

## The extent to which health insurance indicates the efficiency of healthcare centers in KSA

Dr. Vivian Mohammed Saleh Nasrulddin<sup>1</sup>, Mrs. Amal Ghazi Alnahdi<sup>1</sup>, Mrs. Esraa Ahmad Bokhari\*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Economics and Administration | King Abdulaziz University | KSA

Received:  
14/12/2022

Revised:  
25/12/2022

Accepted:  
24/01/2023

Published:  
30/07/2023

\* Corresponding author:  
[esraa1997ab@gmail.com](mailto:esraa1997ab@gmail.com)

**Citation:** Nasrulddin, V. M., Alnahdi, A. G., & Bokhari, E. A. (2023). The extent to which health insurance indicates the efficiency of healthcare centers in KSA. *Journal of Economic, Administrative and Legal Sciences*, 7(7), 76 – 92.

<https://doi.org/10.26389/AJSRP.K141222>

2023 © AISRP • Arab Institute of Sciences & Research Publishing (AISRP), Palestine, all rights reserved.

### • Open Access



This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC) [license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

**Abstract** The study aimed to analyze the extent to which health insurance indicates the efficiency of health care centers in the Kingdom of Saudi Arabia during the period (2005-2021). For this purpose, an Autoregressive Distributed Lag Model (ARDL) has been described, to express the relationship between the number of patients' visits to health centers as a dependent variable and between the independent variables associated with health insurance, which were chosen based on previous studies and researchers' efforts, represented in each of the following: average per capita income, depth of insurance index, gross written premiums, insurance retention index, and population estimates. By specifying the variables and hypotheses to be tested, descriptive tests were conducted, and the general trend of the variables was identified by the statistical program E-views. In the long term, the study showed an inverse relationship between the dependent variable and each of: average income, insurance depth index, total written insurance premiums, and insurance retention index. The study also showed that the population estimates did not affect the number of patients' visits to health centers.

In the short term, the study showed a direct relationship between the dependent variable and each of: the average per capita income, depth of insurance index, and the gross written premiums, while it concluded that the number of patients' visits to health centers was not affected by: the insurance retention index and population estimates.

**Keywords** health insurance, primary health care centers, gross written health insurance premiums, Efficiency.

### مدى دلالة التأمين الصحي على كفاءة مراكز الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية

الدكتورة / فيفيان محمد صالح نصر الدين<sup>1</sup>، أ. أمل غازي النهدي<sup>1</sup>، أ. اسراء احمد بخاري\*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> كلية الاقتصاد والإدارة | جامعة الملك عبد العزيز | جدة | المملكة العربية السعودية

**المستخلص:** هدفت الدراسة إلى تحليل مدى دلالة التأمين الصحي على كفاءة مراكز الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية خلال الفترة (2005-2021). وفي سبيل ذلك، لقد تم توصيف نموذج الانحدار الذاتي ذو الفجوات الموزعة المتباطئة (ARDL)، للتعبير عن العلاقة عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية كمتغير تابع وبين المتغيرات المستقلة المرتبطة بالتأمين الصحي، والتي تم اختيارها استناداً على الدراسات السابقة واجتهادات الباحثين. والمتمثلة في كل من: متوسط دخل الفرد، مؤشر عمق التأمين، إجمالي أقساط التأمين المكتتبة، مؤشر الاحتفاظ في التأمين، وتقديرات عدد السكان. ويتحدد المتغيرات والفرضيات المطلوب اختبارها، لقد تم إجراء الاختبارات الوصفية، كما تم التعرف على الاتجاه العام للمتغيرات، بواسطة البرنامج الإحصائي E-views. وقد أظهرت الدراسة في الأجل الطويل، وجود علاقة عكسية بين المتغير التابع وكلاً من: متوسط دخل الفرد، مؤشر عمق التأمين، إجمالي أقساط التأمين المكتتبة، ومؤشر الاحتفاظ في التأمين. كما أظهرت الدراسة عدم تأثير عدد السكان على عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية. أما في الأجل القصير، فقد أظهرت الدراسة وجود علاقة طردية بين المتغير التابع وكلاً من: متوسط دخل الفرد، مؤشر عمق التأمين، وإجمالي أقساط التأمين المكتتبة، في حين توصلت إلى عدم تأثير عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية بكل من: مؤشر الاحتفاظ في التأمين وتقديرات عدد السكان.

**الكلمات المفتاحية:** التأمين الصحي، مراكز الرعاية الصحية الأولية، إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة، والكفاءة.

## 1. الإطار العام للدراسة

## 1-1 المقدمة

يشكل قطاع التأمين في الدول المتقدمة قوة تدفع وتحث الأسواق والتعاملات المالية والتجارية. ففي عام 2016 ساهمت أقساط التأمين في تايوان بنسبة 20% من الناتج المحلي الإجمالي. كما بلغت أقساط التأمين عام 2018 ما يقارب خمس تريليونات من الدولار الأمريكي، أي ما يعادل 6% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي (الاقتصادية، 2019). ومع نمو الاقتصاد السعودي وتطور خطط التنمية التي وجهت لبناء اقتصاد إنتاجي لا يعتمد على مصدر وحيد كمحرك أساسي لعجلة التنمية، استحدثت العديد من القطاعات التي نما نسبة مساهمتها في الناتج المحلي بشكل ملحوظ، والتي كان أحدها قطاع التأمين.

وللتأمين الصحي دور كبير في المساهمة على توفير الرعاية الصحية اللازمة للعديد من فئات المجتمع، كما أنه يخفف من العبء المنصب على ميزانية الدولة نحو القطاع الصحي، حيث بلغت عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية الأولية Health Care Center Primary ما يقارب 35 مليون<sup>(1)</sup> من إجمالي سكان المملكة البالغ حالياً نحو 36 مليون نسمة (البنك المركزي السعودي، 2022) والذي من المتوقع أن يصل إلى 50 مليون في عام 2030 (رؤية المملكة، 2030). ومن هنا ظهرت الحاجة إلى الارتقاء بجودة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة بشكل مستمر لتتماشى مع هذا النمو السكاني، وإلا فقد يكون أداء قطاع الرعاية الصحية مهدداً بالانخفاض. ويعتبر معدل النمو السنوي للسكان من أهم المؤشرات التي يجب التركيز عليها، لما لها من علاقة وثيقة مع خدمات الرعاية الصحية والتأمين الصحي على حد سواء، فعلى الأرجح أن تؤدي زيادة عدد السكان إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية، والذي يتطلب معه زيادة عدد المستشفيات، الأسرة، والكادر الطبي، في الوقت الحالي وفي المستقبل.

كما أدت جائحة كورونا إلى زيادة العبء المالي على القطاع الصحي، مما استدعى معه إعادة التفكير في تطبيق خصخصة Privatization القطاع الصحي وتطوير كفاءة Efficiency الخدمات الصحية المقدمة، بما يدعم أهداف رؤية المملكة 2030 Vision الرامية إلى تعزيز دور القطاع الحكومي في الإطار التشريعي/التنظيمي، مقابل زيادة نسبة مشاركة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية من 25% إلى 35% في عام 2030 (رؤية المملكة، 2030). وعلى ذلك تهدف هذه الدراسة إلى قياس مدى دلالة قطاع التأمين الصحي على كفاءة مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة خلال الفترة (2005-2021). وعن طريق البرنامج الإحصائي E-views سيتم تحليل البيانات باستخدام نموذج الانحدار الذاتي ذو الفجوات الموزعة المتباطئة (ARDL) Autoregressive Distributed Lag Model. ومن ثم عرض أهم النتائج والاستنتاجات.

## 1-2 مشكلة الدراسة

يعد نظام التأمين الصحي أداة تسهل حصول المستفيدين على الخدمة الصحية من قبل عدد كبير من مقدمي الخدمات الصحية، مخففاً بذلك العبء عن القطاع الصحي الحكومي. فكلما توسعت شريحة الفئة المستفيدة من التأمين الصحي في المجتمع، ازدادت القدرة على تلبية احتياجاتهم بجودة أعلى. وفي جميع دول العالم، يعد نظام التأمين الصحي نظاماً مسانداً للرعاية الصحية الحكومية، في حين تتفرد أهمية التأمين الصحي في المملكة بوجود عدد كبير من المقيمين -13 مليون نسمة في نهاية عام 2020-. ويتم تطبيق التأمين الصحي في المملكة من خلال النظام التعاوني لشركات التأمين تحت مظلة مجلس الضمان الصحي التعاوني، حيث بلغ إجمالي عدد شركات التأمين الصحي 24 شركة في عام 2020 (مجلس الضمان الصحي، 2020). لذلك تم البحث ودراسة كفاءة الخدمات التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية في ظل الأزمات الصحية التي مر بها العالم كافة وجهود المملكة العربية السعودية المستمرة في احتواءها مقابل كفاءة الخدمات المقدمة من شركات التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية بإشراف من الدولة وتسخير الجهود للارتقاء بالمستوى الصحي. ونظراً لاعتبار قطاع التأمين بمثابة حافز للتنوع والنمو الاقتصادي المستدام، فقد سعت المملكة -من خلال برنامج التحول الوطني 2020 ورؤية المملكة 2030- إلى تعزيز القطاعات غير النفطية، الأمر الذي يتطلب معه إجراء المزيد من الدراسات في الموضوعات المتعلقة بهذا القطاع المهم، ومنها موضوع هذه الدراسة والخاص بتحليل مدى دلالة قطاع التأمين الصحي على كفاءة مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة.

(1)[https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/book/Documents/Chapter\\_4\\_2020.xlsx](https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/book/Documents/Chapter_4_2020.xlsx)

## 1-3 أهداف الدراسة

تهدف الدراسة بشكل أساسي إلى تحليل كفاءة المراكز الصحية -متمثلةً في عدد زيارات المراجعين- من خلال قطاع التأمين الصحي، مما يساعد في التنبؤ بمعدلات الكفاءة لأبعاد الخدمات المختلفة المقدمة للمراجعين داخل المراكز الصحية في المملكة خلال الفترة (2005-2021).

