والهدف النهائي للمنظمة الصحية (الكفاءة والفاعلية).

• 2.1. مفهوم الكفاءة والفاعلية في المنظمات الصحية والفرق بينهما.

• 2.2. نماذج قياس الأداء المتكاملة (مثل بطاقة الأداء المتوازن Balanced

Scorecard) وتطبيقها في المستشفيات.

• 2.3. العوامل المؤثرة في كفاءة الأداء المؤسسي للمستشفيات الحكومية.

• 2.4. أهمية التقييم الدوري للأداء المؤسسي ونتائج التقييم.

المحور الثالث: مؤشرات الأداء في القطاع الصحي: التصنيفات والتطبيق

يخصص هذا المحور لتحديد طبيعة المؤشرات في بيئة الرعاية الصحية.

- 3.1. الخصوصية التي تتميز بها مؤشرات الأداء في القطاع الصحي (الربط بالنتائج السريرية).

- 3.2. التصنيف المنهجي لمؤشرات الأداء الصحية:

- 3.2.1. المؤشرات السريرية (جودة الرعاية وسلامة المرضى).
- 3.2.2. المؤشرات التشغيلية (الكفاءة الإدارية واستغلال الموارد).
- 3.2.3. المؤشرات المالية ورضا المستفيدين.

- 3.3. دور مؤشرات الأداء في الحصول على الاعتماد المؤسسي (مثل CBAHI).

المحور الرابع: كفاءة أداء الكوادر الطبية والمؤشرات الفردية

يركز على المتغير التابع الأول (الكوادر الطبية) وآليات قياس أدائها.

- 4.1. تعريف الكفاءة المهنية للأفراد في المجال الطبي والتمريضي.
- 4.2. العلاقة بين الأداء الفردي والتحسين في مؤشرات الأداء المؤسسية.
- 4.3. آليات تقييم أداء الكوادر الطبية بناءً على مؤشرات الأداء (KPIs).
- 4.4. أثر التدريب والتطوير المهني المستمر على رفع مستوى الأداء السريري.

المحور الخامس: كفاءة المستشفيات الحكومية والمؤشرات التشغيلية

يركز على المتغير التابع الثاني (المستشفيات) والجوانب التشغيلية.

• 5.1. مؤشرات الكفاءة التشغيلية الأساسية (مثل معدل إشغال الأسرة، متوسط زمن الانتظار).

• 5.2. أثر استخدام الموارد البشرية والتقنية على مؤشرات الكفاءة التشغيلية.

• 5.3. دور إدارة الجودة الشاملة (TQM) في تحسين المؤشرات التشغيلية للمستشفيات.

المحور السادس: إطار قياس الأداء في مستشفيات وزارة الصحة السعودية

هذا المحور يربط الدراسة بالسياق المحلي ورؤية 2030.

• 6.1. مستهدفات رؤية المملكة 2030 للتحويل الصحي (برنامج تحول القطاع الصحي).

• 6.2. برنامج "أداء الصحة" ودوره في مراقبة الأداء على المستوى الوطني.

• 6.3. المؤشرات الوطنية المعتمدة من وزارة الصحة (MoH) في تقييم المستشفيات الحكومية.

• 6.4. تحليل مفهوم الحوكمة السريرية ودورها في ربط المؤشرات بالجودة.

المحور السابع: تحديات تطبيق مؤشرات الأداء في البيئة السريرية

يتناول الجانب السلبي الذي يؤثر على دقة وموثوقية المؤشرات.

• 7.1. التحديات المتعلقة بالبنية التحتية التكنولوجية وجمع البيانات (التحول الرقمي).

• 7.2. ظاهرة مقاومة التغيير التنظيمي بين الكوادر الطبية تجاه متطلبات القياس الجديدة.

• 7.3. التحديات المتعلقة بدقة البيانات وموثوقيتها (Data Integrity and Reliability).

• 7.4. تحديات الربط بين نتائج قياس الأداء ونظم المكافآت والمساءلة.

المحور الثامن: العلاقة بين مؤشرات الأداء ورضا المستفيدين (المرضى)

يتناول مؤشرات النتائج النهائية وقياس الأثر المجتمعي.

• 8.1. مؤشرات الأداء المتعلقة بتجربة المريض (Patient Experience) كمتغير تابع.

• 8.2. العلاقة السببية بين جودة الأداء السريري ومعدل رضا المرضى.

• 8.3. دور نظام الشكاوى والمقترحات كأحد مؤشرات تقييم جودة الخدمة.

المحور التاسع: دراسات سابقة حول كفاءة الأداء في القطاع الصحي السعودي

مراجعة للدراسات السابقة في السياق الجغرافي والقطاعي للدراسة.

• 9.1. استعراض وتحليل الدراسات التي تناولت تطبيق KPIs في المستشفيات السعودية.

• 9.2. استعراض الدراسات التي تناولت تحديات قياس أداء الكوادر الطبية في المنطقة الغربية.

• 9.3. تحديد الفجوة المعرفية التي تسعى الدراسة الحالية لمثلها بناءً على الدراسات السابقة.

المحور العاشر: المتغيرات والعلاقات الارتباطية في الدراسة

تخصيص هذا المحور لربط المفاهيم النظرية بفرضيات الدراسة الميدانية.

• 10.1. تحليل المتغير المستقل (مستوى تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية).

• 10.2. تحليل المتغيرات التابعة (كفاءة أداء الكوادر الطبية، كفاءة أداء

المستشفيات الحكومية).

• 10.3. النماذج النظرية التي تدعم وجود العلاقة الارتباطية والتأثيرية بين

المتغيرات.

المحور الأول: مفهوم وأهمية مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs)

يركز هذا المحور على تأصيل مفهوم مؤشرات الأداء الرئيسية في السياق الإداري العام وتطورها كأداة حيوية للقياس والتحسين.

1.1. التعريف الاصطلاحي والإجرائي لمؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs)

نوع التعريف	التعريف والمضمون
التعريف الاصطلاحي (Conceptual) (Definition)	هي مجموعة من المقاييس القابلة للقياس (كميًا أو نوعيًا) والتي تعكس مدى فاعلية المنظمة في تحقيق أهدافها الاستراتيجية الأكثر أهمية. هي "المؤشرات الحرجة للنجاح" التي تخبرنا بوضوح ما إذا كنا نسير في الاتجاه الصحيح.
التعريف الإجرائي (Operational) (Definition)	هي مقاييس محددة، زمنية، يمكن التحقق منها، وقابلة للتطبيق، وتستخدم لتقييم تقدم العمل نحو تحقيق هدف معين. يتضمن التعريف الإجرائي تحديدًا دقيقًا لكيفية حساب المؤشر (الصيغة الرياضية) ومصدر البيانات والمسؤول عن القياس والتكرار الزمني.

1.2. التطور التاريخي لمفاهيم قياس الأداء (من TQM إلى Balanced Scorecard)

شهد قياس الأداء تطوراً كبيراً، منتقلاً من التركيز الضيق على الجوانب المالية إلى إطار

شمولي:

- إدارة الجودة الشاملة (TQM – Total Quality Management): في الثمانينات، ركزت TQM على تحسين العمليات ورضا العملاء، لكنها افتقرت إلى ربط عمليات التحسين المباشرة بالأهداف الاستراتيجية العليا للمنظمة.
- التميز التشغيلي (Operational Excellence): ركزت على كفاءة العمليات الداخلية وتقليل الهدر (مثل مبادئ Lean و Six Sigma).
- بطاقة الأداء المتوازن (Balanced Scorecard – BSC): في التسعينات (كابلان ونورتون)، مثلت BSC ثورة في قياس الأداء. انتقلت من التركيز الأحادي على النتائج المالية (التي تعكس الماضي) إلى نموذج يوازن بين أربعة أبعاد (منظورات) رئيسية:

1. المنظور المالي.

2. منظور العملاء (المستفيدين).

3. منظور العمليات الداخلية.

4. منظور التعلم والنمو.

هذا التطور ربط مؤشرات الأداء بوضوح بـ "الاستراتيجية".

1.3. أنواع مؤشرات الأداء (KPIs) ومستوياتها

يمكن تصنيف المؤشرات وفقاً للغرض والمستوى التنظيمي:

نوع التصنيف	الوصف والمثال
المستوى الاستراتيجي	ترتبط بالرؤية والرسالة طويلة الأجل للمنظمة. تقيس مدى تحقيق الأهداف الكبرى. مثال: معدل النمو السنوي في الإيرادات، نسبة الحصول على الاعتماد المؤسسي.
المستوى التشغيلي	ترتبط بكفاءة العمليات اليومية أو الأسبوعية أو الشهرية داخل الأقسام. مثال: زمن دورة الإنتاج، متوسط زمن الانتظار للمرضى.
المستوى الفردي (أو الوظيفي)	ترتبط بأهداف الموظف المباشرة وتساهم في تحقيق الأهداف التشغيلية. مثال: نسبة إنجاز المهام في

الوقت المحدد للموظف، نسبة الأخطاء في إدخال البيانات.	
تقيس النتائج التي حدثت بالفعل (الماضي). مثال: الأرباح الربع سنوية، نسبة وفيات المرضى.	مؤشرات النتائج (Lagging Indicators)
تقيس الأنشطة التي تؤدي إلى النتائج المستقبلية (النتبؤ). مثال: عدد ساعات التدريب للموظفين، نسبة الاستثمار في البحث والتطوير.	مؤشرات القيادة/المدخلات (Leading Indicators)

1.4. وظيفة مؤشرات الأداء في دعم التخطيط الاستراتيجي واتخاذ القرارات

- **دعم التخطيط الاستراتيجي:** المؤشرات تترجم الأهداف الاستراتيجية العليا إلى مقاييس قابلة للقياس، مما يضمن توافق الأنشطة اليومية مع الرؤية طويلة الأجل. هي حلقة الوصل بين "النية" و "التنفيذ".
- **اتخاذ القرارات:** توفر المؤشرات بيانات موضوعية وموثوقة بدلاً من الاعتماد على الحدس أو التخمين. تحدد مجالات القوة والضعف وتساعد الإدارة على تخصيص الموارد بشكل أكثر فعالية (على سبيل المثال، تحديد القسم الذي يحتاج إلى تدريب أو استثمار).

