

تأثير مخاطر التأمين الصحي على ادارة المستشفيات

بالتطبيق على مستشفيات الرياض

إعداد الطالبة/

منيره فهد عبدالله اللحيدان

241000893

المشرف الثاني /

د. الفيصل حسن

المشرف الرئيسي /

د. أسماء أبو عنزة

العام الدراسي 2025/2024

المستخلص (Abstract):

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات، مع التركيز على المستشفيات في مدينة الرياض. تُعد أنظمة التأمين الصحي من أهم الوسائل لدعم الأفراد والمؤسسات الصحية، لكنها تحمل العديد من المخاطر التي تؤثر على كفاءة إدارة المستشفيات. تشمل هذه المخاطر تأخر سداد المستحقات من شركات التأمين، مما يؤدي إلى ضغوط مالية تُضعف قدرة المستشفيات على تقديم خدمات صحية مستدامة. إضافة إلى ذلك، يفرض التأمين الصحي تعقيدات إدارية مرتبطة بالتعامل مع المطالبات والقيود التي تفرضها شركات التأمين، مما يساهم في زيادة الأعباء التشغيلية ويؤثر على جودة الخدمات المقدمة.

تركز الدراسة على تحليل عدة جوانب؛ أبرزها المخاطر المالية والإدارية المرتبطة بسياسات التأمين الصحي وأثرها على الأداء المالي والإداري للمستشفيات. كما تسلط الضوء على كيفية تأثير هذه المخاطر على جودة الرعاية الصحية، من حيث توافر الموارد واستمرارية الخدمات. وبتحليل النتائج والتحديات، توصلت الدراسة إلى توصيات تتضمن استراتيجيات إدارة المخاطر التي تساعد على تحسين العلاقة بين المستشفيات وشركات التأمين، وتعزيز الشفافية، وتقليل أوقات الانتظار للحصول على المستحقات المالية. تُبرز الدراسة أهمية التعاون بين الأطراف المعنية ووضع سياسات رقابية لضمان تحسين جودة الرعاية الصحية واستدامة الأداء المالي والإداري للمستشفيات، مما يساهم في رفع مستوى رضا المرضى وتعزيز كفاءة النظام الصحي.

الكلمات المفتاحية:

التأمين الصحي، إدارة المخاطر، جودة الرعاية الصحية، كفاءة التشغيل، استدامة المستشفيات، المستشفيات في الرياض، التحديات المالية والإدارية، سياسات التأمين.

1	الفصل الأول
2	مقدمة (introduction) :
3	مشكلة الدراسة (Study Problem) :
4	أهمية الدراسة (Study Significance) :
5	أهداف الدراسة (Study Aims) :
6	تساؤلات الدراسة (Study questions) :
6	فروض الدراسة (Study Hypotheses) :
7	النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث (The scientific theory followed in preparing the research) :
8	خطوات تنفيذ النظرية في البحث (Steps for implementing the theory in research) :
9	تطبيق الإطار النظري :
11	الفصل الثاني
12	مقدمة (Introduction) :
12	المتغير التابع (Dependent Variable) :
12	تعريف المتغير التابع :
13	تفسير المتغير التابع :
13	أهمية تفسير المتغير التابع :
15	وصف المتغير التابع :
15	العناصر الأساسية لوصف المتغير التابع :
17	المقاييس المستخدمة لقياس المتغير التابع :
19	السياق في تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في الرياض :
21	المتغير المستقل (Independent Variable) :
21	تعريف المتغير المستقل :
21	تفسير المتغير المستقل :

22	تفسير المتغير المستقل في سياق البحث:
22	تحديد التأثير المحتمل لمستوى المخاطر:
22	التحكم والتلاعب بالمتغير المستقل:
22	دور الباحث في التحكم بالمتغير المستقل:
23	كيف يؤثر كل متغير على المتغير التابع:
	ما ستقدمه الدراسة الحالية مقارنة بالدراسات السابقة (The contribution of the current study compared to previous studies)
32	
33	الإطار النظري للدراسة (Theoretical Framework of the Study):
35	مكونات الإطار النظري للدراسة (Components of the theoretical framework of the study):
35	شرح النموذج النظري:
35	مكونات الإطار النظري:
37	شرح النموذج النظري المختار:
37	مكونات النموذج النظري المختار:
38	دعم الفرضيات وأسئلة البحث (Support for Hypotheses and Research Questions):
41	التكامل مع البحوث السابقة والبناءات النظرية:
42	التكامل مع البحوث السابقة:
43	التكامل مع البناءات النظرية:
44	البناء على المعرفة المتراكمة وتطوير نموذج متكامل:
45	الفصل الثالث
46	مقدمة (Introduction):
46	تصميم البحث (Research Design):
47	نوع التصميم:
47	المنهج المختلط (Mixed-Methods Approach):
47	عينة الدراسة:

48	أدوات جمع البيانات:
48	أساليب تحليل البيانات:
48	الاعتبارات الزمنية:
48	الاعتبارات الأخلاقية:
49	الخطوات العملية لتنفيذ البحث:
49	مرحلة التحضير والتخطيط:
49	مرحلة جمع البيانات:
49	مرحلة تنظيم البيانات:
49	مرحلة تحليل البيانات:
50	مرحلة تفسير النتائج:
50	مرحلة صياغة التقرير النهائي:
50	مرحلة تطبيق التوصيات ونشر النتائج:
50	مرحلة المتابعة والتقييم:
51	مجتمع البحث (Population of the Study):
51	مكونات مجتمع البحث:
52	خصائص مجتمع البحث :
52	حجم مجتمع البحث:
52	أهمية دراسة هذا المجتمع:
53	طريقة اختيار العينة (Sampling Method):
53	حجم العينة (Sample Size):
53	اعتبارات أخلاقية (Ethical Considerations):
54	خصائص العينة (Sample Characteristics):
54	تفاصيل اختيار العينة:
55	فوائد استخدام العينة العشوائية الطبقية:

55	محددات حجم العينة (Sample Size Determination) :
57	خطوات جمع البيانات وأداة جمع البيانات (Data Collection Procedures and Tools) :
57	خطوات جمع البيانات:
58	أدوات جمع البيانات:
59	ضمان جودة البيانات:
59	الاعتبارات الأخلاقية:
60	حدود الدراسة (Study Determinants):
60	الحدود الجغرافية (Geographical Boundaries):
60	الحدود الزمانية (Temporal Boundaries):
61	الحدود الموضوعية (Subject Boundaries):
62	الحدود الديموغرافية (Demographic Boundaries):
62	الحدود الاقتصادية (Economic Boundaries):
63	الحدود المنهجية (Methodological Boundaries):
63	الحدود القانونية والسياسية (Legal and Policy Boundaries):
64	الأدوات المستخدمة للتحليل الإحصائي (Methods of Analysis) :
64	أساليب التحليل الإحصائي:
66	أدوات التحليل النوعي (Qualitative Analysis Tools) :
66	البرمجيات المستخدمة للتحليل الإحصائي:
67	الفصل الرابع
69	بيانات العينة السابقة:
	Role of Education and Awareness in Insurance) دور التعليم والتوعية في استخدام التأمين
74	:(Utilization
74	:(Recommendations Based on the Findings) التوصيات المستخلصة من النتائج
75	 المراجع

79 الملاحق

الفصل الأول

1.1 مقدمة (introduction):

في عصرنا الحديث، تُعتبر أنظمة التأمين الصحي واحدة من الركائز الأساسية التي تدعم تقديم الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية. تعمل هذه الأنظمة على حماية الأفراد من الأعباء المالية الكبيرة التي قد تتجم عن تلقي العلاج الطبي، مما يساهم في ضمان حصولهم على الرعاية الصحية اللازمة دون الخوف من تكاليفها المرتفعة. إن هذا الدور الحيوي للتأمين الصحي لا يقتصر فقط على الأفراد، بل يمتد ليشمل المؤسسات الصحية، حيث تصبح إدارات المستشفيات المستفيد الرئيس من تطبيق نظم التأمين الصحي.

تُساهم هذه الأنظمة في تعزيز مستوى الخدمات الصحية، من خلال زيادة عدد المرضى القادرين على الاستفادة منها، وبالتالي تحسين العائدات المالية للمستشفيات. ومع ذلك، يصاحب هذه الفوائد مجموعة من التحديات والمخاطر التي قد تؤثر سلبًا على إدارة المستشفيات. فتعقيد سياسات التأمين الصحي وتعدد شركات التأمين، إضافةً إلى تأخير سداد المستحقات، يشكل تحديًا كبيرًا لإدارة المستشفيات. على سبيل المثال، قد تؤدي التكاليف المرتفعة لبعض الإجراءات الطبية إلى تفاقم الضغوط المالية على المستشفيات، مما يؤثر على قدرتها على تقديم خدماتها بشكل مستدام.

ليس من المفاجئ أن هذه القضايا ليست محصورة فقط في المملكة العربية السعودية، بل تعاني منها أنظمة الرعاية الصحية في معظم دول العالم. لكن في مدينة الرياض، التي تشهد توسعًا ملحوظًا في عدد المستشفيات والمراكز الصحية الكبرى، تبرز الحاجة الملحة لدراسة التأثيرات التي تتركها تلك المخاطر على إدارة المستشفيات.

تتعدى المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي مجرد التحديات المالية، حيث تؤثر أيضًا على الكفاءة التشغيلية وجودة الخدمات الصحية المقدمة. لذا، يتطلب فهم تلك المخاطر وإدارتها بشكل فعال جهودًا مضاعفة من إدارات المستشفيات، مما يستدعي استراتيجيات وحلول مبتكرة لتجاوز هذه التحديات.

بناءً على ما سبق، تهدف هذه الدراسة إلى تحليل تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في مدينة الرياض. ستتناول الدراسة العوامل المرتبطة بهذه المخاطر، مثل تعقيد سياسات التأمين وتأخير سداد المستحقات، وكيفية تأثيرها على الكفاءة التشغيلية وجودة الخدمات الصحية المقدمة. كما تسعى الدراسة إلى تقييم النتائج الناجمة عن هذه المخاطر على استدامة المستشفيات وقدرتها على التوسع وتحسين خدماتها. من خلال ذلك، سيتم تقديم توصيات واستراتيجيات عملية لإدارة هذه المخاطر بفعالية، مما يساهم في تحسين الرعاية الصحية المقدمة وتعزيز قدرة المستشفيات على تلبية احتياجات المرضى بشكل أفضل.

1.2 مشكلة الدراسة (Study Problem):

تتمحور مشكلة هذه الدراسة حول المخاطر المتعددة المرتبطة بنظم التأمين الصحي التي تواجهها المستشفيات في مدينة الرياض، وهي واحدة من أكبر المدن في المملكة العربية السعودية من حيث عدد المستشفيات وتنوع الخدمات الصحية. تعاني هذه المستشفيات من تحديات كبيرة في إدارة المخاطر، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى تأثيرات سلبية تؤثر على مستوى الخدمات الصحية وكفاءتها.

جوانب مشكلة الدراسة:

- 1. المخاطر المالية:** تواجه المستشفيات مخاطر مالية كبيرة نتيجة لتأخير شركات التأمين في سداد مستحققاتها. قد يؤدي هذا التأخير إلى عدم قدرة المستشفيات على تغطية التكاليف التشغيلية اليومية، مما يخلق ضغوطاً مالية تؤثر على استمرارية العمليات اليومية. وبمرور الوقت، قد يؤدي هذا إلى تقليل قدرة المستشفيات على تقديم الخدمات الطبية بشكل مناسب.
- 2. التعقيدات الإدارية:** تؤثر التعقيدات المرتبطة بالإدارة والتشريعات المتعلقة بالتأمين الصحي على أداء المستشفيات. تحتاج الإدارات إلى تخصيص موارد إضافية لإدارة العلاقة مع شركات التأمين، ما يعني تكبد تكاليف إضافية في الوقت والجهد. قد تؤدي هذه التعقيدات إلى إبطاء العمليات الإدارية، مما يؤثر على الكفاءة العامة للمستشفيات.
- 3. تأثيرات على جودة الخدمات الصحية:** قد تسفر سياسات التأمين عن تقليل جودة الخدمات الصحية المقدمة. في بعض الحالات، تضطر المستشفيات إلى الحد من بعض الخدمات أو تقليل الموارد المخصصة لتقديم رعاية ذات جودة عالية بسبب القيود المالية التي تفرضها شركات التأمين. هذا قد يؤدي إلى تدهور جودة الرعاية الصحية ويزيد من معدلات عدم رضا المرضى.
- 4. أثر المخاطر على استدامة المستشفيات:** تؤثر المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي أيضاً على استدامة المستشفيات. حيث إن عدم القدرة على تحقيق استدامة مالية قد يؤدي إلى تراجع مستوى الخدمات الصحية المقدمة، مما يؤثر على قدرة المستشفيات على التوسع أو تحسين خدماتها في المستقبل.
- 5. تأثير البيئة التنافسية:** في بيئة تضم عدداً كبيراً من المستشفيات والمراكز الصحية، تتزايد الضغوط التنافسية. وهذا يتطلب من المستشفيات تحسين كفاءتها وتقليل التكاليف، مما يجعلها أكثر عرضة لمخاطر التأمين الصحي.

من خلال دراسة هذه الجوانب المختلفة لمشكلة التأمين الصحي في المستشفيات بالرياض، تسعى هذه الدراسة إلى تقديم فهم أعمق لتلك المخاطر وكيفية تأثيرها على الأداء العام للمؤسسات الصحية، مما يسهم في تطوير استراتيجيات فعالة للتغلب عليها.

1.3 أهمية الدراسة (Study Significance):

تتجلى أهمية هذه الدراسة في تناول قضية حيوية تمس إدارات المستشفيات في المملكة العربية السعودية، خاصة في مدينة الرياض، التي تعكس واقعًا صحيًا متغيرًا ومعقدًا. فيما يلي عدة نقاط توضح أهمية هذه الدراسة:

1. **تحديد المخاطر المالية والإدارية:** تهدف الدراسة إلى تحليل المخاطر الرئيسية المتعلقة بالتأمين الصحي وكيفية أثرها على كفاءة إدارة المستشفيات. من خلال فهم هذه المخاطر، يمكن للإدارات الصحية تحسين أدائها الإداري وتقليل التأثير السلبي الذي قد تتجم عنه. سيكون هذا التحليل أداة فعالة في تعزيز إدارة الموارد المالية والبشرية، مما يسهم في تحسين فعالية العمليات اليومية.

2. **تحسين جودة الرعاية الصحية:** إن إدراك المخاطر المالية والإدارية المرتبطة بالتأمين الصحي سيمكن المستشفيات من وضع استراتيجيات فعالة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة. من خلال تحليل دقيق للمخاطر، يمكن للإدارات اتخاذ قرارات مستنيرة تهدف إلى تعزيز مستوى الرعاية الصحية، مما سيؤدي إلى تحسين تجربة المرضى وزيادة رضاهم عن الخدمات.

3. **إرشاد السياسات الصحية:** يمكن أن تُسهم الدراسة في توجيه صناع القرار وواضعي السياسات الصحية نحو تطوير إجراءات وتشريعات أكثر فعالية تتعلق بالتأمين الصحي. من خلال تقديم توصيات مبنية على تحليل دقيق للمشكلات، يمكن للدراسة أن تساعد في تحسين أداء المستشفيات وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية بكفاءة وفعالية.

4. **تعزيز التعاون بين شركات التأمين والمستشفيات:** من خلال تحليل المخاطر، يمكن تحسين التواصل والتعاون بين شركات التأمين وإدارات المستشفيات. يعد تقليل التأخير في سداد المستحقات أحد النتائج المحتملة لهذا التعاون، مما يسهم في ضمان تقديم خدمات صحية مستدامة. تعزيز العلاقة بين الطرفين يساعد أيضًا في تقليل النزاعات وتعزيز الشفافية.

5. **تقديم حلول مبتكرة:** تساعد الدراسة في استكشاف الحلول المبتكرة التي يمكن أن تُستخدم لمواجهة التحديات المرتبطة بالتأمين الصحي. من خلال البحث في تجارب مستشفيات أخرى وتطبيق أفضل الممارسات، يمكن لإدارات المستشفيات تطوير استراتيجيات جديدة تسهم في تحسين إدارة المخاطر.

تسلط هذه الدراسة الضوء على المخاطر المالية والإدارية المرتبطة بالتأمين الصحي في مستشفيات الرياض، مما يساعد في تحسين الأداء الإداري وجودة الرعاية الصحية. كما تساهم في توجيه السياسات الصحية وتعزيز التعاون بين شركات التأمين والمستشفيات، مما يساهم في تقديم خدمات صحية أكثر استدامة وكفاءة.

1.4 أهداف الدراسة (Study Aims):

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق عدة أهداف رئيسية تتعلق بفهم المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي وتأثيرها على إدارة المستشفيات في مدينة الرياض. فيما يلي تفاصيل هذه الأهداف:

1. **تحليل المخاطر المالية والإدارية:** تسعى الدراسة إلى تحديد وتحليل المخاطر المالية والإدارية المرتبطة بالتأمين الصحي والتي تؤثر على إدارة المستشفيات. يشمل ذلك:

- **تأخير السداد:** سيتم تحليل أسباب تأخير سداد المستحقات من قبل شركات التأمين وكيفية تأثير ذلك على السيولة المالية للمستشفيات.
- **عدم تغطية بعض الإجراءات:** دراسة الحالات التي لا تغطي فيها شركات التأمين بعض الإجراءات الطبية، مما يؤدي إلى زيادة الأعباء المالية على المستشفيات.
- **التأثير على العمليات اليومية:** سيتم تحليل كيفية تأثير هذه المخاطر على العمليات اليومية للمستشفيات، مثل قدرتها على تلبية احتياجات المرضى وضمان استمرارية الخدمات.

2. **تقييم تأثير التأمين الصحي على جودة الرعاية الصحية:** تهدف الدراسة إلى دراسة العلاقة بين سياسات التأمين الصحي وجودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى. يتضمن ذلك:

- **تحليل التأثيرات الإيجابية والسلبية:** سيتم تحليل كيف يمكن لسياسات التأمين أن تؤدي إلى تحسين جودة الرعاية الصحية أو تدهورها، وذلك بناءً على طبيعة التغطية ومستوى التأمين المتاح.
- **استطلاع آراء المرضى:** قد تتضمن الدراسة استطلاعات لرأي المرضى حول جودة الخدمات الصحية المقدمة تحت أنظمة التأمين، لفهم تجاربهم بشكل أفضل.

3. **اقتراح استراتيجيات لتحسين إدارة المخاطر:** ستقدم الدراسة مجموعة من الحلول والاستراتيجيات التي يمكن أن تتبناها إدارات المستشفيات للتعامل مع المخاطر الناجمة عن التأمين الصحي بفعالية، مثل:

- **تحسين التعاون مع شركات التأمين:** تطوير آليات فعالة للتواصل مع شركات التأمين لضمان سداد مستحقات المستشفيات في الوقت المناسب.

- **تبني نظم إدارة المخاطر:** اقتراح تطبيق نظم إدارة مخاطر شاملة تتيح للمستشفيات التعرف على المخاطر المحتملة والتعامل معها بفعالية، مما يسهم في تحسين الاستجابة للمشكلات عند ظهورها.

4. **تقديم توصيات لتحسين التشريعات والسياسات الصحية:** سيتم تقديم توصيات لصناع القرار والمشرعين تهدف إلى تحسين التشريعات والسياسات الصحية المتعلقة بالتأمين الصحي. هذه التوصيات تشمل:

- **تطوير سياسات التأمين:** اقتراح تطوير سياسات تأمين صحية تضمن تغطية شاملة وفعالة للرعاية الصحية المقدمة.

- **تعزيز الرقابة على شركات التأمين:** توصيات بضرورة وجود رقابة أكثر صرامة على شركات التأمين لضمان حقوق المستشفيات وتسهيل عمليات السداد.

من خلال تحقيق هذه الأهداف، تهدف الدراسة إلى تقديم رؤية شاملة تساعد في تحسين إدارة المخاطر في المستشفيات وتعزيز جودة الخدمات الصحية المقدمة، مما يؤدي في النهاية إلى تحسين النظام الصحي في مدينة الرياض.

1.5 تساؤلات الدراسة (Study questions):

السؤال الرئيسي:

ما هو تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في مدينة الرياض؟

الأسئلة الفرعية:

1. كيف تؤثر المخاطر المالية المرتبطة بالتأمين الصحي على كفاءة إدارة المستشفيات؟
2. ما هو تأثير التأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات؟
3. ما هي السياسات الإدارية التي تعتمد عليها المستشفيات للتعامل مع مخاطر التأمين الصحي؟
4. كيف يمكن تحسين إدارة المخاطر الصحية المتعلقة بالتأمين لتحقيق استدامة الرعاية الصحية في المستشفيات؟

1.6 فروض الدراسة (Study Hypotheses):

تسعى هذه الدراسة إلى اختبار مجموعة من الفروض التي تساعد في التحقق من تأثير المخاطر المالية والإدارية المرتبطة بالتأمين الصحي على كفاءة إدارة المستشفيات وجودة الخدمات الصحية. الفروض التي ستستند إليها الدراسة تشمل ما يلي:

1. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المخاطر المالية المرتبطة بالتأمين الصحي وكفاءة إدارة المستشفيات في الرياض: تهدف هذه الفرضية إلى اختبار مدى تأثير المخاطر المالية، مثل تأخير السداد من قبل شركات التأمين، على القدرة التشغيلية للمستشفيات وكفاءتها.

2. يؤثر التأمين الصحي بشكل سلبي على جودة الخدمات الصحية المقدمة، إذا لم يتم التعامل مع المخاطر المالية والإدارية بشكل فعال: سيتم دراسة هذه الفرضية من خلال تحليل تأثير السياسات التأمينية على مستوى الرعاية الصحية وجودة الخدمات المقدمة.

3. تعتمد المستشفيات في الرياض على استراتيجيات إدارية محددة للتعامل مع المخاطر المالية والإدارية المرتبطة بالتأمين الصحي: سيتم تحليل الاستراتيجيات المتبعة في المستشفيات ومدى فعاليتها في مواجهة هذه المخاطر.

4. تطبيق سياسات إدارة المخاطر الصحية بشكل فعال يساهم في تحسين كفاءة المستشفيات وتحقيق استدامة الرعاية الصحية: سيتم اختبار هذه الفرضية من خلال دراسة تأثير استراتيجيات إدارة المخاطر على الأداء العام للمستشفيات وجودة الرعاية المقدمة.

5. يوجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين تحسين التعاون بين المستشفيات وشركات التأمين وبين تقليل المخاطر المالية والإدارية: سيتم دراسة كيفية تأثير هذا التعاون على النتائج الصحية وكفاءة الخدمات المقدمة.

1.7 النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث (The scientific theory followed in preparing the research)

يعتمد هذا البحث على نظرية إدارة المخاطر الصحية كنموذج علمي لتحليل تأثير المخاطر المالية والإدارية المرتبطة بالتأمين الصحي على كفاءة إدارة المستشفيات وجودة الرعاية الصحية. تهدف هذه النظرية إلى تحديد وتقييم المخاطر المالية والإدارية، ووضع استراتيجيات فعالة للحد منها.

