

[مدى تأثير القطاع الصحي الخاص بقطاع التأمين في المملكة العربية السعودية]

إعداد الباحثات:

[فيفيان نصرالدين]

أستاذ مساعد - قسم الإقتصاد

[نوره المطرفي]

باحث ماجستير - قسم الإقتصاد

[حصة الشهراني]

باحث ماجستير - قسم الإقتصاد

[رنا عبدالله]

باحث ماجستير - قسم الإقتصاد

[فاطمة بن جحلان]

باحث ماجستير - قسم الإقتصاد

قسم الاقتصاد، كلية الاقتصاد والإدارة، جامعة الملك عبدالعزيز، جدة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير القطاع الصحي الخاص بقطاع التأمين في المملكة العربية السعودية خلال الفترة (2005-2021)، وفي سبيل تحري العلاقات، تم توصيف نموذج تحليل الانحدار الخطي المتعدد Multiple Regression Analysis، للتعبير عن العلاقة بين تطور القطاع الصحي الخاص كمتغير تابع -معبرا عنه بمقياسين، هما عدد الاسرة وعدد المستشفيات-، 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، معدل البطالة، ومعدل نمو السكان. وبتحديد المتغيرات والفرضيات المطلوب اختبارها، لقد تم إجراء الاختبارات الوصفية، كما تم التعرف على الاتجاه العام للمتغيرات، بواسطة البرنامج الاحصائي E-views. وكما هو متوقع، فقد أظهرت النتائج وجود علاقة طردية بين المتغير التابع وكلا من إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة ومعدل نمو السكان، في حين أظهرت -بعكس ما هو متوقع- وجود علاقة طردية بين المتغير التابع ومعدل البطالة. كما أظهرت النتائج -على خلاف المتوقع- وجود عكسية غير معنوية بين المتغير التابع ومتوسط دخل الفرد، مما يعني عدم وجود علاقة بين هذين المتغيرين.

مصطلحات الدراسة: التأمين الصحي، الخدمات الصحية، إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة، معدل البطالة، متوسط دخول الافراد، النمو السكاني.

[THE EXTENT TO WHICH THE PRIVATE HEALTH SECTOR IS AFFECTED BY THE INSURANCE SECTOR IN THE KINGDOM OF SAUDI ARABIA]

Abstract :

The study aimed to identify the extent to which the private health sector was affected by the insurance sector in the Kingdom of Saudi Arabia during the period (2005-2021), and in order to investigate the relationships, a Multiple Regression Analysis model was described, to express the relationship between the development of the private health sector as a dependent variable -expressed by two measures, namely the number of beds and the number of hospitals- and the independent variables related to health insurance, which were selected based on previous studies and researchers' judgments, represented in the gross written health insurance premiums, per capita income, unemployment rate, and population growth rate. By identifying 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. As expected, the results showed a direct relationship between the dependent variable and both the total written health insurance premiums and the population growth rate, while it showed -contrary to what was expected- a direct relationship between the dependent variable and the unemployment rate. The results also showed -contrary to what was expected- the existence of a non-significant inverse between the dependent variable and the average income of individuals, which means that there is no relationship between these two variables.

Keyword: Health insurance, Health services, Gross written health insurance premiums, Unemployment rate , Average income of individuals, Population growth .

مقدمة البحث:

يعد التأمين الصحي بمفهومه المتكامل تجربة حديثة نسبياً في المملكة العربية السعودية، حيث بدأ تطبيقه مع بداية ظهور نظام التأمين الصحي التعاوني بمرسوم ملكي رقم 10 بتاريخ 1/5/1420هـ، وذلك بعد موافقة مجلس الوزراء بالقرار رقم (71) وتاريخ 1420/4/27هـ (المركز الوطني للمحفوظات والسجلات، 1420). وقد أدى إلى تطبيقه العديد من المعطيات والمتغيرات الهامة التي أثرت على القطاع الصحي في المملكة، والتي كان من أبرزها، ما يلي: أولاً، ازدياد الطلب على الخدمات الصحية من قبل المواطنين والمقيمين على حد سواء، فقد كان هناك ما لا يقل عن سبعة ملايين مقيم على أرض المملكة دون نظام صحي واضح يوفر الرعاية الصحية لهم ولأفراد أسرهم (أمين، 2020). ثانياً، زيادة معدل النمو السكاني في المملكة، إذ يبلغ عدد سكانها حالياً 30.8 مليون نسمة (الهيئة العامة للإحصاء، 2021) منهم حوالي 10 مليون من غير السعوديين، ومن المتوقع أن يصل عدد السكان إلى 45 مليون في عام 2025 (الأمم المتحدة، 2017). ثالثاً، إنتشار الأمراض المزمنة -كضغط الدم والسكري- والتي تسهم في رفع تكلفة الخدمات الطبية على المدى البعيد. ومؤخراً، فقد ساعدت جائحة كورونا في تزايد العبء على القطاع الصحي الحكومي، مما استدعى معه إعادة التفكير في تطبيق برنامج للتأمين الصحي في المملكة، لتوفير تمويل إضافي يسهم في تخفيف العبء عن ميزانية الدولة، والتي وصل حجم الإنفاق منها على قطاع الصحة إلى 175 مليار ريال في عام 2021 (مؤسسة النقد العربي السعودي، 2021).

وفي المملكة العربية السعودية، غالباً ما يتم تمويل الإنفاق الحكومي -على الصحة والخدمات الاجتماعية الأخرى- من خلال عائدات النفط، إذ يمثل النفط أكثر من 78.7% من صادرات البلاد وما يقرب من 67.9% من الإيرادات الحكومية (مؤسسة النقد العربي السعودي، 2019). ولقد أدت التقلبات في أسعار النفط العالمية إلى

ضرورة تنويع الاقتصاد وزيادة مساهمة القطاع الخاص، وقد كان ذلك محور إهتمامات الدولة الاقتصادية والمالية ضمن خطط التنمية الخمسية في المملكة، ومؤخراً في برنامج التحول الوطني 2020 وأحدث التطورات طويلة الأجل في رؤية المملكة 2030.

وعلى ذلك تهدف هذه الدراسة إلى قياس مدى تأثير القطاع الصحي الخاص بقطاع التأمين في المملكة (2005-2021). وباستخدام البرنامج الإحصائي E-views يتم تحليل البيانات عن طريق الانحدار الخطي المتعدد، ومن ثم عرض أهم النتائج والاستنتاجات.

الاطار النظري والدراسات السابقة:

تزايد الاهتمام بالمؤسسات الخدمية وعلى رأسها المنظمات الصحية، إذ أنها تواجه العديد من التحديات نتيجة للتطورات والتغيرات البيئية المتتالية. ولمواجهة هذه التحديات كان لابد من اتباع الأساليب الحديثة في الإدارة والتشغيل مع ضرورة التركيز على أهمية تحقيق معيار الجودة ومبدأ الميزة التنافسية كما تدعمه نظرية الأسواق المتنافسة Contestable Markets Theory، حيث يقترح باومول Baumol وآخرون (1982) بأنه في حالة انخفاض حواجز الدخول، قد يكون التهديد المحتمل لدخول شركات جديدة كافياً لجعل الشركات القائمة تحافظ على الجودة العالية للحفاظ على مكانتها في السوق وردع الداخلين الجدد. إلا أنه يجب عدم تجاهل الكيفية التي سيتم بها تطبيق هذه المعايير والمفاهيم الاقتصادية، وذلك لارتباط الخدمات الصحية بحياة الإنسان وتعاويه وليس بأي سلعة مادية أخرى يمكن بيعها أو شرائها، مما يعني ضرورة إعادة النظر والتفكير بشكل أساسي حول كيفية إدارة المنظمات الصحية وحول الأدوات والتقنيات التي سيتم استخدامها لمواجهة كل هذه التحديات (دره وآخرون، 2018).

ويتم التأمين في إطار ثلاثي مكون من المؤمن له (المستفيد)، المؤمن (شركة التأمين)، ومقدم الخدمات الصحية (المستشفى والمراكز الصحية والمستوصفات). وفي المملكة يتم تمويل التأمين الصحي إما من خلال الشخص نفسه بسحب المبلغ منه في شكل أقساط، أو من خلال الحكومة والتي تغطي تكاليف التأمين من خلال الضرائب، حيث تقوم الحكومة بتحمل تكاليف الفقراء الذين لا يملكون تأميناً صحياً، هذا بالإضافة إلى المساعدات والتبرعات التي يتم تقديمها من قبل من الأفراد أو المؤسسات. كما تقوم بعض المؤسسات الخاصة بتقسيم التكاليف بينها وبين منسوبيها من أجل توفير الرعاية الصحية لهم (رحيمة، 2019).

ونظراً لأهمية قطاع التأمين الصحي، فقد زخرت الأدبيات بالدراسات التي تتناول المكاسب الاقتصادية الناجمة عنه سواء على مستوى الأفراد والمؤسسات، أو على مستوى الدولة بقطاعها العام والخاص. وتماشياً مع رؤية المملكة 2030 والتي يعد أحد أهم أهدافها هو أهمية مشاركة القطاع الخاص في تقديم الرعاية الصحية. وفي هذا السياق، سوف نتطرق إلى نظرية الوكيل الرئيس Principal-Agent Theory والتي تقوم بتحليل الآثار المحتملة للاختلاف بين إهتمامات ومصالح كلا من الرؤساء (على سبيل المثال، الحكومة) والوكلاء (على سبيل المثال، مقدمو الخدمات الصحية) عندما يكون من الصعب على الرئيس مراقبة تصرفات الوكيل. في هذه الحالة، يمكن للوكلاء بسهولة اتخاذ إجراءات غير ملحوظة، مما يؤدي إلى احتمالات الخطر الأخلاقي moral hazard، سعيًا وراء مصالحهم الذاتية، على حساب مصالح الرئيس (McColgan, 2001, p.4). كما تشير المخاطر الأخلاقية في سوق التأمين الصحي إلى الحالة التي يغير فيها الأفراد من سلوكهم بعد حصولهم على وثائق التأمين الصحي، حيث يقوموا بزيادة مشترياتهم من خدمات الرعاية الصحية عما كانوا يقومون بشراؤه من قبل، ويدفعهم إلى هذا السلوك عدم تحملهم لكامل تكاليف الرعاية الطبية التي يستهلكونها.

