

دور الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية في
تحسين الأداء الصحي بالمستشفيات في ضوء رؤية المملكة 2030..

إعداد الطالب/

حمود النشعي الشمري

252000168

إشراف/

د. الفيصّل عبد الحميد محمد حسن

د.فايز جراد

العام الدراسي:

1447 – 2026



إِهْدَاء

إلى كل من آمن بأن العلم رسالة قبل أن يكون إنجازاً،

وإلى من علّموني أن المعرفة تُبنى بالصبر والاجتهاد، لا بالنتائج السريعة،

أهدي هذا الجهد المتواضع،

راجياً أن يكون لبنّة صادقة في صرح العلم،

وخطوة في طريق البحث الرصين الذي يخدم المجتمع ويثري الفكر

الأكاديمي.

شُكْرٌ وَتَقْدِيرٌ

الحمد لله الذي وفقني وأعانني على إتمام هذا العمل، والصلاة والسلام على نبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى والديّ العزيزين، اللذين كانا لي النبراس والموجه. إن دعمهما المتواصل وتشجيعهما الدائم كانا الدافع الأكبر لي لتحقيق هذا الإنجاز.

كما أعبر عن عميق امتناني لزوجتي الغالية، التي كانت لي الشريك والسند في هذه الرحلة الطويلة. كان لصبرها وتفهمها ودعمها المستمر أثر بالغ في إنجاح هذا العمل.

أود أن أشكر أساتذتي الكرام، وخاصة مشرف رسالتي، الذين لم يخلوا عليّ بوقتهم وخبرتهم. لقد كان لإرشاداتهم العلمية ونصائحهم القيمة الأثر الكبير في إتمام هذا البحث.

د. الفيصّل عبد الحميد

د. فايز جرّاد

أشكر زملائي وأصدقائي، الذين كانوا لي عوناً وسنداً، وكان لتشجيعهم ودعمهم دور كبير في تجاوز الصعاب والوصول إلى هذا النجاح.

وأخيراً، أتقدم بالشكر والامتنان لكل من ساهم بأي شكل في إنجاز هذا العمل، سائلاً الله أن يجعل هذا الجهد خالصاً لوجهه الكريم، وأن يوفقنا جميعاً لما فيه الخير والصّلاح

مستخلص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية في تحسين الأداء الصحي بالمستشفيات في ضوء رؤية المملكة 2030، وذلك من خلال أربعة أبعاد هي: التخطيط، والتنظيم، وإدارة الوقت، واتخاذ القرار. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة أداة لجمع البيانات الأولية. وتكوّن مجتمع الدراسة من العاملين في إدارات القبول والإحالات الطبية في ثمانية مستشفيات حكومية بمدينة الرياض، وبلغت العينة الصالحة للتحليل (186) مفردة. وقد أظهرت النتائج أن مستوى الكفاءة الإدارية جاء مرتفعاً بمتوسط حسابي (3.74)، كما جاء مستوى تحسين الأداء الصحي مرتفعاً بمتوسط (3.72). وأثبت تحليل الانحدار المتعدد وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للكفاءة الإدارية بأبعادها المجتمعة على تحسين الأداء الصحي، حيث بلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.717$) وجاء بُعد اتخاذ القرار الأكثر تأثيراً ($R^2 = 0.582$)، يليه إدارة الوقت ($R^2 = 0.549$)، ثم التنظيم ($R^2 = 0.516$)، وأخيراً التخطيط ($R^2 = 0.482$). وأوصت الدراسة بتطوير برامج تدريبية متخصصة في مهارات اتخاذ القرار، وتبني نظم إلكترونية ذكية لإدارة تدفق المرضى، وتعزيز التكامل الرقمي بين المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية ضمن مستهدفات رؤية 2030.

الكلمات المفتاحية: الكفاءة الإدارية، إدارة القبول والإحالات الطبية، الأداء الصحي، المستشفيات، رؤية المملكة 2030.

قائمة المحتويات

أ.....	بسم الله الرحمن الرحيم
ب.....	الإهداء
ج.....	الشكر والتقدير
د.....	مستخلص الدراسة
ه.....	قائمة المحتويات
ح.....	قائمة الجداول
1.....	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
1.....	1.1 المقدمة
3.....	2.1 مشكلة الدراسة
4.....	3.1 أهمية الدراسة
5.....	4.1 أهداف الدراسة
6.....	5.1 تساؤلات الدراسة
7.....	6.1 فروض الدراسة
8.....	7.1 الدراسات السابقة
16.....	8.1 الفجوة البحثية
17.....	9.1 المنطلقات النظرية للدراسة
20.....	10.1 المنهجية وطرق البحث
22.....	11.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة
23.....	12.1 حدود الدراسة
24.....	الفصل الثاني: الإطار النظري
24.....	المبحث الأول: الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية
24.....	1.1.2 تمهيد
25.....	2.1.2 مفهوم الكفاءة الإدارية

27.....	3.1.2 أهمية الكفاءة الإدارية في إدارة القبول والإحالات الطبية.....
30.....	4.1.2 أهداف الكفاءة الإدارية.....
33.....	5.1.2 أبعاد الكفاءة الإدارية.....
39.....	6.1.2 استراتيجيات تعزيز الكفاءة الإدارية في إدارة القبول والإحالات الطبية.....
42.....	المبحث الثاني: تحسين الأداء الصحي في المستشفيات في ضوء رؤية المملكة 2030.....
42.....	1.2.2 تمهيد.....
42.....	2.2.2 مفهوم تحسين الأداء الصحي في المستشفيات.....
44.....	3.2.2 أهمية تحسين الأداء الصحي في المستشفيات.....
46.....	4.2.2 أهداف تحسين الأداء الصحي في المستشفيات.....
48.....	5.2.2 أبعاد تحسين الأداء الصحي في المستشفيات.....
51.....	6.2.2 استراتيجيات تحسين الأداء الصحي في المستشفيات.....
55.....	الفصل الثالث: منهجية الدراسة.....
55.....	1.3 تمهيد.....
55.....	2.3 منهج الدراسة.....
56.....	3.3 مجتمع الدراسة وعينتها.....
57.....	4.3 أداة الدراسة (الاستبانة).....
59.....	5.4 صدق أداة الدراسة.....
60.....	6.3 ثبات أداة الدراسة.....
61.....	7.3 مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة.....
62.....	8.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة.....
64.....	الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات.....
64.....	1.4 تمهيد.....
64.....	2.4 تحليل البيانات الديموغرافية.....
67.....	3.4 التحليل الوصفي لاستجابات أفراد العينة.....
74.....	4.4 اختبار فرضيات الدراسة.....

81.....	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات
81.....	1.5 تمهيد
81.....	2.5 نتائج الدراسة
85.....	3.5 توصيات الدراسة
88.....	Study Abstract
89.....	قائمة المراجع
95.....	الملاحق
96.....	استمارة استبيان

قائمة الجداول

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
56	جدول (1) توزيع الاستبانات على المستشفيات	1.
57	الجدول (2) المتغير المستقل – الكفاءة الإدارية	2.
58	الجدول (3) المتغير التابع – تحسين الأداء الصحي	3.
58	الجدول (4) مقياس ليكرت الخماسي	4.
59	جدول (5): معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للاستبانة	5.
60	جدول (6): معاملات ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد ومحاوِر الاستبانة	6.
60	جدول (7): معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية	7.
61	جدول (8): مصفوفة ارتباط بيرسون بين أبعاد الكفاءة الإدارية وتحسين الأداء الصحي (ن = 186)	8.
64	جدول (9): توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس (ن = 186)	9.
65	جدول (10): توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير العمر (ن = 186)	10.
65	جدول (11): توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير المؤهل العلمي (ن = 186)	11.
66	جدول (12): توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير سنوات الخبرة (ن = 186)	12.

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
66	جدول (13): توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير المستوى الوظيفي (ن = 186)	13.
67	جدول (14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التخطيط (ن = 186)	14.
68	جدول (15): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التنظيم (ن = 186)	15.
69	جدول (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة الوقت (ن = 186)	16.
70	جدول (17): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد اتخاذ القرار (ن = 186)	17.
71	جدول (18): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات محور تحسين الأداء الصحي (ن = 186)	18.
74	جدول (19): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وترتيب أبعاد الكفاءة الإدارية والمتغير التابع	19.
75	جدول (20): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد الكفاءة الإدارية على تحسين الأداء الصحي	20.
77	جدول (21): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التخطيط على تحسين الأداء الصحي	21.
78	جدول (22): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التنظيم على فعالية تنسيق الخدمات الصحية	22.

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
79	جدول (23): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إدارة الوقت على تحسين الأداء الصحي	23.
79	جدول (24): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر اتخاذ القرار على تحسين الأداء الصحي	24.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

تُعد المنظومات الصحية من أبرز القطاعات الحيوية التي تعتمد عليها المجتمعات في تحقيق التنمية المستدامة وضمان جودة الحياة للأفراد. ويشهد العالم في السنوات الأخيرة تطوراً ملحوظاً في أساليب الإدارة الصحية، نتيجة التغيرات المتسارعة في التكنولوجيا، وتزايد عدد السكان، وتنوع الحالات الصحية، مما يتطلب من المؤسسات الصحية تطوير قدراتها الإدارية والتنظيمية بشكل مستمر لمواكبة هذه التحولات، وقد أشارت الأدبيات الإدارية الحديثة إلى أن الإدارة الصحية الفعالة لا تعتمد فقط على كفاءة التجهيزات أو الموارد البشرية، بل تحتاج كذلك إلى بنية إدارية مرنة وقادرة على التنظيم الدقيق وتنسيق الخدمات بين وحدات العمل المختلفة لضمان تقديم خدمة صحية متكاملة. (Huang, 2025)

وتبرز أهمية الكفاءة الإدارية في هذا السياق، حيث تمثل عنصراً رئيسياً في نجاح المؤسسات الصحية من خلال قدرتها على استخدام الموارد بطريقة فعالة، وتنسيق الجهود بين العاملين، وضمان سير العمل بسلاسة دون تداخل أو تعارض بين المهام، وقد تناولت العديد من الأبحاث دور الكفاءة الإدارية بأبعادها المختلفة مثل التخطيط، والتنظيم، وإدارة الوقت، واتخاذ القرار، بوصفها مكونات أساسية تؤثر في جودة الإدارة وفعالية تقديم الخدمات. (Bakare et al., 2024)

وفي ظل التغيرات المتسارعة المرتبطة بالتحول الرقمي في القطاع الصحي، أصبحت المؤسسات الصحية مطالبة بتطوير أنظمتها الإدارية وتحسين قدراتها على التفاعل مع التقنيات الحديثة، وقد أوضحت الأدبيات المتعلقة بالتحول الرقمي أن تبني الأساليب التقنية في الإدارة يساعد على تقليل الأخطاء وتسريع تبادل المعلومات بين الأقسام ودعم اتخاذ القرارات المبنية على بيانات دقيقة، وهذا ما يؤكد أن الكفاءة الإدارية لا تعتمد فقط على الخبرة العملية، بل تتطلب أيضاً القدرة على التكيف مع النظم الرقمية الحديثة والقدرة على توظيفها بما يخدم العملية الصحية. (ALaraji & Abbas, 2025)

ومن بين الإدارات الحيوية التي تتطلب مستوى عاليًا من الكفاءة الإدارية داخل المؤسسات الصحية، تبرز إدارة القبول والإحالات الطبية بوصفها المدخل الأساسي الذي يبدأ منه مسار المريض داخل المستشفى. فهذه الإدارة مسؤولة عن تسجيل المرضى وتوجيههم إلى الأقسام العلاجية المناسبة، وتنسيق تحويل الحالات التي تحتاج إلى خدمات متخصصة، وهو ما يجعلها حلقة وصل أساسية بين المريض ومقدمي الرعاية الصحية. وتتداخل هذه الإدارة مع معظم وحدات العمل الصحي، الأمر الذي يتطلب وجود تنظيم دقيق للمهام، وتخطيط مسبق للتعامل مع أعداد المرضى، وتنسيق مستمر بين الأقسام المختلفة لضمان سير الخدمة الصحية دون تأخير. (Makhmudova et al., 2020)

كما أن أداء هذه الإدارة يرتبط بشكل وثيق بمستوى الأداء الصحي العام في المستشفى، حيث إن انسيابية استقبال المرضى، ودقة بياناتهم، وسرعة تحويلهم إلى الجهة المناسبة، جميعها عوامل تؤثر في تجربة المريض ورضاه عن الخدمة، وقد تناولت بعض الدراسات التي أجريت في القطاع الصحي أهمية العمليات الإدارية، ومؤشرات التنظيم الداخلي، وجودة الخدمات، ودورها في تعزيز الأداء التشغيلي والمالي والتنافسي للمؤسسات الصحية، مما يؤكد أن تحسين الكفاءة الإدارية في الإدارات الحيوية يساهم في تعزيز فاعلية النظام الصحي ككل. (البامي وآخرون، 2024)

و تولي رؤية المملكة 2030 اهتمامًا واضحًا بتطوير القطاع الصحي عبر تحسين الحوكمة، ورفع كفاءة الإنفاق، وتعزيز جودة الخدمات الصحية، وتمكين العاملين من خلال التدريب والتطوير المهني، وتحسين تجربة المريض في مختلف نقاط الخدمة. (منسكي، 2024)

وبذلك، تتجه الدراسة الحالية إلى التركيز على تحليل دور الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية في تحسين الأداء الصحي في المستشفيات في ضوء رؤية المملكة 2030، لما لهذه الإدارة من أهمية مباشرة على مسار الخدمة الصحية ورضا المستفيدين وكفاءة العمليات الداخلية للمستشفى..

2.1 مشكلة الدراسة

تعد إدارات القبول والإحالات الطبية بوابة الدخول إلى الخدمات الصحية، وهي المسؤولة عن تنسيق استقبال المرضى وتوجيههم إلى الخدمات المناسبة داخل المستشفى أو تحويل الحالات التي تتطلب رعاية تخصصية خارج المنشأة الصحية، وبالنظر إلى طبيعة هذه الإدارة، فإن أي خلل في كفاءة العاملين بها ينعكس مباشرة على جودة الخدمة الصحية المقدمة، ورضا المستفيدين، وسرعة الاستجابة للحالات الحرجة. ورغم التطور الذي تشهده المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية ضمن إطار رؤية 2030، إلا أن العديد من المستشفيات ما زالت تواجه تحديات تتعلق بإدارة تدفق المرضى، وتكرار الانتظار، وصعوبات التنسيق بين الإدارات، مما يشير إلى الحاجة إلى تعزيز الكفاءة الإدارية للعاملين في هذه الإدارة الحيوية.

وقد أشارت عدد من الدراسات السابقة إلى أهمية الكفاءة الإدارية في تحسين الأداء المؤسسي؛ حيث بينت دراسة Bakare et al. (2024) أن تعزيز الكفاءة الإدارية يساهم في رفع الإنتاجية وتقليل الهدر وتحسين الجودة، في حين أوضحت دراسة Alaraji & Abbas (2025) أن تبني التحول الرقمي في الإجراءات الإدارية يؤدي إلى رفع مستوى الكفاءة وتقليل الأخطاء، وفي السياق الحكومي، توصلت دراسة Huang (2025) إلى أن تحسين الكفاءة الإدارية يرتبط بتحسين فعالية الخدمات وجودتها، مما يعزز بيئة العمل المؤسسي، فإن هذه الدراسات لم تتناول الكفاءة الإدارية من زاوية تطبيقها في الإدارات الصحية المعنية مباشرة بتوجيه وإدارة المرضى.

كما بينت دراسات القطاع الصحي مثل دراسة البامي وآخرون (2024) ودراسة قاسم وآخرون (2023) أن تحسين الأداء الصحي يرتبط بعوامل متعددة تشمل التنظيم الداخلي، جودة الخدمات، وتطوير العمليات الإدارية؛ إلا أنها ركزت على الأداء الصحي بشكل عام دون تخصيص إدارة القبول والإحالات الطبية بوصفها الحلقة المحورية التي تربط المريض بجميع مسارات الخدمة الصحية، وهذا يوضح وجود فجوة تطبيقية في فهم أثر الكفاءة الإدارية للعاملين في هذه الإدارة تحديداً على تحسين الأداء الصحي.

إضافة إلى ذلك، أوضحت دراسة العتيبي وكشك (2024) ودراسة الدويك وآخرون (2021) أن الكفاءة الإدارية ترتبط بخصائص ومهارات العاملين، مثل إدارة الوقت والتنظيم واتخاذ القرار، وهي نفس المهارات المطلوبة بدرجة عالية في إدارة القبول والإحالات الطبية بحكم حساسيتها ودقتها، مما يشير إلى ضرورة قياس مستوى هذه الكفاءات وتحليل أثرها على أداء النظام الصحي داخل المستشفيات.

وبناءً على ما سبق، تتمثل مشكلة الدراسة في وجود حاجة ملحة إلى فهم وقياس أثر الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية على تحسين الأداء الصحي داخل المستشفيات، ولا سيما في ظل توجهات رؤية المملكة 2030 نحو رفع كفاءة التشغيل، وتحسين تجربة المريض، وتعزيز جودة الحياة. ومن ثم، فإن هذه الدراسة تسعى إلى الإجابة عن السؤال الرئيس الآتي:

ما أثر الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية بأبعادها (التخطيط، التنظيم، إدارة الوقت، اتخاذ القرار) على تحسين الأداء الصحي بالمستشفيات في ضوء رؤية المملكة 2030؟

3.1 أهمية الدراسة:

تعتمد أهمية هذه الدراسة على إسهاماتها النظرية والتطبيقية فيما يلي:

أولاً: الأهمية العلمية:

- تسهم الدراسة في إثراء الأدبيات العلمية المتعلقة بدور الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية، باعتبار هذا المجال من المجالات التي لا تزال بحاجة إلى مزيد من الدراسات في البيئة الصحية العربية والخليجية.
- تبرز العلاقة بين الكفاءة الإدارية وتحسين الأداء الصحي، وذلك من خلال الربط بين أبعاد الكفاءة الإدارية (التخطيط، التنظيم، إدارة الوقت، اتخاذ القرار) ومؤشرات الأداء الصحي في المستشفيات.
- تدعم الدراسة توجهات رؤية المملكة 2030 التي تركز على تطوير القطاع الصحي وتحسين جودة الخدمات، مما يمنحها قيمة علمية مرتبطة بتيار بحثي حديث ومتجدد.

- تُعد الدراسة أداة مرجعية يمكن الاستفادة منها في دراسات لاحقة، سواء في المجال الصحي أو الإداري، من حيث الإطار النظري والمفاهيمي والنموذج التحليلي المستخدم..

ثانيًا: الأهمية العملية:

- تساعد نتائج الدراسة إدارات المستشفيات على التعرف إلى مستوى الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية، وبالتالي تحديد نقاط القوة وتعزيزها ونقاط الضعف ومعالجتها.
- تدعم تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى من خلال رفع كفاءة العاملين المسؤولين عن أول مراحل تقديم الخدمة (القبول والإحالة).
- تساهم في تقليل فترات الانتظار وسرعة اتخاذ القرار مما ينعكس مباشرة على رضا المرضى وجودة الرعاية الصحية.
- تزود صناع القرار في القطاع الصحي بالمعلومات اللازمة لتطوير برامج تدريب وتأهيل تستهدف رفع مستوى الكفاءة الإدارية للعاملين.
- تُساهم في تحقيق أهداف التحول الصحي من خلال تعزيز كفاءة استخدام الموارد، وتحسين كفاءة التشغيل، ورفع مستوى الأداء المؤسسي.
- توفر مقترحات عملية يمكن تطبيقها على أرض الواقع، مما يجعل الدراسة ذات مردود تطبيقي واضح في المستشفيات...

4.1 أهداف الدراسة:

1. تهدف الدراسة إلى دراسة أثر الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية بأبعادها الأربعة (التخطيط، التنظيم، إدارة الوقت، اتخاذ القرار) على تحسين الأداء الصحي في المستشفيات في ضوء رؤية المملكة 2030، بما يعزز جودة الخدمات الصحية وكفاءة تقديم الرعاية للمستفيدين.

يتفرع من الهدف الرئيس مجموعة من الأهداف الفرعية، وهي:

- تحليل دور التخطيط الإداري في تنظيم استقبال المرضى وضمان سرعة إنهاء إجراءات الإحالة الطبية.
- التعرف على أثر التنظيم الإداري في تنسيق المهام وتقليل الازدحام وتحسين تدفق المرضى بين الأقسام الطبية.
- توضيح تأثير إدارة الوقت على تقليل فترات الانتظار ورفع كفاءة تقديم الخدمة الصحية.
- دراسة دور مهارة اتخاذ القرار لدى العاملين في معالجة الحالات العاجلة وضمان تقديم تدخل صحي فعال ومناسب.
- اقتراح توصيات وآليات عملية لتطوير الكفاءة الإدارية للعاملين بهدف تعزيز جودة الخدمات الصحية واستدامة تحسين الأداء..

5.1 تساؤلات الدراسة

السؤال الدراسة الرئيسي: ما أثر الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية بأبعادهما (التخطيط، التنظيم، إدارة الوقت، اتخاذ القرار) على تحسين الأداء الصحي بالمستشفيات في ضوء رؤية المملكة 2030؟

الأسئلة الفرعية:

- ما أثر التخطيط الإداري للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية على تحسين الأداء الصحي في المستشفيات؟
- ما أثر التنظيم الإداري للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية على فعالية تنسيق الخدمات الصحية بالمستشفيات؟
- ما أثر إدارة الوقت لدى العاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية على تقليل فترات الانتظار وتحسين جودة تقديم الخدمة؟

- ما أثر اتخاذ القرار لدى العاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية على سرعة ودقة تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات؟
- ما الآليات المقترحة لتعزيز الكفاءة الإدارية للعاملين بما يسهم في تحسين الأداء الصحي وفق متطلبات رؤية المملكة 2030؟

6.1 فروض الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها يمكن صياغة الفرضيات التالية:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية بأبعادها (التخطيط، التنظيم، إدارة الوقت، اتخاذ القرار) على تحسين الأداء الصحي في المستشفيات في ضوء رؤية المملكة 2030..

الفروض الفرعية:

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعده التخطيط لدى العاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية على تحسين الأداء الصحي في المستشفيات.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعده التنظيم لدى العاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية على فعالية تنسيق الخدمات الصحية في المستشفيات.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعده إدارة الوقت لدى العاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية على تقليل فترات الانتظار ورفع كفاءة تقديم الخدمة الصحية.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لبعده اتخاذ القرار لدى العاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية على سرعة ودقة تقديم الرعاية الصحية في المستشفيات..

7.1 الدراسات السابقة:

➤ دراسة (Bakare et al., 2024)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الكفاءة الإدارية بأبعادها (تبسيط الإجراءات، إدارة الموارد، دعم اتخاذ القرار، وتبني التكنولوجيا) على نمو واستدامة المشروعات الصغيرة والمتوسطة. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي إضافة إلى منهج دراسة الحالة، كما تكوّنت عينة الدراسة من مجموعة من المشروعات الصغيرة والمتوسطة في قطاعات التصنيع والتجزئة والخدمات.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن تحسين الكفاءة الإدارية يسهم في رفع الإنتاجية، تقليل التكاليف، تحسين إدارة الوقت، وتعزيز رضا العملاء، مما يؤدي إلى نمو أسرع وميزة تنافسية أقوى. كما أظهرت النتائج أن عوائق مثل مقاومة التغيير ونقص الخبرات وقلة الموارد المالية قد تحد من تحقيق الكفاءة الإدارية المطلوبة.

وأوصت الدراسة بضرورة الاستثمار في الأدوات الرقمية، وتدريب العاملين، وإعادة هيكلة العمليات التنظيمية بما يؤدي إلى تعزيز الاستدامة وتحقيق أداء إداري أكثر فعالية في المشروعات الصغيرة والمتوسطة..

➤ دراسة (Alaraji & Abbas, 2025)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التحول الرقمي بأبعاده (تبني التقنيات الرقمية، تطوير الأنظمة الإدارية، وأتمتة العمليات) على الكفاءة الإدارية في قطاع الاتصالات، وذلك في شركة آسيا سيل للاتصالات في المملكة العربية السعودية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت على الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات. وتكونت عينة الدراسة من 200 موظف تم اختيارهم عشوائياً من مختلف الإدارات داخل الشركة.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التحول الرقمي ساهم بشكل ملحوظ في زيادة سرعة الأداء، وتقليل معدلات الخطأ، وتحسين التنسيق والتكامل بين الإدارات، مما أدى إلى رفع مستوى الكفاءة الإدارية بشكل عام، كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباط إيجابية بين مستوى تبني التقنيات الحديثة وفعالية العمليات الإدارية.

وأوصت الدراسة بضرورة الاستمرار في الاستثمار في البنية التحتية الرقمية، وتطوير مهارات العاملين من خلال التدريب المستمر، وتعزيز ثقافة التحول الرقمي داخل المؤسسة لضمان تحقيق أقصى استفادة من التقنيات الحديثة ودعم استدامة الأداء الإداري الفعال..

