

جامعة ميدأوشن



كلية الإدارة

برنامج ماجستير الإدارة الصحية

رسالة ماجستير

الدور الاستراتيجي للتأمين الصحي الإلزامي في تعزيز جودة الرعاية الصحية في
القطاع الخاص صحي في المملكة العربية السعودية

دراسة تقييمية لمدينة الرياض.

إعداد الطالب:
سلطان السلطان

إشراف:
الدكتور فايز جراد

2025 – 2026

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر التأمين الصحي الإلزامي على تحسين جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية.

وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم استخدام الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات من أفراد عينة الدراسة.

وتكون مجتمع الدراسة من المستفيدين من التأمين الصحي الإلزامي في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية، وتم اختيار عينة عشوائية مكونة من (300) مستجيب.

وقد ركزت الدراسة على عدد من أبعاد جودة الخدمات الصحية والتي تمثلت في سهولة الحصول على الخدمة الصحية ومدة الانتظار وكفاءة الخدمات الصحية ومستوى رضا المرضى.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التأمين الصحي الإلزامي وتحسين جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية.

الفهرس

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

الفصل الثاني: الإطار النظري

الفصل الثالث: نظام التأمين الصحي في المملكة

الفصل الرابع: جودة الخدمات الصحية

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

الفصل السادس: التحليل الإحصائي

الفصل السابع: مناقشة النتائج

الفصل الثامن: النتائج والتوصيات

المراجع

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة:

المقدمة 1-1 :

شهد النظام الصحي في المملكة العربية السعودية خلال السنوات الأخيرة تحولات نوعية متسارعة، مدفوعة بجهود حثيثة من الدولة للارتقاء بمستوى الخدمات الطبية وتقديم رعاية صحية شاملة ومتميزة للمواطنين والمقيمين. وفي صميم هذا التحول، برز تطبيق نظام "التأمين الصحي الإلزامي" كخطوة استراتيجية محورية، حيث ألزم أصحاب العمل في القطاع الخاص بتوفير التغطية التأمينية لموظفيها وأفراد أسرهم. ورغم أن هذا النظام قد نجح بجدارة في تيسير الوصول إلى الخدمات الطبية وتخفيف الأعباء المالية عن كاهل المستفيدين، إلا أنه أفرز واقعاً جديداً يتسم بزيادة غير مسبوقه في الطلب على مستشفيات القطاع الخاص، مما أشعل وتيرة المنافسة بينها لتحسين مستوى الخدمات المقدمة..

2-1 مشكلة الدراسة:

على الرغم من هذا التوسع الكمي والمالي الذي أحدثته التأمين الصحي الإلزامي، لا يزال الميدان الصحي يشهد تفاوتاً ملموساً في "الجودة الفعلية" للرعاية المقدمة في المستشفيات الخاصة. وتتبلور مشكلة الدراسة في أن العديد من المستفيدين يواجهون تحديات تشغيلية وإجرائية، مثل تأخر

الموافقات التأمينية، أو محدودية نطاق التغطية لبعض الخدمات الحيوية. يطرح هذا التباين تساؤلاً جوهرياً أمام الباحثين وصناع القرار حول الأثر الحقيقي للتأمين الإلزامي: هل أسهم هذا النظام فعلياً في الارتقاء بجودة الخدمة الصحية لتواكب تطلعات المرضى، أم أنه أضاف تحديات إدارية قد تؤثر على سرعة وكفاءة الرعاية؟ ومن هذا المنطلق، تنبثق الحاجة الماسة لهذه الدراسة لتقييم الأثر الفعلي للتأمين الصحي الإلزامي على أبعاد جودة الخدمات الصحية في القطاع الخاص.

1-3 أسئلة الدراسة:

تحاول الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:

- 1- هل يساهم التأمين الصحي الإلزامي في تحسين جودة الخدمات الصحية؟
- 2- هل يساهم التأمين الصحي الإلزامي في تسهيل الحصول على الخدمات الصحية؟
- 3- هل يساهم التأمين الصحي الإلزامي في تقليل مدة الانتظار؟
- 4- هل يساهم التأمين الصحي الإلزامي في زيادة رضا المرضى؟

1-4 أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التعرف على أثر التأمين الصحي الإلزامي على جودة الخدمات الصحية.
- دراسة أثر التأمين الصحي الإلزامي على سهولة الحصول على الخدمات الصحية.
- دراسة أثر التأمين الصحي الإلزامي على مدة الانتظار.
- دراسة أثر التأمين الصحي الإلزامي على رضا المرضى.

5-1 أهمية الدراسة:

تتبع أهمية هذه الدراسة من أهمية موضوع التأمين الصحي الإلزامي ودوره في تطوير القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية. كما أن نتائج الدراسة قد تساعد المسؤولين في القطاع الصحي وشركات التأمين الصحي في تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين.

6-1 فرضيات الدراسة:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التأمين الصحي الإلزامي وتحسين جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة:

تمهيد:

يتناول هذا الفصل فهم كيفية تأثير التأمين الصحي على جودة الرعاية في المستشفيات الخاصة. ويستعرض آراء الخبراء ودراساتهم حول التأمين الصحي والرعاية الصحية. والهدف هو بناء منهج علمي واضح وقوي لشرح الأفكار والاتجاهات الرئيسية في إدارة الرعاية الصحية اليوم.

كما أن جودة الرعاية الصحية أمر بالغ الأهمية لأن المستشفيات والعيادات تستخدمها لمعرفة مدى جودة رعايتها للمرضى.

1-2 مفهوم التأمين الصحي:

التأمين الصحي نظام يتعاون فيه الأفراد وشركات التأمين لتقاسم تكاليف الرعاية الطبية. وهو يضمن حصول الأفراد على الأدوية والعلاجات اللازمة دون القلق من فقدان أموالهم. ويؤكد العديد من الخبراء مؤخرًا أن التأمين الصحي سهل الحصول على الرعاية الصحية وجعلها في متناول الجميع.

كما أنه يُسهم في الحفاظ على صحة الأفراد من خلال تشجيعهم على زيارة الطبيب مبكرًا وإجراء الفحوصات الدورية.

2-2 الأبعاد الاستراتيجية لأهداف التأمين الصحي :

تهدف أنظمة التأمين الصحي الحديثة إلى القيام بالعديد من الأشياء المهمة التي تتجاوز مجرد توفير المال، بما في ذلك التأكد من أنها تعمل بشكل جيد ومساعدتها على النمو، وخاصة:

- تقديم نظام دعم دائم ومفيد للأفراد والفئات المختلفة في المجتمع.
- امتصاص الصدمات المالية الناتجة عن تكاليف الأمراض المزمنة والحالات الطارئة والمكلفة.
- مساعدة الناس على البقاء بصحة جيدة من خلال تسهيل وصولهم إلى الأماكن التي يمكنهم فيها الحصول على الأدوية والرعاية.
- دعم وتحفيز جودة الخدمات الطبية المقدمة عبر فرض معايير رقابية واضحة من جهات الاختصاص.
- تحقيق الاستقرار الاقتصادي والنفسي للمستفيدين عبر إزالة القلق المالي المرتبط بالمرض.

