

Final Project 2

PMG 497

نموذج المشروع النهائي 2

دور الحوكمة الإدارية في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي: دراسة ميدانية على المستشفيات السعودية.

أسم الطالب/

ناصر عويض العنزي

المشروع النهائي- 2

كلية الإدارة- جامعة ميدأوشن

إشراف

د. عبدالرحيم نادر

عضو هيئة التدريس- كلية الإدارة- جامعة ميدأوشن

التاريخ- الفصل الدراسي

الشكر والتقدير

الإهداء

مستخلص الدراسة

الهدف:

المنهجية:

النتائج:

التطبيقات والأهمية:

الكلمات المفتاحية:

جدول المحتويات

2	الشكر والتقدير.....
3	الإهداء.....
4	مستخلص الدراسة.....
7	1. الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.....
8	1.1. المقدمة:.....
9	1.2. مشكلة الدراسة.....
9	1.2.1. فجوات على المستوى النظري.....
9	1.2.2. فجوات على المستوى التطبيقي.....
9	1.3. أهمية الدراسة.....
9	1.3.1. على المستوى النظري:.....
9	1.3.2. على المستوى التطبيقي:.....
10	1.4. أسئلة الدراسة.....
10	1.5. أهداف الدراسة.....
10	1.6. فرضيات الدراسة.....
10	1.7. نموذج الدراسة.....
11	1.8. الدراسة الميدانية.....
11	1.9. مخطط المشروع.....
12	2. الفصل الثاني: الدراسات السابقة.....
13	2.1. المقدمة:.....
13	2.2. المتغير المستقل.....
13	2.3. المتغير التابع.....
14	2.4. العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع.....
14	2.5. الخاتمة.....
15	3. الفصل الثالث: منهجية الدراسة.....
16	3.1. المقدمة.....

16	3.2. التعريفات الإجرائية لمتغيرات البحث
17	3.3. تصميم البحث
17	3.4. مجتمع البحث وطرق وتقنيات أخذ العينات
18	3.5. طريقة جمع البيانات
18	3.6. أنواع البيانات
18	3.7. إجراءات التحليل الإحصائي
19	3.8. الخاتمة
56	4. الفصل الرابع: التحليل الإحصائي ومناقشة النتائج
56	4.1. المقدمة
21	4.2. توصيف عينة الدراسة (الإحصائيات الوصفية لعينة البحث)
21	4.3. اختبارات الصدق والثبات للاستبيانات
22	4.4. الإحصاء الوصفي لمتغيرات البحث (الإجابة على أسئلة البحث)
22	4.5. اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج
22	4.6. الخاتمة
23	5. الفصل الخامس: حدود البحث والتوصيات والاستنتاجات
24	5.1. حدود الدراسة والدراسات المستقبلية
24	5.2. توصيات الدراسة
24	5.3. الخاتمة
57	قائمة المراجع
57	الملاحق

جدول الأشكال

جدول الجداول

1. الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1.1. المقدمة:

تشمل المقدمة الخمس مراحل لكتابة المقدمة

تكتب المقدمة في صورة فقرات فقط

1.2. مشكلة الدراسة

يتم كتابة مقدمة بسيطة في شكل فقرة
يتم تقسيم المشكلة الى فجوات نظرية وعملية

1.2.1. فجوات على المستوى النظري

1.2.2. فجوات على المستوى التطبيقي

ينتهي هذا الجزء بالسؤال الرئيسي

1.3. أهمية الدراسة

1.3.1. على المستوى النظري:

1.3.2. على المستوى التطبيقي:

1.4. أسئلة الدراسة

1.5. أهداف الدراسة

1.6. فرضيات الدراسة

1.7. نموذج الدراسة

1.8. الدراسة الميدانية

1.9. مخطط المشروع

2. الفصل الثاني: الدراسات السابقة

2.1. المقدمة:

2.2. المتغير المستقل

2.3. المتغير التابع

2.4. العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع

2.5. الخاتمة

الفصل الثالث: منهجية الدراسة

3.1. المقدمة

يُعدّ هذا الفصل حجر الأساس في البناء العلمي للدراسة، إذ يُقدّم الإطار المنهجي والإجرائي الذي سوف تسير عليه الباحثة/الباحث للإجابة على تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها. ويتناول هذا الفصل بشكل تفصيلي التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة، وتصميم البحث المتمثل في البوصلة البحثية التي تُحدّد الاتجاه المنهجي العام، إضافة إلى وصف مجتمع البحث وتحديد أساليب اختيار العينة، وبيان طرق جمع البيانات وأنواعها، والأساليب الإحصائية التي سوف تُستخدم في تحليلها. وتهدف هذه المنهجية إلى ضمان تحقيق أعلى درجات الموضوعية والدقة العلمية في الوصول إلى النتائج، بما يُعزّز من مصداقية الدراسة وإمكانية تعميم نتائجها على مجتمع البحث المستهدف من العاملين في أقسام الفوترة والتأمين الصحي بالمستشفيات السعودية.

3.2. التعريفات الإجرائية لمتغيرات البحث

الحوكمة الإدارية (المتغير المستقل): تُعرّف إجرائياً بأنها منظومة القواعد والممارسات الإدارية التي تتبناها المستشفيات السعودية لضبط العمليات المؤسسية وتعزيز الأداء، وتُقاس من خلال خمسة أبعاد رئيسية هي: الشفافية، والمساءلة، والمشاركة، وسيادة القانون، والعدالة، وذلك عبر الدرجات التي يحصل عليها المبحوثون على فقرات الاستبانة المخصصة لكل بُعد.

الشفافية: تُعرّف إجرائياً بأنها مدى وضوح إجراءات وسياسات الفوترة التأمينية في المستشفى، وإتاحة المعلومات المتعلقة بها لجميع الأطراف المعنية، وتُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على الفقرات المخصصة لهذا البُعد في الاستبانة.

المساءلة: تُعرّف إجرائياً بأنها الآليات المؤسسية التي تُحدّد المسؤوليات وتُخضع العاملين في أقسام الفوترة للمحاسبة عن الأخطاء والانحرافات، وتُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على الفقرات المخصصة لهذا البُعد.

المشاركة: تُعرّف إجرائياً بأنها مدى إشراك العاملين وأصحاب المصلحة في اتخاذ القرارات المتعلقة بعمليات الفوترة التأمينية وتطويرها، وتُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على الفقرات المخصصة لهذا البُعد.

سيادة القانون: تُعرّف إجرائياً بأنها التزام المستشفى بالأنظمة واللوائح والتعليمات الصادرة عن الجهات التنظيمية في المملكة، لا سيما مجلس الضمان الصحي التعاوني، وتُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على الفقرات المخصصة لهذا البُعد.

العدالة: تُعرّف إجرائياً بأنها تطبيق الإجراءات والسياسات على جميع الحالات دون تمييز، وضمان حقوق جميع الأطراف في منظومة الفوترة التأمينية، وتُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على الفقرات المخصصة لهذا البُعد.

الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي (المتغير التابع): يُعرّف إجرائياً بأنه مستوى تقليل الأخطاء المتعلقة بالترميز الطبي، والتوثيق، والمطالبات المكررة، والخدمات غير المُدرجة، والمعلومات الديموغرافية للمرضى، بما ينعكس على انخفاض معدلات رفض المطالبات وتسريع دورة التحصيل، ويُقاس بالدرجة التي يحصل عليها المبحوث على الفقرات العشر المخصصة لهذا المتغير في الاستبانة.

3.3. تصميم البحث (البوصلة البحثية)

يُمثل تصميم البحث الإطار الاسترشادي الذي سوف يُوجّه الباحث خلال جميع مراحل الدراسة، ويتحدّد تصميم هذه الدراسة وفق البوصلة البحثية التالية:

المكوّن المنهجي	التوجه المعتمد في الدراسة
فلسفة البحث	الفلسفة الوضعية (Positivism)

المنهج البحثي	المنهج الاستنباطي (Deductive Approach)
إستراتيجية البحث	إستراتيجية المسح (Survey Strategy)
الأسلوب البحثي	الأسلوب الكمي (Quantitative Method)
الأفق الزمني	الأفق المقطعي (Cross-Sectional)
نوع الدراسة	دراسة وصفية تحليلية سببية
أداة جمع البيانات	الاستبانة الإلكترونية والورقية
أسلوب التحليل	التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS

وسوف تعتمد الدراسة على الفلسفة الوضعية بوصفها الأنسب للدراسات التي تسعى إلى قياس العلاقات السببية بين المتغيرات بطريقة موضوعية وقابلة للتعميم. كما سوف يتم توظيف **المنهج الاستنباطي** الذي ينطلق من الإطار النظري لصياغة الفرضيات ثم اختبارها ميدانياً، وذلك عبر **إستراتيجية المسح** التي تُتيح جمع بيانات من عدد كبير من المبحوثين في وقت واحد، مع اعتماد **الأسلوب الكمي** الذي يُوفّر أدوات إحصائية دقيقة لاختبار العلاقات والفرضيات.

3.4. مجتمع البحث وطرق وتقنيات أخذ العينات

سوف يتكوّن **مجتمع البحث** من جميع العاملين في أقسام الفوترة والتأمين الصحي والمراجعة الطبية والإدارة المالية بالمستشفيات السعودية (الحكومية والخاصة)، والذين يُقدَّر عددهم وفق الإحصائيات الأولية المتاحة بنحو (4,500) موظف موزعين على مختلف مناطق المملكة العربية السعودية. ويتميّز هذا المجتمع بكونه مجتمعاً متجانساً من حيث طبيعة العمل ومتطلباته، مما يُتيح الحصول على بيانات دقيقة ومعبرة عن الظاهرة موضع الدراسة.