## 1-4 أهمية الدراسة

تستمد الدراسة أهميتها من مدى أهمية قطاع التأمين الصحي والذي يمثل الجزء الأكبر من سوق التأمين السعودي، كونه أحد أهم القطاعات التي تساهم في الناتج المحلي الإجمالي السعودي رغم أنه لا يزال في مرحلة النمو، بالإضافة إلى أهميته في الارتقاء بالرعاية الصحية للأفراد ومستوى إنتاجيتهم، إذ تعتبر هذه الدراسة مقياساً لكفاءة مراكز الصحة الأولية من خلال قطاع التأمين الصحي في المملكة، والذي يعتبر بمثابة حافز للتنوع والنمو الاقتصادي المستدام. بالإضافة إلى ذلك تستمد هذه الدراسة أهميتها من خلال استعراضها لأهم الدراسات المرتبطة بكل من التأمين الصحي -عالمياً ومحلياً-، كفاءة مراكز الرعاية الصحية، والعلاقة بينهما، بما يدعم تطوير القطاع الصحي تحقيقاً لأهداف رؤية المملكة 2030، من حيث مبدأ التنوع الاقتصادي، وتدقيق الاستثمارات، وزيادة مساهمة القطاع الخاص في القطاع الصحي، وغير ذلك من الأهداف ذات العلاقة.

## 1-5 منهجية الدراسة

استندت هذه الدراسة إلى المنهج الوصفي والقياسي، حيث يعرض المنهج الوصفي ماهية التأمين الصحي، مراكز الرعاية الصحية من خلال عدد المراجعين، والعلاقة بينهما من واقع الاستعراض الأدبي. أما المنهج القياسي، فيستخدم لتقدير العلاقة بين كفاءة مراكز الرعاية الصحية كمتغير تابع -معبراً عنه بعدد زيارات المراجعين-، وبين المتغيرات المستقلة المرتبطة بالتأمين الصحي، حيث يتم ذلك من خلال توصيف نموذج الانحدار الذاتي ذو الفجوات الموزعة المتباطئة (ARDL).

## 1-6 أهم مصطلحات الدراسة

مراكز الرعاية الصحية **Healthcare Center** وهي شبكة من العيادات الحكومية التي يعمل بها مجموعة من الأطباء العاميين والممرضين، بهدف تقديم خدمات الرعاية الصحية (العتيبي، 2018).

التأمين الصحي **Health Insurance** هو أحد فروع التأمين الاجتماعي، الذي تعرفه منظمة الصحة العالمية **World Health Organization (WHO)** بأنه وسيلة دفع عند الحاجة لبعض/كل تكاليف الرعاية الصحية للمشاركين في النظام (زيدان وقطاب، 2012). ويعرف العتزي (2013) التأمين الصحي بأنه تأمين تفرضه الحكومة إجبارياً على جميع أفراد المجتمع وخاصة ذوي الدخل المحدود منهم، وذلك بهدف توفير الرعاية الصحية ضد المرض والحوادث والعجز. كما يعرفه أمين (2020، ص238) بأنه "توزيع الأعباء المالية للخطر الذي يتعرض له بعض أفراد المجموعة على جميع أفرادها المعرضين لنفس الخطر، في إطار من التعاون المنظم بينهم، من خلال النظم التشريعية والفنية لصناعة التأمين". وأيضاً عرّفه الحسون (2013) بحسب مجمع الفقه الإسلامي بأنه الاتفاق الذي يلزم الطرف الأول (شركة التأمين) بتغطية العلاج أو تكاليفه للطرف الثاني، مقابل دفعه مبلغاً محددًا أو عدداً من الأقساط، خلال فترة زمنية معينة.

إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبه **Gross Written Health Insurance Premiums** يعرف بأنه إجمالي الإيرادات التي تحصل عليها شركة التأمين والمتمثلة في الأقساط التي يدفعها المشتركون، وذلك مقابل تعويضها له عن الأضرار/الخسائر التي قد يتعرض إليها (البلاد المالية، 2017).

الكفاءة **Efficiency** تشير إلى زيادة المخرجات مع تقليل المدخلات (الحاج، 2012)، كما تم تعريفها من قبل Jasarevic (2020) بحسب موقع منظمة الصحة العالمية بأنها تعزيز الاستفادة من الموارد الاقتصادية المتاحة بأقصى قدر ممكن مع تجنب الهدر في تلك الموارد.

## 2. الأدبيات الدراسات السابقة

هناك العديد من التحديات التي تواجه قطاع الرعاية الصحية والتأمين الصحي بالمملكة، والتي أدت بدورها إلى التأثير في القطاع الصحي ككل بشكل كبير. وللتأمين أنواع عديدة تختلف باختلاف الأساس الذي يتم بموجبه تصنيف هذه الأنواع، ومن هذه الأسس الخطر المؤمن ضده، والذي يندرج تحته تأمينات الأشخاص. وتشمل هذه التأمينات الأخطار التي قد تصيب الأفراد في حياتهم أو صحتهم (التأمين الصحي)، التأمين ضد الحوادث الشخصية، التأمين ضد الشيخوخة، التأمين ضد البطالة، وغير ذلك. وبذلك يعد التأمين الصحي نوع من أنواع التأمين للحماية من خطر المرض. ويتم ذلك التأمين من خلال إبرام عقد بين المؤمن له **Insured** -حامل

الوثيقة- وبين المؤمن Insurer -شركة تأمين أو برنامج حكومي-، بمقتضاه يدفع المؤمن جميع تكاليف الرعاية الطبية العلاجية treatment أو الوقائية preventive الضرورية أو نسبة منها، مباشرة لمقدمي خدمات الرعاية الصحية وليست للمرضى المؤمن لهم. وللتأمين الصحي أهمية كبرى في جميع دول العالم، حيث يهدف إلى توفير خدمات الرعاية الصحية لفئة من السكان، بل وقد يصل في بعض الدول إلى تغطية جميع السكان، كما أنه يعتبر نظاما مساندا لنظام الرعاية الصحية الحكومية الذي تديره وزارات الصحة في جميع دول العالم. ومن حيث النظم الإدارية للتأمين الصحي، فهناك التأمين الصحي الحكومي/الإجباري، والذي تنشئه/تديره الدولة من خلال وزارة الصحة أو إحدى الوزارات الأخرى. كما أن هناك نظاما غير حكومي، والذي قد يكون تجاريا تنشئه وتديره شركات التأمين التجارية/الربحية، أو تطوعيا/اختياريا ينشأ ويدار بواسطة جمعيات أهلية غير ربحية ولا تتبع الجهاز الإداري للدولة (برعي، 2015). ومن ناحية أخرى، تضمن مراكز الرعاية الصحية الأولية -من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO)- تقديم الرعاية الصحية الشاملة لطب الأسرة، والتي تتراوح ما بين الإرشاد والوقاية، العلاج، إعادة التأهيل، والرعاية التلطيفية<sup>(2)</sup>، وذلك من خلال الكثير من العيادات المنتشرة في جميع أنحاء البلاد. حيث يتم من خلال هذه المراكز الاعتراف بالحقوق الأساسي للإنسان في تمتعه بأعلى مستوى من مستويات الصحة، بالإضافة إلى تحقيق العدالة الاجتماعية والإنصاف. ولتحقيق هذا الهدف البناء، يجب التأكد من سهولة وصول المستفيدين إلى خدمات مركز الرعاية الصحية بيسر وسهولة، بحيث يتم تقديم الخدمات فيها للأشخاص بحسب الأنظمة والقرارات التي تصدر من الجهات المختصة والتي من المفترض أن تكون معروفة ومتبعة من قبل العاملين في تلك المراكز (العتيبي، 2018).

## 2-1 التأمين الصحي في المملكة

يعتبر التأمين الصحي استراتيجية تنظيمية حديثة، تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، إضافة إلى اعتباره أحد الركائز الاستراتيجية الأساسية التي تبنى عليها السياسة الاقتصادية التنموية. فعند وضع الخطط الاستراتيجية لابد من الاعتماد على الدراسات والأبحاث، وذلك لتحديث معايير الجودة بشكل دوري مع ضرورة وضع آليات واضحة ومفصلة لتطبيق نظام جودة الخدمات الصحية. وقد ذكرت دراسة حوالف (2019) المنافع المترتبة على التأمين الصحي، كزيادة إنتاج عنصر العمل، المساهمة في رفع معدل النمو الاقتصادي، الارتقاء بالقطاع الصحي، وإزالة المشاكل المالية التي قد تعيق حصول المريض على الخدمة الطبية. بالإضافة إلى أن وجود نظام واضح ومستقر، يحفز المستثمرين للدخول في المزيد من الاستثمارات في هذا القطاع. كما اقترحت الدراسة عدة توصيات، كان من أهمها، أنه لخلق المزيد من الطلب على المنتجات التأمينية فإنه يتوجب زيادة نشر ثقافة التأمين بين أفراد المجتمع. ويحظى التأمين الصحي بأهمية بالغة في المملكة، وذلك لتمييزها بوجود عدد ضخم من المقيمين وأسرهم فيها، ففي نهاية 2020 بلغ عدد سكان المملكة 34.8 مليون نسمة، منهم حوالي 13 مليون مقيما. ويتم تطبيق التأمين الصحي في المملكة على جميع العاملين بالقطاع الخاص -سعوديين أو مقيمين- وأسرهم بصورة إجبارية، من خلال نظام تعاوني بواسطة شركات التأمين وبإشراف مجلس الضمان الصحي التعاوني. ويمثل قطاع التأمين الصحي في المملكة الجانب الأكبر (50% تقريبا) من سوق التأمين (برعي، 2015)، إذ يترتب عليه العديد من الفوائد الاقتصادية والاجتماعية. فعلى سبيل المثال، نجد أن التوسع الاستثماري في قطاع خدمات الرعاية الصحية، يترتب عليه انخفاض معدلات البطالة، حيث يزداد الطلب على الكادر الطبي والإداري على حد سواء. كما يترتب عليه تحسنا في جميع مؤشرات الصحة الوطنية، ومن ثم زيادة نمو إجمالي الناتج المحلي (GDP).