وهناك تنوعًا في المواقف النظرية التي تسعى إلى شرح المنطق والتحديات المحتملة والنتائج المحتملة للخصخصة، ففي حين اكتفت نظرية الأسواق المتنافسة بالتنظيم وتخفيض حواجز الدخول entry barriers كوسيلة لزيادة المنافسة التي قد تحسن الكفاءة، نجد أن نموذج الهيكل والسلوك والأداء-Structure-Conduct-Performance paradigm جاء لصالح الخصخصة وتفكيك احتكارات الدولة (reviewed by Boru and (Kuhil, 2018). ومن ناحية أخرى، فقد تنبأت نظريات الأسواق والتسلسلات الهرمية theories of Markets (Coase، 1937؛ Williamson، 2005؛ Ouchi، 1980) بأن الخصخصة الفعالة ستواجه صعوبات، إذ أنها تتطلب إصلاحًا مؤسسيًا مكثفًا يتطلب دورًا معقدًا وصعبًا على الهيئات الحكومية والمسؤولين.

الخدمات الصحية:

بالرغم من إختلاف نظام الرعاية الصحية من دولة إلى أخرى، وذلك بحسب تطورها، ظروفها الاقتصادية، خصائصها الجغرافية والديموغرافية، وإمكانات المعلومات والاتصالات فيها (وزارة الصحة، 2010، ص 121)، إلا أنه يجب على الحكومات أن تتحمل مسؤولية صحة شعوبها (منظمة الصحة العالمية، 2006، أ، ص 1)، حيث تنص منظمة الصحة العالمية على أن النظام الصحي الجيد يجب أن يوفر الخدمات ذات الجودة العالية للجميع، عند الحاجة إليها. (Regmi, 2012, p.1). وفي هذا السياق، نجد أن الحكومة السعودية تلزم بتقديم خدمات الرعاية الصحية المجانية لجميع السعوديين (المادة 31 من الدستور السعودي)، مطبقة بذلك هدف "الصحة للجميع"، حيث تهدف الحكومة السعودية إلى توفير الرعاية الطبية المجانية لجميع المواطنين والمقيمين والحجاج (العتيبي، 2017).

ومن المتوقع أن تؤدي زيادة إجمالي نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة إلى ازدياد النمو الاقتصادي في الدولة، لما للصحة الجيدة من دور كبير في إنتاجية الفرد، والذي يعد أحد أهم مدخلات العملية الإنتاجية. وهذا ما أثبتته دراسة إسماعيل (2018) في جمهورية مصر العربية باستخدام نموذج الانحدار المتعدد مؤكدة بذلك ضرورة الاستثمار في رأس المال البشري، من حيث توفير الصحة الجيدة مع التركيز على تغطية أكبر قدر ممكن من السكان، وخصوصًا هؤلاء الذين لا يمكنهم تحمل نفقات الرعاية الصحية. وفي سياق الاستثمار في رأس المال البشري، تجدر الإشارة إلى إختلاف تكاليف العمالة عند توظيف السعوديين مقارنة بتوظيف الأجانب، ففي السابق كان أرباب الأعمال يفضلون توظيف الأجانب لأنهم يقبلون أجورًا أقل، إلا أنه في عام 2016 قد تم فرض رسوم على ذوي - تابعي- الموظفين الأجانب، مما أدى إلى رحيل جماعي للأجانب من المملكة، ومع ذلك لم يستوعب سوق العمل فائض القوى العاملة السعودية من خلال استبدالها بالقوى العاملة الأجنبية الخارجة من السوق (SAMA, 2019). وقد أشار صندوق النقد الدولي The International Monetary Fund إلى أنه إذا كانت الحكومة السعودية ترغب في تقييد توظيف العمال الأجانب وتقليل معدل البطالة بين السعوديين، فقد تساعد الرسوم المرتفعة أو القيود المفروضة على التأشيرات في تضيق فجوة الرواتب بين الأجانب والسعوديين (صندوق النقد الدولي، 2016).

وقد إزداد الاهتمام بقياس كفاءة المؤسسات الصحية، من حيث تقديمها للخدمات الصحية ليس فقط كميًا quantitatively وإنما نوعيًا qualitatively أيضًا، خاصة مع تزايد أعداد السكان وإحتياجاتهم. ومن المؤكد أن الاهتمام بكفاءة الخدمات الصحية يفوق الاهتمام بجودة السلع في كثير من دول العالم، إذ أن الأمر يتعلق بحياة الإنسان وصحته (دره وآخرون، 2018). وكالمعتاد، تمضي المملكة قدمًا، حيث بدأت بإدخال مبادرات الجودة في عام 2003، مع إنشاء المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية The Central Board of Accreditation for the Healthcare Institute (CBAHI) في عام 2006، وقد كانت هذه المبادرة بمثابة استجابة للإدارة

العامة لضمان الجودة The General Directorate of Quality Assurance التي تم إنشاؤها في عام 2000 داخل وزارة الصحة (مذكرة الوزير رقم 11/1523 بتاريخ 1 يوليو 2000) (المصعبي، 2013). وتدعم أهداف المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية مؤسسات الرعاية الصحية نحو التحسينات المستمرة في جودة تقديم الخدمات الصحية، مما يؤدي إلى نتائج أفضل للمرضى ورضاهم (CBAHI, 2015).

وفي دراسة ميدانية تحليلية لتسع وتسعين مريض في بعض مستشفيات القطاع الخاص، هدف عكروش وآخرون (2009)، إلى قياس درجة رضا المرضى عن الخدمات المقدمة إليهم في المستشفيات محل الدراسة، من حيث تعدد التخصصات الطبية، الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والإدارية والقانونية، الخدمات الفنية والهندسية، والعامل الديموغرافي للموظفين. وقد توصل الباحثون إلى وجود انخفاض شديد في مستوى الرضا لدى المرضى، مما يستوجب بذل المزيد من الجهد لكسب المزيد من الرضا، وبناء على ذلك فقد اقترحت الدراسة العديد من التوصيات التي تهدف إلى تعزيز الخدمات المقدمة في هذه المستشفيات، والتي كان من أهمها ضرورة إعادة النظر في أسعار الخدمات الصحية بحيث تكون مناسبة لكل فئة من فئات المجتمع.

التأمين الصحي، مزايا وعيوب :

كما ذكرنا سابقاً، فالتأمين الصحي عبارة عن عملية بمقتضاها يتعهد المؤمن تجاه المؤمن له بأن يعوضه عن الخسارة في حالة تحقق الخطر، مقابل قسط/ أقساط متفق عليها. وللتأمين الصحي العديد من الأهداف كتوفير الرعاية الصحية للأفراد، تأمين التكاليف المادية للرعاية الصحية، حماية الفرد من قلة الرعاية بسبب الظروف المادية السيئة، توزيع تكاليف الرعاية الصحية على الأفراد، وعلى ذلك فالأفراد الأصحاء يقومون بتغطية تكاليف المرضى وإدارة الموارد المالية للتأمين الصحي بشكل يضمن الاستمرارية للأجيال القادمة، وقد يشمل استثمارها في مشاريع مختلفة قد لا تكون في الجانب الصحي كالعوامل الاجتماعية والتي تؤدي إلى تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي (رحيمة، 2019). كما تنص وزارة الصحة (2019، ص 18) على أن التحسينات في جودة الخدمات الصحية سيتم تقديمها من خلال عدة شركات حكومية استعداداً للتخصيص، العمل على توسيع قاعدة المستفيدين من نظام التأمين الصحي، تسهيل الوصول السريع إلى الخدمات، تقليل فترات الانتظار للوصول إلى الأخصائيين والاستشاريين، وتدريب الأطباء لرفع قدرتهم على معالجة الأمراض المزمنة.

يمكن تقسيم التأمين الصحي إلى كل من: أولاً، نظام تأمين حكومي/إجباري/اجتماعي، تنشئه وتديره الدولة ممثلة في وزارة الصحة أو أحد الوزارات الأخرى، بحيث يتم تمويله غالباً من خلال ضرائب تضمن لدافعيها الحصول على الرعاية الصحية. ويطبق هذا النظام في معظم الدول النامية والدول الاشتراكية سابقاً، المملكة المتحدة، وفي تأمين المسنين والمحتاجين في الولايات المتحدة الأمريكية. ثانياً، نظام تأمين صحي غير حكومي، وينقسم بدوره إلى نوعين، نظام تجاري تنشئه وتديره شركات التأمين التجارية، بحيث يكون الربح المادي أحد أهدافها الرئيسية. ونظام تطوعي/إختياري ينشأ ويدير بواسطة مؤسسات أو جمعيات أهلية لا تسعى للربح ولا تتبع الجهاز الإداري للدولة. وينتشر بشقيه التجاري والتطوعي في معظم الدول الصناعية المتقدمة خاصة الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك بعض دول العالم النامية (أمين، 2020).