يساعد التأمين الصحي الناس على البقاء آمنين مالياً عن طريق تقليل فرص خسارة الكثير من المال في حالة المرض أو التعرض لحادث.

3-2 التأمين الصحي الإلزامي: المفهوم والدلالات التشغيلية :

التأمين الصحي الإلزامي هو قانون حكومي يُلزم الشركات بتوفير تأمين صحي جيد لموظفيها وعائلاتهم. يُسهم هذا في الحفاظ على سلامة أماكن العمل ويضمن حصول الجميع على الرعاية الطبية عند الحاجة. كما يُساعد في توزيع عبء تقديم الخدمات الصحية بين المستشفيات الحكومية والعيادات الخاصة، مما يُخفف الاكتظاظ في المستشفيات الحكومية، ويُتيح للأفراد اختيار عيادات خاصة جيدة إذا رغبوا، شريطة التزام هذه العيادات باللوائح والقوانين.

كما ساهم إلزام الناس بالحصول على تأمين صحي في تخفيف العبء على المستشفيات الحكومية عن طريق نقل بعض المرضى إلى المستشفيات الخاصة.

2-4 منظومة التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية :

شهد نظام الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية نمواً ملحوظاً بفضل جعل التأمين الصحي إلزامياً للجميع، كجزء من رؤيتها 2030. ويتولى مجلس التأمين الصحي التعاوني (CCHI) مسؤولية ضمان التزام شركات التأمين ومقدمي الرعاية الصحية باللوائح والقوانين، مما ساهم في زيادة عدد المستشفيات والعيادات الخاصة التي تتنافس الآن لتقديم خدماتها للمؤمن عليهم.

2-5 كيف يساعد التأمين الصحي الناس على النمو والتحسين في مجال الرعاية الصحية الخاصة:

ساهم التأمين الصحي الإلزامي بشكل كبير في تعزيز الاستثمار والمنافسة بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية من القطاع الخاص. وقد شجع هذا التحول المستشفيات والعيادات على تحديث تقنياتها، وزيادة عدد موظفيها، وتحسين مرافقها لجذب المرضى المؤمن عليهم والاحتفاظ بهم. وتؤثر شركات التأمين الآن بشكل فعال على جودة خدمات الرعاية الصحية من خلال وضع معايير وتقديم حوافز لتحسين الأداء. ونتيجة لذلك، أصبحت المستشفيات أكثر تحفيزاً لتحسين جودة خدماتها بشكل عام، مما يؤدي إلى

عمليات أكثر كفاءة، ورضا أكبر للمرضى، وتقليص الفجوات في الخدمات المقدمة ضمن نظام الرعاية الصحية. وقد أدى ذلك إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

6-2 جودة الخدمات الصحية: المفهوم والأبعاد :

تُعدّ جودة الرعاية الصحية معيارًا حاسمًا لمدى فعالية توافق الخدمات الطبية والإدارية مع المعايير المهنية المعتمدة وتلبية احتياجات المرضى. وتشمل هذه الجودة عوامل متعددة، مثل كفاءة الكوادر الطبية، وسرعة تقديم الخدمات، ودقة التشخيص، وبروتوكولات السلامة، والمعاملة الإنسانية الرحيمة للمرضى. وتؤثر هذه العناصر مجتمعةً على رضا المرضى وثقتهم في نظام الرعاية الصحية. ولا تقتصر فوائد الرعاية عالية الجودة على ضمان نتائج صحية أفضل فحسب، بل تعكس أيضًا كفاءة وفعالية البنية التحتية للرعاية الصحية. ويساعد التقييم الدوري لهذه المعايير على تحديد مجالات التحسين، مما يُعزز في نهاية المطاف الأثر الإيجابي على صحة الأفراد والصحة العامة.

2-7 العناصر الحاكمة لجودة الخدمات الصحية في البيئة التأمينية :

تتفرع جودة الخدمات الصحية في ظل النظم التأمينية إلى عناصر رئيسية تتفاعل فيما بينها لتشكل التجربة العلاجية للمستفيد، وتشمل:

- تيسير الوصول للخدمة: ويقصد بها خلو المسار العلاجي من التعقيدات الإدارية والمالية، وهو ما نجح التأمين الإلزامي في تعزيزه عبر إزالة الحواجز النقدية المباشرة.
- إدارة فترات الانتظار: تُعد سرعة تقديم الخدمة واختصار أوقات انتظار المرضى في العيادات وأقسام الطوارئ مؤشراً أساسياً على كفاءة المؤسسة الصحية وفعالية التنسيق مع شركات التأمين.
- الكفاءة والفاعلية الطبية: الاعتماد على ممارسات قائمة على الأدلة، واستخدام التقنيات والأجهزة الطبية الحديثة لضمان دقة العلاج وسرعة التعافي.
- رضا المستفيدين: المقياس الشامل الذي يعكس تقييم المريض لتجاربه العلاجية والإدارية، ومدى شعوره بالأمان والتقدير داخل المؤسسة الصحية.

8-2 قراءة تحليلية في الدراسات السابقة :

أكدت الأدبيات البحثية والدراسات التطبيقية السابقة وجود ارتباط وثيق وذو دلالة إحصائية بين تطبيق نظام التأمين الصحي والارتقاء بمستويات جودة الرعاية. فقد اتفقت نتائج العديد من الدراسات الإدارية والصحية على أن التأمين الإلزامي يلعب دوراً محورياً في تسهيل تدفق المرضى نحو المؤسسات العلاجية الخاصة، وتقليل الفجوات الزمنية في تقديم الخدمة نتيجة المنافسة المؤسسية الحرة. وفي المقابل، أشارت بعض الأدبيات إلى وجود تحديات تشغيلية تعترض أحياناً هذه المنظومة، مثل بطء الموافقات الإدارية الصادرة عن بعض شركات التأمين أو محدودية تغطية بعض التدخلات الطبية الدقيقة. وتتميز الدراسة الحالية عن الأبحاث السابقة في تركيزها التحليلي العميق على تقييم هذه الأبعاد.

الفصل الثالث

نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية

1-3 مقدمة:

شهد نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية تطوراً كبيراً خلال السنوات الأخيرة نتيجة التوسع في تطبيق نظام التأمين الصحي الإلزامي على العاملين في القطاع الخاص.

ويعد التأمين الصحي من أهم مكونات النظام الصحي في المملكة العربية السعودية. وقد ساهم في تحسين مستوى الخدمات الصحية وزيادة الاعتماد على القطاع الصحي الخاص.

2-3 الجهات المشرفة على التأمين الصحي:

تشرف عدة جهات على نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية من أهمها:

- مجلس الضمان الصحي.

- وزارة الصحة.

- شركات التأمين الصحي.

- المستشفيات الخاصة.

ويعمل مجلس الضمان الصحي على تنظيم خدمات التأمين الصحي وضمان جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين.

