

عنوان البحث

الإدارة الإستراتيجية لشؤون المرضى في المستشفيات: تعزيز الكفاءة الإدارية ورضا
المرضى

إعداد الطالب/

سعود بدر الحربي

إشراف/

د. الفيصل عبد الحميد

د. فايز جراد

العام الدراسي:

٢٠٢٥

مقدمة:

في بيئة صحية شديدة التعقيد وتحت ضغط تكاليف متزايد وتوقعات أعلى من المرضى وأسرهم، تُمثّل الإدارة الإستراتيجية لشؤون المرضى حجر الزاوية في قدرة المستشفيات على الجمع بين الكفاءة التشغيلية ورفع رضا المستفيدين. فالإدارة الإستراتيجية، بما تتضمنه من تحليل للبيئة الداخلية والخارجية وصياغة للرؤية والأهداف وآليات التنفيذ والرقابة، لا تُعد إطاراً نظرياً فحسب، بل مساراً عملياً لتحويل تجربة المريض إلى محورٍ مُنظم للسياسات والموارد والعمليات (سعيد، ٢٠٢٥). تبدأ هذه الإدارة من تبني رؤية تُحاذي احتياجات المريض على امتداد رحلة رعايته—من الدخول والانتظار إلى الفحوصات والعلاج والخروج والمتابعة—ثم تفكّك هذه الرحلة إلى عمليات قابلة للقياس والتحسين المستمر. وقد بيّنت دراسة تطبيقية في القطاع الصحي بالمنطقة الشرقية أن الاستثمار في نظم المعلومات الصحية الحديثة، وتعزيز التدريب المستمر، وتحسين التنسيق بين الأقسام، كلها عوامل إستراتيجية تُمكن المستشفيات من تسريع اتخاذ القرار ورفع جودة الأداء بما ينعكس مباشرة على رضا المرضى (سعيد، ٢٠٢٥).

ضمن هذا الإطار، يبرز التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية بوصفه محركاً جوهرياً لشؤون المرضى. إذ تُظهر الأدلة وجود علاقة طردية ذات دلالة بين جودة التخطيط للموارد البشرية—من حيث وضوح الرؤية والرسالة والأهداف والتحليل البيئي—وبين تحسن جودة الخدمات الصحية وقدرة المستشفيات على توزيع الكوادر وفق احتياجات المرضى، الأمر الذي يحدّ من أزمّة الانتظار ويُحسّن الاتساق في تقديم الخدمة (الشراري، ٢٠٢٥). وبصياغة عملية: عندما تُخطّط المستشفى لليوميات السريرية انطلاقاً من التوقع الدقيق للطلب والكفاءة المهنية المطلوبة لكل وردية، يقلّ الاعتماد على الحلول الإسعافية المرهقة، وتزداد قابلية التنبؤ بجودة التجربة للمريض وأسرته (الشراري، ٢٠٢٥).

ولا ينفصل ذلك عن جودة صنع القرار الإداري عبر المستويات، إذ يبيّن بحثٌ ميداني على مستشفى متخصص أن التواصل الأفقي والعمودي، مدعوماً ببيانات آنية من نظم المعلومات الصحية، يرفع دقة القرارات وسرعتها ويقلل تضارب الأهداف بين الأقسام، وهو ما ينعكس على سلامة المريض وسلسلة مسار خدمته (العربي وآخرون، ٢٠٢٥). هنا تتجلى قيمة مجالس شؤون المرضى متعددة التخصصات (Multidisciplinary Patient Affairs Councils) التي توحد منظور العيادات والتمريض والإدارة المالية وإدارة الأسرة السريرية تحت هدفٍ واحد: تقليل الهدر الزمني والسريري في رحلة المريض. وعلى صعيد القياس، يوفر استخدام بطاقات الأداء المتوازن إطاراً عملياً لربط مؤشرات رضا المرضى بفاعلية العمليات الداخلية والاستدامة المالية وتعلم القوى العاملة. فمن منظور التمريض—الأقرب احتكاكاً بالمرضى—تتحول الملاحظات اليومية إلى مدخلات إستراتيجية لخفض العدوى المكتسبة وتوحيد الإجراءات وتقليل الأخطاء، بما يرفع جودة النتائج السريرية ويعزز رضا المستفيد (فراج، ٢٠٢٤). إن دمج هذه المؤشرات في لوحات متابعة يومية على مستوى وحدات التنويم والعيادات يُترجم "صوت المريض" إلى قرارات تحسين صغيرة متكررة لكن ذات أثرٍ تراكمي كبير.

وتؤكد خبرات التجمعات الصحية أن التحول التقني—من السجلات الصحية الإلكترونية إلى التحليلات التنبؤية والتطبيب عن بعد—لا يُحسن الكفاءة فقط، بل يُعيد تصميم نقاط التماس مع المريض لتصبح أكثر استخداماً للوقت وأقل عرضة للأخطاء، شريطة أن يترافق مع تدريب منهجي وثقافة تحسين قائمة على البيانات واعتماد معايير جودة معترف بها (الشهري، د.ت.). هنا تغدو إدارة شؤون المرضى وظيفة "تحسين تجربة" بامتياز: تناغم بين المعلومة الصحيحة في الوقت الصحيح، والفريق المناسب في المكان المناسب، والإجراء المعياري الذي يضمن الأمان والإنصاف والسرعة. ويتكامل ذلك مع تبني مستشفيات القطاع الخاص لمناهج إدارة الجودة الشاملة باعتبارها وسيطاً أساسياً بين الإستراتيجية ونتائج الأداء: تحسين مستمر للعمليات والخدمات، وبناء قدرات قيادية قادرة على استشراف متغيرات السوق والاستجابة المرنة لتوقعات المرضى، وإشراك واسع للعاملين في جهود التغيير (عالم، ٢٠٢٣).

فحتى أكثر المبادرات التقنية طموحاً تفقد أثرها إذا لم تُغرس في ثقافة تنظيمية تكافئ السلوكيات التي تحسن نتائج المرضى وتقلص تباين الأداء. وتنسجم الممارسات التدريبية الاحترافية مع هذه الصورة: إذ توجه البرامج الحديثة للقادة الصحيين نحو بناء إستراتيجيات تتمحور حول المريض، وتعزيز الحوكمة السريرية، وتوظيف أدوات القرار وفق المتطلبات التنظيمية والسوقية، وقيادة الأزمات مع الحفاظ على الجودة والسلامة، إن هذا الاستثمار في القادة ينعكس مباشرة على نضج إدارة شؤون المرضى: من استعمال عابر للأدوات إلى منظومة متماسكة تربط الرؤية بالتنفيذ والرقابة.

خلاصة القول: الإدارة الإستراتيجية لشؤون المرضى ليست قسماً إضافياً، بل عدسة تنظر منها المستشفى إلى نفسها وإلى مرضاها. حين تتكامل محاور التخطيط للموارد البشرية، وصنع القرار المعتمد على البيانات، والقياس المتوازن للأداء، وثقافة الجودة الشاملة، والابتكار التقني، تتحول رحلة المريض إلى عملية عالية الموثوقية، تنخفض فيها كلفة الهدر ويعلو فيها صوت المستفيد، فتُحقق المؤسسة ميزة تنافسية قوامها الكفاءة ورضا المرضى معاً (سعيد، ٢٠٢٥؛ الشراري، ٢٠٢٥؛ العربي وآخرون، ٢٠٢٥؛ فراج، ٢٠٢٤؛ عالم، ٢٠٢٣).

مشكلة الدراسة:

تتمحور مشكلة الدراسة حول الفجوة المستمرة بين تبني المستشفيات لأطر وأدوات إستراتيجية وبين الانعكاس الملموس لذلك على كفاءة إدارة شؤون المرضى ورضاهم. فعلى الرغم من انتشار مبادرات الجودة والتحول الرقمي، ما تزال مؤسسات كثيرة تواجه تعقيداً تنظيمياً وإجرائياً يعيق انسياب رحلة المريض، ويرفع الكلفة ويطيل زمن الانتظار ويقلل القدرة على الاستجابة لاحتياجات المستفيدين. وتُظهر الأدلة الميدانية أن التحديات التنظيمية—مثل تعقيد الإجراءات وعدم وضوح السياسات—تُعد العائق الأبرز أمام ترجمة الاستراتيجيات إلى تحسين ملموس في الكفاءة والجودة، يليها ضيق الموارد المالية ومحدودية التدريب المستمر (الشهري، د.ت.).