وفي الجزائر، وضحت دراسة براهيمي وبراهيمي (2016)، ضرورة دعم وتطوير برامج التأمين الصحي وتخصيص الموارد المالية اللازمة، لما له من دور في التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وباستخدام ما يعرف بآلية التكامل المنهجي -الدمج بين بعض المناهج العلمية- ركزت الدراسة على أهمية التأمين الصحي في الحفاظ على صحة فئة العمالة والموظفين وخاصة موظفي القطاع العام، وذلك بسبب انخفاض مستوى دخولهم مقارنة بتكاليف العلاج

بمختلف أنواعه، وخاصة بعد ظهور التقنيات الطبية الحديثة الباهظة الثمن والتي أدت إلى إرتفاع أسعار الخدمات الصحية وخاصة العمليات الجراحية.

وبالرغم من المزايا السابق ذكرها، إلا أنه لابد من أخذ الحيطة والحذر عند تطبيق نظام التأمين الصحي، فعلى سبيل المثال -لا الحصر- نجد أن المستفيد الأكبر من قطاع الرعاية الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية هو شركات التأمين الصحي الخاصة والتي تعاونت مع المرافق الصحية الجيدة حول كيفية تغطية مرضاهم، مما أدى إلى السماح للأشخاص غير المؤمن عليهم (15 %) بالوصول فقط إلى عدد قليل من المرافق الحكومية الجيدة (Jaqua و Jaqua، 2019). وبالمثل اقترح Wadge وآخرون (2017) بأن تكون الرعاية الصحية الخاصة مكاملة للخدمات العامة وليست بديلة عنها -أي أنه يجب عدم الاعتماد كلياً على نظام التأمين الصحي-، وذلك بالسماح وإتاحة الفرصة لشراء تأمين صحي تكميلي خاص لتلبية الطلب على مرافق الرعاية وتقليل قوائم الانتظار في الرعاية الأولية.

وفي سياق عيوب التأمين الصحي، نجد أن تطبيقه في السودان قد أدى إلى ارتفاع تكاليف الحصول على الخدمات الصحية مع تدني كبير في مستوى جودتها، وهذا ما أوضحته دراسة علي (2013) التي هدفت إلى التعرف على دور التأمين الطبي في تحسين جودة الخدمات الطبية والقطاع الصحي ككل، بالإضافة إلى دوره المحتمل في إنشاء المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية. وفي ظل نظام التأمين الصحي في السودان، لوحظ ضعف الدور الرقابي على المؤسسات التي تقدم الرعاية الصحية من قبل شركات التأمين، هذا بالإضافة إلى عدم ملائمة مكان وزمان تقديم الخدمات الطبية. وأوصت هذه الدراسة بالعمل على توطين العملية العلاجية من خلال كوادرات طبية وطنية ذات كفاءة عالية، مع ضرورة التركيز على تحقيق معايير الجودة. كما أوصت بوضع تشريعات صارمة للإشراف والرقابة على كل من مقدمي الرعاية الصحية وشركات التأمين على حد سواء، مما يؤول إلى تخفيض الأقساط التي تطالب بها شركات التأمين.

التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية :

طبقاً للمادة 13 من النظام الصحي بالمملكة الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/11) بتاريخ 24/3/1423هـ صدرت اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني لغير السعوديين، وفي أقل من سنة، صدر قرار مجلس الوزراء رقم 206 في 15/8/1423هـ بتطبيق هذا النظام على المواطنين السعوديين العاملين في القطاع الخاص وأسرهم. وقد تم إنشاء مجلس الضمان الصحي التعاوني⁽¹⁾ للإشراف على تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني، كما تقوم وزارة الصحة بمراقبة ضمان جودة ما يقدم من خدمات صحية للمستفيدين من هذا الضمان. وحرصاً على صحة الأفراد، ألزمت الحكومة السعودية شركات التأمين التعاوني عدم البدء في ممارسة أعمال التأمين في المملكة إلا بعد أن تؤول لذلك من خلال التقدم بطلب للمجلس، كما فرضت غرامات للمخالفين (المادة 41 من اللائحة التنفيذية). وتجدر الإشارة إلى أنه عند بداية تطبيق التأمين الصحي لم يكن هناك إلا مجرد تطبيق محدود لنوعين من التأمين الصحي، وهما التأمين الصحي الجزئي -الذي يغطي إصابات العمل والأمراض المهنية، من خلال مؤسسة التأمينات الاجتماعية-، والتأمين الصحي الذي تتبناه بعض شركات الأعمال الخاصة لتوفير الرعاية الصحية لمنسوبيها، من خلال مستشفيات مملوكة لها أو من خلال التعاقد مباشرة مع المستشفيات الخاصة (برعي، 2016).

(1) مجلس الضمان الصحي التعاوني هيئة حكومية مستقلة، أنشئت بموجب مرسوم ملكي (رقم م/١٠، بتاريخ ١٤٣٠/٥/١هـ)، للإشراف على تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني.

يمثل قطاع التأمين الصحي في المملكة الجانب الأكبر من إجمالي سوق التأمين (أكثر من 50%)، وهذا ما توصلت إليه دراسة برعى (2016) عن طريق تحليل أداء سوق التأمين الصحي في المملكة من خلال سبع مؤشرات، وهي صافي أقساط التأمين الصحي، إجمالي أقساط التأمين الصحي، إجمالي مطالبات التأمين الصحي المدفوعة، إجمالي العمولات المدفوعة في سوق التأمين الصحي، عمق التأمين وكثافة التأمين⁽²⁾، معدل الاحتفاظ، ومؤشر الفوائض الجارية والمتراكمة. وكما ذكرنا سابقاً فالقطاع الصحي بشكل عام ليس كأى قطاع، إذ أنه يتعلق بصحة الإنسان وحياته وليس كأى سلعة أخرى تباع وتشتري، ففي مجال التأمين الصحي لا يجب الاعتماد على الكم Quantity فقط وإنما على الكيف أيضا -الجودة Quality-، بحيث يجب مراعاة جميع أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة⁽³⁾ والعمل على تخفيض الفجوة بين المتوقع والفعل من وجهة نظر المستفيدين. وفي هذا السياق، توصلت دراسة العتيبي (2019) إلى إنخفاض مستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة من قبل شركات التأمين، وذلك من خلال استخدام استبانة تضمنت جميع أبعاد جودة الخدمات الصحية تم توزيعها على عينة تتكون من (96) شخص من عملاء شركات التأمين. وأوصت الدراسة بضرورة تقييم أداء الخدمات الصحية والالتزام بتطبيق معايير الجودة في شركات التأمين الصحي، حيث أثبتت الدراسة وجود علاقة قوية ذات دلالة إحصائية -معامل ارتباط 98%- بين جودة الخدمات الصحية المقدمة من جهة وأبعاد جودة الخدمات الصحية من جهة أخرى.

وكما جاء في دراسة العمير (2002) يعتبر التأمين الصحي التعاوني مصدراً هاماً للتدفقات الإيجابية إلى الناتج المحلي الإجمالي مما يدعم الاقتصاد السعودي، وعليه يجب زيادة فرص مشاركة القطاع الصحي الخاص للاستفادة من قدراته التشغيلية لرفع مستوى جودة الخدمات الصحية في المملكة. كما أوصت الدراسة بضرورة التوسع في تنفيذ المزيد من الندوات التوعوية لتحفيز على زيادة البرامج التي تساهم في الاستفادة من مساهمات التأمين الصحي وزيادة مساهمته في الناتج المحلي الإجمالي. كما تناولت دراسة برعى (2016) مدى أهمية تطبيق التأمين الصحي التعاوني في المملكة من خلال شركات التأمين المصرح لها تحت إشراف مجلس الضمان الصحي التعاوني، بحيث يتم تطبيق هذا النظام على المشتركين المستهدفين -العاملين في القطاع الخاص وأسرهـم- بصورة إجبارية. كما استهدفت دراسة العمير تحليل سوق التأمين الصحي في المملكة باتباع المنهج الوصفي التحليلي، وتوصلت إلى أن قطاع التأمين الصحي في المملكة يمثل الجانب الأكبر من إجمالي سوق التأمين فيها.

ولا يقل التأمين الصحي الشامل أهمية عن التأمين الصحي التعاوني، وخصوصاً في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة في المملكة واتجاهاتها نحو تنويع مصادر الدخل. ويعمل نظام التأمين الصحي الشامل على توفير الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع، كما أوصت به منظمة الصحة العالمية، إضافة إلى كونه أحد أهم المحاور الرئيسية لرؤية المملكة 2030. وبناء على دراسة أمين (2020) فقد تبين تزايد معدل مطالبات التأمين الصحي مقارنة بمعدل تزايد مطالبات أنواع التأمين الأخرى في المملكة -بالاعتماد على نموذج الدالة التكميلية-، بالإضافة إلى إتاحتها للمزيد من فرص العمل للمواطنين، وعليه أوصت هذه الدراسة بضرورة تهيئة المناخ اللازم لعمل شركات التأمين في المملكة وزيادة التمويلات الحكومية للمستثمرين في هذا القطاع والقطاع الصحي بشكل عام. كما أوصت الدراسة بأخذ الإجراءات اللازمة لزيادة نشر الوعي الصحي بين كافة أفراد المجتمع، والعمل على تطبيق العدالة والشفافية في تقديم خدمات الرعاية الصحية، ووضع معايير عالية الجودة لاعتماد شركات التأمين ومقدمي الرعاية الصحية على حد سواء.

(2) يعبر مؤشر عمق التأمين عن نسبة إسهام التأمين في إجمالي الناتج الوطني GDP، بينما يعبر مؤشر كثافة التأمين عن متوسط نصيب الفرد Per capita من التأمين داخل الاقتصاد الوطني.

(3) تتضمن أبعاد جودة الخدمات الصحية كلا من الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف.