نظرية جودة الرعاية الصحية تساعد في فهم العلاقة بين جودة الخدمات الصحية والمخاطر المالية والإدارية. سيتم اختبار كيفية تأثير سياسات التأمين الصحي على جودة الرعاية المقدمة للمرضى.

نظرية الكفاءة الإدارية تشير إلى أهمية اتخاذ قرارات إدارية مدروسة لضمان تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمات الصحية، وسيتم استخدامها لتحليل مدى تأثير التأمين الصحي على العمليات الإدارية في المستشفيات.

1.8 خطوات تنفيذ النظرية في البحث (Steps for implementing the theory in research):

لتنفيذ نظرية إدارة المخاطر الصحية والنظريات المرتبطة في البحث، سيتم اتباع الخطوات التالية:

1. تحديد المتغيرات الأساسية للدراسة:

- المتغير المستقل: المخاطر المالية المرتبطة بالتأمين الصحي.
- المتغيرات التابعة: كفاءة إدارة المستشفيات، جودة الخدمات الصحية.

2. جمع البيانات:

- استخدام استبيانات موجهة للموظفين في المستشفيات لقياس تأثير المخاطر المالية على العمليات.
- إجراء مقابلات مع المدراء والمشرفين لفهم استراتيجيات الإدارة المتبعة.

3. تحليل العلاقة بين المتغيرات:

استخدام أدوات التحليل الإحصائي لفحص العلاقة بين المخاطر المالية وكفاءة الإدارة وجودة الخدمات.

4. تطبيق أبعاد نظرية إدارة المخاطر الصحية:

مقارنة الاستراتيجيات المستخدمة في المستشفيات بمبادئ نظرية إدارة المخاطر لتحليل الفجوات وتحسين الأداء.

5. تحليل الأنماط الإدارية:

دراسة سلوكيات الإدارة وتأثيرها على جودة الخدمات وكفاءة العمليات.

6. تطوير استراتيجيات لتحسين إدارة المخاطر:

تصميم استراتيجيات تستند إلى نتائج التحليل لتحسين كفاءة الإدارة وجودة الخدمات.

7. التقييم والتحقق:

اختبار فعالية التوصيات والاستراتيجيات المقترحة من خلال دراسة حالات وتحليل النتائج بعد التطبيق.

1.9 تطبيق الإطار النظري:

لتطبيق الإطار النظري بشكل فعال، سيتم اتباع الخطوات التالية:

1. تحليل الأساليب الإدارية المستخدمة:

جمع البيانات من استبيانات ومقابلات لتحديد الأساليب المستخدمة في إدارة المخاطر.

2. تقييم تأثير المخاطر المالية:

تحليل العلاقة بين المخاطر المالية وكفاءة المستشفيات وجودة الرعاية المقدمة.

3. تطوير إطار عمل لتحسين الاستراتيجيات:

بناءً على النتائج، سيتم تطوير إطار عمل لتحسين أساليب الإدارة في المستشفيات.

4. اختبار فعالية التدخلات:

تنفيذ التدخلات المقترحة في المستشفيات، ثم قياس التغيرات في الكفاءة والجودة.

5. المراجعة المستمرة والتحسين:

تحليل النتائج بشكل دوري وتحسين الاستراتيجيات بناءً على الدروس المستفادة.

بذلك يتضح أن العلاقة بين التأمين الصحي والمخاطر المرتبطة به تؤثر بشكل كبير على كفاءة إدارة المستشفيات وجودة الخدمات الصحية المقدمة. من خلال تحليل الفرضيات المختلفة والنظريات المتعلقة بإدارة المخاطر وجودة الرعاية، تمكنا من تحديد كيفية تأثير السياسات التأمينية على الأداء العام للمستشفيات في الرياض.

تؤكد النتائج المحتملة لهذا البحث أهمية وجود استراتيجيات فعالة لإدارة المخاطر الصحية، والتي يمكن أن تساهم في تحسين الكفاءة التشغيلية وتحقيق استدامة الرعاية الصحية. كما أن التعاون الجيد بين المستشفيات وشركات

التأمين يعتبر عاملاً أساسياً في تقليل المخاطر المالية والإدارية، مما يساهم في تحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى.

من خلال توظيف نظرية إدارة المخاطر الصحية ونظرية جودة الرعاية الصحية، نسعى إلى تقديم رؤى تحليلية تساهم في فهم أفضل للتحديات التي تواجهها المستشفيات في الرياض نتيجة التأمين الصحي. نتطلع إلى نتائج هذا البحث التي من شأنها أن تساهم في تحسين استراتيجيات الإدارة وتقليل المخاطر، مما يساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية ويعزز من كفاءة الأداء في قطاع الصحة.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة (Literature review)

2.1 مقدمة (Introduction):

تُعد الدراسات السابقة عنصراً أساسياً في إعداد الأبحاث العلمية، حيث تقدم إطاراً معرفياً يُعزز من فهم الموضوعات المعنية. في سياق البحث الحالي، يتمحور التركيز حول تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات، وخصوصاً في مدينة الرياض. تستعرض الدراسات السابقة الأبعاد المختلفة للمخاطر التي تواجهها المؤسسات الصحية نتيجة الضغوط المالية والتغيرات في السياسات التأمينية، وكيف تؤثر هذه المخاطر على فعالية الإدارة وجودة الرعاية الصحية المقدمة.

تهدف هذه المقدمة إلى تسليط الضوء على أبرز الاتجاهات البحثية التي تناولت العلاقة بين مخاطر التأمين الصحي وإدارة المستشفيات، مع التركيز على التحديات التي قد تطرأ نتيجة لهذه المخاطر على عمليات الإدارة والموارد البشرية. سيتم تحليل الأبحاث التي تناولت تأثير التأمين الصحي على اتخاذ القرارات الإدارية وإدارة الموارد المالية وكيفية التعامل مع المخاطر لضمان استمرارية الخدمات الصحية.

بالإضافة إلى ذلك، سنتناول الدراسات السابقة الأساليب والاستراتيجيات المعتمدة لتقليل تأثير مخاطر التأمين الصحي وتحسين مستوى الإدارة في المستشفيات، مما يوفر رؤية قيمة تُستخدم في تطوير استراتيجيات جديدة تدعم تحسين الأداء الإداري وجودة الرعاية الصحية. من خلال هذا التحليل، يسعى البحث الحالي إلى استكشاف الفجوات المعرفية في هذا المجال وتقديم إطار علمي شامل لفهم تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في الرياض.

2.2 المتغير التابع (Dependent Variable):

2.2.1 تعريف المتغير التابع:

المتغير التابع هو العنصر الذي يتأثر بالتغيرات التي تطرأ على المتغير المستقل، ويشكل محور القياس في أي دراسة علمية. بعبارة أخرى، يُمثل المتغير التابع النتائج أو التأثيرات الناجمة عن التغيرات في المتغيرات الأخرى. يُستخدم قياس هذا المتغير لتحديد ما إذا كانت هناك تأثيرات ملحوظة ناتجة عن التعديلات التي تتم على المتغير المستقل.

في سياق البحث الذي يتناول "تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في الرياض"، يتمثل المتغير التابع في أداء إدارة المستشفيات. يتغير هذا الأداء بناءً على المخاطر المتعلقة بالتأمين الصحي، ويعتبر موضوع البحث الرئيسي الذي يهدف إلى فهم كيف تؤثر تلك المخاطر على مختلف جوانب إدارة المستشفيات. من خلال

دراسة هذا المتغير، يمكن استنتاج استراتيجيات لتحسين الكفاءة الإدارية وجودة الخدمات الصحية المقدمة، خاصة في ظل التحديات التي تطرحها مخاطر التأمين الصحي.

2.2.2 تفسير المتغير التابع:

المتغير التابع يُعتبر العنصر أو الظاهرة التي يهدف الباحث إلى قياسها من أجل فهم كيفية تأثرها بالعوامل المتغيرة الأخرى، والتي تُعرف بالمتغيرات المستقلة. يُعبر هذا المتغير عن النتائج أو الآثار التي تحدث نتيجة لتغيرات في المتغيرات الأخرى. وبالتالي، يتم استخدام المتغير التابع لتحديد العلاقة بين هذه المتغيرات ومدى تأثير التغيرات الحادثة في المتغير المستقل.

في سياق الأبحاث، يُشكل المتغير التابع نقطة التركيز الأساسية، حيث يُعنى الباحث بفهم كيفية تطوره أو تغيره استجابةً لتأثيرات المتغير المستقل. لهذا السبب، يُعتبر قياس المتغير التابع وتحليله أمرًا ضروريًا للوصول إلى نتائج دقيقة وموثوقة.

على سبيل المثال، في البحث الجاري، يمثل الأداء الإداري للمستشفيات المتغير التابع. يتم قياس هذا المتغير لفهم كيفية تأثير المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي (المتغير المستقل) على جودة وكفاءة الإدارة. يهدف البحث إلى توضيح كيف يمكن أن تؤثر هذه المخاطر على فعالية الخدمات المقدمة في المستشفيات، مما يساعد في تحديد العلاقة بين التأمين الصحي وإدارة المستشفيات.

2.2.3 أهمية تفسير المتغير التابع:

تفسير المتغير التابع يحمل أهمية كبيرة في الأبحاث العلمية والدراسات الأكاديمية، حيث يساهم في توفير فهم أعمق للعلاقات بين المتغيرات المختلفة. فيما يلي بعض النقاط التي توضح هذه الأهمية بالتفصيل:

1. تحديد التأثيرات:

يتيح تفسير المتغير التابع للباحثين قياس وتحديد التأثيرات الناتجة عن المتغيرات المستقلة. من خلال فهم كيفية تغير المتغير التابع استجابةً لهذه المتغيرات، يمكن للباحثين تحديد ما إذا كانت هناك علاقة سببية واضحة بينهما.

2. تحليل الأداء :

في العديد من الدراسات، يساعد تفسير المتغير التابع في تحليل الأداء والنتائج. على سبيل المثال، إذا كانت الدراسة تتعلق بأداء المستشفيات، فإن تفسير المتغير التابع يمكن أن يوفر رؤى حول كيف تؤثر عوامل مثل مخاطر التأمين الصحي أو أساليب الإدارة على جودة الخدمات المقدمة.

3. توجيه السياسات والقرارات:

من خلال فهم كيفية تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع، يمكن للباحثين تقديم توصيات مستندة إلى أدلة حول كيفية تحسين الأداء أو اتخاذ قرارات استراتيجية. في مجال إدارة المستشفيات، يمكن أن تساعد النتائج المستخلصة في تحسين العمليات الإدارية وتطوير سياسات أفضل.

4. تطوير الأطر النظرية:

يُعتبر تفسير المتغير التابع جزءًا أساسيًا من بناء الأطر النظرية. من خلال دراسة كيف تتفاعل المتغيرات المختلفة، يمكن للباحثين تطوير نماذج نظرية تساعد في فهم الظواهر المعقدة بشكل أفضل.

5. تحقيق الفهم الشامل:

يساعد تفسير المتغير التابع في تحقيق فهم شامل للمسألة محل الدراسة. من خلال تحليل كيفية تأثير المتغيرات المختلفة على المتغير التابع، يمكن للباحثين تكوين صورة واضحة عن الديناميكيات المعقدة في المجالات التي يدرسونها.

6. تحفيز البحث المستقبلي:

يمكن أن تفتح نتائج تفسير المتغير التابع أبوابًا لمزيد من الأبحاث في المستقبل. ففهم العلاقة بين المتغيرات قد يؤدي إلى طرح أسئلة جديدة ويحفز الباحثين على استكشاف مواضيع أخرى مرتبطة.

بشكل عام، يُعتبر تفسير المتغير التابع أمرًا ضروريًا لتحقيق الأهداف البحثية. من خلال توفير رؤى عميقة حول العلاقات بين المتغيرات، يساعد الباحثين في بناء معرفة جديدة، وتقديم توصيات مبنية على الأدلة، وفهم الظواهر بشكل أعمق.

2.2.4 وصف المتغير التابع:

إدارة المستشفيات هي عملية معقدة تتطلب دراسة وتحليل مجموعة متنوعة من العوامل التي تؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة وكفاءة العمليات الإدارية. يعد المتغير التابع في هذا السياق هو "إدارة المستشفيات" والتي تتأثر بمجموعة من العوامل مثل مخاطر التأمين الصحي، السياسات المالية، والموارد البشرية.

2.2.5 العناصر الأساسية لوصف المتغير التابع:

2.2.5.1 تعريف:

تشير إدارة المستشفيات إلى مجموعة من الأنشطة والعمليات التي تهدف إلى تنظيم وتنسيق وتوجيه موارد المستشفى لتقديم الرعاية الصحية بشكل فعال. تشمل هذه الأنشطة التخطيط، التنظيم، القيادة، والمراقبة لضمان تحقيق الأهداف الصحية والتجارية.

2.2.5.2 طرق القياس:

تتضمن طرق قياس المتغير التابع، الذي يتمثل في مؤشرات إدارة المستشفيات وتأثير مخاطر التأمين الصحي، مجموعة من الأساليب المتنوعة لجمع وتحليل البيانات، مما يساعد على توفير رؤية شاملة حول الأداء الفعلي للمستشفيات. من هذه الطرق:

• جمع البيانات من السجلات الطبية:

تُعتبر السجلات الطبية مصدرًا رئيسيًا للمعلومات حول حالة المرضى والعلاج الذي تلقوه. من خلال تحليل هذه السجلات، يمكن تحديد عدد المرضى الذين تم علاجهم، وأسباب دخولهم المستشفى، والمدة التي قضوها في المستشفى. كما يمكن استخدام هذه البيانات لتقييم نتائج العلاج ومدى تأثير مخاطر التأمين على جودة الخدمات المقدمة.

• استطلاعات رأي المرضى:

يُستخدم استطلاع آراء المرضى لجمع معلومات حول تجربتهم في المستشفى. يتم تصميم هذه الاستطلاعات لتشمل أسئلة حول الرضا العام عن الرعاية، والوقت المستغرق للحصول على العلاج، واستجابة طاقم العمل للاحتياجات. توفر نتائج هذه الاستطلاعات رؤية قيمة حول كيفية تأثير مخاطر التأمين على تجربة المرضى، مما يساعد في تقييم جودة الرعاية المقدمة.

- **تحليل التقارير المالية:**

تُعتبر التقارير المالية أداة أساسية لفهم التكاليف المرتبطة بالرعاية الصحية. من خلال تحليل هذه التقارير، يمكن تحديد تكاليف العلاج، ونفقات المستشفى، والإيرادات الناتجة عن التأمين الصحي. يساعد هذا التحليل في تقييم العلاقة بين المخاطر التأمينية والفعالية المالية للمستشفيات.

- **مؤشرات الأداء:**

يتم استخدام مجموعة من مؤشرات الأداء، مثل معدلات الإعادة للمعالجة، والأحداث السلبية، ومتوسط تكلفة العلاج لكل مريض. تساعد هذه المؤشرات في تحديد مدى تأثير مخاطر التأمين الصحي على الكفاءة التشغيلية وجودة الخدمات.

- **تحليل الاتجاهات الزمنية:**

يشمل هذا الأسلوب دراسة البيانات على مدى فترات زمنية مختلفة لتحديد الاتجاهات والتغيرات في مؤشرات الأداء. يساعد هذا التحليل في فهم كيفية تغير تأثير مخاطر التأمين على إدارة المستشفيات بمرور الوقت.

2.2.5.3 العلاقة مع المتغيرات المستقلة:

يتمثل التأثير المباشر لمخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في كيفية تأثير التغيرات في السياسات التأمينية على التكلفة والكفاءة وجودة الخدمات. على سبيل المثال، يمكن أن تؤدي سياسات التأمين الغير فعالة إلى ارتفاع التكاليف التشغيلية، مما ينعكس سلباً على قدرة المستشفى على تقديم رعاية عالية الجودة.

2.2.5.4 العلاقة مع المتغيرات المستقلة:

يُعتبر قياس مؤشرات إدارة المستشفيات أمراً حيوياً، حيث يتيح للباحثين والإداريين فهم العلاقة بين المخاطر التأمينية وأداء المستشفى. من خلال هذا القياس، يمكن تحديد مجالات التحسين وتطوير استراتيجيات لتقليل المخاطر وتحسين جودة الرعاية.

2.2.5.5 أهمية المتغير التابع في البحث:

يُعتبر قياس مؤشرات إدارة المستشفيات أمراً حيوياً، حيث يتيح للباحثين والإداريين فهم العلاقة بين المخاطر التأمينية وأداء المستشفى. من خلال هذا القياس، يمكن تحديد مجالات التحسين وتطوير استراتيجيات لتقليل المخاطر وتحسين جودة الرعاية.

2.2.5.6 تحليل الاتجاهات والنتائج:

في هذا البحث سيتم تحليل الاتجاهات في المتغير التابع "إدارة المستشفيات"، من خلال:

- **تحليل الأداء الإداري:**

سيتم دراسة بيانات الأداء الإداري للمستشفيات عبر فترة زمنية محددة لتحديد كيف تؤثر مخاطر التأمين الصحي على جودة الرعاية وكفاءة العمليات.

- **تحديد الأنماط:**

سيتحقق البحث من وجود أنماط واضحة في الأداء، مثل تغير تكاليف العلاج أو تأثيرها على رضا المرضى عند زيادة مخاطر التأمين.

- **فحص النتائج:**

سيتم تقييم تأثير مخاطر التأمين الصحي على عناصر مثل عدد المرضى المعالجين وتكاليف العلاج لتحديد العلاقة بين المخاطر والإدارة الفعالة للمستشفيات.

إدارة المستشفيات كمتغير تابع تعكس تفاعلات معقدة بين عدة عوامل تؤثر على جودة الرعاية وكفاءة العمليات. فهم هذا المتغير بشكل عميق يمكن أن يساهم في تحسين النتائج الصحية وتعزيز الأداء الإداري في المستشفيات، مما يؤدي إلى توفير رعاية صحية أفضل للمجتمع.

2.2.6 المقاييس المستخدمة لقياس المتغير التابع:

في البحث حول "تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات"، سيتم استخدام مجموعة متنوعة من المقاييس لقياس المتغير التابع، والذي يتمثل في إدارة المستشفيات. تهدف هذه المقاييس إلى تقديم رؤية شاملة حول تأثير مخاطر التأمين الصحي على جودة الرعاية وكفاءة العمليات الإدارية. تشمل هذه المقاييس:

- **عدد حالات التأمين الصحي المستخدمة (Number of Health Insurance Claims):**

يُعتبر عدد الحالات التي تم تقديم طلبات تأمين صحي بشأنها مقياسًا مباشرًا يُظهر مدى الاعتماد على التأمين في تقديم الخدمات الصحية. يتم جمع البيانات من سجلات التأمين الصحي الخاصة بالمستشفيات، وتشمل جميع الأنواع من الخدمات الطبية المقدمة للمرضى.

- **نسبة المرضى الذين يغطيهم التأمين (Percentage of Insured Patients):**

يقيس هذا المقياس النسبة المئوية للمرضى الذين يحصلون على تغطية تأمينية مقارنةً بعدد المرضى الكلي. يمكن حسابه من خلال المعادلة التالية:

$$\text{"نسبة المرضى المؤمن عليهم"} = [\text{عدد المرضى المؤمن عليهم} / \text{إجمالي عدد المرضى}] \times 100$$

يساعد هذا المقياس في تقييم تأثير التأمين الصحي على نسبة المرضى المستفيدين من الخدمات.

- **متوسط تكاليف العلاج لكل مريض (Average Treatment Cost per Patient):**

يستخدم هذا المقياس لتحديد متوسط التكاليف المتعلقة بتقديم الرعاية الصحية لكل مريض. يتم جمع البيانات من السجلات المالية للمستشفى، ويُعد أداة هامة لتحليل تأثير مخاطر التأمين على التكاليف التشغيلية.

- **معدلات الرضا عن الخدمات الصحية (Patient Satisfaction Rates):**

يتم قياس رضا المرضى عن الخدمات المقدمة من خلال استبيانات تهدف إلى تقييم التجربة العامة للمرضى مع المستشفى. تشمل الاستبيانات أسئلة حول جودة الرعاية، وقت الانتظار، والتفاعل مع الموظفين، مما يوفر بيانات قيمة حول مدى فعالية الإدارة في تلبية احتياجات المرضى.

- **معدل إعادة دخول المرضى (Readmission Rate):**

يُعتبر هذا المقياس مؤشرًا على جودة الرعاية المقدمة، حيث يقيس عدد المرضى الذين يتم إعادة إدخالهم إلى المستشفى بعد خروجهم. يُحسب باستخدام المعادلة:

$$\text{"معدل إعادة الدخول"} = [\text{عدد حالات إعادة الدخول} / \text{إجمالي عدد الخروج}] \times 100$$

يمكن أن تشير المعدلات العالية لإعادة الدخول إلى مشكلات في جودة الرعاية المقدمة أو عدم كفاية الدعم بعد الخروج.

- **معدل الأخطاء الطبية (Medical Error Rate):**

يقيس عدد الأخطاء الطبية المسجلة مقارنة بعدد الإجراءات الطبية المُنفذة. يتم جمع البيانات من سجلات الحوادث الطبية وتقارير الجودة، ويعكس هذا المقياس مدى كفاءة النظام الإداري في المستشفى.

• تحليل التقارير النوعية لمشكلات التأمين (Qualitative Analysis of Insurance Issues):

يتضمن مراجعة التقارير والبيانات المتعلقة بالمشكلات التي تنشأ نتيجة لمخاطر التأمين الصحي، مثل النزاعات حول التغطية أو الدفع. يُساهم هذا التحليل في توفير رؤى حول التحديات التي تواجهها المستشفيات وكيفية تأثيرها على الإدارة.

تساعد هذه المقاييس في تقديم تقييم شامل حول كيفية تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات وكفاءة خدمات الرعاية الصحية المقدمة.

2.2.7 السياق في تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في الرياض:

تعتبر مستشفيات الرياض جزءًا أساسيًا من النظام الصحي في المملكة العربية السعودية، حيث تلعب دورًا حيويًا في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمواطنين والمقيمين. ومع ذلك، فإن المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي تمثل تحديات مهمة تؤثر على أداء هذه المؤسسات الصحية، مما يستدعي دراسة شاملة لفهم هذه المخاطر وكيفية تأثيرها على إدارة المستشفيات.

2.2.7.1 التطورات الاقتصادية:

يشهد الاقتصاد السعودي حاليًا تحولات جذرية تتماشى مع رؤية 2030، مما أدى إلى زيادة الاستثمارات في القطاع الصحي. يتطلب ذلك من المستشفيات التأقلم مع هذه التغيرات وتطوير استراتيجيات فعالة للتعامل مع المخاطر المتعلقة بالتأمين الصحي.

ومع زيادة الضغوط التنافسية بين المستشفيات الخاصة والعامة، قد يؤدي ذلك إلى اتخاذ قرارات سريعة من قبل الإدارة قد تؤثر سلبًا على جودة الخدمات المقدمة، مثل تقليص معايير الأمان بهدف تحسين الكفاءة التشغيلية.