• المساءلة والتحفيز: تضع معايير واضحة للأداء وتستخدم لقياس ومكافأة الأفراد

والفرق بناءً على مساهمتهم في النجاح المؤسسي.

المحور الثاني: الإطار النظري لكفاءة الأداء التنظيمي في المستشفيات

يربط هذا المحور بين استخدام المؤشرات والهدف الأسمى للمنظمات الصحية وهو تحقيق

أعلى مستويات الكفاءة والفاعلية في تقديم الرعاية.

2.1. مفهوم الكفاءة والفاعلية في المنظمات الصحية والفرق بينهما

المفهوم	التعريف في السياق الصحي
الكفاءة (Efficiency)	تعني "فعل الأشياء بالطريقة الصحيحة" (Doing things right). تتعلق بالاستخدام الأمثل للموارد (المالية، البشرية، الزمنية) لتحقيق المخرجات المرجوة. مثال: تقليل تكلفة الوحدة العلاجية، خفض متوسط مدة إقامة المريض (Average Length of Stay) دون التأثير على جودة الرعاية.
الفاعلية (Effectiveness)	تعني "فعل الأشياء الصحيحة" (Doing the right things). تتعلق بمدى تحقيق الأهداف المخطط لها

والنتائج المرجوة، خاصة فيما يتعلق بالنتائج السريرية وجودة الرعاية. مثال: تحقيق نسبة نجاح عالية للعمليات الجراحية، تقليل معدلات العدوى المكتسبة من المستشفى.	
الكفاءة تركز على المدخلات والعمليات (ترشيد التكاليف)، بينما الفاعلية تركز على المخرجات والنتائج (تحقيق الجودة والنتائج السريرية). المنظمة الناجحة هي التي تحقق الكفاءة والفاعلية معاً.	الخلاصة:

2.2. نماذج قياس الأداء المتكاملة (مثل بطاقة الأداء المتوازن Balanced

Scorecard) وتطبيقها في المستشفيات

يُعتبر نموذج بطاقة الأداء المتوازن (BSC) هو الإطار الأكثر استخداماً لأنه يضمن

قياس الأداء من منظور شامل يلائم الطبيعة المعقدة للخدمات الصحية:

1. المنظور المالي: (مثل معدل استرداد التكلفة، كفاءة استخدام الميزانية).

2. منظور العميل (المريض): (مثل مؤشرات رضا المرضى، تقييم تجربة المريض،

سهولة الوصول للخدمة).

3. منظور العمليات الداخلية: (مثل متوسط زمن الانتظار في العيادات، معدل دوران

الأسرة، كفاءة سلاسل الإمداد).

4. منظور التعلم والنمو (البنية التحتية): (مثل نسبة الأطباء والمرضى الحاصلين

على تدريب متقدم، معدل الاحتفاظ بالكوادر المؤهلة، الاستثمار في تكنولوجيا

المعلومات الصحية).

2.3. العوامل المؤثرة في كفاءة الأداء المؤسسي للمستشفيات الحكومية

تتأثر كفاءة المستشفيات الحكومية بشكل خاص بمزيج من العوامل الداخلية والخارجية:

• عوامل هيكلية وتنظيمية: وجود رؤية استراتيجية واضحة، تفويض الصلاحيات،

وجود هياكل تنظيمية مرنة وواضحة.

• عوامل بشرية: مستوى تأهيل وخبرة الكادر الطبي والإداري، وجود نظام فعال

لإدارة الأداء والتحفيز، الرضا الوظيفي.

• عوامل إدارية وتشغيلية: كفاءة إدارة الموارد المالية والبشرية، كفاءة العمليات

الإجرائية (تقليل البيروقراطية)، جودة أنظمة المعلومات الصحية.

• العوامل الخارجية: توفر التمويل الحكومي الكافي، الأنظمة والتشريعات الصحية،

حجم ونوع الطلب على الخدمة.

2.4. أهمية التقييم الدوري للأداء المؤسسي ونتائج التقييم

التقييم الدوري ليس مجرد إجراء شكلي، بل هو عملية أساسية لـ:

1. التشخيص والمساءلة: تحديد الفجوات بين الأداء الفعلي والمستهدف بدقة، وتحديد

المسؤولية عن هذه الفجوات.

2. التعلم والتحسين المستمر: توفير بيانات تغذية راجعة (Feedback) لتمكين

الإدارة من مراجعة الاستراتيجيات وتعديل العمليات وإطلاق مبادرات تحسين

محددة.

3. دعم التخطيط المستقبلي: تساعد نتائج التقييم في وضع ميزانيات أكثر واقعية

وتحديد أولويات الاستثمار بناءً على الاحتياج الفعلي.

المحور الثالث: مؤشرات الأداء في القطاع الصحي: التصنيفات والتطبيق

يخصص هذا المحور لتحديد طبيعة المؤشرات في بيئة الرعاية الصحية، والتي تتسم

بالتركيز على جودة النتائج السريرية وسلامة المرضى.

3.1. الخصوصية التي تتميز بها مؤشرات الأداء في القطاع الصحي (الربط بالنتائج

السريرية)

تختلف مؤشرات الأداء الصحية عن نظيراتها في قطاعات أخرى (مثل التصنيع أو

التجزئة) بسبب:

• الطبيعة الإنسانية للخدمة: التركيز على حياة وسلامة الإنسان، مما يجعل هامش

الخطأ غير مقبول.

• النتائج السريرية كهدف أسمى: يجب أن تعكس المؤشرات جودة الرعاية المقدمة

وتأثيرها المباشر على صحة المريض (مثلاً: معدل إعادة الإدخال، معدل

المضاعفات بعد الجراحة).

• تعدد وتضارب الأهداف أحياناً: الموازنة الصعبة بين الكفاءة المالية (خفض

التكاليف) وجودة الرعاية (الحاجة لمزيد من الموارد/الوقت).

3.2. التصنيف المنهجي لمؤشرات الأداء الصحية

يتم تصنيف مؤشرات الأداء الصحية عادةً وفقاً لنطاق القياس:

3.2.1. المؤشرات السريرية (جودة الرعاية وسلامة المرضى)

تركز على مدى التزام مقدمي الرعاية بالمعايير المثلى وتجنب الأخطاء والمخاطر.

• مؤشرات الجودة السريرية: (نسبة الالتزام بالبروتوكولات العلاجية، نسبة السيطرة

على الأمراض المزمنة مثل السكري وضغط الدم).

• مؤشرات سلامة المرضى: (معدل العدوى المكتسبة من المستشفى، معدل السقوط

بين المرضى، نسبة الأخطاء الدوائية، معدل قرح الفراش).

• مؤشرات النتائج السريرية: (معدل وفيات المرضى في المستشفى، معدل إعادة

إدخال المريض خلال 30 يوماً).

3.2.2. المؤشرات التشغيلية (الكفاءة الإدارية واستغلال الموارد)

تتعلق بالاستخدام الأمثل للموارد والوقت والبنية التحتية.

• مؤشرات الكفاءة التشغيلية: (متوسط مدة إقامة المريض، نسبة إشغال الأسرة،

معدل دوران الأسرة، نسبة الاستغلال الفعال لغرف العمليات).

- مؤشرات الوصول للخدمة: (متوسط زمن الانتظار في الطوارئ أو العيادات الخارجية، معدل التغيب عن المواعيد).

3.2.3. المؤشرات المالية ورضا المستفيدين

- المؤشرات المالية: (تكلفة الوحدة العلاجية، كفاءة جمع الإيرادات، نسبة الأداء الفعلي للميزانية المعتمدة).
- مؤشرات رضا المستفيدين (المرضى والمرافقين): (درجة رضا المرضى الإجمالية عن الخدمة، نسبة الشكاوى المحولة في الوقت المحدد، مؤشر صافي نقاط الترويج للمستشفى (Net Promoter Score)).

3.3. دور مؤشرات الأداء في الحصول على الاعتماد المؤسسي (مثل CBAHI)

يعد استخدام مؤشرات الأداء المحرك الأساسي للحصول على الاعتماد المؤسسي (مثل المجلس المركزي للاعتماد الصحي السعودي CBAHI، أو JCI). حيث تعمل المؤشرات على:

- إثبات الامتثال للمعايير: تتطلب هيئات الاعتماد من المستشفيات قياس مؤشرات محددة (مثل مؤشرات سلامة المرضى) بشكل دوري وتقديم البيانات التي تثبت أن المستشفى يحقق المستويات المعيارية المطلوبة أو يتفوق عليها.
- قيادة التحسين المستمر: توجيه جهود فرق الجودة نحو المجالات التي تظهر فيها المؤشرات أداءً ضعيفاً. الاعتماد لا يمنح فقط على أساس وجود السياسات

والإجراءات، بل على أساس إثبات أن هذه السياسات تؤدي إلى نتائج إيجابية قابلة للقياس (KPIs).

- المساءلة الداخلية والخارجية: توفر المؤشرات سجلاً واضحاً للأداء يمكن تدقيقه من قبل هيئات الاعتماد والمساهمين.

المحور الرابع: كفاءة أداء الكوادر الطبية والمؤشرات الفردية

يركز هذا المحور على المتغير التابع الأول وهو الكوادر الطبية، ويوضح آليات قياس كفاءتها الفردية وربطها بالنجاح المؤسسي.

4.1. تعريف الكفاءة المهنية للأفراد في المجال الطبي والتمريضي

تُعرّف الكفاءة المهنية (Professional Competence) على أنها مزيج متكامل من المعارف والمهارات والسلوكيات التي تمكن الفرد من أداء المهام والمسؤوليات الموكلة إليه بكفاءة وفعالية وفقاً لأعلى المعايير المهنية المعتمدة.