وتتعدد المشكلة أكثر مع غياب التكامل بين محاور الإدارة الإستراتيجية ذات الصلة بشؤون المرضى: تخطيط الموارد البشرية، وبناء منظومات الجودة الشاملة، وتفعيل التحول الرقمي في نقاط التماس مع المريض. ففي سياق المستشفيات الخاصة، بيّنت نتائج قياسية وجود علاقة طردية دالة بين إدارة الجودة الشاملة والأداء؛ إذ فسّرت الجودة

الشاملة نسبةً كبيرة من تباين الأداء (مع أوزان انحدار ومعاملات تحديد دالة إحصائية)، ما يعكس أهمية تحويل الجودة إلى رافعة إستراتيجية وليست نشاطًا تشغيليًا معزولًا (عالم، ٢٠٢٣).

كما تكشف دراسات التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية أن ضعف التخطيط طويل الأجل وتباين توزيع الكوادر بين الأقسام يؤديان إلى اختناقات تشغيلية تؤثر مباشرة في حصول المرضى على الخدمة وفي رضاهم، في حين يرتبط التخطيط المحكم—وفق أبعاد الرؤية والرسالة والأهداف والتحليل البيئي—بجودة أعلى وكفاءة تشغيلية أفضل (الشراري، ٢٠٢٥). بناءً على ما سبق، تتحدد مشكلة الدراسة في سؤال محوري: كيف يمكن للإدارة الإستراتيجية لشؤون المرضى أن تدمج—على نحو منسق—بين تخطيط الموارد البشرية، وبرامج الجودة الشاملة، وحلول التحول الرقمي، لتقليص التباين الإجرائي وتحسين تدفق الخدمة عبر رحلة المريض، بما يحقق مخرجات محسنة على مستوى الكفاءة ورضا المستفيد؟ إن معالجة هذا السؤال تتطلب إطارًا تكامليًا يُحوّل البيانات والمؤشرات إلى قرارات تشغيلية يومية قابلة للقياس والتحسين المستمر.

أهمية الدراسة:

تنبع أهمية هذه الدراسة من تلاقي بعددين متكاملين: الأهمية العلمية (النظرية) والأهمية العملية (التطبيقية). على الصعيد العلمي، تُسهم الدراسة في ردم فجوة معرفية بين أدبيات الإدارة الإستراتيجية وأبحاث تجربة المريض، من خلال بناء إطار يدمج تخطيط الموارد البشرية، وبرامج الجودة الشاملة، ومقاييس الأداء متعددة المناظر (مثل منظور المريض والعمليات والتعلم والنمو والتمويل) في سياق واحد متماسك. تُظهر الأدلة وجود علاقة طردية دالة بين تبني مبادئ الجودة الشاملة وتحسن أداء المستشفيات الخاصة—بما في ذلك تفسير نسبة كبيرة من تباين الأداء—وهو ما يبرهن الحاجة إلى توسيع النماذج التفسيرية لتشمل شؤون المرضى بوصفها محورًا إستراتيجيًا لا إجراءً تشغيليًا ثانويًا (عالم، ٢٠٢٣). كما تضيف الدراسة بعدًا منهجيًا عبر توظيف مقاييس المنظور في التحليل، بما يسمح بربط مؤشرات الرضا وزمن الانتظار والأمان السريري بقرارات التخطيط وتوزيع الموارد في المستشفى، وبالتالي إثراء القياس القائم على البيانات في بحوث الإدارة الصحية (مجلة المجتمع العربي، ٢٠٢٤).

أما الأهمية العملية فتتجلى في أثر النتائج المتوقع على السياسات والعمليات اليومية داخل المستشفيات. إذ تُزوّد الدراسة صانعي القرار بخارطة طريق لتقليل الهدر الزمني والإجرائي على امتداد رحلة المريض من الاستقبال إلى الخروج، عبر تدخلات عملية مثل إعادة هندسة مسارات الخدمة، وتفعيل نظم السجلات الصحية الإلكترونية، والتطبيب عن بُعد، وأتمتة عمليات الفوترة والأدوية؛ وهي حلول أثبتت الدراسات الميدانية قدرتها على رفع الكفاءة وتحسين الوصول وتقليص أزمات الانتظار في البيئات المشابهة (التجمع الصحي بعسير، د.ت.). كما تبرز الحاجة لتقوية بنية اتخاذ القرار المبني على البيانات وتطوير مهارات القادة الصحيين في إدارة الأزمات والجودة والسلامة، ما يدعم جاهزية المنظومات الصحية للتغيرات التنظيمية والتقنية المتسارعة (Mercury Training)، ٢٠٢٦؛ العربي وآخرون، ٢٠١٩). باختصار، تُقدّم الدراسة قيمة علمية بتكاملها المفهومي ومنهجها القائم على المقاييس، وقيمة عملية بتوصيات قابلة للتنفيذ لتحسين الكفاءة ورفع رضا المرضى، بما يعزز ميزة تنافسية مستدامة للمؤسسات الصحية.

أهداف الدراسة:

الهدف الرئيس:

تهدف هذه الدراسة الى "بناء إطار تكاملي للإدارة الإستراتيجية لشؤون المرضى يربط بين التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية، وبرامج الجودة الشاملة، ومقاييس الأداء متعددة المناظير، والتحول الرقمي، بما يعزز الكفاءة التشغيلية ويرفع رضا المرضى في المستشفيات". (الشراري، ٢٠٢٥؛ عالم، ٢٠٢٣؛ مجلة المجتمع العربي، ٢٠٢٤).

الأهداف الفرعية:

١. قياس أثر التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية على كفاءة تدفق المرضى ومخرجات الجودة وتجربة المستفيد، من خلال تحليل العلاقة بين وضوح الرؤية والأهداف وتحليل البيئة وبين مؤشرات زمن الانتظار والرضا. (الشراري، ٢٠٢٥).
٢. تقييم فاعلية ممارسات إدارة الجودة الشاملة وتوحيد البروتوكولات واعتماد الأنظمة الرقمية في تحسين العمليات الداخلية وسلامة المرضى وتقليل الهدر التشغيلي، مع اختبار الارتباط بأداء المؤسسة ورضا المستفيدين. (عالم، ٢٠٢٣؛ التجمع الصحي بعسير، د.ت).
٣. اختبار دور صنع القرار المبني على البيانات ونظم المعلومات الصحية في رفع سرعة القرار ودقته على مستوى مسار المريض، وتحليل التحديات المرتبطة بدقة البيانات والامتثال التنظيمي وانعكاساتها على النتائج السريرية والرضا. (العربي وآخرون، ٢٠١٩)

تساؤلات الدراسة

السؤال الرئيسي:

يدور السؤال الرئيسي للدراسة حول "كيف يمكن للإدارة الإستراتيجية لشؤون المرضى أن تدمج بين التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية، وبرامج الجودة الشاملة، ومقاييس الأداء متعددة المناظير (بطاقة الأداء المتوازن)، والتحول الرقمي، بما يعزز الكفاءة التشغيلية ويرفع رضا المرضى في المستشفيات؟"

الأسئلة الفرعية:

١. ما أثر أبعاد التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية (وضوح الرؤية والرسالة والأهداف والتحليل البيئي وتخطيط الاحتياجات) على كفاءة تدفق المرضى ومخرجات الجودة وتجربة المستفيد (زمن الانتظار، الوصول، الرضا)؟
٢. إلى أي مدى تسهم ممارسات إدارة الجودة الشاملة، وتوحيد البروتوكولات، واعتماد الأنظمة الرقمية في تحسين العمليات الداخلية وسلامة المرضى وتقليل الهدر التشغيلي، وما علاقة ذلك بمستوى الأداء المؤسسي ورضا المستفيدين؟
٣. ما دور صنع القرار المبني على البيانات ونظم المعلومات الصحية في رفع سرعة القرار ودقته على امتداد رحلة المريض، وما التحديات المتعلقة بجودة البيانات والامتثال التنظيمي، وانعكاساتها على النتائج السريرية ورضا المرضى؟

فروض الدراسة:

الفرضية الرئيسة:

تفترض الدراسة الحالية "تؤدي الإدارة الإستراتيجية المتكاملة لشؤون المرضى—عبر مواءمة التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية، وممارسات الجودة الشاملة، وبطاقة الأداء المتوازن، والتحول الرقمي وصنع القرار المعتمد على البيانات—إلى تحسّن ذي دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) في الكفاءة التشغيلية ورضا المرضى في المستشفيات".