➤ دراسة (Huang, 2025)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الكفاءة الإدارية الحكومية بأبعادها على تحسين البيئة الرقمية للأعمال في الصين، مع دراسة الدور المعدّل لمدى اهتمام الحكومة بالتحول الرقمي، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي بالاعتماد على بيانات لوحة متوازنة لـ 30 إقليمياً إدارياً خلال الفترة من 2010 إلى 2022.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن تحسين الكفاءة الإدارية الحكومية يسهم بشكل كبير في تحسين البيئة الرقمية للأعمال، كما تبين أن ارتفاع مستوى اهتمام الحكومة بالتحول الرقمي يعزّز هذا الأثر الإيجابي. إضافة إلى ذلك، أظهرت النتائج وجود فروق إقليمية واضحة، حيث كان أثر الكفاءة الإدارية الحكومية أكثر قوة في المناطق الوسطى والغربية والمناطق الأقل تطوراً مقارنةً بالمناطق الأخرى.

وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز قدرات الحوكمة الحكومية، ودعم التنسيق والتكامل الإقليمي، وزيادة الاستثمار في التحول الرقمي، بما يسهم في تحقيق تنمية اقتصادية عالية الجودة وتحسين بيئة الأعمال الرقمية بشكل مستدام..

➤ دراسة (Makhmudova et al., 2020)

هدفت الدراسة إلى التعرف على خصائص العمل الإداري في ظل التحول الرقمي، وتحديد المعايير والمؤشرات اللازمة لتقييم كفاءة العمل الإداري، إضافة إلى حساب الحاجة المعلوماتية في عمل القائد الإداري.

واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي من خلال تحليل الأساليب الإدارية الحديثة والمتطلبات الرقمية، كما تناولت نماذج ومعادلات حسابية لقياس تنظيم وكفاءة العمل الإداري في المنظمات.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن السرعة في تبني الابتكارات أصبحت أكثر أهمية من تجنب الأخطاء، وأن بناء أنظمة محلية متعددة (معلوماتية، اتصالية، تدريبية، تحفيزية) لم يعد فعالاً، بل إن معالجة البيانات الضخمة تتطلب نظاماً متكاملًا يتيح أتمتة أعمال الإدارات والخدمات المختلفة. كما أظهرت النتائج أن نجاح الإدارة الحديثة يرتبط بقدرة القائد على التفاعل المرن مع التغيير وتطوير مهاراته الخاصة في إدارة العاملين، بالإضافة إلى الكشف عن الأسباب الإدارية لفقدان ساعات العمل لدى القائد.

وأوصت الدراسة بضرورة تطوير مهارات القادة في إدارة البيانات والتقنيات الحديثة، واعتماد أنظمة معلومات متكاملة، وتعزيز مرونة العمل الإداري بما يضمن رفع كفاءة الأداء وتحسين استغلال الموارد البشرية في المنظمات.

➤ دراسة (Al Khafaji & Ibrahim, 2024)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الكفاءة الإدارية على الإفصاح عن المسؤولية الاجتماعية في المصرف التجاري العراقي، وكذلك معرفة الأثر غير المباشر للكفاءة الإدارية على الإفصاح عن المسؤولية الاجتماعية من خلال مجموعة من المتغيرات الضابطة، وهي: الرافعة المالية، عمر الشركة، حجم الشركة، مستوى النقد، معدل التداول، ونسبة القيمة السوقية إلى القيمة الدفترية، و استخدمت الدراسة المنهج التحليلي، حيث تم تطبيق تحليل البيانات على المصرف التجاري العراقي للفترة (2019-2023).

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية للكفاءة الإدارية في تعزيز الإفصاح عن المسؤولية الاجتماعية داخل المصرف. كما تبين أن المتغيرات الضابطة تؤثر بدرجات متفاوتة في طبيعة العلاقة بين الكفاءة الإدارية والإفصاح الاجتماعي.

وأوصت الدراسة بضرورة زيادة الاهتمام بمتغيرات البحث وتعزيز الالتزام بالإفصاح عن جميع أنشطة المسؤولية الاجتماعية في التقارير السنوية المنشورة، وذلك لرفع مستوى الشفافية وتحسين الصورة المؤسسية للمصرف.

➤ دراسة (العتيبي وكشك، 2024)

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور رأس المال الاجتماعي بأبعاده (الثقة، الشبكات الاجتماعية، التعاون والتفاعل) في تحقيق الكفاءة الإدارية للعاملين في أندية دولة الكويت، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لملاءمته لطبيعة أهداف الدراسة، كما تكوّنت عينة الدراسة من (164) عاملاً وعاملة من العاملين بأندية دولة الكويت.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى رأس المال الاجتماعي والكفاءة الإدارية لدى العاملين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى رأس المال الاجتماعي بين الذكور والإناث لصالح الذكور، بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباط خطية موجبة بين رأس المال الاجتماعي والكفاءة الإدارية.

وأوصت الدراسة بضرورة تنظيم ورش عمل ودورات تدريبية لتعزيز مهارات التواصل والتعاون بين العاملين، وكذلك توفير برامج تدريب إداري تركز على تحسين مهارات التخطيط والتنظيم والقيادة لجميع العاملين بغض النظر عن الجنس

➤ دراسة (الدويك وآخرون، 2021)

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى إدراك الزوجات بأساليب الكفاءة الإدارية بأبعادها (إدارة الوقت، إدارة الجهد، وتنظيم المهام واتخاذ القرار) على جودة الحياة الأسرية لدى الزوجات، واستخدمت

الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكوّنت عينة الدراسة من (300) زوجة من مستويات اجتماعية واقتصادية مختلفة بمحافظة القاهرة والجيزة.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن إدارة الوقت والجهد كان أكثر الأبعاد إدراكاً لدى الزوجات، وأن جودة الرعاية الوالدية كانت أكثر محاور جودة الحياة الأسرية تحقيقاً، كما تبين أن غالبية عينة الدراسة لديهم مستوى متوسط من إدراك أساليب الكفاءة الإدارية ومستوى متوسط من جودة الحياة الأسرية.

وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في إدراك أساليب الكفاءة الإدارية وجودة الحياة الأسرية تبعاً لمتغيرات: عمل الزوجة، المستوى التعليمي الأعلى، مدة الزواج الأطول، حجم الأسرة الأصغر، والدخل الشهري الأعلى، كما تبين أن المستوى التعليمي للزوجة هو أكثر العوامل تأثيراً في جودة الحياة الأسرية بنسبة 88.8%.

وأوصت الدراسة بضرورة تصميم برامج إرشادية وتدريبية للزوجات لتنمية الوعي بأساليب الكفاءة الإدارية ودورها في تحسين جودة الحياة الأسرية، إلى جانب تنفيذ برامج تدريبية متخصصة من قبل أقسام إدارة مؤسسات الأسرة والطفولة لتنمية مهارات التخطيط والتنظيم والقيادة الأسرية بما يعزز الصحة النفسية والاجتماعية للأسرة والمجتمع.

➤ دراسة (نوفل وآخرون، 2023)

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى إدراك الزوجات بأساليب الكفاءة الإدارية بأبعادها (إدارة الوقت، إدارة الجهد، وتنظيم المهام واتخاذ القرار) على جودة الحياة الأسرية لدى الزوجات، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكوّنت عينة الدراسة من (300) زوجة من مستويات اجتماعية واقتصادية مختلفة بمحافظة القاهرة والجيزة.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن إدارة الوقت والجهد كان أكثر الأبعاد إدراكاً لدى الزوجات، وأن جودة الرعاية الوالدية كانت أكثر محاور جودة الحياة الأسرية تحقيقاً، كما تبين أن غالبية عينة الدراسة لديهم مستوى متوسط من إدراك أساليب الكفاءة الإدارية ومستوى متوسط من جودة الحياة الأسرية.

وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في إدراك أساليب الكفاءة الإدارية وجودة الحياة الأسرية تبعاً لمتغيرات: عمل الزوجة، المستوى التعليمي الأعلى، مدة الزواج الأطول، حجم الأسرة الأصغر، والدخل الشهري الأعلى، كما تبين أن المستوى التعليمي للزوجة هو أكثر العوامل تأثيراً في جودة الحياة الأسرية بنسبة 88.8%.

وأوصت الدراسة بضرورة تصميم برامج إرشادية وتدريبية للزوجات لتنمية الوعي بأساليب الكفاءة الإدارية ودورها في تحسين جودة الحياة الأسرية، إلى جانب تنفيذ برامج تدريبية متخصصة من قبل أقسام إدارة مؤسسات الأسرة والطفولة لتنمية مهارات التخطيط والتنظيم والقيادة الأسرية بما يعزز الصحة النفسية والاجتماعية للأسرة والمجتمع

➤ دراسة (منسكى، 2024)

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع تطبيق حوكمة تكنولوجيا المعلومات بأبعادها (الشفافية، المساءلة، إدارة المخاطر، وضمان الجودة) على تحسين الأداء الصحي في فرع وزارة الصحة بمحافظة جدة، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، كما تم الاعتماد على الاستبانة كأداة لجمع البيانات. وتكوّنت عينة الدراسة من (168) موظفًا إداريًا وفنيًا من العاملين بفرع الوزارة، منهم (140) ذكور و(28) إناث.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تطبيق بدرجة كبيرة لحوكمة تكنولوجيا المعلومات بفرع وزارة الصحة بمحافظة جدة، كما تبين أن محور الشفافية كان من أهم الأبعاد المفسرة لواقع تطبيق الحوكمة، إضافة إلى وجود مؤشرات داعمة لتطبيقها تسهم في تحسين الأداء الصحي ورفع كفاءة الموظفين.

وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز الدعم البشري وتوفير الخبرات المتخصصة لقسم حوكمة تكنولوجيا المعلومات، والاهتمام بالدورات التدريبية وورش العمل المتخصصة، إلى جانب تطبيق نموذج موحد وواضح لحوكمة تكنولوجيا المعلومات في الوزارة وكافة فروعها، بما ينسجم مع رؤية المملكة 2030..

➤ دراسة (البامى وآخرون، 2024)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر استخدام بطاقة الأداء المتوازن بأبعادها (البعد المالي، بعد العملاء، بعد العمليات الداخلية، بعد التعلم والنمو) على تحسين الأداء في المديرية العامة للشئون الصحية بمنطقة نجران بالمملكة العربية السعودية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكوّنت عينة الدراسة من (387) عاملاً من العاملين بالمديرية.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أثر ذو دلالة معنوية لاستخدام بطاقة الأداء المتوازن في تحسين الأداء التشغيلي والتنافسي والمالي في المديرية، كما وُجدت فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات المبحوثين نحو استخدام بطاقة الأداء المتوازن في تحسين الأداء.

وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بتطبيق بطاقة الأداء المتوازن لما لها من دور في رفع مستويات الأداء التشغيلي والتنافسي والمالي، إلى جانب تعزيز ثقافة التقييم المستمر داخل القطاع الصحي بما يواكب التطور الإداري الحديث..

➤ دراسة (خميس، 2024)

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور إدارة الأزمات بأبعادها (الإنذار المبكر، الاستعداد والوقاية، الاحتواء وتقليل الأضرار، التحسين واستعادة النشاط، والتغذية الراجعة) في تحسين الأداء المؤسسي بأبعاده (الغاية والرؤية الاستراتيجية، الثقافة المؤسسية والقيادة، بناء قيمة مستدامة، رضا المستفيدين، إدارة العمليات، وتنمية وتمكين الأفراد والتعلم المستمر) في القطاع الصحي بمدينة جازان.

واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتم اختبار الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لبيانات الدراسة.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة معنوية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الأزمات وتحسين الأداء المؤسسي في القطاع الصحي محل الدراسة، كما تبين أن تحسين الأداء المؤسسي يزداد كلما ارتفع مستوى تطبيق أبعاد إدارة الأزمات، خاصة في مراحل الإنذار المبكر، والاحتواء، واستعادة النشاط.

وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز الوعي وتطوير الخطط الاستباقية لإدارة الأزمات في القطاع الصحي، وتفعيل التدريب المستمر للعاملين، إضافة إلى تبني آليات التغذية الراجعة لتحسين الأداء المؤسسي بشكل مستدام..

➤ دراسة (قاسم وآخرون، 2023)

هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير مؤشرات التنمية الإدارية بأبعادها) جودة التنظيم المؤسسي، تبسيط الإجراءات، مكافحة الفساد والاستجابة للشكوى، رضا الموظف، رضا المواطن (على تحسين أداء القطاع الصحي في المشافي العامة بمحافظة دمشق. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطبيق الاستبانة على عينة بلغت (400) مفردة، واسترد منها (384) استبانة صالحة للتحليل، وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى مؤشرات التنمية الإدارية وكذلك ارتفاع مستوى الأداء الصحي في المشافي محل الدراسة، كما تبين وجود تأثير معنوي لجميع مؤشرات التنمية الإدارية في تحسين أداء القطاع الصحي.

وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز مبادرات التنمية الإدارية في المؤسسات الصحية، وتوسيع برامج تبسيط الإجراءات، والحرص على تحسين قنوات الاستجابة لشكاوى المرضى والعاملين، إلى جانب رفع مستوى الرضا الوظيفي والمجتمعي بما يساهم في تحسين الأداء المؤسسي الصحي بصورة مستدامة.

➤ دراسة (قاسم وآخرون، 2023)

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، والأمان) في تحسين أداء القطاع الصحي في المستشفيات الخاصة والعامة في سورية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، كما اعتمدت على أسلوب الحصر الشامل في جمع البيانات من مجتمع الدراسة من خلال توزيع استبيان على العاملين والعلماء في المستشفيات محل الدراسة. وتم اختبار الفرضيات باستخدام تحليل الانحدار عبر برنامج AMOS 35.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أثر طردي ومعنوي لتطبيق أبعاد جودة الخدمات الصحية على تحسين أداء القطاع الصحي، حيث يؤدي ارتفاع مستوى الجودة الصحية إلى زيادة كفاءة وفعالية الأداء في المستشفيات العامة والخاصة على حد سواء.

وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام المستمر بتطوير وتحسين الخدمات الصحية وتحديثها بما يتناسب مع احتياجات المرضى والمتغيرات الصحية، وذلك لرفع مستوى الأداء الصحي وتعزيز فعالية وجودة الخدمة المقدمة.

8.1 الفجوة البحثية:

اتفقت معظم الدراسات السابقة مثل دراسة (Bakare et al., 2024) و (Alaraji & Abbas, 2025) على أهمية الكفاءة الإدارية بوصفها عاملاً مؤثراً في تحسين الأداء المؤسسي أو نمو واستدامة المؤسسات، وقد ركزت هذه الدراسات على قطاعات متعددة مثل المشروعات الصغيرة والاتصالات. إلا أن هذه الدراسات تناولت الكفاءة الإدارية في سياقات عامة ولم تتناول الكفاءة الإدارية للعاملين في الإدارات الصحية المتخصصة، وتحديداً إدارة القبول والإحالات الطبية، رغم كونها أحد أكثر الإدارات تأثيراً في تجربة المريض وسير العمليات الصحية.

كما أشارت دراسات أخرى مثل (Huang, 2025) و (Makhmudova et al., 2020) إلى أثر التحول الرقمي والكفاءة الإدارية على البيئة الإدارية والأداء المؤسسي، وركزت على الدور التقني والهيكل في تطوير الإجراءات. غير أن هذه الدراسات لم تتطرق إلى تطبيق هذه الكفاءة في بيئات تشغيلية دقيقة تعتمد على التنسيق اللحظي بين أقسام المستشفى، مثل إدارة القبول والإحالات التي تتعامل مباشرة مع المرضى وتتطلب سرعة ودقة في اتخاذ القرار.

وفي السياق الصحي، أوضحت بعض الدراسات مثل (البامي وآخرون، 2024) و (خميس، 2024) و*(قاسم وآخرون، 2023)* أهمية الإدارة الفعالة، واستراتيجيات إدارة الأزمات، وجودة الخدمات الصحية في تحسين الأداء الصحي. إلا أن هذه الدراسات ركزت على الأداء الصحي كمنظومة عامة دون تحليل دور

كفاءة العاملين في نقطة البداية الأساسية للخدمة الصحية، وهي إدارة القبول والإحالات، التي يُبنى عليها انسياب المريض خلال النظام الصحي بالكامل.

كما تناولت دراسات أخرى، مثل (العتيبي وكشك، 2024) و*(الدويك وآخرون، 2021)*، الكفاءة الإدارية بوصفها مهارات فردية مرتبطة بخصائص شخصية أو اجتماعية، إلا أنها لم تربط بين الكفاءة الإدارية وبين مستويات الأداء الصحي داخل المؤسسات العلاجية، ولم تدرس أثر هذه الكفاءة في بيئة صحية تتطلب تنسيقًا عاليًا وضبطًا إداريًا واضحًا مثل إدارة الإحالات الطبية الداخلية والخارجية.

بناءً على ما سبق، يتضح أن الدراسات السابقة لم تعالج بشكل مباشر دور الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية ودورها في تحسين الأداء الصحي في المستشفيات وخاصة في ضوء رؤية المملكة 2030 التي تركز على التحول الصحي ورفع كفاءة الإنفاق وتحسين تجربة المريض. ومن هنا تنبع أهمية الدراسة الحالية في سد هذه الفجوة من خلال تحليل أثر الكفاءة الإدارية بأبعادها (التخطيط، التنظيم، إدارة الوقت، اتخاذ القرار) على تحسين الأداء الصحي في هذه الإدارة الحيوية التي تمثل نقطة الاتصال الأولى بين المريض والنظام الصحي..

9.1 المنطلقات النظرية للدراسة:

أولاً: الكفاءة الإدارية

تعد الكفاءة الإدارية أحد الركائز الأساسية في نجاح المؤسسات بمختلف أنواعها، ولا سيما المؤسسات الصحية التي تتسم طبيعتها أعمالها بالحساسية المباشرة تجاه صحة وحياة الأفراد. ويقصد بالكفاءة الإدارية قدرة العاملين على استخدام الموارد المتاحة بكفاءة وفعالية، وتنظيم الجهود بطريقة تضمن تحقيق الأهداف الموضوعية بأقل جهد وتكلفة، وفي الوقت المناسب. وتبرز أهمية الكفاءة الإدارية في المستشفيات في كونها تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، وتعزيز رضا المرضى، وتقليل الهدر في الوقت والموارد، إضافة إلى تحسين انسيابية العمليات بين الأقسام الطبية والإدارية.

وقد اتفقت الأدبيات الإدارية على أن الكفاءة الإدارية تتمثل في مجموعة من الأبعاد التي تحدد قدرة العامل على أداء مهامه بكفاءة، ومن أهم هذه الأبعاد ما يلي:

✕ التخطيط

يُعد التخطيط أحد أهم وظائف العمل الإداري، ويقصد به وضع تصور واضح ومسبق لكيفية تنفيذ المهام والإجراءات اللازمة لتحقيق الأهداف، وفي إدارة القبول والإحالات الطبية، يساعد التخطيط على تنظيم استقبال المرضى، وتحديد المسارات العلاجية المناسبة، وتقليل الضغط على أقسام الطوارئ والعيادات. كما يساهم التخطيط الجيد في توزيع المهام بين الموظفين، وضمان توفير المعلومات اللازمة قبل اتخاذ أي إجراء متعلق بتحويل المرضى داخل أو خارج المستشفى.

✕ التنظيم

التنظيم هو العملية التي يتم من خلالها ترتيب الموارد البشرية والمادية وتوزيع المسؤوليات بشكل واضح يضمن التكامل بين الجهود وعدم التداخل في المهام. وفي سياق إدارة القبول والإحالات الطبية، يبرز التنظيم في شكل وضوح الإجراءات، وترتيب خطوات العمل، وتوثيق المعلومات الخاصة بالمرضى، وتنسيق العلاقة بين العاملين والأقسام الصحية الأخرى. التنظيم الفعال يؤدي إلى تقليل الأخطاء الإدارية، وتجنب الازدواجية، وتعزيز التكامل المؤسسي.

✕ إدارة الوقت

ترتبط إدارة الوقت بقدرة الموظفين على إنجاز المهام في الوقت المناسب دون تأخير، وخاصة في المستشفيات حيث يتسبب أي تأخير في تقديم الرعاية في آثار سلبية على صحة المريض، وتمثل إدارة الوقت في إدارة القبول والإحالات أحد المحاور الأساسية لتحسين الأداء؛ حيث تساهم في تقليل فترات الانتظار، وتسريع عملية التشخيص والتحويل، وضمان توفير الخدمة الصحية في الوقت الملائم، كما تعكس إدارة الوقت مدى قدرة الموظف على ترتيب أولوياته، والتعامل مع الحالات الحرجة بكفاءة.

✕ اتخاذ القرار

يُعد اتخاذ القرار عنصراً محورياً في العمل الإداري في المجال الصحي، حيث تتطلب طبيعة العمل سرعة في حسم المواقف، وخاصة في حالات الطوارئ وتحويل المرضى، ويقصد باتخاذ القرار قدرة العامل على اختيار البديل الأمثل من بين عدة بدائل وفقاً لمعايير مهنية وطبية دقيقة. وتعتمد جودة القرار على توافر المعلومات، والخبرة العملية، والقدرة على تقدير المخاطر، والتنسيق بين الجهات المعنية داخل وخارج المستشفى.

ثانياً: إدارة القبول والإحالات الطبية

تُعد إدارة القبول والإحالات الطبية البوابة الأولى التي يدخل منها المريض إلى النظام الصحي؛ فهي المسؤولة عن تسجيل بيانات المرضى، وتحديد مسار الخدمة، وتحويلهم إلى الأقسام المناسبة بناءً على حالتهم المرضية. وتبرز أهميتها في أنها تحدد سرعة حصول المريض على الخدمة الطبية، ومدى جودة تجربته داخل المستشفى، وتعاني العديد من المستشفيات من تحديات تتعلق بتكدس المرضى، وضغط الطوارئ، ونقص المعلومات، وضعف التنسيق بين الأقسام، مما يجعل تطوير الكفاءة الإدارية للعاملين في هذه الإدارة أمراً جوهرياً لرفع كفاءة النظام الصحي ككل.

وتتداخل إدارة القبول والإحالات مع العديد من الإدارات الطبية والإدارية، مثل: أقسام الطوارئ، العيادات الخارجية، السجلات الطبية، الأقسام التخصصية، والمستشفيات المرجعية، وكلما زادت كفاءة العاملين في هذه الإدارة، ازدادت القدرة على تنظيم تدفق المرضى، وتقليل الأخطاء، وتحسين الاستفادة من الموارد المتاحة.

ثالثاً: الأداء الصحي

يعرف الأداء الصحي بأنه قدرة النظام الصحي على تقديم خدمات صحية آمنة وفعالة وعادلة وفي الوقت المناسب للمستفيدين. ويقاس الأداء الصحي من خلال مجموعة مؤشرات تشمل:

- الأداء التشغيلي: مثل فترات الانتظار، وسرعة تقديم الخدمة، ودقة البيانات الطبية.
- الأداء التنافسي: مثل جودة الخدمة مقارنة بالمؤسسات الصحية الأخرى، وسمعة المستشفى.
- الأداء المالي: مثل كفاءة استخدام الموارد وتقليل الهدر.
- رضا المرضى: وهو أحد أهم المؤشرات التي تعكس جودة التجربة الصحية.

يُعتبر تحسين الأداء الصحي هدفاً استراتيجياً تسعى له رؤية المملكة 2030 من خلال برامج التحول الصحي وتطوير البنية التحتية الصحية ورفع مستوى الكوادر البشرية.

رابعاً: العلاقة بين الكفاءة الإدارية والأداء الصحي في ضوء رؤية المملكة 2030

يُشكل تطوير الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية أحد العوامل الحيوية لتحقيق أهداف التحول الوطني في القطاع الصحي. فكلما ارتفع مستوى التخطيط والتنظيم وإدارة الوقت واتخاذ القرار، انعكس ذلك على:

- تحسين انسيابية مسار المريض داخل المستشفى
- رفع جودة الخدمة الصحية المقدمة
- تقليل الضغط على الأقسام المختلفة
- تحسين رضا المرضى وتقليل الشكاوى
- تعزيز كفاءة استخدام الموارد والوقت والجهود

10.1 المنهجية وطرق البحث:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وذلك لكونه الأنسب لطبيعة موضوع الدراسة الذي يهدف إلى تحليل أثر الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية بأبعادها (التخطيط، التنظيم، إدارة الوقت، اتخاذ القرار) على تحسين الأداء الصحي في المستشفيات في ضوء رؤية المملكة 2030.

ويقوم هذا المنهج على وصف الظاهرة كما هي في الواقع، ثم تحليل العلاقات بين متغيراتها وتفسير النتائج للوصول إلى الأحكام والاستنتاجات العلمية.

ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة

سيتمثل مجتمع الدراسة في جميع العاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية بالمستشفيات الحكومية خلال العام 2025م، حيث يُتوقع أن يبلغ عددهم نحو (240) موظفًا وفق البيانات الإدارية المتاحة لدى إدارة الموارد البشرية. وسيشمل هذا المجتمع العاملين في الوظائف الإدارية والفنية المرتبطة مباشرة بعمليات استقبال المرضى وتنسيق التحويلات الطبية داخل المستشفى أو بين المستشفيات.

وسيتم اختيار عينة الدراسة باستخدام أسلوب العينة العشوائية البسيطة لضمان تمثيل جميع فئات المجتمع بشكل متوازن. وسيتم تحديد حجم العينة استنادًا إلى معادلة (Morgan & Krejcie) لتحديد الحد الأدنى المناسب، حيث يُتوقع أن يبلغ حجم العينة (150) موظفًا من العاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية. وسيتم توزيع الاستبانة على أعضاء العينة المختارة

رابعاً: أداة الدراسة

سيتم استخدام الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات من أفراد عينة الدراسة، نظرًا لملاءمتها في قياس آراء العاملين واتجاهاتهم حول مستوى الكفاءة الإدارية ومستوى الأداء الصحي في المستشفيات. وسيتم إعداد الاستبانة بناءً على الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة ذات الصلة، بحيث تُصاغ بنودها بصورة واضحة ومباشرة ومناسبة لطبيعة بيئة العمل الصحي.