وقد توصل برعي (2015) في دراسته إلى أن إجمالي/صافي أقساط التأمين الصحي المكتتب يمثل الجانب الأكبر من إجمالي/صافي أقساط التأمين المكتتب بها في قطاع التأمين ككل في المملكة، كما أن إجمالي مطالبات التأمين الصحي تمثل الجانب الأكبر (ما يزيد عن 60%) من إجمالي مطالبات التأمين في قطاع التأمين ككل. إلا أنه وفي المقابل، قد توصل الباحث من خلال مؤشر عمق التأمين<sup>(3)</sup> إلى انخفاض حصة التأمين الصحي في إجمالي الناتج المحلي، ومن ثم انخفاض متوسط نصيب الفرد من التأمين الصحي، وذلك من خلال مؤشر كثافة التأمين<sup>(4)</sup>. وقد يعزى السبب في ذلك إلى ضخامة قيمة الناتج المحلي الإجمالي في المملكة، أو بشكل عام إلى نقص الوعي بثقافة التأمين الصحي والخدمات التأمينية الصحية. هذا إلى جانب ضعف ثقة المستهلكين بشركات التأمين، والتي لا تهتم بمستوى الرضا لديهم -من حيث عدم توافر الأطباء المختصين، عدم تغطية جميع أنواع الأدوية، وغير ذلك-، مما ينتج عنه عدم كفاءة التأمين الصحي. كما قد يعود السبب في ضعف الاهتمام بمستوى رضا المستفيدين من قبل شركات التأمين إلى الخاصية الإجبارية من قبل الدولة لمعظم

(2) نوع من أنواع الرعاية الصحية التي تقدم للمرضى بالإضافة إلى القائمين على رعايتهم -من ذويهم- وذلك للحد والتخفيف من معاناتهم في مواجهة المرض.

(3) ويشير عمق التأمين إلى نسبة اسهام قطاع التأمين الصحي في الناتج المحلي الإجمالي.

(4) يقيس مؤشر كثافة التأمين متوسط نصيب الفرد من التأمين الصحي في الاقتصاد الوطني ككل.

الخدمات التأمينية المقدمة (بن زيدان وقطاب، 2012). وبخلاف دراسة برعي (2015)، فقد ارتفع عمق التأمين الصحي من 77% في عام 2015 (مؤسسة النقد العربي السعودي، 2015) إلى 80% في عام 2021 (مؤسسة النقد العربي السعودي، 2021).

إلا أنه وفي الجانب الآخر، يوفر التأمين الصحي الكثير من المزايا، وذلك من خلال إمكانية الحصول على خدمات صحية من مقدمي الرعاية الصحية -المستشفيات- التي توفر سهولة الوصول، المعاملة الحسنة وقياس مستوى الرضا، بالإضافة إلى توفر الكوادر الطبية والإدارية ذات الكفاءة العالية، كل ذلك مقابل قدر معقول من رسوم الاشتراك في التأمين الصحي (المبارك، 2013). وفي هذا السياق، لقد توصلت دراسة العتيبي (2019) إلى وجود علاقة ارتباط قوية (98%) بين مستوى جودة الخدمات المقدمة من قبل شركات التأمين الصحي من جهة، وبين أبعاد جودة الخدمة الصحية من جهة أخرى. ومن أهم أبعاد جودة الخدمة الصحية -من وجهة نظر العتيبي-، هي تلك الأبعاد التي تكون من وجهة نظر المستفيدين من التأمين الصحي ومدى رضاهم عنه. إلا أنه وبالرغم مما سبق، يجب توخي الحذر عند تطبيق سياسة التأمين الصحي، فعلى سبيل المثال في الولايات المتحدة الأمريكية نجد أن المستفيد الأكبر من قطاع الرعاية الصحية هو شركات التأمين الصحي الخاصة، والتي تعاونت مع مرافق الرعاية الصحية الجيدة حول كيفية تغطية مرضاهم وبالتالي السماح للأشخاص غير المؤمن عليهم بالوصول إلى عدد قليل فقط من المرافق الحكومية (Jaqua and Jaqua, 2019).

كما وضحت العديد من الدراسات مدى أهمية معدل الاحتفاظ<sup>(5)</sup> في تحليل وتقييم مخاطر المحافظ التأمينية ومن ثم في وضع الأهداف والسياسات بشكل عام، مثل دراسة حسين والحميدي (2012). وقد توصل الباحثان اعتماداً على بيانات الشركة المتحدة للتأمين السورية من عام 2007 وحتى عام 2010، إلى وجود علاقة عكسية بين معدل الاحتفاظ وتأثيره على نسبة أخطار إعادة التأمين<sup>(6)</sup>. بالإضافة إلى ذلك فقد توصلت الدراسة إلى وجود ارتباط قوي بين معدل الاحتفاظ ونسبة الطاقة الاستيعابية المستغلة<sup>(7)</sup> في شركة التأمين، حيث يعبر الأخير عن مدى استغلال شركة التأمين لطاقتها الاستيعابية ومدى تلبية احتياجات سوق التأمين -وذلك من خلال اكتتاباتها-، ومن ثم في تحديد فيما إذا كان ذلك السوق بحاجة لدخول شركات جديدة إليه. وبحسب هذه الدراسة، فقد افترض الباحثان أن المدى المقبول لمعدل الاحتفاظ هو أن يتعدى نسبة 50%، إذ يتبع زيادة معدلات احتفاظ شركة التأمين ارتفاعاً في الطاقة الاستيعابية للسوق الكلي. كما يشير ارتفاع معدل الاحتفاظ إلى وعي وجودة الإدارة في شركة التأمين ومدى قدرتها على انتقاء/اختيار العمليات التأمينية وقبولها.

وأخيراً، فإن الإنفاق على القطاع الصحي يشهد نمواً أسرع من باقي قطاعات الاقتصاد العالمي، حيث يمثل نسبة 10% من إجمالي الناتج المحلي العالمي، بحيث يتنامى الإنفاق على القطاع الصحي في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط بنسبة 6% في المتوسط سنوياً، مقارنةً بنسبة 4% في الدول ذات الدخل المرتفع (WHO, 2019). ويعد القطاع الصحي في المملكة الأكبر (48%) على مستوى الخليج العربي من حيث إجمالي الإنفاق عليه، إذ تحتل المملكة المركز الأول بين الحكومات الخليجية في إنفاقها على ذلك القطاع. وعليه، فقد تم التطرق إلى مدى أهمية زيادة مشاركة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية، في كل من برنامج التحول الوطني (2020) National Transformation Program ورؤية المملكة (2030)، بما يؤول إلى أهمية التأمين الصحي التعاوني الشامل<sup>(8)</sup> - الصادر بمرسوم ملكي 10 تاريخ 1/5/1420 هـ<sup>(9)</sup>، والذي تزيد معدل مطالباته عن معدلات المطالبات في سوق التأمين السعودي بشكل عام (أمين، 2020). هذا بالإضافة إلى أهمية معدل إسهام التأمين الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي، كما وضع عبدالمولى (2019) في دراسته لتحليل شركتي بوبا والتعاونية، وعليه يتضح الدور المهم للتأمين الصحي في رفع مستوى الدخل القومي وتحسين التنمية الاقتصادية والاجتماعية. هذا بالإضافة إلى ما قد يوفره زيادة الاستثمار في مجال التأمين الصحي من توفير الكثير من الفرص الوظيفية، وبالتالي انخفاض معدل البطالة.

(5) صافي أقساط التأمين المكتتب بها، ويقصد بصافي أقساط التأمين الأقساط المحتفظ بها لدى شركة التأمين بعد خصم الأقساط المسندة إلى شركات إجمالي أقساط التأمين

إعادة التأمين -المحلية والدولية- من إجمالي أقساط التأمين المكتتبه.

(6) ويعني أن تدفع شركة التأمين جزءاً من أقساط التأمين التي تحصل عليها من المشتركين لشركة "إعادة تأمين" مقابل أن تضمن لها جزءاً من الخسائر. فإذا وقع الخطر ولجأ المشترك إلى شركة التأمين لتعويضه عن خسائره، تقوم شركة التأمين بدورها بمطالبة شركة إعادة التأمين بدفع جزءاً من التعويض، وذلك حسب الاتفاق المبرم بين الشركتين.

(7) صافي الأقساط المحصلة  
صافي حقوق المساهمين

(8) وهو التأمين على جميع الخدمات والمستلزمات الطبية/العلاجية -بما فيها التكاليف الطبية والأدوية-، بالإضافة إلى إدارة البرامج الطبية.

(9) المركز الوطني للوثائق والمحفوظات <https://www.moh.gov.sa/Ministry/Rules/Documents/007.pdf>

وقد وضحت دراسة الرزين (2015)، دور التأمين التعاوني الفعال في العديد من القطاعات، إذ افترضت الدراسة وجود علاقة طردية ومؤثرة بين إجمالي أقساط التأمين وحجم الاستثمارات في قطاع التأمين من جهة، وبين الناتج المحلي الإجمالي من جهة أخرى. وقد توصلت الدراسة إلى العديد من الاستنتاجات فيما يخص دور قطاع التأمين في الاقتصاد الوطني، والتي كان من أهمها، أن قطاع التأمين يوفر درجة كبيرة من الأمان في مواجهة المخاطر التي يمكن أن تحدث للفرد والمجتمع ككل. بالإضافة إلى قدرة هذا القطاع على المساهمة في النمو الاقتصادي من خلال نقل المخاطر، توفير الائتمان، وتخفيف وإدارة المخاطر. فعلى سبيل المثال نجد أن قطاع التأمين له دور كبير في توفير الأمن، الاستقرار، والثقة لدى أصحاب الأعمال الذين يؤمنون على موظفيهم تجاه قراراتهم ومبادراتهم، لأنهم لن يكونوا المسؤولين الوحيدين في حال وقوع أي خسارة محتملة. كما أوضحت الدراسة الأثر الإيجابي لقطاع التأمين على الميزانية الحكومية، والمتمثل في قدرته على تخفيض الإنفاق الحكومي الموجه لبرامج الخدمات الاجتماعية.

## 2-2 المملكة ومراكز الرعاية الصحية

الرعاية الصحية الأولية هي ذلك الجزء من الخدمة الطبية التي تدار داخل إطار المجتمع، وتتعدد المصطلحات التي تشير إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية، كمركز طبي أو طبيب الأسرة، أو غير ذلك، إلا أن المصطلح الرسمي منها هو مركز الرعاية الأولية، والذي يشير إلى المكان الذي تبدأ منه العديد من الاستشارات والإحالات إلى المتخصصين في الأماكن الأخرى -المستشفيات غالباً- لتقديم الرعاية الصحية، كما يستمر طبيب مركز الرعاية الصحية في متابعة المريض بعد إحالته<sup>(10)</sup>. وعليه، فإن المراكز الصحية تمثل منظمات مجتمعية تقوم بتقديم خدمات الرعاية الصحية الشاملة ذات الكفاءة الثقافية كثيفة الجودة، بتكلفة معقولة. ومن أهم ما يميز هذه المراكز فعالية القيادة فيها، إذ يسود فيها التعاون والعمل تحت أسلوب الفريق الواحد، وذلك من خلال الدعم من قبل مدير المركز الصحي<sup>(11)</sup>. حيث أن الابتعاد عن الضوابط الحكومية لأي منظمة بشكل عام وزيادة الاستقلالية فيها سوف يتيح قدراً أكبر من الحرية في اتخاذ القرارات داخلها، حيث تزداد السلطة الداخلية للمنظمة في اتخاذ القرارات بشأن مختلف الجوانب الإنتاجية -بما في ذلك المدخلات والمخرجات والنواتج والعمليات التشغيلية-، مما يؤول إلى التحرك نحو التخصصية (Preker and Harding, 2003, p.5).