وبالنظر إلى النموذج الإسباني نرى أنه يتم توفير خدمات صحية ممولة من القطاع العام من قبل مركز الخدمات الصحية الوطنية National Health Service، بحيث يلعب القطاع الصحي الخاص دوراً تكميلياً فقط ويوفر الخدمات الخاصة من خلال شراء التأمين الصحي الخاص أو على أساس دفع الرسوم fee-paying basis (Rodriguez- Alvarez, et al., 2012). وفي هذا السياق، لقد سعت المملكة إلى تغطية جميع المواطنين بموجب تغطية شاملة، للحصول على الخدمات الصحية الأساسية، بينما يمكنهم الدفع للحصول على تأمين إضافي اختياري للخدمات الصحية التكميلية مثل العلاجات التجميلية (وزارة الصحة، استراتيجية التحول الصحي، 2019).

مشكلة الدراسة وفرضياتها:

سعت المملكة إلى تطوير سلسلة من المبادرات والتي كان لها دور فعال في تعزيز التأمين الصحي، حيث تم إنشاء مجلس الضمان الصحي التعاوني في عام 1999، وذلك من خلال التعاون مع البنك المركزي السعودي. ففي عام 2002 تم إلزام كافة الشركات العاملة في القطاع الخاص بتوفير التأمين الصحي لجميع العاملين الأجانب وأسرهم، وبعد ذلك بثلاث سنوات صدر المرسوم الملكي المتعلق بنظام مراقبة شركات التأمين التعاوني من قبل مؤسسة النقد العربي السعودي، وذلك بهدف تحديد الإطار العام لممارسة التأمين التعاوني في المملكة. وفي عام 2010 ازداد الاهتمام بالتأمين الصحي، حيث ألزم مجلس الضمان الصحي التعاوني جميع شركات القطاع الخاص بالتأمين على كافة العاملين السعوديين وأفراد أسرهم. ونتيجة لذلك فقد حافظ التأمين الصحي على مكانته باعتباره أكبر أنشطة التأمين حجماً، حيث ارتفعت حصة التأمين الصحي من إجمالي أقساط التأمين المكتتب بها لتصل إلى 59.3% في عام 2019 (مؤسسة النقد العربي السعودي، 2019). وأخيراً، فقد تم إطلاق برنامج التحول الوطني 2020 ورؤية المملكة 2030، حيث بلغ عدد شركات التأمين الصحي 41 في عام 2021.

ونظراً لاعتبار التأمين الصحي بمثابة حافز للتنويع الاقتصادي والتنافسية الدولية والنمو الاقتصادي المستدام، فقد سعت المملكة إلى تعزيز هذا القطاع، الأمر الذي يتطلب إجراء المزيد من الدراسات في الموضوعات المتعلقة به، ومنها موضوع هذه الدراسة والخاص بتحليل مدى تأثير القطاع الصحي الخاص بقطاع التأمين.

تطرح الدراسة تساؤلات أساسية وهو مدى تأثير القطاع الصحي الخاص بقطاع التأمين في المملكة العربية السعودية وعليه تفترض الفروض وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية معنوية بين تطور الخدمات الصحية بالقطاع الخاص في المملكة -وهو المتغير التابع - وكل من التأمين الصحي، و معدل نمو السكان، ومتوسط دخول الافراد. وعلاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين تطور الخدمات الصحية و البطالة.

أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة أهميتها من مدى أهمية التأمين الصحي في الوقت الحاضر، من حيث تأثيره على كل من مستوى الفرد والاقتصاد الوطني ككل، إذ يتضح دور الخدمات الصحية الجيدة في تنمية الجانب الاقتصادي والاجتماعي للدولة، إذ أنها تؤدي إلى زيادة الإنتاجية والاحساس بالاطمئنان بتواجد الخدمات الصحية الجيدة عند الحاجة إليها. بالإضافة إلى ذلك، نجد أن هذه الدراسة تكتسب أهميتها من خلال استعراضها لأهم الدراسات المرتبطة بالتأمين الصحي عالمياً ومحلياً هذا إضافة إلى تحديد مدى تأثير التأمين الصحي على مدى تطور القطاع الصحي الخاص في المملكة، والذي يدعم تطويره أهداف رؤية المملكة 2030 سواء من حيث التنويع الاقتصادي، تدفق الاستثمارات، تعزيز سهولة الأعمال، أو غيرها من الأهداف ذات العلاقة.

محددات الدراسة:

الحدود الموضوعية: مدى تأثير القطاع الصحي الخاص بقطاع التأمين في المملكة العربية السعودية .
الحدود الزمانية: تغطي الدراسة الفترة من (2005-2021) ، لاعتبار توافر البيانات والمعلومات للفترة.
الحدود المكانية: قطاع التأمين الصحي و القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية .
مصطلحات الدراسة وتعريفاتها:

التأمين الصحي Health Insurance يعتبر التأمين الصحي أحد فروع التأمين الاجتماعي، إذ تعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه وسيلة لدفع بعض/كل تكاليف الرعاية الصحية للمريض المشترك في النظام عند الحاجة (زيدان وقطاب، 2012). ويعرف علي (2013) التأمين الصحي بأنه تأمين إجباري تفرضه الحكومة بهدف توفير الرعاية الصحية ضد المرض، الحوادث، والعجز لجميع أفراد المجتمع وخاصة ذوي الدخل المحدود منهم. كما يعرف أمين (2020، ص 238) التأمين الصحي 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". وعرف مجمع الفقه الإسلامي التأمين الصحي بأنه "اتفاق يلتزم بموجبه شخص أو مؤسسة تتعهد برعايته بدفع مبلغ محدد أو عدد من الأقساط لجهة معينة، على أن تلتزم تلك الجهة بتغطية العلاج، أو تغطية تكاليفه خلال مدة معينة" (الحسون، 2013، ص 38).

إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة Gross Written Health Insurance Premiums يعرف إجمالي أقساط التأمين المكتتبة بأنه إجمالي الإيرادات التي تحصل عليها شركة التأمين متمثلة في الأقساط التي يدفعها المشترك، مقابل تعويضها له عن الأضرار والخسائر التي قد يتعرض إليها. ومن الممكن أن يكون هناك حساب مكرر لأقساط إعادة التأمين من قبل شركات التأمين أو شركات إعادة التأمين⁽⁴⁾ (البلاد المالية، 2017).

الخدمات الصحية Health Services وتشمل خدمات الرعاية الصحية "جميع المستشفيات والعيادات والصيدليات والموارد البشرية من أطباء وممرضين ومهندسي أجهزة طبية وفنيين وباحثين وجميع من يعمل في هذا المجال، والصناعات الداعمة للخدمات الطبية كصناعة الأدوية والأجهزة وغيرها كما تشمل الأبحاث الطبية والتعليم وتهيئة الفرص للأجيال المتعاقبة على دعم هذا القطاع، وهناك ما يحمل الصفة الدولية مثل الهلال والصليب الأحمرين وأطباء بلا حدود ومثلها من المنظمات" (علي، 2013، ص 14).

معدل البطالة Unemployment Rate عرف مكتب العمل الدولي العاطلين عن العمل بأنهم جميع "الأفراد فوق سن معين وبدون عمل، والمستعدين للعمل ويبحثون عنه خلال فترة مرجعية" (مهدي، 2010، ص 89). وقد وصف العالم الفرنسي جان باتيست ساي البطالة بأنها "تعرقل التداول بسبب عدم وجود مشترين لكمية البضائع المنتجة، وحينئذ تتوقف آلات كثيرة عن العمل، ويصبح كثير من العمال في حالة بطالة" (منصور، 2014، ص 30).

أداة الدراسة والإجراءات والمنهجية المتبع:

استندت هذه الدراسة إلى المنهجين الوصفي والقياسي، حيث تعرض ماهية التأمين الصحي وأنواعه، وكذلك ما هية الخدمات الصحية ومدى أهميتها، وذلك من واقع الاستعراض الأدبي. أما المنهج القياسي، فيستخدم لتقدير العلاقة بين تطور القطاع الصحي الخاص كمتغير تابع -معبّر عنه بكل من عدد الاسرة وعدد المستشفيات-، وبين

⁽⁴⁾ تلعب شركات إعادة التأمين دوراً أساسياً في إدارة المخاطر، بحيث تشتري شركة التأمين تأميناً من شركة تأمين أخرى، لتحمي نفسها -جزئياً على الأقل- من خطر المطالبات الكبيرة. أي أن تدفع شركة التأمين جزءاً من أقساط التأمين التي تحصل عليها من المشتركين لشركة إعادة التأمين، مقابل أن تضمن لها جزءاً من الخسائر، وذلك بحسب الاتفاق المبرم بين الشركتين.

المتغيرات المستقلة ذات العلاقة، حيث يتم توصيف نموذج تحليل الانحدار الخطي المتعدد Multiple Regression Analysis.

قسم النتائج و المناقشة:

يخصص هذا الجزء من الدراسة للجانب التطبيقي، حيث يتم توصيف نموذج تحليل الانحدار الخطي المتعدد Multiple Regression Analysis، والذي يعبر عن العلاقة بين تطور الخدمات الصحية في القطاع الخاص كمتغير تابع -معبر عنه بمقياسين، هما عدد الاسرة وعدد المستشفيات-، 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، معدل البطالة، ومعدل نمو السكان. وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على بيانات الإحصاءات الرسمية، لكل من مؤسسة النقد العربي (البنك المركزي السعودي، 2020) -للحصول على بيانات التأمين، بيانات متوسط دخل الفرد، بيانات البطالة، وبيانات عدد الاسرة وعدد المستشفيات-، والبنك المركزي الدولي (The World Bank, 2021) -للحصول على بيانات النمو السكاني-. وبتحديد المتغيرات والفرضيات المطلوب اختبارها، لقد تم إجراء الاختبارات الوصفية والتعرف على الاتجاه العام للمتغيرات، بواسطة البرنامج الإحصائي E-views، وذلك لتقدير العلاقة محل الدراسة.