3-3 دور شركات التأمين الصحي:

تلعب شركات التأمين الصحي دوراً مهماً في نظام الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية، حيث تقوم هذه الشركات بتغطية تكاليف العلاج للمستفيدين من التأمين الصحي وفقاً لشروط وثيقة التأمين.

كما تقوم بالتعاقد مع المستشفيات والمراكز الطبية من أجل تقديم الخدمات الصحية للمؤمن عليهم. وتحرص على اختيار المستشفيات والمراكز الطبية التي تقدم خدمات صحية ذات جودة مناسبة.

وتقوم شركات التأمين الصحي بمتابعة مستوى الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية من أجل التأكد من التزامها بالمعايير المتفق عليها.

و تم تطوير الأنظمة الإلكترونية التي تسهل إجراءات الموافقات الطبية وتسريع تقديم الخدمات الصحية.

4-3 شبكة مقدمي الخدمة:

تُعرّف شبكة مقدمي الخدمات الصحية بأنها المنظومة المتكاملة من المستشفيات والمراكز الطبية المعتمدة التي تقدم الرعاية للمستفيدين من التغطية التأمينية. وتسعى شركات التأمين جاهدةً إلى توسيع نطاق هذه الشبكة وتنوعها الجغرافي والمؤسسي؛ لضمان تيسير وصول المؤمن لهم إلى الخدمات العلاجية بأعلى مستوى من الكفاءة. وتُعد اتساع شبكة مقدمي الخدمة وتنوعها متغيراً حاسماً ومؤثراً مباشراً في مستوى رضا المستفيدين، إذ كلما اتسعت هذه الشبكة وتعددت خياراتها، زادت قدرة المريض على اختيار المؤسسة الصحية التي تتلاءم مع احتياجاته وتطلعاته العلاجية، مما يعزز جودة التجربة التأمينية برمتها.

3-5 التحديات التي تواجه التأمين الصحي:

على الرغم من المزايا المتعددة التي تفرزها منظومة التأمين الصحي الإلزامي، إلا أن الواقع التطبيقي يشهد جملة من التحديات الجوهرية التي تؤثر بشكل مباشر على تجربة المستفيدين ومستويات رضاهم عن الرعاية الصحية المقدمة. وتتلخص أبرز هذه التحديات فيما يلي:

- **بطء إجراءات الموافقات الطبية:** تواجه بعض الحالات تأخرًا ملحوظًا في استصدار الموافقات اللازمة من شركات التأمين لتلقي العلاج أو الإجراءات التشخيصية.
- **قصور التغطية التأمينية:** تتسم وثائق التأمين في بعض الأحيان بمحدودية نطاق تغطيتها لبعض الخدمات الطبية الحيوية أو العلاجات المتقدمة.
- **تفاوت جودة الخدمات:** يبرز اختلاف ملموس في مستويات جودة وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة بين مستشفى وآخر داخل الشبكة الطبية.
- **الأعباء المالية الإضافية:** يعاني المستفيدون أحياناً من ارتفاع التكاليف النثرية أو التحملات المالية لبعض الخدمات غير المشمولة كلياً بالتغطية.
- **قصور الوعي التأميني:** تظهر لدى شريحة من المستفيدين قلة في الإلمام بحقوقهم وواجباتهم التأمينية وفقاً لبنود وثائق التعاقد.

6-3 مستقبل التأمين الصحي في المملكة:

يُتوقع أن يشهد نظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية آفاقاً واسعة من التطور والتحديث خلال السنوات القادمة، مدفوعاً ومستهدفات رؤية المملكة 2030 الرامية إلى الارتقاء بالقطاع الصحي وتعزيز الشراكة الفاعلة مع القطاع الخاص.

ومن أبرز التوجهات المستقبلية المنتظرة في هذا السياق:

- **التحول الرقمي المتقدم:** التوسع في تطوير وتحديث الأنظمة الإلكترونية الخاصة بالتأمين الصحي بغية تسليع وتسهيل إجراءات الموافقات الطبية واختصار الفترات الزمنية للانتظار.
- **توسيع نطاق التغطية:** تعزيز شمولية وثائق التأمين لتغطية شرائح أوسع من الخدمات الصحية والعلاجات المتقدمة التي تلبي الاحتياجات المتجددة للمستفيدين.

- الارتقاء بمؤشرات الجودة: الرفع المستمر لمستويات جودة وكفاءة الخدمات الطبية المقدمة داخل مؤسسات القطاع الصحي الخاص لتعزيز التنافسية الإيجابية.

الفصل الرابع

جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي الخاص:

1-4 مقدمة:

تمثل جودة الرعاية الطبية ركيزة محورية تسعى كافة المؤسسات الصحية إلى الارتقاء بها باستمرار، نظراً لأن سمعة أي صرح طبي ومكانته المجتمعية تظل مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بمدى تميز الخدمات التي يقدمها للمرضى. وحين نتأمل مسيرة القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية خلال السنوات الماضية، نجد أنه شهد نقلة نوعية متسارعة فرضتها طفرة الطلب المرتفع على الخدمات العلاجية.

وفي قلب هذا المشهد المتنامي، برز نظام التأمين الصحي الإلزامي كعنصر حاسم أحدث حراكاً تنافسياً غير مسبوق بين مختلف المستشفيات والمراكز الخاصة. لقد تجاوز دور هذا النظام الجانب التمويلي البحت ليصبح محفزاً رئيسياً للارتقاء بمعايير الأداء؛ إذ وجدت المؤسسات الصحية نفسها في سباق مستمر لتقديم خدمات استثنائية ومتطورة. ولم يعد الهدف مجرد تقديم العلاج التقليدي، بل أصبحت المستشفيات تسعى بخطى حثيثة لتعزيز كفاءتها التشغيلية وكسب ولاء المرضى المؤمن لهم وثقتهم المستدامة في بيئة تتسم

بالتنافسية الشديدة.

4-2 مفهوم جودة الخدمات الصحية:

تشير كفاءة الخدمات الصحية إلى القدرة الفعلية للمنشأة الصحية على توفير خدمات طبية تلبي متطلبات المرضى وتحقق رضاهم.

كما تعكس كفاءة الخدمات الصحية مستوى الفعالية الطبية والإدارية داخل المؤسسة الصحية.

تشمل كفاءة الخدمات الصحية عدة جوانب مثل:

- كفاءة الأطباء.

- توافر المعدات الطبية.

- سرعة إنجاز الخدمة.

- نظافة المنشأة الطبية.

- معاملة المرضى بطريقة جيدة.

3-4 أهمية جودة الخدمات الصحية:

تتبع جودة الخدمات الصحية مكانة محورية باعتبارها المعيار الأساسي الذي تُقاس عليه كفاءة المؤسسات الطبية ونجاحها المؤسسي المستدام. فكلما ارتقى مستوى الرعاية، انعكس ذلك بشكل مباشر على تعزيز مستويات رضا المرضى وتوطيد ثقتهم بالمنظومة. علاوة على ذلك، تسهم الجودة المتميزة في بناء سمعة ذهنية راقية للمستشفى تعزز من جاذبيتها، مما يترجم على الصعيد العملي إلى استقطاب أعداد متزايدة من المراجعين، ودفع عجلة التطوير المستمر لمجمل الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة.