إلا أن للتخصصية وزيادة الاستقلالية Authority مضاراً يجب توخي الحذر منها، مثل مشكلة الرئيس (الحكومة مثلاً) -الوكيل (مقدمي الخدمات الصحية) Principal-Agent Theory، والتي تشير إلى أنه من الصعب على الرئيس مراقبة تصرفات الوكيل، مما يمكن الوكلاء بسهولة من اتخاذ إجراءات غير ملحوظة لتحقيق مصالحهم الخاصة على حساب مصالح الرئيس. فعلى سبيل المثال قد يركز الوكلاء على زيادة حجم المركز الصحي، لأن ذلك قد يمنحهم مكانة اجتماعية أكبر (McColgan, 2001, ص 4).

وبالرغم مما سبق، إلا أن هناك أهمية كبيرة لتخصصية المراكز الصحية الأولية في المملكة، فبجانب ما جاء في رؤية المملكة 2030 من أهمية زيادة دور القطاع الخاص في القطاع الصحي، نجد أن غالبية المراكز الصحية تواجه مشكلة عدم كفاية التمويل لتحقيق الأهداف المرجوة منها، مما يؤدي إلى انخفاض مستوى جودة الخدمة المقدمة فيها. وبالفعل فمن خلال تقييم جودة الخدمات، اتضح معاناة المراكز الصحية في المملكة من العديد من المشاكل، كالتباطؤ في تقديم الخدمة وانخفاض جودتها، بالإضافة إلى ضعف تطورها (عاجل، 2017).

وفي مدينة جدة، توصلت دراسة العمري (2011) إلى أن مستويات الجودة في الخدمات الصحية المقدمة قد تراوحت بين الضعيف والمتوسط والجيد، إلى جانب ضعف مؤشر الأمن والسلامة، بالإضافة إلى ضعف مستوى التقنية الحديثة فيها. وعليه، فإن تخصصية هذه المراكز سوف يؤول إلى زيادة النمو الاقتصادي في المملكة (العتيبي، 2018)، إذ أن هناك علاقة معنوية بين مستوى الجودة المقدمة وبين معدل الربحية (ماضي، 2002). وفي هذا السياق، فقد توصلت دراسة Cawilleri (1998) إلى أن درجة الاعتناء بالمرضى ومدى وجود التقنية والتخصص اللازمين لدى مقدمي الخدمة من أهم العناصر للمرضى المراجعين، والذين يساهم مستوى رضاهم في زيادة المنافسة في القطاع الصحي العام وبالتالي كفاءة الخدمات الصحية المقدمة للمراجعين (Puay&Nelson, 2000).

ولقياس جودة الخدمة في قطاع الرعاية الصحية الأولية، فهناك ستة محددات -القيادة، الثقافة التنظيمية، القياس والتحليل، نظم إدارة الجودة، تنمية القوى البشرية، التكامل والتنسيق- لتحقيقها كما جاء في دراسة الأحمدى (2006)، والتي كان من بينها تنمية القوى البشرية. وعليه، قد تؤدي التخصصية إلى زيادة معدل تطور الموارد البشرية الوطنية في مجال الرعاية الصحية مما

(10)<https://www.healthpoint.co.nz/im:102235/>

(11)<https://www.moh.gov.sa/Documents/2020-01-29-001.pdf>

يزيد من جودة تقديم الخدمات الصحية (Msimang, 2006). وعلى الرغم من أن الخصخصة للمراكز الصحية قد تؤثر سلباً على بعض فئات المجتمع -كالفقراء والفئات غير المؤمن علمياً-، غير أنه يمكن تغطية جميع الفئات من خلال نظام تأمين إلزامي صحي وشامل، وبذلك تسود العدالة الاجتماعية في المجتمع (لجان العمل الصحي، 2019).

من خلال ما سبق من استعراض للأدبيات المتعلقة بموضوع البحث، نجد أن هناك العديد من الدراسات التي تضمنت زوايا لا حصر لها سواء بشكل مباشر أو غير مباشر في دراسة كل من التأمين الصحي ومراكز الرعاية الصحية، إلا أن الأغلب منها لم يتطرق بتوسع إلى قياس كفاءة مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة من خلال التأمين الصحي -على حد علم الباحثات-.

### 3. النموذج القياسي والبيانات المستخدمة

يخصص هذا الجزء من الدراسة للجانب التطبيقي، والذي يعبر عن العلاقة بين كفاءة مراكز الرعاية الصحية كمتغير تابع - معبراً عنه بمقياس عدد زيارات المراجعين-، وبين المتغيرات المستقلة المرتبطة بالتأمين الصحي، والتي تم اختيارها استناداً على الدراسات السابقة واجتهادات الباحثين، والمتمثلة في: إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة، متوسط دخل الفرد، مؤشر عمق التأمين، مؤشر الاحتفاظ في التأمين، وتقديرات عدد السكان. وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على بيانات الإحصاءات الرسمية، لكل من مؤسسة النقد العربي (البنك المركزي السعودي، 2021) - للحصول على بيانات إجمالي أقساط التأمين، بيانات متوسط دخل الفرد، بيانات مؤشرات الاحتفاظ، بيانات مؤشر عمق التأمين، وبيانات تقديرات عدد السكان-، والكتاب الإحصائي لوزارة الصحة (Statistical Year Book, 2021) -للحصول على بيانات عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية-، ولتقدير العلاقة محل الدراسة، فقد تم تحديد المتغيرات والفرضيات المطلوب اختبارها، كما تم إجراء الاختبارات الوصفية والتعرف على الاتجاه العام للمتغيرات، بواسطة البرنامج الإحصائي E-views، وذلك من خلال نموذج الانحدار الذاتي للإبطاء الموزع ARDL، في كل من الأجلين القصير Short Run (SR) والطويل Long Run (LR).

#### 3-1 توصيف نموذج الدراسة

ستتبع الدراسة المنهج الكمي في تحليل أثر التأمين الصحي على كفاءة مراكز الرعاية الصحية في المملكة، بحيث يمثل المتغير التابع (MY) عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية، أما المتغيرات المستقلة فتتمثل في كل من متوسط دخل الفرد (MX)، عمق التأمين (OX)، إجمالي أقساط التأمين المكتتبة (AX)، مؤشر الاحتفاظ في التأمين (SX)، وتقديرات عدد السكان (PX). وتفترض هذه الدراسة، ما يلي:

- وجود علاقة عكسية بين المتغير التابع ومتوسط دخل الفرد (SR و LR).
- وجود علاقة طردية بين المتغير التابع وبين عمق التأمين (SR و LR).
- وجود علاقة طردية بين المتغير التابع وبين إجمالي أقساط التأمين المكتتبة (SR و LR).
- وجود علاقة عكسية بين المتغير التابع ومؤشر الاحتفاظ في التأمين (SR و LR).
- وجود علاقة طردية بين المتغير التابع وعدد السكان (LR).
- وجود علاقة عكسية بين المتغير التابع وعدد السكان (SR).

#### 3-2 متغيرات النموذج

بتحديد متغيرات النموذج، نستعرض فيما يلي الوصف والاتجاه العام للمتغير التابع المتمثل في عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية كمؤشر لكفاءة المراكز الصحية، وكل متغير من المتغيرات المستقلة، كمؤشرات مؤثرة على التأمين الصحي.

#### أولاً- المتغير التابع كفاءة المراكز الصحية (MY) Efficiency of health centers

وقد تم التعبير عنه باستخدام بيانات عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية. ويلاحظ من الشكل التالي رقم (1) مدى التذبذب الحاد في هذا المتغير، مع ملاحظة الانخفاض الحاد في عام 2014، والذي قد يعزى للتحصينات المقدمة في مراكز الرعاية الأولية للعديد من الأمراض في تلك الفترة، مثل الحصبة الألمانية (الكتاب الإحصائي السنوي، 2014). كما يلاحظ الارتفاع الحاد في عام 2020، والذي قد يرجع إلى انتشار جائحة كورونا COVID-19 وما تتطلبته من اكتشاف وعلاج لهذا الوباء، مما أدى بدوره إلى زيادة زيارات المراجعين للمراكز الصحية، حيث بلغت نسبة الفحوص المختبرية ما يقارب 62 مليون فحص مختبري. (الكتاب الإحصائي السنوي، 2020).

ثانياً- المتغيرات المستقلة وتتمثل في عدة متغيرات، كالتالي:

أ- متوسط دخل الفرد (MX) Average per capita income

يعبر عن نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، ويتم احتسابه بقسمة الناتج المحلي الإجمالي على عدد السكان. ويلاحظ من الشكل التالي رقم (2) وجود اختلافات كبيرة في متوسط دخل الفرد. خاصة الانخفاض الحاد في عام 2008، غير أن الاتجاه استمر بشكل تصاعدي بشكل عام -مع حدوث تغيرات طفيفة في الصعود والهبوط حتى وصل إلى 93298 مليون، في عام 2021. وقد يكن لهذه التقلبات علاقة بالناتج المحلي الإجمالي، كما قد يعود الانخفاض الحاد خلال سنة (2008) لأسباب مختلفة كانخفاض أسعار النفط إلى 37 \$ لكل برميل (الشرق الأوسط، 2015)، بجانب حدوث الكساد العظيم<sup>(12)</sup> في الدورات الاقتصادية (البطاط، 2011).