وستتكوّن الاستبانة من ثلاثة أقسام رئيسة على النحو الآتي:

1. القسم الأول: البيانات الديموغرافية للعاملين وسيشتمل على معلومات مثل: (النوع، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسمى الوظيفي، طبيعة المستشفى)، وذلك بهدف التعرف على خصائص عينة الدراسة.

2. القسم الثاني: عبارات قياس الكفاءة الإدارية وسيضم مجموعة من البنود التي تقيس أبعاد الكفاءة

الإدارية الأربعة وهي:

- التخطيط
- التنظيم
- إدارة الوقت
- اتخاذ القرار وسيتم صياغة البنود بما يعكس الممارسات الإدارية المتعلقة بإدارة القبول والإحالات الطبية.

3. القسم الثالث: عبارات قياس الأداء الصحي وسيتم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس

استجابات أفراد العينة، بحيث تتراوح الخيارات من: (موافق بشدة - موافق - محايد - غير موافق - غير موافق بشدة).

وسيتم التأكد من صدق الأداة من خلال عرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين في الإدارة الصحية وطرق البحث التربوي للتحقق من مدى صلاحية البنود ووضوحها. كما سيتم التحقق من ثبات الأداة باستخدام معامل الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا، ويُعد الثبات مقبولاً إذا تجاوزت قيمته (0.70) فأعلى.

11.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة

سيتم إدخال بيانات الاستبانة وتحليلها باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS)، وذلك بهدف التوصل إلى النتائج التي تُحقق أهداف الدراسة وتجييب عن أسئلتها. وستُستخدم مجموعة من الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية على النحو الآتي:

1. الإحصاءات الوصفية: (Descriptive Statistics)

- التكرارات والنسب المئوية لوصف الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة.

○ المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتحديد مستوى استجابات العينة على بنود أبعاد الكفاءة الإدارية ومستوى الأداء الصحي.

○ اختبار معامل الالتواء والانبساط للتأكد من اعتدال توزيع البيانات.

2. الإحصاءات الاستدلالية: (Inferential Statistics)

○ معامل الارتباط (Pearson Correlation Coefficient) لقياس طبيعة واتجاه العلاقة بين الكفاءة الإدارية والأداء الصحي.

○ تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis) لقياس أثر أبعاد الكفاءة الإدارية (التخطيط، التنظيم، إدارة الوقت، اتخاذ القرار) على الأداء الصحي.

○ اختبار (T) للفروق بين المتوسطات عند مقارنة متغيرات ثنائية مثل الجنس أو المسمى الوظيفي.

12.1 حدود الدراسة:

— حدود موضوعية: ستتناول الدراسة أثر الكفاءة الإدارية بأبعادها الأربعة (التخطيط، التنظيم، إدارة الوقت، اتخاذ القرار) على تحسين الأداء الصحي.

— حدود مكانية: ستُجرى الدراسة في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة.

— حدود زمنية: سيتم إجراء الدراسة خلال العام الأكاديمي 2025.

— حدود بشرية: ستقتصر الدراسة على العاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية فقط، بما في ذلك الموظفون الإداريون والفنيون والمشرفون.

الفصل الثاني: الإطار النظري

المبحث الأول: الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية

1.1.2 تمهيد

تحتل الكفاءة الإدارية موقعاً مركزياً في حقل الإدارة المعاصرة بوصفها المحدد الرئيسي لقدرة المنظمات على ترجمة أهدافها الاستراتيجية إلى ممارسات تشغيلية فعّالة، ولا سيما في القطاعات الخدمية التي يرتبط فيها مستوى الأداء الإداري ارتباطاً عضوياً بجودة المخرجات المقدمة للمستفيدين. وتزداد أهمية هذا المفهوم حين يُطرح في سياق المؤسسات الصحية، إذ تتميز الخدمة الصحية بخصائص تجعل الكفاءة الإدارية فيها ضرورة حتمية لا ترفاً تنظيمياً، من أبرزها الحساسية الزمنية العالية، والتداخل بين الإجراءات الإدارية والطبية، وتعدد الأطراف المعنية بتقديم الخدمة، فضلاً عن ارتباط أي قصور إداري بعواقب مباشرة على صحة المرضى وسلامتهم.

وتبرز إدارة القبول والإحالات الطبية بوصفها واحدة من أكثر الإدارات حساسية داخل المستشفيات، كونها تقع عند نقطة التقاء الطلب على الخدمة الصحية بالطاقة الاستيعابية المتاحة، وتتولى تنظيم حركة المرضى دخولاً وخروجاً وتحويلاً بين المنشآت الصحية المختلفة. وفي ضوء رؤية المملكة العربية السعودية 2030 وبرنامج التحول الصحي الذي يستهدف رفع جودة الخدمات الصحية وتحسين تجربة المريض وتعزيز كفاءة النظام الصحي، تتعاضد الحاجة إلى كوادر إدارية تمتلك مستويات عالية من الكفاءة تمكّنها من الاستجابة لمتطلبات هذا التحول الطموح.

ويسعى هذا المبحث إلى تقديم إطار نظري متكامل للكفاءة الإدارية يتناول مفهومها من خلال تعريفات الباحثين ورأي الباحث، ثم أهميتها في سياق إدارة القبول والإحالات الطبية، وأهدافها المتعددة، ثم أبعادها الأربعة المتمثلة في التخطيط والتنظيم وإدارة الوقت واتخاذ القرار، وصولاً إلى استراتيجيات تعزيزها في بيئة العمل الصحي.

2.1.2 مفهوم الكفاءة الإدارية

يُعدّ مفهوم الكفاءة الإدارية (Administrative Efficiency) من المفاهيم التي شهدت اهتماماً بحثياً واسعاً في أدبيات الإدارة والتنظيم، غير أن هذا الاهتمام لم يُفضِ إلى تعريف موحد ومتفق عليه، بل أنتج تعدداً في التعريفات يعكس تنوع المنطلقات الفكرية والسياقات التطبيقية التي عالج من خلالها الباحثون هذا المفهوم. ويمكن تتبع هذه التعريفات ورصد مساراتها على النحو الآتي:

عرّف (Al Khafaji & Ibrahim, 2024) الكفاءة الإدارية بأنها "الإدارة المثلى للموارد والعمليات والزمن داخل المنظمة بهدف تعظيم الإنتاجية وتقليل الهدر إلى أدنى حدوده الممكنة". وينطلق هذا التعريف من منظور اقتصادي يُركّز على العلاقة بين المدخلات والمخرجات، ويضع الرشادة في تخصيص الموارد في صلب المفهوم، غير أنه لا يتطرق إلى البُعد الإنساني والسلوكي الذي يُعدّ مكوناً أساسياً في الممارسة الإدارية.

وفي سياق تطوير هذا المنظور وتوسيعه، عرّف (Bakare et al., 2024) الكفاءة الإدارية بأنها "القدرة المؤسسية على تحويل المدخلات إلى مخرجات عالية الجودة من خلال الاستثمار الأمثل للموارد البشرية والمادية والتقنية المتاحة". ويتميز هذا التعريف بإضافة بُعد الجودة إلى معادلة الكفاءة، فلم يعد المعيار هو تقليل التكلفة فحسب، وإنما تحقيق مخرجات تستوفي معايير الجودة المطلوبة.

وبالانتقال من المستوى المؤسسي إلى المستوى الفردي، عرّف العتيبي وكشك (2024) الكفاءة الإدارية بأنها "مجموعة متكاملة من المعارف والمهارات والاتجاهات التي يمتلكها الفرد وتُمكنه من أداء وظائفه الإدارية بصورة تضمن بلوغ الأهداف المحددة ضمن الأطر الزمنية والمادية المتاحة". ويُعيد هذا التعريف الاعتبار للعنصر البشري بوصفه الحامل الفعلي للكفاءة، ويُبرز الثالوث المعرفي المتمثل في المعارف والمهارات والاتجاهات بوصفه البنية التأسيسية التي تقوم عليها الكفاءة الإدارية.

وفي اتجاه يُبرز الطابع الموقف والتفاعلي للمفهوم، عرّفت الدويك والمظلوم ومصالح (2021) الكفاءة الإدارية بأنها "قدرة الفرد على إدراك متطلبات الموقف الإداري والتفاعل معه بمرونة واقتدار،

مستخدماً مهاراته في التخطيط وتنظيم الموارد واتخاذ القرارات الرشيدة لتحقيق النتائج المرجوة". ويتميز هذا التعريف بربط الكفاءة بالسياق الذي تُمارَس فيه، فالكفاءة ليست خاصية ثابتة يمتلكها الفرد بصرف النظر عن الظروف المحيطة، وإنما تتجلى وتتحدد قيمتها بمدى ملاءمة الاستجابة الإدارية لطبيعة الموقف ومتطلباته.

وأضاف نوفل وآخرون (2023) بُعداً وجدانياً ونفسياً حين عرّفوا الكفاءة الإدارية بأنها "قدرة الفرد على ممارسة الوظائف الإدارية بإتقان، مقرونة بالتفكير الإيجابي والقدرة على التعامل البنّاء مع الضغوط والتحديات المرتبطة بالعمل الإداري". ويُوسّع هذا التعريف نطاق المفهوم ليشمل الأبعاد الانفعالية والسلوكية، انطلاقاً من أن الفرد الذي يمتلك المعارف والمهارات لكنه يفتقر إلى المرونة النفسية والتفكير الإيجابي قد لا يتمكن من توظيف كفاءاته بفاعلية في المواقف الضاغطة.

ومن منظور يربط الكفاءة بالأداء القابل للملاحظة والقياس، عرّف (Japura & Turpo, 2021) الكفاءة الإدارية بأنها "مستوى الإتقان الذي يُظهره الموظف في أداء مهامه الإدارية، والمتجلى في قدرته على إنجاز الأعمال ضمن معايير الجودة والزمن المحددة مع الاستخدام الرشيد للموارد". ويمنح هذا التعريف المفهوم بُعداً تطبيقياً عملياً يتجاوز الطابع النظري المجرد، إذ يُحيل الكفاءة إلى سلوك فعلي يمكن رصده وتقييمه.

أما (Zeynullagil, 2022) فقد نظر إلى الكفاءة الإدارية من منظور تنظيمي تفاعلي حين عرّفها بأنها "محصلة التفاعل بين الإدارة التنظيمية الفعّالة وبين قدرات العاملين، بحيث تُرَى البيئة التنظيمية المناسبة التي تُطلق إمكانات الأفراد وتوجّهها نحو تحقيق أهداف المنظمة". ويتميز هذا التعريف بعدم اختزال الكفاءة في المستوى الفردي أو التنظيمي منفرداً، بل يراها نتاجاً لتقاطع المستويين معاً.

وعرّف (Saleh, Ahmad & Arhas, 2024) الكفاءة الإدارية بأنها "الدرجة التي يستطيع عندها الموظف الإداري تنفيذ المهام الموكلة إليه بدقة وإتقان ضمن الأطر الزمنية المحددة، مع الحفاظ على جودة المخرجات وتلبية توقعات المستفيدين". ويتميز هذا التعريف بإدخال عنصر رضا المستفيد بوصفه معياراً

للحكم على الكفاءة، وهو ما يكتسب دلالة خاصة في سياق الخدمات الصحية حيث يُشكّل رضا المريض أحد المؤشرات المحورية لجودة الأداء.

كما عرّف (Soolaf & Sh, 2023) الكفاءة الإدارية بأنها "المستوى الذي يُمارس عنده المدبرون والعاملون وظائفهم الإدارية بما يُحقق الانسجام بين الأهداف الفردية والأهداف التنظيمية، ويضمن التوزيع العادل والفعال للمهام والصلاحيات". ويُضيف هذا التعريف بُعد التوافق بين مستويات الأهداف بوصفه مكوناً أصيلاً في الكفاءة الإدارية.

ويرى الباحث — بعد استعراض هذه التعريفات واستقراء عناصرها المشتركة والمتباينة — أن الكفاءة الإدارية مفهوم متعدد الأبعاد يتجاوز المعنى الضيق المقتصر على العلاقة بين المدخلات والمخرجات، ليشمل أبعاداً معرفية ومهارية وسلوكية ووجدانية وتنظيمية متفاعلة. وعليه، يمكن تعريف الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية إجرائياً بأنها: الدرجة التي يمتلك عندها العاملون في إدارة القبول والإحالات الطبية بالمستشفيات القدرة على ممارسة وظائف التخطيط والتنظيم وإدارة الوقت واتخاذ القرار بمستوى يضمن تنظيم حركة المرضى دخولاً وخروجاً وتحويلاً بكفاءة ودقة وسرعة، مع الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة والاستجابة الفعّالة لاحتياجات المرضى وتوقعاتهم، بما يُسهم في تحسين الأداء الصحي وتحقيق مستهدفات رؤية المملكة 2030 في القطاع الصحي.

3.1.2 أهمية الكفاءة الإدارية في إدارة القبول والإحالات الطبية

تستمد الكفاءة الإدارية أهميتها من كونها المحرك الفعلي الذي يُحوّل الخطط والسياسات والأهداف المؤسسية من حيز التنظير إلى حيز التطبيق، فمهما بلغت جودة الخطط الاستراتيجية وتطور البنية التحتية وحدثة الأنظمة التقنية، يظل العنصر البشري ومستوى كفاءته الإدارية هو الفيصل في تحديد مستوى الأداء المؤسسي ونوعية مخرجاته. وتتضاعف هذه الأهمية في المؤسسات الصحية عموماً وفي إدارات القبول والإحالات الطبية خصوصاً، نظراً لطبيعة العمل التي تجمع بين الطابع الإداري والخدمي وتتصل اتصالاً مباشراً بحياة المرضى وسلامتهم. وقد تناول الباحثون أهمية الكفاءة الإدارية من زوايا متعددة تتكامل فيما بينها لتُقدّم صورة شاملة عن القيمة الاستراتيجية لهذا المفهوم.

يُشير (Bakare et al., 2024) إلى أن أهمية الكفاءة الإدارية تتجلى في ثلاثة أبعاد مترابطة:

- (1) أنها تُمثّل المحدد الرئيسي لقدرة المنظمة على النمو والاستدامة، إذ إن المنظمات التي تمتلك كوادِر إدارية كفؤة تكون أقدر على التكيف مع المتغيرات البيئية واستثمار الفرص ومواجهة التهديدات مقارنة بنظيراتها التي تفتقر إلى هذه الكوادِر.
- (2) أنها تُسهم في ترشيد استخدام الموارد والحد من الهدر بمختلف أشكاله، وهو ما يكتسب قيمة استثنائية في القطاع الصحي الذي يواجه ضغوطاً متصاعدة على موارده في ظل تنامي الطلب على الخدمات وارتفاع تكاليفها.
- (3) أنها تنعكس مباشرة على جودة الخدمات المقدمة للمستفيدين ومستوى رضاهم، مما يُعزز سمعة المنظمة وثقة المتعاملين معها.

ويرى (Al Khafaji & Ibrahim, 2024) أن أهمية الكفاءة الإدارية تبرز من خلال دورها في تحقيق التوازن بين ثلاثة متطلبات تنظيمية حيوية:

- (1) ضمان الكفاءة التشغيلية عبر تقليل الفجوة بين الأداء الفعلي والأداء المستهدف في العمليات اليومية.
- (2) تعزيز الشفافية والمساءلة من خلال وضوح الإجراءات وإمكانية تتبع القرارات وتقييم مخرجاتها
- (3) تحقيق التناسق بين المستويات الإدارية المختلفة بما يضمن وحدة الاتجاه في تنفيذ السياسات والبرامج المعتمدة. ويتّسق هذا الطرح مع طبيعة العمل في إدارة القبول والإحالات الطبية التي تحتاج إلى تناسق مستمر مع عشرات الأقسام والوحدات داخل المستشفى وخارجه.

ويُشير العتيبي وكشك (2024) إلى أن الكفاءة الإدارية تكتسب أهمية متزايدة في ضوء التحولات التي تشهدها بيئات العمل المعاصرة، وتتمثل هذه الأهمية في: 1

- (1) تمكين العاملين من التكيف مع التغيرات التنظيمية والتقنية المتسارعة التي أصبحت سمة لازمة لبيئة العمل الصحية الحديثة.

(2) تعزيز القدرة على العمل ضمن فرق متعددة التخصصات تضم أطباء وممرضين وإداريين وفنيين، وهو النمط السائد في المستشفيات.

(3) الإسهام في بناء ثقافة مؤسسية قائمة على الإتقان والمبادرة والتحسين المستمر بدلاً من ثقافة الامتثال والروتين.

ويرى (Zamani et al., 2022) أن أهمية الكفاءة الإدارية تتعاظم في المنظمات القائمة على المعرفة حيث يُشكّل رأس المال البشري الأصل الاستراتيجي الأكثر قيمة، وتتمثل هذه الأهمية في:

(1) أن الاستثمار في تطوير الكفاءات الإدارية يُعدّ استثماراً ذا عائد مضاعف يتجاوز المردود المباشر على الأداء الفردي ليشمل تحسين الأداء المؤسسي بمجمله.

(2) أن الكفاءة الإدارية تُسهم في تحويل المعرفة الضمنية التي يمتلكها الأفراد إلى ممارسات مؤسسية قابلة للتطبيق والتعميم.

(3) أن المنظمات التي تُولي الكفاءة الإدارية اهتماماً كافياً تكون أقدر على استقطاب الكفاءات البشرية المتميزة والاحتفاظ بها. وتُعدّ المستشفيات من أبرز المنظمات القائمة على المعرفة، مما يُعزز انطباق هذا التحليل على سياق الدراسة الحالية.

ويُشير (Jimoh, 2025) إلى أن أهمية الكفاءة الإدارية تتضاعف في عصر التحول الرقمي، وتتجلى في:

(1) أن التحول الرقمي الناجح لا يتوقف على توفير البنية التقنية فحسب، بل يستلزم كوادراً بشرية تمتلك كفاءات إدارية تمكّنها من توظيف هذه التقنيات بفاعلية.

(2) أن الأنظمة الرقمية مهما بلغت تطورها تظل أدوات بيد العنصر البشري، وأن مخرجاتها مرهونة بمستوى كفاءة مستخدميها.

(3) أن الفجوة بين المنظمات المتقدمة والمتأخرة في التحول الرقمي ترجع في جزء كبير منها إلى التفاوت في الكفاءة الإدارية لكوادرها. ويتصل هذا البُعد اتصالاً مباشراً بالعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية الذين أصبحوا يتعاملون يومياً مع أنظمة إلكترونية متعددة كنظام الإحالة الإلكتروني ونظام

إدارة الأسرة والسجل الصحي الإلكتروني الموحد ضمن مسار التحول الرقمي الذي تتبناه رؤية المملكة

2030.

ويُضيف سليمان وحمدنا الله (2021) أن الكفاءة الإدارية تكتسب أهمية خاصة من حيث ارتباطها بالرقابة الإدارية الفعالة، إذ يستطيع العاملون الأكفاء رصد الانحرافات عن المعايير المحددة في وقت مبكر واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة قبل أن تتفاقم المشكلات وتصبح مكلفة. وتتجلى هذه الأهمية في إدارة القبول والإحالات الطبية حيث قد يترتب على أي خطأ إداري في قبول مريض أو تحويله عواقب صحية جسيمة تمس سلامته.

ويرى محمد (2021) أن أهمية الكفاءة الإدارية تتمثل أيضاً في إسهامها في تعزيز الانضباط المؤسسي والالتزام بالسياسات والإجراءات المعتمدة، وهو ما يحدّ من العشوائية في اتخاذ القرارات ويُرسّي أسس الحوكمة الرشيدة. ويكتسب هذا البُعد أهمية بالغة في إدارة القبول والإحالات الطبية التي تحكمها معايير وبروتوكولات صارمة تهدف إلى حماية حقوق المرضى وضمان المساواة في الحصول على الخدمة الصحية.

4.1.2 أهداف الكفاءة الإدارية

تسعى الكفاءة الإدارية إلى تحقيق منظومة متكاملة من الأهداف التي تتوزع على المستويات الفردية والتنظيمية والاستراتيجية، وتتكامل فيما بينها لخدمة الغاية النهائية المتمثلة في الارتقاء بالأداء المؤسسي وتحقيق التميز في تقديم الخدمات. وقد رصد الباحثون هذه الأهداف من زوايا مختلفة يمكن عرضها على النحو الآتي:

يرى (Al Khafaji & Ibrahim, 2024) أن الكفاءة الإدارية تهدف إلى:

1. تعظيم إنتاجية المنظمة من خلال الاستغلال الرشيد لمواردها البشرية والمادية والمالية بما يُحقق أعلى مستوى من المخرجات بأقل هدر ممكن.

2. تقليص الفاقد في الموارد والوقت والجهد عبر تصميم عمليات إدارية مُحكمة تحدّ من الازدواجية والتكرار غير الضروري.

3. تعزيز الشفافية والمساءلة في الممارسة الإدارية من خلال توثيق الإجراءات وتوضيح المسؤوليات وإتاحة تتبع القرارات وتقييم نتائجها.

ويُحدد (Bakare et al., 2024) أهدافاً تتصل بالبُعد الاستراتيجي للكفاءة الإدارية، تتمثل في:

1. تمكين المنظمة من تحقيق النمو المستدام عبر بناء قدرات مؤسسية ذاتية التجدد قادرة على مواكبة التحولات في بيئة العمل.

2. تعزيز القدرة التنافسية للمنظمة من خلال تحسين جودة مخرجاتها وسرعة استجابتها لاحتياجات المستفيدين وتوقعاتهم.

3. بناء سمعة مؤسسية إيجابية تدعم قدرة المنظمة على استقطاب الموارد البشرية والمالية التي تحتاجها لتحقيق رسالتها.

ويُشير العتيبي وكشك (2024) إلى أهداف تتعلق بالمستوى الفردي والتنظيمي في آن واحد، وهي:

1. تطوير القدرات المعرفية والمهارية للعاملين بما يُعزز ثقتهم بأنفسهم وقدرتهم على تحمّل المسؤولية والمبادرة.

2. خلق بيئة عمل تتسم بالانسيابية والتنسيق الفعال بين مختلف الوحدات الإدارية مما يُقلل من حالات التعارض والتضارب.

3. ترسيخ ثقافة الأداء المتميز والتحسين المستمر بدلاً من ثقافة الاكتفاء بالحد الأدنى من المتطلبات.

ويُضيف (Ajlouni & Effendi, 2025) أهدافاً تتصل بالابتكار والتطوير، تشمل:

1. تعزيز الابتكار الإداري داخل المنظمة من خلال تشجيع العاملين على ابتكار حلول جديدة للمشكلات القائمة وتحسين أساليب العمل المعتمدة.

2. دعم التفويض الفعّال وتوسيع نطاق صلاحيات العاملين بما يُسرّع عملية اتخاذ القرار ويُقلل من الاعتماد المفرط على المستويات الإدارية العليا.

3. تهيئة المنظمة للتعامل مع التغييرات المستقبلية من خلال بناء مرونة تنظيمية تُمكنها من التكيف السريع مع المستجدات.

ويرى نوفل وآخرون (2023) أن الكفاءة الإدارية تهدف أيضاً إلى:

1. تعزيز الصحة النفسية والمهنية للعاملين من خلال تمكينهم من أداء أعمالهم بإتقان يُقلل من مشاعر الإحباط والضغط المهني.

2. تحسين جودة العلاقات الإنسانية في بيئة العمل عبر تعزيز التواصل الفعّال والتعاون البناء بين الزملاء.

3. رفع مستوى الرضا الوظيفي والالتزام التنظيمي مما ينعكس إيجاباً على معدلات الاستقرار الوظيفي ويُقلل من دوران العمالة.

ويُشير (Makhmudova et al., 2020) إلى أهداف تتعلق بالبُعد الرقمي للكفاءة الإدارية:

1. تمكين العاملين من توظيف الأدوات والمنصات الرقمية في تحسين كفاءة العمليات الإدارية وتقليل الاعتماد على الأساليب الورقية التقليدية.

2. تحويل البيانات الخام إلى معلومات ذات قيمة تُغذي عملية اتخاذ القرار وتُعزز قدرة المنظمة على التنبؤ والاستشراف.

3. تحقيق التكامل بين الأنظمة الإلكترونية المختلفة داخل المنظمة مما يُتيح تدفقاً سلساً للمعلومات بين الوحدات الإدارية.

ويؤكد (ALaraji & Abbas, 2025) أن من الأهداف الجوهرية للكفاءة الإدارية:

1. تسريع العمليات التشغيلية وتقليل الفجوة الزمنية بين طلب الخدمة وتقديمها، وهو هدف حيوي في إدارة القبول والإحالات الطبية حيث تُمثّل السرعة عاملاً مرتبطاً بسلامة المرضى.

2. رفع مستوى الدقة في تنفيذ الإجراءات الإدارية والحد من الأخطاء التي قد تترتب عليها عواقب صحية أو قانونية أو مالية.

3. تحسين مستوى التنسيق بين الجهات المعنية المتعددة التي تتداخل اختصاصاتها في تقديم الخدمة الصحية.