الفروض الفرعية:

الفرضية الأولى: "يرتبط التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية (وضوح الرؤية والرسالة والأهداف، وتحليل البيئة، وتخطيط الاحتياجات والتوزيع) بعلاقة طردية ذات دلالة إحصائية مع كفاءة تدفق المرضى ومخرجات الجودة وتجربة المستفيد (زمن الانتظار، الوصول، الرضا)".

الفرضية الثانية: "تسهم ممارسات إدارة الجودة الشاملة وتوحيد البروتوكولات السريرية والإدارية في تحسين أداء العمليات الداخلية وتقليل الهدر التشغيلي، بما ينعكس إيجاباً وبصورة ذات دلالة إحصائية على الأداء المؤسسي ورضا المرضى".

الفرضية الرابعة: "يؤثر توافر قدرات نظم المعلومات الصحية وصنع القرار المبني على البيانات إيجابياً وبصورة ذات دلالة إحصائية في سرعة القرار ودقته عبر رحلة المريض، بما يحسّن النتائج السريرية ويرفع مستويات الرضا؛ كما يعزّز (يُعدّل) هذا الأثر الإيجابي العلاقة بين التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية وكفاءة تدفق المرضى".

الأساس المفاهيمي للإدارة الإستراتيجية لشؤون المرضى:

تقوم الإدارة الإستراتيجية لشؤون المرضى على توجيه منظومة المستشفى بكاملها نحو "قيمة مقدمة للمريض" تشتق من رؤية ورسالة صريحتين، ثم تترجم إلى سياسات وممارسات قابلة للقياس عبر دورة "التخطيط-التنفيذ-المتابعة-التحسين". وهي تختلف عن الإدارة التشغيلية التقليدية التي تركز على تدبير الموارد اليومية، إذ تضبط الإدارة الإستراتيجية الملاءمة بين الرؤية، والبيئة الداخلية والخارجية، وبنى العمليات والمعرفة، بما يضمن كفاءة تشغيلية ونتائج سريرية وتجربة مريض أفضل (الشراري، ٢٠٢٥). ضمن هذا المنظور، تعد خرائط رحلة المريض—من لحظة القبول مروراً بالتشخيص والعلاج وحتى ما بعد الخروج—أداة ارتكاز لربط ما "تعد به" الرؤية بما "يتلقاه" المريض فعلاً؛ فهي تحدد نقاط الاحتكاك الحرجة، وتربطها بمؤشرات أداء مثل الاعتمادية والاستجابة والتعاطف، بما يخلق سلسلة قياس متسقة بين الأهداف الإستراتيجية ونتائج التجربة (الشراري، ٢٠٢٥).

ويعزز هذا الربط تبني مبادئ الجودة الشاملة كمظلة حاكمة لسياسات الخدمة وإجراءاتها، بحيث تصبح رضا المريض ومخرجات الجودة محوراً لكل قرار تنظيمي (عالم، ٢٠٢٣). وتُقدّم وثائق "مركز تجربة المريض" بوزارة الصحة السعودية إطاراً وطنياً لترجمة "صوت المريض" إلى نظام شكوى ومقترحات متكامل، يرتبط بمعايير سباهي، ومتطلبات الإبلاغ عن الحوادث، وسياسة الثقافة العادلة والإفصاح؛ إذ تعرف الآراء الواردة من المستفيدين كمصدر جوهري للتعلم المؤسسي والتحسين المستمر، وتلزم المنشآت بإجراءات واضحة للتلقي، والتحليل، والرد، والتغذية الراجعة، وبناء مصفوفات مسؤوليات وأجال زمنية للمعالجة (وزارة الصحة السعودية، بدون تاريخ). بهذا تصبح آلية التقاط "صوت المريض" جزءاً عضوياً من نظام السياسات والعمليات، لا قناة تواصلية معزولة.

ولكي تظل الملاءمة الإستراتيجية فعّالة، تشدّد الدراسات على أن صياغة الرؤية والرسالة والأهداف—ثم مواءمتها مع التحليل البيئي—هي مدخل ضروري لبناء خطط الموارد والعمليات الداعمة لتجربة المريض (الشراري، ٢٠٢٥). كما تبرز إستراتيجية إدارة المعرفة في القطاع الصحي كوسيط حاسم بين الرؤية وبين التطبيق؛ فهي تنظم تدفق المعارف السريرية والإدارية عبر ثلاث مكونات: البشر (كوادر المعرفة)، والتكنولوجيا (مستودعات البيانات وأدوات القرار)، والعمليات (خرائط المعرفة والإجراءات)، مع تأكيد على دمجها لتحقيق اتخاذ قرار مبني على الأدلة وتقليل الفجوات المعرفية التي تمس جودة الخدمة وسلامة المرضى (اللقماني والضحوي، ٢٠٢٥). وعملياً، توضح أدلة التدريب القيادي في الإدارة الصحية أن خطوات الإدارة الإستراتيجية الناجحة تبدأ بتطوير بيان الرؤية والرسالة، وتحديد المقترح القيبي للمريض، ثم تصميم محافظ المبادرات ومؤشرات الأداء الرئيسة، وربطها بهيكل الحوكمة ووحدات المسؤولية، بما يسمح بالتقييم والتحسين الدوريين (مركري ترينينغ، ٢٠٢٦).

ومن ثمّ، يتكامل "النهج القائم على الرحلة" مع نظام الشكاوى والاقتراحات، ونظم المعرفة والأدلة، لينشئ دائرة تعلم مؤسسية تحول صوت المريض إلى قرارات وسياسات قابلة للقياس، وتربط الكفاءة التشغيلية لخطوط

الخدمة برضا المرضى ونتائجهم السريرية (الشراري، ٢٠٢٥؛ اللقماني والضحوي، ٢٠٢٥؛ وزارة الصحة السعودية، بدون تاريخ).

التخطيط الإستراتيجي للموارد البشرية في المستشفيات:

يرتكز التخطيط الاستراتيجي للموارد البشرية في المستشفيات على منظومة مترابطة تبدأ بتحديد الرؤية والرسالة وصياغة الأهداف القابلة للقياس، مروراً بتحليل بيئي يحدد الفرص والتهديدات والاحتياجات المهنية، وصولاً إلى اختيار بدائل تنفيذية عملية. وتبين دراسة ميدانية في إدارة الخدمات الصحية بالزاوية أن أبعاد التخطيط الاستراتيجي الخمسة (الرؤية، الرسالة، الأهداف، التحليل الاستراتيجي، والاختيار الاستراتيجي) تُقاس بوضوح في السياق الصحي وتُختبر علاقتها بالأداء المؤسسي، مع ظهور معاملات ارتباط موجبة دالة إحصائياً بين هذه الأبعاد ومستوى الأداء، بما يدعم صلاحيتها كأساس لصنع السياسات والقرارات في الموارد البشرية الصحية.

ويتجاوز أثر التخطيط الجيد نطاق المؤشرات المؤسسية العامة إلى تحسين تدفق المرضى عبر نقاط التماس. فعندما يُبنى تنبؤ الطلب على قراءة دقيقة للحجم والشدة المرضية، ويُترجم إلى تخطيط وتوزيع للكوادر عبر الأقسام والورديات، تنخفض الاختناقات التشغيلية ويزداد الاتساق الإجرائي واستمرارية الرعاية. وقد أظهرت نتائج دراسة بالتجمع الصحي في عسير أن اعتماد الأنظمة الرقمية المتقدمة جاء في المرتبة الأولى بين استراتيجيات التحسين، تلاه التدريب المستمر للكوادر والبروتوكولات الموحدة، وكلها عوامل ترتبط مباشرة بعمليات الجدولة والتنسيق وتدفق الخدمة، مع متوسطات موافقة مرتفعة تدل على أثرها في رفع الكفاءة والجودة.

كما يقتضي الربط الفعال بين الجدارات السريرية والإدارية ومواقيت العمل ومسارات الخدمة أن تُدار المعرفة المؤسسية كأصل استراتيجي؛ فاستراتيجية إدارة المعرفة في القطاع الصحي تؤكد أن تمكين الكوادر، وتعزيز البنية التحتية المعلوماتية، ومأسسة تبادل الخبرة، تدعم اتخاذ القرار الصائب وتقلل الأخطاء وتُحسن الأداء التنظيمي والسريري، وهي أدوار تُعد جسراً بين التخطيط الورقي والتحسين الفعلي في مسارات الرعاية (إستراتيجية إدارة المعرفة في القطاع الصحي، ٢٠٢٤).