توصيف نموذج الدراسة

ستتبع الدراسة المنهج الكمي في تحليل دور التأمين الصحي في تطوير الخدمات الصحية في القطاع الخاص، باستخدام مقياسان -عدد الاسرة، وعدد المستشفيات-، ويأخذ نموذج الدراسة الصورة العامة على النحو التالي:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \varepsilon$$

ويتمثل المتغير التابع (Y) في عدد الأسرة -في النموذج الأول-، وعدد المستشفيات -في النموذج الثاني-، أما المتغيرات المستقلة، فتتمثل في كل من: إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة (X_1)، متوسط دخل الفرد (X_2)، معدل البطالة (X_3)، معدل نمو السكان (X_4). ويعبر ε عن حد الخطأ العشوائي للمعادلة. وتفترض هذه الدراسة وجود علاقة طردية بين المتغير التابع وكلا من إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة، متوسط دخل الفرد، ومعدل نمو السكان، في حين تفترض وجود علاقة عكسية بين المتغير التابع ومعدل البطالة.

متغيرات النموذج

بتحديد متغيرات النموذج، نستعرض فيما يلي الوصف والاتجاه العام للمتغير التابع الممثل لتطور الخدمات الصحية في القطاع الخاص، وكل متغير من المتغيرات المستقلة كمؤشرات لتطور التأمين الصحي.

أولاً- المتغير التابع: تطور الخدمات الصحية في القطاع الخاص (Y)

يقاس تطور الخدمات الصحية بالعديد من المتغيرات، وفي هذه الدراسة -كما ذكرنا سابقاً- سوف يتم ذلك من خلال عدد الأسرة -في النموذج الأول-، وعدد المستشفيات -في النموذج الثاني-. وعلى الرغم من الانخفاض الواضح لعدد الأسرة في السنوات الأولى من فترة الدراسة، إلا أنه سرعان ما أخذ في التعافي، والارتفاع منذ عام 2009 حتى نهاية فترة الدراسة. وقد يعود سبب انخفاض تطور الخدمات الصحية في القطاع الخاص في السنوات الأولى من الدراسة إلى أنه قبل عام 2010 لم يبدأ الاهتمام بالزام جميع شركات القطاع الخاص بتوفير الرعاية الصحية لجميع العاملين وأفراد أسرهم (مؤسسة النقد العربي السعودي، 2019). ومما سبق، يمكن القول بأن هذا المتغير

قد إتخذ إتجاه عام بالتزايد طول فترة الدراسة، وإن كان هناك انخفاض في بداية الفترة، كما يوضح الشكل التالي، رقم (1).

وعلى الرغم من الانخفاض لعدد المستشفيات في بداية فترة الدراسة، إلا أنه سرعان ما أخذ في التعافي، ومن ثم الارتفاع منذ عام 2009 وحتى نهاية فترة الدراسة. ومما سبق، يمكن القول بأن هذا المتغير قد إتخذ إتجاه عام بالتزايد طول فترة الدراسة، وإن كان هناك انخفاض في بداية الفترة، كما يوضح الشكل التالي، رقم (2).

ثانيا- المتغيرات المستقلة، وتتضمن ما يلي:

1- إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة gross written health insurance premiums (X_1) وكما ذكرنا سابقا، يعكس هذا المتغير إجمالي الإيرادات التي تحصل عليها شركة التأمين متمثلة في الأقساط التي يدفعها المشترك مقابل تعويضها له عن الأضرار التي قد يتعرض إليها.

ويلاحظ من الشكل رقم (3) أن أقساط التأمين الصحي المكتتبة تأخذ الاتجاه التصاعدي بشكل عام من بداية فترة الدراسة وحتى نهايتها، إذ وصلت إلى 25539 مليون في عام 2021، وذلك بسبب إرتفاع رسوم التأمين الطبي في السعودية، نتيجة للارتفاع المتزايد في تكاليف العلاج في المستشفيات والمراكز الطبية الخاصة (القديحي، 2001).

2- متوسط دخل الفرد per capita income (X_2) يعكس هذا المتغير إجمالي الدخل القومي على مجموع عدد السكان في الدولة (مواطنين وأجانب).

ويلاحظ من الشكل رقم (4) وجود اختلافات كبيرة في متوسط دخل الفرد مع وجود إنخفاض حاد في عام 2008، إلا أنه بعد هذا التاريخ قد أخذ الاتجاه التصاعدي بشكل عام -مع وجود بعض التغيرات الطفيفة صعودا وهبوطا- حتى وصل إلى 93298 مليون، في عام 2021. وقد ترتبط هذه التقلبات في متوسط دخل الفرد بالناتج المحلي الإجمالي، إذ أن "نموا أعلى ينتج دخلا أعلى" (5). كما قد يعزى الانخفاض الحاد في متوسط دخل الفرد في عام 2008 إلى إنخفاض أسعار النفط في ذلك العام (6)، بالإضافة إلى تأثير الدورات الاقتصادية كالكساد العظيم في عام 2008 (البطاط، 2011).

3- معدل البطالة unemployment rate (X_3) وكما ذكرنا سابقا، يعكس هذا المتغير النسبة المئوية لجميع الأفراد فوق سن معين وبدون عمل، على الرغم من استعدادهم للعمل وبحثهم عنه.

ويوضح الشكل رقم (5) إتجاه هذا المعدل للارتفاع المتذبذب خلال فترة الدراسة، وقد يعود السبب في ذلك إلى تقلبات الدورة الاقتصادية في المملكة، بالإضافة إلى عزوف بعض الأفراد عن العمل في الوظائف ذات الأجور المتدنية (المرشد، مهدي، 2015: 106). كما قد يعود السبب إلى تزايد أعداد الخريجين، وعدم الاتساق بين تخصصاتهم ومتطلبات سوق العمل (الاحمدي، حورية، 2019: 138).

4- معدل نمو السكان population growth rate (X_4) يعكس هذا المتغير نسبة التغير في عدد السكان خلال فترة زمنية معينة. وكما يتضح من الشكل رقم (6) فإنه بالرغم من الارتفاع في معدل نمو السكان من بداية فترة الدراسة وحتى عام 2012، إلا أننا بعد هذا التاريخ نلاحظ إنخفاض مستمر في هذا المعدل حتى عام 2020.

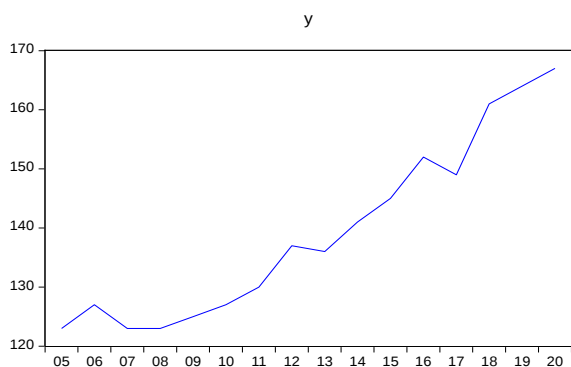
(5) العلاقة بين نمو الاقتصاد وخفض الفقر | صحيفة الاقتصادية (aleqt.com)

(6) النفط يتراجع بمتوسط دخل الفرد السعودي 22%، 2010. https://www.aleqt.com/2010/10/02/article_449473.html

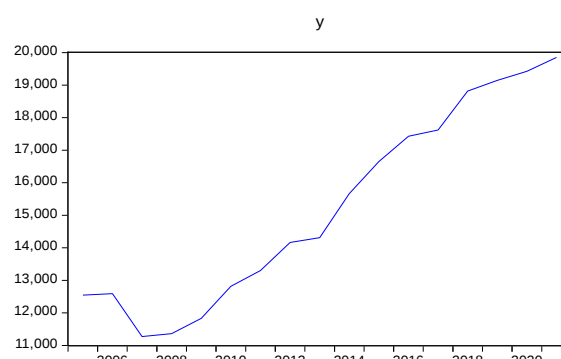
وقد يرتبط إنخفاض معدل النمو السكاني بشكل عام بالعديد من الأسباب، فقد تكون الأسباب إجتماعية -مثل زيادة الوعي بأهمية تحديد النسل، تأخر سن الزواج، ارتفاع نسبة الطلاق في المجتمع،...-، إقتصادية -مثل إنخفاض الدخل، ارتفاع معدلات البطالة، ارتفاع تكاليف المعيشة،...- كما قد يعزى الإنخفاض المستمر في معدل النمو السكاني منذ 2012 عام وحتى عام 2020 إلى إنتشار بعض الأوبئة في هذه الفترة الزمنية، مثل فيروس كورونا المرتبط بمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS-CoV) والذي بلغ عدد ضحاياه، "أكثر من 850 ضحية بين 2012 و2020 وفقا لمنظمة الصحة العالمية"⁽⁷⁾

الاتجاه العام لمتغيرات الدراسة خلال الفترة (2005-2021)

