

عنوان البحث

تقييم فعالية تدقيقات ضمان الجودة في الحد من أخطاء المواقفات الطبية في شركات إدارة مطالبات التأمين
الصحي

إعداد الطالب/ محمد أحمد عبدالله قسم الله

إشراف/

د. الفصيل عبد الحميد

د. فايز جراد

العام الدراسي:

6202

فهرس المحتويات:

الموضوع	الصفحة
الملخص (Abstract)	4
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	5
مقدمة	6
مشكلة الدراسة	7
أهمية الدراسة	8
أهداف الدراسة	10
تساؤلات الدراسة	11
فروض الدراسة	12
النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث	13
الفصل الثاني: الدراسات السابقة	14
مقدمة الفصل الثاني	15
الدراسات السابقة	16
الإطار النظري	17
الفصل الثالث: منهجية البحث	20
مقدمة الفصل الثالث	21
المنهجية وطرق البحث.	22
مجتمع البحث	23
حدود البحث	24
الفصل الرابع: النتائج والتوصيات	25
مقدمة الفصل الرابع	26

27	تحليل البيانات
31	النتائج
33	التوصيات
35	المراجع
36	المراجع العربية
37	المراجع الأجنبية

الملخص: Abstract

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم مدى فعالية عمليات تدقيق ضمان الجودة (QA) في رصد وتحديد أخطاء الموافقات الطبية لدى شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPAs). وقد اعتمد البحث على منهج دراسة الحالة (Case Study) مستنداً إلى بيانات تشغيلية فعلية مستمدة من قسم ضمان الجودة التابع لوحدة الموافقات الطبية.

شمل التحليل ما يقارب 10,000 حالة خضعت للتدقيق، حيث تم تحديد 564 حالة تضمنت أخطاءً في الموافقات تتعلق بتقييم الضرورة الطبية (Medical Necessity)، والالتزام بالسياسات المنظمة، والتحقق من الأهلية، وجودة السجلات، بالإضافة إلى آليات استخدام النظام. وقد خلصت النتائج إلى أن الغالبية العظمى من الأخطاء تعود بشكل أساسي إلى عوامل بشرية، تشمل التباين في التقدير السريري وتفسير السياسات، وليس نتيجة قيود تقنية في الأنظمة التشغيلية.

كما بينت النتائج أن الجزء الأكبر من الأخطاء والخسائر المالية يتركز في عدد محدود من خطوات العمل، لاسيما مراجعة الضرورة الطبية، وفحوصات الامتثال للسياسات، والتحقق من الأهلية. وعلاوة على ذلك، سلط التحليل الضوء على التداعيات المالية الجسيمة لهذه الأخطاء، خاصة في حالات التنويم (Inpatient)، وأثرها المحتمل على سلامة المرضى.

تثبت الدراسة أن تدقيقات ضمان الجودة تلعب دوراً محورياً في تحديد أخطاء الموافقات، وتحليل جذورها المسببة، وتبسيط الضوء على خطوات العمل عالية المخاطر. وتساهم هذه الدراسة في إثراء الأدبيات البحثية الحالية من خلال تقديم تحليل واقعي قائم على البيانات للممارسات المهنية لضمان الجودة داخل بيئة شركات ال (TPA)، كما تقدم توصيات عملية لتحسين الجودة والأداء في عمليات الموافقات الطبية.

الفصل الأول

المقدمة:

في ظل أنظمة الرعاية الصحية المعاصرة، يلعب التأمين الصحي دوراً محورياً في ضمان وصول المرضى إلى الخدمات الطبية اللازمة، مع الحفاظ على ضبط التكاليف والالتزام بالأنظمة واللوائح. وضمن هذا النظام المتكامل، تبرز شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPAs) كحلقة وصل تشغيلية مركزية بين شركات التأمين، ومقدمي الرعاية الصحية، والمرضى؛ حيث تتولى مهام إدارة الموافقات الطبية، ومعالجة المطالبات، وتطبيق سياسات التأمين.

تُعد عملية الموافقات الطبية من أكثر الوظائف حساسية وتأثيراً ضمن أعمال شركات إدارة المطالبات، إذ تنطوي على اتخاذ قرارات حاسمة تتعلق بأهلية المريض، والضرورة الطبية (Medical Necessity)، ونطاق التغطية التأمينية. ولا يقتصر أثر هذه القرارات على النتائج المالية لشركات التأمين فحسب، بل يمتد ليشمل سلامة المرضى وجودة الرعاية المقدمة. فمن شأن الأخطاء في هذه العملية سواء كانت ناتجة عن التحقق الخاطئ من الأهلية، أو سوء تفسير السياسات الإرشادية، أو عدم دقة التقدير السريري أن تؤدي إلى عواقب وخيمة، تشمل الخسائر المالية، والانتهاكات التنظيمية، والأضرار المحتملة التي قد تلحق بالمرضى.

ومن أجل الحد من هذه المخاطر، تعتمد شركات إدارة المطالبات على تدقيقات ضمان الجودة (QA) كآلية رقابية أساسية. وقد صُممت هذه التدقيقات لمراجعة القرارات الطبية بشكل منهجي، وضمان موافقتها مع الأطر التنظيمية، مثل لوائح مجلس الضمان الصحي (CHI)، وتحديد أي انحرافات في الأداء السريري والتشغيلي. وتهدف المنظمات من خلال هذه التدقيقات المهيكلية إلى تحسين دقة القرارات، وتقليل التباين، وتعزيز الكفاءة التشغيلية الشاملة.

وبالرغم من الأهمية الجوهرية لتدقيقات ضمان الجودة، إلا أن العديد من شركات إدارة المطالبات لا تزال تواجه تذبذباً في مقاييس الأداء، مثل دقة القرارات، ومعدلات الامتثال، وتكلفة الجودة الرديئة (COPQ). وهذا يثير تساؤلاً جوهرياً حول الفعالية الحقيقية لهذه التدقيقات في تحقيق النتائج المنشودة، خاصة في بيئات العمل المعقدة وذات الكثافة العالية التي يتداخل فيها التقدير البشري مع الأنظمة التقنية.

تسعى هذه الدراسة إلى تقييم فعالية تدقيقات ضمان الجودة في تحديد أخطاء الموافقات الطبية داخل إحدى شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي العاملة في المملكة العربية السعودية. وبخلاف البحوث التقليدية التي تعتمد على الاستبيانات أو التقييمات الذاتية، تتبنى هذه الدراسة منهجية دراسة الحالة القائمة على البيانات (Data-Driven Case Study)، عبر استقراء البيانات التشغيلية الفعلية لتدقيقات الجودة التي أجريت على أكثر من 10,000 حالة طبية. وتركز الدراسة على تحديد المحركات الرئيسية للأخطاء، وتحليل أثرها على النتائج المالية والسريرية، وتقييم قدرة تدقيقات الجودة على رصد ثغرات الأداء وتقديم رؤى حول المجالات التي تتطلب التطوير.

ومن خلال تقديم أدلة تجريبية مستمدة من واقع بيئة تشغيلية حقيقية، يهدف هذا البحث إلى الإسهام في كل من الأدبيات الأكاديمية والممارسة العملية للإدارة الصحية، وذلك عبر تقديم رؤى قابلة للتطبيق لتطوير ممارسات ضمان الجودة في شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي.

تُعد عملية الموافقات الطبية داخل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPAs) وظيفة حيوية تؤثر بشكل مباشر على الأداء المالي، والامتثال التنظيمي، وسلامة المرضى. وعلى الرغم من تطبيق تدقيقات ضمان الجودة (QA) كآلية رقابية، إلا أن العديد من شركات إدارة المطالبات لا تزال تواجه تبايناً في دقة واتساق القرارات، مما يؤدي إلى عدم كفاءة العمليات التشغيلية وزيادة احتمالية التعرض للمخاطر.

وفي بيئات العمل ذات الكثافة العالية، حيث تتم معالجة آلاف الحالات الطبية بانتظام، فإن وقوع حتى نسبة ضئيلة من الأخطاء قد يؤدي إلى عواقب جسيمة. وقد تنشأ هذه الأخطاء من مصادر متعددة، تشمل إساءة تفسير الضرورة الطبية (Medical Necessity)، والتطبيق غير الصحيح للسياسات الإرشادية مثل قواعد مجلس الضمان الصحي (CHI) وضوابط (HDF)، والتحقق غير الدقيق من الأهلية، بالإضافة إلى الأخطاء في إدخال البيانات على النظام. ولا تقتصر تداعيات هذه الانحرافات على زيادة تكلفة الجودة الرديئة (COPQ) فحسب، بل قد تمتد لتشمل المساس بسلامة المرضى والوقوع في مخالفات تنظيمية.

وتشير الأدلة التجريبية المستمدة من دراسة الحالة المختارة إلى أنه، على الرغم من أنشطة ضمان الجودة المستمرة، لا يزال هناك عدد ملحوظ من الأخطاء يقع عبر الوحدات التشغيلية المختلفة. وعلاوة على ذلك، تتركز هذه الأخطاء في خطوات عمل محددة ذات تأثير عالٍ، لا سيما تلك التي تتطلب تقديراً بشرياً واتخاذاً للقرارات السريرية. وهذا يشير إلى أن ممارسات ضمان الجودة الحالية قد لا تكون فعالة تماماً في معالجة الجذور المسببة للأخطاء أو ضمان الالتزام المستمر بالسياسات والمعايير الطبية.

وثمة قضية حاسمة أخرى تكمن في غياب قياس واضح للفعالية الحقيقية لتدقيقات ضمان الجودة. فبينما تُجرى عمليات الجودة بشكل روتيني، إلا أن هناك تقييماً تحليلياً محدوداً لمدى مساهمة هذه التدقيقات في خفض معدلات الخطأ، أو تحسين دقة القرارات من المرة الأولى، أو تقليل المخاطر المالية والسريرية بمرور الوقت. بالإضافة إلى ذلك، فإن التداخل بين العمليات التقنية والقرارات البشرية يضيف مزيداً من التعقيد، مما يجعل من الصعب عزل المحركات الأساسية لثغرات الأداء.

بناءً على ما تقدم، تتبلور المشكلة الجوهرية التي تعالجها هذه الدراسة في حالة عدم اليقين بشأن فعالية تدقيقات ضمان الجودة في تحديد أخطاء الموافقات داخل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي، لا سيما في بيئات العمل المعقدة وعالية المخاطر. وتسعى هذه الدراسة إلى سد هذه الفجوة من خلال تحليل بيانات تدقيق ضمان الجودة الفعلية، وتحديد المصادر الرئيسية للأخطاء، وتقييم ما إذا كانت ممارسات الجودة الحالية كافية لتحقيق تحسينات مستدامة في الدقة والامتثال وسلامة المرضى.

-أهمية الدراسة.

تنبثق أهمية هذه الدراسة من تركيزها على وظيفة جوهرية وعالية التأثير ضمن منظومة التأمين الصحي، وهي فعالية تدقيقات ضمان الجودة (QA) في عمليات الموافقات الطبية. وبما أن شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPAs) تؤدي دوراً مركزياً في إدارة الخدمات الصحية وضبط التكاليف، فإن ضمان دقة واتساق قرارات الموافقات يُعد أمراً حتمياً للحفاظ على كفاءة النظام، والامتثال التنظيمي، وسلامة المرضى .

من الناحية العملية:

- تقدم هذه الدراسة رؤية قيمة حول التحديات التشغيلية الواقعية التي تواجهها شركات إدارة المطالبات .
- من خلال تحليل بيانات فعلية لتدقيق الجودة لعدد ضخم من الحالات الطبية، تسلط الدراسة الضوء على المصادر الرئيسية للأخطاء، وتداعياتها المالية، وأثرها المحتمل على نتائج الرعاية الصحية للمرضى .
- يتيح ذلك لمتخذي القرار فهماً أعمق لثغرات الأداء وكيفية تنفيذ تحسينات مستهدفة لتعزيز الجودة التشغيلية الشاملة .

من ناحية كفاءة التكلفة:

- تساهم الدراسة في تحسين كفاءة التكلفة من خلال معالجة مفهوم تكلفة الجودة الرديئة (COPQ)
- يؤدي تحديد أخطاء الموافقات إلى تحقيق وفورات مالية كبيرة عبر تقليل الموافقات الخاطئة، وإعادة العمل (Rework)، والمصروفات الطبية غير الضرورية .
- تكتسب هذه النقطة أهمية خاصة في الخدمات عالية التكلفة مثل خدمات التنويم (Inpatient) ، حيث يكون للأخطاء أثر مالي أكبر .

من منظور سلامة المرضى:

- تدعم الدراسة تطوير أطر عمل أكثر أماناً وموثوقية لاتخاذ القرار داخل شركات إدارة المطالبات .
- قد تؤدي أخطاء الموافقات الطبية إلى تأخير العلاج، أو الموافقة على خدمات غير ملائمة، أو رفض الرعاية الضرورية؛ لذا فإن تقييم وتحسين عمليات الجودة يساهم مباشرة في تعزيز جودة الرعاية .

من الناحية الأكاديمية:

- تضيف هذه الدراسة قيمة للأدبيات الحالية عبر تبني منهج دراسة الحالة القائم على البيانات، بدلاً من الاعتماد على الاستبيانات أو التصورات الذاتية .
- تقدم أدلة تجريبية حول العلاقة بين تدقيقات ضمان الجودة والأداء التشغيلي، مما يسد فجوة بحثية في العمليات التشغيلية للتأمين الصحي في السياق السعودي .

- تضع الدراسة أساساً للبحوث المستقبلية عبر تقديم مؤشرات قياس كمية مثل معدلات الخطأ، ونسبة القبول من المحاولة الأولى (FYP) ، وتكلفة الجودة الرديئة (COPQ)
- تدعم تطبيق منهجيات تحسين الجودة، مثل المراقبة المستمرة وتحسين العمليات، داخل الإدارة الصحية.

-أهداف الدراسة.

يتمثل الهدف الرئيس لهذه الدراسة في تقييم فعالية تدقيقات ضمان الجودة (QA) في تحديد أخطاء الموافقات داخل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPAs) ، وذلك باستخدام منهج دراسة الحالة القائم على البيانات. ولتحقيق ذلك، تسعى الدراسة إلى إنجاز الأهداف النوعية التالية :

1. تقييم المستوى الحالي لدقة اتخاذ القرار في عملية الموافقات الطبية من خلال تحليل نتائج تدقيق الجودة وحساب معدل الخطأ الإجمالي .

2. تحديد المصادر والأنواع الرئيسية لأخطاء الموافقات، وخاصة تلك المتعلقة بـ:

○ تقييم الضرورة الطبية .

○ الامتثال لسياسات مجلس الضمان الصحي CHI .

○ التحقق من الأهلية والإحالات .

○ إدخال البيانات واستخدام حقول النظام .

3. تقييم الأثر المالي لأخطاء الموافقات عبر تحليل تكلفة الجودة الرديئة (COPQ) وتحديد فئات الأخطاء عالية التكلفة .

4. فحص العلاقة بين تدقيقات ضمان الجودة ومؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) مثل:

○ نسبة القبول من المحاولة الأولى (FYP) .

○ معدلات الامتثال .

○ مستويات إعادة العمل (Rework) .

5. تقييم أثر أخطاء الموافقات على سلامة المرضى، لاسيما في الحالات التي تتضمن قرارات سريرية واعتمادات علاجية .

6. تحديد مدى فعالية ممارسات ضمان الجودة الحالية في معالجة الجذور المسببة للأخطاء، خاصة تلك المتعلقة باتخاذ القرار البشري وتباين العمليات .

7. اقتراح توصيات واستراتيجيات تحسين قائمة على البيانات تهدف إلى تعزيز فعالية ضمان الجودة، وخفض معدلات الخطأ، وتحسين الأداء التشغيلي الشامل داخل شركات إدارة المطالبات

-تساؤلات الدراسة

بناءً على مشكلة الدراسة وأهدافها، تم صياغة الأسئلة البحثية التالية:

السؤال الرئيس:

- ما مدى فعالية تدقيقات ضمان الجودة (QA) في تحديد أخطاء الموافقات داخل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPAs) ؟

الأسئلة الفرعية:

1. ما هو معدل الخطأ الحالي في عملية الموافقات الطبية بناءً على بيانات تدقيق الجودة؟
2. ما هي المصادر والأنواع الرئيسية لأخطاء الموافقات داخل شركات إدارة المطالبات، وتحديدًا في مجالات: تقييم الضرورة الطبية، والامتثال للسياسات (CHI/HDF)، والتحقق من الأهلية والإحالات، وإدخال البيانات على النظام؟
3. ما هو الأثر المالي لأخطاء الموافقات (COPQ) على عمليات شركة إدارة المطالبات؟
4. كيف ترتبط نتائج تدقيق الجودة بمؤشرات الأداء الرئيسية مثل: نسبة القبول من المحاولة الأولى (FYP)، ودقة القرار، ومستويات إعادة العمل؟
5. إلى أي مدى تؤثر أخطاء الموافقات على سلامة المرضى وجودة الرعاية؟
6. هل ممارسات تدقيق الجودة الحالية كافية لتحديد ومعالجة الجذور المسببة للأخطاء، خاصة تلك المتعلقة باتخاذ القرار البشري؟
7. ما هي استراتيجيات التحسين التي يمكن تطبيقها لتعزيز فعالية ضمان الجودة وتقليل أخطاء الموافقات؟

- فروض الدراسة

تركز هذه الدراسة على تقييم فعالية تدقيقات ضمان الجودة (QA) في رصد أخطاء الموافقات داخل إحدى شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي العاملة في المملكة العربية السعودية. ويتحدد نطاق الدراسة وفقاً للسياق والبيانات والتركيز التحليلي كما يلي :

- **النطاق الوظيفي:** تقتصر الدراسة على وظيفة الموافقات الطبية، وتحديدًا داخل إدارة الموافقات (PIP)، والتي تشمل عمليات موافقات التنويم (IP)، والعيادات الخارجية (OP)، وعمليات الموافقات المؤتمتة. وتفحص الدراسة كيفية إجراء التدقيقات وعلاقتها بنتائجها بدقة القرار والامتثال للسياسات الإرشادية.
- **نطاق البيانات:** تعتمد الدراسة على نتائج فعلية لتدقيقات الجودة تم جمعها خلال فترة مراجعة محددة، لتغطي أكثر من 10,000 حالة طبية. ويستند التحليل إلى الأخطاء المسجلة، وانحرافات الامتثال، ومؤشرات الأداء مثل مستويات الدقة، ونسبة القبول من المحاولة الأولى (FYP)، وتكلفة الجودة الرديئة (COPQ) ولا تستخدم الدراسة بيانات الاستبيانات، بل تعتمد كلياً على نهج دراسة الحالة القائم على البيانات التشغيلية.
- **النطاق الجغرافي والتنظيمي:** تُجرى الدراسة ضمن سياق التأمين الصحي السعودي، مع مراعاة الأطر التنظيمية مثل سياسات مجلس الضمان الصحي (CHI) واللوائح ذات الصلة. لذا، فإن النتائج قابلة للتطبيق بشكل مباشر على شركات إدارة المطالبات التي تعمل تحت بيئات تنظيمية مماثلة.
- **التركيز التحليلي:** تركز الدراسة على تحديد أخطاء اتخاذ القرار التشغيلي والسريري، لاسيما تلك المتعلقة بالضرورة الطبية، والتحقق من الأهلية، والامتثال للسياسات، وإدخال البيانات.
- **خارج النطاق:** لا يشمل نطاق الدراسة وظائف أخرى مثل عمليات تعويض المطالبات خارج مرحلة الموافقة، أو الممارسات السريرية لدى مقدمي الخدمة، أو مقاييس رضا المرضى. كما أنها لا تتضمن التنفيذ الكامل أو التقييم طويل المدى لمبادرات التحسين المقترحة.

-الإطار النظري:

على الرغم من القيمة العلمية والعملية التي توفرها هذه الدراسة حول فعالية تدقيقات ضمان الجودة (QA) داخل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي، إلا أنه يجب الإقرار بوجود عدة محددات منهجية وموضوعية :

- أولاً: نطاق دراسة الحالة: تستند الدراسة إلى دراسة حالة واحدة داخل منظمة (TPA) واحدة تعمل في المملكة العربية السعودية. وبالرغم من ضخامة مجموعة البيانات التي تعكس ظروفًا تشغيلية حقيقية، إلا أن النتائج قد لا تكون قابلة للتعميم بشكل كامل على كافة شركات إدارة المطالبات، لا سيما تلك التي تعمل وفق أطر تنظيمية أو هياكل إدارية مختلفة .
- ثانياً: طبيعة البيانات التاريخية: يعتمد التحليل على بيانات تدقيق ضمان الجودة التاريخية التي تعكس الأداء خلال فترة مراجعة زمنية محددة. ونظراً للتطور المستمر في الممارسات التشغيلية والسياسات والتحسينات التقنية، قد لا تستوعب النتائج بشكل كامل التحسينات المستقبلية في الأداء أو التغييرات في ديناميكيات سير العمل .
- ثالثاً: التركيز الكمي: بينما تحدد الدراسة المصادر الرئيسية للأخطاء وأثرها، إلا أنها تركز في المقام الأول على النتائج الكمية للتدقيق. وهناك بعض العوامل الجوهرية الكامنة مثل سلوك اتخاذ القرار الفردي، وضغوط العمل، وفعالية البرامج التدريبية لم يتم قياسها بشكل مباشر، مما قد يتطلب مزيداً من الاستقصاء النوعي مستقبلاً .
- رابعاً: غياب المتابعة طويلة المدى: تقيم الدراسة فعالية تدقيقات الجودة في تحديد وتقليل الأخطاء، لكنها لا تشمل مرحلة تنفيذ ومتابعة طويلة المدى لقياس الأثر المستدام للتحسينات المقترحة. ونتيجة لذلك، تستند الاستنتاجات المتعلقة بالفعالية على المدى الطويل إلى النتائج المتوقعة بدلاً من النتائج الملاحظة فعلياً بشكل كامل .
- خامساً: الاقتصار على مرحلة الموافقة: تركز الدراسة بشكل محدد على مرحلة الموافقة الطبية، دون تغطية العمليات اللاحقة (Downstream processes) مثل تعويض المطالبات أو القرارات السريرية من جانب مقدم الخدمة. وبالتالي، لم يتم تقييم الأثر الإجمالي على كامل سلسلة القيمة في الرعاية الصحية .

الفصل الثاني
الدراسات السابقة

-مقدمة-

أصبح ضمان الجودة (QA) ركيزة أساسية لا غنى عنها في أنظمة الرعاية الصحية المعاصرة، لا سيما في بيئات العمل التي تؤثر فيها القرارات التشغيلية بشكل مباشر على المخرجات المالية وسلامة المرضى على حد سواء. وفي سياق شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPAs)، تمثل عملية الموافقات الطبية نقطة التقاء حاسمة تتقاطع فيها عوامل التقدير السريري، والامتثال للسياسات المنظمة، والدقة الإدارية؛ وبناءً على ذلك، يعد ضمان جودة هذه القرارات واتساقها أمراً جوهرياً لاستدامة الأداء.

يستعرض هذا الفصل الأدبيات العلمية المتوفرة ذات الصلة بضمنان الجودة في الرعاية الصحية، مع التركيز بشكل خاص على أنظمة التدقيق، واستراتيجيات الحد من الأخطاء، وتحسين الأداء ضمن عمليات التأمين الصحي. كما يتناول الفصل المفاهيم الأساسية المرتبطة بهذا المجال، مثل الضرورة الطبية (Medical Necessity)، والامتثال للسياسات، وتكلفة الجودة الرديئة (COPQ)، والتي تُعد محاور مركزية في تقييم عمليات اتخاذ القرار داخل شركات إدارة المطالبات.

وقد تناولت الدراسات السابقة إدارة الجودة في قطاع الرعاية الصحية من زوايا متعددة، شملت الجودة السريرية، وسلامة المرضى، والكفاءة التشغيلية. وأبرزت العديد من هذه الدراسات الدور الحيوي لعمليات التدقيق المهيكل والمراقبة المستمرة في رصد الانحرافات والارتقاء بمستوى الأداء. ومع ذلك، يعتمد جانب كبير من الأدبيات الحالية على التقييمات النوعية أو المنهجيات القائمة على الاستبيانات، والتي قد لا تستوعب بشكل كامل تعقيدات بيئات العمل التشغيلية الواقعية.

وفي مقابل ذلك، تتبنى هذه الدراسة منهجية دراسة الحالة القائمة على البيانات (Data-Driven Approach)، عبر استخدام بيانات فعلية مستمدة من تدقيقات ضمان الجودة لتقييم الأداء. ومن ثم، يهدف هذا الفصل ليس فقط إلى مراجعة المساهمات النظرية والتجريبية، بل أيضاً إلى تحديد الفجوات البحثية في الأدبيات التي تبرر الحاجة إلى تحليل كمي وعملي أكثر عمقاً.

ينظم هذا الفصل وفق التسلسل الآتي: يبدأ بتقديم نظرة عامة على ضمان الجودة في الرعاية الصحية، تليها مناقشة تدقيقات ضمان الجودة في عمليات التأمين، وتحليل المصادر الرئيسية للأخطاء في الموافقات الطبية، وصولاً إلى استعراض الأثر المالي والسريري لهذه الأخطاء، وفي الختام، يقدم الفصل مقارنة بين الدراسات السابقة ومنهجية البحث الحالية.

يُقصد بضمان الجودة (QA) في قطاع الرعاية الصحية تلك العمليات المنهجية المتبعة لضمان تلبية الخدمات الصحية للمعايير المقررة للجودة والسلامة والفعالية. ويشمل ذلك المراقبة المستمرة والتقييم والارتقاء بالممارسات السريرية والإدارية، بهدف تحقيق أفضل النتائج للمرضى مع الحفاظ على الكفاءة والامتثال للمتطلبات التنظيمية.

وفي أنظمة الرعاية الصحية الحديثة، يرتبط ضمان الجودة ارتباطاً وثيقاً بالمفهوم الشامل لإدارة الجودة، والذي يتضمن التخطيط والرقابة والضمان والتحسين. ويركز ضمان الجودة بشكل محدد على التحقق من تنفيذ العمليات بصورة صحيحة ومتسقة، وفقاً لمعايير وإرشادات محددة مسبقاً. وتكتسب هذه العملية أهمية بالغة في البيئات التي يؤثر فيها اتخاذ القرار بشكل مباشر على رعاية المرضى، كما هو الحال في الموافقات الطبية، والتصريح بالعلاجات، والتدخلات السريرية.

ويُعد التقييس (Standardization) أحد المبادئ الجوهرية لضمان الجودة في الرعاية الصحية. فمن خلال وضع بروتوكولات وإرشادات واضحة مثل المسارات السريرية، ومعايير الضرورة الطبية، وقواعد السياسات تستطيع المنظمات تقليل التباين في اتخاذ القرار وتعزيز الاتساق عبر مختلف الحالات. وفي هذا السياق، تؤدي الجهات التنظيمية، مثل الهيئات الصحية الوطنية وجهات تنظيم التأمين، دوراً رئيسياً في تحديد هذه المعايير لضمان التوحيد والمساءلة عبر النظام الصحي بأكمله.

وثمة جانب هام آخر لضمان الجودة يتمثل في كشف الأخطاء والوقاية منها. حيث تتسم عمليات الرعاية الصحية بالتعقيد وتعدد الأطراف المعنية، بما في ذلك الأطباء والإداريين والأنظمة التقنية. ويزيد هذا التعقيد من احتمالية وقوع الأخطاء، التي قد تنتج عن تقدير سريري غير دقيق، أو نقص في التوثيق، أو سوء تفسير للسياسات. وتهدف أنظمة ضمان الجودة إلى تحديد هذه الأخطاء من خلال المراجعات والتدقيقات المهيكلية، مما يتيح للمنظمات اتخاذ إجراءات تصحيحية ومنع تكرارها.

وعلاوة على ذلك، يساهم ضمان الجودة بشكل كبير في تعزيز سلامة المرضى. إذ إن ضمان دقة القرارات الطبية ومواءمتها مع أفضل الممارسات يقلل من مخاطر العلاجات غير الملائمة، أو التأخير في الرعاية، أو رفض الخدمات الضرورية. وبناءً على ذلك، أصبحت سلامة المرضى محوراً مركزياً في أطر جودة الرعاية الصحية، مع التأكيد على الحاجة إلى عمليات موثوقة ومراقبة مستمرة.

أما من المنظور التشغيلي، فإن ضمان الجودة يدعم الكفاءة وضبط التكاليف. فمن خلال تحديد أوجه القصور في العمليات وتقليل إعادة العمل (Rework) الناتج عن الأخطاء، يمكن للمنظمات تحسين الإنتاجية وتقليل التكاليف غير الضرورية. ويبرز هذا بوضوح في أنظمة الرعاية الصحية القائمة على التأمين، حيث يمكن أن تؤدي الموافقات أو حالات الرفض الخاطئة إلى خسائر مالية ونزاعات بين الأطراف المعنية.

بالإضافة إلى ذلك، أدى دمج التكنولوجيا وتحليل البيانات إلى تعزيز ممارسات ضمان الجودة في الرعاية الصحية. إذ تتيح الأنظمة المؤتمتة، والسجلات الصحية الإلكترونية، وأدوات دعم القرار التقاطاً أكثر دقة للبيانات وتسهيل

المراقبة الفورية لمؤشرات الأداء. ورغم هذه التطورات، يظل التقدير البشري عاملاً حاسماً في الكثير من القرارات الصحية، مما يؤكد الحاجة المستمرة لآليات فعالة لضمان الجودة .

وفي المجمل، يمثل ضمان الجودة في الرعاية الصحية حجر الزاوية لتقديم خدمات آمنة وفعالة وذات كفاءة. فهو يضمن مواءمة العمليات السريرية والإدارية مع المعايير الموضوعة، ويوفر في الوقت ذاته إطاراً للتحسين المستمر .

-الإطار النظري

يستند الإطار النظري لهذه الدراسة إلى مزيج متكامل من نظريات الإدارة وتحسين الجودة التي تفسر كيفية مساهمة تدقيقات ضمان الجودة (QA) في تحديد أخطاء الموافقات الطبية داخل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPAs). وتوفر هذه النظريات أساساً مهيكلًا لفهم العلاقة الجوهرية بين ممارسات التدقيق والأداء التشغيلي للمنظمة .

(1) إدارة الجودة الشاملة (TQM - Total Quality Management)

تتجذر هذه الدراسة بشكل أساسي في مبادئ إدارة الجودة الشاملة، التي تركز على التحسين المستمر، ومنع وقوع الأخطاء، وتحسين العمليات. تركز إدارة الجودة الشاملة على صون معايير عالية من الجودة عبر المراقبة والتقييم المنهجي لكافة العمليات. وفي سياق هذه الدراسة، تُمثل تدقيقات ضمان الجودة ممارسة محورية من ممارسات إدارة الجودة الشاملة؛ فمن خلال المراجعة المستمرة لقرارات الموافقات، ورصد الأخطاء، وتنفيذ الإجراءات التصحيحية، تستطيع المنظمات تعزيز جودة الخدمة والحد من عدم الكفاءة التشغيلية. وبناءً عليه، فإن خفض أخطاء الموافقات يعد انعكاساً لنجاح تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة ضمن عمليات شركات إدارة المطالبات .

(2) نظرية التحسين المستمر

يدعم مفهوم التحسين المستمر (كايزن) المبدأ القائل بأن التحسينات الصغيرة والمتواصلة في العمليات تؤدي إلى نتائج جوهرية على المدى الطويل. وتساهم تدقيقات ضمان الجودة في هذه السلسلة من خلال التحديد الدوري للفجوات وتقديم التغذية الراجعة اللازمة للتطوير. وضمن بيئة شركات إدارة المطالبات، يتيح التدقيق المستمر تحقيق ما يلي :

- الارتقاء التدريجي بدقة اتخاذ القرارات الطبية.
- الحد من تكرار الأخطاء النمطية .
- تطوير تدفقات عمل أكثر كفاءة وسلاسة. وهذا يتماشى تماماً مع هدف الدراسة المتمثل في تحسين دقة الموافقات بمرور الوقت .

(3) نظرية الضبط (Control Theory)

تركز نظرية الضبط على مراقبة الأداء، ومقارنته بالمعايير المقررة، واتخاذ الإجراءات التصحيحية عند رصد أي انحرافات. وتعد هذه النظرية ذات صلة وثيقة بعمليات تدقيق ضمان الجودة. وفي إطار هذه الدراسة :

- تؤدي تدقيقات ضمان الجودة دور آلية المراقبة .
- تمثل الإرشادات الطبية والسياسات التشغيلية المعيار المستهدف .
- يشكل تصحيح الأخطاء والتغذية الراجعة الإجراء الضبطي. تضمن هذه الدورة بقاء قرارات الموافقات متوافقة مع المعايير المحددة مسبقاً، مما يؤدي في نهاية المطاف إلى تقليل الأخطاء .

4) نظرية الخطأ البشري (Human Error Theory)

تستمد الدراسة أبعادها أيضاً من نظرية الخطأ البشري، التي تفسر وقوع الأخطاء في اتخاذ القرار نتيجة عوامل مثل ضغط العمل، أو الإجهاد، أو نقص الخبرة، أو تعقيد الأنظمة التقنية. وتساهم تدقيقات ضمان الجودة في التخفيف من هذه الأخطاء عبر :

- رصد الأخطاء المرتبطة بالعنصر البشري وتصنيفها .
- تحديد الاحتياجات التدريبية اللازمة للموظفين .
- رفع مستوى الوعي بأنماط الأخطاء الشائعة لتجنبها مستقبلاً. يعزز هذا الطرح فكرة أن تقليل أخطاء الموافقات ليس مجرد شأن تقني متعلق بالأنظمة، بل هو قضية مرتبطة بالأداء البشري وتطويره .

تكامل النظريات في الدراسة

يوفر الجمع بين هذه النظريات الأربع فهماً شاملاً ودقيقاً لكيفية عمل تدقيقات ضمان الجودة داخل شركات إدارة المطالبات :

- تضمن إدارة الجودة الشاملة التركيز الشامل على الأداء .
- يدعم التحسين المستمر التطور الدائم والمستدام .
- تكفل نظرية الضبط الالتزام الصارم بالمعايير واللوائح .
- توضح نظرية الخطأ البشري الجذور المسببة للمشكلات التشغيلية. ومعاً، تبرر هذه النظريات الافتراض بأن ممارسات تدقيق ضمان الجودة المهيكلية يمكن أن تقلل بفعالية من أخطاء الموافقات وتدفع بعجلة الكفاءة التشغيلية .

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

-مقدمة.

يستعرض هذا الفصل المنهجية العلمية المتبعة لتقييم فعالية تدقيقات ضمان الجودة (QA) في تحديد أخطاء الموافقات الطبية داخل إحدى شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) وتتبنى الدراسة منهجية دراسة الحالة، معتمدة في ذلك على بيانات تشغيلية واقعية مستمدة من عمليات ضمان الجودة، بدلاً من الاعتماد على أدوات جمع البيانات التقليدية القائمة على الاستبيانات .

ونظراً لعدم توفر بيانات طولية (Longitudinal Data) لمقارنة فترات ما قبل التدخل وما بعده، تركز هذه الدراسة على تقييم فعالية ضمان الجودة من منظور رصد الأخطاء وتصنيفها، وتحديد خطوات العمل عالية المخاطر، بدلاً من القياس المباشر لمدى انخفاض الأخطاء عبر فترات زمنية ممتدة. كما يتناول هذا الفصل تفاصيل تصميم البحث، ومصادر البيانات، وإجراءات جمعها، بالإضافة إلى أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة لتحقيق أهداف الدراسة .

-المنهجية وطرق البحث.

تعتمد هذه الدراسة منهجية البحث الكمي بنظام دراسة الحالة، مع التركيز على تحليل بيانات تدقيق ضمان الجودة الفعلية داخل إحدى شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي. وقد تم اختيار منهج دراسة الحالة لكونه يتيح ما يلي :

- تحليل متعمق للعمليات التشغيلية الواقعية .
 - تقييم فعالية تدقيقات ضمان الجودة في بيئة عمل حقيقية .
 - القياس الدقيق لأخطاء الموافقات قبل وبعد تدخلات ضمان الجودة .
- وتفحص الدراسة العلاقة بين المتغير المستقل (تدقيقات ضمان الجودة) والمتغير التابع (الحد من أخطاء الموافقات) ، مستندة في ذلك إلى البيانات التاريخية والتشغيلية لتقييم أثر ممارسات التدقيق على دقة القرارات .

أولاً: مجتمع البحث

يتمثل مجتمع البحث في كافة حالات الموافقات المسبقة (Prior Authorization) التي تمت معالجتها داخل شركة إدارة المطالبات المختارة. ويشمل ذلك :

- طلبات الموافقات الطبية .
- حالات الإحالة .
- موافقات الأدوية والعلاجات .

ويركز مجتمع البحث تحديداً على الحالات التي تمت مراجعتها من قبل موظفي الموافقات الطبية وخضعت لتدقيق فريق ضمان الجودة .

ثانياً: خصائص العينة

اشْتُقَّت عينة الدراسة من سجلات تدقيق ضمان الجودة، وشملت:

- الحالات التي خضعت للتدقيق خلال فترة زمنية محددة .
- الحالات التي رُصدت فيها أخطاء في الموافقات .
- الحالات التي جرى تصحيحها بعد مراجعة ضمان الجودة .

وتتميز العينة بكونها بيانات تشغيلية واقعية وليست محاكاة، وتغطي قرارات موافقات صحيحة وخاطئة عبر مختلف التخصصات الطبية .

ثالثاً: تحديد حجم العينة

اعتمد تحديد حجم العينة في هذه الدراسة على مدى توفر بيانات تدقيق ضمان الجودة داخل المنظمة المختارة، بدلاً من استخدام الصيغ الإحصائية التقليدية الخاصة بالبحوث القائمة على الاستبيانات. وبناءً على ذلك، تُعد العينة عينة قصْدية (Purposive Sample) ، لتركيزها تحديداً على الحالات المدققة ذات الصلة بأهداف البحث . ويتحدد حجم العينة النهائي من خلال:

- إجمالي الحالات المدققة خلال الفترة الزمنية المختارة، والتي تجاوزت 10,000 حالة .
- اكتمال وموثوقية بيانات ضمان الجودة المتاحة .
- ويساهم استخدام البيانات التشغيلية الكاملة (أو شبه الكاملة) في تعزيز صحة النتائج وتجنب انحيازات العينة المرتبطة بالبيانات المبلغ عنها ذاتياً .

رابعاً: إجراءات جمع البيانات

جُمعت بيانات الدراسة من سجلات وتقارير تدقيق ضمان الجودة الداخلية، وشملت الإجراءات ما يلي:

- استخراج الحالات المدققة من أنظمة ضمان الجودة .
 - تحديد أخطاء الموافقات في كل حالة .
 - تصنيف أنواع الأخطاء (مثل: الضرورة الطبية، عدم مطابقة السياسات) .
 - تسجيل الإجراءات التصحيحية المتخذة .
- وقد تم الحصول على كافة البيانات من الأنظمة التشغيلية القائمة دون الحاجة إلى استبيانات خارجية .

خامساً: أساليب تحليل البيانات

تستخدم الدراسة المناهج الكمية لتحليل العلاقة بين تدقيقات الجودة والحد من الأخطاء، وذلك عبر تطبيق الأساليب الإحصائية التالية:

- الإحصاء الوصفي: لتلخيص البيانات مثل إجمالي الحالات المدققة، وعدد الأخطاء المرصودة .

- حساب معدل الخطأ: ويتم وفق المعادلة التالية

$$\text{Error Rate} = \frac{\text{Number of Incorrect Approvals}}{\text{Total Audited Cases}} \times 100$$

- التحليل المقارن: للمقارنة بين معدلات الخطأ قبل وبعد تدقيقات الجودة .
- تحليل الاتجاهات: (Trend Analysis) لملاحظة التغيرات في معدلات الخطأ بمرور الوقت .

سادساً: حدود الدراسة

- نظراً لطبيعة البحث كدراسة حالة لمنظمة واحدة، فقد لا تكون النتائج المستخلصة قابلة للتعميم بشكل مطلق على كافة شركات إدارة المطالبات الأخرى .
- ترتبط جودة وموثوقية مخرجات الدراسة بمدى دقة وصحة البيانات المسجلة أصلاً في تقارير ضمان الجودة .
- تقتصر الدراسة من الناحية الزمنية والموضوعية على الفترة المحددة للمراجعة ومجموعة البيانات التي تم اختيارها للتحليل.

الفصل الرابع
النتائج والتوصيات

-مقدمة

يستعرض هذا الفصل تحليل البيانات التشغيلية الفعلية المستمدة من وظيفة ضمان الجودة (QA) داخل شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) المختارة. ويتمثل الغرض من هذا التحليل في تقييم فعالية تدقيقات ضمان الجودة في تحديد أخطاء الموافقات، وتحسين دقة اتخاذ القرار، وتقليل المخاطر المالية والسريرية إلى أدنى مستوياتها. يستند التحليل إلى قاعدة بيانات ضخمة من حالات الموافقات المدققة التي تشمل مسارات العمل الخاصة بالتنويم (IP)، والعيادات الخارجية (OP)، والعمليات المؤتمتة. وتتضمن البيانات تصنيفات الأخطاء، وانحرافات الامتثال، والأثر المالي، ومؤشرات سلامة المرضى. ويوفر ذلك تقييماً شاملاً وواقعياً للأداء الحالي وأثر تدخلات ضمان الجودة.

-تحليل البيانات

1. نظرة عامة على مجموعة البيانات

تألفت مجموعة البيانات التي ارتكزت عليها الدراسة من أكثر من 10,000 حالة موافقة مدققة خضعت للمراجعة من قبل قسم ضمان الجودة خلال فترة الدراسة. ومن بين هذا العدد الضخم من الحالات، تم تحديد 564 خطأً استوجبت اتخاذ إجراءات تصحيحية. وتوفر هذه القاعدة العريضة من البيانات أساساً متيناً لتقييم دقة الموافقات وتحديد المجالات الرئيسية للانحراف عن المعايير.

2. حساب معدل الخطأ

تم احتساب معدل الخطأ الإجمالي وفقاً للمعادلة التالية :

$$\text{Error Rate} = (564 \div 10,000) \times 100 = 5.64\%$$

ويشير هذا المعدل إلى النتائج الآتية:

- أن ما يقرب من 94.36% من القرارات المتخذة كانت صحيحة ومطابقة للمعايير .
- أن 5.64% من الحالات تطلبت تصحيحاً أو مراجعة إضافية .
- يعكس هذا المستوى أداءً متوسطاً مع وجود مساحة واضحة للتحسين، خاصة بالنظر إلى الحساسية المالية والسريية لهذه القرارات .

3. توزيع الأخطاء حسب المصدر

أظهر التحليل الإحصائي الحقائق التالية حول مصادر الأخطاء :

- الغالبية العظمى من الأخطاء تنشأ من العمليات التي يقودها العنصر البشري .
- سجلت الأنظمة التقنية المؤتمتة ومنطق النظام مساهمة ضئيلة جداً في وقوع الأخطاء .

وتمثلت المصادر الرئيسية للأخطاء في:

1. تفسير معايير الضرورة الطبية. (Medical Necessity)
2. تفسير السياسات الإرشادية) سواء قواعد مجلس الضمان الصحي CHI أو ضوابط. (HDF)
3. التحقق من أهلية الاستحقاق .

4. أخطاء استخدام حقول النظام .

ويؤكد ذلك أن التقدير البشري و اتساق سير العمل هما المحركان الأساسيان لأخطاء الموافقات .

4. توزيع الأخطاء حسب الأقسام التشغيلية

توزعت الأخطاء المرصودة على ثلاث مناطق عمليات رئيسية :

القسم	مجالات الأخطاء الرئيسية
قسم التنويم (IP)	سجل أخطاء عالية في الامتثال لقواعد HDF/CHI ، وإساءة استخدام حقول النظام، والتقدير الطبي السريري.
العيادات الخارجية (OP)	تمثلت القضايا الرئيسية في تفسير الضرورة الطبية، وقرارات الإدخال والاستثناء، والتعامل مع الإحالات.
الموافقات المؤتمتة	سجلت أدنى معدل خطأ، حيث انحصرت الإشكالات في حاجتها إلى ضبط القواعد

5. الانحرافات في مؤشرات الجودة الحيوية (CTQ)

ارتبطت أكثر الانحرافات تكراراً بمؤشرات الجودة الحيوية التالية: الامتثال لقواعد HDF ، والامتثال لسياسات مجلس الضمان الصحي (CHI) ، والتحقق من الأهلية، وجودة التوثيق .وقد سجل قسم التنويم 49 انحرافاً، بينما سجل قسم العيادات الخارجية 44 انحرافاً في هذه المؤشرات .

6. الأثر المالي) تكلفة الجودة الرديئة (COPQ -

كشف التحليل عن أثر مالي ملموس للأخطاء المرصودة :

• قسم التنويم :بلغت تكلفة الجودة الرديئة حوالي 1.2 مليون ريال سعودي .

• قسم العيادات الخارجية :بلغت التكلفة حوالي 106,000 ريال سعودي .

المحركات الرئيسية لهذه الخسائر المالية :أخطاء الضرورة الطبية، وسوء تطبيق ضوابط HDF ، وطلبات التكرار، والحالات غير الصحيحة للإجراءات الطبية .

7. الأثر على سلامة المرضى

لم يقتصر التحليل على الجانب المالي، بل سلط الضوء على المخاطر السريرية؛ حيث تم تحديد حوالي 111 حالة ذات صلة بسلامة المرضى. وتعود الأسباب الرئيسية لهذه الحالات إلى وجود فجوات في التوثيق، وقرارات أهلية أو إحالة غير صحيحة، وأخطاء في معايير الخروج من المستشفى أو تمديد الإقامة. ويؤكد هذا أن تدقيقات ضمان الجودة تمثل صمام أمان حيويًا لسلامة المرضى.

- تقييم الأداء وأثر تدقيقات ضمان الجودة

1. الأثر على دقة اتخاذ القرار نسبة القبول من المحاولة الأولى

تُقاس دقة اتخاذ القرار باستخدام مؤشر نسبة القبول من المحاولة الأولى (First Yield Pass - FYP)، والذي يعكس النسبة المئوية للموافقات الصحيحة من المراجعة الأولى دون الحاجة إلى إعادة عمل. وقد أظهر التحليل النتائج التالية:

- تباين مستويات الـ FYP عبر الأقسام المختلفة (التنويم، العيادات الخارجية، والعمليات المؤتمتة).
- يرتبط انخفاض مستوى الـ FYP بزيادة معدلات الخطأ، وارتفاع حجم إعادة العمل، وعدم اتساق مخرجات القرارات.
- سجل قسم التنويم (IP) مستويات FYP منخفضة نتيجة الانحرافات في ضوابط HDF/CHI وإساءة استخدام حقول النظام.
- تعود تقلبات هذا المؤشر في العيادات الخارجية (OP) بشكل أساسي إلى تباين تفسير معايير الضرورة الطبية.
- تساهم تدقيقات ضمان الجودة بشكل محوري في تحديد نقاط الضعف في اتخاذ القرار، وتعزيز الاتساق، والارتقاء بدقة المراجعة الأولى.

2. العلاقة بين الأخطاء وإعادة العمل (Rework)

أثبتت النتائج وجود علاقة مباشرة بين وقوع الأخطاء وحجم إعادة العمل المطلوب. وتتجلى هذه العلاقة في الآتي:

- مع ارتفاع معدلات الخطأ، تزداد الحاجة لإعادة تقييم الحالات، مما يطيل زمن المعالجة ويقلل الكفاءة التشغيلية.
- تساعد تدقيقات ضمان الجودة في الرصد المبكر للأخطاء وتقليل التصحيحات المتكررة.
- يؤدي تحديد أخطاء الموافقات بشكل مباشر إلى خفض مستويات إعادة العمل وتعزيز الإنتاجية.

3. تحديد خطوات العمل عالية التأثير

كشف التحليل أن عدداً محدوداً من خطوات العمل يساهم في الجزء الأكبر من الأخطاء والخسائر المالية. وتتمثل هذه الخطوات الحرجة في :

1. مراجعة الضرورة الطبية: (Medical Necessity Review) سجلت أعلى عدد من الأخطاء، وهي المساهم الأكبر في تكلفة الجودة الرديئة (COPQ) ومخاطر سلامة المرضى .
2. استخدام حقول النظام: تؤدي الإدخالات الخاطئة أو الناقصة للبيانات إلى قرارات أهلية غير صحيحة، وخطأ في مدة الإقامة (LOS) ، وسوء تطبيق السياسات .
3. فحوصات الامتثال لسياسات مجلس الضمان الصحي (CHI) وضوابط (HDF) يظهر سوء تفسير هذه القواعد بشكل متكرر عبر كافة الوحدات .
4. التحقق من الأهلية والإحالات: تشمل الأخطاء التقييم غير الدقيق للأهلية وأخطاء مسارات الإحالة .
5. جودة التوثيق: يؤدي نقص الوثائق الجوهرية إلى تأخير المعالجة وتكرار العمليات التشغيلية .

4. فعالية تدقيقات ضمان الجودة

بناءً على التحليل، تظهر فعالية تدقيقات ضمان الجودة في المجالات التالية:

- رصد الأخطاء: تحديد الانحرافات في القرارات الطبية والسياساتية والتشغيلية .
- تحديد الجذور المسببة: (Root Cause) كشف أن معظم المشكلات مرتبطة بالعنصر البشري والعمليات، وليست ناتجة عن قصور في الأنظمة التقنية .
- تحسين الأداء: من خلال تقديم تغذية راجعة مهيكلية ودعم المبادرات التدريبية والإجراءات التصحيحية .
- تقليل المخاطر: الحد من الخسائر المالية، وحوادث سلامة المرضى، ومخالفات الامتثال .

5. الأثر المالي والتشغيلي

تساهم تدقيقات ضمان الجودة في تحقيق تحسينات ملموسة كما يلي:

- الأثر المالي: يُقدر خفض الخسائر المالية المتوقع بنسبة تتراوح بين 30-40%، ما يعادل وفورات سنوية تتراوح بين 460,000 إلى 620,000 ريال سعودي .
- الأثر التشغيلي: تقليل مستويات إعادة العمل، وتأخير المعالجة، وتكرار الأخطاء .
- سلامة المرضى: يتوقع انخفاض الحالات المرتبطة بسلامة المرضى بنسبة تتراوح بين 30-45% .

6. رؤية جوهريّة

يؤكد التحليل أن تدقيقات ضمان الجودة لا تُعد مجرد آلية رقابية فحسب، بل هي أداة استراتيجية تساهم مباشرة في تحسين الدقة، وخفض التكاليف، وتعزيز سلامة المرضى.

- مناقشة النتائج

يهدف هذا القسم إلى تفسير النتائج المستخلصة من تحليل البيانات وربطها بأهداف الدراسة والأدبيات العلمية التي تم استعراضها في الفصل الثاني. كما يوضح كيف تؤثر تدقيقات ضمان الجودة (QA) على دقة الموافقات، والكفاءة التشغيلية، والحد من المخاطر داخل بيئة شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA).

1. تدقيقات ضمان الجودة وتحديد أخطاء الموافقات :

كشفت النتائج أن تدقيقات ضمان الجودة تؤدي دوراً جوهرياً في رصد أخطاء الموافقات والحد منها؛ حيث أظهر معدل الخطأ البالغ 5.64% وجود حاجة فعلية للمراجعة التصحيحية. وتدعم هذه النتائج ما أكدته الدراسات السابقة بأن آليات التدقيق المستمرة تعزز دقة اتخاذ القرار، وتسهم حلقات التغذية الراجعة المهيكلية في تقليل الأخطاء المتكررة، كما ترفع أنظمة المراقبة من مستوى الامتثال للسياسات المنظمة. وتثبت هذه المخرجات ضرورة وجود تدقيقات دورية لفرض الرقابة على قرارات طبية معقدة تتطلب مزيجاً من التقدير السريري وتفسير الأنظمة.

2. العوامل البشرية كمصدر رئيسي للأخطاء:

من أهم ما خلصت إليه الدراسة هو أن الغالبية العظمى من الأخطاء تعود إلى عوامل مرتبطة بالعنصر البشري، وليس نتيجة قصور في الأنظمة التقنية. وشمل ذلك سوء تفسير الضرورة الطبية، والتطبيق الخاطئ لسياسات مجلس الضمان الصحي (CHI) وضوابط الصندوق (HDF)، وعدم الاتساق في استخدام حقول النظام، والمراجعة غير المكتملة للوثائق المرفقة. ويتسق هذا مع الأدبيات التي تعد تباین التقدير البشري مخاطرة رئيسية في أنظمة القرار الصحي؛ مما يبرز أهمية تحسين التدريب، والتقييس، وتطوير أدوات دعم القرار لتقليل معدلات الخطأ بشكل كبير.

3. تركيز الأخطاء في خطوات عمل محورية :

كشفت التحليل أن عدداً محدوداً من خطوات العمل يساهم في الجزء الأكبر من الأخطاء والخسائر المالية، لاسيما مراجعة الضرورة الطبية، وفحوصات الامتثال، والتحقق من الأهلية والإحالات. تتوافق هذه النتيجة مع مبدأ باريتو (قاعدة 20/80) المتعارف عليه في إدارة الجودة، حيث يتسبب عدد قليل من الأسباب في معظم المشكلات. ويشير هذا بوضوح إلى أن إجراء تحسينات مستهدفة في هذه المجالات سيحقق مكاسب نوعية في الأداء العام.

4. التداعيات المالية والتشغيلية:

أثبتت الدراسة أن أخطاء الموافقات لها أثر مالي مباشر، وتحديدًا في حالات التنويم حيث تكون تكلفة الجودة الرديئة (COPQ) مرتفعة بشكل ملحوظ. وتُظهر الوفورات المالية المتوقعة (بنسبة 30-40%) أن تدقيقات ضمان

الجودة توفر رؤية واضحة لمحركات التكلفة ومجالات الهدر المالي. ومن الناحية التشغيلية، تؤدي الأخطاء إلى زيادة حجم إعادة العمل (Rework) ، مما يقلل الكفاءة ويؤثر سلباً على زمن معالجة الطلبات.(TAT)

5. الأثر على سلامة المرضى:

يُبرز وجود حالات مرتبطة بسلامة المرضى الأهمية السريرية لتدقيقات الجودة؛ فأخطاء الضرورة الطبية، وقرارات الأهلية، ونقص التوثيق تؤثر مباشرة على نتائج الرعاية. إن الانخفاض المتوقع في حوادث سلامة المرضى بنسبة (30-45%) يثبت أن هذه التدقيقات تساهم في اتخاذ قرارات سريرية أكثر أماناً وتحسين مخرجات المرضى، وهو ما يتماشى مع الأدبيات التي تربط بين دقة القرار وسلامة المريض.

6. مساهمة الدراسة الحالية :

بالمقارنة مع الدراسات السابقة، يقدم هذا البحث دراسة حالة واقعية قائمة على بيانات تشغيلية فعلية، مع تحقيق التكامل بين المنظور السريري والتشغيلي والمالي. وتوفر الدراسة رؤى عملية حول الجذور المسببة للأخطاء وخطوات العمل عالية المخاطر ذات الأثر التجاري الملموس، بعيداً عن الدراسات النظرية المجردة.

7. خلاصة المناقشة :

تؤكد المناقشة أن تدقيقات ضمان الجودة توفر رؤية هيكلية لأنماط الأخطاء وتسمح بتدخلات مستهدفة. وبما أن معظم الأخطاء بشرية المصدر وتتركز في خطوات محددة، فإن معالجتها تضمن تحقيق وفورات مالية وكفاءة تشغيلية وسلامة سريرية. وتساهم الدراسة بتقديم إطار عمل قائم على مؤشرات الأداء (KPIs) مثل نسبة القبول من المحاولة الأولى (FYP) و تكلفة الجودة الرديئة (COPQ)

-الخاتمة

بناءً على تحليل بيانات تدقيق ضمان الجودة (QA) داخل شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) المختارة، تؤكد الدراسة أن تدقيقات الجودة تلعب دوراً أساسياً في تحديد أخطاء الموافقات، وتحليل جذورها المسببة، ودعم جهود تحسين الجودة المستهدفة.

وأظهرت النتائج أنه على الرغم من صحة غالبية القرارات، إلا أن هناك نسبة ملموسة تتطلب تصحيحاً، مما يبرز أهمية المراقبة المستمرة. كما نجحت تدقيقات الجودة في تحديد الانحرافات المتعلقة بالضرورة الطبية، والامتثال للسياسات، ودقة البيانات. وكشفت الدراسة أن معظم الأخطاء ناتجة عن عوامل بشرية متمثلة في تباين التقدير الطبي وسوء تفسير الأنظمة، وأن هذه المشكلات تتركز في عدد محدود من خطوات العمل.

ختاماً، لا تُعد تدقيقات ضمان الجودة مجرد آلية للرقابة فحسب، بل هي وظيفة استراتيجية تدعم الدقة والامتثال والكفاءة وسلامة المرضى في بيئة عمل شركات إدارة المطالبات.

-التوصيات:

في ضوء نتائج هذه الدراسة، تم وضع التوصيات التالية:

1. تعزيز دعم القرار السريري:

- تطبيق نماذج موحدة للمسوغات السريرية.
- اعتماد قوائم تدقيق (Checklists) مهيكلية لتقييم الضرورة الطبية.
- تكثيف المراجعة من قبل كبار الأطباء للحالات المعقدة أو عالية المخاطر.

2. تطوير التدريب ورفع مستوى الوعي:

- تنفيذ برامج تدريبية دورية حول سياسات مجلس الضمان الصحي (CHI) وضوابط (HDF).
- التركيز على تحسين مهارات تفسير معايير الضرورة الطبية.
- استخدام سيناريوهات من حالات واقعية لتعزيز التعلم التطبيقي.

3. تحسين الضوابط التقنية في الأنظمة:

- إدراج فحوصات تحقق مؤتمتة في حقول القرار الأساسية بالنظام.

- تفعيل تنبيهات النظام عند رصد بيانات ناقصة أو متضاربة.
 - تطبيق قواعد "الإيقاف الصارم (Hard-stop rules)" لمنع تمرير الأخطاء الجوهرية.
4. استهداف خطوات العمل عالية المخاطر:
- تركيز جهود التحسين على مراجعة الضرورة الطبية، وفحوصات الامتثال، والتحقق من الأهلية والإحالات.
5. تحسين جودة التوثيق:
- إلزامية اكتمال التوثيق كشرط مسبق لصدور الموافقة.
 - وضع معايير واضحة لجودة التوثيق ومنع الموافقات في حال نقص المستندات الجوهرية.
6. تعزيز مراقبة الأداء:
- تطوير لوحات تحكم (Dashboards) لمتابعة معدلات الخطأ ومؤشرات الـ (FYP) والـ (CTQ)
 - مراقبة الأداء على مستوى الأفراد والأقسام بشكل دوري.
7. الحد من الأثر المالي (تكلفة الجودة الرديئة):
- التركيز على فئات الأخطاء عالية التكلفة وتتبع أثرها المالي بانتظام لمنع تكرارها.
8. تحسين ضوابط سلامة المرضى:
- تعزيز إجراءات التحقق من القرارات السريرية ومراقبة الحالات عالية المخاطر عن كثب.

المراجع

المراجع العربية

- مجلس الضمان الصحي.(2023) .
الدليل الإرشادي لسياسات التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية.
الرياض: مجلس الضمان الصحي.
- وزارة الصحة السعودية.(2022) .
دليل تحسين جودة وسلامة المرضى في المنشآت الصحية.
الرياض: وزارة الصحة.
- الشمري، فهد بن ناصر.(2021) .
إدارة الجودة في المؤسسات الصحية.
الرياض: دار المسيرة.
- القحطاني، محمد بن عبد الله.(2020) .
إدارة المخاطر في القطاع الصحي.
الرياض: مكتبة العبيكان.

Quality Assurance Department. (2024).

Quality Performance Review Report – Approvals Department (IP/OP/Automation).

Health Insurance TPA, Saudi Arabia. (Unpublished internal document).

Donabedian, A. (1988).

The quality of care: How can it be assessed?

Journal of the American Medical Association, 260(12), 1743–1748.

Institute of Medicine. (2001).

Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.

Washington, DC: National Academy Press.

ISO. (2015).

ISO 9001:2015 Quality Management Systems – Requirements.

International Organization for Standardization.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996).

The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action.

Harvard Business School Press.

Juran, J. M. (1999).

Juran's Quality Handbook (5th ed.).

McGraw-Hill.

Evans, J. R., & Lindsay, W. M. (2020).

Managing for Quality and Performance Excellence (11th ed.).

Cengage Learning

Abstract الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم مدى فعالية عمليات تدقيق ضمان الجودة (QA) في رصد وتحديد أخطاء الموافقات الطبية لدى شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPAs). وقد اعتمد البحث على منهج دراسة الحالة (Case Study) مستنداً إلى بيانات تشغيلية فعلية مستمدة من قسم ضمان الجودة التابع لوحدة الموافقات الطبية. شمل التحليل ما يقارب 10,000 حالة خضعت للتدقيق، حيث تم تحديد 564 حالة تضمنت أخطاءً في الموافقات تتعلق بتقييم الضرورة الطبية (Medical Necessity)، والالتزام بالسياسات المنظمة، والتحقق من الأهلية، وجودة السجلات، بالإضافة إلى آليات استخدام النظام. وقد خلصت النتائج إلى أن الغالبية العظمى من الأخطاء تعود بشكل أساسي إلى عوامل بشرية، تشمل التباين في التقدير السريري وتفسير السياسات، وليس نتيجة قيود تقنية في الأنظمة التشغيلية.

كما بينت النتائج أن الجزء الأكبر من الأخطاء والخسائر المالية يتركز في عدد محدود من خطوات العمل، لاسيما مراجعة الضرورة الطبية، وفحوصات الامتثال للسياسات، والتحقق من الأهلية. وعلاوة على ذلك، سلط التحليل الضوء على التداعيات المالية الجسيمة لهذه الأخطاء، خاصة في حالات التنويم (Inpatient)، وأثرها المحتمل على سلامة المرضى.

تثبت الدراسة أن تدقيقات ضمان الجودة تلعب دوراً محورياً في تحديد أخطاء الموافقات، وتحليل جذورها المسببة، وتسليط الضوء على خطوات العمل عالية المخاطر. وتساهم هذه الدراسة في إثراء الأدبيات البحثية الحالية من خلال تقديم تحليل واقعي قائم على البيانات للممارسات المهنية لضمان الجودة داخل بيئة شركات ال (TPA)، كما تقدم توصيات عملية لتحسين الجودة والأداء في عمليات الموافقات الطبية.



Midocean University

College of Management

Department of Business Administration

Title in English

**Evaluating the Role of Quality Assurance Audits in Detecting and Analyzing
Approval Errors in Health Insurance TPAs**

Prepared by:

Mohamed Ahmed Abdalla Gesmallah

Supervised by:

Dr. Al-Faisal Abdulhameed

Dr. Fayez Jarad

Year: 2026