ومن منظور القيادة والتنفيذ، تُظهر الأدبيات أن نجاح الخطة يعتمد على إدارة الموارد بكفاءة عبر تخصيص العنصر البشري وفق الأولويات الاستراتيجية، والمتابعة الدورية لتصحيح المسار، ودعم القيادة العليا فرق العمل لإنجاز الأهداف بكفاءة؛ وهي عوامل تُعزز مواءمة القدرات البشرية مع متطلبات الخدمة وترسخ ثقافة التحسين المستمر (مجلة المجتمع العربي، ٢٠٢٤). وتنعكس هذه المنظومة على المؤشرات الناتجة المعنية مباشرة بتجربة المريض: زمن الانتظار يتراجع مع تحسين الجدولة والانتشار المهاري، واستمرارية الرعاية تتحسن مع توحيد البروتوكولات وتبادل المعرفة، والاتساق الإجرائي يرتفع مع تدريب الكوادر واعتماد أنظمة رقمية ورقابة جودة صارمة؛ وقد سجّلت الدراسة نفسها متوسط موافقة عاماً مرتفعاً على فاعلية هذه الاستراتيجيات في تحسين الخدمات الصحية، ما يؤكد ارتباط التخطيط الاستراتيجي للموارد البشرية بمخرجات التدفق والرضا.

إدارة الجودة الشاملة وتوحيد البروتوكولات السريرية والإدارية:

تمثل إدارة الجودة الشاملة إطاراً منهجياً لتحسين أداء المستشفيات عبر ترسيخ ثقافة تحسين مستمر، وتركيز واضح على المستفيد النهائي (المريض)، ومساءلة جميع الأطراف عن جودة الخدمة، مع الاستثمار المنتظم في تدريب العاملين وتمكينهم. يوضح أحد الدراسات أن الجودة الشاملة "نهج إدارة منظم" يقوم على جهود دائمة لاكتشاف الأخطاء وتقليلها، وتحسين تجربة العملاء، وتنسيق عمليات المؤسسة بحيث تنسجم مع أهدافها بعيدة المدى، عندما "يكرس كل عضو جهوده لتحسين جودة العمل" (عالم، ٢٠٢٣). وتؤكد الأدبيات في السياق الصحي أن تحقيق الجودة يتطلب إدارة حازمة تُحسن تنظيم الموارد وتنسيقها داخلياً وخارجياً للوصول إلى رضا المرضى عن مجمل الخدمات المقدمة (نادية مقداد، ٢٠١٧ كما أوردها عالم، ٢٠٢٣).

على مستوى توحيد البروتوكولات السريرية والإدارية، تُظهر الخبرة الميدانية أن الاعتماد على المعايير الدولية (الاعتماد) يساهم في رفع الجودة وتوحيد الإجراءات وتقليل التباين بين الأقسام، وهو ما ينعكس مباشرة على سلامة المرضى. وقد أشار تقرير ميداني إلى أن "الاعتماد على معايير الجودة الدولية، مثل معايير اعتماد المستشفيات، يمكن أن يساهم في رفع مستوى الجودة وتوحيد المعايير المتبعة" (أوشن، ٢٠١٧ كما ورد). ويقترن ذلك بآليات تقييم دوري لمؤشرات أداء الجودة—مثل معدلات الأخطاء الطبية—وممارسات رقابية فعالة تضمن الالتزام بالبروتوكولات وتغلق فجوات الاتساق الإجرائي عبر المؤسسة.

وتتطلب الجودة الشاملة أدوات عملية لتشخيص الانحرافات وتقليص الهدر ووقف الأعطال المتكررة قبل وقوعها؛ وتشمل هذه الأدوات خرائط العمليات لتتبع التدفقات وتحديد نقاط الاختناق، وتحقيقات منهجية في أسباب الإخفاقات وأثارها، إلى جانب برامج رقابة جودة منظمة وتقييم مستمر يستند إلى مؤشرات قياسية. ويُظهر تحليل ميداني في التجمع الصحي بمنطقة عسير أن "التقييم المستمر" عبر مؤشرات أداء محددة يساعد على تحديد مجالات التحسين والعمل عليها، وأن "تطبيق برامج رقابة جودة صارمة" و"توظيف الأنظمة التكنولوجية" كالملفات الصحية الإلكترونية يقلل الأخطاء ويحسن التنسيق بين الفرق الطبية.

أما في تحويل "صوت المريض" إلى سياسات وإجراءات قابلة للقياس، فتؤدي منظومات إدارة الشكاوى دوراً محورياً. فالتعريف التشغيلي للشكاوى باعتبارها أي تعبير عن "عدم الرضا" حول خدمة محددة يجعلها مدخلاً معيارياً لرصد التجربة، بينما يؤدي تأخير التعامل مع الشكاوى أو تجاهلها إلى سمعة سلبية وتآكل الثقة (مركز تجربة المريض). إن بناء قنوات واضحة للتلقي والمعالجة، ثم تغذية نتائج التحليل في سياسات وإجراءات تصحيحية، هو آلية مؤسسية لتحويل أصوات المرضى إلى تحسينات ملموسة في الخدمة. ترتبط هذه الممارسات بنتائج تنظيمية قابلة للقياس. تُظهر دراسة ميدانية على المستشفيات الخاصة وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين إدارة الجودة الشاملة وأداء المستشفيات؛ إذ فسّرت إدارة الجودة الشاملة ٧٥,٨٪ من التغير في الأداء في نموذج الدراسة (قيمة معامل التحديد $r^2=0.758$; $p<0.001$). وهذه نتيجة مباشرة تفيد بأن تحسين تطبيقات الجودة الشاملة يقود إلى تحسن ملموس في الأداء المؤسسي.

وبعضد ذلك أدلة ميدانية أخرى تُظهر اتفاقاً قوياً بين أفراد العينات على أن "تعزيز معايير الجودة" يحسّن رضا المرضى، وأن "التقنيات الحديثة" ترفع كفاءة العمليات التشغيلية، وأن "تدريب العاملين" يعزز جودة الأداء الصحي. أخيراً، فإن الدمج بين مبادئ الجودة الشاملة (التحسين المستمر، التركيز على المريض، الوقاية من الخطأ، إشراك العاملين) وتوحيد البروتوكولات عبر الاعتماد والمعايير، ثم بناء منظومات استماع فعالة لصوت المريض ومعالجتها تنظيمياً، يشكّل معاً أساساً مفاهيمياً متماسكاً لرفع السلامة وتقليل التباين وزيادة الكفاءة. وحين تُربط هذه المنظومة بمنصات معلومات وصنع قرار مدعومة بالبيانات، تتسارع وتيرة القرارات الدقيقة وتحسن القدرة على استباق الاحتياجات وتعظيم القيمة المقدمة للمريض (اعتماد نظم معلومات متكاملة وتحليل إحصائي لدعم القرار). المحصلة أن إدارة الجودة الشاملة مع توحيد البروتوكولات ليست مجرد شعار تنظيمي، بل منظومة مترابطة من الفلسفة والأدوات والمعايير وآليات الاستماع والمساءلة، ترتبط إحصائياً وبشكل قابل للقياس بتحسين الأداء ورفع رضا المرضى.

الإدارة الاستراتيجية والتخطيط الاستراتيجي:

تُعدّ الاستراتيجية إطاراً موجّهاً بعيدة المدى يحدّد مسار المنظمة من لحظة التصرّو الأولي حتى التنفيذ والتقييم، مروراً بما يلزم من مراجعات وتعلّم مؤسسي وتجديد مستمر. ولا تقتصر الاستراتيجية على وثيقة نظيرية أو بيان نوايا؛ بل هي منظومة مترابطة من اختيارات وقواعد عمل تُعنى بتحديد أين تنافس المنظمة وكيف تخلق قيمة مستدامة ولئن. لذلك تبدأ العملية بتشخيص محركات الأداء الأكثر تأثيراً في بيئة المنظمة، ثم صياغة هيكل استراتيجي تتكامل عبره وحداتها ووظيفاتها في انسجام مع توجّه القيادة العليا. وفي هذا السياق تُفهم الإدارة الاستراتيجية بوصفها دورة كاملة تشمل الصوغ، والترجمة إلى برامج ومبادرات، والتطبيق عبر الموارد والعمليات، والمتابعة والرقابة والتعلّم، بما يضمن اتساق التنفيذ مع المقاصد العامة وتراكم الأثر على المدى الطويل. بهذا المعنى تغدو الإدارة الاستراتيجية أوسع نطاقاً من التخطيط الاستراتيجي؛ فالأخير يُعنى أساساً بتوليد البدائل واختيارها، بينما تشمل الإدارة الاستراتيجية المراحل اللاحقة التي تحوّل الخيارات إلى نتائج قابلة للقياس والتحسين. (فراج، ٢٠٢٤)