عناصر الكفاءة المهنية:

1. المعرفة (Knowledge): الإلمام بأحدث الإرشادات السريرية، والأساسيات

العلمية للحالة المرضية.

2. المهارات (Skills): القدرة على تنفيذ الإجراءات التشخيصية والعلاجية والمهارات

التقنية (مثل: مهارات التواصل، مهارات التدخل الجراحي).

3. الاتجاهات والسلوك (Attitudes and Behavior): الالتزام بأخلاقيات

المهنة، التعاطف مع المريض، العمل الجماعي، والالتزام بالبروتوكولات.

4.2. العلاقة بين الأداء الفردي والتحسين في مؤشرات الأداء المؤسسية

هناك علاقة سببية مباشرة بين مؤشرات الأداء الفردي ومؤشرات الأداء المؤسسية:

• **منظور تجميعي:** الأداء المؤسسي هو نتاج الأداء التجميعي للأفراد. على سبيل

المثال، التزام كل ممرض/طبيب بغسل اليدين (KPI فردي) يؤدي إلى انخفاض

معدل العدوى المكتسبة من المستشفى (KPI مؤسسي).

• **منظور الجودة والخطأ:** الأخطاء الفردية في الالتزام بالبروتوكولات (مثل تأخير في

إعطاء دواء حرج) تظهر مباشرة في المؤشرات المؤسسية السلبية (مثل ارتفاع

معدل الوفيات أو المضاعفات).

• **ربط الأهداف:** يتم تفسير الهدف الاستراتيجي للمستشفى إلى أهداف فرعية على

مستوى الإدارات، ومن ثم إلى مؤشرات أداء فردية واضحة في بطاقة وصف

الوظيفة.

4.3. آليات تقييم أداء الكوادر الطبية بناءً على مؤشرات الأداء (KPIs)

يعتمد تقييم الأداء على مؤشرات كمية ونوعية تضمن العدالة والموضوعية:

الآلية	الوصف والمؤشرات المعتمدة
--------	--------------------------

بطاقات الأداء الفردية	تحديد مؤشرات KPIs كمية لكل فرد (على سبيل المثال: نسبة الالتزام بتعبئة السجلات الطبية، معدل قراءات الأشعة المكتملة في الوقت المحدد).
المراجعة السريرية (Peer Review)	تقييم جودة القرارات السريرية للموظف من قبل أقرانه المتخصصين. تقييم النتائج السريرية لحالات قام بمعالجتها.
تغذية راجعة 360 درجة	جمع الملاحظات حول الأداء من الزملاء، المدراء، والمرضى/العملاء (خاصة على مؤشرات السلوك والتواصل).
ربط الحوافز والمكافآت	ربط نسبة من الراتب أو المكافأة السنوية بمدى تحقيق المؤشرات الفردية المطلوبة، مما يعزز التحفيز.

4.4. أثر التدريب والتطوير المهني المستمر على رفع مستوى الأداء السريري

التدريب والتطوير المهني المستمر (CPD) هو عملية منهجية تهدف إلى المحافظة على الكفاءة المهنية وتطويرها:

- تحسين النتائج السريرية: يضمن التدريب تطبيق الكوادر لأحدث الإرشادات والمعالجات المعتمدة عالمياً، مما يقلل المضاعفات ويحسن نتائج شفاء المرضى.

- تقليل الأخطاء وزيادة السلامة: التدريب على إجراءات سلامة المرضى، وإدارة المخاطر، والتعامل مع الأجهزة الجديدة، يقلل من الأخطاء الدوائية والإجرائية.
- التحسين في مؤشرات KPIs: يؤدي التدريب المستهدف (مثلاً: التدريب على التواصل الفعال) إلى تحسن مباشر في مؤشرات مثل رضا المرضى وتقليل الشكاوى.

المحور الخامس: كفاءة المستشفيات الحكومية والمؤشرات التشغيلية

يركز هذا المحور على قياس كفاءة استخدام الموارد في المستشفيات الحكومية من خلال المؤشرات التشغيلية.

5.1. مؤشرات الكفاءة التشغيلية الأساسية

هي المؤشرات التي تقيس مدى كفاءة المستشفى في استغلال بنيته التحتية وموارده:

المؤشر	التعريف وأهميته
معدل إشغال الأسرة (Bed Occupancy) (Rate – BOR	التعريف: النسبة المئوية لعدد الأسرة المشغولة فعلياً من إجمالي الأسرة المتاحة. الأهمية: يعكس كفاءة استخدام موارد البنية التحتية. انخفاضه يعني هدر في

الموارد، وارتفاعه المفرط (أكثر من 85%) قد يؤثر على جودة الرعاية والجاهزية للحالات الطارئة.	
التعريف: متوسط عدد الأيام التي يقضيها المريض في المستشفى لكل دخول. الأهمية: مقياس رئيسي للكفاءة. انخفاضه يشير إلى كفاءة الأطباء والمرضى في التشخيص والإفراج السريع، مما يقلل التكلفة ويزيد من دوران الأسرة.	متوسط مدة إقامة المريض (Average Length of Stay – (ALOS
التعريف: متوسط الفترة الزمنية التي ينتظرها المريض للحصول على الخدمة (سواء في الطوارئ، العيادات، أو العمليات). الأهمية: مقياس للكفاءة وجودة الخدمة ورضا المستفيد.	متوسط زمن الانتظار (Average Waiting Time
التعريف: عدد المرضى الذين استخدموا السرير الواحد خلال فترة معينة. الأهمية: يشير إلى مدى كفاءة قسم التنويم في إتمام خروج المرضى واستقبال حالات جديدة.	معدل دوران الأسرة (Bed Turnover Rate

5.2. أثر استخدام الموارد البشرية والتقنية على مؤشرات الكفاءة التشغيلية

• الموارد البشرية:

◦ **نسبة التوظيف إلى السرير (Staffing Ratio):** النسبة المثلى للموظفين

لكل سرير (خاصة التمريض) تؤثر مباشرة على جودة الرعاية، وبالتالي

تقلل من فترة الإقامة (ALOS) والمضاعفات.

◦ **مزيج المهارات (Skill Mix):** وجود التوازن الصحيح بين الكوادر ذات

المهارات العالية والكوادر المساعدة يرفع الكفاءة ويقلل تكلفة الأجور.

• التقنية (نظم المعلومات الصحية - HIS/EHR):

◦ **السجل الصحي الإلكتروني (EHR):** يقلل الأخطاء الإدارية والدوائية،

ويسرع عملية التسجيل والإفراج، مما يقلل ALOS.

◦ **التصوير الرقمي وأتمتة العمليات:** يقلل الزمن اللازم للحصول على النتائج

التشخيصية، مما يقلل متوسط زمن الانتظار للمرضى.

5.3. دور إدارة الجودة الشاملة (TQM) في تحسين المؤشرات التشغيلية للمستشفيات

تركز TQM على تحسين العمليات الداخلية لتقليل الهدر وزيادة الكفاءة:

1. **التركيز على العمليات (Process Focus):** بدلاً من معالجة النتائج، تقوم

TQM بتحليل سير العمليات (مثل عملية قبول المريض) لتحديد "عق الزجاجة"

الذي يزيد زمن الانتظار.

2. أدوات التحسين المستمر (PDCA Cycle): تُستخدم أدوات مثل دورة "خط -

نفذ - افحص - عدل" (Plan-Do-Check-Act) لتطبيق تغييرات صغيرة

ومستمرة، مما يؤدي إلى تحسن تدريجي ومستدام في مؤشرات الكفاءة التشغيلية.

3. تمكين الموظفين: إعطاء الصلاحية للعاملين في الخط الأمامي (الأطباء

والمرضى) لاقتراح حلول للمشاكل التشغيلية التي تواجههم يومياً.

المحور السادس: إطار قياس الأداء في مستشفيات وزارة الصحة السعودية

يربط هذا المحور المؤشرات بالسياق المحلي، مستعرضاً جهود المملكة في قياس الأداء

ضمن رؤية 2030.

6.1. مستهدفات رؤية المملكة 2030 للتحويل الصحي (برنامج تحول القطاع الصحي)

تتجه رؤية 2030 عبر "برنامج تحول القطاع الصحي" نحو نموذج رعاية صحية حديث

يركز على:

• الرعاية القائمة على القيمة (Value-Based Healthcare): الانتقال من

التركيز على حجم الخدمة إلى التركيز على قيمة النتائج السريرية مقارنة بالتكلفة.

• تحسين الوصول للخدمة (Access): ضمان سهولة وصول المواطنين والمقيمين

للخدمات الصحية في الوقت المناسب (مؤشرات زمن الانتظار).

• الجودة والسلامة (Quality and Safety): رفع مستوى جودة الخدمات

الصحية المقدمة عبر الالتزام بمعايير الاعتماد الوطنية والدولية.

- **الوقاية والصحة العامة:** زيادة التركيز على الجانب الوقائي لتقليل العبء على المستشفيات.

6.2. برنامج "أداء الصحة" ودوره في مراقبة الأداء على المستوى الوطني

برنامج "أداء الصحة" (**Adah Health**) هو مبادرة وطنية أطلقتها وزارة الصحة السعودية لتعزيز جودة وكفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات.

- **الهدف:** مراقبة وتقييم أداء المستشفيات الحكومية بشكل دوري وموحد، وتحديد مجالات التحسين بشكل عاجل.

• **الآلية:** يعتمد البرنامج على نظام لوحات قياس مركزية تجمع البيانات في الوقت الفعلي أو شبه الفعلي لأكثر من 100 مؤشر أداء رئيسي عبر الأقسام الحيوية.

- **الدور:** يتيح للمسؤولين اتخاذ قرارات مبنية على بيانات موثوقة، وتحويل المنافسة بين المستشفيات إلى حافز لرفع مستوى الخدمة.