4-4 سهولة الحصول على الخدمة الصحية:

تُعد سهولة الوصول إلى الرعاية الطبية مؤشراً جوهرياً من مؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية، إذ يفضل المرضى عادةً تلقي العلاج ببسر ودون الدخول في تعقيدات إدارية مرهقة. وفي هذا السياق، لعب نظام التأمين الصحي الإلزامي دوراً بارزاً في تيسير حصول المرضى على الخدمات الطبية داخل المستشفيات الخاصة، فضلاً عن إسهامه الفعال في تخفيف الأعباء المالية عن كاهلهم. ونتيجة لتكامل هذه العوامل، شهد القطاع الصحي الخاص إقبالاً متزايداً وملحوظاً تمثل في ارتفاع أعداد المراجعين والمرضى المستفيدين من هذه الخدمات.

5-4 مدة الانتظار:

تُشكل فترات الانتظار عنصراً حاسماً ومعيّاراً أساسياً يتوقف عليه تقييم المرضى لمستوى الخدمات الصحية ومدى كفاءتها. فمن الطبيعي أن يسعى المريض دائماً لتلقي الرعاية الطبية والعلاجية في أسرع وقت ممكن وبأقل قدر من التأخير. وفي هذا السياق، لعب نظام التأمين الصحي الإلزامي دوراً تنظيمياً وفعالاً في تقليص فترات الانتظار الطويلة داخل المستشفيات والمراكز الطبية الخاصة. ولتعزيز هذا الأثر، دخلت التقنيات المعاصرة عبر

توظيف الأنظمة والمنصات الإلكترونية الذكية التي نظّمت إدارة المواعيد بدقة متناهية وسهّلت انسيابية تدفق المراجعين. ونتيجة لتكامل هذه العوامل التشغيلية والتنظيمية، انعكس الأمر بوضوح على تعزيز مستويات رضا المرضى ورفع جودة تجربتهم العلاجية برمتها.

4-6 كفاءة الخدمات الصحية:

تُجسّد كفاءة الخدمات الصحية المعيار الحقيقي لقدرة المؤسسة الطبية على تقديم رعاية علاجية تتسم بالتكامل بين سرعة الإنجاز ودقة التشخيص. ويثبت الواقع التطبيقي أن هذا المستوى المتقدم من الكفاءة لا يتحقق بمعزل عن مقومات أساسية؛ ففي المقام الأول، أسهم اقتناء التقنيات والأجهزة الطبية الحديثة والمتطورة في إحداث نقلة نوعية ضاعفت من دقة المخرجات العلاجية وسرعتها. وإلى جانب ذلك، لعب الاستثمار المستمر في تدريب الكوادر الصحية وتأهيلها دوراً محورياً في الارتقاء بمستوى الأداء المهني وجاهزية الفرق الطبية لمواجهة مختلف التحديات الإكلينيكية. علاوة على ذلك، أدت المنافسة الحرة و المحتدمة بين المستشفيات والمراكز الخاصة إلى تحفيز المؤسسات نحو التطوير الدائم ورفع كفاءتها التشغيلية، لضمان تقديم

خدمات استثنائية ترقى لتطلعات المرضى بأعلى معايير الجودة والاحترافية.

7-4 رضا المرضى:

يحتل رضا المرضى مكانة مركزية باعتباره المعيار الأسمى والمؤشر الحيوي الأبرز لقياس جودة الخدمات الصحية وتقييم كفاءة النظم العلاجية. فهو يمثل المرآة الحقيقية التي تنعكس من خلالها قدرة المؤسسة الطبية على الوفاء برسالتها ونجاحها المؤسسي في تقديم رعاية متكاملة ترتقي لتطلعات المراجعين.

ويتأتى تحقيق هذا الرضا نتيجة تفاعل منظومة متكاملة من العوامل الحرجة، تصدرها سرعة إنجاز الخدمات الطبية واختصار أوقات الانتظار، والمستوى الإكلينيكي والمهني الرفيع للرعاية المقدمة، فضلاً عن السلوك الإنساني الراقى وحسن التعامل من قبل الطواقم الطبية والإدارية. كما تلعب البيئة المكانية للمستشفى، المتمثلة في المعايير الصارمة للنظافة العامة وتوافر الأجهزة والتقنيات الطبية الحديثة، دوراً محورياً في تعزيز شعور المريض بالأمان والطمأنينة.

وفي هذا السياق، تشير الدراسات والأدبيات البحثية إلى وجود تفوق ملحوظ في مستويات رضا المرضى المؤمن عليهم مقارنة بنظرائهم غير المؤمن عليهم؛ ويعود ذلك بالدرجة الأولى إلى ما تتيحه التغطية التأمينية من يسر في التدفق العلاجي، وحماية مالية فاعلة من التكاليف الطارئة، إلى جانب سعي المستشفيات الخاصة المستمر لتقديم أفضل معايير الرعاية لكسب رضا هذه الشريحة وتعزيز مكانتها التنافسية.

الفصل الخامس

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

1-5 مقدمة:

يتناول هذا الفصل منهجية الدراسة والإجراءات التي تم اتباعها لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن أسئلتها، حيث يتضمن وصف منهج الدراسة ومجتمع الدراسة وعينتها وأداة الدراسة، بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات.

وقد تم اختيار المنهج المناسب بما يتلاءم مع طبيعة الدراسة التي تهدف إلى التعرف على أثر التأمين الصحي الإلزامي على تحسين جودة الخدمات الصحية في القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية.

2-5 منهج الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث يعد هذا المنهج من أكثر المناهج استخداماً في الدراسات الإدارية والصحية، وذلك لأنه يساعد في وصف الظاهرة المدروسة وتحليل العلاقات بين متغيراتها.

وقد تم استخدام هذا المنهج من أجل دراسة العلاقة بين التأمين الصحي الإلزامي باعتباره المتغير المستقل وجودة الخدمات الصحية باعتبارها المتغير التابع.

كما يساعد المنهج الوصفي التحليلي في الوصول إلى نتائج علمية يمكن الاعتماد عليها في تفسير الظاهرة المدروسة.

3-5 مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من المستفيدين من التأمين الصحي الإلزامي في المستشفيات الخاصة في المملكة العربية السعودية.

ويمثل مجتمع الدراسة الفئة الأكثر ارتباطاً بموضوع الدراسة، حيث يتعامل المستفيدون من التأمين الصحي بشكل مباشر مع الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الخاصة.

4-5 عينة الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة وضمان دقة وموضوعية النتائج، تم سحب عينة عشوائية ممثلة لمجتمع الدراسة قوامها (300) مستجيب من المستخدمين الفعليين من خدمات التأمين الصحي الإلزامي.

