

أثر مكونات التأمين الصحي في تحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران

عليان زابن مسفر الحلة* أحمد إدريس عبده إدريس**

تاريخ تسلّم البحث : 2024/7/17م

تاريخ قبول النشر : 2024/10/2م

المخلص

سعت الدراسة إلى التعرف إلى أثر مكونات التأمين الصحي بأبعاده الخمسة (شمولية الخدمات المقدمة، وتكلفة نظام التأمين الصحي، وطرائق دفع المطالبات المالية لمقدمي خدمة التأمين الصحي، والتتقيف والتوعية بالمشاكل الصحية، والتشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض) في تحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران. واستخدمت المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت على الاستبانة أداة لجمع البيانات، وتوزيعها على عينة عشوائية بسيطة من موظفي الإدارة العامة للشؤون الصحية بمدينة نجران بلغت (116) موظفًا وموظفة.

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: وجود علاقة ذات دلالة إحصائية لأبعاد مكونات التأمين الصحي على تحسين جودة الرعاية الصحية، وكان الأكثر تأثيراً بحسب الترتيب (التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض، والتتقيف والتوعية بالمشاكل الصحية، وطرائق دفع المطالبات المالية لمقدمي خدمة التأمين الصحي، وتكلفة نظام التأمين الصحي، شمولية الخدمات المقدمة)، لا توجد فروق في إجابات أفراد العينة حول مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة).

وتم تقديم عدد من التوصيات، أهمها: زيادة الاهتمام بمكونات التأمين الصحي، زيادة شمولية التأمين الصحي وتغطية شاملة لمختلف الخدمات الطبية، تشجيع الوقاية والتتقيف بالنمط الحياتي الصحي، تعزيز نظام الشفافية والمساءلة داخل سوق التأمين الصحي، زيادة الاهتمام بتيسير الإجراءات المالية لمقدمي الخدمات الصحية.

الكلمات المفتاحية: التأمين الصحي، مكونات التأمين الصحي، تحسين الرعاية الصحية.

1- مقدمة:

المخرج الملائم لمواجهة المخاطر الصحية وتبعاتها، لذلك أصبح التأمين الصحي بمكوناته المختلفة يشغل بال الحكومات في العالم المعاصر، حيث يظهر مواقفها تجاهه عن مدى اهتمام الدولة أو تجاهلها لأثره، فيه فقد أصبح التأمين الصحي مثار اهتمام الدول في ظل انتشار الأمراض المزمنة والأوبئة المختلفة. كذلك تمثل خدمات الرعاية الصحية والتي تركز على التغطية الصحية الشاملة للمرضى من الخدمات الصحية - من أهم أولويات الدولة، خاصة في ظل نمو الاقتصاد السعودي وتطوير خطط التنمية الرامية إلى بناء اقتصاد إنتاجي لا يعتمد على مصدر وحيد كمحرك أساسي لعجلة التنمية، مما أدى إلى

يعد التأمين الصحي من أهم أنواع التأمين ضد المخاطر الصحية التي يتعرض لها الإنسان، من خلال مبدأ تجميع المخاطر أي جمع المخاطر التي تصيب أفراد المجتمع أو مجموعة منه، والعمل على تقاسم المخاطر بين الأفراد بشكل متساوٍ عبر جمع الأموال لمواجهة المخاطر الصحية المحتملة، وذلك بغرض تخفيف الأعباء التي يتكبدها الأفراد بصورة منفردة. وينظر أفراد المجتمع إلى التأمين على أنه

* اختصاصي خدمات طبية - مدير مركز الأزمات والكوارث الصحية بفرع وزارة الصحة بمنطقة نجران.

** أستاذ إدارة الأعمال المساعد - جامعة نجران - كلية إدارة الأعمال ، سابقاً جامعة - كسلا - السودان

للسؤالون الصحية بنجران؟ ويتفرع منه التساؤلات الآتية:

ترقيم الأسئلة الفرعية

2-1-1 ما درجة العلاقة بين شمولية الخدمات

المقدمة والرعاية المقدمة في منطقة نجران؟

2-1-2 ما مستوى العلاقة بين تكلفة نظام التأمين

الصحي والرعاية الصحية في منطقة نجران؟ لم

يتحقق الهدف

2-1-3 إلى أي درجة تؤثر طرق دفع المطالبات

المالية لمقدمي خدمة التأمين الصحي في تقديم

الرعاية الصحية بمنطقة نجران؟

2-1-4 ما مستوى تأثير التثقيف والتوعية بالمشاكل

الصحية في جودة الرعاية الصحية؟

2-1-5 ما درجة العلاقة بين التشخيص السليم

والعلاج الملائم للأمراض والرعاية الصحية؟

2-1-6 ما مدى وجود الفروق الإحصائية في

إجابات أفراد العينة حول التأمين الصحي، وتحسين

جودة الرعاية الصحية تعزى للمتغيرات الديمغرافية

والمتمثلة بـ: (الجنس، العمر، المؤهل العلمي،

المستوى الوظيفي، سنوات الخبرة).

3- أهداف الدراسة:

في ضوء تحديد مشكلة الدراسة وتساؤلاتها يمكن

تحديد مجموعة من الأهداف التي تسعى الدراسة إلى

تحقيقها منها الآتي:

3-1 التعرف على دور مكونات التأمين الصحي

والمتمثلة في: (شمولية الخدمات المقدمة، تكلفة نظام

التأمين الصحي، طرق دفع المطالبات المالية، والتوعية

بالمشاكل الصحية والتشخيص السليم والعلاج الملائم

للأمراض) في تحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة

نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران.

3-2 تحديد الفروق الإحصائية في إجابات أفراد العينة

حول التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية

تعزى للمتغيرات الديمغرافية والمتمثلة بـ: (الجنس، العمر،

المؤهل العلمي، المستوى الوظيفي، سنوات الخبرة).

ظهور العديد من القطاعات التي ارتفعت نسبة إسهامها في الناتج المحلي بشكل ملحوظ، وكان من بينها قطاع التأمين.

يعد التأمين الصحي من العناصر الأساسية في تحسين وتوفير جودة الرعاية الصحية اللازمة لشرائح واسعة من المجتمع. كما يخفف من العبء المالي الواقع على ميزانية الدولة المخصص للقطاع الصحي.

فعلى سبيل المثال، بلغ عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية الأولية نحو 35 مليون زيارة من إجمالي سكان المملكة البالغ حالياً نحو 36 مليون نسمة (البنك المركزي السعودي، 2022). ومن المتوقع أن

يصل عدد السكان إلى 50 مليون نسمة بحلول عام 2030 (رؤية المملكة 2030). هذا النمو السكاني المستمر يبرز الحاجة إلى الارتقاء بجودة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة. وأصبح تقديم خدمات

رعاية صحية ذات جودة عالية مطلباً مشتركاً يخدم أهداف ومصالح جميع الأطراف المتعاملة مع المؤسسات الصحية (دريدي، 2014).

2- مشكلة الدراسة:

في إطار اهتمام المملكة العربية السعودية بتعزيز الكفاية والجودة في قطاع الرعاية الصحية، فتحت وزارة الصحة الباب أمام زيادة الاستثمارات الخاصة داخل القطاع، كما استحدثت لوائح تأمين إلزامية. وقد أدى ذلك إلى نمو قوي في سوق التأمين الصحي،

ومن المتوقع أن يؤدي إلى توسع سريع في التأمين الصحي الخاص بنسبة نمو سنوي تقدر بـ 7% في إجمالي أقساط التأمين المكتتبه بحلول عام 2030، وارتفاع بنسبة 15% في قيمة المطالبات بحلول عام 2025 (بيرغر، 2022).

ومن هذا المنطلق يمكن بلورة مشكلة الدراسة من خلال الإجابة على التساؤل الرئيس الآتي:

2-1 ما دور مكونات التأمين الصحي في تحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الإدارة العامة

4- أهمية الدراسة:

تتم أهمية الدراسة الحالية في طبيعة الموضوع الذي يتناول مكونات التأمين الصحي وتحسين جودة الرعاية الصحية، والتي تُعد من الموضوعات المعاصرة نسبياً. ويمكن بيان أهمية الدراسة من خلال النقاط الآتية:

1-4 تناولت الدراسة موضوعاً مهماً وحديثاً من موضوعات الإدارة الحديثة، والذي تسعى المملكة العربية السعودية إليه من خلال رؤية 2030، وتعزيزه وتبنيه في جميع قطاعات الدولة.

2-4 واقع الرعاية الصحية في المملكة يعد من أهم الأسباب للاهتمام بمكونات التأمين الصحي حيث إن الخدمات الصحية تقع بمعظمها على الدولة وتشكل عبئاً كبيراً يحد من التطور النوعي في الخدمات.

3-4 ندرة الأبحاث والدراسات حسب ما ظهر للباحثين، التي تناولت أثر مكونات التأمين الصحي في تحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران.

4-4 يأمل أن تضيف هذه الدراسة مادة علمية جديدة للمكتبة السعودية والعربية والباحثين المهتمين في هذا المجال.

5- فرضيات الدراسة:

في ضوء مشكلة الدراسة وأهدافها يتم صياغة فرضيات الدراسة في الفرضيات الآتية:

1-5 الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد أثر إيجابي لمكونات التأمين الصحي في تحسين جودة الرعاية الصحية، من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران.

ويتفرع من الفرضية الرئيسية الأولى الفرضيات الآتية:

- الفرضيات الفرعية:

1-1-5 توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين شمولية الخدمات المقدمة، والرعاية المقدمة في مدينة نجران.

2-1-5 توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين (تكلفة نظام التأمين الصحي للأمراض والرعاية المقدمة) في مدينة نجران.