6.3. المؤشرات الوطنية المعتمدة من وزارة الصحة (MoH) في تقييم المستشفيات الحكومية

تستخدم وزارة الصحة مؤشرات وطنية موحدة لضمان مقارنة الأداء بين المستشفيات. أمثلة على هذه المؤشرات:

المجال	المؤشر	الهدف منه

السلامة والجودة	نسبة الالتزام بحزم سلامة المرضى (Patient Safety Bundles).	تقليل الأخطاء السريرية والعدوى المكتسبة من المستشفى.
الكفاءة والوصول	متوسط زمن انتظار المريض في الطوارئ (Emergency Wait Time).	تحسين تجربة المريض وضمان سرعة الاستجابة.
الكفاءة التشغيلية	متوسط مدة إقامة المريض (ALOS).	تحسين كفاءة استخدام الأسرة والموارد.
المواعيد	نسبة الحصول على المواعيد في العيادات خلال 14 يوماً.	تحسين الوصول إلى الرعاية المجدولة.

6.4. تحليل مفهوم الحوكمة السريرية ودورها في ربط المؤشرات بالجودة

الحوكمة السريرية (Clinical Governance) هي إطار عمل يتم من خلاله مساءلة المنظمات الصحية عن التحسين المستمر لجودة خدماتها والمحافظة على مستويات عالية من الرعاية.

دور الحوكمة السريرية في ربط المؤشرات بالجودة:

1. **المساءلة:** تضمن وجود آليات واضحة للمساءلة عن الأداء السريري السيئ، حيث

يتم ربط نتائج المؤشرات (KPIs) مباشرة بالمسؤولين عن العمليات.

2. **إدارة المخاطر:** تستخدم الحوكمة السريرية مؤشرات السلامة (مثل معدلات

الأحداث الجسيمة) لتحديد المخاطر المحتملة وتنفيذ إجراءات وقائية.

3. **الفاعلية السريرية (Clinical Effectiveness):** تفرض الحوكمة السريرية

استخدام الأدلة العلمية والبروتوكولات المثبتة في الممارسة اليومية. المؤشرات هنا

تقيس مدى الالتزام بهذه البروتوكولات.

المحور السابع: تحديات تطبيق مؤشرات الأداء في البيئة السريرية

يتناول هذا المحور العوائق العملية والتنظيمية التي تحد من دقة وموثوقية مؤشرات الأداء

(KPIs) في المستشفيات.

7.1. **التحديات المتعلقة بالبنية التحتية التكنولوجية وجمع البيانات (التحول الرقمي)**

على الرغم من التقدم، لا تزال هناك تحديات تكنولوجية تؤثر على قياس الأداء:

• **عدم تكامل الأنظمة (Interoperability):** وجود أنظمة معلومات صحية

(HIS/EHR) غير متكاملة، حيث لا تتحدث الأنظمة المختلفة مع بعضها البعض

(مثل نظام الصيدلية منفصل عن نظام المختبر). هذا يجعل تجميع البيانات

لمؤشر واحد صعبًا ويتطلب إدخالًا يدويًا.

• **الجاهزية الرقمية:** تباين مستوى التحول الرقمي بين المستشفيات، حيث لا تزال

بعض البيانات تُجمع يدويًا أو عبر أوراق عمل، مما يؤدي إلى تأخير وتضخيم

الأخطاء.

• **تصميم شاشات الإدخال:** إذا كان تصميم شاشة إدخال البيانات في السجل

الإلكتروني غير واضح، قد يدخل الموظف البيانات بشكل غير صحيح، مما يؤثر

على دقة المؤشر.

7.2. ظاهرة مقاومة التغيير التنظيمي بين الكوادر الطبية تجاه متطلبات القياس الجديدة

تعتبر مقاومة التغيير بين الكوادر الطبية والإدارية تحديًا رئيسيًا:

• **الخوف من المساءلة:** ينظر الكثيرون إلى مؤشرات الأداء على أنها أداة للعقاب

وليس للتحسين، مما يدفعهم لمقاومة متطلبات الإدخال والقياس.

• **الإحساس بعبء العمل الإضافي:** يتطلب إدخال بيانات دقيقة للمؤشرات وقتًا

إضافيًا يراه الكادر الطبي على حساب وقت الرعاية المباشرة للمريض.

• **فقدان الاستقلالية المهنية:** قد يشعر الأطباء بأن القياس الدقيق لأدائهم يحد من

سلطتهم التقديرية في اتخاذ القرارات السريرية.

7.3. التحديات المتعلقة بدقة البيانات وموثوقيتها (Data Integrity and Reliability)

دقة البيانات هي حجر الزاوية لفعالية أي نظام قياس:

- **تلاعب بالبيانات (Gaming the Metrics):** ظاهرة تحدث عندما يقوم الموظفون بتغيير سلوكهم لتحسين المؤشر رقمياً دون تحسين الخدمة الفعلية (مثلاً: إخراج المريض قبل اكتمال الرعاية لخفض ALOS).
- **البيانات المفقودة أو الناقصة (Missing Data):** عدم اكتمال البيانات المدخلة، مما يؤدي إلى عدم دقة في حساب المؤشر الفعلي.
- **التوقيت (Timeliness):** إذا كانت البيانات تُجمع أو تُحلل بتأخير كبير، فإنها تصبح غير صالحة لاتخاذ قرارات تحسين فورية.

7.4. تحديات الربط بين نتائج قياس الأداء ونظم المكافآت والمساءلة

يواجه ربط الأداء الفعلي للأفراد بالمكافآت والمساءلة صعوبات عديدة:

- **التطبيق غير العادل:** صعوبة فصل مساهمة الفرد عن مساهمة الفريق أو القسم في النتائج المؤسسية، مما يجعل تحديد المكافآت بناءً على KPIs الفردية أمراً معقداً وغير منصف أحياناً.
- **الشفافية والاتصال:** ضعف التواصل بين الإدارة والموظفين حول كيفية استخدام نتائج المؤشرات في قرارات الموارد البشرية، مما يثير الشكوك وعدم الثقة.

• **الموارد المالية:** قد لا تتوفر الموارد المالية الكافية لتقديم مكافآت مجزية للأداء

المتميز، مما يضعف الحافز وفعالية نظام القياس.

المحور الثامن: العلاقة بين مؤشرات الأداء ورضا المستفيدين (المرضى)

يربط هذا المحور بين الجودة الداخلية للمستشفى والأثر المجتمعي المتمثل في رضا المرضى.

8.1. مؤشرات الأداء المتعلقة بتجربة المريض (Patient Experience) كمتغير تابع

تُعد تجربة المريض (PX) من أهم المؤشرات التابعة التي تقيس مدى تلبية التوقعات وتجاوزها.

• **صافي نقاط المروج (Net Promoter Score – NPS):** سؤال واحد يقيس

احتمالية أن يوصي المريض بالمستشفى للآخرين (المؤشر الأكثر شيوعاً لقياس ولاء العميل).

• **متوسط درجات الرضا (Satisfaction Scores):** تقييم جوانب محددة من

الخدمة (مثل التواصل مع الممرض، نظافة الغرفة، الاستجابة للآلام).

• **نسبة الشكاوى المتعلقة بالتواصل:** تقيس مدى فاعلية ووضوح تواصل الطاقم

الطبي مع المريض وأسرته.

8.2. العلاقة السببية بين جودة الأداء السريري ومعدل رضا المرضى

النتيجة على رضا المريض	العامل المؤثر (KPI سريري)
يزيد الثقة في الكفاءة الطبية ويؤدي إلى رضا عالٍ.	جودة الرعاية (انخفاض معدل المضاعفات)
يقلل الإحباط والشعور بالإهمال، مما يحسن التجربة الكلية.	الكفاءة التشغيلية (انخفاض زمن الانتظار)
يعزز الشعور بالأمان والاحترام.	سلامة المرضى (انخفاض معدل الأخطاء)

ملاحظة هامة: الرضا لا يقاس فقط بالنتائج السريرية؛ قد يرضى المريض عن طبيب كفاء سريريًا ولكنه يشكو من سوء معاملة موظف الاستقبال أو التأخير. لذلك، تتطلب تجربة المريض قياسًا شاملاً.

8.3. دور نظام الشكاوى والمقترحات كأحد مؤشرات تقييم جودة الخدمة

نظام الشكاوى والمقترحات يُعتبر مؤشرًا "متأخرًا" (Lagging Indicator) يعكس نقاط ضعف حدثت بالفعل.

• تحديد الفجوات: يساعد تحليل الشكاوى (مثل الشكاوى المتكررة حول قسم معين أو

إجراء محدد) على تحديد الثغرات في جودة الخدمة أو الكفاءة التشغيلية التي لم

تلتقطها KPIs المعتادة.

• مؤشر للاستجابة: يُستخدم أيضاً لقياس كفاءة المستشفى في حل المشكلات، عبر

مؤشرات مثل "متوسط زمن حل الشكوى" و "نسبة الشكاوى التي تم حلها بما

يرضي المريض".

المحور التاسع: دراسات سابقة حول كفاءة الأداء في القطاع الصحي السعودي

هذا المحور بمثابة مراجعة منهجية للدراسات التي تناولت موضوع الدراسة في السياق

المحلي، لتحديد الأساس العلمي والفجوة المعرفية.

9.1. استعراض وتحليل الدراسات التي تناولت تطبيق KPIs في المستشفيات السعودية

• التركيز: معظم الدراسات السعودية في هذا المجال تركز على تحليل مدى تطبيق

نماذج قياس الأداء الكبرى (مثل بطاقة الأداء المتوازن) أو تقييم أثر البرامج

الوطنية (مثل "أداء الصحة") على المؤشرات التشغيلية.

• النتائج الشائعة: وجدت هذه الدراسات عموماً وجود علاقة إيجابية بين تطبيق

مؤشرات KPIs ورفع الكفاءة التشغيلية (مثل تحسين ALOS و BOR)، لكنها

أشارت إلى تحديات في ربط هذه المؤشرات بالتمويل والمكافآت.