الشكل (2) الاتجاه العام لعدد المستشفيات



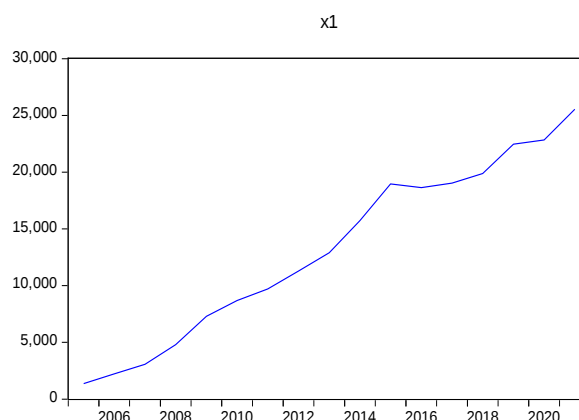
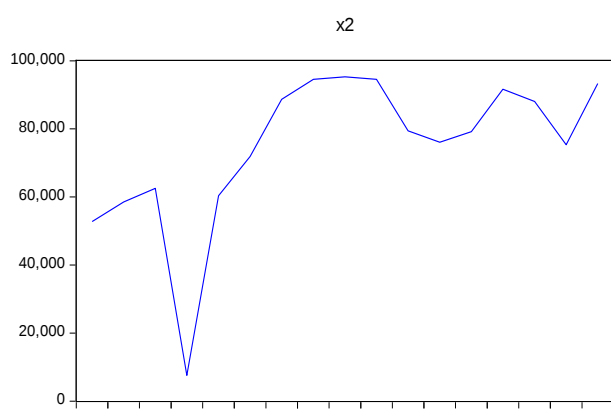
الشكل (1) الاتجاه العام لعدد الأسرة



الشكل (3) الاتجاه العام لإجمالي أقساط التأمين

الصحي المكتتبة

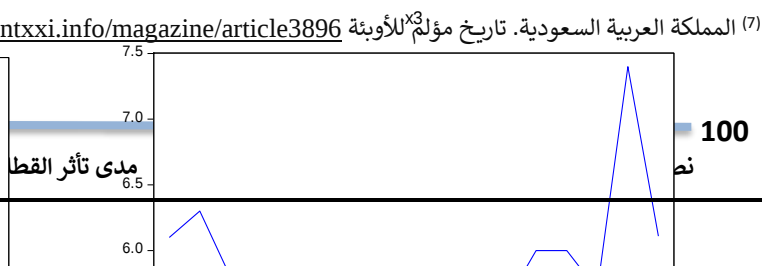
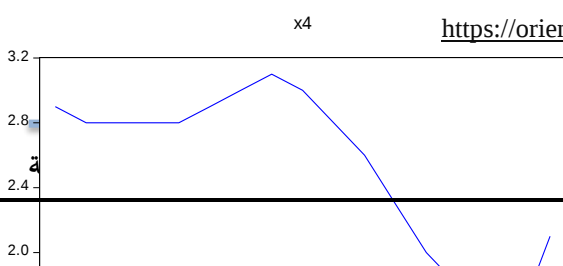
الشكل (4) الاتجاه العام لمتوسط دخل الفرد



الشكل (6) الاتجاه العام لمعدل نمو السكان خلال

الفترة (2005-2021)

الشكل (5) الاتجاه العام لمعدل البطالة



⁽⁷⁾ المملكة العربية السعودية. تاريخ مؤلم للأوبئة <https://orientxxi.info/magazine/article3896>

نتائج تقدير نموذج الانحدار

للوصول إلى النتائج وتفسيرها بما يخدم الهدف الرئيسي من الدراسة، فقد تم تقدير معادلة الانحدار الخطي المتعدد باستخدام طريقة المربعات الصغرى الاعتيادية⁽⁸⁾ (Ordinary Least Squares (OLS)، ومن ثم تم إجراء الاختبارات اللازمة للتأكد من جودة النموذج وقوته التفسيرية.

النموذج الأول للانحدار الخطي المتعدد (قياس تطور الخدمات الصحية في القطاع الخاص بعدد الأسرة)

بتقدير معادلة الانحدار السابق ذكرها على الصورة الخطية، أظهرت النتائج (الجدول رقم 1) دلالة كلاً من إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة (X_1)، ومعدل نمو السكان (X_4) عند مستوى معنوية أقل من 5%، وعدم دلالة كلاً من متوسط دخل الفرد (X_2)، ومعدل البطالة (X_3) في تفسير المتغير التابع (وفقاً لمعنوية t). وتوضح قيمة اختبار F المرتفعة (92.77) المعنوية الإجمالية العالية للنموذج. كما توضح النتائج ارتفاع القدرة التفسيرية للنموذج من خلال معامل التحديد المعدل، حيث تفسر المتغيرات المستقلة التغيرات الحاصلة في المتغير التابع بنسبة 95.8% تقريباً.

Dependent Variable: Y

Method: Least Squares

Included observations: 17

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0088	3.125174	3801.625	11880.74	C
0.0002	5.276078	0.048211	0.254363	X1
0.2222	1.287357	0.010791	0.013892	X2
0.2051	1.339978	410.5220	550.0904	X3
0.0328	-2.411515	699.4198	-1686.662	X4
15223.29	Mean dependent var	0.968676	R-squared	
3039.303	S.D. dependent var	0.958235	Adjusted R-squared	
15.94089	Akaike info criterion	621.1296	S.E. of regression	
16.18595	Schwarz criterion	4629624.	Sum squared resid	
15.96524	Hannan-Quinn criter.	-130.4975	Log likelihood	
1.575881	Durbin-Watson stat	92.77311	F-statistic	

⁽⁸⁾ باعتبارها الأسلوب الأكثر شيوعاً في تقدير معاملات معادلات الانحدار الخطي، التي تصف العلاقة بين واحد أو أكثر من المتغيرات المستقلة والمتغير التابع.

0.000000 Prob(F-statistic)

جدول (1) نتائج تقدير نموذج الانحدار المتعدد

وللتأكد من جودة النموذج وخلوه من مشاكل القياس التي تؤثر على مدى صحة نتائج التقدير، لقد تم إجراء اختبار Jarque-Bera، والذي وضح أن الأخطاء العشوائية تتبع التوزيع الطبيعي. وباستخدام اختبار white، تم إجراء اختبار عدم التجانس/عدم ثبات التباين Heteroscedasticity⁽⁹⁾، والذي وضح أن قيمة Chi-Square أكبر من 5 %، مما يعني ثبات تباين الأخطاء. كما وضحت القيمة الاحتمالية لاختبار Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test عدم وجود مشكلة ارتباط تسلسلي/ذاتي للأخطاء. وأخيراً، تم إجراء اختبار Variance Inflation Factors (VIF)، والذي وضح وجود ارتباط متعدد بين إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة (X₁) ومعدل نمو السكان (X₄).

وفي سبيل الحصول على تقديرات أفضل وحل مشكلة الارتباط المتعدد، لقد تمت إعادة صياغة نموذج الانحدار بالصيغة اللوغاريتمية، لتصبح العلاقة على النحو التالي:

$$\ln Y = \beta_0 + \beta_1 \ln X_1 + \beta_2 \ln X_2 + \beta_3 \ln X_3 + \beta_4 \ln X_4$$

وبالفعل، لقد أظهرت نتائج تقدير العلاقة من خلال الصورة اللوغاريتمية تحسناً من حيث حل مشكلة الارتباط المتعدد، إلا أن المتغيرات المستقلة أصبحت تفسر التغيرات الحاصلة في المتغير التابع بنسبة 86% تقريباً (بدلاً من 95.8%)، كما انخفضت المعنوية الإجمالية للنموذج من (92.77) إلى (26.57)، مع عدم تغير النتائج الأخرى.

جدول (2) نتائج تقدير نموذج الانحدار المتعدد (الصيغة اللوغاريتمية)

Dependent Variable: LOG(Y)

Method: Least Squares

Included observations: 17

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0000	9.853955	0.796741	7.851052	C
0.0077	3.193340	0.034528	0.110259	LOG(X1)
0.1746	1.442978	0.039409	0.056866	LOG(X2)
0.4574	0.767799	0.349319	0.268207	LOG(X3)
0.0224	-2.620512	0.151671	-0.397454	LOG(X4)
9.611788	Mean dependent var		0.898556	R-squared

⁽⁹⁾ للتأكد من عدم بطلان الاختبارات الاحصائية التي تفترض أن أخطاء النمذجة جميعها لها نفس التباين، وبذلك تصبح طريقة المربعات الصغرى غير فعالة، لعدم تحقيق أي تباين، على الرغم من كونها غير متحيزة.

0.199949	S.D. dependent var	0.864742	Adjusted R-squared
-2.142153	Akaike info criterion	0.073536	S.E. of regression
-1.897090	Schwarz criterion	0.064891	Sum squared resid
-2.117793	Hannan-Quinn criter.	23.20830	Log likelihood
1.503123	Durbin-Watson stat	26.57309	F-statistic
		0.000007	Prob(F-statistic)

النموذج الثاني للانحدار الخطي المتعدد (قياس تطور الخدمات الصحية في القطاع الخاص بعدد المستشفيات)

بتقدير معادلة الانحدار السابق ذكرها على الصورة الخطية، أظهرت النتائج (الجدول رقم 3) دلالة كلاً من إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة (X_1)، ومعدل نمو السكان (X_4). (عند مستوى معنوية أقل من 5%)، وعدم دلالة كلاً من متوسط دخل الفرد (X_2)، ومعدل البطالة (X_3) في تفسير المتغير التابع (وفقاً لمعنوية t). وتوضح قيمة اختبار F المرتفعة (105.45) المعنوية الإجمالية العالية للنموذج. كما توضح النتائج إرتفاع القدرة التفسيرية للنموذج من خلال معامل التحديد المعدل، حيث تفسر المتغيرات المستقلة التغيرات الحاصلة في المتغير التابع بنسبة 96.3% تقريباً.