3-1-5 توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين طرائق دفع المطالبات المالية، والتوعية بالمشاكل الصحية والرعاية المقدمة في مدينة نجران.

4-1-5 توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض والرعاية الصحية المقدمة في مدينة نجران.

2-5 الفرضية الرئيسية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات أفراد العينة حول مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة).

1-2-5 توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات أفراد العينة حول مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران تعزى لمتغير الجنس.

2-2-5 توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات أفراد العينة حول مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

6- حدود الدراسة:

1-6 الحدود الموضوعية: ركزت الدراسة الحالية على تحليل أثر مكونات التأمين الصحي في تحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بمنطقة نجران.

الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، والاستبانة أداة لجمع المعلومات. وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج: منها وجود نقص في أعداد الكوادر الطبية والصحية، وقلة المراكز الصحية، وضعف في تطوير الخدمات الصحية الأولية والثانوية والثالثة.

- دراسة العتيبي (2019) بعنوان: جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين دراسة تطبيقية على شركات التأمين بمحافظة الطائف. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج: انخفاض مستوى جودة التأمين الصحي التي تقدمها شركات التأمين من وجهة نظر عملائها، وأوصت الدراسة: بضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمات الصحية بشركات التأمين.

- دراسة حوالف (2019) بعنوان: مستقبل التأمين الصحي في الوطن العربي وأثره على جودة الخدمات الصحية. ركزت الدراسة على الدراسة الكمية من الدراسات والبحوث السابقة. وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج: تحديث معايير للجودة على المستوى القومي مبنية على الدراسات والبحوث تتناسب مع الموارد المتاحة، وضع آليات لتطبيق نظام جودة الخدمات الصحية واعتماد وتراخيص المنشآت في المستويات المختلفة مع خلق مناخ عام داعم للجودة من قبل متخذي القرار ومقدمي الخدمة والمنتفعين بها في كل القطاعات العاملة في تقديم الخدمات الصحية.

- دراسة رجب (2020) بعنوان: الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية. استخدمت الدراسة المنهج الكمي. وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج منها: تزايد أهمية مشاركة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية، وأوصت الدراسة: بالاهتمام بالعدالة في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين.

- دراسة الديك (2022) بعنوان: تحديات التأمين

6-2 الحدود البشرية: موظفو الإدارة العامة للشؤون الصحية بمدينة نجران.

6-3 الحدود المكانية: الإدارة العامة للشؤون الصحية بمدينة نجران.

6-4 الحدود الزمنية: انحصرت حدود الدراسة التطبيقية في المدة الزمنية التي تمت فيها الدراسة خلال العام الدراسي 1445هـ/1446هـ.

7- الدراسات السابقة

- دراسة دريدي (2014) بعنوان: دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوية بسكرة (رزيق يونس). استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت على المقابلة والملاحظة المباشرة أداة للدراسة. وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج: أثبتت أنه من الممكن استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية. وأوصت الدراسة: بضرورة استحداث قسم خاص ببحوث العمليات في المؤسسات الجزائرية.

- دراسة Abuosi etal (2016) بعنوان: التأمين الصحي وجودة الرعاية: مقارنة تصورات الجودة بين المرضى المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم في مستشفيات غانا. استخدمت الدراسة المنهجية مسحاً مقطعيّاً للمرضى الذين يبحثون عن استشارات للمرضى الخارجيين في 17 مستشفى عامًا من ثلاث مناطق في غانا. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: لم يكن هناك اختلاف كبير في تصورات الجودة بين المرضى المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم. ومع ذلك، كان هناك فرق كبير بين المرضى المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم فيما يتعلق بالحصول المالي على الرعاية.

- دراسة عاجل (2017) بعنوان: تقييم واقع جودة خدمة الرعاية الصحية الأولية، دراسة حالة لعينة من المراكز الصحية في مدينة الديوانية. استخدمت

التأمين الصحي له آثار محدودة في الجودة الهيكلية، وأن آثاره في عملية الرعاية تظل مختلطة وعلى مستوى السكان.

التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة الحالية علق الباحثين على النحو الآتي:

- أغلب الدراسات السابقة تناولت جودة الرعاية الصحية، بينما قليل من الدراسات السابقة تناولت التأمين الصحي، في حين لا توجد دراسات تناولت مكونات التأمين الصحي، وتناولت معظم الدراسات السابقة مفهوم التأمين الصحي والتحديات والعوامل المؤثرة في جودة الرعاية الصحية.

- أجريت الدراسات السابقة في قطاعات مختلفة، حيث بعضها في شركة التأمينات، والبعض في قطاع الصحة، بينما أجريت الدراسة الحالية في الإدارة العامة للشؤون الصحية باعتبارها الركن الأساسي في ممارسات مكونات التأمين الصحي والإشراف على جودة الرعاية الصحية.

- ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة أنها تعد من الدراسات القليلة التي تناولت موضوع مكونات التأمين الصحي وأثره في تحسين جودة الخدمات الصحية، في البيئة المحلية، وهي الدراسة الأولى من حيث تناول مكونات التأمين الصحي والرعاية الصحية في منطقة نجران.

2- الإطار النظري

2-1 مفهوم التأمين الصحي:

التأمين الصحي هو عقد يتم بموجبه دفع أقساط التأمين للمؤمن ويتعهد المؤمن مقابل ذلك بدفع مبلغ محدد دفعة واحدة أو على أقساط للمؤمن له، ودفع تكاليف العلاج والأدوية كلها أو بعضها وذلك في حال مرض المؤمن له خلال مدة التأمين (السيد، 2003: 160)، ويعد التأمين الصحي نوعاً من أنواع

الصحي وأثرها على جودة الخدمة المقدمة في سوق التأمين السورية، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي. وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج منها: ضعف أثر شركات التأمين في تحسين مستوى جودة خدمة التأمين الصحي المقدمة. وقدمت توصيات أهمها: اقتراح الأساليب التي تكفل ضمان تغطية تأمينية لأكبر عدد ممكن من شرائح المجتمع وبخدمة ذات جودة عالية.

- دراسة نصر الدين، وكتبي والشيخ (2023) بعنوان: أهمية التأمين الطبي وأثره على قطاع الصحة في المملكة العربية السعودية خلال الفترة الزمنية 2002-2022. توصلت الدراسة إلى أهم النتائج: وجود علاقة ارتباطية بين التأمين الطبي وقطاع الصحة، بحيث يسهم الأول في زيادة نمو القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية. ومن أهم التوصيات: ضرورة زيادة الفرص الاستثمارية أمام القطاع الصحي، العمل على تطوير أنظمة شركات التأمين.

- دراسة بخاري وآخرون (2023) بعنوان: مدى دلالة التأمين الصحي على كفاءة مراكز الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي والقياسي. وتوصلت إلى أهم النتائج: وجود علاقة عكسية بين المتغير التابع وكل من: متوسط دخل الفرد، مؤشر عمق التأمين، إجمالي أقساط التأمين المكتتبه، ومؤشر الاحتفاظ في التأمين. أظهرت الدراسة وجود علاقة طردية بين المتغير التابع وكل من: متوسط دخل الفرد، مؤشر عمق التأمين، وإجمالي أقساط التأمين المكتتبه، عدم تأثر عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية بكل من: مؤشر الاحتفاظ في التأمين وتقديرات عدد السكان.

- دراسة Doris Osei Afriyie (2023) بعنوان: آثار التأمين الصحي على جودة الرعاية في البلدان المنخفضة الدخل: مراجعة منهجية. استخدمت الدراسة المنهجية الوصفية. وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج:

4- توافر فرص عمل جديدة في شركات التأمين الصحي.

2-3 وتتمثل مكونات التأمين الصحي في الآتي:

أولاً: شمولية الخدمات المقدمة للتأمين الصحي:

- يعد سوق المملكة العربية السعودية أحد أكبر أسواق التأمين امتثالاً للشريعة الإسلامية في العالم، وشهد قطاع التأمين الصحي في المملكة نموًا شكل نسبة % 58.2 من سوق التأمين السعودي، وذلك في الربع الثالث من عام 2022م (البنك المركزي السعودي، 2022)، حيث بلغ إجمالي الأقساط المكتتبة للتأمين الصحي 7.6 مليارات ريال سعودي (البنك المركزي السعودي، 2022).

ثانياً: حجم تكلفة نظام التأمين الصحي:

- في المملكة العربية السعودية يتم تمويل التأمين الصحي إما من خلال الشخص نفسه بسحب المبلغ منه في شكل أقساط، أو من خلال الحكومة والتي تغطي تكاليف التأمين من خلال الضرائب (المطرفي وآخرون، 2022: 91)، من المتوقع أن تزيد تكاليف أقساط التأمين الصحي الخاص وتكاليف المطالبات في المملكة العربية السعودية إلى أكثر من الضعف خلال الفترة بين عامي 2020 و2030، مما يُظهر تحولاً قوياً في الرعاية الصحية نحو القطاع الخاص (رولاند بيرغر، 2022: 6).

ثالثاً: طرائق دفع المطالبات المالية لمقدمي خدمة التأمين الصحي: تختلف طرائق دفع المطالبات وفقاً لنوعية التأمين، وذلك على النحو الآتي: (مرزة، 2006: 334).

1- في حالة التأمين الاجتماعي: وهنا يتم الدفع من خلال: ميزانية مبنية على عدد من المؤمن عليهم ومتوسطات استعمال الخدمات وتكلفتها. محاسبة الأطباء بالحالة (بحد أقصى أو بدون)، بالفترة، بالساعة، بالتشخيص أو بالراتب الشهري.

2- في حالة التأمين الخاص: فإنه يتم تعويض

التأمين يدفع بمقتضاه التكاليف الطبية إلى المؤمن لهم مقابل دفع أقساط شهرية من قبلهم إلى شركات التأمين المتعاقدين معها (Jeyakumar, 2017 16).

ومن خلال ما سبق يُعرف التأمين الصحي بأنه: اتفاق بين طرفين يتحمل بمقتضاه الطرف الأول النفقات المترتبة على الخدمات العلاجية المقدمة للطرف الثاني فردا كان، أو جماعة مقابل مبلغ محدد، يجري دفعه جملة واحدة أو على هيئة أقساط.

2-2 أهمية وأهداف التأمين الصحي:

للتأمين الصحي أهمية قصوى في جميع دول العالم، حيث يرمي إلى توفير خدمات الرعاية الصحية لفئة من السكان، بل قد يصل في بعض الدول إلى تغطية جميع السكان، كما أنه يعد نظاماً مسانداً لنظام الرعاية الصحية الحكومية الذي تديره وزارات الصحة في جميع دول العالم. ومن حيث النظم الإدارية للتأمين الصحي، فهناك التأمين الصحي الحكومي/ الإلزامي، والذي تنشئه/ تديره الدولة من خلال وزارة الصحة أو إحدى الوزارات الأخرى. كما أن هناك نظاماً غير حكومي، والذي قد يكون تجارياً تنشئه وتديره شركات التأمين التجارية/الربحية، أو تطوعياً/اختيارياً ينشأ ويدار بوساطة جمعيات أهلية غير ربحية ولا تتبع الجهاز الإداري للدولة (بخاري وآخرون، 2023: 79).

ومن أهم الأهداف التي يمكن أن يحققها التأمين الصحي هي: (مراكشي، 2013: 272).

1- يقوم بإزالة العوائق المالية بين المريض، وحصوله على الخدمات الطبية

2- توفير الرعاية الصحية للمؤمن له، بالرغم من زيادة نفقات الخدمات الصحية

3- يساهم في توافر موارد مالية، لتمويل نفقات القطاع الصحي المتزايدة، والذي يؤدي إلى تخفيف الأعباء عن الميزانيات العامة للحكومة، والمؤسسات، والشركات، والأفراد المسؤولين عن علاج العاملين لديه.

بالمضادات الحيوية المنقذة للحياة.
3- يساعد التشخيص السليم أيضا الأطباء على تجنب العلاجات والفحوصات غير الضرورية للمرضى الذين لديهم احتمالية منخفضة للإصابة بالمرض.
4- تقويم الاختبارات أو الإجراءات التشخيصية الجديدة بناءً على قدرتها على تحسين نتائج المرضى.
2-4 مفهوم جودة الرعاية الصحية:

تعد جودة الرعاية الصحية في المؤسسات الصحية من أهم المؤشرات التي يمكن الحكم من خلالها على مدى اهتمام الدولة على تلبية متطلبات المرضى وكسب رضاهم والاستفادة من الموارد المتاحة على أكمل وجه، كذلك من مؤشرات جودة الرعاية الصحية، قلة صفوف طالبي الرعاية الصحية من المرضى أمام مراكز الخدمة وطول زمن انتظارهم، وقلة شكاواهم. ومن أجل تقديم خدمات رعاية متميزة ينبغي على متخذي القرار في المؤسسات الصحية العمل على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من خلال إيجاد الوسائل والسبل الكفيلة التي تساعد في تلبية احتياجات المرضى وتحقق مستهدفات الدولة الصحية.

وتعد خدمة الرعاية الصحية كل إجراء وقائي أو علاجي يمس مختلف نشاطات القطاع الصحي بهدف تعزيز الروح المعنوية للمرضى والمبادرة في تلبية رغباتهم وإشباع حاجياتهم الفكرية أو الجسدية. وجودة خدمة الرعاية الصحية هي سعي مقدم الخدمة إلى احتواء ورعاية المريض من كافة الجوانب النفسية والجسدية من خلال الإلتقان الجيد في العمل لتحقيق ميزة تنافسية (بدودة، 2019: 7).

وكانت البدايات الفعلية لتقديم خدمات الرعاية الصحية في المملكة عقب إنشاء المديرية العامة للصحة والإسعاف في عام (1344هـ) ومن ثم تحويل مسماها إلى وزارة الصحة في عام (1370هـ) بموجب المرسوم الملكي رقم (8697/11/5) لكي تتولى مسؤولية تقديم الخدمات الصحية لسكان المملكة

المريض وفقاً للفواتير التي يقدمها في حدود شروط بوليصة التأمين إذا كانت شركة التأمين تعطيه الحق في الذهاب لأي مستشفى أو طبيب. دفع المطالبات المالية مباشرة للمنشآت الصحية أو الأطباء وفقاً للعقود المبرمة بينهم إذا كان على المريض الذهاب لمجموعة محددة من المستشفيات أو الأطباء طبقاً لشروط وثيقة التأمين.

رابعاً: التثقيف والتوعية الصحية بالمشاكل الصحية:
بات التثقيف الصحي ضرورة صحية ملحة لا غنى عنها لأنه يشكل أول وأقوى الخطوط الدفاعية وبه تتحقق المقولة المعروفة (الوقاية خير من العلاج)، والوعي الصحي بهذا المعنى هو إحاطة الناس بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم وترجمة ذلك إلى تطبيق عملي، لا أن تبقى المعلومات الصحية كثافة صحية نظرية فقط. والتثقيف من خلال العناصر التالية: (Suppressing COVID-19, 2020).

خامساً: التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض:
أهمية التشخيص السليم: يشكل التشخيص الدقيق الأساس للعلاج الفعال والنتائج المثلى للمريض. فهو يمكن المتخصصين في الرعاية الصحية من تحديد المرض أو الحالة المحددة التي يعاني منها المريض، مما يسمح بالتدخلات المستهدفة، وعند القيام بالتشخيص وتقديم العلاج الملائم يجب الأخذ في الاعتبار ما يلي:

1-يساعد التشخيص الأطباء على تصنيف المرضى إلى مجموعات مرضية محددة، مما يسهل تفسير الأعراض والعلامات ونتائج الاختبار.

2-يعد التشخيص الصحيح أمراً بالغ الأهمية بشكل خاص عند توفر علاجات محددة تستهدف المرض المحدد بشكل مباشر. على سبيل المثال، في حالات التهاب السحايا بالمكورات السحائية، يعد التشخيص الدقيق وفي الوقت المناسب أمراً ضرورياً لبدء العلاج

3-1 منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد: تركز الدراسة في هذا الجانب على المديرية العامة للشؤون الصحية بنجران (مجال الدراسة)، من خلال التطرق للإجراءات المتبعة فيها، والتي اشتملت على تحليل مجتمع الدراسة وعينتها من حيث خصائص العينة وطرائق اختيارها للوصول إلى حجم العينة، وتحديد أداة الدراسة ومصادر جمع المعلومات، وتوضيح الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات للوصول إلى تحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضيات الدراسة.

منهج الدراسة: اعتمدت المنهج الوصفي التحليلي، حيث يعد الأنسب لطبيعة الدراسة، كما يعد أحد أساليب التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتوضيحها كمياً من خلال جمع بيانات ومعلومات معينة عن الظاهر أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة (الخطا، 2011)، ويتكون مجتمع الدراسة من موظفي الإدارة العامة للشؤون الصحية بمدينة نجران، كونهم المسؤولين على إدارة مكونات التأمين الصحي والرعاية الصحية المقدمة في المدينة والبالغ عددهم (430) موظفاً وموظفه، حسب إحصائيات الإدارة العامة للشؤون الصحية بمدينة نجران، وقد تم سحب عينة ممثلة للمجتمع بالطريقة العشوائية البسيطة للحصول على المعلومات، والبالغ عددها (116) مفردة بنسبة تقارب 27% من المجتمع.

3-2 مصادر جمع المعلومات: اعتمدت الدراسة على نوعين من المصادر:

أولاً: المصادر الثانوية: تتمثل في الكتب، والبحوث، والدراسات، والرسائل العلمية، والدوريات والتقارير، وأوراق بحثية مقدمة إلى ندوات أو مؤتمرات والوثائق الرسمية، والإنترنت، وغيرها مما له علاقة بموضوع الدراسة.

ثانياً: المصادر الأولية: تم استخدام الاستبانة لجمع البيانات الأولية من أفراد عينة الدراسة، لتحقيق أهداف

الرعاية السعودية ممثلة في خدمات الرعاية الوقائية، والعلاجية، والتأهيلية، والتعزيزية، والمحافظة على الصحة العامة بما يتماشى مع مبادئ الشريعة الإسلامية، وأخلاقيات المهنة ومن خلال رفع مستوى الوعي الصحي، والارتقاء بمستوى ونوعية الخدمات والنظم الصحية وتحسن أدائها وجودتها، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات في مختلف مناطق المملكة. وقد أشارت المادة الخامسة من النظام الصحي إلى مسؤولية وزارة الصحة عن توفير الرعاية الصحية (الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة، 1441هـ-1445هـ: 7).

2-5 العوامل المؤثرة في جودة الرعاية الصحية:

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية، أهمها فيما يلي: (عنابة، 2019: 8)

1- تقويم توقعات المريض: يجب أن يكون التصميم متوقفاً على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة. قياس إدراكهم من خلال الجودة المتوقعة، الجودة المدركة، الجودة القياسية التي تتطابق مع المواصفات المحددة أساساً للخدمة، والجودة الفعلية المعتادة (دبون، 2012: 73).

2- تحديد جودة الخدمات: عندما تعرف المؤسسات الصحية متطلبات وتوقعات المريض، فإنه يتطلب عليها تحديد المستوى المطلوب للخدمات المقدمة لتحقيق الرضا لدى المريض وتفق توقعاته والوصول إلى الهدف المنشود، وتحديد المعايير المناسبة لجودة الخدمات الصحية، ويعمل الأطباء والاداريون وفنيون وجميع الكادر على الالتزام بالمعايير، يفرض على المؤسسة الصحية إيجاد الطرائق المناسبة التي تضمن تحقيق الأداء المتميز (ذياب، 2012: 73).

3- إدارة توقعات الخدمة: إن إدارة توقعات الخدمة تتم من خلال اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المؤسسة الصحية والترويج والإعلان في خارجها.

المتغير التابع - اختبار (T) في حالة عينتين مستقلتين: لقياس الفروق لمتغير الجنس - اختبار تحليل التباين الأحادي: لمعرفة الفروق في إجابات أفراد عينة الدراسة وفقاً للعوامل الديمغرافية - وقد تم قياس صدق وثبات الاستبانة من خلال الآتي: الصدق الظاهري: تم من خلال عرضها على عدد من الأساتذة المتخصصين في مجال التخصص - صدق الاتساق الداخلي: تم باستخدام معامل ارتباط بيرسون (R) بين كل عبارة والبُعد الذي تنتمي إليه هذه العبارة وجاءت النتائج كما يلي:

جدول (1) نتائج تحليل معامل ارتباط بيرسون (R) لمتغيرات الدراسة

المتغير المستقل (مكونات التأمين الصحي)					
تكلفة نظام التأمين الصحي			شمولية الخدمات الصحية المقدمة		
الدلالة	الارتباط بالمجال	رقم العبارة	الدلالة	الارتباط بالمجال	رقم العبارة
0.000	.496**	5	0.000	.754**	1
0.000	.812**	6	0.000	.895**	2
0.000	.788**	7	0.000	.881**	3
0.000	.747**	8	0.000	.812**	4
التثقيف والتوعية بالمشاكل الصحية			طرائق دفع المطالبات المالية لمقدمي خدمة التأمين الصحي		
0.000	.503**	13	0.000	.852**	9
0.000	.889**	14	0.000	.886**	10
0.000	.887**	15	0.000	.862**	11
0.000	.832**	16	0.000	.756**	12
التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض					
الدلالة	الارتباط بالمجال	رقم العبارة	الدلالة	الارتباط بالمجال	رقم العبارة
0.000	.889**	19	0.000	.944**	17
0.000	.873**	20	0.000	.910**	18
المتغير التابع (تحسين جودة الرعاية الصحية)					
الدلالة	الارتباط بالمجال	رقم العبارة	الدلالة	الارتباط بالمجال	رقم العبارة
0.000	.760**	6	0.000	.788**	1
0.000	.891**	7	0.000	.785**	2
0.000	.824**	8	0.000	.622**	3
0.000	.844**	9	0.000	.812**	4
			0.000	.850**	5

(**) وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($p \leq 0.01$)

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

وهذا يشير إلى مؤشرات صدق مرتفعة وكافية يمكن الوثوق بها في تطبيق أداة الدراسة الحالية، وبذلك تعد فقرات المتغير التابع (تحسين جودة الرعاية الصحية) صادقة لما وضعت لقياسه، ومن ثمَّ صلاحية الاستبانة لإجراء الدراسة.

3-4 تحليل نتائج الدراسة ومناقشتها

تحليل البيانات المتعلقة بالخصائص الديموغرافية:
للتعرف على بعض الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة والمتمثلة في (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي، سنوات الخبرة)، تم الاعتماد على مخرجات برنامج SPSS لتحديد التكرارات والنسب المئوية.

يتضح من الجدول (1) أن جميع عبارات المتغير المستقل (مكونات التأمين الصحي) جاءت مرتبطة بالمتغير التابع بدرجة ارتباط موجبة وقوية وذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، ودرجة الارتباط تتراوح بين 0.944 و0.496، ما يشير إلى عدم وجود عبارات قد تضعف المصادقية لهذا المتغير.

كذلك يظهر من الجدول أن جميع عبارات المتغير التابع (تحسين جودة الرعاية الصحية) جاءت مرتبطة بالمتغير بدرجة ارتباط موجبة وقوية وذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، ودرجة الارتباط تتراوح بين 0.891 و0.622، ما يشير إلى عدم وجود عبارات قد تضعف المصادقية لهذا المتغير،

جدول (2) توزيع أفراد العينة للخصائص الديموغرافية

المتغيرات الديموغرافية	التكرارات	النسب المئوية %
الجنس	ذكر	78%
	أنثى	22%
العمر	أقل من 30 سنة	4%
	من 30 إلى 39 سنة	60%
	من 40 إلى 49 سنة	28%
المستوى التعليمي	50 سنة فأكثر	7%
	دبلوم	41%
	بكالوريوس	43%
	ماجستير	15%
المستوى الوظيفي	دكتوراه فأعلى	1%
	مدير عام	1%
	مدير إدارة	17%
	رئيس قسم	23%
سنوات الخبرة	مختص	59%
	أقل من 5 سنوات	11%
	من 5 إلى 9 سنوات	22%
	من 10 إلى 14 سنة	30%
	15 سنة فأكثر	36.2%

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

عدددهم (27) فرداً، وبنسبة (23%)، بينما كانوا ممن يشغلون مناصب (مدير إدارة) والبالغ عددهم (20) فرداً، وبنسبة (17%)، وأخيراً واحد فقط من أفراد العينة ممن كان يشغل منصب (مدير عام).

وفيما يتعلق بالعمر أتضح أن أغلب عينة الدراسة كانت خبراتهم (15 سنة فأكثر) والبالغ عددهم (42) فرداً، وبنسبة (36%)، يليها الأفراد الذين يمتلكون خبرات تتراوح (من 10 إلى 14 سنة) والبالغ عددهم (35) فرداً، وبنسبة (30%)، بينما كانوا ممن يمتلكون خبرات تتراوح (من 5 إلى 9 سنوات) والبالغ عددهم (26) فرداً، وبنسبة (22%)، وأخيراً كانت خبرات أفراد عينة الدراسة (أقل من 5 سنوات) والبالغ عددهم (13) فرداً، وبنسبة (11%).

3-5 اختبار فرضيات الدراسة: ممتاز تم اختبار الفرضيات التي قامت عليها هذه الدراسة، لغرض الوصول إلى نتائج وتوصيات تعكس أهمية الدراسة وفيما يلي اختبارات الفرضيات الرئيسية والفرعية كما يلي:

اختبار الفرضية الرئيسية الأولى: لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى التي تنص على أنه: يوجد أثر إيجابي لمكونات التأمين الصحي في تحسين جودة الرعاية الصحية، من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط، والجدول الآتي يوضح نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى.

يتضح من الجدول (2)، أن معظم توزيع أفراد العينة من الذكور حيث بلغ عددهم (90) فرداً وبنسبة (78%) من إجمالي عينة الدراسة، بينما عدد الإناث بلغ (26) فرداً، وبنسبة (22%).

وفيما يتعلق بالعمر أتضح أن عينة الدراسة شملت الأفراد من مختلف الفئات العمرية حيث كان أغلب من ذوي الأعمار (من 30 إلى 39 سنة) والبالغ عددهم (70) فرداً وبنسبة (60%) من العينة الكلية، بينما بلغ عدد الأفراد من ذوي الأعمال (من 40 إلى 49 سنة)، والبالغ عددهم (33) فرداً، وبنسبة (28%). وأخيراً جاءت أقل فئة عمرية من ذوي الأعمار (50 سنة فأكثر، وأقل من 30 سنة) وبنسبة (7% و 4%).

وفيما يتعلق بالمستوى التعليمي أتضح أن أغلب عينة الدراسة كانت من حملة شهادة البكالوريوس حيث بلغ عدد الأفراد (50) فرداً وبنسبة (43%) من إجمالي العينة، يليه الأفراد الحاصلون على شهادة الدبلوم والبالغ عددهم (48) فرداً بنسبة (41%)، بينما الأفراد الحاصلون على شهادة ماجستير والبالغ عددهم (17) فرداً بنسبة (15%)، وأخيراً فرد واحد كان حاصلاً على شهادة (دكتوراه فأعلى).

وفيما يتعلق بالمستوى الوظيفي أتضح أن أغلب عينة الدراسة ممن يعملون في الوظائف الفنية (مختصين) والبالغ عددهم (68) فرداً، وبنسبة (59%)، يليها الأفراد الذين يشغلون مناصب (رئيس قسم) والبالغ

جدول (3) نتائج التحليل المتعلقة باختبار الفرضية الرئيسية الأولى

T.Test		العلامة المعيارية (Beta)	الخطأ المعياري (std.Error)	F.Test		المعاملات (β, β ₀)	معامل الارتباط (R ²)	معامل الارتباط (R)	النموذج
Sig.	T			Sig.	F				
0.789	-0.269	0.839	0.250	0.000	270.291	-067.0-	0.703	0.839	الثابت
0.000	16.441		0.061			مكونات التأمين الصحي			

* أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05).

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

تعني أنه بزيادة وحدة واحدة في الاهتمام بمكونات التأمين الصحي يمكن أن يزداد تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران بمقدار (0.996) درجة.

وعليه فقد ثبت صحة الفرضية الرئيسة الأولى التي تنص على أنه: يوجد أثر إيجابي لمكونات التأمين الصحي في تحسين جودة الرعاية الصحية، من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران؛ ومن ثم فإن نتائج الدراسة الحالية تتفق مع دراسة (نصر الدين وكتبي والشيخ، 2023) التي أوضحت وجود علاقة ارتباطية بين التأمين الطبي وقطاع الصحة في المملكة العربية السعودية، بينما تختلف مع دراسة (علي والمنصور، 2013)، التي بينت عدم وجود أثر دال إحصائيًا لنظام التأمين الصحي في تكلفة خدمات الرعاية الصحية.

اختبار الفرضية الفرعية الأولى: والتي تنص على أنه: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين شمولية الخدمات المقدمة والرعاية المقدمة في مدينة نجران، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط، والجدول الآتي يوضح نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى.

يتضح من الجدول (3) أن قيمة معامل الارتباط (R) بين مكونات التأمين الصحي وتحسين جودة الرعاية الصحية بنجران تساوي (0.839)، والتي تعني وجود علاقة ارتباط طردية قوية بين المتغيرين، كما يتضح من الجدول أن القدرة التفسيرية (R²) لمكونات التأمين الصحي بشكل عام تساوي (0.703) أي أن (70.3%) من مستوى التباين أو التغيرات في تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران تعود إلى مكونات التأمين الصحي بنجران، بينما (29.7%) من تحسين جودة الرعاية الصحية المتحقق بنجران تعود لعوامل أو متغيرات أخرى لم تتطرق إليها الدراسة، وتؤكد معنوية هذه النتائج القيم المعنوية (Sig.) لكل من المعنوية الكلية للنموذج F (0.000) والمعنوية الجزئية لمكونات التأمين الصحي T (0.000)، وهذا يعني توافر شروط المعنوية الكلية (F) والمعنوية الجزئية لأثر مكونات التأمين الصحي في تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران، وعدم تحقق شرط المعنوية الجزئية لثابت الانحدار ومن ثم فإن معادلة الانحدار لهذا الأثر تساوي: تحسين جودة الرعاية الصحية = 0.996 مكونات التأمين الصحي، والتي

جدول (4) نتائج التحليل المتعلقة باختبار الفرضية الفرعية الأولى

T.Test		العلامة المعيارية (Beta)	الخطأ المعياري (std.Error)	F.Test		المعاملات (β, β_0)	معامل التحديد (R ²)	معامل الارتباط (R)	النموذج
Sig.	T			Sig.	F				
0.000	4.667	0.577	0.33	0.000	56.939	1.539	0.333	0.577	الثابت
0.000	7.546		0.078			0.586			شمولية الخدمات المقدمة

* أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05).

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

الصحية بنجران تساوي (0.577)، والتي تعني وجود علاقة ارتباط طردية متوسطة بين المتغيرين، كما

يتضح من الجدول (4) أن قيمة معامل الارتباط (R) شمولية الخدمات المقدمة وتحسين جودة الرعاية

بشمولية الخدمات المقدمة يمكن أن يزداد تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران بمقدار (0.586) درجة، وعليه فقد ثبت صحة الفرضية الفرعية الأولى التي تنص على أنه: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين شمولية الخدمات المقدمة والرعاية المقدمة في مدينة نجران، تتفق هذه النتائج مع دراسة (الجاف، 2019)، التي تشير إلى أن توافر الخدمات الصحية وإمكانية حصولها من قبل المستفيد يؤثر في جودتها، تسند الرعاية الصحية على الشمولية والجودة والمساواة والكفاية.

اختبار الفرضية الفرعية الثانية: والتي تنص على أنه: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين تكلفة نظام التأمين الصحي والرعاية الصحية في مدينة نجران، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط، والجدول الآتي يوضح نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية.

جدول (5) نتائج التحليل المتعلقة باختبار الفرضية الفرعية الثانية

T.Test		العلامة المعيارية (Beta)	الخطأ المعياري (std.Error)	F.Test		المعاملات (β, β_0)	معامل التحديد (R2)	معامل الارتباط (R)	النموذج
Sig.	T			Sig.	F				
0.000	5.532	0.711	0.247	0.000	116.584	1.369	0.506	0.711	الثابت
0.000	10.797		0.063			0.679			تكلفة نظام التأمين الصحي

* أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05).

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

التأمين الصحي بشكل عام تساوي (0.506) أي أن (50.6%) من مستوى التباين أو التغيرات في تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران تعود إلى تكلفة نظام التأمين الصحي، بينما (49.4%) من تحسين جودة الرعاية الصحية المتحقق بنجران تعود لعوامل أو

يتضح من الجدول أن القدرة التفسيرية (R2) لشمولية الخدمات المقدمة بشكل عام تساوي (0.333) أي أن (33.3%) من مستوى التباين أو التغيرات في تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران تعود إلى شمولية الخدمات المقدمة، بينما (66.7%) من تحسين جودة الرعاية الصحية المتحقق بنجران تعود لعوامل أو متغيرات أخرى، وتؤكد معنوية هذه النتائج القيم المعنوية (Sig.) لكل من المعنوية الكلية للنموذج F (0.000) والمعنوية الجزئية لشمولية الخدمات المقدمة T (0.000)، وهذا يعني توافر شروط المعنوية الكلية (F) والمعنوية الجزئية لأثر شمولية الخدمات المقدمة في تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران، وتحقق شرط المعنوية الجزئية لثابت الانحدار ومن ثم فإن معادلة الانحدار لهذا الأثر تساوي: تحسين جودة الرعاية الصحية = 0.586 شمولية الخدمات المقدمة.

والتي تعني أنه بزيادة وحدة واحدة في الاهتمام

يتضح من الجدول (5) أن قيمة معامل الارتباط (R) تكلفة نظام التأمين الصحي وتحسين جودة الرعاية الصحية بنجران تساوي (0.711)، والتي تعني وجود علاقة ارتباط طردية قوية بين المتغيرين، كما يتضح من الجدول أن القدرة التفسيرية (R2) لتكلفة نظام

تكلفة نظام التأمين الصحي والرعاية الصحية في مدينة نجران.

ومن ثم فإن هذه النتائج تتفق مع دراسة (Kamboj, 2002) التي تشير إلى وجود علاقة بين العلاقة بين التأمين الصحي والصحة والتكاليف، وتحسين الرعاية الصحية، بينما تختلف مع دراسة (علي والمنصور، 2013)، التي بينت عدم وجود أثر دال إحصائياً لنظام التأمين الصحي في تكلفة خدمات الرعاية الصحية.

اختبار الفرضية الفرعية الثالثة: لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة التي تنص على أنه: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين طرائق دفع المطالبات المالية لمقدمي خدمة التأمين الصحي وتقديم الرعاية الصحية بمدينة نجران، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط، والجدول الآتي يوضح نتائج اختبار هذه الفرضية.

جدول (6) نتائج التحليل المتعلقة باختبار الفرضية الفرعية الثالثة

T.Test		العلامة المعيارية (Beta)	الخطأ المعياري (std.Error)	F.Test		المعاملات (β, β_0)	معامل التحديد (R^2)	معامل الارتباط (R)	النموذج
Sig.	T			Sig.	F				
0.002	3.167	0.714	0.287	0.000	118.676	0.909	0.510	0.714	الثابت
0.000	10.894		0.069			طرائق دفع المطالبات المالية لمقدمي خدمة التأمين الصحي			

* أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05).

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

القدرة التفسيرية (R^2) لطرائق دفع المطالبات المالية لمقدمي خدمة التأمين الصحي بشكل عام تساوي (0.510) أي أن (51%) من مستوى التباين أو التغيرات في تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران تعود إلى طرائق دفع المطالبات المالية لمقدمي خدمة

يظهر من الجدول (6) أن قيمة معامل الارتباط (R) طرائق دفع المطالبات المالية لمقدمي خدمة التأمين الصحي وتحسين جودة الرعاية الصحية بنجران تساوي (0.714)، والتي تعني وجود علاقة ارتباط طردية قوية بين المتغيرين، كما يتضح من الجدول أن

بمقدار (0.755) درجة، وعليه فقد ثبتت صحة الفرضية الفرعية الثالثة التي تنص على أنه: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين طرائق دفع المطالبات المالية لمقدمي خدمة التأمين الصحي وتقديم الرعاية الصحية بمدينة نجران، ونجد أن هذه النتائج تتفق مع دراسة (Robyn, et al, 2014) التي بينت أن انخفاض جودة الرعاية سببه طريقة الدفع لمقدمي الرعاية الصحية المجتمعية، وأن طرائق الدفع لمقدمي الخدمة أعاقت قدرتهم على الوفاء بالتأثيرات والمسؤوليات المهنية.

اختبار الفرضية الفرعية الرابعة: ونصها أنه: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.05) $\alpha \leq$ بين التنقيف والتوعية بالمشاكل الصحية في جودة الرعاية الصحية بمدينة نجران، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط، والجدول الآتي يوضح نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة.

جدول (7) نتائج التحليل المتعلقة باختبار الفرضية الفرعية الرابعة

T.Test		العلامة المعيارية (Beta)	الخطأ المعياري (std.Error)	F.Test		المعاملات (β, β_0)	معامل التحديد (R2)	معامل الارتباط (R)	النموذج
Sig.	T			Sig.	F				
0.002	3.107	0.722	0.283	0.000	124.059	0.88	0.521	0.722	الثابت
0.000	11.138		0.067			التنقيف والتوعية بالمشاكل الصحية			

* أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05).

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

(0.521) أي أن (52.1%) من مستوى التباين أو التغيرات في تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران تعود إلى التنقيف والتوعية بالمشاكل الصحية، بينما (47.9%) من تحسين جودة الرعاية الصحية المتحقق بنجران تعود لعوامل أو متغيرات أخرى. وتؤكد معنوية هذه النتائج القيم المعنوية (Sig.) لكل

يتضح من الجدول (7) أن قيمة معامل الارتباط (R) للتنقيف والتوعية بالمشاكل الصحية وتحسين جودة الرعاية الصحية بنجران تساوي (0.722)، والتي تعني وجود علاقة ارتباطية قوية بين المتغيرين، كما يتضح من الجدول أن القدرة التفسيرية (R2) للتنقيف والتوعية بالمشاكل الصحية بشكل عام تساوي

مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين التثقيف والتوعية بالمشاكل الصحية في جودة الرعاية الصحية بمدينة نجران، ومن ثم فإن هذه النتائج تتفق مع دراسة (الشهراني، 2020) التي اشارت إلى تأثير الوعي حول التأمين الصحي لدى الأفراد على قبولهم فكرة التأمين الصحي.

اختبار الفرضية الفرعية الخامسة: لاختبار الفرضية الفرعية الخامسة التي تنص على أنه: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض والرعاية الصحية بمدينة نجران، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط، والجدول الآتي يوضح نتائج اختبار هذه الفرضية.

جدول (8) نتائج التحليل المتعلقة باختبار الفرضية الفرعية الخامسة

T.Test		العلامة المعيارية (Beta)	الخطأ المعياري (std.Error)	F.Test		المعاملات (β, β_0)	معامل التحديد (R^2)	معامل الارتباط (R)	النموذج
Sig.	T			Sig.	F				
0.005	2.863	0.839	0.21	0.000	269.947	0.6	0.703	0.839	الثابت
0.000	16.43		0.051			0.835			التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض

* أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05).

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

الصحية بنجران تعود إلى التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض، بينما (29.7%) من تحسين جودة الرعاية الصحية المتحقق بنجران تعود لعوامل أو متغيرات أخرى.

وتؤكد معنوية هذه النتائج القيم المعنوية (Sig.) لكل من المعنوية الكلية للنموذج F (0.000) والمعنوية الجزئية للتشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض T (0.000)، وهذا يعني توافر شروط المعنوية الكلية

من المعنوية الكلية للنموذج F (0.000) والمعنوية الجزئية للتثقيف والتوعية بالمشاكل الصحية T (0.000)، وهذا يعني توافر شروط المعنوية الكلية (F) والمعنوية الجزئية لأثر التثقيف والتوعية بالمشاكل الصحية في تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران، وتحقق شرط المعنوية الجزئية لثابت الانحدار ومن ثم فإن معادلة الانحدار لهذا الأثر تساوي: تحسين جودة الرعاية الصحية = 0.746 التثقيف والتوعية بالمشاكل الصحية. والتي تعني انه بزيادة وحدة واحدة في الاهتمام بالتثقيف والتوعية بالمشاكل الصحية يمكن أن يزداد تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران بمقدار (0.746) درجة. وعليه فقد ثبت صحة الفرضية الفرعية الرابعة التي تنص على أنه: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند

يظهر من الجدول (8) أن قيمة معامل الارتباط (R) للتشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض وتحسين جودة الرعاية الصحية بنجران تساوي (0.839)، والتي تعني وجود علاقة ارتباط طردية قوية بين المتغيرين، كما يتضح من الجدول أن القدرة التفسيرية (R^2) للتشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض بشكل عام تساوي (0.703) أي أن (70.3%) من مستوى التباين أو التغيرات في تحسين جودة الرعاية

اختبار الفرضية الرئيسية الثانية:

لغرض اختبار الفرضية الرئيسية الثانية، وتوضيح الفروق بين متغيري الدراسة المتغير المستقل مكونات التأمين الصحي والمتغير التابع تحسين جودة الرعاية الصحية والمتغيرات الديمغرافية، والتي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات أفراد العينة حول مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة)، والتي يمكن إيضاحها على النحو الآتي:

المتغير الأول: الجنس: تم استخدام اختبار (T) لعينتين مستقلتين-Independent Sample T-Test لأنه يتكون من فئتين (ذكور/ إناث)، ولمعرفة مدى الدلالة الإحصائية للفروق بين الجنس على المتغير المستقل للبحث مكونات التأمين الصحي والمتغير التابع تحسين جودة الرعاية الصحية والجدول الآتي يوضح نتائج هذا الاختبار.

(F) والمعنوية الجزئية لأثر التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض في تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران، وتحقق شرط المعنوية الجزئية لثابت الانحدار ومن ثم فإن معادلة الانحدار لهذا الأثر تساوي: تحسين جودة الرعاية الصحية = 0.835 التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض، والتي تعني أنه بزيادة وحدة واحدة في الاهتمام بالتشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض يمكن أن يزداد تحسين جودة الرعاية الصحية بنجران بمقدار (0.835) درجة.

وعليه فقد ثبت صحة الفرضية الفرعية الخامسة التي تنص على أنه: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض والرعاية الصحية بمدينة نجران.

ومن ثم فإن هذه النتائج تتفق مع دراسة (Mosadeghrad, 2014) التي تشير إلى أن التخطيط السليم والتعليم والتدريب وتوافر الموارد والإدارة الفعالة والعلاج الملائم يؤثر بدرجة قوية في تحسين جودة الرعاية الصحية.

جدول رقم (9) نتائج اختبار (T) لمعرفة الفروق بين آراء العينة حسب متغير الجنس

المتغيرات	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	القيمة الاحتمالية	الدلالة الاحتمالية
مكونات التأمين الصحي	ذكور	90	4.0956	.61715	0.696	0.488	غير دالة
	إناث	26	4.0019	.55506			
تحسين جودة الرعاية الصحية	ذكور	90	4.0049	.74151	0.384	0.726	غير دالة
	إناث	26	3.9487	.63107			

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

لا تتأثر بالجنس، مما يدل على أنه غير مقصور على فئة الذكور دون الإناث أو العكس، وعليه تم إثبات صحة الفرضية.

المتغير الثاني: العمر: تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA) كونها تتكون من أكثر من فئتين لمعرفة مدى الدلالة الإحصائية للفروق بين الفئات العمرية، وتأثير متغير العمر في متغيرات الدراسة والجدول الآتي يوضح نتائج هذا الاختبار.

يتضح من الجدول (9) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين استجابات أفراد العينة تجاه مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية تعزى لمتغير الجنس، حيث كانت كل قيم الدلالة الإحصائية أكبر من (0.05)، وتشير هذه النتيجة إلى أن الموظفين بالإدارة العامة للشؤون الصحية متفقون في تصوراتهم حول مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية باختلاف الجنس، وهذه النتيجة تشير إلى أن مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية،

جدول (10) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين آراء العينة حسب العمر

One-Way ANOVA						المتغيرات
مستوى الدلالة عند 0.05	اختبار F	بين المجموعات		داخل المجموعات		
		المتوسط تربيع	درجة الحرية	المتوسط تربيع	درجة الحرية	
0.441	0.906	0.33	3	0.364	112	مكونات التأمين الصحي
0.231	1.453	0.736	3	0.507	112	تحسين جودة الرعاية الصحية

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

متغيري (مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية)، لأنَّ الموظفين الكبار في السن أو الفئة الشابة جميعهم لديهم الرؤية نفسها تجاه مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية، وعليه تم إثبات صحة الفرضية.

المتغير الثالث: المستوى التعليمي: تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA) كونها تتكون من أكثر من فئتين لمعرفة مدى الدلالة الإحصائية للفروق بين المستوى التعليمي، وتأثير متغير المستوى التعليمي في متغيرات الدراسة والجدول الآتي يوضح نتائج هذا الاختبار.

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أن قيمة F جاءت في المتغير المستقل (مكونات التأمين الصحي)، والمتغير التابع (تحسين جودة الرعاية الصحية) غير دالة إحصائياً، وهذا يعني عدم وجود فروق جوهرية وذات دلالة إحصائية في آراء العينة حسب متغير (العمر)، إذ إن القيمة الدالة الإحصائية أكبر من (0.05)، وتشير هذه النتيجة إلى أن الموظفين بالإدارة العامة للشؤون الصحية بمدينة نجران متفقون في تصوراتهم تجاه مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية باختلاف أعمارهم، وتشير هذه النتائج على أن متغير العمر ليس له أثر جوهري في

جدول (11) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين آراء العينة حسب المستوى التعليمي

One-Way ANOVA						المتغيرات
مستوى الدلالة عند 0.05	اختبار F	بين المجموعات		داخل المجموعات		
		المتوسط تربيع	درجة الحرية	المتوسط تربيع	درجة الحرية	
0.165	1.731	0.617	3	0.356	112	مكونات التأمين الصحي
0.26	3.219	1.56	3	0.485	112	تحسين جودة الرعاية الصحية

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية)، لأنَّ الموظفين ذوي المؤهلات العليا أو المؤهلات الدنيا جميعهم لديهم الرؤية نفسها تجاه مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية، وعليه تم إثبات صحة الفرضية.

المتغير الرابع: المستوى الوظيفي: تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA) كونها تتكون من أكثر من فئتين لمعرفة مدى الدلالة الإحصائية للفروق بين المستوى الوظيفي، وتأثير متغير المستوى الوظيفي في متغيرات الدراسة والجدول الآتي يوضح نتائج هذا الاختبار.

يتضح من خلال الجدول رقم (11) أن قيمة F جاءت في المتغير المستقل (مكونات التأمين الصحي)، والمتغير التابع (تحسين جودة الرعاية الصحية) غير دالة إحصائياً، وهذا يعني عدم وجود فروق جوهرية وذات دلالة إحصائية في آراء العينة حسب متغير (المستوى التعليمي)، إذ إن القيمة الدالة الإحصائية أكبر من (0.05)، وتشير هذه النتيجة إلى أن الموظفين بالإدارة العامة للشؤون الصحية بمدينة نجران متفقون في تصوراتهم تجاه مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية باختلاف مؤهلاتهم، وتشير هذه النتائج إلى أن متغير المستوى التعليمي ليس له أثر جوهري في متغيري (مكونات

جدول (12) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين آراء العينة حسب المستوى الوظيفي

One-Way ANOVA						المتغيرات
مستوى الدلالة عند 0.05	اختبار F	بين المجموعات		داخل المجموعات		
		المتوسط تربيع	درجة الحرية	المتوسط تربيع	درجة الحرية	
0.55	0.707	0.259	3	0.366	112	مكونات التأمين الصحي
0.397	0.998	0.512	3	0.513	112	تحسين جودة الرعاية الصحية

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

وتحسين جودة الرعاية الصحية باختلاف مناصبهم الوظيفية، وتشير هذه النتائج إلى أن متغير المستوى الوظيفي ليس له أثر جوهري في متغيري (مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية)، لأنَّ الموظفين المدراء أو المختصين جميعهم لديهم الرؤية نفسها تجاه مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية، وعليه تم إثبات صحة الفرضية.

المتغير الخامس: سنوات الخبرة:

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أن قيمة F جاءت في المتغير المستقل (مكونات التأمين الصحي)، والمتغير التابع (تحسين جودة الرعاية الصحية) غير دالة إحصائياً، وهذا يعني عدم وجود فروق جوهريّة وذات دلالة إحصائية في آراء العينة حسب متغير (المستوى الوظيفي)، إذ إن القيمة الدالة الإحصائية أكبر من (0.05)، وتشير هذه النتيجة إلى أن الموظفين بالإدارة العامة للشؤون الصحية بمدينة نجران متفقون في تصوراتهم تجاه مكونات التأمين الصحي،

جدول (12) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين

آراء العينة حسب سنوات الخبرة

One-Way ANOVA						المتغيرات
مستوى الدلالة عند 0.05	اختبار F	بين المجموعات		داخل المجموعات		
		المتوسط تربيع	درجة الحرية	المتوسط تربيع	درجة الحرية	
0.093	0.707	0.773	3	0.352	112	مكونات التأمين الصحي
0.072	0.998	1.184	3	0.495	112	تحسين جودة الرعاية الصحية

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

جودة الرعاية الصحية باختلاف خبراتهم، وتشير هذه النتائج إلى أن متغير سنوات الخبرة ليس له أثر جوهري في متغيري (مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية)، لأنَّ الموظفين أصحاب الخبرات الكبيرة أو الخبرات القليلة جميعهم لديهم الرؤية نفسها تجاه مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية، وعليه تم إثبات صحة الفرضية.

ويمكن تلخيص نتائج اختبار الفرضيات بالجدول الآتي:

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أن قيمة F جاءت في المتغير المستقل (مكونات التأمين الصحي)، والمتغير التابع (تحسين جودة الرعاية الصحية) غير دالة إحصائياً، وهذا يعني عدم وجود فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية في آراء العينة حسب متغير (سنوات الخبرة)، إذ إن القيمة الدالة الإحصائية أكبر من (0.05)، وتشير هذه النتيجة إلى أن الموظفين بالإدارة العامة للشؤون الصحية بمدينة نجران متفقون في تصوراتهم تجاه مكونات التأمين الصحي، وتحسين

جدول (13) ملخص لنتائج اختبار فرضيات الدراسة

النتيجة	الفرضية
قبول الفرضية	الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد أثر إيجابي لمكونات التأمين الصحي في تحسين جودة الرعاية الصحية، من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران.
قبول الفرضية	الفرضية الفرعية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين شمولية الخدمات المقدمة والرعاية المقدمة في مدينة نجران.
قبول الفرضية	الفرضية الفرعية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين تكلفة نظام التأمين الصحي والرعاية الصحية في مدينة نجران.
قبول الفرضية	الفرضية الفرعية الثالثة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين طرائق دفع المطالبات المالية لمقدمي خدمة التأمين الصحي وتقديم الرعاية الصحية بمدينة نجران.
قبول الفرضية	الفرضية الفرعية الرابعة: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين التنقيف والتوعية بالمشاكل الصحية في جودة الرعاية الصحية بمدينة نجران.
قبول الفرضية	الفرضية الفرعية الخامسة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض والرعاية الصحية بمدينة نجران.
قبول الفرضية	الفرضية الرئيسية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات أفراد العينة حول مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة).

المصدر: من نتائج تحليل الدراسة الميدانية

3-6 النتائج والتوصيات:

3-6-1 النتائج المتعلقة باختبار الفرضيات:

- يوجد أثر إيجابي لمكونات التأمين الصحي في تحسين جودة الرعاية الصحية، من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران، وبالعلاقة ارتباط طردية قوية.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين شمولية الخدمات المقدمة والرعاية المقدمة في مدينة نجران، وبالعلاقة ارتباط طردية متوسطة.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين تكلفة نظام التأمين الصحي والرعاية الصحية في مدينة نجران، وبالعلاقة ارتباط

طردية قوية بقيمة.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين طرائق دفع المطالبات المالية لمقدمي خدمة التأمين الصحي وتقديم الرعاية الصحية بمدينة نجران، وبالعلاقة ارتباط طردية قوية.
- يوجد أثر ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين التنقيف والتوعية بالمشاكل الصحية على جودة الرعاية الصحية بمدينة نجران، وبالعلاقة ارتباط طردية قوية.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) بين التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض والرعاية الصحية بمدينة نجران، وبالعلاقة ارتباط طردية قوية.

- 7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات أفراد العينة حول مكونات التأمين الصحي، وتحسين جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر الإدارة العامة للشؤون الصحية بنجران تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة).
- 3-6-2 توصيات الدراسة:
- 1- زيادة الاهتمام بمكونات التأمين الصحي لما لها من أثر مهم في تحسين جودة الخدمات الصحية.
- 2- زيادة شمولية التأمين الصحي وتغطية شاملة لمختلف الخدمات الطبية، بما في ذلك العلاجات الوقائية والتشخيصية والعلاجية، وكذلك الأدوية والأجهزة الطبية اللازمة.
- 3- العمل على زيادة تشجيع الوقاية والتثقيف بالنمط الحياتي الصحي، من خلال توفير برامج وخدمات توعوية مكثفة.
- 4- تعزيز نظام الشفافية والمساءلة داخل سوق التأمين الصحي، حيث يتمكن المستفيد من استخدام الأموال بشكل فعال للحصول على خدمات عالية الجودة.
- 5- زيادة الاهتمام بتيسير الإجراءات المالية لمقدمي الخدمات الصحية، من خلال اعتماد التقنيات الحديثة للدفع.
- 6- زيادة تشجيع البحث العلمي والتطوير التقني في مجال الطب والرعاية الصحية، لتطوير تقنيات جديدة للتشخيص والعلاج الملائم بما يسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية.