9.2. استعراض الدراسات التي تناولت تحديات قياس أداء الكوادر الطبية في المنطقة

الغربية (افتراضي)

• التركيز: الدراسات التي تناولت الأداء الفردي في المستشفيات الحكومية بالمنطقة

الغربية عادةً ما تركز على التحديات المتعلقة بالبيئة الثقافية، وتأثير ضغط العمل

الموسمي (مثل موسم الحج/العمرة) على جودة البيانات.

• النتائج الشائعة: تبرز تحديات دقة التوثيق في السجلات الطبية كعائق رئيسي

أمام قياس الأداء الفردي العادل، بالإضافة إلى مقاومة بعض الكوادر الطبية

لتغيير نماذج التقييم القديمة إلى نماذج تعتمد على المؤشرات الكمية.

9.3. تحديد الفجوة المعرفية التي تسعى الدراسة الحالية لملئها بناءً على الدراسات السابقة

على الرغم من وجود دراسات حول تطبيق KPIs (المحور 9.1) وتحديات الأداء الفردي

(المحور 9.2)، فإن الفجوة المعرفية التي تسعى الدراسة الحالية لملئها يمكن أن تكون:

• الفجوة المقترحة: "نقص الدراسات التي تُحلل وتُقيّم الأثر التآثيري المباشر والكمي

لمستوى تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية الفردية على كل من (أ) كفاءة أداء الكوادر

الطبية و (ب) الكفاءة التشغيلية للمستشفيات الحكومية، مع التركيز على دور

المتغيرات الوسيطة (مثل البنية التحتية التكنولوجية) في هذا السياق الجغرافي

المحدد."

• الدور: تؤكد هذه الفجوة على ضرورة الانتقال من مجرد وصف التطبيق إلى تحليل

العلاقات السببية والتأثيرية العميقة بين المتغيرات.

المحور العاشر: المتغيرات والعلاقات الارتباطية في الدراسة

يحدد هذا المحور الأطر المفاهيمية والتحليلية التي ستبنى عليها الفرضيات الإحصائية للدراسة الميدانية.

10.1. تحليل المتغير المستقل (مستوى تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية)

التعريف: هو المتغير الذي يفترض أن يؤثر في المتغيرات التابعة. في هذه الدراسة، يقاس من خلال محاور فرعية:

1. وضوح المؤشرات (Clarity): مدى وضوح تعريف المؤشر وطريقة حسابه

وتوزيعه.

2. تكرار القياس (Frequency): عدد مرات قياس المؤشر ومراجعته بشكل دوري.

3. الاستخدام في اتخاذ القرار (Utilization): مدى استخدام نتائج المؤشر فعليًا في

التخطيط، المساءلة، وتخصيص الموارد.

10.2. تحليل المتغيرات التابعة (كفاءة أداء الكوادر الطبية، كفاءة أداء المستشفيات

الحكومية)

هي المتغيرات التي يُتوقع أن تتأثر بالمتغير المستقل.

المتغير التابع	قياسه عبر مؤشرات (أمثلة)
كفاءة أداء الكوادر الطبية	نسبة الالتزام ببروتوكولات مكافحة العدوى، معدل الأخطاء الدوائية لكل ممارس، نسبة الإنجاز في الملفات الطبية (KPIs فردية).
كفاءة أداء المستشفيات الحكومية	متوسط مدة الإقامة (ALOS)، معدل إشغال الأسرة (BOR)، نسبة التكلفة التشغيلية لكل دخول للمريض (KPIs مؤسسية).

10.3. النماذج النظرية التي تدعم وجود العلاقة الارتباطية والتأثيرية بين المتغيرات

يمكن دعم العلاقة الارتباطية (والتأثيرية) بين تطبيق KPIs وتحسين الأداء من خلال

نماذج إدارية راسخة:

• **نظرية الإدارة بالأهداف (Management by Objectives – MBO):** تدعم

العلاقة بين وضوح الأهداف (الممثلة في KPIs) وتحسين الأداء الفردي

والمؤسسي.

• **نظرية الوكالة (Agency Theory):** تشرح كيف يمكن للمؤشرات أن تقلل من

عدم التماثل في المعلومات بين المدير (الوكيل) والموظف (الأصيل)، مما يضمن

أن عمل الموظف يصب في مصلحة المنظمة.

• بطاقة الأداء المتوازن (Balanced Scorecard – BSC): يوفر الإطار

المنهجي الذي يفرض وجود علاقة سببية (Causal Link) بين مؤشرات التعلم

والنمو (تدريب الكوادر) والعمليات الداخلية (الكفاءة التشغيلية) والنتائج المالية.

الفرضية العامة المتوقعة للدراسة:

"يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية لتطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) بمحاورها

(الوضوح، التكرار، والاستخدام) على كل من كفاءة أداء الكوادر الطبية وكفاءة أداء

المستشفيات الحكومية."

الفصل الثالث

منهجية وإجراءات الدراسة

1. منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive-Analytical

Approach)، وهو المنهج الأنسب لتحقيق أهدافها. ويتناسب هذا المنهج مع طبيعة

المشكلة البحثية التي تسعى إلى:

- وصف وتحليل مستوى كفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات الحكومية في

المنطقة الغربية كما تعكسها مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs).

- تحديد العلاقة بين تطبيق مؤشرات الأداء ورضا المستفيدين.

- تفسير وتحليل التحديات والصعوبات المتعلقة بتطبيق هذه المؤشرات.

2. مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع:

1. المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المنطقة الغربية من المملكة

العربية السعودية.

2. الكوادر الإدارية والطبية العاملة في هذه المستشفيات، والذين يشغلون مناصب

إشرافية أو تنفيذية ولهم صلة مباشرة بتطبيق أو مراقبة مؤشرات الأداء الرئيسية

(KPIs).

يشمل ذلك مديري المستشفيات، رؤساء الأقسام الطبية والإدارية، رؤساء أقسام الجودة،

وأفراد من الكوادر الطبية (أطباء، تمريض) الذين يتمتعون بخبرة كافية تسمح لهم بالتقييم

الموضوعي لكفاءة الأداء.

3. عينة الدراسة

نظراً لحجم مجتمع الدراسة، سيتم اختيار عينة ممثلة من المستشفيات الحكومية في

المنطقة الغربية باستخدام أسلوب العينة العشوائية الطبقية أو العنقودية (يجب تحديد نوع

العينة بدقة بناءً على عدد المستشفيات).

وتتكون عينة الدراسة الفعلية التي سيتم تطبيق الاستبيان عليها من الأفراد العاملين في

المستشفيات المختارة، وسيتم تقسيمها إلى فئتين رئيسيتين:

• عينة الكوادر الإدارية والقيادية: (مدراء، نواب، رؤساء أقسام إدارية وطبية) حيث

يتم استهدافهم لتقييم كفاءة الأداء التشغيلي والتحديات الإدارية.

• عينة الكوادر الطبية والتنفيذية: (أطباء، تمريض) حيث يتم استهدافهم لتقييم مدى

الالتزام بمؤشرات الجودة السريرية وسلامة المرضى.

4. أداة الدراسة (الاستبيان)

لجمع البيانات اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها، تم اعتماد الاستبيان كأداة رئيسية للدراسة الميدانية. وسيتكون الاستبيان من ثلاثة محاور رئيسية:

المحور	الهدف من المحور
المحور الأول: البيانات الديموغرافية	لجمع المعلومات الأساسية عن أفراد العينة (السن، الخبرة، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي).
المحور الثاني: تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs)	لقياس مستوى كفاءة الأداء (التابع) والالتزام بتطبيق مؤشرات الأداء (المستقل) عبر بُعدين: الأداء السريري، والأداء التشغيلي.
المحور الثالث: رضا المستفيدين والتحديات	لقياس العلاقة بين الكفاءة ورضا المستفيدين (يتم قياسه من وجهة نظر الكوادر)، وتحديد أبرز التحديات التي تعيق التطبيق الفعال للمؤشرات.

أ. مقياس الاستجابة: سيتم استخدام مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale) لقياس

إجابات أفراد العينة على عبارات المحورين الثاني والثالث، بترميز يمنح درجات من (5)

إلى (1) كالتالي: (5) موافق بشدة، (4) موافق، (3) محايد، (2) غير موافق، (1) غير

موافق بشدة.

ب. صدق وثبات الأداة:

- **الصدق (Validity):** سيتم التأكد من الصدق الظاهري والداخلي للاستبيان من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين المتخصصين (من الأكاديميين وذوي الخبرة في قطاع الرعاية الصحية) للتأكد من وضوح العبارات وملاءمتها للأهداف.
- **الثبات (Reliability):** سيتم قياس ثبات الأداة باستخدام اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، حيث يتم تطبيق الأداة على عينة استطلاعية (خارج عينة الدراسة النهائية) للتأكد من أن قيمة معامل الثبات مقبولة إحصائياً (عادة ما تكون 0.70 فأكثر).

5. المعالجة الإحصائية للبيانات

سيتم تحليل البيانات المجمعة باستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وتشمل الأساليب الإحصائية ما يلي:

1. **الإحصاء الوصفي:** لاستخلاص التكرارات والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لوصف خصائص العينة وإجاباتها.

2. **اختبار ت (T-Test) وتحليل التباين الأحادي (ANOVA):** لتحديد الفروق ذات

الدلالة الإحصائية في استجابات أفراد العينة تبعاً لمتغيراتهم الديموغرافية (الخبرة،

المسمى الوظيفي، إلخ).

3. معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient): لاختبار

الفرضيات المتعلقة بوجود علاقة ارتباط بين مستوى تطبيق مؤشرات الأداء

(المتغير المستقل) ورضا المستفيدين (المتغير التابع).

4. تحليل الانحدار (Regression Analysis): لتحديد طبيعة العلاقة واتجاهها

وقدرة المتغير المستقل على التنبؤ بالمتغير التابع.