2.2.7.2 المعايير والتنظيمات:

تُطبق وزارة الصحة في المملكة معايير صارمة تضمن جودة الخدمات في المستشفيات، بالإضافة إلى توجيهات تتعلق بالتأمين الصحي. ومع ذلك، فإن تطبيق هذه المعايير يعتمد بشكل كبير على مدى التزام الإدارة بها.

يمكن أن يؤدي ضعف الالتزام من قبل الإدارة إلى زيادة احتمالية وقوع الأخطاء الطبية، وبالتالي ينعكس ذلك سلبًا على سلامة المرضى وتجربتهم في المستشفى.

2.2.7.3 تأثير التركيبة السكانية:

تواجه المستشفيات في الرياض تحديات متنوعة، بما في ذلك زيادة عدد المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة واحتياجات خاصة. يتطلب ذلك توفير تغطية تأمينية فعالة تضمن تلبية احتياجات جميع المرضى. عدم تغطية بعض الإجراءات الطبية من قبل شركات التأمين قد يؤدي إلى تفاقم الأوضاع الصحية للمرضى، ويضع ضغطاً إضافياً على إدارة المستشفى.

2.2.7.4 الصعوبات في تقديم الرعاية:

تواجه المستشفيات صعوبات مالية نتيجة للتأخيرات في دفع المستحقات من شركات التأمين، مما يؤثر على قدرتها على توفير الموارد اللازمة للرعاية الصحية. هذا الوضع يتطلب استراتيجيات فعالة لإدارة المخاطر وتحسين الكفاءة.

يتطلب الأمر من الإدارة التفكير في كيفية تحسين تدفقات السيولة والتعامل مع تحديات التأمين لضمان استمرارية تقديم الخدمات.

2.2.7.5 استراتيجيات جديدة للتنمية:

بدأ العديد من المستشفيات في الرياض بتبني برامج تدريبية تهدف إلى تعزيز فهم العاملين بالمخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي وكيفية التعامل معها بفاعلية. هذه الخطوات تعكس الجهود المبذولة لتحسين الجودة وتقليل المخاطر.

تسعى المستشفيات إلى تحسين التعاون مع شركات التأمين لضمان تغطية شاملة وتحسين جودة الخدمات، مما يساعد في تقديم رعاية أفضل للمرضى.

2.2.7.6 الإطار القانوني:

تعمل الحكومة السعودية على وضع تشريعات تهدف إلى تعزيز جودة الرعاية الصحية وتوفير بيئة آمنة للمرضى، حيث يشمل ذلك ضمان الامتثال لمعايير التأمين الصحي.

يتطلب الأمر من إدارات المستشفيات الالتزام الكامل بهذه التشريعات لتفادي المخاطر وتحقيق نتائج إيجابية في الأداء.

الخلاصة:

إن إدارة المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي في مستشفيات الرياض تتطلب استراتيجيات شاملة وفاعلة لضمان تقديم خدمات صحية عالية الجودة. تأثير هذه المخاطر على تجربة المرضى وأداء المستشفيات يجب أن يكون محور اهتمام البحث، مما يستدعي تطوير سياسات تهدف إلى تعزيز الجودة وتحقيق استدامة الرعاية الصحية في المملكة.

2.3 المتغير المستقل (Independent Variable):

2.3.1 تعريف المتغير المستقل:

المتغير المستقل هو العنصر الذي يقوم الباحث بتعديله أو التحكم فيه أثناء إجراء الدراسة لتحديد تأثيره على المتغير التابع. يُعتبر هذا المتغير بمثابة المحور الرئيسي في التجارب والدراسات العلمية، حيث يُستخدم لتحديد العوامل التي تسهم في حدوث التغيرات أو النتائج في المتغيرات الأخرى. كما يشير الباحث (Smith 2017) إلى أن: "المتغير المستقل هو الذي يتم التحكم فيه من قبل الباحث لاستكشاف تأثيره على متغيرات أخرى في سياق الدراسة."

في إطار البحث الحالي حول "تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في الرياض"، يُمثل مستوى المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي المتغير المستقل. يشمل هذا المتغير المخاطر المالية والإدارية والطبية التي تواجهها المستشفيات نتيجة للتحديات المرتبطة بسياسات التأمين الصحي، مثل التغيرات في معدلات التعويض، وفترات معالجة المطالبات، ومدى تغطية الخدمات.

2.3.2 تفسير المتغير المستقل:

المتغير المستقل هو العنصر الذي يسعى الباحث إلى دراسته لفهم تأثيره على المتغيرات الأخرى، وخاصة المتغير التابع. يُعتبر هذا المتغير أساسيًا في إطار البحث، حيث يُعدل مباشرة أو يُغير لاستكشاف النتائج المرتبطة به. فهم المتغير المستقل يساعد في تحليل العلاقات السببية بدقة، مما يُمكن الباحث من تقديم توصيات مبنية على الأدلة.

في سياق البحث الحالي، يُعتبر مستوى المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي المتغير المستقل. وهذا يشمل كيفية تأثير التغيرات في سياسات التأمين على إدارة المستشفيات وكفاءتها. تتضمن المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي

مجموعة من التحديات، مثل الأعباء المالية الناتجة عن التأخيرات في المدفوعات، أو التكاليف المرتفعة الناتجة عن التعقيدات في المطالبات، مما قد يؤدي إلى ضغط إداري يؤثر سلبًا على جودة الخدمات المقدمة.

من خلال دراسة العلاقة بين مستوى المخاطر الصحية (المتغير المستقل) وتأثيرها على كفاءة إدارة المستشفيات (المتغير التابع)، يهدف البحث إلى فهم كيف يمكن أن تؤثر هذه المخاطر على جودة الرعاية الصحية ورضا المرضى، وبالتالي تحسين استراتيجيات الإدارة للتعامل مع هذه التحديات بفعالية.

2.3.3 تفسير المتغير المستقل في سياق البحث:

2.3.3.1 تحديد التأثير المحتمل لمستوى المخاطر:

- تتعلق مخاطر التأمين الصحي بعوامل مثل التكاليف غير المتوقعة، وقلة التغطية للخدمات، وطول فترات الانتظار للمطالبات. هذه العوامل يمكن أن تؤثر سلبًا على أداء الإدارة في المستشفيات، مما يدل على وجود تأثير مباشر لمستوى المخاطر (المتغير المستقل) على النتائج الإدارية (المتغير التابع).
- كما أشار الباحث (Kim (2022 إلى أن "مستويات المخاطر المرتبطة بالتأمين يمكن أن تؤدي إلى نتائج سلبية في الأداء الإداري للمؤسسات الصحية".

2.3.3.2 التحكم والتلاعب بالمتغير المستقل:

- في هذه الدراسة، يُنظر إلى مخاطر التأمين الصحي كمتغير مستقل يمكن أن يتم تحليله لفهم تأثيراته. على سبيل المثال، يمكن مقارنة المستشفيات التي تواجه مستويات مرتفعة من المخاطر بتلك التي تتعامل مع مخاطر أقل، لفهم كيفية تأثير تلك المخاطر على الأداء الإداري.
- حيث أوضح أحمد وآخرون (2021) أن "تحديد المخاطر وتحليلها يمكن أن يساعد المؤسسات الصحية في تحسين الأداء".

2.3.3.3 دور الباحث في التحكم بالمتغير المستقل:

- في سياق الدراسات التجريبية، يمكن للباحث أن يتحكم في مستوى المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي من خلال تعديل استراتيجيات الإدارة أو تحسين السياسات التأمينية، ثم يقيس التغيرات التي تحدث في الأداء الإداري.
- كما ذكر Mays و Smith (2020) أن "استراتيجيات تحسين إدارة المخاطر تلعب دورًا رئيسيًا في تعزيز جودة الرعاية الصحية".

المتغير المستقل في هذه الدراسة هو مستوى المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي، والذي يقوم الباحث بتحليله لدراسة تأثيره على أداء إدارة المستشفيات. من خلال تقييم هذه المخاطر وتحسين السياسات المتعلقة بها، يمكن تقديم توصيات تهدف إلى تحسين الأداء الإداري في المستشفيات وتعزيز جودة الرعاية الصحية.

2.4 كيف يؤثر كل متغير على المتغير التابع:

في هذا البحث، يتأثر المتغير التابع (أداء الإدارة في المستشفيات) بعدة جوانب من المتغير المستقل (مستوى المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي). فيما يلي تأثير كل جانب على المتغير التابع:

1. التكاليف غير المتوقعة:

- عندما تزيد تكاليف التأمين الصحي بشكل غير متوقع، يمكن أن يؤثر ذلك على ميزانية المستشفى المخصصة لإدارة العمليات اليومية وتحسين الخدمات.
- هذه الزيادات غير المتوقعة قد تجعل إدارة المستشفى تواجه تحديات في تخصيص الموارد بفعالية. فبدلاً من توجيه الميزانية نحو تحسين جودة الرعاية الصحية أو تطوير التكنولوجيا، قد تضطر الإدارة لتغطية هذه التكاليف الإضافية، مما ينعكس سلباً على الأداء الكلي وجودة الخدمات المقدمة.

2. عدم التغطية الكافية للخدمات:

- في حالة عدم توفير تغطية كافية من شركات التأمين للخدمات الأساسية التي يحتاجها المرضى، قد يؤدي ذلك إلى تراجع رضا المرضى، والذي يعتبر عنصراً مهماً في تقييم أداء المستشفى.
- عندما لا يتمكن المستشفى من تلبية احتياجات المرضى بسبب نقص التغطية، تتأثر سمعة المستشفى سلباً، مما قد يقلل من قدرته على جذب مرضى جدد. كما أن ذلك يضع عبئاً إضافياً على الإدارة في محاولة لتعويض هذا النقص وضمان استمرارية تقديم الخدمات.

3. فترات الانتظار الطويلة للمطالبات:

- التأخير في معالجة المطالبات المالية من قبل شركات التأمين يمكن أن يؤدي إلى ضغوط مالية على المستشفى. فالمستشفيات تعتمد على استرداد التكاليف من شركات التأمين لتسيير عملياتها. في حال تأخرت هذه المعالجة، فقد تضطر الإدارة إلى تقليص الإنفاق على الخدمات أو تأجيل مشاريع تحسين البنية التحتية أو التحديثات التقنية، مما يؤثر سلباً على الجودة العامة للرعاية المقدمة.
- هذه التأخيرات تضع أيضاً ضغوطاً إضافية على الإدارة في محاولة لتجنب أزمات السيولة المالية.

4. ضعف استراتيجيات التواصل مع شركات التأمين:

- التواصل الفعال بين المستشفى وشركات التأمين أمر بالغ الأهمية لضمان سير العمل بسلاسة. إذا كانت استراتيجيات التواصل ضعيفة، فإن ذلك قد يؤدي إلى سوء فهم أو تأخير في الاتفاق على تغطية المطالبات أو معالجة النزاعات المتعلقة بالتأمين.
- هذا يعقد عملية الإدارة ويزيد من التحديات اليومية التي تواجهها المستشفى، ويزيد من الضغوط على الفريق الإداري في محاولته لتوضيح هذه النقاط مع شركات التأمين. كما قد يؤدي ضعف التواصل إلى زيادة الشكاوى من قبل المرضى ويضعف ثقتهم في النظام الصحي.

5. الإجهاد الناتج عن متطلبات التأمين:

- التعامل مع الإجراءات المعقدة لشركات التأمين يمكن أن يخلق مستويات عالية من الإجهاد بين موظفي المستشفى.
- على سبيل المثال، إذا كانت المتطلبات غير واضحة أو تتطلب وقتاً طويلاً للمعالجة، فإن ذلك قد يؤدي إلى تقليل كفاءة العمل ويؤثر بشكل سلبي على الروح المعنوية للموظفين. الموظفون المرهقون قد يصبحون أقل فاعلية في تقديم الرعاية الصحية، مما ينعكس بشكل مباشر على جودة الخدمات المقدمة للمرضى. وبالتالي، فإن إدارة المستشفى يجب أن تكون واعية لهذا الجانب لضمان تقديم الدعم المناسب للموظفين.

خلاصة:

كل جانب من جوانب مستوى المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي يمكن أن يؤثر بشكل كبير على المتغير التابع (أداء إدارة المستشفيات). إن فهم تأثير هذه المخاطر يساعد المستشفيات في تحسين خدماتها وضمان رضا المرضى. لذا، فإن تحليل هذه الجوانب يعد ضرورياً لفهم كيفية تأثير المتغير المستقل بشكل كامل على النتائج المتوقعة من البحث.

2.5 الدراسات السابقة (Previous studies):

تُعد دراسة تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات من المواضيع المهمة التي ترتبط بشكل وثيق بتحسين جودة الرعاية الصحية واستدامة الأداء المالي للمستشفيات. تعتمد هذه الدراسة على استعراض الأبحاث السابقة المتعلقة بتأثير التأمين الصحي على إدارة المستشفيات وكيف يمكن أن تؤثر المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية والاستدامة المالية للمستشفيات.

1. Risk Management and Financial Implications of Health Insurance in Hospitals: A Study on Saudi Hospitals (Journal of Healthcare Economics, 2022):

- **المحتوى:** تبحث هذه الدراسة في التأثير المالي لمخاطر التأمين الصحي على المستشفيات في المملكة العربية السعودية، بما في ذلك المستشفيات في الرياض، حيث تواجه تلك المؤسسات تحديات مالية مرتبطة بتعقيد المطالبات التأمينية وسداد المستحقات.
- **الأهداف:** تهدف إلى تحليل التأثير المالي للتأمين الصحي وكيفية تأثيره على العمليات المالية للمستشفيات، بالإضافة إلى تقديم استراتيجيات للتعامل مع المخاطر المالية.
- **النتائج:** وجدت الدراسة أن المستشفيات التي تعتمد بشكل أساسي على التأمين الصحي تواجه صعوبات في تحقيق التوازن المالي بسبب تأخيرات في سداد المستحقات من شركات التأمين، ما يؤدي إلى ضغوط على السيولة النقدية وإدارة التكاليف التشغيلية.

2. Challenges of Managing Health Insurance Claims in Riyadh Hospitals (Journal of Health Policy and Management, 2021)

- **المحتوى:** تستعرض الدراسة التحديات التي تواجه المستشفيات في الرياض عند التعامل مع مطالبات التأمين الصحي وكيف يؤثر ذلك على الكفاءة الإدارية للمستشفيات.
- **الأهداف:** تحليل العلاقة بين إدارة المطالبات الصحية وكفاءة التشغيل في المستشفيات، وكيف يمكن تحسين هذه العمليات لتقليل التكاليف الإدارية وزيادة الكفاءة.
- **النتائج:** أوضحت الدراسة أن تعقيدات المطالبات الصحية تستهلك قدراً كبيراً من الوقت والموارد الإدارية، ما يؤدي إلى تأخر في تقديم الخدمات وزيادة الضغط على الموارد البشرية في المستشفيات.

3. The Role of Health Insurance in Shaping Hospital Administration: A Focus on Financial and Operational Challenges (Middle Eastern Journal of Hospital Management, 2020)

- **المحتوى:** تبحث الدراسة في الدور الذي يلعبه التأمين الصحي في تشكيل إدارة المستشفيات، مع التركيز على التحديات المالية والتشغيلية التي تواجه المستشفيات في ضوء أنظمة التأمين.

- **الأهداف:** تقييم كيفية تأثير التأمين الصحي على الإدارة المالية والتشغيلية في المستشفيات، وتقديم حلول للتعامل مع التحديات الناجمة عن التأخير في السداد وزيادة التكاليف.

- **النتائج:** توصلت الدراسة إلى أن التأمين الصحي يُسهم في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية، لكنه يضيف أعباء مالية وإدارية كبيرة، تتطلب استراتيجيات متقدمة للتعامل معها بكفاءة.

4. Health Insurance and Its Impact on Hospital Financial Performance: A Study on Riyadh's Public Hospitals (Saudi Journal of Public Health, 2019)

- **المحتوى:** تستعرض هذه الدراسة تأثير التأمين الصحي على الأداء المالي للمستشفيات العامة في الرياض، حيث تركز على تقييم الآثار المالية السلبية والإيجابية التي يمكن أن يتركها التأمين على المستشفيات.

- **الأهداف:** تحليل الآثار المالية للتأمين الصحي على المستشفيات العامة وكيف يمكنها إدارة المخاطر المالية المرتبطة بأنظمة التأمين.

- **النتائج:** بينت الدراسة أن المستشفيات العامة تواجه تحديات كبيرة تتعلق بزيادة الأعباء المالية والتشغيلية نتيجة ارتفاع تكاليف تقديم الخدمات الصحية المدعومة بالتأمين، مما يستلزم تطوير استراتيجيات مبتكرة للتحكم في التكاليف وتعزيز الكفاءة المالية.

5. Risk and Reward: The Double-Edged Sword of Health Insurance in Saudi Hospitals (Global Journal of Healthcare Management, 2021)

- **المحتوى:** تبحث هذه الدراسة في الدور المزدوج للتأمين الصحي كمصدر للتمويل وفي الوقت نفسه كعامل يزيد من المخاطر التشغيلية في المستشفيات السعودية، بما في ذلك تلك في الرياض.

- **الأهداف:** استكشاف كيفية تأثير التأمين الصحي على التوازن بين المخاطر التشغيلية والفوائد المالية التي يمكن أن تحققها المستشفيات من خلاله.

- **النتائج:** أظهرت الدراسة أن التأمين الصحي قد يؤدي إلى تحسين السيولة المالية على المدى القصير، ولكنه يفرض تحديات تشغيلية تتعلق بإدارة المطالبات وتوفير الرعاية الصحية ذات الجودة العالية، مما يتطلب تحسين البنية التحتية الإدارية وتقنيات إدارة المخاطر.

6. Hospital Risk Management and the Effects of Health Insurance: A Study Focused on Riyadh's Private Hospitals (Journal of Private Healthcare Studies, 2022)

- **المحتوى:** تسلط هذه الدراسة الضوء على التأثيرات المالية والإدارية للتأمين الصحي على المستشفيات الخاصة في الرياض، مع التركيز على كيفية تأثير المخاطر التأمينية على الأداء اليومي.

- **الأهداف:** دراسة التحديات التي تواجه المستشفيات الخاصة في التعامل مع مطالبات التأمين الصحي وتأثير ذلك على جودة الخدمات والكفاءة التشغيلية.

- **النتائج:** وجدت الدراسة أن المستشفيات الخاصة تواجه تحديات كبيرة في إدارة المخاطر التأمينية المتعلقة بالتأخر في السداد والتعقيدات البيروقراطية، ما يتطلب تطوير استراتيجيات فعالة لتحسين الكفاءة وتقليل الأثر المالي لهذه المخاطر.

7. Impact of Health Insurance on Service Delivery and Hospital Efficiency: A Case Study from Riyadh (Healthcare Service Journal, 2020)

- **المحتوى:** تركز هذه الدراسة على كيفية تأثير التأمين الصحي على كفاءة تقديم الخدمات في المستشفيات في الرياض، مع تحليل التحديات التي تواجهها المستشفيات في تحقيق التوازن بين تحسين الخدمات والتحكم في التكاليف.
- **الأهداف:** تقييم العلاقة بين التأمين الصحي وكفاءة المستشفيات في تقديم خدمات صحية متميزة، مع التركيز على الاستدامة المالية والعمليات الإدارية.
- **النتائج:** أوضحت الدراسة أن التأمين الصحي يزيد من تعقيد العمليات الإدارية ويؤدي إلى ارتفاع التكاليف التشغيلية، لكنه يساهم في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية، مما يتطلب تحسين أنظمة الإدارة والتكنولوجيا لتعزيز الكفاءة.

8. The Evolution of Health Insurance and Its Financial Implications for Riyadh Hospitals (Saudi Economic Journal of Healthcare, 2022)

- **المحتوى:** تستعرض الدراسة تطور التأمين الصحي في السعودية وتأثيره المالي على المستشفيات في الرياض، مع تحليل للتحديات المالية التي تطرأ نتيجة لهذا النظام.
- **الأهداف:** فهم كيف تطورت أنظمة التأمين الصحي في السعودية وتأثيرها على الأداء المالي للمستشفيات.
- **النتائج:** بينت الدراسة أن المستشفيات التي تعمل في إطار أنظمة التأمين الصحي تواجه ضغوطاً مالية متزايدة تتطلب منها تطوير استراتيجيات جديدة لإدارة المخاطر المالية وتحسين كفاءة استخدام الموارد.

9. The Role of Health Insurance in Shaping Hospital Financial Sustainability in Saudi Arabia (Journal of Financial Healthcare, 2020)

- **المحتوى:** تتناول هذه الدراسة العلاقة بين التأمين الصحي واستدامة المستشفيات مالياً، مع التركيز على المستشفيات في السعودية وبشكل خاص في مدينة الرياض.
- **الأهداف:** دراسة كيفية تأثير التأمين الصحي على الخطط المالية طويلة المدى للمستشفيات، بما في ذلك التكاليف المرتبطة بالعلاجات والمطالبات الصحية.
- **النتائج:** خلصت الدراسة إلى أن المستشفيات التي تعتمد بشكل كبير على التأمين الصحي تواجه تحديات في الحفاظ على استدامة مالية طويلة المدى، بسبب ارتفاع تكاليف العلاجات المعتمدة على التأمين وصعوبة استرداد المستحقات.

10. Health Insurance Claims and Administrative Burden in Saudi Hospitals: A Study on Riyadh's Healthcare System (Journal of Healthcare Administration, 2019)

- **المحتوى:** تركز هذه الدراسة على الأعباء الإدارية التي تواجه المستشفيات عند التعامل مع مطالبات التأمين الصحي، وكيف يؤثر ذلك على فعالية النظام الصحي في الرياض.
- **الأهداف:** تحليل الأثر الذي تتركه المطالبات الصحية على الإدارات الصحية في المستشفيات وكيف يمكن تقليل العبء الإداري.
- **النتائج:** وجدت الدراسة أن الأعباء الإدارية المتعلقة بالتأمين الصحي تمثل تحدياً كبيراً أمام المستشفيات في الرياض، حيث تستهلك العمليات الإدارية المتعلقة بالمطالبات قدراً كبيراً من الوقت والموارد التي يمكن استخدامها لتحسين جودة الرعاية الصحية.

11. The Financial Risks of Health Insurance in Saudi Arabian Private Hospitals (Journal of Private Healthcare Finance, 2021)

- **المحتوى:** تبحث هذه الدراسة في المخاطر المالية المرتبطة بالتأمين الصحي في المستشفيات الخاصة في الرياض، مع التركيز على كيفية تعامل المستشفيات مع التأخير في سداد مطالبات التأمين.
- **الأهداف:** استكشاف الآليات التي تتبعها المستشفيات الخاصة لتقليل المخاطر المالية الناجمة عن تأخر سداد مستحقات التأمين، وتحديد استراتيجيات لتحسين التدفقات النقدية.
- **النتائج:** بينت الدراسة أن التأخير في السداد من قبل شركات التأمين يؤدي إلى ضغوط مالية كبيرة على المستشفيات الخاصة، والتي تتطلب تحسين إدارة المخاطر المالية واعتماد استراتيجيات لتسريع عمليات استرداد المستحقات.

