

أثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة
المرضى في المستشفيات: دراسة تطبيقية على إدارة
التأمين الصحي بالمستشفيات بمدينة الرياض



إعداد

ناصر بن سلمة

أولاً: الشعور والإحساس بالمشكلة

تم رصد مجموعة من الملاحظات الميدانية المتعلقة بتحديات التأمين الصحي في مستشفيات مدينة الرياض، حيث لوحظ أن المرضى يواجهون صعوبات في سرعة اعتماد المطالبات التأمينية والوصول إلى معلوماتهم الطبية والتواصل الفعال مع الأطباء. تم ربط هذه الملاحظات بالسياق الوطني حيث يشهد قطاع التأمين الصحي نمواً ملحوظاً في ظل رؤية ٢٠٣٠ وتوقع وصول عدد السكان إلى ٥٠ مليون نسمة، مما يزيد الضغط على المنظومة الصحية ويجعل دراسة هذا الموضوع ضرورة ملحة.

ثانيًا: تحديد مشكلة الدراسة

تم صياغة مشكلة البحث على شكل سؤال استفهامي رئيسي وهو: ما أثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى بأبعادها (سهولة الوصول إلى المعلومات الطبية، جودة الخدمات الصحية، تسهيل التواصل بين المرضى والأطباء) في مستشفيات مدينة الرياض؟ تم تفريع ثلاثة أسئلة فرعية من هذا السؤال الرئيسي، يتناول كل منها بُعدًا من أبعاد تجربة المرضى. تم الوصول إلى هذه الصياغة بعد مراجعة الأدبيات العلمية والدراسات السابقة التي كشفت عن وجود فجوة بحثية واضحة في السياق السعودي تحديدًا.

ثالثاً: صياغة أهداف الدراسة

تم تحديد هدف رئيسي للدراسة يتمثل في قياس أثر إدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى بأبعادها الثلاثة في مستشفيات الرياض. تم تفريع ثلاثة أهداف فرعية منه، يختص الأول بدراسة تأثير إدارة التأمين على قدرة المرضى في الوصول لسجلاتهم الطبية الإلكترونية، والثاني بقياس أثرها على الوصول لنتائج الفحوصات الطبية، والثالث بتحليل تأثيرها على تحسين التواصل بين المرضى والأطباء. تم التأكد من أن هذه الأهداف واضحة وقابلة للقياس ومرتبطة مباشرة بمشكلة الدراسة وتساؤلاتها.

خامساً: تحديد أهمية البحث

تم تقسيم أهمية الدراسة إلى شقين. على الصعيد العلمي، تم توضيح أن الدراسة تُضيف بُعدًا جديدًا للأدبيات العربية من خلال التركيز على ثلاثة أبعاد مجتمعة لم تحظَ بدراسة معمّقة في مستشفيات الرياض، كما تفتح آفاقًا بحثية جديدة للباحثين اللاحقين. على الصعيد العملي، تم إبراز أن الدراسة تقدم توصيات عملية لصنّاع القرار في القطاع الصحي وشركات التأمين لتحسين سياساتهم بما ينعكس إيجابيًا على تجربة المرضى وجودة الخدمات المقدمة.

رابعًا: صياغة أسئلة البحث والفرضيات

تم صياغة سؤال رئيسي وثلاثة أسئلة فرعية استفسامية تغطي الأبعاد الثلاثة لتجربة المرضى. تم أيضًا صياغة فرضية رئيسية صفيرية H_0 تنص على أنه لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ٠,٠٥ لإدارة التأمين الصحي على تحسين تجربة المرضى بأبعادها الثلاثة. تم تفريع ثلاث فرضيات فرعية صفيرية من الفرضية الرئيسية، كل فرضية تتناول بُعدًا واحدًا. تم اختبار جميع هذه الفرضيات لاحقًا في فصل التحليل الإحصائي وتم رفض الفرضيات الصفيرية جميعها وقبول الفرضيات البديلة..

