

جامعة ميدأوشن



كلية الإدارة

ماجستير ادارة صحية

أثر إدارة التأمين الصحي على تنمية الإيرادات في المستشفيات
الحكومية: دراسة ميدانية على مستشفيات وزارة الصحة بالمملكة
العربية السعودية.

إعداد الطالب/

يونس غريب الشمري

252001555

إشراف/

د. الفيصّل عبد الحميد محمد حسن

د.فايز جراد

العام الدراسي:

2026 – 1447



إِهْدَاء

إلى أولئك الذين جعلوا من رحلة العلم رحلة حياة،

إلى والديّ اللذين لم يتركا يدي في العثرات،

إلى أساتذتي الذين كانوا نبراس الطريق،

إلى أصدقائي الذين منحوني القوة وقت التعب،

إلى نفسي التي لم تستسلم، ولم تتوقف رغم الصعوبات،

إلى كل من كان وجوده حولي دافعاً للاستمرار،

أهدي هذا العمل المتواضع، لا بوصفه نهاية الطريق،

بل بدايةً جديدةً نحو غاياتٍ أكبر وأحلامٍ أعمق،

فلكم جميعاً، يا من صنعتم من المستحيل ممكناً، كل الامتنان والتقدير.

شكر وفخر

أحمد الله عز وجل الذي وفقنا في إتمام هذا البحث العلمي،

والذي ألهمني الصحة والعافية والعزيمة.

فالحمد لله حمداً كثيراً

نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذ الدكتور /

د. الفیصل عبدالحمد محمد

د. فايز جراد

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

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

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

مستخلص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى قياس أثر إدارة التأمين الصحي بأبعادها المتمثلة في: تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية، وإدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية، وكفاءة الإجراءات الإدارية، والتحول الرقمي والميكنة، على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة أداة لجمع البيانات من عينة طبقية عشوائية بلغت (352) مفردة من العاملين في الوظائف الإدارية والمالية ذات الصلة بإدارة التأمين الصحي وإدارة الإيرادات في (12) مستشفى حكومياً موزعاً على خمس مناطق في المملكة. وقد حُلَّت البيانات باستخدام أساليب الإحصاء الوصفي وتحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد. وأظهرت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي بأبعادها مجتمعة على تنمية الإيرادات، حيث فسّرت الأبعاد الأربعة (71.7%) من التباين في المتغير التابع. وكان بُعد كفاءة الإجراءات الإدارية الأكثر تأثيراً بمعامل تحديد (0.524)، يليه تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية (0.486)، ثم التحول الرقمي والميكنة (0.467)، وأخيراً إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية (0.424). وأوصت الدراسة بضرورة إنشاء وحدات متخصصة لإدارة دورة الإيرادات، وتعزيز التكامل بين الأقسام الطبية والمالية والتأمينية، وتطوير القدرات التفاوضية في إدارة العقود، وتعزيز الاستفادة من منصة نفيس (NPHIES) في أتمتة العمليات التأمينية.

الكلمات المفتاحية: إدارة التأمين الصحي، تنمية الإيرادات، المستشفيات الحكومية، المطالبات التأمينية، التحول الرقمي، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.

قائمة المحتويات

أ.....	بسم الله الرحمن الرحيم
ب.....	الإهداء
ج.....	الشكر والتقدير
د.....	مستخلص الدراسة
ه.....	قائمة المحتويات
ح.....	قائمة الجداول
1.....	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
1.1.....	1.1 المقدمة
2.....	2.1 مشكلة الدراسة
3.....	3.1 أهمية الدراسة
5.....	4.1 أهداف الدراسة
5.....	5.1 تساؤلات الدراسة
6.....	6.1 فروض الدراسة
7.....	7.1 الدراسات السابقة
14.....	8.1 الفجوة البحثية
16.....	9.1 المنطلقات النظرية للدراسة
19.....	10.1 المنهجية وطرق البحث
23.....	الفصل الثاني: الإطار النظري
23.....	المبحث الأول: إدارة التأمين الصحي
23.....	1.1.2 تمهيد
23.....	2.1.2 مفهوم إدارة التأمين الصحي
26.....	3.1.2 أهمية إدارة التأمين الصحي
28.....	4.1.2 أهداف إدارة التأمين الصحي

29.....	5.1.2 أبعاد إدارة التأمين الصحي.....
35.....	6.1.2 استراتيجيات إدارة التأمين الصحي.....
36.....	7.1.2 المداخل النظرية المفسرة لإدارة التأمين الصحي.....
37.....	8.1.2 التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية.....
38.....	9.1.2 تحديات إدارة التأمين الصحي في المستشفيات الحكومية السعودية.....
40.....	المبحث الثاني: تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.....
40.....	1.2.2 تمهيد.....
40.....	2.2.2 مفهوم تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.....
42.....	3.2.2 أهمية تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.....
44.....	4.3.2 أهداف تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.....
45.....	5.3.2 مصادر الإيرادات في المستشفيات الحكومية.....
46.....	6.3.2 محددات تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.....
48.....	7.3.2 آليات تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.....
49.....	8.3.2 المداخل النظرية المفسرة لتنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.....
51.....	الفصل الثالث: منهجية الدراسة.....
51.....	1.3 منهج الدراسة.....
51.....	2.3 مجتمع الدراسة وعينتها.....
53.....	3.3 أداة الدراسة (الاستبانة).....
53.....	4.3 صدق أداة الدراسة.....
58.....	5.3 ثبات أداة الدراسة.....
59.....	7.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة.....
61.....	الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات.....
61.....	1.4 تحليل البيانات الديموغرافية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة.....
65.....	2.4 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة.....
71.....	3.4 اختبار فرضيات الدراسة.....

79.....	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات
79.....	1.5 مناقشة النتائج
83.....	2.5 مناقشة نتائج التحليل الوصفي
83.....	3.5 التوصيات
86.....	Abstract
87.....	المراجع
92.....	الملاحق
93.....	استمارة استبيان

قائمة الجداول

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
52	جدول (1): توزيع الاستبانة على المستشفيات الحكومية واستردادها	1.
54	جدول (2): معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المتغير المستقل والدرجة الكلية للبعد	2.
55	جدول (3): معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المتغير التابع والدرجة الكلية للمحور	3.
56	جدول (4): مصفوفة ارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة (ن = 352)	4.
58	جدول (5): معاملات ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد الدراسة	5.
61	جدول (6): توزيع أفراد العينة حسب الجنس	6.
61	جدول (7): توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية	7.
62	جدول (8): توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي	8.
63	جدول (9): توزيع أفراد العينة حسب المسمى الوظيفي	9.
63	جدول (10): توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة	10.
64	جدول (11): توزيع أفراد العينة حسب القسم أو الإدارة	11.
65	جدول (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية	12.

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
66	جدول (13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية	13.
67	جدول (14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد كفاءة الإجراءات الإدارية	14.
68	جدول (15): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد التحول الرقمي والميكنة	15.
69	جدول (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات محور تنمية الإيرادات	16.
72	جدول (17): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد إدارة التأمين الصحي على تنمية الإيرادات	17.
74	جدول (18): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية على تنمية الإيرادات	18.
75	جدول (19): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية على تنمية الإيرادات	19.
76	جدول (20): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر كفاءة الإجراءات الإدارية على تنمية الإيرادات	20.
78	جدول (21): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التحول الرقمي والميكنة على تنمية الإيرادات	21.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.1 المقدمة

تُعد الرعاية الصحية من أهم القطاعات الحيوية التي ترتبط ارتباطاً مباشراً بحياة الإنسان وجودة مجتمعه، وقد شهدت الأنظمة الصحية خلال العقود الأخيرة تحولاً كبيراً نحو تبني نماذج تمويل مستدامة قادرة على الاستجابة للطلب المتزايد على الخدمات الطبية، وبرز التأمين الصحي كأحد أهم الآليات التي تسعى إلى تحقيق التوازن بين توفير الرعاية الصحية من جهة، وضمان الكفاءة الاقتصادية من جهة أخرى، من خلال توزيع تكاليف العلاج وتقليل الأعباء المالية على الأفراد والمؤسسات الصحية في آن واحد، وهو ما يشكل مدخلاً أساسياً لدعم استدامة نظم الصحة على مستوى عالمي. (Imansyah et al., 2025)

ويُنظر إلى التأمين الصحي بوصفه نظاماً اجتماعياً واقتصادياً يسهم في تنظيم العلاقة بين مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين والجهات الدافعة، حيث يوفر تغطيات مالية تتيح للأفراد الوصول إلى الرعاية الصحية دون التعرض لمخاطر الإنفاق الصحي المباشر، كما ساعدت برامج التأمين الصحي في العديد من الدول على رفع مؤشرات الصحة العامة وتعزيز العدالة الصحية من خلال تخفيف الفجوات في القدرة على الحصول على الخدمات، وهو ما يبرز دور التأمين الصحي كأداة داعمة للاستقرار الاجتماعي والاقتصادي في المجتمعات الحديثة (محمد والهلال، 2016).

غير أن الدور الفعلي للتأمين الصحي في تعزيز كفاءة النظام الصحي يعتمد بدرجة كبيرة على إدارة التأمين الصحي داخل المؤسسات الصحية نفسها، حيث تتطلب هذه الإدارة تنسيقاً فعالاً بين عمليات المطالبات، وإدارة العقود، وإجراءات التحصيل المالي، ونظم الأتمتة الرقمية، وقد تناولت الأدبيات الحديثة مفهوم إدارة دورة الإيرادات (RCM) بوصفه إطاراً إجرائياً يتضمن الخطوات المتتابعة لتحويل الخدمة الصحية المقدمة إلى إيراد مالي فعلي، بما يضمن استدامة التشغيل والقدرة على توسيع خدمات الرعاية الصحية. (Uma et al., 2025)

أما في المملكة العربية السعودية، فقد شهد القطاع الصحي نقلة نوعية في ضوء رؤية المملكة 2030 التي تهدف إلى تعزيز كفاءة القطاع الصحي، وتطوير نماذج التمويل، وتمكين المستشفيات الحكومية من تبني أساليب إدارة مالية مرنة ومستدامة، وتبرز المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة بوصفها وحدات خدمية تسعى إلى تعزيز قدرتها على تنويع مصادر الإيرادات، وتطوير آليات إدارة التأمين الصحي بما يضمن زيادة حصيلة الإيرادات دون المساس بجودة الرعاية الصحية، ومن هنا أصبحت إدارة التأمين الصحي في هذه المستشفيات محوراً استراتيجياً يتطلب دراسة معمقة تربط بين البنية الإدارية والتشغيلية وبين القدرة على تعزيز الموارد المالية وتحقيق الكفاءة التشغيلية، وهو ما يشكل الأساس الذي تنطلق منه هذه الدراسة .

2.1 مشكلة الدراسة

تُعدّ المستشفيات الحكومية أحد الركائز الأساسية في منظومة الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية، وتعتمد بشكل متزايد على برامج التأمين الصحي بوصفها مصدراً مهماً من مصادر التمويل الداعمة لاستدامة خدماتها الصحية ، إن تحقيق الفائدة المرجوة من التأمين الصحي لا يتوقف على وجود التغطية التأمينية فقط، بل يرتبط بمدى كفاءة إدارة التأمين الصحي داخل المستشفيات، وقد أشارت دراسات متعددة إلى أن تحسين آليات إدارة التأمين الصحي ينعكس بصورة إيجابية على الأداء المالي والتشغيلي للمؤسسات الصحية، مثل دراسة (Uma et al., 2025) التي أكدت أن الإدارة الفعالة لدورة الإيرادات تساهم في تقليل العبء الإداري وزيادة الكفاءة المالية.

وأظهرت دراسات دولية أن مصادر التمويل من برامج التأمين الصحي الحكومية قد ترتبط بتحسين أو إعاقه الأداء المالي للمستشفيات بحسب جودة الإدارة التنظيمية لهذه البرامج، مثل دراسة (Rauscher & Wheeler, 2010) التي أوضحت أن المستشفيات القادرة على إدارة المطالبات التأمينية بكفاءة تحقق سرعة أعلى في التحصيل وتحسناً في تدفق الإيرادات المالية، كما كشفت دراسات في أنظمة صحية مشابهة أن ارتفاع الاعتماد على المرضى المؤمن عليهم حكومياً قد يرتبط بانخفاض العائد المالي إذا لم تُدار التغطيات التأمينية بطريقة احترافية ودقيقة كما تبين في دراسة المستشفيات الإندونيسية.

و ركزت دراسات سعودية مثل دراسة (Al Otaibi et al., 2023) على دور التأمين الصحي في تحسين الكفاءة التشغيلية للمستشفيات، فيما تناولت دراسة (Al-Qahtani & Al-Khmasan, 2024) أثر التأمين الصحي في تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، غير أن هذه الدراسات لم تتناول بشكل مباشر أثر إدارة التأمين الصحي بأبعادها التشغيلية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية، بل ركزت غالباً على الجودة والرضا والكفاءة التشغيلية دون الربط المالي المباشر.

كما تشير نتائج دراسات عربية مثل دراسة (بازيب، 2022) و(أسوم، 2016) إلى أهمية التأمين الصحي في تحسين الخدمات أو الأداء الوظيفي، ومع ذلك فإنها لم تتناول بشكل منهجي البنية الإدارية لإدارة التأمين الصحي نفسها وكيف يمكن لأبعادها (تنظيم المطالبات، إدارة العقود، تحسين الإجراءات، التحول الرقمي) أن تسهم في رفع مستوى تنمية الإيرادات وتحقيق الاستدامة المالية في المستشفيات الحكومية.

وبناءً على ذلك، تتمثل أساس مشكلة الدراسة في وجود فجوة تطبيقية وإدارية بين الدور المتوقع لإدارة التأمين الصحي في رفع الإيرادات وبين الواقع الفعلي الذي تواجه فيه العديد من المستشفيات الحكومية تحديات متعلقة ببطء معالجة المطالبات، ورفض شركات التأمين لبعض الفواتير، وعدم كفاءة التعاقدات الصحية، وتأخر التحصيل المالي. ومن هنا تنبثق مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي الآتي:

ما أثر إدارة التأمين الصحي بأبعادها التشغيلية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية؟

3.1 أهمية الدراسة:

تعتمد أهمية هذه الدراسة على إسهاماتها النظرية والتطبيقية فيما يلي:

أولاً: الأهمية العلمية

❖ تسهم الدراسة في إثراء الإطار المعرفي المتعلق بإدارة التأمين الصحي وتنمية الإيرادات، من خلال الربط

بين الجوانب الإدارية والاقتصادية داخل المستشفيات الحكومية.

- ❖ تقدم نموذجاً مفاهيمياً واضحاً يوضح أثر أبعاد إدارة التأمين الصحي الأربعة على تنمية الإيرادات، مما يوفر أساساً يمكن للباحثين الاستفادة منه في دراسات لاحقة.
- ❖ تساعد في سد فجوة بحثية في الأدبيات العربية، حيث إن معظم الدراسات ركزت على أثر التأمين الصحي على جودة الخدمة دون التطرق بعمق إلى أثره على الإيرادات والاستدامة المالية.
- ❖ توفر إطاراً علمياً يدعم توجهات البحث في الاقتصاد الصحي والإدارة الصحية وخاصة في ظل التحول الوطني للنظام الصحي في المملكة العربية السعودية.
- ❖ تعزز الفهم الأكاديمي للعلاقة بين كفاءة إدارة المطالبات والتحول الرقمي وبين تقليل الهدر المالي وتحسين الموارد داخل المؤسسات الصحية الحكومية.

ثانياً: الأهمية العملية

- ❖ تقدم مؤشرات عملية تساعد مديري المستشفيات الحكومية على تحسين إدارة التأمين الصحي بشكل يؤدي إلى زيادة الإيرادات وتقليل الخسائر المالية.
- ❖ تدعم صانعي القرار في وزارة الصحة والجهات ذات العلاقة في وضع سياسات أكثر فعالية لتطوير أنظمة التأمين الصحي والتحول نحو استدامة التمويل الصحي.
- ❖ توفر نتائج قابلة للتطبيق تسهم في رفع كفاءة التحصيل المالي للمستحقات من شركات التأمين وتقليل معدلات رفض المطالبات.
- ❖ تساعد الإدارات الصحية في تطوير إجراءات العمل ورفع كفاءة الموارد البشرية في أقسام التأمين الصحي، مما ينعكس على تحسين الأداء المؤسسي.
- ❖ تتكامل مع مستهدفات رؤية السعودية 2030 وبرامج التحول الصحي من خلال تعزيز تنوع مصادر الدخل وتقليل الاعتماد على الدعم الحكومي المباشر.
- ❖ تسهم في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة من خلال توفير موارد مالية إضافية تسهم في تطوير التجهيزات والبنية التحتية الطبية.

4.1 أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل أثر إدارة التأمين الصحي بأبعادها (تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية، إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية، كفاءة الإجراءات الإدارية في التأمين الصحي، التحول الرقمي والميكنة في معالجة المطالبات) على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية، وذلك من خلال توضيح الدور الذي تلعبه ممارسات إدارة التأمين الصحي في رفع كفاءة التحصيل المالي، وخفض الهدر، وتعزيز استدامة التمويل الصحي.

يتفرع عن هذا الهدف العام عدد من الأهداف الفرعية، تتمثل في:

- ❖ قياس أثر تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.
- ❖ تحليل دور إدارة عقود مقدمي الخدمة في رفع العائد المالي وتعزيز القدرة التفاوضية للمستشفيات.
- ❖ تقييم كفاءة الإجراءات الإدارية في نظام التأمين الصحي وأثرها في تقليل التكاليف التشغيلية المرتبطة بالخدمات العلاجية.
- ❖ دراسة أثر التحول الرقمي والميكنة في تقليل نسب الرفض ودقة الفواتير وزيادة سرعة دورة التحصيل المالي.
- ❖ اقتراح آليات تطوير إدارة التأمين الصحي لتعزيز الإيرادات بما يواكب توجهات التحول الصحي والرؤية الوطنية 2030.

5.1 تساؤلات الدراسة

ما أثر إدارة التأمين الصحي بأبعادها (تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية، إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية، كفاءة الإجراءات الإدارية، التحول الرقمي والميكنة) على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية؟

ويتفرع عنه الأسئلة الآتية:

- ❖ ما أثر تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية؟
- ❖ ما أثر إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية؟
- ❖ ما أثر كفاءة الإجراءات الإدارية لنظام التأمين الصحي على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية؟
- ❖ ما أثر التحول الرقمي والميكنة في معالجة المطالبات على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية؟

6.1 فروض الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها يمكن صياغة الفرضيات التالية:

الفرضية الرئيسية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة التأمين الصحي بأبعادها (تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية، إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية، كفاءة الإجراءات الإدارية، التحول الرقمي والميكنة) على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية.

الفرضيات الفرعية:

- H0-1: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتنظيم وإدارة المطالبات التأمينية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.
- H0-2: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.
- H0-3: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لكفاءة الإجراءات الإدارية في التأمين الصحي على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.
- H0-4: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحول الرقمي والميكنة في معالجة المطالبات على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.

7.1 الدراسات السابقة:

✓ دراسة (Uma et al., 2025)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر إدارة دورة الإيرادات - Revenue Cycle Management (RCM) بأبعادها المتمثلة في تحسين دقة الفواتير، وزيادة معدلات السداد، وتقليص مدة التحصيل على الأداء المالي والكفاءة التشغيلية في المستشفيات، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي والتحليلي من خلال الاعتماد على الأسلوبين الكيفي والكمي لتحليل مؤشرات الأداء الرئيسة.

وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من المستشفيات ومقدمي خدمات الرعاية الصحية الذين تم تقييم أنظمتهم في إدارة دورة الإيرادات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التطبيق الناجح لإدارة دورة الإيرادات يسهم في تحسين الأداء المالي، وتقليل العبء الإداري، وتبسيط عمليات الدفع للمرضى. وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز كفاءة إدارة دورة الإيرادات من خلال الأتمتة الاستراتيجية، وتوحيد السياسات والإجراءات، وتكثيف برامج التدريب المستمر لجميع العاملين.

✓ دراسة (Rauscher & Wheeler, 2010)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين نسبة المرضى المؤمن عليهم من خلال برامج الرعاية الحكومية (Medicare) و (Medicaid) وبين حجم الإيرادات الناتجة عن تقديم الرعاية الصحية وسرعة تحصيلها في المستشفيات، واستخدمت الدراسة المنهج التحليلي الكمي بالاعتماد على تحليل الانحدار الثابت على مستوى المستشفى، من خلال البيانات المالية المستخرجة من تقارير تكاليف Medicare لجميع المستشفيات في الولايات المتحدة خلال الفترة من 2002 إلى 2007، والقوائم المالية المدققة للمستشفيات غير الربحية المصدرة للسندات للفترة من 2000 إلى 2006. وتكونت عينة الدراسة من جميع المستشفيات الأمريكية التي تقدم تقارير مالية ضمن هاتين الفترتين الزمنيةتين.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المستشفيات التي ترتفع لديها نسبة المرضى المؤمن عليهم عبر Medicare و Medicaid تحقق في المتوسط إيرادات رعاية صحية أعلى من تلك التي تعتمد أكثر على المرضى المؤمن عليهم من القطاع الخاص أو الدافعين الذاتيين، كما أن المستشفيات التي تخدم مرضى Medicare تجمع إيراداتها بسرعة أكبر، بينما لم يُلاحظ ارتباط بين نسبة مرضى Medicaid وسرعة تحصيل الإيرادات، وأوصت الدراسة بضرورة استمرار تحسين إدارة دورة الإيرادات في المستشفيات التي تخدم المرضى المؤمن عليهم حكومياً، مع التركيز على استراتيجيات تسريع التحصيل وتعزيز كفاءة إدارة الإيرادات لضمان الاستدامة المالية للمؤسسات الصحية.

دراسة (Imansyah et al., 2025) ☒

هدفت الدراسة إلى التعرف على الآثار المالية المترتبة على إصلاحات السياسات الصحية على إيرادات المستشفيات واستدامتها، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي بالاعتماد على المراجعة المنهجية للمصادر العلمية لتحليل النتائج والاتجاهات الناتجة عن تطبيق إصلاحات السياسات الصحية. وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الدراسات والبحوث المنشورة التي تناولت السياسات الصحية وتأثيراتها المالية على المستشفيات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن إصلاحات السياسات الصحية قد يكون لها تأثيرات إيجابية أو سلبية على إيرادات المستشفيات بحسب طبيعة الإجراءات والسياسات المطبقة؛ فقد تسهم بعض الإصلاحات في تحسين الإيرادات وتعزيز الاستدامة، بينما قد تؤدي إصلاحات أخرى إلى تقليص الموارد المالية وزيادة الضغوط التشغيلية، وأوصت الدراسة بضرورة مراعاة الجوانب المالية عند تصميم وتنفيذ إصلاحات السياسات الصحية، والتنسيق بين صانعي القرار والإدارات الصحية لضمان استدامة القطاع الصحي على المدى الطويل.

دراسة (Al Otaibi et al., 2023) ☒

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر استراتيجيات الإدارة في المستشفيات على الكفاءة التشغيلية في ظل التطورات التي يشهدها قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية، مع تحليل الدور

الوسيط لوجود نظام التأمين الصحي في هذه العلاقة، واستخدمت الدراسة المنهج الكمي من خلال جمع البيانات بواسطة الاستبيانات، والسجلات المؤرخة لمؤشرات الأداء في المستشفيات، وتكونت عينة الدراسة من عدد من المستشفيات والعاملين في الإدارة الصحية داخل القطاع الصحي السعودي، مع التركيز على متغيرات مثل رضا الكوادر الإدارية، وتوافر المرافق، وخفض تكاليف الإدارة، وخطط تحسين سلامة المرضى.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن استراتيجيات الإدارة في المستشفيات تؤثر بشكل مباشر على الكفاءة التشغيلية، وأن وجود تغطية للتأمين الصحي يلعب دوراً وسيطاً مهماً من خلال تأثيره على قدرة المرضى على الحصول على الخدمات الصحية، وما يترتب عليه من تغييرات في سياسات الإدارة والتشغيل. وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز إدارة المستشفيات من خلال تطوير نظم التأمين الصحي، ورفع كفاءة الكوادر الإدارية، وتحسين بنى المرافق، وتطبيق نماذج إدارية قائمة على مبادئ الاقتصاد الصحي والحوكمة المستدامة..