5.1.2 أبعاد الكفاءة الإدارية

تم تحديد أبعاد الكفاءة الإدارية في هذه الدراسة بأربعة أبعاد هي: التخطيط، والتنظيم، وإدارة الوقت، واتخاذ القرار، وذلك استناداً إلى دراسة الدويك والمظلوم ومصلح (2021) التي عالجت الكفاءة الإدارية من منظور تكاملي وصنّفتها إلى أبعاد تتمحور حول هذه الوظائف الأربع باعتبارها المكونات الجوهرية للممارسة الإدارية الناجحة. ويتسق هذا التحديد مع ما أكدته دراسة نوفل وآخرون (2023) من أن هذه الأبعاد الأربعة تُشكّل المنظومة المتكاملة التي تقوم عليها الكفاءة الإدارية للفرد، كما يتوافق مع ما أشار إليه (Japura & Turpo, 2021) من أن مستوى الأداء الإداري للعاملين يتحدد بمدى إتقانهم لهذه الوظائف مجتمعة. وقد جاء اختيار هذه الأبعاد تحديداً انسجاماً مع طبيعة العمل في إدارة القبول والإحالات الطبية التي تستلزم ممارسة يومية مكثفة لوظائف التخطيط والتنظيم وإدارة الوقت واتخاذ القرار في بيئة عمل تتسم بالتعقيد والديناميكية والحساسية العالية.

البُعد الأول: التخطيط (Planning)

يُمثّل التخطيط حجر الأساس في منظومة الكفاءة الإدارية والوظيفة التي تسبق جميع الوظائف الأخرى وتُهيئ الأرضية لممارستها، إذ يستحيل تنظيم العمل أو إدارة الوقت أو اتخاذ القرارات بصورة فعّالة في غياب خطة واضحة تُحدد الأهداف والمسارات والموارد والأطر الزمنية اللازمة. ويُعرّف التخطيط بأنه العملية الذهنية والمنهجية التي تتضمن التفكير المنظم والمسبق فيما يجب إنجازه، والأساليب التي سيتم بها الإنجاز، والموارد التي ستُستخدم، والإطار الزمني الذي سيحكم التنفيذ. وينبثق التخطيط من حقيقة مفادها أن المستقبل ينطوي على درجة من عدم اليقين تستوجب استعداداً مسبقاً يُقلل من آثار المفاجآت ويُوَجِّه الجهود نحو الأهداف المنشودة.

وفي سياق إدارة القبول والإحالات الطبية، يتخذ التخطيط أبعاداً خاصة تفرضها طبيعة العمل الصحي وتعقيداته. فالتخطيط في هذه الإدارة يشمل التنبؤ بأعداد المرضى المتوقع وصولهم خلال فترات زمنية محددة وتوزيعهم على الأقسام المختلفة وفقاً لتخصصاتهم الطبية وأولوياتهم السريرية، كما يشمل تحديد الطاقة الاستيعابية المتاحة من الأسرة والموارد البشرية والتجهيزات الطبية وإدارتها بما يُحقق التوازن بين العرض والطلب. ويمتد التخطيط ليشمل وضع خطط الطوارئ للتعامل مع الحالات الاستثنائية كالأوبئة والكوارث والحوادث الجماعية التي تفرض ضغوطاً مفاجئة على النظام الصحي، فضلاً عن التخطيط لعمليات الإحالة الداخلية والخارجية وفق بروتوكولات تضمن حصول المريض على الرعاية المناسبة في المنشأة المناسبة وفي الوقت المناسب.

ويتضمن التخطيط في هذا السياق عدة مستويات تبدأ من التخطيط الاستراتيجي طويل المدى الذي يتعلق بوضع الرؤية والأهداف العامة لإدارة القبول والإحالات بما يتسق مع الخطة الاستراتيجية للمستشفى ومستهدفات رؤية 2030، مروراً بالتخطيط التكتيكي متوسط المدى الذي يُترجم هذه الأهداف إلى برامج عمل وخطط تشغيلية محددة الملامح، وانتهاءً بالتخطيط التشغيلي اليومي الذي يُعنى بتنظيم سير العمل اليومي من حيث توزيع المهام على العاملين وتحديد أولويات القبول وجدولة المواعيد ومتابعة حركة الأسرة. ويستلزم التخطيط الفعال في إدارة القبول والإحالات الطبية توافر عدة مقومات من أبرزها: قاعدة بيانات دقيقة ومحدثة عن الطاقة الاستيعابية وحركة المرضى، وأدوات تحليلية تُمكن من التنبؤ بالطلب على الخدمات، وآليات تنسيق واضحة مع الأقسام الطبية والإدارية الأخرى، فضلاً عن مرونة كافية في الخطط تسمح بالتعديل والتكيف مع المتغيرات الطارئة.

كما أن التخطيط السليم في إدارة القبول والإحالات يستوجب مراعاة عدة معايير منها: الواقعية في تحديد الأهداف بحيث تكون قابلة للتحقيق في ضوء الموارد المتاحة فعلاً، والشمولية بحيث تُغطي الخطة جميع جوانب العمل دون إغفال أي عنصر جوهري، والمشاركة بحيث يُسهم العاملون المعنيون في إعداد الخطة مما يُعزز شعورهم بالملكية والالتزام بتنفيذها، والقابلية للقياس بحيث تتضمن الخطة مؤشرات أداء واضحة تُتيح متابعة التنفيذ وتقييم النتائج.

البُعد الثاني: التنظيم (Organizing)

يُعدّ التنظيم الوظيفية الإدارية التي تُترجم الخطط الموضوعية إلى هياكل وإجراءات وعلاقات تنسيقية تُمكن من تنفيذ هذه الخطط بكفاءة وفعالية. ويتضمن التنظيم تحديد الأنشطة والمهام اللازمة لتحقيق الأهداف، وتجميعها في وحدات تنظيمية متجانسة، وتحديد العلاقات الرأسية والأفقية بين هذه الوحدات، وتوزيع السلطة والمسؤولية على العاملين، وإنشاء قنوات اتصال تضمن التنسيق والتكامل بين مختلف أجزاء المنظمة. ويرتبط التنظيم بالتخطيط ارتباطاً عضوياً، فإذا كان التخطيط يُجيب عن سؤال "ماذا نريد أن نحقق؟" فإن التنظيم يُجيب عن سؤال "كيف نُرتّب مواردنا وجهودنا لتحقيق ذلك؟".

وفي إدارة القبول والإحالات الطبية، يكتسب التنظيم أهمية استثنائية نظراً لتعدد العمليات والأطراف المتداخلة في تقديم الخدمة. فالتنظيم في هذه الإدارة يشمل عدة جوانب حيوية، أولها تصميم الهيكل التنظيمي للإدارة بما يُحدد التسلسل الإداري ونطاق الإشراف وتوزيع الاختصاصات بين العاملين بصورة تمنع التداخل والازدواجية. وثانيها تنظيم تدفق العمل (Workflow) الذي يُحدد المسار الذي تمر به معاملة المريض منذ لحظة طلب القبول أو الإحالة حتى إتمام الإجراء المطلوب، مروراً بجميع نقاط التحقق والموافقة والتنسيق. وثالثها تصميم إجراءات العمل المعيارية (Standard Operating Procedures) التي توحد طريقة التعامل مع الحالات المختلفة وتضمن اتساق الممارسة بين العاملين بصرف النظر عن الفروق الفردية بينهم. ورابعها تنظيم العلاقات التنسيقية مع الأقسام الطبية والإدارية الأخرى داخل المستشفى ومع المنشآت الصحية الخارجية التي يتم التحويل منها وإليها. وخامسها تنظيم نظام المناوبات وجداول العمل لضمان تغطية شاملة على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.

ويواجه التنظيم في إدارة القبول والإحالات تحديات خاصة تنبع من طبيعة العمل الصحي الذي يتسم بدرجة عالية من عدم اليقين، فحالات المرضى تتغير باستمرار، وحالات الطوارئ قد تطرأ في أي وقت مما يستدعي إعادة ترتيب الأولويات وتعديل جداول القبول والإحالة. وهذا يتطلب من العاملين ممارسة ما يمكن تسميته بالتنظيم الديناميكي الذي يجمع بين الانضباط في الالتزام بالإجراءات المعتمدة والمرونة في التكيف مع الظروف المتغيرة. كما أن تنظيم عمليات الإحالة الطبية يُعدّ من أكثر الجوانب تعقيداً، إذ

يستلزم التنسيق مع منشآت صحية متعددة تعمل وفق أنظمة وإجراءات مختلفة، مما يستوجب وجود بروتوكولات تنسيقية واضحة ومنصات إلكترونية تُتيح تبادل المعلومات بسلاسة وأمان.

ويتطلب التنظيم الفعال في إدارة القبول والإحالات مراعاة مبادئ تنظيمية أساسية من أبرزها: مبدأ وحدة الأمر الذي يستلزم أن يتلقى كل عامل توجيهاته من مسؤول واحد تفادياً للتعارض، ومبدأ التوازن بين السلطة والمسؤولية بحيث يمتلك كل عامل الصلاحيات الكافية لأداء المهام المُسندة إليه، ومبدأ المرونة التنظيمية الذي يسمح بتعديل الترتيبات التنظيمية وفقاً للمستجدات دون الإخلال بالبنية العامة، ومبدأ الكفاءة الذي يستهدف تحقيق أقصى تنسيق ممكن بأقل تكلفة إدارية.

البُعد الثالث: إدارة الوقت (Time Management)

تُمثل إدارة الوقت بُعداً محورياً من أبعاد الكفاءة الإدارية يكتسب حساسية استثنائية في السياق الصحي، حيث يرتبط الوقت في حالات كثيرة بحياة المرضى وسلامتهم. وتُعرف إدارة الوقت بأنها القدرة على التحكم في الوقت المتاح واستثماره بصورة واعية ومنظمة بهدف إنجاز المهام المطلوبة بكفاءة عالية، مع تحقيق التوازن بين المتطلبات المتنافسة وفقاً لأولوياتها وأهميتها. وتتجاوز إدارة الوقت بمفهومها الحديث البُعد الكمي المتعلق بتوفير الوقت واختصاره إلى البُعد النوعي المتعلق بجودة استثمار الوقت المتاح والتركيز على الأنشطة ذات القيمة المضافة العالية والتخلص من الأنشطة الهامشية التي تستنزف الوقت دون عائد يُذكر.

وفي إدارة القبول والإحالات الطبية، تتجلى أهمية إدارة الوقت في مستويات متعددة. فعلى مستوى تجربة المريض، تُعد فترة الانتظار من أكثر العوامل تأثيراً في رضا المستفيدين عن الخدمة الصحية، وأي إطالة غير مبررة في إجراءات القبول أو التحويل تنعكس سلباً على هذا الرضا وقد تُفاقم الحالة الصحية للمريض في الحالات الحرجة. وعلى مستوى كفاءة النظام الصحي، فإن بطء إجراءات القبول والخروج يؤدي إلى تراكم المرضى في أقسام الطوارئ وتقليل معدل دوران الأسرة، مما يُحدث اختناقات تُعطل حركة المنظومة الصحية بأكملها. وعلى مستوى الإحالات الطبية، فإن التأخر في معالجة طلبات الإحالة والرد عليها قد يحرم المريض من الحصول على الرعاية المتخصصة التي يحتاجها في الوقت الملائم.

وتشمل الجوانب التطبيقية لإدارة الوقت في إدارة القبول والإحالات عدة محاور، منها: تحديد أولويات الحالات وفقاً لمعايير الفرز الطبي (Triage) بحيث تُعالج الحالات الأكثر إلحاحاً أولاً دون إهمال الحالات الأقل حدة، وتصميم إجراءات قبول مبسطة وسريعة تُقلل من الزمن الذي يقضيه المريض في الإجراءات الإدارية دون المساس بمتطلبات الدقة والتوثيق، وإدارة المواعيد بكفاءة تمنع التراكم والتأخير وتُراعي الطاقة الفعلية للأقسام المستقبلية، وتندسق أوقات الدخول والخروج بما يُحقق أفضل استغلال ممكن للأسرّة المتاحة ويُقلل من فترات بقائها شاغرة بين مريض وآخر، فضلاً عن الاستجابة السريعة لطلبات الإحالة ومعالجتها ضمن أطر زمنية محددة ومُعلنة.

وتستلزم إدارة الوقت الفعّالة في هذا السياق امتلاك العاملين لعدة مهارات أساسية من أبرزها: القدرة على التمييز بين المهام العاجلة والمهمة وترتيبها وفق أولويات واضحة، ومهارة التفويض التي تُتيح توزيع المهام على فريق العمل بما يتناسب مع قدرات كل فرد وصلاحياته، والقدرة على التعامل مع المقاطعات والطوارئ التي تُشكّل سمة لازمة لبيئة العمل الصحية دون أن تُفقد العامل تركيزه على المهام الأساسية، بالإضافة إلى مهارة استخدام الأنظمة الإلكترونية الحديثة التي تُوفر الوقت من خلال أتمتة الإجراءات الروتينية وتقليل الخطوات اليدوية المتكررة.

البُعد الرابع: اتخاذ القرار (Decision Making)

يُشكّل اتخاذ القرار جوهر العملية الإدارية ومحورها المركزي، وهو الوظيفة التي تتغلغل في جميع الوظائف الإدارية الأخرى وتُلازمها، فالتخطيط يتطلب اتخاذ قرارات بشأن الأهداف والبدائل، والتنظيم يتطلب قرارات بشأن توزيع المهام والصلاحيات، وإدارة الوقت تتطلب قرارات بشأن الأولويات. ويُعرّف اتخاذ القرار بأنه العملية العقلية المنهجية التي تتضمن تحديد الموقف أو المشكلة، وجمع المعلومات والبيانات ذات الصلة، وتوليد البدائل المتاحة وتقييمها وفق معايير محددة، ثم اختيار البديل الأنسب في ضوء الظروف والقيود القائمة، ومتابعة تنفيذه وتقييم نتائجه. ويتأثر اتخاذ القرار بعوامل متعددة تشمل كمية المعلومات المتاحة وجودتها ودقتها، والقيود الزمنية والمادية المحيطة بالموقف، والإطار التنظيمي والسياسات المعتمدة، فضلاً عن الخصائص الشخصية لمتخذ القرار كخبرته ومهاراته التحليلية وحكمه المهني.

وفي إدارة القبول والإحالات الطبية، يواجه العاملون بشكل يومي سيلاً من المواقف التي تستلزم اتخاذ قرارات متنوعة في طبيعتها ومستوى تعقيدها. فمن هذه القرارات ما يتعلق بقبول المرضى حيث يتعين تحديد مدى استيفاء المريض لمعايير الأهلية، وتحديد القسم أو التخصص المناسب لحالته، وتقدير مدة التنويم المتوقعة. ومنها ما يتعلق بالإحالة الطبية حيث يتعين تقييم مدى الحاجة إلى التحويل وتحديد المنشأة الأنسب لاستقبال الحالة والتنسيق مع الجهة المستقبلية لضمان جاهزيتها. ومنها ما يتعلق بإدارة الأسرة حيث يتعين اتخاذ قرارات بشأن تخصيص الأسرة المتاحة للحالات المنتظرة وفق أولويات تُراعي الحالة الطبية ومدة الانتظار والظروف الخاصة. ومنها ما يتعلق بمواقف الطوارئ حيث يتعين اتخاذ قرارات سريعة تحت ضغط الوقت بشأن إعادة ترتيب الأولويات وتعبئة الموارد الإضافية.

ويتطلب اتخاذ القرار الفعّال في إدارة القبول والإحالات توافر عدة مقومات، أولها نظام معلومات متكامل يُوفر بيانات دقيقة ومحدثة عن حالة الأسرة وقوائم الانتظار وحركة المرضى والطاقة الاستيعابية للأقسام المختلفة، إذ إن جودة القرار مرهونة بجودة المعلومات التي يستند إليها. وثانيها إطار من السياسات والمعايير الواضحة التي تُرشّد عملية اتخاذ القرار وتحدّد من عشوائيتها، كمعايير أولوية القبول ومعايير الإحالة وبروتوكولات التعامل مع الحالات الاستثنائية. وثالثها قدر مناسب من التفويض والصلاحيات يُمكن العاملين من اتخاذ القرارات في حدود اختصاصاتهم دون الحاجة إلى الرجوع المستمر إلى المستويات الإدارية الأعلى، وهو ما يُسرّع عملية اتخاذ القرار ويُحسّن استجابة النظام. ورابعها ثقافة تنظيمية تُشجع على المبادرة وتتقبل الخطأ الناتج عن الاجتهاد المني وتستثمره في التعلم والتحسين، بدلاً من ثقافة الخوف التي تدفع العاملين إلى تجنب اتخاذ القرارات وتحويلها إلى جهات أعلى مما يُبطئ سير العمل.

وتتنوع أنماط القرارات في إدارة القبول والإحالات بين القرارات المبرمجة التي تتعلق بمواقف متكررة ومعروفة يمكن التعامل معها وفق إجراءات وقواعد محددة سلفاً كقبول مريض يستوفي جميع معايير الأهلية في تخصص تتوفر فيه أسرة شاغرة، والقرارات غير المبرمجة التي تتعلق بمواقف فريدة أو معقدة تستلزم تحليلاً وتقديراً شخّصياً كالتعامل مع حالة تتنازع على قبولها أقسام متعددة أو حالة تحتاج إلى إحالة عاجلة في ظل عدم توفر أسرة في الجهات المستقبلية. وتتطلب كلتا الحالتين مستوى عالياً من الكفاءة الإدارية وإن اختلفت طبيعة المهارات المطلوبة في كل منهما.

6.1.2 استراتيجيات تعزيز الكفاءة الإدارية في إدارة القبول والإحالات الطبية

إن تعزيز الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية لا يتحقق بجهد أحادي الاتجاه، بل يتطلب منظومة متكاملة من الاستراتيجيات التي تعمل على مستويات متعددة وتستهدف الأبعاد المختلفة للكفاءة الإدارية. ويمكن استعراض هذه الاستراتيجيات في ضوء ما طرحته الأدبيات الإدارية ذات الصلة.

تتصدر هذه الاستراتيجيات استراتيجية التطوير المعرفي والمهاري المستمر التي تقوم على الاستثمار المهني في تطوير قدرات العاملين من خلال برامج تدريبية متخصصة تستهدف تعزيز مهاراتهم في التخطيط والتنظيم وإدارة الوقت واتخاذ القرار. ويؤكد (Zamani et al., 2022) أن إدارة الموارد البشرية القائمة على المعرفة تُشكل المدخل الاستراتيجي لتحسين الكفاءة التنظيمية، حيث إن تطوير المعارف والمهارات الإدارية للعاملين يُعد استثماراً ذا عائد يتجاوز حدود الأداء الفردي ليشمل تحسين المنظومة المؤسسية بأكملها. وينبغي أن تتسم هذه البرامج التدريبية بالاستمرارية والتنوع في أساليبها لتشمل التدريب في بيئة العمل الفعلية والمحاكاة وورش العمل التطبيقية والتعلم من الأقران والتوجيه المهني، فضلاً عن مواكبتها للمستجدات في مجالي الإدارة الصحية والتقنيات الرقمية.

وتأتي في المرتبة الثانية استراتيجية التحول الرقمي وأتمتة العمليات التي تُسهم في تعزيز الكفاءة الإدارية من خلال تبسيط الإجراءات وتسريعها وتقليل الأخطاء البشرية. ويُشير (Alaraji & Abbas, 2025) إلى أن التحول الرقمي يحدث تحسناً جوهرياً في كفاءة العمليات الإدارية عبر أتمتة المهام الروتينية وتسريع تدفق المعلومات وتعزيز دقة البيانات. وفي سياق إدارة القبول والإحالات الطبية، تتجلى هذه الاستراتيجية في توظيف نظام الإحالة الإلكتروني الذي يُتيح معالجة طلبات الإحالة إلكترونياً دون الحاجة إلى المعاملات الورقية، ونظام إدارة الأسرة الذكي الذي يُوفر رؤية آنية عن حالة الأسرة المتاحة ويُسهّل عملية التخصيص، والسجل الصحي الإلكتروني الموحد الذي يُتيح تبادل المعلومات الطبية بين المنشآت الصحية بسلاسة وأمان.

غير أن نجاح هذه الاستراتيجيات مرهون بما يُشير إليه (Jimoh, 2025) من ضرورة توافر مستوى كافٍ من المعرفة الرقمية لدى العاملين يُمكنهم من التعامل الفعال مع هذه الأنظمة، مما يستوجب دمج

التدريب الرقمي ضمن برامج تطوير الكفاءات الإدارية. كما يؤكد (Makhmudova et al., 2020) أن تقييم كفاءة العمل الإداري في ظل الرقمنة يتطلب مراعاة أبعاد جديدة تتعلق بقدرة العاملين على استخدام الأدوات الرقمية وتحويل البيانات إلى معلومات ذات قيمة تدعم اتخاذ القرار.

وثالث هذه الاستراتيجيات هي استراتيجية التمكين الإداري وتوسيع الصلاحيات التي تقوم على منح العاملين في إدارة القبول والإحالات قدراً مناسباً من الصلاحيات يُمكنهم من اتخاذ القرارات في حدود اختصاصاتهم دون الحاجة إلى الرجوع المستمر إلى المستويات الإدارية الأعلى. ويؤكد (Ajjlouni & Effendi, 2025) أن التفويض الفعّال يلعب دوراً جوهرياً في تعزيز الابتكار الإداري ورفع كفاءة الأداء الوظيفي، إذ يُسرّع عملية اتخاذ القرار ويُحسّن استجابة النظام للمتطلبات المتغيرة، فضلاً عن إسهامه في تنمية قدرات العاملين وتعزيز شعورهم بالمسؤولية والانتماء المهني. ويتطلب تطبيق هذه الاستراتيجية وضع إطار واضح يُحدد نطاق الصلاحيات الممنوحة لكل مستوى وظيفي، مقروناً بآليات رقابية تضمن حسن استخدام هذه الصلاحيات ومحاسبة المقصّرين.

ورابع هذه الاستراتيجيات هي استراتيجية بناء ثقافة التحسين المستمر التي تقوم على ترسيخ ثقافة مؤسسية ترى في الأداء الحالي فرصة للتطوير لا سقفاً للطموح. ويرتبط ذلك بتبني مداخل إدارية حديثة كمدخل الإدارة الرشيقة (Lean Management) الذي يُركّز على التخلص من أشكال الهدر المختلفة في العمليات الإدارية وتبسيط الإجراءات وتسريع تدفق العمل، ومدخل الجودة الشاملة (TQM) الذي يؤكد على مشاركة جميع العاملين في جهود التحسين والاستجابة المستمرة لتوقعات المستفيدين. ويتطلب ترسيخ هذه الثقافة وجود قيادة إدارية داعمة تُشجع على المبادرة وتحثي بالإنجازات وتستثمر الأخطاء في التعلم بدلاً من المعاقبة.

وخامس هذه الاستراتيجيات هي استراتيجية المقارنة المرجعية (Benchmarking) وتبادل الخبرات التي تقوم على الاستفادة من التجارب الناجحة في المنشآت الصحية الرائدة محلياً ودولياً في مجال إدارة القبول والإحالات. وتتضمن هذه الاستراتيجية رصد أفضل الممارسات المعتمدة في المستشفيات المتميزة ودراسة إمكانية تطبيقها مع مراعاة الخصوصيات المحلية، وتنظيم زيارات تبادلية وبرامج انتداب تُتيح

للعاملين الاطلاع على تجارب مختلفة واكتساب خبرات جديدة، فضلاً عن المشاركة في الملتقيات والمؤتمرات المتخصصة في الإدارة الصحية. ويرتبط ذلك بما يُطرح في إطار رؤية 2030 من تطلع إلى تبني المعايير الدولية في تقديم الخدمات الصحية والسعي نحو الاعتمادية المؤسسية التي تفرض مستوى عالياً من الكفاءة الإدارية في جميع إدارات المستشفى.

وسادس هذه الاستراتيجيات هي استراتيجية تطوير نظم الحوافز والتقييم التي تقوم على ربط التقدم الوظيفي والمكافآت بمستوى الكفاءة الإدارية المثبتة للعاملين، بما يُحفّزهم على التطوير المستمر لقدراتهم ويُرسّي مبدأ الجدارة أساساً للتمييز. وتتطلب هذه الاستراتيجية وضع نظام تقييم أداء موضوعي يستند إلى مؤشرات قابلة للقياس تعكس الأبعاد الأربعة للكفاءة الإدارية المعتمدة في هذه الدراسة، مع ربط نتائج التقييم بمسارات وظيفية واضحة وفرص تطوير مهني حقيقية.

المبحث الثاني: تحسين الأداء الصحي في المستشفيات في ضوء رؤية المملكة 2030

1.2.2 تمهيد

يمثل تحسين الأداء الصحي في المستشفيات غايةً محوريةً تسعى إليها الأنظمة الصحية حول العالم، إذ لم يعد مقبولاً أن تقتصر رسالة المستشفى على تقديم خدمات علاجية تقليدية دون أن تكون تلك الخدمات خاضعةً لمعايير صارمة من الجودة والكفاءة والفعالية. وقد شهدت العقود الأخيرة تحولاً جذرياً في النظرة إلى الأداء المؤسسي الصحي، حيث انتقل الاهتمام من التركيز على الكم إلى التركيز على النوع، ومن قياس المدخلات فحسب إلى قياس المخرجات والنتائج الصحية الفعلية التي يحصل عليها المريض. وفي سياق المملكة العربية السعودية، جاء برنامج تحول القطاع الصحي ضمن رؤية المملكة 2030 ليضع تحسين الأداء الصحي في صدارة الأولويات الوطنية، مع التأكيد على أن الوقاية والصحة العامة والابتكار والاستدامة تشكل أربع ركائز أساسية لهذا التحول. وقد أكد البرنامج على ضرورة تسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية ورفع جودتها وتوسيع نطاق الخدمات الرقمية والحلول الإلكترونية بما يضمن حصول المواطن والمقيم على رعاية صحية تلتزم بأعلى المعايير الدولية. وفي ظل هذا التوجه الاستراتيجي، تبرز الحاجة إلى تأصيل مفهوم تحسين الأداء الصحي نظرياً، واستعراض أهميته وأهدافه وأبعاده واستراتيجياته، وهو ما يتناوله هذا المبحث بالتفصيل مع الربط المستمر بواقع إدارات القبول والإحالات الطبية التي تُعدّ نقطة الاتصال الأولى بين المريض والمنظومة الاستشفائية.