يقوم التوجّه الاستراتيجي على مكوّنات أربعة مترابطة: الرسالة، والقيم، والرؤية، والأهداف. تحدد الرسالة سبب وجود المنظمة ومجالات اشتغالها والفئات التي تخدمها، وتؤطر القيم معايير السلوك المؤسسي وتشكّل مرجعية الحوكمة والثقافة. أما الرؤية فهي صورة مستقبلية طموحة تصف الوضع المنشود بما يتجاوز الإمكانيات الراهنة، وتؤدي وظيفة التعبئة نحو غاية مشتركة قابلة للترجمة إلى برامج. وتأتي الأهداف الاستراتيجية لتجسّد تلك الرؤية في صيغ تشغيلية قابلة للقياس، محددة الإطار الزمني وحدود المسؤولية ومؤشرات الإنجاز. وتُستكمل هذه البنية بسياسات مشتقة من الاستراتيجية العامة تعمل كأدلة لاتخاذ القرار على مستوى الإدارات والوحدات، وتضمن تناسق القرارات اليومية مع الاتجاه الاستراتيجي الكلي (فراج، ٢٠٢٤).

وتستند الصياغة الرشيدة للاستراتيجية إلى تحليل استراتيجي مزدوج الأبعاد: داخلي. فعلى المستوى الخارجي، يستكشف التحليل الأبعاد العامة للبيئة الكلية، كالاقتصاد والتقنية والسياسة والمجتمع والثقافة وتنظيمات

السوق، بوصفها محددات لإمكانات النمو والمخاطر. كما يدرس البيئة التنافسية المباشرة عبر تفكيك ديناميات الصناعة وهيكل القوى المؤثرة فيها، مثل قدرة الموردين والزبائن على المساومة، وتهديد البدائل، وسهولة دخول منافسين جدد، وحدّة التنافس القائم. وتوفّر هذه القراءة إطارًا لاحتمالات التمايز أو القيادة بالكلفة أو التركيز على قطاعات محدّدة، وتكشف هوامش التحرك الاستراتيجي المتاحة (فراج، ٢٠٢٤).

أما التحليل الداخلي فيُقيّم الموارد والقدرات بهدف تحديد مصادر الميزة التنافسية القابلة للاستدامة. ويتحقق ذلك عبر منظور قائم على الموارد يختبر قيمة الموارد وندرتها وصعوبة تقليدها وقابلية توظيفها، بما يسمح بتمييز ما هو جوهري عن العرضي. كما يفيد مدخل سلسلة القيمة في تشخيص الأنشطة الأساسية الدافعة للقيمة—مثل الإمداد والعمليات والتسويق والخدمة—والأنشطة الداعمة—كالبنية التحتية والموارد البشرية والتقنية والتمويل—لتعظيم الهامش من خلال تحسين الترابط الداخلي وتقليل الفاقد والهدر. ويؤدي الجمع بين خلاصات التحليلين الخارجي والداخلي إلى بناء مصفوفة تكشف مواطن القوة والضعف والفرص والتهديدات، على نحو يسمح بتوليد بدائل استراتيجية واقعية ومتناسكة مع السياق (فراج، ٢٠٢٤).

بعد توليد البدائل، تنصرف المنظمة إلى اختيار ما يحقق أعلى ملائمة بين مواردها والظروف البيئية، ثم ترجمة الاختيارات إلى حقائب مبادرات، وبُنى حوكمة، وجداول تمويل، وخطط موارد بشرية وتقنية. وهنا تظهر أهمية ما يمكن أن يُسمّى "سلسلة الترجمة الاستراتيجية": تحويل الغايات العامة إلى أهداف مرحلية، ثم إلى برامج ومشروعات ذات نطاق وزمن ومالكين ومعايير أداء محددة. وتعمل مصفوفات الموازنة على ربط الأهداف المؤسسية بالأهداف الوظيفية للأقسام، وبالأهداف الفردية للمديرين والموظفين، بما يعمّق الإحساس بالمسؤولية ويخلق خطوط رؤية واضحة بين ما يُنجز يوميًا وما يُبتغى استراتيجيًا (فراج، ٢٠٢٤).

يتطلب التنفيذ الناجح بنية تنظيمية داعمة وثقافة مؤسسية تثمّن التعلم والتجريب المحسوب. فالهيكل المرنة، مثل الهياكل المصفوفة أو القائمة على فرق المنتجات والخدمات، تتيح خفّة الحركة وتسرع تدفق المعلومات، لكنها تحتاج في المقابل إلى أدوار واضحة وآليات تسوية تضارب الأولويات. كما يستدعي التنفيذ منظومة موارد بشرية متسقة مع الاختيار الاستراتيجي: استقطابًا وانتقاءً وتدريبًا وتقييم أداء وحوافز تكافئ السلوكيات التي تولد قيمة. وبالموازاة، توضع أنظمة معلومات موثوقة لتوفير بيانات آنية وسلاسل مؤشرات تغذي القرارات التشغيلية وتتيح الرقابة والتعلّم. وعلى صعيد المتابعة والتقييم، تُنشأ لوحات قيادة تربط مؤشرات الأداء الرئيسة بالغايات الاستراتيجية عبر مناظير متوازنة: منظور المستفيد، والعمليات الداخلية، والتعلم والنمو، والبعد المالي. بهذا الربط تتجنّب المنظمة الانحياز إلى جزئية مالية قصيرة الأجل، وتضمن اتساق التقييم مع منطق خلق القيمة الشامل. ويُستكمل ذلك بدورات مراجعة دورية تُختبر فيها فرضيات الاستراتيجية، ويُعاد فيها ضبط الأهداف والبرامج على ضوء ما تكشفه البيانات من فجوات أو فرص ناشئة (فراج، ٢٠٢٤).

لا تنفصل الإدارة الاستراتيجية عن القيادة والحوكمة. فالقادة يحركون الطاقة الرمزية للرؤية، ويقودون التغيير عبر بناء ائتلافات داخلية وتخفيف مقاومة التحول، ويؤسسون قواعد السلوك التي تحمي النزاهة وتكافئ

التعاون. أما الحوكمة فتضمن ضبط العلاقة بين الأطراف المعنية، وتوفّر آليات مساءلة وشفافية تقلّل المخاطر وتحفظ اتساق القرارات مع المصلحة المؤسسية العامة. وعندما تُصنّف الحوكمة بصورة تُمكن صنع القرار القائم على البيانات، وتتأزّر مع ثقافة تعلم منفتحة على النقد والتحسين، يصبح مسار الاستراتيجية أشبه بدائرة تعلم مستمر لا بخط مستقيم مغلق.

وتبرز أهمية الاستراتيجية في البيئات المعقدة سريعة التغير، حيث تتطلب المنافسة قدرة دائمة على إعادة تشكيل محفظة الأعمال ونماذج التشغيل. في مثل هذه البيئات، لا يكفي امتلاك خطة ثابتة؛ بل يلزم امتلاك "قدرات ديناميكية" تمكّن من استشعار التغير، واغتنام الفرص، وإعادة تهيئة الموارد في الزمن المناسب. ويتجسد ذلك عملياً في دورات ابتكار تُدمج في التشغيل اليومي، وفي آليات رصد مبكر للتغير التنظيمي أو التكنولوجي أو السلوكي لدى العملاء، وفي سياسات مرنة تسمح بتعديل الأولويات دون الإخلال بسلامة الاتجاه العام.

خلاصة القول: الإدارة الاستراتيجية منظومة شاملة تُحكّم الصلة بين منطق الاختيار الاستراتيجي ومنطق التنفيذ اليومي، عبر رسالة وقيم ورؤية وأهداف مترابطة، وتحليل دقيق للبيئة والموارد، وترجمة محكمة إلى برامج وحوكمة ومؤشرات، وثقافة تتعلم وتتكيف. وهي إذ تتجاوز حدود التخطيط النظري إلى بناء مؤسسات قادرة على اتخاذ القرارات الصائبة في الوقت المناسب، تضمن أن يتحول الطموح إلى نتائج قابلة للقياس، وأن يتحول التعلم من حدث عارض إلى سلوك تنظيمي راسخ. بهذه العناصر تتكوّن الاستراتيجية بوصفها رافعة مستدامة للميزة التنافسية، ومصدراً للانضباط والابتكار في آن واحد.

خصائص التخطيط الاستراتيجي في المستشفيات:

١. رؤية بعيدة المدى: يركز التخطيط الاستراتيجي على أهداف ممتدة زمنياً تقاس بالسنوات، مثل تحسين جودة الرعاية، والتوسع المدروس في حافظة الخدمات، وتعزيز المكانة التنافسية للمستشفى. وتوفّر هذه الرؤية إطاراً موجهاً لتوحيد الجهود وتجنب التجزؤ، بما يضمن اتساق القرارات المرحلية مع الغايات المستدامة.
٢. الشمولية والتكامل المؤسسي: يتسم التخطيط الاستراتيجي بطابعه الشامل الذي يغطي منظومة المستشفى بأكملها: الموارد البشرية، والخدمات السريرية، والدعم التشغيلي، والبنية التحتية، ونظم المعلومات. ويقتضي ذلك آليات تكامل بين الأقسام والوحدات تضمن التنسيق الأفقي والعمودي، وتوحيد الأولويات في اتجاه أهداف مشتركة قابلة للقياس.
٣. تحليل بيئي داخلي وخارجي منهجي: يعتمد التخطيط الرشيد على تشخيص دقيق للبيئة الداخلية من حيث الموارد والكوادر والقدرات التنظيمية، وللبيئة الخارجية من حيث احتياجات المرضى، وشدة المنافسة، والتغيرات الاقتصادية، والتنظيمية. ويساعد هذا التشخيص في تحديد الفرص والتهديدات وصياغة بدائل قرار مستنيرة تستند إلى بيانات قابلة للتحقق.

٤. المرونة وقابلية التكيف: تفرض دينامية قطاع الرعاية الصحية صياغة خطط مرنة قابلة للتعديل السريع عند حدوث مستجدات، مثل الابتكارات التقنية، وتحولات تفضيلات المرضى، والطوارئ الصحية والأوبئة. ويعني ذلك تبني دورات مراجعة دورية، وآليات إنذار مبكر، وإجراءات تصحيحية تُمكن المستشفى من الاستجابة دون الإخلال بالاتجاه العام.

٥. التركيز على الجودة وسلامة المرضى: يستهدف التخطيط الاستراتيجي رفع مستوى الجودة عبر استراتيجيات وقائية الحد من الأخطاء الطبية، وتعزيز ثقافة السلامة، والالتزام بمعايير اعتماد وطنية ودولية. ويسهم ذلك في ترسيخ الثقة لدى المرضى وأسرهم، وتحسين السمعة المؤسسية، وربط تحسين التجربة السريرية بمؤشرات أداء واضحة.

٦. تحديد الموارد وإدارتها بكفاءة: يشمل التخطيط تحديد الاحتياجات من الكوادر والمعدات والتمويل، ثم تصميم آليات تخصيص وإدارة تحقق الاستخدام الأمثل لهذه الموارد. ويركز على المواءمة بين المهارات المطلوبة ومسارات الخدمة وأوقات الذروة، وعلى رفع الإنتاجية وتقليل الهدر، بما يضمن أقصى عائد صحي وتشغيلي ممكن (فراج، ٢٠٢٤)

أهمية التخطيط الاستراتيجي في المستشفيات:

يمثل التخطيط الاستراتيجي أحد الركائز الجوهرية في إدارة المستشفيات، نظرا لارتباطه المباشر بتحسين جودة الرعاية الصحية ورفع الكفاءة التشغيلية. وتنبع أهميته من كونه آلية مؤسسية لتوجيه التنظيم الصحي نحو غايات بعيدة المدى عبر صياغة رؤية واضحة، وتحديد أهداف قابلة للقياس، وترجمة ذلك إلى برامج ومبادرات قابلة للتنفيذ في بيئة تتسم بالتعقيد وسرعة التغير (فراج، ٢٠٢٤)

أولا، يسهم التخطيط الاستراتيجي في الارتقاء بجودة الرعاية الصحية من خلال تحديد أولويات واضحة ووضع سياسات إجرائية مدروسة. إذ يسمح بتعزيز سلامة المرضى، والحد من الأخطاء الطبية، ورفع مستويات الرضا عن الخدمات. فعلى سبيل المثال، عند تبني خطة استراتيجية لإدارة العدوى، يمكن تحديد الإجراءات الوقائية الملائمة، وتخصيص الموارد الضرورية لتطبيقها، بما يؤدي إلى خفض معدلات العدوى وتحسين النتائج السريرية. وتبرز هنا وظيفة التخطيط كأداة تربط بين الغايات السريرية والضوابط الإدارية، وتحول المبادئ العامة للجودة إلى ممارسات قابلة للقياس (فراج، ٢٠٢٤)

ثانيا، يتيح التخطيط الاستراتيجي فهما شاملا للموارد المتاحة وأساليب توزيعها بكفاءة، في ظل التنافس داخل المستشفيات على عناصر أساسية كالقوى العاملة والمعدات. ومن خلال تشخيص الاحتياجات الدقيقة لكل قسم وربطها بالأهداف المؤسسية، يمكن إعادة توزيع الموارد البشرية والتقنية بما يدعم تقليص زمن الانتظار وتحسين انسياب الخدمة، ولا سيما في الأقسام ذات الضغط المرتفع مثل الطوارئ. ويتضمن ذلك مواءمة الجداول والمهارات مع أوقات الذروة، ووضع خطط بديلة لضمان استمرارية الخدمة.

ثالثاً، يعزز التخطيط الاستراتيجي التكامل بين الأقسام المختلفة عبر آليات حوكمة وتنسيق واضحة. فإشراك الكوادر السريرية، وفي مقدمتهم التمريض، في صياغة الأهداف والإجراءات يثري عملية التخطيط برؤى ميدانية تعكس التحديات العملية في وحدات الرعاية الحساسة، ويساعد على تصميم سياسات تشغيلية أكثر واقعية واتساقاً مع متطلبات الرعاية. ويؤدي هذا النهج التشاركي إلى تحسين الاتساق الإجرائي وتقليل التباين بين الوحدات.

رابعاً، يرسخ التخطيط الاستراتيجي ثقافة تنظيمية قائمة على الابتكار والتطوير المستمر. فمع التسارع التقني في القطاع الصحي، يوفر التخطيط إطاراً منهجياً لدمج التقنيات الحديثة في العمليات، مثل السجلات الصحية الإلكترونية، وأدوات التحليلات المتقدمة والذكاء الاصطناعي، بما يعزز كفاءة استخدام الموارد و يتيح رعاية شخصية أدق. كما يضمن وضع مسارات تبني تقنية تراعي الجاهزية التنظيمية، والتدريب، ومتطلبات الحوكمة، والخصوصية.

خامساً، يشكل التخطيط الاستراتيجي أداة أساسية لإدارة الأزمات الصحية. إذ تتيح الخطط المسبقة للطوارئ التكيف السريع مع المستجدات، سواء تعلق الأمر بأوبئة واسعة النطاق أو كوارث محلية، من خلال سيناريوهات لتخصيص الموارد، وخطط استمرارية الأعمال، وبرامج تدريب ورفع جاهزية الكوادر. ويسهم ذلك في الحد من الأثر السلبي للأزمات على المرضى وعلى كفاءة النظام الصحي ككل (فراج، ٢٠٢٤)

أخيراً، يعزز التخطيط الاستراتيجي المشاركة والتمكين الوظيفي عبر إشراك العاملين في تحديد الأهداف ومؤشرات الأداء، وترجمة الرؤية المؤسسية إلى أهداف على مستوى الفرق والأفراد. ويقود ذلك إلى رفع الالتزام والحافزة وتحسين الأداء، بما ينعكس إيجاباً على تحقيق الغايات الاستراتيجية للمستشفى. وبذلك لا يقتصر التخطيط الاستراتيجي على تنظيم العمليات اليومية، بل يتجاوزها إلى بناء قدرة مؤسسية مستدامة على التكيف والابتكار، وضمان جودة واستمرارية الخدمات الصحية، وتلبية احتياجات المرضى والمجتمع بكفاءة وفعالية.