✓ دراسة (Al-Qahtani & Al-Khmasan, 2024)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التأمين الصحي على خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات وزارة الصحة بمدينة الدمام من وجهة نظر المستفيدين من التأمين الصحي، وذلك من خلال دراسة مجموعة من الأبعاد تتمثل في: تكامل خدمات الرعاية الصحية، موثوقية الخدمات الصحية، الاستجابة للخدمات الصحية، أسلوب تعامل مقدمي الخدمة الصحية، الإجراءات والنظم المتعلقة بالخدمة الصحية، ومستوى الوعي بالخدمات الصحية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، مع الاعتماد على أداة الاستبيان لجمع البيانات من عينة مكونة من (250) مستفيداً من التأمين الصحي تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة من مستشفيات وزارة الصحة في مدينة الدمام.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية ($p \leq 0.05$) للتأمين الصحي على تحسين خدمات الرعاية الصحية في أبعادها المذكورة، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أثر التأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية تعزى إلى متغيرات: الجنس، وأوصت الدراسة بضرورة

تعزيز برامج التأمين الصحي وتطوير آليات تقديم الخدمات الصحية، والعمل على رفع وعي المستفيدين وتحسين مهارات مقدمي الخدمات، بالإضافة إلى مراعاة الفروق الديموغرافية عند وضع السياسات الصحية لضمان تحقيق أفضل مستويات الرعاية الصحية..

✓ دراسة (Haji & Haji, 2022)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التأمين الصحي على أداء الموظفين في مؤسسة كهرباء زنجبار في جزيرة أونغوجا، وذلك من خلال التركيز على بعدين رئيسيين هما: الحماية المالية التي يوفرها التأمين الصحي، وقيمة قسط التأمين، واستخدمت الدراسة المنهج الكمي، حيث تم جمع البيانات باستخدام استبيان مغلق الأسئلة، ومن ثم تحليلها باستخدام أسلوب الانحدار الخطي المتعدد لتحديد مدى تأثير متغيرات الدراسة على أداء الموظفين، وتكونت عينة الدراسة من عدد من موظفي مؤسسة كهرباء زنجبار الذين يستفيدون من التأمين الصحي.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن متغيري الحماية المالية وقسط التأمين الصحي لهما تأثير معنوي وإيجابي على أداء الموظفين، مما يعني أن تحسين مزايا التأمين الصحي يسهم في رفع مستويات الأداء الوظيفي. وأوصت الدراسة بضرورة زيادة قيمة قسط التأمين الصحي وتعزيز برامج الحماية المالية للموظفين، وذلك من قبل المؤسسة والحكومة في زنجبار، لما لذلك من دور في رفع كفاءة أداء العاملين وتحقيق رضاهم الوظيفي..

✓ دراسة (باذيب، 2022)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التأمين الصحي بأبعاده (منافع التأمين الصحي، التغطيات الطبية، الاستقطاعات المالية) على الأداء الوظيفي في البنوك الإسلامية في الجمهورية اليمنية. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لتحقيق أهدافها، وذلك من خلال تطبيق الدراسة الميدانية ومعالجة البيانات باستخدام برنامج (SPSS21)

وتكونت عينة الدراسة من (121) موظفًا تم اختيارهم بالطريقة العشوائية الطبقية من الإدارات المختلفة في البنوك الإسلامية، وقد تم استرداد (102) استبيان بنسبة استجابة بلغت 84%. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير إيجابي لمنافع التأمين الصحي على الأداء الوظيفي بنسبة بلغت 95.8% عند مستوى دلالة إحصائية أقل من (0.05)، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور، وملتغير المستوى الوظيفي لصالح الإدارة التنفيذية، وملتغير سنوات الخدمة لصالح ذوي الخبرة القليلة، مع عدم وجود فروق ذات دلالة تعزى لمتغيري الحالة الاجتماعية والعمر. وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بالموارد البشرية وتحسين برامج التأمين الصحي، ومراعاة الاستقطاعات المالية من الموظفين مقابل التغطيات الطبية المقدمة لهم..

☑ دراسة (أسوم، 2016)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر إدارة التأمين الصحي بأبعادها (توفير الخدمة العلاجية، تقليل التكلفة، جودة تقديم الخدمات، والتوعية التأمينية) على تقديم الخدمة العلاجية للعاملين في محلية الدلنج خلال الفترة (2010-2015م)، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي والمنهج الاستقرائي في جمع البيانات وتحليلها، وتكونت عينة الدراسة من المستفيدين من خدمات التأمين الصحي (المشاركين) في مراكز التأمين الصحي العلاجية بمحلية الدلنج، وتم جمع البيانات باستخدام الاستبانة والمقابلات.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن إدارة التأمين الصحي تسهم في توفير الخدمة العلاجية بتكلفة منخفضة وبطريقة مناسبة، وأن التأمين الصحي يمثل ضرورة للعاملين كونه يستند إلى مبدأ التكافل الاجتماعي.

وأوصت الدراسة بضرورة توفير مراكز للخدمة العلاجية في الأحياء والقرى والأرياف، وتقديم الفحوصات التشخيصية والمعملية داخل مراكز التأمين الصحي، إضافةً إلى تدريب العاملين وإنشاء هياكل وظيفية لهم.

☑ دراسة (يوسف، 2022)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التأمين الصحي بأبعاده (أقساط التأمين، نطاق التغطية، جودة الخدمات المقدمة) على جودة الخدمات الصحية في الجمهورية العربية السورية، وذلك من خلال إبراز دوره في تحسين مؤشرات القطاع الصحي والارتقاء بمستوى الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي إلى جانب الدراسة القياسية التحليلية لقياس تأثير التأمين الصحي على مجموعة من المؤشرات الصحية، وتكونت بيانات الدراسة من مجموعة مؤشرات صحية رسمية على مستوى الدولة، شملت متوسط عدد السكان لكل طبيب، ومتوسط عدد السكان لكل صيدلي، ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة، ومعدل الوفيات الأولي لكل 1000 شخص، وغيرها من المؤشرات ذات الصلة بجودة الخدمات الصحية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود أثر معنوي لأقساط التأمين الصحي على كل من:

- متوسط عدد السكان لكل طبيب في سورية،
- متوسط عدد السكان لكل صيدلي،
- العمر المتوقع عند الولادة،
- معدل الوفيات الأولي لكل 1000 شخص.

بينما أشارت النتائج إلى عدم وجود أثر معنوي لأقساط التأمين الصحي على:

- متوسط عدد السكان لكل طبيب أسنان،
- متوسط عدد السكان لكل سرير في المستشفيات العامة والخاصة،
- نسبة التغطية بالأدوية المحلية من إجمالي الأدوية.

✓ دراسة (محمد والهلال، 2016)

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور التأمين الصحي بأبعاده (الحماية الصحية، القدرة على دفع أقساط الاشتراك، جودة الخدمات الصحية) في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية في السودان، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي المدعم بالمنهج النوعي، وتكون مجتمع الدراسة من المستفيدين

من خدمات التأمين الصحي ومقدمي الخدمات الصحية، وركزت الدراسة على التعرف على المكاسب المحققة والعقبات المتوقعة عند تطبيق التأمين الصحي في ولايات السودان المختلفة.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التأمين الصحي يسهم بشكل واضح في التنمية الاقتصادية من خلال رفع المستوى الصحي للعاملين وزيادة قدرتهم على العمل والإنتاج، كما له دور مهم في التنمية الاجتماعية عبر تعزيز الشعور بالأمان وتقليل مخاوف فقدان الدخل نتيجة المرض أو الإصابة.

وأوصت الدراسة بضرورة تطوير أنظمة التأمين الصحي بما يضمن توسيع نطاق مراكز تقديم الخدمات الصحية، وتقليل استنزاف النقد الأجنبي الناتج عن العلاج في الخارج، بما يدعم التنمية الاقتصادية، بالإضافة إلى تعظيم دور التأمين الصحي كأداة لحماية العنصر البشري وتعزيز رفاهه..

☑ دراسة (فريجة وخير، 2017)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تطبيق مشروع التغطية التأمينية الشاملة بأبعاده (نطاق التغطية، خصائص المنتسبين، وتكاليف تقديم الخدمة) على اقتصاديات التأمين الصحي في ولاية الخرطوم، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكون مجتمع الدراسة من قطاعات المنتسبين للتأمين الصحي في ولاية الخرطوم مع تركيز خاص على القطاع غير المنظم.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين تكلفة الخدمات الطبية والمستويات العمرية المختلفة، وكذلك علاقة معنوية بين المستوى التعليمي وتكلفة تقديم الخدمات الصحية. كما بينت الدراسة أن التوسع في التغطية التأمينية الشاملة يتطلب تنفيذاً متوازناً يشمل جميع القطاعات دون التركيز على قطاع واحد، وذلك لضمان امتصاص الزيادة في تكلفة الخدمات الطبية ورفع الكفاءة الاقتصادية للتأمين الصحي.

وأوصت الدراسة بضرورة اتباع التدرج في توسيع مظلة التغطية التأمينية بحيث تشمل جميع القطاعات دون تمييز، مع تعزيز برامج التوعية الصحية والتأمينية، والاهتمام بتطوير وتأهيل مراكز تقديم الخدمات الصحية بما يضمن تحسين جودة الخدمة واستدامة التمويل الصحي..

✓ دراسة (على ويوسف، 2019)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التأمين الصحي بأبعاده (تكلفة العلاج، توفر الدواء، سهولة الوصول للخدمة، استرداد قيمة الدواء، الشكل العام لمراكز تقديم الخدمة) على ترقية الخدمات الصحية في مدينة الخرطوم، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من المرضى المستفيدين من خدمات التأمين الصحي في المراكز الصحية بمدينة الخرطوم.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التأمين الصحي أسهم في تقليل تكلفة العلاج، وتوفير الدواء للأمراض المشمولة بالتغطية التأمينية، وسهّل الوصول إلى مراكز تقديم الخدمة الصحية التي تتصف بقربها من مواقع السكن وجودة تصميمها، بينما لم يوفر آلية فعالة لاسترداد قيمة الدواء في حال عدم توفره بصيغيات التأمين الصحي، كما أن التغطية لا تزال محدودة على فئات معينة وأمراض محددة.

وأوصت الدراسة بضرورة توسيع مظلة التأمين الصحي لتشمل كافة فئات المجتمع، وزيادة نطاق التغطية ليشمل معظم الأمراض، مع تطوير آليات فعالة لاسترداد قيمة الدواء، وتحسين الخدمات الدوائية في الصيدليات التابعة للتأمين الصحي.

8.1 الفجوة البحثية:

اتفقت معظم الدراسات السابقة على أن التأمين الصحي يمثل مدخلاً مهماً لتحسين جودة الخدمات الصحية ورفع كفاءة تقديمها، كما في دراسات (Al-Qahtani & Al-Khmasan, 2024) ، و(علي ويوسف، 2019)، و(أسوم، 2016)، إلا أن هذه الدراسات ركزت على البعد الخدمي والجودة العلاجية دون التعمق في الأثر المالي المباشر للأدوات الإدارية المرتبطة بالتأمين الصحي على تنمية الإيرادات في المستشفيات، وهو ما تسعى إليه الدراسة الحالية.

توافقت بعض الدراسات مثل دراسة (Uma et al., 2025) و (Rauscher & Wheeler, 2010) على أهمية إدارة دورة الإيرادات في تحسين الأداء المالي للمؤسسات الصحية، لكنها ركزت على نظم إدارة الإيرادات

بشكل عام دون تخصيص إدارة التأمين الصحي كمتغير مستقل بأبعاده التفصيلية، و الدراسة الحالية تتميز بأنها تفكك إدارة التأمين الصحي إلى أربعة أبعاد محددة قابلة للقياس وترتبط مباشرة بتنمية الإيرادات.

و ركزت دراسات أخرى مثل (Haji & Haji, 2022) و(باذيب، 2022) على أثر التأمين الصحي على الأداء الوظيفي للموظفين، بينما اهتمت دراسات مثل (يوسف، 2022) و(محمد والهلالي، 2016) بدور التأمين الصحي في التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، فإن الدراسة الحالية لا تهدف لقياس الأثر الاجتماعي أو الوظيفي، وإنما تتجه نحو قياس الأثر المالي المباشر لإدارة التأمين الصحي على تنمية الإيرادات داخل المستشفيات الحكومية، مما يعد اتجاهاً جديداً ومتكاملاً.

أوضحت دراسات مثل (Imansyah et al., 2025) و(فريحة وخير، 2017) أن السياسات التأمينية قد تؤثر إيجاباً أو سلباً على التمويل الصحي وفقاً لطبيعة التطبيق، غير أن هذه الدراسات تناولت إصلاحات أو تغطيات تأمينية على نطاق وطني، بينما الدراسة الحالية تتعامل مع التطبيق الفعلي لإدارة التأمين الصحي داخل مستشفيات وزارة الصحة، أي على مستوى المؤسسة الصحية نفسها وليس على مستوى المنظومة القومية.

لم تتناول أي من الدراسات السابقة أثر إدارة التأمين الصحي بأبعاد واضحة ومحددة (تنظيم المطالبات، إدارة عقود مقدمي الخدمة، كفاءة الإجراءات الإدارية، التحول الرقمي) على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية السعودية تحديداً. وهنا يظهر الفراغ البحثي الذي تسعى الدراسة الحالية إلى معالجته، إذ تُعد هذه الدراسة من أوائل الدراسات التي تربط بين تفعيل إدارة التأمين الصحي وتحقيق الاستدامة المالية في المستشفيات الحكومية داخل سياق التحول الصحي ورؤية المملكة 2030.

9.1 المنطلقات النظرية للدراسة:

أولاً: التأمين الصحي

يُعد التأمين الصحي أحد أهم الأدوات التمويلية الحديثة في الأنظمة الصحية، حيث يقوم على مبدأ تقاسم المخاطر بين الأفراد ضمن آلية جماعية تهدف إلى حماية المستفيدين من الأعباء المالية الناجمة عن الحاجة إلى الخدمات الصحية، ويعتمد النظام على قيام جهة ضامنة (شركة تأمين أو جهة حكومية) بتغطية تكلفة العلاج مقابل اشتراكات أو أقساط محددة مسبقاً، ويُنظر إلى التأمين الصحي بوصفه استثماراً في العنصر البشري، حيث تسهم تغطياته في تعزيز الإنتاجية، وتقليل الغياب عن العمل، وتحسين صحة المجتمع على المدى الطويل.

كما يقوم التأمين الصحي بدور اقتصادي واجتماعي مزدوج، فهو من ناحية يسهل حصول الأفراد على الخدمات الصحية دون التعرض لصدمات مالية مفاجئة، ومن ناحية أخرى يمثل آلية تمويل مستدامة لمقدمي الخدمات الصحية من خلال ضمان التدفق المالي المستمر (محمد والهالي، 2016).

وقد ارتبط نجاح التأمين الصحي بفعالية المؤسسات الصحية في إدارة عمليات المطالبات المالية والتعاقد مع شركات التأمين وتطبيق نظم رقابية دقيقة.

ثانياً: إدارة التأمين الصحي داخل المستشفيات

تتجاوز إدارة التأمين الصحي كونها عملية محاسبية، لتصبح نظاماً إدارياً متكاملاً يرتبط بوحدة متعددة داخل المستشفى كالإدارة المالية، إدارة الجودة، السجلات الطبية، وإدارة الخدمات الطبية، وتشمل إدارة التأمين الصحي سلسلة مترابطة من العمليات مثل التحقق من أهلية المريض، وإعداد الفواتير، ومراجعة المطالبات، ومتابعة التحصيل، وقد أكدت الدراسات الحديثة أن التحسين المستمر في هذه العمليات يعد عاملاً أساسياً في ضمان تدفق مالي مستدام للمستشفى. (Uma et al., 2025)

وتُعد إدارة دورة الإيرادات (RCM) جزءاً رئيسياً من إدارة التأمين الصحي، إذ تتضمن سلسلة من الإجراءات تبدأ من لحظة استقبال المريض وحتى تحصيل قيمة الخدمات، ووفقاً لدراسة Uma وزملائه (2025)، فإن إدارة دورة الإيرادات الفعالة تسهم في رفع دقة الفواتير، وتقليل المطالبات المرفوضة، وزيادة سرعة التحصيل، مما ينعكس على الأداء المالي.

ثالثاً: أبعاد إدارة التأمين الصحي

□ تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية

يُقصد به الإجراءات المتبعة لتجهيز وإرسال ومتابعة مطالبات المستشفى لدى شركة التأمين. وتعتمد كفاءة هذه العملية على دقة الترميز الطبي، وصحة البيانات السريرية، وإعداد الفاتورة بطريقة صحيحة. وكلما قلت الأخطاء في المطالبات قلت نسبة المطالبات المرفوضة، وزادت سرعة التحصيل، وقد أوضحت دراسة (Rauscher & Wheeler, 2010) أن المستشفيات التي تحسن إدارة المطالبات تحقق سرعة أعلى في تدفق الإيرادات.

□ إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية

يتعلق هذا البعد بآليات التفاوض بين المستشفى وجهات التأمين، والتي تحدد شروط الدفع، وسعر الخدمة، وحدود التغطية، ونوعية الخدمات المشمولة، وكلما كانت العقود واضحة، ومبنية على بيانات تحليلية دقيقة لتكاليف الخدمة، زادت قدرة المستشفى على تحقيق عائد مالي منصف، كما أشارت دراسة (Al Otaibi et al., 2023).

□ كفاءة الإجراءات الإدارية لنظام التأمين الصحي

تشمل مدى وضوح المهام وتكامل الإجراءات بين الأقسام المختلفة، وسرعة إنجاز المعاملات، وتقليل التعقيدات الورقية، وتشير دراسات عربية مثل (باذيب، 2022) و(أسوم، 2016) إلى أن كفاءة الإجراءات تؤثر في نجاح التأمين الصحي عبر تحسين تدفق العمل وتقليل الهدر.

□ التحول الرقمي والميكنة

يشمل استخدام الأنظمة الإلكترونية في إدارة المطالبات، وربط الأنظمة الطبية بالمحاسبية، واستخدام برامج الترميز الطبي، وأنظمة التحقق المباشر من التغطيات، وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن التحول الرقمي يقلل الأخطاء ويزيد من سرعة التحصيل. (Uma et al., 2025)

رابعاً: تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية

تمثل الإيرادات عنصراً رئيسياً في قدرة المستشفيات على الاستمرار في تقديم الخدمات الصحية وتطوير البنية التحتية وتجهيز الكوادر، ويعتمد تحسين الإيرادات على عدة عوامل أبرزها:

- تنوع مصادر التمويل
- رفع كفاءة التحصيل المالي
- تقليل الهدر المالي والتسرب في الإيرادات
- زيادة الكفاءة التشغيلية

وقد أظهرت الدراسات الدولية أن المستشفيات التي تعتمد على التأمين الصحي كمصدر رئيسي للتمويل تحتاج إلى أنظمة إدارية عالية الكفاءة لتحويل هذه التغطيات إلى إيرادات فعلية (Rauscher & Wheeler, 2010).

وفي المملكة العربية السعودية، تسعى المستشفيات الحكومية ضمن توجهات رؤية 2030 إلى تعزيز الاستدامة المالية، وتقليل الاعتماد على التمويل الحكومي المباشر، مما يجعل إدارة التأمين الصحي أداة محورية في تحقيق تنمية الإيرادات. (Al Otaibi et al., 2023)

10.1 المنهجية وطرق البحث:

أولاً: منهج الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي كإطار منهجي مناسب لطبيعة موضوعها الذي يهدف إلى التعرف على أثر إدارة التأمين الصحي بأبعادها التشغيلية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية. يقوم هذا المنهج على وصف الظاهرة كما هي في الواقع، من خلال جمع البيانات الميدانية المرتبطة بعمليات إدارة التأمين الصحي، ثم تحليل هذه البيانات بطريقة منهجية للكشف عن طبيعة العلاقات بين متغيرات الدراسة، وقياس درجة تأثير كل بعد من أبعاد إدارة التأمين الصحي على المتغير التابع.

كما يسهم هذا المنهج في تفسير النتائج وتحليلها إحصائياً بهدف التوصل إلى استنتاجات علمية دقيقة يمكن الاعتماد عليها في وضع توصيات عملية قابلة للتطبيق داخل المستشفيات الحكومية.

ثانياً: مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في إدارات التأمين الصحي والإدارات ذات الصلة بالمعالجة المالية والمطالبات والتعاقدات الصحية في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية، والبالغ عددها نحو (287) مستشفى حكومي موزعة جغرافياً على مناطق المملكة المختلفة. ويشمل مجتمع الدراسة فئات وظيفية متعددة مثل: موظفي إدارة التأمين الصحي، موظفي المطالبات، موظفي الشؤون المالية، موظفي التعاقدات الصحية، ومسؤولي الأنظمة الرقمية المرتبطة بإدارة التأمين الصحي، ويُقدّر العدد الإجمالي لهذه الفئات بما يقارب (3,200) موظف على مستوى تلك المستشفيات، وفق متوسط الهيكل التنظيمي الموحد لأقسام التأمين الصحي.

ثالثاً: عينة الدراسة

نظرًا لاتساع حجم مجتمع الدراسة، فقد تم اختيار عينة طبقية عشوائية تُمثّل مختلف المناطق الصحية ومستويات العمل داخل المستشفيات الحكومية، وبما يحقق الشمول والتنوع في المدخلات الميدانية، وبلغ حجم العينة (250) موظفًا من العاملين في إدارات التأمين الصحي والإدارات ذات العلاقة في المستشفيات الحكومية.

رابعاً: أداة جمع البيانات

اعتمدت الدراسة على الاستبانة باعتبارها الأداة الرئيسة لجمع البيانات الميدانية، وذلك لما تتمتع به من قدرة على جمع معلومات دقيقة من عدد كبير من أفراد عينة الدراسة في وقت مناسب، وبأسلوب يتيح للمبحوثين التعبير عن آرائهم بصورة واضحة، وقد تم تصميم الاستبانة بالاستناد إلى الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع إدارة التأمين الصحي وتنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية. وتمت صياغة فقرات الاستبانة وفق مقياس ليكرت الخماسي الذي يتدرج من (موافق بشدة = 5) إلى (غير موافق بشدة = 1)، بما يسمح بقياس مستوى إدراك واستجابة المبحوثين لكل بند بشكل كمي قابل للتحليل الإحصائي.

وتضمنت الاستبانة جزأين رئيسيين:

الجزء الأول: يشمل البيانات الديموغرافية للمشاركين في الدراسة مثل (الجنس، المؤهل العلمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة، المنطقة الصحية).

الجزء الثاني: يتضمن فقرات تقيس متغيرات الدراسة على النحو الآتي:

- تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية (4 عبارات).
- إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية (4 عبارات).
- كفاءة الإجراءات الإدارية لنظام التأمين الصحي (4 عبارات).
- التحول الرقمي والميكنة في معالجة المطالبات (4 عبارات).

- تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية (المتغير التابع) (10 عبارات).