ب- مؤشر عمق التأمين (OX) Depth of insurance index

ويمثل العلاقة بين إجمالي أقساط التأمين المكتتبه وإجمالي الناتج المحلي<sup>(13)</sup>. ويوضح الشكل التالي رقم (3) الاتجاه التصاعدي المتذبذب لهذا المتغير، مع ملاحظة وصوله لأعلى قيمة له في عام 2016، وقد يعزى ذلك إلى خطوط التأمين الإلزامية التي تم فرضها على التأمين الصحي (تقرير مؤسسة النقد العربي السعودي، 2016). وبعد عام 2020، أخذ عمق التأمين في الانخفاض، فبحسب تقرير مجلس الضمان الصحي التعاوني (2021) بلغ عدد المشتركين بنظام الضمان الصحي ما يقارب 9.8 مليون مستفيد في أواخر سنة 2020، منخفضاً بنسبة 12٪ عن عام 2019 (أكثر من 11 مليون مشترك)، وقد يعزى السبب في ذلك إلى تنظيم عمل المقيمين في المملكة وانخفاض عدد العاملين بالقطاع الخاص في نهاية 2020، بالإضافة إلى أزمة كورونا وما سببته من ركود في مختلف النشاطات الاقتصادية.

ج- إجمالي أقساط التأمين المكتتبه (AX) Gross Written Premiums

ويعبر عن إجمالي الإيرادات التي تحصل عليها شركة التأمين -متمثلة في الأقساط التي يدفعها المشتركون، مقابل تعويضهم عن الأضرار التي قد يتعرضون إليها-

ويلاحظ من الشكل التالي رقم (4) التوجه التصاعدي لأقساط التأمين الصحي المكتتبه منذ بداية فترة الدراسة وحتى نهايتها، إذ وصلت إلى ما يقارب 25 مليون في عام 2021، وقد يكون ذلك بسبب الزيادة في تكاليف العلاج في المستشفيات والمراكز الطبية الخاصة (القديهي، 2001). بالإضافة إلى توسع التأمين الصحي الإلزامي بـ 2 مليون مستفيد، بالإضافة لنجاح عدد من شركات التأمين في إعادة تسعير بعض الخدمات التي لم تكن مربحة لهم (الرياض، 2020).

د- مؤشر الاحتفاظ في التأمين (SX) Insurance retention index

ويمثل -كما ذكرنا سابقاً- العلاقة بين صافي أقساط التأمين الصحي وإجمالي أقساط التأمين الصحي. يلاحظ من الشكل التالي رقم (5) انخفاض هذا المؤشر في بداية فترة الدراسة ليصل إلى أدنى مستوياته في عام 2008، وقد يرجع ذلك إلى النظام الإلزامي للتأمين الصحي لموظفي القطاع الخاص وأسرههم (مجلس الضمان الصحي<sup>(14)</sup>). إلا أنه وبعد ذلك العام، قد أخذ مؤشر الاحتفاظ في الاتجاه التصاعدي ليبلغ أقصاه في عام 2018، حيث وضع التقرير السنوي لوزارة الصحة (2018) زيادة نسبة مساهمة القطاع الخاص في مجال الرعاية الصحية في عام 2018 إلى 20.3٪، كما وصل عدد المستفيدين من نظام التأمين الصحي التعاوني إلى 33 مليون مستفيد. ثم عاد نحو الانخفاض، حيث أنه -وبحسب بيانات البنك المركزي السعودي- يرتبط بالطلب الكلي على التأمين والذي بدوره يرتبط بالتقلبات والتذبذبات الاقتصادية الناتجة عن انتشار أزمة كورونا COVID-19.

هـ- تقديرات عدد السكان (PX) Population Estimates

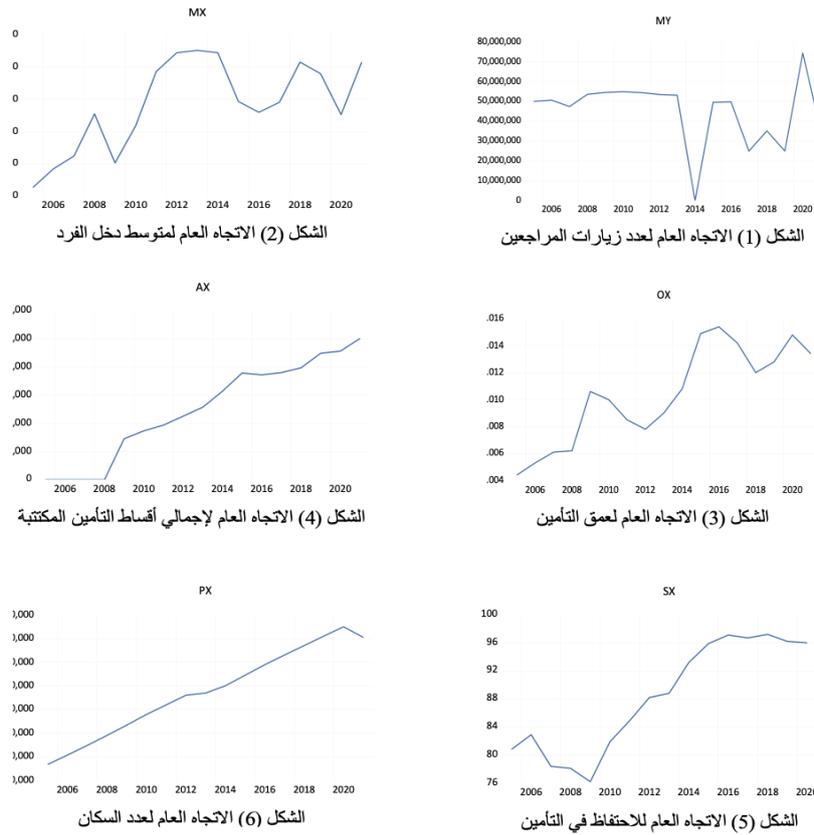
يعبر عن عدد السكان في المملكة لكل سنة من سنوات الدراسة. يبين الشكل التالي رقم (6) الزيادة الملحوظة لعدد السكان في المملكة عبر السنين وبشكل عام يعزى ذلك إلى ارتفاع معدلات الخصوبة مع مرور الوقت في المملكة، مع ملاحظة التراجع في عام 2020، والذي قد يعود إلى خروج نسبة كبيرة من غير السعوديين خارج السعودية خلال جائحة كورونا (الهيئة العامة للإحصاء 2021).

(12) يعبر الكساد العظيم عن أكبر وأشهر الأزمات الاقتصادية في القرن العشرين، وقد بدأ مع انهيار سوق الأسهم الأمريكية في 29 أكتوبر 1929 والمسمى بالثلاثاء الأسود.

(13) إجمالي أقساط التأمين المكتتبه  
إجمالي الناتج المحلي

(14) <https://chi.gov.sa/Rules/Pages/default.aspx>

## الاتجاه العام لمتغيرات الدراسة خلال الفترة (2005-2021)



ومما سبق، يتضح أن السلاسل الزمنية المستخدمة في الدراسة تأخذ بشكل عام اتجاه تصاعدي، وخاصة تقديرات عدد السكان (PX) وعمق التأمين (OX)، ومؤشر الاحتفاظ في التأمين (SX)، حيث أن ارتفاع عدد السكان قد يؤدي إلى زيادة استخدام التأمين. في حين أن المتغير التابع والذي يعبر عن كفاءة المراكز الصحية (MY) يسير بشكل ثابت تقريباً مع بعض الصدمات. أما بالنسبة إلى متوسط الدخل (MX) فإنه يتذبذب بشكل أكبر من المتغيرات المستقلة الأخرى.

## 3-3 نتائج تقدير نموذج الانحدار

غالباً ما تتأثر البيانات الاحصائية بالتغيرات الهيكلية الاقتصادية والاجتماعية في الدولة، ولذلك لا بد قبل إجراء أي اختبار التحقق من وجود جذر الوحدة، ولتجنب حدوث الانحدار الزائف (Enders, 2008). وعليه، فقد تم إجراء اختبار ديكي فلور المطور (Dickey & Fuller, 1981) وذلك للوقوف على استقراره البيانات، وكانت النتائج كما هو موضح بالجدول التالي رقم (1):

## جدول رقم (1): اختبار جذر الوحدة Unit Root Tests وفقاً لاختبار ADF

Variables	Level (0)		(1) First Difference	
	Constant	Constant & trend	Constant	Constant & trend
MY	-4.30085988**	-4.540099**	-6.6381***	-6.376228***
MX	-2.163346	-2.264879	-3.807556**	-3.691455*
OX	-1.616392	-2.867639	-2.929061*	-3.315420**
AX	-3.745672*	-2.393855	-4.098632***	-3.969689**
SX	-1.837519	-2.346877	-3.007666**	-3.578351**
PX	-1.732652	-1.140355	-1.142856**	-1.281968*

\* تشير إلى معنوية عند 10%، \*\* تشير إلى معنوية 5%، \*\*\* تشير إلى معنوية 1%

نلاحظ من الجدول رقم (1) استقرار كلاً من كفاءة مراكز الرعاية الصحية (MY) وإجمالي أقساط التأمين (AX) في المستوى وعدم وجود جذر وحدة بهما. في حين تستقر بقية البيانات عند الفرق الأول. وبما أن استقرارية البيانات هي مزيج بين المستوى والفرق

الأول، فإن استخدام طريقة المربعات الصغرى Ordinary Least Squares (OLS) سوف يؤدي إلى انحدار زائف، ولتجنب الوقوع في مثل هذا الخطأ فإنه من الأفضل استخدام نموذج الانحدار الذاتي ذو الفجوات الموزعة المتباطئة، والمعروف اختصاراً بنموذج ARDL، والذي قد تم تطويره من قبل (Pesaran et al., 2001). وهو نموذج قادر على تحليل البيانات ذات الاستقرار في المستوى والفرق الأول (Sam et al., 2019). ويأخذ نموذج ARDL بشكل عام، الصيغة التالية:

$$\Delta MY_t = \alpha_0 + \sum_{i=1}^{\rho} c_i \Delta MY_{t-i} + \sum_{i=1}^{\rho} d_i \Delta MX_{t-i} + \sum_{i=1}^{\rho} e_i \Delta OX_{t-i} + \sum_{i=1}^{\rho} f_i \Delta AX_{t-i} + \pi_1 SX_{t-1} + \pi_1 PX_{t-1} + v_{it}$$

وبالإضافة إلى الحصول على معلمات العلاقة بين المتغيرات المستقلة وتأثيرها على المتغير التابع، يمكننا نموذج ARDL من خلال اختبار الحدود من معرفة وجود علاقة تكامل مشترك بين المتغيرات المستقلة مع المتغير التابع وذلك من خلال احصائية F-static. فإذا كانت قيمة F أقل من الحد السفلي، فإننا نقبل الفرضية الصفرية بعدم وجود تكامل مشترك، أما إذا كانت قيمة F أكبر من الحد العلوي، فإننا نرفض الفرضية الصفرية. أما وقوع قيمة F بين الحد العلوي والحد السفلي، فإنه دلالة على الوقوع في منطقة اللاحسم ولا يمكننا الجزم بوجود تكامل مشترك في LR (Kyophilavong et al., 2013).