عوامل نجاح التخطيط الاستراتيجي في المستشفيات :

يعتمد نجاح التخطيط الاستراتيجي في المستشفيات على منظومة متكاملة من العوامل التي تضمن انتقاله من مستوى التصور إلى مستوى الإنجاز الملموس. في المقدمة يأتي وضوح الرؤية والأهداف؛ إذ ينبغي أن تُصاغ الرؤية بما يعكس طموحات المؤسسة واتجاهاتها المستقبلية، وأن ترتبط بأهداف محددة قابلة للقياس بزمان ومسؤوليات ومؤشرات أداء واضحة، بما يسمح بمتابعة التقدم وتصحيح المسار عند الحاجة (فراج، ٢٠٢٤)

ثانياً، يشكل التحليل البيئي الداخلي والخارجي ركيزة لانخاذ القرار الرشيد. فالتحليل الداخلي يتناول الموارد والكوادر والقدرات التنظيمية ونظم العمل، بينما يستكشف التحليل الخارجي احتياجات المرضى، وشدة المنافسة، والمتغيرات الاقتصادية، والتنظيمية، والتكنولوجية. ويتيح هذا التشخيص تحديد الفرص والتهديدات ومواءمة الخيارات الاستراتيجية مع الواقع الفعلي. ثالثاً، يعد إشراك الأطراف المعنية شرطاً لرسوخ الخطة وفعاليتها. فمشاركة الممرضين والأطباء والإداريين في صياغة الخطة وتنفيذها تعزز الالتزام وتمكّن من التقاط الرؤى الميدانية الدقيقة حول تحديات الخدمة ومسارات المريض، ما يثري البدائل ويقلل فجوات التطبيق. رابعاً، يمثل التواصل المؤسسي الفعال

دعامة أساسية؛ إذ ينبغي أن تُعرض الاستراتيجية بلغة مفهومة على جميع المستويات، وأن تُترجم إلى أدوار ومسؤوليات وخطط تشغيلية لكل وحدة، بما يوحد الجهود ويقود إلى عمل فريق متناسق حول أهداف مشتركة (فراج، ٢٠٢٤)

خامسًا، يحتاج التخطيط إلى أساس أدلي؛ أي الاعتماد على بيانات دقيقة وتحليلات منهجية بدلاً من القرارات الحدسية. ويتصل بذلك عامل المرونة وقابلية التكيف، فدينامية قطاع الرعاية الصحية تقتضي دورات مراجعة دورية وآليات استجابة سريعة للتطورات التكنولوجية والتحولات الديموغرافية والطوارئ الصحية. سادسًا، تمثل إدارة الموارد بكفاءة محورًا للفعل الاستراتيجي؛ إذ يتطلب الأمر تحديد الاحتياجات من الموارد البشرية والمادية والمالية، ثم تخصيصها وفق الأولويات الاستراتيجية، مع ضبط الهدر وتعظيم العائد الصحي والتشغيلي. سابعًا، يضمن التقييم الدوري ترسيخ التعلم المؤسسي، عبر تتبع مؤشرات الأداء، ومقارنة النتائج بالأهداف، واتخاذ الإجراءات التصحيحية في التوقيت المناسب، بما يحفظ زخم التنفيذ ويعالج الانحرافات مبكرًا (فراج، ٢٠٢٤)

وأخيرًا، يبقى دعم القيادة العليا العامل الحاسم الذي يمد الخطة بالشرعية والموارد ويوجه الفرق نحو التنفيذ بكفاءة. فالقيادة المقتنعة بالاستراتيجية والقادرة على الإلهام وتمكين العاملين تبني بيئة عمل مشجعة على الابتكار والتحسين المستمر. إن تكامل هذه العوامل في منظومة واحدة يرفع قابلية التطبيق، ويعزز قدرة المستشفيات على تحقيق أهدافها وخدمة المرضى بكفاءة وفعالية واستدامة.

المنطلقات النظرية للدراسة:

١. نظرية الموارد والقدرات (Resource-Based View – RBV): تنطلق من أنّ مصادر التميز التنافسي للمستشفى تتجسّد في موارد بشرية وتنظيمية وتكنولوجية قيّمة ونادرة وصعبة التقليد ويسهل توظيفها. تُفسّر هذه النظرية أثر التخطيط الاستراتيجي للموارد البشرية وبناء القدرات على الكفاءة التشغيلية، وتدعم فرضية أن المواءمة بين المهارات السريرية والإدارية ومسارات الخدمة تقود إلى تقليص زمن الانتظار ورفع الاتساق الإجرائي.
٢. القدرات الديناميكية (Dynamic Capabilities): تؤكد أهمية الاستشعار والاغتنام وإعادة التهيئة في بيئات صحية متقلبة. وتوفّر إطارًا لتفسير دور التحول الرقمي وصنع القرار المعتمد على البيانات في تمكين المستشفى من التكيف السريع مع التغيرات التقنية والتنظيمية والوبائية، بما يحافظ على جودة الرعاية واستمراريته.
٣. نظرية أصحاب المصلحة (Stakeholder Theory): توسّع غاية المستشفى لتشمل المرضى وذويهم والكوادر والممولين والجهات المنظمة. وتفسّر كيف توازن الإدارة الاستراتيجية بين توقعات هذه الأطراف عبر سياسات جودة شاملة وتوحيد بروتوكولات ومعايير اعتماد، بما يعزز الشرعية المؤسسية ويقود لرضا المرضى والعاملين معًا.
٤. المنظور الشرطي/الوضعي (Contingency Theory): يفترض عدم وجود صيغة واحدة أمثل للإدارة، بل تتحدد فاعلية القرارات بمدى اتساقها مع خصائص البيئة والتكنولوجيا والحجم وشدة الحالة المرضية. يدعم ذلك اختبار تأثير المتغيرات الضابطة (حجم المستشفى، نمط الملكية، الجاهزية الرقمية) على العلاقات بين التخطيط والجودة ونتائج الكفاءة.
٥. نموذج الجودة لدونايديان (هيكل-عملية-مخرجات): يوطّر العلاقة بين مدخلات المستشفى (بنية تحتية، موارد بشرية، نظم معلومات)، والعمليات (بروتوكولات موحدة، مسارات رعاية، إدارة مخاطر)، والمخرجات (سلامة، رضا، نتائج سريرية). ويتيح تشغيل مؤشرات قابلة للقياس وربطها بفروض الدراسة حول أثر توحيد الإجراءات وإدارة الجودة الشاملة.
٦. بطاقة الأداء المتوازن (Balanced Scorecard): تقدّم معمارية قياس تربط منظور المريض بالعمليات الداخلية والتعلم والنمو والجانب المالي. تُستخدم لترجمة الرؤية إلى أهداف ومؤشرات ومبادرات، وتدعم الفرضية الوسيطة القائلة بأن تبني بطاقة أداء لشؤون المرضى يُحسن جودة القرارات وتخصيص الموارد، ومن ثم يرفع الكفاءة والرضا.
٧. التحسين الرشيق وستة سيغما (Lean & Six Sigma): يُقدّمان أدوات تقليص الهدر والحد من التباين وتحسين الانسياب عبر خرائط العمليات وتحليل السبب الجذري. يفسران ميكانيكية تأثير توحيد البروتوكولات وإدارة المعرفة على الاتساق الإجرائي واستمرارية الرعاية.
٨. خدمة المريض وتجربة المستفيد (SERVQUAL) ومنطق القيمة المتمحورة حول المريض: تربط الجودة المدركة بأبعاد الموثوقية والاستجابة والتعاطف والضمان والمظهر، وتؤطر تحويل "صوت المريض" إلى سياسات عملية عبر نظام شكاوى ومقاييس تجربة. تدعم ربط مؤشرات التجربة بنتائج الكفاءة والنتائج السريرية.

المنهجية وطرق البحث:

تصميم الدراسة

تعتمد الدراسة تصميمًا كمياً مقطوعياً (Cross-sectional) يهدف إلى اختبار نموذج سببي يربط بين التخطيط الاستراتيجي للموارد البشرية، وإدارة الجودة الشاملة وتوحيد البروتوكولات، والتحول الرقمي وصنع القرار المعتمد على البيانات، مع بطاقة الأداء المتوازن كشبه-متغير وسيط، ومخرجات على مستوى الكفاءة التشغيلية ورضا المرضى. يتيح التصميم المقطعي قياس المتغيرات في لحظة زمنية واحدة واختبار الفروض بالعلاقات الارتباطية والهيكلية.

المنهجية

جرى تبني منهج وصفي-تحليلي: وصفي لرصد أنماط الممارسات الحالية داخل المستشفيات، وتحليلي لاختبار العلاقات السببية المفترضة. وتُستخدم الاستبانة المعيارية لقياس المتغيرات الكامنة وفق مقياس ليكرت خماسي، مع فحص الصدق والثبات إحصائياً (تحليل عاملي تأكيدي، معامل كرونباخ، الاتساق المركب).

المجتمع والعينة:

- مجتمع الدراسة: جميع المستشفيات العاملة في المملكة العربية السعودية (وزارة الصحة، التجمعات الصحية، القطاعات الحكومية شبه السيادية، والقطاع الخاص).
- الوحدات المستهدفة: القيادات الإدارية والسريية ذات الصلة بشؤون المرضى (مديرو الجودة، رؤساء التمريض، مدراء الموارد البشرية، إدارة السجلات والمعلومات الصحية، مدراء التشغيل/العيادات).
- إطار العينة وحجمها: عينة طبقية-عشوائية تراعي نوع الملكية والمنطقة الجغرافية (الوسطى، الغربية، الشرقية، الشمالية، الجنوبية). يُستهدف حد أدنى ٣٠٠ استجابة صالحة، بما يحقق نسبة بنود-مستجيب مناسبة لنمذجة المعادلات الهيكلية (>10) مستجيبين لكل بند كامن تقريباً، مع تعويض متوقع لمعدلات عدم الاستجابة.
- معايير الإدراج/الاستبعاد: إدراج شاغلي المناصب القيادية/الإشرافية ممن لديهم خبرة $\leq$ سنتين؛ استبعاد من هم في فترات تدريبية قصيرة أو من لا يباشرون قرارات تشغيلية تمس رحلة المريض.

أداة الدراسة :

أُعدت الاستبانة بالاستناد إلى الأدبيات ذات الصلة وتكيف بنود قياسية للقطاع الصحي السعودي، وتتكون من خمسة أجزاء رئيسية:

١. البيانات الديموغرافية والمؤسسية: العمر، الجنس، المؤهل، الخبرة، الوظيفة، نوع المستشفى وطاقته الاستيعابية، المنطقة، مستوى الاعتماد) سباهي(JCI)، جاهزية التحول الرقمي.

٢. المحور الأول: التخطيط الاستراتيجي للموارد البشرية
٣. المحور الثاني: إدارة الجودة الشاملة وتوحيد البروتوكولات
٤. المحور الثالث: التحول الرقمي وصنع القرار بالبيانات
٥. المحور الرابع (متغير وسيط): بطاقة الأداء المتوازن لشؤون المرضى
٦. المحور الخامس (مخرجات): الكفاءة التشغيلية ورضا المرضى

الصدق والثبات:

- صدق المحتوى: مراجعة خبراء (لوحة تحكم تضم ٥-٧ متخصصين)، وحساب مؤشر صلاحية المحتوى (CVI $\geq$ 0.80).
- الدراسة الاستطلاعية: عينة محدودة (٣٠-٥٠) لاختبار وضوح البنود.
- الثبات: كرونباخ $\alpha \geq 0.70$ ، الاتساق المركب (CR ≥ 0.70)، متوسط التباين المستخرج (AVE ≥ 0.50).
- التحقق البنائي: تحليل عاملي تأكيدي (CFA) لاختبار ملاءمة النموذج القياسي.

طرق تحليل البيانات:

إحصاءات وصفية (الوسط، الانحراف المعياري، الالتواء/التفرطح) وفحص القيم المتطرفة والبيانات المفقودة) أسلوب الاستكمال، اختبار افتراضات. المقارنات الفرعية وفق متغيرات ضابطة (حجم المستشفى، نمط الملكية، المنطقة) عبر اختبار فروق (ANOVA/t) أو تحليل التباين.

أخلاقيات الدراسة:

الحصول على موافقة أخلاقية من لجنة مختصة داخل المملكة، وموافقات الجهات المشاركة. تقديم نموذج موافقة مستنيرة يوضح الهدف والطوعية وإمكانية الانسحاب دون تبعات. ضمان السرية وعدم التعرف على هوية المشاركين/المنشآت، وتخزين البيانات في وسائط آمنة مقيدة الوصول، واستخدامها لأغراض البحث فقط. عدم تضمين أسئلة حساسة غير لازمة، والالتزام بمعايير النزاهة العلمية والإبلاغ الدقيق.

حدود الدراسة :

١. أولاً: الحدود الموضوعية (مجال الدراسة) تركّز الدراسة على العلاقة بين: التخطيط الاستراتيجي للموارد البشرية، إدارة الجودة الشاملة وتوحيد البروتوكولات السريرية والإدارية، التحول الرقمي وصنع القرار المبني على البيانات.
٢. ثانيًا: الحدود المكانية (الجغرافية/المؤسسية): تقتصر الدراسة على المستشفيات العاملة في المملكة العربية السعودية (وزارة الصحة، التجمعات الصحية، القطاعات الحكومية وشبه الحكومية، والقطاع الخاص).
٣. ثالثًا: الحدود الزمانية تغطي الدراسة فترة زمن مقطعي واحد خلال العام البحثي المحدد (فصل/عام مالي واحد).
٤. رابعًا: الحدود البشرية (المشاركون): تستهدف الدراسة القيادات والإشرافات الإدارية والسريرية المرتبطة مباشرة بشؤون المرضى (إدارات الجودة، التمريض، الموارد البشرية، السجلات والمعلومات الصحية، التشغيل/العيادات).
٥. خامسًا: الحدود المنهجية: تعتمد الدراسة تصميمًا كمّيًا مقطعيًا ومنهجيًا وصفيًا-تحليليًا.

المراجع:

- (دون مؤلف). (٢٠٢٠). أثر التخطيط الاستراتيجي للتعليم الطبي على الرعاية الصحية الطبية. مجلة بحوث – عدد خاص بأبحاث المؤتمر الدولي العاشر لمركز لندن للبحوث بالتعاون مع مدارس الفجر: “التعليم في الوطن العربي: تحديات الحاضر واستشراف المستقبل – القدس”.
- بلحاج، إ. ب. (٢٠٢٣). دور التخطيط الاستراتيجي في الأداء المؤسسي: دراسة ميدانية في إدارة الخدمات الصحية الزاوية. مجلة الدراسات الاقتصادية – كلية الاقتصاد – جامعة سرت، ٦. (2).
- تيشوداد، ك. (٢٠٢٢). دور الإدارة الاستراتيجية للموارد البشرية في تنمية رأس المال الفكري بمنظمات الأعمال: دراسة حالة مجمع صيدال فرع المضادات الحيوية. أطروحة دكتوراه، جامعة تيسمسيلت، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير .
- الشراري، ف. س. (٢٠٢٥). دور التخطيط الاستراتيجي للموارد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية. المجلة العلمية للبحوث والدراسات التجارية، ٣٩ (٣)، ٨١٥-٨٣٧.
- الشيخ سعيد، س. (٢٠٢٥). دور الإدارة الاستراتيجية في تعزيز جودة أداء المستشفيات: دراسة تطبيقية على القطاع الصحي بالمنطقة الشرقية. مجلة رماح للبحوث والدراسات، ٣ (٤)، العدد ١٢٤. <https://doi.org/10.59799/SQZH5356>
- عثمان، ع. م. ح. (٢٠٢٠، ٥ نوفمبر). دور الإدارة الاستراتيجية في تحقيق التوازن بين أهداف أصحاب المصلحة: دراسة حالة شركة أوتوباش المحدودة للسيارات. المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي، الإصدار ١٩ .
- العربي، ع. ع. س.، العصيمي، ت. ب. غ.، والنمري، ط. ب. م. (٢٠٢٥). اتخاذ القرارات الإدارية في المنظمات الصحية: دراسة ميدانية على مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بالرياض. المجلة الإلكترونية الشاملة متعددة التخصصات (EIM)، ٨١. (3).
- فراج، ش. ع. م. (٢٠٢٤، ٩ ديسمبر). استكشاف التخطيط الاستراتيجي ومقاييس المنظور في الرعاية الصحية من خلال إدارة المستشفيات ومن منظور التمريض. مجلة المجتمع العربي لنشر الدراسات العلمية، (8).
- اللقماني، أ. أ.، والضحوي، ه. ع. (٢٠٢٥، ٢ أغسطس). إستراتيجية إدارة المعرفة في القطاع الصحي: التحديات والأدوار. المجلة العربية للنشر العلمي (AJSP)، <https://doi.org/10.36571/ajsp8224>، (82).
- وزارة الصحة – المملكة العربية السعودية، مركز تجربة المريض. (دون تاريخ). الإطار الاسترشادي لعمل إدارة الشكاوى في منشآت الرعاية الصحية: إرشادات يُوصى بها لدعم مقدمي الرعاية الصحية. الرياض: وزارة الصحة .