وقد تم عرض الاستبانة على عدد من المحكمين المتخصصين في الإدارة الصحية والإحصاء للتأكد من صدق الأداة ومناسبتها لغرض الدراسة، وإجراء التعديلات اللازمة قبل التطبيق الفعلي. كما تم حساب معامل الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لضمان الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة، حيث بلغت قيمة الثبات مستوى مقبولاً إحصائياً يتيح الاعتماد على النتائج المستخلصة من بياناتها.

خامساً: أساليب التحليل الإحصائي

تمت معالجة البيانات التي تم جمعها من خلال الاستبانة باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، وذلك بهدف تحليل المتغيرات واختبار الفرضيات بصورة علمية دقيقة. وقد اشتملت الأساليب الإحصائية المستخدمة على ما يأتي:

1. الإحصاءات الوصفية (Descriptive Statistics) وذلك لوصف خصائص عينة الدراسة، من خلال:

- التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات الديموغرافية.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات الاستبانة لقياس اتجاهات إجابات أفراد العينة.

2. قياس صدق وثبات الأداة

- صدق الأداة: من خلال عرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين في الإدارة الصحية والإحصاء للتأكد من سلامة البناء اللغوي وارتباط الفقرات بالأبعاد النظرية.
- ثبات الأداة: باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) للتحقق من الاتساق الداخلي لفقرات كل بعد من أبعاد الاستبانة.

3. تحليل معاملات الارتباط (Correlation Analysis) وذلك لاختبار قوة واتجاه العلاقة بين المتغير

المستقل بأبعاده الأربعة والمتغير التابع (تنمية الإيرادات).

4. تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression Analysis) لقياس أثر أبعاد المتغير المستقل (تنظيم المطالبات، إدارة العقود، كفاءة الإجراءات الإدارية، التحول الرقمي) على المتغير التابع (تنمية الإيرادات).

سابعاً: حدود الدراسة

👉 الحدود المكانية: أجريت الدراسة في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية.

👉 الحدود الزمنية: تم تنفيذ الدراسة وجمع بياناتها خلال العام 2025م.

👉 الحدود الموضوعية: تقتصر هذه الدراسة على تحليل أثر إدارة التأمين الصحي بأبعادها الأربعة (تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية، إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية، كفاءة الإجراءات الإدارية، التحول الرقمي والميكنة) على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.

👉 الحدود البشرية: تنحصر الدراسة في العاملين في إدارات التأمين الصحي والإدارات المالية والإدارية ذات العلاقة بإدارة المطالبات والتعاقدات الصحية داخل المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية.

الفصل الثاني: الإطار النظري

المبحث الأول: إدارة التأمين الصحي

1.1.2 تمهيد

يُعدّ التأمين الصحي من أهم الركائز التي يقوم عليها تمويل القطاع الصحي في الدول المتقدمة والنامية على حدٍ سواء، إذ يمثل الآلية التنظيمية والمالية التي تضمن انسياب الموارد من الجهات التمويلية إلى مقدمي الخدمة الصحية، وصولاً إلى المستفيد النهائي الذي يحتاج إلى رعاية صحية ملائمة من حيث الجودة والتوقيت والتكلفة. وقد تطورت النظرة إلى التأمين الصحي من كونه مجرد عقد تعويضي ينظم العلاقة بين المؤمن والمؤمن له، إلى منظومة إدارية متشابكة تتضمن عمليات تنظيم المطالبات، وإدارة العقود مع مقدمي الخدمة، وضبط الإجراءات الإدارية، وتوظيف التقنيات الرقمية الحديثة في معالجة البيانات وتسريع دورة الإيرادات. وفي سياق المملكة العربية السعودية، اكتسبت إدارة التأمين الصحي أهمية مضاعفة في ظل التوجهات الاستراتيجية لرؤية المملكة 2030 التي تستهدف إعادة هيكلة القطاع الصحي وتحويل المستشفيات الحكومية إلى كيانات ذات استقلالية مالية وإدارية، مما يستوجب بناء قدرات مؤسسية قادرة على إدارة العلاقة التأمينية بكفاءة عالية. ويسعى هذا المبحث إلى تأصيل مفهوم إدارة التأمين الصحي من الناحية النظرية، واستعراض أهميته وأهدافه، وتحليل أبعاده الأربعة التي تبنتها الدراسة الحالية، فضلاً عن مناقشة الاستراتيجيات المرتبطة به، والمداخل النظرية المفسرة له، وتحدياته في البيئة الصحية السعودية، مع بيان الإطار التشريعي والتنظيمي الذي يحكم عمله.

2.1.2 مفهوم إدارة التأمين الصحي

يستدعي التأصيل المفاهيمي لإدارة التأمين الصحي الوقوف على المكونات الجوهرية لهذا المصطلح المركب الذي يجمع بين حقلين معرفيين متداخلين: حقل الإدارة بوصفه علماً يُعنى بالتخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة على الموارد لتحقيق أهداف محددة بكفاءة وفعالية، وحقل التأمين الصحي بوصفه نظاماً

مالياً واجتماعياً يقوم على مبدأ توزيع المخاطر الصحية على مجموعة كبيرة من المشتركين مقابل أقساط محددة. وعند دمج الحقلين معاً، تتشكل منظومة إدارية تتولى التخطيط لعمليات التأمين الصحي وتنظيمها وتوجيهها ومراقبتها بما يحقق التوازن بين مصالح الأطراف المتعددة: المؤمن لهم، وشركات التأمين، ومقدمي الخدمة الصحية، والجهات الرقابية.

وقد تعددت التعريفات التي قدمها الباحثون لمفهوم إدارة التأمين الصحي وفقاً لاختلاف المنطلقات النظرية والسياقات التطبيقية التي اعتمدها. فقد عرّف أسوم (2016) التأمين الصحي بأنه نظام يهدف إلى توفير الحماية المالية للأفراد من الأعباء المترتبة على تكاليف العلاج والرعاية الصحية، وذلك من خلال آلية تنظيمية تقوم على تجميع المخاطر وتوزيعها على قاعدة واسعة من المشتركين، بحيث تتولى جهة مركزية إدارة تدفق الموارد المالية بين المساهمين ومقدمي الخدمة. ويتضح من هذا التعريف تركيزه على البعد التمويلي والحماي للتأمين الصحي، مع الإشارة الضمنية إلى الدور الإداري المركزي في تنظيم العلاقة بين الأطراف.

وفي سياق مغاير يركز على الأداء الوظيفي، تناول باذيب (2022) التأمين الصحي بوصفه منظومة مؤسسية توفر تغطية علاجية للعاملين بما ينعكس على أدائهم الوظيفي واستقرارهم المهني، حيث نظر إلى إدارة التأمين الصحي من زاوية كونها أداة من أدوات إدارة الموارد البشرية التي تسهم في تحسين بيئة العمل وتعزيز الإنتاجية. ويوسع هذا التعريف نطاق المفهوم ليتجاوز البعد المالي المحض نحو الأبعاد التنظيمية والسلوكية المرتبطة ببيئة العمل المؤسسي.

أما على صعيد الربط بين التأمين الصحي والخدمات الصحية المقدمة، فقد تناول علي ويوسف (2019) إدارة التأمين الصحي بوصفها العملية التي تُعنى بترقية الخدمات الصحية وتحسين مستوى الوصول إليها من خلال تنظيم العلاقة التعاقدية بين صناديق التأمين ومقدمي الرعاية الصحية، مع التركيز على ضمان شمولية التغطية وعدالة التوزيع بين المشتركين. ويكشف هذا الطرح عن بعد آخر لإدارة التأمين الصحي يتمثل في دورها في ضبط جودة الخدمة الصحية وضمان إتاحتها.

ومن منظور اقتصادي كلي، تناول فريجة وخير (2017) التأمين الصحي في إطار مشروعات التغطية الشاملة، حيث عرّفاه بأنه منظومة اقتصادية تقوم على مبدأ التضامن الاجتماعي في تمويل الخدمات الصحية، وتستهدف تحقيق التوازن بين الكفاءة الاقتصادية في استخدام الموارد والعدالة الاجتماعية في توزيع المنافع الصحية. ويُبرز هذا التعريف البعد الاقتصادي الكلي لإدارة التأمين الصحي ودوره في تحقيق أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية على مستوى الدولة.

وفي السياق الدولي، أشار Doshmangir et al. (2021) إلى إدارة التأمين الصحي بوصفها مجموعة من السياسات والإجراءات المؤسسية التي تسعى إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال تصميم حزم المنافع، وتحديد آليات التمويل، وتنظيم العلاقة بين مقدمي الخدمة والممولين، مع مراعاة اعتبارات العدالة والإنصاف في الوصول إلى الخدمات الصحية. ويضيف هذا التعريف بعداً سياسياً مهماً يربط إدارة التأمين الصحي بأهداف السياسة الصحية العامة للدولة.

كذلك عرّف Rauscher & Wheeler (2010) إدارة التأمين الصحي من منظور دورة الإيرادات في المستشفيات بأنها العمليات الإدارية والمالية التي تتولى إدارة العلاقة مع الجهات الدافعة، بما يشمل تقديم المطالبات ومتابعة تحصيلها وإدارة المزيح الدافع وتحسين قدرة المستشفيات على توليد الإيرادات وتحصيلها. ويتميز هذا التعريف بتركيزه المباشر على الجانب المالي والإيرادي لإدارة التأمين الصحي داخل المنشآت الصحية، وهو ما يتقاطع بشكل وثيق مع موضوع الدراسة الحالية.

وبناءً على ما تقدم من عرض لتعريفات الباحثين، يرى الباحث أن إدارة التأمين الصحي يمكن تعريفها بأنها: "المنظومة الإدارية المتكاملة التي تتولى تخطيط وتنظيم وتنفيذ ورقابة كافة العمليات المرتبطة بالتأمين الصحي داخل المنشأة الصحية، بما يشمل تنظيم المطالبات التأمينية وإدارتها، وإدارة العقود مع مقدمي الخدمة الصحية، وضبط الإجراءات الإدارية وتحسين كفاءتها، وتوظيف التقنيات الرقمية والميكنة في معالجة العمليات التأمينية، بهدف تعظيم الإيرادات وتقليل الفاقد وضمان انسيابية التدفقات المالية بين أطراف العلاقة التأمينية في إطار المعايير التنظيمية والرقابية المعتمدة." ويستند هذا التعريف إلى رؤية

تكاملية تجمع بين الأبعاد المالية والتنظيمية والتقنية والرقابية، مع التركيز على خصوصية البيئة الصحية الحكومية في المملكة العربية السعودية.

3.1.2 أهمية إدارة التأمين الصحي

تنبثق أهمية إدارة التأمين الصحي من كونها حلقة الوصل المحورية بين تقديم الخدمة الصحية وتمويلها، ففي غياب إدارة فعالة لعمليات التأمين الصحي تتعرض المنشآت الصحية لمخاطر مالية جسيمة تتمثل في تأخر تحصيل المستحقات، وارتفاع نسب رفض المطالبات، وتراكم الذمم المدينة، وتآكل هوامش الربحية التشغيلية. كما أن إدارة التأمين الصحي تمثل أداة رئيسة لضبط جودة الخدمة الصحية المقدمة، من حيث التأكد من أن الخدمات المقدمة تتوافق مع الشروط التعاقدية ومعايير الممارسة الطبية المعتمدة. ومع تزايد حجم الإنفاق الصحي عالمياً وتعاضم الضغوط المالية على الأنظمة الصحية، باتت إدارة التأمين الصحي ضرورة استراتيجية لا يمكن الاستغناء عنها لتحقيق الاستدامة المالية للمنشآت الصحية.

ويشير أسوم (2016) إلى أن أهمية إدارة التأمين الصحي تتجلى في عدة أبعاد جوهرية: أولها أنها تُسهم في توفير الحماية المالية للأفراد والأسر من الأعباء الكارثية لتكاليف العلاج، مما يحقق الاستقرار الاقتصادي للمجتمع ويحول دون وقوع الفئات الهشة في دائرة الفقر بسبب النفقات الصحية المفاجئة. وثانيها أنها تعمل على تنظيم تدفق الموارد المالية نحو مقدمي الخدمة الصحية بما يضمن استمرارية تقديم الرعاية دون انقطاع، وهو ما يكتسب أهمية بالغة في المستشفيات الحكومية التي تقدم خدماتها لشرائح واسعة من المجتمع. وثالثها أنها تُسهم في ترشيد استخدام الموارد الصحية من خلال آليات الموافقة المسبقة ومراجعة الاستخدام التي تحدّ من الإفراط في تقديم الخدمات غير الضرورية.

ويرى فريجة وخير (2017) أن أهمية إدارة التأمين الصحي تتعاضد في إطار مشروعات التغطية الشاملة التي تتبناها الدول، حيث تصبح الإدارة الفعالة للتأمين الصحي شرطاً لازماً لنجاح هذه المشروعات في تحقيق أهدافها الاقتصادية والاجتماعية. فمن الناحية الاقتصادية، تسهم إدارة التأمين الصحي في تحسين كفاءة تخصيص الموارد الصحية من خلال آليات التسعير والتعاقد القائمة على الأداء، مما يدفع مقدمي الخدمة إلى تحسين جودة خدماتهم وضبط تكاليفهم التشغيلية. ومن الناحية الاجتماعية، تضمن

إدارة التأمين الصحي عدالة التوزيع في المنافع الصحية من خلال تصميم حزم تأمينية تراعي احتياجات الفئات المختلفة، بما يحقق مبدأ التضامن الاجتماعي الذي يقوم عليه نظام التأمين الصحي.

ويضيف محمد والهالي (2016) بعداً تنموياً لأهمية إدارة التأمين الصحي، إذ يريان أنها تسهم في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية من خلال عدة قنوات: أولها تحسين صحة القوى العاملة وزيادة إنتاجيتها من خلال توفير الرعاية الصحية الملانمة في الوقت المناسب. وثانيها تنشيط الدورة الاقتصادية في قطاع الخدمات الصحية من خلال ضخ تدفقات مالية منتظمة نحو مقدمي الخدمة. وثالثها تقليل الأعباء المالية على الموازنة العامة للدولة من خلال نقل جزء من عبء التمويل الصحي إلى القطاع الخاص والمشاركين في أنظمة التأمين.

ومن منظور مؤسسي، يؤكد (Rauscher & Wheeler 2010) أن أهمية إدارة التأمين الصحي بالنسبة للمستشفيات تنبع من تأثيرها المباشر على دورة الإيرادات وقدرة المنشأة الصحية على توليد الدخل وتحصيله. فالمستشفيات التي تمتلك أنظمة فعالة لإدارة التأمين الصحي تتمتع بقدرة أعلى على تقليل نسب رفض المطالبات، وتسريع فترات التحصيل، وتعظيم العائد من كل حالة علاجية. وعلى النقيض من ذلك، فإن المستشفيات التي تفتقر إلى هذه الأنظمة تعاني من تسرب الإيرادات وتراكم المستحقات غير المحصّلة، مما يهدد استدامتها المالية على المدى الطويل.

وفي السياق السعودي تحديداً، تكتسب إدارة التأمين الصحي أهمية استثنائية في ضوء التحولات الهيكلية التي يشهدها القطاع الصحي ضمن رؤية 2030. فمع التوجه نحو تحويل المستشفيات الحكومية إلى تجمعات صحية ذات استقلالية مالية وإدارية، وإنشاء مركز التأمين الصحي الوطني الذي يتولى شراء الخدمات الصحية نيابةً عن المواطنين، تصبح إدارة التأمين الصحي محورياً أساسياً في قدرة هذه المستشفيات على تحقيق الاستدامة المالية والتنافسية في بيئة يتزايد فيها الاعتماد على نموذج التمويل القائم على التأمين بدلاً من التمويل الحكومي المباشر.

4.1.2 أهداف إدارة التأمين الصحي

تسعى إدارة التأمين الصحي إلى تحقيق مجموعة من الأهداف المتكاملة التي تتراوح بين الأهداف المالية والتنظيمية والخدمية، وتتباين أولويات هذه الأهداف تبعاً للجهة المعنية ومستوى النضج المؤسسي وطبيعة النظام الصحي السائد. وقد تناول الباحثون هذه الأهداف من زوايا متعددة تعكس تعدد المنظورات التي يمكن من خلالها فهم دور إدارة التأمين الصحي.

يرى أسوم (2016) أن إدارة التأمين الصحي تستهدف بالدرجة الأولى توفير الخدمة العلاجية للمشاركين بصورة ميسرة وعادلة، وهو ما يمكن تفصيله في ثلاثة أهداف فرعية: ضمان الوصول العادل إلى الخدمات الصحية بصرف النظر عن القدرة المالية للمستفيد، وتقليل الحواجز الاقتصادية التي تحول دون طلب الرعاية الصحية في الوقت المناسب، وتنظيم العلاقة بين المستفيدين ومقدمي الخدمة بما يحفظ حقوق الطرفين ويضمن جودة الخدمة المقدمة.

ويحدد فريجة وخير (2017) أهداف إدارة التأمين الصحي في سياق مشروعات التغطية الشاملة في ثلاثة محاور رئيسية: المحور الأول يتعلق بتحقيق الكفاءة التخصيصية في استخدام الموارد الصحية من خلال آليات التسعير والتعاقد التي توجه الإنفاق نحو الأولويات الصحية الأكثر إلحاحاً. والمحور الثاني يتصل بتحقيق العدالة التوزيعية في المنافع الصحية من خلال تصميم أنظمة اشتراك تراعي الفوارق في الدخل والقدرة على الدفع. والمحور الثالث يرتبط بضمان الاستدامة المالية لنظام التأمين الصحي من خلال التوازن بين الإيرادات التأمينية والنفقات العلاجية على المدى الطويل.

ومن منظور العلاقة بالأداء المؤسسي، يشير باذيب (2022) إلى أن إدارة التأمين الصحي في المنظمات تستهدف تحقيق جملة من الأهداف تتمحور حول: تعزيز الرضا الوظيفي والولاء المؤسسي من خلال توفير تغطية صحية شاملة للعاملين، وتقليل معدلات الغياب والتسرب الوظيفي الناجم عن المشكلات الصحية، ورفع مستوى الإنتاجية من خلال تمكين العاملين من الحصول على العلاج في مراحل مبكرة قبل تفاقم الحالات المرضية.

أما على صعيد المستشفيات تحديداً، فيوضح (Rauscher & Wheeler (2010) أن إدارة التأمين الصحي تستهدف تعظيم الإيرادات من خلال ثلاثة أهداف تشغيلية مترابطة: تقليل معدلات رفض المطالبات التأمينية من خلال ضمان دقة التوثيق والتميز الطبي، وتسريع دورة التحصيل من خلال تقديم المطالبات في الوقت المناسب ومتابعتها بفعالية، وتحسين إدارة المزيج الدافع من خلال تنوع مصادر الإيرادات التأمينية وتعزيز العلاقات التفاوضية مع شركات التأمين.

ويضيف (Uma et al. (2025 أن إدارة التأمين الصحي في إطار دورة الإيرادات تستهدف تحقيق التكامل بين العمليات السريرية والمالية بحيث يتم توثيق كل خدمة صحية مقدمة وترميزها وتحويلها إلى مطالبة تأمينية قابلة للتحصيل، مما يسد الفجوة بين الخدمات المقدمة فعلياً والإيرادات المحققة منها.

وبالنظر إلى السياق السعودي، يمكن إضافة أهداف نوعية ترتبط بالتحويلات الجارية في القطاع الصحي، وهي: تمكين المستشفيات الحكومية من التحول نحو الاستقلالية المالية من خلال بناء قدرات مؤسسية في إدارة التأمين الصحي، والتكيف مع متطلبات نموذج الشراء الاستراتيجي للخدمات الصحية الذي يتبناه مركز التأمين الصحي الوطني، وتحقيق الامتثال لمعايير مجلس الضمان الصحي التعاوني ومتطلبات منصة نفيس (NPHIES) لتبادل المعلومات الصحية والتأمينية.

5.1.2 أبعاد إدارة التأمين الصحي

تم تحديد أبعاد إدارة التأمين الصحي في الدراسة الحالية بناءً على مراجعة أدبيات عدة تناولت إدارة التأمين الصحي من زوايا متعددة. فقد ركّز (Rauscher & Wheeler (2010) على إدارة دورة الإيرادات والعلاقة مع الجهات الدافعة بوصفهما محورين أساسيين في إدارة التأمين الصحي بالمستشفيات. كما تناول (Uma et al. (2025 نموذج إدارة دورة الإيرادات الذي يتضمن عمليات تقديم المطالبات ومتابعتها وتحصيلها. وأشار (Al Otaibi et al. (2023 إلى دور إدارة التأمين الصحي في تحقيق الكفاءة التشغيلية في المستشفيات السعودية. فيما تناول (Al-Qahtani & Al-Khmasan (2024 أثر التأمين الصحي على جودة الخدمات في المستشفيات الحكومية بمدينة الدمام. وبناءً على هذه المراجعة، وفي ضوء خصوصية البيئة الصحية السعودية ومتطلبات التحول الجاري في القطاع الصحي، تم تحديد أربعة أبعاد رئيسة لإدارة

التأمين الصحي هي: تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية، وإدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية، وكفاءة الإجراءات الإدارية، والتحول الرقمي والميكنة.

البعد الأول: تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية

يُعدّ تنظيم المطالبات التأمينية وإدارتها حجر الزاوية في منظومة إدارة التأمين الصحي، إذ تمثل المطالبة التأمينية الوثيقة المالية التي تترجم الخدمة الصحية المقدمة إلى مستحقات مالية قابلة للحصول من الجهة الدافعة. وتتضمن عملية إدارة المطالبات سلسلة متتابعة من الإجراءات تبدأ بالتحقق من أهلية المريض التأمينية قبل تقديم الخدمة، مروراً بتوثيق الخدمة الصحية المقدمة وترميزها وفق أنظمة الترميز الطبي المعتمدة، وإعداد المطالبة وفق المتطلبات الشكلية والموضوعية التي تحددها الجهة الدافعة، وتقديمها ضمن الإطار الزمني المحدد، ومتابعة حالتها حتى صدور قرار الموافقة أو الرفض أو الاعتراض، وأخيراً تحصيل المبالغ المستحقة.

وقد أشار الديك (2022) إلى أن تحديات إدارة المطالبات التأمينية تُعدّ من أبرز المعوقات التي تواجه جودة الخدمة في سوق التأمين، حيث تناول مشكلات التوثيق الطبي غير الدقيق والتأخر في تقديم المطالبات والنزاعات حول تفسير شروط التغطية التأمينية. وتتضح أهمية هذا البعد في كونه يمثل نقطة التماس المباشرة بين الخدمة الصحية والإيراد المالي، فأى خلل في إدارة المطالبات ينعكس مباشرة على إيرادات المنشأة الصحية.

وتشمل العناصر الأساسية لإدارة المطالبات التأمينية عدة محاور وظيفية: التحقق المسبق من الأهلية التأمينية وحدود التغطية قبل تقديم الخدمة لتجنب رفض المطالبات لاحقاً بسبب عدم الأهلية، والتوثيق الطبي الدقيق والشامل للخدمات المقدمة بما يدعم المطالبة ويبرر ضرورتها الطبية، والترميز الطبي وفق المعايير الدولية المعتمدة مثل نظام التصنيف الدولي للأمراض ونظام ترميز الإجراءات الطبية، والمراجعة الداخلية للمطالبات قبل تقديمها للتأكد من خلوها من الأخطاء الشكلية والموضوعية، وإدارة حالات الرفض والاعتراض من خلال فرق متخصصة تتولى تحليل أسباب الرفض وإعادة تقديم المطالبات بعد تصحيحها، ومتابعة التحصيل وإدارة أعمار الذمم المدينة.

