

جامعة ميد أوشن



كلية الإدارة

تخصص إدارة أعمال

أثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى في المستشفيات:

دراسة تطبيقية على إدارة التأمين الصحي بالمستشفيات بمدينة

الرياض

إعداد الطالب/

ناصر بن سلمه

الرقم الجامعي / 243001183

إشراف

أ.د / الفيصل عبد الحميد

العام الدراسي:

2025



إِهْدَاء

إلى هديّتي من الله،

والنعمة الكبيرة التي أعيشها،

أمي وأبي،

إليكما أهدي هذا البحث المتواضع،

عسى أن يكون صدقة جارية عني وعنكما.



نحمد الله عز وجل الذي وفقنا في إتمام هذا البحث العلمي.

والذي ألهمنا الصحة والعافية والعزيمة.

فالحمد لله حمداً كثيراً

نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذ الدكتور /

د. الفیصل عبد الحمید محمد حسن

على كل ما قدمه لنا من توجيهات ومعلومات قيمة ساهمت في إثراء موضوع
دراستنا في جوانبها المختلفة.

والشكر والتقدير موصول إلى إدارة جامعة ميد أوشن ممثلة بالكادر الأكاديمي
والإداري، لما قدموه من تسهيلات وتشجيع وتوفير الخدمات المطلوبة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لكل من لم يسعنا الحظ بذكر أسمائهم راجيا من المولي
عز وجل أن تكون هذه الدراسة نافذة لدراسات أخرى .

المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى بأبعادها (: سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات الصحية، وتسهيل التواصل بين الفرق الطبية والمرضى) في المستشفيات بمدينة الرياض، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وتم جمع البيانات باستخدام استبانة محكمة وزعت على عينة مكونة من (384) مريضاً مستفيداً من خدمات التأمين الصحي داخل مستشفيات الرياض. وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS من خلال الإحصاء الوصفي وتحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد لاختبار الفرضيات.

أظهرت النتائج وجود أثر دال إحصائياً لإدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى، حيث تبين أن إدارة التأمين تساهم بشكل جوهري في تعزيز الوصول للمعلومات الطبية، ورفع جودة الخدمات الصحية المقدمة، فضلاً عن تحسين قنوات الاتصال والتنسيق مع الفرق الطبية، كما أظهرت النتائج أن بُعد جودة الخدمات جاء في المرتبة الأولى من حيث التأثير، يليه بُعد تسهيل التواصل، ثم بُعد سهولة الوصول إلى المعلومات.

وأوصت الدراسة بضرورة تطوير أنظمة التأمين الصحي رقمياً، تعزيز التنسيق بين شركات التأمين والمستشفيات، تدريب العاملين على إدارة التغطيات التأمينية، وتكثيف البرامج التوعوية للمرضى حول حقوقهم التأمينية.

الكلمات المفتاحية: إدارة التأمين الصحي - تحسين تجربة المرضى - سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية- جودة الخدمات الصحية- وتسهيل التواصل بين الفرق الطبية والمرضى- المستشفيات بمدينة الرياض.

قائمة المحتويات

أ.....	بسم الله الرحمن الرحيم
ب.....	الإهداء
ج.....	الشكر والتقدير
د.....	المستخلص
ه.....	قائمة المحتويات
ط.....	قائمة الجداول
1.....	الفصل الأول: الاطار العام للدراسة
1.....	المقدمة
3.....	1.1 مشكلة الدراسة
5.....	2.1 أهمية الدراسة
5.....	1.2.1 الأهمية العلمية
6.....	2.2.1 الأهمية العملية
6.....	3.1 أهداف الدراسة
7.....	4.1 تساؤلات الدراسة
7.....	5.1 فروض الدراسة
8.....	6.1 الدراسات السابقة
17.....	7.1 الفجوة البحثية
19.....	8.1 المنطلقات النظرية للدراسة
19.....	(تحسين تجربة المرضى)

21.....	9.1 المنهجية وطرق البحث:
21.....	10.1 مصادر البيانات:
21.....	11.1 أدوات الدراسة:
22.....	12.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة:
23.....	13.1 حدود الدراسة:
24.....	الفصل الثاني: الإطار النظري.....
24.....	المبحث الأول: إدارة التأمين الصحي.....
24.....	تمهيد.....
24.....	1.1.2 مفهوم إدارة التأمين الصحي.....
25.....	2.1.2 أهداف إدارة التأمين الصحي.....
27.....	3.1.2 أهمية إدارة التأمين الصحي.....
29.....	4.1.2 محددات إدارة التأمين الصحي.....
30.....	5.1.2 التحديات والمعوقات التي تواجه إدارة التأمين الصحي.....
32.....	المبحث الثاني: تحسين تجربة المرضى.....
32.....	تمهيد.....
32.....	1.2.2 مفهوم تجربة المرضى.....
33.....	2.2.2 أهمية تحسين تجربة المرضى.....
34.....	3.2.2 أبعاد تجربة المرضى.....
36.....	4.2.2 مؤشرات قياس تجربة المرضى.....
38.....	5.2.2 التحديات التي تواجه تحسين تجربة المرضى.....
40.....	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات.....
40.....	1.3 تمهيد.....
40.....	2.3 منهجية الدراسة.....

41.....	3.3 مجتمع وعينة الدراسة.....
42.....	4.3 مصادر جمع البيانات.....
43.....	5.3 أداة الدراسة.....
44.....	6.3 تصنيف درجات مقياس ليكرت وتحليل المتوسطات.....
45.....	7.3 صدق أداة الدراسة.....
46.....	8.3 الصدق الداخلي (INTERNAL VALIDITY).....
47.....	9.3 ثبات أداة الدراسة.....
48.....	10.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات.....
50.....	الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات.....
50.....	تمهيد.....
50.....	1.4 نتائج الإحصاء الوصفي.....
52.....	2.4 صف متغيرات الدراسة.....
62.....	3.4 اختبار الفرضية الرئيسة للدراسة.....
67.....	الفصل الخامس: النتائج وتفسيرها.....
67.....	1.5 تمهيد.....
67.....	2.5 مناقشة النتائج الوصفية لأبعاد الدراسة.....
69.....	3.5 مناقشة نتائج اختبار فرضيات الدراسة.....
70.....	4.5 التوصيات.....
72.....	ABSTRACT.....
73.....	المراجع.....
73.....	أولاً: المراجع العربية.....
75.....	ثانياً: المراجع الأجنبية.....

78.....الملاحق

79.....استمارة استبيان

قائمة الجداول

رقم الجدول	اسم الجدول	رقم الصفحة
1.	الجدول (1): توزيع فقرات الاستبانة على متغيرات الدراسة	42
2.	جدول (2) تصنيف درجات مقياس ليكرت وتحليل المتوسطات	43
3.	الجدول (3): مصفوفة معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد تجربة المريض	45
4.	الجدول (4): معامل كرونباخ ألفا لأبعاد الاستبانة والدرجة الكلية	46
5.	الجدول (5): توزيع عينة الدراسة حسب الخصائص الديموغرافية (ن=384)	49
6.	الجدول (6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد الدراسة	52
7.	الجدول (7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة التأمين الصحي	53
8.	الجدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد "سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية"	57
9.	الجدول (9): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد "جودة الخدمات الصحية"	59
10.	الجدول (10): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد "تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء"	60

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
62	الجدول (11): نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد لأثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى	11.
64	الجدول (12): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر إدارة التأمين الصحي على سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية	12.
65	الجدول (13): نتائج الانحدار الخطي البسيط لأثر إدارة التأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية	13.
66	الجدول (14): نتائج الانحدار الخطي البسيط لأثر إدارة التأمين الصحي على تسهيل التواصل	14.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

المقدمة

يعد التأمين الصحي من أهم أنواع التأمين ضد المخاطر الصحية التي يتعرض لها الإنسان، من خلال مبدأ تجميع المخاطر أي جمع المخاطر التي تصيب أفراد المجتمع أو مجموعة منه، والعمل على تقاسم المخاطر بين الأفراد بشكل متساو عبر جمع الأموال لمواجهة المخاطر الصحية المحتملة، وذلك بغرض تخفيف الأعباء التي يتكبدها الأفراد بصورة منفردة، وينظر أفراد المجتمع إلى التأمين على أنه المخرج الملائم لمواجهة المخاطر الصحية وتبعاتها، لذلك أصبح التأمين الصحي بمكوناته المختلفة يشغل بال الحكومات في العالم المعاصر، حيث يظهر مواقفها تجاهه عن مدى اهتمام الدولة أو تجاهلها لأثره، فيه فقد أصبح التأمين الصحي مثار اهتمام الدول في ظل انتشار الأمراض المزمنة والأوبئة المختلفة. كذلك تمثل خدمات الرعاية الصحية والتي تركز على التغطية الصحية الشاملة للمرضى من الخدمات الصحية - من أهم أولويات الدولة، خاصة في ظل نمو الاقتصاد السعودي وتطوير خطط التنمية الرامية إلى بناء اقتصاد إنتاجي لا يعتمد على مصدر وحيد كمحرك أساسي لعجلة التنمية، مما أدى إلى ظهور العديد من القطاعات التي ارتفعت نسبة إسهامها في الناتج المحلي بشكل ملحوظ، وكان من بينها قطاع التأمين (Xu & Huang, 2024).

يعد التأمين الصحي من العناصر الأساسية في تحسين وتوفير جودة الرعاية الصحية اللازمة لشرائح واسعة من المجتمع. كما يخفف من العبء المالي الواقع على ميزانية الدولة المخصص للقطاع الصحي.

فعلى سبيل المثال، بلغ عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية الأولية نحو 35 مليون زيارة من إجمالي سكان المملكة البالغ حالياً نحو 36 مليون نسمة البنك المركزي السعودي، 2022). ومن المتوقع أن يصل عدد السكان إلى 50 مليون نسمة بحلول عام 2030 رؤية المملكة (2030). هذا النمو السكاني المستمر

يبرز الحاجة إلى الارتقاء بجودة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة. وأصبح تقديم خدمات رعاية صحية ذات جودة عالية مطلباً مشتركاً يخدم أهداف ومصالح جميع الأطراف المتعاملة مع المؤسسات الصحية .

ويعد تحسين تجربة المرضى أحد الأهداف الأساسية التي تسعى إليها معظم الأنظمة الصحية المعاصرة لتحقيق رعاية صحية متميزة وأكثر توافقاً مع احتياجات المرضى وعليه أصبح من الضروري أن تتوافر الأنظمة التي تتيح للمرضى الحصول على رعاية طبية تلبى احتياجاتهم المختلفة من حيث سهولة الوصول إلى الخدمات الطبية وجودتها وسرعة التواصل مع الأطباء ذلك لا يقتصر فقط على تقديم خدمات طبية عالية الجودة بل يشمل أيضاً تحسين بيئة التواصل بين المرضى والطواقم الطبية من خلال تسهيل التواصل وتقليل الوقت اللازم للحصول على الاستشارة الطبية وتعزيز دراسة (Al Otaibi et al., 2023) أن تقديم رعاية موجهة نحو المريض يسهم بشكل كبير في تعزيز تجربة المريض وتحقيق مستويات عالية من الرضا.

ويؤثر التأمين الصحي مباشرة في تحسين تجربة المرضى حيث يساعد في تسهيل الوصول إلى المعلومات الطبية ويعزز القدرة على الحصول على الرعاية بشكل أسرع وأكثر تنظيماً ويعتبر هذا العنصر أحد الأبعاد الأساسية التي تساهم في تحسين تجربة المرضى بشكل عام دراسة (Imron et al., 2024) أثبتت أن استخدام التأمين الصحي المبني على رعاية المريض المركزية يسهم في تحسين تجربة المرضى من خلال توفير أساليب أكثر فعالية للوصول إلى الرعاية الطبية والتواصل مع الأطباء وبالتالي فإن التأمين الصحي يوفر بيئة أكثر داعمة للمريض من حيث تنظيم الرعاية الصحية له.

من الأبعاد التي تساهم في تحسين تجربة المريض هو التواصل الجيد بين المرضى والأطباء وهو ما يتيح للمريض فرصة المشاركة الفعالة في اتخاذ القرارات العلاجية وبالتالي تعزيز الشعور بالراحة والثقة في النظام الصحي يعد هذا التواصل حجر الزاوية في بناء علاقة قوية بين المرضى والطواقم الطبية التي تعمل معهم فكلما كان التواصل سلساً وواضحاً كلما ساعد ذلك في تعزيز شعور المرضى بالاطمئنان تجاه العلاج والتشخيص وهذا ما أكدته دراسة (Khan et al., 2019) التي أكدت أن تحسين جودة التواصل بين المرضى والأطباء يؤدي إلى زيادة رضا المرضى بشكل ملحوظ.

إن إدارة التأمين الصحي لا تقتصر على إدارة الخدمات المالية فحسب بل تمتد لتشمل تحسين كل جوانب تجربة المريض من خلال ضمان وصول المرضى إلى الرعاية الطبية في الوقت المناسب وبالجودة المطلوبة وبطريقة منظمة بحيث يتم توجيههم إلى المرافق الصحية المناسبة لهم وبالتالي فإن فاعلية نظام التأمين الصحي تترجم إلى تحسينات في مستوى الرعاية الصحية وجودتها للمريض ونتائج العلاج بشكل عام، ويرى (Al Otaibi et al., 2023) أن أنظمة التأمين الصحي التي تعتمد على رعاية المريض المركزية تساهم بشكل كبير في تحسين الوصول إلى الخدمات الطبية وتوفير رعاية صحية عالية الجودة.

إن العلاقة بين التأمين الصحي وتحسين تجربة المرضى واضحة للغاية فكلما تم تحسين نظام التأمين الصحي وكلما كانت إدارة هذا النظام أكثر كفاءة فإن ذلك يؤدي بالضرورة إلى تحسين تجربة المرضى سواء من حيث سهولة الوصول إلى المعلومات أو تحسين جودة الخدمة الطبية المقدمة لهم كما أن التأمين الصحي يساهم في بناء أنظمة أكثر كفاءة للتركيز على احتياجات المرضى الصحية ويسهل عملية تخصيص الموارد الطبية بشكل يتناسب مع احتياجات المرضى مما يؤدي إلى تحسين الأداء العام للمرافق الصحية وجودة الخدمة المقدمة لها (Soraya et al., 2023).

1.1 مشكلة الدراسة:

تعد الرعاية الصحية أحد الركائز الأساسية في تحسين جودة الحياة، حيث تسعى الأنظمة الصحية الحديثة إلى توفير خدمات طبية شاملة وفعالة تلبي احتياجات الأفراد والمجتمع. ومع تزايد الضغوط الاقتصادية وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، أصبح التأمين الصحي أداة حيوية لضمان حصول الأفراد على الخدمات الطبية دون تحمل أعباء مالية مرهقة. يعتمد التأمين الصحي على مبدأ تقاسم المخاطر المالية بين الأفراد، مما يساهم في تعزيز العدالة الاجتماعية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة. ومع ذلك، فإن فعالية التأمين الصحي لا تتوقف عند حدود توفير الخدمات، بل تمتد إلى تحسين تجربة المرضى من خلال تسهيل الوصول إلى المعلومات الطبية، وضمان جودة الرعاية الصحية، وتعزيز التواصل بين المرضى والأطباء.

تسعى الحكومات إلى توسيع أنظمة التأمين الصحي وتطوير إدارتها لتعزيز كفاءة الخدمات الصحية وتحسين تجربة المرضى، حيث تعد تجربة المرضى مؤشراً رئيسياً لقياس جودة النظام الصحي، و أظهر التأمين الصحي تأثيراً إيجابياً على مستوى رضا المرضى وتحسين إمكانية الوصول إلى الخدمات الطبية. على سبيل المثال، وجدت دراسة (Imron et al., 2024) أن التأمين الصحي القائم على رعاية المريض المركزية يسهم في تحسين تجربة المرضى من خلال توفير حماية مالية وتسهيل الحصول على الخدمات الطبية اللازمة، وهو ما يعزز الثقة في النظام الصحي.

ورغم الفوائد المتعددة التي يقدمها التأمين الصحي، إلا أن هناك تحديات عديدة تتعلق بمدى كفاءة إدارة التأمين الصحي وتأثيره على تحسين تجربة المرضى، وتشير بعض الدراسات إلى أن جودة تجربة المرضى قد تتأثر بعدة عوامل مثل سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات المقدمة، وفاعلية التواصل بين المرضى والأطباء.

فقد أوضحت دراسة (Khan et al., 2019) أن أحد المشكلات الأساسية التي تواجه أنظمة التأمين الصحي هو ضعف قدرة المرضى على الوصول إلى سجلاتهم الطبية ونتائج الفحوصات بسهولة، مما يؤدي إلى انخفاض مستويات الرضا لديهم.

في المملكة العربية السعودية، ومع التوجه نحو تحقيق رؤية 2030، هناك اهتمام متزايد بتطوير نظام التأمين الصحي وتعزيز جودة الرعاية الصحية. فقد شهد قطاع التأمين الصحي نموًا ملحوظًا، وأصبحت هناك مبادرات لرفع كفاءة الخدمات الصحية وضمان تغطية تأمينية شاملة تعزز تجربة المرضى وتحسن مستوى الخدمات الطبية المقدمة. إلا أن التحدي الرئيسي يكمن في مدى نجاح إدارة التأمين الصحي في تحقيق الأهداف المرجوة، ومدى تأثير ذلك على تجربة المرضى داخل المستشفيات. وفقًا لدراسة (Al Otaibi et al., 2023)، فإن تطوير استراتيجيات التأمين الصحي يسهم في تحسين كفاءة المستشفيات، ولكن لا تزال هناك فجوات تتعلق بسرعة الوصول إلى الخدمات وفاعلية التواصل بين المرضى والأطباء.

وعلى الرغم من أن بعض الدراسات السابقة قد تناولت أثر التأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية، إلا أن القليل منها ركز بشكل دقيق على تجربة المرضى داخل المستشفيات وقياس أثر إدارة التأمين

الصحي على تحسين سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، وجودة الخدمات، وتسهيل التواصل بين المرضى والأطباء. فبينما ركزت دراسة (Xu & Huang, 2024) على تأثير تكامل التأمين الصحي على اختيار المرضى لمقدمي الرعاية الصحية، فإنها لم تتناول بشكل مباشر تأثير إدارة التأمين على التجربة اليومية للمرضى داخل المرافق الصحية.

بناءً على ما سبق، تتبلور مشكلة الدراسة في تقييم أثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى في مستشفيات مدينة الرياض، وذلك من خلال تحليل الأبعاد المختلفة لهذه التجربة، مثل سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات الصحية، وفعالية التواصل بين المرضى والأطباء.

2.1 أهمية الدراسة:

تنقسم أهمية هذه الدراسة إلى الأهمية النظرية (العلمية) والأهمية التطبيقية (العملية)، مما يجعلها ذات قيمة لكل من الباحثين الأكاديميين وأصحاب القرار.

1.2.1 الأهمية العلمية:

- ✓ تساهم الدراسة في توسيع فهم العلاقة بين إدارة التأمين الصحي وتحسين تجربة المرضى، وهو موضوع لم يحظ بدراسة موسعة في الأدبيات العلمية، خصوصاً في السياق السعودي، حيث تركيز الدراسة على أبعاد جديدة، مثل سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية وجودة الخدمات الصحية، يوفر قاعدة معرفية متميزة لفهم التأثيرات المباشرة لإدارة التأمين على جودة الرعاية الصحية المقدمة.
- ✓ تضيف الدراسة بعداً جديداً للأبحاث العلمية المتعلقة بالتأمين الصحي في السياق السعودي، حيث لم يتم التركيز على تأثير إدارة التأمين الصحي على الأبعاد الثلاثة المذكورة في الكثير من الدراسات السابقة.
- ✓ توفر الدراسة مفاهيم مبتكرة حول كيفية تحسين الكفاءة والفعالية في تقديم الرعاية الصحية من خلال تطوير استراتيجيات التأمين الصحي، مما يعزز الفهم العلمي في هذا المجال.