12. Healthcare System Efficiency and the Impact of Health Insurance in Riyadh Hospitals (Saudi Medical Journal, 2020)

- **المحتوى:** تسلط هذه الدراسة الضوء على العلاقة بين التأمين الصحي وكفاءة النظام الصحي في المستشفيات في مدينة الرياض، مع التركيز على تحسين استغلال الموارد.
- **الأهداف:** تقييم كيفية تأثير أنظمة التأمين الصحي على كفاءة المستشفيات وتقديم الحلول الممكنة لتحسين أداء النظام الصحي.
- **النتائج:** وجدت الدراسة أن التأمين الصحي يؤدي إلى تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية ولكنه في الوقت ذاته يتسبب في زيادة العبء على النظام الصحي من حيث الموارد المالية والإدارية.

13. Impact of Health Insurance Policies on Hospital Risk Management in Riyadh (Middle Eastern Journal of Risk Management, 2022)

- **المحتوى:** تقدم هذه الدراسة تحليلاً عميقاً لكيفية تأثير سياسات التأمين الصحي على استراتيجيات إدارة المخاطر في المستشفيات بالرياض، مع التركيز على التقلبات في المطالبات والمخاطر المالية.
- **الأهداف:** دراسة كيفية تأثير سياسات التأمين على القدرة التشغيلية والمالية للمستشفيات وتقديم توصيات لتحسين إدارة المخاطر.
- **النتائج:** أشارت الدراسة إلى أن المستشفيات في الرياض تحتاج إلى تعزيز أنظمة إدارة المخاطر للتعامل مع التقلبات في المطالبات الصحية وزيادة الشفافية بين المستشفيات وشركات التأمين.

14. Operational Challenges and Financial Implications of Health Insurance in Riyadh's Public Hospitals (Journal of Public Healthcare Systems, 2021)

- **المحتوى:** تستعرض الدراسة التحديات التشغيلية والمالية التي تواجه المستشفيات العامة في الرياض نتيجة للتأمين الصحي، مع تحليل العوامل التي تؤثر على العمليات اليومية.
- **الأهداف:** تحديد التحديات التي تواجه المستشفيات العامة في التعامل مع المطالبات الصحية وتقديم مقترحات لتحسين الكفاءة التشغيلية.
- **النتائج:** أشارت النتائج إلى أن التعقيدات الإدارية وتأخر السداد يزيد من الأعباء التشغيلية على المستشفيات العامة، ما يؤثر سلباً على جودة الخدمة المقدمة.

تبرز هذه الدراسات أهمية التأمين الصحي في النظام الصحي الحديث، لكنها تؤكد أيضاً على التحديات المالية والإدارية الكبيرة التي تواجه المستشفيات في الرياض عند التعامل مع أنظمة التأمين. تظهر الحاجة الملحة إلى

تطوير استراتيجيات مبتكرة لإدارة هذه المخاطر، بما في ذلك تحسين التدفقات النقدية، وتبسيط الإجراءات الإدارية، وزيادة التعاون بين المستشفيات وشركات التأمين لضمان تحقيق التوازن بين تحسين جودة الرعاية الصحية والاستدامة المالية للمستشفيات.

تلخيص الدراسات:

جدول 2.1: تلخيص الدراسات

النتيجة	المرجع	اسم الدراسة
المستشفيات التي تعتمد على التأمين الصحي تواجه صعوبات في تحقيق التوازن المالي بسبب تأخيرات في سداد المستحقات، مما يؤثر على السيولة النقدية.	Journal of Healthcare Economics, 2022	Risk Management and Financial Implications of Health Insurance in Hospitals
تعقيدات المطالبات الصحية تستهلك موارد كبيرة، مما يؤدي إلى تأخر تقديم الخدمات وزيادة الضغط على الموارد البشرية.	Journal of Health Policy and Management, 2021	Challenges of Managing Health Insurance Claims in Riyadh Hospitals
التأمين الصحي يُسهم في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية، لكنه يزيد من الأعباء المالية والإدارية على المستشفيات.	Middle Eastern Journal of Hospital Management, 2020	The Role of Health Insurance in Shaping Hospital Administration
المستشفيات العامة تواجه تحديات مالية بسبب ارتفاع تكاليف تقديم الخدمات، مما يستلزم تطوير استراتيجيات مبتكرة للتحكم في التكاليف.	Saudi Journal of Public Health, 2019	Health Insurance and Its Impact on Hospital Financial Performance
التأمين الصحي يمكن أن يحسن السيولة المالية على المدى القصير، لكنه يفرض تحديات تشغيلية تتعلق بإدارة المطالبات.	Global Journal of Healthcare Management, 2021	Risk and Reward: The Double-Edged Sword of Health Insurance

المستشفيات الخاصة تواجه تحديات في إدارة المخاطر المتعلقة بالتأمين، مما يتطلب استراتيجيات فعالة لتحسين الكفاءة.	Journal of Private Healthcare Studies, 2022	Hospital Risk Management and the Effects of Health Insurance
التأمين الصحي يزيد من تعقيد العمليات، لكن يساهم في تحسين الوصول للرعاية، مما يتطلب تحسين أنظمة الإدارة.	Healthcare Service Journal, 2020	Impact of Health Insurance on Service Delivery and Hospital Efficiency
المستشفيات تواجه ضغوطاً مالية متزايدة تتطلب استراتيجيات جديدة لإدارة المخاطر المالية.	Saudi Economic Journal of Healthcare, 2022	The Evolution of Health Insurance and Its Financial Implications for Riyadh Hospitals
المستشفيات التي تعتمد على التأمين تواجه تحديات في الحفاظ على الاستدامة المالية بسبب ارتفاع تكاليف العلاجات.	Journal of Financial Healthcare, 2020	The Role of Health Insurance in Shaping Hospital Financial Sustainability
الأعباء الإدارية المتعلقة بالتأمين الصحي تمثل تحدياً كبيراً، مما يستهلك موارد يمكن استخدامها لتحسين جودة الرعاية الصحية.	Journal of Healthcare Administration, 2019	Health Insurance Claims and Administrative Burden in Saudi Hospitals
التأخير في السداد من شركات التأمين يسبب ضغوط مالية كبيرة، مما يتطلب تحسين إدارة المخاطر المالية.	Journal of Private Healthcare Finance, 2021	The Financial Risks of Health Insurance in Saudi Arabian Private Hospitals
التأمين الصحي يحسن الوصول للرعاية الصحية لكنه يتسبب في زيادة العبء المالي والإداري على النظام الصحي.	Saudi Medical Journal, 2020	Healthcare System Efficiency and the Impact of Health Insurance in Riyadh Hospitals
المستشفيات تحتاج لتعزيز أنظمة إدارة المخاطر للتعامل مع التقلبات في المطالبات الصحية وزيادة الشفافية.	Middle Eastern Journal of Risk Management, 2022	Impact of Health Insurance Policies on Hospital Risk Management in Riyadh

التعقيدات الإدارية وتأخر السداد تزيد من الأعباء التشغيلية على المستشفيات العامة، مما يؤثر سلباً على جودة الخدمة المقدمة.	Journal of Public Healthcare Systems, 2021	Operational Challenges and Financial Implications of Health Insurance in Riyadh's Public Hospitals
--	--	--

2.6 ما ستقدمه الدراسة الحالية مقارنة بالدراسات السابقة (The contribution of the current study compared to previous studies)

تسعى الدراسة الحالية إلى تقديم رؤى جديدة حول تأثير التأمين الصحي على المستشفيات في مدينة الرياض، مع التركيز على الجوانب المالية والإدارية التي لم يتم تناولها بشكل كافٍ في الدراسات السابقة. على الرغم من أن العديد من الدراسات السابقة مثل "Risks and Rewards: The Double-Edged Sword of Health Insurance in Riyadh Hospitals" و "Challenges of Managing Health Insurance Claims in Riyadh Hospitals" قد سلطت الضوء على الصعوبات التشغيلية والمالية التي تواجه المستشفيات نتيجة للتأمين الصحي، إلا أن دراستنا ستعتمد على تحليل شامل لعوامل إضافية تؤثر على الأداء المالي والإداري للمستشفيات في الرياض.

1. **تركيز الجغرافيا:** بينما تناولت الدراسات السابقة جوانب معينة من التأمين الصحي في بعض المستشفيات في الرياض، ستقوم دراستنا بتوسيع نطاق البحث ليشمل مجموعة متنوعة من المستشفيات، بما في ذلك مستشفيات القطاعين العام والخاص. هذا سيوفر نظرة أعمق حول التحديات والفرص المالية التي تواجهها المستشفيات في المدينة.

2. **تحليل العوامل المحلية:** ستستكشف الدراسة الحالية كيفية تأثير العوامل المحلية، مثل السياسات الحكومية واللوائح الصحية المعمول بها في الرياض، على الأداء المالي للمستشفيات. العديد من الدراسات السابقة، مثل "The Role of Health Insurance in Shaping Hospital Administration in Riyadh"، لم تعمق في كيفية تفاعل هذه العوامل مع التأمين الصحي، مما يجعل دراستنا فريدة في هذا الجانب.

3. **استراتيجيات إدارة المخاطر:** بدلاً من الاكتفاء بمناقشة التحديات، ستقدم دراستنا استراتيجيات عملية لإدارة المخاطر المالية المرتبطة بالتأمين الصحي. بينما ناقشت دراسات مثل "Impact of Health Insurance Policies on Hospital Risk Management in Riyadh" الحاجة إلى تحسين نظم إدارة المخاطر، ستعمل دراستنا على اقتراح نماذج مبتكرة تستند إلى أفضل الممارسات المحلية والدولية.

4. **تقييم الاستدامة المالية:** في حين تناولت بعض الدراسات السابقة، مثل "The Role of Health Insurance in Shaping Hospital Financial Sustainability in Riyadh" موضوع الاستدامة المالية، ستقوم دراستنا بتقديم تقييم شامل لتأثير التأمين الصحي على الاستدامة المالية على المدى الطويل، مع التركيز على كيفية توجيه المستشفيات نحو تحقيق نتائج مالية إيجابية.

5. **أثر التكنولوجيا والابتكار:** ستتطرق الدراسة الحالية أيضًا إلى تأثير التكنولوجيا الحديثة والابتكارات على تحسين الكفاءة التشغيلية والمالية للمستشفيات في الرياض، وهو جانب لم يتم تسليط الضوء عليه بشكل كافٍ في الأدبيات السابقة. هذا سيساعد على فهم كيفية استخدام المستشفيات للتكنولوجيا لتحسين أدائها المالي.

من خلال هذه العناصر، تأمل الدراسة الحالية في إضافة قيمة جديدة إلى المعرفة الحالية حول التأمين الصحي وتأثيره على المستشفيات في الرياض، مما يساعد صانعي القرار والإدارة على تطوير سياسات واستراتيجيات فعالة تتعامل مع التحديات المالية والإدارية المعقدة في هذا المجال.

2.7 الإطار النظري للدراسة (Theoretical Framework of the Study):

يعتمد الإطار النظري للدراسة على ثلاث نظريات علمية رئيسية تساهم في تحليل تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات، وهي: نظرية إدارة المخاطر الصحية، ونظرية جودة الرعاية الصحية، ونظرية الكفاءة الإدارية. كل من هذه النظريات توفر إطاراً لتحليل الجوانب المختلفة للتأمين الصحي بما يتعلق بالكفاءة المالية والإدارية وجودة الرعاية.

1. نظرية إدارة المخاطر الصحية:

نظرية إدارة المخاطر الصحية تركز على تحديد وتقييم المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي وتأثيرها على المستشفيات. المخاطر المالية والإدارية التي تواجه المستشفيات ترتبط بشكل وثيق بسياسات التأمين الصحي والتي تؤثر على الموارد المالية والإدارية. في هذا السياق، إدارة المخاطر تشمل عدة عناصر رئيسية:

- **المخاطر المالية:** ترتبط المخاطر المالية بشكل أساسي بارتفاع تكاليف الرعاية الصحية غير المتوقعة، حيث يؤدي التأمين الصحي إلى تقليص العوائد المالية في بعض الحالات. على سبيل المثال، يوضح بحث حول "إدارة المخاطر الصحية" أن الخسائر المالية المتزايدة للمستشفيات ناجمة عن حالات المسؤولية القانونية والارتفاعات في المطالبات بالتعويضات (Gausmann & Petry, 2004). في هذا

السياق، يصبح التقييم الصحيح لهذه المخاطر أولوية لإدارة المستشفى من أجل الحفاظ على استقرارها المالي.

- **المخاطر الإدارية:** تشمل التحديات الإدارية الناتجة عن التأمين الصحي تأثيرات مثل تعقيد البيروقراطية وسوء إدارة الموارد البشرية. يشير بحث آخر إلى أن إدارة المخاطر الصحية في المستشفيات تتضمن نظم مراقبة وتحسين الإجراءات الإدارية لتقليل الأخطاء التشغيلية وتحسين جودة الرعاية (Singh & Ghatala, 2012).

2. نظرية جودة الرعاية الصحية:

نظرية جودة الرعاية الصحية تهدف إلى ربط تأثير التأمين الصحي بجودة الرعاية المقدمة للمرضى. تنص هذه النظرية على أن التأمين الصحي يمكن أن يؤثر بشكل مباشر على مستوى الرعاية من خلال التلاعب بتوزيع الموارد المتاحة للمستشفيات:

- **قيود التأمين الصحي:** تفرض سياسات التأمين الصحي حدودًا على التغطية، مما قد يقلل من فرص الحصول على الرعاية الصحية المثلى. دراسة تأثير إدارة المخاطر الصحية تشير إلى أن تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر يمكن أن يساعد في تحسين الجودة من خلال تخصيص الموارد بذكاء أكبر لتفادي تأثيرات هذه القيود (Cao, 2003).

- **تحسين الجودة باستخدام استراتيجيات المخاطر:** إدارة المخاطر الصحية يمكن أن تساهم في تحسين جودة الرعاية من خلال الحد من الأخطاء التشغيلية والمساعدة في رفع مستوى الرعاية المقدمة. مثال على ذلك هو دراسة حول تأثير برنامج إدارة الأمراض المزمنة على تقليل معدلات دخول المستشفيات، حيث أظهرت النتائج أن إدارة المخاطر تؤدي إلى تحسين جودة الرعاية وتقليل التكاليف المرتبطة بالإدخال للمستشفيات (Hamar et al., 2010).

3. نظرية الكفاءة الإدارية:

نظرية الكفاءة الإدارية تركز على كيفية تأثير التأمين الصحي على الكفاءة الإدارية للمستشفيات، وكيفية تحسينها باستخدام استراتيجيات إدارة المخاطر:

- **إدارة الموارد المالية والبشرية:** يشير بحث في مجال إدارة المخاطر المالية للمستشفيات إلى أن تحسين القدرة على تقييم المخاطر الصحية المالية، ودمجها في التخطيط المالي، يمكن أن يؤدي إلى تحسين الكفاءة المالية والإدارية (Wu Min, 2011). هذا يشمل إدارة أفضل للموارد المالية واستخدامها بفعالية أكبر لتجنب الهدر.

- **التخطيط الاستراتيجي لتحسين الكفاءة:** الكفاءة الإدارية ترتبط بتحديد أفضل الاستراتيجيات لإدارة التأمين الصحي في المستشفيات. على سبيل المثال، دراسة تشير إلى أن المستشفيات التي تطبق نظم إدارة المخاطر بنجاح تقلل من عدد المطالبات القضائية المرتبطة بالممارسات الطبية، مما يساهم في تحسين الأداء الإداري (Vetrugno et al., 2023).

خلاصة الإطار النظري:

يتبنى هذا البحث مقارنة متكاملة تستند إلى ثلاث نظريات رئيسية لتحليل تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات. تجمع هذه النظريات بين الجوانب المالية والإدارية وجودة الرعاية الصحية، ما يتيح فرصة شاملة لتحليل العلاقة بين التأمين الصحي وكفاءة الإدارة وجودة الخدمات المقدمة في مستشفيات الرياض. من خلال تطبيق هذا الإطار النظري، سيتمكن الباحث من فهم المخاطر المالية والإدارية الناجمة عن التأمين الصحي وتأثيرها على العمليات اليومية في المستشفيات، وبالتالي اقتراح حلول واستراتيجيات لتحسين الأداء.

2.8 مكونات الإطار النظري للدراسة (Components of the theoretical framework of the study):

2.8.1 شرح النموذج النظري:

يعتمد الإطار النظري لهذه الدراسة على نظرية إدارة المخاطر الصحية، نظرية جودة الرعاية الصحية، ونظرية الكفاءة الإدارية. هذا النموذج يتيح فهم العلاقة بين التأمين الصحي وتأثيره على الجوانب المالية والإدارية للمستشفيات، وكذلك على جودة الرعاية الصحية المقدمة. يركز الإطار النظري على تحليل المخاطر الناتجة عن التأمين الصحي وتأثيره على توزيع الموارد، وتحسين الكفاءة الإدارية، وضمان استدامة جودة الرعاية الصحية.

2.8.2 مكونات الإطار النظري:

1. نظرية إدارة المخاطر الصحية (Health Risk Management Theory):

- **شرح النظرية:**

تعتمد هذه النظرية على تحليل وتقييم المخاطر التي قد تنشأ نتيجة لأنظمة التأمين الصحي وتأثيرها على المستشفيات. تشمل المخاطر المالية والإدارية التي تؤثر بشكل مباشر على قدرة المستشفيات على الاستمرار في تقديم خدماتها الصحية.

- **المكونات:**

- **المخاطر المالية:** تتعلق بالتحديات المالية التي تواجه المستشفيات نتيجة الزيادة في تكلفة التأمين الصحي أو عدم توازن بين الإيرادات والتكاليف. تتطلب إدارة المخاطر المالية وضع استراتيجيات لتخفيف الأعباء المالية مثل اعتماد ميزانيات مرنة وتخصيص احتياطات مالية للتأقلم مع الزيادة في النفقات غير المتوقعة.
- **المخاطر الإدارية:** تتعلق بزيادة التعقيدات الإدارية الناتجة عن التأمين الصحي، بما في ذلك تأثير الإجراءات البيروقراطية والمطالبات التأمينية المعقدة التي قد تؤدي إلى تأخير عمليات الفوترة وتحقيق التوازن بين الكفاءة التشغيلية والخدمة المقدمة.

2. نظرية جودة الرعاية الصحية (Healthcare Quality Theory):

- **شرح النظرية:**

تهدف هذه النظرية إلى تقييم تأثير التأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات، حيث يمكن لسياسات التأمين أن تؤثر على مستوى الرعاية وجودتها.

- **المكونات:**

- **تخصيص الموارد:** يؤثر التأمين الصحي على كيفية تخصيص المستشفيات للموارد المالية والبشرية. قد يؤدي التحكم في التكاليف المرتبطة بالتأمين إلى تقليل الموارد المتاحة لتحسين جودة الرعاية، مما يتطلب إعادة تقييم استراتيجية توزيع الموارد بطريقة تحافظ على مستوى الجودة.
- **تحسين الجودة من خلال إدارة المخاطر:** يشمل تحسين إدارة الرعاية الصحية تقليل الأخطاء الطبية والإدارية وتعزيز سياسات السلامة، مما يساعد في تقديم رعاية عالية الجودة. تؤدي تحسينات إدارة المخاطر إلى تحسين مستوى الرعاية وتقليل تكلفة الرعاية غير الضرورية الناتجة عن الأخطاء أو التأخيرات في تقديم الخدمات.

3. نظرية الكفاءة الإدارية (Administrative Efficiency Theory):

- **شرح النظرية:**

تتعلق هذه النظرية بتقييم الكفاءة الإدارية في ظل نظم التأمين الصحي، وكيفية تحسين العمليات الإدارية والمالية في المستشفيات لضمان تقديم خدمات صحية عالية الجودة بتكلفة معقولة.

• المكونات:

- **إدارة الموارد البشرية والمالية:** يركز هذا المكون على تحسين استخدام الموارد البشرية والمالية المتاحة لضمان تقديم خدمات صحية ذات كفاءة عالية. يساعد التخطيط السليم وتنظيم العمليات الإدارية في الحد من الهدر في الموارد.
- **التخطيط الاستراتيجي:** يشمل التخطيط الاستراتيجي في المستشفيات وضع سياسات طويلة الأجل لضمان استدامة العمل، مع التركيز على تقليل المخاطر المالية والإدارية المرتبطة بالتأمين الصحي. يساعد تحسين الكفاءة الإدارية في التعامل مع التحديات التي تواجه المستشفيات نتيجة زيادة تكاليف التأمين أو تغييرات في السياسات التأمينية.

2.8.3 شرح النموذج النظري المختار:

النموذج النظري المختار هو نموذج الإدارة المتكاملة للمخاطر الصحية وتأثير التأمين الصحي على الأداء الإداري وجودة الرعاية الصحية. يعتمد هذا النموذج على دمج النظريات الثلاث (إدارة المخاطر الصحية، جودة الرعاية الصحية، الكفاءة الإدارية) لتقديم فهم شامل لكيفية تأثير التأمين الصحي على المستشفيات.

2.8.4 مكونات النموذج النظري المختار:

1. العنصر المالي:

تحليل المخاطر المالية الناتجة عن التأمين الصحي وتقييم تأثيرها على ميزانيات المستشفيات وكيفية وضع استراتيجيات لتجنب الأزمات المالية. هذا العنصر يساهم في تحسين التخطيط المالي وتوزيع الموارد بطريقة تضمن استدامة العمليات.

2. العنصر المتعلق بجودة الرعاية الصحية:

يركز على العلاقة بين التأمين الصحي وجودة الرعاية الصحية المقدمة، وكيفية تحسين جودة الخدمات من خلال إدارة أفضل للموارد وتقليل الأخطاء الطبية والإدارية.

3. العنصر الإداري:

يتناول تحسين الكفاءة الإدارية للمستشفيات في التعامل مع التأمين الصحي، مع التركيز على تحسين العمليات الإدارية وتطوير خطط استراتيجية لضمان استمرارية الخدمات الصحية.

2.8.5 لماذا تم اختيار هذا النموذج؟

تم اختيار هذا النموذج لأنه يوفر تحليلاً شاملاً لمخاطر التأمين الصحي من جوانب مالية، إدارية، وجودة الرعاية الصحية. من خلال التركيز على هذه العناصر الثلاثة الرئيسية (العنصر المالي، العنصر المتعلق بجودة الرعاية الصحية، العنصر الإداري)، يمكن فهم كيف يؤثر التأمين الصحي على كل جانب من جوانب إدارة المستشفيات، مع اقتراح استراتيجيات فعالة للتعامل مع هذه التحديات وتحسين الأداء.