ويوضح الجدول التالي رقم (2) نتائج اختبار الحدود باستخدام منهجية ARDL وبما ان قيمة F-statistics أكبر من قيمة الحد الأعلى (1)، فإن هناك علاقة تكامل مشترك بين المتغيرات محل الدراسة، وذلك عند مستوى معنوية 1% مما يشير إلى العلاقة التوازنية بين المتغيرات في LR. وتشير احصائية F-statistic والبالغة (7 تقريباً) إلى وجود حسم في علاقة التكامل المشترك، بسبب وقوعها أعلى من الحد العلوي والذي يبلغ (5) عند مستوى معنوية (1%).

جدول (2): اختبار التكامل المشترك بمنهج الحدود Bounds cointegration test

F-Statistics	7.65438	
Maximum Lag	2	
Lag Order	(2,1,1,0,0,1)	
K	5	
Critical value	I (0)	I (1)
1%	5.71	4.13
5%	3.85	3.39
10%	3.1	2.80

وبعرض الجدول التالي رقم (3) نتائج وتفسير العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع في LR، والذي يشير إلى وجود علاقة معنوية بين كافة المتغيرات مع المتغير التابع عند مستوى معنوية اقل من 5%، باستثناء عدد السكان (PX).

جدول (3) يوضح نتائج وتفسير علاقات الأجل الطويل (LR)

المتغيرات المستقلة	المعنوية	التطابق	تفسير اتجاه العلاقة بين المتغيرين التابع والمستقل
MX	معنوي -2425.7	مطابق	من المتوقع أن تؤدي زيادة متوسط الدخل الفردي في LR إلى اللجوء للمستشفيات الخاصة، وزيادة الوعي والحرص على التأمين الصحي، بحيث يشير ذلك إلى انخفاض عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية والعزوف عنها باتجاه التأمين. بالإضافة إلى أن زيادة متوسط الدخل الفردي قد تزيد من الإنفاق على التشخيص والفحوصات أو حتى العمليات الجراحية عن طريق تغطية العلاج من التأمين الصحي، أو بالمال الخاص، خصوصاً مع طول فترات الانتظار في المراكز الصحية. وقد توصلت دراسة Cawilleri (1998) إلى اعتبار درجة الاعتناء بالمرضى ووجود التقنية والتخصص لدى مقدمي الخدمة من أهم العناصر لدى المراجعين، مما يعني أن ارتفاع دخولهم سيجعلهم يبحثون عن الخدمات ذات الجودة العالية. كما يشير العزوف عن المراكز الصحية إلى افتقار بعضها لرضا المرضى عن أبعاد الخدمة المقدمة (العمرى، 2011).

المتغيرات المستقلة	المعنوية	التطابق	تفسير اتجاه العلاقة بين المتغيرين التابع والمستقل
OX	معنوي -1.33	مخالف	من المفترض أن تؤدي زيادة عمق التأمين (إجمالي أقساط التأمين المكتتبة إلى إجمالي الناتج المحلي) في LR إلى زيادة عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية نتيجة لعدم القدرة على سداد أقساط التأمين الصحي، حيث يشير ارتفاع عمق التأمين إلى ارتفاع قيمة أقساط التأمين، والعكس صحيح. إلا أن هذه الدراسة قد أظهرت وجود علاقة عكسية بينهما مما يشير إلى العزوف عن المراكز الصحية رغم ارتفاع عمق التأمين، وذلك لتدني كفاءتها أو طول فترات الانتظار فيها أو غير ذلك (بن زيدان وقطاب، 2012).
AX	معنوي -9.41	مخالف	من المتوقع أن تؤدي زيادة إجمالي أقساط التأمين المكتتبة في LR إلى زيادة عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية تفادياً لدفع التكاليف المرتفعة، إذ قد تؤدي زيادة طلب الأفراد على التأمين الصحي إلى زيادة مبالغ أقساط التأمين. إلا أن هذه الدراسة قد أظهرت وجود علاقة عكسية بينهما مما يشير إلى زيادة اللجوء إلى التأمين الطبي وخصوصاً إذا انخفضت أقساطه. كما قد يعود سبب انخفاض كفاءة المراكز الصحية إلى الاعتماد الكبير في المملكة على الخدمات الصحية المجانية من قبل الحكومة (المبارك، 2013).
SX	معنوي -1.225	مطابق	من المفترض أن يؤدي ارتفاع مؤشر الاحتفاظ بالتأمين (صافي أقساط التأمين الصحي إلى إجمالي أقساط التأمين الصحي)، إلى انخفاض عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية. إلا أن هذه الدراسة قد أظهرت وجود علاقة عكسية بينهما مما يشير إلى تدني كفاءة المراكز الصحية كما ذكرنا سابقاً.
PX	غير معنوي -7.42	مخالف	من المتوقع أن تؤدي زيادة عدد السكان إلى زيادة زيارات المراجعين للمراكز الصحية، وخاصة للفئات التي يصعب عليها دفع رسوم التأمين الصحي. إلا أن هذه الدراسة قد أظهرت العكس، وهو عدم رضا المراجعين عن جودة الخدمات المقدمة (العمرى، 2011).

ويوضح الجدول التالي رقم (4) نتائج وتفسير علاقات SR. كما يبين معامل تصحيح الخطأ في SR أن 71% من الانحرافات في

SR يتم تصحيحها في LR.

جدول (4) يوضح نتائج وتفسير علاقات الأجل القصير (SR)

المتغيرات المستقلة	المعنوية	التطابق	تفسير اتجاه العلاقة بين المتغيرين التابع والمستقل
MX	معنوي 5585.86	مخالف	من المتوقع أن تكون العلاقة عكسية بين متوسط الدخل الفردي وعدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية. إلا أن هذه الدراسة قد أظهرت وجود علاقة طردية بينهما في SR، وقد يعود السبب في ذلك إلى التدني الشديد في مستوى الثقافة التأمينية في المملكة بسبب للنمو المتسارع في قطاع التأمين الصحي، والتغيرات التي حدثت في طبيعة سوق التأمين في المملكة من أنظمة ولوائح جديدة -مثل إلزامية التأمين الصحي- والتي لم تتواءم معها الجهود التوعوية والترويجية بشكل كافي (الاقتصادية، 2010).
OX	معنوي 2.46	مطابق	من المفترض أن تكون العلاقة طردية بين عمق التأمين وعدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية في SR، حيث أن زيادة إجمالي أقساط التأمين المكتتبة إلى إجمالي الناتج المحلي تعني ارتفاع قيمة أقساط التأمين، مما يزيد من رغبة الأفراد في الحصول على الخدمات الصحية المجانية (برعي، 2015). فللتأمين أهميته في تحسين الناتج المحلي الإجمالي وإن كانت نسبته صغيرة في ذلك الناتج، كما أعزى برعي (2015) السبب في ذلك إلى التأثير الضخم للبيتروول على الناتج المحلي الإجمالي أو ضخامة إجمالي الناتج المحلي في المملكة بشكل عام.
AX	معنوي 13.33	مطابق	من المتوقع أن تكون العلاقة طردية بين إجمالي أقساط التأمين المكتتبة وعدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية، حيث أن زيادة أسعار أقساط التأمين من المفترض أن تؤدي إلى زيادة إقبال

المتغيرات المستقلة	المعنوية	التطابق	تفسير اتجاه العلاقة بين المتغيرين التابع والمستقل
			الأفراد على المراكز الصحية لتغطية الحالات البسيطة، مما يعني أن إجمالي أقساط التأمين تساهم في تحسين كفاءة مراكز الرعاية الصحية في (برعي، 2015). وقد يكون السبب في زيادة أسعار أقساط التأمين هو زيادة الطلب من قبل طالبي الخدمة، بالإضافة إلى زيادة الوعي بأهمية التأمين في المملكة (التقرير السنوي لمجلس الضمان الصحي عام 2020).
SX	غير معنوي 1.225-	مطابق	من المفترض أن تكون العلاقة عكسية بين مؤشر الاحتفاظ بالتأمين وعدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية في المدى القصير، حيث أن ارتفاع مؤشر الاحتفاظ بالتأمين يعني ارتفاع قيمة أقساط التأمين. إلا أن هذه الدراسة قد أظهرت عدم تأثير هذا المؤشر على عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية، وقد يعزى السبب في ذلك إلى المادة رقم 40 من اللائحة التنفيذية لقطاع التأمين والتي تنص على إلزام شركات التأمين المرخصة بحد أدنى (30%) في معدل الاحتفاظ من إجمالي أقساط التأمين المكتتبة (الاقتصادية، 2022).
PX	غير معنوي -7.42	مطابق	من المفترض وجود علاقة عكسية بين عدد السكان في المدى القصير وعدد زيارات المراجعين لمراكز الرعاية الصحية، وقد يكون السبب هو رغبة الأفراد في الحصول على العلاج في فترة زمنية وجيزة وبجودة عالية، وقد يكون ذلك من خلال التأمين الصحي. إلا أن هذه الدراسة قد أظهرت عدم تأثير عدد السكان على عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية في SR، وقد يكون سبب ذلك هو عدم تناسب تلك الزيادة مع عدد المراكز الصحية في المملكة وعدد الأسرة فيها، والتي تتراوح حول 79٪ فقط من سعة الأسرة (أنفورما، 2019).
ETC	معنوي 0.71-		قيمة معامل التصحيح سالبة وأقل من -1، مما يشير إلى أن الانحرافات التي تحدث في SR يمكن تصحيحها بنسبة 70% في LR.

وللتحقق من جودة النموذج، فقد تم إجراء عدة اختبارات كما اقترح Pesaran وآخرون (2001)، كالتالي:

جدول رقم (5): يوضح نتائج الاختبارات التشخيصية

الاختبار	قيمة Prob.F	التفسير
اختبار ثبات البواقي Jarque-Bera	0.3608	$Prob.F < 5\%$ ، فإن البواقي تتبع التوزيع الطبيعي.
اختبار الارتباط التسلسلي Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test	0.0978	$Prob.F < 5\%$ ، أي عدم وجود ارتباط تسلسلي/ذاتي للأخطاء.
اختبار ثبات تباين الأخطاء Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey	0.1871	$Prob.F < 5\%$ ، مما يعني تجانس تباين حدود الخطأ.