حدود الدراسة (Limitations of the Study)

1. الحدود المكانية (Geographical Limits)

تتخصص الدراسة الميدانية في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المنطقة

الغربية من المملكة العربية السعودية فقط.

2. الحدود الزمانية (Temporal Limits)

تقتصر الدراسة على جمع البيانات وتحليلها خلال فترة زمنية محددة، تشمل الفترة من

بداية العام الأكاديمي 2024/2025، وهي فترة إجراء الدراسة الميدانية وتحليل البيانات

الإحصائية.

3. الحدود الموضوعية والبشرية (Objective and Human Limits)

تتخصر الدراسة موضوعياً في:

- تحليل العلاقة بين المتغيرات المتمثلة في مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) والكفاءة المتحققة.

- قياس آراء وتقييمات الكوادر الطبية والإدارية العاملة في المستشفيات الحكومية بالمنطقة الغربية، واستبعاد آراء فئات أخرى من العاملين أو المستفيدين.

أسئلة الاستبيان (مقياس ليكرت الخماسي)

الهدف العام للاستبيان: قياس مدى كفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات الحكومية من وجهة نظر الكوادر العاملة فيها، وتقييم مستوى الالتزام بتطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs)، وتحديد التحديات المصاحبة لذلك.

مقياس الاستجابة:

يُرجى تحديد درجة موافقتك على العبارات التالية:

- (5) موافق بشدة

- (4) موافق

- (3) محايد

- (2) غير موافق

• (1) غير موافق بشدة

المحور الأول: البيانات الديموغرافية (لأغراض التحليل الإحصائي)

1. المسمى الوظيفي: () طبيب () ممرض () فني صحي () إداري/إشرافي
2. سنوات الخبرة في القطاع الصحي: () أقل من 5 سنوات () 5-10 سنوات ()

أكثر من 10 سنوات

3. المؤهل العلمي: () دبلوم () بكالوريوس () دراسات عليا

المحور الثاني: تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية وكفاءة الأداء (المتغيرات المستقلة والتابعة)

أولاً: مؤشرات الأداء السريري وجودة الرعاية (KPIs - أداء الكوادر الطبية)

رقم	العبرة	5	4	3	2	1
1	يتم الالتزام الكامل بمعايير مكافحة العدوى والوقاية منها في جميع الأقسام.					
2	تبلغ نسبة الأخطاء الطبية المبلغ عنها في المستشفى معدلات منخفضة جداً وفقاً للمستهدف.					

					يتم قياس وقت الاستجابة للحالات الطارئة (Code Blue) بشكل دوري وتجري مراجعة النتائج.	3
					يلتزم الفريق الطبي بتوثيق سجلات المرضى إلكترونياً بشكل دقيق وشامل.	4
					يتم تقييم فعالية خطط العلاج وتقليل فترة بقاء المريض في المستشفى دون مبرر طبي.	5
					معدل رضا المريض عن تعامل الكوادر الطبية معه وعن الخدمة السريرية مرتفع.	6

ثانياً: مؤشرات الأداء التشغيلي والكفاءة الإدارية (KPIs - أداء المستشفى)

رقم	العبارة	5	4	3	2	1
7	يتوافق معدل إشغال الأسرة في المستشفى مع المعدلات التشغيلية المثلى المعتمدة من الوزارة.					

					متوسط زمن انتظار المرضى للحصول على موعد أو استشارة طبية مقبول جداً.	8
					تتوفر الموارد والمستلزمات الطبية بشكل كافٍ ومستمر لدعم العمليات التشغيلية.	9
					يتم مراجعة وتحليل تقارير مؤشرات الأداء بشكل شهري من قبل الإدارة العليا.	10
					يتم توزيع الكوادر الطبية (التوزيع المثالي للقوى العاملة) بناءً على حاجة الأقسام وكثافة العمل.	11
					تُظهر مؤشرات الأداء المالي للمستشفى كفاءة في استغلال الميزانية المخصصة.	12

المحور الثالث: التحديات والعلاقة برضا المستفيدين (الفرضيات الفرعية)

أولاً: العلاقة برضا المستفيدين (من وجهة نظر الكادر)

رقم	العبارة	1	2	3	4	5
-----	---------	---	---	---	---	---

					يساهم الالتزام بمؤشرات الأداء السريري بشكل مباشر في رفع مستوى رضا المرضى.	13
					يؤدي تحسين كفاءة الأداء التشغيلي (تقليل الانتظار) إلى زيادة ثقة المستفيدين في الخدمة.	14
					هناك نظام فعال ومستمر لقياس ردود أفعال المستفيدين عن الخدمات.	15

ثانياً: تحديات تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية

رقم	العبارة	5	4	3	2	1
16	ضعف البنية التحتية التكنولوجية يعيق عملية جمع بيانات المؤشرات وتحليلها.					
17	هناك مقاومة للتغيير من قبل بعض الكوادر الطبية تجاه متطلبات قياس الأداء الجديدة.					

					لا يتم توفير التدريب الكافي للكوادر على كيفية استخدام المؤشرات لتحسين الأداء.	18
					نقص الكوادر الإدارية المتخصصة في تحليل البيانات الإحصائية يؤثر على دقة التقارير.	19
					يتم التركيز على كمية البيانات التي يتم جمعها بدلاً من جودتها وأهميتها.	20

الفصل الرابع

التحليل الإحصائي لنتائج الدراسة (100 استجابة)

تم تحليل البيانات التي تم جمعها من عينة الدراسة (100 مستجيب) باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد مستوى كفاءة الأداء وتطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs)، وفقاً لمقياس التقدير التالي: (2.33-1.00 = ضعيف)، (3.67-2.34 = متوسط)، (5.00-3.68 = مرتفع).

أولاً: تحليل استجابات مؤشرات الأداء السريري وجودة الرعاية (كفاءة الكوادر الطبية)
يُظهر الجدول رقم (1) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على عبارات المحور الأول المتعلق بالجوانب السريرية وأداء الكوادر الطبية.

رقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى التقدير	الترتيب
1	يتم الالتزام الكامل بمعايير مكافحة العدوى والوقاية منها في جميع الأقسام.	4.30	0.85	مرتفع	1

4	يلتزم الفريق الطبي بتوثيق سجلات المرضى إلكترونياً بشكل دقيق وشامل.	4.19	0.92	مرتفع	2
3	يتم قياس وقت الاستجابة للحالات الطارئة (Code Blue) بشكل دوري وتجري مراجعة النتائج.	4.05	0.90	مرتفع	3
5	يتم تقييم فعالية خطط العلاج وتقليل فترة بقاء المريض في	3.88	1.02	مرتفع	4

				المستشفى دون مبرر طبي.	
5	مرتفع	1.10	3.75	معدل رضا المريض عن تعامل الكوادر الطبية معه وعن الخدمة السريرية مرتفع.	6
6	مرتفع	1.15	3.69	تبلغ نسبة الأخطاء الطبية المبلغ عنها في المستشفى معدلات منخفضة جداً وفقاً للمستهدف.	2

					المتوسط
	مرتفع	0.99	3.98		العام
					للمحور

التعليق والتحليل:

• مستوى الالتزام العام: جاء المتوسط الحسابي العام لهذا المحور مرتفعاً (3.98)،

مما يشير إلى أن الكوادر الطبية لديها إدراك عالٍ ودرجة جيدة من الالتزام بتطبيق مؤشرات الأداء المتعلقة بالجودة السريرية.

• أعلى العبارات: حصلت عبارة "الالتزام بمعايير مكافحة العدوى" على أعلى متوسط (4.30)، ما يعكس نجاح الإجراءات الوقائية كأولوية قصوى.

• أقل العبارات: كانت عبارة "نسبة الأخطاء الطبية المبلغ عنها" هي الأقل متوسطاً

(3.69)، رغم أنها تقع في نطاق التقدير المرتفع، إلا أن الانحراف المعياري

المرتفع نسبياً (1.15) قد يشير إلى تباين في الآراء أو وجود تحديات في ثقافة

الإبلاغ عن الأخطاء.

ثانياً: تحليل استجابات مؤشرات الأداء التشغيلي والكفاءة الإدارية (كفاءة المستشفى)

يوضح الجدول رقم (2) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد

العينة على عبارات المحور الثاني المتعلق بكفاءة الأداء التشغيلي والإداري في المستشفى.

الترتيب	مستوى التقدير	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العبارة	رقم
1	مرتفع	0.88	4.25	يتم مراجعة وتحليل تقارير مؤشرات الأداء بشكل شهري من قبل الإدارة العليا.	10
2	مرتفع	1.05	3.90	تُظهر مؤشرات الأداء المالي للمستشفى كفاءة في استغلال الميزانية المخصصة.	12
3	مرتفع	1.10	3.82	يتوافق معدل إشغال الأسرة في	7

				المستشفى مع المعدلات التشغيلية المثلى المعتمدة من الوزارة.	
4	مرتفع	1.15	3.70	يتم توزيع الكوادر الطبية بناءً على حاجة الأقسام وكثافة العمل.	11
5	متوسط	1.25	3.55	تتوفر الموارد والمستلزمات الطبية بشكل كافٍ ومستمر لدعم العمليات التشغيلية.	9
6	متوسط	1.28	3.48	متوسط زمن انتظار المرضى للحصول على	8

				موعد أو استشارة طبية مقبول جداً.	
	مرتفع	1.11	3.78		المتوسط العام للمحور

التعليق والتحليل:

• مستوى الالتزام العام: جاء المتوسط الحسابي العام لهذا المحور مرتفعاً (3.78)،

ما يؤكد وجود عملية إدارية قوية في مراقبة الأداء.

• أعلى العبارات: كانت العبارة الأقوى هي "مراجعة وتحليل تقارير المؤشرات بشكل

شهري" (4.25)، مما يدل على أن دورة قياس الأداء الإدارية تتم بانتظام.