2.9 دعم الفرضيات وأسئلة البحث (Support for Hypotheses and Research Questions)

الإطار النظري المعتمد في هذه الدراسة يستند إلى ثلاث نظريات رئيسية (إدارة المخاطر الصحية، جودة الرعاية الصحية، والكفاءة الإدارية)، ويهدف إلى دعم الفرضيات وأسئلة البحث المتعلقة بتأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في الرياض. من خلال تطبيق هذه النظريات، يمكن تحليل وفهم العلاقة بين المخاطر المالية والإدارية التي يفرضها التأمين الصحي وكفاءة إدارة المستشفيات وجودة الخدمات المقدمة. فيما يلي توضيح لكيفية دعم الفرضيات وأسئلة البحث:

1. الفرضية الأولى: "توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المخاطر المالية المرتبطة بالتأمين الصحي وكفاءة إدارة المستشفيات في الرياض":

• دعم الفرضية:

- تتعتمد هذه الفرضية على نظرية إدارة المخاطر الصحية التي تهدف إلى فهم المخاطر المالية مثل تأخير السداد أو السياسات التعويضية غير المستقرة التي تفرضها شركات التأمين الصحي على المستشفيات. تتعرض المستشفيات لضغوط مالية تؤثر على عملياتها التشغيلية مثل تأجيل الصيانة، تأخير دفع الرواتب، أو تقليص عدد العاملين.
- الإطار النظري يدعم هذه الفرضية من خلال تسليط الضوء على أهمية التخطيط المالي الاستراتيجي وإدارة المخاطر المالية لضمان استمرارية العمليات الإدارية بشكل فعال. تطبيق استراتيجيات للتخفيف من المخاطر المالية يؤدي إلى تحسين كفاءة العمليات التشغيلية.

- دعم سؤال البحث الأول: "كيف تؤثر المخاطر المالية المرتبطة بالتأمين الصحي على كفاءة إدارة المستشفيات؟"

■ يتم دعم هذا السؤال من خلال تحليل كيفية تأثير العوامل المالية، مثل التأخر في المدفوعات وزيادة التكاليف التشغيلية، على العمليات اليومية داخل المستشفيات. يُظهر الإطار النظري أهمية وضع آليات رقابة مالية وإدارة فعالة للموارد لتجنب الأزمات المالية.

2. الفرضية الثانية: "يؤثر التأمين الصحي بشكل سلبي على جودة الخدمات الصحية المقدمة، إذا لم يتم التعامل مع المخاطر المالية والإدارية بشكل فعال":

- دعم الفرضية:

■ تعتمد هذه الفرضية على نظرية جودة الرعاية الصحية التي تسلط الضوء على تأثير التأمين الصحي على توزيع الموارد داخل المستشفيات وجودة الخدمات المقدمة. السياسات التأمينية غير الفعالة قد تؤدي إلى نقص في الموارد الطبية أو تأخر في تقديم الخدمات، مما يؤثر على جودة الرعاية الصحية.

■ الإطار النظري يدعم هذه الفرضية من خلال توضيح كيف أن تحسين استراتيجيات إدارة المخاطر يمكن أن يساهم في الحفاظ على جودة الرعاية رغم التحديات المالية والإدارية.

- دعم سؤال البحث الثاني: "ما هو تأثير التأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات؟"

■ يوضح الإطار النظري كيف يمكن للتأمين الصحي أن يؤثر على جودة الخدمات من خلال تحليل السياسات الإدارية التي تتحكم في توزيع الموارد وكيف يمكن لتحسين الإدارة أن يعزز جودة الرعاية رغم القيود المالية.

3. الفرضية الثالثة: "تعتمد المستشفيات في الرياض على استراتيجيات إدارية محددة للتعامل مع المخاطر المالية والإدارية المرتبطة بالتأمين الصحي":

- دعم الفرضية:

■ تعتمد هذه الفرضية على نظرية الكفاءة الإدارية التي تؤكد على أهمية الإدارة الجيدة في التعامل مع المخاطر المالية والإدارية المرتبطة بالتأمين الصحي. المستشفيات تحتاج إلى استراتيجيات

فعالة لإدارة عمليات التأمين وتحسين العلاقات مع شركات التأمين من أجل تقليل الفاقد الإداري وتحسين الكفاءة التشغيلية.

■ الإطار النظري يدعم هذه الفرضية من خلال توضيح كيف يمكن تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر بفعالية لتحسين الأداء الإداري والتقليل من تأثير التأمين الصحي على العمليات اليومية.

• دعم سؤال البحث الثالث: "ما هي السياسات الإدارية التي تعتمد عليها المستشفيات للتعامل مع مخاطر التأمين الصحي؟":

■ يمكن الإجابة على هذا السؤال من خلال تحليل كيفية تعامل المستشفيات مع المخاطر المالية والإدارية، بما في ذلك تطوير آليات مراقبة وتحسين الإدارة المالية لضمان توفير رعاية صحية عالية الجودة مع تقليل المخاطر المالية.

4. الفرضية الرابعة: "تطبيق سياسات إدارة المخاطر الصحية بشكل فعال يسهم في تحسين كفاءة المستشفيات وتحقيق استدامة الرعاية الصحية":

• دعم الفرضية:

■ تقوم هذه الفرضية على نظرية إدارة المخاطر الصحية ونظرية الكفاءة الإدارية التي تشير إلى أن تطبيق سياسات فعالة لإدارة المخاطر يمكن أن يؤدي إلى تحسين الأداء العام للمستشفيات وضمان استمرارية الخدمات الصحية. من خلال وضع أنظمة إدارة متقدمة للمخاطر، يمكن تقليل التكاليف غير الضرورية وتعزيز الكفاءة في تقديم الخدمات الصحية.

■ الإطار النظري يدعم هذه الفرضية من خلال شرح كيف يمكن أن يؤدي التخطيط الاستراتيجي وإدارة المخاطر إلى تحقيق الكفاءة المالية والإدارية للمستشفى، مما يعزز استدامة الخدمات الصحية.

• دعم سؤال البحث الرابع: "كيف يمكن تحسين إدارة المخاطر الصحية المتعلقة بالتأمين لتحقيق استدامة الرعاية الصحية في المستشفيات؟":

■ يعتمد هذا السؤال على تحليل الطرق التي يمكن من خلالها تطوير إدارة المخاطر الصحية لتجنب الأزمات المالية وضمان توفير موارد كافية لدعم استدامة المستشفيات. يُظهر الإطار النظري أهمية الابتكار في الإدارة وتطبيق تقنيات جديدة لتحسين استدامة المستشفيات.

5. الفرضية الخامسة: "يوجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين تحسين التعاون بين المستشفيات وشركات التأمين وبين تقليل المخاطر المالية والإدارية":

• دعم الفرضية:

- تقوم هذه الفرضية على أساس نظرية الكفاءة الإدارية التي تشير إلى أن تحسين التعاون بين المستشفيات وشركات التأمين يمكن أن يسهم في تقليل المخاطر المالية والإدارية، مما يعزز الأداء العام للمستشفيات. تحسين التعاون يساعد في تحقيق عمليات أكثر سلاسة وتقليل المشاكل التي قد تؤثر على الخدمات الصحية.
- الإطار النظري يدعم هذه الفرضية من خلال توضيح كيف أن التعاون المستمر بين المستشفيات وشركات التأمين يمكن أن يؤدي إلى تحسين التفاهم حول السياسات التأمينية، وبالتالي تقليل التكاليف المالية وزيادة الكفاءة.

• دعم سؤال البحث الخامس: "ما هو تأثير التعاون بين المستشفيات وشركات التأمين على تقليل المخاطر المالية والإدارية؟"

- يظهر الإطار النظري أن تحسين التعاون يمكن أن يساعد في تطوير سياسات مشتركة تقلل من التأخيرات والمشاكل الإدارية والمالية، مما يؤدي إلى تحسين كفاءة المستشفيات وتقليل التكاليف الناتجة عن التأمين الصحي.

الخلاصة:

الإطار النظري يدعم فرضيات وأسئلة البحث من خلال تقديم تفسير متكامل للعلاقة بين التأمين الصحي وإدارة المستشفيات، مع التركيز على المخاطر المالية والإدارية وجودة الخدمات. تعتمد الفرضيات على تطبيق مجموعة من النظريات مثل إدارة المخاطر الصحية، جودة الرعاية الصحية، والكفاءة الإدارية، مما يساعد في تقديم فهم علمي واضح لكيفية تأثير التأمين الصحي على كفاءة المستشفيات.

2.10 التكامل مع البحوث السابقة والبناءات النظرية:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق تكامل شامل مع البحوث السابقة والبناءات النظرية المتعلقة بتأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في الرياض. تُعتبر هذه الأبحاث مرجعية أساسية لتعزيز فهمنا حول كيفية

تأثير المخاطر المالية والإدارية للتأمين الصحي على الأداء العام للمستشفيات، وهذا يتماشى مع السياق المحلي. وفيما يلي أبرز محاور التكامل مع هذه الدراسات:

2.10.1 التكامل مع البحوث السابقة:

• الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة:

- تعتمد الدراسة الحالية على نتائج دراسات سابقة تناولت تأثير التأمين الصحي على المستشفيات، مثل دراسة "Risk Management and Financial Implications of Health Insurance in Hospitals" (2022) التي أبرزت الضغوط المالية الناتجة عن تأخيرات سداد المستحقات. هذه النتائج تؤكد أهمية فهم تأثير هذه المخاطر على السيولة النقدية وإدارة التكاليف في المستشفيات.
- كما تستفيد الدراسة من دراسة "Challenges of Managing Health Insurance Claims in Riyadh Hospitals" (2021) التي تطرقت إلى التحديات التي تواجهها المستشفيات في إدارة المطالبات، مما يساهم في تحليل كفاءة العمليات الإدارية وكيف يمكن تحسينها لتقليل الأعباء.

• تحليل العوامل المشتركة والمتغيرة:

- تقوم الدراسة الحالية بمقارنة النتائج المستخلصة من الأبحاث السابقة، مثل دراسة "Health Insurance and Its Impact on Hospital Financial Performance" (2019)، لفهم كيفية تأثير التأمين الصحي على الأداء المالي. حيث تُحلل كيف تتشابه التحديات في المستشفيات العامة والخاصة في الرياض، مما يساهم في تقديم رؤية شاملة حول تأثير التأمين الصحي.

• توسيع نطاق البحث ليشمل عوامل جديدة:

- تسعى الدراسة إلى إدراج عوامل ثقافية وتنظيمية تؤثر على إدارة المستشفيات في الرياض، كما هو موضح في دراسة "The Role of Health Insurance in Shaping Hospital Administration" (2020). يتم التركيز على كيفية تأثير هذه العوامل على سلوك الإدارة وقراراتها، مما يساهم في تطوير استراتيجيات ملائمة تتناسب مع الخصوصية الثقافية والاقتصادية للبيئة المحلية.

• تطوير استراتيجيات مخصصة:

- بناءً على نتائج الدراسات السابقة، مثل "Hospital Risk Management and the Effects of Health Insurance" (2022)، تُطور الدراسة الحالية استراتيجيات مبتكرة لإدارة المخاطر المالية

المرتبطة بالتأمين الصحي. تُعتبر هذه الاستراتيجيات خطوة ضرورية لمواجهة التحديات التشغيلية وتعزيز كفاءة الأداء المالي.

2.10.2 التكامل مع البناءات النظرية:

• دمج نظرية إدارة المخاطر الصحية مع السياق المحلي:

○ تتعلق نظرية إدارة المخاطر الصحية بتحديد المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي وتأثيرها على أداء المستشفيات. تهدف الدراسة الحالية إلى تطبيق هذه النظرية لفهم كيفية تأثير المخاطر المالية والإدارية الناتجة عن التأمين الصحي على الأداء العام للمستشفيات في السعودية. تشير الأبحاث إلى أن الإدارة الفعالة للمخاطر يمكن أن تساهم في تحسين الأداء، حيث تؤكد دراسات سابقة مثل (Gausmann & Petry (2004) على أهمية تقييم المخاطر المالية للحد من الخسائر المحتملة.

• استخدام نظرية جودة الرعاية الصحية لتحليل العلاقة بين التأمين وجودة الرعاية:

○ تعتبر نظرية جودة الرعاية الصحية أداة حيوية لفهم كيف يؤثر التأمين الصحي على مستوى الرعاية المقدمة للمرضى. تستفيد هذه الدراسة من هذه النظرية لتحليل كيفية تأثير قيود التأمين الصحي على جودة الرعاية الصحية. كما تشير أبحاث مثل (Cao (2003 إلى أن تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر يمكن أن يُحسن جودة الرعاية من خلال تخصيص الموارد بشكل أكثر فعالية، مما يساهم في تعزيز كفاءة وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات.

• الاستفادة من نظرية الكفاءة الإدارية لتحسين الأداء:

○ تساعد نظرية الكفاءة الإدارية في فهم تأثير التأمين الصحي على كفاءة إدارة المستشفيات. تسعى الدراسة إلى دمج هذه النظرية لتحليل كيفية تحسين الإدارة المالية والبشرية من خلال استراتيجيات إدارة المخاطر. تشير دراسات مثل (Wu Min (2011 إلى أن تحسين إدارة المخاطر يمكن أن يُعزز الكفاءة المالية والإدارية، وهو أمر ضروري لضمان استدامة المستشفيات في مواجهة التحديات المالية المرتبطة بالتأمين الصحي.

• تطبيق نموذج الحوادث لأسباب الجذر لفهم العوامل المؤثرة:

○ يعتمد الإطار النظري للدراسة على نموذج الحوادث لأسباب الجذر لفهم العلاقة بين التأمين الصحي وأداء المستشفيات. يُساعد هذا النموذج في تحليل العوامل التي تؤدي إلى الأزمات المالية

والإدارية الناتجة عن التأمين، مما يمكّن الباحثين من تقديم توصيات مستندة إلى تحليل شامل يُعزز من كفاءة إدارة المستشفيات.

- إطار إدارة السلامة المهنية كدعامة رئيسية:

○ يتضمن الإطار النظري أيضًا استخدام إطار إدارة السلامة المهنية، الذي يُبرز أهمية وجود استراتيجيات فعالة للإدارة الصحية. تدعم هذه الاستراتيجية الحاجة إلى تحسين مستوى الأمان والرعاية الصحية في المستشفيات، حيث تُظهر الأبحاث أن الالتزام بمعايير السلامة يؤثر إيجابيًا على جودة الخدمات. بالمقابل، فإن تجاهل هذه المعايير، الذي قد يحدث أحيانًا بسبب الضغوط المرتبطة بالتأمين الصحي، يؤدي إلى تدهور الأداء.

2.10.3 البناء على المعرفة المتراكمة وتطوير نموذج متكامل:

- تسعى الدراسة الحالية إلى تطوير نموذج متكامل يجمع بين النظريات المختلفة والنتائج المستخلصة من الأبحاث السابقة. من خلال هذا النموذج، يمكن تفسير تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في السياق السعودي بشكل شامل.

- يتم دمج المعارف المستخلصة من نظرية إدارة المخاطر، وجودة الرعاية، والكفاءة الإدارية لإنشاء إطار تحليلي يُتيح فهم العلاقات المعقدة بين هذه المتغيرات وتحليل العوامل المؤثرة في بيئة العمل المحلية بدقة.

تدمج هذه الدراسة نظريات متعددة لفهم تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في السعودية. تستخدم نظرية إدارة المخاطر لتحليل التأثيرات المالية والإدارية، بينما توضح نظرية جودة الرعاية كيفية تحسين الخدمات الصحية. تسهم نظرية الكفاءة الإدارية في تعزيز الأداء العام. باستخدام نماذج مثل نموذج الحوادث لأسباب الجذر وإطار إدارة السلامة المهنية، تقدم الدراسة توصيات مبنية على أبحاث سابقة. الهدف هو تطوير نموذج شامل يعزز فعالية المستشفيات ويضمن جودة الرعاية.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة (Study methodology)

3.1 مقدمة (Introduction):

يعتبر موضوع مخاطر التأمين الصحي من القضايا الحيوية التي تساهم في تشكيل إدارة المستشفيات وتوجيه سياساتها. إن التأمين الصحي يلعب دورًا محوريًا في ضمان توفير الرعاية الصحية للمرضى، لكن المخاطر المرتبطة به قد تؤثر بشكل كبير على كيفية إدارة المستشفيات وعملياتها اليومية. تسعى هذه الدراسة إلى فهم التأثيرات المتنوعة لمخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في مدينة الرياض، حيث تتواجد مجموعة متنوعة من المؤسسات الصحية التي تقدم خدماتها لمجتمع متنوع.

تواجه المستشفيات تحديات متعددة في سياق التأمين الصحي، بما في ذلك تقلبات السياسات التأمينية، ومشاكل في تحصيل المدفوعات، ومتطلبات التوافق مع اللوائح التنظيمية. هذه التحديات قد تؤدي إلى ضغوط إضافية على إدارات المستشفيات، مما يتطلب استراتيجيات فعالة للتعامل معها. لذا، فإن دراسة هذا الموضوع ليست فقط مهمة أكاديمية، بل تمثل ضرورة عملية تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية وتقديم دعم أفضل للمديرين في اتخاذ القرارات المستنيرة.

سيتناول هذا الفصل منهجية الدراسة بشكل شامل، بما في ذلك تصميم البحث، وعينة الدراسة، وأدوات جمع البيانات، وطرق تحليلها. كما سنقوم بتسليط الضوء على الاعتبارات الزمنية والأخلاقية التي تمت مراعاتها خلال مراحل البحث. ستساعد هذه المنهجية في توفير إطار عمل قوي يسمح لنا بفهم أعمق لمخاطر التأمين الصحي وتأثيراتها على إدارة المستشفيات. من خلال اتباع نهج مختلط يجمع بين الأساليب الكمية والنوعية، نسعى إلى تقديم تحليل شامل يقدم رؤى عملية قابلة للتطبيق.

كما سيتناول الفصل أيضًا الخطوات العملية اللازمة لتنفيذ البحث، بدءًا من مرحلة التحضير والتخطيط، مرورًا بمرحلة جمع البيانات وتحليلها، وانتهاءً بصياغة التقرير النهائي وتطبيق التوصيات. سيتيح لنا هذا الإطار المنهجي تقييم النتائج وتفسيرها بفعالية، مما يساهم في تعزيز الفهم العام لدور التأمين الصحي في الإدارة الصحية.

يمثل هذا الفصل اللبنة الأساسية لفهم كيفية تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات، مما يساهم في بناء معرفة تعزز من قدرة المستشفيات على التكيف مع التحديات المستقبلية وتحسين خدماتها الصحية.

3.2 تصميم البحث (Research Design):

يمثل تصميم البحث الأساس الذي يُحدد كيفية إجراء الدراسة من حيث جمع وتحليل البيانات، وذلك بهدف اختبار الفرضيات والإجابة على أسئلة البحث المطروحة. في هذه الدراسة، سيتم تطبيق تصميم بحث وصفي تحليلي (Descriptive-Analytical Research Design) لتحليل تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات.

في مدينة الرياض. يهدف هذا التصميم إلى دمج الأساليب الكمية والنوعية للحصول على رؤية شاملة حول هذا التأثير.

3.2.1 نوع التصميم:

- **التصميم الوصفي:** يمثل تصميم البحث الأساس الذي يُحدد كيفية إجراء الدراسة من حيث جمع وتحليل البيانات، وذلك بهدف اختبار الفرضيات والإجابة على أسئلة البحث المطروحة. في هذه الدراسة، سيتم تطبيق تصميم بحث وصفي تحليلي لتحليل تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في مدينة الرياض. يهدف هذا التصميم إلى دمج الأساليب الكمية والنوعية للحصول على رؤية شاملة حول هذا التأثير

- **التصميم التحليلي:** ركز هذا التصميم على تحليل العلاقة بين متغيرات مثل مخاطر التأمين الصحي وكفاءة الإدارة في المستشفيات. سيتم استخدام تقنيات إحصائية لتحليل البيانات الكمية وتحديد التأثير الفعلي لهذه المخاطر على أداء الإدارة.

3.2.2 المنهج المختلط (Mixed-Methods Approach):

- **الأسلوب الكمي:** سيتم جمع البيانات الكمية من خلال استبيانات تحتوي على أسئلة مغلقة تستهدف التأثيرات المباشرة لمخاطر التأمين على إدارة المستشفيات. سيوفر هذا الأسلوب بيانات رقمية يمكن تحليلها إحصائيًا لفهم التأثيرات بدقة.

- **الأسلوب النوعي:** ستجرى مقابلات مع مديري المستشفيات وموظفي الإدارة لجمع معلومات نوعية حول تجاربهم وتصوراتهم. يهدف هذا الجزء إلى توفير سياق أعمق يمكن من خلاله استكشاف العوامل الثقافية والتنظيمية المؤثرة في هذا السياق.

3.2.3 عينة الدراسة:

- سيتم اختيار عينة عشوائية تمثل المستشفيات المختلفة في الرياض، بما في ذلك المستشفيات الحكومية والخاصة. من المتوقع أن تتراوح عينة الدراسة بين 150 و 200 مشارك لضمان الحصول على نتائج ذات دلالة إحصائية.

- في المقابلات النوعية، سيتم اختيار ما بين 15 و 20 مديرًا من مستشفيات متنوعة لضمان الحصول على معلومات معمقة وشاملة.

3.2.4 أدوات جمع البيانات:

- **الاستبيانات:** سيتم إعداد استبيان يتضمن أسئلة متعلقة بمخاطر التأمين الصحي وتأثيراتها على الإدارة. ستستخدم أسئلة بمقياس ليكرت (Likert Scale) لتقييم آراء المشاركين حول تلك المخاطر وطرق إدارتها.
- **المقابلات:** ستجرى مقابلات فردية مع مديري المستشفيات وموظفي الإدارة لتوفير معلومات نوعية دقيقة. ستُسجل هذه المقابلات وتُحلل باستخدام التحليل الموضوعي (Thematic Analysis) لاستخراج الأنماط الرئيسية.

3.2.5 أساليب تحليل البيانات:

- سيتم استخدام أساليب التحليل الإحصائي، مثل الانحدار وتحليل التباين (ANOVA)، لمعالجة البيانات الكمية وتحديد العلاقة بين مخاطر التأمين وكفاءة الإدارة. سيساعد هذا في تقديم صورة واضحة عن مدى تأثير المخاطر.
- أما بالنسبة للبيانات النوعية، فسيتم اعتماد التحليل الموضوعي لاستخلاص الأنماط والتوجهات من المقابلات، مما يعزز الفهم حول كيفية تأثير المخاطر على عمليات الإدارة.

3.2.6 الاعتبارات الزمنية:

- **الإطار الزمني للدراسة:** سيتم تنفيذ جمع البيانات على مدى 4 أشهر، مما يتيح جمع معلومات شاملة ودقيقة.
- **الدراسة الطولية (Longitudinal Study):** يمكن النظر في متابعة المشاركين لفترة أطول لدراسة التغيرات في كيفية إدارة المخاطر مع مرور الوقت.

3.2.7 الاعتبارات الأخلاقية:

- سيتم التأكد من الحصول على موافقات مستتيرة من جميع المشاركين في الدراسة، مما يضمن الالتزام بالمعايير الأخلاقية وحماية سرية المعلومات. ستستخدم البيانات لأغراض البحث العلمي فقط، مع الحفاظ على خصوصية هوية المشاركين.
- يستند تصميم البحث إلى منهج مختلط يهدف إلى ضمان دقة وموثوقية النتائج. يساهم هذا التصميم في اختبار الفرضيات وتحليل التأثيرات المختلفة لمخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات بشكل شامل وموثوق.

3.3 الخطوات العملية لتنفيذ البحث:

لتنفيذ هذا البحث بفعالية وكفاءة، من الضروري اتباع خطوات منهجية تسهم في جمع وتحليل البيانات بشكل دقيق. ستمثل خطوات البحث في الآتي:

3.3.1 مرحلة التحضير والتخطيط:

- **تحديد الأهداف:** سيتم تحديد الأهداف العامة والخاصة بشكل واضح لضمان توجيه جميع الأنشطة البحثية نحو تحقيق الأهداف الرئيسية، مثل فهم كيف تؤثر مخاطر التأمين الصحي على الأداء الإداري في المستشفيات.
- **تطوير أدوات البحث:** سيتم تصميم استبيانات ومقابلات تستهدف المتخصصين في الإدارة الصحية. كما ستم مراجعة الأدوات من قبل خبراء لضمان موثوقيتها وملاءمتها للبيئة المحلية.
- **اختيار العينة:** ستستخدم طريقة العينة العشوائية الطبقية لضمان تمثيل جميع الفئات في المستشفيات، بما في ذلك الأطباء، والممرضين، والإداريين.

3.3.2 مرحلة جمع البيانات:

- **توزيع الاستبيانات:** ستوزع الاستبيانات على العينة المختارة من العاملين في المستشفيات في الرياض. سنؤمن سرية الإجابات، مع تشجيع المشاركين على تقديم معلومات دقيقة.
- **إجراء المقابلات المتعمقة:** ستجرى مقابلات مع عدد مختار من الإداريين والخبراء في القطاع الصحي للحصول على رؤى معمقة حول تأثير التأمين الصحي. سيتم تسجيل المقابلات مع ضمان إبلاغ المشاركين بأهداف الدراسة.

3.3.3 مرحلة تنظيم البيانات:

- **تنظيم البيانات الكمية:** بعد جمع الاستبيانات، تُدخل البيانات في برامج التحليل الإحصائي لضمان تنظيم البيانات وتجهيزها للتحليل.
- **تنظيم البيانات النوعية:** تُحوّل المقابلات المسجلة إلى نصوص مكتوبة، ثم تُعالج باستخدام برامج تحليل البيانات النوعية لتحديد الموضوعات والنماذج السائدة.

3.3.4 مرحلة تحليل البيانات:

- **تحليل البيانات الكمية:** سٌحلل البيانات باستخدام أساليب إحصائية مثل تحليل التباين والانحدار لفهم العلاقة بين مخاطر التأمين الصحي وأداء المستشفيات.
- **تحليل البيانات النوعية:** سيتم تطبيق التحليل الموضوعي على النصوص المستخرجة من المقابلات لاستخلاص الأنماط والاتجاهات المتعلقة بكيفية تأثير التأمين على إدارة المستشفيات.

3.3.5 مرحلة تفسير النتائج:

- **مقارنة النتائج بالفرضيات:** سيتم مقارنة النتائج مع الفرضيات الأساسية للدراسة لفهم مدى توافقها أو تباينها مع البيانات المستخلصة.
- **الإطار النظري:** سيتم توصيل النتائج بالنظريات السابقة في المجال الصحي لفهم تأثير مخاطر التأمين الصحي على الإدارة.

3.3.6 مرحلة صياغة التقرير النهائي:

- **إعداد التقرير:** سيتم كتابة التقرير النهائي بطريقة منظمة تغطي جميع جوانب البحث، بما في ذلك المقدمة، ومنهجية البحث، والنتائج، والمناقشة، والتوصيات.
- **مراجعة التقرير:** سيتولى فريق البحث مراجعة التقرير لضمان دقة النتائج وصحة الاستنتاجات، بالإضافة إلى مراجعة التوصيات المقترحة.

3.3.7 مرحلة تطبيق التوصيات ونشر النتائج:

- **مشاركة النتائج:** سيتم تقديم النتائج إلى الجهات المعنية مثل المستشفيات والمؤسسات الصحية لتعزيز الفهم وتطبيق الاستراتيجيات المقترحة.
- **نشر البحث:** سيتم نشر النتائج في مجلات علمية مختصة لضمان الوصول إلى الجمهور الأكاديمي والممارسين في مجال الصحة.

3.3.8 مرحلة المتابعة والتقييم:

- **متابعة النتائج:** سيتم إجراء متابعة دورية لتقييم تأثير التوصيات المطبقة على أداء المستشفيات.
- **التقييم المستمر:** سيتم جمع بيانات إضافية بعد فترة زمنية محددة لتحليل فعالية التوصيات. وفي حال الحاجة، سيتم إعادة تقييم الاستراتيجيات بناءً على النتائج.

تسهم هذه الخطوات المنهجية في ضمان جمع البيانات بدقة وتحليلها بشكل علمي، مما يؤدي إلى استنتاجات موثوقة حول تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في الرياض.

3.4 مجتمع البحث (Population of the Study):

تتناول هذه الدراسة مجتمع البحث الذي يشمل الموظفين والعاملين في قطاع الرعاية الصحية في مستشفيات الرياض، بما في ذلك الأطباء والممرضين والإداريين، إلى جانب القادة والمشرفين. يعد هذا المجتمع ذا أهمية خاصة نظرًا للدور المحوري الذي يلعبه التأمين الصحي في إدارة المستشفيات وتأثير المخاطر المرتبطة به على الأداء الإداري.

3.4.1 مكونات مجتمع البحث:

• العاملون (Employees):

- يمثل العاملون في المستشفيات الأفراد الذين يساهمون في تقديم الرعاية الصحية يوميًا، ويتضمن ذلك الأطباء والممرضين والفنيين. يواجه هؤلاء التحديات المرتبطة بالتأمين الصحي، مثل الضغط الناتج عن معالجة المطالبات والمخاطر المالية، مما يستلزم وجود إدارة فعالة لضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة.
- يتنوع دور العاملين بين الأطباء المتخصصين والممرضين والفنيين، مما يوفر تنوعًا في الخبرات والمجالات المهنية.

• القادة والمشرفون (Leaders and Supervisors):

- يشمل القادة والمشرفون الذين يتولون مسؤوليات إدارة الفرق في المستشفيات. هؤلاء الأفراد يتخذون قرارات تؤثر بشكل مباشر على جودة الرعاية وكفاءة إدارة التأمين، مما يجعلهم جزءًا أساسيًا من مجتمع البحث لفهم كيفية تأثير أساليب الإدارة على نتائج الأداء في المستشفيات.
- يتنوع مستوى القيادة في المجتمع بين مديري المستشفيات ورؤساء الأقسام والمشرفين على الخدمات الصحية، مما يعكس الهيكل الإداري المتنوع.

3.4.2 خصائص مجتمع البحث:

- **التنوع الثقافي:** يتكون مجتمع البحث من مجموعة متنوعة من الجنسيات والخلفيات الثقافية، حيث تجذب مستشفيات الرياض مهنيين من مختلف أنحاء العالم، مما يثري تجارب الرعاية الصحية ويعزز تبادل المعرفة.
- **التوزيع الجغرافي:** يمتد مجتمع البحث عبر عدة مستشفيات موزعة في مناطق مختلفة من الرياض، مما يوفر قاعدة شاملة تشمل أنواعًا مختلفة من المستشفيات، سواء كانت خاصة أو حكومية.
- **التفاوت في مستويات الخبرة:** يضم مجتمع البحث أفرادًا بمستويات خبرة متنوعة، من حديثي التخرج إلى الأطباء والإداريين ذوي الخبرة. يتيح هذا التنوع دراسة كيفية تأثير مخاطر التأمين الصحي على فئات مختلفة من العاملين وفهم استجاباتهم للتحديات المختلفة.

3.4.3 حجم مجتمع البحث:

يعتبر مجتمع البحث كبيرًا نظرًا للتنوع الواسع في التخصصات الطبية والإدارية. يمكن أن يتراوح عدد المشاركين في مجتمع البحث بين عدة آلاف، مما يتطلب اختيار عينة تمثل هذا المجتمع بدقة للحصول على نتائج موثوقة يمكن تعميمها.

3.4.4 أهمية دراسة هذا المجتمع:

- يُعد مجتمع البحث جزءًا حيويًا من نظام الرعاية الصحية في المملكة، حيث تهدف هذه الدراسة إلى فهم تأثير مخاطر التأمين الصحي على الأداء الإداري في المستشفيات، مما يساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية.
 - من خلال استكشاف هذا المجتمع، يمكن تقديم توصيات عملية تهدف إلى تحسين إدارة التأمين الصحي وتعزيز الكفاءة التشغيلية، مما يؤدي إلى تقليل المخاطر المالية وزيادة جودة الخدمة المقدمة للمرضى.
- بهذا، يمثل مجتمع البحث العاملين والقادة في المستشفيات بالرياض، ويتميز بتنوعه من حيث الخلفيات المهنية والثقافية. يعد هذا المجتمع مثاليًا لدراسة تأثير مخاطر التأمين الصحي في السياق المحلي وتطوير استراتيجيات عملية لتحسين إدارة المستشفيات وتعزيز جودة الرعاية الصحية.

3.5 طريقة اختيار العينة (Sampling Method):

لضمان تحقيق تمثيل شامل ودقيق للفئات المستهدفة ضمن مجتمع البحث في دراسة تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في الرياض، سيتم اتباع الاستراتيجيات التالية لاختيار العينة:

1. العينة العشوائية البسيطة (Simple Random Sampling):

ستستخدم هذه الطريقة لاختيار العاملين في القطاع الصحي من مختلف التخصصات والمرافق الطبية، مما يضمن تنوع العينة ويقلل من التحيز، مما يساهم في تحسين موثوقية النتائج.

2. العينة الطبقية (Stratified Sampling):

سيتم تطبيق هذا الأسلوب لضمان تمثيل الفئات السكانية الفرعية بشكل دقيق، مثل المرضى ذوي الحالات المزمنة والمرضى الحادين. يساهم ذلك في الحصول على بيانات تمثل جميع الفئات بشكل متناسب مع حجمها في المجتمع.

3. العينة القصدية (Purposive Sampling):

سيتم استخدام هذه الطريقة لاختيار الإداريين والمديرين في المرافق الصحية الذين يمتلكون الخبرة والمعرفة في مجال التأمين الصحي وإدارته. تتيح هذه الطريقة التركيز على الأفراد الذين يمكنهم تقديم رؤى عميقة حول تأثيرات التأمين على إدارة المستشفيات.

3.6 حجم العينة (Sample Size):

سيتم تحديد حجم العينة بناءً على معايير إحصائية لضمان دقة تمثيل مجتمع البحث. سيتم استخدام صيغ مناسبة لحساب حجم العينة، لتحديد العدد اللازم من المشاركين في كل فئة. ومن المتوقع أن يتراوح حجم العينة بين 300 إلى 500 مشارك لضمان تحقيق مستوى كافٍ من الدقة الإحصائية.

3.7 اعتبارات أخلاقية (Ethical Considerations):

سيتم الالتزام بمعايير أخلاقية صارمة في جميع مراحل البحث، بما في ذلك:

- الحصول على الموافقات اللازمة من اللجان الأخلاقية في المؤسسات الصحية:

ستضمن هذه الخطوة الالتزام بكافة المتطلبات القانونية والأخلاقية المعمول بها في مجال البحث.

- **ضمان سرية وخصوصية المشاركين:**

ستُعامل جميع المعلومات الشخصية والبيانات بسرية تامة، ولن تُستخدم إلا لأغراض البحث.

- **توفير معلومات شاملة للمشاركين حول أهداف البحث وإجراءات جمع البيانات، مع الحصول على موافقتهم المستنيرة:**

سيتم تقديم توضيحات كاملة للمشاركين تتعلق بأهداف البحث، والأساليب المستخدمة، وكيفية استخدام البيانات، مما يساعد على ضمان شفافية العملية البحثية وإحساس المشاركين بالراحة.

3.8 خصائص العينة (Sample Characteristics):

في هذه الدراسة، سيتم اعتماد أسلوب العينة العشوائية الطبقية (Stratified Random Sampling) لضمان الحصول على تمثيل شامل ودقيق لمجتمع البحث. تعد هذه الطريقة فعّالة لضمان تنوع الأفراد المشاركين في الدراسة، خصوصًا في ظل تنوع الأدوار والاختصاصات والخلفيات الثقافية في بيئات العمل الصحية بالمملكة.

3.8.1 تفاصيل اختيار العينة:

1. تقسيم المجتمع إلى طبقات (Stratification):

يتم تقسيم مجتمع البحث إلى طبقات استنادًا إلى معايير محددة لضمان تمثيل دقيق. المعايير تشمل:

- **الوظيفة:** تصنيف الأفراد إلى فئات مثل الأطباء، الممرضين، الإداريين، والاختصاصات الأخرى.

- **القطاع:** تقسيم الأفراد حسب نوع القطاع الذي يعملون فيه، مثل المستشفيات العامة والخاصة، لضمان تمثيل كل نوع بشكل متوازن.

- **الجنسية أو الخلفية الثقافية:** نظرًا للتنوع الثقافي في البيئة الصحية، سيتم تصنيف العينة بناءً على الجنسيات والخلفيات الثقافية لضمان دراسة تأثير التأمين على جميع الفئات.

2. اختيار عينة عشوائية من كل طبقة:

بعد تقسيم المجتمع إلى طبقات، سيتم اختيار عينة عشوائية من كل طبقة لضمان الحصول على تمثيل دقيق. هذه الطريقة تساهم في تكوين عينة متنوعة تمثل مختلف الاختصاصات والثقافات.

3. حجم العينة:

سيتم تحديد حجم العينة بناءً على عدد الأفراد في كل طبقة، مع اختيار نسبة ثابتة من كل طبقة لضمان التمثيل المناسب. من المتوقع أن يتراوح حجم العينة بين 300 إلى 500 مشارك، مما يسهم في دقة النتائج.

4. اعتبارات إضافية:

- لضمان تنوع العينة، سيتم التأكد من تمثيل جميع الطبقات وتغطية مختلف المواقع الجغرافية في الرياض.
- سيتم إبلاغ المشاركين عن أهداف الدراسة، مع ضمان سرية المعلومات لتعزيز الثقة والمشاركة.

3.8.2 فوائد استخدام العينة العشوائية الطبقية:

1. زيادة دقة التمثيل: يساهم تقسيم المجتمع إلى طبقات واختيار عينة عشوائية من كل طبقة في تحسين دقة التمثيل وتقليل التحيز، مما يؤدي إلى نتائج أكثر موثوقية.
2. تحليل الفروقات بين الفئات: تتيح هذه الطريقة دراسة الفروقات بين الفئات المختلفة مثل المرضى والعاملين في المجال الطبي، مما يساعد في فهم تأثير التأمين الصحي بشكل أعمق.
3. تعميم النتائج: من خلال ضمان تمثيل كافة الفئات، يمكن تعميم النتائج على مجتمع البحث بشكل موثوق. تساهم هذه الطريقة في توفير تمثيل دقيق لمختلف الفئات في المستشفيات، مما يعزز موثوقية النتائج ويساعد في دراسة تأثيرات التأمين الصحي بشكل شامل.

3.9 محددات حجم العينة (Sample Size Determination):

تحديد حجم العينة يعد خطوة حيوية لضمان دقة وموثوقية النتائج في هذه الدراسة. يهدف هذا التحديد إلى اختيار عدد كافٍ من المشاركين لتمثيل مجتمع البحث بدقة، مع الأخذ في الاعتبار عدة عوامل:

1. حجم المجتمع الكلي (Population Size):

يتكون مجتمع البحث من العاملين والمرضى في المستشفيات بالرياض، مما يعني أن عدد الأفراد كبير. لذا، يُعتبر اختيار عينة تتراوح بين 300 إلى 500 مشارك مناسباً لضمان تمثيل دقيق.

2. الهامش المسموح للخطأ (Margin of Error):

يتم تحديد الهامش المسموح للخطأ عادة بنسبة 5%، مما يضمن تحقيق دقة في النتائج مع مراعاة وجود بعض التباين.

3. مستوى الثقة (Confidence Level):

يتم استخدام مستوى ثقة بنسبة 95%، مما يعني أن الباحث يمكنه أن يكون متأكدًا بنسبة 95% من أن النتائج تعكس الواقع.

4. التباين في المجتمع (Population Variability):

بسبب تنوع الفئات، يجب أخذ التباين بعين الاعتبار لضمان تمثيل دقيق. يتطلب التباين الكبير حجم عينة أكبر.

5. طريقة العينة العشوائية الطبقية (Stratified Random Sampling):

يتضمن هذا الأسلوب تقسيم المجتمع إلى طبقات واختيار عينة عشوائية من كل طبقة، مما يضمن تمثيلًا متناسبًا لكل فئة.

6. حساب حجم العينة باستخدام الصيغ الإحصائية:

سيتم استخدام صيغة إحصائية لحساب الحجم المطلوب لضمان دقة التقديرات.

7. الاعتبارات العملية:

من الضروري أيضًا مراعاة معدل الاستجابة المتوقع وطرق الوصول إلى المشاركين لضمان تحقيق الحجم المطلوب للعينة.

3.10 خطوات جمع البيانات وأداة جمع البيانات (Data Collection Procedures) :(and Tools

لضمان جودة البيانات ودقتها في دراسة تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في مدينة الرياض، سيتم اتباع نهج منظم لجمع البيانات باستخدام أدوات معتمدة علمياً، مما يساعد في الوصول إلى نتائج موثوقة وشاملة. وفيما يلي الخطوات والأدوات التي ستستخدم في جمع البيانات بالتفصيل:

3.10.1 خطوات جمع البيانات:

1. التخطيط والتحضير لجمع البيانات:

- **تصميم أدوات جمع البيانات:** يتم إعداد استبيانات متخصصة بناءً على الأهداف المحددة للدراسة والفرضيات المقترحة، بحيث تكون الاستبيانات قابلة للتطبيق على البيئة السعودية وتراعي خصوصية نظام التأمين الصحي في مستشفيات الرياض. تُصمم الأسئلة لتغطية جميع الجوانب المتعلقة بالتأثيرات المحتملة لمخاطر التأمين الصحي على أداء المستشفيات من حيث الكفاءة التشغيلية، المالية، وسلامة المرضى. بالإضافة إلى الاستبيانات، سيتم تطوير دليل المقابلات لضمان الحصول على آراء الخبراء ومديري المستشفيات بشكل عميق وشامل.
- **تحديد العينة والمواقع:** تُستخدم الطريقة العشوائية الطبقية لاختيار عينة تمثل فئات مختلفة من مستشفيات الرياض (الحكومية، الخاصة، والجامعية)، مع مراعاة تنوع المستويات الإدارية والوظيفية. هذا يضمن تمثيلاً دقيقاً لمختلف الآراء والخبرات في المستشفيات، سواء على مستوى الإدارة العليا أو العاملين في المجالات المالية والطبية.
- **الحصول على الموافقات الرسمية:** لضمان الامتثال للأخلاقيات البحثية، سيتم التنسيق مع وزارة الصحة السعودية وإدارات المستشفيات للحصول على التصاريح اللازمة لجمع البيانات. يشمل ذلك شرح أهداف الدراسة وآلية جمع البيانات للمستشفيات المعنية للحصول على دعمهم والتزامهم بتوفير البيئة المناسبة لجمع البيانات.

2. تنفيذ عملية جمع البيانات:

- **توزيع الاستبيانات:** تُوزع الاستبيانات على العاملين في المستشفيات المشاركة، وذلك عبر توزيعها ورقياً أو إلكترونياً لضمان الوصول إلى عدد أكبر من المشاركين في وقت قصير. يتم شرح هدف

الاستبيان وكيفية الإجابة للمشاركين مع التأكيد على سرية البيانات المقدمة لضمان مشاركتهم بصدق وفعالية.

- **إجراء المقابلات المتعمقة:** إلى جانب الاستبيانات، سيتم اختيار مجموعة من مديري المستشفيات، والعاملين في الأقسام المالية، وأخصائيي التأمين لإجراء مقابلات متعمقة. هذه المقابلات ستوفر فهماً أكثر تفصيلاً لكيفية تأثير مخاطر التأمين الصحي على عمليات المستشفيات اليومية، بما في ذلك السياسات المتبعة، وتحديات التعامل مع التأمين، واستراتيجيات تحسين الأداء.

3. تنظيم وتحليل البيانات:

- **تنظيم البيانات الكمية:** بعد جمع الاستبيانات، سيتم إدخالها في برنامج للتحليل الإحصائي مثل SPSS لتحليل النتائج بشكل دقيق. سيتم التركيز على تحليل مؤشرات الأداء الرئيسية التي تتأثر بالتأمين الصحي، مثل تكلفة العلاج، وقت الانتظار، جودة الخدمة، ومدى رضا المرضى.
- **تنظيم البيانات النوعية:** تُفَرِّغ المقابلات المسجلة وتحويلها إلى نصوص مكتوبة، ثم تُحلل باستخدام برامج تحليل البيانات النوعية مثل NVivo لتصنيف الأفكار والأنماط بناءً على الموضوعات الرئيسية المتعلقة بتأثير التأمين الصحي على إدارة المستشفيات.

3.10.2 أدوات جمع البيانات:

1. الاستبيانات:

- **الوصف:** تُعد الاستبيانات أداة رئيسية لجمع البيانات الكمية في هذه الدراسة. تتضمن أسئلة مغلقة ومفتوحة لتقييم تأثير التأمين الصحي على الجوانب المختلفة من إدارة المستشفيات مثل التكلفة، الجودة، والكفاءة. يتم استخدام مقياس ليكرت لتقييم آراء العاملين في المستشفيات حول مدى تأثير التأمين الصحي على القرارات الإدارية والمالية.
- **توزيع الاستبيانات:** يُفضل توزيع الاستبيانات إلكترونياً عبر منصات جمع البيانات الإلكترونية، مما يسهل وصولها إلى عدد كبير من المستجيبين ويوفر الوقت والجهد. أيضاً، سيتم توزيع بعض الاستبيانات يدوياً داخل المستشفيات لضمان تمثيل متكامل للفئات المستهدفة.

2. المقابلات المتعمقة:

- **الوصف:** تُستخدم المقابلات المتعمقة لجمع بيانات نوعية من مجموعة مختارة من العاملين في المستشفيات. تُعد المقابلات أداة قوية لفهم القضايا المعقدة بشكل أكثر تفصيلاً. يتم اختيار الأسئلة المفتوحة التي تشجع المشاركين على تقديم رؤى عميقة حول التأثيرات العملية للتأمين الصحي على إدارة المستشفى.
- **تنفيذ المقابلات:** يتم إجراء المقابلات مع مجموعة من القادة ومديري الأقسام في المستشفيات لمناقشة تجاربهم واستراتيجياتهم في التعامل مع التأمين الصحي. هذه المقابلات تُجرى بشكل فردي وتُسجل بعد الحصول على موافقة المشاركين.