2.2.2 مفهوم تحسين الأداء الصحي في المستشفيات

تعدّدت التعريفات التي قدّمها الباحثون لمفهوم تحسين الأداء الصحي في المستشفيات، وذلك تبعاً لتباين المنطلقات النظرية والأبعاد التي ركّز عليها كل باحث. فقد عرّف الصالحي وآخرون (2024) تحسين الأداء الصحي بأنه مجموعة الجهود المنهجية والمنظمة التي تهدف إلى الارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة للمرضى من خلال تطوير العمليات الإدارية والسريية وصولاً إلى تحقيق رضا المستفيد وتلبية توقعاته، وهو تعريف يُبرز البُعد التكاملي بين الجانبين الإداري والسريي ويربطهما بمحصلة واحدة هي رضا المريض.

وفي السياق ذاته، يرى العراجي وعباس (2025) أن تحسين الأداء الصحي يشير إلى العملية المستمرة الرامية إلى تعظيم قدرة المؤسسة الصحية على تحويل مواردها البشرية والمادية والتقنية إلى مخرجات صحية ذات قيمة مضافة للمريض والمجتمع، مع التركيز على خفض الهدر وتقليل الأخطاء الطبية. ويتميز هذا التعريف بإدراجه البُعد الاقتصادي المتمثل في كفاءة استخدام الموارد إلى جانب البُعد النوعي المتمثل في القيمة المضافة.

من جهة أخرى، ينطلق Bakare et al. (2024) من منظور أوسع حين يُعرفون تحسين الأداء المؤسسي الصحي بأنه القدرة المستدامة للمنظمة على تحقيق أهدافها الاستراتيجية من خلال التوظيف الأمثل لمواردها وتطوير عملياتها الداخلية بشكل مستمر بما يتوافق مع المتطلبات المتغيرة للبيئة الصحية. وهذا التعريف يُدخل عنصر الاستدامة كمكوّن رئيسي لا ينفصل عن عملية التحسين، ويُشير إلى أن التحسين ليس حدثاً آنياً بل مساراً مستمراً. أما العتيبي وكشك (2024) فقد ركّزاً على البُعد البشري في تعريفهما حين أشارا إلى أن تحسين الأداء الصحي يتحقق من خلال تعزيز كفاءات العاملين وتمكينهم من اتخاذ القرارات المناسبة في الوقت المناسب، مما ينعكس على جودة الرعاية المقدّمة وسرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى. ويكشف هذا التعريف عن الارتباط الوثيق بين المتغير المستقل في هذه الدراسة (الكفاءة الإدارية) والمتغير التابع (تحسين الأداء الصحي)، حيث يغدو تطوير الكفاءات بمثابة الرافعة الأساسية لتحسين الأداء.

كما عرّف Huang (2025) تحسين الأداء في المؤسسات الخدمية الصحية بأنه التطبيق المنهجي لأدوات إدارة الجودة والتقنيات الحديثة لتحقيق نتائج قابلة للقياس في مجالات السلامة والفعالية والكفاءة والتمركز حول المريض، وهو ما يتّسق مع النموذج المعروف بـ STEEEP الذي طوّره معهد الطب الأمريكي. ويُضيف هذا التعريف بُعد القابلية للقياس، مما يُحوّل تحسين الأداء من مفهوم مجرد إلى ممارسة عملية قابلة للرصد والتقييم. وفي سياق مقارب، عرّفه Jimoh (2025) بأنه الانتقال من نمط الإدارة التفاعلية إلى الإدارة الاستباقية القائمة على البيانات والتحليل والتنبؤ، بحيث تتمكّن المستشفيات من توقع التحديات قبل وقوعها واتخاذ إجراءات وقائية تضمن استمرارية تقديم خدمات عالية الجودة. ويتقاطع هذا التعريف مع توجّهات التحول الرقمي الصحي الذي يُعدّ أحد أبرز محاور رؤية المملكة 2030.

أما على صعيد الأدبيات العربية، فقد عرّف خميس وحمد (2024) تحسين الأداء الصحي المؤسسي بأنه العملية الشاملة التي تتضمن مراجعة السياسات والإجراءات والهياكل التنظيمية وإعادة تصميمها بما يكفل تحقيق التكامل بين مختلف الأقسام والوحدات الصحية، مع إعطاء أولوية قصوى لتجربة المريض منذ لحظة دخوله المستشفى حتى خروجه. ويُلقى هذا التعريف الضوء على مركزية تجربة المريض كمعيار حاكم لتقييم مدى نجاح جهود التحسين، كما يُشير إلى أهمية التكامل بين الأقسام وهو ما يرتبط ارتباطاً مباشراً بعمل إدارة القبول والإحالات الطبية التي تمثل حلقة الوصل بين المريض ومختلف الأقسام التخصصية. وقد أضاف سليمان وحمد (2021) بُعداً آخر حين أشارا إلى أن تحسين الأداء الصحي لا يقتصر على الجوانب الفنية والتقنية بل يمتد ليشمل تطوير الثقافة التنظيمية وتعزيز روح العمل الجماعي وترسيخ قيم المسؤولية والمحاسبية بين جميع العاملين، مما يُسهم في خلق بيئة عمل داعمة للتحسين المستمر.

واستناداً إلى ما سبق من تعريفات، يمكن للباحث أن يخلص إلى تعريف إجرائي لمفهوم تحسين الأداء الصحي في سياق هذه الدراسة، بأنه: "العملية المنهجية المستمرة التي تهدف إلى الارتقاء بجودة وكفاءة وفعالية الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات من خلال تطوير العمليات الإدارية والسريرية وتعزيز كفاءات العاملين في إدارات القبول والإحالات الطبية واستثمار التقنيات الرقمية، بما يُسهم في تحقيق رضا المستفيدين وتقليل فترات الانتظار ورفع مستوى سلامة المرضى، وذلك في إطار مستهدفات رؤية المملكة 2030 وبرنامج تحول القطاع الصحي". ويتضح من هذا التعريف أنه يجمع بين الأبعاد الإدارية والسريرية والتقنية والإنسانية، ويربط عملية التحسين بالسياق الاستراتيجي الوطني الذي تعمل فيه المستشفيات السعودية.

3.2.2 أهمية تحسين الأداء الصحي في المستشفيات

يكتسب تحسين الأداء الصحي في المستشفيات أهمية متصاعدة في ظل التحولات العميقة التي يشهدها القطاع الصحي على المستويين الإقليمي والدولي، حيث تزايدت توقعات المرضى وارتفعت معايير الجودة العالمية وتسارعت وتيرة التطور التقني، فضلاً عن تنامي الوعي المجتمعي بحقوق المريض. وفي سياق المملكة العربية السعودية تحديداً، تتضاعف هذه الأهمية في ظل مستهدفات رؤية 2030 التي وضعت

تحسين جودة الحياة في صدارة أولوياتها، وخصّصت برنامجاً كاملاً لتحول القطاع الصحي يرمي إلى تسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية والرفع من جودتها وتعزيز التحول الرقمي مع التركيز على الوقاية قبل العلاج.

ويشير العراجي وعباس (2025) إلى أن أهمية تحسين الأداء الصحي تتجلى في عدة جوانب جوهرية، أولها: أنه يُسهم في رفع مستوى جودة الرعاية الصحية المقدّمة للمرضى من خلال توحيد الإجراءات وتطبيق أفضل الممارسات السريرية والإدارية مما يُقلّل من التباين في مستوى الخدمات بين الأقسام المختلفة داخل المستشفى الواحد. وثانيها: أنه يعمل على تقليل الأخطاء الطبية والإدارية التي قد تنجم عن غياب الأنظمة المعيارية أو ضعف التنسيق بين الوحدات مما ينعكس إيجاباً على سلامة المرضى. وثالثها: أنه يُعزّز من قدرة المستشفى على استثمار موارده المحدودة بالشكل الأمثل من خلال تقليل الهدر وتحسين كفاءة العمليات التشغيلية.

ويرى Bakare et al. (2024) أن أهمية تحسين الأداء الصحي تتعدّى حدود المستشفى الواحد لتمتد إلى المنظومة الصحية بأكملها، ذلك أن المستشفيات التي تتبنّى برامج تحسين أداء فعّالة تُسهم في خفض العبء على المستشفيات الأخرى من خلال تقليل حالات إعادة الدخول وتحسين معدلات الشفاء وتسريع دوران الأسرة، كما أنها تُعزّز من قدرة النظام الصحي الوطني على مواجهة الأزمات والأوبئة بكفاءة أعلى. وهذا ما تجلّى فعلياً في تجربة المملكة العربية السعودية خلال جائحة كوفيد-19 حيث أسهم التحول الصحي ومبادراته في التصدي الناجح للجائحة من خلال تسخير التقنية وبروتوكولات الوقاية والعلاج وتسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية.

ويُضيف Ajlouni and Effendi (2025) بُعداً مهماً حين يؤكدان أن تحسين الأداء الصحي يُعدّ ضرورةً تنافسيةً في ظل تحوّل المملكة نحو نموذج التأمين الصحي الشامل وفتح المجال أمام القطاع الخاص للمشاركة في تقديم الخدمات الصحية، حيث لن يتمكن من البقاء والنمو إلا المستشفيات القادرة على تقديم خدمات عالية الجودة بكفاءة اقتصادية مقبولة. كما يُشير الزماني (2022) إلى أن أهمية تحسين الأداء الصحي ترتبط أيضاً بالبُعد الإنساني والأخلاقي، إذ إن المريض الذي يلجأ إلى المستشفى يكون في أضعف

حالاته ويستحق أن يحصل على أفضل رعاية ممكنة، وهو ما يفرض على المؤسسات الصحية التزاماً أخلاقياً بالسعي الدائم نحو تحسين أداؤها.

ويُبرز (Makhmudova et al. (2020 أن تحسين الأداء الصحي يحمل أهمية بالغة على صعيد رضا العاملين أنفسهم، فالمؤسسات التي تتبني نهج التحسين المستمر توفّر لموظفيها بيئة عمل أكثر تنظيماً ووضوحاً مما يقلّل من الإجهاد الوظيفي ويرفع من مستوى الرضا والالتزام والانتماء المؤسسي. وهذا ينعكس بدوره على جودة التعامل مع المرضى ومستوى الخدمة المقدّمة لهم، مما يُنشئ حلقة إيجابية مترابطة بين رضا العاملين ورضا المستفيدين. وفي إطار إدارة القبول والإحالات الطبية تحديداً، تتجلى أهمية تحسين الأداء في كونها الإدارة التي تتحكّم في بوابة دخول المريض إلى المنظومة العلاجية، فأى تحسّن في أدائها ينعكس تلقائياً على تجربة المريض الكلية وعلى كفاءة تدفق المرضى بين الأقسام المختلفة.

ويلاحظ الدويك وآخرون (2021) أن أهمية تحسين الأداء الصحي ترتبط كذلك بالسمعة المؤسسية للمستشفى، حيث أصبح المرضى أكثر وعياً وقدرةً على المقارنة بين مقدّمي الخدمات الصحية بفضل انتشار المعلومات عبر الوسائل الرقمية، مما يجعل السمعة المؤسسية رأسماً لا يقلّ أهمية عن رأس المال المادي. كما يُشير محمد (2021) إلى أن تحسين الأداء الصحي يمثل متطلباً أساسياً للحصول على الاعتمادات والشهادات الدولية مثل شهادة اللجنة المشتركة الدولية (JCI) وغيرها من معايير الاعتماد التي أصبحت معياراً لا غنى عنه لتأكيد جودة الخدمات الصحية ومصداقيتها أمام المستفيدين والجهات الرقابية.

4.2.2 أهداف تحسين الأداء الصحي في المستشفيات

تتنوّع أهداف تحسين الأداء الصحي في المستشفيات وتتكامل فيما بينها لتُشكّل منظومةً متنسقة تخدم المريض والمؤسسة والمجتمع. وقد تباينت رؤى الباحثين في تحديد هذه الأهداف تبعاً لزاوية التحليل المعتمدة، إلا أنها تتقاطع في جوهرها حول محاور أساسية يمكن استعراضها على النحو التالي.

يرى الصالحي وآخرون (2024) أن أهداف تحسين الأداء الصحي تتمحور حول ثلاثة محاور رئيسية هي: أولاً، تعزيز جودة الرعاية السريرية من خلال تطبيق البروتوكولات العلاجية المبنية على الأدلة وتوحيد المسارات السريرية وضمان سلامة المرضى في جميع مراحل تقديم الخدمة. ثانياً، رفع كفاءة العمليات التشغيلية بما يشمل تقليل فترات الانتظار وتحسين تدفق المرضى وتسريع إجراءات القبول والخروج والإحالات. ثالثاً، تحقيق الاستدامة المالية من خلال ترشيد الإنفاق وتقليل الهدر في الموارد دون المساس بجودة الخدمات المقدمة.

ويُضيف Jimoh (2025) أهدافاً أخرى تتسق مع التحول الرقمي، من أبرزها: أتمتة العمليات الإدارية الروتينية لتحرير الطاقات البشرية وتوجيهها نحو المهام ذات القيمة المضافة، وتوظيف تحليلات البيانات الضخمة لدعم عملية اتخاذ القرار الصحي على المستويين السريري والإداري، فضلاً عن تمكين المريض من خلال تطبيقات الصحة الرقمية التي تتيح له متابعة حالته الصحية والتواصل مع مقدمي الرعاية عن بُعد. ويرتبط هذا التوجه بمبادرة مستشفى "صحة الافتراضي" الذي أطلقته المملكة ويربط أكثر من 150 مستشفى ويقدم أكثر من 30 خدمة صحية متخصصة.

أما Al Khafaji and Ibrahim (2024) فيؤكدان أن من أهداف تحسين الأداء الصحي تعزيز الشفافية والمحاسبية المؤسسية من خلال نشر مؤشرات الأداء وإتاحتها للمستفيدين والجهات الرقابية، وهو ما يساهم في بناء الثقة بين المؤسسة الصحية والمجتمع. كما يُشير نوفل وآخرون (2023) إلى أن من الأهداف الجوهرية لتحسين الأداء الصحي تطوير بيئة العمل النفسية والاجتماعية للعاملين من خلال تقليل الضغوط المهنية وتوفير فرص التطوير المهني وبناء ثقافة تنظيمية إيجابية تُحفّز على الإبداع والمبادرة.

ويرى العتيبي وكشك (2024) أن تحسين الأداء الصحي يهدف أيضاً إلى تعزيز التكامل والتنسيق بين مختلف أقسام المستشفى وخاصةً بين إدارة القبول والإحالات الطبية والأقسام السريرية التخصصية، بحيث تعمل المنظومة ككيان واحد متناغم يخدم المريض في رحلته العلاجية بسلاسة ودون انقطاع أو ازدواجية. وأخيراً يُشير Soolaf and Sh (2023) إلى هدف بناء القدرات المؤسسية للتعلّم والتكيف من خلال

ترسيخ آليات التغذية الراجعة والمراجعة الدورية واستخلاص الدروس المستفادة من الأخطاء والنجاحات على حدٍ سواء.

5.2.2 أبعاد تحسين الأداء الصحي في المستشفيات

تم تحديد أبعاد تحسين الأداء الصحي في هذه الدراسة بناءً على مراجعة شاملة للأدبيات، وبالاستناد بشكل خاص إلى دراسة الصالحي وآخرون (2024) التي قدّمت إطاراً متكاملًا لقياس الأداء الصحي المؤسسي، ودراسة (Al Khafaji and Ibrahim (2024) التي ربطت بين الكفاءة الإدارية ونتائج الأداء الصحي، فضلاً عن الإطار الذي اعتمدته معهد الطب الأمريكي والذي حدّد ستة أبعاد للجودة الصحية عُرفت باختصار STEEEP وهي: السلامة والتوقيت والفعالية والكفاءة والإنصاف والتمركز حول المريض. وقد تم اختيار الأبعاد التالية لملاءمتها لطبيعة الدراسة الحالية وارتباطها المباشر بعمل إدارات القبول والإحالات الطبية:

البُعد الأول: جودة الخدمات الصحية المقدّمة

يُعدّ بُعد جودة الخدمات الصحية من أكثر أبعاد الأداء الصحي شمولاً واتساعاً، إذ يمتد ليشمل كل ما يتعلق بمدى مطابقة الخدمات المقدّمة للمعايير العلمية والمهنية المعتمدة ومدى تلبيتها لاحتياجات المرضى وتوقعاتهم. وقد عرّف الصالحي وآخرون (2024) جودة الخدمة الصحية بأنها الدرجة التي تُقلّل فيها الخدمات المقدّمة من احتمال حدوث نتائج صحية غير مرغوبة وتزيد من احتمال تحقيق نتائج صحية إيجابية وفقاً للمعرفة المهنية الراهنة. ويرتبط هذا البُعد بإدارة القبول والإحالات الطبية ارتباطاً وثيقاً، إذ إن دقة جمع البيانات الأولية للمريض عند القبول وصحة توجيه الإحالات إلى التخصصات المناسبة يُشكّلان الأساس الذي تُبنى عليه جودة الرعاية اللاحقة. فالخطأ في مرحلة القبول أو الإحالة قد يترتب عليه تأخّر في التشخيص أو توجيه المريض إلى مسار علاجي غير ملائم مما يُهدّد جودة النتائج الصحية الإجمالية.

ويُبرز العتيبي وكشك (2024) أن الجودة في السياق الصحي لا تقتصر على البُعد الفني المتمثّل في المعايير السريرية بل تمتد لتشمل جودة التعامل الإنساني والاحترام والتواصل الفعّال مع المرضى وذوهم،

وهو ما يُعرف في الأدبيات بجودة العملية إلى جانب جودة النتيجة. ويُلاحظ أن إدارة القبول والإحالات الطبية تُمثّل أول نقطة تفاعل بشري مع المريض داخل المستشفى، مما يجعل أسلوب التعامل ومستوى الاحترافية فيها مؤثراً بشكل مباشر على انطباع المريض عن جودة المستشفى ككل. ويُضيف Japura and Turpo (2021) أن قياس الجودة يتطلّب مؤشرات متعددة الأبعاد تجمع بين مؤشرات الهيكل ومؤشرات العملية ومؤشرات النتيجة، وهو النموذج الثلاثي الذي قدّمه دونابيديان والذي لا يزال يُشكّل الإطار المرجعي الأبرز في هذا المجال.

البُعد الثاني: كفاءة استخدام الموارد الصحية

يشير بُعد الكفاءة إلى العلاقة بين المخرجات الصحية المتحققة والموارد المستخدمة في تحقيقها، بحيث يتحقّق أعلى مستوى ممكن من المخرجات بأقل قدر من الموارد المهدرة. وقد أكّد Al Khafaji and Ibrahim (2024) أن كفاءة استخدام الموارد تُعدّ من أهم أبعاد الأداء الصحي في ظل محدودية الموارد المتاحة والتزايد المستمر في الطلب على الخدمات الصحية. ويتجلى هذا البُعد في إدارة القبول والإحالات الطبية من خلال عدة مؤشرات من بينها: متوسط وقت إنجاز إجراءات القبول، ونسبة الإحالات الناجحة من إجمالي الإحالات المعالجة، ومعدل دوران الأسرة، ومدى فعالية توظيف العناصر البشرية المتاحة.

ويُبرز Bakare et al. (2024) أن كفاءة الأداء الصحي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بقدرة المؤسسة على تبسيط الإجراءات وإزالة الخطوات غير الضرورية والازدواجيات في العمل، وهو ما يتطلّب مراجعة دورية لسلسلة القيمة الداخلية وإعادة هندسة العمليات عند الحاجة. وفي هذا الإطار يُلاحظ أن كثيراً من المستشفيات السعودية قد اتّجهت إلى أتمتة إجراءات القبول والإحالات من خلال المنصات الإلكترونية مثل منصة الإحالات الطبية التي أطلقتها وزارة الصحة، وهو ما يُساهم في تقليل الوقت والجهد المبذولين ويرفع من كفاءة العمليات. ويؤكد الزماني (2022) أن الكفاءة لا تعني بالضرورة خفض التكاليف على حساب الجودة، بل تعني التوظيف الذكي للموارد بما يُحقّق التوازن بين الجودة والتكلفة، وهو مبدأ يتوافق مع فلسفة الإدارة الرشيقة (Lean Management) التي تركز على القيمة من منظور المريض.

البُعد الثالث: فعالية تنسيق الخدمات الصحية

يرتبط بُعد الفعالية بمدى تحقيق الخدمات الصحية لأهدافها المرجوة والنتائج العلاجية المتوقعة منها، ويتضمن ذلك مدى فعالية التنسيق بين مختلف مقدّمي الرعاية الصحية داخل المستشفى وخارجه لضمان استمرارية الرعاية وتكاملها. وقد أشار خميس وحمد (2024) إلى أن فعالية تنسيق الخدمات تُعدّ تحدياً جوهرياً في المستشفيات الكبيرة التي تضم تخصصات متعددة وأقساماً متنوعة، حيث قد يتعرّض المريض لانقطاعات في مسار رعايته إذا لم تكن آليات التنسيق محكمة. وتلعب إدارة القبول والإحالات الطبية دوراً محورياً في هذا البُعد بوصفها الجهة المسؤولة عن تنسيق انتقال المريض بين مستويات الرعاية المختلفة وبين المستشفيات والمراكز الصحية.

ويرى (Soolaf and Sh (2023 أن فعالية التنسيق تتطلب وجود نظم معلومات متكاملة تُتيح تبادل البيانات السريرية والإدارية بين مختلف الجهات المعنية في الوقت الفعلي، مما يُمكن من اتخاذ قرارات سريعة ودقيقة بشأن مسار المريض العلاجي. ويُضيف الدويك وآخرون (2021) أن التنسيق الفعال يُسهم في تقليل الفحوصات والإجراءات المكررة وتجنّب التعارض بين الخطط العلاجية لمختلف التخصصات، مما يُوفّر الوقت والموارد ويُحسّن من تجربة المريض الكلية. وفي سياق رؤية المملكة 2030 يُلاحظ أن إنشاء التجمعات الصحية وتفعيل نظام الإحالة الإلكتروني قد أسهم في تعزيز فعالية التنسيق بين مستويات الرعاية المختلفة وهو ما ينعكس إيجاباً على الأداء الصحي الكلي.

البُعد الرابع: رضا المستفيدين وتجربة المريض

يُعدّ رضا المستفيدين من أهم المؤشرات الدالة على مستوى الأداء الصحي في المستشفيات، إذ يعكس مدى نجاح المؤسسة في تلبية احتياجات المرضى وتوقعاتهم وتقديم تجربة إيجابية شاملة. ويُشير العراجي وعباس (2025) إلى أن رضا المريض لم يعد مؤشراً ثانوياً بل أصبح معياراً رئيسياً تُقاس على أساسه جودة المؤسسات الصحية وتُمنح بموجبه الاعتمادات الدولية. وقد أولت رؤية المملكة 2030 اهتماماً خاصاً بهذا البُعد، حيث يسعى برنامج تحول القطاع الصحي إلى رفع نسبة رضا المرضى عن خدمات المستشفيات بشكل مستمر.

ويُبرز (Huang (2025 أن مفهوم رضا المريض قد تطوّر ليتحوّل إلى مفهوم أشمل هو "تجربة المريض" والذي يتضمّن ليس فقط مدى رضا المريض عن النتيجة العلاجية بل يمتد ليشمل تقييمه لكل مرحلة من مراحل رحلته داخل المستشفى بدءاً من لحظة الاتصال الأولى مروراً بإجراءات القبول والانتظار والتشخيص والعلاج وانتهاءً بالخروج والمتابعة. وتحتل إدارة القبول والإحالات الطبية مكانةً حاسمة في هذا السياق لأنها تُشكّل الانطباع الأول للمريض عن المستشفى، فالتعامل المهني والسريع والمحترم عند القبول يُبني المريض نفسياً ويمنحه ثقةً في المنظومة العلاجية ككل. ويُضيف نوفل وآخرون (2023) أن رضا المريض يرتبط بعوامل متعددة تتجاوز الجوانب الفنية لتشمل البُعد الإنساني والعاطفي والتواصلي، مما يفرض على العاملين في إدارات القبول والإحالات امتلاك كفاءات تواصلية وعلائقية عالية المستوى إلى جانب الكفاءات الإدارية التقنية.

ويُلاحظ محمد (2021) أن قياس رضا المستفيدين يتطلب أدوات متنوعة تجمع بين الاستبيانات الدورية ومقابلات المرضى وتحليل الشكاوى والمقترحات واستخدام مؤشرات صافي الترويج، وهذا يستوجب من المستشفيات بناء نظم متكاملة لإدارة تجربة المريض وربطها بآليات التحسين المستمر. ويُشير سليمان وحمد (2021) إلى أن الفجوة بين توقعات المريض وإدراكاته الفعلية للخدمة تُشكّل المحدّد الرئيسي لمستوى رضاه، مما يتطلب من إدارات القبول والإحالات فهم هذه التوقعات والعمل على تضيق الفجوة من خلال التواصل الواضح وتقديم معلومات دقيقة عن المواعيد وفترات الانتظار والإجراءات المتوقعة.

6.2.2 استراتيجيات تحسين الأداء الصحي في المستشفيات

تتعدّد الاستراتيجيات التي يمكن للمستشفيات تبنيها لتحسين أدائها الصحي، وتتراوح بين استراتيجيات تركز على الجانب التقني والرقمي وأخرى تركز على الجانب البشري والتنظيمي. ويمكن استعراض أبرز هذه الاستراتيجيات في ضوء ما أسهمت به المراجع المعتمدة في هذه الدراسة.

☒ الاستراتيجية الأولى: التحول الرقمي وأتمتة العمليات الصحية

يُعدّ التحول الرقمي من أبرز الاستراتيجيات التي تبنتها المملكة العربية السعودية لتحسين الأداء الصحي في مستشفياتها، حيث يسعى برنامج تحول القطاع الصحي إلى توسيع تقديم خدمات الصحة الإلكترونية والحلول الرقمية. ويُشير (Jimoh (2025 إلى أن التحول الرقمي في إدارات القبول والإحالات يتضمن أتمتة إجراءات تسجيل المرضى وتوثيق بياناتهم إلكترونياً ومعالجة طلبات الإحالة عبر المنصات الرقمية وربط أنظمة المعلومات بين المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية، مما يسهم في تسريع العمليات وتقليل الأخطاء الناجمة عن الإدخال اليدوي وتحسين تدفق المعلومات بين الجهات المعنية. ويُعزز هذا التوجه قدرة المؤسسة على توظيف تحليلات البيانات في رصد أنماط الطلب على الخدمات والتنبؤ بالاحتياجات المستقبلية وتخصيص الموارد بشكل استباقي.

❑ الاستراتيجية الثانية: تطبيق منهجيات إدارة الجودة الشاملة والتحسين المستمر

تُشكل منهجيات إدارة الجودة الشاملة (TQM) والتحسين المستمر (Kaizen) إطاراً فلسفياً وعملياً لتحسين الأداء الصحي من خلال إشراك جميع العاملين في عملية التحسين وتبني مبدأ التركيز على المريض كنقطة انطلاق لكل جهود التطوير. ويُبرز (Bakare et al. (2024 أن تطبيق هذه المنهجيات في إدارات القبول والإحالات يتطلب تحليل العمليات الحالية وتحديد نقاط الاختناق والهدر ثم إعادة تصميمها بشكل يُقلل من الخطوات غير الضرورية ويُحسن من تدفق العمل. كما يُضيف العتيبي وكشك (2024) أن نجاح هذه المنهجيات يتوقف على مدى التزام القيادة الإدارية بدعمها وتوفير الموارد اللازمة لتنفيذها وبناء ثقافة تنظيمية تتقبل التغيير وتُشجّع على المبادرة.

❑ الاستراتيجية الثالثة: تطوير الكفاءات البشرية والتدريب المستمر

يُشكل العنصر البشري الركيزة الأساسية لأي جهود تحسين، إذ إن الأنظمة والتقنيات مهما بلغت تطورها تظل رهينةً بقدرة العاملين على توظيفها بفعالية. ويُشير (Ajilouni and Effendi (2025 إلى أن تطوير كفاءات العاملين في إدارات القبول والإحالات الطبية يتضمن التدريب على المهارات الإدارية الأساسية كالخطيط والتنظيم وإدارة الوقت واتخاذ القرار، فضلاً عن المهارات التقنية المتعلقة باستخدام الأنظمة الرقمية والمهارات التواصلية اللازمة للتعامل مع المرضى وذوهم. ويُضيف (Makhmudova et al. (2020 أن

برامج التدريب ينبغي أن تكون مستمرة ومبنية على تحليل دقيق للفجوات في الكفاءات وأن تتضمن آليات لتقييم أثرها الفعلي على الأداء.

❏ الاستراتيجية الرابعة: تعزيز حوكمة الأداء ونظم القياس والمتابعة

تتطلب عملية تحسين الأداء الصحي وجود نظم قياس ومتابعة فعّالة تُمكن من رصد مؤشرات الأداء بشكل دوري وتحديد الانحرافات واتخاذ الإجراءات التصحيحية في الوقت المناسب. ويُشير Al Khafaji and Ibrahim (2024) إلى أهمية تبني بطاقة الأداء المتوازن كأداة شاملة تربط بين المؤشرات المالية وغير المالية وتُتيح رؤية متكاملة لأداء المؤسسة من أربعة منظورات هي: المنظور المالي ومنظور العمليات الداخلية ومنظور التعلّم والنمو ومنظور المريض. ويُضيف العراجي وعباس (2025) أن حوكمة الأداء تتطلب أيضاً وجود آليات واضحة للمسؤولية والمحاسبية وربط مؤشرات الأداء بأنظمة الحوافز والمكافآت بما يُحفّز العاملين على السعي نحو تحقيق المستهدفات.

❏ الاستراتيجية الخامسة: تحسين تدفق المرضى وإدارة الطاقة الاستيعابية

تُعَدّ إدارة تدفق المرضى من أكثر الاستراتيجيات ارتباطاً بعمل إدارة القبول والإحالات الطبية، إذ تهدف إلى ضمان انسيابية حركة المرضى عبر مراحل الرعاية المختلفة دون اختناقات أو تأخيرات غير مبرّرة. ويُشير خميس وحمد (2024) إلى أن تحسين تدفق المرضى يتطلب فهماً عميقاً لأنماط الطلب الموسمية واليومية والساعية وتخطيطاً استباقياً لتخصيص الموارد وفقاً لذلك. كما يُبرز Zeynullagil (2022) أهمية التنسيق بين إدارة القبول وإدارة الأسرة وأقسام الطوارئ لضمان التخصيص الفوري للأسرة المتاحة وتقليل فترات الانتظار في أقسام الطوارئ والعيادات الخارجية. وقد أسهمت الأنظمة الإلكترونية لإدارة الأسرة والإحالات في تسريع هذه العملية في عدد من المستشفيات السعودية.

❏ الاستراتيجية السادسة: تبني ثقافة السلامة والتعلّم من الأخطاء

يُشير الدويك وآخرون (2021) إلى أن تبني ثقافة السلامة يُعَدّ شرطاً أساسياً لتحسين الأداء الصحي المستدام، وتتضمن هذه الثقافة تشجيع العاملين على الإبلاغ عن الأخطاء والحوادث الوشيكة دون

خوف من العقاب وتحليل الأسباب الجذرية ووضع إجراءات وقائية تمنع تكرارها. ويرتبط ذلك بإدارة القبول والإحالات من خلال ضرورة وضع بروتوكولات واضحة للتحقق من هوية المريض ودقة بياناته وصحة توجيه الإحالة، مع وجود آليات مراجعة دورية للحالات التي شهدت أخطاء أو تأخيرات. ويُضيف سليمان وحمد (2021) أن ثقافة السلامة تتطلب قيادة ملتزمة وتواصلاً مفتوحاً وشفافاً بين جميع المستويات الإدارية والتنفيذية.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

1.3 تمهيد

ويتناول هذا الفصل وصفاً تفصيلياً لمنهج الدراسة المستخدم، ومجتمع الدراسة وعينها وأسلوب اختيارها، فضلاً عن أداة الدراسة المتمثلة في الاستبانة وكيفية بنائها، ثم التحقق من صدقها وثباتها، وأخيراً الأساليب الإحصائية التي اعتمدت في تحليل البيانات واستخلاص النتائج. وقد حرصت الباحثة على اتباع إجراءات منهجية دقيقة تضمن موضوعية النتائج وقابليتها للتعميم في حدود مجتمع الدراسة.

2.3 منهج الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي بوصفه المنهج الأنسب لطبيعة الدراسة وأهدافها، حيث يسعى هذا المنهج إلى وصف الظاهرة محل الدراسة كما هي في الواقع وصفاً دقيقاً، ثم تحليل العلاقات بين متغيراتها للوصول إلى استنتاجات علمية قائمة على الأدلة. ويتميز هذا المنهج بقدرته على الجمع بين الوصف الكمي والتحليل الإحصائي، مما يتيح التعرف على مستوى الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية بأبعادها الأربعة (التخطيط، التنظيم، إدارة الوقت، اتخاذ القرار)، وكذلك قياس مستوى الأداء الصحي في المستشفيات، ثم تحليل أثر المتغير المستقل على المتغير التابع واختبار الفرضيات المتعلقة بذلك. وقد تم جمع البيانات الأولية من خلال أداة الاستبانة التي صُممت خصيصاً لهذا الغرض، إلى جانب الاستعانة بالمصادر الثانوية من كتب ودوريات علمية ورسائل جامعية وتقارير رسمية لبناء الإطار النظري.

3.3 مجتمع الدراسة وعينتها

مجتمع الدراسة

يتكوّن مجتمع الدراسة من جميع العاملين في إدارات القبول والإحالات الطبية في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض التابعة لوزارة الصحة، ويشمل ذلك مديري الإدارات ورؤساء الأقسام والموظفين الإداريين والفنيين العاملين في أقسام القبول والتنويم والإحالات الطبية الداخلية والخارجية. وقد تم حصر مجتمع الدراسة في 8 مستشفيات حكومية كبرى بمدينة الرياض يبلغ إجمالي العاملين في إدارات القبول والإحالات الطبية فيها 346 موظفاً وموظفة وفقاً لبيانات إدارات الموارد البشرية في تلك المستشفيات.

عينة الدراسة

نظراً لمحدودية حجم مجتمع الدراسة نسبياً، تم اعتماد أسلوب العينة الطبقية العشوائية لضمان تمثيل جميع المستويات الوظيفية والمستشفيات بشكل متناسب. وقد تم تحديد حجم العينة المطلوب باستخدام معادلة ستيفن ثامبسون (Thompson) عند مستوى ثقة 95% وهامش خطأ 5%، وبلغ الحجم المحسوب 183 مفردة. وقد تم توزيع 210 استبانات لتعويض الفاقد المتوقع، واسترُدّ منها 198 استبانة، استُبعدت 12 استبانة لعدم اكتمال البيانات أو وجود نمط إجابة موحد، ليصبح عدد الاستبانات الصالحة للتحليل 186 استبانة بنسبة استرداد صالحة بلغت 88.6% من إجمالي الاستبانات الموزعة، وهي نسبة مقبولة إحصائياً.

جدول (1) توزيع الاستبانات على المستشفيات

م	المستشفى	عدد العاملين في إدارة القبول والإحالات	عدد		
			الاستبانات الموزعة	الاستبانات المستردة	الصالحة للتحليل

32	34	35	58	مستشفى الملك فهد الطبية	1
28	30	32	52	مستشفى الملك خالد الجامعي	2
24	26	27	45	مستشفى الأمير محمد بن عبدالعزيز	3
23	24	26	42	مستشفى اليمامة	4
21	23	24	40	مستشفى الإيمان العام	5
21	22	24	39	مستشفى الملك سلمان	6
20	21	22	37	مستشفى الملك سعود للصدرية	7
17	18	20	33	مستشفى الملك فيصل التخصصي (فرع الرياض)	8
186	198	210	346	الإجمالي	

4.3 أداة الدراسة (الاستبانة)

تم تصميم استبانة مُحكَّمة كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية، وقد مرّت عملية بنائها بعدة مراحل شملت مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة ذات الصلة، ثم صياغة الفقرات الأولية، ثم عرضها على المحكّمين، ثم التعديل في ضوء ملاحظاتهم، وأخيراً تطبيق الاستبانة الاستطلاعية للتحقق من صدقها وثباتها. وقد تكوّنت الاستبانة في صورتها النهائية من ثلاثة أقسام:

✕ القسم الأول: البيانات الديموغرافية، ويشمل 5 فقرات تتعلق بالجنس والعمر والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة والمستوى الوظيفي.

✕ القسم الثاني: المتغير المستقل – الكفاءة الإدارية، ويتكوّن من 4 أبعاد يضم كل بُعد 4 فقرات، بإجمالي 16 فقرة، موزّعة كالتالي:

الجدول (2) المتغير المستقل – الكفاءة الإدارية

البُعد	أرقام الفقرات	عدد الفقرات
التخطيط	1 – 2 – 3 – 4	4
التنظيم	5 – 6 – 7 – 8	4

البُعد	أرقام الفقرات	عدد الفقرات
إدارة الوقت	9 – 10 – 11 – 12	4
اتخاذ القرار	13 – 14 – 15 – 16	4
الإجمالي	1 – 16	16

✕ القسم الثالث: المتغير التابع – تحسين الأداء الصحي، وهو أحادي المحور ويتكوّن من 12 فقرة بأرقام

متسلسلة من 17 إلى 28.

الجدول (3) المتغير التابع – تحسين الأداء الصحي

عدد الفقرات	أرقام الفقرات	المحور
12	17 – 18 – 19 – 20 – 21 – 22 – 23 – 24 – 25 – 26 – 27 – 28	تحسين الأداء الصحي في المستشفيات

وبذلك يبلغ إجمالي فقرات الاستبانة 28 فقرة (بخلاف البيانات الديموغرافية)، وقد تم استخدام

مقياس ليكرت الخماسي للإجابة عن جميع الفقرات وفق التدرّج التالي:

الجدول (4) مقياس ليكرت الخماسي

الدرجة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	2	3	4	5	

5.4 صدق أداة الدراسة

الصدق الظاهري (صدق المحكمين)

تم عرض الاستبانة في صورتها الأولى على 7 محكمين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في إدارة الأعمال والإدارة الصحية في عدد من الجامعات السعودية، وذلك للتحقق من وضوح الصياغة اللغوية ومناسبة كل فقرة للبُعد الذي تنتمي إليه وشمولية الأداة لجوانب الموضوع وملاءمة المقياس المستخدم. وقد أبدى المحكمون ملاحظاتهم التي تمحورت حول إعادة صياغة بعض الفقرات لتكون أكثر وضوحاً، وحذف فقرتين مكررتين، وإضافة فقرة واحدة. وتم إجراء التعديلات اللازمة في ضوء ملاحظات المحكمين التي حظيت بنسبة اتفاق 80% فأكثر.

الصدق البنائي

تم التحقق من الصدق البنائي بحساب معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل بُعد والدرجة الكلية للاستبانة:

جدول (5): معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للاستبانة

البُعد / المحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى الدلالة
التخطيط	0.867	0.000**
التنظيم	0.841	0.000**
إدارة الوقت	0.878	0.000**
اتخاذ القرار	0.893	0.000**
تحسين الأداء الصحي	0.912	0.000**

تُشير النتائج إلى أن جميع الأبعاد والمحاور ترتبط بالدرجة الكلية للاستبانة بمعاملات ارتباط مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يؤكد تمتع الأداة بدرجة عالية من الصدق البنائي.

6.3 ثبات أداة الدراسة

تم التحقق من ثبات الاستبانة باستخدام طريقتين:

1. معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)

جدول (6): معاملات ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد ومحاور الاستبانة

البُعد / المحور	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
التخطيط	4	0.867
التنظيم	4	0.842
إدارة الوقت	4	0.873
اتخاذ القرار	4	0.889
إجمالي الكفاءة الإدارية	16	0.924
تحسين الأداء الصحي	12	0.917
الاستبانة ككل	28	0.938

2. طريقة التجزئة النصفية (Split-Half)

جدول (7): معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية

البُعد / المحور	معامل ارتباط النصفين	معامل سبيرمان - براون	معامل جتمان
التخطيط	0.798	0.888	0.884
التنظيم	0.774	0.873	0.869
إدارة الوقت	0.806	0.893	0.890
اتخاذ القرار	0.821	0.902	0.899

المُبد / المحور	معامل ارتباط النصفين	معامل سبيرمان – براون	معامل جتمان
تحسين الأداء الصحي	0.845	0.916	0.913
الاستبانة ككل	0.862	0.926	0.923

يتبين من الجدولين (6) و(7) أن جميع معاملات الثبات مرتفعة وتتجاوز الحد الأدنى المقبول أكاديمياً (0.70)، حيث تراوحت معاملات ألفا كرونباخ بين (0.842) و(0.917) للأبعاد والمحاور، وبلغ معامل الثبات الكلي (0.938)، كما تراوحت معاملات سبيرمان – براون بين (0.873) و(0.926). وتدلل هذه القيم على أن الأداة تتمتع بدرجة عالية من الثبات والاستقرار تُعزّز من الاطمئنان إلى نتائجها.

7.3 مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة

تم حساب مصفوفة ارتباط بيرسون بين جميع أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع على عينة الدراسة الأساسية (ن = 186) وذلك للكشف عن طبيعة العلاقات الارتباطية واتجاهها وقوتها قبل الانتقال إلى تحليل الانحدار.

جدول (8): مصفوفة ارتباط بيرسون بين أبعاد الكفاءة الإدارية وتحسين الأداء الصحي (ن = 186)

تحسين الأداء الصحي	التخطيط	التنظيم	إدارة الوقت	اتخاذ القرار	الكفاءة الإدارية (كلي)
	1.000				
	0.683**	1.000			
	0.614**	0.702**	1.000		
	0.647**	0.658**	0.721**	1.000	

	1.000	0.876**	0.867**	0.879**	0.854**	الكفاءة الإدارية (كلي)
1.000	0.812**	0.763**	0.741**	0.718**	0.694**	تحسين الأداء الصحي

**دالة عند مستوى (0.01)

يتضح من مصفوفة الارتباط عدة نتائج جوهرية. أولاً، جميع معاملات الارتباط بين أبعاد الكفاءة الإدارية وتحسين الأداء الصحي جاءت موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يؤكد وجود علاقة طردية بين المتغيرين. ثانياً، تراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والمتغير التابع بين (0.694) للتخطيط و(0.763) لاتخاذ القرار، مما يُشير إلى أن بُعد اتخاذ القرار هو الأكثر ارتباطاً بتحسين الأداء الصحي يليه بُعد إدارة الوقت (0.741) ثم التنظيم (0.718) وأخيراً التخطيط. (0.694) ثالثاً، بلغ معامل الارتباط بين الكفاءة الإدارية ككل وتحسين الأداء الصحي (0.812) وهي قيمة مرتفعة تدل على علاقة طردية قوية. رابعاً، تراوحت معاملات الارتباط البينية بين أبعاد المتغير المستقل بين (0.614) و(0.721)، وهي قيم تدل على ارتباط متوسط إلى قوي مع عدم وصولها إلى مستوى التعدد الخطي (0.90 فأعلى)، مما يُبرز إدراج جميع الأبعاد في نموذج الانحدار المتعدد دون مشكلات إحصائية.

8.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة

تم تحليل بيانات الدراسة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS v.28)، وقد اعتمدت الأساليب الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسب المئوية: لوصف الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة وتوزيع استجاباتها على فقرات الاستبانة.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لتحديد مستوى استجابات أفراد العينة على كل فقرة وبُعد ومحور، وترتيب الأبعاد وفقاً لأهميتها النسبية.

- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للتحقق من صدق الاتساق الداخلي والصدق البنائي للأداة، وكذلك لحساب مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة.
- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) للتحقق من ثبات أداة الدراسة ومدى اتساقها الداخلي.
- معامل التجزئة النصفية (Split-Half) ومعادلتا سبيرمان – براون وجتمان: كطريقة إضافية للتحقق من ثبات الأداة.
- اختبار كولموغوروف – سميرونوف (Kolmogorov-Smirnov) للتحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات كشرط أساسي لاستخدام الاختبارات المعلمية.
- تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لاختبار أثر كل بُعد من أبعاد الكفاءة الإدارية على حدة على تحسين الأداء الصحي (اختبار الفرضيات الفرعية).
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression) لاختبار الأثر المشترك لأبعاد الكفاءة الإدارية مجتمعةً على تحسين الأداء الصحي (اختبار الفرضية الرئيسية)، ولتحديد الأهمية النسبية لكل بُعد في تفسير التباين في المتغير التابع.
- معامل التضخم في التباين (VIF) واختبار التباين المسموح (Tolerance) للكشف عن مشكلة التعدد الخطي بين المتغيرات المستقلة في نموذج الانحدار المتعدد.
- اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent Samples T-Test) للكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في استجابات أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس.
- اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في استجابات أفراد العينة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية متعددة الفئات (العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المستوى الوظيفي).
- اختبار المقارنات البعدية (Scheffé Post Hoc Test) لتحديد اتجاه الفروق ومصدرها في حالة وجود فروق دالة إحصائية في تحليل التباين الأحادي.

الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات

1.4 تمهيد

يتناول هذا الفصل عرضاً تفصيلياً لنتائج التحليل الإحصائي للبيانات التي تم جمعها من خلال أداة الدراسة (الاستبانة)، وذلك بهدف الإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها. ويبدأ الفصل بعرض تحليل البيانات الديموغرافية لأفراد العينة، ثم ينتقل إلى التحليل الوصفي لاستجابات أفراد العينة على كل بُعد من أبعاد المتغير المستقل (الكفاءة الإدارية) ومحور المتغير التابع (تحسين الأداء الصحي)، وأخيراً يستعرض نتائج اختبار الفرضيات باستخدام تحليل الانحدار المتعدد والبسيط. وقد تم إجراء جميع التحليلات باستخدام برنامج (SPSS v.28)، مع اعتماد مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) معياراً للحكم على الدلالة الإحصائية.

2.4 تحليل البيانات الديموغرافية

جدول (9): توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس (ن = 186)

الجنس	التكرار	النسبة المئوية%
ذكر	79	42.5
أنثى	107	57.5
الإجمالي	186	100.0

يتّضح من الجدول (9) أن الإناث يُشكّلن الغالبية من أفراد العينة بنسبة (57.5%)، بينما بلغت نسبة الذكور (42.5%). ويُعكس هذا التوزيع طبيعة العمل في إدارات القبول والإحالات الطبية التي تستقطب نسبة أعلى من الكوادر النسائية في المستشفيات السعودية، وهو ما يتّسق مع توجّهات رؤية المملكة 2030 في تمكين المرأة وزيادة مشاركتها في سوق العمل.

جدول (10): توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير العمر (ن = 186)

الفئة العمرية	التكرار	النسبة المئوية%
أقل من 30 سنة	38	20.4
من 30 إلى أقل من 40	72	38.7
من 40 إلى أقل من 50	53	28.5
50 سنة فأكثر	23	12.4
الإجمالي	186	100.0

يُظهر الجدول (10) أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي فئة (30 – أقل من 40 سنة) بنسبة (38.7%)، تليها فئة (40 – أقل من 50 سنة) بنسبة (28.5%)، مما يُشير إلى أن غالبية أفراد العينة يقعون في مرحلة النضج المهني التي تجمع بين الخبرة العملية والقدرة على التطوير والتجديد.

جدول (11): توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير المؤهل العلمي (ن = 186)

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية%
دبلوم	41	22.0
بكالوريوس	104	55.9
ماجستير فأعلى	41	22.1
الإجمالي	186	100.0

يكشف الجدول (11) عن أن أكثر من نصف أفراد العينة (55.9%) يحملون درجة البكالوريوس، وأن نسبة الحاصلين على الماجستير فأعلى بلغت (22.1%)، وهو ما يعكس مستوى تعليمياً مرتفعاً نسبياً لدى العاملين في إدارات القبول والإحالات الطبية ويُبنى بقدرتهم على استيعاب متطلبات التطوير الإداري.

جدول (12): توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير سنوات الخبرة (ن = 186)

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية %
أقل من 5 سنوات	34	18.3
من 5 إلى أقل من 10	68	36.6
من 10 إلى أقل من 15	52	27.9
15 سنة فأكثر	32	17.2
الإجمالي	186	100.0

يوضّح الجدول (12) أن الفئة الأكثر تمثيلاً هي فئة (5 – أقل من 10 سنوات) بنسبة (36.6%)، وأن أكثر من (81%) من أفراد العينة يمتلكون خبرة لا تقل عن خمس سنوات، مما يُشير إلى أن العينة تتمتع برصيد خبراتي كافٍ يُعزّز من مصداقية استجاباتهم.

جدول (13): توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير المستوى الوظيفي (ن = 186)

المستوى الوظيفي	التكرار	النسبة المئوية %
مدير إدارة / رئيس قسم	29	15.6
مشرف / منسق	48	25.8
موظف إداري / فني	109	58.6
الإجمالي	186	100.0

يُبيّن الجدول (13) أن الموظفين الإداريين والفنيين يُمثّلون النسبة الأكبر (58.6%)، يليهم المشرفون والمنسقون (25.8%)، ثم مديرو الإدارات ورؤساء الأقسام (15.6%). ويُعدّ هذا التوزيع طبيعياً ومنسجماً مع الهيكل التنظيمي لإدارات القبول والإحالات، حيث تُشكّل القاعدة التنفيذية الشريحة الأوسع.

3.4 التحليل الوصفي لاستجابات أفراد العينة

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على فقرات كل بُعد ومحور، واعتمد المعيار التالي للحكم على مستوى الاستجابة وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي: من (1.00) إلى (2.33) مستوى منخفض، ومن (2.34) إلى (3.66) مستوى متوسط، ومن (3.67) إلى (5.00) مستوى مرتفع.

البعد الأول: التخطيط

جدول (14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التخطيط (ن = 186)

المرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	2	يتم وضع خطط تشغيلية واضحة لإدارة القبول والإحالات تتضمن أهدافاً محددة وقابلة للقياس	3.91	0.874	مرتفع
2	1	تقوم الإدارة بالتنبؤ بأعداد المرضى المتوقعين وتخصيص الموارد اللازمة وفقاً لذلك	3.84	0.921	مرتفع
3	4	يتم مراجعة الخطط التشغيلية دورياً وتحديثها في ضوء المتغيرات والمستجدات	3.72	0.938	مرتفع
4	3	تشارك جميع المستويات الوظيفية في عملية التخطيط لضمان شمولية الرؤية وواقعية الأهداف	3.58	0.963	متوسط

المتوسط العام لبُعد التخطيط	3.76	0.762	مرتفع
-----------------------------	------	-------	-------

يتبين من الجدول (14) أن المتوسط العام لبُعد التخطيط بلغ (3.76) بانحراف معياري (0.762) وبمستوى مرتفع، مما يُشير إلى أن العاملين في إدارات القبول والإحالات الطبية يُدركون أهمية التخطيط ويمارسونه بدرجة جيدة. وقد احتلت الفقرة (2) المتعلقة بوضع خطط تشغيلية واضحة المرتبة الأولى بمتوسط (3.91)، بينما جاءت الفقرة (3) المتعلقة بالمشاركة في التخطيط في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.58) وبمستوى متوسط، مما قد يُشير إلى وجود مركزية نسبية في عملية التخطيط.

البُعد الثاني: التنظيم

جدول (15): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التنظيم (ن = 186)

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	6	يوجد توصيف وظيفي واضح ومحدّث لجميع الوظائف في إدارة القبول والإحالات	3.87	0.852	مرتفع
2	5	يتميّز الهيكل التنظيمي لإدارة القبول والإحالات بالوضوح وتحديد خطوط السلطة والمسؤولية	3.79	0.889	مرتفع
3	7	يتم توزيع المهام والصلاحيات بين العاملين بشكل يضمن التوازن ويمنع الازدواجية	3.68	0.942	مرتفع

متوسط	0.957	3.61	توجد إجراءات عمل معيارية موثقة لجميع عمليات القبول والإحالة يلتزم بها العاملون	8	4
مرتفع	0.781	3.74	المتوسط العام لبُعد التنظيم		

يُظهر الجدول (15) أن المتوسط العام لبُعد التنظيم بلغ (3.74) بمستوى مرتفع، وقد جاءت الفقرة (6) المتعلقة بالتوصيف الوظيفي في المرتبة الأولى بمتوسط (3.87)، في حين احتلت الفقرة (8) المتعلقة بإجراءات العمل المعيارية الموثقة المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.61) وبمستوى متوسط، وهو ما قد يُشير إلى حاجة بعض المستشفيات إلى تعزيز التوثيق المعياري لإجراءات القبول والإحالة.

البُعد الثالث: إدارة الوقت

جدول (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة الوقت (ن = 186)

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	10	يتم تحديد أوقات معيارية لإنجاز كل مرحلة من مراحل القبول والإحالة والالتزام بها	3.82	0.897	مرتفع
2	9	يُحسن العاملون ترتيب أولويات المهام وفقاً لدرجة الاستعجال والأهمية	3.78	0.912	مرتفع
3	12	تُوظف الأنظمة الإلكترونية لتسريع إجراءات القبول والإحالة وتقليل فترات الانتظار	3.69	0.954	مرتفع

4	11	يتم تفويض بعض المهام الروتينية للمستويات الأدنى لتوفير وقت المشرفين للمهام الأكثر أهمية	3.53	0.978	متوسط
		المتوسط العام لُبُعد إدارة الوقت	3.71	0.793	مرتفع

يُشير الجدول (16) إلى أن المتوسط العام لُبُعد إدارة الوقت بلغ (3.71) بمستوى مرتفع، وقد تصدّرت الفقرة (10) المتعلقة بتحديد أوقات معيارية المرتبة الأولى بمتوسط (3.82)، بينما جاءت الفقرة (11) المتعلقة بالتفويض في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.53) وبمستوى متوسط، مما يُلَمِّح إلى تحفّظ نسبي في ممارسة التفويض لدى بعض المشرفين في إدارات القبول والإحالات.

البُعد الرابع: اتخاذ القرار

جدول (17): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد اتخاذ القرار (ن = 186)

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	14	يتم جمع المعلومات الكافية وتحليلها قبل اتخاذ القرارات المتعلقة بقبول المرضى وإحالتهم	3.89	0.861	مرتفع
2	16	يتم تقييم نتائج القرارات المتخذة والاستفادة من التغذية الراجعة لتحسين القرارات المستقبلية	3.81	0.892	مرتفع
3	13	يملك العاملون صلاحيات كافية لاتخاذ قرارات فورية في الحالات الطارئة دون الرجوع للمستويات الأعلى	3.63	0.968	متوسط

4	15	تتوفّر بدائل متعددة عند اتخاذ القرارات ويتم المفاضلة بينها وفق معايير موضوعية واضحة	3.57	0.981	متوسط
المتوسط العام لبُعد اتخاذ القرار			3.73	0.788	مرتفع

يتبيّن من الجدول (17) أن المتوسط العام لبُعد اتخاذ القرار بلغ (3.73) بمستوى مرتفع، وقد جاءت الفقرة (14) المتعلقة بجمع المعلومات وتحليلها قبل القرار في المرتبة الأولى بمتوسط (3.89)، بينما حلّت الفقرة (15) المتعلقة بتوفّر البدائل والمعايير الموضوعية في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.57) وبمستوى متوسط، مما قد يعكس اعتماد بعض العاملين على الخبرة الشخصية أكثر من المنهجية المعيارية في صنع القرار.

المتغير التابع: تحسين الأداء الصحي في المستشفيات

جدول (18): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات محور تحسين الأداء الصحي (ن) =

(186)

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	20	تسعى الإدارة إلى تقليل فترات انتظار المرضى في جميع مراحل القبول والتحويل	3.94	0.843	مرتفع
2	17	يتم تقديم الخدمات الصحية وفقاً لمعايير الجودة المعتمدة من الجهات الرقابية	3.88	0.867	مرتفع

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
3	22	تتوفّر آليات فعّالة للتنسيق بين إدارة القبول والإحالات والأقسام الطبية التخصصية	3.83	0.885	مرتفع
4	26	يتم قياس مؤشرات الأداء الصحي بشكل دوري واستخدام نتائجها في التحسين المستمر	3.79	0.901	مرتفع
5	19	تُسهم الأنظمة الإلكترونية المستخدمة في تسريع إجراءات الإحالة وتقليل الأخطاء الإدارية	3.76	0.914	مرتفع
6	24	يتم التعامل مع شكاوى المرضى بجدية وسرعة ويُستفاد منها في تطوير الخدمات	3.74	0.923	مرتفع
7	28	تتبنّى الإدارة ثقافة التحسين المستمر وتُشجّع العاملين على تقديم مبادرات تطويرية	3.71	0.932	مرتفع
8	21	يحصل المريض على معلومات واضحة ودقيقة عن حالته وإجراءات قبوله والمواعيد المتوقعة	3.68	0.941	مرتفع
9	23	يتم الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية المتاحة في تقديم الخدمات الصحية	3.64	0.948	متوسط

الرتبة	رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
10	18	يُسهم نظام الإحالات الطبية في توجيه المريض إلى التخصص المناسب من المرة الأولى	3.61	0.956	متوسط
11	27	توجد برامج تدريبية مستمرة للعاملين في القبول والإحالات لتحسين مهاراتهم الإدارية والتقنية	3.54	0.974	متوسط
12	25	تتوافق مخرجات إدارة القبول والإحالات مع مستهدفات برنامج تحول القطاع الصحي ضمن رؤية 2030	3.49	0.987	متوسط
		المتوسط العام لمحور تحسين الأداء الصحي	3.72	0.748	مرتفع

يتّضح من الجدول (18) أن المتوسط العام لمحور تحسين الأداء الصحي بلغ (3.72) بانحراف معياري (0.748) وبمستوى مرتفع، مما يُشير إلى تقييم إيجابي من قِبل أفراد العينة لمستوى الأداء الصحي في مستشفياتهم. وقد تصدّرت الفقرة (20) المتعلقة بتقليل فترات الانتظار المرتبة الأولى بمتوسط (3.94)، وهو ما يعكس اهتماماً واضحاً بهذا الجانب الذي يُعدّ من أبرز مؤشرات كفاءة إدارة القبول والإحالات. في حين جاءت الفقرة (25) المتعلقة بالتوافق مع مستهدفات رؤية 2030 في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.49) وبمستوى متوسط، مما قد يُشير إلى الحاجة إلى مزيد من الربط الاستراتيجي بين الممارسات اليومية في إدارات القبول والإحالات والأهداف الكبرى لبرنامج التحول الصحي.

ملخص التحليل الوصفي لجميع الأبعاد والمحاور

جدول (19): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وترتيب أبعاد الكفاءة الإدارية والمتغير

التابع

الرتبة	البعد / المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	التخطيط	3.76	0.762	مرتفع
2	التنظيم	3.74	0.781	مرتفع
3	اتخاذ القرار	3.73	0.788	مرتفع
4	إدارة الوقت	3.71	0.793	مرتفع
	المتوسط العام للكفاءة الإدارية	3.74	0.714	مرتفع
	تحسين الأداء الصحي	3.72	0.748	مرتفع

يكشف الجدول (20) عن تقارب مستويات أبعاد الكفاءة الإدارية الأربعة، حيث تراوحت متوسطاتها بين (3.71) و(3.76)، وجاء بُعد التخطيط في المرتبة الأولى يليه التنظيم ثم اتخاذ القرار وأخيراً إدارة الوقت. وبلغ المتوسط العام للكفاءة الإدارية (3.74) بمستوى مرتفع، وهو ما يُقارب المتوسط العام لتحسين الأداء الصحي (3.72).

4.4 اختبار فرضيات الدراسة

التحقق من الفرضية الرئيسية

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية بأبعادها (التخطيط، التنظيم، إدارة الوقت، اتخاذ القرار) على تحسين الأداء الصحي في المستشفيات في ضوء رؤية المملكة 2030".

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression) بهدف قياس تأثير أبعاد الكفاءة الإدارية (كعوامل مستقلة) على تحسين الأداء الصحي (كعامل تابع). وقد جاءت نتائج التحليل كما يلي:

جدول (20): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد الكفاءة الإدارية على تحسين الأداء الصحي

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار B	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة Sig.
(Constant) المقدار الثابت	0.463	3.247	0.001**
التخطيط	0.189	3.412	0.001**
التنظيم	0.214	3.876	0.000**
إدارة الوقت	0.267	4.523	0.000**
اتخاذ القرار	0.298	5.147	0.000**
معامل الارتباط $R = 0.847$	معامل التحديد $R^2 = 0.717$		
قيمة الاختبار $F = 114.638$	القيمة الاحتمالية $\text{Sig. } F = 0.000$		

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

تُشير نتائج تحليل الانحدار المتعدد الموضحة في الجدول (20) إلى وجود علاقة تأثيرية دالة إحصائياً بين أبعاد الكفاءة الإدارية كمتغيرات مستقلة وتحسين الأداء الصحي كمتغير تابع. فقد بلغ معامل التحديد (R^2) قيمة قدرها (0.717)، وهي نسبة مرتفعة تدل على أن (71.7%) من التباين في مستوى تحسين الأداء الصحي في المستشفيات يمكن تفسيره من خلال المتغيرات الأربعة المتعلقة بالكفاءة الإدارية، فيما تُعزى النسبة المتبقية (28.3%) إلى عوامل أخرى لم تتضمنها الدراسة. كما تُشير قيمة معامل الارتباط ($R = 0.847$) إلى وجود ارتباط قوي بين المتغيرات المدروسة، وأكدت قيمة F المحسوبة (114.638) بمستوى دلالة (0.000) معنوية النموذج ككل.

أما على مستوى الأبعاد الفردية، فقد تبين أن بُعد اتخاذ القرار هو الأكثر تأثيراً على تحسين الأداء الصحي، حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.298$) وبلغت قيمة ($T = 5.147$) بدلالة معنوية عالية ($Sig. = 0.000$) ويؤكد ذلك الدور الحاسم الذي يلعبه اتخاذ القرارات السريعة والدقيقة في إدارة القبول والإحالات في تحسين سرعة ونوعية الرعاية الصحية المقدمة. كما أظهرت النتائج أن إدارة الوقت تحتل المرتبة الثانية في التأثير ($B = 0.267, T = 4.523, Sig. = 0.000$)، مما يعكس أهمية الالتزام بالجدول الزمنية المعيارية وتقليل فترات الانتظار في رفع مستوى الأداء الصحي. ويليه بُعد التنظيم ($B = 0.214, T = 3.876, Sig. = 0.000$) والذي يبرز أثر وضوح الهياكل والإجراءات في ضمان انسيابية العمل، وأخيراً بُعد التخطيط ($B = 0.189, T = 3.412, Sig. = 0.001$) الذي يساهم في رسم المسار الاستباقي لإدارة تدفق المرضى وتخصيص الموارد.

وبناءً على ذلك، تؤكد هذه النتائج صحة الفرضية الرئيسية للدراسة، حيث يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) للكفاءة الإدارية بأبعادها المجتمعة على تحسين الأداء الصحي في المستشفيات.

التحقق من الفرضيات الفرعية

الفرضية الفرعية الأولى

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد التخطيط لدى العاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية على تحسين الأداء الصحي في المستشفيات".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (21): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التخطيط على تحسين الأداء الصحي

ANOVA						تحليل التباين		ملخص		المتغير
المعاملاتCoefficients				المتغير						التابع
				المستقل						النموذج
Sig. t	T	الخطأ المعياري	B	التخطيط	Sig. F	F	درجة الحرية df	معامل التحديد r ²	معامل الارتباط r	تحسين الأداء الصحي
0.000	13.086	0.052	0.682		0.000	171.236	1	0.482	0.694	

تُشير نتائج الجدول (21) إلى أن معامل الارتباط (r) بلغ (0.694)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة متوسطة إلى قوية بين بُعد التخطيط وتحسين الأداء الصحي. كما بلغت قيمة معامل التحديد (0.482) (R^2)، مما يُشير إلى أن (48.2%) من التباين في مستوى تحسين الأداء الصحي يمكن تفسيره من خلال بُعد التخطيط وحده دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى. وبالإطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت (171.236) بمستوى دلالة ($Sig. = 0.000$)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) مما يُعزّز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية. أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير ($B = 0.682$) بقيمة ($T = 13.086$) وهي دالة عند مستوى ($Sig. = 0.000$)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى التخطيط تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.682) في مستوى تحسين الأداء الصحي ضمن شروط النموذج. وبناءً على ذلك، تُقبل الفرضية الفرعية الأولى.

الفرضية الفرعية الثانية

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد التنظيم لدى العاملين في

إدارة القبول والإحالات الطبية على فعالية تنسيق الخدمات الصحية في المستشفيات".

جدول (23): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إدارة الوقت على تحسين الأداء الصحي

المتغير التابع	ملخص النموذج	تحليل التباين ANOVA							المتغير المستقل	
		معامل الارتباط r	معامل التحديد r ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	إدارة الوقت	B	الخطأ المعياري	T
تحسين الأداء الصحي		0.741	0.549	1	224.078	0.000		0.726	0.048	14.969
										Sig. t
										0.000

تكشف نتائج الجدول (23) عن وجود علاقة طردية قوية بين إدارة الوقت وتحسين الأداء الصحي ($r = 0.741$)، وبلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.549$) مما يُشير إلى أن بُعد إدارة الوقت يُفسّر (54.9%) من التباين في المتغير التابع وهي النسبة الأعلى مقارنةً بالبعدين السابقين. وبلغت قيمة F المحسوبة (224.078) بدلالة (0.000) مما يؤكد معنوية النموذج. كما بلغ معامل الانحدار ($B = 0.726$) بقيمة ($T = 14.969$) ودلالة (0.000)، وهو ما يُبرز الأثر الجوهري لإدارة الوقت في تقليل فترات الانتظار وتسريع إجراءات القبول والإحالة ورفع كفاءة تقديم الخدمة الصحية. وبناءً على ذلك، تُقبل الفرضية الفرعية الثالثة.

الفرضية الفرعية الرابعة

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لبُعد اتخاذ القرار لدى العاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية على سرعة ودقة تقديم الرعاية الصحية في المستشفيات".

جدول (24): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر اتخاذ القرار على تحسين الأداء الصحي

المتغير التابع	ملخص النموذج	تحليل التباين ANOVA							المتغير المستقل	
		معامل الارتباط r	معامل التحديد r ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	اتخاذ القرار	B	الخطأ المعياري	T
تحسين الأداء الصحي										Sig. t

0.000	16.011	0.047	0.748		0.000	256.342	1	0.582	0.763	
-------	--------	-------	-------	--	-------	---------	---	-------	-------	--

تُوضَّح نتائج الجدول (24) أن بُعد اتخاذ القرار يرتبط بعلاقة طردية قوية مع تحسين الأداء الصحي ($r = 0.763$) وهي أعلى قيمة ارتباط بين الأبعاد الأربعة والمتغير التابع. وبلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.582$) مما يعني أن هذا البُعد وحده يُفسَّر (58.2%) من التباين في تحسين الأداء الصحي وهي النسبة التفسيرية الأعلى بين جميع الأبعاد. وقد أُكِّدت قيمة F المحسوبة (256.342) بدلالة (0.000) معنوية النموذج، وبلغ معامل الانحدار ($B = 0.748$) بقيمة ($T = 16.011$) ودلالة (0.000). ويؤكد ذلك أن جودة عملية اتخاذ القرار في إدارة القبول والإحالات الطبية من حيث السرعة والدقة والاعتماد على المعلومات تُمثِّل العامل الأكثر تأثيراً في سرعة ودقة تقديم الرعاية الصحية للمرضى. وبناءً على ذلك، تُقبَل الفرضية الفرعية الرابعة.

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

1.5 تمهيد

يُمثل هذا الفصل خلاصة المسار البحثي للدراسة، إذ يستعرض أبرز النتائج التي أسفر عنها التحليل الإحصائي للبيانات ويُقدّم تفسيراً علمياً لكل نتيجة في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، ثم يطرح مجموعة من التوصيات العملية المبنية على تلك النتائج. وقد حرصت الباحثة على أن تكون النتائج مترابطة ومتسلسلة منطقياً، وأن تكون التوصيات قابلة للتطبيق ومرتبطة بالواقع الفعلي لإدارات القبول والإحالات الطبية في المستشفيات السعودية.

2.5 نتائج الدراسة

1. النتائج المتعلقة بمستوى الكفاءة الإدارية

النتيجة الأولى: أظهرت الدراسة أن المستوى العام للكفاءة الإدارية لدى العاملين في إدارات القبول والإحالات الطبية جاء مرتفعاً بمتوسط حسابي بلغ (3.74). ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الاهتمام المتزايد الذي توليه وزارة الصحة السعودية لتطوير الكوادر الإدارية ضمن برنامج تحول القطاع الصحي، فضلاً عن أن غالبية أفراد العينة يحملون مؤهلات جامعية ويمتلكون خبرات عملية لا تقل عن خمس سنوات مما يُساهم في رفع مستوى ممارساتهم الإدارية. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة العتيبي وكشك (2024) التي أشارت إلى أن الكوادر الإدارية في المنظمات الصحية السعودية تتمتع بمستوى كفاءة إدارية جيد يرتبط بالتأهيل الأكاديمي والتدريب المستمر، كما تتوافق جزئياً مع دراسة Al Khafaji and Ibrahim (2024) التي وجدت أن المؤسسات التي تستثمر في تطوير كفاءات موظفيها تحقق مستويات أعلى من الأداء الإداري.

النتيجة الثانية: احتلَّ بُعد التخطيط المرتبة الأولى بين أبعاد الكفاءة الإدارية بمتوسط (3.76)، يليه التنظيم (3.74)، ثم اتخاذ القرار (3.73)، وأخيراً إدارة الوقت (3.71). ويُفسّر تصدر التخطيط بأن

طبيعة عمل إدارات القبول والإحالات تفرض على العاملين ممارسة التخطيط بشكل يومي من حيث التنبؤ بأعداد المرضى وتخصيص الموارد وجدولة المواعيد، مما جعل هذه المهارة أكثر رسوخاً في الممارسة الفعلية. أما تأخر بُعد إدارة الوقت فقد يعود إلى ضغوط العمل المتزايدة وكثافة تدفق المرضى في بعض المستشفيات مما يُصعّب الالتزام الصارم بالأطر الزمنية المعيارية. وتتقاطع هذه النتيجة مع دراسة الدويك وآخرون (2021) التي وجدت أن التخطيط يُعدّ البُعد الأكثر ممارسة في المؤسسات الصحية، وتختلف جزئياً مع دراسة Soolaf and Sh (2023) التي وضعت التنظيم في المرتبة الأولى نظراً لاختلاف السياق المؤسسي.

النتيجة الثالثة: كشفت الدراسة أن فقرة المشاركة في التخطيط حصلت على أدنى متوسط ضمن بُعد التخطيط (3.58) بمستوى متوسط، مما يدل على وجود مركزية نسبية في صنع الخطط. ويُفسّر ذلك بأن ثقافة التخطيط التشاركي لا تزال في مراحل التبلور في بعض المستشفيات الحكومية، حيث يميل بعض المديرين إلى اتخاذ قرارات التخطيط بشكل فردي بسبب ضغوط الوقت أو الاعتقاد بأن ذلك يُسرّع العملية. وتتوافق هذه النتيجة مع ما أشار إليه نوفل وآخرون (2023) من أن المشاركة في التخطيط ترتبط بمناخ تنظيمي يُشجّع على إبداء الرأي وهو ما لا يتحقّق دائماً في البيئات الصحية ذات الطابع البيروقراطي.

النتيجة الرابعة: حصلت فقرة التفويض على أدنى متوسط ضمن بُعد إدارة الوقت (3.53) بمستوى متوسط، مما يكشف عن تحقّظ المشرفين في تفويض المهام الروتينية للمستويات الأدنى. ويُعزى ذلك إلى حساسية القرارات المتعلقة بالمرضى وخشية بعض المشرفين من تحمّل مسؤولية أخطاء الآخرين، إضافة إلى عدم وضوح حدود التفويض في بعض المستشفيات. وقد أكّدت دراسة Makhmudova et al (2020) أن ضعف ممارسة التفويض في المؤسسات الصحية يُمثّل عائقاً أمام الاستثمار الأمثل لوقت الكوادر القيادية ويزيد من أعبائهم التشغيلية.

النتيجة الخامسة: حصلت فقرة توفّر البدائل والمعايير الموضوعية في اتخاذ القرار على أدنى متوسط ضمن بُعد اتخاذ القرار (3.57) بمستوى متوسط. ويُفسّر ذلك بأن طبيعة العمل في إدارة القبول والإحالات تتطلب في كثير من الأحيان قرارات فورية في ظل محدودية الوقت المتاح، مما يدفع بعض العاملين إلى الاعتماد على الخبرة الشخصية والحدس أكثر من المنهجية المعيارية في تقييم البدائل. وتتسق هذه

النتيجة مع دراسة (Zeynullagil 2022) التي أشارت إلى أن القرارات الإدارية في القطاع الصحي كثيراً ما تُتخذ تحت ضغوط زمنية تُقلّل من إمكانية استخدام أساليب التحليل المنهجي الكامل.

2. النتائج المتعلقة بمستوى تحسين الأداء الصحي

النتيجة السادسة: جاء المستوى العام لتحسين الأداء الصحي في المستشفيات مرتفعاً بمتوسط حسابي (3.72) ويُفسّر ذلك بالجهود الكبيرة التي بذلتها المملكة في إطار برنامج تحول القطاع الصحي الذي ركّز على تسهيل الوصول للخدمات الصحية والرفع من جودتها وتعزيز التحول الرقمي مع التركيز على الوقاية والابتكار والاستدامة. وقد انعكست هذه الجهود على مستوى الأداء الفعلي في المستشفيات. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Jimoh 2025) التي أكّدت أن المؤسسات الصحية التي تعمل ضمن أطر استراتيجية وطنية واضحة تحقّق مستويات أداء أعلى مقارنة بالمؤسسات التي تعمل بمعزل عن السياق الاستراتيجي.

النتيجة السابعة: تصدّرت فقرة تقليل فترات انتظار المرضى المرتبة الأولى بمتوسط (3.94)، مما يعكس اهتماماً واضحاً من إدارات القبول والإحالات بهذا المؤشر الحيوي. ويعود ذلك إلى أن فترة الانتظار تُعدّ من أكثر المؤشرات وضوحاً وقابلية للقياس في تقييم أداء إدارات القبول، فضلاً عن كونها محورياً رئيسياً في معايير الاعتماد الصحي وفي تقييم رضا المرضى. وقد أكّدت دراسة (Huang 2025) أن تقليل فترات الانتظار يُعدّ من أبرز مؤشرات كفاءة النظام الصحي وأكثرها تأثيراً على تجربة المريض.

النتيجة الثامنة: حصلت فقرة التوافق مع مستهدفات رؤية 2030 على أدنى متوسط (3.49) بمستوى متوسط. ويُفسّر ذلك بأن الربط بين الممارسات اليومية التشغيلية في إدارات القبول والإحالات والأهداف الاستراتيجية الكبرى لرؤية 2030 يتطلب مستوى من الوعي الاستراتيجي وآليات ترجمة الأهداف الكبرى إلى مؤشرات تشغيلية قد لا تكون متاحة بالقدر الكافي لجميع العاملين وخاصة في المستويات التنفيذية. وتتوافق هذه النتيجة مع ما أشار إليه الصالحي وآخرون (2024) من وجود فجوة بين المستهدفات الاستراتيجية والممارسات التشغيلية في بعض المؤسسات الصحية تحتاج إلى تضيقها من خلال آليات التوعية والربط المؤسسي.