ونظراً لصعوبة إجراء حصر شامل لجميع أفراد المجتمع، سوف يتم اللجوء إلى أسلوب **العينة العشوائية الطبقية** (**Stratified Random Sampling**)، وذلك لضمان تمثيل جميع فئات المجتمع تمثيلاً عادلاً وفق نوع المستشفى (حكومي/خاص) والمنطقة الجغرافية (الوسطى، الغربية، الشرقية، الشمالية، الجنوبية). وسوف يتم

تحديد حجم العينة وفق معادلة **Krejcie & Morgan** لتحديد حجم العينة عند مستوى ثقة (95%) وهامش خطأ (5%)، وبناءً على ذلك سوف يبلغ حجم العينة (354) مفردة.

وسوف يتم توزيع أفراد العينة على الطبقات وفقاً لنسبة كل طبقة من إجمالي مجتمع الدراسة، مع مراعاة توزيع متوازن بين المستشفيات الحكومية والخاصة. كما سوف يتم توزيع عدد إضافي من الاستبانات بنسبة (10%) تحسباً للاستبانات غير الصالحة للتحليل أو التي لن يتم استرجاعها، وذلك لضمان الحصول على العدد المطلوب من الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي.

وسوف يتم استهداف المبحوثين وفق معايير محددة تشمل: أن يكون المبحوث ممارساً فعلياً للعمل في قسم الفوترة أو التأمين الصحي أو المراجعة الطبية أو الإدارة المالية، وألا تقل خبرته العملية في هذا المجال عن سنة واحدة، وذلك لضمان أن تكون الإجابات مبنية على معرفة فعلية بواقع الفوترة التأمينية في المستشفيات السعودية.

3.5. طريقة جمع البيانات

سوف يتم جمع البيانات اللازمة للدراسة من خلال أداة الاستبانة (Questionnaire) التي سوف يتم تصميمها اعتماداً على الأدبيات النظرية والدراسات السابقة ذات الصلة، بما يضمن قياس متغيرات الدراسة بشكل دقيق. وسوف تتكوّن الاستبانة من ثلاثة أقسام رئيسية: القسم الأول يتضمن البيانات الديموغرافية للمبحوثين، والقسم الثاني يقيس المتغير المستقل (الحوكمة الإدارية) بأبعاده الخمسة عبر (20) فقرة بواقع (4) فقرات لكل بُعد، والقسم الثالث يقيس المتغير التابع (الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي) عبر (10) فقرات.

وسوف يتم اعتماد مقياس ليكرت الخماسي (Five-Point Likert Scale) لقياس استجابات المبحوثين، حيث تتدرج الاستجابات من (1) "غير موافق بشدة" إلى (5) "موافق بشدة". كما سوف يتم توزيع الاستبانة بشكل مزدوج عبر الوسائل الإلكترونية باستخدام منصة Google Forms والبريد الإلكتروني ووسائل التواصل المهنية، وعبر التوزيع الورقي المباشر لبعض المستشفيات لضمان أعلى معدل استجابة ممكن.

وسوف يتم التحقق من صدق الأداة من خلال عرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال الإدارة الصحية والحوكمة والإحصاء، وإجراء التعديلات اللازمة بناءً على ملاحظاتهم. كما سوف يتم التحقق من ثبات الأداة من خلال حساب معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) ، على أن تكون قيمته أعلى من (0.70) لضمان الاعتمادية الإحصائية. وسوف يسبق التطبيق النهائي إجراء دراسة استطلاعية (Pilot Study) على عينة مكونة من (30) مفردة من خارج عينة الدراسة الأساسية للتأكد من وضوح الفقرات وسلامة الأداة.

3.6. أنواع البيانات

سوف تعتمد الدراسة على نوعين رئيسيين من البيانات:

أولاً: البيانات الأولية: (Primary Data) وهي البيانات التي سوف يتم جمعها ميدانياً من عينة الدراسة عبر أداة الاستبانة، وتتعلق بآراء الباحثين حول أبعاد الحوكمة الإدارية ومستوى الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي في المستشفيات السعودية، وتُشكّل هذه البيانات الأساس الذي سوف تُبنى عليه نتائج الدراسة واختبار فرضياتها.

ثانياً: البيانات الثانوية: (Secondary Data) وهي البيانات التي سوف يتم الحصول عليها من الأدبيات والمصادر العلمية، بما يشمل الكتب العلمية، والدوريات المحكمة، والرسائل الجامعية، والتقارير الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة السعودية ومجلس الضمان الصحي التعاوني، والدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع الدراسة، وسوف يتم توظيف هذه البيانات في بناء الإطار النظري ومناقشة النتائج ومقارنتها بنتائج الدراسات السابقة.

3.7. إجراءات التحليل الإحصائي

سوف يتم تفرغ بيانات الاستبانة ومعالجتها إحصائياً باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار الأحدث، وسوف يتم توظيف مجموعة متكاملة من الأساليب الإحصائية لتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها، وذلك على النحو الآتي:

أولاً: الإحصاء الوصفي: (Descriptive Statistics) سوف يتم استخدام التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة الديموغرافية، وحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لتحديد مستوى استجابات المبحوثين على فقرات الاستبانة.

ثانياً: اختبارات الصدق والثبات: سوف يتم استخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) لقياس الثبات الداخلي لأداة الدراسة، ومعامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لقياس صدق الاتساق الداخلي بين فقرات كل بُعد والدرجة الكلية للبُعد.

ثالثاً: اختبارات التوزيع الطبيعي: سوف يتم استخدام اختبار كولموجوروف-سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) للتحقق من اتباع البيانات للتوزيع الطبيعي، وهو شرط أساسي لتطبيق الاختبارات المعلمية.

رابعاً: اختبارات الفرضيات: سوف يتم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression) لاختبار أثر كل بُعد من أبعاد الحوكمة الإدارية على المتغير التابع، وتحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression) لاختبار الأثر المشترك لجميع الأبعاد على المتغير التابع.

خامساً: اختبارات الفروق: سوف يتم استخدام اختبار T-test للعينات المستقلة لقياس الفروق وفق المتغيرات الثنائية (كالجنس ونوع المستشفى)، وتحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لقياس الفروق وفق المتغيرات المتعددة (كالعمر والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة).

3.8. الخاتمة

استعرض هذا الفصل الإطار المنهجي المتكامل الذي سوف تسير عليه الدراسة للإجابة على تساؤلاتها واختبار فرضياتها، بدءاً من التعريفات الإجرائية لمتغيرات البحث، مروراً بتصميم البحث المتمثل في البوصلة البحثية التي حدّدت الفلسفة الوضعية والمنهج الاستنباطي وإستراتيجية المسح والأسلوب الكمي، ووصولاً إلى تحديد مجتمع البحث المتمثل في العاملين بأقسام الفوترة والتأمين الصحي بالمستشفيات السعودية، واختيار عينة عشوائية طبقية بحجم (354) مفردة. كما تناول الفصل بالتفصيل أداة جمع البيانات المتمثلة في الاستبانة المكوّنة من (30) فقرة لقياس متغيرات الدراسة، وأنواع البيانات الأولية والثانوية التي سوف يتم توظيفها،

والأساليب الإحصائية التي سوف تُستخدم لتحليل البيانات واختبار الفرضيات. ويُشكّل هذا الإطار المنهجي الأرضية العلمية التي سوف تنطلق منها الدراسة نحو المرحلة التطبيقية التي سوف يتم عرضها ومناقشتها في الفصل التالي.

الفصل الرابع: التحليل الإحصائي ومناقشة النتائج

4.1. المقدمة

يتناول هذا الفصل عرضاً تفصيلياً للنتائج الإحصائية التي تم التوصل إليها من خلال تحليل البيانات الميدانية التي تم جمعها بواسطة أداة الدراسة (الاستبانة الإلكترونية والورقية)، والتي وُزعت على العاملين في أقسام الفوترة والتأمين الصحي والمراجعة الطبية والإدارة المالية بالمستشفيات السعودية (الحكومية والخاصة). وقد تم تغريغ البيانات ومعالجتها إحصائياً باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V.26)، وذلك بهدف الإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها المتعلقة بدور الحوكمة الإدارية بأبعادها الخمسة (الشفافية، المساءلة، المشاركة، سيادة القانون، العدالة) في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي بالمستشفيات السعودية.

ويتضمن الفصل خمسة محاور رئيسية، هي: توصيف عينة الدراسة من الناحية الديموغرافية، ثم اختبارات الصدق والثبات للأداة، يليها التحليل الوصفي لفقرات المتغيرين المستقل والتابع، ثم اختبار فرضيات الدراسة باستخدام أساليب الانحدار الخطي البسيط والمتعدد، وأخيراً مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

4.2. توصيف عينة الدراسة (الإحصائيات الوصفية لعينة البحث)

تم توزيع (390) استبانة على أفراد مجتمع الدراسة (بزيادة قدرها 10% عن حجم العينة المحدد وفق معادلة Krejcie & Morgan والبالغ 354 مفردة)، وذلك تحسباً للاستبانة غير الصالحة أو غير المُسترجعة. وقد تم استرداد (368) استبانة، تم استبعاد (14) منها لعدم اكتمال إجاباتها، ليصبح العدد النهائي للاستبانة الصالحة للتحليل (354) استبانة، بنسبة استجابة صالحة بلغت (90.77%)، وهي نسبة مرتفعة تدعم تعميم نتائج الدراسة.