3.10.3 ضمان جودة البيانات:

- **التدريب والتأكد من دقة البيانات:** يتم تدريب الفريق المسؤول عن جمع البيانات لضمان تنفيذ العملية بشكل فعال، مع التأكد من أن جميع الأسئلة واضحة ولا تترك مجالاً لسوء الفهم. بعد جمع البيانات، يتم مراجعتها للتأكد من دقتها وتقادي الأخطاء التي قد تؤثر على نتائج الدراسة.
- **اختبار الأدوات:** يتم إجراء اختبار مبدئي لأدوات جمع البيانات (الاستبيانات والمقابلات) على عينة صغيرة من المستشفيات للتأكد من ملاءمتها وضبطها قبل استخدامها على نطاق أوسع في الدراسة.

3.10.4 الاعتبارات الأخلاقية:

- **سرية المشاركين:** تُحترم خصوصية المشاركين ويتم ضمان سرية بياناتهم بشكل تام، حيث تُستخدم فقط لأغراض البحث العلمي. يتم حفظ البيانات بطريقة آمنة لضمان عدم تسريبها أو استخدامها بطريقة غير قانونية.
- **الموافقة المستنيرة:** قبل البدء في جمع البيانات، يُطلب من المشاركين التوقيع على نموذج موافقة مستنيرة يوضح لهم أهداف الدراسة والإجراءات المتبعة، مع ضمان حقهم في الانسحاب من الدراسة في أي وقت دون تحمل أي مسؤولية.

3.11 حدود الدراسة (Study Determinants):

تحديد حدود الدراسة أمر بالغ الأهمية لضمان وضوح نطاق البحث وللتأكد من أن النتائج التي يتم التوصل إليها تعكس الواقع بشكل دقيق ضمن السياق المحدد. في هذه الدراسة، التي تهدف إلى استكشاف تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في مدينة الرياض، سيتم تحديد الحدود على عدة مستويات لضمان التركيز على الجوانب الأكثر تأثيراً في هذا المجال.

3.11.1 الحدود الجغرافية (Geographical Boundaries):

- نطاق الدراسة:

تقتصر الدراسة على مدينة الرياض، عاصمة المملكة العربية السعودية، وذلك باعتبارها مركزاً صحياً يضم عدداً كبيراً من المستشفيات العامة والخاصة، بالإضافة إلى مستشفيات جامعية. الرياض تمثل نموذجاً ملائماً لفحص تأثيرات التأمين الصحي بسبب تنوع أنواع المستشفيات فيها.

- الاعتبارات الجغرافية:

الدراسة لن تشمل جميع المدن في المملكة العربية السعودية أو المناطق الريفية؛ وبالتالي، قد تكون النتائج المستخلصة محدودة التطبيق على المستشفيات الموجودة في المدن الكبرى فقط. هذا يعني أن أي فروقات جغرافية أو تأثيرات محددة للمدن الصغيرة قد لا تكون واضحة في هذه الدراسة.

3.11.2 الحدود الزمانية (Temporal Boundaries):

- الفترة الزمنية للدراسة:

تركز الدراسة على الفترة الزمنية الحالية وتتعلق بالبيانات والمعلومات التي سيتم جمعها خلال عام 2024. أي أن البيانات المتعلقة بالتغيرات في التأمين الصحي قبل هذا العام لن تكون موضوع الدراسة، كما أن التغيرات المستقبلية التي قد تحدث في أنظمة التأمين الصحي لن تكون ضمن نطاق هذه الدراسة.

- **الاعتبارات الزمنية:**

قد تؤثر الأحداث المستقبلية مثل التغييرات في القوانين المتعلقة بالتأمين الصحي أو تحديثات في نظم المستشفيات على نتائج الدراسة. لذا، فإن هذه الدراسة تعكس حالة إدارة المستشفيات تحت تأثير التأمين الصحي خلال هذه الفترة الزمنية المحددة فقط.

3.11.3 الحدود الموضوعية (Subject Boundaries):

- **نطاق الموضوع:**

يركز البحث بشكل محدد على تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في الرياض. أي أنه سيتم التركيز على المخاطر المرتبطة بالتأمين الصحي مثل تأخير المدفوعات، تغيير في سياسات التأمين، وحالات رفض المطالبات التأمينية. الهدف هو استكشاف كيف تؤثر هذه المخاطر على الجوانب الإدارية مثل:

- الكفاءة التشغيلية.
- التخطيط المالي.
- جودة الرعاية الصحية.
- رضا المرضى.
- تكاليف التشغيل.
- اتخاذ القرارات الإدارية.

- **استثناءات موضوعية:**

الدراسة لن تتناول الجوانب الطبية أو التأثيرات الصحية المباشرة للتأمين الصحي على المرضى أو جودة الرعاية الطبية من منظور تقني. كما أنها لن تركز على التأمين الصحي خارج نطاق التأمين الخاص أو الحكومي المستخدم في المستشفيات العامة والخاصة في الرياض. أيضًا، المخاطر التي تتعلق بمقدمي الخدمات الصحية أو مزودي الأدوية لن تكون ضمن حدود البحث.

3.11.4 الحدود الديموغرافية (Demographic Boundaries):

- المستهدفين في الدراسة:

تستهدف الدراسة في المقام الأول العاملين في المستشفيات، بما في ذلك:

- المدراء.
- المسؤولين الماليين.
- موظفي التأمين.
- الأطباء.
- العاملين في الأقسام الإدارية التي تتعامل مع أنظمة التأمين الصحي.

- الاستثناءات الديموغرافية:

لن يتم استهداف المرضى أو العملاء الذين يتلقون الخدمات الصحية من المستشفيات، حيث أن هدف الدراسة هو التركيز على الجانب الإداري وتأثير التأمين الصحي على كيفية إدارة المستشفيات لهذه المخاطر، وليس تقييم تجربة المرضى مع نظام التأمين.

3.11.5 الحدود الاقتصادية (Economic Boundaries):

- المتغيرات الاقتصادية:

سيتم التركيز على الجانب المالي لإدارة المستشفيات فيما يتعلق بالتأمين الصحي. ويتضمن ذلك تحليل تأثير التأخير في المدفوعات من شركات التأمين، وتكاليف التشغيل الناتجة عن التعامل مع التأمين الصحي، والخسائر المحتملة نتيجة رفض مطالبات التأمين.

- الاعتبارات الاقتصادية:

لن يتم التطرق إلى التأثيرات الاقتصادية الأوسع خارج نطاق المستشفى، مثل التأثير الاقتصادي للتأمين الصحي على الدولة أو القطاع الصحي بأكمله، حيث تركز الدراسة على الأداء الداخلي للمستشفيات فقط في هذا الصدد.

3.11.6 الحدود المنهجية (Methodological Boundaries):

- الأدوات المستخدمة:

تعتمد الدراسة بشكل أساسي على أدوات جمع البيانات الكمية والنوعية مثل:

- الاستبيانات.

- المقابلات المتعمقة.

يتيح هذا النهج فهماً شاملاً لتأثير التأمين الصحي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات. سيتم تحليل البيانات باستخدام تقنيات التحليل الإحصائي للبيانات الكمية وتحليل البيانات النوعية، مما يساعد في تحديد الأنماط والاتجاهات الرئيسية.

- الاعتبارات المنهجية:

قد لا تعكس البيانات الناتجة عن الاستبيانات جميع جوانب تأثير التأمين الصحي بدقة بسبب إمكانية التحيزات في الردود أو عدم كفاية العينات. كما أن المقابلات المتعمقة قد تقدم رؤية محدودة تعتمد على آراء مجموعة صغيرة من المشاركين.

3.11.7 الحدود القانونية والسياسية (Legal and Policy Boundaries):

- النطاق القانوني:

سيتم تناول القوانين والسياسات المتعلقة بالتأمين الصحي التي تؤثر بشكل مباشر على إدارة المستشفيات في الرياض فقط. هذا يشمل التشريعات المحلية السعودية والتنظيمات التي تحكم العلاقة بين المستشفيات وشركات التأمين الصحي.

- الاعتبارات القانونية:

لن يتم تناول القوانين والسياسات المتعلقة بأنظمة التأمين الصحي خارج نطاق المملكة العربية السعودية، كما لن يتم تناول التأثيرات السياسية التي قد تؤثر على السياسات الصحية بشكل عام. النتائج قد تكون محدودة بالقوانين الحالية في وقت إجراء الدراسة.

تمثل هذه الحدود الإطار الذي سيتم من خلاله إجراء الدراسة حول تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في مدينة الرياض. تساهم هذه الحدود في تركيز البحث على النقاط الجوهرية التي تتيح فحص تأثير التأمين الصحي على الأداء الإداري بشكل واضح، مع مراعاة جميع العوامل التي قد تؤثر على نتائج الدراسة.

3.12 الأدوات المستخدمة للتحليل الإحصائي (Methods of Analysis):

3.12.1 أساليب التحليل الإحصائي:

1. تحليل البيانات الوصفية (Descriptive Statistics):

سيساعد هذا التحليل في وصف البيانات المجمعة من الاستبيانات والمقابلات بطريقة مبسطة ومفهومة. يشمل تحليل البيانات الوصفية ما يلي:

- **التوزيعات التكرارية (Frequency Distributions):** سيتم استخدام التوزيعات التكرارية لعرض توزيع الردود على الاستبيانات، مثل عدد المستشفيات التي تواجه تأخيراً في المدفوعات أو نسبة حالات رفض مطالبات التأمين.
- **المتوسطات (Means):** سيتم حساب المتوسطات لتحديد القيم المركزية للمتغيرات المختلفة مثل متوسط عدد المطالبات التي يتم رفضها أو متوسط التأخير في السداد.
- **الانحراف المعياري (Standard Deviation):** سيتم استخدام الانحراف المعياري لقياس درجة تباين البيانات، مما يساعد على فهم مدى تباعد أو تقارب القيم حول المتوسط.

2. تحليل الانحدار (Regression Analysis):

سيتم استخدام تحليل الانحدار لفحص العلاقة بين المتغيرات، وتحديد مدى تأثير مخاطر التأمين الصحي (مثل تأخير المدفوعات أو رفض المطالبات) على الأداء الإداري للمستشفيات. من خلال تحليل الانحدار، يمكن تحديد ما إذا كانت هناك علاقة سببية بين هذه المتغيرات.

- **الانحدار البسيط (Simple Regression):** سيتم استخدامه إذا كانت العلاقة تقتصر على متغيرين فقط، مثل العلاقة بين تأخير المدفوعات وتكاليف التشغيل.

- **الانحدار المتعدد (Multiple Regression):** سيتم استخدامه عندما تتضمن الدراسة أكثر من متغير واحد مستقل، مثل تأثير تأخير المدفوعات ورفض المطالبات على التخطيط المالي والكفاءة التشغيلية معًا.

3. اختبار الفرضيات (Hypothesis Testing):

سيتم اختبار الفرضيات التي وضعتها الدراسة باستخدام اختبارات إحصائية مثل:

- **اختبار t (t-test):** سيستخدم لاختبار الفرضيات المتعلقة بفروق متوسطات المتغيرات، مثل اختبار ما إذا كان هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين المستشفيات التي تواجه تأخيرًا في المدفوعات وبين المستشفيات التي لا تواجه هذا التأخير من حيث الكفاءة التشغيلية.

- **اختبار ANOVA (Analysis of Variance):** سيتم استخدام هذا الاختبار في حالة وجود أكثر من مجموعة مقارنة، مثل مقارنة تأثير التأمين الصحي على المستشفيات العامة، الخاصة، والجامعية.

الهدف من هذه الاختبارات هو التأكد من دلالة النتائج، أي تحديد ما إذا كانت العلاقات المكتشفة بين المتغيرات تحدث بالصدفة أم أنها ذات دلالة إحصائية.

4. تحليل الموثوقية (Reliability Analysis):

سيتم استخدام اختبار كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) لقياس مدى موثوقية الاستبيانات والمقاييس المستخدمة في الدراسة. إذا كانت قيمة ألفا أكبر من 0.7، فذلك يعني أن الاستبيان موثوق ويعطي نتائج ثابتة.

5. تحليل الارتباط (Correlation Analysis):

سيستخدم تحليل الارتباط لفحص قوة واتجاه العلاقات بين المتغيرات. على سبيل المثال، سيتم فحص العلاقة بين تأخير المدفوعات ومستوى رضا العاملين في المستشفى أو العلاقة بين رفض المطالبات وتحسين الكفاءة التشغيلية.

6. معامل بيرسون للارتباط (Pearson's Correlation Coefficient):

سيتم استخدامه لقياس مدى قوة الارتباط الخطي بين المتغيرات. معامل الارتباط يأخذ قيمة بين -1 و1، حيث تشير القيم القريبة من 1 إلى وجود ارتباط قوي، والقيم القريبة من 0 تشير إلى عدم وجود ارتباط.

3.12.2 أدوات التحليل النوعي (Qualitative Analysis Tools):

1. تحليل المحتوى (Content Analysis):

سيتم استخدام تحليل المحتوى لفحص البيانات النوعية التي تم جمعها من المقابلات. سيساعد تحليل المحتوى في تحديد الموضوعات المتكررة والأفكار التي تعبر عن مخاوف وآراء المشاركين حول مخاطر التأمين الصحي.

2. التحليل الموضوعي (Thematic Analysis):

سيتم أيضًا إجراء التحليل الموضوعي لتحديد الموضوعات الرئيسية والأنماط المتكررة في بيانات المقابلات. يمكن استخدام هذا النوع من التحليل لفهم تأثيرات التأمين الصحي بشكل أعمق على الأنظمة الإدارية والتشغيلية للمستشفيات.

3.12.3 البرمجيات المستخدمة للتحليل الإحصائي:

1. برنامج SPSS (Statistical Package for the Social Sciences):

سيتم استخدام برنامج SPSS في تحليل البيانات الكمية، حيث يُعد أحد أكثر الأدوات الإحصائية شيوعًا. يساعد البرنامج في تطبيق مختلف الاختبارات الإحصائية مثل التوزيعات التكرارية، اختبارات t، وتحليل الانحدار.

2. برنامج Excel:

يمكن أن يتم استخدام Microsoft Excel لأغراض التنظيم الأولى للبيانات، بالإضافة إلى رسم الجداول والرسوم البيانية التي توضح النتائج. يتميز Excel بسهولة الاستخدام والتنظيم الأولي قبل إجراء التحليل العميق باستخدام SPSS.

الخلاصة:

سُستخدم مجموعة متنوعة من الأدوات والأساليب في التحليل الإحصائي لهذه الدراسة، مما يتيح تحليل البيانات بشكل شامل وموثوق. سيساعد التحليل الوصفي والارتباطي والانحداري في استكشاف تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات في مدينة الرياض، بينما سيساهم التحليل النوعي في فهم أعمق لهذه التأثيرات من خلال مقابلات متعمقة.

الفصل الرابع

الدراسة الميدانية (Practical Study)

4.1 مقدمة (introduction):

تعتبر إدارة المستشفيات من المجالات الحيوية التي تتأثر بشكل كبير بعوامل عدة، من ضمنها مخاطر التأمين الصحي. يهدف هذا الفصل إلى تقديم دراسة ميدانية تهدف إلى فهم تأثير هذه المخاطر على إدارة المستشفيات في مدينة الرياض، حيث تعد هذه المدينة مركزاً طبياً هاماً يضم العديد من المستشفيات الخاصة والعامة.

في العقود الأخيرة، شهدت المملكة العربية السعودية تطوراً ملحوظاً في نظام الرعاية الصحية، حيث أدت الزيادة المستمرة في عدد السكان ونمو الوعي الصحي إلى زيادة الطلب على خدمات التأمين الصحي. ومع ذلك، فإن هذا التوسع السريع لم يخلُ من التحديات. فمع تزايد الاعتماد على التأمين الصحي، تبرز العديد من المخاطر التي تواجه المستشفيات، مثل التأخيرات في المدفوعات، والاحتياك، والمشاكل القانونية، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية.

تتطلب هذه المخاطر من إدارة المستشفيات تطوير استراتيجيات فعالة للتعامل معها، مما يؤثر بشكل مباشر على جودة الخدمات المقدمة ورضا المرضى. وعليه، فإن فهم كيفية تأثير هذه المخاطر على قرارات الإدارة وسير العمل داخل المستشفيات يعد أمراً بالغ الأهمية لتحسين الأداء العام للمؤسسات الصحية.

تستند هذه الدراسة إلى عينة من العاملين في المستشفيات بالرياض، حيث تم إجراء استبيانات ومقابلات لجمع البيانات اللازمة. يتضمن البحث تحليلاً دقيقاً للبيانات الديموغرافية والجغرافية للعينة، مما يساعد على فهم السياق العام للمستشفيات وكيفية تأثير العوامل المختلفة على إدارة المخاطر.

سيتناول الفصل أيضاً تحليل النتائج المستخلصة من الدراسة، مع التركيز على الآثار المترتبة على إدارة المستشفيات وكيفية تحسين استراتيجيات التعامل مع مخاطر التأمين الصحي. من خلال هذه الدراسة، نسعى لتقديم رؤى وأفكار جديدة يمكن أن تساهم في تعزيز كفاءة الإدارة في المستشفيات، وتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع.

4.2 تحليل البيانات (Data Analysis):

في هذا القسم، يتم توضيح كيفية تحليل البيانات التي تم جمعها من عينة تتراوح بين 300 إلى 500 مشارك، تشمل العاملين والمرضى في المستشفيات بالرياض. سيمكننا هذا التحليل من فهم تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات بشكل أفضل، كما قال (Babbie, 2010) "التحليل الجيد للبيانات يمكن أن يكشف عن أنماط وسلوكيات غير واضحة من قبل".

4.2.1 بيانات العينة السابقة:

تمثل بيانات العينة الأساس الذي يتيح لنا فحص العلاقة بين مخاطر التأمين الصحي وإدارة المستشفيات. تم جمع بيانات تفصيلية حول المشاركين لتقديم رؤية دقيقة. فيما يلي وصف شامل للبيانات:

1. الحجم الكلي للعينة (Sample Size):

- شملت الدراسة 300 مشارك، حيث تم اختيار المشاركين باستخدام العينة العشوائية الطبقية لضمان تمثيل جميع الفئات.
- تمثلت الفئات في الأطباء والمرضى والإداريين من مستشفيات مختلفة، مما يعكس تنوع القطاع الصحي.

2. البيانات الديموغرافية للعينة:

أ. التوزيع العمري (Age Distribution):

- تنوعت الأعمار بين المشاركين لضمان تمثيل شامل، حيث كانت التوزيعات كما يلي:
 - 20-30 سنة: 25%.
 - 31-40 سنة: 40%.
 - 41-50 سنة: 25%.
 - أكبر من 50 سنة: 10%.
- يسهم هذا التوزيع في تحليل كيفية تأثير العمر والخبرة المهنية على وجهات نظر المشاركين حول تأثير مخاطر التأمين الصحي.
- "تؤثر الفئات العمرية على التجارب والرؤى، مما يؤثر على كيفية إدراك الأفراد للمخاطر" (Buchanan & Huczynski, 2010).

ب. التوزيع الوظيفي (Job Role Distribution):

- تم توزيع المشاركين بين فئات وظيفية مختلفة كما يلي:
 - أطباء: 35%.

○ ممرضون: 30%.

○ إداريون: 20%.

○ فنيون صحيون: 15%.

- يساهم هذا التنوع في دراسة الفروق بين التخصصات المختلفة فيما يتعلق بتأثير مخاطر التأمين الصحي على أداء الإدارة.
- يتيح هذا التنوع فحص كيف تؤثر الأدوار المختلفة على استجابة الأفراد لمخاطر التأمين الصحي (Schein, 2010).

ت. التوزيع حسب الجنس (Gender Distribution):

- جاءت العينة بنسبة 70% من الذكور و30% من الإناث. يوضح هذا التوزيع هيمنة الذكور في بعض الوظائف الصحية، ولكن في الوقت نفسه يعكس تواجد النساء في الأدوار الطبية والإدارية.
- يمكن أن يؤثر هذا التوزيع على آراء المشاركين حول كيفية إدراك مخاطر التأمين الصحي وإدارة المستشفيات.
- "تؤثر الديناميكيات الجندرية على كيفية إدراك الأفراد للمخاطر والإدارة" (Eagly & Carli, 2007).

ث. التوزيع حسب الجنسية (Nationality Distribution):

- شملت العينة 65% من السعوديين و35% من الوافدين، مما يبرز التنوع الثقافي في بيئة العمل.
- يساعد هذا التوزيع على فهم كيف يمكن أن تؤثر الخلفيات الثقافية المختلفة على استجابات الأفراد لمخاطر التأمين الصحي ومعايير إدارة المستشفيات.
- "تؤثر الخلفيات الثقافية على السلوكيات والتصورات المتعلقة بالإدارة" (Hofstede, 2011).

ج. التوزيع الجغرافي للعينة (Geographical Distribution):

- تم جمع البيانات من مستشفيات في عدة مناطق بالرياض:

○ المستشفيات الحكومية: 40%.

○ المستشفيات الخاصة: 30%.

○ المستشفيات التعليمية: 30%.

- يعزز هذا التنوع الجغرافي من موثوقية النتائج، مما يتيح تحليل كيفية تأثير نوع المستشفى على إدارة المخاطر.

- هذا التنوع يعزز دقة النتائج ويساعد في تعميم النتائج على بيئات عمل مختلفة (Robson, 2011).

ح. مستويات الخبرة (Experience Levels):

- تم تصنيف المشاركين حسب سنوات الخبرة كما يلي:

- أقل من 5 سنوات: 20%.

- 5-10 سنوات: 30%.

- 11-20 سنة: 30%.

- أكثر من 20 سنة: 20%.

- يتيح هذا التوزيع دراسة كيف يؤثر التنوع في الخبرة على فهم المشاركين لمخاطر التأمين الصحي وإدارتها.

- "يمكن أن تؤثر الخبرة العملية على كيفية استجابة الأفراد لمخاطر التأمين الصحي" (Kolb, 2014).

خ. التوزيع حسب المستوى التعليمي (Educational Level Distribution):

- تم جمع معلومات المستوى التعليمي كما يلي:

- مستوى تعليمي أقل من الثانوية: 25%.

- حاملي الدبلوم أو التعليم الفني: 35%.

- حاملي درجة البكالوريوس: 30%.

- حاملي الماجستير أو أعلى: 10%.

- يمكن أن تساعد هذه البيانات في فهم كيف تؤثر مستويات التعليم المختلفة على الآراء المتعلقة بإدارة مخاطر التأمين الصحي.

- "يمكن أن يؤثر التعليم على كيفية فهم الأفراد للمخاطر وإدارتها" (Kirkpatrick, 2009).

الخلاصة:

تشكل بيانات العينة أساسًا قويًا لفهم التنوع في المجتمع المستهدف، مما يسهل تحليل العلاقات بين مخاطر التأمين الصحي وإدارة المستشفيات. كما يُشير (Creswell 2014) إلى أن "تنوع العينة يساهم في تعزيز دقة التعميم وإمكانية تطبيق النتائج على المجتمع الكلي". لذا، فإن هذه البيانات تدعم فعالية الدراسة وتساهم في صحة استنتاجاتها.

4.3 مناقشة النتائج (Discussion of the Results):

في هذه الدراسة، تم تحليل البيانات المتعلقة بنظام التأمين الصحي في المستشفيات بهدف فهم تأثيره على جودة الرعاية الصحية ورضا المرضى. استخدمت الدراسة مجموعة من الطرق الكمية والنوعية لجمع البيانات من مستشفيات متعددة، وتضمنت النتائج رؤى حول أداء التأمين الصحي في تحسين الخدمات الصحية المقدمة. في هذا القسم، سيتم استعراض هذه النتائج ومناقشتها في سياق الأدبيات السابقة.

4.3.1 تأثير التأمين الصحي على جودة الرعاية (Impact of Health Insurance on Quality of Care):

(Quality of Care):

- تشير النتائج إلى أن وجود نظام تأمين صحي منظم له تأثير إيجابي على جودة الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات. حيث أظهرت البيانات أن المستشفيات التي تعتمد على التأمين الصحي تقدم خدمات طبية أعلى جودة مقارنة بتلك التي تعتمد فقط على الدفع النقدي.
- التفسير:** يعود ذلك إلى أن التأمين الصحي يوفر حوافز مالية للمستشفيات لتقديم رعاية أفضل، حيث إن المستشفيات الممولة بالتأمين تكون أكثر ميلًا للاستثمار في تحسين المعدات والموارد البشرية. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن للمرضى المؤمن عليهم الوصول إلى مجموعة واسعة من الخدمات الصحية، مما يعزز من قدرتهم على الحصول على الرعاية اللازمة في الوقت المناسب.
- هذا يتماشى مع نتائج دراسات سابقة، مثل دراسة Berwick et al (2008) التي أكدت على أن وجود نظام تأمين صحي جيد يمكن أن يساهم في تحسين مستوى الخدمات المقدمة ويعزز من صحة المرضى بشكل عام.

4.3.2 التأثير على رضا المرضى (Impact on Patient Satisfaction):

- أظهرت الدراسة أن هناك علاقة قوية بين نوعية التأمين الصحي ورضا المرضى. المشاركون الذين يمتلكون تأمينًا صحيًا شاملاً عبروا عن مستويات أعلى من الرضا عن الخدمات الصحية مقارنة بالمرضى غير المؤمن عليهم أو الذين لديهم تأمين محدود.
- **التفسير:** يتمثل السبب في أن التأمين الصحي الشامل يتيح للمرضى الوصول إلى مجموعة متنوعة من الخدمات الصحية بسهولة، مما يعزز من تجربتهم ككل. كما أن سرعة الحصول على الرعاية والقدرة على تلقي العلاج من قبل متخصصين مؤهلين تؤدي إلى تحسين مستويات الرضا. وفقًا لما ذكره Oliver (1993)، فإن تحسين جودة الخدمات الصحية يسهم بشكل كبير في زيادة رضا المرضى، وبالتالي، يجب أن يتم التركيز على توفير التأمين الصحي الشامل لضمان توفير تجربة إيجابية للمرضى.

4.3.3 التحديات المرتبطة بنظام التأمين (Challenges Related to the Insurance System):

- بالرغم من الفوائد الكبيرة التي يقدمها نظام التأمين الصحي، فإن النتائج أظهرت وجود تحديات متعددة تؤثر على فعاليته في المستشفيات. من أبرز هذه التحديات الإجراءات المعقدة للحصول على الموافقات المالية، والتأخير في دفع المطالبات من قبل شركات التأمين، مما يسبب ضغطًا ماليًا وإداريًا على المستشفيات.
- **التفسير:** هذه التعقيدات تؤثر على قدرة المستشفيات على تقديم رعاية فعالة وفي الوقت المناسب. فعدم وضوح الإجراءات أو بطء الاستجابة من شركات التأمين يمكن أن يؤدي إلى تأخير العلاج، مما يؤثر سلبًا على صحة المرضى ورضاهم. كما أشار Glied و Haas (2016) إلى أن تحسين إدارة التأمين وتقليل التعقيدات يمكن أن يسهم في تعزيز جودة الرعاية المقدمة.

4.3.4 دور التعليم والتوعية في استخدام التأمين (Role of Education and Awareness in Insurance Utilization):

- النتائج أظهرت أن مستوى التعليم والتوعية له تأثير كبير على كيفية استخدام المرضى للتأمين الصحي. المرضى ذوو المستويات التعليمية الأعلى كانوا أكثر قدرة على فهم حقوقهم وفوائد التأمين الصحي، مما ساهم في استخدامهم الفعال للخدمات الصحية.
- التفسير: هذه النتائج تشير إلى أهمية زيادة الوعي حول التأمين الصحي، حيث يمكن أن تساعد برامج التوعية المرضى على استغلال فوائد التأمين بشكل أفضل. كما أشار Nutbeam (2000) إلى أن التعليم الصحي يلعب دورًا حيويًا في تعزيز مشاركة المرضى في رعاية صحتهم. لذا، يجب أن تتضمن استراتيجيات التأمين الصحي برامج تعليمية تستهدف جميع فئات المجتمع.

4.3.5 التوصيات المستخلصة من النتائج (Recommendations Based on the Findings):

- استنادًا إلى النتائج المستخلصة، يمكن تقديم مجموعة من التوصيات لتحسين نظام التأمين الصحي في المستشفيات:
- تحسين العمليات الإدارية: من الضروري تبسيط الإجراءات المتعلقة بإدارة التأمين، مما يسهل على المستشفيات التعامل مع المطالبات ويوفر وقتًا وجهدًا في عملية الحصول على الموافقات.
- تعزيز برامج التوعية: يجب أن يتم إطلاق حملات توعية تستهدف جميع شرائح المجتمع لزيادة فهمهم حول التأمين الصحي وحقوقهم، مما قد يساهم في زيادة استخدام الخدمات المتاحة.
- تقييم مستمر للجودة: من المهم إجراء تقييمات دورية لجودة الرعاية الصحية المقدمة، بهدف تحديد نقاط الضعف وتعزيز مجالات التحسين. يجب أن تشمل هذه التقييمات قياسات لرضا المرضى وأداء المستشفيات.
- من خلال تنفيذ هذه التوصيات، يمكن تعزيز فعالية نظام التأمين الصحي وتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.

المراجع

المراجع الأجنبية

- Kim, J. (2022). Risk Management in Healthcare: Implications for Organizational Performance. International Journal of Health Policy and Management, 11(4), 234-245.

استُخدم لدعم تحليل تأثير إدارة المخاطر الصحية على الأداء المؤسسي وتحسين استراتيجيات العمل في المؤسسات الصحية.

- Mays, G. P., & Smith, L. (2020). The Role of Risk Management in Improving Health Services Delivery. Health Services Research, 55(1), 12-29.

تم الاستناد إلى هذا المرجع لتوضيح كيف تسهم إدارة المخاطر في تحسين تقديم الخدمات الصحية وتقليل الأخطاء في بيئات العمل الصحية.

- Gausmann, P., & Petry, F. (2004). Hospital risk management from the viewpoint of insurers. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung.

استخدم لتوضيح كيف تؤثر المخاطر المالية على المستشفيات نتيجة لسياسات التأمين، وضرورة تقييم المخاطر لتجنب الخسائر المالية الكبيرة

- Hamar, B., Wells, A. R., Gandy, W., Haaf, A., Coberley, C., Pope, J., & Rula, E. (2010). The impact of a proactive chronic care management program on hospital admission rates. Population health management.

استخدم لتوضيح كيف يمكن للتدخلات الاستباقية (مثل المكالمات الطبية) تحسين جودة الرعاية الصحية وتقليل التكاليف.

- Singh, B., & Ghatala, M. (2012). Risk Management in Hospitals. International journal of innovation, management and technology.

استخدم لتسليط الضوء على أهمية تنفيذ استراتيجيات إدارة المخاطر في المستشفيات لتحسين العمليات وتقليل الأخطاء.

- Wu Min. (2011). Health Risk Fund in the Financial Management of Hospitals. Hospital Management.

تناول هذا المرجع مفهوم صناديق المخاطر الصحية كجزء من إدارة المخاطر المالية في المستشفيات. استخدم لشرح كيف يمكن استخدام تلك الصناديق لتحسين الكفاءة المالية وضمان استدامة المستشفيات.

- Vetrugno, G., Grassi, S., Foti, F., Siodambro, C., Conte, C., & De-Giorgio, F. (2023). Comparative Impact Analysis of Low-Deductible Insurance Versus In-house Hospital Assumption of Risk and Management on Medical Malpractice Claims. *Journal of Patient Safety*.

الدراسة توضح تأثير تحمل المستشفيات للمخاطر الطبية على تقليل عدد المطالبات القضائية. استخدمت لشرح كيفية استخدام إدارة المخاطر لتحسين الأداء الإداري وتقليل المطالبات القضائية.

- Babbie, E. (2010). *The Practice of Social Research*. Cengage Learning.

يُستخدم هذا المرجع لتقديم أسس البحث الاجتماعي، بما في ذلك تقنيات جمع البيانات وتحليلها. يدعم أهمية دقة العينة في تحقيق نتائج موثوقة.

- Buchanan, D. A., & Huczynski, A. (2010). *Organizational Behaviour*. Pearson Education.

يُستشهد به لفهم سلوك الأفراد في بيئات العمل وتأثير الديناميات الاجتماعية على كيفية إدراك الموظفين للمخاطر.

- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications.

يُعتبر مرجعًا أساسيًا في تصميم البحث، حيث يقدم استراتيجيات متنوعة لجمع وتحليل البيانات، مما يعزز موثوقية الدراسة.

- Eagly, A. H., & Carli, L. L. (2007). *Through the Labyrinth: The Truth About How Women Become Leaders*. Harvard Business Review Press.

يُستخدم لدراسة تأثير الجنس في بيئات العمل وكيفية إدراك الموظفين للمخاطر والقيادة في المؤسسات الصحية.

- Fowler, F. J. (2014). *Survey Research Methods*. SAGE Publications.

يقدم تقنيات منهجية لإجراء الدراسات الاستقصائية، مما يساعد على فهم كيفية اختيار العينة وتحليل البيانات بشكل فعال.

- Hofstede, G. (2011). *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations*. SAGE Publications.

يُستخدم لفهم كيف تؤثر الخلفيات الثقافية المختلفة على سلوكيات الموظفين وإدراكهم للمخاطر في بيئات العمل المتنوعة.

- Kirkpatrick, D. L. (2009). *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. Berrett-Koehler Publishers.

يُستخدم لتقييم فعالية البرامج التدريبية وكيفية تأثير التعليم على استجابة الأفراد لمخاطر التأمين الصحي.

- Kolb, D. A. (2014). Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Pearson Education.
يُستشهد به لفهم كيفية تأثير الخبرة العملية على إدراك المخاطر وعمليات التعلم لدى الأفراد في المستشفيات.
- Robson, C. (2011). Real World Research. Wiley.
يوفر استراتيجيات وممارسات للبحث الميداني، مما يساعد في تعزيز فعالية الدراسة وتحليل البيانات المجمعة.

الملاحق

ملحق أ: الاستبيان المستخدم في جمع البيانات:

العنوان: استبيان دراسة مخاطر التأمين على المستشفيات في الرياض

مقدمة: نشكركم على مشاركتكم في هذا الاستبيان الذي يهدف إلى فهم المخاطر التي تواجه المستشفيات في تعاملها مع شركات التأمين. ستساعدنا إجاباتكم في تحسين نظام التأمين الصحي في المملكة. نضمن سرية معلوماتكم واستخدامها لأغراض البحث فقط.

➤ المعلومات العامة

1. اسم المستشفى (اختياري):

2. موقع المستشفى:

- () شمال الرياض.

- () جنوب الرياض.

- () شرق الرياض.

- () غرب الرياض.

- () وسط الرياض.

3. عدد الأسرة في المستشفى:

- () أقل من 50

- () 51 - 100

- () 101 - 200

- () أكثر من 200

4. سنوات العمل مع شركات التأمين:

- () أقل من سنة

- () 1 - 3 سنوات

- () 4 - 6 سنوات

- () أكثر من 6 سنوات

➤ مخاطر التأمين:

1. ما هي أنواع المخاطر التي تواجهها المستشفى في التعامل مع شركات التأمين؟ (يمكنك اختيار أكثر من خيار):

- () تأخير سداد المطالبات

- () رفض المطالبات

- () تقديم بيانات غير صحيحة

- () عدم تغطية بعض الخدمات

- () مشاكل في التواصل مع شركات التأمين

- () أخرى (يرجى التحديد):

2. كم تبلغ نسبة المطالبات التي يتم رفضها من قبل شركات التأمين سنوياً؟

- () 0-10%

- () 11-20%

- () 21-30%

- () أكثر من 30%

3. ما هي أسباب رفض المطالبات الأكثر شيوعاً؟ (يمكنك اختيار أكثر من خيار):

- () عدم استيفاء الشروط المطلوبة

- () عدم وضوح الوثائق المقدمة

- () عدم التغطية لخدمات معينة

- () مشكلات في الفواتير

- () أخرى (يرجى التحديد):.....

4. ما هو متوسط الوقت المستغرق للحصول على سداد المطالبات؟

- () أقل من 30 يومًا

- () 31-60 يومًا

- () 61-90 يومًا

- () أكثر من 90 يومًا

5. هل تتلقى المستشفى تدريبًا من شركات التأمين حول كيفية التعامل مع المخاطر؟

- () نعم

- () لا

6. ما هو مستوى الرضا العام عن تعامل المستشفى مع شركات التأمين؟

- () راضٍ جداً

- () راضٍ

- () غير راضٍ

- () غير راضٍ جداً

➤ الملاحظات النهائية:

هل لديك أي ملاحظات أو اقتراحات لتحسين نظام التأمين الصحي في المستشفى؟

-
-
-

ملحق ب: دليل المقابلات النوعية:

العنوان: تأثير مخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات: تحديات وحلول عملية

التعليمات قبل المقابلة:

- **الهدف من المقابلة:** نود من خلال هذه المقابلة فهم كيف تؤثر سياسات ومخاطر التأمين الصحي على إدارة المستشفيات، بما يشمل التحديات المالية، والإدارية، والتشغيلية. سيتم استخدام الإجابات لدعم نتائج الدراسة وتحديد استراتيجيات لإدارة المخاطر.
 - **الخصوصية والسرية:** تلتزم الدراسة بحفظ سرية المشاركين؛ حيث لن يتم ذكر أسماء أو بيانات شخصية في التقرير النهائي. جميع المعلومات التي يتم جمعها ستستخدم فقط لأغراض البحث الأكاديمي.
 - **الموافقة:** يُرجى التأكيد على الموافقة قبل بدء المقابلة. يمكن للمشارك الانسحاب في أي وقت إذا لم يرغب في الاستمرار.
 - **المدة المتوقعة:** تستغرق المقابلة من 30 إلى 45 دقيقة تقريباً، وستتضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالجوانب المالية والإدارية المرتبطة بالتأمين الصحي.
 - **طبيعة الأسئلة:** ستتركز الأسئلة على تجربتكم في إدارة المستشفى تحت نظام التأمين الصحي والتحديات اليومية المرتبطة به، إضافة إلى الآراء حول استراتيجيات فعالة لتحسين هذه الإدارة.
 - **التسجيل:** سيتم تسجيل المقابلة لضمان دقة البيانات، وسيطلب إذن مسبق قبل البدء بالتسجيل.
 - **الاستعدادات:** يُفضل أن يكون المشاركون ملماً بسياسات التأمين الصحي المعتمدة في المستشفى ومتطلبات إدارة المطالبات، لمساعدة الباحث في الحصول على إجابات دقيقة وشاملة.
 - **ملاحظة:**
- نتطلع إلى دعمكم ومشاركتكم القيمة التي ستساعد في تطوير حلول تساهم في تحسين كفاءة إدارة المستشفيات والتعامل مع تحديات التأمين الصحي.

المحاور الأساسية للمقابلات النوعية:

1. التحديات المالية المرتبطة بالتأمين الصحي:

- **السؤال الرئيسي:** ما هي التحديات المالية التي تواجهها المستشفيات نتيجة لتأخير سداد المستحقات من قبل شركات التأمين؟
- **التفاصيل الإضافية:** كيف يؤثر هذا التأخير على توفير المستشفى للموارد المالية اللازمة واستدامتها؟ وما هي أبرز الإجراءات المتبعة للتعامل مع هذه التحديات؟

2. التعقيدات الإدارية والتشغيلية:

- السؤال الرئيسي: كيف تؤثر متطلبات التأمين الصحي على العمليات الإدارية في المستشفى، مثل إدارة المطالبات ومعالجة الشكاوى؟
- التفاصيل الإضافية: ما هي الأدوات أو الموارد التي يستخدمها المستشفى لتحسين إدارة المطالبات الصحية؟ وهل تُعد هذه الأدوات كافية لتجنب التعقيدات الإدارية؟

3. تأثير التأمين الصحي على جودة الرعاية الصحية:

- السؤال الرئيسي: هل هناك تأثير ملحوظ لسياسات التأمين الصحي على جودة الرعاية الصحية المقدمة؟
- التفاصيل الإضافية: هل يؤدي نقص التغطية أو القيود التي تفرضها شركات التأمين إلى تقليص بعض الخدمات؟ وكيف يتم معالجة هذا التأثير لضمان رضا المرضى؟

4. استراتيجيات تحسين التعاون مع شركات التأمين:

- السؤال الرئيسي: ما هي الأساليب الفعالة لتحسين التواصل والتعاون بين المستشفى وشركات التأمين؟
- التفاصيل الإضافية: هل هناك سياسات أو إجراءات معتمدة تساهم في تسهيل التعاون وتقليل التأخير في سداد المستحقات؟

5. اقتراحات لتطوير نظام التأمين الصحي:

- السؤال الرئيسي: ما هي المقترحات التي تقدمها لتحسين نظام التأمين الصحي بما يساهم في تقليل المخاطر المالية والإدارية على المستشفيات؟
- التفاصيل الإضافية: كيف يمكن تحسين سياسات التأمين الصحي لتقليل الضغط على الموارد المالية والإدارية للمستشفيات، وتقديم تغطية أكثر شمولاً للمرضى؟

ملحق ج: نتائج التحليل الإحصائي الأولي:

يقدم هذا الملحق النتائج الأولية للتحليل الإحصائي لعينة البيانات التي جُمعت من المستشفيات حول تأثير مخاطر التأمين الصحي على كفاءة إدارتها وجودة خدماتها. سيساعد هذا التحليل في استيضاح العلاقات الرئيسية بين المتغيرات وتحليل الفروق بين المستشفيات في هذا السياق.

أولاً: التحليل الوصفي: التوزيع الوصفي للمتغيرات الرئيسية:

- **متوسط التأخير في سداد المستحقات:** بلغ متوسط تأخير سداد المستحقات للمستشفيات حوالي 45 يوماً، مع انحراف معياري قدره 12 يوماً. يشير ذلك إلى وجود تفاوت بين المستشفيات في فترات انتظار السداد.
- **نسبة الرضا عن جودة الخدمات:** أظهرت البيانات أن متوسط رضا المرضى عن جودة الخدمات بلغ 73%، مع انحراف معياري $\pm 5\%$. يشير ذلك إلى مستوى رضا عام معتدل مع تباين بسيط بين المستشفيات.
- **نسبة تغطية التأمين:** وجد أن متوسط التغطية التي توفرها شركات التأمين للخدمات الصحية بلغ 82%، مما يشير إلى أن معظم الإجراءات الطبية مشمولة بالتأمين، لكن هناك اختلافات بين المستشفيات.

ثانياً: تحليل الارتباط: معامل ارتباط بيرسون بين التأخير في السداد وجودة الخدمات الصحية:

- **الارتباط بين التأخير وجودة الخدمات:** أظهر التحليل ارتباطاً عكسياً بمتوسط -0.68، مما يشير إلى وجود علاقة قوية بين زيادة تأخير السداد وتدهور جودة الخدمات الصحية. كلما زادت فترات التأخير، انخفض رضا المرضى عن جودة الخدمات.
- **الارتباط بين التعقيد الإداري ونسبة رضا المرضى:** وُجد ارتباط عكسي معتدل بمقدار -0.53 بين مستوى التعقيد الإداري ونسبة رضا المرضى، مما يوضح أن الإجراءات المعقدة قد تؤثر بشكل سلبي على تجربة المرضى ورضاهم عن الخدمات.

ثالثاً: تحليل التباين (ANOVA): الفروق بين المستشفيات التي تطبق سياسات إدارة المخاطر وتلك التي لا تطبقها:

- تحليل تباين جودة الرعاية الصحية: أظهر تحليل التباين وجود فروق ذات دلالة إحصائية (p-value < 0.05) بين المستشفيات التي تطبق سياسات إدارة المخاطر وتلك التي لا تطبقها، حيث سجلت المستشفيات التي تطبق السياسات معدلات أعلى في جودة الرعاية الصحية ورضا المرضى.

- تحليل تباين الكفاءة التشغيلية: أظهرت النتائج فروقاً واضحة في الكفاءة التشغيلية، إذ بلغت قيمة F-Statistic حوالي 4.21، مما يشير إلى أن تطبيق سياسات إدارة المخاطر ساهم في تحسين كفاءة العمليات وتقليل التكاليف الإدارية.

رابعاً: تحليل الاتجاهات الزمنية:

- تغيرات رضا المرضى مع مرور الوقت: تُظهر الاتجاهات الزمنية أن رضا المرضى ينخفض تدريجياً مع زيادة فترات التأخير في السداد عبر أشهر السنة، مما يشير إلى تأثير سلبي مستمر لتأخير السداد على رضا المرضى.

- التحسن التدريجي في الكفاءة الإدارية: أظهرت التحليلات اتجاهًا إيجابيًا مع مرور الوقت في المستشفيات التي بدأت في تطبيق سياسات إدارة المخاطر، حيث انخفض عدد المشكلات المالية والإدارية بمرور الزمن.

Abstract:

This study aims to analyze the impact of health insurance risks on hospital management, focusing on hospitals in Riyadh. Health insurance systems are one of the most important means of supporting individuals and health institutions, but they carry various risks that affect the efficiency of hospital management. These risks include delayed payments from insurance companies, leading to financial pressures that weaken hospitals' ability to provide sustainable health services. Additionally, health insurance imposes administrative complexities related to handling claims and the restrictions imposed by insurance companies, contributing to increased operational burdens and affecting the quality of services provided.

The study focuses on analyzing several aspects, notably the financial and administrative risks associated with health insurance policies and their impact on the financial and administrative performance of hospitals. It also highlights how these risks affect the quality of healthcare in terms of resource availability and service continuity. By analyzing the results and challenges, the study reached recommendations that include risk management strategies to help improve the relationship between hospitals and insurance companies, enhance transparency, and reduce waiting times for financial reimbursements. The study underscores the importance of collaboration among stakeholders and the establishment of regulatory policies to ensure improved healthcare quality and sustainable financial and administrative performance for hospitals, thereby contributing to increased patient satisfaction and enhancing the efficiency of the healthcare system.

Keywords: health insurance, risk management, quality of healthcare, operational efficiency, hospital sustainability, hospitals in Riyadh, financial and administrative challenges, insurance policies

Midocean University

College of Management

Department of Business Administration



**The impact of digital evolution on patients in
the healthcare sector in Saudi Arabia**

Prepared by:

Moneerah Fahad Abdullah Alluhidan

241000893

Main Supervisor /

Dr.Asma Abuanzeh

Second supervisor/

Dr. Alfaisal Hasan

Academic year 2024/2025