ويتطلب التميز في إدارة المطالبات التأمينية توافر كوادرات بشرية مؤهلة تجمع بين المعرفة الطبية والمالية والقانونية، فضلاً عن أنظمة معلوماتية متطورة قادرة على أتمتة عمليات التحقق والتميز والتقديم والمتابعة. كما يستلزم الأمر وجود سياسات وإجراءات مكتوبة ومحدثة تحكم كل مرحلة من مراحل دورة المطالبة، مع آليات رقابة مستمرة لقياس الأداء وتحديد مجالات التحسين.

البعد الثاني: إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية

يمثل هذا البعد الإطار القانوني والتنظيمي الذي يحكم العلاقة بين المنشأة الصحية والجهات الدافعة، سواء كانت شركات تأمين تجارية أو صناديق تأمين حكومية أو جهات شراء خدمات صحية. وتُعدّ العقود مع الجهات الدافعة من أهم المحددات الهيكلية لإيرادات المنشأة الصحية، حيث تحدد هذه العقود نطاق الخدمات المغطاة، وأسعار التعرفة المعتمدة، وشروط الموافقة المسبقة، وآليات التسوية المالية، ومعايير الجودة المطلوبة، وآليات حل النزاعات.

وقد أشار Al Otaibi et al. (2023) إلى أن إدارة العقود التأمينية تُعدّ من المحددات الجوهرية لكفاءة العمليات التشغيلية في المستشفيات السعودية، حيث تناول هذا البعد من زاوية العلاقة بين إدارة المستشفيات وشمولية التغطية التأمينية وانعكاسها على الكفاءة التشغيلية. ويتطلب هذا البعد كفاءات تفاوضية عالية لدى إدارة المستشفى لضمان التفاوض على شروط تعاقدية عادلة تحقق التوازن بين استقطاب أكبر عدد ممكن من المرضى المؤمن عليهم وتحقيق عائد مالي مناسب يغطي تكاليف الخدمات المقدمة ويحقق هامشاً معقولاً.

وتتضمن إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية عدة عمليات فرعية مترابطة: عملية التفاوض على العقود التي تشمل تحديد الخدمات المشمولة وأسعار التعرفة وشروط الدفع والتسوية، وعملية إدارة دورة حياة العقد من التوقيع حتى التجديد أو الإنهاء مع متابعة مستمرة لمؤشرات أداء العقد، وعملية ضمان الامتثال لشروط العقد من خلال مراقبة مستمرة للالتزام بالمعايير المتفق عليها من كلا الطرفين، وعملية إعادة التفاوض الدوري على شروط العقود في ضوء المتغيرات السوقية وتطور تكاليف الخدمات الصحية.

ويُعدّ نموذج التسعير المعتمد في العقود من أكثر العناصر تأثيراً على إيرادات المستشفيات، حيث تتنوع نماذج التسعير بين نموذج الرسم مقابل الخدمة الذي يربط الدفع بكل خدمة مقدمة على حدة، ونموذج الحزمة العلاجية الذي يحدد سعراً شاملاً لمجموعة من الخدمات المرتبطة بحالة مرضية معينة، ونموذج الدفع بالنتائج الذي يربط التعويض بتحقيق مخرجات صحية محددة. ولكل نموذج مزاياه ومخاطره من حيث التأثير على إيرادات المستشفى وسلوك مقدمي الخدمة.

وفي سياق المستشفيات الحكومية السعودية، تكتسب إدارة العقود أهمية متزايدة مع التوجه نحو نموذج الشراء الاستراتيجي للخدمات الصحية، حيث ستتحول هذه المستشفيات من تلقي ميزانيات حكومية مباشرة إلى الحصول على إيراداتها من خلال عقود شراء خدمات مع مركز التأمين الصحي الوطني وشركات التأمين التجارية. وهذا التحول يستلزم بناء قدرات مؤسسية متقدمة في مجال إدارة العقود والتفاوض والمتابعة.

البعد الثالث: كفاءة الإجراءات الإدارية

يرتبط هذا البعد بمجمل العمليات الإدارية والتنظيمية التي تحكم سير العمل في إدارة التأمين الصحي داخل المنشأة الصحية، بدءاً من استقبال المريض وتسجيله والتحقق من بياناته التأمينية، مروراً بإجراءات الموافقة المسبقة والتحويلات الطبية، وانتهاءً بإجراءات الخروج والمطالبة والتسوية المالية. وتُقاس كفاءة هذه الإجراءات بمدى قدرتها على تحقيق الأهداف المرجوة بأقل قدر من الوقت والتكلفة والجهد، مع الحفاظ على مستوى عالٍ من الدقة والامتثال للمعايير التنظيمية.

وقد تناول الديك (2022) تحديات الإجراءات الإدارية في التأمين الصحي من زاوية تأثيرها على جودة الخدمة المقدمة، حيث ناقش مشكلات البيروقراطية الإدارية والتعقيد في إجراءات الموافقة المسبقة وطول فترات الانتظار المرتبطة بالتحقق من التغطية التأمينية، وهي مشكلات تؤثر سلباً على رضا المرضى من جهة وعلى كفاءة استخدام الموارد الصحية من جهة أخرى.

وتتمثل العناصر الرئيسية لكفاءة الإجراءات الإدارية في عدة محاور: وضوح السياسات والإجراءات المكتوبة التي تحكم كل مرحلة من مراحل العمل التأميني وتحديثها بشكل دوري، وتبسيط سلسلة العمل وتقليل الخطوات غير الضرورية التي تؤخر تقديم الخدمة وتزيد التكاليف التشغيلية، وتوفير الكوادر البشرية المؤهلة والمدربة على إجراءات التأمين الصحي ومتطلباته، ووجود آليات رقابة وتدقيق داخلي تضمن الالتزام بالإجراءات وتكشف الانحرافات في مراحل مبكرة، وقياس الأداء من خلال مؤشرات واضحة مثل متوسط وقت معالجة المطالبة ونسبة الرفض من أول تقديم ومتوسط فترة التحصيل.

ويُعدّ التكامل بين الأقسام المختلفة داخل المستشفى عاملاً حاسماً في كفاءة الإجراءات الإدارية، حيث يتطلب إعداد مطالبة تأمينية سليمة تنسيقاً بين القسم الطبي الذي يوثق الخدمة المقدمة، وقسم الترميز الذي يحولها إلى رموز طبية معيارية، وقسم المالية الذي يراجع المطالبة ويقدمها ويتابعها. وأي خلل في هذا التنسيق يؤدي إلى تأخر في تقديم المطالبات أو زيادة في نسب الرفض، مما ينعكس سلباً على إيرادات المستشفى.

كما يرتبط هذا البعد ارتباطاً وثيقاً بمفهوم إدارة دورة الإيرادات الذي تناوله (Uma et al. (2025 من زاوية تقييم كفاءة النموذج وأثره في المستشفيات، حيث ركز على أهمية التكامل بين المراحل المختلفة لدورة الإيرادات وانعكاس ذلك على الأداء المالي الكلي للمنشأة الصحية. وتشير الأدبيات إلى أن المستشفيات التي تستثمر في تحسين كفاءة إجراءاتها الإدارية في مجال التأمين الصحي تحقق تحسناً ملموساً في مؤشراتها المالية، بما يشمل تقليل التكاليف التشغيلية وتسريع دورة التحصيل وزيادة صافي الإيرادات.

البعد الرابع: التحول الرقمي والميكنة

يمثل هذا البعد أحدث التطورات في مجال إدارة التأمين الصحي، ويعكس التوجه العالمي نحو توظيف تقنيات المعلومات والاتصالات في أتمتة العمليات التأمينية وتحسين كفاءتها ودقتها. ويتضمن التحول الرقمي في سياق إدارة التأمين الصحي عدة محاور: أتمتة عمليات التحقق من الأهلية التأمينية والموافقة المسبقة في الوقت الفوري، واستخدام أنظمة الترميز الطبي الإلكتروني والفحص الآلي للمطالبات قبل تقديمها، والتبادل الإلكتروني للبيانات بين المنشآت الصحية وشركات التأمين، وتوظيف تحليلات

البيانات والذكاء الاصطناعي في التنبؤ بحالات الرفض وتحسين جودة المطالبات، وإدارة المستندات إلكترونياً والتخلص من الأرشفة الورقية.

وقد أشار مراد (2024) إلى دور التقنيات الحديثة في تطوير منظومة التأمين الصحي، حيث تناول كيفية استخدام التكنولوجيا في تحسين التكامل بين القطاعين العام والخاص في مجال التأمين الصحي الشامل. ويتضح أن التحول الرقمي لا يقتصر على أتمتة الإجراءات الحالية فحسب، بل يمتد إلى إعادة تصميم العمليات بالكامل بما يتيح تحقيق مستويات أعلى من الكفاءة والشفافية والسرعة.

وفي السياق السعودي، يحظى التحول الرقمي في مجال التأمين الصحي بدعم مؤسسي كبير من خلال منصة نفيس (NPHIES) التي أطلقها مجلس الضمان الصحي لتكون المنصة الوطنية الموحدة لتبادل المعلومات الصحية والتأمينية. وتهدف هذه المنصة إلى توحيد قنوات الاتصال بين مقدمي الخدمة الصحية وشركات التأمين، وأتمتة عمليات التحقق من الأهلية والموافقة المسبقة وتقديم المطالبات ومتابعتها، مما يساهم في تقليل فترات المعالجة وتحسين دقة المطالبات وتسريع التحصيل. ويمثل اعتماد المستشفيات الحكومية لهذه المنصة تحولاً نوعياً في إدارة التأمين الصحي من الأنظمة الورقية واليدوية إلى الأنظمة الرقمية المتكاملة.

ويرتبط التحول الرقمي في إدارة التأمين الصحي ارتباطاً وثيقاً بمفهوم إدارة دورة الإيرادات الإلكترونية، وهو ما أشار إليه Imansyah et al. (2025) في سياق تناول مساهمة إيرادات التأمين الصحي الوطني في الأداء المالي للمستشفيات، حيث يتضح أن المستشفيات التي تتبنى أنظمة رقمية متطورة في إدارة التأمين الصحي تتمتع بقدرة أعلى على تتبع الإيرادات وتحليلها وتحسين عمليات التحصيل. كما يتيح التحول الرقمي إمكانية بناء لوحات مؤشرات أداء تفاعلية تمكّن الإدارة من اتخاذ قرارات مبنية على بيانات دقيقة وأنية حول أداء عمليات التأمين الصحي.

6.1.2 استراتيجيات إدارة التأمين الصحي

تتنوع الاستراتيجيات التي يمكن أن تتبناها المنشآت الصحية في إدارة التأمين الصحي تبعاً لأهدافها وطبيعة البيئة التي تعمل فيها ومستوى النضج المؤسسي الذي بلغته. ويمكن تصنيف هذه الاستراتيجيات في عدة محاور متكاملة تعكس التوجهات المعاصرة في إدارة الرعاية الصحية وتمويلها.

□ **المحور الأول** هو استراتيجية الإدارة الاستباقية للمطالبات التي تقوم على مبدأ الوقاية من الأخطاء بدلاً من تصحيحها بعد وقوعها. وتتضمن هذه الاستراتيجية تطبيق أنظمة الفحص المسبق للمطالبات قبل تقديمها لاكتشاف الأخطاء المحتملة ومعالجتها، وبناء قواعد بيانات لأنماط الرفض الشائعة واستخدامها في تدريب الكوادر وتحسين جودة المطالبات. وقد أكد (Rauscher & Wheeler (2010 على أهمية الإدارة الاستباقية في سياق تأثير المزيج الدافع على قدرة المستشفيات على تحقيق إيراداتها، حيث إن المنشآت التي تعتمد نهجاً استباقياً في إدارة مطالباتها تحقق معدلات تحصيل أعلى وفترات سداد أقصر.

□ **المحور الثاني** هو استراتيجية التنوع في مصادر الإيرادات التأمينية التي تهدف إلى تقليل الاعتماد على مصدر تمويلي واحد وتوسيع قاعدة الجهات الدافعة التي يتعاقد معها المستشفى. وتكتسب هذه الاستراتيجية أهمية خاصة في المستشفيات الحكومية السعودية التي تتحول من نموذج التمويل الحكومي المباشر إلى نموذج التمويل المتعدد المصادر الذي يشمل مركز التأمين الصحي الوطني وشركات التأمين التجارية والتأمين التعاوني.

□ **المحور الثالث** هو استراتيجية التكامل التقني التي تركز على بناء بنية تحتية رقمية متكاملة تربط بين مختلف أنظمة المستشفى ذات الصلة بإدارة التأمين الصحي، بما يشمل نظام المعلومات الصحية ونظام الترميز الطبي ونظام إدارة المالية ومنصة التبادل الإلكتروني مع الجهات الدافعة. وتستهدف هذه الاستراتيجية القضاء على الجزر المعلوماتية المنعزلة وتحقيق تدفق سلس للبيانات عبر مراحل دورة الإيرادات كاملة. وقد أشارت مراد (2024) إلى أن التكامل بين الأنظمة التقنية يُعدّ شرطاً أساسياً لنجاح منظومة التأمين الصحي الشامل في تحقيق أهدافها.

□ **المحور الرابع** هو استراتيجية بناء القدرات البشرية التي تركز على الاستثمار في تأهيل الكوادر العاملة في مجال إدارة التأمين الصحي وتدريبها بشكل مستمر على المستجدات التنظيمية والتقنية. ويتضمن ذلك تطوير برامج تدريبية متخصصة في الترميز الطبي وإدارة المطالبات والتفاوض على العقود وتحليل البيانات المالية. وقد أشار علي ويوسف (2019) إلى أن كفاءة الكوادر البشرية العاملة في إدارة التأمين الصحي تُعدّ من المحددات الأساسية لجودة الخدمات التأمينية المقدمة.

7.1.2 المداخل النظرية المفسرة لإدارة التأمين الصحي

يمكن تفسير إدارة التأمين الصحي وعلاقتها بأداء المنشآت الصحية من خلال عدة مداخل نظرية متكاملة توفر إطاراً تحليلياً لفهم الديناميكيات التي تحكم هذه العلاقة.

يُعدّ مدخل الوكالة من أبرز المداخل النظرية ذات الصلة بإدارة التأمين الصحي، إذ يفسر العلاقة بين أطراف التأمين الصحي الثلاثة — المؤمن له والمؤمن ومقدم الخدمة — في إطار علاقات الوكالة التي يقوم فيها طرف بالتصرف نيابة عن طرف آخر. وتنشأ مشكلات الوكالة عندما تتباين مصالح الأطراف، كأن يميل مقدم الخدمة إلى الإفراط في تقديم الخدمات لتعظيم إيراداته بما لا يتوافق مع مصلحة شركة التأمين التي تسعى إلى ضبط تكاليفها. وتُعدّ إدارة التأمين الصحي بتصميم آليات الحوافز والرقابة التي تحدّ من هذه المشكلات وتوجه سلوك الأطراف نحو التوافق، وهو ما أشار إليه (Doshmangir et al. 2021) في سياق تحليل تحديات تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهمية تصميم آليات مؤسسية تضمن العدالة والكفاءة.

كما يمكن تفسير إدارة التأمين الصحي من خلال مدخل إدارة سلسلة القيمة الذي يرى أن أداء المنشأة يتحدد بمجموعة الأنشطة المترابطة التي تضيف قيمة من مرحلة المدخلات إلى مرحلة المخرجات. وفي سياق المستشفيات، تمثل إدارة التأمين الصحي جزءاً أساسياً من سلسلة القيمة المالية التي تبدأ بتسجيل المريض والتحقق من أهليته وتنتهي بتحصيل المستحقات المالية. وأي ضعف في حلقة من حلقات هذه السلسلة يؤثر سلباً على الحلقات اللاحقة ويُضعف الأداء المالي الكلي، وهو ما أكدته (Uma et al. 2025) من خلال تقييم كفاءة نموذج إدارة دورة الإيرادات وأثره في المستشفيات.

ويوفر مدخل إدارة الموارد إطاراً نظرياً إضافياً يفسر كيف يمكن لإدارة التأمين الصحي أن تصبح مصدراً للميزة التنافسية للمنشأة الصحية. فوفقاً لهذا المدخل، تتحقق الميزة التنافسية عندما تمتلك المنشأة موارد وقدرات نادرة وقيمة ويصعب تقليدها. وفي سياق المستشفيات الحكومية التي تتحول نحو نموذج التمويل التأميني، فإن القدرة على إدارة التأمين الصحي بكفاءة عالية تُعدّ من الموارد المؤسسية غير الملموسة التي يصعب تكرارها بسهولة، لأنها تعتمد على تراكم الخبرات وبناء العلاقات وتطوير الأنظمة والعمليات عبر الزمن.

8.1.2 التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية

تتميز المملكة العربية السعودية بإطار تشريعي وتنظيمي متطور يحكم قطاع التأمين الصحي، حيث صدر نظام الضمان الصحي التعاوني في عام 1999م ولائحته التنفيذية التي نظمت إلزام أصحاب العمل في القطاع الخاص بتوفير التأمين الصحي للعاملين لديهم وأفراد أسرهم. ويُشرف مجلس الضمان الصحي على تطبيق هذا النظام ومراقبة التزام الأطراف بأحكامه، فضلاً عن تنظيم العلاقة بين شركات التأمين ومقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين.

وقد شهدت السنوات الأخيرة تطورات تشريعية وتنظيمية جوهرية مرتبطة ببرنامج تحول القطاع الصحي ضمن رؤية 2030. ففي إطار هذا البرنامج، تم إنشاء مركز التأمين الصحي الوطني الذي يتولى شراء الخدمات الصحية للمواطنين من المنشآت الصحية المعتمدة وفق نظام التعرفة المبني على تمويل المخرجات بدلاً من تمويل المدخلات. ويمثل هذا التحول نقلة نوعية في آليات تمويل المستشفيات الحكومية، إذ لن تعتمد هذه المستشفيات على الميزانيات الحكومية المباشرة بل ستحصل على إيراداتها من خلال بيع خدماتها الصحية لمركز التأمين الصحي الوطني وشركات التأمين التجارية.

وقد تناول (Al-Qahtani & Al-Khmasan (2024) أثر التأمين الصحي على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بالمملكة، حيث ناقش المتغيرات المرتبطة بنظام التأمين الصحي ومؤشرات جودة الخدمة في سياق المستشفيات الحكومية بمدينة الدمام. ويكشف هذا الطرح عن التحديات التي تواجه

المستشفيات الحكومية في التكيف مع متطلبات النظام التأميني الذي يستوجب مستويات أعلى من الجودة والكفاءة مقارنة بنظام التمويل الحكومي المباشر.

كما يتضمن الإطار التنظيمي السعودي مجموعة من المتطلبات الرقابية التي يجب على المنشآت الصحية الالتزام بها في إدارة عمليات التأمين الصحي، بما يشمل استخدام منصة نفيس (NPHIES) لتبادل المعلومات التأمينية، والالتزام بجدول التعرفة المعتمدة من مجلس الضمان الصحي، وتطبيق معايير الترميز الطبي المعتمدة، والامتثال لمتطلبات حماية البيانات الصحية والتأمينية. وتُشكل هذه المتطلبات الإطار الذي تعمل ضمنه إدارة التأمين الصحي في المستشفيات الحكومية، مما يستوجب بناء قدرات مؤسسية متخصصة لضمان الامتثال والاستفادة المثلى من هذا الإطار التنظيمي.

9.1.2 تحديات إدارة التأمين الصحي في المستشفيات الحكومية السعودية

تواجه المستشفيات الحكومية في المملكة العربية السعودية مجموعة من التحديات في مجال إدارة التأمين الصحي تنبع من خصوصية المرحلة الانتقالية التي يمر بها القطاع الصحي. ويمكن تصنيف هذه التحديات في عدة محاور:

□ **المحور الأول** يتعلق بالتحديات التنظيمية والمؤسسية، إذ نشأت المستشفيات الحكومية تاريخياً ضمن نموذج التمويل الحكومي المباشر الذي لا يستلزم وجود أقسام متخصصة في إدارة التأمين الصحي. ومع التحول نحو النموذج التأميني، تجد هذه المستشفيات نفسها مطالبة ببناء هياكل تنظيمية جديدة وتطوير أنظمة وعمليات لم تكن قائمة من قبل، وهو ما يستغرق وقتاً وجهداً ومواردها مالية كبيرة. وقد أشار Haji & Haji (2022) إلى أن فعالية التأمين الصحي في المنظمات ترتبط بمدى جاهزية البنية المؤسسية والتنظيمية لاستيعاب متطلبات النظام التأميني.

□ **المحور الثاني** يرتبط بالتحديات البشرية، حيث يعاني القطاع الصحي السعودي من نقص في الكوادر المتخصصة في مجالات الترميز الطبي وإدارة المطالبات التأمينية والتفاوض على العقود وتحليل

البيانات المالية التأمينية. ويُعدّ بناء هذه الكوادر من الأولويات الاستراتيجية التي تتطلب استثماراً طويلاً الأجل في برامج التعليم والتدريب المتخصص.

□ **المحور الثالث** يتصل بالتحديات التقنية، إذ على الرغم من التطور الكبير في البنية التحتية الرقمية للقطاع الصحي السعودي، إلا أن بعض المستشفيات الحكومية لا تزال تعاني من قصور في أنظمة المعلومات الصحية وتكاملها مع الأنظمة المالية والتأمينية، مما يؤثر على كفاءة عمليات التوثيق والترميز وتقديم المطالبات. وتسعى منصة نفيس إلى معالجة جزء من هذه التحديات من خلال توفير منصة موحدة للتبادل الإلكتروني، إلا أن الاستفادة الكاملة منها تتطلب تطوير الأنظمة الداخلية للمستشفيات وتكاملها مع هذه المنصة.

□ **المحور الرابع** يتعلق بتحديات إدارة التغيير، حيث يستلزم التحول نحو النموذج التأميني تغييراً جوهرياً في ثقافة العمل داخل المستشفيات الحكومية. فلم يكن التفكير في الإيرادات والتكاليف والتحصيل جزءاً من الثقافة السائدة في هذه المستشفيات التي اعتادت على تلقي تمويلها من الميزانية العامة بصرف النظر عن حجم الخدمات المقدمة وجودتها. ويتطلب التحول الناجح إدارة فعالة للتغيير تُعنى بتهيئة الكوادر البشرية وتغيير أنماطهم الذهنية وسلوكياتهم لتتوافق مع متطلبات النموذج الجديد

المبحث الثاني: تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية

1.2.2 تمهيد

تمثل تنمية الإيرادات أحد أهم التحديات الاستراتيجية التي تواجه المستشفيات الحكومية في مختلف أنحاء العالم، وتزداد أهمية هذا التحدي في ظل التحولات العالمية في نماذج تمويل الرعاية الصحية التي تتجه نحو ربط التمويل بالأداء والمخرجات بدلاً من التمويل المبني على المدخلات والميزانيات التاريخية. وقد فرضت الضغوط المالية المتزايدة على الأنظمة الصحية ضرورة تبني المستشفيات الحكومية لتوجهات جديدة في إدارة مواردها المالية، بحيث لا تقتصر على الإنفاق الرشيد وترشيد التكاليف فحسب، بل تمتد إلى السعي الفعّال نحو تنويع مصادر الإيرادات وتعظيمها. وفي السياق السعودي، يكتسب موضوع تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية بُعداً خاصاً في ضوء برنامج تحول القطاع الصحي الذي يستهدف تحويل هذه المستشفيات من كيانات تعتمد كلياً على التمويل الحكومي المباشر إلى مؤسسات ذات استقلالية مالية قادرة على توليد إيراداتها من خلال بيع خدماتها الصحية للجهات الدافعة المتعددة. ويتناول هذا المبحث مفهوم تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية وأهميته وأهدافه، فضلاً عن مصادر الإيرادات ومحدداتها، وآليات تنميتها، والمداخل النظرية المفسرة لها، والتحديات المرتبطة بها في البيئة السعودية.

2.2.2 مفهوم تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية

يحتاج التأصيل المفاهيمي لتنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية إلى تحديد مكونات هذا المصطلح المركب بدقة قبل الانتقال إلى تعريفه بشكل متكامل. فمفهوم الإيرادات في السياق المحاسبي والمالي يشير إلى التدفقات النقدية الداخلة أو الزيادة في الأصول أو النقص في الالتزامات الناتجة عن ممارسة المنشأة لأنشطتها الرئيسية خلال فترة زمنية محددة. أما مفهوم التنمية فيشير إلى العملية المنهجية والمستمرة الهادفة إلى تحقيق نمو مستدام في حجم الإيرادات وتنويع مصادرها وتحسين كفاءة تحصيلها. ومفهوم المستشفيات الحكومية يشير إلى المنشآت الصحية المملوكة للدولة والتي تقدم خدمات الرعاية الصحية للمواطنين والمقيمين.

وقد تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم تنمية الإيرادات في القطاع الصحي والقطاع العام بصورة عامة وفقاً لتنوع الأطر النظرية والسياقات المؤسسية. فقد تناول محمد وإسماعيل (2022) مفهوم تنمية الإيرادات الذاتية في إطار مؤسسات القطاع العام بوصفها العملية المنظمة التي تستهدف زيادة حجم الموارد المالية المتاحة للمؤسسة من خلال تطوير مصادر الدخل القائمة واستحداث مصادر جديدة، مع التركيز على تحسين كفاءة التحصيل وتقليل الفاقد والتهرب. ويتميز هذا التعريف بتركيزه على البعد الذاتي لتنمية الإيرادات، أي الإيرادات التي تولدها المؤسسة من أنشطتها الخاصة بصرف النظر عن التحويلات والإعانات الحكومية.

ومن منظور الموازنة العامة، أشار الجبوري وزنكنة (2022) إلى مفهوم الإيرادات العامة بوصفها مجمل الموارد المالية التي تحصل عليها الدولة أو مؤسساتها من مصادرها المختلفة لتمويل نفقاتها العامة وتحقيق أهدافها الاقتصادية والاجتماعية. ومع أن هذا التعريف يركز على المستوى الكلي، إلا أنه يمكن تطبيقه على مستوى المستشفيات الحكومية التي تُعدّ جزءاً من القطاع العام وتسعى إلى تنمية إيراداتها في إطار الأهداف الأوسع للسياسة الصحية.

وفي سياق القطاع الصحي تحديداً، عرّف (Rauscher & Wheeler (2010) إيرادات المستشفيات بأنها المتحصلات المالية الناتجة عن تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى، والتي يتحدد حجمها بعاملين أساسيين: حجم الخدمات المقدمة من حيث عدد الحالات ونوعيتها، والمبالغ المحصّلة مقابل كل خدمة والتي تتأثر بنوع الجهة الدافعة وشروط التعاقد معها. ويُبرز هذا التعريف أهمية العلاقة بين حجم النشاط وكفاءة التحصيل في تحديد مستوى إيرادات المستشفى.

أما (Imansyah et al. (2025 فقد تناولوا مفهوم إيرادات المستشفيات في إطار مساهمة التأمين الصحي الوطني في الأداء المالي، حيث نظروا إلى الإيرادات باعتبارها المؤشر المالي الذي يعكس مدى قدرة المستشفى على تحويل خدماته الصحية إلى تدفقات نقدية مستدامة تمكنه من تغطية تكاليفه التشغيلية وتحقيق فائض يُعاد استثماره في تطوير البنية التحتية وتحسين جودة الخدمات.

ومن منظور إصلاحات السياسات الصحية، تناول Pan et al. (2023) مفهوم إيرادات المستشفيات العامة في سياق الإصلاحات الشاملة للمستشفيات العامة، حيث ربط بين هياكل الإيرادات ومكوناتها وسياسات الإصلاح الصحي التي تستهدف إعادة هيكلة مصادر دخل المستشفيات بما يحقق التوازن بين الاستدامة المالية وضبط النفقات الصحية وتحسين إتاحة الخدمات. ويكشف هذا الطرح عن أن تنمية الإيرادات في المستشفيات العامة لا تتم بمعزل عن السياسات الصحية الكلية، بل هي جزء لا يتجزأ من عملية الإصلاح الشامل للقطاع الصحي.

كذلك أوضح Gao et al. (2021) مفهوم هيكل إيرادات المستشفيات العامة بأنه التوزيع النسبي لمصادر الدخل المختلفة، والتي تشمل إيرادات الخدمات الطبية وإيرادات الأدوية والمستلزمات الطبية والتحويلات الحكومية وغيرها، مشيراً إلى أن إصلاحات النظام الصحي تؤثر جوهرياً على هذا الهيكل من خلال تغيير الأوزان النسبية لمكوناته.

وبناءً على العرض السابق لتعريفات الباحثين، يرى الباحث أن تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية يمكن تعريفها بأنها: "العملية الاستراتيجية المنهجية والمستمرة التي تستهدف تحقيق نمو مستدام في حجم التدفقات المالية الداخلة للمستشفى الحكومي من خلال تعظيم العائد من مصادر الإيرادات القائمة — ولا سيما الإيرادات التأمينية — وتنوع هذه المصادر، وتحسين كفاءة دورة الإيرادات بمراحلها المختلفة، وتقليل الفاقد الإيرادي الناجم عن رفض المطالبات أو تأخر التحصيل أو ضعف التوثيق، في إطار التوجهات الاستراتيجية للقطاع الصحي والمعايير التنظيمية المعتمدة." ويتميز هذا التعريف بربطه بين مفهوم تنمية الإيرادات وأبعاد إدارة التأمين الصحي التي يتناولها المتغير المستقل في الدراسة الحالية.

3.2.2 أهمية تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية

تنبع أهمية تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية من كونها شرطاً لازماً لتحقيق الاستدامة المالية والتشغيلية لهذه المنشآت في ظل بيئة تتسم بتزايد الطلب على الخدمات الصحية وارتفاع تكاليف تقديمها وتقلص الموارد الحكومية المتاحة. فلم تعد المستشفيات الحكومية في كثير من الدول قادرة على

الاعتماد حصرياً على التمويل الحكومي المباشر لتغطية نفقاتها المتنامية، مما يفرض عليها ضرورة البحث عن مصادر إيرادات بديلة ومكملة وتعظيم العائد منها.

ويشير محمد وإسماعيل (2022) إلى أن أهمية تنمية الإيرادات الذاتية في مؤسسات القطاع العام تتجلى في عدة أبعاد: أولها تقليل الاعتماد على التحويلات الحكومية المركزية التي تتأثر بالتقلبات في الإيرادات العامة للدولة وأولويات الإنفاق الحكومي. وثانيها تعزيز الاستقلالية المالية والإدارية للمؤسسة مما يمنحها مرونة أكبر في اتخاذ القرارات الاستثمارية والتشغيلية. وثالثها تحفيز المؤسسة على تحسين جودة خدماتها وكفاءة عملياتها لأن إيراداتها تصبح مرتبطة بأدائها الفعلي وليس بمخصصات ميزانية ثابتة.

ويرى الجبوري وزنكنة (2022) أن تنمية الإيرادات تكتسب أهمية بالغة في سياق تحقيق التوازن في الموازنة العامة وتمويل النفقات المتزايدة، حيث إن نمو الإيرادات يوفر الموارد اللازمة لتمويل التوسع في الخدمات وتحسين جودتها دون الحاجة إلى الاقتراض أو تقليص الإنفاق في مجالات أخرى. وعند تطبيق هذا المنطق على المستشفيات الحكومية، يتضح أن تنمية الإيرادات تمكّن هذه المستشفيات من تمويل مشاريع التوسع والتطوير وتحديث المعدات الطبية واستقطاب الكفاءات البشرية المتميزة دون الاعتماد الكلي على مخصصات الميزانية العامة.

ومن منظور الأداء المالي المؤسسي، يؤكد Imanasyah et al. (2025) أن إيرادات التأمين الصحي تمثل مكوناً أساسياً في الأداء المالي للمستشفيات، حيث إن نمو هذه الإيرادات يسهم في تحسين مؤشرات الربحية والسيولة والكفاءة التشغيلية. وتزداد هذه الأهمية في المستشفيات التي يشكل فيها التأمين الصحي المصدر الرئيس للإيرادات، حيث يصبح أي تحسن في إدارة الإيرادات التأمينية ذا أثر مباشر وملحوس على الأداء المالي الكلي.

ويضيف Pan et al. (2023) بُعداً آخر لأهمية تنمية الإيرادات يتعلق بتأثير إصلاحات المستشفيات العامة على هياكل الإيرادات، حيث أوضح أن السياسات الإصلاحية التي تستهدف إعادة هيكلة مصادر إيرادات المستشفيات العامة تؤثر جوهرياً على قدرة هذه المستشفيات على تغطية تكاليفها والاستثمار في

تطوير خدماتها. فعندما تتغير هياكل الإيرادات نتيجة الإصلاحات، تحتاج المستشفيات إلى استراتيجيات تكيفية لتنمية إيراداتها من المصادر الجديدة وتعويض أي انخفاض في المصادر التقليدية.

وفي السياق السعودي تحديداً، تكتسب تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية أهمية استثنائية لعدة اعتبارات: التحول من نموذج التمويل الحكومي المباشر إلى نموذج الشراء الاستراتيجي للخدمات الصحية يعني أن إيرادات المستشفى ستعتمد على حجم الخدمات المقدمة وجودتها وليس على مخصصات ميزانية ثابتة، والمنافسة المتزايدة بين مقدمي الخدمة الصحية في ظل حرية المستفيد في اختيار مقدم الخدمة تفرض على المستشفيات الحكومية تحسين أدائها لاستقطاب المرضى والاحتفاظ بهم، والتوقعات المتزايدة من المجتمع بشأن جودة الخدمات الصحية المقدمة تستلزم استثمارات مستمرة في تطوير البنية التحتية والتقنية والبشرية.

4.3.2 أهداف تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية

تستهدف تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية تحقيق مجموعة من الأهداف المتكاملة التي تتدرج من الأهداف المالية المباشرة إلى الأهداف الاستراتيجية بعيدة المدى، وقد تناول الباحثون هذه الأهداف من منظورات متنوعة تعكس تعدد الأبعاد المرتبطة بتنمية الإيرادات.

يرى (Kamuti 2023) أن تنمية الإيرادات في المستشفيات العامة تستهدف ثلاثة أهداف مترابطة: تحقيق الاكتفاء المالي الذاتي بحيث تتمكن المستشفيات من تغطية نسبة متزايدة من تكاليفها التشغيلية من إيراداتها الذاتية، وتحسين جودة الخدمات الصحية من خلال توفير الموارد المالية اللازمة للاستثمار في تطوير المعدات والبنية التحتية والكوادر البشرية، وتعزيز المساءلة المالية من خلال ربط مستوى التمويل بمستوى الأداء والمخرجات.

ويحدد محمد وإسماعيل (2022) أهداف تنمية الإيرادات الذاتية في سياق المؤسسات العامة في ثلاثة محاور: بناء قاعدة إيرادية مستدامة ومتنوعة تحمي المؤسسة من مخاطر الاعتماد على مصدر تمويلي

واحد، وتحسين كفاءة التحصيل من خلال سد الثغرات التي تؤدي إلى تسرب الإيرادات، وتطوير أنظمة المعلومات المالية التي تمكّن من رصد الإيرادات وتحليلها واتخاذ القرارات المبينة على البيانات.

ومن منظور إصلاح النظام الصحي، يشير (Gao et al. (2021 إلى أن أهداف إعادة هيكلة إيرادات المستشفيات العامة تتضمن: تغيير هيكل الإيرادات بحيث تزداد حصة الإيرادات المرتبطة بالخدمات الطبية ذات القيمة المضافة العالية مقابل تراجع حصة الإيرادات المرتبطة ببيع الأدوية والمستلزمات، وتحفيز المستشفيات على تحسين كفاءتها التشغيلية من خلال ربط الإيرادات بالأداء، وتحقيق التوازن بين الاستدامة المالية للمستشفيات والحدّ من الإنفاق الصحي الكلي.

ويضيف (Uma et al. (2025 أن تنمية الإيرادات في المستشفيات من خلال تحسين إدارة دورة الإيرادات تستهدف: تقليل الفجوة بين الخدمات المقدمة فعلياً والإيرادات المحققة منها من خلال تحسين عمليات التوثيق والتميز والمطالبة، وتسريع دورة النقد التشغيلية من خلال تقليل فترات التحصيل، وتعظيم صافي الإيرادات بعد خصم تكاليف إدارة دورة الإيرادات نفسها.

5.3.2 مصادر الإيرادات في المستشفيات الحكومية

تنوع مصادر الإيرادات في المستشفيات الحكومية تبعاً للنموذج التمويلي السائد في كل دولة ومستوى تطور نظام التأمين الصحي فيها. ويمكن تصنيف هذه المصادر في عدة فئات رئيسة تعكس الأطراف المختلفة التي تتحمل تكلفة الخدمات الصحية.

المصدر الأول والتقليدي هو التمويل الحكومي المباشر الذي يتمثل في المخصصات التي ترصدها الدولة في ميزانيتها العامة للمستشفيات الحكومية. وقد كان هذا المصدر تاريخياً هو المصدر الرئيس والوحيد أحياناً لإيرادات المستشفيات الحكومية في كثير من الدول، بما فيها المملكة العربية السعودية. غير أن التوجهات العالمية المعاصرة تميل نحو تقليل الاعتماد على هذا النوع من التمويل والتحول نحو نماذج تمويلية أكثر ارتباطاً بالأداء. وقد أشار (Pan et al. (2023 إلى أن إصلاحات المستشفيات العامة في السياق

الصيني استهدفت إعادة هيكلة مصادر الإيرادات بحيث تتراجع نسبة التحويلات الحكومية لصالح زيادة إيرادات الخدمات الطبية.

المصدر الثاني هو إيرادات التأمين الصحي التي تمثل المتحصلات المالية الناتجة عن تقديم الخدمات الصحية للمرضى المؤمن عليهم سواء من خلال التأمين الحكومي أو التأمين التجاري. وتُعدّ هذه الإيرادات المصدر الأسرع نمواً في كثير من المستشفيات الحكومية التي تتبنى نماذج تمويلية جديدة. وقد بين Imansyah et al. (2025) أن إيرادات التأمين الصحي الوطني تمثل مساهمة متزايدة في الأداء المالي للمستشفيات، مما يجعل إدارة هذا المصدر الإيرادي بكفاءة أمراً بالغ الأهمية لتحقيق الاستدامة المالية.

المصدر الثالث هو الإيرادات الذاتية الناتجة عن تقديم خدمات مدفوعة مباشرة من المرضى أو أسرهم، مثل خدمات العيادات الخاصة والغرف المميزة والخدمات التشخيصية المتقدمة وبرامج الصحة المهنية وبرامج الفحص الشامل. ويمثل تطوير هذا المصدر فرصة كبيرة للمستشفيات الحكومية لتنويع قاعدتها الإيرادية وتقليل اعتمادها على التمويل الحكومي والتأميني.

المصدر الرابع هو إيرادات الأنشطة غير السريرية مثل تأجير المساحات التجارية داخل حرم المستشفى، وعوائد مواقف السيارات، وإيرادات البرامج التدريبية والتعليمية، والمنح والتبرعات والأوقاف الصحية. ومع أن هذا المصدر عادة ما يشكل نسبة محدودة من إجمالي الإيرادات، إلا أنه يمكن أن يسهم في تحسين الوضع المالي للمستشفى إذا أُدير بكفاءة.

6.3.2 محددات تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية

تتأثر قدرة المستشفيات الحكومية على تنمية إيراداتها بمجموعة من المحددات الداخلية والخارجية التي تحكم مستوى أدائها المالي. وتتفاعل هذه المحددات فيما بينها بشكل معقد يجعل من تنمية الإيرادات عملية تتطلب نهجاً شمولياً يأخذ في الحسبان مختلف العوامل المؤثرة.

على صعيد المحددات الداخلية، يُعدّ حجم النشاط العلاجي ونوعيته من أهم المحددات، حيث ترتبط إيرادات المستشفى بشكل مباشر بعدد الحالات المعالجة ونوع الخدمات المقدمة ومستوى تعقيدها.

فالمستشفيات التي تقدم خدمات تخصصية عالية المستوى تتمتع بقدرة أكبر على توليد إيرادات مقارنة بالمستشفيات التي تقتصر خدماتها على الرعاية الأولية والخدمات الأساسية. كما تُعدّ كفاءة إدارة دورة الإيرادات من المحددات الحاسمة التي أكد عليها Uma et al. (2025) في سياق تقييم نموذج إدارة دورة الإيرادات وأثره في المستشفيات.

ومن المحددات الداخلية المهمة كذلك جودة التوثيق الطبي والتمريض، إذ أن أي قصور في توثيق الخدمات المقدمة أو ترميزها يؤدي إلى عدم المطالبة بمستحقات فعلية أو رفض المطالبات من قبل الجهات الدافعة. ويرتبط بذلك مستوى تأهيل الكوادر البشرية العاملة في مجال إدارة الإيرادات والتأمين الصحي، ومدى توفر البنية التحتية التقنية اللازمة لأتمتة عمليات دورة الإيرادات.

أما على صعيد المحددات الخارجية، فتتصدرها السياسات الصحية والتشريعات التنظيمية التي تحكم نظام التأمين الصحي وتحدد شروط التعاقد والتسعير والتحصيل. وقد أوضح Gao et al. (2021) كيف أثرت إصلاحات النظام الصحي على هياكل إيرادات المستشفيات العامة من خلال تغيير سياسات التسعير وآليات الدفع. كما تؤثر البيئة التنافسية على قدرة المستشفيات الحكومية على تنمية إيراداتها، حيث إن وجود منافسين أقوياء من القطاع الخاص يفرض على هذه المستشفيات تحسين أدائها وجودة خدماتها لاستقطاب المرضى والاحتفاظ بهم.

ويُضاف إلى ذلك التركيبة السكانية ونمط الأمراض السائدة وتوقعات المستفيدين، فضلاً عن مستوى تطور البنية التحتية الرقمية على المستوى الوطني ومدى جاهزية الأنظمة الإلكترونية لتبادل البيانات بين مقدمي الخدمة والجهات الدافعة. وفي السياق السعودي، يُعدّ التحول المؤسسي الذي يشهده القطاع الصحي ضمن رؤية 2030 من أبرز المحددات الخارجية التي تؤثر على بيئة تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.

7.3.2 آليات تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية

تتعدد الآليات التي يمكن أن تتبناها المستشفيات الحكومية لتنمية إيراداتها، وتتراوح هذه الآليات بين آليات تشغيلية قصيرة المدى وآليات استراتيجية طويلة المدى. ويمكن تصنيفها في عدة محاور رئيسية:

□ **الآلية الأولى** هي تحسين إدارة دورة الإيرادات التي تمثل المسار التشغيلي الذي تسلكه الخدمة الصحية من لحظة تقديمها حتى تحصيل مقابلها المالي. وتتضمن هذه الآلية تحسين عمليات التسجيل والتحقق من الأهلية التأمينية، وتطوير جودة التوثيق الطبي والتميز، وتعزيز كفاءة تقديم المطالبات ومتابعتها، وتحسين إدارة حالات الرفض وإعادة التقديم، وتقليل فترات التحصيل. وقد ركز Uma et al. (2025) على أهمية تقييم كفاءة نموذج إدارة دورة الإيرادات وأثره المباشر على الأداء المالي للمستشفيات.

□ **الآلية الثانية** هي تعظيم الإيرادات التأمينية من خلال تحسين إدارة العلاقة مع الجهات الدافعة. وتشمل هذه الآلية التفاوض على عقود تأمينية ذات شروط مالية أفضل، وتوسيع شبكة الجهات الدافعة التي يتعاقد معها المستشفى، وتحسين جودة المطالبات لتقليل نسب الرفض، وتسريع عمليات التحصيل. وقد أشار Rauscher & Wheeler (2010) إلى أن إدارة المزيج الدافع تُعدّ من المحددات الجوهرية لقدرة المستشفيات على توليد إيراداتها وتحصيلها، حيث يؤثر تكوين هذا المزيج على متوسط العائد لكل حالة وعلى فترات التحصيل.

□ **الآلية الثالثة** هي تطوير الخدمات وتنويعها من خلال استحداث خدمات صحية جديدة ذات طلب مرتفع وعائد مالي مجزٍ. وتشمل هذه الآلية إنشاء مراكز تميز في تخصصات طبية محددة تستقطب المرضى من مناطق جغرافية أوسع، وتطوير خدمات الرعاية النهارية والجراحة اليومية التي تحقق كفاءة أعلى في استخدام الموارد، وتقديم خدمات صحية مبتكرة مثل الطب عن بُعد وبرامج الرعاية المنزلية.

□ **الآلية الرابعة** هي التحول الرقمي في إدارة الإيرادات من خلال تبني أنظمة معلوماتية متكاملة تؤتمت عمليات دورة الإيرادات وتوفر بيانات دقيقة وآنية لدعم اتخاذ القرار. وقد أشار Al Otaibi et al.

(2023) إلى أن التكامل بين إدارة المستشفيات والتأمين الصحي من خلال الأنظمة التقنية يسهم في

تحسين الكفاءة التشغيلية، مما ينعكس إيجاباً على الأداء المالي.

□ الآلية الخامسة هي تحسين تجربة المريض وجودة الخدمة باعتبارهما محركين غير مباشرين لتنمية

الإيرادات. فالمستشفيات التي تقدم تجربة مريض متميزة تستقطب عدداً أكبر من المرضى وتحقق

معدلات أعلى من رضا العملاء والاحتفاظ بهم، مما ينعكس إيجاباً على حجم النشاط والإيرادات. وقد

تناول (Al-Qahtani & Al-Khmasan (2024) العلاقة بين التأمين الصحي وجودة الخدمات الصحية

في المستشفيات الحكومية، مما يشير إلى أن تحسين الجودة لا يمثل هدفاً خدمياً فحسب بل يمثل

أيضاً آلية لتنمية الإيرادات.

8.3.2 المداخل النظرية المفسرة لتنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية

يمكن تفسير ظاهرة تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية وعلاقتها بإدارة التأمين الصحي من

خلال عدة مداخل نظرية تقدم أطراً تحليلية مختلفة لفهم الديناميكيات المالية والتنظيمية التي تحكم هذه

العملية.

يُعدّ مدخل المالية العامة من أبرز الأطر النظرية ذات الصلة، إذ ينظر إلى إيرادات المستشفيات

الحكومية بوصفها جزءاً من منظومة الإيرادات العامة للدولة التي تخضع لمبادئ المالية العامة في تخصيص

الموارد وتوزيعها. وقد استند الجبوري وزنكنة (2022) إلى هذا المدخل في تحليل أثر الإيرادات على الموازنة

العامة، مما يمكن تطبيقه على المستشفيات الحكومية التي تسعى إلى تنمية إيراداتها الذاتية لتقليل عبئها

على الموازنة العامة وزيادة استقلاليتها المالية.

كما يوفر مدخل دورة الإيرادات إطاراً تحليلياً عملياً لفهم العمليات التشغيلية التي تُؤد من خلالها

الإيرادات وتُحصّل. ويقوم هذا المدخل على مبدأ أن الإيراد لا يتحقق بمجرد تقديم الخدمة الصحية، بل

يمر بسلسلة من المراحل التي تبدأ بتسجيل المريض وتنتهي بتحصيل المبلغ المستحق، وأن أي خلل في أي

مرحلة من هذه المراحل يؤدي إلى فقدان جزء من الإيراد المستحق. وقد تبني (Rauscher & Wheeler (2010

هذا المدخل في تحليل العلاقة بين إدارة دورة الإيرادات والمزيج الدافع وقدرة المستشفيات على تحقيق إيراداتها.

ويقدم مدخل الاقتصاد المؤسسي تفسيراً آخر لتنمية الإيرادات يركز على البيئة المؤسسية والتنظيمية التي تعمل فيها المستشفيات الحكومية. ويرى هذا المدخل أن أداء المنشآت يتأثر بالبيئة المؤسسية المحيطة بها، بما يشمل القوانين والتشريعات والمعايير والأعراف التي تحكم سلوكها. وفي سياق المستشفيات الحكومية السعودية، تُشكّل البيئة المؤسسية المتمثلة في أنظمة الضمان الصحي ومعايير مجلس الضمان ومتطلبات منصة نفيس إطاراً مؤسسياً يؤثر جوهرياً على قدرة هذه المستشفيات على تنمية إيراداتها. وقد أشار (Doshmangir et al. (2021 إلى أن البيئة المؤسسية تُعدّ من المحددات الجوهرية لنجاح أنظمة التأمين الصحي في تحقيق أهدافها.

ويوفر مدخل الإصلاح الصحي إطاراً نظرياً يربط بين سياسات إصلاح القطاع الصحي وتنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية. ويرى هذا المدخل أن إصلاحات النظام الصحي لا تقتصر على تحسين جودة الخدمات وإتاحتها، بل تمتد إلى إعادة هيكلة آليات التمويل بما يؤثر على هياكل إيرادات المنشآت الصحية ومصادرها. وقد استند (Pan et al. (2023 إلى هذا المدخل في تحليل أثر إصلاحات المستشفيات العامة الشاملة على تكاليف الرعاية الصحية وإيراداتها، كما تبني (Gao et al. (2021 المنظور ذاته في دراسة أثر إصلاحات النظام الصحي على هياكل إيرادات المستشفيات العامة.

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

1.3 منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي الذي يُعدّ من أنسب المناهج البحثية لدراسة الظواهر الإدارية والتنظيمية في بيئتها الطبيعية دون تدخل من الباحث في متغيراتها. ويتيح هذا المنهج وصف الظاهرة المدروسة وتحليل العلاقات بين متغيراتها واختبار الفرضيات المتعلقة بها من خلال جمع البيانات الكمية وتحليلها إحصائياً. وقد اختير هذا المنهج لملاءمته لطبيعة الدراسة التي تسعى إلى قياس أثر إدارة التأمين الصحي بأبعادها الأربعة (تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية، إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية، كفاءة الإجراءات الإدارية، التحول الرقمي والميكنة) على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية. كما اعتمدت الدراسة على أسلوب المسح الميداني باستخدام الاستبانة بوصفها أداة رئيسة لجمع البيانات الأولية من مفردات العينة.

2.3 مجتمع الدراسة وعينتها

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في الوظائف الإدارية والمالية ذات الصلة بإدارة التأمين الصحي وإدارة الإيرادات في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية. ويشمل ذلك العاملين في إدارات وأقسام التأمين الصحي، وإدارات الشؤون المالية، وأقسام المطالبات التأمينية، وأقسام الترميز الطبي، وإدارات العقود والمشتريات، وإدارات تقنية المعلومات الصحية، وإدارات الجودة، فضلاً عن مديري المستشفيات ونوابهم ومساعدتهم المعنيين بالشؤون المالية والإدارية. وقد تم تحديد هذا المجتمع بناءً على كونهم الأكثر دراية وخبرة بموضوع الدراسة والأقدر على تقديم إجابات دقيقة وموثوقة حول أبعاد إدارة التأمين الصحي وتنمية الإيرادات في مستشفياتهم.

عينة الدراسة

نظراً لاتساع مجتمع الدراسة وانتشاره الجغرافي الواسع عبر مختلف مناطق المملكة العربية السعودية، اعتمدت الدراسة على أسلوب العينة الطبقية العشوائية التي تضمن تمثيل المناطق الجغرافية المختلفة والمستويات الوظيفية المتنوعة في العينة. وقد تم اختيار (12) مستشفى حكومياً من المستشفيات الكبرى التابعة لوزارة الصحة موزعة على خمس مناطق رئيسة في المملكة. وبناءً على ذلك، تم توزيع (400) استبانة على العاملين في هذه المستشفيات، واسترد منها (367) استبانة، استُبعد منها (15) استبانة لعدم اكتمال البيانات أو عدم جدية الإجابة، ليصبح عدد الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي (352) استبانة، بنسبة استجابة فعلية بلغت (88%).

توزيع الاستبانة واستردادها

يوضح الجدول تفاصيل توزيع الاستبانة على المستشفيات المشمولة بالدراسة وفقاً للمناطق الجغرافية ومعدلات الاسترداد.

جدول (1): توزيع الاستبانة على المستشفيات الحكومية واستردادها

المنطقة	عدد المستشفيات	الاستبانات الموزعة	الاستبانات المستردة	المستبعدة	الصالحة للتحليل	نسبة الاستجابة
منطقة الرياض	3	100	93	4	89	89%
منطقة مكة المكرمة	3	100	91	3	88	88%
المنطقة الشرقية	2	70	64	3	61	87.1%
منطقة المدينة المنورة	2	65	59	2	57	87.7%
منطقة عسير	2	65	60	3	57	87.7%

الإجمالي	12	400	367	15	352	88%
----------	----	-----	-----	----	-----	-----

3.3 أداة الدراسة (الاستبانة)

اعتمدت الدراسة على الاستبانة بوصفها أداة رئيسة لجمع البيانات الأولية من مفردات العينة، وذلك لملاءمتها لطبيعة الدراسة الكمية ولكونها تتيح جمع بيانات من عدد كبير من المبحوثين في وقت محدود وبتكلفة معقولة. وقد صُممت الاستبانة بناءً على مراجعة شاملة للأدبيات النظرية والدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة، كما خضعت لعملية تحكيم من قبل مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجالات إدارة الأعمال والإدارة الصحية والتأمين الصحي قبل تطبيقها ميدانياً.

وقد تكونت الاستبانة من ثلاثة أقسام رئيسة:

- القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية ويتضمن معلومات عن المبحوث تشمل: الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي، وسنوات الخبرة، والقسم أو الإدارة التي يعمل بها.
 - القسم الثاني: المتغير المستقل (إدارة التأمين الصحي) ويتكون من أربعة أبعاد يتضمن كل بعد منها (4) فقرات، بإجمالي (16) فقرة، وذلك على النحو الآتي:
 - القسم الثالث: المتغير التابع (تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية) وهو محور أحادي يتكون من (12) فقرة تقيس مستوى تنمية الإيرادات من جوانبه المختلفة.
- وبذلك يكون إجمالي فقرات الاستبانة (28) فقرة موزعة على المتغيرين المستقل والتابع. وقد استخدم مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات المبحوثين، حيث تتراوح الإجابات بين (1) بشدة إلى (5) موافق بشدة.

4.3 صدق أداة الدراسة

أ. الصدق الظاهري (صدق المحكمين)

للتحقق من الصدق الظاهري لأداة الدراسة، عُرضت الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين المتخصصين بلغ عددهم (7) محكمين من أعضاء هيئة التدريس في تخصصات إدارة الأعمال والإدارة الصحية والإحصاء في عدد من الجامعات السعودية، بالإضافة إلى (3) خبراء ممارسين في مجال إدارة التأمين الصحي والشؤون المالية في المستشفيات الحكومية. وقد طُلب من المحكمين إبداء آرائهم حول: مدى ملاءمة كل فقرة للبعد الذي تنتمي إليه، ووضوح الصياغة اللغوية لل فقرات، ومدى شمولية الفقرات لقياس البعد المستهدف، وأي تعديلات أو إضافات أو حذف يرونها مناسبة. وبناءً على ملاحظات المحكمين، أُجريت تعديلات على صياغة بعض الفقرات لزيادة وضوحها، وأُعيد ترتيب بعض الفقرات، لتستقر الاستبانة في صورتها النهائية المكونة من (28) فقرة.

ب. صدق الاتساق الداخلي

للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة، حُسبت معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وذلك باستخدام بيانات العينة الاستطلاعية المكونة من (35) مبحوثاً من خارج عينة الدراسة الأساسية. ويوضح الجدول (3-5) نتائج اختبار صدق الاتساق الداخلي لفقرات المتغير المستقل.

جدول (2): معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المتغير المستقل والدرجة الكلية للبعد

البُعد	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية	1	0.824	0.000**
	2	0.791	0.000**
	3	0.856	0.000**
	4	0.803	0.000**
إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية	5	0.812	0.000**
	6	0.778	0.000**

0.000**	0.845	7	
0.000**	0.769	8	
0.000**	0.837	9	
0.000**	0.806	10	كفاءة الإجراءات الإدارية
0.000**	0.782	11	
0.000**	0.819	12	
0.000**	0.851	13	
0.000**	0.793	14	التحول الرقمي والميكنة
0.000**	0.828	15	
0.000**	0.774	16	

**دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

جدول (3): معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المتغير التابع والدرجة الكلية للمحور

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
17	0.762	0.000**
18	0.814	0.000**
19	0.789	0.000**
20	0.832	0.000**
21	0.757	0.000**
22	0.801	0.000**
23	0.843	0.000**
24	0.778	0.000**

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
25	0.821	0.000**
26	0.795	0.000**
27	0.764	0.000**
28	0.809	0.000**

**دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

يتضح من الجدولين (5-3) و(6-3) أن جميع معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية للأبعاد أو المحاور التي تنتهي إليها جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، وتراوح قيمها بين (0.757) و(0.856)، وهي قيم مرتفعة تؤكد صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة وملاءمة الفقرات لقياس الأبعاد المستهدفة.

حُسبت مصفوفة ارتباط بيرسون بين جميع متغيرات الدراسة (أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع) بهدف التعرف على طبيعة العلاقات الارتباطية بينها واتجاهاتها وقوتها، والتحقق من عدم وجود مشكلة الارتباط المتعدد (Multicollinearity) بين المتغيرات المستقلة التي قد تؤثر سلباً على نتائج تحليل الانحدار. ويوضح الجدول (9-3) مصفوفة الارتباط الكاملة.

جدول (4): مصفوفة ارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة (ن = 352)

المتغير	تنظيم وإدارة المطالبات	إدارة عقود مقدمي الخدمة	كفاءة الإجراءات الإدارية	التحول الرقمي والميكنة	تنمية الإيرادات
تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية	1.000				

			1.000	0.614**	إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية
		1.000	0.632**	0.587**	كفاءة الإجراءات الإدارية
	1.000	0.671**	0.518**	0.543**	التحول الرقمي والميكنة
1.000	0.683**	0.724**	0.651**	0.697**	تنمية الإيرادات

**دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

يتضح من الجدول (4) عدة نتائج مهمة:

تتراوح معاملات الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل فيما بينها بين (0.518) و(0.671)، وهي قيم تشير إلى وجود ارتباطات متوسطة إلى مرتفعة نسبياً بين هذه الأبعاد، مما يؤكد تكاملها ضمن مفهوم واحد هو إدارة التأمين الصحي. وفي الوقت ذاته، لا تتجاوز هذه القيم الحد الحرج (0.80) الذي يشير إلى وجود مشكلة الارتباط المتعدد الخطي (Multicollinearity) بين المتغيرات المستقلة، مما يعني أن استخدام هذه المتغيرات معاً في نموذج الانحدار المتعدد يُعدّ مناسباً إحصائياً.

كما يتضح أن جميع أبعاد المتغير المستقل ترتبط ارتباطاً موجباً ودالاً إحصائياً عند مستوى (0.01) مع المتغير التابع (تنمية الإيرادات)، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.651) و (0.724) ويُلاحظ أن أعلى ارتباط مع المتغير التابع كان لبعد كفاءة الإجراءات الإدارية (0.724)، يليه تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية (0.697)، ثم التحول الرقمي والميكنة (0.683)، وأخيراً إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية (0.651). وتشير هذه النتائج الأولية إلى وجود علاقات إيجابية قوية بين أبعاد إدارة التأمين الصحي وتنمية الإيرادات

5.3 ثبات أداة الدراسة

للتحقق من ثبات أداة الدراسة واتساقها الداخلي، استُخدم معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) الذي يُعدّ من أكثر مقاييس الثبات شيوعاً واستخداماً في البحوث الاجتماعية والإدارية. ويوضح الجدول (8-3) قيم معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد الدراسة وللأداة ككل.

جدول (5): معاملات ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد الدراسة

المتغير / البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية	4	0.873
إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية	4	0.857
كفاءة الإجراءات الإدارية	4	0.881
التحول الرقمي والميكنة	4	0.864
إجمالي المتغير المستقل (إدارة التأمين الصحي)	16	0.924
تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية	12	0.917
الأداة ككل	28	0.938

يتضح من الجدول (8-3) أن قيم معامل ألفا كرونباخ لجميع أبعاد الدراسة تراوحت بين (0.857) و(0.881)، وهي قيم مرتفعة تتجاوز الحد الأدنى المقبول إحصائياً البالغ (0.70). كما بلغ معامل الثبات للأداة ككل (0.938)، مما يؤكد أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الثبات والاتساق الداخلي تجعلها صالحة للتطبيق الميداني والاعتماد على نتائجها.

7.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة

استخدمت الدراسة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V.28) في تحليل البيانات واختبار الفرضيات، وقد تم توظيف مجموعة من الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية وفقاً لمتطلبات كل مرحلة من مراحل التحليل، وذلك على النحو الآتي:

- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) استُخدم للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وكذلك لحساب مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة والكشف عن طبيعة العلاقات الارتباطية بينها.
- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) استُخدم للتحقق من ثبات أداة الدراسة واتساقها الداخلي، حيث يقيس مدى ارتباط فقرات كل بعد ببعضها ومدى اتساقها في قياس المفهوم المستهدف.
- التكرارات والنسب المئوية (Frequencies and Percentages) استُخدمت لوصف خصائص عينة الدراسة الديموغرافية والوظيفية وعرض توزيع استجابات المبحوثين على فقرات الاستبانة.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية (Means and Standard Deviations) استُخدمت لقياس مستوى استجابات أفراد العينة تجاه أبعاد المتغير المستقل والمتغير التابع، وتحديد درجة الموافقة على كل فقرة وكل بعد، فضلاً عن ترتيب الأبعاد والفقرات وفقاً لأهميتها النسبية من وجهة نظر المبحوثين.
- اختبار التوزيع الطبيعي (Kolmogorov-Smirnov Test) استُخدم للتحقق من أن بيانات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي، وهو شرط أساسي لاستخدام الاختبارات المعلمية (Parametric Tests) في التحليل الإحصائي.
- معامل تضخم التباين (VIF) ومعامل التباين المسموح (Tolerance) استُخدما للتحقق من عدم وجود مشكلة الارتباط المتعدد الخطي بين المتغيرات المستقلة، وهو شرط من شروط صلاحية استخدام تحليل الانحدار المتعدد.

- تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression): استُخدم لاختبار أثر كل بعد من أبعاد المتغير المستقل على المتغير التابع بشكل منفرد، وذلك لاختبار الفرضيات الفرعية الأربع للدراسة. (Ho-1, Ho-2, Ho-3, Ho-4)
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression): استُخدم لاختبار الأثر المشترك لأبعاد المتغير المستقل مجتمعة على المتغير التابع، وذلك لاختبار الفرضية الرئيسة للدراسة، ولتحديد الأهمية النسبية لكل بعد في تفسير التباين في المتغير التابع.
- تحليل التباين المصاحب لنموذج الانحدار (ANOVA): استُخدم للتحقق من معنوية نموذج الانحدار ككل وقدرته على تفسير التباين في المتغير التابع.
- معامل التحديد (R^2) ومعامل التحديد المعدّل (Adjusted R^2): استُخدما لتحديد نسبة التباين في المتغير التابع التي تُفسرها المتغيرات المستقلة، مع الأخذ في الحسبان عدد المتغيرات المستقلة وحجم العينة في حالة معامل التحديد المعدّل.

الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار الفرضيات

1.4 تحليل البيانات الديموغرافية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة

يهدف هذا الجزء إلى التعرف على الخصائص الديموغرافية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة من خلال تحليل التكرارات والنسب المئوية لمتغيرات: الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي، وسنوات الخبرة، والقسم أو الإدارة.

1. توزيع أفراد العينة حسب الجنس

جدول (6): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية(%)
ذكر	213	60.5
أنثى	139	39.5
الإجمالي	352	100

يتضح من الجدول أن غالبية أفراد عينة الدراسة من الذكور بنسبة (60.5%)، في حين بلغت نسبة الإناث (39.5%). ويعكس هذا التوزيع طبيعة التركيبة الوظيفية في الإدارات المالية والتأمينية في المستشفيات الحكومية السعودية، مع ملاحظة حضور ملموس للعنصر النسائي يتسق مع التوجهات الوطنية في تمكين المرأة في سوق العمل.

2. توزيع أفراد العينة حسب العمر

جدول (7): توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	التكرار	النسبة المئوية(%)
---------------	---------	-------------------

أقل من 30 سنة	58	16.5
من 30 إلى أقل من 40 سنة	137	38.9
من 40 إلى أقل من 50 سنة	108	30.7
50 سنة فأكثر	49	13.9
الإجمالي	352	100

يتبين من الجدول أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً في العينة هي فئة (30 إلى أقل من 40 سنة) بنسبة (38.9%) ، تليها فئة (40 إلى أقل من 50 سنة) بنسبة (30.7%). ويشير هذا التوزيع إلى أن غالبية أفراد العينة يقعون في مرحلة النضج المهني التي تجمع بين الحيوية والخبرة، مما يعزز من موثوقية استجاباتهم.

3. توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

جدول (8): توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية (%)
دبلوم	47	13.4
بكالوريوس	198	56.2
ماجستير	82	23.3
دكتوراه	25	7.1
الإجمالي	352	100

يوضح الجدول أن أكثر من نصف أفراد العينة (56.2%) يحملون درجة البكالوريوس، وأن نسبة حملة الدراسات العليا (ماجستير ودكتوراه) بلغت مجتمعة (30.4%). ويدل هذا التوزيع على المستوى التعليمي المرتفع لأفراد العينة، مما يمنحهم القدرة على فهم فقرات الاستبانة والإجابة عنها بدقة ووعي.

4. توزيع أفراد العينة حسب المسمى الوظيفي

جدول (9): توزيع أفراد العينة حسب المسمى الوظيفي

المسمى الوظيفي	التكرار	النسبة المئوية(%)
مدير مستشفى / نائب مدير	28	8.0
مدير إدارة	67	19.0
رئيس قسم	89	25.3
موظف إداري / مالي	168	47.7
الإجمالي	352	100

يتضح من الجدول أن فئة الموظفين الإداريين والماليين تمثل النسبة الأكبر (47.7%)، تليها فئة رؤساء الأقسام (25.3%)، ثم مديري الإدارات (19.0%)، وأخيراً مديري المستشفيات ونوابهم (8.0%). ويعكس هذا التوزيع تمثيلاً متوازناً للمستويات الإدارية المختلفة، مما يوفر رؤى متعددة المستويات حول موضوع الدراسة.

5. توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة

جدول (10): توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية(%)
أقل من 5 سنوات	64	18.2
من 5 إلى أقل من 10 سنوات	121	34.4
من 10 إلى أقل من 15 سنة	98	27.8
15 سنة فأكثر	69	19.6
الإجمالي	352	100

يوضح الجدول أن الفئة الأكبر من أفراد العينة تمتلك خبرة تتراوح بين (5 إلى أقل من 10 سنوات) بنسبة (34.4%)، وأن نسبة من يمتلكون خبرة (10 سنوات فأكثر) بلغت مجتمعة (47.4%). ويدل ذلك على أن غالبية أفراد العينة يتمتعون بخبرة عملية كافية تؤهلهم لتقديم إجابات مبنية على معرفة ميدانية فعلية.

6. توزيع أفراد العينة حسب القسم أو الإدارة

جدول (11): توزيع أفراد العينة حسب القسم أو الإدارة

القسم / الإدارة	التكرار	النسبة المئوية (%)
إدارة التأمين الصحي والمطالبات	104	29.5
الشؤون المالية والإيرادات	87	24.7
الترميز الطبي	42	11.9
العقود والمشتريات	38	10.8
تقنية المعلومات الصحية	45	12.8
الإدارة العليا والجودة	36	10.3
الإجمالي	352	100

يتبين من الجدول تنوع الإدارات والأقسام التي ينتمي إليها أفراد العينة، مع تركيز النسبة الأكبر في إدارة التأمين الصحي والمطالبات (29.5%) والشؤون المالية والإيرادات (24.7%)، وهما القسمان الأكثر ارتباطاً بموضوع الدراسة. ويعزز هذا التنوع من شمولية النتائج وقدرتها على عكس وجهات نظر متعددة التخصصات.

2.4 التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة

البُعد الأول: تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية

جدول (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد تنظيم وإدارة المطالبات

التأمينية

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
1	يتم التحقق من أهلية المريض التأمينية وحدود التغطية قبل تقديم الخدمة الصحية بشكل منتظم	3.87	0.914	1	مرتفعة
2	تتوفر إجراءات واضحة ومكتوبة لتوثيق الخدمات الصحية المقدمة وترميزها وفق المعايير المعتمدة	3.64	1.023	3	مرتفعة
3	تُراجع المطالبات التأمينية داخلياً قبل تقديمها للجهات الدافعة للتأكد من خلوها من الأخطاء	3.71	0.987	2	مرتفعة
4	تُتابع المطالبات المرفوضة بشكل منهجي ويُعاد تقديمها بعد تصحيح أسباب الرفض	3.48	1.051	4	مرتفعة
	المتوسط العام للبُعد	3.68	0.832		مرتفعة

يتضح من الجدول أن المتوسط العام لبُعد تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية بلغ (3.68) بانحراف

معيارى (0.832)، وهو ما يقع ضمن درجة الموافقة المرتفعة. وقد حصلت الفقرة (1) المتعلقة بالتحقق من

الأهلية التأمينية على أعلى متوسط حسابي (3.87)، مما يشير إلى أن المستشفيات الحكومية تولي اهتماماً ملحوظاً لعملية التحقق المسبق من التغطية التأمينية. في حين حصلت الفقرة (4) المتعلقة بمتابعة المطالبات المرفوضة على أدنى متوسط (3.48)، مما يكشف عن وجود فرصة لتحسين آليات إدارة حالات الرفض وإعادة التقديم، وهو ما قد يسهم في استرداد إيرادات مفقودة.

البُعد الثاني: إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية

جدول (13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد إدارة عقود مقدمي الخدمة

الصحية

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
5	تتفاوض إدارة المستشفى على شروط العقود التأمينية بما يحقق أفضل عائد مالي ممكن	3.42	1.076	3	مرتفعة
6	تُراجع العقود مع شركات التأمين بشكل دوري لضمان ملائمة أسعار التعرفة لتكاليف الخدمات	3.35	1.098	4	متوسطة
7	تتعامل المستشفى مع عدد كافٍ ومتنوع من شركات التأمين لتوسيع قاعدة المرضى المؤمن عليهم	3.58	0.965	1	مرتفعة
8	توجد آليات فعالة لمتابعة تنفيذ شروط العقود وحل النزاعات مع الجهات الدافعة	3.46	1.034	2	مرتفعة
	المتوسط العام للبُعد	3.45	0.879		مرتفعة

يوضح الجدول أن المتوسط العام لبُعد إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية بلغ (3.45) بانحراف معياري (0.879)، وهو يقع ضمن درجة الموافقة المرتفعة وإن كان الأدنى بين أبعاد المتغير المستقل. وقد حصلت الفقرة (7) المتعلقة بتنوع شركات التأمين المتعاقد معها على أعلى متوسط (3.58)، بينما حصلت الفقرة (6) المتعلقة بالمراجعة الدورية لأسعار التعرفة على أدنى متوسط (3.35) ضمن درجة موافقة متوسطة. وتكشف هذه النتيجة عن وجود تحدٍّ في مجال المراجعة الدورية للعقود وتحديث أسعار التعرفة بما يواكب التغيرات في تكاليف الخدمات، وهو ما قد يؤثر سلباً على هوامش الإيرادات.

البُعد الثالث: كفاءة الإجراءات الإدارية

جدول (14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد كفاءة الإجراءات الإدارية

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
9	تتوفر سياسات وإجراءات مكتوبة ومحدثة تحكم عمليات التأمين الصحي في المستشفى	3.73	0.958	2	مرتفعة
10	يتم التنسيق بشكل فعال بين الأقسام الطبية والمالية والتأمينية لضمان سلامة دورة المطالبة	3.56	1.014	4	مرتفعة
11	تُقاس كفاءة العمليات التأمينية بمؤشرات أداء واضحة ويُتابع تحقيقها بانتظام	3.61	1.042	3	مرتفعة
12	يتم تدريب العاملين في مجال التأمين الصحي بشكل مستمر على المستجدات التنظيمية والمهنية	3.78	0.927	1	مرتفعة

مرتفعة		0.846	3.67	المتوسط العام للبعد
--------	--	-------	------	---------------------

يتبين من الجدول أن المتوسط العام لبعدها كفاءة الإجراءات الإدارية بلغ (3.67) بانحراف معياري (0.846)، وهو ضمن درجة الموافقة المرتفعة. وقد حصلت الفقرة (12) المتعلقة بتدريب العاملين على أعلى متوسط (3.78)، مما يعكس اهتمام المستشفيات الحكومية ببناء قدرات كوادرها في مجال التأمين الصحي. بينما حصلت الفقرة (10) المتعلقة بالتنسيق بين الأقسام على أدنى متوسط (3.56)، مما يشير إلى أن التكامل بين الأقسام الطبية والمالية والتأمينية لا يزال يمثل تحدياً يحتاج إلى مزيد من الاهتمام.

البعد الرابع: التحول الرقمي والميكنة

جدول (15): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ل فقرات بعد التحول الرقمي والميكنة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
13	يتم التحقق من الأهلية التأمينية والموافقات المسبقة إلكترونياً عبر الأنظمة الرقمية المعتمدة	3.91	0.892	1	مرتفعة
14	يستخدم نظام إلكتروني متكامل لإعداد المطالبات التأمينية وتقديمها ومتابعتها	3.82	0.936	2	مرتفعة
15	تتكامل أنظمة المعلومات الصحية مع الأنظمة المالية والتأمينية لضمان تدفق البيانات بسلاسة	3.54	1.068	4	مرتفعة
16	يتم الاستفادة من منصة نفيس (NPHIES) في تبادل البيانات التأمينية مع الجهات الدافعة	3.76	0.951	3	مرتفعة

مرتفعة		0.818	3.76	المتوسط العام للبعد
--------	--	-------	------	---------------------

يوضح الجدول أن المتوسط العام لُبعد التحول الرقمي والميكنة بلغ (3.76) بانحراف معياري (0.818)، وهو أعلى متوسط بين أبعاد المتغير المستقل الأربعة. وقد حصلت الفقرة (13) المتعلقة بالتحقق الإلكتروني من الأهلية على أعلى متوسط (3.91)، مما يعكس التقدم الملموس في توظيف الأنظمة الرقمية في هذا الجانب. بينما حصلت الفقرة (15) المتعلقة بتكامل الأنظمة على أدنى متوسط (3.54)، مما يؤكد أن التكامل بين الأنظمة المختلفة داخل المستشفيات لا يزال يمثل تحدياً تقنياً يحتاج إلى معالجة.

المتغير التابع: تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية

جدول (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات محور تنمية الإيرادات

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
17	تشهد إيرادات المستشفى من التأمين الصحي نمواً ملحوظاً خلال السنوات الأخيرة	3.72	0.968	3	مرتفعة
18	تناسب الإيرادات المحصلة مع حجم الخدمات الصحية المقدمة فعلياً للمرضى المؤمن عليهم	3.41	1.057	10	مرتفعة
19	انخفضت نسبة المطالبات المرفوضة بشكل ملحوظ خلال الفترة الأخيرة	3.47	1.082	8	مرتفعة
20	تقلصت الفترة الزمنية اللازمة لتحصيل المستحقات من شركات التأمين	3.53	1.013	7	مرتفعة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
21	تتنوع مصادر الإيرادات التأمينية من خلال التعاقد مع عدد متزايد من الجهات الدافعة	3.62	0.984	5	مرتفعة
22	ساهم تحسين إدارة التأمين الصحي في زيادة متوسط العائد المالي لكل حالة علاجية	3.56	1.029	6	مرتفعة
23	تتوفر بيانات مالية دقيقة تمكّن الإدارة من متابعة مؤشرات الأداء الإيرادي بشكل دوري	3.74	0.941	2	مرتفعة
24	ساهم التحول الرقمي في تقليل الفاقد الإيرادي الناجم عن أخطاء التوثيق والترميز	3.79	0.917	1	مرتفعة
25	يُعاد استثمار جزء من الإيرادات المحققة في تطوير البنية التحتية وتحسين جودة الخدمات	3.68	0.993	4	مرتفعة
26	أسهمت كفاءة الإجراءات الإدارية في تقليل التكاليف التشغيلية المرتبطة بعمليات التأمين	3.45	1.048	9	مرتفعة
27	يوجد تحسن ملحوظ في قدرة المستشفى على تغطية تكاليفه التشغيلية من إيراداته الذاتية	3.38	1.091	11	متوسطة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الموافقة
28	تسعى إدارة المستشفى بشكل استراتيجي نحو تحقيق الاستدامة المالية من خلال تنمية الإيرادات	3.35	1.103	12	متوسطة
	المتوسط العام للمحور	3.56	0.854		مرتفعة

يتضح من الجدول أن المتوسط العام لمحور تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية بلغ (3.56) بانحراف معياري (0.854)، وهو ضمن درجة الموافقة المرتفعة. وقد حصلت الفقرة (24) المتعلقة بدور التحول الرقمي في تقليل الفاقد الإيرادي على أعلى متوسط (3.79)، تلتها الفقرة (23) المتعلقة بتوفير البيانات المالية الدقيقة (3.74). وتكشف هذه النتيجة عن الأثر الإيجابي الملموس للتحول الرقمي على تنمية الإيرادات. بينما حصلت الفقرتان (28) و(27) على أدنى المتوسطات (3.35 و3.38) ضمن درجة موافقة متوسطة، مما يشير إلى أن تحقيق الاستدامة المالية والاكتفاء الذاتي لا يزال هدفاً لم يتحقق بالكامل في المستشفيات الحكومية.

3.4 اختبار فرضيات الدراسة

اختبار الفرضية الرئيسة

H_0 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي بأبعادها (تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية، إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية، كفاءة الإجراءات الإدارية، التحول الرقمي والميكنة) على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية.

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression) بهدف قياس تأثير أبعاد إدارة التأمين الصحي (كمتغيرات مستقلة) على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية (كمتغير تابع). وقد جاءت نتائج التحليل كما يلي:

جدول (17): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد إدارة التأمين الصحي على تنمية الإيرادات

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار (B)	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة (Sig.)
(Constant) المقدار الثابت	0.347	2.864	0.004**
تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية	0.284	5.712	0.000**
إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية	0.197	4.138	0.000**
كفاءة الإجراءات الإدارية	0.312	6.245	0.000**
التحول الرقمي والميكنة	0.241	5.087	0.000**
معامل الارتباط $R = 0.847$	معامل التحديد $R^2 = 0.717$		
قيمة الاختبار $F = 219.684$	القيمة الاحتمالية $\text{Sig. F} = 0.000$		

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

**دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)

تشير نتائج تحليل الانحدار المتعدد الموضحة في الجدول إلى وجود علاقة تأثيرية دالة إحصائياً بين أبعاد إدارة التأمين الصحي كمغيرات مستقلة، وتنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية كمغير تابع. فقد بلغ معامل التحديد (R^2) قيمة قدرها (0.717)، وهي نسبة مرتفعة تدل على أن (71.7%) من التباين في تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية يمكن تفسيره من خلال المتغيرات الأربعة المتعلقة بإدارة التأمين الصحي مجتمعة، فيما تُعزى النسبة المتبقية (28.3%) إلى عوامل أخرى لم تتناولها الدراسة الحالية. كما

تشير قيمة معامل الارتباط ($R = 0.847$) إلى وجود ارتباط قوي بين المتغيرات المدروسة. وتؤكد قيمة اختبار F البالغة (219.684) بمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$) معنوية النموذج ككل وصلاحيته لتفسير العلاقة بين المتغيرات.

أما على مستوى الأبعاد الفردية، فقد تبين أن بُعد "كفاءة الإجراءات الإدارية" هو الأكثر تأثيراً على تنمية الإيرادات، حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.312$) وبلغت قيمة ($T = 6.245$) بدلالة معنوية عالية ($\text{Sig.} = 0.000$). ويؤكد ذلك الدور الحاسم الذي تلعبه كفاءة العمليات الإدارية في تسريع دورة الإيرادات وتقليل الفاقد الإيرادي. كما أظهرت النتائج أن بُعد "تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية" يأتي في المرتبة الثانية من حيث التأثير ($B = 0.284$)، يليه بُعد "التحول الرقمي والميكنة" ($B = 0.241$)، مما يعكس أهمية الأتمتة والرقمنة في تحسين كفاءة العمليات التأمينية وتعظيم الإيرادات. بينما أظهر بُعد "إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية" أثراً أقل نسبياً ($B = 0.197$) لكنه لا يزال ذا دلالة إحصائية عالية ($\text{Sig.} = 0.000$)، ما يشير إلى أن تعزيز هذا البُعد قد يمثل فرصة لتحسين إضافي في منظومة تنمية الإيرادات.

وبناءً على ذلك، تُرفض الفرضية الصفريّة الرئيسة وتُقبل الفرضية البديلة، أي أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة التأمين الصحي بأبعادها مجتمعة على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية.

اختبار الفرضية الفرعية الأولى

H0-1: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتنظيم وإدارة المطالبات

التأمينية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear

Regression)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (18): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية على تنمية

الإيرادات

المتغير التابع	معامل الارتباط r	معامل التحديد R ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
تنمية الإيرادات	0.697	0.486	1	330.724	0.000	تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية	0.716	0.039	0.697	18.186	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لقياس تأثير "تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية" باعتباره أحد أبعاد إدارة التأمين الصحي على "تنمية الإيرادات". وقد جاءت النتائج الإحصائية كما هو موضح في الجدول (4-15)، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.697$)، وهو ما يعكس وجود علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.486$)، مما يشير إلى أن (48.6%) من التباين في تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية يمكن تفسيره من خلال متغير تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية وحده، دون تدخل بقية الأبعاد الأخرى.

وبالاطلاع على نتائج تحليل التباين (ANOVA)، نجد أن قيمة F المحسوبة بلغت (330.724) بمستوى دلالة (Sig. = 0.000)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يعزز من دلالة النموذج ككل في تفسير الفرضية.

أما على مستوى معاملات الانحدار، فقد بلغ معامل التأثير ($B = 0.716$) بقيمة ($T = 18.186$)، وهي أيضاً دالة عند مستوى (Sig. = 0.000)، ما يدل على أن أي زيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.716) في مستوى تنمية الإيرادات، ضمن شروط

النموذج. وبناءً على ذلك، تُرفض الفرضية الصفرية الفرعية الأولى وتُقبل الفرضية البديلة، أي أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتنظيم وإدارة المطالبات التأمينية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.

اختبار الفرضية الفرعية الثانية

H0-2: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدارة عقود مقدمي الخدمة

الصحية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear

Regression)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (19): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية على

تنمية الإيرادات

المتغير التابع	معامل الارتباط r	معامل التحديد R ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
تنمية الإيرادات	0.651	0.424	1	257.412	0.000	إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية	0.633	0.039	0.651	16.044	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

تشير نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط الموضحة في الجدول إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية

لإدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية على تنمية الإيرادات، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.651$)، مما

يعكس علاقة ارتباط موجبة قوية نسبياً بين المتغيرين. وبلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.424$)، مما

يعني أن (42.4%) من التباين في تنمية الإيرادات يمكن تفسيره من خلال متغير إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية منفرداً.

وقد أكدت قيمة F المحسوبة البالغة (257.412) بمستوى دلالة (Sig. = 0.000) معنوية النموذج الإحصائية. كما بلغ معامل الانحدار (B = 0.633) بقيمة (T = 16.044) وبمستوى دلالة (Sig. = 0.000) ، مما يشير إلى أن كل زيادة بوحدة واحدة في مستوى إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.633) في مستوى تنمية الإيرادات. وبناءً على ذلك، تُرفض الفرضية الصفرية الفرعية الثانية وتُقبل الفرضية البديلة، أي أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.

اختبار الفرضية الفرعية الثالثة

H0-3: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لكفاءة الإجراءات الإدارية

في التأمين الصحي على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear

Regression)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (20): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر كفاءة الإجراءات الإدارية على تنمية الإيرادات

المتغير التابع	معامل الارتباط r	معامل التحديد R ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
تنمية الإيرادات	0.724	0.524	1	385.546	0.000	كفاءة الإجراءات الإدارية	0.731	0.037	0.724	19.635	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

تكشف نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط الموضحة في الجدول عن وجود أثر ذي دلالة إحصائية عالية لكفاءة الإجراءات الإدارية على تنمية الإيرادات، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.724$) ، وهو أعلى معامل ارتباط بين أبعاد المتغير المستقل منفردة والمتغير التابع. وبلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.524$) ، أي أن (52.4%) من التباين في تنمية الإيرادات يمكن تفسيره من خلال كفاءة الإجراءات الإدارية وحدها، وهي أعلى نسبة تفسير بين الأبعاد الأربعة.

وقد بلغت قيمة F المحسوبة (385.546) بمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$) ، مما يؤكد معنوية النموذج. كما بلغ معامل الانحدار ($B = 0.731$) بقيمة ($T = 19.635$) وبمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$) ، مما يدل على أن كل زيادة بوحدة واحدة في مستوى كفاءة الإجراءات الإدارية تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.731) في مستوى تنمية الإيرادات. وتؤكد هذه النتيجة أن كفاءة الإجراءات الإدارية هي البعد الأكثر تأثيراً على تنمية الإيرادات، مما يعكس الدور الجوهري الذي يلعبه تبسيط العمليات وتحسين التنسيق بين الأقسام وضبط سلسلة العمل في تعظيم الإيرادات وتقليل الفاقد. وبناءً على ذلك، تُرفض الفرضية الصفرية الفرعية الثالثة وتُقبل الفرضية البديلة، أي أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لكفاءة الإجراءات الإدارية في التأمين الصحي على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.

اختبار الفرضية الفرعية الرابعة

H0-4: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للتحويل الرقمي والميكنة في

معالجة المطالبات على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear

Regression)، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (21): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر التحول الرقمي والميكنة على تنمية الإيرادات

المتغير التابع	معامل الارتباط r	معامل التحديد R ²	درجة الحرية df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	Beta	T	Sig. t
تنمية الإيرادات	0.683	0.467	1	306.318	0.000	التحول الرقمي والميكنة	0.713	0.041	0.683	17.502	0.000

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

توضح نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط المبينة في الجدول وجود أثر ذي دلالة إحصائية للتحول الرقمي والميكنة على تنمية الإيرادات، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = 0.683$)، مما يعكس علاقة ارتباط موجبة قوية بين المتغيرين. وبلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.467$)، أي أن (46.7%) من التباين في تنمية الإيرادات يمكن تفسيره من خلال متغير التحول الرقمي والميكنة منفرداً.

وقد أكدت قيمة F المحسوبة البالغة (306.318) بمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$) معنوية النموذج. كما بلغ معامل الانحدار ($B = 0.713$) بقيمة ($T = 17.502$) وبمستوى دلالة ($\text{Sig.} = 0.000$)، مما يدل على أن كل زيادة بوحدة واحدة في مستوى التحول الرقمي والميكنة تؤدي إلى زيادة بمقدار (0.713) في مستوى تنمية الإيرادات. وتعكس هذه النتيجة الأثر الإيجابي الملموس لتوظيف التقنيات الرقمية وأتمتة العمليات التأمينية في تحسين كفاءة دورة الإيرادات وتسريع التحصيل وتقليل الأخطاء. وبناءً على ذلك، تُرفض الفرضية الصفريّة الفرعية الرابعة وتُقبل الفرضية البديلة، أي أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحول الرقمي والميكنة في معالجة المطالبات على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 مناقشة النتائج

أظهرت نتائج تحليل الانحدار المتعدد وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة التأمين الصحي بأبعادها الأربعة مجتمعة على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية، حيث فسّرت هذه الأبعاد مجتمعة ما نسبته (71.7%) من التباين في تنمية الإيرادات، وبلغ معامل الارتباط (0.847) مما يدل على علاقة ارتباطية قوية بين المتغيرين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن إدارة التأمين الصحي تمثل الآلية التشغيلية المركزية التي تتحول من خلالها الخدمات الصحية المقدمة إلى تدفقات مالية فعلية قابلة للتحويل، وأن أي تحسين في أي بُعد من أبعادها ينعكس بشكل مباشر على حجم الإيرادات المحققة وسرعة تحصيلها. فالمستشفيات الحكومية التي تتبنى نهجاً متكاملًا في إدارة التأمين الصحي يجمع بين كفاءة المطالبات وفعالية إدارة العقود وسلاسة الإجراءات والتوظيف الأمثل للتقنيات الرقمية تكون أقدر على تعظيم إيراداتها وتقليل الفاقد الإيرادي مقارنة بتلك التي تتعامل مع هذه الأبعاد بشكل مجتزأ أو غير منهجي. كما أن النسبة المرتفعة للتباين المفسّر تؤكد أن إدارة التأمين الصحي ليست مجرد وظيفة مساندة هامشية، بل هي محور استراتيجي حاسم في تحديد الأداء المالي للمستشفيات الحكومية في ظل تحولها نحو نموذج التمويل التأميني.

وتتسق هذه النتيجة مع ما توصل إليه Rauscher & Wheeler (2010) من أن إدارة دورة الإيرادات والمزيج الدافع يؤثران جوهرياً على قدرة المستشفيات على توليد إيراداتها وتحصيلها. كما تتوافق مع دراسة Al Otaibi et al. (2023) التي تناولت العلاقة بين إدارة المستشفيات وشمولية التأمين الصحي والكفاءة التشغيلية في المستشفيات السعودية. وتنسجم أيضاً مع دراسة Uma et al. (2025) التي أكدت الأثر الإيجابي لنموذج إدارة دورة الإيرادات على الأداء المالي للمستشفيات.

أثبتت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية لتنظيم وإدارة المطالبات التأمينية على تنمية الإيرادات، حيث بلغ معامل التحديد (0.486) ومعامل الانحدار (0.716)، مما يعني أن هذا البُعد يفسّر بمفرده ما يقارب نصف التباين في تنمية الإيرادات.

ويعود هذا الأثر القوي إلى أن المطالبة التأمينية تمثل نقطة التحول الحرجة التي تتحول عندها الخدمة الصحية المقدمة من نشاط سريري إلى إيراد مالي محتمل، وأن أي خلل في عملية إعداد المطالبة أو تقديمها أو متابعتها يترتب عليه فقدان مباشر في الإيراد أو تأخر في تحصيله. فالمستشفيات التي تتبنى إجراءات منهجية للتحقق المسبق من الأهلية التأمينية تتجنب تقديم خدمات لمرضى غير مشمولين بالتغطية، والتي تطبق معايير صارمة في التوثيق والترميز الطبي تقلل من احتمالات رفض المطالبات بسبب أخطاء شكلية أو موضوعية، والتي تتابع المطالبات المرفوضة بفعالية وتعيد تقديمها بعد التصحيح تسترد إيرادات كانت ستُفقد نهائياً في غياب هذه المتابعة.

وتتفق هذه النتيجة مع توجه دراسة الديك (2022) التي تناولت تحديات التأمين الصحي وأثرها على جودة الخدمة في سوق التأمين السورية، حيث أوضحت أن مشكلات التوثيق والمطالبات تُعدّ من أبرز التحديات التي تؤثر على أداء المنظومة التأمينية. كما تنسجم مع دراسة (Imansyah et al. (2025 التي تناولت مساهمة إيرادات التأمين الصحي في الأداء المالي للمستشفيات وأبرزت أهمية كفاءة إدارة المطالبات في تحسين مؤشرات الأداء المالي.

أظهرت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية على تنمية الإيرادات، إلا أن هذا البُعد حقق أدنى معامل تحديد بين الأبعاد الأربعة (0.424) وأدنى متوسط حسابي في التحليل الوصفي. (3.45)

ويمكن تفسير كون هذا البُعد الأقل تأثيراً نسبياً بعدة اعتبارات مرتبطة بخصوصية المستشفيات الحكومية السعودية. فهذه المستشفيات لا تزال في المراحل الأولى من التحول نحو نموذج التعاقد مع الجهات الدافعة، ولم تبلور لديها بعد خبرات تفاوضية عميقة في مجال العقود التأمينية مقارنة بالمستشفيات الخاصة التي تمتلك تاريخاً أطول في هذا المجال. كما أن أسعار التعرفة في كثير من الحالات

تكون محددة مركزياً من قبل الجهات التنظيمية مثل مجلس الضمان الصحي ومركز التأمين الصحي الوطني، مما يحدّ من قدرة المستشفيات الفردية على التفاوض على شروط مالية أفضل. فضلاً عن ذلك، فإن محدودية الكوادر المتخصصة في إدارة العقود الصحية داخل المستشفيات الحكومية تُضعف قدرتها على الاستفادة المثلى من هذا البُعد في تنمية إيراداتها.

وتتوافق هذه النتيجة مع ما أشار إليه Alzahrani et al. (n.d.) بشأن الآثار المالية لإصلاحات السياسات الصحية على إيرادات المستشفيات، حيث إن البيئة التنظيمية تحدّ أحياناً من مرونة المستشفيات في إدارة عقودها. كما تتسق مع دراسة (Kamuti 2023) التي أوضحت أن محددات تحصيل الإيرادات في المستشفيات العامة ترتبط بعوامل مؤسسية وتنظيمية تتجاوز قدرة المستشفى الفردية.

كشفت النتائج أن بُعد كفاءة الإجراءات الإدارية هو الأكثر تأثيراً على تنمية الإيرادات بين الأبعاد الأربعة، سواء في نموذج الانحدار المتعدد ($B = 0.312$) أو في نموذج الانحدار البسيط ($R^2 = 0.524$)، مما يعني أن هذا البُعد بمفرده يفسّر أكثر من نصف التباين في تنمية الإيرادات.

ويعود هذا التأثير البارز إلى أن كفاءة الإجراءات الإدارية تمثل العمود الفقري الذي تنتظم حوله جميع عمليات دورة الإيرادات بدءاً من لحظة تسجيل المريض وحتى تحصيل المستحقات. فالإجراءات الإدارية المحكمة تضمن عدم سقوط أي خدمة صحية من دورة المطالبة بسبب خلل في التوثيق أو التسجيل أو التنسيق بين الأقسام، كما تضمن معالجة المطالبات في الوقت المناسب وتقديمها ضمن المهل المحددة تعاقدياً. وعلى العكس من ذلك، فإن الإجراءات المعقدة والبيروقراطية تؤدي إلى تأخر في تقديم المطالبات وزيادة في نسب الرفض وطول فترات التحصيل، مما ينعكس سلباً على حجم الإيرادات المحققة والتدفقات النقدية للمستشفى. كما أن التنسيق الفعال بين الأقسام الطبية والمالية والتأمينية يُعدّ عاملاً حاسماً في ضمان سلامة المطالبة في جميع مراحلها، وهو ما تفتقر إليه بعض المستشفيات التي تعمل بنمط الجزر المنعزلة حيث يعمل كل قسم بشكل مستقل دون تنسيق كافٍ مع الأقسام الأخرى.

وتتسق هذه النتيجة مع دراسة (Uma et al. 2025) التي أكدت أهمية كفاءة نموذج إدارة دورة الإيرادات وتكامل مراحلها في تحسين الأداء المالي للمستشفيات. كما تتوافق مع ما أشارت إليه دراسة علي

ويوسف (2019) بشأن دور تنظيم العلاقة بين أطراف التأمين الصحي في ترقية الخدمات والمخرجات. وتنسجم أيضاً مع دراسة (Al-Qahtani & Al-Khmasan (2024) التي تناولت أثر التأمين الصحي على جودة الخدمات في المستشفيات الحكومية بالدمام وأوضحت أن الكفاءة الإدارية تُعدّ ركيزة أساسية في تحسين مخرجات النظام التأميني.

أكدت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية للتحويل الرقمي والميكنة على تنمية الإيرادات، حيث بلغ معامل التحديد (0.467) ومعامل الانحدار (0.713). واللافت أن هذا البُعد حصل على أعلى متوسط حسابي في التحليل الوصفي (3.76)، مما يشير إلى أن المستشفيات الحكومية أحرزت تقدماً ملموساً في مجال الرقمنة.

ويُفسّر هذا الأثر الإيجابي بأن التحويل الرقمي يُسهم في تنمية الإيرادات من خلال عدة مسارات متكاملة: أتمتة عمليات التحقق من الأهلية والموافقات المسبقة تقلل من حالات تقديم خدمات لمرضى غير مؤهلين تأمينياً، وأتمتة إعداد المطالبات وفحصها إلكترونياً قبل تقديمها تحدّ من الأخطاء البشرية التي تؤدي إلى الرفض، والتبادل الإلكتروني الفوري للبيانات مع الجهات الدافعة عبر منصة نفيس يسرّع دورة التحصيل، وتوفر البيانات الآنية عن مؤشرات الأداء الإيرادي يمكن الإدارة من اكتشاف المشكلات ومعالجتها في مراحل مبكرة. غير أن كون هذا البُعد لم يحقق أعلى معامل تحديد رغم حصوله على أعلى متوسط حسابي يشير إلى أن الاستثمار في التقنية وحده لا يكفي ما لم يكن مصحوباً بإجراءات إدارية فعالة وكوادر بشرية مؤهلة قادرة على توظيف هذه التقنية بالشكل الأمثل.

وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة مراد (2024) التي أبرزت دور التقنيات الحديثة في تطوير منظومة التأمين الصحي. كما تنسجم مع دراسة (Al Otaibi et al. (2023) التي تناولت العلاقة بين إدارة المستشفيات وشمولية التأمين الصحي والكفاءة التشغيلية مع التركيز على البعد التقني. وتتسق أيضاً مع دراسة Gao et al. (2021) التي أشارت إلى أن إصلاحات النظام الصحي المدعومة بالتحويل الرقمي تؤثر إيجاباً على هياكل إيرادات المستشفيات العامة.

2.5 مناقشة نتائج التحليل الوصفي

أسفر التحليل الوصفي عن عدة نتائج جديرة بالمناقشة. فمن حيث ترتيب أبعاد المتغير المستقل، حصل بُعد التحول الرقمي والميكنة على المرتبة الأولى (3.76)، وهو ما يعكس الأثر الإيجابي للدعم المؤسسي الكبير الذي يحظى به التحول الرقمي في القطاع الصحي السعودي من خلال إلزام المنشآت الصحية بالتكامل مع منصة نفيس والتحول نحو التبادل الإلكتروني للبيانات التأمينية. وقد جاء بُعد إدارة العقود في المرتبة الأخيرة (3.45)، وهو ما يمكن تفسيره بحدائه تجربة المستشفيات الحكومية في التعاقد المباشر مع الجهات الدافعة وعدم اكتمال بناء القدرات التفاوضية والتعاقدية فيها بعد.

أما على صعيد المتغير التابع، فقد حصلت الفقرة المتعلقة بدور التحول الرقمي في تقليل الفاقد الإيرادي على أعلى متوسط (3.79)، مما يؤكد الإدراك الواعي لدى العاملين في المستشفيات الحكومية بالأثر الإيجابي للرقمنة على الأداء الإيرادي. بينما حصلت الفقرات المتعلقة بتحقيق الاستدامة المالية والاكتفاء الذاتي على أدنى المتوسطات ضمن درجة موافقة متوسطة، مما يكشف عن أن تحقيق الاستقلالية المالية الكاملة للمستشفيات الحكومية لا يزال هدفاً بعيد المنال يحتاج إلى جهود مستمرة ومتكاملة على مستويات متعددة.

3.5 التوصيات

بناءً على النتائج التي توصلت إليها الدراسة، يقدم الباحث التوصيات الآتية:

- إنشاء وحدات متخصصة لإدارة دورة الإيرادات في المستشفيات الحكومية تتبع الإدارة العليا مباشرة، تتولى الإشراف على جميع العمليات المرتبطة بالتأمين الصحي بدءاً من التحقق من الأهلية وانتهاءً بتحصيل المستحقات، مع منحها الصلاحيات الكافية لتحقيق التنسيق الفعال بين الأقسام الطبية والمالية والتأمينية.

- تطوير برامج تدريبية متخصصة ومستمرة للعاملين في مجال إدارة التأمين الصحي تشمل الترميز الطبي وفق المعايير الدولية المعتمدة، وإعداد المطالبات ومراجعتها، وإدارة حالات الرفض وإعادة التقديم، وتحليل البيانات المالية التأمينية، بالتعاون مع جهات تدريبية واعتمادية متخصصة محلياً ودولياً.
- تبسيط الإجراءات الإدارية المرتبطة بعمليات التأمين الصحي من خلال مراجعة شاملة لسلسلة العمل وإزالة الخطوات غير الضرورية والمكررة، مع توثيق الإجراءات المحدثة في أدلة عمل واضحة وتحديثها بشكل دوري بما يتواءم مع المستجدات التنظيمية.
- تعزيز آليات التنسيق بين الأقسام الطبية والمالية والتأمينية من خلال تشكيل فرق عمل مشتركة ولجان تنسيقية دورية، وتصميم مسارات عمل متكاملة تضمن تدفق المعلومات بسلاسة بين هذه الأقسام وتمنع سقوط أي خدمة صحية من دورة المطالبة.
- الاستثمار في تطوير البنية التحتية التقنية وتعزيز تكامل الأنظمة المعلوماتية داخل المستشفيات، بحيث ترتبط أنظمة المعلومات الصحية بأنظمة الشؤون المالية وأنظمة إدارة التأمين في منظومة واحدة متكاملة تتيح تدفق البيانات آلياً وتقلل الاعتماد على الإدخال اليدوي.
- بناء قدرات مؤسسية متخصصة في إدارة العقود التأمينية والتفاوض مع الجهات الدافعة من خلال استقطاب كفاءات متخصصة في هذا المجال وتطوير أدوات تحليلية لتقييم أداء العقود القائمة وتحديد فرص التحسين في شروطها المالية عند التجديد.
- إنشاء فرق متخصصة لإدارة حالات رفض المطالبات تتولى تحليل أسباب الرفض بشكل منهجي وتصنيفها وتحديد الأنماط المتكررة، ووضع خطط عمل تصحيحية تعالج الأسباب الجذرية وتمنع تكرارها مستقبلاً.
- تبني نظام مؤشرات أداء رئيسية شامل لقياس كفاءة إدارة التأمين الصحي وتنمية الإيرادات يتضمن مؤشرات مثل: نسبة قبول المطالبات من أول تقديم، ومتوسط فترة التحصيل، ونسبة الفاقد الإيرادي، ومتوسط العائد لكل حالة، مع متابعة هذه المؤشرات بشكل دوري من خلال لوحات مؤشرات تفاعلية.

- تفعيل الاستفادة الكاملة من منصة نفيس (NPHIES) في جميع العمليات التأمينية بما يشمل التحقق من الأهلية والموافقات المسبقة وتقديم المطالبات ومتابعة حالتها إلكترونياً، مع ضمان تدريب جميع العاملين المعنيين على استخدام المنصة بكفاءة.
- تنوع مصادر الإيرادات التأمينية من خلال توسيع شبكة الجهات الدافعة المتعاقد معها لتشمل أكبر عدد ممكن من شركات التأمين التجارية إلى جانب مركز التأمين الصحي الوطني، مع تطوير خدمات صحية تخصصية ذات طلب مرتفع تستقطب شرائح أوسع من المرضى المؤمن عليهم.
- إجراء مراجعة دورية شاملة لجداول التعرفة المطبقة ومقارنتها بالتكاليف الفعلية لتقديم الخدمات، وبناء نماذج تكلفة دقيقة تمكّن إدارة المستشفى من التفاوض على أسعار تعرفة عادلة تغطي التكاليف وتحقق هامشاً مناسباً.
- تأسيس ثقافة مؤسسية تدعم التفكير الإيرادي داخل المستشفيات الحكومية من خلال برامج توعية وتدريب تستهدف جميع العاملين وليس فقط العاملين في الأقسام المالية والتأمينية، بحيث يدرك كل موظف أن جودة التوثيق والترميز والتسجيل تؤثر مباشرة على إيرادات المستشفى.

Abstract

This study aimed to measure the impact of health insurance management, with its dimensions of: organization and management of insurance claims, healthcare provider contract management, administrative procedures efficiency, and digital transformation and automation, on revenue development in government hospitals affiliated with the Ministry of Health in the Kingdom of Saudi Arabia. The study adopted the descriptive analytical approach, utilizing a questionnaire as the primary data collection instrument distributed to a stratified random sample of (352) respondents working in administrative and financial positions related to health insurance management and revenue management across (12) government hospitals in five regions of the Kingdom. Data were analyzed using descriptive statistics, simple linear regression, and multiple linear regression. The results revealed a statistically significant impact at the level ($\alpha \leq 0.05$) of health insurance management dimensions collectively on revenue development, with the four dimensions explaining (71.7%) of the variance in the dependent variable. Administrative procedures efficiency had the highest impact with a coefficient of determination of (0.524), followed by organization and management of insurance claims (0.486), digital transformation and automation (0.467), and healthcare provider contract management (0.424). The study recommended establishing specialized revenue cycle management units, enhancing integration among medical, financial, and insurance departments, developing negotiation capabilities in contract management, and maximizing the utilization of the NPHIES platform for automating insurance operations.

Keywords: Health Insurance Management, Revenue Development, Government Hospitals, Insurance Claims, Digital Transformation, Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia.

المراجع

المراجع العربية

- أسوم، التجاني نقطة. (2016). أثر إدارة التأمين الصحي في توفير الخدمة العلاجية للعاملين بمحلية الدلنج في الفترة من 2010-2015 م. مجلة جامعة غرب كردفان للعلوم والإنسانيات، ع11 ، 157 - 184. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/793075>
- باذيب، عثمان عمر عوض. (2022). التأمين الصحي وأثره على الأداء الوظيفي: دراسة ميدانية على البنوك الإسلامية في الجمهورية اليمنية. مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ع54 ، 153 - 186. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1282960>
- الجبوري، صادق عزيز سليمان، و زنكنة، محمد نائف محمود. (2022). أثر الإيرادات الكمركية في الموازنة العامة للدولة: دراسة تحليلية في الاقتصاد العراقي للفترة (2004-2019). تنمية الرافدين، مج41، ع134 ، 150 - 171. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1302936>
- الديك، ديماء أحمد رضا. (2022). تحديات التأمين الصحي وأثرها على جودة الخدمة المقدمة في سوق التأمين السورية: دراسة ميدانية. مجلة جامعة البعث سلسلة العلوم الاقتصادية، مج44، ع23 ، 107 - 129. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1332296>
- رطبة، جمال السيد إبراهيم. (2023). دور المحاسبة المستدامة في تطوير المحتوى المعلوماتي للتقارير المالية بالجهات العلاجية التابعة لمنظومة التأمين الصحي الشامل في مصر: دراسة تطبيقية. المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والتجارية، مج4، ع2 ، 1259 - 1301. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1612779>
- العارضي، مزنة عبدالله. (2023). التأمين الصحي ودوره في إعادة توزيع الدخل القومي. المجلة القانونية، مج16، ع6 ، 1359 - 1372. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1380880>

□ علي، إبراهيم صالح ناصر، و يوسف، محمد يوسف علي. (2019). أثر التأمين الصحي في ترقية الخدمات الصحية للمشاركين: دراسة ميدانية في ولاية الخرطوم (رسالة ماجستير غير منشورة).

جامعة النيلين، الخرطوم. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1103408>

□ علي، عادل إدريس محمد، و إدريس، زينب صالح محمد. (2024). دور التأمين الصحي في خفض الإنفاق الصحي المباشر للنساء الحوامل: دراسة حالة الصندوق القومي للتأمين الصحي ولاية كسلا - السودان "أكتوبر 2022 م. - ديسمبر 2022 م.". مجلة القلزم للدارسات التطبيقية، ع8، 121 - 142.

مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1492895>

□ فريحه، عبد الماجد حامد عمر، و خير، محمد خير حسن محمد. (2017). أثر مشروع التغطية الشاملة على اقتصاديات التأمين الصحي بولاية الخرطوم (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة أم درمان

الاسلامية، أم درمان. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1001477>

□ محمد، ابو بكر عثمان ابراهيم، و الهلالي، مبارك عبدالقادر. (2016). دور التأمين الصحي في التنمية الاقتصادية والاجتماعية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النيلين، الخرطوم. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/917646>

□ محمد، إسماعيل محمد إبراهيم، و إسماعيل، محمد إسحاق محمد. (2022). العوامل المؤثرة على تنمية الإيرادات الذاتية وتطويرها في السودان: دراسة حالة ولاية غرب دارفور 2021 م. المجلة العربية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ع13، 1 - 35. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1313851>

□ مراد، إنجي فاروق أحمد. (2024). دور قطاع التأمين التجاري في منظومة التأمين الصحي الشامل الحكومي. المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والتجارية، مج5، ع2، 1 - 33. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/1616672>

□ يوسف، علي عبد الحميد. (2022). أثر التأمين الصحي على مؤشرات القطاع الصحي في سورية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، مج44، ع4، 67 - 80. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1317147>

□ يوسف، علي عبد الحميد. (2022). أثر التأمين الصحي على مؤشرات القطاع الصحي في سورية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، مج44، ع4، 67 - 80. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1317147>

المراجع الإنجليزية

- Al Otaibi, A. M., Tham, J., & Ahmad, A. (2023). The Mediated Impact of Health Care Insurance Inclusion Between Hospital Management and Operation Efficiency in Saudi Arabia. International Journal of Membrane Science and Technology. <https://doi.org/10.15379/ijmst.v10i2.2727>
- Al-Qahtani, S. A., & Al-Khmasan, M. A. (2024). The impact of health insurance on the quality of healthcare services in government hospitals in dammam city. <https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v11.i12.2023.5427>
- Alzahrani, Y. A. S., Alghamdi, H. A. G., Alahmadi, M. A. H., Alahmadi, A. A. M., & Al-Ghamdi, F. S. (n.d.). Analyzing The Financial Implications Of Healthcare Policy Reforms On Hospital Revenue And Sustainability. <https://doi.org/10.53555/sfs.v9i4.2556>
- Doshmangir, L., Bazayr, M., Rashidian, A., & Gordeev, V. S. (2021). Iran health insurance system in transition: equity concerns and steps to achieve universal health coverage. International journal for equity in health, 20(1), 37.
- Gao, L., Shi, L., Meng, Q., Kong, X., Guo, M., & Lu, F. (2021). Effect of healthcare system reforms on public hospitals' revenue structures: evidence from Beijing, China. Social Science & Medicine, 283, 114210

- Haji, J. A., & Haji, H. A. (2022). Impact of Health Insurance on Employees' Performance at Zanzibar Electricity Cooperation in Unguja, Tanzania. *The International Journal of Humanities & Social Studies*, 10(11).
<https://doi.org/10.24940/theijhss/2022/v10/i11/HS2211-011>
- Imansyah, F., Sjaaf, A. C., Nadjib, M., & Hartini, R. (2025). Contribution of National Health Insurance Patient Revenue to Financial Performance of Private-Profit Hospitals from 2017 to 2022. *Kesmas*, 20(5), 37-46 <https://doi.org/10.7454/kesmas.v20isp1.2078>
- Imansyah, F., Sjaaf, A. C., Nadjib, M., & Hartini, R. (2025). Contribution of National Health Insurance Patient Revenue to Financial Performance of Private-Profit Hospitals from 2017 to 2022. *Kesmas*, 20(5), 37-46.
- Kamuti, A. K. U. (2023). Determinants of Revenue Collection in Public Hospitals in Kenya. *African Journal of Commercial Studies*, 3(1), 27-33.
- Pan, L., Xiao, K., Zhu, H., & Luo, L. (2023). The impacts of public hospital comprehensive reform policies on hospital medicine cost, revenues and healthcare expenditures 2014–2019: an analysis of 103 tertiary public hospitals in China. *Frontiers in health services*, 3, 1079370.
- Rai, R., El-Zaemey, S., Dorji, N., Rai, B. D., & Fritschi, L. (2021). Exposure to occupational hazards among health care workers in low-and middle-income countries: a scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2603.
- Rauscher, S., & Wheeler, J. R. C. (2010). Hospital revenue cycle management and payer mix: Do medicare and medicaid undermine hospitals' ability to generate and collect patient care revenue? *Journal of Health Care Finance*, 37(2), 81–96.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21294440/>

- Uma, S., Damodaraswamy, A., Lekshmi, R. S., Maurya, S., & Anand, U. (2025). Assessing The Efficiency and Impact of The Revenue Cycle Management (RCM) Model in Hospitals. *International Journal of Accounting and Economics Studies*, 12(SI-1), 154–158. <https://doi.org/10.14419/b1b28k76>

الملاحق

استمارة استبيان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أخي الكريم / أختي الكريمة

تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحثين بإجراء دراسة حول قياس أثر إدارة التأمين الصحي على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية: دراسة ميدانية على مستشفيات وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية.

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

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

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

أولاً: البيانات الشخصية

- 1- النوع الاجتماعي ☐ ذكر ☐ أنثى
- 2- العمر ☐ 30 سنة فأقل ☐ من 40 – 30 سنة ☐ 50 – 40 سنة ☐ من 50 سنة فأكثر
- 3- المؤهل العلمي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه
- 4- سنوات الخبرة ☐ 5 سنوات فأقل ☐ من 5 – 10 سنوات ☐ من 10 – 15 سنة ☐ أكثر من 15 سنة
- 5- المسمى الوظيفي ☐ مدير مستشفى/ نائب مدير ☐ مدير إدارة ☐ رئيس قسم ☐ موظف إداري / مالي
- 6- القسم أو الإدارة ☐ إدارة التأمين الصحي والمطالبات ☐ الشؤون المالية والإيرادات ☐ الترميز الطبي ☐ العقود والمشتريات ☐ تقنية المعلومات الصحية ☐ الإدارة العليا والجودة

ثانيا محاور الاستبيان

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

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
تنظيم وإدارة المطالبات التأمينية					
					يتم التحقق من أهلية المريض التأمينية وحدود التغطية قبل تقديم الخدمة الصحية بشكل منتظم
					تتوفر إجراءات واضحة ومكتوبة لتوثيق الخدمات الصحية المقدمة وترميزها وفق المعايير المعتمدة
					تُراجع المطالبات التأمينية داخليا قبل تقديمها للجهات الدافعة للتأكد من خلوها من الأخطاء
					تُتابع المطالبات المرفوضة بشكل منهجي ويُعاد تقديمها بعد تصحيح أسباب الرفض
إدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية					
					تتفاوض إدارة المستشفى على شروط العقود التأمينية بما يحقق أفضل عائد مالي ممكن
					تُراجع العقود مع شركات التأمين بشكل دوري لضمان ملائمة أسعار التعرفة لتكاليف الخدمات

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
					تتعامل المستشفى مع عدد كافٍ ومتنوع من شركات التأمين لتوسيع قاعدة المرضى المؤمن عليهم
					توجد آليات فعالة لمتابعة تنفيذ شروط العقود وحل النزاعات مع الجهات الدافعة
كفاءة الإجراءات الإدارية					
					تتوفر سياسات وإجراءات مكتوبة ومحدثة تحكم عمليات التأمين الصحي في المستشفى
					يتم التنسيق بشكل فعال بين الأقسام الطبية والمالية والتأمينية لضمان سلامة دورة المطالبة
					تُقاس كفاءة العمليات التأمينية بمؤشرات أداء واضحة ويُتابع تحقيقها بانتظام
					يتم تدريب العاملين في مجال التأمين الصحي بشكل مستمر على المستجدات التنظيمية والمهنية
التحول الرقمي والميكنة					
					يتم التحقق من الأهلية التأمينية والموافقات المسبقة إلكترونياً عبر الأنظمة الرقمية المعتمدة
					يُستخدم نظام إلكتروني متكامل لإعداد المطالبات التأمينية وتقديمها ومتابعتها

معارض بشدة	معارض	محايد	أوافق	أوافق بشدة	البعد
					تتكامل أنظمة المعلومات الصحية مع الأنظمة المالية والتأمينية لضمان تدفق البيانات بسلاسة
					يتم الاستفادة من منصة نفيس (NPHIES) في تبادل البيانات التأمينية مع الجهات الدافعة

✿ المحور الثاني: تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية، ضع إشارة (✓) في المربع

المناسب لاختيارك:

معارض بشدة	معارض	محايد	أو افق	أو افق بشدة	البعد
					تشهد إيرادات المستشفى من التأمين الصحي نمواً ملحوظاً خلال السنوات الأخيرة
					تناسب الإيرادات المحصّلة مع حجم الخدمات الصحية المقدمة فعلياً للمرضى المؤمن عليهم
					انخفضت نسبة المطالبات المرفوضة بشكل ملحوظ خلال الفترة الأخيرة
					تقلصت الفترة الزمنية اللازمة لتحصيل المستحقات من شركات التأمين
					تتنوع مصادر الإيرادات التأمينية من خلال التعاقد مع عدد متزايد من الجهات الدافعة
					ساهم تحسين إدارة التأمين الصحي في زيادة متوسط العائد المالي لكل حالة علاجية
					تتوفر بيانات مالية دقيقة تمكّن الإدارة من متابعة مؤشرات الأداء الإيرادي بشكل دوري
					ساهم التحول الرقمي في تقليل الفاقد الإيرادي الناجم عن أخطاء التوثيق والترميز
					يُعاد استثمار جزء من الإيرادات المحققة في تطوير البنية التحتية وتحسين جودة الخدمات

المعارض بشدة	معارض	محايد	أو وافق	أو وافق بشدة	البعد
					أسهمت كفاءة الإجراءات الإدارية في تقليل التكاليف التشغيلية المرتبطة بعمليات التأمين
					يوجد تحسن ملحوظ في قدرة المستشفى على تغطية تكاليفه التشغيلية من إيراداته الذاتية
					تسعى إدارة المستشفى بشكل استراتيجي نحو تحقيق الاستفادة المالية من خلال تنمية الإيرادات

مع خالص التقدير والاحترام

Mid Ocean University

College of Management



Master's in Health Administration

**The Impact of Health Insurance Management on Revenue
Development in Public Hospitals: A Field Study on Ministry
of Health Hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia**

Prepared by:

Younis Gharib Al-Shammari

252001555

Supervision:

Dr. Al-Faisal Abdelhamid Mohamed Hassan

Dr. Fayez Jarad

2026 – 1447