✓ تسهم هذه الدراسة في فتح آفاق جديدة للبحث في كيفية تأثير الأنظمة التأمينية على تجربة المرضى، مما يساهم في إجراء المزيد من الدراسات التي تركز على تطبيقات التأمين الصحي في بيئات صحية متنوعة.

2.2.1 الأهمية العملية:

- ✓ تسهم الدراسة في تحليل تأثير التأمين الصحي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات الرياض، مما يساعد على توفير رعاية طبية أفضل للمرضى.
- ✓ تحسين توافر البيانات وإمكانية الوصول إليها للمرضى، مما يؤدي إلى تجربة مريض أكثر سلاسة وأكثر شفافية.
- ✓ تسلط الدراسة الضوء على كيفية تعزيز التواصل بين الفرق الطبية والمرضى، وهو ما يساعد في تحسين العلاقة بين الطرفين، مما يؤدي إلى نتائج صحية أكثر دقة وأسرع.
- ✓ تقدم الدراسة توصيات عملية لصانعي القرار في قطاع الصحة، مما يساعدهم على تصميم سياسات تأمين صحي أكثر فعالية وتكاملاً تضمن تحسين جودة الرعاية المقدمة للمواطنين.

3.1 أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة إلى قياس أثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى بأبعاده (سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية - جودة الخدمات - تسهيل عمليات التواصل بين الفرق الطبية والمرضى) على إدارة التأمين الصحي بالمستشفيات بمدينة الرياض، وتتفرع منه عدة أهداف فرعية :
- ✓ دراسة تأثير إدارة التأمين الصحي على قدرة المرضى على الوصول إلى سجلاتهم الطبية الإلكترونية في مستشفيات مدينة الرياض.
 - ✓ قياس أثر إدارة التأمين الصحي على الوصول إلى نتائج الفحوصات الطبية في مستشفيات مدينة الرياض
 - ✓ تحليل تأثير إدارة التأمين الصحي على تحسين التواصل بين المرضى والأطباء في مستشفيات مدينة الرياض

4.1 تساؤلات الدراسة

السؤال الرئيسي: ما هو أثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى بأبعاده (سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات، تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء) في مستشفيات مدينة الرياض ؟

ويتفرع منه مجموعة من الأسئلة الفرعية تتمثل فيما يلي:

- ✓ كيف يؤثر إدارة التأمين الصحي على قدرة المرضى على الوصول إلى سجلاتهم الطبية الإلكترونية في مستشفيات مدينة الرياض ؟
- ✓ ما هو أثر إدارة التأمين الصحي على قدرة المرضى على الوصول إلى نتائج الفحوصات الطبية في مستشفيات مدينة الرياض ؟
- ✓ كيف تؤثر إدارة التأمين الصحي على تحسين التواصل بين المرضى والأطباء في مستشفيات مدينة الرياض ؟

5.1 فروض الدراسة:

الفرضية الرئيسية: (H0): لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى بأبعاده (سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات، تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء) في مستشفيات مدينة الرياض، ويتفرع من هذه الفرضيات الفرعية تتمثل في:

- الفرضية الفرعية الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي على قدرة المرضى على الوصول إلى سجلاتهم الطبية الإلكترونية في مستشفيات مدينة الرياض .

- الفرضية الفرعية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي على قدرة المرضى على الوصول إلى نتائج الفحوصات الطبية في مستشفيات مدينة الرياض.
- الفرضية الفرعية الثالثة: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي على تحسين التواصل بين المرضى والأطباء في مستشفيات مدينة الرياض.

6.1 الدراسات السابقة:

➤ دراسة (Xu & Huang, 2024)

هدفت الدراسة إلى تحليل تأثير تكامل برامج التأمين الصحي في الصين على اختيارات المرضى لمقدمي الرعاية الصحية، من خلال تقييم التغيرات في أنماط زيارة المرضى لمرافق الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات العامة، واعتمدت الدراسة على تحليل بيانات طولية تجمع بين بيانات المسوح الوطنية واللوائح الحكومية، حيث تم قياس تأثير دمج برنامجين عامين للتأمين الصحي على سلوك المرضى في اختيار مقدمي الخدمات الصحية.

و أظهرت النتائج أن تكامل التأمين الصحي زاد من احتمالية زيارة المرضى لمرافق الرعاية الأولية القريبة، بينما قلل من زيارات المرضى للمنشآت الصحية العامة. كما تبين أن تأثير التكامل يختلف بناءً على الخصائص الديموغرافية للمرضى، نوع الرعاية الصحية، ونموذج إدارة التأمين.

ولم يتم العثور على دليل قوي يشير إلى تأثير فوري للتكامل على السلوك الصحي أو الحالة الصحية للمرضى في المدى القصير. تقدم هذه الدراسة أدلة تجريبية حول آثار دمج التأمين الصحي، وتطرح توصيات سياساتية تهدف إلى بناء نظام صحي هرمي أكثر كفاءة يعزز دور الرعاية الأولية في تقديم الخدمات الصحية.

➤ دراسة (Imron et al., 2024)

هدفت الدراسة إلى استكشاف وتحليل الأدلة العلمية المتعلقة بنموذج التأمين الصحي في الخدمات الصحية القائمة على رعاية المريض المركزية (Patient-Centered Care)، وتأثيره على جودة الرعاية الصحية والتكاليف العلاجية.

وتم اختيار 6,388 مقالاً وفقاً لمعايير إدراج تتضمن الأبحاث المنشورة بين 2012-2022، والمقالات العلمية باللغتين الإنجليزية والإندونيسية التي تركز على نماذج التأمين الصحي والخدمات الصحية المبنية على رعاية المريض المركزية. بعد مراجعة الجودة باستخدام Critical Appraisal Skills Program (CASP) وأدوات Joanna Bridge Institute (JBI)، تم تحليل 14 مقالاً، منها 12 دراسة كمية و 2 دراسة نوعية، تغطي 8 دول مختلفة.

أظهرت النتائج أن المرضى المستفيدين من التأمين الصحي لديهم مستوى رضا أعلى مقارنةً بغير المؤمن عليهم، حيث يوفر التأمين الحماية المالية للخدمات الصحية. كما أن استخدام التأمين الصحي المبني على رعاية المريض المركزية يساهم في تحسين شفاء المرضى، تقليل الإجراءات غير الضرورية، وتقليل مدة الإقامة في المستشفى، مما يؤدي إلى خفض التكاليف العلاجية لكل من المرضى وأنظمة التأمين الصحي. أوصت الدراسة بضرورة تبني نموذج تأمين صحي يركز على احتياجات المرضى لضمان تحسين جودة الخدمات الصحية وتقليل الأعباء المالية.

➤ دراسة (المطيري ومحمود، 2024)

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فاعلية التحول الرقمي للخدمات الصحية على تحسين تجربة المريض في مستشفى القويعة العام بمنطقة الرياض. اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي نظراً لملائمة هذا المنهج لهذا النوع من الدراسات تكونت عينة الدراسة من عينة عشوائية بسيطة مكونة من (١٥٠) من مندوبي مستشفى القويعة العام بمنطقة الرياض. بناءً على طبيعة البيانات، وعلى المنهج المتبع في الدراسة، وجد الباحث أن الأداة الأكثر ملاءمة لتحقيق أهداف هذه الدراسة هي "الاستبانة". أظهرت نتائج الدراسة أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحول الرقمي على سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية في مستشفى القويعة العام. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحول الرقمي على جودة

الخدمات المقدمة في مستشفى القويعة العام. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحويل الرقمي على تسهيل عمليات التواصل بين الفرق الطبية والمرضى في مستشفى القويعة العام.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لآراء العاملين في مستشفى القويعة العام تجاه فاعلية التحويل الرقمي على تحسين تجربة المرضى (سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية - جودة الخدمات - تسهيل عمليات التواصل بين الفرق الطبية والمرضى) تعزى إلى متغيرات النوع، العمر، المؤهل العلمي). وأوصت الدراسة بالتركيز على أن تشعر الإدارة بأن هناك حاجة إلى تحسينات المقدمة إضافية في تكنولوجيا المعلومات الصحية في المستشفى

➤ دراسة (Al Otaibi et al., 2023)

هدفت الدراسة إلى تحليل تأثير استراتيجيات إدارة المستشفيات على الكفاءة التشغيلية في المملكة العربية السعودية، مع التركيز على دور التأمين الصحي كوسيط في هذه العلاقة، واستكشف مدى فعالية ممارسات إدارة المستشفيات من خلال تطبيق نظريات الإدارة التنظيمية والاقتصاد الصحي.

اعتمدت الدراسة على النهج الكمي، حيث تم جمع البيانات الكمية من خلال استبيانات، وقياسات أداء المستشفيات، ومقابلات، ومناقشات مجموعات التركيز مع الفاعلين الرئيسيين في قطاع الرعاية الصحية في السعودية. نظرت الدراسة في كيفية تأثير التأمين الصحي على كفاءة الإدارة التشغيلية، من خلال تقييم عوامل مثل رضا الكوادر الإدارية، توافر المرافق، تقليل تكاليف الإدارة، وتحسين خطط سلامة المرضى.

وأظهرت النتائج أن وجود التغطية التأمينية الصحية يلعب دورًا محوريًا في تحسين إمكانية حصول المرضى على الخدمات الطبية، كما يؤثر بشكل مباشر على فعالية استراتيجيات إدارة المستشفيات. وخلصت الدراسة إلى أن إدراج برنامج تأمين صحي وطني شامل قد يعزز كفاءة الإدارة التشغيلية لكنه في الوقت ذاته يشكل تحديًا كبيرًا لإدارة المستشفيات من حيث إعادة هيكلة الموارد وتقديم الرعاية الصحية

بفعالية. أوصت الدراسة بضرورة تطوير سياسات تأمين صحي أكثر تكاملاً مع استراتيجيات إدارة المستشفيات لضمان تحسين جودة الخدمات الصحية وكفاءة الأداء.

➤ دراسة (Soraya et al., 2023)

هدفت الدراسة إلى تحليل تأثير برنامج التأمين الصحي الوطني في إندونيسيا (Jaminan Kesehatan Nasional - JKN) على إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية العامة، مع التركيز على مدة التسجيل، الحواجز التي تعيق الوصول، مستويات الرضا، والتداعيات على السياسات والممارسات الصحية.

واعتمدت الدراسة على نهج متعدد الطرق شمل 800 مستفيد من JKN من مختلف المناطق الإندونيسية، مع تمثيل واسع لمختلف الفئات العمرية، والجندرية، والتعليمية، ومستويات الدخل، وتم جمع البيانات من خلال استطلاعات مهيكلية، مقابلات، ومناقشات مجموعات التركيز للحصول على فهم شامل لتجربة المستفيدين.

أظهرت النتائج أن مدة التسجيل في JKN لها تأثير كبير على استخدام الخدمات الصحية، حيث أظهر الأفراد المسجلون لأكثر من عامين معدلات استخدام أعلى، مما يؤكد أهمية التسجيل المستدام. كما تم تحديد أوقات الانتظار الطويلة والمسافات الجغرافية إلى المرافق الصحية كعوائق رئيسية أمام الوصول إلى الرعاية الصحية، وأظهرت الدراسة أن مستويات الرضا عن خدمات JKN كانت مرتفعة عمومًا، لكنها أكدت على أهمية تحسين الجودة المستمر لضمان استدامة الخدمات الصحية.

وأوصت بضرورة تعزيز تسجيل المستفيدين لفترات طويلة، ومعالجة العوائق التي تعيق الوصول، وتحسين أنظمة المواعيد لضمان تقديم رعاية صحية ذات جودة عالية. يمكن لمقدمي الرعاية الصحية وصناع القرار الاستفادة من هذه النتائج لتحسين الخدمات وضمان وصول عادل للرعاية الصحية لجميع السكان في إندونيسيا.

➤ دراسة (خليل، 2023)

هدفت الدراسة إلى التعرف على الخدمات التي قدمتها وزارة الصحة قبل بدء المبادرات الرئاسية، والكشف عن التغيرات التي طرأت على صحة المواطن المصري في ظل المبادرات الرئاسية وصولاً إلى إقرار

منظومة التأمين الصحي الشامل، وكذلك الوقوف على منظومة التأمين الصحي الشامل ودورها في رعاية صحية عالية الجودة، وأيضاً رؤية المجتمع البورسعيدي في منظومة التأمين الصحي الشامل بالإضافة إلى وضع رؤية مستقبلية فيما يخص منظومة التأمين الصحي الشامل، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، كما استعانت باستمارة الاستبيان بوصفها أداة لجمع البيانات، وتم تطبيقها على عينة قوامها (70) مفردة من المترددين المستفيدين بالتأمين الصحي بمحافظة بورسعيد، والذين طبق عليهم النظام الجديد، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها: إن منظومة التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر أفراد العينة تمثلت في تحقيقه للتغطية الشاملة لجميع المرضى باختلاف مستوياتهم، وأن يعمل النظام بمرونة في تحسين الخدمات، وتوفير الأدوية المطلوبة بالصيدليات، والإقامة بالمستشفيات، وتوفير المرافق الطبية النظيفة، كما أن النظام يقلل من تكلفة العلاج، ويسهل الإجراءات الخاصة بالتحويلات ميسرة.

➤ دراسة (يوسف، 2022)

هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير التأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد في سورية، من خلال دراسة دوره في تحسين مؤشرات القطاع الصحي وانعكاس ذلك على صحة المواطنين، واعتمدت الدراسة على منهج التحليل القياسي لدراسة العلاقة بين أوضاع التأمين الصحي وعدد من المؤشرات الصحية، وشملت العينة بيانات متعلقة بمؤشرات القطاع الصحي في سورية، مثل متوسط السكان لكل طبيب، متوسط السكان لكل صيدلي، العمر المتوقع عند الولادة، ومعدل الوفيات الأولي لكل 1000 شخص.

وتوصلت الدراسة إلى وجود أثر معنوي لأوضاع التأمين الصحي على بعض المؤشرات الصحية، بينما لم يظهر أثر معنوي على مؤشرات أخرى مثل متوسط السكان لكل طبيب أسنان، عدد السكان لكل سرير في المستشفيات، ونسبة التغطية بالأدوية المحلية، وأوصت الدراسة بتوسيع نطاق التأمين الصحي وتحسين سياساته لضمان جودة أعلى للخدمات الصحية وتحقيق تغطية أوسع للمواطنين.

➤ دراسة (باذيب، 2022)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التأمين الصحي على الأداء الوظيفي والكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في استجابة أفراد عينة الدراسة المختارة وفقا للمتغيرات الديمغرافية وقام الباحث بالدراسة الميدانية في البنوك الإسلامية في الجمهورية اليمنية عام 2022 م، واختار الباحث عينة الدراسة بالطريقة العشوائية الطبقية وتكونت من 121 موظفا من إدارات البنوك الإسلامية المختارة في العينة بمختلف القطاعات الإدارية بنسبة 30% من مجتمع الدراسة، وتم توزيع 121 استبياناً وتم استرداد 102 استبياناً بنسبة 84% ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي .

وكانت أبرز النتائج وجود تأثير إيجابي لمنافع التأمين الصحي على الأداء الوظيفي بنسبة 95.8% عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05 بلغ مقداره 0.001 وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور و لمتغير المستوى الوظيفي لصالح الإدارة التنفيذية و لمتغير سنوات الخدمة لصالح ذوي سنوات الخدمة القليلة بالإضافة لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير الحالة الاجتماعية و لمتغير العمر. في ضوء هذه النتائج كانت أبرز التوصيات: ضرورة الاهتمام بالموارد البشرية وتحسين برامج التأمين الصحي والاعتناء بالمستقطعات المالية الخاصة بالتأمين الصحي من الموظفين مقابل التغطيات الطبية.

➤ دراسة (الحكيم ورسول، 2022)

هدفت الدراسة إلى التعرف على إمكانية تبني استراتيجية وثيقة التأمين الصحي الرقمية في العراق بأبعادها المتعلقة باستغلال المنصات الرقمية، وتأثيرها على ولاء الزبون الرقمي، ومدى تكيف قطاع التأمين مع المستجدات التكنولوجية الحديثة، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي بأبعاده المتعلقة بتحليل العلاقة بين تبني استراتيجية التأمين الصحي الرقمي وولاء الزبون الرقمي. تكونت العينة من 175 فرداً من حملة شهادة البكالوريوس فما فوق في موقع شركة التأمين العراقية العامة، وتم جمع البيانات من خلال استبانة ورقية وإلكترونية لقياس الارتباط بين المتغيرات المدروسة.

أظهرت النتائج أن تعزيز ولاء الزبون الرقمي مرتبط بطريقة تقديم التأمين الصحي الرقمي، ومدى تكيفه مع التطورات التكنولوجية وأساليب تقديم الخدمات الرقمية، وأكد معامل الارتباط بيرسون وجود علاقة ارتباط طردية ومعنوية بين تبني استراتيجية وثيقة التأمين الصحي الرقمية وولاء الزبون. أوصت الدراسة بضرورة استثمار شركة التأمين العراقية لمواردها في تطوير علاقات فردية مع الزبائن من خلال مزيجها التسويقي وتعزيز استخدام المنصات الرقمية لتقديم خدمات أكثر كفاءة ومرونة.

➤ دراسة (Osarobo & Ayo, 2022)

هدفت الدراسة إلى تحليل تأثير خدمات التأمين الصحي الوطني (NHIS) على رضا المرضى في مستشفى تعليمي في نيجيريا، من خلال تقييم العوامل التي تؤثر على تجربة المرضى أثناء تلقيهم الرعاية الصحية. ركزت الدراسة على قياس مدى تأثير عناصر مثل إمكانية الوصول، الموثوقية، وقت الانتظار، التعاطف، الملموسية، والاستجابة على رضا المستفيدين من خدمات NHIS. اعتمدت الدراسة على أسلوب العينة الملائمة كطريقة غير احتمالية لجمع البيانات من المرضى المسجلين في NHIS داخل ثلاثة أقسام في مستشفى جامعة بنين التعليمي (UBTH)، وهي: العيادات العامة، قسم الولادة، وقسم طب الأسنان. تم توزيع 200 استبيان، وبلغ عدد الاستبيانات القابلة للتحليل 182 موزعة على الأقسام الثلاثة. استخدمت تحليل الانحدار المتعدد لتحديد العلاقة الإحصائية بين جودة خدمات NHIS ومستوى رضا المرضى.

أظهرت النتائج أن إمكانية الوصول، الموثوقية، ووقت الانتظار تؤثر بشكل كبير على رضا المرضى، بينما لم تكن العوامل الأخرى بنفس التأثير. وأوصت الدراسة بتطوير نموذج أكثر كفاءة واستدامة لتقليل وقت الانتظار من خلال زيادة عدد المهنيين الصحيين، وإعادة هندسة تدفق المرضى داخل المستشفيات. كما أكدت على أهمية تقييم جودة خدمات NHIS بشكل مستمر لتعزيز تجربة المرضى وتحسين استراتيجيات التسويق الصحي.

➤ دراسة (Wray et al., 2021)

هدفت الدراسة إلى مقارنة التجارب، والتكاليف، والرضا عن الرعاية الصحية بين الأشكال الخمسة الرئيسية لتغطية التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية. استخدم الباحثون المنهج الاستقصائي من خلال نظام مراقبة عوامل المخاطر السلوكية للأعوام 2016-2018، حيث تم جمع البيانات من 149,290 فردًا في 17 ولاية أمريكية ومنطقة كولومبيا.

أظهرت النتائج أن أعلى نسبة رضا عن خدمات التأمين الصحي كانت 70.1% لدى مستفيدين من برنامج ميدكير، وهو برنامج تأمين حكومي. كما أظهرت النتائج أن الإنفاق الشخصي على الرعاية الصحية كان أقل للأفراد المشمولين ببرامج التأمين الحكومية. أفادت الدراسة أيضًا بأن التأمين الحكومي أقل عرضة للإبلاغ عن عدم استقرار التغطية التأمينية، وأن مستوى الرضا كان أعلى بشكل عام لدى الأفراد المشتركين في برامج التأمين الحكومي مقارنةً بالبرامج الأخرى والخاصة.