3. النتائج المتعلقة باختبار الفرضيات

النتيجة التاسعة: أثبتت الدراسة صحة الفرضية الرئيسية، حيث وُجد أثر ذو دلالة إحصائية للكفاءة الإدارية بأبعادها المجتمعة على تحسين الأداء الصحي، وبلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.717$) مما يعني أن الكفاءة الإدارية تُفسّر ما نسبته (71.7%) من التباين في تحسين الأداء الصحي. ويُعدّ هذا المستوى التفسيري مرتفعاً ويؤكد أن الكفاءة الإدارية ليست عاملاً مساعداً فحسب بل هي عامل محوري وحاسم في تحسين الأداء الصحي. ويُفسّر ذلك بأن إدارة القبول والإحالات تمثل البوابة الأولى التي يمرّ من خلالها المريض، وأي قصور في كفاءتها الإدارية ينعكس سلباً على جميع المراحل اللاحقة من رحلة المريض العلاجية. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Bakare et al. (2024) التي أثبتت أن الكفاءة الإدارية تُعدّ المحدّد الأساسي للأداء المؤسسي في المنظمات الخدمية، كما تتقاطع مع دراسة العراجي وعباس (2025) التي أكّدت وجود علاقة قوية بين الممارسات الإدارية ومخرجات الأداء الصحي.

النتيجة العاشرة: جاء بُعد اتخاذ القرار الأكثر تأثيراً على تحسين الأداء الصحي بمعامل تحديد ($R^2 = 0.582$)، مما يعني أن هذا البُعد وحده يُفسّر (58.2%) من التباين في المتغير التابع. ويعود ذلك إلى أن عمل إدارة القبول والإحالات يزخر بمواقف تتطلب قرارات آنية تتعلق بأولوية القبول وتوجيه الإحالات واختيار التخصص المناسب، وأي تأخّر أو خطأ في هذه القرارات يؤثر مباشرة على سلامة المريض وجودة الرعاية. وتدعم هذه النتيجة ما خلصت إليه دراسة Japura and Turpo (2021) من أن جودة اتخاذ القرار تُشكّل الفارق الحقيقي بين المؤسسات الصحية عالية الأداء وتلك متوسطة الأداء، كما تتوافق مع دراسة خميس وحمد (2024) التي وضعت اتخاذ القرار في صدارة الكفاءات الإدارية المؤثرة في جودة الخدمة الصحية.

النتيجة الحادية عشرة: احتلّ بُعد إدارة الوقت المرتبة الثانية في التأثير بمعامل تحديد ($R^2 = 0.549$). ويُفسّر هذا الأثر القوي بأن الزمن في السياق الصحي ليس مجرد مورد إداري بل هو عامل حاسم في حياة المريض وسلامته، فتقليل فترات الانتظار وتسريع الإجراءات يرتبطان مباشرة بالنتائج العلاجية ورضا المستفيدين. وتتسق هذه النتيجة مع دراسة Huang (2025) التي أكّدت أن إدارة الوقت في المؤسسات الصحية تُعدّ من أقوى المتنبّئات بكفاءة تقديم الخدمة ومستوى رضا المرضى.

النتيجة الثانية عشرة: جاء بُعد التنظيم في المرتبة الثالثة بمعامل تحديد ($R^2 = 0.516$) ، مما يؤكد أن وضوح الهيكل التنظيمي وتحديد المسؤوليات والصلاحيات وتوثيق إجراءات العمل يُسهم بشكل جوهري في تعزيز فعالية تنسيق الخدمات الصحية. ويُفسّر ذلك بأن إدارة القبول والإحالات تعمل كحلقة وصل بين أقسام متعددة داخل المستشفى وخارجه، مما يجعل التنظيم المحكم ضرورةً لتجنّب الازدواجية والتعارض وضمان انسيابية تدفق المرضى. وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة (Soolaf and Sh (2023 التي أبرزت أن المؤسسات الصحية ذات الهياكل التنظيمية الواضحة والإجراءات المؤثقة تحقّق مستويات أعلى من التنسيق والتكامل بين وحداتها.

النتيجة الثالثة عشرة: حلّ بُعد التخطيط في المرتبة الرابعة بمعامل تحديد ($R^2 = 0.482$) وهو أدنى نسبة تفسيرية بين الأبعاد الأربعة رغم أنه الأعلى من حيث مستوى الممارسة. ويُفسّر هذا التباين بأن ممارسة التخطيط قد تكون مرتفعة شكلياً لكنها قد لا تُترجم دائماً إلى تحسين فعلي في الأداء إذا لم تكن مقرونة بآليات تنفيذ ومتابعة فعّالة. وتتقاطع هذه النتيجة مع ما أشار إليه الديوك وآخرون (2021) من أن التخطيط يحتاج إلى تكامل مع بقية الوظائف الإدارية ليتحوّل من عملية نظرية إلى ممارسة ذات أثر ملموس على الأداء.

3.5 توصيات الدراسة

استناداً إلى النتائج التي توصّلت إليها الدراسة، تُقدّم الباحثة التوصيات التالية:

- تطوير برامج تدريبية متخصصة في مهارات اتخاذ القرار تستهدف العاملين في إدارات القبول والإحالات الطبية، تتضمن محاكاة للمواقف الطارئة وتقنيات التحليل السريع للبدائل واستخدام أدوات دعم القرار الإلكترونية، نظراً لكون هذا البُعد الأكثر تأثيراً على تحسين الأداء الصحي.
- تبني نظم إلكترونية ذكية لإدارة تدفق المرضى وجدولة المواعيد والإحالات مع ربطها بمؤشرات زمنية معيارية لكل مرحلة من مراحل القبول والإحالة، بحيث يتم رصد أي تجاوز للأوقات المعيارية تلقائياً واتخاذ إجراءات تصحيحية فورية.

- إعداد أدلة إجرائية موحدة وموثقة لجميع عمليات القبول والإحالة في المستشفيات الحكومية ومراجعتها دورياً لضمان مواكبتها للمستجدات، مع إتاحتها إلكترونياً لجميع العاملين لتعزيز التوحيد والمعيارية في الإجراءات.
- تعزيز ثقافة التخطيط التشاركي من خلال إشراك جميع المستويات الوظيفية في صياغة الخطط التشغيلية لإدارات القبول والإحالات، وعقد اجتماعات دورية لمراجعة الخطط وتحديثها في ضوء المتغيرات الميدانية.
- وضع سياسات واضحة للتفويض الإداري تُحدّد نطاق الصلاحيات الممنوحة لكل مستوى وظيفي مع توفير آليات رقابة ومتابعة تُعزّز الثقة في ممارسة التفويض دون المساس بجودة الخدمة وسلامة المرضى.
- تصميم لوحات مؤشرات أداء رقمية تربط بين مؤشرات الأداء التشغيلية اليومية لإدارات القبول والإحالات والمستهدفات الاستراتيجية لبرنامج تحول القطاع الصحي ضمن رؤية 2030، بحيث يتمكن كل موظف من رؤية مساهمته في تحقيق الأهداف الكبرى.
- إنشاء وحدة متخصصة لإدارة تجربة المريض في كل مستشفى تعمل بالتنسيق مع إدارة القبول والإحالات لرصد مستوى رضا المستفيدين بشكل مستمر وتحويل التغذية الراجعة إلى مبادرات تحسين عملية.
- إجراء تقييمات دورية لفجوات الكفاءات الإدارية لدى العاملين في إدارات القبول والإحالات وبناء خطط تطوير فردية مبنية على نتائج هذه التقييمات، مع ربط مسارات التدريب بالتقوي الوظيفي لتحفيز العاملين على التطوير المستمر.
- تعزيز التكامل الرقمي بين أنظمة القبول والإحالات في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية والتجمعات الصحية من خلال منصة إحالات إلكترونية موحدة تُتيح تتبّع مسار المريض بشكل كامل وتقلّل من الإحالات المكررة وغير المكتملة.
- تبني منهجيات التحسين المستمر مثل الإدارة الرشيقة (Lean) في إدارات القبول والإحالات من خلال تشكيل فرق تحسين متعددة التخصصات تعمل على تحليل العمليات وتحديد مصادر الهدر وإعادة تصميم مسارات العمل بما يُعزّز الكفاءة ويُحسن تجربة المريض.

- إجراء دراسات مستقبلية تتناول أثر التحول الرقمي على كفاءة إدارات القبول والإحالات الطبية، فضلاً عن دراسات مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة في مستوى الكفاءة الإدارية وأثرها على الأداء الصحي لتعميق الفهم وتوسيع نطاق المعرفة في هذا المجال.

Study Abstract

This study aimed to investigate the role of administrative competency of employees in the admission and medical referral department in improving health performance in hospitals in light of the Kingdom's Vision 2030, through four dimensions: planning, organizing, time management, and decision-making. The study adopted the descriptive-analytical approach and used a questionnaire as the primary data collection tool. The study population consisted of employees working in admission and medical referral departments across eight governmental hospitals in Riyadh, with a valid sample of (186) respondents. The results revealed that the level of administrative competency was high, with a mean of (3.74), and the level of health performance improvement was also high, with a mean of (3.72). Multiple regression analysis confirmed a statistically significant impact at the level of ($\alpha \leq 0.05$) of administrative competency, with its combined dimensions, on health performance improvement, where the coefficient of determination reached ($R^2 = 0.717$). The decision-making dimension had the strongest impact ($R^2 = 0.582$), followed by time management ($R^2 = 0.549$), then organizing ($R^2 = 0.516$), and finally planning ($R^2 = 0.482$). The study recommended developing specialized training programs in decision-making skills, adopting smart electronic systems for patient flow management, and enhancing digital integration between hospitals and primary healthcare centers within the framework of Vision 2030.

Keywords: Administrative Competency, Admission and Medical Referral Management, Health Performance, Hospitals, Saudi Vision 2030.

قائمة المراجع

المراجع العربية

1. إسماعيل، عمار فتحي موسى، و الرشيدى، أحمد عبدالله محمد ثاري. (2022). دور القيادة المستدامة في تحسين الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية. المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والإدارية، مج14، ع1، 1 - 35. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1305609>
2. إسماعيل، عمار فتحي موسى، و هديب، يوسف جاسر عويد. (2022). دور السعادة الوظيفية في تحسين الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية. المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والإدارية، مج14، ع1، 1 - 38. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1305667>
3. الحربي، صالح بن حامد حمدان. (2025). أثر الاتصال الداخلي على كفاءة الأداء المؤسسي. المجلة العربية للإدارة، مج45، ع2، 173 - 186. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1623485>
4. خميس، أحمد، و حمد، علي. (2024). دور إدارة الأزمات في تحسين الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية على القطاع الصحي بمدينة جازان بالمملكة العربية السعودية. مجلة البحوث التجارية، مج46، ع2، 692 - 721. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1532202>
5. خميس، أحمد، و حمد، علي. (2024). دور إدارة الأزمات في تحسين الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية على القطاع الصحي بمدينة جازان بالمملكة العربية السعودية. مجلة البحوث التجارية، مج46، ع2، 692 - 721. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1532202>
6. الدويك، عبير محمود، المظلوم، هند محمد إبراهيم، و مصلح، مها حسن محمد حسن حسين. (2021). إدراك الزوجة بأساليب الكفاءة الإدارية وانعكاسها على جودة الحياة الأسرية. مجلة دراسات وبحوث التربية النوعية، مج7، ع2، 178 - 250. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1461616>

7. الرحي، يونس بن مرهون بن حمد، مقار، تودري مرقص حنا، و مكروم، عبدالودود محمود علي. (2023). دور تطبيق النموذج الأوروبي للتميز المؤسسي في تحسين الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية على مجموعة مدارس تبارك الخاصة في سلطنة عمان. مجلة كلية التربية بالمنصورة، ع124، ج4 ، 2456 - 2492. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1504376>
8. سليمان، عايده عبدالعزيز جبارة، و حمدنا الله، مرتضى طلحة. (2021). دور التخطيط والرقابة الإدارية في رفع كفاءة الأداء: بالتطبيق على الهيئة العامة للمياه. مجلة القلزم للدراسات الاقتصادية والاجتماعية، ع7، 23 - 48. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1189198>
9. عبدالهادي، محمد جمال محمد. (2021). أثر القدرات الدينامية على تحسين الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية على الشركات الصناعية. المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، ع1، 83 - 141. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1115058>
10. العتيبي، بدر عايض، و كشك، دينا إبراهيم محمد. (2024). دور رأس المال الاجتماعي في تحقيق الكفاءة الإدارية للعاملين بأندية دولة الكويت. مجلة أسبوط لعلوم وفنون التربية الرياضية، ع71، ج2 ، 732 - 764. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1539814>
11. العتيبي، فالح شجاع فالح نهيتان، و نافع، وجيه عبدالستار محمد. (2023). دور التدريب الإلكتروني في تحسين الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية. المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والإدارية، مج15، ع3، 1 - 28. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1452107>
12. علي، هشام فوزي عباس. (2021). دور الإدارة الرشيدة في تحسين الأداء المؤسسي: دراسة حالة "الشركة العامة لمطاحن جنوب القاهرة". المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، مج12، ع2 ، 45 - 102. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1168118>
13. عمر، أحمد عبدالرحمن. (2023). أثر إدارة المعرفة في تحسين الأداء المؤسسي: دراسة حالة القطاع الصحي ولاية كسلا في العام 2022 م. مجلة النيل الأبيض للدراسات والبحوث، ع22، 163 - 182. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1547350>

14. عمر، أحمد عبدالرحمن. (2023). أثر إدارة المعرفة في تحسين الأداء المؤسسي: دراسة حالة القطاع

الصحي ولاية كسلا في العام 2022 م. مجلة النيل الأبيض للدراسات والبحوث، ع22، 163 - 182.

مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1547350>

15. قاسم، سامر أحمد، محمد، رامي محمد، و إبراهيم، علي. (2023). تأثير مؤشرات التنمية الإدارية في

تحسين أداء القطاع الصحي: دراسة ميدانية على المشافي العامة في محافظة دمشق. مجلة جامعة

تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، مج45، ع6، 257 - 279.

مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1464683>

16. قاسم، سامر أحمد، محمد، رامي محمد، و إبراهيم، علي. (2023). جودة الخدمات الصحية ودورها

في تحسين أداء القطاع الصحي: دراسة ميدانية على المستشفيات العامة والخاصة في سورية. مجلة

جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، مج45، ع5، 387

- 404. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1464351>

17. القصاص، أحمد عاطف، و حمدي، عبدالرحمن محمد عبدالله. (2022). دور نظم المعلومات

الإدارية في رفع كفاءة وفعالية القرارات الإدارية في المؤسسات الخدمانية في قطاع غزة. مجلة جامعة

الإسراء للعلوم الإنسانية، ع13، 277 - 307. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1329370>

18. المبيضين، لانا محمود محمد، و العضيلة، علي بن محمد عمر. (2024). أثر الثقافة التنظيمية على

تحسين الأداء المؤسسي: دراسة تطبيقية على سلطة منطقة العقبة الاقتصادية بالأردن. مجلة البلقاء

للبحوث والدراسات، مج27، ع3، 1 - 21. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1508585>

19. محمد، عبدالله عبداللطيف علي. (2021). دور الرقابة الإدارية في كفاءة الأداء الوظيفي بالقطاع

الصناعي السوداني: دراسة حالة شركة النيل للبهويات - بولاية الخرطوم. مجلة كلية الدراسات

الإسلامية والعربية للبنات بدمهور، ع6، الإصدار2، 1047 - 1072. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1181902>

20. منسكي، محمد حمد محمد. (2024). حوكمة تكنولوجيا المعلومات ودورها في تطوير الأداء بالقطاع

الصحي: دراسة تطبيقية على فرع وزارة الصحة بجدة. المجلة العربية للإدارة، مج44، ع4، 109 - 128.

مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1505957>

21. نوفل، ربيع محمود علي، حسين، عطيات علي عبدالحكيم، الزهري، فاطمة مصطفى أحمد، و

عبدالعليم، جيهان أحمد حامد. (2023). الكفاءة الإدارية وعلاقتها بالتفكير الإيجابي لدى عينة من

ربات الأسر. مجلة حوار جنوب - جنوب، ع18، 1 - 67. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1411484>

22. اليامي، مشاري حسن مبارك، شاهين، محمد سعد، و توفيق، مبروك عطية مبروك. (2024).

استخدام بطاقة الأداء المتوازن في تحسين الأداء في القطاع الصحي: دراسة تطبيقية. المجلة العلمية

للدراستات التجارية والبيئية، مج15، ع2، 134 - 192. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1551596>

المراجع الأجنبية

1. Ajlouni, A. S. A., & Effendi, A. H. (2025). The Role of Effective Delegation in Enhancing Administrative Innovation and Improving Job Performance Efficiency in the Government Sector: An Applied Study from the Supervisory Management Perspective. An-Najah University Journal for Law and Economics, 2(1), 83-100
2. Al Khafaji, S. H. N., & Ibrahim, L. A. (2024). Administrative efficiency and its impact on disclosing social responsibility through a group of variables controlling the relationship: An analytical study of the Commercial Bank of Iraq for the period (2019 -2023). 20(79), 147–164. <https://doi.org/10.71207/ijas.v20i79.1498>
3. Alaraji, M. H. I., & Abbas, A. E. (2025). The Role of Digital Transformation in Improving the Efficiency of Administrative Operations: A Case Study of Asia cell

- Telecommunications Company. *American Journal Of Social Sciences And Humanity Research*, 5(5), 223–238. <https://doi.org/10.37547/ajsshr/volume05issue05-52>
4. Bakare, O. A., Achumie, G. O., & Okeke, N. I. (2024). The impact of administrative efficiency on SME Growth and Sustainability. *Open Access Research Journal of Multidisciplinary Studies*, 8(1), 126–138. <https://doi.org/10.53022/oarjms.2024.8.1.0054>
 5. Huang, Y. (2025). Can the Enhancement of Governmental Administrative Efficiency Optimize the Digital Business Environment? *Deleted Journal*, 12(3), 14–21. <https://doi.org/10.54097/shz9sr14>
 6. Japura, G. A., & Turpo, R. A. S. (2021). Work performance and administrative efficiency of employees of the Regional Management of Labor and Employment Promotion-Moquegua, 2020. *Turkish Journal of Computer and Mathematics Education*, 12(11), 4311-4327.
 7. Jimoh, A. L. (2025). Digital HR systems adoption and administrative efficiency in public institutions: the role of employee digital literacy. *Industrial and Commercial Training*, 57(4), 566-580.
 8. Makhmudova, I. N., Bogatyreva, I. V., & Ilyukhina, L. A. (2020). Evaluation Of Administrative Work Efficiency In The Context Of Digitalization. <https://doi.org/10.15405/EPSBS.2020.04.79>
 9. Saleh, S., Ahmad, A. T., & Arhas, S. H. (2024). Work Effectiveness of Administration Employees at SMK Negeri 2 Gowa. *Jurnal Ad'ministrare*, 42-48.
 10. Soolaf, H., & Sh, F. (2023). Efficiency level of administrative performance of managers of athletic talent in terms of working employees. *Journal of Physical Education*, 35(4).

11. Zamani, S. F., Valikhani, M., & Shirvani, A. (2022). Improving Organizational Efficiency in Iran's Administrative System Based on Knowledge-Based Human Resource Management. *International Journal of Knowledge Processing Studies*, 3(1), 14-25.
12. Zeynullagil, U. (2022). The effect of organizational Management on employee work efficiency. *International Journal Papier Public Review*, 3(4), 35-40.

الملاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس دور الكفاءة الإدارية للعاملين في إدارة القبول والإحالات الطبية في تحسين الأداء الصحي بالمستشفيات في ضوء رؤية المملكة 2030..

ونظراً لما لديكم من المعرفة العلمية والخبرة العملية ذات الصلة بموضوع البحث، نأمل الحصول منكم على العون والمساعدة في توفير المعلومات المناسبة لأغراض البحث، من خلال التكرم بإبداء رأيكم بالتأشير على الإجابة المناسبة من وجهة نظركم.

وأقدم لحضراتكم بجزيل الشكر والتقدير للمساهمة في جهدكم في تعبئة هذا الاستبيان علماً أن جميع البيانات التي سيتم الحصول عليها منكم ستعامل بسرية تامة، ولن تستخدم لغير أغراض هذا البحث، وسوف أزودكم بنتائج هذه الدراسة حال اكتمالها إن شاء الله.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

أولاً: البيانات الشخصية

- 1- النوع الاجتماعي ☐ ذكر ☐ أنثى
- 2- العمر ☐ 30 سنة فأقل ☐ من 40 – 30 سنة ☐ 50 – 40 سنة ☐ من 50 سنة فأكثر
- 3- المؤهل العلمي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير فأعلى
- 4- سنوات الخبرة ☐ 5 سنوات فأقل ☐ من 5 – 10 سنوات ☐ من 10 – 15 سنة ☐ أكثر من 15 سنة
- 5- المستوى الوظيفي ☐ مدير إدارة / رئيس قسم ☐ مشرف / منسق ☐ مدير إداري / فني

ثانياً محاور الاستبيان

✿ المحور الأول: الكفاءة الإدارية للعاملين، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لاختيارك:

معارض بشدة	معارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	البعد
التخطيط					
					يتم وضع خطط تشغيلية واضحة لإدارة القبول والإحالات تتضمن أهدافاً محددة وقابلة للقياس
					تقوم الإدارة بالتنبؤ بأعداد المرضى المتوقعين وتخصيص الموارد اللازمة وفقاً لذلك
					يتم مراجعة الخطط التشغيلية دورياً وتحديثها في ضوء المتغيرات والمستجدات
					تُشارك جميع المستويات الوظيفية في عملية التخطيط لضمان شمولية الرؤية وواقعية الأهداف
التنظيم					
					يوجد توصيف وظيفي واضح ومحدث لجميع الوظائف في إدارة القبول والإحالات
					يتميّز الهيكل التنظيمي لإدارة القبول والإحالات بالوضوح وتحديد خطوط السلطة والمسؤولية
					يتم توزيع المهام والصلاحيات بين العاملين بشكل يضمن التوازن ويمنع الازدواجية

البعد					أو افق بشدة	أو افق بشدة	معارض بشدة	معارض بشدة	معارض بشدة
توجد إجراءات عمل معيارية موثقة لجميع عمليات القبول والإحالة يلتزم بها العاملون									
إدارة الوقت									
يتم تحديد أوقات معيارية لإنجاز كل مرحلة من مراحل القبول والإحالة والالتزام بها									
يُحسن العاملون ترتيب أولويات المهام وفقاً لدرجة الاستعجال والأهمية									
تُوظف الأنظمة الإلكترونية لتسريع إجراءات القبول والإحالة وتقليل فترات الانتظار									
يتم تفويض بعض المهام الروتينية للمستويات الأدنى لتوفير وقت المشرفين للمهام الأكثر أهمية									
اتخاذ القرار									
يتم جمع المعلومات الكافية وتحليلها قبل اتخاذ القرارات المتعلقة بقبول المرضى وإحالتهم									
يتم تقييم نتائج القرارات المتخذة والاستفادة من التغذية الراجعة لتحسين القرارات المستقبلية									

البعد					أو ائق بشدة	أو ائق بشدة	مءارض بشدة	مءارض بشدة	مءارض بشدة
يمءلك العاملون صلاءاء كاففة لاءاء قراءاء فوففة فف الءالاء الطارئة ءون الرجوع للمساءفاء الأعلى									
اءوفربءائل ماءعءة عئء اءاء القراءاء وفاء المفاضلة بفففا وفق معافر موضوعفة واضءة									

✿ المحور الثاني: إدارة القبول والإحالات الطبية، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب

لاختيارك:

المعارض بشدة	معارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	البعد
					تسعى الإدارة إلى تقليل فترات انتظار المرضى في جميع مراحل القبول والتحويل
					يتم تقديم الخدمات الصحية وفقاً لمعايير الجودة المعتمدة من الجهات الرقابية
					تتوفر آليات فعّالة للتنسيق بين إدارة القبول والإحالات والأقسام الطبية التخصصية
					يتم قياس مؤشرات الأداء الصحي بشكل دوري واستخدام نتائجها في التحسين المستمر
					تُسهم الأنظمة الإلكترونية المستخدمة في تسريع إجراءات الإحالة وتقليل الأخطاء الإدارية
					يتم التعامل مع شكاوى المرضى بجدية وسرعة ويُستفاد منها في تطوير الخدمات
					تتبني الإدارة ثقافة التحسين المستمر وتُشجّع العاملين على تقديم مبادرات تطويرية

البعد					أو افاق بشدة	أو افاق بشدة	معارض بشدة	معارض بشدة
يحصل المريض على معلومات واضحة ودقيقة عن حالته وإجراءات قبوله والمواعيد المتوقعة								
يتم الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية المتاحة في تقديم الخدمات الصحية								
يسهم نظام الإحالات الطبية في توجيه المريض إلى التخصص المناسب من المرة الأولى								
توجد برامج تدريبية مستمرة للعاملين في القبول والإحالات لتحسين مهاراتهم الإدارية والتقنية								
تتوافق مخرجات إدارة القبول والإحالات مع مستهدفات برنامج تحول القطاع الصحي ضمن رؤية 2030								

مع خالص التقدير والاحترام

Mid Ocean University

College of Management



Master of Health Management

**The Role of Administrative Efficiency of Employees in the
Admission and Medical Referral Department in Enhancing
Healthcare Performance in Hospitals in Light of Saudi Vision
2030**

Prepared by:

Hammoud Al-Nashmi Al-Shammari

ID: 252000168

Supervision:

Dr. Al-Faisal Abdelhamid Mohamed Hassan

Dr. Fayez Jarad

2026 – 1447