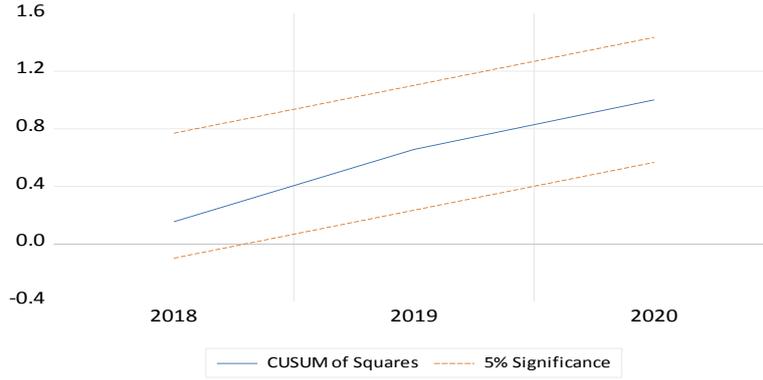
ويوضح الجدول التالي رقم (6) انخفاض (أقل من 50%) نسبة الارتباط المتعدد بين المتغيرات المستقلة، كما يلاحظ أنه يمكن

قبول أعلى نسبة ارتباط (87% تقريباً) بين OX وPX، إلى حد ما.

جدول رقم (6): مصفوفة الارتباط بين المتغيرات

	MY	MX	OX	AX	SX	PX
MY	1.000000					
MX	-0.373551	1.000000				
OX	-0.151827	0.372223	1.000000			
AX	-0.264611	0.621397	0.413314	1.000000		
SX	-0.358993	0.592020	0.556541	0.720382	1.000000	
PX	-0.214911	0.632464	0.876423	0.676146	0.496783	1.000000

وأخيراً، تم إجراء اختبار ثبات استقراره النموذج CUSUM OF SQUARE الذي اتضح منه وقوع مربعات بواقي النموذج ضمن حدود المنطقة الحرجة 5%، مما يدل على صلاحية النموذج واستقراره وبالتالي الاعتماد عليه في الاستدلال.



#### 4. الخلاصة والتوصيات

لتحقيق هدف الدراسة المتمثل في التعرف على مدى دلالة التأمين الصحي على كفاءة مراكز الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية خلال الفترة (2005-2021)، لقد تم استعراض أهم الدراسات السابقة ذات العلاقة وذلك لتوضيح الجانب النظري لموضوع الدراسة، حيث تم وضع النموذج القياسي وتحديد متغيراته بناءً عليها. وقد اتضح من تلك الأدبيات مدى الأهمية البالغة لوجود التأمين الصحي، إذ تتجاوز آثاره الأفراد لتتسع وتشمل الدولة والاقتصاد ككل. ولتحديد مدى دلالة التأمين الصحي على كفاءة مراكز الرعاية الصحية الأولية، فقد تم اختبار ست فرضيات، تتمحور حول التأثير الإيجابي لكل من عمق التأمين وإجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة (LR و SR). وتقديرات عدد السكان (LR) على كفاءة مراكز الرعاية الصحية في المملكة - متمثلة في إجمالي عدد زيارات المراجعين-. كما تتمحور فرضيات هذه الدراسة حول الأثر العكسي لكل من متوسط دخل الفرد ومؤشر الاحتفاظ في التأمين (LR و SR)، وعدد السكان (SR) على كفاءة مراكز الرعاية الصحية في المملكة.

وكما هو متوقع أظهرت الدراسة ما يلي:

- وجود علاقة عكسية بين المتغير التابع ومتوسط دخل الفرد (LR).
- وجود علاقة عكسية بين المتغير التابع ومؤشر الاحتفاظ في التأمين (LR).
- وجود علاقة طردية بين المتغير التابع ومؤشر عمق التأمين (SR).
- وجود علاقة طردية بين المتغير التابع وإجمالي أقساط التأمين المكتتبة (SR).
- وبالعكس المتوقع، فقد توصلت هذه الدراسة إلى كل مما يلي:
- وجود علاقة عكسية بين المتغير التابع ومؤشر عمق التأمين (LR).
- وجود علاقة عكسية بين المتغير التابع وإجمالي أقساط التأمين المكتتبة (LR).
- وجود علاقة طردية بين المتغير التابع ومتوسط دخل الفرد (SR).
- عدم تأثير تقديرات عدد السكان على عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية (LR و SR).
- عدم تأثير عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية بمؤشر الاحتفاظ في التأمين (SR).

ونظراً لأهمية كلاً من مراكز الرعاية الصحية وقطاع التأمين الصحي، كونهما مرتبطان بصحة وسلامة الفرد والمجتمع ككل، إلى جانب دورهما في خلق فرص عمل جديدة وزيادة معدلات النمو للاقتصادي، عملت الحكومة السعودية على رفع نسبة مساهمة القطاع الخاص في هذين القطاعين لمواكبة المعايير العالمية لجودة الخدمات الصحية وخاصةً في ظل عدم كفاية التمويل. ومن الجدير بالذكر في هذا السياق، هو عدم تأثير عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية بتقديرات عدد السكان في المملكة، مما قد يدل على عدم كفاءة الخدمات المقدمة في تلك المراكز وطول فترات الانتظار للحصول عليها، بالإضافة إلى رغبة الأفراد في الحصول على العلاج المطلوب في فترة زمنية وجيزة وبجودة عالية، وقد يكون ذلك من خلال التأمين الصحي. كما قد يكون السبب في عدم تأثير تقديرات عدد السكان على عدد زيارات المراجعين للمراكز الصحية هو عدم تناسب الزيادة السكانية مع عدد المراكز الصحية في المملكة وعدد الأسرة فيها.

ومن خلال ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج واستنتاجات، فإن زيادة كفاءة مراكز الرعاية الصحية والوصول لمعايير الجودة العالمية في الخدمات المقدمة من خلال زيادة مساهمة القطاع الخاص وبالتالي وجوب التوعية بأهمية التأمين الصحي وخلق وسائل لسهولة الحصول عليه، يتطلب التالي:

- زيادة عدد المراكز الصحية بما يتناسب مع الزيادة في عدد السكان في المملكة (أنفورما، 2019).
- ضرورة زيادة جودة الخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية من خلال تطوير كافة المعايير والإجراءات، وذلك سعياً للوصول إلى هدف رضا المريض في المقام الأول (عاجل، 2017).
- الحرص على وضع نظام رقابي متكامل وتشريعات صارمه لتقييم مقدمي الخدمة الصحية وشركات التأمين الصحي على حد سواء، وذلك بهدف التركيز على جودة الخدمة وأبعادها وليس على الربحية كهدف أساسي (علي، 2013).
- زيادة التوسع والاستثمار في التأمين الصحي ونشر الوعي بمدى أهميته، مما يساعد في تخفيض معدلات البطالة وتنمية الاقتصاد الوطني بشكل عام (العتيبي، 2019).
- ضرورة تنوع مصادر التأمين الصحي -كالتأمين الحكومي، التأمين الإجباري، والتأمين الاجتماعي، وغير ذلك- في حال إحلال التأمين الصحي مقابل الرعاية المجانية، وذلك مراعاةً لذوي الدخل المنخفضة، بالإضافة إلى ضرورة وجود مؤسسات خيرية غير هادفة للربح (أمين، 2020).
- وأخيراً، أوصى الباحثين بزيادة المساهمة في الدراسات المتخصصة في مجال العلاقة بين التأمين الصحي وكفاءة مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة، حيث تفتقر الأدبيات السابقة إليها وإلى أثارها الاقتصادية والاجتماعية.

## قائمة المراجع

### المراجع العربية

- الأحمدى، حنان. (2006). محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية: دراسة نوعية. معهد الإدارة العامة. 46(3)، 451-509. روجع من: <http://search.mandumah.com/Record/497076>
- البطاط، منتظر وجوده، ندوة. (2011). تحليل تداعيات الأزمة المالية العالمية الأسباب والأثار. مجلة الاقتصادي الخليجي، 27(91)، 1-53. مسترجع من: <https://www.iasj.net/iasj/download/8c3e8f17b11f5a1b>
- البلاد المالية. (2017). قطاع التأمين في السوق السعودية. أبحاث القطاعات. روجع من: [https://www.albilad-capital.com/Research\\_ArabicReport/InsuranceSectorQ417AR.pdf](https://www.albilad-capital.com/Research_ArabicReport/InsuranceSectorQ417AR.pdf)
- البنك المركزي السعودي. (2021). الإحصاءات السنوية. منصة البنك السعودي المركزي للبيانات المفتوحة. روجع من: <https://www.sama.gov.sa/ar-sa/EconomicReports/Pages/database.aspx>
- البنك المركزي السعودي. (2021). تقارير قطاع التأمين. Insurance\_Market\_Report\_2021\_Arabic.pdf. <https://www.aieqt.com/2019>
- التأمين. الأهمية والأزمات. (2019، ديسمبر 32). جريدة العرب الاقتصادية الدولية. <https://www.aieqt.com/2019>
- الحسون، مشاعل فهد. (2013). الضوابط الشرعية للتأمين الصحي التعاوني. مجلة جامعة المدينة العالمية (مجمع)، 5(39)، 121-129. روجع من: <http://ojs.mediu.edu.my/index.php/majmaa/article/view/39/41>
- الحميد، رائد بن أحمد. (2010، يوليو 19). الثقافة التأمينية... مسؤولية من؟. جريدة العرب الاقتصادية الدولية. روجع من: [https://www.aieqt.com/2010/07/19/article\\_420468.html](https://www.aieqt.com/2010/07/19/article_420468.html)
- الرزين، عبد الله بن محمد. (2015). التأمين التعاوني ودوره التنموي بالمملكة العربية السعودية. مجلة بيت المشورة. 12(1)، 71-91. روجع من: <https://www.mashurajournal.com/storage/scientificresearch.pdf>
- الصباح، طلال. (2020، أغسطس 25). تراجع معدل الاحتفاظ في شركات التأمين السعودية إلى 83% في الربع الأول. جريدة العرب الاقتصادية الدولية. [https://www.aieqt.com/2020/08/25/article\\_1904931.html](https://www.aieqt.com/2020/08/25/article_1904931.html)
- العتيبي، عبد الرحمن. (2018). استراتيجية خصخصة مراكز الرعاية الصحية الأولية وانعكاسها على جودة الخدمة: دراسة استطلاعية في مدينة الرياض [رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية]. قواعد معلومات المكتبة الأمنية. مسترجع من: <https://repository.nauss.edu.sa/handle/123456789/65961?show=full>
- العتيبي، عبد الله ضاوي. (2019). جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين: دراسة تطبيقية على شركات التأمين بمحافظة الطائف. مجلة كلية الاقتصاد والعلوم السياسية. 2 (1)، 185-208. مسترجع من: <https://search.emarefa.net/detail/BIM-908158>
- العازي، علي (2010، سبتمبر 19). إلزام القطاع الخاص بالتأمين الصحي على موظفيه السعوديين. جريدة العرب الاقتصادية الدولية. روجع من: [https://www.aieqt.com/2010/09/19/article\\_444456.html](https://www.aieqt.com/2010/09/19/article_444456.html)
- القديسي، انيس. (2001، سبتمبر 6). التوجه لرفع رسوم التأمين الطبي في السعودية نتيجة ارتفاع تكاليف العلاج. جريدة العرب الدولية. روجع من: <https://archive.aawsat.com/details.asp?issueno=8070&article>

