



المجلة الإلكترونية الشاملة متعددة التخصصات
العدد الخامس والخمسون شهر (١) ٢٠٢٣

مدى مساهمة التأمين الصحي الوطني في تحقيق الاستدامة المالية للقطاع الصحي في المملكة
العربية السعودية

**The contribution of the National Health Insurance to
achieving the financial sustainability of the health sector in the
Kingdom of Saudi Arabia**

ندى درويش محمد حناوي

باحث قسم الاقتصاد، كلية الاقتصاد والإدارة، جامعة الملك عبدالعزيز، المملكة العربية
السعودية

nadadmh@hotmail.com

حاجة عبدالرحمن ابراهيم الإمام

أستاذ الاقتصاد، كلية الاقتصاد والإدارة، جامعة الملك عبدالعزيز، المملكة العربية السعودية

halemam@kau.edu.sa

المستخلص

يواجه قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية كأحد القطاعات الحيوية الهامة تحديات عديدة، تشمل سرعة التغييرات الديموغرافية، والتقدم التكنولوجي، وتغيير أنماط المرض وغيرها، هذه التحديات تعمل على زيادة الطلب على الخدمات الصحية مما يتطلب زيادة كبيرة في الإنفاق المخصص للقطاع الصحي. ويعتبر نظام التأمين الصحي الوطني موضوع الدراسة، أحد البدائل المقترحة والممكنة لتوفير التمويل المستمر للقطاع الصحي، وهو يتماشى مع التوجهات التنموية الطموحة للدولة من أجل تحقيق أهداف رؤية 2030 التي تستهدف تطوير مستدام للقطاع الصحي لرفع مستوى جودة الرعاية الصحية وتحسين صحة الفرد. هدفت الدراسة الى التعرف على التأمين الصحي الوطني كنظام مقترح يمكن أن يساهم في تحقيق الإستدامة المالية للقطاع الصحي في المملكة العربية السعودية وتحديد مدى قبول واستعداد الأفراد للدفع والإشتراك في هذا النظام ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لابرار الإطار النظري للدراسة واستعراض أهم نتائج الدراسات السابقة ذات الصلة بالدراسة. وباستخدام نموذج الإنحدار المتعدد ومعامل الارتباط بيرسون تم التوصل الى عدد من النتائج أهمها وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين جميع العوامل الديموغرافية (العمر، النوع، الدخل، المستوى التعليمي، عدد أفراد الاسرة، الحالة الاجتماعية) ومدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني ماعدا عاملي الجنسية والحالة الوظيفية، كذلك تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين الحالة الصحية للفرد ومدى استعداده للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني، وكان لمستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحالية تأثيره الإيجابي على رغبة واستعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني. لذا توصي الدراسة بضرورة وضع معايير وأسس موحدة عالية الجودة لتحقيق العدالة بين المنتفعين من الخدمات الصحية ونشر التوعية الصحية بين أفراد المجتمع وتوضيح أهمية برامج التأمين الصحي، مع الأخذ في الإعتبار ضرورة أن يشمل نظام التأمين الصحي الوطني المقترح الجميع سواء المواطنين وغير المواطنين لتخفيف العبء المالي وتعزيز صحة الفرد وتحقيق الرفاهية وضمان تطور مستدام لقطاع الخدمات الصحية الحيوي بما يتفق مع رؤية المملكة 2030.

الكلمات المفتاحية: القطاع الصحي، التأمين الصحي الوطني، الإستدامة المالية، الرعاية الصحية، الطلب، التمويل، رؤية المملكة العربية السعودية 2030.

ABSTRACT

The healthcare sector in the Kingdom of Saudi Arabia, as one of the vital and important sectors, faces many challenges, including rapid demographic changes, technological progress, changing disease patterns, and others, These challenges increase the demand for health services, which requires a significant increase in spending allocated to the health sector. The national health insurance system, which is the subject of the study, is considered one of the proposed and possible alternatives to provide continuous funding for the health sector, and it is in line with the ambitious development directions of the country in order to achieve the goals of Vision 2030, which aims at sustainable development of the health sector to raise the level of health care quality and improve individual health. The study aimed to identify national health insurance as a proposed system that can contribute to achieving the financial sustainability of the health sector in the Kingdom of Saudi Arabia and to determine the extent of acceptance and willingness of individuals to pay and participate in this system. To achieve this goal, the analytical descriptive approach was used to highlight the theoretical framework of the study and to review the most important results of previous studies related to the study. And by using the multiple regression model and the Pearson correlation coefficient, a number of results were reached, the most important of which is the existence of a statistically significant correlation between all demographic factors (age, gender, income, educational level, number of family members, marital status) and the extent of the individual's willingness to pay for national health insurance services., except for the nationality and employment status. It showed that there is a statistically significant relationship between the health status of the individual and his willingness to pay for national health insurance services. The level of satisfaction with the current health services had a positive impact on the willingness of the individual to pay for obtaining national health insurance services. Therefore, the study recommends the need to set unified standards and principles of high quality to achieve justice among the beneficiaries of health services and spread health awareness among members of society and clarify the importance of health

insurance programs. Considering the need for the proposed national health insurance system to include everyone, both citizens and non-citizens, to reduce the financial burden, enhance individual health, achieve well-being, and ensure sustainable development of the vital health services sector in line with the Kingdom's Vision 2030.
Keywords: Health sector, National Health Insurance, Financial Sustainability, Healthcare, Demand, Finance, Kingdom's Vision 2030.

1-1 المقدمة

تعتبر المملكة العربية السعودية أحد أغنى دول العالم، ويعتمد الاقتصاد السعودي بشكل رئيسي على عائدات النفط والتي تشكل أكثر من 75% من الإيرادات الحكومية. هذه الثروة النفطية ساهمت بشكل كبير في تمويل العديد من القطاعات العامة في المملكة بما فيها القطاع الصحي. ويعتبر قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية من أهم القطاعات في النظام الاقتصادي والذي يعمل على توفير السلع والخدمات اللازمة لعلاج المرضى من خلال تقديم الرعاية العلاجية، أو الوقائية، أو التأهيلية أو التلطيفية. ويتم تقديم الخدمات الصحية في المملكة عن طريق القطاع الصحي الحكومي مجاناً أو عن طريق القطاع الصحي الخاص وذلك عن طريق الدفع مقابل الخدمة أو عن طريق التأمين الصحي الخاص.

تتولى وزارة الصحة تقديم الجزء الأكبر من خدمات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية التي يتم تمويلها سنوياً من إجمالي الميزانية الحكومية، حيث تقوم بتشغيل ما يقرب من 60% من المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية. (Almalkiet al., 2011)

قد تتأثر الإيرادات الحكومية نتيجة تقلبات أسعار النفط، وبالتالي سيكون هناك تأثيراً كبيراً على جميع قطاعات الاقتصاد، فقد أدى انخفاض أسعار النفط خلال التسعينات الى انخفاض نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في المملكة العربية السعودية من 14000 دولار تقريباً في عام 1980 الى 7980 دولار عام 2002. (Walston et al., 2008:243-250). ومن ناحية أخرى، يتعرض النظام الصحي في المملكة العربية السعودية لتحديات متزايدة تشمل سرعة التغييرات الديموغرافية، والتقدم التكنولوجي، وشيخوخة السكان، وتغيير أنماط المرض. هذه التحديات تعمل على زيادة الطلب على الخدمات الصحية مما يتطلب زيادة كبيرة في الإنفاق المخصص للقطاع الصحي.

ان التوجهات التنموية الطموحة للمملكة من اجل تحقيق اهداف رؤية 2030 تستوجب تطوير القطاع الصحي لرفع مستوى جودة الرعاية الصحية وتحسين صحة الفرد وذلك من خلال العديد من البرامج التي تسهم في تحقيق التحول الصحي والتي من أهمها "برنامج الضمان الصحي وشراء الخدمات الصحية" من خلال تأسيس

شركة وطنية للتأمين الصحي، مع تعميم التأمين الصحي تدريجياً وتوليد التمويل من مصادر إضافية ضماناً للاستدامة المالية لهذا القطاع الحيوي (الدليل التعريفي ببرامج التحول الوطني في القطاع الصحي، 2018:26)

2-1 مشكلة الدراسة

يرى الكثير من الباحثين ان تمويل القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية غير مستدام على المدى طويل الأجل نتيجة للاعتماد الكبير على الإيرادات النفطية في تمويل القطاع (Al Salloum, 2015) ومن هنا تبرز أهمية البحث عن مصادر بديلة لتمويل القطاع الصحي لتحقيق الاستدامة المالية. ويعتبر التأمين الصحي الوطني موضوع الدراسة، أحد البدائل المقترحة والممكنة لتوفير التمويل المستمر للقطاع الصحي، كما انه سيوفر الرعاية الصحية للفرد ويعمل على حمايته من قلة الرعاية بسبب الظروف المادية. ويقوم التأمين الصحي أساساً على مفهوم توزيع الخطر المتوقع الذي قد يواجهه الفرد، مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم، وهو بذلك نظام اجتماعي يقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده، وتنظم شركات التأمين الاستفادة من توزيع الخطر مقابل مبلغ معين مع الاخذ في الاعتبار المزايا التي يحققها التأمين الصحي للقطاع الاقتصادي بالكامل.

(<https://www.misyemen.com/principles/>)

تسعى الدراسة الى معرفة مدى قبول واستعداد الافراد للدفع والاشتراك في نظام التأمين الصحي الوطني لتحقيق الاستدامة في القطاع الصحي لتوفير تغطية شاملة ونظام قابل للاستمرار مالياً من أجل تحسين جودة النظام الصحي.