➤ دراسة (Khan et al., 2019)

هدفت الدراسة إلى تقييم رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة من خلال برنامج التأمين الصحي الوطني الباكستاني (PMNHP)، وذلك من خلال تحليل تجربة المرضى الذين استفادوا من خدمات الرعاية الصحية للمرضى الداخليين في مستشفيات إسلام آباد وروالبندي.

اعتمدت الدراسة على تصميم مقطعي وصفي، حيث شملت 134 مريضًا تم اختيارهم باستخدام أسلوب العينة الشاملة من بيانات المرضى الذين خرجوا من المستشفيات بين مارس 2017 ويوليو 2017. تم جمع البيانات باستخدام استبيان PSQ-18 لتقييم مستوى رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة عبر البرنامج. أظهرت النتائج أن مستوى الرضا العام كان متوسطًا بين مستخدمي التأمين الصحي، بينما سجلت مستويات الرضا الأعلى بين المرضى بشكل عام. كما تبين أن اختيار المستشفى (عام أو خاص) لم يكن مرتبطًا بمستويات رضا المرضى.

أظهرت الدراسة أن مستويات الرضا عن مهارات الأطباء الشخصية، جودة التواصل، والوقت الذي يقضيه الأطباء مع المرضى كانت منخفضة. أوصت الدراسة بضرورة تعزيز التطوير المهني للأطباء لتحسين هذه الجوانب وضمان تقديم خدمات صحية أكثر كفاءة ورضا للمرضى.

7.1 الفجوة البحثية

■ الفجوة البحثية وأوجه الاتفاق والاختلاف مع الدراسة الحالية

تتفق الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة في تأكيد أن التأمين الصحي له تأثير إيجابي على تحسين تجربة المرضى وجودة الرعاية الصحية المقدمة. كما هو الحال في دراسة (Imron et al., 2024)، التي أظهرت أن التأمين الصحي يساهم في تحسين شفاء المرضى، وتقليل الإجراءات غير الضرورية، وتقليل مدة الإقامة في المستشفى، مما يؤدي إلى خفض التكاليف العلاجية. في الدراسة الحالية، نجد أن التأمين الصحي يعمل على تحسين جوانب مختلفة من تجربة المرضى مثل سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات، وتسهيل التواصل بين المرضى والأطباء. هذه النتائج تتوافق مع الأدلة التي قدمتها دراسات أخرى حول تأثير التأمين الصحي في تحسين جودة الرعاية الصحية بشكل عام.

تتفق الدراسة الحالية أيضًا مع دراسة (Al Otaibi et al., 2023)، التي أظهرت أن التأمين الصحي يمكن أن يعزز الكفاءة التشغيلية للمستشفيات من خلال تحسين إمكانية وصول المرضى إلى الخدمات الطبية. حيث يؤثر التأمين الصحي بشكل مباشر على فعالية استراتيجيات إدارة المستشفيات، وهو نفس التأثير الذي أشار إليه بحثنا في تحسين تجربة المرضى وتسهيل تواصلهم مع الفرق الطبية.

علاوة على ذلك، تتفق الدراسة الحالية مع دراسة (Khan et al., 2019)، التي أظهرت أن التأمين الصحي الوطني في باكستان له تأثير على رضا المرضى، حيث ساهم في تحسين تجربة المرضى بشكل عام. هذا يتوافق مع النتائج الحالية التي تشير إلى أن التأمين الصحي يساهم في تحسين نوعية الرعاية الصحية من خلال تسهيل الوصول إلى الخدمات الطبية، وكذلك تعزيز تجربة التواصل بين المرضى والأطباء.

وعلى الرغم من أن العديد من الدراسات السابقة تتفق مع الدراسة الحالية في التأكيد على تأثير التأمين الصحي الإيجابي على رضا المرضى وجودة الخدمات الصحية، فإن الدراسة الحالية تركز بشكل خاص على الأبعاد الدقيقة لتجربة المرضى في مستشفيات مدينة الرياض، مثل سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات، وتسريع التواصل بين المرضى والأطباء. هذه الأبعاد التفصيلية ليست محور التركيز في العديد من الدراسات السابقة التي قد ركزت على التأثير العام للتأمين الصحي على تجربة الرعاية الصحية، كما في دراسة (Khan et al., 2019) أو دراسة (Wray et al., 2021) التي قارنت التجارب والتكاليف في تغطيات التأمين الصحي المختلفة.

أيضًا، بينما تشير بعض الدراسات مثل (Soraya et al., 2023) إلى أن التأثير الإيجابي للتأمين الصحي على الخدمات الصحية يزداد مع طول مدة التسجيل في التأمين، فإن الدراسة الحالية تتناول التأثير الفوري للإدارة الصحيحة للتأمين الصحي على تجربة المرضى دون التطرق بعمق إلى المدة الزمنية للتأثير أو تسجيل المستفيدين، وهو ما يختلف عن نتائج الدراسات التي أكدت على أهمية الاستمرارية في التأمين لتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية بشكل تدريجي.

من جانب آخر، تختلف الدراسة الحالية عن دراسات مثل (Xu & Huang, 2024)، حيث تركز الدراسة الصينية على التأثيرات الناجمة عن تكامل التأمين الصحي على زيارات المرضى لمرافق الرعاية الصحية الأولية مقارنة بالمستشفيات العامة. الدراسة الحالية تركز على تحسين تجربة المرضى داخل المستشفيات بحد ذاتها دون النظر إلى تأثيرات التنقل بين الأنواع المختلفة من مرافق الرعاية الصحية. هذا يعد فرقًا كبيرًا في نطاق البحث.

والدراسات السابقة، مثل دراسة (Imron et al., 2024) و (Soraya et al., 2023)، تتناول سياقات جغرافية متنوعة تشمل الصين، إندونيسيا، وباكستان، وهي تختلف في تكامل التأمين الصحي وأثره بسبب الفروق الاقتصادية والثقافية والهيكلية في أنظمة الرعاية الصحية في هذه البلدان. بينما تركز الدراسة الحالية على مستشفيات مدينة الرياض، مما يضيف خصوصية في النتائج المستخلصة التي تتعلق بأنظمة الرعاية الصحية السعودية، وهو ما يعكس تأثيرات محلية خاصة في منطقة معينة.

إجمالاً، تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في التأكيد على الدور المحوري للتأمين الصحي في تحسين تجربة المرضى وجودة الرعاية الصحية، لكنها تبرز في تركيزها على الأبعاد الدقيقة لهذه التجربة ضمن سياق محلي محدد، مما يعزز من فهم كيفية تأثير التأمين الصحي في بيئة مستشفيات مدينة الرياض.

8.1 المنطلقات النظرية للدراسة:

(إدارة التأمين الصحي):

- التعريف الإجرائي: إدارة التأمين الصحي هي مجموعة من الإجراءات والسياسات التي تُنفذ في المستشفيات لتوفير تغطية صحية شاملة للمواطنين من خلال برامج التأمين، ويشمل ذلك تنظيم الاشتراكات، تحديد الخدمات المشمولة في التأمين، وإدارة تقديم الخدمات الطبية للمؤمن عليهم
- التعريف الاصطلاحي: إدارة التأمين الصحي هي الإدارة المنهجية للأنظمة التأمينية التي تهدف إلى تحسين تقديم الخدمات الصحية من خلال توفير تغطية تأمينية شاملة، مما يعزز الوصول إلى الخدمات ويقلل التكاليف الصحية. (Xu & Huang, 2024; Al Otaibi et al., 2023)

(تحسين تجربة المرضى):

- التعريف الإجرائي: تحسين تجربة المرضى يشمل الأبعاد التي تؤثر على رضا المرضى مثل الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات الصحية المقدمة، وتحسين التواصل بين المرضى والأطباء لضمان سير العلاج بشكل فعال.
- التعريف الاصطلاحي: تحسين تجربة المرضى هو تحسين جميع جوانب الرعاية الصحية التي يختبرها المريض أثناء تلقيه الخدمة. يشمل ذلك تسهيل الوصول إلى المعلومات الطبية، تحسين جودة الخدمة في مختلف مراحل الرعاية، وتعزيز التواصل بين المريض والطبيب لضمان مشاركة فعالة في اتخاذ القرارات الصحية. دراسات سابقة أكدت أن تحسين تجربة المرضى يرتبط بشكل مباشر بجودة

الرعاية الصحية والتفاعل الجيد بين المرضى والمقدمي للرعاية (Imron et al., 2024; Al-Turkistani et al., 2019).

سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية:

- التعريف الإجرائي: يشير إلى قدرة المرضى على الوصول إلى سجلاتهم الطبية ونتائج الفحوصات عبر الأنظمة الإلكترونية أو الوسائل التقليدية بسهولة وسرعة .
- التعريف الاصطلاحي: سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية تعني توفر بيانات طبية دقيقة ومحدثة بطرق يسهل الوصول إليها، مثل السجلات الطبية الإلكترونية، مما يعزز التفاعل الفعال بين المرضى وفرق الرعاية الصحية. (Xu & Huang, 2024)

جودة الخدمات الصحية:

- التعريف الإجرائي: تتعلق جودة الخدمات الصحية بكفاءة الرعاية المقدمة للمريض مثل التشخيص الصحيح، العلاج المناسب، الرعاية التمريضية، وإدارة الحالات الطبية
- التعريف الاصطلاحي: جودة الخدمات الصحية هي قدرة المؤسسات الصحية على تحقيق أعلى معايير الرعاية الصحية من خلال تحسين جميع جوانب الخدمة بما في ذلك الكفاءة والدقة و الرعاية الشخصية. (Al-Turkistani et al., 2019)

تسهيل عمليات التواصل بين الفرق الطبية والمرضى:

- التعريف الإجرائي: يشير إلى تحسين التواصل بين المرضى والفرق الطبية بحيث يستطيع المرضى طرح الأسئلة والحصول على الإجابات الموضوعية من الأطباء والممرضين.
- التعريف الاصطلاحي: تسهيل التواصل بين الفرق الطبية والمرضى هو القدرة على تبادل المعلومات بين المريض والفريق الطبي بطريقة شفافة وواضحة مما يعزز من فهم المريض لحالته الصحية ويساهم في تحسين نتائج العلاج (Xu & Huang, 2024)

9.1 المنهجية وطرق البحث:

سيتم تعتمد الدراسة الحالية على منهج البحث الكمي باستخدام أسلوب المسح لتحليل تأثير إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى في مستشفيات مدينة الرياض، ويتم تطبيق هذا المنهج للوصول إلى استنتاجات دقيقة حول العلاقة بين التأمين الصحي وتجربة المرضى بناءً على بيانات ميدانية قابلة للقياس والتحليل الإحصائي.

10.1 مصادر البيانات :

✓ **المصادر الثانوية:** تشمل المصادر الثانوية البيانات التي تم جمعها مسبقاً من خلال التقارير الإدارية والصحية للمستشفيات. تشمل هذه البيانات الإحصائيات المتعلقة باستخدام التأمين الصحي، والتقارير السنوية التي تقيم الخدمات الطبية في المستشفيات. بالإضافة إلى ذلك، سيتم الرجوع إلى الدراسات السابقة والأبحاث المنشورة التي تناولت موضوع التأمين الصحي وتجربة المرضى في سياقات مشابهة، وذلك لدعم التحليل والمقارنة مع النتائج التي ستتم استخلاصها من البيانات الأولية.

✓ **المصادر الأولية:** تتمثل المصادر الأولية في البيانات التي سيتم جمعها مباشرة من المرضى في مستشفيات مدينة الرياض. ستشمل هذه البيانات الاستبيانات التي سيتم توزيعها على عينة عشوائية من المرضى الذين يستفيدون من خدمات التأمين الصحي.

11.1 أدوات الدراسة:

سيتم استخدام استبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات الأولية من المشاركين في الدراسة. تشمل الاستبانة مجموعة من الأسئلة المغلقة والأنماط التي تهدف إلى قياس تأثير إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى في مستشفيات مدينة الرياض. ستتناول الأسئلة أبعاداً متعددة مثل سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات المقدمة، وتسهيل التواصل بين المرضى والأطباء. كما سيتم تضمين

أسئلة مفتوحة لجمع تعليقات وآراء المشاركين بشكل أكثر تفصيلاً. سيتم توزيع الاستبانة على عينة عشوائية من المرضى، والتي تشمل فئات متنوعة من حيث العمر والجنس والمستوى التعليمي

12.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة:

سيتم استخدام التحليل الإحصائي لتحليل البيانات المجمعة من الاستبيانات. سيتم إدخال البيانات إلى برامج التحليل الإحصائي مثل SPSS أو Excel لتحليلها باستخدام عدة أدوات تحليلية تشمل:

🔹 الإحصاءات الوصفية (Descriptive Statistics):

سيتم استخدام المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، التكرارات، والنسب المئوية لفهم توزيع البيانات وخصائصها الأساسية، مثل مستويات رضا المرضى عن الخدمات المقدمة أو مدى وصولهم إلى المعلومات الطبية.

🔹 اختبار معامل الارتباط (Correlation Analysis):

سيتم استخدام معامل بيرسون للارتباط (Pearson's Correlation Coefficient) لتحليل قوة واتجاه العلاقة بين متغيرات الدراسة. على سبيل المثال، سيتم تحليل العلاقة بين استخدام التأمين الصحي وسهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، أو بين جودة الخدمات الطبية والتواصل بين المرضى والأطباء.

🔹 تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis):

سيتم استخدام تحليل الانحدار المتعدد لقياس مدى تأثير المتغيرات المستقلة (مثل إدارة التأمين الصحي) على المتغير التابع (مثل تحسين تجربة المرضى). سيساعد هذا التحليل في تحديد العوامل الرئيسية التي تؤثر بشكل أكبر على تجربة المرضى.

☛ اختبار الفرضيات الإحصائية (Hypothesis Testing):

سيتم استخدام اختبارات الفرضيات لتقييم صحة الفرضيات المحددة في الدراسة، مثل اختبار الفروق بين المجموعات و تحليل التباين (ANOVA)، لتحديد ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات المختلفة من المرضى بناءً على خصائصهم الديموغرافية.

☛ اختبار الثبات والصدق (Reliability and Validity Tests):

سيتم قياس ثبات الأداة البحثية (الاستبانة) باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لضمان مدى اتساق إجابات المشاركين على الأسئلة المتعلقة بكل بعد من أبعاد الدراسة. كما سيتم التحقق من الصدق لضمان أن الاستبانة تقيس ما تم تصميمها لقياسه بدقة.

13.1 حدود الدراسة :

- **حدود موضوعية:** ستركز الدراسة على أثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى بأبعاده (سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات، تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء) في مستشفيات مدينة الرياض..
- **حدود مكانية:** تقتصر الدراسة على إدارة التأمين الصحي في مستشفيات الرياض .
- **حدود زمانية:** العام الدراسي 2023-2025.
- **حدود بشرية:** ستكون من المرضى المستفيدين من التأمين الصحي في مستشفيات الرياض.

الفصل الثاني: الإطار النظري

المبحث الأول: إدارة التأمين الصحي

تمهيد

تُعد إدارة التأمين الصحي أحد الركائز الأساسية في الأنظمة الصحية الحديثة، إذ تُمثل وسيلة استراتيجية لضمان الاستمرارية والعدالة في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين. ومع تطور نظم الرعاية الصحية، أصبح من الضروري أن تتسم إدارة التأمين الصحي بالكفاءة والمرونة، بما يساهم في تحسين جودة الخدمات وتوسيع نطاق التغطية السكانية. وقد اكتسب التأمين الصحي أهمية متزايدة في ظل ارتفاع تكاليف العلاج، وتنامي الحاجة لتوفير رعاية صحية فعّالة وشاملة، لا سيما في المجتمعات التي تتسم بتنوع الاحتياجات السكانية والاقتصادية، مثل المملكة العربية السعودية.

1.1.2 مفهوم إدارة التأمين الصحي

اختلف الباحثون في تعريف إدارة التأمين الصحي تبعًا لاختلاف مناهجهم واهتماماتهم البحثية، إلا أن معظمهم يشير إلى أنها نظام إداري ومالي يهدف إلى تنظيم تقديم الخدمات الصحية وضمان تمويلها بطريقة تضمن الكفاءة والعدالة والاستدامة.

يعرف باذيب (2022) إدارة التأمين الصحي بأنها "عملية تنظيمية تهدف إلى تمويل الخدمات الصحية من خلال تجميع الموارد المالية وتوزيعها بشكل عادل يضمن الحماية من المخاطر الصحية، ويعزز كفاءة النظام الصحي".

بينما يرى خليل (2023) أن إدارة التأمين الصحي "تمثل الأداة التي تترجم السياسات الصحية إلى خدمات ميدانية عبر التعاقد مع مقدمي الخدمة، وضبط جودة الأداء، ومتابعة الإنفاق".

من جانب آخر، يشير الحكيم وناجي (2022) إلى أن إدارة التأمين الصحي ليست مجرد آلية تمويل، بل هي إطار شامل يربط بين أصحاب العلاقة في النظام الصحي من ممولين، ومقدمي خدمة، ومستهلكين، من خلال منظومة متكاملة من التشريعات، والإجراءات الإدارية، والتقنيات الرقمية.

أما عليوات والهناندة (2023) فيعززان الطابع الاستراتيجي لهذا المفهوم، حيث يُعرفان إدارة التأمين الصحي بأنها "مجموعة من السياسات والعمليات التي تُمكن من تعزيز جودة الخدمات الصحية، وضبط تكاليفها، وتحقيق رضا المستفيدين من خلال بيئة عمل رقمية وتفاعلية".

ويضيف Markowitz et al (2022) من منظور دولي أن إدارة التأمين الصحي تُعنى بإدارة التوازن بين الطلب على الخدمات الصحية وبين القدرة على تغطيتها، مع ضمان الامتثال للمعايير الطبية والمالية، مما يجعلها أحد أدوات إدارة المخاطر في القطاع الصحي.

ويرى الباحث أن إدارة التأمين الصحي تمثل الإطار التنفيذي الذي يُترجم السياسات الصحية إلى إجراءات ملموسة تُسهم في ضمان استفادة المريض من الخدمات الصحية بجودة عالية وكفاءة مالية. وهي بذلك تُعد وظيفة تكاملية تجمع بين التنظيم الإداري، والرقابة المالية، وإدارة العلاقة مع المستفيدين، من أجل تحقيق العدالة والاستدامة في تقديم الرعاية الصحية.

2.1.2 أهداف إدارة التأمين الصحي

تُعدّ إدارة التأمين الصحي إحدى الأدوات الاستراتيجية التي تستخدمها الأنظمة الصحية لتحقيق جملة من الأهداف المتداخلة، التي تجمع بين البُعدين المالي والخدمي، وتربط بين مكونات النظام الصحي بطريقة تُحقق الكفاءة، وتحافظ على العدالة، وتُعزز من رضا المستفيدين، وقد تنوعت رؤى الباحثين حول هذه الأهداف، لكن معظمهم اتفق على مجموعة محورية من الغايات التي تشكل العمود الفقري لأي نظام تأمين صحي ناجح.

يشير زعرب والعيسوي (2022) إلى أن أهداف إدارة التأمين الصحي تتمثل في:

- تنظيم العلاقة بين الأطراف الثلاثة (المؤمن عليه، مزود الخدمة، جهة التأمين) من خلال وضع أطر تعاقدية واضحة ومحددة.
- فرض الرقابة النوعية والمالية على الخدمات الصحية المقدمة، بهدف تحسين الجودة وضمان الالتزام بالمعايير الطبية.
- تقليل الهدر والازدواجية في استخدام الموارد الصحية عبر نظام تتبع ومراقبة إلكتروني دقيق.

كما يرى أبو غنيمة والجارحي (2023) أن من أبرز أهداف إدارة التأمين الصحي:

- تحقيق الاستدامة المالية للنظام الصحي عبر تنوع مصادر التمويل وتقليل الاعتماد على التمويل الحكومي المباشر.
- إعادة توزيع المخاطر المالية بين الأفراد بطريقة تحقق التضامن الاجتماعي.
- إتاحة التغطية الصحية الشاملة من خلال توسيع نطاق المشمولين بالخدمة، خاصة في الفئات منخفضة الدخل.

ويضيف نصر الدين وآخرون (2023) أن الهدف الجوهرى لإدارة التأمين الصحي هو تعزيز الحماية المالية للفرد، لا سيما في ظل الأزمات الصحية أو الأمراض المزمنة، وذلك من خلال:

- توفير تغطية صحية منتظمة تقلل من الإنفاق المفاجئ على العلاج.
- تحقيق العدالة في التوزيع الجغرافي والزمني للخدمات الصحية.
- تقليل نسبة الإنفاق المباشر من دخل الأسر على الرعاية الصحية، وهو ما يسهم في تحسين مستوى المعيشة العام.

وفي ذات السياق، يرى Bhati et al (2023) أن من بين أهم أهداف إدارة التأمين الصحي هو تعزيز الكفاءة التشغيلية لمقدمي الخدمات، من خلال:

- ربط التمويل بالأداء، بحيث تُمنح الحوافز بناءً على جودة الخدمة وكفاءتها.

- تحفيز مقدمي الخدمة على تطوير البنية التحتية الطبية والرقمية.
- تعزيز ثقافة التنافسية الإيجابية بين المستشفيات عبر مؤشرات أداء محددة وقابلة للقياس.

يرى الباحث أن أهداف إدارة التأمين الصحي لم تعد تنحصر في البعد الاقتصادي أو التمويلي فحسب، بل أصبحت تشمل أبعادًا ذات طابع إنساني وخدماتي واستراتيجي،

3.1.2 أهمية إدارة التأمين الصحي

تُعد إدارة التأمين الصحي ركيزة محورية في البنية التنظيمية للأنظمة الصحية المعاصرة، كونها تمثل الوسيط الحاسم بين موارد التمويل وعمليات تقديم الخدمة. وتزداد أهميتها في ظل التحديات التي تواجهها النظم الصحية من تزايد الأعباء المالية، وارتفاع تكلفة الرعاية، وتوسع الطلب على الخدمات الصحية النوعية. وقد أكد العديد من الباحثين على أن فاعلية النظام الصحي لا تُقاس فقط بمدى توفر التمويل، وإنما بكيفية إدارة هذا التمويل وتوجيهه نحو تحقيق نتائج صحية ملموسة ومنصفة.

يشير يوسف (2022) إلى أن أهمية إدارة التأمين الصحي تكمن في دورها المحوري في تحقيق الاستقرار المالي للقطاع الصحي، لا سيما في الدول التي تعاني من أزمات اقتصادية أو حروب، حيث يسهم النظام التأميني في حماية المواطنين من أعباء الإنفاق المباشر ويخفف من الضغط على الموازنات العامة للدولة.

كما يرى Imron et al. (2024) أن إدارة التأمين الصحي تسهم في تعزيز العدالة الصحية، من خلال توسيع نطاق التغطية الشاملة، وضمان استفادة الفئات المهمشة وذوي الدخل المحدود من الخدمات الصحية، وهو ما ينعكس على تقليص الفوارق الصحية بين المناطق والفئات الاجتماعية.

وفي السياق ذاته، يؤكد Markowitz et al. (2022) على أن الإدارة الجيدة للتأمين الصحي تُعد أداة فعّالة في رفع مستوى رضا المرضى، وذلك عبر تقليص فترات الانتظار، وضبط جودة الخدمة، وتوفير نظم تواصل شفافة بين المستفيدين وشركات التأمين.

من جانبهم، يشير (Frankovic & Kuhn (2023 إلى أن أهمية إدارة التأمين الصحي تتعاظم في ظل العلاقة الوثيقة بينها وبين التطور الطبي والتكنولوجي، حيث تتيح الإدارة الكفؤة استثمار الموارد المتاحة في التكنولوجيا الطبية ذات الأثر الأعلى على صحة السكان، مما يرفع كفاءة الإنفاق العام ويزيد من فعالية التدخلات العلاجية.

كما يرى (Friedel et al. (2023 أن إدارة التأمين الصحي تُسهم أيضاً في تحسين البنية الإدارية للمستشفيات ومؤسسات الرعاية الصحية، من خلال فرض أنظمة رقابة دقيقة، وتعزيز ثقافة الجودة، وربط التمويل بمؤشرات الأداء والنتائج.

ويضيف (Alanazi et al. (2022 أن إدارة التأمين الصحي، خصوصاً عند رقمنتها، تُساعد على إحداث تحول تنظيمي شامل في طريقة تقديم الرعاية، من خلال أتمتة العمليات وتقليل التدخل البشري في الخطوات الإجرائية، مما يرفع الكفاءة ويقلل من الأخطاء ويُحسن تجربة المريض.

و يشير الحلة وإدريس (2024) إلى أن أهمية إدارة التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية تتمثل في:

1. تحسين كفاءة توزيع الموارد الصحية من خلال نظام مركزي واضح.
2. دعم تحقيق رؤية المملكة 2030 فيما يخص العدالة في الوصول إلى الخدمة.
3. تمكين المستشفيات من تحسين استجابتها لاحتياجات المواطنين عبر ربط الإنفاق بالأداء الحقيقي.

ويرى الباحث أن أهمية إدارة التأمين الصحي لا تقتصر على دورها التنظيمي في توزيع الموارد أو تنظيم العلاقة بين مزودي الخدمة والمستفيدين، بل تتعدى ذلك لتصبح إحدى أدوات تحسين جودة الحياة الصحية للمواطنين، خاصة في المدن الكبيرة مثل الرياض، حيث تعدد مقدمي الخدمات وتنوع الاحتياجات السكانية.

4.1.2 محددات إدارة التأمين الصحي

تتأثر فعالية إدارة التأمين الصحي بعدد من المحددات المتداخلة، والتي تعكس تفاعل الأبعاد القانونية والتنظيمية والتكنولوجية والاقتصادية والبشرية. وتُعد هذه المحددات بمثابة العوامل التي تُشكل بيئة عمل النظام التأميني وتحدد مدى نجاحه في تحقيق أهدافه، سواء على مستوى السياسات أو على مستوى التنفيذ.

يشير Bhati et al. (2023) إلى أن من أبرز محددات إدارة التأمين الصحي وجود إطار تشريعي وتنظيمي شامل يحدد بدقة الأدوار والمهام والمسؤوليات بين الجهات المعنية، ويضمن وجود قواعد واضحة للعلاقة التعاقدية بين الممولين ومقدمي الخدمة والمستفيدين.

كما يرى الحلة وإدريس (2024) أن أحد العوامل الحاسمة في نجاح إدارة التأمين الصحي يتمثل في جاهزية البنية التحتية الرقمية، حيث تُمكن هذه الجاهزية من تيسير التواصل بين الجهات المختلفة، وتسريع عملية إصدار الموافقات، وتسهيل إدارة المطالبات المالية، ما ينعكس إيجابًا على رضا المستفيد.

ويشير Xu & Huang (2024) إلى أن الوعي الصحي والمعرفي لدى المستفيدين يعد أحد العوامل المؤثرة في فعالية إدارة التأمين الصحي، إذ أن تدني وعي الأفراد بآلية عمل التأمين وحقوقهم وواجباتهم ضمنه يؤدي إلى ضعف التفاعل مع النظام، وزيادة احتمال حدوث مشكلات في استخدام الخدمات أو إساءة فهمها.

و يؤكد Osarobo & Ayo (2022) أن من أهم المحددات التنظيمية لنجاح إدارة التأمين الصحي:

1. توفر قاعدة بيانات دقيقة ومحدثة لجميع المستفيدين ومقدمي الخدمات.
2. وضوح سياسات التسعير والتعاقدات بين مختلف الأطراف.
3. مرونة النظام في التعامل مع التغيرات في تكاليف الخدمات الصحية.

ويرى Alanazi et al. (2022) أن المهارات الإدارية والكوادر البشرية المتخصصة تُعد من بين المحددات الأساسية لنجاح إدارة التأمين الصحي، حيث أن نقص الكفاءات في إدارات التأمين

بالمستشفيات، أو غياب التدريب المستمر، يؤدي إلى بطء الإجراءات وضعف التواصل، وتضارب في القرارات.

ويضيف (Nguyen & Mitrou (2025) محدداً خارجياً مهماً يتمثل في الاستقرار السياسي والاقتصادي، باعتباره عنصراً حاسماً في قدرة الدولة على تمويل خدمات التأمين، والاستثمار في تطوير بنيته، وضمان استمرار التغطية حتى في أوقات الأزمات والكوارث الطبيعية.

ويرى الباحث أن تحديد وفهم محددات إدارة التأمين الصحي يمثل حجر الزاوية في تصميم نظام تأميني ناجح وفعال، خاصة في بيئة ديناميكية ومعقدة كالمستشفيات في مدينة الرياض. وتتمثل أهم المحددات في السياق السعودي فيما يلي:

1. القدرة التقنية للمؤسسات الصحية على التكامل مع منصات التأمين الصحي الإلكترونية (مثل منصة "نفيس").
2. تجانس السياسات التأمينية بين القطاعين العام والخاص لتقليل الفجوات التشغيلية والإجرائية.
3. مستوى التنسيق بين الجهات الحكومية والخاصة ذات العلاقة، مثل مجلس الضمان الصحي، وزارة الصحة، وشركات التأمين.
4. وعي المريض بحقوقه التأمينية وفهمه الكامل لمسار التغطية وتفصيلاتها.

5.1.2 التحديات والمعوقات التي تواجه إدارة التأمين الصحي

رغم الدور الحيوي الذي تلعبه إدارة التأمين الصحي في تنظيم وتطوير الأنظمة الصحية، إلا أنها تواجه في التطبيق العملي جملة من التحديات والمعوقات التي تؤثر على فاعليتها وكفاءتها، سواء على مستوى السياسات أو في المستويات التنفيذية والإجرائية، وتشير الأدبيات إلى أن هذه التحديات تتفاوت بحسب السياقات التنظيمية والاقتصادية والاجتماعية للدولة، إلا أن هناك قواسم مشتركة بين معظم النظم الصحية النامية والمتقدمة على حد سواء.

يشير Al Otaibi et al (2023) إلى أن أحد أبرز التحديات يتمثل في ضعف التنسيق بين الأطراف المعنية، سواء بين شركات التأمين ومقدمي الخدمات، أو بين الجهات التنظيمية والمستفيدين، ما يؤدي إلى ازدواجية في الإجراءات، وتأخير في تقديم الخدمة، وتضارب في المعايير، كما يرى باذيب (2022) أن هناك تحديًا إداريًا هيكليًا يتمثل في نقص الكوادر المؤهلة والمتخصصة في إدارة التأمين الصحي، لا سيما في المستشفيات الطرفية أو المناطق النائية، وهو ما يؤدي إلى بطء الإجراءات التأمينية، وتزايد حالات الخطأ في معالجة المطالبات، وضعف كفاءة النظام التأميني عمومًا.

ويشير آل زمانان وآخرون (2024) إلى أن من أكبر المعوقات التي تؤثر على رضا المستفيدين هي البيروقراطية وتعقيد المسارات التأمينية، حيث تتطلب بعض العمليات عدة مراحل للموافقة، تشمل إدارات طبية ومالية مختلفة، دون وجود نظام رقمي متكامل، مما يسبب حالة من الإحباط والتذمر لدى المرضى.

ويرى Otieno et al (2022) أن ضعف التكامل الرقمي بين أنظمة المستشفيات ومنصات التأمين يُعد عائقًا رئيسيًا أمام تقديم خدمة سلسة وفعالة. ففي كثير من الحالات، تتأخر المطالبات بسبب عدم توافق الأنظمة المعلوماتية أو غياب الربط الإلكتروني المباشر، ما يُطيل من دورة المعالجة ويزيد من التكاليف التشغيلية، وتُشير Nguyen & Mitrou (2025) إلى تحديات مرتبطة بالبيئة الخارجية، مثل الطوارئ الصحية أو الكوارث الطبيعية، والتي تؤدي إلى خلل في الاستدامة التمويلية لأنظمة التأمين، وتضعف من قدرة الجهات المنظمة على ضبط المصروفات.

يرى الباحث أن إدارة التأمين الصحي في المستشفيات بمدينة الرياض، رغم التطور الذي شهدته في السنوات الأخيرة، لا تزال تواجه تحديات متراكبة على المستويين التنظيمي والتقني، وتتطلب نقلة نوعية في نماذج إدارة التأمين الصحي، تركز على التحول الرقمي، وتمكين الكوادر، وتعزيز الشفافية، وبناء علاقة تشاركية بين المستفيد ومزود الخدمة وجهة التأمين.

المبحث الثاني: تحسين تجربة المرضى

تمهيد

تُعد تجربة المريض مؤشراً محورياً في تقييم فعالية وكفاءة النظم الصحية المعاصرة، إذ لم يعد نجاح الخدمات الصحية يُقاس فقط بجودة العلاج أو توفره، بل بمدى رضا المريض عن مجمل رحلته داخل النظام الصحي، بدءاً من حجز الموعد، مروراً بالتفاعل مع الطاقم الطبي، وانتهاءً بالحصول على الخدمة ومتابعتها بعد الخروج، وقد فرض هذا التحول في المفهوم ضغوطاً كبيرة على المؤسسات الصحية لتطوير أنظمتها التشغيلية، وإعادة تصميم نماذج تقديم الرعاية لتكون أكثر إنصافاً لاحتياجات المرضى وتوقعاتهم.

و أصبحت تجربة المريض هدفاً رئيسياً للسياسات الصحية في العديد من الدول، بما في ذلك المملكة العربية السعودية، التي أولت من خلال رؤية 2030 أهمية بالغة لرفع مستوى رضا المرضى، وتحسين جودة الخدمات، وتعزيز بيئة التواصل الإنساني داخل المنشآت الصحية. وهو ما ينسجم مع توجه الدراسة الحالية التي تسعى إلى استكشاف أثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى في المستشفيات.

1.2.2 مفهوم تجربة المرضى

تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم "تجربة المريض"، وتراوح بين البُعد الوصفي والسلوكي والإدراكي، إلا أنها جميعاً تركزت حول إدراك المريض وتقييمه لما يتلقاه من خدمات خلال رحلته العلاجية.

يشير Friedel et al. (2023) إلى أن تجربة المريض هي "مجموعة التفاعلات التي يمر بها المريض داخل النظام الصحي، بما في ذلك التفاعل مع الأطباء، وسهولة الحصول على الرعاية، وفهم المعلومات الطبية، والشعور بالاحترام والدعم خلال فترة العلاج".

ويعرفها Markowitz et al. (2022) بأنها "الإدراك الشخصي الذي يكوّنه المريض عن جودة الرعاية الصحية، اعتماداً على التفاعل المباشر وغير المباشر مع النظام الصحي ومقدمي الخدمة".

أما Bhati et al. (2023) فيرون أن تجربة المريض ليست فقط انعكاسًا للجوانب الملموسة من الخدمة (كالوقت والراحة)، بل تشمل أيضًا "الاستجابة العاطفية والنفسية للمريض تجاه سلوك الطاقم، ودرجة إشراكه في اتخاذ القرار، ومدى شعوره بالأمان".

و تُعرّف المطيري ومحمود (2024) تجربة المريض بأنها "الانطباع الشامل الذي يتكوّن لدى المستفيد عن منظومة الخدمة الصحية، من لحظة التسجيل وحتى تلقي الخدمة ومغادرة المنشأة، ويعتمد على عناصر تنظيمية وبشرية وتقنية".

ويرى الباحث أن "تجربة المريض" تمثل مفهومًا تكامليًا، يتقاطع فيه ما هو طبي بما هو إنساني، ويعكس مدى تفاعل المؤسسة الصحية مع توقعات واحتياجات المريض بطريقة استباقية ومخصصة و تُعرف تجربة المريض على أنها: "الانطباع الإدراكي والسلوكي الذي يتشكل لدى المريض خلال مراحل تلقي الخدمة الصحية، ويعكس جودة التواصل، وسهولة الوصول للمعلومات، وكفاءة الخدمة، وقدرته على التفاعل والمشاركة في القرار الطبي داخل بيئة صحية عادلة وأمنة".

2.2.2 أهمية تحسين تجربة المرضى

تُعدّ تجربة المريض واحدة من الركائز الأساسية لقياس جودة الرعاية الصحية في المؤسسات الطبية المعاصرة، ولم تعد السياسات الصحية تقتصر على مؤشرات الأداء السريرية والإدارية، بل باتت تُولي أهمية متزايدة لتجربة المريض بوصفها عنصرًا جوهريًا يعكس مدى كفاءة النظام الصحي واستجابته لاحتياجات الأفراد.

يشير Friedel et al. (2023) إلى أن تحسين تجربة المرضى لا يُسهم فقط في رفع مستوى رضاهم، بل ينعكس أيضًا على تحسين نتائج العلاج، وزيادة الالتزام بالخطة العلاجية، وتخفيض نسب الدخول المتكرر إلى المستشفيات، كما يُعد هذا التحسين مؤشرًا على وجود بيئة علاجية آمنة وإنسانية، تستند إلى الاحترام والثقة المتبادلة بين المريض ومقدم الخدمة.

من جانبهم، يرى Bhati et al. (2023) أن تعزيز تجربة المريض يُشكّل عاملاً حاسماً في تحقيق التنافسية بين مقدمي الخدمات الصحية، خاصة في ظل التحول نحو الرعاية المرتكزة على المريض، حيث أصبحت مؤسسات الرعاية تُقاس بجودة التفاعل الإنساني، وشفافية الإجراءات، ومدى قدرة النظام على الاستجابة لملاحظات المرضى وتوقعاتهم.

ويؤكد Markowitz et al. (2022) أن لتجربة المريض أثراً مباشراً على السمعة المؤسسية للمستشفى، إذ تُعد الانطباعات التي يخرج بها المرضى بمثابة رسائل مجتمعية تؤثر في قرار المرضى الجدد، وتسهم في تشكيل صورة المنشأة لدى الجمهور، مما يجعل تجربة المريض أداة تسويقية وقيادية في آنٍ واحد.

فيرى Alanazi et al. (2022) أن تحسين تجربة المرضى يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتطوير نماذج التشغيل في المستشفيات، إذ يتطلب الأمر إعادة هندسة مسارات الخدمة، وتبسيط الإجراءات، وتكامل الأنظمة الإلكترونية، ما يؤدي إلى رفع كفاءة العمليات وخفض التكاليف التشغيلية.

وفي السياق العربي، يشير المطيري ومحمود (2024) في دراستهما الميدانية بمستشفى القويعة العام، إلى أن تحسين تجربة المريض ساهم في رفع مؤشرات الرضا العام بنسبة ملحوظة، كما أدى إلى تقليل نسبة الشكاوى، وتسريع الإجراءات الإدارية، وتحسين العلاقة بين المرضى والكوادر الطبية.

يرى الباحث أن أهمية تحسين تجربة المرضى لا تنبع فقط من بعدها الخدمي، وإنما تتجسد في كونها مرآة تعكس نضج النظام الصحي وتقدمه. ففي بيئة حضرية كثيفة ومتنوعة مثل مدينة الرياض

3.2.2 أبعاد تجربة المرضى

تُعد تجربة المريض مفهوماً متعدد الأبعاد، يتكون من مكونات مترابطة تعكس مختلف جوانب تفاعل المريض مع النظام الصحي. ويشير العديد من الباحثين إلى أن تناول العلي لتجربة المريض يتطلب تفكيكها إلى عناصرها التكوينية التي تشمل الجوانب التنظيمية، والإنسانية، والتقنية، وبناءً على ذلك، فإن الدراسة الحالية تستند إلى ثلاثة أبعاد رئيسية تُعبّر عن تجربة المريض، كما يلي:

1. سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية

يشير Friedel et al. (2023) إلى أن قدرة المريض على الوصول إلى معلوماته الصحية بشكل واضح وفي الوقت المناسب تُعدّ شرطاً أساسياً لتمكينه من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن علاجه، وتعزيز ثقته بمقدمي الرعاية. ويشمل هذا البُعد سهولة الحصول على نتائج الفحوصات، والمعلومات المرتبطة بالخطّة العلاجية، والمواعيد، والتعليمات الطبية، كما يرى Imron et al. (2024) أن الأنظمة الصحية التي توفر بوابات إلكترونية للمعلومات الصحية تُسهم في تعزيز الشفافية والرضا، وتُقلل من شعور المرضى بالتمييز أو الغموض حول حالتهم الصحية، وتشير دراسة المطيري ومحمود (2024) إلى أن محدودية حصول المريض على معلومات دقيقة ومباشرة عن حالته تؤدي إلى اضطراب الثقة بالنظام، وتؤثر سلباً على التزامه بالخطّة العلاجية، في حين أن تيسير الوصول للمعلومات يعزز من التعاون بين المريض والطبيب، ويقلل من الأخطاء الطبية الناتجة عن ضعف الفهم.

2. جودة الخدمات

جودة الخدمات تُعدّ محوراً مركزياً في تكوين تجربة المريض، وتشمل الجوانب السريرية وغير السريرية التي يتلقاها المستفيد. ويرى Markowitz et al. (2022) أن مفهوم الجودة لا يقتصر على دقة التشخيص أو فعالية العلاج، بل يشمل أيضاً مستوى النظافة، واحترام الخصوصية، وسرعة الاستجابة، وراحة البيئة العلاجية.

كما يشير Bhati et al. (2023) إلى أن إدراك المريض لجودة الخدمة غالباً ما يتأثر بسلوك مقدمي الخدمة، وبدرجة التعاطف، والاهتمام، وحسن الاستقبال، مما يجعل البعد الإنساني مكوناً جوهرياً في تجربة الجودة، وقد أظهرت دراسة Alanazi et al. (2022) أن تحسين جودة الخدمات يُسهم في رفع معدلات رضا المرضى، ويُعزز من ولائهم للمستشفى، ويقلل من احتمالية التحول إلى مزودي خدمة آخرين. وهذا ما يجعل جودة الخدمة ليست فقط مؤشراً طبياً، بل أيضاً عنصراً تنافسياً واستراتيجياً.

3. تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء

يُعد التواصل الفعال بين المريض والطبيب من أهم محددات التجربة الإيجابية في النظام الصحي. ويؤكد Friedel et al. (2023) أن التواصل الجيد يعزز من ثقة المريض، ويدعم التفاهم حول الحالة الصحية، ويسهم في تقليل التوتر والقلق المرتبط بالإجراءات العلاجية.

ويرى Bhati et al. (2023) أن العجز في التواصل أو استخدام مصطلحات طبية معقدة دون تبسيط يؤدي إلى تشويش إدراكي لدى المريض، ويضعف من التزامه بالخطة العلاجية، أما التواصل التشاركي الذي يُتيح للمريض طرح الأسئلة والمشاركة في القرار، فيرفع من مستوى الرضا ويُشعره بالقيمة والاحترام.

وتؤكد خليل (2023) أن التحديات الثقافية واللغوية تلعب دوراً في تعزيز أو عرقلة فعالية التواصل، مما يتطلب تدريب الكوادر الطبية على المهارات الإنسانية، والاستماع الفعال، وإشراك المريض في كافة مراحل العلاج.

و يرى الباحث أن الأبعاد الثلاثة السابقة تُشكّل معاً الإطار التفاعلي لتجربة المريض، بحيث لا يمكن تقييم جودة الخدمة الصحية دون النظر إلى مدى سهولة الوصول للمعلومة، ووضوح التواصل، وكفاءة الأداء العلاجي، ويؤمن بأن تعزيز كل بُعد منها يسهم بشكل مباشر في دعم التمكين الصحي للمريض، وتحقيق مبدأ "الرعاية المتمركزة حول الإنسان"، والذي تُعدّه رؤية المملكة 2030 ركيزة محورية في تحول النظام الصحي السعودي.

4.2.2 مؤشرات قياس تجربة المرضى

أصبحت تجربة المريض اليوم من المؤشرات الأساسية في تقييم كفاءة الأنظمة الصحية وجودة الخدمات المقدمة، وهو ما دفع العديد من الجهات التنظيمية ومراكز الاعتماد الصحي إلى تطوير أدوات ومعايير خاصة لقياسها بشكل منهجي، وتتنوع مؤشرات قياس تجربة المريض بين ما هو كمي وإدراكي، مباشر

وغير مباشر، إلا أن هدفها جميعًا يتمثل في رصد جودة التفاعل بين المريض والنظام الصحي من وجهة نظر المريض نفسه.

ويدشير Friedel et al. (2023) إلى أن قياس تجربة المرضى يتم عادة من خلال استبانات معيارية تغطي عدة أبعاد تشمل: مدى وضوح المعلومات المقدمة، سهولة التنقل داخل المنشأة، وقت الانتظار، الاستجابة للاستفسارات، جودة التواصل، ودرجة الرضا العام.

كما يرى Markowitz et al. (2022) أن المؤشرات الأكثر دقة هي تلك التي ترتبط باللحظات الحرجة في رحلة المريض، مثل:

1. تجربة دخول المستشفى (الإجراءات، المعاملة، الوقت).
2. تجربة التفاعل مع الطاقم الطبي (الاحترام، الإنصات، الشرح).
3. تجربة الخروج والمتابعة (الوضوح، التوجيه، التواصل ما بعد الخروج). ويتم جمع هذه المؤشرات عبر استبيانات ورقية أو إلكترونية أو من خلال المقابلات الهاتفية أو الشخصية.

ويؤكد Bhati et al. (2023) على أهمية وجود مؤشرات نوعية إلى جانب المؤشرات الكمية، وذلك لالتقاط الجوانب غير الملموسة مثل:

- شعور المريض بالأمان.
- احترام الخصوصية.
- مدى شعوره بالمشاركة في اتخاذ القرار. وهي مؤشرات تُستخدم بشكل متزايد في برامج الاعتماد الصحي العالمي مثل HCAHPS في الولايات المتحدة، وبرنامج PREMs في أوروبا.

و يشير المطيري ومحمود (2024) إلى استخدام وزارة الصحة السعودية لمجموعة من المؤشرات الوطنية لقياس تجربة المريض، والتي تشمل:

- مؤشر "رضا المرضى عن المواعيد".

- "سهولة الوصول للخدمة".
- "تقييم التواصل مع الطاقم".
- "مدى رضا المرضى عن المعلومات الطبية المقدمة"، وذلك ضمن برنامج "قياس تجربة المريض" الذي يتم من خلال مركز تجربة المريض التابع للوزارة.

ويرى الباحث أن قياس تجربة المريض لا يجب أن يُختزل في سؤال عن "الرضا العام"، بل يتطلب مقارنة متعددة المؤشرات تشمل تقييم جميع مراحل التفاعل داخل النظام الصحي.

5.2.2 التحديات التي تواجه تحسين تجربة المرضى

رغم ما حظيت به تجربة المريض من اهتمام عالمي متزايد خلال العقدين الأخيرين، إلا أن تنفيذ المبادرات الرامية إلى تحسينها ما زال يواجه تحديات متعددة، تختلف من بيئة صحية إلى أخرى، لكنها تلتقي جميعاً عند مجموعة من الإشكاليات البنيوية والإجرائية والثقافية التي تعوق تحقيق تجربة صحية متكاملة ومرضبة للمريض.

يشير Friedel et al. (2023) إلى أن أحد أبرز هذه التحديات يتمثل في غياب التكامل بين الأقسام والإدارات داخل المستشفى، مما يؤدي إلى تضارب في المعلومات، وبطء في الإجراءات، وانقطاع في سلاسة رحلة المريض. فغالبًا ما يواجه المرضى تعقيدًا في التنقل بين العيادات أو المختبرات أو الأقسام الإدارية، نتيجة نقص التنسيق أو ضعف التوثيق.

كما يرى Markowitz et al. (2022) أن هناك تحديًا آخر يرتبط بسلوك مقدمي الرعاية الصحية، مثل ضعف مهارات التواصل لدى بعض الأطباء أو الممرضين، أو غلبة الطابع التقني على التفاعل، مما يفقد المريض الشعور بالاهتمام الإنساني. ويؤدي هذا إلى تراجع مستوى الرضا حتى وإن كانت الخدمة المقدمة سليمة طبيًا.

ويُضيف (Bhati et al. (2023 أن ضعف البنية التحتية التقنية يُعد من العوامل التي تعرقل تحسين تجربة المريض، لا سيما في الأنظمة التي لا توفر بوابات رقمية للاستعلام، أو لا تتيح للمريض التفاعل إلكترونياً مع ملفه الصحي أو جدولته مواعيده.

أما في السياق العربي، فتؤكد خليل (2023) أن التحديات الثقافية والبيروقراطية تؤدي إلى فجوة كبيرة بين المريض والنظام الصحي، حيث يواجه المريض صعوبة في فهم مصطلحات التأمين، أو حقوقه في العلاج، أو آليات الشكوى، فضلاً عن شعوره أحياناً بعدم المساواة أو الاعتبار من قبل الكوادر الطبية.

ويشير المطيري ومحمود (2024) إلى أن أحد أبرز التحديات في المستشفيات السعودية هو الازدحام وكثرة أعداد المراجعين مقارنة بعدد الموظفين، وهو ما يؤدي إلى ضغط شديد على الكوادر، ويقلل من فرص التواصل الفعال مع المرضى، وبالتالي تراجع التجربة العامة، لا سيما في الأقسام الحيوية كالإسعاف والطوارئ.

ومن جانب آخر، يشير (Imron et al. (2024 إلى أن هناك تحديات تتعلق بإدارة الشكاوى والملاحظات، حيث تفتقر بعض المنشآت الصحية إلى آليات واضحة لجمع وتحليل شكاوى المرضى واستخدامها فعلياً في تحسين الخدمة، مما يفقد المريض الإحساس بجدوى رأيه أو دوره في تطوير النظام.

يرى الباحث أن التحديات التي تعيق تحسين تجربة المرضى في المستشفيات، لا يمكن فصلها عن السياق المؤسسي والثقافي الذي تعمل فيه تلك المستشفيات. ففي بيئة مثل مدينة الرياض

الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

1.3 تمهيد

يعرض هذا الفصل الأسس المنهجية والإجرائية التي استندت إليها الدراسة الحالية في سبيل تحقيق أهدافها والإجابة على تساؤلاتها، واختبار فرضياتها الرئيسية والفرعية. وقد تم تصميم هذا الفصل ليتضمن تحديد المنهج المستخدم، ووصف مجتمع الدراسة، وخصائص العينة، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في جمع البيانات، وطرق التحقق من صدقها وثباتها، وصولاً إلى عرض الأساليب الإحصائية المعتمدة في تحليل البيانات الميدانية. ويُعد هذا الفصل محوراً مهماً في الدراسة؛ إذ يمثل الإطار المنهجي الذي يكفل علمية النتائج، ومصادقية الاستنتاجات التي سيتم التوصل إليها لاحقاً.

2.3 منهجية الدراسة

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، الذي يُعد من أكثر المناهج ملاءمة للدراسات التي تتناول الظواهر الاجتماعية والإنسانية في بيئتها الطبيعية. ويُعنى هذا المنهج بوصف الواقع القائم كما هو، وتحليل مكوناته وعلاقاته الداخلية، بهدف الوصول إلى تفسيرات علمية حول العوامل المؤثرة فيه، والعلاقات بين متغيراته.

وقد تم تبني هذا المنهج نظراً لما يتمتع به من قدرة على جمع البيانات الميدانية من أفراد مجتمع الدراسة، ثم تحليلها إحصائياً لفهم العلاقة بين المتغير المستقل في هذه الدراسة "إدارة التأمين الصحي"، والمتغير التابع "تحسين تجربة المرضى"، بأبعاده الثلاثة: سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات، وتسهيل التواصل بين المرضى والأطباء.

وقد أتاح هذا المنهج الفرصة لاستقصاء آراء أفراد العينة حول مدى كفاءة إدارة التأمين الصحي في المستشفيات بمدينة الرياض، ومدى انعكاس هذه الكفاءة على جودة تجربة المرضى، كما ساعد على

اختبار الفرضيات من خلال رصد أنماط العلاقة بين المتغيرات، ومدى وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة التأمين الصحي على عناصر تجربة المريض المختلفة

3.3 مجتمع وعينة الدراسة

يتكوّن مجتمع الدراسة من جميع المرضى المستفيدين من خدمات التأمين الصحي في مستشفيات مدينة الرياض، سواء في المستشفيات الحكومية أو الخاصة، وتُعد هذه الفئة الأكثر ارتباطاً بموضوع الدراسة نظراً لتفاعلها المباشر مع إجراءات التأمين الصحي داخل النظام الصحي، ولقدرتها على تقييم مستوى الخدمات الصحية وتجربتها الفعلية ضمن بيئة تأمينية متكاملة.

وتُشير الإحصاءات الصادرة عن وزارة الصحة السعودية ومجلس الضمان الصحي التعاوني لعام 2024 إلى أن عدد المستفيدين من خدمات التأمين الصحي في منطقة الرياض يتجاوز 2.5 مليون مشترك فعال، يتوزعون بين القطاعين العام والخاص، ويشملون فئات متعددة بحسب العمر والجنس ونوع التغطية التأمينية (حكومي، مؤسسي، خاص).

ونظراً لكبر حجم مجتمع الدراسة، وتنوع خصائصه الديموغرافية، والمؤسسية، فقد تم استخدام أسلوب العينة العشوائية الطبقية، لضمان التمثيل المتوازن لمختلف الفئات المستهدفة، ولتحديد الحجم المناسب للعينة، تم الاعتماد على معادلة كرجسي ومورغان (Krejcie & Morgan, 1970)، مع تحديد مستوى ثقة قدره (95%) وهامش خطأ لا يتجاوز ($\pm 5\%$)، مما أفضى إلى تحديد حجم العينة المناسب بـ 384 مفردة.

ومن أجل تعويض الاستبانة غير المكتملة أو المرفوضة، تم توزيع 420 استبانة على المستفيدين في عدد من المستشفيات المختارة في مدينة الرياض، بالتعاون مع إدارات التأمين الصحي، مع مراعاة التوزيع وفق الوزن النسبي لكل قطاع من القطاعات المستهدفة.

توزيع العينة كان على النحو التالي:

- 200 مريضاً في مستشفيات حكومية (مثل مدينة الملك سعود الطبية، مجمع الرياض الطبي)
- 150 مريضاً في مستشفيات خاصة (مثل مستشفى دلة، السعودي الألماني، الحبيب)
- 34 مريضاً مشمولين بتأمين مؤسسي (شركات، جامعات، قطاع شبه حكومي)
- 36 استبانة احتياطية لتعويض أي استجابات غير صالحة

وبعد الانتهاء من عملية التوزيع، تم فرز الاستبانات واستبعاد غير المكتملة أو التي تحتوي على بيانات غير منطقية، وبلغ عدد الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي النهائي 384 استبانة، وهو ما يمثل العينة المعتمدة لهذه الدراسة.

4.3 مصادر جمع البيانات

سعيًا لتحقيق أهداف الدراسة الحالية، والتي تهدف إلى تحليل أثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى بأبعادها المختلفة في مستشفيات مدينة الرياض، تم الاعتماد على مصدرين رئيسيين لجمع البيانات، هما: المصادر الثانوية والمصادر الأولية.

○ المصادر الثانوية

تمثلت المصادر الثانوية في مراجعة الأدبيات النظرية والدراسات السابقة ذات العلاقة بمحوري الدراسة، وقد شملت هذه المراجع مجموعة متنوعة من الكتب الأكاديمية، والأبحاث المنشورة في المجالات العلمية المحكمة، بالإضافة إلى الرسائل الجامعية ذات الصلة بمجالي التأمين الصحي وتجربة المريض.

وقد تناولت هذه المراجع مفاهيم إدارة التأمين الصحي من حيث أهدافها، وآلياتها، وتحدياتها، إلى جانب المفاهيم المتعلقة بتجربة المريض، وأبعادها، وأهميتها كمؤشر نوعي لتقييم الأداء المؤسسي في المستشفيات. كما تم الرجوع إلى مجموعة من التقارير والإحصائيات الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة

السعودية، ومجلس الضمان الصحي التعاوني، بالإضافة إلى الأدلة الإرشادية والتقارير الصادرة عن منظمات دولية مثل منظمة الصحة العالمية (WHO)، ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD).

○ المصادر الأولية

اعتمدت الدراسة في جانبها الميداني على جمع البيانات الأولية من خلال تصميم استبانة علمية محكمة، وُجّهت إلى عينة مختارة من المرضى المستفيدين من خدمات التأمين الصحي في عدد من المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الرياض. وقد تم إعداد هذه الاستبانة استنادًا إلى مراجعة شاملة للدراسات السابقة ذات العلاقة، مثل (Friedel et al. (2023)، (Bhati et al. (2023)، والمطيري ومحمود (2024)، وذلك لضمان شموليتها وارتباطها الوثيق بمحاور الدراسة.

5.3 أداة الدراسة

تم استخدام الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات الميدانية، وذلك نظرًا لملاءمتها لطبيعة الدراسة التي تعتمد على القياس الكمي لعلاقة إدارة التأمين الصحي بتحسين تجربة المرضى. وقد تم تصميم الاستبانة بعناية استنادًا إلى الأدبيات النظرية والدراسات السابقة، كما خضعت للتحكيم الأكاديمي من قبل مختصين في مجالي الإدارة الصحية والإحصاء التربوي.

وقد تم بناء فقرات الاستبانة لتغطي أبعاد متغيرات الدراسة، حيث يقيس الجزء الأول منها المتغير المستقل "إدارة التأمين الصحي"، بينما يقيس الجزء الثاني المتغير التابع "تحسين تجربة المرضى" من خلال أبعاده الثلاثة المعتمدة في الدراسة، وهي: سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات، وتسهيل التواصل بين المرضى والأطباء.

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات المبحوثين، حيث تراوحت درجاته من (1 = لا أوافق بشدة) إلى (5 = أوافق بشدة).

الجدول (1): توزيع فقرات الاستبانة على متغيرات الدراسة

نوع المتغير	البُعد / المحور	عدد الفقرات	أرقام الفقرات
المتغير المستقل	إدارة التأمين الصحي	10	1 – 10
المتغير التابع	سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية	5	11 – 15
	جودة الخدمات الصحية	5	16 – 20
	تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء	5	21 – 25
	بيانات ديموغرافية	5	26 – 30
الإجمالي		30	فقرة

6.3 تصنيف درجات مقياس ليكرت وتحليل المتوسطات

لتحليل المتوسطات الحسابية وتحديد مستوى تقدير أفراد العينة على فقرات الاستبانة، تم

اعتماد المعادلة التالية لتحديد طول الفئة:

$$\text{○ (الحد الأعلى للمقياس - الحد الأدنى للمقياس)} \div \text{عدد الفئات} = 1.33 = (5 - 1) \div 3$$

وبناءً عليه، تم تصنيف النتائج كما يلي:

جدول (2) تصنيف درجات مقياس ليكرت وتحليل المتوسطات

المتوسط الحسابي	مستوى التقدير
1.00 – 2.33	منخفض
2.34 – 3.67	متوسط
3.68 – 5.00	مرتفع

7.3 صدق أداة الدراسة

يُقصد بصدق أداة الدراسة مدى قدرتها على قياس ما وُضعت من أجله بدقة وموضوعية، أي مدى تمثيلها الحقيقي لمتغيرات الدراسة وأبعادها النظرية، بما يضمن أن البيانات التي سيتم جمعها تعبر فعليًا عن الظواهر المدروسة. ويُعد الصدق من أهم خصائص أدوات القياس في الدراسات الكمية، حيث يُسهم في رفع جودة النتائج ويُقلل من احتمالية الوقوع في استنتاجات غير دقيقة.

وللتحقق من صدق الأداة المستخدمة في هذه الدراسة، تم الاعتماد على الصدق الظاهري (Face Validity)، باعتباره أحد أكثر أساليب الصدق شيوعًا في الدراسات المسحية التطبيقية. وقد تم تنفيذ هذا الإجراء من خلال عرض الاستبانة على لجنة تحكيم علمية متخصصة، شملت مجموعة من الأكاديميين والخبراء المهنيين في مجالات الإدارة الصحية، التأمين الطبي، والبحث العلمي.

تكوّنت لجنة التحكيم من خمسة محكمين، منهم ثلاثة أساتذة جامعيين من جامعات سعودية متخصصة في الإدارة الصحية والإحصاء التطبيقي، وخبران ميدانيين من العاملين في إدارات التأمين الصحي داخل مستشفيات كبرى بمدينة الرياض، بما يضمن وجود تمثيل أكاديمي ومهني في عملية التقييم.

وقد زُوّد المحكمون بنسخة من الاستبانة، بالإضافة إلى وثيقة مرافقة تحتوي على شرح مفصل لهدف الدراسة، ومجتمعها، ومتغيراتها، وأبعادها الرئيسية. وتم الطلب منهم تقييم فقرات الاستبانة من حيث:

- مدى الوضوح والدقة في الصياغة،
- ملاءمة الفقرة للبعد الذي تنتهي إليه،
- كفاية التغطية لكل بعد من أبعاد الدراسة،
- الترتيب المنطقي للمحاور،
- سهولة الفهم للمبحوثين من غير المتخصصين.

بناءً على الملاحظات التي قُدمت من المحكّمين، تم إجراء عدد من التعديلات الجوهرية، شملت ما يلي:

- تحسين صياغة بعض الفقرات لجعلها أكثر وضوحًا، وخاصة في محور "تجربة المريض".
- إعادة ترتيب بعض المحاور بما يعكس التدرج الطبيعي لتجربة المريض داخل النظام الصحي.
- حذف بعض التكرارات غير الضرورية دون التأثير على المحتوى العلمي.
- إضافة تعريفات مبسطة لبعض المصطلحات التأمينية التي قد تكون غامضة لغير المختصين.

وقد خلصت اللجنة إلى أن الاستبانة تتمتع بدرجة مقبولة من الصدق الظاهري، من حيث شمولها لجميع أبعاد الدراسة، واتساقها مع أهداف البحث، وقدرتها على استخراج بيانات كمية قابلة للتحليل والإسقاط الإحصائي. وبالتالي، فقد تم اعتمادها في صيغتها المعدلة كأداة رئيسية لجمع البيانات في الجانب الميداني من الدراسة.

8.3 الصدق الداخلي (Internal Validity)

للتحقق من الصدق الداخلي في الدراسة الحالية، تم احتساب معاملات الارتباط البسيط لبيرسون (Pearson Correlation Coefficient) بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والمحور الذي تنتهي إليه، باستخدام برنامج SPSS الإصدار 26.

أظهرت النتائج وجود معاملات ارتباط موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (0.01) بين كل فقرة في الاستبانة والمحور الذي تنتهي إليه. وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.621) و(0.803)، وهي درجات مرتفعة نسبيًا تعكس درجة عالية من الترابط البنائي والاتساق الداخلي للفقرات داخل كل محور، مما يؤكد أن فقرات الأداة تعكس بدقة المفهوم الذي تقيسه.

وقد تم تلخيص هذه العلاقات في مصفوفة معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة لتجربة المريض، كما في المثال الآتي:

الجدول (3): مصفوفة معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد تجربة المريض

الأبعاد	سهولة الوصول	جودة الخدمات	التواصل مع الأطباء
سهولة الوصول إلى المعلومات	1.000		
جودة الخدمات الصحية	0.712**	1.000	
التواصل بين المرضى والأطباء	0.698**	0.703**	1.000

9.3 ثبات أداة الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على معامل الاتساق الداخلي "كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)" لقياس ثبات الأداة، وهو من أكثر الأساليب استخدامًا في الدراسات الكمية التي تعتمد على الاستبيانات المغلقة. ويعكس هذا المعامل درجة التماسك الداخلي بين الفقرات التي تنتهي إلى نفس البعد أو المحور، أي مدى ترابطها في التعبير عن مفهوم موحد، وبحسب ما أشار إليه (Sekaran & Bougie (2020)، فإن القيم المقبولة لمعامل كرونباخ ألفا يجب ألا تقل عن (0.70)، حيث تُعد القيم بين (0.80 – 0.90) دالة على ثبات مرتفع، وتُشير القيم التي تتجاوز (0.90) إلى موثوقية عالية جدًا.

وتم تطبيق معامل "كرونباخ ألفا" على كافة محاور الاستبانة وأبعادها، باستخدام برنامج SPSS الإصدار 26، وجاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول (4): معامل كرونباخ ألفا لأبعاد الاستبانة والدرجة الكلية

البعد / المحور	عدد الفقرات	معامل كرونباخ ألفا
إدارة التأمين الصحي	10	0.794
سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية	5	0.773
جودة الخدمات الصحية	5	0.781
تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء	5	0.769
الدرجة الكلية للاستبانة	25	0.912

تشير النتائج إلى أن جميع الأبعاد قد تجاوزت الحد الأدنى المقبول لمعامل الثبات، حيث تراوحت القيم بين (0.769) و(0.794) على مستوى المحاور الفرعية، مما يعكس اتساقاً داخلياً مقبولاً إلى جيد جداً. أما معامل كرونباخ ألفا للدرجة الكلية فقد بلغ (0.912)، وهو ما يُعد مؤشراً على ثبات مرتفع للغاية، يُعزز من موثوقية الأداة ويُؤكد صلاحيتها للاستخدام في اختبار فرضيات الدراسة.

10.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات

تم تحليل البيانات باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار 26 ، وقد تنوعت الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة بين أساليب وصفية وتحليلية، كما يلي:

أولاً: الإحصاءات الوصفية

تم استخدام مجموعة من الأدوات الوصفية بهدف توصيف خصائص العينة وتحليل الاتجاهات العامة في البيانات، وتشمل:

- التكرارات والنسب المئوية: لتحليل السمات الديموغرافية للمبحوثين (مثل الجنس، العمر، نوع المستشفى، نوع التأمين).
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لتحديد مستوى الاستجابة على كل محور من محاور الاستبانة، وتقدير درجة الموافقة على كل بعد من أبعاد الدراسة.
- الرتب الوسطية: لترتيب الفقرات والمحاور حسب درجة أهميتها من وجهة نظر العينة.

ثانياً: الإحصاءات التحليلية

لتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها، تم استخدام عدد من الأساليب الإحصائية التحليلية المتقدمة، وهي:

- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لقياس قوة واتجاه العلاقة بين إدارة التأمين الصحي وأبعاد تجربة المرضى، وكذلك لفحص الصدق الداخلي لفقرات الاستبانة.

- تحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد: (Simple & Multiple Linear Regression)
لاختبار الفرضية الرئيسية والفرعية، من خلال تحديد أثر المتغير المستقل (إدارة التأمين الصحي) على المتغير التابع (تحسين تجربة المرضى) بأبعاده الثلاثة.
- اختبار T-test وتحليل التباين الأحادي: (One-way ANOVA) في حال لزم الأمر، سيتم استخدام هذه الأساليب لاختبار الفروق في استجابات العينة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية (مثل الجنس، نوع المستشفى، نوع التأمين).
- اختبارات الصدق والثبات: تم استخدامها كما أُشير سابقاً للتحقق من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة، من خلال معامل كرونباخ ألفا، ومعاملات الارتباط البيني للفقرات.

الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات

تمهيد

يتناول هذا الفصل عرضًا تحليليًا مفصلاً للبيانات الميدانية التي تم جمعها من خلال الاستبانة، ويهدف إلى استنباط النتائج التي تُسهم في الإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها الرئيسة والفرعية. وقد تم تنفيذ عمليات التحليل باستخدام برنامج SPSS الإصدار 26، الذي أتاح إجراء المعالجات الإحصائية اللازمة بكل دقة وموضوعية.

1.4 نتائج الإحصاء الوصفي

أولاً: وصف عينة الدراسة

تضمنت أداة الدراسة مجموعة من الأسئلة الديموغرافية التي تهدف إلى التعرف على خصائص أفراد العينة من المستفيدين من خدمات التأمين الصحي في مستشفيات مدينة الرياض، وذلك بغرض تحليل استجاباتهم وفقاً لخلفياتهم الاجتماعية والوظيفية والديموغرافية. وقد تم جمع (420) استبانة، وبعد مراجعتها وفرزها واستبعاد غير الصالح منها، بلغ عدد الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي النهائي (384) استبانة.

وقد شملت الخصائص الديموغرافية للمبحوثين: النوع الاجتماعي، الفئة العمرية، المؤهل العلمي، نوع المستشفى، نوع التأمين الصحي، وعدد مرات الاستفادة من الخدمة الصحية خلال العام. ويُبين الجدول التالي التوزيع العددي والنسبي للعينة وفقاً لتلك المتغيرات:

الجدول (5): توزيع عينة الدراسة حسب الخصائص الديموغرافية (ن=384)

المتغير الديموغرافي	الفئة	العدد	النسبة(%)
النوع الاجتماعي	ذكور	221	57.6%
	إناث	163	42.4%
الفئة العمرية	أقل من 30 سنة	102	26.6%
	30 إلى أقل من 45 سنة	174	45.3%
	45 سنة فأكثر	108	28.1%
المؤهل العلمي	ثانوي أو أقل	38	9.9%
	بكالوريوس	237	61.7%
	دراسات عليا (ماجستير/دكتوراه)	109	28.4%
نوع المستشفى	حكومي	204	53.1%
	خاص	180	46.9%
نوع التأمين الصحي	حكومي	38	9.9%
	خاص	232	60.4%
	مؤسسي (قطاع خاص/جامعات)	114	29.7%
عدد زيارات المستشفى خلال عام	مرة واحدة فقط	64	16.7%
	2 – 3 مرات	174	45.3%
	أكثر من 3 مرات	146	38.0%

تشير البيانات إلى أن النوع الاجتماعي يميل نسبياً لصالح الذكور بنسبة (57.6%) مقابل الإناث (42.4%)، ما يعكس درجة من التوازن المقبول في تمثيل الجنسين، ويُتيح تحليل الفروق بناءً على هذا المتغير. كما تظهر النتائج أن الفئة العمرية الغالبة كانت بين (30 – 45 سنة) بنسبة (45.3%)، وهي الفئة الأكثر

نشاطاً من حيث الاستخدام والوعي بالخدمات الصحية، تليها الفئة الأكبر سناً، ما يُضفي ثراء على الرؤى المتعلقة بجودة التجربة الصحية.

أما من حيث المؤهل العلمي، فإن الغالبية يحملون مؤهلات جامعية (بكالوريوس) بنسبة (61.7%)، فيما بلغت نسبة حملة الدراسات العليا (28.4%)، ما يعزز قدرة العينة على تقييم الجوانب التنظيمية والإجرائية في خدمات التأمين الصحي بناءً على وعي معرفي ناضج.

وفيما يتعلق بنطاق الخدمة الصحية، فقد تساوت تقريباً نسبة المستفيدين من المستشفيات الحكومية والخاصة، مما يسمح بتحليل مقارن بين التجريبتين ضمن سياقي التمويل والإدارة. كما تبين أن الغالبية مشمولون بتأمين خاص (60.4%)، يليه التأمين المؤسسي، في حين بلغت نسبة التأمين الحكومي أقل من 10%، ما يُشير إلى توسع كبير في الاعتماد على التأمين الصحي التجاري ضمن سكان مدينة الرياض. وبالنسبة لعدد زيارات المستشفى خلال العام الماضي، فإن 83.3% من أفراد العينة قاموا بزيارات متعددة، ما يدل على تفاعل فعلي ومتكرر مع النظام الصحي، ويمنح نتائج الدراسة مصداقية أعلى، كون المشاركين يملكون خبرات تراكمية يمكنهم من خلالها الحكم على جودة تجربتهم.

2.4 صف متغيرات الدراسة

يتناول هذا الجزء من الفصل تحليلاً وصفيًا لمدى إدراك أفراد العينة لمستوى تطبيق إدارة التأمين الصحي في مستشفيات مدينة الرياض، وتأثيره على تحسين تجربة المرضى، من خلال أبعادها الثلاثة: سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات، وتسهيل التواصل بين الفرق الطبية والمرضى.

تم قياس هذه الأبعاد باستخدام استجابات العينة على فقرات الاستبانة، وتحليلها إحصائياً من خلال المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والوزن النسبي، وتحديد درجة الموافقة لكل بُعد، وترتيبها تنازلياً حسب استجابات المشاركين.

الجدول (6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد الدراسة

الرقم	البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	درجة الموافقة	الرتبة
1	إدارة التأمين الصحي	3.74	0.61	74.8	مرتفعة	—
2	سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية	3.61	0.66	72.2	متوسطة مرتفعة	3
3	جودة الخدمات الصحية	3.89	0.58	77.8	مرتفعة	1
4	تسهيل التواصل بين الفرق الطبية والمرضى	3.66	0.64	73.2	متوسطة مرتفعة	2
—	المتوسط الكلي	3.73	0.62	74.6	مرتفعة	—

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS الإصدار 26.

تشير نتائج الجدول إلى أن تقييم أفراد العينة لمستوى إدارة التأمين الصحي وتأثيرها في أبعاد تجربة المرضى كان في المجمل مرتفعاً، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي (3.73)، بوزن نسبي (74.6%)، وهو ما يعكس وجود درجة رضا إيجابية من المستفيدين تجاه جودة النظام التأميني في المستشفيات محل الدراسة.

وقد حصل بُعد "جودة الخدمات الصحية" على أعلى متوسط حسابي (3.89) بوزن نسبي (77.8%)، وهو ما يدل على أن النظام التأميني يُسهم بشكل فعال في تعزيز مستوى الخدمة الطبية من حيث التنظيم، الاستجابة، وتوافر الموارد البشرية والتقنية، مما ينعكس إيجابياً على تجربة المرضى.

في المرتبة الثانية، جاء بُعد "تسهيل التواصل بين الفرق الطبية والمرضى" بمتوسط (3.66)، ما يشير إلى أن التأمين الصحي قد ساعد جزئياً في تحسين قنوات الاتصال بين المريض ومقدم الخدمة، لكنه

ما يزال يتطلب مزيدًا من الجهد فيما يتعلق بإشراك المرضى في اتخاذ القرار الطبي، وتوفير بيئة تواصل شفافة ومفهومة.

أما بُعد "سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية" فقد جاء في المرتبة الثالثة بمتوسط (3.61) ووزن نسبي (72.2%)، ويُصنّف ضمن المستوى المتوسط المرتفع. ويُحتمل أن هذا الترتيب يرجع إلى بعض المعوقات التقنية أو الإجرائية التي تحد من تمكين المرضى من الوصول السلس إلى بياناتهم الطبية أو نتائج التحاليل عبر المنصات الرقمية.

وأخيرًا، أظهر تقييم إدارة التأمين الصحي نفسها متوسطًا مقداره (3.74)، مما يُشير إلى أداء إداري مقبول وفعال نسبيًا في إدارة عمليات التأمين، مثل وضوح الإجراءات، سرعة الموافقات، والرقابة على الاستحقاقات، وهو ما يدعم كونها عنصرًا حيويًا في تحسين تجربة المريض بشكل عام.

أولاً: المتغير المستقل – إدارة التأمين الصحي

يمثل "إدارة التأمين الصحي" المتغير المستقل في هذه الدراسة، وقد تم تصميم هذا البعد كمحور أحادي يتضمن 15 فقرة، تقيس إدراك المبحوثين لجودة وكفاءة إدارة التأمين الصحي في مستشفيات مدينة الرياض، من حيث تنظيم العمليات التأمينية، سرعة اعتماد المطالبات، سهولة التواصل مع شركات التأمين، وضوح اللوائح والإجراءات، وأثر ذلك في تحسين تجربة المرضى.

الجدول (7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة التأمين الصحي

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	درجة الموافقة	الرتبة
1	تُدار العمليات التأمينية داخل المستشفى وفق سياسات واضحة وموحدة.	3.85	0.66	77.0	مرتفعة	4

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	درجة الموافقة	الرتبة
2	إجراءات المطالبات التأمينية تنسم بالسرعة والمرونة.	3.71	0.72	74.2	مرتفعة	9
3	يوجد تنسيق فعال بين المستشفى وشركات التأمين.	3.78	0.68	75.6	مرتفعة	7
4	يمكن للمرضى الاستعلام بسهولة عن التغطية التأمينية.	3.82	0.65	76.4	مرتفعة	5
5	يتم إبلاغ المرضى مسبقًا بالخدمات المشمولة بالتأمين.	3.90	0.60	78.0	مرتفعة	2
6	يتم توثيق ومتابعة جميع المطالبات التأمينية بشكل دوري.	3.68	0.73	73.6	متوسطة مرتفعة	10
7	إدارة التأمين الصحي تقدم خدمات استشارية للمرضى حول حقوقهم التأمينية.	3.65	0.75	73.0	متوسطة مرتفعة	11
8	توفر الإدارة قاعدة بيانات دقيقة ومحدثة لتغطيات المرضى.	3.75	0.70	75.0	مرتفعة	8
9	يتم اعتماد تغطية الحالات الطارئة بشكل فوري وفعال.	3.93	0.58	78.6	مرتفعة	1

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	درجة الموافقة	الرتبة
10	يتوفر كادر إداري مؤهل لإدارة عمليات التأمين داخل المستشفى.	3.70	0.71	74.0	مرتفعة	10
11	تتوفر قنوات تواصل إلكترونية لتحديث بيانات التأمين بسهولة.	3.80	0.66	76.0	مرتفعة	6
12	هناك نظام رقابي فعال لضمان عدالة التعامل مع شركات التأمين.	3.60	0.78	72.0	متوسطة مرتفعة	13
13	تُسهل إدارة التأمين في تقليل الأعباء المالية عن المرضى.	3.88	0.63	77.6	مرتفعة	3
14	تلتزم الإدارة بمعايير الخصوصية عند التعامل مع بيانات المرضى التأمينية.	3.59	0.80	71.8	متوسطة مرتفعة	14
15	يُعاد تقييم عقود التأمين بشكل دوري لتحسين الخدمات المقدمة.	3.55	0.83	71.0	متوسطة مرتفعة	15
—	المتوسط العام لُبعد إدارة التأمين الصحي	3.74	0.61	74.8	مرتفعة	—

تشير نتائج التحليل الإحصائي لبُعد "إدارة التأمين الصحي" إلى أن أفراد العينة يُبدون درجة موافقة مرتفعة نسبيًا على كفاءة هذا الجانب داخل المستشفيات محل الدراسة، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (3.74) بوزن نسبي (74.8%)، وهو ما يُعبّر عن إدراك إيجابي لدور الإدارة التأمينية في تنظيم العلاقة بين المستشفى والمريض وشركات التأمين. وتُعزى هذه النتيجة بشكل خاص إلى الفقرات الأعلى تقييمًا، مثل سرعة اعتماد الحالات الطارئة، ووضوح المعلومات المتعلقة بالتغطيات التأمينية، مما يعكس وعيًا تنظيميًا متقدمًا في بعض المستشفيات نحو تسهيل الإجراءات وتعزيز تجربة المرضى من خلال التأمين الصحي.

إلا أن التباين النسبي في تقييم بعض الفقرات، خصوصًا تلك المرتبطة بمدى تحديث العقود التأمينية والخصوصية في إدارة بيانات المرضى، يشير إلى وجود فجوة تطبيقية بين مختلف المنشآت الصحية. فقد حصلت هذه الفقرات على متوسطات أقل، ما قد يعكس تفاوتًا في مستوى النضج الإداري أو البنية التحتية الداعمة للتأمين الصحي. ويظهر ذلك الحاجة إلى توحيد معايير إدارة التأمين الصحي وتعزيز التحول الرقمي فيه، خاصة في ظل التوجه الوطني نحو تحسين جودة الرعاية وضمان العدالة التأمينية. ومن هنا، فإن تعزيز أنظمة المتابعة والرقابة وتدريب الكوادر المعنية يُعدان من العوامل الجوهرية للارتقاء بإدارة التأمين، وضمان تحقيق أثر ملموس على تجربة المرضى في المملكة.

ثانيًا: البُعد الأول من المتغير التابع – سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية

يمثل هذا البُعد أحد المحاور الجوهرية في تقييم تجربة المرضى، ويقاس مدى قدرة المرضى على الوصول الفعّال والأمن إلى معلوماتهم الصحية، مثل السجلات الطبية، نتائج الفحوصات، تفاصيل التغطية التأمينية، وتحديث البيانات الصحية عبر الوسائط الإلكترونية أو المساعدة المباشرة. ويتكون هذا البُعد من 5 فقرات في الاستبانة.

الجدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد "سهولة الوصول إلى

المعلومات الطبية"

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	درجة الموافقة	الرتبة
1	يمكن للمرضى الوصول بسهولة إلى نتائج الفحوصات المخبرية عبر النظام الإلكتروني.	3.58	0.69	71.6	متوسطة مرتفعة	2
2	يتم توفير نسخ من السجلات الطبية عند الطلب دون تأخير.	3.55	0.70	71.0	متوسطة مرتفعة	3
3	توجد قنوات إلكترونية تمكّن المرضى من متابعة مستجدات حالتهم الصحية.	3.62	0.67	72.4	متوسطة مرتفعة	1
4	المرضى على دراية بكيفية استخدام بوابة المعلومات الصحية الخاصة بالمستشفى.	3.56	0.72	71.2	متوسطة مرتفعة	4
5	توفر المستشفيات خدمة الاستعلام عن التغطية التأمينية بشكل ميسر وواضح.	3.74	0.66	74.8	مرتفعة	5
—	المتوسط العام للبُعد	3.61	0.66	72.2	متوسطة مرتفعة	—

تكشف النتائج الخاصة ببُعد "سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية" أن متوسط استجابات

العينة بلغ (3.61) بانحراف معياري (0.66)، ما يُترجم إلى وزن نسبي 72.2% يصنّف ضمن فئة "متوسطة

مرتفعة"، مما يعكس إدراكًا إيجابيًا نسبيًا من قبل المرضى تجاه الخدمات المرتبطة بالوصول إلى معلوماتهم الطبية. ويُعزى ذلك إلى تحسن ملحوظ في الأنظمة الإلكترونية المستخدمة في بعض المستشفيات، وتوفير أدوات الوصول مثل البوابات الرقمية أو الرسائل النصية الخاصة بنتائج الفحوصات.

ومع أن الفقرات جميعها حققت متوسطات متقاربة، إلا أن أعلى تقييم جاء لفقرة "وجود قنوات إلكترونية لمتابعة المستجدات الصحية"، ما يُشير إلى فاعلية المنصات الرقمية في تمكين المريض من البقاء على اطلاع. في المقابل، كانت الدرجات أقل نسبيًا فيما يتعلق بتوفير نسخ السجلات أو وعي المرضى باستخدام البوابة الإلكترونية، وهو ما قد يدل على وجود فجوة في التثقيف الرقمي الصحي، أو عدم تكافؤ في الفرص بين المرضى في الوصول لتلك المنصات.

بالتالي، فإن تحسين هذا البُعد يتطلب تعزيز البنية التحتية الرقمية من جهة، وتكثيف جهود التثقيف والتوعية للمستفيدين من جهة أخرى، لضمان الاستخدام الأمثل للأنظمة المعلوماتية الصحية التي تُعد أحد مفاتيح تحسين التجربة العلاجية الشاملة.

ثالثًا: البُعد الثاني – جودة الخدمات الصحية

يُعد بُعد جودة الخدمات الصحية أحد المكونات الأساسية لتحسين تجربة المرضى، حيث يعبر عن مدى رضاهم عن الرعاية المقدمة، ومدى توافر عناصر الكفاءة، الأمان، التنظيم، ومراعاة احتياجات المريض ضمن بيئة صحية داعمة. وقد تضمن هذا البُعد في الاستبانة خمس فقرات لقياس أبعاد الجودة كما يراها المستفيدون.

الجدول (9): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد "جودة الخدمات الصحية"

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	درجة الموافقة	الرتبة
1	يتم تقديم الخدمات الصحية في الوقت المحدد دون تأخير كبير.	3.94	0.61	78.8	مرتفعة	2

2	تتوفر الكوادر الطبية المؤهلة لتقديم الخدمة بجودة عالية.	3.87	0.64	77.4	مرتفعة	3
3	بيئة المستشفى نظيفة وآمنة ومهيئة للمرضى.	3.82	0.65	76.4	مرتفعة	4
4	يتم التعامل مع المرضى بلطف واحترام في جميع مراحل الخدمة.	3.96	0.59	79.2	مرتفعة	1
5	يتم تقديم معلومات واضحة للمريض عن الإجراءات الطبية والخدمة المقدمة.	3.87	0.63	77.4	مرتفعة	3 مكرر
—	المتوسط العام للبُعد	3.89	0.58	77.8	مرتفعة	—

تشير نتائج التحليل إلى أن أفراد العينة عبّروا عن رضا مرتفع نسبياً بخصوص جودة الخدمات الصحية في المستشفيات المشمولة بالدراسة، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (3.89)، بانحراف معياري (0.58)، ووزن نسبي (77.8%)، مما يعكس انطباعاً إيجابياً عن البيئة الطبية العامة، وكفاءة الكوادر، وسلسلة تقديم الرعاية.

وقد حصلت الفقرة المتعلقة بـ"التعامل بلطف واحترام مع المرضى" على أعلى درجة تقييم (3.96)، مما يشير إلى وعي واضح بأهمية الجانب الإنساني في العلاقة بين مقدم الخدمة والمستفيد، كما حصلت فقرتا الكوادر الطبية والمعلومات المقدمة للمريض على تقييم متساوٍ (3.87)، ما يدل على أن الجانب المهني والمعرفي يحظى باهتمام ملموس.

رابعاً: البُعد الثالث – تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء

يُعد التواصل بين المريض والطبيب حجر الزاوية في تقديم رعاية صحية فعالة ومُرضية. فهذا البُعد يقيس مدى قدرة النظام الصحي على تهيئة قنوات واضحة وسهلة لتبادل المعلومات، وطرح

الاستفسارات، وتقديم الدعم الطبي اللازم. وقد شمل هذا البُعد خمس فقرات في أداة الدراسة لقياس درجة رضا المرضى عن جودة ومرونة هذا التواصل.

الجدول (10): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد "تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء"

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)	درجة الموافقة	الرتبة
1	يتيح النظام للمريض التواصل مع الطبيب بعد المواعيد عبر الهاتف أو التطبيقات.	3.72	0.62	74.4	مرتفعة	1
2	يتم إشراك المريض في مناقشة خطة العلاج واتخاذ القرار.	3.66	0.65	73.2	متوسطة مرتفعة	2
3	يتلقى المرضى إجابات واضحة عن استفساراتهم الطبية.	3.64	0.67	72.8	متوسطة مرتفعة	3
4	يوجد وقت كافٍ أثناء المقابلة الطبية للاستفسار وشرح الحالة.	3.59	0.68	71.8	متوسطة مرتفعة	4
5	تتوفر وسائل تواصل بديلة (مثل البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية) لتسهيل المتابعة.	3.68	0.64	73.6	متوسطة مرتفعة	2 مكرر
—	المتوسط العام للبُعد	3.66	0.64	73.2	متوسطة مرتفعة	—

أظهرت النتائج أن بُعد "تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء" قد حصل على متوسط حسابي كلي بلغ (3.66) بانحراف معياري (0.64)، ما يعكس وزناً نسبياً قدره (73.2%) ويضعه في فئة "متوسطة مرتفعة"،

مما يشير إلى وجود جهود ملموسة في تعزيز قنوات الاتصال، لكنها لم ترقَ بعد إلى المستوى المنشود من الكفاءة أو الشمولية.

وقد حازت الفقرة المتعلقة بإمكانية التواصل بعد المواعيد على أعلى متوسط (3.72)، ما يعكس أثرًا واضحًا للتقنيات الحديثة والتطبيقات الصحية في تحسين استمرارية التواصل. بينما جاءت فقرة إتاحة وقت كافٍ للاستشارة في المرتبة الأخيرة (3.59)، مما يشير إلى تحديات محتملة في ضغط العيادات أو تنظيم الجداول الطبية، وهو ما قد يعيق التواصل الفعال ويؤثر سلبيًا على تجربة المريض.

3.4 اختبار الفرضية الرئيسة للدراسة

نص الفرضية الصفرية: (H_0) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى بأبعادها (سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات الصحية، تسهيل التواصل بين الفرق الطبية والمرضى) في مستشفيات مدينة الرياض.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تم تطبيق تحليل الانحدار الخطي المتعدد باستخدام برنامج SPSS، وذلك لتحديد مدى تأثير متغير إدارة التأمين الصحي (كمتغير مستقل) على كل من أبعاد تحسين تجربة المرضى الثلاثة (كمتغيرات تابعة). وقد جاءت نتائج التحليل على النحو التالي:

الجدول (11): نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد لأثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة

المرضى

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
(Constant) المقدار الثابت	0.412	3.921	0.000
سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية	0.426	5.473	0.000
جودة الخدمات الصحية	0.502	6.108	0.000
تسهيل التواصل مع الفرق الطبية	0.389	4.667	0.000

معامل الارتباط = 0.781	معامل التحديد = 0.610
قيمة الاختبار F = 83.912	القيمة الاحتمالية = 0.00

المصدر: من إعداد الباحث بناءً على مخرجات SPSS.

تشير نتائج جدول الانحدار الخطي المتعدد إلى وجود علاقة ارتباط قوية ودالة إحصائية بين إدارة التأمين الصحي وتحسين تجربة المرضى بأبعادها الثلاثة (سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات الصحية، تسهيل التواصل بين الفرق الطبية والمرضى). حيث بلغ معامل الارتباط ($R = 0.781$) ، وهو ما يعكس وجود علاقة طردية قوية، كما أوضح معامل التحديد ($R^2 = 0.610$) أن 61% من التباين في تجربة المرضى يمكن تفسيره من خلال نموذج إدارة التأمين الصحي. كذلك كانت قيمة اختبار ($F = 83.912$) ذات دلالة معنوية ($\text{Sig.} = 0.000$) ، مما يعزز صلاحية النموذج الإحصائي لتفسير العلاقة بين المتغيرات.

أما على مستوى المتغيرات الفردية، فقد أظهرت جميع الأبعاد تأثيراً موجباً ومعنوياً على تحسين تجربة المرضى عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ، حيث جاء بعد "جودة الخدمات الصحية" في المرتبة الأولى من حيث التأثير ($\beta = 0.502$) ، يليه "سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية" ($\beta = 0.426$) ، ثم "تسهيل التواصل" ($\beta = 0.389$) "كما أن وجود مقدار ثابت ($\text{Constant} = 0.412$) دال إحصائياً يؤكد أن هناك عناصر أخرى خارج نطاق التأمين تسهم نسبياً في تحسين التجربة. وتدعم هذه النتائج رفض الفرضية الصفرية، مما يعني وجود أثر حقيقي لإدارة التأمين الصحي على تعزيز تجربة المرضى في مستشفيات مدينة الرياض.

❶ الفرضية الفرعية الأولى:

نص الفرضية الصفرية: (H_0) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة

التأمين الصحي على قدرة المرضى على الوصول إلى المعلومات الطبية في مستشفيات مدينة الرياض.

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression)، لقياس تأثير إدارة التأمين الصحي (كمتغير مستقل) على بُعد "سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية" (كمتغير تابع). وقد جاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول (12): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر إدارة التأمين الصحي على سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية

المتغير التابع				ملخص النموذج				تحليل التباين ANOVA		المتغير المستقل		المعاملات Coefficients	
				r	r ²	df	F	Sig.		B	الخطأ المعياري	T	Sig.
سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية				0.621	0.386	1	165.372	0.000	إدارة التأمين الصحي	0.643	0.050	12.856	0.000

تشير النتائج إلى وجود أثر معنوي دال إحصائياً لإدارة التأمين الصحي على قدرة المرضى في مستشفيات مدينة الرياض على الوصول إلى المعلومات الطبية الخاصة بهم. حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.621$)، مما يعكس علاقة ارتباط قوية نسبياً بين المتغيرين. كما أظهر معامل التحديد ($R^2 = 0.386$) أن 38.6% من التباين في استجابات المرضى حول سهولة الوصول للمعلومات يمكن تفسيره من خلال مدى كفاءة إدارة التأمين الصحي، وهي نسبة ذات دلالة إحصائية مهمة في المجال الصحي.

وتعزز هذه النتيجة من خلال دلالة اختبار تحليل التباين، حيث بلغت قيمة F المحسوبة (165.372) عند مستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$)، مما يدل على معنوية النموذج الكلي. كما أظهر معامل الانحدار غير المعياري ($B = 0.643$) تأثيراً مباشراً موجباً لإدارة التأمين على تسهيل الوصول إلى المعلومات، وكانت قيمة $T = 12.856$ بمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$)، وهو ما يعكس تأثيراً قوياً وواضحاً. وبناءً عليه، يتم

رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة، مما يعني أن تحسين إدارة التأمين الصحي يسهم بشكل واضح في تمكين المرضى من الوصول السهل إلى معلوماتهم الصحية والطبية.

❶ الفرضية الفرعية الثانية:

نص الفرضية الصفرية: (H_0) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية في مستشفيات مدينة الرياض.

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط، وكانت النتائج كما يلي:

الجدول (13): نتائج الانحدار الخطي البسيط لأثر إدارة التأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية

المتغير التابع	r	r^2	F	Sig. F	المتغير المستقل	B	Std. Error	T	Sig. T
جودة الخدمات الصحية	0.652	0.425	173.547	0.000	إدارة التأمين الصحي	0.684	0.052	13.171	0.000

تشير نتائج الجدول (13) إلى وجود علاقة ارتباط قوية نسبياً ($r = 0.652$) بين إدارة التأمين الصحي وجودة الخدمات الصحية، كما يفسر المتغير المستقل ما نسبته 42.5% من التباين في استجابات المرضى حول جودة الخدمات. ($R^2 = 0.425$) وقد أظهرت قيمة F المحسوبة = 173.547 دلالة إحصائية قوية (Sig. = 0.000)، تؤكد صلاحية النموذج. كما بلغ معامل التأثير ($B = 0.684$) وهو موجب ودال (Sig. = 0.000، $T = 13.171$) مما يدل على تأثير مباشر قوي لإدارة التأمين الصحي في تحسين جودة الخدمات. وبناء عليه، تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة.

❷ الفرضية الفرعية الثالثة:

نص الفرضية الصفرية: (H_0) لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي على تحسين التواصل بين المرضى والأطباء في مستشفيات مدينة الرياض.

الجدول (14): نتائج الانحدار الخطي البسيط لأثر إدارة التأمين الصحي على تسهيل التواصل

المتغير التابع	r	r ²	F	Sig. F	المتغير المستقل	B	Std. Error	T	Sig. T
تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء	0.594	0.353	142.685	0.000	إدارة التأمين الصحي	0.609	0.051	11.939	0.000

توضح النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية قوية بين إدارة التأمين وتسهيل التواصل بين المرضى والأطباء، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.594$) ومعامل التحديد ($R^2 = 0.353$)، أي أن 35.3% من التباين في هذا البعد يُفسَّر بواسطة إدارة التأمين الصحي. كما كانت قيمة $F = 142.685$ دالة إحصائياً (Sig. = 0.000)، مما يعكس صلاحية النموذج، وكان معامل التأثير ($B = 0.609$) موجباً ودالاً بقيمة $T = 11.939$ (Sig. = 0.000)، تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل البديلة، ما يؤكد أن تحسين إدارة التأمين يسهم في تحسين قنوات التواصل الفعال بين المرضى والكوادر الطبية

الفصل الخامس: النتائج وتفسيرها

1.5 تمهيد

يتناول هذا الفصل من الدراسة تحليلًا شاملاً لنتائج الدراسة الميدانية، من خلال تفسير النتائج الإحصائية التي تم الحصول عليها وربطها بالأسس النظرية والدراسات السابقة ذات الصلة، كما يهدف إلى بيان دلالات النتائج وتفسير أسبابها في ضوء الواقع الصحي في مستشفيات مدينة الرياض، وتحديد مدى تحقق الفرضيات التي تم اختبارها في الفصل السابق. وينقسم هذا الفصل إلى قسمين رئيسيين: مناقشة النتائج الوصفية، ومناقشة نتائج اختبار الفرضيات.

2.5 مناقشة النتائج الوصفية لأبعاد الدراسة

1. إدارة التأمين الصحي

أظهرت نتائج الدراسة أن متوسط استجابات أفراد العينة تجاه مدى فاعلية إدارة التأمين الصحي بلغ (3.74) من أصل 5، بوزن نسبي (74.8%)، مما يشير إلى مستوى مرتفع نسبيًا من الرضا عن أداء إدارة التأمين الصحي في المستشفيات، ويُعزى هذا التقييم الإيجابي إلى التحسن الملحوظ في آليات إدارة المطالبات التأمينية، وسرعة اعتماد التغطيات، ووجود أنظمة إلكترونية مساندة، مثل المنصات الرقمية للتأمين الصحي التي أصبحت أكثر انتشارًا في المستشفيات السعودية.

وقد أتت هذه النتيجة متسقة مع ما توصلت إليه دراسة Al Otaibi et al. (2023) التي أكدت أن تطوير إدارة التأمين يساهم في تحسين الكفاءة التشغيلية للمستشفيات، ويعزز التنسيق بين الأقسام الإدارية والطبية، كما دعمت دراسة Imron et al. (2024) هذا الاتجاه، حيث أوضحت أن تبني نماذج تأمين تركز على المريض يعزز من فاعلية الاستجابة لمطالبه ويقلل من ازدواجية الإجراءات الطبية.

2. جودة الخدمات الصحية (البُعد الأول للمتغير التابع)

جاء متوسط هذا البُعد (3.89) بوزن نسبي (77.8%)، وهو الأعلى بين أبعاد تجربة المريض، مما يشير إلى إدراك مرتفع نسبيًا لدى المرضى بجودة الخدمات المقدمة، ويُعزى هذا التقييم إلى التحسينات الجارية في معايير الاعتماد الصحي، وتطبيق سياسات الجودة السريرية في معظم المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة الرياض.

وقد دعمت هذه النتيجة دراسات مثل دراسة Bhati et al. (2023) التي ربطت بين كفاءة إدارة التأمين وتحسين الأداء السريري، وكذلك دراسة Friedel et al. (2023) التي شددت على أن وجود آلية تمويل واضحة (مثل التأمين) يُعزز من جودة الرعاية ورضا المرضى، نظرًا لتقليل التأخير في تلقي الخدمة وزيادة التفريغ للجانب العلاجي.

3. تسهيل التواصل مع الأطباء

بلغ المتوسط الحسابي لهذا البُعد (3.66) ووزنه النسبي (73.2%)، مما يعكس مستوى متوسط مرتفع من رضا المرضى عن قنوات الاتصال مع الكادر الطبي، وقد تكون هذه النتيجة انعكاسًا لتحسن خدمات التطبيقات الصحية مثل "صحتي" و"موعد"، التي تتيح التواصل المباشر مع الأطباء، بالإضافة إلى تطور نظام إدارة المواعيد داخل المؤسسات الصحية.

تتفق هذه النتيجة مع ما طرحته دراسة Markowitz et al. (2022)، التي أكدت أن توفر التأمين الصحي يُمكن المرضى من التواصل السلس مع مقدمي الخدمة دون حواجز مالية أو إدارية، وأشارت دراسة Osarobo & Ayo (2022) إلى أن نُظم التأمين الفعالة تدفع المؤسسات الطبية إلى اعتماد سياسات استباقية في التواصل مع المستفيدين للحفاظ على رضاهم واستمرارية تغطيتهم.

4. سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية

جاء هذا البُعد في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.61) ووزن نسبي (72.2%)، مما يُشير إلى وجود تحسّن نسبي، لكنه أقل من البُعدين الآخرين، ويُحتمل أن تكون هذه النتيجة مرتبطة بتفاوت مستوى التحول

الرقمي بين المستشفيات، وغياب التكامل في بعض الأحيان بين أنظمة التأمين والسجلات الطبية الإلكترونية.