- المراجع:**
- 1- الاقتصادية، الدولية. (2019). "التأمين الأهمية والأزمات". جريدة العرب الاقتصادية الدولية. <https://www.aleqt.com/2019>
 - 2- البنك المركزي السعودي. (2021). تقارير قطاع التأمين. Insurance_Market_Report_2021_Arabic.pdf
 - 3- الجاف، علي إسماعيل. (2019). نظرة وصفية لاقتصاديات الخدمات الصحية وأهمية الجودة في دائرة صحة واسط. لارك، مج. 8، ع. 3.
 - 4- الحميضي، عبد الرحمن. (2014). التأمين الصحي أحد ركائز اقتصاديات الصحة. مجلة الرياض، ع. (50).
 - 5- الخطة الإستراتيجية لوزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية، (1441-1445هـ).
 - 6- الخياط، ماجد. (2011). أساليب البحث العلمي، دار الراءية لمنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.
 - 7- الدمرداش، طلعت؛ برعي، حسين؛ وعمر، عمر. (2019). إدارة التأمين الصحي: بالإشارة إلى نظام الضمان الصحي: التعاوني السعودي، مكتبة خوارزم، جدة.
 - 8- الديك، ديماء. (2022). تحديات التأمين الصحي وأثرها على جودة الخدمة المقدمة في سوق التأمين السورية. مجلة جامعة البعث، مج. 44، ع. 2.
 - 9- الربيع، عثمان. (2014). السياق التاريخي لاتجاهات تمويل الخدمات الصحية في المملكة وتوجهات المستقبل. السلسلة العلمية لجمعية الاقتصاد السعودية، مج. 5، ع. (9).
 - 10- السلطان، عبد الرحمن بن محمد. (2011). " خيارات تمويل الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية". مجلة التجارة والتمويل، جامعة طنطا - كلية التجارة.
 - 11- السيد، عبد الهادي. (2003). عقد التأمين حقيقته ومشروعيته. منشورات الحلبي، بيروت.
 - 12- الشهراني، أشواق سفر ال شويل. (2020). العوامل المؤثرة في تحديد قيمة البوليصا التأمينية دراسة استطلاعية على شركات التأمين الصحي السعودية. المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، مج. 4، ع. (12).
 - 13- الصقر للتأمين التعاوني. (2022). برنامج التأمين الطبي للشركات. المملكة العربية السعودية.
 - 14- العتيبي، عبد الله ضاوي. (2019). جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين: دراسة تطبيقية على شركات التأمين بمحافظة الطائف. مجلة كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، مج. 20، ع. 1.
 - 15- العساف. (1994). مفهوم الجودة في الخدمات الصحية. مؤسسة الأبحاث الجامعية، وكالة الإنماء الدولي، عمان - الأردن.
 - 16- العلاق، بشير. (2006). قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية-دراسة حالة المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية: التحديات المعاصرة للإدارة العربية.
 - 17- المطرفي، وآخرون. (2022). مدى تأثير القطاع الصحي الخاص بقطاع التأمين في المملكة العربية السعودية. المجلة الدولية لنشر الدراسات العلمية، مج. 14، ع. (2).
 - 18- النجار، محمود سليم عبد الكريم. (2015). تقييم الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة. (رسالة ماجستير)، الجامعة الإسلامية - غزة، كلية التجارة.
 - 19- أنساعد، رضوان. (2015). أثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة لمنظمات الصحية. مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال، الشلف، الجزائر، ع. (01).
 - 20- باسلامة، صفاء؛ علي، نسوى. (2015). تطور القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية. مجلة جامعة الملك فهد، ع. (7).
 - 21- بخاري، إسراء أحمد؛ النهدي، أمل غازي؛ نصر الدين، فيفيان محمد. (2023). مدى دلالة التأمين الصحي على كفاءة مراكز الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. المجلة الإدارية والاقتصادية، المؤسسة العربية للعلوم ونشر الأبحاث، مج. 7، ع. (7).
 - 22- بدودة، إنصاف. (2019). أثر جودة خدمة الرعاية الصحية على رضا المرضى دراسة مقارنة بين المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد بوضياف وعيادة الضياء ب ورقلة. (رسالة ماجستير)، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير.
 - 23- برعي، حسين. (2016). دراسة تحليلية لسوق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية. المجلة العالمية للبحوث التجارية، (جامعة المنوفية)، مج. 26، ع. 1.
 - 24- برنامج تحول القطاع الصحي. (2020). رؤية المملكة 2023 الخطة التنفيذية لبرنامج تحول القطاع الصحي 2020-2021. المملكة العربية السعودية.
 - 25- بن خليف، عبد الرزاق. (1998). التأمينات الخاصة في التشريع الجزائري. مطبعة جرد، الجزائر.
 - 26- بن زيدان، فاطمة الزهراء؛ قطاب، فالحة. (2012). واقع تسويق خدمات التأمين الصحي بالجزائر " تحديات برامج التأمين الصحي". الملتقى الدولي السابع حول: الصناعة التأمينية، الواقع العملي وأفاق التطوير - تجارب الدول، جامعة حسبية بن بوعلوي بالشلف.
 - 27- بوعنه، عبدالمهدي. (2009). إدارة الخدمة في المؤسسات الصحية، مفاهيم، نظريات. ط1، دار الحامد للنشر، عمان.
 - 28- بيرغر، رولاند. (2022). " مستقبل الرعاية الأولية في المملكة العربية السعودية". تقرير لماذا تعد ظروف المملكة العربية السعودية ملائمة للجيل القادم من الرعاية الأولية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
 - 29- حوالف، رحيمة. (2019). مستقبل التأمين الصحي في الوطن العربي وأثره على جودة الخدمات الصحية. كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان. الجزائر. مجلة دراسات في العلوم

- الإنسانية والاجتماعية، مج. 2، ع. 23.
- 30- ديون، عبد القادر. (2012). دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة، مجلة الباحث، ع، 11.
- 31- دريدي، أحلام. (2014). دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (رزيق يونس). رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر - بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير.
- 32- ذياب، صلاح محمود. (2012). قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، مج. 20، ع. (1).
- 33- رجب أبو حمد أمين. (2020). الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية. مجلة البحوث المالية والتجارية، مج. 21، ع. 3.
- 34- سوق التأمين السعودي. (2019). تقرير سوق التأمين السعودي الصادر عن البنك المركزي السعودي. المملكة العربية السعودية.
- 35- عاجل، سامر. (2017). تقييم واقع جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية دراسة حالة لعينة من المراكز الصحية في مدينة الديوانية (رسالة ماجستير)، جامعة القادسية، كلية الإدارة والاقتصاد.
- 36- عبد القادر، محمد نور الطاهر أحمد. (2015). قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، مج. 11، ع. (4).
- 37- عبد الكريم، سهام. (2016). تجربة المملكة العربية السعودية في تطبيق نظام التأمين الصحي التعاوني. مجلة "الأبحاث الاقتصادية" لجامعة البليدة، مج. 2، ع. (14).
- 38- عثمان، محمد عبدالمولى. (2019). "التأمين الصحي التعاوني الشامل ودوره في رؤية المملكة 2030". مجلة مكاشفات، مركز البحوث والتواصل المعرفي، مج1، ع4.
- 39- عطية، مختار بن سعد؛ امشير، حليلة علي. (2017). جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الخمس التعليمي من وجهة نظر المستفيدين. المؤتمر الاقتصادي الأول للاستثمار والتنمية في منطقة الخمس.
- 40- عنابة، بورناز حياة. (2018). الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل "المستشفيات نموذجاً". الملتقى الوطني الأول حول: التسيير الصحي، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، قسم علوم التسيير.
- 41- فلاح، عز الدين. (2008). التأمين مبادئه وأنواعه. دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 42- لقواق، عبد الرزاق؛ بن ظفره، فايز عوض سعد. (2020). تحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام برنامج المتسوق السري:
- دراسة تطبيقية على عينة من المراكز الصحية في المملكة العربية السعودية، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، مج. 23، ع. 2.
- 43- ماضي، خليل اسماعيل إبراهيم. (2014). جودة الحياة الوظيفية وأثرها على مستوى الاداء الوظيفي للعاملين " دراسة تطبيقية على الجامعات الفلسطينية. جامعة قناة السويس.
- 44- مراكشي، محمد أمين. (2013). ترقية خدمات التأمين الصحي في الجزائر. مجلة الاقتصاد الجديد، ع. (8).
- 45- مرزة، سعيد عباس. (2006). التأمين النظرية والممارسة. ط 1، شركة إعادة التأمين العراقية، بغداد.
- 46- نصر الدين، فيغيان محمد؛ كتيبي، إلهام عصام؛ الشيخ، منتهى إسماعيل. (2023). أهمية التأمين الطبي وأثره على قطاع الصحة في المملكة العربية السعودية خلال الفترة الزمنية 2002-2022. المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات، مج. 4، ع. 44.
- 47- موقع الجزيرة. (2020). <https://www.al-jazirah.com/2020/20200109/ln12.htm>
- 48- موقع مؤسسة ويكيميديا (2023). <https://ar.wikipedia.org/w/index.php?title=%D9%86%D8%AC%D8%B1%D8%A7%D9%86&action=edit&action=5>
- 49- Abuosi et al. (2016). Health insurance and quality of care: Comparing perceptions of quality between insured and uninsured patients in Ghana's hospitals. International Journal for Equity in Health, 15 (76).
- 50- Croft, P., Altman, D. G., Deeks, J. J., Dunn, K. M., Hay, A. D., Hemingway, H., ... & Timmis, A. (2015). The science of clinical practice: disease diagnosis or patient prognosis? Evidence about "what is likely to happen" should shape clinical practice. BMC medicine, 13(1).
- 51- Doris Osei Afriyie, et al. (2023). Effects of Health Insurance on Quality of Care in Low-Income Countries: A Systematic Review. Public Health Reviews REVIEW. 44.
- 52- Eyakumar, Nithila, Analysis of the Digital Direct-to-Customer channel in Insurance. (2017). Master of Science in Management and Engineering, Massachusetts Institute of Technology.
- 53- Service quality in health care organisations. (2011). A Study of corporate hospitals in Hyderabad. Journal of Health Management.
- 54- Suppressing COVID-19 (2020) epidemic through community centered care approach, AUB, leabnon.
- 55- Robyn, P. J., Bärnighausen, T., Souares, A., Traoré, A., Bicaba, B., Sié, A., & Sauerborn, R. (2014). Provider payment methods and health worker motivation in community-based health insurance: a mixed-methods study. Social science & medicine, 108.
- 56- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. International journal of health policy and management, 3(2).

The Impact of Health Insurance Components on Improving the Quality of Health Care from the Point of View of the General Administration of Health Affairs in Najran

Alyan Zabin Misfir Al-Hillah

Ahmed Idris Abdo Idris

Abstract

The study sought to identify the role of health insurance components in its five dimensions (comprehensiveness of services provided, cost of the health insurance system, methods of paying financial claims to health insurance service providers, education and awareness of health problems, proper diagnosis and appropriate treatment of diseases) in improving the quality of health care from the view point of General Health Affairs in Najran point of view. The descriptive analytical approach was used, relying on the questionnaire as a tool for collecting data. The questionnaire was distributed to a simple random sample of employees of the General Administration of Health Affairs in the city of Najran. The sample consisted of (116) male and female employees. The study reached a set of results, the most important of which is that there is a statistically significant relationship between the dimensions of health insurance components on improving the quality of health care. Moreover, the most influential dimensions, according to ranking were: proper diagnosis and appropriate treatment of diseases, education and awareness of health problems, methods of paying financial claims to health insurance service providers, cost health insurance system, and comprehensiveness of services provided. Further, there are no differences in the sample members' answers concerning the components of health insurance and improving the quality of health care due to demographic variables (gender, age, educational level, job title, and years of experience). The study suggested a number of recommendations. The most important of these recommendations were increasing attention to the components of health insurance, increasing the comprehensiveness of health insurance and comprehensive coverage of various medical services, encouraging prevention and healthy lifestyle education, strengthening the system of transparency and accountability within the health insurance market, and increasing interest in simplifying the financial procedures for health service providers.

Keywords: health insurance, components of health insurance, improving health care.