سادسًا: مراجعة الأدبيات والإطار النظري

تم العمل على هذه الخطوة في جزئين. الجزء الأول هو الإطار النظري الذي تم فيه مراجعة الأدبيات والنظريات المتعلقة بإدارة التأمين الصحي من حيث المفهوم والأهداف والأهمية والمحددات والتحديات، ثم مراجعة مفهوم تجربة المرضى وأبعادها ومؤشرات قياسها والتحديات التي تواجه تحسينها. تم الاعتماد على مراجع عربية وأجنبية حديثة تغطي الفترة من ٢٠١٩ إلى ٢٠٢٤. الجزء الثاني هو الدراسات السابقة حيث تم استعراض ٨ دراسات عربية وأجنبية ذات صلة مباشرة بموضوع البحث. تم لكل دراسة ذكر اسم المؤلف وسنة النشر والعنوان والهدف والمنهجية وأدوات جمع البيانات والنتائج والتوصيات. من أبرز هذه الدراسات دراسة Xu & Huang 2024 ودراسة Imron et al. 2024 ودراسة Al Otaibi et al. 2023 ودراسة الطيري ومحمود ٢٠٢٤. تم بعد ذلك تحديد الفجوة البحثية وأوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية..

سابعًا: المنهج وأداة البحث

تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي باعتباره الأنسب لهذا النوع من الدراسات التي تتناول الظواهر الاجتماعية والإنسانية في بيئتها الطبيعية. تم استخدام أسلوب المسح بالاستبانة لجمع البيانات الأولية من المرضى المستفيدين من خدمات التأمين الصحي. تم أيضًا تحديد مصادر البيانات الثانوية التي تشمل الكتب والأبحاث المنشورة والتقارير الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة ومجلس الضمان الصحي التعاوني.

تم تحديد مجتمع الدراسة وهو جميع المرضى المستفيدين من التأمين الصحي في مستشفيات الرياض والذين يتجاوز عددهم

٢,٥ مليون مشترك. تم سحب عينة عشوائية طبقية قوامها ٣٨٤ مفردة باستخدام معادلة Krejcie & Morgan

بمستوى ثقة ٩٥% وهامش خطأ لا يتجاوز ٥%. تم توزيع ٤٢٠ استبانة على مستشفيات حكومية وخاصة وتم استرداد

٣٨٤ استبانة صالحة للتحليل..

ثامناً: تحليل البيانات واختبار الفرضيات

تم تصميم استبانة محكمة مكونة من ٣٠ فقرة موزعة على محورين: المحور الأول يقيس إدارة التأمين الصحي (المتغير المستقل) ويتكون من ١٠ فقرات، والمحور الثاني يقيس تحسين تجربة المرضى (المتغير التابع) ويتكون من ١٥ فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد بواقع ٥ فقرات لكل بُعد، بالإضافة إلى ٥ فقرات للبيانات الديموغرافية. تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس الاستجابات.

تم التحقق من صدق الأداة من خلال الصدق الظاهري بعرضها على لجنة تحكيم من ٥ محكمين متخصصين، وصدق الاتساق الداخلي باستخدام معامل ارتباط بيرسون حيث تراوحت المعاملات بين ٠,٦٢١ و ٠,٨٠٣ وجميعها دالة عند مستوى ٠,٠١. تم التحقق من ثبات الأداة باستخدام معامل كرونباخ ألفا حيث بلغت القيمة الكلية ٠,٩١٢ وتراوحت قيم

المحاور الفرعية بين ٠,٧٦٩ و ٠,٧٩٤ وهي قيم مرتفعة تؤكد صلاحية الأداة.

ثامناً: تحليل البيانات واختبار الفرضيات

تم إدخال البيانات وتحليلها باستخدام برنامج SPSS الإصدار ٢٦. تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي (المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات والنسب المئوية) لوصف خصائص العينة ومستويات الاستجابة. تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لقياس العلاقة بين المتغيرات. تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لاختبار الفرضيات الفرعية الثلاث، وتحليل الانحدار الخطي المتعدد لاختبار الفرضية الرئيسية.

تاسعًا: عرض البيانات

تم عرض البيانات من خلال ١٤ جدولًا إحصائيًا منظمًا. تم عرض خصائص العينة الديموغرافية بالتكرارات والنسب المئوية حيث تبين أن ٥٧,٦% ذكور و ٤٢,٤% إناث وأن الفئة العمرية الغالبة من ٣٠ إلى ٤٥ سنة بنسبة ٤٥,٣% وأن غالبية العينة يحملون مؤهل البكالوريوس بنسبة ٦١,٧% وأن ٦٠,٤% مشمولون بتأمين خاص. تم عرض المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بُعد ولكل فقرة مع ترتيبها تنازليًا. تم عرض نتائج تحليل الانحدار في جداول واضحة تتضمن معاملات الارتباط والتحديد وقيم F و T ومستويات الدلالة.

عاشراً: مناقشة النتائج وصياغة التوصيات

تم التوصل إلى عدة نتائج رئيسية. على المستوى الوصفي بلغ المتوسط الحسابي العام ٣,٧٣ من ٥ بوزن نسبي ٧٤,٦% مما يشير إلى مستوى مرتفع نسبياً من رضا المرضى. جاء بُعد جودة الخدمات في المرتبة الأولى بمتوسط ٣,٨٩ يليه تسهيل التواصل بمتوسط ٣,٦٦ ثم سهولة الوصول للمعلومات بمتوسط ٣,٦١.

على مستوى اختبار الفرضيات أظهر تحليل الانحدار المتعدد وجود أثر ذي دلالة إحصائية قوية حيث بلغ معامل الارتباط ٠,٧٨١ ومعامل التحديد ٠,٦١٠ مما يعني أن ٦١% من التباين في تجربة المرضى يُفسَّر بإدارة التأمين الصحي. تم رفض جميع الفرضيات الصفرية وقبول البديلة عند مستوى دلالة ٠,٠٥. جاء بُعد جودة الخدمات الأكثر تأثيراً بمعامل انحدار ٠,٥٠٢ يليه سهولة الوصول للمعلومات ٠,٤٢٦ ثم تسهيل التواصل ٠,٣٨٩. تم تقديم ١١ توصية عملية من أبرزها تعزيز التحول الرقمي في إدارة التأمين الصحي بربط الأنظمة التأمينية بالسجلات الطبية الإلكترونية، وإنشاء وحدة تنسيقية داخل المستشفيات لمتابعة تحديات المرضى مع نظام التأمين، وتوفير منصات إلكترونية آمنة تتيح للمرضى الاطلاع الفوري على نتائج فحوصاتهم وملفاتهم الطبية، وتكثيف حملات التوعية للمرضى حول حقوقهم التأمينية، واعتماد مؤشرات تجربة المريض كمعيار رئيسي لتقييم أداء وحدات التأمين في المستشفيات..

الحادى عشر: توثيق المراجع

تم توثيق جميع المراجع باستخدام نظام APA وهو النظام الأكثر شيوعاً في العلوم الاجتماعية والإدارية. تم تقسيم قائمة المراجع إلى قسمين: المراجع العربية وعددها ١٢ مرجعاً تشمل كتباً ورسائل ماجستير وأبحاثاً منشورة في مجلات علمية محكمة، والمراجع الأجنبية وعددها ١٦ مرجعاً تشمل أبحاثاً منشورة في مجلات علمية دولية مرموقة مثل Journal of Health Economics و Applied Economics و BMC Health Services Research. تم ترتيب المراجع أبجدياً داخل كل قسم وفقاً لاسم المؤلف الأول...

الثاني عشر: كتابة البحث العلمي

تم كتابة الرسالة في هيكل أكاديمي مكوّن من خمسة فصول. الفصل الأول يتضمن الإطار العام للدراسة من مقدمة ومشكلة وأهمية وأهداف وتساؤلات وفروض ودراسات سابقة ومنهجية وحدود. الفصل الثاني يتضمن الإطار النظري بمبحثيه عن إدارة التأمين الصحي وتحسين تجربة المرضى. الفصل الثالث يتضمن الطريقة والإجراءات من منهجية ومجتمع وعينة وأداة وصدق وثبات وأساليب إحصائية. الفصل الرابع يتضمن تحليل البيانات واختبار الفرضيات. الفصل الخامس يتضمن مناقشة النتائج وتفسيرها والتوصيات. تم إضافة ملخص باللغة العربية وملخص باللغة الإنجليزية وقائمة المراجع والملاحق التي تشمل نموذج

الاستبانة..



مجموعة جامعة
الجميع الذكية
للتعليم القابضة

MIDOCEAN
UNIVERSITY



Thank You