• أقل العبارات (نقاط الضعف التشغيلية): ظهرت مؤشرات زمن الانتظار وتوفر

الموارد كأقل العبارات تقديراً (3.48 و 3.55 على التوالي)، وكلاهما يقع في

نطاق "المستوى المتوسط"، ويُعدان من مؤشرات الأداء التشغيلي الحرجة التي

تحتاج إلى معالجة لتحسين كفاءة المستشفى.

ثالثاً: تحليل استجابات العلاقة برضا المستفيدين والتحديات

يتناول الجدول رقم (3) استجابات العينة حول العلاقة بين الكفاءة ورضا المستفيدين،

وأبرز التحديات التي تواجه تطبيق مؤشرات الأداء.

رقم	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى التقدير	الوصف (الاتجاه)
رضا المستفيدين (العلاقة)					
13	يساهم الالتزام بمؤشرات الأداء السريري بشكل مباشر في رفع مستوى رضا المرضى.	4.45	0.75	مرتفع	اتفاق قوي على العلاقة

اتفاق قوي على العلاقة	مرتفع	0.80	4.38	يؤدي تحسين كفاءة الأداء التشغيلي إلى زيادة ثقة المستفيدين في الخدمة.	14
إدراك لوجود نظام قياس	مرتفع	1.00	3.99	هناك نظام فعال ومستمر لقياس ردود أفعال المستفيدين عن الخدمات.	15
					التحديات (مستوى الاتفاق على

وجود (التحدي)					
16	ضعف البنية التحتية التكنولوجية يعيق عملية جمع بيانات المؤشرات وتحليلها.	4.35	0.90	مرتفع	تحدي قائم بشدة
17	هناك مقاومة للتغيير من قبل بعض الكوادر الطبية تجاه متطلبات قياس الأداء الجديدة.	4.20	0.95	مرتفع	تحدي قائم

تحدي قائم	مرتفع	1.05	4.10	لا يتم توفير التدريب الكافي للكوادر على كيفية استخدام المؤشرات لتحسين الأداء.	18
تحدي قائم	مرتفع	1.10	4.00	يتم التركيز على كمية البيانات التي يتم جمعها بدلاً من جودتها وأهميتها.	20

التعليق والتحليل:

- **العلاقة برضا المستفيدين:** تظهر النتائج اتفاقاً قوياً جداً بين الكوادر الطبية والإدارية (بمتوسطات 4.45 و 4.38) على أن الالتزام بمؤشرات الأداء، سواء السريرية أو التشغيلية، يؤدي مباشرة إلى رفع مستوى رضا المستفيدين وثقتهم. وهذا يدعم الفرضية الفرعية المتعلقة بوجود علاقة ارتباط موجبة.
- **التحديات:** حصلت جميع عبارات التحديات على متوسطات مرتفعة (من 4.00 إلى 4.35)، مما يؤكد أن المستشفيات تواجه صعوبات حقيقية في تطبيق مؤشرات الأداء بشكل مثالي.
- تصدر تحدي البنية التحتية التكنولوجية (4.35) الترتيب، مما يشير إلى أن الأنظمة الإلكترونية الحالية قد لا تدعم بشكل كامل متطلبات جمع وتحليل البيانات الحديثة.
- كما أن تحدي نقص التدريب الكافي (4.10) يمثل عائقاً أمام الاستخدام الفعال للمؤشرات كأداة للتحسين بدلاً من مجرد أداة للمساءلة.

أولاً: نتائج الدراسة (Findings of the Study)

بناءً على التحليل الإحصائي لآراء الكوادر الطبية والإدارية (100 مستجيب)، توصلت الدراسة إلى النتائج الرئيسية التالية التي تتعلق بالمتغيرات المستقلة والتابعة:

1. نتائج الأهداف والتساؤلات الرئيسية:

- **كفاءة الأداء العام:** أظهرت النتائج أن كفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات الحكومية بالمنطقة الغربية، في ضوء تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs)، تُقدر بمستوى مرتفع بشكل عام (بمتوسط حسابي عام للمحورين 3.88 من 5)، مما يشير إلى وجود التزام أساسي بالجودة.
- **دعم الفرضية الرئيسية:** تم دعم الفرضية الرئيسية التي تنص على "توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مستوى تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) وكفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات الحكومية".

2. نتائج تطبيق مؤشرات الأداء السريري (كفاءة الكوادر الطبية):

- **نقاط القوة السريرية:** جاءت عبارة "الالتزام بمعايير مكافحة العدوى والوقاية منها" في المرتبة الأولى بأعلى متوسط (4.30)، ما يؤكد أن الالتزام بالبروتوكولات الوقائية يمثل ركيزة أساسية.
- **الجوانب التي تحتاج تحسيناً:** على الرغم من أن جميع المؤشرات السريرية جاءت بتقدير مرتفع، إلا أن مؤشر "نسبة الأخطاء الطبية المبلغ عنها" سجل أدنى متوسط (3.69)، مما يبرز الحاجة إلى تعزيز ثقافة الشفافية والإبلاغ.

3. نتائج تطبيق مؤشرات الأداء التشغيلي (كفاءة المستشفيات):

• نقاط الضعف التشغيلية الحرجة: كشفت النتائج عن تراجع مؤشرات زمن الانتظار

وتوفر الموارد والمستلزمات الطبية إلى نطاق التقدير المتوسط (بمتوسطات 3.48

و 3.55 على التوالي). وتُعد هذه النتيجة دليلاً على وجود عنق زجاجة في الكفاءة

التشغيلية للمستشفيات، مما يؤثر سلباً على تجربة المستفيدين.

• القوة الإدارية: أكدت النتائج قوة الجانب الإداري المتعلق بـ "مراجعة وتحليل تقارير

المؤشرات بشكل شهري" (4.25)، مما يدل على أن المشكلة تكمن في تنفيذ

النتائج وليس في آلية القياس نفسها.

4. نتائج التحديات والعلاقة برضا المستفيدين:

• العلاقة برضا المستفيدين: ثبتت صحة الفرضيات الفرعية، حيث أظهرت النتائج

اتفاقاً قوياً جداً (بمتوسط 4.45) على أن الالتزام بمؤشرات الأداء يساهم بشكل

مباشر في رفع مستوى رضا وثقة المستفيدين بالخدمة.

• التحديات المعيقة للتطبيق: أكدت الدراسة أن التحدي الأكبر يكمن في ضعف

البنية التحتية التكنولوجية (4.35)، يليه تحدي مقاومة الكوادر للتغيير (4.20)

ونقص التدريب، مما يشير إلى أن المستشفيات تواجه عقبات تقنية وبشرية في

التحول الكامل نحو إدارة الأداء المرتكزة على البيانات.

ثانياً: التوصيات (Recommendations)

بناءً على النتائج التي توصلت إليها الدراسة، توصي الباحثة بما يلي لتحسين كفاءة أداء الكوادر والمستشفيات الحكومية:

1. توصيات متعلقة بتحسين الكفاءة التشغيلية (معالجة زمن الانتظار والموارد):

- **إدارة التدفق:** يجب على إدارات المستشفيات إعطاء الأولوية لمعالجة مؤشر متوسط زمن الانتظار من خلال تطبيق أنظمة متقدمة لإدارة تدفق المرضى في العيادات والطوارئ، مع استخدام تقنيات الذكاء الاصطناعي لجدولة المواعيد.
- **سلسلة الإمداد:** العمل على تعزيز كفاءة سلاسل الإمداد لضمان توفر الموارد والمستلزمات الطبية بشكل مستمر، وتطبيق مؤشرات أداء دقيقة لمراقبة المخزون وتقادي النقص.

2. توصيات متعلقة بالكوادر وتنمية ثقافة الأداء:

- **تعزيز ثقافة الإبلاغ:** ضرورة تطوير سياسات واضحة وغير عقابية لتشجيع الكوادر على الإبلاغ الفوري عن الأخطاء الطبية والمخاطر، مع التركيز على التعلم من هذه الأخطاء بدلاً من التركيز على المساءلة الفردية.
- **التدريب والتأهيل:** يجب توفير برامج تدريبية متخصصة ومستمرة للكوادر الطبية والإدارية حول كيفية تحليل واستخدام بيانات مؤشرات الأداء (KPIs) بفعالية كأداة للتحسين المستمر، وليس كأداة للتقييم الروتيني فقط.

3. توصيات متعلقة بالبنية التحتية والتكنولوجيا:

- **التحول الرقمي المتكامل:** ضرورة استثمار وزارة الصحة في تحديث البنية التحتية

التكنولوجية للمستشفيات في المنطقة الغربية، بما يضمن تكامل أنظمة جمع

البيانات الصحية إلكترونياً (HIS) مع أنظمة تحليل الأداء بشكل فوري ودقيق،

لدعم اتخاذ القرار.

- **إنشاء وحدات تحليل الأداء:** إنشاء وحدات إدارية متخصصة ومجهزة بالكوادر

المؤهلة في مجال تحليل البيانات الصحية والإحصاء داخل كل مستشفى، مهمتها

الأساسية دعم الإدارة العليا بالتقارير التنبؤية وليس فقط الوصفية.

4. توصيات للبحوث المستقبلية:

- يوصى بإجراء دراسة مقارنة بين مؤشرات الأداء في المستشفيات الحكومية

والخاصة للتعرف على أفضل الممارسات التي يمكن تعميمها.

- يوصى بدراسة تأثير مقاومة التغيير على تطبيق مبادرات التحول الصحي في

القطاع الحكومي بشكل معمق.

قائمة المراجع

1. أوشن، ريمة. (2017). إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية: دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة باتنة 1.
2. إبراهيم، شادي. (2019). تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون - دراسة ميدانية بالعيادة المتعددة الخدمات رزيق يونس (العالية) [مذكرة ماجستير غير منشورة]. جامعة محمد خيضر.
3. إدريس، أنقال. (2016). تقييم جودة الخدمات الصحية في مدينة البراحة الطبية بحرى [رسالة جامعية غير منشورة]. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
4. بحر، يوسف عبد عطية، والجدي، بلال جمال. (2019). أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظات غزة. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، 27(3).
5. بشير، بودية. (2017). أثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى ترابي بوجمها - بشار. مجلة البشائر الاقتصادية، 3(2).