- المبارك، علي. (2013). التأمين الطبي ودوره في تحسين القطاع الصحي. [رسالة ماجستير، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا]. موقع جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا. روجع من: <https://repository.sustech.edu/handle/>
- الهيئة العامة للإحصاء. (2021). تقدير عدد السكان لمنتصف عام 2021. روجع من: [stats.gov.sa/POP-SEM2021A.pdf](https://stats.gov.sa/POP-SEM2021A.pdf)
- أمين، رجب. (2020). الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية. مجلة البحوث المالية والتجارية. 21(3)، 229-261. <https://journals.ekb.eg/article>
- بابكير، عادل. (2013، نوفمبر23). متى يتم تطبيق التأمين الصحي على موظفي القطاعات الحكومية؟. صحيفة عكاظ. <https://www.okaz.com.sa/article/623606>
- برعي، حسين. (2015). دراسة تحليلية لسوق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية. المجلة العالمية للبحوث التجارية، (4,3,2,1). [https://sjsc.journals.ekb.eg/article\\_pdf](https://sjsc.journals.ekb.eg/article_pdf) 158-130
- بن زيدان، فاطمة، وقطاب، فالحة. (2012، ديسمبر3-4). واقع تسويق خدمات التأمين الصحي بالجزائر. الملتقى الدولي السابع حول: الصناعة التأمينية الواقع العملي وأفاق التطوير- تجارب دول، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، الجزائر.
- تطورات سوق التأمين في المملكة. (2016، أبريل20). جريدة الرياض. <https://www.alriyadh.com/1148434>
- حساني، حسين، نور، الحميدي. (2012). استخدام معدل الاحتفاظ ونسبة الطاقة الاستيعابية المستغلة فيتحلل أخطار المحفظة التأمينية. الملتقى الدولي السابع حول: الصناعة التأمينية: الواقع العملي وأفاق التطوير تجارب الدول. جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، الجزائر. مسترجع من: <https://www.univ-chlef.dz/ref/?article>
- 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. 2 (23)، 2617-9857.
- رؤية 2030 المملكة العربية السعودية. برنامج التخصيص. روجع من: <https://www.vision2030.gov.sa/ar/v2030>
- صياد، هادية، غومة، نصيرة، ومساعد، سيدي حمزة. (2019). تقييم أداء محفظة قطاع شركات التأمين في السوق المالي السعودي خلال الفترة 2008-2018- دراسة قياسية للسوق المالي السعودي 2008-2018. [رسالة ماجستير، جامعة الوادي] المستودع الرقمي في جامعة طيبة. <http://dspace.univ-eloued.dz/xmlui/handle>
- عاجل، سامر. (2017). تقييم واقع جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية دراسة حالة لعينة من المراكز الصحية في مدينة الديوانية [رسالة ماجستير منشورة. جامعة القادسية]. كلية الإدارة والاقتصاد. مسترجع من: <https://mobt3ath.com/pdf/>
- عثمان، محمد عبدالمولى. (2019). التأمين الصحي التعاوني الشامل ودوره في رؤية المملكة العربية السعودية 2030. مجلة مكاشفات. 1(4)، 2-30. مسترجع من: <http://search.mandumah.com/Record/1145231>
- ماضي، محمد توفيق. (2002). تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم (نموذج مفاهيمي مقترح). (ط.٢) المنظمة العربية للتنمية الإدارية. القاهرة.
- مجلس الضمان الصحي. (1441). إلزامية التأمين الصحي على العاملين في القطاع الخاص. المركز الإعلامي. روجع من: <https://chi.gov.sa/MediaCenter/Pages/mandatory-health-insurance-for-workers-in-the-private-sector.aspx>
- مجلس الضمان الصحي. (2020). التقرير السنوي لمجلس الضمان الصحي لعام 2020. <https://chi.gov.sa/Studies>
- مجلس الضمان الصحي. (2020). شركات التأمين الصحي التعاوني. روجع من: <https://chi.gov.sa/Insurance>
- منظمة الصحة العالمية. (2020). الخدمات الصحية الجيدة. مركز وسائل الإعلام. روجع من: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- منظمة الصحة العالمية. (2021). الرعاية الصحية الأولية. مركز وسائل الإعلام. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- مهدي، وائل. (2015، ديسمبر29). السعودية تواجه هبوط أسعار النفط بميزانية متحفظة. جريدة العرب الدولية الشرق الأوسط. <https://aawsat.com/home/article/530211>
- مؤمنة، اعتماد. (2020). تقييم استخدام التطبيقات الصحية لمرتادي العيادات الخارجية ومراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرياض. دارجامعة حمد بن خليفة للنشر. (2)، 20-2. <https://doi.org/10.5339/jist.2022.12>
- مؤسسة النقد العربي السعودي. (2015). تقرير سوق التأمين السعودي. الإدار العامة للرقابة على شركات التأمين. روجع من: <https://www.sama.gov.sa/ar-sa/Insurance/Publications/Insurance>
- وزارة الصحة. (2014). الكتاب الإحصائي السنوي. <https://www.moh.gov.sa/Ministry/Statistics/book/>

- وزارة الصحة، معرض الصحة العالمي. (2019). نظرة عامة حول مجال الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. نظرة عامة. روجع من: <https://www.globalhealthsaudi.com/ar/overview/industry-insights/2019-saudi-arabia-healthcare-industry-overview.html>

### المراجع الأجنبية

- David Cawilleri. (1998). Comparing public and private hospital care service quality, International Journal of health care Quality Assurance, 11 (4): 54-64.
- Dickey, D. A., & Fuller, W. A. (1981). Likelihood ratio statistics for autoregressive time series with a unit root. Econometrical: Journal of the Econometric Society, 1057-1072.
- Enders, W. (2008). Applied econometric time series. John Wiley & Sons.
- Jaqua, T. & Jaqua, E. (2019). Analyzing the performance of the U.S. healthcare system. Journal of Nursing and Healthcare Management, 2 (102): 1-3.
- World Health Organization. (2019). Countries are spending more on health, but people are still paying too much out of their own pockets. Reverted from: <https://www.who.int/ar/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>
- Kyophilavong, P., Shahbaz, M., & Uddin, G. S. (2013). Does J-curve phenomenon exist in case of Laos? An ARDL approach. Economic Modelling, 35, 833–839.
- McColgan, P. (2001). Agency theory and corporate governance: a review of the literature from a UK perspective. Reverted from: <https://pdfs.semanticscholar.pdf>
- Ministry Of Health, Statistical (2021). Year Book. Retrieved from: <https://www.moh.gov.sa/Ministry/Statistics/book/Documents/1Statistical-Yearbook-2021.pdf>
- MSIMANG. T. M. A National human resources plan for health. Republic of south Africa, 2006.
- Pesaran, M. H., Shin, Y., & Smith, R. J. (2001). Bounds testing approaches to the analysis of level relationships. Journal of Applied Econometrics, 16 (3): 289–326.
- Preker, A. S. & Harding, A. (2003) The corporatization of public hospitals. Health, Nutrition and Population, Washington, DC: World Bank. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10986/15145>
- Sam, C. Y., McNown, R., & Goh, S. K. (2019). An augmented autoregressive distributed lag bounds test for cointegration. Economic Modelling, 80, 130–141.

### جدول البيانات

السنوات	زيارات المراجعين للمراكز الصحية MY	متوسط دخل الفرد (بالريال) MX	عمق التأمين الناتج المحلي غير النفين OX	جمالي أقساط التأمين الصحي AX	مؤشر الاحتفاظ في التأمين الصحي SX	تقديرات السكان في منتصف العام حسب الجنس والجنسية PX
2005	50,095,633	52,756	0.93%	1370.3	80.8	23,329,584
2006	50,714,579	58,515	1.15%	2222.2	82.9	24,121,890
2007	47,487,557	62,500	1.34%	3065	78.4	24,941,298
2008	53,654,770	75,590	1.59%	4805.2	78.1	25,787,025
2009	54,574,946	60,355	2.02%	7291955	76.2	26,660,857
2010	54,952,168	71,863	2.04%	8,690,096	81.9	27,563,432
2011	54,515,162	88,706	2.02%	9,708,386	84.7	28,376,355
2012	53,574,376	94,531	1.56%	11,285,409	88.2	29,195,895
2013	53,189,372	95,300	1.72%	12,894,966	88.8	29,380,130

السنوات	زيارات المراجعين للمراكز الصحية MY	متوسط دخل الفرد (بالريال) MX	عمق التأمين الناتج المحلي غير النفين OX	جمالي أقساط التأمين الصحي AX	مؤشر الاحتفاظ في التأمين الصحي SX	تقديرات السكان في منتصف العام حسب الجنس والجنسية PX
2014	51,260.21	94,553	1.90%	15,720,484	93.2	29,997,101
2015	49,615,932	79,425	2.10%	18,966,790	95.9	30,890,736
2016	49,817,811	76,083	2.06%	18,630,284	97.1	31,787,580
2017	250,214,86	79,177	1.99%	19,035,518	96.7	32,612,846
2018	351,948,03	91,644	1.82%	19,883,370	97.2	33,413,660
2019	250,214,86	88,069	1.87%	22,474,908	96.2	34,218,169
2020	7443,499,1	75,332	1.92%	22,836,839	96.0	35,013,414
2021	126.083.35	91,636	1.91%	25,109,337	96.5	34,110,821