يمكن صياغة اشكالية الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي:

ما مدى مساهمة التأمين الصحي الوطني في تحقيق الاستدامة المالية للقطاع الصحي في المملكة العربية السعودية؟

وتتبع منه الأسئلة الفرعية التالية:

- هل الافراد لديهم الاستعداد والرغبة في المشاركة في التأمين الصحي الوطني ؟
- الى اي مدى يساهم نظام التأمين الصحي الوطني في توفير التمويل للقطاع الصحي ؟
- ماهي العوامل الديموغرافية والاقتصادية المؤثرة على دافعية الأفراد للمشاركة واستعدادهم للدفع في نظام التأمين الصحي الوطني ؟

3-1 أهداف الدراسة

يتمثل هدف الدراسة الرئيس في ابراز التأمين الصحي الوطني كنظام مقترح يمكن أن يساهم في تحقيق الاستدامة المالية للقطاع الصحي في المملكة العربية السعودية.
وفي ضوء هذا الهدف، تندرج الأهداف الفرعية التالية :

- التعرف على واقع نظام تمويل القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية والتحديات التي يواجهها.
- مراجعة طرق التمويل المختلفة للقطاع الصحي.
- دراسة إمكانية تطبيق التأمين الصحي الوطني.
- تحديد مدى قبول الأفراد للمساهمة في الاشتراك في التأمين الصحي الوطني.
- معرفة العوامل الديموغرافية والإقتصادية التي تؤثر على استعداد الأفراد للمساهمة في الاشتراك والدفع للتأمين الصحي الوطني.

4-1 أهمية الدراسة

تبرز أهمية البحث في كون أن الرعاية الصحية حقاً أساسياً من حقوق الانسان ولا بد أن تتاح للجميع بطريقة مقبولة وعادلة وميسرة التكاليف وذات جودة مناسبة في التوقيت المناسب، اذ تعتبر الصحة عنصراً حيوياً مرتبطاً ببناء رأس المال البشري لدعم عمليات الإنتاج والنمو؛ فتطوير هذا القطاع من اهم استراتيجيات رؤية المملكة العربية السعودية (2030). وبالرغم من اسهام الحكومة في تطوير وإصلاح القطاع الصحي، الا انه لازال يعاني من ضغوط متزايدة لإرتفاع تكاليف خدمات الرعاية الصحية الأمر الذي ترتب عليه عدم قدرة بعض أفراد المجتمع الحصول على الخدمة. وتكمن اهمية الدراسة في ان نظام التأمين الوطني المقترح وما يحققه من مزايا مأموله يمثل مصدر تمويل مستدام للقطاع الصحي كما انه يخفف العبء المالي والمخاطر الصحية، ومن المؤمل أن يساهم في اصلاح النظام الصحي واستدامته ورفع وتحسين مستوى كفاءة الخدمات الصحية وتعزيز حياة صحية جيدة للمواطنين من اجل تحقيق الرفاهية لافراد المجتمع.

5-1 فروض الدراسة

- من أجل تحقيق هدف الدراسة الرئيس والاهداف الفرعية ، سيتم اختبار الفروض التالية :-
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين العوامل الديموغرافية ومدى استعداد الفرد للدفع.
 - وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين الحالة الصحية للفرد ومدى استعداده للدفع.
 - وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين الأمراض المزمنة ومدى استعداد الفرد للدفع.
 - وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين وجود عوائق للحصول على الخدمات الصحية الحالية ومدى استعداد الفرد للدفع.
 - وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحالية ومدى استعداد الفرد للدفع.
 - وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين وجود تغطية تأمينية حالية ومدى استعداد الفرد للدفع.

6-1 منهج الدراسة واجراءاته

سيتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لعرض وتوضيح الاطار النظري للدراسة واستعراض نتائج الدراسات السابقة التي تناولت احد جوانب الموضوع محل الدراسة. وباستخدام أداة الإستبانة سيتم تحليل بيانات المتغيرات لعينة الدراسة بواسطة برنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لمعرفة مدى قبول الأفراد واستعدادهم للمساهمة في تمويل القطاع الصحي عن طريق الدفع والاشتراك في نظام التأمين الصحي الوطني المقترح وأثر ذلك على استدامة القطاع الصحي مالياً. وتتمثل متغيرات الدراسة فيما يلي :-

- المتغير التابع: مدى مساهمة واستعداد الافراد للاشتراك في التأمين الصحي الوطني حيث أن استعداد الفرد للدفع يساهم في تقديم الخدمات الصحية بطريقة مناسبة وفي الوقت المناسب الامر الذي يحد من حدوث الأزمات الصحية ويجعل القطاع الصحي آمناً وقادراً على توفير الحماية الصحية للفرد والمجتمع.
- المتغيرات المستقلة: مستوى الدخل، مستوى التعليم، مستوى الوعي، الجنس، الحالة الوظيفية، العمر، الحالة الصحية.

7-1 مجتمع وعينة الدراسة

يتسق الموضوع محل الدراسة مع الأهداف التنموية لرؤية المملكة العربية السعودية 2030 لكون محور الدراسة ينصب حول مدى إمكانية تحسين جودة القطاع الصحي وضمان استمرار تطوره، ويعتبر التأمين الصحي الوطني أحد البدائل المقترحة لضمان استدامة القطاع الصحي مالياً ومن ثم يكون القطاع مؤهلاً لتحسين صحة أفراد المجتمع وهذا يعني أن مجتمع الدراسة يتألف من جميع السكان في المملكة العربية السعودية البالغ عددهم 34.1 مليون نسمة في منتصف عام 2021. (الهيئة العامة للإحصاءات، 2021) هناك صعوبات تحول دون استقراء آراء كافة السكان في مختلف مناطق المملكة لمعرفة آراءهم حول مدى استعدادهم للدفع ورغبتهم في الاشتراك في نظام التأمين الصحي الوطني المقترح من أجل الحصول على خدمات صحية مستدامة لذا ستقوم الباحثة بجمع بيانات وآراء لعينة قوامها (400 مفردة) تم اختيارها عشوائياً من منسوبي جامعة الملك عبد العزيز بواسطة استبانة تنشر إلكترونياً مع الأخذ في الاعتبار أن تمثل العينة مجتمع الدراسة (السكان في المملكة) تمثيلاً صادقاً.

8-1 مصادر بيانات الدراسة

تحليل وتفسير الإطار النظري واستعراض الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة، يستوجب الإعتماد على المصادر الثانوية المتمثلة في الكتب والدوريات والتقارير وغيرها، والبيانات المستمدة من الإحصاءات الرسمية الصادرة مما يلي:-

<https://www.sama.gov.sa/ar-sa/Pages/default.aspx> (Saudi Central Bank) البنك المركزي السعودي

<https://www.mof.gov.sa/Pages/default.aspx> (Ministry of Finance) وزارة المالية

<https://www.stats.gov.sa/en/node> (General Authority for Statistics) الهيئة العامة للإحصاء
بالإضافة الى استخدام المصادر الأولية ممثلة في أداة الإستبانة من أجل جمع البيانات والمعلومات حول
موضوع الدراسة من العينة المستهدفة وفق الأسس الإحصائية المتبعة.

9-1 حدود الدراسة

تتمثل حدود الدراسة فيما يلي :-

- الحدود المكانية: ستقتصر الدراسة على المجتمع السعودي .
- الحدود الزمانية: سيتم اجراء الدراسة خلال الفترة من عام 2021 الى 2022.
- الحدود الموضوعية: يتم دراسة مدى مساهمة التأمين الصحي الوطني في تحقيق الاستدامة المالية للقطاع الصحي في المملكة العربية السعودية.

1-2 الدراسات السابقة

فيما يلي يتم استعراض العديد من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة لاثراء ودعم الدراسة في جانبها التحليلي :-

دراسة (Akwaow (2021) وآخرون، والتي كانت بعنوان الإستعداد للدفع مقابل خطة التأمين الصحي الاجتماعي : دراسة استقصائية لسكان الريف في ولاية أكوا إييوم بنيجيريا، تم اجراء البحث في ثلاث مناطق حكومية محلية في ولاية أكوا إييوم جنوب نيجيريا من خلال جمع بيانات متعددة المراحل باستخدام الإستبيان، حيث أجريت مقابلات مع 286 من أرباب الأسر، تم استخدام طريقة الإنحدار المتعدد لإنشاء نموذج توقع دفع التكاليف. وتوصلت الدراسة الى أن غالبية سكان الريف في ولاية اكوا إييوم على استعداد لدفع تكاليف التأمين الصحي الاجتماعي. وقد تم تحديد المبلغ الذي كانوا على استعداد لدفعه من خلال معيل الأسرة وحجم الأسرة لتصميم نظام للتأمين الصحي الاجتماعي المشترك ميسور التكلفة ومستدام للمواطنين.

كذلك أجرى أمين (2020م) دراسة بعنوان الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية، حيث قام الباحث باستخدام منهجين :المنهج الاستنباطي الذي يتمثل في الكتب والبحوث العلمية والشبكة العنكبوتية، والمنهج الاستقرائي الذي اعتمد فيه الباحث على التحليل الإحصائي للبيانات الخاصة بنتائج التأمين الصحي الإلزامي والخاص المنشورة في التقرير السنوي لمؤسسة النقد العربي السعودي. واختبار المتغير المستقل الزمن والمتغير التابع الأقساط المباشرة. وتوصل الباحث الى أهمية تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل اذ يعتبر من مصادر تنويع الدخل وهذا يتفق مع رؤية 2030،

وأكدت الدراسة على أهمية مشاركة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية في السنوات الراهنة ، وإعادة النظر في الأنظمة الخاصة بهذه الاستثمارات؛ لتحسين الصناعة النيجيرية، والحاجة إلى مساعدة بنك الصناعة في تمويل خطط التنمية المتعلقة بالتصنيع في البلاد.

وهناك دراسة الزبيدي (2019م) بعنوان مدى إمكانية تطبيق التأمين الصحي في جامعة ميسان. حيث قام الباحث بجمع الاستبانة من جميع منسوبي جامعة ميسان وتم تحليل البيانات لإعداد الجانب التطبيقي بالاعتماد على البرنامج الاحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS توصل الباحث الى ضرورة تطبيق نظام التأمين الصحي في جامعة ميسان ووضع الخطط والبرامج التي تساعد في الاستفادة من التأمين الصحي وما يغطيه التأمين الصحي من تكاليف العلاج والعمليات للمشاركين في التأمين.

ايضا اجرى Noor وآخرون (2019) دراسة بعنوان مدى قبول المجتمع الماليزي واستعداده للدفع مقابل خطة تمويل الصحة الوطنية. استخدم الباحث استبيان منظم يتكون من مجموعة من الأسئلة المفتوحة وطرق التقييم الطارئ فيما يتعلق باستعداد المشاركين للدفع . تمت المقابلات وجهاً لوجه مع 774 أسرة من أربع ولايات في ماليزيا، ووجدت الدراسة أن غالبية الأسر أبدت إثناء خطة وطنية للتمويل الصحي وإدارة برنامجها عن طريق هيئة حكومية. كما أبدت معظم الأسر بنسبة (87.5%) استعدادها للمساهمة بمستوى 0.5 – 1% من رواتبها من خلال الاستقطاع الشهري، كما اكد أكثر من ثلاثة أرباع المجيبين بنسبة (76.6%) إستعدادهم للمساهمة بمستوى 1 – 2% ، من هنا لاحظ الباحث أن الرغبة في دفع تكاليف تمويل الصحة واضحة عند الشباب والإناث، والمقيمين في المناطق الريفية، وذوي الدخل المرتفع والمرضى.

وفي ذات السياق، قدم Molla & Chi (2017) دراسة بعنوان من يدفع مقابل الرعاية الصحية في بنغلاديش (تحليل التقدم في تمويل النظم الصحية)، استخدم الباحث بيانات من مسح دخل وانفاق الأسرة في بنغلاديش عام 2010م لعينة مقطعية وممثلة للاسر على المستوى الوطني مكونة من 12,240 أسرة يتألف افرادها من 55,580 فرداً. اعتمد الباحث على مبدأ القدرة على الدفع الذي طوره أودونيل وفان دورسلاير، وواجستاف وليندلو عام 2008. كما استخدم مؤشر Kakwani لقياس حجم التقدمية، وقد توصل الباحث الى أن تمويل النظم الصحية في بنغلاديش تنازلي، وان هناك اختلافات بين معامل جيني ومؤشر ككواني لجميع مصادر التمويل السلبية، وأن التمويل يتركز أكثر بين الفقراء، وتزداد عدم المساواة في الدخل بسبب ارتفاع مدفوعات الجيب. وقدرت الزيادة في عدم المساواة في الدخل الناجمة عن المدفوعات الشخصية بنسبة 89% بسبب التأثير الرأسي السلبي و11% بسبب عدم المساواة الأفقية. تضيف النتائج أدلة على تأثير تمويل الأنظمة الصحية على العبء المالي غير العادل للرعاية الصحية والدخل، ايضاً اشارت الدراسة الى ان الاعتماد الكبير على مدفوعات الجيب قد يؤثر على مستويات معيشة الأسرة. وفي فيتنام ، قدم Nguyen & Hoang (2017) دراسة بعنوان الإستعداد لدفع تكاليف التأمين الصحي الاجتماعي في وسط فيتنام. وباستخدام إستبيان منظم تم اجراء مقابلات شخصية لحوالي ثلاثمائة واحد وثلاثين شخصاً غير مؤمن عليهم من ثلاث مناطق ومدينة واحدة في مقاطعة ثوا ثين هيو ، كما تم استخدام أسلوب التقييم الطارئ لتقييم الإستعداد للدفع بين المشاركين في الدراسة حيث طلب من

كل فرد اختيار الحد الأقصى من قسط التأمين الذي كان على استعداد لدفعه مقابل بطاقة تأمين صحي سنوي مع ثلاث مستويات للدفع المشترك هي 10%، 20% وتم تقديم سبعة مستويات تتراوح بين (0 إلى 900000) دونج فيتنامي؛ أي ما يعادل 42,12 دولاراً أمريكياً. وباستخدام أسلوب تحليل الإنحدار الخطي المتعدد لتحديد العوامل التي تؤثر على WTP للتأمين الصحي الاجتماعي توصل الباحث الى أن 73,1 - 72,2 - 71,6 % على التوالي لكل مستوى دفع مشترك، وقد ابدى المستجيبون استعدادهم على المشاركة في مخطط التأمين الصحي الاجتماعي وايضا استعدادهم لدفع قسط سنوي قدره 578,926 دونج فيتنامي (27,1 دولار أمريكي)، 473222 دونج فيتنامي (22,1 دولار أمريكي)، 401,266 دونج فيتنامي (18,8 دولار أمريكي) عند مستويات الدفع المشترك 0-10-20% على التوالي. استنتج الباحث انه يجب أن يساهم الوعي بمعرفة فوائد التأمين الصحي الاجتماعي الى توسيع تغطية هذا النوع من التأمين في فيتنام.

أما دراسة Basaz (2017) وآخرون، بعنوان استعداد الموظفين العموميين في مدينة جوبا الواقعة جنوب السودان لدفع تكاليف الصندوق الوطني للتأمين الصحي، فقد استخدم فيها الباحث اداة الاستبانة لجمع بيانات من 381 مشاركاً تم إختيارهم عشوائياً و 13 تم إختيارهم ممن يعملون في مقاطعة جوبا 2015 سبتمبر. وتم تحليل البيانات باجراء اختبار T والانحدار الخطي المتعدد لتحديد الارتباط بين المتغيرات المستقلة التي تؤثر في قرارات المستجيبين للمساهمة والدفع والمتمثلة في مستوى الوعي والموارد البديلة للدخل الفردي وحجم الأسرة والتغطية التأمينية والدين، والمتغير التابع المتمثل في الرغبة في الدفع. وقد توصلت الدراسة الى أن 68% من الأفراد على استعداد للدفع لصندوق التأمين الصحي الوطني من إجمالي دخلهم الفردي الشهري. وتنتظر حكومة جنوب السودان في بدء هذا المخطط لأن غالبية المستجيبين مستعدين للمساهمة فيه.

وهناك دراسة Nosratnejad وآخرون (2016)، بعنوان مراجعة منهجية الرغبة في دفع تكاليف التأمين الصحي في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، أستخدم فيها الباحث قواعد البيانات لدراسات حول خطة المعالجة الفردية أو المنزلية للتأمين الصحي حتى فبراير 2016، وتم تقدير خطة لمعالجة المياه كنسبة مئوية من نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي وتعديل نصيب الفرد من الدخل القومي الصافي في كل بلد من قائمة مؤشرات البنك الدولي. وقد استخدم التحليل التلوي لحساب الإستعداد للدفع وفترات الثقة وتم فرز الأصوات لتحديد المتغيرات التي تؤثر على WTP. وقد توصلت الدراسة الى أن الإستعداد لدفع تأمين الرعاية الصحية بين الأسر الريفية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل أقل بقليل من 2% من نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالتالي يجب على الحكومات ألا تعتمد على أقساط الأسر كمصدر تمويل رئيسي في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل وعليها أن تزيد قدرتها المالية للحصول على نظام رعاية صحية منصف باستخدام مصادر أخرى.

وفي المملكة العربية السعودية، اجريت دراسة برعي (2016م) بعنوان دراسة تحليلية لسوق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية، حيث اعتمد فيها الباحث على النسب ومعدلات النمو للمتغيرات من خلال السلاسل الزمنية المتاحة خلال فترة الدراسة 2005-2014. ثم الانتقال الى تحليل أداء سوق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية من خلال عدة مؤشرات هي: إجمالي أقساط التأمين، ومؤشر صافي أقساط التأمين،

ومؤشر إجمالي مطالبات التأمين المدفوعة، ومؤشر إجمالي العمولات المدفوعة، ومؤشر عمق وكثافة التأمين، ومؤشر إجمالي الفوائض الجارية والمترجمة. وتوصلت الدراسة الى أن قطاع التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية يمثل الجانب الأكبر من سوق التأمين في المملكة العربية السعودية. كما اجريت دراسة في الاردن من قبل الرواشدة وآخرون (2010م) بعنوان تقييم مستوى الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من التأمين الصحي في الأردن، اعتمد فيها على عدة متغيرات متمثلة في (إجراءات الاستقبال ومعاملة الجهاز الطبي والتمريضي ونظام العمل والتوعية الصحية والظروف البيئية لداخلية والخارجية ومستوى التأمين الصحي). وباستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية توصلت الدراسة الى انخفاض مستوى الخدمات المقدمة للمستفيدين من التأمين الصحي من قبل المستشفيات الحكومية والخاصة، وتبين أن مستوى التأمينات الصحية المقدمة في القطاع الخاص أفضل من المقدمة في القطاع العام.

كذلك هدفت دراسة Rajkotia (2009)، بعنوان التأمين الصحي الوطني في غانا: السياسة، والإختيار المعاكس واستخدام خدمات صحة الطفل، الى تسليط الضوء على الكيفية التي يقدم فيها التأمين الصحي الوطني الدعم المالي والحماية من النوبة الكارثية للمرض، والمساواة في الوصول اليها والاستفادة منها. استخدم الباحث الطريقة الكمية بدراسة تركز على المناطق الفقيرة في شمال غانا والمناطق التي بدأ فيها تطبيق أنظمة رسوم الصحة الأولية في الدولة، حيث استخدمت مناقشات جماعية تركز فيها على المؤمن عليه وغير المؤمن عليه، كما تم إجراء مقابلات فردية مع مسؤولي الصحة الوطنية ومقابلات مع مقدمي الرعاية الصحية في القطاع الخاص والحكومي وشبه الحكومي. وجدت الدراسة أن مقدمي الرعاية الصحية والمستهلكين المختارين ايدوا بالكامل طريقة NHSI ودفع رأس المال كنظام جيد وفعال، الذي يمكن أن يزيد من فرص الحصول على الرعاية الصحية لسكان غانا وخاصة الفقراء والضعفاء لتعزيز العلاقة بين مقدم الخدمة والمريض وتحسين استمرارية وجودة الرعاية . لكن مقدمي الرعاية الآخرين رأوا أن هذا النظام محاولة لتحويل مخاطر الرعاية الصحية الى مقدمي الخدمات وخنق أرباحهم. أظهر المستفيدين قلقهم من خطة التأمين الصحي بشأن رداءة الجودة وعدم الرضا عن الرعاية الصحية، فقد أثرت على ثقتهم في النظام الصحي بشكل عام.

وايضا سعت دراسة سليمان (2004م) بعنوان التأمين الصحي في السودان، الى ان توفير الصحة حق لكل مواطن وواجب على الدولة ، ولهذا كانت مجانية العلاج حقا لكل فرد الا أن الأيام أثبتت أن الدولة لا تستطيع الالتزام بتوفير العلاج بمستوياته لأن ذلك فوق قدرتها، مما تطلب ضرورة وجود بدائل لمواجهة المشاكل التي يعاني منها نظام العلاج في البلاد. وتوصلت الدراسة الى ضرورة اللجوء الى التأمين الصحي العام والخاص والتي تستلزم ميزانيات أكبر لتحمل تكلفة علاج المرضى واقامتهم في المستشفيات. وكذلك اشارت دراسة الحيدر والتركي (2002م) بعنوان الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، الى أن زيادة الطلب على المرافق الصحية الحكومية والزيادة في تكاليفها، أدى الى وجود مشكلة في تمويل الخدمات الصحية نتج عنها التفكير في إيجاد بدائل جديدة لهذا التمويل. وقد توصلت الدراسة الى ضرورة التنسيق الفعال بين مقدمي الخدمات

وشركات التأمين في تطبيق النظام، كما أكدت على ضرورة اشتغال تغطية الضمان على جميع الاحتياجات الوقائية والعلاجية، بما في ذلك خدمات الأسنان الأساسية.

1-3 أدبيات الدراسة

عرف التأمين منذ زمن بعيد في الماضي وظهر في صور وأشكال متعددة ، ففي القرن العاشر ظهر التأمين التعاوني الذي يعتمد على فكرة التعاون بين الأفراد، ثم ظهر التأمين البري عند تعرض مدينة لندن للحريق سنة 1666م، وفي أواخر القرن التاسع عشر ظهر التأمين في البلاد العربية عن طريق شركات بريطانية وإيطالية. ويعد قطاع التأمين من القطاعات الهامة اقتصادياً لأي دولة لمساهمته الفعالة في تجميع مدخرات الأفراد ومن ثم توجيهها الى استثمارات معينة تحقق التنمية الاقتصادية، كما برز دوره الفعال في خدمة الاقتصاد الوطني من خلال توظيف رؤوس الأموال وتجميع المدخرات واستثمارها في مشاريع اقتصادية لتحقيق الأرباح التي تنهض بالإقتصاد الوطني وتحقق التنمية المستدامة. يعد التأمين الصحي - أحد صور التأمين - استراتيجية تنظيمية حديثة تساهم في تحسين جودة وكفاءة الخدمات الصحية، وأحد النظم التي وصت بها منظمة الصحة العالمية لما له من أهمية متزايدة في تحسين وتوفير الخدمات الصحية للأفراد، وهو أحد محاور رؤية المملكة العربية السعودية 2030. ويعرف بأنه عقد بين طرفين يلتزم به الطرف الأول (مقدم الخدمة) بعلاج الطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) من مرض معين أو الوقاية من المرض عامة مقابل مبلغ مالي محدد يدفعه الطرف الأول دفعه واحدة أو على أقساط. (أبوهيشة، 2007: 41).

في الوقت الحاضر اتجهت معظم دول العالم الى الرعاية الصحية التأمينية للتغلب على المعوقات والمشاكل الصحية التي يواجهها الأفراد وتحقيق مستوى صحي جيد للفرد في المجتمع ليكون قادراً على الإنتاج بكفاءة والعمل بجد والمشاركة بفعالية في التنمية.

2-3 تطور القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية

يعبر مفهوم القطاع الصحي عن جميع الوحدات والخدمات والتنظيمات التي تعتنى بالصحة . تاريخياً، نشأ نظام الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية بصدر المرسوم الملكي في عام 1932 بتأسيس دائرة الصحة والتي تحولت في عام 1950 م الى مسمى وزارة الصحة حيث تولت مسؤولية إنشاء المستشفيات والمستوصفات والعيادات في المدن الرئيسية مثل مكة المكرمة، والمدينة المنورة، وجدة والطائف. وعلى مدى الخمسين سنة الماضية، شهد النظام الصحي في المملكة العربية السعودية تطوراً ملحوظاً وتحسنت الخدمات الصحية ، ويهدف النظام الصحي الى الاستجابة لإحتياجات السكان من الرعاية الصحية الشاملة وتحسين حالتهم الصحية وذلك بتوفير وتطوير الخدمات الصحية المجانية للمواطنين عن طريق انتشار المستشفيات المتخصصة والمدن الطبية المتكاملة مثل مدينة الملك فهد الطبية التي تعد من أحدث المدن الطبية، فالصحة الجيدة من أهم المؤشرات الحيوية الذي تزدهر بها الأمم.

ويبين الجدول التالي مدى التطور الذي حدث في المرافق الصحية والقوى البشرية العاملة في القطاع الصحي للفترة الزمنية من 2004م الى 2020م، حيث يلاحظ الزيادة المضطربة في عدد المستشفيات من 200 مستشفى عام 2004م الى 287 مستشفى في عام 2020م اي بمعدل زيادة 44%، كما بلغ معدل الزيادة في عدد الأسرة في تلك المستشفيات في عام 2020م حوالي 57% مقارنة بعام 2004م. أما بالنسبة للقوى العاملة فقد تضاعفت أعداد الاطباء في عام 2013م مقارنة بعام 2004م واستمرت اعدادهم في الزيادة حتى عام 2020م، كما يلاحظ الزيادة الملموسة في أعداد المرضى والفئات الطبية المساعدة خلال الفترة الزمنية من عام 2004م الى عام 2020م.

جدول (1): تطور المرافق الصحية والقوى البشرية التابعة لوزارة الصحة خلال الفترة (2004م الى 2020م)

السنة	المراكز الصحية	المستشفيات	الأسرة	الأطباء	المرضى	الفئات الطبية المساعدة
2004	1848	200	28751	18621	41356	21802
2005	1905	213	30317	20219	42628	23116
2006	1925	218	30617	21265	44395	25052
2007	1925	225	31420	22643	51188	26657
2008	1986	231	31720	24802	55429	28752
2009	2037	244	33277	25832	63297	32360
2010	2094	249	34370	31517	75978	40110
2011	2109	251	34450	33999	77946	43422
2012	2259	259	35828	35841	82948	45698
2013	2259	268	38970	37895	83862	50743
2014	2281	270	40300	38458	91854	53077
2015	2282	274	41297	41240	95379	55080
2016	2325	274	41835	42768	101256	57474
2017	2361	282	43080	46605	103990	59646
2018	2391	284	43680	49708	105473	69530
2019	2261	286	44665	53982	107092	71284
2020	2257	287	45180	55880	107846	71838

حرصت حكومة المملكة العربية السعودية على توفير المستشفيات العامة والمتخصصة، والمراكز الصحية، والمستلزمات الطبية، والمعدات، والأجهزة والإدارات الطبية وكل ما يخص سوق الخدمات الصحية على

وجه العموم، لكونها المصدر الرئيس لتوفير التمويل للخدمات الصحية مما شكل تكلفة كبيرة عليها ولاسيما في ضوء النمو المتسارع لأعداد السكان وارتفاع سعر التكنولوجيا الحديثة وزيادة الوعي بالصحة وانتشار الأمراض بين أفراد المجتمع. ويتضح ذلك من الجدول (2) حيث يلاحظ الزيادة المستمرة في معدلات الإنفاق العام على الخدمات الصحية خلال الاعوام 1427-1443هـ (2007-2021م) ، حيث شكل الإنفاق على الخدمات الصحية نسبة 6% من اجمالي الإنفاق العام للدولة بما قيمته 22.8 مليون ريال في عام 1427هـ/1428هـ (2007م) وتوالت الزيادة في الإنفاق خلال الفترة الزمنية حيث بلغ أكثر من 79 مليون ريال في عام 1442/1443هـ (2021م) .

جدول (2) : مخصصات وزارة الصحة من الميزانية العامة للدولة للأعوام 1427-1443هـ (بملايين الريالات)

السنة	مجمل ميزانية الدولة	ميزانية وزارة الصحة	النسبة
1427/1428هـ	380.000.000	22.808.200	6.0%
1428/1429هـ	450.000.000	25.220.000	5.6%
1430/1431هـ	475.000.000	29.518.700	6.2%
1431/1432هـ	540.000.000	35.063.200	6.9%
1432/1433هـ	580.000.000	39.860.200	6.9%
1433/1434هـ	690.000.000	47.076.447	6.80%
1434/1435هـ	820.000.000	54.350.355	7.00%
1435/1436هـ	855.000.000	59.985.360	7.02%
1436/1437هـ	860.000.000	62.342.539	7.20%
1437/1438هـ	840.000.000	58.899.190	7.01%
1438/1439هـ	890.000.000	67.758.793	7.61%
1439/1440هـ	978.000.000	64.297.264	6.60%
1440/1441هـ	1.106.000.000	75.403.859	6.82%
1441/1442هـ	1.020.000.000	75.413.147	7.40%
1442/1443هـ	990.000.000	79.846.364	7.82%

المصدر : اعداد الباحثة استنادا الى بيانات وزارة الصحة للأعوام 1427-1443هـ (2007م-2021م)

3-3 واقع ومستقبل التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية

تمتلك المملكة العربية السعودية أكبر قطاع للرعاية الصحية بين دول الخليج العربي في الوقت الحاضر ، ويعتبر قطاع التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية من أكثر قطاعات التأمين في العالم نمواً فقد حقق هذا القطاع نمواً في إجمالي الأقساط المكتتبة في الأعوام 2006- 2020 م حيث تراوحت نسبته ما بين 32% الى 59% كما هو مبين في الجدول (3) ادناه .

جدول (3) : إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتب بها في سوق التأمين السعودي من عام 2006- 2020م

السنوات	مليون ريال	% إجمالي
2006	2.222	32%
2007	3.065	36%
2008	4.805	44%
2009	7.292	50%
2010	8.690	53%
2011	9.708	52%
2012	11.285	53%
2013	12.895	51%
2014	15.720	52%
2015	18.967	52%
2016	18.630	50%
2017	19.035	52%
2018	19.883	56.8%
2019	22.474	59.3%
2020	22.836	58.9%

المصدر : مؤسسة النقد العربي السعودي - إدارة مراقبة التأمين، تقرير سوق النقد السعودي من عام 2006- 2020م

تعد تجربة التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية خلال الفترة الماضية من التجارب الناجحة، حيث بلغ حجم قطاع التأمين الصحي 20 مليار ريال عام 2018 وأصبح يشكل 55% من إجمالي حجم سوق التأمين، الأمر الذي يؤكد أهمية هذا التأمين في دعم خطط الرعاية الصحية والتوسع في استثمارات القطاع الصحي الخاص حيث أصبح حملة بطاقات التأمين يشكلون حوالي 85% من إجمالي المراجعين في المستشفيات الخاصة. كذلك شهد القطاع الصحي في السنوات الأخيرة تطوراً تقنياً ملحوظاً وضع المملكة العربية السعودية ضمن الدول الرائدة في المنطقة، حيث نجحت التطورات التقنية والربط الإلكتروني بين شركات التأمين ومقدمي الخدمة الطبية

في تنفيذ أكثر من 28 مليون عملية نقل إلكتروني عام 2018، حيث أدى هذا التطور إلى تحسين الخدمة وتقليل المدة الزمنية لإصدار الموافقات وتسوية المطالبات الطبية. (وكالة الأنباء السعودية، 2019)
وقد كان لمجلس الضمان الصحي السعودي دوراً بارزاً في تطور أداء التأمين الصحي ومواجهة التحديات الراهنة من خلال التركيز على تعزيز الصحة للأفراد والتوجه نحو الاستثمار الحقيقي لمنع المرض وتقليل التكاليف مع المحافظة على الاستدامة للتغطية الصحية لكل من هو مؤهل للحصول على الخدمة بهدف تحسين الأداء، بالإضافة إلى طرح العديد من المبادرات مثل مشروع المنصة الموحدة للمطالبات الذي تم إطلاقه في عام 2020، وتستهدف هذه المنصة الموحدة تحقيق الشفافية وقياس الأداء وتحديد المسؤوليات .
اجمالياً، حقق القطاع الصحي العديد من الإنجازات مثل تحسين جودة وكفاءة الخدمات الصحية وتسهيل الحصول عليها من خلال الاهتمام برقمنة القطاع الصحي، وإطلاق حزمة من التطبيقات (صحتي، موعد) وزيادة تغطية الخدمات لجميع مناطق المملكة. كما برزت الجهود المبذولة في تطوير القطاع الصحي، الذي كان يعد أحد الأبعاد الاستراتيجية لبرنامج التحول الوطني، من خلال التصدي لجائحة فيروس كورونا المستجد COVID-19. وقد كان لبرنامج تحقيق رؤية المملكة 2030 دوراً هاماً ومحورياً في مواجهة المملكة العربية السعودية لآثار الجائحة صحياً واقتصادياً واجتماعياً، وتجاوز الأزمة بكل تحدياتها.
في ظل وجود المبادرات والتحول الاقتصادي والتشريعات واللوائح وفقاً لرؤية المملكة 2030 سوف يشهد قطاع التأمين الصحي تطوراً مع الأخذ في الاعتبار أن هناك العديد من العوامل التي ستساهم في تحقيق نمو قطاع التأمين الصحي السعودي أولها تنفيذ مشروعات التحول الوطني ورؤية المملكة 2030 وخاصة المشروعات العملاقة مثل نيوم والقدية والتي ستفتح مجالاً كبيراً لتوظيف الشباب السعودي الأمر الذي سيشكل فرصة كبيرة لشمولهم بالتأمين الصحي.

4-3 مدى مساهمة التأمين الصحي الوطني في تحقيق الإستدامة المالية للقطاع الصحي في المملكة العربية السعودية

تهتم السياسات المالية العامة بالإستدامة المالية التي يلزم لضمان استمراريتها توفر القدرة السياسية والإقتصادية والقانونية للحد من نمو تكاليف الإنفاق العام أو إيجاد مصادر جديدة للإيرادات أو رفع معدلات الإيرادات الحالية، ولضمان تحقيق الإستدامة المالية في القطاع الصحي لابد من توفير مصادر للأموال وقدرات أكبر لتقديم الخدمات الصحية للمستفيدين المستهدفين .
"مهتد رؤية المملكة العربية السعودية 2030 في عام 2021 تطوراً سريعاً واصلاحات عديدة لتيسير سبل الوصول الى الخدمات الصحية لضمان الإستدامة وتحقيق مستويات عالية الكفاءة ليكون نظاماً متكاملماً فعالاً يسعى لصحة الفرد، المجتمع، المواطن والمقيم". (قطاع الصحة السعودي _ تقرير أمنية هيلث انسايتس)

وقد تبنت رؤية المملكة 2030م وخططها وبرامجها كثيراً من البرامج الاقتصادية والاجتماعية التي تمكن الدولة من زيادة دخلها والتقليل من الاعتماد على النفط، والتي من خلالها ينتقل الإقتصاد السعودي الى عصر إقتصاد السوق الحر، ونظراً لأهمية قطاع التأمين لكونه يساهم في قطاع التوظيف، والنتائج المحلي الإجمالي، وإدارة المخاطر والضرر الذي يلحق بالأفراد والشركات، لذا ركزت رؤية المملكة 2030 على توفير الرعاية الصحية للمواطنين والوافدين بصورة مناسبة وتحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تخصيص الشركات الحكومية وتسهيل الحصول على الخدمة الصحية بسرعة ويتم ذلك من خلال تطوير قطاعات التأمين عامةً وشركات التأمين الطبي خاصةً التي بدورها تساهم في تحسين الخدمات الصحية وتحقيق التنمية المستدامة للإقتصاد السعودي.

يهدف برنامج التأمين الصحي الوطني المقترح إلى إعادة هيكلة القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية ليكون نظاماً صحياً شاملاً وفعالاً ومتكاملاً، يهتم بصحة الفرد والمجتمع (المواطن والمقيم والزائر)، ويعتمد على مبدأ الرعاية القائمة على القيمة التي تضمن الشفافية والاستدامة المالية من خلال تعزيز الصحة العامة، والوقاية من الأمراض، وتطبيق النموذج الجديد للرعاية المتعلقة بالوقاية من الأمراض، فضلاً عن تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية من خلال التغطية المثلى والتوزيع الجغرافي الشامل والعاقل، وتوسيع تقديم خدمات الصحة الإلكترونية والحلول الرقمية، وكذلك تحسين جودة الخدمات الصحية، والتركيز على رضا المستفيدين عبر تطبيق واتباع أفضل المعايير الدولية القائمة على الأدلة، وإنشاء وتمكين أنظمة الرعاية الصحية المتكاملة التي تغطي جميع مناطق المملكة من خلال تفعيل الشراء الهادف للخدمات، وتعزيز الوعي المجتمعي بحركة المرور والسلامة، كما يعمل برنامج تحول القطاع الصحي على المواءمة والتنسيق مع جميع جهات القطاع الصحي وبرامج تحقيق رؤية المملكة 2030 والجهات الحكومية ذات الصلة للربط مع الأهداف الوطنية الاستراتيجية. (براهيمي، 2017م). مع الأخذ في الاعتبار ان تفعيل برامج التأمين الصحي الوطني يتطلب تخصيص موارد مالية مستدامة لدعمه ونشره، وزيادة الوعي لدى كافة شرائح المجتمع لأهميته الكبرى في الحفاظ على صحة وسلامة افراد المجتمع وخاصة عمال وموظفو القطاع العام ذوي الدخل المنخفض الذين لن يكونوا وحدهم قادرين على تحمل تكاليف العلاج، وخاصة بعد ظهور التقنيات الحديثة وتطور التكنولوجيا الطبية والذي انعكس على أجور الخدمات الصحية وأصبحت العمليات الجراحية الحديثة ذات كلفة عالية.

إن التأمين الصحي الوطني سيشمل فئات جديدة الى قائمة المؤمن عليهم حالياً، منها فئات المواطنين السعوديين العاملين في القطاع العام وتابعيهم، وزوار المملكة من السياح والمغتربين وكذلك العمالة المنزلية بالاضافة الى الزيادة السكانية والتغيرات الاجتماعية التي تشهدها المملكة حالياً التي ستكون من العوامل المهمة لنمو عدد المشمولين بالتأمين الصحي وبالتالي ستساهم في نمو هذا القطاع الحيوي والهام .

من أجل تحقيق إصلاحات ومبادرات رؤية المملكة 2030 الهادفة الى تطوير القطاع الصحي والمتمثلة في تطوير الرعاية الصحية وتسهيل تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين مع ضمان الإستدامة المالية للقطاع الصحي، يتطلب الامر أهمية وجود مصدر تمويل فعال ومستدام يضمن توفير الخدمات الصحية لجميع

شرائح المجتمع ويحقق الاستدامة المالية للقطاع الصحي ويتم ذلك من خلال مساهمة المجتمع واستعداد افراده للدفع مقابل الحصول على خدمات رعاية صحية مستمرة وجودة عالية وبتكلفة تتناسب مع مستوى دخول افراد المجتمع الأمر الذي يقلل من الضغط على ميزانية الدولة ويمكنها من توجيه مواردها نحو قطاعات إنتاجية تحقق التنمية المستدامة . إن نظام التأمين الصحي الوطني يضمن توفير خدمات الرعاية الطبية لافراد المجتمع وهو نظام تكافلي ومصدر تمويلي فعال ومناسب، يشترك الجميع في تحمل تكاليف الخدمات العلاجية لمواجهة خطر المرض الذي يلحق بهم، ولهذا الدعم أثراً عظيماً ومردوداً كبيراً على صحة المجتمع وتحقيق التنمية المستدامة في الدولة.

1-4 التحليل الاحصائي لبيانات الدراسة

استهدفت الدراسة استقراء آراء المستفيدين من قطاع الخدمات الصحية حول استعدادهم للدفع من أجل الحصول على تأمين صحي وطني باستخدام اداة الاستبانة لعينة مؤلفة من 391 فردا من منسوبي جامعة الملك عبد العزيز يمثلون مجتمع الدراسة. وقد تكون الاستبيان من 17 سؤال، حيث توزعت الاسئلة على الاقسام الثلاثة التالية: طلب الحصول على الخدمات الصحية الحكومية، التأمين الصحي ومدى مساهمته في تحقيق الاستدامة المالية للقطاع الصحي، الاستعداد للمشاركة في التأمين الصحي الوطني . وللتحقق من ثبات فقرات الاستبانة، تم اختبار الصدق الداخلي لكل اسئلة الاستبيان بإجراء تحليل الفا كرونباخ وأوضحت النتائج قيمة التناسق الداخلي الذي بلغت قيمته ما بين 0.74 و0.96 كما هو مبين في الجدول (4). وهذا يعكس وجود تناسق داخلي في المتغيرات كما أشار (Blunch, 2008).

جدول (4) : تحليل الفا كرونباخ لمتغيرات الدراسة

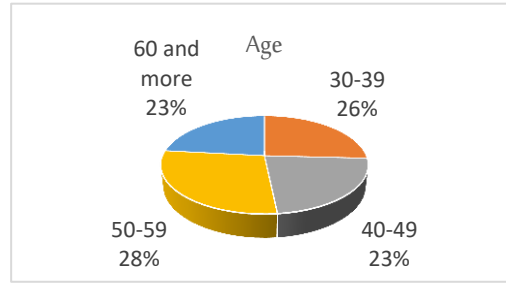
Variable	Cronbach's Alpha	Number of Items
1. الحصول على الخدمات الصحية الحكومية	0.84	4
2. التمويل الصحي ومدى مساهمته في تحقيق الاستدامة المالية للقطاع الصحي	0.96	8
3. مدى الاستعداد لدفع رسوم اشتراك مقابل الحصول على الخدمات الصحية	0.74	3

2-4 تحليل العوامل الديموغرافية

بتحليل العوامل الديموغرافية لأفراد العينة و المكونة من 391 فردا، تم الحصول على النتائج في صورة الجدول التكرارية والنسب المئوية التالية:

1-2-4 وصف العينة من حيث الفئة العمرية

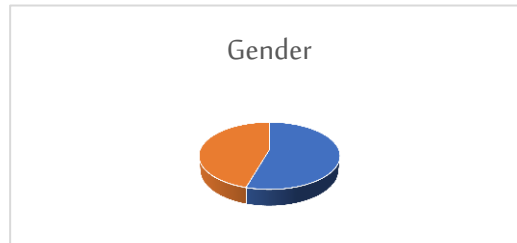
يوضح الشكل (1) أن 28.4% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين 50-59 ، بينما نسبة 25.9% كانت للفئة العمرية 30-39 و 23.3% كانت للفئة 60 فأكثر.



شكل (1) : توزيع العينة حسب الفئة العمرية

2-2-4 وصف العينة من حيث النوع

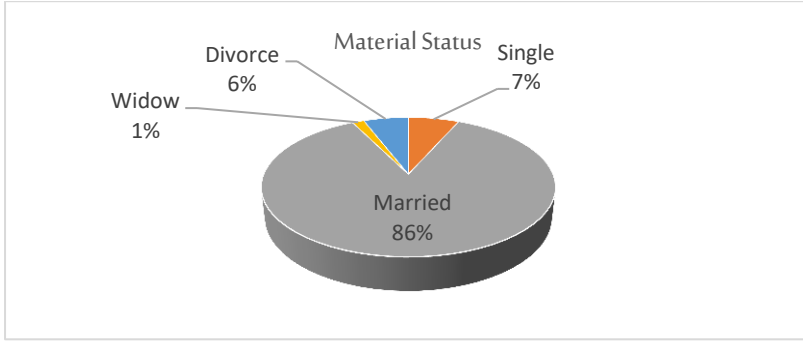
يتضح من الشكل (2) أن النسبة الأعلى لأفراد العينة كانت للإناث بنسبة 51.7% بينما كانت نسبة الذكور 48.3%.



شكل (2) : توزيع أفراد العينة حسب النوع

3-2-4 وصف العينة من الحالة الاجتماعية

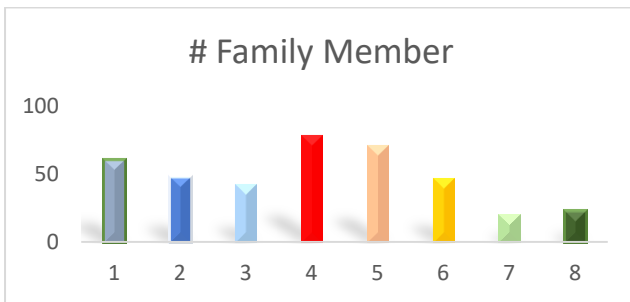
حسب الناحية الاجتماعية، يتضح من الشكل(3)، ان اغلب افراد العينة متزوجون بنسبة بلغت 85.9%.



شكل (3): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

4-2-4 وصف العينة حسب عدد أفراد الأسرة

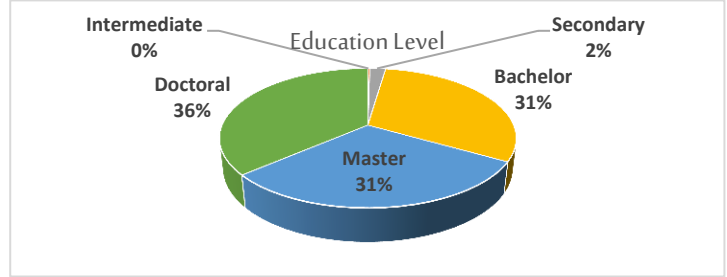
من الشكل (4) يتبين ان نسبة 20.2% من أفراد العينة بلغ عدد افراد اسرهم 4 أفراد ويليهم 5 أفراد في الاسرة بنسبة 18.2%.



شكل (4) : توزيع أفراد العينة حسب عدد أفراد الأسرة

5-2-4 وصف أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

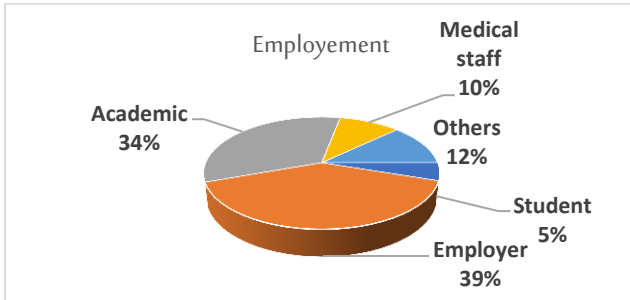
من الشكل(5) نلاحظ أن نسبة حملة درجة الدكتوراة بلغت 36.3% وهي النسبة الاعلى بين افراد العينة ثم الحاصلون على درجة البكالوريوس بنسبة بلغت 30.9% و أخيرا الحاصلون على درجة الماجستير بنسبة 30.4%.



شكل (5): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

6-2-4 وصف العينة حسب الحالة الوظيفية

يتضح من تحليل الحالة الوظيفية لأفراد العينة في الشكل (6)، ان العينة ممثلة من منسوبي جامعة الملك عبد العزيز وتم التوصل الى أن الموظفين الشريحة الأكبر بنسبة 39.4% ويليهم نسبة 33.5% من أعضاء هيئة التدريس وتوزعت النسب المتبقية بين الفئات الأخرى.



شكل (6) توزيع أفراد العينة حسب الحالة الوظيفية

7-2-4 وصف أفراد العينة من حيث الجنسية

يبين جدول (5) أن أغلبية المستفتين وبنسبة 92.1% مواطنون بينما نسبة غير المواطنين لم تتجاوز 8% تقريبا .

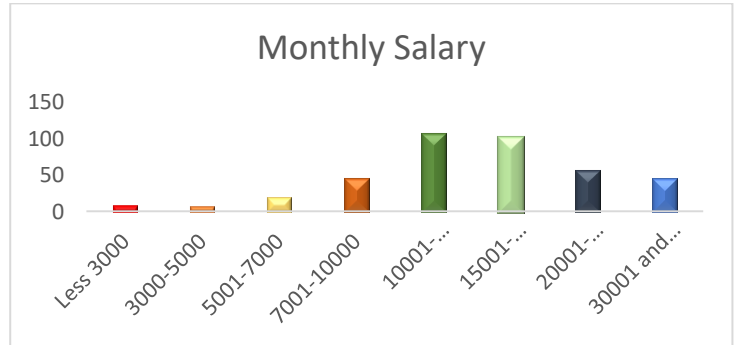
جدول (5) : التكرارات والنسب المئوية من حيث الجنسية

Nationality	Frequency	Percent
Saudi	360	92.1
Non-Saudi	31	7.9

Total	391	100.0
-------	-----	-------

8-2-4 وصف أفراد العينة حسب الدخل الشهري

يتضح من الشكل (7) أن نسبة 27.4% من أفراد العينة يتراوح دخلهم الشهري ما بين 10001-15000 ريال سعودي بينما 26.1% منهم يتراوح دخلهم الشهري ما بين 15001-20000 ريال سعودي .



شكل (7) توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري

1-5 اختبار فرضيات الدراسة

للتأكد من مدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني، تم اختبار فرضيات الدراسة والتوصل الى النتائج التالية :

1-1-5 العوامل الديموغرافية و مدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني

تمثلت الفرضية الاولى : " وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين العوامل الديموغرافية ومدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني " . وقد تم استخدام معامل ارتباط بيرسون للتعرف على العلاقة بين العوامل الديموغرافية لأفراد العينة (العمر، النوع، الحالة الاجتماعية، عدد أفراد الأسرة، المستوى التعليمي، الحالة الوظيفية ، الجنسية ، الدخل الشهري) ومدى استعداد الفرد للدفع مقابل

الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني. واتضح من النتائج المبينة في جدول (6) أن جميع العوامل الديموغرافية لها علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بمدى الاستعداد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني ما عدا الحالة الوظيفية والجنسية حيث بلغ معامل ارتباط العمر 0.154 و النوع 0.144 والحالة الاجتماعية 0.119 وعدد أفراد الأسرة 0.158 والمستوى التعليمي 0.233 والدخل الشهري 0.237.

جدول (6) : العلاقة بين العوامل الديموغرافية و استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني

مدى استعداد للدفع	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
العمر	0.154	0.002	0.01
النوع	0.144	0.004	0.01
الحالة الاجتماعية	0.119	0.018	0.01
عدد أفراد الأسرة	0.158	0.002	0.01
المستوى التعليمي	0.233	0.000	0.01
الحالة الوظيفية	0.032	0.529	غير دال
الجنسية	0.055	0.281	غير دال
الدخل الشهري	0.237	0.000	0.01

2-1-5 الحالة الصحية ومدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني

نظرا لارتباط الحالة الصحية و مدى الاستعداد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني تم صياغت الفرضية التالية " وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين الحالة الصحية للفرد ومدى استعداده للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني " وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار البسيط للتعرف على اسهام الحالة الصحية كمتغير مستقل على الاستعداد للدفع مقابل خدمات التأمين الصحي الوطني كمتغير تابع، ويعرض الجدول (7) النتائج التي تم التوصل لها :

جدول (7) : العلاقة بين الحالة الصحية والاستعداد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني

Source of variation	Sum of Squares	d.f.	Mean Squares	F	Sig.
Regression	4.39	1	4.39	5.39	0.021
Residuals	316.59	389	0.81		
Total	320.98	390			

يظهر الجدول اعلاه ، أن قيمة $F(1,389)= 5.39$ بمستوى دلالة أقل من 0.05 كما بلغ معامل الارتباط 0.117 وهو ذو دلالة إحصائية كما بلغ معامل التحديد %1.4 أي أن الحالة الصحية قادرة على تفسير الاستعداد للدفع بنسبة 1.4% . مما يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين الحالة الصحية والاستعداد للدفع مقابل خدمات التأمين الصحي الوطني.

3-1-5 مدى توفر تأمين صحي حالياً ومدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني

الفرضية الثالثة: " وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين وجود تغطية تأمينية حالياً ومدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني " وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار البسيط للتعرف على اسهام توفر تأمين طبي حالياً كمتغير مستقل على الاستعداد للدفع مقابل خدمات التأمين الصحي الوطني كمتغير تابع , ومن الجدول (8) نتوصل الى ما يلي :

جدول (8) : مدى توفر تأمين صحي حالياً ومدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني

Source of variation	Sum of Squares	d.f.	Mean Squares	F	Sig.
Regression	12.19	1	12.19	15.375	0.000
Residuals	308.79	389	308.79		
Total	320.98	390			

يظهر الجدول أن قيمة $F(1,389) = 15.375$ بمستوى دلالة أقل من 0.01 كما بلغ معامل الارتباط 0.195 وهو ذو دلالة إحصائية كما بلغ معامل التحديد 3.8% أي أن توفر تأمين طبي حالياً قادر على تفسير الاستعداد للدفع بنسبة 3.8%. مما يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين توفر تأمين طبي حالياً والاستعداد للدفع مقابل خدمات التأمين الصحي الوطني.

4-1-5 : وجود عوائق للحصول على الخدمات الصحية ومدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول

على خدمات التأمين الصحي الوطني

أيضاً افترضت الدراسة : " وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين وجود عوائق للحصول على الخدمات الصحية الحالية ومدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني " وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار البسيط للتعرف على اسهام وجود عوائق للحصول على الخدمات الطبية كمتغير مستقل على الاستعداد للدفع مقابل خدمات التأمين الصحي الوطني كمتغير تابع ، والجدول (9) يبين نتائج التحليل.

جدول (9) : نتائج تحليل التباين وجود عوائق للحصول على الخدمات الطبية على الاستعداد للدفع مقابل خدمات التأمين الصحي الوطني

Source of variation	Sum of Squares	d.f.	Mean Squares	F	Sig.
Regression	15.04	1	15.04	19.12	0.000
Residuals	305.94	389	0.79		
Total	320.98	390			

يلاحظ ان قيمة $F(1,389) = 19.12$ بمستوى دلالة أقل من 0.01 كما بلغ معامل الارتباط 0.216 وهو ذو دلالة إحصائية كما بلغ معامل التحديد 4.7% أي أن وجود عوائق للحصول على الخدمات الصحية قادر على تفسير الاستعداد للدفع بنسبة 4.7%. مما يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين وجود عوائق للحصول على الخدمات الصحية والاستعداد للدفع مقابل خدمات التأمين الصحي الوطني.

5-1-5 مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحالية ومدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني

يرتبط مدى الاستعداد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني بمستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحالية ومن ثم تمثلت الفرضية الخامسة فيما يلي : " وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية

بين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحالية ومدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني " وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار البسيط للتعرف على اسهام مستوى الرضا عن الخدمات الحالية كمتغير مستقل على الاستعداد للدفع مقابل خدمات التأمين الصحي الوطني كمتغير تابع .
يبين الجدول ادناه نتائج الاختبار :

جدول (10) : العلاقة بين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحالية والاستعداد للدفع مقابل خدمات التأمين الصحي الوطني

Source of variation	Sum of Squares	d.f.	Mean Squares	F	Sig.
Regression	17.52	1	17.52	27.46	0.000
Residuals	303.45	389	0.780		
Total	320.98	390			

يظهر الجدول أن قيمة $F(1,389) = 27.46$ بمستوى دلالة أقل من 0.01 كما بلغ معامل الارتباط 0.234 وهو ذو دلالة إحصائية كما بلغ معامل التحديد 5.5% أي مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحالية قادر على تفسير الاستعداد للدفع بنسبة 5.5% . مما يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية الحالية والاستعداد للدفع مقابل خدمات التأمين الصحي الوطني.

1-6 نتائج والاستنتاجات الدراسة

بينت الدراسة في اطارها النظري التطور المتنامي في النظام الصحي في المملكة العربية السعودية على مدى السنوات الماضية ، كما استعرضت التحديات والمشكلات العديدة التي تواجه القطاع الصحي المتعلقة بالتمويل والانفاق وتغير انماط الامراض بالاضافة الى ارتفاع معدلات الامراض المزمنة والزيادة المتسارعة في تكلفة الرعاية الصحية وغيرها في ظل النمو المتسارع لعدد السكان وزيادة الوعي بالصحة ، مع الاخذ في الاعتبار ان وزارة الصحة تتولى تقديم الجزء الأكبر من خدمات الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية والتي يتم تمويلها سنويًا من إجمالي إيرادات الحكومة. حيث يرى الكثير من الباحثين ان تمويل القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية غير مستدام على المدى الطويل نتيجة للاعتماد الكبير على الإيرادات النفطية في تمويل القطاع المستمدة عوائدها من إيرادات النفط غير المستقرة اسعاره . لذا اتخذت الدولة العديد من الخطوات لاحداث اصلاحات في نظام الرعاية الصحية منها خصخصة المستشفيات العامة واستخدام الصحة الالكترونية وانظمة التأمين الصحي التعاوني. كذلك تبنت رؤية المملكة 2030 وخططها وبرامجها كثير من البرامج التنموية من بينها برنامج الضمان الصحي وشراء الخدمات الصحية بغرض اصلاح نظم تمويل الرعاية الصحية للوصول الى تغطية صحية شاملة ومستمرة ومجانية لافراد المجتمع وبجودة وكفاءة عالية دون ارتباط مخصص لميزانية الدولة بهدف رفع الكفاءة الاقتصادية والقدرة التنافسية للوصول الى الرفاه الاجتماعي وتحقيق التنمية المستدامة.

يعتبر نظام التأمين الصحي الوطني موضوع الدراسة، أحد البدائل المقترحة والممكنة لتوفير التمويل المستمر للقطاع الصحي وهو يتوافق مع برامج رؤية المملكة 2030. ركزت الدراسة على توضيح مدى مساهمة التأمين الصحي الوطني في تحقيق الاستدامة المالية للقطاع الصحي في المملكة العربية السعودية و مدى قبول واستعداد افراد المجتمع للدفع والاشتراك في نظام التأمين الصحي الوطني من اجل تحقيق الاستدامة ماليا للقطاع الصحي لكونه نظام قابل للاستمرار مالياً وقادر على توفير تغطية شاملة للافراد من أجل تحسين جودة النظام الصحي.

وفي سبيل تحقيق هدف الدراسة الرئيس والتوصل الى طبيعة العلاقة بين المتغيرات الديمغرافية (العمر، النوع، الدخل، المستوى التعليمي، عدد أفراد الاسرة، الحالة الاجتماعية، الجنسية، الحالة الوظيفية) لمجتمع عينة عشوائية من منسوبي جامعة الملك عبدالعزيز المكونة من 391 فردا ، ومدى استعداد الفرد للدفع في مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني ، اجريت الاختبارات الاحصائية لبيانات وافادات افراد العينة وخلصت الدراسة الى اهم الاستنتاجات التالية :-

- اشارت أهم نتائج التحليل للعوامل الديمغرافية لمجتمع العينة للاتي :-
 - نسبيا ، هناك تقارب في اعداد المشاركين في الاستفتاء من الجنسين، وكانت النسبة الاكبر وهي 51.7% من نصيب الاناث وذلك يعود لاهتمام المرأة بالاكثر وربة الاسرة بشكل خاص بصحة افراد اسرتها واهتمامها بسلامتهم صحيا .
 - شكل افراد العينة للفئة العمرية 50-59 النسبة الاكبر بين افراد العينة بنسبة بلغت 28.2% ، وذلك يعكس مدى حرص واهتمام الفرد في هذا العمر على البحث عن كل السبل الممكنة التي تضمن سلامته من الامراض . وقد لوحظ ان اكثر من شارك هم المتزوجون بنسبة بلغت 86% من اجمالي العينة ، اغلبهم ممن تتكون اسرهم من 4 افراد فأكثر .
 - أظهر المستفتين الذين يتراوح دخلهم ما بين 10001 – 20000 استجابة اكثر ورغبة اكبر للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني حيث بلغت نسبتهم حوالي 43.5% ، يفسر ذلك لان عدد افراد العينة من يحملون الدرجات العلمية (ماجستير ودكتوراة) شكلوا العدد الاكبر بين افراد العينة بنسبة بلغت 66.6% .
- أكد اختبار فرضيات الدراسة باستخدام معامل الارتباط بيرسون ونموذج الانحدار،التوصل الى أهم النتائج التالية :-

- ان جميع العوامل الديموغرافية الممثلة في (العمر- النوع – الحالة الاجتماعية – عدد أفراد الأسرة – المستوى التعليمي - الحالة الوظيفية - الجنسية- الدخل الشهري) لها علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بينها وبين مدى استعداد الأفراد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني. ماعدا العوامل (الجنسية والحالة الوظيفية) . وهذا يؤكد صحة الفرضية في اغلب جوانبها .

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية معنوية بين الحالة الصحية للفرد والاستعداد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني. وتعود أهمية هذا الفرض نظرا للارتباط الوثيق لحالة الفرد الصحية واستعداده لدفع رسوم اشتراك في نظام التأمين الوطني نظير الحصول على العلاج حفاظا على سلامته الصحية. الا ان دراسة (Nosratnejad 2016) التي تتعلق بمدى رغبة الافراد لدفع تكاليف التأمين الصحي والتي اجريت في البلدان المنخفضة ومتوسطة الدخل والتي يعاني افرادها كثيرا من الامراض وعدم القدرة على توفير تكاليف العلاج ، فقد توصلت الى انخفاض رغبة الافراد في الدفع بين افراد المجتمع ولذا فقد وجدت الدراسة انه على الدولة الاعتماد على اقساط الاسر كمصدر تمويل رئيس في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل وعليها أن تزيد قدرتها المالية لتوفير نظام رعاية صحية منصف وعادل باستخدام مصادر أخرى.
- تبين وجود ارتباط وثيق بين مدى استعداد الفرد للدفع مقابل الحصول على خدمات التأمين الصحي الوطني ومستوى الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة . تتفق هذه النتيجة من كل من دراسة (Akwaow 2021) ودراسة (Noor 2019) واخرون . وكذلك دراسة الحيدر والتركي (2002) والتي اكدت ايضا الى ضرورة اشمال تغطية الضمان على جميع الاحتياجات الوقائية والعلاجية، بما في ذلك خدمات الأسنان الأساسية لتحقيق الرضى لافراد المجتمع .

1-7 التوصيات

- توصلت الدراسة للعديد من التوصيات، نذكر منها :
- ضرورة أن يشمل التأمين الصحي الوطني المواطنين وغير المواطنين لتخفيف العبء المالي وتعزيز صحة الفرد وتحقيق الرفاهية.
- إيجاد رؤية مستقبلية للنظام الصحي تستند الى نظام تمويل صحي مستدام يهدف الى تحقيق رؤية المملكة 2030.
- الحث على الالتزام بتطبيق معايير وأسس موحدة عالية الجودة في شركات التأمين والمستشفيات لتفعيل نظام دقيق للتأمين الصحي وضمان تحقيق العدالة بين المنتفعين من الخدمات الصحية.
- الاستفادة من التكنولوجيا الحديثة التي توفر مساحة واسعة من البيانات الخاصة بأطراف التأمين من أجل تنمية شركات التأمين وزيادة فعاليتها وكفاءتها وسهولة الوصول الى مقدمي الخدمة وضمان جودتها واستمراريتها.
- نشر التوعية الصحية بين أفراد المجتمع وتقديم برامج تثقيفية وتوعوية تبين أهمية التأمين الصحي.
- حث الجهات المسؤولة عن المراجعة المستمرة للتشريعات الخاصة بأنظمة التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية لتنظيم سوق التأمين السعودي وضمان تحقيق اهداف الدولة الطموحة .

المراجع

أبو هبشة، محمد (2007) بدائل تمويل التأمين الصحي لمنسوبي الجامعات السعودية، رسالة جامعية منشورة، معهد البحوث العلمية و احياء التراث الاسلامي ، جامعة ام القرى ، المملكة العربية السعودية.

أمين، رجب (2020)، الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية، مجلد البحوث المالية والتجارية، المجلد(21) العدد الثالث

براهيمي، سهام وبراهيمي، فايزة (2017) دور أنظمة التأمين في التنمية الاقتصادية والاجتماعية -التأمين الصحي، مجلة الميزان، الطبعة الثانية، العدد الثاني .

برعي؛ حسين (2016 م): دراسة تحليلية لسوق التأمين الصحي السعودي، ورقة علمية منشورة ،المجلة العلمية للبحوث التجارية ، العدد 1-2-3-4 .

البنك المركزي السعودي ، التقرير السنوي للاعوام 2004 – 2020 م، المملكة العربية السعودية .

الحيدر، عبد المحسن ومحمد التركي (2002م): نظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية "بحث ميداني" ، مركز البحوث ، معهد الإدارة العامة ، المملكة العربية السعودية .

الدليل التعريفي ببرنامج التحول الوطني في القطاع الصحي(2018-2020)، رؤية المملكة العربية السعودية 2030 ، روجع من:

<https://www.moh.gov.sa/Ministry/MediaCenter/Publications/Documents/2018-11-01-010.pdf>

الرواشدة، فراس والصمادي، محمد (2010م): تقييم مستوى الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من التأمين الصحي في الأردن، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 6، العدد 4.

الزبيدي، زينب خليل (2019م): مدى إمكانية تطبيق التأمين الصحي في جامعة ميسان، ، مجلة ميسان للدراسات الأكاديمية.

سليمان، حسين (2004م): التأمين الصحي في السودان. ورقة علمية منشورة ، جامعة الملك سعود.

قطاع الصحة السعودي، تقرير أمنية هيلث انسايتس التحول المتسارع لقطاع الصحة السعودي في إطار رؤية 2030 وفي ظل تفشي الجائحة

<https://www.globalhealthsaudi.com/ar/overview/industry-insights/saudi-health-sector-transformation-accelerated-under-vision2030-and-pandemic-ar.html>

مجلة الكترونية ، التأمين الصحي، المتخصصة للتأمين الصحي، روجع في:

<https://www.misyemen.com/principles/>

مؤسسة النقد العربي السعودي، تقرير سوق النقد السعودي للأعوام 2006- 2020م ،إدارة مراقبة التأمين .

الهيئة العامة للإحصاء(2021)، تقديرات سكانية لمنتصف عام 2021، المملكة العربية السعودية، روجع من:

<https://www.stats.gov.sa/sites/default/files/POP%20SEM2021A.pdf>

وزارة الصحة ، مخصصات وزارة الصحة من الميزانية العامة للدولة للأعوام 1427- 1443هـ.

وكالة الانباء السعودية- ندوة التأمين السعودي الخامسة تناقش مستقبل التأمين الصحي وقضايا التحول الرقمي،

روجع في : 28/03/2019 م - <https://www.spa.gov.sa/1905134>

Akwaowo, Ch., Umoh, I. Motilewa, O. Akpan, B. Umoh, E. Frank, E. Nna, E. Okeke, U. and Onwujekwe, O. (2021) Willingness to Pay for a Contributory Social Health Insurance Scheme: A Survey of Rural Residents in Akwa Ibom State, Nigeria. National library of medicine, PubMed.gov

Basaza, R. Alier, P. Kirabira, P. Ogubi, D. and Lako, L. (2017) Willingness to pay for National Health Insurance Fund among public servants in Juba City, South Sudan: a contingent evaluation. International Journal for Equity in Health.

Blunch, N. J. (2008). Introduction to Structural Equation Modeling Using SPSS and AMOS. California: SAGE Publication.

Almalki, m Fitzgerald, G, and Clark M (2011), Health care system in Saudi Arabia: an overview, Eastern Mediterranean Health Journal, Vol 17.

Molla, A. and Chi, Ch (2017) Who pays for healthcare in Bangladesh? An analysis of progressivity in health systems financing, [International Journal for Equity in Health](#).
Al Salloum, N., Cooper, M. & Glew, S. (2015) The development of primary care in Saudi Arabia, SAGE journal, Volum 8, Issue 5.

Nguyen, L. and Hoang, A. (2017) Willingness to Pay for Social Health Insurance in Central Vietnam, Frontiers in public Health, V. 7.

Noor, A. Saperi, S., and Aljunid, S. (2019) The Malaysian community's acceptance and willingness to pay for a National Health Financing Scheme, Public health, Vol.175.

Nosratnejad, Sh. Rashidian, A. and Dror, D.(2016) Systematic Review of Willingness to Pay for Health Insurance in Low and Middle-Income Countries, PLOS ONE.

Rajkotia, Y. (2009) National Health Insurance In Ghana: Politics, Adverse Selection, and the Use of Child Health Services, Dissertation, John Hopkins University.

Walston, S., Al-Harbi, Y. & Al-Omar, B. (2008) The changing face of healthcare in Saudi Arabia. ANNALS OF SAUDI MEDICINE, VOL 28, NO 4.