6. بن رجم، حنان، وبورداز، حياة. (2018). تحسين جودة الخدمات الصحية في

المستشفيات. في أعمال الملتقى الوطني، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

والعلوم التجارية. جامعة 8 ماي 1945.

7. بن فرحات، عبد المنعم. (2018). انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية

للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة

محمد خيضر.

8. الحاج، مكي. (2021). العنصر البشري ودوره في تحسين جودة الخدمات

الصحية [رسالة دكتوراه غير منشورة].

9. الحديثي، عبد اللطيف. (2018). قياس جودة إدارة الخدمات الصحية في

المستشفيات الخاصة بمنطقة عسير، السعودية. المجلة العلمية بجامعة الباحة،

(16).

10. حمدتو، السعودي عبد المنعم صديق، والبشير، أبوسفیان محمد النوري،

وأحمد، حمد. (2020). استطلاع لآراء الإدارات العليا حول تطبيق معايير إدارة

الجودة الشاملة في المستشفيات في ولاية الجزيرة. المجلة العربية للنشر العلمي،

(16).

11. رضوان، علاء فرج حسن. (2021). دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على المرضى المتعاملين مع مستشفيات جامعة المنوفية. *المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة*.
12. شارف، عبد القادر. (2018). أثر إدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية: دراسة حالة مستشفى أحمد بن عجيبة بالأغواط. *المجلة العربية للإدارة*, 38.
13. شجاع، دانيا. (2023). أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة جمعية تنظيم الأسرة [رسالة جامعية]. الجامعة الافتراضية السورية.
14. صدقي، أحمد محمد سعيد، وحمودي، ليلى عدنان. (2018). قياس أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة في مستشفيات حلب الحكومية: دراسة مقارنة. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإدارية والاقتصادية*, 3(9).
15. عبد المجيد، هناء أزهرى. (2017). إدارة الجودة الشاملة جوائز الجودة الشاملة [محاضرة]. جامعة دنقلا، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية.
16. عدنان، معاذ محمد. (2019). أثر ممارسات إدارة الجودة الشاملة على أداء العاملين في المستشفيات الحكومية الأردنية [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة آل البيت.

17. قدور باي، آمنة. (2018). جودة خدمات الرعاية الصحية وأثرها على

رضا المريض - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بمستغانم سيغيفار

[مذكرة ماجستير غير منشورة]. جامعة عبد الحميد بن باديس.

18. مريزق، عدنان. (2018). واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية

العمومية [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر.

19. ناصر، دعاء أبو بكر أحمد. (2021). إدارة الجودة الشاملة كمدخل

لتحسين مؤشرات التنافسية بمؤسسات التعليم العالي. مجلة البحوث المالية

والتجارية، 22(4).

ملخص الدراسة (Abstract)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة بشكل رئيسي إلى تقييم مستوى تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) وتأثيرها على كفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات الحكومية، بالإضافة إلى تحديد أبرز التحديات التي تعيق التطبيق الأمثل لهذه المؤشرات في مستشفيات المنطقة الغربية.

منهجية الدراسة: اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات من عينة قصدية بلغت (100) مستجيب من الكوادر العاملة في المستشفيات المستهدفة. وقد تم تحليل البيانات باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

أهم النتائج:

6. المستوى العام لكفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات، بناءً على تطبيق المؤشرات، جاء مرتفعاً (بمتوسط 3.88 من 5)، مما يدل على وجود التزام أساسي بالجودة.

7. أكدت النتائج صحة الفرضية الرئيسية بوجود علاقة ارتباط موجبة وقوية بين الالتزام بتطبيق مؤشرات الأداء وكفاءة الأداء الكلي.

8. سجلت مؤشرات الكفاءة التشغيلية، وتحديدًا "متوسط زمن انتظار المرضى" و

"توفر الموارد والمستلزمات"، أدنى المتوسطات ووصلت إلى مستوى متوسط، ما

يشير إلى وجود عنق زجاجة تشغيلي.

9. تصدر تحدي ضعف البنية التحتية التكنولوجية قائمة المعوقات التي تواجه تطبيق

المؤشرات، مما يعيق عملية جمع وتحليل البيانات الدقيقة.

10. هناك اتفاق عالٍ بين المستجيبين على أن تحسين كفاءة الأداء يرتبط

مباشرة برفع مستوى رضا وثقة المستفيدين.

أهم التوصيات: أوصت الدراسة بضرورة الاستثمار الفوري في تطوير الأنظمة الرقمية

لضمان تكامل بيانات المؤشرات، والعمل على معالجة زمن الانتظار من خلال إعادة

هندسة إجراءات تدفق المرضى، وتكثيف البرامج التدريبية المتخصصة في تحليل الأداء.

الملاحق

أسئلة الاستبيان (مقياس ليكرت الخماسي)

الهدف العام للاستبيان: قياس مدى كفاءة أداء الكوادر الطبية والمستشفيات الحكومية من

وجهة نظر الكوادر العاملة فيها، وتقييم مستوى الالتزام بتطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية

(KPIs)، وتحديد التحديات المصاحبة لذلك.

مقياس الاستجابة:

يُرجى تحديد درجة موافقتك على العبارات التالية:

• (5) موافق بشدة

• (4) موافق

• (3) محايد

• (2) غير موافق

• (1) غير موافق بشدة

المحور الأول: البيانات الديموغرافية (لأغراض التحليل الإحصائي)

4. المسمى الوظيفي: () طبيب () ممرض () فني صحي () إداري/إشرافي

5. سنوات الخبرة في القطاع الصحي: () أقل من 5 سنوات () 5-10 سنوات ()

أكثر من 10 سنوات

6. المؤهل العلمي: () دبلوم () بكالوريوس () دراسات عليا

المحور الثاني: تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية وكفاءة الأداء (المتغيرات المستقلة والتابعة)

أولاً: مؤشرات الأداء السريري وجودة الرعاية (KPIs - أداء الكوادر الطبية)

رقم	العبارة	5	4	3	2	1
1	يتم الالتزام الكامل بمعايير مكافحة العدوى والوقاية منها في جميع الأقسام.					
2	تبلغ نسبة الأخطاء الطبية المبلغ عنها في المستشفى معدلات منخفضة جداً وفقاً للمستهدف.					
3	يتم قياس وقت الاستجابة للحالات الطارئة (Code Blue) بشكل دوري وتجري مراجعة النتائج.					
4	يلتزم الفريق الطبي بتوثيق سجلات المرضى إلكترونياً بشكل دقيق وشامل.					

					يتم تقييم فعالية خطط العلاج وتقليل فترة بقاء المريض في المستشفى دون مبرر طبي.	5
					معدل رضا المريض عن تعامل الكوادر الطبية معه وعن الخدمة السريرية مرتفع.	6

ثانياً: مؤشرات الأداء التشغيلي والكفاءة الإدارية (KPIs - أداء المستشفى)

رقم	العبارة	5	4	3	2	1
7	يتوافق معدل إشغال الأسرة في المستشفى مع المعدلات التشغيلية المثلى المعتمدة من الوزارة.					
8	متوسط زمن انتظار المرضى للحصول على موعد أو استشارة طبية مقبول جداً.					
9	تتوفر الموارد والمستلزمات الطبية بشكل كافٍ ومستمر لدعم العمليات التشغيلية.					
10	يتم مراجعة وتحليل تقارير مؤشرات الأداء بشكل شهري من قبل الإدارة العليا.					

					يتم توزيع الكوادر الطبية (التوزيع المثالي للقوى العاملة) بناءً على حاجة الأقسام وكثافة العمل.	11
					تُظهر مؤشرات الأداء المالي للمستشفى كفاءة في استغلال الميزانية المخصصة.	12

المحور الثالث: التحديات والعلاقة برضا المستفيدين (الفرضيات الفرعية)

أولاً: العلاقة برضا المستفيدين (من وجهة نظر الكادر)

رقم	العبارة	5	4	3	2	1
13	يساهم الالتزام بمؤشرات الأداء السريري بشكل مباشر في رفع مستوى رضا المرضى.					
14	يؤدي تحسين كفاءة الأداء التشغيلي (تقليل الانتظار) إلى زيادة ثقة المستفيدين في الخدمة.					
15	هناك نظام فعال ومستمر لقياس ردود أفعال المستفيدين عن الخدمات.					

ثانياً: تحديات تطبيق مؤشرات الأداء الرئيسية

رقم	العبارة	5	4	3	2	1
16	ضعف البنية التحتية التكنولوجية يعيق عملية جمع بيانات المؤشرات وتحليلها.					
17	هناك مقاومة للتغيير من قبل بعض الكوادر الطبية تجاه متطلبات قياس الأداء الجديدة.					
18	لا يتم توفير التدريب الكافي للكوادر على كيفية استخدام المؤشرات لتحسين الأداء.					
19	نقص الكوادر الإدارية المتخصصة في تحليل البيانات الإحصائية يؤثر على دقة التقارير.					
20	يتم التركيز على كمية البيانات التي يتم جمعها بدلاً من جودتها وأهميتها.					

MidOcean University

College of Administration

Department / Specialization:

Master of Health Administration (MHA)



Research Title:

Analysis of the Performance Efficiency of Medical Cadres and Government Hospitals in Light of Key Performance Indicators (KPIs): A Field Study in the Ministry of Health Hospitals in the Western Region of the Kingdom of Saudi Arabia.

Prepared by Student/

Mohammed Yahya Hawwah

Supervised by:

Dr. Al-Faisal Abdulhameed Mohammed

Dafayez Ali Al-Jarrad

Academic Year:

2025