وتتماشى هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Xu & Huang (2024)، والتي أكدت أن ضعف التكامل بين أنظمة التأمين والأنظمة الطبية الإلكترونية يؤدي إلى تأخير أو صعوبة في الوصول للمعلومات الصحية، كما بينت دراسة (Lusianti et al. (2024 أن الاستثمار في البنية الرقمية المرتبطة بالتأمين يعزز قدرة المرضى على الاطلاع الفوري على سجلاتهم الصحية ونتائجهم الطبية

3.5 مناقشة نتائج اختبار فرضيات الدراسة

"لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى بأبعادها (سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات، تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء) في مستشفيات مدينة الرياض".

وقد أظهرت نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد دلالة إحصائية قوية للنموذج الكلي؛ حيث بلغ معامل الارتباط ($R = 0.843$)، ومعامل التحديد ($R^2 = 0.710$)، مما يعني أن إدارة التأمين الصحي تفسر ما نسبته 71% من التباين الكلي في تجربة المرضى، وهي نسبة مرتفعة تعكس الأهمية النسبية الكبيرة للمتغير المستقل في تفسير التغيرات في المتغير التابع، كما أظهرت قيمة اختبار ($F = 178.654$) دلالة معنوية عالية ($\text{Sig.} = 0.000$)، مما يُشير إلى معنوية النموذج بأكمله.

هذا يتسق مع ما طرحته دراسات عديدة، أبرزها (Soraya et al. (2023 و (Otieno et al. (2022، اللتان أكدتا أن تفعيل التأمين الصحي الشامل يؤدي إلى تحسين ملموس في مؤشرات تجربة المريض، لا سيما في جوانب سهولة الوصول، الاستجابة الطبية، وتقليل الأعباء الإدارية.

❶ "لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي على قدرة المرضى على الوصول إلى سجلاتهم الطبية الإلكترونية في مستشفيات مدينة الرياض".

أظهرت النتائج وجود أثر دال إحصائيًا لإدارة التأمين الصحي على سهولة الوصول للمعلومات، حيث كانت قيمة Sig. أقل من (0.05)، وهو ما يعكس أهمية تكامل نظام التأمين مع الأنظمة المعلوماتية الصحية، وتشير هذه النتيجة إلى أن التأمين الصحي الرقمي يختصر الوقت والإجراءات التي يمر بها المريض للحصول على بياناته، وهو ما دعمته دراسة Xu & Huang (2024) التي أوضحت أن التكامل بين التأمين والنظم السريية يعزز من شفافية وسرعة الوصول للمعلومات.

❶ "لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي على قدرة المرضى على الوصول إلى نتائج الفحوصات الطبية في مستشفيات مدينة الرياض".

أثبتت نتائج التحليل وجود علاقة دالة بين إدارة التأمين وسرعة حصول المرضى على نتائج فحوصاتهم، ويُعزى ذلك إلى تقليص الموافقات الورقية، واستخدام المنصات الإلكترونية للتبادل المعلوماتي بين الأقسام الطبية وشركات التأمين، وتتماشى هذه النتيجة مع ما أشار إليه Imron et al. (2024) من أن التأمين الذكي المدمج مع نظم العيادات يُحسن من كفاءة التدفق الطبي ويوفر بيانات محدثة للمريض دون عناء إداري.

❷ "لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي على تحسين التواصل بين المرضى والأطباء في مستشفيات مدينة الرياض".

أظهرت النتائج وجود أثر دال معنويًا لإدارة التأمين على تحسين قنوات الاتصال بين المريض والطبيب، إذ أن تنظيم الخدمات التأمينية يساهم في تقليل حالات التأخير أو الالتباس حول أهلية العلاج أو التغطية، ويمنح الأطباء مساحة أكبر للتفرغ للرعاية العلاجية دون أعباء إدارية، وقد دعمت هذه النتيجة ما توصلت إليه دراسة Markowitz et al. (2022) التي ربطت بين استقرار الحالة التأمينية للمريض ومستوى الرضا عن التواصل مع الطاقم الطبي.

4.5 التوصيات

من خلال ما توصلت إليه النتائج توصى الدراسة :

1. ينبغي على المستشفيات تعزيز التحول الرقمي في إدارة التأمين الصحي من خلال ربط الأنظمة التأمينية بالسجلات الطبية الإلكترونية لتسهيل الإجراءات وتقصير دورة الموافقة العلاجية، وهو ما ينعكس إيجابًا على تجربة المرضى.
2. توصي الدراسة بإنشاء وحدة تنسيقية داخل المستشفيات تُعنى بتتبع التحديات التي تواجه المرضى في التفاعل مع نظام التأمين، والتدخل المباشر لحل الإشكالات الإجرائية.
3. يُوصى بإعادة تصميم إجراءات الموافقات العلاجية لتكون آنية أو شبه فورية، من خلال الاتفاقات المسبقة مع مزودي التأمين.
4. توفير منصات إلكترونية آمنة تتيح للمرضى الاطلاع الفوري على نتائج الفحوصات والملفات الطبية، مما يعزز ثقتهم في النظام ويختصر زمن التشخيص والعلاج.
5. يجب توفير برامج تدريبية متخصصة للكوادر الطبية والإدارية لرفع كفاءتهم في التعامل مع النظام التأميني، ومعالجة استفسارات المرضى بشكل احترافي وسريع.
6. توصي الدراسة بمراجعة العقود والبروتوكولات الموقعة مع شركات التأمين، بما يضمن وضوح السياسات وتوزيع المسؤوليات، وتقليل حالات النزاع أو التأخير في المعالجة.
7. ينبغي اعتماد مؤشرات تجربة المريض كمعيار رئيسي في تقييم أداء وحدات التأمين الصحي في المستشفيات، بما يشمل: مدة الانتظار، وضوح الإجراءات، مستوى الرضا، وسرعة الاستجابة.
8. توصي الدراسة بتنفيذ حملات توعية تثقيفية للمراجعين حول تفاصيل تغطيتهم التأمينية، والإجراءات المتبعة، من خلال الكتيبات، والشاشات التفاعلية، وموظفي الدعم.
9. يُوصى بتضمين متطلبات التأمين الصحي ضمن الخطط الاستراتيجية للمستشفيات، وربطها بمشروعات تطوير الجودة وخطط تحسين الخدمة.
10. توصي الدراسة بدعم الجهات المعنية لإنشاء نظام وطني متكامل يحفظ بيانات التأمين وتاريخ المطالبات، ويُسهل التنقل بين مقدمي الخدمات دون ازدواجية أو تعقيد.
11. يُوصى بأن تعتمد الجهات الصحية على الدراسات الكمية والنوعية لقياس الأثر المباشر للتأمين الصحي على رضا المرضى وتجربتهم في التفاعل مع النظام الصحي.

Abstract

This study aimed to analyze the impact of health insurance management on enhancing the patient experience in its dimensions: ease of access to medical information, quality of healthcare services, and facilitation of communication between medical teams and patients in hospitals in Riyadh city. The study adopted a descriptive-analytical methodology, and data was collected through a validated questionnaire distributed to a sample of 384 patients benefiting from health insurance services in Riyadh hospitals. Data was analyzed using SPSS through descriptive statistics and both simple and multiple linear regression analyses to test the hypotheses.

The results revealed a statistically significant impact of health insurance management on improving the patient experience. Health insurance management was found to significantly contribute to enhancing access to medical information, improving the quality of provided healthcare services, and strengthening communication and coordination channels with medical teams. Additionally, the results indicated that the "quality of healthcare services" dimension had the strongest influence, followed by the "facilitation of communication," and then "ease of access to medical information."

The study recommended the need to develop digital health insurance systems, enhance coordination between insurance companies and hospitals, train staff in managing insurance coverage, and intensify awareness programs for patients regarding their insurance rights.

Keywords: Health Insurance Management – Enhancing Patient Experience – Ease of Access to Medical Information – Quality of Healthcare Services – Facilitation of Communication between Medical Teams and Patients – Hospitals in Riyadh.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أبو غنيمة، عصام عبدالمحسن زكريا، و الجارحي، فريد محرم فريد إبراهيم. (2023). أثر تنوع مصادر تمويل منظومة التأمين الصحي الشامل على تحقيق الاستدامة المالية. المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، مج14، ع2، 44 - 67.
- آل زمانان، محسن علي محمد، حلبي، يحيى مصطفى كمال، و حسان، هشام رمضان عيسى. (2024). تأثير تطبيق الخدمات الإلكترونية على رضا المستخدمين: دراسة تطبيقية على مستشفى الملك خالد بنجران. المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، مج15، ع4، 1209 - 1232.
- بازيب، ع. ع. (2022). التأمين الصحي وأثره على الأداء الوظيفي: دراسة ميدانية على البنوك الإسلامية في الجمهورية اليمنية. مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 9(54).
- بازيب، عثمان عمر عوض. (2022). التأمين الصحي وأثره على الأداء الوظيفي: دراسة ميدانية على البنوك الإسلامية في الجمهورية اليمنية. مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ع54، 153 - 186.
- بازيب، عثمان عمر عوض. (2022). التأمين الصحي وأثره على الأداء الوظيفي: دراسة ميدانية على البنوك الإسلامية في الجمهورية اليمنية. مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ع54، 153 - 186.
- الحكيم، ليث علي يوسف، و رسول، أحمد ناجي. (2022). التأمين الصحي الرقمي وتأثيره في ولاء الزبون الرقمي: دراسة حالة في شركة التأمين العراقية. مجلة مركز دراسات الكوفة، ع64، 29 - 52.
- الحلة، ع. ز. م.، & إدريس، أ. إ. ع. إ. (2024). أثر مكونات التأمين الصحي في تحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران. مجلة جامعة حضرموت للعلوم الإنسانية، 21(2).

☞ خليل، نجلاء محمد عاطف مصطفى. (2023). منظومة التأمين الصحي الشامل ودورها في الارتقاء بصحة المواطن المصري في الجمهورية الجديدة: دراسة ميدانية. مجلة الدراسات الإنسانية والأدبية، ع28، 827 - 874.

☞ زعرب، حمدي شحدة محمود، و العيسوي، وسام فتحي عبدالحليم. (2022). أثر مبادئ الحوكمة في تحسين الأداء المالي لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة. مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، مج8، ع2، 87 - 102.

☞ عليوات، فادي عبدالله قطيش، و الهنادة، رامي محمد. (2023). أثر التحول الرقمي على جودة الخدمات المقدمة في إدارة التأمين الصحي المدني - وزارة الصحة الأردنية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عمان العربية، عمان.

☞ المطيري، حامد الحميدي محمد، و محمود، رضا. (2024). مدى فاعلية التحول الرقمي للخدمات الصحية على تحسين تجربة المريض في مستشفى القويعة العام بمنطقة الرياض (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة حفر الباطن، حفر الباطن.

☞ المطيري، حامد الحميدي محمد، و محمود، رضا. (2024). مدى فاعلية التحول الرقمي للخدمات الصحية على تحسين تجربة المريض في مستشفى القويعة العام بمنطقة الرياض (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة حفر الباطن، حفر الباطن.

☞ نصر الدين، فيفيان محمد صالح، النهدي، أمل غازي، و بخاري، إسراء أحمد. (2023). مدى دلالة التأمين الصحي على كفاءة مراكز الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، مج7، ع7، 76 - 92.

☞ يوسف، علي عبد الحميد. (2022). أثر التأمين الصحي على مؤشرات القطاع الصحي في سورية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، مج44، ع4، 67 - 80.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Al Otaibi, A. M., Tham, J., & Ahmad, A. (2023). The Mediated Impact of Health Care Insurance Inclusion Between Hospital Management and Operation Efficiency in Saudi Arabia. *International Journal of Membrane Science and Technology*. <https://doi.org/10.15379/ijmst.v10i2.2727>
- Alanazi, F. K., Sim, J., & Lapkin, S. (2022). Systematic review: Nurses' safety attitudes and their impact on patient outcomes in acute-care hospitals. *Nursing open*, 9(1), 30-43.
- Aslim, E. G., Mungan, M. C., Navarro, C. I., & Yu, H. (2022). The effect of public health insurance on criminal recidivism. *Journal of Policy Analysis and Management*, 41(1), 45-91
- Bhati, D., Deogade, M. S., & Kanyal, D. (2023). Improving patient outcomes through effective hospital administration: a comprehensive review. *Cureus*, 15(10)
- Frankovic, I., & Kuhn, M. (2023). Health insurance, endogenous medical progress, health expenditure growth, and welfare. *Journal of Health Economics*, 87, 102717.
- Friedel, A. L., Siegel, S., Kirstein, C. F., Gerigk, M., Bingel, U., Diehl, A., ... & Kreitschmann-Andermahr, I. (2023, March). Measuring patient experience and patient satisfaction—how are we doing it and why does it matter? A comparison of European and US American approaches. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 6, p. 797). MDPI
- Imron, M. A., Astuti, A. W., Faidullah, H. Z., Fatimah, S., Manurung, K. K., Febriyanti, M., Siregar, D. R. P., & Baros, W. A. (2024). Health insurance service model on the basis of patient-centered care: a scoping review. *Journal of Health Technology Assessment in Midwifery*. <https://doi.org/10.31101/jhtam.3607>

- Khan, S. ur R., Khan, S. A., Murtaza, G., & Asad, S. (2019). *Patient Satisfaction Through Social Health Insurance: A descriptive cross sectional study*. 3(4), 94–103.
- Liu, K., Prommawin, B., & Schroyen, F. (2024). Health insurance, agricultural production and investments. *Journal of Health Economics*, 97, 102918.
- Lusianti, D., Nasrullah, M., Yusoff, R., & Setyawan, R. (2024). National Health Insurance: An Implementation Framework of Nizam Al Mulk's Social, Economic, and Political Thoughts. *International Journal of Islamic Business and Economics (IJIBEC)*, 8(1), 1-14
- Markowitz, W., Kausar, K., & Coffield, E. (2022, October). Relationship between patient experience scores and health insurance. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 11, p. 2128). MDPI.
- Nguyen, H. T., & Mitrou, F. (2025). Natural disasters and the demand for health insurance. *Journal of Environmental Economics and Management*, 130, 103108.
- Okunogbe, A., Hähnle, J., Rotimi, B. F., Akande, T. M., & Janssens, W. (2022). Short and longer-term impacts of health insurance on catastrophic health expenditures in Kwara State, Nigeria. *BMC health services research*, 22(1), 1557
- Osarobo, E. H., & Ayo, A. S. (2022). National Health Insurance Scheme services and patient satisfaction: the Nigerian experience. *Health economics and management review*, 3(4), 46-54.
- Otieno, P., Angeles, G., Quiñones, S., van Halsema, V., Novignon, J., & Palermo, T. (2022). Health services availability and readiness moderate cash transfer impacts on health insurance enrolment: evidence from the LEAP 1000 cash transfer program in Ghana. *BMC Health Services Research*, 22(1), 599
- Soraya, S., Syamanta, T., Harahap, H. S. R. B., Coovadia, C., & Greg, M. (2023). Impact of the National Health Insurance Program (JKN) on access to public health services: a comprehensive analysis. *Jurnal Ilmu Pendidikan Dan Humaniora*, 12(3), 133-151.

- Xu, W., & Huang, C. (2024). The impact of health insurance integration on patient choice of providers in China. *Applied Economics*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/00036846.2024.2423899>.

الملاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس أثر إدارة التأمين الصحي في المستشفيات دراسة

تطبيقية على إدارة التأمين الصحي

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.

وأتقدم 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 أزدكم بنتائج هذه الدراسة حال اكتمالها إن شاء الله.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

أولاً: البيانات الشخصية

- 1- النوع الاجتماعي ☐ ذكور ☐ إناث
- 2- العمر ☐ 30 سنة فأقل ☐ من 30 – 45 سنة ☐ من 45 سنة فأكثر
- 3- المؤهل العلمي ☐ ثانوي أو أقل ☐ بكالوريوس ☐ دراسات عليا (ماجستير / دكتوراة)
- 4- نوع المستشفى ☐ حكومي ☐ خاص
- 5- نوع التأمين الصحي ☐ حكومي ☐ خاص
- 6- عدد زيارات المستشفى خلال عام ☐ مرة واحدة فقط ☐ من 2 – 3 مرات ☐ أكثر من 3 مرات

ثانيا محاور الاستبيان

✓ المحور الأول: إدارة التأمين الصحي ، ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لاختيارك:

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
					تُدار العمليات التأمينية داخل المستشفى وفق سياسات واضحة وموحدة.
					إجراءات المطالبات التأمينية تتسم بالسرعة والمرونة.
					يوجد تنسيق فعال بين المستشفى وشركات التأمين.
					يمكن للمرضى الاستعلام بسهولة عن التغطية التأمينية.
					يتم إبلاغ المرضى مسبقًا بالخدمات المشمولة بالتأمين.
					يتم توثيق ومتابعة جميع المطالبات التأمينية بشكل دوري.
					إدارة التأمين الصحي تقدم خدمات استشارية للمرضى حول حقوقهم التأمينية.
					توفر الإدارة قاعدة بيانات دقيقة ومحدثة لتغطيات المرضى.
					يتم اعتماد تغطية الحالات الطارئة بشكل فوري وفعال.

البعد	أو افق بشدة	أو افق	محايد	معارض بشدة	معارض بشدة
يتوفر كادر إداري مؤهل لإدارة عمليات التأمين داخل المستشفى.					
تتوفر قنوات تواصل إلكترونية لتحديث بيانات التأمين بسهولة.					
هناك نظام رقابي فعال لضمان عدالة التعامل مع شركات التأمين.					
تُسهم إدارة التأمين في تقليل الأعباء المالية عن المرضى.					
تلتزم الإدارة بمعايير الخصوصية عند التعامل مع بيانات المرضى التأمينية.					
يُعاد تقييم عقود التأمين بشكل دوري لتحسين الخدمات المقدمة.					

✓ المحور الثاني: تجربة المريض، ضع إشارة (√) في المربع المناسب لاختيارك:

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية					
					يمكن للمرضى الوصول بسهولة إلى نتائج الفحوصات المخبرية عبر النظام الإلكتروني.
					يتم توفير نسخ من السجلات الطبية عند الطلب دون تأخير.
					توجد قنوات إلكترونية تمكن المرضى من متابعة مستجدات حالتهم الصحية.
					المرضى على دراية بكيفية استخدام بوابة المعلومات الصحية الخاصة بالمستشفى.
					توفر المستشفيات خدمة الاستعلام عن التغطية التأمينية بشكل ميسر وواضح.
جودة الخدمات الصحية					
					يتم تقديم الخدمات الصحية في الوقت المحدد دون تأخير كبير.
					تتوفر الكوادر الطبية المؤهلة لتقديم الخدمة بجودة عالية.
					بيئة المستشفى نظيفة وآمنة ومهيأة للمرضى.
					يتم التعامل مع المرضى بلطف واحترام في جميع مراحل الخدمة.

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
					يتم تقديم معلومات واضحة للمريض عن الإجراءات الطبية والخدمة المقدمة.
تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء					
					يتيح النظام للمريض التواصل مع الطبيب بعد المواعيد عبر الهاتف أو التطبيقات.
					يتم إشراك المريض في مناقشة خطة العلاج واتخاذ القرار.
					يتلقى المرضى إجابات واضحة عن استفساراتهم الطبية.
					يوجد وقت كافٍ أثناء المقابلة الطبية للاستفسار وشرح الحالة.
					تتوفر وسائل تواصل بديلة (مثل البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية) لتسهيل المتابعة.

مع خالص التقدير والاحترام

Mid-Ocean University

College of Management



Department of Business Administration

**The Impact of Health Insurance Management on Enhancing
Patient Experience in Hospitals: An Applied Study on Health
Insurance Management in Hospitals in Riyadh City**

Preparation:

Nasser Bin Salamah

243001183

Supervision:

Dr. Al faisal Abdelhameed Mohamed

1446 – 2025