جدول (3) نتائج تقدير النموذج القياسي بالانحدار المتعدد

Dependent Variable: Y

Method: Least Squares

Date: 05/19/22 Time: 22:17

Sample: 2005 2021

Included observations: 17

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0000	6.924968	18.96208	131.3118	C
0.0002	5.167651	0.000240	0.001243	X1
0.2612	1.179094	5.38E-05	6.35E-05	X2
0.1870	1.399511	2.047638	2.865692	X3

0.0075	-3.208699	3.488628	-11.19395	X4
140.8824	Mean dependent var	0.972337	R-squared	
16.13181	S.D. dependent var	0.963117	Adjusted R-squared	
5.339400	Akaike info criterion	3.098125	S.E. of regression	
5.584462	Schwarz criterion	115.1805	Sum squared resid	
5.363759	Hannan-Quinn criter.	-40.38490	Log likelihood	
2.433220	Durbin-Watson stat	0.000000	Prob(F-statistic)	

وللتأكد من جودة النموذج وخلوه من مشاكل القياس التي تؤثر على مدى صحة نتائج التقدير، لقد تم إجراء اختبار Jarque-Bera، والذي وضح أن الأخطاء العشوائية تتبع التوزيع الطبيعي. وباستخدام اختبار white، تم إجراء اختبار عدم التجانس/عدم ثبات التباين Heteroscedasticity والذي وضح أن قيمة Chi-Square أكبر من 5% ، مما يعني ثبات تباين الأخطاء. كما وضحت القيمة الاحتمالية لاختبار Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test عدم وجود مشكلة ارتباط تسلسلي/ذاتي للأخطاء. وأخيراً، تم إجراء اختبار Variance Inflation Factors (VIF)، والذي وضح وجود ارتباط متعدد بين إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة (X_1) ومعدل نمو السكان (X_4).

وفي سبيل الحصول على تقديرات أفضل وحل مشكلة الارتباط المتعدد، لقد تمت إعادة صياغة نموذج الانحدار بالصيغة اللوغاريتمية، لتصبح العلاقة على النحو التالي:

$$\ln Y = \beta_0 + \beta_1 \ln X_1 + \beta_2 \ln X_2 + \beta_3 \ln X_3 + \beta_4 \ln X_4$$

وبالفعل، لقد أظهرت نتائج تقدير العلاقة من خلال الصورة اللوغاريتمية تحسناً من حيث حل مشكلة الارتباط المتعدد، إلا أن المتغيرات المستقلة أصبحت تفسر التغيرات الحاصلة في المتغير التابع بنسبة 91% تقريباً (بدلاً من 96.3%)، كما انخفضت المعنوية الإجمالية للنموذج من (105.45) إلى (42.15)، مع عدم تغير النتائج الأخرى.

جدول (4) نتائج تقدير النموذج القياسي بالانحدار المتعدد (نموذج للوغاريتم)

Dependent Variable: LOG(Y)

Method: Least Squares

Date: 05/19/22 Time: 22:21

Sample: 2005 2021

Included observations: 17

Prob.	t-Statistic	Std. Error	Coefficient	Variable
0.0000	11.34927	0.363692	4.127641	C
0.0021	3.890195	0.015761	0.061314	LOG(X1)
0.2839	1.121764	0.017989	0.020180	LOG(X2)
0.3756	0.920224	0.159455	0.146734	LOG(X3)
0.0029	-3.723763	0.069234	-0.257810	LOG(X4)
4.941879	Mean dependent var	0.933559	R-squared	
0.112780	S.D. dependent var	0.911412	Adjusted R-squared	
-3.710597	Akaike info criterion	0.033567	S.E. of regression	
-3.465534	Schwarz criterion	0.013521	Sum squared resid	
-3.686237	Hannan-Quinn criter.	36.54008	Log likelihood	
1.786684	Durbin-Watson stat	42.15300	F-statistic	
		0.000001	Prob(F-statistic)	

مناقشة النتائج والاستنتاجات

بتقدير كلا من النموذجين -الأول والثاني- بالصيغتين الخطية واللوغاريتمية، تبين أنه يمكن الاعتماد على نتائج النموذج اللوغاريتمي -في النموذجين الأول والثاني-، وذلك بسبب حلها لمشكلة الارتباط المتعدد بين المتغيرين المعنويين (X_1 و X_4). ويمكن حصر النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة في الجدول التالي (الجدول رقم 5):

جدول (5) ملخص - نماذج الانحدار المتعدد المربعات الصغرى

المتغيرات المستقلة	نوع العلاقة	التطابق	تفسير اتجاه العلاقة بين المتغيرين التابع والمستقل
(X_1)	معنوية +	يطابق التوقعات	من المفترض أن وجود أعداد هائلة من الموظفين في القطاع الخاص سوف يزيد الطلب على الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص، مما يؤدي إلى نمو وتطور هذا القطاع بشكل متسارع، وخصوصاً مع بدء تطبيق نظام التأمين الصحي والذين يتلقون الرعاية الصحية عبر القطاع الصحي الخاص.
(X_2)	غير معنوية +	يطابق التوقعات	من المفترض أن زيادة الدخل تؤدي إلى زيادة الطلب على التأمين الصحي، كزيادة للاهتمام بالصحة. كما أنه من

المفترض أن إنخفاض الدخل يؤدي إلى التوجه نحو الرعاية الصحية العامة (المجانية).			
قد ينتج إنخفاض معدل البطالة من زيادة التوظيف في القطاع الحكومي، مما قد يعني توجه هؤلاء الموظفين إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية من القطاع العام، وبالتالي عدم تأثر القطاع الصحي الخاص.	يخالف التوقعات	غير معنوية +	(X ₃)
قد يؤدي النمو المتسارع في عدد السكان إلى إنخفاض الطلب على الخدمات الصحية الخاصة بسبب تمتع القطاع الصحي العام بكفاءة أفضل من القطاع الصحي الخاص.	يخالف التوقعات	معنوية -	(X ₄)

توصيات الدراسة والاستنتاجات:

لتحقيق هدف الدراسة المتمثل في التعرف على مدى تأثير القطاع الصحي الخاص بقطاع التأمين في المملكة خلال الفترة (2005-2021)، تم استعراض أهم الدراسات السابقة ذات العلاقة في سبيل التأصيل النظري لموضوع الدراسة، ووضع النموذج القياسي وتحديد متغيراته بناء عليها. اتضح من الأدبيات الأهمية التي يستحوذ عليها التأمين الصحي في الوقت الراهن، إذ لا يقتصر أثره على مستوى الأفراد فقط وإنما يمتد ليؤثر على الدولة والاقتصاد بأكمله. ولتحديد مدى تأثير التأمين الصحي على تطور الخدمات الصحية في القطاع الصحي الخاص، تم اختبار أربع فرضيات، تتمحور حول التأثير الإيجابي لكل من إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة، متوسط دخل الفرد، ومعدل نمو السكان، على تطوير الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص -متمثلاً في إجمالي عدد الأسرة، وإجمالي عدد المستشفيات-. كما تتمحور حول التأثير السلبي لمعدل البطالة.

وكما هو متوقع، فقد أظهرت الدراسة وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية معنوية بين كل من إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة والمتغير التابع -تطور الخدمات الصحية بالقطاع الخاص-، الأمر الذي يشجع المستثمرين على استثمار أموالهم في المشاريع الصحية المختلفة. كما يحفز الحكومة السعودية على فتح الأبواب وزيادة الفرص للاستثمار في هذا القطاع، بهدف تنويع الاقتصاد الوطني ورفع معدلات النمو الاقتصادي. ومن ناحية أخرى وبالعكس ما هو متوقع، فقد أظهرت الدراسة وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية معنوية بين كل من معدل نمو السكان والمتغير التابع، مما قد يشير إلى إنخفاض مستوى الرعاية الصحية في القطاع الخاص في المملكة مقارنة بالقطاع الحكومي. بالإضافة إلى ذلك فإن هناك نمو متسارع في عدد السكان، حيث أنه من المتوقع أن يرتفع إجمالي عدد سكان المملكة في عام 2030 إلى 39.4 مليون نسمة، مما سيزيد العبء على القطاع الصحي بأكمله⁽¹⁰⁾. وأخيراً، لقد أظهرت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية غير معنوية لكل من متوسط دخل الفرد ومعدل البطالة، مما يعني عدم تأثيرهما -بحسب هذه الدراسة- على تطور القطاع الصحي الخاص.

ومن خلال ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج واستنتاجات، فإن جني المكاسب وتعظيم العوائد الاقتصادية من قطاع التأمين الصحي في المملكة، يتطلب التالي:

⁽¹⁰⁾ 8 تحديثات تواجه نظام الرعاية الصحية - جريدة الوطن السعودية (alwatan.com.sa)

- حماية صحة الأفراد كحق من حقوقهم الشرعية، من خلال تطوير السياسات والمعايير والإجراءات اللازمة لتقييم وتطوير قطاع الصحة من جميع الجوانب، سعياً للوصول إلى مستوى رضا المرضى، كما جاء في دراسة الصانع (2003).
- بذل المزيد من الجهد لتنظيم معدل النمو السكاني، حتى تتمكن الدولة بكافة قطاعاتها من تقديم أفضل الخدمات لأفرادها، كما جاء في دراسة علي (2013).
- استمرار جهود الدولة في نشر الوعي بنظام التأمين الصحي والعمل على زيادة معدل انتشاره على نطاق واسع، كما جاء في دراسة براهيم وبرايمي (2017)، مع ضرورة أخذ الحيطة والحذر عند تطبيق نظام التأمين الصحي، كما ورد في دراسة Jaqua و Jaqua (2019)، ودراسة Wadge وآخرون (2017).
- إلزام القطاع الصحي الخاص بتوظيف الكوادر الوطنية ذات الكفاءات المهنية، بهدف تقليل معدل البطالة خاصة في أعداد الطاقم الصحي، كما أشار صندوق النقد الدولي (2016) والبنك المركزي السعودي (2019).
- وأخيراً، فقد أوصى الباحثين بإجراء المزيد من الدراسات المتخصصة في مجال التأمين الصحي وآثاره التي تفتقر إليها الأدبيات وتأثيراتها الاقتصادية والاجتماعية.