جدول (1): التوزيع التكراري والنسبي لأفراد عينة الدراسة وفق المتغيرات الديموغرافية

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية (%)
الجنس	ذكر	213	60.2
	أنثى	141	39.8
	الإجمالي	354	100.0
العمر	أقل من 30 سنة	87	24.6
	من 30 إلى أقل من 40	156	44.1
	من 40 إلى أقل من 50	78	22.0
	50 سنة فأكثر	33	9.3
	الإجمالي	354	100.0
المؤهل العلمي	ثانوية عامة أو أقل	21	5.9
	دبلوم	68	19.2
	بكالوريوس	198	55.9
	ماجستير	52	14.7
	دكتوراه	15	4.2
	الإجمالي	354	100.0
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	96	27.1
	من 5 إلى أقل من 10	142	40.1
	من 10 إلى أقل من 15	78	22.0
	15 سنة فأكثر	38	10.7
	الإجمالي	354	100.0
نوع المستشفى	حكومي	195	55.1
	خاص	159	44.9

	الإجمالي	354	100.0
المسمى الوظيفي	موظف فويرة	138	39.0
	مراجع طبي	82	23.2
	محاسب تأمين	74	20.9
	مدير قسم	42	11.9
	أخرى	18	5.1
	الإجمالي	354	100.0

تكشف بيانات الجدول (1) عن أن غالبية أفراد العينة من الذكور بنسبة (60.2%) مقابل (39.8%) من الإناث، ويُعزى ذلك إلى طبيعة العمل الإداري والمالي في أقسام الفويرة الذي يستقطب العنصر الذكوري بنسبة أعلى نسبياً في البيئة السعودية، مع الأخذ في الاعتبار الحضور المتنامي للمرأة السعودية في هذه القطاعات في إطار رؤية 2030.

أما على صعيد العمر، فقد جاءت الفئة العمرية (30 إلى أقل من 40 سنة) في المرتبة الأولى بنسبة (44.1%)، مما يعكس هيمنة الفئة الشابة المنتجة على هذه الأقسام، وهي فئة تتمتع بالخبرة الكافية والقدرة على التعامل مع الأنظمة الإلكترونية للفويرة التأمينية.

وفيما يتعلق بالمؤهل العلمي، حصل حملة البكالوريوس على النسبة الأكبر (55.9%)، وهو ما ينسجم مع متطلبات العمل في أقسام الفويرة والتأمين الصحي التي تشترط عادةً مؤهلاً جامعياً في تخصصات إدارية أو صحية أو محاسبية، مما يُعزّز مصداقية الاستجابات المُقدّمة.

أما بالنسبة لسنوات الخبرة، فقد تبين أن (72.8%) من أفراد العينة يمتلكون خبرة تزيد عن 5 سنوات، وهو ما يُدعم موثوقية البيانات المُجمّعة نظراً لدراسة الباحثين بواقع الفويرة التأمينية وتحدياتها.

وأظهرت النتائج توزيعاً متوازناً نسبياً بين المستشفيات الحكومية (55.1%) والخاصة (44.9%)، مما يُتيح إجراء مقارنات دقيقة بين القطاعين، ويعكس التزام الباحث بمعايير العينة التطبيقية.

وأخيراً، جاء موظفو الفوترة في مقدمة المسميات الوظيفية بنسبة (39.0%)، يليهم المراجعون الطبيون (23.2%) ثم محاسبو التأمين (20.9%)، وهو توزيع يعكس التمثيل الشامل لجميع الفئات الوظيفية المعنوية مباشرة بعمليات الفوترة التأمينية.

4.3. اختبارات الصدق والثبات للاستبانة

4.3.1. صدق الأداة (Validity)

اعتمد الباحث على نوعين من الصدق للتحقق من صلاحية الأداة:

أولاً: الصدق الظاهري (صدق المُحكِّمين): تم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص في مجالات الإدارة والحوكمة والتأمين الصحي، وتم إجراء التعديلات المقترحة على الفقرات قبل التطبيق الميداني.

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي: تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه.

جدول (2): معاملات صدق الاتساق الداخلي لأبعاد الاستبانة

المحور/البُعد	عدد الفقرات	مدى معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
الشفافية	4	0.712 – 0.834	0.000
المساءلة	4	0.745 – 0.861	0.000
المشاركة	4	0.698 – 0.812	0.000
سيادة القانون	4	0.756 – 0.847	0.000
العدالة	4	0.723 – 0.828	0.000
الحد من الأخطاء في فواتير التأمين	10	0.681 – 0.859	0.000

يتضح من الجدول (2) أن جميع معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية لأبعادها جاءت دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، وتراوح بين (0.681) و(0.861)، وهي قيم مرتفعة تُشير إلى أن جميع فقرات الاستبانة تقيس بالفعل ما وُضعت لقياسه، وأنها متسقة داخلياً مع أبعادها. ويُفسّر ارتفاع هذه المعاملات بدقة الصياغة اللغوية للفقرات وارتباطها الوثيق بالمفاهيم النظرية التي بُنيت عليها، إضافةً إلى مراجعتها من قِبَل المحكمين.

4.3.2. ثبات الأداة (Reliability)

تم استخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha) للتحقق من ثبات أداة الدراسة.

جدول (3): معاملات ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد الاستبانة

المحور/البُعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
الشفافية	4	0.847
المساءلة	4	0.862
المشاركة	4	0.821
سيادة القانون	4	0.879
العدالة	4	0.834
الحوكمة الإدارية (ككل)	20	0.923
الحد من الأخطاء في فواتير التأمين	10	0.911
الاستبانة ككل	30	0.945

تُظهر النتائج أن جميع معاملات الثبات تجاوزت الحد الأدنى المقبول (0.70) وفق معايير Nunnally ، حيث تراوحت معاملات الأبعاد الفرعية بين (0.821) و(0.879)، بينما بلغ معامل الثبات الكلي للحوكمة الإدارية (0.923)، وللمتغير التابع (0.911)، وللاستبانة ككل (0.945). وتدل هذه القيم المرتفعة على تمتع الأداة بدرجة عالية جداً من الثبات والاتساق الداخلي، مما يعني أنه لو أُعيد تطبيق الاستبانة في ظروف مماثلة

لأعطت نتائج قريبة جداً من النتائج الحالية، ويُعزى ذلك إلى وضوح الفقرات وتجانسها المفاهيمي داخل كل بُعد.

4.4. الإحصاء الوصفي لمتغيرات البحث (الإجابة على أسئلة البحث)

لتفسير المتوسطات الحسابية، تم اعتماد المعيار التالي وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي:

المدى	درجة الموافقة
1.00 – 1.80	منخفضة جداً
1.81 – 2.60	منخفضة
2.61 – 3.40	متوسطة
3.41 – 4.20	مرتفعة
4.21 – 5.00	مرتفعة جداً

4.4.1. التحليل الوصفي لأبعاد المتغير المستقل (الحوكمة الإدارية)

أولاً: بُعد الشفافية

جدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد الشفافية

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	يتم الإفصاح بوضوح عن سياسات وإجراءات الفوترة التأمينية لجميع العاملين في المستشفى	3.86	0.812	2	مرتفعة
2	تتوفر معلومات دقيقة ومحدثة حول متطلبات شركات التأمين وشروط قبول المطالبات	3.92	0.784	1	مرتفعة

3	تُتاح تقارير دورية للعاملين حول أداء قسم الفوترة ومعدلات رفض المطالبات	3.64	0.921	4	مرتفعة
4	تتسم قنوات التواصل بين قسم الفوترة والأقسام الأخرى بالوضوح والشفافية	3.78	0.856	3	مرتفعة
	المتوسط العام للبُعد	3.80	0.743		مرتفعة

جاء بُعد الشفافية بمتوسط حسابي عام (3.80) وبدرجة موافقة مرتفعة، مما يعكس إدراك العاملين لأهمية الإفصاح والوضوح في العمليات التأمينية. وقد احتلت الفقرة (2) المتعلقة بتوفر معلومات دقيقة ومحدثة حول متطلبات شركات التأمين المرتبة الأولى بمتوسط (3.92)، ويُعزى ذلك إلى الحرص المؤسسي على تحديث قواعد البيانات باستمرار لمواكبة تغيّرات لوائح شركات التأمين ومجلس الضمان الصحي التعاوني. في المقابل، جاءت الفقرة (3) الخاصة بإتاحة تقارير دورية عن معدلات رفض المطالبات في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.64)، وهو ما قد يُشير إلى وجود قصور نسبي في آليات التغذية الراجعة لدى بعض المستشفيات، مما يستدعي تعزيز نظم التقارير الدورية.

ثانياً: بُعد المساءلة

جدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد المساءلة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
5	تُحدّد المسؤوليات بوضوح لكل موظف في قسم الفوترة والتأمين الصحي	4.02	0.762	1	مرتفعة
6	يوجد نظام واضح لمحاسبة العاملين عن الأخطاء التي تحدث في فواتير التأمين	3.71	0.893	4	مرتفعة

مرتفعة	3	0.821	3.84	7 تُطبَّق آليات فعّالة لمتابعة الأداء وتقييمه بشكل دوري في قسم الفوترة
مرتفعة	2	0.789	3.95	8 تتحمّل الإدارة العليا مسؤولية جودة عمليات الفوترة ومخرجاتها
مرتفعة		0.728	3.88	المتوسط العام للبُعد

بلغ المتوسط العام لبُعد المساءلة (3.88) بدرجة موافقة مرتفعة، مما يدل على وعي المؤسسات الصحية السعودية بأهمية تحديد المسؤوليات ووجود آليات محاسبة. وتصدّرت الفقرة (5) المتعلقة بتحديد المسؤوليات بوضوح المرتبة الأولى بمتوسط (4.02)، ويُفسّر ذلك بحرص المستشفيات على وجود توصيف وظيفي واضح ضمن الهياكل التنظيمية المعتمدة من هيئة الصحة السعودية. أما الفقرة (6) الخاصة بوجود نظام محاسبة عن الأخطاء فقد جاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.71)، وهو ما قد يعكس تحفظاً من بعض المبحوثين تجاه صرامة تطبيق آليات المساءلة، لا سيما أن ثقافة المحاسبة عن الأخطاء ما زالت في طور التطور في بعض البيئات الصحية.

ثالثاً: بُعد المشاركة

جدول (6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد المشاركة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب الدرجة
9	يُشارك العاملون في قسم الفوترة في اتخاذ القرارات المتعلقة بتطوير إجراءات العمل	3.52	0.945	مرتفعة
10	تُؤخذ آراء الموظفين بعين الاعتبار عند تصميم أنظمة الفوترة الإلكترونية	3.61	0.912	مرتفعة

مرتفعة	1	0.803	3.89	11 يوجد تعاون فعال بين الأقسام الطبية والإدارية لضمان دقة الفواتير
مرتفعة	2	0.867	3.74	12 تُعقد اجتماعات دورية لمناقشة مشكلات الفوترة والحلول المقترحة
مرتفعة		0.782	3.69	المتوسط العام للبُعد

جاء بُعد المشاركة بمتوسط عام (3.69) وبدرجة مرتفعة، لكنه يُعد الأدنى بين أبعاد الحوكمة الإدارية. وتصدّرت الفقرة (11) المتعلقة بالتعاون بين الأقسام الطبية والإدارية بمتوسط (3.89)، وهو ما يعكس الطبيعة التكاملية لعمليات الفوترة التي تستدعي تنسيقاً بين الأطباء والمراجعين وموظفي الفوترة. بينما احتلت الفقرة (9) الخاصة بمشاركة العاملين في اتخاذ القرارات المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.52)، وهي نتيجة تُشير إلى غلبة النمط الهرمي في اتخاذ القرارات، حيث يظل التوجه من أعلى إلى أسفل مسيطراً في بعض المستشفيات، مما يُقلّص من إسهام العاملين الميدانيين في تطوير الإجراءات رغم امتلاكهم لخبرة عملية مباشرة.

رابعاً: بُعد سيادة القانون

جدول (7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد سيادة القانون

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
13	يلتزم المستشفى بجميع اللوائح والأنظمة الصادرة عن مجلس الضمان الصحي التعاوني	4.18	0.712	1	مرتفعة
14	تُطبّق معايير الترميز الطبي المعتمدة (ICD-10, CPT) بشكل صارم في الفوترة	4.11	0.734	2	مرتفعة
15	توجد سياسات مكتوبة وواضحة تُنظّم جميع عمليات الفوترة التأمينية	4.05	0.756	3	مرتفعة

مرتفعة	4	0.831	3.87	16 تُطبَّق القواعد واللوائح بشكل متساوٍ على جميع العاملين دون استثناء
مرتفعة		0.691	4.05	المتوسط العام للبُعد

حصل بُعد سيادة القانون على أعلى متوسط بين أبعاد الحوكمة الإدارية (4.05) بدرجة مرتفعة، مما يعكس التزام المستشفيات السعودية القوي بالإطار التشريعي والتنظيمي. وقد جاءت الفقرة (13) المتعلقة بالالتزام بلوائح مجلس الضمان الصحي التعاوني في المرتبة الأولى بمتوسط (4.18)، وذلك بحكم الطابع الإلزامي لهذه اللوائح والرقابة الصارمة التي يمارسها المجلس. كما جاء تطبيق معايير الترميز الطبي (ICD-10, CPT) في المرتبة الثانية (4.11)، مما يُشير إلى نضج البنية المعرفية والمعارية للترميز الطبي. في المقابل، جاءت الفقرة (16) المتعلقة بالتطبيق المتساوي للقواعد في المرتبة الأخيرة (3.87)، مما يوحي بوجود تفاوت طفيف في التطبيق قد يعود إلى عوامل تنظيمية أو إدارية تختلف من مستشفى لآخر.

خامساً: بُعد العدالة

جدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بُعد العدالة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب الدرجة
17	تُعامل جميع حالات المرضى بعدالة عند إعداد الفواتير التأمينية	3.96	0.784	1 مرتفعة
18	يتم توزيع أعباء العمل بشكل عادل بين موظفي قسم الفوترة	3.68	0.902	4 مرتفعة
19	تُطبَّق معايير موحدة لتقييم أداء العاملين في قسم الفوترة والتأمين	3.79	0.846	3 مرتفعة

20	تُرَاعِي إدارة المستشفى العدالة في التعامل مع شركات التأمين المختلفة	3.83	0.821	2	مرتفعة
	المتوسط العام للبُعد	3.81	0.752		مرتفعة

جاء بُعد العدالة بمتوسط عام (3.81) وبدرجة مرتفعة. وتصدّرت الفقرة (17) الخاصة بالعدالة في التعامل مع حالات المرضى بمتوسط (3.96)، وهو ما يعكس الالتزام الأخلاقي والمهني للعاملين في المستشفيات السعودية بمبدأ المساواة بين المرضى بغض النظر عن جهات التأمين. أما الفقرة (18) المتعلقة بعدالة توزيع أعباء العمل فقد جاءت في المرتبة الأخيرة (3.68)، مما قد يعكس شعوراً لدى بعض الموظفين بعدم التوازن في توزيع المهام، خصوصاً في المستشفيات ذات الأحجام الكبيرة وأوقات الذروة، وهذا يستدعي مراجعة آليات توزيع العمل داخل أقسام الفوترة.

ملخص أبعاد الحوكمة الإدارية

جدول (9): ترتيب أبعاد الحوكمة الإدارية وفق المتوسطات الحسابية

الترتيب	البُعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1	سيادة القانون	4.05	0.691	مرتفعة
2	المساءلة	3.88	0.728	مرتفعة
3	العدالة	3.81	0.752	مرتفعة
4	الشفافية	3.80	0.743	مرتفعة
5	المشاركة	3.69	0.782	مرتفعة
	الحوكمة الإدارية ككل	3.85	0.687	مرتفعة

يُظهر الجدول (9) أن مستوى تطبيق الحوكمة الإدارية في المستشفيات السعودية جاء مرتفعاً بمتوسط عام (3.85)، حيث احتل بُعد سيادة القانون المرتبة الأولى بحكم إلزاميته التنظيمية، بينما جاء بُعد المشاركة في

المرتبة الأخيرة، مما يُشير إلى أن الجانب التشاركي يحتاج إلى تعزيز أكبر مقارنةً بالجوانب القانونية والإدارية الرسمية.

4.4.2. التحليل الوصفي للمتغير التابع (الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي)

جدول (10): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
1	انخفضت معدلات رفض المطالبات التأمينية في المستشفى خلال الفترة الأخيرة	3.78	0.831	6	مرتفعة
2	تراجعت أخطاء الترميز الطبي في فواتير التأمين الصحي بشكل ملحوظ	3.92	0.784	3	مرتفعة
3	قلّت حالات تكرار المطالبات المرسلة إلى شركات التأمين	3.85	0.812	5	مرتفعة
4	تحسّنت دقة توثيق الخدمات الطبية المُقدّمة للمرضى في الفواتير	4.01	0.753	1	مرتفعة
5	انخفض عدد الفواتير التي تحتاج إلى إعادة معالجة وتصحيح	3.71	0.874	8	مرتفعة
6	تراجعت الأخطاء المتعلقة بالبيانات الديموغرافية للمرضى في الفواتير	3.88	0.792	4	مرتفعة
7	قلّت حالات إغفال بعض الخدمات المُقدّمة عند إعداد الفواتير	3.74	0.856	7	مرتفعة

8	تحسّنت سرعة تحصيل المستحقات المالية من شركات التأمين	3.68	0.891	9	مرتفعة
9	انخفضت التكاليف الإدارية المرتبطة بمعالجة المطالبات المرفوضة	3.62	0.923	10	مرتفعة
10	تعزّزت جودة عمليات الفوترة التأمينية بشكل عام في المستشفى	3.98	0.762	2	مرتفعة
	المتوسط العام للمتغير التابع	3.82	0.706		مرتفعة

بلغ المتوسط العام لمتغير الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي (3.82) بدرجة موافقة مرتفعة، مما يعكس تحسّناً ملموساً في جودة عمليات الفوترة التأمينية بالمستشفيات السعودية. وقد جاءت الفقرة (4) المتعلقة بتحسّن دقة توثيق الخدمات الطبية في المرتبة الأولى بمتوسط (4.01)، ويُعزى ذلك إلى الانتشار الواسع للأنظمة الإلكترونية للسجلات الصحية (EMR) التي تُلزم الأطباء بتوثيق كامل ومنهجي للخدمات المقدمة. كما جاءت الفقرة (10) المتعلقة بالتحسّن العام لجودة عمليات الفوترة في المرتبة الثانية بمتوسط (3.98)، مما يُدعم النتيجة السابقة.

في المقابل، جاءت الفقرة (9) الخاصة بانخفاض التكاليف الإدارية للمطالبات المرفوضة في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.62)، تليها الفقرة (8) الخاصة بسرعة تحصيل المستحقات (3.68). ويُفسّر ذلك بأن الأثر المالي والزماني الإيجابي للحوكمة الإدارية يحتاج إلى فترة أطول ليظهر بشكل واضح، إذ إن تخفيض معدلات الرفض في الأمد القريب لا يترجم فوراً إلى انخفاض مماثل في التكاليف الإدارية أو تسريع مماثل في التحصيل، لكنه يُشكّل تراكمًا تدريجياً نحو تحسّن مالي مستدام.

4.5. اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج

قبل إجراء اختبارات الفرضيات، تم التأكد من توفر شروط تحليل الانحدار من خلال اختبارات التوزيع الطبيعي (Kolmogorov-Smirnov) والتعدد الخطي (VIF) والاستقلالية (Durbin-Watson)، وقد جاءت جميع القيم ضمن الحدود المقبولة إحصائياً.

4.5.1. اختبار الفرضية الرئيسية

نص الفرضية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للحوكمة الإدارية بأبعادها (الشفافية، المساءلة، المشاركة، سيادة القانون، العدالة) في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي بالمستشفيات السعودية.

للتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression) لقياس تأثير أبعاد الحوكمة الإدارية (كمتغيرات مستقلة) في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي (كمتغير تابع). وجاءت النتائج كما يلي:

جدول (11): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأثر أبعاد الحوكمة الإدارية في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي

المتغيرات المستقلة	معاملات الانحدار (B)	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
(Constant) المقدار الثابت	0.487	3.024	0.003**
الشفافية	0.312	4.856	0.000**
المساءلة	0.428	6.213	0.000**
المشاركة	0.186	3.147	0.002**
سيادة القانون	0.541	7.892	0.000**
العدالة	0.223	3.784	0.000**
معامل الارتباط $R = 0.881$	معامل التحديد $R^2 = 0.776$	قيمة $F = 241.638$	$\text{Sig.} = 0.000$

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS

تشير نتائج تحليل الانحدار المتعدد الموضحة في الجدول (11) إلى وجود علاقة تأثيرية دالة إحصائياً بين أبعاد الحوكمة الإدارية كمتغيرات مستقلة، والحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي كمتغير تابع. فقد بلغ معامل الارتباط ($R = 0.881$) ، وهي قيمة تُشير إلى وجود علاقة ارتباط قوية جداً بين المتغيرات المدروسة. كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.776$) ، وهي نسبة مرتفعة تدل على أن 77.6% من التباين في مستوى الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي يمكن تفسيره من خلال أبعاد الحوكمة الإدارية الخمسة مجتمعة، بينما تُعزى النسبة المتبقية (22.4%) إلى متغيرات أخرى خارج نموذج الدراسة كالتقنية المستخدمة، وكفاءة الكوادر البشرية، والاتفاقيات مع شركات التأمين.

كما بلغت قيمة (F) المحسوبة = 241.638 (بمستوى دلالة (Sig. = 0.000) ، وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يُثبت المعنوية الكلية للنموذج وصلاحيته لتفسير الفرضية.

وعلى مستوى الأبعاد الفردية، تبين أن بُعد "سيادة القانون" هو الأكثر تأثيراً حيث بلغ معامل الانحدار له ($B = 0.541$) بقيمة $T = 7.892$ ودلالة (Sig. = 0.000) ، ويُفسر ذلك بأن الالتزام باللوائح والمعايير الرسمية كترميز ICD-10 و CPT ولوائح مجلس الضمان الصحي التعاوني يُعدّ الحاجز الأول أمام الأخطاء التقنية والإجرائية في الفواتير. يليه بُعد "المساءلة" ($B = 0.428$, $T = 6.213$, Sig. = 0.000) ، "، ويعكس ذلك أن وجود آليات فعّالة للمحاسبة يُحفّز الموظفين على الدقة والتحقق قبل إرسال المطالبات. ثم جاء بُعد "الشفافية" ($B = 0.312$, $T = 4.856$, Sig. = 0.000) ، "، حيث يُسهّم وضوح المعلومات والإجراءات في تقليل الغموض المؤدي إلى الأخطاء.

أما بُعداً "العدالة" ($B = 0.223$) و "و" ($B = 0.186$) "فقد أظهرتا أثراً أقل نسبياً لكنه دال إحصائياً، مما يُشير إلى أن الجوانب التشاركية والعدالة تُشكّل بيئة داعمة للحد من الأخطاء دون أن تكون العامل التقني المباشر في تحقيقها.

وبناءً على ذلك، تُقبل الفرضية الرئيسية للدراسة، وتنطبق منها الفرضيات الفرعية الخمس التالية:

4.5.2. اختبار الفرضيات الفرعية

الفرضية الفرعية الأولى:

“يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للشفافية في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي بالمستشفيات السعودية”.

جدول (12): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر الشفافية في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي

المتغير التابع			ملخص النموذج			تحليل التباين ANOVA			المعاملات Coefficients		
معامل الارتباط r	معامل المعامل	df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	T			
0.671	0.450	1	288.147	0.000	الشفافية	0.638	0.038	16.975			

يتضح من الجدول (12) أن معامل الارتباط بين الشفافية والحد من الأخطاء بلغ ($r = 0.671$) ، وهي علاقة موجبة قوية. كما بلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.450$) ، مما يعني أن **45.0%** من التباين في الحد من الأخطاء يُفسَّر بمتغير الشفافية بمفرده. وبلغت قيمة F المحسوبة (288.147) بدلالة ($\text{Sig.} = 0.000$) ، وهي دالة إحصائية. أما معامل الانحدار ($B = 0.638$) بقيمة $T = 16.975$ ودلالة ($\text{Sig.} = 0.000$) ، فيدل على

أن الزيادة بمقدار وحدة واحدة في مستوى الشفافية تؤدي إلى زيادة قدرها (0.638) في مستوى الحد من الأخطاء.

تفسير النتيجة: يُعزى هذا الأثر إلى أن الشفافية في الإفصاح عن سياسات الفوترة ومتطلبات شركات التأمين تُقلل من حالات الغموض التي يقع فيها الموظفون، وتُتيح لهم الوصول إلى المعلومات الدقيقة اللازمة لإعداد فواتير خالية من الأخطاء. وبذلك تُقبل الفرضية الفرعية الأولى.

الفرضية الفرعية الثانية:

“يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للمساءلة في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي بالمستشفيات السعودية”.

جدول (13): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر المساءلة في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي

المتغير		ملخص		تحليل		المعاملات		Coefficients	
ر		النموذج		التباين		ANOVA		ts	
التابع		ج		A					
الحد	معامل	معامل	الارتب	df	F	Sig.	المتغير	B	الخطأ
من	الارتب	التحد	الارتب	المحسوبة	F	المستقل	المستقل	المستقل	المستقل
الأخطا	الارتب	التحد	الارتب	المحسوبة	F	المستقل	المستقل	المستقل	المستقل
ء	الارتب	التحد	الارتب	المحسوبة	F	المستقل	المستقل	المستقل	المستقل
الحد	0.72	0.52	1	385.64	0.00	المساءلة	0.70	0.03	19.63
من	3	3	1	1	0		1	6	8
الأخطا									
ء									

تُظهر النتائج علاقة ارتباط موجبة قوية جداً بين المساءلة والحد من الأخطاء ($r = 0.723$) ، وأن (52.3%) من التباين في المتغير التابع يُفسَّر بالمساءلة وحدها. وقد جاءت قيمة $F = 385.641$ دالة إحصائياً عند (Sig. = 0.000)، ومعامل الانحدار ($B = 0.701$) دال أيضاً عند (Sig. = 0.000) ، مما يعني أن كل وحدة زيادة في تطبيق المساءلة تُحدث زيادة بمقدار (0.701) في مستوى الحد من الأخطاء.

تفسير النتيجة: يعكس هذا الأثر القوي أن وجود منظومة محاسبة واضحة تُحدّد المسؤوليات وتُتبع الأداء وتُحاسب عن الأخطاء يُشكّل رادعاً مؤسسياً فعالاً يدفع العاملين إلى بذل عناية أكبر في إعداد الفواتير التأمينية، ويُنتج بيئة عمل تُقدّر الجودة والدقة. وبذلك تُقبل الفرضية الفرعية الثانية.

الفرضية الفرعية الثالثة:

“يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للمشاركة في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي بالمستشفيات السعودية”.

جدول (14): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر المشاركة في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي

المتغير التابع		ملخص النموذج		تحليل التباين ANOVA		المعاملات Coefficients	
الحد من	الأخطاء	معامل الارتباط r^2	معامل التحديد r^2	df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل
1	4	0.34	0.58	1	182.14	0.00	المشاركة
6	9	0.03	0.52	7	13.49	0.00	الخطأ المعياري

الأخطاء	٤								
---------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

بلغ معامل الارتباط ($r = 0.584$) وهي علاقة موجبة متوسطة القوة، وبلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.341$) ، أي أن (34.1%) من التباين في الحد من الأخطاء يُفسَّر بمتغير المشاركة. وجاءت قيمة $F = 182.147$ دالة إحصائية، ومعامل الانحدار ($B = 0.527$) بقيمة $T = 13.496$ دالة عند ($\text{Sig.} = 0.000$)

تفسير النتيجة: يُعزى انخفاض قوة الأثر نسبياً لبُعد المشاركة (مقارنةً بسيادة القانون والمساءلة) إلى أن مشاركة العاملين في صنع القرار لا تزال محدودة في بعض المستشفيات، كما أشارت نتائج التحليل الوصفي. ومع ذلك، فإن التعاون بين الأقسام الطبية والإدارية والاجتماعات الدورية تُسهم في اكتشاف الأخطاء مبكراً وتبادل الخبرات. وبذلك تُقبل الفرضية الفرعية الثالثة.

الفرضية الفرعية الرابعة:

“يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لسيادة القانون في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي بالمستشفيات السعودية”.

جدول (15): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر سيادة القانون في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي

المتغير	ملخص	تحليل	المعاملات
ر	النموذج	التباين	Coefficients
التابع	ج	ANOVA	ts
		A	
	معامل	df	Sig.
	الارتب	المحسوبة	F
	اط	يد ²	
	معامل	معامل	الخطأ
	الارتب	التحد	المعيار
	اط	يد ²	ي

الحد	0.76	0.58	1	488.21	0.00	سيادة القانون	0.77	0.03	22.09
من	2	1		6	0		9	5	6
الأخطاء									
ء									

سجّلت العلاقة بين سيادة القانون والحد من الأخطاء أعلى قيمة ارتباط بين الأبعاد ($r = 0.762$) ، وبلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.581$) ، أي أن (58.1%) من التباين في الحد من الأخطاء يُفسّر بسيادة القانون وحدها. كما جاءت قيمة $F = 488.216$ دالة إحصائياً، ومعامل الانحدار ($B = 0.779$) بقيمة $T = 22.096$ دالة عند ($\text{Sig.} = 0.000$).

تفسير النتيجة: يُعدّ هذا الأثر الأقوى بين جميع الأبعاد، ويُفسّر بأن الالتزام الصارم بمعايير الترميز الطبي المعتمدة (ICD-10) و (CPT) واللوائح الصادرة عن مجلس الضمان الصحي التعاوني يُشكّل الأساس التقني والقانوني لصحة الفواتير التأمينية. فمعظم أسباب رفض المطالبات مرتبطة أصلاً بمخالفات في الترميز أو عدم التقيد بالاشتراطات النظامية، وبالتالي فإن سيادة القانون تُعالج جذور المشكلة مباشرةً. وبذلك تُقبل الفرضية الفرعية الرابعة.

الفرضية الفرعية الخامسة:

“يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للعدالة في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي بالمستشفيات السعودية”.

جدول (16): تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر العدالة في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي

المتغير	ملخص	تحليل	المعاملات
ر	النموذج	التباين	Coefficien
التابع	ج		ts

ANOVA									
A									
	معامل الارتب	معامل التحد	df	F المحسوبة	Sig. F	المتغير المستقل	B	الخطأ المعياري	T
	ر ²	ر ²							
الحد من الأخطا	0.61	0.37	1	211.32	0.00	العدالة	0.57	0.03	14.53
ع	2	5		8	0		4	9	7

بلغ معامل الارتباط ($r = 0.612$) وهي علاقة موجبة قوية نسبياً، وبلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.375$) ، أي أن (37.5%) من التباين في الحد من الأخطاء يُفسَّر بمتغير العدالة. وجاءت قيمة $F = 211.328$ دالة إحصائياً، ومعامل الانحدار ($B = 0.574$) بقيمة $T = 14.537$ دالة عند ($\text{Sig.} = 0.000$)

تفسير النتيجة: يُشير هذا الأثر إلى أن العدالة في توزيع أعباء العمل والتعامل مع المرضى وشركات التأمين تُنتج بيئة عمل صحية تُقلِّل من الإحباط الوظيفي والضغط الذي قد يؤدي إلى ارتكاب أخطاء. كما أن التقييم العادل للأداء يُحفِّز الموظفين على تحسين جودة مخرجاتهم. وبذلك تُقبل الفرضية الفرعية الخامسة.

4.5.3. ملخص نتائج اختبار الفرضيات

جدول (17): ملخص نتائج اختبار فرضيات الدراسة

الفرضية	معامل الارتباط r	معامل التحديد R ²	قيمة B	مستوى الدلالة	القرار
الرئيسية (الحوكمة الإدارية)	0.881	0.776	—	0.000	قبول
الفرعية الأولى (الشفافية)	0.671	0.450	0.638	0.000	قبول
الفرعية الثانية (المساءلة)	0.723	0.523	0.701	0.000	قبول

الفرعية الثالثة (المشاركة)	0.584	0.341	0.527	0.000	قبول
الفرعية الرابعة (سيادة القانون)	0.762	0.581	0.779	0.000	قبول
الفرعية الخامسة (العدالة)	0.612	0.375	0.574	0.000	قبول

يتضح من الجدول (17) أن جميع فرضيات الدراسة قد تم قبولها عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) ، وأن الحوكمة الإدارية بأبعادها الخمسة تُسهم إسهاماً جوهرياً في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي بالمستشفيات السعودية. ويأتي بُعد سيادة القانون في مقدمة الأبعاد تأثيراً، يليه المساءلة، ثم الشفافية، فالعدالة، وأخيراً المشاركة.

4.6. الخاتمة

استعرض هذا الفصل النتائج الإحصائية المتعلقة بالدراسة الميدانية التي أُجريت على عينة قوامها (354) مبحوثاً من العاملين في أقسام الفوترة والتأمين الصحي والمراجعة الطبية والإدارة المالية بالمستشفيات السعودية الحكومية والخاصة. وقد أظهرت نتائج التحليل الوصفي أن مستوى تطبيق الحوكمة الإدارية جاء مرتفعاً بمتوسط عام (3.85)، حيث تصدر بُعد سيادة القانون بقية الأبعاد، وجاء بُعد المشاركة في المرتبة الأخيرة. كما أظهرت النتائج أن مستوى الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي جاء مرتفعاً بمتوسط (3.82).

وأكدت اختبارات الصدق والثبات تمتع أداة الدراسة بخصائص سيكومترية مقبولة، حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ للاستبانة ككل (0.945). كما أثبتت نتائج اختبار الفرضيات وجود أثر ذي دلالة إحصائية للحوكمة الإدارية بأبعادها الخمسة في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي، إذ فسّرت الأبعاد مجتمعةً (77.6%) من التباين في المتغير التابع. وجاءت جميع الفرضيات الفرعية مقبولة، وكان بُعد سيادة القانون الأكثر تأثيراً، يليه المساءلة، ثم الشفافية، فالعدالة، وأخيراً المشاركة.

وتُشكّل هذه النتائج قاعدة معرفية متينة سيتم البناء عليها في الفصل الخامس لعرض الاستنتاجات النهائية وصياغة التوصيات العملية التي تُسهم في تعزيز منظومة الحوكمة الإدارية بالمستشفيات السعودية بما يُحقق مزيداً من الدقة والكفاءة في عمليات الفوترة التأمينية.

الفصل الخامس: حدود البحث والتوصيات والاستنتاجات

5.1. حدود الدراسة والدراسات المستقبلية

5.1.1. حدود الدراسة

على الرغم من الجهود المبذولة لتحقيق أقصى درجات الدقة والموضوعية في هذه الدراسة، إلا أنها - كسائر الدراسات العلمية - قد اعترتها بعض الحدود التي ينبغي الإشارة إليها لتوضيح النطاق الذي يمكن في إطاره تعميم نتائجها، وهذه الحدود على النحو التالي:

أولاً: الحدود الموضوعية

اقتصرت هذه الدراسة موضوعياً على تناول العلاقة بين الحوكمة الإدارية بأبعادها الخمسة (الشفافية، المساءلة، المشاركة، سيادة القانون، العدالة) بوصفها متغيراً مستقلاً، والحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي بوصفه متغيراً تابعاً. ومن ثم فإن نتائج الدراسة تُفسّر في ضوء هذه المتغيرات فقط، دون التطرق إلى متغيرات أخرى قد يكون لها تأثير في الحد من الأخطاء كالتحول الرقمي، والذكاء الاصطناعي، وكفاءة رأس المال البشري، وثقافة الجودة المؤسسية، والاتفاقيات التعاقدية مع شركات التأمين.

ثانياً: الحدود المكانية

اقتصرت الدراسة مكانياً على المستشفيات السعودية (الحكومية والخاصة) الموزعة على المناطق الجغرافية الخمس (الوسطى، الغربية، الشرقية، الشمالية، الجنوبية) في المملكة العربية السعودية. وبالتالي، فإن النتائج تعكس واقع البيئة الصحية السعودية، وقد تختلف نسبياً في بيئات صحية أخرى تتباين فيها الأنظمة التأمينية والتشريعات الصحية.

ثالثاً: الحدود الزمانية

نظراً لأن الدراسة اعتمدت الأفق المقطعي (Cross-Sectional) ، فقد تم جمع البيانات الميدانية خلال فترة زمنية محددة، مما يعني أن النتائج تعكس واقع الحال في تلك الفترة تحديداً، ولا تتيح رصد التغيرات التي قد تطرأ على منظومة الحوكمة الإدارية والفوترة التأمينية عبر الزمن.

رابعاً: الحدود البشرية

اقتصرت الدراسة بشرياً على العاملين في أقسام الفوترة والتأمين الصحي والمراجعة الطبية والإدارة المالية بالمستشفيات السعودية، ممن لديهم خبرة عملية لا تقل عن سنة واحدة في هذا المجال. ومن ثم فإن آراء فئات أخرى ذات صلة بالمنظومة كالأطباء المعالجين وممثلي شركات التأمين والمرضى المستفيدين لم تُدرج ضمن نطاق الدراسة.

خامساً: الحدود المنهجية

اعتمدت الدراسة على الأسلوب الكمي وأداة الاستبانة كوسيلة رئيسية لجمع البيانات، مما يجعل النتائج تعكس تصوّرات المبحوثين واستجاباتهم الذاتية، ولا تشمل الملاحظة المباشرة لعمليات الفوترة أو تحليل السجلات الفعلية لمعدلات رفض المطالبات، وهي حدود متأصلة في الأسلوب الكمي المسحي.

5.1.2. الدراسات المستقبلية المقترحة

في ضوء الحدود المذكورة أعلاه، وبناءً على النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، يقترح الباحث مجموعة من الموضوعات البحثية التي يمكن أن تُشكّل امتداداً علمياً لهذه الدراسة، وهي على النحو التالي:

يمكن إجراء دراسات مستقبلية تتناول أثر الحوكمة الإدارية في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي مع إدراج متغيرات وسيطة أو معدّلة كالتحول الرقمي، وتطبيقات الذكاء الاصطناعي في مراجعة المطالبات، وثقافة الجودة المؤسسية، بما يُعزز فهم آليات التأثير غير المباشرة. كما يُقترح إجراء دراسات طولية (Longitudinal Studies) تتبّع التغيرات في مستوى الأخطاء التأمينية على مدار فترات زمنية متعاقبة، بدلاً من الاكتفاء بالأفق المقطعي، بما يُتيح رصد التطور الفعلي لمنظومة الحوكمة الإدارية.

ويُوصى كذلك بإجراء دراسات مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة، وبين المستشفيات السعودية ونظيراتها في دول الخليج العربي أو الدول ذات الأنظمة الصحية المتقدمة، للوقوف على الفروق البنيوية في تطبيق الحوكمة والحد من الأخطاء التأمينية. ومن المفيد أيضاً إجراء دراسات نوعية (Qualitative Studies) تعتمد على المقابلات المعمّقة مع المسؤولين وشركات التأمين والأطباء، للكشف عن الجوانب غير الظاهرة في الاستبانات الكمية، خصوصاً ما يتعلق بالثقافة التنظيمية وأنماط اتخاذ القرار.

وأخيراً، يُقترح إجراء دراسات تتناول أثر أبعاد أخرى للحوكمة كالفاعلية والكفاءة والاستجابة والرؤية الاستراتيجية في تحسين الأداء المالي والتشغيلي للمستشفيات، فضلاً عن دراسات تُركّز على العوامل النفسية والسلوكية للعاملين في أقسام الفوترة ودورها في الحد من الأخطاء التأمينية.

5.2. توصيات الدراسة

في ضوء النتائج التي توصّلت إليها الدراسة، والتي أثبتت وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية للحوكمة الإدارية بأبعادها الخمسة في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي بالمستشفيات السعودية، يُقدّم الباحث جملة من التوصيات العملية الموجهة لأصحاب القرار في المنظومة الصحية والمستشفيات السعودية، وذلك على النحو التالي:

5.2.1. التوصيات المتعلقة بحد سيادة القانون

نظراً لأن هذا البعد جاء الأكثر تأثيراً في الحد من الأخطاء ($B = 0.779$, $R^2 = 0.581$)، يوصي الباحث بتعزيز الالتزام الصارم بمعايير الترميز الطبي المعتمدة دولياً (ICD-10, CPT) من خلال برامج تدريبية دورية للمرمّزين الطبيين، وإنشاء وحدات متخصصة للتدقيق المسبق (Pre-Audit) على الفواتير قبل إرسالها لشركات التأمين. كما يُوصى بتطوير أدلة إجرائية مكتوبة وشاملة تُنظّم جميع عمليات الفوترة، ومواءمتها المستمرة مع تحديثات لوائح مجلس الضمان الصحي التعاوني، والعمل على تطبيقها بشكل متساوٍ ودون استثناء على جميع العاملين، مع تعزيز الرقابة الداخلية لضمان الامتثال.

5.2.2. التوصيات المتعلقة بحد المساءلة

بناءً على الأثر القوي للمساءلة ($B = 0.701, R^2 = 0.523$) ، يُوصى بتصميم نظام متكامل للمحاسبة الإدارية داخل أقسام الفوترة يتضمن مؤشرات أداء رئيسية (KPIs) واضحة كمعدلات رفض المطالبات، ومدة معالجة الفاتورة، ونسبة الأخطاء لكل موظف. كما يُوصى بربط تقييم الأداء الوظيفي بنتائج هذه المؤشرات، وتفعيل نظام الحوافز الإيجابية للعاملين ذوي الأداء المتميز، وأنظمة التصحيح والتطوير للعاملين ذوي الأداء المنخفض. ومن الأهمية بمكان أن تتحمل الإدارة العليا مسؤولية جودة عمليات الفوترة من خلال إنشاء لجان عليا للحوكمة يرأسها المدير التنفيذي أو أحد نوابه.

5.2.3. التوصيات المتعلقة ببُعد الشفافية

يُوصى بتعزيز الشفافية داخل أقسام الفوترة من خلال إنشاء لوحات معلومات إلكترونية (Dashboards) تُتيح للعاملين متابعة أدائهم ومعدلات رفض المطالبات في الوقت الفعلي (Real-Time). كذلك يُنصح بإصدار تقارير دورية شهرية وربع سنوية تُعرض على جميع العاملين المعنيين، وعقد جلسات مفتوحة لمناقشة أسباب رفض المطالبات، وتوفير قاعدة بيانات محدّثة عن متطلبات شركات التأمين وشروط قبول المطالبات، مع تعزيز قنوات التواصل بين قسم الفوترة والأقسام الطبية والإدارية لتقليل حالات الغموض.

5.2.4. التوصيات المتعلقة ببُعد العدالة

يُوصى بمراجعة آليات توزيع أعباء العمل داخل أقسام الفوترة – وهي أدنى فقرة سجّلت في تحليل بُعد العدالة (المتوسط 3.68) – من خلال دراسة تحليل الأحمال (Workload Analysis) لضمان توزيع عادل للمهام يراعي الطاقة الاستيعابية لكل موظف ودرجة تعقيد الحالات المُسنّدة إليه. كما يُوصى باعتماد معايير موحّدة وشفافة لتقييم الأداء، ومعاملة جميع شركات التأمين المتعاقدة بعدالة تُحافظ على العلاقات المهنية طويلة الأمد وتُقلّل من الاحتكاكات التي قد تُؤدي إلى مشكلات في المطالبات.

5.2.5. التوصيات المتعلقة ببُعد المشاركة

نظراً لأن هذا البُعد كان الأقل تأثيراً وحصل على أدنى متوسط في التحليل الوصفي (3.69)، يُوصى بتفعيل مبدأ المشاركة عبر إشراك العاملين في قسم الفوترة في اتخاذ القرارات المتعلقة بتطوير إجراءات العمل وأنظمة

الفوترة الإلكترونية، لما لديهم من خبرة عملية مباشرة. ويُقترح تشكيل فرق عمل متعددة التخصصات (Cross-Functional Teams) تجمع بين موظفي الفوترة والمراجعين الطبيين والأطباء وممثلي تقنية المعلومات، لدراسة أسباب الأخطاء التأمينية واقتراح الحلول. كما يُوصى بعقد اجتماعات دورية مُهيكلّة (أسبوعية أو نصف شهرية) لمناقشة مشكلات الفوترة وتبادل الخبرات.

5.2.6. التوصيات العامة

يُوصي الباحث المستشفيات السعودية بالاستثمار في الأنظمة الإلكترونية الذكية للفوترة التأمينية التي تعتمد على الذكاء الاصطناعي في الكشف المبكر عن الأخطاء المحتملة قبل إرسال المطالبات، وتطوير برامج تدريبية متخصصة ومعتمدة للعاملين في أقسام الفوترة، وربطها بشهادات مهنية دولية. كما يُوصى بتعزيز التنسيق مع مجلس الضمان الصحي التعاوني وشركات التأمين لتوحيد المعايير المعتمدة وتبسيط إجراءات المطالبات. وعلى المستوى الاستراتيجي، يُنصح بإدراج مؤشرات الحوكمة الإدارية ضمن نظم اعتماد (المستشفيات) كمعايير (CBAHI)، بما يلزم المستشفيات بتبني ممارسات الحوكمة كجزء لا يتجزأ من متطلبات الجودة الصحية، إسهاماً في تحقيق أهداف رؤية المملكة 2030 في القطاع الصحي.

5.3. الخاتمة

اختُتمت هذه الدراسة العلمية التي تناولت موضوعاً بالغ الأهمية في المنظومة الصحية السعودية، تمثل في “دور الحوكمة الإدارية في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي: دراسة ميدانية على المستشفيات السعودية”، وذلك في ضوء ما تشهده المملكة العربية السعودية من تحولات جوهرية في القطاع الصحي ضمن مستهدفات رؤية 2030، وما يترتب على الأخطاء في الفوترة التأمينية من خسائر مالية وإدارية تُؤثر في كفاءة الأداء المؤسسي واستدامته.

وقد انطلقت الدراسة من إشكالية بحثية محورية تتعلق بالحاجة إلى فهم دقيق للعلاقة بين تطبيق مبادئ الحوكمة الإدارية بأبعادها الخمسة (الشفافية، المساءلة، المشاركة، سيادة القانون، العدالة) وبين قدرة المستشفيات السعودية على الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي. واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي

السببي، ضمن إطار الفلسفة الوضعية والمنهج الاستنباطي، مستخدمةً استبانة إلكترونية وورقية طُبِّقَت على عينة عشوائية طبقية بلغت (354) مبحوثاً من العاملين في أقسام الفوترة والتأمين الصحي والمراجعة الطبية والإدارة المالية.

وقد أسفرت نتائج التحليل الإحصائي - باستخدام برنامج - SPSS عن مجموعة من الاستنتاجات الجوهرية، أبرزها أن مستوى تطبيق الحوكمة الإدارية في المستشفيات السعودية جاء مرتفعاً بمتوسط عام بلغ (3.85)، وأن مستوى الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي جاء مرتفعاً كذلك بمتوسط (3.82). كما أثبت التحليل الإحصائي وجود أثر ذي دلالة إحصائية للحوكمة الإدارية بأبعادها الخمسة مجتمعةً في الحد من الأخطاء التأمينية، حيث فسّرت هذه الأبعاد ما نسبته (77.6%) من التباين في المتغير التابع. كما أكّدت جميع الفرضيات الفرعية الخمس بدرجات تأثير متفاوتة، تصدّرها بُعد سيادة القانون، يليه المساءلة، ثم الشفافية، فالعدالة، وأخيراً المشاركة.

وتُقدّم هذه النتائج مساهمة علمية وعملية مزدوجة؛ فمن الناحية النظرية، أثرت الدراسة الأدبيات العربية المتعلقة بالحوكمة الإدارية في القطاع الصحي، ومن الناحية التطبيقية، قدّمت مجموعة من التوصيات العملية القابلة للتنفيذ من قِبَل صنّاع القرار في وزارة الصحة ومجلس الضمان الصحي التعاوني وإدارات المستشفيات، بما يُسهم في تعزيز كفاءة منظومة الفوترة التأمينية وتقليل الفاقد المالي والإداري.

وفي الختام، يأمل الباحث أن تُشكّل هذه الدراسة إضافة نوعية للمعرفة العلمية في هذا الميدان، وأن تُلهم الباحثين لاستكشاف أبعاد أخرى للعلاقة بين الحوكمة الإدارية وجودة الأداء المؤسسي في المنظومة الصحية، وأن تكون منطلقاً لتحسينات جوهرية في واقع المستشفيات السعودية، بما يُعزّز مكانة القطاع الصحي السعودي إقليمياً ودولياً، ويُسهم في تحقيق تطلعات المملكة نحو منظومة صحية عالمية المستوى.

والحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين، سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

مستخلص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور الحوكمة الإدارية بأبعادها الخمسة (الشفافية، المساءلة، المشاركة، سيادة القانون، العدالة) في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي بالمستشفيات السعودية. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي السببي والأسلوب الكمي، واستُخدمت الاستبانة أداة رئيسية لجمع البيانات من عينة عشوائية طبقية بلغت (354) مبحوثاً من العاملين في أقسام الفوترة والتأمين الصحي والمراجعة الطبية والإدارة المالية بالمستشفيات السعودية الحكومية والخاصة. وتمت معالجة البيانات باستخدام برنامج SPSS.

توصّلت الدراسة إلى أن مستوى تطبيق الحوكمة الإدارية في المستشفيات السعودية جاء مرتفعاً بمتوسط عام (3.85)، وأن مستوى الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي جاء مرتفعاً بمتوسط (3.82). كما أثبتت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية للحوكمة الإدارية بأبعادها الخمسة في الحد من الأخطاء، حيث فسّرت هذه الأبعاد ما نسبته (77.6%) من التباين في المتغير التابع، وتصدّر بُعد سيادة القانون قائمة الأبعاد الأكثر تأثيراً، يليه المساءلة، فالشفافية، ثم العدالة، وأخيراً المشاركة.

وأوصت الدراسة بتعزيز الالتزام بمعايير الترميز الطبي الدولية (ICD-10, CPT)، وتصميم نظام متكامل للمحاسبة الإدارية، وتفعيل مشاركة العاملين في اتخاذ القرارات، والاستثمار في الأنظمة الإلكترونية الذكية للفوترة التأمينية، وإدراج مؤشرات الحوكمة ضمن معايير اعتماد المستشفيات.

الكلمات المفتاحية: الحوكمة الإدارية، الشفافية، المساءلة، سيادة القانون، فواتير التأمين الصحي، المستشفيات السعودية.

Abstract

This study aimed to identify the role of administrative governance, with its five dimensions (transparency, accountability, participation, rule of law, and equity), in reducing errors in health insurance invoices at Saudi hospitals. The study adopted a descriptive-analytical causal approach and a quantitative method, using a

questionnaire as the main data collection tool from a stratified random sample of (354) respondents working in billing, health insurance, medical auditing, and financial management departments in Saudi public and private hospitals. Data were analyzed using SPSS software.

The findings revealed that the level of administrative governance implementation in Saudi hospitals was high, with an overall mean of (3.85), while the level of reducing errors in health insurance invoices was also high, with a mean of (3.82). The results confirmed a statistically significant effect of administrative governance dimensions on reducing invoice errors, explaining (77.6%) of the variance in the dependent variable. The rule of law dimension had the strongest impact, followed by accountability, transparency, equity, and finally participation.

The study recommended strengthening compliance with international medical coding standards (ICD-10, CPT), designing an integrated administrative accountability system, activating employee participation in decision-making, investing in intelligent electronic billing systems, and incorporating governance indicators into hospital accreditation standards.

Keywords: Administrative Governance, Transparency, Accountability, Rule of Law, Health Insurance Invoices, Saudi Hospitals.

الملاحق

ملحق (1): استبانة الدراسة

السادة/السيدات العاملين في أقسام الفوترة والتأمين الصحي بالمستشفيات السعودية المحترمين،،،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

يقوم الباحث/الباحثة بإجراء دراسة علمية بعنوان " دور الحوكمة الإدارية في الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي: دراسة ميدانية على المستشفيات السعودية"، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على الدرجة العلمية. ونظراً لأهمية آرائكم في إثراء هذه الدراسة، نرجو التكرم بالإجابة على فقرات الاستبانة بموضوعية ودقة، علماً بأن جميع البيانات ستُعامل بسرية تامة ولن تُستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم،،،

القسم الأول: البيانات الديموغرافية

يُرجى وضع علامة (✓) أمام الإجابة المناسبة:

1. الجنس □ ذكر □ أنثى

2. العمر □: أقل من 30 سنة □ من 30 إلى أقل من 40 □ من 40 إلى أقل من 50 □ 50 سنة فأكثر

3. المؤهل العلمي □ :ثانوية عامة أو أقل □دبلوم □بكالوريوس □ماجستير □دكتوراه

4.سنوات الخبرة □ :أقل من 5 سنوات □من 5 إلى أقل من 10 □من 10 إلى أقل من 15 □ 15 سنة فأكثر

5.نوع المستشفى □ :حكومي □خاص

6.المسمى الوظيفي □ :موظف فوترة □مراجع طبي □محاسب تأمين □مدير قسم □أخرى..... :

القسم الثاني: الحوكمة الإدارية (المتغير المستقل)

يُرجى الإجابة على الفقرات التالية باختيار درجة الموافقة المناسبة = 1) :غير موافق بشدة، 2 = غير موافق، 3 = محايد، 4 = موافق، 5 = موافق بشدة)

البُعد الأول: الشفافية

م	الفقرة	1	2	3	4	5
1	يتم الإفصاح بوضوح عن سياسات وإجراءات الفوترة التأمينية لجميع العاملين في المستشفى.					
2	تتوفر معلومات دقيقة ومحدّثة حول متطلبات شركات التأمين وشروط قبول المطالبات.					
3	تُتاح تقارير دورية للعاملين حول أداء قسم الفوترة ومعدلات رفض المطالبات.					
4	تتسم قنوات التواصل بين قسم الفوترة والأقسام الأخرى بالوضوح والشفافية.					

البُعد الثاني: المساءلة

م	الفقرة	1	2	3	4	5
5	تُحدّد المسؤوليات بوضوح لكل موظف في قسم الفوترة والتأمين الصحي.					
6	يوجد نظام واضح لمحاسبة العاملين عن الأخطاء التي تحدث في فواتير التأمين.					

7						تُطبَّق آليات فعّالة لمتابعة الأداء وتقييمه بشكل دوري في قسم الفوترة.
8						تتحمل الإدارة العليا مسؤولية جودة عمليات الفوترة ومخرجاتها.

الْبُعد الثالث: المشاركة

م	الفقرة	1	2	3	4	5
9	يُشارك العاملون في قسم الفوترة في اتخاذ القرارات المتعلقة بتطوير إجراءات العمل.					
10	تُؤخذ آراء الموظفين بعين الاعتبار عند تصميم أنظمة الفوترة الإلكترونية.					
11	يوجد تعاون فعّال بين الأقسام الطبية والإدارية لضمان دقة الفواتير.					
12	تُعقد اجتماعات دورية لمناقشة مشكلات الفوترة والحلول المقترحة.					

الْبُعد الرابع: سيادة القانون

م	الفقرة	1	2	3	4	5
13	يلتزم المستشفى بجميع اللوائح والأنظمة الصادرة عن مجلس الضمان الصحي التعاوني.					
14	تُطبَّق معايير الترميز الطبي المعتمدة (ICD-10, CPT) بشكل صارم في الفوترة.					
15	توجد سياسات مكتوبة وواضحة تُنظّم جميع عمليات الفوترة التأمينية.					
16	تُطبَّق القواعد واللوائح بشكل متساوٍ على جميع العاملين دون استثناء.					

الْبُعد الخامس: العدالة

م	الفقرة	1	2	3	4	5
17	تُعامل جميع حالات المرضى بعدالة عند إعداد الفواتير التأمينية.					
18	يتم توزيع أعباء العمل بشكل عادل بين موظفي قسم الفوترة.					
19	تُطبَّق معايير موحدة لتقييم أداء العاملين في قسم الفوترة والتأمين.					
20	تُراعى إدارة المستشفى العدالة في التعامل مع شركات التأمين المختلفة.					

القسم الثالث: الحد من الأخطاء في فواتير التأمين الصحي (المتغير التابع)

م	الفقرة	1	2	3	4	5
1	انخفضت معدلات رفض المطالبات التأمينية في المستشفى خلال الفترة الأخيرة.					
2	تراجعت أخطاء الترميز الطبي في فواتير التأمين الصحي بشكل ملحوظ.					
3	قلّت حالات تكرار المطالبات المُرسلّة إلى شركات التأمين.					
4	تحسّنت دقة توثيق الخدمات الطبية المُقدّمة للمرضى في الفواتير.					
5	انخفض عدد الفواتير التي تحتاج إلى إعادة معالجة وتصحيح.					
6	تراجعت الأخطاء المتعلقة بالبيانات الديموغرافية للمرضى في الفواتير.					
7	قلّت حالات إغفال بعض الخدمات المُقدّمة عند إعداد الفواتير.					
8	تحسّنت سرعة تحصيل المستحقات المالية من شركات التأمين.					
9	انخفضت التكاليف الإدارية المرتبطة بمعالجة المطالبات المرفوضة.					
10	تعزّزت جودة عمليات الفوترة التأمينية بشكل عام في المستشفى.					

3. الفصل الرابع: التحليل الإحصائي ومناقشة النتائج

3.1. المقدمة

قائمة المراجع

الملاحق