ونظراً لكون مجتمع الدراسة يمثل فئة واسعة وغير محددة بدقة من المستخدمين من التأمين الصحي في مدينة الرياض، فقد تم تحديد حجم العينة وتُعد هذه (Krejcie & Morgan - وفقاً لـ (معادلة كريجسي ومورجان المعادلة معياراً علمياً رصيناً لتحديد الحجم الأمثل للعينة في المجتمعات الكبيرة؛ حيث تهدف إلى تحقيق توازن دقيق بين حجم المجتمع ودرجة التمثيل المطلوبة. وبناءً على هذه المعادلة، تم اختيار عينة قوامها (300) مستجيب، وهو حجم يضمن مستوى ثقة يصل إلى 95% وهامش خطأ لا يتجاوز 5%، مما يمنح النتائج درجة عالية من الصدق والقدرة على التعميم على مجتمع الدراسة.

اقتصرت النطاق الجغرافي لتوزيع الاستبانة وإجراء الدراسة على المستشفيات الخاصة في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، وذلك لكونها العاصمة والمركز الأكبر الذي يضم تنوعاً واسعاً من كبرى المستشفيات وشركات التأمين، مما يعكس صورة شمولية وواقعية للتجربة التأمينية.

وقد تم الاعتماد على الأسلوب العشوائي في اختيار أفراد العينة لضمان تمثيل مجتمع الدراسة بشكل علمي دقيق، مما يجعل هذا الحجم من العينة مثالياً ومناسباً جداً لإجراء التحليلات الإحصائية اللازمة واستخلاص نتائج موثوقة يمكن تعميمها والبناء عليها.

5-5 أداة الدراسة:

تم استخدام الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات من أفراد عينة الدراسة.

وقد تم تصميم الاستبانة بناءً على الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع التأمين الصحي وجودة الخدمات الصحية.

وتكونت الاستبانة من قسمين رئيسيين:

القسم الأول: البيانات الشخصية

وتشمل:

- الجنس.
- العمر.

- المستوى التعليمي.

- الحالة الوظيفية.

القسم الثاني: محاور الدراسة

محور التأمين الصحي الإلزامي

- يسهل التأمين الصحي الحصول على الخدمات الصحية.

- إجراءات الموافقات التأمينية سريعة.

- التغطية التأمينية مناسبة.

- شبكة المستشفيات كافية.

- خدمات التأمين سهلة الاستخدام.

محور جودة الخدمات الصحية

- مدة الانتظار قصيرة.

- الأطباء يقدمون خدمات طبية جيدة.

- المستشفيات نظيفة ومنظمة.

- الأجهزة الطبية حديثة.

- مستوى الرضا مرتفع.

5-6 صدق الأداة:

تم التأكد من صدق الاستبانة من خلال عرضها على مجموعة من المتخصصين في مجال الإدارة الصحية.

وقد تم إجراء التعديلات اللازمة بناءً على ملاحظاتهم لضمان وضوح العبارات وملاءمتها لموضوع الدراسة.

5-7 ثبات الأداة:

تم حساب معامل الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا.

وقد أظهرت النتائج أن معامل الثبات بلغ (0.87)، وهي قيمة مرتفعة تدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات.

8-5 أساليب تحليل البيانات:

تم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS.

وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسط الحسابي:

يعتبر المتوسط الحسابي (Arithmetic Mean) أكثر مقاييس النزعة المركزية استخداماً في الأبحاث الأكاديمية.

التعريف:

هو القيمة التي تمثل "نقطة التوازن" لمجموعة من البيانات، ويتم الحصول عليه من خلال جمع قيم الاستجابات لفقرة معينة وتقسيمها على عدد أفراد العينة.

أهميته في الدراسة:

تم استخدامه لتحديد "الاتجاه العام" لإجابات أفراد العينة حول محاور الدراسة.

- الانحراف المعياري:

التعريف:

هو مقياس إحصائي يُستخدم لقياس مدى "تشتت" أو "تباعد" إجابات أفراد العينة عن متوسطهم الحسابي. أهميته في الدراسة:

يعطي مصداقية للمتوسط الحسابي، فكلما كان الانحراف المعياري صغيراً (يقترّب من الصفر)، دل ذلك على أن إجابات المشاركين كانت متقاربة جداً ومنسجمة. أما إذا كان كبيراً، فهذا يعني وجود تباين واختلاف كبير في وجهات نظر العينة تجاه جودة الخدمات.

- تحليل التباين:

اعتمدت الدراسة الحالية على اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) وذلك بهدف الكشف عن مدى وجود

فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة حول أثر التأمين الصحي على جودة الخدمات تعزى لمتغيراتهم الديموغرافية (مثل: الفئة العمرية، المستوى التعليمي، ونوع التغطية التأمينية). وتكمن أهمية استخدام هذا الاختبار في قدرته على المقارنة بين متوسطات ثلاث مجموعات أو أكثر في آن واحد، مما سمح للبحث بتحديد ما إذا كان إدراك الجودة يختلف باختلاف خصائص المستفيدين، وهو ما يضيف دقة وموضوعية على النتائج من خلال فحص التباينات الدقيقة داخل عينة الدراسة في مدينة الرياض.

- تحليل الانحدار:

لتحقيق هدف الدراسة الجوهرية والتمثل في قياس أثر المتغير المستقل (التأمين الصحي الإلزامي) على المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، تم استخدام تحليل الانحدار البسيط (Simple Regression Analysis). وتكمن القيمة العلمية لهذا الاختبار في قدرته ليس فقط على إثبات وجود العلاقة، بل على تحديد 'قوة التأثير' وقياس مقدار التغير التنبؤي في مستوى الجودة نتيجة لتطبيق أنظمة التأمين. ومن خلال استخراج معامل التحديد (R^2) ومعامل

(Beta)، تمكنت الدراسة من تقديم دليل إحصائي قاطع يثبت مدى مساهمة التأمين الصحي الإلزامي كمتغير استراتيجي في الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية في المستشفيات الخاصة، مما يدعم صحة فرضيات الدراسة ويؤكد دور التأمين كأداة تطويرية للجودة.

- اختبار T-test:

استخدمت الدراسة اختبار (ت) للمجموعات المستقلة (Independent Samples T-Test)؛ وذلك للكشف عن دلالة الفروق الإحصائية في إجابات أفراد العينة حول أثر التأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية والتي قد تُعزى لمتغيرات ديموغرافية ثنائية التقسيم (مثل نوع الجنس: ذكر/أنثى). وتكمن أهمية هذا الاختبار في قدرته العالية على المقارنة بين متوسطي مجموعتين منفصلتين وتحديد ما إذا كان الفرق بينهما حقيقياً وذو دلالة إحصائية أم أنه ناتج عن الصدفة. وقد ساعد استخدام هذا الاختبار الباحث في التأكد من مدى تجانس آراء المستفيدين بمختلف فئاتهم حول جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الخاصة بمدينة الرياض، مما يعزز من شمولية التحليل ودقة النتائج النهائية.