المراجع:

المراجع العربية:

- الاحمدي، روان (2019)، مؤشرات بطالة المتعلمين في المملكة العربية السعودية، المجلة التربوية الدولية المتخصصة، دار سمات للدراسات والأبحاث.
- البطاط، منتظر وآخرون (2011)، "تحليل تداعيات الأزمة المالية العالمية الأسباب والآثار"، مجلة الاقتصادي الخليجي.
- إسماعيل، أحمد (2018)، قياس أثر الانفاق في قطاع الخدمات الصحية على النمو الاقتصادي بمصر، مجلة الدراسات والبحوث التجارية، جامعة بنها- كلية التجارة، 38، (4): 501-529.
- أمين، رجب (2020)، الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية، جامعة بني سويف، مجلة البحوث المالية والتجارية، 21، (3).
- البصيلي، عبدالله، (2010)، النفط يتراجع بمتوسط دخل الفرد السعودي 22%.

https://www.aleqt.com/2010/10/02/article_449473.html

البلاد المالية (2017)، قطاع التأمين في السوق السعودية، أبحاث القطاعات، 22.

http://www.albilad-capital.com/Research_ArabicReport/InsuranceSectorQ416AR.pdf

البنك المركزي السعودي (2020). الإحصاءات السنوية.

<https://www.sama.gov.sa/ar-sa/Pages/default.aspx>

البنك المركزي السعودي ، الإدارة العامة للرقابة على التأمين. تقرير سوق التأمين السعودي، 2019.

- البنك المركزي السعودي ، الإدارة العامة للرقابة على التأمين. تقرير سوق التأمين السعودي، 2021.
- البنك المركزي السعودي. [مزايا الاشتراك في التأمين والادخار](#).
- الحسون، مشاعل فهد (2013)، الضوابط الشرعية للتأمين الصحي التعاوني، جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن، الرياض.
- الخميس، عبد الوهاب (13 / أكتوبر / 2013)، ضعف الاستثمار في القطاع الصحي الخاص، صحيفة الاقتصادية. [ضعف الاستثمار في القطاع الصحي الخاص | صحيفة الاقتصادية \(aleqt.com\)](#)
- السلطان، صالح (17/ فبراير/ 2020)، العلاقة بين نمو الاقتصاد و خفض الفقر، صحيفة الاقتصادية. [العلاقة بين نمو الاقتصاد وخفض الفقر | صحيفة الاقتصادية \(aleqt.com\)](#)
- الصانع، غدير علي (2003)، العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين التعاوني: دراسة ميدانية على مدينة الرياض، كلية العلوم الإدارية ، جامعة الملك سعود.
- العتيبي، عبدالله (2019)، جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين دراسة تطبيقية على شركات التأمين بمحافظة الطائف، جامعة الطائف، دراسات، 20، (1).
- العمير، صالح بن ناصر (2002)، التأمين الصحي الإلزامي الشامل كخيار استراتيجي في عملية التنمية الصحية المستقبلية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، 40، (4).
- العنزي، سليمان (18/ مايو/ 2021)، 8 تحديات تواجه نظام الرعاية الصحية، صحيفة الوطن.
- [8 تحديات تواجه نظام الرعاية الصحية - جريدة الوطن السعودية \(alwatan.com.sa\)](#)
- الفوزان، راشد (12 / ستمبر/ 2021)، انخفاض النمو السكاني ماذا يعني، صحيفة الرياض.
- [جريدة الرياض | انخفاض النمو السكاني ماذا يعني؟ \(alriyadh.com\)](#)
- القديحي، انيس (2001)، التوجه لرفع رسوم التأمين الطبي في السعودية نتيجة ارتفاع تكاليف العلاج. <https://archive.aawsat.com/details.asp?issueno=8070&article=56191>
- المرشد، سلطان عقلا، ومهدي، سيف الدين (2015)، المحددات الاقتصادية والاجتماعية للتوظيف والبطالة في المملكة العربية السعودية: دراسة حالة واقع سوق العمل بمنطقة الحدود الشمالية، مجلة الاقتصاد والتنمية البشرية، جامعه لونيبي على البلدة.
- <https://orientxxi.info/magazine/article3896> المملكة العربية السعودية. تاريخ مؤلم للأوبئة.
- براهيمي، سهام، وبراهيمي، فائزة (2017)، دور أنظمة التأمين في التنمية الاقتصادية والاجتماعية -التأمين الصحي- ، مجلة الميزان، الجزائر.
- برعي، حسن (2016)، دراسة تحليلية لسوق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية، المجلة العالمية للبحوث التجارية.

دره، عمر، وغريب، معاذ، وبيت سعيد، سالم (2018)، تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، 105، (24): 367-352.

رحيمة، حوالف (2019)، مستقبل التأمين الصحي في الوطن العربي وأثره على جودة الخدمات الصحية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التيسير، جامعة تلمسان-الجزائر، مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 2، (23): 9857-2617.

زيدان، فاطمة، وقطاب، فالحة (2012)، واقع تسويق خدمات التأمين الصحي بالجزائر، ملتقى الدولي السابع حول "الصناعة التأمينية الواقع العملي وآفاق التطوير- تجارب دول-" جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف.

سلاوي، حسينة (2015)، التأمين الصحي التعاوني الية لتحسين مستوى الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، مجلة الابداع، جامعة البليدة 2.

ضرار، احمد، والعدل، محمد (2016)، قياس الطاقة الاستيعابية لسوق التأمين المصري، جامعة عين شمس - كلية التجارة.

عكروش، لبنى جودة ومزاهرة، أيمن سليمان والفرح، يعقوب فريد والزغموري، بسام (2009)، الرضا عن خدمات الصحية المقدمة في المستشفيات القطاع الخاص في الاردن من قبل المرضى، مجلة بحوث التربية النوعية، جامعة المنصورة، (15).

علي، محمد عوض الكريم المبارك (2013)، التأمين الطبي ودوره في تحسين القطاع الصحي، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.

منصور، فاتن علي (2014)، البطالة وأثرها على التنمية الاجتماعية (دراسة ميدانية لمحافظة اللاذقية)، جامعة تشرين، سوريا.

مهدي، صائب حسن (2010)، البطالة في الدول العربية الواقع والأسباب في ظل عالم متغير، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، 12، (3).

المراجع الأجنبية:

Al Otaibi, A. (2017). An overview of health care system in Saudi Arabia. International Journal Management and Administrative Sciences, 4(12), 1-12.

Almasabi, M. H. (2013). An overview of health system in Saudi Arabia. Research Journal of Medial Sciences, 7(3), 70-74.

Baumol, W.J. (1982). Contestable markets: An uprising in the theory of industry structure. The American Economic Review, 72(1), 1-15.

Boru, T. & Kuhil, A.M. (2018). The structure conduct performance model and competing hypothesis- A review of literature, Journal of Financial Management and Analysis, 8(2), 11-25.

CBAHI (2015), National hospital standards, Hospital Accreditation Program, 3rd Edition.

<https://portal.cbahi.gov.sa/english/accreditation-programs/hospital-accreditation-program> Coase, R. H. (1937). The nature of the firm. Economica, new series, 4(16), 386-405.

International Monetary Fund (2016). Saudi Arabia: 2016 article IV consultation-press release; staff report; and informational annex. Country Report, No.16/326.

Jaqua, T. & Jaqua, E. (2019). Analyzing the performance of the U.S. healthcare system. Journal of Nursing and Healthcare Management, 2(102), 1-3.

McColgan, P. (2001). Agency theory and corporate governance: a review of the literature from a UK perspective.

<https://pdfs.semanticscholar.org/79c5/2954af851c95a27cb1fb702c23feaae86ca1.pdf>

Ministry of Health (2010). Strategic plan 1431-1440: Patient first [Arabic].

<https://www.moh.gov.sa/Portal/WhatsNew/Documents/OKIstragi260p.pdf>

Ministry of Health (2019). Healthcare transformation strategy.

<https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/vro/Pages/Health-Transformation-Strategy.aspx>

Ministry of Health Portal (2019). Statistical yearbook.

<https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/Statistics/book/Documents/book-Statistics.pdf>

Ouchi, W. G. (1980). Markets, bureaucracies, and clans. Administrative Science Quarterly, 25(1), 129-141.

Regmi, K. (2012). Effective health services: Perspectives and perceptions of health services users and healthcare practitioners. Primary Health Care: Open Access, 2(3), 1-7.

Rodriguez-Alvarez, A., Roibás, D. & Wall, A. (2012). Reserve capacity of public and private hospitals in response to demand uncertainty. Health Economics, 21(7), 839- 851.

SAMA (2019). 55th Annual Report.

<http://www.sama.gov.sa/en-US/EconomicReports/Pages/AnnualReport.aspx>

The World Bank (2021). World Development Indicators.

<https://databank.worldbank.org/home.aspx>

Wadge, H., Roy, R., Sripathy, A., Prime, M., Carter, A., Fontana, G., Marti, J. & Chalkidou, K. (2017). Evaluating the impact of private providers on health and health systems. London, UK: Imperial College London.

Williamson, O. E. (2005). The economics of governance. The American Economic Review, 95(2), 1-18.

World Health Organization (2006a). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition.