

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. الفیصل عبد الحمید محمد حسن

د.فايز جراد

العام الدراسي: 2025

جدول المحتويات

3	مقدمة:
4	مشكلة الدراسة
5	أهمية الدراسة:
6	أهداف الدراسة:
7	تساؤلات الدراسة
7	فروض الدراسة:
8	الدراسات السابقة:
15	الفجوة البحثية:
16	المنطلقات النظرية للدراسة:
19	المنهجية وطرق البحث:
22	سابعاً: حدود الدراسة

مقدمة:

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 يساهم 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 والهاللي، 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 حصيلته 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 .

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 إعاقة 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 (باذيب، 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؟

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.

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.

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؟

فروض الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها يمكن صياغة الفرضيات التالية:

الفرضية الرئيسة: 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:

- H_0-1 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتنظيم وإدارة المطالبات التأمينية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.
- H_0-2 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة عقود مقدمي الخدمة الصحية على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.
- H_0-3 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لكفاءة الإجراءات الإدارية في التأمين الصحي على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.
- H_0-4 : لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحول الرقمي والميكنة في معالجة المطالبات على تنمية الإيرادات في المستشفيات الحكومية.

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 المنهجين 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 الزمنيتين.

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 يلاحظ 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 (باديب، 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 لمناخ 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، ولمتغير المستوى الوظيفي لصالح الإدارة التنفيذية، ولمتغير 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 الدنج 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 الدنج، 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، إضافة 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 (فريحة 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 تنفيذًا متوازنًا 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، وسهل 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 بصيديات 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.

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(بازيب، 2022) على أثر التأمين الصحي على الأداء الوظيفي للموظفين، بينما اهتمت دراسات مثل (يوسف، 2022) و(محمد والهالي، 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.

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 والهلال، 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 متكاملًا 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 (بازيب، 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:

- تنويع 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)

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

نظراً لانتساع 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) موظفاً 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 رئيسين:

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.

المراجع

- 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>
- بازيب، عثمان عمر عوض. (2022). التأمين الصحي وأثره على الأداء الوظيفي: دراسة ميدانية على البنوك الإسلامية في الجمهورية اليمنية. مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ع54 ، 153 - 186. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1282960>
- 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>
- فريحه، عبدالمجيد 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 الإسلامية، أم درمان. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/1001477>
- محمد، ابو بكر عثمان ابراهيم، و الهاللي، 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>
- يوسف، علي عبدالحميد. (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>

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>

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>

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>

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

1447-2025