الفصل السادس

التحليل الإحصائي:

1-6 مقدمة:

يتناول هذا الفصل عرض نتائج التحليل الإحصائي للبيانات التي تم جمعها من خلال الاستبانة.

وقد تم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS من أجل اختبار فرضيات الدراسة.

النسبة	العدد	الجنس
60%	180	ذكور
40%	120	إناث
100%	300	المجموع

تشير النتائج إلى أن نسبة الذكور كانت أعلى من نسبة الإناث في عينة الدراسة.

جدول (2) توزيع العينة حسب العمر:

النسبة	العدد	العمر
30%	90	أقل من 30
40%	120	40 – 30
30%	90	أكثر من 40

تشير النتائج إلى أن الفئة العمرية من 30 إلى 40 سنة تمثل النسبة الأكبر.

جدول (3) المستوى التعليمي:

النسبة	العدد	المستوى
20%	60	ثانوي
30%	90	دبلوم
40%	120	بكالوريوس
10%	30	دراسات عليا

تشير النتائج إلى أن غالبية أفراد العينة يحملون درجة البكالوريوس.

6- 2 تحليل محور التأمين الصحي:

جدول (4):

الانحراف	المتوسط	العبرة
0.62	4.3	يسهل التأمين الحصول على الخدمات
0.81	3.9	الموافقات التأمينية سريعة
0.70	4.1	التغطية مناسبة
0.74	4.0	شبكة المستشفيات كافية
0.65	4.2	الخدمات سهلة الاستخدام

تشير النتائج إلى أن التأمين الصحي الإلزامي ساهم في تسهيل الحصول على الخدمات الصحية.

3-6 تحليل جودة الخدمات الصحية:

الانحراف	المتوسط	العبرة
0.71	4.0	مدة الانتظار قصيرة
0.60	4.3	خدمات الأطباء جيدة
0.55	4.4	المستشفى نظيف
0.64	4.2	الأجهزة حديثة
0.66	4.3	مستوى الرضا مرتفع

تشير النتائج إلى أن مستوى جودة الخدمات الصحية مرتفع.

4-6 اختبار الفرضية:

المتغير	Beta	Sig
التأمين الصحي	0.72	0.001

تشير النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين التأمين الصحي الإلزامي وتحسين جودة الخدمات الصحية.

الفصل السابع

مناقشة نتائج الدراسة:

1-7 مقدمة:

يُخصص هذا الفصل لمراجعة ومناقشة أهم النتائج التي نتجت عن الدراسة الحالية، وتحليل دلالاتها العميقة بناءً على الأهداف الأساسية والأسئلة البحثية التي انطلقت منها، مع التركيز المنهجي على ربط هذه النتائج بما ورد في الأدبيات والدراسات السابقة التي تناولت تقاطعات التأمين الصحي مع مستويات جودة الخدمات الطبية.

ونظراً لأن هذه الدراسة قد تمحورت حول هدف استراتيجي رئيسي يتمثل في دراسة وقياس تأثير تطبيق نظام التأمين الصحي الإلزامي على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة داخل منشآت القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية، فقد جاءت النتائج لتتوج هذا الجهد البحثي بوضوح. فقد أثبتت التحليلات والنتائج وجود علاقة مباشرة وإيجابية قوية

ذات دلالة عملية إحصائية بين تطبيق التأمين الصحي الإلزامي والتحسين الملحوظ في جودة الخدمات الصحية، مما يثبت بشكل قاطع الدور الفعال والحيوي الذي تقوم به هذه المنظومة في دفع عجلة التطوير المؤسسي، وتعزيز التنافسية الإيجابية، وتحسين كفاءة الرعاية الطبية المقدمة للمستفيدين في القطاع الخاص.

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية بين التأمين الصحي الإلزامي وتحسين جودة الخدمات الصحية.

2-7 مناقشة نتائج التأمين الصحي:

مناقشة نتائج التأمين الصحي جودة الخدمات:

أظهرت نتائج الدراسة أن التأمين الصحي الإلزامي ساهم بشكل فعال في تسهيل حصول المرضى على الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة. وقد يعود ذلك إلى أن التأمين الصحي يوفر تغطية مالية تقلل الأعباء على المرضى، مما يشجعهم على مراجعة المؤسسات الصحية عند الحاجة دون تردد. كما أن التزام شركات التأمين بتوفير شبكة واسعة من المستشفيات ساهم بشكل مباشر في تسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية.

وفيما يخص الجودة، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة كان مرتفعاً بشكل عام. ويمكن تفسير هذا الارتفاع بالمنافسة الشديدة بين المستشفيات الخاصة في جذب المرضى المؤمن عليهم، حيث تسعى هذه المؤسسات جاهدة للحفاظ على تعاقداتها مع شركات التأمين. ولتحقيق ذلك، تحرص المستشفيات الخاصة على توفير أجهزة طبية حديثة وكوادر طبية مؤهلة، مما ينعكس إيجاباً على تحسين مستوى الخدمات الصحية وفترات الانتظار لتصبح مقبولة مقارنة بالقطاعات الأخرى.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة كان مرتفعاً بشكل عام.

وقد يعود ذلك إلى المنافسة بين المستشفيات الخاصة في جذب المرضى المؤمن عليهم.

كما أن المستشفيات الخاصة تحرص على توفير أجهزة طبية حديثة وكوادر طبية مؤهلة من أجل تحسين مستوى الخدمات الصحية.

كما أظهرت النتائج أن مدة الانتظار في المستشفيات الخاصة تعتبر مقبولة مقارنة بالمستشفيات الحكومية.

7-3 مناقشة نتائج رضا المرضى:

أسفرت التحليلات المرتبطة بنتائج الدراسة عن مؤشرات إيجابية واضحة، تمثلت في وصول مستويات رضا المرضى عن جميع الخدمات الصحية المقدمة داخل مؤسسات القطاع الصحي الخاص إلى درجات عالية ومتقدمة. ولا شك أن هذا التقييم المرتفع لا يأتي من عدم، بل هو نتيجة مباشرة لتضافر مجموعة من العوامل الأساسية والتشغيلية التي تصدرها كفاءة وجودة

الرعاية الطبية المقدمة، بالإضافة إلى السرعة والمرونة العالية في إنجاز الإجراءات وتقديم الخدمة دون تأخير. وإلى جانب الأبعاد التنظيمية والتقنية، لعب الجانب الإنساني والسلوكي دوراً مهماً للغاية؛ فقد ساهمت المعاملة الجيدة من الطواقم الطبية والإدارية واحترافيته العالية في التواصل مع المرضى في تعزيز شعورهم بالراحة والاطمئنان، مما انعكس بطريقة مباشرة وملموسة على زيادة مستويات رضاهم العام وتعميق ثقتهم بالتجربة العلاجية بالكامل.

4-7 مقارنة النتائج بالدراسات السابقة:

تؤكد نتائج هذه الدراسة مجموعة كبيرة من الأبحاث السابقة التي تُبرز وجود علاقة إيجابية قوية بين امتلاك التأمين الصحي وجودة الرعاية الصحية المُتلقاة. تُظهر البيانات بوضوح أن امتلاك التأمين الصحي يُسهّل الوصول إلى الخدمات الطبية، مما يسمح للمرضى بطلب الرعاية على الفور ودون تأخيرات غير ضرورية. علاوة على ذلك، تُساعد التغطية التأمينية على تقليل العقبات الإدارية والمالية التي غالباً ما تمنع الأفراد من الحصول على العلاج اللازم، وبالتالي تعزيز استخدام أكثر اتساقاً وإنصافاً للرعاية الصحية. تُشير الدراسة أيضاً إلى أن المرضى المؤمّن عليهم يميلون إلى الإبلاغ عن مستويات أعلى من الرضا عن تجاربهم في مجال الرعاية

الصحية، مما يؤكد أهمية التأمين في تحسين تصورات المرضى ورفاهيتهم بشكل عام. تُعزز هذه النتائج النظريات الراسخة التي تؤكد الدور الحاسم للتأمين الصحي في تحسين نتائج الرعاية الصحية، وتتوافق بسلاسة مع الأدبيات العلمية الأوسع التي تُنادي بتوسيع نطاق التغطية كوسيلة لرفع مستوى خدمات الرعاية الصحية وتسهيل الوصول إليها.

الفصل الثامن

الخاتمة:

يُبرز هذا البحث الأثر الكبير لنظام التأمين الصحي الإلزامي في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الخاصة في المملكة العربية السعودية. وكان الهدف الرئيسي هو دراسة العلاقة بين التغطية التأمينية ومعايير الرعاية الصحية المختلفة، بما في ذلك الجودة الفنية، وسهولة وصول المرضى، ومستويات رضاهم. وتُظهر النتائج أن تطبيق التأمين الإلزامي قد ساهم بشكل كبير في تحسين جوانب متعددة من تقديم الرعاية الصحية. فقد أدى، على وجه الخصوص، إلى تعزيز المعايير الفنية، وتسهيل الوصول إلى الخدمات الطبية، وتقليل فترات الانتظار، ورفع مستوى رضا المرضى بشكل عام. بالإضافة إلى ذلك، يُساعد النظام في معالجة وتجاوز العقبات الشائعة التي يواجهها المرضى، مما يُبسط عملية تلقي الرعاية ويضمن تقديم خدمات أكثر كفاءة. وتُسلط الدراسة الضوء على الحاجة الملحة إلى التطوير والتحديث المستمرين لإطار التأمين الصحي، باعتباره عنصرًا استراتيجيًا حيويًا لتعزيز التقدم المُستدام في مجال الرعاية الصحية

داخل المملكة. وتُعد هذه التحسينات المُستمرة ضرورية للتوافق مع أهداف الصحة طويلة الأجل التي وضعتها المملكة، ولضمان استمرار خدمات الرعاية الصحية في الصمود وسهولة الوصول إليها وجودتها العالية في مواجهة التحديات المُتغيرة. بشكل عام، تدعو النتائج إلى الاستثمار المستدام وتحسين السياسات في قطاع التأمين لدعم الهدف الأوسع المتمثل في تحقيق رعاية صحية شاملة وعادلة وفعالة لجميع سكان المملكة العربية السعودية.

نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

وجود أثر إيجابي للتأمين الصحي الإلزامي على جودة الخدمات الصحية.

يسهم التأمين الصحي الإلزامي في تسهيل الحصول على الخدمات الصحية ويساعد في تقليل مدة الانتظار وزيادة رضا المرضى وتطوير القطاع الصحي الخاص وأيضا تحسين مستوى الخدمات الصحية.

توصيات الدراسة:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة، والتي أثبتت وجود أثر إيجابي وفَعّال للتأمين الصحي الإلزامي على تحسين جودة الخدمات الصحية في القطاع الخاص، توصي الدراسة بالآتي:

تطوير الأنظمة التقنية

تطوير الأنظمة الإلكترونية الخاصة بالتأمين الصحي بشكل يضمن تحسين وتسريع الموافقات التأمينية، وتفعيل التنسيق الآلي لتقليل فترات انتظار المرضى في العيادات.

تعزيز الكفاءة التشغيلية

تطوير نظام المواعيد الإلكترونية، وتحسين التنسيق المباشر بين شركات التأمين والمستشفيات لتجاوز أي عقبات إدارية تعطل تقديم الخدمة.

الارتقاء بالخدمة الطبية

الاستمرار في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة من خلال تحسين تدريب الكوادر الصحية وتوفير أحدث الأجهزة.

الشمولية والتوسع

توسيع نطاق التغطية التأمينية لتشمل خدمات طبية أكثر تنوعاً، مع تشجيع زيادة عدد المستشفيات الخاصة لتخفيف الضغط على الشبكة الحالية.

توعية المستفيدين

زيادة وعي المرضى بحقوقهم التأمينية بوضوح وتحسين مستوى خدمة العملاء في شركات التأمين الصحي لضمان تجربة صحية متكاملة ومُرضية.

محدودية الدراسة والمقترحات للبحوث المستقبلية:

تقترح الدراسة إجراء دراسات مستقبلية حول الموضوعات التالية:

- أثر التحول الرقمي على التأمين الصحي.
- رضا المرضى عن شركات التأمين الصحي.
- جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية.
- تكلفة التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية.
- كفاءة شركات التأمين الصحي.

إضافة منهجية مقترحة: محدوديّة عينة الدراسة والدعوة للتقييم متعدد الأطراف:

1. التوصيف المنهجي لنطاق العينة الحالي وجوانبه القوية
اعتمدت الدراسة الحالية في بناء استراتيجيتها الميدانية على استهداف فئة
المستفيدين والمرضى المؤمن عليهم في مستشفيات القطاع الخاص بمدينة
الرياض. ويُعد هذا الاختيار منطقياً ومبرراً من الناحية العلمية؛ كون
المريض يمثل المستهدف النهائي من كافة التحسينات الاستراتيجية والتشغيلية
في منظومة الرعاية الصحية، وهو الحَكَم الأساسي على أبعاد الجودة المدركة
مثل سهولة الوصول، تقليص فترات الانتظار، ومستوى الرضا العام.
غير أنه من منظور المنهجيات الإدارية الحديثة في التحليل الصحي، فإن
تقييم أثر أنظمة التأمين الصحي الإلزامي على جودة الرعاية يُعتبر ظاهرة
مركبة تتداخل فيها أدوار ومصالح أطراف متعددة (*Multi-Stakeholder Perspective*).

2. محددات الاختصار على أفق المستفيدين (المرضى)
على الرغم من الأهمية الجوهرية لآراء المرضى، إلا أن التركيز الحصري
على هذه الفئة يفرض بعض المحددات المنهجية التي يجدر التنويه بها
لتطوير الأطر البحثية المستقبلية:

- غياب البعد الفني والتشغيلي الداخلي: يستطيع المريض تقييم تجارب
الخدمات المباشرة (مثل حسن التعامل، نظافة المنشأة، وزمن
الانتظار)، لكنه قد لا يمتلك أدوات التقييم الفني الدقيق لكفاءة
البروتوكولات الطبية، أو إدارة المخاطر الإكلينيكية، أو مدى التزام
المستشفى بمعايير اعتماد الجودة الوطنية والدولية (مثل سباهي
CBAHI أو *JCI*).

الانحياز الانطباعي التجريبي: تتأثر استجابات المرضى في كثير من الأحيان بالتجربة الشخصية اللحظية (مثل التأخر في صيدلية المستشفى أو الانطباع النفسي عند عيادة الطبيب)، مما قد يعكس انطباعات فردية عاطفية أكثر من كونها تقييماً مؤسسياً هادئاً وموضوعياً للخدمة.

إغفال التحديات الإدارية والتعاقدية: لا تظهر للمريض التعقيدات الإدارية والمالية الشديدة التي تحدث خلف الكواليس بين إدارات المستشفيات وشركات التأمين، مثل آليات تسوية المطالبات المالية، ونسب رفض الموافقات الطبية، وتكاليف التشغيل التنافسية.

3. Value Addition: القيمة المضافة لإدراج آراء مقدمي الخدمة ومدراء الجودة:

إن توسيع نطاق البحث ليشمل مقدمي الخدمة الصحية (الأطباء والكوادر التمريضية) ومدراء الجودة والقيادات الإدارية بالمستشفيات يضيف بعداً تحليلياً متكاملًا ويحقق توازناً بدارسة الظاهرة من زواياها المختلفة:

أولاً: أفق مدراء الجودة والتخطيط الاستراتيجي

1. قياس الامتثال للمعايير الإكلينيكية: يمتلك مدراء الجودة الرؤية

التحليلية الشاملة حول كيفية قيام نظام التأمين الإلزامي بدفع المستشفيات لتبني معايير السلامة والجودة العالمية لاستيفاء متطلبات مجلس الضمان الصحي والتنافس في السوق.

2. تحليل الفعالية التشغيلية: يوضح مدراء الجودة الأثر الحقيقي للأنظمة الإلكترونية والربط المباشر مع شركات التأمين في تقليل الهدر الإداري وسرعة معالجة الملفات التأمينية.

3. **التوازن بين التكلفة والجودة:** يتيح استطلاع رأي الإدارة فهم التحدي المتمثل في الموازنة بين تقديم رعاية صحية عالية الجودة وتغطية التكاليف التشغيلية المرتفعة ضمن سقف الأسعار المحدد من وثائق التأمين.

ثانياً: أفق الطواقم الطبية والصحية (الأطباء والتمريض)

1. **مرونة واتخاذ القرارات الطبية:** يوفر الأطباء تقييماً دقيقاً حول مدى تأثير الاشتراطات التأمينية وقرارات موافقات الشركات على حريتهم الإكلينيكية في اختيار العلاجات أو الفحوصات التشخيصية المتقدمة للمرضى.
2. **ضغط العمل والتدفق التشغيلي:** يسهم مقدمو الخدمة المباشرون في بيان أثر زيادة إقبال المرضى المؤمن عليهم على عبء العمل اليومي، وكيف يؤثر ذلك على زمن الاستشارة الطبية المتاحة لكل مريض وجودة الرعاية المقدمة.

4. **رؤية منهجية مقترحة للأبحاث المستقبلية (Model Synthesis)**
بناءً على هذا التحليل، نوصي الأبحاث والدراسات الأكاديمية القادمة بتطوير أطر منهجية تعتمد على التقييم الثلاثي الأبعاد (Triangulation Approach) للتحقق من أثر التأمين الصحي على الجودة.

إن بناء استبيانات ومقابلات موجهة لكل فئة من هذه الفئات الثلاث يسمح بمقارنة النتائج وتقاطعاتها إحصائياً، مما يكشف عن التباين الحقيقي بين "الجودة المدركة من المريض" و "الجودة المطبقة فعلياً في المنشأة"، وبالتالي يزود صناع القرار في وزارة الصحة ومجلس الضمان الصحي برؤية استراتيجية شمولية تتسم بأعلى درجات الموثوقية والدقة.

المراجع

أولاً: التقارير والوثائق الحكومية والرسمية

- مجلس الضمان الصحي. (2024). التقرير السنوي لسوق

التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية.

الرياض، المملكة العربية السعودية: مجلس الضمان الصحي.

- منظمة الصحة العالمية. (2022). إطار قياس جودة الرعاية

الصحية والتغطية الصحية الشاملة. المكتب الإقليمي لشرق

المتوسط.

- وزارة الصحة السعودية. (2023). التقرير الإحصائي السنوي لعام

2023. الرياض، المملكة العربية السعودية: البوابة الإلكترونية

لوزارة الصحة.

ثانياً: الكتب العلمية والأكاديمية

- العتيبي، محمد بن فهد. (2020). نظم التأمين الصحي وإدارتها: التمويل والحوكمة في المؤسسات الصحية (ط. 2). الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

السلمي، أحمد بن سعيد. (2021). إدارة الخدمات الصحية والجودة الشاملة في المستشفيات. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

ثالثاً: الدوريات والمجلات العلمية المحكمة

- الزهراني، عبد الله بن علي. (2023). أثر التغطية التأمينية الإلزامية على كفاءة الأداء التشغيلي في مستشفيات القطاع الخاص بمدينة الرياض. المجلة العربية للإدارة الصحية، 15(2)، 45-68.

- الشهري، سعيد بن محمد، والعتيبي، خالد بن عبد الله. (2022). أبعاد جودة الخدمات الطبية وعلاقتها برضا المراجعين في القطاع الصحي الخاص. مجلة العلوم الإدارية والاقتصادية، 28(1)، 112-135.

- الغامدي، نورة بنت سعد. (2024). التحديات الإدارية
والموافقات التأمينية في المنشآت الصحية الخاصة بالمملكة
العربية السعودية: دراسة ميدانية. المجلة السعودية لإدارة
الرعاية الصحية، 9(3)، 89-110.

إهداء

إلى الروح الطاهرة التي غادرت الدنيا قبل أن تراك عيني، ولكنها سكنت وجداني، إلى والدي "رحمه الله"، الذي كان طيفه الدافع الخفي وراء كل خطوة نجاح، أهدي إليك هذا العمل ليكون برّاً مستمراً ودعاءً لا ينقطع. إلى نبع الحنان والصبر، إلى من حملت الأمانة وحدها فكانت لي الأب والأم معاً، إلى والدتي العزيزة، أدام الله لي دعواتك التي كانت تفتح لي مغاليق الدروب.

إلى عائلتي وكل من آمن بي وساندني بكلمة أو موقف وأستاذي المؤطر.

ولأن لهذه الرحلة بطلاً خاض غمار التعب والجهد وحده، أهدي نجاح نهاية رحلة هاته الدراسة إلى "نفسي" تقديراً لكل لحظة سهر، ولكل عثرة نهضت بعدها أقوى، ولكل جهد بذلته في سبيل الوصول إلى هذه الغاية.